

University for Business and Technology in Kosovo

UBT Knowledge Center

Theses and Dissertations

Student Work

Spring 3-2020

ROLI I INFERMIERËS NE KUJDESIN E PACIENTËVE ME DEKUBITE

Albina Sejdiu

University for Business and Technology - UBT

Follow this and additional works at: <https://knowledgecenter.ubt-uni.net/etd>



Part of the [Nursing Commons](#)

Recommended Citation

Sejdiu, Albina, "ROLI I INFERMIERËS NE KUJDESIN E PACIENTËVE ME DEKUBITE" (2020). *Theses and Dissertations*. 1563.

<https://knowledgecenter.ubt-uni.net/etd/1563>

This Thesis is brought to you for free and open access by the Student Work at UBT Knowledge Center. It has been accepted for inclusion in Theses and Dissertations by an authorized administrator of UBT Knowledge Center. For more information, please contact knowledge.center@ubt-uni.net.



Kolegji UBT

Fakulteti i Infermierisë

ROLI I INFERMIERËS NE KUJDESIN E PACIENTËVE ME DEKUBITE

Shkalla e Bachelor

Albina Sejdiu

MARS,2020

PRISHTINË



Kolegji UBT

Fakulteti i Infermierisë

Punim Diplome

Viti akademik 2017-2018

Albina Sejdiu

ROLI I INFERMIERËS NË KUJDESIN E PACIENTËVE ME DEKUBITE

Mentori: Zejnë Buja

Mars,2020

Ky punim është përpiluar dhe dorëzuar në përmbushjen e kërkesave të
pjesëshme për Shkallën Bachelor

ABSTRAKT

1.Hyrje: Siq dihet dekubituset janë plagë e cila shkaktohet për shkak të presionit në pjesë tëcaktuara tëtrupit.Qëllimi i ketij punimi është që të ngritet niveli i njohurive, së pari tek personeli mjekësorë, pastaj përmes tyre edhe tek pacientët për shkaqet e shfaqjes sëdekubitusit dhe rolin e infermierës në parandalimin dhe menagjimin e tyre.

2.Materiali dhe Metodologjia: Në mënyrë retrograde janë analizuar pacientët me dekubite të trajtuar në Klinikën e Kirurgjisë Plastike në QKUK prej vitit 2014-2018.

3.Rezultatet: Në bazë të hulumtimeve në Klinikën e Kirurgjisë Plastike është konstatuar se dekubituset kryesisht prekin moshën madhore e shumë rrallë moshën fëmijrore.

Në hulumtimin tonëshihet se dekubituset janë të përhapura më shumë tek gjinia mashkullore 6 raste (66.6%). Po ashtu numri më i madh i rasteve është nëgrupmoshën 51-90, me gjithsej 6 raste (60%).

Lokalizimet më të shpeshta janë në regjionin: Sacral 5 raste (42%), gluteal 2 raste (17%) , ischial 1 rast (8%), trochanterik 3 raste (25%), oxipital 1 rast (8%).

4.Përfundimi: Nga analiza e punimit tonë mund të konkludojmë se roli i infermierës në parandalimin dhe menagjimin e dekubiteve është mjaftë i rëndësishëm.

Këshillat dhe lëvizjet e trupit të pacientit janë vendimtare në mbrojtjen e tij nga paraqitja e plagëve dekubitale.

Fjalët kyqe: Dekubitusi, kujdesi infermieror, faktorët rrezikues.

MIRENJOHJE DHE FALENDERIME

Për rezultatet e arritura deri me tani:

Meritat më të mëdha i ka familjen ime për mbështetjen dhe përkrahje që më dhanë në çdo aspekt dhe pa as një kusht.

Gjithashtu falenderoj profesorët dhe stafin udhëheqës të UBT-s e vecanërisht Mentorin tim Prof.Zejnë Buja ,cili gjithmonë gjeti kohë për të më ndihmuar në realizimin e këtij punimi andaj e falenderoj përzemërisht për durimin, mundin,korrektësinë,angazhimin dhe këshillat e tij gjatë kësaj periudhe.

Falemnderit shumë!

PËRMBAJTJA

LISTA E FIGURAVE	V
LISTA E TABELAVE	V
LISTA E GRAFIKONEVE	V
1. HYRJE	1
2. SHQYRTIMI I LITERATURËS	2
2.1 Definicioni	2
2.2 Klasifikimi	3
2.3 Shenjat klinike të dekubitusit	7
2.4 Patofiziologjia	9
2.5 Mekanizmat themelorë të shfaqjes së dekubitusit	10
2.6 Diagnostifikimi dhe shërimi	11
2.7 Etiologjia	12
2.7.1 Ku shfaqet dekubitusi	13
2.7.2 Personat e rrezikuar nga dekubitusi	15
2.8 Trajtimi	16
2.8.1 Trajtimi sistemor	16
2.8.2 Trajtimi lokal	16
2.8.3 Trajtimi kirurgjikal	21
2.9 Komplikimet	24
2.9.1 Masat Parandaluese	25
2.10 Kujdesi Infermieror	28
2.10.1 Vlerësimi fillestar	29
2.10.2 Vlerësimi klinik - manifestimet klinike	30
2.10.3 Vlerësimi psikosocial	30
2.10.4 Diagnoza infermierore	31
2.10.5 Planifikimi i kujdesit infermieror	31
2.10.7 Vlerësimi përfundimtar	32
3. DEKLARIMI I PROBLEMIT	33

4. METODOLOGJIA	34
5. PREZANTIMI DHE ANALIZA E REZULTATEVE	35
5.1 Prezantimi i rezultateve	35
5.2 Analiza e rezultateve	38
6. KONKLUZIONE DHE REKOMANDIME	39
7. REFERENCAT	40

LISTA E FIGURAVE

<u>Figure 1 Dekubitusi në thembër</u>	8
<u>Figure 2 Dekubitusi në pjesën e pasme të trupit</u>	8
<u>Figure 3 Paraqitet se si rezulton forca e fërkimit</u>	10
<u>Figure 4 Vendet predilaktive - pozicioni ne sup/shpine</u>	14
<u>Figure 5 Vendet predilaktive ne pozicione te ndryshme te trupit</u>	15
<u>Figure 6 Kompresa sterile hidrokoloitale</u>	18
<u>Figure 7 Aparati për terapi me dritë –BIOPTRON-2</u>	19
<u>Figure 8 Aparati për terapi V.A.C (Vacuum Assisted Closure)</u>	20
<u>Figure 9 Kujdesi Infermieror</u>	28

LISTA E TABELAVE

<u>Tabela 1. Paraqitja E Pacientëve Me Dekubitesipas Gjinisë</u>	35
<u>Tabela 2. Paraqitja E Rasteve Me Dekubite Sipas Lokalizimit Anatomik</u>	36
<u>Tabela 3. Paraqitja E Rasteve Me Dekubite Sipas Grup-Moshës.</u>	37

LISTA E GRAFIKONEVE

<u>Grafikoni 1. Paraqitja grafike sipas gjinisë.</u>	35
<u>Grafikoni 2. Paraqitja grafike sipas lokalizimit anatomic.</u>	36
<u>Grafikoni 3. Paraqitja grafike sipas grup-moshës.</u>	37

1. HYRJE

Përvojat e deri tanishme kanë dëshmuar se dekubitusi është komplikim i cili shfaqet për shkak të hospitalizimit të zgjatur, ndërsa më shpesh paraqitet te personat të cilët kanë pësuar trauma ose sëmundje të rënda, për shkak të cilave kanë qenë të detyruar të qëndrojnë më gjatë në shtrat, meqëe tillë ka qenë natyra e sëmundjes dhe kurimi i saj. Dekubitusi është nekrozë e kufizuar e lëkurës dhe indit nënlekuror. [Hančević J 2003]

Ulkuset dekubitale shfaqen në pjesët e jashtme të trupit, në vendet dhe pjesët të cilat më së shumti i ekspozohen presionit të peshës së trupit ndaj bazës në të cilën trupi qëndron i mbështetur, ndërkaq faktor qenësorë në këtë është hipoestezia, gjegjësisht anestezioni, zvoglimi i ndjeshmërisë ose pandjeshmëria e asaj pjese të trupit.

Në trajtimin e dekubitusit problem më i madh është lufta kundër infeksionit, meqë shpesh ndodhë që ulkusi kompresiv të jetë i infektuar me bakterie të cilat shkaktojnë shpërbërjen e indeve, të krijimit të përmbajtjes purulente, të aromës së pakëndshme i cili ndikon në mënyrë destruktive në indet fqinje.

Ndonjëherë janë shumë të dhimbshme dhe shpesh infektohen duke dhënë erë shumë të keqe, për këtë arsye është e nevojshme të mjekohen vazhdimisht. Ajo cka është e rëndësishme të dimë është që sëmundjet janë të lidhura ngushtëme mënyrën tonë të jetës. Nga mënyra se si pijmë, si ushqehemi, çfarë higjienë kemi, apo qoftë edhe faktorët shoqëror në vetvete.

Gjatë shërimit kujdes i veçantë i kushtohet proteinogramit. Për shkak të transudacionit të lëngut indor nga plaga dekubitale, vie deri te humbja e sasisë së madhe të proteinave nga organizmi, andaj edhe shfaqet hipoproteinemia, gjëe cilashpie deri te pezmatimi dhe zgjerimi i dekubitusit ekzistues, ndërkaq mbyllja e tij ngadalësohet.

Andaj kujdesi i duhur është me rëndësi të madhe, sic është ndrimi i rregullt i pozitës së pacientit dhe trajtimi i vazhdueshëm fizikal. Gjithashtu në bisedat e përditshme me pacientin, infermiera i ndihmon atij që më lehtë t'i duroj problemet psikike të cilat gjithsesise shfaqen te këta pacientë. [Hančević J 2003]

2. SHQYRTIMI I LITERATURËS

Sipas definicionit të EPUAP-it (EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL), dekubitusi(decubitus ulcere, pressure ili Bed sore) eshe demtim lokal i lekures ose indeve nënlekurore si pasojë e forcës së presionit.[EPUAP]

Ulqera nga presioni ka ekzistuar qysh nëfillimet e ekzistencës së qenies tonë.

Në këtë punim kemi shfaqur edhe disa mendime të autorëve të huaj për sëmundjet me ulqera dekubitale.

LahmannNA-Ndër shkallët e ndryshme të vlerësimit të rrezikut për zhvillimin e ulcerave të presionit tek banorët e kujdesit afatgjatë që janë botuar në tre dekadat e fundit, shkalla e Braden është ndër mjetet më të testuara dhe të aplikuara.Rezultati i shumës së shkallës nënkupton që të gjitha artikujt janë po aq të rëndësishëm. Qëllimi i këtij studimi është të tregojë nëse sendet specifike kanë një rëndësi më të madhe se të tjerët dhe për këtë arsye kanë një rëndësi klinike më të lartë. [Lahmann NA 2011]

Staas WE Jr - Incidenca dhe efekti i plagëve tëpresionit tek personat me aftësi të kufizuara dhe tëmoshuarit kanë krijuar një sfidë për mjekët dhe profesionistët e kujdesit shëndetsorë, nga departamentet e urgjencës deri tek njësitë e rehabilitimit dhe në komunitet. Nëse nuk parandalohet , rritet sëmundshmëria dhe vdekshmëria e pacientëve dhe kostot direkte dhe indirekte për pacientët dhe sistemin e kujdesit shëndetsorë. Në këtë artikull ne përcaktojmëndikimin në sistemin tonë të kujdesit shëndetsorë të plagëve të presionit, sigurojmë një përmbledhje të një qasje të shumanshme në parandalimin dhe menaxhimin e tyre, dhe prezantojmë qasje të suksesshme të sjelljes dhe edukimit për pacientet si pjesëmarrës të informuar dhe ofruesit e tyre të kujdesit rrit shancet për sukses.[Staas WE, Jr, Cioschi HM 1991]

2.1 Definicioni

Sipas definicionit të EPUAP-it (European Pressure Ulcer Advisory Panel), dekubitusi(Decubitus ulcer, Pressure ulcer ili Bed sore) është demtim lokal i lëkures ose indeve nënlekurore si pasojë e forcës së presionit.

Për shkak të iskemisë në vendet e presionit të trupit në bazë vie deri te demtimi i indeve në vende të caktuara dhe paraqitja e ndryshimeve nekrotike të cilat depërtojnë në thellësi të ndryshme, gjë e cila varet nga kohëzgjatja e presionit në atë vend. Ndryshimet ireverzibile mund të shfaqen që pas dy orëve të presionit të pandërprerë.

Edhe pse për ulkuset kompresive flitet si për ndryshime kronike, ato gjithsesi se kalojnë nëpër fazën e tyre akute, që nënkupton: skuqjen për shkak të presionit, fazën e enjtjes dhe paraqitjen e fluskave, cianozës dhe nekroza fillestare e indeve. [Hančević J 2003]

2.2 Klasifikimi

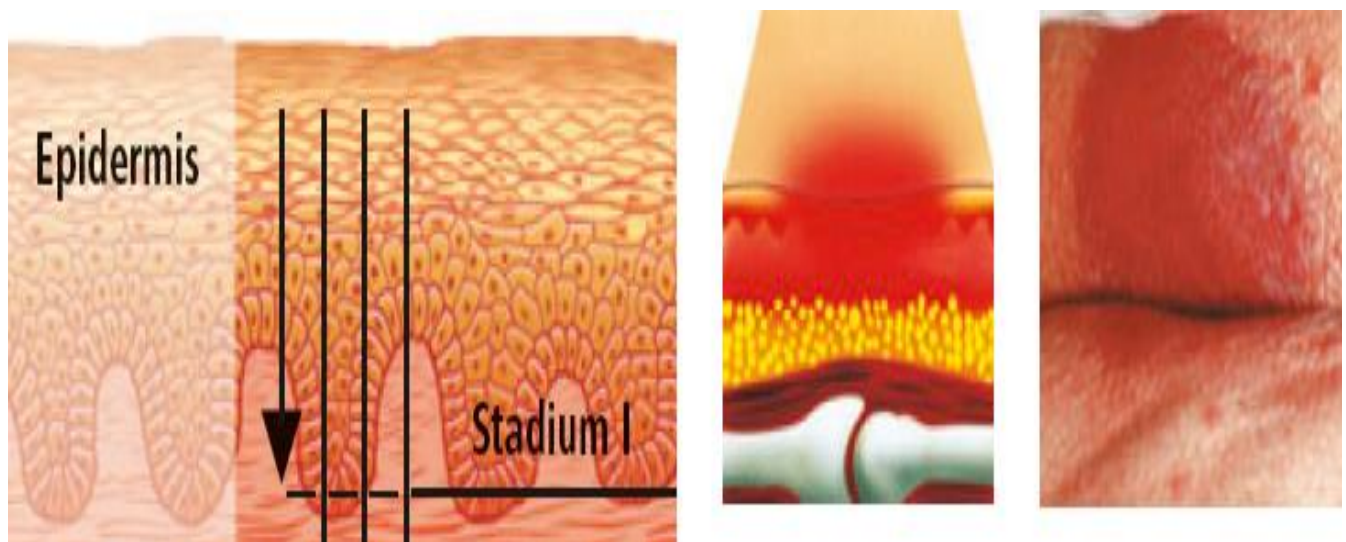
Klasifikimi i dekubitusëve është i nevojshëm me qëllim të identifikimit të madhësisë së tij.

Kjo është me rëndësi për planifikimin e terapisë dhe shërimit.

Dekubituset ndahen nëkatër stadione varësisht nga thellësia e indit të dëmtuar . [Hančević J. 2003]

Stadiumi I

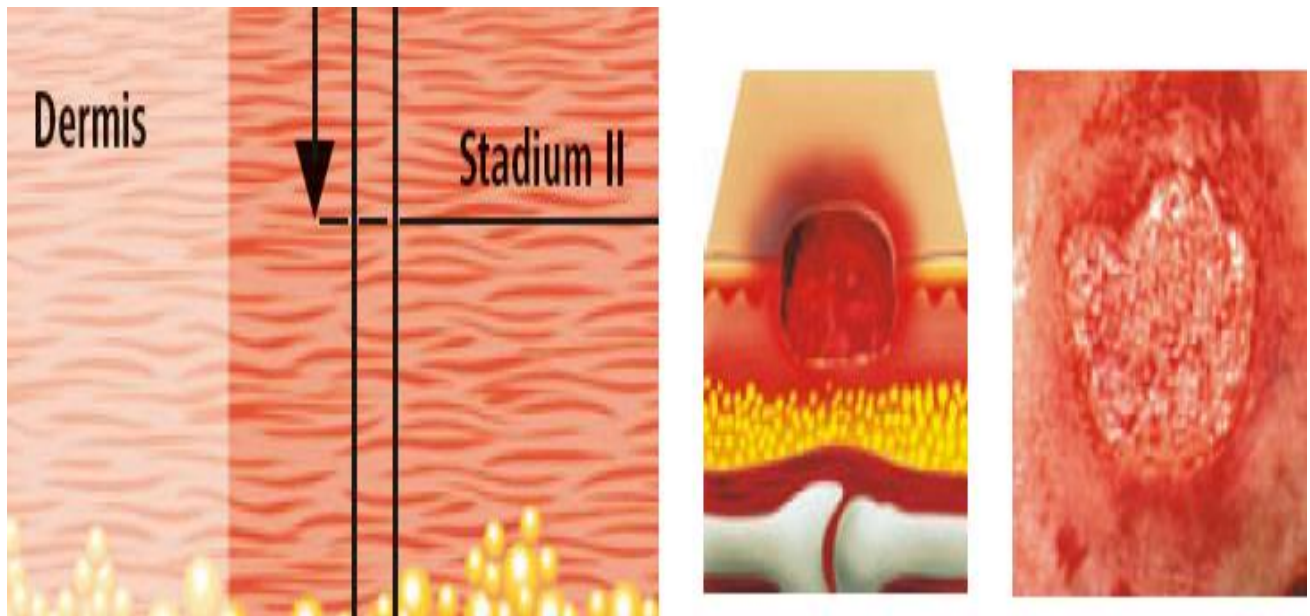
- Konsistenca e indeve (solide, ngurtësim ose porozë , zbutje në palpim)
- Temperatura e lëkurës (lëkurë e nxehtë ose e ftohtë, skuqje e lëkurës)
- Sensibiliteti (dhimbje ose kuarje e lëkurës sëprekur)



Stadiumi II

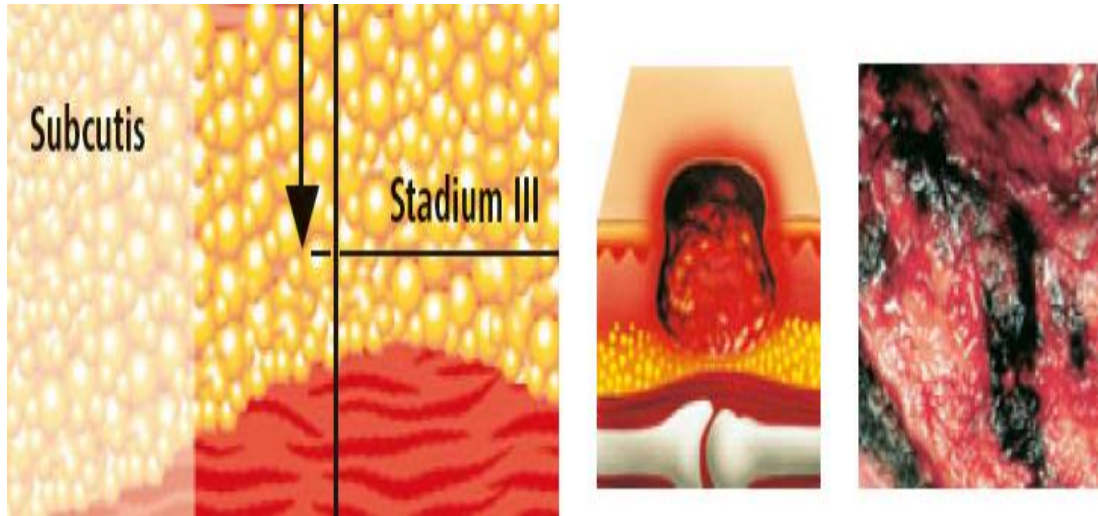
Në këtë stad kemi humbjen e pjesëshme të trashësisë së lëkurës.

Klinikisht lëkura paraqitet me një zonë me fluska(bulla) ose grryerje të lehta. [Hančević J. 2003]



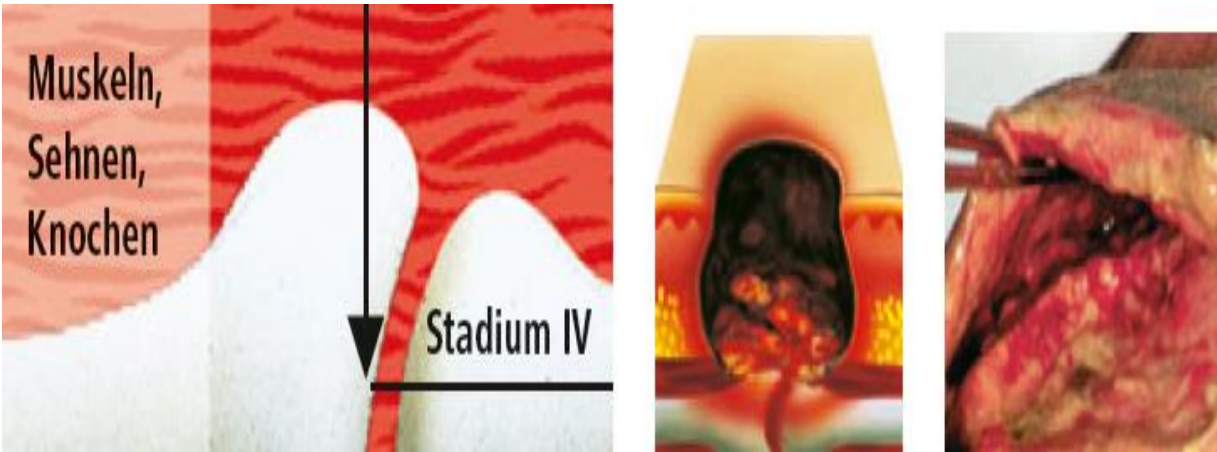
Stadiumi III

Humbje e lëkurës me dëmtim- nekrozë të indit yndyror, subkutan i cili mund të shtrihet deri te fascia lëkurore. [Hančević J.2003]



Stadiumi IV

Zona e indit të dëmtuar zgjerohet në shtresat nënlëkurore :fascie, muskuj dhe kocka. [Hančević J.2003]



2.3 Shenjat klinike të dekubitusit

Prania e bakterieve ose e organizmave të tjerë shkakton infektimin e plagës. Produkti bakterial dhe indi i shpërbërë krijojnë një kundërmim, rrjedhje të përmbajtjes purulente, gjë e cila bën destruimin e indeve dhe ka për pasojë deficitin proteinik, aneminë, ndryshimet e temperaturave dhe përkeqsimin e gjendjes së përgjithshme. Ndryshimet makroskopike janë të dukshme pas disa ditësh në formë të një të enjturë të vogël, krahas skuqjes dhe gjakderdhjes së pakët të cilat progresojnë në fushë më të mirë të kufizuar të nekrozës e rrethuar me një zonë të ngushtë të kuqremtë. Me kalimin e kohës kjo zonë kufizuar zgjerohet drejt lidhjeve muskulare.

Produkti bakterial dhe indi i shpërbërë krijojnë një kundërmim, rrjedh të përmbajtjes purulene, gjë e cila vetvetiu bën destruimin e indeve dhe ka për pasojë deficitin proteinik, anemone, ndryshimet e temperaturave dhe përkeqsimin e gjendjes së përgjithshme.

Procesi suprativ mund të zgjerohet përgjatë fascial dhe në vende të largëta në zgavrën shkëmbyese të kyqeve/nyjeve, përmes kapsulave destruar të nyjeve, duke shkaktuar artritisin septik ose destruksionin e nyjes/kyqit. Mund të shfaqen edhe komplikime shtesë: septikemija dhe vdekja. [Hančević J 2003]

Shenjat klinike janë:

Lëkura e zbehur dhe e thatë në vendin e presionit (për shkak të qarkullimit të dobësuar të gjakut).
Skuqje edhe enjtje e lëkurës.

Njolla e cila zgjerohet për rreth dhe vezikula.

Vezikula e shëndrruar në fluskë (bulla).

Lezioni/plaga e cila depërton edhe deri te ashti. [Hančević J 2003]



Figure 1 Dekubitusi në thembër

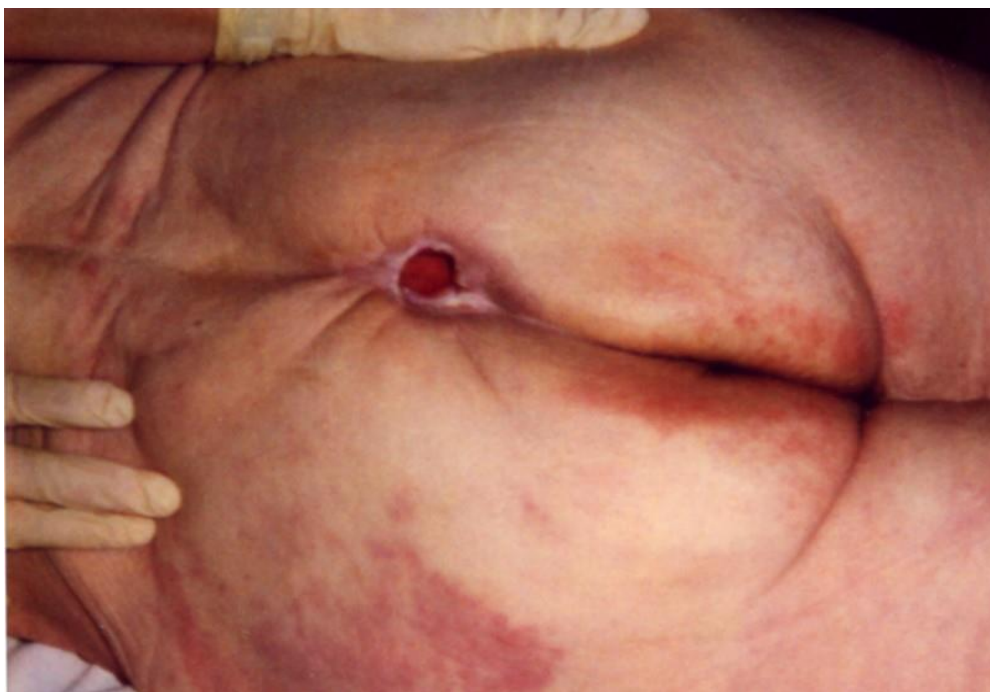


Figure 2 Dekubitusi në pjesën e pasme të trupit

2.4 Patofiziologjia

Presioni të cilin pesha e trupit e ushtron në bazë, shpesh është më i lartë se presioni i gjakut në enët më të vogla të gjakut – kapilare, e që është rreth 32 mmHg. Te personat me ndjesi normale, të lëvizshëm dhe me funksione mentale të rregullta, nuk ka shfaqje të dekubituseve. Informacionet që arrijnë nga pjesët e tjera të trupit të ekspozuara ndaj presionit, sjellin deri te ndryshimi i vetëdijshëm apo i pavetëdijshëm i pozitës së trupit, gjë që është mjaftueshme për parandalimin e dëmtimit të indeve.

Personat që nuk janë të aftë për të parandaluar presionin e zgjatur dhe të pa ndërprerë, i nënshtrohen rrezikut për të pësuar dekubituse. Rëndom kjo ndodhë te pacientet të cilët janë në moshë të shtyer, që kanë problem neurologjike dhe te të cilët për shkak të sëmundjes akute janë pranuar në spital. [Konjhodčić F.1990]

Nuk mund të lëvizë pa ndihmë

Pas intervenimit kirurgjik

Ka sëmundje të rëndë

Qëndron për kohë të gjatë në shtrat apo karrocë. [Braden 2012]

2.5 Mekanizmat themelore të shfaqjes së dekubitusit

Presioni: Faktori kryesor në shfaqjen e dekubitusit është presioni

Presioni e zvoglon qakullimin në atë pjesë të plagës dhe ushqyeshmërinë e indit.

Presioni i jashtëm në inde shkakton presion dhe distorzion të enëve më të vogla të gjakut.

Për këtë arsye lëkura dhe indi nënlekuror fillon të vdes dhe kështu shkaktohet plaga. [Konjhodžić F. 1990]

Tërheqja:Tërheqja ndodh kur pacienti nuk mund të lëvizëvetë dhe rreshqet poshtë krevatit ose karriges.Forca e tërheqjes sjellë deri te shtrengimi ose heqja e enëve të vogla të gjakut , ku vie deri te ndërprerja e sjelljës së gjakut dhe te iskemia me pasojë, dhe nëse iskemia zgjatë, vie deri te demtimi endotelijal , shfaqet trombozë edhe vie deri te vdekja e qelizave . [Konjhodžić F. 1990]

Fërkimi: Fërkimi është forcë e cila krijohet në mes të lëkures për qarshafë.

Me këtë mekanizëm shfaqet lendimi sipërfaqësor qëështë nxerrja e epidermisit . [Konjhodžić F. 1990]

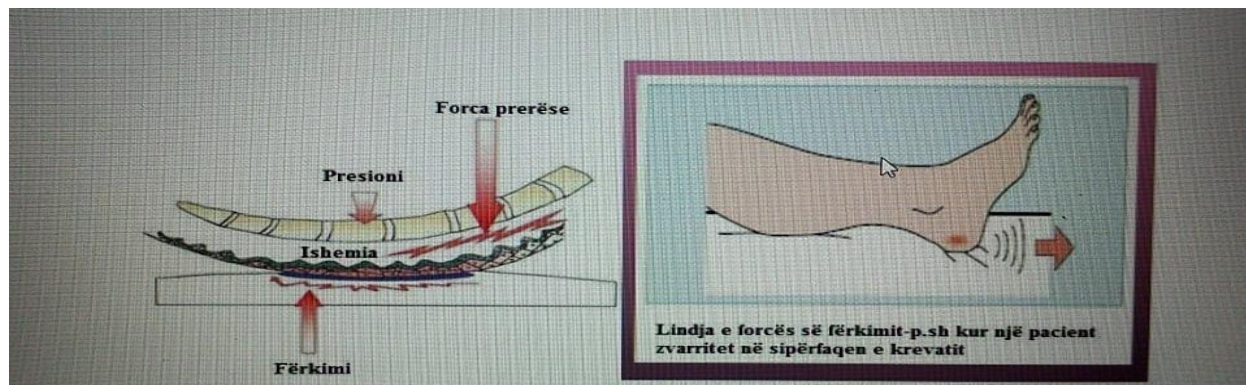


Figure 3 Paraqitet se si rezulton forca e fërkimit

2.6 Diagnostifikimi dhe shërimi

Vlerësimi i të sëmurit është njeri nga hapat e parë në fillim të shërimit të dekubitusit. Janë shumë faktorë që merren në konsideratë: gjendja fizike dhe psiko-sociale, terapia paraprake medikamentoze, nëse pacienti është duhanpirës, konsumues alkooli dhe i drogës, stili i jetës, aktivitetet seksuale, statusi nutritive, dekubituset e mëhershëm eventuale, ndjenja e dhimbjes dhe komplikime eventuale.

Kujdes i veçant i kushtohet mobilitetit, forcave të rrëshqitjes dhe ferkimit, të cilat janë reduktuar në masën më të vogël të mundshme, lagështisë së lëkurës, zvoglimit të lëvizshmërisë dhe ndjeshmërisë, problemeve të qarkullimit, statusit mental, ushqyeshmërisë së pacientit, analizave laboratorike të gjakut dhe urinës, lëngjeve trupore, inkontinencës urinës dhe fecesit dhe faktorëve psikologjik.

Andaj, secili puntorë medicinal duhet të dijë të vrejë dhe shenojë këto të dhëna: në cilën pozitë i sëmuri qëndron më gjatë ulur apo shtrirë, a është inkontenent, a ka diabet ose probleme me qarkullimin, a mere barna sedative, a është me kufizim të lëvizjeve, a e ka ruajtur apo zvogëluar senzibilitetin, ku dhe në cilat pjesë të trupit, si e ka presionin e gjakut, a ka dehidrim të sëmurit, a ka shenja të nderzës, a ndjehet aromë e pakëndshme prej dekubitusit, të dhënat për tensionin, temperaturë të lartë dhe skuqje rreth ulkusit, a ka shenja të pengesave psiqike dhe konfuzione. [Vlajić E.2008]

2.7 Etiologjia

Janë shumë faktorë që ndikojnë në shfaqjen e dekubituseve, mirëpo presioni i cili shkakton iskemine është mekanizmi bazik. Indet janë të afta për të përballuar presion të madhë nëse zgjatë shkurtë, mirëpo presioni i zgjatur, pak mbi kapilar shkakton një zinxhirë të ngjarjeve spirale, të cilat shpiejn drejt ulcerimit . [Vlajić E.2008]

Ndër faktorë tjerë që e shkaktojnë dekubitusin janë edhe këta dy faktorë:

Faktorët e jashtëm (ekzogjen)

Faktorët e brendshëm (endogjen)

Faktorët e jashtëm ose ekzogjen:

Shtirirja për kohë të gjatë dhe në shtrat të fort dhe të pakëndshëm

Ferkimi për shkak të lëvizjës

Lagështija nëçarçaf dhe shtrojë (nga tajitjet e trupit, ndjersëve, qelbit ,gjakut)

Kontraktura e nyjeve, spasciteti i muskulaturës në vendet predilektare . [Vlajić E.2008]

Faktorët e brendshëm ose endogjen

Sëmundjet kronike

Sëmundjet e ndryshme(diabetes mellitus,sëmundjet vaskulare periferike, sëmundjet pulmonare obstructive kronike ,sëmundjet vaskulare si vaskuliti,ç'rregullimet kongjестive të zemrës, parezat dhe paralizat për shkak të ndjeshmërisë në disa pjesë të trupit).

Ushqimi i dobët, hipoproteinemia dhe anemia shtojnë vullnerabilitetin e lëkures dhe zgjasin kohën e shërimit të plagës.

Kontaminimi bakterial për shkak të trajtimit joadekuat të lëkurës . [Vlajić E.2008]

Faktori më i rëndësishëm etiologjik është presioni tejë mase nën efektin e te cilit gjatë 1-2 orëve mund të vie deri te ndryshimet në vendin e shtypur. Presioni është më i lartë përmes eshtrave dhe gradualisht bie drejt periferisë. Për këtë arsye zonat më të mëdha të iskemisë së indeve do të jenë mes eshtrave dhe lëkurës. Përveq presionit në formimin e dekubitusit rol të qensishëm kanë edhe gjendja e përgjithshme e pacientit, infeksionet, uria dhe pafuqia/plogështia. [Vlajić E.2008]

Në fillim të dekubitusit paraqitet iskemia e kufizuar e indit dhe ushqyeshmëria e dobësuar e indit. Lëkura në atë vend nekrotizon së pari në sipërfaqe, kurse më vonë në shtresat e thella porsa zona nekrotike të kufizohet mirë ndaj rrethit, duhet hequr nga indi i shëndoshë. Pasi që të zhvillohet infeksioni në vendin e rrezikuar, është e nevojshme të menjanojmë të gjitha indet të cilat janë atakuar me gangrenën e lëngshme. Rrafshinën e plagës e lajmë me peroksidin e hirogjenit 3%, me tretjen e Dakin-it ose me rivanol. Në plagë vendoset gaza e lagur me tretje të NaCl 10% apo me Debrisan. Lidhja e tillë ndërrohet nga disa herë në ditë. Porsa të konstatohet që plaga dekubitale është pastruar, e aplikojmë te plagët e vogla dhe sipërfaqësore tretjen e merkurit 2%. Disa preferojnë mjekimin me yndyrna të cilat ngacmojnë formimin e granulacioneve. Plagët më të mëdha dekubitale kërkojnë mjekimin kirurgjik- plastik. Për mjekimin e dekubitusit vlerë të madhe kanë larjet dhe ushtrimet për të provokuar qarkullimin sa më të mirë të gjakut. Ushqimi duhet të ketë kalori të madhe dhe i pasur me vitamina.

Të sëmurët me anemi, me hipoproteinemi dhe të dobësuarve herë pas here iu dhëjmë transfuzion të gjakut.

Plagët dekubitale të lëna pas dore dhe të zgjatura për një kohëtëgjatë sjellin përfundimisht deri te sepsa për shkak të infeksioneve sekondare.

Faktorët e rrezikut për zhvillimin e ulcerave dekubitus duhet të vlerësohen në kohën e kontaktit të parë të mjekut me një pacient të palëvizshëm, ose sa më shpejt që gjendja e pacientit të përkeqësohet; kjo është një parakusht për parandalimin në kohë. Pasi të jenë vlerësuar rreziqet, masat terapeutike duhet të ndërmerren në bazë të profilit të rrezikut individual të pacientit, me theks në inkurajimin aktiv të lëvizjes dhe lehtësimin pasiv të presionit përmes ndryshimeve të shpeshta të pozicionit. [Epub 2010]

2.7.1 Ku shfaqet dekubitusi

Dekubitusi shfaqet atëherë kur lëkura pëson presion më të madhë në vendet predilekcionuese (promineccat kodrore).

Në regjionin e okcipitumit të kokës.

Në pjesën e shpatullave (në shpinë)

Përgjatë pjesës sakrale të boshtit kurrizorë

Regjionin e nyjes sëbrrylit, kofshëve, gjunjëve (ana e jashtme dhe e brendshme), thembrat dhe nyjes së këmbës . [Vlajić E.2008]

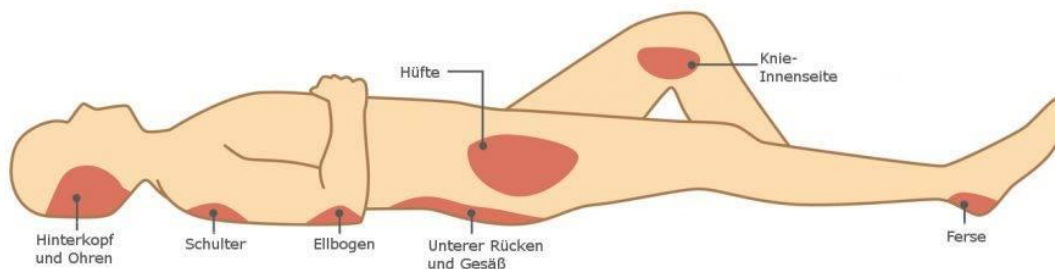


Figure 4 Vendet predilaktive - pozicioni ne sup/shpine

Dekubitusi mund të shfaqet në pjesë të ndryshme të trupit, por disa vende janë të rëndomta për shfaqjen e tyre.Regjioni i kofshëve dhe i të pasmëve janë vendet më të shpeshta ku shfaqen dekubituset. Prijnë pjesa e kyqit, pjesa ulëse dhe kofsha(trochanter). Ekstremitetet e poshtme janë ne vendin e dytë për nga frekuenca edhe atë kyqin e këmbes, thembrat, gjunjët dhe kërcëjt.

Më pak se 10% e dekubituseve shfaqen në cilën do pjesë tjetër të trupit, ku ka zgjatje te mjaftueshme të presionit. Duhet theksuar hundën, mjekrrën/nofullën, ballin, qafën, gjoksin/krahrorin, supet, llëren.Nuk ka pjesë të trupit që është immune ndaj efekteve të presionit. Dekubituset random janë pjesë eshtrorë të trupit, në ato vende, ku eshtrat janë sa mëafër sipërfaqes dhe ku lëkura është e shtypur në bazë të fortë diqka si karrike ose shtrati. [Vlajić E.2008]

Shtrirja në shpinë përfshinë këto pjesë të trupit:

Koka , llëra, pjesa e kyqit, thembrat, gishtat në këmbë

Shtrirja anash:

Veshi, pjesët temporale të kafkës, pjesa e supit, legeni, kofsha (trochanter), gjuri, kyqi i këmbës.

Në pozicionin ulur përfshinë:

Pjesa e kyqit, të pasmet, pjesa e pasme e thembrës, llërat, brryli, shpatulla.

Pjesët e trupit ku ka presion shtesë nga paisjet dhe veshjet :

Fasha elastike dhe qorapet elastike

Tubusi endotracheal

Kateteri

Veshjet elastike. [Vlajić E.2008]

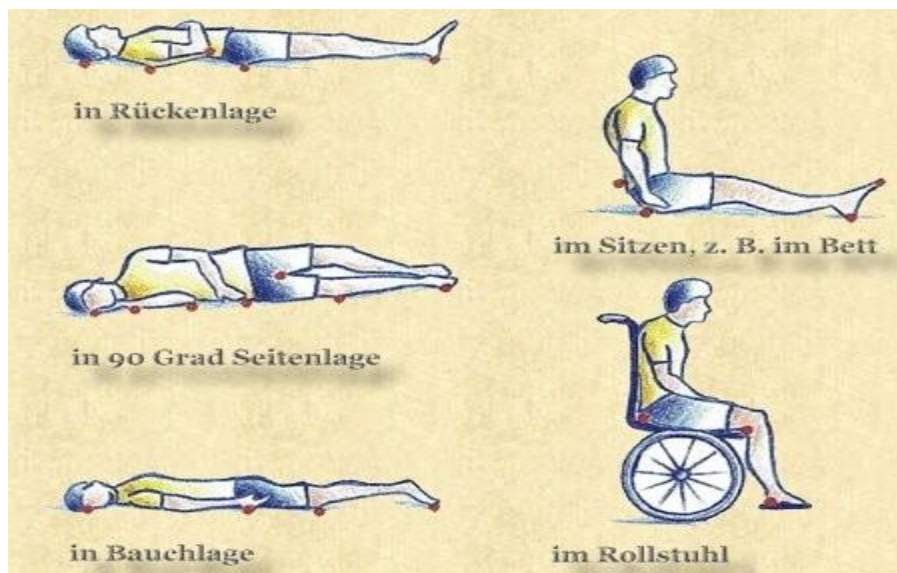


Figure 5 Vendet predilaktive në pozicione të ndryshme të trupit

2.7.2 Personat e rrezikuar nga dekubitusi

Pacientet të cilët janë në moshë të shyer, që kanë problem neurologjike dhe të cilët për shkak të sëmundjes akute janë të shtrirë në spital.

Nuk mund të lëvizë pa ndihmë

Pas intervenimit kirurgjik

Ka sëmundje të rëndë

Qëndron për kohë të gjatë në shtrat apo karrocë.

2.8 Trajtimi

Trajtimi për dekubitus mund të ndryshojë në varësi të stadiit në të cilën ndodhet dekubitusi. Dekubitusi në stadin e parë dhe të dytë zakonisht shërohet brenda disa javësh deri në disa muaj me trajtim konservativ. Dekubitusi i stadiit të tretë dhe katërt është më i vështirë për tu trajtuar dhe kërkojnë trajtim kirurgjikal. [Gradinac M. 2007]

Për trajtimin e dekubitusit shfrytëzohen dy qasje themelore:

Trajtimi sistemor (I përgjithshëm)

Trajtimi lokal që mund të jetë konservativ ose kirurgjik

2.8.1 Trajtimi sistemor

Qasja në trajtimin e dekubitusit varet nga thellësia e dekubitusit, shkaktarit të tij, lëndimeve përcjellëse dhe sëmundjet e më parshme, mosha e pacientit, gjegjësisht gjendja e përgjithshme e pacientit. [Gradinac M. 2007]

Me trajtim sistemor nënkuptohet:

Trajtimi i anemisë –feropreparatet dhe transfuzioni

Menjanimi i spazmes- terapia fizikale dhe medikamentoze

Menjanimi i presionit – ripozicionimi i pacientit. [Gradinac M. 2007]

2.8.2 Trajtimi lokal

Trajtimi konservativ

Shërimi i dekubitusit nënkupton qasje multidisciplinare, që përfshinë ekipin e mjekëve të specializimeve të ndryshme: Kirurg, Angiolog, Dermatolog, Internist(Kardiolog, Endokrinolog), Urolog, Neurolog, Fiziater dhe Infermiere. Rëndësi të veçantë ka infermierja, e cila krahas që merret me kujdesin ndaj të sëmurit, zbaton edhe masat parandaluese. Gjatë shërimit konservativ duhet përmendur gjithsesi shpërndarjen e presionit në zonat kritike duke nënvendosur jastëk, aplikimin e fushave në vendet e rrezikuara, aplikimin e shtretërve special antidekubitus dhe ndërrimi i pozitës së pacientit. Dekubitusët më të vegjël mund të trajtohen në entet e mbrojtjës shëndetsore primare. [Gradinac M. 2007]

Trajtimi konservativ përfshin:

- Kujdesin e plagës;
- Dehidrimi i indeve nekrotike;
- Optimizimin e nutricionit;
- Çlirimin e presionit;
- Minimizimi e spasticitetit muskular.

Kujdesi duhet të drejtohet në menaxhimin mjekësor të gjendjeve kronike të tilla si:

- Kontrolli i diabetit dhe hipertensionit;
- Stabilizimi i problemeve periferike vaskulare;
- Ndërhyrjet për të përmirësuar faktorët e rrezikut.

Kjo mund të realizohet nga personeli i kujdesit parësor dhe nënspecialist (mjeku i përgjithshëm, mjeku endokrinolog, mjeku specialist i sëmundjeve vaskulare) në bashkëpunimi me personelin ekujdesit parësor. [McInnes E, Dumville JC, Jammali-Blasi A, Bell-Syer SE 2011]

Vatat hidrokoloide dhe alginale

Përdoren në mënyrë bashkohore të trajtimit të dekubitit . Me përdorimin e rregullt të tyre mundësojnë që plaga të mbahet e lagësht si dhe mbylljen e plagës pa macerimin e zgjeruar të lëkurës.

Sipas aftësisë së saj të krijimit apo të absorbimit të lagështisë në plagë, dallojmë tri tipe të mbështjellësve:

Hidrogelet- mjetet të cilat krijojnë dhe absorbojnë lagështinë

Hidrokoloidet – mjete të cilat krijojnë dhe absorbojnë lagështinë

Alginate dhe hidrofiberiket – mjete të cilat absorbojnë sasinë tepër të lagështisë nga plaga.

Në treg janë në shitje mjetet e prodhuesve të tjerë me emra të mbrojtur sic janë: Suprasorb, Kaltostat, Carboflex dhe të ngjajshme.

Para fillimit të caktimit dhe të aplikimit të llojit dhe të tipit të mbështjellësve duhet bërë:

- Klasifikimin e plagës

- Vlerësimin dhe statusin e plagës

- Përzgjedhja e fashës/mbështjellsit për të cilën është domosdoshme të njihet mekanizmi

i veprimit/efektit, indikacioneve dhe mënyrën e përdorimit . [Huljev D. 2006]

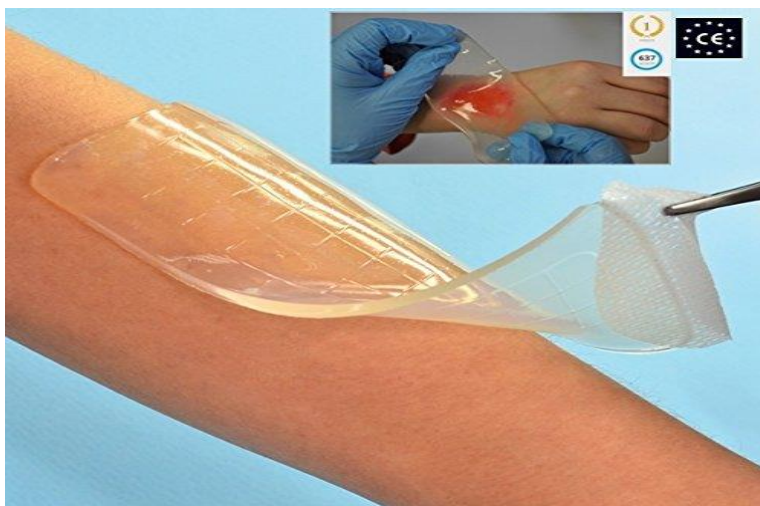


Figure 6 Kompresa sterile hidrokoloitale

Terapia me dritë

Është dëshmuar se kjo mënyrë e shërimit me dritë e lehtëson mbylljen e plagës. Shërimi me dritë jep efekte pozitive në gjithë trupin, edhe me gjithë aplikimin e tij lokal.

Teknologjia moderne mundëson prodhimin e aparateve medicinale që rrezatojnë: dritën e polarizuar, polikromatike dhe jokohërente, dritë me energji të ulët dhe me dendësi konstante.

Rrezatimi rregullon transportin e joneve dhe shton ushqyeshmërin e qelizave, dhe vepron në membranat qelizore.

Përshejton regjenerimin e indeve përmirësimin e metabolizmit e trofisë. Ka efekt analgjetik(menjanon dhimbjet) dhe ka efekt të lehtë. [Huljev D. 2006]



Figure 7 Aparati për terapi me dritë –BIOPTRON-2

Terapia V.A.C. (Vacuum Assisted Closure)

Është njëra ndër terapit më të rëndësishme në trajtimin e shërimit të plagëve dhe është pjesë integrale e shërimit të dekubitusit si dhe të plagëve të tjera kronike, ndërkaq përdoret edhe në shumë klinika ane e kënd botës.

Kjo terapi e përmirëson përfuzionin e indeve (perfuzioni në plagëe rritur për 30% ndërkaq nëindet rreth saj për 15%), shpie te krijimi i kapilarëve të ri (angiogjeneza e rritur për katër here), stimulon krijimin e indit granulativ, e zvoglonë edemin, dukshëm e zvoglon numrin e bakterieve në plagë (dhe MRSA), e menjanon tepricën e eksudateve (bashkë me citokinet me ndezje, radikalet e lirë, irituesit e indeve, toksinat dhe detritusin qelizorë), anadaj e bënë kontraksionin e plagës. Mbuluesi i shfaqur pas mbylljes së ulkusit të trajtuar në mënyrëkonzervative sipas rregullit është i kualitetit më të dobët, a gjëndrra të yndyrës dhe djersës, me shtresa të zhvilluara dobët dermale dhe subdermale, andaj është i domosdoshem trajtimi i gjatë me krema neutral.

Pjesa konzervative e trajtimitmund të shikohet si procedurë e ndarë me të cilën mund të rehabilitohen ulkusët e vegjël ose si përgatitje me qëllim që të kemi një plagë të pastër kirurgjike të gatshme për trajtim operativ. [Huljev D. 2006]



Figure 8 Aparati për terapi V.A.C (Vacuum Assisted Closure)

2.8.3 Trajtimi kirurgjikal

Lloji i kirurgjisë do të varet nga vendndodhja dhe nga kushtet e plagës.

Qëllimi i kirurgjisë përfshinë:

Përmirësimin e higjienës dhe pamjen e plagës

Parandalimin dhe trajtimin e infeksionit

Reduktimin e humbjeve të lëngjeve

Minimizimin e rrezikut për kancer. [Gradinac M. 2007]

Trajtimi kirurgjikal i ulqerave nga presioni përfshinë:

Pastrimin e plagës dhe mbylljen direkte të saj duke bashkuar skajet e plagës (mbyllje kirurgjikale)

Transplantin e lëkurës

Një shumëllojshmëri ndërhyrjesh rekonstruktive

Amputimin. [Gradinac M. 2007]

Trajtimi kirurgjik përbëhet nga përgatitja paraoperative e pacientit, intervenimit kirurgjik dhe trajtimi postoperativ të plagës kirurgjike.

Në trajtimin paraoperativ punohet në përmirësimin e gjendjes së përgjithshme të pacientit trajtimit të rregullt dhe të lidhjes së plagëve dekubitale. Për të pasur një pasqyrë për gjendjen e përgjithshme të pacientit bëhen edhe hulumtime klinike dhe merret gjaku për analiza.

Rëndësi e veçantë i kushtohet edhe proteinogramit, meqë për shkak të transudimit të lëngut indit nga plaga dekubitale vë rejt humbja e proteinave nga organizmi. Pacienti është në gjendje hipoproteinike që shpie te problemet dhe përhapja e dekubitusit ekzistues ndërkaq mbyllja dhe shërimi i plagës është minimale.

Rëndësi primare ka edhe ushqimi i pacientit, patjetër duhet të jetë me sasi të larta proteinike, me shumë kalori dhe e pasur me vitamina. Sasia ditore e proteinave duhet të jetë në 135gr në formëtëmishit , qumshitt dhe produkteve të tij. Rekomandohen proteina me origjinë shtazore. Të ushqyerit bëhet në mënyrë orale nëse është mundur, nëse jo atëherë plotësohet sonda nazogastrike. Nëse ushqimi ipet përmes sondes atëherë duhet pasur kujdes të veçantë që ajo të jetë në rregull nga aspekti higjienik.

Trajtimi paraoperativ nënkupton pastrimin e plagës, menjanimin e nekrozës dhësa më e shpeshtë. Që plaga e shkaktuar nga dekubitusi të trajtohet në mënyrë sa më të përshtatshme merret brisi nga plaga, meqë ndodhen shpesh që ulkusi kompresiv të jetë i infektuar me bakterie që shkaktojnë shpërbërjen e indeve, formimit të përmbajtjes purulente, aromes kundërmuese i cili vazhdimisht vepron në mënyrë destruktive në indet për rreth dekubitusit.

Bakteriet të cilat kanë paraqitje më të shpeshtë dhe që shkaktojnë infeksione janë: Staphylococcus aureus, Actinobacter, Proteus mirabilis, Pseudomonas aeruginosa. [Gradinac M. 2007]

Kohëve të fundit një problem të madhë po paraqet prania në plagët e dekubitusëve e Meticilinit një Staphylococcus aureus (MRSA) rezistent mënyra kryesore e bartjes së MRSA nëpër spitale është nga pacienti në pacient përmes duarve të personelit mjekësorë, dhe me këtë mikroorganizmat barten pas kontakteve të drejtpërdrejta me pacientin ose përmes kontaktit me materialin e infektuar. Në raste të këtilla duhet patjetër zhvilluar dhe aplikuar masa specifike lokalisht të aplikuara në menjanimin e infeksionit.

Kontaminimi me i rëndë mund të shmangët përmes trajtimit dhe ndërrimit të shpeshtë të fashave/gazeve dhe kështu për 2-3 orë deri te pakesimi i numrit të baktrive në një sipërfaqe të

caktuar me ç'rast vendoset baraspesha e mekanizmit normal të reparacionit fagocitik(përtrirjes së indit).

Lidhja e plagës me gaza dhe fasha bëhet me hidrogjen 3%, solucionin fiziologjik dhe me tretësin e povidonit krahas dezinfektimittëgjerë për rreth plagës, për ta zvogluar kështu burimin e kontaminimeve sekondare. Nëse indi është nekrotizuar është me rëndësi që të hiqet, madje edhe pjesë të ashtit (nekrektomia). Dëmtimet e shfaqura të rekonstruktohen me feta nga muskujt dhe lëkura për rreth indit te rekonstruktuar. Arealet nekrotike e indeve duhet hequr për më shumë arsye. Nën indin nekrotik vie deri te zhvillimi i bakterieve patogjene, nuk mund të konstatohet shkalla e thellësisë së ndryshimit të indit të kapluar nga nekroza dhe se plaga nuk ka mundësi të fillojë të shërohet dhe të mbyllet.

Sipas rregullit heqja e indeve nekrotike bëhet në Klinikën e Kirurgjisë për shkak të mundësisë së gjakderdhjës dhe nevojës për ndërprerjen e saj. Në entet shëndetsore dhe në kujdesin shtëpiak shfrytëzohet metoda e debridmanit.

Heqja e indeve nekrotike bëhet nërepartin kirurgjik për shkak të mundësis së gjakderdhjës dhe nevojës për ndërprerjen e saj. [Gradinac M. 2007]

Plaga trajtohet me kremë bakteriostatike, silversulfadiazinin (derma-zin) i cili shërben si debriman enzimik dhe parandalon invazionin e mikrobeve për një periudhë më të gjatë, ngase mund të penetroj në thellësi të plagës. Nëse nuk kemi paraqitje të nekrozës, me këtë rast plagën e tillë lidhim me solucionin e rivanolit ose me antibiotik lokal sipas antibogramit. Para ndërhyrjes kirurgjikale pacientin duhet planifikuar dhe përgatitur patjetër për shtrirje në pozitën e caktuar, më së shpeshti të shtrihet në pozicionin barkas.

Metoda rekonstruktive nuk do të aplikohet gjithnjë deri sa nuk stabilizohet gjendja e përgjithshme e pacientit dhe deri sa ulcerimi nuk i tregon këto shenja të përmirësimit:

- Se nuk ka inde nekrotike.
- Shfaqja e indit të shëndosh granulativ.
- Rënia e pjesës më të madhe të ulkusit dhe përparimi anash plagës i epitelizacionit.

Kujdesi postoperative – fillon menjëherë pas daljes së pacientit nga salla e operimit duke e vendosur në pozitë të përshtatshme, duke ia bërë kontrollin e parametrave vital, drenazhes

sukcionale dhe diurezën. Pacienti duhet të jetë i shtrirë në çarçafe të shtrenguar mirë dhe të thatë në shtratin anti dekubital krahas ndrrimit të pozicioneve.[Gradinac M. 2007]

Në tri javët e para pacienti nuk guxon të qëndroj i shtrirë në anën e operuar, ndërkaq gjatë javës së katërt në këtë pozicion mund të qëndroj deri në dhjetë minuta. Kjo periudhë zgjatet gradualisht nga pesë deri në dhjetë minuta pas qdo dite, krahas kontrollit të rregullt të dekubitusit.

Drenazha sukcionale vendosur mbahet se paku 7-10 dite, ndërkaq nëse nuk ka shenja të iritimit lokal mbahen dy javë.

Roli i Infermierës gjatë trajtimit postoperativ është i rëndësishëm në ofrimin e kujdesit adekuat dhe po ashtu në ofrimin e ndihmës psikike të pacientit gjatë trajtimit. Zona e operuar kërkon një kujdes të veçantë gjatë tërë jetës. Pacientin duhet edukuar për të gjitha masat parandaluese të cilat duhet të ndërmerret ai për të mos ardhur deri te shfaqja e dekubitusit të ri.[Gradinac M. 2007]

2.9 Komplikimet

Komplikimet të ulcerimit dekubital janë shumë të shpeshta dhe të shumta në numër. Gjatësia, gjerësia dhe thellësia e dekubitusit mund të rritet. Te plagët e thella mund të paraqiten tunele mes shtresave të muskujve, yndyrësve dhe eshtrave. Ky fenomen është emërtuar si ndjekje (tracking).

Shumicën e kohës në parandalimin e rritjes së dekubitusit duhet kushtar në zgjidhjen e shpejtë të dekubitusit. Në rastet kur kjo është pamundur atëherë terapia kirurgjike është vetmja terapi që duhet përdorur.[Gmajić R. 2008]

Komplikimet e përgjithshme janë:

Infeksionet : Dekubituset kemi infeksionet të shpeshta të lëkurës dhe plagës. Kur kemi plagë të thella infektimi arrijn deri në eshtra. Ndodhë që ky infeksion të përhapet edhe në sistemin e gjakut. Kjo mund të parandalohet duke i mbajtur dekubituset të pastër.

Anemia: anemia paraqitet te dekubituset e mdhenjë e të thellë të cilët nuk ka sekretim të mjaftueshëm. Kjo e ngadalson shërimin e plagës.

Gjurmët: Krijimi i gjurmëve është dukuri e shpeshtë pas shërimit të dekubitusit. Ky ind me gjurmë të tilla më lehtë dëmtohet se sa lëkura pa gjurmë meqë ka një furnizim të dobët me gjak. Indi me

gjurmë është edhe më pak elastik se sa lëkura dhe dukshem mund ta zvogëloj mundësinë qarkullimit/ lëvizjes. Mënyra e vetme e parandalimit të gjurmëve të tilla është parandalimi i shfaqjes së dekubusit.

Komplikimet që shfaqen në fazë pas operimit janë:

-Infektimi I plagës me c'rast duhet bërë bakteriogramin, shpërlarjen e plagës dhe terapi sipas antibiogramit.

-Serom për shkak të debridmanit joadekuat ose të ekzistimit të hapsirës së vdekur

-Dehiscencioni i plagës te pacientët hipoproteinemik dhe me mungesë të ushqimit

-Nekroza parciale e nekrozës

-Hematomi

-Rekurenca- shfaqja e sërishme e ulkusit kompresiv.

Kemi edhe komplikime të tjera si: depresioni, flebotromboza, embolia e mushkërive, uroinfeksioni, spazmet e fuqishme dhe hiperrefleksioni autoimunar. [Gmajić R. 2003]

2.9.1 Masat Parandaluese

Kushti themelor për parandalim efikas është që të gjithë pjesmarrësit në ekip të kenë edukim përkatës. Janë të njohura metodat të cilat mundsojnë zvoglimin e presionit ose reduktimin e tij maksimal, si dhe një varg metodash ndihmese (ushqimi, trajtimi i lëkurës etj) me të cilat arrihet reduktimi i dukshëm i faktorëve të rrezikut. I një rëndësie të njëjtë është edhe zhvillimi i kontakteve të pacientit dhe personelit mjekësorë. [Triller C. 2008]

Veprimet parandaluse mund të ulin rrezikun e pacientit për të shfaqur ulqera nga presioni. [NPUAP, EPUAP 2012]

Në parandalimin e ulkusit dekubital duhet respektuar këto rregulla:

- 1.Reduktimin e presionit.
- 2.Shkurtimi i kohës së presionit në zonën kritike.
- 3.Rritja e tolerances ndaj iskemisë.

Ndryshimi i pozicionit:

Rrotullimi i pacientit është qelsi i parandalimit të shfaqjes së dekubituseve. Rrotullimi duhet t'i përshtatet secilit pacient edhe atë në bazë të gjendjes së përgjithshme të pacientit. Rrotullimi nuk bënë të bëhet në një renditje kohore të rrept, por ajo duhet të i përshtatet secilit pacient dhe atë në bazë të gjendjes së përgjithshme të pacientit dhe të rezultateve të inspektimit të lëkurës.

Nuk ekziston ndonjë interval kohor optimal për rrotullimin e pacientit. Koha mes dy rrotullimeve është intervali prej 2 orëve, mirëpo ky interval mund të jetë më i shkurtër ose më i gjatë se kjo periudhë.

Reduktimi i presionit po ashtu ka rëndësi shumë të madhe në parandalimin e shfaqjes së dekubituseve. Pajisjet për reduktimin e presionit janë:

Shtretërit antidekubital me presione (më i miri është shtrati me presion të ndryshueshëm të ajrit), jasteku si dhe përdorimi i sipërfaqeve mbështetëse. [Triller C. 2008]

Kujdesi i lëkurës / Inspektimi

Me kontrollin e rregullt të pjesëve më të ndjeshme të trupit bëhet zbulimi i hershëm i dëmtimeve fillestare të lëkurës, inspektimin e lëkurës duhet bërë vazhdimisht edhe atë më së paku një herë brenda ditës, ashtu që kontrolli të përfshijë sa më shumë vende predilaktike. Pacientët që janë të aftë dhe të vullnetshëm duhet inkurajuar që vetë të kontrollojnë lëkuren e tyre .

Gjatë inspektimit të lëkures nevojitet të dihen të gjitha ndryshimet të cilat paraqesin pasojat fillestare të presionit të stërzgjatur. Ato ndryshime janë: skuqja për kohë të gjatë, fluska, ndryshimi i ngjyrës së lëkures (humbja e ngjyrës), nxehtësia lokale, edem i lokalizuar dhe gungat (induracionet). Për parandalimin e dekubituseve duhet të bëhet trajtimi i përditshëm i lëkurës duke larë dhe pastruar atë. Lëkura duhet të pastrohet me sapun të butë dhe me ujë të ngrohtë, shpërlahet dhe me pas fshihet me peshqir të butë dhe të thatë. Lëkura që është e ndjeshme ndaj lagështisë së tepërt mund të mbrohet me puder talk. Tharjes së lëkurës duhet ti aplikohet solucion.

Inspektimi i përditshëm i lëkurës është i rëndësishëm për identifikimin e zonave të ndjeshme të lëkurës apo për identifikimin e shenjave të hershme të dekubituseve nga presioni.

Pelqët shpesh kanë problem me lëvizjen dhe sëmundje tjera kronike. [Braden 2012]

Kontrolli i inkontinencës

Për të parandaluar lagështirën dhe ekspozimin bakterial të lëkurës duhet të menaxhohet inkontinenca urinare ose fekale. Faktori qenësor për shfaqjen e dekubituseve është lagështirë e lëkurës. Për të mbrojtur dhe ruajtur lëkurën duhet të zgjedhen materialet absorbuese e veshjeve të brendshme për të parandaluar lagështirën e shkaktuar nga inkontinenca duke shmangur kështu macerimin e lëkurës. [Huljev D. 2006]

Ndërhyrjet nutricionale:

Mjekët dhe dietologët mund të rekomandojnë ndryshime dietetike të cilat mund të ndihmojnë në përmirësimin e shëndetit të lëkurës së pacientit. Ushqimi i të sëmurit me dekubitus kronike jo në pak raste është edhe shkaku i deshtimit të të gjithë masave terapeutike. Pacientet duhet inkurajuar të marrin sa më shumë ushqim dhe sa më shumë lëngje. [Triller C. 2008]

Statusi nutritive ndikon në integrimin e lëkurës dhe të strukturave nënlëkulore. Mungesa e vitaminave dhe oligoelementeve mund të sjellë deri te rritja e rrezikut për zhvillimin e dekubituseve. Vitamina C është shumë e rëndësishme për sintezën e kolagjenëve, ndërsa vitamina A nevojitet për krijimin e qelizave të reja dhe enëve të gjakut.

Personat shumë të dobët dhe personat shumë të majmur i nënshtrohen rrezikut më të madhë për t'u sëmurë nga dekubituset. Mbikqyrja e statusit nutritive të pacientit, në kuadër të qasjes së gjithëpërfshirëse është praktikë mirë në parandalimin e dekubitusit. [Triller C. 2008]

Terapia fizikale:

Ushtrimet aktive dhe pasive mirëmbajnë tonusin e muskulaturës, elasticitetin e nyjeve dhe tonusin e enëve të gjakut ashtu që qarkullimi të stimulohet gjëe cila e "çliron indin nga iskemia". Përmes ushtrimeve bëhet parandalimi i kontraktimit të nyjeve, reduktohet spasticiteti i muskulaturës, dhe shmangen edhe të gjitha komplikimet e tjera të imobilizimit të prolonguar.

Është me rëndësi të theksohet inkuadrimi i pacientit në trajtimin e hershëm i cili zbatohet nën mbikqyrjen e fiziatrit. Në kuadër të planit rehabilitues, krahas fiziatrit është edhe fizioterapeuti dhe infermierët. Brenda 3 deri në 4 javë, mund të përdoret masazha manual me qëllim të zbutjes së gjurmëve postoperative që shpie deri te tërheqja e shpejtuar e edemit. Në nyje, në afërsi të zonës së operuar, mund të bëhen ushtrime të lehta.

Strategji tjetër parandaluse kundër zhvillimit të dekubitusit, duhet patjetër të jetë edhe edukimi i personelit mjekësorë dhe pacientit. Pacientët që janë të aftë dhe të vullnetshëm, duhet të jenë të informuar dhe të edukuar lidhur me parandalimin e zhvillimit të dekubitusit. Në këtë strategji duhet inkuadruar edhe personat të cilët kujdesën për pacientin. Njoftimet e shkruara gjithsesi se e

plotësojnë sqarimin me gojë. Procesi edukativ duhet të jetë dykahesh, ashtu që edhe përvojat e pacientëve dhe sugjerimet e tyre duhet respektuar. [Triller C. 2008]

Për personelin mjekësorë nevojitet program edukativ që duhet të përmbajë:

Njohjen e etiologjisë dhe të patologjisë së dekubituseve

Strategjinë e përgjithshme të shërimit

Njohja e mënyrës së shërimit

Bazat e kontrollit të dekubitusit

Bazat e eliminimit të infeksioneve

Bazat e trajtimit postoperative etj. [Triller C. 2008]

Pacientet dhe familjarët duhet të kenë njohuri për:

Faktorët që e shkaktojnë dekubitusin

Vendet në të cilat më së shpeshti shfaqet dekubitusi

Si ta kontrollojnë lëkurën. [Braden 2012]

2.10 Kujdesi Infermieror

Qëllimi i procesit të kujdesit infermieror është të sigurojë kujdesin nën ndihmën e pacientit dhe plotësimin të nevojave të tij, për të ruajtur dhe përmirësuar shëndetin, dhe kthimin e mirëqenjes së tij. Infermieria ka një rol shumë të rëndësishëm tek pacientet, pasi që është në kontakt të shpeshtë me ta. Prandaj sjellja e infermierës ndikon shumë të pacientët. Përkrahja e vazhdueshme dhe sjellja e mirë nga ana e infermierës, ndihmon pacientin që sa më lehtë të kalojë vështirësitë e tij me të cilat ballafaqohet gjatë mjekimit. [Gradinac M. 2007]



Figure 9 Kujdesi Infermieror

Procesi I kujdesit infermieror kalon nëpër 5 faza, siq janë:

Vlerësimi

Diagnoza infermierore

Planifikimi

Zbatimi

Vlerësimi përfundimtar

2.10.1 Vlerësimi fillestar

Vlerësimi fillestar i pacientit fillon me marrjen e një historie të plotë të informatave. Infermierja ka për detyrë të mbledh të gjitha informacionet (emrin, mbiemrin, gjinin, kushtet e jetesës për sëmundjet e mëparshme dhe historinë familjare, për të dhënat aktuale si gjendjen e tanishme të sëmundjes, kohën e shfaqjes së shenjave të para të sëmundjes, dhe për terapinë që përdorë apo ka përdorur). [Hančević J. 2003]

Infermierija gjatë vlerësimit fillestar, duhet të grumbulloje 4 lloje të dhënash:

Të dhënat subjektive- Në të dhënat subjektive përshkruhet paraqitja individuale e situatës prandaj ne si infermier i përshkruajmë vështirësit e paraqitura në kohën e tanishme që ne si infermier nuk mund ti shohim me sy por pacienti na i tregon.

Të dhënat objektive- Mund të themi se janë të dhëna të observueshme apo vëzhgues, që mund t'i shohim. Kemi përmendur se sëmundjet dekubitale manifestohen me iskemi, skuqje për shkak të presionit, enjtje e vogël, cianoz, nekroz fillestare e indeve.

Të dhënat historike- Pyete pacientin nese më herët ka patur ndonjë traum apo ndonjë sëmundje të rëndë, apo është hospitalizuar, po ashtu merret historia familjare.

Të dhënat aktuale- Përndryshe quhen të dhënat e tanishme që referojnë ngjarjet që po ndodhin në të tashmen. Dokumentojmë ankesat dhe gjendjen e pacientit na atë qastë. Nëse pacienti ka cianoze, enjtje të lëkurës, fluska, skuqje. [Hančević J. 2003]

2.10.2 Vlerësimi klinik - manifestimet klinike

Pacientët e palëvizshëm karakterizohen me një ose më shumë mekanizma patologjik në enët e gjakut, në strukturën selektore lëkurorë etj.

Manifestimet kardiovaskulare: Janë zakonisht të lidhura, me ndryshime në ritmin e zemrës, mendryshime në tensionin arterial etj.

Manifestimet skeletore: Te pacientët e palëvizshëm niveli skeletor është shumë i dobësuar gjë që epa mundëson lëvizjen e lirë të pacientit, pa ndihmën e të tjerëve.

Manifestimet e lëkurës: Lëkura është e dobësuar dhe e ndjeshme në lëndime, mundet të paraqitje skuqje e deri te plagët e ndryshme në atë pozitë që ka qëndruar i sëmuari dhe në atë që ka më pak muskuj si p.sh. pjesa e eshtrave, shpatullës, shpinës, thembrave, gjunjëve, e më rrallë në zgavrat e kokës.

Manifestimet gastrointestinale: Nganjëherë pa mundësia e marrjes së pozitës së dëshiruar mund të jetë e lidhura me refluksin gastrointestinal.

Manifestimet nervore: Te personat e moshuar mund të jenë të pranishme simptomat e dhembjes, të shkaktuara nga shumë faktorë. Receptorët e dhembjes, skaj nervor që transformon një stimul dhembje në masazh, transmetojnë informacionin "dhembje" nëpërmjet fibrave nervore të medulës spinale, në tru që lokalizon stimuli dhe e identifikon. [Hančević J. 2003]

2.10.3 Vlerësimi psikosocial

Qëllimi i vlerësimit psikosocial është për të marrë informacion rreth shkallës së gatishmërisë për të bashkpunuar e cila mund të pritët nga pacienti dhe të afërmit e tij/saj dhe qfarë mund të bëhet (psh nga intervista informuese, trajnimet, përdorimi i mjeteve të përshtatshme etj) për të siguruar respektimin ose zbatimin në përputhje me trajtimin dhe planin e kujdesit. [Hančević J. 2003]

Vlerësimi real i gjendjes psikosociale është i domosdoshëm, aspektet që duhet të vlerësohen janë këto:

Statusi mendor i pacientit (A është personi vigjilent, i orientuar në kohë, vend? A është konfuz, i shqetësuar apo nervozë?.)

- Shenjat e depresionit, niveli i ankthit
- Mjedisi / rrethi social
- Marrëdhënia e kujdesit të të afërmeve
- Mënyra e jetesës dhe problemet e lidhura me enticitetin
- Burimet e mundshme për trajtimin dhe kujdesin janë gjithashtu për tu vlerësuar, p.sh disponueshmërinë dhe kualifikimi e personave të specializuar për dhënien e kujdesit, burimet financiare, paisjet etj.

2.10.4 Diagnoza infermierore

Qëllimi i diagnozës infermierore, është hartimi dhe zhvillimi i një plani për kujdesin individual në mënyrë të tillë që pacienti dhe familja e tij të mund të përshtaten me ndryshimet që rezultojnë nga problemet shëndetsore. [Hančević J. 2003]

Qëllimet e kujdesit infermieror te pacientet me dekubit, përfshijnë:

Proteinogramin, skuqje për shkak të presionit, faza e enjtjes, fluskat, administrimi i terapjis, menaxhimi i dhimbjes, shenjat vitale.

Infeksionet

Temperatura e trupit

Lëkura e zbehur dhe e thatë në vendin e presionit

Dhimbja. [Hančević J.2003]

2.10.5 Planifikimi i kujdesit infermieror

Përcaktohen prioritetet, shqyrtohen problemet, vendosen qëllimet, ndërhyrjet.Pacienti duhet të këshillohet për mbajtjen e higjienës personale, të informohet për të gjitha procedurat e ndërhyrjes infermierore, dhe procedurat e tjera mjeksore si: për analiza, ekzaminime,intervenime.Të edukohet pacienti që të largojë të gjitha shqetësimet t'i tregohet se trajtimi që i bëhet ka për të ndikuar pozitivisht në gjendjen e tij. Të edukohet pacienti që të largojë të gjitha streset emocionale, dhe ti tregohet se duke mos ulur predispozitat për stres mund të shpien deri te përkeqsimi i më tutjeshëm i sëmundjes, dhe se trajtimi spitalor do të zgjatë. [Konjhodžić F. 1990]

Të merren masa për rregullimin e dhomës, ventilimin, ajrosjen dhe ndriqimin.

- Sigurimi i sasisë së nevojshme të të gjitha kërkesave ushqimore;
- Zvogëlimi i rrezikut ndaj infeksioneve
- Zvogëlimi i rrezikut për dëmtime
- Përdorimi i terapisë adekuate
- Kontrollat te mjeku ti kryej me përpikmëri
- Kujdesi për lëkurën
- Reduktimi i faktorëve rrezikues si: shtypja
- Pozita e duhur gjatë fjetjës
- Ndërrimi i pozitës të paktë çdo 2 orë
- Kujdesi ndaj higjenës
- Përvetësimi i njohurive për parandalimi dhe menaxhimin e sëmundjes

Zbatimi- Infermierja bënë përgaditjen e pacientit, ndërhyrjen, qëllimi është të sigurojë kujdes teknik dhe terapeutik për të ndihmuar në arritjen e nivelit optimal shëndetsorë të një klienti/pacienti. Infermiera mbledh të dhëna, kontrollon situatën duke patur vëmendje të plotë për probleme të mundshme. [Konjhodžić F. 1990]

2.10.7 Vlerësimi përfundimtar

Pasi që janë bërë të gjitha ekzaminimet e pacientit atëherë ai është i informuar rreth mënyrës së marrjes së terapisë në mënyrë të drejt e cila është ordinuar nga mjeku.

Ku verehen permiresime të pergjithshme te gjendjes shendetsore te tij, pra gjendja aktuale ë pacientit eshte permiresuar dukshem ne dallim prej gjendjes kur është pranuar në klinikë, ku kishte dhimbje, temperature locale, fazen e enjtjes, skuqje për shkak të presionit, cianoz dhe nekrozë fillestare e indeve.

Këshillat që janë dhënë kanë pasur ndikim pozitiv në lidhje me gjendjen shëndetsore të tyre dhe lidhur me sëmundjen. Gjendja emocionale si dhe shëndetsore e tyre është përmirësuar, vlera e proteinogramit bëhet normale dhe të gjitha shkaqet që e kanë sjellë sëmundjen janë ndaluar. [Konjhodžić F. 1990]

3. DEKLARIMI I PROBLEMIT

Qëllimi kryesor i këtij punimi është të tregohet roli infermieror në parandalimin dhe menagjimin e pacientëve me dekubite.

Kjo temë do të studioj ulqerat nga presioni, faktorët e rrezikut, të tilla si faktorët e jashtëm dhe të brendshëm dhe si të parandalojmë ato, klasifikimin, kujdesin infermieror, diagnostifikimin, parandalimin.

Po ashtu qëllime të tjera janë: të ngritet niveli i njohurive, së pari tek personeli mjekësorë, pastaj përmes tyre edhe tek pacientët për shkaqet e shfaqjes së dekubitusit, të veprohet në mënyrë parandaluese me qëllim shërimi i dekubitusëve tani më të shfaqur është një proces i ndërlikuar, i gjatë dhe i shtrenjtë.

Objektivat e punimit

Objektivat që ne kemi nxjerrë gjatë këtij punimi janë:

Të përkufizojmë dekubitusin.

Të klasifikojmë dekubitusin sipas stadeve.

Të paraqesim kujdesin infermieror të pacientëve të palëvizshëm.

4. METODOLOGJIA

Në mënyrë retrograde janë analizuar 9 pacientë me dekubite të trajtuar në Klinikën e Kirurgjisë Plastike në QKUK prej vitit 2014-2018.

Gjatë këtij studimi janë marrë në konsideratë këto variabla: gjinia, grupmosha dhe lokalizimi anatomik. Këto të dhëna janë marrë nga protokoli i pacientëve të Klinikës së Kirurgjisë Plastike. Të gjithë pacientët janë pranuar në Kirurgjinë Plastike për t'u trajtuar Kirurgjikisht, pasi plaga dekubitale është e pregaditur lokalisht për këtë ndërhyrje.

Analiza statistikore: Në mënyrë retrograde janë analizuar pacientët me dekubite të trajtuar në Klinikën e Kirurgjisë Plastike në QKUK prej vitit 2014-2018

Ky punim është punuar me program Microsoft Word 2010.

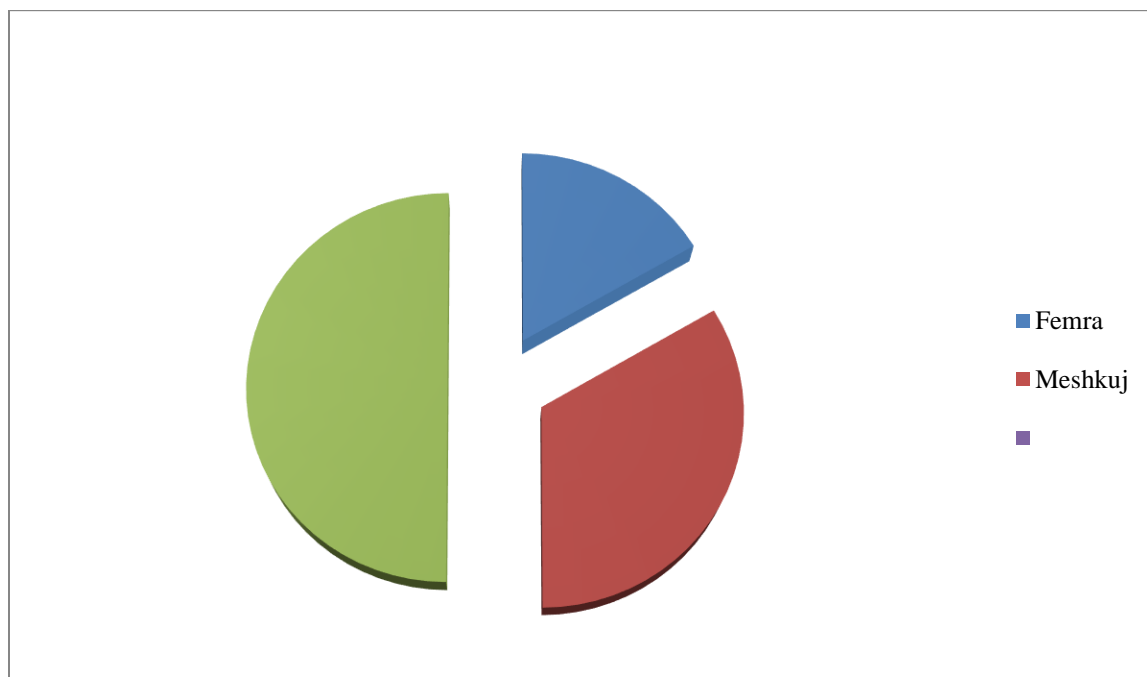
5. PREZANTIMI DHE ANALIZA E REZULTATEVE

5.1 Prezantimi i rezultateve

Tabela 1. Paraqitja e pacientëve me dekubite sipas gjinisë

Gjinia	F	%
Femrat	3	33.3%
Meshkujt	6	66.6%
Σ	9	99.9%

Në këtë tabelë kemi paraqitur pacientët me dekubite sipas gjinisë. Në bazë të rezultateve tona plagët dekubitale janë shfaqur më shumë tek gjinia mashkullore në (66.6%) se sa tek gjinia femrore në (33.3%).



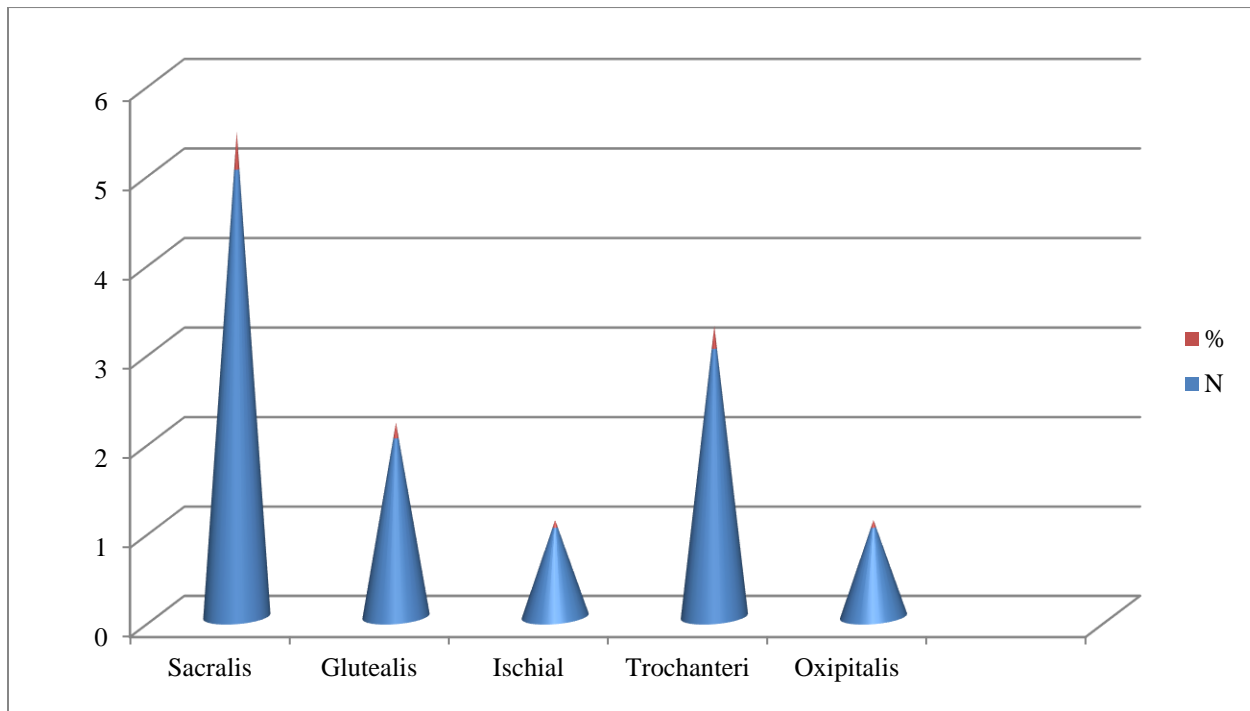
Grafikoni 1. Paraqitja grafike sipas gjinisë.

Gjithsej kemi 9 pacient , 3(33.3%) janë femra dhe 6 meshkuj (66.6%). Në bazë të rezultateve tonaplagët dekubitale janë shfaqur më shumë tek gjinia mashkullore në (66.6%), se sa tek gjinia femrore në (33.3%).

Tabela 2. Paraqitja e rasteve me dekubite sipas lokalizimit anatomik

Lokalizimi	N	%
Sacral	5	42%
Gluteal	2	17%
Ischial	1	8%
Trochenterik	3	25%
Oxipital	1	8%
Σ	12	100%

Sipas lokalizimit anatomik: 42% Sacral, 17% gluteal, 17% ischial, 25% trochenterik, 8% oxipital. Sipas rezultateve dekubitusi është shfaqur më së shumti në regjionin sacral (42%) dhe më së paku në regjionin oxipital (8%).



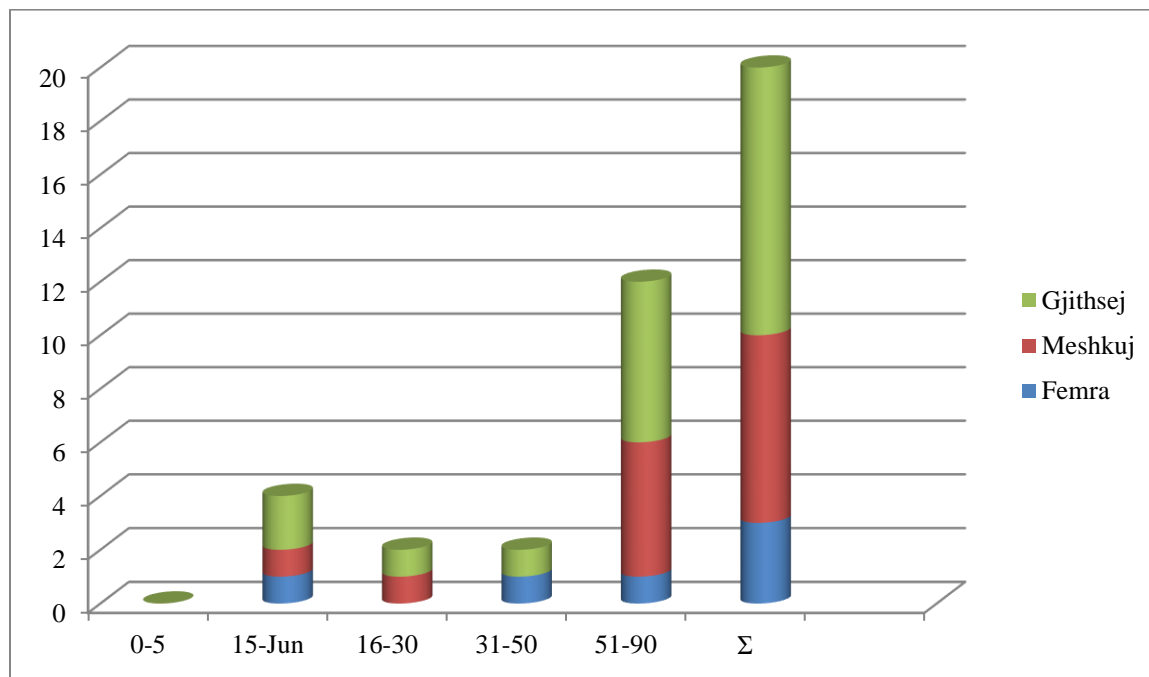
Grafikoni 2. Paraqitja grafike sipas lokalizimit anatomic.

Kemi 42% Sacral, 17% gluteal, 17% ischial, 25% trochenterik, 8% oxipital. Sipas të dhënave dekubitusi është shfaqur më së shumti në regjionin sacral (42%) dhe më së paku në regjionin oxipital (8%).

Tabela 3. Paraqitja e rasteve me dekubite sipas grup-moshës.

Mosha	Femra	Meshkuj	Gjithsej	%
0-5	--	--	0	0%
6-15	1	1	2	20%
16-30	--	1	1	10%
31-50	1	--	1	10%
51-90	1	5	6	60%
Σ	3	7	10	100%

Nga mosha 0-5 nuk ka asnjë rast 0 (0%), nga grup-moshat 6-15 kemi dy raste (20%) , nga grup-moshat 16-30, 31-50 kemi nga një rast (10%). Numri më i madhë i rasteve ka qenë mbi moshën 51-90 kemi 6 raste (60%)



Grafikoni 3. Paraqitja grafike sipas grup-moshës.

Nga mosha 0-5 nuk ka asnjë rast 0 (0%), nga grup-moshat 6-15 kemi dy raste (20%) , nga grup-moshat 16-30, 31-50 kemi nga një rast (10%). Numri më i madhë i rasteve ka qenë mbi moshën 51-90 kemi 6 raste (60%)

5.2 Analiza e rezultateve

Gjatë këtij studimi janë marrë në konsideratë këto variabla: gjinia, grup-mosha dhe lokalizimi anatomik. Këto të dhëna janë marrë nga protokoli i pacientëve të Klinikës së Kirurgjisë Plastike.

Në hulumtim tonë shihetse dekubituset sipas gjinisë janë më të përhapura tek gjinia mashkullore në (66.6%) të rasteve ndërsa më pak te gjinia femrore në (33.3%) të rasteve.

Po ashtu numri më i madh i rasteve është në grup-moshën 51-90, në gjithsej 6 raste (60%).

Lokalizimet më të shpeshta janë në regjionin: sacral 5 raste (42%), gluteal 2 raste (17%), ischial 1 rast (8%), trochanterik 3 raste (25%), oxipital 1 rast (8%).

Pra lokalizimi anatomik më i shpesht është në regjionin sacral në (42%).

6. KONKLUZIONE DHE REKOMANDIME

Konkluzionet

Nga analiza e këtij punimi ne kemi sqaruar se dekubitusi është nekrozë e kufizuar e lekurës dhe indit nënlekurorë, i cili shfaqet për shkak tëhospitalizimit të zgjatur dhe më shpesh te personat të cilët kanë qenë të shtrirë më gjatë në shtrat.

Nga ky hulumtim kemi nxjerrë keto konkluzione:

-Rolin e pazëvendsushëm të infermierës në parandalimin e dekubiteve pasi më lehtë dhe më libre është të parandalohet se sa të trajtohet një pacient me dekubite.

-Rolin crucial tëinfermierës në menagjimin dhe trajtimin lokal të plagëve dekubitale.

1.Në hulumtim del se dekubitusi është më i shpesht tek gjinia mashkullore në (66.6%)

2.Ulqera dekubitale prekë kryesisht të moshuarit nga mosha 51-90 vjet në (60%)

3.Lokalizimi i ulqerave dekubitale është më i shpeshtë tek pjesa sacrale në (42%)

Rekomandimet

Hapat që duhet të ndërmerren për pacientët me dekubitus janë:

-Sigurimi i ambientit të përshtatshëm.

-Shmangia e rrezikut ndaj infeksioneve.

-Ndrimi i pozitës së pacientit të paktën qdo 2 orë.

-Trajtimi me medikamente adekuate.

-Ndërrimi i plagës sipas nevojës.

-Menagjimi i tensionit dhe rreziqeve të tjera.

7. REFERENCAT

1. HANČEVIĆ J. (2003) Kronicna rana. Medicinski fakultet Osijek.Katedra za kirurgiju.
2. KONJHODŽIĆ F.(1990)Njega bolesnika.Svjetlost. Sarajevo.
3. VLAJIĆ E.(2008)Dekubitus: procena, sprečavanje i lečenje
4. GRADINAC M.(2007)Dekubitus se može izbjeći. Vaše zdravlje:55,(7/8)
5. TRILLER C.(2008): Dekubitus - klasifikacije, ljestvice, problem.Acta medica Croatica,Vol.62.
6. GMAJIĆ R.(2003).Kronična rana u primarnoj zaštiti.Medix ; No.51
7. HULJEV D.(2006). V.A.C. terapija - inovacija u liječenju kronične rane.Vaše zdravljeNo.50:10.
8. BRADEN B. July17,(2012)Scale for Predicting Pressure Sore Risk
- 9.ANDRES J, HEINEMANN A, LEFFMANN C, LEUTENEGGER M, PRÖFENER F, VON RENTELN-KRUSE W. May (2010);107(21):371-81;quiz 382.doi: 10.3238/arztebl.0371. Epub May 28 (2010)
- 10.McINNES E, DUMVILLE JC, JAMMALI-BLASI A, BELL-SYER SE. Dec 7 (2011); Pressure Sore Treatment.CD00490
- 11.NPUAP, EPUAP April 19,(2012) Pressure Sore Treatment, Diagnosis and PreventionRetrieved
12. LAHMANN NA, THILLIDEN A, DASSEN T,(2011); et al. Friction and shear highly associated with pressure ulcers of residents in long-term nursing home: A cross-sectional analysis (CHAID) of Braden items.] *Evid Based Nurs Pract*. 17:168-173
13. STAAS WE, Jr, CIOSCHI HM.(1991)Pressure sores-a multifaceted approach to prevention and treatment. *Wat J Nurs*;154:539-544.
14. IVAN PERPIQ Kirurgija et al, ARBEN GJATA (2015) Kirurgija për infermierinë. Tiranë et al, DAVIDSON'S (2010) Principles & Practice of Medicine et al , ELSEVIER(2008) Bailey & Love Short Practice of Surgery, et al HODDER ARNOLD (2009) Timby- Industry Medical Surgical Nursing et al, WK Das- Textbook of Surgery et al, SD (2010) Publishers Woods- Cardiac Nursing et al, LWW(2009) Hickey- Neurologic & Neurosurgical Nursing et al, LWW MORTON (2009)- Critical Care Nursing et al, LWW THELAN'S(2008)Critical care Nursing et al, ELSEVIER (2008) Spring House- Medical Surgical Nursing Made Incredibly Easy et al, LWW GULANICK(2008) Nursing care Plans, ELSEVIER(2009) Carpenito-Nursing Care Plans & Documentation