

University for Business and Technology in Kosovo

UBT Knowledge Center

Theses and Dissertations

Student Work

Spring 4-2020

NUMRI I FËMIJËVE TË INHALUAR GJATË 6 MUAJVE TË FUNDIT TË VITIT 2018 NË NIVELIN PRIMAR TË QYTETIT TË BUJANOCIT DHE MEDIKAMENTI MË I PËRSHKRUAR SI INHALATOR

Ermira Adili

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

Adili, Ermira, "NUMRI I FËMIJËVE TË INHALUAR GJATË 6 MUAJVE TË FUNDIT TË VITIT 2018 NË NIVELIN PRIMAR TË QYTETIT TË BUJANOCIT DHE MEDIKAMENTI MË I PËRSHKRUAR SI INHALATOR" (2020). *Theses and Dissertations*. 1846.

<https://knowledgecenter.ubt-uni.net/etd/1846>

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

**NUMRI I FËMIJËVE TË INHALUAR GJATË 6 MUAJVE TË FUNDIT
TË VITIT 2018 NË NIVELIN PRIMAR TË QYTETIT TË BUJANOCIT
DHE MEDIKAMENTI MË I PËRSHKRUAR SI INHALATOR**

Shkalla Bachelor

Ermira Adili

Prill, 2020

Prishtinë



Kolegji UBT
Fakulteti i Infermierisë

Punim Diplome
Viti akademik 2016/2017

Ermira Adili

Numri i fëmijëve të inhaluar gjatë 6 muajve të fundit të vitit 2018 në nivelin primar të qytetit të Bujanocit dhe medikamenti më i përshkruar si inhalator

Mentore: Dr.Sc. Linda Çarkaxhiu

Prill / 2020

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

ABSTRAKT

Objektivat dhe qëllimi

Terapitë inhalatore gjejnë përdorim shumë shekuj më parë, por popullariteti i tyre viteve të fundit ka bërë një nga debatet më të diskutueshme mjekësore. Sot, inhalimi paraqet rrugën e administrimit të barnave për të trajtuar çrregullimet e frymëmarrjes dhe sëmundjet respiratore tek fëmijët (Wright et al, 2002). Meqë përdorimi i inhalimit kohëve të fundit është rritur dukshëm në mbarë botën ky po që është një problem për t'u deklaruar. Prandaj edhe qëllimi i këtij punimi shkencor ka qenë që të shohim se sa fëmijë janë inhaluar gjatë 6 muajve të fundit të vitit 2018 në nivelin primar të qytetit të Bujanocit dhe cili medikament ka qenë më i përshkruar nga profesionistët shëndetësorë.

Metodologjia dhe dizajni

Është shqyrtuar literatura nëpërmjet kërkimit në Google Scholar, PubMed duke përfshirë hulumtimet e viteve të fundit. Si strategji e kërkimit janë përdorur fjalët '*terapia inhalatore tek fëmijët*' etj. Gjithashtu janë marrë në konsideratë hulumtimet që janë konsideruar më të përafërta me punimin tonë shkencor.

Konkludimet

Nga ky punim shkencor kemi nxjerrë shumë konkludime të rëndësishme për temën e përzgjedhur. Një ndër konkludimet është se bronkiti akut është diagnoza më e shpeshtë mjekësore tek fëmijët e inhaluar në nivelin primar të qytetit të Bujanocit. Gjithashtu konkludimi tjetër po aq i rëndësishëm është se medikamenti më i përshkruar nga profesionistët shëndetësorë janë bronkodilatatorët. Çka bënë lidhjen logjike me konkludimin e lartpërmendur, pasi që një nga debatet aktuale sot është edhe gabimi gjatë përshkrimit të medikamenteve nga ekipi shëndetësor. Gabimet gjatë përshkrimit të medikamenteve janë renditur si shkaku kryesor i vdekjes në SHBA. Sipas Johns Hopkins, profesor në Universitetin e mjekësisë për hulumtime, 250,000 pacientë vdesin në vit nga gabimet mjekësore.

Fjalët kyçe: *Inhalim, fëmijë, medikamenti më i përshkruar për inhalim, diagnozat më të shpeshta për inhalim.*

MIRËNJOHJE / FALËNDERIM

Shpreh falënderimet më të sinqerta për mentoren time Prof. Linda Cerkaçhiu, për këshillat, sugjerimet dhe kritikën që më ka dhënë në përfundimin e këtij studimi.

Do të dëshiroja të shprehja falënderimet e mia edhe për të gjithë profesorët që më përgatitën në aspektin profesional dhe shkencor.

Gjithashtu gjatë gjithë kësaj periudhe isha e rrethuar me shokë, shoqe të cilët në vazhdimësi kanë qenë të gatshëm për të më ndihmuar, të cilëve iu jam shumë falënderuese.

Faleminderit familjes sime e cila në çdo kohë të studimeve të mia më ka mbështetur, shpresoj suksesi im në të ardhmen t'iu bëjë krenarë!

Sinqerisht, Ju faleminderit të gjithëve!

Ermira Adili

Përmbajtja

LISTA E FIGURAVE	V
LISTA E TABELAVE	V
FJALORI I TERMAVE	VI
1. HYRJE	7
1.1. Sistemi respirator - morfologjia tek fëmijët	7
1.2. Sëmundjet respiratore tek fëmijët	8
1.3. Inhalatorët dhe historiku.....	12
1.3.1. Inhalatori i parë me presion	13
1.3.2. Anestezia Inhaluese	13
1.3.3. Inhalatori për trajtim të Astmës	13
1.3.4. Inhalatori i parë me pluhur të thatë	14
1.3.5. Inhalatori i Nelson-it	14
1.3.6. Njohja zyrtare e terapisë së inhalatorit.....	14
1.4. Llojet e inhalatorëve	14
2. SHQYRTIM I LITERATURËS	16
2.1. Përmbledhje e hulumtimeve.....	16
3. DEKLARIMI I PROBLEMIT	20
4. METODOLOGJIA	21
4.1. Mostra	21
4.2. Instrumentet.....	21
4.3. Procedura.....	21
5. PREZANTIMI DHE ANALIZAT E REZULTATEVE	23
5.1. Prezantimi i rezultateve	23
5.2. Analizimi i rezultateve	27
6. KONKLUZIONE DHE REKOMANDIME	29
REFERENCAT	32
SHTOJCAT	36

LISTA E FIGURAVE

Figura 1. Ndarja e sistemit respirator.....	7
Figura 2. Të dhënat demografike duke u bazuar në gjini.....	24
Figura 3. Dallimet në mes vendbanimeve.....	24
Figura 4. Përshkrimi në mes terapive të inhaluara.....	25
Figura 5. Moshë më e inhaluar	25
Figura 6. Inhalimi duke u bazuar në gjini	26

LISTA E TABELAVE

Tabela 1. Të dhënat demografike duke u bazuar në vendbanim.....	23
Tabela 2. Të dhënat demografike duke u bazuar në moshë	23

FJALORI I TERMAVE

LSI	Liquid Spray Inhaler
IgE	Imunoglobina
MDI	Inhalator me dozë të matur
pMDI	Inhalatorët me dozë të matur nën presion
DPI	Inhalatorët e pluhurit të thatë
COPD	Sëmundjet pulmonare obstruktive kronike
AAFA	Fondacioni për astmë dhe alergji të Amerikës
NCBI	Instituti nacional për shëndetësi

1. HYRJE

Terapitë inhalatore gjejnë përdorim shumë shpejt më parë, por popullariteti i tyre viteve të fundit ka bërë një nga debatet më të diskutueshme mjekësore. Sot, inhalimi paraqet rrugën e administrimit të zgjedhjes për shpërndarjen e barnave për të trajtuar çrregullimet e frymëmarrjes siç janë astma dhe sëmundjet e tjera respiratore tek fëmijët. Qëllimi kryesor i terapisë inhaluese për trajtimin lokal është zvogëlimi i simptomave pulmonare, për shembull, përmes zbutjes dhe /ose parandalimit të inflamacionit të rrugëve të frymëmarrjes (Wright et al, 2002).

1.1. Sistemi respirator - morfologjia tek fëmijët

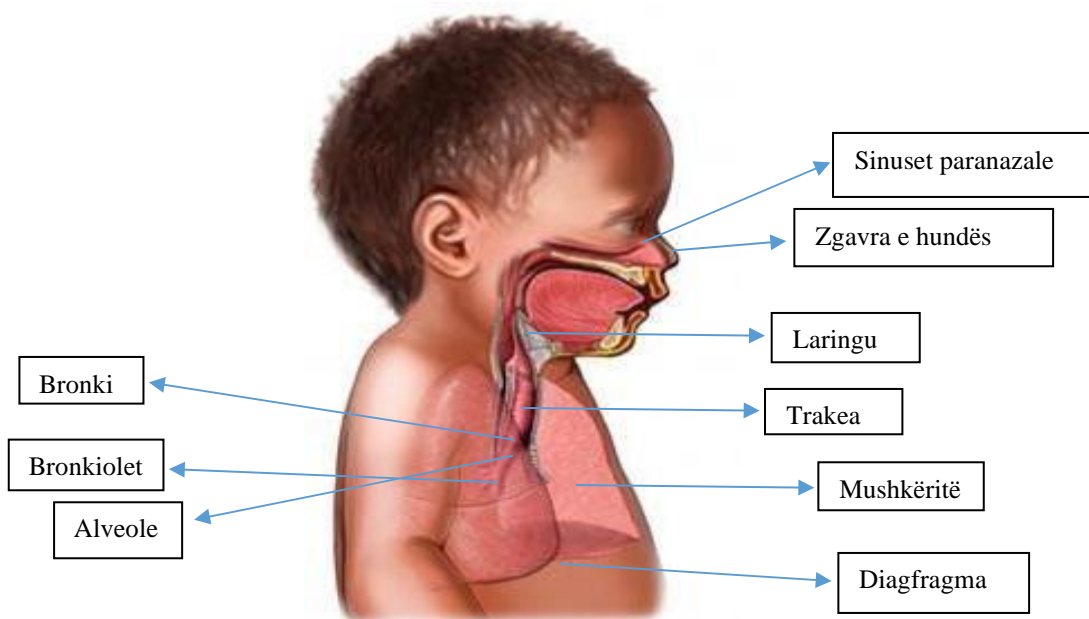


Figura 1. Ndarja e sistemit respirator (Mudge, 1778)

Sistemi i frymëmarrjes përfshinë kryesisht kafazin krahavor, mushkëritë dhe diafragmën. Sistemi respirator që referohet edhe si sistemi ventilator është kompleks biologjik i përbërë nga disa organe që lehtësojnë marrjen dhe nxjerrjen e oksigjenit dhe dioksidit të karbonit (frymëmarrjen) (Mudge, 1778). Funksonet kryesore të sistemit respirator janë: Inhalimi dhe exhalimi, shkëmbimi i oksigjenit dhe dioksidit karbonit në mes mushkërive dhe

enëve të gjakut, shkëmbimi i oksigjenit dhe dioksidit karbonit në mes mushkërive dhe indeve, krijimi i kordave zanore për të prodhuar tingujt dhe ndihmon me sensin e nuhatjes. Duke i parë funksionet kryesore të lartpërmendura kuptojmë që sistemi respiratë ndahet në sistemin respirator të sipërm dhe të poshtëm.

Në sistemin respirator të sipërm bënë pjesë: zgavra e hundës (ajri futet dhe vazhdon në pjesët e tjera të sistemit respiratorë); sinuset paranazale (hapësira të mbushura nga ajri që rrethojnë zgavrën e hundës); zgavra e gojës që lejon futjen e ajrit për kalin tek organet e tjera respiratore); fytin (që shtrihet nga pjesa e zgavrës së hundës e deri tek laringu); dhe laringu (kutia e zërit).

Ndërsa në sistemin e poshtëm respirator bënë pjesë: trakea (lejon që ajri i marrë të kalojë në bronke dhe në mushkëri); bronket (ndarja e trakesë në dy tuba të trashë klasifikohen si bronke); bronkiolat me diametër më të vogël se 1mm, janë të renditura në të njëjtin epitel përveç që murit të tyre i mungojnë kërcet dhe gjëndrat. Alveolat (qese të vogla ajri që gjenden në fund të çdo bronkiolle) janë të përbëra nga pneumocitet. Pneumocitet ndahen në pneumocitet e tipit I (të quajtura membranë) dhe të tipit II (të quajtura kokrrizorë); Pengesa ajër-gjak është e përbërë nga pneumocitet e tipit I, membrana bazale dhe qeliza endoteliale. Funksionalisht, është struktura më e rëndësishme në septumin alveolar. Kjo pengesë mundëson shkëmbimin e gazrave. Molekulat e oksigjenit shpërndahen nga alveolet në gjak dhe dioksid karboni në drejtim të kundërt; Pleura përbëhet nga dy membrana seroze - parietale dhe viscerales. Të dy membranat formohen nga shtresa e indit lidhës dhe përmbajnë fibra kolagjene dhe elastike. Midis membranave viscerales dhe parietale, ndodhet zgavra e pleurës. Zgavra e pleurës përmban sasi të vogla të lëngjeve që lehtëson lëvizjet gjatë frymëmarrjes; dhe krejt në fund mushkëritë (Mudge, 1778) (Bennet, 1654).

1.2. Sëmundjet respiratore tek fëmijët

Pothuajse çdo peditër do të pajtohej që astma është një gjendje shumë e zakonshme në fëmijëri (Anderson et al, 1983). Astma është një gjendje e cila shkaktohet për shkak të inflamacionit kronik në traktin e poshtëm të rrugve frymëmbërëse. Nuk ka shërim të plotë, por metodat e menaxhimit mund të ndihmojnë një person me astmë të jetojë një jetë të plotë dhe aktive (Godfrey, 1985).

Astma është një nga sfidat më të rëndësishme për shëndetin publik në SHBA në grupin e pediatriisë. Përveç përhapjes së tij viteve të fundit është rrit dukshëm edhe kostoja për shërim në sistemet e kujdesit shëndetësorë. Për këtë arsye Instituti Kombëtar i zemrës, mushkërive dhe gjakut (NHLBI) lëshoi një kërkesë për edukim që çdo koordinatorë në secilën qendër klinike t'i mësojnë secilit pacient dhe kujdestar që të njohë një përkeqësim të astmës duke filluar nga simptomat të tilla si kollë (Sales-Girons, 1864).

Astma është një çrregullim obstruktiv pulmonar me acarime të karakterizuara nga këto simptome: gulçim, kollë, shtrëngim të gjoksit dhe përgjumje. Simptomat shkaktohen nga inflamacioni kronik i rrugëve të frymëmarrjes. Ekzistojnë lloje të shumta qelizash dhe ndërmjetësues inflamatorë të përfshirë në patofiziologjinë e astmës. Inflamacioni i rrugëve të frymëmarrjes ndërmjetësohet shpesh nga limfocitet Th2, sekretimi i citokinës i cili çon në stimulimin e qelizave direkte, eozinofilinë, leukocitozën dhe prodhimin e përmirësuar të IgE të qelizave B. Edhe pse gjenet e ndryshme janë identifikuar si kontribuues të mundshëm në zhvillimin e astmës, astma shkaktohet kryesisht nga faktorët e mjedisit dhe ka një etiologji shumë faktorial. Astma është jashtëzakonisht e zakonshme, veçanërisht në mjediset e varfra, urbane. Astma është arsyeja e tretë më e zakonshme për hospitalizime në spitalet pediatrike (Maslan, 2014).

Sipas shoqatës kanadeze të mushkërive bronkiti është një inflamacion i tubave bronkial, funksioni i të cilave është përcëpimi i ajrit në mes të mushkërive dhe ambientit të jashtëm. Njerëzit që kanë bronkit shpesh kolliten shkak të mukozës së trashur, e cila nganjëherë mund të marrë edhe ngjyrën e bardhë. Ekzistojnë dy lloje të bronkitit:

- Bronkiti akut që zgjat për një kohë të shkurtër por bëhet më mirë pas dy deri në tre javë.
- Bronkiti kronik zgjat më gjatë se tre muaj dhe shumicën e ditëve kollë është e njomë me sasi të bollshme të mukusit.

Bronkiti akut është një gjendje e zakonshme tek njerëzit e shëndoshë, që shpesh ndodh nga një infeksion i traktit respiratorë të sipërm 'që shkon poshtë në gjoks'. Viruset janë zakonisht agjent etiologjik por që mycoplasma pneumoniae mund të jetë më e shpeshta që shkakton një gjendje të tillë (Bigelow, 1846). Së dyti mund të jetë nga bakteret infektuese streptococcus pneumoniae. Pasqyra e simptomave zakonisht tregohet e butë dhe është vetë-kufizues.

E përmendëm edhe më lart se prodhimi kronik ose i përsëritur i mukusit në shumicën e ditëve për të paktën tre muaj në vit, për më shumë se dy vite me radhë përcaktohet si sëmundja e quajtur bronkit kronik (Bigelow, 1846). Megjithëse ekzistenca e gjendjeve të prodhimit të mukusit kronik dhe të përsëritur është njohur për një kohë të gjatë, përshkrimi adekuat i patologjisë dhe epidemiologjisë së bronkitit kronik është bërë kryesisht gjatë 25 viteve të fundit (Salter, 1867). Gjatë gjithë kësaj periudhe janë gjetur shumë literatura klinike në rolin e agjentëve infektues për produktivitetin e bronkitit kronik, ripërsëritjen dhe rolin e efektit të agjentëve antimikrobiale për modifikimin e simptomave të sëmundjes (Salter, 1867).

Bronkopneumonia, e njohur ndonjëherë edhe si pneumoni lobulare, është një model radiologjik i shoqëruar me inflamacion të peribronkiolarit suppurativ dhe konsolidimin e mëvonshëm. Përndryshe është një përgjigje e pneumonisë bakteriale. Simptomat tek fëmijët janë të shfaqura ndryshe nga të rriturit. Simptoma më e shpeshtë dhe më e zakonshme është kolla, ndërsa më vonë u bashkëngjiten edhe: rrahje shpejt të zemrës, temperaturë, kongjestion, vështirësi për të fjetur, ulet interesi për të ngrënë apo pirë dhe shenjat e ankthit. Fondi i Kombeve të Bashkuara për Fëmijët (UNICEF) vlerëson se pneumonia pediatrike vret 3 milionë fëmijë në të gjithë botën çdo vit. Edhe pse shumica e vdekjeve ndodhin në vendet në zhvillim, pneumonia mbetet një shkak i rëndësishëm i sëmundshmërisë në vendet e industrializuara.

Pneumonia vret më shumë fëmijë nën moshën pesë vjeç se çdo sëmundje tjetër. Në vitin 2013, ajo mori jetën e mbi një milion fëmijëve në mbarë botën, shumica në ambiente të varfra nga burimet. OBSH dhe UNICEF kanë hartuar Planin e Integruar Global të Veprimit për Trajtimin dhe Kontrollin e Pneumonisë dhe Diarresë (GAPPD) që synon t'i japë fund vdekjeve të parandalueshme nga këta dy vrasës të mëdhenj deri në vitin 2025. GAPPD jep udhëzime qeverive për të hartuar një plan për të mbrojtur, trajtuar kontrollin e pneumonisë dhe diarresë tek fëmijët e vegjël. Aktualisht, vetëm 60% e kujdestarëve të fëmijëve kërkojnë kujdes të duhur për pneumoni të dyshuar; trajtimi i duhur me antibiotikë jepet vetëm në rreth një të tretën e rasteve të pneumonisë (Dekhuijzen et al, 2016).

Rhiniti alergjik paraqitet zakonisht në fëmijërinë e hershme dhe shkaktohet nga një reaksion i ndërmjetësuar nga imunoglobulina E (IgE) ndaj alergeneve të ndryshme në mukozën e hundës. Sensibilizimi ndaj alergeneve në natyrë mund të ndodhë në rinitit

alergjik te fëmijët më të vjetër se 2 vjet; megjithatë, sensibilizimi ndaj alergeneve në natyrë është më i zakonshëm te fëmijët e moshës 4-6 vjeç. Ndjeshmëri klinike ndaj alergeneve të brendshëm mund të ndodhë te fëmijët më të vegjël se 2 vjeç. Alergjenët më të zakonshëm të brendshëm përfshijnë: merimangat, kafshët shtëpiake, buburrecat, myshqet dhe polenin (Yawn, 2012).

Sipas *Mayo Klinik* laringiti është një inflamacion laringu nga mbingarkesa, acarimi ose infeksioni. Brenda laringut janë kordat e zërit - dy palosje të mukozës që mbulojnë muskujt dhe kërcin. Normalisht, litarët e zërit hapen dhe mbyllen pa probleme, duke formuar tinguj përmes lëvizjes dhe dridhjeve të tyre. Por gjatë laringjitit, litarët e zërit bëhen të përflakur ose irrituar. Kjo ënjtje shkakton shtrembërim të tingujve të prodhuar nga ajri që kalon mbi to. Si rezultat, zëri tingëllon i ngathët. Në disa raste të laringjitit, zëri juaj mund të bëhet pothuajse i padukshëm. Laringjiti mund të jetë jetëshkurtër (akut) ose i gjatë (kronik). Shumica e rasteve të laringjitit shkaktohen nga një infeksion viral i përkohshëm ose tendosje vokale dhe nuk janë serioze. Qetësia e vazhdueshme nganjëherë mund të sinjalizojë një gjendje mjekësore më serioze.

Bronkioliti është një gjendje frymëmarrëse shqetësuese, potencialisht e rrezikshme për jetën që prek foshnjat e reja. Rreth 2–3% e të gjithë foshnjave më të reja se 1 vit pranohen në spital me bronkiolit, zakonisht gjatë epidemisë sezonale. Pjesa më e madhe e këtyre foshnjave janë të infektuar me virus syncytial të frymëmarrjes dhe të gjithë kanë një përgjigje të fortë inflamatore në rrugët e tyre ajrore. Megjithëse shumica e foshnjave shërohen, ato kanë një rrezik të rritur të përsëritjes së sëmundjes. Edhe pse bronkioliti është i zakonshëm, dihet pak për faktorët që rrisin ndjeshmërinë e foshnjave. Ndërhyrjet diagnostikuese kanë pak efekt në rezultatin klinik, dhe përveç masave mbështetëse, nuk ka trajtim specifik. Bronkioliti, pra, paraqet një përmbledhje klinike intriguese dhe një sfidë të madhe për studiuesit. Studime klinike me cilësi të lartë janë të nevojshme për të sqaruar vlerësimin e ashpërsisë së sëmundjes dhe kriteret për pranimin në spital, veçanërisht përdorimin e pulsit oximetry dhe radiografinë e gjoksit. Analizimi i kujdesshëm i patogjenezës së bronkiolitit duhet të çojë në zhvillimin e terapive të reja për të lehtësuar (Price et al, 2018).

Shkalla e pranimin në spital në SHBA dhe Evropë për bronkiolitin raportohet të jetë rreth 30 në 1000 për fëmijë më të rinj se 1 vit. Grupet me rrezik të lartë për infeksione të rënda janë foshnjat më të reja se 6 javë, foshnjat e lindura para kohe dhe ato me sëmundje

kronike të mushkërive, sëmundje kongjenitale të zemrës dhe sëmundje neurologjike. Mekanizmat që kontribuojnë në rritjen e ashpërsisë së sëmundjes tek foshnjat në secilën nga këto grupe rreziku nuk janë kuptuar plotësisht, por ka të ngjarë të kenë lidhje me anomalitë në përgjigjet fiziologjike dhe imunologjike ndaj infeksionit (Price et al, 2018).

1.3. Inhalatorët dhe historiku

Fjala ‘inhalator’ u përdor për herë të parë nga anglezi, John Mudge. Në librin e tij të vitit 1778, *‘Një Kurë Ekspeditivë Radikale për një Catarrhous Cough të kohëve të fundit’* (Mudge, 1778) ai na zbulon zbulimin e tij të inhalatorit në një krikëll me plumb dhe me përdorimin e avullit të opiumit për të trajtuar kollën. Sidoqoftë, ky nder i shkon Kristofer Bennetit në 1654 në librin e tij *‘Theatri Tabidorum’* (Bennet, 1654) me një inhalator që kishte shumë ngjashmëri me njëinhalator modern (Sanders, 2007).

Këta mjekë nuk ishin vetëm mjekë, por ata ishin edhe zbulues dhe pionierë - nuk kishte asnjë industri farmaceutike të rregulluar për të furnizuar pacientët (Sanders, 2007).

Terapia e inhalimit u racionalizua nga Philip Stern qysh në vitin 1764 - "*mënyra e vetme e mundshme për të bërë një çaj të zakonshëm dhe thithur nëpër hundëz*" (Cavallo, 1798) megjithëse çaji pasues mund të ketë pasur një aromë të çuditshme balsamike! Ndoshta ky sugjerim ishte frymëzimi origjinal për Nelson's që më vonë bëri një inhalator i cili me të vërtetë ngjan me një çajkë (Sanders, 2007).

Më 1802 Gent reklamoi dhe mbrojti praktikën indiane të inhalimit nga djegia e gjetheve të avulluara. Përdorimi i Stramonium, dhe inhalimi i këtyre pjesëve të ndryshme u bë shumë i njohur përgjatë gjithë viteve 1800-të. Stramonium prodhon atropinë antikolinergjike. Mjeku i famshëm Thomas Beddoes (1760-1808) themeloi Institutin Pneumatik në Clifton, Bristol, për trajtimin e sëmundjeve me anë të inhalimit (Sanders, 2007).

Shumë kohë para se Bennet, Stern dhe Mudge të përshkruanin inhalatorët dhe të mbronin thithjen e terapisë, inhalimi po praktikohet në shumë pjesë të botës. Inhalimi me heban të zjarrtë është regjistruar në papirusin e lashtë të Egjiptit Ebers (*1,554 para Krishtit*); Mjeku egjiptian hodhi barërat e këqija në tulla të nxehta, duke bërë që përmbajtja alkaloide e bimës të avullohej, në mënyrë që pacienti pa frymë të thithte (Sanders, 2007).

Në Amerikën Jugore dhe Qendrore, rreth 2,000 vjet më parë, popullsia vendase kishte zbuluar përdorimin terapeutik dhe rekreativ të duhanit dhe bimëve të ngjashme. Ata mundësuan gypat që ishin punuar në mënyrë dekorative (Sanders, 2007).

1.3.1. Inhalatori i parë me presion

Inhalatori i parë ‘shtypës’ ose me presion u zbulua në Francë nga Sales-Girons dhe u përfaqësua në Akademinë Mjekësore, Paris në 1858 (Sales-Girons, 1864).

1.3.2. Anestezia Inhaluese

Më 16 tetor 1846 u zhvillua demonstrimi i parë i anestezisë inhaluese. John Collins Warren kreu operacionin dhe William Morton dha anestezikun. Kirurgu Henri Bigelow ishte dëshmitar i këtij operacioni dhe la një llogari të pakursyer dhe mori shumë nga kjo kredi. Brenda tre javësh, më 9 nëntor, Bigelow kishte shkruar dhe prezantuar në gazetën e tij në Boston *Society of Improvement Medical*; abstrakti u paraqit në Akademinë Amerikane të Arteve dhe Shkencave më 3 nëntor. Anestezia e ardhshme e inhaluar e testuar është provuar edhe në Londër (Bigelow, 1846).

1.3.3. Inhalatori për trajtim të Astmës

Në vitin 1860, Henry Hyde Salter botoi librin e tij të famshëm mbi Astmën - *'Patologjia dhe Trajtimi i tij'*. Sistemoi në mënyrë sistematike opsionet e trajtimit gjatë periudhës së sëmundjes, përfshirë terapitë e inhaluara duke dalluar *depresantët* (ipecacuanha, duhan, tartar-emetik), *stimuluesit* (kafe, alkool), dhe *qetësuesit* (kloroform, opium, Stramonium). Përhapja e tymrave të gazrave të nitrarit u diskutua gjithashtu nga Salter. Salter ishte i pasigurt për teorinë e kësaj praktike, por vlerëson se ajo filloi në vitin 1860 (Salter, 1867).

Ilaçet e thithura ose ilaçet që merren direkt në mushkëri, janë një pjesë e rëndësishme e trajtimit për sëmundjen kronike të mushkërive. Një shumëllojshmëri e ilaçeve janë në dispozicion në një formë inhaluese. Kur thithet, ilaçi shpejt arrin në rrugët e frymëmarrjes dhe më pak thithet në rrjedhën e gjakut. Ekzistojnë një numër i pajisjeve që dërgojnë

ilaçin direkt në rrugët e frymëmarrjes (Mullen, 2018).

1.3.4. Inhalatori i parë me pluhur të thatë

Në Londër në 1864, Newton krijoi një aparat inhalimi për shpërndarjen e pluhurave të thatë. Ai vërejtë që pluhuri duhet të pulverizohet imët dhe se duhet të mbahet i thatë - parime që ende vlejné edhe sot për inhaluesit e pluhurit të thatë. Përdorimi i tij me kaliumklorat si një terapi shëruese sot për fat të keq nuk vlen më sepse kjo tani konsiderohet të jetë e dëmshme për mushkëritë (Sanders, 2007).

1.3.5. Inhalatori i Nelson-it

Në 1865, një shpikje e re u raportua në *The Lancet* – Inhalatori Përmirësues i Nelsonit nga furnizuesi i njohur i farmacisë *S.Maw & Sons* në Londër. Inhalatori Nelson është prodhuar dhe prodhohet edhe sot e kësaj dite por me shumë pak ndryshime. Një numër i madh, janë prodhuar nën emra të ndryshëm dhe në modele të ndryshme (Sanders, 2007).

1.3.6. Njohja zyrtare e terapisë së inhalatorit

Edicioni i vitit 1867 i Farmakopesë Britanike ishte i pari që formuloi terapisë e inhalimit. Ka renditur pesë medikamente (Sanders, 2007);

- a. *Avulli i acidit hidrocianik*
- b. *Avulli i klorit*
- c. *Avulli i konisë*
- d. *Avulli i krezotit*
- e. *Avulli i joditit*

1.4. Llojet e inhalatorëve

Ekzistojné dy lloje kryesore të pajisjes së inhalatorëve: inhalatorët me dozë të matur nën presion (*pMDI*) dhe inhalatorët e pluhurit të thatë (*DPI*). Edhe pse këshillat se si të

përdorin këto pajisje siç duket rrjedhin nga shumë burime, ato zakonisht jepen nga profesionistët shëndetësorë, përfshirë edhe farmacistët. (Levy, 2016).

DPI (*dry powder inhaler*) dërgojnë ilaçe në mushkëri në formën e një pluhuri të thatë përmes rrjedhës ajrore të krijuar kur pacienti inhalon përmes pajisjes (Dekhuijzen et al, 2016). Këto pajisje lehtësojnë problemet me koordinimin që mund të lindin me disa pMDI, dhe kështu shumë pacientë e shohin më të lehtë për t'u përdorur (Yawn, 2012). Sidoqoftë, shumë DPI kërkojnë një normë të caktuar të rrjedhës inspiruese, duke i bërë ato të papërshtatshme për pacientët me kushte të rënda dhe në situata të caktuara urgjente (Price et al, 2018).

Nebulizatorët mund të përdoren tek pacientët për të cilët pajisjet e tjera ndihmëse nuk janë të përshtatshme, këta pacientë mund të jenë shumë të rinjtë, të moshuarit dhe të sëmurët akut (Price et al, 2018). Nebulizatorët kërkojnë koordinimin të frymëmarrjes nga ana e pacientit (Chrystyn et al, 2009).

LSI (*Liquid Spray Inhaler*) është lloji më i ri inhalues, lëshuar në vitin 2007 kur *Respimat Soft Mist Inhaler* (Boehringer Ingelheim) fitoi me sukses miratimin për përdorim në Bashkimin Evropian. Pajisja përdor sasinë e lëngshme për trajtim përmes aerosolit që lëviz ngadalë (Dekhuijzen et al, 2016).

LSI depërton në mushkëri në nivel të lartë (përfshirë rrugët më të vogla ajrore) dhe ul depozitimin e ilaçeve neorofaring në krahasim me llojet e tjera të inhalatorëve (Anderson, 2006).

Meqenëse fuqia e nevojshme për të gjeneruar aerosolin është mekanike siç është edhe pMDI, por arritshmëria e funksionit të LSI-së ka një shpejtësi më të ulët në krahasim me pMDI, përpjekja për inhalim për të operuar LSI është më e ulët (Dalby, 2011).

2. SHQYRTIM I LITERATURËS

2.1. Përmbledhje e hulumtimeve

Që nga viti 1965, kur u raportua për herë të parë se shumë pacientë përdorën inhalatorë me dozë të matur (MDI) në mënyrë të gabuar, (Saunders, 1965) kanë akumuluar prova për ta mbështetur problemin e lartpërmendur (Epstein et al, 1979; Newman et al, 1981). Normat e gabimit ndryshojnë shumë nga një provë klinike në tjetrën, në varësi të kriterëve të studimit, llojit të inhaluesit dhe informacionet apo edukimin e pacientëve, midis faktorëve të tjerë. Sidoqoftë, disa studime (që përfshijnë 3 dekada) zbuluan që shkalla e gabimit ishte afër ose më e madhe se 90% (Epstein et al, 1979; Hartert et al, 1996; Souza et al, 2009).

Studimi i fundit i botuar në vitin 2009, (Souza et al, 2009) u bazua në vëzhgimin e teknikës së ndërhyrjes së përdorur nga pacientët me astmë ose COPD direkt pas emërimeve në një klinikë ambulatore. Autorët zbuluan se, megjithëse > 98% e pjesëmarrësve në studim pretenduan se dinin të përdorin inhaluesit e tyre, 94% kryen të paktën një gabim. Në këtë studim, gabimi i përdoruesit ka më shumë të ngjarë në pacientët që përdorin MDI (Rootmensen et al, 2010; Souza et al, 2009; Molimard et al, 2003; Hilton, 1994)

Udhëzimet kombëtare dhe ndërkombëtare theksojnë nevojën për t'u mësuar pacientëve përdorimin korrekt të inhalatorëve të astmës dhe COPD. Sigurimi i edukimit të nevojshëm përfshin vëzhgimin e teknikës së inhalatorit të secilit pacient me përdorimin e duhur të demonstruar, sipas nevojës (Timothy et al, 2011).

Një hulumtim tjetër që paraqet efikasitetin e terapisë antiinflamatore inhaluese në përmirësimin e simptomave dhe funksionimin e mushkërive gjatë periudhës së astmës tek fëmijët është treguar në provat klinike, se efikasiteti i këtyre ilaçeve për uljen e numrit të gjendjeve akute në mjediset e kujdesit shëndetësor nuk është vlerësuar mirë. Ky studim ekzaminoi efektin e terapisë thithëse antiinflamatore në spitalet dhe vizitat e departamentit të urgjencave (ED) nga fëmijët që vuanin nga astma (Robert et al, 2001). Gjithashtu ky studim jep edhe konkludim që terapia antiinflamatore e thithur shoqërohet me një efekt të rëndësishëm mbrojtës në rrezikun e shtrimit në spital dhe vizitat në departamentin e urgjencave të fëmijëve me astmë (Robert et al, 2001).

Sidoqoftë një ndër faktorët më të shpeshtë që indikon inhalimin te pacientët me

sëmundje pulmonare është COPD. Sëmundja pulmonare obstruktive kronike (COPD) përbën shumicën e vdekjeve nga sëmundjet kronike të rrugëve të poshtme të frymëmarrjes dhe që është konsideruar shkaku i tretë kryesor i vdekjes në Shtetet e Bashkuara në 2015 dhe shkaku i katërt kryesor në 2016. Faktorët kryesorë të rrezikut përfshijnë ekspozimin e duhanit, infeksionet e frymëmarrjes dhe gjenetika (Ford et al, 2013).

Ka edhe shumë dilema se cilët janë më të prekurit, ata të cilët jetojnë në pjesët rurale apo urbane. Dhe për këtë arsye është bërë një studim për të parë se cilët ishin më të prekurit nga COPD, personat që jetonin në pjesën rurale apo ata në pjesën urbane. Dhe nga ky studim shohim që në përgjithësi, 15.5 milionë të rritur të moshës 18 vjeç (5,9% *prevalencë të rregulluar nga moshë*) raportuan që ndonjëherë kishin marrë një diagnozë të COPD. Ka pasur afërsisht 335,000 shtrime në spital të *Medicare* (11.5 për 1.000 regjistruar në *Medicare të moshës 65 vjeç*) dhe 150.350 vdekje në të cilat COPD u rendit si shkaku themelor për personat e të gjitha moshave (40.3 për 100,000 popullatë). Prevalenca e COPD, shtrimet në spital të *Medicare* dhe vdekjet ishin dukshëm më të larta në mesin e personave që jetojnë në zona rurale sesa në mesin e atyre që jetojnë në zona mikropolitane ose metropolitane (Janet et al, 2018).

Shumë studime në të cilat është studiuar teknika e përdorimit të inhalatorit tek pacientët kanë treguar se një nga problemet kryesore që pacientët kanë, është përdorimi i duhur i inhalatorit, ai i koordinimit të dobët të veprimit të inhalatorit me frymëmarrjen. Ky studim përfshin 100 fëmijë (të moshës 3-10 vjeç) dhe përfshin si fëmijë normale ashtu edhe pacientë astmatikë. Asnjë nga këta fëmijë nuk ka përvojë të mëparshme për përdorimin e ndonjë lloji inhalatori. Dhe çdo fëmijë mësohet të përdorë "Autohaler". Një video film është i përdorur për të standardizuar teknikën e mësimdhënies. Dhe nga rezultatet e këtij studimi shohim që shumica e fëmijëve më të vjetër se 7 vjet ishin në gjendje të përdorin "Autohaler" pas disa minuta udhëzimesh. Prandaj, udhëzimet si video film është një alternative e vlefshme në këtë grupmoshë, megjithëse ishte shumë e mirë, nuk ishte e mjaftueshme për t'u mësuar fëmijëve përdorimin e saktë të Autohaler. Prandaj, një video udhëzim gjithmonë duhet të përdoret në kombinim me kontrollin dhe trajnimin klinik (Pedersen et al, 1990).

Fëmijët e shtruar në spital që trajtohen për sëmundje të frymëmarrjes shpesh kanë nevojë për ilaçe çdo dy orë për disa ditë. Trajtimi i inhalimit zakonisht zgjat 7-10 minuta.

Sidoqoftë, shumë fëmijë të vegjël rezistojnë dhe protestojnë kundër terapisë së inhalimit. Kjo shkakton efekt të zvogëluar të trajtimit mjekësor si dhe situatat frustruese për fëmijët, prindërit dhe infermierët (Esposito-Festen et al, 2006).

Është e vështirë të përcaktosh arsyet specifike pse fëmijët e vegjël i rezistojnë terapisë së inhalimit. Një kombinim i frikës, dhimbjes dhe mungesa e mirëkuptimit mund të bëjë që fëmijët të rezistojnë trajtimin dhe stafin mjekësor në përgjithësi (Marguet, et al, 2001).

Bazuar në informacionin nga studimet vëzhguese dhe intervistat me infermierë dhe prindër që kanë përvojë me terapinë e inhalimit, mund të bëjmë disa përfundime pse shumë fëmijë adoptojnë një reagim negativ ndaj kësaj forme të trajtimit në veçanti (Segarra et al, 2013).

Para së gjithash, duhet të kemi parasysh që fëmijët janë të sëmurë, kështu që ata mund të ndjehen të prekshëm dhe të lodhur.

Së dyti, ambienti dhe stafi i spitalit janë të panjohur. Meqenëse RSV është ngjitëse, fëmijët dhe prindërit e tyre jetojnë në dhoma të izoluara gjatë trajtimit, dhe të qenit pacient mund në vetvete të jetë një përvojë e re për fëmijët për të takuar infermierë të rinj si dhe terapistë apo inhalimet mjekësore mund të kontribuojnë në reaksione negative.

Së treti, inhalatori nebulizator që vendoset në fytyrë ka zhurmë e cila prodhohet nga makina e oksigjenit dhe kjo mund të jetë e frikshme. Gjithashtu vendosja e inhalatorit në fytyrë mund të perceptohet gjithashtu si e pakëndshme. Për më tepër, infermierët raportojnë se ka pasiguri të përgjithshme nëse fëmijët e kuptojnë lidhjen mes frymëmarrjes së përmirësuar gradualisht dhe trajtimit.

Së katërti, kohëzgjatja e secilit trajtim të vetëm është mjaft e gjatë dhe fëmijët mund të mërziten dhe të bëhen të padurueshëm. Më në fund, në disa raste infermierët dhe prindërit ndjehen të detyruar që t'i mbajnë fëmijët në një pozicion fiks sepse fëmijët rezistojnë. Kjo mund të forcojë rezistencën e fëmijëve ndaj trajtimit (Segarra et al, 2013).

Qëllimi i studimit:

Qëllimi i këtij studimi ka qenë që të shohim se sa fëmijë janë inhaluar në 6 muajt e fundit të vitit 2018 si dhe cili ka qenë medikamenti më i përkthyer nga ana e profesionistëve shëndetësorë.

Pyetjet kërkimore:

1. Sa fëmijë kanë qenë të inhaluar në 6 muaj e fundit të vitit 2018?
2. Cili medikament është përshkruar më së shumti nga profesionistët shëndetësorë?

3. DEKLARIMI I PROBLEMIT

Qëllimi kryesor i këtij studimi ka qenë që të shohim se sa fëmijë janë inhaluar nga 6 muajt e fundit të vitit 2018 si dhe cili ka qenë medikamenti më i përshkuar nga ana e profesionistëve shëndetësorë. Meqë sëmundjet e sistemit respirator janë duke u rritur jashtëzakonisht nëpër mbarë botën, ky po që është një problem për ta deklaruar.

Patologjitë më të shpeshta të sistemit respirator që kërkojnë terapi inhalatore janë rrugët e poshtme dhe të sipërme të frymëmarrjes: bronkiti kronik, astma, emfizema, bronkiti akut, influenza (gripi) etj.

Në SHBA numri fëmijëve me infeksione të rrugëve të frymëmarrjes është një problem shumë i shpeshtë dhe shumë i madh, i njëjti fëmijë kalon tre deri në gjashtë infeksione të rrugëve të frymëmarrjes në vit (Paul et al, 1973).

Problematikë e ngjashme po ndodhë edhe në qytetin e Bujanocit në nivelin primar, duke u bazuar nga burimet që kemi marrë në protokollet shëndetësore në të dhëna të fëmijëve me patologji të ndryshme respiratore, infeksione të rrugëve të sipërme dhe të poshtme të frymëmarrjes.

4. METODOLOGJIA

Në këtë hulumtim sasior si instrument për mbledhjen e të dhënave janë përdorur protokollet shëndetësore të marra në nivelin primar të qytetit të Bujanocit. Në protokolle si të dhëna kanë qenë: të dhënat demografike, mosha, gjinia, diagnoza, terapia për inhalimin e fëmijëve për 6 muajt e fundit të vitit 2018.

4.1. Mostra

Në këtë hulumtim mostra ka qenë e përzgjedhur në mënyrë të rastësishme. Si pjesëmarrës në këtë hulumtim kanë qenë N=316 fëmijë të Komunës së Bujanocit. Mosha e tyre ka qenë prej 0 deri në 6 vjeç, prej të cilëve (23%) kanë qenë mosha 2 vjeçare, ndërsa (4%) kanë qenë të moshës 6 vjeçare. Nga N=316 fëmijë (57%) kanë qenë djem. Ndërsa (73%) e pjesëmarrësve kanë qenë me prejardhje urbane.

4.2. Instrumentet

Në këtë hulumtim si instrumente janë përdorur protokollet të marra nga institucionet shëndetësore të nivelit primar të Komunës së Bujanocit. Në bazë të protokolleve ka qenë e mundur të marrim këto të dhëna: gjininë, moshën, vendbanimin, diagnozën dhe terapinë e fëmijëve përgjatë 6 muaj të fundit të vitit 2018.

4.3. Procedura

Hulumtimi është realizuar në nivelin primar të Komunës së Bujanocit. Të dhënat janë marrë për fëmijët e inhaluar gjatë 6 muajve të fundit të vitit 2018. E kemi përmendur edhe më lart se grupmoshat e fëmijëve kanë qenë në mënyrë të rastësishme të përzgjedhura për këtë hulumtim.

Leje për zhvillimin e këtij hulumtimi është marrë nga institucioni i arsimit të UBT-së, po ashtu edhe nga drejtorja e institucionit shëndetësor në nivelin primar në Bujanoc.

Së pari është marrë leje nga drejtoriati i institucionit përkatës që ka mundur zhvillimin e marrjes së të dhënave. Gjithashtu edhe ndihma e infermiereve në sektorin e nivelit

primar ka bërë edhe më të lehtë nxjerrën e të dhënave nga protokollet.

Pasi janë marrë të dhënat nga protokollet e niveli të lartpërmendur, janë futur në softuerin e SPSS-it, ku edhe janë analizuar.

5. PREZANTIMI DHE ANALIZAT E REZULTATEVE

5.1. Prezantimi i rezultateve

Ky studim retrospektiv është planifikuar si një studim deskriptiv dhe cross-sectional. Të dhënat e mbledhura u analizuan duke përdorur programin SPSS®. Shpërndarjet e frekuencës janë analizuar dhe paraqitur si vlera përqindje në rast të variablave kategorike.

Para se të fillojmë të paraqesim rezultatet sipas hipotezave të ngritura për këtë studim, në formë tabulare do të paraqesim të dhënat demografike të pjesëmarrësve që vijojnë më poshtë:

Tabela 1. Të dhënat demografike duke u bazuar në vendbanim

VAJZAT	Fshat	20%
	Qytet	80%
DJEMTE	Fshat	27%
	Qytet	73%

Tabela e paraqitur më lart e bënë të qartë se sikur tek vajzat (80%) ashtu edhe tek djemtë (73%) përqindja më e madhe i takon pjesëmarrësve që jetojnë në qytet, në krahasim me ata që jetojnë në fshatra.

Tabela 2. Të dhënat demografike duke u bazuar në moshë

MOSHA	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
VAJZAT	5%	10%	2%	21%	25%	20%	17%
DJEMTË	4%	8%	14%	8%	22%	19%	25%

Në tabelën 2 shohim se mosha më e vogël tek vajzat janë 2 vjeçarët me përqindje (25%), kurse mosha më e madhe janë 6 vjeçarët me (5%). Ndërsa mosha më e vogël tek djemtë janë 1 vjeçarët me (25%) dhe mosha më e madhe 6 vjeçarët me (4%).

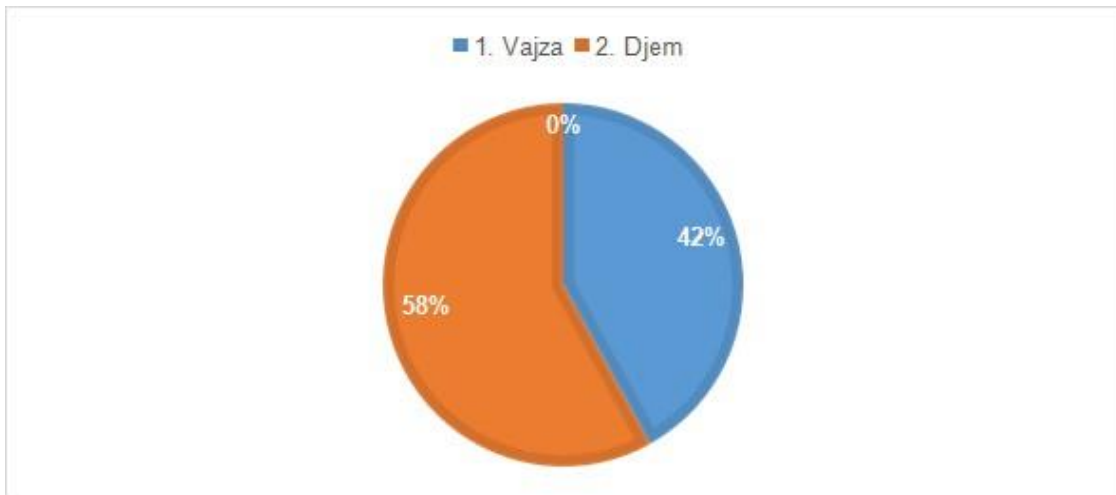


Figura 2. Të dhënat demografike duke u bazuar në gjini

Në figurën më lart shohim se në këtë studim (58%) e pjesëmarrësve kanë qenë djem, ndërsa (42%) kanë qenë vajza.

Hipoteza e parë për këtë hulumtim është:

H1 - Fëmijët me vendbanim urban priren të inhalohen më shpesh në krahasim me fëmijët që jetojnë në vende rurale

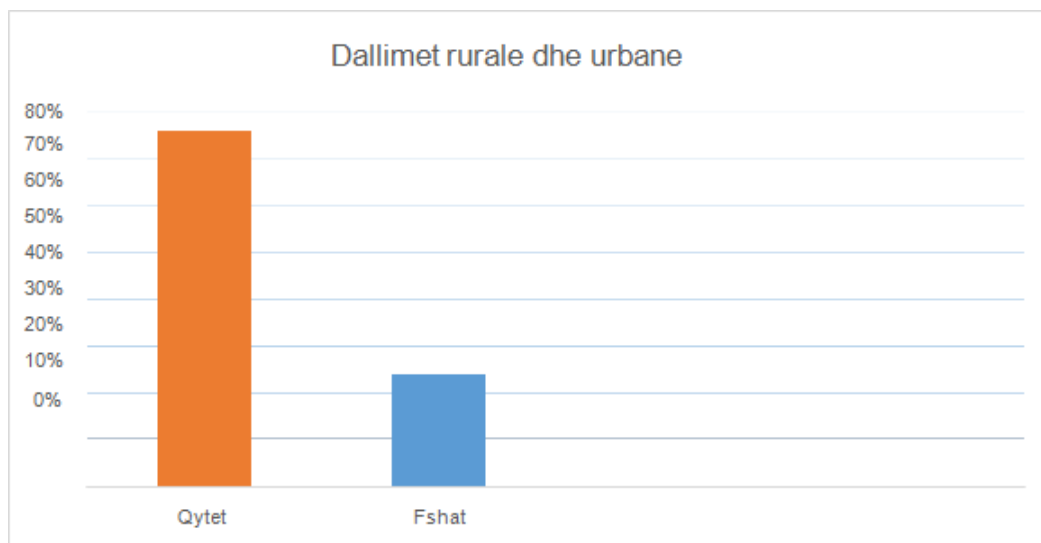


Figura 3. Dallimet në mes vendbanimeve

Në figurën e lartpërmendur (fig.2) është paraqitur grafikoni me përqindje duke dalluar vendbanimin rural dhe atë urban. Me ndihmën e këtij grafikoni shohim se (76%) e mostrës kanë prejardhje urbane, ndërsa (24%) janë rurale.

H2 - Medikamenti më i përshkruar tek fëmijët që inhalohen janë bronkodilatorët



Figura 4. Përshkrimi në mes terapive të inhaluara

Në figurën 4 janë paraqitur terapitë e inhaluara. Siç po shihet në figurë 42% e fëmijëve janë inhaluar me pulmicort, 37% e fëmijëve janë inhaluar me spalmitil, 8% e fëmijëve berodual, 8% e fëmijëve me spalmitil të kombinuar me pulmicort, 5% e fëmijëve me pulmicort në kombinim me berodual.

H3 - Moshë më e prekur për inhalim janë të moshës 1 vjeçare



Figura 5. Moshë më e inhaluar

Në figurën 4 është paraqitur përqindja e moshës së fëmijëve të inhaluar. Moshë më e prekur e fëmijëve është moshë 2 vjeçare me (26%), moshë 3 vjeçare me (21%), ndërsa fëmijët e moshës 5 vjeçare inhalohen më pak me përqindje (4%).

H4 - Gjinia femërore pretendohet të inhalohen më shumë në krahasim me atë mashkullore

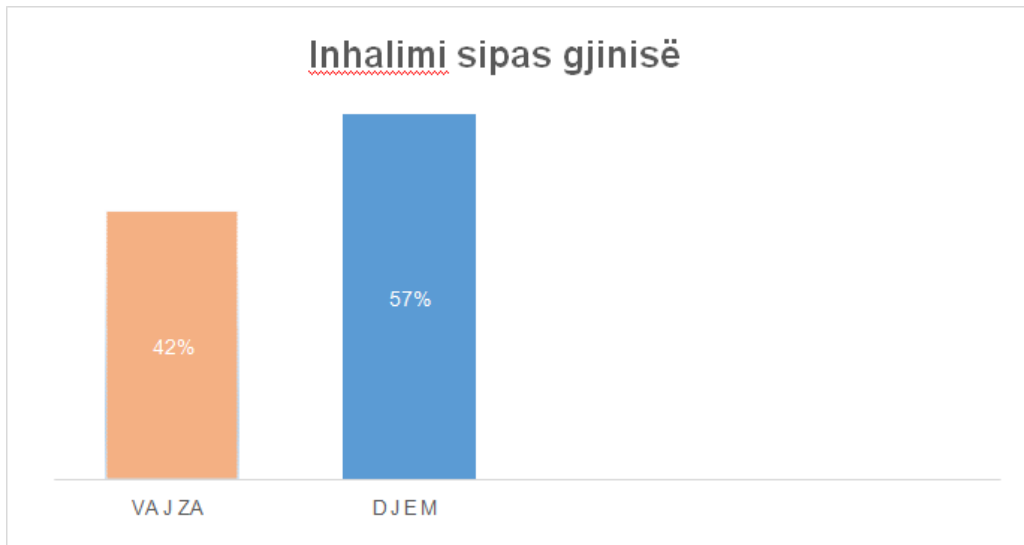


Figura 6. Inhalimi duke u bazuar në gjini

Grafikonet e figurës 5 tregojnë dallimet gjinore të fëmijëve gjatë inhalimit. Grafikonet e fig. 5 tregojnë se (42%) e vajzave kanë qenë të inhaluara për dallim nga djemtë që kanë përqindje më të lartë (57%).

H5 - Diagnoza më e shpeshtë tek fëmijët që inhalohen është bronkiti akut

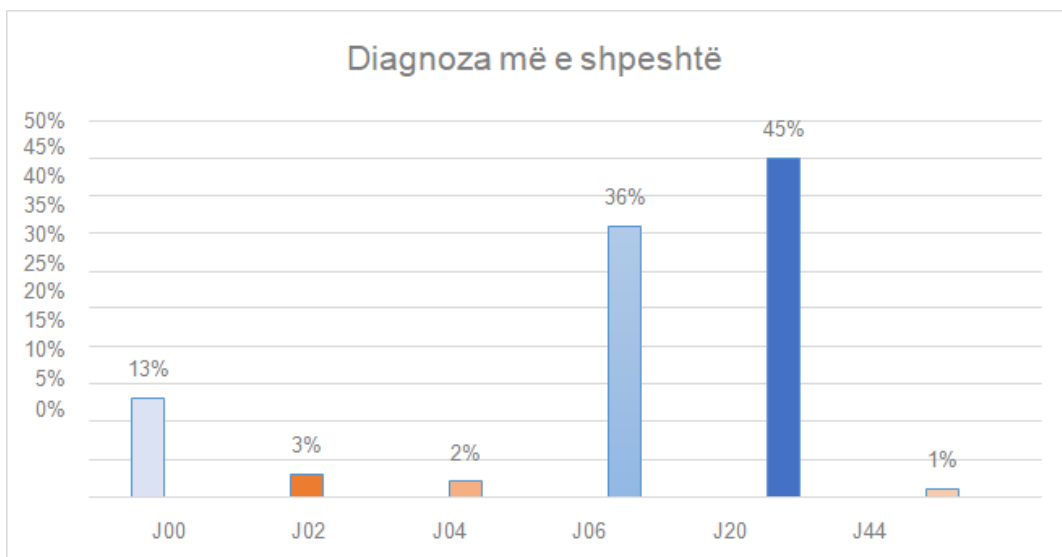


Figura 7. Diagnoza më e shpeshtë tek fëmijët që inhalohen

Në figurën e paraqitur më lart (fig.5) janë të renditura diagnozat më të shpeshta për të

cilën inhalohen fëmijët. Shohim që J20 (bronkitakut) është më i shpeshti, ndërsa J44 (COPD) është më pak i pranishëm tek fëmijët që kanë qenë pjesë e hulumtimit.

5.2. Analizimi i rezultateve

Duke u bazuar në rezultatet e interpretuara më lart, e kemi të qartë se disa nga hipotezat janë vërtetuar e disa prej tyre nuk janë vërtetuar. Si për shembull, hipoteza e parë e këtij hulumtimi ka qenë që ata fëmijë që jetojnë në vende urbane pretendohet që inhalohen më shpesh në krahasim me ata fëmijë që jetojnë në vende rurale; është vërtetuar, që do të thotë se rezultatet tregojnë se fëmijët që rriten në fshatra inhalohen më pak se fëmijët që rriten në qytete. Kjo hipotezë është ngritur duke u bazuar në një hulumtim të kryer në Universitetin Ulm në Gjermani nga Stefan Reber. Ky hulumtim tregon që fëmijët që rriten larg qyteteve dhe që ekspozohen më shumë me kafshët dhe natyrën do të kenë sistem imun më të fortë se fëmijët që rriten në qytet.

Hipoteza e dytë e këtij hulumtimi ka qenë se terapia më e përshkruar për inhalim tek fëmijët janë pulmicorët; pulmicorët janë medikamente që i përkasin familjes kortikosteroide. Dhe kjo hipotezë në bazë të analizave më lart nuk është aprovuar, meqë rezultatet tregojnë se terapia më e përshkruar nga ana e mjekut janë bronkodilatorët. Bronkodilatorët dhe kortokosteroidët janë medikamentet kryesore për trajtimin e inflamacioneve dhe preventimin e astmës.

Duke u bazuar në Fondacionin për Astmë dhe Alergjia të Amerikës (AAFA) gjysma e të gjithë fëmijëve me astmë kanë simptoma të sëmundjes para moshës 5 vjeçare. Përveç sëmundjes së astmës në fëmijëri të hershëm mund të vërehen edhe sëmundje të tjera respiratore. Duke u bazuar në këtë fakt është ngritur edhe hipoteza e tretë për këtë hulumtim që mosha më e prekur për inhalim është parashikuar fëmijët e moshës 1 vjeçare. Por kjo hipotezë nuk është vërtetuar ngase nga të dhënat tona që i kemi marrë nga protokollet rezulton se mosha më e prekur për inhalim ka qenë mosha 2 vjeçare.

Në një studim prej 1,041 fëmijë asmatikë më shumë ishin djem sesa vajza këtë e raporton revista mjekësore amerikane e pulmologeve dhe kujdesit kritik. Duke u bazuar në këto të gjetura është ngritur edhe hipoteza e katërt e këtij studimi; djemtë inhalohen më shpesh sesa vajzat. Dhe duke i parë analizat kjo hipotezë është vërtetuar.

Hulumtimi i lartpërmendur gjithashtu shton se tek fëmijët e vegjël astma dhe çrregullimet respiratore janë më të dukshme tek djemtë se sa vajzat por që dallimet gjinore kthehen prapa me kohën kur bëhen të rritur.

Hipoteza e fundit dhe shumë e rëndësishme për këtë hulumtim ka qenë se diagnoza më e shpeshtë tek fëmijët që inhalohen janë sëmundjet kronike obstruktive; kjo hipotezë nuk është vërtetuar, pasi që nga rezultatet e interpretuara më lart kemi të qartë se si diagnozë më e shpeshtë tek mostra jonë ka qenë bronikit akut.

Bronkiti akut mendohet që më së shpeshti shkaktohet nga infeksionet virsuale por ka shumë hulumtime të tjera që tregojnë se ekspozimi ndaj tymit të duhanit, pluhurit, avujve dhe gazrave mund të qojnë deri tek një bronkit akut.

Për të diskutuar efektin e pirjes pasive të duhani në shëndetin e fëmijës janë mbledhur mbi 100 shkencëtarë akademikë nga 12 vende të ndryshme të botës në një simpozium internacional, në Essen të Gjermanisë. Nga ky tubim shkencëtarët e pranishëm duke u bazuar në të gjeturat laboratorike, rekomandojnë fuqishëm mbrojtjen e fetusit, të porsalindur dhe çdo fëmijë nga ekspozimi i tymit të duhanit. Gjithashtu këtë argument e bënë edhe më të fort një hulumtim tjetër që tregon se të porsalindurit që lindin tek familjet që janë duhanpirës direkt apo pasiv kanë gjasa shumë më të mëdha që të kenë probleme kardiovaskulare dhe të vuajnë nga sëmundjet si bronkiti, astma dhe fibrosa cistike në krahasim me ata të porsalindur që jetojnë në familje jo duhanpirëse (Nelson, 1999).

Gjithashtu si përfundim nga analizat që kemi nxjerrë, mund t'i përgjigjemi edhe dy pyetjeve hulumtuese që kemi parashtruar;

Pyetja e parë: Sa fëmijë janë inhaluar në 6 muajt të fundit të vitit 2018? Në bazë të protokolleve në këto 6 muaj kanë qenë të pranuar 316 fëmijë për inhalim.

Pyetja e dytë: Cili medikament është më i përshkuari nga profesionistët shëndetësorë? Medikamenti më i përshkuar janë bronkodilatorët.

6. KONKLUZIONE DHE REKOMANDIME

Mushkëritë janë organe jetësore që janë të ndjeshme ndaj infeksioneve dhe ndotjes së ajrit. Sot sëmundjet e respiratore kategorizohen si shkaktarët kryesorë të vdekjes dhe aftësisë së kufizuar tek pacienti në të gjithë botën. Rreth 334 milionë vuajnë nga astma që është sëmundja më e zakonshme dhe që në 14% të rasteve prek të gjithë fëmijët globalisht. Pneumonia vret miliona njerëz në vit dhe është shkaku kryesor i vdekjes së fëmijëve nën moshën 5 vjeçare. E vërteta është se shumica e njerëzve nuk kanë informata për gjendjen reale aktuale.

Për fat të mirë shumica e sëmundjeve respiratore janë të parandalueshme nëse përmirësohet cilësia e ajrit. Burimet e zakonshme të ajrit të ndotur apo jo të shëndetshëm janë tymi i duhanit, ndotja e ajrit brenda dhe jashtë hapësirave të banimit (Societies, Forum of International Respiratory).

Duke u lidhur edhe me rezultatet e këtij hulumtimi pamë që më shumë kanë qenë të inhaluar fëmijë që jetojnë në vende urbane, çka e bënë të qartë konkludimin e këtij hulumtimi se ajri i ndotur është një nga shkaktarët që ndikon në problemet respiratore tek fëmijët.

Konkludimi i radhës është se diagnoza më e paraqitur tek fëmijët që kanë qenë pjesë e hulumtimit ka qenë bronkiti akut.

Sipas Institutit Nacional për Shëndetësi (NCBI) shkaktarët e bronkitit akut konsiderohen të jenë infektivë, por gjysma e tyre kanë edhe patogjene jo identifikuese. Roli dhe ndikimi i duhanpirjes ose inhalimi i tymit të duhanit për predispozim ndaj bronkitit akut është i paqartë.

Konkludim tjetër nga ky hulumtim është se medikamentet më të përshkruar nga profesionistët shëndetësorë për inhalim janë bronkodilatorët. Çka bënë lidhjen logjike me konkludimin e lartpërmendur, pasi që një nga debatet aktuale sot janë edhe gabimet gjatë përshkrimit të medikamenteve nga ekipi shëndetësor. Gabimet gjatë përshkrimit të medikamenteve janë renditur si shkaku kryesor i vdekjes në SHBA. Sipas Johns Hopkins, profesor në Universitetin e mjekësisë për hulumtime, 250,000 pacientë vdesin në vit nga gabimet mjekësore.

Konkludimi i fundit dhe shumë i rëndësishëm është se djemtë inhalohen më shpesh se sa

vajzat. Meqë gjinia është një faktor i rëndësishëm për epidemiologjinë e disa sëmundjeve, për këtë hulumtim dhe përkatësisht këtë konkludim kemi bërë hulumtim më të gjerë të artikujve në Pubmed për të parë dallimet gjinore; dhe si përfundim kemi arritur në konkludim se me të vërtetë gjinia femërore preken më shumë nga infeksionet e sipërme të traktit respirator; sinusi, bajamet etj. Ndërsa gjinia mashkullore preken më shumë nga pneumonia.

Rekomandimet

Nga të gjeturat e këtij hulumtimi mund të rekomandojmë:

- ✓ ***Edukimi shëndetësor tek fëmijët;*** të mësohen fëmijët që kur të kolliten apo teshtijnë ta mbulojnë hundën apo gojën, edukimi për pastrimin e shpeshtë të duarve etj.
- ✓ ***Edukimi shëndetësor i prindërve;*** të kontrollojnë çdoherë vërtetimin e vaksinave dhe t'i marrë ato fëmija në kohë; të edukohen prindërit për rreziqet se çka sjellë duhanpirja si direkte edhe ajo pasive tek shëndeti i fëmijës.
- ✓ ***Trajnimet për ekipet shëndetësore;*** edukimi i personelit shëndetësor për të mësuar teknika të reja dhe moderne se si të inhalohet një fëmijë në mënyrë të efektshme.
- ✓ ***Furnizimin dhe sigurimin*** e institucioneve shëndetësore me inhalatorë modernë dhe më efektivë.
- ✓ ***Edukimi i popullatës*** me anë të mediave për rrezikun e ndotjes së ajrit dhe si ndikon ajri jo i shëndetshëm në zhvillimin e shumë sëmundjeve respiratore.

Promovimi i shëndetit, preventiva apo parandalimi, kontrolli dhe shërimi i sëmundjeve duhet të jetë qëllimi kryesor i çdo institucioni dhe sektori të shëndetësisë. Synimet dhe rekomandimet e lartpërmendura janë lëvizje shumë të rëndësishme dhe me kosto efektive që çdo institucion të jetë në dispozicion për ndërhyrje.

Forumi Internacional Respiratore dhe Sociale pohon se lehtësimi i sëmundjeve respiratore duhet të jetë një strategji kryesore me qëllim të qëndrueshëm dhe

zhvillues dhe të jetë në formë kërkesë për të gjithë qytetarët.

Limitimet

Si limitim për këtë studim ka qenë jo përfshirja e të gjitha niveleve primare të Komunës së Bujanocit, mostra e vogël, si dhe mosrealizimi i kombinimit të metodave kualitative dhe kuantitative.

REFERENCAT

1. *Inhaler devices for the treatment of asthma and chronic obstructive airways disease (COPD)*. **Wright J, Brocklebank D., Ram F.** 2002, *Quality and Safety in Health Care*, fv. 376-382.
2. *A radical and expeditious cure for a recentcatarrhous cough*. **Mudge J.** 1778, *Allen*, fv. 1- 252.
3. *Theatri tabidorum vestibulum: seuexercitationes dianoeticae cum historiis et experimentisdemonstratives*. **Bennet C.** 1654, *Newcomb*, fv. 1-126.
4. *Inhalation therapy: an historical review*. **Sanders, Mark.** 2007, *PRIMARY CARE RESPIRATORY JOURNAL*, fv. 71-81.
5. *An essay on the medicinal properties offactitious air*. **Cavallo T.** 1798, *Dilly*, fv. 1-256.
6. *Étude médicale sur les eaux minérales dePierrefonds-les-Bains : application des eaux sulfureusespulvérisées au traitement des malades de poitrine*. **Sales-Girons.** 1864, *Delahaye*, fv. 1-190.
7. *Insensibility during surgical operations producedby inhalation*. **Bigelow, H.** 1846, *Med Sug Journals*, fv. 309-17.
8. *On Asthma: its pathology and treatment*. **Salter, H.** 1867, *Churchill & Sons.*, fv. 1-457.
9. *Devices for Inhaled Medications (Asthma Inhalers, COPD Inhalers)*. **Mullen, Ann.** 2018, *National Jewish Health*.
10. *Inhaler technique: facts and fantasies. A view from the Aerosol Drug Management Improvement Team (ADMIT)*. **Mark Levy, P N R Dekhuijzen, P J Barnes, M Broeders,C J Corrigan, B L Chawes,L Corbetta, J C Dubus, Th Hausen, F Lavorini, N Roche, J Sanchis,Omar S Usmani, J Viejo,W Vincken,Th Voshaar,Crompton, and Soren Pedersen.** 2016, *NPJ Prim Care Respir Med*, f. 26.
11. *Patients' perspectives and preferences in the choice of inhalers: the case for Respimat*. **Dekhuijzen P, Lavorini F., Usmani O. S.** 2016, *Patient Preference and*

Adherence, fv. 1561–1572.

12. *Practical aspects of inhaler use in the management of chronic obstructive pulmonary disease in the primary care setting.* **Yawn B, Colice G. L., Hodder R.** 2012, International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease., fv. 495–502.

13. *Matching Inhaler Devices with Patients: The Role of the Primary Care Physician.* **Price, Alan Kaplan and David.** 2018, Can Respir J.

14. *Not all asthma inhalers are the same: factors to consider when prescribing an inhaler.*

Chrystyn H, Price D. 2009, Primary Care Respiratory Journal., fv. 243–249.

15. *Use of Respimat soft mist inhaler in COPD patients.* **Anderson P.** 2006, International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease., fv. 251–259.

16. *Development of Respimat® Soft Mist™ inhaler and its clinical utility in respiratory disorders.* **Dalby R, Eicher J., Zierenberg B.** 2011, Medical Devices, fv. 145-155.

17. *Morbidity and school absence caused by asthma and wheezing illness.* **Anderson HR, Bailey PA, Cooper JS, Palmer JC, West S.** 1983, Arch Dis Child, fv. 777-84.

18. *What is asthma?* **Godfrey.** 1985, Archives of Disease in Childhood., fv. 997-1000.

19. *What is Asthma? Pathophysiology, Demographics, and Health Care Costs.* **Jonathan Maslan.** 2014, Otoralyngologic Clinic, fv. 13-22.

20. *Small Airways in COPD.* **Barnes, Peter J.** 2004.

21. *Adenosine, methacholine, and exercise challenges in children with asthma or paediatric chronic obstructive pulmonary disease.* **Avital, C Springer, E Bar-Yishay, S Godfrey.** 1995, BMJ journals, fv. 511-516.

22. **COPD Foundation.** COPD Found. Inc. [Në linjë] 2004.

<https://www.copdfoundation.org/What-is-COPD/Understanding-COPD/What-is-COPD.aspx>.

23. *Misuse of inhaled bronchodilator agents.* **Saunders K.** 1965, Br Med J., fv. 1037-1038.

24. *Survey of the clinical uses of pressurized aerosol inhalers.* **Epstein SW, Manning**

- CPR, Ashley MJ, et al.** 1979, Can Med Assoc Journal, fv. 813-816.
25. *How should a pressurized beta-adrenergic bronchodilator be inhaled?* **Newman SP, Pavia D, Clarke SW.** 1981, Eur J Respir Dis, fv. 3-21.
26. *Inadequate outpa-tient medical therapy for patients with asthma admitted to two urban hospitals.* **Hartert TV, Windom HH, Peeples RS.** 1996, Am J Med., fv. 386-394.
27. *Knowledge of and technique for using inhalation devices among asthma patients and COPD patients.* . **Souza ML, Meneghini AC, Ferraz E.,** 2009, J Bras Pneumol, fv. 824-831.
28. *Predic-tors of incorrect inhalation technique in patients with asthma or COPD: a study using a validated videotaped scoring meth-od.* **Rootmensen GN, van Keimpema AR, Jansen HM.** 2010, J Aerosol Med Pulm DrugDeliv., fv. 323-328.
29. *Assessment of han-dling of inhaler devices in real life: An observational study in 3811 patients in primary care.* . **Molimard M, Raheison C, Lignot S.** 2003, J Aerosol Med., fv. 249-254.
30. *An audit of inhaler technique among asthma patients of 34 general practitioners.* **Hilton S.** 1994, Br J Gen Pract., fv. 505-506.
31. *Inhalation therapy: Help patients avoid these mistakes.* **Timothy H. Self, Jessica L. Wallace, Christa M. George, Amanda Howard- Thompson,.** 2011, The journal of family practice.
32. *Impact of Inhaled Antiinflammatory Therapy on Hospitalization and Emergency Department Visits for Children With Asthma.* **Robert J. Adams, Anne Fuhlbrigge, Jonathan A. Finkelstein, Paula Lozano, James M. Livingston, Kevin B. Weiss, Scott T. Weiss.** 2001, AAP and News Journal.
33. *COPD surveillance—United States, 1999–2011.* **Ford, Croft JB, Mannino DM, Wheaton AG, Zhang X, Giles WH.** 2013, Pub med, fv. 284-305.
34. *Urban-Rural County and State Differences in Chronic Obstructive Pulmonary Disease — United States, 2015.* **Janet B. Croft, Anne G. Wheaton, Yong Liu, Fang Xu, Hua Lu, Kevin A. Matthews, Timothy J. Cunningham, Yan Wang, James B. Holt,.** 2018, Pub Med, fv. 201-211.

35. *Use of different inhalation devices in children.* **Pedersen, Sven Mortensen.** 1990, Lung, fv. 653-657.
36. *Aerosol Therapy by Pressured Metered-Dose Inhaler-Spacer in Sleeping Young Children. To Do or Not to Do?* **Esposito-Festen, J. et al.** 2006, CHEST Journal, fv. 487-492.
37. *Inhalation treatment: Errors in application and difficulties in acceptance of the devices are frequent in wheezy infants.* **Marguet, C., et al.** 2001, Pediatric Allergy and Immunology, fv. 224-230.
38. *Concept for motivating toddlers to accept.* **Segarra, Rebeca Anton.** 2013, Norwegian University of Science and Technology.
39. **Paul W. Glezen, Floyd W. Denny,.** Epidemiology of Acute Lower Respiratory Disease in Children. *The new England journal of medicine.* march 8,1973.
40. **Nelson, Ed.** Preventing childhood diseases by stoping childrens exposures to tobacco smoke. *Human and Expemerimental Toxilogy.* 1999, 18.
41. *The Global Impact of Respiratory Disease.* **Societies, Forum of International Respiratory.** Sheffield : European Respiratory Society, 2017, Vëll. i Second Edition. 9781849840873.

SHTOJCAT

Protokolli

Data:

Emri dhe mbiemri:

Viti i lindjes:

Vendbanimi:

Numri i regjistrimit:

Anamneza dhe gjetja:

Diagnoza:

Terapia:

Kujt dhe kur iu është udhëzuar:

Çmimi:

№	Имя	Дата	Диагноз	Специализация	№	Имя	Дата	Диагноз	Специализация	№
255	Безрам	05.05.2014			21600461081					
255	Безрам	05.05.2014			21600481470					
255	Безрам	05.05.2014	Бужанов							
255	Безрам	05.05.2014	Бужанов		21600471250					
255	Безрам	05.05.2014	Бужанов		01.12.2015					
255	Безрам	05.05.2014	Бужанов		21600440420					
255	Безрам	05.05.2014	Бужанов		28700936553					
255	Безрам	05.05.2014	Бужанов		21600477513					
255	Безрам	05.05.2014	Бужанов		30500563459					
255	Безрам	05.05.2014	Бужанов		21600467225					
255	Безрам	05.05.2014	Бужанов		30500870248180					

Имя	Дата	Диагноз	Специализация	№	Имя	Дата	Диагноз	Специализация	№
Dr. Basca	25.07.2019	Oronamic 30g Lemond 50mg							
Dr. Danisla	20.07.2019	spomoc 93 NaCl 2ml							
Dr. Boyan	23.07.2019	Oprebyjante							
Dr. Boyan	23.07.2019	gent c 20 Lemond 15							
Dr. Slavica	24.07.2019	Exp Pulmicort 905 NaCl 2ml							
Dr. Slavica	24.07.2019	Exp Pulmicort 905 NaCl 2ml							
Dr. Boyan	24.07.2019	Exp Ceftriamicin 200 Lemond 50mg 15ml							
Dr. Mojuka	24.07.2019	Exp 4 40 L Dr. Basca 10)							
Dr. Slavica	24.07.2019	Exp Lemond 50mg II/2							
Dr. Mojuka	24.07.2019	Exp Spalmetrol 0.3 L Dr. P. O. O. P. 3 W							