

University for Business and Technology in Kosovo

UBT Knowledge Center

Theses and Dissertations

Student Work

Fall 10-2020

Roli I Infermierëve Në Dhënien E Terapisë Te Pacientët Pediatrik

Edita Berisha

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

Berisha, Edita, "Roli I Infermierëve Në Dhënien E Terapisë Te Pacientët Pediatrik" (2020). *Theses and Dissertations*. 2196.

<https://knowledgecenter.ubt-uni.net/etd/2196>

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 Infermierëve Në Dhënien E Terapisë Te Pacientët Pediatrik

Shkalla Bachelor

Edita Berisha

Tetor, 2020
Prishtinë



Kolegji UBT
Fakulteti i Infermierisë

Punim Diplome
Viti akademik 2017- 2018

Edita Berisha

**ROLI I INFERMIERËVE NË DHËNIEN E TERAPISË TE
PACIENTËT PEDIATRIK**

Mentori: Prof. dr. Aranit Jakupi

Tetor / 2020

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

ABSTRAKT

Ky punim është realizuar me qëllim të zgjerimit të njohurive lidhur me rolin e infermierit në dhënien e terapisë tek pacientët pediatrik.

Objektivi specifik i kësaj teme është mënyra e administrimit të terapisë tek fëmijët, pasi që ky grup i pacientëve karakterizohet me vështërsi në marrjen e terapisë, dhe për këtë arsye është me rëndësi të dihet edhe roli i infermierit në aspektin etik ku qëllim kryesor është përmisimi i gjendjes së pacientit.

Infermiera pediatrike është një fushë e specializuar, që merret me kujdesin ndaj fëmijëve në kushte fiziologjike dhe në gjendje të sëmundjeve të ndryshme. Ajo përfshin kujdesin parandalues, promovues, trajtues dhe rehabilitues te fëmijët.

MIRËNJOHJE/FALËNDERIME

Një falënderim dhe mirënjohje ia dedikoj familjes time, për kurajon që ma ofruan në rrugën e gjatë të arsimimit, ku në sajë të tyre gjeta mbështetjen e duhur që të filloj dhe mbarojë këtë fazë të studimeve me sukses! Faleminderit kolegëve dhe profesorëve me të cilët kemi kaluar një udhëtim shumë të bukur së bashku!

Kam pasur kënaqësinë dhe fatin të udhëhiqesha nga Prof.dr.Arianit Jakupi i cili më ka drejtuar dhe këshilluar gjatë gjithë punës time për përgatitjen e kësaj teme.

Faleminderit dhe shumë respekte për ju Profesor!

Dhe krejt në fund falënderimi i takon të madhit Zot, i cili më dha shëndetin në rradhë të parë, që unë të arrij gjithë atë çfarë kam sot!

PËRMBAJTJA

LISTA E TABELAVE	IV
LISTA E FIGURAVE	V
FJALORI I TERMAVE	VI
1 HYRJE	1
2 SHQYRTIMI I LITERATURËS	2
2.1 Historia e Pediatriisë	2
2.2 Zhvillimi i klinikës së Pediatriisë	3
2.2 Qasja diagnostike ndaj fëmijës së sëmurë	4
2.3 Parimet e përdorimit të barnave në pediatri	6
2.5 Rrugët e dhënies së barnave	9
2.5.1 Aplikimi lokal	9
2.5.2 Aplikimi sistematik	9
2.5.3 Inhalacionet	11
2.6 Gjendjet që paraqiten me fishkëllimë	16
2.6.1 Bronkioliti	17
2.6.2 Astma	20
2.7 Gjendjet që paraqiten me stridor	24
2.7.1 Krupi viral	25
3 DEKLARIMI I PROBLEMIT	27
4 METODOLGJIA	28
5 PREZANTIMI DHE ANALIZA E REZULTATEVE	29
6 KONKLUSIONE DHE REKOMANDIME	38
7 REFERENCA	39
8 SHTOJCAT	41

LISTA E TABELAVE

Tabela 1: Rezultatet e të dhënave demografik të temës hulumtuese	29
Tabela 2: Dozat e barnave sipas sipërfaqes trupore (m²) të fëmijës	43

LISTA E FIGURAVE

Figura 1: Vështërsitë në dhënien e barnave sipas formës farmaceutike	30
Figura 2: Dhënia e shurupit.....	30
Figura 3: Barnat e dozuara me lugë.....	31
Figura 4: Refuzimi i barit.....	31
Figura 5: Prospekti i barit.....	32
Figura 6: Dhënia e terapisë parenterale	32
Figura 7: Sa e preferojnë nënat administrimin e terapisë parenterale.....	33
Figura 8: Dhënia e barnave nëpërmjet inhalimit.....	33
Figura 9: Simptomat më të shpeshta të alergjisë	34
Figura 10: Si reagojnë nënat në rast alergjie tek femijët e tyre	34

FJALORI I TERMAVE

- **WHO (OBSh)** - World Health Organization (Organizata Botërore e Shëndetësisë)
- **ICD-10** - International Classification of Diseases (Klasifikimi Ndërkombëtarë i Sëmundjeve)
- **pH**- Potential of Hydrogen (Vlera e jonit hidrogjen)
- **per'os (PO)**- By or through the mouth, denoting a method of delivering medication (Marrja e barnave nga goja)
- **per'rectum(PR)**- By or through the rectum, denoting a method of delivering medication.(Marrja e barnave nga rektumi/pjesë e zorrës së trashë)
- **pMDI**-Pressurized metered dose inhaler (Inhalator me presion)
- **DPI**-Dry powder inhaler (Inhalator pluhur i thatë)
- **TBC**-Tuberculosis (Tuberkulozi)
- **IM**- Intramuscular Injection (Dhënia e injeksionit në muskul)
- **I.V**-Intravenous therapy is therapy that delivers fluids directly into a vein (Marrja e lëngjëve nëpërmjet venave)
- **ID** -Intradermal Injection (Dhënia e injeksionit në shtresën e lëkurës,dermis ose shtresa e lëkurës nën epidermë)
- **S.C**- Subcutaneous Injection (Dhënia e injeksionit nën lëkurë)

1 HYRJE

Përderisa fëmijët rriten duke kaluar nga foshnjë në fëmijë dhe më pas të rritur, rritja dhe zhvillimi i tyre ndjek disa parime dhe modele. Në secilin stad të zhvillimit fëmijët janë fizikisht dhe mendërisht të aftë të realizojnë disa lloj detyrash, ata zhvillohen përmes fazave të vazhdueshme, të rregullta dhe të organizuara të rritjes, si dhe kanë gjithashtu ritme të ndryshme rritjeje, sepse çdo fëmijë është unik dhe zhvillimi individual i një fëmije është i ndryshëm nga ai i një fëmije tjetër. Kjo do të thotë që çdo fëmijë zhvillohet në kohën dhe në mënyrën e tij, çdo periudhë moshore ka karakteristikat e saj specifike, gjatë çdo stadi të jetës nga foshnjëria deri në moshën parashkollore fëmijët me “zhvillim normal” janë në gjendje të realizojnë detyra të caktuara. Aftësitë janë të ngjashme për të gjithë fëmijët që i përkasin një kategorie të caktuar moshore. (unicef.org)

Infermieret, që specializojnë për kujdesin ndaj fëmijës i përkushtojnë njohuritë dhe shkathhtësitë e tyre kujdesit ndaj fëmijëve nga lindja deri në adoleshencë, përfshirë familjet e tyre.

Infermieret, që merren me fëmijët bëjnë ekzaminimin fizik, masin parametrat vitale, marrin gjakun, urinën dhe kërkojnë analizat diagnostike, infermieret me shkollim të lartë mund t'i interpretojnë rezultatet e analizave, të japin një diagnozë pune dhe krijojnë një plan fillestar trajtimi. Në anën tjetër, fëmijët frikësohen dhe nuk mund të tregojnë se “ku i dhemb” por infermieret kanë aftësinë të flasin me fëmijët dhe t'i qetësojnë ata, gjithashtu dinë si t'i pyesin ata për shëndetin e tyre, duke marrë kështu informacione të sakta, që ndihmojnë diagnozën dhe trajtimin.(unicef.org) Përveç kujdesit për pacientin, infermieret kalojnë një kohë të konsiderueshme në edukimin e familjarëve dhe kujdestarëve lidhur me kujdesin ndaj fëmijëve, ato dizajnojnë planet e kujdesit në shtëpi për plotësimin e nevojave të veçanta të fëmijëve, parandalimi dhe edukimi shëndetësor është pjesë e rëndësishme e kujdesit infermieror, duke realizuar vizita në shtëpi, në shkolla për ekzaminime fizikale, vaksinimin dhe skringun rutinor shëndetësor të fëmijëve. (unicef.org)

2 SHQYRTIMI I LITERATURËS

Pediatria ka filluar zhvillimin si pjesë e mjekësisë popullore, në formë të përvojës, traditave, veseve etj., por ka filluar edhe me gënjeshtër, bestytni të bartura shekuj me rradhë në gjenerata të disa popujve. Ndër arsyt kryesore që pediatria të ndahet si degë e veçantë e medicinës ishte, përveq tjerash edhe numri i madh i te vdekurve të moshës fëmijërore, veçanërisht të moshës së latantit, i cili në shekullin nëntëmbëdhjetë arriti numrin prej 200 në 1000 fëmijë të lindur gjallë. (Henci Fehmi,1989)

Formimi i spitaleve për fëmijë, të ndarë nga spitalet interne, filloi në Paris në vitin 1802, e kjo bëri të mundshëm zbulimin e veqorive të sëmundjeve të moshës fëmijërore, me zbulimin epokal të shumë vaksinave për mbrojtje nga sëmundjet infective dhe përdorimin e masave të tjera profilaktike, gjithnjë e më tepër nis zhvillimi i rrjetit të enteve shëndetësore për mbrojtjen e nënës dhe të fëmijëve. (Henci Fehmi,1989)

2.1 Historia e Peditrisë

Në vitet e shtatëdhjeta të shekullit 19, në Francë, lajmërohen aktet e para ligjore për mbrojtjen e shëndetit të fëmijës, e pak më vonë fillojnë të lajmërohen edhe në Angli dhe në shtete të tjera evropiane. Në këtë periudhë higjienës shkollore gjithnjë e më tepër i jepet rëndësi. (Henci Fehmi,1989)

Pionerët e parë të peditrisë sociale, të cilët dallohen me punën e tyre janë: T.Rousell dhe J.Grancheri në Francë,A.Baginsky në Gjermani dhe T.Essherish në Austri.

Pas këtyre tentimeve, kah fundi i shekullit 19 shumica e pediatërve fillojnë të mirren me studime psikologjike të fëmijës ndërsa gjatë shekullit 20, në botën e perëndimit fillon të përparojë shumë mbrojtja sociale, preventive, kurative, fizike dhe psikike e fëmijës.

Me krijimin e shteteve socialiste pas Revolucionit të Tetorit në Rusi, dhe pas Luftës së Dytë Botërore, në disa vende të Lindjes dhe në vendin tonë u krijuan kushtet për socializimin e mbrojtjes shëndetësore të popullsisë në tërësi. (Henci Fehmi,1989)

Mbrojtja shëndetësore në vendin tonë

Sipas ligjit të vitit 1979 mbrojtja shëndetësore është zgjeruar dhe ajo ka përfshirë tërë popullsinë dhe shtresat e saj, e në mënyrë të veçantë ajo ka përfshirë fëmijët dhe të rinjtë të cilët gëzojnë mbrojtjen e plotë shëndetësore. (Henci Fehmi,1989)

2.2 Zhvillimi i klinkës së Pediatriisë

Tërë zhvillimi i mbrojtjes shëndetësore të fëmijës në Kosovë është i lidhur ngusht me zhvillimin dhe hapjen e repartit të fëmijëve në Spitalin e përgjithshëm të Prishtinës dhe më vonë me zhvillimin e këtij reparti klinikë, me rritjen e kapaciteteve të numrit të shtretërve dhe kuadrove. Gjendja e rëndë e trashëguar në lëminë e mbrojtjes shëndetësore vqanërisht gjendja e rëndë e mbrojtjes shëndetësore të popullit në Kosovë në përgjithësi dhe të fëmijëve në veqanti, në atë periudhë të para luftës dhe menjëherë pas luftës luftës së dytë botërore ka qenë tejet e vështirë. Në atë kohë sëmundjet infektive (malaria, tifoja e morrit, tifoja abdominale dhe infeksionet e tjera të traktit digjektiv) dhe shumë sëmundje të tjera të cilat mbretëronin pa mëshirë shuan jetën e një numri të madh të fëmijëve dhe të rinjëve. (Henci Fehmi,1989). Në vitin 1948 hapet Reparti i fëmijëve dhe nga ai Intern ndahet si degë e veçantë e pediatriisë, aso kohe reparti kishte vetëm 20 shtretër. Udhëheqësi i parë i këtij reparti, posa të hapur të fëmijëve, ishte Prim.dr.Milan Petroviqi, pastaj në vitin 1959 në repartin e fëmijëve emërohet udhëheqës i kësaj veprimtarie shëndetësore dr.I Osmani, ky ishte edhe pediatri i parë në tërë territorin e Kosoës. (Henci Fehmi,1989). Klinika e fëmijëve në Prishtinë është hapur dhe përruruar me ndërtesë të re moderne e funksionale me 25 maj 1973, repartet pediatrike të kësaj klinke janë:

- Reparti A- për fëmijë prematurë, të porsalindur dhe për latantë;
- Reparti B- për patologjinë e fëmijëve të moshës së re;
- Reparti C- për patologjinë e fëmijëve parashkollorë;
- Reparti D- për patologjinë e fëmijëve shkollorë;
- Reparti E- për sëmundjet e tuberkulozit dhe traktit respirator. (Henci Fehmi,1989)

2.2 Qasja diagnostike ndaj fëmijës së sëmurë

Marrja e anamnezës

Marrja e anamnezës në përgjithësi duhet filluar me ankesën e tanishme: Pse e keni sjellur fëmijën? Më pas kalohet në anamnezën e sëmundjes së tanishme. Dallojmë anamnezën personale, familjare dhe sociale, si dhe anamnezën e mjedisit, në foshnjat dhe fëmijët e vegjël, anamneza e të ushqyerit bëhet esenciale. Sa më të mëdhenj fëmijët aq më të rëndësishme janë informatat mbi percentilët e zhvillimit dhe sjelljen e fëmijës, pos anamnezës së siguruar prej prindit apo përkujdesësit, në fëmijërinë e hershme edhe një fëmijë më i rritur do të kontribuojë me informata të rëndësishme. (amazon.co.uk)

Marrja e heteroanamnezës

Heteroanamneza merret nga prindërit, gjyshërit, motrat apo vëllezërit ose kujdestari i fëmijës, deri në atë moshë kur fëmija nuk është në gjendje të flasë siç duhet. (amazon.co.uk)

Qasja ndaj fëmijës së sëmurë dhe ekzaminimi klinik

Të gjithë fëmijët duhet ekzaminuar plotësisht, ashtu që të mos harrohet asnjë shenjë e rëndësishme. Sidoqoftë, për dallim nga ekzaminimi sistematik i të rriturve, ekzaminimi i fëmijëve duhet organizuar në mënyrën, që:

- Të mos shqetësohet fëmija pa nevojë,
- Lëre fëmijën në duar të nënës, apo përkujdesësit,
- Vëzhgo sa më shumë shenja që të jetë e mundur (a është fëmija vigjilent, a vjell, a duket i përgjumur, etj.) para se ta prekësh fëmijën. (apps.who.int)

Këto shenja duhen kërkuar dhe regjistruar para se fëmija të shqetësohet, e pastaj mund t'i kërkonin nënës apo përkujdesësit që të zbulojë me kujdes kafazin e krahërorit, për të shikuar për retraksion apo për të numëruar frymëmarrjet. (apps.who.int)

Nëse fëmija është i shqetësuar apo qanë, duhet të lihet për pak kohë me nënën e vet, me qëllim që të qetësohet, apo mund të kërkohet nga nëna që ta vendosë në gji, para se të maten shenjat kyçe si frekuenca respiratore. (apps.who.int)

Pastaj, vazhdo me shenjat që kërkojnë prekjen e fëmijës, por janë më pak shqetësuese, siç janë: dëgjimi në kraharor, do të fitoni informata pak të dobishme, nëse dëgjoni në kraharor të fëmijës që qanë, kështu që shenjat që përfshijnë ndërveprimin me fëmijën, siç është regjistrimi i temperaturës, apo testimi për turgorin e lëkurës, duhet lënë për fund. (apps.who.int)

Hulumtimet laboratorike

Hulumtimet laboratorike zgjidhen në bazë të anamnezës dhe ekzaminimit dhe ndihmojnë që të kufizohen diagnozat diferenciale. Hulumtimet laboratorike themelore (hemogrami, hepatogrami, glikemia, urea, kreatinina, feremia, urina, etj) duhet të jenë në dispozicion, në të gjitha spitalet që ofrojnë kujdes pediatrik. (apps.who.int)

Pasi që fëmija të diagnostikohet, fillohet me trajtim mjekësorë. Terapinë e ordinuar nga mjeku (pediatri) e administron infermieri.

Roli i infermierëve pediatrik

Roli i infermierëve pediatrik po ndryshon vazhdimisht. Këto ndryshime paraqiten si rezultat i zgjerimit të praktikës mjekësore dhe infermierore, sfidave në zhvillim në aspekte të ndryshme të kujdesit për fëmijë, kërkesave të pacientit dhe avansimet teknologjike, roli i infermierëve pediatrik mund të ndryshojë nga një institucion në tjetrin, por përgjegjësitë elementare mbeten të njëjta. (onlinelibrary.wiley.com)

Roli i infermierit pediatrik është:

1. Ofrues i kujdesit shëndetësorë;
2. Administrues i terapisë;
3. Avokat;
4. Këshilltar;
5. Rekreativ;
6. Studiues, (slideshare) etj.

2.3 Parimet e përdorimit të barnave në pediatri

Pacientët pediatrik ndahen në grupmosha të ndryshme:

Nonatantët (të porsalindurit) 0-1 muaj. Kjo ndahet në:

- periudhën e hershme neonatale 0-6 ditë pas lindjes dhe
- periudhën e vonshme neonatale 7-28 ditë pas lindjes.
- Latant 1 muaj deri 1 vit;
- Fëmije 12 muaj deri 2 vjet;
- Fëmijëria e hershme 2 deri 5 vjet;
- Fëmijëria 6 deri 11 vjet;
- Adolshenca 12 deri 18 vjet; (telegrafi.com)

Njohuritë nga farmakoterapia racionale pediatrike bazohen në dy faktorë specifik:

- **Faktori njeri** (fazat e zhvillimit fiziologjik të organizmit të fëmijës si dhe në rrjedhën e sëmundjes së tij, faktorët gjenetik), dhe

- **Faktori bar** (efektet anësore, ndërveprimet, format e përgatitura të barnave për fëmijë etj). Neonatët janë relativisht aklorhidrik, prodhimi i acidit rritet nga dita e shtatë deri në muajin e parë. Në moshën 6-javëshe prodhimi i acidit klorhidrik krahasohet me infantet dhe arrin vlerat e të rriturve në moshën 2 vjeçare, latant është fëmija i moshës prej një muaj deri në një vit, në këtë periudhë kapaciteti ekskretor i funksionit renal është ende i ulët, gradualisht vlerat e të rriturit mund të arrihen tek në moshën 6 – 12 muaj. (telegrafi.com)

Fëmija parashkollor: Farmakokinetika e shumicës së barnave në këtë moshë ndryshon më pak, krahasuar me atë të të rriturit, duke u bazuar në proceset e shpejta të oksidimit mikrozomal hepatic, në këtë moshë, shumë barna, kanë gjysmëkohë më të shkurtër të eliminimit sesa të të rriturit. (telegrafi.com)

Fëmija shkollor dhe adoleshentët: Fëmijët e kësaj moshe janë në kontakt me moshatarët nëpër shkolla, më shpesh sëmurën nga gjendjet gripoze të lehta, infeksionet e grykës dhe të veshit, bronkitet akute, që në të shumtën e rasteve, kanë etiologji virale dhe kërkojnë trajtim simptomatik. Por, kjo moshë karakterizohet edhe me sëmundjet kronike si astma bronkiale, epilepsia, diabetes melitus etj, të cilat kërkojnë trajtim afatgjatë, efikas dhe të monitoruar, gjë që është tejet e vështirë për shkak të bashkëpunimit të dobët i cili e karakterizon këtë moshë. (telegrafi.com)

Prej moshës 10-11 vjeçare metabolizmi dhe eliminimi i barnave nga organizmi është shumë më i shpejtë sesa të të rriturit, shkaktar kryesor është vëllimi i madh i mëlçisë në raport me peshën trupore, posaçërisht është e shprehur për barnat që metabolizohen me oksidim dhe hidrosilim, andaj kërkojnë doza më të mëdha dhe më të shpeshta (si fenobarbitoni, fenitali). (telegrafi.com)

Ndërveprimet e barnave

Kur dy e më shumë barna aplikohen në të njëjtën kohë, ato mund të shfaqin efektin e tyre pavarësisht nga njëra-tjetra ose të ndërveprojnë në mes veti, efektet e padëshirueshme të barnave sipas Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSH), definojnë si “efekte të dëmshme dhe të paqëllimta, që ndodhin gjatë aplikimit të barit në dozë të duhur për profilaksi, diagnozë ose trajtim terapeutik”. (telegrafi.com)

2.4 Regjimi i dozimit të barnave te fëmijët

Shpeshherë dozimi barnave për fëmijët nuk mund të bazohet në peshën ose sipërfaqen trupore të fëmijës, duke u mbështetur ekskluzivisht në të dhënat për dozim të rritur sepse fëmija nuk është “një i rritur në miniaturë”. Shumë barna që aplikohen te të porsalindurit dhe te fëmijët nuk janë të përgatitura (fabrikate) në forma të përshtatshme dozimi, dozat e përshtatura në forma të lëngëta për shumë barna përgatiten për motakët dhe fëmijët, sepse nuk mund t’i gëlltisnin barnat në formë tabletash ose kapsulash (siç gjenden në qarkullim), po ashtu edhe format e dozuara parenterale të shumë barnave duhet të hollohen dhe të përgatiten në doza të sakta për të porsalindurit. (telegrafi.com)

Dozimi i barnave për të rritur nuk mund të bartet te fëmijët, është mjaft specifike dozimi i barnave te neonatët dhe motakët sidomos për barnat me indeks të ngushtë terapeutik.

Barnat e marra gjatë gjdhënjes në masë të vogël ose më të madhe kalojnë në qumështin e nënës, qumështi është më acidik se gjaku (pH e gjakut – 7.4 pH e qumështit – 7.0) andaj barnat bazike më lehtë kalojnë në qumësht dhe mund të koncentrohen në të. Ndërsa barnat acidike për shkak të disocimit më të lartë në mesin më bazik të gjakut koncentrimi i tyre në gjak është i vogël, barnat liposolubile dhe alkooli lehtë kalojnë në qumësht me të njëjtin koncentrim si në gjak. Monitorimi i nivelit plazmatik i terapisë medikamentoze është i domosdoshëm kur nevojitet tretman medikamentoz efektiv dhe i shpejtë siç është terapia me antimikrobikë dhe antikonkolvulzantë, me ç’rast me monitorim përcaktohet doza dhe intervali optimal i dhënies së barit, dhe domosdo, duhet monitoruar edhe barnat e aplikuar në të sëmurët me insuficiencë të zemrës, hepatike dhe renale. (telegrafi.com)

2.5 Rrugët e dhënies së barnave

Aplikimi i barnave në organizëm bëhet në dy rrugë kryesore :

- lokale (topike), dhe
- të përgjithshme (sistemike). (slideshare)

2.5.1 Aplikimi lokal

Kjo rrugë përfshin aplikimin e barit në membranat e mukozave (orale, konjuktivale), në lëkurë, dhe në sipërfaqet e tjera epiteliale. Aplikimi lokal i barit është edhe në rastet kur jepet me qëllim të veprimit lokal, pra në një pjesë të caktuar të trupit (anestezi lokal), qoftë me injektim ose në formë aerosoli, qëllimi i këtij aplikimi është që të përkufizojë aktivitetin e barit vetëm në vendin e aplikimit. (slideshare)

2.5.2 Aplikimi sistematik

Kur një bar aplikohet me qëllim që të absorbohet dhe të shpërndahet në tërë organizimin thuhet se është aplikuar me rrugë sistemike, në mënyrë të përgjithshme kjo rrugë e aplikimit ndahet në : - enterale dhe - parenterale. (slideshare)

Rrugët enterale

Me këto rrugë orale (per – os) dhe rektale (per – rectum) bari futet në traktin gastrointestinal.(slideshare)

Rruga orale

Kjo është rrugë mjaft e sigurtë e dhënies së barnave për veprim sistematik, barnat që merren per – os në pjesën më të madhe absorbohen nga zorrët e holla, mirëpo ka substanca që absorbohen edhe nga stomaku (p.sh. një sasi e aspirinës). Është rrugë e sigurtë sepse të sëmurët që mund të jenë alergjikë reagojnë me ashpërsi më të vogël, se sa që do të reagonin po të ishte marrë bari me rrugë të tjera, është mjaft ekonomike sepse tabletat dhe kapsulat kushtojnë shumë më pak se sa injeksionet të cilat duhet t'i aplikojë personeli mjekësor. (slideshare)

Kjo rrugë ka edhe mangësitë e veta p.sh. iritimi i mukozës gastrite, ky efekt iritues mund të zbutet nëse këto barna jepen pas ose gjatë ushqimit, mangësi është edhe vështirësia e dhënies së barnave në këtë rrugë në rastet kur i sëmuri është pa vetëdije ose kur ka vjellje. (slideshare)

Rruga bukale dhe sublinguale

Kjo rrugë enterale nuk aplikohet shpesh, mirëpo është e shfrytëzueshme në rastet kur bari duhet t' i shmanget kalimit të parë nëpër mëlqi, për shkak të metabolizmit të lartë që mund të ndodhë në këtë rast, p.sh. : nitroglicerina që jepet tek ataku anginoz dhe në rastet kur është i nevojshëm veprimi i barit në mukozën orale sepse nëse jepet per – os do të jetë plotësisht jo efektiv, sepse gjatë kalimit të parë nëpër mëlqi metabolizohet 100 %. (slideshare)

Rruga rektale

Barnat nganjëherë jepen per – rectum, në formë farmaceutike të butë si supozitorë ose në formë tretësire si klizma. Kjo rrugë shrytëzohet kur aplikimi per – os është i pamundshëm, ose i vështirësuar, si dhe me qëllim të veprimit lokal (barnat kundër hemoroideve), nëpërmes kësaj rruge bari i shmanget veprimit të aciditetit dhe fermenteve të lëngut gastrik si dhe metabolizmit gjatë kalimit të parë nëpër mëlqi. (slideshare)

Rrugët parenterale

Aplikimi parenteral i barit është kur bari gjatë hyrjes së parë në qarkullim mënjanon qarkullimin portal (pra, është rrugë jashtë enterale), në përgjithësi kjo rrugë zgjedhet kur është i nevojshëm një veprim i shpejtë, ose kur është e nevojshme që bari të mënjanohet nga veprimi i aciditetit dhe i enzimeve gastrointestinale. (slideshare)

2.5.3 Inhalacionet

Inhalacionet jepen me rrugë sistemike parenterale dhe janë shembulli më i mirë për këtë rrugë të aplikimit. Inhalimi i aerosoleve aplikohet jashtëzakonisht shumë në trajtimin e sëmundjeve të obstruksionit të rrugëve respiratore, si p.sh. në gjendjet që paraqiten me fishkëllimë: Astma bronkiale, Bronikoliti, dhe në gjendjet që paraqiten me stridor si: Krupi viral. Inhalimi bëhet nga rrugët e frymëmarrjes, ndërsa absorbimi nga bronkiolet e vogla. (scribd)

Mjekimi me inhalacion, aerosoli dhe mënyra e veprimit të tij

Mjekimi me inhalacion quhet i tille pasi barnat i jepen të sëmurit me anën e frymëmarrjes pra duke i thithur ato:

In-halun= të thithësh,

Ex-halun= të nxjerrësh. (scribd)

Gjithsej kemi 3 metoda të aplikimit të aerosolit:

- pMDI: pressurized metered dose inhaler (inhalator me presion),
- DPI : dry powder inhaler (inhalator pluhur i thatë),
- Nebulizer. (amazon.com)

Rëndësia e mjekimit me inhalacion

Dëshmon dobinë dhe përparësinë e mjekimit dhe parandalimin e sëmundjeve të sistemit të frymëmarrjes dhe më gjerë. (scribd)

1. Së pari bëhet i mundur dërgimi i barnave në rrugët e frymëmarrjes dhe më gjerë,
2. Së dyti ulen së tepërmi efektet anësore të mjekimit. (scribd)

Përparësitë me inhalacion janë :

1. Japim njëkohësisht dy ose më shumë barna,
2. Japim të sëmurit sa herë të duam, me lehtësi doza mjekuese,
3. Japim sasi të vogla të barit për të marrë të njejtin rezultat,
4. Japim disa barna të cilat nuk jepen me rrugë të tjera si psh: kromogiklati dhe nedokromili natriumit,
5. Kursehet një sasi e madhe barnash, duke:
 - ulur sasinë e përgjithshme në njësi-kohë që i jepet të sëmurit
 - ulët produkti kohë-dozë. (scribd)

Faktorët që ndikojnë në përhapjen e medikamentit të inhaluar në rrugët e frymëmarrjes

Ndahen në dy grupe, që lidhen me:

1. Vetitë fiziko-kimike të aerosolit që inhalohet,
2. Karakteristikat e rrugëve të frymëmarrjes së njeriut. (scribd)

Depozitimi i grimcave në rrugët e frymëmarrjes kryhet me tre mekanizma:

1. Ndikimi inercial i fluksit që kryen personi kur kryen thithjen fillestare të aerosolit,
2. Fundërrimi nga grimcat e aerosolit, si rezultat i frymëmarrjeve të thella dhe (mbahet përreth rreth 10 sec.fryma),
3. Përhapja e grimcave fare të vogla në nivelin e bronkioloave dhe alveolave. (scribd)

Inhalatorët e predepozuar nën presion (MDI-medered/Inhaler)

- U futën në përdorim më 1956 nga firma prodhuese e barnave "Riker".
- Nga sasia e nxjerrë nga *puff* vetëm 7-14% e barit shkon në rrugët e frymëmarrjes,
- Rreth 80% e medikamentit, mbetet në fyt,
- Rreth 10 % e bart mbetet në tubin plastik afër gojzës së aparatit,
- Rreth 3 % e sasisë së thithur nxirret me frymëmarrje. (scribd)

Përdorimi i drejtë i pompës së aerosolit:

1. Hiqet kapaku plastik në kokën e pompës dhe tundet ajo për të përzier sa më mirë medikamentet brenda,
2. Kryhet një frymënxerrje e thellë,
3. Mbahet pompa në pozicion vertikal me kokë nga poshtë dhe gojzës nga goja e të sëmurit duhet të jetë nga 2-10cm ose dy deri pesë gishta lartë,
4. Fillohet një frymëmarrje e thellë dhe e zgjatur me gojën hapur në të njejtën kohë shtypet fundi i bombolës për të kryer një shkrepje,
5. Kur arrihet në fund të frymëmarrjes mbahet fryma për rreth 10 sekonda,
6. Kryhet frymënxerrja dhe në rast se kemi mjekim të shumëfishtë kryhet e njejta procedurë,
7. Në fund të mjekimit shpërlahet goja dhe fyti me ujë. (scribd)

Inhalatorët me barna në formë pluhuri

Më të përdorshmit janë inhalatorët:

- Bronkozgjerues (iterbutalina, salbutamoli, salmeteroli, formoteroli),
- Glukokortikoidë (udezonidi, flutikazoni, belometazoni),
- Kripërat kromike të natriumit (kromoglikati i Na dhe neodokromili). (scribd)

Sot disa inhalatorë përmbajnë dy barna të kombinuara:

- një bronkozgjerues, dhe
- një glukokortikoid.

(kombinimet që përdoren janë: salmeteroli+flutikazoni dhe forma budezonidi). (scribd)

Kush mund dhe duhet të përdori aparatet e aerosolit?

- Fëmijët me bronkiolit (β -2 nxitës),
- Fëmijët e rritur dhe të moshuarit,
- Të sëmurët me kriza të forta me:-brankongushtim,
- bronkoektazi,
- rinit, otit,
- Sinuzit, laringjit. (scribd)

Këshilla gjatë përdorimit të aparateve të aerosolëve ose nebulizatorëve

- Përdoren 3 ml solucion ose suspenzion me medikamente sa herë që kryejmë nebulizim,
- Koha e inhalimit duhet të jetë 10 min,
- Mbetja më shumë se 1 ml tretësirë në aparat pas inhalimit,
- Gjatë inhalimit duhet që të kryhen frymëmarrje normale,
- Gjatë inhalimit i sëmuri duhet të qëndrojë ulur me të shtrirë drejtë,
- Vetëm në rastet e rënda i sëmuari mund të shtrihet. (scribd)

Terapia me aerosol

Bronkodilatatorët, ekzistojnë dy kategori:

1. Agjentët simpatomimetikë(adrenergjik),
2. Kombinimet e xanthine-s. (scribd)

Kortikosteroidët

- zakonisht jepen tek obstrukcionet intermitten të bronkeve,
- Predinsone 7-10 ditë ndërsa “Dozë e mbajtjes” 5-10mg në ditë me muaj apo vite,
- Testi i tuberkulinës (reaksion 10mm e mbi), parandalimi I TBC me izoniazid. (scribd)

Ekspektorantët

- uji konsiderohet të jetë ekspektoranti më i mirë,
- rekomandohet 3-4 l lëngje gjatë ditës përveq nëse pacienti ka cor pulmonale. (scribd)

Pastrimi dhe dezinfektimi i aparateve të aerosolit

- Lahen duart me ujë të ngrohtë para përdorimit të pajisjes,
- Pastrohet me ujë të ngrohtë i gjithë sistemi tub-maskë para dhe pas përdorimit,
- Thahet me letër kuzhine,
- Përdoret vetëm uji i destiluar ose fiziologjik për mbushjen e ampulës,
- Pas mbarimit të përdorimit futet pajisja (tub-amp-maskë) në solucionin dezinfektues p.sh glutaraldeide 3% për rreth 30 minuta. (scribd)

Kjo mënyrë e aplikimit të terapisë me aerosol vie në shprehje në sëmundjet e traktit respirator e që disa nga to i kam cekur më poshtë.

2.6 Gjendjet që paraqiten me fishkëllimë

Fishkëllima është tingull fishkëllyes i ashpër afër fundit të secilit ekspirium, kjo shkaktohet nga ngushtimi spazmodik i rrugëve distale të frymëmarrjes. Për të dëgjuar fishkëllimën, edhe në rastet e lehta, veje veshin afër gojës së fëmijës dhe dëgjo frymëmarrjen deri sa fëmija është i qetë, apo përdore stetoskopin për të dëgjuar për fishkëllima apo ronke, në dy vitet e para të jetës, fishkëllima është më shumti e shkaktuar nga infeksioni respirator viral, siç është bronkioliti apo kolla dhe ftohja. Pas moshës 2 vjeçare, shumica e fishkëllimave është pasojë e astmës, nganjëherë fëmijët me pneumoni paraqiten me fishkëllimë. Është me rëndësi gjithmonë që të merret parasysh pneumonia si diagnozë, sidomos në 2 vitet e para të jetës. (apps.who.int)

Anamneza

- episodet paraprake të fishkëllimës,
- reagimi në bronkodilatator,
- diagnoza e astmës apo trajtimi afatgjatë për astmë. (apps.who.int)

Ekzaminimi

- fishkëllimë në ekspirium,
- ekspirium i zgjatur,
- tingull perkutor kumbues,
- kraharor i tejfryrë,
- ronke në auskultim. (apps.who.int)

Reagim në bronkodilator me veprim të shpejtë

- Nëse shkaktari i fishkëllimës nuk është i qartë, apo nëse fëmija ka frymëmarrjetë shpejtuar, apo retraksion të kraharorit pos fishkëllimës, jepi një bronkodilator me veprim të shpejtë dhe vlerësoje pas 15 minutash, reagimi në bronkodilator me veprim të shpejtë ndihmon që të përcaktohet diagnoza themelore dhe trajtimi. (apps.who.int)

Jepi bronkodilator me veprim të shpejtë përmes njërës nga metodat në vijim:

- salbutamol nebulizator, ose salbutamol përmes inhalatorit me dozë të matur.
- nëse asnjëra nga metodat e mësipërme nuk është në dispozicion, jepi injeksion subkutan të epinefrinës (adrenalinë).

Vlerëso reagimin pas 15 minutash, shenjat e përmirësimit janë:

- distres më i vogël respirator (frymëmarrje më e lehtë),
- retraksion më i vogël i pjesës së poshtme të kafazit të krahërorit,
- hyrje e përmirësuar e ajrit. (apps.who.int)

Fëmijët që akoma kanë shenja të hipoksisë (p.sh. cianozë qendrore, paaftësi për të pirë si pasojë e distresit respirator, retraksion të rëndë të pjesës së poshtme të kafazit të krahërorit), apo kanë frymëmarrje të shpejtuar, duhet të pranohen në spital për trajtim.

2.6.1 Bronkioliti

Bronkioliti është infeksion viral i rrugëve të poshtme respiratore, i cili në mënyrë tipike është më i rëndi te foshnjat e vogla, paraqitet në epidemi vjetore dhe karakterizohet nga obstruksioni i rrugëve të frymëmarrjes dhe fishkëllima. Virusi respirator sincicial është shkaktari më i rëndësishëm, infeksioni bakterial sekondar mund të paraqitet dhe është i shpeshtë në disa rrethana, menaxhimi i bronkiolitit të shoqëruar me frymëmarrje të shpejtuar, apo shenja të tjera të distresit respirator është i ngjashëm me atë të pneumonisë. Episodet e fishkëllimës mund të zgjasin disa muaj pas një ataku të bronkiolitit, por përfundimisht do të ndërpriten. (apps.who.int)

Diagnoza

Karakteristikat tipike të bronkiolitit, në ekzaminim janë:

- fishkëllima që nuk lehtësohet as nga tri doza të bronkodilatorit me veprim të shpejtë,
- tejfryrja e kafazit të krahërorit, me kumbim (sonoritet) të rritur në perkutim,
- retraksion të pjesës së poshtme të kafazit të krahërorit,
- kërcitje të imëta në auskultim të krahërorit,
- vështirësi në të ushqyer, thithje apo pirje, si pasojë e distresit respirator. (apps.who.int)

Trajtimi

Shumica e fëmijëve mund të trajtohen në shtëpi, por ata me shenjat e mëposhtme, të pneumonis së rëndë apo shumë të rëndë, apo bronkiolit të rëndë, duhet trajtuar në spital:

- cianoza qendrore,
- paaftësia për të thithur gjë apo pirë, apo vjell gjithçka,
- konvulsionet, letargjia apo pavetëdija,
- retraksioni i pjesës së poshtme të kafazit të krahërorit,
- përpëlitja e flegrave të hundës,
- gjëmimi (në foshnjat e vogla). (apps.who.int)

Trajtimi me antibiotik

- Nëse trajtohet në shtëpi, jepi amoxicillin (25 mg/kg 3 herë në ditë) për 5 ditë, apo cefalosporinë të gjeneratës së dytë (cefaclor 20-40 mg/kg/ditë, çdo 8 apo 12 orë).
- Nëse ka distres respirator, siç është retraksioni i pjesës së poshtme të kafazit të krahërorit, por fëmija është në gjendje të pijë dhe nuk ka cianozë qendrore, jepi benzylpenicillin (50 000 njësi/kg IM apo IV çdo 6 orë) së paku 3 ditë, kur të përmirësohet fëmija, kalo në amoxicillin oral (25 mg/kg 2 herë në ditë) për 3 ditë. (apps.who.int)

- Nëse ka shenja të pneumonisë së rëndë (cianoze qendrore apo paftësi për të pirë), jepi ceftriakson (80 mg/kg IM apo IV në 24 orë) deri sa të përmirësohet fëmija. Pastaj vazhdo përmes gojës për gjithsej 10 ditë. (apps.who.int)

Oksigjeni

- Jepu oksigjen të gjithë fëmijëve me fishkëllimë dhe distres të rëndë respirator, metodat e rekomanduara për dhënien e oksigjenit janë përmes kanulave nazale apo kateterit nazal, është gjithashtu e mundur të përdoret kateteri nazofaringeal. (apps.who.int)

Kanulat nazale janë metoda më e mirë për dhënien e oksigjenit, për foshnjat e vogla.

- Vazhdo terapinë me oksigjen deri sa shenjat e hipoksisë të mos jenë më të pranishme, ndërsa më pas nuk ka dobi nga vazhdimi i oksigjenit, infermierja duhet të kontrollojë çdo 3 orë, nëse kateteri apo kanulat janë në pozitë të drejtë dhe jo të bllokuar me mukus dhe nëse të gjitha lidhjet janë të sigurta. (apps.who.int)

Kujdesi përkrahës

- Nëse fëmija ka temperaturë ($\geq 39^{\circ}\text{C}$) që duket të jetë shkaktare e distresit, jepi paracetamol. (apps.who.int)

- Sigurohu që fëmijët e hospitalizuar të marrin lëngjet mbajtëse ditore të përshtatshme për moshën e fëmijës, por shmangiu tejhidrimin, inkurajo të ushqyerit në gji dhe lëngjet orale,

- Inkurajo fëmijën që të hajë sa më parë që të mund të pranojë ushqimin. (apps.who.int)

Përcjellja

Fëmija i hospitalizuar duhet vlerësuar nga infermierja çdo 6 orë (apo çdo 3 orë, nëse ka shenja të sëmundjes shumë të rëndë) dhe nga mjeku së paku një here në ditë. (apps.who.int)

Komplikimet

- Nëse fëmija nuk përgjigjet në terapinë me oksigjen, apo nëse gjendja e fëmijës përkeqësohet papritur, kryeje një radiografi të krahërorit për të parë nëse ka pneumotoraks. (apps.who.int)
Pneumotoraksi tensional i shoqëruar me distres të rëndë respirator dhe zhvendosje të zemrës, kërkon qetësim të menjëhershëm, përmes vënies së gjilpërës në regjionin e prekur për t'i mundësuar ajrit që është nën presion që të largohet, (Pas kësaj, nxjerrja e vazhdueshme e ajrit duhet siguruar përmes futjes së tubes torakale, me një hapje nënujore, deri sa rrjedhja e ajrit të mbyllet spontanisht dhe mushkëria të zgjerohet). (apps.who.int)

2.6.2 Astma

Astma është gjendje inflamatore kronike, me obstrukcion reversibil të rrugëve të frymëmarrjes, kjo karakterizohet nga episodet rekurrente të fishkëllimës, shpesh me kollë, që përgjigjet në trajtim me bronkodilator dhe barna anti-inflamatore. Antibiotikët duhet dhënë, vetëm kur ka shenja të pneumonisë. (apps.who.int)

Diagnoza

Anamneza e episodeve rekurrente të fishkëllimës, shpesh me kollë, gjetjet në ekzaminim mund të përfshijnë:

- tejfryrje e krahërorit,
- retraksion i pjesës së poshtme të kafazit të krahërorit,
- ekspirium i zgjatur me fishkëllimë të dëgjueshme,
- marrje e zvogëluar e ajrit, kur obstrukcioni është i rëndë,
- mungesë e temperaturës,
- përgjigje e mirë në trajtim me bronkodilator. (apps.who.int)

Nëse diagnoza është e pasigurt, jepi një dozë të bronkodilatorit me veprim të shpejtë, fëmija me astmë zakonisht do të përmirësohet shpejt, duke treguar shenja siç janë zvogëlimi i frekuencës respiratore dhe i retraksionit të krahërorit dhe më pak distres respirator ndërsa fëmija me astmë të rëndë mund të kërkojë disa doza para se të shihet përgjigja. (apps.who.int)

Trajtimi

- Fëmija me episodin e parë të fishkëllimës dhe pa distres respirator zakonisht mund të menaxhohet në shtëpi vetëm me kujdes përkrahës, bronkodilatori nuk është i domosdoshëm.
- Nëse fëmija është në distres respirator apo ka fishkëllimë rekurrente, jepi salbutamol, përmes nebulizatorit apo inhalatorit me dozë të matur, nëse nuk ka nebulizator, jepi epinefrinë subkutan. (apps.who.int)

Oksigjen

- Jepu oksigjen të gjithë fëmijëve me astmë që janë cianotik apo vështirësitë e të cilëve në frymëmarrje ndërthuren me të folurit, të ushqyerit apo thithjen në gji. (apps.who.int)

Bronkodilatorët me veprim të shpejtë

- Jepi fëmijës një nga tre bronkodilatorët me veprim të shpejtë – salbutamol të nebulizuar, salbutamol me inhalator me dozë të matur me hapësinor, apo epinefrinë subkutan (adrenalin), siç është përshkruar më poshtë. (apps.who.int)

1. Salbutamoli i nebulizuar

Burimi i aplikimit për nebulizator duhet të zhvillojë së paku 6–9 litra/minutë, metodat e rekomanduara janë një kompresor ajri, apo cilindër oksigjeni. Nëse asnjëra nuk është në dispozicion, shfrytëzo pompën e këmbës, e qëndrueshme dhe e lehtë për t'u përdorur, megjithëse është më pak efektive. (apps.who.int)

- Vendose tretësirën e bronkodilatorit dhe 2–4 ml të tretjes fiziologjike sterile në dhomëzën e nebulizatorit dhe trajtoje fëmijën deri sa tretësira të harxhohet krejt.

Doza e salbutamolit është 2.5 mg (p.sh. 0.5 ml të 5 mg/ml tretje nebulizuese), kjo mund të jepet çdo 4 orë, duke e zvogëluar në çdo 6–8 orë sapo gjendja e fëmijës të përmirësohet, nëse është e domosdoshme në rastet e rënda, kjo mund të jepet çdo orë. (apps.who.int)

2. Salbutamoli përmes inhalatorit me dozë të matur me hapësinor

Hapësinorët me vëllim 750 ml. ndodhen në shitje.

- Fillo me dy shprucime (200 mikrogram) në dhomëzën e hapësinorit, pastaj vendose hapjen e hapësinorit në gojën e foshnjës dhe lejo frymëmarrjen normale për 3–5 frymëmarrje. (apps.who.int)

Kjo mund të përsëritet çdo 4 orë, duke e zvogëluar në çdo 6–8 orë, pasi të përmirësohet gjendja e fëmijës, nëse është e domosdoshme në rastet e rënda, ky mund të jepet deri në disa herë në orë për një periudhë të shkurtër.

Foshnjët dhe fëmijët e vegjël bashkëpunojnë më mirë kur iu ngjitet maska e fytyrës në hapësinor, në vend të shtojcës së gojës, nëse pajisjet komerciale nuk janë në dispozicion, hapësinori mund të bëhet nga gota e plastikës, apo nga një shishe plastike një litërshe dhe kjo kërkon 3–4 shprucime të salbutamolit dhe fëmija duhet të marrë frymë prej pajisjes deri 30 sekonda. (apps.who.int)

3. Epinefrina (adrenalin) subkutane

- Nëse dy metodat e mësipërme të dhënies së salbutamolit nuk janë në dispozicion, jepi injeksion subkutan të epinefrinës (adrenaline) - 0.01 ml/kg të tretësirës 1:1000 (deri në maksimum prej 0.3 ml), të matur saktë me një shiringë 1 ml-she. Nëse nuk ka përmirësim pas 15 minutave, përsërite dozen edhe një herë. (apps.who.int)

Bronkodilatorët oral

- Sapo të përmirësohet fëmija mjaft, sa për t'u lëshuar në shtëpi, nëse nuk ka salbutamol për inhalim në dispozicion fare, apo të përshtatshëm, atëherë mund të jepet salbutamoli oral (në shurup apo tableta). Doza është: mosha 1–5 vjeç: 2 mg çdo 6–8 orë. (apps.who.int)

Steroidet

- Nëse fëmija ka atak të rëndë akut të fishkëllimës dhe anamnezë për fishkëllimë rekurrente, jepi prednisolon oral, 1-2 mg/kg, 3-5 ditë, si një dozë e vetme ditore, por nëse fëmija vazhdon të jetë shumë i sëmurë, vazhdo trajtimin deri sa të shihet përmirësimi. Steroidet zakonisht nuk përdoren për episodin e pare të fishkëllimës. (apps.who.int)

Aminofilina

- Nëse fëmija nuk përmirësohet pas 3 dozave të bronkodilatorit me veprim të shpejtë, të dhëna në intervale të shkurtra si dhe prednisolon oral, jepi aminofilin IV – doza fillestare prej 5–6 mg/kg (deri në maksimumin prej 300 mg), të pasuar nga doza mbajtëse prej 5 mg/kg çdo 6 orë. Peshoje fëmijën me kujdes dhe jepi dozën IV, për së paku 20 minuta dhe e preferueshme për 1 orë.

Aminofilina intravenoze mund të jetë e rrezikshme në një mbidozë, apo kur jepet tepër shpejt. Tejkaloje dozën fillestare, nëse fëmija tashmë ka marrë ndonjë formë të aminofilinës në 24 orët paraprake.

Nëse aminofilina IV nuk është në dispozicion, një alternativë e mirë janë supozitorët e aminofilinës. (apps.who.int)

Antibiotikët

Antibiotikët nuk duhet dhënë në mënyrë rutinore për astmë apo fëmijës me astmë që ka frymëmarrje të shpejtuar pa temperaturë.

Kujdesi përkrahës

- Sigurohu që fëmija të marrë lëngjet mbajtëse ditore të përshtatshme për moshën e tij. Inkurajo të ushqyerit në gji dhe lëngjet orale.

- Inkurajo ushqim plotësues adekuat për fëmijët e vegjël, sa më parë që të mund të merret ushqimi.

Përcjellja

Fëmija i hospitalizuar duhet vlerësuar nga infermierja çdo 3 orë, apo çdo 6 orë, deri sa fëmija të tregojë shenja përmirësimi (p.sh. frekuencë të zvogëluar frymëmarrjeje, retraksion të zvogëluar të pjesës së poshtme të kafazit të krahërorit dhënë pak distres respirator), dhe nga mjeku së paku një herë në ditë.

Regjistroje frekuencën respiratore dhe shikoje sidomos për shenjat e insuficiencës respiratore - hipoksi e rritur dhe distres respirator, që çon në rraskapitje. Nëse përgjigja në trajtim është e dobët, jepi salbutamol më shpesh, deri në një herë çdo 60 minuta, por nëse kjo nuk ka efekt, jepi aminofilinë. (apps.who.int)

Komplikimet

- Nëse fëmija nuk reagon në terapinë e mësipërme, apo gjendja e fëmijës përkeqësohet papritur, duhet që ta kryejmë një radiografi për të shikuar për shenjat e pneumotoraksit.

Kontrolli

Astma është gjendje kronike dhe rekurente.

- Plani i trajtimit afatgjatë duhet bërë duke u bazuar në shpeshtësinë dhe rëndesën e simptomave. Ky mund të përfshijë trajtimin e kohëpaskohshëm apo të rregullt me bronkodilator, trajtimin e rregullt me steroide të inhaluara apo kurse të kohëpaskohshme të steroideve orale. (apps.who.int)

2.7 Gjendjet që paraqiten me stridor

- Stridori është tingull i vrazhdë gjatë inspirimit, që është pasojë e ngushtimit të kalimit të ajrit në orofarings, subglotis apo trake. Nëse obstrukcioni është i rëndë, stridori mund të paraqitet gjithashtu edhe gjatë ekspiriumit. Shkaktarët më të mëdhenj të stridorit të rëndë janë krupi viral (i shkaktuar nga fruthi apo viruset tjera), trupat e huaj, abscesi retrofaringeal, difteria dhe trauma e laringut. (apps.who.int)

Anamneza

- episodi i parë apo episodet rekurrente të stridorit,
- anamneza e ngufatjes (asfiksionit),
- stridori i pranishëm herët pas lindjes.

Ekzaminimi

- dukje e qafës si e buallit,
- sekret nazal i përgjakur. (apps.who.int)

2.7.1 Krupi viral

Krupi shkakton obstrukcion në rrugët e sipërme të frymëmarrjes, i cili kur është i rëndë mund të jetë i rrezikshëm për jetë. Episodet më të rënda paraqiten në foshnje.

Diagnoza

Krupi i lehtë karakterizohet nga:

- temperatura,
- zëri i ngjirur,
- kolla me kuisje apo e thatë,
- stridori që dëgjohet vetëm kur fëmija është i shqetësuar.

Krupi i rëndë karakterizohet nga:

- stridori kur fëmija është i qetë,
- frymëmarrja e shpejtë dhe retraksioni i pjesës së poshtme të kafazit të krahërorit. (apps.who.int)

Trajtimi

Krupi i lehtë mund të menaxhohet në shtëpi me kujdes përkrahës, përfshirë inkurajimin e lëngjeve orale, thithjes në gji apo ushqyerjes. Fëmija me krup të rëndë duhet shtruar në spital për trajtim si vijon:

1. Trajtim me steroide- Jepi një dozë të deksametazonit oral (0.6 mg/kg),
2. Epinefrin (adrenalin)- Si eksperiment jepi fëmijës epinefrinë me nebulizator (tretësirë 1:1000), Nëse kjo ka sukses, përsërite jo më shpesh se çdo orë, me përcjellje të kujdesshme. Duke qenë se ky trajtim mund të çojë në përmirësim brenda 30 minutave në disa fëmijë, ky më shpesh është i përkohshëm dhe mund të zgjasë vetëm rreth 2 orë,
3. Antibiotikët- Këta nuk janë efektiv dhe nuk duhet dhënë. (apps.who.int)

Kujdesi përkrahës

- Trazojeni sa më pak që të jetë e mundur.

Nëse fëmija ka temperaturë (≥ 39 °C) e cila duket të jetë shkaktare e distresit, jepi paracetamol.

- Inkurajo të ushqyerit në gji dhe lëngjet orale. Shmangu lëngjeve parenterale, të cilat zakonisht nuk kërkohen si dhe inkurajo fëmijën që të hajë sa më parë pasi të mund të pranojë ushqimin. (apps.who.int)

Përcjellja

Gjendja e fëmijës, sidomos gjendja respiratore, duhet vlerësuar nga infermierja çdo 3 orë dhe nga mjeku dy herë në ditë. Fëmija duhet të zë shtratin sa më afër dhomës së infermiereve, ashtu që çfarëdo shenje e obstrukcionit fillestar të rrugëve të frymëmarrjes të mund të zbulohet sa më parë që të zhvillohet. (apps.who.int)

3 DEKLARIMI I PROBLEMIT

Gjatë këtij punimi të diplomës kam shqyrtuar temën “Roli i infermierëve në dhënien e terapisë tek pacientët pediatrik”. Është konstatuar se infermierët luajnë një rol të rëndësishëm (vendimtar) në shëndetin e tyre.

Përgjatë hulumtimit tim lidhur me atë se sa nënat kanë probleme në dhënien e terapisë tek fëmijët e tyre është konstatuar se edukimi i nënës ka një rëndësi shumë të madhe që fëmija të rritet shëndetshëm dhe kujdesi për të, të jetë maksimal.

Poashtu do të jemi në gjendje të shohim nëse nënat janë të mirëinformuara në lidhje me dhënien e terapisë, a iu duhet atyre trajnime shtesë apo këshilla nga mjekë specialistë.

Dhënia e terapisë tek fëmijët është sfidë në vete sepse shpesh herë si nënat ashtu edhe infermierët përballen me probleme të shumta siç është refuzimi i terapisë e ku në këtë rast kërkohet shumë mund dhe durim në mënyrë që të arrijmë rezultatet e dëshiruara.

4 METODOLGJIA

Metoda e përdorur në këtë hulumtim ka qenë metoda e hulumtimit, që ka pasur për subjekt të identifikojë se si e administrojnë nënat terapinë tek femijët e tyre, vështërsitë dhe problemet më të shpeshta që i hasin ato gjatë dhënies së terapisë. Për hulumtimin tim kam realizuar një anketë me 50 Nëna nga komuna e Prizrenit dhe të gjitha këto të kryera në Ordinancën Specialistike Pediatrike “DONETA-med” Prizren.

Mostra e hulumtimit është përzgjedhur në mënyrë të rastësishme. Nënata ishin njoftuar paraprakisht për qëllimin e hulumtimit. Instrument matës në këtë hulumtim ishte pyetësori i cili ju përshtat qëllimit të hulumtimit dhe testimit të hipotezave të parashtruara.

Pyetësori përbëhej nga dy pjesë:

Pjesa e parë përmbante të dhëna demografike, ndërsa në pjesën e dytë pyetjet kryesisht kishin të bënin vështërsitë e nënave gjatë dhënies së terapisë. Mundësia e plotësimit të pyetësorit ka qenë online (përmes emailit) duke ia dërguar linkun ose duke e plotësuar aty për aty, dhe ka zgjat afërsisht 1 muaj. Të gjitha pyetjet kanë qenë të mbyllura. Rezultatet në fund i kam paraqitur me anë të figurave (grafikoneve).

Ku këto gjithsej ishin 10. Për të realizuar këtë punim është përdorur poashtu edhe:

- **Rishqyrtim i literaturës (secondary research)** - i cili është përdorur me qëllim që ti ndihmojë infermierët me disa të dhëna shtesë në administrimin e terapisë tek pacientët pediatrik pasi që ky është edhe roli vendimtar në shëndetin e tyre, si dhe:

- **Libri i protokollit të Ordinancës Specialistike Pediatrike “DONETA-med”**- i cili është përdorur për të bërë një hulumtim për pacient pediatrik. Libri i protokollit është përdorur për të nxjerrë të dhëna konfidenciale rreth pacientëve dhe rreth terapisë më së shumti të përdorur.

5 PREZANTIMI DHE ANALIZA E REZULTATEVE

TË DHËNAT DEMOGRAFIKE	
1.Cila është mosha juaj?	100%
a) Nën 18 vjeç	a) 2%
b) 18-25 vjeç	b) 22%
c) 26-30 vjeç	c)30%
d) 30-35 vjeç	d)27 %
e) 35-40 vjeç	e)13 %
f) Mbi 40 vjeç	f) 6%
2.Vendbanimi?	
a) Fshat	a) 42%
b) Qytet	b)58%
3.Cilin nivel të arsimimit e keni përfunduar?	
a) Shkollën fillore	a) 29%
b) Shkollën e mesme	b)39%
c) Studimet universitare	c)32%

Tabela 1 : Rezultatet e të dhënave demografik të temës hulumtuese

Nga 50 të anketuarat 2% prej tyre ishin nën moshën 18 vjeçare, 22% prej tyre ishin të moshës 18-25 vjeçare, 30% ishin 26-30 vjeçare, të moshës 31-35 vjeçare ishin 27%, 36-40 vjeçare ishin 13% prej tyre, ndërsa mbi moshën 40 vjeçare ishin 6%. Nga të anketuarat 58% prej tyre jetonin në qytete ndërsa 42% prej tyre jetonin në fshatra. Sa i përket nivelit të arsimimit, 29% prej tyre kishin përfunduar vetëm shkollën fillore, 39% kishin përfunduar shkollën e mesme dhe 32% prej tyre kishin përfunduar studimet universitare.

Rezultatet e pyetjeve lidhur me temën hulumtuese

Pyetja 1: Në dhënien e cilave forma farmaceutike keni më shumë vështirësi kur i aplikoni ato tek fëmija juaj?

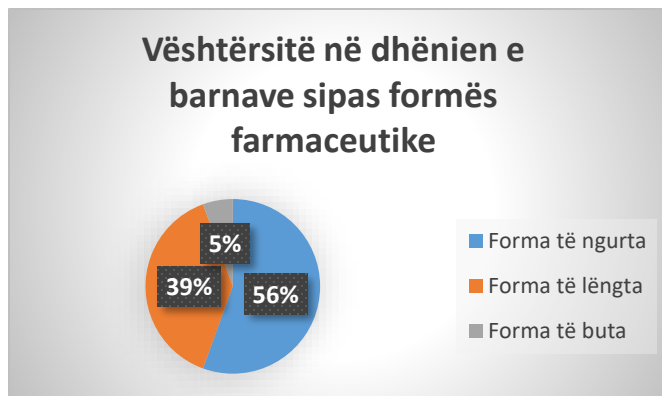


Figura 1: Vështërsitë në dhënien e barnave sipas formës farmaceutike

Nga 50 nënat të cilat kanë marrë pjesë në hulumtim shohim se më së shumti vështërsi ato kanë në dhënien e formave farmaceutike të ngurta me rreth 56 %,poashtu 39 % me format e lëngta dhe rreth 5% vështirësi në aplikimin e formave farmaceutike të buta.

Pyetja 2: Me çka e jepni barin(shurupin) ?

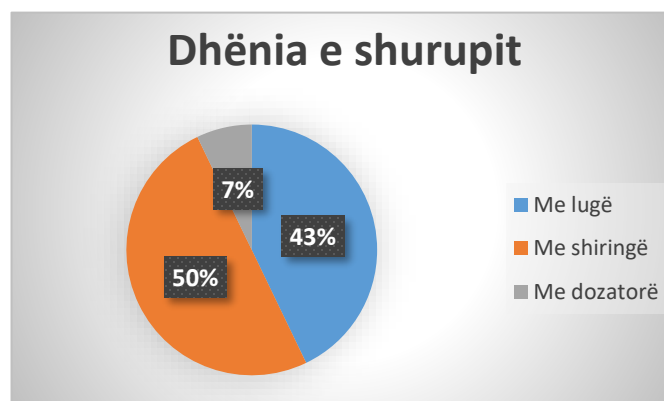


Figura 2: Dhënia e shurupit

Nga grafikoni i mësipërm shohim se shurupin si një ndër barnat me të përdorura tek fëmijët, rreth 50 % e nënave e japin me shiringë, 43% me lugë dhe 7% me dozatorë.

Pyetja 3: A mendoni se barnat e dozuara me lugë janë jo korrekte dhe çojnë në mos marrjen e dozës adekuate?

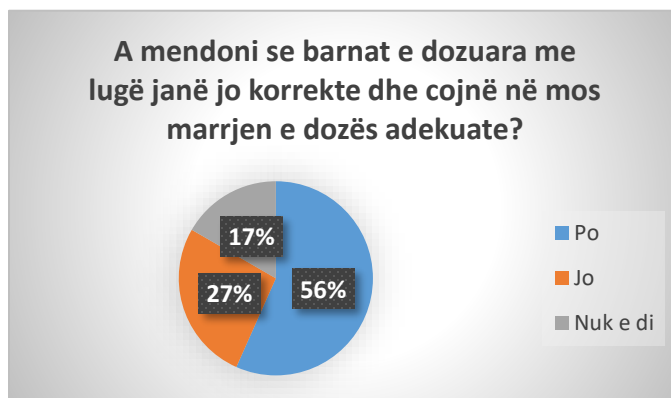


Figura 3: Barnat e dozuara me lugë

Nga grafikoni i mësipërm shohim se 56% e nënave të anketuara mendojnë se barnat e dozuara me lugë janë jo korrekte, 27% mendojnë që nuk janë jo korrekte dhe 17% shprehen që nuk e dinë.

Pyetja 4: Cfarë bëni kur fëmija juaj refuzon ta merr barin?

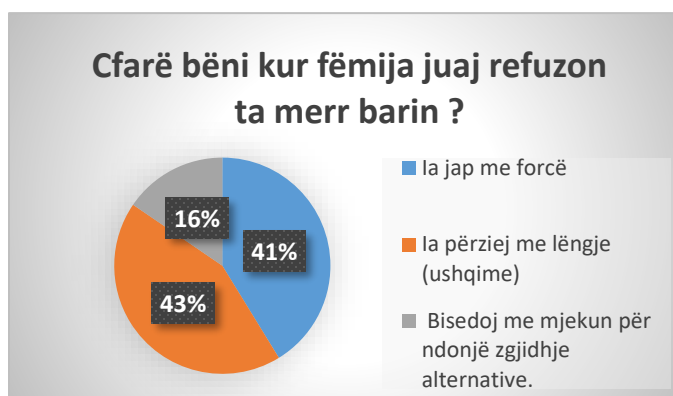


Figura 4: Refuzimi i barit

Nga grafikoni i mësipërm shohim se 41% e nënave ja japin fëmijëve të tyre barnat me forcë kur ata refuzojnë ti marrin ato, 43% ia përziejnë me lëngje (ushqime) dhe rreth 16% bisedojnë me mjeku për ndonjë zgjidhje alternative (zëvendësim).

Pyetja 5: Sa shpesh e lexoni prospektin e barit, para se t'ia jepni atë fëmijës tuaj?

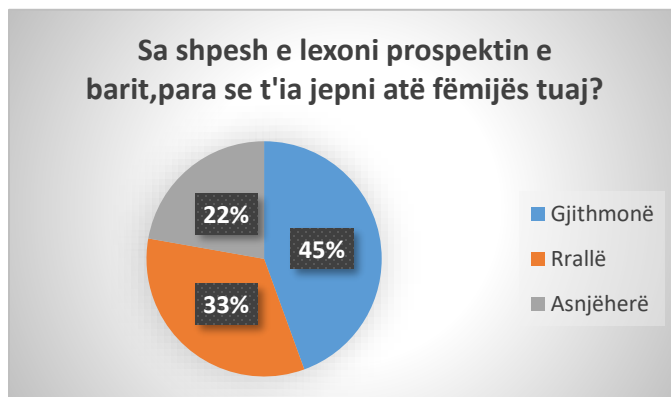


Figura 5: Prospekti i barit

Nga grafikoni i mësipërm shohim se 45% e nënave e lexojnë gjithmonë prospektin e barit para se t'ia japin fëmijëve të tyre, rreth 33% e lexojnë rrallë dhe rreth 22% nuk e lexojnë asnjëherë.

Pyetja 6: A mendoni që dhënia e terapisë parenterale (infuzion, gjilpëra) jep efekt më të shpejtë?

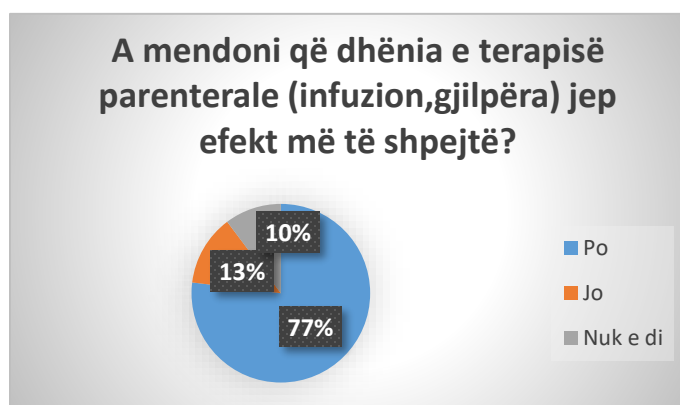


Figura 6: Dhënia e terapisë parenterale

Nga grafikoni i mësipërm shohim se 77% e nënave mendojnë që dhënia e terapisë parenterale jep efekt më të shpejtë, 13% mendojnë që jo dhe 10% shprehen se nuk e dinë.

Pyetja 7: Sa e preferoni administrimin e terapisë parenterale?

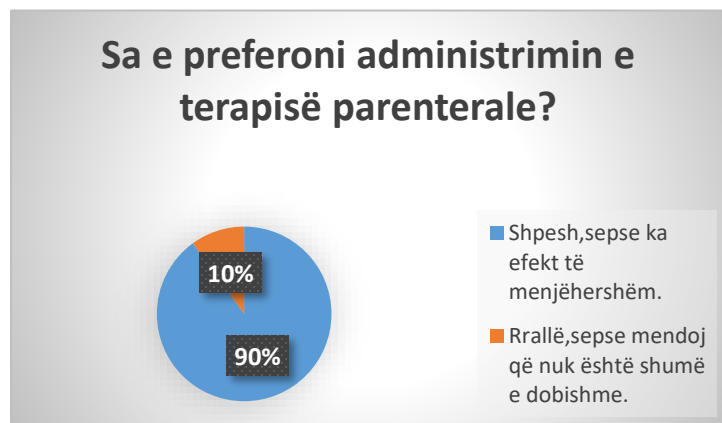


Figura 7: Sa e preferojnë nënat administrimin e terapisë parenterale

Nga grafikoni i mësipërm shohim se rreth 90 % e nënave e preferojnë administrimin e terapisë parenterale shpesh sepse ka efekt të menjëhershëm dhe 10% rrallë sepse sipas tyre nuk është e dobishme.

Pyetja 8 : A e keni të vështirë dhënien e inhalimit tek fëmija juaj?



Figura 8: Dhënia e barnave nëpërmjet inhalimit

Nga grafikoni i mësipërm shohim se rreth 46 % e nënave e kanë të vështirë dhënien e inhalimit sepse ndonjëherë zgjasin shumë, rreth 36 % e kanë të vështirë për shkak se natën duhet ti zgjojnë fëmijët nga gjumi dhe rreth 18% nuk e kanë aspak të vështirë.

Pyetja 9: Cilat janë simptomat më të shpeshta të alergjisë që shfaqen tek fëmija juaj pas marrjes së barit?

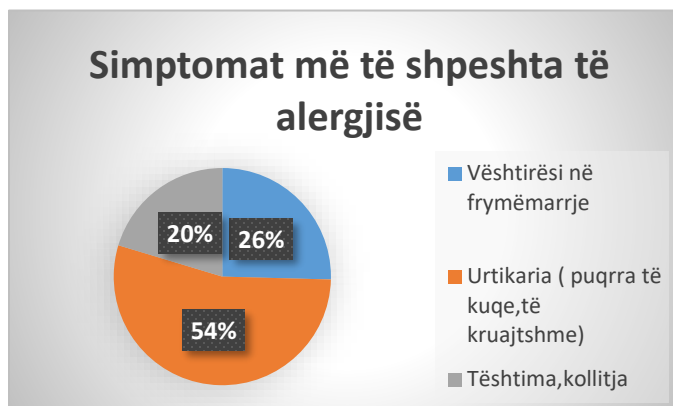


Figura 9: Simptomat më të shpeshta të alergjisë

Nga grafikoni i mësipërm shohim se simptomat më të shpeshta të alergjisë të cilat shfaqen tek fëmijët e tyre janë urtiakria (puqrra) me 54 %, rreth 26 % e fëmijëve shfaqin simptomat e tyre me vështirësi të frymëmarrjes, dhe rreth 20% me tështima, kollitje.

Pyetja 10: Si reagoni kur tek fëmija juaj shfaqet alergjia?

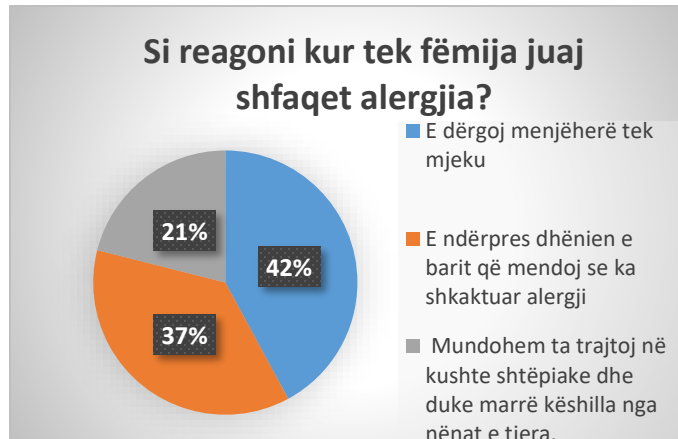


Figura 10: Si reagojnë nënat në rast alergjie tek fëmijët e tyre

Në grafikonin e mësipërm shohim se rreth 42% i dërgojnë fëmijët menjëherë tek mjeku nëse tek ata shfaqet alergjia, 37 % e ndërprejnë dhënien e barit që mendojnë se ka shkaktuar alergji dhe rreth 21% mundohen ta trajtojnë atë në kushte shtëpiake dhe duke marrë këshilla nga nënat e tjera.

Hulumtimi nr.2 : STUDIM RASTI

Të dhënat e përgjithshme

Emri dhe Mbiemri: D.Sh

Mosha: 3 vjet

Gjinia: Femër

Statusi: Fëmijë

Një vajzë 3 vjeçe paraqitet në ordinancë për 2 ditë rradhazi me kollë dhe temperaturë. Atë e shoqëronin të dy prindërit e saj.

Ekzaminimi fizik:

-Inspekcioni (lekurë e zbehtë, frymëmarrje e shpeshtë).

-Auskultimim (prania e wheezing).

-Palpacioni (me prekje vërejtje se fëmija është i nxehtë, pastaj ia masim temperaturën) .

Vlerësimi fillestar:

Të dhënat objektive: Kollitje, wheezing (frymëmarrje e shoqëruar me tinguj).

Të dhënat subjektive: Bllokim në gjoks.

Të dhënat aktuale: Rrahjet e zemrës 120, frymëmarrja 22 rr/min; Temperatura 39.1’c.

Të dhënt historike: Fëmija nuk ka qenë asnjëherë i hospitalizuar, dhe vendos që përsëri të trajtohet në shtëpi me barna, ndërsa inhalimin do të vijë ta bëjë në ordinancë për sa ditë që ja cakton mjeku.

Diagnoza Infermierore:

- dhimbje të fytit;

- kollë;

- gulçim;

- temperaturë;

- stridor.

Planifikimi Infermieror:

- Qetësimi i kollës;
- Mënjanimi i dhimbjes;
- Ulje temperature;
- Administrimi i medikamenteve të duhura;
- Aplikimi i inhalimit.

Ndërhyrje infermierore:

- Vëzhgimi dhe regjistrimi i frekuencës së frymëmarrjes;
- Matja dhe përcjellja e temperaturës, sa herë që vjen për inhalim;
- Këshilla për dietë dhe mbajtjen e higjienës;
- Përcjella e dhënies së terapisë orale në shtëpi (marrja e informatave nga nëna ose kujdestari i fëmijës);
- Aplikimi i inhalimit me nebulizator 2 herë në ditë (cdo 12 orë).

Evaluimi:

Pas 3 ditësh trajtimi, shihen shenjat e përmismit. Frekuenca e frymëmarrjes, temperaturës, pulsi normalizohen. Wheezingu nuk ndëgjohe më, dhe kështu inhalimi ndërpritet ndërsa terapia orale vazhdohe edhe për 4 ditë tjera.

Rekomandime:

Rekomandohet mbajtja e pastërtisë dhe larja e duarve rregullisht.

Rritni lagështinë në shtëpinë tuaj ose përdorni një lagështues ajri. Lagështia e ajrit rritet duke përdorur minimalisht ngrohësit dhe kondicioneret, si dhe prania e një akuariumi rrit lagështinë. Vlerat normale të lagështisë janë 40-60%. Duhet pasur kujdes në marrjen e ushqimeve, të konsumohen sa më shumë lëngje. Ndalohet poashtu pirja e duhanit në një dhomë me fëmijet.

DISKUTIM

Në këtë kapitull do të diskutojmë lidhur me rezultatet e hulumtimit tim i cili përfshin anketën apo pyetësoarin dhe studimin e rastit. Pra, qëllimi kryesor ishte të dihet roli i nënave në administrimin e terapisë tek fëmijët e tyre, problemet më të shpeshta që hasin ato si dhe kujdesi për ta.

Gjithsej kanë marrë pjesë 50 nëna, të moshave të ndryshme. Shumica e nënave të cilat kanë marrë pjesë në hulumtim ishin të moshës 26-30 vjeç. Ndërsa sa i përket niveli i arsimimit shumica e tyre ishin vetëm me shkollë të mesme. Vështërsitë që i kishin nënat në dhënien e terapisë duke u bazuar në format farmaceutike ishin ato të ngurta psh., tablet, supozitorë, etj. Në pyetjen “Çfarë bëni kur fëmija juaj refuzon ta merr barin?” e cila është shumë me rëndësi të dihet, pasi që këtu një pjesë e madhe e nënave nuk dinë qfar të bëjnë, pjesa më e madhe e të anketuarave janë përgjigjur se ia përziejnë me ushqime apo lëngje. Në anën tjetër dhënia e terapisë parenterale konsiderohet shumë efektive nga ana e tyre, dhe rreth 90% prej tyre e preferojnë shpesh këtë lloj të administrimit të terapisë. Nga problemet më të shpeshta të fëmijëve janë edhe sëmundjet e traktit respirator, dhe për këtë arsye një ndër pyetjet ka qenë lidhur me dhënien e barnave nëpërmjet inhalimit ku rreth 46% e nënave kishin vështërsi, sepse inhalimet sipas tyre zgjasin shumë dhe në këtë rast krijohet montonia tek fëmijët. Pyetje si këto e të tjera i kam paraqitur më gjerësisht në kapitullin e metodologjisë dhe të gjitha përgjigjet e tyre në përqindje.

Ndërsa si studim rasti e kam paraqitur një fëmijë të moshës 3 vjeqare, gjinia femër me iniciale D.SH. Pacientja paraqitet në ordinancë për 2 ditë rradhazi me kollë dhe temperaturë. Atë e shoqëronin të dy prindërit e saj. Fëmija dukej i zbehur, kishte temperature, kollitej, etj.

Diagnoza ime infermierore ishte temperature, dhimbje fyti, kollë, stridor. Ndërsa planifikimi dhe ndërhyrjet ishin qetësimi i kollës, ulja e temperaturës, aplikimi i barnave kryesisht inhalimit. Rekomandimet kanë qenë që të mbahet pastërtia, të rritet lagështia në dhomë si dhe asesi të mos lejohet pirja e duhanit në një dhomë me fëmijën. Pas 3 ditësh ndërpritet trajtimi me inhalim dhe pacienti vazhdon të trajtohet me terapi orale.

6 KONKLUZIONE DHE REKOMANDIME

Nga tema të cilën e kam trajtuar kam ardhur në shumë konkluzione (përfundime) lidhur me rolin e infermierëve dhe rëndësinë e tyre në aplikimin e terapisë tek fëmijët, të cilat i kam cekur pothuajse në çdo kapitull. Poashtu edhe gjatë hulumtimit tim me nënat kam ardhur në përfundim se niveli i arsimimit të nënave ndikonte shumë në informimin dhe njohuritë që kishin ato në lidhje me administrimin e terapisë. Niveli i arsimimit ishte më i ulët në zonat rurale, ku nga 50 të anketuarat vetëm 71 % prej tyre kishte nivel të arsimit të mesëm dhe universitar ndërsa 29% prej tyre ishin vetëm me nivel të arsimit fillor. Rekomadimet e mia janë që ne ndoshta edhe si shoqëri në përgjithësi dhe institucionet shëndetësore në nivel të vendit duhet të ndërmarrin hapa me qëllim të vetëdijësimit të nënave dhe ofrimit të ndihmës, me shtojca të ndryshme praktike që jua lehtësojnë procedurën e aplikimit të barit tek fëmijët e tyre.

Kështu, edukimi shëndetësorë i popullatës në përgjithësi luan rol të rëndësishëm në shëndetin e më të dashurve tanë, pra fëmijëve.

7 REFERENCA

- Aylott Marion, Battrick Cath, Glasper Alan (2010) “*Developing Practical Skills for Nursing Children and Young People.Great Britain*” no.647. url:

<https://www.amazon.co.uk/Developing-Practical-Skills-Nursing-Children/dp/0340974192>

- Bytyqi-Qorraj Hasime (2010) “*Parimet e përdorimit të barnave në pediatri*” url:

<https://telegafi.com/parimet-e-perdorimit-te-barnave-ne-pediatri/>

- Henci Fehmi (1989) *Praktikum i Pediatriisë* , no. 280

-Imeri Hylllore (2012) “*Farmakologji me toksikologji*” no.24. url:

<https://www.slideshare.net/Hylllore/farmakologji-me-toksikologji-13172028>

- Kraja Eglantina (2011) “*Mjekimi me inhalacion,aerozoli dhe mënyra e veprimit të tij*” no.47.url: <https://www.scribd.com/presentation/49974238/15-Mjekimi-me-Inhalacion>

- Kannan Kutty-Parmeela. (2016) “*The Link: Pediatric History Taking and Physical Diagnosis*” no.301 url:

https://books.google.com/books/about/The_Link_Pediatric_History_Taking_and_Ph.html?id=wefWoQEACAAJ

- Kumar Uday (2013) “*Role of pediatric nurse in child care*” no.7 url:

<https://www.slideshare.net/UdayKumar3/role-of-pediatric-nurse-in-child-care>

- Moyses Karen (2009) “*Promoting Health in Children and Young People*” *The Role of the Nurse* no.399 url:

<https://books.google.com/books?id=TRTJBY7zRMC&pg=PA293&dq=Promoting+Health+in+Children+and+Young+People+The+Role+of+the+Nurse&hl>

-OBSSH (2005) *“Kujdesi spitalor për fëmijë”* no.375. url:

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43206/9241546700_alb.pdf?sequence=50
&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43206/9241546700_alb.pdf?sequence=50&isAllowed=y)

-UNICEF (2014) *“Integrimi i Shërbimeve Shëndetësore dhe Sociale në Praktikën e Konsultorit të Fëmijëve-Mbështetje e Familjeve për Mirëqenien e Fëmijëve”* no.76.url:

<https://www.unicef.org/albania/media/1861/file/Guida.pdf>

8 SHTOJCAT

Shtojca 1

Procedurat praktike

Procedurat praktike së pari duhet t'u sqarohen prindërve; duhet diskutuar me prindërit ndonjë rrezik të mundshëm gjatë këtyre procedurave dhe duhet siguruar pëlqimin e tyre. Procedurat në foshnjat e vogla duhet realizuar në mjedis të ngrohtë. Ndriçimi i mirë është esencial. Pacientëve që janë fëmijë më të rritur, gjithashtu duhet t'u tregohet se çka do të ndodhë. Gjatë këtyre procedurave praktike, kur është e domosdoshme duhet bërë analgjezioni. (apps.who.int)

Dhënia e injeksioneve

Së pari, nga anamneza zbulo nëse fëmija ka reaguar keq në barna në të kaluarën. Pastro duart me kujdes. Kur është e mundur, përdori gjilpërat dhe shiringat për një përdorim. Përndryshe, sterilizo gjilpërat dhe shiringat për përdorim të shumëfishtë. Pastro vendin me një tretësirë antiseptike. Me kujdes kontrollo dozën e barit, që duhet dhënë dhe tërhiqe sasinë e saktë në shiringë. Nxirre ajrin prej shiringës para injektimit. Gjithmonë shëno emrin dhe sasinë e barit të dhënë. Hidhi shiringat për një përdorim, në kontejner të sigurt. (apps.who.int)

Dhënia intramuskulare

Tek fëmijët >2-vjeçar, jepe injeksionin në kofshën e jashtme, apo në kuadratin e sipërm të jashtëm të vitheve, mjaft larg nga nervi ishiadik. Tek fëmijët më të vegjël apo të kequshqyer rëndë, shfrytëzo anën e jashtme të kofshës në mes të ijës dhe gjurit, apo mbi muskulin deltoid në pjesën e sipërme të krahut. Shtyje gjilpërën (23–25 gauge) në muskul në kënd 90° (kënd 45° në kofshë). Tërhiqe prapa pistonin për t'u siguruar se nuk ka gjak (nëse ka, tërhiqe prapa pak dhe provo sërish). Jepe barin duke e shtyrë pistonin ngadalë deri në fund. Hiqe gjilpërën dhe shtyje fort vendin e injektimit, me një tampon të vogël apo pambuk. (apps.who.int)

Dhënia subkutane

Zgjidhe vendin, siç është përshkruar më lartë për injeksionin intramuskular. Shtyje gjilpërën (23–25 gauge) nën lëkurë, në kënd prej 45° në indin nën-lëkuror dhjamor. Mos shko thellë, për të hyrë në muskujt nën-lëkuror. Tërhiqe pistonin për t'u siguruar se nuk ka gjak (nëse ka, tërhiqe lehtë dhe provo sërish). Jepe barin duke e shtyrë pistonin ngadalë, deri në fund. Hiqe gjilpërën dhe shtyp fort mbi vendin e injektimit me pambuk. (apps.who.int)

Dhënia intradermale

Për një injeksion intradermal, zgjidhe një vend të padëmtuar dhe të pa-infektuar të lëkurës (p.sh. mbi muskulin deltoid në krah). Mblidhe lëkurën ndërmjet gishtit të madh dhe gishtit tregues të njërës dorë; me tjetrën ngadalë fute gjilpërën (25 gauge), pjerrtë nga lartë, për rreth 2 mm, mu nën lëkurë dhe gati paralel me sipërfaqen e saj. Një rezistencë e konsiderueshme ndjehet gjatë injektimit intradermal. Një fshikë e ngritur e zverdhur, që tregon sipërfaqen e folikuleve të qimes është shenjë se injeksioni është dhënë siç duhet. (apps.who.int)

Shtojca 2

Dozat/regjimet e barnave

Gabimet në llogaritjen e dozave të barnave janë të shpeshta në spitale në tërë botën, kështu që llogaritjet duhet shmangur, kur kjo është e mundur. Numri i dozave është dhënë duke mbuluar një amplitudë peshash trupore prej 3–29 kg. Sidoqoftë, për disa barna (për shembull, antiretroviral), është më mirë të llogaritet doza e SAKTË individuale, duke u bazuar në peshën e fëmijës, kur kjo është e mundur. Këto barna përfshijnë ato për të cilat doza e saktë është në mënyrë kritike e rëndësishme për të siguruar efektin terapeutik, apo për të shmangur toksicitetin, p.sh. digoksin, kloramfenikol, aminofilin dhe barna antiretrovirale. Për disa barna antiretrovirale, dozat e rekomanduara shpesh janë dhënë sipas sipërfaqes së trupit të fëmijës. Tabela që jep sipërfaqen e përafërt trupore për kategori të ndryshme peshe, është dhënë më poshtë, për të ndihmuar këtë llogaritje. Sipërfaqja trupore në m²

$$\frac{\sqrt{(\text{lartësia})\text{cm} \times (\text{pesha})\text{kg}}}{3600}$$
 kështu që fëmija që peshon 10 kg dhe është 72 cm i gjatë ka sipërfaqen trupore prej

$$(10 \times 72 / 3600) = 0.45$$

Mosha ose pesha e fëmijës	Sipërfaqja e trupit
I porsalinduri (< 1 muaj)	0.2–0.25 m ²
Foshnja e vogël (1–<3 muaj)	0.25–0.35 m ²
Fëmija 5–9 kg	0.3–0.45 m ²
Fëmija 10–14 kg	0.45–0.6 m ²
Fëmija 15–19 kg	0.6–0.8 m ²
Fëmija 20–24 kg	0.8–0.9 m ²
Fëmija 25–29 kg	0.9–1.1 m ²
Fëmija 30–39 kg	1.1–1.3 m ²

Fusnotë: Shembull: nëse doza e rekomanduar është dhënë si 400mg/m² dy herë në ditë, atëherë për fëmijën me peshë 15–19 kg doza e rekomanduar do të jetë: (0.6–0.8) x 400 = 244–316 mg dy herë në ditë. (apps.who.int)

Tabela 2 : Dozat e barnave sipas sipërfaqes trupore (m²) të fëmijës

ANKETË

Të nderuara Nëna,

Ky është një hulumtim i cili po zhvillohet me qëllim të realizimit të temës sime të bachelorit. Ju jeni përzgjedhur që të merrni pjesë në këtë hulumtim. Ju sigurojmë se përgjigjet e juaja do të jenë konfidenciale dhe nuk lejohet kurrfarë reklamimi i tyre. Andaj ju lusim që përgjigjet të jenë sa më të sinqerta dhe ju lusim për mirëkuptim!

PYETJE PËR TË DHËNAT DEMOGRAFIKE
1.Cila është mosha juaj?
a) Nën 18 vjeç b) 18-25 vjeç c) 26-30 vjeç d) 30-35 vjeç e) 35-40 vjeç e) Mbi 40 vjeç
2.Vendbanimi?
a) Fshat b) Qytet
3.Cilin nivel të arsimimit e keni përfunduar?
a) Shkollën fillore b) Shkollën e mesme c) Studimet universitare

PYETJE PËR TEMËN HULUMTUESE
1.Në dhënien e cilave forma farmaceutike keni më shumë vështirësi kur i aplikoni ato tek fëmija juaj?
a) Forma farmaceutike të lëngta (shurupet,pikat,emulsionet,et.) b) Forma farmaceutike të buta (pomade,kremra,pasta) c) Forma farmaceutike të ngurta (tablet,kapsula,supozitorë)
2.Me cka e aplikoni barin(shurupin)?
a) me lugë b) me shiringë c) me dozatorë
3.A mendoni se barnat e dozuara me lugë janë jo korrekte dhe çojnë në mos marrjen e dozës adekuate?
a) Po b) Jo c) Nuk e di
4.Cfarë bëni kur fëmija juaj refuzon ta merr barin ?
a) Ia jap me force b) Ia përziej me lëngje (ushqime) c) Bisedoj me mjekun për ndonjë zgjidhje alternative
5.Sa shpesh e lexoni prospektin e barit,para se t'ia jepni atë fëmijës tuaj?
a) Gjithmonë b) Rrallë c) Asnjëherë
6.A mendoni që dhënia e terapisë parenterale (infuzion,gjilpëra) jep efekt më të shpejtë?
a) Po b) Jo c) Nuk e di

7.Sa e preferoni administrimin e terapisë parenterale?
a) Shpesh,sepse ka efekt të menjëhershëm. b) Rrallë,sepse mendoj që nuk është shumë e dobishme.
8.A e keni të vështirë dhënien e inhalimit tek fëmija juaj?
a) Po,sepse ndonjëherë zgjasin shumë b) Jo,aspak c) Po,sidomos natën sepse duhet ta zgjoj nga gjumi
9.Cilat janë simptomat më të shpeshta të alergjisë që shfaqen tek fëmija juaj pas marrjes së barit?
a) Vështirësi në frymëmarrje b) Urtikaria (puqrra të kuqe,të kruajtshme) c) Tështima,kollitja
10.Si reagoni kur tek fëmija juaj shfaqet alergjia?
a) E dërgoj menjëherë tek mjeku b) E ndërpres dhënien e barit që mendoj se ka shkaktuar alergji c) Mundohem ta trajtoj në kushte shtëpiake dhe duke marrë këshilla nga nënat e tjera