

University of Business and Technology in Kosovo

UBT Knowledge Center

Theses and Dissertations

Student Work

Fall 10-2020

ROLLI INFERMIERIT NË KUJDESIN SHËNDETËSOR TEK PACIENTËT ME DIABET

Mersida Bajrami

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



Part of the **Nursing Commons**



Kolegji UBT

Fakulteti Infermierisë

**ROLI INFERMIERIT NË KUJDESIN SHËNDETËSOR TEK
PACIENTËT ME DIABET**

Shkalla Bachelor

Mersida Bajrami

Tetor, 2020/Prizren



Kolegji UBT
Fakulteti Infermierisë

Punim Diplome
Viti akademik 2017/2018

Mersida Bajrami

**ROLI INFERMIERIT NË KUJDESIN SHËNDETËSOR TEK
PACIENTËT ME DIABET**

Mentori: Msc. Shqipe Agushi

Tetor /2020

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

ABSTRAKT

Diabeti është një çrregullim kronik dhe i pashërueshëm i glukozës në gjak. Ne dallojmë disa forma të diabetit, ku më e njohura janë diabeti mellitus tip 1 dhe tipi 2. Trajtimi joadekuat i diabetit mund të çojë në një sërë komplikimesh akute, kronike dhe të tjera. Sa më shpejt të diagnostikohet dhe trajtohet sëmundja, aq më i madh është suksemi dhe aq më e ulët është mundësia e ndërlikimeve.

Punimi paraqet rolin e infermierit në kujdesin shëndetësor dhe thekson rolin e saj në edukimin e pacientëve. Infermierja edukon pacientin në lidhje me metodat e trajtimit: farmakoterapi ose insulinë, ushqim të duhur (terapi diete), aktivitet fizik (ushtrim) dhe vetëkontroll, pra vetë-kujdes i sëmundjes.

Kujdesi cilësor në kujdesin e një personi me diabet kërkon ekspertizë të gjerë të një infermiere, e cila duhet të vendosë komunikim të mirë me pacientin dhe ta edukojë atë se si të kujdeset për shëndetin e tij. Infermierja, në përputhje me kompetencat e saj, përcakton nevojat, planet dhe zbaton kujdesin shëndetësor.

Fjalë kyçe: diabeti mellitus, infermieror, edukimi, roli, pacientë.

MIRËNJOHJE/FALËNDERIME

Unë do të doja të falënderoja të gjithë profesorët që ishin të mirë dhe na ndihmuan gjatë këtyre 3 viteve, të cilët dolën të na takonin dhe na mundësuan të merrnim provime në gjuhën tonë amtare (Boshnjakisht). Faleminderit shumë. Për më tepër, unë falënderoj kolegët e mi shqiptarë që na pranuan.

Unë gjithashtu falënderoj mentorin tim. Profesor Shqipe, e cila pranoi të ishte mentori im. E cila më ndihmoi shumë për të korrigjuar gabimet, ishte e durueshme dhe iu përgjigj shpejt mesazheve të mia.

Faleminderit gjithashtu për të gjithë kolegët e mi boshnjakë që ishin si familje dhe mbështetje për mua.

Falënderoj gjithashtu familjen time që kanë qenë gjithmonë me mua, më kanë dhënë mbështetje gjatë gjithë arsimit tim dhe e kanë bërë të mundur këtë arsimim.

Faleminderit edhe shoqes time Mejri e cila ishte gjithmonë me mua dhe ishte një mbështetje gjatë gjithë kësaj kohe.

PËRMBARJATJA

LISTA E TABELAVE.....	6
LISTA E FIGURAVE.....	6
FJALORI I TERMAVE.....	7
1 HYRJE.....	9
2 SHQYRTIMI I LITERATURËS	11
2.1 Klasifikimi i diabetit	11
2.2 Epidemiologjia e diabetit mellitus	13
2.2.1 Epidemiologjia e diabetit mellitus të varur nga insulina (VIDM).....	13
2.2.2 Epidemiologjia e diabetit mellitus të pavarur nga insulina (PIVDM).....	14
2.3 Pamja klinike e diabetit mellitus.....	15
2.4 Diagnostifikimi i diabetit mellitus	16
2.5 Komplikimet e diabetit mellitus.....	17
2.5.1 Komplikimet akute të diabetit mellitus.....	17
2.5.2 Komplikimet kronike të diabetit mellitus	18
2.6 Trajtimi i diabetit mellitus	22
2.6.1 Trajtimi dietik i pacientëve me diabet mellitus.....	22
2.6.2 Zbatimi i aktivitetit fizik në trajtimin e diabetit mellitus.....	24
2.6.3 Trajtimi i diabetit mellitus duke përdorur agjentë peroralë	25
2.6.4 Terapia me insulinë.....	26
2.7 Procesi i kujdesit shëndetësor dhe roli i infermierit.....	28
2.7.1 Roli i infermierit si edukator në pacientët me diabet mellitus	31
2.7.2 Diagnostikimet infermierore	33
3 DEKLARIMI I PROBLEMIT	36
4 METODOLOGJIA	37
5 PREZANTIMI DHE ANALIZA E REZULTATEVE	38
6 KONKLUZIONE DHE REKOMANDIME	44
7 REFERENCA	45
8 APPENDIXES	46

LISTA E TABELAVE

Tabela 1. Klasifikimi i diabetit	13
Tabela 2. Llogaritja e peshës ideale të trupit	23
Tabela 3. Paraqitja tabelare e numri të pacientëve me diabet	38
Tabela 4. Paraqitje tabelare sipas gjinisë e pacientëve me diabet.....	39
Tabela 5. Paraqitje tabelare sipas tipit e pacientëve me diabet.....	40
Tabela 6. Paraqitje tabelare sipas moshës	41
Tabela 7. Paraqitje tabelare sipas llojit të terapisë së përshkruar.....	42

LISTA E FIGURAVE

Figura 1. Fitime të ndryshme të insulinemisë në individë normalë, të shëndetshëm dhe kur administrohen 2 doza insuline në pacientët me VIDM.....	26
Figura 2. Paraqitje grafike e numrit të pacientëve me diabet	39
Figura 3. Paraqitje grafike sipas gjinisë e pacientëve me diabet	40
Figura 4. Paraqitje grafike sipas tipit e pacientëve me diabet	41
Figura 5. Paraqitje grafike sipas moshës	42
Figura 6. Paraqitje tabelare sipas llojit të terapisë së përshkruar.....	43

FJALORI I TERMAVE

HLA – Human leukocyte associated (antigen)

VIDM – Varuar nga insulina (tip 1) diabeti melitus

PIVDM – Pavaruar nga insulina (tip 2) diabeti melitus

DM – Diabeti melitus

OGTT – Oral glucose tolerance test

KHH – Koma hiperosmolare, hiperglicemike, jo-ketonike

KAD – Ketoacidoza diabetike

AL – Acidoza laktike

KK – Komplikimet kronike

MIAD – Mikroangiopatia diabetike

RD – Retinopatia diabetike

NPD – Nefropatia diabetike

PND – Polineuropatia diabetike

MAAD – Makroangiopatia diabetike

SK – Semundja koronare

IAM – Infarkt akut i miokardit

PIT – Pesha ideale e trupit

TI – Terapi me insulinë

PP – Pastruara plotësisht (insulinat)

HM – (Insulina) humane

IAb – Islet autoantibodies (serum)

1 HYRJE

Diabeti mellitus është një nga sëmundjet më të përhapura. Prevalenca ndryshon në pjesë të ndryshme të botës dhe varion nga 1 në 2% megjithëse në disa popullata është shumë e lartë si, për shembull në Pima Indianët. Sëmundja është e njohur për më shumë se 3,500 vjet, por shkaqet e kësaj sëmundje dhe mekanizmat që çojnë në këtë sëmundje nuk janë sqaruar ende plotësisht. Organizata Botërore e Shëndetësisë Grupi i Kërkimit të Diabetit ka përcaktuar diabetin si një sëmundje kronike progresive, e karakterizuar nga hiperglicemia dhe çrregullime të tjera biokimike për shkak të prodhimit joadekuat ose veprimit joadekuat të insulinës që kontrollon metabolizmin e glukozës, yndyrës dhe proteinave. Klinikisht, sëmundja manifestohet nga polidipsia, poliuria, humbja e peshës dhe nëse nuk trajtohet, shfaqen mpirje dhe gjendje kome. Gjatë rrjedhës së sëmundjes, ndërlikimet kronike ndodhin në formën e dëmtimit të enëve të vogla të gjakut, veçanërisht të retinës dhe veshkave, dëmtimit të nervave periferikë, si dhe dëmtimit të enëve të mëdha të gjakut nga ateroskleroza, në zemër, pothuajse të gjitha organet, veçanërisht në rrjedhën e gjakut periferik. (Đorđević P. B., 1994)

Çdo ditë ka një rritje të numrit të pacientëve, dhe kjo është arsyeja pse duhet t'i kushtohet më shumë vëmendje ndërgjegjësimit të popullatës së gjerë dhe kështu të ndikojë në parandalimin, zbulimin dhe trajtimin e vetë sëmundjes. Diabeti tip 1 përcaktohet më fort gjenetikisht sesa tipi 2, ndërsa te tipi 2 përveç faktorëve gjenetikë, ndikimi i një numri faktorësh si mbipesha, pasiviteti fizik dhe rezistenca ndaj insulinës është i rëndësishëm dhe mund të parandalohet në një numër të madh njerëzish. Prandaj, parandalimi më i mirë i diabetit tip 2 është i mundur, dhe kjo arrihet përmes masave parandaluese shëndetësore.

Edukimi i njerëzve me diabet është shumë i rëndësishëm, kontribuon në përmirësimin e rezultateve klinike të diabetit dhe në të njëjtën kohë ndihmon në ruajtjen e cilësisë së jetës së njerëzve me diabet. Edukimi cilësor i referohet çështjeve praktike, duke siguruar pavarësinë e pacientit dhe një marrëdhënie bashkëpunimi midis pacientit dhe ekipit të kujdesit shëndetësor, ku rolin kryesor e luan infermierja. Infermierja luan një rol të madh në kujdesin shëndetësor në përgjithësi dhe në kujdesin shëndetësor të personave me diabet mellitus. Ky punim thekson rolin e infermierit dhe shpjegon procesin e kujdesit shëndetësor për njerëzit me diabet. Fatkeqësisht, nuk ka shërim për

diabetin. Me kontroll të mirë të glukozës në gjak, stërvitje, dietë të duhur dhe një dozë të mirë të ilaçeve (insulinë dhe antidiabetikë) është e mundur të jetoni një jetë të shëndetshme.

2 SHQYRTIMI I LITERATURËS

Diabeti (diabeti mellitus) është një sëmundje kronike në të cilën organizmi ose nuk prodhon ose përdor në mënyrë joadekuate të hormonit të insulinës në pankreas. Diabeti gjithashtu mund të jetë një kombinim i të dy mekanizmave. Insulina kontrollon përqendrimin e sheqerit (glukozës) në gjak dhe sasinë e sheqerit (glukozës) që absorbohet në qeliza. Pasi që truri përdor vetëm glukozë, është e nevojshme të mbani nivelin e sheqerit në një minimum të kënaqshëm. Nëse niveli i sheqerit është i pamjaftueshëm, pra i ulët, (hipoglikemia), personi nuk është në gjendje të veprojë në mënyrë të arsyeshme, dhe nëse është shumë i lartë (hiperglicemia), personi ka diabet.

Diabeti (diabeti mellitus, sheqeri i lartë në gjak) dëmton enët e vogla të gjakut të veshkave, zemrës, syve, sistemit nervor dhe rrjetit kapilar në periferi. Prandaj, diabeti i patrajtuar ose i patrajtuar në mënyrë të pamjaftueshme mund të çojë në sëmundje të zemrës (sëmundje kardiovaskulare), (goditje në tru), sëmundje të veshkave, verbëri dhe dëmtim të sistemit nervor dhe nervave, veçanërisht në ekstremitetet e poshtme. Sëmundjet kardiovaskulare dhe goditja në tru janë dy deri në katër herë më të zakonshme tek njerëzit me diabet. Incidenca e kësaj sëmundjeje po rritet çdo vit dhe sot është në vendin e shtatë për nga vdekshmëria. (medic, n.d.)

Rezoluta e KB 20.12.2006 e shpalli diabetin sëmundjen e parë jo-ngjitetëse që u përhap në mënyrë epidemike. Epidemia globale e diabetit është një nga sfidat më të mëdha të shëndetit publik të shekullit 21. Çdo dhjetë sekonda në botë, dy njerëz sëmuren dhe një vdes nga diabeti. Më shumë se 90% e pacientëve kanë diabet tip 2. Numri më i madh i pacientëve me diabet tip 2 është midis moshës 40 dhe 59, megjithëse kohët e fundit është bërë më e zakonshme tek të rinjtë. Rreth gjysma e rasteve janë të padiagnostikuara, dhe në kohën e diagnozës, një e treta e pacientëve të rinj kanë një ose më shumë ndërlikime të vonshme të sëmundjes (sëmundje ishemike e zemrës, goditje në tru, këmbë diabetike, retinopati, neuropati ose nefropati). Vetëm çdo pacient i dhjetë zhvillon diabet tip 1, i cili diagnostikohet më shpesh në pubertet, disi më shpesh tek djemtë. (Jugolab, n.d.)

2.1 Klasifikimi i diabetit

Kemi disa lloje të diabetit mellitus por unë do të përshkruaj vetëm dy ato më të rëndësishmet.

- A. Diabeti tip 1 - Diabeti është një sindromë e shkaktuar nga mekanizma të ndryshëm citopatogjeneze të bazuar në mungesë të insulinës, ose sekretimi i insulinës është joadekuat, ose veprimi i insulinës është joadekuat. Në disa raste, sëmundja ndodh papritmas, zhvillohet shpejt dhe nëse nuk administrohet insulinë - zhvillohet ketoacidoza, koma dhe vdekja. Një formë e tillë ndodh më shpesh tek fëmijët dhe të rinjtë, është e shënuar si insulinë - një formë e varur e sëmundjes, sepse përdorimi i insulinës është i domosdoshëm që pacienti të mbijetojë, dhe më herët kjo formë u shënuar gjithashtu si tip i mitur. Në disa raste, sëmundja ndodh papritmas, zhvillohet shpejt dhe nëse nuk administrohet insulinë - zhvillohet ketoacidoza, dhe koma dhe vdekja. Një formë e tillë ndodh më shpesh tek fëmijët dhe të rinjtë, është e shënuar si insulinë - një formë e varur e sëmundjes, sepse përdorimi i insulinës është i domosdoshëm që pacienti të mbijetojë, dhe më herët kjo formë u shënuar gjithashtu si tip i mitur. Sipas klasifikimit të grupit të përmendur të studimit të Organizatës Botërore të Shëndetësisë, kjo lloj sëmundje shënohet gjithashtu si diabet mellitus i tipit 1 dhe përfaqëson një nga format e shfaqjeve klinike të metabolizmit të glukozës së dëmtuar. Baza e kësaj forme të sëmundjes është një proces afatgjatë, asimptomatik i humbjes progresive të masës së qelizave beta me kalimin e viteve, ka shumë të ngjarë si pasojë e proceseve autoimune të shkatërrimit, për shkak të cilave ka një mungesë të sekretimit të insulinës në këta pacientë.
- B. Diabeti tip 2 - Një formë tjetër e shfaqjes klinike të diabetit është insulina, tip i pavarur i sëmundjes, referuar gjithashtu si sëmundje e tipit 2, dhe e njohur më parë si forma e rritur e sëmundjes. Kjo formë zakonisht ndodh tek njerëzit më të vjetër se 30 vjet, zhvillohet ngadalë, me manifestime më të lehta klinike, pa një tendencë për të zhvilluar ketoacidozë dhe mund të rregullohet mirë nga dieta ose përgatitjet orale. Në themel të këtij procesi është gjithashtu një çrregullim në sekretimin e insulinës, veçanërisht humbja e aftësisë së qelizave beta për t'iu përgjigjur shpejt dhe në mënyrë adekuate një kërcimi të papritur të glikemisë, por sekretimi i insulinës është i pranishëm për vite pas diagnozës së diabetit. Për më tepër, në këta pacientë ekziston një çrregullim i ndjeshmërisë së indeve periferike ndaj insulinës, kështu që marrja e glukozës dhe përdorimi i saj si oksidativ ashtu edhe jo oksidues zvogëlohet, ndërsa prodhimi i glukozës hepatike është i rritur. Në këta pacientë, sëmundja mund të rregullohet mirë për vite spa përdorimin e insulinës, dhe në disa për pjesën tjetër të jetës së tyre. Kjo formë e diabetit gjithashtu nuk është unike sipas llojit të

çrregullimeve që mund të përcaktohet, sepse mund të ndodhë me ose pa mbipesha shoqëruese, ndërsa çrregullimet në ndjeshmërinë e indeve periferike janë gjithashtu të ndryshme (receptori, niveli postreceptor). (Đorđević P. B., 1994)

1. Diabeti mellitus
a) I varuar nga insulina (tip 1) diabeti mellitus
b) I pavarur nga insulina (tip 2) diabeti mellitus
c) forma e kequshqyerjes së diabeti mellitus
2. Diabeti gestacional
3. Tolerancë e reduktuar e glukozës (intolerancë)

Tabela 1. Klasifikimi i diabetit (Đorđević P. B., 1994)

2.2 Epidemiologjia e diabetit mellitus

2.2.1 Epidemiologjia e diabetit mellitus të varur nga insulina (VIDM)

Gjetjet e reja se ekziston një lidhje e konsiderueshme me gjetjen karakteristike të antigjenit HLA (nga leukocitet njerëzore) kanë kontribuar shumë në përcaktimin e popullatës që mund të vuajë nga VIDM; që janë identifikuar antigjenet e qelizave beta që shkaktojnë aktivizimin e limfociteve vetanake dhe prodhimin e antitropave (reagimi autoimunitar), si dhe se ekziston një lidhje e caktuar midis shfaqjes së VIDM dhe infeksioneve virale. Incidenca e VIDM (si përqindje e ndodhjes në një popullatë të caktuar, p.sh. për 1 vit) tregon karakteristika dhe ndryshime të caktuara. U zbulua se ka ndryshime të mëdha në incidencë në zona të ndryshme gjeografike. Incidenca më e lartë u gjet në Finlandë, dhe më e ulta në Japoni. Tani për tani, shpjegimet e sakta të këtyre ndryshimeve vërtet të mëdha nuk dihen. Pse ka një rritje të incidencës së VIDM në disa vende dhe jo në të tjera? Cila është domethënia e gjetjes që zona gjeografike nuk luan në vetvete një rol vendimtar sepse, për shembull, në Izrael, shkalla e incidencës midis hebrenjve është deri në 5 herë më e lartë se sa tek arabët që jetojnë në të njëjtin territor. Prandaj, hulumtimi është përqendruar në studime imunocitogjenetike dhe imunologjike si dhe ekzaminimin e ndikimit të faktorëve mjedisorë si shkaqe të mundshme të ndryshimeve të mëdha të përshkruara më sipër. Supozohet se nivele shumë të larta të incidencës në Maltë dhe Sardenjë, ishujt e izoluar në Mesdhe, janë pasojë e përzgjedhjes

gjenetike, popullsisë për shkak të malaries, e cila më parë ishte një shkak i zakonshëm i vdekjes në ato zona. Studimet e mëparshme të shoqërimit midis sistemit antigjen HLA dhe shkallës së incidencës së VIDM kanë treguar se sëmundja më së shpeshti shfaqet tek individët me gjetje të antigjenit DRL3 dhe / ose DRL4 HLA. Sidoqoftë, shkalla e kësaj korrelacioni (e matur nga një parametër i quajtur rreziku relativ i zhvillimit të sëmundjes) - siç kanë treguar studimet e reja, nuk ishte domethënëse. Një nga shembujt është paraqitja e VIDM në një numër shumë më të madh në muajt e vjeshtës dhe dimrit, kur infeksionet virale janë më të shpeshta. Duke vepruar kështu, vendndodhja gjeografike nuk luan një rol të veçantë. Gjegjësisht, këta dy tregues më parë konsideroheshin parakushte të rëndësishme për shfaqjen e VIDM. (Đorđević P. B., 1994)

2.2.2 Epidemiologjia e diabetit mellitus të pavarur nga insulina (PIVDM)

Duke pasur parasysh njohuritë aktuale, mund të thuhet se shfaqja e PIVDM varet nga ndërveprimi i faktorëve gjenetikë të mjedisit të jashtëm. Ndjeshmëria gjenetike ndaj PIVDM pasqyrohet në faktin se është provuar që incidenca dhe prevalenca e kësaj forme të DM janë më të larta në të afërmit e shkallës së parë të këtyre pacientëve sesa në popullatën e përgjithshme. Një zbulim i ngjashëm gjendet në binjakë identik. Dihet gjithashtu se ekzistojnë grupe etnike të izoluar në botë (indianë Pima; indianë nga Mikronezia) në të cilat prevalenca e PIVDM është shumë e lartë. Sidoqoftë, në popullsinë e atyre rajoneve që janë si p.sh. Indianët Pima, të ngarkuar nga vetëm një prind, kanë nivele dukshëm më të ulëta - duke treguar që gjysma tjetër e bazës gjenetike (nga prindi tjetër) luan rolin e kundërt. Deri më tani, megjithatë, nuk është gjetur asnjë mënyrë (gjen specifik) që është përgjegjës për këtë ndjeshmëri. Konsiderohet se kur të gjendet, do të gjendet dhe shpjegohet për etiologjinë e ndryshme të PIVDM. Atëherë u zbulua se ka ndryshime të mëdha në prevalencën dhe incidencën e PIVDM në zona të caktuara gjeografike krahasuar me gjetjet midis popujve dhe grupeve etnike si dhe brenda atyre kategorive. Përveç përpjekjeve të dështuara për të shpjeguar këto ndryshime nga shkaqe të ndryshme socio-ekonomike, historike, kulturore dhe tradicionale - kohët e fundit vëmendja u është kushtuar ndikimeve: gjinia, moshja, mbipesha, aktiviteti fizik, dieta, etj. Për sa i përket gjinisë, në disa vende PIVDM janë më të zakonshme tek gratë dhe në vende të tjera tek burrat. Tani për tani, kjo është e lidhur me nivele të ndryshme të aktivitetit fizik dhe zakone të ndryshme të të ngrënit të popullatës, të cilat çojnë në mbipesha. Incidenca e PIVZDM është më e larta në periudhën nga 65 deri në 74 vjeç në popullsinë totale të

Shteteve të Bashkuara. Padyshim, incidenca e PIVDM është dukshëm më e lartë tek individët obezë sesa tek ata me peshë trupore normale. (Đorđević P. B., 1994)

2.3 Pamja klinike e diabetit mellitus

Pamja klinike e diabetit mellitus nuk mund të shpjegohet ose kuptohet pa marrë parasysh shkaqet metabolike dhe biokimike, dhe çrregullimet pasuese patologjike-fiziologjike dhe klinike që qëndrojnë në themel të kësaj sëmundjeje. Prandaj, duhet të fillojmë nga vetë përkufizimi i diabetit: është një mungesë relative ose absolute e insulinës (hormoni kryesor anabolik) ose insulinës është e mjaftueshme, madje edhe më e lartë, por është e pamundur të shfaqësh efektet e saj biologjike (rezistenca ndaj insulinës). Si rezultat, ekziston një sekretim i shtuar i glukagonit, një hormon me veti të kundërta, katabolike-metabolike. Përqendrimi i rritur i glukagonit ruhet më tej pavarësisht hiperglicemisë së vazhdueshme e cila në kushte normale është një sinjal për uljen e sekretimit të glukagonit. Prandaj, vlera e raportit: insulinë / glukagon zvogëlohet dhe ajo ka efektin më të madh të drejtpërdrejtë në ekuilibrin fiziologjik të proceseve anabolike dhe katabolike në trup. Këtu do të flasim për çrregullimet metabolike që shkaktojnë manifestime klinike, të cilat janë: çrregullimet e metabolizmit të karbohidrateve (hiperglicemia) me pasojë të konsiderueshme në metabolizmin e proteinave dhe yndyrnave. Hiperglicemia ndodh kryesisht për shkak të dy çrregullimeve: ulja e konsumit të glukozës në muskujt dhe indin dhjamor dhe mëlçinë për shkak të mungesës së insulinës, por edhe efektet e hiperglukagonemisë dhe, së dyti, rritja e prodhimit të glukozës në mëlçi (glikogjenolizë) për shkak të sasive të rritura të glukagonit. Kur vlera e hiperglicemisë tejkalon maksimumin tubular për rithithjen e glukozës (10 mmol / l) - ndodh glikozuria. Glikozuria shkakton diurezë osmotike, dhe kjo humbje e sasive më të mëdha të lëngjeve në urinë (poliuri), dhe meqenëse mekanizmat kompensues (etja = polidipsia; marrja e lëngjeve) nuk mund të kompensojnë këtë humbje - ndodh dehidrimi. Diureza osmotike gjithashtu shkakton humbje të konsiderueshme të elektroliteve (na, k, mg dhe p) - e cila nga ana tjetër kontribuon në shfaqjen e acidozës metabolike. Metabolizmi i proteinave është gjithashtu i dëmtuar ndjeshëm. Sinteza e zvogëluar dhe degradimi i shtuar i proteinave (proteoliza), si rezultat i së cilës rriten sasitë e aminoacideve në plazmë dhe ato, në pjesën më të madhe, pas deaminimit, përdoren për procesin e glukoneogjenezës në mëlçi. Proteoliza shkakton sekretim të shtuar të azotit në urinë dhe për shkak të rritjes së humbjes së azotit, ndodh një ekuilibër negativ i azotit. Metabolizmi i yndyrës dëmtohet

drejtpërdrejt, gjithashtu për shkak të uljes së vlerës së raportit insulinë / glukagon. Për shkak të zvogëlimit të sasisë së insulinës, procesi i lipolizës (zbërthimi i triglicerideve) aktivizohet ndjeshëm, ndërsa lipogjeneza (sinteza e triglicerideve) në mëlçi ngadalësohet ndjeshëm. Sasi të e rritura të acideve yndyrore të lira lirohen nga lipoliza e përshpejtuar. Kjo, shkakton rritjen e prodhimit të trupave ketone (ketogjeneza) në mëlçi (aceton, acid acetik, acid betaoksibutirik). Sasi të e rritura të trupave ketone kalojnë në gjak (ketonemia). Nëse neutralizimi i tyre si ekuivalentë acidesh nga sisteme të shumta tamponësh në trup dështon, ndodh acidoza metabolike. (Đorđević P. B., 1994)

2.4 Diagnostifikimi i diabetit mellitus

Diagnostikimi i diabetit mund të përcaktohet duke përcaktuar gliceminë e agjërimit, por shpesh është e nevojshme në sëmundjen e pavarur nga insulina, ose kur ka vetëm çrregullime të tipit të intolerancës, për të përcaktuar glikeminë para dhe në orën e dytë pas administrimit oral të 75 glukozës (OGTT). Nëse glikemia e gjakut në agjërim është më e lartë se 11.1 mmol / l (220 mg%) në plazmën e marrë nga gjaku venoz, ose më e lartë se 12.2 mmol (240 mg%) e marrë nga gjaku kapilar - është mjaft e sigurt që është diabet mellitus . Nëse glikemia është 7.8 mmol / l ose më e lartë, ka shumë të ngjarë që të ketë diabet të dukshëm. Sidoqoftë, nëse glicemia në agjërim është më e madhe se 6.2 mmol / l dhe më pak se 7.8 mmol / l, diagnoza e diabetit nuk është e mundur derisa të kryhet OGTT, mbi bazën e së cilës glikulgulimi normal mund të ndahet nga intoleranca dhe lloji i manifestuar i diabetit. Testi kryhet pas të paktën tre ditëve të ngrënies së ushqimeve relativisht të pasura me karbohidrate (fut më shumë se 150 deri 200 gram në ditë) dhe me aktivitet fizik normal. Testi fillon 16 orë pas vaktit të fundit. Glicemia përcaktohet para testit dhe 2 orë pas marrjes së glukozës. Në njerëzit me glikulim normal, glicemia në agjërim është e njëjtë si pas 2 orësh pas glukozës - brenda kufijve normalë (më pak se 6.4 mol / l në stomak bosh dhe më pak se 7.8 mol / l pas 2 orësh pas glukozës). Tek individët me tolerancë të zvogëluar të glukozës, glukozja në agjërim është më pak se 7.8 mol / l dhe 2 orë pasi glukozja është më e madhe se 7.8 mol / l por më pak se 11.1 mol / l. Në njerëzit me diabet, glikemia e gjakut në agjërim është më e lartë se 7.8 mol / l dhe 2 orë pasi glukozja është më e lartë se 11.1 mol / l. Importantshtë e rëndësishme të theksohet se jo të gjithë njerëzit me sindromën e tolerancës ndaj glukozës kanë nevojë të marrin një formë të dukshme të sëmundjes. Testi kryhet kryesisht duke ndarë një person me diabet të

dukshëm nga sindroma e tolerancës në rastet kur glikemia është rritur pak në stomak bosh, por nuk i kalon 11.1 mmol. Testi kryhet edhe tek njerëzit me rrezik të lartë për të marrë diabet, siç janë personat e trashë, sidomos ata mbi 45 vjeç, por edhe fëmijët e trashë në dekadën e dytë të jetës, gratë shtatzëna që kanë lindur fëmijë të mëdhenj: kishin aborte spontane, njerëz që kanë diabet në familjet, etj. (Đorđević P. B., 1994)

2.5 Komplikimet e diabetit mellitus

2.5.1 Komplikimet akute të diabetit mellitus

Në ndërlikimet akute të diabetit mellitus, i cili mund të përkeqësohet në një gjendje që, sipas frekuencës së shfaqjes, përfshin: 1) hipoglikemikë, 2) hiperglicemike, keton (ketoacidozë), 3) hiperglicemike, hiperosmolare, jo-ketonike dhe 4) laktike gjendje kome Ketoacidoza diabetike (KAD) ndodh më shpesh në kohën e zbulimit të diabetit të varur nga insulina (VIDM), për shkak të mungesës së theksuar të insulinës endogjene. Pastaj, për shkak të jorritjes në kohë të dozës ditore të insulinës dhe / ose sasisë së pamjaftueshme të insulinës me veprim të shpejtë në rastet e rritjes së nevojave në situata stresuese (infeksione, lëndime, operacione) në pacientët me VIDM. Sidomos në këto raste, për shkak të veprimit të hormoneve të tjera të stresit, ka një përkeqësim të mëtejshëm të hiperglukagonemisë, e cila është një nga shkaqet kryesore të hiperglicemisë dhe ketogjenezës. Gjithashtu, KAD ndodh për shkak të refuzimit të marrjes së insulinës për arsye të ndryshme (mungesa e ilaçeve; të vjella dhe mos marrja e ushqimit, gjë që e çon pacientin në përfundimin e gabuar se ai nuk duhet të marrë insulinë atëherë, etj.). Ka edhe raste të përkeqësimit gradual të kontrollit metabolik deri në shfaqjen e ketoacidozës, pa u zbuluar një shkak i qartë. Koma hiperosmolare, hiperglicemike, jo-ketonike (KHH) zakonisht ndodh në diabetikët e moshuar të varur nga insulina (VIDM), gjatë stresit (goditje në tru, infarkt miokardi, pneumoni) dhe / ose për shkak të mos marrjes ose humbjes së sasive të mëdha të lëngjeve. Gjithashtu për shkak të mos marrjes së terapisë orale (preparate sulfonilurea). Pastaj, pasi keni marrë diuretikë tiazidë, si dhe për shkak të funksionit renal të dëmtuar.

Acidoza laktike (AL) ndodh më shpesh si një ndërlikim akut në pacientët me PIVDM, të moshuarit, me pamjaftueshmëri të mëlçisë dhe / ose renale, si dhe kur është e pranishme hipoksia

për shkak të mosfunksionimit kardiak. AL më së shpeshti ndodh tek pacientët nëse janë trajtuar me fenforminë, një ilaç nga grupi biguanid që përdoret për të trajtuar PIVDM. Çrregullimi themelor metabolik është rritja e prodhimit të laktatit. Shtë karakteristikë për çrregullimet metabolike në diabet, por edhe për të gjitha kushtet e tjera kur prodhimi i laktatit rritet dhe prishja e tyre zvogëlohet. (Đorđević P. B., 1994)

2.5.2 Komplikimet kronike të diabetit mellitus

Siç është përmendur tashmë, njohuritë moderne të etiopatogjenezës dhe terapisë, dhe veçanërisht mbi parandalimin e komplikimeve akute të diabetit, kanë kontribuar në një ulje të konsiderueshme të vdekshmërisë së përgjithshme nga diabeti i sheqerit. Kështu, u raportua që vdekshmëria nga ketoacidoza e diabetit (KDA) është më pak se 1%. Në të njëjtën kohë, ka një rritje të shkallës së aftësisë së kufizuar dhe / ose vdekshmërisë nga komplikimet kronike (KK), gjë që tregon rëndësinë e tyre të madhe mjekësore dhe socio-ekonomike. Sidoqoftë, duhet të theksohet se vitet e fundit, njohuritë e reja në lidhje me mundësitë e parandalimit dhe trajtimit të KK janë grumbulluar, kështu që, pavarësisht nga ashpërsia e tyre klinike, vdekshmëria e përgjithshme nuk është rritur, por, përkundrazi, është në rënie të vazhdueshme. Në këtë punim, do të flasim vetëm për ndërlikimet kronike vaskulare të DM. Ato ndahen në: mikroangiopatike dhe makroangiopatike. (Đorđević P. B., 1994)

2.5.2.1 Komplikimet mikroangiopatike

Emëruesi i përbashkët i mikroangiopatisë është dëmtimi i kapilarëve dhe arterioleve parakapilare për shkak të ënjtjes së membranës bazale (MB): enët më të vogla të retinës - retinopatia, glomeruli i veshkave - nefropatia, nervat adventitia - polineuropatia dhe enët më të vogla të gjakut në gishtat e këmbëve. Mikroangiopatia diabetike (MIAD) gjithashtu merr pjesë në çrregullimet e metabolizmit të lipoproteinës, funksionit të elementeve të murit të enëve të gjakut, trombociteve, eritrociteve dhe faktorëve të sistemit të koagulimit të gjakut. Në përgjithësi, MIAD ndodh më shpesh në VIDM, pas disa vitesh sëmundje të shoqëruar me shenja të kontrollit të dobët metabolik. Retinopatia diabetike (RD) është sot shkaku kryesor i verbërisë (amaurosis) në shumë vende të botës. Ekzistojnë dy sëmundje klinike të RD: fillestare dhe poliferative. Fillestare ndodh pas 5-8

viteve të para të diabetit. Pas 25 deri në 30 vjet të kohëzgjatjes së sëmundjes, rreth 90% e pacientëve me VIDM kanë ndryshime të theksuara në mënyrë të konsiderueshme të retinës. Midis shumë vlerësimeve anatomike patologjike, dominojnë mikroaneurizmat dhe hemorragjitë e shkallëve të ndryshme, atëherë eksudat në zonat e makulës (edema makula). RD proliferative është forma më e rëndë e RD dhe zakonisht kalon në RD fillestare. Në të njëjtën kohë, RD është një nga treguesit e një prognoze të dobët të diabetit mellitus sepse ndodh më shpesh me nefropati diabetike dhe sëmundje koronare të zemrës. Ndryshimi kryesor patologjik anatomik është shumëzimi i enëve të gjakut të ri të retinës, i ndjekur nga përhapja e indit fijor. Përhapja e qelizave glial është gjithashtu e zakonshme.

Nefropatia diabetike (NPD) është gjithashtu një ndërlikim vaskular shumë i zakonshëm dhe i rëndë i DM. Besohet se forma terminale e NPD (azotemia) ndodh mesatarisht pas 15 deri në 17 vjet të VIDM, e ndjekur nga një kontroll i dobët metabolik. Kur VIDM zgjat për shembull 40 vjet - në 8% të pacientëve NPD evoluon në fazën përfundimtare të sëmundjes. Në atë fazë, tregohet përdorimi i një forme dialize dhe më vonë transplantimi i veshkave, gjë që e bën këtë sëmundje shumë të shtrenjtë për shoqërinë. Rreziku për jetën e pacientit është gjithashtu i lartë. PDN është shkaku kryesor i vdekjes në VIDM. Shkalla e vdekshmërisë është 10 deri në 11%. PDN ndodh megjithëse shumë më rrallë edhe te pacientët me PIVDM.

Polineuropatia diabetike (PND) shfaqet në tre forma: mononeuropatia (mononeuriti); polineuropatia bilaterale, simetrike, si forma më e zakonshme dhe neuropatia autonome.

Mononeuropatia diabetike mendohet të jetë shkaktuar nga ndryshimet mikroangiopatike vasa vasorum nerva adventitia. Ndikon në nerva të caktuara siç janë: nervi femor, shiatik, peroneal, etj., I cili çon, për shkak të paralizës në të ashtuquajturën. "Këmbë e varur", gjithashtu në paralizë të nervave të kafkës së dytë, të katërt dhe të gjashtë. Ndryshimet zakonisht zgjasin disa ditë deri në disa javë. Sipas përvojës sonë, ndryshimet mund të zgjasin me muaj, kur arsye të tjera për dëmtimin e nervit mund të konsiderohen si diagnostifikim diferencial.

Polineuropatia simetrike, periferike shkakton dëmtime dhe humbje të ndjeshmërisë në ekstremitetet e poshtme. Çrregullimet motorike janë të rralla. Pacientët kryesisht ankohen për ngurtësi, ndjesi shpimi gjilpërash, djegie, ata ndjehen sikur u pëlqen milingonat nën lëkurën e tyre, etj. Problemet intensifikohen gjatë natës - gjë që i diferencon ata diagnostikisht nga probleme të

ngjashme që mund të ndodhin për shkak të ndryshimeve mikroangiopatike edhe në ekstremitetet e poshtme. Ekzaminimi neurologjik zbulon humbje të ndjeshmërisë vibruese, si dhe humbje të refleksit që shtrihet.

Neuropatia autonome tregon karakteristikat e mëposhtme klinike: ndodh pas një kohe të gjatë të diabetit të rregulluar keq. Çrregullimet e traktit urinar përfshijnë paralizën e fshikëzës, e cila çon në mbajtjen e urinës dhe infeksionin e traktit urinar në më shumë se 80% të diabetikëve. Ekzaminimi me rreze X zbulon një fshikëz të zgjeruar, të holluar dhe atonike. Trajtimi i ilaçeve është kryesisht pa efekte. Disi më shumë efekte tregohen nga trajnimi i pacientëve që ata mund të ndihmojnë vetë me një regjim të veçantë urinimi. (Đorđević P. B., 1994)

2.5.2.2 Komplikimet makroangiopatike

Disa mekanizma janë të përfshirë në etiopatogenezën e diabetit me ndërlikime makroangiopatike (MAAD). Ateroskleroza është një nga mekanizmat më të rëndësishëm. Megjithëse ka mendime se procesi i aterosklerozës tek jo-diabetikët dhe diabetikët nuk ndryshon dhe se duhet të merren parasysh të njëjtët faktorë rreziku, shumica e autorëve ende mbështesin konkluzionet e mëposhtme: ateroskleroza në diabet është e parakohshme, difuze dhe progresive. Seksi femër nuk përfaqëson mbrojtje. Prosesi mund të përfshijë gjithashtu enë të vogla të gjakut. Një faktor i rëndësishëm antigjenik në diabet është hiperinsulinemia, më së shpeshti endogjene në përbërjen PIVDM, dhe ekzogjene për shkak të hiperinsulinizimit duke përdorur doza të panevojshme të mëdha ditore të insulinës në trajtimin e VIDM. Hiperinsulinizmi vepron në mënyrë aterogjenetike përmes disa mekanizmave: duke shkaktuar hiperlipoproteinemi; stimulimi i përhapjes së qelizave të muskujve të lëmuar; duke shkaktuar ënjtje të mediave të murit të arteriolës dhe kështu, insulina vepron si një faktor i rritjes. Pastaj, insulin në përqendrimet të rritura shkakton mbipesha dhe hipertensionin, të cilët janë faktorët më të rëndësishëm të rrezikut për zhvillimin e aterosklerozës në DM. Përveç aterosklerozës, ka edhe faktorë të tjerë të rëndësishëm që shkaktojnë ndryshime biokimike dhe morfologjike në MAAD. Kështu, për shembull, kalciumi, materiali PAS pozitiv, laminina, kolagjeni grumbullohen në murin e arteries.

Sëmundja koronare (SK) karakterizohet klinikisht nga mungesa e dhimbjes edhe në rastin e infarktit akut të miokardit (IAM) (“pa ishemi”). Prandaj, shpesh ndodh (20 deri në 40%) që një

sulm diabetik në zemër të zbulohet brenda një ekzaminimi rutinë të EKG. Por edhe te jo-diabetikët, një sulm në zemër mund të jetë i pranishëm - ndodh vetëm në një numër shumë më të vogël (6 deri në 15%). Në diabetikët, përkeqësimet iskemike mund të ndodhin pa dhimbje dhe reflektohen vetëm në ndryshimet në segmentin ST dhe valët T. Sot, neuropatia autonome konsiderohet të jetë shkaku i këtij kursi klinik të SK sepse fijet intrakardiake të nervit simpatik që transmetojnë dhimbjen janë të dëmtuara. Për shkak të të gjitha më lart, diagnoza e SK IAM në diabetikët shpesh vonohet - gjë që rrit më tej mundësinë e vdekjes së papritur në një përqindje më të lartë. Çrregullimet e ritmit mund të zbulohen në kohën e duhur - duke vendosur një EKG holter. Si incidenca dhe vdekshmëria e IAM janë më të zakonshme tek diabetikët sesa tek jo-diabetikët, më shpesh për shkak të insuficiencës akute të miokardit, e cila mund të ndodhë edhe pas një sulmi në zemër.

Sëmundja iskemike e ekstremiteteve të poshtme (makroangiopatia periferike) përmbush më së shumti specifikat e lartpërmendura të pasqyrës klinike të diabetikët në lidhje me jo-diabetikët: që ndryshimet ndodhin në moshë më të re, se ato janë të shpeshta, difuze dhe progresive. Ndryshimet aterosklerotike lokalizohen më shpesh në arteriet tibia dhe peroneale, si dhe në arteriet femorale sipërfaqësore. Sidoqoftë, duhet të theksohet se amputimet për shkak të gangrenës, të cilat janë pesë herë më të zakonshme tek diabetikët sesa tek jo-diabetikët, shkaktohen jo vetëm nga makroangiopatia, por edhe nga mikroangiopatia dhe neuropatia ekzistuese. Vdekshmëria nga gangrena dhe amputimi gjithashtu rritet për shkak të ekzistencës së njëkohshme të sëmundjes koronare, cerebrovaskulare (në përbërjen e makroangiopatisë) dhe veshkave (si përbërjen nefropatisë diabetike si një nga format e mikroangiopatisë).

Këmba diabetike është problemi më i rëndësishëm klinikisht. Tashmë është theksuar se makroangiopatia nuk është shkaku i vetëm i ulçerimit dhe gangrenës. Pllakat aterosklerotike lokalizohen më shpesh në bifurkacionin e arterisë, si një nga vendet e rritjes së efektit të rrjedhjes së gjakut në murin arterial. Infeksioni kontribuon në ngushtimin e lumenit. Efekti përfundimtar është iskemia, hipoksia dhe dëmtimi i indeve, me shfaqjen e nekrozës në fund. Sidoqoftë, mikroangiopatia diabetike e enëve më të vogla të gjakut (arteriolat dixhitale) të këmbës luan rolin më të madh në këtë. Neuropatia diabetike është shkaku i ulçerimit fillestar. Ndryshimet klinike gjatë këmbës diabetike janë si më poshtë: nekroza zakonisht ndodh pa ndonjë arsye të dukshme. Ndryshimet ndodhin më shpesh në vendet e presionit këpuce të papërshtatshëm, efektet e rritjes së

nxehetësisë dhe ngrohjes për shkak të problemeve ishemike dhe / ose problemeve për shkak të polineuropatisë periferike. Ekziston një unazë hyperemic rreth nekrozës. Dhimbja në dhe përreth vendit të ulçerimit është e zakonshme. Gishti i madh dhe gishti i pestë preken më së shpeshti. Shfaqja e gangrenës reflektohet në intensitetin e rritur të dhimbjes, lëkura gradualisht bëhet e zezë dhe, përfundimisht, indet bëhen nekrotike dhe pa jetë. (Đorđević P. B., 1994)

2.6 Trajtimi i diabetit mellitus

2.6.1 Trajtimi dietik i pacientëve me diabet mellitus

Një nga parimet themelore terapeutike në trajtimin e diabetikëve, pavarësisht nga tipi i tij, është ushqimi i duhur gjatë gjithë jetës, ose siç thuhet zakonisht - trajtimi dietik. Ushqimi i duhur në përputhje me aktivitetin e duhur fizik, zgjedhja e duhur e ilaçeve (insulinë ose përgatitje orale), si dhe edukimi i mirë i pacientëve mundësojnë kontroll të mirë metabolik të sëmundjes dhe kështu parandalojnë ose vonojnë shfaqjen e komplikimeve të kësaj sëmundjeje. Ekzistojnë udhëzime themelore për trajtimin dietik, por gjithsesi, përcaktimi i dietës është një procedurë e rregullimit individual të dietës jo vetëm për tipin e sëmundjes, por edhe për faktorët që mund të jenë të rëndësishëm. Kur përpiloni dietën, gjinia, moshja e pacientit, aktiviteti fizik dhe profesioni i tij duhet të merren gjithmonë parasysh. Qëllimet kryesore të trajtimit dietik janë ose normalizimi i glikemisë ose mbajtja e saj në vlera afër normales, si dhe përbërësve të tjerë të gjakut, në mënyrë që të shmangen komplikimet akute dhe ato kronike. Vërshtë shumë e rëndësishme të përcaktohet ekuilibri i saktë i substancave azotike pa cenuar funksionin renal. Qëllimi është që të mbahet pesha e trupit afër idealit për lartësinë e duhur të trupit me kontroll adekuat metabolik, në mënyrë që të parandalohet zhvillimi i mbipeshes ose kequshqyerjes. Sot, rekomandimet e Shoqatës Amerikane të Diabetit përdoren më së shumti kur përpiloni një dietë për diabetikët. Së pari, përcaktohen nevojat për energji për pacientin në fjalë - sipas peshës ideale të llogaritur, me korrigjimet e kërkuara për shkak të gjinisë, moshës, gjendjes fiziologjike të pacientit (shtatzënisë, laktacionit) dhe aktivitetit profesional. Llogaritja e peshës ideale (PIT) mund të bëhet në disa mënyra, por lartësia dhe pamja e skeletit merren gjithmonë parasysh. Ne do të rendisim një nga mënyrat e llogaritjes, megjithëse më shpesh përdoren tabela të gatshme, të cilat përpilohen në bazë të hulumtimeve antropologjike, duke pasur parasysh marrëdhëniet e përmendura (Tabela 2).

Pamja skeletore	Femra	Meshkuj
i zhvilluar mesatarisht	për 152 cm të parat lartësia 45.3 kg plus 2.2 kg për çdo 2.5 cm mbi të	për 152 cm të parat lartësia 48 kg plus 2.7 kg për çdo 2.5 cm mbi të
me pak te zhvilluara	heq 10% nga pesha e llogaritur më parë	heq 10% nga pesha e llogaritur më parë
të zhvilluara më fort	shtoni 10% të peshës së llogaritur më parë	shtoni 10% të peshës së llogaritur më parë

Tabela 2. Llogaritja e peshës ideale të trupit (*Dorđević P. B., 1994*)

Nevojat për energji për proceset e jetës shprehen duke pjesëtuar peshën ideale të trupit (sipas përshkrimit të përshkruar më parë) me 4.53 dhe shumëzuar herësin e fituar me 100. Vlera e marrë përfaqëson nevojat e energjisë në kcal., Zakonisht 30 deri 35 kcal / kg PIT. Nevojave për energji të llogaritura në këtë mënyrë për mirëmbajtjen e proceseve themelore të jetës, u shtohet një përqindje e caktuar për të ruajtur aktivitete të caktuara fizike. Për punën kryesisht të ulur, shtohet 10%, dhe për punë fizike mesatarisht e rëndë 20%, dhe për punë fizike shumë të rëndë 40 deri në 100% të nevojave të llogaritura të energjisë për funksionet themelore jetësore. Nëse pacientët janë obezë, atëherë marrja e energjisë zvogëlohet me 500 kcal. Nga nevojat totale për energji, 55 deri 60% sigurohet nga karbohidratet, por karbohidratet e thjeshta shmangen sepse ato kanë një indeks të lartë glicemik. Prandaj, këshillohen ato karbohidrate që janë struktura komplekse nga të cilat njësitë mono dhe disakaride çlirohen më ngadalë sepse kanë një indeks glikemik më të ulët. Këshillohet gjithashtu të konsumoni 30 deri në 60 gramë fibra dietike që gjenden në bishtajoret barishtore (celulozë, hemicelulozë, guar), sepse ngadalëson resorbimin e karbohidrateve dhe përbërësve të tjerë nga ushqimi, gjë që zvogëlon thumba glicemike pas vaktit. Yndyra siguron më pak se 30% të nevojave për energji, e cila është më pak sesa ishte këshilluar më parë. Rekomandohet që 6 deri në 8% të nevojave për energji të plotësohen me ndarjen e acideve yndyrore poliunaturuar dhe rreth 10% me ndarjen e acideve yndyrore të ngopura. Vëmendje i kushtohet gjithashtu raportit midis 3, 6 dhe 9 acideve yndyrore omega - nga të cilat marrja e këtyre të fundit do të kishte një efekt të favorshëm në nivelin e lipideve në gjak. Marrja e kolesterolit duhet të jetë deri në 300 mg në ditë, veçanërisht nëse ka nivele të larta të kolesterolit në gjakun e

pacientit. Këshillohet që marrja e NaCl të jetë më pak se 3, sepse hipertensioni është më i zakonshëm tek pacientët me diabet. Të gjitha këto rekomandime janë në të njëjtën kohë rekomandime për parandalimin e sëmundjeve kardiovaskulare. Kur përcaktohet marrja e karbohidrateve dhe yndyrnave, pjesa tjetër e nevojave për energji sigurohet nga marrja e proteinave, por në mënyrë të tillë që të gëlltitet rreth 0.8 g / kg PIT, megjithëse jepet më shumë tek fëmijët në rritje ose tek gratë në gji. (Đorđević P. B., 1994)

2.6.2 Zbatimi i aktivitetit fizik në trajtimin e diabetit mellitus

Perceptimet e ndikimit të punës fizike në glikulregullim kanë ndryshuar në dekadat e fundit nga: e mundshme; i pranishëm por me shpjegime të pamjaftueshme edhe sot, kur padyshim provohet se aktiviteti fizik afatgjatë me një intensitet të caktuar rrit ndjeshmërinë ndaj efekteve biologjike të insulinës tek diabetikët dhe individët e shëndetshëm. Në VIDM, ndjeshmëria e rritur ndaj insulinës çon në një rritje të efikasitetit të hormoneve, dmth. Marrja e shtuar e glukozës nga qarkullimi dhe nga indet muskulore, ku ajo metabolizohet. Ai gjithashtu zvogëlon prodhimin dhe relaksimimin e glukozës nga mëlçia, e cila zakonisht rritet në DM. Sidoqoftë, nëse hiperinsulinemia jatrogjenike ekziston në këto kushte, mund të shfaqet hipoglikemi e padëshiruar. Zakonisht ndodh 2 deri 3 orë pas sforcimit fizik, për shembull, natën, gjë që ka një rëndësi të madhe klinike. Nëse pacientët me VIDM marrin më pak insulinë, efektet e dobishme të përshkruara më parë nuk ndodhin. Në PIVDM, puna fizike rrit ndjeshmërinë ndaj insulinës dhe heq rezistencën ndaj insulinës dhe hiperinsulinizmin. Sidoqoftë, hipoglikemia nuk ndodh edhe pas një sforcimi akut fizik me intensitet më të madh. Këto efekte të dobishme janë arsyeja që puna fizike afatgjatë dhe e dozuar mund të parandalojë shfaqjen e PIVDM tek individët obezë me një histori familjare të PIVDM. Kjo lloj pune fizike gjithashtu çon në normalizimin e rasteve fillestare dhe të moderuara të hipertensionit arterial në pacientët me PIVDM. Duke marrë parasysh të gjitha sa më sipër, vijon se është e nevojshme që një mjek të bëjë një plan individual të aktiviteteve fizike për secilin diabetik. Sa i përket sporteve, pacientët me VIDM, edhe nëse nuk kanë ndërlikime që janë kundërlindikacione për përpjekje fizike, nuk duhet të merren me ato sporte që kërkojnë konsum jashtëzakonisht të lartë të energjisë në një periudhë të shkurtër kohe ose mund të jenë të rrezikshme për jetën për ata pacientë (zhytje, kërcim në ujë, shëtitje, kanotazh, ngasje me motor, lundrim, etj). Në rastet kur rekomandohet aktivitet fizik, pacientët duhet t'i përmbahen udhëzimeve të

mëposhtme: në pacientët me VIDM, është e nevojshme të matni glikeminë para, gjatë dhe pas planifikimit të ushtrimeve fizike për të shmangur hipoglikeminë. Në pacientët e trashë PIVDM me rezistencë ndaj insulinës, hiperglicemia gjatë tendosjes fizike nuk ndodh. Në disa raste, doza e agjentëve peroral duhet të zvogëlohet, veçanërisht ato që nuk dihet të shkaktojnë hipoglikemi. Në pacientët e trashë PIVDM me rezistencë ndaj insulinës, hiperglicemia gjatë tendosjes fizike nuk ndodh. Në disa raste, doza e agjentëve oral duhet të zvogëlohet, veçanërisht ato që nuk dihet të shkaktojnë hipoglikemi. (Đorđević P. B., 1994)

2.6.3 Trajtimi i diabetit mellitus duke përdorur agjentë peroralë

Siç u përmend më lart, shkaku kryesor i hiperglicemisë në diabetin e pavarur nga insulina (PIVDM) është rritja e prodhimit të glukozës në mëlçi dhe ulja e përdorimit të muskujve. Në një masë më të vogël, hiperglicemia pas ngrënies ka të njëjtin efekt. Prandaj, në trajtimin e PIVDM, në parim, agjentët peroral përdoren për të eliminuar atë kryesor, dhe dietën për të kufizuar shkakun dytësor të hiperglicemisë. Qëllimet e terapisë totale në PIVDM si në format e tjera të diabetit mellitus (DM) janë: për të arritur glikemi normale ose afërsisht normale, dhe kështu, dhe duke përdorur metoda të tjera për të normalizuar hiperlipoproteineminë, parandalimin ose kontrollimin e hipertensionit arterial, parandalimin e shfaqjes së komplikacioneve vaskulare makroangiopatike. Ekzistojnë shumë rekomandime për kriteret e glikokorregullimit normal. Rekomandimet e Grupit Evropian të Diabetit janë: për të arritur një glicemi bazale më pak se 7.8 mmol / l. Kriteret për glikulgulimin normal janë të rëndësishme për arsyet e mëposhtme. Së pari, të gjithë duhet të shmangin hipergliceminë e tillë (deri në 10 mmol / l), e cila, meqenëse nuk çon në glikozuri, poliuri dhe simptoma dhe shenja të tjera karakteristike klinike, është oligosimptomatike (pamje klinike "jo"). Hiperglicemia e tillë, nëse zgjat për një periudhë më të gjatë, përsëri çon në aktivizimin e mekanizmave etiopatogjenetikë deri në shfaqjen e ndërlikimeve vaskulare. Dhe së dyti, këto kriteret janë baza për zgjedhjen e terapisë për pacientët me PIVDM. Duke krahasuar vlerat e profileve ditore të glikemisë gjatë regjimeve të ndryshme të rekomanduara të trajtimit, kombinimi terapeutik i dietës + përgatitja e SU - megjithëse nuk arrin të zvogëlojë variacionet e mëdha ditore në glikemi - është më afër lëvizjes së glikemisë tek individët normalë. Në rreth 15% të pacientëve arrihet normoglikemia, e cila në 50% të pacientëve zgjat më shumë se një vit. Kur glicemia agjërimit zbulohet të jetë më e madhe se 10 mmol / l (në rreth 50%) në këtë grup pacientësh,

agjentët peroralë shtohen në dietë. Nëse sukseksi teorik nuk arrihet brenda 30 ditësh (dështimi shembullor i atij agjenti), futet një agjent tjetër peroral në vend të të parit. Nëse atëherë ose pas një veprimi të suksesshëm të gjatë të mëparshëm të një agjenti peroral - glikemia është përsëri më e lartë se 10 mmol / l (dështimi sekondar), e cila ndodh në rreth 25% të pacientëve, afërsisht e njëjtë për secilin agjent peroral, procedura është si më poshtë. Së pari, bëhet një përpjekje për ta zëvendësuar atë me një agjent tjetër peroral nga i njëjti grup i përgatitjeve sulfonilurea (SU), dhe nëse sukseksi nuk arrihet edhe atëherë, futet trajtimi i kombinuar. Përdoren kombinimet e mëposhtme: përgatitje SU + përgatitje e biguanidit ose SU + përgatitje e insulinës. Kombinimi i parë përdoret në pacientët obezë. Vetëm kur rezerva e insulinës endogjene është shteruar plotësisht, e cila përcaktohet nga pamja karakteristike klinike e katabolizmit në rritje (humbje peshe) dhe testeve të përshtatshme laboratorike, vetëm atëherë, dhe kurrë më parë, insulina futet në terapi. Pra, në këta pacientë, PIVDM kaloi në diabet të varur nga insulina (VIDM). (Đorđević P. B., 1994)

2.6.4 Terapia me insulinë

Për të kuptuar qëllimet e terapisë me insulinë (TI), indikacionet, mënyrën e administrimit, si dhe kundëriindikacionet, trajtimin e insulinës, është e nevojshme të njihet rregullimi fiziologjik i sekretimit të insulinës. Siç mund të shihet nga grafiku (Grafiku 2), ekziston një ndryshim shumë i

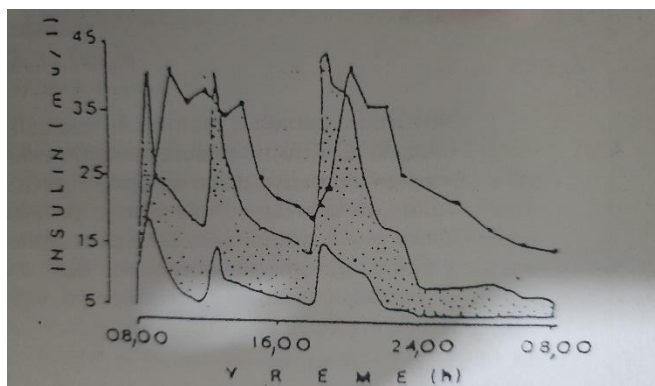


Figura 1. Fitime të ndryshme të insulinemisë në individë normalë, të shëndetshëm dhe kur administrohen 2 doza insuline në pacientët me VIDM (Đorđević P. B., 1994)

madh midis zonës nën kurbën e insulinës së sekretuar në individë normalë dhe lëvizjes së insulinemisë tek pacientët VIDM që marrin dy doza ditore (përzierje të veprimit të shpejtë dhe të

mesëm) të insulinës - lloji më i zakonshëm i terapisë me insulinë. Gjithashtu, mund të shihet se kur jepet insulinë ekzogjene, nuk ka variacione dinamike të insulinemisë që janë karakteristike për çdo person të shëndetshëm dhe nuk ka të bëjë me një karakteristikë të një linje të pandryshueshme të një lloji të caktuar, dmth. përgatitjet e insulinës. I njëjti grafik tregon gjithashtu se për shkak të resorbimit të ngadaltë të insulinës të dhënë si dozë në mëngjes, në periudhën menjëherë pas administrimit - do të ndodhë hiperglicemia, dhe në mesditë, për shkakun e mbledhja e resorbed të insulinës së shpejtë dhe të mesme të shpejtë, do të ketë hiperinsulinemi të panevojshme që çon në hipoglikemi. Hiperinsulinizmi vihet re gjithashtu midis vakteve, etj. Forma farmaceutike e preparateve të insulinës përcakton, ndër të tjera, kohëzgjatjen e veprimit të tyre. Rëndësishme të theksohet se çdo mjek duhet të dijë mirë të gjitha të dhënat në mënyrë që të kuptojë dhe të vendosë për regjimin më të mirë të insulinës. Duhet të theksohet këtu se midis një numri vërtet të madh të përgatitjeve të regjistruara, është e mundur të zëvendësohet një përgatitje me një tjetër, por vetëm sipas parimeve të mëposhtme: insulina duhet të jetë me të njëjtën shpejtësi veprimi (me veprim të shpejtë zëvendësohet me veprim të shpejtë), me të njëjtën origjinë (derri zëvendësohet me mish derri e njëjta shkallë e pastrimit (PP e pastruar plotësisht me insulinë PP), e njëjta, sot e pranuar përgjithësisht, pH neutral, etj. Pas dhënies së insulinës, ajo tretet në lëngjet e trupit, pastaj zbërthehet nga një heksamer në një formë monomerike që hyn në qarkullim. Shkalla e thithjes varet nga lloji i përgatitjes, por edhe nga faktorë të tjerë. Për shembull, nxehtësia dhe aktiviteti fizik i dora në të cilën administrimi insulina përshpejtojnë thithjen për shkak të vazodilatimit lokal. Ftohja dhe pirja e duhanit kanë efekte të kundërta - për shkak të vazokonstriksionit. Katekolaminat dhe hipoglikemia ngadalësojnë thithjen e insulinës. Por edhe pa ndikimin e faktorëve të përmendur - thithjen e insulinës nga indet janë shumë të ndryshme, nga dita në ditë, në të njëjtin person që ka marrë të njëjtën përgatitje insuline, ose në dy persona që kanë marrë të njëjtën përgatitje insuline. Ky është një nga problemet kryesore të terapisë me insulinë. Veçanërisht me praninë e kompleksit të insulinës-antittrupave dhe mosrespektimin e dietës dhe aktivitetit fizik, kjo është një nga arsyet kryesore të diabetit metabolikisht të paqëndrueshëm (hiperglicemi alternative me acetonuri dhe hipoglikemi), i cili quhet diabet "brittle". Një problem tjetër i madh është se thithja e insulinës nga indeve, por edhe nga muskujt, ose pas i.v. administrimit, çon insulinë në qarkullimin sistematik, duke anashkaluar mëlçinë. Indikacionet për administrimin e insulinës janë: kryesore, kur ekziston një varësi e provuar e insulinës. Pastaj herë pas here, kur insulina (gjithmonë njerëzore - HM) u jepet përkohësisht pacientëve me PIVDM të trajtuar më parë me sukses me agjentë peroral, në rastet kur

ka stres më të rëndë, akut (infeksione, operacione, etj.). Dhe së fundmi, në terapi të kombinuar, së bashku me një agjent peroral. Në vitet e fundit, insulinat HM janë përdorur gjithashtu në vendin tonë, të cilat janë gjithashtu PP e pastërtisë. Arsyet për futjen e tyre në terapi ishin këto: aftësia për të prodhuar në sasi të pakufizuar me metodën e inxhinierisë gjenetike duke përdorur E. coli. Kjo zgjidhi problemin e numrit të pamjaftueshëm të pankreasit të kafshëve, por nuk çoi në efektet e pritura ekonomike, dmth. në një ulje të ndjeshme të çmimit të preparateve të insulinës. Atëherë insulinat HM shkaktojnë formimin e sasive të papërfillshme të IAb në serum, të cilat, megjithatë, konsiderohet se nuk kanë ndonjë rëndësi klinike. Më në fund, insulinat HM absorbohen më shpejt nga indet, dhe për këtë arsye janë më të përshtatshme për parandalimin e hiperglicemisë pas ngrënies. (Đorđević P. B., 1994)

2.7 Procesi i kujdesit shëndetësor dhe roli i infermierit

Procesi i kujdesit shëndetësor është një sistem sistematik, fleksibël dhe dinamik i moderuar në zbulimin dhe zgjidhjen e problemeve të pacientëve në fushën e kujdesit shëndetësor. Procedura e infermierisë është një teknologji e shëndetshme shkencërisht dhe mjekësore për kujdesin ndaj pacientit. Qëllimi i tij është të përmirësojë cilësinë e jetës së pacientit dhe të ndihmojë në gjetjen e problemeve ekzistuese dhe atyre që mund të lindin në të ardhmen. Bazuar në këtë, caktohen detyra të caktuara. Në fazën e parë, ekzaminimet, infermierët ndihmojnë për të krijuar një pamje të plotë të sëmundjes. Ata duhet të kenë historinë e tyre mjekësore, në të cilën bëhen të gjitha analizat dhe regjistrohen përfundimet dhe vëzhgimet e tyre në lidhje me shëndetin e pacientit. Në fazën e dytë, bëhet diagnoza, dhe jo vetëm problemet ekzistuese, të dukshme të pacientit, por edhe ato që mund të shfaqen në të ardhmen. Sigurisht, para së gjithash, ju duhet t'i përgjigjeni më të rrezikshme për simptomat e jetës së pacientit dhe manifestimet e sëmundjes.

Duhet të kihet parasysh se infermierja duhet të identifikojë një sërë problemesh që mund ta vështirësojnë jetën e pacientit.

- ❖ Problemet e pacientit:

- kruarje, lëkurë të thatë;
- dobësi, lodhje; mprehtësia vizuale e zvogëluar;
- dhimbje në zemër
- dhimbje në gjymtyrët e poshtme;
- nevoja për monitorim të vazhdueshëm të ushqyerjes;
- nevoja për marrje të vazhdueshme të barnave antidiabetike (maninil, diabeton, amaryl, etj.);

Mungesa e njohurive për natyrën e sëmundjes dhe shkaqet e saj; terapi dietike; vetë-ndihmë me hipoglikemi; kujdesi për këmbët; llogaritja e njësive të bukës dhe bërja e menyve; duke përdorur një njehsor; ndërlikimet e diabetit (koma dhe angiopatia diabetike) dhe vetë-ndihma në koma.

❖ Problemet e mundshme:

- gjendjet prekomatoze dhe komatoze;
- gangrena e ekstremiteteve të poshtme;
- infarkt akut i miokardit;
- dështimi kronik i veshkave;
- katarakta dhe retinopatia diabetike me dëmtim të shikimit;
- infeksione dytësore, sëmundje pustulare të lëkurës;
- ndërlikime për shkak të terapisë me insulinë;
- shërimi i ngadaltë i plagës, përfshirë postoperative.

Kjo përfshin jo vetëm ngjarje mjekësore, por edhe parandaluese, psikologjike dhe punë me të afërmit.

Në fazën e tretë, i gjithë informacioni i marrë është i sistemuar, dhe qëllime të caktuara i janë caktuar infermierit, jo vetëm afatshkurtër, por edhe për një periudhë të gjatë kohore. Gjithçka renditet në planin e veprimit dhe regjistrohet në historikun e pacientit.

Në fazën e katërt, infermierja vepron në përputhje me planin e zhvilluar dhe zbaton masa gjithëpërfshirëse që synojnë përmirësimin e gjendjes së pacientit.

Në fazën e pestë, efektiviteti i procesit të kujdesit përcaktohet nga dinamika e zhvillimit të sëmundjes dhe ndryshimet pozitive që kanë ndodhur në gjendjen e pacientit. Lloji i aktivitetit të

infirmierit mund të përcaktohet për secilin pacient. E para është kur infermierja punon nën mbikëqyrjen e vazhdueshme të një mjeku dhe përmbush të gjitha udhëzimet e tij.

Së dyti, infermierja dhe mjeku ndërveprojnë, domethënë, punojnë së bashku dhe bien dakord për të gjitha proceset. Së treti, vetë-kujdesi, d.m.th., profesionisti mjekësor vepron në mënyrë të pavarur dhe aktualisht ofron ndihmën e nevojshme pa u konsultuar me një mjek.

Procesi i trajtimit të diabetit luan një rol të madh. Mbi të gjitha, një infermiere është një person me të cilin thjesht mund të flasësh, të gjesh mbështetje dhe këshilla. Të gjithë ata psikologë të vegjël që ndihmojnë për të marrë këtë sëmundje do t'ju mësojnë se si të bëni një jetë të plotë dhe t'ju tregojnë se çfarë aktivitete fizike duhet të bëni. Prandaj, roli i tyre nganjëherë është më i rëndësishëm sesa një mjek që thjesht përshkruan ilaçe. Kujdesi ndaj pacientëve me diabet siguron zbatimin e plotë të masave të kujdesit të përgjithshëm dhe, përveç kësaj, përfshin një numër çështjesh specifike në lidhje me karakteristikat e trajtimit të pacientëve të tillë. Në pacientët me diabet në sfondin e kruajtjes së rëndë dhe ndjeshmërinë e zvogëluar ndaj mikroorganizmave patogjene, shpesh vërehen ndryshime të ndryshme në lëkurë. Në këtë drejtim, është e nevojshme të monitorohet me kujdes pastërtia e lëkurës, duke marrë me kohë pacientët me një banjë higjienike. Urina me përmbajtje sheqeri është një medium i mirë ushqyes për zhvillimin e mikroorganizmave të ndryshëm, kontakti me lëkurën shkakton kruajtje të rëndë dhe formimin e skuqjes së pelenës, prandaj është e nevojshme të lani pacientët rregullisht. Me pushim të zgjatur, pacientët shpesh shfaqin plagë. Në sfondin e rezistencës së ulët fizike, pacientët shpesh zhvillojnë sëmundje inflamatore të mishit të dhëmbëve (gingivit) dhe mukozës së zgavrës me gojë (stomatit). Parandalimi i komplikimeve të tilla kërkon kujdes sistematik oral, rehabilitim në kohë. Vëmendje e veçantë duhet t'i kushtohet higjienës së këmbëve, duke i larë çdo ditë me ujë të ngrohtë për t'i tharë. Vëmendje e veçantë duhet t'i kushtohet higjienës së këmbëve, t'i lani çdo ditë me ujë të ngrohtë për t'i tharë. Nëse dyshoni për gangrenë diabetike, tregoni mjekut tuaj. Pacienti duhet të veshë këpucë të qeta, të rehatshme, në mënyrë që të mos fërkojë këmbët. Në pacientët me diabet, shpesh identifikohen sëmundjet shoqëruese të sistemit të frymëmarrjes, sistemit kardiovaskular, traktit tretës, etj. E gjithë kjo kërkon nevojën për monitorim të vazhdueshëm të gjendjes së sistemit të frymëmarrjes dhe kardiovaskulare nga infermierja; mbledhja e pështymës, numërimi i ritmit të frymëmarrjes dhe njohja e karakteristikave të pulsit, matja e presionit të gjakut, monitorimi i dinamikës së edemës, aktiviteti i zorrëve.

- ❖ Duke u kthyer në ekzaminimin objektiv të pacientëve me diabet, është e nevojshme t'i kushtohet vëmendje:
 - ngjyra e lëkurës dhe thatësia;
 - humbje peshe ose mbipeshë;
 - është e nevojshme të zbulohet se cili është oreksi i pacientit, nëse ai mund të hajë vetë ose jo; Kërkesa e nutricionistit për një shtesë dietike; gjithashtu zbuloni nëse dhe sa konsumohet alkooli);
 - funksionet fiziologjike (rregullsia e jashtëqitjes);
 - gjumi dhe pushimi (varësia e gjumit nga pilulat e gjumit).

Të gjitha rezultatet e vlerësimit të kujdesit shëndetësor parësor regjistrohen nga infermierja në "Listën e Vlerësimit të Infermierisë".

Hapi tjetër në aktivitetet e infermierit është sinteza dhe analiza e informacionit të marrë, mbi bazën e të cilave ajo nxjerr përfundime. Kjo e fundit bëhet problem për pacientin dhe objekt kujdesi. Kështu, problemet me pacientët lindin kur ka vështirësi në plotësimin e nevojave.

Duke përpiluar një plan kujdesi me pacientin dhe të afërmit, infermierja duhet të jetë në gjendje të identifikojë problemet prioritare në secilin rast individual, të vendosë qëllime specifike dhe të zhvillojë planin e duhur të kujdesit me motivim për secilin hap. Kjo pasohet nga zbatimi i një plani ndërhyrjeje për kujdesin. Infermierja përmbush planin e planifikuar të kujdesit. Për të vlerësuar efektivitetin e ndërhyrjeve mjekësore është e nevojshme të merret parasysh mendimi i pacientit dhe familjes së tij. (relevancetotalhealth, n.d.)

2.7.1 Roli i infermierit si edukator në pacientët me diabet mellitus

Qëllimi i edukimit është t'i shpjegojë pacientit origjinën dhe rrjedhën e sëmundjes, të tregojë metodën e trajtimit, të edukojë për simptomat e komplikimeve të mundshme, etj. Theshtë infermierja që duhet t'u shpjegojë pacientëve konceptin më të gjerë të diabetit mellitus, sepse shumica e atyre që zbulojnë diabetin nuk e kuptojnë se si diabeti mund të ndikojë në sistemet e tjera të organeve, sa lehtë ndodhin komplikimet. Infermierja duhet të motivojë kryesisht pacientin për të bërë më të thjeshtë dhe më të lehtë bashkëpunimin e mëtejshëm. Në fillim të edukimit të pacientit, infermierja edukon për origjinën dhe rrjedhën e sëmundjes dhe për ndërlikimet e

mundshme. Infermierja mund të përdorë materiale të ndryshme si fletëpalosje, posterë, broshura dhe të ngjashme, për të shpjeguar sëmundjen sa më gjallërisht të jetë e mundur. Ableshtë e këshillueshme që t'i jepni një pjesë të materialit pacientit në mënyrë që, në rast se ai nuk e kupton, ai mund ta lexojë atë kur është e nevojshme. Isshtë e rëndësishme të edukoni pacientin në lidhje me higjienën, veçanërisht higjienën e këmbës, thonjve, ekstremiteteve, çfarë të bëni nëse vëreni skuqje, kruajtje, ulçera dhe të ngjashme. Vërshtë shumë e rëndësishme të edukoni pacientin për llojet e insulinës dhe terapinë orale. Pacienti duhet të dijë se si funksionon insulina ose kombinimi i insulinës që përdor ose tabletat që merr. Infermierja është ajo e cila i demonstroi pacientit se si të administrojë insulinë, dmth. Si të ndryshojë gjilpërat në lapsa - shiringat, si dhe në cilin kënd të zbatohet insulina në mënyrë korrekte, si të ruhet insulina me mbeturina. Zona e administrimit të insulinës duhet t'i shpjegohet pacientit. Alsoshtë gjithashtu e rëndësishme t'u theksohet pacientëve në terapi orale në cilën kohë dhe pse të marrin tabletat. Ndodh shpesh në pacientë të arsimuar jo mjaftueshëm që përdorin terapi orale, kur glukozja në gjak është brenda kufijve normalë që ata nuk marrin tabletën që duhet të kishin marrë sepse mendojnë se nuk është e nevojshme. Për më tepër, infermierja edukon për regjimin e dietës. Shpjegon se çfarë vaktesh, sa shpesh dhe sa duhet të marrë pacienti. Në varësi të sasisë ditore të nevojave kalorike që përshkruhen, infermierja duhet t'i shpjegojë pacientit se si të llogariten nevojat kalorike, sa kalori ka secili ushqim, ku i shkruajnë ato informacione, etj. Goodshtë mirë t'i jepni pacientit broshura në të cilat është shkruar se çfarë indeksi glikemik ka një ushqim i caktuar, cilit grup ushqimi i përket secili ushqim dhe çfarë vlerash kalorike kanë. Kur edukoni në lidhje me dietën, është e rëndësishme që infermierja të edukojë pacientin se si të llogarisë mbulesën e insulinës bazuar në gram karbohidrate, d.m.th infermierja duhet të edukojë pacientin se sa dozë insulinë duhet të përdoret në varësi të sa ushqim merr. Shtë e rëndësishme që infermierja të edukojë pacientin kur të matë nivelet e glukozës në gjak: 2 orë para vaktit, 2 orë pas vaktit, dhe që vlerat menjëherë pas vaktit nuk janë të rëndësishme. Infermierja duhet të shpjegojë dietën për rritjen e aktivitetit fizik dhe mënyrën e dozimit të insulinës gjatë kësaj periudhe. Necessaryshtë e nevojshme të shpjegohet se pacienti duhet të ketë gjithmonë një sasi të caktuar të karbohidrateve me vete: sheqer, lëng, biskota, çokollata dhe të ngjashme. Rëndësishme t'i theksohet pacientit se ai duhet të kontrollojë peshën e tij trupore duke peshuar rregullisht dhe të regjistrojë çdo ndryshim në peshën e trupit. Infermierja edukon pacientin se si dhe pse të mbajë një ditar të vetë-monitorimit. Shtë e rëndësishme të edukoni pacientin në lidhje me ditarin e vetë-monitorimit në mënyrë që infermierja dhe diabetologu të kenë njohuri më të mirë të mundshme në

rrjedhën e sëmundjes dhe në mënyrë që mjeku të ndryshojë ose të korigjojë terapinë nëse është e nevojshme, dhe infermierja duhet të vazhdojë arsimimin nëse mund të nxirren vlerat nga ditari, që pacienti të mos ndjekë udhëzimet e dhëna. Infermierja edukon pacientin se si të matet glukoza në gjak, si të përdoret një glukometër dhe si dhe ku të futen vlerat e marra. Necessaryshtë e nevojshme t'i shpjegohet pacientit se si gjatë sëmundjes, ftohjeve, gripit, rritjes së aktivitetit fizik, situatave stresuese, infeksioneve, etj., mund të ndodhin luhatje të glukozës në gjak dhe se është e rëndësishme të theksohen në ditarin e vetë-monitorimit arsytet e hiperglicemisë. Infermierja, përveç edukimit të secilit pacient individualisht, mund të rekomandojë takime në Klubin e Diabetit. Në klube, aktivitetet kryhen përmes leksioneve, këshillimeve, punës në grupe të vogla dhe individualisht, sondazheve dhe intervistave. Rëndësia e infermierit në edukimin e pacientëve është e padiskutueshme. Ajo është një person kyç i cili, së bashku me familjen, i siguron pacientit informacion që përgatit pacientin për jetën e përditshme, i mëson atij vetë-kujdes dhe përpiqet të përmirësojë cilësinë e jetës së një personi me diabet. (G., 1992)

2.7.2 Diagnostikimet infermierore

Një diagnozë infermierie është një gjykim i bërë nga një profesionist mjekësor bazuar në reagimin e një pacienti ndaj një gjendje të veçantë shëndetësore ose procesit të jetës ose efektit të kësaj përgjigjeje mbi një individ, familje ose komunitet. Kjo është baza për zgjedhjen e ndërhyrjes së duhur infermierore të nevojshme për të arritur rezultatin më të mirë të mundshëm me infermierin përgjegjës.

- I. Diagnoza infermierore e diabetit: dieta dhe ekuilibri i lëngjeve
Grupi i parë i diagnozave të mundshme infermierore për pacientët me diabet përfshin ata që përfshihen në ekuilibrin e lëngjeve dhe dietën. Diabeti ndikon në aftësinë e trupit për të kontrolluar nivelet e sheqerit në gjak në qeliza, dhe si i tillë, edhe nëse një pacient ha mjaft kalori, pa ndonjë mënyrë për ta futur atë sheqer në qeliza për t'u përdorur si energji, trupi në thelb po vdes nga uria. Kështu që ne do të hetojmë diagnozat e kujdesit diabetik që përqendrohen në dietën dhe çekuilibrin e lëngjeve.
- II. Rreziku i një diete të paekuilibruar

Megjithëse pacienti mund të marrë mjaft kalori pa ndonjë mënyrë për të thithur ato sheqerna në qeliza, trupi mund të mos marrë kalori të mjaftueshme. Kjo mund të jetë më tipike për diabetikët e tipit I ose rreth insulinës.

- III. Rreziku i glukozës së paqëndrueshme në gjak
Nëse sheqeri në gjak nuk rregullohet me kujdes tek diabetikët, ekziston rreziku i paqëndrueshmërisë në nivelet e glukozës në gjak. Shumë herë me diabetikët e kontrolluar keq, ata fillojnë të zbresin rrëshqitjet e sheqerit në gjak - ata marrin sheqer të ulët në gjak, e trajtojnë atë me shumë sheqer dhe pastaj luftojnë sheqerin e lartë të gjakut derisa të ulet përsëri. Mund të përdoret gjithashtu për diagnostikimin infermieror të hiperglicemisë ose diagnozën infermiore të hipoglikemisë.
- IV. Rreziku i vëllimit të lëngut të pamjaftueshëm ose të paekuilibruar
Kur sheqeri në gjak rritet, trupi përpiqet të eliminojë sheqerin e tepërt duke rritur çlirimin e lëngjeve nga urinimi i tepërt dhe etja. Rritja mund të shkaktojë dehidrim të trupit dhe çekuilibër të elektroliteve. Kur zgjidhni një diagnozë, ju mund të zgjidhni vëllim të lëngjeve të pamjaftueshëm ose të paekuilibruar, në varësi të situatës së pacientit tuaj.
- V. Diagnoza infermiore e diabetit: integriteti i lëkurës
Kur nervat dhe enët e gjakut janë të ekspozuara ndaj sheqerit të ngritur për një kohë të gjatë, ato mund të dëmtohen, duke shkaktuar neuropati diabetike dhe sëmundje të enëve të gjakut periferik. Këto gjendje mund të çojnë në rritje të plagëve dhe infeksioneve në trup, veçanërisht në këmbë.
Sheqernat e ngritura të gjakut gjithashtu ndikojnë në funksionimin e neutrofileve, një nga qelizat e bardha të gjakut më të rëndësishme të përfshirë në luftimin e infeksioneve bakteriale. Kjo shkakton vonesa dhe vështirësi më të mëdha në procesin e shërimit.
- VI. Rrezik i dëmtimit të integritetit të lëkurës
Nëse pacienti juaj ka zhvilluar neuropati periferike për shkak të diabetit, rreziku i shfaqjes së plagës ose ulçerës rritet ndjeshëm. Shpesh pacientët me neuropati kanë

një ndjenjë të zvogëluar dhimbjeje, kështu që ata mund të mos e kuptojnë nëse kanë pësuar një dëmtim në këmbë ose po zhvillojnë ulcera presioni.

VII. Rreziku i dëmtimit termik

Neuropatia periferike gjithashtu ndikon në aftësinë e një pacienti për të ndjerë temperatura të larta dhe ka më shumë të ngjarë të digjen pa e kuptuar. Këto djegie mund të shërohen ngadalë dhe ka më shumë të ngjarë të infektohen për shkak të një sistemi imunitar të vonuar për shkak të funksionit të zvogëluar të neutrofileve.

VIII. Rreziku i infeksionit

Hiperglicemia dëmton aftësinë e sistemit imunitar për të luftuar infeksionet dhe zvogëlon mbrojtjen e trupit kundër infeksioneve të lëkurës. Për më tepër, sëmundjet vaskulare periferike prishin rrjedhën e gjakut, duke ngadalësuar kohën e shërimit të ulcerave dhe infeksioneve.

IX. Rreziku i rikuperimit të vonuar kirurgjik

Nëse pacienti juaj sapo ka bërë operacion, atëherë kjo diagnozë mund të lidhet me situatën e tij. Kur sheqernat në gjak ngrihen në mënyrë kronike, si sistemi imunitar ashtu edhe sistemi i qarkullimit të gjakut dobësohen. Pa qarkullimin e duhur të gjakut, plagët shërohen më ngadalë dhe ka më shumë të ngjarë të infektohen. Së bashku me një sistem imunitar të dobësuar, pacienti juaj diabetik mund të ketë vështirësi të mëdha me shërimin e plagës dhe shërimin kirurgjikal.

X. Diagnoza infermierore e diabetit: menaxhimi i shëndetit

Menaxhimi joefektiv i shëndetit

Diabeti mund të jetë një sëmundje e komplikuar, e menaxhueshme. Shpesh pacientët vetëkënaqen me sheqer të lartë në gjak ose kanë frikë nga hipoglikemia, kështu që ata e mbajnë nivelin e sheqerit në gjak mbi mesataren.

Të kuptuarit e arsyeve pse pacienti juaj nuk po menaxhon sëmundjen e tyre është po aq e rëndësishme sa sigurimi i strategjive. Marrja parasysh e strategjive për të ndihmuar pacientët tuaj të menaxhojnë diabetin e tyre mund të jetë e dobishme në zhvillimin e një plani kujdesi.

XI. Dhimbje kronike

Shumë njerëz me diabet zhvillojnë neuropati periferike dhe vuajnë nga dhimbje kronike në krahë dhe këmbë. Kjo dhimbje mund të jetë mjaft e rëndë dhe e vështirë për tu menaxhuar, dhe mund të ndikojë në cilësinë e jetës dhe pavarësinë e tyre, dhe gjithashtu mund të ndikojë në aftësinë e tyre për të ecur përreth. Zhvillimi i strategjive për të ndihmuar pacientin tuaj të trajtojë dhimbjen kronike mund të ndikojë ndjeshëm në cilësinë e jetës dhe prognozën e ardhshme. (Brittney Wilson, 2020).

3 DEKLARIMI I PROBLEMIT

Përmes hulumtimit tim, ne shohim se gjithnjë e më shumë njerëz po marrin diabet dhe ky është një problem, si këtu ashtu edhe në botë. Diabeti mund të prekë njerëz të të gjitha moshave, por është më i zakonshëm tek të moshuarit mbi moshën 40 vjeç, dhe si tipi 2. Megjithëse ende nuk është gjetur ndonjë kurë për diabetin, duhet të rrisim ndërgjegjësimin tek njerëzit që të ushqehen më shëndetshëm dhe të jenë më aktiv fizikisht. Ne duhet t'i educimë njerëzit për këtë sëmundje, veçanërisht ata që vuajnë nga kjo sëmundje. Këtë rol duhet ta ndërmarrë më së shumti infermierja, siç u shpreha më herët në literaturë. Së pari, pacientët duhet të dinë se çfarë është kjo sëmundje, cilët mund të jenë faktorët në zhvillimin e kësaj sëmundjeje dhe si të parandalojnë ndërlikimet e kësaj sëmundjeje, në mënyrë që të shmangin një rezultat fatal.

Institucionet shëndetësore duhet të bëjnë diçka në lidhje me këtë sëmundje, të organizojnë disa kurse për mësimin e pacientëve dhe familjeve të tyre. Paraprakisht shtë e rëndësishme të parandaloni që kjo sëmundje të ndodhë , sepse parandalimi kushton më pak. Dhe nëse vjen, është e rëndësishme të vetë-kujdesi për këtë sëmundje më vonë dhe të parandalosh komplikimet. Objektet shëndetësore duhet të ndihmojnë në parandalimin e kësaj sëmundjeje, dhe ato gjithashtu duhet të ndihmojnë në parandalimin e vdekjes. Sepse kohët e fundit, shkalla e vdekjes nga kjo sëmundje është në rritje.

4 METODOLOGJIA

Metodologjia e punës që kam përdorur në këtë hulumtim është:

- Rishikim i literaturës nga libri (bëhet fjalë për një libër) - Pjesa më e madhe e literaturës citohet nga libri "Mjekësis Interne", në të cilin gjeta mjaft përmbajtje në lidhje me këtë sëmundje.
- Rishikimi i literaturës nga interneti - Një pjesë tjetër e vogël e literaturës u shkarkua nga interneti.
- Libri i protokolleve për pacientët të cilët i sëmur nga këtë sëmundje, nga spitali në Prizren "Daut Mustafa".Për shkak të situatës me virusin Covid 19, nuk mund të kishim kontakte me pacientë, për të marrë pak më shumë të dhëna, kështu që morëm vetëm të dhëna nga libri i protokollit, të cilat janë: viti i lindjes, mosha, gjinia, diagnoza, terapia dhe lloji i sëmundjes. Me lejen e Kryeinfermierit nga departamenti, të dhënat u morën për vitin 2019 - 2020 (01.01.2019 - 01.01.2020) pacientë të cilët ishin shtruar në spital.

5 PREZANTIMI DHE ANALIZA E REZULTATEVE

Në këtë pjesë të hulumtimit, unë do të paraqes të dhëna (në formë të një tabele dhe grafiku) të pacientëve me diabet që ishin të shtruar në komunën e Prizrenit, siç janë: gjinia, mosha, terapia, trajtimi, tipi i sëmundjes, për vitin 01.01.2019 - 01.01.2020. Për shkak të kësaj situatë me virusin Covid -19, unë nuk mund të mbledhja të dhëna të mjaftueshme sepse ata nuk na lejuan të kontakte me pacientët, kështu që kjo është gjithçka që mund të hetojë.

Viti	Nr. I pacientëve
2019	380
2020	389

Tabela 3. Paraqitja tabelare e numri të pacientëve me diabet



Figura 2. Paraqitje grafike e numrit të pacientëve me diabet

Në tabelën 3 dhe Grafikonin 2 tregojnë numrin e pacientëve me diabet për vitin 2019-2020 nga komuna e Prizrenit. Rezultatet e mëposhtme dalin nga këto të dhëna: 380 ose 51% është numri i pacientëve diabetikë të shtruar në spital për vitin 2019 dhe 389 ose 49% është numri i pacientëve diabetikë të shtruar në spital për vitin 2020. Ekziston një ndryshim i vogël në numrin e pacientëve në 1 vit. Por përsëri ekziston një ndryshim.

Viti	Meshkuj	Femra
2019	135	145
2020	149	140

Tabela 4. Paraqitje tabelare sipas gjinisë e pacientëve me diabet

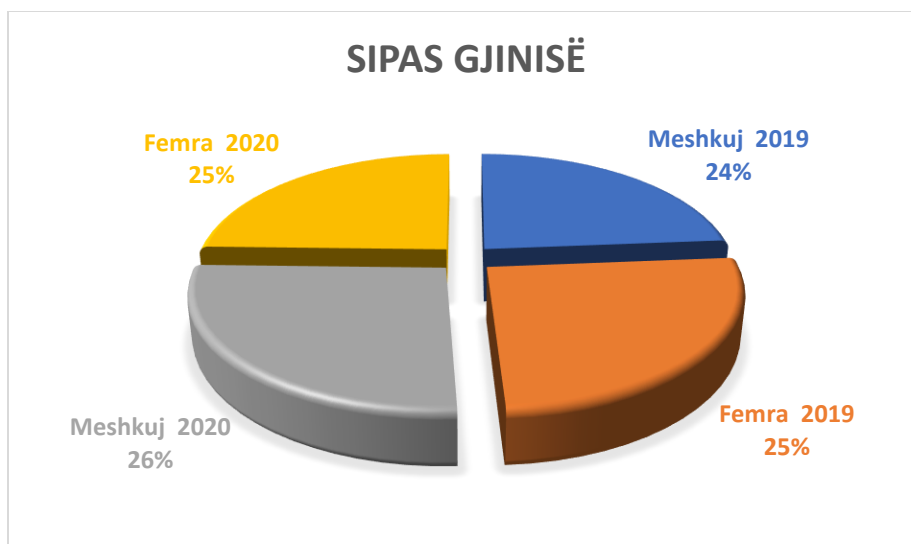


Figura 3. Paraqitje grafike sipas gjinisë e pacientëve me diabet

Në tabelën 4 dhe grafikunin 3 tregojnë rezultatet sipas gjinisë për vitet 2019 dhe 2020. Nga të dhënat shohim rezultatet e mëposhtme: për vitin 2019 sëmundja tek burrat është 135 ose 24%, ndërsa në vitin 2020 numri është pak më i lartë me 149 ose 26 % Dhe për gratë në 2019 është më e lartë se për burrat me 145 ose 25%, dhe në vitin 2020 është më e ulët se për burrat me 140 ose 25%. Ne shohim se nuk ka ndonjë ndryshim të madh në numra. Burrat dhe gratë preken njësoj.

Viti	Tip 1	Tip 2
2019	59	321
2020	53	336

Tabela 5. Parqitje tabelare sipas tipit e pacientëve me diabet

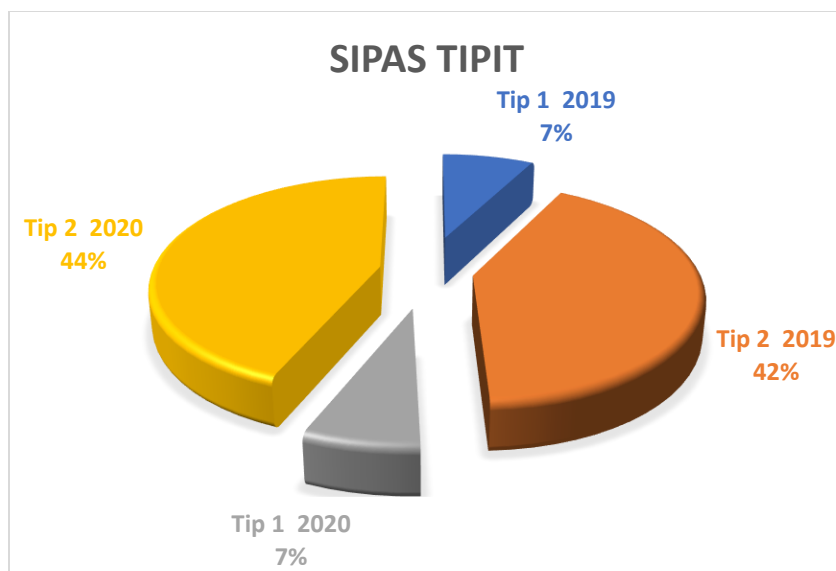


Figura 4. Paraqitje grafike sipas tipit e pacientëve me diabet

Nga kjo tabelë 5 dhe grafiku 4 tregojnë rezultatet e mëposhtme sipas llojit të sëmundjes për vitin 2019 - 2020. Në vitin 2019, ka 59 ose 7 % të pacientëve me tipin 1, dhe 291 ose 38 % të atyre me tipin 2. Për vitin 2019, mund të shihet një ndryshim i madh në numra, që do të thotë se tipi 2 është më i përhapur tek njerëzit.

Ndërsa në vitin 2020, ka 53 ose 7 % të njerëzve me diabet, dhe 306 ose 40 % të tipit 2. Në vitin 2020, ekziston një ndryshim i madh në numra, që do të thotë gjithashtu se gjithnjë e më shumë njerëz marrin tipin 2. Por për 2019 dhe 2020 nuk ka asnjë ndryshim, pothuajse të njëjtët numra sipas llojit (tipi 1 me tipin 1, dhe tipi 2 me llojin 2).

Mosha mesatare	Frekuencat	Përqindja
40 – 49	99	25 %
50 - 59	92	24 %
60 - 69	97	25 %
70 - 79	101	26 %

Tabela 6. Paraqitje tabelare sipas moshës

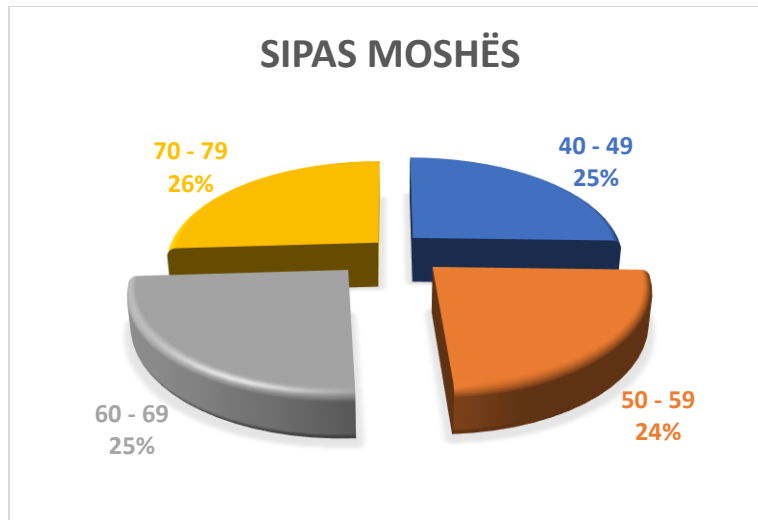


Figura 5. Paraqitje grafike sipas moshës

Në tabelën 6 dhe grafikun 5 tregojnë të dhënat sipas moshës 40 deri 70 vjeç. Të dhënat janë paraqitur për vitin 2020 nga Libri i Protokollit të Pacientit. Rezultatet e mëposhtme rrjedhin nga këto të dhëna: nga 40 në 49 vjeç, 99 ose 25% e pacientëve me diabet janë të shtruar në spital, nga 50 në 59 janë 92 ose 24%, nga 60 në 69 janë 97 ose 25% dhe nga 70 në 79 janë 101 ose 26%. Dhe këtu shohim se nuk ka ndonjë ndryshim të madh në numra. Shihet se të moshuarit janë më të prekur. Kishte edhe më të rinj, por vetëm 2-3 raste, kështu që nuk i rendita.

Llojet e terapisë	Frekuencat	Përqindja
Vetëm dietë	15	15 %
Insulinë	32	32 %
Oralë	50	50 %
Asgjë	2	2 %

Tabela 7. Paraqitje tabelare sipas llojit të terapisë së përshkruar

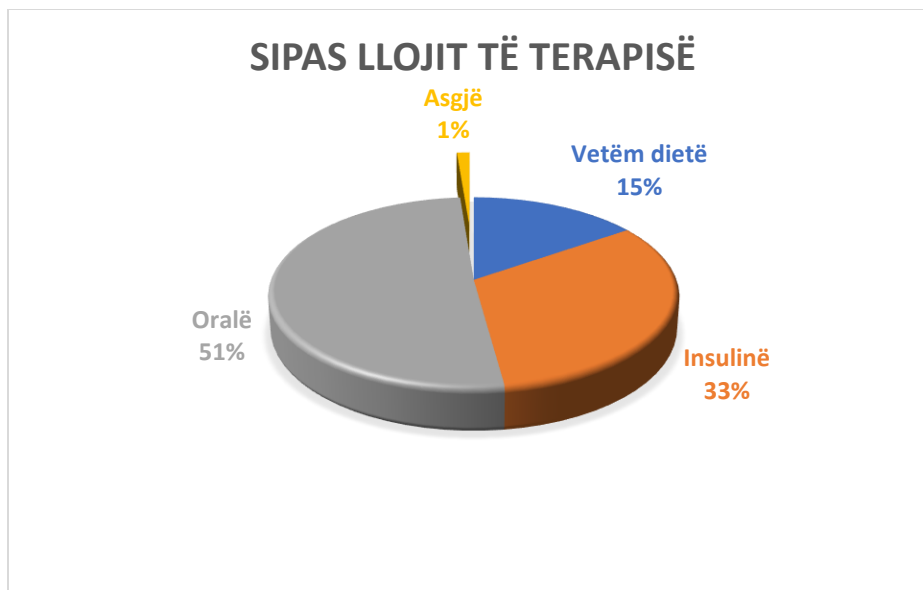


Figura 6. Paraqitje tabelare sipas llojit të terapisë së përshkruar

Në tabelën e fundit 7 dhe grafiku 6 tregojnë të dhëna sipas llojit të terapisë të përshkruara për pacientët me diabet. Rezultatet e mëposhtme rrjedhin nga këto të dhëna: vetëm dieta është 15%, insulina 32%, terapia orale 50% dhe të tjera vetëm 2%. Terapia orale përshkruhet kryesisht, e ndjekur nga insulina, pastaj dieta dhe së fundmi diçka tjetër.

6 KONKLUSIONE DHE REKOMANDIME

Përfundimet e marra në këtë studim na tregojnë gjendjen e diabetikëve në Kosovë (komuna e Prizrenit). Hulumtimi është kryer për 2 vitet e fundit (2019 - 2020), të pacientëve që ishin të shtruar në spital në komunën e Prizrenit. Nga hulumtimi, ne shohim se numri i pacientëve është rritur me një vit, që do të thotë se gjithnjë e më shumë njerëz i semurë nga diabeti. Si meshkuj ashtu edhe femra vuajnë nga kjo sëmundje në mënyrë të barabartë. Hulumtimet na tregojnë se gratë ishin pak më të ndjeshme ndaj kësaj sëmundjeje në vitin 2019 sesa në vitin 2020, ndërsa te burrat ishte anasjelltas. Lloji 1 është më pak i zakonshëm tek njerëzit sesa lloji 2, i cili është shumë më i përhapur, si tek burrat ashtu edhe tek gratë. Njerëzit më të vjetër se 40 + po sëmuren gjithnjë e më shumë. Nga hulumtimi ne shohim se terapia që është më e përshkruar është terapi orale, kështu që e dyta me radhë është terapia me insulinë, dhe vetëm e treta është vetëm dieta, dhe në fund diçka tjetër.

Prandaj, është e nevojshme të jepni rekomandimet e mëposhtme në lidhje me këtë sëmundje:

1. Institucionet shëndetësore (infirmierët) duhet të kryejnë studime periodike përmes pyetësorëve të ndryshëm ose metodave të tjera për të vlerësuar gjininë, moshën, llojet, etj., të pacientëve diabetikë në spitalet publike.
2. Infirmierët duhet t'i kushtojnë vëmendje të veçantë edukimit të pacientëve dhe familjeve të tyre. Për ushqimin e duhur, aktivitetin fizik, vetë-kujdesin për sëmundjet, etj.
3. Institucionet e kujdesit shëndetësor duhet të mbajnë shënime për diabetikët për 1,2,3 vjet. Për të ndihmuar në parandalimin e kësaj sëmundjeje.
4. Vërshtë shumë e rëndësishme që njerëzit të fillojnë të kujdesen për shëndetin e tyre: dieta e duhur, aktiviteti fizik, lënia e duhanit, shmangia e stresit. Sidomos njerëzit e moshuar mbi 40 vjeç, sepse atëherë ndodh sëmundja më së shumti.

7 REFERENCA

Brittney Wilson, B. R., 2020. *What is the Nursing Diagnosis for Diabetes?*. [Online]

Available at: <https://thenerdynurse.com/nursing-diagnosis-for-diabetes/>

[Accessed 13 10 2020].

Dorđević P. B., Z. M., 1994. Šećerna bolest. U: P. L. H., ur. *Interna Medicina*. Niš: Medicinski fakultet Niš, pp. 573-585.

G., F., 1992. *Proces zdravstvene njege*. Zagreb: Medicinski fakultet sveučilišta u Zagrebu.

Jugolab, n.d. *Diabetes melitus*. [Na mreži]

Available at: <https://www.jugolab.rs/biohemija/dijabetes>

[Poslednji pristup 11 10 2020].

medic, B., n.d. *Diabetes melitus (šećerna bolest)*. [Na mreži]

Available at: <https://www.belmedic.rs/bolesti-od-a-do-s/dijabetes-melitus-secerna-bolest>

[Poslednji pristup 11 10 2020].

relevancetotalhealth, n.d. *Uloga medicinske sestre pri pomaganju pacijentu s dijabetesom*. [Na mreži]

Available at: <https://hr.relevancetotalhealth.com/rol-medsestry-pri-saharnom-diabete.html>

[Poslednji pristup 12 10 2020].

8 APPENDIXES

Pyetjet:

Nr. Pyetjet: _____

Koha: _____

1. Viti i kërkimit

2019 - 2020

2. Gjinia

M F

3. Vjet e studimit

40 - 49, 50 - 59, 60 - 69, 70 – 79

4. Tipet

Tipi 1, Tipi 2

5. Llojet e terapisë së përshkruar

Vetëm Dieta, Insulinë, Orale, Tjetër

Faleminderit për kohën tuaj dhe mirëkuptimin!