

Spring 4-2021

## VETË – KUJDESI I PACIENTËVE ME SËMUNDJE KRONIKE TË DËSHTIMIT TË ZEMRËS NË KOMUNËN E PRIZRENIT

Zani Arapi  
*University for Business and Technology - UBT*

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



Part of the [Medical Sciences Commons](#), and the [Nursing Commons](#)

---

### Recommended Citation

Arapi, Zani, "VETË – KUJDESI I PACIENTËVE ME SËMUNDJE KRONIKE TË DËSHTIMIT TË ZEMRËS NË KOMUNËN E PRIZRENIT" (2021). *Theses and Dissertations*. 2723.  
<https://knowledgecenter.ubt-uni.net/etd/2723>

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](mailto:knowledge.center@ubt-uni.net).



Universiteti për Biznes dhe Teknologji

Fakulteti i Infermierisë

**VETË – KUJDESI I PACIENTËVE ME SËMUNDJE KRONIKE TË DËSHIMIT  
TË ZEMRËS NË KOMUNËN E PRIZRENIT**

Shkalla Bachelor

ZANI ARAPI

Prill / 2021

Prizren



Universiteti për Biznes dhe Teknologji

Fakulteti i Infermierisë

Punim Diplome

Viti akademik 2017/2020

ZANI ARAPI

**VETË – KUJDESI I PACIENTËVE ME SËMUNDJE KRONIKE TË DËSHTIMIT  
TË ZEMRËS NË KOMUNËN E PRIZRENIT**

Mentori : Prof. Dr. Arianit Jakupi

Prill / 2021

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

## ABSTRAKT

Kujdesi për veten; janë aktivitete të cilat i realizon individi me qëllim të përmirësimit të jetës, shëndetit dhe mirëqenies së tij. Kujdesi për veten; përfshin mirëmbajtjen e kujdesit për veten dhe menaxhimin e vetë-kujdesit. Kujdesi për veten; zhvillohet me kalimin e kohës përmes komunikimit, kulturës dhe ndërveprimit. Ndërsa vetë fuqia e mirëmbajtjes; është aftësia e një individi për t'i kryer aktivitetet e përcaktuara. Tek pacientët me dështim të zemrës kujdesi për veten do të thotë kufizimin ose lënien e pirjes së duhanit, alkoolit, kufizim të marrjes së lëngjeve, pajtueshmëri me ilaçet, dietë, ushqim i përgaditur me pak kripë, vazhdimin ushtrime trupore, diagnostifikimi i hershëm i përkeqësimit të simptomave, vaksinimi i rregullt dhe në kohë nënkupton kontrollimin dhe mbajtjen e sjelljeve të shëndetshme. Ky studim është realizuar duke i ndjekur udhëzimet akademike në realizimin e studimeve shkencore. Gjithashtu ky studim ka marrë në konsideratë të gjitha rregullat e përcaktuara nga Kolegji “UBT”. Në këtë rast qëllimi i këtij punimi të diplomës është që përmes hulumtimit dhe analizës t’u ofrojë studijuesëve dhe akterëve tjerë mundësi që të kuptojnë qartë dhe drejtë rolin që ka vetë-kujdesi në parandalimin e përkeqësimit të gjendjes së dështimit të zemrës.

Në këtë hulumtim janë përfshirë gjithsej 20 pjesëmarrës, 10 të gjinisë femërore dhe 10 të gjinisë mashkullore. Mostra është e rastësishme e thjeshtë dhe është realizuar në Spitalin Rajonal të Prizrenit. Gjatë përpunimit të të dhënave është përdorë pyetëtori dhe vetëm ajo me vlerë valide është inkuadruar në përpunimin e të dhënave. Të dhënat e mbledhura janë përpunuar me analizime statistikore me programin SPSS. Në këtë drejtim është vazhduar me analizat statistikore deskriptive, T- testit dhe ANOVA. Poashtu edhe besueshmëria e instrumentit është matur sipas vlerës së Cronbach’s Alfa ( $\alpha$ ). Analiza e të dhënave është regjistruar me kodimin e të dhënave demografike. Të dhënat në këtë hulumtim janë mblidhur përmes procesit të vetë-raportimit me anketim me anë të pyetëtorit të standardizuar për variablat përkatëse të këtij studimi. Pyetëtori i cili është përdorë për hulumtim është “*Vetë-Kujdesi i Pacientëve me Dështim Kronik të Zembrës*” që është hartuar nga Badir Durademir në vitin (1998). Pyetëtori ka gjithsej 39 pyetje të tipit Likert, me 3 alternativa. Rezultatet e këtij studimi janë të dobishme për të gjithë profesionistët.

**Fjalët kyçe:** vetë-kujdesi, sëmundje kronike, dështimi i zemrës.

## **ABSTRACT**

Care of yourself; are activities that the individual carries out in order to improve his life, health and well-being. Care of yourself; includes self-care maintenance and self-care management. Care of yourself; develops over time through communication, culture and interaction. While the power of maintenance itself; is the ability of an individual to perform defined activities. In patients with heart failure, self-care means limiting or quitting smoking, alcohol, fluid restriction, medication compliance, diet, low-salt foods, continued exercise, and early detection of deterioration. of symptoms, regular and timely vaccination means controlling and maintaining healthy behaviors. This study was conducted following the academic guidelines in conducting scientific studies. Also this study has taken into account all the rules set by the College "UBT". In this case, the purpose of this dissertation is to provide researchers with the opportunity to clearly and correctly understand the role of self-care in preventing the worsening of heart failure. A total of 20 participants were included in this research, 10 female and 10 male. The sample is simple random and was performed at the Regional Hospital of Prizren. A questionnaire was used during the data processing and only the one with valid value was included in the data processing. The collected data were processed by statistical analysis program - SPSS. Descriptive statistical analyzes, T-test and ANOVA were performed in this study. The instrument's reliability was also measured by Cronbach's Alpha ( $\alpha$ ) value. Data analysis was recorded with demographic data coding. Data in this research were collected through the self-reporting process by survey through a standardized questionnaire for the relevant variables of this study. The questionnaire used for the research is "Self-care of Patients with Chronic Heart Failure" which was designed by Badir Durademir in (1998). The questionnaire has a total of 39 Likert type questions, with 3 alternatives. The results of this study are useful for all professionals.

**Keywords:** self-care, chronic disease, heart failure.

## **MIRËNJOHJE / FALENDERIME**

Falënderohem për kohën, sakrificën, këshillat, mundin tuaj familjarë. Po të mungonte përkrahja e juaj në çdo aspekt, nuk do të arrija këtu ku jam sot. Ju më motivuat që nga fillimi të drejtohem kah drejtimi i duhur dhe me përgjegjësi të kryej obligimet e mia gjatë studimeve.

Faleminderit profesorë dhe staf akademik që me njohurit e juaja na mbushët me dije mbi jetën në pëgjithësi e për shëndetin në veçanti!

Falminderit shoqëri, që pas shoqërimit po ashtu më këshilluat, përkrahët e më ndihmuat atëherë kur kisha nevojë!

Faleminderit Profesorit Arianit Jakupi, për kohën dhe përkushtimin e pakursyer që e ndau gjatë përgaditjes së këtij punimi!

Ju jam mirënjohës gjatë gjithë jetës sime!

# PËRMBAJTJA

LISTA E FIGURAVE .....	VII
LISTA E TABELAVE .....	VIII
FJALORI I TERMAVE .....	IX
1 HYRJE.....	1
2 SHQYRTIMI I LITERATURËS.....	2
2.1 Përkufizimi i dështimit të zemrës .....	2
2.2 Diagnostifikimi .....	2
2.3 Vlerësimi i Dështimit të Zemrës .....	3
2.4 Ndërlikimet e mundshme të sëmundjes kronike të dështimit të zemrës .....	7
2.5. KONCEPTI I VETË – KUJDESIT .....	7
2.6 DËSHTIMI I ZEMRËS DHE VETË-KUJDESI .....	12
2.7 Parandalimi i dështimit të zemrës .....	14
3 DEKLARIMI I PROBLEMIT .....	15
3.1. Qëllimi .....	15
3.2. Rëndësia shkencore e hulumtimit .....	15
3.3. Synimi i hulumtimit .....	15
3.4. Hipotezat .....	15
4 METODOLOGJIA .....	17
4.1 Procedura .....	17
4.2. Pjesëmarrësit/mostra .....	17
4.3. Instrumentet .....	17
5 REZULTATET .....	18
6 DISKUTIME DHE PËRFUNDIME .....	27
7 REFERENCAT .....	28
8 APPENDIXES.....	32

## LISTA E FIGURAVE

Figura 1. ....	7
Figura 2: Një person i shëndetshëm .....	11
Figura 3. Shpërndarja e pjesëmarrësve në hulumtim, sipas gjinisë .....	18
Figura 4. Shpërndarja e pjesëmarrësve në hulumtim, sipas moshës .....	19
Figura 5. Shpërndarja e pjesëmarrësve në hulumtim, sipas profesionit.....	20
Figura 6. Shpërndarja e pjesëmarrësve në hulumtim, sipas vendbanimit .....	21
Figura 7. Shpërndarja e pjesëmarrësve në hulumtim, sipas kohëzgjatjes së sëmundjes .....	22
Figura 8. Shpërndarja e pjesëmarrësve në hulumtim, sipas shpeshësisë së vizitave mjekësore .....	23
Figura 9. Shpërndarja e pjesëmarrësve në hulumtim, sipas klasifikimit të NYHA .....	24



## LISTA E TABELAVE

TABELA 1. ANALIZA DESKRIPTIVE E PYETËSORIT PËR VETË – KUJDESIN E PACIENTËVE ME DËSHTIM KRONIK TË ZEMRËS .....	25
TABELA 2. T-TESTI.....	25
TABELA 3. ANOVA.....	26

## FJALORI I TERMAVE

ACC - Kolegji Amerikan i Kardiologjisë

AHA - Shoqata Amerikane e Zemrës

NYHA - Shoqata e Zemrës së Nju Jorkut

## 1 HYRJE

Dështimi i zemrës prek afërsisht 20 milion njerëz në të gjithë botën. (Yilsen, 2004). Përderisa nivelet e mbijetesës pas infarktut rriten dhe moshën mesatare të popullsisë rritet nëpër klinika shihet se është në rritje gjithnjë e më shumë dështimi i zemrës. (Silistreli & Özer, 2002) Ndër sëmundjet kardiovaskulare më të zakonshme është dështimi i zemrës, e cila renditet e dyta në sëmundjet kardiovaskulare. (Silistreli, 1999).

Shenjat dhe simptomat kryesore të dështimit të zemrës janë; vështirësi në frymëmarrje, lodhja, mbajtja e lëngjeve, kufizimet njohëse dhe funksionale (Grange, 2005 & Demir, 2008). Dispnea dhe kufizimet e ushtrimeve për shkak të lodhjes, për shkak të akumulimit të lëngjeve mund të zhvillohet kongjestioni i mushkërive dhe edemë periferike. Si rezultat, kapaciteti funksional zvogëlohet dhe cilësia e jetës ulët. (Kahraman & Ural, 2004).

Dispnea e cila është një gjendje ku individit nuk mund të marrë frymë ose është i vetëdijshëm për frymëmarrjen e tij, e ka të vështirë kryerjen e aktiviteteve të jetës së përditshme ku kjo gjendje e individit ndikon negativisht në cilësinë e jetës së tij. (Akyolcu, 2004).

Lodhja dhe dispnea është problemi më i rëndësishëm i pacientëve me insuficiencë kardiake kongjестive dhe 92% e pacientëve përjetojnë lodhje të moderuar ose të rëndë. (Yurtsever, 2000). Lodhja shkakton një rënie në aktivitetet e përditshme të jetës. Paaftësia e pacientëve për të bërë aktivitetet e tyre të zakonshme për një kohë të gjatë, ndikon negativisht në cilësinë e tyre të jetës. (Mock, 2004 & Usta Yeşilbalkan, 2005). Vlerësimi i lodhjes dhe planifikimi i duhur i aktiviteteve ndikojnë në trajtimin e këtyre simptomave. (Yurtsever, 2000 & Yurtsever, 2003).

Edukimi i pacientit është shumë i rëndësishëm, veçanërisht në rastin e një sëmundje kronike siç është dështimi i zemrës. (Ünlüoğlu, Özden, & İnce 1997, Uzun, 2007).

Duhet të implementohen programe të ndyshme me qëllim të edukimit të pacientit dhe të familjes për ta rritur cilësinë e jetës. (Demir et al., 2008 & Sisk et al., 2006). Edukimi i pacientit dhe familjes mbi vetë - kujdesin, është një faktor i rëndësishëm në parandalimin e shtrimeve në spital. (Demir & Ünsar, 2008).

## 2 SHQYRTIMI I LITERATURËS

### 2.1 Përkufizimi i dështimit të zemrës

Dështimi i zemrës mund të përkufizohet si një gjendje klinike që ndodh si rezultat i paaftësisë së zemrës për të pompuar gjak të mjaftueshëm për të përmbushur nevojat metabolike të indeve. Dështimi i zemrës nuk është një sëmundje më vete, por një pamje e zakonshme klinike e shkaktuar nga sëmundje të ndryshme të zemrës duke dëmtuar funksionin e miokardit. Sidoqoftë, dështimi i zemrës mund të zhvillohet edhe pa dështimin e miokardit, por si rezultat i ngarkesës së papritur në muskulin e zemrës. Dështimi i zemrës mund të klasifikohet në forma të ndryshme si sistolike-distolike, akute-kronike, djathtas-majtas. Përveç këtyre klasifikimeve, Kolegji Amerikan i Kardiologjisë (ACC) dhe Shoqata Amerikane e Zemrës (AHA), Shoqata e Zemrës së Nju Jorkut (NYHA) bëri klasifikime për të vlerësuar statusin funksional në një mënyrë standarde.

Shkaku më i zakonshëm i dështimit të zemrës është sëmundja e arterieve koronare dhe infarkti i miokardit që rrit rrezikun e zhvillimit të dështimit të zemrës 4-6 herë. Faktorët më të rëndësishëm që ndikojnë që lehtësisht të zhvillohet dështimi i zemrës janë: angina, diabeti mellitus, hipertensioni i pakontrolluar, kardiomiopatia, historia familjare e dështimit të zemrës, kolesterolit i lartë, pirja e duhanit dhe përdorimi afatgjatë i alkoolit.

### 2.2 Diagnostifikimi

Diagnostikimi i dështimit të zemrës mund të bëhet me anë të anamnezës, ekzaminimit fizik dhe testit diagnostik. Nëse pacienti nuk ka ndonjë diagnozë të re, nuk është në profilin e pacientëve, atëherë mblidhen të dhëna mbi trajtimet e mëparshme. Simptomat e dështimit të zemrës shpesh janë jo specifike dhe pacientët mund të tregojnë një varg shenjash dhe simptomash të shkallëve të ndryshme.

Diagnostifikimi bazohet në disa teste diagnostikuese:

- Ekokardiografi
- Elektrokardiografia (EKG)

- Radiografia në gjoks
- Ekzaminimet rutinore biokimike dhe hematologjike
- Matjet invazive hemodinamike

Pse ndodh dështimi i zemrës?

Dështimi i zemrës ka më shumë se një shkak prandaj është pak e vështirë që menjëherë të kuptohet arsyeja. Në shumicën e pacientëve nëse ka një sëmundje tjetër themelore që shkakton paaftësi dhe nëse këto sëmundje diagnostikohen dhe trajtohen herët, atëherë dështimi i zemrës mund të parandalohet ose edhe të vërehet paraprakisht.

Zemra është një organ që mund të përshtatet lehtësisht me ndryshimin e kushteve. Muskujt e zemrës mund të rriten në çdo rast duke punuar më shumë për të përmbushur kërkesën që të mund të përballen me problemet. Nëse kjo situatë vazhdon për një kohë, atëherë shfaqen simptoma të dështimit të zemrës. Njohja e shkaqeve të dështimit të zemrës, simptomat që shfaqen, janë të rëndësishme për të kuptuar gjendjen e zemrës. Njohja e menaxhimit të simptomave do të rritë cilësinë e jetës së pacientit.

### 2.3 Vlerësimi i Dështimit të Zemrës

Në vlerësimin e dështimit të zemrës përdoren të dhëna subjektive dhe objektive.

Vlerësimi subjektiv përfshin të dhëna në lidhje me historinë shëndetësore, shëndetin, informata në lidhje me përdorimin e medikamenteve etj.

#### Të dhëna subjektive:

Informacion i rëndësishëm për shëndetin:

Historia e kaluar shëndetësore:

- Sëmundjet e arterieve koronare, kardiomiopatia, sëmundjet valvulare / kongjenitale të zemrës, diabeti mellitus, hiperlipidemia, sëmundjet e veshkave / tiroides / mushkërive, rrahjet e zemrës të shpejta / të parregullta vihen në dyshim,

#### Medikamentet:

- Pajtueshmëria me medikamentet kardiake të përdorura, ilaçe pa reçetë, plotësimi me ilaçe bimore. (Lewis et al.).

#### Modelet funksionale të shëndetit:

##### Perceptimi shëndetësor:

- Modeli i menaxhimit të shëndetit do të thotë perceptimi i individit për shëndetin dhe mirëqenien e tij dhe se si e menaxhon shëndetin pra kontrolla të rregullta mjekësore, ndërgjegjësimi për faktorët personal,

##### Modeli ushqyes-metabolik:

- Përdorimi i natriumit të përgjithshëm, turbullime, të vjella, anoreksi, shtim në peshë, humbje peshe,

##### Modeli i eliminimit;

- Zvogëlime në daljen ditore të urinës, kapsllëk, ënjtje të kyçeve të këmbës,

##### Modeli i aktivitetit-ushtimit;

- Dispne, ortopne, kollë e thatë dhe flegmatike, palpitacione, marrje mendsh, alivanosje,

##### Modeli i pushimit të gjumit;

- Numri i jastëkave që i përdor për të fjetur, dispnea paroksizmale e natës, pagjumësia,

##### Modeli njohës-perceptues;

- Dhimbje gjoksi / ndjenjë e rëndë, dhimbje në kuadrantin e sipërm të djathtë, siklet në abdomen, ndryshime në sjellje, ndryshime vizuale,

Vetë modeli i perceptimit-vet-konceptit;

- Ndryshimi në imazhin e tij (edema, zvogëlimi i aktiviteteve ditore),

Modeli i marrëdhënies mes roleve;

- Në përgjegjësitë e roleve (nëna / babai, profesioni, etj.) vështirësi (lodhje e shpejtë, dobësi, rënie në nivelin e aktivitetit),

Seksualiteti-modeli riprodhues;

- Rënie e epshit, impotencë ose mosfunksionim orgazmik (lodhje / ilaçe),

Përballimi - modeli i tolerancës ndaj stresit;

- Ankth, depresioni (dispnea, sëmundje kronike, etj.). (Lewis et al.).

Të dhëna objektive:

- Lëkura; lëkurë e ftohtë me lagështi, cianozë / e zbehtë, edemë periferike,
- Frymëmarrja; dispne, takipne, rales, gulçim, pështymë me shkumë, me gjak,
- Kardiovaskulare; takikardi, S3, S4, murmuritje sistolike, pulsus alternans (zemra rreh rregullisht por një puls i fortë, një i dobët), disrhythmia atriale dhe ventrikulare,
- Gastrointestinale; ngërçe të barkut, të vjella, hepatosplenomegalia, ascitet,
- Neurologjike; shqetësim, agjitacion, konfuzion, ulja e vëmendjes / kujtesës,
- Veshka; oliguria (gjatë 24 orëve sasia e urinimit më e vogël se 400 - 500 ml). (Lewis et al. & Grady et al., 2000).

<p><b>1) Shok kardiogjen</b> <u>Shenja dhe simptoma:</u> -Shqetësim, letargji dhe rritje në konfuzion, -Tensioni sistolik i gjakut 80 mmHg është ↓, -Puls i shpejtë, i dobët, -Zvogëlim në pulsën periferik, -Lëkura e ftohtë dhe cianoze e rritur, -Sasia e urinimit 30ml / orë ↓, -Presioni i majës kapilare pulmonare 20mmHg ↑.</p>	<p><b>2) Edemë akute pulmonare</b> <u>Shenja dhe simptoma:</u> -Dyspnea ose rritja, ose shfaqja e paprurit e ortopneas, -Rritje në Raller ose gulçimë, - Shqetësim, ankth, çorientim i shtuar, -Kollë me pështymë me shkurë ngjyrë rozë, -PaO<sub>2</sub> ↓ / PaCO<sub>2</sub> ↑, -Rentgeni i gjoksit që tregon edemë pulmonare.</p>	<p><b>3) Infarkti i miokardit</b> <u>Shenja dhe simptoma:</u> - Përhapja e dhimbjeve në pjesën e majtë të gjoksit, qafë, shpinë, shpatulla dhe te krahët, -Shtypja retrosternale dhe një ndjenjë e rëndë, -Dispne, -TA ↓ / ↑, -Djersitje, - Shqetësim, ankth, - Të vjella, -Segmenti ST në EKG lartësi / bentricula, - Ngritje në enzimet kardiake.</p>	<p><b>4) Disritmitë</b> <u>Shenja dhe simptoma:</u> -Impuls i parregullt bentrici, -Puls 60 / min ↓ ose 100 ↑ / min, -Diferenca e pulsi tapikal-radial (bentrici i deficitit), -Sinkopa, palpacione, -Ritmi jonormal i zemrës -Fibrilacioni atrial, Rrahje të parakohshme ventrikulare, Fibrilacioni bentricular (VF), -Arrest kardiak, -Arrest frymëmarrës-kardiak.</p>
<p><b>5) Tromboembolia</b> <u>Shenja dhe simptoma:</u> -Dhimbje në ekstremitete, edemë, temperaturë e paprurit dhe / ose pozitive Shenjë të Homans (gjatë dorsafleksionit të këmbës dhimbje të nyjeve), -Zvogëlim i pulsit periferik, -Në ekstremitete ftohtësi, zbehje, -Ulje në nivelin e vetëdijes, ndryshim</p>	<p><b>6) Dështimi i veshkave</b> <u>Shenja dhe simptoma:</u> - Sasia e urinës 30 ml / orë ↓, -Dendësia e urinës 1010 ose më pak, -BUN ose kreatinina ↑, - Pastrimi i kreatininës ↓, -Hiperpotasemia, hipopotasemi, hiponatremi, -Hipotension, hipertension, takikardi,</p>	<p><b>7) Dështimi i mëlçisë</b> <u>Shenja dhe simptoma:</u> -Ndryshimet neuropsikiatrike (ndryshime në personalitet, mpirje, gjendje kome), -Në prani të edemës cerebrale; djersitje e tepruar, paqëndrueshmëria hemodinamike, -Zjarrmi, -Edema e papilës, -Rigiditeti i derebrimit (tkurrje e</p>	



ne funksionet ndijore dhe motorike, -Fillimi i papritur i dhimbjes së gjoksit, -Shtim në dispne dhe shqetësim i shtuar -SaO2 ↓.	-Rënie në presionin e venës jugulare, -Thatësi në membranat mukoze, -Konfuzion, -Zvogëlimi i turgorit të lëkurës, ndjesi e etjes.	muskujve në gjithë ekstensorin), -Sarillëk i thellë, -Koagulopatia, -Gjakderdhje, -Çrregullimi i bilancit acid-bazë, -Hipoglikemia.	
--	--	--	--

Figura 1.

#### 2.4 Ndërlikimet e mundshme të sëmundjes kronike të dështimit të zembrës

Në pacientët me sëmundje kronike të dështimit të zembrës mund të shihen ndërlikime të ndryshme. Disa nga këto ndërlikime janë: shok-u kardiogjenik, edemë akute pulmonare, infarkt miokardik, disrhythmia, tromboembolizëm, dështimi i veshkave, dështimi i mëlçisë. Në bazë të ndërlikimeve duhet të bëhet vlerësimi i pacientëve.

#### 2.5. KONCEPTI I VETË – KUJDESIT

Kujdesi ndaj vetvetes është një nga konceptet kryesore të teorisë së Oremit. Kujdesi ndaj vetvetes, është pjesëmarrja e vazhdueshme e individit në shëndetin e tij, i cili përshkruhet si "aktivitete të filluara dhe të kryera nga individë për të ruajtur jetën, shëndetin dhe mirëqenien". Levin kujdesin ndaj vetes e përkufizon si proces të funksionimit në emër të individit në mbrojtjen dhe promovimin e shëndetit (Joseph, 1980, Orem & Senten, 1991).

Kryerja e veprimtarive të vetë-kujdesit përfshin një vendim të vazhdueshëm. Për sa kohë që procesi i kryerjes së aktiviteteve të vetë-kujdesit nuk bëhet një zakon, do të jetë e nevojshme t'u shpjegohet individëve se çfarë të bëjnë dhe si ta bëjnë atë. Kjo situatë tregon se kujdesi për veten është i qëllimshëm. Këto veprime, të cilat kanë një rregull dhe formë të caktuar, pasqyrojnë sjelljen e vetë-kujdesit të individit dhe kontribuojnë në integritetin strukturor, funksionalitetin dhe zhvillimin e personit vetëm kur kryhen në mënyrë efektive (Orem & Senten, 1991).

Kujdesi për veten mund të kuptohet më mirë nga supozimet e mëposhtme:

- Kujdesi ndaj vetes bazohet në veprime vullnetare ku njerëzit mund të marrin përgjegjësi.
- Kujdesi ndaj vetvetes bazohet në gjykime dhe fakte të kujdesshme që i japin mundësi individit të ndërmarrë veprime. Kontrollimi i vetvetes është pjesë e këtij procesi. Në këtë rast, individi bëhet agjenti kryesor që drejton, udhëzon dhe rregullon sjelljen e tij.
- Kujdesi për veten është nevoja themelore njerëzore që të gjithë duhet të plotësojnë. Kur këto nevoja nuk plotësohen dhe kujdesi nuk mund të mbahet, kjo situatë ndikon negativisht në shëndetin e individit.
- Kujdesi për veten është një sjellje që individi e mëson përmes marrëdhënieve ndërpersonale, komunikimit dhe kulturës dhe zhvillohet përmes përvojave sociale dhe njohëse.
- Vetë-kujdesi ndikohet drejtpërdrejt nga vetë-koncepti, duke kontribuar në vetëvlerësimin dhe imazhin e vetë vetes (Joseph, 1980 & Kearney et al., 1979).

Në teorinë e Oremit, njeriu shihet si një agjent i kujdesit për veten. Termi agjent përdoret në kuptimin "personi që vepron". Bebet, fëmijët, të moshuarit, të sëmurët dhe invalidët kanë nevojë për ndihmë në përmbushjen e aktiviteteve të tyre të vetë-kujdesit. Të rriturit të cilët janë në gjendje për tu kujdesur për vetveten dhe që kanë të drejtën dhe përgjegjësinë për kujdesin ndaj vetes, ndonjëherë mund të kenë disa përgjegjësi për kujdesin ndaj individëve me karakteristika që u përmendën më lartë (Joseph, 1980, Langland, 1990, Michael, 1980, Monsen 1992 & Orem, 1991).

Individët vazhdimisht kërkojnë të mbajnë ekuilibrin midis aftësive të tyre dhe nevojave të ndryshme të vetë-kujdesit për të arritur kujdesin ndaj vetes. Fakti që njerëzit përpiqen të mbajnë ekuilibrin fizik dhe psikologjik në shumë aspekte është një ide e njohur. Në teorinë e Oremit, megjithëse pranohet ekzistenca e prirjeve të tilla homeostatike të njerëzit, pika që ndryshon nga qasja tradicionale është ruajtja e ekuilibrit midis aftësisë për të vepruar dhe nevojave të ndryshme të personit për të arritur vetë - kujdesin.

Është e mundur që këto kërkesa të shqyrtohen në tre seksione:

#### 1) Nevojat Universale të Vetë - Kujdesit

Nevojat universale të vetë-kujdesit janë dëshirat dhe nevojat themelore të njerëzve në lidhje me aktivitetet e jetës së përditshme. Për shkak të karakteristikave të qenësishme të qenieve njerëzore, ekziston nevoja për të marrë disa materiale themelore si ajri, uji, ushqimi dhe për të ruajtur integritetin strukturor dhe funksional që mbështet dhe mban proceset e jetës. Derisa të mos lindin disa kushte të pafavorshme si mungesa e ujit dhe lëndëve ushqyese ose përkeqësimi i shëndetit, plotësimi i këtyre nevojave zakonisht ndodh në jetën e përditshme të individëve. Me fjalë të tjera, nevojat universale të vetë-kujdesit janë nevojat themelore që janë vazhdimisht të pranishme në jetën e njeriut dhe duhet të plotësohen për të ruajtur një gjendje të shëndetshme. Janë identifikuar 8 nevoja universale të vetë-kujdesit për një individ. Me fjalë të tjera, nevojat universale të vetë-kujdesit janë nevojat themelore që ekzistojnë vazhdimisht në jetën e njeriut dhe duhet të plotësohen në mënyrë që të ruhet një gjendje e mirë shëndetësore.

Për një individ të shëndetshëm janë përcaktuar 8 nevoja universal të vetë-kujdesit:

- 1) Ruajtja e marrjes adekuate të ajrit,
- 2) Ruajtja e marrjes adekuate të ujit,
- 3) Ruajtja e marrjes adekuate të lëndëve ushqyese,
- 4) Sigurimi i kujdesit për proceset e sekretimit dhe sekrecioneve,
- 5) Ruajtja e ekuilibrit midis aktivitetit dhe pushimit,
- 6) Ruajtja e ekuilibrit midis vetmisë dhe ndërveprimit shoqëror
- 7) Parandalimi i rrezikut dhe kundër jetës njerëzore, funksionalitetit dhe mirëqenies,
- 8) Të qenit normal. Sipas fuqisë së fshehur të njeriut dhe dëshirës së tij për të qenë normal, funksionimi në grupe shoqërore dhe zhvillimit të tij në këtë drejtim.

Nëse këto nevoja shqyrtohen; sigurimi i marrjes adekuate të ajrit, ujit dhe lëndëve ushqyese, atëherë sigurohen substancat e nevojshme për metabolizmin dhe prodhimin e energjisë së individëve. Këto janë elemente kritike për proceset e jetës. Sigurimi i një kujdesi efektiv të shoqëruar për proceset e sekretimit dhe sekrecioneve siguron kontroll efektiv të substancave

të jashtëqitura, rregullimin e tyre dhe integritetin e këtyre proceseve. Mbajtja e ekuilibrit midis aktivitetit dhe pushimit kontrollon shpenzimet e energjisë; rregullon stimujt mjedisorë; siguron shumëllojshmëri për aftësitë dhe interesat. Mbajtja e ekuilibrit midis vetmisë dhe ndërveprimit shoqëror siguron kushtet themelore për proceset e nevojshme për të marrë njohuri. Që një person të punojë mirë dhe në mënyrë efektive, duhet të ketë një ekuilibër midis të dyve. Vetmia zvogëlon dëshirën për të bashkëvepruar ndërsa marrëdhëniet shoqërore ofrojnë mundësi për shkëmbimin e ideve, akulturimit, socializimit dhe zhvillimit të potencialit njerëzor. Në të njëjtën kohë, bashkëveprimi shoqëror kërkon që individi të marrë burimet themelore për jetën, rritjen dhe zhvillimin. Parandalimi i jetës, shëndetit dhe mirëqenies kundër rreziqeve, ndikon në integritetin funksional të njeriut. Të qenit normal parandalon zhvillimin e kushteve që krijojnë rreziqe të brendshme kundër jetës njerëzore, funksionalitetit dhe zhvillimit. Këto dy kërkesa të fundit lidhen me gjashtë kërkesat e tjera. (Aggleton, 1986, Fawcett, 1983, Fitzpatrick 1989, Joseph, 1980, Marriner, 1986, Orem, 1991, Pearson et al., 1989 & Senten, 1991).

Këto nevoja tregojnë shumëllojshmërinë e veprimeve të drejtuara drejt ruajtjes së strukturës dhe funksionalitetit njerëzor, duke mbështetur zhvillimin dhe pjekurinë. Kur nevojat plotësohen në mënyrë efektive, kujdesi për veten mbështet shëndetin dhe mirëqenien pozitive. Një person i shëndetshëm duhet të ketë aftësi të mjaftueshme të vetë-kujdesit për të përmbushur këto nevoja themelore. Një situatë e tillë tregohet në Figurën 2 (Aggleton, 1986, Orem, 1991, & Pearson et al., 1989).

Aftësia për vetë – kujdes

Nevojat universale për vetë - kujdes

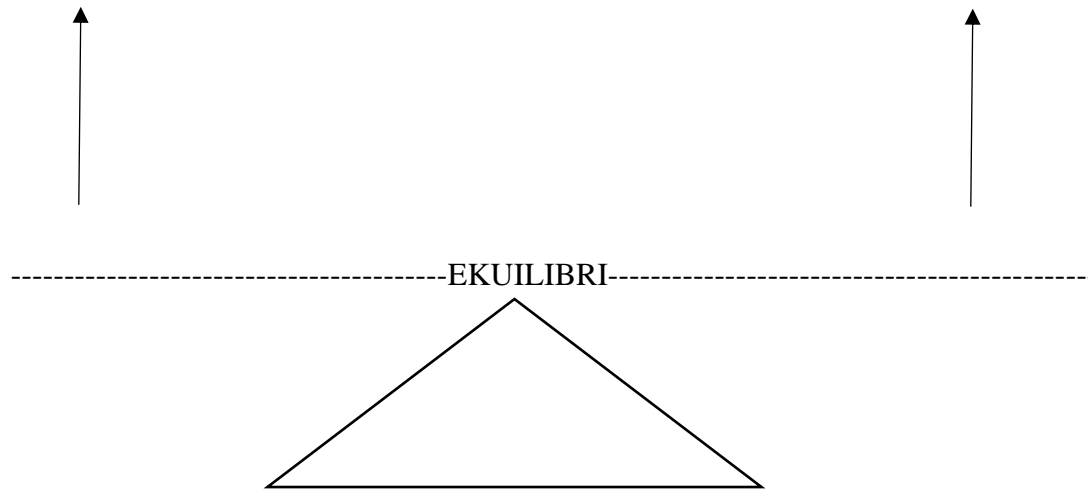


Figura 2: Një person i shëndetshëm

## 2) Nevojat e Zhvillimit të Vetë-Kujdesit

Në vitet e para kur u zhvillua teoria, këto nevoja u mblodhën nën kërkesat universale të vetë-kujdesit. Për shkak të situatave të zhvillimit në jetën njerëzore (shtatzënia, lindja, humbja e një anëtari të familjes, prindit ose bashkëshortit, etj.) kjo teori u gjykua si e përshtatshme për tu shqyrtuar nën një klasifikim të veçantë për shkak të larmisë dhe rëndësisë së tyre. Meqenëse ngjarjet dhe kushtet që mund të ndikojnë në jetë ndodhin në faza të ndryshme të jetës, këto nevoja mund të përcaktohen si nevoja universale të vetë-kujdesit specifik për proceset e zhvillimit. Struktura njerëzore përparon drejt niveleve më të përparuara dhe maturohet përmes disa fazave, me mirëmbajtjen e kushteve themelore të jetesës që mbështesin procesin e jetës dhe sigurojnë zhvillim (Fawcett, 1983, Orem & Senten, 1991).

Këto faza janë;

- Periudha intrauterine e jetës dhe procesit të lindjes,
- Periudha neonatale e jetës;
  1. të lindurit në kohë ose para kohe,
  2. të jesh në peshë normale të lindjes ose në peshë të ulët të lindjes,

- Periudha e foshnjërisë,
- Puberteti dhe periudha e adoleshencës,
- Periudhat e zhvillimit të moshës madhore, -
- Periudha e shtatzënisë.

Përveç kësaj, nevojat e zhvillimit të vetë-kujdesit kërkojnë mbrojtje nga efektet e dëmshme të situatave të përmendura që mund të ndikojnë në zhvillimin njerëzor dhe të ofrojnë kujdes në mënyrë që të përballen me këto efekte ose të ndikohen minimalisht prej tyre.

- Problemet e adaptimit shoqëror,
- Pamjaftueshmëritë në zhvillimin e personalitetit të shëndetshëm,
- Humbja e të afërmeve, miqve,
- Humbja e pasurisë dhe sigurimit në punë,
- Tranzicioni i menjëhershëm në një mjedis të panjohur,
- Problemet e statusit shoqëror,
- Probleme shëndetësore,
- Kushtet e vështira të jetesës,
- Sëmundja terminale ose kërcënimi nga vdekja. (Fawcett, 1983 & Orem, 1991).

## 2.6 DËSHTIMI I ZEMRËS DHE VETË-KUJDESI

Vetë-kujdesi, përkufizohet si “Të gjitha aktivitetet e iniciuara dhe të kryera nga individë për të ruajtur shëndetin dhe mirëqenien”. Me fjalë të tjera, “Veprimtaria e një të rrituri për të ruajtur dhe mbajtur shëndetin dhe mirëqenien e tij” është pjesëmarrja e vazhdueshme. Vetë – kujdesi është një koncept që lidhet me njerëzit, rrethin, kulturën dhe faktorë të tillë si vlerat e jetës. Koncepti i njeriut përfshin natyrën e tij të brendshme, trupore dhe shoqërore. Sipas Orem, funksionaliteti i individit lidhet me mjedisin dhe rrethin e tij. Koncepti i kulturës, nga ana tjetër, është një sjellje e mësuar që buron nga origjina kulturore e individit. Familja është gjithashtu një pjesë integrale e jetës së përditshme të individit dhe mund të bëhet fokusi i të gjitha veprimeve kur shëndeti i individit përkeqësohet. Vetë-kujdesi nuk ndikohet vetëm nga pozicioni i individit në familje, por edhe nga roli, moshja dhe gjendja shëndetësore e individit. Në teorinë e Oremit, individi përcaktohet si një agjent i kujdesit për veten. Sipas Orem janë

dy lloje të përkufizimeve të vetë-kujdesit. Vetë-kujdesi universal dhe devijimet e vetë-kujdesit nga shëndeti. Nevojat e vetë-kujdesit universale janë nevojat themelore të individit në lidhje me aktivitetet e jetës së përditshme. Mjaftueshme e marrjes së ajrit, ujit, ushqimit, sigurimi i funksionit sekretues, ruajtja e ekuilibrit midis aktivitetit dhe pushimit, ruajtja e ekuilibrit midis vetmisë dhe ndërveprimit shoqëror, parandalimi i rreziqeve për jetën, funksionalitetit dhe mirëqenies së individit, funksionimi brenda grupeve shoqërore dhe zhvillimi i këtij përbën kërkesat e vetë-kujdesit universal. Devijimet e vetë-kujdesit nga shëndeti Orem e përkufizon atë si "Vetëm sëmundje, lëndime dhe ngjarje të sëmundjes". Në rastet e devijimit nga shëndeti, hulumtimi për terapi dhe shërim si dhe pjesëmarrja e individëve në trajtim përbëjnë veprime të vetë-kujdesit. Orem përcakton të gjitha veprimet e vetë-kujdesit të nevojshme për mbrojtjen nga sëmundjet dhe ruajtjen e shëndetit. Kjo nevojë përfshin të gjitha veprimet që duhet të bëjnë individët për të ruajtur shëndetin dhe mirëqenien e tyre. Një koncept i rëndësishëm i teorisë së Orem-it është "Fuqia e vetë-kujdesit" - është aftësia e individit për të filluar dhe zbatuar aktivitetet e nevojshme për të mbështetur jetën dhe shëndetin e tij. Në terma të tjerë, fuqia e vetë-kujdesit, ka të bëjë me përmbushjen e nevojave vazhdimisht të kujdesit të individit, rregullimin e përditshmërisë që ka të bëjë me aftësitë komplekse dhe të mësuara të individit. Kjo aftësi që vazhdimisht është në kërkim të ndryshimeve ndikohet nga faktorët siç është arsimi, ndjenja e hulumtimit, aftësisë kognitive dhe të përvojave. Nëse nevojat e individit janë në një nivel që tejkalon forcën ose aftësinë e individit atëherë shfaqet 'Mungesa e vetë-kujdesit. Mungesa e vetë-kujdesit ndodh kur ndodh një çekuilibër midis aftësisë së vetë-kujdesit dhe nevojës terapeutike të vetë-kujdesit. Kur ekziston një çekuilibër midis aftësive dhe nevojave të vetë-kujdesit të individit, një ndërhyrje infermierore bëhet e nevojshme. Sipas Orem, inferieria; është një formë e 'ndihmës për individët që kanë nevojë për ndihmë, të cilët kanë pamundësi për të marrë pjesë në kujdesin mjekësor dhe për të përmbushur nevojat e tyre për vetë-kujdes'. Infermieria shihet si një mjet për të siguruar ndihmë për individët me aftësi të kufizuara të pjesshme ose të plota në praktikimin e kujdesit të tyre lidhur me shëndetin. Aftësia e infermierit për të siguruar ndihmën e duhur për individin në nevojë varet nga aftësia dhe forca e tij. Qëllimi i fuqisë infermierore; është për të ndihmuar njerëzit të identifikojnë nevojat terapeutike të kujdesit për veten.

Menaxhimi i suksesshëm i dështimit të zemrës kërkon përfshirje dhe bashkëpunim të konsiderueshëm dhe të vazhdueshëm të pacientëve dhe familjeve të tyre në kujdes. Barërat, dieta mund të ndikojnë në aktivitetet e jetës së përditshme që dëshirojnë pacientët. Mosrespektimi i sëmundjes dhe trajtimi mund të çojë në shtrime të panevojshme në spital, uljen e cilësisë së jetës dhe vdekjeve të parakohshme. Përshtatja psikosociale ndaj sëmundjes mund të ndikohet nga faktorë që lidhen me sëmundjen dhe trajtimin. Poashtu përshtatja e mirë ose e keqe psikosociale mund të ndikojë në rrjedhën e sëmundjes (Dracup et al., 1995, Ghali et al., 1988 & Lewandowski, 1995).

## 2.7 Parandalimi i dështimit të zemrës

Kohët e fundit duhet të bëhet krahasimi i pamjes fizike të trupit me të kaluarën;

- ✓ Nëse shtoni 3-5 kg në javë,
- ✓ Nëse keni nxënie të frymëmarrjes që ju bën të zgjoheni natën,
- ✓ Nëse keni ënjtje në këmbët dhe kyçet e këmbëve,
- ✓ Nëse keni kollë të shtuar,
- ✓ Nëse gjatë kryerjes së aktiviteteve të përditshme keni nevojë për më tepër frymëmarrje,
- ✓ Nëse keni rrahje të shpeshta,
- ✓ Nëse vëreni ndonjë efekt anësor nga ndonjë nga ilaçet, duhet që të kontaktohet mjeku ose duhet të bisedohet me infermierin. (Enç, 2007).



### 3 DEKLARIMI I PROBLEMIT

#### 3.1. Qëllimi

Në këtë rast qëllimi i këtij punimi të diplomës është që përmes hulumtimit dhe analizës t'u ofrojë studijuesëve dhe akterëve tjerë mundësi që të kuptojnë qartë dhe drejtë rolin që ka vetë-kujdesi në parandalimin e përkeqësimit të gjendjes së dështimit të zemrës.

#### 3.2. Rëndësia shkencore e hulumtimit

Gjatë hulumtimeve të mia rreth kësaj teme kam vërejtur që nuk ka të dhëna të sakta rreth kësaj teme në Kosovë përkatësisht në Prizren. Me anë të temës që përzgjedha mendoj se pas rezultateve të sakta që janë fituar është më e lehtë të merren masa ndaj pacientëve nga ana e stafit mjekësor me qëllim të vetëdijësimit të pacientëve rreth vetë-kujdesit të tyre gjatë kalimit të fazave të kësaj sëmundjeje. Rëndësia e këtij punimi është që ne si staf mjekësor të njihemi për së afërmi me vetë - kujdesin e sëmundjes kronike të dështimit të zemrës.

#### 3.3. Synimi i hulumtimit

Synimi i këtij punimi është e përcaktuar në vetë-kujdesin e pacientëve me sëmundje kronike të dështimit të zemrës në Spitalin e Prizren-it. Identifikimi i kësaj çështjeje që mund ta quajmë problematike, na mundëson që të analizojmë faktorët që kontribuojnë në parandalimin e përkeqësimit të gjendjes së dështimit të zemrës si dhe vetëdijësimin e pacientëve për t'i kushtuar rëndësi vetë-kujdesit.

Këto të dhëna na mundësojnë që të realizojmë vërtetimin e hipotezave që kemi cekur.

#### 3.4. Hipotezat

H1: Vetë – kujdesi tek pacientët me sëmundje kronike të dështimit të zemrës ndryshon sipas gjinisë

H2: Vetë – kujdesi tek pacientët me sëmundje kronike të dështimit të zemrës ndryshon sipas nivelit arsimor

## 4 METODOLOGJIA

### 4.1 Procedura

Hulumtimi është bërë në spitalin e Prizrenit, ku pacientët e këtij spitali janë përfshirë në mostrën e studimit. Fillimisht jam takuar me drejtorin e Departamentit të kardiologjisë ku i kam shpjeguar rreth hulumtimit tim dhe më pas, pas marrjes së lejes për aplikim të pyetësorit së bashku me një infermiere kam filluar t`i aplikoj pyetësorët. Mbledhja e të dhënave është bërë me anë të pyetësorëve adekuat për fushën e hulumtimit. Plotësimi i një pyetësori ka zgjatur përafërsisht 20 minuta. Nga pacientët kam kërkuar që të jenë sa më të sinqertë gjatë plotësimit dhe për çdo paqartësi të më pyesin. Pasi përfundimit të plotësimit të pyetësorëve i kam mbledhur dhe iu jam falenderuar për pranim të plotësimit të pyetësorit në fjalë. Periudha e plotsimit të pyetësoreve është kryer gjatë mujait Janar të vitit 2021.

### 4.2. Pjesëmarrësit/mostra

Në këtë hulumtim janë përfshirë gjithsej 20 pjesëmarrës, 10 të gjinisë femërore dhe 10 të gjinisë mashkullore. Mostra ka qenë e rastësishme e thjeshtë dhe është realizuar në Spitalin Rajonal të Prizrenit.

### 4.3. Instrumentet

Pyetësori i cili është përdorë për hulumtim është “Vetë-Kujdesi i Pacientëve me Dështim Kronik të Zemrës” që është i hartuar nga Badir Durademir në vitin (1998). Pyetësori ka gjithësej 39 pyetje të tipit Likert, me 3 alternativa.

## 5 REZULTATET

Gjatë përpunimit të të dhënave paraprakisht të gjithë pyetësorët janë verifikuar dhe më pas janë inkuadruar në përpunimin e analizave statistikore. Të dhënat e mbledhura janë përpunuar me programin statistikor IBM SPSS 20 me anë të cilit është arritur edhe analiza dhe kolaudimet e rezultateve përfundimtare. Analiza e të dhënave janë regjistruar me kodimin e të dhënave demografike. Në këtë drejtim është vazhduar me analizat statistikore deskriptive, T-test dhe ANOVA.

Figura 3. Shpërndarja e pjesëmarrësve në hulumtim, sipas gjinisë

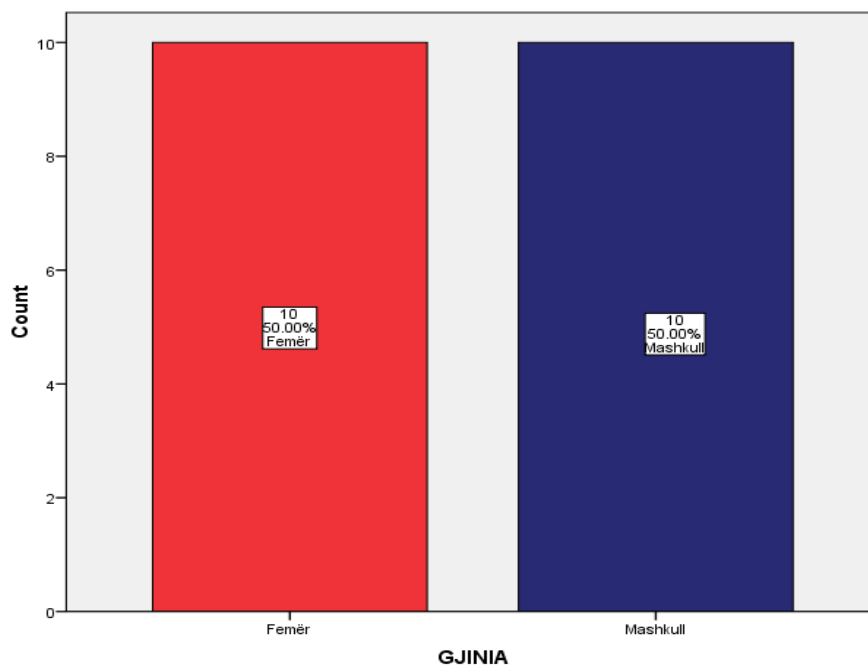


Figura 3: Pacientët e Spitalit Rajonal të Prizrenit në total kanë plotësuar 20 anketa, ku nëse bazohemi në gjini, atëherë 10 apo 50 % e të anketuarve ishin femra dhe 10 apo 50% meshkuj.

Figura 4. Shpërndarja e pjesëmarrësve në hulumtim, sipas moshës

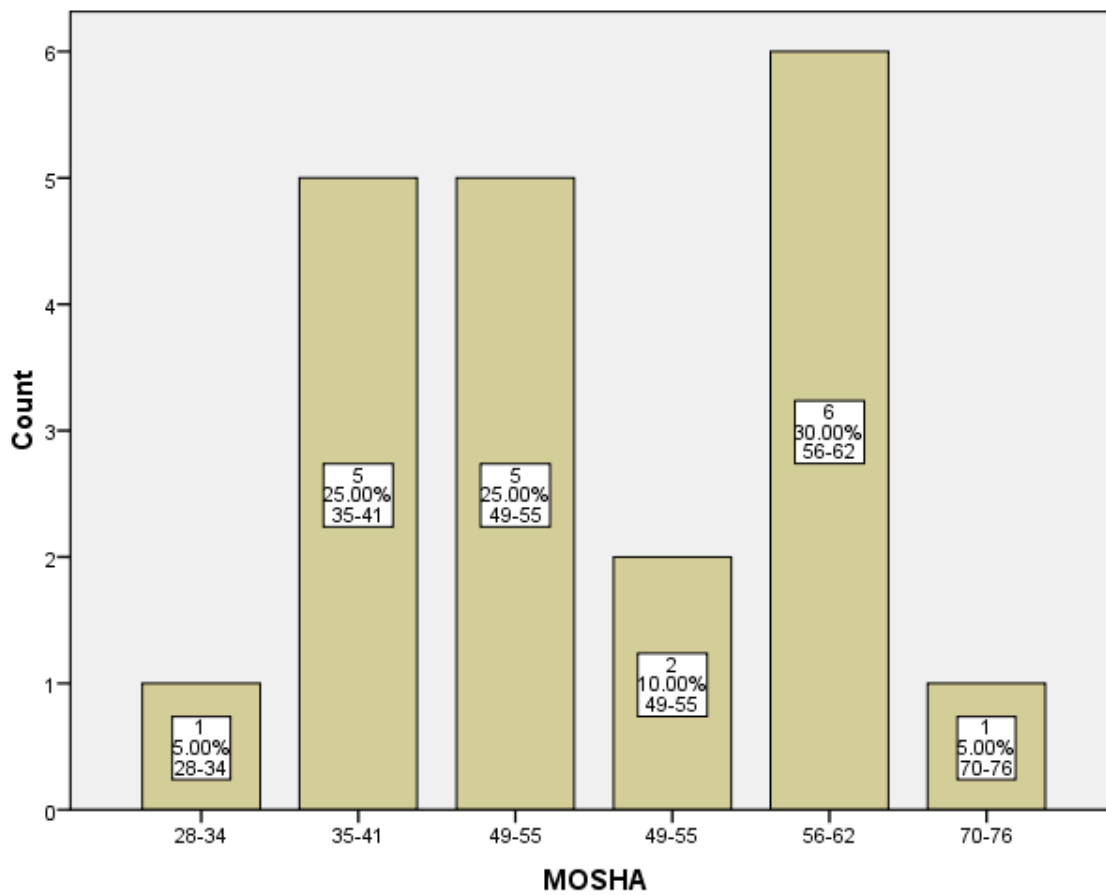


Figura 4: Pjesëmarrësit e grupit të moshës 50-62 kanë një shtrirje më të lartë gjithsej 30,00%, ndërsa grup moshat me shtrirje më të ulët janë 28-34 dhe 70-76 me gjithsej 5.00%.

Figura 5. Shpërndarja e pjesëmarrësve në hulumtim, sipas profesionit

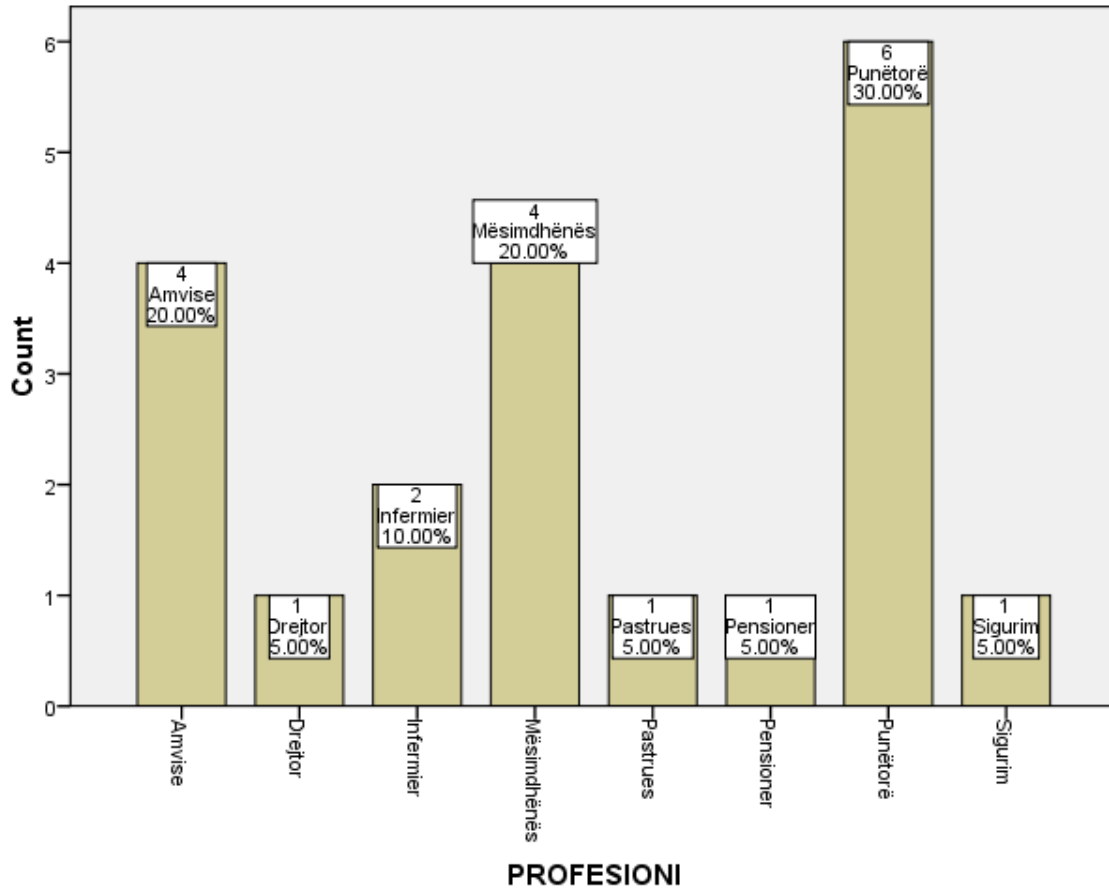


Figura 5: Nga pjesëmarrësit e anketuar më së shumti janë të profesionit “Punëtor” pra 6 veta gjithsej 30%, nga pjesëmarrësit me profesion “Mësimdhënës” dhe “Amvise” janë 4 veta gjithsej 20%, nga pjesëmarrësit e anketuar më së paku janë të profesionit “Drejtor”, “Pastrues”, “Pensioner”, “Sigurim” gjithsej 5%.

Figura 6. Shpërndarja e pjesëmarrësve në hulumtim, sipas vendbanimit

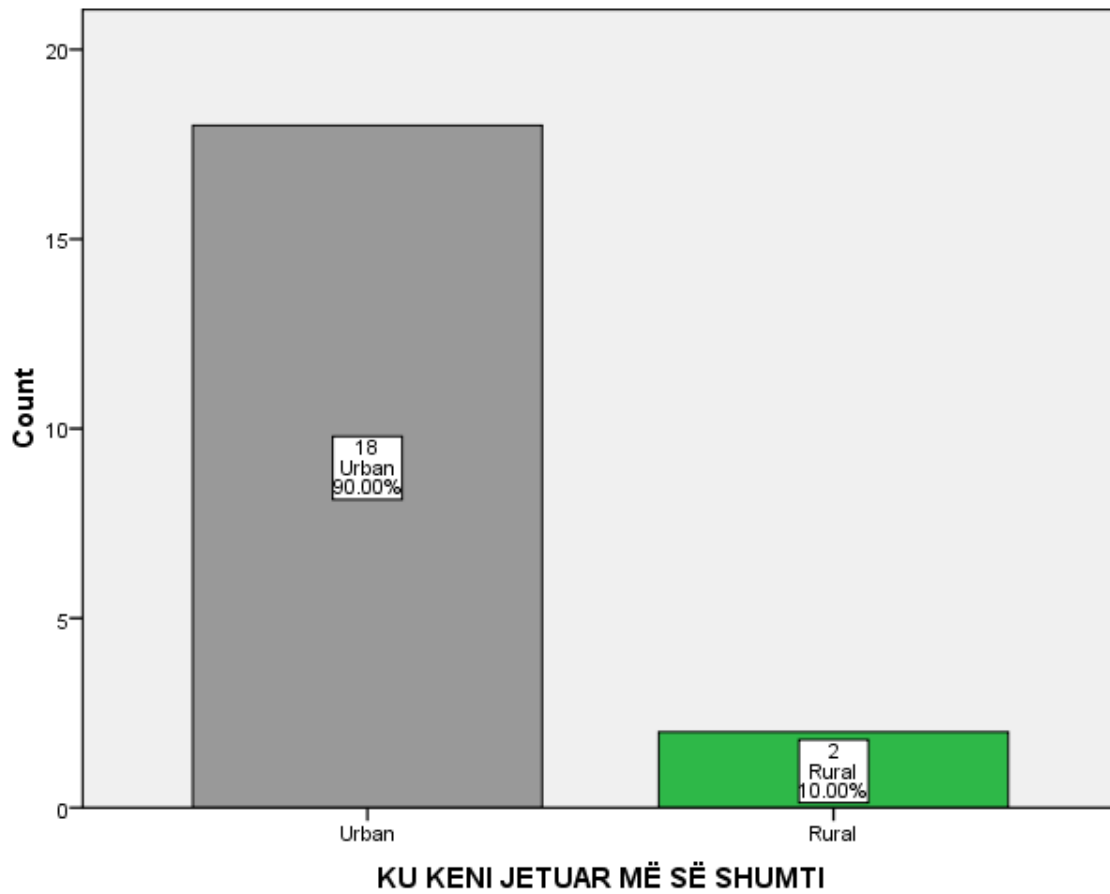


Figura 6: Pjesëmarrësit që kanë marrë pjesë në hulumtim janë 18 veta të cilët jetojnë në vende urbane gjithsej 90% dhe prej tyre 2 veta janë që jetojnë në vende rurale gjithsej 10%.

Figura 7. Shpërndarja e pjesëmarrësve në huluntim, sipas kohëzgjatjes së sëmundjes

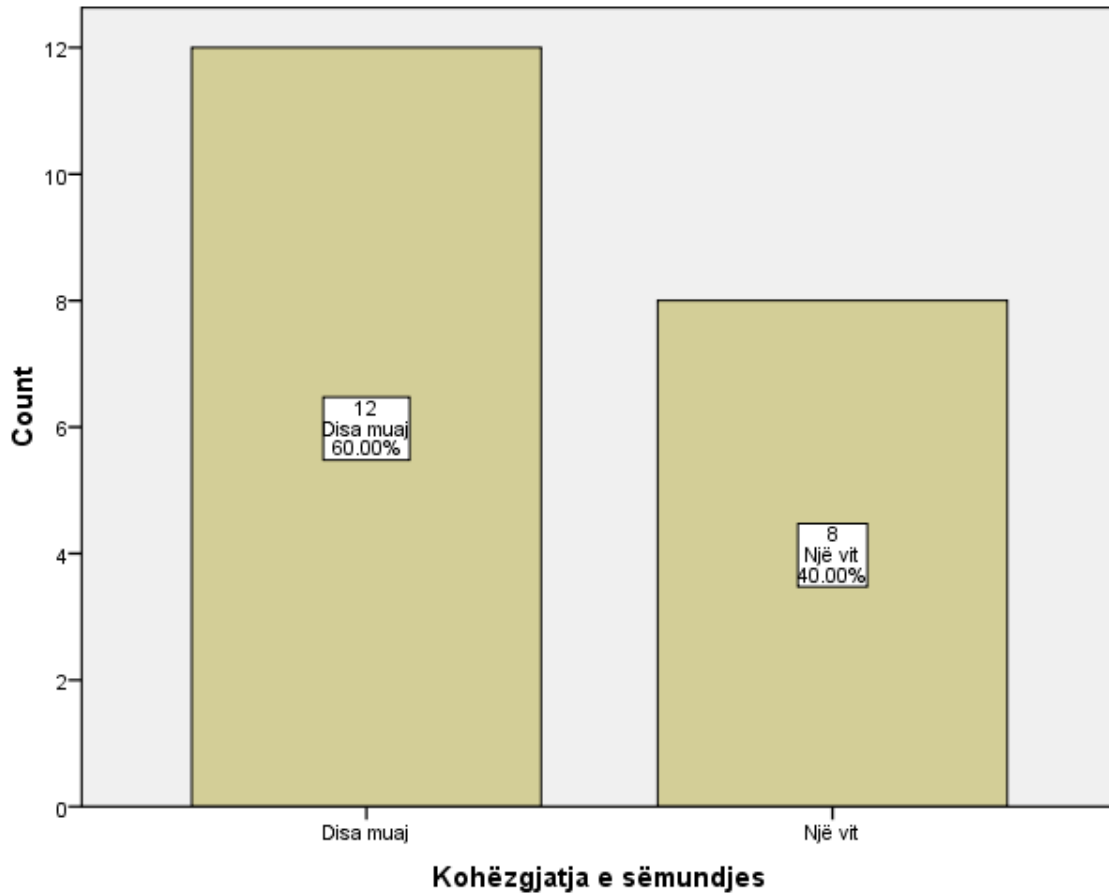


Figura 7: Pjesëmarrësit të cilët kanë marrë pjesë në huluntim janë 12 veta me kohëzgjatje të sëmundjes disa muaj gjithsej 60% dhe 8 veta me kohëzgjatje të sëmundjes një vit gjithsej 40%.



Figura 8. Shpërndarja e pjesëmarrësve në hulumtim, sipas shpeshtësisë së vizitave mjekësore

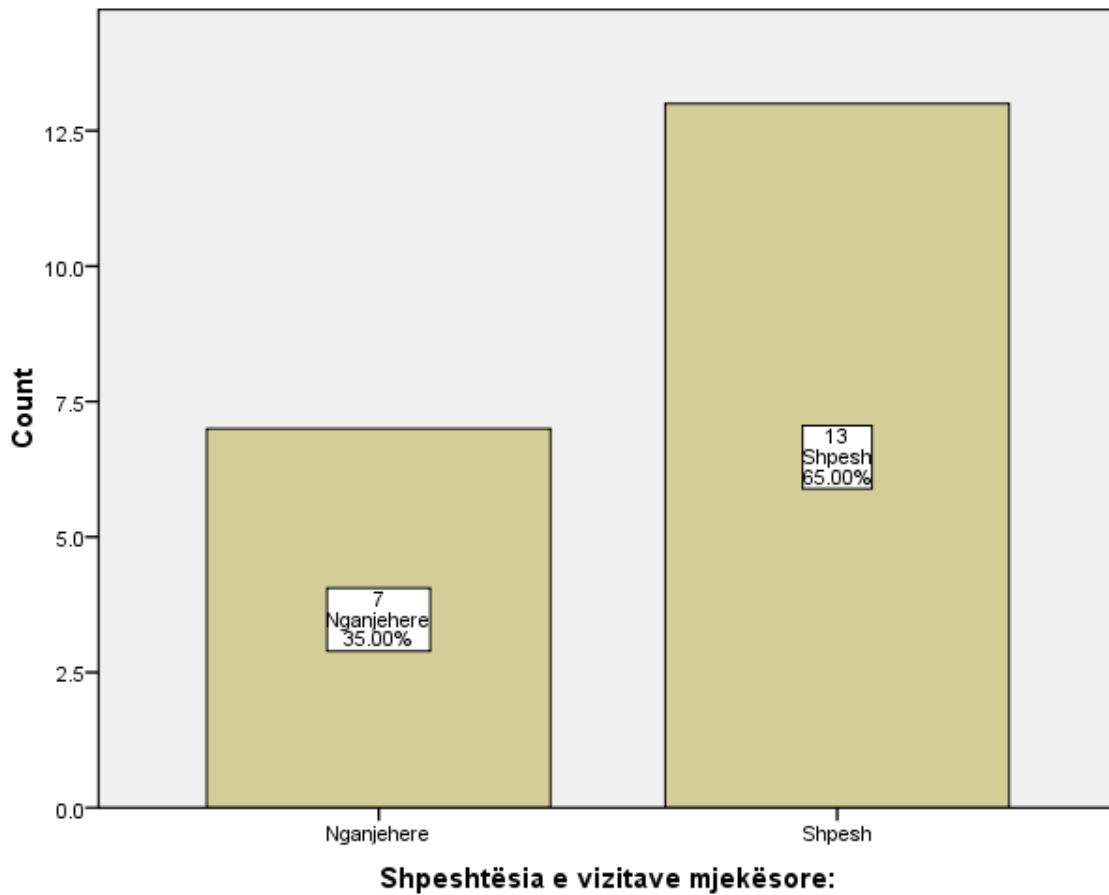


Figura 8: Pjesëmarrësit të cilët kanë marrë pjesë në hulumtim janë 7 veta me shpeshtësi të vizitave mjekësore “Nganjëherë” gjithsej 35% dhe 13 veta me shpeshtësi të vizitave mjekësore “Shpesh” gjithsej 65%.

Figura 9. Shpërndarja e pjesëmarrësve në hulumtim, sipas klasifikimit të NYHA

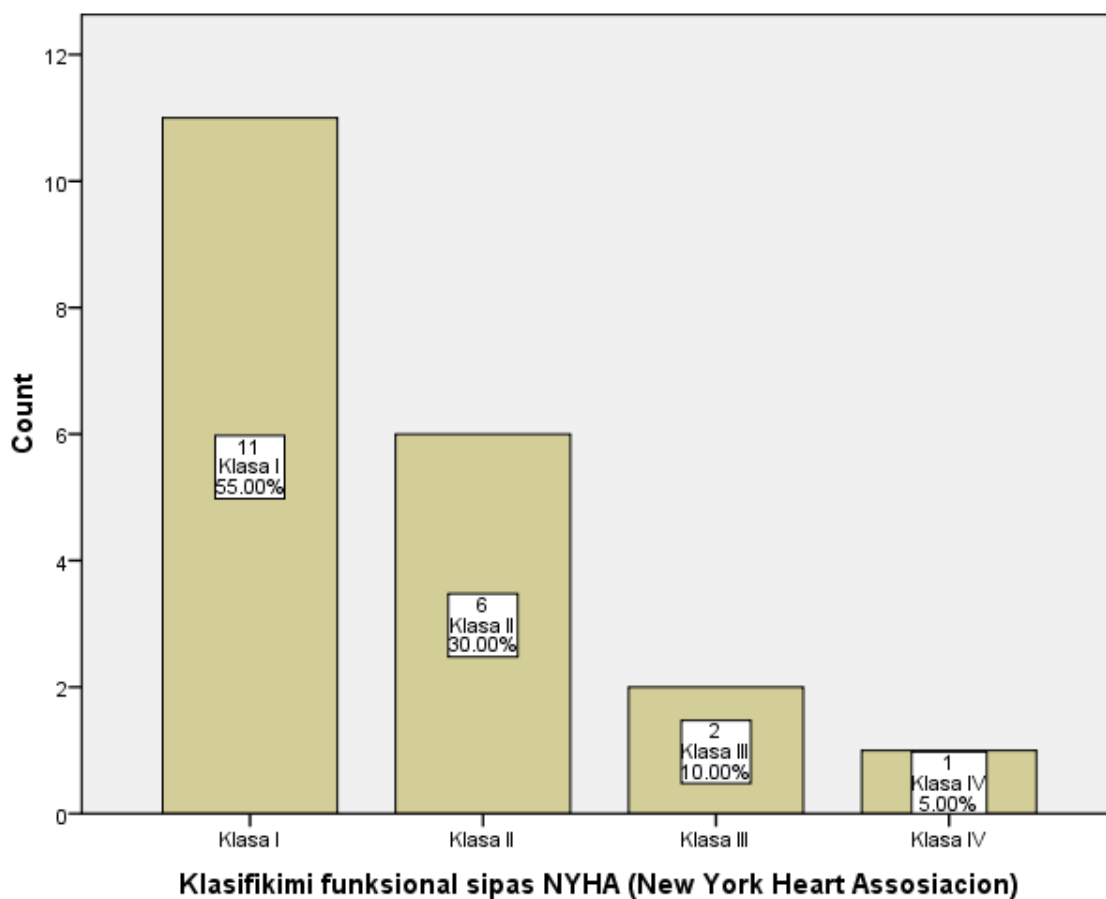


Figura 9: Pjesëmarrësit të cilët kanë marrë pjesë në hulumtim janë 11 veta me klasifikim sipas NYHA “Klasa I” gjithsej 55%, 6 veta “Klasa II” gjithsej 30%, 2 veta “Klasa III” gjithsej 10% dhe 1 pjesëmarrës “Klasa IV” gjithsej 5%.

Tabela 1. Analiza deskriptive e pyetësorit për Vetë – kujdesin e pacientëve me dështim kronik të zemrës

	N	Min.	Max.	MA	$\alpha$
Pytësori për Vetë – kujdesin e pacientëve me dështim kronik të zemrës	20	1.150	4.900	1.871	.72

Në tabelën 1 janë paraqitur analizat statistikore të pyetësorit për vetë-kujdesin, në të cilën mostra ka një vlerë mesatare 1.871. Vlera e minimumit të mostrës pjesëmarrëse është 1.150 dhe maximum 4.900. Në anën tjetër vlera e Cronbach's Alfës, gjegjësisht besueshmëria e pyetësorit, ku vlera e alfës për pyetësorin e matjes së nivelit të mobingut është .72 ( $\alpha = .72$ ) me të cilën nënkuptohet se besueshmëria e pyetësorit është e nivelit të lartë për mostrën përkatëse.

Tabela 2. T-testi

	N	MA	Std.Deviation	t	df	p
Femër	10	70.9000	9.10982	-2.071	18	.053
Mashkull	10	81.6000	13.56630			

Në Tabelën 2., Pas T testit të kryer për të krahasuar aftësitë e vetë-kujdesit të grave dhe burrave, u zbulua se aftësitë e vetë-kujdesit për gratë dhe burrat është e ndryshme ( $t_{0.05: df=19} = -2.071$ ). Prandaj, nivelet e aftësive të vetë-kujdesit të pacientëve meshkuj ( $\bar{x} = 81.6000$ ) janë më të ulëta se nivelet e aftësive të vetë-kujdesit tek pacientët femra ( $\bar{x} = 70.9000$ ).

Tabela 3. ANOVA

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	247.250	2	123.625	.770	.478
Within Groups	2728.500	17	160.500		
Total	2975.750	19			

Në tabelën 3 janë paraqitur rezultatet e ANOVA për vetë-kujdesin ndaj nivelit të arsimit, sipas rezultateve të përfituara nga të dhënat në hulumtim shohim se vlera signifikante është .047 që nënkuptohet se nuk është signifikant apo domethënëse, sepse vlera e përfituar është më e madhe se  $p > 0,05$ .

## 6 DISKUTIME DHE PËRFUNDIME

Pasi është kryer puna teknike e hulumtimit në përpunimin e analizave statsitkore, më pas na mbetet që në këtë kapitull të diskutojmë rreth rezultateve të arrituara.

Në hulumtim janë përfshirë 20 pjesëmarrës ku prej tyre 10 ose 50% ishin të gjinisë femërore dhe 10 ose 50% të gjinisë mashkullore. Pas analizës së rezultateve shifet se hipoteza jonë e parë u konfirmua pasi nivele të larta të vetë-kujdesit u raportuan tek pacientët e gjinisë mashkullore me sëmundje kronike të dështimit të zemrës 0.816% kurse tek femrat 0.79%.

Ndërsa sa i përket hipotezës së dytë nga hulumtimi jonë në Spitalin Rajonal të Prizrenit nuk u konfirmua pasi që tek pacientët, sëmundja kronike e dështimit të zemrës nuk kishte ndonjë lidhje me nivelin e arsimit  $p=.047$ .

Ky studim shënon një përpjekje të mirë për të krijuar strategji për vetë-kujdesin e pacientëve me sëmundje kronike të dështimit të zemrës, ngritjen e senzibilizimit për tu kujdesur për shëndetin fizik dhe për shëndetin mendor. Studimi jonë kur krahasohet me studime të tjera tregon besueshmërinë dhe vlefshmërinë pra që është bërë një studim valid. Studimi jonë synon që mos të ketë dallime demografike, të rritet vetë-kujdesi tek të gjithë pacientët me sëmundje kronike të dështimit të zemrës. Për të rritur vetëdijësimin përgjegjësit e shërbimeve sociale duhet të mbajnë sesione informuese në të gjitha vendet e punës.

Si përfundim propozohet që të bëhet një staf me profesionistët që t'i vetëdijësojnë pacientët me sëmundje kronike të dështimit të zemrës për vetë-kujdesin, si dhe mund të ofrohen shërbime dhe këshillime elektronike për të gjithë popullatën.

## 7 REFERENCAT

Aggleton,P.,Chalmers,H.:Nursing Models and Nursing Process.Macmillan Education Ltd.,Dmdon,(1986),p.59.

Akduman, S. (2003). Farklı kronik hastalığı olan ergenlerin öz bakım güçlerinin karşılaştırılması.Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir,Türkiye.

Akın, S., Durna, Z. (2006). Kalp yetersizliği hastalarının psikososyal uyumu. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10(2):1-2.

Akut ve Kronik Kalp Yetersizliği Tanı ve Tedavisine Yonelik 2012 ESC Kılavuzu. Türk Kardiyol Dern Arş 2012; Suppl. 3:77-137.

Akyolcu N. Kanserli hastalarda dispne ve hemşirelik bakımı. C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2002; 6(1):1-8.

Badır Durademir, A. (1998). Kronik kalp yetmezlikleri hastaların yaşam kaliteleri ve öz-bakım davranışları. İç Hastalıkları Hemşirelik Programı Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora, İstanbul, Türkiye.

Badır Durademir, A. (2005). Kronik kalp yetmezliği ile daha sağlıklı bir yaşam. Hasta Eğitimi El Kitabı. İstanbul: Koç Üniversitesi.

Cameron, J., Worrall-Carter, L., Page, K., et al. (2010). Does cognitive impairment predictpoor self-care in patients with heart failure? European Journal of Heart Failure, 12:508-515.

Carlson, B., Riegel, B., Moser, D. (2001). Self-care abilities of patients with heart failure, Heart &Lung, 30(5):352–359.

Demir M, Ünsar S. Kalp yetmezliği ve evde bakım. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2008; 3(8):119-130.

Dracup et al: Manegement Of Heart Failure, II. Counselling, Education, And Lifestyle Modifications, JAMA, November, 272:18, 1994.P.1442-46.

Dracup, K., Dunbar, S., Baker, D.W. : Rethinking Hearth Failure, Ajn, July, 1995, P.23-28.

ENÇ N, YİĞİT Z, ALTIOK M. KALP YETESİZLİĞİ HASTA EL KİTABI. İSTANBUL: HAYYKİTAP; 2007.

Enç N, Yiğit Z, Altıok MG, Özer S, Oğuz S. Kalp Yetersizliği Hemşirelik Bakım Kılavuzu. İstanbul: Türk Kardiyoloji Derneği Kılavuz Yayınları; 2. Basım, 2007. s.11-33.

Fawcett,J.:Analysis and Evaluation of Conceptual Models of Nursing.F.A.Davis Company,Philadelphia,2 nd ed.,(1983),p.205.

Fitzpatrick,J.J.,Whall,A.L.:Conceptual Models of Nursing Analysis and Application. Appleton and Lange,California,2 nd ed.,(1989),p.165.

Grady KL, Dracup K, Kennedy G, Moser DK, Piano M, Stevenson LW, Young JB. Team management of patients with heart failure: A statement for healthcare professionals from The Cardiovascular Nursing Council of the American Heart Association. Circulation. 2000;102(19):2443-56.

Ghali, JK :, Kadakia, S., Cooper, MD, Ferlinz, J. : Precipitating Factors Leading To Docompensation Of Heart Failure, Arch Intern Med, Vol: 148, September, 1988, P.2013-16.

Grange J. The role of nurses in the management of heart failure. Heart 2005; 91(2): 39-42.

Joseph,L.S.:Self -care and nursing process.NUrs Clip North Am, 15:131-143,(1980).

Kahraman G, Ural D. Kalp Yetersizliği ve Şok Sendromu. Klinik Kardiyoloji. Editör: Komşuoğlu B. Nobel Tıp Kitabevleri, Kocaeli, 2004, s.377-420.

Langland,R.M.,Farrah,S.J.:Using a Belt-care framework for continuing education in gerontological nursing.J Educ Nurs, 21:267-270,(1990).

Lewandowski, D.M.: Congestive Heart Failure, AJN, May, 1995, 36-37.

Lewis SL, Dirksen SR, Heitkemper MM, Bucher L. Camera IM. Medical-Surgical Nursing. Assesment and Management of Clinical Problems. St. Louis: Elseivier Mosby; 8. ed. vol. 1.2011, p.791-817.

.Marriner,A.:Nursing Theorists and Their Work.The C.V.Mosby Company,St.Louis,(1986),p.117.

Michael,M.M.,Sewall,K.S.:Use of the adolescent peer group to increase the self-care agency of adolescent alcohol abusers. Nuts Clin North Am,15:157-176,(1980).

Mock V. Evidence-based treatment for cancer-related fatigue. J Natl Cancer Inst Monogr 2004; 32:112-118.

Monsen,E.B.:hutonomy,coping,and self-care agency in healthy adolescents and in adolescents with spina Bifida.J Pediat Nurs :Nursing Care of children and Familiee,7:9-14,(1992).

Orem,D.E.:Concept Formalization in Nursing:Process and Product. The Nursing Development Conference Group. Little,Brown and company,Boston,2 nd ed.,(1979),p.181.

Orem,D.E.:Nursing:Concepts of Practice.Mosby Year Book, St.touis,4 th od.,(1991).

Pearson,A.,Vaughan,B.:Nursing Models for Practice.Heinemann Nursing,London,(1989),p.69.

Senten, M.C.M.:The well-being of patients having coronary artery bypass surgery:a test of Orem's self-care nursing theory.Doctorate Thesis,Maastricht,(1991).

Sisk J.E., Hebert P.L., Horowitz C.R., McLaughlin M.A, Wang JJ, Chassin MR. Effects of nurse management on the Quality of heart failure care in minority communities. Annals Of İnternal Medicine 2006; 145(4): 273-284.

Silistreli E, Oto Ö. Son dönem kalp yetmezliğinde uygulanan cerrahi tedavi modaliteleri. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi 1999; 7(3):161-179.



Usta Yeşilbalkan Ö. Kemoterapi Uygulanan Hastalarda Eğitimin Yorgunluk Düzeyine ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir 2005, (Danışman: Prof. Dr. A Karadakovan).

Uzun M. Kardiyak rehabilitasyonda hasta eğitimi ve egzersiz. Anadolu Kardiyoloji Dergisi. 2007; 7(3):298-304.

Yurtsever S, Bedük T. Hemodiyaliz hastalarında yorgunluğun değerlendirilmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2003; 5(2):3-11.

Yurtsever S. Kronik hastalıklarda yorgunluk ve hemşirelik bakımı. C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2000; 4(1):16-20.

Yılsen B. Konjestif Kalp Yetmezliğinde Karvedilol Kullanımının Güvenlik, Etkinlik Ve Tolerabilitesinin İzlendiği Farmakoepidemiolojik Çalışma. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2004, (Danışman: Doç. Dr. M Kendir).

## 8 APPENDIXES

### PYETËSOR

I nderuar respondent, ky pyetësor është hartuar me qëllim që të matë nivelin e vetë - kujdesit tek pacientët me sëmundje kronike të dështimit të zembrës. Këto të dhëna synohet të mblidhen me qëllim të realizimit të temës së diplomës së nivelit bachelor, në kuadër të drejtimit Infermieri në kolegjin UBT.

Kujdes: Ju lutem gjatë plotësimit të pyetësorit ta keni parasysh se pyetjet janë drejtuar jo vetëm juve personalisht, por edhe për pacientët e tjerë. Keni parasysh që nuk ka përgjigje të drejtë apo gabuar. Ju lutem lexoni pyetjet me kujdes dhe përgjigjuni në mënyrën që më së shumti iu përshtatet juve. Unë zotohem se ky pyetësor është i hartuar në mënyrë adekuate që të respektojë dhe ruaj të gjitha të dhënat tuaja, pa shkelur mbi privatësinë tuaj.

### FORMA E INFORMACIONIT PËR PACIENTIN

NUMRI I PACIENTIT: \_\_\_\_\_

DATA:

GJINIA: FEMËR  MASHKULL

MOSHA: \_\_\_\_\_

PROFESIONI: \_\_\_\_\_

STATUSI JUAJ I PUNËSIMIT

1. ORAR I PLOTË
2. GJYSËM ORARI
3. NUK PUNOJ

ARSYEJA PSE NUK PUNONI: \_\_\_\_\_

NIVELI I ARSIMIT

1. SHKOLLA FILLORE
2. SHKOLLA E MESME
3. UNIVERSITETI

SIGURIMI JUAJ SHOQËROR

1. KAM
2. NUK KAM

STATUSI SHOQËROR

1. BEQAR/E
2. I/E MARTUAR
3. I/E DIVORCUAR
4. I/E VE
5. JETOMË TË NDARË

ME KË JETONI PËR MOMENTIN?

1. JETUJ VETË
2. JETUJ ME FAMILJEN
3. JETUJ ME SHOKUN/SHOQEN

KU KENI JETUAR MË SË SHUMTI

1. NË VEND URBAN
2. NË VEND RURAL

STATUSI I TË ARDHURAVE

1. MI MBULON SHPENZIMET
2. NUK MI MBULON SHPENZIMET

## II. TË DHËNAT NË LIDHJE ME SËMUNDJEN TUAJ

Kohëzgjatja e sëmundjes

1. Disa muaj
2. 1 vit
3. Më shumë se një vit

Shpeshtësia e vizitave mjekësore:

1. Nganjëherë
2. Shpesh

Klasifikimi funksional sipas NYHA (New York Heart Assosiation)

Klasa I       Klasa II       Klasa III       Klasa IV

Sëmundjet tjera kronike ekzistuese

---

**VETË - KUJDESI I PACIENTËVE ME DËSHTIM KRONIK TË ZEMRËS**

NUMRI I PACIENTIT

DATA:

	GJITHMONË E APLIKOJ	NGANJËHERË E APLIKOJ	ASNJËHERË NUK E APLIKOJ
PAS NGRËNJES PUSHOJ PËR NJË KOHË			
NË FUND TË ÇDO PUNE PUSHOJ PËR NJË KOHË			
MUNDOHEM QË T`I BËJ DISA PUNË NË TË NJËJTËN KOHË			
I BËJ PUNËT E RËNDA FIZIKE QË KËRKOJNË FORCË, SI MBAJTJA DHE NGRITJA E PESHAVE TË RËNDA			
NË SHUJTËN E DARKËS HA GJËRA TË LEHTA			
PËR MARRËDHËNIE SEKSUALE I ZGJEDHI MOMENTET KUR NDIHEM REHAT DHE NUK JAM I/E LODHUR			
KUR SHTRIHEM NËSE KAM PROBLEME ME FRYMËMARRJE I VENDOSI DISA JASTËK			
PAS NJË USHQIMI TË RËNDË APO MARRJES SË ALKOOLIT HY NË MARRËDHËNIE SEKSUALE			
PAS NJË PUNE TË RËNDË APO GJATË LËVIZJES NËSE NDJEJ DHEMJE NË KRAHAROR, PROBLEME NË FRYMËMARRJE APO MARRAMENDJE MENJËHERË PUSHOJ			
I KUSHTOJ RËNDËSI MARRJES SË SASISË SË DUHUR TË KRIPËS BRENDA DITËS			
KUR KAM VËSHTIRËSI ME PËRBALLIMIN E SËMUNDJES SIME KËRKOJ NDIHMË NGA NJERËZIT RRETH MEJE			
GJATË NGRËNJES, USHQIMIT I SHTOJ KRIPË			

MBAJ EVIDENCË GJATË MARRJES SË LËNGJEVE BRENDA DITËS			
MBAJ EVIDENCË DITORE/JAVORE RRETH PESHËS SIME			
I MBAJ MEDIKAMENTET ÇDO HERË AFËR VETES			
UNË PËRDORI USHQIME TË TYMOSURA, TË THATA DHE TURSHI			
SHPESH PËRDOR PEMË DHE PERIME TË FRESKËTA			
PËRDOR SOS (KETÇAP, MAJONEZ ETJ.) TË NDRYSHME PËR USHQIM			
PËRDOR ERËZA PËR T'I SHTUAR SHIJE USHQIMIT			
PËRDOR FRUTA TË THATA (KIKIRIKË, ARRA...), PATATE TË SKUQURA, DRITHËRA (CORNFLAKES)			
I PËRSHTATEM DIETËS SË REKOMANDUAR PËR MUA (NGA MJEKU, MOTRA MEDICINALE OSE DIETOLOGU)			
E KONTROLLOJ PESHËN TIME ÇDO DITË/JAVË			
MUNDOHEM QË TA MBAJ PESHËN IDEALE PËR MUA			
LLOGARIS SASINË E LËNGJEVE QË DUHET TA MARR			
RREGULLISHT I PËRDORI MEDIKAMENTET			
NËSE VËREJ ËJNJTJE NË KYÇET E KËMBËVE MENJËHERË SHKOJ NË KONTROLL TE MJEKU			
NËSE PËR 1 JAVË KAM RRRITJE TË PESHËS PËR 1,5 – 2 KG MENJËHERË SHKOJ PËR KONTROLL TE MJEKU			
SA HERË QË SHKOJ TE MJEKU GJITHMONË LISTËN APO			

KUTITË E MEDIKAMENTEVE I MARR ME VETE			
I LEXOJ PROSPEKTET E MEDIKAMENTEVE QË I PËRDORI			
E PYES MJEKUN APO MOTRËN MEDICINALE PËR ARSYEN E PËRDORIMIT TË MEDIKAMENTEVE QË DUHET TI PËRDOR			
E PYES MJEKUN APO MOTRËN MEDICINALE PËR EFEKTET ANËSORE TË MEDIKAMENTEVE QË I PËRDORI			
KONSUMOJ ALKOOL			
NËSE KAM NEVOJË QË TË PËRDORI NDONJË MEDIKAMENT TJETËR PËRVEÇ ATYRE TË SËMUNDJES SË ZEMRËS SË PARI E PYES MJEKUN			
PJESËTARËVE QË JETOJ SË BASHKU I TREGOJ PËR VENDIN E MEDIKAMENTEVE TË MIA			
KUR NDIHEM MIRË PËR NJË KOHË TË GJATË I HEQI NGA PËRDORIMI MEDIKAMENTET			
RREGULLISHT SHKOJ NË KONTROLET MJEKËSORE			
PA UDHËZIMIN E MJEKUT NDALOJ PËRDORIMIN E MEDIKAMENTEVE			
PARA SE TË MË MBAROJNË MEDIKAMENTET UNË I PËRGATIS MEDIKAMENTET REZERVË			
SHUJTAT I HA SHPESH DHE NË SASI TË VOGLA			
KONSUMOJ DUHAN			
E PYES MJEKUN NËSE MEDIKAMENTET QË I PËRDORI KANË OSE NUK KANË NDIKIM NË JETËN TIME SEKSUALE			