

Summer 7-2021

“Pamjaftueshmëria e Zembrës”

Gentianë Berisha

University for Business and Technology - UBT

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



Part of the [Nursing Commons](#)

Recommended Citation

Berisha, Gentianë, “Pamjaftueshmëria e Zembrës” (2021). *Theses and Dissertations*. 2742.
<https://knowledgecenter.ubt-uni.net/etd/2742>

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



Kolegji UBT
Fakulteti i Infermierisë

“Pamjaftueshmëria e Zemrës “

Shkalla Bachelor

Gentianë Berisha

Korrik ,2021

Prishtinë



Kolegji UBT
Fakulteti i Infermierisë

Punim Diplome

Viti akademik

2016-2017

Gentianë Berisha

“PAMJAFTUESHMËRIA E ZEMRËS “

Prof.dr. Haki Jashari

Korrik ,2021

ABSTRAKT

Dështimi ose pamjaftueshmëria (insuficienca) e zemrës do të thotë se muskuli i zemrës nuk pompon aq gjak sa organizmi ka nevojë. E cila nënkupton se puna e zemrës nuk ka ndaluar mirëpo nuk punon aq sa duhet.

Në këtë sëmundje gjaku lëviz nëpër trup me një shpejtësi më të vogël dhe presioni në zemrën rritet, si rezultat zemra nuk arrin dot të transportojë sasinë e duhur të oksigjenit dhe të lëndëve ushqyese për organizmin. Në mënyrë që pompa (zemra) të kryejë funksionin e saj

duhet që muskuli i zemrës të jetë shëndoshë e mirë. Duhet që sistemi elektrik i zemrës të koordinojë

tkurrjen e valvulave dhe të barkusheve si dhe duhet që muskuli të furnizohet rregullisht me gjak.

Gjithashtu, për të qartësuar më tutje qasjen ndaj këtij procesi të hulumtimit janë anketuar gjithsej 10 persona të cilët janë të diagnostifikuar me pamjaftueshmëri zemrës, pyetësi është i përbërë nga pyetje të mbyllur dhe të hapura dhe janë përdorur këto metoda :

Deduksioni - kjo metodë më mundëson që t'i arrijë synimet e hulumtimit, duke filluar nga e përgjithshmja dhe duke arritur cakun e synuar, pra, të veçantën.

Deskriptive – këtu janë mbledhur materiale dhe raporte të ndryshme që janë marrë me studimin e sëmundjëve tek njerëzit me pamjaftueshmërinë në zemër.

Insuficienca kardiake (IK) është një sindromë klinike që shfaqet te pacientët të cilët, për shkak të një anomalie të lindur ose të fituar të strukturës dhe funksionit kardial, zhvillojnë një grup simptomash (dispne dhe lodhje) dhe shenjash (edema dhe rale) klinike që çojnë në shtrime të shpeshta në spital, në cilësi të ulët të jetës dhe jetëgjatësi më të shkurtër. Kujdesi infermieror për pacientin përfshin observimin e vazhdueshëm të gjëndjes kardiake të tij, në vlerësimin e gjëndjes kardiake të pacientit infermieri përcakton efektivitetin e debitit kardial përmes observimeve klinike siç janë: presioni arterial, rrahjet e zemrës.

Njëri ndër shkaktarët kryesor tek personat me pamjaftueshmëri zemrës është pirja e duhanit ku sygjërim i të anketuarve është që të ndalohet pirja e duhanit dhe të konusmojnë ushqime të shëndetshme dhe të merren me aktivitete fizike në mënyrë që të kujdesen sa më shumë për organizmin e tyre që mos të kenë problem shëndetsore.

1

Rehabilitimet kardiake të bazuara në spital duhet të jenë gjithëpërfshirëse, dhe të jenë individuale për të arritur nevojat e çdo pacienti. Nevojat e informacionit Komponenti arsimor i një programi rehabilitimi kardiovaskular gjithëpërfshirës duhet të jetë i përshtatur individualisht për rrethana specifike, gatishmërinë për të ndryshuar, sfondin kulturor dhe rrethanat socio-ekonomike të pacientit.

Fjalët kyce: *Pamjaftueshmëria, zemra, sindromat, kardiake.*

2

ABSTRACT

Heart failure or insufficiency (heart failure) means that the heart muscle does not pump as much blood as the body needs. Which means that the work of the heart has not stopped but is not working enough.

In this disease the blood moves through the body at a slower rate and the pressure in the heart

increases, as a result the heart is unable to transport the right amount of oxygen and nutrients to the body. In order for the pump (heart) to perform its function it must for the heart muscle to be in good health. The electrical system of the heart needs to coordinate contraction of the valves and ventricles and the muscle must be regularly supplied with blood.

Also, to further clarify the approach to this research process were surveyed a total of 10 people who are diagnosed with heart failure, the questionnaire consists of closed and open questions and the following methods were used:

Deduction - this method enables me to achieve research goals, starting with the general and achieving the intended target

Descriptive - here are collected various materials and reports that have been dealt with the study of diseases in people with heart failure,

Heart failure (IK) is a clinical syndrome that occurs in patients who, due to a congenital or acquired abnormality of cardiac structure and function, develop a group symptom (dyspnea and fatigue) and clinical signs (edema and rash) leading to hospitalization frequent hospitalization, low quality of life and shorter life expectancy. Nursing care for the patient includes continuous observation of his heart condition, in assessing the heart condition of the patient the nurse determines the effectiveness of cardiac output through clinical observations such as: blood pressure, heart rate. One of the main causes in people with heart failure is smoking where the respondents suggest to stop smoking and consume healthy foods and engage in physical activity in order to take care of their body as much as possible. do not have a health problem.

Hospital-based cardiac rehabilitation should be comprehensive, and individual to meet the needs of each patient. Information needs the educational component of a comprehensive cardiovascular rehabilitation program should be individually tailored to the patient's specific circumstances, willingness to change, cultural background, and socioeconomic circumstances.

Keywords: *Insufficiency, heart, syndromes, cardio*

MIRËNJOHJE/FALENDERIME

Është shumë e vështirë të gjesh fjalët e duhura për të shprehur falenderime ndaj atyre njerëzve të cilët bëhen bashkëudhëtarë të sfidave tua. Megjithatë, por nuk do të lija asesi pa gjetur dy

fjalë modeste dhe shumë të përzemërta për të shprehur mirënjohjen e thellë ndaj këtyre njerëzve. Në radhë të parë falënderoj udhëheqësin tim Prof.dr. Haki Jashari, i cili ishte një mentor jashtëzakonisht frymëzues. Ishin inkurajimet, këshillat, sfidat dhe kritikrat e tij që më mundësuan kalimin e pengesave dhe më nxitën të përparoja përgjatë kësaj rruge, i cili më mundësoi që të avancohem në aspektin akademik, të pasurohem me dije, që të arrijmë të kontribuojmë sadopak me studimin tonë.

Falenderoj Kolegjin UBT, një vend i dijes ku me stafin e tij profesional na ndihmuan në avancimin dhe përgaditjen profesionale.

Gjithashtu, duam të falënderoj familjen time për mbështetjen, të cilët kanë qenë udhëheqësit e tonë shpirtërorë, që me dashurinë e tyre, durimin dhe kurajon më dhanë forcën për të përballuar me gjithë këto sfida

PËRMBATJA

LISTA E FIGURAVE	6
------------------------	---

Preklampsia.....	21
3.5. Simptomat e IK.....	21
4. TRAJTIMI I IK-SË MASAT E PËRGJITHSHME.....	22
4.1. Kujdesi infermieror tek pacientat me IK.....	23
4.2. Trajtimi i pacientave me ik.....	23
4.3. Aktivitetet.....	25
4.4. Dietat	25
5. METODOLOGJIA.....	26
6 ANALIZA E REZULTATEVE	27
7 KONKLUZIONE DHE REKOMANDIME	33
8. REFERENCAT.....	36
SHTOJCAT.....	37

LISTA E FIGURAVE

Figura 1 Qarkullimi i gjakut tek njeriu.....	14
Figura 2 Prerja e tërthortë e zemrës	15
Figure 3 Moshë e të anketuarve	27
Figure 4 Gjinia	27
Figure 5 Statusi i personave të anketuar.....	28
Figure 6 Diagnostifikimi me pamjaftueshmëri të zemrës.....	29
Figure 7 Informacionet mbi pamjaftueshmërin zemrës	29
Figure 8 Informata nga	

ekipi mjeksor.....	30	Figure 9 Vizitat
mjekstore.....	30	Figure 10
Dietat.....	31	
Figure 11 Aktivitete fizike		
31 Figure 12 Kujdesi		
infirmieror.....	32	

LISTA E TABELAVE

Table 1 Simptomat klinike të ik.....	17
--------------------------------------	----

6

FJALORI I TERMAVE

ANP - peptide atrial natriuretik

ARB - bllokues i receptorëve të angiotenzinës

CI - indeksi kardiak

CO2- Dioksidi i karbonit

ESC - Shoqata Europiane e Kardiologjisë

ICU - Njësia e Kujdesit Intensiv

IKA - insuficienca kardiake akute

IK-Insuficienca kardiake

MSH- Ministria e Shëndetësisë

PPV - ventilimi me presion pozitiv

UNICEF- Fondi i Kombeve të Bashkuara për Fëmijët

USAID-Agjencia e Shteteve të Bashkuara për Zhvillim Ndërkombëtar

1 HYRJE

Rehabilitimi kardiak nuk është diçka e re për mjekësinë, origjina e tij i ka gjurmët që në shekullin e XVIII-të. Që në fillimin e shekullit të XX-të, megjithatë, ai është zhvilluar nga ushtrime të thjeshta në programe shumëdimensionale që tani integrohen me karakteristikat biologjike dhe psikosociale. Në kohët që po jetojmë, incidenca e sëmundjeve kardiovaskulare dhe pulmonare është rritur shumë jo vetëm sepse njerëzit jetojnë më shumë, por edhe sepse ato përfitojnë nga zhvillimet e reja biomjekësore. Në këtë kontekst ngrihet pyetja se përse regjistrimi në programet e rehabilitimit kardiopulmonar është në rënie? Përse nuk mundet që çdo pacient me sëmundje kardiopulmonare të gëzojë të mirat që vijnë nga rehabilitimi kardiak? Mbase është koha të reflektojmë në lidhje me rehabilitimin kardiopulmonar, çfarë është, çfarë kuptimi ka dhe ndaj kujt pacienti duhet që të drejtohet. Evolucionin e rehabilitimit kardiak e pulmonar është influencuar jo vetëm nga standartet e reja ekonomike por edhe nga

moria e shumë faktorëve të tjerë, disa prej tyre të njohur mirë por ka të tjerë që nuk identifikohen qartësisht.

E ardhmja e rehabilitimit kardiak

Parashikimet në vazhdim lidhen me çështjet specifike dhe të përgjithshme të rehabilitimit kardiak. Ato janë rezultat i bisedave të shumta me autoritetet e fushës si dhe rishikimit të literaturës bashkëkohore. Ky mijëvjeçar është një kohë e mirë dhe emocionuese për rehabilitimin kardiak. Aplikimi i principeve të rehabilitimit në menaxhimin e pacientëve me sëmundje kardiak, është bërë një praktikë e pranuar gjerësisht dhe e rekomanduar si një standart për kujdesjeje për pacientë të tillë. Sfidat që ngelet është të përcaktohen strukturat më optimale për këto lloj programesh dhe të sigurohet që ato janë të bazuara në principe shkencore ndërkohë që njëkohësisht punohet për të optimizuar kostot. Ka shumë pacientë me sëmundje kardiak për të cilat rehabilitimi mund të luajë një rol të rëndësishëm në përmirësimin e funksionit të tyre dhe cilësinë e jetës dhe të ndihmojë në kontrollin e kostove shëndetsore dhe menaxhimit të sëmundjes. Programet e rehabilitimit kardio përmirësojnë terapinë standarte dhe ndihmojnë në kontrollimin dhe zbehjen e simptomave, optimizojnë kapacitetin funksional, ulin vështirësitë mjekësore dhe ekonomike të pacientëve me sëmundje të rënda. Këto programe tipikisht

8

përfshijnë edukim, instruksione në teknika fizioterapike, dhe mbështetje psikologjike. Qëllimi kryesor i rehabilitimit është të bëjë pacientin sa më të pavarur në përgjithësi. Pacientët inkurajohen për t'u kujdesur për veten, për të qënë më të pavarur në aktivitetet e përditshme dhe më pak të varur nga specialistët mjekësorë dhe resurset mjekësore të shtrenjta. Në vend të fokusimit për të zhdukur sëmundjen rehabilitimi tenton të përmirësojë paaftësinë që shkakton sëmundja.

1.1 Qëllimi i hulumtimit

Qëllimi i këtij studimit është:

- Përcaktimi i faktorëve, teknikave dhe strategjive në aplikimin e Rehabilitimit kardiak, në

tipologjinë e pacientëve me kardiomiopati kronike apo post akute dhe me sëmundje kronike të frymëmarrjes, me qëllim lehtësimin terapeutik të tyre.

- “Të limitojë efektet fiziologjike dhe psikologjike të sëmundjes kardiake, të ulë rrezikun e vdekjes së papritur ose riinfarktimit, kontrollojë simptomat kardiake, stabilizojë ose kthejë procesin e aterosklerozës dhe përmirësojë statusin psikosocial të pacientëve”.
- Të ndryshojë kufizimet e përjetuara nga pacientë që vuajnë pasojat negative pato psikologjike dhe psikologjike të sëmundjeve kardio-vaskulare dhe të ndërhyrjeve kirurgjikale kardiake.
- Të studiojë efektivitetin e ushtrimeve për reduktimin e simptomave, uljen e aftësisë së kufizuar, rritje të pjesëmarrjes në aktivitetet fizike dhe sociale, dhe për të përmirësuar cilësinë e përgjithshme të jetës për pacientët me sëmundje kronike respiratore.
- Ndërhyrja rehabilituese është e përgjithshme, por unike ndaj problemeve dhe nevojave të çdo pacienti dhe është e zbatuar nga një ekip multidisiplinar i profesionistëve të kujdesit shëndetësor.

2 SHQYRTIMI I LITERATURËS

Insuficienca kardiake nuk do të thotë ndalimi i punës së zemrës. Ajo do të thotë se pompimi i zemrës është më i dobët se sa normal. Në këtë sëmundje gjaku lëviz nëpër trup me një shpejtësi më të vogël dhe presioni në zemër rritet. Si rezultat zemra nuk arrin dot të transportojë sasinë e duhur të oksigjenit dhe të lëndëve ushqyese për organizmin. Dhomat e zemrës reagojnë duke u trashur dhe duke u bërë më të forta për të mbajtur më shumë gjak dhe për ta transportuar atë në

organizëm. Kjo gjë ndihmon lëvizjen e gjakut por muskujt e zemrës dobësohen dhe bëhen të

paaftë për të pompuar gjakun ashtu sic duhet. Veshkat reagojnë duke mbajtur ujin dhe kripën në organizëm. Nëse lëngjet depozitohen në krahë, këmbë, mushkëri apo organe të tjera, trupi enjtët dhe kjo lloj situatë quhet insuficiencë kardiake kongjестive. Sëmundje kardiovaskulare quhen sëmundjet që prekin zemrën dhe enët e gjakut. Diagnoza që zë peshën kryesore sa i takon sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë, është sëmundja artereosklerotike. Kjo sëmundje prek enët e gjakut që ushqejnë zemrën, të cilat quhen arterie koronare; enët e gjakut që ushqejnë trurin dhe enët e gjakut periferike që ndodhen kudo në trup.

Sëmundje të tjera që bëjnë pjesë në këtë grup, janë:

- Sëmundjet që prekin muskulin e zemrës dhe që çojnë në dobësim të forcës së tij; pra. në insuficiencën kardiake ose thënë ndryshe, pamjaftueshmëri e zemrës.
- Sëmundjet valvulare janë patologjitë që prekin valvulat e zemrës. Këto sëmundje mund të jenë të lindura ose të fituara. Sëmundje të fituara kanë si shkak kryesor sëmundjen reumatizmale që mund të ketë kaluar një njeri në fëmijëri ose adoleshencë dhe që manifestohet në moshë të rritur me sëmundje valvulare të zemrës.
- Aritmia mund të jetë funksionale, që nuk lind në kushtet e dëmtimeve strukturore kardiake ose më serioze për jetën siç janë ato valvulare; të muskulit të zemrës ose e arterieve koronare.
- Insulti cerebral që mund të jetë me natyrë ishemiike, i cili ndodh kur një tromb bllokton enën e gjakut që ushqen një zonë të caktuar të trurit ose me natyrë hemorragjike kur kemi çarje të enës së gjakut. Zakonisht insulti me natyrë hemorragjike, shkaktohet nga hipertensioni arterial.

10

Sëmundjet kardio-vaskulare janë shkaqet më të shpeshta të vdekjeve në Europë. Kështu vetëm në vitin 2008-të sëmundjet kardio-vaskulare shkaktuan rreth 4.3 milionë vdekje ose rreth 48% të të gjitha vdekjeve të këtij viti . Kujdesi për pacientët me sëmundje kardio-vaskulare ka ndryshuar rrënjësisht në dekadat e fundit. Me kalimin e viteve mjekët kardiologë filluan të evidentonin gjithnjë e më shumë rreziqet që paraqiste për komplikacione të mëvonshme qëndrimi në shtrat për një kohë të gjatë i pacientëve që kishin kaluar një event kardiak. Kjo mund të quhet dhe si fillim i erës së strukturimit të programeve rehabilituese për pacientët me

sëmundje kardiovaskulare.

Katër qëndrime klasike mund të identifikohen në analizat retrospektive të praktikave për trajtimin e sëmundjeve koronare të zemrës; regjim shtrati; mobilizim i hershëm dhe parandalim sekondar. Secili nga këto opsione konstante ka patur impakt të rëndësishëm në përfaqësimin social të pacientëve kardiak dhe me sëmundje zemre. Në të njëjtën kohë, ata kanë influencuar dhe vazhdojnë të influencojnë, në zhvillimin e praktikës kardiologjike dhe fushën e programeve të rehabilitimit. IKA mund të paraqitet si dukuri e shfaqur për herë të parë ose, më shpesh, si pasojë e dekompensimit akut të Insuficiencës kardiake kronike dhe mund të shkaktohet nga një disfunktionim primar kardiak ose të precipitohet nga faktorë të jashtëm, më e shpeshtë kjo në pacientët me IK kronike.

Sëmundje kardiovaskulare (SKV) është një term i gjerë dhe përfshin një sërë sëmundjesh që ndikojnë në zemër dhe në enët e gjakut. Një atak në zemër ose goditje në tru mund të jetë paralajmërimi i parë i një sëmundjeje kryesore. Ka shumë lloje sëmundjesh që mund të japin goditje në zemër ose në tru prandaj, për lehtësi, këto sëmundje i ndajmë në tre grupe të mëdha: në sëmundje që ndikojnë drejtpërdrejt në zemër, në tru dhe në sistemin periferik të qarkullimit të gjakut. Studimet kanë provuar se strategjitë për zbulimin dhe modifikimin e faktorëve të riskut mund ta pakësojnë, stabilizojnë ose dhe ta zhdukin progredimin e aterosklerozës dhe të reduktojnë riskun për aksidentet kardiovaskulare.

3. INSUFICIENCA KARDIAKE

Insuficienca kardiake, apo e thënë ndryshe pamjaftueshmëria e zemrës, është një gjendje mjekësore serioze ku zemra nuk arrin të pompojë gjakun në trupin e njeriut siç duhet. Si sindromë klinike, ajo zhvillohet mbi bazën e një dekursi afatgjatë të një sëmundje (kardiake ose ekstrakardiake) që në vetvete është kronike, siç mund të jetë hipertensioni, sëmundja

ishemike e zemrës, sëmundja e artereve koronare, aritmitë e ndryshme, problemet kongenitale të zemrës etj. Ndër shenjat klinike të saj, mund të përmendim vështirësinë në frymëmarrje, që mund të manifestohet në sforcimet caktuara fizike, të lehta ose të moderuara, por edhe në kushte qetësie, lodhjen e shprehur/këputjen trupore, mungesën e oreksit, fryrjen e venave jugulare nga mos mbushja siç duhet e zemrës me gjak, ënjtjen e gjymtyrëve të poshtme etj.

Insuficienca kardiake (IK) është pamjaftueshmëria e zemrës për të pompuar gjakun në trupin e njeriut siç duhet, si rezultat i pakësimit të efikasitetit/funksionit pomp që ka zemra, për shkakë nga më të ndryshmet.

Klasifikohet në dy ndarje të rëndësishme:

- 1. Insuficiencë kardiake sistolike-** Karakterizohet nga pamundësia e zemrës për të pompuar në qarkullimin sistemik sasi të mjaftueshme gjaku. Kur pacienti ka ulje të moderuar ose të rëndë të funksionit sistolik, thuhet se pacienti ka kardiomiopati.
- 2. Insuficiencë kardiake diastolike-** karakterizohet nga pamundësia e zemrës për tu relaksuar dhe mbushur normalisht me gjak.

3.1 Zemra

Zemra juaj pompon gjakun nëpërmjet një rrjeti enësh gjaku të cilat e transportojnë gjakun në trup. Zemra dhe rrjeti i enëve të gjakut quhen sistemi i qarkullimit të gjakut. Gjaku është i domosdoshëm sepse ai transporton oksigjenin dhe lëndët ushqyese në indet e trupit dhe

largojnë dioksidin e karbonit dhe produktet e metabolizmit nga indet. Gjaku është i domosdoshëm për të mbajtur gjallë dhe funksionale indet e trupit tuaj. Zemra është organ muskolor që realizon pompimin e gjakut në enët e gjakut me anë të kontraksioneve të përsëritura ritmike. Zemra është njëra prej organeve të para që formohet në trupin e njeriut gjatë zhvillimit embrional, (Kumar, Abbas, Fausto, Mitchell, Frederik J. Shoen, 2014).

Nga baza e zemrës dalin aorta, arteria pulmonalis ndërsa në të hyrë vena cava superior, vena cava inferior si dhe 4 vena pulmonalis (4 vena mushkerore), (Artan Shkoza, 2008) Muri i zemrës përbëhet nga tri shtresa:

- Shtresa e brendshme endokardi,
- Shtresa e mesme, miokardi dhe
- Shtresa e jashtme epikardi.

3.1.1 Qarkullimi i gjakut në trup

Gjaku është një ind lidhor i lëngshëm, i cili me ndihmën e zemrës dhe enëve të qarkullimit të gjakut mirëmban funksionet e organeve të tjera të trupit nëpërmjet transportit të oksigjenit dhe lëndëve ushqyese. Gjaku qarkullon nëpër enët e gjakut falë punës mekanike të muskulit të zemrës. Trupi i njeriut përmban mesatarisht 5 - 6 litra gjak. Gjaku është një lëng trupor tek kafshët që i dhuron qelizave lëndë të nevojshme ushqyese dhe oksigjen dhe i transporton mbetjet metabolike si mbeturinat larg nga këto qeliza. Kur ai arrin në mushkëri, ndodh shkëmbimi i gazit, me shpërndarjen e dioksidit të karbonit duke e përçuar nga gjaku në alveole (hojëza të mushkërisë) dhe të oksigjenit duke e shpërndarë në gjak. Gjaku i oksigjenuar pompohet në anën e majtë të zemrës në venën pulmonare dhe hyn në arterien e majtë dhe nga këtu ai kalon nëpër valvulën bicuspide, përmes barkushes dhe shpërndahet në të gjithë trupin

13
prej aortës. Gjaku përmban antitropa, ushqimin, oksigjenin, etj të cilat i përdor për të ndihmuar punën e trupit. Gjaku përmban: qeliza të kuqe (eritrocitet), qeliza të bardha (leukocite), pllakëza (trombocite) dhe plazmën, në të cilën notojnë qelizat.

Pjesët e ngurta përbëjnë 45%, kurse pjesa lëngët 55%, të vëllimit të përgjithshëm. Qelizat e

kuqe përmbajnë homoglobininë dhe kjo është një proteinë e cila është përgjegjëse për lidhjen dhe transportin e oksigjenit, ku përbëhet prej globulinës dhe hem-it, i cili me hekurin formon një lidhje kimike.

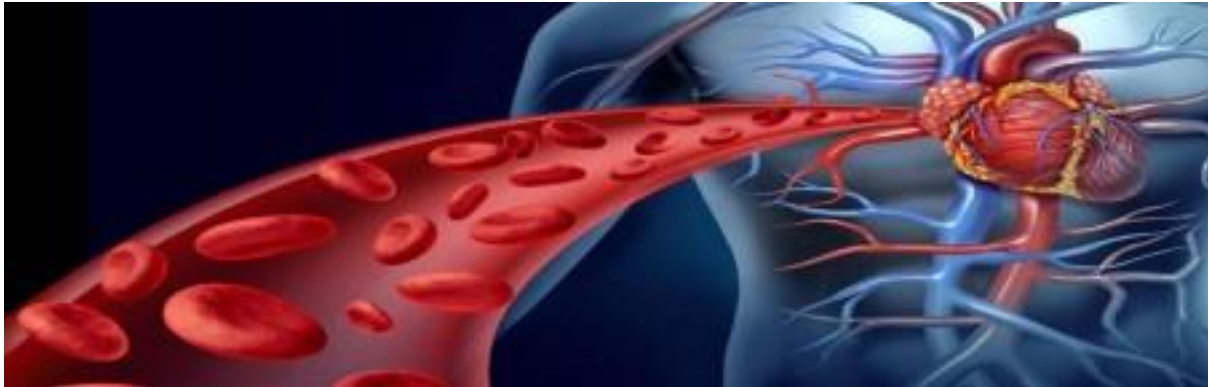


Figura 1 Qarkullimi i gjakut tek njeriu

Burimi: “Shkoza, 2008”

3.1.2 Ndërtimi i zemrës

Zemra përbëhet prej dy pjesëve:

- Pjesa e djathtë, e cila e lëviz gjakun në drejtim të mushkërive (qarkullimi i vogël).
- Pjesa e majtë, e cila e lëviz gjakun në drejtim të pjesëve tjera të trupit (qarkullimi i madh)

Zemra është e ndarë në 4 dhoma: 2 në anën e djathtë dhe 2 në të majtën. Çdo dhomë lartë është e njohur si atrium (veshët), dhe çdo dhomë poshtë si ventrikul (barkushë). 4 ndarjet janë të njohura si: atriumi i djathtë dhe ventrikuli i djathtë ; atriumi i majtë dhe ventrikuli i majtë. Barkushet janë të lidhura me veshët nëpërmjet valvulave atrioventrikulare. Qarkullimi i gjakut nëpër zemër përbëhen nga një qark pulmonar (qarkullimi i vogel) dhe një qark sistemik

(qarkullimi i madh). Gjaku rrjedh nëpër zemër në një drejtim, nga veshët në barkushe, dhe jashtë në arteriet e mëdha. Kjo realizohet nëpërmjet katër valvulave. Një mur i trashë muskujsh, atrioventricular septum, ndan veshin dhe barkushen e majtë nga veshi dhe barkushja e djathtë, duke shmangur kalimin e gjakut mes dy gjysmave të zemrës. Valvulat

midis veshëve dhe barkusheve lejojnë kalimin e koordinuar në një drejtim të gjakut nga veshët në barkushë. Gjaku i paoksigjenuar nga ekstremitetet e sipërme dhe të poshtme hyn në atriumin e djathtë. Prej këtej gjaku kalon në ventrikulin (barkushën) e djathtë. Kjo e fundit pompon gjakun në mushkëri nëpërmjet arteries pulmonare. Pas humbjes së dioksidit të karbonit në mushkëri dhe pajisjes me oksigjen, gjaku përmes venave pulmonare hyn në atriumin (veshin) e majtë. Nga atje gjakut i pasur me oksigjen hyn në barkushën e majtë. Kjo është dhoma kryesore e pompimit, që dërgon gjakun përmes aortës në të gjitha pjesët e trupit përveç mushkërive. Barkushja e majtë është më e madhe se sa e djathta, sepse ajo duhet të dërgojë gjakun në gjithë pjesët e trupit përveç mushkrisë, ndërsa barkushja e djathtë dërgon gjak vetëm në mushkëri. (Artan Shkoza, 2008)

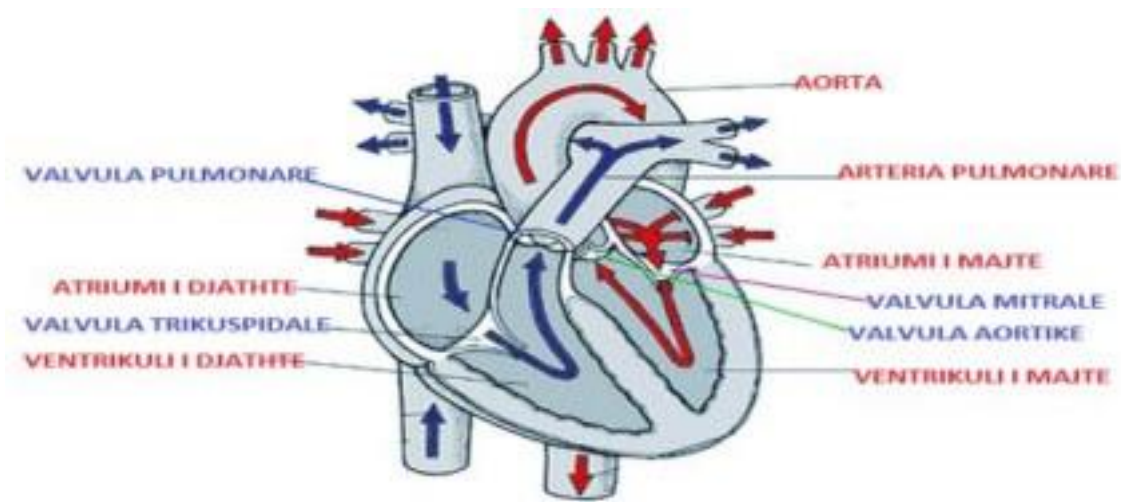


Figura 2 Prerja e tërthortë e zemrës

Burimi: “ Shkoza, 2008”

3.2 Klasifikimi i gravitetit tek pacientet me IK

Graviteti i gjendjës së një pacienti me IK mund të klasifikohet duke përdorur klasifikimin e

NYHA (New York Heart Association), i cili i ndan pacientet me IK në katër grupe:

1. Klasa I

Nuk kanë pengesë në aktivitetin fizik. Janë në gjendje që të kryejnë aktivitetet fizike të përditshme pa simptoma.

2. Klasa II

Kufizim i lehtë i aktivitetit; pacienti nuk ka ankesa në qetësi apo në aktivitete të lehta.

Aktivitetet fizike të zakonshme i shkaktojnë dispne, lodhje, ose palpitatione. **3. Klasa III**

Kufizim i theksuar i aktivitetit fizik; pacienti nuk ka ankesa në qetësi. Aktivitetet fizike të zakonshme shkaktojnë lodhje, palpitatione, ose dispne.

4. Klasa IV

Çdo aktivitet fizik sjell diskomfort dhe simptomat shfaqen edhe në qetësi. Diskomforti rritet në çdo tentativë për të kryer aktivitet fizik.

IK e dekompensuar percaktohet nga prania e shenjave jetësore jo stabile dhe/ose simptomave të rënda, specifikisht (Denollet J, Brutsaer t DL, 2010):

- Presioni arterial sistolik nën 80 mmHg ose mbi 180 mmHg.
- Pulsu nën 40 rr/min ose mbi 120 rr/min.
- Frekuenca respiratore mbi 24 për minutë.
- Saturimi me oksigjen nën 90% në qetësi.
- Pamundësi për tu shtrirë vetëm me një jastëk (prania e ortopnese)
- Dispne e theksuar në qetësi.

Në pacientët që takohen shenja klinike si te IK të majtë njëkohësisht edhe të djathtë, si pasojë e disfunkcionit të të dy ventrikujve, përdoret termi “Insuficiencia Kardiake Globale”.

3.3 Shenjat klinike të IK

Insuficiencia kardiake ndër shenjat klinike kryesore të saj ka vështirësinë në frymëmarrje, e

cila mund të manifestohet në sforcime të caktuara fizike, të lehta ose të moderuara, por edhe në kushte qetësie. Për këtë arsye, ajo ndryshe klasifikohet si insuficiencë kardiake në katër klasa të rëndësishme, që janë klasa 1, 2, 3, dhe 4 varësisht momentit kur shfaqet vështirësia në frymëmarrje në lidhje me sforcimin fizik ose efortin. Përveç vështirësisë në frymëmarrje, ankesa të tjera që paraqesin personat me insuficiencë kardiake janë lodhja e shprehur/këputja trupore, mungesë oreksi si rezultat i stazës së gjakut venoz në stomak ose zorrë dhe enjtja e gjymtyrëve të poshtme.

Këto janë shenjat/ simptomat subjektive, pra që na i referon vetë pacienti gjatë vizitës, pasi kemi edhe shenja objektive që konstatohen nga mjeku gjatë ekzaminimit klinik. Ndër këto shenja mund të përmendim ngarkesën e mushkërive në formën e raleve, që mund të jenë rale krepitante, mund të dallojmë fyerjen e venave jugulare nga mos mbushja siç duhet e zemrës me gjak, ënjtjen e gjymtyrëve të poshtme/ edemat, ndonjëherë mund të kenë edhe versament pleural.

Table 1 Simptomat klinike të IK

Termi	Përkufizimi
Simptoma/shenja të kongjestionit/majtas	Ortopne, dispne paroksismale nocturne, rale pulmonare (bilaterale), edema periferike (bilaterale)
Simptoma/shenja të kongjestionit/djathtas	Distendim i v. Jugulare, hepatomegali kongjestive, edema periferike (bilaterale), refluksi hepatojugular, ascit, simptoma të kongjestionit intestinal
Simptoma/shenja të hypoperfuzionit	Anësitë klinikisht të ftohta e të djersitura, oliguri, konfuzion mental, marrje mendsh, diferencë e vogël e presioneve. Lab: acidozë metabolike, laktatet e rritura, rritja e kreatininës. Hypoperfuzioni nuk është sinonim i hipotensionit, por zakonisht hypoperfuzioni shoqërohet me hipotension.
Hipotension	Presioni arterial sistolik (TA _s) < 90 mmHg
Bradikardia	Frekuenca kardiake (FK) <40 rrahje/ min
Takikardia	Frekuenca kardiake (FK) >120 rrahje/ min
Efort jonormal respirator	Frekuenca respiratore > 25 respirime/min me përfshirjen e muskujve aksesor në frymëmarje, ose <8 resp/min pavarësisht dispnesë
Saturim i ulët O ₂	Saturimi i O ₂ < 90% në oksimetrinë me puls, Saturimi normal nuk e përjashton hypokseminë (PaO ₂) apo hipoksi indore.
Hypoksemi	Presion parcial i O ₂ në gazin arterial < 80 mmHg (< 10.67 kPa) (astrupogramë arteriale)
Insuficiencë respiratore hypoksemike (tipi I)	PaO ₂ < 60 mmHg
Hyperkapni	Presioni parcial i CO ₂ (PaCO ₂) > 45 mmHg
Insuficiencë respiratore hyperkapnike (tipi II)	Presioni parcial i CO ₂ (PaCO ₂) > 50 mmHg
Acidozë	pH <7.35
Rritja e laktateve në gjak	> 2 mmol/ L
Oliguria	Debit urinar < 0,5 mL/ kg h

Burimi: Protokolli i trajtimit të insufiencës kardiale akute

3.4. Faktorët ndikues tek IK

Sëmundjet kardiovaskulare mund të parandalohen duke pasur në menaxhim faktorët e rrezikut që i stimulojnë ato. Faktorët e rrezikut për t'u prekur nga sëmundjet kardiovaskulare, janë të ndryshëm (Gregory PC, LaVeist TA, Simpson C., 2006).

Ata kategorizohen në faktorë të pamodifikueshëm dhe në faktorë të modifikueshëm. Te faktorët e pamodifikueshëm bëjnë pjesë: moshë - ku meshkujt mbi 45 vjeç dhe femrat mbi 55 vjeç - kanë rrezik për të zhvilluar sëmundje kardiovaskulare; gjinia - meshkujt janë më të rrezikuar se femrat për të zhvilluar sëmundje artereoskleroike, pra të enëve të gjakut. Te femrat, ky rrezik shtohet me fillimin e menopauzës; trashëgimia - personat që kanë në pemën familjare një

mashkull që ka pësuar një atak kardiovaskular para moshës 55 vjeç ose një femër që ka pësuar një atak kardiovaskular para moshës 65 vjeç, quhen që kanë trashëgimi për të zhvilluar sëmundje kardiovaskulare.

3.4.1 Diabeti

Diabeti - personat diabetikë janë dyfish më të rrezikuar për të zhvilluar sëmundje artereosklerotike të enëve të gjakut kundrejt jodiabetikëve (Alliu, 2019). Kemi dy tipe, diabeti tip I që zakonisht është me origjinë virale; pra, kemi të bëjmë me shkatërrim të qelizave të pankreasit që prodhojnë insulinën dhe nuk prodhohet më insulinë dhe diabeti tip II, që mund të shfaqet nga mbipesha, mungesa e aktiviteti fizik, nga mënyra e ushqyerjes me shumë kalori, tek të cilët prodhohet insulinë, por ajo nuk vepron në qeliza.

3.4.2 Hipertensioni

Te një person me shifra të larta të tensionit arterial, enët e gjakut janë në një presion më të lartë i cili çon në prishje të shtresës së brendshme të enëve të gjakut, që quhet endotel dhe prishja e tij çon në formimin e pllakës artereosklerotike, deri në mbyllje nga trombi.

3.4.3 Dislipidemitë

Yndyrat përfshijnë kolesterolin dhe trigliceridet. Dy komponentët kryesorë të kolesterolit janë: LDL kolesteroli që është komponenti i dëmshëm si dhe komponenti i mirë i quajtur HDL kolesteroli, ku ky i fundit pastron gjakun nga sasia e tepërt e kolesterolit. Personat që kanë një profil të dëmshëm lipidik, kanë rritje të kolesterolit të keq dhe ulje të kolesterolit të mirë (Dr. Ilir Sharka, 2018).

3.4.4. Duhanpirja

Kjo është pjesë e stilit të jetesës dhe është një nga armiqtë kryesor të enëve të gjakut. Me ndërprerjen e duhanit, ka mundësi që të zhduken edhe efektet e tij të dëmshme. Nuk është kurrë vonë për të ndaluar duhanin. Është shumë e rëndësishme për të mos zhvilluar sëmundje kardiovaskulare, pasi vazhdimi i pirjes së duhanit pas diagnostikimit me sëmundje të zemrës mund të konsiderohet “vetëvrasës”.

3.4.5. Mënyra e të ushqyerit

Shumë e rëndësishme është ushqyerja me një dietë të shëndetshme; konsumimi i vajit të ullirit, frutave dhe perimeve dhe konsumimi i kontrolluar i yndyrave shtazore.

3.4.6. Aktiviteti fizik

Ne futemi te popujt sedentarë, që nuk kryejnë aktivitet fizik. Pra, hamë keq dhe nuk lëvizim. Duhet të bëhet aktivitet fizik i moderuar deri në të fuqishëm, të paktën 2 orë e 30 min/javë. Nëse aktiviteti që zhvillohet është aerobik i fuqishëm, mjafton edhe 1 orë e gjysmë/javë. Kush nuk ka kohë për aktivitet ushtrimor, mund edhe vetëm të ecë deri në 30 minuta/ditë. Aktiviteti fizik luan një rol shumë të rëndësishëm në rritjen e kolesterolit të mirë në organizëm.

3.4.7. Stresi

Nuk është një faktor i mirëfilltë rreziku, por ai nxit shfaqjen e sëmundjes artereosklerotike

(Zade Hajdari, 2017). Stresi nxit shpërthimin e hormoneve - katekolaminave, të cilat janë vazo ngushtuese dhe bëjnë ngushtimin e enëve të gjakut të zemrës, të cilat nëse janë edhe të shtresëzuara nga pllakat arteriosklerotike, mund të çojnë në mbylljen totale të enës së gjakut, duke shkaktuar infarktin.

20

3.4.8. Preklampsia

Që është hipertensioni gjatë shtatzënisë. Preklampsia shfaqet në muajin e gjashtë të shtatzënisë dhe është një faktor i ri rreziku. Është parë që këto femra kanë probabilitet më të lartë të zhvillojnë sëmundje kardiovaskulare në të ardhmen, kundrejt femrave që nuk kanë patur preklampsi.

3.5. Simptomat e IK

Ndër simptomat kryesore të shfaqjes së sëmundjeve kardiovaskulare, është dhimbja e kraharorit. Kjo dhimbje mund të shfaqet kur ngjit terrene malore, shkallët ose kur ekspozohesh ndaj një klime të ftohtë. Dhimbja shfaqet në kraharor, në formë shtrënguese dhe mund të përhapet në nofullën e poshtme, në shpinë, ose në krahun e majtë. Këto dhimbje kanë shumë mundësi që të kenë të bëjnë me ngushtim të enëve të gjakut dhe shfaqen më shumë te meshkujt. Te femrat, simptomat shfaqen më ndryshe. Ato nuk përjetojnë dhimbje kraharori por marrje fryme. Te një grua aktive, një marrje e menjëhershme e frymës, një lodhje e theksuar mund të jetë shfaqje e sëmundjes së arterieve koronare. Ndërkohë diabetikët dhe moshat e mëdha nuk i kanë të shprehura këto simptoma, ata mund të përjetojnë një jo rehati të lehtë në kraharor, por jo shenja specifike. Personat te të cilët shfaqen këto shenja duhet menjëherë të konsultohen me mjekun e tyre dhe të kryejnë ekzaminimet e nevojshme për të diagnostifikuar problemin e tyre.

4. TRAJTIMI I IK-SË MASAT E PËRGJITHSHME

Mjekët duhet të kenë si synim zbulimin dhe trajtimin e sëmundjeve bashkë ekzistuese të tilla si hipertensioni, diabeti melit, anemia dhe frymëmarrja që çrregullohet në gjumë, duke qenë se këto sëmundje kanë prirje të përkeqësojnë IK-në. Pacientët me IK duhet të këshillohen që të lënë duhanin dhe të kufizojnë konsumimin e alkoolit deri në dy pirje standard në ditë te burrat dhe një në ditë te grate. Pacientët që dyshohet se kanë kardiomiopati të shkaktuar nga alkooli duhet të nxiten të lënë alkoolin përgjithmonë. Duhet të shmangen temperaturat ekstreme dhe aktiviteti i rëndë fizik.

Për shembull, barnat antiinflamatore josteroide.

Shumica e njerëzve me pamjaftueshmëri të zemrës duhet të marrin më shumë medikamente:

- Për të penguar pamjaftueshmërinë mos të përkeqësohet. Këto brana janë ACE inhibitorët, bllokuesit e receptorëve të angiotensinës II, beta-blokuesit, dhe barnat vazodilatatore, si hidralazina ose nitroglicerina.
- Për të reduktuar simptomat: në këtë grup bëjnë pjesë diuretikët (tabletat që largojnë ujin), digoksina dhe kaliumi.
- Për të mjekuar shkaktarët e pamjaftueshmërinë së zemrës. Dihet se disa medikamente e

përkeqësojnë IK-në dhe duhet të shmangen.

Është shumë e rëndësishme që barnat të merrën saktësisht si ka udhëzuara mjeku. Nëse nuk merren ashtu, pamjaftueshmëria e zemrës mund të përkeqësohet. Ndryshimet në mënyrën e të jetuarit janë pjesë e rëndësishme e trajtimit (Tonja A, Pula A, Basha E, 2004). Ato ndihmojnë të zvogëlohet pamjaftueshmëria e zemrës. Ato mund të ndihmojnë të kontrolloni edhe sëmundjet tjera të cilat e përkeqësojnë punën e zemrës, si presioni i lartë i gjakut, diabeti, dhe sëmundja e arteries koronare. Po me kaq rëndësi është edhe që pacienti dhe familja të edukohen për IK-në, për rëndësin e një diete të përshtatshme dhe, gjithashtu për rëndësin e marrjes së përpiktë të mjekimit.

22

4.1. Kujdesi infermieror tek pacientat me IK

Kur një paciente paraqitet në ambientet spitalore dhe i jepet diagnoza përfundimtare ne jemi të detyruar të japim një kujdes të vaçant për të parandaluar çdo komplikacion të metejshëm. Ky lloj kujdesi i jepet mbi bazë të shenjave apo ankesave që pacienti paraqet kur është nën kushtet e nje eforti fizik apo të një krize kardiake (Warner M. Mampuya., 2012). Kujdesi infermieror gjithashtu bazohet dhe në vendosjen e diagnozës pozitive që në rastin tonë është në pacientë që kanë IK. Disa nga detyrat kryesore të infermierës janë: përqendrimi tek nevojat personale dhe individuale të pacientit, zvogëlimi i rrezikut të paraqitjes së infeksioneve, ngritja e shkathtësive infermiore gjatë planifikimit dhe zbatimit të fazave të procesit infermieror, studimi rreth zbatimit të drejtë të teknikave të aplikimit, përdorimi i drejtë i metodave aseptike, shmangia e lëndimeve gjatë ndërhyrjeve si dhe zhvillimi dhe avancimi i mëtejshëm në procesin infermieror në mënyrë që të minimizohen gabimet.

Si fillim një infermier duhet të ketë qëllimet dhe objektivat e tij, të cilat

- janë: • Kujdesi infermieror në shenjat vitale
 - Dhënja e rëndësis për shenjat dhe simptomat që pacienti ankon
 - Kujdesi infermieror në dhënjen e medikamenteve

- Kujdesi infermieror ndaj komplikacioneve të mëvonshme (minimizimi i tyre) •
- Informimi i pacientit për gjithçka rreth sëmundjes dhe kujdesit që ai vetë duket të kryej pas daljes nga spitali.

4.2. Trajtimi i pacientave me ik

Niveli i kreatininës në gjak, ekokardiograma, dhe elektrokardiograma janë të gjitha të nevojshme, në rastin kur janë të disponueshme dhe të përballueshme. Nëse Echo tregon praninë e kardiomiopatisë (disfunksion sistolik mesatar apo i theksuar, që korespondon me një fraksion ejectioni më të ulët se 40%), apo nëse nuk mund të kryhet Echo dhe anamneza me ekzaminimin fizik nuk flasin për një etiologji të caktuar, atëherë mund të kërkohen teste të tjera diagnostike (përfshirë HIV, testet e TBC, gjak komplet etj;) për të gjetur shkakun. Në pacientët që nuk janë në gjendje të dekompensuar (nuk ka dispne në qetësi, hipoksemi, takikardi apo hipotension)

nuk është e nevojshme që të hospitalizohen. Në pacientet tek të cilët nuk është i mundur monitorimi i shpeshtë i nivelit serik të kreatininës dhe presionit të gjakut, është e rëndësishme që të fillohet vetëm me një medikament. Në fillim fillohet Furosemidi dhe doza përshtatet derisa pacienti të jetë euvolemik. Më pas mund të fillohen medikamente antihipertensive me një

objektiv vlerash presioni arterial 130/80 mmHg. Pacientët tek të cilët është filluar një skemë trajtimi për insuficiencë kardiakë, në fillim duhen konsultuar mjekun çdo 2 javë për të rregulluar dozat e terapisë.

Hydrochlorthiazidi është një diuretik më i dobët se furosemidi. Ai mund të kombinohet me furosemidin në disa pacient të cilët nuk mund të arrijnë diureze efektive vetëm me furosemid, por nuk është pjesë e terapisë së linjës së parë në pacientët me IKK.

Të gjithë pacientët me Sëmundje Hipertensive të Zemrës duhet të marrin medikamente antihipertensive në momentin që janë euvolemik. Në kushte sistemi shëndetësor me kapacitete të kufizuara ku monitorimi nga afër i pacientëve nuk është i mundur, është e rëndësishme që të fillohen medikamentet një e nga një. Trajtimi duhet fokusuar tek diureza derisa pacienti të jetë

euvolemik, moment ky në të cilin mund të fillohen ACE inhibitorët (dhe mundësisht edhe antihypertensive të tjerë). Në pacientët që janë euvolemik në ekzaminimin fizik dhe kur niveli i tyre i kreatininës është stabil, i cili tregon se funksioni i tij renal nuk është kompromentuar nga shtimi i diurezes, duhet vazhduar ajo dozë diuretiku sepse tregon se është doza e duhur, dhe mund të shtohet një antihypertensiv për të stabilizuar presionin e gjakut në vlerat 130/80. Medikamenti i linjës së parë në Semundjen Hipertensive të Zembrës është ACE inhibitori si psh lisinopriili, për sa kohë që niveli i kreatininës së pacientit nuk është shumë i lartë (>2.3 mg/dl), (Franklin BA., 2006). ACE inhibitorët janë antihypertensivet e linjës së parë tek këts pacient; b-blokuesit konsiderohen si medikamente të linjës së katërt (pas ACE-I, diuretikve thiazidik dhe Ca-blokuesve). Për më tepër, doza e diuretikut nuk duhet ulur kurrë në të njëjtin moment që fillohet apo shtohet doza e një b-blokuesi, sepse b-blokuesit aktualisht mund të shkaktojnë mbajtje të likideve në trup si efekt afatshkurtër, megjithëse në afatgjatë ato ndihmojnë në stabilizimin e volumit qarkullues.

24

4.3. Aktivitetet

Megjithëse aktiviteti i rëndë fizik nuk rekomandohet në IK, ushtrimet e lehta të përditshme janë parë të jenë të dobishme te pacientë me IK të klasës I-III NYHA. Për pacientët euvolemikë, duhet të këshillohen ushtrimet e rregullta izotonike, të tilla si ecja ose ushtrimet me biçikletë të palëvizshme me ergometër, me kohëzgjatje aq sa reziston pacienti. Disa studime të trajnimit me ushtrime kanë zbuluar rezultate inkurajuese për sa i përket reduktimit të simptomave, rritjes së mundësisë për të kryer aktivitet fizik dhe përmirësimit të cilësisë dhe zgjatjes së jetës. Përfitimit që vijnë nga humbja e peshës nëpërmjet kufizimit të kalorive të marra nuk janë përcaktuar qartësisht.

(Nocon M, Hiemann T, Müller-Riemenschneider F, 2008)

4.4. Dietat

Kufizimi i natriumit në dietë (2-3g\ditë) rekomandohet për të gjithë pacientët me IK dhe EF të ruajtur ose të reduktuar. Kufizimi i mëtejshëm (<2g\ditë) mund të merret në konsiderate në IK të rëndë ose të moderuar. Në përgjithësi, kufizimi i likideve nuk është i nevojshëm me përjashtim të rasteve kur pacienti zhvillon hiponatremi(<130meq\L), e cila mund të zhvillohet për shkak të aktivizimit të sistemit reninë-angiotensinë, sekretimit të tepërt të hormonit antidiuretik ose humbjes së kripërave më tepër sesa ujit nga përdorimi i diuretikëve. Kufizimi i likideve (<2L\ditë) duhet të merret në onsiderate te pacientët hiponatremikë ose tek ata te cilët retensioni i likideve është i vështirë të kontrollohet pavarësisht dozave të mëdha të diuretikëve dhe kufizimit të kripërave (Richard S.Irwin dhe James M. Rippe G. William Dec, 2010). Supplementet kalorike rekomandohen për pacientë me IK të përparuar dhe humbje të padëshiruar të peshës ose të masës muskulore (kaheksia kardiake); gjithsesi, steroidet anabolike nuk rekomandohen për këta pacientë për shkak të problemeve të mundshme me ruajtjen e vëllimit. Përdorimi i suplementeve dietetike (“lëndëve ushqyese”) duhet të shmanget në trajtimin e IK-së simptomatike për shkak të mungesës së përfitimit të sigurtë dhe potencialit për ndërveprime të rëndësishme (negative) me mjekimin e IK-së.

25

5. METODOLOGJIA

Metodologjia e këtij punimi bazohet në hulumtimet paraprake të bëra në Kosovë si dhe disa raste studimi nga hulumtimet e huaja duke përdorur burime të besushme të artikujve shkencor dhe webfaqe të ndryshme.

Që të arrijmë në përfundimet e synuar dhe për të përmbushur pyetjet kërkimore të këtij punimi kam përdorur pyetësor të ndërtuar që të nxjerrin informata se cilët janë personat ë diagnostifikuar më këtë problem, si ballafaqohen ata me problemet dhe ndërlikimet e përditshme, cilat janë

faktorë ndikues dhe çfarë masa duhet marrë në trajtimin e këtij problemi. Ky punim do të mbështetet në rezultatet e nxjerruar ku do të pasqyrohen me grafe përshkruese, si dhe

përmbledhje të mendimeve të të anketuarëve, analiza do realizohet Metoda kuantitative dhe kualitative, ku mostra e të anketuarëve do jetë e qëllimshme. Gjatë hulumtimit, të dhënat, dokumentet dhe raportet nga burimet dytësore të besueshme do të shqyrtohen në mënyrë që t'i japin kuptimtemës.

Do të përdoren:

Burimet e të dhënave: Të dhëna primare të cilat janë siguruar nga pyetësi me personat e diagnostifikuar me pengesa kardiorespiratore, të ndryshme të publikuara dhe burime të besueshme në internet.

Përpunimi i të dhënave: Për përpunimin e të dhënave do të përdor analiza statistikore cilësore, dhe do të përdor teknika të hulumtimit kualitative dhe kuantitative. ***Mostra e kërkimit:*** Mostër e qëllimshme, do të anketohen personat e diagnostifikuar me pengesa kardiorespiratore

Teknika e kontaktimit: Do të përdoret teknika e kontaktit të drejtpërdrejtë.

6 ANALIZA E REZULTATEVE

Në këtë hulumtim janë anketuar gjithsej 10 persona të cilët janë të diagnostifikuar me pamjaftueshmëri zemrës, pyetësi është i përbërë nga pyetje të mbyllur dhe të hapura. Më poshtë janë të paraqitur rezultatet me anë të grafeve dhe tabelave.

1. Moshë

Ky hulumtim është bërë tek të gjithë ata persona të moshave të ndryshme të cilët kanë problem me pamjaftueshmëri të zemrës, dhe janë ndarë në tre grupëmosha, ku tabela tregon rreth moshës së personave të anketuar



Figure 3 Mosha e të anketuarve

Burimi : “Pamjaftueshmëria e zemrës”

Numri më i konsiderueshëm i të anketuarve i përkisnin moshës mbi 35 vjet, ndërsa 3 prej të anketuarve ishin të moshës 18-35 vjet, dhe vetëm një i moshës deri në 18 vjet.

2. Gjinia



Figure 4 Gjinia

Burimi : “Pamjaftueshmëria e zemrës”

Duke u bazuar në këtë hulumtim na rezulton se gjinia mashkullore janë më të prekur nga pamjaftueshmëria zemrës me gjithsej 6, në krahasim me 4 të gjinisë femrore.

27

3. Statusi



Të punësuar Të papunësuar

Statusi

Figure 5 Statusi i personave të anketuar

Burimi : “Pamjaftueshmëria e zemrës”

Pas realizimit të anketës na rezulton se 60 % e të prekurëve me pamjaftueshmëri të zemrës rezulton se janë të punësuar ndërsa pjesa tjetër të papunësuar. Aktivitetet në vendin e punës mund të jenë si factor që ndihmojnë në gjendjen shëndetsore të pacientëve.

4. Periudha e diagnostifikimi

6
5
4
3
2
1
0

0-5 vjet 6-20 vjet mbi 20 vjet

Diagnostifikimi me pamjaftueshmë kardiorespiratore

Figure 6 Diagnostifikimi me pamjaftueshmëria e zemrës

Burimi : “Pamjaftueshmëria e zemrës”

Siq shihet në tabelën më lartë pjesa dërmuese e anketuesëve që një periudhë të gjatë kanë problem me pamjaftueshmëria e zemrës ndërsa vetëm dy prej tyre për periudhë më të shkurtër, ku mund të themi se për kohë aq të gjatë kanë arritur që ta menaxhojnë shumë mirë këtë problem shëndetsor.

28

5. Informacionet mbi pamjaftueshmërin zemrës

7
6
5
4
3
2
1
0

Po Jo

Figure 7 Informacionet mbi pamjaftueshmërin zemrës

Burimi : “Pamjaftueshmëria e zemrës”

Një numër më i lartë i të anketuarve nuk kishin njohuri paraprake në lidhje me këtë problem dhe ato i kishin arritur vetëm pas konsultimit me mjekun, ndërsa pjesa tjetër e të anketuarve kishin njohuri bazë në lidhje me këto problem të cilat i kishin marrur nga familjarët, librat apo edhe nga mjetet informimit digjital duke i përgaditur mbi vështirësit që mund të sjell kjo gjendje shëndetsore.

6. Shenjat e para

Sipas hulumtimit të realizuar vërejtëm që simptomat e para të shfaqura tek pacientët më së tepërmi është vërejtur probleme me frymarrje duke u pasuar nga shtrengime në gjoksë, dhimbje fyti dhe kollitje.

7. Vendi i diagnostifikimit

Kryesisht të gjithë të anketuarit janë diagnostifikuar në klinikën e kardiologjisë në prishtinë dhe pastaj kanë vazhduar tretmanin e tyre nëpër qendrat e mjeksisë familjare nëpër regjionet e tyre.

8. Informata nga ekipi mjekësor

10
8
6
4
2
0

Figure 8 Informata nga ekipi mjeksor

Burimi : “Pamjaftueshmëria e zemrës”

Pas konsultimit me mjekun 8 nga të anketuarit kanë marrë informatat e nevojshme për përdorim të terapis, këshillat e nevojshme për tretmanin e këtij problemi shëndetsor, ndërsa 2 janë përgjigjur me jo ngase nuk kanë marrur infomatat e nevojshme.

9. Vizitat mjeksore

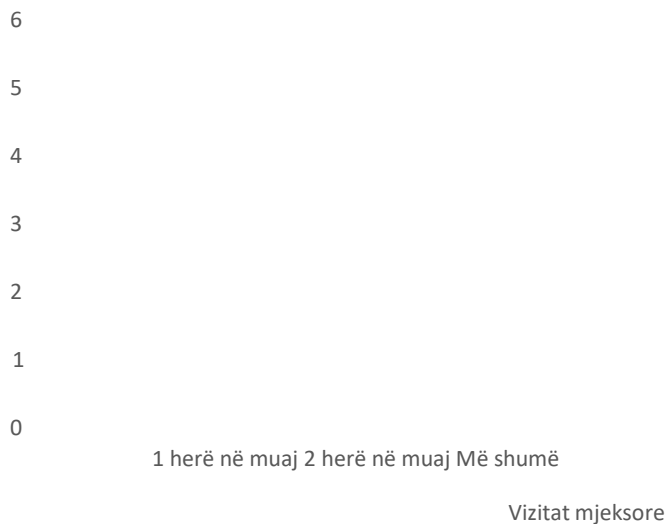


Figure 9 Vizitat mjeksore

Burimi : “Pamjaftueshmëria e zemrës”

Numri më i konsiderueshëmi i të anketuarve realizojnë vizita mjeksore 1 herë në muaj për të shikuar gjendjen shëndetsore, 4 prej të anketuar realizojnë vizita prej 2 herë në muaj, ndërsa 1 i anketuar realizon më shumë se dy herë vizita mjeksore ndonjëherë sipas nevojës.

10. Dietat në ushqim



4

2

0

Po Jo

Dieta në ushqim

Figure 10 Dietat

Burimi : “Pamjaftueshmëria e zemrës”

Sipas këshillave të mjekëve nuk është e nevojshme të mbahen dieta, mirëpo kujdesi duhet të jetë i shtuar duke përdorur ushqime të shëndetshme siq janë pemët e perimet. Ndërsa për anketuesin e vetëm i është rekomanduar që të përdoret diet në ushqim dhe i janë ndaluar përdorimet e brumave.

11. Aktivitete fizike

7

6

5

4

3

2

1

0

Po Jo Ndonjëherë

Aktivitete fizike

Figure 11 Aktivitete fizike

Burimi : “Pamjaftueshmëria e zemrës”

31

Tek personat me pamjaftueshmëria e zemrës është e përferuar që të mirren edhe me aktivitetet fizike, ku prej të anketuarve shumica më e madhe mirren me aktiviete fizike, një prej të anketuarve ndonjëherë mirret me aktivitete fizike, ndërsa tre prej të anketuarve nuk mirren fare me aktivitete fizike.

12. Kujdesi infermieror

Kujdesi që ofrojnë infermierët tek pacientët me pramjaftueshmëri zemrës ka bërë që të lënë mbresa tek pacientët të cilët janë ndarë kryesisht të kënaqur me kujdesin që kanë marrë dhe nuk kanë pasur ndonjë mosknaqësi ku rezultatet mund të shihen edhe në tabelën e më poshtme:

6
5
4
3
2
1
0

Aspak Pak Mjaftueshëm Kënaqur Shumë i/e kënaqur Kujdesi infermieror

Figure 12 Kujdesi infermieror

Burimi : “Pamjaftueshmëria e zemrës”

13. Komentet e pacientëve të anketuar

Njëri ndër shkaktarët kryesor tek personat me pjaftueshmëri zemrës është pirja e duhanit ku sygjërim i të anketuarve është që të ndalohet pirja e duhanit dhe të konusmojnë ushqime të shëndetshme dhe të merren me aktivitete fizike në mënyrë që të kujdesen sa më shumë për organizmin e tyre që mos të kenë problem shëndetsore.

7 KONKLUSIONE DHE REKOMANDIME

Pamjaftueshmëria e zemrës mund të përkeqësohet përnjëherë. Nëse kjo ndodh, pacienti do të ketë nevojë për kujdes emergjent. Për dështimin e përnjëhershëm të zemrës, duhet të

shmangen gjërat të cilat mund ta përkeqësojë atë, duhet ti kushtohet një rëndësi e veçantë rekomandimeve. Rehabilitimet kardiake të bazuara në spital duhet të jenë gjithëpërfshirëse, dhe të jene individuale për të arritur nevojat e çdo pacienti. Nevojat e informacionit Komponenti arsimor i një programi rehabilitimi kardiovaskular gjithëpërfshirës duhet të jetë i përshtatur individualisht për rrethana specifike, gatishmërinë për të ndryshuar, sfondin kulturor dhe rrethanat socio-ekonomike të pacientit. Metoda të ndryshme për sigurimin e pacientit me informacion, gjatë qëndrimit të tyre në spital duhet të merret parasysh për të optimizuar të mësuertit e pacientit dhe shërimin e tij

Reduktim i faktorëve të rrishtit / sjelljeve me rrisht si:

- Kontroll periodik te mjeku i familjes për zbulimin e hershëm dhe trajtimin e faktorëve të rrishtit.
- Fushatë promovionale për një mënyrë jetese të shëndetshme, me ushtrime fizike dhe reduktimin e obezitetit dhe mbipeshës.
- Rritja e informacionit tek pacientët dhe personeli shëndetësor për përfitimet e rehabilitimit kardiopulmonar.
- Pjesëmarrje më e madhe e pacientëve në këto programe.
- Paraqitja e të dhënave të këtij studimi tek specialistët e fushës së rehabilitimit kardiopulmonar.
- Përdorimi i teknikave të përgjithshme dhe të individualizuara për rehabilitimin kardiopulmonar.
- Në të gjithë pacientët me sëmundje kardiovaskulare rekomandohet një model trajtimi që përfshin:
 - Këshillat e ushtrimeve duhet të jenë të individualizuara dhe të merren parasysh karakteristikat klinike, stili i jetesës, qëndrimet, kultura dhe mjedisi.
 - Për njerëzit sedentar rekomandohet, të paktën 30 minuta aktivitet intensiv i moderuar në shumicën e ditëve të javës.
- Aktiviteti fizik për njerëzit me sëmundje koronare të zemrës duhet të fillojë me intesitet të ulët dhe të rritet gradualisht në javët e ardhshme.
- Periudhat e shkurtra të aktivitetit fizik janë të dobishme.

- Te njerëzit me sëmundje koronare të zemrës, nuk rekomandohet stërvitje e fuqishme.
- Kur është e mundur, njerëzit me sëmundje koronare të zemrës duhet të referohen te një program rehabilitimi gjithëpërfshirës kardiak, për stërvitje.

Menaxhimi i peshës

- Për pacientët mbipeshë apo obezë, me sëmundje koronare të zemrës, kombinimi i një diete me energji të reduktuar me aktivitet fizik të lartë është i rekomandueshëm. • Qëllimi fillestar i terapisë duhet të jetë reduktimi i peshës së pacientit me 10%. • Defiçiti i energjisë arrihet më lehtësisht nëpërmjet zgjedhjes së ushqimeve me yndyrë të ulët, veçanërisht yndyrë të saturuar.
- Reduktime të mëtejshme të marrjes së energjisë totale, mund të arrihen duke reduktuar marrjen e karbohidrateve, veçanërisht ushqimeve apo pijeve shumë të ëmbla si për shembull sheqeri, ëmbëlsirat, biskotat, pijet freskuese dhe çokollatat.
- Dietat e famshme që konsistojnë në proteinat e larta për humbjen e peshës, nuk janë të rekomanduara për humbje peshe afatgjate, sepse ata kufizojnë konsumin e ushqimeve të shëndetshme dhe nuk sigurojnë shumëllojshmërinë e ushqimeve të nevojshme për të përmbushur nevojat nutricionale.

Aspektet psikosociale

- Ndërhyrjet psikosociale (edukimi i pacientit, konsulimet dhe teknikat bihejvorale konjitive) duhet të përfshihen në programin e rehabilitimit kardiovaskular gjithëpërfshirës.
- Rekomandohet vlerësimi i mbështetjes sociale i disponueshëm për pacientin, për të gjithë pacientët me sëmundje kardiovaskulare.
- Përfshirja e bashkeshortëve, partnerit, familjarëve duhet të inkurajohet në të gjitha fazat e programit të rehabilitimit kardiak gjithëpërfshirës.

- Të gjithë pacientët me sëmundje koronare të zemrës që shfaqin nivele të larta të ankthit

apo depresionit duhet ti referohen një specialisti për trajtimin dhe vlerësimin e ankthit dhe depresionit të tyre.

Menaxhimi i rastit

Programet e rehabilitimit kardiovaskular gjithëpërfshirëse duhet të përqafojnë përjasjen e menaxhimit të rastit. Ambienti për rehabilitimin kardiak i bazuar në spital duhet të jetë gjithëpërfshirës dhe duhet të individualizohet për të plotësuar nevojat e secilit pacient. Rehabilitimi kardiak i bazuar në shtëpi rekomandohet për pacientët që janë të paaftë për t'i ndjekur apo nuk kanë dëshirë të ndjekin shërbimin e bazuar në spital.

Ekipi multidisciplinar

Një gamë njohurish dhe aftësish rekomandohen për shërbimin e rehabilitimit kardiak gjithëpërfshirës. Disiplinat e mjekësisë, kardiologjisë, dietologjisë, infermierisë, fiziologjisë së ushtrimeve, terapisë okupacionale, fizioterapisë, psikologjisë dhe punës sociale kontribuojnë në sigurimin e një shërbimi të plotë. Modeli i zgjedhur në nivel lokal mund të ndryshojë, por të gjithë disiplinat e përfshira nevojiten t'i përkushtohen një përjasjeje të koordinuar dhe bashkëpunuese.

8. REFERENCAT

- Artan Shkoza. (2008). *Fiziologjia e njeriut*. Prishtine: UFO press.
- Alliu, V. (2019, June 23). *NDIKIMI I MËNYRËS SË JETESËS TEK KARDIOPATËT ISKEMIK DHE EDUKIMI I TYRE NË KËNDVËSHTRIMIN INFERMIEROR*. Retrieved from UNIVERSITETI I MJEKËSISË I TIRANËS: <http://umed.edu.al/ëpcontent/uploads/2019/06/DEZIRTACION-VALBONA-ALLIU.pdf>
- Denollet J, Brutsaer t DL. (2010). Enhancing emotional well-being by comprehensive rehabilitation in patients with coronary heart disease. *Eur Heart J*, 16:1070-8.
- Dr. Ilir Sharka. (2018, March). *UDHERREFYES PER TRAJTIMIN E INSUFICIENCES KARDIAKE AKUTE*. Retrieved from <https://shendetesia.gov.al/ëpcontent/uploads/2018/12/Udherrefyesi-i-trajtim-it-insuficiences-kardiake-akute> 1.pdf
- Franklin BA. (2006). Coronary revascularization and medical management of coronary artery disease changing paradigms and perceptions. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*, 13:669-673.
- Gregory PC, LaVeist TA, Simpson C. (2006). Racial disparities in access to cardiac rehabilitation. *Am J Phys Med Rehabil* , 85:705-10.
- Kumar, Abbas, Fausto, Mitchell, Frederik J. Shoen. (2014). *Bazat e patologjisë së Robbins-it*. Sao Paulu: Elsevier Editora Ltda.
- Nocon M, Hiemann T, Müller-Riemenschneider F. (2008). Association of physical activity with all-cause and cardiovascular mortality: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*, 15:239-246.
- Richard S. Irwin dhe James M. Rippe G. William Dec. (2010). Mjekësia e Kujdesit intensiv. fq. 37.
- Tonja A, Pula A, Basha E. (2004). *“Bazat e infermieristikës së Përgjithshme “* . Tiranë.
- Earner M. Mampuya. (2012). Cardiac rehabilitation past, present and future: an overview. *Cardiovascular Diagnosis and Therapy*, Vol 2, No 1.
- Zade Hajdari. (2017, January 10). *Karakteristikat klinike të Pamjaftueshmëria e Zembrës dhe Rekomandimet*.

Hulumtimi në punimin e temës së Bachelor :

“PAMJAFTUESHMËRIA E ZEMRËS”

I/ E nderuar,

Ju lutem të ndani disa minuta për të shprehur mendimin tuaj rreth njohurive, simptomave, trajtimit tek personat me pengesa zemrës.

Ky hulumtim është i mbështetur nga Fakulteti i Infermierisë me qëllim studimi se cilat janë simptomat me të cilat ballafaqohen personat e diagnostifikuar me pengesa zemrës, trajtimin që ata e marrin, tek cilat grupëmosha janë më të prekurat.

Ju falenderoj sinqerishtë në kontributin tuaj.

Me Respekt

Gentiana Mejinolli

Ky pyetësor realizohet për çështje studimi. Cdo përgjigje do të ruhet në anonimitet.

Ju faleminderit.

1. Mosha Juaj ?

38

2. Gjinia Juaj (Rrumbullaksoni pergjigjen tuaj) ?

a) Femër

b) Mashkull

3. Statusi Juaj socail (Rrumbullaksoni pergjigjen tuaj)?

a) I/E punësuar

b) I/E papunësuar

4. Kur jeni diagnostifikuar me pamjaftueshmërinë zemrës :

5. A keni pasur njohuri paraprake për këtë sëmundje (nëse po, nga kush jeni informuar)?

a) Jo

b) Po _____

6. Cilat ishin shenjat e para që i identifikuat?

7. Ku jeni diagnostifikuar, dhe ku e vazhdoni mjekimin tuaj?

8. A ju kanë informuar ekipi mjekësor se si të trajtoheni (nëse po, tregoni se si)?

a) Jo

b) Po _____

9. Sa here ne muaj kryeni vizita mjeksore?

a) Një herë në muaj

b) Dy herë në muaj

c) Më shumë _____

39

10. A po kufizoni ndonjë ushqim në dietën tuaj?

11. A merreni me aktivitete fizike?

a) Po

b) Jo

c) Ndonjeherë

12. Sa jeni te kënaqur me kujdesin infermieror?

a) Aspak

b) Pak

c) Mjaftueshëm

d) Kënaqur

e) Shumë i/e kënaqur

13. Mendimi Juaj!

(Ju lutem shënoni, nëse keni informata shtesë, që mendoni se do të na ndihmonin në procesin e hulumtimit)

Ju faleminderit!