



Republika e Kosovës
Republika Kosova - Republic of Kosovo
Qeveria - Vlada - Government

Ministria e Shëndetësisë - Ministarstvo Zdravstva - Ministry of Health

MANUALI I PARË

I PROCEDURAVE STANDARDE TË

INFERMIERISË NË KUJDESIN PARËSOR

SHËNDETËSOR

Versioni 1.0

PRISHTINË, 2022



Republika e Kosovës
Republika Kosova - Republic of Kosovo
Qeveria - Vlada - Government

Ministria e Shëndetësisë – Ministarstvo Zdravstva - Ministry of Health

MANUALI I PARË

I PROCEDURAVE STANDARDE TË
INFERMIERISË NË KUJDESIN PARËSOR
SHËNDETËSOR

VERSIONI: [1.0]

DATA E APROVIMIT: [08/12/2022]

AUTOR: [MSH]

NR. I PROCEDURAVE STANDARDE: [45]

NR. I HAPAVE: [247]

NR. I NËNHAPAVE: [1877]

PRISHTINË, 2022



REPUBLICA E KOSOVES-REPUBLIKA KOSOVA-REPUBLIC OF KOSOVA	
QEVERIA E KOSOVES-VLADA KOSOVA-GOVERNMENT OF KOSOVA	
MINISTRIA E SHendetesisë-MINISTARSTVO ZDRAVSTVA-MINISTRY OF HEALTH	
Nr. Org. Org. Unit	01
Nr. fazeve Str. stranica No. pages	-1-
Nr. Prot. Prot. No.	05-192
Data: Datum:	16.01.2023
Prishtinë / a	

Republika e Kosovës
Republika Kosova-Republic of Kosovo
Qeveria-Vlada-Government
Ministria e Shëndetësisë-Ministarstvo Zdravstva-Ministry of Health
Zyra e Ministrit/Ured Ministra/Office of the Minister

Nr. 17/I/2023
Datë: 16.01.2023

Ministri i Ministrisë së Shëndetësisë, në mbështetje të Nenit 145 (pika 2) e Kushtetutës së Republikës së Kosovës, duke marrë parasysh nenet 10 dhe 11 të Ligjit Nr. 06/L-113 për Organizimin dhe Funksonimin e Administratës Shtetërore dhe të Agjencive të Pavarura (Gazeta Zyrtare Nr. 7, 01 Mars 2019), bazuar në nenin 8 të Rregullores Nr.02/2021 për fushat e përgjegjësisë administrative të Zyrës së Kryeministrit dhe Ministrive (08.06.2020), nxjerr:

V E N D I M

- I. Aprovohet Manuali i parë i Procedurave Standarde të Infermierisë në Kujdesin Parësor Shëndetësor.
- II. Shtojce e këtij vendimi është Manuali i parë i Procedurave Standarde të Infermierisë në Kujdesin Parësor Shëndetësor.
- III. Vendimi hyn në fuqi ditën e nënshkrimit nga Ministri i Shëndetësisë.

Vendim i dërgohet:

- Sekretarit të Përgjithshëm;
- Departamenti ligjor;
- Arkivës të MSh.



MANUALI I PARË I PROCEDURAVE STANDARDE TË INFERMIERISË NË KUJDESIN PARËSOR SHËNDETËSOR - është përgatitur ekskluzivisht dhe është I OBLIGUESHËM PËR ZBATIM gjatë punës profesionale/praktike të infermierëve në Kujdesin Parësor Shëndetësor. Ky manual është i mbrojtur nga Ministria e Shëndetësisë në Republikën e Kosovës.

©MSH, 2022

<https://msh.rks-gov.net> | msh.info@rks-gov.net

Dizajnuar nga: N. Bardhi[©]

Manuali i parë i Procedurave Standarde të Infermierisë në Kujdesin Parësor Shëndetësor është hartuar nga autorët:

Niman Bardhi	Kryesues	Divizioni i Infermierisë – MSH
Albana Morina	Anëtare	Divizioni Kujdesit Parësor Shëndetësor – MSH
Fekrije Hasani	Anëtare	Divizioni i Infermierisë – MSH
Besa Balidemaj	Anëtare	Divizioni për Planifikim Strategjik – MSH
Zana Haraqija	Anëtare	Divizioni për Integritet Evropian – MSH
Kadrije Sherifi	Anëtare	Divizioni për Hartim dhe Harmonizim të Legjislacionit – MSH
Myrvete Sopi	Anëtare	Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare – Prishtinë
Elvana Podvorica	Anëtare	Departamenti i Infermierisë – Universiteti i Prishtinës
Hidajete Krasniqi	Anëtare	Oda e Infermierëve të Kosovës (OIK)
Agron Bytyqi	Anëtar	Shoqata e të Drejtave të Pacientëve në Kosovë (PRAK)
Elvane Kukalaj	Anëtare	Divizioni i Infermierisë – MSH

Mbështetur nga:

Projekti Kujdesi Shëndetësor i Qasshëm dhe Cilësor (AQH) që financohet nga Agjencia Zvicerane për Zhvillim dhe Bashkëpunim (SDC) dhe zbatohet nga Swiss TPH.

- - -

2022. Prishtinë, REPUBLIKA E KOSOVËS

LISTA E SHKURTESAVE

AgNO ₃	Nitrat Argjendi
AQH	Accessible Quality Healthcare (Kujdesi Shëndetësor i Qasshëm dhe Cilësor)
cm	Centimetër
CVS	Chorionic Villus Sampling (Mostra e Vileve Korionike)
DPL	Data e Parashikuar e Lindjes
EKG	Elektrokardiogram
EP	Embolia Pulmonare
EPUAP	European Pressure Ulcer Advisory Panel (Paneli Këshillues Evropian për Presionin e Ulcerës)
FR	French (Kalkulimi: 1 Fr = 0.33 mm)
g	Gram
HPL	Hemorragjia Para Lindjes
ID	Identity Card (Dokument Identiteti)
IMT	Indeksi i Masës Trupore
ITU	Infeksionet e Traktit Urinar
KED	Kendrick Extrication Device (Pajisja e Nxjerrjes Kendrick)
Kg	Kilogram
KLP	Kërcënimi për Lindje të Parakohshme
KPSH	Kujdesi Parësor Shëndetësor
LF	Lartësia e Fundusit
LSP	Lartësia e Simfizës Pubis
m ²	Metër katror
MAST	Medical Antishock Trousers (Rroba Mjekësore Kundër Goditjes)
mg	Miligram
min.	Minuta
ml	Mililitra

MLFS	Matja e Lartësisë Fundore Simfizale
MMHG	Milimetër Merkuri (Njësi Manometrike e Presionit)
MMS	Mini Mental Status (Mini Statusi Mendor)
MSH	Ministria e Shëndetësisë
Nr.	Numër
PEF	Peak Expiratory Flow (Rrjedha e Kulmit të Ekspirimit – Rrjedha Kulmore e Frymëmarrjes)
PFM	Peak Flow Meter (Matësi i Rrjedhës së Pikut)
PFNM	Periudha e Fundit Normale Menstruale
PSO	Procedurat Standarde Operative
PVC	Polivinil kloruret
SHGJ	Sheqeri në Gjak
SNQ	Sistemi Nervor Qendror
TA	Tensioni Arterial
UI	Njësi Matëse
WHO (OBSh)	World Health Organization (Organizata Botërore e Shëndetësisë)

PËRMBAJTJA

PARATHËNIE	11
HYRJE	13
Ndërlidhja me aktet	14
UDHËZIME PËR HARTIMIN E PROCEDURAVE STANDARDE OPERATIVE.....	16
Përkufizimi dhe qëllimi i PSO-së.....	16
Arsyet për përcaktimin e procedurave	16
Kur duhet të krijohen procedurat	17
Çfarë duhet të keni parasysh gjatë shkrimit të procedurave.....	17
Komponentët e PSO-ve.....	17
1. Kapitulli.....	17
2. Elementet obligatorë të përmbajtjes së procedurës	18
3. Aprovimi i procedurës.....	19
KAPITULLI I – REGJISTRIMET DHE DOKUMENTIMI.....	21
1. Procedura për identifikimin e pacientit.....	23
2. Procedura për planifikimin dhe ricaktimin e terminit për shërbime shëndetësore .	24
3. Procedura për dokumentimin infermieror.....	30
KAPITULLI II – KONTROLLI I INFEKSIONIT	35
4. Procedura për teknikat e larjes dhe dezinfektimit të duarve	37
5. Procedura për menaxhimin e sigurtë të mbetjeve të mprehta	41
6. Procedura për përgatitjen dhe sterilizimin e instrumenteve dhe materialeve sanitare.....	44
KAPITULLI III – PROCEDURAT E MATJES	51
7. Procedura për matjen e peshës dhe gjatësisë trupore dhe llogaritja e indeksit të masës trupore.....	53
8. Procedura për matjen e nivelit të glukozës nga gjaku periferik.....	56
9. Procedura për realizimin e elektrokardiogramit	59
10. Procedura për matjen e shtypjes së gjakut	64
11. Procedura për matjen e pulsit me palpacion	66
12. Procedura për matjen e temperaturës së trupit.....	67
13. Procedura për matjen antropometrike te fëmijët.....	70

KAPITULLI IV – ADMINISTRIMI I BARNAVE	77
14. Procedura për aplikimin e pesë rregullave para administrimit të barit	79
15. Procedura për nxjerrjen e barit nga flakoni dhe ampula	80
16. Procedura për vendosjen e rrugës venoze	82
17. Procedura për administrimin e barnave në rrugë intravenoze	84
18. Procedura për aplikimin e barnave përmes kanules intravenoze periferike	87
19. Procedura për aplikimin e tretësirës së infuzionit.....	91
20. Procedura për administrimin e barit nën lëkur.....	97
21. Procedura për administrimin intramuskular i barit	101
22. Procedura për administrimin e barit në sy	105
23. Procedura për administrimin e barit në vesh.....	108
24. Procedura e administrimit të barit në hundë	111
25. Procedura për administrimin e oksigjenit	114
26. Procedura për administrimin e barit përmes inhalimit.....	119
KAPITULLI V – PROCEDURAT DIAGNOSTIKE –TERAPEUTIKE	125
27. Procedura për shpëlarjen e veshit	127
28. Procedura për vendosjen e fashës fiksuese	129
29. Procedura për trajtimin dhe fashimin e plagës.....	134
30. Procedura për trajtimin e djegieve të vogla	138
31. Procedura për vlerësimin dhe trajtimin e plagës dekubitale	140
32. Procedura për imobilizim.....	143
33. Procedura për imobilizim - llojet e veçanta	148
34. Procedura për kujdesin shëndetësor të kolostomës.....	155
35. Procedura për vendosjen dhe mirëmbajtjen e kateterit urinar	158
36. Procedura për trajtimin e kordonit të kërthizës të porsalinduri	162
37. Procedura për trajtimin e zgavrës së gojës të foshnjës me stomatit	165
KAPITULLI VI – PROMOVIMI DHE PARANDALIMI.....	167
38. Procedura për punën promovionale dhe parandaluese të infermierëve	169
39. Procedura për vizitat të shtatzëna në shtëpi	176
40. Procedura për vizitat të fëmijët 0 - 3 vjeç në shtëpi.....	181
41. Procedura për vizitat të lehonave në shtëpi	190
42. Procedura për ekzaminimin e gjirit gjatë periudhës postnatale në shtëpi	195
43. Procedura për vizitat të pacientëve me sëmundje kronike në shtëpi	198
44. Procedura për vlerësimin e rrezikut dhe masat parandaluese nga ulcera dekubitale	203

45.	Procedura për vizitat te pacientët në fazën terminale (paliative) të sëmundjes në shtëpi	209
	Bibliografia	212

PARATHËNIE

Kam kënaqësinë të ju prezantoj Manualin e parë të Procedurave Standarde të Infermierisë në Kujdesin Parësor Shëndetësorë, manual ky që do të kontribuojë në përmirësimin e rezultateve, cilësisë dhe efektivitetin e shërbimeve të infermierisë në nivelin e Kujdesit Parësor Shëndetësor në Republikën e Kosovës. Ky manual është realizuar falë punës intensive të grupit të ekspertëve nga Ministria e Shëndetësisë, përfshirë punën në teren, analizimin e literaturës, diskutimeve dhe punëtorive me përfaqësim aktiv të profesionistëve shëndetësor, të mbështetur nga Projekti AQH.

Qëllimi kryesor i Manualit të parë të Procedurave Standarde të Infermierisë në Kujdesin Parësor Shëndetësorë është që këto procedura standarde të kontribuojnë në avancimin e mëtutjeshëm, përmirësimin e rezultateve, cilësisë dhe efektivitetin e shërbimeve të infermierisë, në nivelin e Kujdesit Parësor Shëndetësor në Republikën e Kosovës dhe zbatimi i tij është i padiskutueshëm.

Ashtu si profesionet e tjera, edhe infermiera përballet me sfida të vazhdueshme për sa i përket shëndetit publik, ndryshimeve demografike, nevojave të popullsisë, njohurive të reja, teknologjisë dhe inovacioneve në shëndetësi. Dihet se roli i infermierisë është shumë i rëndësishëm në sistemin e kujdesit shëndetësor, pasi përfshin të gjitha ciklet e jetës së njeriut, nga kujdesi për të porsalindurin deri te kujdesi paliativ, promovimi i shëndetit dhe parandalimi i sëmundjeve, si dhe pjesëmarrja në politikëbërjen shëndetësore dhe bashkëpunimi me shoqatat e ndryshme, odat e profesionistëve shëndetësor dhe institucionet arsimore. Zhvillimi i infermierisë përmes edukimit të vazhdueshëm dhe rritjes së numrit të infermierëve me arsim të lartë universitar në vendin tonë është i pandashëm. Prandaj është e nevojshme që të arrihet një qasje adekuate ndaj edukimit që përfshin rritjen e kompetencave duke respektuar parimet bazë të etikës infermierore.

Duke pasur parasysh rëndësinë e infermierisë në propozimin dhe hartimin e politikave shëndetësore dhe zbatimin e suksesshëm të tyre, Ministria e Shëndetësisë ka ofruar mbështetje për aktivitetet e standardizimit shumë të nevojshëm të praktikës infermierore në Kujdesin Parësor Shëndetësor në Republikën e Kosovës.

Do të dëshiroja në fund të shprehë mirënjohjen time për të gjithë ata që kontribuan në hartimin e këtij manuali, duke siguruar që shërbimet e kujdesit infermior të jenë të cilësisë së standardizuar që të ofrohen në të gjitha institucionet e Kujdesit Parësor Shëndetësor në Republikën e Kosovës, duke qartësuar rolet dhe përgjegjësitë e infermierëve në përmirësimin e sigurisë, cilësisë dhe efikasitetit të kujdesit infermior në mënyrë të vazhdueshme dhe në fund të sigurojë kënaqësinë e klientit në ofrimin e shërbimit shëndetësor.

Uroj shumë suksese dhe siguroj përkrahjen time të plotë në zbatimin e këtij manuali.

Ministër i Shëndetësisë
Dr. Arben Vitia



HYRJE

Si çdo nivel i kujdesit shëndetësor në Kosovë që ka grupin e vet multiprofesional dhe udhëzimet e detajuara që mund të sigurojnë cilësinë e funksionimit, po ashtu edhe niveli i Kujdesit Parësor Shëndetësor nuk bën përjashtim. Rritja e vazhdueshme e numrit të sëmundjeve kronike, ndryshimet demografike dhe ndikimi i faktorëve socio-ekonomik, kanë bërë që sistemi shëndetësor në Kosovë të përballet me rritje të nevojës për shërbime shëndetësore. Nisur nga ky kontekst, dihet se infermieria është shtylla kryesore në sistemin e kujdesit shëndetësor dhe potencial i fortë për të ndikuar në rezultatet shëndetësore dhe për të rritur cilësinë e jetës së popullatës në Kosovë.

Infermierët janë operatorë që kryejnë me autonomi profesionale veprimtari të drejtpërdrejta në parandalimin, kurimin, mbrojtjen e shëndetit individual dhe kolektiv, edukimin dhe promovimin shëndetësor, duke kryer funksionet e përcaktuara nga profili profesional relativ dhe nga kodi etik, duke përdorur metodologji të planifikimit për objektivat e kujdesit infermior. Për të siguruar kujdesin më të përshtatshëm dhe cilësor për pacientët në institucionet e Kujdesit Parësor Shëndetësor, infermierët dhe secili profesionist prej departamenteve/njërive ndjekin një sërë udhëzimesh të quajtura Procedurat Standarde Operative.

Aktivitetet në fushën e standardizimit të praktikës infermiore në Republikën e Kosovës janë të një rëndësie të madhe. Standardet e infermierisë janë përcaktime të matshme të cilësisë së dakortuar dhe të pranueshme të kujdesit infermior në një vend të caktuar pune dhe përdoren për të vlerësuar praktikën aktuale infermiore. Standardet veprojnë si udhëzime ose qëllime me të cilat ne përcaktojmë nëse aktivitetet e infermierisë plotësojnë një nivel të paracaktuar të cilësisë ose jo. Standardi përcakton një nivel të harmonizuar të cilësisë dhe sasisë së punës.

Bazuar në Ligjin për Shëndetësi, Ligjin për Shëndetësi Publike, Ligjin për Mbeturina, Ligjin për Produkte dhe Pajisje Medicinale, Ligjin për Parandalimin dhe Luftimin e Sëmundjeve Ngjitëse dhe Ligjin për Parandalimin dhe Luftimin e Pandemisë Covid-19 në Territorin e Republikës së Kosovës, institucionet shëndetësore janë të obliguara që të krijojnë, zhvillojnë dhe mbajnë një sistem të sigurisë dhe cilësisë së shërbimeve shëndetësore, i cili ndër të tjera nënkupton përgatitjen dhe zbatimin e procedurave për shërbimet që ofron.

Bazuar në Planin Strategjik dhe Operacional të Qeverisë 2022 - 2025, qëllimi strategjik 3 dhe nën qëllimi strategjik 3.1, Sekretari i Përgjithshëm në MSh, emëron grupin punues për hartimin e Procedurës Standarde të Operimit të Infermierisë në Kujdesin Parësor Shëndetësor, me nr. vendimi 180/V/2022, datë 11.05.2022 dhe me nr. protokoli 05-2213, datë 12.05.2022. Grupi punues ka hartuar 45 Procedura Standarde të ndarë në 6 kapituj, përfshirë 7 algoritme dhe 18 shtojca për infermierinë e Kujdesit Parësor Shëndetësor.

Manuali i parë i Procedurave Standarde të Infermierisë në Kujdesin Parësor Shëndetësorë është hartuar bazuar në eksperiencën e institucioneve të kujdesit parësor shëndetësor në nivelin ndërkombëtar dhe atyre rajonale. Ky manual është bazuar dhe hartuar nga “Procedurat Standarde Operative: Infermieria në Kujdesin Parësor Shëndetësor, Pjesa I” në Sarajevë. Procedurat janë zhvilluar duke përdorur literaturë të ndryshme profesionale, njohuri, përvojë dhe praktikë të mirë.

Qëllimi kryesor i Manualit të parë i Procedurave Standarde të Infermierisë në Kujdesin Parësor Shëndetësorë është që këto procedura standarde të hartuara nga ekspertët e Ministrisë së Shëndetësisë dhe mbështetur nga Projekti AQH, të kontribuojnë në përmirësimin e rezultateve, cilësisë dhe efektivitetin e shërbimeve të infermierisë në nivelin e Kujdesit Parësor Shëndetësor në Republikën e Kosovës.

Procedurat standarde të jenë të disponueshme për të gjithë infermierët që punojnë në institucionet e Kujdesit Parësor Shëndetësor në Republikën e Kosovës, duke ndihmuar në zhvillimin dhe forcimin e infermierisë, të arritshme, në gjendje, unike dhe të standardizuara për të gjithë infermierët që punojnë në KPSh, mënyrë kjo për të ofruar shërbime të kujdesit infermior me qëllimin përfundimtar të përmirësimit të sigurisë, cilësisë dhe efikasitetit të kujdesit për pacientët.

Gjithashtu, manuali përveç zbatimit në praktikën e përditshme të punonjësit shëndetësor, duhet të përfshihet si literaturë e dobishme në procesin e mësimdhënies në shkollat e mesme të mjekësisë dhe fakultetet e studimeve shëndetësore në Republikën e Kosovës.

Manuali i parë i Procedurave Standarde të Infermierisë në Kujdesin Parësor Shëndetësorë është përgatitur ekskluzivisht dhe është I OBLIGUESHËM PËR ZBATIM gjatë punës profesionale/praktike të infermierëve në Kujdesin Parësor Shëndetësor.

Duhet të theksohet se përdorimi i shprehjes ‘INFERMIER’ si një gjini gramatikore e vetme në shkrimin e procedurave në këtë manual, nënkupton përdorim të barabartë për të dy gjinitë.

Ndërlidhja me aktet

Në këtë manual janë të shënuara në formë taksative aktet nënligjore në fuqi me të cilat ndërlidhen Procedurat Standarde të hartuara. Kjo i kontribuon informimit të përdoruesve të Procedurave Standarde me aktet nënligjore si dhe materialin e nevojshëm referent në rast të shfaqjes së problemeve eventuale gjatë zbatimit në praktikës të Procedurave Standarde.

Aktet nënligjore të paraqitura në këtë manual, janë:

- Ligji Nr. 02/L-78 Ligji për Shëndetësi Publike / 08.02.2008 / Prishtinë.
- Ligji Nr. 04/L-060 për mbeturina (shtojcë) – Gazeta zyrtare e Republikës së Kosovës / Nr.17 / 29.06.2012, Prishtinë.
- Ligji Nr. 04/L-125 për Shëndetësi. Gazeta zyrtare e Republikës së Kosovës / Nr.13 / 07.05.2013, Prishtinë.
- Ligji Nr. 04/L-190 Për produkte dhe pajisje medicinale. Gazeta zyrtare e Republikës së Kosovës / Nr.27 / 25.04.2014, Prishtinë.
- Ligji Nr. 08/L-071 Për ndryshimin dhe plotësimin e ligjit Nr.04/L-060 për mbeturina - Gazeta zyrtare e Republikës së Kosovës / Nr. 29 / 1 Shtator 2022, Prishtinë.
- Ligjin Nr. 02/L-109 për parandalimin dhe luftimin e sëmundjeve ngjithëse. Gazeta zyrtare e Republikës së Kosovës / Prishtinë: Viti III / Nr. 40 / 15 Tetor 2008.
- Ligjin Nr. 07/L-006 për parandalimin dhe luftimin e pandemisë Covid-19 në territorin e Republikës së Kosovës. Gazeta zyrtare e Republikës së Kosovës / Nr. 3 / 25 Gusht 2020.

- Udhëzimi Administrativ (MSh) Nr.03/2019 për Udhërrëfyes dhe Protokolle Klinike.
- Udhëzimi Administrativ (në shëndetësi) Nr.01/2010 Recetat në sistemin shëndetësor në Republikën e Kosovës.
- Udhëzimi Administrativ (në shëndetësi) Nr.02/2010 Dokumentet shëndetësore.
- Udhëzimi Administrativ (shëndetësi) Nr.04/2020 Kujdesi Parësor Shëndetësor.
- Udhëzimi Administrativ Nr.11/2015 Qarkulluesit me pakicë për produkte dhe pajisje medicinale.
- Udhëzimi Administrativ Nr.11/2013 – Sistemi i informatave shëndetësore dhe raportimi i të dhënave statistikore shëndetësore.
- Udhëzimi Administrativ MMPH - Nr. 10/2015 për trajtimin e mbeturinave nga produktet medicinale.
- Udhëzimi Administrativ Nr. 13/2013 për katalogun shtetëror të mbeturinave.
- Udhëzimi Administrativ Nr. 05/2011 për parandalimin dhe kontrollin e infeksioneve spitalore.

UDHËZIME PËR HARTIMIN E PROCEDURAVE STANDARDE OPERATIVE

Në hartimin e Procedurave Standarde Operative (PSO) duhet të përfshihen: punonjësit e shërbimit të cilëve u referohen këto procedura, punonjësit e shërbimit juridik që harmonizojnë procedurat me rregulloret ligjore në fuqi, dhe personeli i caktuar për të vendosur, mirëmbajtur dhe përmirësuar cilësinë dhe sigurinë e shërbimeve shëndetësore në institucion (koordinator, shërbim, sektori, departamenti).

Përkufizimi dhe qëllimi i PSO-së

- Procedura nënkupton një sërë aktivitete, hapash dhe procese që duhet të ndërmerren sipas renditjeve të përcaktuara për të arritur një qëllim specifik;
- Qëllimi i procedurave operative është të sigurohet që të gjithë punonjësit të kryejnë të njëjtat procedura në të njëjtën mënyrë;
- Procedura Standarde Operative është një grup i udhëzimeve me shkrim që duhet të ndiqet për të realizuar punën sigurt, pa efekte të dëmshme në shëndetin e pacientit, shëndetin e stafit ose mjedisin;
- Procedurat për një kujdes shëndetësor të mirë, të sigurt, të vazhdueshëm, cilësor dhe transparent, janë të nevojshme për të ndihmuar në reduktimin e mundësisë së gabimeve gjatë procesit të punës.

Arsyet për përcaktimin e procedurave

- Procedurat sigurojnë që ofruesit e shërbimeve të kanë të gjitha informatat e nevojshme lidhur me sigurinë e shëndetit të pacientëve, mjedisit si dhe përgatitjet e duhura të nevojshme për të kompletuar punën në mënyrë adekuate;
- Procedurat sigurojnë që hapat në ofrimin e shërbimeve të kryhen në mënyrë të vazhdueshme, në mënyrë që të sigurohet kontrolli i cilësisë së shërbimeve;
- Procedurat sigurojnë që procesi të funksionojë pa ndërprerje dhe të përfundojë brenda kohës së caktuar;
- Procedurat sigurojnë që të mos ndodhin gabime;
- Procedurat sigurojnë zbatimin e rregulloreve dhe praktikave të mira;
- Procedurat shërbejnë si një dokument trajnimi në fushat për të cilat janë shkruar dhe ndihmojnë në trajnimin dhe edukimin e punëtorëve të rinj;
- Procedurat shërbejnë si lista kontrolluese për mbikëqyrje dhe kontroll të performancës në punë;
- Procedurat shërbejnë si dëshmi se si kanë ndodhur proceset e caktuara, cilat pajisje dhe materiale janë përdorur, etj.
- Procedurat sqarojnë hapat në proces dhe mund të merren parasysh në rast të rezultateve negative për të arsyetuar veprimet e ndërmarra nga profesionistët e kujdesit shëndetësor.

Kur duhet të krijohen procedurat

Procedurat duhet të krijohen:

- Për secilin proces ekzistues;
- Kur paraqitet një proces i ri;
- Kur procesi ekzistues ndryshon;
- Kur paraqiten pajisje të reja – teknologji;
- Kur ka indikator se aplikimi i njohurive të reja do të sjellë përfitime nëpërmjet përmirësimit të praktikave të punës;
- Kur ndryshojnë standardet dhe rregulloret ligjore që krijojnë procedurat;
- Testimi i incidenteve mund të tregojë gjithashtu nevojën për të ndryshuar ose shkruar procedurat.

Çfarë duhet të keni parasysh gjatë shkrimit të procedurave

Procedura duhet të jetë e shkurtër, e qartë dhe e kuptueshme dhe jo më shumë se 6 hapa. Nëse procedura ka më shumë se 6 hapa, duhet të merren parasysh opsionet e mëposhtme:

- Ndani atë në disa nën hapa logjik;
- Shkruaj një formë të shkurtuar si shtojcë të procedurës, e cila do të përmbajë vetëm hapa pa sqarime të hollësishme (algoritëm);
- Nëse procesi i punës kërkon një strukturë më të gjerë, është e mundur të krijoni një dokument në formën e një manuali ose udhëzuesi.

Komponentët e PSO-ve

1. Kapitulli

Çdo procedurë standarde operative duhet të ketë kapitullin, më së shpeshti në formën tabelore, e cila përmban:

1.1 Emri i institucionit shëndetësor

Sigurohuni që të shkruani emrin e plotë të institucionit shëndetësor ku po zbatohet procedura.

1.2 Emri i procedurës

Emri i procedurës duhet të përputhet me përmbajtjen. Mos përdorni shkurtesa në emrin e procedurës.

1.3 Lloji i procedurës

- Procedura sipas standardeve të akreditimit (specifikoni standardin dhe kriterin);
- Procedura sipas standardeve të certifikimit (specifikoni standardin dhe kriterin);

- Procedurat e procesit të punës, procedurat operative, ose procedurat e punës (procedurat që përshkruajnë proceset).

1.4 Numri unik i procedurës

Numri i procedurave të regjistruara në institucionet qendrore përbëhet nga 3 numra:

- 1) numri i parë është numri i evidencës;
- 2) numri i dytë i referohet vitit kur procedura është adaptuar apo revokuar;
- 3) numri i tretë është numri i versionit të procedurës.

Është e mundur që të shtohet edhe numri i katërt i cili i referohet njësisë organizative.

1.5 Numri i faqeve të procedurës

- Specifikoni numrin e faqeve.

1.6 Vlefshmëria e procedurës

- Maksimum 3 vjet nga adaptimi ose rishikimi.

2. Elementet obligatorë të përmbajtjes së procedurës

2.1 Deklarata e përgjithshme

Përcakton qëllimin / objektivin dhe arsyen e aplikimit të procedurës.

2.2 Fusha e zbatimit

Procedurat e miratuara janë TË OBLIGUESHME PËR ZBATIM gjatë punës profesionale / praktike të infermierëve në departamentet - njësitë organizative në KPSH.

2.3 Shpërndarja dhe mbikëqyrja

Sigurohuni që i gjithë personeli është familjarizuar me procedurën. Procedura duhet të shpërndahet tek të gjithë menaxherët e nivelit të lartë, të cilët do të shpërndajnë atë tek menaxherët e nivelit më të ulët. Menaxherët e njësive organizative të nivelit më të ulët janë përgjegjës të shpërndajnë procedurën tek personeli operacional që aplikon procedurën. Në këtë seksion është e rëndësishme të theksohet se për kënd duhet të jetë në dispozicion procedura, dhe kush e kryen mbikëqyrjen e rregullt periodike të zbatimit të saj. Gjithashtu mbikëqyrja kryhet sipas niveleve të përgjegjësisë.

2.4 Procedura / rrjedha e veprimit / procesi / hapat

Duhet të përmbajë përshkrimin e procesit, duke u mbështetur në një seri hapash të ndërlidhur të përbashkët, metodës së zbatimit të duhur dhe të sigurt, regjistrimet e procedurave të kryera, nëse kërkon procedura, etj. Procedura përmban përshkrimin e hapave të procesit të punës që është objekt i procedurës (lloji i veprimtarisë, personat përgjegjës për kryerjen e veprimtarisë, koha dhe mënyra e kryerjes së veprimtarisë).

2.5 Rishikimi i procedurës

Shqyrtimi i rregullt i procedurave kryhet çdo tri vite, i cili zakonisht regjistrohet në fund të procedurës. Kontroll i jashtëzakonshëm mund të bëhet më herët në rastin e ndryshimeve të akteve juridike, rregulloreve sipas të cilave është shkruar procedura, nëse futen pajisje të reja ose metodat e punës, etj. Në rastin e një procedure të rishikuar, tregoni muajin dhe vitin e rishikimit të procedurës.

3. Aprovimi i procedurës

Në vazhdim është shënuar fillimi dhe mbarimi i procedurës:

- Emrat dhe nënshkrimet e personave që kanë marrë pjesë në hartimin ose rishikimin e PSO;
- Emri dhe nënshkrimi i personit që aprovon PSO;
- Data e aprovimit;
- Vula e institucionit.

Procedurat e miratuara janë TË OBLIGUESHME PËR ZBATIM gjatë punës profesionale / praktike të infermierëve në departamentet - njësitë organizative në KPSH sipas veprimeve të caktuara dhe mosrespektimi paraqet shkelje të detyrave dhe përgjegjësiwe profesionale në punë.

Tabela nr. 1 - Manuali i parë i Procedurave Standarde të Infermierisë në Kujdesin Parësor Shëndetësor
(i ndarë në kapituj, PSO, hapa dhe nën hapa)

Nr. i Kapitullit	Nr. i PSO-së	Nr. i hapave	Nr. i nën hapave
KAPITULLI I	1	2	6
	2	3	36
	3	6	40
Total Kapitulli I	3	11	82
KAPITULLI II	4	4	27
	5	3	19
	6	6	42
Total Kapitulli II	3	13	88
KAPITULLI III	7	6	28
	8	5	25
	9	6	28
	10	4	22
	11	4	12
	12	5	34
	13	6	37
Total Kapitulli III	7	36	186
KAPITULLI IV	14	5	13
	15	4	37
	16	5	33
	17	6	49
	18	6	48
	19	8	83
	20	5	46
	21	5	44
	22	6	51
	23	5	37
	24	6	47
	25	6	67
	26	6	63
Total Kapitulli IV	13	73	618
KAPITULLI V	27	5	38
	28	5	36
	29	6	44
	30	5	28
	31	5	40
	32	6	53
	33	11	82
	34	6	52
	35	6	61
	36	6	45
	37	6	33
Total Kapitulli V	11	67	512
KAPITULLI VI	38	6	42
	39	4	32
	40	7	87
	41	6	60
	42	6	32
	43	6	59
	44	6	36
	45	6	43
Total Kapitulli VI	8	47	391
Σ - PSO	45	247	1877

KAPITULLI I – REGJISTRIMET DHE DOKUMENTIMI

1

PROCEDURA PËR IDENTIFIKIMIN E PACIENTIT

2

PROCEDURA PËR PLANIFIKIMIN DHE RIKAKTIMIN E TERMINIT PËR SHËRBIME SHËNDETËSORE

3

PROCEDURA PËR DOKUMENTIMIN INFERMIEROR

1. PROCEDURA PËR IDENTIFIKIMIN E PACIENTIT

Qëllimi: aplikimi i kësaj procedure do të sigurojë identifikimin e duhur të pacientit për të parandaluar zëvendësimin e identitetit, abuzimin me shërbimet e sistemit shëndetësor dhe pasojat e mundshme që mund të sjellin.		
PROCEDURA		
Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Identifikimi	1. Identifikimi i saktë i pacientit është i nevojshëm dhe nuk duhet të kryhet asnjë procedurë mjekësore mbi pacientin e gabuar. 2. Identifikimi i pacientit bëhet me emrin, mbiemrin dhe numrin personal identifikues. 3. Dokumenti që përmban fotografinë (letërnjoftim, patentë shoferi, pasaportë) krahasohet me imazhin e pacientit dhe më pas me informacionin në kartelën/librezën shëndetësore. 4. Në mungesë të dokumentit identifikues për të miturit, paraqitet certifikata/ekstrakti i lindjes nga shoqëruesi (prind, mësues, kujdestar ligjor) me një dokument identiteti që përmban fotografi (letërnjoftim, pasaportë dhe/ose patentë shoferin).
[II]	Përgjegjësia	1. Përgjegjësia kryesore për identifikimin e saktë të pacientit është tek infermieri që punon në recepcion/në pranim, por gjithashtu është edhe përgjegjësi e infermierit gjatë procesit të administrimit të barnave, procedurave të trajtimit dhe procedurave diagnostikuese. 2. Në rast të identitetit të rrejshëm, ekipi që punon menjëherë merr informatën dhe raporton tek zyra ligjore e institucionit.

2. PROCEDURA PËR PLANIFIKIMIN DHE RICAKTIMIN E TERMINIT PËR SHËRBIME SHËNDETËSORE

Qëllimi: i procedurës është të përcaktojë parimet themelore të caktimit të terminëve për shërbimet shëndetësore dhe mënyrën e regjistrimit të pacientëve.		
PROCEDURA		
Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Caktimi i terminit	1. Caktimi i terminit për shërbim shëndetësor është dita dhe ora e paracaktuar e mbërritjes së pacientit me kohëzgjatjen e parashikuar për shërbimin shëndetësor. 2. Pacienti, anëtari i familjes ose kujdestari ligjor i pacientit mund të caktojë terminin për shërbimin shëndetësor, me telefon ose me postë elektronike (email). 3. Informacioni për caktim të terminit duhet të shfaqet në tabelën për shpallje (informacione për pacientët për të drejtat dhe detyrat) dhe t'i komunikohet gojarisht pacientit me rastin e ardhjes së parë në institucion.
[II]	Parimet themelore për caktimin e terminëve	1. Caktimi i terminit të përshtatet sipas nevojave të pacientëve dhe sipas mundësive të ekipesh. 2. Gjatë caktimit të terminit, infermieri përmes komunikimit me pacientin ose anëtarin e familjes, merr informacione për llojin e shërbimit që i duhet pacientit. 3. Gjatë ditës duhet të lihen 2 - 3 terminë të lira, për raste emergjente. 4. Në rast të shërbimit të zgjatur dhe përdorimit të terminit të një pacientit tjetër, stafi i ekipit duhet menjëherë të informojë pacientët në dhomën e pritjes për një ndryshim të papritur të terminit të caktuar. 5. Edukimi i pacientëve për parimet e caktimit, ndryshimit dhe anulimit të terminëve. 6. Në rast të ndryshimit të terminit nga ekipi, infermieri informon pacientin në kohën e duhur. 7. Në rast të ndonjë korrigjimi në formularin e caktimit të terminëve, përdorimi i një korrektori nuk lejohet, por korrigjoni më sipër me një vijë dhe regjistroni arsyen.

[III]	Regjistrimet e terminëve të planifikuara (Shtojca 1 dhe shtojca 2)	1. Evidentohet informacioni i nevojshëm i pacientit për caktimin e terminit. 2. Departamenti / Njësia, që do të realizohet vizita. 3. Emri i mjekut tek i cili është caktuar pacienti për vizitë. 4. Emri dhe mbiemri i infermierit që ka caktuar terminin. 5. Data dhe dita kur formulari plotësohet nga infermieri. 6. Kohën (orën dhe minutën) kur pacientit i është caktuar termini. 7. Emri dhe mbiemri i pacientit që i është caktuar termini. 8. Data e caktimit të terminit të pacientit. 9. Numri i telefonit kontaktues të pacientit që i është caktuar termini. 10. Arsyeja e vizitës (vizitë e parë apo vizitë kontrolluese). 11. Nëse pacientit i është caktuar termini nga një anëtar i familjes apo kujdestari ligjor (të dhënat e pacientit plotësohen të gjitha siç janë të përcaktuara në hapin III, nën hapi 5-9 të kësaj procedure), tek rubrika vërejtje shënohet emri dhe mbiemri i atij/asaj që ka kërkuar të caktoj terminin si dhe numri i telefonit kontaktues. 12. Nënshkrimi i infermierit që ka caktuar terminin. 13. Numri i pacientëve të planifikuar. 14. Numri i pacientëve të ekzaminuar. 15. Numri i pacientëve që nuk u paraqitën për takimin e planifikuar. 16. Numri i pacientëve që kanë anuluar terminin.
-------	---	--

Shtojca 1 - Formulari i caktimit të terminit paradite

Departamenti / Njësia:

Planifikimi i vizitës / konsultës, me:

Emri dhe mbiemri i infermierit që ka caktuar terminin:

Data:

Dita:

Ora	Emri dhe mbiemri i pacientit	Data e caktimit të orarit	Numri i telefonit	Arsyeja e vizitës		Vërejtje	Nënshkrimi i infermierit
				Vizitë e parë	Vizitë kontrolluese		
07:30							
07:45							
08:00							
08:15							
08:30							
08:45							
09:00							
09:15							
09:30							
09:45							
10:00							
10:15							
10:30							
10:45							

11:00							
11:15							
11:30							
11:45							
12:00							
12:15							
12:30							
12:45							
13:00							
13:15							

Nr. i pacientëve të
planifikuar

Nr. i pacientëve
të ekzaminuar

Nr. i pacientëve që
nuk u paraqitën për
takimin e planifikuar

Nr. i pacientëve që
kanë anuluar
terminin

Shtojca 2 - Formulari i caktimit të terminit pasdite

Departamenti / Njësia:

Planifikimi i vizitës / konsultës, me:

Emri dhe mbiemri i infermierit që ka caktuar terminin:

Data:

Dita:

Ora	Emri dhe mbiemri i pacientit	Data e caktimit të orarit	Numri i telefonit	Arsyeja e vizitës		Vërejtje	Nënshkrimi i infermierit
				Vizitë e parë	Vizitë kontrolluese		
13:30							
13:45							
14:00							
14:15							
14:30							
14:45							
15:00							
15:15							
15:30							
15:45							
16:00							
16:15							
16:30							

16:45							
17:00							
17:15							
17:30							
17:45							
18:00							
18:15							
18:30							
18:45							
19:00							
19:15							
19:30							

Nr. i pacientëve të
planifikuar

Nr. i
pacientëve të
ekzaminuar

Nr. i pacientëve që
nuk u paraqitën për
takimin e planifikuar

Nr. i pacientëve që
kanë anuluar terminin

3. PROCEDURA PËR DOKUMENTIMIN INFERMIEROR

Qëllimi: i procedurës është përcaktimi se si të dokumentohet përmbajtja cilësore e procedurave të infermierisë, duke përdorur elementë të procesit të kujdesit infermieror.

Dokumentimi i procedurave të infermierisë është pjesë integrale e praktikës së sigurt dhe të efektshme të infermierisë dhe paraqet përmbledhjen e të dhënave që shërben për të vlerësuar, planifikuar, zbatuar, rivlerësuar, kontrolluar dhe monitoruar kujdesin shëndetësor të planifikuar dhe të zbatuar.

Dokumentacioni mbahet nga infermieri/ja, duke regjistruar informatat në lidhje me njohuritë e tyre, procedurat dhe shërbimet shëndetësore të ofruara për përdoruesit e kujdesit shëndetësor.

PROCEDURA		
Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[1]	Dokumentimi (Shtojca 3)	1. Infermieri/ja mban dokumentacionin për pacientët që kanë nevojë për kujdes shëndetësor për të adresuar problemet e tyre aktuale ose të mundshme shëndetësore, bazuar në nevojat e pacientit ose vlerësimin personal. 2. Dokumentacioni mirëmbahet individualisht për secilin pacient dhe është pjesë përbërëse e kartelës shëndetësore të pacientit ose kartelës të kujdesit shëndetësor. 3. Forma dhe përmbajtja e dokumentacionit me elementët themelorë (emri i institucionit, departamenti, njësia, shërbimi) dhe procesit të kujdesit të infermierisë (vlerësimi, diagnoza e infermierisë, planifikimi, zbatimi dhe rivlerësimi) është fleksibël dhe mund të përshtatet me specifikat e fushave të veçanta të kujdesit shëndetësor. 4. Të dhënat e mbledhura nga infermieri/ja mund të mbahen në letër ose formë elektronike. 5. Lejohet citimi i klientit/pacientit. 6. Saktësia, plotësia dhe regjistrimi në kohë i të dhënave në dokumentacion janë përgjegjësi e infermierit, i cili regjistron të dhënat dhe i konfirmon ato me nënshkrimin e tij/saj. 7. Çdo ndryshim dhe plotësim i informacionit duhet të verifikohet me nënshkrim dhe datë. 8. Përdorimi i korrektorit nuk lejohet. 9. Shkruhet me laps kimik, në mënyrë të rregullt, të lexueshëm, të qartë, koncize, pa dykuptimësi.

		10. Të shmangen shkurtime të përveç atyre të pranuar në përgjithësi. 11. Të respektohet konfidencialiteti i informacionit. 12. Të dhënat e regjistruara duhet të pasqyrojnë gjendjen e klientit/pacientit dhe nevojat për kujdes shëndetësor. 13. Të dhënat e regjistruara duhet të pasqyrojnë një sekuencë kronologjike që përbën një tërësi logjike. 14. Të dhënat e regjistruara duhet të tregojnë gjithnjë se çfarë, si dhe kur është bërë. 15. Nuk lejohet të regjistrohen dhe nënshkruhen ndërhyrjet e kryera nga dikush tjetër. 16. Nuk lejohet të shkatërroni, "humbni" dokumentacionin. 17. Nuk lejohet të shkruani të dhëna jo të plota dhe jo të verifikuara. 18. Nuk lejohet të shkruani komente të papërshtatshme (tallje negative, fjalë të thjeshta, etj.).
[II]	Vlerësimi	1. Vlerësimi përfshin: mbledhjen sistematike, të vazhdueshme të dhënave të pacientit, analizimin dhe identifikimin e problemit ose nevojës së pacientit për kujdes shëndetësor. 2. Metodatat e mbledhjes së të dhënave janë: observimi (vëzhgimi), intervista, matjet (pesha e trupit, lartësia e IMT, shkalla e dhimbjes, temperatura, pulsi, presioni i gjakut, PEF, etj.), analiza e të dhënave të dokumentacionit ekzistues mjekësor. 3. Burimet e të dhënave janë: pacienti, shoqëruesi, të dhënat nga kartela shëndetësore, gjetjet mjekësore dhe vëzhgimi i drejtpërdrejtë nga infermieri. 4. Mjetet e vlerësimit janë: shkallët dhe formularët e vlerësimit (Formular i Vlerësimit të Lëvizshmërisë, Shkalla e Dhimbjes, Shkalla e Vlerësimit të Rrezikut të Dekubitit, Formular i Vlerësimit të Statusit Mendor, Statusi Mini Mendor – MMS, Shkalla e Vlerësimit të Flebitit, Formular i Vlerësimit të Rrezikut nga Rënia, Tabela e Vlerësimit të Rrezikut Kardiovaskular, etj.).
[III]	Diagnoza e infermierisë	1. Diagnoza e infermierisë është rezultati përfundimtar, konkluzion i marrë duke vlerësuar ose identifikuar një problem. 2. Diagnoza e infermierisë është përshkruese dhe shkruhet në gjuhët zyrtare të Republikës së Kosovës.

		3. Teksti i diagnozës përbëhet nga problemet, simptomat dhe shkaqet (p.sh. pagjumësia për shkak të urinimit të shpeshtë gjatë natës, pamundësia për të administruar insulinë në mënyrë të pavarur për shkak të dëmtimit të shikimit, mbipesha për shkak të aktivitetit të pamjaftueshëm fizik, etj.).
[IV]	Planifikimi	1. Planifikimi përmban qëllimet (rezultatet e dëshiruara të kujdesit infermieror) dhe ndërhyrjet infermierore (që kërkohen për të arritur qëllimin). 2. Qëllimet përcaktohen bazuar në pritjet e pacientit (më së miri është të shkruhen fjalët e pacientit), burimet njerëzore të disponueshme, ekspertizën dhe përvojën e infermierit. 3. Qëllimet duhet të jenë realiste, të qarta, specifike dhe zakonisht përfshijnë periudhën kohore brenda të cilës ato duhet të arrihen dhe vlerësohen (p.sh. "Të arrijë peshën e trupit prej 70 kg për 1 muaj" ose "Ndalohet pirja e duhanit deri më 1 qershor"). 4. Plani duhet të ketë të regjistruara ndërhyrjet e planifikuara për të cilat vlerësohet se ndihmojnë në arritjen e qëllimeve. 5. Planet mund të jenë afatshkurtra dhe afatgjata, me afate të përcaktuara sipas prioriteteve (performanca më e lartë arrihet me më shumë qëllime afatshkurtra). 6. Pacientët ose anëtarët e familjes duhet të përfshihen në zhvillimin e planit. 7. Plani për pacientin duhet të nënshkruhet nga infermieri/ja që ka krijuar planin dhe pacienti i cili me nënshkrimin e tij/saj, konfirmon miratimin e planit.
[V]	Zbatimi	1. Zbatimi paraqet aktivitetet që kryen infermieri/ja, të cilat kanë të bëjnë me zbatimin e procedurave të planifikuara diagnostikuese dhe terapeutike, edukimin, këshillimin, demonstrimin dhe monitorimin e pacientit. 2. Nëse po zbatohet këshillimi ose edukimi, sigurohuni të përfshini, përveç llojit, një përmbajtje më të shkurtër që përshkruan më hollësisht këshillat ose përmbajtjen e edukimit. 3. Të regjistrohet nëse pacientit i është siguruar materiali i shkruar informativ ose materiali promovues – parandalues. 4. Të vendoset data dhe nënshkrimi i infermierit që ka kryer intervenimin dhe procedurën.

[VI]	Rivlerësimi	1. Rivlerësimi është vlerësim i përmbushjes së qëllimeve të përcaktuara. 2. Në rast se nuk përmbushet qëllimi, vlerësimi është negativ, duhet të bëhet një vlerësim shtesë dhe të hartohet një plan i ri. 3. Në vlerësimin, shkruani çdo devijim nga plani i dakortuar, duke shprehur arsyet e devijimit. 4. Në qoftë se nuk ekziston një formë e standardizuar me elementët thelbësorë të procesit të kujdesit infermieror, shënimet në dokumentacion mund të kenë një format specifik regjistrimi në formën e akronimeve ‘SOAPIER’: S - Subjektive (simptomat subjektive - çfarë thotë pacienti) O - Objektive (shenjat objektive - matje, gjetje diagnostike) A - Analiza (e të dhënave të marra dhe vlerësimi i pacientit) P - Plani (i kursit të veprimit) I - Intervenimet (ndërhyrjet) E - Evaluimi (vlerësimi) R - Rishikimi (ndryshim ose plotësim i planit)
------	-------------	---

Shtojca 3 - Dokumentimi infermieror (Procesi i Kujdesit Infermieror)

Emri dhe Mbiemri i pacientit: _____ Nr. protokollit: _____

Nr. kartelës shënd.: _____ Diagnoza mjekësore: _____

Gjendja civile: _____ Profesioni: _____ I punësuar: PO JO Telefoni: _____

VLERËSIMI	Stili i jetës	Dietë	Aktivitetet fizike	Zakone të këqija	Vlerësimi fizik	pesha e trupit	Faktorët e rrezikut	duhani	
		e shumëllojshme	të mirë					lartësia e trupit	alkooli
		e pa balancuar	të moderuar					madhësia belit	obeziteti
		e moderuar	të dobët					TA	menopauza
		oreks të shtuar	i palëvizshëm					PEF	
		oreks të ulët						niveli sheqerit në gjak	
Vlerësim shtesë:									
Diagnoza infermierore									
Qëllimi	1.				3.				
	2.				4.				
PLANI	Aktivitetet e planifikuara				Data	Nënshkrimi i infermierit			
ZBATIMI	Aktivitetet e kryera				Data	Nënshkrimi i infermierit			
Devijimet nga plani									
EVALUIMI	Edukimi		Interesimi për të mësuar		Barrierat për të mësuar		QËLLIMI - u arrit		
	I kuptueshëm		Parashtron pyetjet e duhura		Nuk ka barriera		PO JO		
	I Mirë		Dëgjon në mënyrë aktive		Analfabetizmi				
	I kufizuar		Nuk e respekton edukatorin		Vizuale, dëgjimore				
	I dobët		I pa interesuar		Gjykimi i shëndoshë				
	Tjetër (specifiko):		I hutuar		Motivimi				
Komentet/vërejtjet:									

KAPITULLI II – KONTROLI I INFEKSIONIT

4

PROCEDURA PËR TEKNIKAT E LARJES DHE DEZINFEKTIMIT TË DUARVE

5

PROCEDURA PËR MENAXHIMIN E SIGURTË TË MBETJEVE TË MPREHTA

6

PROCEDURA PËR PËRGATITJEN DHE STERILIZIMIN E INSTRUMENTEVE DHE MATERIALEVE SANITARE

4. PROCEDURA PËR TEKNIKAT E LARJES DHE DEZINFEKTIMIT TË DUARVE

Qëllimi: i procedurës është të përcaktojë teknikën për larjen e duhur të duarve dhe dezinfektimin, me qëllim të parandalimit të shfaqjes dhe përhapjes së infeksioneve.

Larja e duarve është masa individuale më e rëndësishme në parandalimin e infeksioneve. Termi larje e duarve përcakton veprime të shumta për të hequr papastërtitë dhe për të zvogëluar kolonizimin kalimtar të florës bakteriale duke përdorur ujë të rrjedhshëm dhe sapun të lëngshëm. Institucioni siguron vendin për larjen e duarve për pacientët dhe stafin. Në vendet për larjen e duarve duhet të vendosen udhëzimet me procedurën për larjen e duhur të duarve.

PROCEDURA		
Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Përgatitja para larjes së duarve	1. Ekspozo para llërën, largo veshjet nga para llëra. 2. Largo stolitë nga duart: orën, byzylykët, rrathët, bizhuteritë, unazat, apo gjësende tjetër. 3. Thonjtë duhen të jenë të pastër dhe të shkurtë; të mos ketë thonj artificial dhe produkteve të thonjve si llak, xhel, etj. 4. Mbulo dëmtimet (abrazionet) eventuale lëkurore me fasha hidrofobie.
[II]	Larja higjienike e duarve	1. Larja e duarve është e domosdoshme para dhe pas çdo kontakti të drejtpërdrejtë me pacientin dhe kryhet me ujë të rrjedhshëm dhe sapun të lëngshëm për të hequr papastërtinë dhe florën kalimtare, si dhe pas çdo kontakti të drejtpërdrejtë me lëkurën e pacientit, lëngjet e trupit ose sekrecionet, papastërtisë në rroba dhe pajisjet, pasi të keni hequr dorezat dhe pas përdorimit të tualetit.
[III]	Udhëzime për larjen e duarve (Shtojca 4)	1. Kohëzgjatja e tërë procedurës së larjes higjienike të duarve zgjat 40-60 sekonda. 2. Lani duart duke përdorur ujë të rrjedhshëm (rubinetet e ujit duhet të hapen dhe mbyllen lehtësisht). 3. Aplikoni sasi të mjaftueshme të sapunit të lëngshëm për të mbuluar tërë sipërfaqen e duarve (shmangni spërkatjen e rrobave dhe dyshemesë). 4. Fërkoni duart pëllëmbë më pëllëmbë. 5. Pëllëmba e djathtë mbi kurrizin e majtë me gërshetim të gishtërinjve dhe anasjelltas.

		6. Pëllëmbë me pëllëmbë me gishtërinj të gërshetuar. 7. Pjesa e pasme e gishtërinjve në pëllëmbën përballë, me gishtërinjtë e bashkuar. 8. Fërkim rrotullues i gishtit të madh të mbërthyer me pëllëmbën e djathtë dhe anasjelltas. 9. Fërkim rrotullues para, mbrapa me gishtërinj të mbërthyer të dorës së djathtë në pëllëmbën e majtë dhe anasjelltas. 10. Shpëlani duart tërësisht me ujë të rrjedhshëm. 11. Thajini duart mirë me një letër një përdorimesh. 12. Përdorni letrën për të mbyllur rubinetin. 13. Tani duart tuaja janë të sigurta.
[IV]	Udhëzime për dezinfektimin e duarve (Shtojca 5)	1. Kryhet para çdo veprimi antiseptik për shkak të shkatërrimit të mikroorganizmave nga duart e punëtoreve shëndetësor dhe i referohet çdo veprimi ku përdoret tretja antiseptike për të pastruar dhe dezinfektuar duart. 2. Fërkimi higjienik i duarve me një dezinfektues konsiston në fërkimin e duarve me një sasi të vogël prej rreth 3 - 4 ml me një antiseptik shumë efektiv dhe të shpejtë, në kohëzgjatje prej 20 - 30 sekonda, derisa lëkura të jetë tharë për të arritur efektin baktericid dhe fungicid. 3. Fërkoni duart shuplakë me shuplakë 4. Shuplaka e djathtë mbi dorzumin e majtë me gërshetim të gishtërinjve dhe anasjelltas. 5. Shuplakë me shuplakë me gërshetim të gërshetuar. 6. Pjesa e pasme e gishtërinjve në shuplakën përballë me gishtërinjtë e bashkuar. 7. Fërkim rrotullues i gishtit të madh të dorës së majtë të mbërthyer të dorës së djathtë me shuplakën e majtë dhe anasjelltas. 8. Fërkim rrotullues para, prapa me gishtërinj të mbërthyer të dorës së djathtë me shuplakën e majtë dhe anasjelltas. 9. Pasi të thahen, duart tuaja janë të sigurta.

Shtojca 4 - Larja higjienike e duarve



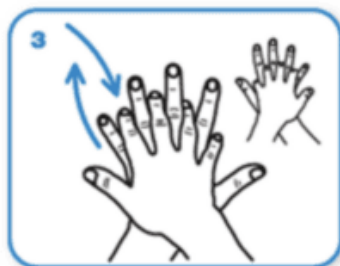
Lagni duart me ujë



Aplikoni sasi të mjaftueshme të sapunit për të mbuluar tërë sipërfaqen e duarve



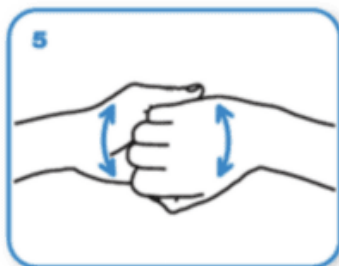
Fërkoni duart pëllëmbë me pëllëmbë



Pëllëmba e djathtë mbi kurrizin e majtë me gërshetim të gishtërinjve dhe anasjelltas



Pëllëmbë me pëllëmbë me gishtërinj të gërshetuar



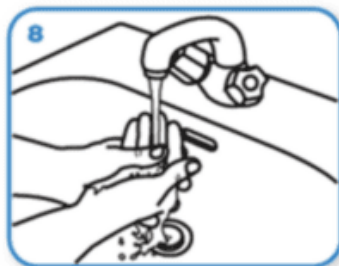
Pjesa e pasme e gishtërinjve në pëllëmbën përballë, me gishtërinjtë e bashkuar



Fërkim rrotullues i gishtit të madh të mbërthyer me pëllëmbën e djathtë dhe anasjelltas



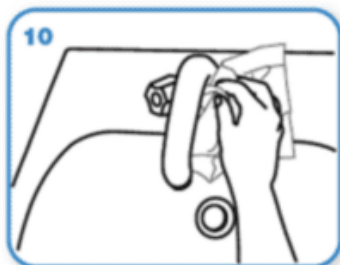
Fërkim rrotullues para, mbrapa me gishtërinj të mbërthyer të dorës së djathtë në pëllëmbën e majtë dhe anasjelltas



Shpëlani duart me ujë



Thajini duart mirë me një letër njëpërdorimëshe



Përdorni letrën për të mbyllur rubinetin



... tani duart tua janë të sigurta.

Kohëzgjatja e tërë procedurës së larjes higjienike të duarve zgjat 40 – 60 sekonda.

Shtojca 5 – Dezinfektimi i duarve



Kohëzgjatja e tërë procedurës së dezinfektimit të duarve zgjat 20 – 30 sekonda.

5. PROCEDURA PËR MENAXHIMIN E SIGURTË TË MBETJEVE TË MPREHTA

Qëllimi: i kësaj procedure është të zvogëlojë / parandalojë dëmtimet dhe infeksionet e mundshme duke asgjësuar në mënyrë të sigurt dhe të duhur mbetjet e mprehta.

Mbetjet e mprehta janë mbetje spitalore të rrezikshme që përfshijnë të gjitha sendet e infektuara apo të pa infektuara duke përfshirë dhe mos u kufizuar vetëm tek gjilpërat, shiringat, lan çetat, bisturitë, gërshërët, tubat kapilarë dhe instrumentet e tjera të mprehta, që mund të shkaktojnë infektim ose lëndime si gërvishtje, shpime, prerje, etj.

PROCEDURA		
Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Kuti sigurie për hedhjen e mbetjeve të mprehta që janë për një përdorim	- Mbetjet e mprehta, të tilla si: gjilpërat, bisturitë, lan çetat dhe instrumentet mjekësore për një përdorim, hidhen në një kuti sigurie të ndërtuar për këtë qëllim. - Kutia e sigurisë duhet të jetë prej kartonit të fortë apo plastikës së ngurtë, i padepërtueshëm për përmbajtjen dhe i ndërtuar në atë mënyrë që mbetjet e mprehta nuk mund të shpojnë atë, duhet të pamundëson të bien përmbajtja, si dhe dëmtimet dhe transmetimet e infeksionit tek personat që depozitojnë mbeturinat ose që trajtojnë mbeturinat. - Infermieri/ja përgatit kutin e sigurisë për mbetje të mprehta dhe bën shënjimin. - Shënoni informacionin në etiketë: - burimi i mbeturinave (emri i njësisë/departamentit); - kategoria dhe kodi i mbeturinave (emri i mbetjeve të mprehta dhe kodi nr. ____); - mbyll kutin e sigurisë; - shkruani kohën dhe datën e mbylljes. - Kutia e sigurisë duhet të jetë e vendosur afër vendit ku përdoren mbetjet e mprehta, për aq sa lejon të praktikuarit (në karrocën e terapisë).
[II]	Hedhja e mjeteve të mprehta	- Hedhja e mbetjeve të mprehta duhet të bëhet në mënyrë të sigurt, e cila nuk do të rrezikojë personin që bën hedhjen e mbetjeve të mprehta të kontaminuar. - Në varësi nga masa e materialit të asgjësueshëm për të cilën është projektuar kutia e sigurisë, hapja duhet që në kushte normale të përdorimit, të pengojë heqjen e përmbajtjes.

		3. Hapja duhet të jetë aq e gjerë sa të lejojë materialet asgjësuese të hidhen në kuti duke vepruar vetëm me një dorë [p.sh.: pas përdorimit të gjilpërës nuk rekomandohet kthimi i mburojës (kapakut) në gjilpërë, por gjilpëra hidhet së bashku me shiringën në kutinë e sigurisë. Në rastet kur kërkohet që mburoja (kapaku) e gjilpërës të kthehet, përdorni metodën "me një dorë" (p.sh. stilolaps insulinë)]. 4. Nëse kutia e sigurisë nuk është në vendin e intervenimit, atëherë gjilpëra e kontaminuar nuk bartet me duar, por në enën veshkore, dhe pastaj duke përdorur pincetën hidhet në kutinë e sigurisë. 5. Gjatë vizitës së pacientit në shtëpi, është përgjegjësi e secilit profesionist shëndetësor që të kthejë në institucion në mënyrë të sigurt mbetjet e mprehta të përdorura dhe pastaj të vazhdojë sipas procedurës.
[III]	Menaxhimi i kutisë së sigurisë për mbetjet e mprehta	1. Kutia për hedhjen e mbetjeve të mprehta duhet të jetë në përputhje me Standardin Britanik BS 7320:1990 në lidhje me rezistencën ndaj depërtimit dhe ndaj rrjedhjes pas rënies vertikale dhe përmbyshjes ose specifikimeve të ngjashme për kontejnerët e të mprehtave. 2. Nëse janë të përfshira kapakë të lëvizshëm, ato duhet të jenë të projektuara në mënyrë të tillë që nuk është kurrë e nevojshme për të shtyrë materialet në kuti me dorë. 3. Kutia duhet të jetë e tillë që të mbyllet në mënyrë të sigurt, të mbetet e mbyllur gjatë transportit dhe të mos lejojë rrjedhje. 4. Kur është e mundur, të jetë i pajisur me një dorezë që nuk është pjesë e pajisjes mbyllëse. 5. Të afta për t'u djegur në mënyrë të sigurt dhe nuk duhet të përbëhet nga polivinil kloruret (PVC). 6. Kutia e sigurisë duhet të mbushet deri në 2/3 e vëllimit të saj dhe pastaj të mbyllet, pa pasur mundësi të rihapet (të jetë e shënuar në mënyrë të dukshme me një vijë horizontale për të treguar kur kutia e mbetjeve të mprehta është e mbushur ndërmjet 70% dhe 80% të vëllimit të saj maksimal. 7. Pas mbylljes së kutisë së sigurisë, infermieri/ja e dorëzon kutinë e sigurisë tek higjienisti/ja, i/e cili/a e vendos kutinë e sigurisë në hapësirën e përkohshme të depozitimit të mbeturinave në institucion dhe më pas sipas orarit ditor të depozitimit të mbeturinave, transferon kutinë e sigurisë në hapësirën qendrore për depozitim të mbeturinave infektive në institucion.

		8. Çdo pranim - dorëzim i mbeturinave mjekësore regjistrohet: - vendndodhja e gjenerimit të mbeturinave, - llojin e mbeturinave me kodin e mbeturinave, - sasinë e mbeturinave, - data dhe ora e dorëzimit, - nënshkrimi i personit që ka dorëzuar mbeturinat, - nënshkrimi i personit që i ka pranuar mbeturinat. 9. Çdo punëtor në rast lëndimi me mjete të mprehta, duhet të lajmërohet tek kryeinfermieri/ja dhe koordinatori/ja i/e cilësisë të institucionit.
--	--	--

6. PROCEDURA PËR PËRGATITJEN DHE STERILIZIMIN E INSTRUMENTEVE DHE MATERIALEVE SANITARE

Qëllimi: i kësaj procedure të procesit të sterilizimit është zbatimi në mënyrë unike dhe të sigurt që të largon plotësisht të gjitha format e mikroorganizmave dhe sporet e tyre nga instrumentet dhe materialet sanitare.

Përgatitja për sterilizimin, sterilizimin e instrumenteve mjekësore dhe materialeve sanitare bëhet me qëllim të parandalimit të shfaqjes dhe transmetimit të infeksionit te pacientët, veten dhe mjedisin.

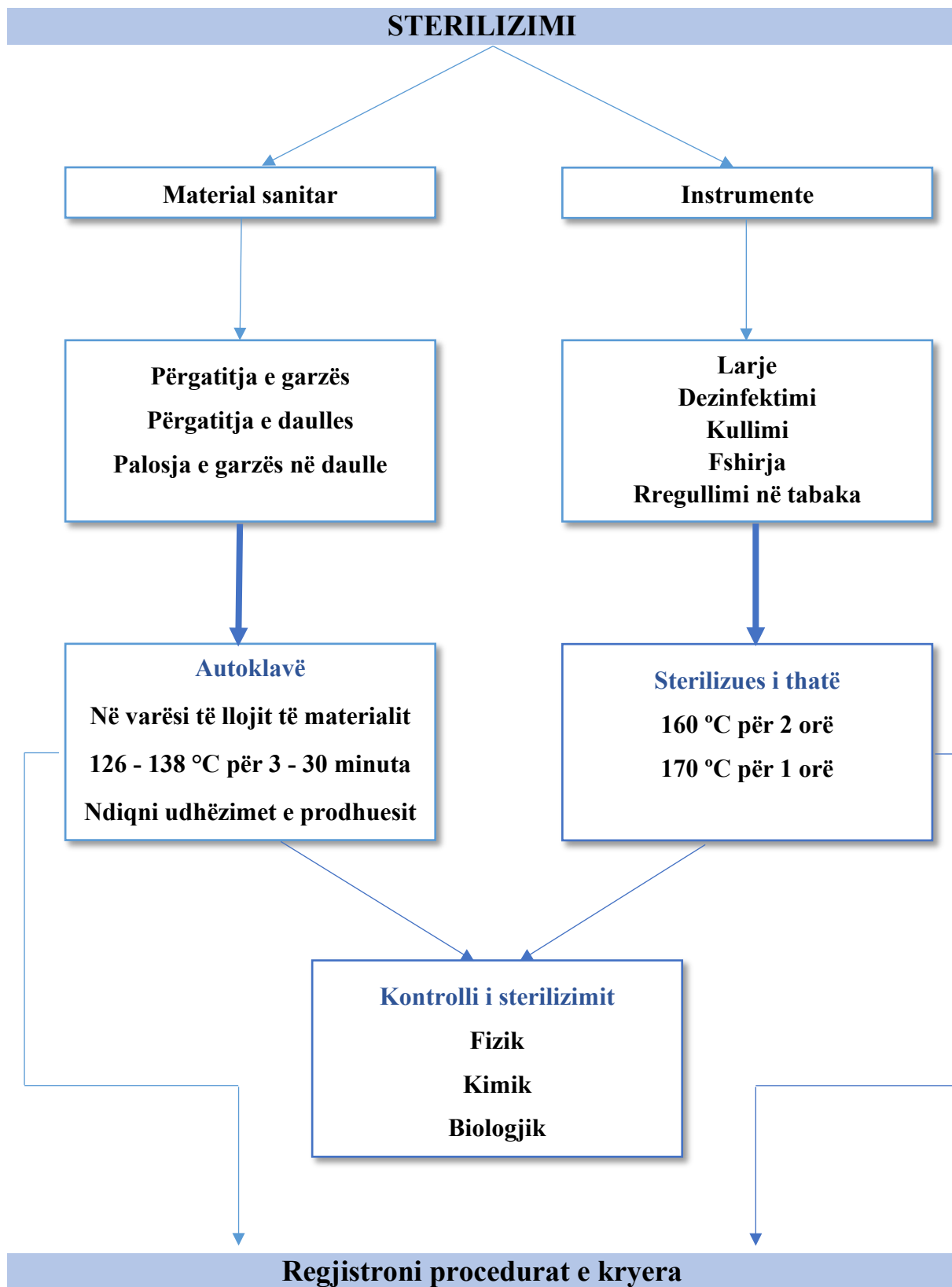
Kontrolli i sterilizimit është proces me të cilin kontrollohet korrektësia dhe suksesi i kryerjes së sterilizimit gjatë gjithë kohës.

PROCEDURA		
Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Përgatitja e instrumenteve për sterilizim	- Instrumentet e përdorura duhet t'i nënshtrohen procesit të larjes dhe pastrimit mekanik të gjakut të tharë, qelbit dhe sekretimeve të tjera. - Me fuqë të butë lahet çdo instrument veç e veç dhe secila pjesë, veçanërisht pjesët e kyçeve dhe sipërfaqet jo të drejta (mos përdorni fuqë metalike për larjen e instrumenteve). - Lani instrumentet me ujë të ftohtë, pastaj me ujë të ngrohtë dhe zhytini ato në mjetin dezinfektues me koncentrimin e duhur sipas udhëzimeve të prodhuesit. - Instrumentet e dezinfektuara lahen mirë me kujdes nën shtypje të ujit, me mbrojtjen e detyrueshme të materialeve dhe instrumenteve nga dëmtimi fizik dhe termik, sepse trajtimi i ashpër dhe jo adekuat mund të shkaktojë dëme në instrumente. - Instrumentet e lara dhe të dezinfektuara vendosni në kompresat e garzës me shumë shtresa dhe në sipërfaqet e parashikuara për tharje dhe fshirje. - Instrumentet të thara mirë paktohen veç e veç ose vendosen në kutinë metalike, numri dhe lloji i instrumenteve varet nga intervenimi për të cilin këto komplete përdoren. - Në kutinë metalike vendoset një shirit tregues kontrollues për sterilizim, regjistrohet data dhe koha e sterilizimit. - Kutia metalike gjysmë e hapur me instrumente vendoset në sterilizues.

[II]	Përgatitja e materialit sanitar për sterilizim	1. Garzë me forma dhe madhësi të ndryshme vendosen në daullen metalike. 2. Daullja metalike mbushet me garzë që do të përdoren brenda 24 orëve. 3. Garzat palosen në mënyrë "sipër njëra tjetrës" për të lehtësuar qarkullimin e avullit të ujit për një sterilizim efikas. 4. Hapni hapjet anësore në daulle.														
[III]	Sterilizimi me avull me presion - autoklavë (Shtojca 6)	1. Sterilizimi me avull të nxehtë me presion është proces i shkatërrimit të gjitha llojeve të mikroorganizmave dhe sporeve të tyre nga instrumentet dhe materialet sanitare. 2. Kutia metalike e përgatitura me instrumente dhe daullja metalike me materialin sanitar vendosen në autoklavë. Koha, presioni dhe temperatura detyrimisht rregullohen sipas udhëzimeve të prodhuesit. 3. Temperatura për sterilizimin e materialit me avull duhet të matet nga koha e arritjes së temperaturës së synuar: prej 121 - 138 °C nën presionin 1.0 - 2.5 bar dhe kohë sterilizimi nga 3 - 30 min.<table><tr><th>Temperatura e synuar (°C)</th><th>Koha e sterilizimit (min.)</th></tr><tr><td>132 - 138</td><td>3 - 10</td></tr><tr><td>121</td><td>8 - 30</td></tr><tr><td>115</td><td>35 - 45</td></tr><tr><td>111</td><td>80 - 180</td></tr></table> 4. Pas sterilizimit dhe kohës së ftohjes, mbyllni daullen dhe hapjet anësore në daulle dhe vendosni daullen në vendin e caktuar dhe të sigurve.	Temperatura e synuar (°C)	Koha e sterilizimit (min.)	132 - 138	3 - 10	121	8 - 30	115	35 - 45	111	80 - 180				
Temperatura e synuar (°C)	Koha e sterilizimit (min.)															
132 - 138	3 - 10															
121	8 - 30															
115	35 - 45															
111	80 - 180															
[IV]	Sterilizimi me nxehtësi të thatë (Shtojca 7)	1. Me nxehtësi të thatë sterilizohen mjetet që i rezistojnë temperaturës së lartë - mjetet prej qelqi dhe metali (instrumentet). 2. Temperatura për sterilizimin e instrumentit në një sterilizues të thatë duhet të matet nga koha e arritjes së temperaturës së synuar:<table><tr><th>Temperatura e synuar (°C)</th><th>Koha e sterilizimit (min.)</th></tr><tr><td>190</td><td>6</td></tr><tr><td>180</td><td>30</td></tr><tr><td>170</td><td>60</td></tr><tr><td>160</td><td>120</td></tr><tr><td>150</td><td>150</td></tr><tr><td>105 – 135</td><td>Gjatë natës</td></tr></table> 3. Nëse përdoren temperatura më të larta, instrumentet e mprehta mund të dëmtohen.	Temperatura e synuar (°C)	Koha e sterilizimit (min.)	190	6	180	30	170	60	160	120	150	150	105 – 135	Gjatë natës
Temperatura e synuar (°C)	Koha e sterilizimit (min.)															
190	6															
180	30															
170	60															
160	120															
150	150															
105 – 135	Gjatë natës															

		4. Pas sterilizimit dhe kohës së ftohjes (koha optimale është 60 minuta), mbyllni kutinë metalike dhe hapjet e saja dhe vendosni në vendin e caktuar dhe të sigurte.
[V]	Regjistrimi i procedurës së sterilizimit	Në regjistër të shënohen: 1. Data (data, muaji, viti). 2. Lloji i materialit që do të sterilizohet. 3. Kohën kur u aktivizua sterilizuesi (fillimi). 4. Lartësia e temperaturës së sterilizimit (°F ose °C). 5. Koha e arritur e temperaturës së kërkuar (minuta). 6. Kohëzgjatja e sterilizimit (minuta). 7. Koha kur u mbyll sterilizuesi. 8. Nënshkrimi i infermierit që kreu përgatitjen dhe sterilizimin.
[VI]	Kontrolli i sterilizimit dhe masat paraprake	1. Metoda fizike është një metodë indirekte që konstaton që temperatura dhe presioni në autoklavë, ose temperatura në sterilizues të thatë, janë arritur dhe realizohet duke monitoruar termometrin dhe manometrin. 2. Metoda kimike është një metodë indirekte dhe bazohet në ndryshimin e lëndës kimike për shkak të efektit të temperaturës. Realizohet duke përdorur shirita të veçantë tregues që ndryshojnë ngjyrën pasi të arrihet temperatura prej 160 °C. 3. Metoda biologjike është një metodë e drejtpërdrejtë dhe gjithashtu më e besueshme, sepse kontrollon drejtpërdrejt efikasitetin e eliminimit të mikroorganizmave. Realizohet duke përdorur spore bakteriale në formën e treguesve biologjikë. 4. Secili proces sterilizues regjistrohet në librin e sterilizimit, si dëshmi mbi gjetjet e kontrolleve të sterilizimit dhe vlefshmërisë së sterilizimit. Masat paraprake: 5. Kontrolloni pastërtinë dhe funksionin e instrumenteve pas larjes së instrumenteve. 6. Para sterilizimit, mbyllni instrumentet në dhëmbin e parë. 7. Instrumentet me sipërfaqe me kyçe (nyje) mirëmbani sipas udhëzimeve të prodhuesit.

		8. Infermieri/ja janë të obliguar të monitorojnë performancën e pajisjes (temperatura e arritur, presioni, rënia e tensionit ose ndërprerja e energjisë elektrike). 9. Në rast të ndërprerjes së energjisë, përsëritni procedurën e sterilizimit, përveç nëse ndërprerja është shumë e shkurtër dhe nuk ndikoi në uljen e temperaturës. 10. Nëse i njëjti person që ka filluar procesin nuk e përfundon sterilizimin, shkruani emrin dhe mbiemrin e infermierit që ka përfunduar procedurën në regjistrin e sterilizimit. 11. Kutitë metalike të instrumenteve që nuk janë hapur, konsiderohen të jenë sterile për 72 orë. 12. Materiali steril i cili përdoret 24 orë pas sterilizimit, nuk është më steril. 13. Siguria e materialit steril duhet të jetë e sigurt. 14. Kur ka dyshime për sterilizimin e materialit, përsëritni procesin e sterilizimit.
--	--	---



KAPITULLI III – PROCEDURAT E MATJES

7	PROCEDURA PËR MATJEN E PESHËS DHE GJATËSISË TRUPORE DHE LLOGARITJA E INDEKSIT TË MASËS TRUPORE
8	PROCEDURA PËR MATJEN E NIVELIT TË GLUKOZËS NGA GJAKU PERIFERIK
9	PROCEDURA PËR REALIZIMIN E ELEKTROKARDIOGRAMIT
10	PROCEDURA PËR MATJEN E SHTYPJES SË GJAKUT
11	PROCEDURA PËR MATJEN E PULSIT ME PALPACION
12	PROCEDURA PËR MATJEN E TEMPERATURËS SË TRUPIT
13	PROCEDURA PËR MATJEN ANTROPOMETRIKE TE FËMIJËT

7. PROCEDURA PËR MATJEN E PESHËS DHE GJATËSISË TRUPORE DHE LLOGARITJA E INDEKSIT TË MASËS TRUPORE

Qëllimi: i procedurës është matja e saktë e masës dhe gjatësisë trupore dhe përcaktimi i saktë i Indeksit të Masës Trupore (IMT).

IMT është një tregues bazë i të ushqyerit, i cili lidh peshën dhe gjatësinë dhe është i zbatueshëm për njerëzit mbi moshën 18 vjeç, përveç grave shtatzëna dhe atletëve me masë muskulore të rritur. Llogaritet duke e pjesëtuar vlerën e masës trupore të personit me matje të shprehur në kilogram me lartësinë e shprehur në metër katror (m^2).

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Pajisjet e nevojshme	1. Peshore e vendosur në sipërfaqe të rrafshët. 2. Matësi i lartësisë i montuar në sipërfaqe të drejtë dhe të rrafshët. 3. Tabela për llogaritje të IMT ose kalkulatori duke u bazuar në formulë.
[II]	Përgatitja e pacientit	1. Pacientit i shpjegohet qëllimi, rëndësia dhe mënyra e kryerjes së procedurës. 2. Kërkoni nga pacienti të heqë këpucët dhe pjesën më të madhe të veshmbathjeve të tyre, si dhe syzet, karficat e mëdha apo bizhuteritë masive, nëse ka. 3. Nëse pacienti përdor pajisjet ndihmëse ortopedike (proteza, shtrëngues), pacienti matet fillimisht bashkë me pajisjet ndihmëse dhe më pas maten veçmas pajisjet ndihmëse që zbriten nga pesha totale e pacientit.
[III]	Matja e peshës trupore	1. Kontrolloni korrektësinë e peshores (peshorja të vendoset në sipërfaqe të rrafshët, numri /shigjeta e peshores të jetë në 0). 2. Ndhmoni pacientin të qëndrojë në peshore nëse është e nevojshme. 3. Pacienti duhet të qëndrojë në peshore me shpinën e tij mbështetur në shufrën matëse të lartësisë, me krahët e tij/saj të lëshuara poshtë trupit. 4. Shpjegojini pacientit të mos lëviz gjatë matjes. 5. Lexoni peshën e pacientit. 6. Ndhmoni pacientin të zbret nga peshorja.

[IV]	Matja e lartësisë trupore	1. Pacienti qëndron i ngritur në stendën e matësit të lartësisë. 2. Ngrini shufrën e matjes mbi kokën e pacientit. 3. Uleni shufrën derisa të prek pjesën e sipërme të kokës së pacientit. 4. Lexoni gjatësinë e pacientit. 5. Ndihmoni pacientin të zbret nga matësi i lartësisë.										
[V]	Llogaritja e IMT (Shtojca 8)	1. Përfshini vlerat e marra me matjen e lartësisë / gjatësisë në (m) dhe peshës në (kg) në formulë ose përdorni tabelat me vlerat e IMT. 2. Llogaritja sipas formulës: $IMT = \text{masë (kg)} / \text{lartësia/gjatësia}^2 \text{ (m}^2\text{)}.$ 3. Tabela për klasifikimin e grupeve të peshave:<table><tr><th>IMT</th><th>Klasifikimi</th></tr><tr><td><18</td><td>Nën peshë</td></tr><tr><td>19 – 25</td><td>Peshë normale</td></tr><tr><td>26 – 30</td><td>Mbi peshë</td></tr><tr><td>> 31</td><td>Obez</td></tr></table>	IMT	Klasifikimi	<18	Nën peshë	19 – 25	Peshë normale	26 – 30	Mbi peshë	> 31	Obez
IMT	Klasifikimi											
<18	Nën peshë											
19 – 25	Peshë normale											
26 – 30	Mbi peshë											
> 31	Obez											
[VI]	Dokumentimi	Pas përfundimit të kësaj procedure, infermieri regjistron të dhënat në dokumentacionin ekzistues të institucionit: 1. Të dhënat të përgjithshme të pacientit. 2. Datën dhe orën e matjes së peshës dhe lartësisë/gjatësisë. 3. Vlerën e llogaritur IMT. 4. Nënshkrimi i infermierit që ka kryer procedurën.										

Shtojca 8 - Vlerat për llogaritjen e Indeksit të Masës Trupore (IMT)

kg cm	135	140	145	150	155	160	165	170	175	180	185	190	195	200
110	60	56	52	48	45	43	40	38	36	34	32	30	29	27
105	57	53	50	46	43	41	38	36	34	32	31	29	28	26
100	55	51	47	44	41	39	37	34	33	31	29	28	26	25
95	52	48	45	42	39	37	35	33	31	29	28	26	25	24
90	49	46	43	40	37	35	33	31	29	28	26	25	24	23
85	46	43	40	38	35	33	31	30	28	26	25	24	22	21
80	44	41	38	35	33	31	29	28	26	25	23	22	21	20
75	41	38	35	33	31	29	28	26	25	23	22	21	20	18
70	38	35	33	31	29	27	26	24	23	22	21	20	19	18
65	35	33	31	29	27	26	24	23	21	20	19	18	17	16
60	33	30	28	27	25	24	22	21	20	19	18	17	16	15
55	30	28	26	25	23	22	20	19	18	18	16	16	15	14
50	27	25	23	22	21	20	19	18	18	18	15	14	13	13
45	24	23	21	20	19	18	18	18	18	18	14	13	12	12
40	22	20	19	18	18	18	18	18	18	18	11	11	10	10
35	19	18	16	15	14	13	13	12	11	11	10	9	9	9

IMT	Klasifikimi
<18	Nën peshë
19 – 25	Peshë normale
26 – 30	Mbi peshë
> 31	Obez

8. PROCEDURA PËR MATJEN E NIVELIT TË GLUKOZËS NGA GJAKU PERIFERIK

Qëllimi: i kësaj procedure është të sigurohet matja e saktë e glukozës nga gjaku periferik me një aparat elektronik (gleukometër).

Përdorimi i gleukometrit ka avantazhet e tij: është procedurë e thjeshtë, rezultate të shpejta dhe zvogëlimi i komplikimeve që lidhen me punkcion e venës. Glukoza e gjakut periferik matet me kërkesë të mjekut dhe sipas gjendjes së pacientit siç vlerësohet nga infermieri/ja.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Përgatitja e materialit	1. Gleukometër. 2. Shirita për matjen e glukozës në gjak. 3. Lancetë. 4. Doreza. 5. Enë veshkore. 6. Kuti për hedhjen e mbetjeve të mprehta. 7. Dezinfektues. 8. Tupfer pambuku.
[II]	Përgatitja e pacientit	1. Procedura kryhet me pëlqimin e pacientit dhe me arsyet e shpjeguara pse po zhvillohet procedura.
[III]	Procedura e matjes	1. Lani duart me sapun, ujë të ngrohtë, thani dhe vendosni dorezat. 2. Gleukometrini startoni sipas udhëzimeve të prodhuesit. 3. Vendoseni shiritin e duhur në gleukometër. 4. Kontrolloni kodin e shiritit. 5. Fshijeni mollëzën e gishtit të dorës jo-mbizotëruese me një dezinfektues dhe lëreni të thahet. 6. Bëni shpimin. 7. Pikoni gjakun në shirit, në varësi të llojit të gleukometrit. 8. Pasi të jetë marrë mostra e gjakut, vendosni tupferin në vendin e shpimit. 9. Lexoni rezultatin e matjes në gleukometër, regjistroni rezultatin dhe informoni mjekun për vlerën e glukozës të pacientit.

[IV]	Hedhja e materialit të përdorur	1. Hidhni lanceten në kutin për hedhjen e mbetjeve të mprehta. 2. Hidhni shiritin e përdorur në qeset/kutinë e mbeturinave infektive. 3. Hidhni dorëzat në qeset/kutinë e mbeturinave infektive.
[V]	Dokumentimi (Shtojca 9)	Pas përfundimit të kësaj procedure, infermieri regjistron të dhënat në dokumentacionin ekzistues të institucionit dhe të pacientit: 1. Të dhënat e përgjithshme të pacientit. 2. Datën dhe orën e matjes së glukozës në gjak. 3. Vlerën e glukozës së matur në gjak. 4. Nënshkrimin i infermierit që ka kryer procedurën.

9. PROCEDURA PËR REALIZIMIN E ELEKTROKARDIOGRAMIT

Qëllimi: i procedurës është që të kryhet regjistrimi i elektrokardiogramit (EKG) teknikisht i saktë. Intervenimi kryhet sipas procedurës unike nga infermieri/ja, në mënyrë të pavarur ose me kërkesë nga mjeku.

Elektrokardiografia është procedurë jo-invazive për regjistrimin e potencialeve elektrike, të cilat zemra prodhon përmes punës së saj. Elektrokardiogrami standard përbëhet nga 12 derivacione, 3 derivacione standarde (I, II, III), 3 derivacione unike të ekstremiteteve (aVR, aVL, aVF) dhe 6 derivacione prekordiale (V1 deri V6).

Monitorimi i punës së zemrës me anë të një regjistrimi grafik të potencialit elektrik të zemrës ka për qëllim diagnostikimin e sëmundjes së zemrës, orientimin e shpejtë klinik të gjendjes së pacientit ose vendimin për trajtimin terapeutik.

Zbatimi i procedurës diagnostike të EKG bëhet gjatë një emergjence, kur pacienti ka dhimbje në gjoks, gulçim, aritmi ose shenja dhe simptoma të tjera që sugjerojnë mundësinë e sëmundjes akute kardiovaskulare.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Materiali dhe mjetet për kryerjen e procedurës së EKG-së	1. Aparati i EKG-së. 2. Shiriti i EKG-së. 3. Elektrodat. 4. Xhel elektropërçues. 5. Letër për fshirje.
[II]	Përgatitja e pacientit	1. Siguroni privatësinë (mbyllni derën, vendosni paravanin). 2. Nëse gjendja e pacientit lejon, sqaroni pacientit procedurën e EKG-së. 3. Udhëzoni pacientin të lirojë gjoksin dhe ekstremitetet nga veshjet dhe bizhuteritë (ndihmoni pacientit nëse ka nevojë për ndihmë). 4. Nëse është e nevojshme, rruani gjoksin e pacientit. 5. Vendosni pacientin në një pozitë të rehatshme të shtrirë ose ulur (pozicioni i lartë i Fowler). 6. Vendosni elektrodat me aplikimin paraprak të xhelit në lëkurë, apo përdorni ujë në mungesë të xhelit.
[III]	Eliminoni çdo faktor që mund të pengojë në regjistrimin e saktë të EKG-së	1. Kontakti i pacientit me pjesët metalike. 2. Kontakti i dobët i elektrodave me lëkurën. 3. Prekjen e pacientit gjatë regjistrimit. 4. Kabllot e ngatërruara. 5. Këshilloni pacientin të pushojë.

[IV]	Vendosja e elektrodave	- Vendosja e elektrodave në ekstremitete: Elektroda e KUQE - ana e brendshme e nyjës së dorës së djathtë, Elektroda e VERDHË - ana e brendshme e nyjës së dorës së majtë, Elektroda e GJELBËRT - ana e brendshme e kyçit të këmbës së majtë, Elektroda e ZEZË - ana e brendshme e kyçit të këmbës së djathtë - - Në rastin e një gjymtyrë të amputuar, përdorni trungun e mbetur. - Vendosja e elektrodave në gjoks: V1 - hapësira e 4-të ndër brinjorë parasternale, e djathtë; V2 - hapësira e 4-të ndër brinjorë parasternale, e majtë; V4 - ictus - një gisht medialisht nga vija medioklavikulare, hapësira e 5-të ndër brinjorë; V3 - midis V2 dhe V4; V5 - hapësira e 5-të ndër brinjorë në vijën e përparme aksillare; V6 - hapësira e 5-të ndër brinjorë në vijën e mesme aksillare; - Kur startoni aparatin EKG duhet të respektohen udhëzimet e prodhuesit për përdorim. - Kur aparati ka mbaruar regjistrimin, hiqni elektrodën, fshini me letër çdo mbetje të xhelit apo ujin nga lëkura e pacientit dhe elektrodën dhe i palosni në mënyrë të rregullt (ndani kabllot). - Shkruani në të dhënat e EKG-së: emrin e pacientit, moshën, datën dhe kohën e regjistrimit.
[V]	Mirëmbajtja e aparatit	- Hiqni aparatin nga furnizimi me energji elektrike. - Pastroni sipërfaqen e aparatit me një solucion të detergjentit të butë dhe thajeni me letër. - Pastroni sipërfaqen e kabllave me një solucion të detergjentit të butë dhe thajeni me letër. - Dezinfektoni elektrodën me dezinfektues alkooli.

[VI]	Dokumentimi	Pas përfundimit të kësaj procedure, infermieri regjistron të dhënat në dokumentacionin ekzistues të institucionit: 1. Të dhënat e përgjithshme të pacientit. 2. Datën dhe orën kur është bërë EKG. 3. Nënshkrimi i infermierit që ka kryer procedurën.
------	-------------	---

ALGORITMI PËR KRYERJEN E PROCEDURËS SË EKG-së

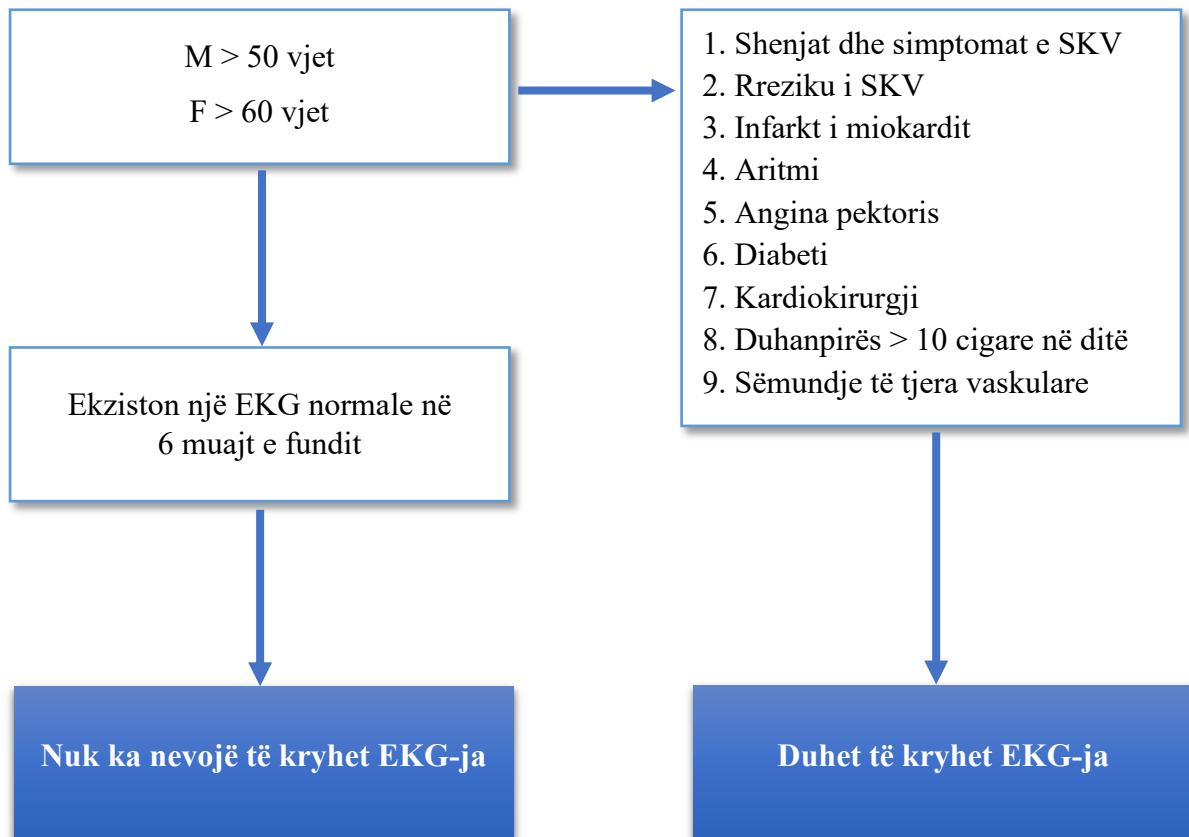
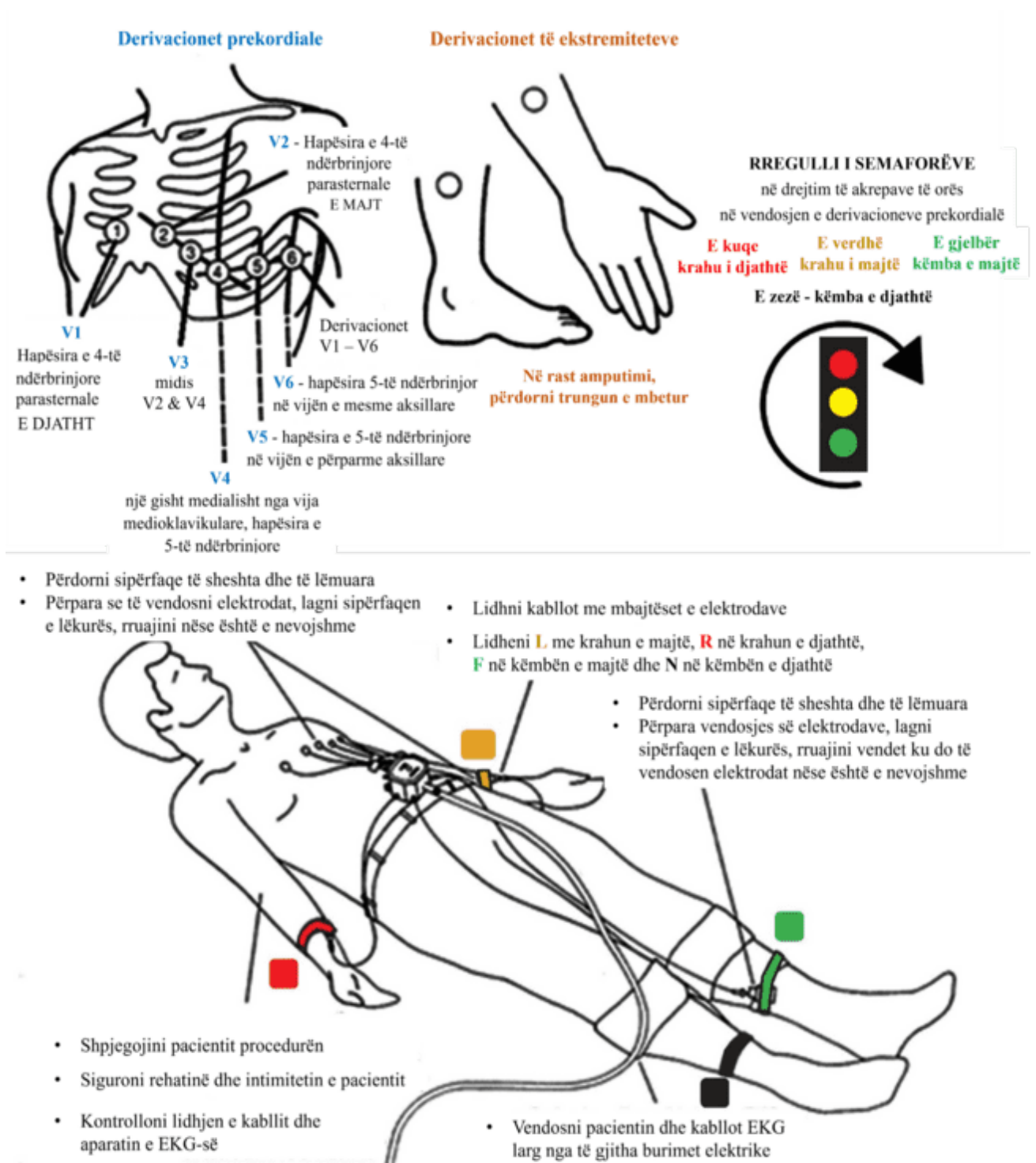


Figura nr. 1 – Udhëzime për EKG



10. PROCEDURA PËR MATJEN E SHTYPJES SË GJAKUT

Qëllimi: i kësaj procedure është që të kryhet matja e shtypjes (presionit) të gjakut në mënyrë unike dhe të sigurt.

Matja e shtypjes së gjakut është një metodë e rëndësishme diagnostikuese dhe kryhet nga një mjek/e ose infermier/e, si pjesë e ekzaminimit fizik ose monitorimit të efektit terapeutik.

Matja e shtypjes së gjakut bëhet përmes sfigmomanometërit aneroid (matësi i presionit të gjakut) me stetoskop ose aparatit elektronik me të cilën përcaktohet presioni sistolik dhe diastolik të shprehura në mmHg.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Përgatitja e materialit	1. Sfigmomanometëri aneroid dhe stetoskopi ose aparati elektronik.
[II]	Përgatitja e pacientit	1. Identifikimi i pacientit. 2. Informimi i pacientit për procedurën e matjes së presionit të gjakut, si dhe bashkëpunimin që pritët prej tij. 3. Vendosni pacientin në një pozicion ulur ose shtrirë, me krahun e mbështetur lehtësisht në lartësi të zemrës në një bazë të sheshtë dhe me pëllëmbën e dorës të kthyer nga lart. 4. Matja duhet të bëhet pas 5 minutash pushimi, nëse rrethanat dhe gjendja e pacientit e lejojnë këtë.
[III]	Procedura e matjes së shtypjes së gjakut	1. Matja e shtypjes duhet të kryhet në të dy duart e pacientit. 2. Mansheta e aparatit duhet të jetë e shfryer nga ajri, vendoset në krahun e sipërm të zhveshur të pacientit, sipër gropës antekubitale (bërri i brendshëm). 3. Kur matni shtypjen e gjakut tek të rriturit, vendosni skajin e poshtëm të manshetës afërsisht 2.5 cm mbi kthesën e bërriut. 4. Pjesa qendrore e manshetës duhet të jetë saktësisht mbi mesin e gropës së bërriut (shumica e manshetave kanë një shigjetë që duhet të pozicionohet mbi arterien brakialë). 5. Mansheta duhet të mbulojë të paktën 80% të perimetrit të krahut dhe të mbulojë 2/3 e gjatësisë së krahut të sipërm (dimensioni i manshetës së vogël është 9 x 28 cm, standarde 12 x 35 cm dhe e madhe 15 x 34 cm). 6. Vendosni stetoskopin në veshët tuaj dhe mbi arterien brakialë. 7. Me gishtin e madh dhe me gishtin tregues të dorës tjetër, mbyllim valvulen e pompës së ajrit.

		8. Fryni manshetën duke shtypur pompën e gomës për 20 - 40 njësi mbi nivelin e tingullit të fundit të dëgjueshëm (mos e pomponi manshetën ngadalë sepse do të fitohen vlera false). 9. Hapni valvulen dhe lëshoni ngadalë ajrin nga mansheta, jo më shpejt se 2 - 3 mm për sekondë. 10. Dëgjoni me kujdes dhe regjistroni rrahjen e parë (presioni sistolik), pastaj regjistroni tonin e fundit (presion diastolik). 11. Zbrazni manshetën duke hapur valvulen. 12. Nëse është e nevojshme të përsërisni matjen, prisni 2 - 3 minuta para se të ri fryni manshetën. 13. Pas përfundimit të matjes, infermieri që ka kryer matjen e presionit të gjakut, dezinfekton stetoskopin dhe membranën e stetoskopit dhe e vendos në vendin e përcaktuar.
[IV]	Dokumentimi	Pas përfundimit të matjes, infermieri/ja regjistron të dhënat në dokumentacionin ekzistues të institucionit: 1. Të dhënat e përgjithshme të pacientit. 2. Datën dhe orën kur është bërë matja. 3. Vlerën e presionit të marrë gjatë matjes. 4. Nënshkrimi i infermierit që ka kryer procedurën.

11. PROCEDURA PËR MATJEN E PULSIT ME PALPACION

Qëllimi: i procedurës së matjes është të vlerësojë frekuencën, ritmin dhe volumin e pulsit në mënyrë të sigurt dhe unike.

Numri normal i rrahjeve të zemrës tek personi i rritur, të shëndetshëm, në gjendje qetësie është midis 60 deri 80 rrahje në minutë. Matja e pulsit është një procedurë për marrjen e informacionit të rëndësishëm diagnostikues të domosdoshëm për trajtimin e suksesshëm të sëmundjeve dhe gjendjeve të caktuara.

Para matjes së pulsit, duhet t'i kushtohet vëmendje faktorëve që mund të ndikojnë në vlerën e pulsit, siç janë: statusi kardiovaskular, barnat, mosha, gjinia, temperatura e trupit, stresi, si dhe koha e kaluar që nga aktiviteti i fundit fizik i pacientit. Pulsu më së shpeshti matet në arterien radialis, por mund të matet edhe në arterien: brakiale, temporale, karotid, femorale, poplitea, dorsalis pedis dhe arterien posteriore tibialis.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Përgatitja e materialit	1. Një kronometër /ose një orë me sekondar /ose një orë dixhitale.
[II]	Përgatitja e pacientit	1. Identifikoni pacientin. 2. Shpjegoni procedurën e matjes së pulsit. 3. Lejoni pyetje. 4. Vendoseni pacientin në pozicionin e duhur.
[III]	Kryerja e procedurës së matjes së pulsit	1. Lani duart para dhe pas palpimit të pulsit. 2. Me palpim duhet gjetur pulsacione në arterie. 3. Matni me mollëzat e gishtave 2, 3 dhe 4 duke shtypur lehtë arteriet për 1 minutë (për aritmitë, matni për 2 minuta dhe sipas vlerësimit edhe më gjatë), frekuencën përmes kontrollës së kronometrit/orës, vlerësoni ritmin (ritmik-aritmik) dhe volumin (shumë e plotë, normale, dobët e plotë, jo palpim).
[IV]	Dokumentimi	Pas përfundimit të matjes, infermieri regjistron të dhënat në dokumentacionin ekzistues të institucionit: 1. Të dhënat e përgjithshme të pacientit. 2. Datën dhe orën e matjes së pulsit. 3. Frekuencën, ritmin dhe volumin. 4. Nënshkrimin e infermierit që ka kryer matjen e pulsit.

12. PROCEDURA PËR MATJEN E TEMPERATURËS SË TRUPIT

Qëllimi: i procedurës është matja e temperaturës së trupit të njeriut në mënyrë të duhur dhe të sigurt duke përdorur një procedurë uniforme.

Temperatura e trupit është diferenca midis sasisë së nxehtësisë së prodhuar nga proceset e trupit dhe sasisë së nxehtësisë së trupit të humbur në mjedisin e jashtëm. Temperatura mesatare ose temperatura e indeve të thella është nën kontrollin e hipotalamusit dhe lëviz brenda një intervali të ngushtë.

Gama e temperaturës normale të trupit të matur me metodën aksilare është nga 36.0 - 37.2°C. Ndryshimet në temperaturën e trupit gjatë një dite varen nga një sërë faktorësh: koha e ditës, aktiviteti fizik, statusi emocional, cikli menstrual, shtatzënia, sëmundjet dhe të ngjashme.

Në KPSH, temperatura e trupit të njeriut matet më shpesh me metodën aksilare dhe/ose rektale. Temperatura matet në mënyrë aksilare duke përdorur një termometër mercuri ose termometër elektronik/digjital. Kundërlindikimet e matjes së temperaturës në mënyrë aksilare janë: procesi inflamator në gropën e sqetullës, paarritshmëria, aftësi e kufizuar dhe personat shumë të dobët. Indikacionet për matjen e temperaturës rektale janë tek fëmijët e vegjël, kundërlindikimi i matjes së temperaturës aksilare dhe procesi inflamator i dyshuar në abdomen. Kundërlindikimet për matjen e temperaturës rektale janë: procesi inflamator në rektum, diarreja dhe pacientët e agjituar.

Procedura kryhet nga infermieri/ja.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Përgatitja e materialit dhe pacientit për matjen e temperaturës aksilare	1. Termometri. 2. Orë. 3. Letër ose tupfer pambuku. 4. Dezinfektues. 5. Enë veshkore. 6. Identifikoni pacientin. 7. Shpjegoni pacientit procedurën e matjes dhe vendosni atë në pozitë të duhur/rehatshme. 8. Kërkoni pacientit të fshijë sqetullën me letër, ndihmoni pacientin nëse është e nevojshme.
[II]	Procedura për matjen aksilare të temperaturës së trupit	1. Nëse është termometër me merkur, kontrolloni që mercuri në kolonë të jetë nën 36°C. 2. Vendosni majën e termometrit në pjesën qendrore të aksillës midis palosjeve të lëkurës, në mënyrë që të mos të dal në anën e kundërt. 3. Udhëzoni pacientin të drejtojë dorën ku gjendet termometri drejt krahut të kundërt.

		4. Nëse gjendja e pacientit nuk lejon, infermieri/ja e mban dorën e pacientit. 5. Matni temperaturën për 3 - 5 minuta me termometër të merkurit, ndërsa termometri elektronik/digjital sinjalizon vetë temperaturën e matur. 6. Lexohet temperatura dhe vlera regjistrohet në kartelën mjekësore. 7. Pas matjes, lani termometrën me ujë të vakët dhe detergjent të lëngshëm, kullojeni, ruajeni dhe dezinfektoni.
[III]	Përgatitja e materialit dhe pacientit për matjen e temperaturës rektale	1. Termometri rektal. 2. Orë. 3. Vazelinë ose vaj parafine. 4. Letër ose tupfer pambuku. 5. Dezinfektues. 6. Enë veshkore. 7. Identifikoni pacientin. 8. Shpjegoni pacientit procedurën e matjes dhe vendosni atë në pozitë të duhur/rehatshme (pozicioni anësor me këmbë të përkulura drejt barkut; fëmijët marrin pozicionin e shtrirë në shpinë me këmbët e ngritura të mbajtura nga infermieri/ja).
[IV]	Procedura për matjen e temperaturës rektale	1. Vendosni dorezat në duar. 2. Hapni gluteuset me një dorë dhe fshijini zgavrën anale me dorën tjetër me tupfer pambuku të njomur me sapun të lëngshëm. 3. Lubrifikoni majën e termometrit me vazelinë ose parafinë dhe ngadalë fusni majën e termometrit në rektum: tek të porsalindurit deri në 1.5 cm, tek fëmijët e vegjël deri në 2.5 cm dhe tek të rriturit nga 3 - 5 cm. 4. Gjatë matjes, mbani dhe vëzhgoni termometrën e merkurit për 3 - 5 minuta; nëse termometri është elektronik/digjital prisni deri në një sinjal akustik. 5. Hiqeni termometrën, fshijeni me tupfer pambuku dhe lexoni vlerën e matur. 6. Pas matjes, lani termometrën me ujë të vakët dhe detergjent të lëngshëm, kullojeni, thajeni, ruajeni dhe dezinfektoni. 7. Hiqni dorezat dhe lani duart.

[V]	Dokumentimi	Me përfundimin e kësaj procedure, infermieri regjistron të dhënat në dokumentacionin e institucionit: 1. Të dhënat e përgjithshme të pacientit. 2. Data dhe ora e matjes së temperaturës. 3. Vlera e temperaturës së matur. 4. Nënshkrimi i infermierit që ka kryer procedurën.
-----	-------------	---

13. PROCEDURA PËR MATJEN ANTROPOMETRIKE TE FËMIJËT

Qëllimi: i procedurës është matja e parametrave antropometrikë tek fëmijët (lakoret e përqindjes) në mënyrë unike dhe të sigurt.

Matjet antropometrike të fëmijëve janë pjesë e aktiviteteve të përditshme rutine të infermierëve në ofrimin e shërbimeve shëndetësore për fëmijët parashkollorë dhe shkollorë. Matja antropometrike e fëmijëve është një nga metodat e monitorimit të rritjes normale dhe kryhet duke matur perimetrin e kokës, gjatësinë/lartësinë dhe masën trupore, duke krahasuar vlerat e marra me standardet e përcaktuara nga Organizata Botërore e Shëndetësisë. (Shtojca 10, 11, 12 dhe 13)

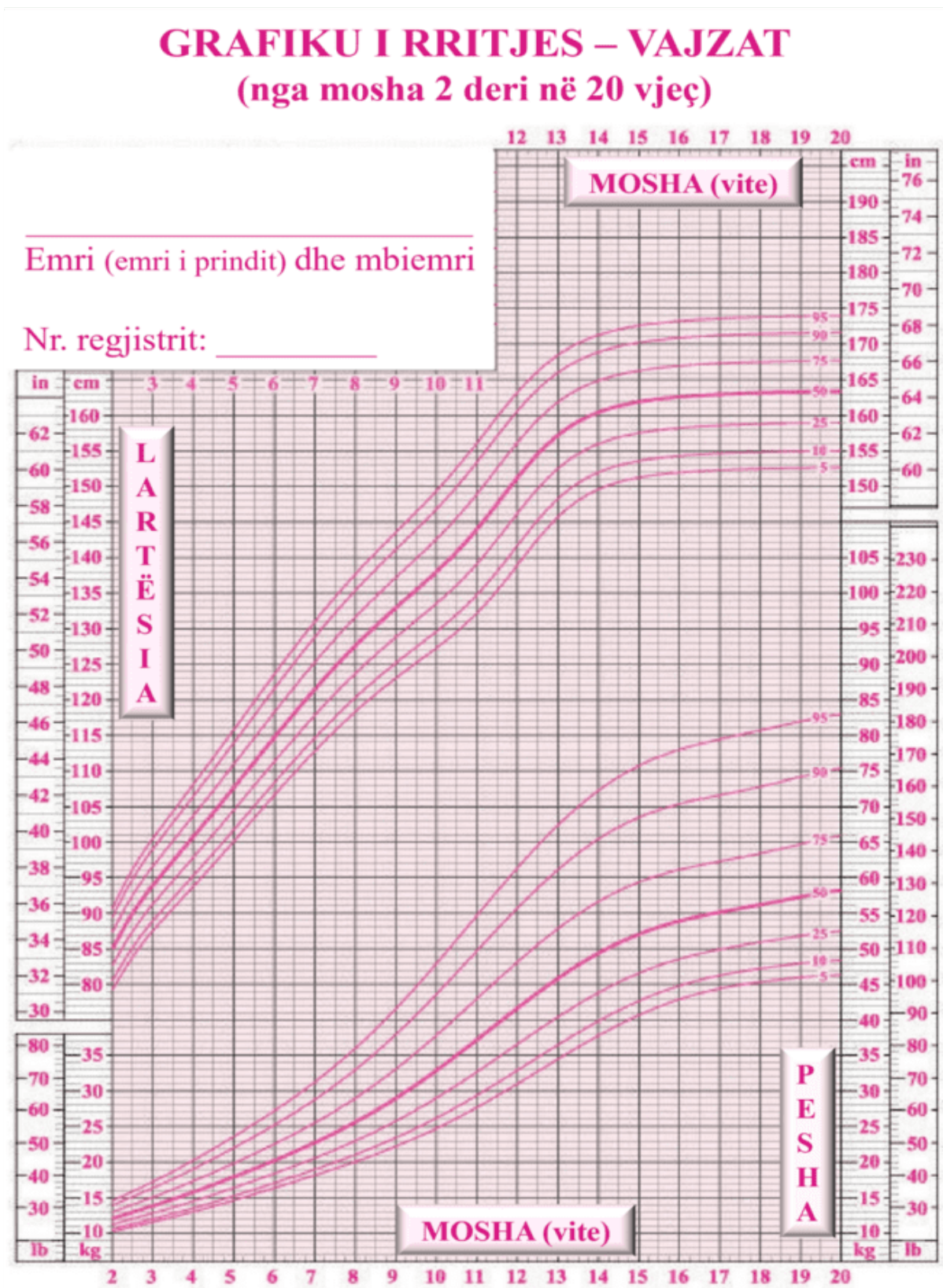
PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Monitorimi i rritjes së fëmijës	1. Matja e perimetrit të kokës, lartësisë/gjatësisë së trupit dhe peshën e trupit. 2. Regjistrimi i të dhënave të marra në kartelën shëndetësore të fëmijës. 3. Krahasimi i të dhënave të marra me standardet e fëmijëve të së njëjtës gjini dhe moshë. 4. Identifikimi i fëmijëve me çrregullime të rritjes dhe zhvillimit.
[II]	Përgatitja e hapësirës, pajisjeve të nevojshme, dhe fëmijës	1. Dhoma duhet të jetë e ndritshme, e pastër dhe e ngrohtë. 2. Centimetër i plastifikuar (jo i thurur, sepse zgjatet nga përdorimi). 3. Peshore dhe matësin e lartësisë. 4. Tavinë ose shtrat për matjen e gjatësisë së fëmijës. 5. Forma e grafikoni në përqindje për vajzat/djemtë. 6. Shpjegoni nënës ose personit shoqërues qëllimin, rëndësinë dhe mënyrën e kryerjes së procedurës. 7. Kërkoni nënës (personit shoqërues) që ta zhvesh fëmijën. 8. Matjet duhet të kryhen mundësisht para ngrënies.
[III]	Matja e peshës dhe gjatësisë së foshnjave	1. Matni peshën e foshnjës me peshore të kalibruar, digjitale ose mekanike, të dezinfektuar dhe të mbuluar me një kompresë ose pelenë të pastër. Vendoseni fëmijën të zhveshur (lakuriq) në peshore dhe lexoni peshën e trupit në peshore. 2. Matni gjatësinë e fëmijës me matës gjatësie, duke vendosur fëmijën në tavolinë/shtrat të dezinfektuar të mbuluar me kompresë ose pelenë të pastër, por që ekstremitetet e poshtme të jenë të shtrira / të zgjatura. Matni nga maja e kokës deri te thembra e këmbës.

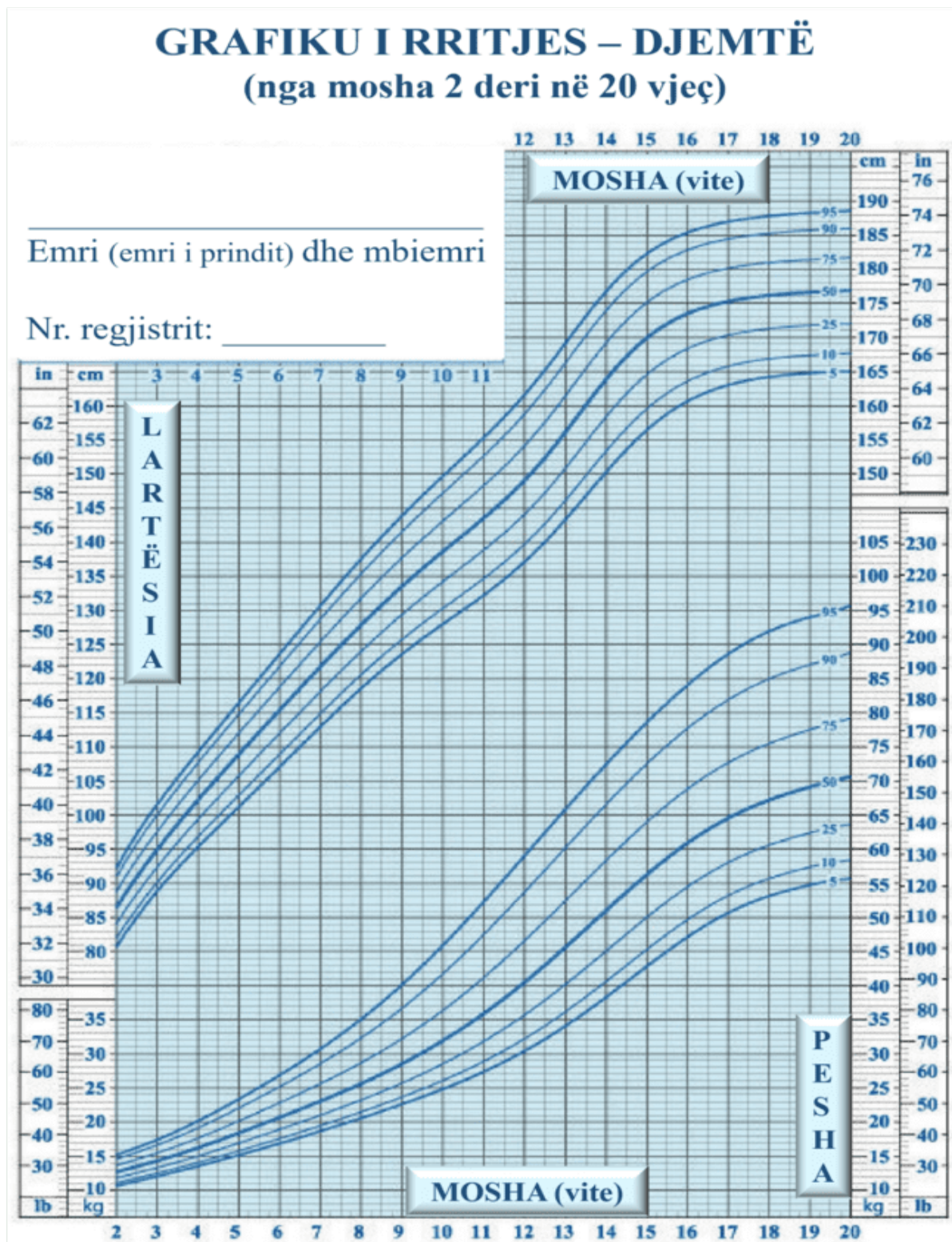
		3. Vendosni vlerat e marra në grafikun e kurbës së përqindjes për gjatësinë, duke treguar në vijën horizontale koordinatat e moshës së fëmijës në muaj dhe në vijën vertikale ose gjatësore, gjatësinë e trupit në centimetra. 4. Vlerat e fituara duhet të lidhen (bashkohen) në një pikë. Pika të shumta matëse shkrihen (bashkohen) në një lakore që krahasohen me lakoren standarde.
[IV]	Matja e perimetrit të kokës	1. Matni perimetrin e kokës duke ndjekur vijën ballore – okcipitale. 2. Vendoseni centimetrin në pjesën e pasme të kokës, pastaj rreth kokës mbi skajin e sipërm të veshëve, mbi vetullat dhe mbi lobet okupitale (duke lëvizur centimetrin në pjesën e pasme të kokës, kërkohet perimetri më i madh i kokës). 3. Matni perimetrin e kokës së fëmijës deri në vitin e dytë të jetës ose derisa të mbyllet fontanella e madhe. 4. Vendosni vlerat e marra në grafikun e lakores së përqindjes për perimetrin e kokës, duke treguar në vijën horizontale koordinatat e moshës së fëmijës në muaj dhe në vijën vertikale ose gjatësore, perimetrin e kokës së fëmijës në centimetra. 5. Vlerat e fituara duhet të lidhen (bashkohen) në një pikë. Pika të shumta matëse shkrihen (bashkohen) në një lakore që krahasohen me lakoren standarde.
[V]	Matja e lartësisë (gjatësisë) dhe peshës së fëmijëve	1. Pesha dhe lartësia (gjatësia) e fëmijëve matet me peshoren e peshimit me shufër matëse të gjatësisë, të paktën dy herë në vit, gjatë ekzaminimeve sistematike dhe me kërkesë të mjekut. 2. Zhvishni fëmijën, përveç të brendshmeve, vendoseni të qëndrojnë me shpinën përballë shufrës matëse të lartësisë, me duar të lëshuara poshtë dhe të mbështetura për trup, me kokën e ngritur lart dhe këmbët e bashkuara. 3. Shpjegoni fëmijës se është e rëndësishme të jetë i qetë dhe mos të lëviz gjatë matjes. Matja e lartësisë (gjatësisë): 4. Ngrini shufrën matëse të gjatësisë sipër mbi kokën e fëmijës. 5. Uleni shufrën matëse të gjatësisë poshtë derisa sa të prekë pjesën e sipërme të kokës së fëmijës. 6. Regjistroni vlerën e matur në grafikun e monitorimit të rritjes. Matja e peshës: 7. Pesha duhet të matet me peshore të kalibruar, digjitale ose mekanike, të dezinfektuar dhe të mbuluar me një kompresë ose pelenë të pastër.

		8. Nëse peshorja është mekanike: - pesha duhet të matet duke lëvizur ngarkesën e madhe matëse që përfaqëson peshën e mundshme të fëmijës (vargu matës midis vrimave është 10 kg), - E rrëshqitni/lëvizni peshën e vogël të ekuilibrit, derisa treguesi të jetë në qendër (“pendët” e peshores të jenë në nivel të barabartë). Gradimi i peshës është 100 g, - Mblidhni numrat nga shkallët e poshtme dhe të sipërme dhe regjistroni vlerën në grafikun e monitorimit të rritjes. 9. Ktheni vlerat e peshores në "0" (zero). 10. Ndihmoni fëmijën të largohet nga peshorja. 11. Vendosni vlerat e marra në grafikun e lakores së përqindjes për peshën dhe gjatësinë trupore, duke treguar në vijën horizontale koordinatat e moshës së fëmijës në muaj dhe në vijën vertikale ose gjatësore, peshën e trupit në kilogramë dhe gjatësinë në centimetra. 12. Vlerat e fituara duhet të lidhen (bashkohen) në një pikë. Pika të shumta matëse shkrihen (bashkohen) në një lakore që krahasohen me lakoren standarde.
[VI]	Dokumentimi	Pas përfundimit të kësaj procedure, infermieri regjistron të dhënat në dokumentacionin ekzistues të institucionit: 1. Të dhënat të përgjithshme të fëmijës (pacientit). 2. Data e matjes. 3. Vlerat e marra nga matja dhe llogaritja. 4. Nënshkrimi i infermierit që ka kryer procedurën.

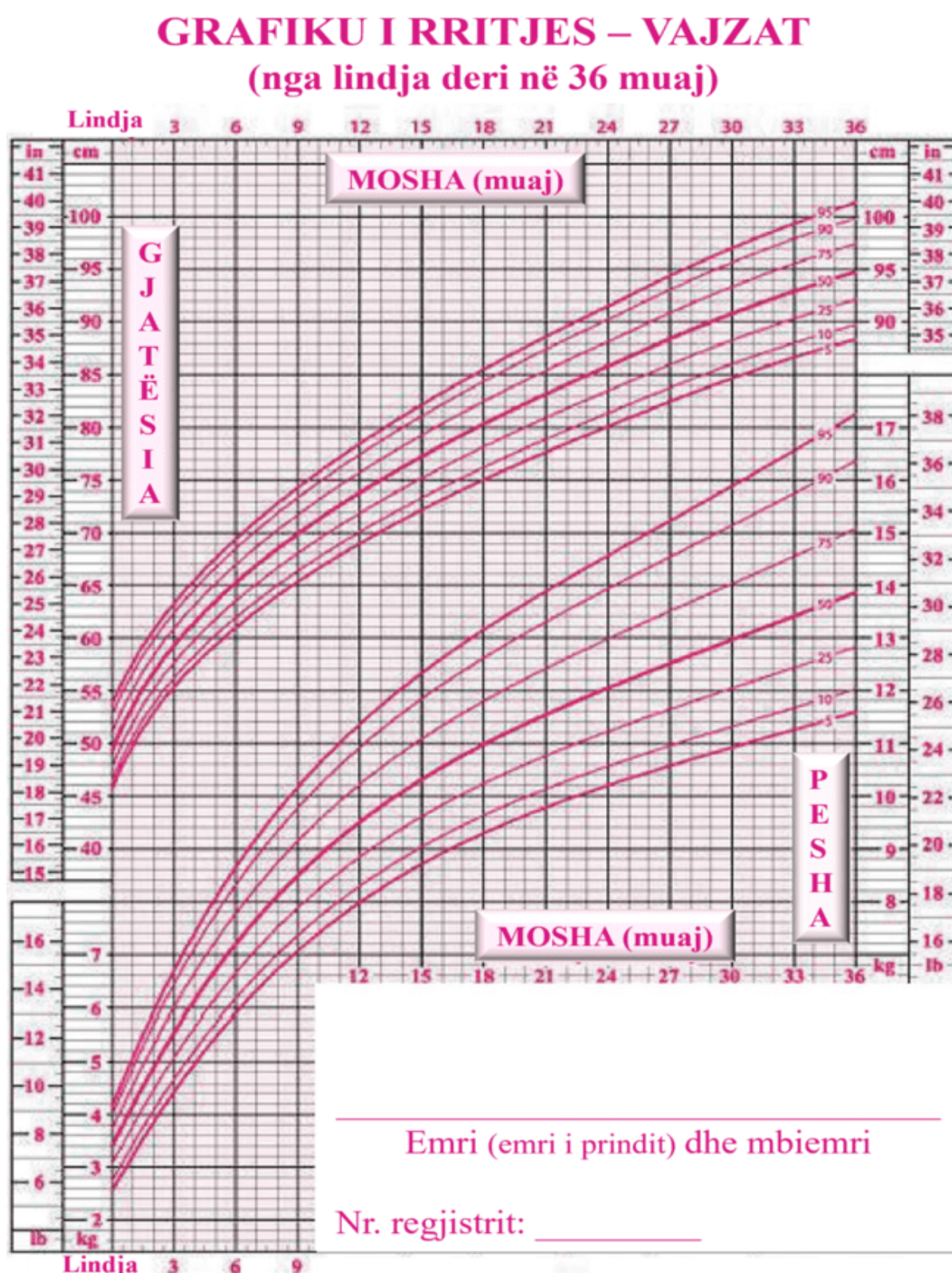
Shtojca 10 – Grafiku i rritjes – Vajzat (nga mosha 2 deri në 20 vjeç)



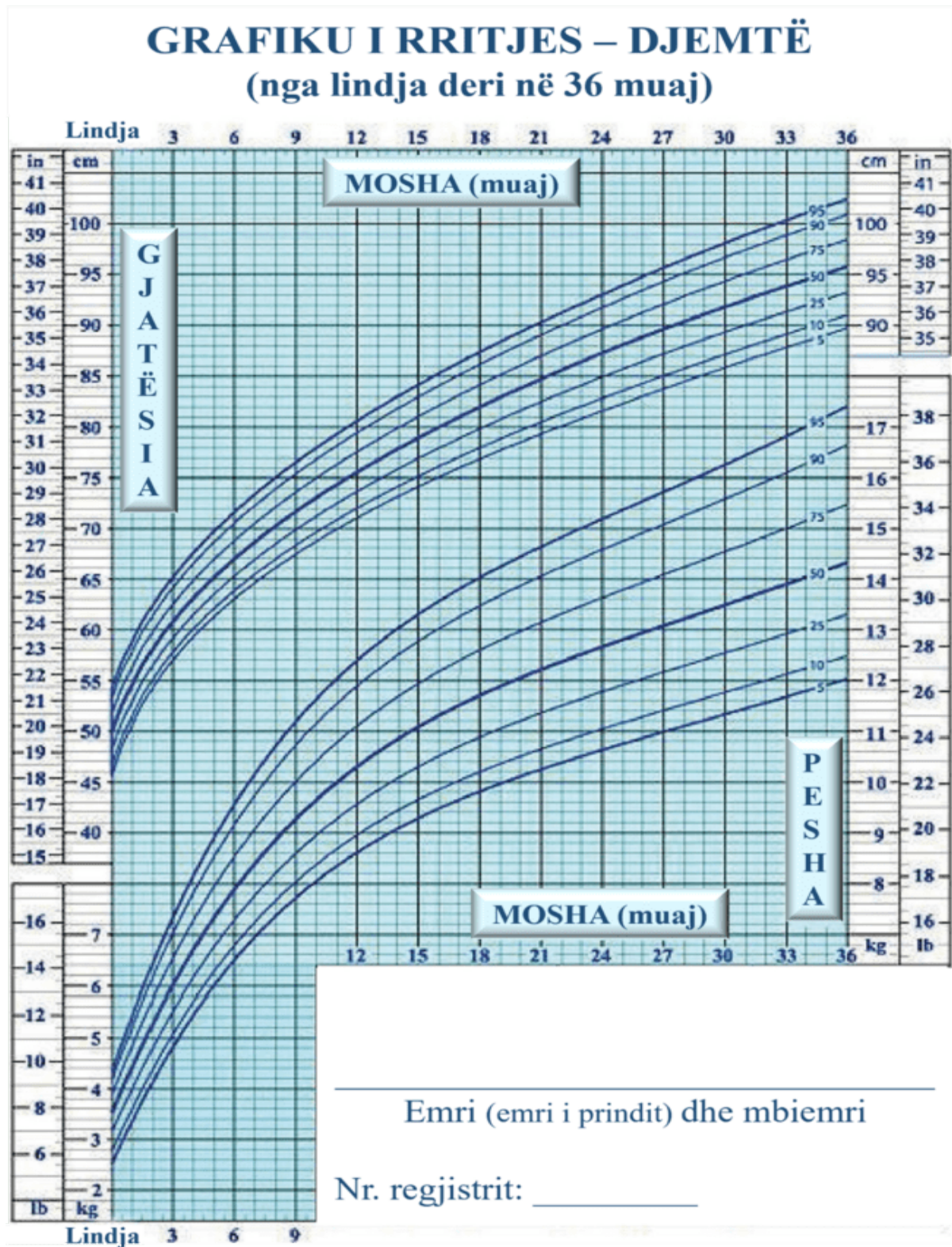
Shtojca 11 – Grafiku i rritjes – Djemtë (nga mosha 2 deri në 20 vjeç)



Shtojca 12 – Grafiku i rritjes – Vajzat (nga lindja deri në 36 muaj)



Shtojca 13 – Grafiku i rritjes – Djemtë (nga lindja deri në 36 muaj)



KAPITULLI IV – ADMINISTRIMI I BARNAVE

- | | |
|-----------|--|
| 14 | PROCEDURA E APLIKIMIT TË PESË RREGULLAVE PARA ADMINISTRIMIT TË BARIT |
| 15 | PROCEDURA PËR NXJERRJEN E BARIT NGA FLAKONI DHE AMPULA |
| 16 | PROCEDURA PËR VENDOSJEN E RRUGËS VENOZE |
| 17 | PROCEDURA PËR ADMINISTRIMIN E BARNAVE NË RRUGË INTRAVENOZE |
| 18 | PROCEDURA PË APLIKIMIN E BARNAVE PËRMES KANULES INTRAVENOZE PERIFERIKE |
| 19 | PROCEDURA PËR APLIKIMIN E TRETËSIRËS SË INFUZIONIT |
| 20 | PROCEDURA PËR ADMINISTRIMIN E BARIT NËN LËKURË |
| 21 | PROCEDURA PËR ADMINISTRIMIN INTRAMUSKULAR TË BARIT |
| 22 | PROCEDURA PËR ADMINISTRIMIN E BARIT NË SY |
| 23 | PROCEDURA PËR ADMINISTRIMIN E BARIT NË VESH |
| 24 | PROCEDURA PËR ADMINISTRIMIN E BARIT NË HUNDË |
| 25 | PROCEDURA PËR ADMINISTRIMIN E OKSIGJENIT |
| 26 | PROCEDURA PËR ADMINISTRIMIN E BARIT PËRMES INHALIMIT |

14. PROCEDURA PËR APLIKIMIN E PESË RREGULLAVE PARA ADMINISTRIMIT TË BARIT

Qëllimi: i kësaj procedure është administrimi i sigurt i të gjitha barnave të përshkruara nga mjeku.

Pesë Rregullat (5Rr) është procedurë e detyrueshme që duhet të kryhet nga çdo infermier përpara administrimit të barit. Para administrimit, lexoni udhëzimet për barin, ndiqni rekomandimet e prodhuesit dhe datën e skadencës.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Rr 1 - Pacienti i duhur	1. Identifikoni pacientin.
[II]	Rr 2 - Bari i duhur	1. Krahasoni emrin e barit të përshkruar në urdhëresë me emrin e barit në paketimin origjinal. 2. Kontrolloni ngjyrën, pamjen dhe vetitë e barit. 3. Kontrolloni datën e skadimit.
[III]	Rr 3 - Doza e duhur	1. Përgatitni dozën dhe sasinë e përshkruar (duhet kujdes i veçantë nëse bari ka njësi matëse të treguar në mbështjellësin/etiketën e barit dhe njësinë matëse të përshkruar, p.sh. mg/ml, njësia matëse 'UI').
[IV]	Rr 4 - Koha e duhur	1. Përdorni barin e përshkruar në kohën e përcaktuar.
[V]	Rr 5 - Mënyra e duhur	1. Kontrolloni mënyrën e administrimit të barit të përshkruar në urdhëresë, duke e krahasuar me udhëzimet në paketim origjinal. 2. Respektoni udhëzimet e prodhuesit. 3. Kontrolloni çdo paqartësi të përshkruar në urdhëresë para se të merrni barin. 4. Regjistroni aplikimin e barit sipas urdhëresës në dokumentacion shëndetësor. 5. Nuk rekomandohet të epet bari i përgatitur nga dikush tjetër. 6. Gjithmonë përgatisni dhe aplikoni barin tek pacienti personalisht. 7. Pacienti duhet të informohet para aplikimit të barit dhe më pas të merret pëlqimi i tij/saj për terapinë parenterale.

15. PROCEDURA PËR NXJERRJEN E BARIT NGA FLAKONI DHE AMPULA

Qëllimi: i procedurës përcakton mënyrën e nxjerrjes së duhur dhe të sigurt të barit nga flakoni ose ampula me gjilpërë dhe shiringë për aplikimin parenteral.

Nxjerrja e barit nga ampula ose flakoni bëhet nga infermieri i cila e aplikon barin. Nxjerra e barit ose tretësirës së përgatitur të përshkruar, kryhet në kushte aseptike. Bari mund të jetë në ampulë ose flakon, si një formulë e përgatitur, ose në formë pluhuri, i cili tretet përpara se të futet në shiringë. Bari duhet të aplikohet menjëherë pas tërheqjes.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Masat e sigurisë që duhet të merren gjatë përgatitjes së barit	1. Kontrolloni rregullsinë e paketimit të barit. 2. Kontrolloni emrin dhe dozën (krahasoni me urdhëresën). 3. Mënyrën e aplikimit dhe koncentrimi i tretësirës siç udhëzohet në flet udhëzim të krahasohet me urdhëresën e mjekut. 4. Shikoni pamjen e tretësirës - vetitë organoleptike (vetitë fizike, kimike dhe farmakologjike të barit). 5. Kontrolloni datën e skadimit të barit.
[II]	Përgatitja e mjeteve dhe materialeve	1. Hapësira e punës dhe sipërfaqet për zbatimin e procedurës duhet të jenë të pastra dhe të rregullta. 2. Tabakë ose karrocë. 3. Barnat e duhura. 4. Dezinfektues. 5. Shiringa dhe gjilpëra me lumenin dhe madhësinë e kërkuar. 6. Tupfer nga pambuku. 7. Enë (veshkore) për gjëra të papastërta. 8. Kutia për hedhjen e mjeteve të mprehta. 9. Doreza.
[III]	Kryerja e procedurës së tërheqjes së barit nga ampula	1. Lani ose dezinfektoni dhe thani duart, vendosni dorezat. 2. Me një lëvizje gjysmë rrethore, uleni barin nga maja e ampulës në fund të ampulës. 3. Dezinfektoni pjesën (qafën) ku duhet prerë ampulën. 4. Në shenjën e përcaktuar thyeni qafën e ampulës.

		5. Bashkëngjitni gjilpërën në shiringë, futni gjilpërën në fund të ampulës dhe tërhiqni barin. 6. Pa hequr gjilpërën nga ampula, e ktheni shiringën tatëpjetë dhe lironi fluskat e ajrit në ampulë, duke u siguruar që bari të mos lirohet. 7. Hidhni gjilpërën e përdorur në kuti për hedhjen e mjeteve të mprehta. 8. Vendosni një gjilpërë të re sterile të lumenit të duhur me mburojën në shiringë. 9. Gjatë aplikimit intravenoz të barit, largoni ajrin nga shiringa. 10. Ruani ampulën derisa të përfundojë aplikimi i barit dhe më pas hidhni në kutinë e mjeteve të mprehta.
[IV]	Kryerja e procedurës së tërheqjes së barit nga flakoni	1. Lani ose dezinfektoni dhe thani duart, vendosni dorezat. 2. Hiqeni kapakun e aluminit ose plastikës nga flakoni. 3. Dezinfektoni kapakun e gomës të flakonit me tupfer pambuku ose garzë të njomur në dezinfektues. 4. Tërhiqeni sasinë e kërkuar të tretësit në shiringë dhe futeni gjilpërën në flakon përmes kapakut së gomës dhe injektoni tretësin. 5. Lëreni gjilpërën dhe shiringën në flakon (një sasi e vogël ajri do të hyjë në shiringë për shkak të presionit të shtuar në flakon, mos e ndani gjilpërën nga shiringa dhe flakoni). 6. Rrotulloni lehtësisht flakonin dhe prisni që bari të tretet. 7. Mbajeni flakonin nga pistoni i shiringës vertikalisht me pjesën e poshtme poshtë, lironi ajrin nga shiringa në flakon dhe tërhiqeni me kujdes gjilpërën deri në nivelin e tapës. 8. Ngadalë tërhiqeni barin në shiringë. 9. Ndani shiringën dhe gjilpërën nga flakoni dhe vendoseni gjilpërën në kuti për mjete të mprehta. 10. Vendosni një gjilpërë të re sterile të lumenit përkatës me mbulesë në shiringë. 11. Në rast të administrimit intravenoz të barit, largoni ajrin nga shiringa. 12. Ruajeni flakonin deri në fund të aplikimit të barit dhe më pas vendoseni në kuti për mjete të mprehta. 13. Hiqni dorezat, lani dhe thani duart.

16. PROCEDURA PËR VENDOSJEN E RRUGËS VENOZE

Qëllimi: i kësaj procedure është vendosja e rrugës venoze në mënyrë të sigurve dhe unike.

Më së shpeshti rruga intravenoze vendoset për nevojat diagnostike ose terapeutike të pacientit. Zgjedhja e vendeve dhe pajisjeve për vendosjen e rrugës intravenoze varet nga gjendja e përgjithshme e pacientit, lloji i tretësirës që do të administrohet, shpejtësia dhe kohëzgjatja e terapisë së administruar dhe moshë e pacientit. Më shpesh, për vendosjen e rrugës venoze përdoret kanula intravenoze e madhësisë së duhur. Vendosja e rrugës venoze është e një rëndësie jetike në raste urgjente.

Një tregues për vendosjen e rrugës venoze përcaktohet nga mjeku. Infermieri përgatit materialin, pacientin dhe vendos rrugën venoze

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Përgatitja e materialit	1. Kanulla e madhësisë së duhur (14G – 24G). 2. Dezinfektues. 3. Lidhësja Esmarch-ut. 4. Flaster. 5. Pambuk dhe garzë. 6. Kutia për mjete të mprehta. 7. Enë veshkore. 8. Mushama. 9. Doreza.
[II]	Përgatitja e pacientit	1. Identifikoni pacientin. 2. Informoni pacientin për procedurën dhe rëndësinë e saj. 3. Informoni pacientin për bashkëpunimin që pritët prej tij/saj. 4. Vendoseni pacientin në pozitën e duhur. 5. Kontrolloni zonën (vendin) ku do të vendoset kanula. 6. Në rastin e sëmundjes së gjirit, futni kanulën në anën e kundërt të trupit. 7. Në pacientët me hemodializë, aplikoni kanulë në anën e kundërt të fistulës. 8. Në pacientët me ind cikatrice, mos vendosni kanulë në atë ekstremitet.

		9. Në rastin kur kanula duhet të vendoset në një vend jo të përshtatshëm për aplikim, mjeku/infermieri/ja i/e ekipit do të bëjë një gjykim.
[III]	Procedura e vendosjes së kanulës	1. Lani dhe thani duart dhe vendosni dorezat. 2. Palponi zonën (vendin) dhe zgjidhni një venë. 3. Vendoseni lidhësen e Esmarch-ut 10 cm mbi vendin e paracaktuar për aplikimin e kanulës. 4. Dezinfektoni vendin e shpimit dhe mos e palponi pas dezinfektimit. 5. Përdorni dorën jo dominuese për të shtrënguar lëkurën mbi enën e gjakut, ndërsa mbani gjilpërën në dorën dominuese nën një kënd prej 30 - 45°. 6. Me hapjen e gjilpërës lart, shponi lëkurën dhe futeni në venë. 7. Zvogëloni këndin e depërtimit në mënyrë që gjilpëra të jetë pothuajse paralele me lëkurën dhe të hyjë në venë. 8. Me shfaqjen e gjakut në kapakun plastik të gjilpërës, tërhiqeni gjilpërën dhe futeni kanulën deri në enë të gjakut. 9. Hiqni lidhësen, mbyllni kanulën dhe fiksoni krahët e saj me flaster. 10. Nëse bari nuk administrohet, kontrolloni kalimin e kanulës duke e shpëlarë me 2 - 5 ml tretësirë NaCl 0.9% me pauzë me shtytje pulsative për të shpëlarë përfundimisht kanulën pasi të jetë shkëputur nga seti i infuzionit. 11. Duhet të përdoret teknika e shpëlarjes.
[IV]	Largimi i mbeturinave	1. Mbetjet e krijuara largohen duke ndjekur procedurën e menaxhimit të mbetjeve klinike.
[V]	Dokumentimi	Me përfundimin e kësaj procedure, infermieri regjistron në dokumentacionin ekzistues të institucionit: 1. Të dhënat e përgjithshme të pacientit. 2. Data dhe ora e vendosjes së rrugës venoze. 3. Nënshkrimi i infermierit që ka kryer procedurën.

17. PROCEDURA PËR ADMINISTRIMIN E BARNAVE NË RRUGË INTRAVENOZE

Qëllimi: i kësaj procedurë siguron një administrim unik dhe të sigurt të barit të përshkruar për administrim intravenoz.

Administrimi intravenoz i barit është një metodë e administrimit të barit me anë të gjilpërës apo bebi sistemit të foshnjës dhe shiringës direkt në venë, në gjakun qarkullues. Procedura kryhet nga infermieri/ja me urdhëresë/recetë me shkrim të mjekut në kushte strikte aseptike.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Përgatitja e hapësirës	1. Siguroni privatësinë e pacientit. 2. Siguroni kushte të favorshme në dhomë (dhoma duhet të jetë e ajrosur dhe e ndriçuar).
[II]	Përgatitja e materialit	1. Barnat e përshkruara (zbatoni rregullin 5Rr). 2. Shiringa sterile me vëllim të përshtatshëm. 3. Gjilpëra të përshtatshme sterile. 4. Lidhësja e Esmarch-ut. 5. Sharra për hapjen e ampulave. 6. Dezinfektues për lëkurën dhe pajisjet/mjetet. 7. Tupfer pambuku ose garzë. 8. Dorezat për një përdorim. 9. Flaster. 10. Kutia për asgjësimin e mjeteve të mprehta. 11. Enë veshkore. 12. Mbulesë mbrojtëse.
[III]	Përgatitja e pacientit	1. Identifikoni pacientin. 2. Shpjegojini pacientit procedurën, shqetësimet e mundshme dhe reaksionet e barit. 3. Kontrolloni për alergji ndaj barit. 4. Vendoseni pacientin në pozitën e duhur ulur ose shtrirë. 5. Vendoseni dorën e pacientit në një sipërfaqe të fortë dhe vendosni një mbajtës mbrojtës.

[IV]	Procedura e vendosjes së kanulës dhe aplikimit të barit	1. Lani dhe thani duart dhe vendosni dorezat. 2. Me anë të ekzaminimit dhe palpimit, zgjidhni venën më të përshtatshme, mundësisht venën e dorës jo dominuese. 3. Vendoseni lidhësen rreth 10 cm mbi vendin e planifikuar të injektimit, palponi venën. 4. Kur të gjendet vena e duhur, dezinfektojeni lëkurën me lëvizje rrethore nga qendra drejt periferisë të paktën 3 herë, prisni 15 - 30 sekonda që lëkura të thahet. 5. Nëse për ndonjë arsye vena nuk palpohet, lirojeni lidhësen dhe palponi më tej. 6. Duke përdorur dorën dominuese, merrni shiringën me gjilpërë dhe barin e përgatitur, hiqni kapakun mbrojtës. 7. Duke përdorur dorën jo dominuese, mbajeni krahun e pacientit dhe shtrëngoni lëkurën. 8. Shponi lëkurën në një kënd prej 30 - 45°, 1 cm poshtë pikës hyrëse në venë, uleni gjilpërën me 10° dhe futeni në lumenin e venës me 0.5 - 1 cm. 9. Aspironi, nëse shfaqet gjak, lironi lidhësen. 10. Injektioni barin ngadalë, 1ml/1min, përveç nëse përshkruhet ndryshe. 11. Herë pas here aspironi për t'u siguruar që jeni në venë. 12. Në rast të perforimit (pëlçitjes) të murit të enëve të gjakut ose shfaqjes së dhimbjes, ndjesisë së djegies ose çdo lloj shqetësimi sipas deklaramit të pacientit, aplikimi duhet të ndërpritet menjëherë. 13. Pas aplikimit të barit, shtypni lehtë vendin e injektimit me tupfer pambuku ose garzë dhe vendosni flasterin. 14. Hiqeni gjilpërën, shtypni me tupfer dhe mbajeni për 3 min. (në rast të gjakderdhjes së zgjatur, mbani më gjatë). 15. Hidhni gjilpërën në kuti për mjete të mprehta (mos e ktheni kapakun mbrojtës në gjilpërë) dhe shiringën në mbetjet infektive. 16. Hiqni dorezat dhe hidhni ato në qese për mbetjet infektive. 17. Lani dhe thani duart.
[V]	Masat e kujdesit	1. Kontrolloni afatin e skadimit të shiringës dhe gjilpërës për aplikimin e barnave dhe dëmtimin e mundshëm të paketimit të shiringës dhe gjilpërës.

		2. Të merren informata për specifikat e barnave të veçanta dhe efektet anësore që mund të shkaktojnë barnat (fletë udhëzimin për barna nga paketimi origjinal). 3. Kërkoni nga pacienti të qëndrojë në dhomën e pritjes edhe për 15 minuta të tjera për shkak të efekteve të mundshme anësore. 4. Informoni mjekun në rast të efekteve anësore dhe regjistroni ato. 5. Mund të përdoren vetëm tretësira të pastra ujore, sterile dhe pa pirogjen. 6. Vëzhgoni vendin e injektimit për të shmangur aplikimin para venoz të tretësirës ose shfaqjen e flebitit. 7. Nuk rekomandohet aplikimi i barnave intravenoze në ekstremitetet e poshtme, veçanërisht në ekstremitetet ku venat janë të zmadhuara, qarkullimi periferik i dëmtuar, në ekstremitet me fistula AV (fistula arteri venoze) ose limfodemë. 8. Pas përcaktimit dhe dezinfektimit të vendit të injektimit, nuk lejohet ripalpimi i vendit të injektimit.
[VI]	Dokumentimi	Me përfundimin e kësaj procedure, infermieri regjistron të dhënat në dokumentacionin ekzistues të institucionit: 1. Të dhënat e përgjithshme të pacientit. 2. Llojin dhe doza e terapisë së aplikuar. 3. Datën dhe ora e aplikimit të terapisë. 4. Nënshkrimi i infermierit që ka kryer procedurën. 5. Plotësoni të gjitha rubrikat në urdhëresë (datën, emrin e barit, sasinë e barit, mënyrën e aplikimit, nënshkrimin e infermierit).

18. PROCEDURA PËR APLIKIMIN E BARNAVE PËRMES KANULES INTRAVENOZE PERIFERIKE

Qëllimi: i procedurës është të sigurohet aplikimi i saktë dhe i sigurt të barit dhe/ose tretësirës të përshkruar për aplikimin intravenoz përmes kanulës intravenoze.

Procedura kryhet nga infermieri/ja sipas përshkrimit të urdhëresës nga mjeku, në kushte rreptësishtë aseptike, sipas parimit 1 ml /1 min, përveç nëse përcaktohet ndryshe.

PROCEDURA

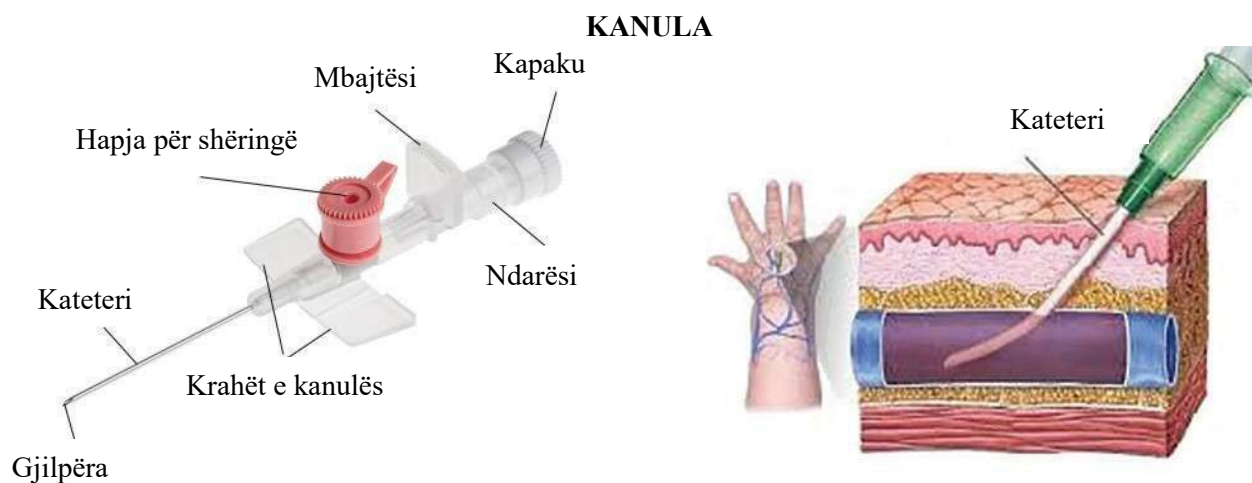
Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Përgatitja e hapësirës dhe materialit	1. Siguroni privatësinë e pacientit. 2. Siguroni kushte të favorshme në hapësirë (dhoma duhet të jetë e ajrosur dhe e ndriçuar). 3. Bari i përshkruar dhe/ose tretësira (zbatoni rregullin 5Rr). 4. Shiringa sterilë me vëllim të përshtatshëm. 5. Sharrë për hapjen e ampulave. 6. Tretësira fiziologjike NaCl 0.9%. 7. Tupfer pambuku ose garzë. 8. Doreza. 9. Enë veshkore. 10. Kompresë apo peshqir.
[II]	Përgatitja e pacientit	1. Identifikoni pacientin. 2. Shpjegoni pacientit procedurën, efektet anësore të mundshme dhe reaksionet e barit. 3. Kontrolloni për mundësinë e alergjisë ndaj barit. 4. Vendosni pacientin në pozicion të përshtatshëm, ulur ose shtrirë. 5. Vendosni dorën e pacientit në një sipërfaqe të fortë dhe vendosni kompresë apo peshqirë.
[III]	Procedura	1. Lani dhe thani duart tuaja dhe vendosni dorezat. 2. Me anë të inspektimit dhe palpimit, vlerësoni kanulën dhe venën në të cilën është vendosur. 3. Dezinfektoni zonën përreth kapakut (lëkurën nën kapak dhe kanulën rreth kapakut). 4. Përdorni garzën sterile (5x5 cm) në vendin e hyrjes me kanulë IV.

		5. Hapni kapakun dhe vendoseni në garzë sterile. 6. Para aplikimit të barit, aspironi gjakun me një shiringë 2 - 5 ml nga kanula. Nëse gjaku shfaqet në shiringë, kanula IV është e kalueshme dhe mund të aplikohet bari i përshkruar. 7. Ndalohet shpëlarja me shtypje e kanulës së pakalueshme. Nëse kanula është e pakalueshme, zëvendësojeni me një kanulë të re dhe në një vend tjetër. 8. Shiringën vendoseni në enën veshkore. 9. Shiringën me barin ose sistemin e infuzionit lidheni në kanulë. 10. Vëzhgoni vendin e shpimit, bëni pyetjet pacientit nëse ndjejnë dhimbje ose parehati. 11. Pas aplikimit të barit, kanulën shpërlani me 2 - 5 ml NaCl 0.9% të tretësirës fiziologjike nëse do të përdoret e njëjta kanulë për të vazhduar terapinë. 12. Mbylleni kapakun. 13. Hidhni garzën në mbeturina infektive nëse kontaminohet me gjak. 14. Përdorni garzë sterile dhe flaster ose fashë për të fiksuar kanulën (është gjithashtu e mundur që të përdorni një foli semipermeabile transparente për pamje më të lehtë të vend-ndodhjes së kanulës së aplikuar, e cila gjithashtu siguron sterilitetin e vendit). 15. Rivendosni pajisjet e përdorura. 16. Hiqni dorezat. 17. Lani dhe thani duart.
[IV]	Masat e kujdesit	1. Kushtet aseptike duhet të respektohen rreptësisht. 2. Mos e aplikoni barin nëse vëreni shenja lokale të inflamacionit - skuqje në gjatësinë e venave, dhimbjen, ënjtjen, hiqni menjëherë kanulën dhe vendosni një të re në një vend tjetër. 3. Vendet e punkcionit të venës dhe kanulës ndërrohen pas 48 - 72 h, nëse është e nevojshme më herët, në varësi të gjendjes së venës ose kanulës, në mënyrë që të parandaloni flebitin që manifestohet nga nxehtësia, skuqja dhe ënjtja e vendit të injektimit ose tromboflebiti i cili përveç simptomave të mësipërme ka edhe ngurtësi të venës në vendin e majës së kanulës. Sa më gjatë të jetë kanula në venë, incidenca e flebitit dhe tromboflebitit rritet.

		4. Vëzhgoni vendin e injektimit gjatë aplikimit të barnave për të zbuluar infiltrimin e mundshëm të barit ose tretësirës në indin përreth në fazën fillestare. 5. Inflamacioni karakterizohet nga edem dhe/ose ftohja e vendit, dhe një rënie e ndjeshme e shkallës së rrjedhjes, pacienti ndjen dhimbje, parehati dhe djegësi. 6. Nëse përdoret një kompresë për dorë, duhet të kontrollohet gjendja e qarkullimit poshtë vendit të aplikimit të barit. 7. Kur përdoret një kanulë e vendosur më parë, ajo duhet të ruhet në mënyrë që të parandalohet lëvizshmëria, pëlçitja e venave, infiltrimi ose hematoma.
[V]	Heqja e kanulës intravenoze	1. Të largohet me kujdes nga lëkura mjeti me të cilin e kemi fiksuar kanulën. 2. Me një dorë, shtypni butësisht me tupfer pjesën e sipërme të kanulës, dhe me dorën tjetër, butësisht nxjerrni kanulën. 3. Hidhni kanulën në mbeturina infektive. 4. Mbroni vendin e injektimit me një tupfer të thatë dhe bëni shtypje për të paktën 30 sekonda në dorën e shtrirë. Pacienti mund ta mbajë dorën e ngritur dhe të kryejë vetë shtypjen. Tupferi duhet të bashkëngjitet me një flaster ose fashë.
[VI]	Dokumentimi	Pas përfundimit të procedurës, infermieri dokumenton të dhënat në dokumentacionin ekzistues të institucionit: 1. Të dhënat e përgjithshme të pacientit. 2. Data dhe ora e aplikimit të terapisë. 3. Llojin dhe dozën e terapisë së aplikuar. 4. Nënshkrimi i infermierit që ka kryer procedurën. 5. Në urdhëresën e përshkruar, plotësoni të gjitha rubrikat (datën, emrin e barit, sasinë e barit, mënyrën e aplikimit, nënshkrimin e pacientit dhe nënshkrimin e infermierit).

Figura nr. 2 – Administrimi i kanulës IV

ADMINISTRIMI I KANULËS IV



Lidhësja e Esmarch-ut



Palpimi i vendit të punktit



Dezinfektimi i vendit të punktit



Aplikimi i kanulës



Tërhiqni gjilpërën, shtyni kateterin



Largoni lidhësen e Esmarch-ut



Hiqni kapakun mbrojtës



Mbylle kanulën



Fiksoni kanulën

19.PROCEDURA PËR APLIKIMIN E TRETËSIRËS SË INFUZIONIT

Qëllimi: i kësaj procedure është të arrihet zbatimi përmes aplikimit të sigurt të barit të përshkruar në tretësirë ose vetë tretësirës dhe rimbushja e lëngjeve në vëllimin qarkullues.

Infuzioni intravenoz siguron marrjen e një sasive të madhe të lëngjeve në trup përmes sistemit të infuzionit për një përdorim. Procedura kryhet nga infermieri/ja sipas urdhërësës së përshkruar nga mjeku dhe kryhet në kushte rreptësishtë aseptike.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Përgatitja e hapësirës dhe materialit	1. Siguroni privatësinë e pacientit. 2. Siguroni kushte të favorshme të ambientit (dhoma duhet të jetë e ajrosur, e pastër, e ndriçuar dhe e qetë). 3. Tabaku ose karroca. 4. Pajisjet për vendosjen e rrugës venoze (lidhësja, gjilpëra, bebi sistem, kanula). 5. Set i infuzionit në dispozicion (sistemi i infuzionit). 6. Përgatitni barin e përshkruar. 7. Tretësirë e përshkruar për infuzion me një etiketë të lexueshme. 8. Zbatoni rregullat e 5 Rr. 9. Shiringa dhe gjilpëra sterile të vëllimit të duhur. 10. Mbajtës (këmbalec) për infuzion. 11. Mbajtësi i shisheve, nëse është e nevojshme. 12. Tupfer pambuku ose garzë jo-sterile dhe sterile 5x5 cm. 13. Shtresa mbuluese (mushama). 14. Dezinfektues. 15. Doreza jo sterile për një përdorim. 16. Flaster. 17. Gërshërë. 18. Kompresë/peshqir (që vendoset nën pjesën ku administrohet infuzioni), 19. Kutë për hedhjen e mbetjeve të mprehta. 20. Enë veshkore.

[II]	Përgatitja e pacientit	1. Identifikoni pacientin. 2. Informoni pacientin për rëndësinë dhe qëllimin e intervenimit. 3. Kontrolloni për alergjinë e mundshme ndaj barit. 4. Kërkoni nga pacienti bashkëpunim dhe të raportojë ndonjë efekt anësor të mundshëm gjatë dhe pas aplikimit të infuzionit. 5. Lejoni pyetjet. 6. Mundësoni pacientit eliminimin e jashtëqitjes dhe urinës përpara aplikimit të infuzionit. 7. Vendoseni pacientin në një pozitë të shtrirë të rehatshme ose në një pozitë tjetër të përshtatshme. 8. Vendosni kompresën/peshqirin nën krahun e pacientit dhe vendosni krahun në pozicionin e duhur ku do të vendoset gjilpëra/kanula ose ku ka qenë e vendosur kanula. 9. Nëse infuzioni jepet në shtëpi, mbron shtratin me material rezistues ndaj ujit duke vendosur nën vendin e aplikimit të infuzionit.
[III]	Procedura për përgatitjen e sistemit të infuzionit	1. Lani, thani duart dhe vendosni dorezat. 2. Vendosni mbajtësin e shisheve (nëse është e nevojshme). 3. Hiqeni mburojën nga tapa e shishes (dezinfektoni tapën). 4. Hapni paketën e setit, merrni setin e infuzionit dhe mbyllni rregullatorin e rrjedhës. 5. Hiqeni mburojën nga sistemi dhe shpojeni tapën e shishes. 6. Rrotulloni shishen dhe varni në një mbajtës (këmbalec). 7. Hapeni kanalin e ajrit në sistem. 8. Mbusheni përgjysmë rezervuarin e sistemit të infuzionit më tretësirë. 9. Hapeni rregullatorin e rrjedhës në sistem dhe lëshoni lëngun në enën veshkore, për të dalë ajri jashtë sistemit të infuzionit. 10. Mbyllni rregullatorin e rrjedhës. 11. Nëse ka flluska, duke goditur nëpër tub i largoni flluskat e ajrit në drejtim të rezervuarit. 12. Nëse infuzioni i shtohen barna, mbyllni sistemin, hiqeni shishen nga mbajtësi (këmbaleci) dhe vendosni në tabak/tavolinë/karrocë.

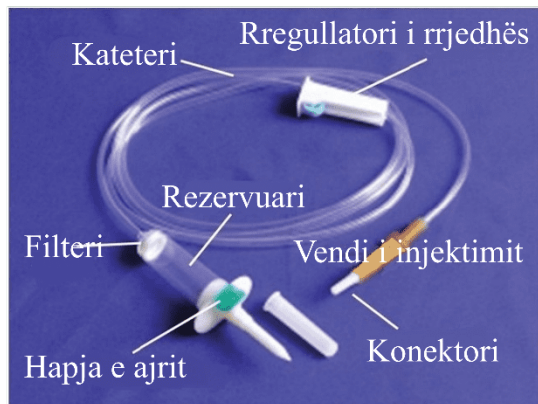
		13. Injektoni barin e përgatitur në tretësirën për infuzion (tërheqja e barit bëhet sipas "Procedurës për tërheqjen e barit nga shishja/ampula"). 14. Hidhni gjilpërën në kuti për mjete të mprehta, ndërsa shiringën në qese për mbeturina. 15. Shkruani në shishe emrin dhe mbiemrin e pacientit, emrin dhe dozën e barit të shtuar, datën dhe kohën e fillimit të infuzionit dhe vendosni shishen e infuzionit në mbajtës (këmbalec).
[IV]	Aplikimi i infuzionit - nëse përdoret gjilpëra ose bebi sistemi	1. Zgjidhni venën duke palpuar. 2. Zgjidhni venën në të cilën do të futet gjilpëra ose bebi sistemi, mundësisht në pjesën e nën bërrylit të dorës jo-mbizotëruese (filloni nga dora lart, dhe ruajeni venën e kubitit për nxjerrjen e gjakut dhe gjithashtu për lëvizjen e krahut në bërryl). 3. Rripin e Esmarch-ut e lidhni rreth 10 cm mbi vendin e planifikuar për injektim. 4. Palponi pulsin, nëse nuk është i pranishëm, lironi rripin derisa të ndihet një puls. 5. Dezinfektoni lëkurën në një lëvizje rrethore nga qendra në periferi të paktën 3 herë, prisni 15 - 30 sekonda derisa lëkura të thahet. 6. Vendosni gjilpërën ose bebi sistemin në një sistem të mbushur me tretësirë, hiqeni kapakun mbrojtës nga gjilpëra ose bebi sistemi, lëshoni disa pika përmes gjilpërës ose bebi sistemit. 7. Me dorën tuaj jo dominuese, mbajeni dorën e pacientit dhe shtrëngoni lëkurën. 8. Me dorën tuaj dominuese shponi venën në një kënd prej 30 - 45 shkallë, uleni atë për 10 shkallë dhe futni 1 cm në lumenin e venës, maja e gjilpërës duhet të jetë e kthyer nga lart. 9. Kur gjaku shfaqet në sistem, lironi lidhësen, fiksoni gjilpërën ose bebi sistemin me flaster dhe rregulloni rrjedhën e infuzionit. 10. Fiksoni tubin e sistemit të infuzionit në krah 5 cm poshtë konektorit/lidhëses. 11. Aplikimi i infuzionit përmes gjilpërës apo bebi sistemit bëhet në përputhje me "Procedurën për aplikimin e barnave përmes kanulës intravenoze periferike".

[V]	Ndërrimi i shishes së infuzionit	1. Mbyllni rrjedhjen e infuzionit në rregullator. 2. Kontrolloni përputhshmërinë e barnave dhe tretësirave të infuzionit që do të vazhdojnë të jepen pas infuzionit të mëparshëm. 3. Nëse barnat janë në përputhshmëri, hiqeni sistemin nga shishja, nga e cila ka rrjedhur bari dhe nën kushte aseptike e vendosni sistemin sërish shishen e re. 4. Vendoseni shishen në mbajtës (këmbalec) dhe rregulloni rrjedhën e tretësirës së infuzionit. 5. Hidhni shishen e përdorur në mbeturina në përputhje me rregulloret e institucionit. 6. Nëse barnat që duhet të aplikohen nuk janë në përputhshmëri me tretësirën e mëparshme, vendosni një sistem të ri për infuzion.
[VI]	Përfundimi i procedurës	1. Vendosni dorezat. 2. Përmes rregullatorit mbylleni rrjedhën në sistemin e infuzionit. 3. Ndani sistemin e infuzionit nga kanula/rruga venoze. 4. Me 5 ml tretësirës fiziologjike mbushni kanulën. 5. Largoni shiringën. 6. Mbyllni kanulën me kapak. 7. Risistemoni mjetet e përdorura.
[VII]	Masat e kujdesit	1. Kontrolloni afatin e skadimit të shiringës dhe gjilpërës për aplikimin e barnave dhe verifikoni a është paketimi i shiringës dhe gjilpërës origjinal dhe i padëmtuar. 2. Gjatë përgatitjes së tretësirës për infuzion, detyrimisht duhet të kontrolloni se cilat barna dhe tretësira mund të jepen së bashku dhe cilat jo, për shkak të interaksionit/bashkëveprimit të mundshëm. 3. Dhënia e infuzionit fillon menjëherë pas përgatitjes (qëndrimi më i gjatë rrit rrezikun e infeksionit). 4. Për shkak të infeksionit, është e ndaluar të shponi shishen e plastikës me gjilpërë. 5. Gjatë aplikimit të infuzionit, monitoroni gjendjen e pacientit. 6. Vëzhgoni vendin e injektimit për të shmangur ekstrasivazimin e tretësirës (aplikimi paravenoz i tretësirës) ose shfaqjen e flebitit.

		7. Në rast të reaksioneve të mundshme alergjike ndaj barit (ulja e TA, takikardia, ngulfatja, anafilaksia, skuqje e lëkurës), ndaloni infuzionin dhe menjëherë lajmëroni mjekun. 8. Dokumentoni sasinë e lëngjeve të futura në trup. 9. Kujdes që niveli i tretësirës në shishe të mbetet mbi pjesën e sipërme të majës së sistemit në shishe. 10. Tek sistemet konvencionale të infuzionit, rreth 15 - 20 pika korrespondojnë me 1 ml të tretësirës: - 1 ml/min = 60 ml/orë, - 2 ml/min = 120 ml/orë.
[VIII]	Dokumentimi	Pas përfundimit të kësaj procedure, infermieri regjistron të dhënat në dokumentacionin ekzistues të institucionit: 1. Të dhënat e përgjithshme të pacientit. 2. Datën dhe orën e aplikimit të terapisë. 3. Llojin, dozën dhe sasinë e terapisë së aplikuar. 4. Nënshkrimin e infermierit që ka kryer procedurën. 5. Në urdhëresën e përshkruar, plotësoni të gjitha rubrikat (datën, emrin e barit, sasinë e barit, mënyrën e aplikimit, nënshkrimin e pacientit dhe infermierit).

Figura nr. 3 – Përgatitja e infuzionit IV

PËRGATITJA E INFUZIONIT IV



Sistemi i infuzionit dhe infuzioni



Dezinfektoni hapjen e infuzionit



Shponi kokën/hapjen e infuzionit me majën e sistemit



Hiqni kapakun mbrojtës



Hapeni pjesën për ajër



Shtypni rezervuarin



Nxjerr ajrin nga sistemi



Mbyllni rregullatorin e rrjedhës



Kthejeni kapakun mbrojtës

20. PROCEDURA PËR ADMINISTRIMIN E BARIT NËN LËKUR

Qëllimi: i kësaj procedure siguron një metodë unike dhe të sigurt të administrimit nën lëkurë të barit.

Injeksioni nënlëkurë (SC – subkutan) është një mënyrë për të administruar barin duke përdorur gjilpërën dhe shiringën në indin nën lëkuror. Injeksioni subkutan përdoret për të administruar një sasi më të vogël të barit (deri në 2 ml) duke rezultuar në resorbim më të ngadalshëm dhe më të barabartë. Aplikimi i barit SC bëhet nga infermieri sipas përshkrimit të mjekut në urdhëresë/recetë.

PROCEDURA

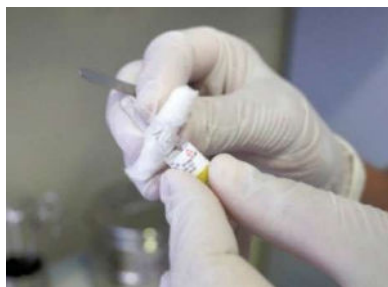
Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Përgatitja e hapësirës dhe materialit	1. Siguroni privatësinë e pacientit. 2. Siguroni kushte të favorshme në hapësirë (dhoma duhet të ajroset dhe ndriçohet). 3. Barnat e përshkruara (zbatoni rregullin 5Rr). 4. Tretësirë për tretjen e barit. 5. Shiringa sterile me vëllim të përshtatshëm. 6. Gjilpërat të përshtatshme sterile. 7. Sharra për prerjen e ampulave. 8. Dezinfektues i lëkurës dhe mjeteve. 9. Tupfer pambuku ose garzë. 10. Doreza. 11. Kutia për hedhjen e mjeteve të mprehta. 12. Ena veshkore. 13. Nëse aplikojmë vaksinën e përgatitur në një shiringë me një gjilpërë fikse dhe tretësirë të mbushur në shiringë (e fabrikuar), hapeni paketimin e shiringës, verifikoni origjinalitetin dhe datën e skadimit.
[II]	Përgatitja e pacientit	1. Identifikoni pacientin. 2. Kontrolloni alergjitë e mundshme të pacientit ndaj barnave (duke pyetur dhe duke shikuar kartelën shëndetësore). 3. Informoni pacientin për rëndësinë dhe qëllimin e ndërhyrjes, të cilën pacienti konfirmon me nënshkrimin e tij. 4. Kërkoni nga pacienti bashkëpunim dhe tregoni atij se në rast të ndonjë ndryshimi të gjendjes (të përgjithshme dhe lokale) gjatë dhe pas kohës së marrjes së injeksionit SC, menjëherë të informohet infermieri/ja.

		5. Vendoseni pacientin në pozicionin e duhur.
[III]	Procedura	1. Lani, thani duart dhe vendosni dorezat. 2. Hapeni mbështjellësin në anën e shiringës, mbani për pistonin dhe hiqeni shiringën nga mbështjellësi dhe vendosni gjilpërën për tërheqjen e përmbajtjes së ampulës/shishes. 3. Dezinfektoni qafën e ampulës dhe sharrën për prerjen e ampulave me tupfer të lagur me një dezinfektues. 4. Pas hapjes së ampulës, tërhiqeni përmbajtjen me shiringë. 5. Përmbajtja tërhiqet sipas "Procedurës për tërheqjen e barit nga shishja dhe ampula". 6. Hiqeni gjilpërën me të cilën është tërhequr bari, hidhni gjilpërën në kutin për hedhjen e mjeteve të mprehta dhe nxirrni ajrin nga shiringa. 7. Vendoseni gjilpërën e re të duhur sterile me mburojë. 8. Përcaktoni vendin e injektimit. Vendet më të zakonshme për injektimin nënlëkurë janë pjesa e jashtme e krahut të sipërm, pjesa e përparme e kofshës, indi nënlëkurë i abdomenit të poshtëm, kofsha e sipërme, pjesa gluteale dhe pjesa e sipërme e shpinës. 9. Injekcioni i barit nënlëkurë është i ndaluar të administrohet në lëkurën e dëmtuar, në lytha, plagë, etj. 10. Dezinfektoni vendin e shpimit me tupfer të lagur me dezinfektues dhe prisni që vendi të thahet. 11. Hiqeni mburojën e gjilpërës dhe vendoseni në enë veshkore. 12. Bëni një palosje të lëkurës me gishtin e madh dhe gishtin tregues me dorën tuaj jo dominuese. 13. Injektoni gjilpërën në një kënd prej 45 - 90° në varësi të trashësisë së indit dhjamor nënlëkurë dhe llojit të barit. 14. Aspironi butësisht duke tërhequr pistonin e shiringës, duke monitoruar nëse gjaku do të shfaqet në shiringë. Nëse shfaqet gjaku, ndërpritni procedurën, hiqni gjilpërën, përgatitni një injeksion të dytë dhe injektoni barin në vendin tjetër. 15. Kur injektohet bari, hiqeni gjilpërën dhe hidhni atë në kuti për mjetet e mprehta. 16. Në vendin e injektuar vendosni tupfer pambuku ose garzë me dezinfektues. 17. Risistemoni mjetet/pajisjet. 18. Largoni dorezat, lani dhe thani duart.

[IV]	Masat e kujdesit	1. Kontrolloni afatin e shiringës dhe gjilpërës për aplikimin e barnave, verifikoni a është paketimi i shiringës dhe gjilpërës i padëmtuar. 2. Merrni informata për specifikat e barnave të veçanta dhe efektet anësore që mund të shkaktojnë barnat (lexoni fletë udhëzimin nga kutia origjinale). 3. Nëse sasia e përshkruar e barit është më e madhe se 2 ml për aplikimin nënëlkurë, rekomandohet të aplikohet bari në dy vende, nënëlkurë, me një shiringë dhe gjilpërë të re. 4. Vendi më i mirë për të injektuar heparinën është indi nënëlkurë i abdomenit të poshtëm, 5 cm nën kërthizë në mes të eshtrave iliak të majtë dhe të djathtë. 5. Nuk është e nevojshme të aspironi, fërkoni apo masazhoni vendin e injektimit me heparinë dhe insulinë.
[V]	Dokumentimi	Pas përfundimit të kësaj procedure, infermieri regjistron të dhënat në dokumentacionin ekzistues të institucionit: 1. Të dhënat e përgjithshme për pacientin. 2. Datën dhe orën e aplikimit të terapisë. 3. Llojin dhe dozën e terapisë së administruar. 4. Nënshkrimin e infermierit që ka kryer procedurën. 5. Në urdhëresën e përshkruar, plotësoni të gjitha rubrikat (datën, emrin e barit, sasinë e barit, mënyrën e aplikimit, nënshkrimin e pacientit dhe nënshkrimin e infermierit).

Figura nr. 4 – Aplikimi i injeksionit SC

APLIKIMI I INJEKSIONIT SC



Dezinfektoni ampulën dhe sharrën



Nxirrni/tërhiqni barin



Ndërroni gjilpërën



Nxirrni ajrin nga shiringa



Dezinfektoni vendin e shpimit



Ngrini lëkurën dhe futeni gjilpërën



Aspiro



Injektoni barin



Shtypni vendin e shpimit

21. PROCEDURA PËR ADMINISTRIMIN INTRAMUSKULAR I BARIT

Qëllimi: i kësaj procedure është administrimi i barit në rrugë intramuskulare, në mënyrë të sigurt, të duhur dhe unike.

Administrimi i barit në rrugë intramuskulare (IM) kërkon përgatitjen e duhur të barit, teknikën e duhur të administrimit dhe respektimin e kohës së përcaktuar për aplikimin e terapisë. Përmeshja e këtyre kushteve zvogëlon komplikimet tek administrimi intramuskular i barit dhe rrit efektin e barit. Aplikimi i terapisë intramuskulare kryhet nga ana e infermierit në bazë të urdhëresës së përshkruar nga mjeku.

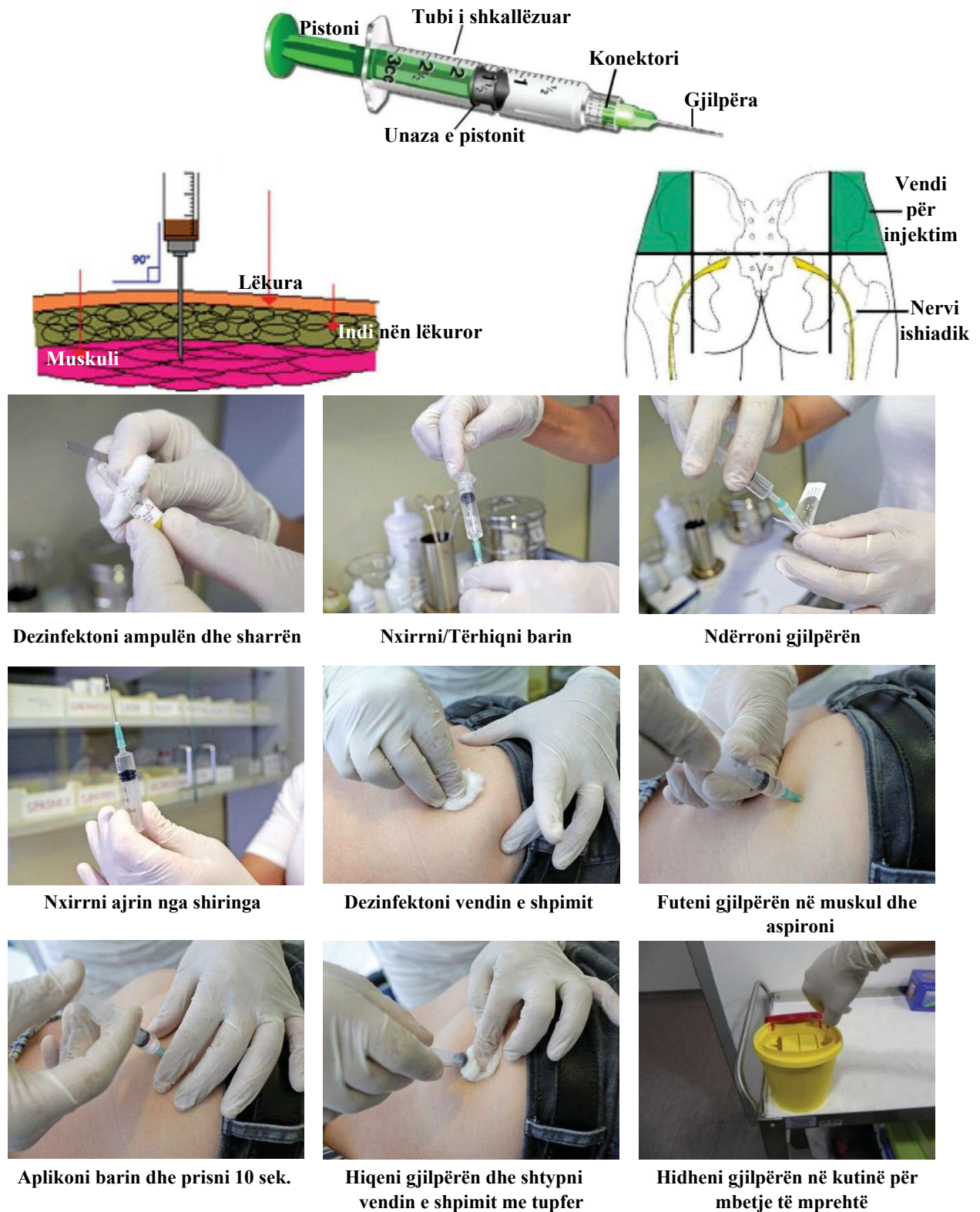
PROCEDURA		
Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Përgatitja e hapësirës dhe materialit	1. Të sigurohen kushtet e favorshme në dhomë (dhoma duhet të jetë e ndriçuar dhe e ajrosur). 2. Të sigurohet privatësia e pacientit. 3. Bari i përshkruar (zbatoni rregullin 5Rr). 4. Tretësira për tretjen e barit. 5. Shiringa sterile të vëllimit të duhur. 6. Gjilpëra të përshtatshme sterile. 7. Sharra për hapje të ampulës. 8. Dezinfektues për lëkurë dhe pajisje. 9. Tupfer pambuku apo garza. 10. Doreza. 11. Kutia për mbetje të mprehta. 12. Ena veshkore.
[II]	Përgatitja e pacientit	1. Identifikoni pacientin. 2. Siguroheni për alergji të mundshme të pacientit ndaj barnave (me anë të pyetjes dhe shikimit në kartelën shëndetësore). 3. Informoni pacientin mbi rëndësinë dhe qëllimin e intervenimit e cila duhet të konfirmohet me nënshkrimin e tij/saj, të kërkohet bashkëpunimi dhe i tregojini atij/asaj se në rast të ndonjë ndryshimi të gjendjes gjatë dhe pas administrimit të injeksionit, menjëherë të informoni infermierin. 4. Pacienti të shtrihet në pozitën e duhur.

[III]	Procedura	1. Lani duart dhe vendosni dorezat. 2. Hapeni mbështjellësin e shiringës dhe mbajeni për pistonin, hiqeni shiringën nga mbështjellësi dhe në të vendosni gjilpërën për të tërhequr përmbajtjen e ampulës. 3. Dezinfektoni qafën e ampulës dhe sharrën me një tupfer pambuku të lagur me dezinfektues. 4. Pas hapjes së ampulës, përmbajtjen e saj e tërhiqni në shiringë. 5. Administroni barin sipas procedurës “Tërheqja e barit nga shishja dhe ampula”. 6. Largoni gjilpërën me të cilin e keni nxjerr barin, hidhjeni atë në kutinë për mbetjet e mprehta dhe nxirreni ajrin nga shiringa. 7. Vendosni gjilpërën tjetër të duhur sterile me mbrojtëse. 8. Përcaktoni vendin e shpimit (një e katërta e sipërme e jashtme e gluteusit), duke marrë parasysh ndryshimet e mundshme në lëkurë dhe muskul. 9. Dezinfektoni vendi e shpimit me një tupfer dhe pritni derisa ajo pjesë të thahet. 10. Largoni mbrojtësen nga gjilpëra dhe e hidhni në enën veshkore. 11. Shponi me gjilpërë në një kënd prej 90°. 12. Aspironi butësisht duke tërhequr pistonin e shiringës, duke monitoruar nëse gjaku do të shfaqet në shiringë. Nëse shfaqet gjaku, ndërpritni procedurën, hiqni gjilpërën, përgatitni një injeksion të dytë dhe injektoni barin në një vend tjetër. Mos e injektoni tretësirën me gjak. 13. Kur bari administrohet, prisni 10 sekonda dhe e nxirrni gjilpërën shpejt në një kënd prej 90°. 14. Në vendin e shpimit, vendosni një tupfer/garzë të lagur me dezinfektues. 15. Hidhni gjilpërën në kutinë për mbetjet e mprehta. 16. Pas administrimit të barit, monitoroni pacientin për disa minuta në mënyrë që të mund të reagoni në kohën e duhur në rast të një reaksioni alergjik ndaj barit. 17. Risistemoni pajisjet. 18. Hiqni dorezat, lani dhe thani duart.
[IV]	Masat e kujdesit	1. Kontrolloni ambalazhin, pamjen dhe datën e skadimit të barit. 2. Kontrolloni datën e skadimit të shiringës dhe gjilpërës për administrimin e barnave, si dhe gjendjen e paketimit të shiringës dhe gjilpërave.

		3. Informoni për specifikat e barnave të veçanta dhe efektet anësore që mund të shkaktojnë ato (lexoni fletë udhëzuesin nga paketimi origjinal). 4. Nëse sasia e barit është më e madhe se 5 ml, bari duhet të merret në dy shiringa dhe të administrohet në dy vende të ndryshme, 5. Tek tretësirat vajore të barnave dhe preparateve me hekur aplikohet teknika “Z”, thellësisht muskulore, për të shmangur iritimin e indit nën-lëkuror dhe ndryshimin e ngjyrës (me pëllëmbën e dorës tërhiqni lëkurën mbi vendin e shpimit të planifikuar lart ose anash dhe mbajeni fort gjatë aplikimit të barit. Pasi të keni injektuar barin, prisni 10 sekonda dhe në të njëjtën kohë nxirrni gjilpërën dhe lëshoni pjesën e shtrënguar të lëkurës dhe e shtypni me tampon: teknika “Z” mund të përdoret te pacientët e moshuar që e kanë të zvogëluar masën muskulore; është e rëndësishme që pas aplikimit të preparatit me hekur, vendi i injektimit të mos masazhohet dhe njoftoni pacientin se duhet të pushojë për 30 minuta).
[V]	Dokumentimi	Pas përfundimit të procedurës infermierit i regjistron në dokumentacionin e institucionit të dhënat si vijojnë: 1. Të dhënat e përgjithshme të pacientit. 2. Data dhe koha e administrimit të barit. 3. Llojin dhe dozën e aplikimit të barit. 4. Nënshkrimi i infermierit që e ka kryer procedurën. 5. Në urdhëresën përkatëse, plotësoni të gjitha rubrikat (data, emri i barit, sasia e barit, mënyra e administrimit, nënshkrimi i pacientit dhe nënshkrimi i infermierit).

Figura nr. 5 – Aplikimi i injeksionit IM

APLIKIMI I INJEKSIONIT IM



22. PROCEDURA PËR ADMINISTRIMIN E BARIT NË SY

Qëllimi: i kësaj procedure është administrimi i barit në formën e tretjeve dhe yndyrave në sy, në mënyrë unike dhe të sigurte.

Tretësirat dhe yndyrat e syve janë sterile dhe aplikohen vetëm me teknikë aseptike. Procedura kryhet në bazë të përshkrimit të urdhëresës/recetës nga mjeku dhe kryhet nga infermieri.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Përgatitja e dhomës dhe e materialit	1. Të sigurohet privatësia dhe kushtet e favorshme në dhomë (dhoma duhet të jetë e ndriçuar dhe e ajrosur), 2. Bari që duhet të administrohet të përgatitet komfor temperaturës së dhomës dhe sipas flete udhëzimit nga prodhuesi dhe e regjistroni datën në paketimin e barit, kohën e hapjes dhe nënshkrimin e infermierit që e ka kryer atë. 3. Tupfer steril. 4. Garza sterile për sy. 5. Flaster dhe fashë (nëse është e nevojshme). 6. Tretje fiziologjike (nëse është e nevojshme). 7. Doreza jo-sterile për një përdorim. 8. Ena veshkore.
[II]	Përgatitja e pacientit	1. Identifiko pacientin. 2. Informoni pacientin mbi rëndësinë e aplikimit të barit, mënyrën se si aplikohet dhe të kërkohet bashkëpunim nga ana e tij/saj. 3. Vendosni pacientin në një pozitë të rehatshme ulur ose shtrirë, me kokën e tërhequr pak mbrapa.
[III]	Procedura e aplikimit të barit në sy në formën e pikave	1. Lani, thani duart dhe vendosni dorezat. 2. Nëse është e nevojshme, paraprakisht pastroni syrin me tupfer/garzë sterile të lagur me tretje fiziologjike, pastroni syrin me një lëvizje nga pjesa e jashtme e syrit në drejtim të hundës. 3. Garzën apo tupferin e përdorur e hidhni në enë veshkore. 4. Me dorën mbizotëruese merr barin dhe hap shishen. 5. Merrni një tupfer apo garzë në dorën jo mbizotëruese, tërhiqni butësisht qepallën e poshtme, duke krijuar qeskën konjunktive.

		- Me rastin e aplikimit të barit te fëmijët duhet të tërhiqen të dy qepallat. - Kërkoni nga pacienti që shikimin ta drejton lart nga jashtë. - Me dorën mbizotëruese e aplikoni barin e përshkruar në qeskën konjunktive në këndin 90° (për të stabilizuar dorën e vendosni në ballin e pacientit), duke pasur kujdes që maja e pikatores të mos jetë më afër se 2 cm me kokërdhokun e syrit, në mënyrë që të mos preket syri i pacientit. - Shmangni rënien e pikave drejtpërdrejtë në kokërdhokun e syrit. - Pas aplikimit kërkoni nga pacienti që ta mbyll syrin dhe të qëndrojë i qetë për 10 - 20 minuta. - Nëse duhet të vendosim pika edhe në syrin tjetër, përsëritni procedurën dhe menjëherë mbyllni shishen. - Nëse kemi nevojë të hedhim më shumë se 1 - 2 pika gjithmonë bëni një pauzë prej 5 minutave, sepse lotët largojnë barin. - Pas aplikimit të pikave në sy, të lirohet qepalla e poshtme dhe kërkoni që pacienti ngadalë t'i mbyllë sytë dhe butësisht të shtyp këndin e brendshëm të syrit (tek hunda), për të parandaluar rrjedhjen e barit përmes kanaleve të lotit në zgavrat e hundës. - Nëse aplikohen dy lloje të pikave për sy, bari i dytë duhet të aplikohet së paku pas 5 minutave për të shmangur largimin mekanik ose hollimin e barit të dhënë më parë.
[IV]	Procedura e aplikimit të barit në formën e yndyrës	- Përgatitja e materialit dhe pacientit është e njëjtë sikurse në rastin e aplikimit të pikave të syrit. - Lani, thani duart dhe vendosni dorezat. - Nëse është e nevojshme, paraprakisht pastroni syrin me garzë sterile të lagur në tretësirë fiziologjike, pastroni syrin në një lëvizje nga pjesa e jashtme e syrit në drejtim të hundës. - Garzën e përdorur e hidhni në enën veshkore. - Me dorën mbizotëruese merr barin, lehtësisht shtrydhni një vijë të vogël yndyre në pjesën e poshtme të qeskës konjunktive nga pjesa e brendshme në qoshen e jashtme të syrit dhe atë duke mos e prekur majën e tubit me qepallën e poshtme dhe qerpikët dhe e ndërprejnë vendosjen e yndyrës duke e rrotulluar tubin. - Kërkoni nga pacienti të mbyllë syrin duke lëvizë kokërdhokun e syrit majtas - djathtas dhe nga lartë - poshtë për të shpërndarë yndyrën, por kurrësi mos e fërkoni me gishta, sasinë e tepërt të yndyrës e hiqni me garzë të pastër.

		7. Nëse yndyra aplikohet edhe në syrin tjetër, përsëritni procedurën dhe e mbyllni tubin. 8. Nëse keni kombinim të pikave dhe yndyrës, së pari aplikohen pikat, prisni 20 minuta dhe më pas aplikoni yndyrën. 9. Nëse pacienti mban thjerrëza, prisni 20 minuta pas aplikimit të pikave/yndyrës, para se t'i vendosni ato përsëri. 10. Nëse është e nevojshme, pas aplikimit të barit e mbuloni syrin me garzë sterile, mos e fërkoni dhe nëse është e nevojshme fiksoni me fashë apo garzë. 11. Largoni materialin e përdorur. 12. Hiqni dorezat dhe pastroni duart.
[V]	Masat e kujdesit	1. Monitoroni ndjeshmërinë e mundshme të pacientit ndaj barit. 2. Zbatoni procedurën 5Rr. 3. Respektoni intervalin e dozimit dhe numrin e pikave të përshkruara. 4. Kushtoni vëmendje të veçantë se cili sy duhet të trajtohet, pasi bari ose doza të ndryshme mund të administrohen ndaras për secilin sy. 5. Duhet informuar pacientin që pas aplikimit të barit do të ketë shikimin e paqartë (të mjegulluar) por që kjo pengesë do të kalojë shpejt, ashtu që përmes hapjes dhe mbylljes së syve do të pastrojë shikimin. 6. Në rast të ndjesisë së zgjatur të djegies, kruarjes, skuqjes, shikimit të paqartë, këshilloni të lajmërohet tek mjeku kompetent. 7. Bari të ruhet në pajtim me fletë udhëzimin e prodhuesit. 8. Nëse pacienti mban thjerrëza, atëherë para aplikimit të barit duhet t'i largojë ato. 9. Nëse duhet të aplikojmë yndyrat e përdorura, është e nevojshme të shtrydhim pjesën e ngurtësuar nga maja e tubit.
[VI]	Dokumentimi	Pas përfundimit të procedurës infermierit i regjistron në dokumentacionin e institucionit të dhënat si vijojnë: 1. Të dhënat e përgjithshme të pacientit. 2. Data dhe koha e administrimit të terapisë. 3. Llojin dhe dozën e aplikimit të terapisë. 4. Nënshkrimi i infermierit që e ka kryer procedurën. 5. Në urdhëresën e përshkruar, plotësoni të gjitha rubrikat (datën, emrin e barit, sasinë e barit, mënyrën e aplikimit, nënshkrimin e pacientit dhe nënshkrimin e infermierit).

23. PROCEDURA PËR ADMINISTRIMIN E BARIT NË VESH

Qëllimi: i kësaj procedure është administrimi i barnave, tretësirave dhe yndyrave të përshkruara për vesh, në mënyrë unike dhe të sigurt.

Bari aplikohet në vesh në disa sëmundje të veshit, kryesisht të lidhura me çrregullime të veshit të jashtëm dhe të mesëm (otitis externa dhe otitis media). Përshkruhet nga mjeku. Tretësirat dhe yndyrat e veshit janë sterile dhe administrohen me teknikë aseptike.

Procedura kryhet në bazë të përshkrimit të recetës nga mjeku dhe kryhet nga ana e infermierit.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Përgatitja e dhomës dhe e materialit	1. Të sigurohet privatësia dhe kushtet e favorshme në dhomë (dhoma duhet të jetë e ndriçuar dhe e ajrosur). 2. Bari përgatitet dhe aplikohet në temperaturën e dhomës sipas fletë udhëzuesit nga prodhuesi dhe e shënoni në paketimin e barit datën, orën e hapjes dhe nënshkrimin e infermieres që e ka kryer atë. 3. Garzë sterilë. 4. Tupfer i vogël pambuku. 5. Flaster dhe fashë (nëse është e nevojshme). 6. Tretësirë fiziologjike (nëse është e nevojshme). 7. Doreza jo-sterile për një përdorim. 8. Ena veshkore.
[II]	Përgatitja e pacientit	1. Identifiko pacientin. 2. Informoni pacientin për procedurën, sqarojini atij se aplikimi i barit nuk është i dhimbshëm, por që mund të shkaktojë shqetësim të lehtë në kuptim të ndjenjës së mbushjes në vesh ose marramendje të lehtë dhe i kërkoni që ai/ajo të bashkëpunojë. 3. Vendoseni pacientin në një pozitë të ulur ose të shtrirë, me kokën e kthyer anash në mënyrë që veshi i trajtuar të jetë i qasshëm. 4. Fëmijët e vegjël ulen në prehër të prindërve të tyre duke mbajtur kokën atyre.
[III]	Procedura	1. Lani, thani duart dhe vendosni dorezat. 2. Para hapjes së barit, nëse është e nevojshme e pastroni veshin e sëmurë me tupfer apo garzë të lagur me tretësirë fiziologjike dhe e thani.

		3. Ngrohen pikat duke e mbajtur shishen në dorë. Tundeni shishen sipas nevojës. 4. Me një lëvizje të lehtë, tërhiqeni veshin mbrapa (për të rriturit dhe fëmijët më të rritur lart e mbrapa dhe për fëmijët nën moshën 3 vjeçare poshtë dhe mbrapa) dhe hidhni numrin e përcaktuar të pikave në kanalin e veshit. 5. Pasi që janë hedhur pikat, mbani veshin në po të njëjtën pozitë ashtu që pikat të rrjedhin poshtë anash kanalit të veshit, e jo direkt në timpan të veshit. 6. Pas aplikimit të pikave, pacienti duhet të mbajë kokën përkulur anash 2 - 3 minuta, ashtu që pikat e hedhura të mos rrjedhin jashtë. 7. Vendosni me kujdes një tupfer të vogël pambuku në vesh për të marrë apo mbledhur sasinë e tepërt të barit, duke pasur kujdes që të mos e futni tupferin e vogël shumë thellë në kanal, pasi kjo do të ndalojë kullimin e sekretit dhe do të rrisë presionin në vesh. 8. Ndiemoni pacientin me rastin e ngritjes. 9. Nëse është e përshkruar nga mjeku, procedura e njëjtë të përsëritet pas 10 minutash edhe në veshin tjetër. 10. Në institucionet shëndetësore pikat e veshit i aplikon infermieri/ja, por nëse pacienti do të përdorë vetë pikat e veshit, atij/asaj duhet të i shpjegohet se si të administrohet. 11. Nëse janë përshkruar edhe yndyrat edhe pikat, pikat duhet të administrohen së pari. 12. Lajmëroni mjekun tuaj nëse keni ndonjë efekt anësor (shqetësim, dezorientim, marramendje, zhurmë në veshët, etj.).
[IV]	Masat e kujdesit	1. Vlerësoni nëse është e nevojshme ndihma e personit tjetër (për fëmijët e vegjël). 2. Siguroni për ndjeshmërinë e mundshme të pacientit ndaj barit. 3. Zbatoni rregullin 5 Rr. 4. Respektoni intervalin e dozimit dhe numrin e pikave të përshkruara. 5. Gjatë përdorimit të pikave duhet parandaluar ndotjen nga mikrobet, nuk këshillohet që të prekni pikatoren me dorë e as me vesh, por direkt të hidhni pikat në kanalin e veshit. 6. Bari të ruhet në pajtim me fletë udhëzimin e prodhuesit. 7. Nëse duhet të aplikojmë yndyrat e përdorura, është e nevojshme të shtrydhim pjesën e ngurtësuar nga maja e tubit.

		8. Hedhja e pikave që përmbajnë preparate kortikosteroide janë të kundër ndikuara në rast të paraqitjes së herpesit.
[V]	Dokumentimi	Pas përfundimit të procedurës infermieri i regjistron në dokumentacionin e institucionit të dhënat si vijojnë: 1. Të dhënat e përgjithshme të pacientit. 2. Data dhe koha e administrimit të terapisë. 3. Llojin dhe dozën e aplikimit të terapisë. 4. Nënshkrimi i infermierit që ka kryer procedurën. 5. Në urdhëresën e përshkruar, plotësoni të gjitha rubrikat (datën, emrin e barit, sasinë e barit, mënyrën e aplikimit, nënshkrimin e pacientit dhe nënshkrimin e infermierit).

24. PROCEDURA E ADMINISTRIMIT TË BARIT NË HUNDË

Qëllimi: i procedurës është administrimi i barit në hundë në mënyrë unike dhe të sigurt.

Administrimi i barit në formën e pikave, yndyrës, gjelit apo sprajit në hundë është një procedurë me të cilën bari administrohet për qëllime terapeutike të përshkruara nga mjeku. Infermieri/ja përgatit hapësirën, materialin, pacientin dhe administron barin në hundë.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN – HAPAT
[I]	Përgatitja e dhomës dhe e materialit	1. Të sigurohet privatësia dhe kushtet e favorshme në dhomë (dhoma duhet të jetë e ndriçuar dhe e ajrosur). 2. Bari përgatitet dhe aplikohet në temperaturën e dhomës sipas fletë udhëzuesit nga prodhuesi dhe e shënoni në paketimin e barit datën, orën e hapjes dhe nënshkrimin e infermieres që e ka kryer atë. 3. Tupfer pambuku ose garzë sterilë. 4. Tretësirë fiziologjike (nëse është e nevojshme). 5. Doreza jo-sterile për një përdorim. 6. Ena veshkore,
[II]	Përgatitja e pacientit	1. Identifikoni pacientin. 2. Kur aplikoni pika dhe yndyra në hundën e pacientit, ai/ajo duhet të jenë ulur ose shtrirë me kokën e përkulur (për të mos lejuar që bari të rrjedhë në fyt). 3. Kur administroni një bar në formë spraji, pacienti duhet ta mbajë kokën drejt. 4. Fëmijët e vegjël ulen në prehër të prindërve duke mbajtur kokën e atyre. 5. Shpjegoni pacientit të rritur procedurën, shqetësimet e mundshme dhe reaksionet ndaj barit. 6. Vlerësoni gjendjen e kanaleve të hundës dhe rrugëve të frymëmarrjes së pacientit. 7. Para se të administroni barin, i kërkon pacientit që të largojë sekretin e hundës (të i frynë hundët). 8. Nëse pacienti nuk është në gjendje të i fryjë vetë hundët: vishni doreza, pastroni sekrecionet e disponueshme të hundës me një shtupë të lagur me tretësirë fiziologjik.
[III]	Procedura e aplikimit të barit në formën e pikave,	Aplikimi i barit në formën e pikave: 1. Lani, thani duart dhe vendosni dorezat. 2. Infermieri/ja me dorën jo mbizotëruese lehtësisht e ngrit majën e hundës së pacientit, pacienti duhet të nxjerr

	sprajit dhe të yndyrës ose gjelit	frymën, dhe pastaj dozën e caktuar të pikave i hedhë në njërën vrimë të hundës, pastaj në vrimën tjetër të hundës. 3. Pacientit i tërhiqet vëmendja që të marrë frymë me gojë dhe të qëndrojë në të njëjtin pozicion për 5 - 10 minuta. 4. Pacientit i tërhiqet vëmendja që të fryjë hundën 10 - 20 minuta pas aplikimit të barit. 5. Paketimi i pikave duhet të jetë individual. Aplikimi i barit në formën e sprajit: 6. Lani, thani duart dhe vendosni dorezat. 7. Tundeni shishen para përdorimit. 8. Pacienti duhet të lëshoj frymën dhe t'i mbyll sytë. 9. T'i mbyllet njëra zgavër e hundës së pacientit dhe majën e sprajit të e vendosni brenda zgavrës tjetër të hundës në pozitë të drejtë. 10. Kërkoni nga pacienti të marr frymë përmes zgavrës së hundës dhe në të njëjtë kohë hidhni me spraj barin në zgavër të hundës dhe më pas të nxjerr frymën jashtë me gojë. 11. Të njëjtën procedurë e përsëritni në zgavrën tjetër të hundës. 12. Nëse është përshkruar më shumë se një dozë e barit, përsëritni procedurën me një interval prej 30 sekondash midis dy dozave. 13. Tërhiqni vëmendjen e pacientit që të mos e fryjë hundën për së paku 20 minuta. 14. Paketimi i sprajit duhet të jetë individual. Aplikimi i barit në formë të yndyrës ose xhelit: 15. Lani, thani duart dhe vendosni dorezat. 16. Aplikoni barin ose përdorni aplikuesin në një shtupë pambuku. 17. Kërkoni pacientit që të merr frymë vetëm përmes gojës. 18. Shtupa e pambukut apo aplikatori të vendoset lehtësisht në zgavër të hundës por jo thellë dhe me shumë kujdes me lëvizje rrethore e lyeni pjesën e paraparë.
[IV]	Masat e kujdesit	1. Siguroni për ndjeshmërinë e mundshme të pacientit ndaj barit. 2. Zbatoni rregullin 5Rr. 3. Respektoni intervalin e administrimit dhe përqendrimin e barit të përshkruar.

		4. Nëse duhet të aplikojmë yndyrat e përdorura, është e nevojshme të shtrydhim pjesën e ngurtësuar nga maja e tubit. 5. Barin ta ruani sipas fletë udhëzimit nga prodhuesi. 6. Të vlerësoni se a ju duhet edhe ndihma e personit të dytë (tek rastet me fëmijë). 7. Paralajmëroni pacientin se nuk guxon të i përdor barnat nazale ma gjatë se sa është e përcaktuar, pasi ato mund të prodhojnë efekte të padëshirueshme që mund të përkeqësojnë gjendjen.
[V]	Procedura pas ndërhyrjes	1. Pajisjet e përdorura (shtupën) e hidhni në qeset e mbetjeve infektive. 2. Largoni dorezat, lani dhe thani duart. 3. Pacientit ia ktheni paketimin e tij të pikave / sprajit / yndyrës / gjelit dhe i jepni udhëzime shtesë si ti ruan dhe përdor barnat, veçanërisht për të theksuar rëndësinë e skadimit të barit pas hapjes së paketimit kohën e lejuar për përdorimin e barit sipas urdhëresës nga mjeku.
[VI]	Dokumentimi	Pas përfundimit të procedurës infermieri i regjistron në dokumentacionin e institucionit të dhënat si vijojnë: 1. Të dhënat e përgjithshme të pacientit. 2. Data dhe koha e administrimit të terapisë. 3. Llojin dhe dozën e aplikimit të terapisë. 4. Nënshkrimi i infermierit që ka kryer procedurën. 5. Në urdhëresën e përshkruar, plotësoni të gjitha rubrikat (datën, emrin e barit, sasinë e barit, mënyrën e aplikimit, nënshkrimin e pacientit dhe nënshkrimin e infermierit).

25. PROCEDURA PËR ADMINISTRIMIN E OKSIGJENIT

Qëllimi: i kësaj procedure është administrimi i oksigjenit në mënyrë unike dhe të sigurt.

Terapia me oksigjen është një metodë e trajtimit duke përdorur oksigjenin përmes inhalimit. Mungesa e oksigjenit në gjak dhe inde është treguesi kryesor për përdorimin e terapisë me oksigjen. Indikimi për aplikim me oksigjen vendoset nga mjeku, ndërsa infermieri aplikon oksigjenin si procedurë standarde.

Urdhëresën për terapinë me oksigjen e bën mjeku, i cili përcakton metodën (llojin e pajisjeve: maskë ose kateter nazal), sasinë (l/min.) dhe kohëzgjatjen e aplikimit të oksigjenit.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Përgatitja e materialit, dhomës dhe pacientit	1. Bombola me oksigjen. 2. Mbajtësja e bombolës. 3. Çelësi për fiksimin e aplikatorit në bombolë. 4. Sistemi për oksigjen. 5. Aplikatori i oksigjenit (kateteri dhe maska). 6. Faculeta letre dhe tupfer pambuku. 7. Fashë mbështjellëse. 8. Doreza. 9. Enë veshkore. 10. Dhoma duhet të jetë e ndriçuar. 11. Të sigurohet privatësia e pacientit. 12. Të identifikohet pacienti. 13. Pacienti duhet të vendoset në pozitë të rehatshme. 14. Pacientit ia shpjegoni procedurën e aplikimit dhe lejoni pyetjet. 15. Pacientit i jepni faculeta të letrës për t'i pastruar hundët. 16. Kur përdorni një sondë/kateter të hundës, kontrolloni gjendjen e mukozës së hundës dhe nëse është e dëmtuar qasja ndaj aplikimit të oksigjenit ndryshon.
[II]	Masat paraprake	Kontrollimi i bombolave dhe sistemit të oksigjenimit: 1. Kontrolloni manometrin për sasinë e oksigjenit në bombolë. 2. Kontrolloni lagështinë – pajisja që përmban ujë të ridistiluar (midis shenjës minimum “MIN” dhe maksimum “MAX”). 3. Kontrolloni gjendjen e sistemit të oksigjenit, dorezën e rregullatorit të oksigjenit, lidhjet e kateterit dhe maskave.

		4. Hapni sistemin e aplikimit të oksigjenit (bombola). 5. Rregulloni normën e përcaktuar të rrjedhës së oksigjenit (l/min.). 6. Kateterin apo maskën e kyçni në sistem dhe e vendosni në fytyrën e pacientit. 7. Nëse kërkohen përqendrime të oksigjenit deri në 40%, me një ritëm të rrjedhës 1 - 3 l/min. atëherë përdorni kateterin nazal; ndërsa për një përqendrim deri në 60% me një ritëm të rrjedhës prej 6 - 8 l/min., përdorni maskën, përveç nëse nuk ka kundër indikacione apo nëse nuk rekomandohet ndryshe nga mjeku. 8. Sasia më e vogël e oksigjenit e cila mund të aplikohet përmes maskës është 6 l/min. dhe se me këtë sasi arrihet 35 - 40% përqendrimi i oksigjenit në përzierjen thithëse. 9. Përqendrimi më i lartë i oksigjenit i aplikuar me maskë është 60% dhe kjo arrihet me 10 l/min. Kujdes gjatë përdorimit të bombolave: 10. Mos i rrokullisni bombolat ose mos i tërhiqni në dysHEME. 11. Mbani/ruani bombolat në pozitë vertikale dhe keni kujdes që ventili është i mbyllur me kapak. 12. Nuk është e lejuar që të bartni bombolën duke mbajtur për ventil. 13. Mbani bombolat larg nga burimi i nxehtësisë së paku 1m. 14. Mos përdorni zjarr apo tymosni duhan/cigare afër oksigjenit. 15. Mos ekspozoni bombolat në temperatura të larta. 16. Mos e përdorni sistemin e oksigjenit me duart e ndotura. 17. Mos përdorni produkte të naftës për pastrimin e bombolës dhe të sistemit të saj (ato rrisin masën eksplozuese të oksigjenit). 18. Nuk është e lejuar të përdoret ndonjë ngjitës për ngjitjen e etiketave në bombole apo cilindro pjesë të sistemit. 19. Niveli i ulët i përqendrimit të oksigjenit nga ajo e parapara mund të jetë rezultat/pasojë e: frymëmarrjes së dobësuar, maska nuk është e vendosur/ngjitur mirë për fytyrë apo rrjedhja e oksigjenit nuk është e mjaftueshme). 20. Për personat në moshë të shtyrë apo pacientët me faqe të inflamuar, vendosni tupfer/gazra në maskë në sipërfaqe të faqeve, për të siguruar frymëmarrje të rregullte. 21. Ruani ndaras bombolat e zbrazura nga ato të mbushura, 22. Përdorni çelësat për montimin dhe demontimin e bombolave të cilat nuk shkaktojnë shkëndija (aliazhe).
--	--	--

		23. Para se të hapet bombola me oksigjen, ventilin duhet gjithnjë ta zhblokoni plotësisht dhe pastaj e ktheni përsëri një rrotullim, me qëllim që dikush të mos përpiket të hapë një valvul tashmë të hapur.
[III]	Procedura përmes kateterit nazal	1. Vendosni majat e kateterit në një gotë me ujë për të kontrolluar rrjedhshmërinë e sistemit (formohen fluska), pastaj thani majat e kateterit. 2. Pika hyrëse përmes së cilës vjen oksigjeni mbështetet në hundë dhe tubi rreth 1 - 2 cm hyn në çdo zgavër të hundës. 3. Gypin e kateterit të hundës e vendosni pas të dy veshëve dhe nën mjekrën e pacientit, i shtrëngoni të dy krahët e kateterit me lakun rrëshqitës që është në tubin e kateterit të hundës. 4. Shmangni shtrëngimit shumë të fortë pasi mund të shkaktojë presion shtesë në fytyrë. 5. Lidhni kateterin me burimin e oksigjenit. 6. Hapni burimin e oksigjenit duke e rrotulluar valvulën kryesore në bombolë. 7. Përmes valvulës reduktuese përcaktoni sasinë e oksigjenit, duke u siguruar që qendra e topit të qëndrojë në vlerën e përcaktuar të rrjedhës.
[IV]	Procedura përmes maskës oronazale (maska e zakonshme)	1. Kontrolloni rrjedhshmërinë e sistemit. 2. Zgjidhni madhësinë e maskës që i përshtatet më së miri pacientit. 3. Gjatë aplikimit, sigurohuni që maska të jetë ngjitur mirë afër fytyrës dhe se ajo mbulon hundën dhe mjekrën. 4. Vendoseni maskën në hundë, gojë dhe mjekër të pacientit dhe formoni skajin metalik fleksibël drejt rrënjës së hundës. 5. Shtrëngoni shiritin elastik rreth kokës për të mbajtur maskën në mënyrë të duhur, të rehatshme mbi faqet, mjekrën dhe rrënjën e hundës. 6. Kur merr frymë pacienti duke e thith oksigjenin e thith edhe ajrin që futet përmes hapjeve në maskë. 7. Pacienti gjatë frymëmarrjes përmes maskës, furnizimi me oksigjen duhet të jetë i mjaftueshëm për të liruar frymëmarrjen nga maska përpara thithjes së sasisë tjetër të oksigjenit. 8. Përparësia e kësaj maske është se lejon përqendrimet pak më të larta të oksigjenit dhe nuk e than mukozën, sepse oksigjeni përzihet me ajrin që hyn përmes hapjeve. 9. Dobësi është se pacientët nuk e tolerojnë atë mirë, sidomos në fazën akute, sepse u jep ndjenjën se ata nuk mund të marrin frymë.

[V]	Përfundimi i terapisë dhe mirëmbajtja e pajisjeve	1. Pas përfundimit të aplikimit të terapisë së përshkruar me oksigjen, hiqni kateterin e hundës ose maskën. 2. Mbyllni valvulën kryesore reduktuese të bombolës duke e kthyer atë në drejtim të akrepave të orës. 3. Prisni që gjithë sasia e oksigjenit të dal nga sistemi (sistemi është bosh kur kemi zhdukjen e fluskës në pajisjen lagështuese). 4. Kujdesuni për pacientin. 5. Largoni materialin e përdorur. 6. Lani dhe thani duart. 7. Pas çdo përdorimi maska dhe kateteri duhet t'i lani me ujë të rrjedhshëm dhe dezinfektoni sipas fletë udhëzimit të prodhuesit.
[VI]	Dokumentimi (Shtojca 14)	Pas përfundimit të procedurës infermieri i regjistron në dokumentacionin e institucioni të dhënat si vijojnë: 1. Të dhënat e përgjithshme të pacientit. 2. Data dhe koha e aplikimit të procedurës. 3. Llojin dhe dozën e aplikimit të terapisë me oksigjen. 4. Nënshkrimi i infermierit që ka kryer procedurën. 5. Regjistroni sasinë e oksigjenit të shpenzuar në formularin e regjistrimit të konsumit të oksigjenit.

Shtojca 14 - Formulari i regjistrit të konsumit të oksigjenit

[illegible]

Vërejtje: me përfundimin e regjistrimit të konsumit të oksigjenit në formular, duhet që:

- bombolat për oksigjen gjithnjë të jenë të pastra.
- manometri, sistemi për oksigjen dhe aplikatori i oksigjenit (kateteri dhe maska) të pastrohen me ujë të vakët, të thahen dhe të mbrohen me garzë sterile.
- të pastroni, dezinfektoni dhe të thani lagështuesin e oksigjenit, ndërroni lëngun e lagështimit (me ujë të ridestiluar).
- mbani në rregull formularin e regjistrimit ditor të konsumit të oksigjenit.

26. PROCEDURA PËR ADMINISTRIMIN E BARIT PËRMES INHALIMIT

Qëllimi: i procedurës është administrimi i duhur i terapisë përmes inhalimit në mënyrë unike dhe të sigurtë.

Aplikimi i barit me anë të inhalimit është një metodë terapeutike me anë të së cilës bari futet në trup përmes mukozës së frymëmarrjes. Përmes administrimi të barit në këtë mënyrë arrihet një efekt më i shpejtë të barnave dhe frymëmarrje më e lehtë, e cila ndikon drejtpërdrejt në gjendjen klinike të pacientit.

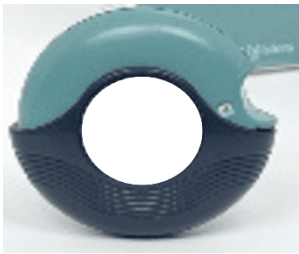
Hapësinori (dhoma e ajrit) është një mjet ndihmës për aplikimin e barit nga pompa në formë spraji për inhalim. Përdoret sipas fletë udhëzimi të prodhuesit, varësisht nga mosha e pacientit. Për administrim më të lehtë të barit nga pompa në formë spraji përdoret hapësinori për fëmijët nën 4 vjeç dhe hapësinori volumatik për fëmijët 4 vjeç e mbi.

Terapia me inhalim (lloji dhe metoda) përshkruhet nga mjeku dhe aplikohet nga infermieri/ja.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Përgatitja e materialit, pajisjeve, barnave dhe e pacientit	1. Verifiko për emrin e barit, dozën e përcaktuar, mënyrën e aplikimit të barit dhe intervalin kohor të inhalimit. 2. Përgatitë inhalatorin dhe sistemin e inhalimit. 3. Maskën e thatë të pastër e të dezinfektuar me madhësi të përshtatshme. 4. Bari i përshkruar (zbatoni rregullin 5rr). 5. Në shpërndarësin e aparatit e vendosni barin në dozën e treguar me tretësirë (zakonisht NaCl 0.9%). 6. Identifikoni pacientin. 7. Udhëzoni pacientin, prindin/kujdestarin lidhur me procedurën e inhalimit. 8. Vendosni pacientin në pozitë të rehatshme gjysmë ulur apo ulur, fëmijën e vogël e mban në krahë prindi/kujdestari.
[II]	Procedura e aplikimit të barit me inhalator elektrik	1. Jepni këshilla nëse pacienti është në gjendje të kollitet dhe të i pastroj hundët. 2. Njoftoni pacientin për rëndësinë e inspirimit të duhur gjatë inhalimit, si dhe rëndësinë e inspirimit-ekspirimit të plotë dhe pushimit nëse frymëmarrja është e ngarkuar. 3. Kyçni inhalatorin dhe monitoroni gjatë gjithë kohës procedurën e inhalimit. 4. Monitoroni gjendjen e përgjithshme të pacientit dhe raportoni çdo ndryshim eventuale te mjeku.

		5. Pas përfundimit të inhalimit me kujdes largoni maskën nga fytyra e pacientit. 6. Këshilloni pacientin të pastroj fytyrën për të shmangur efektet anësore lokale (skuqje të lëkurës, depozita të bardha të kërpudhave), të shpërlajë gojën, ndërsa fëmijës i jepni të hajë ose pijë. 7. Nëse është përshkruar aplikimi i inhalimit në formë të sprajit, atëherë përgatitet një set hapësinor inhalimi ose inhalator për fëmijë, në varësi të moshës së pacientit
[III]	Përdorimi i inhaluesve: pompës me dozë të matur dhe diskut me dozë të matur	Përdorimi i pompës me dozë të matur: 1. Largoni kapakun dhe tundni 2 - 3 herë rezervuarin e pompës. 2. Pacientit i tregoni që lehtësisht të nxjerr ajrin/frymën jashtë, por asnjëherë në pompë. 3. Pacienti të vendos gojëzën e pompës në gojë. 4. Të filloj inspirimin dhe shtyp rezervuarin njëkohësisht. 5. Të vazhdojë me inspirim të ngadalshëm deri në fund. 6. Të mban frymën për 10 sekonda. 7. Të nxjerr frymën jashtë ngadalë. 8. Nëse doza përsëritet, duhet të pritët 1 - 2 minuta dhe më pas të përsëriten hapat lartcekura. 9. Pas përdorimit, pompa/inhalatori të mbyllet me kapak. 10. Pacienti të shpërlajë gojën me ujë të pastër. 11. Nëse pacienti nuk mund të përdorë siç duhet pompën (fëmijë të vegjël, pacientë që nuk mundën të koordinohen në pompë dhe inspirim, pacientë me pengesa të larta të rrugëve të frymëmarrjes), përdorin pajisje ndihmëse (set volumatik). Figura nr. 6 - Inhalatori/Pompa i/e dozës së matur nën presion

		Përdorimi i diskut me dozë të matur: 1. Hapeni diskut, duke mbajtur kutinë e jashtme në njërën dorë dhe vendoseni gishtin e madh të dorës tjetër në dorezën e gishtit të madh. 2. Shtypni me gishtin e madh derisa disku të hapet plotësisht (derisa të dëgjohet një klikim kur disku është gati të përdoret). 3. Pacientit i tregoni të nxjerr lehtësisht ajrin/frymën jashtë, por asnjëherë në disk. 4. Të vendos grykën e diskut në gojë, pastaj të thith thellë, duke mos marrë frymë përmes hundës. 5. Të heq diskut nga goja dhe të mbajë frymën për 10 sekonda. 6. Të nxjerr frymën ngadalë jashtë dhe mbyll diskut. 7. Të shpërlaj gojën me ujë të pastër.  Figura nr. 7 - Disku/Inhalatori i dozës së matur nën presion
[IV]	Përdorimi i pompës me dozë të matur duke përdorur hapësinor për fëmijë dhe hapësinor volumatik	Përdorimi i pompës me dozë të matur duke përdorur hapësinor për fëmijët nën 4 vjeç: 1. Përgatitja e pacientit për procedurën është e njëjtë si në inhalimin me një inhalator elektrik (si më lartë). 2. Barnat përdoren nga pompa si spraj në hapësinor. 3. Tundeni pompën dhe vendoseni në hapësinor. 4. Vendosni maskën e dezinfektuar në hundë dhe gojë të pacientit. 5. Shtypni pompën një herë (një shkrepje) dhe në këtë mënyrë bari kalon në hapësinor. 6. Mbajeni maskën e inhalatorit për fëmijë në hundën dhe gojën e pacientit për rreth një minutë (5 - 10 inspirime dhe ekspirime). Nga lëvizjet e valvulave (membranave) të cilat ndodhen në hapësinor, infermieri i numëron sa herë pacienti ka thithur dhe nxjerrë sasinë e barit që është futur në organizëm. 7. Hapësinori ka një valvul të dyfishtë që lejon që pacienti të marrë frymë normalisht në maskë. 8. Gjatë inspirimit bari kalon nga hapësinori në mushkëritë e pacientit, ndërsa gjatë nxjerrjes ajri nuk futet në hapësinor por del jashtë.

9. Monitoroni gjendjen e përgjithshme të pacientit dhe për çdo ndryshim eventual informoni mjekun.
10. Pas përfundimit të inhalimit, me kujdes e largoni maskën nga fytyra e pacientit.
11. Nëse është e nevojshme që pacienti të marrë më shumë se një dozë të së njëjtit bar, atëherë pas një pauzë prej 5 - 10 minutash, procedura duhet të përsëritet ashtu siç është përshkruar.



Figura nr. 8 - Hapësinori për fëmijë

Përdorimi i pompës me dozë të matur duke përdorur hapësinor volumatik për fëmijët 4 vjeç e mbi:

12. Inhalatori vëllimor ka formë konike, i përbërë nga dy pjesë: a) material plastik transparent me vëllim 750 ml dhe b) një membranë njëdrejtimëshe.
13. Përmes hapësinorit volumatik aplikohen barnat nga pompa në formë të sprajit.
14. Tundeni pompën dhe vendoseni në hapësinor.
15. Gojzën e hapësinorit volumatik të dezinfektuar e vendosni në gojë të pacientit.
16. Shtypni pompën një herë (një shkrepje) dhe në këtë mënyrë bari kalon në hapësinorin volumatik.
17. Gjatë inspirimit bari kalon nga hapësinori volumatik në mushkëritë e pacientit, ndërsa gjatë nxjerrjes ajri nuk futet në hapësinor por del jashtë.
18. Monitoroni gjendjen e përgjithshme të pacientit dhe për çdo ndryshim eventual informoni mjekun.
19. Pas përfundimit të inhalimit, me kujdes e largoni hapësinorin volumatik nga goja e pacientit.
20. Nëse është e nevojshme që pacienti të marrë më shumë se një dozë të së njëjtit bar, atëherë pas një pauzë prej 5 - 10 minutash, procedura duhet të përsëritet ashtu siç është përshkruar.



Figura nr. 9 - Hapësinori volumatik për fëmijë

[V]	Larja dhe dezinfektimi i pajisjeve ndihmëse të inhalatorit	1. Inhalatorët elektrikë dhe pajisjet ndihmëse të hiqen nga maska 2. Vendosni ujë të distiluar në shpërndarësin për barna, ndizni pajisjen dhe shpërlajeni shpërndarësin. 3. Pjesët e inhalatorit me të cilin pacienti vjen në kontakt, hiqen dhe lahen mekanikisht nën ujë të vakët, dezinfektohen, shpërlahen përsëri me ujë të distiluar dhe i leni të thahen. 4. Pas përfundimit, mbledhni dhe i vendosni të gjitha pjesët në vendin e përcaktuar. 5. Çmontoni hapësinorin në dy pjesë të veçanta, duke tërhequr të dy gjysmat në drejtim të kundërt me kujdes për valvulat (membranat). 6. Pjesët së pari duhet të lahen mekanikisht, dezinfektohen, shpërlahen mirë me ujë të distiluar dhe lihen të thahen dhe bëhen gati për përdorimin e ardhshëm.
[VI]	Dokumentimi	Pas përfundimit të procedurës infermieri i regjistron në dokumentacionin e institucionit të dhënat si vijojnë: 1. Të dhënat e përgjithshme të pacientit. 2. Data dhe koha e administrimit të terapisë. 3. Llojin dhe sasinë e terapisë. 4. Nënshkrimi i infermierit që ka kryer procedurën.

KAPITULLI V – PROCEDURAT DIAGNOSTIKE – TERAPEUTIKE

27	PROCEDURA PËR SHPËLARJEN E VESHIT
28	PROCEDURA PËR VENDOSJEN E FASHËS FIKSUESE
29	PROCEDURA PËR TRAJTIMIN DHE FASHIMIN E PLAGËS
30	PROCEDURA PËR TRAJTIMIN E DJEGIJEVE TË VOGLA
31	PROCEDURA PËR VLERËSIMIN DHE TRAJTIMIN E PLAGËS DEKUBITALE
32	PROCEDURA PËR IMOBILIZIM
33	PROCEDURA PËR IMOBILIZIM – LLOJET E VEQANTA
34	PROCEDURA PËR KUJDESIN SHËNDETËSOR TË KOLOSTOMIT
35	PROCEDURA PËR VENDOSJEN DHE MIRËMBAJTJEN E KATETERIT URINAR
36	PROCEDURA PËR TRAJTIMIN E KORDONIT TË KËRTHIZËS TE I PORSALINDURI
37	PROCEDURA PËR PËRPUNIMIN E ZGAVRËS SË GOJES TE FOSHNJET ME STOMATIT

27. PROCEDURA PËR SHPËLARJEN E VESHIT

Qëllimi: i procedurës është aplikimi i shpëlarjes së veshit për qëllime diagnostikuese dhe terapeutike në mënyra unike dhe të sigurte.

Ndërhyrja e infermierit kryhet në bazë të urdhëresës me shkrim nga mjeku.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Përgatitja e dhomës dhe materialit	1. Të sigurohet privatësia dhe kushtet e favorshme në dhomë (dhoma duhet të jetë e ndriçuar dhe e ajrosur). 2. Shiringë për shpëlarje të veshit. 3. Ena me ujë të nxehtë. 4. Doreza jo-sterile për një përdorim. 5. Kompresë. 6. Fashë mbështjellëse. 7. Tupfer pambuku. 8. Enë veshkore. 9. Përveç ujit të nxehtë, mund të përdoren edhe tretja fiziologjike NaCl 0.9%, acidi borik 3%.
[II]	Përgatitja e pacientit	1. Të identifikohet pacienti. 2. Informoni pacientin për mënyrën e zhvillimit të procedurës dhe kërkon bashkëpunim. 3. Vendosni pacientin në pozicionin ulur, kokën drejt, pak të prirur anash. 4. Temperatura e ujit duhet të jetë sa temperatura e trupit (temperaturat më të larta ose më të ulëta mund të shkaktojnë marramendje). 5. Vendosni kompresën – peshqirin mbrojtës në shpatullën e pacientit. 6. Kërkon pacientit të mbajë enën veshkore nën llapë të veshit.
[III]	Procedura e shpëlarjes së veshit	1. Lani dhe thani duart dhe vendosni dorezat. 2. Tërhiqeni lëngun e përshkruar në shiringë dhe zbrazni të gjithë ajrin nga ajo. 3. Duke përdorur dorën jo dominuese, tërhiqeni llapën e veshit mbrapa dhe lart dhe drejtojeni majën e shiringës drejt pjesës së pasme të kokës dhe lart, në mënyrë që rryma e ujit të hyjë mbi murin e sipërm të kanalit të veshit dhe të dalë nga fundi.

		4. Mbajeni majën e shiringës në anën e sipërme të kanalit të veshit. 5. Filloni me disa shtypje të dobëta, të ndjekura nga ato më të forta, derisa uji të kullojë depozitat e cerumenit. 6. Shpëlarja duhet të jetë pa dhimbje. Nëse rryma e ujit të nxehtë është e dhimbshme, fuqia dhe shpejtësia e shtypjes duhet të zvogëlohen. 7. Pas shpëlarjes së veshit, koka e pacientit duhet të kthehet anash në mënyrë që uji i mbetur të mund të dalë nga veshi i tij/saj. 8. Llapa e veshit mund të tërhiqet mbrapa për të drejtuar kanalin e veshit dhe për të lehtësuar kullimin e ujit. 9. Pas përfundimit të procedurës, thajeni veshin me një kompresë ose tupfer pambuku. 10. Vendosni një tupfer pambuku në pjesën hyrëse të kanalit të veshit. 11. Hiqni dorezat, lani dhe thani duart. 12. Ndihmoni pacientin të ngrihet në këmbë. 13. Largoni instrumentet dhe materialin e përdorur. 14. Lani majën e shiringës dhe dezinfektoni atë, ndërsa shiringën e lani dhe e thani.
IV]	Masat e kujdesit	1. Kontrolloni që shiringa të mos ketë dëmtime. 2. Proveni temperaturën e lëngut duke vendosur disa pika në pjesën e brendshme të kyçit të dorës. 3. Sasia maksimale e lëngut që përdoret për shpëlarjen e veshit është 500 ml. 4. Nëse veshi nuk shpërlahet plotësisht me këtë sasi solucioni, njoftoni mjekun. 5. Fëmijët e vegjël duhet të ulen në prehrin e prindërve që të ju mbahet koka.
[V]	Dokumentimi	Me përfundimin e kësaj procedure, infermieri regjistron në dokumentacionin ekzistues të institucionit: 1. Të dhënat e përgjithshme për pacientin. 2. Data dhe ora e shpëlarjes. 3. Lloji i lëngut që përdoret për shpëlarje. 4. Nënshkrimi i infermierit që ka kryer procedurën.

28. PROCEDURA PËR VENDOSJEN E FASHËS FIKSUESE

Qëllimi: i procedurës është përcaktimi, vendosja dhe fiksimi i fashës në mënyrë të sigurt, të duhur dhe unike.

Fasha fiksuese vendoset për stabilizimin/imobilizimin e pjesëve të trupit pas luksacionit, pëlkimit, frakturës së kockës ose frakturës së dyshuar, për të siguruar presionin hemostatik, për të parandaluar shfaqjen e hematomës dhe edemës, si dhe për të stabilizuar garzën pas trajtimit të plagës.

Vendosja dhe fiksimi i fashës kryhet nga infermieri/ja me kërkesë të mjekut.

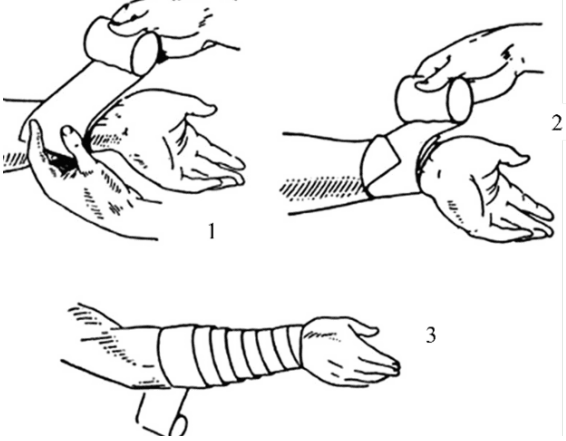
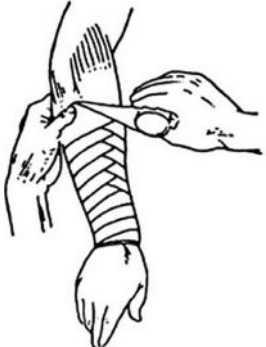
PROCEDURA

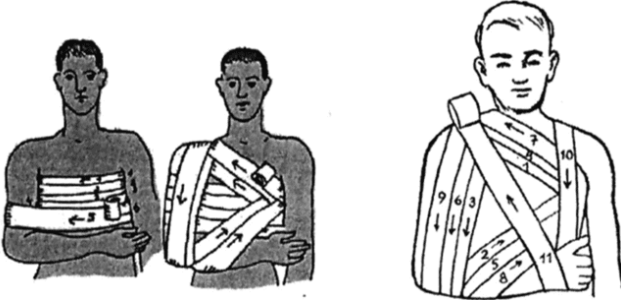
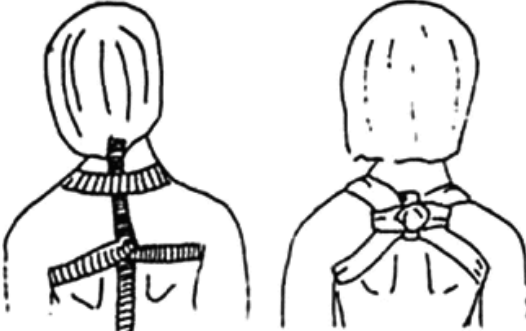
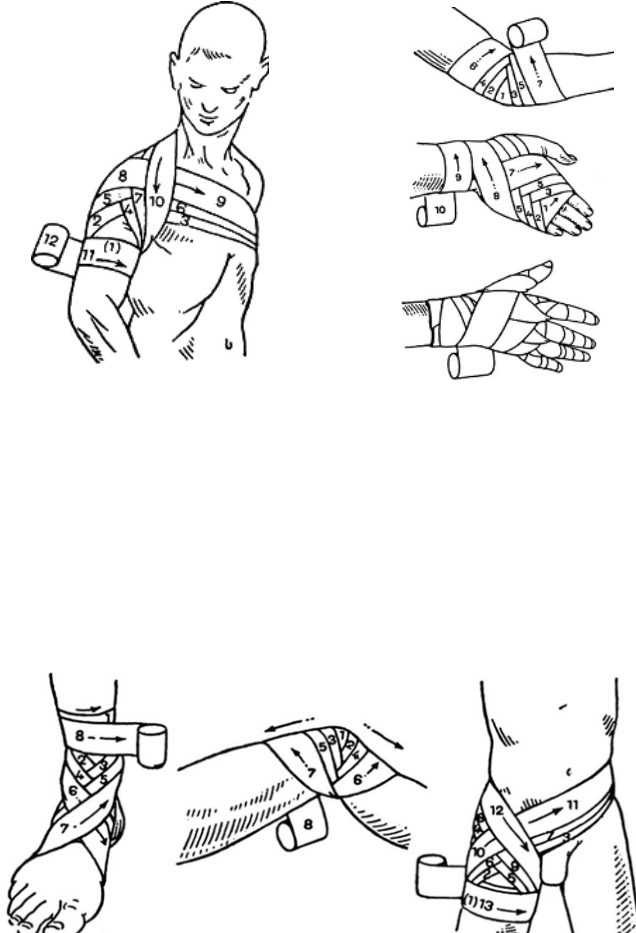
Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Përgatitja e dhomës dhe materialit	1. Dhoma duhet të jetë e ndriçuar, e ajrosur dhe me temperaturë optimale. 2. Doreza. 3. Fashë me gjerësi të përshtatshme 6 - 15 cm. 4. Për të fashuar kokën, duart, gishtat dhe shputat duhet të përdoret fashë me gjerësi 6 cm. 5. Për të fashuar shpatullat, krahun, parakrahun dhe nën-gjurin duhet të përdoret fashë me gjerësi 10 cm. 6. Për të fashuar gjoksin dhe pjesën e sipërme të këmbës, duhet të përdoret fashë me gjerësi 15 cm. 7. Ena veshkore. 8. Gërshërët. 9. Flasteri.
[II]	Përgatitja e pacientit	1. Të identifikohet pacienti. 2. Siguroni privatësinë, përveç rastit kur kryeni ndihmën e parë. 3. Shpjegoni pacientit procedurën dhe kërkon bashkëpunim nga ana e tij, 4. Të largohen rrobat nga pjesa e trupit ku do bëhet fiksimi, vendoseni pacientin në një pozitë të rehatshme, ashtu që pjesa e trupit e cila duhet të trajtohet të jetë në pozitë funksionale apo në pozitën më të mirë të mundshme.

[III]	Procesi i fashimit / fiksimit	1. Lani dhe thani duart dhe vendosni dorezat. 2. Rishikoni zonën që do të mbulohet për lëndime të mundshme ose dëmtime të lëkurës (konsultoni mjekun nëse është e nevojshme). 3. Vendosni fashën në mënyrë që të dy sipërfaqet e lëkurës të mos jenë në kontakt (gishti i madh - dora, gishtat, gjoksi - krah) për të parandaluar irritimin e lëkurës. 4. Mbajeni fashën në mënyrë që rrotulla e fashës të jetë në dorën dominuese dhe e ngritur lart dhe fundi i lirë i fashës të jetë në dorën jo dominuese. 5. Fasha nuk duhet të jetë e lirë ose shumë e shtrënguar. 6. Fasha shtrihet në mënyrë të barabartë gjatë procesit të mbështjelljes. 7. Ekstremitet fashohen nga poshtë lart. 8. Mbajeni fashën afër pjesës e cila do fashohet, për të siguruar shtrëngim dhe presion të barabartë. 9. Fashoni pjesët e trupit, në mënyrë spirale, spirale-kthyesë, kthyesë apo me metodën tetëshe. 10. Përfundoni gërshërë për të prerë fundin e fashës në dy shirita dhe duke i lidhur ato ose duke i fiksuar atë me flaster. 11. Kontrolloni qarkullimin distal (kontrolloni ngjyrën dhe temperaturën e lëkurës). 12. Largoni dorezat, lani dhe thani duart.
[IV]	Masat e kujdesit	1. Nëse fasha fiksuese vendoset në nyjat distale të ekstremiteteve, mos i mbështjelli gishtat me qëllim të monitorimit të qarkullimit, 2. Nëse fasha vendoset pas trajtimit të plagës, fasha duhet të shtrihet mjaftueshëm jashtë pozicionit të plagës për të arritur presion dhe mbrojtje të mjaftueshme. Të gjitha skajet e garzës duhet të mbulohen. 3. Nëse vendosim një fashë për hemostazë dhe gjatë mbështjelljes ose më pas plaga fillon të rrjedh gjak, duhet të vendosen shtresa të reja garze dhe fashë, por asnjëherë mos e hiqni fashën e vendosur më parë. 4. Kur vendosni fashën për qëllimin e imobilizimit, është e nevojshme të përdorni imobilizues dhe të përfshini dy nyje ngjitur.

		5. Në rast të djegies vendosni fashën lirshëm duke mos e shtrënguar 6. Sendet e ngecura në trup (thikë, dru, xhami) që nuk mund të trajtohen në nivelin primar të kujdesit shëndetësor nuk duhet të hiqen, por duhet të fiksohen me garzë nga të gjitha anët, pastaj të fiksohen me një fashë në pozicionin aktual dhe të dërgohen për përpunim të mëtejshëm sipas urdhrit të mjekut. 7. Në rast të lëndimit të kockave të kokës, nuk duhet të bëhet presion i drejtpërdrejt me fiksime në pjesën e lënduar të kockës së kokës, por përkundrazi bëhet një rreth mbështjellje me një garzë dhe fashë, gjerësia e së cilës duhet të tejkalojë skajet e lëndimit, përmes të cilit kryhet fiksimi me fashë.
[V]	Dokumentimi	Pas përfundimit të procedurës infermieri regjistron në dokumentacionin e institucionit dhënat si vijojnë: 1. Të dhënat e përgjithshme të pacientit. 2. Data dhe koha e vendosjes së fashës. 3. Zona (vendi) ku është vendosur fasha. 4. Nënshkrimi i infermierit që ka kryer procedurën.

Figura nr. 10 – Llojet e fashimit

	Procedura		Aplikimi
Fashimi rekurent	Mbështilleni fashën në mënyrë rrethore, më pas kryeni lëvizjen e pasme dhe përdorni lëvizjet rrethore për fiksimin përfundimtar (fashë në formë kapele Hipokrati).		Mbështjellja e kokës. Kjo procedurë zbatohet gjatë mbështjelljes së trungut dhe dorës
	Fashimi në formë kapele ruse		Mbështjellja e kokës.
Fashë spirale	Secili rreth pjesërisht (2/3) mbulon atë të mëparshmin.		Për pjesë të gjata dhe të drejta të trupit.
Spiralja e kundërt (thumb)	Shtërngoni fashën dhe më pas kthejeni drejtimin e mbështjelljes në gjysmën e perimetrit të çdo kthese (mbështjellje) spirale.		Përdoret për të rregulluar fashën në madhësinë e rritur të trupit (parakrah, këmbë).

Fasha e Desault-it	Sqetull – shpatull – bërryl.		Për fiksimin e shpatullës dhe bërrylit.
Fasha e Madsen-it			Në lëndimin / frakturën e klavikulës.
Fashimi i nyjeve	Fasha ngjitet nën nyje dhe më pas mbështillet në mënyrë alternative lart dhe sipër nyjës, pastaj poshtë dhe nën nyje.		Në lëndimet e kyçeve.

29.PROCEDURA PËR TRAJTIMIN DHE FASHIMIN E PLAGËS

Qëllimi: i procedurës është që plaga të trajtohet në mënyrë të sigurt, të duhur dhe unike.

Plaga është një ndërprerje e vazhdimësisë anatomike dhe funksionale të indit. Plagët ndahen në akute dhe kronike. Trajtimi dhe fashimi i duhur është procedurë bazë në shërimin adekuat të plagëve.

Indikacionet për trajtimin dhe fashimin e plagës përcaktohet nga mjeku dhe kryhet nga infermieri/ja sipas procedurës unike për trajtimin dhe fashimin e plagës:

- metoda e trajtimit të plagës - frekuenca, lloji i fashimit (i thatë ose i lagësht),
- lloji i agjentit aseptik,
- lloji i mbulesës së përshtatshme (antiseptikët, hidrokoloid, alginate, shkuma poliuretani, etj.).

Procedura kryhet nga infermieri/ja në kushte aseptike.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Përgatitja e dhomës	1. Dhoma duhet të jetë e ndriçuar, e ajrosur dhe me temperaturë optimale. 2. Të sigurohet privatësia e pacientit.
[II]	Përgatitja e materialit	1. Doreza sterile. 2. Maska. 3. Instrumentet sterile. 4. Shiringa steril të mëdha. 5. Gjilpëra sterile. 6. Garzë sterile me madhësi të ndryshme. 7. Fashë. 8. Flasterë. 9. Tretësirë NaCl 0.9% me temperaturë të dhomës. 10. Agjent antiseptik. 11. Mbulesa të përshtatshme (filma dhe shkumë poliuretani, hidrokoloid, hidrogel, alginate, rrjeta kontakti jo ngjitëse, etj.), 12. Enë veshkore. 13. Qese për mbetje infektuese.
[III]	Përgatitja e pacientit	1. Identifikoni pacientin. 2. Vendosni pacientin në pozitë të duhur.

		3. Largoni fashën ekzistuese (nëse plaga tashmë është trajtuar). 4. Shpjegoni pacientit procedurën dhe kërkoni bashkëpunimin që pritet prej tij/saj.
[IV]	Procedura	1. Lani dhe thani duart, vendosni dorezat dhe maskën. 2. Hiqni nga plaga fashën dhe mbulesën (nëse plaga tashmë është trajtuar) dhe hidhni atë në qesen e mbetjeve infektive. 3. Tërhiqni në shiringë tretjen NaCl 0.9%. 4. Enën veshkore e vendosni në pozicion që lëngu dhe eksudati nga plaga të rrjedhin në të. 5. Për të shpëlarë plagën, tërhiqni tretjen NaCl 0.9% në një shiringë steril dhe shpërlajeni plagën në një distancë prej 2 - 5 cm, duke u siguruar që shtypja nuk është shumë e fortë në mënyrë që të mos dëmtojë indin në plagë. 6. Duke përdorur një instrument steril nga daullja, merrni një tupfer garze nga ena dhe me instrumentin tjetër steril e lagni me tretje fiziologjike (duke u siguruar që maja e shishes të mos prekë tupferin) dhe në një lëvizje rrethore pastroni plagën nga qendra drejt skajeve. 7. Përsëriteni procedurën disa herë, duke përdorur gjithnjë tupfer steril të ri. 8. Pastroni lëkurën rreth plagës me NaCl 0.9%, më pas thani me garzë sterile. 9. Vendosni një mbulesë mbi plagë, e cila duhet të mbrohet me garzë sterile me shumë shtresa. 10. Fiksoni garzën dhe/ose mbështilleni me fashë dhe fiksoni me flaster. 11. E njëjta procedurë kryhet edhe në trajtimin e plagës së infektuar, me një trajtim shtesë të plagës me agjent antiseptik të përshkruar nga mjeku. 12. Pas trajtimit të plagës, aplikoni një antiseptik i cili duhet të lihet në plagë për një periudhë të caktuar kohe, siç rekomandohet nga mjeku. 13. Pas kësaj, fshijeni plagën me tretje fiziologjike sterile, pastroni plagën përreth dhe vendosni një mbulesë të përshtatshme. 14. Pas përdorimit, hidhni fashat, garzat dhe materiale të tjera sanitare në qese për mbetje infektive.

		15. Pas përfundimit të fashimit, hiqni dorezat, lani duart dhe hiqni maskën. 16. Në bazë të rekomandimit të mjekut, në koordinim me pacientin caktoni takimin e radhës. 17. Trajtimet vijuese të plagës nuk kërkojnë praninë e domosdoshme të mjekut, përveç në situatat kur ka ndryshime: shenja të infeksionit të plagës dhe zonës përreth (irritim, sekretim i rritur, pulsacione të pranishme në plagë, dhimbje, ënjtje, prani e qelbit, erës, skuqje), atëherë infermieri/ja është i obliguar të thërras mjekun.
[V]	Masat e kujdesit	1. Fashimi i plagës duhet të bëhet lehtësisht, ngadalë dhe me reduktim maksimal të dhimbjes. 2. Monitoroni gjendjen e përgjithshme të pacientit dhe raportoni çdo ndryshim të mjeku. 3. Me garzën që keni pastruar plagën, mos pastroni zonën përreth plagës. 4. Nëse lëkura rreth plagës është ndryshuar (dëmtimi, iritimi, skuqja, ënjtja) përdorni agjent të përshtatshëm të cilën e përkrahur mjeku.
[VI]	Dokumentimi	Pas përfundimit të procedurës infermieri regjistron në dokumentacionin e institucionit të dhënat si vijojnë: 1. Të dhënat e përgjithshme të pacientit. 2. Data dhe koha e përpunimit të plagës. 3. Lloji i terapisë së aplikuar. 4. Nënshkrimi i infermierit që e ka kryer procedurën.

Figura nr. 11 – Trajtimi dhe fashimi i plagës



Figura nr.11a – Ujitja/Shpëlarja e plagës



Figura nr.11b – Pastrimi i plagës



Figura nr.11c – Pastrimi i lëkurës përreth



Figura nr.11d – Vendosja e mbulesës



Figura nr.11e – Vendosja e mbulesës dytësore

30. PROCEDURA PËR TRAJTIMIN E DJEGIEVE TË VOGLA

Qëllimi: i kësaj procedure është trajtimi i djegieve të lehta në mënyrë të sigurt dhe unike.

Djegiet janë lëndime të indeve të shkaktuara nga efekti i nxehtësisë që shkakton koagulimin e proteinave dhe të shoqëruar me nekrozë që është në proporcion me lartësinë e temperaturës dhe kohëzgjatjen e ndikimit në inde.

Djedia mund të ndryshojë në madhësi në varësi të sipërfaqes së prekur të trupit, me ashpërsi të ndryshme në varësi të shkallës së dëmtimit të indeve dhe me komplikime të ndryshme.

Etiologjikisht, djegiet ndahen në:

- Termike – të shkaktuara nga lëngu dhe avulli i nxehtë, objektet e nxehta, flaka e hapur, rrezatimi, etj.
- Kimike – të shkaktuara nga acidet, bazat, helmet.
- Energjia elektrike – të shkaktuara nga rryma elektrike.

Djegiet gjithashtu klasifikohen sipas madhësisë së sipërfaqes së prekur dhe thellësisë në djegie sipërfaqësore dhe të thella, pra djegie të lehta dhe të rënda. Djegiet e vogla janë djegie të nivelit I dhe II dhe trajtohen në ambulancë.

Trajtimi i djegieve të vogla kryhet nga infermieri/ja me urdhrin dhe udhëzimet e mjekut duke ndjekur parimet e aseptisë dhe antisepsisë. Shkalla e djegies vlerësohet vetëm nga mjeku.

Tabela nr.2 – Klasifikimi i djegieve të lehta

Shkalla e lëndimit	Zona e prekur e lëkurës	Shenjat klinike	Shërimi
Shkalla I Djegiet sipërfaqësore epidermale (gradus epidermalis)	Preket vetëm epiderma, ndërsa funksioni mbrojtës i lëkurës ruhet	Lëkura është e kuqe në vjollcë dhe e dhimbshme. Nuk ka flluska në sipërfaqe, me edeme minimale, në presion paraqitet një zbehje kalimtare që shpejt zhduket.	Normalisht brenda 7-10 ditë, pa ndryshime serioze.
Shkalla II Djegiet sipërfaqësore dermale (gradus dermalis superficialis)	Preket pjesa e sipërme e dermës.	Lëkura është rozë-kuqe e mbuluar me flluska ujore, fryrje dhe jashtëzakonisht e dhimbshme. Qarkullimi i gjakut është i ruajtur.	Eliminimi i indit nekrotik dhe epidermik rigjenerimi i ndodh pas 14 – 21 ditë. Epitelizimi bëhet nga gjëndrat e djersës, folikulat e qimeve dhe skajet e dëmtuara.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Përgatitja e dhomës	1. Dhoma duhet të jetë e ndriçuar, e ajrosur dhe me temperaturë optimale. 2. Të sigurohet privatësia e pacientit.
[II]	Përgatitja e pacientit	1. Të identifikohet pacienti. 2. Pacienti të vendoset në pozitën e duhur. 3. Të largohen pjesët e rrobave apo fasha ekzistuese.

		4. Pacientit t'i shpjegoni procedurën dhe bashkëpunimi që pritët nga ana e tij/saj.
[III]	Përgatitja e materialit	1. Tretja NaCl 0.9%. 2. Tupferë me garzë sterile. 3. Doreza sterile. 4. Maska. 5. Enë për mbeturina. 6. Garzë me vazelinë. 7. Fasha. 8. Flaster. 9. Instrumente sterile.
[IV]	Procedura për djegie të vogla	1. Lani dhe thani duart, vendosni dorezat dhe maskën. 2. Pastroni zonën përreth djegies me tretje fiziologjike nga qendra në drejtim të periferisë. 3. Nëse është një djegie me dëmtim të integritetit të lëkurës, me tupferë garze hiqni lehtësisht të gjitha papastërtitë e mundshme dhe eksudatin. 4. Shpërlani lehtë sipërfaqen e djegur me tretje fiziologjike. 5. Trajtimi i mëtutjeshëm i djegieve duhet të bëhet sipas udhëzimeve të mjekut. 6. Pas trajtimit, mbulojeni djegien me garzë sterile, në mënyrë që të mbulojë sipërfaqen e dëmtuar të lëkurës mbi skajet të paktën 1 cm dhe fiksoni garzën me flaster dhe fashë përkatëse. 7. Informoni pacientin për datën e takimit të radhës të përcaktuar nga mjeku. 8. Hidhni materialin e përdorur në përputhje me procedurën e asgjësimit të mbetjeve infektive. 9. Gjatë vizitës së radhës nuk është e nevojshme prania e mjekut, përveç rasteve kur ka shenja të infeksionit në zonën e djegur (skuqje e zonës, sekretim i shtuar, prania e qelbit, erë, etj.).
[V]	Dokumentimi	Pas përfundimit të procedurës infermieri regjistron në dokumentacionin e institucionit të dhënat si vijojnë: 1. Të dhënat e përgjithshme të pacientit. 2. Data dhe koha e trajtimit të djegies. 3. Lloji i terapisë që aplikohet. 4. Nënshkrimi i infermierit që e ka kryer procedurën.

31. PROCEDURA PËR VLERËSIMIN DHE TRAJTIMIN E PLAGËS DEKUBITALE

Qëllimi: i procedurës është vlerësimi i duhur, trajtimi adekuat dhe monitorimi i vazhdueshëm i plagës dekubitale si dhe një qasje unike për secilin pacient.

Dekubitusi është dëmtim lokal i lëkurës ose indit nën-lëkuror i shkaktuar nga forca e presionit, fërkimit, apo kombinimi i tyre [EPUAP: European Pressure Ulcer Advisory Panel Paneli Këshillues Evropian për Presionin e Ulcerës)].

Ekzistojnë 5 (pesë) faza të dekubitusit dhe vendet më të ndjeshme ndaj dekubitit janë të ashtuquajturat zonat dekubitale. Klasifikimi i duhur i plagës dekubitale dhe vlerësimi i faktorëve që ndikojnë në shërimin e saj, është një udhëzim për përcaktimin e trajtimit që do të mundësojë shërimin e plagës dekubitale.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Klasifikimi dhe faktorët që ndikojnë në shërimin e plagës dekubitale	- Shkalla e I-rë: lëkura e ngrohtë dhe e kuqe në vendet e presionit mbi sipërfaqe, integriteti i lëkurës është i ruajtur ende, në presion skuqja zbehet. - Shkalla e II-të: dëmtimi i epidermës dhe dermës me shfaqjen e fluskave dhe erozionit, në presion skuqja nuk zbehet. - Shkalla e III-të: prek indin nën lëkuror në shtresën muskulore me pjesë të dukshme nekrotike, plaga kundërmon erë dhe lëkura përreth hiperpigmentohet. - Shkalla e IV-të: një ulcerë e gjerë dekubiti që mbulon të gjitha shtresat e indeve duke përfshirë indin kockor me infeksion shoqërues. - Shkalla e V-të: defekte jashtëzakonisht të thella kërcënuese për jetën, të gjitha shtresat të indeve me prani të infeksionit dhe nekrozës. - Faktorët që ndikojnë në shërim që lidhen me pacientin (fizik, psikosocial, raporti lidhshmëria me sëmundjen, barnat, mundësitë financiare, disponueshmëria e materialeve të reja për shërimin e plagëve). - Faktorët që ndikojnë në shërim që lidhen me plagën (kohëzgjatja, madhësia, thellësia e plagës, gjendja e pjesës së poshtme të plagës, perfuzioni joadekuat, infeksioni, lokalizimi i plagës).
[II]	Përgatitja e hapësirës, materialit dhe pacientit	Trajtimi kryhet nga infermieri, në kushte aseptike, sipas udhëzimit të mjekut, i cili duhet të përcaktojë: llojin e mbështjelljes (e thatë ose e lagësht), metodën për trajtimin e plagës dekubitale që përcaktohet në

		bashkëpunim me infermierin dhe lloji i mbulesës së përshtatshme (antiseptikët, hidrokoloide, alginatet, shkuma poliuretani, etj.). 2. Dhoma duhet të jetë e ndriçuar, e ajrosur dhe me temperaturë optimale. 3. Materiali për trajtimin aseptik të plagëve (fasha sterile dhe instrumente sterile, lëngjet e ordinuara për trajtimin e plagës dhe mbulesave). 4. Shiringë sterile. 5. Enë veshkore. 6. Flaster. 7. Doreza dhe maska. 8. Centimetri plastik. 9. Qesja për mbetje infektive. 10. Identifikoni pacientin. 11. Informoni pacientin lidhur me mënyrën e kryerjes së procedurës. 12. Vendosni pacientin në një pozicion të rehatshëm dhe adekuat në mënyrë që plaga të jetë më e qasshme. 13. Informoni pacientin për rëndësinë e procedurës dhe rëndësinë e bashkëpunimit që pritët prej tij/saj. 14. Plaga të jetë e lirë nga rrobat dhe/ose pelenat.
[III]	Trajtimi i plagës dekubitale	1. Hiqeni mbulesën nga plaga. 2. Vlerësoni vizualisht plagën (përcaktoni madhësinë, vendndodhjen, sekretimin, erën, indin nekrotik, pamjen e pjesës së poshtme të plagës, granulimin dhe shenjat e infeksionit). 3. Bëni krahasimin në mes gjendjes së tashme në raport me trajtimin e mëparshëm. 4. Vlerësoni nivelet e dhimbjeve. 5. Kujdesuni për plagën dekubitale (sipas procedurës së trajtimit dhe mbështjelljes së plagës). 6. Kujdesuni për indin përreth plagës dekubitale. 7. Vendosni mbulesën e përshtatshme. 8. Monitoroni gjendjen e përgjithshme të pacientit gjatë trajtimit.
[IV]	Këshillimi i pacientit ose kujdestarit	1. Ushqim të duhur për të ndihmuar shërimin e plagës dekubitale. 2. Higjienën dhe ndërrimin e shpeshtë të pozitave.

		3. Mënyrën e aplikimit të veshjes së përshkruar të plagëve. 4. Nëse vërehet paraqitja e indit nekrotik, kontaktoni mjekun përgjegjës sa më shpejt që të jetë e mundur. 5. Nëse plaga nuk shërohet pas 14 deri në 21 ditë, informoni mjekun. 6. Sipas vlerësimit dhe urdhrit të mjekut, infermieri/ja merr strishon e plagës dekubitale. 7. Infermieri/ja duhet të jetë i/e edukuar për trajtimin e plagës dekubitale në kushte shtëpie.
[V]	Dokumentimi	Përdor Kartelën Mjekësore për të regjistruar aktivitetet që keni kryer gjatë trajtimit dhe aktivitetet e realizuara evidentoni në dokumentacionin ekzistues të institucionit: 1. Të dhënat e përgjithshme të pacientit. 2. Datën e shërbimit të ofruar. 3. Llojin e shërbimit (trajtimi i plagës, llojin dhe mënyrën e mbështjelljes, këshillimin, demonstrimin). 4. Nënshkrimi i infermierit që ka ofruar shërbimin.

32. PROCEDURA PËR IMOBILIZIM

Qëllimi: i kësaj procedure është që të kryhet imobilizimi në mënyrë unike, korrekte dhe të sigurt.

Imobilizimi është një procedurë me të cilën, duke përdorur pajisjet imobilizuese, pjesa e dëmtuar e trupit vihet në një pozicion të detyruar dhe gjendje pushimi për një periudhë të caktuar kohore, për shkak të rehabilitimit, zvogëlimit të dhimbjes, parandalimit të dëmtimit të indeve, enëve të gjakut dhe nervave si dhe shërimin më të shpejtë të plagëve.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Indikacionet për imobilizim	1. Indikacionin për kryerjen e imobilizimit e përcakton mjeku. 2. Procedurën e imobilizimit e kryen infermieri përkatësisht ekipi mjekësor në varësi të peshës së lëndimeve. 3. Frakturë e mbyllur dhe/ose e hapur e kockave apo frakturë e dyshuar. 4. Lëndimet e boshtit kurrizor dhe legenit. 5. Lëndimet e nyjave (zhvendosje, pëlkim, përdredhje, tërheqje). 6. Lëndimet e tetivave dhe nervave periferik . 7. Lëndimet e enëve të mëdha të gjakut. 8. Të gjitha plagët me armë zjarri dhe eksploziv. 9. Amputimet pas lëndimeve. 10. Kontuzioni i gjerë i indeve të buta - lëndime të shtypura. 11. Lëndimet nga nxehtësia. 12. Kafshimi i gjarprit.
[II]	Qëllimet e imobilizimit	1. Parandalimi i dëmtimit të mëvonshëm të lëkurës (parandalimi i kthimit të një frakture të mbyllur në një frakturë të hapur), indet e buta, nervat, enët e gjakut, organet e brendshme (parandalimi i kthimit të një frakture të pa komplikuar në një frakturë të komplikuar). 2. Reduktimi i dhimbjes dhe parandalimi i mundësisë së shokut traumatik. 3. Zvogëlimi i rrezikut të embolisë. 4. Parandalimi i përhapjes së infeksionit. 5. Sigurimi i transportit më të lehtë të lënduarve. 6. Me imobilizimin e duhur, ne krijojmë kushte për rehabilitim më të shpejtë dhe më të suksesshëm.

[III]	Llojet e imobilizimit (shpërndarja sipas qëllimit dhe kohës së përdorimit)	1. Imobilizimi transportues (i përkohshëm) - përfshin sjelljen e pjesës së dëmtuar të trupit në një pozicion pushimi në vendin e lëndimit, menjëherë pas lëndimit dhe gjatë transportit dhe kryhet me mjetet aktuale në dispozicion. 2. Imobilizimi terapeutik (përfundimtar) - administrohet në institucionet shëndetësore edhe përfshin trajtim jo operativ dhe operativ.
[IV]	Mjetet standarde për imobilizimin – kujdesi urgjent	1. Fiksator i Kramerit (më së shpeshti përdoret në praktikë), Tomasit, Dietrihovit, Nisenovit dhe Volkmanovit. 2. Fiksator me vakum, shirita me vakum, splint pneumatike, dyshek me vakum, veshje pneumatike MAST (pantallona mjekësore kundër goditjes). 3. Qaforja e Cervikales (Schanz). 4. Pllaka/Dërrasa e shkurtë dhe e gjata e shtyllës kurrizore. 5. Barelë lugë transportuese.
[V]	Rregullat e përgjithshme për imobilizim	1. Nëse ka dyshim për një frakturë, trajtojeni sikur të kishte frakturë. 2. Imobilizimi kryhet menjëherë pas paraqitjes së lëndimit, respektivisht pas mbërritjes tek personi i lënduar. 3. Kryeni një vlerësim sigurie, kontrolloni vendin e ngjarjes dhe personin në vendin e aksidentit (rrugë e hapur, rreziku nga uji, energjia elektrike, objekti i rrënuar). 4. Imobilizimi duhet të kryhet në vendin e aksidentit, pavarësisht nga afërsia e institucionit mjekësor. 5. Aplikoni masat mbrojtëse personale (doreza, maskë mbrojtëse). 6. Vlerësoni gjendjen e të dëmtuarit - para dhe pas imobilizimit verifikoni dhe kontrolloni funksionin e rrugëve të frymëmarrjes, pulsit, nëse është e nevojshme, bëni reanimimin dhe ndihmën e parë pa lëvizje të panevojshme të pjesës së dëmtuar të trupit, ndaloni gjakderdhjen, verifikoni dhe kontrolloni lëvizshmërinë dhe ndjeshmërinë e gishtërinjve dhe ngjyrën e lëkurës. 7. Nëse është e mundur, i sqaroni personit të lënduar nevojën, rëndësinë dhe procedurën e imobilizimit. 8. Tek frakturat e mbyllura, mos hiqni rrobat dhe këpucët nga personi i dëmtuar për të shmangur lëvizjen e mëvonshme të fragmenteve të kockave, dëmtimin dytësor të indeve, enëve të gjakut, nervave dhe komplikimeve. 9. Tek frakturat e hapura, lironi pjesën e dëmtuar të trupit nga rrobat, duke e hequr atë nga ana e shëndetshme, duke e çarë ose prerë me gërshërë.

		10. Në rast të frakturave të hapura, pjesa e dëmtuar e trupit duhet të lirohet nga rrobat , duke i hequr ato nga ana e shëndetshme dhe atë duke i shqyer apo prerë në shtresa. 11. Në rast të lëndimeve të hapura, kujdes - trajtoni gjakderdhjen duke mbuluar/pështjellur/fashuar plagën me mjete sterile. 12. Skajet e eshtrave të thyer nuk duhet të shtyhen dhe kthehen prapa nëpër lëkurë. 13. Një kompresë e ftohtë në zonën e dëmtuar mund të ndihmojë në uljen e ënjtjes. 14. Mos e lëvizni të lënduarin deri sa nuk është kryer imobilizimi i thyerjeve. 15. Ndalohet ri pozicionimi (zhvendosja) e thyerjeve dhe/ose e përdredhjeve. 16. Aplikoni “Rregullin e Dyshes” - në rastin e dëmtimit të eshtrave imobilizohet kocka e dëmtuar, dy nyje fqinj dhe dy të tretat e kockës me nyje, dhe në rastin e dëmtimit të nyjave dy kockat fqinje, (me përjashtim të frakturës së gishtit të madh në një vend tipik, fraktura të vogla, thyerje apofizash). Pajisja imobilizuese është bashkangjitur në dy vende - sipër dhe poshtë vendit të frakturës, dy persona ofrojnë ndihmën, ose nevojiten më shumë persona shpëtimi në rastet për të imobilizuar shtyllën kurrizore, legenin dhe kockat më të mëdha. 17. Imobilizoni gjymtyrën në një pozicion neutral (fiziologjik) - dora gjysmë e përkulur, bërryli i përkulur në këndin 75°, supin në këndin nga 90°, përkuljen e gjurit, shputa në këndin 90° në krahasim me këmbën e poshtme, ose në pozicionin aktual kur ka dhimbje të forta (zhvendosje dhe fraktura të nyjave). 18. Vendosni gjymtyrët e dëmtuara në një pozicion të ngritur lehtësisht (për të parandaluar ënjtjen dhe për të siguruar një qarkullim efikas). 19. Matni pajisjet imobilizuese sipas gjymtyrës së shëndetshme në mënyrë që ata të jenë më të gjatë se të dy nyjat fqinje midis të cilave ndodhet lëndimi. Fiksatori duhet të jetë mjaft i gjatë për të imobilizuar nyjat fqinje në mënyrë që të sigurojë siç duhet përforcimin e kockës së dëmtuar. 20. Mbuloni pajisjet imobilizuese me një leckë të butë (mbështjellje, fashë, pjesë të rrobave) ose i vendosni mbi rrobat e personit të lënduar ose vendosni paraprakisht kompresat nga pëlhurat e buta në vendin e dëmtimit. 21. I përforconi pajisjet e imobilizimit në trupin e dëmtuar me kompresë të bëra nga shamia trekëndësh, fashave ose rrobave, duke lidhur nyjat e kompresës në fiksator dhe jo
--	--	---

		sipër pjesëve të pambrojtura të ekstremiteteve. Fiksatori duhet të jetë i lidhur fort, në mënyrë që eshtrat e thyer të mos lëvizin, por në të njëjtën kohë qarkullimi i gjakut distalisht nuk është rrezikuar nga dëmtimi. Nëse fiksatori është vendosur shumë i shtrënguar, ai mund të rrezikojë rrjedhjen e gjakut dhe dëmtimin e mëtejshëm të ekstremiteteve. 22. Pas çdo shtrëngimi të fiksatorit, lëvizjeje ose zhvendosje të pacientit, duhet prapë të rivlerësohet gjendja e pulsit, ndjesia dhe reagimi motorik në gjymtyrën e dëmtuar në aspektin distal ndaj dëmtimit. Ndryshimet në qarkullimin distal të gjakut, ndryshimet në ndjesi ose aspektin motorik mund të tregojnë se fiksatori është vendosur gabimisht, gjë që mund të shkaktojë dëme shtesë në gjymtyrën e dëmtuar. 23. I leni gishtat e pjesës së dëmtuar të trupit të zbuluar, për të zbuluar çrregullimet që rezultojnë në qarkullim dhe për të vlerësuar statusin neurovaskular nën vendin e dëmtimit (mavijosje të thonjve, gishti i ftohtë). 24. I lënduari me masa themelore të ndihmës, duhet të transportohet në një institucion të kujdesit shëndetësor dhe atë në një pozicion të përshtatshëm dhe me një përcjellje.
[VI]	Dokumentimi	Aktivitetet që keni kryer gjatë trajtimit evidentoni në dokumentacionin ekzistues të institucionit: 1. Të dhënat e përgjithshme të pacientit. 2. Datën e shërbimit të ofruar. 3. Llojin e shërbimit. 4. Nënshkrimi i infermierit që ka ofruar shërbimin.

Figura nr. 12 – Pajisjet standarde të imobilizimit



33. PROCEDURA PËR IMOBILIZIM - LLOJET E VEÇANTA

Qëllimi: i procedurës është që të kryhet imobilizimi në mënyrë unike, korrekte dhe të sigurt.

Imobilizimi është një procedurë me të cilën, duke përdorur pajisjet imobilizuese, pjesa e dëmtuar e trupit vihet në një pozicion të detyruar dhe gjendje pushimi për një periudhë të caktuar kohe, për rehabilitim të tij, zvogëlimit të dhimbjes, parandalimit të dëmtimit të indeve, enëve të gjakut dhe nervave si dhe shërimin më të shpejtë të plagëve.

Për të përgatitur materialet dhe pacientin e zbatoni procedurën “Indikacionet, objektivat, llojet, mjetet dhe parimet e imobilizimit”.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Imobilizimi i frakturës së ekstremiteteve të sipërme	Imobilizimi i shpatullës dhe krahut: 1. Tek dëmtimet e shpatullave përfshin majat e gishtërinjve, bërrylit, shpatullën e dorës së dëmtuar si dhe shpatullën e anës së kundërt dhe në rastin e dëmtimit të krahut të sipërm majat e gishtërinjve, bërrylit dhe shpatullën e dorës së dëmtuar. 2. Krahut është i fiksuar në trup. 3. Bërryli është në përkuqe 90°. 4. Shuplaka e dorës kthyer me pjesën e brendshme ka kafazi i krahavorit. 5. Gishti i madh i dorës i ngritur. 6. Krahut i sipërm është i imobilizuar me një fiksator të Kramerit. Imobilizimi i parakrahut: 7. Imobilizohet nyja e bërrylit dhe llëra e dorës 8. Fiksatori standard vendoset në pjesën e jashtme të parakrahut, nga majat e gishtërinjve deri mbi bërryl me krahun e përkulur në bërryl dhe me gishtat gjysmë të kërrusur dhe gjysmë të përkulur, ashtu që vendoset në shuplakë një fashë ose e mbështjellim fiksatorin e Kramerit për ta mbledhur grushtin me gishta gjysmë të kërrusur dhe gjysmë të përkulur 9. Vendoset një mitelë (mbajtëse për dorë).

		Figura nr. 13 - Imobilizimi i krahut të sipërm me fiksator të Kramerit Figura nr. 14 - Imobilizimi me mitelë (mbajtës për dorë) Figura nr. 15 - Imobilizimi i parakrahut dhe pjesës së poshtme të këmbës me fiksator me vakum Imobilizimi i dorës /shuplakës: 10. Fraktura në kyçin e dorës dhe grusht imobilizohet në mënyrë që pajisja e imobilizimit të shkojë nga majat e gishtërinjve deri në bërryl. 11. Imobilizohet në të ashtuquajturën “Pozicioni funksional “ (kyçi i dorës dhe grushti në pozicionin e kapjes rrethore me material të butë, fasha ose topave të butë). 12. Vendoset mbajtësi i dorës (qafore). 13. Mund të imobilizohet me fiksator pneumatik dhe fiksator të Kramerit. Figura nr. 16 - Imobilizimi i dorës dhe kyçit të dorës
[II]	Imobilizimi i frakturës së ekstremiteteve të poshtme	Ija dhe kofsha: 1. I lënduari është në pozicionin e shtrirë me këmbët e shtrira, me gjunjë të përkulur lehtë dhe kyçin e këmbës në pozicionin e mesëm, pra në pozicionin e këmbëve ku kërci i këmbës është në një kënd prej 90°. 2. Kofsha është mirë të imobilizohet me fiksator të Tomasit. 3. Në mungesë të fiksatorit të Tomasit mund të përdoret fiksatori i Kramerit.

4. Njëra shkon nga mbrapa, nga ija e anës së dëmtuar, përmes anës së pasme të trupit, pjesës së pasme të këmbës, përkulet rreth thembrës dhe arrin te majat e gishtërinjve.
5. Fiksatori i dytë Kramer shkon nga sqetulla (laku i gjurit) e të njëjtës anë të këmbës që do të imobilizohet, përmes pjesës së jashtme të trupit, përmes pjesës së jashtme të këmbës deri tek shputa, dhe pastaj përmes kësaj lakohet në pjesën e brendshme.
6. Fiksatori i tretë shkon nga ija nga pjesa e brendshme e këmbës së dëmtuar në kyçin e këmbës
7. Të tre fiksatorët janë të fiksuar individualisht dhe bashkërisht me shiritat lidhës në 5 pika: kyçin e këmbës, gjurit, ijet, legenin dhe fiksatori i fundit i jashtëm mbi gjoks.

Nën-gjuri:

8. Imobilizohet gjuri dhe kyçi i këmbës.
9. Nën-gjuri është më së miri dhe më së lehti të imobilizohet me fiksator vakum dhe fiksator pneumatik.
10. Në mungesë të fiksator vakum mund të përdoret fiksatori i Kramerit.
11. E para shkon nga mesi i nën-gjurit teposhtë kah ana e pasme e këmbës, lakohet kah shputa dhe shkon te majat e gishtave.
12. E dyta shkon nga mesi i këmbës së poshtme përgjatë pjesës së jashtme të këmbës së dëmtuar, përkulet rreth kyçit të këmbës dhe pason brenda këmbës deri në mes të këmbës së sipërme, do të thotë në të njëjtin vend nga ku filloi, por nga pjesa e brendshme e këmbës së dëmtuar.
13. Shiritat fiksohen veçmas dhe më pas bashkohen në 3 pika: nyja e kyçit të këmbës, gjuri dhe pjesa e sipërme e këmbës.



Figura nr. 17 - Imobilizimi i pjesës së sipërme të këmbës me fiksatorin e Tomasit

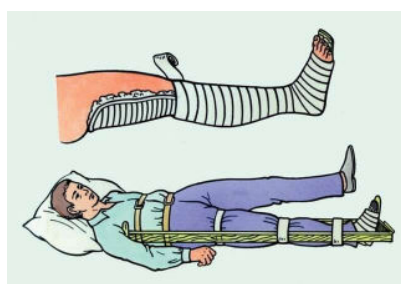
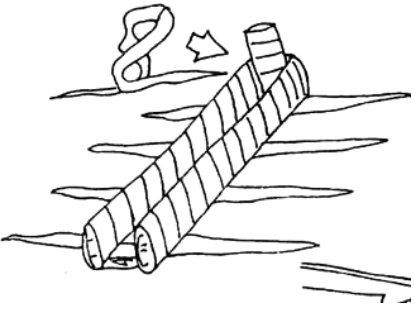
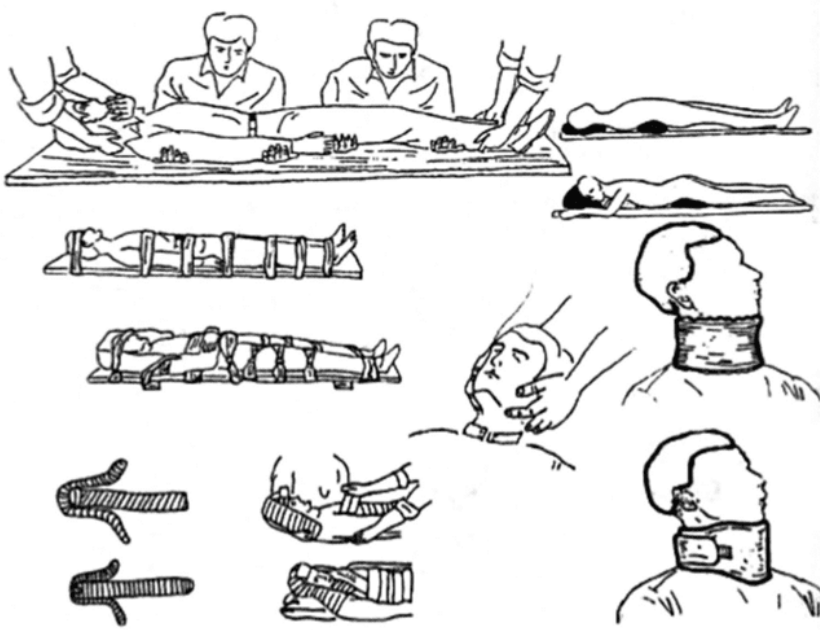


Figura nr. 18 - Imobilizimi me fiksatorin e Tomasit

		 Figura nr. 19 - Shirita e Kramerit për imobilizimin e pjesës së poshtme të këmbës  Figura nr. 20 - Imobilizimi i pjesës së poshtme të këmbës me pajisje pneumatike Kyçi i këmbës dhe shputa: 14. Imobilizohen në “pozicion ekzistues”. 15. Më mirë dhe më lehtë imobilizohen me fiksator vakumi dhe fiksator pneumatik. 16. Në mungesë të fiksatorit pneumatik mund të përdoret fiksatori i Kramerit i cili shkon pakëz nën gju, ka ana e pasme e nën-gjurit, lakohet kah shputa dhe shkon te majat e gishtave. 17. Fiksatorët fiksohen në dy pika: kyçin e këmbës dhe poshtë gjurit.
[III]	Imobilizimi tek dëmtimet kurrizore	1. Vlerësoni masën e lëndimit dhe gjendjen e të lënduarit (vetëdijen, frymëmarrjen, pulsën, lëvizshmërinë dhe ndjeshmërinë e ekstremiteteve), ndërmerri masa urgjente me lëvizje minimale të dëmtuarit. 2. Aplikoni “veprim të trefishtë” për të lehtësuar qarkullimin e rrugëve të frymëmarrjes në dëmtimet e pjesës cervikale të kurrizit. 3. Me katër gishtat e të dy duarve, kapet nën nofull dhe ajo tërhiqet lart dhe me gishtin e madh buzët tërhiqen dhe goja hapet. Në këtë mënyrë, qafa, do të thotë koka nuk hidhet prapa dhe hapen rrugët e frymëmarrjes. 4. Prezenca e tre ose katër personave është e nevojshme për transferimin e personit me dëmtim kurrizor në pajisjen e imobilizimit (barele transportuese). 5. Afër të lënduarit, vendosni barelën e gjatë transportuese. 6. Personi i parë (koordinatori) qëndron mbi kokën e personit të lënduar, duke fiksuar kokën dhe qafën në një pozicion neutral. 7. Personat, me numër dy dhe tre gjunjëzohen përkrah të lënduarit nga anët e kundërta në raport me barelën transportuese.

		8. Personi me numër dy me të dy duart e përthekon të lënduarin nga shpatulla e kundërt dhe mbi rajonin e legenit. 9. Personi me numër tre i përthekon me duart e tija të lënduarin në gju të kundërt (ose kyçin e këmbës) dhe rajonin e legenit. 10. Me komandën e koordinatorit, ata e rrotullojnë (tërheqin) trupin e të lënduarit. 11. Personi i tretë më pas e mbështet barelën kurrizore nën trupin e të lënduarit. 12. Në komandën e përsëritur të koordinatorit, ata njëkohësisht shtrijnë trupin e të lënduarit në barelën kurrizore. 13. Qafa imobilizohet me vendosjen e qafores së Shancit. 14. Trupi i personit të lënduar fiksohet me rripa mbi ballë, shpatulla, legen dhe nën-gju. 15. Në këtë mënyrë, personi i lënduar bartet me mjet transportues të sigurt në institucionin e kujdesit shëndetësor.  Figura nr. 21 - Procedura për lëndimet e shtyllës kurrizore
[IV]	Imobilizimi në dëmtimet e legenit	1. I lënduari lëvizet me shumë kujdes. 2. Imobilizimi administrohet në barelën kurrizore. 3. Për administrimin e imobilizimit duhen më shumë persona. 4. Legeni mbështjellët fort me një fashë me gjerësi rreth 60 cm (batanije ose çarçaf). 5. Këmbët dhe kraharori mund të fiksohen me shirita rrethor. 6. I lënduari qëndron në pozitë horizontale në shpinë me këmbë pak të përthyera.

[V]	Imobilizimi në dëmtimet e kokës	1. Fraktura e nofullës së poshtme imobilizohet duke vendosur një rrip llastiku trekëndësh në mjekër ose fashë të dyanshme rreth fytyrës. 2. Fraktura e kockave të hundës imobilizohet me rrip llastiku trekëndësh në hundë. 3. Fraktura e kockave të kokës: asnjë kompresim nuk duhet të kryhet në fragmentet e kockave të kafkës të cilat mund të shkaktojnë kompresion në strukturën trunore. Mbi plagë vendoset një garzë sterile dhe një mbështjellës të përgatitur posaçërisht, i cili vendoset rreth skajeve të plagës, vendoset një fashë kompresive, dhe atë rreth plagës, jo në plagë. 4. Kur dyshohet në frakturë të bazës së kafkës, vendoset qaforja e Shancit. Kur vendoset, një person me të dy duart (nga anash) mban kokën e të lënduarit dhe kryen tërheqje të lehtë të kokës, ndërsa personi tjetër vendos qaforen. Nëse i lënduari është në gjendje të pavetëdijshme, vendoseni në pozitë rikuperuese për të parandaluar aspirimin e përmbajtjes së trupit (gjaku, masa të vjella) dhe më pas transportimi urgjent në institucion të kujdesit shëndetësor me kontroll të vazhdueshëm të gjendjes së përgjithshme të lënduarit.
[VI]	Imobilizimi i frakturës së klavikulës	1. Imobilizohet me fiksion të drejtpërdrejtë të kockave ose fiksioni i tërë ekstremitetit të sipërm. 2. Fiksioni i drejtpërdrejtë arrihet me një “tetëshe” - një rrip i materialit të butë që shkon përtej pjesës së përparme të dy klavikulave, në të dy supet, prapa qafës dhe kryqëzon midis shpatullave në pjesën e prapme ose është i fiksuar gatshëm - tetëshet e modeluara. 3. Duke shtrënguar skajet e pasme, shpatullat tërhiqen prapa dhe ushtrohet presion në kockat e thyera – fragmentet. Figura nr. 22 - Fasha e Madsen-it
[VII]	Imobilizimi i ndrydhjes	1. Fiksioni i nyjës në pozicion fiziologjik. 2. Kompresimi i nyjës. 3. Ngritja e ekstremiteteve. 4. Aplikimi lokal i akullit.

[VIII]	Imobilizimi i dislokimit	1. Respektoni të gjitha parimet e imobilizimit sikurse të frakturat. 2. Ndalohet ri pozicionimi. 3. Imobilizoni në pozicionin aktual.
[IX]	Imobilizimi i frakturave të hapura	1. Ndaloni gjakderdhjen. 2. Mbi plagë e vendosni një garzë sterile - mbron zonën e plagës me një fashë të butë. 3. Imobilizoni në pozicionin aktual (fragmentet e eshtrave nuk ri pozicionohen).
[X]	Masat e kujdesit	1. Nëse ka dyshim se ka frakturë, të veproni sikur të ketë një frakturë. 2. Imobilizimi kryhet menjëherë në vendin e aksidentit. 3. Para dhe pas imobilizimit, vlerësoni gjendjen e të lënduarit - qarkullimin e rrugëve të frymëmarrjes, pulsit, nëse është e nevojshme kryeni masa të reanimimit dhe ndihmës së parë, ndaloni gjakderdhjen, fashoni plagën, verifikoni dhe kontrolloni lëvizshmërinë e gishtërinjëve, ngjyrën dhe ndjeshmërinë e lëkurës 4. Mbuloni pajisjet imobilizuese me një leckë të butë (pambuk, fashë, pjesë të rrobave) ose i vendosni mbi rrobat e personit të lënduar ose vendosni paraprakisht kompresat nga pëlhurat e buta në vendin e dëmtimit. 5. I lënduari nuk duhet të lëviz derisa fraktura të jetë imobilizuar. 6. Ndalohet ri pozicionimi (përshtatja) e frakturave dhe/ose dislokimi. 7. Imobilizoni gjymtyrën në një pozicion neutral (fiziologjik). 8. Imobilizimi tepër i lirshëm mund të humbasë çdo efekt. 9. Imobilizimi tepër i shtrëngueshëm mund të pengojë në qarkullimin e gjakut dhe të çojë në komplikime. 10. Imobilizimi në një pozicion fiziologjik të gabuar shkakton dhimbje, pengim në qarkullim dhe dëmtim shtesë të indeve të buta.
[XI]	Dokumentimi	Pas përfundimit të procedurës infermierit i regjistron në dokumentacionin e institucionit të dhënat si vijojnë: 1. Të dhënat e përgjithshme të pacientit. 2. Data dhe koha e administrimit të procedurës. 3. Procedura që është aplikuar (është e rëndësishme të regjistrohen të gjitha gjetjet, faktet dhe ngjarjet që kanë ndodhur në vendin e ngjarjes dhe gjatë transportit). 4. Nënshkrimi i infermierit që e ka kryer procedurën.

34. PROCEDURA PËR KUJDESHIN SHËNDETËSOR TË KOLOSTOMËS

Qëllimi: i procedurës është aplikimi i kujdesit infermieror për kolostomi në mënyrë unike duke siguruar një stome dhe lëkurë peristomale të pastër dhe të shëndetshme, të sigurojë eliminimin e jashtëqitjes pa komplikime, të reduktojë ankthin e pacientit dhe ndjenjën e dinjitetit të rrezikuar.

Kujdesi infermieror për kolostominë është një procedurë që konsiston në higjienën e vrimës stomale dhe lëkurës peristomale, ndërrimin ose zbrazen e qeses së jashtëqitjes dhe ndërrimin e pllakës bazë të stomës (bazë, pllakë ose diskut).

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Përgatitja e hapësirës	1. Të sigurohet privatësia dhe kushtet e favorshme në dhomë (dhoma të jetë e ndriçuar dhe e ajrosur).
[II]	Përgatitja e materialit	- Karroca ose tabaku. - Pllaka të përshtatshme ngjitëse dhe qese të stomave (qese me një pjesë, dy pjesë, transparente, të errët, me dhe pa filtër, me dhe pa kullim). - Sipas nevojës ka edhe qese të vogla që përdoren për periudhë të shkurtër kohore. - Qesja me një pjesë përbëhet nga qesja dhe pjesa e jashtme vetë-ngjitëse. - Matësi për të matur diametrin e stomës. - Gërshërë. - Tupferë me garzë. - Tretje fiziologjike. - Sapun me pH neutrale, ujë të nxehtë, lavaman, celofan ose faculeta letre. - Yndyra mbrojtëse e lëkurës. - Doreza jo-sterile për një përdorim. - Ena veshkore dhe qese për mbetje infektive. - Qese për mbetjet komunale.
[III]	Përgatitja e pacientit	- Të identifikohet pacienti. - Të sigurohet privatësia. - Të informoni pacientin mbi procedurën, rëndësinë dhe mënyrën se si aplikohet dhe kërkohet bashkëpunim nga ana e tij.

		4. Komunikoni me pacientin gjatë zhvillimit të procedurës.
[IV]	Kryerja e procedurës	1. Vendoseni pacientin në një pozicion të favorshëm për kryerjen e procedurës - shtrirë ose gjysmë të ulur. 2. Lani dhe thani duart. 3. Karroca/tabaku të vendoset tek pacienti. 4. E matni madhësinë e stomës. 5. Për qeset vetë-ngjitëse, preni një vrimë me madhësinë e stomës. 6. Kur e ndërroni nënshtresën, nëse nuk është e modeluar, gjithashtu e preni vrimën. 7. Vendosni dorezat. 8. Largoni rrobat nga barku i pacientit. 9. Hiqeni qesen e vjetër - nëse është vetë ngjitës, largoni me shumë kujdes për shkak të dëmtimeve të mundshme të lëkurës - mbani lëkurën me një dorë dhe lehtësisht tërheqim qesen me dorën tjetër. 10. Hidhni qesen në thesin e mbeturinave komunale. 11. Hiqni masën fekale me celofan ose faculetë letre dhe hidhni në qese të mbeturinave. 12. Lani lëkurën përreth me sapun me pH neutrale dhe ujë të ngrohtë dhe pastroni mukozën e stomës me tretje fiziologjike. 13. Thajeni lëkurën butësisht me një faculetë letre. 14. Bashkëngjit pllakën ngjitëse në lëkurën e thatë. 15. Prerja e pllakës dhe qesja duhet të mbulojë lëkurën rreth stomës. 16. Bashkëngjit qesen në unazën e pllakës. 17. Kontrolloni ngjitjen (ngjitësin). 18. Hiqni dorezat, pastroni dhe dezinfektoni duart dhe prapë vendosni doreza të pastra. 19. Largoni pajisjet. 20. Materialin e përdorur të fashimit e hidhni (në qese të mbetjeve infektive). 21. Hiqni dorezat, pastroni dhe thani duart. 22. Infermierët/et duhet të mësojnë pacientin, duke inkurajuar për vetë-kujdesin e hershëm për stomën e tyre, këshillimi për zgjedhjen e instruksioneve më të mira, regjimin e ngrënies, inspektimin e asaj që ata kanë mësuar bashkërisht, kontribuojnë në rivendosjen e

		vetëvlerësimin, vetëbesimin dhe dëshirën për t'u përshtatur shpejt në situatën më të re. 23. Këshilloni pacientin që të fiksoj stomën me një brez barku. 24. Vlerësoni dhe dokumentoni procedurën dhe gjendjen e pacientit.
[V]	Masat e kujdesit	1. Kujdesi shëndetësor dhe fashimi i stomës varen nga lloji i stomës. 2. Heqja e shpeshtë e qeseve me një pjesë mund të shkaktojë dëme në lëkurën përreth, kështu që qeset me dy pjesë janë një zgjedhje më e mirë. 3. Pllakat përforcohen për lëkurë dhe mund të qëndrojnë 3 - 5 ditë, por ndërrohen vetëm qeset. 4. Pajisjet ndihmëse terapeutike për stomë duhet të ruhen në një vend të thatë në një pozicion horizontal, temperatura optimale e ruajtjes është më ultë se 20 °C. 5. Mjedisi i lagësht ndikon negativisht në efektin e ngjitjes. 6. Benzina medicinale ose tretësi nuk duhet të përdoren për të pastruar lëkurën, duhet shmangur edhe sapunët me ngjyrë dhe aromatik.
[VI]	Dokumentimi	Pas përfundimit të procedurës infermieri regjistron në dokumentacionin e institucionit të dhënat si vijojnë: 1. Të dhënat e përgjithshme të pacientit. 2. Data dhe koha e aplikimit të procedurës. 3. Në rubrikën “vërejtje” cekni ndryshimet eventuale në lëkurë dhe gjendjen e stomës, nënshkrimi i infermierit që e ka kryer procedurën.

35. PROCEDURA PËR VENDOSJEN DHE MIRËMBAJTJEN E KATETERIT URINAR

Qëllimi: i kësaj procedure është vendosja dhe mirëmbajtja e kateterit urinar në mënyrë të sigurve dhe unike.

Vendosja e kateterit urinar përmes ureterit në fshikëzën urinare është një metodë invazive që përdoret për qëllime diagnostikuese dhe terapeutike. Aplikimi i kësaj procedure realizohet përmes vendosjes së kateterit në mënyrë të duhur, të sigurt dhe mirëmbajtjes së kateterit urinar. Kateteri urinar mund të vendoset një herë, herë pas here dhe/ose përgjithmonë, në varësi të indikacioneve të përshkruara nga mjeku.

Rekomandohet që procedurën e vendosjes së kateterit tek pacientët meshkuj dhe femra ta bëj mjeku, por kjo procedurë mund të kryhet edhe nga infermieri/ja e edukuar dhe me përvojë. Procedura kërkon praninë e dy personave, qasje sterile dhe ndriçim të mirë. Procedura për kateterizim kryhet nga një person.

Në varësi të qëllimit të kateterizimit, është e rëndësishme të zgjidhni llojin dhe madhësinë e kateterit.

Kateterat urinar ndryshojnë për nga gjatësia, diametri, lloji i materialit nga i cili janë bërë, numri i kanaleve dhe forma e majës. Në varësi të kohëzgjatjes së kateterizimit, kateterat mund të jenë të ndërprerë dhe të qëndrueshëm. Kateterat e vendosur kanë një mekanizëm mbajtës (tullumbace), kështu që ata nuk bien nga fshikëza (kateteri Folej-it).

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Përgatitja e pajisjeve / materialeve	1. Kateter steril (lateks ose silikon) - madhësia mesatare për fëmijët 6 - 10 Fr, për të rriturit 16 - 20 Fr. 2. Shiringë me 5 - 8 ml tretje fiziologjike ose ujë i distiluar. 3. Pean – kapës. 4. Antiseptik për mukozë. 5. Ena veshkore. 6. Mushama. 7. Doreza sterile dhe jo-sterile. 8. Enë për urinë ose qese urine. 9. Lubrifikant steril i tretshëm në ujë (xhel lidokainë). 10. Tupfer - garzë sterile. 11. Flaster.
[II]	Përgatitja e pacientit	1. Identifikoni pacientin. 2. Shpjegoni procedurën dhe komplikimet e mundshme dhe merrni pëlqimin e pacientit me nënshkrimin e tij/saj.

		3. Siguroni privatësinë e pacientit. 4. Lani, thani duart dhe vendosni dorezat jo-sterile për një përdorim. 5. Vendoseni pacientin në pozicionin e duhur: për pacientin femër: në pozicion në shpinë me këmbë të hapura (60cm), gjunjë të përkulur; për pacientin mashkull: në pozicion në shpinë me këmbë të shtrira. 6. Të bëhet pastrimi i organit gjenital. 7. Tek një paciente femër me dorën jo mbizotëruese, me gishtin e madh dhe gishtin tregues zhvendosni buzët e vogla (labia minor) duke zbuluar kanalën urinar, pastrimin e kryejmë me pean kapës dhe tupfer-garzë të lagur me dezinfektues, duke praktikuar një tupfer me një lëvizje vertikale, nga klitorisi deri në perineum. 8. Tek pacienti mashkull kapni penisin me dorë jo mbizotëruese, tërhiqni lafshën mbrapa dhe poshtë, pastaj ngrini pak penisin në një kënd prej 60 - 90 gradë. Me dorën mbizotëruese dezinfektoni organin gjenital duke përdorur peanin dhe tupfer/garzë të lagur me dezinfektues, duke e pastruar kokën e organit gjenital në një lëvizje rrethore, filluar nga hapja e uretrës dhe duke dalë jashtë. 9. Tupferët/garzat e përdorura i hidhni në qese për mbeturina.
[III]	Procedura e vendosjes së kateterit	1. Profesionisti shëndetësor që aplikon kateterin vendos doreza sterile, ndërsa infermieri/ja që asiston vendos doreza jo-sterile për një përdorim. 2. Infermieri/ja hap paketimin me kateter dhe e vendos atë në dorën mbizotëruese të personit që do të vendosë kateterin. 3. Profesionisti shëndetësor që e aplikon kateterin, me dorën mbizotëruese e merr kateterin prej 5 - 7 cm nga maja e kateterit dhe fundin e kateterit e mban midis gishtërinjve të katërt dhe të pestë dhe pastaj personi ndihmës aplikon një lubrifikant në majë të kateterit. 4. Në mënyrë që kateteri të futet më lehtë, është e nevojshme që pacienti të e lirojë sfinketrin, kështu që nga ai/ajo duhet të kërkohet të kollitet deri sa vendoset kateteri dhe pastaj të marrë frymë thellë dhe më pas ngadalë të relaksoj sfinkterin dhe liroj spazmën. 5. Mos aplikoni forcë gjatë vendosjes së kateterit dhe nëse ka rezistencë ndërpritni ndërhyrjen dhe informoni mjekun nëse procedura kryhet nga infermieri/ja. Rezistenca më e zakonshme është për

		shkak të spazmës së sfinkterit, traumës, zmadhimit të prostatës tek mashkulli ose tumorit. 6. Tek femrat aplikoni kateterin për 3 - 5 cm derisa urina fillojë të rrjedhë. 7. Te meshkujt, aplikoni kateterin dhe kontrolloni a po rrjedh urina; pas vendosjes kurrë mos e tërhiqni atë prapa. 8. Nëse lafsha është tërhequr, kthejeni atë për të mos kompromentuar qarkullimin dhe rrjedhje e dhimbshm 9. Ngjitni shiringën me ujë të ridistiluar në valvul, shtypni pistonin dhe fryni balonën për të mbajtur kateterin në uretër. 10. Përdorni vetëm ujë të ridistiluar dhe mos përdorni tretësirë fiziologjike për shkak të mundësisë së kristalizimit dhe bllokimit të kanaleve të ballonit. Sasia e ujit të nevojshëm për të mbushur një ballon është e përkohshme në fletë udhëzimit e prodhuesit. 11. Qesja e urinës duhet të vendoset nën nivelin e fshikëzës së urinës për të parandaluar kthimin e urinës prapa. 12. Nëse pacienti është i lëvizshëm, fiksoni kateterin në kofshë me flaster.
[IV]	Mirëmbajtja dhe heqja e kateterit	1. Mirëmbajtja rutinore e kateterit është e nevojshme për të parandaluar infeksionin dhe komplikimet e tjera. 2. Kateteri i përhershëm (përcaktohet nga mjeku) hiqet në rastet: kur nuk është e nevojshme për të liruar fshikëzën e urinës, kur pacienti mund të urinojë në mënyrë të natyrshme, kur kateteri është i mbushur plot, ose kur zëvendësohet. 3. Para se të hiqni kateterin, lani ose dezinfektoni duart, vendosni doreza, pacientit i shpjegoni procedurën, theksoni që ata do të ndiejnë pak shqetësim. 4. Përforconi shiringën në mekanizmin e valvuleve të kateterit, tërhiqni pistonin e shiringës për të aspiruar lëngun nga balloni i kateterit. 5. Kapni kateterin me letër thithëse dhe lehtësisht tërhiqeni atë nga uretra.
[V]	Procedurat dhe shpëlarja e kateterit	1. Shpëlarja kryhet vetëm nëse kateteri është i bllokuar. 2. Materiali i domosdoshëm: tretja fiziologjike, shiringë 20-50 ml, doreza. 3. Vendosni dorezat dhe shpjegoni procedurën. 4. Vendosni mushama për të mbrojtur mbulesat e shtratit.

		5. Shiringën e mbushni me tretje fiziologjike. 6. Me shiringë injektoni tretjen fiziologjike. 7. Ndani kateterin dhe tubin për drenim. 8. Largoni shiringën dhe shtypjen kthyesë e drejtoni nga kateteri tek ena e dedikuar (enë, legen). 9. Ktheni tubin sërish për drenim në kateter. 10. Respektoni parimet e asepsisë. 11. Nëse hasni në rezistencë gjatë injektimit të tretësirës për shpëlarje, mos veproni me forcë. 12. Nëse kateteri është plotësisht i pakalueshëm, e largoni dhe e ndërroni me një të ri. 13. Këshilloni pacientin që nuk ka kufizim në marrjen e lëngjeve, të rrisin marrjen e lëngjeve deri në 3.000 ml në ditë, me qëllim të ruajtjes së aciditetit të urinës dhe formimin e kalusit. 14. Këshilloni pacientin të hajë ushqime të pasura me vitaminë C dhe të pijë çaj ose lëng boronice.
[VI]	Dokumentimi	Pas përfundimit të procedurës, infermieri dokumenton të dhënat në dokumentacionin ekzistues të institucionit: 1. Të dhënat e përgjithshme të pacientit. 2. Data dhe koha (vendosja, shpëlarja, zëvendësimi ose heqja e kateterit ose marrja e mostrave të urinës për analiza). 3. Madhësinë dhe llojin e kateterit të përdorur. 4. Nëse është zbrazur më shumë urinë. 5. Ngjyrën e urinës. 6. Nëse është marrë mostra e urinës për analiza. 7. Çdo ndryshim që është vërejtur. 8. Datën dhe kohën e ndërrimit apo heqjes së kateterit. 9. Çdo ndryshim në hapjen e uretrës, rajonin perianal dhe pamjen e urinës. 10. Nënshkrimi i infermierit që ka kryer procedurën.

36. PROCEDURA PËR TRAJTIMIN E KORDONIT TË KËRTHIZËS TE I PORSALINDURI

Qëllimi: i procedurës është trajtimi i trungut të kordonit të kërthizës në mënyrë unike dhe të sigurt.

Trajtimi i trungut të kordonit të kërthizës te i porsalinduri është një nga aktivitetet e infermierëve, me qëllim parandalimin e infeksioneve dhe komplikimeve të mundshme tek të porsalindurit.

Kordoni i kërthizës trajtohet derisa trungu i kërthizës të bjerë dhe plaga e kërthizës të shërohet plotësisht.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Përgatitja e dhomës	1. Të sigurohen kushtet e favorshme në dhomë (dhoma duhet të jetë e ajrosur, e ndriçuar dhe me temperaturë optimale). 2. Përgatitni një tavolinë ose hapësirë (vend) për veshjen e foshnjës.
[II]	Përgatitja e materialit	1. Garza sterile të madhësive të ndryshme. 2. Instrumente sterile (kapës, gërshërë, pincetë). 3. Tretësirë fiziologjike NaCl 0,9%. 4. Nitrat argjendi (AgNO₃) për kauterizimin e kordonit të kërthizës. 5. Terapia e përshkruar për kujdesin e kordonit të kërthizës. 6. Rrjetë ose fashë mbrojtëse për fiksion. 7. Doreza. 8. Enë veshkore.
[III]	Përgatitja e të porsalindurit	1. Lani duart me ujë të vakët dhe sapun para kontaktit me të porsalindurin. 2. Zhvisheni të porsalindurin në mënyrë që kërthiza të jetë e arritshme.
[IV]	Procedura	Përpunimi i kërthizës të inflamuar: 1. Vendosni dorezat. 2. Shpalosni garzën pa prekur kapësen. 3. Lagni garzën sterile me tretje fiziologjike dhe pastroni zonën rreth kërthizës. 4. Procedurën e përsëritni deri sa garza të mbetet e pastër dhe në fund e thani.

		5. Mbështillni garzën sterile rreth kordonit të kërthizës dhe e fiksoni. 6. Edukoni/këshilloni nënën ose anëtarin tjetër të familjes për kujdesin e kërthizës dhe rëndësinë e kujdesit të duhur. Trajtimi i kordonit të kërthizës kur ka skuqje në pjesën e poshtme: 7. Shpalosni garzën pa prekur kapësen. 8. Lagni garzën sterile me tretje fiziologjike dhe pastroni zonën rreth kordonit të kërthizës. 9. Trajtoni kordonin e kërthizës me një garzë të re sterile, duke përdorur tretje fiziologjike. 10. Thani me garzë sterile. 11. Aplikoni trajtimin e përshkruar në zonën e skuqur në bazën e kordonit. 12. Mbështillni kordonin e kërthizës me garzë sterile dhe ndani nga baza. 13. Këshilloni nënën ose një anëtar tjetër të familjes që të mbrojnë kordonin e kërthizës nga të lagurit. Trajtimi i kordonit të kërthizës kur ka një granuloma: 14. Nëse granuloma shfaqet pas rënies së trungut të kordonit të kërthizës, trajtimi (kauterizimi) kryhet me urdhër të mjekut. 15. Lagni garzën sterile me tretësirë fiziologjike dhe pastroni zonën rreth kordonit të kërthizës. 16. Kauterizoni vetëm granulomën. 17. Mbuloni kordonin e kërthizës me një garzë sterile. 18. Këshilloni nënën ose anëtarin tjetër të familjes që të mos e lag kordonin e kërthizës. 19. Zëvendësoni pajisjet e përdorura. 20. Hiqni dorezat dhe lani duart.
[V]	Masat e kujdesit	1. Kontrolloni paketimin, pamjen, afatin e skadencës dhe sterilitetin e materialit. 2. Siguroni praninë e nënës ose të një anëtari tjetër të familjes gjatë trajtimit të kordonit të kërthizës. 3. Në rast të ndonjë gjendjeje patologjike (gjakderdhje, lagështirë, skuqje, granuloma) referoni të porsalindurin menjëherë te mjeku. 4. Nëse trangu varet në një fije të hollë, nuk duhet të tërhiqet, por të lihet të bjerë. 5. Nëse trangu nuk bie deri në ditën e 15-të, referoni të porsalindurin te mjeku.

		6. Parandaloni njomjen e kordonit kërthizor duke rregulluar skajin e pelenës poshtë kordonit të kërthizës.
[VI]	Dokumentimi	Pas përfundimit të procedurës infermieri i regjistron në dokumentacionin e institucionit të dhënat si vijojnë: 1. Informacione të përgjithshme për nënën dhe foshnjën. 2. Data dhe koha e trajtimit të kordonit të kërthizës. 3. Këshillim për nënën ose anëtarët e familjes. 4. Demonstrimi i trajtimit të kordonit të kërthizës. 5. Data e takimit të radhës ose referimit te mjeku. 6. Në kolonën ‘shënim’ tregoni çdo ndryshim në lëkurë dhe gjendjen e kordonit të kërthizës. 7. Nënshkrimi i infermierit që ka kryer procedurën.

37. PROCEDURA PËR TRAJTIMIN E ZGAVRËS SË GOJËS TE FOSHNET ME STOMATIT

Qëllimi: i procedurës është trajtimi i zgavrës së gojës tek foshnjat me infeksion myklinik në mënyrë të sigurt dhe të duhur.

Myku është një infeksion i zgavrës së gojës, i shkaktuar nga Candida albicans. Manifestohet si depozitime të bardha të ngjashme me mpiksjen e qumështit në gjuhën dhe mukozën e zgavrës së gojës së foshnjës. Ndryshe nga mpiksjet e qumështit, ato ngjiten fort në mukozën e faqeve dhe të gjuhës. Nëse nuk trajtohet, mund të shkaktojë vështirësi në thithje, qëllitje dhe iritim të dhimbshëm të mukozës së zgavrës së gojës. Pasoja është vështirësia në marrjen e gjirit, madje edhe refuzimi i marrjes së gjirit.

Kujdesi infermieror i zgavrës së gojës të foshnjës kryhet nga një infermier/e me një bar në formën e pikave ose xhelit të përshkruar nga mjeku.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Përgatitja e dhomës	1. Siguroni kushte të favorshme në dhomë (dhoma duhet të jetë e ndriçuar me temperaturë optimale dhe e ajrosur). 2. Përgatitni dhomën për kryerjen e procedurës (tavolinë ose shtrat për veshjen e foshnjës).
[II]	Përgatitja e materialit	1. Daulle me garzë sterile. 2. Pincetë sterile për marrjen e garzës nga daullja. 3. Barnat e përshkruara (aplikoni rregullin 5Rr). 4. Enë veshkore. 5. Doreza. 6. Qese për mbetjet infektive.
[III]	Përgatitja e foshnjës	1. Para kontaktit me foshnjën, lani duart me ujë të rrjedhshëm dhe sapun ose i dezinfektoni. 2. Vendoseni foshnjën në pozicionin e shtrirë (në shpinë).
[IV]	Procedura	1. Lani, thani duart dhe vendosni dorezat. 2. Mbështilleni garzën sterile rreth gishtit tregues të dorës dominuese. 3. Hidheni barin ose shtrydhni xhelin mbi garzë. 4. Me gishtin e madh dhe tregues të dorës jo dominuese shtypni lehtë faqet e foshnjës për të hapur gojën. 5. Me gishtin tregues të mbështjellë me garzë, pastroni lehtë depozitat e bardha me një lëvizje rrethore në drejtim të akrepave të orës. 6. Përsëriteni procedurën 2 - 3 herë duke ndryshuar garzën.

		7. Hidhni në gjuhën e foshnjës 3 - 5 pika të barit (përveç nëse përshkruhet ndryshe). 8. Hiqni dorezat. 9. Këshilloni dhe edukoni nënën ose anëtarin tjetër të familjes për rëndësinë e kujdesit të zgavrës së gojës dhe mënyrën e përdorimit të barit.
[V]	Masat e kujdesit	1. Siguroni praninë e nënës ose të një anëtar tjetër të familjes gjatë trajtimit të zgavrës së gojës. 2. Gjatë pastrimit të depozitave në zgavrën e gojës, pas heqjes së depozitave është e mundur gjakderdhja e lehtë, e cila nuk është pengesë për kryerjen e mëtejshme të procedurës. 3. Pas administrimit të barit, këshillojeni nënën që mos ta ushqejë me gji për të paktën gjysmë ore, në mënyrë që bari të veprojë. 4. Këshilloni për aplikimin e barit në gjuhë dhe në zgavrën e gojës pas çdo ushqyerjeje me gji. 5. Këshilloni nënën për higjienën e duhur të gjirit për të parandaluar transmetimin e infeksionit në gji. 6. Nëse simptomat e infeksionit në thithke ende shfaqen (dhimbje therëse, djegëse si ‘gjilpëra të mprehta’ që rrezaton nga thithka drejt gjoksit brenda, areola me shkëlqim, thithka me luspa të mundshme të lëkurës), trajtojeni thithken me barin e përshkruar. 7. Aplikojeni barin në thithke pas ushqyerjes me gji, para kësaj hiqni mbetjet e qumështit dhe pështymës nga thithka.
[VI]	Dokumentimi	Pas përfundimit të procedurës infermieri i regjistron në dokumentacionin e institucionit të dhënat si vijojnë: 1. Të dhënat e përgjithshme për nënën dhe foshnjën. 2. Lloji i procedurës (trajtimit të zgavrës së gojës). 3. Lloji i barit. 4. Data dhe koha e trajtimit të zgavrës së gojës. 5. Këshillimi dhe edukimi i nënës ose anëtarit të familjes. 6. Demonstrimi i procedurës. 7. Nënshkrimi i infermierit.

KAPITULLI VI – PROMOVIMI DHE PARANDALIMI

38

PROCEDURA PËR PUNËN PROMOCIONALE - PARANDALUESE TË INFERMIERËVE

39

PROCEDURA PËR VIZITAT TE SHTATZËNA NË SHTËPI

40

PROCEDURA PËR VIZITAT TE FËMIJËT 0 - 3 VJEÇ NË SHTËPI

41

PROCEDURA PËR VIZITAT TE LEHONA NË SHTËPI

42

PROCEDURA PËR EKZAMINIMIN E GJIRIT GJATË PERIUDHËS POSTNATALE NË SHTËPI

43

PROCEDURA PËR VIZITAT TE PACIENTËT ME SËMUNDJE KRONIKE NË SHTËPI

44

PROCEDURA PËR VLERËSIMIN E RREZIKUT DHE MASAT PARANDALUESE NGA ULCERA DEKUBITALE

45

PROCEDURA PËR VIZITAT TE PACIENTËT NË FAZËN TERMINALE (PALIATIVE) TË SËMUNDJES NË SHTËPI

38.PROCEDURA PËR PUNËN PROMOCIONALE DHE PARANDALUESE TË INFERMIERËVE

Qëllimi: i kësaj procedure është mënyra unike e përgatitjes, kryerjes dhe regjistrimit të aktiviteteve edukative nga infermieri me qëllim promovimin e shëndetit, parandalimin e shfaqjes së sëmundjes, parandalimin ose vonimin e komplikimeve të sëmundjeve kronike tashmë të pranishme dhe ofrimin e kujdesit shëndetësor cilësor në tërësi.

Edukimi dhe këshillimi i pacientëve janë komponentë thelbësorë të procesit të kujdesit shëndetësor, pasi vetëm një person i edukuar në aspektin shëndetësor është bashkëpunëtor aktiv në procesin e përmirësimit dhe ruajtjes së shëndetit, plotësimit të nevojave themelore të jetesës dhe trajtimit të sëmundjes.

Edukimi dhe këshillimi i pacientëve nga infermieri mund t'i ndihmojë pacientët të angazhohen në mënyrë aktive në aktivitetet e kujdesit parandalues, të mësojnë më shumë për shëndetin e tyre dhe duke respektuar udhëzimet e marra, ndihmojnë në arritjen e rezultateve më të mira të trajtimit. Ofrimi i kujdesit shëndetësor do të thotë t'u ofrohet pacientëve edukim dhe këshillim plotësisht të qasshëm për gjendjen e tyre shëndetësore, sjelljen e nevojshme shëndetësore dhe parandalimin e mundësive potenciale për zhvillimin e komplikimeve.

Baza për edukimin dhe këshillimin adekuat të pacientëve është infermieri i arsimuar mirë në vazhdimësi. Një infermier si edukator duhet të ketë: njohuri dhe aftësi, parime të zhvilluara etike, ndjeshmëri dhe një synim të qartë në ndjekjen e veprimtarive edukative.

Procesi i edukimit të pacientit duhet t'i përshtatet gjendjes së pacientit, moshës, aftësive intelektuale, shkallës së arsimimit, burimeve materiale, etj.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Metodat e edukimit shëndetësor dhe këshillimi	1. Biseda është metoda kryesore që përdoret në edukim dhe këshillim. 2. Fjalime, ligjërata, prezantim përmes mjeteve të informimit publik (nëse synohet të preken më shumë përdorues). 3. Diskutimi është një metodë kur disa njerëz flasin nga këndvështrime të ndryshme, për të zhvilluar një diskutim rreth tij më vonë. 4. Demonstrimi është një metodë për të treguar një procedurë të caktuar (përgatitja e ushqimit për foshnjat, vetë-ekzaminimi i gjirit, përdorimi i matësve të Peak - Flow Meter dhe inhalatorëve me dozë të matur).
[II]	Mjetet promovuese të shëndetit	1. Ekspozitat. 2. Foto lëvizëse (film). 3. Foto statike (fotografia, vizatimi). 4. Modele.

		5. Materiali i printuar (të shkruara). 6. Sesione edukative. 7. Radio. 8. Televizioni. 9. Rrjetet sociale dhe mediat elektronike. 10. Shtypi.
[III]	Edukimi individual i pacientit	1. Është një nga mënyrat më të mira të edukimit të pacientëve. 2. Siguron një kontakt të mirë, informacion të dyanshëm, ndërtim të besimit dhe adoptim të shpejtë të aftësive të caktuara. 3. Kryhet nga infermieri/ja në një dhomë ku ruhet privatësia e pacientit (në dhomë për këshillim ose në shtëpinë e pacientit). 4. Para çdo edukimi individual, është e nevojshme të bëhet një vlerësim i pacientit (rishikimi i të dhënave mjekësore, marrja e anamnezës, vlerësimi i faktorëve të rrezikut, vlerësimi i nevojës së pacientit për këtë lloj dhe mënyrë edukimi, vlerësimi i njohurive tashmë ekzistuese për këtë temë). 5. Para sesionit edukativ duhet të përgatitsni: material edukativ, broshura, foto, algoritme, modele. 6. Gjatë edukimit tregoni interes, kujdes, çiltërsi, pranim, simpati, sinqeritet dhe respekt. 7. Zhvilloni komunikim efektiv: dëgjoni, bëni pyetjet e duhura dhe dini si ta inkurajoni pacientin të flasë. 8. Ritmi i edukimit duhet të përshtatet me pacientin dhe aftësinë e tij/saj për të marrë informacion. 9. Seanca edukative nuk duhet të zgjasë më shumë se 20 minuta.
[IV]	Edukimi në grupe të vogla të pacientëve	1. Edukimi në grupe të vogla 3 - 6 persona kryhet në mënyrë periodike për të promovuar shëndetin, parandalimin e sëmundjeve dhe ndërlikimet e saj për grupe pacientësh / personash me interes të përbashkët (sëmundje apo problem të njëjtë, grup moshë, etj.). 2. Edukimi në grupe të vogla mund të drejtohet nga një ose dy infermier/e. 3. Edukimi duhet të planifikohet – caktoni kohën optimale, përgatitni hapësirën (salla e edukimit, salla e mbledhjeve, salla më e madhe).

		- Thirrni pacientët me telefon, vendosni njoftimin në tabelën e informimit ose njoftoni ata nëpërmjet mediave elektronike. - Përgatitni materiale promovuese - parandaluese për një temë të caktuar, siguroni karriga të mjaftueshme, ajrosni hapësirën dhe uroni mirëseardhje. - Edukimi mund të zgjasë 20 - 45 minuta me komunikim interaktiv (lejoni pyetje dhe përgjigje; lejoni pjesëmarrësit për diskutime të ndërsjella dhe shkëmbim përvojash).
[V]	Edukimi në komunitet (grupe të mëdha)	- Edukimi në komunitet kërkon përgatitje varësisht se ku dhe për kë duhet të kryhet edukimi, dhe nënkupton mbështetje teknike dhe bashkëpunim të komunitetit lokal. - Edukimi në komunitet kryhet nga infermieri/ja (disa prej tyre ose një ekip multidisiplinor), në salla për leksione në qendra shëndetësore ose ambiente të ngjashme në komunitete lokale, shkolla, kopshte, duke marrë pjesë në programe radiotelevizive, etj. - Për të kryer edukimin mund të përdoren disa metoda, duke përfshirë: diskutimin, demonstrimin, prezantimin e rastit, etj. - Trajtoni tema aktuale në lidhje me promovimin, parandalimin dhe trajtimin e shëndetit, që janë të rëndësishme për popullatën e gjerë (dëmtimi nga pirja e duhanit, rëndësia e aktivitetit fizik, parandalimi i faktorëve të rrezikut për sëmundjet më të zakonshme kronike, sëmundjet infektive, vaksinat, etj.). - Këto aktivitete mund të përfshijnë përmbajtje praktike (matja e ShGj, TA, matja e peshës trupore, lartësia e trupit dhe llogaritja e IMT, higjiena e dhëmbëve, mësimi i fëmijëve përmes lojërave, etj.).
[VI]	Dokumentimi (Shtojca 15)	- Përdorni gjuhë që është e kuptueshme dhe e përshtatur për secilin pacient dhe personin shoqëruar të tij/saj. - Bisedoni me pacientin/ët në mënyrë të qëndrueshme (pa mërzitje, detyrim, ngutje, qartë, duke përdorur të njëjtin ton zëri, me qetësi), të saktë (pa fjalë dhe të dhëna të tepërta, pa paqartësi terminologjike dhe pasiguri) dhe të arsyeshme (përdorni vetëm të dhëna të verifikuara, pa spekulime ose gjysmë informacione). - Pas përfundimit të aktiviteteve edukative, regjistroni në dokumentacionin ekzistues të institucionit (dokumentacioni dhe protokoli infermieror). - Edukimi individual i pacientit regjistrohet në fletën e infermierisë për edukimin e pacientit.

		5. Regjistroni të gjitha të dhënat e marra nga vlerësimi, plani, zbatimi dhe rivlerësimi si dhe përmbajtjen e edukimit me nënshkrimin e pacientit dhe infermierit që ka kryer edukimin. 6. Regjistroni në protokoll të dhënat e përgjithshme të pacientit; data dhe ora e kryerjes së edukimit; tema/lloji i edukimit, nënshkrimi i pacientit dhe nënshkrimi i infermierit që ka kryer edukimin. 7. Edukimi për grupet e vogla të regjistrohet në protokoll: data dhe ora e kryerjes së edukimit/këshillimit të pacientëve; tema/lloji i edukimit, të përgatitni listën e pjesëmarrësve me nënshkrimet e tyre dhe nënshkrimi i infermierit që ka kryer edukimin. 8. Edukimi i komunitetit të regjistrohet në protokoll: data dhe ora e kryerjes së edukimit, tema/lloji i edukimit, dëshmi mbi edukimin e mbajtur (nënshkrime, fotografi, lista, regjistrime) dhe nënshkrimi i infermierit që ka kryer edukimin.
--	--	--

Shtojca 15 – Dokumentimi infermieror (për edukimin e pacientit)

Emri dhe Mbiemri i pacientit: _____ Nr. protokollit: _____

Nr. kartelës shënd.: _____ Diagnoza mjekësore: _____

Gjendja civile: _____ Profesioni: _____ I punësuar: PO JO Telefoni: _____

VLERËSIMI	Stili i jetës	Dietë	Aktivitetet fizike	Zakone të këqija	Vlerësimi fizik	pesha e trupit	Faktorët e rrezikut	duhani
		e shumëllojshme	të mirë			lartësia e trupit		alkooli
		e pa balancuar	të moderuar			madhësia belit		obeziteti
		e moderuar	të dobët			TA		menopauza
		oreks të shtuar	i palëvizshëm			PEF		
		oreks të ulët				niveli sheqerit në gjak		
	Vlerësim shtesë:							
Diagnoza infermierore								
Qëllimi	1.					3.		
	2.					4.		
PLANI	Aktivitetet e planifikuara				Data	Nënshkrimi i infermierit		
ZBATIMI	Aktivitetet e kryera				Data	Nënshkrimi i infermierit		
Devijimet nga plani								
EVALUIMI	Edukimi		Interesimi për të mësuar		Barrierat për të mësuar		QËLLIMI - u arrit	
	I kuptueshëm		Parashtron pyetjet e duhura		Nuk ka barriera		PO JO	
	I Mirë		Dëgjon në mënyrë aktive		Analfabetizmi			
	I kufizuar		Nuk e respekton edukatorin		Vizuale, dëgjimore			
	I dobët		I pa interesuar		Gjykimi i shëndoshë			
	Tjetër (specifiko):		I hutuar		Motivimi			
Komentet/vërejtjet:								

Emri dhe Mbiemri i pacientit: _____

EDUKIMI I PLANIFIKUAR		Datë _____ / Kohëzgjatja e edukimit _____ minuta	
PËRMBAJTJA			
Materiali i shkruar	Komente:		
PO	JO		
Demonstrimi:		Qëllimi i arritur PO JO	Data e vizitës së radhës: _____

Nënshkrimi i pacientit: _____

Nënshkrimi i infermierit: _____

Emri dhe Mbiemri i pacientit: _____

EDUKIMI I PLANIFIKUAR		Datë _____ / Kohëzgjatja e edukimit _____ minuta	
PËRMBAJTJA			
Materiali i shkruar	Komente:		
PO	JO		
Demonstrimi:		Qëllimi i arritur PO JO	Data e vizitës së radhës: _____

Nënshkrimi i pacientit: _____

Nënshkrimi i infermierit: _____

Emri dhe Mbiemri i pacientit: _____

EDUKIMI I PLANIFIKUAR		Datë _____ / Kohëzgjatja e edukimit _____ minuta	
PËRMBAJTJA			
Materiali i shkruar	Komente:		
PO	JO		
Demonstrimi:		Qëllimi i arritur PO JO	Data e vizitës së radhës: _____

Nënshkrimi i pacientit: _____

Nënshkrimi i infermierit: _____

Emri dhe Mbiemri i pacientit: _____

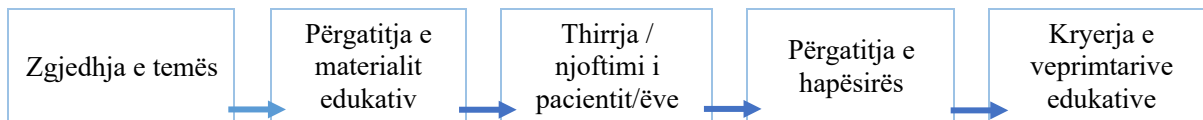
EDUKIMI I PLANIFIKUAR		Datë _____ / Kohëzgjatja e edukimit _____ minuta	
PËRMBAJTJA			
Materiali i shkruar	Komente:		
PO	JO		
Demonstrimi:		Qëllimi i arritur PO JO	Data e vizitës së radhës: _____

Nënshkrimi i pacientit: _____

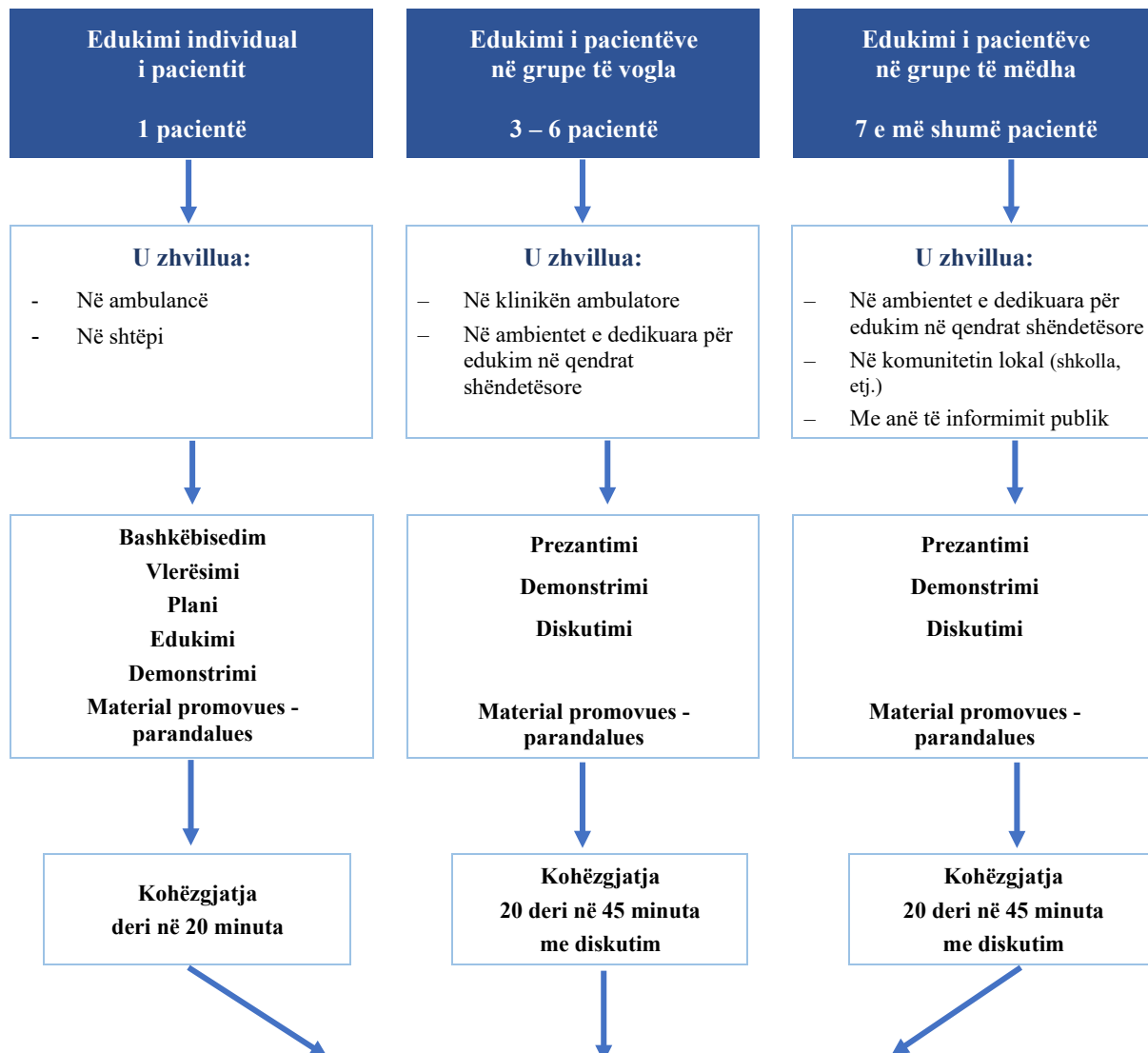
Nënshkrimi i infermierit: _____

EDUKIMI DHE KËSHILLIMI

PËRGATITJA DHE ZHVILLIMI I AKTIVITETEVE TË EDUKIMIT



Lloji dhe metodat e edukimit



Regjistroni aktivitetin e planifikuar dhe të realizuar

39.PROCEDURA PËR VIZITAT TE SHTATZËNA NË SHTËPI

Qëllimi: i kësaj procedure është që vizita e infermierit te një grua shtatzënë të kryhet në mënyrë unike dhe të sigurt.

Aktivitetet e një infermieri/e në kujdesin e nënës së ardhshme fillon gjatë shtatzënisë dhe vazhdon pas lindjes dhe kthimit në shtëpi nga materniteti. Njohja/prezantimi i një nëne të ardhshme me një infermier/e gjatë shtatzënisë është i një rëndësie të madhe sepse infermieri/ja do të kryejë forma të ndryshme të kujdesit infermieror, pasi nëna të mbërrijë nga materniteti në shtëpi dhe bashkëpunimi dhe besimi i tyre i ndërsjellë është shumë i rëndësishëm.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Planifikimi i vizitës	1. Në bazë të një njoftimi/raporti nga një gjinekolog, mjekë familjar ose një telefonate/kërkese nga gruaja shtatzënë, infermieri/ja planifikon një vizitë në shtëpi. 2. Vizitat tek gruaja shtatzënë duhet të planifikohet të paktën dy herë gjatë shtatzënisë, dhe më shpesh nëse është e nevojshme (jo para javës së 12-të të shtatzënisë), një herë në tremujorin e dytë dhe një herë në tremujorin e tretë.
[II]	Vizita e parë (nga tremujori i parë deri te i dyti)	1. Organizoni vizitën në kohë të përshtatshme për të dyja palët. Kur të mbërrini, prezantoni veten dhe kartelën identifikuese të punës. Shfrytëzoheni kohën e kaluar me gruan shtatzënë për të njohur gruan shtatzënë, mjedisin e saj, kushtet e jetës dhe për të paraqitur shërbimet që nëna e ardhshme mund të presë nga infermieri/ja. 2. Krijimi i marrëdhënies/besimit konfidencial. 3. Vëzhgimi i kushteve të jetesës. 4. Lidhja me shërbimet sociale dhe burimet e tjera të komunitetit. 5. Këshilloni rreth të ushqyerit në mënyrë të shëndetshme, peshës, aktivitetit fizik, shëndetit oral, higjienën personale, gjinjve, veshjeve, këpucëve, efekteve të dëmshme të stresit gjatë shtatzënisë, mjediseve duhanpirëse dhe atyre ku nuk konsumohet duhani, përdorimit të alkoolit, drogës dhe disa barnave, disa sëmundjeve ngjitëse, zhvillimit të fëmijërisë së hershme. 6. Infermieri/a bënë vlerësimin e shëndetit dhe mirëqenies së nënës, duke përfshirë shëndetin mental (duke përfshirë peshën, shtypjen e gjakut, aneminë, acidin folik). 7. Vlerësimin i disponimit të nënës.

		8. Diskuton me gratë shtatzëna rreth ndryshimeve fiziologjike, fizike dhe mentale të lidhura me shtatzëninë. 9. Pyet për dhunën në familje dhe diskutime rreth çështjeve të marrëdhënieve. 10. Në rastet e shtatzënisë me komplikime t'i referoheni profesionistëve shëndetësor dhe së bashku me ta t'i menaxhoni këto raste. 11. Përgjigjuni çdo pyetjeje që mund të ketë. 12. Për vizitën e radhës së planifikuar, rekomandoni që të jetë i pranishëm edhe bashkëshorti. 13. Nëse është e nevojshme, planifikoni edhe vizita tjera shtesë.
[III]	Vizita në tremujorin e fundit të shtatzënisë (nga tre mujori i dytë deri te i treti)	1. Kontrolli i gjendjes shëndetësore të gruas shtatzënë – është e detyrueshme matja e presionit të gjakut, pulsit, sheqerit në gjak, kontrolli për praninë e edemës. 2. Diskuton përgatitjen për lindje dhe të qenit prind; tranzicioni drejt të qenit prind; çështjet e marrëdhënieve; diskutimet rreth punës, lindjes, marrëdhënieve shoqërore, gjidhënia (këshillimi dhe demonstrimi i përgatitjes së gjirit dhe thithkave për ushqyerjen me gji), promovimi i ushqyerjes me gji dhe kujdesi për të sapolindurin. 3. Përgatitja psikofizike për lindjen e fëmijës/ve (ushtrime fizike, ushtrime të frymëmarrjes dhe mësimet teorike). 4. Këshillon rreth të ushqyerit në mënyrë të shëndetshme, peshës, aktivitetit fizik, shëndetit oral, efekteve të dëmshme të stresit gjatë shtatzënisë, mjediseve duhanpirëse dhe atyre ku nuk konsumohet duhani, përdorimit të alkoolit, drogës dhe disa barnave, disa sëmundjeve ngjitëse, zhvillimit të fëmijërisë së hershme. 5. Këshillon për mirëqenien sociale (pushimi i lehonisë). 6. Eksplorimin e pikëpamjeve dhe ndjenjave të prindërve rreth shtatzënisë dhe të qenit prind. 7. Rekomandime për mobilimin e hapësirës për lehonën dhe të porsalindurin. 8. Rekomandime për blerjen e pajisjeve për të porsalindurin. 9. Vlerësimin e disponimit të nënës. 10. Pyetje për dhunën në familje dhe diskutime rreth çështjeve të marrëdhënieve. 11. Informimi për të drejtat shëndetësore dhe lidhja me shërbimet sociale dhe burimet e tjera të komunitetit. 12. Në rastet e shtatzënisë me komplikime t'i referoheni profesionistëve shëndetësor dhe së bashku me ta t'i menaxhoni këto raste.

		13. Rekomandoni për ekzaminime të veçanta – ekzaminimi sipas kërkesës. 14. Për vizitën e radhës së planifikuar, rekomandoni që të jetë i pranishëm edhe bashkëshorti. 15. Nëse është e nevojshme, planifikoni edhe vizita tjera shtesë.
[IV]	Dokumentimi (Shtojca 16)	1. Nga dokumentacioni, infermieri të përdor formularin e vizitave në shtëpi për shtatzënat për të regjistruar aktivitetet që ai/ajo ka kryer gjatë vizitës në shtëpi. 2. Pas kthimit në institucion, infermieri i regjistron në dokumentacionin e institucionit të dhënat si vijojnë: - të dhënat e përgjithshme të gruas shtatzënë, - data dhe koha e vizitës në shtëpi, - aktivitetet e kryera, - nënshkrimi i infermierit.

Shtojca 16 – Formulari i vizitave në shtëpi për shtatzënat

FORMULARI I VIZITAVE NË SHËTËPI PËR SHTATZËNAT

Kodi i formularit për regjistrim: VSH 1 (të miratohet) _____

QENDRA KRYESORE E MJEKËSISË FAMILJARE: _____;

QMF/AMF: _____; **VENDI:** _____;

Nr. i Kartelës Shëndetësore: _____; Nr. Personal: _____; Grupi i gjakut: _____;

I. TË DHËNAT DEMOGRAFIKE			
Emri dhe mbiemri i shtatzënës:	Data e lindjes:	Periudha e shtatzënisë	Data e paraparë për lindje:
Data e vizitës	Numri me radhë i vizitës	Vizitë shtesë	Koha kur ka filluar vizita Koha nga: _____
Numri i lindjeve të mëparshme	Të gjallë: _____ Vdekjeve: _____ Nr. i abortimeve: _____		Mosha gestative:
Kontakti (tel.)	Vendbanimi: URBAN RURAL Specifiko:		
Emri i punëtorit shëndetësorë			
Emri i mjekut familjar			
II. SHËRBITET SHËNDETËSORE QË I JANË OFRUAR SHTATZËNËS			
Ekzaminimet	Shtypja e gjakut _____; Pesha _____ kg; Gjatësia _____ m:		
	Indeksi i masës trupore (IMT): _____; Matja e fundusit të mitrës		
Shërbimet Shëndetësore të ofruara për gratë shtatzëna (Ju lutem regjistroni shërbimet në fletoren shëndetësore të shtatzënisë)		Po	Jo
Vlerësimi i shëndetit të shtatzënave			
Këshilla rreth shtatzënisë			
Rëndësia e prindit dhe mbështetja e familjes			
Kërkesat në mënyrën e të ushqyerit gjatë			
Aktivitetet fizike dhe aktivitetet e tjera gjatë			
Identifikimi i hershëm i shenjave të rrezikut			
Përgatitja dhe këshilla rreth gjdhënies			
Përgatitje për lindje			
Këshillat rreth të sapolindurit			
Kontracepcioni pas lindjes (planifikimi)			

Informata lidhur me gratë shtatzëna (Ju lutem përshkruani dhe specifikoni - shiko udhëzuesin)	
Gjendja psikologjike (Vëzhgim momental)	
Kushtet e jetesës dhe banimit	
Rreziku potencial- dhuna	
III. REFERIMET	
Referimet: ☐ Rastet emergjente ☐ Raste jo emergjente	
Vendi ku është bërë referimi:	Arsyeja e referimit:
IV. INFORMATA TJERA LIDHUR ME GRATË SHTATZËNA DHE KOMENTE (A është identifikuar që nëna është duke pirë duhan gjatë shtatzënisë; a është identifikuar shtatzëna me shenja të rrezikut gjatë shtatzënisë; a praktikon nëna ndonjë aktivitet fizik – shiko udhëzuesin)	
Vizitori shtëpiak është pranuar nga familja:	
Data e vizitës së ardhshme:	
Anëtarët e familjes prezent gjatë vizitës:	NR. Nënshkrimi:
Emri i profesionistit shëndetësorë prezent gjatë vizitës:	Nënshkrimi:
Emri dhe mbiemri i mjekut familjar	Nënshkrimi:

40. PROCEDURA PËR VIZITAT TE FËMIJËT 0 - 3 VJEÇ NË SHTËPI

Qëllimi: i kësaj procedure është qasja unike dhe e sigurt e infermierit për vizitën në shtëpi te fëmijët nga 0 - 3 vjeç.

Vizita e kujdesit në shtëpi te fëmijët nga 0 - 3 vjeç është një aktivitet mjekësor-social dhe edukativ që kryhet nga infermieri me qëllim të promovimit të shëndetit të fëmijëve të grup moshës nga 0 - 3 vjeç. Vizita e kujdesit në shtëpi te fëmijët nga 0 - 3 vjeç kërkon një partneritet dhe besim të ndërsjellë me familjen ose kujdestarët, gjë që arrihet me aftësi të mira komunikimi të zhvilluara, njohuri dhe ekspertizë të infermierit.

Sqarim: i porsalinduri është fëmija që nga lindja deri në 28 ditë të jetës.

Pas njoftimit për ardhjen e një të porsalinduri nga materniteti, infermieri planifikon një vizitë për kujdesin në shtëpi brenda 24 - 72 orëve.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Përmbajtja e çantës dhe përgatitja e hapësirës për vizitë të kujdesit në shtëpi	1. Peshore (mobile për kujdesin në shtëpi). 2. Metri (centimetër i plastifikuar). 3. Doreza për një përdorim. 4. Maskë për fytyrë. 5. Dezinfektues për duar. 6. Materiale dhe pajisje për kujdesin e kordonit të kërthizës. 7. Termometri. 8. Dokumentacioni i kërkuar/nevojshëm. 9. Material i shkruar promovues - parandalues. 10. Dhoma në të cilën qëndron fëmija duhet të jetë e ndriçuar, e ajrosur dhe e ngrohtë (temperatura e dhomës rreth 24 °C). 11. Siguroni privatësinë gjatë vizitës së kujdesit në shtëpi (nëse ka disa persona, përveç prindërve ose kujdestarëve, që qëndrojnë në shtëpi në atë kohë). 12. Identifikoni fëmijën. 13. Lironi fëmijën nga veshja/rrobat.
[II]	Vizita e I-rë te i porsalinduri brenda 3 ditëve pas lindjes	1. Njohja me gjendjen shëndetësore të porsalindurit - fletë lëshimi dhe ekzaminimi. 2. Marrja e të dhënave (heteroanamnezës). 3. Matja e peshës së foshnjës, perimetrit të kokës, gjatësisë, shenjat e verdhëzës, kujdesi ndaj kordonit të kërthizës, gjumi, imunizimi pas lindjes.

		4. Matja e gjatësisë së fundusit të mitrës (mbledhja e anëve përbrenda-involimi), nxjerrja e placentës jashtë pas lindjes, dhe menaxhimi i kushteve paraprake shëndetësore. 5. Të mbështeten praktikat e gjidhënies. 6. Të edukojë mbi kujdesin ndaj foshnjës sipas nevojave të familjes (higjiena, larja, masazhe për foshnjën). 7. Promovimi i të qenit prind i ndjeshëm dhe lidhshmëria. 8. Të informohet në lidhje me grupet mbështetëse dhe shërbimet lokale. 9. Diskutimi i shërbimeve të mirëfillta për fëmijë dhe imunizimi. 10. Informimi mbi zhvillimin e fëmijërisë së hershme (zhvillimi i përgjithshëm i fëmijës, zhvillimi kognitiv, social dhe emocional, zhvillimi i sjelljes, zhvillimi i gjuhës dhe të foluri). 11. Vlerësimi i disponimit të nënës (identifikimi i shenjave të depresionit post-partal). 12. Përfshirja e babait dhe anëtarëve të tjerë të familjes në kujdesin ndaj fëmijës dhe zhvillimin e tij. 13. Eksplorimi i dhunës në familje, problemeve me shëndetin mental, abuzimit me substanca, siguria e mjedisit shtëpiak. 14. Lidhja me shërbimet sociale dhe burimet e tjera të komunitetit. 15. Të japë informacione në lidhje me rekomandimet për të sapolindurin me aftësi të kufizuara.. 16. Kryerja e aktiviteteve të edukimit shëndetësor. 17. Futja e të dhënave në kartelat mjekësore.
[III]	Vizita e II-të të foshnja brenda 4 - 6 muaj	1. Matni peshën, gjatësinë, rritjen, të ushqyerit, gjumin, imunizimin e foshnjës. 2. Edukoni në lidhje me kujdesin ndaj foshnjës sipas nevojave të familjes (higjiena, larja e foshnjës, masazhe për foshnjën). 3. Mbështetni praktikat e gjidhënies dhe këshillimin për të ushqyerit. 4. Informoni nënën dhe babain për planifikimin e familjes. 5. Informoni prindërit për ushqimin plotësues pas 6 muajve. 6. Diskutoni shqetësimet rreth foshnjës. 7. Kontrolloni zhvillimin e foshnjës (foshnja dëgjon me vëmendje tingujt dhe zërat, aftësia për të kontrolluar lëvizjen e kokës, të përcjellë objektet lëvizëse me sy, të hap dorën për të mbajtur gishtin ose rraketaken, të shfaqë

		interes dhe ngazëllim me anë të shprehjeve të fytyrës, t'iu buzëqeshë njerëzve, të shikojë kush po flet, të lëvizë këmbët). 8. Avancimi i zhvillimit të foshnjës (të përkëdhelë foshnjën kur buzëqesh, flet, dhe këndon, t'i japë foshnjës lodra për të eksploruar, t'i tregojë libra me fotografi bardh e zi dhe modele). 9. Ta shëtisë foshnjën, të inkurajojë aktivitetet fizike përmes lojërave në dysheme, në ujë, të zhvillojë aftësi për arritjen dhe kapjen e gjësendeve, rroba të gjera për të zhvilluar aftësinë për të shkëluar dhe për t'u rrokullisur. 10. Aktivitetet me foshnjën, flisni me foshnjën dhe vëni në dukje pamje, aroma dhe tinguj, inkurajoni kontaktin me sy me foshnjën. 11. Këshilla mbi parandalimin e aksidenteve, si për shembull këshilla mbi lëvizjet e papritura dhe kapjen e objekteve të vogla që mund të shkaktojnë ngulfatje, shkundja e bebes. 12. Këshilla për higjienën orale. 13. Vlerësimi i disponimit të nënës (depresionin post-partal). 14. Promovimi i të qenit prind dhe lidhjes sensitive. 15. Përfshirja e babait dhe anëtarëve të tjerë në kujdesin dhe zhvillimin e fëmijës. 16. Të eksplorojë dhunën në familje, problemeve me shëndetin mental, depresionin maternal, abuzimin me substanca, sigurinë e mjedisit shtëpiak. 17. Lidhja me shërbimet sociale dhe burimet e tjera të komunitetit. 18. Informacione për rekomandimet në lidhje me të sapolindurit me aftësi të kufizuara. 19. Të japë këshilla dhe të përcjellë regjistrimin e lindjes.
[IV]	Vizita e III-të te foshnja brenda 11 - 12 muaj	1. Matni peshën, gjatësinë, nevojat fizike, emocionale dhe sociale të foshnjës në kontekstin e familjes së tyre, duke përfshirë faktorët e parashikueshëm të rrezikut (kontrollimi i zhvillimit të foshnjës; aftësia për t'u vendosur vet në pozitë të ulur, të vështrojë një lodër derisa fshihet dhe të jetë i/e vetëdijshme që ende ekziston, e shtyn veten të qëndrojë në këmbë dhe mund të zvarritet, mund të ecë, dërdëllit shprehje, ndjek udhëzime të thjeshta, i kupton dhe i parashikon veprimet rutinë). 2. Ju ofroni prindërve informata rreth lidhjes dhe llojit të çështjeve zhvillimore me të cilat ata mund të ballafaqohen tani, mbështetjes shëndetësore, ngritjes së vetëdijes në lidhje me shëndetin dental dhe parandalimin, të ushqyerit e shëndetshëm, parandalimi i lëndimeve dhe aksidenteve që

		lidhen me lëvizjet, siguria në veturë dhe parandalimi i kancerit të lëkurës. 3. Mbështetja e zhvillimit të fëmijës (ofroni komente mbi aktivitetet dhe përdorni fjali të shkurtra e të thjeshta, i jepni kohë fëmijës që të lëshojë tinguj si kundërpërgjigje, ofroni lodra që mund të lëvizin përreth, ndihmoni fëmijës të qëndrojë në këmbë dhe të ecë, prezantoni rregulla, largojeni beben nga gjërat që nuk duhet të preken dhe jepni bebes diçka tjetër për të prekur, vlerësoni/inkurajoni arritjet e fëmijës tuaj, përdorni gjeste kur flisni, largimi i biberonit). 4. Shqyrtimi i statusit të imunizimit. 5. I dëgjoni dhe u përgjigjeni shqetësimeve të prindërve. 6. Hulumtoni dhunën në familje, problemeve me shëndetin mental, abuzimin me substanca, sigurinë e mjedisit shtëpiak. 7. Rekomandoni për fëmijët me aftësi të kufizuara dhe pengesa gjatë zhvillimit.
[V]	Vizita e IV-të te fëmija brenda 18 muaj	1. Matni peshën dhe gjatësinë e fëmijës. 2. Kontrolloni zhvillimin e fëmijës (thotë shumë fjalë dhe disa i thotë të bashkangjitura, shfaqë ndjeshmëri kur të tjerët nuk janë të lumtur, shkarravitet në mënyrë spontane, i ndan format, ushqehet vetë dhe pi nga gota pa kapak, i zbatshëm këpucët, çorapet, kapelat, i njeh të paktën 6 pjesë të trupit, vrapon por mund të mos ju shmanget pengesave, ndërton një kulle prej tri ose më shumë blloqeve, ndjek udhëzimet e thjeshta). 3. Mbështetni zhvillimin e fëmijës (të emërojë objektet dhe fotografitë e përditshme dhe të jetë në gjendje t'i përsëris ato, imitimi dhe pritja e radhës, të vështrojë librat, të flasë për fotografitë, të ketë mundësi zgjedhje (mollë, banane), muzikë, të vallëzojë, të vishet, të bëjë vizita të vazhdueshme në vendet e preferuara në ambiente të hapura, të luajë me natyrën, me rërën, piknik në park). 4. Parandalimi i aksidenteve. 5. Dëgjoni dhe përgjigjuni shqetësimeve prindërore në lidhje me shëndetin fizik, rritjen, zhvillimin, shqisat e të dëgjuarit dhe të pamurit. 6. Të jepni informacione dhe udhëzime mbi shëndetin. 7. Shqyrtimi i statusit të imunizimit. 8. Të ofroni këshilla mbi të ushqyerit dhe aktivitetet fizike për familjen, dhe menaxhimin e gjumit. 9. Të inkurajoni aktivitetin fizik për tri orë gjatë ditës.

		10. Hulumtoni mbi dhunën në familje, problemeve me shëndetin mental, abuzimin me substanca, sigurinë e mjedisit shtëpiak. 11. Rekomandoni për fëmijët me aftësi të kufizuara dhe pengesa gjatë zhvillimit.
[VI]	Vizita e V-të të fëmija në muajin e 36-të	1. Matni peshën dhe gjatësisë së fëmijës. 2. Shqyrtoni së bashku me prindërit zhvillimin social, emocional, të sjelljeve dhe atë gjuhësor. 3. Kontrolloni zhvillimin e fëmijës (të mbajë drejtpeshimin me një këmbë, të kombinojë fjalët për të formuar fjali të shkurtra, të japë përgjigje të përshtatshme, të kuptojë madhësitë, të bashkojë format dhe ngjyrat e njëjta, të luajë duke bashkëvepruar). 4. Mbështetni zhvillimin e fëmijës (të luajë lojëra pretenduese, t'i tregojë fëmijës si të vishet, të kapë topin, të luajë lojëra të numërimit, të dalë për një shëtitje në ambient të hapur, të përfshijë fëmijën që të ndihmojë në mbledhjen e lodrave, t'i lexojë fëmijës shumë përralla, të promovojë disiplinë pozitive me prindër, të informojë fëmijën në lidhje me shkronjat dhe numrat përmes librave). 5. Parandalimi i aksidenteve (mos e leni fëmijën pa mbikëqyrje). 6. Këshilloni për trajnim mbi shkuarjen në banjë. 7. Dëgjoni dhe përgjigjuni shqetësimeve të prindërve në lidhje me shëndetin fizik, rritjen, zhvillimin, të dëgjuarit dhe të pamurit. 8. Jepni informacione shëndetësore dhe udhëzime në lidhje me praktikën higjienike dhe parandalimin e sëmundjeve ngjitëse. 9. Këshilloni mbi përgatitjen për edukimin parashkollor. 10. Hulumtoni dhunën në familje, problemeve me shëndetin mendor, abuzimin me substanca, sigurinë e mjedisit shtëpiak.
[VII]	Dokumentimi (Shtojca 17)	1. Kontaktoni prindërit/kujdestarin e fëmijës përmes telefonit, kontrolloni/verifikoni adresën dhe njoftoni për vizitën. 2. Kontakti me telefon duhet të jetë i shkurtër dhe konciz. 3. Informoni prindërit për qëllimin dhe synimin e vizitës së infermierit. 4. Kohëzgjatja mesatare e vizitës është 30 - 60 minuta. 5. Në vizitën e parë të kujdesit në shtëpi tek i porsalinduri, gjithmonë duhet të prezantoni veten - të tregoni kartelën identifikuese të punës.

		6. Duhet të jeni të sjellshëm dhe të durueshëm me prindërit/kujdestarët dhe anëtarët e familjes. 7. Përgjigjuni pyetjeve në mënyrë të qartë dhe të kuptueshme. 8. Nëse është e nevojshme, për të siguruar vazhdimësinë e kujdesit për të porsalindurin, infermieri/ja vendos komunikim me shërbimin e mirëqenies sociale ose institucione të tjera. 9. Infermieri përdor formularin e vlerësimit për të regjistruar aktivitetet e kryera gjatë vizitës në shtëpi. 10. Infermieri i regjistron në dokumentacionin ekzistues të institucionit shëndetësor: - të dhënat e përgjithshme mbi të porsalindurin, - data dhe ora e vizitës së kujdesit në shtëpi, - aktivitetet e zhvilluara, - nënshkrimi i infermierit që e ka kryer vizitën, - nënshkrimi i prindit ose kujdestarit.
--	--	--

Shtojca 17 - Formulari i vizitave në shtëpi për fëmijët 0 – 3 vjeç

FORMULARI I VIZITAVE NË SHËTËPI PËR FËMIJËT NGA 0 – 3 VJEÇ

Kodi i formularit për regjistrim: VSH 1 (të miratohet) _____

QENDRA KRYESORE E MJEKËSISË FAMILJARE: _____;

QMF/AMF: _____; **VENDI:** _____;

Nr. i Kartelës Shëndetësore: _____; Nr. Personal: _____; Grupi i gjakut: _____;

I. TË DHËNAT DEMOGRAFIKE			
Emri dhe mbiemri i fëmijës:	Gjinia: F M	Data e lindjes	Pesha në lindje:
Data e vizitës	Numri me radhë i vizitës:	A është vizitë shitesë:	Koha kur ka filluar vizita: Prej ora: _____ Deri ora: _____
Emri dhe mbiemri i nënës (kujdestarit):	Data e lindjes:	Nr. Identifikues i nënës:	Familja është në asistencë sociale PO JO
Kontakti (tel.)	Vendbanimi: URBAN RURAL Specifiko:		
Emri i punëtorit shëndetësorë			
Emri i mjekut familjar			
II. SHËRBIMET SHËNDETËSORE QË I JANË OFRUAR TË SAPOLINDURIT DHE FËMIJËS			
EKZAMINIMET: (Matjet për fëmijën)	Pesha: _____; Gjatësia: _____; Perimetri i kokës: _____.		
Shërbimet shëndetësore që i janë ofruar nënës dhe të sapolindurit - fëmijës (Ju lutem regjistroni shërbimet e ofruara në fletoren e fëmijës)	Po	Jo	
Këshillim për përkujdesjen ndaj fëmijës			
Këshillim rreth gjdhënies			
Këshillim rreth të qenit prindër- zhvillimi i hershëm i fëmijës (leximi dhe numërimi për fëmijët, lojërat, etj.)			
Vlerësimi i gjendjes shëndetësore të fëmijës			
Vlerësimi i rritjes dhe zhvillimit			
Këshillim për rëndësinë e vaksinimit			
Këshilla për mënyrën e të ushqyerit dhe siguria në ushqim			
Këshillimi për një mjedis më të sigurt për fëmijët (parandalimi i aksidenteve)			

Informata të tjera lidhur me fëmijën (ju lutem përshkruani – specifikoni shkurtimisht në bazë të udhëzuesit)	
Vlerësimi i zhvillimit psikofizik	
Rreziku potencial - dhuna apo neglizhenca tek fëmija	
Problemet familjare	
III. REFERIMET	
Referimet: ☐ Rastet emergjente ☐ Raste jo emergjente	
Vendi ku është bërë referimi:	Arsyeja e referimit:
IV. INFORMATA TJERA DHE KOMENTE (Vaksinimi sipas kalendarit; Konsumuar duhani kur ka qenë nëna shtatzënë; Probleme menjëherë pas lindjes, etj. - shiko udhëzuesin)	
Vizitori shtëpiak është pranuar nga familja:	
Data e vizitës së ardhshme:	
Anëtarët e familjes prezent gjatë vizitës:	NR. Nënshkrimi:
Emri i profesionistit shëndetësorë prezent gjatë vizitës:	Nënshkrimi:
Emri dhe mbiemri i mjekut familjar	Nënshkrimi:

VIZITA E INFERMIERËVE TEK I PORSALINDURI

Përgatitja e hapësirës

Përgatitja e materialit

Përgatitja e të porsalindurit

METODOLOGJIA E PUNËS SË INFERMIERIT

Këshillim

- Dieta
- Pushoni dhe flini
- Siguria
- Vizitë tek pediatri
- Vaksinimi
- Testet e shqyrtimit (skreningu)
- Të drejtat dhe detyrimet në fushën e kujdesit shëndetësor dhe social

Demonstrimi i procedurave

- Pozicioni i ushqyerjes me gji
- Pastrimi i lëkurës dhe mukozave
- Trajtimi i kordonit të kërthizës
- Larje
- Kujdesi për lëkurën e kokës
- Mbajtja e duhur dhe bartja e të porsalindurit
- Ndërrimi dhe veshja

Matjet

- Gjatësia
- Pesha
- Perimetri i gjoksit
- Perimetri i kokës

Regjistroni vizitat e planifikuara dhe aktivitetet e realizuara

41. PROCEDURA PËR VIZITAT TE LEHONA NË SHTËPI

Qëllimi: i procedurës është që të kryhen vizita në shtëpi tek një lehonë në mënyrë unike dhe të sigurt.

Periudha pas lindjes (puerperium) është një periudhë që fillon pas lindjes së fëmijës dhe zgjat rreth gjashtë javë (periudha pas lindjes). Kujdesi infermieror ndaj gruas lehonë në periudhën pas lindjes fillon me vizitën e parë në shtëpi, vlerësimin dhe vazhdon me planifikimin dhe zbatimin e masave për përmirësimin dhe mbrojtjen e shëndetit. Detyrat kryesore të infermierit janë të kontrollojë dhe monitorojë ngjarjet fiziologjike tek lehona dhe të zbulojë ndryshimet e mundshme patologjike.

Pas njoftimit për daljen e lehonës nga materniteti, infermieri bën një vizitë të kujdesit shtëpiak tek lehona brenda 24 - 48 orëve. Infermieri gjatë vizitës duhet të krijojë një ndjenjë besimi në familjen e lehonës, nëpërmjet aftësive, ekspertizës dhe kompetencës së tij/saj komunikuese.

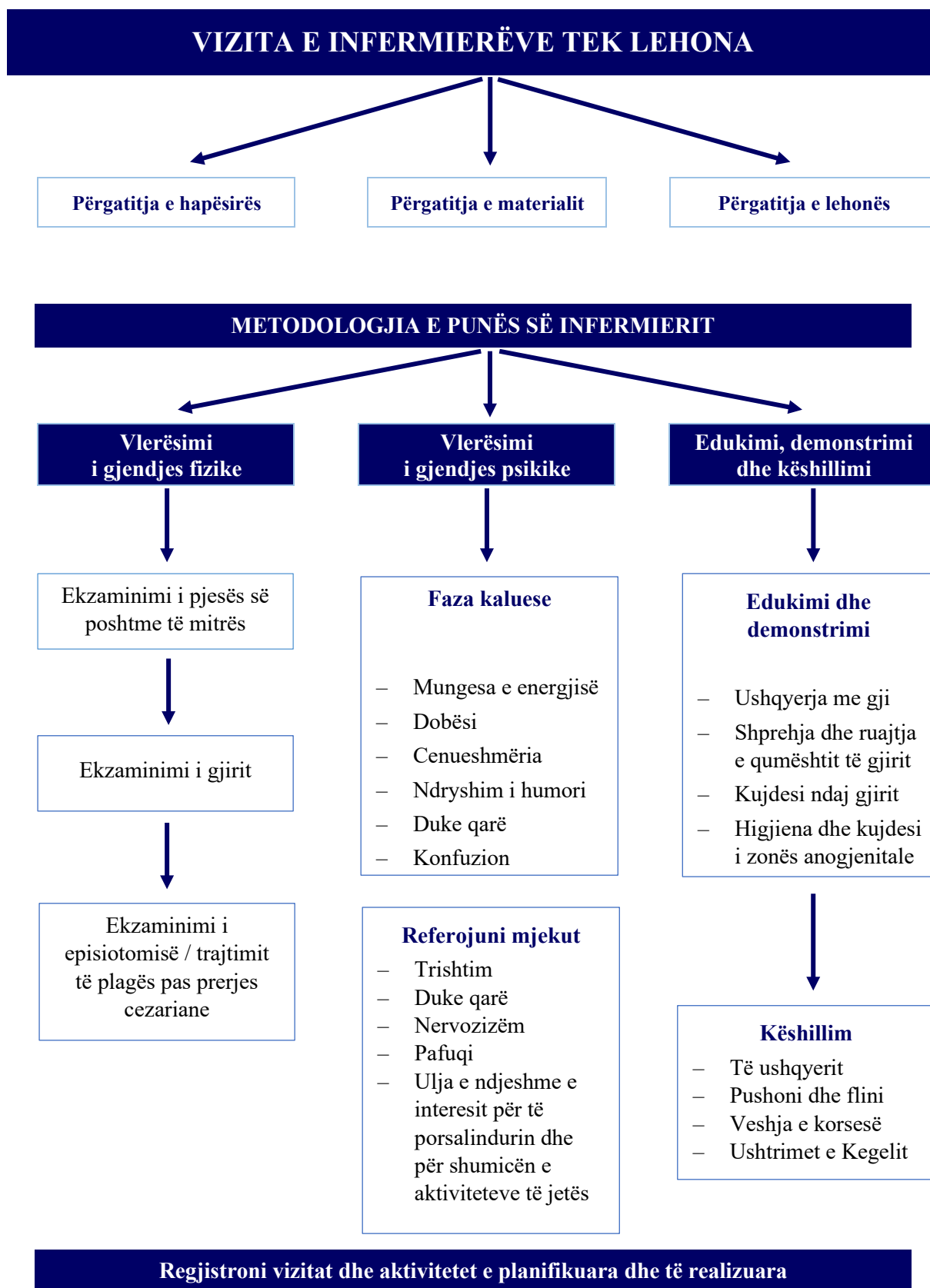
PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[1]	Përgatitja e hapësirës gjatë vizitës tek lehona dhe përgatitja e materialit	1. Prezantohu. 2. Identifikoni lehonën. 3. Shpjegoni arsyen e vizitës. 4. Dhoma në të cilën qëndron lehona duhet të jetë e ndriçuar, e ajrosur dhe e ngrohtë (temperatura e dhomës rreth 24 °C). 5. Siguroni privatësinë gjatë vizitës së kujdesit në shtëpi (nëse ka disa njerëz që qëndrojnë në shtëpi në atë kohë). 6. Merrni një anamnezë (sa ka zgjatur shtatzënia, nëse ka përdorur ndonjë mjekim gjatë shtatzënisë, nëse ka ndjekur kurse të përgatitjes psiko-fizike për gratë shtatzëna, si ka qenë kursi i lindjes, marrja e informacionit bazë nga fletë lëshimi). 7. Lani duart dhe filloni ekzaminimin e lehonës. Materiali i nevojshëm – çanta: 8. Dorezat për një përdorim. 9. Maskë për fytyrë. 10. Dezinfektuese për duar. 11. Materiali dhe pajisjet për trajtimin e plagës. 12. Termometri. 13. Sfigmomanometri. 14. Gleukometri. 15. Dokumentacioni i nevojshëm. 16. Material i shkruar promovues-parandalues.

[II]	Ekzaminimi, vlerësimi dhe këshillimi i lehonës për kujdesin ndaj gjirit dhe gjidhënjes	1. Ekzaminimi i gjirit - veproni sipas “Procedurës për ekzaminimin e gjirit të lehonës”. 2. Ushqyerja me gji - Gjidhënja. 3. Ndiemoni lehonën të marrë një pozicion të rehatshëm, tregoni pozicionet e saj të mundshme për ushqyerjen me gji. 4. Kontrolloni nëse i porsalinduri është vendosur mirë në gji dhe nëse ai/ajo e ka marrë/kapur si duhet thithin. 5. Monitoroni shenjat e ushqyerjes së suksesshme me gji. 6. Korrigjoni gabimet me durim, lejoni lehonën dhe anëtarët e familjes të bëjnë pyetje. 7. Ndiemoni dhe tregoni mënyrat e nxjerrjes së qumështit të gjirit. 8. Në rast të ndërprerjes së qumështit në gji, këshillohet vendosja e kompresave të ngrohta 15 - 20 minuta para dhënies së gjirit. 9. Ndiemoni lehonën të zgjidhë problemet me thithka (çarjet e thithave). 10. Shpjegoni se fëmijët që ushqehen me gji duhet të ushqehen sipas kërkesës sa herë kanë nevojë, 11. Shpjegoni se përdorimi i një shishe dhe shtimi i ndonjë lëngu mund të ketë një efekt të keq në ushqyerjen me gji.
[III]	Ekzaminimi i lartësisë së fundusit, rishikimi i epiziotomisë dhe fashimi i plagës pas prerjes cezariene	1. Në ditën e dytë pas lindjes, fundi i mitrës është në lartësinë e kërthizës. 2. Në ditën e pestë, fundi i mitrës është në mes kërthizës dhe simfizës dhe në ditën e dhjetë në lartësinë e simfizës. 3. Epiziotomia është një prerje kirurgjikale gjinekologjike në perineum, e cila lehtëson kalimin e të porsalindurit përmes kanalit të lindjes dhe parandalon plasaritjen ose çarjen e vaginës. 4. I theksoni lehonës se larja e zonës anogjenitale pas çdo eliminimi të mbetjeve trupore (urinës dhe jashtëqitjes) parandalon infeksionin e epiziotomisë dhe lejon shërimin më të shpejtë të plagës. 5. I rekomandoni lehonës të ruan higjienën duke bërë dush me ujë të vakët dhe të mos laheni në vaskë. Përdorni agjentë (sapun) neutralë pH për larje, të cilët nuk e iritojnë lëkurën. 6. I rekomandoni lehonës përdorimin e jastëkëve, çarçafëve dhe mbulesave higjienikë me fibra natyrale dhe ndërrimi i rregullt i tyre. 7. Këshillojeni lehonën që të ulet sa më pak për shkak të presionit në plagë.

		8. Në rast dhimbjeje të forta, edeme dhe skuqjeje në zonën e epiziotomisë, temperaturë të ngritur të trupit, referoni lehonën të konsultohet me mjekun përgjegjës. Fashimi i plagës pas prerjes cezariene 9. Vendoseni lehonën në pozicionin e duhur. 10. Lironi pjesën e poshtme të barkut nga rrobat. 11. Lani duart. 12. Vendosni dorezat sterile, hiqni me kujdes flasterin dhe garzën nga plaga. 13. Shikoni nëse plaga është e skuqur, e inflamuar apo është e lagur. 14. Fashoni plagën e thatë me garzë sterile. 15. Në rast të ndonjë ndryshimi patologjik që ndodh në plagë, referojeni lehonën tek mjeku përgjegjës.
[IV]	Këshilla për ushqyerjen e lehonës	1. Ushqimi i lehonës duhet të bazohet në zgjedhje shumë të larmishme të ushqimeve të nevojshme për të plotësuar nevojat ditore të lehonës dhe të porsalindurit. 2. Ushqimet që përmbajnë acide (fruta dhe perime të konservuara), produktet e mishit të tymosur, pijet e gazuara ose sasi të tepërta të ëmbëlsirave mund të shkaktojnë çrregullime në traktin tretës dhe jashtëqitjes së lehonës dhe mund të shkaktojnë dhimbje barku tek të porsalindurit përmes qumështit të gjirit. 3. Këshillojeni lehonën për marrjen e mjaftueshme të lëngjeve. 4. Këshillojeni lehonën që të ketë gjumë të mjaftueshëm, pushim dhe ndihmën e familjes. 5. Këshillojeni lehonën të veshë korse edhe pas prerjes. 6. Këshilloni lehonën të bëjë ushtrimet e Kegelit. 7. Paralajmëroni lehonën të mos përdorin tamponë për të paktën 6 javë pas lindjes.
[V]	Trishtimi pas lindjes dhe Depresioni pas lindjes	1. Trishtimi pas lindjes shfaqet midis ditës 2 dhe 5 pas lindjes dhe zgjat deri në një (1) muaj. 2. Kjo gjendje, përveç stresit psikologjik për shkak të lindjes, është nën ndikimin e madh të ndryshimeve hormonale, lodhjes, mungesës së gjumit, dhimbjeve dhe problemeve të tjera të nënës dhe foshnjës. 3. Karakteristikat kryesore e trishtimit pas lindjes janë: mungesa e energjisë, dobësim, cenueshmëria, luhajtje humori, e përloitur dhe konfuze.

		4. Është e rëndësishme të theksohet se kjo është një gjendje kalimtare dhe nuk kërkon trajtim mjekësor sepse do të kalojë për disa ditë. 5. Lehonë ka nevojë për disa ditë pushim, ndihmë dhe mbështetje nga familja dhe komuniteti. 6. Depresioni pas lindjes është një çrregullim patalogjik që shfaqet tek gratë pas lindjes dhe manifestohet me simptoma trishtimi, të qara, nervozizëm dhe pafuqi, ulje të ndjeshme të interesit për të porsalindurin dhe shumicën e aktiviteteve jetësore. 7. Simptomat e depresionit pas lindjes të paraqitura tek lehonë, të referohet tek mjeku përgjegjës sa më shpejt të jetë e mundur.
[VI]	Dokumentimi	Pas përfundimit të vizitës së lehonës në shtëpi, evidentoni në dokumentacionin ekzistues të institucionit: 1. Të dhënat e përgjithshme të lehonës. 2. Data dhe ora e vizitës në shtëpi. 3. Aktivitetet e kryera. 4. Nënshkrimi i infermierit që ka kryer vizitën.



42. PROCEDURA PËR EKZAMINIMIN E GJIRIT GJATË PERIUdhës POSTNATALE NË SHTËPI

Qëllimi: i procedurës është kryerja e ekzaminimit të gjirit të lehonës në mënyrë unike dhe të sigurt.

Ekzaminimi i gjirit të lehonës bëhet nga infermieri gjatë vizitës së kujdesit në shtëpi. Infermieri ofron mbështetje për nënat që fillojnë dhe vazhdojnë ushqyerjen me gji, duke ofruar informacione, këshilla, ekzaminimin e gjirit, monitorimin e procesit të ushqyerjes me gji, si dhe sugjerime për trajtimin e problemeve të ushqyerjes me gji. Ekzaminimi i gjirit të lehonës kryhet për të vlerësuar gjendjen e indit të gjëndrave dhe çdo ndryshim patolgjik.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Përgatitja e lehonës dhe dhomës	1. Identifiko lehonën, shpjego procedurën e ekzaminimit dhe prit bashkëpunimin e saj. 2. Ekzaminimi i gjinjve të bëhet pas dhënies së gjirit, kur gjinjtë janë zbrazur. 3. Lehona duhet të qëndroj në pozicion ulur, në këmbë ose shtrirë. 4. Dhoma duhet të jetë e ndriçuar, e ajrosur dhe e ngrohtë. 5. Siguroni privatësinë e lehonës. 6. Infermieri/ja duhet të lan duart me ujë të vakët me sapun dhe t'i ngroh.
[II]	Ekzaminimi i gjinjve të lehonës	1. Merrni një anamnezë të detajuar (data e lindjes, numri i gjidhënjeve, mënyra e vendosjes së foshnjës në gji, kohëzgjatja e ushqyerjes me gji, mënyra e të ushqyerit/dieta e lehonës, sëmundjet e mëparshme të lehonës dhe gjendja e saj e përgjithshme). 2. Lani ose dezinfektoni duart dhe ngrohni duart duke i fërkuar me njëra-tjetrën.
[III]	Ekzaminimi vizual i gjirit	1. Duke inspektuar gjinjtë, përcaktoni formën e tyre, simetrinë, deformimet, ngjyrën, dukjen e venave, ënjtjen, skuqjen, gjendjen e thithkave. 2. Zmadhimi dhe edeme e gjirit ndodh kur prodhimi i qumështit rritet, tipike për 3-4 ditë, lëkura e gjirit është e tendosur, e tejdukshme dhe me shkëlqim, e dhimbshme. Si pasojë e kësaj, lehona mund të ketë: 3. Temperaturë pak të ngritur. 4. Plasaritje të thithkave – çarje në lëkurën e thithkave.

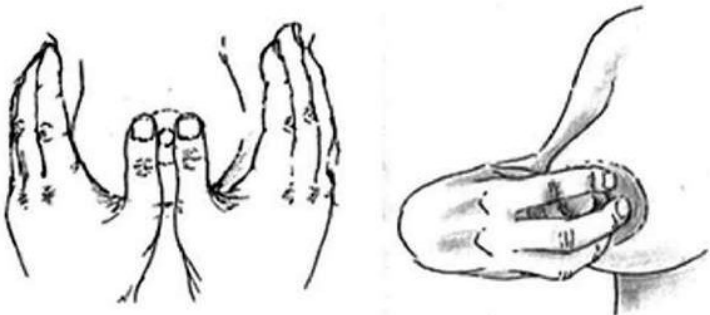
		5. Flluskë (kanalet e qumështit të mbyllura në thithke) e bardhë, e tejdukshme, e verdhë dhe/ose e kuqe. 6. Thithka të tërhequra ose të sheshta – problem serioz i ushqyerjes me gji. 7. Infeksion mykotik të thithkave dhe areolës – shpesh shoqërohet me infeksion oral të foshnjës (areola me shkëlqim, thithka me luspa të mundshme). 8. Thithka të plasaritura – e shoqëruar me çrregullime të qarkullimit të gjakut. 9. Kanale të bllokuara të qumështit të gjirit - për shkak të grumbullimit të qumështit në alveole - mund të lokalizohen ose të përgjithësohen, temperatura dhe puls i rriten, shfaqen ethe, njolla të dhimbshme dhe të kuqe në gji. 10. Mastit – inflamacion i indit të gjirit (i skuqur, i fryrë, i dhimbshëm, i njëanshëm ose i dyanshëm). 11. Absces të gjirit – pasojë e mastitit të trajtuar keq (abscesi është një sëmundje inflamatore lokale që mund të zhvillohet në indin nën lëkuror të gjirit).
[IV]	Ekzaminimi manual i gjirit	1. Ekzaminimi manual i gjirit kryhet me të dyja duart për të vlerësuar prodhimin e qumështit të gjirit dhe përfshin ekzaminimin si të gjinjve ashtu edhe të thithkave. 2. Ekzaminimi i gjirit kryhet kur lehona është në pozicion ulur ose në këmbë, me krahët e saj të ulur (të mbështetur në ije) dhe më pas të vendosura mbi kokë dhe në një pozicion shtrirë (përcaktoni se cili pozicion është më i mirë për lehonën). 3. Pozicioni shtrirë i lehonës është më i favorshmi për ekzaminim, sepse lejon që indi i gjirit të 'shpërndahet' mbi murin e krahërorit, lartësia e indit të gjëndrave të gjirit zvogëlohet, duke e bërë më të lehtë ekzaminimin, veçanërisht kur gjinjtë janë voluminoz dhe hipertrofike. 4. Kryeni me kujdes/butësi ekzaminimin. 5. Pas ekzaminimit të gjirit, infermieri/ja ndihmon lehonën të vishet. 6. Lani dhe thani duart. 

Figura nr. 23 - Ekzaminimi manual i gjirit

[V]	Këshillimi i lehonës	1. Para dhe pas dhënies së gjirit lani thithkat me ujë të vakët dhe thani ato. 2. Nëse i porsalinduri nuk e ka zbrazur gjirin, kryeni shtrydhje me dorë të qumështit ose përdorni pompë gjiri. 3. Vishni sytjena me madhësi të përshtatshme/duhur (e cila nuk shtrëngon).
[VI]	Dokumentimi	Pas përfundimit të vizitës së lehonës në shtëpi, evidentoni në dokumentacionin ekzistues të institucionit: 1. Të dhënat e përgjithshme të lehonës. 2. Data dhe ora e vizitës në shtëpi. 3. Aktivitetet e kryera. 4. Nënshkrimi i infermierit që ka realizuar vizitën.

43. PROCEDURA PËR VIZITAT TE PACIENTËT ME SËMUNDJE KRONIKE NË SHETËPI

Qëllimi: i procedurës është kryerja e vizitës dhe ofrimit të kujdesit së infermierit në shtëpi tek një pacient me sëmundje kronike në mënyrë të sigurt dhe unike.

Pacientët me sëmundje kronike më të shpeshta që marrin kujdesin e infermierit vuajnë nga diabeti, hipertensioni, alkoolizmi, infarkti i miokardit, sëmundja cerebrovaskulare, sëmundjet e veshkave, sëmundjet kronike të frymëmarrjes, sëmundjet malinje, sëmundjet e sistemit muskulo-skelet, çrregullimet mendore, etj.

Vizita e parë e infermierit te një pacient kronik kryhet në bazë të urdhrit nga mjeku familjar dhe çdo vizitë pasuese në varësi sipas vlerësimit të infermierit.

Vizita duhet të planifikohet dhe aranzhohet në një kohë të përshtatshme si për pacientin ashtu edhe për infermierin. Numri i vizitave varet nga lloji dhe faza e sëmundjes.

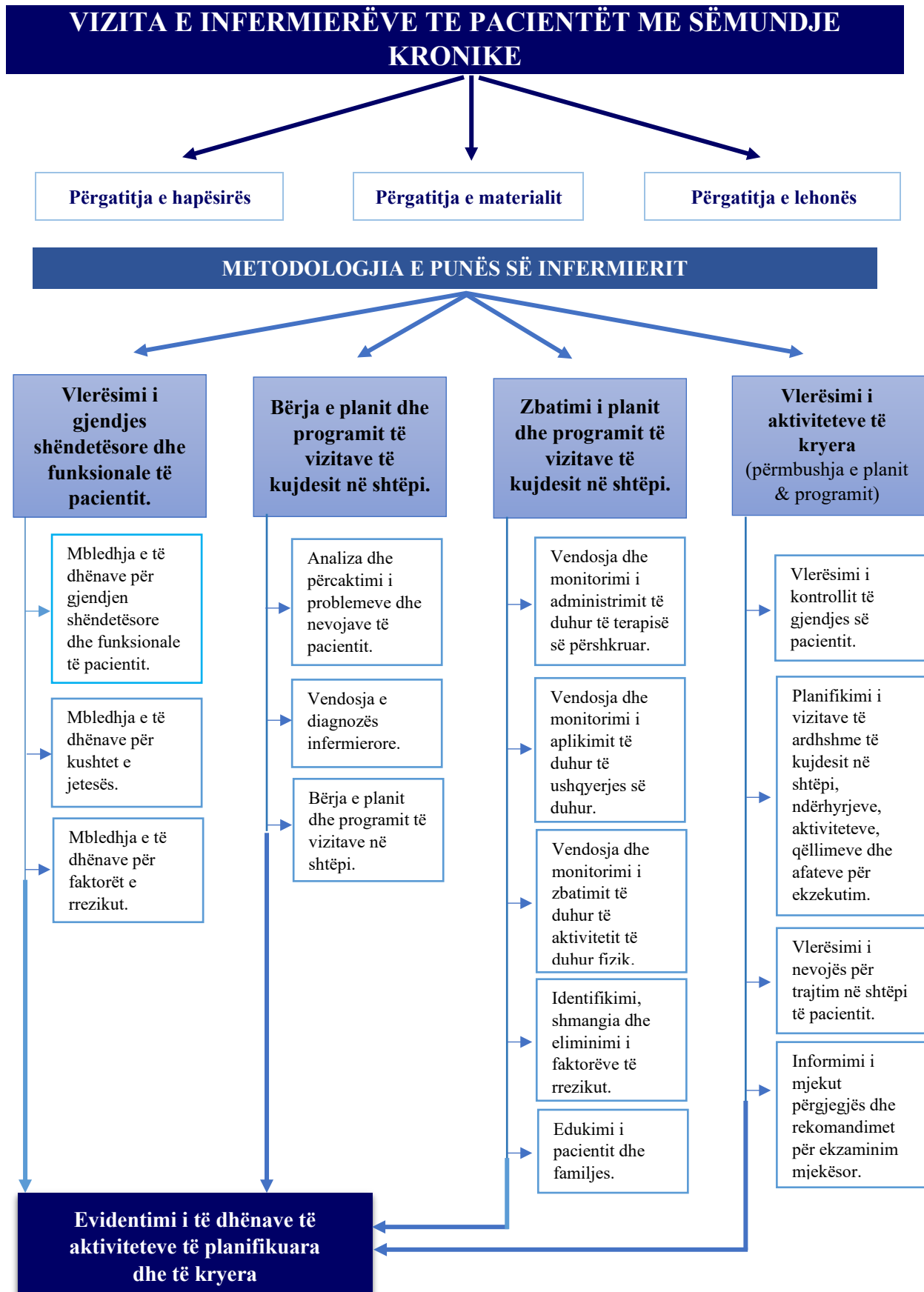
PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Përgatitja e dhomës, materialit, pacientit dhe aktivitetet e kujdesit	1. Dhoma të jetë e ndriçuar, e ajrosur dhe temperaturë komode. 2. Të kenë me vete çantën e standardizuar të infermierit me përmbajtje të plotë. 3. Prezantoni veten dhe tregoni kartelën identifikuese të punës. 4. Identifikoni pacientin. 5. Shpjegoni arsyet e vizitës në shtëpi. 6. Siguroni privatësinë e pacientit. 7. Njihuni me gjendjen shëndetësore të pacientit. 8. Merr të dhënat e anamnezës. 9. Vështro kushtet e përgjithshme të jetesës së pacientit. 10. Kontrollon njohuritë, qëndrimet dhe praktikën në lidhje me sëmundjen. 11. Aktivitetet e edukimit shëndetësor. 12. Ofrimi i ndihmës në bashkëpunim me anëtarët e familjes. 13. Futja e të dhënave në kartelën shëndetësore.
[II]	Vlerësimi - i gjendjes shëndetësore dhe funksionale të pacientit	1. Mbledh të dhënat në mënyrë të detajuar për gjendjen shëndetësore të pacientit, kushtet e jetesës dhe faktorët e rrezikut në vizitën e parë në shtëpi. 2. Mbledh informacione nga dokumentacioni mjekësor i pacientit në institucionin/ekipin ku është regjistruar pacienti dhe në shtëpinë e pacientit – duke intervistuar

		pacientin dhe familjen e tij/saj, duke vëzhguar pacientin (inspektimi). 3. Me të dhënat e mbledhura përcaktoni anamnezën infermierore (nga të dhënat mbi aspektet fizike, psikologjike dhe socio-ekonomike, të gjendjes shëndetësore në të kaluarën dhe të tashmen dhe sjelljen e pacientit).
[III]	Planifikimi - i planit dhe programit të vizitave në shtëpi	1. Analizoni dhe identifikoni problemet dhe nevojat e pacientit. 2. Vendosni diagnozën infermierore. 3. Krijoni planin dhe programin e vizitave të kujdesit në shtëpi. 4. Përcaktoni ndërhyrjet, aktivitetet, synimet dhe afatet kohore për zbatimin e kujdesit infermier. 5. Këto aktivitete të kryhen së bashku me pacientin dhe familjen e tij/saj, duke theksuar rëndësinë e pjesëmarrjes së tyre në përcaktimin, pranimin dhe zbatimin e aktiviteteve të mësipërme.
[IV]	Zbatimi - i planit dhe programit të vizitave në shtëpi.	Administrimi i terapisë (së përshkruar): 1. Kontrolloni saktësinë e marrjes së barnave. 2. Edukoni pacientin dhe anëtarët e familjes për domosdoshmërinë e marrjes së barnave sipas rekomandimit të mjekut. 3. Ofroni informacione/materiale me shkrim për sëmundjen, terapinë, komplikimet e terapisë. 4. Kontrolloni zbatimin e rregullt të kontrolleve diagnostike dhe terapeutike. Ushqimi/ të ushqyerit (së bashku me pacientin dhe familjen): 5. Bëni një plan diete. 6. Ndihmoni në planifikimin e menisë ditore. 7. Tregoni mënyrën e përgatitjes së ushqimit (zierje, gatim, pjekje në fletë folie apo të ngjashme). 8. Tregoni rëndësinë e marrjes së ushqimeve të përshtatshme për sëmundjen e caktuar. 9. Këshilloni për efektet anësore nga përdorimi i pijeve alkoolike, sheqernave artificiale, kripërave. 10. Siguroni dhe ofroni informacione/material të shkruar edukativ.

		Aktiviteti fizik (i planifikuar dhe i moderuar) 11. Të planifikohen me qëllim të kontribuimit, ruajtjen dhe rritjen e funksionalitetit dhe aftësive. 12. Praktikimi i aktivitetit fizik të përshtatet me aktivitetet, aftësitë dhe nevojat e pacientit. Faktorët e rrezikut (rrëzimi në shtëpi, ndërlikimi sëmundjes): 13. Këshilloni pacientin/anëtarët e familjes për mënyrat e eliminimit/reduktimit të faktorëve të rrezikut nga mjedisi në sigurinë e pacientit, siç është ndriçim i dobët, rrëmuja, dysHEME rrëshqitëse, shkallët, etj. 14. Këshilloni pacientin/anëtarët e familjes për mënyrat e eliminimit/reduktimit të faktorëve të rrezikut në sigurinë e shëndetit të pacientit, siç është pirja e duhanit, alkooli, ushqimi jo i duhur, aktiviteti fizik i papërshtatshëm dhe joadekuat. 15. Edukoni pacientin/anëtarët e familjes për shkaqet, njohjen dhe rrjedhën e komplikimeve për parandalimin e tyre dhe parandalimin e efekteve negative në shëndetin dhe gjendjen e pacientit. Edukimi (kur bëni edukimin e pacientit, vlerësoni llojin, mënyrën dhe sasinë e informacionit që pacienti mund të kuptojë): 16. Kontrolloni se sa pacienti ka adoptuar dhe sa mirë e përdor ai/ajo informacionin e marrë. 17. Edukimi, këshillimi dhe informimi duhet të bëhet për pacientin dhe familjarët, lidhur me: 18. Sëmundjet, mënyrat e trajtimit, arsyet për kryerjen e procedurave të caktuara diagnostikuese dhe terapeutike. 19. Administrimi i barnave (të gjithë) në mënyrë të pavarur (doza, koha, etj.), me qëllim të kuptimit dhe pranimi të masave dhe procedurave terapeutike. 20. Përvetësimi i aftësive të vetë-kujdesit, si matja e temperaturës, pulsit, vlerave të sheqerit në gjak dhe urinë, presioni arterial, vërejtja e edemës, ndryshimi i ngjyrës së lëkurës, menaxhimi i vetë kujdesit, leximi dhe interpretimi i rezultateve. 21. Njohja e simptomave dhe vetë ndihma në kushtet e diapazonit jonormal të vlerave të sheqerit në gjak, presionit arterial, temperaturës. 22. Komplikimet e sëmundjes dhe efektet anësore të terapisë (Për t'i mundësuar pacientit njohjen dhe trajtimin në kohë tek mjeku përgjegjës në rast të shfaqjes së efekteve anësore). 23. Ekzaminime dhe kontrole të rregullta nga mjeku përgjegjës.
--	--	---

		24. Rëndësia e higjienës personale, orale dhe të mjedisit. 25. Mënyrat për të shmangur stresin e panevojshëm dhe të tepruar. 26. Nevoja për t'u marrë me ndonjë hobe në të cilin pacienti relaksohet dhe ndihet më i kënaqur. 27. Të drejtat për forma të caktuara të ndihmës shëndetësore dhe sociale (furnizime ortopedike, furnizime përkujdesjeje, ndihmë për kujdes, etj.). 28. Prezantoni, rekomandoni dhe inkurajoni pacientin që të krijojë komunikim, bashkëpunim, pjesëmarrje dhe anëtarësim në punën e shoqatave, klubeve dhe shërbimeve dhe institucioneve të tjera komunitare.
[V]	Rivlerësimi - i aktiviteteve të kryera dhe përmbushjes së planit dhe programit	1. Kontrolloni gjendjen e pacientit sipas të gjitha parametrave dhe përcaktoni rezultatet e zbatimit të masave, ndërhyrjeve dhe aktiviteteve të dakorduara dhe të miratuara, ose kontributin e masave të marra për të ruajtur, përmirësuar ose parandaluar përkeqësimin e gjendjes së pacientit. 2. Bazuar në vlerësimin e pacientit, planifikoni vizita të mëtejshme të kujdesit në shtëpi – ndërhyrje, aktivitete, qëllime dhe afate kohore të zbatimit. 3. Vlerësoni nevojën për trajtim në shtëpi të pacientëve. 4. Pasi pacienti merr kontrollin mbi sëmundjen e tij/saj, vizitat e infermierit bëhen më të rralla dhe shërbejnë për të kontrolluar njohuritë dhe aftësitë e fituara dhe për të vlerësuar gjendjen shëndetësore dhe funksionale të pacientit. 5. Të gjitha ndryshimet kryesore që lidhen gjatë kontrollit të sëmundjes duhet t'i raportohen mjekut përgjegjës dhe i rekomandohet pacientit që të vizitojë mjekun familjar.
[VI]	Dokumentimi	Gjatë vizitës në shtëpi duhet të evidentoni aktivitetet e realizuara në kartelën shëndetësore infermierore. Me kthimin në institucion, evidentoni në dokumentacionin ekzistues të institucionit: 1. Të dhënat e përgjithshme të pacientit. 2. Data dhe ora e vizitës së kujdesit në shtëpi. 3. Aktivitetet e kryera. 4. Nënshkrimi i infermierit që ka realizuar vizitën.



44. PROCEDURA PËR VLERËSIMIN E RREZIKUT DHE MASAT PARANDALUESE NGA ULCERA DEKUBITALE

Qëllimi: i procedurës është sigurimi i qasjes unike dhe të sigurt për çdo pacient që është në rrezik nga ulcera e dekubitit.

Diagnoza më e zakonshme infermiore për pacientët që qëndrojnë gjatë në shtrat është 'Rreziku i ulcerës së dekubitit'. Ulcera dekubitale është një dëmtim i lokalizuar i lëkurës me ose pa dëmtim të indit nën lëkuror, në shkallë të ndryshme, si rezultat i presionit të zgjatur ose kombinimit të presionit, forcës prerëse dhe/ose fërkimit. Zakonisht, është presioni i trupit mbi nënshtresën, por edhe çdo presion tjetër i zgjatur mund të shkaktojë ulcerë dekubiti. Për shkak të presionit, qarkullimi dobësohet dhe rrjedhimisht marrja e oksigjenit dhe lëndëve ushqyese është më e ulët, duke e bërë lëkurën fillimisht të kuqe, më pas shumë të zbehtë ose vjollcë-blu, pastaj kafe, e fortë dhe pa dhimbje (nekrotike), duke zhvilluar përfundimisht ulcerën. Kjo procedurë përcakton mënyrën e vlerësimit të rrezikut për formimin e ulcerës së dekubitit si dhe masat parandaluese.

Infermieri/ja gjatë vizitës në shtëpi tek të gjithë pacientët që janë të palëvizshëm ose me lëvizje të dobët, kryen një vlerësim të rrezikut të ulcerës së dekubitit. Është e rëndësishme të dallohen shenjat e hershme dhe të merren masat e duhura parandaluese në kohë.

A do të fitoj/marrë pacienti ulcerë dekubitale varet nga një sërë faktorësh që kontribuojnë në shfaqjen e tij. Faktorët e brendshëm: deficit motorik, palëvizshmëria, deficit ndijor, çrregullimi i vetëdijes, mos mbajtja e urinës dhe jashtëqitjes, çrregullimi i të ushqyerit (mungesa e proteinave dhe vitaminave), kequshqyerja, anemia, sëmundjet kardiovaskulare, sëmundjet e SNQ, dehidratimi, zgjatimet e kockave, perfuzioni i dobësuar. Faktorët e jashtëm: presioni, fërkimi, lagështia ose thatësia e tepërt e lëkurës, i ftohti, nxehtësia, agjentët kimikë, rrezatimi, shtrati i papërshtatshëm, imobilizatorët, sonda e hundës.

Ekzistojnë shkallë të shumta për vlerësimin e rrezikut të përhapjes së dekubitit (Braden, Norton, Knoll). Hapi i parë në parandalimin e ulcerës së dekubitit është identifikimi i pacientit me rrezik për të zhvilluar ulcerë dekubitale.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Vlerësimi i rrezikut (Shtojca 18)	1. Vlerësoni rrezikun sipas Shkallës Braden (instrument për vlerësimin e rrezikut të ulcerës së dekubitit). 2. Regjistroni në formular detajet e pacientit dhe vlerësoni secilën të dhënë. 3. Shuma e pikëve në një shkallë përcakton rrezikun për formimin e ulcerës dekubitale. 4. Pikët variojnë nga 6 në 23. 5. Rezultati më i vogël përfaqëson një shkallë më të lartë rreziku për formimin e ulcerës së dekubitit. 6. Pas vlerësimit në shkallën Braden, çdo pacient me 18 pikë e më pak ka nevojë për masa për parandalimin e ulcerës së dekubitit.

		7. E rëndësishme – vlerësoni gjithmonë pacientin në të njëjtën shkallë.																														
[II]	Masat parandaluese dhe përgatitja e pacientit	1. Ekzaminimi i lëkurës të jetë i përditshëm për pjesët e ndjeshme të trupit me elementë të theksuar kockor të ekspozuar ndaj presionit dhe/ose fërkimit dhe/ose lagështisë së pranishme. 2. Ekzaminimi kryhet nga infermieri/ja në çdo vizitë. 3. Shpjegojini pacientit (familjes/kujdestarit) qëllimin dhe procedurën e ekzaminimit të lëkurës dhe kërkoni bashkëpunimin. 4. Hiqni rrobat nga pjesët e trupit që po vlerësohen. 5. Përmes inspektimit me palpimin dhe presionin e gishtit, vlerësoni gjendjen e lëkurës në pjesët e ndjeshme të trupit në mënyrë që të zbuloni dhe monitoroni çdo ndryshim në kohë. Tabela nr.3 - Klasifikimi i ndryshimeve me aktivitete tek ulcera dekubitale <table border="1"> <thead> <tr> <th>Me ekzaminim, është e mundur të vëzhgoni</th><th>Klasifikimi i ndryshimit</th><th>Aktivitetet</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Skuqja që zbehet nga presioni</td><td>Niveli I</td><td>Masat parandaluese + monitorimi + edukimi</td></tr> <tr> <td>Skuqja që nuk zbehet nga presioni</td><td>Niveli I</td><td>Masat parandaluese + monitorimi + edukimi</td></tr> <tr> <td>Zbehja e lëkurës - zbardhje e ngjyrës</td><td>Niveli I</td><td>Masat parandaluese + monitorimi + edukimi</td></tr> <tr> <td>Edeme e lokalizuar + skuqje</td><td>Niveli II</td><td>Informoni mjekun + trajtim + masa parandaluese</td></tr> <tr> <td>Flluskë, erozione + skuqje + nxehësi</td><td>Niveli II</td><td>Informoni mjekun + trajtim + masa parandaluese</td></tr> <tr> <td>Forcim/Ngurtësim (rezistencë)</td><td>Niveli III</td><td>Informoni mjekun + trajtim + masa parandaluese</td></tr> <tr> <td>Plagë që mbulon të gjitha shtresat e lëkurës, me ose pa nekrozë</td><td>Niveli III</td><td>Informoni mjekun + trajtim + masa parandaluese</td></tr> <tr> <td>Plagë me procese shkatërruese që përfshijnë muskujt dhe kockat</td><td>Niveli IV</td><td>Informoni mjekun + trajtim + masa parandaluese</td></tr> <tr> <td>Defekte jashtëzakonisht të thella kërcënuese për jetën e të gjitha shtresave të indeve me infeksion të pranishëm dhe nekrozë.</td><td>Niveli V</td><td>Informoni mjekun + trajtim + masa parandaluese</td></tr> </tbody> </table> 6. Regjistroni ndryshimet e vërejtura (llojin, klasifikimin dhe vendndodhjen) në dokumentacionin shëndetësor dhe informoni mjekun përgjegjës.	Me ekzaminim, është e mundur të vëzhgoni	Klasifikimi i ndryshimit	Aktivitetet	Skuqja që zbehet nga presioni	Niveli I	Masat parandaluese + monitorimi + edukimi	Skuqja që nuk zbehet nga presioni	Niveli I	Masat parandaluese + monitorimi + edukimi	Zbehja e lëkurës - zbardhje e ngjyrës	Niveli I	Masat parandaluese + monitorimi + edukimi	Edeme e lokalizuar + skuqje	Niveli II	Informoni mjekun + trajtim + masa parandaluese	Flluskë, erozione + skuqje + nxehësi	Niveli II	Informoni mjekun + trajtim + masa parandaluese	Forcim/Ngurtësim (rezistencë)	Niveli III	Informoni mjekun + trajtim + masa parandaluese	Plagë që mbulon të gjitha shtresat e lëkurës, me ose pa nekrozë	Niveli III	Informoni mjekun + trajtim + masa parandaluese	Plagë me procese shkatërruese që përfshijnë muskujt dhe kockat	Niveli IV	Informoni mjekun + trajtim + masa parandaluese	Defekte jashtëzakonisht të thella kërcënuese për jetën e të gjitha shtresave të indeve me infeksion të pranishëm dhe nekrozë.	Niveli V	Informoni mjekun + trajtim + masa parandaluese
Me ekzaminim, është e mundur të vëzhgoni	Klasifikimi i ndryshimit	Aktivitetet																														
Skuqja që zbehet nga presioni	Niveli I	Masat parandaluese + monitorimi + edukimi																														
Skuqja që nuk zbehet nga presioni	Niveli I	Masat parandaluese + monitorimi + edukimi																														
Zbehja e lëkurës - zbardhje e ngjyrës	Niveli I	Masat parandaluese + monitorimi + edukimi																														
Edeme e lokalizuar + skuqje	Niveli II	Informoni mjekun + trajtim + masa parandaluese																														
Flluskë, erozione + skuqje + nxehësi	Niveli II	Informoni mjekun + trajtim + masa parandaluese																														
Forcim/Ngurtësim (rezistencë)	Niveli III	Informoni mjekun + trajtim + masa parandaluese																														
Plagë që mbulon të gjitha shtresat e lëkurës, me ose pa nekrozë	Niveli III	Informoni mjekun + trajtim + masa parandaluese																														
Plagë me procese shkatërruese që përfshijnë muskujt dhe kockat	Niveli IV	Informoni mjekun + trajtim + masa parandaluese																														
Defekte jashtëzakonisht të thella kërcënuese për jetën e të gjitha shtresave të indeve me infeksion të pranishëm dhe nekrozë.	Niveli V	Informoni mjekun + trajtim + masa parandaluese																														

		7. Edukoni familjarët / kujdestarin për rëndësinë dhe mënyrën e ekzaminimit të zonave të ndjeshme/rrezikshme. 8. Këshilloni familjarët / kujdestarin për ekzaminim ditor të zonave të ndjeshme/rrezikshme.
[III]	Ndryshimi i pozicionit, pozicionimi dhe ripozicionimi	1. Kufizoni kohën e kaluar në një pozicion në një periudhë deri në dy (2) orë. 2. Kur ndryshoni pozicionin e pacientit, këshilloni ngritjen, jo tërheqjen (demonstroni). 3. Minimizoni presionin në protuberancat kockore të trupit (zonat e kockave që janë afër sipërfaqes së lëkurës) dhe shmangni vendosjen e pacientit në ulcerën dekubitale tashmë ekzistuese. 4. Instruktoni pacientin, nëse është e mundur, që vetvetiu në mënyrë të pavarur apo në një masë të ndryshojë pozicionin e tij kur ulet ose shtrihet, ose të zhvendosni qendrën e rëndimit të trupit nga njëra anë në tjetrën. 5. Mos e ngrini pjesën e ngritur të shtratit për më shumë se 30°, pasi presioni rritet dhe lëkura në kockën e kallamit fillon të fleksohet (shmangni pozicionin Fowler).
[IV]	Aksesoret dhe mbështetëset	1. Aksesoret përdoren për të shpërndarë posaçërisht presionin në pikat mbështetëse të trupit (dyshekët antidekubital, jastëkët dhe mbulesat e dyshekëve të shumës). 2. Si mbështetëse përfundit (nën) përdorni peshqir, jastëk të vogël, etj. dhe radhas vendosni mbështetëse nën supet, vithet, thembrat, etj. 3. Kur shtrihen i mbështetur në kukën tuaj, vendosni një jastëk midis gjunjëve, prapa shpinës dhe nën thembra. 4. Kur shtrihen në shpinë, vendosni një jastëk nën thembrat, bërrylat dhe shpatulla. The diagram shows a person lying on their back on a bed. They are supported by several blue pillows. One pillow is behind their head and neck, another is between their knees, and a third is at their ankles. Two curved arrows point to the head and knee pillows, both labeled with '60°', indicating the recommended angle for these supports.

Figura nr. 24 - Vendosja e mbështetësve

[V]	Higjiena, ushqyerja dhe hidratimi	1. Lani lëkurën me ujë dhe sapun të lëngshëm, thajeni mirë lëkurën me peshqir të butë (jo fërkim), përdorni agjentë hidratues për kujdesin e lëkurës së paprekur. 2. Parandaloni macerimin (lagështinë) e lëkurës duke ndërruar pelenat rregullisht. 3. Mos përdorni pluhur. 4. Masazhi i lëkurës sipër pjesëve të kockave është e kundër ndikuar. 5. Ndërroni rregullisht linonë që duhet të jetë e ngushtë dhe pa palosje. 6. Në shtrat nuk duhet të ketë asnjë send të huaj (laps, monedhë, letër, thërrime). 7. Rekomandoni ushqime të pasura me proteina, vitamina C dhe A, si dhe oligoelement zink (nëse nuk është kundër ndikuar). 8. Konsumoni lëngje të mjaftueshme.
[VI]	Dokumentimi	Përdor kartelën e mjekësore të kujdesit infermieror për të regjistruar aktivitetet që keni kryer gjatë vizitës në shtëpi dhe më pas në dokumentacionin ekzistues të institucionit: 1. Të dhënat e përgjithshme për pacientin. 2. Data dhe koha e shërbimit të ofruar. 3. Lloji i shërbimit (vlerësimi i rrezikut për formimin e ulcerës së dekubitit, demonstrimi i procedurës së ripozicionimit, trajnimi i pacientit/kujdestarit për masat parandaluese). 4. Nënshkrimi i infermierit që ka ofruar shërbimin.

Shtojca 18 – Formulari i vlerësimit të rrezikut të ulcerës dekubitale

Emri dhe Mbiemri i pacientit: _____

Vizita I-rë

Vizita II-të

Vizita III-të

Data e vizitës: _____

SHKALLA BRADEN PËR PARASHIKIMIN E RREZIKUT TË PLAGËS NGA PRESIONI / ULCERËS DEKUBITALE						Pikë gjatë vizitës:		
						I	II	III
I	PËRCEPTIMI NDUJOR	1 Plotësisht i kufizuar Nuk reagon ndaj stimujve të dhimbshëm, aftësi e kufizuar për të ndjerë dhimbje në pjesën më të madhe të sipërfaqes së trupit.	2 Shumë i kufizuar Përgjigjet vetëm ndaj stimujve të dhimbshëm. Reagon me rënkim dhe shqetësim, ose për shkak të një dëmtimi shqisor ka aftësi të kufizuar për të ndjerë dhimbje	3 Pak e kufizuar Përgjigjet ndaj komandave verbale, por nuk mund të komunikojë nevojën për t'u kthyer dhe për të reaguar.	4 Asnjë dëmtim Përgjigjet ndaj komandave verbale. Nuk ka deficit shqisor, mund të shprehë dhimbje ose siklet.	1	1	1
II	LAGËSHITIRË	1 Lëkurë e lagur vazhdimisht Pothuajse vazhdimisht. Ai zbulohet sa herë që pacienti kthehet.	2 Lëkurë shpesh e lagur Shpesh, por jo gjithmonë.	3 Herë pas here, lëkura e lagur Çarçafët ndërohen një herë në ditë.	4 Lëkurë rrallë e lagur Lëkura është zakonisht e thatë. Çarçafët ndërohen në intervale rutinë.	1	1	1
III	AKTIVITETET	1 Shtrat I lidhur për shtrat / I kufizuar në shtrat.	2 Karrige Aftësi për të ecur shumë e kufizuar ose nuk ekziston.	3 Shëtit herë pas here Ec herë pas here gjatë ditës, për distanca shumë të shkurtra, me ose pa ndihmë. E kalon pjesën më të madhe të ditës në shtrat ose karrige.	4 Shëtit shpesh Shëtit jashtë dhomës të paktën dy herë në ditë dhe brenda dhomës të paktën 2 orë gjatë ditës.	1	1	1
IV	LËVIZSHMËRIA	1 Plotësisht i palëvizshëm Nuk ndryshon pozicionin e trupit apo të ekstremiteteve pa ndihmë.	2 Shumë i kufizuar Bën ndryshime të lehta herë pas here të pozicionit të trupit ose të ekstremiteteve.	3 Pak e kufizuar Bën ndryshime të shpeshta të lehta të pozicionit në mënyrë të pavarur.	4 Nuk ka kufizime Bën ndryshime të mëdha dhe të shpeshta të pozicionit pa ndihmë.	1	1	1
V	TË USHOYERIT	1 Shumë i varfër Asnjëherë nuk ha një vakt të plotë. Ha 2 racione më pak proteina, ose merr lëngje në mënyrë të dobët (dietë e lëngshme ose infuzion).	2 Ndoshja joadekuatë Rrallë ha ½ e vaktit. Marrja e proteinave përfshin 3 racione, merr më pak se sasia optimale e dietës së lëngshme ose të ushqyerit me tuba.	3 Adekuatë Ha mbi gjysmën e shumicës së vakteve.	4 E shkëlqyeshme Ha shumicën e çdo vakti. Asnjëherë nuk refuzon një vakt, ha ndërmjet vakteve	1	1	1
VI	FËRKIMI	1 Problem Kërkon ndihmë të madhe për të lëvizur. Ngritja e plotë pa rrëshqitje në çarçafë është e pamundur. Ripozicionimi i shpeshtë. Spasticiteti (muskujt e ngurtësuar/shtrënguar), kontraktimet ose agjitacioni çojnë gjithmonë në fërkim).	2 Problem i mundshëm Lëviz dobët ose kërkon ndihmë. Gjatë një lëvizjeje, lëkura ndoshta rrëshqet kundër çarçafëve. Herë pas here rrëshqet poshtë.	3 Asnjë problem i dukshëm Lëviz në shtrat dhe në karrige në mënyrë të pavarur dhe ngrihet plotësisht në mënyrë të pavarur. Mban pozicion të mirë në shtrat ose karrige.		1	1	1
Pikët përfundimtare:								

Nënshkrimi i infermierit:

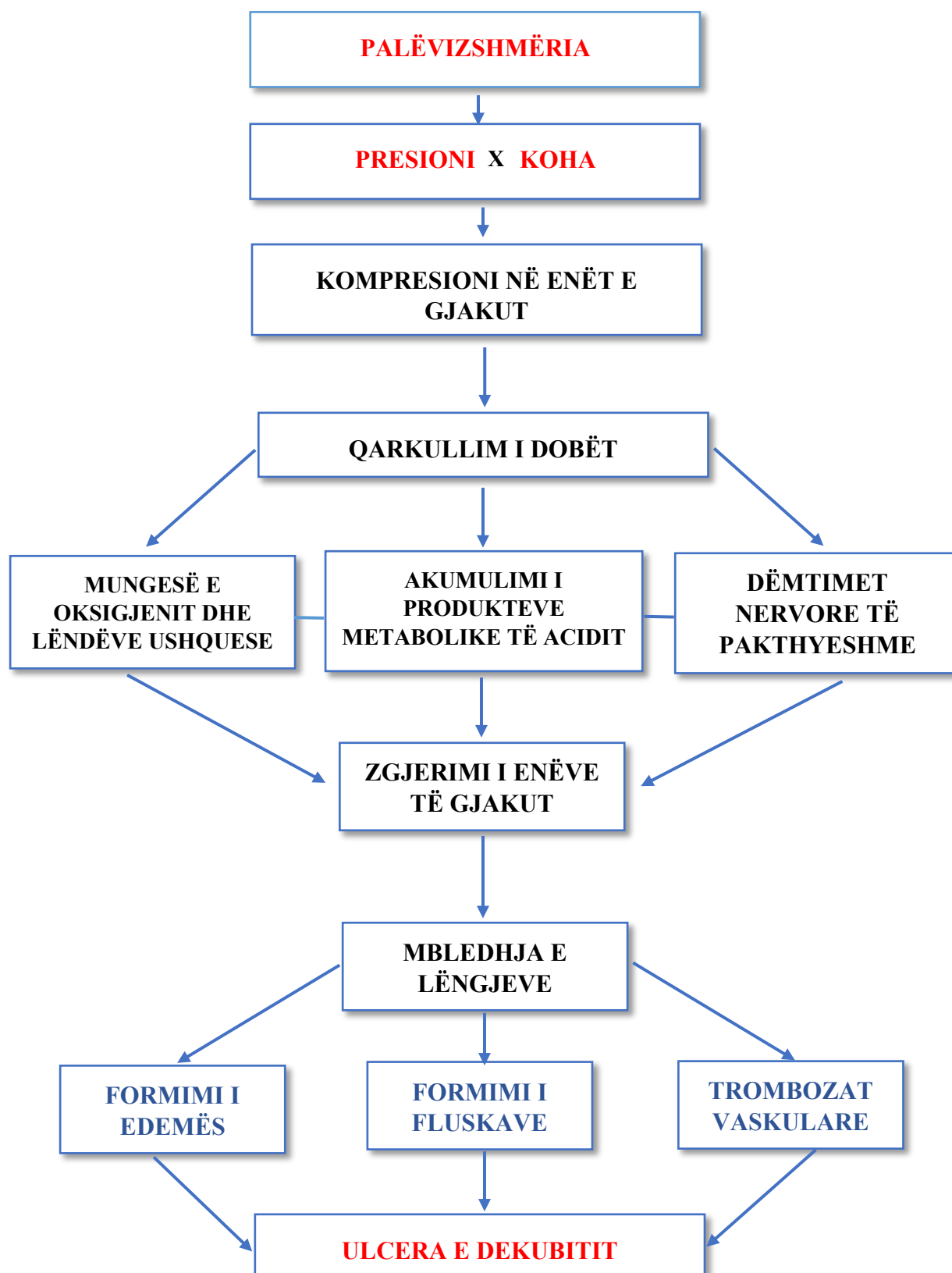
1. _____ Datë: _____
2. _____ Datë: _____

Llogaritja e rrezikut sipas shkallës Braden:

Pikët / Rezultati varion nga 6 në 23
Pikët në kategoritë I–VI përmbledhen deri në pikën / rezultatit përfundimtar.
Rezultati më i vogël përfaqëson një nivel më të lartë të rrezikut të ulcerës së dekubitit

19 – 23	Asnjë rrezik
15 – 18	Rreziku i pranishëm
13 – 14	Rrezik i moderuar
10 – 12	Rreziku i lartë
9 e më pak	Rrezik shumë i lartë

ALGORITMI I FORMIMIT TË ULÇERËS SË DEKUBITIT



45. PROCEDURA PËR VIZITAT TE PACIENTËT NË FAZËN TERMINALE (PALIATIVE) TË SËMUNDJES NË SHITËPI

Qëllimi: i procedurës është të përcaktojë në mënyrë të sigurt dhe unike kujdesin ndaj pacientëve që janë në fazën terminale të sëmundjes.

Sipas OBSH-së (2002), kujdesi paliativ është kujdesi aktiv i plotë për pacientët, sëmundja e të cilëve nuk i përgjigjet regjimit kurativ. Qëllimi i vizitës së kujdesit në shtëpi nga infermieri/ja në kuadër të qasjes multidisiplinare është ofrimi i kujdesit paliativ për pacientin, si dhe këshillimi i anëtarëve të familjes dhe kujdestarëve për të arritur cilësinë më të mirë të mundshme të jetës dhe vdekjen dinjitoze të pacientit.

Vizita tek pacienti në fazën terminale të sëmundjes kryhet nga infermieri/ja bazuar sipas urdhrit të mjekut. Para se të mbërrini në shtëpinë e pacientit, është e nevojshme të informoni pacientin (shih të dhënat mjekësore), të rregulloni kohën e mbërritjes dhe të përgatitni çantën për vizitë të kujdesit në shtëpi.

PROCEDURA		
Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Përmbajtja e çantës	1. Pajisjet diagnostikuese (sfygmomanometër, stetoskop, llambë për ekzaminimin e bebëzës, termometër, gleukometër me shirita të lidhur, shpatull njëpërdorimshëm, ‘airway’ për rrugë ajrore). 2. Pajisje shtesë për administrimin e barnave. 3. Pajisje standarde për mbrojtje kundër infeksioneve (doreza, maska). 4. Pajisje për trajtimin dhe fashimin e plagëve (nëse kërkohet). 5. Pajisjet e aspirimit (nëse kërkohet). 6. Seti i kateterizimit (nëse kërkohet). 7. Gërshërë. 8. Enë veshkore. 9. Kuti për mbetjet e mprehta. 10. Qese për mbetjet infektive. 11. Formularët (dokumentacioni infermieror). 12. Në varësi të indikacionit për vizitë në shtëpi, çanta mund të plotësohet me barna dhe preparate tjera shtesë.
[II]	Vlerësimi dhe planifikimi i nevojave për kujdes	1. Prezantoni veten dhe tregoni kartelën identifikuese të punës. 2. Identifikoni pacientin dhe shpjegoni arsyen e vizitës.

		3. Gjatë marrjes së anamnezës (intervistës), duhet lejuar pacientin të shprehë ndjenjat e tij/saj, të cilat mund të variojnë nga zemërimi në pafuqi dhe frikë. 4. Përgjigjuni atij/asaj në të gjitha pyetjet sa më sinjoralisht të jetë e mundur. 5. Vlerësoni funksionet vitale të pacientit. 6. Vlerësoni nivelin e vetëdijes së pacientit (sipas Shkallës së Glasgow). 7. Vlerësoni lëvizshmërinë (ecja, qëndrimi në këmbë, ulur, shtrirë, rrotullim në shtrat). 8. Vlerësoni të ushqyerit. 9. Vlerësoni kushtet higjienike. 10. Vlerësoni eliminimet (jashtëqitje, urinë). 11. Vlerësoni dhimbjen (shkalla e dhimbjes 1 - 10). 12. Vlerësoni rrezikun për rënie/rrëzim. 13. Vlerësoni rrezikun për ulcerë të dekubitit. 14. Vlerësoni mbështetjen e familjes.
[III]	Plani i kujdesit	1. Hartoni planin e kujdesit në varësi të vlerësimit dhe prioriteteve. 2. Siguroni ofrimin e kujdesit shëndetësor. 3. Administrimi i terapisë së përshkruar. 4. Procedurat parandaluese (ulcera e dekubitit, kapsllëku etj.). 5. Këshillimi i familjes ose kujdestarit për mënyrën e ofrimit të kujdesit. 6. Tregoni mirëkuptim dhe ofroni lehtësime/ngushëllime për pacientin me sëmundje terminale dhe familjen. 7. Informimi mbi të drejtat në shërbimet shëndetësore dhe sociale. 8. Koordinimi ndërmjet shërbimeve dhe personave të ndryshëm (fqinjë, anëtarë të familjes, punonjës social, komunitetet fetare, etj.). 9. Përshtatja e mjedisit me gjendjen e pacientit. 10. Përgatitja e familjes për zi. 11. Mbajtja e evidencës së infermierisë.
[IV]	Zbatimi	1. Zbatimi i aktiviteteve (ndërrhyrjeve) të planifikuara duhet të fokusohet në eliminimin e simptomave, veçanërisht dhimbjes, frymëmarrjes së vështirë dhe

		njohjes së simptomave dhe shenjave të gjendjes së agonisë.
[V]	Evalrimi	1. Vlerësoni dhe përshtatni vazhdimisht aktivitetet me gjendjen e pacientit.
[VI]	Dokumentimi	Përdorni kartelën mjekësore të kujdesit infermieror për të regjistruar aktivitetet që keni kryer gjatë vizitës në shtëpi dhe me kthimin në institucion, regjistroni në dokumentacionin ekzistues të institucionit: 1. Të dhënat e përgjithshme të pacientit. 2. Data dhe ora e vizitës së kujdesit në shtëpi. 3. Procedurat e kryera. 4. Nënshkrimi i infermierit që ka vizituar.

Bibliografia

1. Allendar J., Spradley B. 2001. 'Community Health Nursing: Concepts and Practice' Lippincott. Library number: 610.7343 – A432
2. Ausserhofer D., Novo A., Rakić S., Dropić E., Fišeković E., Sređić A. & Van Malderen, G. 2015. Standardi, vodiči i protokoli za zdravstvenu njegu u Bosni i Hercegovini – izvještaj o najboljoj praksi./Standards, Guides, and Protocols for Health Care in Bosnia and Herzegovina – a Report on Best Practice./ Final Report. Fami Foundation, Sarajevo.
3. Aziz A.M. 2009. Variations in aseptic technique and implications for infection control. British Journal of Nursing;18(1):26–31.
4. Begolli I. 2001. Edukimi Shëndetësor. Prishtinë
5. Bianchi J. 2012. Causes and strategies for moisture lesions. Nursing Times;108(5):20.
6. Cameron J. 2004. Exudate and care of periwound skin. Nursing Standard;19(7):62–68.
7. Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council. 2005.
8. Directive 2013/55/EC of the European Parliament and of the Council. 2013.
9. Direktiva e Këshillit 2010/32/BE për zbatimin e marrëveshjes kornizë për parandalimin nga lëndimet e mprehta në sektorin spitalor dhe shëndetësor të lidhur nga HOSPEEM dhe EPSU. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/en/txt/?uri=celex:32010l0032>
10. Džino S., Krnić K., Katava Bašić A. 2009. Vodič za postpartalnu njegu majke i novorođenčeta. Ministry of Health of Canton Sarajevo, Institute for Scientific Research and Development of Clinical Center of the University of Sarajevo, Sarajevo.
11. ESCO - European Classification of Skills/Competences, Qualifications and Occupations. The first public release. A Europe 2020 initiative.
12. Ferreira AM., de Andrade D. 2008. Integrative review of the clean and sterile technique, agreement and disagreement in the execution of dressing. Acta Palulista de Enferma- gem;21:117–21.
13. Flour M., The pathophysiology of vulnerable skin. World Wide Wounds, 2009. Available at: www.worldwide-wounds.com/2009/September/Flour/vulnerable-skin-1.html Date of access to information: 22.1.2013.
14. Forma unike e Procedurave Standarde Operative. 2018. Ministria e Shëndetësisë. Prishtinë
15. Grgurić B. 2009. Osnovni principi asepse i antisepte. Acta Med Croatica;63(4):97-8.

16. Grubauer G., Feingold KR., Harris RM., Elias PM. 1989. Lipid content and lipid type as determinants of the epidermal permeability barrier. *Journal of Lipid Research*;30:89–96.
17. Grup Autorësh. 2002. Parimet e Mjekësisë së Përgjithshme. Tiranë
18. Guidë për diagnostikimin, klasifikimin dhe trajtimin e diabetit mellitus. 2019. Tiranë
19. Gvoždak M., Tomljanović B. 2011. Temeljni hitni medicinski postupci. Croatian Nurses Chamber, Croatian Institute of Emergency Medicine, Zagreb.
20. Hand hygiene - Standard operating procedure (sop) Nhs Greater Glasgow Infection Prevention and Control Service, January 2021
21. Hopitaux Universitaris Geneve. 2020. Carnet d’autocontrôle de glycémie (Libreza për vetkontrollim të glikemive tuaja)
22. Huljev D., Gajić A., Triller C., Kecelj Leskovec N. 2013. Uloga debridmana u liječenju kroničnih rana. *Acta Medica Croatica*;66(1):79-84.
23. Hunter J. 2008. Intramuscular injection techniques. *Nursing Standard*, 22: 24, 35 –40.
24. Infant Feeding Guidelines. National Health and Medical Research Council. Australia, 2012.
25. Infection prevention and control. 2022. Standard Operating Procedure – Hand Hygiene.
26. Infection prevention for healthy families and midwives. 2017. Instrument cleaning and sterilization – Template checklist.
27. International Journal ‘Total Quality Management & Excellence’, Vol. 36, No. I - 2, 2008, YUSQ leQ 2008.
28. International Standard Classification of Occupations / ISCO-08. Volumei 1 – Structure, Group definitions and Correspondence tables. International Labour Organization Geneva. 2012
29. Kika E., Pirushi R., Alliu V. 2007. Bazat e Infermieristikës. Tiranë.
30. Kim KY, Kang JH, Na JY, Kang DK. 2010. The Effect of Extracorporeal Shock Wave Therapy on Pressure Ulcer. *J Korean Acad Rehabil Med*.34(2):227-232. Korean.
31. Klasifikimi i Profesioneve në Kosovë – KPK 08. 2016. Prishtinë
32. Klasifikimi i Profesioneve në Kosovë. 2019. Ministria e Punës dhe Mirëqenies Sociale mbështetur nga UNDP dhe zhvilluar nga APPDEC. Prishtinë
33. Kontrolli i infeksioneve: Parimet themelore dhe Edukimi. 2004. Ministria e shëndetësisë. Prishtinë.

34. Langen A., Lawton S. Dermatological problems and periwound skin. World Wide Wounds, 2009. Available at: www.worldwidewounds.com/2009/November/Lawton-Langoen/vulnerable-skin-3.html. Date of access to information: 22.5.2013.
35. Lawton S., Langøen A., Assessing and managing vulnerable periwound skin. World Wide Wounds, 2009. Available at: www.worldwidewounds.com/2009/October/Lawton-Langoen/vulnerable-skin-2.html. Date of access to information: 22.5.2013.
36. Ligji Nr. 04/L-060 për mbeturina (Shtojcë) – Gazeta zyrtare e Republikës së Kosovës / Nr.17 / 29.06.2012, Prishtinë
37. Ligji Nr. 04/L-125 për Shëndetësi. Gazeta zyrtare e Republikës së Kosovës / Nr.13 / 07.05.2013, Prishtinë
38. Ligji Nr. 04/L-190 për produkte dhe pajisje medicinale. Gazeta zyrtare e Republikës së Kosovës / Nr.27 / 25 04.2014, Prishtinë
39. Lul Raka, Didier Pittet, Benedeta Alegranzi, Gertie Van Knippenberg-Gordebeke. 2010. Higjiena e duarve në kujdesin shëndetësor. Prishtinë,
40. Marinović Kulišić S., Lipozenčić J., Uloga neutralnih pripravaka u njezi okolne kože venskog vrijeda. Acta Med Croatica, 2011;65(2):41–45.
41. Model of Integrated Care for Patients with Type 2 Diabetes. 2018. A Guide for Health Care Professionals (Clinical Management Guidelines).
42. NIVAS - Intravenous Administration of Medicines to adults: Guidance on “line flushing” - Version 3. 2021.
43. Nola I., Pus J., Jakić Budišić J. 2009. Njega okolne kože vrijeda. Acta Med Croatica;63(4):99–103.
44. NPUAP-EPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel-European Pressure Ulcer Advisory Panel). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline. Washington DC: National Pressure Advisory Panel; 2009.
45. Paravlić F. 2006. RIJEČ KAO LIJEK, Handbook for Nurses. Ministry of Health of Canton Sarajevo, PI General Hospital ‘Prim. Dr. Abdulah Nakaš’, Sarajevo.
46. Pegram A., Bloomfield J. 2010. Wound care: principles of aseptic technique. Mental Health Pract;14:14–8.
47. Plani i veprimt për promovim dhe edukim shëndetësor 2021. 2020. Ministria e Shëndetësisë. Prishtinë
48. Protokoll për kontrollin dhe parandalimin e infeksioneve spitalore. 2012. Tiranë
49. Rowley S., Clare S., Macqueen S., Molyneux R. 2010. ANTT v2: An updated practice framework for aseptic technique. British Journal of Nursing: 19(5); S5-S11.

50. Sedmak D., Vrhovec M., Huljev D. 2013. Prevencija tlačnog vrijeda (dekubitusa). *Acta Med Croatica*. 67 (Supl. 1); 29-34.
51. Šepec S. i sur. 2010. Standardizirani postupci u zdravstvenoj njezi. Croatian Nursing Chamber, Zagreb.
52. Silvia I. Acosta-Gnass, Valeska de Andrade Stempliuk. 2009. Sterilization manual for health centers.
53. Standard Operating Procedures: Nursing in Primary Health Care, Part I. 2019. Sarajevo
54. Standardet Europiane EN 46001 dhe Normat Europiane: ISO 13485 “Quality of the instalation and maintenance of Health Products”, EN 554 “Sterilizimi i pajisjeve mjekësore”, EN 1174-1 ” Sterilizimi i pajisjeve mjekësore”, UNI EN ISO 11607-2:2006” Paketimi për pajisjet mjekësore të sterilizuara”
55. Švrakić S., Vuković S., Bajramović E., Peševski Z. 2009. Vodič za prevenciju i liječenje dekubitusa. Ministry of Health of Canton Sarajevo, Institute for Scientific Research and Development of Clinical Center of the University of Sarajevo, Sarajevo.
56. Shërbimi për mirëmbajtjen e mjedisit – Praktika të pastrimit dhe dezinfektimit. Manual përdorimi. Citim i rekomanduar: Spitali Rajonal Korçë nëpërmjet Projektit “Mbështetje Reformës në Shëndetësi” Maj, 2013.
57. Tomja A, Basha E, Pula A. 2004. Bazat e Infermieristikës së Përgjithshme. Tiranë.
58. The fundamental nursing Process. Lippincot. 2007.
59. Udhëzim Administrativ (MSH) Nr.03/2019 për Udhërrëfyes dhe Protokole Klinike
60. Udhëzim Administrativ (në Shëndetësi) Nr.01/2010 Recetat në Sistemin Shëndetësor në Republikën e Kosovës
61. Udhëzim Administrativ (në Shëndetësi) Nr.02/2010 Dokumentet Shëndetësore
62. Udhëzim Administrativ (Shëndetësi) Nr.04/2020 Kujdesi Parësor Shëndetësor
63. Udhëzim Administrativ MMPH - Nr. 10/2015 për trajtimin e mbeturinave nga produktet medicinale
64. Udhëzim Administrativ Nr. 13/2013 për katalogun shtetëror të mbeturinave
65. Udhëzimi Administrativ Nr. 05/2011 për parandalimin dhe kontrollin e infeksioneve spitalore
66. Udhëzues Kombëtar. Administrimi i sigurt i mbetjeve spitalore. 2010. Ministria e Shëndetësisë, Tiranë

67. Udhëzuesi i EFN për implementimin e Artikullit 31 mbi njohjen reciproke të kualifikimeve profesionale të Udhëzuesit 2005/36/EC, ndryshuar në Udhëzuesin 2013/55/EU. Struktura e Kompetencave të EFN e miratuar nga Asambleja e Përgjithshme EFN. Prill 2015. Bruksel
68. WHO. 2009. European Union Standards for Nursing and Midwifery: Information for Accession Countries. Second edition
69. WHO. 2009. Guidelines on Hand Hygiene in Health Care.
70. WHO. 2015. Safe childbirth checklist implementation guide: improving the quality of facility-based delivery for mothers and newborns.

