



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

Ministria e Shëndetësisë - Ministarstvo Zdravstva - Ministry of Health

MANUALI I DYTË
PROCEDURAT STANDARDE OPERATIVE
INFERMIERIA NË KUJDESIN PARËSOR
SHËNDETËSOR – KUJDESI INFERMIEROR
NË KOMUNITET

Versioni 1.0

PRISHTINË, 2023



Republika e Kosovës
Republika Kosova – Republic of Kosovo
Qeveria – Vlada – Government
Ministria e Shëndetësisë – Ministarstvo Zdravstva – Ministry of Health

MANUALI I DYTË
PROCEDURAT STANDARDE OPERATIVE
INFERMIERIA NË KUJDESIN PARËSOR
SHËNDETËSOR – KUJDESI INFERMIEROR
NË KOMUNITET

VERSIONI: [1.0]

DATA E APROVIMIT: [22/09/2023]

AUTOR: [MSH]

NR. I PROCEDURAVE STANDARDE: [37]

NR. I HAPAVE: [162]

NR. I NËNHAPAVE: [1096]

PRISHTINË, 2023



Republika e Kosovës - REPUBLIKA E KOSOVES - REPUBLIC OF KOSOVA Qeveria e Kosovës - VLADA E KOSOVES - GOVERNMENT OF KOSOVA Ministria e Shëndetësisë - Ministarstvo Zdravstva - Ministry of Health	
Njësia Org. Org. Joun. / 2 Org. Shk. / 3	Nr. Prot. In. / 1 K. / 2
Nr. faqeve Stranica No pages	Data Datum Date
01	05-5971
- 155 -	26 / 09 / 2023
Prishtinë / Ja	

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.141/IX/2023

Datë:22/09/2023

Ministri i Shëndetësisë, në mbështetje të Nenit 145, pika 2, të Kushtetutës së Republikës së Kosovës, në përputhje me nenet 10 dhe 11 të Ligjit Nr.06/L-113 për Organizimin dhe Funksionimin e Administratës Shtetërore dhe të Agjencive të Pavarura (Gazeta zyrtare Nr.7.01 Mars 2019), nenit 11 paragrafi 1.5 i Ligjit nr.08/L-117 për Qeverinë e Republikës së Kosovës, Rregulloren (QRK) Nr.14/2023, për Fushat e Përgjegjësisë Administrative të Zyrës së Kryeministrit dhe Ministrive, Shtojca 1 paragrafi 6 nën paragrafi 6.1, nxjerrë:

V E N D I M

- I. Miratohet Manuali i II-të për PSO - Infermiera në Kujdesin Parësor Shëndetësor - Infermiera në Komunitet.
- II. Shtojcë e këtij vendimi është Manuali i II-të për PSO - Infermiera në Kujdesin Parësor Shëndetësor-Infermiera në Komunitet.
- III. Obligohen Institucionet e Kujdesit Parësor Shëndetësor për zbatim të këtij manuali.
- IV. Vendimi hyn në fuqi në ditën e nënshkrimit.

Vendimi i dërgohet:

- **Zavendësministrave;**
- **Sekretarit të përgjithshëm;**
- **DSHSH;**
- **IKPSH;**
- **Departamentit ligjor;**
- **Arkivit të MSh-së.**

Dr. Arben Vitia

Ministër i Shëndetësisë



MANUALI I DYTË I PROCEDURAVE STANDARDE OPERATIVE: INFERMIERIA NË KUJDESIN PARËSOR SHËNDETËSOR – KUJDESI INFERMIEROR NË KOMUNITET

- është përgatitur ekskluzivisht dhe është I OBLIGUESHËM PËR ZBATIM gjatë punës profesionale/praktike të infermierëve në Kujdesin Parësor Shëndetësor – Komunitet. Ky manual është i mbrojtur nga Ministria e Shëndetësisë në Republikën e Kosovës.

©MSH, 2023

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

Dizajnuar nga: N. Bardhi[©]

Manuali i dytë i Procedurave Standarde Operative: Infermiera në Kujdesin Parësor Shëndetësor – Kujdesi Infermieror në Komunitet, është hartuar nga autorët:

Niman Bardhi	Kryesues	Departamenti për Zhvillim Strategjik Shëndetësor – MSH
Elvane Kukalaj	Anëtare	Divizioni i Infermierisë – MSH
Albana Morina	Anëtare	Divizioni i Kujdesit Parësor Shëndetësor – MSH
Ariana Qerimi	Anëtare	Divizioni i Shëndetit Mendor – MSH
Pashk Buzhala	Anëtar	Divizioni për Shërbime të Veçanta Shëndetësore – MSH
Merita Vuthaj	Anëtare	Divizioni për Shëndetin e Nënës dhe Fëmijës – MSH
Hajrullah Fejza	Anëtar	Divizioni për Cilësi dhe Siguri të Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor – MSH
Besa Balidemaj	Anëtare	Divizioni për Planifikim Strategjik – MSH
Saniye Xhemajli	Anëtare	Divizioni për Monitorim dhe Vlerësim – MSH
Zana Haraqija	Anëtare	Departamenti për Integrim Evropian dhe Koordinim të Politikave – MSH
Shehide Xhemajli	Anëtare	Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare – Prishtinë
Liridona Veqishti	Anëtare	Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare – Prizren
Makfirete Berisha	Anëtare	Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare – Gjakovë
Agron Bytyqi	Anëtar	Shoqata e të Drejtave të Pacientëve në Kosovë (PRAK)
Myrvete Sopi	Anëtare	Oda e Infermierëve të Kosovës (OIK)

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.

- - -

2023. Prishtinë, REPUBLIKA E KOSOVËS

LISTA E SHKURTESAVE

°C	Gradë Celsius
AQH	Accessible Quality Healthcare (Kujdesi Shëndetësor i Qasshëm dhe Cilësor)
BLS	Basic Life Support / Mbështetja Bazë e Jetës
FR	French (Kalkulimi: 1 Fr = 0.33 mm)
g	Gram
GEP	Gastrostoma Endoskopike Perkutane
HbA1c	Hemoglobinë A1C test
Hz	Herc
ID	Identity Card (Dokument identiteti)
IMT	Indeksi i Masës Trupore
Kg	Kilogram
KPSH	Kujdesi Parësor Shëndetësor
MMSE	Mini-Mental State Examination / Mini testi për vlerësimin e statusit mendor
MSH	Ministria e Shëndetësisë
Nr.	Numër
PEF	Peak Expiratory Flow / Piku i Rrjedhës Ekspiratore
PSO	Procedura Standarde Operative
QPS	Qendra për Punë Sociale
QSHM	Qendra e Shëndetit Mendor
RKP	Reanimimi kardiopulmonar
SpO2	Oksigjenimi (Saturimi)
SHIB	Shtëpitë Integruese në Bashkësi

TA	Tensioni arterial
TB	Tuberkulozi
UI	Njësi matëse

PËRMBAJTJA

HYRJE	10
Ndërlidhja me aktet.....	11
UDHËZIME PËR HARTIMIN E PROCEDURAVE STANDARDE OPERATIVE	14
Përkufizimi dhe qëllimi i pso-së	14
Arsyet për përcaktimin e procedurave	14
Kur duhet të krijohen procedurat	15
Çfarë duhet të keni parasysh gjatë shkrimit të procedurave	15
Komponentët e pso-ve	15
1. Kapitulli	15
2. Elementet e obligueshme të përmbajtjes së procedurës	16
3. Aprovimi i procedurës	17
KAPITULLI I – PROCEDURAT QË RREGULLOJNË VIZITAT NË KOMUNITET	19
1. Procedura për kushtet e ushtrimit të së drejtës së qytetarit për kujdes shëndetësor në shtëpi	21
2. Procedura për konfidencialitetin e informacionit dhe mbrojtjen e të dhënave personale të pacientit	23
3. Procedura që përcakton kriteret e angazhimit të punonjësit social	25
4. Procedura e veprimit me pacientin që refuzon vizitën ose ndërhyrjen në shtëpi	29
5. Procedura e infermierit në rast të mosrespektimit të kohës së caktuar të vizitës në shtëpi nga ana e pacientit	32
6. Procedura e vizitës së infermierit në rast dhune apo dyshimi për dhunë në familje	34
7. Procedura për ofrimin e shërbimeve të personi me çrregullim mendor	36
8. Procedura e vizitës të pacienti me sëmundje malinje	38
9. Procedura e vizitës të pacienti me tuberkuloz	41
10. Procedura për zbatimin e masave standarde të mbrojtjes personale të infermierit ndaj infeksioneve	45
KAPITULLI II – PROCEDURAT E VLERËSIMIT, MATJES DHE MARRJES SË MOSTRAVE	51
11. Procedura e ekzaminimit të shputës dhe vlerësimi i rrezikut të shfaqjes së shputës diabetike	53
12. Procedura e vlerësimit të rrezikut të rrezimit në shtëpi dhe masat e parandalimit	59
13. Procedura e vlerësimit të statusit njohës të pacientit	65
14. Procedura e kategorizimit të pacientëve në shtëpi	70

15. Procedura për matjen e pulsit dhe saturimit me oksigjen.....	73
16. Procedura për matjen e pikut të rrjedhës ekspiratore	75
17. Procedura e marrjes së mostrës së gjakut venoz në shtëpi dhe transporti i sigurt në laborator	81
18. Procedura e marrjes së strishos së hundës dhe nazofaringut për ekzaminim mikrobiologjik dhe transporti i sigurt në laboratorin mikrobiologjik	85
19. Procedura për marrjen e strishos të faringut dhe bajameve për ekzaminim mikrobiologjik dhe transporti i sigurt në laborator	88
20. Procedura për mbledhjen e mostrave të urinës në shtëpi për pacientët me kateter urinar dhe transporti i sigurt i mostrës në laborator.....	90
21. Procedura për marrjen e strishos së plagës për ekzaminim mikrobiologjik.....	94
KAPITULLI III – PROCEDURAT E KUJDESIT SHËNDETËSOR DHE TERAPEUTIK	97
22. Procedura për ngritje dhe lëvizje të pacientit	99
23. Procedura e ushqyerjes së pacientit përmes sonde nazogastrike	103
24. Procedura e kujdesit shëndetësor dhe të ushqyerit e pacientit me gastrostomë endoskopike perkutane	106
25. Procedura e aplikimit të klizmës (shpërlarjes) në kushte shtëpie.....	110
26. Procedurat e pastrimit të trakeostomës.....	113
27. Procedura e trajtimit të shputës diabetike në shtëpi	117
28. Procedura e përgatitjes dhe aplikimit të infuzionit subkutan në shtëpi (hipodermokliza)	120
29. Procedura e veprimit me të vdekurin në shtëpi	123
KAPITULLI IV – PROCEDURAT E VEPRIMIT EMERGJENT	125
30. Procedura për veprimin në rast të reaksionit alergjik ndaj barit të administruar gjatë vizitës në shtëpi.....	127
31. Procedura e dhënies së ndihmës së parë në rast të atakut epileptik gjatë vizitës në shtëpi..	130
32. Procedura e ndihmës së parë në rast sinkope	132
33. Procedura e ndihmës së parë në rast arresti kardiopulmonar	134
KAPITULLI V – PROCEDURAT E VEPRIMEVE PROMOVUESE – PARANDALUESE ..	139
34. Procedura e vlerësimit dhe edukimit të pacientit/kujdestarit për përdorimin e duhur të barnave në shtëpi	141
35. Procedura e këshillimit të pacientit me diabet për kujdesin ndaj shputës	145
36. Procedura për këshillimin e pacientit me sëmundje malinje gjatë vizitës së rregullt.....	149
37. Procedura për parandalimin e komplikimeve nga shtrirja/pushimi afatgjatë.....	152
Bibliografia	155

PARATHËNIE

Kujdesi shëndetësor është sfidë komplekse dhe dinamike, mirëpo hartimi i procedurave standarde operative, të përmbledhura në manualin e dytë, ofron mjet të fuqishëm për të arritur kujdes shëndetësor të sigurt dhe cilësor.

Qëllimi kryesor i këtij manuali është standardizimi i shërbimeve infermierore në komunitet të ofruara në mënyrë unike për përmirësimin e sigurisë, cilësisë dhe efikasitetit të kujdesit në nivelin e Kujdesit Parësor Shëndetësor në Republikën e Kosovës.

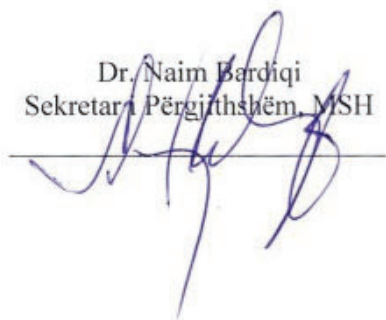
PSO-të ndihmojnë të zvogëlojnë rreziqet e gabimeve dhe ndërhyrjeve, duke garantuar shërbim të sigurt dhe të besueshëm. Duke përdorur këto procedura, nxitet mjedis i organizuar dhe i strukturuar mirë. Ministria e Shëndetësisë ofron mbështetje për aktivitetet në standardizim të praktikave më të mira infermierore duke përmirësuar cilësinë dhe pritshmërinë e rezultateve.

Ofrimi i kujdesit infermior në komunitet është një aktivitet social-mjekësor që merret me promovimin e shëndetit dhe parandalimin e sëmundjes. Është pjesë përbërëse e shërbimit shëndetësor fushëveprimi i të cilit përfshin familjen në tërësi. Infermiera ka rol të rëndësishëm në sistemin e kujdesit shëndetësor, duke ofruar kujdes për të porsalindurit, pacientët paliativë, promovimin e shëndetit, parandalimin e sëmundjeve ngjitëse dhe jongjitëse, si dhe pjesëmarrjen në politikëbërje për infermieri. Bashkëpunon me odat e profesionistëve shëndetësorë, institucionet arsimore si dhe me shoqatat e ndryshme me interes, duke respektuar parimet bazë të etikës infermierore.

Manuali është realizuar nga grupi i eksperteve të Ministrisë së Shëndetësisë, përfshirë punën në terren, analizimin e literaturës, diskutimeve dhe punëtorive me përfaqësime aktive të profesionistëve shëndetësorë, shoqatës së pacientëve dhe të mbështetur nga Projekti AQH.

Mirënjohës për të gjithë ata që kontribuan në hartimin e këtij manuali, duke siguruar standardizim të shërbimeve shëndetësore që ofrohen nga kujdesi infermior në komunitet.

Dr. Naim Bardhi
Sekretari Përgjithshëm, MSH



Dr. Arben Vitia
Ministër i Shëndetësisë



HYRJE

Manuali i dytë i Procedurave Standarde Operative: Infermiera në Kujdesin Parësor Shëndetësor – Kujdesi Infermieror në Komunitet, mbulon shërbimet e kujdesit shëndetësor të ofruara nga infermierët. Shërbimet shëndetësore në komunitet mbulojnë një gamë të gjerë shërbimesh dhe sigurojnë kujdes për njerëzit që nga lindja deri në fund të jetës së tyre. Ekipet shëndetësore të komunitetit e në veçanti infermiera luajnë rol jetik në mbështetjen e njerëzve me nevoja komplekse shëndetësore dhe të kujdesit për të jetuar në mënyrë të pavarur në shtëpinë e tyre sa më gjatë që të jetë e mundur. Shërbimet përfshijnë promovimin shëndetësor, shërbimet parandaluese, shërbimet esenciale kurative, kujdesin shëndetësor për sëmundjet kronike, kujdesin shëndetësor për fëmijë, adoleshentë dhe të rinjtë, etj. Shumë shërbime përfshijnë partneritetin që punon në të gjitha ekipet e kujdesit shëndetësor dhe social, të përbërë nga një shumëllojshmëri e gjerë profesionistësh, duke përfshirë mjekun dhe infermierët familjarë, infermierët e komunitetit, infermierët e shëndetit mendor, bashkëpunëtorët profesionalë dhe punonjësit e kujdesit social.

Ky dokument do të lehtësojë punën komplekse dhe kërkuese të infermierëve. Ofrimi i shërbimeve infermirore në komunitet do të jetë uniform, standard dhe me cilësi të lartë për pacientët/klientët. Procedurat Standarde Operative përshkruajnë rrjedhën e punës si dhe udhëzojnë dhe inkurajojnë komunikim më të mirë midis punëtorëve shëndetësorë. Duke ndjekur këto udhëzime të strukturuar, sigurohen veprime të standardizuara për pacientë, përmes kujdesit të koordinuar dhe të bazuar në praktikat më të mira. Në këtë rol kyç të shërbimit shëndetësor, infermierët janë të angazhuar në promovimin e shëndetit dhe parandalimin e sëmundjeve, duke vënë theksin në edukimin shëndetësor dhe kujdesin preventiv për individët dhe familjet. Infermierët ofrojnë shërbime shëndetësore në baza ditore, dhe hartimi i PSO-ve do të ndihmojë në eliminimin e pasigurisë dhe siguron që njerëzit e duhur po bëjnë detyrat e duhura në kohën e duhur. PSO-të e përcaktuara mirë ndihmojnë në kuptueshmërinë se si të kryhen punët rutinë në mënyrë të sigurt, në përputhje me rregulloret dhe në mënyrë të vazhdueshme, pavarësisht se kush e kryen detyrën. Rëndësi e veçantë për infermierët është nevoja për dokumentimin e shërbimeve që ofrojnë në baza ditore në dokumentacionin shëndetësor, ku përfaqësohet puna, roli dhe rëndësia e infermierit.

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 Ngjithëse dhe Ligjin për Parandalimin dhe Luftimin e Pandemisë Covid-19 në Territorin e Republikës së Kosovë, institucionet shëndetësore janë të obliguara që të krijojnë, zhvillojnë dhe mbajnë një sistem të sigurisë dhe cilësisë së shërbimeve shëndetësore, duke siguruar që çdo individ në komunitetin tonë të marrë kujdesin më të mirë të mundshëm për të udhëhequr një jetë të shëndetshme dhe të përmbushur.

Manuali bazohet në Strategjinë Kombëtare për Zhvillim 2030 (shtylla II, qëllimi zhvillimor 6 dhe objektivat strategjike 6.1 dhe 6.2) dhe Planin Strategjik dhe Operacional të Qeverisë 2022 – 2025 (qëllimi strategjik 3 dhe nën qëllimi strategjik 3.1), që ka për qëllim të përmirësojë kualitetin dhe qasjen në shërbime shëndetësore, të promovojë jetë të shëndetshme dhe të ulët vdekshmëria në përgjithësi, por vdekshmëria e foshnjave dhe nënave në veçanti. Bazuar në këtë, Sekretari i Përgjithshëm në MSH emëron grupin punues për hartimin e manualit të dytë i PSO: Infermiera në KPSH – Kujdesi Infermieror në Komunitet, me nr. vendimi 492/XI/2022, datë 23.11.2022 dhe me nr. protokoli 05-6047, datë 23.11.2022.

Manuali i dytë i Procedurave Standarde Operative: Infermiera në Kujdesin Parësor Shëndetësor – Kujdesi Infermior në Komunitet 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 të Kujdesit Shëndetësor në Kujdesin Parësor Shëndetësor: (veprimtaria infermiore/polivalente në komunitet). Pjesa II, Sarajevë, 2019”. Procedurat janë zhvilluar duke përdorur literaturë të ndryshme profesionale, njohuri, përvojë dhe praktikë të mirë.

Qëllimi kryesor i këtij manuali me procedura standarde operative të hartuara nga ekspertët e Ministrisë së Shëndetësisë dhe mbështetur nga Projekti AQH është standardizimi i shërbimeve infermiore në komunitet të ofruara në mënyrë unike për përmirësimin e sigurisë, cilësisë dhe efikasitetit të kujdesit në nivelin e Kujdesit Parësor Shëndetësor në Republikën e Kosovës.

Manuali përmban 37 procedura standarde të ndara në 5 kapituj, përfshirë 5 algoritme dhe 6 shtojca.

Ky manual është i OBLIGUESHËM PËR ZBATIM gjatë punës profesionale/praktike të infermierëve në kujdesin parësor shëndetësor në komunitet.

Manuali, përveç zbatimit në praktikën e përditshme të punonjësit shëndetësorë, duhet të përfshihet si literaturë e dobishme në procesin e edukimit dhe arsimimit në shkollat e mesme të mjekësisë dhe në studimet universitare në shkencat mjekësore në Republikën e Kosovës.

Duhet të theksohet se përdorimi i shprehjes ‘INFERMIER’ si një gjini gramatikore e vetme 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 praktikë të procedurave standarde.

Aktet nënligjore të paraqitura në këtë manual janë:

1. Ligji Nr. 03/L-137 për Departamentin e Mjekësisë Ligjore. Gazeta Zyrtare e Republikës së Kosovës / Viti IV / Nr. 58 / 10.08.2009, Prishtinë.
2. Ligji Nr. 03/L-182 për Mbrojtje nga Dhuna në Familje. Gazeta Zyrtare e Republikës së Kosovës / Prishtinë: Viti V / Nr. 76 / 10.08.2010.
3. Ligji Nr. 04/I-003 për Gjendjen Civile. Gazeta Zyrtare e Republikës së Kosovës / Nr. 6 / 22.07.2011, Prishtinë.
4. Ligji Nr. 04/L-08 për ndryshimin dhe plotësimin e Ligjit Nr. 02/L-17 për Shërbime Sociale dhe Familjare. Gazeta Zyrtare e Republikës së Kosovës / Nr. 5 / 05.04.2012, Prishtinë.

5. Ligji Nr. 04/L-150 për Odat e Profesionistëve Shëndetësor. Gazeta Zyrtare e Republikës së Kosovës / Nr. 23 / 04.07.2013, Prishtinë.
6. Ligji Nr. 04/L-161 për Sigurinë dhe Shëndetin në Punë. Gazeta Zyrtare e Republikës së Kosovës / Nr. 22 / 14.06.2013, Prishtinë (i përafruar me Direktivën 89/391/EEC).
7. Ligji Nr. 05/L-025 për Shëndetin Mendor. Gazeta Zyrtare e Republikës së Kosovës / Nr. 33 / 23.11.2015, Prishtinë.
8. Ligji Nr. 06/L-077 për ndryshimin dhe plotësimin e Ligjit Nr. 32/2004 (01.09.2006) për Familjen i Kosovës. Gazeta Zyrtare e Republikës së Kosovës / Nr. 3 / 17.01.2019, Prishtinë.
9. Ligji Nr. 06/L-082 për Mbrojtjen e të Dhënave Personale - Gazeta Zyrtare e Republikës së Kosovës / Nr. 6 / 25.02.2019, Prishtinë.
10. Ligji 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 / 25.08.2020, Prishtinë.
11. Ligji Nr. 08/L -051 për ndryshimin dhe plotësimin e Ligjit Nr. 2004/38 për Të Drejtat dhe Përgjegjësitë e Banorëve të Kosovës në Sistemin Shëndetësor. Gazeta Zyrtare e Republikës së Kosovës / Nr. 3 / 19.01. 2022, Prishtinë.
12. Ligji Nr. 08/L-043 për ndryshimin dhe plotësimin e Ligjit Nr. 04/L-125 për Shëndetësi. Gazeta Zyrtare e Republikës së Kosovës / Nr. 12 / 11.05.2022, Prishtinë.
13. Ligji Nr. 08/L-047 për ndryshimin dhe plotësimin e Ligjit Nr. 04/L-190 për Produkte dhe Pajisje Medicinale. Gazeta Zyrtare e Republikës së Kosovës / Nr. 12 / 11.05.2022, Prishtinë.
14. Ligji Nr. 08/L-048 për ndryshimin dhe plotësimin e Ligjit Nr. 02/L-78 për Shëndetësi Publike. Gazeta Zyrtare e Republikës së Kosovës / Nr. 12 / 11.05.2022, Prishtinë.
15. 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 / 01.09.2022, Prishtinë.
16. Ligji Nr. 08/L-200 për ndryshimin dhe plotësimin e Ligjit Nr. 02/L-109 për Parandalimin dhe Kontrollin e Sëmundjeve Ngjitëse. Gazeta Zyrtare e Republikës së Kosovës / Nr. 18 / 08.08.2023, Prishtinë.
17. Plani i veprimit për promovim dhe edukim shëndetësor 2021. 2020. Ministria e Shëndetësisë. Prishtinë.
18. Plani Strategjik dhe Operacional 2022 – 2025 / 09.02.2022, Prishtinë.
19. Strategjia Kombëtare për Zhvillim 2030 / Maj 2022, Prishtinë.
20. Udhëzimi Administrativ (MPB) Nr. 01/2022 për dokumentet e gjendjes civile
21. Udhëzimi Administrativ (MSh) Nr. 03/2019 për udhërrëfyes dhe protokolle klinike.

22. Udhëzimi Administrativ (Shëndetësi) Nr. 01/2010 Recetat në sistemin shëndetësor në Republikën e Kosovës.
23. Udhëzimi Administrativ (Shëndetësi) Nr. 02/2010 Dokumentet shëndetësore.
24. Udhëzimi Administrativ (QRK) Nr. 04/2023 për trajtimin mjekësor dhe psikologjik, të fëmijës viktimë e abuzimit, për t'i ndihmuar në rehabilitim dhe për t'u ri integruar në shoqëri
25. Udhëzimi Administrativ (Shëndetësi) Nr. 04/2013 për certifikatat shëndetësore.
26. Udhëzimi Administrativ (Shëndetësi) Nr. 04/2020 Kujdesi Parësor Shëndetësor.
27. Udhëzimi Administrativ MMPH - Nr. 10/2015 për trajtimin e mbeturinave nga produktet medicinale.
28. Udhëzimi Administrativ Nr. 05/2011 për parandalimin dhe kontrollin e infeksioneve spitalore.
29. Udhëzimi Administrativ Nr. 13/2013 për katalogun shtetëror të mbeturinave.
30. Udhëzimi Administrativ Nr. 15/2013 Karta e të drejtave dhe përgjegjësi të pacientëve.
31. Udhëzimi Administrativ Nr. 11/2013 – Sistemi i informatave shëndetësore dhe raportimi i të dhënave statistikore shëndetësore.
32. Udhëzimi Administrativ Nr. 11/2015 Qarkulluesit me pakicë për produkte dhe pajisje medicinale.
33. Udhëzues Kombëtar. Administrimi i sigurt i mbetjeve spitalore. 2010. Ministria e Shëndetësisë, Tiranë.
34. Udhëzuesi për Intervenime Promovuese dhe Parandaluese në Fushën e Shëndetit Mendor te Adoleshentët. 2022. Ministria e Shëndetësisë. Prishtinë.
35. Direktiva e Këshillit 2010/32/EU 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>
36. Direktiva e Këshillit të Bashkimit Evropian 89/391/EEC (12.06.1989) për futjen e masave për të inkurajuar përmirësimet në sigurinë dhe shëndetin e punëtorëve në punë (Direktiva u ndryshua tri herë me akte ligjore, më 2003, 2007 dhe 2008).
37. Kodi i Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore / Vendimi Nr. 14/2019 – OMK, 17 janar 2019 (Teksti i spastruar me plotësime dhe ndryshime të miratuara sipas Vendimit nr. 25/2019 të Kuvendit të OMK-së, datë 17.12.2019, nr. protokolli 32/2019).
38. Kodi i Etikës i infermierëve, mamive dhe profesionistëve të tjerë shëndetësorë të Kosovës. Kodi hyn në fuqi me rastin e miratimit nga anëtarët e Kuvendit të OIK, më 12.06.2015.
39. Kodi Nr. 06/L-074 Penal i Republikës së Kosovës - Gazeta Zyrtare e Republikës së Kosovës / Nr. 2 / 14.01.2019, Prishtinë.

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 (koordinatori, shërbimi, sektori, departamenti).

Përkufizimi dhe qëllimi i PSO-së

- Procedurat nënkuptojnë një sërë aktiviteteve, hapash dhe procesesh 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 t'i kryejnë të njëjtat procedura në të njëjtën mënyrë;
- Procedurat Standarde Operative janë një grup i udhëzimeve me shkrim që duhet të ndiqen 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 t'i kenë të gjitha informatat e nevojshme lidhur me sigurinë dhe shëndetin e 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 t'i ketë jo më shumë se 6 hapa. Nëse procedura ka më shumë se 6 hapa, duhet të merren parasysh opsionet e mëposhtme:

- Ndajeni atë në disa nënhapa logjikë;
- Shkruani 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, i cili 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 e obligueshme 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 KPSH në komunitet.

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 ta 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 kë 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 KPSH në komunitet sipas veprimeve të caktuara dhe mosrespektimi paraqet shkelje të detyrave dhe përgjegjësisë profesionale në punë.

Tabela nr. 1 - Manuali i dytë i Procedurave Standarde Operative: Infermiera në Kujdesin Parësor Shëndetësor – Kujdesi Infermieror në Komunitet (i ndarë në kapituj, PSO, hapa dhe nënhapa)

Nr. i kapitullit	Nr. i PSO-së	Nr. i hapave	Nr. i nënhapave
KAPITULLI I	1	3	18
	2	3	8
	3	2	17
	4	5	15
	5	2	15
	6	5	25
	7	5	26
	8	5	40
	9	5	20
	10	4	29
Totali i kapitullit I	10	39	213
KAPITULLI II	11	6	65
	12	3	20
	13	6	25
	14	3	12
	15	3	17
	16	5	36
	17	6	53
	18	4	27
	19	4	24
	20	5	42
	21	6	44
Totali i kapitullit II	11	51	365
KAPITULLI III	22	6	30
	23	6	37
	24	6	44
	25	5	47
	26	5	45
	27	5	41
	28	5	35
	29	3	20
Totali i kapitullit III	8	41	299
KAPITULLI IV	30	5	33
	31	4	28
	32	3	16
	33	3	22
Totali i kapitullit III	4	15	99
KAPITULLI V	34	4	31
	35	3	41
	36	3	20
	37	6	28
Totali i kapitullit V	4	16	120
Σ - PSO	37	162	1096

KAPITULLI I – PROCEDURAT QË RREGULLOJNË VIZITAT NË KOMUNITET

- 1 PROCEDURA PËR KUSHTET E USHTRIMIT TË SË DREJTËS SË QYTETARIT PËR KUJDES SHËNDETËSOR NË SHTËPI
- 2 PROCEDURA PËR KONFIDENCIALITETIN E INFORMACIONIT DHE MBROJTJEN E TË DHËNAVE PERSONALE TË PACIENTIT
- 3 PROCEDURA QË PËRCAKTON KRITERET E ANGAZHIMIT TË PUNONJËSIT SOCIAL
- 4 PROCEDURA E VEPRIMIT ME PACIENTIN QË REFUZON VIZITËN OSE NDËRHYRJEN NË SHTËPI
- 5 PROCEDURA E INFERMIERIT NË RAST TË MOSRESPEKTIMIT TË KOHËS SË CAKTUAR TË VIZITËS NË SHTËPI NGA ANA E PACIENTIT
- 6 PROCEDURA E VIZITËS SË INFERMIERIT NË RAST DHUNE APO DYSHIMI PËR DHUNË NË FAMILJE
- 7 PROCEDURA PËR OFRIMIN E SHËRBIMEVE TE PERSONI ME ÇRREGULLIM MENDOR
- 8 PROCEDURA E VIZITËS TE PACIENTI ME SËMUNDJE MALINJE
- 9 PROCEDURA E VIZITËS TE PACIENTI ME TUBERKULOZ
- 10 PROCEDURA PËR ZBATIMIN E MASAVE STANDARDE TË MBROJTJES PERSONALE TË INFERMIERIT NDAJ INFEKSIONEVE

1. PROCEDURA PËR KUSHTET E USHTRIMIT TË SË DREJTËS SË QYTETARIT PËR KUJDES SHËNDETËSOR NË SHTËPI

Qëllimi i procedurës është përcaktimi i shërbimeve që do të ofrohen në kushte shtëpie në përmirësimin e gjendjes shëndetësore dhe parandalimin e përkeqësimit të sëmundjes të shfrytëzuesit.

Kjo procedurë rregullon kushtet për ushtrimin e së drejtës për kujdes shëndetësor në shtëpi. Çdo qytetar ka të drejtë për shërbime shëndetësore në shtëpi në rastet të veçanta.

Vlerësimi dhe indikacionet për ofrimin e shërbimeve shëndetësore në shtëpi për personat përcaktohen nga mjeku familjar në bazë të vizitës dhe/ose ekzaminimit ose pas shqyrtimit të dokumentacionit mjekësor (fletë lëshimi, raport specialistik).

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËNHAPAT
[I]	Vlerësimi dhe indikacionet	Kujdesi shëndetësor ose trajtimi në shtëpi kërkohet në situatat në vijim: 1. Palëvizshmëri ose lëvizshmëri e vështirë (persona që kanë nevojë për ndihmën e një personi tjetër për të lëvizur ose për të përdorur mjete ndihmëse lëvizëse); 2. Sëmundje kronike në fazën e përkeqësimit ose komplikimet e sëmundjes; 3. Gjendje shëndetësore kalimtare ose të përhershme në të cilat vetëkujdesi nuk është i mundur; 4. Pas operacioneve komplekse që kërkojnë fashimin, kujdesin ndaj plagëve, kujdesin ndaj stome, etj.; 5. Në një pacient në fazën terminale të sëmundjes.
[II]	Udhëzimi për vizitë në shtëpi	Bazuar në gjendjen e pacientit, mjeku familjar udhëzon infermierin për procedurat e nevojshme, dinamikën (frekuencën) dhe periudhën e nevojshme për ofrimin e shërbimeve, duke regjistruar: 1. Problemin aktual, arsyen e ofrimit të shërbimit në shtëpi (diagnoza ose përshkrimi i gjendjes së pacientit); 2. Llojin e shërbimit që duhet të kryejë infermieri; 3. Numrin e vizitave për të ofruar shërbime (p.sh. çdo ditë, çdo dy ditë, etj.), maksimumi 5 ditë në javë dhe vetëm në raste të jashtëzakonshme (atrofi muskulore kurrizore, hemiplegji, paraplegji, tetraplegji, varësi nga ventilatori) 7 ditë në javë;

		4. Intervalin kohor (periudha nga – për të specifikohen datat ose numri i ditëve).
[III]	Shërbimet e vizitës së infermierit	1. Parandalimi i komplikimeve gjatë qëndrimit të gjatë në shtrat (dekubitus, pneumoni, trombozë, kontraktura, etj.); 2. Shtrirja aktive dhe pasive; 3. Përgatitja dhe aplikimi i terapisë enterale; 4. Marrja e materialit diagnostik; 5. Pastrimi i plagës dhe fashimi (ulcus cruris, dekubitus, gangrenë, plagë post operative, djegie, infiltrate tumorale); 6. Pastrimi i stomës (kanulë, anus pra eter, uro dhe stome e pastër); 7. Kateterizimi urinar; 8. Matja dhe regjistrimi i funksioneve vitale; 9. Edukimi i pacientit dhe familjarëve të tij në zbatimin e masave të kujdesit shëndetësor dhe rehabilitimit.

2. PROCEDURA PËR KONFIDENCIALITETIN E INFORMACIONIT DHE MBROJTJEN E TË DHËNAVE PERSONALE TË PACIENTIT

Qëllimi i kësaj procedure është të përcaktojë detyrimin për të ruajtur të dhënat personale dhe informacionin për pacientin, mënyrën e përdorimit të informacionit me qëllim të kujdesit cilësor dhe të vazhdueshëm shëndetësor për pacientin dhe mënyrën e dhënies së informacionit për mbrojtjen e shëndetit publik dhe interesit të përgjithshëm.

Në ushtrimin e të drejtës për kujdes shëndetësor, çdo qytetar ka të drejtën e konfidencialitetit të informacionit që lidhet me shëndetin e tij si dhe të mbrojtjes së të dhënave personale. Të dhëna personale nënkupton çdo informacion mbi bazën e të cilit është e mundur të identifikohet një person (emri dhe mbiemri, numri personal, adresa, numri i telefonit, etj.).

Gjatë ofrimit të shërbimeve, detyra e infermierit është të ruajë të dhënat personale si dhe informacionet për pacientin, si sekret zyrtar dhe profesional edhe pas vdekjes së pacientit.

Shkelja e detyrimit për ruajtjen e sekretit profesional është kundërvajtje ligjore.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËNHAPAT
[I]	Grumbullimi dhe ruajtja e informacionit	1. Infermieri është i detyruar të ruajë në mënyrë të sigurt informacionin për pacientin, duke përdorur dokumentacionin mjekësor të përcaktuar me ligj (kartelën e kujdesit shëndetësor, librin e protokollit, udhëzim për vizitë, etj.); 2. Informacioni duhet të ruhet në formë fizike dhe elektronike; 3. Dokumentacioni mjekësor i përdorur nga infermieri duhet të jetë i sigurt, me qëllim që të pamundësohet qasja në dokumentacion nga persona të paautorizuar (dhoma e mbyllur pas orarit të punës); 4. Të dhënat që futen dhe ruhen në formë elektronike duhet të mbrohen me fjalëkalime individuale për qasje në kompjuter.
[II]	Përdorimi dhe qasja në të dhënat dhe informacionet personale	1. Të dhënat personale të pacientit mund të përdoren nga: ▪ Pacienti; ▪ Prindi/kujdestari i fëmijës së mitur ose me aftësi të kufizuar; ▪ Personi tjetër i autorizuar me shkrim nga vetë pacienti / prindi / kujdestari / përfaqësuesi ligjor sipas rregulloreve në fuqi të Republikës së Kosovës;

		▪ Punonjësit dhe bashkëpunëtorët tjerë shëndetësorë, përveç infermierit, ekskluzivisht për qëllime të trajtimit, ofrimit të kujdesit të vazhdueshëm shëndetësor dhe mbrojtjes shëndetësore e sociale. Kjo përfshin nevojën për t'ia kaluar informacionin një infermieri tjetër, mjekut familjar dhe/ose bashkëpunëtorit profesional (psikologu, punonjësi social) i cili gjithashtu duhet të respektojë parimin e konfidencialitetit dhe mbrojtjes së të dhënave të pacientit; 2. Informacioni i pacientit mund të zbulohet sipas ligjit dhe rregulloreve në fuqi në Republikën e Kosovës, për: ▪ Projektet kërkimore në interes të shëndetit publik (të miratuara nga Komisioni i Etikës i institucionit ku trajtohet pacienti); ▪ Trajnimin e stafit, praktikantëve (pa zbuluar identitetin e pacientit ose me pëlqimin e pacientit/prindit/kujdestarit ose përfaqësuesit ligjor për praninë e personit të tretë); ▪ Leksione ose botime në revista shkencore (pa zbuluar identitetin e pacientit); 3. Sipas ligjit të shëndetit mendor në fuqi për mbrojtjen e të dhënave personale dhe informacioneve për pacientin mund të transferohen nga infermieri pa pëlqim, nëse është e nevojshme për ta bërë këtë në interes të përgjithshëm ose interes të një personi tjetër, i cili është më i rëndësishëm se interesi për të mbajtur sekret. Interesi i përgjithshëm ose një interes që është më i rëndësishëm se interesi i mbajtjes së një sekreti konsiderohet të jetë: ▪ Zbulimi i njohurive se pacienti është duke u përgatitur për të kryer një vepër penale; ▪ Gjykimi për veprat penale më të rënda nëse do të ngadalësohej ose parandalohet ndjeshëm pa zbulimin e të dhënave të mbrojtura ndryshe; ▪ Mbrojtja e shëndetit dhe sigurisë publike; ▪ Parandalimi i ekspozimit të një personi tjetër ndaj rrezikut të menjëhershëm dhe serioz për jetën ose shëndetin e tij.
[III]	Masat e kujdesit	1. Çdo parregullsi e vërejtur në lidhje me konfidencialitetin e të dhënave dhe informatave duhet të raportohet menjëherë (raporti i incidentit) tek menaxhmenti i institucionit përkatës.

3. PROCEDURA QË PËRCAKTON KRITERET E ANGAZHIMIT TË PUNONJËSIT SOCIAL

Qëllimi i procedurës është t’i përcaktojë kushtet që duhet t’i identifikojë infermieri tek pacienti, në familje, në komunitet dhe cilat mund dhe duhet të jenë arsyet apo kriteret për angazhimin e një punonjësi social.

Në vlerësimin e gjendjes dhe planifikimin e kujdesit shëndetësor funksional duhet të merren parasysh kushtet fizike, psikologjike, ekonomike, sociale dhe të tjera të pacientit, familjes së tij dhe komunitetit në të cilin ai ndodhet.

Pjesëmarrja aktive e punonjësit social si anëtar i ekipit në ofrimin e kujdesit shëndetësor kontribuon ndjeshëm në përmirësimin e situatës sociale, pra, në krijimin e kushteve më të favorshme që ndikojnë drejtpërdrejt dhe/ose indirekt në shëndetin e pacientëve.

Punonjësi social nga Qendra për Punë Sociale punon me individë, familje, grupe, komunitete dhe bashkëpunon me institucionet e kujdesit parësor shëndetësor.

Gjatë vizitës, infermieri obligohet të marrë një histori sociale duke përdorur formularin “Rekomandim për Qendrën për Punë Sociale” (shtojca 1) dhe në bazë të vlerësimit të statusit social rekomandon për përfshirjen e punonjësit social.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËNHAPAT
[I]	Kriteret për përfshirjen e punonjësit social nga infermieri	1. Pacienti pa të ardhura materiale; 2. Familja shumanëtarëshe në gjendje të keqe materiale; 3. Pacienti me sëmundje të rëndë pa të ardhura materiale dhe/ose që jeton vetëm; 4. Kushtet e këqija higjienike të jetesës; 5. Sigurimet shëndetësore të parregulluara, ushtrimi i të drejtave nga mbrojtja sociale, sigurimi pensional dhe invalidor, dhuna në familje; 6. Personat me vështirësi në zhvillimin mendor dhe fizik, personat që vuajnë nga sëmundje të rënda mendore; 7. Personat me varësi aktive në substanca psikoaktive, alkool dhe varësi të tjera toksike; 8. Personat me varësi të mëparshme dhe aktive në substanca psikoaktive, alkool dhe varësi të tjera toksike; 9. Marrëdhëniet shoqërore të dëmtuara ndërmjet pacientit, familjes, kujdestarëve dhe komunitetit;

		10. Neglizhenca arsimore ose edukative e fëmijës.
[II]	Dokumentimi	Infermieri, gjatë vizitës, përdor dokumentacionin në vijim: 1. Udhëzimi për vizitë; 2. Kartela shëndetësore; 3. Formulari i referimit në Qendrën për Punë Sociale (të plotësohet në tri kopje - punonjësi social, dokumentacioni i shërbimit përcjellës dhe dokumentacioni mjekësor i pacientit). “Rekomandim për Qendrën për Punë Sociale” (shtojca 1). Me kthimin në institucion, infermieri i regjistron në dokumentacionin ekzistues të institucionit shëndetësor: 4. Të dhënat e përgjithshme për pacientin; 5. Datën dhe orën e vizitës nga ekipi; 6. Procedurat e zbatuara; 7. Nënshkrimin e infermierit që ka kryer vizitën.

Shtojca 1 - Rekomandim për Qendrën për Punë Sociale

KOMUNA

QKMF

Nr. kartelës shëndetësore:

Data e hapjes:

/ /

REKOMANDIM PËR QENDRËN PËR PUNË SOCIALE

Vendi:

Udhëzohet:

Emri (emri i babait) dhe mbiemri

Numri i identifikimit:

Gjinia:

Mashkull ☐

Femër ☐

Adresa e vendbanimit:

Telefoni kontaktues:

Niveli i edukimit / shkollimit:

☐ Nuk ka shkollim

☐ Shkollimi fillor

☐ Shkollimi i mesëm

☐ Shkollimi i lartë

☐ Shkollimi universitar

☐ Tjetër: _____

Profesioni:

Punësimi: PO ☐ JO ☐ Tjetër: _____

Statusi martesor: PO ☐ JO ☐

Numri i anëtarëve të familjes me të cilët jeton []

Numri i fëmijëve: [] **Viti i lindjes për fëmijët:** 1) _____; 2) _____; 3) _____; 4) _____; 5) _____.

STATUSI SOCIAL I FAMILJES

Numri i fëmijëve që ndjekin

Kopshtin	Shkollën fillore	Shkollën e mesme	Shkollën e lartë	Universitetin	Asnjërin nga këto

Numri i fëmijëve		Numri i anëtarëve të familjes	
Të punësuar	Të papunë	Të punësuar	Të papunë

Mundësitë për strehim:

Banesë/Shtëpi ☐

Qiramarrës ☐

Qëndron në institucion ☐

I pastrehë ☐

Arsyeja e referimit (përshkrim i shkurtër i problemit):

Shënim: kur udhëzoni fëmijën, të deklarojë emrin e prindit ose kujdestarit

Data e vizitës: ____/____/____.

Emri, mbiemri dhe nënshkrimi i infermierit

v.v.

KRITERET PËR ANGAZHIMIN E PUNONJËSIT SOCIAL

Mblidhni të dhëna për gjendjen fizike, psikologjike, shëndetësore dhe funksionale, kushtet ekonomike, sociale dhe të tjera të jetesës së pacientit, familjes së tij dhe komunitetit -
HISTORIA SOCIALE.

Vlerësoni statusin social të pacientit.

Identifikoni kushtet te pacienti, në familje, në komunitet që janë
INDIKACIONE PËR ANGAZHIM TË PUNONJËSIT SOCIAL
- vlerësoni nevojën për angazhimin e punonjësit social.

- Pacienti pa të ardhura materiale;
- Familja shumanëtarëshe në gjendje të keqe materiale;
- Pacienti me sëmundje të rëndë pa të ardhura materiale dhe/ose që jeton vetëm;
- Kushtet e këqija higjienike të jetesës;
- Sigurimet shëndetësore të parregulluara, ushtrimi i të drejtave nga mbrojtja sociale, sigurimi pensional dhe invalidor, dhuna në familje;
- Personat me vështirësi në zhvillimin mendor dhe fizik, personat që vuajnë nga sëmundje të rënda mendore,
- Personat me varësi aktive në substanca psikoaktive, alkool dhe varësi të tjera toksike;
- Personat me varësi të mëparshme dhe aktive në substanca psikoaktive, alkool dhe varësi të tjera toksike;
- Marrëdhëniet shoqërore të dëmtuara ndërmjet pacientit, familjes, kujdestarëve dhe komunitetit;
- Neglizhenca arsimore ose edukative e fëmijës.

Evidentoni aktivitetet e planifikuara dhe të zbatuara.

4. PROCEDURA E VEPRIMIT ME PACIENTIN QË REFUZON VIZITËN OSE NDËRHYRJEN NË SHTËPI

Qëllimi i kësaj procedure është t'i përcaktojë veprimet e infermierit në situatat kur pacienti refuzon vizitën ose ndërhyrjen e caktuar infermiore për të garantuar sigurinë etike dhe ligjore të infermierit.

Duke respektuar normat ligjore, çdo pacienti i garantohet e drejta për të vendosur për veten e tij/saj dhe për të dhënë pëlqim të informuar, duke përfshirë mbrojtjen e të drejtave të pacientëve të paafte për të dhënë pëlqimin.

Arsyet më të zakonshme të refuzimit janë të ndryshme, duke filluar nga frika e pacientit për shkak të pasigurisë, dhimbjes, rezultatit të ndërhyrjes, mosbesimit në infermier apo mosbesimit ndaj rezultatit të ndërhyrjes, deri te besimet “fetare” dhe të tjera.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËNHAPAT
[I]	E drejta për të refuzuar vizitën dhe/ose ndërhyrjen	1. Pacienti ka të drejtë të refuzojë vizitën dhe/ose ndërhyrjen e propozuar, në përputhje me rregulloret për të drejtat, detyrimet dhe përgjegjësitë e pacientëve.
[II]	Procedura në rast të refuzimit të vizitës dhe/ose ndërhyrjes	- Shpjegojani pacientit qëllimin dhe përfitimet e vizitës së rregullt dhe/ose ndërhyrjes, procedurën e kryerjes së saj, përfshirë pasojat e mundshme negative nëse ndërhyrja e propozuar nuk kryhet; - Mos i bëni presion të drejtpërdrejtë pacientit ose mos abuzoni me ndikimin tuaj për të kryer ndërhyrjen; - Nëse pacienti ende refuzon vizitën dhe/ose ndërhyrjen e caktuar edhe pasi janë kryer të gjitha procedurat e listuara, infermieri informon pacientin se refuzimi duhet të deklarohet me shkrim (të nënshkruar) - Shtojca 2.
[III]	Aplikimi i formularit të deklaratës për refuzimin e vizitës	1. Pacienti/prindi/kujdestari ligjor nënshkruan formularin e deklaratës për refuzimin e vizitës ose ndërhyrjen e propozuar pasi të ketë marrë informacion mjaftueshëm gjithëpërfshirës, të saktë dhe në kohë, në përputhje me rregulloret për të drejtat, detyrimet dhe përgjegjësitë e pacientëve dhe për pasojat e mundshme nëse ata refuzojnë vizitën dhe/ose ndërhyrjen.
[IV]	Veprimi në rast të refuzimit të pacientit për të	1. Nëse pacienti/prindi/kujdestari ligjor refuzon të nënshkruajë formularin, infermieri është i detyruar ta plotësojë formularin

	nënshkruar Formularin e Deklaratës së Refuzimit	dhe ta informojë mjekun përgjegjës që ka kërkuar vizitën/ndërhyrjen e propozuar; 2. Mjeku përgjegjës vendos për trajtimin dhe kujdesin e mëtejshëm të pacientit.
[V]	Dokumentimi	Infermieri, gjatë vizitës, përdor dokumentacionin e mëposhtëm: 1. Udhëzimi për vizitë; 2. Kartela shëndetësore; 3. Formulari i deklaratës së nënshkruar për refuzimin e infermierit përfshihet në të dhënat mjekësore të pacientit. (shtojca 2). Pas kthimit në institucion, infermieri i regjistron në dokumentacionin ekzistues të institucionit shëndetësor: 4. Të dhënat e përgjithshme për pacientin; 5. Datën dhe orën e vizitës; 6. Shënon në kartelën shëndetësore të pacientit për refuzimin e vizitës ose ndërhyrjes me arsyen e deklaruar të refuzimit; 7. Raporton efektet e mundshme të padëshiruara (situatën e rastësishme); 8. Nënshkrimin e infermierit që ka kryer vizitën.

Shtojca 2 - Deklaratë për refuzimin e ndërhyrjes së infermierit

KOMUNA _____
QKMF/QMF/AMF _____

DEKLARATË PËR REFUZIMIN E NDËRHYRJES SË INFERMIERIT

(Emri, mbiemri dhe nënshkrimi i pacientit)

Data e lindjes: _____ Vendi i lindjes: _____
Vendbanimi: _____

1. Deklaroj se NUK JAM DAKORD që infermieri të kryejë ndërhyrjen shëndetësore që ka udhëzuar mjeku familjar me udhëzimin e shkruar dhe/ose me fletë lëshimin e daljes.

Porositësi i urdhëresës së punës: _____

Ndërhyrja e urdhëruar: _____

2. Nuk dua më që infermieri të më vizitojë për të kryer ndërhyrjen e përcaktuar në urdhëresën e punës deri në urdhëresën tjetër të punës të lëshuar nga institucioni shëndetësor.

☐ Konfirmoj se infermieri më ka informuar për ndërhyrjen e urdhëruar, mënyrën e zbatimit dhe se çfarë pritet nga kujdesi shëndetësor.

☐ Kuptoj se refuzimi i ndërhyrjes së përshkruar nga institucioni shëndetësor mund të ketë pasoja për gjendjen time shëndetësore.

☐ Kuptoj udhëzimet e pranuar gojore.

☐ Kuptoj rëndësinë dhe pasojat e refuzimit.

☐ Refuzoj ndërhyrjen me vullnet të lirë.

Nënshkrimi i pacientit: _____

Nënshkrimi i personit të dytë: _____

(Prindi/kujdestari/i afërmi i ligjshëm për personat të cilët nuk janë gjendje të marrin vendime për veten e tyre)

Vendi: _____
Data: ____/____/____.

Emri, mbiemri dhe nënshkrimi i
infermierit

v.v.

5. PROCEDURA E INFERMIERIT NË RAST TË MOSRESPEKTIMIT TË KOHËS SË CAKTUAR TË VIZITËS NË SHITËPI NGA ANA E PACIENTIT

Qëllimi i kësaj procedure është t'i përcaktojë veprimet e infermierit në situatat kur pacienti nuk respekton takimin për vizitë në shtëpi të rënë dakord më parë.

Ligji për të Drejtat dhe Përgjegjësitë e Qytetarëve në Kujdesin Shëndetësor përcakton përgjegjësinë e pacientëve ndaj profesionistëve të kujdesit shëndetësor.

Infermieri përcakton një kohë për një vizitë në shtëpi, me telefon ose nëpërmjet kontaktit personal me pacientin ose një anëtar të familjes/kujdestar ligjor, dhe tregon rëndësinë e pajtueshmërisë dhe mundësinë e anulimit të kohës së rënë dakord për vizitën në shtëpi.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËNHAPAT
[I]	Veprimet në rast të mosrespektimit të afatit të rënë dakord	1. Njoftoni mjekun përgjegjës se pacienti nuk është gjetur në shtëpi; 2. Evidentoni mosrespektimin e terminit të rënë dakord në formularin “Deklaratë e infermierit për mosrespektimin e takimit të rënë dakord për vizitë në shtëpi nga pacienti”, në tri kopje (shtojca 2); (një formular për pacientin, të dytin e vendosni në kartelën shëndetësore të pacientit dhe të tretin e mbani në dokumentacionin infermieror); 3. Nëse pacienti nuk kontakton institucionin shëndetësor përgjegjës (për 24 orë), infermieri e thërret pacientin dhe e informon për vendin ku është lënë formulari dhe i jep të dhëna të tjera; 4. Nga biseda mëson arsyen e mosrespektimit të afatit të rënë dakord; 5. Paralajmëron për pasojat e mundshme që mund të ndodhin për shkak të mungesës së shërbimit të ofruar në kohën e duhur; 6. Informon pacientin se mosrespektimi i terminit sjell ndërprerje në ofrimin e shërbimeve ndaj pacientëve të tjerë; 7. Organizon një vizitë të riplanifikuar në shtëpi; 8. Nëse pacienti, për çfarëdo arsye, refuzon shërbimin e infermierit, vazhdoni sipas procedurës për trajtimin e pacientit që refuzon vizitën në shtëpi.

[II]	Dokumentimi	Infermieri që realizon vizitën përdor: 1. Udhëzimin për vizitë; 2. Kartelën shëndetësore të pacientit; 3. Formularin e deklaratës së infermierit për mosrespektimin e takimit të rënë dakord për vizitë në shtëpi nga pacienti. Pas kthimit në institucion, infermieri i regjistron në dokumentacionin ekzistues të institucionit shëndetësor: 4. Të dhënat e përgjithshme për pacientin; 5. Datën dhe orë e takimit të rënë dakord; 6. Në shënim, theksoni se shërbimi nuk është ofruar, duke shpjeguar arsyen. 7. Nënshkrimin e infermierit.
------	-------------	---

6. PROCEDURA E VIZITËS SË INFERMIERIT NË RAST DHUNE APO DYSHIMI PËR DHUNË NË FAMILJE

Qëllimi i procedurës është t'i japë udhëzime infermierit që të njohë dhe të veprojë në mënyrë korrekte në rast të dhunës ose dyshimit për dhunë në familje.

Dhuna në familje ekziston nëse ka arsye për dyshime se janë ndërmarrë veprime që shkaktojnë dhunë/kërcënime fizike, mendore ose seksuale ndaj një anëtari të familjes dhe/ose dëme ekonomike.

Format e dhunës në familje janë dhuna fizike, psikologjike, ekonomike, seksuale dhe neglizhimi i fëmijëve dhe personave të moshuar dhe të pafuqishëm në familje. Disa forma të dhunës në familje hasen shpesh në të njëjtën kohë.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËNHAPAT
[I]	Identifikimi i dhunës në familje	Viktimat e dhunës në familje shpesh fshihen, mohojnë ose ngurrojnë të flasin për dhunën për arsye të ndryshme: 1. Frika nga keqkuptimi, përkeqësimi i shkallës së dhunës nëse përfshihet dikush (fëmijët do të përfshihen në ciklin e dhunës, policia apo autoritetet gjyqësore do të përfshihen në problem); 2. Turpi dhe urrejtja (sikleti); 3. Mungesa e besimit se problemi mund të zgjidhet; 4. Infermieri mund të dyshojë se dhuna është e mundshme në familje në bazë të lëndimeve të dukshme, ankesave të raportuara nga viktimat, sjelljes, veprimeve dhe rrëfimeve të viktimës së dhunës dhe/ose autorit të dhunës.
[II]	Shenjat, sjelljet dhe simptomat më të zakonshme që mund të tregojnë dhunë në familje	1. Lokalizimi i lëndimeve në kokë, fytyrë, qafë, gjoks, bark dhe regjionin ano gjenital; 2. Mavijosje, djegie, plagë, kontuzione, çarje në faza të ndryshme të shërimit, alopecia traumatike, higjiena e dobët, kequshqyerja dhe dehidratimi (fëmijë dhe njerëz që varen nga kujdesi dhe ndihma e të tjerëve); 3. Viktima i fsheh plagët; 4. Gjatë bisedës, personi i dhunshëm është dominues dhe flet në emër të viktimës. Të gjithë treguesit e tjerë që mund ta bëjnë infermierin të dyshojë për dhunë në familje.
[III]	Veprimet e	1. Nëpërmjet bisedës me anëtarët e familjes ose kujdestarin,

	infirmierit nëse dyshon për dhunë të mundshme në familje	merrni informacione që mund të konfirmojnë ose hedhin poshtë dyshimin për ekzistencën e dhunës; 2. Njoftoni viktimën me kontaktet për të kërkuar ndihmë (policia 192, ndihma emergjente 194 dhe rekomandoni kontaktimin me qendrën kompetente për punë sociale dhe këshillim familjar); 3. Të gjitha vëzhgimet, gjetjet dhe pretendimet e viktimave të mundshme duhet të dokumentohen siç duhet dhe t'i raportohen mjekut përgjegjës; 4. Në rast të konstatimit të lëndimeve të rënda trupore, përdorimit të armëve të zjarrit dhe dhunës seksuale, apo pranisë së situatës së dhunshme, infermieri është i detyruar të njoftojë shërbimin e urgjencës mjekësore dhe stacionin policor.
[IV]	Masat e kujdesit	1. Mos u përballni me personin e dhunshëm për të mos rrezikuar sigurinë tuaj dhe sigurinë e viktimës; 2. Mos interpretoni dhe mos ndryshoni deklaratat; 3. Mbani në mend se viktimat ndonjëherë priren të ndryshojnë deklaratat e tyre ose të lënë me vetëdije detaje të pakëndshme të incidentit; 4. Kujdes - përgjigjja me “JO” nuk do të thotë gjithmonë “JO”. 5. Dokumentoni të gjitha lëndimet dhe deklaratat fjalë për fjalë ashtu siç janë thënë; 6. Lexoni çfarë i shkruhet viktimës dhe kërkonin nënshkrimin nga viktimat.
[V]	Dokumentimi	Infermieri që realizon vizitën përdor: 1. Udhëzimin për vizitë; 2. Kartelën shëndetësore të pacientit; Pas kthimit në institucion, infermieri i regjistron në dokumentacionin ekzistues të institucionit shëndetësor: 3. Të dhënat e përgjithshme për pacientin; 4. Datën dhe orën e vizitës së realizuar; 5. Gjendjen e pacientit, deklaratat e pacientit në lidhje me dhunën, veprimet e kryera dhe rekomandimet e dhëna; 6. Të dhënat e disponueshme për personin e dhunshëm; 7. Nënshkrimin e infermierit.

7. PROCEDURA PËR OFRIMIN E SHËRBIMEVE TE PERSONI ME ÇRREGULLIM MENDOR

Qëllimi i kësaj procedure është trajtimi i duhur dhe i sigurt nga infermieri në situatat kur ofron shërbime shëndetësore për personin me çrregullime mendore, i cili në të njëjtën kohë ka një problem shëndetësor specifik që ka çuar në vizitë.

Kur ofron shërbime për personat me çrregullime mendore, infermieri duhet të veprojë sikur kur ofron shërbime shëndetësore për personat që nuk kanë çrregullime mendore. Nuk lejohet diskriminimi në asnjë bazë, veçanërisht në bazë të sëmundjes.

Infermieri e kryen vizitën me udhëzim të mjekut familjar, e nëse infermieri nuk është në gjendje ta kryejë ndërhyrjen, duhet ta njoftojë mjekun familjar, i cili vendos për procedurën e mëtejshme.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËNHAPAT
[I]	Përgatitja për vizitë	1. Infermieri e kryen vizitën me udhëzim të mjekut familjar; 2. Të merret informacion për llojin e çrregullimit mendor nga të dhënat mjekësore nga QSHM/SHIB përgjegjëse nëse është e nevojshme, si dhe faktorët e rrezikut për sigurinë e infermierit (person i vetëm, psikotik, përkeqësim i gjendjes mendore, varësi, anëtarë të shumtë të familjes janë të sëmurë mendorë, dhunë, agresivitet i regjistruar më parë, etj.).
[II]	Vizita e infermierit në shtëpi	1. Prezantoni veten dhe qëllimin e vizitës; 2. Kërkoni nga pacienti bashkëpunim për t'i kryer ndërhyrjet e planifikuara; 3. Krijoni një marrëdhënie besimi dhe respekti, duke respektuar personalitetin e pacientit, duke përfshirë respektimin e privatësisë, botëkuptimit dhe bindjeve morale dhe fetare të tij; 4. Përshtatni komunikimin tuaj me gjendjen aktuale mendore të pacientit (dyshues, i frikësuar, agresiv, etj.), 5. Dëgjoni me kujdes pacientin dhe rregulloni rrjedhën e bisedës; 6. Nëpërmjet një bashkëbisedimi me pacientin, vlerësoni njohuritë e pacientit për sëmundjen, marrjen e terapisë, stilin e jetesës së rekomanduar në lidhje me sëmundjen e tij kronike;

		7. Zbatoni ndërhyrjen e planifikuar.
[III]	Problemet që mund t'i ketë infermieri gjatë vizitës ose ndërhyrjes	1. Refuzimi për të bashkëpunuar; 2. Pacienti i frikësuar (frika nga ndërhyrja ose frika si pjesë përbërëse e sëmundjes mendore); 3. Komunikimi i dobët; 4. Rreziku i lartë i dhunës ndaj vetes dhe ndaj njerëzve të tjerë; 5. Izolimi social i pacientit; 6. Marrëdhëniet e prishura familjare që e bëjnë të pamundur kryerjen e ndërhyrjes.
[IV]	Masat e kujdesit	1. Kur ekziston rreziku i menjëhershëm që një person me çrregullime mendore të rrezikojë me sjelljen e tij shëndetin ose jetën e tij ose të një personi tjetër, të dëmtojë pasurinë e tij ose të tjerëve, është e nevojshme të kontaktoni policinë dhe ndihmën emergjente mjekësore; 2. Mos neglizhoni sigurinë personale; 3. Respektoni ndjenjën e rrezikut aktual; 4. Nëse pacienti tregon agresivitet mos u afroni shumë, shmangni shikimin e zgjatur të drejtpërdrejtë në sy dhe hiqni objektet potencialisht të rrezikshme nga mjedisi i afërt; 5. Mos e prekni pacientin pa lejen e tij; 6. Gjatë ofrimit të shërbimeve, kërkoni praninë e një familjari ose një personi tjetër pranë pacientit sa herë që është e mundur dhe nëse pacienti është dakord (për të mos rrezikuar privatësinë e tij).
[V]	Dokumentimi	Pas kthimit në institucion, infermieri i regjistron në dokumentacionin ekzistues të institucionit shëndetësor: 1. Të dhënat e përgjithshme për pacientin; 2. Datën dhe orën e vizitës nga ekipi; 3. Aktivitetet e realizuara; 4. Vëzhgimet personale në lidhje me ndryshimet në gjendjen shëndetësore; 5. Nënshkrimin e infermierit që ka kryer vizitën.

8. PROCEDURA E VIZITËS TE PACIENTI ME SËMUNDJE MALINJE

Qëllimi i procedurës është t'i përcaktojë veprimet e infermierit gjatë vizitës së parë dhe të vazhdueshme të një pacient me sëmundje malinje.

Infermieri i ofron asistencë pacientit që vuan nga një sëmundje malinje në plotësimin e nevojave themelore njerëzore dhe jetësore për të ruajtur dhe përmirësuar shëndetin ekzistues, për të parandaluar humbje të mëtejshme, por edhe për përmirësim të shëndetit.

Prania e një sëmundjeje malinje te pacientët shkakton tronditje, mosbesim, frikë (nga dhimbja, vuajtja, vdekja e mundshme).

Në kujdesin ndaj pacientit, infermieri duhet të krijojë një marrëdhënie specifike që do t'i mundësojë të zbulojë problemet dhe shqetësimet reale të pacientit, të sigurojë informacionin e nevojshëm dhe të zbatojë ndërhyrjet që synojnë zgjidhjen ose zbutjen e problemit.

Është e një rëndësie të madhe mbështetja për pacientin, por edhe për familjen, sepse familja është një faktor dhe hallkë e rëndësishme në përshtatjen e tij ndaj sëmundjes malinje.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËNHAPAT
[I]	Përgatitja e infermierit për vizitën e parë	1. Para se të realizoni vizitën në shtëpi, merrni informacion për pacientin duke parë dokumentacionin mjekësor; 2. Shënoni të dhënat nga dokumentacioni mjekësor në kartelën shëndetësore të pacientit me sëmundje malinje; 3. Nëse është e mundur, përmes një bisede me mjekun përgjegjës dhe/ose familjen e pacientit, mësoni detaje për gjendjen e pacientit dhe ndërgjegjësimin për sëmundjen e tij; 4. Planifikoni dhe ndani kohë të mjaftueshme për vizitën në shtëpi (caktoni orën e takimit/mbërritjes për vizitën në shtëpi).
[II]	Veprimet në vizitën e parë	1. Prezantoni veten pas mbërritjes dhe shpjegoni arsyen e vizitës; 2. Filloni bisedën me një temë të lehtë që nuk lidhet me sëmundjen e pacientit; 3. Tregoni ndjeshmëri të mjaftueshme që pacienti të krijojë përshtypjen se ne i kuptojmë problemet e shkaktuara nga sëmundja e tij; 4. Komunikoni në mënyrë që pacienti të marrë pjesë në mënyrë aktive në bisedën për sëmundjen e tij, duke respektuar personalitetin e pacientit, privatësinë, botëkuptimet dhe bindjet morale e fetare;

		5. Kontrolloni nëse pacienti i kupton pyetjet, këshillat ose informacionet që ne i paraqesim; Nëse gjendja e pacientit e lejon, në kartelën shëndetësore të pacientit me sëmundje malinje, gjatë vizitës së parë të përfshihen: 6. Data dhe ora e vizitës së parë; 7. Indeksi i Masës Trupore (IMT); 8. Vlerat e presionit arterial të gjakut, sheqerit në gjak dhe oksigjenimit (SpO2); 9. Të dhëna anamnestike për praninë e dhimbjes, lokalizimin e saj dhe përcaktimin e shkallës së dhimbjes; 10. Prania eventuale e sotmes; 11. Prania eventuale e inkontinencës; 12. Prania e ulcerave nga presioni (dekubiti) dhe lokalizimi; 13. Vlerësimi i lëvizshmërisë; 14. Vlerësimi i nevojës për ndihmën nga një person tjetër dhe specifikimi për çfarë (të shkuarit në tualet, larja, veshja); 15. Vëzhgime të tjera për kushtet e jetesës, sëmundjet shoqëruese, etj.; 16. Këshillimi i pacientit/familjarit për përkujdesje të vazhdueshme dhe mospërdorimin e duhanit, alkoolit, substancave psikoaktive; 17. Lloji i ndërhyrjes së infermierit gjatë vizitës së parë; 18. Lloji i terapisë nëse është e përshkruar (shënoni emrin dhe dozën e barit) dhe emrin e mjekut familjar përgjegjës.
[III]	Veprimet për vizitat e përsëritura	1. Shkruani datën e çdo vizite pasuese; 2. Vlerësoni situatën dhe identifikoni vështirësitë/problemet e reja; 3. Zbatoni aktivitetet e planifikuara për t'i eliminuar/reduktuar vështirësitë; 4. Shënoni në kartelën shëndetësore gjendjen e pacientit pas vizitës (përmirësim, përkeqësim) dhe aktivitetet e kryera; 5. Regjistroni nëse pacienti ka kontrolle të rregullta mjekësore;

		6. Shënoni në kartelën shëndetësore nëse pacienti është vendosur në ndonjë institucion që ofron kujdes për pacientë të tillë (emrin e institucionit dhe datën e vendosjes); 7. Merrni informacion nga pacienti nëse ai është anëtar i një shoqate pacientësh, e nëse jo, jepni informacion për shoqatat e disponueshme.
[IV]	Masat e kujdesit	1. Asnjëherë mos thoni "Unë e di se si ndihesh"; 2. Jepni informacion në mënyrë të kuptueshme pa hyrë në vlerësimin, ecurinë dhe prognozën e sëmundjes; 3. Mos përdorni terminologji mjekësore që pacienti nuk e kupton; 4. Kushтони vëmendje ndryshimeve dhe problemeve të shkaktuara nga sëmundja malinje, si dhe efekteve anësore që shkakton terapia; 5. Për çdo ndryshim të vërejtur që mund të rrezikojë jetën e pacientit, njoftoni menjëherë mjekun përgjegjës; 6. Në rast agresiviteti nga pacienti ose pjesëtari i familjes, qëndroni të qetë dhe profesional.
[V]	Dokumentimi	Pas kthimit në institucion, infermieri i regjistron në dokumentacionin ekzistues të institucionit shëndetësor: 6. Të dhënat e përgjithshme për pacientin; 7. Datën dhe orën e vizitës; 8. Aktivitetet e realizuara; 9. Vëzhgimet personale në lidhje me ndryshimet në gjendjen shëndetësore; 10. Nënshkrimin e infermierit që ka kryer vizitën.

9. PROCEDURA E VIZITËS TE PACIENTI ME TUBERKULOZ

Qëllimi i procedurës është t'i japë udhëzime infermierit për veprime dhe këshillimin e pacientit me tuberkuloz gjatë vizitave në shtëpi.

Tuberkulozi (TB) është një inflamacion specifik, më shpesh i lokalizuar në mushkëri ku mund të shkaktojë sëmundje në çdo organ tjetër të organizimit (TB ekstra pulmonare).

Tuberkulozi transmetohet nga personi në person, përmes kollitjes, këlbazës, të folurit me zë, të kënduarit etj.

Kujdesi për pacientin i cili zbatohet në shtëpinë e të sëmurit përfshin mbikëqyrjen për marrjen e rregullt të terapisë, ndihmën në ruajtjen e vetëbesimit dhe dinjitetit, kontrollin e zbatimit të masave të duhura mbrojtëse.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËNHAPAT
[I]	Përgatitja e infermierit për vizitën e parë	Para se të realizoni vizitën në shtëpi, merrni informacion për pacientin: 5. Duke parë dokumentacionin mjekësor; 6. Bisedoni me mjekun përgjegjës dhe familjen e pacientit; 7. Shënoni në kartelën shëndetësore të pacientit me tuberkuloz të dhënat nga dokumentacioni mjekësor; 8. Planifikoni dhe ndani kohë të mjaftueshme për vizitë në shtëpi të pacientit; 9. Merrni me vete pajisjet personale mbrojtëse kundër infeksionit (maskë, doreza, veshje njëpërdorimshme, mbështjellëse këpucësh / kalaqe).
[II]	Veprimet në vizitën e parë	1. Bëni vlerësimin fillestar të pacientit dhe të dhënat nga dokumentacioni mjekësor; 2. Bëni planin e kujdesit infermieror pas vlerësimit, duke përfshirë qëllimet e përgjithshme që arrihen përmes ndërhyrjes infermierore dhe këshillimit (këshilla për marrjen e rregullt të terapisë, dieta, sjelljet e rrezikshme të pacientit, këshillimi i pacientit dhe anëtarëve të familjes për masat për të parandaluar përhapjen e infeksionit).
[III]	Veprimet për vizitat e përsëritura	1. Bëni një vizitë të përsëritur bazuar në vlerësimin e nevojave të pacientit dhe identifikimin e problemit të mundshëm pas vizitës së parë dhe/ose në marrëveshje me mjekun dhe familjen;

		2. Mbikëqyrni marrjen e terapisë; 3. Përmes bisedës, vlerësoni njohuritë dhe sjelljen e fituar të pacientit dhe, nëse është e nevojshme, përsëritni konsultat; 4. Regjistroni aktivitetet e kryera (ndërhyrjet, konsultimet).
[IV]	Masat e kujdesit	1. Respektoni masat e sigurisë në punë, duke përdorur pajisjet mbrojtëse personale; 2. Hidhni pajisjet e përdorura personale mbrojtëse si mbetje infektive; 3. Infermieret gjatë periudhës së shtatzënisë nuk duhet të jenë në kontakt me pacientin; 4. Vizitoni pacientin me tuberkuloz në fund të ditës së punës.
[V]	Dokumentimi	Pas kthimit në institucion, infermieri i regjistron në dokumentacionin ekzistues të institucionit shëndetësor: 1. Të dhënat e përgjithshme për pacientin; 2. Datën dhe orë e vizitës; 3. Aktivitetet e realizuara; 4. Vëzhgimet personale në lidhje me ndryshimet në gjendjen shëndetësore; 5. Nënshkrimin e infermierit që ka kryer vizitën.

Tabela 1 - Plani i kujdesit infermieror

Plani i kujdesit infermieror	Këshilla për:
Terapia	Rëndësinë e marrjes së rregullt të terapisë dhe regjimit terapeutik.
Të ushqyerit	- Marrjen e ushqimit dhe lëngjeve të pasura me: - vitamina dhe minerale - fruta dhe perime të freskëta ose mesatarisht të përpunuara termikisht; - proteina - mish, peshk, vezë, qumësht dhe produkte qumështi; - yndyra - bimore dhe shtazore, duke marrë vakte më të shpeshta me kalori të lartë gjatë ditës (5-6 vakte), me reduktim të kripës dhe karbohidrateve; - Rëndësinë e kontrollit të peshës trupore.
Izolimi i pacientëve në shtëpi dhe mënyra për të parandaluar përhapjen e infeksionit	- Rëndësinë e izolimit të pacientit sipas rekomandimit të mjekut; - Reduktimin e vizitave; - Përdorimin e maskës mbrojtëse; - Dezinfektimin e ambienteve; - Larjen e rregullt të duarve; - Ajrosjen e shpeshtë të hapësirës; - Veprimet që kanë të bëjnë me pështymën (përdorimi i enës dhe faculetave të disponueshme kur kolliteni dhe teshtini); - Pastrimin dhe dezinfektimin e objekteve që bien në kontakt me pështymën, shtroja, mbulesa dhe shtretër personal, takëm dhe pështymë (tabela 2).
Faktorët e rrezikut	- Ndërprerjen e duhanit (përmirësimi i imunitetit lokal në sistemin e frymëmarrjes); - Ndërprerjen e konsumit të alkoolit (shtypja e sistemit imunitar, tendenca ndaj infeksioneve); - Shmangien e aktivitetit fizik; - Shmangien e kontaktit me njerëzit që vuajnë nga sëmundje infektive; - Shmangien e stresit.
Statusi social	- Plotësimin e kushteve për trajtim në shtëpi; - Mundësitë për të ndihmuar anëtarët e familjes si dhe angazhimin e aktiviteteve të tjera, me qëllim plotësimin e kriterëve për trajtim në shtëpi.

Tabela 2 - Rekomandime për parandalimin e përhapjes së infeksionit

ÇKA?	KUR?	SI?	ME ÇKA?
Çarçafët e shtratit	Ndërrimi i këllëfit të jastëkëve një herë në ditë, çarçafët tjerë një herë në javë.	Të zier; Të tharë (mundësisht në diell); Të hekurosur.	Detergjent i zakonshëm për zierjen e rrobave.
Dyshek, çarçaf, jastëk	Një herë në muaj.	Larja dhe ekspozimi në diell për 6 orë (nëse është e mundur).	Detergjent i zakonshëm për zierjen e rrobave.
Ena për pështymë (pështymore)	Çdo ditë.	Zbrazeni, lajeni dhe zhyteni për 4 orë në dezinfektues.	Detergjent dhe dezinfektues me bazë klori.
Enët për ushqim	Pas çdo shujte.	Larje / zhytje / shpëlarje mekanike veç e veç.	Detergjent + ujë i ngrohtë + dezinfektues me bazë klori.
Telefoni	Pas përdorimit.	Fshijeni.	Dezinfektues me bazë klori.
Nyje sanitare	Çdo ditë.	Larje mekanike.	Dezinfektues me bazë klori.

10. PROCEDURA PËR ZBATIMIN E MASAVE STANDARDE TË MBROJTJES PERSONALE TË INFERMIERIT NDAJ INFEKSIONEVE

Qëllimi i procedurës është aplikimi i masave standarde për mbrojtjen personale të infermierit ndaj infeksioneve.

Gjatë ofrimit të shërbimeve shëndetësore, infermieri mund të përballë me rreziqe të ndryshme për shëndetin dhe sigurinë e tij. Rreziqet profesionale në një vizitë të rregullt, përveç atyre biologjike, përfshijnë edhe faktorë fizikë, mekanikë (ergonomikë) dhe psikologjikë.

Siguria dhe mbrojtja e shëndetit të infermierëve rregullohet me akte që kanë të bëjnë me sigurinë në vendin e punës.

Është detyrë e infermierit që të kujdeset për sigurinë e vet në punë, duke përfshirë respektimin e masave mbrojtëse para dhe pas ekspozimit.

Masat para ekspozimit kryhen para ekspozimit ndaj materialit infektiv. Ato përfshijnë masa mbrojtëse specifike (vaksinimi) dhe masa mbrojtëse të përgjithshme ose standarde.

Masat standarde kanë për qëllim zvogëlimin e rrezikut të transmetimit të patogjenëve të transmetuar nga gjaku dhe patogjenëve të tjerë nga burime të njohura dhe të panjohura.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËNHAPAT
[I]	Masat Standarde	1. Larja dhe dezinfektimi i duarve; 2. Përdorimi i duhur i veshjeve dhe këpucëve mbrojtëse; 3. Përdorimi i duhur i pajisjeve personale mbrojtëse; 4. Trajtimi i duhur i materialeve biologjike; 5. Asgjësimi i duhur i mbetjeve infektive.
	Larja e duarve dhe dezinfektimi	1. Larja e duarve është metoda më e rëndësishme dhe më efektive për parandalimin e transmetimit të mikroorganizmave. 2. Në varësi të nevojave, infermieri lan duart në dy mënyra: ○ Larja e rregullt (higjienike) e duarve, ○ Dezinfektimi higjienik ose antiseptik i duarve. Veproni sipas procedurës së larjes dhe dezinfektimit të duarve (shtojcat 3 dhe 4).
[II]	Përdorimi i pajisjeve	1. Maska mbrojtëse: ○ Përdoret për një përdorim të vetëm;

	personale mbrojtëse	○ Parandalon transmetimin e mikroorganizmave nëpërmjet nxjerrjes së ajrit dhe pikave të pështymës; ○ Mbulon gojën dhe hundën; ○ Ndryshon në rast të teshtitjes, kollitjes ose nëse është e lagësht; ○ Pas përdorimit vendoset në enën për mbetjet infektive. 2. Syzet mbrojtëse t'i përdorni me maskën mbrojtëse kur ekziston rreziku i spërkatjes së gjakut, lëngjeve trupore ose sekrecioneve; 3. Dorezat mbrojtëse janë të detyrueshme gjatë të gjitha ndërhyrjeve në vizitat e rregullta; 4. Mbulesë këpucësh (kalaqe) të përdorni kur hyni në shtëpinë e pacientit; 5. Kostumi i punës - Institucioni shëndetësor amë përcakton rregulloren për veshjen dhe përdorimin e kostumit të punës sipas Kodit të Etikës së Sjelljes dhe Kodit të Veshjes.
[III]	Hedhja e duhur e mbetjeve të mprehta dhe infektive	Mbetjet infektive përfshijnë: 1. Mostrat për analiza mikrobiologjike; 2. Pjesët e pajisjeve; 3. Materialet dhe pajisjet që ranë në kontakt me gjakun/sekrecionet e pacientit, ose që janë përdorur gjatë fashimit të plagëve; 4. Sistemin e infuzionit; 5. Dorezat; 6. Qeset që përmbanin material biologjik; 7. Kateterin; 8. Sondat, kanulat dhe aksesoret e tjerë të disponueshëm; 9. Objektet e mprehta: gjilpëra, lanceta (shpuese), shiringa, bisturi dhe objekte të tjera që mund të shkaktojnë shpim ose prerje. Mbetjet infektive jo të mprehta (doreza, maskë, material fashimi, kateter, sondë, etj.) hidhen në qeset për mbetje infektive, të cilat më pas procedohen në përputhje me rregulloren aktuale për menaxhimin e mbetjeve në institucion.

		Hidhni gjilpërat, bisturitë dhe sende të tjera të mprehta, tuba qelqi etj., në enë plastike të përshkruara për mbetje të mprehta (Manuali i parë i Procedurave Standarde të Infermierisë në KPSH, faqe 41).
[IV]	Masat e kujdesit	1. Dëmtimi i lëkurës së duarve të infermierit mund të jetë një portë hyrëse për infeksion; 2. Në rast të një incidenti me mjete të mprehta, trajtojeni vendin e lëndimit si duhet dhe raportoni incidentin; 3. Incidentet thumbuese ndodhin më shpesh kur kapaku vendoset përsëri në një gjilpërë të përdorur dhe kur manipuloni me instrumente të mprehta; 4. Asnjëherë mos ia kaloni një personi tjetër një gjilpërë të hapur në shiringë ose mos e merrni nga një person tjetër; 5. Pasi të hidhen gjilpërat, ato nuk duhet të hiqen nga kutia e mbetjeve të mprehta; 6. Kutia për mbetjet e mprehta nuk duhet të kontrollohet ose të mbushet tepër; 7. Përdorimi afatgjatë dhe pa kriter i dorezave mund të shkaktojë reaksione të padëshiruara dhe ndjeshmëri të lëkurës; 8. Hapësirat e banimit jo higjienike, të çrregullta mund të jenë burim parazitësh (brejtësit, morrat, etj.).

Shtojca 3 - Larja higjienike e duarve



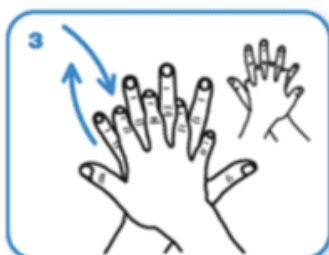
Lagni duart me ujë



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



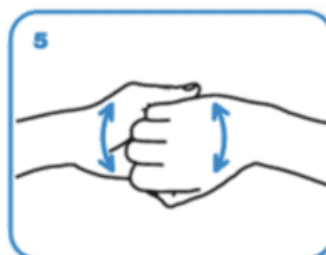
Fërkoni duart pëllëmbë më pëllëmbë



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



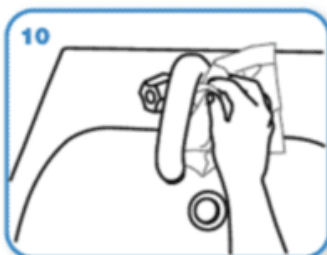
Fërkim rrotullues para, mbrapa me gishtërinj të mbërthyer të dorës së djathtë në pëllëmbën e majtë dhe anasjelltas



Shpëlani duart me ujë



Thajini duart mirë me një letër njëpërdorimëshe



Përdorni letrën për të mbyllur rubinetin



... tani duart tuaja janë të sigurta.

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

Shtojca 4 – Dezinfektimi i duarve



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

KAPITULLI II – PROCEDURAT E VLERËSIMIT, MATJES DHE MARRJES SË MOSTRAVE

11	PROCEDURA E EKZAMINIMIT TË SHPUTËS DHE VLERËSIMI I RREZIKUT TË SHFAQJES SË SHPUTËS DIABETIKE
12	PROCEDURA E VLERËSIMIT TË RREZIKUT TË RREZIMIT NË SHTËPI DHE MASAT E PARANDALIMIT
13	PROCEDURA E VLERËSIMIT TË STATUSIT NJOHËS TË PACIENTIT
14	PROCEDURA E KATEGORIZIMIT TË PACIENTËVE NË SHTËPI
15	PROCEDURA PËR MATJEN E PULSIT DHE SATURIMIT ME OKSIGJEN
16	PROCEDURA PËR MATJEN E PIKUT TË RRJEDHËS EKSPIRATORE
17	PROCEDURA E MARRJES SË MOSTRËS SË GJAKUT VENOZ NË SHTËPI DHE TRANSPORTI I SIGURT NË LABORATOR
18	PROCEDURA E MARRJES SË STRISHOS SË HUNDËS DHE NAZOFARINGUT PËR EKZAMINIM MIKROBIOLOGJIK DHE TRANSPORTI I SIGURT NË LABORATORIN MIKROBIOLOGJIK
19	PROCEDURA PËR MARRJEN E STRISHOS SË FARINGUT DHE BAJAMEVE PËR EKZAMINIM MIKROBIOLOGJIK DHE TRANSPORTI I SIGURT NË LABORATOR
20	PROCEDURA PËR MBLEDHJEN E MOSTRAVE TË URINËS NË SHTËPI PËR PACIENTËT ME KATETER URINAR DHE TRANSPORTI I SIGURT I MOSTRËS NË LABORATOR
21	PROCEDURA PËR MARRJEN E STRISHOS SË PLAGËS PËR EKZAMINIM MIKROBIOLOGJIK

11. PROCEDURA E EKZAMINIMIT TË SHPUTËS DHE VLERËSIMI I RREZIKUT TË SHFAQJES SË SHPUTËS DIABETIKE

Qëllimi i procedurës është qasja unike dhe e sigurt e infermierit tek pacienti me diabet, gjatë ekzaminimit të shputës dhe vlerësimit të rrezikut të shfaqjes së shputës diabetike në institucionin shëndetësor ose në shtëpi.

Sipas përkufizimit të OBSH-së, shputa diabetike është këmba e pacientit diabetik, integriteti funksional i të cilit është i dëmtuar për shkak të infeksionit, dëmtimit të indeve, të nervave, si dhe enëve të gjakut.

Ekzaminimi i shputës, identifikimi dhe vlerësimi i rrezikut është baza e menaxhimit efektiv të parandalimit të shputës diabetike.

Vlerësimi i rrezikut të shfaqjes së shputës diabetike në institucionin shëndetësor kryhet nga infermieri/ekipi i mjekësisë familjare, ndërsa në shtëpi nga infermieri. Vlerësimi bazohet në historinë infermierore dhe ekzaminimin e të dy këmbëve.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËNHAPAT
[I]	Historia infermierore - Faktorët e rrezikut	1. Kohëzgjatja e diabetit (që nga momenti kur pacienti ka sëmundjen); 2. Vlera tremujore e sheqerit në gjak (HbA1C); 3. Komplikime kardiovaskulare, renale dhe të syve; 4. Sëmundje të tjera shoqëruese; 5. Stili i jetesës (pirja e duhanit, alkooli, obeziteti); 6. Barnat që përdor pacienti (lloji, mënyra e administrimit); 7. Alergjitë, irritimi i lëkurës, etj.; 8. Historitë e mëparshme të ulcerave në këmbë; 9. Njohuri, aftësi dhe vullnet për vetëkujdes.
[II]	Përgatitja për ekzaminimin e këmbës	Përgatitja e hapësirës: 1. Dhoma duhet të jetë e ndriçuar, e ajrosur dhe me temperaturë optimale; Përgatitja e çantës: 2. Doreza; 3. Kompresë ose mushama; 4. Monofilament;

		5. Pirun akustik 128 Hz; Përgatitja e pacientit: 6. Gjatë ekzaminimit të këmbëve të pacientit është e dëshirueshme që të jetë i pranishëm një familjar apo kujdestar, në mënyrë që ata të mund të ndjekin demonstrimin e procedurës për qëllime edukimi; 7. Shpjegojini pacientit/familjes/kujdestarit qëllimin, procedurën dhe bashkëpunimin që pritët gjatë ekzaminimit, duke respektuar personalitetin e pacientit, duke përfshirë respektimin për privatësinë, botëkuptimin dhe bindjet morale dhe fetare të tij; 8. Vendoseni pacientin në pozicion ulur ose shtrirë në varësi të gjendjes së pacientit; 9. Lironi këmbët nga këpucët dhe rrobat.
[III]	Ekzaminimi i shputës	Ekzaminimi përfshin të dy shputat (inspektimin vizual; palpimin; vlerësimin e ndjeshmërisë dhe vlerësimin e qarkullimit). Inspektimi vizual: 1. Ekzaminoni shputën duke filluar nga gishtat e këmbës drejt thembres, përfshirë zonën midis gishtërinjve; 2. Ekzaminoni lëkurën për prani të lëndimit, kallo, fisura, plagë, ulcera si dhe dukuri të tjera të pazakonta; 3. Kërkoni për lëkurë të hollë, të butë, me shkëlqim (vende rreziku për formimin e ulcerave); 4. Ekzaminoni thonjtë (trashja e thonjve, thonjtë e rrënjës, gjatësia e thonjve dhe prania e infeksioneve mykotike); 5. Inspektoni çorapet; 6. Inspektoni këpucët (për materialin, praninë e objekteve të huaja, kallëpit dhe madhësinë e papërshtatshme); Palpimi (figura 1) 7. Palpimi i pulsit në arteriet dorsalis pedis dhe tibialis posterior; 8. Prekni/ndjeni këmbët (këmbë të ngrohta/të ftohta dhe/ose të thata/të lagura) – zakonisht janë të thata dhe të ngrohta; 9. Mbushja kapilare e gishtit të madh të këmbës (pas shtypjes së thoit, mbushja është normale në më pak se 2 sekonda);

10. Nëse nuk ndjehet pulsi gjatë vlerësimit, informoni mjekun për vlerësim të mëtejshëm.

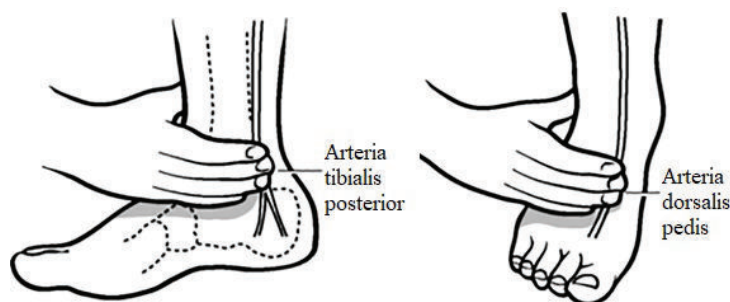


Figura 1. Palpimi i pulsit

Testi i ndjeshmërisë sipërfaqësore me gjilpërë monofilament silikoni:

11. Ky test vlerëson reagimin e lëkurës së shputës, pas prekjes së saj me gjilpërë monofilamenti silikoni 10 G;
12. Sqaroni pacientit se monofilamenti se nuk shkakton lëndim;
13. Kërkoni pacientit të ngrejë kokën me sy të mbyllur;
14. Udhëzoni pacientin të thotë "po" kur ndjen prekjen e monofilamentit në këmbë (asnjëherë mos e pyet pacientin "A po e ndjen këtë?");
15. Testoni pikat sipas metodës Semmens - Weinstein (Figura 2);
16. Mbajeni monofilamentin vertikalisht në lëkurë (këndi 90°);
17. Përpikuni që veprimi të bëhet për 3 sekonda: vendosni fundin e monofilamentit në pikë, shtyjeni deri në fillimin e përkuljes së lehtë të gjilpërës së silikonit dhe hiqni monofilamentin nga lëkura;
18. Përsëritni të njëjtën gjë në vendin tjetër të testimit;
19. Nëse monofilamenti rrëshqet aksidentalisht nga lëkura, provojeni sërish zonën;
20. Përdorni monofilament në sekuencë të rastësishme, dhe jo në rrjedhë logjike;
21. Nëse pacienti nuk thotë "po" kur preket vendi i testuar, vazhdoni testimin në vendin tjetër;
22. Kur të ketë mbaruar testimi, kthehuni në vendet ku pacienti nuk e ka ndjerë monofilamentin;
23. Mos përdorni monofilament në plagë, zona nekrotike ose kallo;

24. Vlerësoni secilën shputë veç e veç [regjistroni numrin e përgjigjeve negative për shputë (0–10)];
25. Përgjigjet negative > 5 = neuropati periferike.

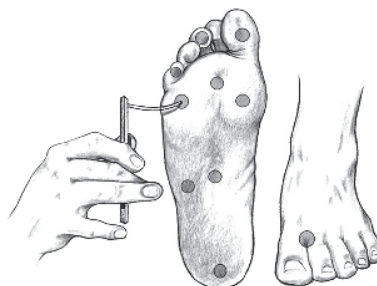


Figura 2. Vendet e provës Semmens – Weinstein

Piruni akustik

26. Ekzaminimi i ndjeshmërisë së thellë bëhet me pirun akustik (ndjesi ndaj dridhjes);
27. Për testimin e ndjeshmërisë së thellë, piruni akustik (ekskluzivisht 128 Hz) përdoret në 5 vende duke përdorur teknikën +/- (figura 3 dhe 4);
28. Përgjigjet negative > 5 = neuropati periferike;
29. Përgjigjet negative < 2 = nuk ka neuropati periferike;
30. Komenti i ndjeshmërisë së dridhjeve:
- "0" – i fikur;
 - +/- i dobësuar;
 - 1 – i rregullt.



Figura 3. Piruni akustik



Figura 4. Pikat testuese

(gishti i madh; koka e kockës së parë dhe të pestë metatarsale, malleolus medial dhe lateral)

		Kryerja e saktë e testit 31. Tregoni pacientit pirunin akustik. Vendoseni pjesën e poshtme të ngushtë të pirunit në dorën ose krahun e pacientit dhe demonstroi se si piruni dridh; 32. Kërkoni pacientit të ngrejë kokën me sy të mbyllur; 33. Udhëzoni pacientin të thotë "po" kur ndjen dridhjen në shputë; 34. Merrni pirunin akustik nga pjesa e poshtme e ngushtë me dy gishta (gishti i madh dhe gishti tregues) i dorës dominuese, në mënyrë që gishtat e tjerë të mos prekin krahët e pirunit gjatë gjithë veprimit (duke prekur krahët, dridhja ndalon); 35. Me dy gishtat e dorës tjetër filloni dridhjen e krahëve të pirunit me një lëvizje të shpejtë; 36. Vendoseni pjesën e poshtme të ngushtë të pirunit në pikën që do të ekzaminohet (Figura 4); 37. Mbani pirunin në secilën pikë për 1–3 sekonda; 38. Për çdo pikë filloni sërish dridhjen.																																																
[IV]	Vlerësimi i rrezikut për ulcera te pacientët me diabet	Tabela 3. Vlerësimi i rrezikut për ulcera te pacientët me diabet <table><tr><th colspan="3">Këmba e djathtë</th><th colspan="3">Këmba e majtë</th></tr><tr><th>Vlerësimi i rrezikut</th><th>PO</th><th>JO</th><th>Vlerësimi i rrezikut</th><th>PO</th><th>JO</th></tr><tr><td>Trashje e lëkurës</td><td></td><td></td><td>Trashje e lëkurës</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Ndjeshmëria e shqetësuar</td><td></td><td></td><td>Ndjeshmëria e shqetësuar</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Mungesa e pulsimeve</td><td></td><td></td><td>Mungesa e pulsimeve</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Deformimi i këmbës</td><td></td><td></td><td>Deformimi i këmbës</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Historia e ulcerës në këmbë</td><td></td><td></td><td>Historia e ulcerës në këmbë</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Amputimi i mëparshëm</td><td></td><td></td><td>Amputimi i mëparshëm</td><td></td><td></td></tr></table> Referencë: ▪ Të gjitha përgjigjet JO = rrezik i ulët, ▪ 1 përgjigje PO = rrezik mesatar, ▪ > 1 përgjigje PO = rrezik i lartë Pas vlerësimit, këshilloni pacientin për kujdesin e shputës dhe nëse ka rrezik të lartë, njoftoni mjekun përgjegjës të pacientit.	Këmba e djathtë			Këmba e majtë			Vlerësimi i rrezikut	PO	JO	Vlerësimi i rrezikut	PO	JO	Trashje e lëkurës			Trashje e lëkurës			Ndjeshmëria e shqetësuar			Ndjeshmëria e shqetësuar			Mungesa e pulsimeve			Mungesa e pulsimeve			Deformimi i këmbës			Deformimi i këmbës			Historia e ulcerës në këmbë			Historia e ulcerës në këmbë			Amputimi i mëparshëm			Amputimi i mëparshëm		
Këmba e djathtë			Këmba e majtë																																															
Vlerësimi i rrezikut	PO	JO	Vlerësimi i rrezikut	PO	JO																																													
Trashje e lëkurës			Trashje e lëkurës																																															
Ndjeshmëria e shqetësuar			Ndjeshmëria e shqetësuar																																															
Mungesa e pulsimeve			Mungesa e pulsimeve																																															
Deformimi i këmbës			Deformimi i këmbës																																															
Historia e ulcerës në këmbë			Historia e ulcerës në këmbë																																															
Amputimi i mëparshëm			Amputimi i mëparshëm																																															
[V]	Shpeshtësia e inspektimit /ekzaminimit të shputës	1. Gjatë vizitës së parë te pacienti me diabet; 2. Gjatë vizitës vjetore te pacienti me diabet; 3. Rrezik i lartë i vlerësuar – inspektohet në çdo vizitë të pacientit; 4. Rrezik mesatar i vlerësuar – inspektohet së paku 2 herë në vit. 5. Rrezik i ulët i vlerësuar – inspektohet të paktën 1 herë në vit.																																																

[VI]	Dokumentimi	Pas kthimit në institucion, infermieri i regjistron në dokumentacionin ekzistues të institucionit shëndetësor: 6. Të dhënat e përgjithshme për pacientin; 7. Datën dhe orën e vizitës; 8. Aktivitetet e realizuara; 9. Nënshkrimin e infermierit që ka kryer vizitën.
------	-------------	---

12. PROCEDURA E VLERËSIMIT TË RREZIKUT TË RREZIMIT NË SHTËPI DHE MASAT E PARANDALIMIT

Qëllimi është t'i përcaktojë procedurat e infermierit në vlerësimin e rrezikut në shtëpi dhe udhëzimet për masat parandaluese.

Rrëzimi është humbja e papritur e ekuilibrit që rezulton në ndryshim të papritur dhe të paqëllimshëm në pozicionin e trupit që e çon personin në rrëzim.

Vlerësimi dhe ndërhyrjet sistematike të rrezikut për rrëzim janë të rëndësishme në parandalimin dhe reduktimin e shkallës së rrëzimit, p.sh. lëndimeve, kujdesit afatgjatë shëndetësor dhe kostove të larta të trajtimit.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËNHAPAT
[I]	Kriteret për vlerësimin e rrezikut	1. Mosha e vjetër (pleqtë); 2. Me etiologji të çrregullimit të ekuilibrit; 3. Me shikim dhe orientim të dobët në hapësirë; 4. Me dëmtime njohëse; 5. Me çrregullime mendore; 6. Me histori të rrëzimeve të mëparshme; 7. Të gjitha kushtet e tjera sipas vlerësimit të infermierit.
[II]	Procedura e vlerësimit dhe masat parandaluese	1. Mblidhni të dhëna për pacientin duke parë dokumentacionin shëndetësor, me intervistë duke biseduar me pacientin dhe familjen e tij, duke vëzhguar pacientin (inspektim) dhe duke matur shenjat vitale; 2. Përcaktoni faktorët e brendshëm të rrezikut për rrëzim; 3. Mblidhni të dhëna për kushtet rreth lëvizjes dhe jetës së pacientit; 4. Përcaktoni sigurinë dhe identifikoni faktorët e jashtëm të rrezikut - rreziqet për lëvizjen në shtëpi; 5. Bëni vlerësim të rrezikut për rrëzim duke përdorur shkallën Morse (tabelat 6 dhe 6a); 6. Bazuar në rreziqet e përcaktuara për rrëzim, përcaktoni aktivitetet/ndërhyrjet me pacientin dhe/ose anëtarët e familjes, p.sh. këshilla dhe rekomandime për parandalimin e rrëzimit (tabelat 4 dhe 5), duke respektuar personalitetin e pacientit, duke përfshirë respektimin e privatësisë së tij, botëkuptimin

		dhe besimet morale dhe fetare.
[III]	Dokumentimi	Infermieri shfrytëzon dokumentacionin e mëposhtëm: 1. Udhëzimin e vizitës; 2. Kartelën shëndetësore të pacientit; 3. Formën e shkallës së vlerësimit të rrezikut për rrëzim Morse; Pas kthimit në institucion, infermieri regjistron në dokumentacionin shëndetësor të institucionit: 4. Të dhënat e përgjithshme për pacientin; 5. Datën dhe orën e vizitës; 6. Vlerësimin e rrezikut për rrëzim dhe procedurat e zbatuara; 7. Nënshkrimin e infermierit që ka kryer vizitën.

Tabela 4 - Faktorët e brendshëm të rrezikut - aktivitetet/ndërrhyrjet për parandalimin e rrëzimit.

Faktorët e brendshëm të rrezikut	Ndërrhyrjet për parandalimin e rrëzimit
- Problemet me lëvizje - ngritja nga karrige ose shtrati, - Mungesa ose përdorimi jo i duhur i mjeteve ndihmëse ortopedike, - Aktiviteti fizik i pamjaftueshëm.	- Këshilloni për të lëvizur ngadalë, me hapa më të vegjël - të lëvizë dhe të ngrihet nga një karrige ose nga shtrati duke përdorur parmakët e duhur ose mjetet ndihmëse ortopedike, - të angazhohet në aktivitete fizike të përshtatura.
- Çrregullime të ekuilibrit, marramendje, çrregullime të koordinimit, aftësi e zvogëluar për t'u orientuar në hapësirë, reflekse të ngadalësuara - paqëndrueshmëri në këmbë.	- Inkurajoni aktivitetet, ushtrimet dhe stërvitjen e pacientit sipas mundësive, për të ruajtur ekuilibrin dhe koordinimin, forcën e muskujve, fleksibilitetin e kyçeve.
- Hipotensioni postural. - Humbja e vetëdijes. - Sinkopa. - Epilepsia.	Këshilloni pacientin dhe anëtarët e familjes për: - rregullimin dhe kontrollin e rregullt të presionit të gjakut, - nevojën për t'u ngritur ngadalë nga shtrati në pozitën ulur dhe më pas në këmbë, duke u mbajtur në parmakë ose duke përdorur mjete ndihmëse ortopedike, - procedurat në rast të simptomave të humbjes së vetëdijes.
- Ndryshimet neurologjike - zvogëlimi ose humbja e ndjenjës së prekjes dhe dhimbjes, çrregullime motorike, polineuropatia.	- Paralajmëroni pacientin për rreziqet e mundshme në mjedis (objekte që mund të shkaktojnë lëndim të pacientit dhe burime nxehtësie). - Këshilloni që të konsultohet me mjekun përgjegjës.
- Çrregullime mendore: reduktim i funksioneve kognitive – konfuzion, shpërqendrim, çorientim, shqetësim, çrregullime të arsytimit, të menduarit dhe kujtesës – demenca.	- Në bazë të çrregullimeve funksionale dhe mendore të vërejtura, të përcaktohen masat e ndihmës nga mjedisi (familja, kujdestarët, mjeku i familjes, QPS, komuniteti lokal, shoqatat, vullnetarët...).
- Çrregullime dhe ndryshime vizuale të lidhura me plakjen.	- Këshilloni për kontrollet e rregullta të shikimit, përdorimin e duhur dhe mirëmbajtjen e syzeve.
- Dëmtime dhe ndryshime të dëgjimit të lidhura me plakjen.	- Këshilloni për kontrolle të rregullta të dëgjimit, mirëmbajtjen e duhur të aparateve të dëgjimit.
- Çrregullimi i gjumit.	- Këshilloni për gjumë të ekuilibruar, pushim dhe aktivitete. Konsultohuni me mjekun përgjegjës.
- Stimuj të papritur dhe të shpeshtë për eliminim (urinim, diarre).	- Konsultohuni me një mjek përgjegjës. - Masat për rregullimin e stimujve të eliminimit të papritur dhe të shpeshtë, si dhe masat e sigurisë gjatë lëvizjes (për shkak të humbjes së lëngjeve dhe elektroliteve).
- Paarritshmëria dhe aftësia e vështirë për të përdorur telefonin, zilen, (shërbimet e urgjencës, policia, zjarrfikësit, familja...).	- Këshilloni pacientin dhe anëtarët e familjes për vendosjen e telefonit në një vend të arritshëm, - Mbajta e numrave për ndërhyrje urgjente pranë telefonit, - Sigurimi i një aparati alarmi dhe sistemi për thirrjen për ndihmë në rast aksidenti.
- Pavarësia e dëmtuar dhe kujdesi për veten.	- Me pacientin dhe familjarët, përcaktoni aktivitetet e pavarura të pacientit dhe ndihmën nga mjedisi.
- Mos kritikizmi, mungesa e njohurive dhe harrimi i kufizimeve të veta, kufizimeve dhe rreziqeve të mjedisit.	- Tregoni dhe rifreskoni njohuritë për rreziqet dhe pengesat për funksionimin e pacientit, si dhe përshtatjen e aktiviteteve, hapësirës dhe sjelljes së pacientit.
- Barna për sëmundjet kronike - qetësues, antidepresivë, antipsikotikë, antikonvulsantë, antihistaminikë, antihipertensivë, diuretikë, antidiabetikë.	- Rishikoni të gjitha medikamentet dhe paralajmëroni për efektet anësore, veçanërisht përgjumjen, marramendjen.
- Kequshqyerja, obeziteti.	- Këshilloni dhe edukoni për ushqimin adekuat.
- Konsumimi i duhanit, alkoolit dhe substancave të tjera psikoaktive.	- Këshilloni për efektet e dëmshme, rëndësinë e ndalimit të duhanit, alkoolit dhe substancave të tjera psikoaktive.
- Këpucë dhe veshje të papërshtatshme.	- Këshillojeni pacientin që të përdorë këpucë dhe veshje të përshtatshme, - Këshillojeni pacientin që të ruajë higjienën e këmbëve, t'i veshë rrobat dhe këpucët në pozicion ulur.
- Dy ose më shumë pengesa/rrëzime në muajin e kaluar.	- Identifikoni shkaqet e pengesave/rrëzimeve në periudhën e mëparshme dhe zbatoni masat parandaluese.

Tabela 5 - Faktorët e jashtëm të rrezikut, rreziqet mjedisore; këshilla dhe rekomandime për parandalimin e rrëzimit (duke siguruar një mjedis jetese më të sigurt).

Faktorët e jashtëm të rrezikut, rreziqet mjedisore	Këshilla dhe rekomandime për parandalimin e rrëzimit (duke siguruar një mjedis jetese më të sigurt)
Ndriçimi: - i pamjaftueshëm (ose shumë i fortë), - i padisponueshëm.	- Ndriçim adekuat në të gjitha pjesët e shtëpisë.
Dyshemetë: - Të dëmtuara, të lagura, të rrëshqitshme. - Pragje të larta.	- Riparimi i dysHEMEVE jo të rrafshëta ose të dëmtuara, - Mbajtja e dysHEMEVE të thata, - Shmangia e lustrimit të tepërt të dysHEMEVE, - Rregullimi, zbutja, heqja e pragjeve.
Tapeti/tepihu për dysheme: - Të dëmtuara, - Të pafiksuar.	- Montimi i tapetit/tepihut që mos të rrëshqasin, - Ngjitja e tapetit/tepihut në dysheme ose heqja e tyre plotësisht.
Mobilet: - Paraqesin pengesë, pengojnë lëvizjen, janë të dëmtuara dhe pengojnë, - Pa mbështetëse, me mbështetëse të ulëta, ulëse të shtrirë, - Sirtarët ose elementet e mobileve që janë shumë të larta, - Shtrat i papërshtatshëm.	- Rregullimi i mobileve në mënyrë që të mos pengojë në lëvizje, - Largimi i gjërave/sendeve dhe mobileve të panevojshme, - Lëvizja e kabllave telefonike dhe elektrike në mur, - Shmangia e mobileve me rrota, - Vendosja e sendeve, sirtarëve, elementeve të mobileve në një lartësi të përshtatshme dhe lehtësisht të arritshme, - Rregullimi i shtratit me gjendjen e pacientit (lartësia, ndalesat, pozicioni).
Shkallët: - Të dëmtuara, pa parmakë apo mbrojtës. - Objektet në shkallë.	- Riparimi i shkallëve të dëmtuara, - Instalimi i parmakut ose mbrojtësit, - Largimi i të gjitha objekteve nga shkallët.
Banja: - Ndriçim i dobët, - Dysheme, pllaka, vaskë e rrëshqitshme, - Peshqirë të lagur, rroba të ndotura dhe të ngjashme në dysheme, - Duke përdorur mbajtësin e peshqirit si parmak, - Guaca e tualetit shumë e ulët, - Mbyllja e derës.	- Ndriçimi i duhur dhe rregullimi i pajisjeve, - Pllaka jo të rrëshqitshme, të pastra dhe të thata, - Tapeti/tepihu, pllaka, vaska që nuk rrëshqasin, - Përdorni parmakë të fiksuar mirë, mos instaloni me vakum dhe mos përdorni mbajtëse peshqirësh si parmakë, - Përdorni ulëse në vaskë ose kabinë dushi, - Shmangni kyçjen e derës, që në rast aksidenti qasja të jetë e lehtë.

Tabela 6. Shkalla e vlerësimit të rrezikut për rrëzim ‘Morse’

FAKTORËT E RREZIKUT	PËRSHKRIM	PIKËT
Rrëzime të mëparshme	Po	25
	Jo	0
Diagnoza të tjera mjekësore	Po	15
	Jo	0
Ndihma për lëvizje	Mobile	30
	Paterica, bastun, këmbësor	15
	Nuk përdor mjete ndihmëse	0
	Pushimi në shtrat	
	Lëvizja me ndihmën e një personi tjetër, karrige me rrota	
Infuzion, kateter	Po	20
	Jo	0
Qëndrimi/zhvendosja	I paqëndrueshëm (vështirësi për të qëndruar në këmbë)	20
	I dobët	10
	Normal, pushimi në shtrat, i palëvizshëm	0
Statusi mendor	Harron kufizimet	15
	I orientuar në raport me lëvizshmërinë e vet	0

Tabela 6a – Poentimi i shkallës së vlerësimit të rrezikut për rrëzim ‘Morse’

Pikët (0 – 125)	Rezultati	Procedurat e infermierit
0 – 24 pikë	Rrezik i ulët për rrëzim	Kujdesi bazë shëndetësor.
25 – 44 pikë	Rrezik i moderuar për rrëzim	- Masat standarde për parandalim të rrëzimit, - Identifikoni faktorët e rrezikut për rrëzim, - Konceptimi dhe zbatimi i masave parandaluese - zbutja, heqja dhe/ose parandalimi i faktorëve të rrezikut për rrëzim. - Informoni pacientin për rrezikun e rrëzimit, - Këshilloni dhe edukoni për masat parandaluese, - Informoni mjekun familjar.
45 e më shumë pikë	Rrezik i lartë për rrëzim	- Masat parandaluese për rrezik të lartë të rrëzimit, - Identifikoni faktorët e rrezikut për rrëzim, - Konceptimi dhe zbatimi i masave parandaluese - zbutja, heqja dhe/ose parandalimi i faktorëve të rrezikut për rrëzim, - Njoftoni pacientin për mundësinë e rrezikut të lartë për rrëzim, - Këshilloni dhe edukoni për masat parandaluese, - Njoftoni mjekun familjar, QSHM-në, QPS-në, komunitetin lokal, shoqatat, vullnetarët, etj.

Algoritmi 2 - Vlerësimi i rrezikut për rrëzim në shtëpi dhe masat e parandalimit



13. PROCEDURA E VLERËSIMIT TË STATUSIT NJOHËS TË PACIENTIT

Qëllimi është të përcaktojë procedurat standarde të infermierit në mënyrë që të vlerësohet statusi kognitiv (njohës) i pacientit.

Njohja përfshin procese të ndryshme: të mësuarit, vëmendja, kujtesa, gjuha, arsyetimi, vendimmarrja etj., të cilat janë pjesë e zhvillimit dhe përvojës intelektuale.

Gjatë vizitës, infermieri merr informacion për praninë e disa prej simptomave që tregojnë çrregullim të mundshëm njohës me anë të vëzhgimit, historisë ose heteroanamnezës (tabela 7) dhe i qaset vlerësimit të gjendjes së përgjithshme njohëse me ndihmën e Mini testit për vlerësimin e statusit mendor - MMSE (Mini-Mental State Examination / Mini testi për vlerësimin e statusit mendor).

MMSE përbëhet nga 12 pyetje që testojnë funksionet e mëposhtme njohëse: kujtesën, vëmendjen, llogaritjen, orientimin në hapësirë dhe kohë, kujtesën, emërtimin e objekteve dhe kryerjen e veprimeve komplekse. Testi përdoret individualisht dhe zgjat deri në 15 minuta.

Tabela 7 - Simptomat dhe shenjat e dëmtimit njohës

Të dhënat anamnesticke	Të dhënat heteroamnesticke	Vëzhgime (vrojtme) objektive
- Harresa, - Humbja e rrjedhës së mendimit gjatë bisedës, - Ndryshimet e humorit, - Çrregullimet e gjumit.	- Vështirësi në aktivitetet e përditshme, - Ndryshimi i humorit, - Çorientimi në kohë dhe hapësirë, - Çrregullimi i gjumit, - Probleme me zakonet personale, - Çrregullimi i vetë personalitetit (rritje egocentrizmit, mungesë e vetëkontrollit, dëmtim i motivimit, tërheqje sociale, ankth, agresivitet, depresion dhe ndryshime në ciklin e gjumit, apati, humbje e ndjeshmërisë, sjellje të papranueshme shoqërore).	- Konfuzion, - Histori familjare pozitive, - Harresë për ngjarjet e fundit me ruajtjen relative të kujtesës afatgjatë.

PROCEDURA

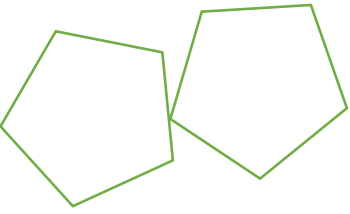
Nr.	HAPI	NËNHAPAT
[I]	Përgatitja e hapësirës	1. Dhoma në të cilën kryhet vlerësimi duhet të jetë e ndriçuar mirë, e ajrosur, pa zhurmë dhe tinguj që do të shqetësonin vëmendjen dhe përqendrimin e pacientit dhe infermierit; 2. Preferohet prania e një anëtarit të familjes.
[II]	Përgatitja e pacientit	1. Shpjegoni pacientit dhe familjarit arsyet/qëllimin e vlerësimit, metodologjinë dhe kohëzgjatjen e testit; 2. Kërkoni pëlqimin verbal të pacientit;

		3. Kërkoni pacientit të marrë pozitë të caktuar ose ndihmojeni për ta bërë këtë.															
[III]	Procedura e testit	1. Regjistroni orën e fillimit të testit; 2. Në formular shkruani datën, orën e testit dhe informacionin e përgjithshëm për pacientin (emrin, mbiemrin, moshën dhe gjininë); 3. Pyetjet e testit i thoni qartë, kuptueshëm dhe me ton të zërit të pandryshueshëm; 4. Bazuar në përgjigjet e marra për secilën pyetje, shënoni pikët në rubrikat e dhëna të formularit; 5. Përfundoni testin në kohën prej 15 minutash.															
[IV]	Vlerësimi/ notimi	1. Infermieri duhet të bëjë vlerësimin bazuar në numrin e pikëve të fituara sipas tabelës të mëposhtme. Tabela 8 – Poentimi mbi nivelin e dëmtimit <table border="1"> <thead> <tr> <th>Numri i pikëve (maksimumi 30)</th><th>Rezultati</th><th>Procedurat e infermierit</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>24-30</td><td>Njohuri normale</td><td>- Jep këshilla parandaluese, - Nuk kërkohet vlerësim i mëtejshëm.</td></tr> <tr> <td>18-23</td><td>Dëmtim i lehtë njohës</td><td>- Këshilla, - Informoni mjekun përgjegjës.</td></tr> <tr> <td>10-17</td><td>Dëmtim i moderuar njohës</td><td>- Informoni mjekun përgjegjës.</td></tr> <tr> <td>< 9</td><td>Dëmtim i rëndë njohës</td><td>- Informoni mjekun përgjegjës dhe nëse është e nevojshme QSHM-në dhe QPS-në.</td></tr> </tbody> </table>	Numri i pikëve (maksimumi 30)	Rezultati	Procedurat e infermierit	24-30	Njohuri normale	- Jep këshilla parandaluese, - Nuk kërkohet vlerësim i mëtejshëm.	18-23	Dëmtim i lehtë njohës	- Këshilla, - Informoni mjekun përgjegjës.	10-17	Dëmtim i moderuar njohës	- Informoni mjekun përgjegjës.	< 9	Dëmtim i rëndë njohës	- Informoni mjekun përgjegjës dhe nëse është e nevojshme QSHM-në dhe QPS-në.
Numri i pikëve (maksimumi 30)	Rezultati	Procedurat e infermierit															
24-30	Njohuri normale	- Jep këshilla parandaluese, - Nuk kërkohet vlerësim i mëtejshëm.															
18-23	Dëmtim i lehtë njohës	- Këshilla, - Informoni mjekun përgjegjës.															
10-17	Dëmtim i moderuar njohës	- Informoni mjekun përgjegjës.															
< 9	Dëmtim i rëndë njohës	- Informoni mjekun përgjegjës dhe nëse është e nevojshme QSHM-në dhe QPS-në.															
[V]	Masat e kujdesit	1. Testi nuk është i zbatueshëm për personat nën 18 vjeç; 2. MMSE përdoret si test i shkurtër depistues për demencën dhe i njëjti nuk zëvendëson vlerësimin e plotë klinik në caktimin e diagnozës përfundimtare; 3. Nuk ka vlerësim të funksioneve ekzekutive; 4. Nuk bën dallime midis llojeve të ndryshme të demencës; 5. Testi nuk është i ndjeshëm për fazën e hershme të sëmundjes Alzheimer dhe as i dobishëm për stadin e avancuar të sëmundjes; 6. Testi është i pamundur të kryhet te personat me afazi, te pacientët që kanë deficit motorik ose dëmtim dëgjimi, sepse është kryesisht me karakter verbal; 7. Faktorët që ndikojnë në rezultatet duhet të merren parasysh gjatë interpretimit të rezultateve të testit, duke përfshirë nivelin e arsimit, aftësitë, gjuhën dhe dëmtimet, shqisat, sëmundjet psikiatrike ose problemet fizike/neurologjike.															

[VI]	Dokumentimi	Nga dokumentacioni, infermieri përdor: 1. Udhëzimin për vizitë; 2. Kartelën e kujdesit shëndetësor; 3. Formularin e testit MMSE; Pas kthimit në institucion, infermieri regjistron në dokumentacionin shëndetësor: 4. Të dhënat e përgjithshme për pacientin; 5. Datën dhe orën e vizitës; 6. Aktivitetet e kryera dhe rezultatet e testit; 7. Nënshkrimin e infermierit që ka kryer vizitën.
------	-------------	--

Tabela 9 – Mini test për vlerësim të statusit mendor

Emri dhe Mbiemri _____ Viti i lindjes _____ Data: _____

MINI TEST PËR VLERËSIM TË STATUSIT MENDOR			
Nr.	Pyetjet	Rezultati maksimal	Rezultati i fituar
1	Cili vit, muaj, stinë (sezon është?)	3	
	Cila datë është sot?	1	
	Çfarë dite është sot?	1	
2	Në cilin vend, qytet ndodhemi?	3	
	Si quhet ky spital/ndërtesë	1	
	Në cilin kat ndodhemi?	1	
3	Unë do të përmend tri gjëra. Pasi t'i them, dua t'i përsërisni. Mbani mend se cilat janë sepse pas pak minutash do t'ju kërkoj t'i emërtoni përsëri. Topi; Vetura; Njeriu. Ju lutem më përsëritni këto tri gjëra.	3	
4	Thuaj fjalën "BOTA" shkronjë për shkronjë. Pastaj thuaje mbrapsht.	5	
5	Cilat janë tri gjërat që duhet t'i mësoni përmendësh? Topi, Vetura, Njeriu	3	
6	Trego orën e dorës. Pyesni: Si quhet kjo?	1	
7	Trego stilolapsin. Pyesni: Si quhet ky?	1	
8	Unë dua që ju të përsërisni frazën pas meje: "JO NËSE, DHE OSE POR"	1	
9	Lexoni fjalët në këtë fletë dhe bëni atë që kërkohet prej jush. "MBYLLI SYTË"	1	
10	Merrni letren në dorën tuaj të djathtë/të majtë, paloseni në gjysmë një herë me të dyja duart dhe vendoseni në dyshe.	3	
11	Shkruani një fjali në atë copë letre	1	
12	Vizatoni këto figura: 	1	
Totali		30	

Rezultati i vlerësimit:

- 24 - 30 njohje normale;
- 18 - 23 dëmtim i lehtë njohës;
- 10 - 17 dëmtim i moderuar;
- 0 - 9 dëmtim i rëndë njohës;

Shënime për vlerësimin:

- Pyetja 3 – përsëritni emrat derisa personi t'i përsërisë saktë, për verifikimin e mëvonshëm të kujtesës. Vetëm përpjekja e parë vlerësohet;
- Pyetja 5 – një pikë për çdo përgjigje të saktë;
- Pyetja 10 – nëse të tri nivelet janë kryer saktë sipas udhëzimit, shënoni 3 pikë;
- Pyetja 11 – vlerësohet me 1 pikë nëse fjalia ka kuptim, kryefjalë, kallëzues, folje.

Algoritmi 3 – Vlerësimi i statusit njohës të pacientit

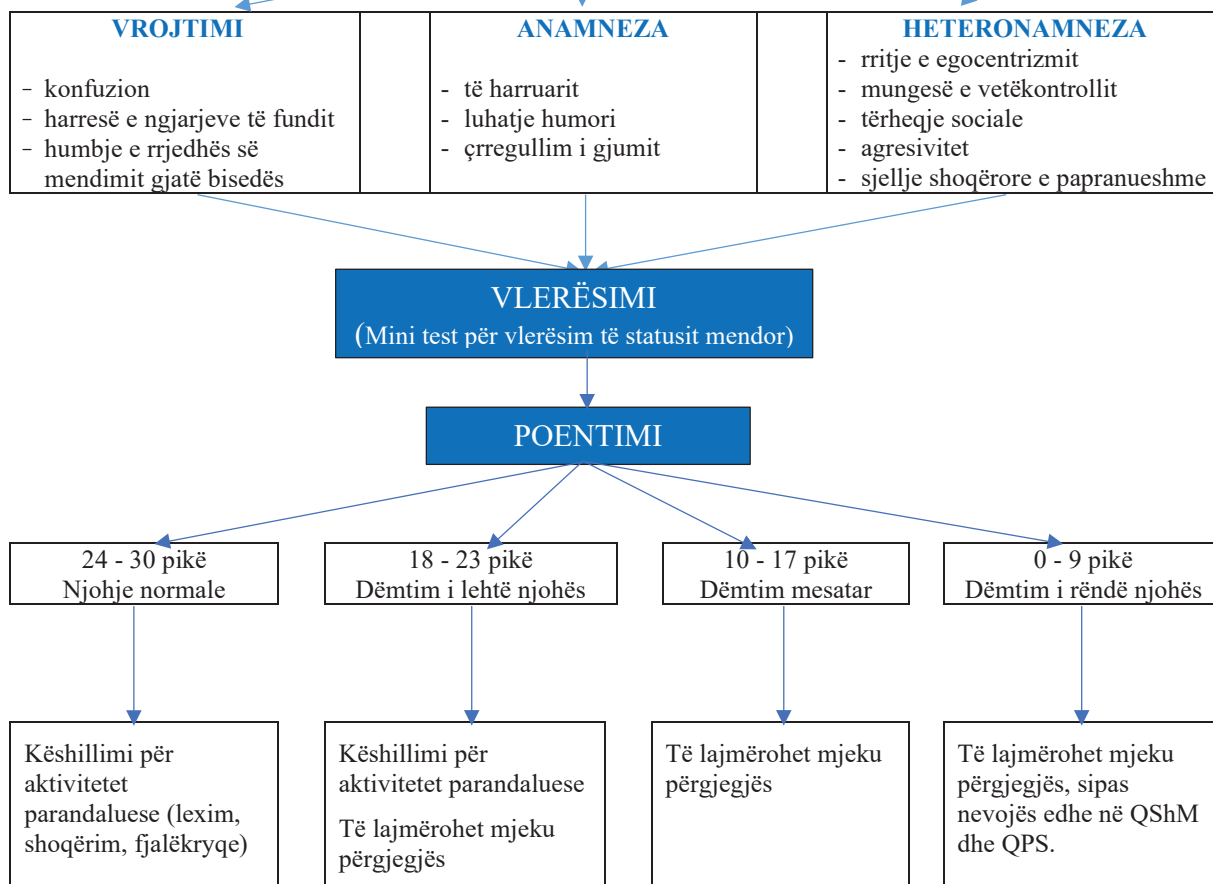
VLERËSIMI I STATUSIT NJOHËS TË PACIENTIT

Funksionet njohëse:

- Kujtesa (afatshkurtër dhe afatgjatë);
- Vëmendja;
- Arsytimi dhe përfundimi logjik;
- Shpejtësia e përpunimit të informacionit;
- Përpunimi i informacionit vizual dhe zanor;
- Gjuha dhe të folurit.



METODOLOGJIA E PUNËS SË INFERMIERIT



14. PROCEDURA E KATEGORIZIMIT TË PACIENTËVE NË SHTËPI

Qëllimi: i procedurës është vlerësimi për kategorizim të pacientëve.

Kategorizimi ofron pasqyrë të shpejtë të gjendjes së rënduar shëndetësore të pacientit, me të cilën synohet planifikimi efektiv dhe në kohë i kujdesit shëndetësor, si dhe planifikimi i numrit të duhur të infermierëve të nevojshëm për të ofruar shërbime nga institucioni shëndetësor.

Gjatë vizitës së parë, infermieri vlerëson gjendjen e pacientit për kategorizim.

Rivlerësimi kryhet në varësi të gjendjes së pacientit (përmirësim ose përkeqësim).

Nëpërmjet kategorizimit pacientët klasifikohen në 4 kategori, bazuar në gjendjen e tyre, si dhe nga numri dhe kompleksiteti i ndërhyrjeve të përshkruara që duhet të kryhen.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËNHAPAT																																																																																																						
[I]	Faktorët për kategorizim	1. Bëni vlerësimin sipas faktorëve të renditur në tabelën 10, për secilin faktor veç e veç.																																																																																																						
		Tabela 10 - Formulari për kategorizim																																																																																																						
		<table><tr><th>Nr.</th><th>Faktorët e kategorizimit</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th></tr><tr><td>1</td><td>Higjiena</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>2</td><td>Veshja</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>3</td><td>Ushqimi</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>4</td><td>Eliminimi</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>5</td><td>Ecja</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>6</td><td>Ulja</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>7</td><td>Lëvizshmëria</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>8</td><td>Rreziku i rënies</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>9</td><td>Rreziku për dekubitus</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>10</td><td>Komunikimi</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>11</td><td>Procedurat e kujdesit shëndetësor</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>12</td><td>Procedurat diagnostike</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>13</td><td>Procedurat terapeutike</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>14</td><td>Edukimi</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="2">Pikët sipas kategorisë:</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="2">Totali i pikëve:</td><td colspan="4"></td></tr></table>	Nr.	Faktorët e kategorizimit	1	2	3	4	1	Higjiena					2	Veshja					3	Ushqimi					4	Eliminimi					5	Ecja					6	Ulja					7	Lëvizshmëria					8	Rreziku i rënies					9	Rreziku për dekubitus					10	Komunikimi					11	Procedurat e kujdesit shëndetësor					12	Procedurat diagnostike					13	Procedurat terapeutike					14	Edukimi					Pikët sipas kategorisë:						Totali i pikëve:					
		Nr.	Faktorët e kategorizimit	1	2	3	4																																																																																																	
		1	Higjiena																																																																																																					
		2	Veshja																																																																																																					
		3	Ushqimi																																																																																																					
		4	Eliminimi																																																																																																					
		5	Ecja																																																																																																					
		6	Ulja																																																																																																					
		7	Lëvizshmëria																																																																																																					
		8	Rreziku i rënies																																																																																																					
		9	Rreziku për dekubitus																																																																																																					
		10	Komunikimi																																																																																																					
		11	Procedurat e kujdesit shëndetësor																																																																																																					
		12	Procedurat diagnostike																																																																																																					
		13	Procedurat terapeutike																																																																																																					
14	Edukimi																																																																																																							
Pikët sipas kategorisë:																																																																																																								
Totali i pikëve:																																																																																																								
Referencë: vlerësohet me notë nga 1 deri në 4, në varësi të gjendjes dhe nevojave (pacienti i pavarur i takon shkallës 1, ndërsa pacienti i vlerësuar në shkallën 4 është plotësisht i varur nga personi tjetër).																																																																																																								
- Faktorët 1 deri në 7 – higjiena, veshja, ushqimi, eliminimi, ecja, ulja, lëvizshmëria; - Faktori 8 – rreziku i rënies. Vlerësoni duke përdorur shkallën Morse për vlerësimin e rrezikut të rënies. Në varësi të numrit të pikëve, klasifikoni																																																																																																								

		pacientin në kategori: me rrezik të ulët 2 pikë (0-24 pikë), rrezik mesatar 3 pikë (25-44 pikë), rrezik të lartë 4 pikë (45 dhe më shumë pikë); - Faktori 9 – rreziku për shfaqjen e dekubitit. Vlerësoni rrezikun e ulcerave të presionit duke përdorur shkallën Braden: pa rrezik 1 pikë (19-23 pikë), rrezik i pranishëm 2 pikë (15-18 pikë), rrezik mesatar 3 pikë (13-14 pikë), rrezik i lartë 4 pikë (10-12 pikë) dhe me rrezik shumë të lartë 4 pikë (9 ose më pak pikë); - Faktori 10 – komunikimi. Kategorizoni pacientin në varësi të aftësisë së tij për të marrë dhe kuptuar udhëzime me gojë dhe me shkrim. Pacienti me afaz (paaftësi për të folur) duhet të vlerësohet me 4 pikë, pacienti me dislali (të folurit e pakuptueshëm) duhet të vlerësohet nga 1 deri në 3 pikë, në varësi të intensitetit dhe vështirësive në komunikim; - Faktori 11 – procedura specifike në kujdesin shëndetësor. Kjo kategori i referohet procedurave specifike në kujdesin shëndetësor, kujdesit për plagën, specifikat në eliminim (stome, kateteri). Nëse pacienti është i pavarur gjatë këtyre procedurave ose nëse këto procedura nuk janë të nevojshme, ai vlerësohet me 1 pikë dhe klasifikohet në disa kategori, në varësi të llojit të asistencës së infermierit; - Faktori 12 – procedurat diagnostike. Kategorizoni pacientin në varësi të procedurave diagnostike, llojit të përgatitjes së kërkuar (fizike/psikologjike), ndihmës së nevojshme nga infermieri, asistencës gjatë procedurës dhe intensitetit të mbikëqyrjes që kërkohej pas ekzaminimit; - Faktori 13 – procedurat terapeutike. Pacientët kategorizohen në varësi të llojit dhe shpeshtësisë së terapisë që aplikohet ndaj tyre; - Faktori 14 – Edukimi. Kategoria e pacientit varet nga intensiteti i edukimit që kryhet, nga lloji i njohurive dhe aftësive që duhen fituar, si dhe varet nga përfshirja e anëtarëve të familjes në edukim.										
[II]	Rezultati përfundimtar i kategorizimit	1. Çdo kategori vlerësohet veçmas, numri i pikëve për secilin faktor është i barabartë me kategorinë në të cilën është klasifikuar pacienti; 2. Në varësi të numrit total të pikëve, përcaktohet edhe kategoria në të cilën do të klasifikohet pacienti (tabela 11); 3. Numri minimal është 14 dhe maksimumi është 56. Tabela 11. Kategoria e gjendjes së rënduar <table><tr><th>Kategoria e gjendjes së rënduar</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th></tr><tr><th>Numri i pikëve</th><td>14 - 24</td><td>25 - 36</td><td>37 – 47</td><td>48 - 56</td></tr></table> Është detyrë e menaxhmentit të institucionit shëndetësor ta bëjë planin për ofrimin e shërbimeve bazuar në kategorizimin e pacientëve dhe burimet në dispozicion, duke marrë parasysh ngarkesën e çdo infermieri.	Kategoria e gjendjes së rënduar	1	2	3	4	Numri i pikëve	14 - 24	25 - 36	37 – 47	48 - 56
Kategoria e gjendjes së rënduar	1	2	3	4								
Numri i pikëve	14 - 24	25 - 36	37 – 47	48 - 56								

[III]	Dokumentimi	Infermieri përdor dokumentacionin e mëposhtëm: 1. Udhëzimin e vizitës; 2. Kartelën shëndetësore të pacientit; 3. Formularin për kategorizim; 4. Mjetet ndihmëse: shkalla Braden për vlerësimin e rrezikut të ulcerave nga presioni dhe shkalla Morse për vlerësimin e rrezikut të rënies; Me kthimin në institucion, infermieri i regjistron në dokumentacionin ekzistues të institucionit shëndetësor: 5. Të dhënat e përgjithshme për pacientin; 6. Datën dhe orën e vizitës; 7. Procedurat e kryera dhe kategorinë e rënduar të gjendjes së pacientit; 8. Nënshkrimin e infermierit që ka kryer vizitën.
-------	-------------	---

15. PROCEDURA PËR MATJEN E PULSIT DHE SATURIMIT ME OKSIGJEN

Qëllimi: i procedurës është ta udhëzojë infermierin për përcaktimin e vlerave të pulsit dhe saturimit të oksigjenit në gjak (SpO₂), duke përdorur pulsoksimetër.

Hipoksia është kur niveli i SpO₂ në gjak është më pak se 90%.

Pulsoksimetria kryhet nga infermieri në bazë të vlerësimit të tij bazuar në shenjat dhe simptomat e pranishme (lodhje, ndjesi të ftohtë, zbehje, marramendje, etj.). Është një metodë e shpejtë, jo invasive.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËNHAPAT
[I]	Realizimi i procedurës	- Shpjegoni pacientit procedurën e pulsoksimetrisë; - Paralajmëroni pacientin të mos lëvizë gishtin gjatë matjes; - Para vendosjes së pajisjes, vendi ku kryhet matja (më shpesh gishti tregues ose lapra e veshit) duhet të jetë i thatë; - Vendosni gishtin e pacientit midis dy kapëseve të pulsoksimetrit, në mënyrë që thoni të jetë i kthyer nga lart. - Kontrolloni nëse kapësja e sipërme qëndron në thua dhe ajo e poshtme është paralele me thoin; - Ndizni pajisjen, prisni që pajisja të kryejë matjen dhe lexoni vlerën e matur në ekranin e pajisjes; - Hiqni pulsoksimetrin nga gishti i pacientit dhe shkruani vlerat e marra nga matja; - Pas matjes, dezinfektoni sensorët e pajisjes me dezinfektues të butë; - Nëse saturimi është < 90% të informohet mjeku përgjegjës.  Figura 5 - Pulsioksimetri  Figura 6 - Procedura për matjen e pulsit dhe SpO₂

[II]	Masat e kujdesit	1. Pulsoksimetri mund të tregojë vlera false nëse pacienti është duke marrë infuzion në dorën në të cilën po bëhet matja, ose nëse ka ngjyrë/xhel në thonj; 2. Pulsoksimetri portativ nuk është i destinuar për monitorim të vazhdueshëm të SpO₂, ndaj nuk rekomandohet mbajtja e tij në gisht për një kohë të gjatë; 3. Nëse pajisja nuk ndizet ose fiket pas 8-10 sekondash, ndërroni bateritë.
[III]	Dokumentimi	Nga dokumentacioni, infermieri përdor: 1. Raportin e vizitës; 2. Kartelën shëndetësore të pacientit. Pas kthimit në institucion, infermieri regjistron në dokumentacionin shëndetësor të institucionit: 3. Informacione të përgjithshme për pacientin; 4. Datën dhe orën e matjes së pulsit dhe SpO₂; 5. Vlerat e fituara nga matja.

16. PROCEDURA PËR MATJEN E PIKUT TË RRJEDHËS EKSPIRATORE

Qëllimi: i procedurës është ta udhëzojë infermierin për matjen e duhur dhe të sigurt të fluksit pulmonar të pikut të rrjedhës ekspiratore duke përdorur matësin e pikut ekspirator në shtëpinë e pacientit.

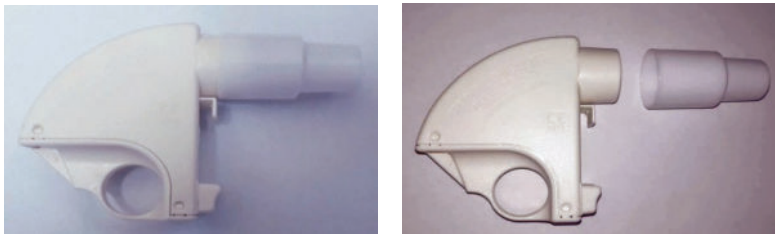
Matja e pikut të rrjedhës ekspiratore (PEF) në kushte shtëpie është testi më i mirë i qasshëm për funksionin e mushkërive te pacientët që vuajnë nga astma.

Matja e pikut të rrjedhës ekspiratore ndihmon në përcaktimin e efektivitetit të terapisë, zbulimin e faktorëve që shkaktojnë ose përkeqësojnë sulmet e astmës, njohjen e shenjave të hershme të përkeqësimit përpara shfaqjes së simptomave të sëmundjes, gjë që mundëson aplikimin në kohë të terapisë adekuate dhe shmangien e përkeqësimeve të astmës. Një rënie në vlerat e matura të rrjedhës së ajrit në rrugët e frymëmarrjes gjatë nxjerrjes së sforcuar të ajrit përkon me shkallën e përkeqësimit të astmës.

Matja e pikut të rrjedhës ekspiratore kryhet nga infermieri në bazë të udhëzimit me shkrim nga mjeku përgjegjës.

Infermieri demonstroi procedurën për pacientin dhe/ose kujdestarin, për matje të pavarur.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËNHAPAT
[I]	Përgatitja për vizitë në shtëpi	1. Informohuni për pacientin duke parë dokumentacionin mjekësor; 2. Planifikoni dhe organizoni vizitën e rregullt; Përgatitja e materialit: 3. Dorëza për një përdorim; 4. Metër për matjen e gjatësisë së pacientit; 5. Dezinfektues; 6. Matës i pikut të rrjedhës së ajrit;  Figura 7 - Matësi i pikut të rrjedhës ekspiratore

		Përgatitja e pacientit 7. Njoftoni pacientin për rëndësinë dhe demonstroi mënyrën e procedurës; 8. Matni gjatësinë e pacientit (për krahasim kërkohen të dhëna për moshën, gjininë dhe gjatësinë); 9. Matja e PEF duhet të kryhet me pacientin në pozicion në këmbë (nëse e lejon gjendja shëndetësore e pacientit), ose në pozicion ulur me shpinë të drejtë.
[II]	Procedura për matjen e fluksit maksimal të ajrit të daljes (expirium)	1. Lani dhe/ose dezinfektoni duart, vendosni dorezat; 2. Ktheni treguesin e matësit në zero; 3. Shpjegoni pacientit se: ▪ Matësi duhet të mbahet në duar horizontalisht, duke u kujdesur që të mos bllokojë daljen e ajrit nga matësi dhe të mos preket shkalla dhe treguesi; ▪ duhet të thith ajrin fort dhe thellë përmes gojës së hapur, në mushkëri, deri në pikën e parehatisë; ▪ Duhet të mbledh shpejt buzët rreth grykës dhe nuk e fut gjuhën në hapjen e grykës; ▪ Duhet të fryjë 1 (një) herë sa më shpejt dhe fort në hapjen e zgjatimit të grykës, ku treguesi do të lëvizë lart dhe do të ndalet në një vend; 4. Lexoni vlerën në shkallën e matësit; 5. Kryeni matjen 3 herë dhe regjistroni vlerën më të mirë të matjes në "Fletën e regjistrimit të matjes së pikut të rrjedhës së ajrit" (shtojca 5); 6. Krahasoni vlerën e matur me vlerat e pritshme (të parashikuara, referencë) që përcaktohen për individë sipas gjinisë, moshës dhe gjatësisë dhe gjenden në tabelën e standardizuar (shtojca 6); 7. Pas përdorimit, hiqeni pjesën shtesë të pajisjes (matësit) e cila është për një përdorim dhe hidheni te mbetjet infektive; 8. Hiqni dorezat, lani dhe/ose dezinfektoni duart; 9. Edukoni pacientin dhe/ose kujdestarin për matjen e duhur duke demonstruar procedurën; 10. Këshilloni pacientin që të ketë matësin personal; 11. Pas arritjes në institucion, zhytni matësin në tretësirë dezinfektuese të butë, pa klor (lëreni matësin të zhytur në

		tretësi për të paktën 20 minuta, më pas shpëlaheni me ujë të vakët, fshijeni me letër higjienike dhe lëreni në pozicion vertikal që të kullohet dhe të thahet pjesa e brendshme e matësit. Para përdorimit të radhës, matësi duhet të thahet plotësisht).
[III]	Këshilla për pacientin	Për ta monitoruar ecurinë e astmës, është e rëndësishme matja e vazhdueshme, jo vetëm matja momentale e rrjedhës maksimale të ajrit. Në konsultim me mjekun përgjegjës, rekomandoni pacientit: 1. Matjen e rregullt të PEF: në mëngjes (para marrjes së barnave për astmën) dhe vonë në mbrëmje (para gjumit), për minimum prej 2-3 javësh, gjatë periudhës kur pacienti është mirë, pa shenja dhe simptoma të sëmundjes; 2. Regjistroni vlerat e matura në formularin për monitorimin e matjeve të pikut të rrjedhës së ajrit (shtojca 5); 3. Paraqitni rezultatet e regjistruara të matjeve tek mjeku përgjegjës për të përcaktuar rezultatin më të mirë personal të PEF. Kur përcaktohet vlera më e mirë personale, duhet të përpiqet ta mbajë atë mbi 80% të asaj vlere; 4. Pacienti krahason rezultatet e matjeve në periudha të mëvonshme, shpeshtësia e të cilave përcaktohet nga mjeku përgjegjës, me rezultatin më të mirë personal dhe vlerat e pritura (të parashikuara, referuese). Në rast të dallimeve të theksuara, pacienti konsultohet me mjekun përgjegjës dhe gjatë ekzaminimeve kontrolluese, të dhënat e matjeve vihen në dispozicion të mjekut përgjegjës për monitorimin e ecurisë së astmës.
[IV]	Masa e kujdesit	1. PEF është vetëm një mjet ndihmës për vlerësimin e gjendjes së astmës, por nuk është parametri i vetëm mbi bazën e të cilit diagnostikohet, monitorohet dhe trajtohet astma; 2. Në rast të përkeqësimit të rëndë të astmës, as rastësisht mos e detyroni matjen e PEF, sepse frymëmarrja e sforcuar mund të përkeqësojë astmën; 3. Një përmirësim i vetëm në PEF nuk është një tregues i mjaftueshëm që astma është nën kontroll.
[V]	Dokumentimi	Infermieri për dokumentim përdor: 1. Udhëzimin e vizitës; 2. Kartelën shëndetësore të pacientit; 3. Formularin "Fleta e regjistrimit të matjes së pikut të rrjedhës së

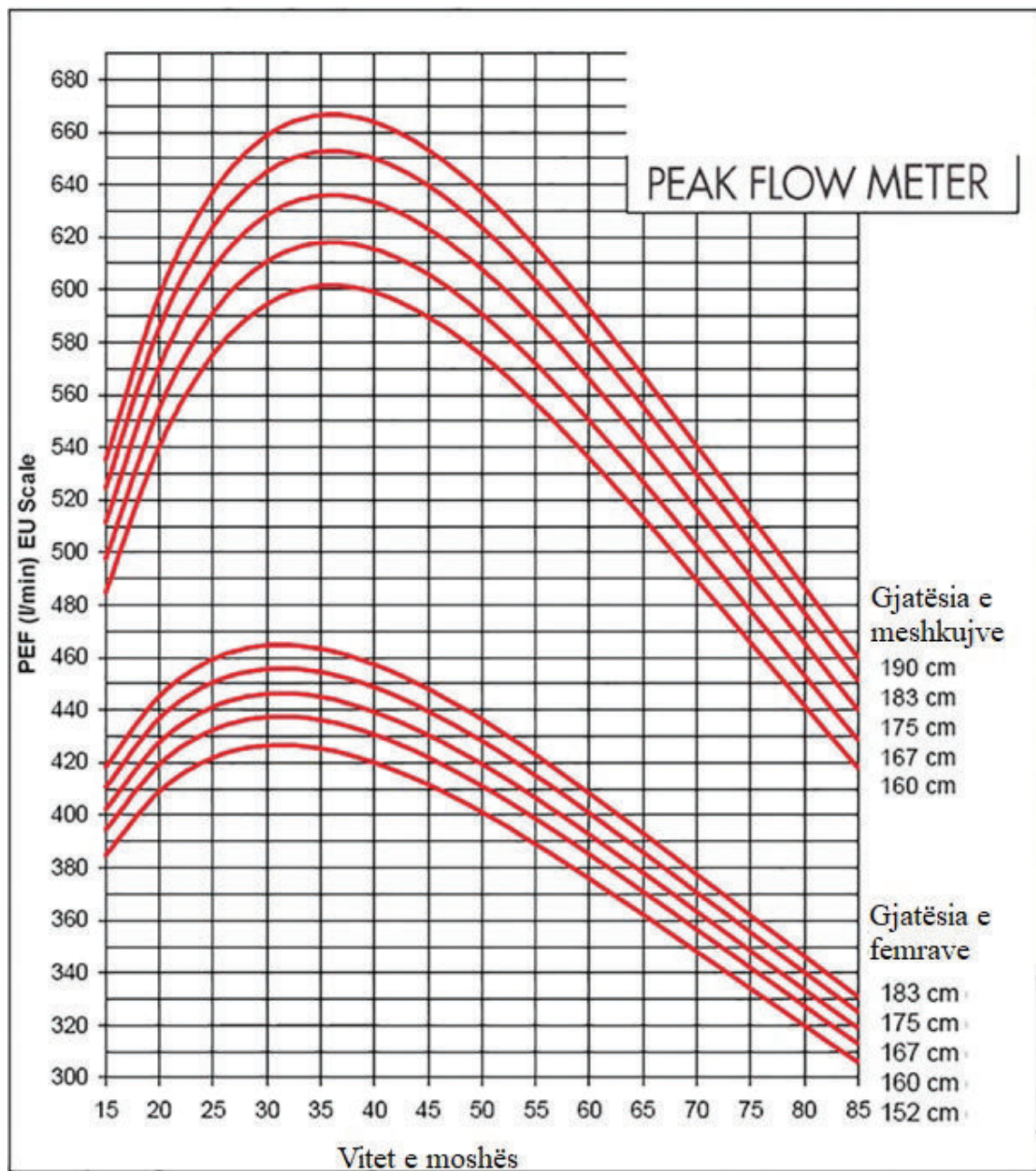
		ajrit"; 4. Formularin "Vlerat e pritshme të PEF sipas moshës, gjinisë dhe gjatësisë". Me kthimin në institucion, infermieri i regjistron në dokumentacionin ekzistues të institucionit shëndetësor: 5. Të dhënat e përgjithshme për pacientin; 6. Datën dhe orën e matjes; 7. Vlerat e fituara nga matja; 8. Edukimin e pacientit dhe/ose anëtarit të familjes dhe demonstrimi i procedurës; 9. Nënshkrimin e infermierit që ka kryer vizitën.
--	--	--

Shtojca 5. Fleta e regjistrimit për matjen e pikut të rrjedhës ekspiratore (PEF)

Emri dhe mbiemri i pacientit _____. Numri i kartelës _____.

Vlera e PEF	Data e matjes																							
	Mëngjes	Mbrëmje	Mëngjes	Mbrëmje	Mëngjes	Mbrëmje	Mëngjes	Mbrëmje	Mëngjes	Mbrëmje	Mëngjes	Mbrëmje	Mëngjes	Mbrëmje	Mëngjes	Mbrëmje	Mëngjes	Mbrëmje	Mëngjes	Mbrëmje	Mëngjes	Mbrëmje	Mëngjes	Mbrëmje
800																								
750																								
700																								
650																								
600																								
550																								
500																								
450																								
400																								
350																								
300																								
250																								
200																								
150																								
100																								
50																								

Shtojca 6 - Tabela e vlerave të pritura të PEF sipas moshës, gjinisë dhe gjatësisë



Adapted by Clement Clarke for use with EN13826 / EU scale peak flow meters
from Nunn AJ Gregg I, Br Med J 1989;298:1068-70

17. PROCEDURA E MARRJES SË MOSTRËS SË GJAKUT VENOZ NË SHTËPI DHE TRANSPORTI I SIGURT NË LABORATOR

Qëllimi: i kësaj procedure është marrja e mostrave të gjakut dhe garantimi i transportit korrekt dhe të sigurt në laborator.

Për të dorëzuar materialin e duhur në laborator, infermieri duhet ta identifikojë dhe ta përgatitë pacientin, ta mbledhë dhe transportojë siç duhet mostrën e gjakut.

Në shtëpi kryhet marrja gjakut për pacientët që ushtrojnë të drejtën e kujdesit shëndetësor, në bazë të udhëzimit të mjekut.

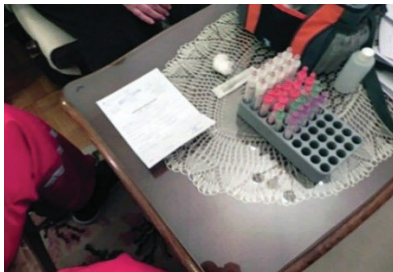
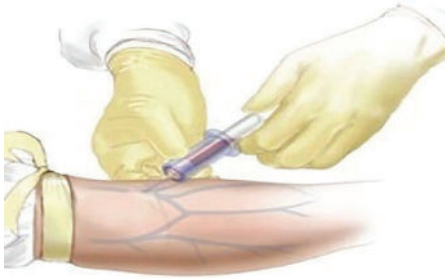
PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËNHAPAT
[I]	Përgatitja e hapësirës	1. Dhoma ku merret mostra e gjakut duhet të jetë e ndriçuar, e ajrosur dhe me temperaturë optimale.
[II]	Përgatitja e materialeve	1. Tuba vakum të standardizuar për marrjen e mostrave të gjakut venoz; 2. Mbajtëse për epruveta; 3. Gjilpëra të përshtatshme sterile; 4. Lidhëse të Esmarch-ut; 5. Dezinfektues; 6. Tupfer pambuku; 7. Fllaster; 8. Doreza për një përdorim; 9. Kuti për mbetje të mprehta; 10. Letër higjienike; 11. Ftohës për transportin e mostrës (frigorifer dore).
[III]	Përgatitja e pacientit	1. Kontrolloni nëse pacienti ju ka përmbajtur udhëzimeve të dhëna lidhur me agjërimin. Nëse pacienti nuk i ka ndjekur udhëzimet, informoni mjekun dhe ndiqni udhëzimet e tij; 2. Shpjegojini pacientit procedurën, lejoni parashtrimin e pyetjeve, duke respektuar personalitetin e pacientit; 3. Vendoseni në pozitën e duhur për ta bërë injektimin me gjilpërë;

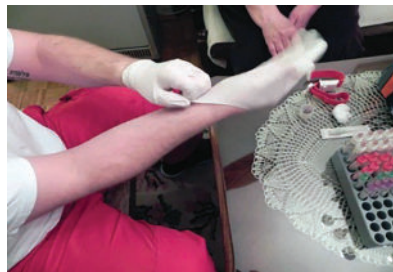
		4. Hiqni rrobat nga vendi ku merren mostrat e gjakut.
[IV]	Kryerja e procedurës	1. Kontrolloni nëse testi i gjakut në referim përputhet me të dhënat në epruvetë; 2. Vendoseni epruvetën në mbajtës me lehtësi; 3. Shkruani emrin dhe mbiemrin e pacientit, datën dhe vitin e lindjes dhe kohën e marrjes së mostrës së gjakut në vendin e caktuar në epruvetë ose ngjitni barkodin; 4. Vendosni doreza; 5. Vendosni lidhësen (mundësisht jo direkt në lëkurë); 6. Kërkoni nga pacienti ta bëjë shuplakën grusht; 7. Palponi për ta përcaktuar vendin e shpimit; 8. Dezinfektoni vendin e injektimit; 9. Aplikoni gjilpërën në venë në këndin e duhur; 10. Lidhni epruvetën me gjilpërë; 11. Kur gjaku fillon të rrjedhë në epruvetë, lëshoni lidhësen dhe kërkoni nga pacienti ta hapë grushtin; 12. Nxirrni sasinë e nevojshme të gjakut (gjaku ndalon rrjedhjen vetvetiu kur merret sasia e kërkuar); 13. Ndërroni tubin pa e hequr gjilpërën (nëse përdoren tuba të ndryshëm për analizat e gjakut); 14. Kur të përfundojë procedura e nxjerrjes së gjakut dhe ndarjes së epruvetës së fundit, vendosni një tupfer pambuku në vendin e injektimit; 15. Tërhiqeni gjilpërën nga vena me një lëvizje të shpejtë dhe me dorën tjetër shtypni vendin e shpimit me tupfer pambuku dhe fiksoni me fllaster; 16. Kërkoni nga pacienti ta shtypë tupferin e pambukut pa e përkulur krahun për minutat e ardhshme; 17. Vendoseni gjilpërën në kuti për mbetje të mprehta; 18. Ktheni butësisht epruvetat që përmbajnë antikoagulant 4-10 herë përpara se t'i vendosni në mbajtës; 19. Vendoseni mbajtësin e epruvetave në ftohës (frigoriferin e dorës) për transport të mostrës dhe dorëzoni në laboratorin përkatës jo më vonë se 2 orë pas marrjes së materialit.
[V]	Masa e kujdesit	1. Mos e mbani fashën në krahun e pacientit për më shumë se 1 minutë;

		2. Nëse marrim mostra gjaku për lipide, mbani tupferin për më pak se 1 minutë dhe mos e përdorni tupferin për përcaktimin e kalciumit, magnezit dhe hekurit; 3. Rendi i marrjes së analizave të gjakut përcaktohet nga ngjyra e kapakut në epruvetë; 4. Rendi i marrjes së analizave të gjakut pavarësisht ngjyrës së kapakut në epruvetë (plazma për koagulim, për sedimentim, serum për analiza biokimike, për hematologj dhe në fund për glukozë); 5. Udhëzimet nuk duhet të transportohen së bashku me gjakun e nxjerrë; 6. Ktheni butësisht epruvetën pas marrjes së gjakut, mos e shkundni kurrë; 7. Nëse marrja e gjakut dështon, përsërisni procedurën e marrjes së gjakut nga ana tjetër; 8. Mos merrni gjak nga dora ku merret infuzioni, vendet që kanë plagë, hematoma dhe ndryshime të ngjashme; 9. Hiqni gjithmonë tubin e fundit përpara se ta hiqni gjilpërën nga vena; 10. Mos i rrotulloni ose tundni tubat pa antikoagulant. Pasi t'i hiqni, vendosini drejt në mbajtës; 11. Mostrat e gjakut transferohen në pozicion të drejtë në sisteme të mbyllura; 12. Mostrat transportohet nga infermieri (asnjëherë nga person i tretë). 13. Shmangni ndikimet mekanike gjatë transportit.
[VI]	Dokumentimi	Me kthimin në institucion, infermieri i regjistron në dokumentacionin ekzistues të institucionit shëndetësor: 9. Të dhënat e përgjithshme për pacientin; 10. Analizat e gjakut për të cilën është marrë gjak; 11. Datën dhe orën e marrjes së mostrës së gjakut; 12. Datën dhe orën kur gjaku është dorëzuar në laborator.

Figura 8 - Marrja e gjakut venoz në shtëpinë e pacientit dhe transporti i sigurt



Kontrolloni testet e kërkuara sipas udhëzimit, vendosni të dhënat e pacientit në epruvetë.



Vendosni dorezat.



Vendosni lidhësen.



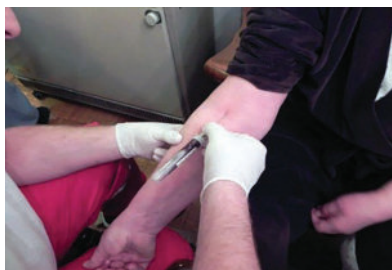
Dezinfektoni vendin



Aplikoni gjilpërën në venë.



Vendoseni epruvetën në gjilpërë dhe hiqeni lidhësen.



Hiqeni epruvetën, vendosni tupfer pambuku në vendin e shpimit dhe nxirreni gjilpërën.



Epruvetën vendoseni në mbajtës.



Vendoseni mbajtësin në ftohës dhe transportoni në laborator

18. PROCEDURA E MARRJES SË STRISHOS SË HUNDËS DHE NAZOFARINGUT PËR EKZAMINIM MIKROBIOLOGJIK DHE TRANSPORTI I SIGURT NË LABORATORIN MIKROBIOLOGJIK

Qëllimi: i kësaj procedure është standardizimi i marrjes së strishos nga hunda dhe nazofaringu, si dhe transportimi i sigurt i mostrave nga infermieri në laboratorin mikrobiologjik.

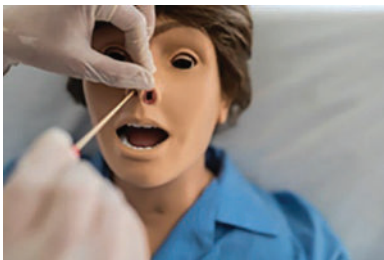
Marrja e strishos së hundës dhe nazofaringut në shtëpi kryhet për pacientët që ushtrojnë të drejtën e kujdesit shëndetësor në shtëpi, me udhëzim të mjekut.

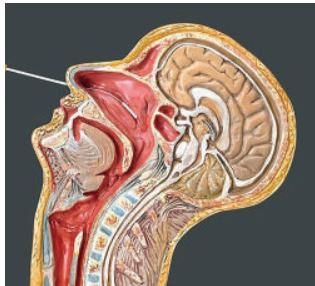
Strishot e hundës dhe nazofaringut janë metoda mikrobiologjike të besueshme për ta vërtetuar agjentin shkaktar të sëmundjes.

Për rezultate të besueshme, mbledhja e duhur, transporti dhe/ose ruajtja e përkohshme e strishos është me rëndësi të madhe.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËNHAPAT
[I]	Përgatitja e materialeve	1. Doreza për një përdorim; 2. Maskë; 3. Shtupa sterile (tampon nazal) dhe/ose shtupa sterile elastike (tampon nazofaringeal); 4. Tretje fiziologjike NaCl 0.9%; 5. Metoda transportuese sipas Stuart-it.
[II]	Përgatitja e pacientit	12. Shpjegoni pacientit/kujdestarit, qëllimin, procedurën dhe bashkëpunimin që pritët gjatë marrjes së strishos nazale ose nazofaringeale; 13. Paralajmëroni pacientin për shqetësimin gjatë marrjes së strishos së hundës ose nazofaringut (irritim deri te kollitja dhe teshtitja); 14. Vendoseni pacientin në pozicion të përshtatshëm, mundësisht ulur, me kokën drejt dhe të drejtuar nga burimi i dritës, duke respektuar personalitetin e pacientit; Figura 9 - Materiali i nevojshëm

		 Figura 10 - Procedura e marrjes së strishos	 Figura 11 - Futni shtupën në epruvetë dhe mbylleni
[III]	Veprimi për marrjen e strishos së hundës dhe nazofaringut	Strisho e hundës: 1. Lani dhe thani duart, vendosni dorezat dhe maskën; 2. Hapni epruvetën, nxirreni shtupën sterile dhe zhytni me kujdes në tretësirën fiziologjike sterile; 3. Me gishtin e madh të dorës jodominuese, ngrini butësisht majën e hundës, kontrolloni kalimin e vrimave të hundës dhe vendoseni kokën drejt për qasje në kanalën e hundës; 4. Përdorni shtupën për të hyrë në vrimë të hundës (pa prekur lëkurën) në thellësi prej rreth 1-2cm, fillimisht në një vrimë, pastaj në tjetrën dhe rrotullojeni butësisht për 10-15 sekonda në mënyrë që të thithin sekrecionet e hundës; 5. Fusni me kujdes shtupën në epruvetë dhe më pas mbylleni; 6. Shkruani në epruvetë: emrin dhe mbiemrin e pacientit, llojin e mostrës, datën dhe orën kur është marrë dhe hiqni barkodin nga epruveta dhe ngjiteni në udhëzim; 7. Paraqitni mostrën me udhëzim në laboratorin mikrobiologjik brenda 1-2 orësh; 8. Nëse transporti zgjat më shumë se 2 orë pas marrjes, materiali duhet të ruhet në mjedisin transportues sipas Stuart-it në temperaturën e dhomës (20–25 °C) brenda 24 orëve. Strisho e nazofaringut: 9. Lani dhe thani duart, vendosni dorezat dhe maskën; 10. Hapni epruvetën, nxirreni shtupën sterile dhe zhytni me kujdes në tretësirën fiziologjike sterile; 11. Me gishtin e madh të dorës jodominuese, ngrini butësisht majën e hundës, kontrolloni kalimin e vrimave të hundës dhe vendoseni kokën drejt për qasje në kanalën e hundës; 12. Përdorni një shtupë për të hyrë në vrimë të hundës (pa prekur lëkurën), shtyni butësisht deri në fund të pasazhit të mesit të	

		hundës, duke ndjekur një vijë imagjinare drejt majës së veshit në të njëjtën anë dhe rrotullojeni për ta thithur sekrecionin;  Figura 12 - Strisho e nazofaringut 13. Futeni me kujdes shtupën në epruvetë dhe më pas mbylleni; 14. Shkruani në epruvetë: emrin dhe mbiemrin e pacientit, llojin e mostrës, datën dhe orën kur është marrë strisho dhe hiqni barkodin nga epruveta dhe ngjiteni në udhëzim; 15. Paraqitni mostrën me udhëzim në laboratorin mikrobiologjik brenda 1-2 orësh; 16. Nëse transporti zgjat më shumë se 2 orë pas marrjes, materiali duhet të ruhet në mjet transporti në temperaturën e dhomës (20-25 °C) brenda 24 orëve.
[IV]	Dokumentimi	Me kthimin në institucion, infermieri i regjistron në dokumentacionin ekzistues të institucionit shëndetësor: 13. Të dhënat e përgjithshme për pacientin; 14. Datën dhe orën e marrjes së strishos së hundës dhe/ose nazofaringeale; 15. Nënshkrimin e infermierit që ka kryer procedurën.

19. PROCEDURA PËR MARRJEN E STRISHOS TË FARINGUT DHE BAJAMEVE PËR EKZAMINIM MIKROBIOLOGJIK DHE TRANSPORTI I SIGURT NË LABORATOR

Qëllimi: i procedurës është marrja e strishos të faringut dhe bajameve dhe transportimi i sigurt i mostrave nga infermieri në laboratorin mikrobiologjik.

Një strisho (shtupë) e faringut dhe e bajameve është një nga testet mikrobiologjike më të zakonshme të kryera për të vërtetuar shkaktuesin e sëmundjes. Ajo kryhet nga infermieri sipas udhëzimit të mjekut. Për rezultate të besueshme, mbledhja e saktë, transporti dhe/ose ruajtja e përkohshme e strishove është me rëndësi të madhe.

Marrja e strishos të faringut dhe bajameve në shtëpi kryhet për pacientët që ushtrojnë të drejtën e kujdesit shëndetësor në shtëpi, në bazë të referimit/udhëzimit me shkrim të mjekut, i cili tregon testin për të cilin merret mostra (kampioni). Strishot e faringut dhe bajameve merren në mëngjes para ngrënies, pijeve dhe higjienës orale. Nëse pacienti ka ngrënë ose pirë, duhet të kalojnë të paktën 30 minuta (në mënyrë optimale 2 orë) përpara se të merret strisho.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËNHAPAT
[I]	Përgatitja e materialit	1. Doreza për një përdorim; 2. Maskë; 3. Shpatull; 4. Enë veshkore; 5. Shtupa (shkopi steril me pambuk të palosur në njërin skaj); 6. Mjeti transportues i Stuart-it.
[II]	Përgatitja e pacientit	1. Shpjegojini pacientit/kujdestarit qëllimin e procedurës dhe bashkëpunimin që pritët gjatë marrjes së strishos të faringut dhe bajameve; 2. Paralajmëroni pacientin për shqetësimin gjatë marrjes së strishos të faringut dhe bajameve (irritim deri në të vjella); 3. Vendoseni pacientin në pozicion të rehatshëm (mundësisht ulur) me kokën pak të anuar mbrapa dhe të drejtuar drejt burimit të dritës.
[III]	Procedura e marrjes së strishos së	1. Lani dhe thani duart, vendosni dorezat dhe maskën në fytyrë; 2. Vendoseni enën veshkore nën mjekër në anë të krahut (nëse pacienti ka nevojë për të vjella gjatë marrjes së strishos);

	faringut dhe bajameve	- Hapni epruvetën dhe nxirreni me kujdes shtupën sterile; - Këshilloni pacientin që të gëlltisë pështymën dhe të hapë gojën; - Shtypni bazën e gjuhës me shpatull, ndërsa pacienti thotë: "aaaaa", me një rrotullim të lehtë të shtupës, fshini bajamet, bazat e bajameve dhe faringun me presion, duke pasur kujdes që të mos prekni gjuhën ose mukozën e zgavrës së gojës, dhëmbët dhe uvulën (musculus uvulae); - Futni me kujdes shtupën në tub dhe mbylleni, duke u kujdesur që të mos kontaminoni mostrën (kampionin); - Shkruani në epruvetë: emrin dhe mbiemrin e pacientit, llojin e mostrës, datën dhe orën kur është marrë dhe hiqni barkodin nga epruveta dhe ngjiteni në udhëzimin e mjekut; - Dorëzoni mostrën e referuar në laboratorin mikrobiologjik brenda 1-2 ore; - Nëse transporti është më i gjatë se 2 orë pas marrjes, materiali duhet të ruhet në mjedisin transportues të Stuart-it në temperaturën e dhomës (20–25 °C) brenda 24 orëve.
[IV]	Dokumentimi	Nga dokumentacioni, infermieri përdor: - Udhëzimin e vizitës; - Referimin për laborator mikrobiologjik; - Kartelën shëndetësore të pacientit; Me kthimin në institucion, infermieri i regjistron në dokumentacionin ekzistues të institucionit shëndetësor: - Të dhënat e përgjithshme për pacientin; - Datën dhe orën e marrjes së strishos së faringut dhe bajameve; - Nënshkrimin e infermierit që ka kryer vizitën.

20. PROCEDURA PËR MBLEDHJEN E MOSTRAVE TË URINËS NË SHITËPI PËR PACIENTËT ME KATETER URINAR DHE TRANSPORTI I SIGURT I MOSTRËS NË LABORATOR

Qëllimi: i kësaj procedure është marrja e mostrave të urinës nga kateteri urinar në mënyrë unike të sigurt dhe transportim të sigurt për në laborator.

Infermieri në kushte shtëpie merr mostrën e urinës nga pacientët me kateter për analiza mikrobiologjike dhe biokimike.

Urina është një lëng i verdhë i lehtë përmes të cilit shumica e substancave të dëmshme ekskretohen nga trupi duke hequr qafe lëngun e tepërt në të njëjtën kohë. Testi i urinës është i rëndësishëm për monitorimin e funksionit të veshkave dhe traktit urinar, si dhe për zbulimin e sëmundjeve metabolike dhe sistematike.

Marrja e mostrave të urinës në shtëpi kryhet për pacientët që ushtrojnë të drejtën e kujdesit shëndetësor në shtëpi, në bazë të urdhrit të mjekut, i cili tregon testin për të cilin merret materiali.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËNHAPAT
[I]	Përgatitja e materialit	1. Gota/shishe/epruvetë sterile me kapak ose tuba urine; 2. Etiketë për gotën/shishen/epruvetën; 3. Doreza për një përdorim; 4. Shiringë dhe gjilpërë sterile; 5. Pean për shtrëngim; 6. Dezinfektues; 7. Tupfer pambuku; 8. Enë veshkore; 9. Mbajtës për transportin e urinës; 10. Qese për mbetjet infektive; 11. Kuti për mbetje të mprehta.
[II]	Përgatitja e pacientit	1. Identifikoni pacientin; 2. Siguroni privatësinë e pacientit; 3. Shpjegojini pacientit procedurën, lejoni parashtrimin e pyetjeve, duke respektuar personalitetin e pacientit.
[III]	Procedura e marrjes së	1. Urina nga kateteri për analiza laboratorike merret pas ndërrimit të kateterit urinar dhe qeses;

	urinës nga kateteri	2. Paloseni tubin e qeskës së urinës në formën e shkronjës “U” dhe shtrëngojeni; 3. Lëreni kapësen për 10-15 minuta; 4. Hiqni dorezat e përdorura për ndërrimin e kateterit dhe vendosni të reja; 5. Dezinfektoni vendin nga e cila marrim urinën në kateter; 6. Merrni shiringë sterile dhe futni gjilpërën; 7. Futni gjilpërën në kënd prej 45°; 8. Aspironi 10ml urinë në shiringë; 9. Hapni shishen e urinës dhe ktheni kapakun nga brenda pa prekur pjesën e brendshme të kapakut me gishta; 10. Injektoni urinën në gotë/shishe/epruvetë sterile; 11. Vendosni shiringën dhe gjilpërat në kutinë për mbetje të mprehta; 12. Mbyllni gotën/shishen/epruvetën e urinës; 13. Hiqeni peanin nga tubi i qeses së urinës; 14. Shkruani informacionet për pacientin në etiketë (emri dhe mbiemri, dita, muaji dhe viti i lindjes, koha e marrjes së urinës dhe shkruani se urina është marrë nga kateteri); 15. Ngjitni etiketën me të dhënat e pacientit në gotë/shishe/epruvetë; 16. Vendosni gotën/shishen/epruvetën me mostrën e urinës në pozicion vertikal në mbajtësin për transportim; 17. Hiqni dorezat dhe hidhini ato në mbeturinat komunale; 18. Infermieri e dorëzon materialin e urinës në laborator brenda 2 deri në 3 orë (mostra e urinës për analizat laboratorike mund të ruhet për 24 orë në një temperaturë prej 4 °C).
[IV]	Masat e kujdesit	1. Mos merrni urinë nga qesja e urinës; 2. Kryeni procedurën duke respektuar parimet e asepsës dhe antisepses; 3. Udhëzimet laboratorike dhe materiali i urinës nuk duhet të transportohen në të njëjtin mbajtës/kontejner.
[V]	Dokumentimi	Infermieri merr: 1. Udhëzimin e vizitës; 2. Kartelën shëndetësore të pacientit;

		Me kthimin në institucion, infermieri i regjistron në dokumentacionin ekzistues të institucionit shëndetësor: 3. Të dhënat e përgjithshme për pacientin; 4. Llojin e kërkimit; 5. Datën dhe orën e grumbullimit të urinës; 6. Datën dhe orën kur është dorëzuar urina; 7. Nënshkrimin e infermieres që ka kryer procedurën.
--	--	--

Figura 13 – Mbledhja e mostrave të urinës nga kateteri i përhershëm

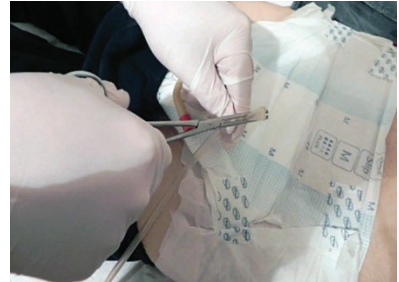
MBLEDHJA E MOSTRAVE TË URINËS NGA KATETERI I PËRHERSHËM



Vendosni kateterin



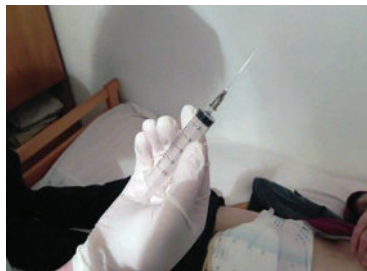
Ndërroni qesen e urinës



Klemoni kateterin



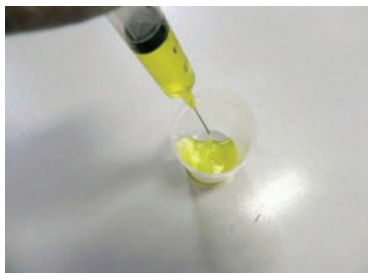
Dezinfekto vendin e shpimit



Merr shiringën dhe gjilpërën



Merr sasinë e nevojshme të urinës



Derdhni urinën në enën e paraparë



Hidh gjilpërën në kuti për mbetje të mprehta



Vendosni enën në çantë transporti

21. PROCEDURA PËR MARRJEN E STRISHOS SË PLAGËS PËR EKZAMINIM MIKROBIOLOGJIK

Qëllimi: i procedurës është udhëzimi për marrjen e strishos së plagës në kushte shtëpie dhe transport të sigurt të materialit.

Plaga është ndërprerje e vazhdimësisë anatomike dhe funksionale të indeve. Plagët mund të jenë akute dhe kronike. Plaga që nuk shërohet brenda periudhës së pritshme ± 6 javë, shndërrohet në plagë kronike.

Për rezultate të besueshme mikrobiologjike, është shumë e rëndësishme të merret strisho e plagës në mënyrë korrekte (në kohën e duhur, nga vendi i duhur) dhe materiali të transportohet ose të ruhet në mënyrë të sigurt.

Strisho e plagës mund të merret në shtëpi (në situata kur pacienti është i palëvizshëm dhe që nuk ka mundësi transporti në institucionin shëndetësor) nga infermieri vetëm me udhëzim të mjekut.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËNHAPAT
[I]	Përgatitja e materialit	1. Doreza; 2. Gjilpëra; 3. Shiringë (nga 20 - 50ml); 4. Material për trajtimin aseptik të plagës (veshje, mbulesa dhe instrumente sterile); 5. Tretësirë fiziologjike - NaCl 0,9%; 6. Kompresë; 7. Enë veshkore; 8. Kuti për mjetet e mprehta dhe qese për mbetjet infektive; 9. Shtupa sterile me pambuk të palosur në njërin skaj; 10. Mjeti transportues i Stuart-it; 11. Stilolaps.
[II]	Përgatitja e hapësirës	1. Dhoma ku merret strisho e plagës duhet të jetë e ndriçuar, e ajrosur dhe me temperaturë optimale.
[III]	Përgatitja e pacientit	1. Shpjegojini pacientit/anëtarit të familjes/kujdestarit qëllimin e procedurës dhe bashkëpunimin që pritet gjatë marrjes së strishos së plagës;

		2. Paralajmëroni pacientin që të mos prekë asgjë me duar ose të mos flasë me të pranishmit gjatë marrjes së strishos; 3. Lironi zonën e plagës; 4. Vendoseni pacientin në pozitë të rehatshme me kokë të kthyer në anën e kundërt.
[IV]	Inspektimi vizual i plagës	1. Lokalizimi; 2. Madhësia; 3. Gjerësia; 4. Shfaqja e pjesës së poshtme të plagës (thellësia); 5. Forma; 6. Buzët; 7. Shenjat e infeksionit (sekretim, qelb).
[V]	Procedura për marrjen e strishos së plagës	1. Lani dhe thani duart, vendosni dorezat dhe maskën; 2. Largoni materialin fashues dhe mbulesën nga plaga (nëse plaga tashmë është trajtuar) dhe vendosni në enën/qesen për mbetjet infektive; 3. Vendosni kompresën dhe enën veshkore nën plagë; 4. Për ta dekontaminuar plagën, mbushni me tretësirë fiziologjike (NaCl 0,9%) shiringën sterile dhe shpëlajeni plagën nga distanca prej 2-5cm, duke u kujdesur që shtypja të mos jetë shumë e fortë, në mënyrë që të mos e dëmtojë indin në plagë; 5. Me instrument steril merre tupferin steril, e njomni me tretësirë fiziologjike (duke u siguruar që maja e shishes të mos prekë tupferin), dhe pastroni plagën nga qendra në drejtim të skajeve me lëvizje rrethore; 6. Pastroni lëkurën rreth plagës me NaCl 0,9%, më pas thajeni me garzë të thatë sterile; 7. Hapni epruvetën dhe nxirreni me kujdes tamponin steril; 8. Për të marrë mostra nga plaga e thatë, shtupa sterile duhet të spërkatet me NaCl 0.9%, ndërsa te mostra e lagësht duhet të merret me shtupë sterile të thatë; 9. Shtupa sterile duhet të përshkojë të gjithë sipërfaqen e plagës me lëvizje zigzage ose rrethore, me presion të lehtë në inde.

		10. Mbajeni shtupën për rreth 30 sekonda për ta thithur përmbajtjen e plagës; 11. Nëse ka "xhep" në zonën e plagës, merrni një strisho të veçantë nga ai vend; 12. Futni me kujdes shtupën në epruvetë dhe mbylleni atë; 13. Shkruani në epruvetë: emrin dhe mbiemrin e pacientit, llojin e mostrës, datën dhe orën kur është marrë dhe lokalizimin e plagës. 14. Dorëzoheni mostrën me referim në laboratorin mikrobiologjik brenda 1-2 orësh. 15. Nëse transporti zgjat më shumë se 2 orë pas marrjes, materiali duhet të ruhet në mjetin transportues të Stuart-it në temperaturën e dhomës (20–25 °C); 16. Nuk duhet të merret strisho e plagës gjatë kohës që gjakderdhja është në vazhdim ose brenda 12 orëve pas aplikimit të një antiseptiku.
[VI]	Dokumentimi	Nga dokumentacioni, infermieri përdor: 7. Udhëzimin e vizitës; 8. Referimin për laborator mikrobiologjik; 9. Kartelën shëndetësore të pacientit; Me kthimin në institucion, infermieri i regjistron në dokumentacionin ekzistues të institucionit shëndetësor: 10. Të dhënat e përgjithshme për pacientin; 11. Datën dhe orën e marrjes së strishos së plagës; 12. Nënshkrimin e infermierit që ka kryer vizitën.

KAPITULLI III – PROCEDURAT E KUJDESIT SHËNDETËSOR DHE TERAPEUTIK

22	PROCEDURA PËR NGRITJE DHE LËVIZJE TË PACIENTIT
23	PROCEDURA E USHQYERJES SË PACIENTIT PËRMES SONDES NAZOGASTRIKE
24	PROCEDURA E KUJDESIT SHËNDETËSOR DHE TË USHQYERIT E PACIENTIT ME GASTROSTOMË ENDOSKOPIKE PERKUTANE
25	PROCEDURA E APLIKIMIT TË KLIZMËS (SHPËRLARJES) NË KUSHTE SHTËPIE
26	PROCEDURAT E PASTRIMIT TË TRAKEOSTOMËS
27	PROCEDURA E TRAJTIMIT TË SHPUTËS DIABETIKE NË SHTËPI
28	PROCEDURA E PËRGATITJES DHE APLIKIMIT TË INFUZIONIT SUBKUTAN NË SHTËPI (HIPODERMOKLIZA)
29	PROCEDURA E VEPRIMIT ME TË VDEKURIN NË SHTËPI

22. PROCEDURA PËR NGRITJE DHE LËVIZJE TË PACIENTIT

Qëllimi: i kësaj procedure është lëvizja dhe ngritja e pacientit të palëvizshëm nga infermieri gjatë ofrimit të shërbimit shëndetësor.

Duke përdorur këtë procedurë, ngritja dhe lëvizja e pacientit kryhet në mënyrë të sigurt për pacientin dhe për infermierin dhe në të njëjtën kohë paraqet një procedurë demonstruese edukative për familjarët apo kujdestarët.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËNHAPAT
[I]	Vlerësimi i gjendjes së pacientit	Para se ta kryeni procedurën e ngritjes dhe lëvizjes së pacientit, është e nevojshme të bëni një vlerësim të shpejtë: 1. Gjendja psikofizike e pacientit (shkalla e lëvizshmërisë, forca e muskujve, qëndrueshmëria, mundësitë e komunikimit dhe bashkëpunimit...); 2. Prania e lëndimeve, dëmtimeve dhe kufizimeve të përcaktuara të pacientit; 3. Prania dhe lloji i dhimbjes; 4. Mjedisi. Tabela 13 - Metodat e kapjes gjatë ngritjes dhe lëvizjes së pacientit
		1. Kapja për duar <i>(dorë më dorë)</i>  - kur ndryshoni pozicionin nga shtrirë në ulur; - nga qëndrimi ulur në këmbë; - ndihma gjatë hyrjes në ambulancë, etj.
		2. Kapja nënsqetull <i>(lëvizja nga pozicioni në këmbë në pozicion ulur)</i>  - qëndroni pas pacientit, vendosni duart nën sqetullat e pacientit dhe kapni fort parakrahët e pacientit. - mbani shpinën drejt, përkulni pak gjunjët dhe uleni lehtësisht pacientin në pozicion ulur.

		3. Kapja për rripin (ngritja nga pozicioni ulur në qëndrim në këmbë dhe anasjelltas)		- qëndroni përballë pacientit dhe vendoseni njërin këmbë para këmbës së pacientit për ta parandaluar “rreshqitjen”. - përkulni këmbët në gjunjë dhe kapni me duar rripin e pacientit. - mbani shpinën drejt duke i drejtuar (shtrirë) këmbët e përthyer, ngrini pacientin në pozicion në këmbë.
		4. Kapja nënsqetull (duke u ngritur nga pozicioni ulur në këmbë)		- qëndroni anash dhe vendoseni njërin këmbë përpara këmbës së pacientit për ta parandaluar “rreshqitjen”, - përkulni këmbën në gju dhe vendosni duart nën sqetullën e pacientit, - mbani shpinën drejt duke i drejtuar (shtrirë) këmbët e përthyer, ngrini pacientin në pozicion në këmbë.
[II]	Lëvizja e pacientit nga shtrati në karrocë	1. Vendoseni karrocën paralelisht me shtratin në mënyrë që mbështetësja e karrocës të jetë përballë kokës së krevatit; 2. Hiqni anën e karrocës që është pranë krevatit; 3. Frenoni karrocën; 4. Ngrini mbështetësit e këmbëve në karrocë; 5. Pacienti vendoset në pozitën ulur në mënyrë të pavarur, ose me ndihmë (figura 14);  Figura 14 – Pacienti në pozitën ulur në mënyrë të pavarur, ose me ndihmë		

6. Ulni këmbët e pacientit mbi skajin e shtratit (figura 15);



Figura 15 - Këmbët e pacientit mbi skajin e shtratit

7. Qëndroni përballë pacientit me gjunjë pak të përthyer dhe aplikoni një nga kapjet e rekomanduara (2 ose 3) (figura 16);

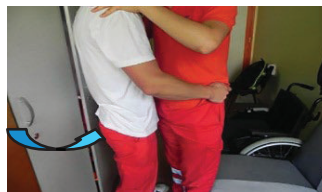


Figura 16 – Qëndrimi përballë pacientit

8. Pacienti mund të mbahet në shpatulla ose rreth qafës së infermierit;
9. Ngrini pacientin në këmbë dhe vendoseni në karrocë me një lëvizje gjysmë rrethore (figura 17);



Figura 17 – Lëvizja gjysmë rrethore

10. Rivendosni anësoren e karrocës;
11. Ulni mbajtëset e këmbëve;
12. Vendosni këmbët në mbajtëse;
13. Mbështeteni shpinën e pacientit në mbështetëse dhe lidhni rripin e sigurisë;
14. Vendosni duart e pacientit në prehër të tij.



Figura 18 – Ndihmo pacientin të ecë

[III]	Ndihmoni pacientin që është duke ecur	1. Qëndroni pranë pacientit; 2. Mbani pacientin rreth belit me dorën që është më afër trupit; 3. Mbani krahun e shtrirë të pacientit me dorën tjetër duke përdorur dorën grusht;
[IV]	Ndihmoni pacientin në rast të rënies	1. Nëse ndodh që pacienti të rrëzohet, është më e sigurt ta ulni lehtësisht ose ngadalë në dysheme, sesa ta parandaloni rënien. 2. Mblidhni trupin tuaj dhe lëreni trupin të rrëshqasë, mos u përpiqni ta mbani trupin (rënie e kontrolluar); 3. Më pas vendoseni pacientin në pozicion të mundshëm fiziologjik dhe thirrni për ndihmë.
[V]	Ngritja e pacientit nga dyshemeja	1. Në situatën kur pacienti është në dysheme, thirrni për ndihmë; 2. Në asnjë rrethanë mos u përpiqni ta ngrini vetë pacientin nga dyshemeja; 3. Nëse pacienti është në gjendje të bashkëpunojë dhe të përdorë forcën e tij, atëherë ndihmoheni të ngrihet.
[VI]	Masat e kujdesit	1. Kurdo që është e mundur, infermieri duhet të kryejë ngritjen dhe lëvizjen me një person tjetër (anëtar i familjes ose kujdestar), duke përdorur metodat e përshkruara; 2. Kur infermieri nuk është i sigurt për forcën e tij (me pacientë shumë të rëndë), duhet thirrur ndihma përpara se të tentohet të ngrihet, në mënyrë që të shmanget lëndimi i pacientit apo infermierit; 3. Pavarësisht se cila kapje apo metodë përdoret, pozicioni i këmbëve është i një rëndësie të madhe për sigurinë tuaj (këmbët duhet të qëndrojnë fort në dysheme të ndara në drejtim të lëvizjes së pacientit, gjunjët gjysmë të përkulur dhe shtyllën kurrizore të drejtuar).

23. PROCEDURA E USHQYERJES SË PACIENTIT PËRMES SONDES NAZOGASTRIKE

Qëllimi: i procedurës është standardizimi i procesit të ushqyerjes së pacientit nëpërmjet sondës nazogastrike në kushte shtëpie, me demonstrim të procedurës te pacienti dhe/ose kujdestari për qëllime të ushqyerjes së pavarur.

Ushqimi enteral është futja e ushqimit, lëngjeve ose preparateve nëpërmjet sondës në stomak ose në pjesën fillestare të zorrës së hollë, në pamundësi të marrjes së ushqimit nga goja për shkak të sëmundjeve ose gjendjeve të ndryshme.

Infermieri viziton pacientin në shtëpi në bazë të udhëzimit nga mjeku përgjegjës.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËNHAPAT
[I]	Përgatitja e infermierit	1. Merrni të dhënat e përgjithshme të pacientit, duke parë dokumentacionin mjekësor; 2. Përcaktoni datën dhe orën e mbërritjes për vizitë; 3. Planifikoni kohë të mjaftueshme.
[II]	Përgatitja e materialit	1. Shiringa 50 ose 100ml (me sqep ose dhëmbëzore/gojëz të përshtatur për sondë); 2. Stetoskop; 3. Dezinfektues; 4. Letër higjienike; 5. Doreza për një përdorim. 
[III]	Përgatitja e pacientit	1. Vendosni pacientin në pozicionin e Fowler-it (mbështetësja e kokës në 30°- 45°), duke respektuar privatësinë; 2. Shpjegoni pacientit ose kujdestarit mënyrën e të ushqyerit dhe rëndësinë e bashkëpunimit;

Figura 19 – Materiali për ushqyerje

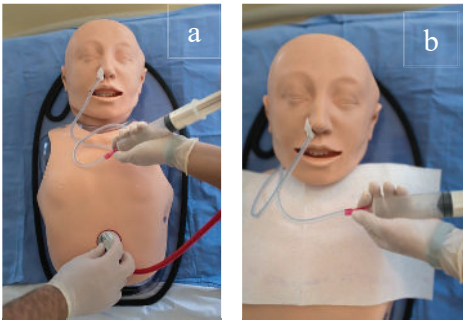
		3. Paralajmëroni pacientin për shqetësimet që mund të shfaqen gjatë ushqyerjes (të përziera, të vjella).
[IV]	Veprimet për ushqyerjen pacientit	1. Infermieri gjatë vizitës duhet të kontrollojë nëse pacienti ose kujdestari ka marrë udhëzime për kujdesin shëndetësor dhe ushqimin përpara daljes nga spitali; 2. Lani dhe dezinfektoni duart; 3. Vendosni dorezat; 4. Mbrojeni pacientin me letër higjienike; 5. Kontrolloni temperaturën e ushqimit, mundësisht të jetë përgatitje farmaceutike e gatshme ose ushqim i përzier (pure në formë të lëngshme), çaj, ujë; 6. Hapni kapakun në sondë; 7. Para marrjes së ushqimit, kontrolloni korrektësinë e sondës (injektoni 20-30ml ajër me shiringë dhe në të njëjtën kohë kontrolloni për "ajër fërshëllimë" në zonën e stomakut me stetoskop); 8. Tërhiqni ushqimin në shiringë dhe lidheni me sondë; 9. Ngadalë, pa ushtruar forcë, shtypni përmbajtjen në sondë (kur shiringa është e ndarë nga sonda, mbylleni sondën me kapëse ose kapak); 10. Injektoni ngadalë ushqimin (nga 10 deri në 30 minuta, në varësi të sasisë së ushqimit që merr); 11. Monitoroni reagimet e pacientit; 12. Pas ushqyerjes, shpërlajeni sondën me 20-30ml ujë; 13. Mbyllni sondën me kapëse ose kapak; 14. Këshilloni pacientin të qëndrojë në pozitë të ngritur për të paktën 30 minuta; 15. Zbërtheni aksesorët. 

Figura 20 (a & b) - Procedura e të ushqyerit

[V]	Masat e kujdesit	1. Edukoni pacientin dhe kujdestarin, me qëllim të trajnimit të tyre për ushqyerje të pavarur; 2. Sugjeroni pacientit dhe kujdestarit të mbajë shënime për marrjen e ushqimit dhe lëngjeve; 3. Lejohet pacienti dhe/ose kujdestari të bëjnë pyetje dhe të kryejnë veprimin e të ushqyerit në prani të infermierit, për të vlerësuar njohuritë dhe aftësitë e fituara; 4. Informoni pacientin ose kujdestarin për komplikimet e mundshme, të cilat duhet të raportohen te mjeku përgjegjës; 5. Mos të shpërfillet sasia e rekomanduar e ushqimit; 6. Ndaloni të ushqyerit në rast dhimbjeje, nauze, të vjella, diarre; 7. Rregulloni marrjen e ushqimit me dinamikën e gëlltitjes.
[VI]	Dokumentimi	Me kthimin në institucion, infermieri regjistron në dokumentacionin shëndetësor: 1. Të dhënat e përgjithshme të pacientit; 2. Datën dhe orën e ushqyerjes; 3. Edukimin dhe demonstrimin e veprimeve; 4. Nënshkrimin e infermierit që ka kryer veprimet.

24. PROCEDURA E KUJDESIT SHËNDETËSOR DHE TË USHQYERIT E PACIENTIT ME GASTROSTOMË ENDOSKOPIKE PERKUTANE

Qëllimi: i procedurës është standardizimi i veprimeve të kujdesit shëndetësor dhe të ushqyerit me Gastrostomë Endoskopike Perkutane (GEP) në kushtet e shtëpisë, duke demonstruar veprimet të pacienti dhe kujdestari për kujdes dhe ushqyerje të pavarur.

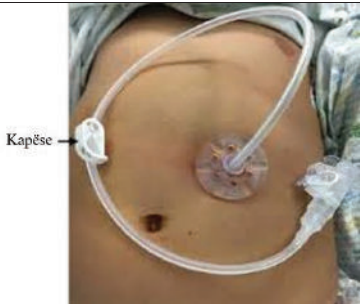
GEP është hapje kirurgjikale në murin e stomakut, me një tub trans abdominal nëpërmjet të cilit mundësohet dërgimin i drejtpërdrejtë i ushqimit në stomak, të pacientët që nuk janë në gjendje të gëlltisnin ushqim.

Infermieri bën vizitën në shtëpi tek pacienti me GEP bazuar në udhëzimin me shkrim nga mjeku përgjegjës.

Procedurat e kujdesit shëndetësor përfshijnë kujdesin e gastrostomisë, procedurat e të ushqyerit dhe ruajtjen e kalueshmërisë së tubit.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËNHAPAT
[I]	Përgatitja e mjeteve dhe materialit	1. Dezinfektues për duar; 2. Doreza sterile të disponueshme; 3. Maskë; 4. Mushama për ta mbrojtur pacientin; 5. Tupfera/Garzë sterile; 6. Solucion NaCl 0,9%; 7. Dezinfektues për lëkurë dhe mukozë; 8. Enë për materialin e përdorur; 9. Yndyrë/krem mbrojtës për lëkurën rreth sotmes; 10. Flasteri transparent; 11. Shiringa 20ml për shpëlarjen e sondës; 12. Shiringa 60ml për ushqim; 13. Shiringa 2ml dhe 5ml për shpëlarjen e sotmes; 14. Ujë i thjeshtë i vakët i përgatitur ose përgatitje e gatshme për ushqyerje nëpërmjet gastrostomës (37 °C)

		 Figura 21 – Gastrostoma
[II]	Kujdesi për gastrostomi	1. Para veprimet, lani dhe dezinfektoni duart; 2. Vendosni dorezat sterile dhe maskën; 3. Pastroni lëkurën përreth vendit ku vendoset sonda me solucion NaCl 0,9% dhe thajeni mirë; 4. Ndani me kujdes unazën e sotmes nga lëkura gjatë shpëlarjes dhe tharjes; 5. Lyeni zonën rreth sotmes me yndyrë/krem të veçantë mbrojtës dhe mbroni me flaster transparent, i cili duhet ndërruar çdo 2 - 3 ditë. 6. Rrotulloni unazën e jashtme të sigurisë me 90° (për ta shmangur presionin në të njëjtin vend në lëkurë) dhe uleni përsëri mbi pikën e daljes.
[III]	Veprimet e ushqyerjes së personave me GEP	Gjatë vizitës së parë në shtëpi, infermieri kontrollon njohuritë e pacientit dhe kujdestarit për kujdesin shëndetësor dhe të ushqyerit nëpërmjet gastrostomës dhe më pas fillon të ushqyerit dhe demonstroi procedurën: 1. Vendosni pacientin në pozicionin ulur, në karrige ose të ngritur në shtrat; 2. Vendosni doreza njëpërdorimshe; 3. Përpara futjes së ushqimit, kontrolloni pozicionin e sondës dhe nëse është fiksuar siç duhet (ndiqni shenjat në sondë).  Figura 22 – Sonda nazogastrike (SNG)

		4. Kontrolloni kalueshmërinë e sondës - pas lidhjes së shiringës dhe sondës, tërhiqeni butësisht pistonin e shiringës drejt vetes, ku duhet të shfaqet përmbajtja e verdhë në të gjelbër nga stomaku dhe më pas shtyni butësisht ushqimin nga shiringa; 5. Jepni ushqimin ngadalë, me një shiringë 60ml për të paktën 15 minuta; 6. Monitoroni aktin e gjëlltitjes; 7. Pas çdo vakti, injektoni 30 - 50ml ujë të thjeshtë ose të gazuar, për ta ruajtur kalueshmërinë e sondës.
[IV]	Edukimi dhe trajnimi i pacientit dhe kujdestarit për ushqyerje të pavarur	1. Infermieri njëkohësisht edukon pacientin/kujdestarin dhe trajnon ata për ushqyeshmëri të pavarur, duke respektuar personalitetin e pacientit, privatësinë, botëkuptimin dhe bindjet morale e fetare; 2. Infermieri udhëzon pacientin dhe kujdestarin rreth marrjes së mjaftueshme të ushqimeve me vlera ushqyese dhe sasisë së duhur të lëngjeve (sugjeroni të mbajnë shënime për kohën dhe sasinë e ushqimit dhe lëngjeve të gjëlltitura); 3. Të lejohet pacienti dhe/ose kujdestari të bëjnë pyetje dhe të kryejnë veprimet e të ushqyerit në prani të infermierit, për të vlerësuar njohuritë dhe aftësitë e fituara; 4. Informoni pacientin ose familjarin për komplikacionet e mundshme dhe kur është e nevojshme të informojnë mjekun përgjegjës.
[V]	Masat e kujdesit	1. Gjatë kujdesit të gastrostomës, ekzaminoni lëkurën rreth sondës (mundësia e infeksionit dhe irritimit); 2. Monitoroni a ka irritim ose dhimbje rreth lëkurës; 3. Në rast të ndryshimeve në lëkurë rreth sotmes, informoni menjëherë mjekun përgjegjës; 4. Nëse pacienti ka probleme me frymëmarrje gjatë të ushqyerit, ndaloni menjëherë ushqyerjen; 5. Pas mbarimit të vaktit, pacienti duhet të jetë në të njëjtin pozicion për 30 - 60 minutat e ardhshme (ky pozicion parandalon hyrjen e ushqimit në trake); 6. Nëse sonda bllokohet, është e nevojshme të injektoni rreth 50ml ujë të ngrohtë të thjeshtë ose të gazuar me shiringë 2ml ose 5ml, në mënyrë që sonda të mos dëmtohet.

[VI]	Dokumentimi	Infermieri që realizon vizitën përdor: 1. Udhëzimin për vizitë; 2. Kartelën shëndetësore të pacientit; Me kthimin në institucion, infermieri i regjistron në dokumentacionin ekzistues të institucionit shëndetësor: 3. Të dhënat e përgjithshme për pacientin; 4. Datën dhe orën e vizitës; 5. Veprimet e kryera dhe reaksionet e padëshiruara; 6. Edukimin dhe demonstrimin e veprimeve për ushqyerje të pavarur; 7. Nënshkrimin e infermierit.
------	-------------	--

25. PROCEDURA E APLIKIMIT TË KLIZMËS (SHPËRLARJES) NË KUSHTE SHTËPIE

Qëllimi: i procedurës është t’i përcaktojë hapat për kryerjen e veprimit të klizmës në mënyrë të sigurt dhe të standardizuar.

Klizma është procedurë në të cilën një tretësirë e përshkruar aplikohet në zorrën e trashë duke përdorur sondë rektale me qëllim të stimulimit të peristaltikës së zorrëve dhe/ose pastrimit dhe zbrazjes së zorrëve.

Klizmat në shtëpi kryhen te pacientët më pak të lëvizshëm dhe të palëvizshëm në bazë të përshkrimit të mjekut, i cili përcakton sasinë e tretësirës (e vogël, mesatare dhe e madhe) dhe mënyrën e aplikimit (e lartë ose e ulët). Procedura kryhet nga infermieri.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËNHAPAT
[I]	Përgatitja e hapësirës dhe e materialit	1. Dhoma ku do të aplikohet klizma duhet të jetë e ndritshme, e ajrosur, me temperaturë komode, dhe ta ruajë privatësinë e pacientit; 2. Komplet/set klizme njëpërdorimshe ose sondë rektale 22–28cm për të rritur, irrigator me gyp dhe kapëse; 3. Tretësirë e përshkruar (vëllimi standard për klizmën e irrigimit është 750–1000ml për të rriturit) në temperaturë prej 20–37 °C, përveç nëse përshkruhet ndryshe; 4. Këmbalec/mbajtëse e palosshme për infuzion; 5. Lubrifikant; 6. Folje/leckë mbrojtëse e papërshkueshme; 7. Mushama; 8. Doreza njëpërdorimshe josterile; 9. Maskë; 10. Lopatë (enë nate për urinë dhe jashtëqitje me kapak) nëse pacienti është i palëvizshëm; 11. Dezinfektues për duar.
[II]	Përgatitja e pacientit	1. Pyete pacientin nëse ai/ajo ka bërë ndonjëherë klizmë dhe nëse ka problem me mbajtjen e lëngjeve; 2. Shpjegoni procedurën dhe lejoni parashtrimin e pyetjeve;

		3. Siguroni privatësinë (mbyllni derën), duke respektuar, për aq sa është e mundur, kërkesat e tij specifike në lidhje me botëkuptimin dhe bindjet morale; 4. Çlironi zonën gluteale nga rrobat; 5. Vendosni pacientin në anën e majtë (pozicioni Sims).
[III]	Realizimi i veprimeve	1. Për aplikimin e klizmës së lartë, tretësira ngrihet në lartësinë 45-60cm mbi rektumin e pacientit, kurse tubi rektal futet në zorrën e trashë 7-10cm; 2. Për aplikimin e klizmës së ulët, tretësira ngrihet në lartësinë 30-45cm mbi rektumin e pacientit, kurse tubi rektal futet në zorrën e trashë 6-8cm; 3. Vendosni dorezat dhe maskën; 4. Vendosni shtresë mbrojtëse të papërshkueshme nën gluteus; 5. Vendosni tretësirën e përshkruar në mbajtësen e infuzionit pranë shtratit në lartësinë e duhur; 6. Nxirrni ajrin nga zorra me një irrigator; 7. Lubrifikoni rektumin në gjatësi prej 10cm; 8. Hapni gluteuset e pacientit me dorën jodominuese; 9. Merrni sondën me dorën mbizotëruese dhe prekni anusin me majën e sondës për ta relaksuar sfinkterin, më pas rrotullojeni sondën ngadalë dhe futeni butësisht zgjatimin rektal 7-10cm në zorrën e trashë, duke këshilluar pacientin të marrë frymë thellë përmes gojës; 10. Vendosni enën me tretësirën në mbajtës; 11. Hapeni valvulin dhe lëreni tretësirën të dalë/rrjedhë ngadalë, duke mbajtur tubin rektal; 12. Kërkoni pacientit të marrë frymë thellë dhe të shtërzon muskulin unazor; 13. Vëzhgoni pacientin gjatë veprimit; 14. Nëse pacienti ka ndjenjë tensioni dhe dhimbjeje, ndaloni përkohësisht rrjedhën e lëngut; 15. Nëse pacienti nuk mund të shtërzon muskulin unazor, infermieri do të bëjë shtypje/presion në zorrët e tij gjatë veprimit të klizmës;

		16. Kur tretësira të jetë aplikuar plotësisht, mbyllni valvulin ose shtrëngoni tubin; 17. Mbështilleni tubin pranë rektumit dhe nxirreni ngadalë tubin jashtë zorrës së trashë përmes mushamasë; 18. Kërkoni pacientit ta mbajë tretësirën për të paktën 15-20 minuta ose sa më gjatë të jetë e mundur; 19. Pas përfundimit të veprimit të klizmës, grumbulloni materialin e përdorur; 20. Hiqni dorezat, lani dhe dezinfektoni duart.
[IV]	Masat e kujdesit	1. Mos e bëni klizmën në pozicion ulur, sepse tretësira nuk do të hyjë mjaftueshëm në rektum dhe do të ndodhë distension i rektumit, gjë që mund të rezultojë në nxjerrjen e shpejtë të lëngut ose dëmtim të rektumit; 2. Nëse pacienti nuk është e mundur të marrë pozicionin Sims, klizma mund të bëhet shtrirë në shpinë ose të kthehet në anën e djathtë; 3. Kontaktoni menjëherë mjekun nëse pacienti nuk e ka nxjerrë tretësirën spontanisht pas një ore; 4. Mos bëni më shumë se 3 klizma radhazi; 5. Nëse pacienti ndjen dhimbje dhe nëse tubi ndeshet me rezistencë të përhershme, informoni mjekun (absces ose tumor i mundshëm); 6. Nëse pacienti ka vështirësi në kontrollimin e sfinkterit, përdorni një mbrojtës plastik në tubë ose përdorni një tub me tullumbace (kateteri Verden). 7. Marramendje dhe dobësi mund të shfaqen gjatë aplikimit të tretësirës; 8. Aritmia kardiake është e mundur për shkak të stimulimit të refleksit vagovasal pas futjes së tubit rektal.
[V]	Dokumentimi	Pas kthimit në institucion, infermieri regjistron në dokumentacionin shëndetësor: 1. Të dhënat e përgjithshme të pacientit; 2. Datën, orën dhe llojin e klizmës; 3. Nënshkruan dokumentacionin.

26. PROCEDURAT E PASTRIMIT TË TRAKEOSTOMËS

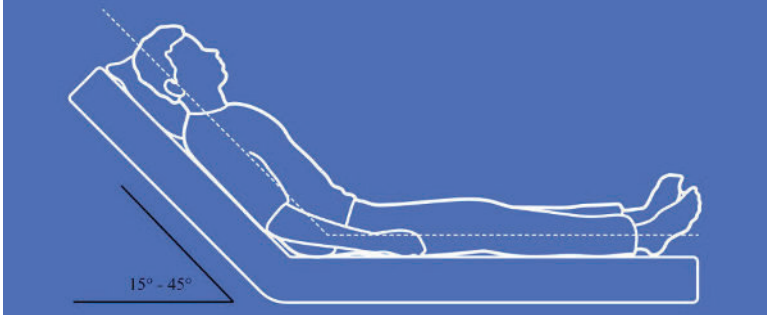
Qëllimi: i kësaj procedure është kryerja e veprimeve të infermierit mbi kujdesin dhe pastrimin e trakeostomës në mënyrë të standardizuar gjatë vizitave në shtëpi.

Trakeotomia është ndërhyrje kirurgjikale, ku intervenohet në murin e përparmë të trakesë (trakeostoma) dhe vendoset kanula trakeale (një tub metalik ose plastik), nëpërmjet së cilës mundësohet kalimi i ajrit në rrugët e poshtme të traktit respirator. Ajo kryhet në projeksionin e unazës kërcore të dytë ose të tretë të trakesë dhe mbahet e hapur duke futur një kanulë trakeale.

Pastrimi i trakeostomisë kryhet nga infermieri në pacientët me vrimë (stome) të formuar, sipas udhëzimit të mjekut përgjegjës.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN HAPAT
[I]	Përgatitja e materialit	1. Doreza sterile dhe josterile; 2. Brushë njëpërdorimshe për larjen e kanulës; 3. Tretësirë fiziologjike NaCl 0,9%; 4. Jastëk për kanulë; 5. Materiali steril për fashim (garza, fasha, shiriti); 6. Kompresë; 7. Gërshërë; 8. Enë veshkore; 9. Dezinfektues; 10. Vazelinë; 11. Yndyrë/Krem mbrojtës për lëkurën rreth trakeostomës; 12. Qese për mbetjet infektive.  Figura 23 - Jastëkët për kanulë
[II]	Përgatitja e hapësirës	1. Hapësira ku kryhet pastrimi i trakeostomës duhet të jetë e ndriçuar, e ajrosur, të ketë lagështi (ajri i thatë irriton dhe shkakton kollitje), temperaturë komode dhe e përshtatshme për privatësi të pacientit.

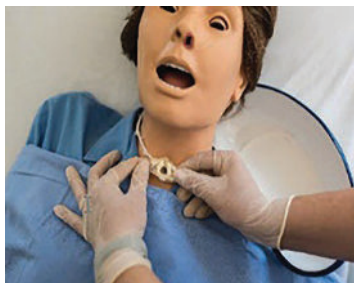
[III]	Përgatitja e pacientit	1. Pacientit t'i kërkohet bashkëpunim gjatë tualetit të trakeostomës; 2. Pacientit/familjes/kujdestarit t'i shpjegohet qëllimi i veprimeve; 3. Pacientin e vendosni në pozicionin e Fowler-it, dhe një pasqyrë përballë pacientit, duke respektuar personalitetin, privatësinë, botëkuptimin dhe bindjet morale e fetare.  Figura 24 - Pozitat e Fowler-it
[IV]	Veprimet e tualetit të trakeostomës	1. Gjatë pastrimit të trakeostomës, familjari/kujdestari mban një pasqyrë përballë pacientit me qëllim të edukimit të pacientit, anëtarit të familjes ose kujdestarit; 2. Lani dhe thani duart, vendosni doreza dhe maskën; 3. Vendosni një kompresë rreth qafës dhe enën veshkore afër krahut; 4. Hiqni kordonin (materialin mbështjellës) që mban kanulën nga trakeostoma dhe vendoseni në enën për mbetjet infektive; 5. Tërhiqeni kanulën butësisht drejt vetes; 6. Ndani kanulën e brendshme nga ajo e jashtme duke rrotulluar "bllokimin" e sigurisë; 7. Vendosni kanulën (të jashtme dhe të brendshme) në enën veshkore; 8. Lani mekanikisht me brushë dhe shpërlajeni me ujë të ngrohtë; 9. Vendoseni/zhyteni në enë veshkore me dezinfektues (për disa minuta); 10. Hiqni dorezat dhe dezinfektoni duart; 11. Vendosni doreza sterile (ndiqni procedurat aseptike nëse pacienti sapo është operuar);

		12. Nëse skajet e trakeostomës janë të lagura, dezinfektoni zonën rreth prerjes me tupfer steril (dezinfektimi sipas rekomandimit të mjekut); 13. Nëse skajet rreth trakeostomës janë të thata dhe të “pastra”, pastroni lëkurën rreth trakeostomës me tupfer (strisho) sterile të lagura në NaCl 0,9%, thajeni dhe aplikoni yndyrën/kremin mbrojtës përreth sotmes (sipas rekomandimit të mjekut); 14. Shpërlajeni kanulën me tretësirë sterile NaCl 0,9%; 15. Thajeni kanulën me gazë sterile dhe fusni kanulën e brendshme në atë të jashtme; 16. Mbyllni "bllokimin" e sigurisë në kanulë; 17. Lubrifikoni pjesën e jashtme të kanulës me vazelinë ose lagni me tretësirë fiziologjike sterile; 18. Vendosni butësisht kanulën në trakeostomë; 19. Vendosni jastëkun rreth sotmes; 20. Qëndroni në anën e pacientit, mbajeni gazën direkt përpara sotmes (KUJDES! pacienti gjatë kollitjes qet sekret), dhe inkurajoni pacientin të kollitet, për t'u siguruar që rrugët e frymëmarrjes janë të lira dhe kanula është në vendin e duhur; 21. Vendosni fashën rreth qafës dhe kontrolloni sigurinë e kanulës (fasha dhe kordoni nuk duhet ta shtrëngojnë qafën e pacientit, e as nuk duhet të jetë shumë e “lirë” në mënyrë që kanula të bjerë jashtë); 22. Paketo mjetet; 23. Lani duart.
[V]	Dokumentimi	Infermieri që realizon vizitën përdor: 1. Udhëzimin për vizitë; 2. Kartelën shëndetësore të pacientit. Me kthimin në institucion, infermieri i regjistron në dokumentacionin ekzistues të institucionit shëndetësor: 3. Të dhënat e përgjithshme për pacientin; 4. Datën dhe orën e pastrimit të trakeostomës; 5. Datën për vizitën e radhës; 6. Nënshkrimin e infermierit.

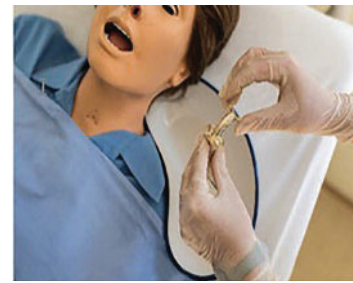
PASTRIMI I TRAKEOSTOMËS



Materiali i nevojshëm për pastrimin e kanulës



Tërhiqeni kanulën duke e kthyer "bllokimin" e sigurisë



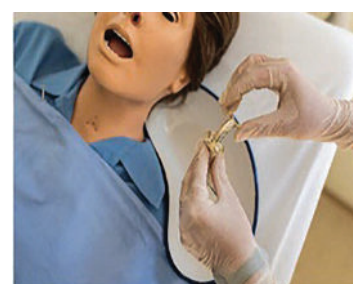
Ndani kanulën e brendshme nga ajo e jashtme



Vendoseni kanulën në enë veshkore



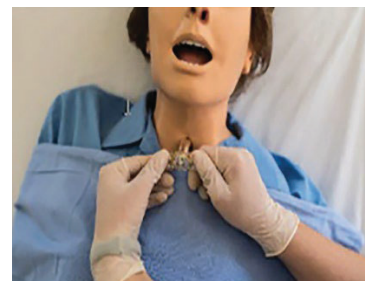
Pastroni mekanikisht, dezinfektoni, shpëlajeni



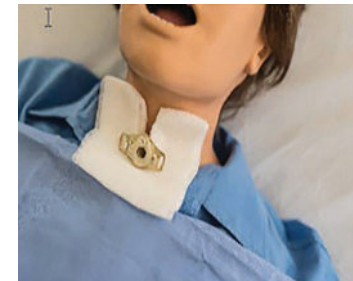
Futni kanulën e brendshme në atë të jashtme



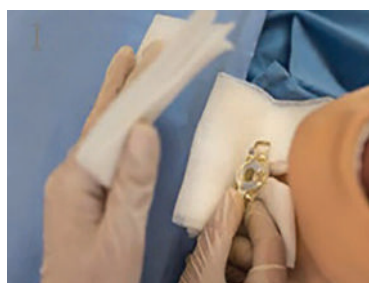
Mbyllni "bllokimin" e sigurisë dhe aplikoni vazelinë



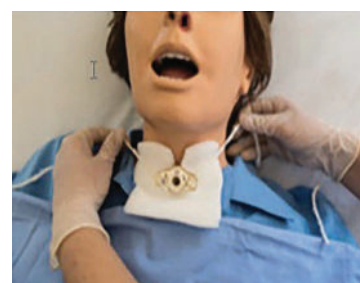
Futni kanulën



Vendosni një garzë rreth stomës



Inkurajoni pacientin të kollitet



Vendosni një fashë ose fjongo dhe fiksoni rreth qafës

27. PROCEDURA E TRAJTIMIT TË SHPUTËS DIABETIKE NË SHTËPI

Qëllimi: i procedurës është trajtimi i shputës diabetike në shtëpi në mënyrë unike dhe të sigurt.

Si rezultat i vlerës së ngritur afatgjatë të glukozës në gjak, enët e gjakut dhe nervat dëmtohen, gjë që rezulton në ndryshime në lëkurën e shputave. Me kalimin e kohës, lëkura bëhet e thatë, e trashur, e prirur për plasaritje, që mund të shkaktojë plagë të hapur kronike (ulcerë), e cila shpesh, për shkak të zhvillimit të një infeksioni, mund të çojë në gangrenë dhe amputimin e nevojshëm të gishtit, shputës ose të gjithë këmbës.

Qasja multidisciplinare për trajtimin dhe rehabilitimin e shputës diabetike në shtëpi është një proces afatgjatë në të cilin infermieri luan një rol dominues.

Indikacioni për trajtimin e shputës diabetike në shtëpi përcaktohet nga mjeku, duke renditur:

- Shkalla e lezionit [sistemi i klasifikimit të Wagner-it të shputës diabetike – Tabela 14];
- Metoda e trajtimit, përpunimit dhe fashimit;
- Frekuenca;
- Lloji i antiseptikëve;
- Lloji i mbulimit të përshtatshëm (antiseptikë, hidrokoloidë, alginate, shkumë poliuretani etj.).

Tabela 14 – Shkalla e lezionit

Shkalla	Lezioni
0	Nuk ka plagë të hapur, ka deformim të shputës dhe skuqje lokale të lëkurës.
1	Ulcerat diabetike sipërfaqësore (trashësi e pjesshme ose e plotë).
2	Plaga shtrihet në ligament, tendinë, kapsulë kyçe pa absces dhe osteomielit.
3	Ulcerat e thellë me absces, osteomielit ose qelbëzim në nyje.
4	Gangrena e lokalizuar në gishta, në pjesën e përparme të shputës ose në thembër.
5	Gangrenë e gjerë që prek të gjithë shputën.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËNHAPAT
[I]	Përgatitja e materialit	1. Përparëse e disponueshme; 2. Kompresa për një përdorim; 3. Maskë; 4. Doreza për një përdorim; 5. Instrumente sterile (pean, pinceta, gërshërë); 6. Enë për ruajtjen e instrumenteve të përdorura;

		7. Shiringa me madhësi të madhe - sterile; 8. Garza sterile të madhësive të ndryshme, fashë, leukoplast; 9. Tretësirë NaCl 0,9% në temperaturën e dhomës; 10. Antiseptik i përshkruar nga mjeku; 11. Mbulesa të përshtatshme të përshkruara nga mjeku (filma dhe shkume poliuretani, hidrokoloidë, hidrogel, alginate, rrjeta kontakti jongjitëse, etj.); 12. Enë veshkore; 13. Kuti për mbetje të mprehta dhe qese për mbetjet infektive.
[II]	Përgatitja e hapësirës dhe pacientit	1. Dhoma duhet të jetë e ndritshme, e ajrosur dhe me temperaturë komode; 2. Shpjegojini pacientit veprimin dhe bashkëpunimin që pritët prej tij, duke respektuar privatësinë e tij.
[III]	Veprimi	1. Vendoseni pacientin në pozicionin e duhur; 2. Vendosni përparëse; 3. Vendosni dy kompresa, njëra poshtë shputës që do të trajtohet, dhe tjetra për materialin që do të përdoret gjatë trajtimit; 4. Vendosni në mënyrë të përshtatshme materialin e nevojshëm për trajtim; 5. Dezinfektoni duart, vendosni doreza dhe maskën; 6. Largoni fashimin paraprak nga plaga (nëse ulcerat tashmë është trajtuar) dhe hidheni në qesen për mbetjet infektive; 7. Tërhiqeni në shiringë tretësirën NaCl 0,9%; 8. Vendosni enën veshkore në mënyrë që lëngu dhe eksudati nga plaga të derdhen në të; 9. Për ta pastruar plagën, futni tretësirë NaCl 0,9% në shiringë sterile dhe pastroni ulcerën nga distancë prej 2 - 5cm, duke u siguruar që presioni të mos jetë shumë i fortë, në mënyrë që të mos dëmtojë indin në plagë; 10. Me instrument steril merre tupferin steril, lageni me tretësirë fiziologjike (duke u siguruar që pjesa e sipërme e shishes të mos prekë tupferin) dhe pastroni plagën me lëvizje rrethore nga qendra, deri te skajet; 11. Përsëriteni veprimin disa herë, duke përdorur tupfer steril çdo herë;

		12. Sipas udhëzimit të mjekut trajtoni plagën me antiseptik që duhet të lihet në plagë për një kohë të caktuar; 13. Pas kësaj, pastroni plagën me NaCl 0,9%, më pas thani me garzë të thatë sterile; 14. Vendosni mbulesën kirurgjike në plagë, e cila duhet të mbrohet me garzë sterile me shumë shtresa.   Figura 26 - Para trajtimit Figura 27 - Dy muaj pas trajtimit 15. Fiksoni garzën dhe/ose mbështillenë me fashë dhe fllaster; 16. Trajtoni materialin e përdorur pas veprimit; 17. Hiqni dorezat dhe vendosni në qese për mbetjet infektive. 18. Mbetjet mos i lini kurrë në shtëpinë e pacientit; 19. Planifikoni vizitën e radhës me pacientin.
[IV]	Masat e kujdesit	1. Infermieri duhet ta njohë patofiziologjinë e formimit të ulcerës, në mënyrë që informacioni që i përcillet mjekut të jetë i saktë; 2. Nëse vërehet shfaqja e indit nekrotik, duhet kontaktuar sa më parë mjekun përgjegjës; 3. Plaga do të shërohet më shpejt dhe më mirë nëse nuk i ekspozohet presionit dhe acarimit të vazhdueshëm.
[V]	Dokumentimi	Pas kthimit në institucion, infermieri regjistron në dokumentacionin shëndetësor: 4. Të dhënat e përgjithshme të pacientit; 5. Datën dhe orën e shërbimit; 6. Llojin e shërbimit (trajtimi i plagës, lloji dhe mënyra e fashimit, konsultimi, demonstrimi); 7. Nënshkruan dokumentacionin.

28. PROCEDURA E PËRGATITJES DHE APLIKIMIT TË INFUZIONIT SUBKUTAN NË SHTËPI (HIPODERMOKLIZA)

Qëllimi: i procedurës është ta udhëzojë infermierin për aplikimin e infuzionit nënlëkurë në shtëpi.

Infuzioni nënlëkurë (hipodermokliza) përdoret në rast të dehidrimit të pacientit ku kompensimi i lëngjeve është i vështirë/i pamundur me rrugë orale ose intravenoze.

Infuzioni nënlëkurë administrohet nga infermieri në bazë të udhëzimit me shkrim nga mjeku përgjegjës.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËNHAPAT
[I]	Përgatitja e materialit	1. Set infuzioni; 2. Babysistem (madhësi 23 – 25 Gauge); 3. Tupfer pambuku; 4. Dezinfektues; 5. Flaster; 6. Garzë sterile (5x5 cm); 7. Doreza për një përdorim; 8. Këmbalec/mbajtës për infuzion; 9. Enë veshkore; 10. Kutë për mbetje të mprehta.
[II]	Përgatitja e pacientit	1. Informoni pacientin/kujdestarin për veprimin, lejoni parashtrimin e pyetjeve, dhe respektoni privatësinë; 2. Përcaktoni vendin për aplikimin e infuzionit: pjesa e brendshme e kofshëve, pjesa e përparme e gjoksit poshtë kockës së klavikulës [kujdes i veçantë te pacienti kahektikë (i dobët)], muri anësor i barkut, në anën e pasme zakonisht nën tehet e shpatullave; 3. Vlerësoni gjendjen e lëkurës në vendin e shpimit.
[III]	Kryerja e veprimeve	1. Lani dhe thani duart; 2. Vendosni doreza për një përdorim; 3. Lidhë babysistemin me sistem, atë e vendosni në përmbajtjen e infuzionit, lësho lëngun dhe largo fluskat e ajrit;

		4. Dezinfektoni vendin e shpimit dhe lëreni te thahet; 5. Shtrëngoni lëkurën me gishtin e madh dhe tregues; 6. Futni gjilpërën në një kënd prej 45°, mbani këndin e duhur duke vendosur një garzë poshtë krahëve; 7. Mbuloni vendin e shpimit me garzë sterile dhe rregulloni sistemin; 8. Fiksioni gjilpërën në lëkurë me flaster pranë vendit të shpimit; 9. Rregulloni rrjedhën e tretësirës (shkalla e zakonshme është 1ml në minutë); 10. Vëzhgoni vendin e injektimit dhe rrjedhën e tretësirës brenda 1 ore.
[IV]	Masa e kujdesit	Infuzioni nënlëkurë nuk duhet të vendoset në: 1. Vende me edemë ekzistuese ose në gjymtyrë me limfodemë; 2. Vendet e aplikimit të radioterapisë; 3. Zona me lëkurë të dëmtuar ose plagë, në vendin e mastektomisë, pranë sotmes, në ekstremitetet e poshtme të pacientëve të lëvizshëm. 4. Infermieri nuk duhet të shtojë asnjë barë në tretësirë për infuzion nënlëkurë, përveç rasteve kur është e përshkruar nga mjeku; 5. Ndërpriteni infuzionin në rast të skuqjes, ngurtësimit, ndjeshmërisë, gjakderdhjes ose edemës; 6. Sasia maksimale është 1,5 litra në 24 orë në një vend ose 3 litra në 24 orë, nëse përdoren dy vende aplikimi; 7. Rekomandohet të ndryshohen vendet e vendosjes së infuzionit çdo 48 - 72 orë; 8. Pacienti ose kujdestari duhet të këshillohen për mënyrën e duhur të ruajtjes së tretësirave në shtëpi, duke ndjekur udhëzimet e prodhuesit.
[V]	Dokumentimi	Me kthimin në institucion, infermieri regjistron në dokumentacionin shëndetësor: 1. Të dhënat e përgjithshme për pacientin; 2. Datën dhe orën e vizitës; 3. Llojin e shërbimit; 4. Nënshkrimin e infermierit.

Figura 28 – Metoda e aplikimit të infuzionit subkutan - Hipodermokliza

INFUZIONI SUBKUTAN – HIPODERMOKLIZA



Përgatitja e infuzionit



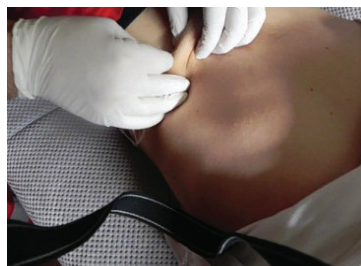
Vendoseni babysistemin në infuzion



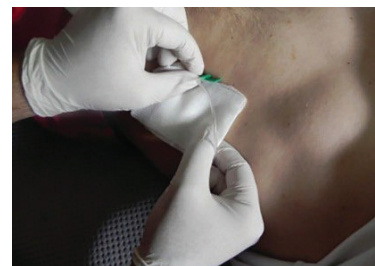
Përcaktoni vendin e injektimit



Dezinfektoni vendin e injektimit



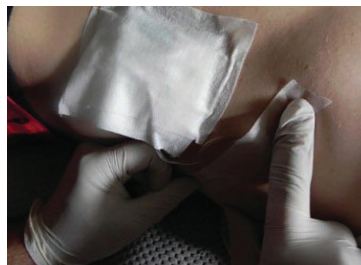
Tërhiq lëkurën dhe vendos gjilpërën



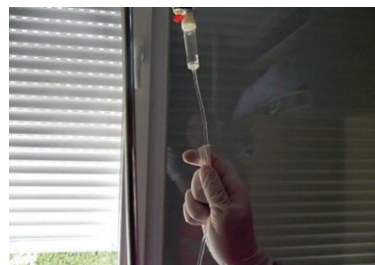
Vendosni garzë nën babysistem



Fiksoni babysistemin



Fiksoni vazhdimin e babysistemit



Rregulloni rrjedhën e përshkruar

29. PROCEDURA E VEPRIMIT ME TË VDEKURIN NË SHTËPI

Qëllimi: i procedurës është ta udhëzojë infermierin në rastin e vdekjes së pacientit para ose gjatë vizitës në shtëpi.

Vdekja është gjendja e organizmit pasi organet vitale, zemra dhe truri pushojnë së funksionuari. Infermieri mund ta dëshmojë vdekjen e pacientit gjatë vizitës, por gjithashtu mund të gjejë ndonjë pacient që ka vdekur para se të mbërrijë në vizitë.

Në rast dyshimi se ka ndodhur vdekja, infermieri thërret shërbimin e urgjencës. Nëse dyshon për një vdekje të shkaktuar nga dhuna ose vetëvrasje, duhet të sigurohet që të mos humbas asnjë gjurmë të një veprë penale të mundshme derisa të mbërrijnë shërbimet e urgjencës.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËNHAPAT
[I]	Veprimet e infermierit pas konstatimit të vdekjes	1. Infermieri duhet të shprehë ngushëllime, të ofrojë mbështetje psikologjike dhe fizike për anëtarët e familjes së personit të vdekur; 2. Nëse familja kërkon, jepni atyre kohë për momentet e lamtumirës me personin e vdekur; 3. Gjërat me vlerë largohen nga trupi i personit të vdekur nga familja e të ndjerit, ose nga infermieri në prani të një dëshmitari; 4. Gjërat me vlerë i dorëzohen anëtarit të familjes; 5. Gjërat me vlerë mblidhen nga anëtarët e familjes dhe të gjitha gjërat (të mbetura dhe të hequra nga trupi) regjistrohen në dy kopje të Procesverbalit për gjërat me vlerë dhe gjësendeve tjera të gjetura tek i ndjeri, i cili nënshkruhet nga infermieri në njërën anë dhe në anën tjetër nga anëtari/kujdestari/dëshmitari i ngushtë i familjes.
[II]	Kujdesi për personin e vdekur	1. Vendos dorezat dhe maskën; 2. Ndalo tretësirën e infuzionit; 3. Mbyllni qepallat të ndjerit (nëse qepallat nuk mund të mbyllen plotësisht, vendosni shtupë pambuku të njomur me tretësirë fiziologjike në sy për disa minuta); 4. Largoni drenat, kateterat, sondën nazogastrike, sistemin e infuzionit, kanulën i.v., etj., dhe hidhni ato në qesen për mbetjet infektive;

		5. Mbuloni të gjitha llojet e plagëve të hapura (plagë operative, vendin e kanulës, etj.), me garzë dhe fiksoni me flaster; 6. Shtrini të ndjerin në shpinë, me këmbët e shtrira dhe krahët të shtrirë në trup; 7. Vendosni një peshqir të mbështjellë nën pjesën e pasme të qafës (nëse goja nuk mbyllet spontanisht, vendoseni peshqirin edhe nën mjekër). 8. Mbulojeni trupin me një çarçaf; 9. Hiqni dorezat, maskën dhe vendosni në qesen për mbetjet infektive. 10. Lani duart.
[III]	Dokumentimi	Pas kthimit në institucion, infermieri regjistron në dokumentacionin shëndetësor: 1. Të dhënat e përgjithshme për të ndjerin; 2. Datën e vizitës; 3. Kryerjen e veprimit gjatë vizitës; 4. Plotëson formularin (referuar UA 04/2013); 5. Nënshkrimin e infermierit.

KAPITULLI IV – PROCEDURAT E VEPRIMIT EMERGJENT

30

PROCEDURA PËR VEPRIMIN NË RAST TË REAKSIONIT ALERGJIK NDAJ BARIT TË ADMINISTRUAR GJATË VIZITËS NË SHTËPI

31

PROCEDURA E DHËNIES SË NDIHMËS SË PARË NË RAST TË ATAKUT EPILEPTIK GJATË VIZITËS NË SHTËPI

32

PROCEDURA E NDIHMËS SË PARË NË RAST SINKOPE

33

PROCEDURA E NDIHMËS SË PARË NË RAST ARRESTI KARDIOPULMONAR

30. PROCEDURA PËR VEPRIMIN NË RAST TË REAKSIONIT ALERGJIK NDAJ BARIT TË ADMINISTRUAR GJATË VIZITËS NË SHITËPI

Qëllimi: i procedurës është t'i përcaktojë veprimet e infermierit në rast të reaksionit alergjik ndaj barit të administruar gjatë vizitës në shtëpi.

Reaksioni alergjik është një reagim i pazakontë dhe i papërshtatshëm i sistemit imunitar të trupit ndaj antigjeneve të ndryshëm me të cilët trupi ka rënë në kontakt. Reagimet alergjike janë të mundshme në të gjitha llojet e barnave.

Vetë reaksioni alergjik nuk rrezikon jetën e pacientit, por ka shumë mundësi që një reaksion alergjik të zhvillohet në reaksion anafilaktik dhe shok anafilaktik, ndaj reagimi alergjik duhet trajtuar me shumë kujdes.

Gjatë aplikimit të barit në vizitë të rregullt, mund të ndodhë një reaksion alergjik ndaj barit, i cili mund të jetë i menjëhershëm (gjatë aplikimit të barit) ose i vonuar (nga disa minuta deri në disa orë pas aplikimit të barit). Simptomat më të zakonshme të reaksioneve alergjike janë zhurma në vesh, puls i shpejtë, urtikarie, kruajtje, lotim i syve, marramendje.

Anafilaksia është reagim serioz, kërcënues për jetën, i përgjithësuar ose sistematik i mbindjeshmërisë (Akademia Evropiane e Alergologjisë). Nëse ndryshohen disa nga shenjat vitale, mund të zhvillohet reaksion anafilaktik ose shoku anafilaktik, i cili mund të jetë i rrezikshëm për jetën e pacientit.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËNHAPAT
[I]	Veprimi në rast të reaksionit alergjik	1. Nëse shfaqet ndonjë nga simptomat gjatë aplikimit të barit, ndërpriteni menjëherë dhënien e barit; 2. Qëndroni të qetë dhe të përmbytur, përgatitni pacientin për trajtim të mëtejshëm duke respektuar privatësinë; 3. Vendosni pacientin në pozicionin Trendelenburg; 4. Liro nga rrobat (zgjidh kravatën, zbërthe kopsat e sipërme, liro rripin); 5. Monitoroni shenjat vitale [presioni arterial, frymëmarrje (saturimi), puls]; 6. Vëzhgoni dhe komunikoni me pacientin me qetësi, pa e ngritur tonin dhe përpiquni të zbuloni se si ndihet pacienti dhe çfarë simptomash ka; 7. Informoni mjekun për gjendjen e pacientit dhe veprimet e kryera dhe vazhdoni të veproni sipas udhëzimit të mjekut.

[II]	Shenjat që tregojnë mundësinë e reaksionit anafilaktik	1. A - Rrugët e frymëmarrjes – ënjtje e rrugëve të frymëmarrjes (<i>ënjtje e faringut/laringut, zëri i ngjirur, stridor</i>); 2. B - Frymëmarrje (<i>dispne, bronkospazmë, konfuzion për shkak të hipoksisë, ndalim i frymëmarrjes</i>); 3. C - Qarkullimi (<i>lëkurë e zbehtë me lagështi, tahikardi, hipotension, nivel i reduktuar i vetëdijes, bradikardia që i paraprin arrestit kardiak</i>); 4. D - Aftësia e kufizuar – çrregullim i vetëdijes - vlerësimi neurologjik (<i>mund të jetë konfuz, agjitacion ose humbje e vetëdijes</i>); 5. E – Ekspozimi – ndryshime në lëkurë (<i>mund të jenë vetëm në lëkurë, vetëm në mukozë ose në lëkurë dhe mukozë</i>).
[III]	Veprimet në shfaqjen e shenjave të para	1. Nëse shfaqet ndonjë nga simptomat gjatë aplikimit të barit, ndërpriteni menjëherë dhënien e barit; 2. Qëndroni të qetë dhe të përmbajtur, përgatiteni pacientin për trajtim të mëtejshëm duke respektuar privatësinë; 3. Vendoseni pacientin në pozicionin Trendelenburg; 4. Thirrni ambulancën; 5. Siguroni rrugën venoze (kanula me diametër më të madh); 6. Monitoroni shenjat vitale (presionin e gjakut, pulsën dhe frymëmarrjen); 7. Lironi nga rrobat (zgjidh kravatën, zbërthe kopsat e sipërme, liro rripin); 8. Komunikoni me pacientin nëse është e mundur, pa e ngritur tonin; 9. Nëse pacienti është në arrest kardiopulmonar, veprohet sipas protokollit për reanimim kardiopulmonar; 10. Qëndroni me pacientin derisa të mbërrijë ambulanca.
[IV]	Masat e kujdesit	1. Para aplikimit të barit, është e detyrueshme të kontrollohet ekzistimi i reaksioneve alergjike (barna, ushqime, etj.); 2. Ndryshimet individuale në lëkurë ose në mukozë nuk janë shenjë e anafilaksisë; 3. Ekziston rrezik i shtuar i anafilaksisë te pacientët që vuajnë nga astma.

[V]	Dokumentimi	Në përfundim të procedurës, infermieri regjistron në dokumentacionin shëndetësor: 1. Të dhënat e përgjithshme për pacientin; 2. Emrin e barit që shkaktoi reaksion alergjik ose anafilaktik; 3. Kohën e fillimit të alergjisë ose reaksionit anafilaktik; 4. Shenjat vitale gjatë reaksionit alergjik ose reaksionit anafilaktik; 5. Veprimet e zbatuara; 6. Shenjat vitale pas reaksionit alergjik ose shoku anafilaktik; 7. Rezultatin pas veprimeve; 8. Kohën e mbërritjes së ambulancës.
-----	-------------	--

31.PROCEDURA E DHËNIES SË NDIHMËS SË PARË NË RAST TË ATAKUT EPILEPTIK GJATË VIZITËS NË SHTËPI

Qëllimi: i procedurës është udhëzimi i infermierit për veprime në rast të atakut epileptik të gjeneralizuar (grand mal).

Epilepsia përkufizohet si një çrregullim kronik i trurit me etiologji të ndryshme, i karakterizuar nga sulme të përsëritura të shkaktuara nga shkarkimi i tepërt i neuroneve të trurit.

Krizat epileptike ndodhin gjatë gjendjeve dhe sëmundjeve të ndryshme që prekin drejtpërdrejt dhe tërthorazi trurin (çrregullime metabolike, infeksione, tumore, trauma, hiperpireksi tek fëmijët e vegjël, etj.). Kriza është një simptomë e dukshme e çrregullimeve të përshkruara dhe manifestimi i saj varet nga vendi ku ndodh çrregullimi në tru. Krizat epileptike ndahen në të pjesshme, komplekse, të përgjithësuara dhe në mungesë. Një krizë që zgjat 5 minuta ose më shumë është Status Epileptiku.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËNHAPAT
[I]	Veprimet e infermierit	1. Qëndroni të qetë dhe të përmbajtur; 2. Shikoni orën dhe përcaktoni kohën e saktë të fillimit të atakut; 3. Largoni të gjitha objektet mbi të cilat pacienti mund të lëndohet, ose, nëse kjo nuk është e mundur, largoni pacientin sipas mundësive jashtë atyre objekteve; 4. Vendosni një jastëk ose ndonjë objekt të butë nën kokën e pacientit, duke siguruar kështu që të mos ketë lëndime në kokë; 5. Nëse është e mundur, kthejeni personin në pozicion anësor me gojën përballë dyshemesë dhe nëse gjendja e pacientit nuk e lejon, kthejeni menjëherë pasi të ndalojë ataku; 6. Nëse është e nevojshme, hiqni syzet, zbërtheni kopsat e sipërme të këmbës, lironi rripin, etj. 7. Largoni personat që mund të ndërhyjnë në punën përreth pacientit dhe siguroni hapësirë të mjaftueshme; 8. Lëreni atakun të marrë rrjedhën e vet; 9. Asnjëherë mos u përpiqni të parandaloni kërcitjet e trupit ose të shtypni gjymtyrët e pacientit; 10. Matni kohëzgjatjen e atakut;

		11. Qëndroni me pacientin gjatë gjithë kohës dhe jini mbështetja e tij kur ataku të ndalet, duke respektuar privatësinë; 12. Kur ataku ndalet, personi zakonisht është i çorientuar dhe i përgjumur dhe duhet të komunikoni qetë dhe me zë të ulët.
[II]	Thirrni ndihmën urgjente kur:	1. Ataku zgjat 5 minuta ose më shumë; 2. Ataku i dytë ndodh menjëherë pasi mbaroi i pari; 3. Pacienti ka një sërë sulmesh pa rikthyer vetëdijen; 4. Ekziston dyshimi se personi nuk vuan nga epilepsia dhe se kjo është kriza e tij e parë; 5. Ataku ka ndodhur te një grua shtatzënë ose një diabetik; 6. Infermieri dyshon për lëndime të rënda të shkaktuara nga ataku epileptik; 7. Pacientit nuk i rikthehet vetëdija pas atakut; 8. Çorientimi pas atakut nuk largohet; 9. Ataku epileptik ka ndodhur te fëmija i vogël.
[III]	Masat e kujdesit	1. Asnjëherë mos i vendosni asgjë në gojë personit; 2. Mos jepni asnjë barë ose pije derisa pacienti të jetë zgjuar plotësisht; 3. Ataku zakonisht ndalet vetvetiu pas 2 - 3 minutash; 4. Gjatë atakut pacienti herë pas here ndalon frymëmarrjen (mos i masazhoni zemrën dhe mos i jepni frymëmarrje artificiale).
[IV]	Dokumentimi	Në përfundim të procedurës, infermieri regjistron në dokumentacionin shëndetësor 1. Të dhënat e përgjithshme për pacientin; 2. Kohëzgjatjen e atakut epileptik; 3. Lëndimet e mundshme gjatë atakut.

32.PROCEDURA E NDIHMËS SË PARË NË RAST SINKOPE

Qëllimi: i procedurës është ta udhëzojë infermierin për trajtim korrekt dhe të sigurt në rast sinkope.

Sinkopa është ndërprerje afatshkurtër dhe kalimtare e kontinuitetit të vetëdijes, e shoqëruar me shqetësim të tonusit muskulator, rënie dhe manifestime të ndryshme motorike. Më së shpeshti shfaqet gjatë qëndrimit në këmbë ose ulur dhe zakonisht nuk zgjat më shumë se 20 sekonda.

Presinkopa është gjendje që mund të ndodhë para sinkopës, shkaqet janë të njëjta si në sinkopë dhe manifestohet me gromësira, të përziera, djersitje, ndjenjë dobësie, zhurmë (ushtimë) në vesh, dobësim të shikimit (d.m.th. turbullim momental përpara syve, pa humbje të vetëdijes), marramendje, ndjenjë e humbjes së vetëdijes, pamundësi për të qëndruar në pozicion të drejtë.

Si një dukuri e papritur, sinkopa është shumë më e rrezikshme sepse personi mund të pësojë lëndime më të rënda në rënie. Në rast sinkope manifestohen simptomat e mëposhtme: ndjenjë e papritur dobësie, dobësi dhe humbje e shpejtë e vetëdijes, palëvizshmëri, lëkura është e zbehtë, e mbuluar me djersë të ftohtë, bebëzat zgjerohen dhe reagojnë ngadalë ndaj stimulit të lehtë, puls i shpejtë dhe ndonjëherë është e vështirë të matet, rënie e papritur e presionit të gjakut (është e vështirë të matet - rrallë mund të jetë normale), frymëmarrja është sipërfaqësore dhe ngadalësohet, gjymtyrët bëhen të ftohta, pas kthimit të vetëdijes, ndjenja e të përzierave dhe neverisë është e mundur.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËNHAPAT												
[I]	Veprimet në rast sinkope	1. Parandaloni rënien e pacientit dhe lëndimeve të mundshme (nëse është e mundur); 2. Vendoseni pacientin në pozitë të shtrirë, me këmbë të vendosura mbi nivelin e kokës (pozicioni autotransfuzion); 3. Kontrolloni frymëmarrjen dhe pulsën e pacientit; Tabela 15 – Frymëmarrja dhe puls <table><thead><tr><th>Frymëmarrja dhe puls janë të pranishme</th><th>Frymëmarrja dhe puls nuk janë të pranishme</th></tr></thead><tbody><tr><td>- Lironi pacientin nga veshjet që shtrëngojnë qafën dhe gjoksin</td><td>- Telefononi ambulancën (preferohet një nga personat e pranishëm)</td></tr><tr><td>- Lani ose spërkatni lehtë fytyrën e pacientit me ujë të ftohtë</td><td>- Zbatoni reanimimin kardio-pulmonar deri në arritjen e urgjencës mjekësore</td></tr><tr><td>- Siguroni rrjedhjen e ajrit të pastër</td><td></td></tr><tr><td>- Qëndroni me pacientin derisa të rikthehet vetëdija</td><td></td></tr><tr><td>- Kujdesuni për lëndimet që ka pësuar pacienti gjatë rënies (nëse ka)</td><td></td></tr></tbody></table>	Frymëmarrja dhe puls janë të pranishme	Frymëmarrja dhe puls nuk janë të pranishme	- Lironi pacientin nga veshjet që shtrëngojnë qafën dhe gjoksin	- Telefononi ambulancën (preferohet një nga personat e pranishëm)	- Lani ose spërkatni lehtë fytyrën e pacientit me ujë të ftohtë	- Zbatoni reanimimin kardio-pulmonar deri në arritjen e urgjencës mjekësore	- Siguroni rrjedhjen e ajrit të pastër		- Qëndroni me pacientin derisa të rikthehet vetëdija		- Kujdesuni për lëndimet që ka pësuar pacienti gjatë rënies (nëse ka)	
		Frymëmarrja dhe puls janë të pranishme	Frymëmarrja dhe puls nuk janë të pranishme											
		- Lironi pacientin nga veshjet që shtrëngojnë qafën dhe gjoksin	- Telefononi ambulancën (preferohet një nga personat e pranishëm)											
		- Lani ose spërkatni lehtë fytyrën e pacientit me ujë të ftohtë	- Zbatoni reanimimin kardio-pulmonar deri në arritjen e urgjencës mjekësore											
		- Siguroni rrjedhjen e ajrit të pastër												
		- Qëndroni me pacientin derisa të rikthehet vetëdija												
		- Kujdesuni për lëndimet që ka pësuar pacienti gjatë rënies (nëse ka)												

		- Filloni bisedën me pacientin duke marrë anamnezë për të përcaktuar shkakun	
		- Matni dhe vlerësoni shenjat vitale dhe sheqerin në gjak.	
		4. Nëse sinkopa është rezultat i mbinxehjes, pas kthimit të vetëdijes, pacienti duhet të ftohet, të transferohet në një dhomë të ftohtë dhe t'i jepet për të pirë ujë ose çaj të ftohtë pak të kripur; 5. Nëse pacienti me hipoglikemi është i vetëdijshëm, duhet t'i jepet një pije e ëmbël ose ndonjë karamele (sheqer, çokollatë); 6. Duke pasur parasysh se trupi, veçanërisht gjymtyrët, po ftohen, me kthimin e vetëdijes është e nevojshme ngrohja e pacientit; 7. Informoni mjekun përgjegjës për gjendjen shëndetësore të pacientit dhe veprimet e kryera; 8. Nëse është anëtar i familjes, këshilloni që ta kontaktojë mjekun përgjegjës; 9. Respektoni privatësinë.	
[II]	Masat e kujdesit	1. Ngritja e parakohshme e pacientit në pozitën ulur mund të rezultojë në rikthim të sinkopës; 2. Nuk lejohet t'i jepet pacientit asgjë per os, me përjashtim të rasteve kur sinkopa është pasojë e mbinxehjes, kur pacienti duhet të ftohet pas kthimit të vetëdijes dhe në rast të hipoglikemisë; 3. Nuk lejohet dhënia e barnave pa prezencën e mjekut, veçanërisht nëse pacienti është pa ndjenja.	
[III]	Dokumentimi	Me kthimin në institucion, infermieri regjistron në dokumentacionin shëndetësor: 1. Të dhënat e përgjithshme për pacientin; 2. Datën dhe orën e vizitës; 3. Llojet e shërbimeve që i ofrohen pacientit në shtëpi; 4. Nënshkrimin e infermierit që ka kryer vizitën.	

33. PROCEDURA E NDIHMËS SË PARË NË RAST ARRESTIT KARDIOPULMONAR

Qëllimi: i procedurës është t'i përcaktojë veprimet e infermierit në rast të arrestit kardiopulmonar të një pacienti në shtëpi.

Reanimimi kardiopulmonar (RKP) është një veprim që kryhet në rast të arrestit kardiopulmonar për ta rivendosur funksionin zemër-mushkëri dhe për ta mbrojtur trurin nga dëmtimet e shkaktuara nga qarkullimi i pamjaftueshëm ose i ndërprerë i gjakut.

Në rast të arrestit kardiopulmonar, është e rëndësishme që infermieri të veprojë sa më shpejt që të jetë e mundur, për t'i rritur shanset për reanimim dhe për t'i zvogëluar pasojat e mundshme. Nëse pacienti nuk u përgjigjet stimujve dhe nuk merr frymë, gjë që përcaktohet me metodën "shikoni, dëgjoni, ndjeni", është e nevojshme të fillohet ringjallja kardiopulmonare sipas protokollit Basic Life Support (BLS).

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËNHAPAT
[I]	Veprimet	1. Para fillimit të ringjalljes kardiopulmonare, telefononi ambulancën, 2. Sigurimi i qasjes së papenguar tek pacienti duke respektuar privatësinë; 3. Vendoseni pacientin në pozitë të shtrirë në sipërfaqe të sheshtë dhe të fortë (dysHEME); 4. Tërhiqeni kokën e pacientit mbrapa, ngrini mjekrën dhe hapni gojën; 5. Kontrolloni kalueshmërinë e rrugëve të frymëmarrjes; 6. Largoni trupin e huaj nga goja nëse është i pranishëm; 7. Palponi (prekni) majën e sternumit; 8. Vendoseni pjesën e butë të pëllëmbës së dorës jodominuese 2 deri në 3 gishta mbi majën e sternumit dhe vendosni pëllëmbën e dorës mbizotëruese mbi të me gishta të gërshetuar që nuk prekin lëkurën; 9. Shtypni gjoksin, po aq fort me presion ritmik 4 - 6cm thellësi; 10. Përsëriteni procedurën 30 herë (frekuenca e presioneve 100 - 120 në minutë);

		11. Mbyllni hundën e pacientit me gishtin e madh dhe tregues të dorës të vendosur në ballë, duke mbajtur mjekrën lart me dorën tjetër; 12. Merr fryme thellë; 13. Mbyllni gojën fort me gojën e pacientit (mundësisht mbi garzë, maskë, pëlhurë, rrugë ajrore); 14. Fryni ajrin në mënyrë të barabartë në gojën e pacientit për rreth 1 sekondë, me vëllim të mjaftueshëm për ta bërë të dukshme ngritjen e gjoksit; 15. Ndërsa gjoksi është ulur, merrni përsëri frymë thellë dhe përsëritni procesin e fryrjes së ajrit; 16. Vazhdoni në mënyrë alternative stimulimin kardial dhe frymëmarrjen artificiale (30:2) deri në arritjen e urgjencës; 17. Nëse funksionet e punës së zemrës dhe frymëmarrja janë rikthyer, ktheni pacientin në anën e tij.
[II]	Masat e kujdesit	1. Mos kryeni RKP pa ndërprerje të frymëmarrjes të përcaktuar më parë; 2. Mos filloni RKP kur arresti kardiopulmonar shkaktohet nga një dëmtim serioz që është i papajtueshëm me jetën; 3. Mbajeni kokën mjaftueshëm mbrapa dhe mjekrën të ngritur për të liruar rrugët e frymëmarrjes; 4. Nëse zgjedhja e pikës së presionit në gjoks është e gabuar, efekti i masazhit nuk është i mjaftueshëm; 5. Mos i përkulni krahët në bërryla gjatë kryerjes së ngjeshjes; 6. Mos i mbështetni gishtat në gjoks; 7. Ndaloni RKP kur ndodh frymëmarrje spontane ose kur vjen ndihma emergjente; 8. Ndaloni RKP nëse zemra nuk është restauruar gjysmë ore pas fillimit të ringjalljes (ringjallja afatgjatë justifikohet vetëm në rastet e hipotermisë dhe te fëmijët); 9. Në një sërë rastesh, mund të ndodhë frymëmarrje agonale (nuk duhet të ngatërrohet me spontane), e cila mund të përshkruhet si marrje e vështirë e ajrit me dëgjim me pauza të pabarabarta; 10. Mos e lini pacientin derisa të vijë ambulanca, pavarësisht rezultatit të RKP.

[III]	Dokumentimi	Në përfundim të veprimeve, infermieri regjistron në dokumentacionin shëndetësor: 1. Të dhënat e përgjithshme për pacientin; 2. Kohën e fillimit, përfundimit dhe rezultatit të ringjalljes; 3. Kohën e fillimit të arrestit kardiopulmonar nëse dihet; 4. Veprimet e zbatuara; 5. Shenjat vitale pas arrestit kardiopulmonar.
-------	-------------	--

Figura 29 – Ndihma e parë në rast të arrestit kardiopulmonar

NDIHMA E PARË NË RAST ARRESTI KARDIOPULMONAR



Tundeni pacientin



Verifikoni frymëmarrjen



Lironi rrugët e frymëmarrjes



Siguroni vendin për reanimim



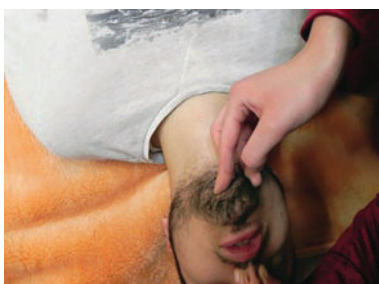
Telefono (thirr) urgjencën



Vendosni pëllëmbën mbi sternum



Gërshetoni gishtat dhe bëni shtypje



Aplikoni frymëmarrje artificiale deri sa të arrijë urgjenca



Përsëritni veprimet pa ndërprerë

KAPITULLI V – PROCEDURAT E VEPRIMEVE PROMOVUESE - PARANDALUESE

- | | |
|-----------|--|
| 34 | PROCEDURA E VLERËSIMIT DHE EDUKIMIT TË PACIENTIT/KUJDESTARIT PËR PËRDORIMIN E DUHUR TË BARNAVE NË SHTËPI |
| 35 | PROCEDURA E KËSHILLIMIT TË PACIENTIT ME DIABET PËR KUJDESIN NDAJ SHPUTËS |
| 36 | PROCEDURA PËR KËSHILLIMIN E PACIENTIT ME SËMUNDJE MALINJE GJATË VIZITËS SË RREGULLT |
| 37 | PROCEDURA PËR PARANDALIMIN E KOMPLIKIMEVE NGA SHTRIRJA/PUSHIMI AFATGJATË |

34. PROCEDURA E VLERËSIMIT DHE EDUKIMIT TË PACIENTIT/KUJDESTARIT PËR PËRDORIMIN E DUHUR TË BARNAVE NË SHITËPI

Qëllimi: i procedurës është ta udhëzojë infermierin për vlerësimin dhe edukimin e pacientit ose kujdestarit për përdorimin e duhur të terapisë së përshkruar.

Nëse pacienti merr disa barna për një periudhë të gjatë kohore (poli farmaci), detyra e infermierit është të kontrollojë qëndrueshmërinë e marrjes së terapisë, njohuritë e marra për përdorimin e saktë të terapisë së përshkruar dhe edukon pacientin për marrjen e duhur të terapisë.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËNHAPAT
[I]	Vlerësimi	Gjatë vizitës së rregullt, kontrollo nëse terapia e përshkruar është marrë në mënyrë korrekte: 1. Kontrollo dokumentacionit mjekësor; 2. Kontrollo barnat që ka pacienti (me recetë dhe pa recetë); 3. Kontrollo datën e skadencës së barnave; 4. Pyet për llojin, sasinë, mënyrën dhe kohën e marrjes së barnave; Faktorët që ndikojnë në qëndrueshmërinë e barnave dhe zbatimin e duhur të saj: 5. Statusi socio-ekonomik (mungesa e fondeve, mungesa e mbështetjes sociale, barnat e shtrenjta, etj.); 6. Trajtimi i njëkohshëm i disa sëmundjeve kronike; 7. Gjendjet që lidhen me përparimin e sëmundjes themelore (ashpërsia e simptomave, prognoza e keqe e sëmundjes, etj.); 8. Faktorët që lidhen me barnat (kohëzgjatja e marrjes së barnave, dështimi i mëparshëm terapeutik, ndryshimet e shpeshta të barnave, fillimi i shpejtë i efekteve të dobishme të barnave, etj.); 9. Motivimi i pacientit për marrjen e barnave; 10. Dhuna në familje.
[II]	Planifikimi i veprimeve	Vlerësoni korrektësinë e marrjes së barnave të përshkruara dhe planifikoni aktivitetet e nevojshme. Në rast të parregullsive të vërejtura, këshilloni dhe edukoni pacientin/kujdestarin, për:

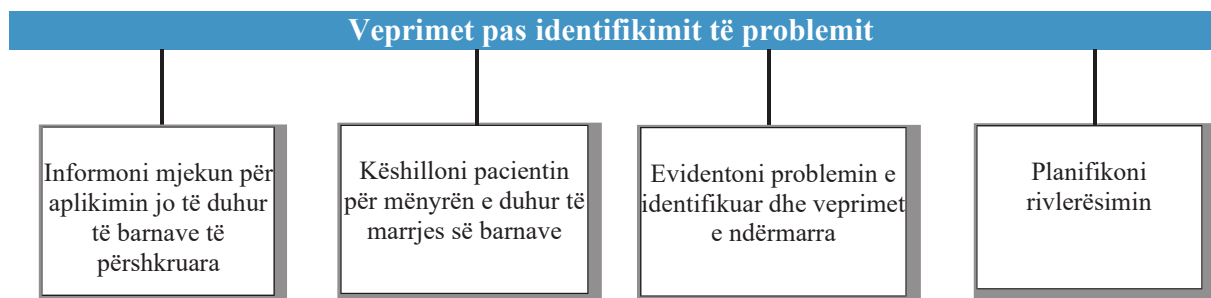
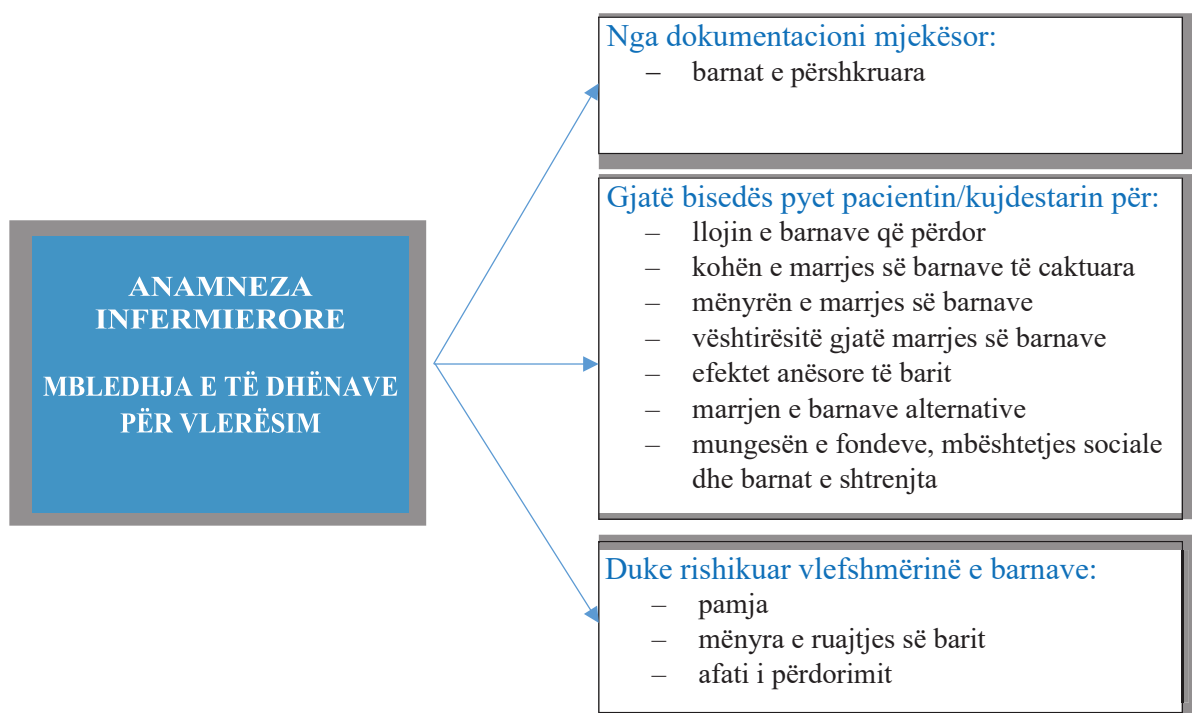
		1. Rëndësinë e marrjes së vazhdueshme dhe pasojat e ndërprerjes së barnave të përshkruara; 2. Kohën e marrjes së barnave (nëse bari merret në mëngjes, gjatë ditës ose në mbrëmje); 3. Intervallet e duhura kohore ndërmjet marrjes së dy barnave të njëjta; 4. Mënyrën e duhur të marrjes së barit; 5. Dozën e duhur të barit; 6. Marrjen e duhur të barnave në lidhje me vaktet (sa kohë para ose pas ngrënies); 7. Barnat që mund të çojnë në ndërveprime me një lloj të caktuar ushqimi; 8. Barnat që nuk guxojnë të copëtohen (kapsulat, film tableta, etj.); 9. Efektet anësore të mundshme të barit; 10. Mundësinë e përdorimit të një alarmi si kujtesë për ta marrë barin (telefonat celularë, kohëmatësit, etj.); 11. Duke përdorur kutia me ndarje në të cilat vendosim tableta për terapi ditore ose javore; 12. Procesi i edukimit duhet të përshtatet me aftësitë njohëse të personit që edukohet (duhet të theksohet se edukimi i një pacienti ose një anëtar të familjes është shpesh një proces i vazhdueshëm, ku qëllimi përfundimtar është marrja e njohurive për përdorimin e duhur të terapisë së përshkruar). 13. Informoni mjekun përgjegjës në rast të parregullsive të vërejtura ose ndërprerjes së terapisë.
[III]	Masat e kujdesit	1. Gjatë edukimit, shmangni terminologjinë mjekësore që pacienti/kujdestari nuk e kupton; 2. Mbani në mend se njerëzit me aftësi më të dobëta njohëse kanë më pak gjasa të pranojnë këshilla dhe të tregojnë durimin e duhur; 3. Gjatë çdo vizite pasuese, planifikoni kohën për të kontrolluar këshillat dhe rekomandimet e dhëna;

		4. Në rastin kur dhuna në familje është shkaku i përdorimit jo të duhur të barnave, zbatohet procedura e infermierit në rastet e dhunës në familje.
[IV]	Dokumentimi	Pas kthimit në institucion, infermieri regjistron në dokumentacionin shëndetësor: 1. Të dhënat e përgjithshme për pacientin; 2. Datën e vizitës; 3. Veprimet e realizuara në shtëpi; 4. Nënshkrimin e infermierit.

ALGORITMI PËR VLERËSIMIN E PËRDORIMIT TË DUHUR TË BARNAVE NË VIZITËN NË SHËTËPI

PACIENTËT NË RREZIK:

- që marrin më shumë se 4 barna
- me sëmundje të shumta
- me status të dobët socio-ekonomik
- me prognozë jo të mirë
- me dështim të mëparshëm terapeutik
- me ndryshime të shpeshta të barnave
- të pamotivuar për trajtim



35. PROCEDURA E KËSHILLIMIT TË PACIENTIT ME DIABET PËR KUJDESIN NDAJ SHPUTËS

Qëllimi: i procedurës është qasja unike dhe e sigurt për pacientin që vuan nga diabeti, me theks në kujdesin e duhur ndaj shputave.

Shumë probleme me shputat janë të parandalueshme te pacientët me diabet. Kujdesi i mirë mund të parandalojë komplikime të rënda që mund të përfundojnë me amputim.

Këshillimi individual i pacientit është një nga format më të mira të edukimit. Sigurohet kontakti i mirë, informacioni i dyanshëm, zhvillimi i besimit dhe përvetësimi i shpejtë i aftësive të caktuara, duke respektuar personalitetin e pacientit.

Syri i misrit dhe kallot ndodhin për shkak të presionit/për shkak të këpucëve të papërshtatshme.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËNHAPAT
[I]	Vlerësimi	Këshillimi për kujdesin ndaj këmbëve bëhet nga infermieri pasi ka kryer ekzaminimin dhe ka vlerësuar gjendjen e shputave: 1. Vlerësoni njohuritë ekzistuese të pacientit për kujdesin ndaj shputave, të rregullohen këshillat në përputhje me rrethanat; 2. Vlerësoni njohuritë e pacientit duke bërë pyetje të hapura, për shembull: "Si dhe kur i lani këmbët?"; Si i prisni thonjtë? 3. Është e nevojshme që të ketë material edukativ, broshura, fotografi, algoritme që lehtësojnë përvetësimin e njohurive; 4. Dinamika e këshillimit duhet t'i përshtatet pacientit dhe mundësive të tij për ta kuptuar informacionin.
[II]	Temat e këshillimit	Kujdesi ditor ndaj shputave: 1. Kontrolloni shputat tuaja çdo ditë; 2. Shikoni dhe ndjeni zonat midis gishtërinjve dhe rreth thembrave; 3. Nëse pacienti nuk mund t'i ekzaminojë këmbët, ai mund të përdorë pasqyrë ose t'i kërkojë dikujt ta bëjë këtë për të; 4. Lani këmbët çdo ditë me sapun të butë dhe ujë të vakët (kontrolloni ujin me bërnyl për t'u siguruar që nuk është shumë i nxehtë). 5. Njomja (lyerja me krem/yndyrë) e këmbëve nuk rekomandohet si kujdes i përditshëm i këmbëve. Nëse janë njomur, nuk duhet

		të zgjasë më shumë se 2 - 3 minuta, sepse lëkura do të jetë më e butë dhe më e ndjeshme; 6. Thani këmbët me peshqir me ngjyrë më të çelur, veçanërisht midis gishtërinjve. Shikoni peshqirin për të parë nëse ka gjak ose qelb mbi të; 7. Aplikoni krem hidratues për këmbët (mos aplikoni midis gishtërinjve) për ta parandaluar shfaqjen e thatësisë dhe plasaritjes; 8. Përdoreni kremin 2 herë në ditë nëse lëkura është jashtëzakonisht e thatë; Syri i mistritë dhe kallot: 9. Mos i prisni asnjëherë syrin e misrit dhe kallot, gjithmonë duhet të kërkonin ndihmën e profesionistëve shëndetësorë; Kujdesi për thonjtë: 10. Prisni thonjtë e këmbëve në dritë të fortë dhe pas larjes, kur thonjtë janë të butë; 11. Përdorni lëmues letre, gërshtë ose gërshtë me maje; 12. Asnjëherë mos përdorni thikë ose mjet metalik të trashë; 13. Asnjëherë mos i hiqni/qëroni apo këputni kutikulat; 14. Prini thonjtë e këmbëve drejtë dhe asnjëherë në cepat apo në fund të thonjve; 15. Kontrolloni nëse ka skaje të mprehta, zbuteni me lëmues letre; Këpucë dhe pantofla: 16. Mos ecni zbathur; 17. Vishni këpucë të përshtatshme; 18. Vishni këpucë të thella dhe mjaft të gjera me majë të rrumbullakosur; 19. Vishni këpucë me lidhëse ose shirit ngjites (me takë të sheshtë ose të ulët deri në 5cm, dhe trashësia e shputës - rreth 1cm); 20. Kontrolloni pjesën e brendshme të këpucës për qepje, njolla të vrazhda, që mund të shkaktojnë lëndime në thonj; 21. Asnjëherë mos vishni këpucë të reja gjatë gjithë ditës (Vishni këpucët e reja në shtëpi për 20-30 minuta, më pas rrisni kohën derisa pacienti të bindet se nuk ka probleme. Ekzaminoni këmbët për skuqe ose dëmtim);
--	--	--

		22. Rishpërndarja e forcës mbajtëse të peshës në pjesët e prekura të këmbës mund të arrihet duke përdorur këpucë ose shtroja speciale; 23. Këpucë speciale shpesh nevojiten për formën e duhur të këmbës, dhe shtroja me formë; 24. Në rast deformimi të rëndë, këpucët mund të bëhen individualisht për pacientin; Çorapet: 25. Vishni gjithmonë përmasat e duhura dhe shmangni skajet e mëdha dhe qepjet e trasha; 26. Vishni gjithmonë çorape të pastra; 27. Zgjidhni çorape të bëra prej pambuku ose leshi dele, jo me fibra sintetike; 28. Asnjëherë mos përdorni çorape elastike ose çorape të ngushta. Probleme me qarkullimin 29. Shmangni banjat e nxehta dhe mos përdorni jastëk elektrik ose shishe me ujë të nxehtë; 30. Këshillojeni pacientin që ta ndalojë pirjen e duhanit (pirja e duhanit çon në ngushtimin e enëve të gjakut, gjë që rezulton në një reduktim qarkullimi në këmbë dhe shputa); 31. Mos të ulet me këmbë të kryqëzuara ose mos të qëndroj për një kohë të gjatë në një vend; 32. Të merret me aktivitete fizike të përshtatura dhe jo të forcuara; 33. Ta informojë infermierin për çdo ndryshim të vërejtur (lëndim, skuqje, ngjyrosje, infeksion ose dhimbje).
[III]	Dokumentimi	Infermieri regjistron në dokumentacionin shëndetësor të institucionit: 1. Të dhënat e përgjithshme të pacientit; 2. Datën e kryerjes së shërbimit; 3. Llojin e shërbimit (konsulencë, demonstrim); 4. Nënshkrimin e infermierit.

SHPUTA DIABETIKE - KËSHILLA PËR VETËEKZAMINIMIN DHE KUJDESIN NDAJ SHPUTËS

Shfletoni:

- Ngjyra dhe temperatura e lëkurës dhe pjesës së poshtme të shputës;
- Prania e ndryshimeve të tjera në lëkurë;
- Hapësira ndërmjet gishtave;
- Thonjtë.

NËSE VËRENI

Prania e skuqjes, ënjtjes, ndjenjës së ngrohtësisë ose ftohtësisë së pazakontë të shputave

Prania e plagëve, trashjes së lëkurës, flluskave, mavijosjeve ose dukuri të tjera të pazakonta

Prania e kruajtjes, skuqjes, çarjeve midis gishtave

Thonjtë e pabarabartë, të trashur, të brishtë

PO

Nëse keni:

- deformime të shputave;
- çalime të herë pas hershme;
- shputa me dhimbje.

PO

Kontakttoni infermieren

KUJDESI NDAJ SHPUTËS

- lani shputat çdo ditë në ujë të temperaturës së trupit për jo më shumë se 10 minuta
- thajeni lëkurën me një peshqir të butë
- përdorni sapunë të butë, neutralë
- nëse shputat tuaja janë të thata, përdorni një krem hidratues, por jo midis gishtërinjve
- pritini thonjtë drejt, me gërsërët tuaja me majë të rrumbullakosura
- dhe lëmues letre
- ndërroni çorapet tuaja çdo ditë, ato duhet të jenë prej materialesh natyrale dhe të mos jenë të ngushta

ÇFARË NUK DUHET BËRË

- Mos ecni zbathur.
- Mos vishni këpucë në shputë zbathur.
- Mos vishni papuçe
- Mos rri me shputat e kryqëzuara.
- Mos i hiqni vetë kallot, misrat dhe thonjtë e trashë.

36. PROCEDURA PËR KËSHILLIMIN E PACIENTIT ME SËMUNDJE MALINJE GJATË VIZITËS SË RREGULLT

Qëllimi: i procedurës është ta udhëzojë infermierin për këshillimin e pacientit që vuan nga sëmundja malinje.

Sëmundja malinje karakterizohet nga një proliferim jonormal dhe i pakontrolluar i qelizave që përhapen në inde të tjera nëpërmjet gjakut dhe sistemit limfatik, me pasqyrë klinike, ecuri dhe prognozë të ndryshme.

Infermieri është një hallkë jashtëzakonisht e rëndësishme në kujdesin ndaj pacientit me sëmundje malinje, ndaj duhet t'i kuptojë problemet dhe nevojat e pacientit, por edhe t'i njohë simptomat specifike që sjell sëmundja malinje dhe të kontribuojë në përmirësimin e cilësisë së jetës së pacientit dhe familjes së pacientit.

Vlerësimi i pacientit - për t'iu përgjigjur në mënyrë adekuate nevojave të pacientit, infermieri duhet ta vlerësojë gjendjen e tij psiko-fizike.

Për pacientët që vuajnë nga sëmundja malinje, problemet më të zakonshme janë vështirësitë njohëse, rritja e rrezikut të infeksionit, dëmtimi i mukozës së zgavrës së gojës dhe ndryshimet e lëkurës, çrregullimet e të ushqyerit dhe jashtëqitjes dhe dhimbjet.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	HAPAT
[I]	Vlerësimi i pacientit	1. Identifikoni pacientin dhe prezantohuni; 2. Vlerësoni gjendjen psiko-fizike të pacientit (tabela 16);
[II]	Masat e kujdesit	1. Informoni mjekun përgjegjës për çdo ndryshim të gjendjes së pacientit; 2. Qasuni gjithmonë individualisht pacientit, familjes së tij dhe mjedisit dhe krijoni një marrëdhënie profesionale dhe empatike; 3. Në çdo vizitë, kushtojini kujdes pacientit (qasja holistike); 4. Kushtoni vëmendje shenjave të depresionit të mundshëm; 5. Respektoni “heshtjen” e pacientit, kur ai nuk dëshiron të flasë për sëmundjen; 6. Mos e injoroni pagjumësinë tek pacienti, por edhe tek familjari/kujdestari;

		7. Ofroni informacion në mënyrë të kuptueshme, pa hyrë në vlerësimin, ecurinë dhe prognozën e sëmundjes; 8. Në rast agresiviteti nga pacienti ose dikush i pranishëm, qëndroni të qetë dhe profesional.
III	Dokumentimi	Infermieri regjistron në dokumentacionin shëndetësor të institucionit: 5. Të dhënat e përgjithshme të pacientit; 6. Datën e vizitës; 7. Llojin e shërbimit të realizuar në shtëpi; 8. Nënshkrimin e infermierit.

Tabela 16 – Vështirësitë, problemet, shenjat, simptomat, këshillat dhe rekomandimet për pacientin

Vështirësitë dhe problemet	Shenjat dhe Simptomat	Këshilla dhe rekomandime
Vështirësitë njohëse	1. Çrregullime të kujtesës (harresa); 2. Aktivitetet e ngadalësuara psikomotorike; 3. Vështirësi në shprehje dhe komunikim.	1. Theksoni se problemet njohëse janë pasqyrim i sëmundjes themelore, jo i personalitetit të tij; 2. Rekomandoni zgjidhjen e fjalëkryqeve dhe lojëra shoqëruese; 3. Sugjeroni shëtitje, qëndrim në natyrë ose hobi; 4. Vëni në dukje rëndësinë e mendimeve pozitive, pa menduar për sëmundje të tjera shoqëruese; 5. Përfshirja në grupet (shoqatat) ndihmëse.
Rritja e rrezikut të infeksionit (sistemi respirator, uro gjenital, lëkura dhe mukozat)	1. Rritje menjëhershme e temperaturës, dridhje, dispne, dizuri, dobësi, lodhje dhe ndryshime të lëkurës.	1. Kujdes i posaçëm për lëkurën dhe mukozat për pacientët me terapi kortikosteroide, sepse fshihen shenjat e zakonshme të infeksionit; 2. Shmangni kontaktin me personat që kanë infeksione akute të frymëmarrjes.
Dëmtimi i mukozës së zgavrës së gojës dhe ndryshimet në lëkurë	1. Ulcera, skuqje, pseudo membrana, dhimbje dhe mukozat; 2. Skuqje, eritema e lëkurës dhe alopecia.	1. Për kujdesin e lëkurës dhe mukozave; 2. Informoni pacientin ta shmangë rrezatimin nga dielli, si dhe përdorimin e produkteve që mund ta iritojnë lëkurën (losione dhe parfume me alkool); 3. Rekomandoni dushin me ujë të vakët, shmangien e larjes në vaskë; 4. Veshja e rrobave prej pambuku dhe komode; 5. Përdorimi i kremrave, pomadave dhe losioneve neutrale ose agjentëve të përshkruar nga mjeku; 6. Ta informojë pacientin për mundësinë e rënies së flokëve gjatë trajtimit me kimioterapi dhe radioterapi dhe daljen e tyre të serishme; 7. Shkurtimi i gjatësisë së flokëve.

Problemet dhe çrregullimet e të ushqyerit	1. Humbje e oreksit; 2. Mosushqyerje; 3. Ndryshime në shije; 4. Të përziera dhe të vjella; 5. Vështirësi në gëlltitje.	1. Të merr ushqim me vlerë të shtuar kalorike, nëse nuk ka kundër indikacione; 2. Të merr sasi më të madhe pijesh jo të gazuara, nëse nuk ka kundër indikacione; 3. Në rast të shijes "metalike" në gojë dhe të përzier, rekomandoni marrjen e bonboneve me shije limoni, mente ose ananasi; 4. Mbani ditar për shfaqjen e të përzierave dhe të vjellave (para, gjatë ose pas terapisë); 5. Në rast të vjellave, merrni lëngje në sasi të vogla (5 ml në intervale prej 15 minutash); 6. Hiqni dhe pastroni depozitat nga gjuha me garzë të lagur në tretësirë e një luge çaji sodë buke në 450 ml ujë të ngrohtë; 7. Hiqni dhe pastroni depozitat nga gjuha me garzë të njomur në tretësirë (një lugë çaji sodë buke në 450 ml ujë të ngrohtë); 8. Gjatë kimioterapisë/radioterapisë, merrni ushqim që është më pak irritues për mukozën e sistemit tretës (të gatuar, të copëtuar, pa erëza, në temperaturë dhome).
Çrregullimi i jashtëqitjes - diarre dhe kapsllëk	1. Diarreja afatgjatë mund të shkaktojë humbje të vitaminave, mineraleve dhe lëngjeve, të cilat mund të rezultojnë në dehidrim dhe dështim të veshkave; 2. Kapsllëku shkakton parehati, fryrje dhe distension të zorrëve.	Në konsultim me mjekun, këshilloni: 1. Marrjen e sasive të mëdha të lëngjeve dhe ushqimeve të pasura me natrium (supa me mish dhe perime me pak yndyrë) dhe kalium (banane, kajsi, pjeshkë, patate të ziera); 2. Reduktimin e marrjes së fibrave në dietë si dhe ushqimeve që shkaktojnë fryrje (bizele, bishtajore), si dhe ushqimeve të yndyrshme, të pjekura dhe të skuqura; 3. Abstenimin nga qumështi dhe produktet e qumështit, duke i dhënë përparësi mollës së papërpunuar, të grirë, e cila redukton numrin e jashtëqitjeve; 4. Në rast kapsllëku, këshilloni marrjen e lëngjeve, konsumimin e kompostos me kumbulla, fiq të thatë dhe vakte të vogla; 5. Masazhoni butësisht barkun në drejtim të akrepave të orës, mos e vononi defekimin, në varësi të gjendjes së pacientit, këshilloni aktivitetet të lehtë fizik.
Dhimbje kronike	1. Shenja e dhimbjes me verbalizmin dhe vlerësimin e pacientit në shkallën e dhimbjes.	1. Largoni faktorët që rrisin dhimbjen (pozicioni i parehatshëm, presioni dhe tensioni i zonës së dhimbjes); 2. Largoni vëmendjen nga dhimbja me mendime pozitive dhe gazmore, metoda relaksimi.

37. PROCEDURA PËR PARANDALIMIN E KOMPLIKIMEVE NGA SHTRIRJA/PUSHIMI AFATGJATË

Qëllimi: i procedurës është ta udhëzojë infermierin për veprimet në parandalimin e komplikimeve nga shtrirja afatgjatë, duke edukuar dhe demonstruar veprimet e nevojshme.

Për shkak të shtrirjes afatgjatë ose uljes së lëvizshmërisë së pacientit, vjen deri te ngadalësimi i qarkullimit dhe ventilimit të mushkërive, që ka për pasojë paraqitjen e:

- Dekubitet - ndodh si rezultat i ekspozimit të pjesëve të trupit ndaj presionit afatgjatë.
- Trombozës së venave të thella - më së shpeshti shfaqet në ekstremitetet e poshtme, për shkak të qarkullimit të ngadalësuar, duke rezultuar në formimin e një mpiksje/trombi.
- Komplikimeve respiratore (pneumonia, bronkiti, atelektaza) - janë të shpeshta tek pacientët që janë në pushim për një kohë të gjatë dhe janë rezultat i reduktimit të ventilimit të mushkërive, akumulimit dhe stagnimit të sekrecioneve dhe infeksionit.
- Kontrakturës – është lëvizshmëri e kufizuar e kyçeve në disa ose të gjitha drejtimet, e cila mund të ndodhë për shkak të pushimit të zgjatur.
- Humbjes së vetëdijes – të fikët (sinkopa, kolaps) është humbje e papritur afatshkurtër e vetëdijes, më së shpeshti për shkak të hipoksisë së trurit, e cila ndodh shpesh te pacienti i shtrirë për një kohë të gjatë.

Infermieri duhet t'i njohë faktorët e rrezikut që favorizojnë shfaqjen e komplikimeve dhe ta edukojë pacientin dhe kujdestarin për parandalimin e shfaqjes së komplikimeve nga shtrirja e afatgjatë.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËNHAPAT
[I]	Dekubiti – Masat parandaluese	Këshilloni pacientin dhe/ose kujdestarin për: 1. Ndërrim të pozicionit të pacientit çdo 2 orë; 2. Përdorim të mjeteve ndihmëse kundër dekubitetit (dyshek, jastëk); higjiena e përditshme e trupit; 3. Ndërrim të rregullt dhe kujdes ndaj rrudhave të çarçafëve të krevatit dhe të rrobave personale; 4. Ushqyerje të duhur, me marrje të sasive të mjaftueshme të proteinave, vitaminave (veçanërisht vitaminat A dhe C), elemente që ndihmojnë transportin e oksigjenit (zink, hekur, bakër);

		5. Kryerje të ushtrimeve aktive dhe pasive; 6. Masazh të lehtë të vendeve të ndjeshme.
[II]	Tromboza e thellë venoze - Masat parandaluese	Këshilloni pacientin dhe/ose kujdestarin për: 1. Ngritje nga shtrati dhe shëtitje të lehtë nëpër dhomë, nëse e lejon gjendja e pacientit; 2. Veshje të çorapeve elastike ose fashës elastike, në përputhje me rekomandimet e mjekut; 3. Pozicion të ngritur të këmbëve kur shtrihen në shpinë; 4. Masazh manual të ekstremiteteve të poshtme; 5. Ndryshime të shpeshta të pozitës së trupit në shtrat. 6. Edukoni pacientin/kujdestarin në aplikimin e ushtrimeve aktive/pasive të ekstremiteteve të poshtme që rrisin tonusin e muskujve dhe përmirësojnë qarkullimin: ➤ Ushtrimi 1 – ngrini shputën e pacientit lart derisa të arrijë këndin prej 90° dhe mbajeni shputën në atë pozicion për 20 sekonda (përsëritni 2 herë nga 10 ushtrime); ➤ Ushtrimi 2 - rrotulloni secilën shputë ngadalë në drejtim të akrepave të orës 10 herë; ➤ Ushtrimi 3 - kryeni përkulje dhe ekstension në gju, abduksion dhe aduksion të këmbës deri në kufirin e dhimbjes (përsëritni 2 herë nga 10 ushtrime).
III	Komplikimet respiratore – Masat e parandalimit	Këshilloni pacientin dhe/ose kujdestarin për: 1. Rëndësinë e sigurimit të kushteve optimale mikroklimatike në hapësirën ku qëndron pacienti (ajrimi, temperatura optimale); 2. Ndryshimin e pozicionit të pacientit në pozicion ulur ose pozicion me kokë të ngritur dhe këmbët gjysmë të përkulura (pozicioni i fowler-it); 3. Aplikimin e masave për parandalimin e infeksioneve me pikëza; 4. Rëndësinë e ekspektorimit (kollitjes) aktiv. 5. Ushtrime aktive ose pasive për: ➤ Frymëmarrje të thellë përmes hundës - mbani, nxirrni përmes gojës ndërsa shqiptoni tingullin "S" (10 herë).

		Nxjerrja duhet të jetë 2 herë më e gjatë se thithja. Përsëritni ushtrimet e frymëmarrjes disa herë gjatë ditës; ➤ Ekspektorimin (kollitja): në mënyrë pasive - me goditje (trokitje) të anës së gjoksit ose goditje ritmike në shpinë (rajonin e mushkërive).
[IV]	Kontraktura – Masat e parandalimit	Këshilloni pacientin dhe/ose kujdestarin për: 1. Rëndësinë e vendosjes së ekstremitetit në pozicion fiziologjik (nëse është e nevojshme përdorimi i mjeteve ndihmëse, jastëkëve, fiksator); 2. Rëndësinë e ndryshimit të pozicionit të trupit ose pjesëve të trupit çdo 2 orë. 3. Ushtrime aktive dhe/ose pasive: ➤ Shtrirja e nyjave me lëvizje të lehtë (lëvizni nyjat sa më shumë që të jetë e mundur dhe mbani nyjën në atë pozicion për 20 sekonda - përsërisni ushtrimin të paktën 10 herë).
[V]	Humbja e vetëdijes – Masat parandaluese	Këshilloni pacientin dhe/ose kujdestarin për: 1. Nevojën për ndryshim gradual të pozicionit nga pozicioni shtrirë në atë ulur dhe nga pozicioni ulur në këmbë, gjë që lehtëson/zbutë hipotensionin ortostatik; 2. Kryerjen e ushtrimeve aktive dhe pasive të ekstremiteteve; 3. Kryerjen e ushtrimeve të frymëmarrjes së thellë; 4. Ndryshimin e rregullt të pozicionit në shtrat.
[VI]	Dokumentimi	Infermieri regjistron në dokumentacionin shëndetësor të institucionit: 9. Të dhënat e përgjithshme të pacientit; 10. Datën e kryerjes së shërbimit; 11. Llojin e shërbimit (këshillim, edukim); 12. Nënshkrimin e infermierit.

Bibliografia

1. Allendar J., Spradley B., (2001) 'Community Health Nursing: Concepts and Practice' Lippincott. Library number: 610.7343 – A432
2. Bianchi J., Causes and strategies for moisture lesions. Nursing Times, 2012;108(5):20.
3. Brljak J. i sur., Zdravstvena njega u gastroenterologiji s endoskopskim metodama, Medicinska naklada, Zagreb, 2013.
4. 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>
5. Direktiva e Këshillit të Bashkimit Evropian 89/391/EEC (12.06.1989) për futjen e masave për të inkurajuar përmirësimet në sigurinë dhe shëndetin e punëtorëve në punë (Direktiva u ndryshua tri herë me akte ligjore, në 2003, 2007 dhe 2008).
6. Dougherty L., Lister S., Manual of Clinical Nursing Procedures (Sixth Edition), Royal Marsden Hospital and Oxford, 2016.
7. Forma unike e Procedurave Standarde Operative. 2018. Ministria e Shëndetësisë. Prishtinë
8. Guidë për diagnostikimin, klasifikimin dhe trajtimin e diabetit mellitus. 2019. Tiranë
9. Hand hygiene - Standard operating procedure (sop) Nhs Greater Glasgow Infection Prevention and Control Service, January 2021
10. Huljev D., Gajić A., Triller C., Kecelj Leskovec N., Uloga debridmana u liječenju kroničnih rana. Acta Medica Croatica, 2013;66(1):79-84.
11. Infection prevention and control. 2022. Standard Operating Procedure – Hand Hygiene.
12. Jačanje odgovora zdravstvenog sistema na rodno zasnovano nasilje u Istočnoj Evropi i Centralnoj Aziji - Resursni paket, UNFPA Regionalni ured za Istočnu Evropu i Centralnu Aziju, Istanbul, Turska i WAVE Mreža i Evropski info centar protiv nasilja, Beč, Austrija, (Prevod na BHS), Sarajevo, 2015.
13. Javna ustanova Doma zdravlja kantona Sarajevo, Procedura o postupku sa pacijentom koji odbija određeni termin ili ne poštuje prethodno dogovoreni plan tretmana, Sarajevo, 2016.
14. Juretić M., Rogić M., Belušić-Gobić M., Cerović R., Petrošić N., Petrić D., Mogućnosti enteralne prehrane kod bolesnika s tumorom usne šupljine i orofarinksa. Medica Jadertina. 2013. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/100547>
15. Kadović M. i sur., Sestrinske dijagnoze 2, HKMS, Zagreb, 2013.

16. Kim KY, Kang JH, Na JY, Kang DK, The Effect of Extracorporeal Shock Wave Therapy on Pressure Ulcer. J Korean Acad Rehabil Med, 2010.34(2):227-232. Korean.
17. Kodi i Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore / Vendimi Nr. 14/2019 – OMK, 17 janar 2019 (Teksti i spastruar me plotësime dhe ndryshime të miratuara sipas Vendimit Nr. 25/2019 të Kuvendit të OMK-së, datë 17.12.2019, Nr. protokolli 32/2019).
18. Kodi i Etikës i Infermierëve, mamive dhe profesionistëve të tjerë shëndetësorë të Kosovës. Kodi hyn në fuqi me rastin e miratimit nga anëtarët e Kuvendit të OIK, më 12.06.2015.
19. Kodi Nr. 06/L-074 Kodi Penal i Republikës së Kosovës - Gazeta Zyrtare e Republikës së Kosovës / Nr. 2 / 14.01.2019, Prishtinë.
20. Langen A., Lawton S., Dermatological problems and periwound skin. World Wide Wounds, 2009. Available at: www.worldwidewounds.com/2009/November/LawtonLangoen/vulnerable-skin-3.html. Date of access to information: 22.5.2013.
21. Lawton S., Langøen A., Assessing and managing vulnerable periwound skin. World Wide Wounds, 2009. Available at: www.worldwidewounds.com/2009/October/LawtonLangoen/vulnerable-skin-2.html. Date of access to information: 22.5.2013.
22. Ligji Nr. 03/L-137 për Departamentin e Mjekësisë Ligjore / Gazeta Zyrtare e Republikës së Kosovës / Viti IV / Nr. 58 / 10.08.2009, Prishtinë.
23. Ligji Nr. 03/L-182 për Mbrojtje nga Dhuna në Familje / Gazeta Zyrtare e Republikës së Kosovës / Prishtinë: Viti V / Nr. 76 / 10.08.2010
24. Ligji Nr. 04/L-003 për gjendjen civile / Gazeta Zyrtare e Republikës së Kosovës / Nr. 6 / 22.07.2011, Prishtinë
25. Ligji Nr. 04/L-081 për ndryshimin dhe plotësimin e Ligjit Nr. 02/L-17 për Shërbime Sociale dhe Familjare. Gazeta Zyrtare e Republikës së Kosovës / Nr. 5 / 05.04.2012, Prishtinë
26. Ligji Nr. 04/L-150 për Odat e Profesionistëve Shëndetësor / Gazeta Zyrtare e Republikës së Kosovës / Nr. 23 / 04.07.2013, Prishtinë
27. Ligji Nr. 04/L-161 për Sigurinë dhe Shëndetin në Punë - Gazeta Zyrtare e Republikës së Kosovës / Nr. 22 / 14.06.2013, Prishtinë. (i përafruar me Direktivën 89/391/EEC).
28. Ligji Nr. 05/L-025 për Shëndetin Mendor – Gazeta Zyrtare e Republikës së Kosovës / Nr. 33 / 23.11.2015, Prishtinë.

29. Ligji Nr. 06/L-077 për ndryshimin dhe plotësimin e Ligjit Nr. 32/2004 (01.09.2006) për Familjen i Kosovës – Gazeta Zyrtare e Republikës së Kosovës / Nr. 3 / 17.01.2019, Prishtinë.
30. Ligji Nr. 06/L-082 për Mbrojtjen e të Dhënave Personale - Gazeta Zyrtare e Republikës së Kosovës / Nr. 6 / 25.02.2019, Prishtinë.
31. Ligji Nr. 07/L-006 për parandalimin dhe luftimin e pandemisë Covid-19 në territorin e Republikës së Kosovë. Gazeta Zyrtare e Republikës së Kosovës / Nr. 3 / 25.08.2020, Prishtinë.
32. Ligji Nr. 08/L -051 për ndryshimin dhe plotësimin e Ligjit Nr. 2004/38 për të Drejtat dhe Përgjegjësitë e Banorëve të Kosovës në Sistemin Shëndetësor - Gazeta Zyrtare e Republikës së Kosovës / Nr. 3 / 19.01. 2022, Prishtinë.
33. Ligji Nr. 08/L-043 për ndryshimin dhe plotësimin e Ligjit Nr. 04/L-125 për Shëndetësi - Gazeta Zyrtare e Republikës së Kosovës / Nr. 12 / 11.05.2022, Prishtinë.
34. Ligji Nr. 08/L-047 për ndryshimin dhe plotësimin e Ligjit Nr. 04/L-190 për Produkte dhe Pajisje Medicinale - Gazeta Zyrtare e Republikës së Kosovës / Nr. 12 / 11.05.2022, Prishtinë.
35. Ligji Nr. 08/L-048 për ndryshimin dhe plotësimin e Ligjit Nr. 02/L-78 për Shëndetësi Publike - Gazeta Zyrtare e Republikës së Kosovës / Nr. 12 / 11.05.2022, Prishtinë.
36. 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 / 01.09.2022, Prishtinë.
37. Ligji Nr. 08/L-200 për ndryshimin dhe plotësimin e Ligjit Nr. 02/L-109 për Parandalimin dhe Kontrollin e Sëmundjeve Ngjitëse - Gazeta Zyrtare e Republikës së Kosovës / Nr. 18 / 08.08.2023, Prishtinë.
38. Lul Raka, Didier Pittet, Benedeta Alegranzi, Gertie Van Knippenberg-Gordebeke. 2010. Higjiena e duarve në kujdesin shëndetësor. Prishtinë
39. Manuali i parë i Procedurave Standarde të Infermierisë në Kujdesin Parësor Shëndetësor në Kosovë. 2022. Ministria e Shëndetësisë. Prishtinë
40. Marais BJ., Lönnroth K., Tuberculosis comorbidity with communicable and non-communicable diseases: integrating health services and control efforts. 2013.
41. Marinović Kulišić S., Lipozenčić J., Uloga neutralnih pripravaka u njezi okolne kože venskog vrijeda. Acta Med Croatica, 2011;65(2):41–45.
42. Ministria e Shëndetësisë - Instituti Kombëtar i Shëndetësisë Publike. 2023. Prishtinë

43. Model of Integrated Care for Patients with Type 2 Diabetes. 2018. A Guide for Health Care Professionals (Clinical Management Guidelines).
44. National Nurse Consultant Group, The Royal College of Pathologists Pathology: the science behind the cure, 2014.
45. Ninčević Ž. i sur., Kliničke vještine II - Želučano crijevni i ekskrecijski sustav, Medicinski fakultet, Split, 2011.
46. Pegram A., Bloomfield J., Wound care: principles of aseptic technique. *Mental Health Pract*, 2010;14:14–8.
47. Perković D. i sur., Priručnik za vježbe. Medicinska bakteriologija i virologija, Zdravstveno veleučilište, Zagreb, 2013.
48. Plan i veprimet për promovim dhe edukim shëndetësor 2021. 2020. Ministria e Shëndetësisë. Prishtinë
49. Plan Strategjik dhe Operacional 2022 – 2025 / 09.02.2022, Prishtinë.
50. Programi Kombëtar i Kontrollit të Tuberkulozit në Kosovë (PKKT-KS). 2023. Ministria e Shëndetësisë. Prishtinë
51. Protokolli klinik për menaxhimin e astmës akute të rriturit në KPSH. 2022. Ministria e Shëndetësisë. Prishtinë
52. Protokolli klinik për menaxhimin e hipertensionit arterial. 2022. Ministria e Shëndetësisë. Prishtinë
53. Ri-akreditimi Ndërkombëtar i Programit të Shkollimit Specialistik të Mjekësisë Familjare për periudhën 2021 - 2024 nga Kolegji Mbretëror i Mjekëve të Përgjithshëm të Britanisë së Madhe (Royal College of General Practitioners-RCGP), program që udhëhiqet nga Ministria e Shëndetësisë. 2021, Prishtinë.
54. Rowley S., Clare S., Macqueen S., Molyneux R., ANTT v2: An updated practice framework for aseptic technique. *British Journal of Nursing*, 2010: 19(5); S5-S11.
55. Sedmak D., Vrhovec M., Huljev D., Prevencija tlačnog vrijeda (dekubitusa). *Acta Med Croatica*, 2013, 67 (Supl. 1); 29-34.
56. Šepec S. i sur., Sestrinske dijagnoze, HKMS, Zagreb, 2011.
57. Šepec S. i sur., Standardizirani postupci u zdravstvenoj njezi. Hrvatska komora medicinskih sestara, Zagreb, 2010.
58. Standard Operating Procedures: Nursing in Primary Health Care, Part I. 2019. Sarajevo

59. Strategjia Kombëtare për Zhvillim 2030 / Maj 2022, Prishtinë .
60. 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.
61. Tručević M., Primjena perkutane gastrostome u terapijske svrhe i intervencije medicinske sestre, Diplomski rad, Zagreb, 2015. (dostupno na: <http://bip.irb.hr/prikaz-rad?&rad=770671>)
62. Udhërrëfyeni klinik për diagnostikimin dhe menaxhimin e tuberkulozit ekstra-pulmonar. 2020. Ministria e Shëndetësisë. Prishtinë
63. Udhërrëfyeni klinik për menaxhimin e astmës. 2019. Ministria e Shëndetësisë. Prishtinë
64. Udhërrëfyeni klinik për menaxhimin e dhunës në baza gjinore. 2022. Ministria e Shëndetësisë. Prishtinë
65. Udhërrëfyeni klinik për menaxhimin e hipertensionit arterial. 2019. Ministria e Shëndetësisë. Prishtinë
66. Udhërrëfyeni klinik për menaxhimin e infeksionit latent të tuberkulozit. 2020. Ministria e Shëndetësisë. Prishtinë
67. Udhërrëfyeni klinik për menaxhimin farmakologjik të sëmundjes së sheqerit Tip 2 tek të rriturit. 2020. Ministria e Shëndetësisë. Prishtinë
68. Udhërrëfyeni klinik për menaxhimin jo-farmakologjik të sëmundjes së sheqerit. 2019. Ministria e Shëndetësisë. Prishtinë
69. Udhërrëfyeni klinik për trajtimin e alkoolit dhe drogave tjera. 2022. Ministria e Shëndetësisë. Prishtinë
70. Udhërrëfyeni klinik për trajtimin e ankthit. 2022. Ministria e Shëndetësisë. Prishtinë
71. Udhërrëfyeni klinik për trajtimin e depresionit. 2022. Ministria e Shëndetësisë. Prishtinë
72. Udhëzim Administrativ (MPB) Nr. 01/2022 për dokumentet e gjendjes civile
73. Udhëzim Administrativ (QRK) Nr. 04/2023 për trajtimin mjekësor dhe psikologjik të fëmijës viktimë e abuzimit, për t'i ndihmuar në rehabilitim dhe për t'u ri integruar në shoqëri
74. Udhëzimi Administrativ (MSh) Nr. 03/2019 për Udhërrëfyes dhe Protokolle Klinike.
75. Udhëzimi Administrativ (në shëndetësi) Nr. 01/2010 Recetat në sistemin shëndetësor në Republikën e Kosovës.

76. Udhëzimi Administrativ (në shëndetësi) Nr. 02/2010 Dokumentet shëndetësore.
77. Udhëzimi Administrativ (Shëndetësi) Nr. 04/2013 për Certifikatat Shëndetësore.
78. Udhëzimi Administrativ (shëndetësi) Nr. 04/2020 Kujdesi Parësor Shëndetësor.
79. Udhëzimi Administrativ MMPH - Nr. 10/2015 për trajtimin e mbeturinave nga produktet medicinale.
80. Udhëzimi Administrativ Nr. 05/2011 për parandalimin dhe kontrollin e infeksioneve spitalore.
81. Udhëzimi Administrativ Nr. 13/2013 për katalogun shtetëror të mbeturinave.
82. Udhëzimi Administrativ Nr. 15/2013 Karta e të drejtave dhe përgjegjësisë të pacientëve.
83. Udhëzimi Administrativ Nr. 11/2013 – Sistemi i informatave shëndetësore dhe raportimi i të dhënave statistikore shëndetësore.
84. Udhëzimi Administrativ Nr. 11/2015 Qarkulluesit me pakicë për produkte dhe pajisje medicinale.
85. Udhëzues Kombëtar. Administrimi i sigurt i mbetjeve spitalore. 2010. Ministria e Shëndetësisë, Tiranë
86. Udhëzuesi për Intervenime Promovuese dhe Parandaluese në Fushën e Shëndetit Mendor të Adoleshentët. 2022. Ministria e Shëndetësisë. Prishtinë
87. <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/anaphylaxis/diagnosis-treatment/treatment/txc-20307232>
88. http://www.mzss.hr/hr/programi_i_projekti/prevencija/nacionalni_program_zdravstvene_zastite_osoba_sa_secernom_bolescu
89. <http://www.pulmologija.hr/StrucniSadrzajLijecnici/Kisik.html>
90. <https://images.app.goo.gl/FCGxhGYTYeu9UyNf8> (SNG)
91. <https://nurse.plus/nclex-terminology/terms-abbreviations/semi-fowlers-position/> (Fowler)
92. <https://www.aaaai.org/conditions-treatments/allergies/anaphylaxis>
93. <https://www.england.nhs.uk/community-health-services/what-are-community-health-services/>
94. <https://www.epilepsy.com/learn/seizure-first-aid-and-safety/adapting-first-aid-plans/seizure-first-aid>

95. <https://www.hzjz.hr/sluzba-mikrobiologija/upute-za-uzimanje-i-slanje-uzoraka>
96. <https://www.kbsd.hr/Klinicka-mikrobiologija-uzorci-urina>
97. <https://www.krenizdravo.rtl.hr/zdravlje/pretrage/urinokultura-zasto-i-kako-se-radi-nalaz>
98. <https://www.krenizdravo.rtl.hr/zdravlje/simptomi/hipoksijasmanjena-razina-kisika-u-krvi-dijagnoza-uzroci-i-lijecenje>
99. <https://www.krenizdravo.rtl.hr/zdravlje/simptomi/sinkopa-uzroci-simptomi-lijecenje>
100. <https://www.scribd.com/doc/124935486/Dekubitus>.

