



**Universiteti ‘Ismail Qemali’ Vlorë
Fakulteti i Shëndetit Publik
Departamenti i Infermierisë**

“ Kujdesi infermieror tek pacientët e moshës pediatrike në infeksionet e rrugëve respiratore”

TEMË PËR CIKLIN E DYTË TË STUDIMEVE

Punoi: Anxhela Kanaj

Udhëheqës shkencor: PhD Ela Peto

Vlorë, 2019

Falenderime!

U bënë disa vite tashmë që kam filluar të studioj në degën e infermierisë dhe padyshim që ka qënë një rrugë e gjatë dhe e mundimshme.

Por pavarësisht vështirësive kjo rrugë është bërë më e thjeshtë me ndihmën e personave të cilët më kanë dhënë një mbështetje të pakushtëzuar. Për këtë arsye dua të falenderoj familjen time veçanërisht mamin dhe gjyshen.

Gjithashtu një falenderim shkon edhe për drejtuesen e temës Dr Ela Peto që në cdo rast më ka udhëzuar pa u lodhur në finalizimin e kësaj teme.

Falenderoj gjithashtu të gjithë stafin e Fakultetit të Shëndetit Publik për ndihmën e dhënë gjatë këtyre viteve.

Permbajtja

Kapitulli I: Prezantimi i literaturës:	7
1.1 Sistemi respirator.....	7
1.2 Epidemiologjia	9
1.3 Një vështrim mbi patologjitë më të shpeshta të traktit respirator	10
1.3.1 Bronkioliti	10
1.3.2 Laringotrakeobronkiti (krup), trakeiti bacterial dhe epiglotiti.....	11
1.3.3 Bronkiti bakterial i zgjatur.....	13
1.3.4 Pneumonia e fituar në komunitet.....	13
1.3.5 Tonsiliti	14
1.3.6 Infeksionet e traktit respirator dhe Astma tek fëmijët	15
1.4 Sfidat në vlerësimin e një fëmije me infeksione respiratore.....	16
1.5 Strategjitë infermiere për mbështetjen e prindërve dhe pacientëve	16
1.6 Diagnozatat infermiere në infeksionet respiratore	19
Kapitulli II: Metodologjia.....	22
2.1 Hipoteza.....	22
2.2 Qëllimi i studimit.....	22
2.3 Objektivat	22
2.4 Tipi i studimit dhe popullata.....	22
2.5 Protokoli dhe Hartimi i Pyetësorit.....	22
2.6 Përkufizimi i ndryshorëve (variableve) të përfshirë në studim	23
2.7 Kodimi dhe analiza e të dhënave.....	23
Kapitulli III: Analiza e Rezultateve.....	25
3.1 Pjesa e parë: Të dhënat demografike të kampionit.....	25
3.2 Pjesa e dytë.....	Error! Bookmark not defined.
Kapitulli IV: Diskutimet.....	58
Kapitulli V: Konkluzione	61
Kapitulli VI: Rekomandime	62
Kapitulli VII: Referencat.....	63
Kapitulli VIII: Aneksi	66

Abstrakt

Hyrje: Bazuar në studime të ndryshme crregullimet e frymëmarrjes pediatrike janë përgjegjëse për një numër kushtesh shëndetësore akute dhe kronike dhe janë një shkak kryesor i vizitave të dhomave të urgjencës dhe hospitalizimeve pediatrike. Nisur nga kjo infermieret duhet të kenë njohuri të anatomisë, fizpatologjisë, diagnozës dhe trajtimit në sëmundjet respiratore pediatrike, pasi zakonisht ato janë të parët në kontakt dhe njohin problemet e frymëmarrjes tek fëmijët.

Metodologjia: Qëllimi i këtij studimi është të vlerësojë njohuritë, praktikat e infermiereve në moshat pediatrike me infeksione respiratore në rrethin e Vlorës dhe të Fierit në mënyrë që të vlerësohen faktorët që ndikojnë në to. Ky është një studim ndër - seksional (transversal) i kryer gjatë periudhës Shkurt -Maj 2019 ku u përfshinë infermierët e reparteve të pediatrikës së spitaleve Vlorë dhe Fier, të cilët u përzgjedhën në mënyrë të rastësishme dhe që pranuan të jepnin mendimin e tyre lidhur me praktikat dhe njohuritë infermiere mbi infeksionet respiratore, duke plotësuar një pyetësor anonim me disa rubrika. Të dhënat u përpunuan në paketën statistikore SPSS.

Rezultatet: 41.5% u përzgjedhën në spitalin e Vlorës dhe 58.5% në spitalin e qytetit të Fierit. 62.3% e infermiereve kanë marrë pjesë në seminare trajnuese në lidhje me patologjitë e sistemit respirator. 37.7% jo. 83% stimulojnë frymëmarrjen e thellë dhe kthimin e fëmijës. 37.7% shpeshherë përdorin teknika për të promovuar frymëmarrjen e thellë te fëmija. 62.3% kontrolli bronkodilatorëve realizohet gjithmonë në mënyrën e duhur. 79.2% gjithmonë e kontrollojnë terapinë me aerosol në mënyrën e duhur. 60.4% gjithmonë e pozicionojnë pacientin në mënyrën e duhur në mënyrë që të përmirësojnë dispnean. 64.2% gjithmonë kryejnë procedurën e larjes së duarve para dhe pas kontaktit me pacientin. 52.8% e infermiereve kanë pohuar se ata gjithmonë i udhëzojnë dhe i edukojnë prindërit për kujdesin dhe dietën

Konkluzione: Në përgjithësi infermierët kanë njohuri të mira për menaxhimin e sëmundjeve respiratore tek fëmijët. Infermierët me master shkencor përkatësisht 11.3% kanë më tepër njohuri dhe i kontrollojnë dhe i monitorojnë në mënyrën e duhur rrugët respiratore. Infermierët të cilët kanë marrë pjesë në trajnime janë më cilësor në kontrollin dhe monitorimin e rrugëve respiratore. Infermierët me më tepër se 15 vite eksperience në punë kanë më tepër njohuri dhe i kontrollojnë në mënyrën e duhur rrugët respiratore. Infermierët në qytetin e Vlorës në krahasim me infermierët e qytetit të Fierit kanë një nivel më të lartë të cilësisë së kujdesit në kontrollin dhe monitorimin e rrugëve respiratore.

Rekomandime: Infermierët duhet të marrin pjesë në mënyrë të vazhdueshme në seminare trajnuese. Infermierët kanë nevojë të mësojnë teknika të reja të cilat janë efikase në kontrollin dhe monitorimin e rrugëve respiratore te fëmijët. Infermierët kanë nevojë për mbështetje të vazhdueshme nga ana e mjekëve në mënyrë që puna e tyre të ketë një ecuri pozitive. Infermierët duhet të kujdesen edhe për gjendjen emocionale të pacientëve të tyre duke e parë si një element kyç në përmirësimin e gjendjes shëndetsore. Infermierët duhet të bashkëpunojnë me prindërit e fëmijëve të hospitalizuar. Në Shqipëri duhet të realizohen më tepër studime në lidhje me këtë fushë.

Fjale kyce: infeksion respirator, njohuri infermieresh, nivel kujdesi, monitorim

Abstract

Introduction: Based on various studies, pediatric respiratory disorders are responsible for a number of acute and chronic health conditions and are a major cause of visits to emergency rooms and pediatric hospitalizations. Based on this, nurses should have knowledge of anatomy, physiopathology, diagnosis and treatment in these diseases, as nurses are usually the first in contact and recognize breathing problems in children.

Methodology: The purpose of this study is to evaluate the knowledge and practices of pediatric nurses with respiratory infections in the Vlora and Fier hospitals in order to evaluate the factors affecting them. This is a transversal study conducted during February - May 2019, involving nurses from the pediatric wards of the Vlora and Fier hospitals, who were randomly selected and agreed to give their opinion about nursing practices and knowledge on respiratory infections, completing an anonymous questionnaire with several sections. The data was analysed in the statistical package SPSS 22.

Results: 41.5% were selected at the Vlora hospital and 58.5% at the Fier hospital. 62.3% of nurses participated in training seminars related to respiratory system pathologies. 37.7% did not. 83% stimulate deep breathing and baby's return. 37.7% often use techniques to promote deep breathing on a child. 62.3% bronchodilator control is always performed properly. 79.2% always control the aerosol therapy appropriately. 60.4% always position the patient properly in order to improve dyspnoea. 64.2% always perform the procedure of washing hands before and after contact with the patient. 52.8% of nurses have claimed that they always instruct and educate parents about their care and diet.

Conclusions: Nurses generally have good knowledge of respiratory disease management in children. Nurses with a scientific master, respectively 11.3%, have more knowledge and control and properly monitor the respiratory tract. Nurses who have participated in the training are more qualitative in controlling and monitoring the respiratory tract. Nurses with more than 15 years of work experience have extensive knowledge and control the respiratory tract properly. Nurses in Vlora City compared to nurses in the city of Fier have a higher level of quality care in the control and monitoring of respiratory tract.

Recommendations: Nurses should participate consistently in training seminars. Nurses need to learn new techniques that are effective in controlling and monitoring the respiratory tract in children. Nurses need constant support from doctors so that their work has a positive performance. Nurses should also take care of the emotional state of their patients, seeing it as a key element in improving the health status. Nurses should collaborate with the parents of hospitalized children. More studies in this area should be conducted in Albania.

Key words: respiratory infection, nursing knowledge, level of care, monitoring

Hyrje

Bazuar në studime të ndryshme çrregullimet e frymëmarrjes pediatrike janë përgjegjëse për një numër kushtesh shëndetësore akute dhe kronike dhe janë një shkak kryesor i vizitave të dhomave të urgjencës dhe hospitalizimeve pediatrike. Sëmundjet e traktit respirator janë një nga shkaqet kryesore të mortalitetit dhe sëmundshmërisë në botë. Pothuaj 2.38 milionë vdekje kanë ardhur nga infeksionet e poshtme respiratore në vitin 2016 duke i bërë këto infeksione shkakun e gjashtë në botë për vdekjen tek fëmijët nën 5 vjeç. Nisur nga kjo infermieret duhet të kenë njohuri të anatomisë, fizpatologjisë, diagnozës dhe trajtimit në sëmundjet respiratore pediatrike, pasi zakonisht ato janë të parët në kontakt dhe njohin problemet e frymëmarrjes tek fëmijët.

Ky kujdes infermieror në sëmundjet respiratore tek moshat pediatrike kërkon të testojë njohuritë e infermierëve dhe si rrjedhojë të ofrojë informacion për infermierët në mënyrë që ti ndihmojë ata në diagnostikimin dhe trajtimin e fëmijëve me probleme respiratore.

Kujdesi infermieror në sëmundjet respiratore pediatrike u siguron infermierëve dhe ofruesve të tjerë të kujdesit shëndetësor një burim gjithëpërfshirës dhe praktik që u lejon atyre të bashkëpunojnë dhe të avokojnë më efektivisht, si dhe të edukojnë familjen dhe fëmijën në menaxhimin e çrregullimeve të frymëmarrjes.

Kapitulli I: Prezantimi i literaturës:

1.1 Sistemi respirator

Sistemi respirator human është një seri organesh përgjegjës për marrjen e oksigjenit dhe për dëbimin e dioksidit të karbonit. Organet primare të sistemit të frymëmarrjes janë mushkëritë, të cilat kryejnë këtë shkëmbim të gazeve kur marrim frymë. Qelizat e kuqe të gjakut mbledhin oksigjenin nga mushkëritë dhe e mbajnë atë në pjesët e trupit ku është e nevojshme. Gjatë procesit, qelizat e kuqe të gjakut mbledhin dioksidin e karbonit dhe e transportojnë atë në mushkëri. Trupi i njeriut ka nevojë për oksigjen për të mbajtur veten. Një rënie e oksigjenit njihet si hipoksi dhe një mungesë e plotë e oksigjenit njihet si anoksi. Këto kushte mund të jenë fatale sepse pas rreth katër minutash pa oksigjen, qelizat e trurit fillojnë të vdesin gjë që mund të çojë në dëmtime të trurit dhe në fund vdekjen [1].

Tek njerëzit, shkalla mesatare e frymëmarrjes varet nga mosha. Frymëmarrja normale e një të porsalinduri është rreth 40 herë në minutë dhe mund të ngadalësohet në 20 deri në 40 herë në minutë, kur fëmija është duke fjetur. Tek të rriturit 12-16 frymëmarrje në minutë [1]. E gjithë frymëmarrja nuk mund të ndodhë pa sistemin respirator i cili përfshin hundën, fytyrën, laringun, ajrin dhe mushkëritë.

Në pjesën e sipërme të sistemit të frymëmarrjes, vrimat e hundës (të quajtura edhe nares) sjellin ajrin në hundë, lagështojnë dhe e ngrohin atë. Disa qime të vogëla të quajtura cilie mbrojnë kanalet e hundës dhe pjesët e tjera të traktit respirator, duke filtruar pluhurin dhe grimcat e tjera që hyjnë në hundë përmes ajrit të thithur [2]. Ajri mund të merret edhe nëpërmjet **gojës**. Këto dy rrugë ajrore (kaviteti nazal dhe goja) takohen në faring ose në fyt, në pjesën e pasme të hundës dhe gojës.

Faringu është pjesë e sistemit tretës, si pjesa më e mirë e sistemit respirator sepse kujdeset si për ushqimin edhe për ajrin.

Laringu, e njohur edhe si kutia zanore, është një pjesë e shkurtër e rrugëve të frymëmarrjes që lidh laringofaringun dhe traken. Laringu ndodhet në pjesën e përparme të qafës. Epiglottis shërben si mbulesë e laringut gjatë gjëlltitjes.

Trakea është një tub i gjatë i cili përbëhet nga unaza të kërcit hialine të formës C. Traketa lidh laringun me bronket dhe lejon ajrin të kalojë në qafë dhe gjoks. Në pjesën fundore të saj trakea ndahet në tuba ajri të majte dhe të djathtë të quajtura bronke të cilat lidhen me mushkëritë. Brenda mushkërive bronket ndahen në degëzime të quajtura bronkiola. Bronkiolet përfundojnë në thasët e vegjël të ajrit të quajtur alveoli, ku në të vërtetë ndodh shkëmbimi i oksigjenit dhe dioksidit të karbonit. Funkzioni kryesor i trakesë është të sigurojë një rrugë ajrore të qartë për ajrin për të hyrë dhe dalë nga mushkëritë.

Mushkëritë përmbajnë inde elastike të cilat i lejojnë ato të fryhen dhe shfryhen pa e humbur formën e tyre dhe janë të mbështjellura nga një cipë e hollë e quajtur pleurë.

Toraksi e quajtur edhe si kutia ajrore strehon pemën bronkiale, mushkëritë, zemrën dhe strukturat e tjera. Pjesa e sipërme dhe anët e gjoksit formohen nga brinjët dhe muskujt e bashkangjitur, ndërsa pjesa e poshtme formohet nga një muskul i madh i quajtur

diafragma. Murret e gjoksit formojnë një kafaz mbrojtës rreth mushkërive dhe përmbajtjeve të tjera të zgavrës së gjoksit [3].

Infeksionet e traktit respirator janë shumë të zakonshme. Besohet se janë një ndër arsye kryesore pse njerëzit vizitojnë shpesh mjekun ose farmacistin.

Trakti respirator është më shumë i prekshëm ndaj infeksioneve në krahasim me pjesët e tjera të trupit. Kjo ndodh për faktin se bakteret dhe viruset hyjnë lehtësisht në traktin respirator gjatë frymëmarrjes.

Infeksionet respiratore janë më të shpeshta gjatë periudhes së dimrit. Kjo ndodh për shkak se gjatë muajve të dimrit njerëzit kanë më shumë gjasa të qëndrojnë brenda dhe në kontakt të ngushtë me njëri-tjetrin. Fëmijët janë më të prirur për të bërë infeksione respiratore në krahasim me të rriturit. Kjo ndodh për shkak se ata ende nuk kanë krijuar imunitet ndaj viruseve që mund të shkaktojnë ftohjen.

Fëmijët janë shumë të prekshëm nga infeksionet respiratore. Ka disa arsye për këtë si:

- Trakti respirator më të shkurtër i krahasuar me të rriturit, duke çuar në përhapje më të shpejtë të infeksionit
- Mungesa e ndërlidhjes në rrugët e poshtme dhe rezervë funksionale më të vogël tek fëmijët duke shkaktuar prekje të rrugëve të frymëmarrjes dhe përkeqësim të simptomave
- Mungesa e ushqyerjes me gji
- Rritje e ekspozimit ndaj patogjenëve respiratorë nga fëmijët më të mëdhenj në kopshte ose cerdhe edhe pse kjo shërben për të forcuar imunitetin
- Faktorët e rrezikut ambientalë si ekspozimin ndaj duhanpirjes pasive dhe ndotësve të tjerë
- Simptomave të raportuara nga prindërit mund të mos jenë gjithmonë të sakta
- Të vegjlit zakonisht kanë 30-8 episode të sëmundjeve respiratore në vit
- Imuniteti i fituar nuk është arritur tek fëmijët e vegjël
- Defekte në sistemin imunitar dhe predispozita familjare [4]

Disa nga faktorët e riskut për infeksione respiratore janë: Mungesa e ushqyerjes me gji; Infantët më të vegjël se 12 javë ose ata prematurë (në një studim në Welsh 318,613 fëmijë rreziku i pranimit në spitalë nga infeksionet respiratore deri në 5 vjec u ul me cdo javë gestacionale deri në 40-42 javë) [4]; Sëmundjet kronike të pulmoneve (prematuniteti ose fibroza cistike); Sëmundjet kongenitale kardiake; Nevoja për oksigjen shtesë në shtëpi; Crregullimet neuromuskulare sidomos ata që nuk kanë mundësi për të pastruar sekrecionet; Ata fëmijë që kanë vëllezër apo motra në shkollë apo cerdhe; Duhanpirja pasive vecanërisht e nënës; Refluksi gastrointestinal etj.

1.2 Epidemiologjia

Sëmundjet e traktit respirator janë një nga shkaqet kryesore të mortalitetit dhe sëmundshmërisë në botë. Pothuaj 2.38 milionë vdekje kanë ardhur nga infeksionet e poshtme respiratore në vitin 2016 duke i bërë këto infeksione shkakun e gjashtë në botë për vdekjen tek fëmijët nën 5 vjec [5].

Historikisht infeksionet respiratore prekin më shumë të vegjëlit dhe më të varfrit, kudo në botë [5]. Personat me rrezik të lartë për tu prekur nga këto sëmundje dhe vdekja vijnë nga shtëpi me akses të pakët ndaj ushqimit, vaksinave, shëndetësisë dhe pastërtisë ose kanë gjendje që prekin sistemin imunitar. Edhe pse ka patur një ulje të ndjeshme të vdekjeve nga infeksionet respiratore, që në vitet '90, shumica e vdekjeve mund të ishin parandaluar duke kërkuar një investim në ndërhyrjet terapeutike [5].

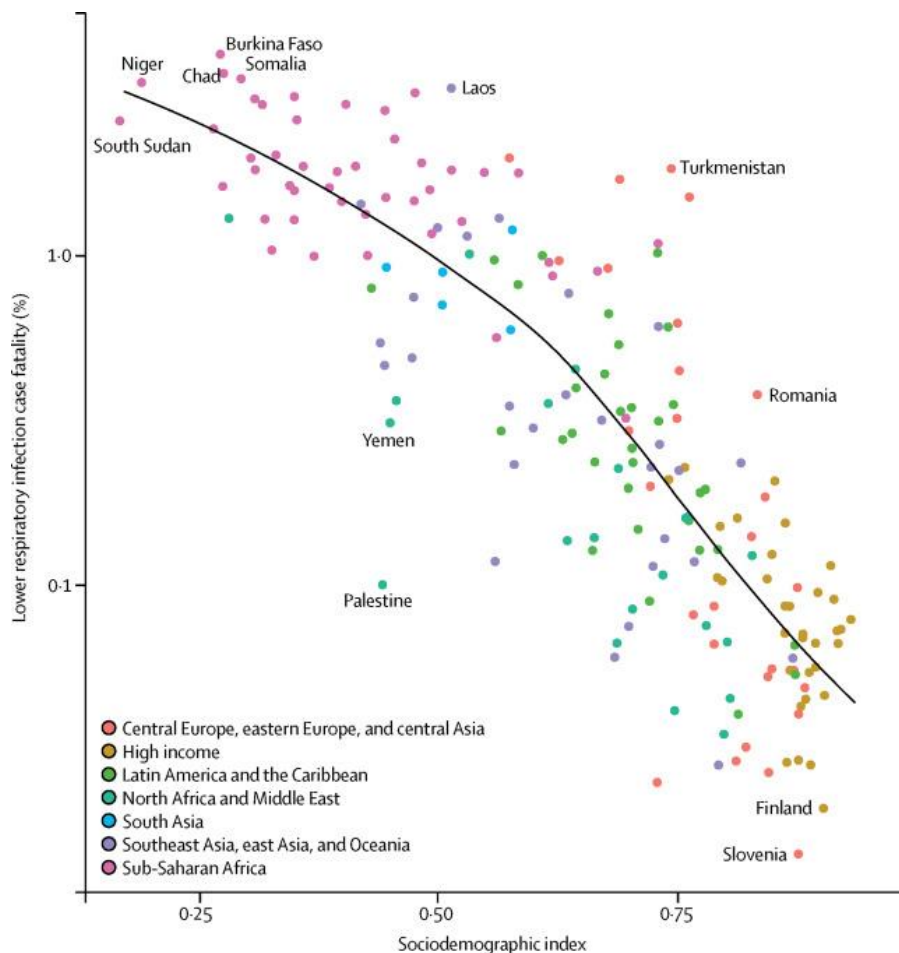


Figura 1 Raporti i fatalitetit dhe indeksit sociodemografik për fëmijët nën 5 vjec në vitin 2016 [5]

Infeksionet më të zakonshme të traktit të sipërm respirator përfshijnë: I ftohti i zakonshëm ose gripi; dhimbja e fytit - zakonisht për shkak të një infeksioni të faringut (faringit); grykët - infeksion i bajameve; sinusiti - infeksioni i sinuseve; laringiti - infeksioni i laringut [6]. Simptomat e infeksioneve në rrugët e sipërme respiratore shprehen me tështima, kollitje, dhembje të fytit sidomos gjatë gëlltitjes, dhimbje koke, mungesë oreksi dhe temperaturë e lartë [6].

Infeksionet më të zakonshme të traktit të poshtëm respirator janë Bronkiti – infeksion i bronkit, dhe pneumonia - infeksion i bronkiolës dhe alveoli [1].

Ashtu si tek infeksionet e sipërme respiratore edhe tek infeksionet e poshtme respiratore kolla është simptoma më e shpeshtë edhe pse në këtë rast ajo është më e rëndë dhe produktive (me mukus dhe gëlbazë). Simptoma të tjera përfshijnë: një ndjenjë ngushtimi në gjoks; dispne; Wheezing; dhimbje fyti; ethe dhe të dridhura; dhimbje koke; hundë dhe sinuse të bllokuara; dhimbje [7]

Ka disa mënyra të transmetimit të infeksioneve respiratore. Ato mund të përhapen në disa mënyra si psh kollitja, i foluri , tështima etj. Gjithashtu virusi mund të transmetohet edhe nëpërmjet kontaktit të drejtpërdrejt ose të tërthortë.

1.3 Një vështrim mbi patologjitë më të shpeshta të traktit respirator

1.3.1 Bronkioliti

Bronkioliti përkufizohet si inflamacion i bronkiolave, të cilat janë pasazhet më të vogëla të ajrit në mushkëri. Bronkioliti prek më shpesh foshnjat dhe fëmijët e vegjël nga mosha 3 deri në 6 muaj [9]. Në vitin 2010 , 66,000–199,000 fëmijë të një moshe më të re se 5 vjec vdiqën nga RSV dhe 99% e këtyre vdekjeve u numëruan në vendet në zhvillim [10].

Bronkioliti është një infeksion i traktit respirator me simptoma të tilla si temperaturë, sekrecione nazale, kollë dhe tinguj në frymëmarrje [11]. Ndër simptomat të tjera mund të përmendim apnen (është shenja e parë zakonisht tek foshnjat e lindura para kohe dhe fëmijët e vegjël), vështirësi në ushqyerje , dehidratim dhe ethe [11, 12]. RSV virus është shkaktari më i zakonshëm në rreth 75% të të gjitha rasteve [9]. Rinovirusi është përgjegjës për 25% të rasteve me bronkiolit, ndërsa virusët e tjerë më pak. Rreth 70% e foshnjave infektohen nga RSV në vitin e parë të jetës dhe 22% e tyre shfaqin simptomat të sëmundjes [9].

Diagnoza e bronkiolitit vendoset bazuar kryesisht në historinë e sëmundjes dhe ekzaminimet klinike. Pjesa më e madhe e fëmijëve me bronkiolit menaxhohen në mënyrë simptomatike në komunitet nëpërmjet lëngjeve orale, fiziologjik që jepen me pika nga hunda dhe ngritja e pjesës së sipërme e shtratit [11]. Matja e saturimit të oksigjenit është

shumë e rëndësishme sepse një saturim <92% tregon që pacienti duhet të trajtohet në ambientet spitalore [9].

Fëmijët me bronkiolit të cilët kanë nevojë për hospitalizim përgjithësisht menaxhohen në mënyrë conservative me tub nazogastrik (ose lëngje intravenoze) dhe oksigjen shtesë. Një pjesë e vogël e fëmijëve të hospitalizuar mund të kenë nevojë për mbështetje të avancuar respiratore në formën e dhënies së vazhdueshme të ajrit ose ventilimit [13].

Roli i bronkodilatatorëve mbetet i diskutueshëm edhe pse disa studime kanë theksuar përfitimet minimale afatshkurtra të tyre. Një rishikim i fundit i Cochrane nuk e mbështeti përdorimin rutinë të bronkodilatatoreve në menaxhimin e bronkiolitit [14]. Sipas një studimi të rastësishëm përdorimi i kripës hipertonsike (3% ose 6% klorid natriumi) nuk e reduktoi qëndrimin e gjatë në spital, kohëzgjatjen e oksigjenit shtesë ose përdorimin e tubit nazogastrik tek fëmijët e hospitalizuar dhe përdorimi rutinë i tyre nuk rekomandohet [15]. Një dozë nga terapia me bronkodilatator mund të përdoret në varësi të rastit duke monitoruar reagimin e organizmit dhe vazhdimi i dozës së mëtejshme mund të vendoset në varësi të gjendjes fillestare.

Antibiotikët duhet të përdoren në rastet e foshnjave të sëmurura rëndë me bronkiolit kur dyshohet për infeksion bakterial dytësor. Një studim i Cochrane i cili përfshiu 543 foshnja gjeti dëshmi të cilat mbështesnin përdorimin rutinë të antibiotikëve në bronkiolit; përdorimi i tyre duhet të ruhet për foshnjat e përkeqësuar të cilat kërkojnë vazhdimisht mbështetjen pozitive të presionit të ajrit apo ventilimin mekanik [16,17]. Në komunitet foshnjat që trajtohen për bronkiolit nuk duhet të trajtohen me antibiotikë dhe bronkodilatator.

Fëmijët që bëjnë pjesë në grupin me rrezik të lartë sic janë ata me sëmundje kronike të mushkërive apo sëmundje të lindura të zemrës mund të ofrohet mbrojtje pasive nëpërmjet administrimit të palivizumab gjatë muajve të dimrit [9]. Një rishikim në njësinë terapeutike neonatale në Coombe Women dhe Spitalin Universitar të foshnjave, Dublin, Britani e Madhe zbuloi se përfshirja e infermierit specialist posaçërisht për parandalimin dhe profikaksinë e RSV përmirësoi kënaqësinë e prindërve e cila rezultoi e suksesshme në planin e parandalimit të infektimit nga RSV. Roli infermieror eficient i përditësuar në kujdesin e fëmijëve me bronkiolit duhet të përfshijë parandalimin, observimin në spital dhe shtëpi, dhe edukimin shëndetsor për prindërit. Për më tepër, duhet të përfshijë detyrën e përfshirjes së zakoneve të mjekut në përdorimin e diagnostikave të panevojshme dhe opsioneve terapeutike sipas protokolleve më të reja në këtë fushë [12].

1.3.2 Laringotrakeobronkiti (krup), trakeiti bakterial dhe epiglotiti

Laringotrakeobronkiti konsiderohet një problem i rrugëve të sipërme respiratore në të cilin inflamacioni i përhapur me eksudat, dhe edema ngushton zonën nën glotike të rrugëve të frymëmarrjes. Ai manifestohet nga një zë i ngjirur, kollë si e lehura e qenit që zakonisht ndodh nga viti i dytë i jetës [18]. Në një studim me 327 fëmijë të shtruar në spital në Krup mosha mesatare ishte 16.7 muajsh [19]. Simptomat e para janë një temperaturë e lehtë dhe kollë e lehtë. Stridori inspirator mund të ndodhë tek disa fëmijë dhe bëhet më i

dukshëm kur fëmija qan ose mërzhitet. [18]. Krupi shkaktohet nga virusi i parainflucës ose dhe influencës A [18]. Edhe pse këto simptoma janë shumë të bezdisura për fëmijën dhe familjen, zakonisht fëmija nuk është shumë i sëmurë dhe në shumicën e rasteve mund të trajtohet në shtëpi me rehidrim dhe antipiretikë si ibuprofen.

Kur fëmija zhvillon stridor ose përkeqësohet atëherë kërkohet ndihmë mjekësore. Kur simptomat rikthehen, prindi duhet të këshillohet ta çojë fëmijën në ambiente ku ai mund të inalojë ajër të ftohtë për të ulur inflamacionin në rrugët e sipërme dhe përmirëson simptomat. Por nga ana tjetër, kur fëmija është me temperaturë të lartë, me stridor, jargosje ose pamje toksike, duhet të dyshohet për trakeit bakterial ose epiglotit dhe fëmija duhet çuar menjëherë në spital. Një studim me 203 fëmijë në Australi [20], kishte për qëllim diferencimin e simptomave parashikuese për Krup (n=102) nga epiglotiti (n=101) që në fillim të sëmundjes dhe u gjet se të dy sëmundjet kishin stridor, por kollë pa pështymë sugjeroi Krup kurse dalja e përshymës pa kollë sugjeroi Epiglotit. Rastet me epiglotit janë ulur shumë që kur ka dalë vaksina e influencës së tipit B, pra është e rëndësishme të kërkohet historia e vaksinimit të fëmijës kur ai prezantohet me stridor. Kjo është shumë e rëndësishme tek fëmijët që kanë imigruar kohët e fundit nga vendet në zhvillim, të pavaksinuar ose që duken shumë të sëmurë dhe me simptomat e Krupit. Fëmijët me stridor ose me faktorët e tjerë rreziku duhet që të çohen urgjent tek mjeku. Shtrimi në spital duhet të konsiderohet sepse këta fëmijë mund të përfitojnë nga një trajtim i shkurtër me steroid oralë si deksametazon ose prednizolon e cili ndihmon në reduktimin e inflamacionit të rrugëve respiratore. Në një studim me 327 fëmijë me 365 shtrime në spital për Krup, 48% u është dhënë një dozë kortikosteroidë sistemikë pas pranimit në spital [19]. Nevoja për adrenalinë me inhalacion nuk ishte parashikuar nga të dhënat demografike, historia e mëparshme e sëmundjeve dhe parametrat aktual vital. Qëndrimi mesatar i shtrimit në spital i grupit në studim ishte 31.7 orë [19]. Gjithsesi, fëmijët me saturime të ulëta të oksigjenit, histori të mëparshme të Krupit ose intubime kishin gjasa për qëndrime më të larta në spitale ose kishin komplikacione [19]. Fëmijët ku dyshohet trakeit bakterial duhet të ushtrohen dhe të menaxhohen në një mjedis shumë të specializuar sepse këta fëmijë mund të përkeqësohen shumë shpejt dhe mund të kërkojnë mënyra invazive të mbrojtjes së rrugëve respiratore [21]. Ky grup fëmijësh duhet të trajtohen me antibiotikë të spektrit të gjerë dhe mund të kërkojë ndërhyrje kirurgjikale në format e laringoskopisë, bronkoskopisë dhe heqjen e materialeve mukopurulente [21].

Epiglotiti është një urgjencë mjekësore dhe infermierët në urgjencë duhet të kenë parasysh të mbajnë fëmijën të rehatshëm, të ulin distresin duke mos e ndarë fëmijën nga prindi, të evitojnë procedurat e dhimbshme dhe të kryejnë obzervimet nga distance sa më shumë që të jetë e mundur. Për arsye se fyti është shumë i dhimbshëm, ata refuzojnë të flasin, janë të paafte të pijnë lëngje apo të gëlltisnin pështymën. Shqetësimi i fëmijës dhe veçanërisht përprjekjet për ta shtrirë atë për ti egzaminuar fytin ose futja e sondës për ta aspiruar, mund të provokoj një bllokim total dhe vdekje, prandaj këto përprjekje duhet të shmangen. Shenja të vonshme përfshijnë apatinë, cianozën dhe çrregullime të ritmit kardiak përfshi bradikardinë dhe ekstrasistolat ventrikulare. Fëmija që dyshohet për epiglotit duhet mbajtur në qetësi, i pashqetësuar derisa të bëhet intubimi nga një personel i kualifikuar në një sallë operatore duke përdorur anestezi me inhalacion (Halotan dhe O₂ 100%), sedativët dhe miorelaksantët nuk përdoren. Oksigjeni duhet administruar me teknikën e “ rrjedhjes së thjeshtë” ose me një maskë të përshtatshme, por pa e sforcuar

fëmijën. Fëmijët e mëdhenj me epiglotit të rëndë mund të preferojnë të qëndrojnë ngritur dhe nuk duhen detyruar të shtrihen, pasi kjo mund të kompromentojë lëvizjet e diafragmës dhe mund të precipitojë të qarë dhe laringospazëm. Nuk ka të dhëna që trajtimi me adrenaline dhe steroide me nebulizim të kenë efekte të kënaqshme. Mjekët pediatrikë, anestezistë, ORL duhet të jenë në kontakt sepse mund të nevojitet trakeotomi urgjente. Këta fëmijë duhet të trajtohen në reanimacion pediatrik, të trajtohen me antibiotikë të spektrit të gjerë dhe likide IV. Sapo fëmija të jetë përmirësuar duhet të inkurajohen vaksinimet [21].

1.3.3 Bronkiti bakterial i zgjatur

Bronkiti bakterial i zgjatur karakterizohet nga prezenca e një kolle kronike, e izoluar, e lagështuar (që zgjat më shumë se 4 javë) pa asnjë gjetje klinike që sygjeron një diagnozë alternative dhe zgjidhjen e simptomave kur terapia antibiotike jepet për 2-3 javë [22, 23].

Bronkiti bakterial i zgjatur është një diagnozë klinike e cila është krijuar duke përjashtuar patologji serioze përfshirë këtu fibrozën cistike (prova e bronkoektazisë, hiperinflamacion, kolapsi lobar) ose aspirimi i trupit të huaj (mund të tregojë simptoma të një hiperinflamacioni të mushkërisë/lob ose trup i huaj). Radiografia e toraksit mund të përdoret në rastet kur shkaktari i kollës nuk arrin të përcaktohet nëpërmjetë historisë të treguar nga prindërit e fëmijëve dhe gjithashtu është e rëndësishme për përjashtimin e patologjive të tjera [22,23].

Menaxhimi i bronkitit bakterial të zgjatur bëhet në varësi të gjendjes dhe në këtë rast mund të lind nevoja për një përdorim të zgjatur të antibiotikëve. Një trajtim prej 3 javësh me antibiotikë (amoxiclav ose azitromicinë) e monitoruar rezultoi e dobishme në praktikën tonë klinike [23]. Një studim i rastësishëm që përfshiu 50 fëmijë me bronkit bakterial të zgjatur (me një kollë prej 3 javësh) tregoi se përdorimi i co-amoxiclav prej 2 javësh mund të rezultojë i suksesshëm [24].

1.3.4 Pneumonia e fituar në komunitet

Pneumonia e fituar (CAP) është inflamacion i mushkërive e cila shkaktohet nga një infeksion i fituar në komunitet (psh jashtë ambjentëve spitalore). Një studim i bazuar në 13 spitale në veri të Angilës vërtetoi se incidenca e përgjithshme e CAP tek fëmijët e moshës 0-16 vjeç ishte 14.4 për një popullatë prej 10.000 banorësh [25]. Gjithsesi u vu re se kjo incidencë ishte më e lartë tek fëmijët nën moshën 5 vjeç (33.8 për 10.000 fëmijë në vit) [25]. CAP shprehet me simptoma të tilla si temperaturë, shenja të vështirësisë në frymëmarrje, sic është takipnea, kolla, recesioni në toraks dhe kërcirje të cilat evidentohen gjatë palpimit të gjoksit [26].

Është e rëndësishme të theksojmë se viruset janë shkaktarët më të shpeshtë që përbëjnë 30-67% të rasteve të CAP dhe identifikohen më shpesh tek fëmijet nën 1 vjeç krahasuar me fëmijët më të vjetër se 2 vjeç [5]. Shkaktarët më të shpeshtë që janë evidentuar gjatë praktikës klinike janë virusi respirator sinicial RSV ,rinovirusi , parainfluenca , virusi i influencës dhe metapneumovirusi. Bakteri më i zakonshëm i CAP është Streptokok pneumonie, ndërkoh që mykoplazma pneumonie nuk është dhe aq i shpeshtë në fëmijët më të mëdhenj se 5 vjeç [27]. Kombinimet midis baktereve patogjene dhe viruseve gjithashtu janë të pa zakonta në praktikën klinike [27].

Fëmijët që shfaqin simptoma të CAP duhet të ndiqen nga një mjek profesionist ose nga një infermier i specializuar dhe në mënyrë të sigurt mund të trajtohen në komunitet nëpërmjet këshillave për marrjen e lëngjeve dhe antipiretikëve , si dhe për kujdesin që prindërit duhet të tregojnë në shtëpi nëse fëmija i tyre përkeqësohet. Radiografia e gjoksit nuk përcakton nëse shkaktari është viral apo bakterial por mund të vërtetojë dyshimet klinike të pneumonisë tek një fëmijë i sëmurë gjatë kujdesit sekondar në rastet kur patologjia nuk është e qartë [28]. Sipas Shoqatës Britanike Thoracic nëse shenjat klinike të CAP janë sistematike në fëmijët në komunitet, ata nuk kanë nevojë për radiografi të kraharorit [29].

Është shumë e rëndësishme të përmendim se antibiotikët janë të nevojshëm vetëm në rastet e CAP të shkaktuara nga bakteret, ndërsa përdorimi i tyre në rastet e shkaktuara nga viruset nuk kuron dhe as shkurton gjatësinë e sëmundjes [30]. Përdorimi i papërshtatshëm i antibiotikëve mund të shkaktojë efekte anësore të tilla si diskonfort gastrointestinal, diarre, reaksione alergjike, skuqjet në lëkurë dhe duke rritur gjithashtu rrezikun për zhvillimin e baktereve rezistente ndaj antibiotikëve [30]. Në rastet kur përdorimi i antibiotikëve është i nevojshëm , zgjedhja e parë për terapinë orale duhet të jetë amoksisilina [31]. Eritromicina ose azitromicina duhet të përdoren në rastet me alergji nga penicilina ose kur terapia me amoksisiline ka dështuar [31].

Konsiderohen të jenë parandaluese vaksinat e fëmijërisë për Hemofilus Influenca tipi B dhe vakcina e streptokokut [32]. Profesionistët e shëndetit luajnë një rol shumë të rëndësishëm duke edukuar dhe shpjeguar pacientet për benefitet që ka bërja e vaksinave. Ata gjithashtu duhet të inkurajojnë prindërit e fëmijëve që kanë luhajtje të imunitetit apo që vuajnë nga episode të pneumonisë[33].

1.3.5 Tonsiliti

Tonsiliti është inflamacion i tonsilave që hyjnë në traktin e sipërm respirator. Shkaktari është viral , megjithatë mund të shkaktohet edhe nga bakteri Streptokok I grupit A . Zakonisht tonsiliti shprehet me dhimbje fyti e cila përkeqësohet gjatë gëlltitjes, temperaturë e lartë (> 38 ° C) , kollitje, ngjirje të zërit dhe dhimbje koke [34]. Zakonisht simptomat zgjasin deri në 3 -4 ditë përpara se fëmija të marrë veten.

Pjesa më e madhe e fëmijëve mund të trajtohen në mënyrë simptomatike në komunitet nëpërmjet përdorimit të antipiretikëve, lëngjeve dhe siguri. Fëmijët me tonsilit që kanë

simptoma të zgjatura (për më shumë se 4 ditë) , që nuk janë në gjendje të hanë ose të pijnë duhet të trajtohen nga një mjek profesionist ose nga infermier specialist [34].

Është shumë e rëndësishme që antibiotikët të mos përshkruhen në mënyrë të rastësishme , por prezenca e tre ose katër simptomave të tilla si ethe, eksudat në tonsila , mungesa e kollës, limfadenopatia e qafës së butë mund të përdoret si një udhëzues për përdorimin ose jo të antibiotikëve [35]. Sa më të shprehura të jenë simptomat aq më i lartë është probabiliteti që infeksioni të jetë shkaktuar nga streptokoku i grupit A .

Në rastet kur përdorimi i antibiotikëve është i nevojshëm duhet të përdoret fenoxymetilpenicilinë orale për 10 ditë [35,36]. Kujdesi spitalor u rekomandohet pacientëve me dhimbje të fytit, vështirësi progresive në gëlltitje, rritje të dhimbjes ose simptoma të rënda sistematike [35]. Këta pacientë do të kenë nevojë për marrjen e antibiotikëve intravenoz në qoftë se nuk e tolerojnë marrjen e medikamentit nga goja ose kanë të vjella.

1.3.6 Infeksionet e traktit respirator dhe Astma tek fëmijët

Sipas studimeve të ndryshme egziston një lidhje e fortë midis infeksioneve virale dhe episodeve të astmës. Gjithsesi ndërveprimi midis infeksioneve respiratore tek foshnjat dhe fëmijët e vegjël dhe roli i tyre në zhvillimin ose përkeqësimin e astmës është kompleks dhe intrigant [37]. Në një studim kohort të realizuar në Oslo morrën pjesë 2,531 fëmijë të cilët u ndoqën që nga lindja deri në moshën 4 vjec dhe u vu re se zhvillimi i infeksioneve respiratore në moshë të hershme rriti rrezikun për bllokimin e rrugëve respiratore gjatë dy viteve të para dhe zhvillimin e astmës në moshën 4 vjec [38]. Sipas një studimi rast-kontroll në të cilin u përfshinë 142 fëmijë të diagnostikuar me astmë , 65 prej tyre kishin azëm akute dhe përbën grupin e studimit ndërkohë që 77 fëmijë me astmë të përmirësuar përbën grupin e kontrollit. U vu re se infeksioni viral ndikoi në përkeqësimin e astmës (63.1% e rasteve kundrejt 23.4% e kontrolleve) dhe rinovirusi ishte patogjeni më i përhapur (60% e rasteve kundrejt 18.2% e kontrolleve) [39].

Në mungesë të masave parandaluese për azmën, higjiena e duarve konsiderohet si metoda më e mirë e parandalimit të përhapjes së virusit (rinovirus) [40]. Sipas ekspertëve përdorimi i një diete të ekuilibruar, suplementëve, dhe imunostimuluesëve OM-85 mund të reduktojnë infeksionet e përsëritura respiratore tek fëmijët duke përmirësuar në këtë mënyrë astmën [40].

Për sa i përket njohurive të infermierëve mbi menaxhimin e azmës një studim intereant ishte një studim kros seksional përfshiu 34 anëtarë të skuadrës mjekësore (27 mjekë dhe 7 infermierë) në një urgjencë pediatrike gjatë vitit 2010 në Brazil, spitali Brazilian Unified Health Care System. Ky studim listhe për qëllim të vlerësonte njohuritë e mjekëve dhe infermierëve në menaxhimin e infeksioneve respiratore dhe faktorët që ndikonin në këto njohuri. Nga të dhënat e marra nga studimi u pa se të gjitha infermierët pohuan se nuk kishte pompa inhalatore në urgjencë. 16 (59%) nga 27 mjekë 3 dhe (43%) 7 kishin opinion se pompat inhalatore ishin më pak eficente për tu përdorur sesa nebulizatorët. Vetëm 10 mjekë (37%) dhe 1 infermiere (14%) thanë se pompat ishin po aq

eficente sa nebulizatorët. Nga 27 mjekë 20 (74%) pohuan se një dozë 2.5 mg e fenoterol me nebulizator është shumë e lartë për një fëmijë që peshon 20 kg. 22 nga mjekët (81%) reportuan se nuk përdornin kombinimin me agonistët ipratropium bromide- β_2 në azmën e modeuar dhe të rëndë. Plus kësaj, 22 (81%) pohuan se nuk e aprovonin përdorimin e kombinimit të agonistëve të ipratropium bromide- β_2 tek azma e lehtë.

Për sa i përket llojit adoptorëve të kateterëve nazalë (maskë ose pjesë orale) 13 (48%) nga 27 mjekë dhe 6 (86%) e 7 infermierëve pohuan se fëmijët nuk kishin nevojë për një adoptor oral në nebulizator. Kur u pyetën për teknikën e pompës vetëm 21 (78%) e mjekëve iu përgjigjën saktë pyetjes (ngadalë dhe frymëmarrje e thellë), krahasuar me vetëm 3 (43%) infermierë, 4 (57%) e infermiereve u përgjigjën se inhalacioni duhet të jetë i shpejtë dhe i thellë. Për sa i përket pyetjes së përdorimit të spacerit tek pompa 18 mjekë (67%) dhe 4 infermierë (57%) pohuan se pozicioni nuk ndërhyr me shpërndarjen e medikamentit në traktin respirator. Infermieret u pyeten mbi grupmohën e pacientëve që mund të përdorin pompat;: 4 (57%) nuk e dinin; dhe 1 (14%) tha se pompa është e përshtatshme për të gjitha moshat. Nga 7 infermierët, 4 (57%) thanë se qarku i nebulizatorit duhet të pastrohet një herë në javë [41].

1.4 Sfidat në vlerësimin e një fëmije me infeksione respiratore

Fëmijët sidomos ata më të vegjël, mund të paraqesin sfida ndaj profesionistëve shëndetsor, kur kryhet një egzaminim fizik. Vlerësimi klinik duhet të fillojë me një histori të fokusuar në simptomat prezente, përdorimi i medikamenteve pa recetë nga prindërit, anamneza e mëparshme, faktorët e rrezikut dhe sëmundshmëritë e tjera [42]. Kjo duhet të ndiqet nga një egzaminim fizik për të identifikuar shenjat për përcaktimin e diagnozës. Është e rëndësishme të mos harrohet që ndërhyrja metodike si inspektimi, palpacioni, perkusioni dhe auskultacioni mund të mos aplikohen dot tek fëmijët. Obzervimi është mjete më i fuqishëm për të identifikuar një fëmijë të sëmurë, dhe nuk mund të mbitheksohet koha e shpenzuar duke obzervuar fëmijën e cila jep shumë informacione që mund të mos merren dot me rrugë të tjera, dhe që mund të mërzhisin fëmijën më shumë. Egzaminimi fizik fillon me parametrat vital dhe duhet bërë për një minutë [43]. Është shumë e rëndësishme të përdoren mjetet e duhura për temperaturën, saturimin dhe TA sepse këto japin të dhëna të vlefshme për strategjitë e menaxhimit të fëmijës. Vlerësimi i mënyrës së frymëmarrjes, ngjyrës, fërshëllimave dhe stridorit, statusit të hidrimit duhet të kryhet me kujdes. Është e rëndësishme të identifikohet një rritje e kërkesave për O₂ dhe kjo duhet të konsiderohet si një përkeqësim klinik i pacientit. Shenja të tjera nga ndoshta operacione kardiake ose pulmonare japin indikime për sëmundshmëri të mëparshme dhe ndihmojnë në nevojën për shtrimin e pacientit.

1.5 Strategjitë infermirore për mbështetjen e prindërve dhe pacientëve

Infermierët luajnë një rol të rëndësishëm në menaxhimin e fëmijëve me infeksione respiratore si në komunitet ashtu dhe në mjedise spitalore. Gjithsesi, ky rol ndryshon duke u varur në infrastrukturën e vendeve të ndryshme. Në Britani infermierët janë të përfshirë në menaxhimin e këtyre pacientëve si në kujdesin primar ashtu dhe sekondar. Edhe në Shqipëri ndodh e njëjta gjë. Fëmijët me infeksione respiratore në shumicën e rasteve shkojnë tek pediatri i lagjes dhe këtu marrin trajtime dhe edukim mbi likidet, antipiretikët dhe në disa raste kur është e indikuar dhe antibiotikët. Në rastet serioze të patologjive, këta pacientë i referohen shërbimeve më të specializuara në spital. Infermierët kanë rol madhor në mbështetjen e prindërve që janë të shqetësuar dhe në ankth për fëmijët e tyre, simptomat dhe duke siguruar një kontroll të mëtejshëm, rekomandimet, dhe këshilla se çfarë duhet të bëjë prindi në shtëpi po u përkeqësua fëmija. Infermierët inkurajojnë prindërit për vaksinat, të cilat luajnë një rol në parandalimin e zhvillimit të mëtejshëm të këtyre infeksioneve [44]

Në ambiente spitalore, infermierët në departamentin e urgjencës duhet të identifikojnë fëmijët e sëmurë gjatë triazhimit, sepse ata janë shpesh të parët profesionist të kujdesit shëndetësor që vijnë në kontakt me pacientë të tillë. Infermierja e triazhimit duhet të identifikojë fëmijën me vështirësi të rënda të frymëmarrjes dhe të organizojë një kujdes mjekësor të menjëhershëm ose urgjent [45]. Shenjat e para të një fëmije me vështirësi në frymëmarrje janë lodhje, bradikardi, toraks pa zhurma respiratore dhe apnea e thellë. Vështirësia e frymëmarrjes që kërcënon jetën manifestohet nga përgjumja e papërshtatshme (e vështirë për tu zgjatur), axhitimi dhe cianoze [45].

Në situatën e shpëtimit, infermierët në departamentin e urgjencës do të kryejnë vëzhgime të rregullta, të administrojnë mbështetjen e frymëmarrjes (p.sh. oksigjenin) dhe medikamentet, të sigurohen që janë kryer egzaminimet e kërkuara, p.sh., një radiografi e toraksit. Infermierët gjithashtu duhet të sigurojnë që prindërit të kenë mbështetje në këtë periudhë vitale dhe të mbahen të informuar mirë për përmirësimin e fëmijës së tyre . Fëmijët të cilët duhet të transferohen në njësinë e kujdesit intensiv pediatrik, duhet të transportohen në qendra të specializuara, dhe është e rëndësishme që procesi i transferimit të bëhet në mënyrë të qetë dhe në një kohë sa më të shkurtër. Sapo fëmijët të jenë stabilizuar në departamentin e urgjencave, ata do të transferohen në repartin e pediatriisë ku do të vazhdohet kujdesi i tyre, duke përfshirë vëzhgimet e rregullta, administrimin e likideve dhe medikamenteve, mbështetja e ushqyerjes dhe higjenën personale [44]. Komunikimi me prindërit dhe sigurimi që ata të ndjehen të përfshirë në kujdesin e fëmijës së tyre është thelbësor gjatë kësaj periudhe të tranzicionit. Kur fëmija është gati për dalje nga spitali, infermierët duhet të sigurohen që prindërit të kenë medikamentet në dispozicion për kujdesin e vazhdueshëm. Duhet të shpjegohen shenjat e përkeqësimit dhe familja duhet të informohet për çdo vizitë në spital që duhet të bëhet më pas.

Infermierët neonatale të komunitetit që mbështesin foshnjat dhe familjet pas daljes nga njësitë e kujdesit intensiv neonatale janë një fushë tjetër e praktikuar ku infermierët specialistë ofrojnë shërbime respiratore [46].

Fushat individuale të praktikës, siç është infermierja e specializuar që merret me kujdesin e frymëmarrjes tek foshnjat e lindura para kohe p.sh. rregullimi i oksigjenit në shtëpi, ofrimi i mbështetjes së ushqyerjes me sondë nazogastrike dhe injeksione të palavizumabit janë disa fusha ku rolet e specializuara të infermierisë janë të mirë vendosura [47]. Departamentet e urgjencës dhe njësitë e vlerësimit të pediatriisë po shohin ndryshime në

praktikën mjekësore me rolin në rritje të infermierisë së avancuar pediatrike. Praktikuesit e avancuar të infermierisë pediatrike trajnohen në një nivel ku ata mund të vlerësojnë dhe menaxhojnë në mënyrë autonome fëmijët në nivelin e një profesionisti mjekësor, përfshirë urdhërimin e procedurave diagnostikuese.

Protokolli i menaxhimit të IR përqëndrohet në disa aspekte [48].

Si fillim vonohet përshkrimi i antibiotikëve dhe pacientëve ju ofrohet:

- Sigurimi që antibiotikët nuk janë të nevojshëm që në fillim sepse nuk bënë ndonjë ndryshim të madh tek simptomat dhe mund të kenë edhe efekte anësore si diarre, të vjella dhe rash kutan
- Këshillimi për përdorimin e recetave më vonë kur simptomat nuk përmirësohen ose bëhen shumë më keq
- Këshillimi mbi rikëshillimin kur simptomat bëhen më keq pavarësisht përdorimit të medikamenteve të dhëna nga mjeku

Pa antibiotikë; në këto raste ju ofrohet pacientëve:

- Sigurimi që antibiotikët nuk janë të nevojshëm që në fillim sepse nuk bënë ndonjë ndryshim të madh tek simptomat dhe mund të kenë edhe efekte anësore si diarre, të vjella dhe rash kutan
- Një rikontroll kur përkeqësohen simptomat, infeksioni bëhet më keq ose zgjatet

Në përshkrimin e menjëhershëm i antibiotikëve; ju ofrohen pacientëve

- Që nuk janë mirë nga sistemet
- Kanë shenja dhe simptoma që sugjerojnë sëmundje serioze dhe komplikacione si pneumoni, abces peritonsilar, komplikacione intraorbitale ose intrakraniale
- Janë në rrezik të lartë për komplikacione serioze për shkak të sëmundjeve egzistuese si kardiake, renale, hepatike, neuroluskulare, imunodepresion, fibrozë cistike, prematuritet

U ofrohen pacientëve këshilla për kohëzgjatjen natyrale të sëmundjes dhe historinë e saj

- Otiti media 4 ditë
- Faringit akut/dhimbje fyti 1 javë
- Ftohje e zakonshme 1.5 javë
- Rinosinuzit akut 2.5 javë
- Bronkit akut 3 javë
- Këshilla për menaxhimin e simptomave përfshirë temperaturën (analgjektivët dhe antipiretikët)

Ofrohen antibiotikë menjëherë për pacientët me:

- Fëmijët më të vegjël se dy vjec me otit akut media bilateral
- Fëmijët me otorhe që kanë otit media akut
- Fëmijët me tonsilit akut, me eksudat dhe linfaadenopati

1.6 Diagnozatat infermiere në infeksionet respiratore

Diagnozatat infermiere janë të bazuara në evidenca praktike dhe janë kyçi i ofrimit të kujdesjeve shëndetsore. Këto diagnoza të vlerësuara edhe si kujdes infermiere përgjithësues janë studiuar nga disa kërkues.

Një studim i kryer në Kinë në 2018 u krye në klinikën e kujdesit shëndetsor të nënës dhe fëmijës. Qëllimi ishte të eksplorohej aplikimi i kujdesit infermiere i rrugëve të frymëmarrjes sipas mënyrës tradicionale dhe asaj bazuar në kujdesin përgjithësues të detajuar infermiere. Në një total prej 118 rastesh fëmijësh me infeksione respiratore, u ndanë në dy grupe, atë të kontrollit që u trajtuan me kontrollin bazë dhe atë të eksperimentit që u trajtua me kujdesin e hollësishëm gjithpërfshirës. Të dy grupet u krahasuan për sa i përket përmirësimit të simptomave, kohës së kthimit në përmirësim, koha e shtrimit në spital dhe kënaqësia e infermiereve me prindërit e fëmijëve. Si rezultat, simptomat klinike të dy grupeve u përmirësuar rrenjesisht pas trajtimit por përmirësimi në grupin e vrojtimit ishin sinjifikantë kundrejt grupit të kontrollit [49].

Një studim tjetër deskriptiv u krye në repartin e pediatri në spitalet universitare të Elmack Nimer në vitin 2009 ku u morën përgjigje me anë të një pyetësi për vlerësimin e njohurive.

Qëllimi i këtij studimi ishte të vlerësohej njohuria e infermiereve për fëmijët me pneumoni, dhe të gjendej marrëdhënia midis njohurive dhe informacionit të përgjithshëm.

U përdorën analiza deskriptive me matjen e frekuencës, SD dhe mesatare. Rezultatet indikuan se infermierët kishin njohuri të moderuara në drejtim të kujdesit për një fëmijë me pneumoni, dhe nuk kishte lidhje të rëndësishme midis njohurisë së infermiereve me informacionin e përgjithshëm [50].

Literatura përmbledh disa diagnoza infermiere për sëmundjet respiratore të cilat ose janë të ndara sipas sëmundjeve specifike ose janë përmbledhur si më poshtë. Këto janë udhëzues për kujdeset infermiere [51].

Pastrim joefektiv i rrugëve ajrore i lidhur me inflamacionin e paraqitur me rritje të sekrecioneve, obstrukcion mekanik, ose dhimbje, kollë productive, takipne, rritje e punës së frymëmarrjes, lëvizje jo normale e flegrave të hundës.

Infermieri ka për qëllim që të mabjë rrugët të hapura, të lehtësojë frymëmarrjen, dhe frekuenca respiratore të jetë brënda vlerave normale për moshën e fëmijës.

Ndërhyrjet janë:

- Pozicionohet fëmija me rrugë të hapura respiratore për ventilim adekuat
- O₂ lagështohet dhe sigurohet marrja e duhur e likideve për të holluar sekrecionet
- Spirohet fëmija me aspirator nazal pediatrik sidomos para ushqyerjes
- Po pati takipne, mbahet statusi pa ushqyerje

- Tek fëmijët më të mëdhenj inkurajohet ekspektorimi i mukusit për të promovuar pastrimin e rrugëve respiratore. Kryhet fizioterapia e toraksit kur është rekomanduar nga mjeku për të mobilizuar sekrecionet dhe sigurohen mjetet e urgjencës në rast se mund të nevojitet hapja e tyre me urgjencë.

Infermieri duhet të promovojë mënyrë efektive për frymëmarrjen duke vlerësuar si fillim FR, llojet e zhurmave respiratore, për të parë progresin ose përkeqësimin e pacientit. Matet niveli i O₂ në gjak me puls oksimetër për të parë adekuancën e oksigjenimit dhe vlerësohet hipoksemia.

Pozicionohet pacienti në pozicion të ërehatshëm dhe që të ketë rrugët e hapura respiratore, duke përdorur jastëkë, ofrohet O₂ shtesë dhe lejohet pacienti të ketë periudha pushimi dhe gjumi që të ruajë energjitë.

Administrohen antibiotikët sipas recetës në infeksionet bakteriale dhe inkurajohet spirometri incentive, frymëmarrjet e thella për të maksimizuar ventilimin.

Diagnoza infermiere: rrezik për infeksion e lidhur me prezencën e organizmave infektivë të evidentuar nga temperatura dhe prezenca e viruseve ose bakterieve nga gjetjet laboratorike.

Në këto raste infermieri mban teknikat aspetike, praktikon larjen e mirë të duarve, dhe përdor kateterë një përdorimesh të aspirimit për të parandaluar futjen e mëtejshme të infeksioneve të tjera. Tek këta pacientë limitohen numri i vizitorëve dhe administrohen antibiotikët sipas recetës. Inkurajohet dieta e pasur sipas preferencave të fëmijës dhe ushqehet në rrugë orale për të ndihmuar mbrojtjen natyrale të fëmijës. Fëmija izolohet dhe mësohet për të marrë masa parandaluese së bashku me familjen për larjen e duarve, mbulimi i gojës gjatë teshtimave dhe kollës.

Diagnoza infermiere: deficit likidesh, e lidhur me ulje orale të likideve ose humbje jot të dukshme të likideve me anë të temperaturës, takipnesë ose djersitjes.

Disa nga ndërhyrjet infermiere janë më qëllim mbajtjen e volumit adekuat të likideve janë: administrohen likide IV ose orale kur është e mundur. Inkurajohen likidet e preferura dhe promovohen lojrat për të rritur marrjen e likideve. Fëmija vlerësohet për shenja të hidrimit adekuat si turgori i lëkurës, mukoza të lagështa, urinë në nivele normale për moshën. Monitorohen strict niveli i marrjes dhe nxjerrjes së likideve. Vlerësohen të dhënat laboratorike si graviteti i urinës, elektrolitet, urea në gjak, kreatinina, osmolariteti, të cilët janë faktorë të besueshëm të statusit të likideve.

Diagnoza infermiere: dëmtim i shkëmbimit të gazeve i lidhur me mbylljen e rrugëve ajrore, hiperinflatimit dhe atelektazës i evidentuar nga cianoza, ulje e saturimit të O₂, ndryshime në ABG.

Ndërhyrjet infermiere në këto raste janë: administrohet O₂ duke monitoruar saturimin për të dalluar ndryshimet në të; inkurajohet kleranca e sekrecioneve me anë të kollës, ekspektorimit, fisioterapisë së toraksit dhe aspirimit. Mobilizimi i sekrecioneve mund të përmirësojë shkëmbimin e gazeve. Gjithashtu administrohen bronkodilatatorë (albuterol,

levalbuterol, dhe racemic epinephrine) për të trajtuar bronkospazmën. Ofrohet kontakt i shpeshtë dhe mbështetje për familjen për të ulur ankthin.

Diagnoza infermierore: ushqyerja e alteruar, më pak se kërkesat trupore e lidhur me vështirësitë e ushqyerjes, e evidentuar nga marrje e ulët orale e ushqimeve dhe lodhje gjatë procesit të ushqyerjes.

Ndërhyrjet infermierore në këto raste janë:

Pacienti peshohet në të njëjtën peshore cdo ditë sepse mbajtja e peshës tregon marrje adekuate të vlerave ushqimore; mbahen shënim kaloritë për tre ditë me radhë sepse është e dobishme të përcaktohet marrja e kalorive e mjaftueshme; ndihmohet familja dhe fëmija të zgjedhin një dietë të pasur me kalori, me protein për të optimizuar rritjen.

Diagnoza infermierore: intolerancë aktivitetesh e lidhur me kërkesat e larta respiratore e parë nga rritja e punës respiratore dhe kërkesat për pushime të shpeshta gjatë lojës.

Ndërhyrjet infermierore janë: ofrohen periudh apushimi me periudha të balancuara të aktivitetit. Aktivitetet infermierore grupohen me vizitat për të lejuar sa më shumë periudhë pushimi. Ofrohen vakte të vegjël për të parandaluar mbilodhjen. Inkurajohen aktivitete të qeta pa lodhje dhe rritet gradualisht aktiviteti sipas tolerancës duke mbajtur puls oksimetrit në numra normal.

Diagnoza infermierore: frikë e lidhur me vështirësitë në frymëmarrje, personelin e panjohur, rocedurat dhe mjedisin.

Ndërhyrjet infermierore janë të formohet një marrëdhënie besimi me fëmijën dhe familjen për të ulur ankthin dhe frikën. Të shpjegohen procedurat për fëmijën dhe familjen sipas përshtatjes me zhvillimin e tyre për të ulur frikën nga e panjohura. Ofrohet një batanije e preferuar ose lodër si mjet komforti për fëmijën dhe përfshihen edhe prindërit për të ulur frikën dhe rritur sigurinë.

Diagnoza infermierore: process familjar i ndryshuar i lidhur me sëmundjen dhe shtrimin në spital të fëmijës, e parë nga prezenca e familjes në spital, humbje e punës, demonstrim i papërballjes së situatës.

Ndërhyrja infermierore në këto raste është verbalizimi i shqetësimeve të prindërve për sëmundjen e fëmijës, gjë që lejon identifikimin e shqetësimeve për familjen dhe për infermierin vetë, jo vetëm për fëmijën. Shpjegohet terapia, procedurat dhe sjellja e fëmijët tek prindi që zhvillon kuptueshmërinë e statusit të fëmijës, dhe ndihmon në uljen e ankthit dhe gjithashtu inkurajohet përfshirja e prindërve në kujdes, që prindërit mund të vazhdojnë të ndihen të nevojshëm dhe të vlerësuar [51].

Kapitulli II: Metodologjia

2.1 Hipoteza

1. Infermierët e spitaleve të reparteve të pediatriisë Vlorë dhe Fier kanë njohuri të mira në trajtimin e infeksioneve respiratore
2. Infermierët e spitaleve të reparteve të pediatriisë Vlorë dhe Fier kanë praktika të mira në trajtimin e infeksioneve respirator
3. Ka disa faktorë rrishtu që ndikojnë në cilësinë e praktikave infermiere në trajtimin e infeksioneve respiratore
4. Ka ndryshime midis njohurive infermiere të infermierëve Fier dhe Vlorë

2.2 Qëllimi i studimit

Qëllimi i këtij studimi është të vlerësojë njohuritë, praktikat e infermiereve në moshat pediatrike me infeksione respiratore në rrethin e Vlorës dhe të Fierit në mënyrë që të vlerësohen faktorët që ndikojnë në to.

2.3 Objektivat

1. Të njohim anatominë, fizpatologjinë dhe shkaktaret më të shpeshtë të infeksioneve respiratore.
2. Roli i infermierit në infeksionet e traktit respirator.
3. Testimin e njohurive të infermierëve të repartit të pediatriisë Vlorë dhe Fier për parandalimin e infeksioneve respiratore në moshat pediatrike.
4. Vlerësimin e praktikave të infermierëve të repartit të pediatriisë Vlorë dhe Fier për parandalimin e infeksioneve respiratore në moshat pediatrike.
5. Të kuptojmë kursin dhe thelbin e studimit të kujdesit infermieror të zgjedhur.

2.4 Tipi i studimit dhe popullata

Ky është një studim ndër - seksional (transversal) i kryer gjatë periudhës Shkurt -Maj 2019.

Në këtë studim u përfshinë infermierët e reparteve të pediatriisë së spitaleve Vlorë dhe Fier, të cilët u përzgjodhën në mënyrë të rastësishme dhe që pranuan të jepnin mendimin e tyre lidhur me praktikat dhe njohuritë infermiere mbi infeksionet respiratore, duke plotësuar një pyetësor anonim.

2.5 Protokoli dhe Hartimi i Pyetësorit

Pyetësori (instrumenti i përdorur) është i bazuar gati plotësisht mbi literaturën bashkëkohore, që përdoret gjerësisht në insitucionet shëndësore për të marrë feedback lidhur me njohuritë dhe praktikat infermiere mbi infeksionet respiratore me qëllim

vlerësimin e mangësive, për të motivuar më shumë personelin infermieror në realizimin sa më cilësi të punës në kujdesin infermieror.

Aplikimi i pyetësorit, hedhja dhe analiza e të dhënave u bë nga studiuesi (unë). Para plotësimit të pyetësorit u sqaruan paraprakisht të intervistuarit lidhur me paqartësitë e mundshme

U mor leje nga kryeinfermiret e reparteve dhe drejtorja e spitalit.

Pyetësi përmban:

- Të dhënat socio - demografike: arsimimi , përvoja në punë dhe pjesëmarrja në trajnime;
- Kontrolli i rrugëve respiratore me 11 pyetje, me përgjigje të mbyllura të vlerësuara me shkallën Likert nga Gjithmomë me 4 pikë, shprehshërë me 3 pikë, ndonjëherë me 2 pikë, rrallë me 1pikë dhe asnjëherë më 0 pikë.
- Monitorimi i rrugëve respiratore me 16 pyetje me përgjigje të mbyllura të vlerësuara me shkallën Likert nga Gjithmonë me 4 pikë, shprehshërë me 3 pikë, ndonjëherë me 2 pikë, rrallë me 1pikë dhe asnjëherë më 0 pikë.

2.6 Përkufizimi i ndryshorëve (variableve) të përfshirë në studim

a) Ndryshorët (variablet) e pavarur

Karakteristikat socio – demografike:

- Arsimi (i shprehur nga vetë infermierët i matur me (Universitar Bachelor, Master profesional, Master shkencor)
- Eksperienca në punë e vetëdeklaruar nga infermierët (Nën 5 vite , 5-10 vite, 11-15 vite , Mbi 15 vite)
- Pjesëmarrja në trajnime e vetëdeklaruar nga infermierët (Po, jo)

b) Variablat e varura :

- njohuritë infermiere mbi infeksionet respiratore të cilat u vlerësuan në dy aspekte
 1. praktikat infermiere mbi kontrollin e rrugëve respiratore në fëmijët me infeksione respiratore (ajo cka infermierët kryejnë në praktikë mbi mënyrat e kontrollit të mbajtjes hapur të rrugëve respiratore)
 2. praktikat infermiere mbi monitorimin e rrugëve respiratore tek fëmijët me infeksione respiratore (ajo cka infermierët monitorojnë në praktikë mbi mbajtjen hapur të rrugëve respiratore).

2.7 Kodimi dhe analiza e të dhënave

- Kodimi: çdo ndryshor u kodua sipas qëllimit dhe mundësive që ofron paketa statistikore SPSS version 22 për të bërë të mundur analizimin e të dhënave.

- Kodimi i realizuar pas plotësimit të pyetësorëve dhe në përputhje me strukturën e pyetësorit për të lehtësuar sa më shumë të jetë e mundur procesin e hedhjes së të dhënave.
- Hedhja e të dhënave u realizua nga studiuesi dhe u verifikuan nga udhëheqësi i studimit (tezës) .
- Editimi i të dhënave: Mospërputhjet e vërejtura u shoqëruan me rikontrollin respektiv të pyetësorit ose të mënyrës së kodimit të të dhënave, duke verifikuar rast pas rasti.

Analiza e të dhënave u realizua përmes paketës statistikore SPSS version 22

Të dhënat e vazhdueshme u paraqitën në vlerë mesatare Mean dhe DS. Të dhënat diskrete u paraqitën në vlerë absolute dhe në përqindje.

Për paraqitjen e të dhënave u përdorën:

- grafikë (bar diagramë);
- tabela të tipeve të ndryshme (tabela të thjeshta dhe të përbëra)
- *t* testi
- analiza Chron Bah alfa

Kapitulli III: Analiza e Rezultateve

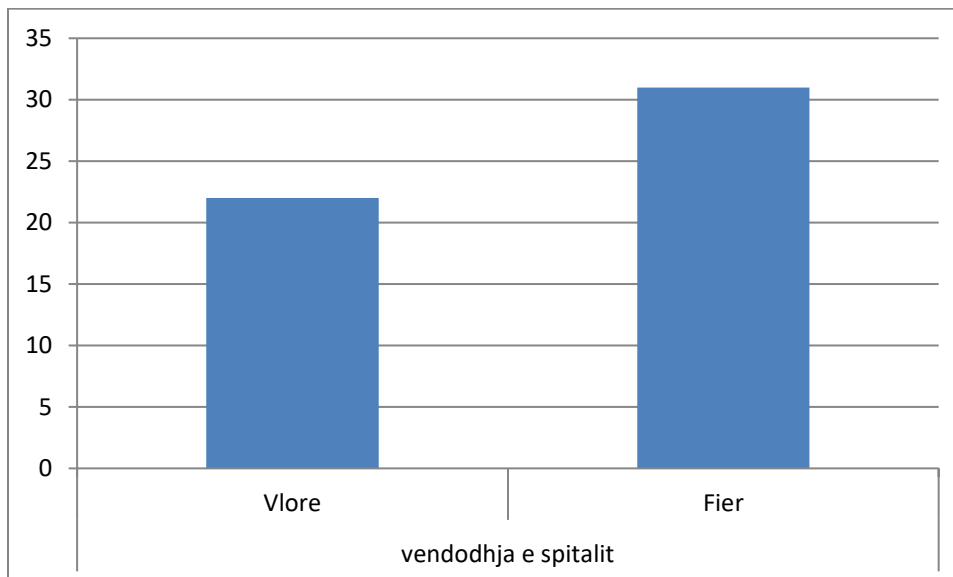
3.1 Pjesa e parë: Të dhënat demografike të kampionit

Në këtë studim morën pjesë 53 infermierë të përzgjedhur në dy spitale kryesore. 41.5% u përzgjodhën në spitalin e Vlorës dhe 58.5% në spitalin e qytetit të Fierit.

ëendodhja e spitalit					
		Frequen cy	Percen t	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Vlorë	22	41.5	41.5	41.5
	Fier	31	58.5	58.5	100.0
	Total	53	100.0	100.0	

Tabela 1: Vendodhja e spitalit

Për të patur një tablo më të qartë rezultatet janë pasqyruar edhe në mënyrë grafike.



Grafiku 1: Vendodhja e spitalit

Infermierët u pyetën në lidhje me arsimimin e tyre

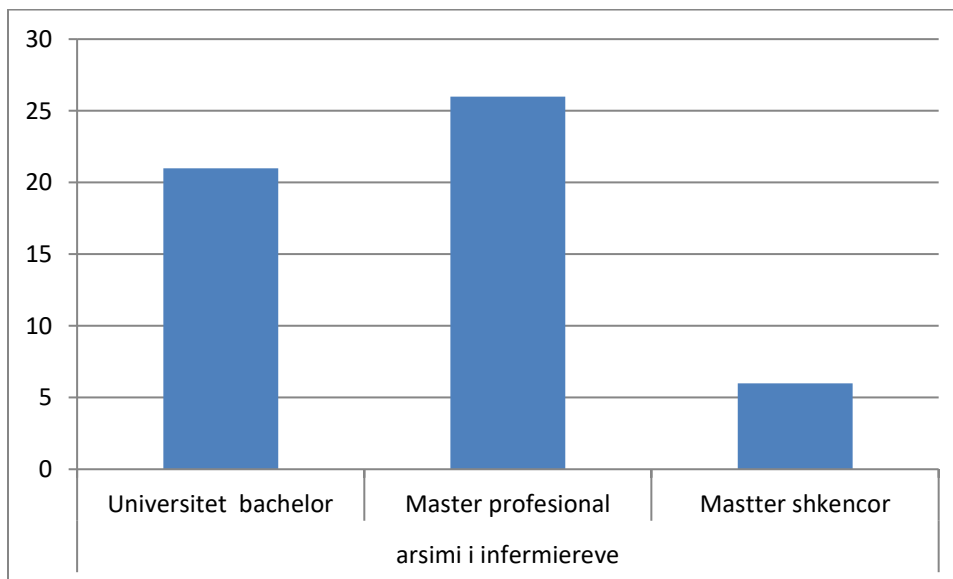
Arsimi i infermiereve		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Universitet bachelor	21	39.6	39.6	39.6
	Master profesional	26	49.1	49.1	88.7
	Master shkencor	6	11.3	11.3	100.0
	Total	53	100.0	100.0	

Tabela 2: Arsimimi i infermierëve

Nga rezultatet e paraqitura në tabelë pjesa më e madhe e infermierëve 49.1% e tyre janë me Master Profesional.

11.3% e infermierëve të përzgjedhur kanë Masterin Shkencor si gradën më të lartë në arsimin e tyre.

Rezultatet grafikisht



Grafiku 2: Arsimimi i infermierëve

Infermierët e përzgjedhur kishin vite të ndryshme eksperience në punë.

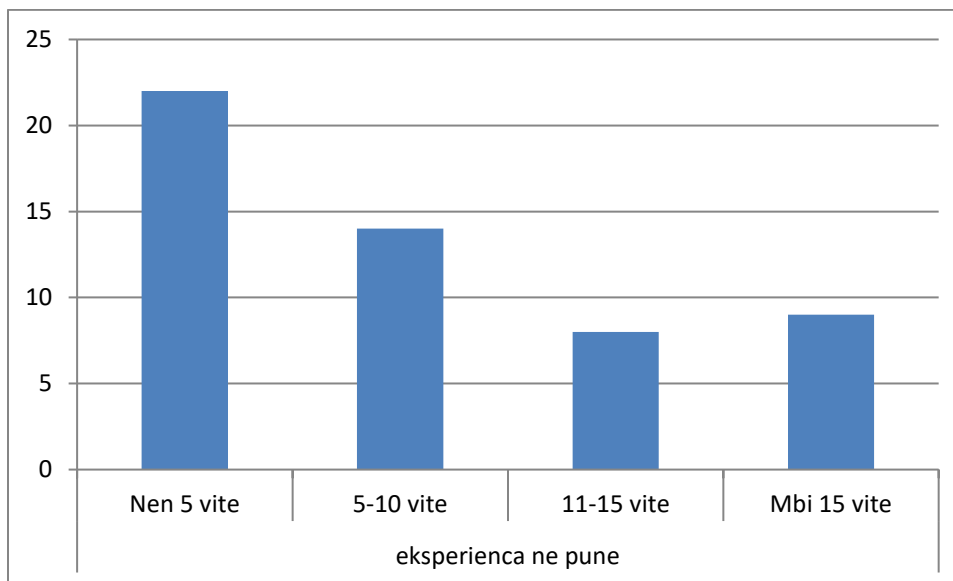
Eksperienca në punë

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Nën 5 vite	22	41.5	41.5	41.5
5-10 vite	14	26.4	26.4	67.9
11-15 vite	8	15.1	15.1	83.0
Mbi 15 vite	9	17.0	17.0	100.0
Total	53	100.0	100.0	

Tabela 3: Eksperienca në punë

Të dhënat e tabelës na demostrojnë se 41.5% e infermierëve të përzgjedhur kanë nën 5 vite eksperience në punë. 26.5% kanë 5-10 vite, 15.1% kanë 11-15 vite në punë dhe pjesa e ngelur përkatësisht 17% mbi 15 vite.

Rezultatet në mënyrë grafike



Grafiku 3: Eksperienca në punë

Infermierëve u është kërkuar gjithashur informacion nëse kanë realizuar trajnime të veçanta për patologjitë e sistemit respirator.

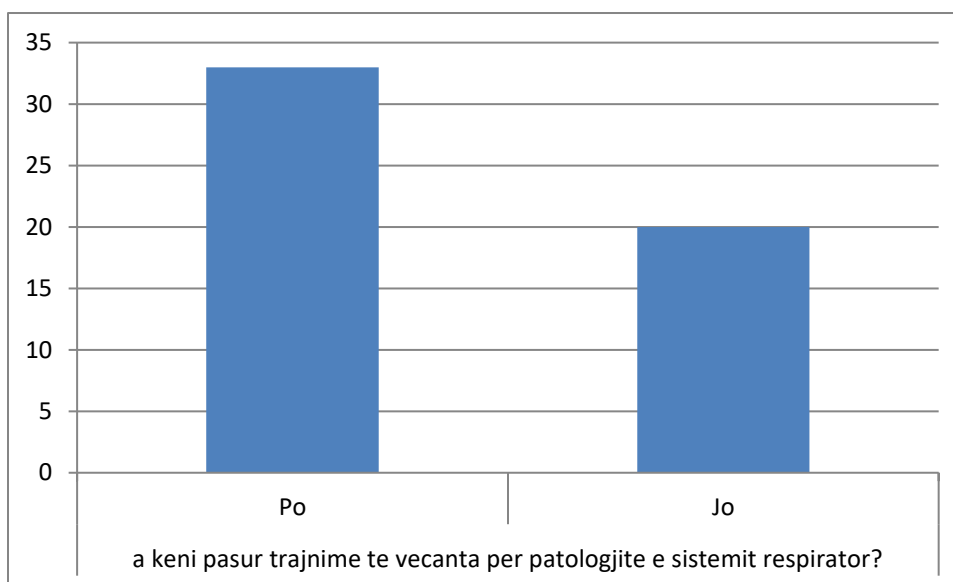
A keni pasur trajnime të vecanta për patologjitë e sistemit respirator?					
		Frequen cy	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Po	33	62.3	62.3	62.3
	Jo	20	37.7	37.7	100.0
	Total	53	100.0	100.0	

Tabela 4: Trajnime për patologjitë e sistemit respirator

Nga rezultatet e paraqitura në tabelë dhe mëposhtë në mënyrë grafike shikojmë se 62.3% e infermierëve kanë marrë pjesë në seminare trajnuese në lidhje me patologjitë e sistemit respirator.

37.7% nuk kanë marrë pjesë në trajnime

Shikojmë edhe paraqitjen grafike



Grafiku 4: Trajnime për patologjitë e sistemit respirator

Pjesa e dytë

Analiza e besueshmërisë Cronbach's Alpha

Instrumenti => Cilësia e kujdesit infermieror në pacientët me infeksione respiratore

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.898	30

Tabela 5: Vlera Cronbach' Alpha

Për të parë nëse instrumenti që ne kemi përdorur në studim është i besueshëm ose jo shikojmë vlerën e koeficientit Cronbach'Alpha .

Cronbach'Alpha është një koeficient, vlera e të cilit varion nga 0 në 1. Nëse kjo vlerë është afër 1 tregon se instrumenti është i besueshëm.

Nga rezultatet e paraqitura në tabelën e mësipërme, analiza e besueshmërisë ose e qëndrueshmërisë tregoi se instrumenti që përdorëm kishte një Cronbach's Alpha të lartë $\alpha = 0.898$.

Analiza deskriptive

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Kontrolli dhe monitorimi i rrugëve respiratore	53	53.00	116.00	92.4528	13.93331
Valid N (listwise)	53				

Tabela 6: Analiza deskriptive

Kjo është një tabelë e cila na përshkruan minimumin dhe maksimumin e pikëve që infermierët e përzgjedhur kanë marrë në pyetësorin që mat cilësinë e kujdesit që inferierët tregojnë te pacientët me infeksione respiratore

Nga rezultatet e tabelës minimumi i pikëve është 53 dhe maksimumi 116 me një mesatare 92.452 dhe një devijim standart 13.933.

Analiza e pyetësorit

Praktikat infermierore për kontrollin e rrugëve respiratore te fëmijët me infeksione respiratore.

- Pozicionimi i fëmijës që të maksimizohet ventilimi potencial

Pozicioni i fëmijës që të maksimizohet ventilimi potencial					
		Frekuensi	Procent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ndonjëherë	4	7.5	7.5	7.5
	Shpeshherë	24	45.3	45.3	52.8
	Gjithmonë	25	47.2	47.2	100.0
	Total	53	100.0	100.0	

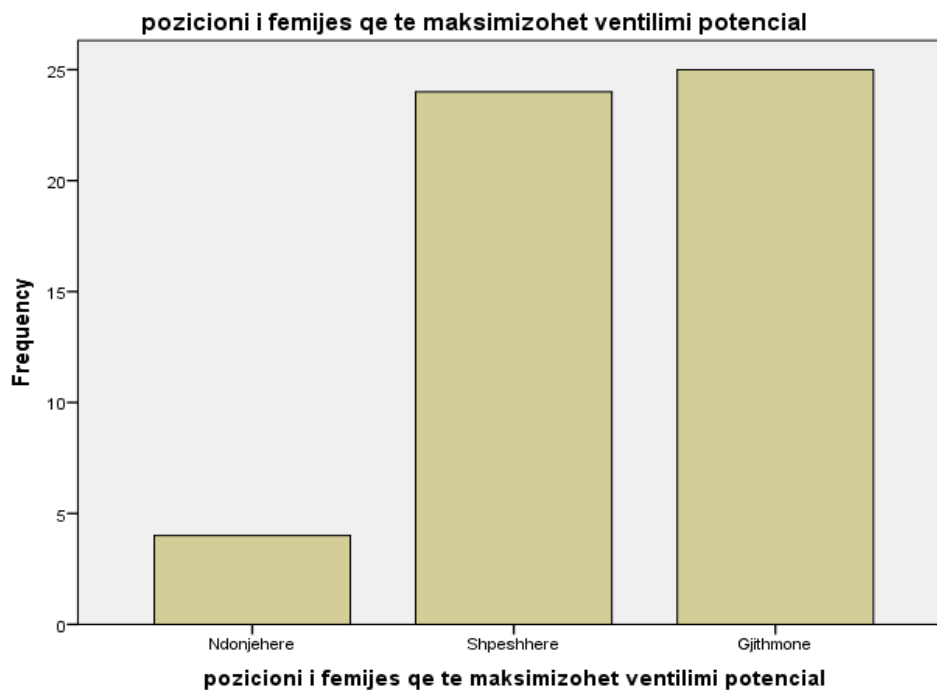
Tabela7: Maksimizimi i ventilimit potencial

Nga rezultatet e tabelës dhe grafikut të mëposhtë 45.3% e infermierëve janë përgjegjur se shpeshherë e pozicionojnë fëmijën në mënyrën që të maksimizohet ventilimi potencial.

7.5% janë përgjegjur se ndonjëherë e realizojnë një procedurë të tillë.

47.25% shprehen se gjithmonë e pozicionojnë fëmijën në mënyrën që të maksimizohet ventilimi potencial. Asnjë infermier nuk është përgjegjur kurrë.

Rezultatet grafikisht



Grafiku 5: Maksimizimi i ventilimit potencial

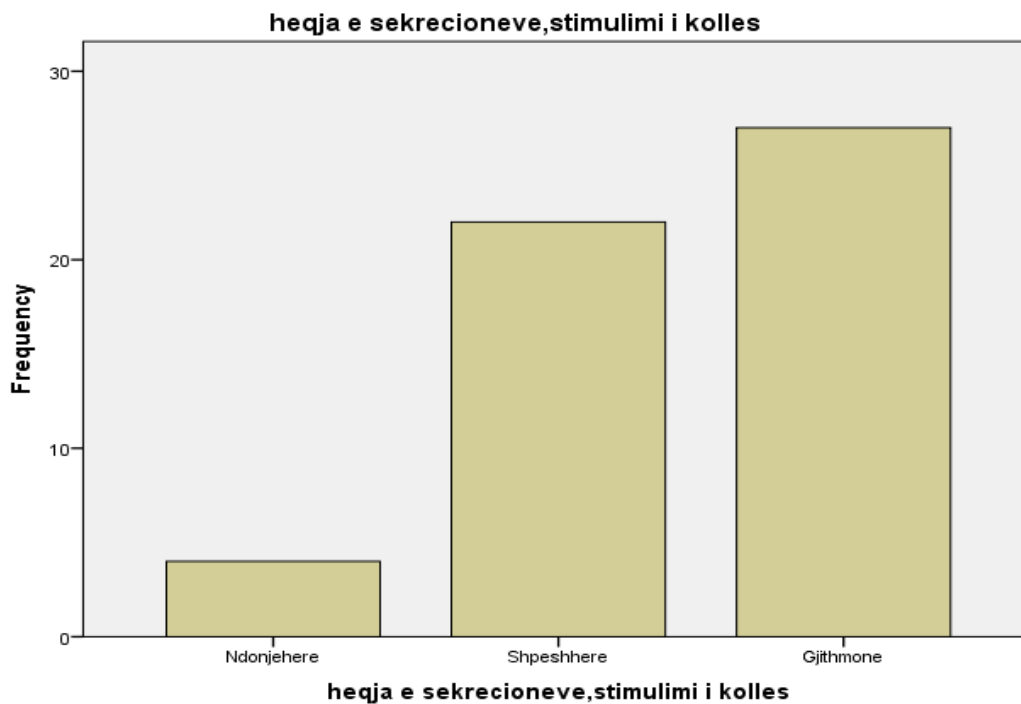
➤ Heqja e sekrecioneve, simulimi i kollës

Nga rezultatet e pasqyruara në tabelën e mëposhtme shikojmë se pjesa më e madhe e infermierëve 50.9% e tyre gjithmonë në punë e tyre me fëmijët u heqin sekrecionet për të përmirësuar gjendjen e tyre shëndetsore.

7.5% janë përgjigjur ndonjëherë.

Heqja e sekrecioneve, stimulimi i kollës					
		Frequen cy	Percen t	Valid Percent	Cumulative Percent
Val id	Ndonjëhe rë	4	7.5	7.5	7.5
	Shpeshhe rë	22	41.5	41.5	49.1
	Gjithmon ë	27	50.9	50.9	100.0
	Total	53	100.0	100.0	

Tabela 8: Heqja e sekrecioneve



Grafiku 6: Heqja e sekrecioneve

- Stimulimi i frymëmarrjes së thellë, kthimi i fëmijës, kollitja

Stimulimi i frymëmarrjes së thellë , kthimi i fëmijës, kollitja					
		Frequen cy	Percen t	Valid Percent	Cumulative Percent
Val id	Asnjëherë	3	5.7	5.7	5.7
	Rrallë	1	1.9	1.9	7.5
	Ndonjëhe rë	5	9.4	9.4	17.0
	Shpeshhe rë	25	47.2	47.2	64.2
	Gjithmon ë	19	35.8	35.8	100.0
	Total	53	100.0	100.0	

Tabela 9: Stimulimi i frymëmarrjes së thellë

Në tabelë do të shikojmë se 5.7% e infermierëve janë përgjigjur se asnjëherë nuk e stimulojnë frymëmarrjen e thellë.

35.8% e kryejnë gjithmonë një sjellje të tillë. 47.2% stimulojnë frymëmarrjen e thellë te fëmijët, kthimin e fëmijës. 9.4% janë përgjigjur me ndonjëherë.

- Përdorimi i teknikave si lojë për të promovuar frymëmarrjen e thellë te fëmija

Përdorimi i teknikave si lojë për të promovuar frymëmarrjen e thellë te fëmija					
		Freque ncy	Percen t	Valid Percent	Cumulative Percent
Val id	Asnjëherë	14	26.4	26.4	26.4
	Rrallë	3	5.7	5.7	32.1
	Ndonjëherë	9	17.0	17.0	49.1
	Shpeshherë	20	37.7	37.7	86.8
	Gjithmonë	7	13.2	13.2	100.0
	Total	53	100.0	100.0	

Tabela 10: Përdorimi i teknikave për të promovuar frymëmarrjen

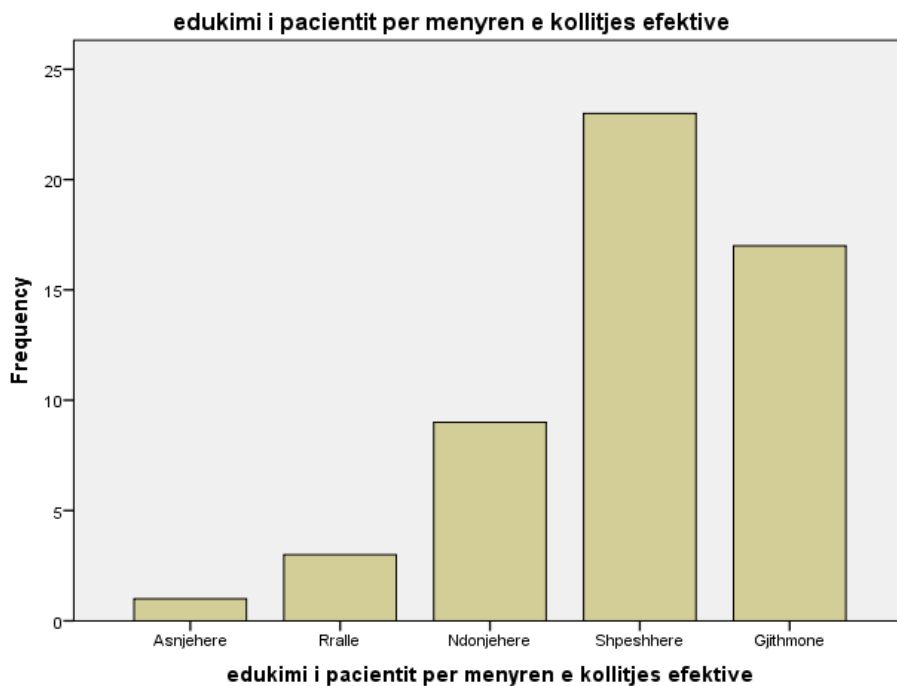
Nga rezultatet e tabelës shikojmë me vëmendje se 37.7% e kampionit tonë shpeshherë përdor teknika si lojë për të promovuar frymëmarrjen e thellë te fëmija. 13.2 % gjithmonë, 26.4% asnjëherë.

- Edukimi i pacientit për mënyrën e kollitjes efektive

Edukimi i pacientit për mënyrën e kollitjes efektive					
		Freque ncy	Percen t	Valid Percent	Cumulative Percent
Val id	Asnjëherë	1	1.9	1.9	1.9
	Rrallë	3	5.7	5.7	7.5
	Ndonjëherë	9	17.0	17.0	24.5
	Shpeshherë	23	43.4	43.4	67.9
	Gjithmonë	17	32.1	32.1	100.0
	Total	53	100.0	100.0	

Tabela 11: Edukimi i pacientit për kollitje efektive

Nga tabela shikojmë se 32.1% e infermierëve i edukojnë pacientët në mënyrë që kollitja e tyre të jetë efektive.



Grafiku 7: Edukimi i pacientit për kollitje efektive

Një pjesë shumë e vogël e tyre janë përgjigjur se asnjëherë nuk i udhëzojnë pacientët .

- Ventilim i ulët ose mungesë dhe zhurma të dobëta respiratore.

Ventilim i ulët ose mungesë dhe zhurma të dobta respiratore					
		Frekuensi	Procenti	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Asnjëherë	1	1.9	1.9	1.9
	Rrallë	2	3.8	3.8	5.7
	Ndonjëherë	10	18.9	18.9	24.5
	Shpeshherë	31	58.5	58.5	83.0
	Gjithmonë	9	17.0	17.0	100.0
	Total	53	100.0	100.0	

Tabela12: Ventilim i ulët

Nga rezultatet e pasqyruara në tabelën e mësipërme marrim informacionin se pjesa më e madhe e kampionit tonë 58.5% ka zgjedhur alternativën shpeshherë- Vetëm 1.9% ka përzgjedhur asnjëherë.

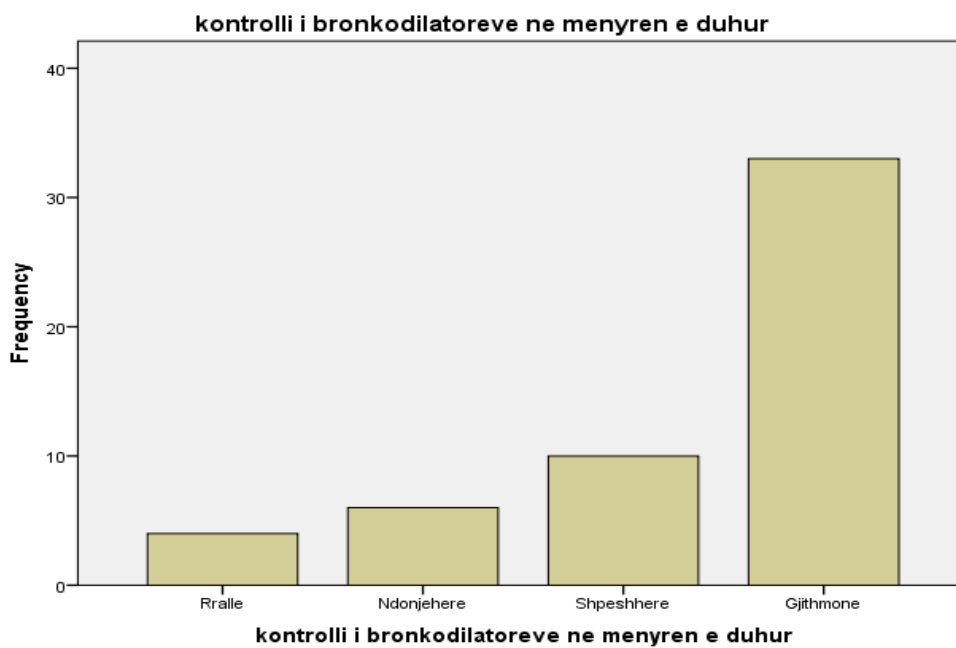
- Kontrolli i bronkodilatorëve në mënyrën e duhur.

Kontrolli i bronkodilatorëve në mënyrën e duhur					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Asnjëherë	4	7.5	7.5	7.5
	Rrallë	6	11.3	11.3	18.9
	Ndonjëherë	10	18.9	18.9	37.7
	Shpeshherë	33	62.3	62.3	100.0
	Total	53	100.0	100.0	

Tabela 13: Kontrolli i bronkodilatorëve

Për 62.3% të infermierëve të përzgjedhur kontrolli i bronkodilatorëve realizohet gjithmonë në mënyrën e duhur.

Rezultatet grafikisht



Grafiku 8: Kontrolli i bronkodilatorëve

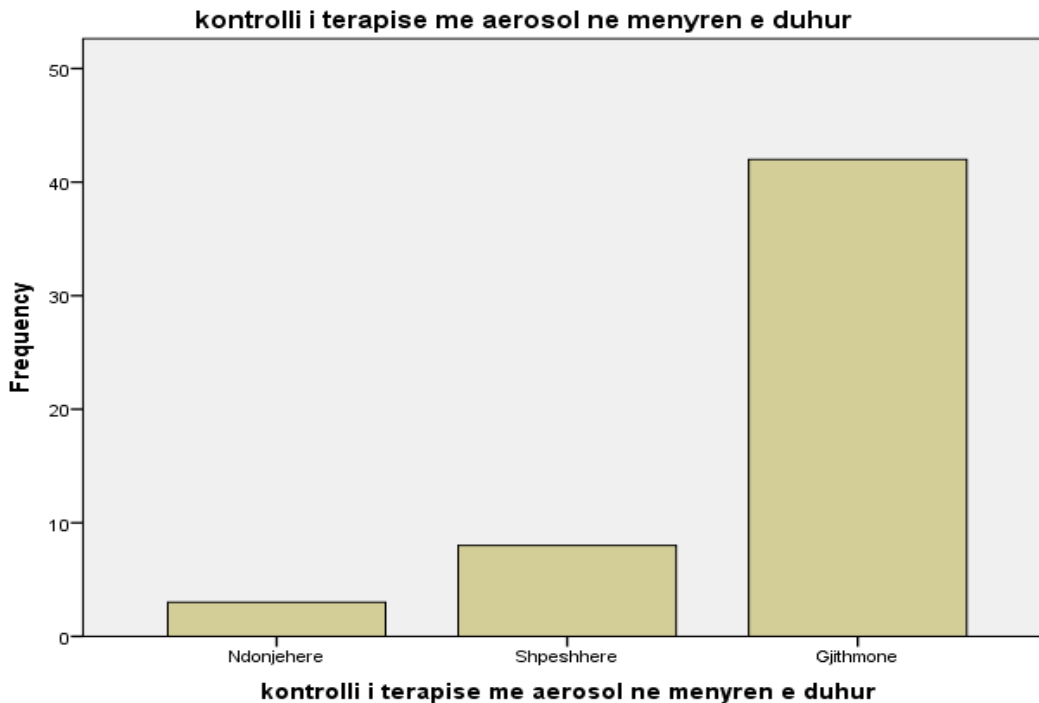
- Kontrolli i terapisë me aerosol në mënyrën e duhur.

Kontrolli i terapisë me aerosol në mënyrën e duhur					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ndonjëherë	3	5.7	5.7	5.7
	Shpeshherë	8	15.1	15.1	20.8
	Gjithmonë	42	79.2	79.2	100.0
	Total	53	100.0	100.0	

Tabela 13: Kontrolli i terapisë në mënyrën e duhur

Nga rezultatet e tabelës marrim informacionin se 79.2% e infermierëve gjithmonë e kontrollojnë terapinë me aerosol në mënyrën e duhur.

Vetëm 5.7% janë përgjigjur se ndonjëherë, ndërkohë që pjesa e mbetur 15.1% janë përgjigjur se shpeshherë e kontrollojnë terapinë në mënyrën e duhur.



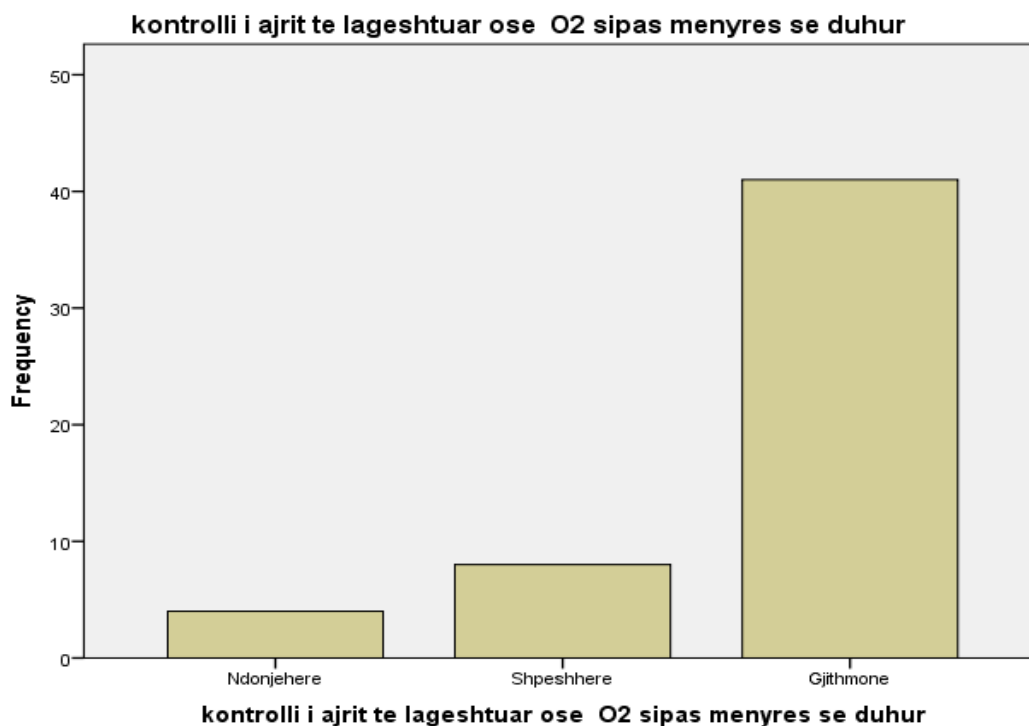
Grafiku 9: Kontrolli i terapisë në mënyrën e duhur

- Kontrolli i ajrit të lagështuar ose O2 sipas mënyrës së duhur.

Të dhënat e paraqitura në tabelën e mëposhtme na japin informacionin se 77.4% e infermierëve gjithmonë e kontrollojnë ajrin e lagështuar ose O2 në mënyrën e duhur.

Kontrolli i ajrit të lagështuar ose O2 sipas mënyrës së duhur					
		Freque ncy	Percen t	Valid Percent	Cumulative Percent
Val id	Ndonjëherë	4	7.5	7.5	7.5
	Shpeshherë	8	15.1	15.1	22.6
	Gjithmonë	41	77.4	77.4	100.0
	Total	53	100.0	100.0	

Tabela14: Kontrolli i ajrit të lagështuar



Grafiku 10: Kontrolli i ajrit të lagështuar

- Rregullimi i marrjes së likideve

Në lidhje me këtë pohim 35.8% e infermierëve të përzgjedhur për të qenë pjesë e studimit tonë kanë zgjedhur alternativën gjithmonë.

Vetëm 1.9% ka zgjedhur alternativën rrallë.

Rregullimi i marrjes se likideve					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rrallë	1	1.9	1.9	1.9
	Ndonjëherë	9	17.0	17.0	18.9
	Shpeshherë	24	45.3	45.3	64.2
	Gjithmonë	19	35.8	35.8	100.0
	Total	53	100.0	100.0	

Tabela 15: Rregullimi i marrjes së likideve

- Pozicionimi i pacientit për të përmirësuar dispnean

Pozicionimi i pacientit për të përmirësuar dispnean					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rrallë	2	3.8	3.8	3.8
	Ndonjëherë	3	5.7	5.7	9.4
	Shpeshherë	16	30.2	30.2	39.6
	Gjithmonë	32	60.4	60.4	100.0
	Total	53	100.0	100.0	

Tabela16: Përmirësimi i dispneas

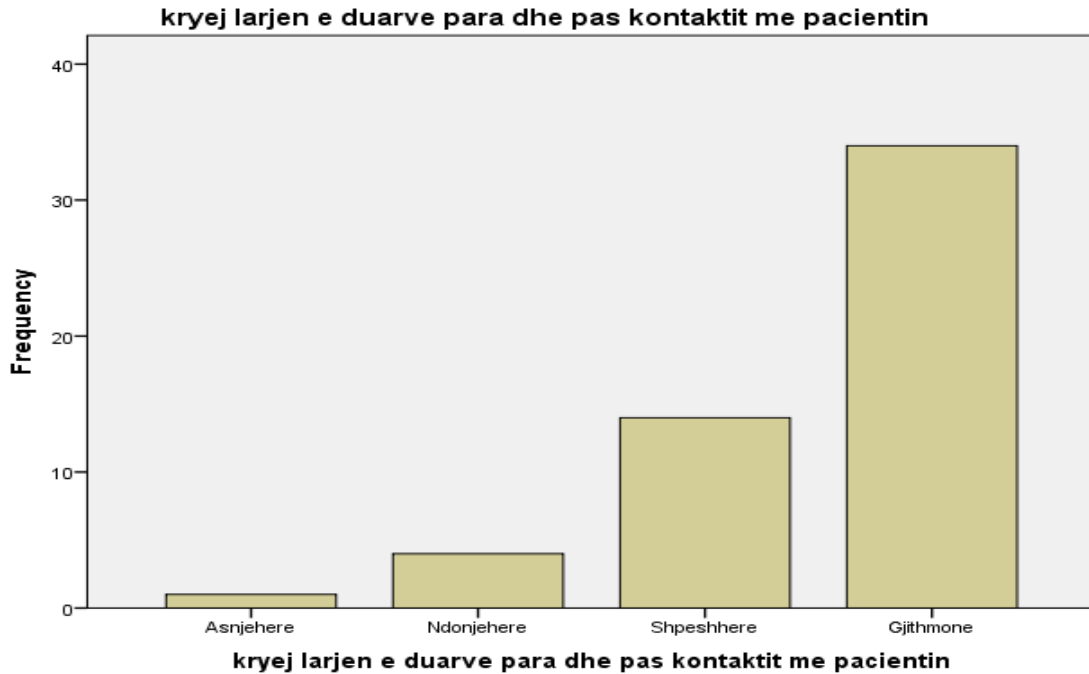
Infermierët e përzgjedhur kanë pohuar se 60.4% e tyre gjithmonë e pozicionojnë pacientën në mënyrën e duhur në mënyrë që të përmirësojnë dispnean.

- Kryej larjen e duarve para dhe pas kontaktit me pacientin

Kryej larjen e duarve para dhe pas kontaktit me pacientin					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Asnjëherë	1	1.9	1.9	1.9
	Ndonjëherë	4	7.5	7.5	9.4
	Shpeshherë	14	26.4	26.4	35.8
	Gjithmonë	34	64.2	64.2	100.0
	Total	53	100.0	100.0	

Tabela17: Rutina e larjes së duarve

Pjesa më e madhe e infermierëve 64.2% gjithmonë kryejnë procedurën e larjes së duarve para dhe pas kontaktit me pacientin.



Grafiku 11: Rutina e larjes së duarve

- Udhëzoj dhe edukoj prindërit për kujdesin dhe dietën që fëmijët duhet të marrin

Udhëzoj dhe edukoj prindërit për kujdesin dhe dietën që fëmijët duhet të marrin					
		Frekuensi	Percen t	Valid Percent	Cumulative Percent
V ali d	Asnjëherë	3	5.7	5.7	5.7
	Rrallë	5	9.4	9.4	15.1
	Ndonjeherë	5	9.4	9.4	24.5
	Shpeshherë	12	22.6	22.6	47.2
	Gjithmone	28	52.8	52.8	100.0
	Total	53	100.0	100.0	

Tabela 18: Udhëzime për dietën e fëmijëve

52.8% e infermierëve kanë pohuar se ata gjithmonë i udhëzojnë dhe i edukojnë prindërit për kujdesin dhe dietën që fëmijët duhet të marrin në mënyrë që gjendja e tyre shëndetsore të përmirësohet.

➤ Jap mbështetje emocionale prindërve të fëmijëve

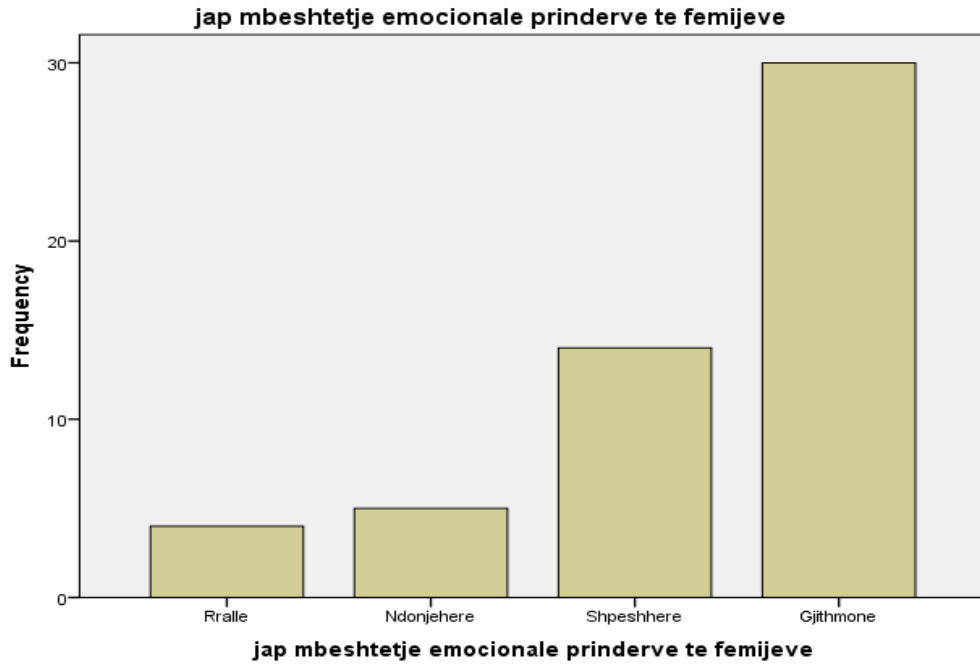
Nga rezultatet e pasqyruara në tabelën e mëposhtme 7.5% e infermierëve pra një pjesë e vogël e tyre rrallë u japin mbështetje emocionale prindërve të fëmijëve.

26.4% kanë përzgjedhur alternativën shpeshherë.

Ndërkohë që pjesa më e madhe e infermierëve 56.6% janë përgjegjës se ata gjithmonë u japin mbështetje prindërve të fëmijëve që janë shtruar në spital për shkak të infeksioneve respiratore.

Jap mbështetje emocionale prindërve të fëmijëve					
		Freque ncy	Percen t	Valid Percent	Cumulative Percent
Val id	Rrallë	4	7.5	7.5	7.5
	Ndonjëherë	5	9.4	9.4	17.0
	Shpeshherë	14	26.4	26.4	43.4
	Gjithmonë	30	56.6	56.6	100.0
	Total	53	100.0	100.0	

Tabela 19: Mbështetje emocionale pacientëve



Grafiku 12: Mbështetje emocionale pacientëve

Praktikat e monitorimit të sistemit respirator te fëmijët me infeksione

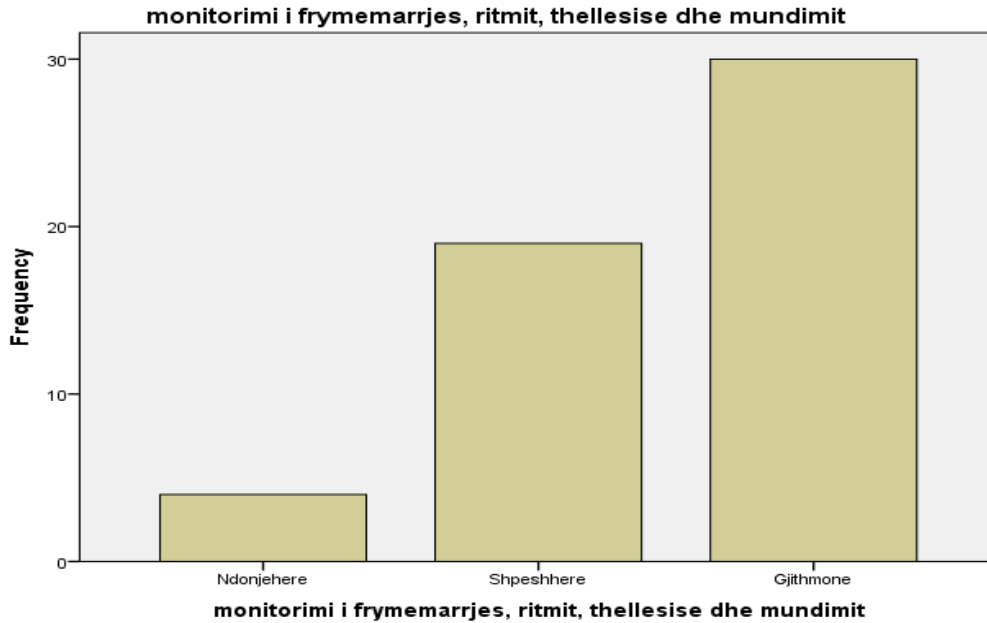
- Monitorimi i frymëmarrjes, ritmit, thellësisë dhe mundimit

Monitorimi i frymëmarrjes, ritmit, thellësisë dhe mundimit

	Freque ncy	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ndonjëherë	4	7.5	7.5	7.5
Shpeshherë	19	35.8	35.8	43.4
Gjithmonë	30	56.6	56.6	100.0
Total	53	100.0	100.0	

Tabela20: Monitorimi i frymëmarrjes, ritmi

Ajo që vëmë re nga rezultatet e pasqyruara në tabelën e mësipërme është se 56.6% e infermierëve janë përgjigjur se gjithmonë ata monitorojnë frymëmarrjen, ritmin, thellësinë të pacientët e tyre.



Grafiku 13: Monitorimi i frymëmarrjes, ritmi

- Mbajtja shënim e lëvizjeve torakale, simetria, përdorimi i muskujve aksesorë

Mbajtja shënim e lëvizjeve torakale, simetria, përdorimi i muskujve aksesorë

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Asnjëherë	7	13.2	13.2	13.2
Rrallë	4	7.5	7.5	20.8
Ndonjëherë	9	17.0	17.0	37.7
Shpeshherë	15	28.3	28.3	66.0
Gjithmone	18	34.0	34.0	100.0
Total	53	100.0	100.0	

Tabela 21: Mbajtja shënim e lëvizjeve torakale

34% e infermierëve që u bënë pjesë e studimit tonë janë përgjigjur se gjithmonë mbajnë shënim lëvizjet torakale, simetrinë, përdorimin e muskujve aksesorë.

- Retraksionet supraklavikulare dhe retrasternale

Retraksionet supraklavikulare dhe retrasternale

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Asnjëherë	9	17.0	17.0	17.0
Rrallë	12	22.6	22.6	39.6
Ndonjëherë	18	34.0	34.0	73.6
Shpeshherë	10	18.9	18.9	92.5
Gjithmonë	4	7.5	7.5	100.0
Total	53	100.0	100.0	

Tabela22: Retraksionet supraklavikulare dhe retrasternale

34% e infermierëve që përbën dhe pjesën më të madhe të kampionit tonë kanë përzgjedhur alternativën ndonjëherë.

- Monitorimi i zhurmave respiratore jo normale si gërhitje dhe fishkëllima

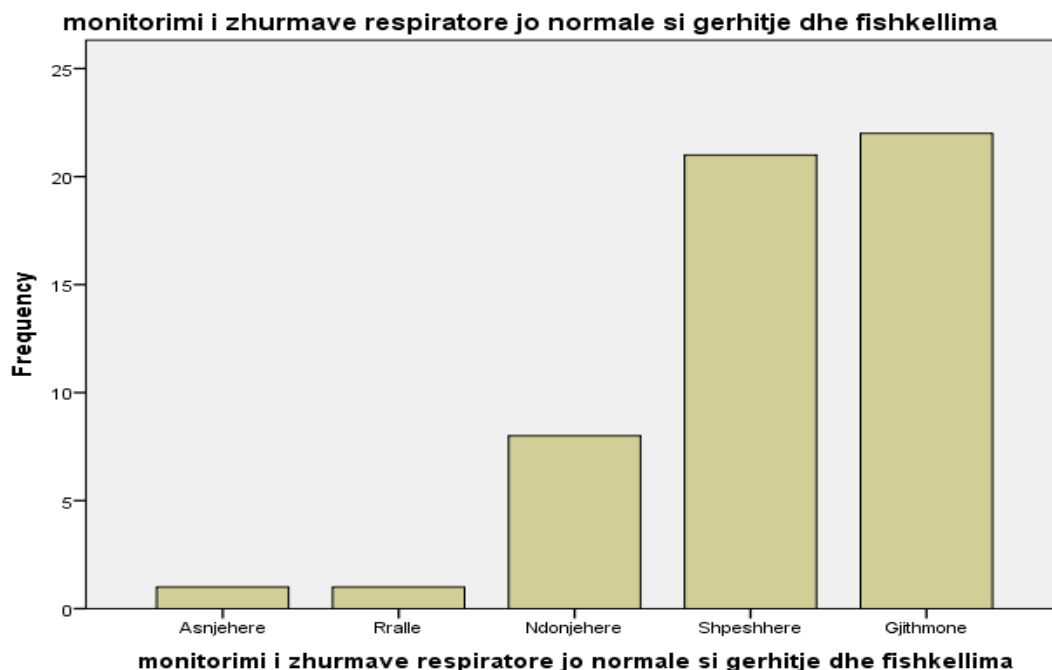
Monitorimi i zhurmave respiratore jo normale si gërhitje dhe fishkëllima

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Asnjëherë	1	1.9	1.9	1.9
Rrallë	1	1.9	1.9	3.8
Ndonjëherë	8	15.1	15.1	18.9
Shpeshherë	21	39.6	39.6	58.5
Gjithmonë	22	41.5	41.5	100.0
Total	53	100.0	100.0	

Tabela 23: Monitorimi i zhurmave respiratore jo normale

41.5% e infermierëve janë përgjigjur se ata gjithmonë monitorojnë me kujdes zhurmat respiratore jo normale siç mund të jenë gërhitje dhe fishkëllima.

39.6% e realizojnë shpeshherë monitorimin e zhurmave.



Grafiku 14: Monitorimi i zhurmave respiratore jo normale

- Monitorimi i frymëmarrjes, bradipnea, takipnea, hyperventilation, kussmaulis, cheyene-stocks, apne biotis, ataksia

Monitorimi i frymëmarrjes, bradipnea, takipnea, hyperventilation, kussmaulis, cheyene-stocks, apne biotis, ataksia					
		Freque ncy	Percen t	Valid Percent	Cumulative Percent
Val id	Rrallë	3	5.7	5.7	5.7
	Ndonjëherë	5	9.4	9.4	15.1
	Shpeshherë	24	45.3	45.3	60.4
	Gjithmonë	21	39.6	39.6	100.0
	Total	53	100.0	100.0	

Tabela24: Monitorimi i frymëmarrjes, bradipnea, takipnea

39.6% e infermierëve e realizojnë gjithmonë monitorimin e frymëmarrjes, bradipneas, takipneas, hyperventilation, kussmaulis, cheyene-stocks, apne biotis, ataksia

➤ Zgjerimi i pulmoneve

Zgjerimi i pulmoneve					
		Freque ncy	Percen t	Valid Percent	Cumulative Percent
Val id	Asnjëherë	7	13.2	13.2	13.2
	Rrallë	11	20.8	20.8	34.0
	Ndonjëherë	20	37.7	37.7	71.7
	Shpeshherë	13	24.5	24.5	96.2
	Gjithmonë	2	3.8	3.8	100.0
	Total	53	100.0	100.0	

Tabela 25: Zgjerimi i pulmoneve

Pjesa më e madhe e kampionit 37.7% ka përzgjedhur alternativën ndonjëherë.

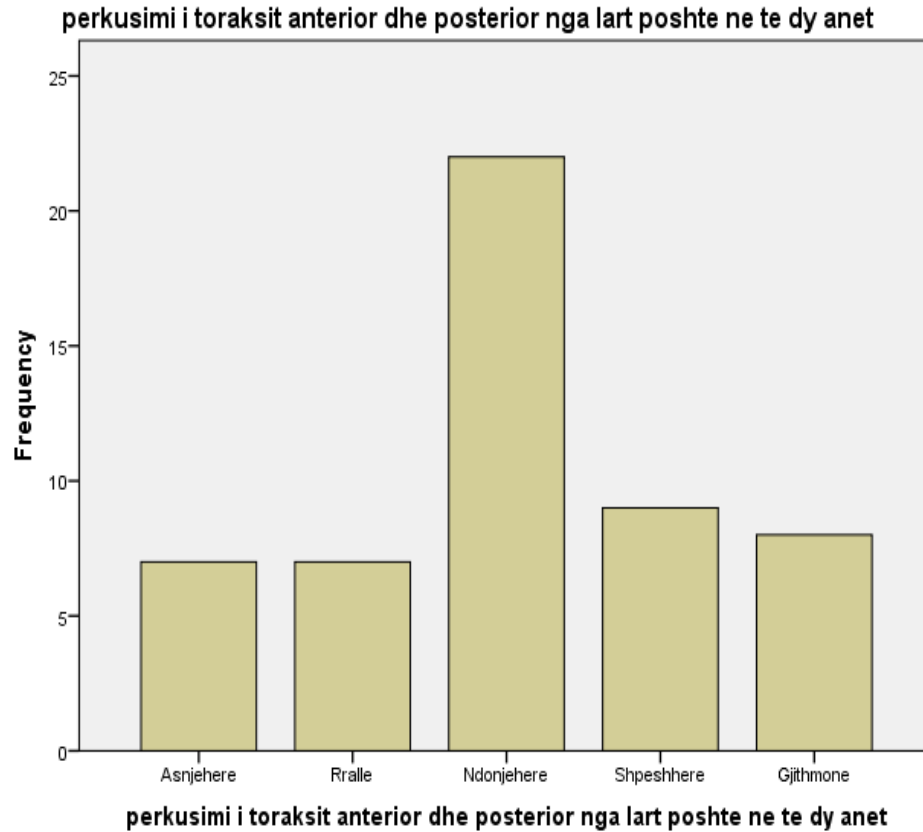
➤ Përkusimi i toraksit anterior dhe posterior nga lart poshtë në të dy anët

Perkusimi i toraksit anterior dhe posterior nga lart poshtë në të dy anët

		Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Asnjëherë	7	13.2	13.2	13.2
	Rrallë	7	13.2	13.2	26.4
	Ndonjëherë	22	41.5	41.5	67.9
	Shpeshherë	9	17.0	17.0	84.9
	Gjithmonë	8	15.1	15.1	100.0
	Total	53	100.0	100.0	

Tabela 26: Përkusimi i toraksit anterior dhe posterior

Rezultatet në tabelën e mësipërme na tregojnë se 41.5% e infermierëve kanë përzgjedhur alterantivën ndonjëherë.



Grafiku 15: Përkusimi i toraksit anterior dhe posterior

- Të dëgjuarit e zhurmave respiratore observimi i zonave me ventilim te ulët ose pa ventilim

Të dëgjuarit e zhurmave respiratore observimi i zonave me ventilim te ulët ose pa ventilim

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Asnjëherë	2	3.8	3.8	3.8
Rrallë	9	17.0	17.0	20.8
Ndonjëherë	14	26.4	26.4	47.2
Shpeshherë	13	24.5	24.5	71.7
Gjithmonë	15	28.3	28.3	100.0
Total	53	100.0	100.0	

Tabela 27: Observimi i zhurmave respiratore

Nga të dhënat e tabelës marrim informacionin se 2.3% e infermierëve gjithmonë në punën e tyre i kushtojnë vëmendje zhurmave respiratore dhe observojnë zonat me ventilim të ulët ose paventilim.

3.8% është përqindja e infermierëve të cilët janë përgjigjur se ata asnjëherë nuk i vëzhgojnë zonat me ventilim të ulët.

17% janë përgjigjur se rrallë.

➤ Dëgjimi i tingujve respirator pas trajtimit dhe dokumentimi i tyre

Nga infermierët e përzgjedhur vetëm 1.9% e tyre janë shprehur se asnjëherë ata nuk i dëgjojnë tingujt respiratorë pas trajtimit të rastit.

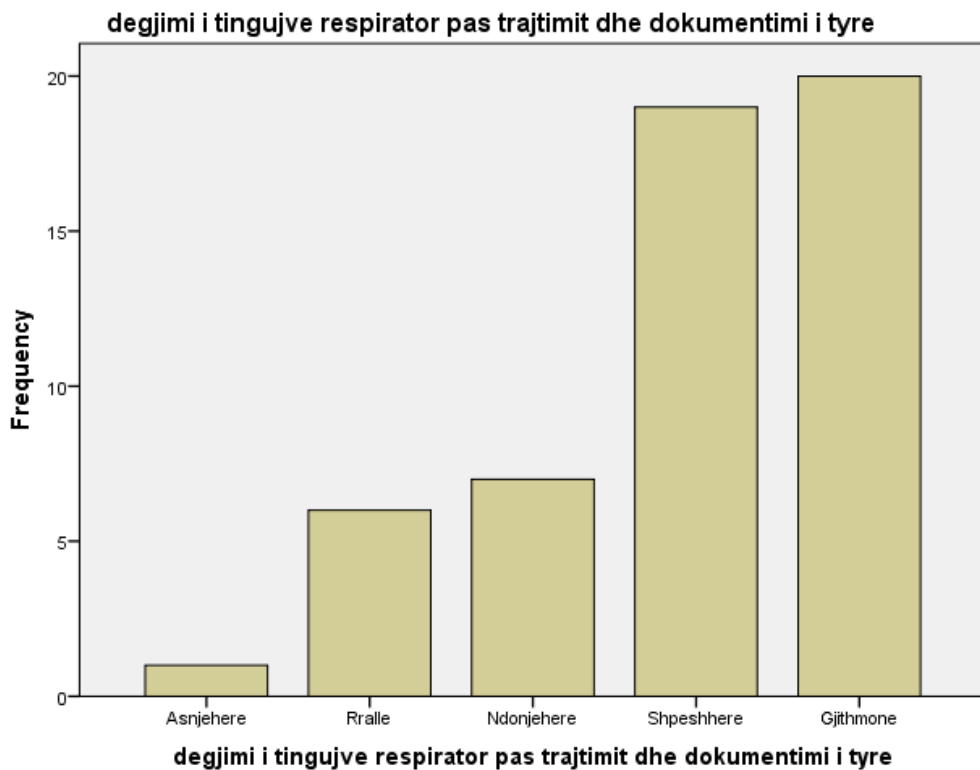
35.8% janë shprehur se shpeshherë.

Pjesa më e madhe 37.7% kanë pohuar se gjithmonë i kushtojnë vëmendje tingujve respiratorë dhe dokumentimit të tyre.

Dëgjimi i tingujve respirator pas trajtimit dhe dokumentimi i tyre					
		Freque ncy	Percen t	Valid Percent	Cumulative Percent
Val id	Asnjëherë	1	1.9	1.9	1.9
	Rrallë	6	11.3	11.3	13.2
	Ndonjëherë	7	13.2	13.2	26.4
	Shpeshherë	19	35.8	35.8	62.3
	Gjithmonë	20	37.7	37.7	100.0
	Total	53	100.0	100.0	

Tabela 28: Dëgjimi i tingujve respirator

Rezultatet grafikisht



Grafiku 16: Dëgjimi i tingujve respirator

- Monitorimi në rritje të emocioneve, ankthit, mungesës së frymëmarrjes

Monitorimi në rritje të emocioneve, ankthit, mungesës së frymëmarrjes					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rrallë	2	3.8	3.8	3.8
	Ndonjëherë	9	17.0	17.0	20.8
	Shpeshherë	20	37.7	37.7	58.5
	Gjithmonë	22	41.5	41.5	100.0
	Total	53	100.0	100.0	

Tabela 29: Monitorimi i emocioneve

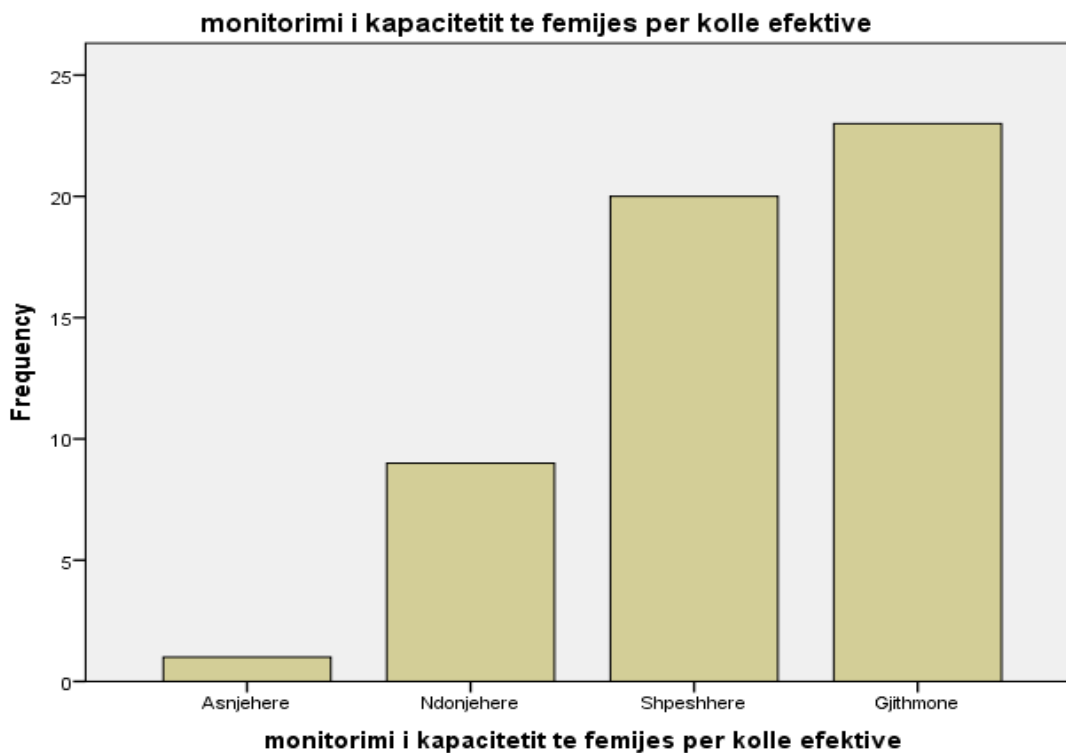
41.5% e infermierëve janë shprehur se ata gjithmonë i monitorojnë emocionet e pacientëve si psh ankthin.

Vetëm 3.8% rrallëherë monitorojnë emocionet e pacientëve të tyre.

- Monitorimi i kapacitetit të fëmijës për kollë efektive

Monitorimi i kapacitetit të fëmijës për kollë efektive					
		Freque ncy	Perce nt	Valid Percent	Cumulative Percent
Val id	Asnjëherë	1	1.9	1.9	1.9
	Ndonjëherë	9	17.0	17.0	18.9
	Shpeshherë	20	37.7	37.7	56.6
	Gjithmonë	23	43.4	43.4	100.0
	Total	53	100.0	100.0	

Tabela 30: Monitorimi i kapacitetit të fëmijës për kollë efektive



Grafiku 17: Monitorimi i kapacitetit të fëmijës për kollë efektive

Nga rezultatet e tabelës dhe grafikut 43.4% e infermierëve gjithmonë monitorojnë kapacitetin e fëmijës për kollë efektive.

- Kontrolli i fillimit të kollës, kohëzgjatja dhe përmirësimi i saj

Kontrolli i fillimit të kollës, kohëzgjatja dhe përmirësimi i saj					
		Freque ncy	Percen t	Valid Percent	Cumulative Percent
V ali d	Ndonjëherë	7	13.2	13.2	13.2
	Shpeshherë	21	39.6	39.6	52.8
	Gjithmonë	25	47.2	47.2	100.0
	Total	53	100.0	100.0	

Tabela 31: Kontrolli i kollës

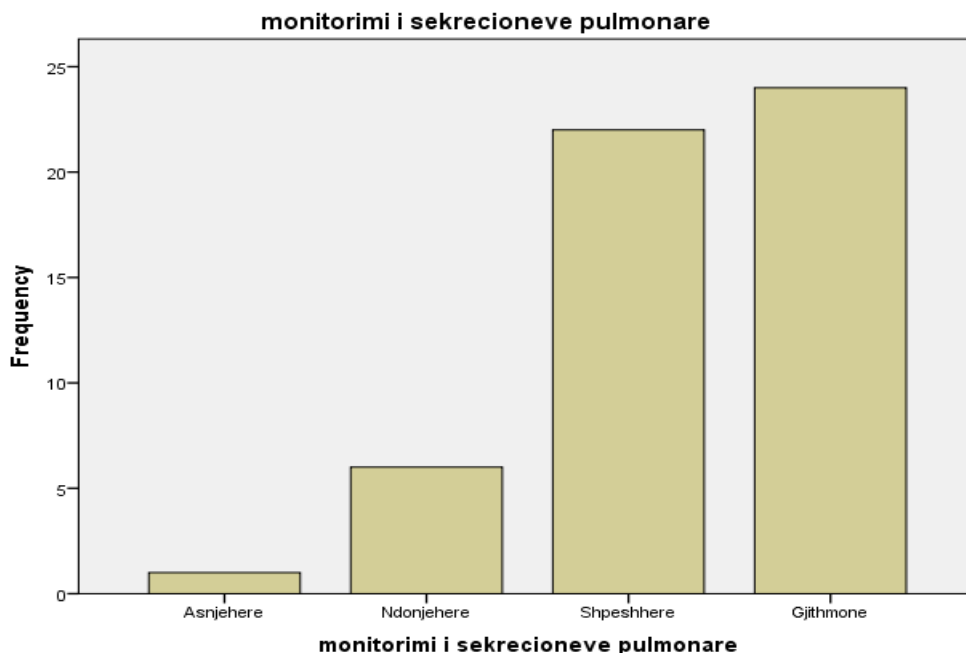
47.2% e infermierëve sipas të dhënave të pasqyruara në tabelë na tregojnë se ata gjithmonë e monitorojnë kollën e pacientit jo vetëm kur fillon por edhe kohëzgjatjen dhe përmirësimin që ka.

- Monitorimi i sekrecioneve pulmonare

Monitorimi i sekrecioneve pulmonare					
		Freque ncy	Percen t	Valid Percent	Cumulative Percent
Val id	Asnjëherë	1	1.9	1.9	1.9
	Ndonjëherë	6	11.3	11.3	13.2
	Shpeshherë	22	41.5	41.5	54.7
	Gjithmonë	24	45.3	45.3	100.0
	Total	53	100.0	100.0	

Tabela 32: Monitorimi i sekrecioneve pulmonare

Rezultatet grafikisht



Grafiku 18: Monitorimi i sekrecioneve pulmonare

45.3% e infermierëve janë shprehur se ata gjithmonë monitorojnë sekrecionet pulmonare te pacientët e tyre. Janë shumë të paktë ata infermierë vetëm 1.9% e tyre që asnjëherë nuk e realizojnë këtë monitorim.

- Monitorimi i dispneas dhe episodeve që e përkeqësojnë dhe e përmirësojnë atë

Monitorimi i dispneas dhe episodeve që e përkeqësojnë dhe e përmirësojnë atë					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rrallë	1	1.9	1.9	1.9
	Ndonjëherë	1	1.9	1.9	3.8
	Shpeshherë	18	34.0	34.0	37.7
	Gjithmonë	33	62.3	62.3	100.0
	Total	53	100.0	100.0	

Tabela33: Monitorimi i dispneas

Monitorimin e dispneas dhe episodeve që e përkeqësojnë dhe e përmirësojnë atë 62.3% e infermierëve e realizojnë gjithmonë.

- Monitorimi i medikamenteve të përshkruara nga mjeku

Monitorimi i medikamenteve të përshkruara nga mjeku					
		Freque ncy	Percen t	Valid Percent	Cumulative Percent
V ali d	Ndonjëhere	7	13.2	13.2	13.2
	Shpeshherë	9	17.0	17.0	30.2
	Gjithmonë	37	69.8	69.8	100.0
	Total	53	100.0	100.0	

Tabela 34: Monitorimi i medikamenteve

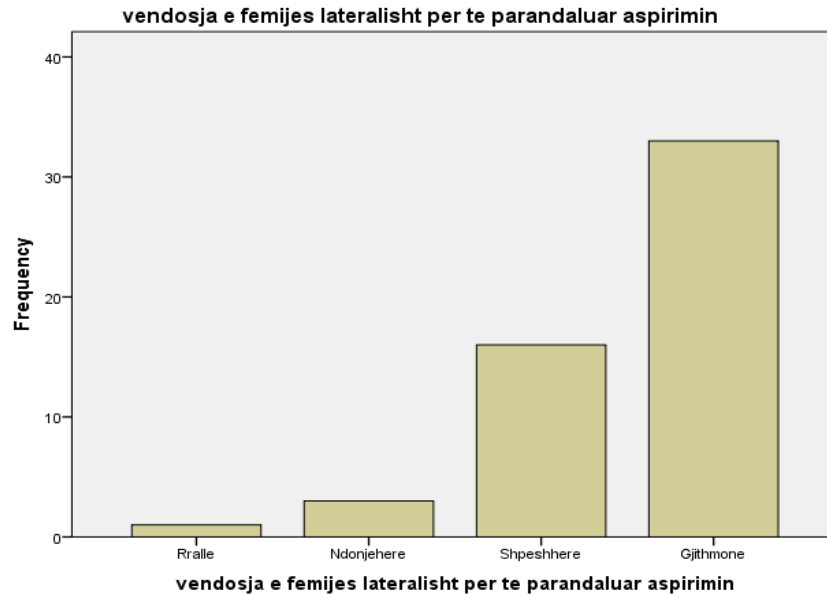
69.8% e infermierëve sipas rezultateve në tabelën e mësipërme janë shprehur se ata gjithmonë monitorojnë medikamentet e pacientit të përshkruara nga mjeku.

- Vendosja e femijës lateralisht për të parandaluar aspirimin

Vendosja e femijës lateralisht për të parandaluar aspirimin					
		Freque ncy	Percen t	Valid Percent	Cumulative Percent
Val id	Rrallë	1	1.9	1.9	1.9
	Ndonjëherë	3	5.7	5.7	7.5
	Shpeshherë	16	30.2	30.2	37.7
	Gjithmonë	33	62.3	62.3	100.0
	Total	53	100.0	100.0	

Tabela 35: Pozicionimi i femijës për të parandaluar aspirimin

62.3% e infermierëve gjithmonë e pozicionojnë femijën lateralisht në mënyrë që të parandalojnë aspirimin.



Grafiku 19: Pozicionimi i fëmijës për të parandaluar aspirimin

Më poshtë do të shohim mesataret e pikëve që infermierët kanë marrë në pjesën e kontrollit dhe monitorimit të rrugëve respiratore sipas arsimimit, eksperiencës në punë dhe trajnimeve.

Raportimi i mesatareve të pikëve të grumbulluara në pjesën e kontrollit respirator sipas arsimimit

Report			
Kontrolli i rrugëve respiratore			
Arsimi i infermiereve	Mean	N	Std. Deviation
Universitet bachelor	46.7143	21	5.16859
Master profesional	43.5000	26	7.48465
Master shkencor	46.7333	6	4.17931
Total	45.0943	53	6.43388

Tabela 36: Mesataret e kontrollit të rrugëve respiratore sipas arsimimit

Nga rezultatet e pasqyruara në tabelë marrim informacionin se infermierët me master shkencor kanë marrë më tepër pikë duke treguar se kanë më tepër njohuri dhe i kontrollojnë në menyrën e duhur rrugët respiratore.

Raportimi i mesatareve të pikëve të grumbulluara në pjesën e kontrollit respirator sipas eksperiencës në punë.

Report			
Kontrolli i rrugëve respiratore			
Eksperienca në punë	Mean	N	Std. Deviation
Nën 5 vite	42.545 5	22	6.81544
5-10 vite	47.071 4	14	5.91562
11-15 vite	45.875 0	8	6.22065
Mbi 15 vite	47.555 6	9	4.92725
Total	45.094 3	53	6.43388

Tabela 37: Mesataret e kontrollit të rrugëve respiratore sipas eksperiencës

Nga rezultatet e pasqyruara në tabelë infermierët të cilët kanë më tepër se 15 vite eksperience në punë, kanë marrë më tepër pikë duke treguar se kanë më tepër njohuri dhe i kontrollojnë në menyrën e duhur rrugët respiratore.

Raportimi i mesatareve të pikëve të grumbulluara në pjesën e kontrollit respirator sipas trajnimeve.

Report			
Kontrolli i rrugëve respiratore			
A keni pasur trajnime të vecanta për patologjitë e sistemit respirator?	Mean	N	Std. Deviation
Po	47.5758	33	5.03134
Jo	41.0000	20	6.50506
Total	45.0943	53	6.43388

Tabela 38: Mesataret e kontrollit të rrugëve respiratore sipas trajnimeve

Infermierët të cilët kanë marrë pjesë në trajnime janë më cilësor në kontrollin e rrugëve respiratore.

Raportimi i mesatareve të pikëve të grumbulluara në pjesën e monitorimit respirator sipas trajnimeve

Report			
Monitorimi i rrugëve respiratore			
A keni pasur trajnime të vecanta për patologjitë e sistemit respirator?	Mean	N	Std. Deviation
Po	50.363 6	33	7.59859
Jo	42.400 0	20	8.06160
Total	47.358 5	53	8.62932

Tabela 39: Mesataret e monitorimit të rrugëve respiratore sipas arsimimit

Nga tabela kuptohet qartë se infermierët që kanë marre qartë në seminare trajnuese monitorojnë në mënyrën e duhur rrugët respiratore në krahasim me grupin tjetër.

Raportimi i mesatareve të pikëve të grumbulluara në pjesën e monitorimit respirator sipas arsimit të infermierëve

Report			
Monitorimi i rrugëve respiratore			
Arsimi i infermiereve	Mean	N	Std. Deviation
Universitet bachelor	48.571 4	21	8.48865
Master profesional	45.807 7	26	8.54643
Mastter shkencor	49.833 3	6	9.74508
Total	47.358 5	53	8.62932

Tabela 40: Mesataret e monitorimit të rrugëve respiratore sipas arsimit

Për shkak se mesatarja e infermierëve me master shkencor është më e lartë 49.833 atëherë ajo që mund të themi është se këta infermierë i kontrollojnë gjithmonë rrugët respiratore.

Raportimi i mesatareve të pikëve të grumbulluara në pjesën e monitorimit respirator sipas eksperiencës në punë

Report			
Monitorimi i rrugëve respiratore			
Ekspierienca në punë	Mean	N	Std. Deviation
Nën 5 vite	43.5455	22	8.38211
5-10 vite	50.4444	14	7.88830
11-15 vite	46.1250	8	7.80911
Mbi 15 vite	52.0714	9	7.35036
Total	47.3585	53	8.62932

Tabela 41: Mesataret e kontrollit të rrugëve respiratore sipas eksperiencës

Të njëjtin rezultat shikojmë edhe te pjesa e monitorimit të rrugëve respiratore ku infermierët të cilët kanë mbi 15 vite eksperiencë në punë kanë edhe mesataren më të lartë.

Analiza T-test

Group Statistics					
	Vendodhja e spitalit	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Kontrolli dhe monitorimi i rrugëve respiratore	Vlorë	22	97.2273	13.28419	2.83220
	Fier	31	89.0645	13.57924	2.43890

Tabela 42.1: Analiza T-test

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		
								Lower	Upper	
Kontrolli dhe monitorimi rrugeve respiratore	.033	.857	2.176	51	.034	8.16276	3.75183	.63064	15.69487	
			2.184	45.990	.034	8.16276	3.73759	.63933	15.68618	

Tabela 42.2: Analiza T-test

Duke qenë se vlera F ($F=0.033$) e Levene' Test na tregon se të dyja grupet kanë variancë të njëjtë, pra e kanë njësoj devijimin nga mesatarja atëherë shikojmë koeficientin në rreshtin e parë.

$P= 0.034$

$P < 0.05$

Duke qenë se vlera e koeficientit p është 0.034 më e < se 0.05 atëherë ky koeficient është statistikisht i rëndësishëm.

Kjo tregon se ka vetëm 5% mundësi që ndryshimet ndërmjet këtyre dy grupeve të kenë ndodhur nga shansi. Kjo tregon se vërtetohet hipoteza alternative e cila na demonstroi se mes grupeve ka ndryshime përse i përket cilësisë në kontrollin dhe monitorimin e rrugëve respiratore.

Nga tabela e parë marrim informacionin se infermierët në qytetin e Vlorës në krahasim me infermierët e Fierit kanë një nivel më të lartë të cilësisë së kontrollit dhe monitorimit të rrugëve respiratore.

Kapitulli IV: Diskutimet

Sipas analizës së besueshmërisë Cronbach's Alpha ($\alpha = 0.898$) dhe Analizës deskriptive (mean 92.452 dhe DS 13.933), instrumenti i përdorur në këtë studim është i besueshëm. Kjo është validuar edhe në studimin ngai cili u mos pyetësoni i cili vlerësoi validitetin e këtij protokollit për përkujdesjen infermierore tek fëmijët me infeksione respiratore.

Analiza e pyetësorit

Pjesa e dytë e pyetësorit kishte dy aspekte, aspektin praktik dhe aspektin e monitorimit të fëmijëve me infeksione respiratore.

Praktikat infermierore për kontrollin e rrugëve respiratore te fëmijët me infeksione respiratore u vlerësuan me disa pyetje.

Pothuaj të gjithë infermierët janë përgjigjur se pozicionojnë fëmijën në mënyrën që të maksimizohet ventilimi potencial. Ndryshe nga studimi i Eiman Ahmed Saad Mohamed (2009) ku infermierët kishin njohuri të moderuara mbi kujdesin për një fëmijë me sëmundje pulmonare (pneumoni) dhe me kthimin e pacientëve.

Që të përmirësohen simptomat e një fëmije me infeksione respiratore duhen ndjekur disa hapa në kujdesin shëndetsor si heqja e sekrecioneve dhe në studimin tonë pothuaj të gjithë infermierët e kryenin këtë procedurë.

Gjithashtu shumica kryente stimulimin e frymëmarrjes së thellë, kthimin e fëmijës dhe kollitjen por Yanqiu Liu1 (2018) konkludoi që infermierët nuk i kryenin gjithmonë këto procedura në metodën tradicionale të trajtimit të infeksioneve respiratore pediatrike.

Sipas Wilkinson et al (2014) edukimi për mënyrën e kollitjes është shumë i rëndësishëm tek fëmijët me infeksione respiratore dhe përdorimi i mënyrave si lojra në mënyrë që fëmija të marrë frymë thellë dhe të kollitet mirë. Por në studimin tonë gjysma e infermierëve stimulojnë frymëmarrjen e thellë te fëmijët dhe kthimin e fëmijës, vetëm 1/3 e infermierëve përdorin teknika si lojë për të promovuar frymëmarrjen e thellë te fëmija dhe kollën efektive. Pra kemi mungesë praktike të duhur dhe ofrimi edukimi në këtë aspekt.

Për 3/4 të infermierëve të përzgjedhur kontrolli i bronkodilatorëve realizohet gjithmonë dhe shpeshherë. Gjithashtu shumica e infermierëve gjithmonë e kontrollojnë terapinë me aerosol në mënyrën e duhur dhe kujdesen që O₂ i pacientëve të jetë i lagështuar. Këto rezultate janë më të mira se një studim në është në një urgjencë pediatrike gjatë vitit 2010 në Brazil, spitali Brazilian Unified Health Care System [41] ku

infemrierët dhe mjekët nuk kishin njohuri shumë të mira për përdorimin e pompave, spacerave, efektivitetit të pompave krahasuar me nebulizatorët dhe dozat e medikamenteve në azmën e lehtë dhe të rënduar.

Edhe përdorimi i mjeteve tregoi se përsëri njohuritë infermierore nuk ishin në nivelin e duhur.

Infermierët e përzgjedhur kanë pohuar se 60.4% e tyre gjithmonë i pozicionojnë pacientët në mënyrën e duhur në mënyrë që të përmirësojnë dispnenë. Kjo është në të njëjtën linjë me protokollet e kujdesit infermieror për pacientët me dispne [52].

Në studimin tonë pjesa më e madhe e infermierëve gjithmonë kryejnë procedurën e larjes së duarve para dhe pas kontaktit me pacientin, kjo është një veprim i duhur sipas OBSH [53] ku theksohet se larja e duarve para dhe pas kontaktit me pacientët ndihmon në uljen e incidencës së infeksioneve respiratore.

Gjysma e infermierëve janë përgjigjur se ata gjithmonë u japin mbështetje prindërve të fëmijëve që janë shtruar në spital për shkak të infeksioneve respiratore. Këto të dhëna janë në të njëjtën linjë me studimin e Fabrellas N, Vidal A, (2011) ku u konkludua se infermierët kanë rol madhor në mbështetjen e prindërve që janë të shqetësuar dhe në ankth për fëmijët e tyre, duke siguruar rekomandimet dhe këshilla se çfarë duhet të bëjë prindi në shtëpi po u përkeqësua fëmija. Infermierët inkurajojnë prindërit për vaksinat, të cilat luajnë një rol në parandalimin e zhvillimit të mëtejshëm të këtyre infeksioneve [44].

Shumica e infermierëve kanë pohuar se ata gjithmonë i udhëzojnë dhe i edukojnë prindërit për kujdesin dhe dietën që fëmijët duhet të marrin në mënyrë që gjendja e tyre shëndetsore të përmirësohet. Njësoj ka arritur në përfundim edhe O'Shea TM, Nagesëaran S, (2007) ku infermierët janë ata që edukojnë prindërit mbi dietën dhe kujdesin për fëmijët pasi dalin nga spitali [45]

Praktikat e monitorimit të sistemit respirator të fëmijët me infeksione

Vetëm gjysma (56.6%) e infermierëve janë përgjigjur se gjithmonë ata monitorojnë frymëmarrjen, ritmin, thellësinë të pacientët e tyre. Ndërkohë që sipas diagnozave infermierore të NANDA.org pa diskutim gjithmonë duhet të monitorohet frymëmarrja, ritmi dhe thellësia e respirimeve në mënyrë që të përcaktohet dhe ndërhyrja e duhur infermierore [49,51].

1/3 e infermierëve që u bënë pjesë e studimit tonë janë përgjigjur se gjithmonë mbajnë shënim lëvizjet torakale, simetrinë, përdorimin e muskujve aksesorë ndërkohë që ky veprim infermieror duhet të kryhet gjithmonë pra është në kontrast me protokollin e NANDA dhe rregullat e dokumentimit të procedurave infermierore [49,51].

Për sa i përket retraksioneve supraklavikulare dhe retrasternale vetëm 1/4 e infermierëve i vëzhgojnë këto simptoma.

Pothuajse të gjithë infermierët janë përgjigjur se ata gjithmonë monitorojnë me kujdes zhurmat respiratore jo normale siç mund të jenë gërhitje dhe fishkëllima, por 40% realizojnë gjithmonë monitorimin e frymëmarrjes, bradipneas, takipneas, hyperventilation, kussmaulis, cheyene-stocks, apne biotis, ataksia, shumë pak (1) bëjnë perkutimin e toraksit ose obzervojnë zonat me ventilim të ulët; dhe kjo është pothuaj njësoj si në studimin e Eiman Ahmed Saad Mohamed (2009) ku infermierët në përgjithësi monitorojnë simptomat respiratore, dhe protokolleve të NANDA ku infermierët gjithmonë duhet të kryejnë veprimet e mësipërme.

Gjysma e infermierëve janë shprehur se ata gjithmonë i monitorojnë emocionet e pacientëve si psh ankthin.

Për s i përket monitorimit të kollës përgjatë të gjithë dekursit të sëmundjes, vetëm gjysma bëjnë monitorim të vazhdueshëm, dhe gjithashtu po gjysma janë shprehur se ata gjithmonë monitorojnë sekrecionet pulmonare te pacientët e tyre. Monitorimin e dispneas dhe episodeve që e përkeqësojnë dhe e përmiresojnë atë 62.3% e infermierëve e realizojnë gjithmonë.

Këto të dhëna janë në të të njëjtën linjë me studimin e kryer nga Yanqiu Liu et al (2018) ku infermierët kishin njohuri jo shumë të mira për sa i përket monitorimit të vazhdueshëm të kolëls, ecurisë së saj, sekrecioneve pulmonare dhe episodeve të dispnesë [49].

Whelan B. (2012) pohon se sapo fëmijët të jenë stabilizuar në departamentin e urgjencave, ata do të transferohen në repartin e pediatriisë ku do të vazhdohet kujdesi i tyre, duke përfshirë vëzhgimet e rregullta, administrimin e likideve dhe medikamenteve, mbështetja e ushqyerjes dhe higjenën personale [44].

3/4 e infermierëve janë shprehur se ata gjithmonë monitorojnë medikamentet e pacientit të përshkruara nga mjeku. 3/4 e infermierëve gjithmonë e pozicionojnë fëmijën lateralisht në mënyrë që të parandalojnë aspirimin.

Kapitulli V: Konkluzione

- Në përgjithësi infremierët kanë njohuri të mira për menaxhimin e sëmundjeve respiratore tek fëmijët
- Infermierët me master shkencor përkatësisht 11.3% kanë më tepër njohuri dhe i kontrollojnë dhe i monitorojnë në menyrën e duhur rrugët respiratore.
- Infermierët të cilët kanë marrë pjesë në trajnime janë më cilësor në kontrollin dhe monitorimin e rrugëve respiratore.
- 17% e infermierëve të cilët kanë më tepër se 15 vite eksperience në punë. kanë treguar se kanë tepër njohuri dhe i kontrollojnë në menyrën e duhur rrugët respiratore.
- Infermierët në qytetin e Vlorës në krahasim me infermierët e qytetit të Fierit kanë një nivel më të lartë të cilësisë së kujdesit në kontrollin dhe monitorimin e rrugëve respiratore.

Kapitulli VI: Rekomandime

- Infermierët duhet të marrin pjesë në mënyrë të vazhdueshme në seminare trajnuese në mënyrë që njohuritë që ata zotërojnë në lidhje me kontrollin dhe monitorimin e rrugëve respiratore jo vetëm të përmirësohen po edhe të zhvillohen.
- Infermierët kanë nevojë të mësojnë teknika të reja të cilat janë efikase në kontrollin dhe monitorimin e rrugëve respiratore te fëmijët.
- Infermierët kanë nevojë për mbështetje të vazhdueshme nga ana e mjekëve në mënyrë që puna e tyre të ketë një ecure pozitive.
- Këshillimi i tyre nga profesionistë parandalon rastet e gabimeve.
- Infermierët duhet gjithashtu të kujdesen edhe për gjendjen emocionale të pacientëve të tyre duke e parë si një element kyç në përmirësimin e gjendjes shëndetsore.
- Infermierët duhet të bashkëpunojnë me prindërit e fëmijëve të hospitalizuar.
- Në Shqipëri duhet të realizohen më tepër studime në lidhje me këtë fushë.

Kapitulli VII: Referencat

1. (<https://www.livescience.com/22616-respiratory-system.html>)
2. (<https://kidshealth.org/en/parents/lungs.html>)
3. (<https://www.innerbody.com/anatomy/respiratory>)
4. Paul et al,2 Harris et al,5 the Scottish Intercollegiate Guidelines Network,6 and Paranjothy et al.8
5. [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(18\)30310-4/fulltext#seccesstitle70](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(18)30310-4/fulltext#seccesstitle70)
6. <http://www.vasaptekar.mk/index.php/al/sq-al-53/item/487-infeksionet-respiratore-frymemarrese>
7. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/324413.php>
8. (<https://www.hse.ie/eng/health/az/r/respiratory-tract-infection/preventing-respiratory-tract-infections.html>)
9. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2006). Bronchiolitis in children. SIGN guideline 91. Available from: [whhttp://www.sign.ac.uk/pdf/sign91.pdf](http://www.sign.ac.uk/pdf/sign91.pdf). Accessed June 20, 2014.
10. Nair H, Nokes DJ, Gessner BD, et al. (2010). Global burden of acute lower respiratory infections due to respiratory syncytial virus in young children: a systematic review and meta-analysis. *Lancet.*;375:1545–1555.
11. Paul SP. (2013). The assessment and management of an infant with bronchiolitis. *Journal of Health Visiting.*;1:86–88.
12. Whelan B. (2012). Nurse role in RSV management. *Early Hum Dev.*;88(Suppl 2):S29–S30.
13. McDougall P. (2011). Caring for bronchiolitic infants needing continuous positive airway pressure. *Paediatr Nurs.*;23:30–35.
14. Gadowski AM, Scribani MB. (2014). Bronchodilators for bronchiolitis. *Cochrane Database Syst Rev.*;6:CD001266.
15. Teunissen J, Hochs AH, Vaessen-Verberne A, et al. (2014). The effect of 3% and 6% hypertonic saline in viral bronchiolitis: a randomised controlled trial. *Eur Respir J.*;44(4):913–921.
16. Spurling GK, Doust J, Del Mar CB, Eriksson L. (2011). Antibiotics for bronchiolitis in children. *Cochrane Database Syst Rev.*;6:CD005189.
17. Nagakumar P, Doull I. (2012). Current therapy for bronchiolitis. *Arch Dis Child.*;97:827–830.
18. Bjornson CL, Johnson DE. Croup in children. *CMAJ.* 2013;185: 1317–1323.
19. Narayanan S, Funkhouser E. (2014). Inpatient hospitalizations for croup. *Hosp Pediatr.*;4:88–92.
20. Tibballs J, Watson T. (2011). Symptoms and signs differentiating croup and epiglottitis. *J Paediatr Child Health.*;47:77–82.
21. Shargorodsky J, Whittlemore KR, Lee GS. (2010). Bacterial tracheitis: a therapeutic approach. *Laryngoscope.*;120:2498–2501.
22. Craven V, Everard ML. (2013). Protracted bacterial bronchitis: reinventing an old disease. *Arch Dis Child.*;98:72–76.
23. Paul SP, Hilliard T. (2014). The importance of recognizing protracted bacterial bronchitis in children. *Indian J Pediatr.*;81:1–3.

24. Marchant J, Masters IB, Champion A, et al. (2012). Randomised controlled trial of amoxicillin clavulanate in children with chronic wet cough. *Thorax*.;67:689–693.
25. Clark JE, Hammal D, Hampton F, Spencer D, Parker L. (2007). Epidemiology of community-acquired pneumonia in children seen in hospital. *Epidemiol Infect.*;135:262–269.
26. Paul SP, Bains JK. (2012). Treating pneumonia in children. *Independent Nurse*.:11; 24–27.
27. Harris M, Clark J, Coote N, et al. (2011), British Thoracic Society guidelines for the management of community acquired pneumonia in children: update 2011. *Thorax*;66(Suppl 2):ii1–ii23.
28. Finn R. To X-ray or not in child with signs of pneumonia. (2008). Available from: http://www.jfponline.com/fileadmin/content_pdf/ped/archive_pdf/vol42iss7/70304_main.pdf. Accessed September 3, 2014.
29. Thomson A, Harris M. (2011). Community-acquired pneumonia in children: What’s new? *Thorax*.;66:927–928.
30. Snellman L, Adams W, Anderson G, et al. (2013). Diagnosis and treatment of respiratory illness in children and adults. Bloomington, MN, USA: Institute for ClinicalSystemsImprovement;.Availablefrom: [Whttps://www.icsi.org/_asset/1öp8x2/respillness.pdf](https://www.icsi.org/_asset/1öp8x2/respillness.pdf). Accessed September 3, 2014
31. Thomson A, Harris M. (2011). Community-acquired pneumonia in children: ähat’s neë? *Thorax*.;66:927–928.
32. Paul S, O’Callaghan C, McKee N. (2011). Effective management of lower respiratory tract infections in childhood. *Nurs Child Young People*.:23:27–34
33. Paul SP, Bains JK. (2012). Treating pneumonia in children. *Independent Nurse*:11; 24–27.
34. NHS Choices. Tonsillitis. 2011. Available from: [wwwhttp://www.nhs.uk/Conditions/Tonsillitis/Pages/Introduction.aspx](http://www.nhs.uk/Conditions/Tonsillitis/Pages/Introduction.aspx).
35. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of sore throat and indications for tonsillectomy – a national clinical guideline. Available from: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign117.pdf>.
36. National Institute for Health and Care Excellence Clinical Guidelines. Prescribing of antibiotics for self-limiting respiratory tract infections in adults and children in primary care. 2008. Available from: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg69/resources/cg69-respiratory-tract-infections-full-guideline3>.
37. Mackenzie KJ, Anderton SM, Schwarze J. Viral respiratory tract infections and asthma in early life: cause and effect? *Clin Exp Allergy*. 2014;44:9–19.
38. Nafstad P, Magnus P, Jaakkola JJ. (2000). Early respiratory infections and childhood asthma. *Pediatrics*.;106:E38.
39. Khetsuriani N, Kazerouni NN, Erdman DD, et al. (2007). Prevalence of viral respiratory tract infections in children with asthma. *J Allergy Clin Immunol*.;119:314–321.
40. Ahanchian H, Jones CM, Chen YS, Sly PD. (2012). Respiratory viral infections in children äith asthma: do they matter and can we prevent them? *BMC Pediatr*.;12:147

41. LUSTOSA, Giovanna Menezes de Medeiros; BRITTO, Murilo Carlos Amorim de and BEZERRA, Patrícia Gomes de Matos. (2011). Acute asthma management in children: knowledge of the topic among health professionals at teaching hospitals in the city of Recife, Brazil. *J. bras. pneumol.* [online]., vol.37, n.5 [cited 2019-05-27], pp.584-588. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180637132011000500004&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1806-3713. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132011000500004>.
42. National Institute for Health and Care Excellence Clinical Guidelines. Prescribing of antibiotics for self-limiting respiratory tract infections in adults and children in primary care. (2008). Available from: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg69/resources/cg69-respiratory-tract-infections-full-guideline3>.
43. Lakhanpaul M, Stephenson T, MacFaul R, Werneke U. (2004) A clinical guideline for the management of children presenting with acute breathing difficulty. Available from: http://www.rcpch.ac.uk/sites/default/files/asset_library/Research/Clinical%20Effectiveness/Endorsed%20guidelines/Children%20Presenting%20with%20Acute%20Breathing%20Difficult/Breathing%20difficulty%20guideline.pdf.
44. Paul S, O’Callaghan C, McKee N. (2011). Effective management of lower respiratory tract infections in childhood. *Nurs Child Young People.*;23:27–34.
45. Fabrellas N, Vidal A, Amat G, Lejardi Y, del Puig Deulofeu M, Buendia C. (2011). Nurse management of ‘same day’ consultation for patients with minor illnesses: results of an extended programme in primary care in Catalonia. *J Adv Nurs.*;67:1811–1816.
46. O’Shea TM, Nageswaran S, Hiatt DC, et al. (2007). Follow-up care for infants with chronic lung disease: a randomized comparison of community- and center-based models. *Pediatrics.*;119:e947–e957.
47. Whelan B. (2012), Nurse role in RSV management. *Early Hum Dev.*;88(Suppl 2):S29–S30.
48. www.nice.org.uk/CG69.
49. Yanqiu Liu¹, Cui He², Hui Li³, Fuxia Xu¹, Lulu Feng¹ (2018). Application of comprehensive airway nursing management in the treatment of children with respiratory tract infections; *Int J Clin Exp Med*;11(9):9905-9910 www.ijcem.com/ISSN:1940-5901/IJCEM0079163
50. Eiman Ahmed Saad Mohamed; Oshak Ahmed Sharif; (2016). Assessment of nurses' knowledge and practice regarding pneumonia in children at Almack Nimer University Hospital Shendi- Sudan, *The Malaysian Journal of Nursing / Vol 7 No 2*
51. <http://nanda.org/>
52. https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Nursing_Care_of_Dyspnea_The_6th_Vital_Sign_in_Individuals_with_Chronic_Obstructive_Pulmonary_Disease.pdf
53. World Health Organization. (2009). WHO Guidelines on hand Hygiene in Health Care: First Global Patient Safety Challenge: Clean Care is Safer Care. Geneva, Switzerland: [Google Scholar]
54. <https://www.dovepress.com/management-of-respiratory-tract-infections-in-children-peer-reviewed-fulltext-article-NRR>

Kapitulli VIII: Aneksi

Pyetësi:

Ky pyetësor është përdorur në studimin Nursing conducts for the care of children with respiratory infection: validation of a guideline*Fl·via Paula Magalhães Monteiro¹, Viviane Martins da Silva², Marcos Venícios de Oliveira Lopes³, Thelma Leite de Araujo⁴ Fehring's Content Validation model: (2007). Duke qënë se ky është një studim mbi validimin e këtij pyetësi sipas modelit të vlerësimit të përmbajtjes, ai ishte “open access”.

Ai përmban tre pjesë ku pjesa e parë ka pyetje për të marrë të dhëna mbi variablat demografikë, pjesa e dytë ka 15 pyetje të cilat së bashku kërkojnë të dhëna mbi praktikën dhe njohuritë infermiere për kontrollin e rrugëve të frymëmarrjes, dhe pjesa e tretë përmban pyetje për të mbledhur të dhëna mbi praktikën dhe njohuritë infermiere mbi monitorimin e sistemit respirator tek fëmijët me sëmundje të këtij trakti.

Pjesa e parë:

1. Arsimi
 - a. Universitar Bachelor
 - b. Master profesional
 - c. Master shkencor
2. Eksperienca në pun
 - a. Nën 5 vite
 - b. 5-10 vite
 - c. 11-15 vite
 - d. Mbi 15 vite
3. A keni patur trajnime të vecanta për patologjitë e sistemit respirator?
 - a. Po
 - b. Jo

Pjesa e dytë:

Praktikat infermierore për kontrollin e rrugëve respiratore tek fëmijët me infeksione respiratore .

Nr	Kontrolli i rrugëve të frymëmarrjes	Gjithmonë 4	Shpeshherë 3	Ndonjëherë 2	Rrallë 1	Asnjëherë 0
1	Pozicioni I ifëmijës që të maksimizohet ventilimi potencial					
2	Heqja e sekrecioneve, stimulimi I kollës					
3	Stimulimi I frymëmarrjes së thellë, kthimi i fëmijës, kollitja					
4	Përdorimi i teknikave si lojë për të promovuar frymëmarrjen e thellë tek fëmija					
5	Edukimi i pacientit për mënyrën e kollitjes efektive					
6	Ventilim i ulët ose mungesë, dhe zhurma të dobëta respiratore					
7	Kontrolli i bronkodilatatorëve në mënyrën e duhur					
8	Kontrolli i terapisë me aerosol në mnëyrën e duhur					
9	Kontrolli i ajrit të lagështuar ose O2 sipas mënyrës së duhur					
10	Rregullimi I marrjes së likideve					
11	Pozicionimi i pacientit për të përmirësuar dispnenë					
11	Pozicionimi i pacientit për të përmirësuar dispnen					
12	Kryej larjen e duarve para dhe pas kontaktit me pacientin.					

13	Udhëzoi dhe edukoi prindërit për kujdesin dhe dietën që fëmijët duhet të marrin.
15	Jap mbështetje emocionale prindërve të fëmijëve.

Pjesa e tretë : Praktikrat e monitorimi I sistemit respirator tek fëmijët me Infeksione.

Nr	Monitorimi Respirator	Gjithmonë 4	Shpeshherë 3	Ndonjëherë 2	Rrallë 1	Asnjëherë 0
1	Monitorimi I frymëmarrjes, ritmit, thellësisë dhe mundimit					
2	Mbajtja shënim e lëvizjeve torakale, simetria, përdorimi i muskujve aksesorë,					
3	Retraksionet supraklavikulare dhe retrosternale					
4	Monitorimi I zhurmave respiratore jo normale si gërhitje dhe fërshëllima					
5	Monitorimi I frymëmarrjes bradipnea, takipnea, hyperventilation, Kussmaul's, Cheyne-Stocks, apne, Biot's ataksia					
6	Zgjerimi I pulmoneve					
7	Percusimi I toraksit anterior dhe posterior, nga lart poshtë në të dy anët.					
8	Të dëgjuarit e zhurmave respiratore, obzervimi I zonave me ventilim të ulët ose pa ventilim					
9	Dëgjimi I tingujve respiratorë pas trajtimit dhe dokumentimi i tyre					
10	Monitorimi në rritje të emocioneve, ankthit, mungesë e frymëmarrjes					

11	Monitorimi I kapacitetit të fëmijës për kollë efektive					
12	Kontrolli I fillimit të kollës, kohëzgjatja dhe përmirësimi i saj					
13	Monitorimi i sektecioneve pulmonare					
14	Monitorimi i dispnesë dhe episodeve që e përkeqësojnë ose e përmirësojnë atë					
15	Monitorimi I medikamenteve të përshkuara nga mjeku					
16	Vendosja e fëmijës lateralisht për të parandaluar aspirimin					