



Universiteti 'Ismail Qemali' Vlorë  
Fakulteti i Shëndetit Publik  
Departamenti i Infermierisë

---

## **TEMË DIPLOME**

**Master shkencor në “ Shkenca Infermierore”**

# **MATJA E NIVELIT TË NJOHURIVE DHE EVIDENTIMI I NDËRHJRJEVE INFERMIERORE NË PACIENTËT ME ASTMA BRONKIALE.**

Punoi: Marinela Alushaj

Udhëheqës shkencor: Aferdita Nikaj

Vlorë, 2018  
*Fakulteti i Shëndetit Publik – UV*  
*Cikli i dytë i Studimeve*

---

## Tabela e permbajtjes

ABSTRAKT.....	6
Abstrakt.....	7
Hyrje.....	8
I.  Kuadri teorik.....	9
1.1  Si ta njohim astmën .....	9
1.2  Cilet persona jane me te predispozuar te kene keto probleme? .....	9
1.3  Faktoret e rrezikut. ....	10
1.3.1  Faktorët personal.....	10
1.3.2  Plurat e shtepise.....	11
1.3.3  Tymi i duhanit .....	11
1.3.4  Ndotja e ajrit .....	12
1.3.5  Infeksionet respiratore .....	12
1.4  Statusi astmatik.....	13
1.5  Ekspozimi ndaj faktorëve riskant .....	14
1.6  Ndryshimet anatomo-patologjike në astmën bronkiale.....	15
1.6.1  Ndarja e ndryshimeve anatomo-patologjike .....	17
1.7  Klasifikimi I astmës bronkiale.....	18
1.8  Diagnoza klinike .....	19
1.9  Këshilla parandaluese. ....	23
1.10  Mjekimi I astmes bronkiale.....	23
Ndihma e pare ne menaxhimin infermieror .....	24
1.10.1  Mjekimi Etiologjik.....	25
1.10.2  Mjekimi Simptomatik.....	25
1.10.3  Mjekimi I krizes asmatike:.....	25
1.10.4  Mjekimi I statusit asmatik: .....	25
1.10.5  Mjekimi mbajtes: .....	25
1.11  Trajtimi I krizave ne shtepi.....	25
Trajtimi per arritjen e kontrollit .....	26
1.12  Hapat e procesit infermeror ne astmen bronkiale .....	28
1.12.1  Diagnozat infermerore.....	29
1.12.2  Planifikimi:.....	29
1.12.3  Zbatimi: .....	29

---

1.12.4	Vlerësimi .....	30
1.12.5	Dokumentimi .....	30
1.12.6	Edukimi: .....	31
II.	Metodologjia e punimit .....	31
2.1	Qëllimi I studimit.....	32
2.2	Objektivat e punimit .....	32
2.3	Hipotezat e punimit .....	32
2.4	Etika e punimit .....	33
2.5	Lloji I të dhënave të përdorura në studim .....	33
2.6	Mbledhja e të dhënave .....	33
2.7	Instrumenti I perdorur për mbledhjen e të dhënave.....	33
2.8	Përpunimi statistikor I të dhënave.....	34
2.9	Mostra e marrë në studim .....	34
III.	Analizimi I të dhënave të punimit .....	34
3.1	Analizimi I pjesës së parë të pyetësorit- Të dhënat demografike.....	35
3.2	Analizimi I pjesës së dytë të pyetësorit- Niveli I njohurive që kanë infermierët ndaj astmës bronkiale .....	39
	Vlerësimi I marrëdhënieve të nivelit të njohurive dhe variablave të tjera të pavarura. ....	40
3.3	Analizimi I pjesës së tretë të pyetësorit- Evidentimi I nderhyrjeve infermierore ndaj pacientëve me astma bronkiale.....	42
	Vlerësimi I marrëdhënies midis nivelit të njohurive dhe kontrollitë të astmës së pacientit. ....	46
IV.	Diskutim .....	47
4.1	Analizim I hipotezave të punimit .....	50
V.	Konkluzione.....	51
VI.	Rekomandime .....	53
VII.	Referenca .....	54
VIII.	Anekse.....	57

**Përmbajtja e tabelave**

Tabela 1 Moshë e personave të intervistuar .....	35
Tabela 2 Gjinia e infermiereve të intervistuar .....	37
Tabela 3 Edukimi i infermiereve të intervistuar.....	37
Tabela 4 Eksperienca në punë si infermier .....	38
Tabela 5 Niveli mesatar i njohurive .....	39
Tabela 6 Vlerësimi i secilës pyetje .....	39
Tabela 7 Vlerësimi i marrëdhënies midis Nivelit të njohurive dhe Moshës, Edukimit dhe Eksperiencës së punës.....	41
Tabela 8 Marrëdhënia midis nivelit të njohurive dhe mbajtjes nën kontroll të astmës së pacientit ...	46
Tabela 9 Cronbach Alpha .....	46

**Përmbajtja e grafikëve**

Grafiku 1 Moshë e infermiereve të intervistuar .....	36
Grafiku 2 Gjinia e infermiereve të intervistuar .....	36
Grafiku 3 Edukimi i infermiereve të intervistuar .....	37
Grafiku 4 Eksperiencë në vite pune si infermier .....	38
Grafiku 5 Vlerësimi i secilës pyetje. ....	40
Grafiku 6 Shpërndarja e nivelit të njohurive ndaj moshës së të intervistuarve .....	41
Grafiku 7 Shpërndarja e nivelit të njohurive ndaj eksperiencës në vite pune si infermier .....	41
Grafiku 8 Ku bazohet vendosja e diagnozës klinike .....	42
Grafiku 9 Menaxhimi i krizës astmatike.....	43
Grafiku 10 A efekt të menjehershëm trajtimi antiastmatik? .....	43
Grafiku 11 Sa herë zgjohen nga gjumia pacientët si pasojë e kolles dhe mungesës së ajrit gjatë natës .....	44
Grafiku 12 Sa është arritur kontrolli ndaj astmës .....	45
Grafiku 13 Shpeshtësia e përdorimit të inhalatorit tek të sëmurët me astmë bronkiale.....	45

**ABSTRAKT**

Severe asthma has major adverse effects on patients' quality of life, the use of healthcare resources and society as a whole. Asthma exacerbations can be fatal, and many deaths could probably be avoided with appropriate patient support, management and referral. Nurses in primary care play a key role in checking how well patients are managing their condition and refer them when appropriate. In specialist severe asthma services, respiratory nurse specialists assess patients, help define their asthma subtype and administer novel therapies. This article provides an overview of severe asthma management and the role of nurses.

Bronchial asthma is one of the most endangering civilizational diseases of the 21st century. Studies show that the number of patients with bronchial asthma around the world is 300 million and it is constantly increasing. The actions taken by the nurse towards the patient depend on the duration period of the disease and the health condition of the patient, as well as the range of the expected aid. The aim of all those actions is supporting and aiding the patient to gain and sustain an optimal level of functioning with the disease in everyday life.

***Aim of the study:*** The purpose of this paper is to measure the level of knowledge that nurses have for bronchial asthma and to record the nursing procedures in patients who suffer from this pathology.

***Results:*** The level of knowledge that the nursing have on the bronchial asthma is above average, so  $X = 4.88$  out of 6 max points. It is noticed that work experience and age impact positively thw nurses knowledge, while academic education had no impact. It was also noted that the relationship between knowledge of this pathology and disease control by the nurse was statistically significant and also positive.

***Conclusions.*** To reduce the risk of the disease exacerbations the nurse can suggest the patient some methods of the elimination of allergens from the environment as well as introduce and teach her the methods of stress management, because these are the main problems in the patient that can lead to the exacerbation of the disease. The main tasks of the nurse in educating the patient are the eradication of knowledge deficiencies related to self-control and the elimination of allergens or agresors.

## Abstrakt

Astma bronkiale është një nga sëmundjet më të shpeshta të shoqërisë civile të shekullit të 21, duke numëruar rreth 300 milion të sëmurë në mbarë botën, numër I cili ka tendencë të rritet. Kjo sëmundje ndikon negativisht në cilësinë e jetës së pacietit, në përdorimin e burimeve të perkujdesjeve shëndetsore si dhe gjithë shoqërinë në tërësi. Komplikacionet e astmës bronkiale mund të jenë fatale, deri në vdekje, raste të cilat mund të shmangen me mbështetjen, menaxhimin dhe referimin e duhur të pacientit.

Infermierët e secilës prej hallkave të shërbimit shëndetsor, luajnë një rol të rëndësishëm në kontrollin dhe manaxhimin e rasteve të paraqitura me astma bronkiale. Infermieri mund të marr pjesë në diagnostikim e tipit të kësaj patologjie, në referimin e rastit tek mjeku specialist si dhe edukimin shëndetsor të pacientit për të mbajtur nën kontroll këtë sëmundje.

**Qëllimi** i këtij punimi është matja e nivelit të njohurive që kanë infermierët ndaj astmës bronkiale si dhe evidentimi I procedurave infermiore tek pacientët të cilët vuajnë nga kjo patologji.

**Rezultate:** Niveli I njohurive që zotërojnë infermierët ndaj astmës bronkiale është mbi mesataren, pra është I kënaqshëm,  $X=4.88$  nga 6 pike max. Vihet re se eksperiencia e punës dhe mosha ndikonin pozitivisht mbi njohuritë e infermierëve, ndërsa formimi akademik nuk kishte ndikim. Gjithashtu u vu re se marrëdhënia midis njohurive ndaj kësaj patologjie dhe kontrollit të sëmundjes nga infermieri, kishte karakter pozitiv sinjifikant.

**Përfundime.** Për të zvogëluar rrezikun e përkeqësimit të sëmundjes infermierja mund të sugjerojë pacientin disa metoda të eliminimit të alergjeneve nga mjedisi si dhe të prezantojë dhe t'i mësojë metodat e menaxhimit të stresit, sepse këto janë problemet kryesore të cilat mund të nxisin përkeqësimin e gjendjes shëndetsore të pacientit. Përpos menaxhimin dhe kontrollit infermieror, infermieri duhet të marr pjesë në edukimin shëndetsor të pacietit duke rritur nivelin e njohurive që lidhen me vetëkontrollin dhe shmangien e faktorëve riskant ndaj kësaj sëmundjeje.

## Hyrje

Në këtë punim do të trajtohet patologjia e astmës bronkiale, jo vetëm për arsyen që kjo sëmundje ka një prevalencë të lartë në popullatë, por për faktin që kjo gjendje shëndetsore mund të parandalohet si dhe të kontrollohet.

Astma bronkiale është sëmundje kronike që karakterizohet me rritjen e sensibilitetit të trakesë, bronkeve dhe bronkiolve ndaj shkaktarëve të ndryshëm, e cila shoqërohet me ngushtim të fortë të rrugëve të frymëmarrjes.

Sipas Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSH) Astma Bronkiale është e renditur në vendin e 6 duke u bërë kështu një barrë për individin (adultë e fëmijë), për familjen e ekonominë, dhe gjithashtu është i rëndësishëm fakti se po evidentohen rritje të dukshme e sëmundjeve alergjike në moshën e fëmijërisë dhe në adoleshentë më shumë sesa në grupmoshat e tjera, e cila përveç problemit të madh shëndetësor ka dhe një kosto të madhe ekonomike dhe sociale.

Rritja e prevalencës së astmës bronkiale, kryesisht asaj me natyrë alergjike, është bërë shkak I rëndësishëm i mungesave në shkollë e punë, shpenzimeve shumë të larta për kujdesin shëndetësor. Për një rritje të tillë është akuzuar një stil modern jete, pasi popullata urbane po rritet dhe banoret janë nën ndikimin e ndotjes së ajrit nga djegia e karburantit të makinave. Ata jetojnë në zona ku ka dendësi të lartë popullate, të cilat në mjaft raste krijojnë një mikroklimë mjaft të favorshme për rritjen e pluhurit të shtëpisë apo të myqeve.

Në vendet e zhvilluara sot 1 në 4 fëmijë sot vuan nga Astma bronkiale, pavarësisht shkakut apo tipit të saj<sup>1</sup>.

Për të parandaluar apo mbajtur këtë sëmundje nën kontroll është e rëndësishme të theksohet roli I infermierit duke nisur që prej diagnostikimit, menaxhimit deri në informimin e pacientit për të drejtuar sëmundjen.

Ashtu sikurse cdo sëmundje edhe menaxhimi I astmës bronkiale kërkon njohuritë e nevojshme thelbësore të kësaj patologjie, aftësitë e duhura menaxhuese si dhe aftësitë për të edukuar apo referuar pacientin në rastet e nevojshme. Në këtë punim nuk do të trajtohet vetëm astma bronkiale në aspect teorik por do të nxirret në pah roli I infermierit në menaxhimin e këtyre rasteve si dhe niveli që zotërojnë ata ndaj kësaj gjendjeje shëndetsore.

---

<sup>1</sup> Marre nga: <http://www.qsut.gov.al/index.php/06-maj-dita-boterore-e-astmes/>



## I. Kuadri teorik

Në këtë pjesë të punimit do të bëhet një paraqitje e koncepteve bazë të astmë bronkiale, shkaktarëve të saj si dhe rolit të infermierit në parandalimin e kesaj sëmundjeve dhe në përmirësimin e gjendjes së të sëmurëve kronik me këtë patologji.

### 1.1 Si ta njohim astmën

- Fjala “astmë” vjen nga greqishtja e lashtë dhe do të thotë pikturë. Në thelb, sëmundja e astmës konsiderohet si sëmundja e pamundësisë së të marrit frymë.

- Është sëmundje kronike, që prek rrugët e frymëmarrjes, ose e thënë ndryshe tubat që transportojnë ajrin brenda dhe jashtë mushkërive.

- Kur je me astmë muret e brendshme të rrugëve të frymëmarrjes infektohen lehtësisht dhe janë shumë të ndjeshme. Për shkak të faktorëve të ndryshëm, ato, përveçse irritohen, edhe ngushtohen duke pakësuar sasinë e ajrit që shkon në mushkëri. Kjo shkakton simptomat e kollitjes, marrjen e frymës, apo teshtimën.

- Astma nuk mund të kurohet, por pjesa më e madhe e njerëzve që e kanë mund ta kontrollojnë dhe si pasojë të kenë një jetë normale.

- Kur situata rëndohet, atëherë kemi të bëjmë me një krizë astme. Në raste të tilla, rrugët e frymëmarrjes mund të mbyllen në mënyrë të tillë që të mos arrijnë ta çojnë dot oksigjenin e mjaftueshëm tek organet jetike. Njerëzit mund të vdesin nga kriza të tilla.

- Të kujdesesh për astmën është shumë e rëndësishme. Duhet të bashkëpunosh ngushtë me mjekun për të mësuar se si të manovrosh në raste të ndryshme.

- Studimet ende nuk e kanë nxjerrë në dritë se cilat janë rastet që shkaktojnë astmën, megjithatë dihet se nëse në një familje është dikush me astmë, anëtarët e tjerë janë më të prirur ta kenë një gjë të tillë.

### 1.2 Cilet persona jane me te predispozuar te kene keto probleme?

Ashtu si edhe tek alergjite, edhe tek azmat do te thosha se asnje person nuk mund te perjashtohet dhe te jete i mbrojtur nga azma bronkiale. Por mund te thuhet se, ndryshimi i stilit te jeteses eshte edhe shkaktari kryesor sot per shfaqjen e semundjes. Pra, ketu do te fusnim rritjen e standardit te jeteses, ndryshimit te stilit te jetes dhe regjimit ushqimor, rritjes se nivelit te ndotjes se ajrit etj. Astma mund të ndodhë në çdo moshë, por pik incidenca ndodh në tre vjet. Meshkujt fëmijë janë subjekte dy herë më shumë se femrat, por në të rriturit nuk ka ndonjë

dallim të madh . Pjesa më e madhe e asthmes fillon në fëmijëri dhe bëhen asimptomatike në adoleshencë ose moshën e rritur, por ndonjëherë simptomat nuk zhduken ose rishfaqen në moshën e rritur, veçanërisht në rastet e astmës rënda. Në të rriturit, simptomat kanë tendencë të bëhen subjektet kronike dhe asimptomatike rrallë kthehen. Ashpërsia e astmës mbetur i qëndrueshëm në kohë kështu që është e rrallë në forma të astmës butë që rezultojnë në astmë të ashpër, subjekte me astmë të rëndë janë zakonisht nga fillimi.

### **1.3 Faktoret e rrezikut.**

Astma bronkiale, një sëmundje kronike serioze, që dita ditës po shpeshtohet, dhe futet ndër problemet shëndetësor botërore.

#### **1.3.1 Faktorët personal**

##### **➤ Predispozicioni gjenetik për zhvillimin e astmës**

Një numër studimesh kanë treguar një rritje të prevalencës së astmës dhe të fenotipit astmatik te të sapolindurit e individëve që vuajnë nga astma, duke i krahasur me të sapolindurit nga prindër që nuk vuajnë nga astma. Fenotipi astmatik mund të indentifikohet me të dhëna subjektive (p.sh. me shenjat e sëmundjes), me të dhëna objektive (nëpërmjet matjes së mbindjeshmërisë bronkiale ose nivelit të IgE-së në serum), ose me të dyja mënyrat së bashku.

Mjaft studime familjare kanë treguar bindshëm se atopia, mbindjeshmëria e rrugëve të frymëmarrjes dhe astma e diagnostikuar me pyetësorë janë, së paku pjesërisht, nën kontrollin gjenetik. Studime të realizuara në binjakë kanë vërtetuar se përqindja e astmës, e ekzemës dhe e alergjisë nga barërat është më e lartë në fëmijët monozigotë sesa në ata dizigotë, duke e bërë të qartë forcën e kontributit gjenetik. Në studimet e bazuara në binjakë vlerësohet se efekti i faktorëve gjenetikë është 35-70 %.

Pavarësisht nga përparimi i biologjisë molekuare dhe i gjenetikës, nuk është gjetur asnjë gjen (ose gjene) i sigurt, i lidhur me trashëgiminë e atopisë ose të astmës. Rezultatet e studimeve të ndryshme sugjerojnë se në patogjenezën e astmës mund të përfshihen gjene të shumta dhe se ka rajone kromozomike që mund të strehojnë gjene predispozuese të astmës (p.sh. kontrolli gjenetik i përgjigjes imune apo i citokinave proinflamatore).

##### **➤ Hiperreaktiviteti i rrugëve të frymëmarrjes**

Një faktor rrezikshmërie i astmës është hiperreaktiviteti i rrugëve të frymëmarrjes, një gjendje në të cilën një stimul provokues në rrugët e frymëmarrjes shkakton me lehtësi një obstrukcion shumë të shprehur bronkial. Kjo gjendje ka një komponent të trashëgueshëm dhe është e lidhur ngushtë me nivelet e IgE-ve në serum dhe me inflamacionin e rrugëve të

frymëmarrjes. Tendenca për të prodhuar një nivel më të lartë të IgE-totale serike është e bashkëtrashëguar me hiperreaktivitetin e rrugëve të frymëmarrjes dhe një gjen që drejton hiperndjeshmërinë bronkiale dhe ndodhet i vendosur pranë një lokusi kryesor që rregullon nivelet serike të IgEve në kromozomin 5q.

Hiperreaktiviteti asimptomatik i rrugëve të frymëmarrjes ndaj histaminës është një faktor rreziku për zhvillimin e astmës.

Hiperndjeshmëria asimptomatike në rrugët e frymëmarrjes lidhet me inflamacionin dhe rimodelimin e rrugëve të frymëmarrjes, duke sugjeruar që inflamacioni i rrugëve të frymëmarrjes mund t'i paraprijë fillimit të astmës.

### 1.3.2 Plurat e shtepise.

Në përbërjen e pluhurit të shtëpisë ndodhen substanca të ndryshme organike dhe inorganike, si: sporet, grimcat e pjalmnit, insektet dhe feçet e tyre; pleshtat e gjitarëve, akarienët. **Macet** -alergenët e maces janë agjentë të fuqishëm sensibilizues të rrugëve të kalimit të ajrit. Proteina kryesore alergjike (*Fel d1*) gjendet në lëkurën e maces, në djersën dhe në urinën e saj. Ky allergen transportohet në pjesëza të vogla rreth 3-4 mikronë diametër, të cilat bëhen lehtësisht të transportueshme nga ajri dhe janë përgjegjëse për shfaqjen e shpejtë të simptomave respiratore në personat e sensibilizuar nga macet. Ekspozimi i hershëm ndaj maceve më tepër mund ta ulë, sesa ta rrisë rrezikun e fëmijës për zhvillimin e astmës, ndërsa allergenët e maceve mund të përbëjnë një faktor rreziku për rëndimin e astmës dhe vizitat në urgjencë.

**Qentë** - prodhojnë dy proteina të rëndësishme alergjike: *Can f1* dhe *Can f2*. Karakteristikat e allergenëve të qenve janë të ngjashme me ato të allergenëve të maceve. Mbi 30% e individëve alergjikë i kanë pozitive testet e lëkurës për ekstraktet e qenve.

**Brejtësit** - shumë fëmijë i mbajnë brejtësit në shtëpi dhe ka vende brenda në qytete ku ka edhe minj të egër dhe minj të ujit. Alergeniciteti i antigeneve të brejtësve njihet mirë në ata që merren me kafshët, të cilët sensibilizohen nga proteinat urinare.

**Mykrat** - mund të veprojnë si allergenë të brendshëm të transportueshëm nga ajri. Ndërmjet këtyre është *alternaria*, e cila është një faktor i vërtetuar rreziku për astmën në popullata të ndryshme dhe që në ShBA është shoqëruar me rrezikshmërinë për vdekje nga astma.

### 1.3.3 Tymi i duhanit

Djedia e duhanit, i cili është një burim i kudogjendshëm i irrituesve të brendshëm, prodhon një përzierje komplekse të gazrave, avujve dhe lëndëve të veçanta. Në tymin e duhanit janë identifikuar më shumë se 4500 përbërje dhe kontaminues, midis tyre pjesëza të respirueshme, hidrokarburet policiklike, monoksidi i karbonit, dioksidi i karbonit, oksidi nitrik,

nikotina dhe akroleina.

#### 1.3.4 Ndotja e ajrit

Ndotja e ajrit përcaktohet si akumulim atmosferik i irituesve në një nivel të tillë, që bëhet e dëmshme për njerëzit, kafshët ose bimët. Të dy irituesit -i jashtëm dhe i brendshëm- ndikojnë në ndotjen e ajrit.

#### 1.3.5 Infeksionet respiratore

Infeksionet respiratore kanë një marrëdhënie komplekse me astmën. Të tilla infeksione në jetën e hershme kanë qenë të shoqëruara me rritjen dhe uljen e rrezikshmërisë për zhvillimin e astmës, dhe infeksionet në moshë të ndryshme janë shoqëruar me fillimin e krizave.

Të dhënat epidemiologjike konfirmojnë që infeksionet virale respiratore akute shkaktojnë kriza astme si te të rriturit, ashtu dhe te fëmijët. Viruset më të zakonshme respiratore në fëmijët janë:

- *virusi respirator sincicial*, i cili shkakton rreth 50% të të gjitha sëmundjeve me fishkëllimë në gjoks (ëheezing) dhe 80% të rasteve të bronkiolitit në këtë grupmoshë;
- *virusi i parainflucës*, një shkak i rëndësishëm i bronkiolitit dhe krupit në fëmijëri;
- *viruset e zakonshme të të ftohtit*, të tilla si rinoviruset, shpërthyesit kryesorë të fishkëllimës në gjoks në fëmijët më të mëdhenj dhe në adultët me astmë.

Infeksionet bakteriale, veçanërisht nga *clamidia pneumoniae* në fëmijëri, mendohet se luajnë rol në zhvillimin e astmës gjatë jetës. Ekziston një shoqërim i qartë mes infeksioneve të rënda respiratore virale në fëmijërinë e hershme dhe zhvillimit të astmës në fëmijët, më vonë. Gjithashtu është e qartë që ky shoqërim shkaktohet nga një mosekuilibër i zakonshëm paraekzistues në imunitet (deficit  $T_H1$  dhe rritje  $T_H2$ ).

**Shkaktarët astmës bronkiale atopike janë:** alergjenët e ambientit jetësor dhe të disa llojeve të ushqimit, (pluhuri i shtëpisë, ku gjendet një lloj tenje).

1. Trashëgimia
2. Poleni (pluhuri i disa luleve, qimet e bagëtime, pendlat, pluhuri kur i pastrojmë rrobat me furçë, pastaj edhe pluhuri i shtëpisë).
3. Pirja e duhanin, kafja, alkooli, lëngjet e gazuara, etj.

**Shkaktarët e astmës bronkiale joatopike janë:** ngacmuesit jospecifikë si, infeksionet, inhalimet ngacmuese të gazrave mikroorganizmat, që ndodhen te pluhurat e shtëpisë, lagështia, presioni atmosferik, tymrat dhe ndotësit e ndryshëm, streset emocionale, ilaçet, ushqimet, viruset e ndryshme.

**Mekanizmi i sulmit akut astmatik shoqërohet me** ngushtim të rrugëve të frymëmarrjes, hipersekretim të gjëndrave të mukozës, ënjtje të membranës mukozale dhe të murit bronkial.

**Astma bronkiale shoqërohet me triasin e simptomave** tajitje e tepruar e sekretit në rrugët e frymëmarrjes, frymëmarrje e vështirësuar, kollë me këlbazë, zhurmë fishkëllyese.

#### 1.4 Statusi astmatik

Statusi astmatik paraqet formën më të rëndë të sulmeve astmatike e cila zgjat më tepër se 24 orë dhe është rezistent në përdorimin e medikamenteve-bronkodilatatorë. Shkaktarët e sulmeve astmatike mund të janë si pasojë e obstrukcionit të bronkeve të vogla ose bronkiolve.

**Ekzistojnë dy forma statusi astmatik:**\* Forma e parë paraqitet si pasojë e infeksionit, paraparak janë gjendjet febrile, dhe\* Forma e dytë fillon shpejt me atak astmatik frymëzënie dhe nuk mund ta prevenojnë as mjetet e rëndomta që përdoren për mjekimin e sulmit astmatik. Që të dy format shoqërohen me pamjaftueshmëri të rrugëve të frymëmarrjes dhe me ndryshime të rënda në përmbajtjen e gazrave në gjakun arterial, si dhe me ndryshime kardiovaskulare, neurologjike dhe psikiatrike.

**Simptomat dhe shenjat e sëmundjes,** I sëmuri është në gjendje të rëndë, me frymëmarrje të theksuar, i shqetësuar, merr pozitë të detyruar, pozitë gjysmë ulur, lëkura është e zbehtë cianotike, shpesh kollitet pa mundësi të nxjerrjes së sekretit. Frymëmarrja është e dëgjueshme, fishkëllyese, gurgulluese me eksperium të zgjatur. Me shfaqjen e përgjumësisë, shumë shpejt paraqitet cianoza, me ndryshime në ritmin e zemrës takikardia dhe me rënie të shtypjes arteriale, këto janë shenja paralajmëruese për rrezikimin e jetës së të sëmurit.

**Te format e lehta të sulmit astmatik** zhvillohet dispnea, shqetësimi, i sëmuri është i drejtuar në kohë dhe në hapësirë:

**Te format e rënda të sulmit astmatik** – i sëmuri është shumë i shqetësuar, nuk është i orientuar në kohë dhe në hapësirë ose është somolentë, ndërsa.

**Te format më të rënda të sulmit astmatik** i sëmuri ndodhet në gjendje kome.

Pulsi është i shpejtuar rreth 100 në minutë, frekuenca e punës së zemrës është nën 80 në minutë dhe paraqet si një parashenjë për arrest kardiopulmonal ose frekuenca e punës së zemrës mund të arrijë deri në 110 min. Frekuenca e frymëmarrjes mund të arrijë mbi 25 respiracione në

minutë. Shtypja e i gjakut mund të jetë pak e ngritur ose në vlera normale. Mund të paraqitet hipotensioni që është shenjë e keqe. Nëse fëmija ose personat e rinj nga të dhënat e marra, që edhe më parë kanë pasur herë disa sulme astmatike si: frymëmarrje të vështiruar e dëgjueshme, fishkëllyese, gurgulluese me eksperiment të zgjatur mund të bëhet fjalë për astmë. Por duhet të kemi kujdes të fëmijët dhe të personat e moshuar sulm astmatik, duhet të jemi shumë të kujdesshëm, se mund të bëhet për mbyllje të rrugëve të frymëmarrjes nga trupat e huaj, bronhitisi, etj. Trupat e huaj në rrugëve të frymëmarrjes tek fëmijët mund të japin pasqyrën klinike të sulmit astmatik.

### **1.5 Ekspozimi ndaj faktorëve riskant**

➤ Megjithëse mjekimi farmakologjik i astmës është mjaft efikas në kontrollin e simptomave dhe në përmirësimin e cilësisë së jetës, duhen marrë masa për parandalimin e kësaj sëmundjeje të pashërueshme kronike, që zgjat gjithë jetën.

➤ Acarimet e astmës mund të shkaktohen nga faktorët e ndryshëm shpërthyes, si: alergenët, ndotësit, ushqimet dhe barnat. Parandalimi tretësor synon ta reduktojë ekspozimin ndaj këtyre faktorëve acarues për ta përmirësuar kontrollin e astmës dhe për ta pakësuar nevojën për barna.

Janë përshkruar tre nivele të parandalimit (profilaksisë) të sëmundjeve. Për astmën ato jepen kështu:

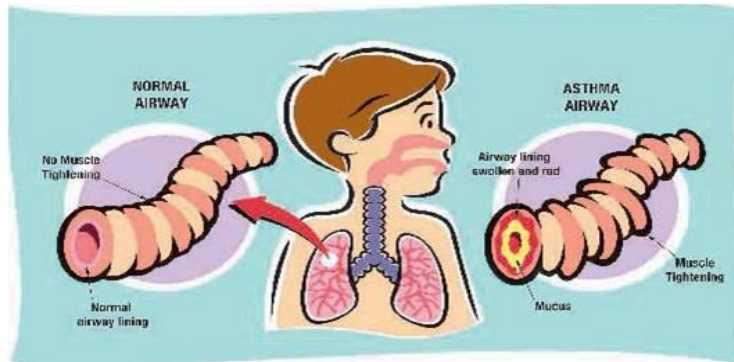
Parandalimi parësor duhet zbatuar përpara ekspozimit ndaj faktorëve të rrezikut, që dihet se shoqërojnë sëmundjen. Qëllimi është që të parandalojë shpërthimin e sëmundjes në individë të ndjeshëm (me rrezikshmëri). Kjo nuk është ende e mundur te astma. Të dhënat tregojnë se sensibilizimi alergjik është prekursori më i zakonshëm në zhvillimin e astmës. Meqenëse sensibilizimi mund të ndodhë që para lindjes, parandalimit parësor mund të kryhet në periudhën perinatale.

Parandalimi dytësor kryhet pasi ka ndodhur sensibilizimi parësor ndaj alergenit ose alergenëve, por përpara shfaqjes së ndonjë shenjë sëmundjeje. Qëllimi është parandalimi i vendosjes së sëmundjes kronike, persistente në personat e ndjeshëm dhe tek ata që kanë shenjat e para të sëmundjes. Kjo është studiuar kohët e fundit te astma. Parandalimi dytësor i astmës duhet të synohet në mënyrë specifike në vitin e parë ose të dytë të jetës.

Parandalimi tretësor përfshin shmangien ndaj alergenëve dhe nga faktorët shpërthyes jospecifikë, kur astma është shfaqur. Qëllimi synon parandalimin e acarimeve ose të sëmundshmërisë, që do të ndodhte me ekspozimin ndaj alergenëve të njohur ose irrituesve.

Megjithatë provat tregojnë se ndryshimet histopatologjike të sëmundjes janë të pranishme që me shfaqjen e simptomave të astmës.

### 1.6 Ndryshimet anatomo-patologjike në astmën bronkiale



Makroskopikisht në pacientët që kanë vdekur nga astma, mushkëria është e mbimbushur me ajër; në bronket e mëdha dhe në ato të vogla gjenden tapa të përbëra nga një përzierje e mukusit me proteinat e serumit, qeliza inflamatore dhe mbeturina qelizore. Mikroskopikisht ka një infiltrim të lumenit dhe të murit bronkial me eozinofile dhe limfocite që shoqërohen me vazodilatacion, eksudat mikrovaskular dhe çarje te epitelit

Ndryshimet trofike përfshijnë hipertrofinë e muskulaturës së lëmuar, riformimin e enëve të reja të gjakut, rritjen e numrit të qelizave epiteliale, goblet dhe depozitim të kolagjenit intersticial poshtë epitelit (trashje e membranës bazale). Këto ndryshime mund të rriten si pasojë e procesit të dëmtimit të mëtejshëm të bronkut, duke çuar në rimodelimin bronkial. Si inflamacioni akut, ashtu edhe ai kronik janë të shpërndarë në mënyrë të çrregullt përgjatë bronkeve, duke përfshirë edhe rrugët e vogla (<2 mm diametër), edhe parenkimën.

Në pacientët me astmë të rëndë, si në gjendjet akute edhe kronike, përveç eozinofileve dhe limfociteve, gjenden edhe neutrofile, që mund të luajnë një rol të rëndësishëm në përkeqësimin e sëmundjes. Në shumë studime është parë se neutrofilet mbizotërojnë në mushkërinë e të sëmurëve me astmë, që bëjnë vdekje të papritur nga sëmundja. Ka qenë e vështirë të përcaktohej lidhja ndërmjet ndryshimeve patologjike dhe të dhënave klinike. Prania dhe sasia e qelizave inflamatore në sputum, si dhe e mediatorëve të tyre në likide të ndryshme të trupit është përdorur për të reflektuar aktivitetin e inflamacionit të rrugëve të frymëmarrjes. Meqë mungojnë matjet joinvazive të mirëpërcaktuara për vlerësimin e inflamacionit bronkial në astmë, klinikistët janë bazuar në të dhëna zëvendësuese, si eozinofilet në sputum apo matja e oksidit nitrik në ajrin e ekspiruar.

Gjatë inflamacionit alergjik në astmë çlirohen mjaft mediatorë që kanë aftësi të prodhojnë ndryshime strukturale në rrugët e frymëmarrjes ose të tërheqin qeliza inflamatore për të shkaktuar dëmtim të indit bronkial.

Me rëndësi të veçantë është dëmtimi i epitelit ciliar, i cili vende-vende hollohet deri në një shtresë të vetme qelizash bazale. Në tentativë për ti kompensuar këto dëmtime, qelizat epiteliale dhe miofibroblastet që shtrihen poshtë epitelit, mund të proliferojnë dhe të depozitojnë kolagjenin intersticial në *lamina retikularis* të membranës bazale. Kjo përgjigje dhe proceset riparuese të dëmtimeve shpjegojnë trashjen e dukshme të membranës bazale, që është karakteristikë e astmës.

Të dhëna të tjera tregojnë se ndryshimet trofike, si: hipertrofia dhe hiperplazia e muskulaturës së lëmuar bronkiale, rritja e numrit të qelizave goblet, zgjerimi i gjëndrave submukozë, rimodelimi i indit lidhor të rrugëve të frymëmarrjes janë komponentë të rëndësishëm të sëmundjes. Megjithëse ende nuk njihen shumë nga mediatorët përgjegjës për këto ndryshime të arkitekturës së bronkeve, duket se rëndësi të veçantë kanë citokinat, kemokinat dhe faktorët e rritjes. Këta faktorë prodhohen nga një sërë qelizash, duke përfshirë: mastocitet, limfocitet, eozinofile, bazofile, qelizat epiteliale, qelizat dendritike dhe qelizat e muskulaturës së lëmuar. Pavarësisht nga sa u tha më lart, prapë nuk janë kuptuar qartë faktorët që e rregullojnë tranzicionin mes inflamacionit akut, sëmundjes persistente dhe rimodelimit bronkial. Prandaj është i rëndësishëm sqarimi i këtyre mekanizmave për zhvillimin e mëtejshëm të shumë trajtimeve efektive në të ardhmen.

Shumë shpesh astma te fëmijët dhe të rriturit është e lidhur me atopinë, e cila përkufizohet si një prirje gjenetike për të prodhuar në mënyre të ekzagjeruar sasi të mëdha të IgE-ve ndaj alergenëve të zakonshëm të ambientit, si: akarienët, proteinat shtazore, polenet dhe kërpudhat. Si pasojë, mastocitet bëhen të ndjeshme dhe, me aktivizimin e tyre, kemi fillimin e një përgjigjeje inflamatore.

Atopia gjendet në 30-50% të popullsisë në vendet e zhvilluara, madje vërehet edhe kur mungon sëmundja. Megjithatë, kur shprehet në rrugët e poshtme, ajo është një nga faktorët-bazë të astmës. Kur shfaqet në organet e tjera, shkakton sëmundje të tilla, si: riniti, konjuktiviti, ekzema (dermatiti atopik) dhe alergjia ushqimore.

Për shumë pacientë me astmë sëmundja fillon para moshës 6-vjeçare. Megjithatë mjaft të dhëna tregojnë se proceset që marrin pjesë në sensibilizim, mund të fillojnë *in utero*. Kalimi i mundshëm nga sensibilizimi alergjik në inflamacion me fishkëllima duket se ndikohet që në moshën 1-2 vjeç nga shumë faktorë, si: tymi i duhanit, infeksionet respiratore virale



(veçanërisht virusi sinticial respirator), dieta, përdorimi i antibiotikëve, akarienet.

### 1.6.1 Ndarja e ndryshimeve anatomo-patologjike

Ndryshimet anatomo patologjike varen nga :

#### ➤ **Obstruksioni bronkial**

Episodet rekurrente të rënies së fluksit të ajrit në astmë bazohen në katër faktorë:

- 1) *Bronkokonstriksioni akut;*
- 2) *Edema e murit të rrugëve të frymëmarrjes;*
- 3) *Formimi kronik i tapave të mukusit;*
- 4) *Rimodelimi i murit të rrugëve të frymëmarrjes.*

Çdonjëri prej këtyre faktorëve lidhet me përgjigjen inflamatore të rrugëve të frymëmarrjes

#### ➤ **Bronkokonstriksioni akut**

Mekanizmi i obstruksionit bronkial akut ndryshon sipas stimulit. Bronkokonstriksioni akut i shkaktuar nga alergjenët, vjen nga çlirimi IgE-vartës i mediatorëve nga mastocitet, si: histamina, prostaglandinat dhe leukotrienet që kontraktojnë muskulaturën e lëmuar. Ky reaksion, i cili quhet përgjigjja e hershme astmatike, përbën bazën e bronkokonstriksionit gjatë ekspozimit ndaj aeroalergenëve. Astma e provokuar nga antiinflamatorët josteroidë (AIJS), konsiderohet pasojë e çlirimit të mediatorëve (veçanërisht leukotrieneve), megjithëse mekanizmat e saktë përgjegjës nuk janë sqaruar ende plotësisht. Obstruksioni bronkial akut mund të ndodhë pasi rrugët e frymëmarrjes në astmë janë hiperreaktive (të mbindjeshme) ndaj një sërë stimuljsh.

Shumë stimuj mund të shkaktojnë bronkokonstriksion akut, si: inhalimi (thithja) i alergjenëve, eforti, ajri i ftohtë, tymrat, lëndët kimike, po ashtu dhe emocione të forta, si të qarët e të qeshurit. Mekanizmat e shkaktimit të bronkokonstriksionit përfshijnë kombinime të ndryshme të kontraksionit të drejtpërdrejtë të muskulaturës së lëmuar, çlirimit të mediatorëve nga qelizat inflamatore të nxitura nga citokinat parësore dhe stimulimit të reflekseve nervore lokale dhe qendrore. Frenimi i tonusit  $\beta$ -adrenergjik përmes përdorimit të gabuar të antagonistëve (të receptorëve  $\beta$ ) mundet të çojë në bronkokonstriksion të rëndë akut si rrjedhim i moskundërshtimit të veprimit të mediatorëve të çliruar konstriktorë (veçanërisht acetilkolinës).

#### ➤ **Edema e murit të rrugëve të frymëmarrjes**

Obstruksioni bronkial vjen edhe nga edema e murit bronkial me ose pa kontraksion të muskulaturës së lëmuar. Bronkodilatatorët mund ta ulin disi këtë komponent (edemën) të obstruksionit bronkial, por më efektiv janë antiinflamatorët, veçanërisht glukokortikoidet. Ky komponent i astmës është i ngjashëm me obstruksionin bronkial që ndodh në mënyrë karakteristike 6 deri 24 orë pas hyrjes së alergjenit në rrugët e frymëmarrjes, e cila quhet si

përgjigje e vonuar astmatike. Rritja e permeabilitetit mikrovaskular dhe e eksudatit çon në trashjen e mukozës dhe në edemën e rrugëve të frymëmarrjes. Kjo shkakton edemë të murit bronkial dhe humbje të elasticitetit, të cilat, që të dyja, çojnë në hiperreaktivitet të bronkeve.

➤ **Formimi kronik i tapave të mukusit**

Ky obstrukcion bronkial është më pak i studiuar, meqenëse zakonisht duhen javë ose më shumë që të korrigojohet, pas fillimit të trajtimit me antiinflamatorë. Sekretimi i shtuar i mukusit, një eksudat me proteina serike, dhe mbeturinat qelizore formojnë tapa të trasha, të cilat, në mënyrë karakteristike, bllokojnë bronket më periferike dhe janë të vështira për tu larguar.

➤ **Rimodelimi i murit të rrugëve të frymëmarrjes**

Obstrukcioni bronkial ndonjëherë nuk korrigojohet me glukokortikoide. Baza qelizore dhe molekulare e kësaj mungese të përgjigjes ndaj mjekimit shoqërohet me ndryshime stukturore të matriksit të rrugëve të frymëmarrjes, pas një inflamacioni të zgjatur dhe të ashpër, ose mund të lidhet me efekte të tjera më pak të sqaruara, me një përgjigje të zvogëluar ndaj mediatorëve, duke përfshirë edhe glukokortikoidet. Nga pikëpamja klinike, inflamacioni i rrugëve të frymëmarrjes është faktori më i mundshëm përgjegjës për variacionet në rëndimin e astmës, prandaj është elementi që u përgjigjet më mirë mjekimeve kontrolluese të tilla si glukokortikoidet e inhaluara. Megjithatë, edhe në mungesë të simptomave dhe të obstrukcionit bronkial difuz, astma vazhdon të ekzistojë në formën e inflamacionit bronkial minimal dhe të hiperreaktivitetit bronkial.

Më shpesh vdekja nga astma karakterizohet prej infiltrimit të shtuar të rrugëve të frymëmarrjes me eozinofile, mastocite dhe qeliza mononukleare, që prekin bronket e mëdha e të vogla.

## 1.7 Klasifikimi I astmës bronkiale

### 2. Astma alergjike

Faktorët provokues janë: (alergjeni kryesor në pluhurin e shtëpisë).

- Qimet, puplat dhe epiteti i kafshëve.

-Kërpudhat.

- Poleni i barit, drunjve dhe shkurreve.

### 3. Astma joalergjike

Faktorët provokues janë:

- Tymi i cigareve.
- Mjetet dezinfektuese
- Parfimet dhe aromat.
- Faktorët e ndotjes së mjedisit.

4. **Astma profesionale.** Alergjenët dhe faktorët provokues janë: - Faktorët të cilët përshpejtojnë zhvillimin e astmës duke përfshirë ekspozimin e avujve, kemikateve, pluhurit, pesticideve, tymit dhe substancave tjera nga vendpunimi.
5. **Astma e ndikuar nga aktiviteti fizik.** Alergjenët dhe faktorët provokues janë: - Ushtrimet që përfshijnë thithjen e ajrit të ftohtë (vrapimi dimrit) mund të shkaktojnë astmën e ndikuar nga aktiviteti fizik.
6. **Astma e ndikuar nga aspirina.** Një numër i konsideruar i njerëzve është i tejndieshëm në ilaçet josterioide inflamator.

## 1.8 Diagnoza klinike

### ➤ Anamneza dhe vlerësimi i simptomave

Diagnoza klinike e astmës shpesh bazohet në simptoma të tilla si dispnea episodike, fishkëllima dhe shtrëngimi i gjoksit. Në vendosjen e diagnozës ndihmon shumë karakteri sezonal i simptomave dhe një histori pozitive familjare për astmë e sëmundje atopike.

Vlerësimi i simptomave dhe i funksionit pulmonar janë parametra të rëndësishëm për vlerësimin e karakteristikave të astmës.

Shenja klinike të tilla si: dispneja, fishkëllima, mbiajrosja torakale janë të pranishme në qoftë se pacienti vizitohet gjatë periudhave simptomatike. Gjatë një acarimi të astmës, kontraksionit se muskulaturës së lëmuar bronkiale, edema dhe hipersekrecioni tentojnë të mbyllin bronket e vogla. Për ta kompesuar këtë, pacienti respiron në volume të larta pulmonare për ta rritur retraksionin e jashtëm bronkial, duke ndihmuar në ruajtjen e punës së tyre.

Kështu, sa më i theksuar të jetë obstrukcioni, aq më e madhe është tendenca e bronkeve për tu mbyllur, dhe një volum më i madh pulmonar do të ishte i nevojshëm për të mbajtur bronket e hapura. Kombinimi i mbiajrosjes torakale dhe obstrukcionit bronkial progresiv në një acarim astmë rrit ndjeshëm punën respiratore. Ndonëse fishkëllima është shenja më tipike në astmë, kjo simptomë mund të mungojë në astmën e rëndë. Sidoqoftë, pacientët në këtë situatë kanë shenja të tjera fizike që tregojnë rëndimin e sëmundjes, të tilla si: cianoza, përumbja, të folurit e vështirësuar, takikardia, distensioni torakal, përdorimi i muskulaturës ndihmëse respiratore dhe tërheqja interkostale. Për ta objektivizuar kontrollin e astmës dhe cilësinë e jetës janë përdorur sisteme të ndryshme pikëzimi të simptomave, që duhet të përshtaten sipas moshës dhe kulturës së pacientit.

### ➤ Ekzaminimi fizik

Përderisa simptomat e astmës janë të ndryshueshme, ekzaminimi fizik i sistemit respirator

mund të jetë normal. E dhëna më e shpeshtë objektive është fishkëllima në auskultacion. Sidoqoftë, disa pacientë me astmë mund të kenë auskultacion normal, por kanë ulje të ndjeshme të flukseve të ajrit të matura objektivisht.

Pyetjet që I bëjme pacientit janë: • Pacienti ka pasur ndonjë atak ose atake rekurrente të fishkëllimës?

- ❖ Ka kollë shqetësuese gjatë natës?
- ❖ Ka fishkëllimë ose kollë pas efortit fizik?
- ❖ Ka fishkëllimë, shtrëngim në gjoks ose kollë pas ekspozimit ndaj alergenëve apo ndotësve atmosferikë?
- ❖ A i kalon e ftohura në gjoks apo kërkon mbi 10 ditë për tu pastruar?
- ❖ A i përmirësohen simptomat ngatrajtimi i duhur anti-astmë?

➤ **Bejme Matjen e funksionit pulmonar**

Pacientët me astmë shpesh i njohin pak simptomat e tyre dhe e perceptojnë dobët përkeqësimin e sëmundjes, veçanërisht kur astma është e rëndë dhe e zgjatur në kohë. Vlerësimi i mjekut për simptomat si dispneja dhe fishkëllima mund të mos jetë i saktë. Vlerësimi i funksionit pulmonar, veçanërisht reversibilitetit të volumeve pulmonare, siguron një vlerësim të drejtpërdrejtë të obstrukcionit bronkial. Vlerësimi ose matja e ndryshimeve të funksionit pulmonar siguron një vlerësim indirekt të hiperreaktivitetit bronkial. Sidoqoftë, ndonjëse janë vendosur disa raporte mes të dhënave laboratorike të hiperreaktivitetit bronkial dhe PEF-it, këto raporte nuk janë të pandryshueshme. P.sh. PEF-i mund të përgjigjet shpejt pas trajtimit me glukokortikoide, ndërsa reaktiviteti bronkial ndaj histaminës apo metakolinës përmirësohet shumë më ngadalë. Megjithatë matja e obstrukcionit bronkial, reversibilitetit dhe e ndryshueshmërisë së tij konsiderohen themelore në vendosjen e diagnozës së saktë të astmës. Këto matje janë baza në strategjinë e trajtimit të astmës. Matja e funksionit pulmonar për diagnostikimin dhe monitorimin e astmës është analoge me matjet në sëmundjet e tjera kronike, sic është: matja e tensionit të gjakut për diagnozën dhe monitorimin e hipertensionit, si dhe matja e glukozës në gjak përdoren për diagnozën dhe monitorimin e diabetit.

**Spirometria** Për standardizimin e spirometrisë janë publikuar disa rekomandime. Procedura është e përsëritshme, por varet nga eforti. Megjithatë instruksioni që i bëhet pacientit se si ta kryejnë provën dhe vlerat më të larta të dy-tri provave të njëpasnjëshme, bën që të merren vlera të sakta. Testi fillon ta humbasë besueshmërinë kur vlerat e VEMS-it janë më pak

se një litër. Vlera teorike të VEMS-it, KV-së dhe PEF-it të bazuara te moshë, gjinia dhe gjatësia, janë nxjerrë nga studimet në popullatë dhe rishikohen vazhdimisht. Është e rëndësishme që vlerat teorike të VEMS-it, KV-së dhe PEF-it marrin në konsideratë edhe veçoritë etnike dhe kufijtë ekstremë të moshës. Duke qenë se sëmundje të tjera mund të çojnë në reduktim të VEMS-it, një parametër i dobishëm për vlerësimin e obstruksionit bronkial mund të përftohet nga raporti i VEMS-it me KV. Në pulmonin normal ky raport është më i madh se 80% dhe te fëmijët më i madh se 90%. Vlerat më të ulëta sesa këto flasin për obstruksion bronkial.

Spirometria ndihmon në diagnozën e astmës, kur kemi përmirësim të VEMS-it me 12% ose spontanisht, ose pas inhalimit të bronkodilatatorit, ose pas trajtimit me glukokortikoide. Spirometria ndihmon në diagnozën e astmës dhe në vlerësimin e gravitetit të saj.

**Fluksi ekspirator maksimal (PEF)** Një ndihmë shumë e madhe për diagnozën dhe trajtimin e astmës është matja e fluksit ekspirator maksimal. Aparatet për këtë nuk kushtojnë shumë, janë lehtësisht të transportueshme (portabël), plastike dhe ideale për përdorim shtëpiak nga vetë pacientët, për monitorimin e astmës së tyre. Këto aparate janë të dobishme në klinikë dhe në shërbimin ambulator për diagnozën e astmës, pasi përmirësimi prej 15% i PEF-it pas përdorimit të bronkodilatatorit apo pas trajtimit me glukokortikoide, e mbështet diagnozën e astmës.

Është e rëndësishme të theksohet se matja e PEF-it nuk korrelohet gjithmonë me të dhënat e tjera të funksionit pulmonar dhe mosluhatja e tij nuk e vlerëson gjithmonë gravitetin e astmës. Në fëmijët me astmë, PEF-i mund të jetë normal edhe kur keqësohet obstruksioni bronkial dhe gazet në gjak. Për më tepër, PEF-i mund të nënvlerësojë shkallën e obstruksionit bronkial. Gjithashtu te fëmijët matja e PEF-it nuk korrelohet gjithmonë me simptomat ose treguesit e tjerë të gravitetit të sëmundjes (23). Për këto arsye është mirë që matjet e PEF-it të krahasohen me vlerat më të mira të arritura nga pacienti.

Graviteti i astmës pasqyrohet jo vetëm në obstruksionin bronkial bazal, por edhe në ndryshueshmërinë e tij, veçanërisht gjatë 24 orëve. Idealisht PEFi duhet të matet herët në mëngjes, kur vlerat janë më të ulëta të mundshme, si dhe në darkë, kur vlerat janë zakonisht më të larta. Variacioni diurnal në PEF më tepër se 20% konsiderohet si diagnostikues i astmës; magnituda e variabilitetit është proporcionale me gravitetin e sëmundjes. Sidoqoftë, duhet të theksohet që në astmën e lehtë intermitente ose në sëmundjen e rëndë variabiliteti i PEF-it mund të mungojë ose të humbasë.

➤ **Hiperreaktiviteti bronkial**

Për pacientët me simptoma të astmës, por me funksion normal pulmonar, matja e

reaktivitetit bronkial ndaj metakolinës, histaminës ose efortit ndihmon në vënien e diagnozës së astmës. Këto matje janë sensitive për diagnostikimin e astmës, por kanë specifitet të ulët. Një test negativ e përjashton diagnozën e astmës persistente, por një test pozitiv nuk do të thotë gjithmonë se pacienti ka astmë. Kjo për shkak se hiperreaktiviteti bronkial është i pranishëm edhe në pacientët me rinit alergjik dhe në sëmundjet pulmonare obstruktive, të tilla si: fibroza cistike, bronkoektazia dhe sëmundja pulmonare obstruktive kronike.

➤ **Matjet joinvazive të treguesve të inflamacionit bronkial**

Vlerësimi i inflamacionit bronkial në astmë mund të bëhet duke ekzaminuar sputumin spontan ose sputumin e induktuar për eozinofile dhe qeliza metakromatike. Për më tepër, nivelet e oksidit nitrik të ekspiruar (NO) dhe/ose monoksidit të karbonit sugjerohen si markues joinvazivë të inflamacionit në astmë. Nivelet e oksidit nitrik në ajrin e ekspiruar dhe/ose të monoksidit të karbonit janë të rritura te pacientët me duke i krahasuar me njerëzit normalë.

➤ **Vlerësimi i statusit alergjik**

Prania e një komponenti alergjik në astmë mund të zbulohet duke bërë testet kutane ose duke matur IgE-specifike në serum. Këto teste plotësojnë diagnozën e astmës dhe ndihmojnë në zbulimin e faktorëve të rrezikshmërisë ose faktorëve shpërthyes dhe mund të rekomandohen masa konkrete për kontrollin e ambientit. Testi i provokimit bronkial me alergenin e dyshuar mund të jetë i dobishëm për vendosjen e diagnozës, veçanërisht në astmën profesionale, por nuk rekomandohet rutinë, sepse nuk është gjithmonë i nevojshëm dhe është i rrezikshëm për pacientin.

Testet kutane me alergenë përfaqësojnë gurin themeltar të përcaktimit të statusit atopik. Më të përdorshmit për qëllime diagnostike janë *prick testet*. Karakteristikat e tyre -thjeshtësia, shpejtësia, kostoja e ulët dhe ndjeshmëria e lartë- shpjegojnë pozitën e tyre kyçe në alergji. Sidoqoftë, kur nuk bëhen saktë, teste kutane mund të çojnë në përgjigje false pozitive ose false negative.

Për nga saktësia matja e IgEspecifike në serum nuk ia kalon testeve kutane dhe është më e kushtueshme. E meta kryesore e këtyre metodave është se rezultati i tyre pozitiv nuk do të thotë domosdoshmërisht se sëmundja është alergjike, pasi disa persona kanë IgEspecifike pa shfaqur asnjëherë simptoma. Ekspozimi dhe lidhja e tij me simptomat mund të konfirmohet nga anamneza personale e pacientit.

### 1.9 Këshilla parandaluese.

Menaxhimi i astmës mund të kryhet në mënyra të ndryshme, në varësi të formave të trajtimit të astmës dhe duke marrë parasysh preferencat kulturore e sistemet e ndryshme të kujdesit shëndetësor.

Qëllimet për një menaxhim të suksesshëm të astmës janë:

- Mbajini fëmijët në vende të ajrosura mirë
- Eliminoni lagështirën, sidomos në dhomat e gjumit
- Eliminoni ambientet e pa ajrosura mirë dhe me myk
- Ushqeni me gji fëmijët, të paktën deri në moshën 1 vjeç
- Shmangni sterilitetin e tepruar në rritjen e fëmijëve
- Shmangni mbipërdorimin e detergjenteve
- Shmangni përdorimin e ushqimeve që përmbajnë alergjentë
- Shmangni ekspozimin ndaj poleneve të luleve
- Gratë shtatzëna nuk duhet të qëndrojnë në ambiente me tym duhani
- Fëmijët e vegjël nuk duhet të qëndrojnë në ambiente ku pihet duhan
- Ndjekja te mjeku specialist dhe zbatimi me përpikmëri i rekomandimeve të tij.

Medikamentet e astmës përdoren për të kthyer dhe parandaluar simptomat, si dhe për paksimin e fluksit të ajrit. Ato përfshijnë kontrolluesit (mbajtesit) dhe qetësuesit e simptomave.

### 1.10 Mjekimi I astmes bronkiale



#### **Ndihma e pare ne menaxhimin infermieror**

- *ABC...*
- *Vlerësoni shkallën e përkeqësimit të gjendjes shëndetësore të të sëmurit*
- *Vlerësoni shkallën e gjendjes së vetëdijes*
- *Masat parandaluese të sulmeve astmatike përfshijnë mënjanimin prej të gjithë shkaktuesve të mundshëm.*
- *Hapeni dritaret dhe siguroni ajër të pastër*
- *Të sëmurin vendosni në pozitë gjysmë ulur*
- *Bëni pyetje, se mos ka përdorë aspirinë beta bllokatorë.*
- *Eliminoni lagështirën, sidomos në dhomat e gjumit, ambientet e pa ajrosura mirë dhe me myk*
- *Gratë shtatzëna nuk duhet të qëndrojnë në ambiente me tym duhani*
- *Fëmijët e vegjël nuk duhet të qëndrojnë në ambiente ku pihet duhan*
- *Lëngjet e frutave dhe çajet e shumëllojshme me prejardhje bimore japin efekte lehtësuese në rrugët e frymëmarrjes dhe në fyt, duke bërë që kolla të zbutet.*
- *Të sëmurët që kanë kollë të pinë ujë të ëmbëlsuar me mjaltë. Sipas tyre kjo është një kurë mjaft e mirë për të larguar kollën.*
- *Jepni të përdor pompën inhaluese, në këto momente mund t'i ndihmojë të sëmurit shumë.*



- *Ftoni në ndihmë Entin e Ndhmës së Shpejtë që të sëmurin me sulm astmatik ta dërgoni në Entin shëndetësor për trajtim të mëtutjeshëm.*

### **1.10.1 Mjekimi Etiologjik**

Eliminimi I shkakut eliminon pasojen. Gjetja e shkakut ne te semuret me astem bronkiale behet nepermjet provave cutane alergjike, kurse eliminimi i tij realizohet nepermjet desensibilizimit te organizmit me vaksinen specifike te holluar.

### **1.10.2 Mjekimi Simptomatik**

Ne praktiken e perditeshme klinike mjekimi simptomatik I te semureve me astem bronkiale merr nje rendesi paresore per faktin se ai lehteson dukurite klinike te semundjes e per pasoje permision jeten e te semurit. Ky mjekim behet sipas formave klinike te semundjes si dhe stadeve te saj.

### **1.10.3 Mjekimi I krizes asmatike:**

Kriza asmatike ne vetvete perfaqesohet nga shperthimi I papritur I disonese exouratore me kolle aksesuale, me gelbaze me sputum me frymarrje fishkelluese qe degjohet edhe ne distance. Ne keto kushte imponohet mjekimi I krizes I cili behet me protokollin e meposhtem: Te semurve I behet SOL. Adrenaline subkutn ose muscular. Adrenalina mund te perdoret dhe si sprajt me pompat e ndryshme si Ventolina. Si rregull perdoren 3-4 shkrepje sprajt jo me shume. APLIKOHET sol. EUFILIN 2.4% ampula sasia e sila varet shume nga gjendja e te semurit. Me efekt mjaft te mire ne mjkimine astmes bronkiale eshte dhe Kortizoniket te perfaqesuar nga Ultrakorteni. Sa me e rende eshte gjendja e pacientit aq me e madh eshte dhe doza e kortozonit Nje halk tjetër mjaft e rendesishme eshte dhe aspirimi I sekrecioneve dhe me pas oksigjenoterapia.

### **1.10.4 Mjekimi I statusit asmatik:**

Statusi asmatik eshte 1 gjendje teper e rende me nje simptomatologji klinike te njejte me ate te krizave asmatike, por me te shprehur. Mjekimi I statusit eshte I veshtire, I njellojt me te ate te krizes asmatike por dozat e medikamenteve rregullohen dhe kujdesi duhet te jet I shkalles siperore. Nje karakteristik ne mjekimin e statusit asmatik eshte fakti se kortizoniket ashu edhe eufilina mund te perdoren me prfuzione permanente me bolus sipas gjendjes se te semurit.

### **1.10.5 Mjekimi mbajtes:**

Pasi I semuri del nga kriza azmatike apo statusi asmatik aplikohet mjekimi mbajtes dhe per kete preferohen eufilina Teofolina Salbutamoli Bisolvoni Pompat me ventoline. Nje rendesi te madhe merrdhe mjekimi I infeksioneve dytesore ne te semuret me astem bronkiale

## **1.11 Trajtimi I krizave ne shtepi**

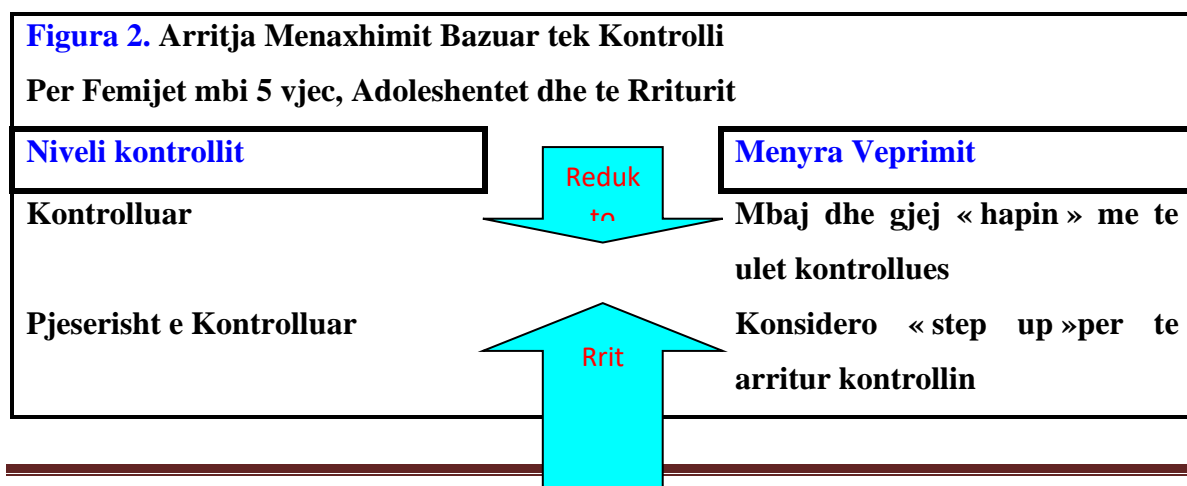
Fillimi i terapisë që në shenjat e para të një riakutizimi të astmës, është shumë i rëndësishëm për një trajtim të suksesshëm të astmës. Kur të sëmurët janë në gjëndje ta fillojnë

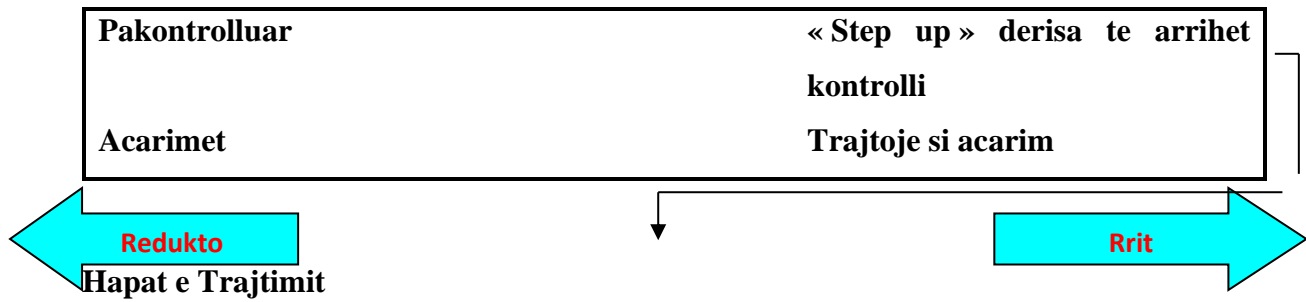
trajtimin në shtëpi, ata jo vetëm që nuk e vonojnë fillimin e mjekimit, por ky fakt i ndihmon edhe në ndërgjegjësimin për vetëkontrollin e astmës së tyre. Shkalla e trajtimit që merret në shtëpi, varet nga eksperiencia e prindërve, nga niveli i personelit shëndetësor, si edhe nga mjetet dhe barnat në dispozicion. Do të ishte ideale që të gjithë të sëmurët të kishin një plan-veprimi të shkruar si dhe :

- Njohja e shenjave të keqësimit;
- Ndryshimi ose shtesa e barnave;
- Vlerësimi i rëndesës së krizës;
- Nëse është e nevojshme marrja e ndihmës mjekësore më të specializuar;
- Fëmijët me astmë me rrezik të lartë për kërcënim jete duhet të lidhen menjëherë me mjekun, pas trajtimit fillestar, duke qenë se mund të kenë nevojë për terapi shtesë.

#### Trajtimi per arritjen e kontrollit

Terapia zgjidhet mbi bazën e shkallës së kontrollit të astmës. Në qoftë se është arritur kontrolli i astmës për të paktën tre muaj, duhet të provohet ulje një hap më poshtë për të përcaktuar hapin më të ulët të mjekimit dhe dozen e mjekimit që arrin të mbajë nën kontroll sëmundjen. Në qoftë se astma është pjesërisht e kontrolluar duhet të konsiderohet shtimi i terapisë. Në figurën 2 është paraqitur skema e mjekimit të astmës me hapa sipas gradës së kontrollit





Hapi 1	Hapi 2	Hapi 3	Hapi 4	Hapi 5
<b>Edukimi Asthmatik</b>				
<b>Kontrolli Mjedisit</b>				
<b>Sipas nevojës β 2-agonist me veprim te shpejte</b>	<b>Sipas nevojës β 2-agonist me veprim te shpejte</b>			
	<b>Zgjidh nje</b>	<b>Zgjidh nje</b>	<b>Shto nje ose me shume</b>	<b>Shto nje ose te dyja</b>
<b>Opsionet e Kontrollit ***</b>	<b>KSI me doze te ulet *</b>	<b>KSI me doze te ulet plus β2 agonist me veprim te zgjatur</b>	<b>KSI me doze te mesme ose te larte plus β2 agonist me veprim te zgjatur</b>	<b>Glukokortikoid oral (me dozen me te ulet)</b>
	<b>Modifikuesit e Leukotrieneve **</b>	<b>KSI me doze te mesme ose te larte</b> <b>KSI me doze te ulet plus</b>	<b>Modifikuesit e Leukotrieneve</b> <b>Teofiline me clirim te ngadalte</b>	<b>Trajtim me Anti-IgE</b>
		<b>KSI me doze te ulet plus</b>		

	<b>Teofiline me clirim te ngadalte</b>
--	--

\* KSI = Glukokortikosteroide Inhalatore

\*\* = Antagoniste te Receptoreve ose Frenues te Sintezes

\*\*\* = Opsionet e preferuara te kontrollit tregohen ne kutite e ngjyrosura

Trajtimet alternative lehtesuese perfshijne antikolinergjiket inhalatore,  $\beta$ 2-agonistet me veprim te shpejte, disa  $\beta$ 2-agoniste me veprim te gjate dhe teofilinat me veprim te shkurter. *Dozimi i zakonshem me  $\beta$ 2-agoniste me veprim te zgjatur nuk keshillohet pa shoqerimin e rregullt me Kortikosteroide Inhalatore.*

### 1.12 Hapat e procesit infermeror ne astmen bronkiale

1. A-Vlerësimi
2. 1.Diagnozat infermerore
3. Planifikimi
4. Zbatimi
5. Vlerësimi
6. 5.Dokumentimi

Gjatë fazes akute infermieri kontrollon ventilim dhe përpjekjet e nevojshme që pacienti të marrë frymë duke vlerësuar frymëmarrje. Vëzhgojmë frekuencën dhe thellësinë e respiracionit, vlerësojmë pulsën. Ne do të monitorojmë nga afër shkëmbimin e gazit. Nëse kriza është e rëndë, ajo mund të parashikojmë nevojën vazhdimisht për të matur gazrat e gjakut dhe vendosjen e një kateteri të përhershëm arterial për të parandaluar shpime e përsëritura. Ne vlerësojmë intensitetin e dispnes. Gjithashtu do të kontrollojmë bilancin elektrolitike gjatë një krize të zgjatur, pasi këta pacientë shpesh përjetojnë dispne dhe konsumojnë lëngjeve, duke humbur tepërt për shkak të ventilimit të lartë. Pasi pacienti është stabilizuar, stafi infermeror identifikon shkakun e krizës, pasi ky informacion është i nevojshëm për të ndihmuar kontrollin e astmes. Gjatë kujdesit të pacientit, vlerësimi infermeror fokusohet në modelet e simptomave, metodat e përdorura për parandalimin e krizave dhe teknikat e vetë-kujdesit që synojnë kontrollin në episodet akute.

### **1.12.1 Diagnozat infermerore**

Diagnozat infermerore lidhur me një sulm të astmës përfshijnë:

- Frymarrje jo efikase në lidhje me rritjen e rezistencës .
- Çrregullim i këmbimit të gazit, në lidhje me mospërputhjen e ventilimit gjatë perfuzionit.
- Ankthi dhe frika e lidhur me simptomat e sëmundjes
- Lodhje dhe humbje të energjisë në lidhje me rritjen e përpjekjeve të nevojshme për të marrë frymë.

### **1.12.2 Planifikimi:**

- A. Pacienti rimëkëmbet duke marrë frymëmarrje normale duke përfshirë frekuencën dhe thellësinë e respiracionit.
- B. Pacienti ka një PaCO<sub>2</sub> në bazë normale (rreth 40 mm Hg)
- C. Fryma e qartë duket në dëgjim, me pak ose aspak feshkellima.
- D. Pacienti mban rreth 100 Pa O<sub>2</sub> mmHg
- E. Pacienti tregon mungesën e dispnes në pushim.

### **1.12.3 Zbatimi:**

Për të krijuar ventilim adekuat me bronchodilator, kortikosteroidet dhe O<sub>2</sub> të përshkruara nga mjeku. Simptomë kryesor i astmës është zakonisht dispne, në mënyrë që ndërhyrjet tona do të synojnë të reduktojnë intensitetin e saj. Të mbajë një ekuilibër elektrolit, pa e rënduar pacientin. Nëse nuk është e mundur me gojë, e administrojmë intravenoz. Ne do të sigurojmë mjedisin

fizik kur është e mundur për të ruajtur energjinë në këta pacientë dhe për të shmangur lodhjen e tepërt. Për shembull, kujdes në mëngjes do të pasohet nga një periudhë pushimi para çdo veprimtari tjetër. Ne do të masim nivelin e gazeve në gjak dhe çdo analizë tjetër të nevojshme. Ne favor largojmë sekrecionet dhe në qoftë se kjo nuk është e mundur në një mënyrë spontane, aspirojmë sekrecionet sa herë që është e nevojshme për të parandaluar mukusin dhe infeksionet shoqëruese. Nëse pacienti keqsohet Në këtë rast, infermieri kontrollon shenjat vitale çdo orë, të monitoruar vlerat Pulsin, dhe do të kryejë të gjitha aktivitetet e kësaj njësie. Administrimi i barnave të përshkruara, ka mënyra të ndryshme, më të zakonshme në spitale është intravenoz, por ne nuk duhet të harrojmë rëndësinë e kësaj patologjie të rrugës inhalatore në të cilën infermieri luan një rol të rëndësishëm në zbatimin dhe edukimin shëndetësor. Do të monitorojë paraqitjen e mundshme të efekteve anësore të disa barnave. Këta pacientë shpesh duken të tensionuar dhe shqetësuar gjatë krizave. Sigurojini pacientin me informacion të përshtatshëm në çdo rast dhe të mos humbasin qetësinë në ndërhyrjet tona, gjithmonë duke treguar kontroll mbi situatën. Gjithashtu do të zvogëlojmë ankthin, u keshillojmë një, frymë të ngadalshëm të thellë, sa herë që e lejojnë rrethanat (në gjendje të rëndë, ajo nuk do të jetë e mundur).

#### **1.12.4 Vlerësimi**

Ventilim adekuat me një PC 02 40mmHg ose më pak dhe shkëmbimit të duhur të gazit .Rritje arterial P02 60 mmHg. Përveç kësaj, është përmirësuar FEV1 tregojnë në mënyrë adekuate se pacienti i përgjigjet trajtimit.

Të dhëna të tjera tregojnë ventilim dhe oksigjenimi janë në normë, frymëmarrje normale dhe fryma frymëmarrja tingellon e qartë dhe të qetë, pa përdorimin e muskujve .Pasi simptomat janë përmirësuar, pacienti komunikohet është ulur dispnea dhe përpjekjet e nevojshme për të marrë frymë dhe tregon janë vigjilent, të relaksuar dhe më pak të shqetësuar.Përveç kësaj kemi mungesë të cianozës dhe ngjyra më e mirë e lëkurës.

#### **1.12.5 Dokumentimi**

Ne do të regjistrojmë të gjithë planin e kujdesit, duke përfshirë procedurat, pamjen e pacientit dhe të dhëna subjektive që përshkruajnë intensitetin e dispnes edhe ne do të dokumentojmë edukimin e pacientit, duke përfshirë njohuritë e ilaçeve isenciale, përdorimin e inhalers dhe shmangien e shkaktarit.

**1.12.6 Edukimi:**

Kur një pacient që ka pësuar sulm astmë duhet të sigurojë që di dhe të zotëroje teknikat e frymëmarrjes .Gjithashtu nëse ata ei din shenjat e përkeqësimit të astmës dhe çfarë shkakton këto kriza dhe u japim disa këshilla:

- Masat e kontrollit mjedisor, duke shmangur ekspozimin ndaj alergeneve në pacientët sensibilizuar.
- Insistojnë, në qoftë se pacienti është duhanxhi, këshilla anti-pirja e duhanit dhe gjithashtu të shmangur ekspozimin ndaj tymit.
- Shmangni drogën shkakton krizën.
- Shpjegoni se ushtrimi fizik nuk duhetta ndaloje, në çdo rast.

Ne duhet të shpjegojme rëndësinë e pajtueshmërisë me trajtim për shkak se ajo është një sëmundje kronike që trajtohet dhe mund të sigurojë një cilësi të mirë të jetës për shumicën e pacientëve .

**II. Metodologjia e punimit**

Në këtë kapitull do të paraqiten të gjithë elementet specific të metodologjisë së këtij punimi, duke nisur nga lloji I të dhënave, mënyra e mbledhjes së tyre, qëllimi I tyre, zhvillimi I temes

bazuar në objektivat e përgjithshme dhe ato specifike, si dhe do të hartohen hipotezat e studimit, të cilat do të analizohen në kapitullim 'Diskutim'.

## 2.1 Qëllimi I studimit

Qëllimi parësor I këtij punimi është matja e nivelit të njohurive që kanë infermierët ndaj astmës bronkiale si dhe evidentimi I procedurave infermierore tek pacientët të cilët vuajnë nga kjo patologji.

## 2.2 Objektivat e punimit

Objektivi i përgjithshëm i këtij punimi është vlerësimi i njohurive që kanë infermierët ndaj astmës bronkiale si dhe evidentimi i procedurave infermierore të realizuara ndaj këtyre pacientëve.

### Objektivat specifike

- ❖ Grumbullimi i materialit teorik, i cili përmbledh konceptet bazë ndaj astmës bronkiale, klasifikimit të saj, shkaktarëve si dhe trajtimit.
- ❖ Hartimi dhe shpërndarja e pyetësorëve.
- ❖ Përpunimi i të dhënave të grumbulluara.
- ❖ Vlerësimi i njohurive të personelit infermieror në lidhje me astmën bronkiale..
- ❖ Vlerësimi se si personeli infermieror e percepron rolin e tij në drejtim të edukimin, parandalimin dhe menaxhimin ndaj këtyre pacientëve me asthmën bronkiale.
- ❖ Vlerësimi i marrëdhënieve midis variablave.
- ❖ Krahasimi i punimit me punime të ngjashme bashkëkohore.
- ❖ Vlerësimi i hipotezave të punimit
- ❖ Nxjerrja e rekomandimeve të nevojshme.

## 2.3 Hipotezat e punimit

### ➤ Hipoteza 1

Infermierët e intervistuar kanë një nivel të kënaqshëm të njohurive ndaj astmës bronkiale.

### ➤ Hipoteza 2

Infermierët me nivel më të lartë arsimimi kanë nivel më të lartë dijeve ndaj patologjisë së astmës.

### ➤ Hipoteza 3

Ekperienca e punes ndikon pozitivisht në nivelin e dijeve ndaj astmës bronkiale.

### ➤ Hipoteza 4



Kontrolli I astmës bronkiale nuk varet nga niveli I njohurive që zotërojnë infermierët.

#### **2.4 Etika e punimit**

Infermierët e intervistuar kanë marrë pjesë në mënyrë vullnetare në plotësimin e pyetësorit. Është rruajtur privatësia dhe pyetësori është plotësuar në mënyrë individuale.

#### **2.5 Lloji I të dhënave të përdorura në studim**

Të dhënat parësore- janë të gjitha të dhënat e grumbulluara në mënyrë të drejtëpërdrejtë nga pyetësorët e zhvilluar me infermierët e intervistuar.

Të dhënat dytësore të punimit- janë të gjitha ato të dhëna të cilat janë marrë nga literature të ndryshme, me qëllim hartimin e kuadrit teorik të punimit. Këto të dhëna janë dhe të tipit cilësor.

Të dhënat sasiore- janë të dhënat e përfuara nga përpunimi statistikor I informacionit të grumbulluar nga pyetësorët e realizuar me infermierët e marrë në studim.

#### **2.6 Mbledhja e të dhënave**

Janë shpërndarë 50 pyetësorë ndaj infermierëve të cilët ushtrojnë profesionin e tyre në Spitalin Rajonal Vlorë, Sektori Patologji, si dhe tek infermierët e Shërbimit Parësor Shëndetsor ( Qendra Shëndetsore, nr.1, 2 dhe 5). Responding ratë është 100%, pra janë marrë 50 pyetësorë të plotësuar tërësisht, pa mungesë të dhënash. Pyetësorët janë plotësuar në mënyrë individuale dhe janë tërhequr pas plotësimit.

#### **2.7 Instrumenti I perdorur për mbledhjen e të dhënave**

Për të grumbulluar të dhënat e nevojshme për këtë punim, është përdorur një pyetësor I vetëadministruar, i cili në hartuar duke u bazuar në kuadrin teorik dhe në njohuritë bazike teorike apo në menaxhimin praktik të astmës bronkiale. Pyetësori ndahet në tre pjesë kryesore, në atë të të dhënave demografike, matjen e nivelit të njohurive ndaj astmës bronkiale dhe së fundmi menaxhimi apo trajtimi infermior I të sëmurëve me këtë patologji.

Në pjesën e parë të pyetësorit, mblidhen të dhëna rreth moshës dhe gjinisë së infermierëve të intervistuar. Gjithashtu merret informacion rreth nivelit të formimit akademik si dhe eksperiencës në punë si infermier, duke patur parasysh faktin që janë dy variabla të cilat ndikojnë në nivelin e njohurive apo në praktikat infermiore ndaj kësaj sëmundjeje.

Në pjesën e dytë të pyetësorit merret informacion rreth njohurive që zotërojnë infermierët ndaj patologjisë së astmës bronkiale, e organizuar kjo në 6 pyetje. Përgjigjet e sakta shënohen më një pikë, pra vlera maksimale e pikëve është 6.

Ndërsa në pjesën e tretë të pyetësorit gjendjen pyetje të cilat kanë për qëllim të nxjerrin në pah menyrën e menaxhimit dhe të trajtimit të asmës bronkiale në nivel infermieror. Edhe në këtë pjesë të punim gjendjen 6 pyetje.

### **2.8 Përpunimi statistikor I të dhënave**

Për të përfutuar të dhan sasiore, të dhënat e grumbulluara nga pyetësi janë përpunuar nëpërmjet Programit të Përpunimit të të dhënave SPSS, version 22. Gjatë përpunimit të të dhënave janë vlerësuar marrëdhënie midis variablave, për të nxjerr në pah domethënien statistikore mes tyre ose jo, në mënyrë që më tej të vlerësohen hipotezat e vendosura.

### **2.9 Mostra e marrë në studim**

Në këtë punim janë marrë në studim vetëm 50 infermierë, 13 prej të cilëve ushtrojnë profesionin e tyre në shërbimin e Patologjisë në Spitalin Rajonal, Vlorë dhe 37 infermierë në Qëndrat shëndetsore nr. 1, 2 dhe 5. Mostra mendohet të jetë përfaqësuese dhe mund të përftohen të dhëna të vlefshme.

## **III. Analizimi I të dhënave të punimit**

Të gjitha të dhënat e grumbulluara nga pyetësorët e zhvilluar me infermierët e marrë në intervistë, janë përpunuar nëpërmjet Programit të Përpunimit të të dhënave SPSS, version 22, prej të cilit janë përfutuar vlera sasiore të paraqitura grafikisht në këtë kapitull. Gjithashtu

nëpërmjet këtij sistemi është vlerësuar marrëdhënia midis shumë variablave, nëpërmejt korelacioneve midis tyre dhe përcaktimit të P-value. Është vlerësuar konsistenca e të dhënave të pyetësorit, pra koeficienti Cronbach Alpha. Pra si përfundim mund të themi se është realizuar një analizim deskriptiv dhe analitik I informacionit të grumbulluar.

### 3.1 Analizimi I pjesës së parë të pyetësorit- Të dhënat demografike.

Në këtë pjesë të pyetësorit është marrë informacion rreth moshës, gjinisë, nivelit të formimit akademik si dhe eksperiencës në vite punë së infermier. Të dhënat e mëposhtme do të paraqiten si me grafik, të tipit Bar apo Pie, por dhe me tabelat descriptive të përfuara nga sistemi I përpunimit të të dhënave.

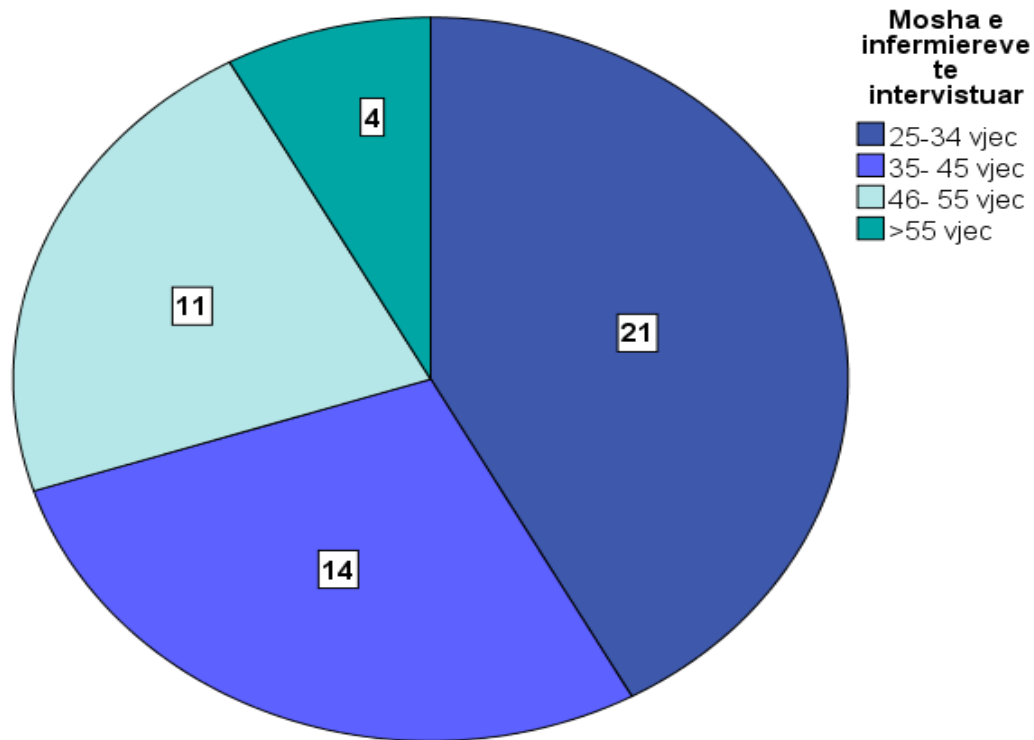
❖ Mosha e infermierëve të intervistuar- pas përpunimit të të dhënave u pa se infermierë të grupmoshës:

- 25-34 vjec janë 21 raste (42%),
- 35-45 vjeç janë 14 raste (28%),
- 46- 55 janë 11 rasteë (22%) dhe
- infermierë më të mëdhenj se 55 vjec janë vetëm 4 raste (8%).

Të gjitha këto të dhëna janë të paraqitura grafikisht në grafikun më poshtë.

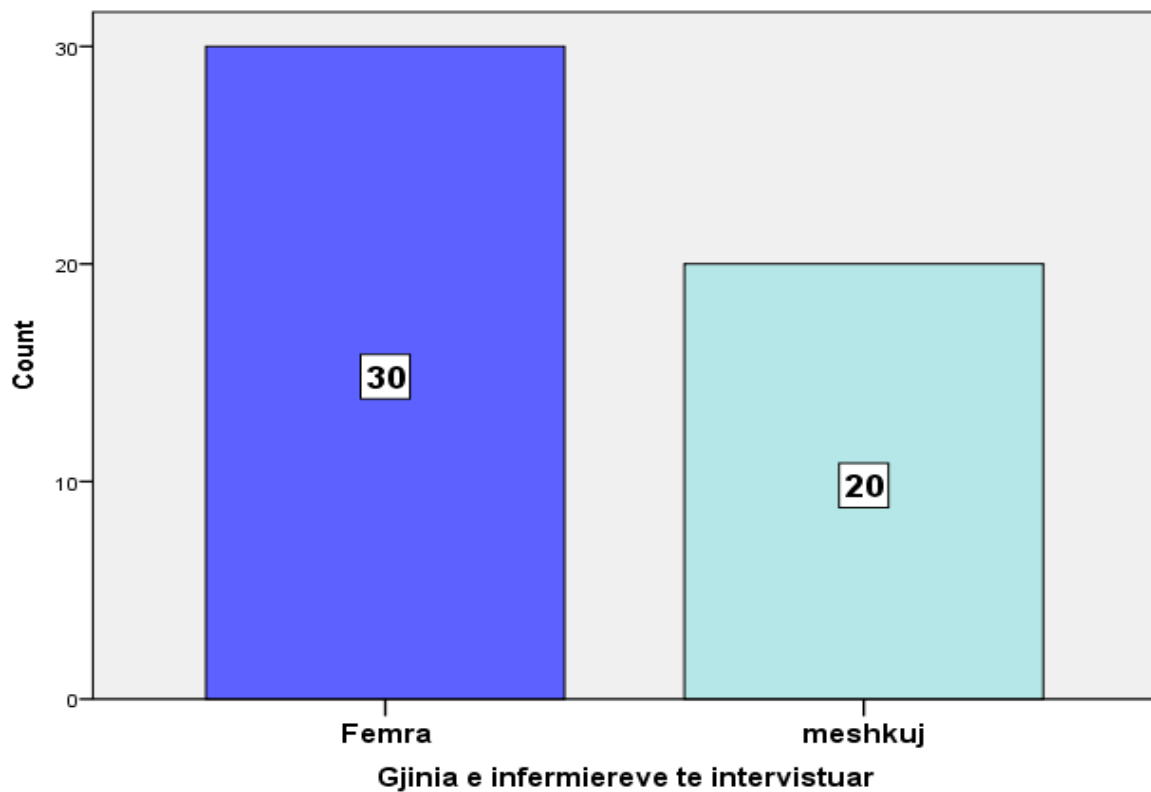
Mosha e te intervistuarve					
		Frekuenca	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	25-34	21	42.0	42.0	42.0
	35-45	14	28.0	28.0	70.0
	46-55	11	22.0	22.0	92.0
	>55	4	8.0	8.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

*Tabela 1 Mosha e personave te intervistuar*



Grafiku 1 Mosha e infermiereve te intervistuar

❖ Gjinia e infermierëve të intervistuar- U pa se në 50 infermierë të intervistuar 30 prej tyre ishin femra pra 60% dhe 40%, pra 20 prej infermierëve të intervistuar ishin meshkuj.



Grafiku 2 Gjinia e infermiereve te intervistuar

Gjinia e personave të intervistuar

	Frekuenca	%	Valid %	Cumulative Percent
Valid Femer	30	60.0	60.0	60.0
Mashkull	20	40.0	40.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

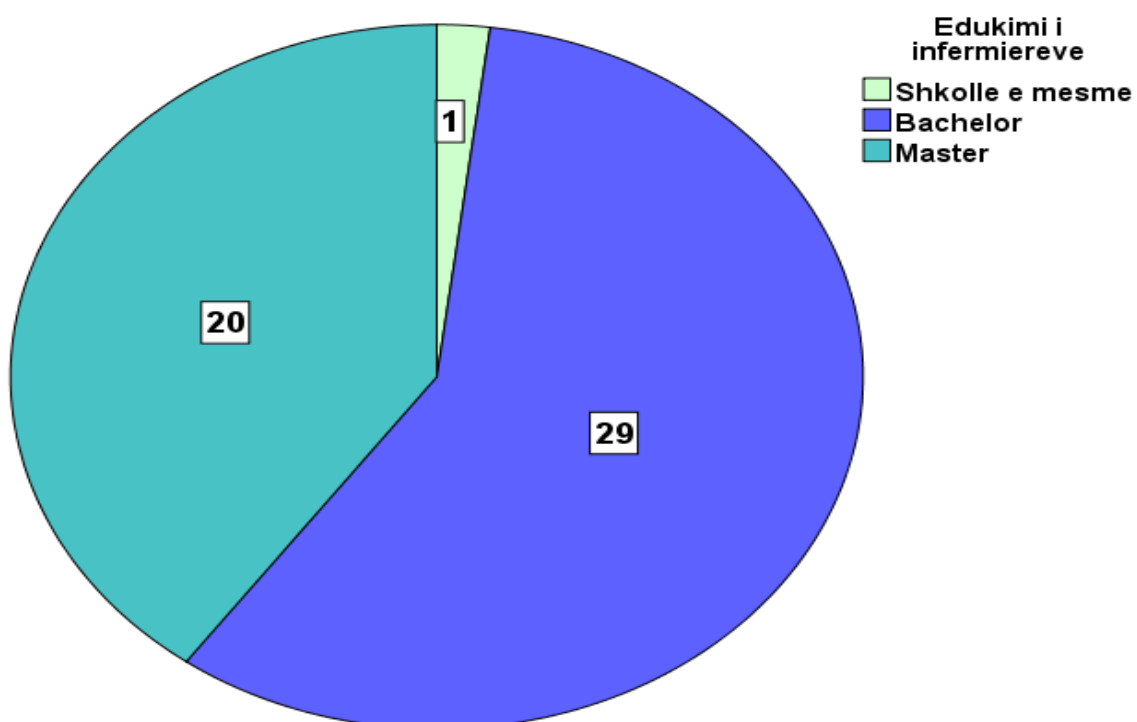
Tabela 2 Gjinia e infermiereve te intervistuar

❖ Formimi akademik I infermierëve të intervistuar. Sikurse shihet dhe në tabelën e mëposhtëme, ëhstë vetëm një rast I cili ka përfunduar vetëm shkollën e mesme, jaën 29 infermierë ( 58%) të cilët kanë përfunduar vetëm studimet Bachelor dhe janë 20 infermierë, pra 40%, të cilët kanë përfunduar studimet Master.

Edukimi I infermiereve te intervistuar

	Frekuenca	%	Valid %	% kumulative
Valid E mesme	1	2.0	2.0	2.0
Bachelor	29	58.0	58.0	60.0
Master	20	40.0	40.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Tabela 3 Edukimi i infermiereve te intervistuar



Grafiku 3 Edukimi i infermiereve te intervistuar

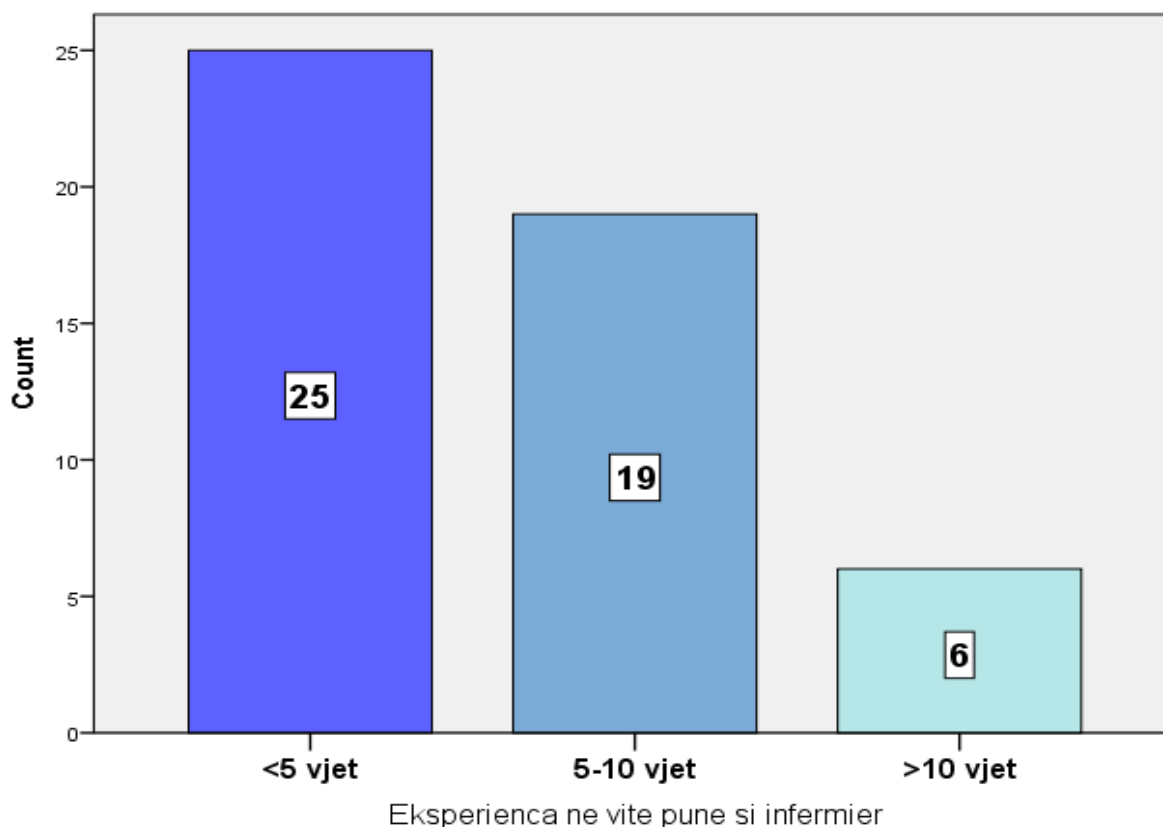
❖ *Eksperiencia ne vite pune si infermier.* Në këtë pyetje është marrë informacion rreth eksperiencës në vite punë si infermier, pasi mendohet që kjo variabël të jetë ndikuese në variablat e tjera, si psh niveli I njohurive apo lloji I ndërhyrjeve infermierore. Pas përfundimit të pyetësorëve u pa se:

- 25 raste kishin më pak se 5 vite punë ( 50%),
- 19 raste kishin 5- 10 vite punë (38%)
- Vetëm 6 raste kishin më shumë se 10 vite punë si infermier ( 12%).

Këto vlera paraqiten numerikisht në tabelën e mëposhtëme dhe grafikisht në grafikun më poshtë.

		Frekuenca	%	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<5 vjet	25	49.0	50.0	50.0
	5-10 vjet	19	37.3	38.0	88.0
	>10 vjet	6	11.8	12.0	100.0
	Total	50	98.0	100.0	

*Tabela 4 Eksperiencia ne pune si infermier*



*Grafiku 4 Eksperiencia ne vite pune si infermier*

### 3.2 Analizimi I pjesës së dytë të pyetësorit- Niveli I njohurive që kanë infermierët ndaj astmës bronkiale

Në këtë pjesë të pyetësorit është mbledhur informacion rreth njohurive që zotërojnë infermierët ndaj astmës bronkiale. Kjo pjesë është strukturuar në 6 pyetje, të cilat lidhje me konceptet teorike ndaj kësaj patologjie. Pyetjet të cilat janë përgjigjur në mënyrë të saktë, vlerësohen me 1 pikë, dhe 0 pikë ato të cilat nuk janë të sakta. Pra max I pikëve në këtë rast është 6 pikë dhe minimuni 0 pikë.

Në tabelën e mëposhtëme, të përftuar nga analiza descriptive e të dhënave, shihet se njohuritë e infermierëve ndaj astmës bronkiale janë vlerësuar me  $X=4.88$  pikë, nga 6 pikë max. pra shihet se ky nivel është mbi nivelin mesatar.

Niveli mesatar I njohurive					
	N	Minimum	Maximum	Mesatarja	Devijacioni standart
Niveli mesatar I njohurive	50	2	6	4.88	.990
Valid N (listëise)	50				

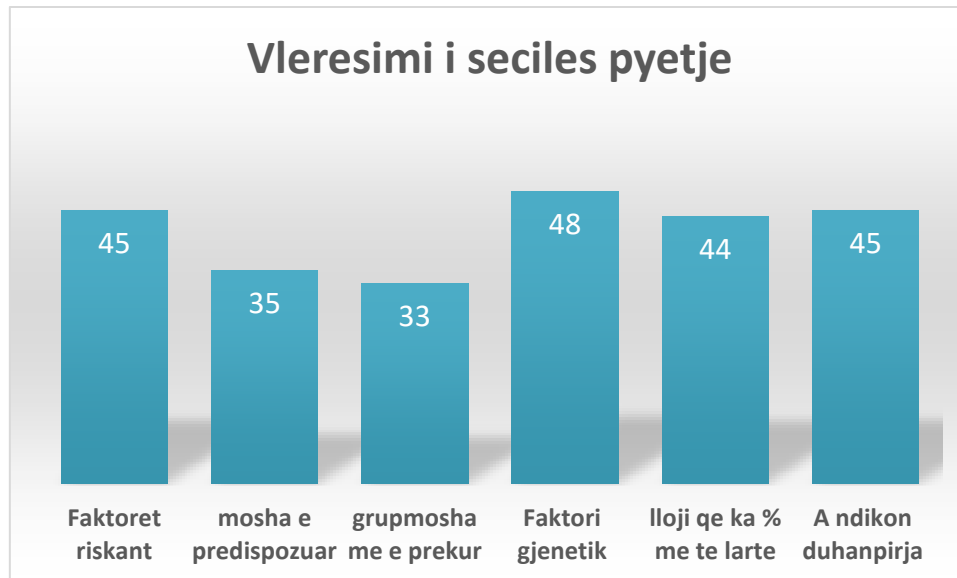
Tabela 5 Niveli mesatar i njohurive

Ndërsa në tabelën nr.6 shihet se cila prej pyetjeve ka patur përgjigjishmëri më të saktë se pyetjet e tjera. Shohim se pyetje rreth rolit të gjenetikës në zhvillimin e astmës bronkiale ka numrin më të madh të përgjigjeve të sakta ( 48/50), e ndjekur nga roli I duhan pirjes në këtë sëmundje ( 45/50) dhe përcaktimi I faktoreve riskant ( 45 përgjigje të sakta nga 50 në total).

Statistika deskriptive					
	N	Minimum	Maximum	Mesatarja	Dev. standart
Faktoret riskant	50	0	1	.90	.303
Predispozimi per astma	50	0	1	.70	.463
Grupmosha me e prekur	50	0	1	.66	.479
Roli I faktorit gjenetik	50	0	1	.96	.198
Lloji I astmes me % me te larte	50	0	1	.76	.431
Roli I duhanpirjes	50	0	1	.90	.303
Total	50	.00	6.00	4.8800	1.81423
Valid N	50				

Tabela 6 Vleresimi i Seciles pyetje

Të dhënat e mësipërme paraqiten grafikisht dhe në grafikun e mëposhtëm.



*Grafiku 5 Vleresimi i seciles pyetje.*

### **Vlerësimi I marrëdhënieve të nivelit të njohurive dhe variablave të tjera të pavarura.**

Në tabelën e mëposhtme është vlerësuar marrëdhënia midis “Nivelit të njohurive” dhe moshës, formimit akademik si dhe eksperiencës në vite punë si infermier. Sikurse shihet në këtë tabelë korrelacionesh:

- ❖ *Marrëdhënia midis nivelit të njohurive dhe moshës së infermierëve të intervistuar, nuk është rastësore, por a një karakter pozitiv sinjifikant (  $P=0.0019$  dhe Koeficienti Pearson  $r=0.429$ ), cka nënkupton se me rritjen e moshës së të intervistuarëve kemi një rritje të nivelit të njohurive.*
- ❖ *Ashtu sikurse marrëdhënia midis nivelit të njohurive dhe moshës, edhe lidhja midis kësaj variable dhe eksperiencës në punë si infermier është e natyrës domethënëse positive (  $P<0.001$  dhe  $r=0.826$ ). pra infermierët të cilët kanë më shumë eksperiencë në punë zotërojnë më shumë njohuri ndaj astmës bronkiale në rastin e këtij punimi.*
- ❖ *Midis nivelit të edukimit dhe nivelit të njohurive nuk vihet re një marrëdhënie sinjifikante. Pra niveli I edukimit nuk ndikon statistikisht në nivelin e njohurive që zotërojnë infermierët e intervistuar ndaj astmas bronkiale(  $P=0.18$  dhe  $r=0.189$ , nuk është sinjifikante për  $p<0.05$ ).*

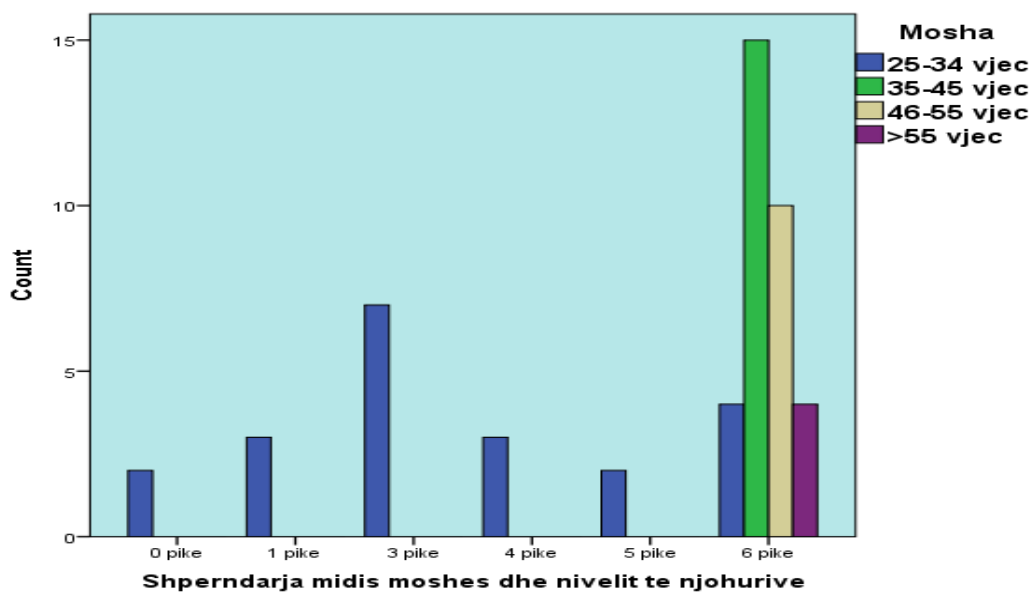
Në grafikët që vijojnë behët një paraqitje e kryqëzuar midis variablave, të cilave u kemi shqyrtuar marrëdhënien dhe sinjifikancën ( grafikët nr. 6 dhe 7).

	Niveli I njohurive
--	--------------------

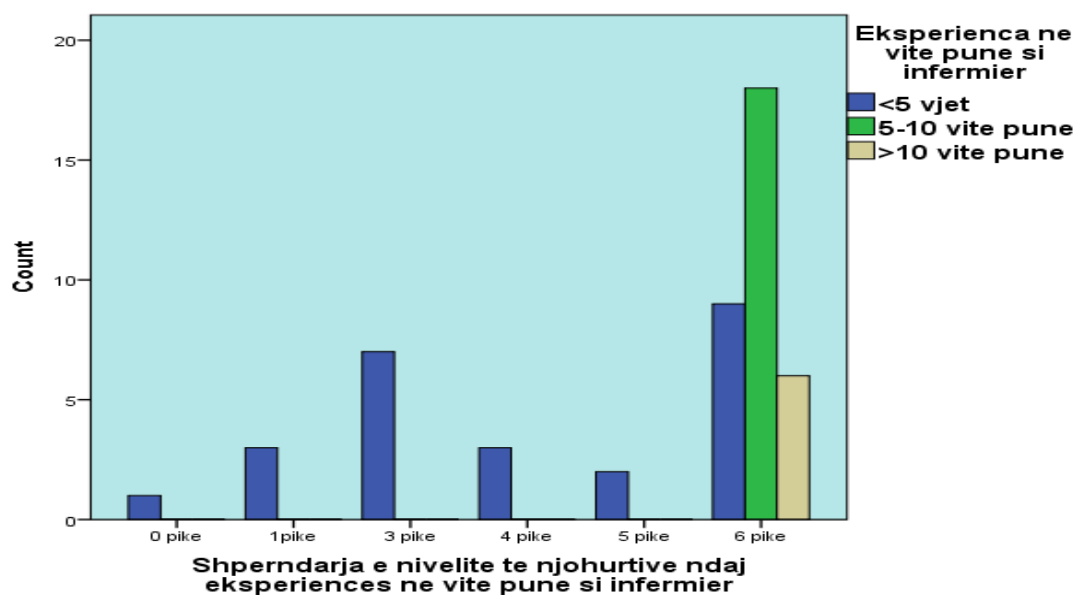


mosha	Pearson Correlation	.429**
	Sig. (2-tailed)	.0019
	N	50
Edukimi	Pearson Correlation	.189
	Sig. (2-tailed)	.018
	N	50
eksperienca	Pearson Correlation	.828**
	Sig. (2-tailed)	.0001
	N	50

Tabela 7 Vleresimi i marredhenies midis Nivelit te njohurive dhe Moshes, Edukimit dhe Eksperiences se pune



Grafiku 6 Shperndarja e nivelit te njohurive ndaj moshes se te intervistuarve



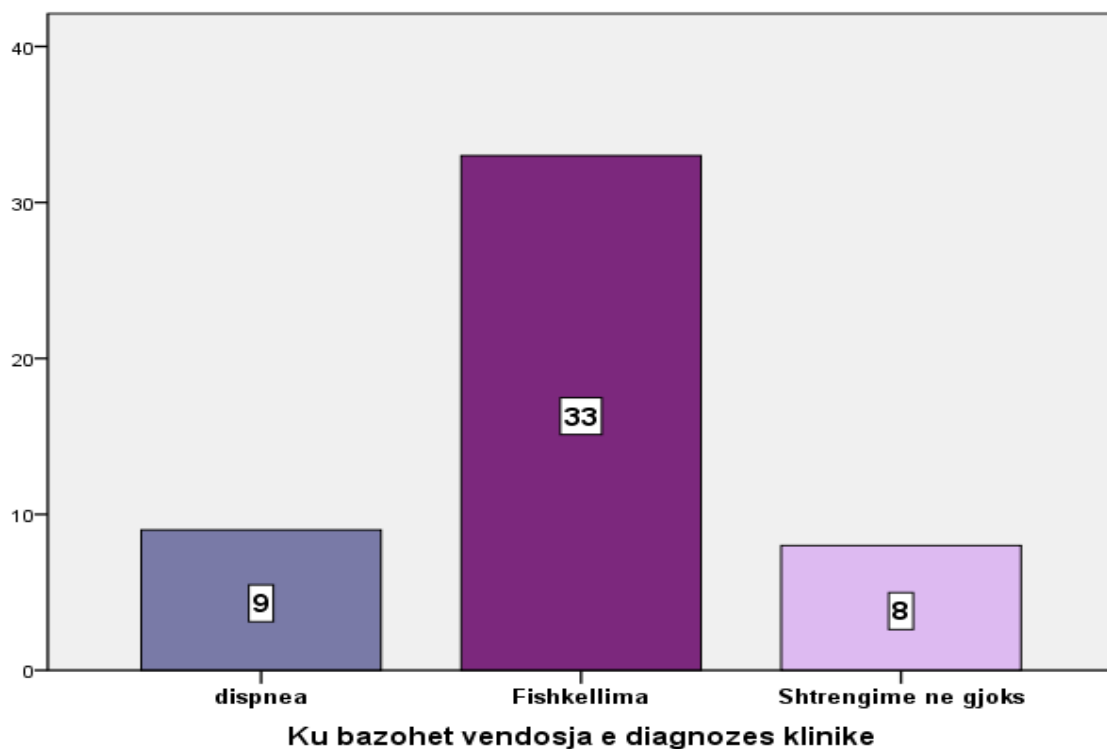
Grafiku 7 Shperndarja e nivelit te njohurive ndaj eksperiences ne vite pune si infermier

### 3.3 Analizimi I pjesës së tretë të pyetësorit- Evidentimi I nderhyrjeve infermierore ndaj pacientëve me astma bronkiale.

Në këtë pjesë do të analizohen ndërhyrjet infermierore ndaj një pacienti me astma bronkiale, nisur që nga vendosja e diagnozës klinike deri në kontrollin e saj.

a. Përsa I përket pyetjes “ se ku bazohet vendosja e diagnozës klinike”, infermierët e intervistuar janë përgjigjur:

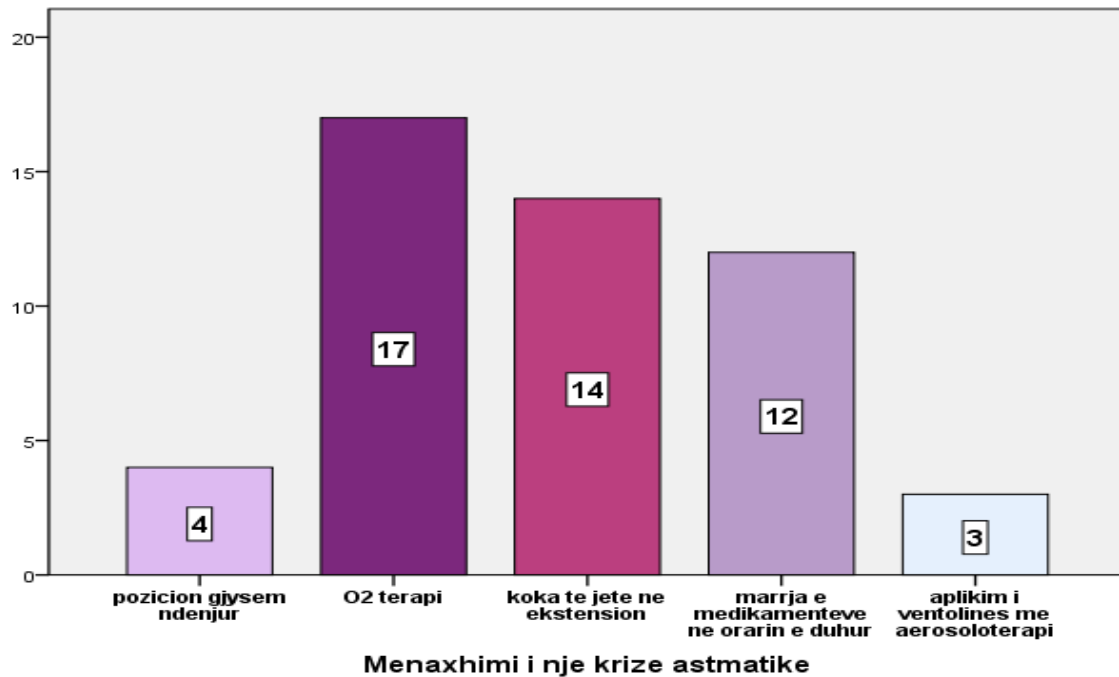
- Në praninë e dispnesë në 9 raste
- Në praninë e fishkëllimave në 33 raste dhe
- Kur janë të pranishme shtrëngimet në gjoks, në vetëm 8 raste te intervistuarish



Grafiku 8 Ku bazohet vendosja e diagnozes klinike

b. Për evidentimin e ndërhyrjeve të realizuara në rastet e krizave astmatike, u është drejtuar infermierëve pyetja rreth veprimeve që ndërmarrin në këto raste. Në rastin e një pacienti me astma bronkiale në status krize astmatike, infermierët veprojnë si më poshtë:

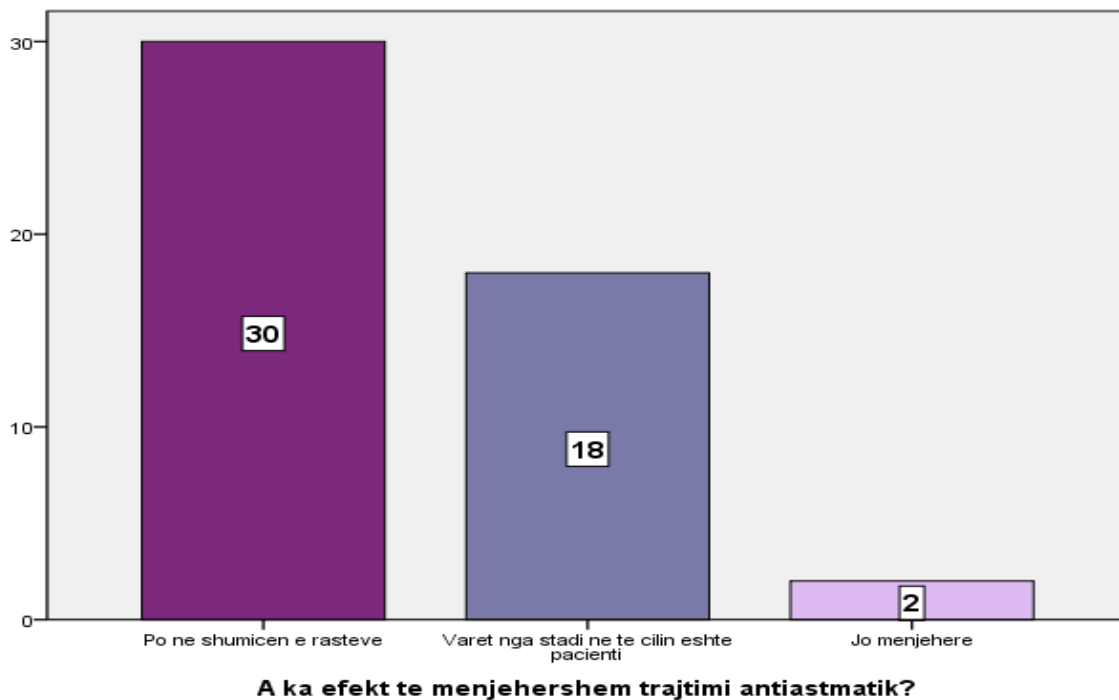
- Pozicionojnë pacientin gjysëm ndenjura në 4 raste, pra në
- Fillojnë oksigjeno-terapi në 17 raste
- E pozicionojnë pacientin jo shtrirë, por me kokën në ekstension, në 14 raste
- E këshillojnë pacientin të marrë medikamentet në orarin e duhur, në 12 raste
- Realizojnë ventolinë me aerosol terapi në 3 raste



Grafiku 9 Menaxhimi i krizes astmatike

c. Sa efekt ka trajtimi I menjëhershëm antiastmatik, infermierët e intervistuar shprehen se :

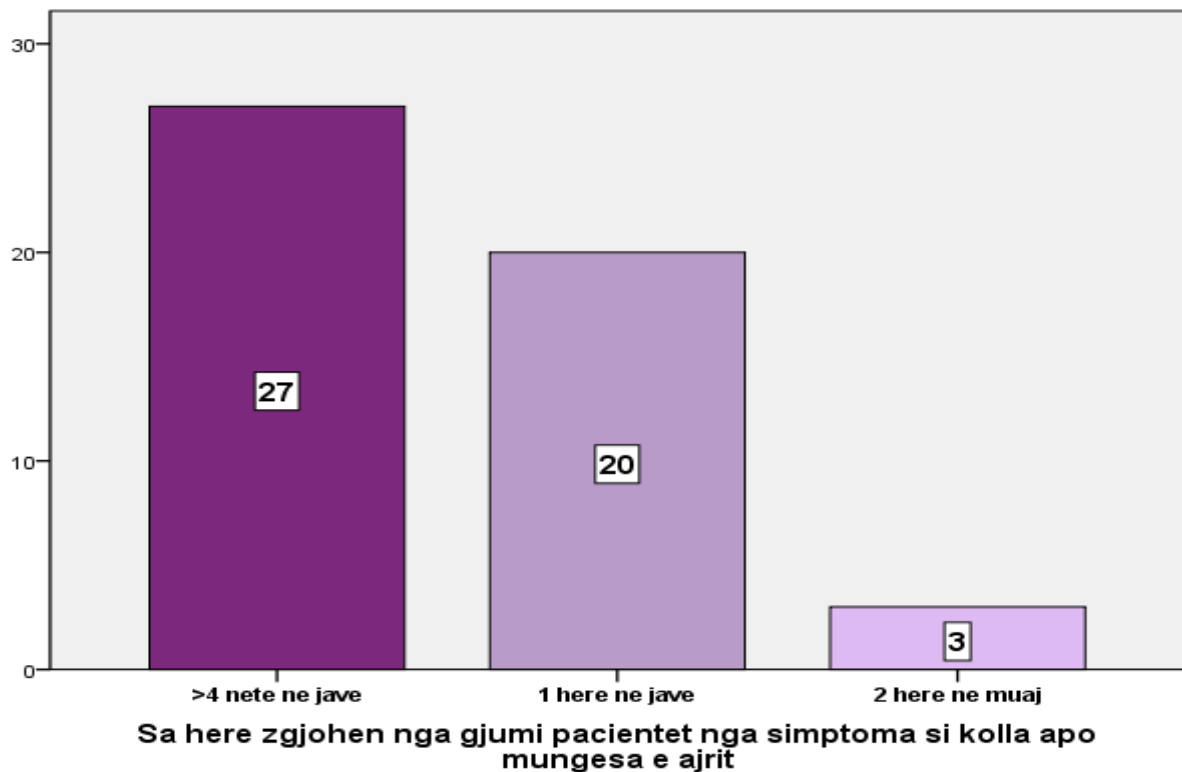
- përmirësohen simptomat në shumicën e pacientëve, në 33 infermierë të intervistuar.
- varet nga stadi në të cilin është pacienti, shprehen 18 të intervistuar dhe vetëm 2 infermierë shprehen se pacienti nuk qetësohet menjëherë. Këto të dhëna paraqiten grafikisht në grafikun e mëposhtëm.



Grafiku 10 A efekt te menjehershem trajtimi antiastmatik?

d. Duke patur parasyh faktin që të sëmurët astmatik kanë shpesh herë simptoma shqetësuese natën si kola, apo mungesa e ajrit dhe shtypjes në kraharor, infermierët janë pyetur rreth shpeshtësisë së këtyre episodeve tek pacientët astmatik. Infermierët e intervistuar janë shprehur se pacientët e tyre kanë simptoma të tilla, të cilat të zgjojnë nga gjumi sipas përqindjeve më poshtë:

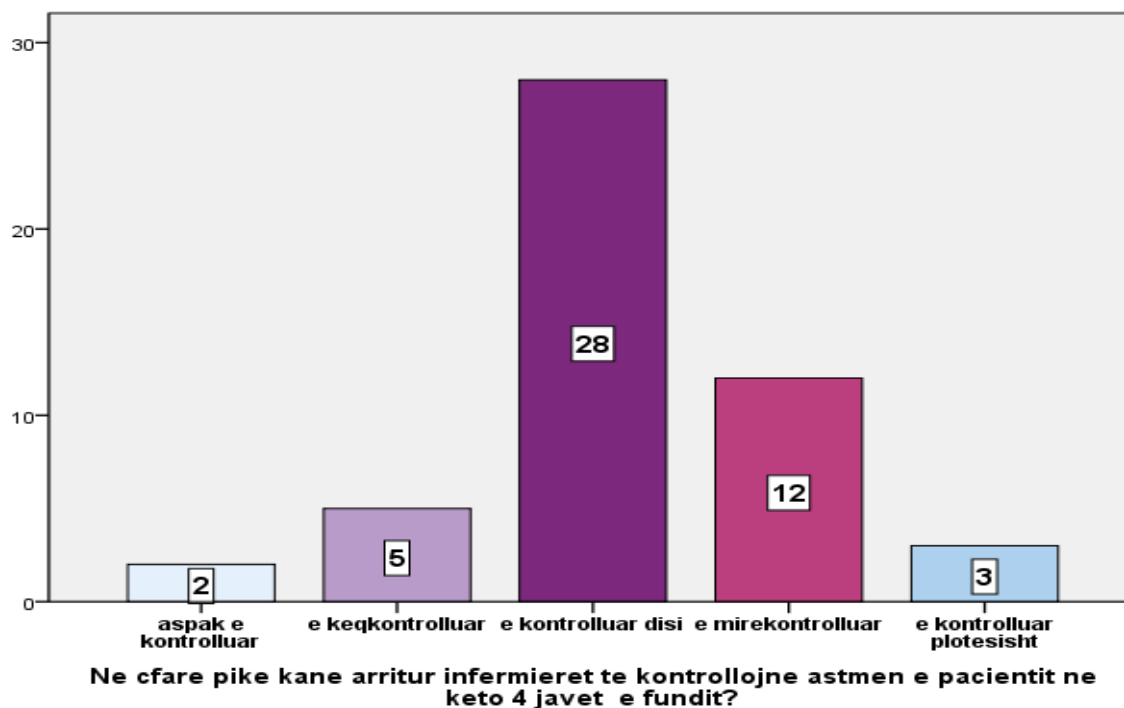
- Zgjohehen më shumë se 4 herë në javë, shprehen 27 infermierë
- Zgjohehen 1 herë në javë, shprehen 20 infermierë dhe vetëm 3 infermierë shprehen se pacientët e tyre kanë patur vetëm dy episode të tilla në muaj. Këto të dhëna paraqiten grafikisht në grafikun e mëposhtëm.



*Grafiku 11 Sa here zgjohehen nga gjumia pacientet si pasoje e kolles dhe mungeses se ajrit gjate nates*

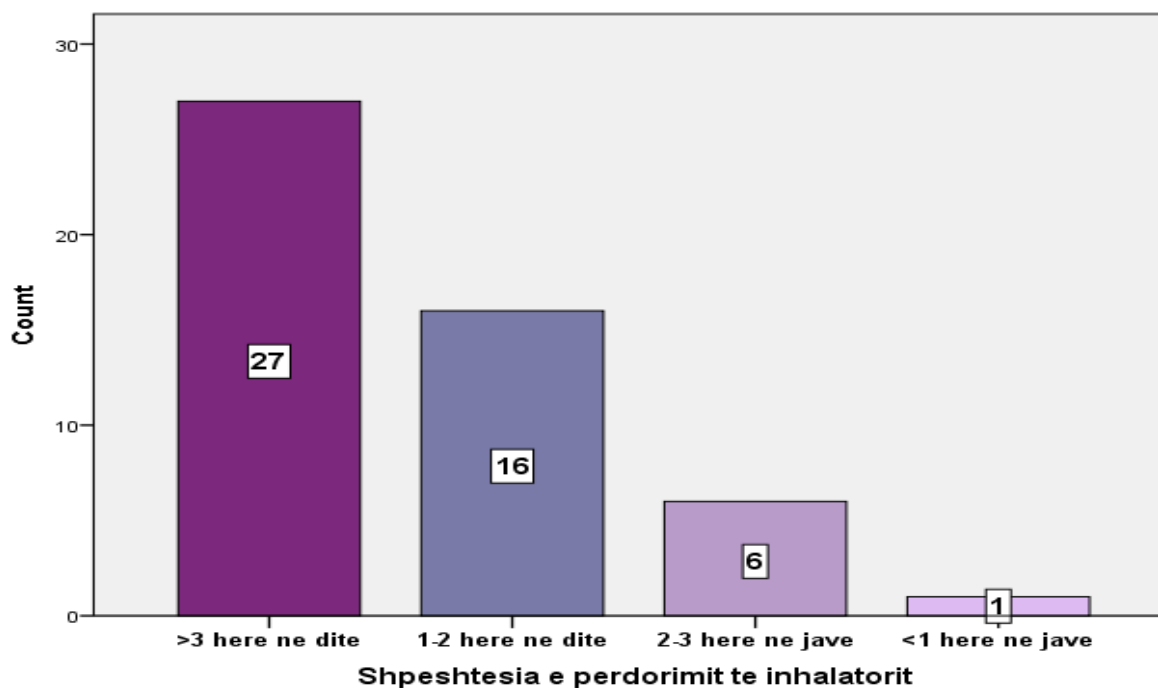
e. Një nga qëllimet e trajtimit të pacientëve me astma bronkiale është menaxhimi i krizave, mbajtja nën kontroll e sëmundjes si dhe edukimi i pacientit. Nisur nga kjo, infermierët janë pyetur rreth kontrollit që kanë arritur ata mbi sëmundjen e pacientit. Të dhënat janë si më poshtë:

- 2 infermierë shprehen se nuk e kanë kontrolluar aspak sëmundjen,
- 5 prej tyre shprehen se e kanë keqkontrolluar dhe 27 infermierë e kanë kontrolluar disi astmën e pacientit.
- 12 e kanë kontrolluar mire dhe vetëm, 3 infermierë shprehen se e kanë kontrolluar plotësisht sëmundjen e pacientit. Të dhënat e mësipërme paraqiten grafikisht në grafikun e mëposhtëm.



*Grafiku 12 Sa eshte arritur kontrolli ndaj astmes*

- f. Në këtë pyetje janë pyetur infermierët rreth shpeshtësisë së përdorimit të inhalatorit tek pacientët me astma bronkiale. Të dhënat janë si më poshtë vijon:
- E përdorin më shumë se 3 herë në ditë, shprehen 27 infermierë
  - 16 të intervistuar e përdorin 1 ose 2 herë në ditë.
  - 6 prej tyre e përdorin 2 ose 3 herë në javë dhe vetëm njëri prej tyre e përdor më pak se 1 herë në javë.



*Grafiku 13 Shpeshtesia e perdorimit te inhalatorit tek te semuret me astma bronkiale*

### Vlerësimi I marrëdhënies midis nivelit të njohurive dhe kontrollit të astmës së pacientit.

Për të vlerësuar këtë marrëdhënie është shqyrtuar korrelacioni midis këtyre dy variablave, prej të cilit rezultoi se Koeficienti pearson është  $r=0.806$  dhe  $P=0.001$ . Pra mund të thuhet se kjo marrëdhënie nuk i përket rastesisë, por ka një natyrë statistikisht domethënëse, cka tregon se infermierët të cilët zotërojnë nivel të lartë njohurish ndaj sëmundjes së astmës bronkiale, perceptojnë ose arrijnë realisht nivel më të lartë kontrolli mbi sëmundjen e pacientëve të tyre.

		Niveli I njohurive
Niveli I kontrollit te semundjes	Pearson	.806**
	Correlation	
	Sig. (2-tailed)	.001
	N	50

Tabela 8 Marrëdhënia midis nivelit të njohurive dhe mbajtjes nën kontroll të astmës së pacientit

- *Pwrsa I pwrket konsistencws sw brendshme tw tw dhwnave mund tw themi se koeficienti Cronbach Alpha wshtw 0.822, prat w dhwnat e kwtij pyetwsori cilwsohen si tw vlefshme.*

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.822	16

Tabela 9 Cronbach Alpha

#### IV. Diskutim

Astma bronkiale për shkak të kursit kronik dhe të ndryshueshëm që karakterizohet, mund të ndikojë në gjendjen e përgjithshme të pacientit deri në ndryshimin e jetës së tij, duke u komplikuar edhe në situata të ndryshme mendore dhe emocionale.

Në studimin e realizuar nga Bateman E.D., Boushey H., Bousquet J. “*Can guideline-defined asthma control be achieved? The gaining Optimal Asthma Control Study*”, të realizuar në vitin 2004, thuhet se përpos aplikimit të trajtimit modern, jo të gjithë pacientët janë të aftë të kontrollojnë simptomat e sëmundjes apo ta mbajnë nën kontroll atë, duke ndikuar negativisht në cilësinë e jetës së pacientit.

Sfida e viteve të fundit ka patur për qëllim kontrollin dhe menaxhin e simptomave, duke nxjerr në pah konceptin e efikasitetit, pasi mendohet se minimizimi i simptomave rrit cilësinë e jetës së një personi të sëmurë me astma bronkiale, duke rritur rendimentin gjatë jetës së përditshme të tij.

Përcaktimi i shkallës së rëndësës së astmës bazuar në frekuencën e simptomave si dhe në rezultatet e testeve të funksionit të sistemit respirator, nuk marrin në konsideratë disa aspekte të tjera esenciale të pacientit, si përsh mbajtja e një aktiviteti të plotë jetësor të përditshëm, apo efektet anësore të përdorimit të gjatë të medikamenteve antiastmatike.

Në studimet e realizuara është gjetur se infermierët apo të gjithë pjestarët e tjerë të grupit shëndetsor e kanë të pamundur të kontrollojnë simptomat e pacientit pasi ata i marrin medikamentet në interval jo të rregullta, duke futur në lojë këtu rolin e edukimit të pacientit. Rritja e shkallës së ndërgjegjësimit apo edukimi i të sëmurit rreth shkaktarëve apo mjekimit po bëhet sot një sfidë për infermierin.

Gjithashtu në studimin e realizuar “*Asthma Nursing Care Management and Study Guide*” Piotr Paëloëski , Marta Łopuszyńska , Beata Korpornicka , Klaudia Jakuboëski, Dorota Nalepa, i zhvilluar në Universitetin e Lublinit, Poland, 2016, u pa se deficitet në njohuritë e infermierëve rreth kësaj sëmundjeje ndikojnë në mënyrë direkte mbi cilësinë e edukimit të pacientit si dhe në vetë kontrollin e simptomave apo sëmundjes.

Ky fakt u pa dhe në punimin tonë ku niveli i njohurive kishte ndikim statistikisht sinjifikant mbi kontrollin e simptomave, apo mbi vetë procedurat infermierore të realizuara.

Formimi adekuat I infermierëve për të njohur sa më mirë këtë sëmundje duhet të fillonte që në formimin e tyre akademik, e ndjekur me pas me praktikat infermierore. Gjithashtu rol të rëndësioshëm në trajtimin dhe edukimin e këtyre pacientëve luajnë infermierët e Shërbimit shëndetsor Parësor, të cilët kanë takimin e parë me këta të sëmurë. Sipas studimeve bashkëkohore, mund të thuhet se trajtimi adekuat dhe edukimi I pacientit që në hallkën e parë të përkujdesjeve shëndetsore, minimizon simptomat, rastet e krizave dhe numrin e të sëmurëve të hospitalizuar.

Nisur nga kjo mund të thuhet se edukimi dhe rritja e nivelit të dijeve tek infermierët e Kujdesit Parësor është hapi I marrë që duhet ndërmarrë në këtë disiplinë. Në studimin e realizuar nga by Dolinar and Stevens *“Pilot study of a home-based asthma health education program “* (I paraqitur në referenca), u pa se rritja e njohurive të infermierit ndaj kësaj sëmundjeje, rriste shkallën e edukimit të pacientit, ulte nivelin e stresit tek ai si dhe rriste kontrollin e sëmundjes.

Në studimin e sipërpërmendur u pa se sukcesi I trajtimit varej nga intesiteti I bashkëpunimit me pacientin, motivimi I tyre për të realizuar rekomandimet, si rrjedhim rritjen e njohurive ndaj sëmundjes tek pacienti dhe besimin ndaj efikasitetit dhe sigurisë për veprimet e ndërmarra.

Pacienti I cili nuk është I ndërgjegjësuar mbi natyrën e sëmundjes dhe qëllimit të trajtimit, nuk është as në gjendje të shmangë faktorët agresorë të sëmundjes, të cilët mund të cojnë në përkeqësimin e simptomave të astmës dhe të corientojnë planin e trajtimit. Është parë se pacientë të tillë, neglizhojnë terapinë steroide të inhaluar, si dhe kufizojnë marrjen e barnave për trajtimin e dispneas. Gjithashtu, në studimin e realizuar nga Dolinar dhe Stevens, është parë se monitorimi sistematik I sëmundjes perceptohet nga pacienti si një ndërlikim, duke ndikuar në cilësinë e jetës së përditshme.

*Si përmbledhje mund të themi, se në të gjitha studimet e sipërpërmendura është treguar se efektiviteti e edukimit proshëndetsor motivon pacientin për vetëkontroll dhe pjesëmarrje active në terapi, duke reduktuar numrin e rasteve të komplikacioneve, hospitalizimit si dhe ndërhyrjeve mjekësore të paplanifikuara.*

*Gjithashtu, realizimi I edukimit shëndetsor, mund të behët vetëm në kushtet kur infermieri gëzon njohuri të plota dhe të sakta rreth sëmundjes, njohuri të cilat të jenë praktike dhe të nxisin besueshmërinë e pacientit ndaj procedurave të rekomanduara. Plotësimi I infermierit me dije duhet të nis që në formimin e tij akademik, me ane të kurrikulave të vecanta, deri në praktikat infermierore të realizuara në qendrat e përkujdesit shëndetsor.*



Përsa I përket ndërhyrjeve infermierore, mund të thuhet se efikasiteti I tyre ka një varësi nga niveli I njohurive. Nëse shohim të dhënat e grumbulluara nga pyetësi, në pjesën e tretë të tij, mund të themi se rastet janë kontrolluar në nivel mesatar nga ana e infermierit ( 27/50), ka raste të cilat janë miremenaxhur, por ka dhe raste të cilat nuk janë kontrolluar aspak. Në studimin observues të realizuar nga Universiteti I Lublinit “*Asthma Nursing Care Management and Study Guide*”, 90% e rasteve ishin mirë menaxhuar, pasi dhe niveli I njohurive ashtu dhe edukimi I pacientit ishin në nivele më të larta se në këtë punim.

Përsa u përket përdorimit të inhalatorëve, rekomandimet e Asthma Center, Partners Healthcare vazhdojnë të trumbetojnë efektet anësore të përdorimit të shpeshtë dhe të pakontrolluar, duke nxitur shfaqjen e komplikacioneve dhe duke përkeqësuar statusin e astmës. Sipas tyre dhe shumë studiuesve të fushës, përdorimi I pakontrolluar I inhalatorit nxit enjtjen e rrugëve respiratore dhe mbushjen e tyre me mucus, duke cuar në nxitjen e krizave astmatike. Si rrjedhim duhet të reduktohet sa më shumë përdorimi I tij edhe për vetë efektet anësore kardiake që mund të zhvillojë. Në këtë punim është parë se shumica e pacientëve e përdorin inhalatorin më shumë se 3 herë në ditë ( 27/50) ose 1-2 herë në ditë(16/50). Pra rekomandimet duhet të orientojnë pacientët në përdorimin sa më të kontrolluar të këtyre pajisjeve apo medikamenteve, si dhe ti informojnë ata rreth efekteve anësore të mundshme.

Qëllimi kryesor I kontrollit të astmës është reduktimi I simptomave. Pra gjithë trajtimi anti astmatik ka për objektiv reduktimin e simptomave dhe të krizave të cilat ndikojnë në mënyrë direkte mbi statusin psikologjik të pacientit, deri në shfaqjen e depressionit apo të sëmundjeve mendore. Duke u bazuar në studimin e sipërpërmendur, atë të realizuar në Lublin, një numër I konsiderueshëm të sëmurësh kronik me astma zhvillonin sëmundje mendore apo depression, për shkak të mosfunksionimit normal gjatë ditës së tyre si dhe për shkak të pagjumësisë nga shtrengimet në kraharor apo nga dispnea.

Në pyetësin e realizuar në këtë punim, 30 nga 50 infermierë shprehen se pacientët e tyre kanë të paktën 1 herë në javë episode të zgjimit nga gjumi përshkak të dispnesë apo të kollës, ndërsa 27/50 shprehen se pacientët e tyre kanë episode të tilla më shumë se 4 herë në javë. Pra shihet se pacietët sërish nuk kanë arritur të kontrollojnë statusin e sëmundjes së tyre, pra të reduktojnë episode e atakut.

Pra sikurse shihet, simptomat nuk janë reduktuar, episode e atakut astmatik nuk janë minimizuar, përdorimi I inhalatorit është I pakontrolluar dhe I shpeshtë në shumicën e rasteve, gjithashtu sëmunja është kontrolluar mesatarisht nga infermieri po në shumicën e rasteve. Duke

u bazuar në këto fakte mund të themi se duhet të rritet efikasiteti i ndërhyrjeve infermierore, i cili sigurisht varet nga shumë faktorë.

Duke u bazuar në “*The International Study of Asthma and Allergies in Childhood*” studim i realizuar në vitin 2006, dy faktorët të cilët ndikonin në efikasitetin e ndërhyrjeve infermierore ishin:

- Edukimi shëndetsor i pacientit ndaj sëmundjes
- Rritja e nivelit të dijeve dhe përmirësimi i praktikave infermierore ndaj pacientëve me astma bronkiale.

#### 4.1 Analizim i hipotezave të punimit

##### ➤ **Hipoteza 1**

*Infermierët e intervistuar kanë një nivel të kënaqshëm të njohurive ndaj astmës bronkiale.*

Njohuritë e infermierëve ndaj astmës bronkiale janë vlerësuar me  $X=4.88$  pikë, nga 6 pikë max, pra shihet se ky nivel është mbi nivelin mesatar. Si rrjedhim hipoteza e mësipërme pranohet, pasi niveli i njohurive është mbi mesataren.

##### ➤ **Hipoteza 2**

*Infermierët me nivel më të lartë arsimimi kanë nivel më të lartë dijesh ndaj patologjisë së astmës.*

Midis nivelit të edukimit dhe nivelit të njohurive nuk vihet re një marrëdhënie sinjifikante. Pra niveli i edukimit nuk ndikon statistikisht në nivelin e njohurive që zotërojnë infermierët e intervistuar ndaj astmas bronkiale ( $P=0.18$  dhe  $r=0.189$ , nuk është sinjifikante për  $p<0.05$ ). Pra hipoteza e mësipërme nuk pranohet.

##### ➤ **Hipoteza 3**

*Ekperienca e punës ndikon pozitivisht në nivelin e dijeve ndaj astmës bronkiale.*

Marrëdhënia midis nivelit të njohurive që zotërojnë infermierët ndaj astmës dhe eksperiencës së punës është e natyrës domethënëse positive ( $P<0.001$  dhe  $r=0.826$ ). Pra infermierët të cilët kanë më shumë eksperiencë në punë zotërojnë më shumë njohuri ndaj astmës bronkiale. Për rrjedhojë hipoteza e mësipërme pranohet.

##### ➤ **Hipoteza 4**

*Kontrulli i astmës bronkiale nuk varet nga niveli i njohurive që zotërojnë infermierët.*

Për të vlerësuar këtë marrëdhënie është shqyrtuar korrelacioni midis këtyre dy variablave, prej të cilit rezultoi se Koeficienti pearson është  $r=0.806$  dhe  $P=0.001$ . Pra mund të thuhet se kjo marrëdhënie nuk i përket rastesisë, por ka një natyrë statistikisht domethënëse, cka tregon se infermierët të cilët zotërojnë nivel të lartë njohurish ndaj sëmundjes së astmës bronkiale, perceptojnë ose arrijnë realisht nivel më të lartë kontrolli mbi sëmundjen e pacientëve të tyre.  
*Pra hipoteza e mësipërme hidhet poshtë.*

## **V. Konkluzione**

Pas mbledhjes dhe përpunimit të të dhënave nga pyetësi I realizuar me infermierët e marrë si mostër studimi, janë nxjerrë këto konkluzione:

- ❖ 42% e të intervistuarëve janë të grup moshës 25-34 vjec, 28% e tyre janë 35-45 vjec, 22% I përkasin grup-moshës 46-55 vjec dhe vetëm 8% janë infermierë më të mëdhënj se 55 vjec.
- ❖ Shumica e infermierëve të intervistuar janë femra, në 60% të rasteve dhe meshkuj infermierë janë vetëm 40%.
- ❖ Përsa I përket formimit akademik, u pa se shumica e infermierëve të intervistuar kanë përfunduar studimet Bachelor, 40% janë përfunduar studimet Master dhe një përqindje shumë e vogël, vetëm prej 2% kanë përfunduar Shkollën e mesme Mjekësore.
- ❖ Duke marrë parasysh faktin që eksperiencia e punës si infermier ndikon në performancën e infermierit, të intervistuarit janë pyetur rreth viteve të punës si infermier, prej të cilit rezultoi se 50% kanë më pak se 5 vite punë, 38% e tyre kanë 5-10 vite pune, ndërsa 12% kanë më shumë se 10 vite pune si infermier.
- ❖ Përsa I përket nivelit të njohurive, infermierët e intervistuar kanë nivel dijesh rreth astmës bronkiale mbi mesataren, e vlerësuar me  $X=4.88$  nga 6 pikë Max. dhe 0 pikë min.
- ❖ Pas vlerësimit të marrëdhënieve midis nivelit të njohurive dhe eksperiencës së punës si infermier, u pa se kjo marrëdhënie është e natyrës domethënëse positive ( $P<0.001$  dhe  $r=0.826$ ). pra infermierët të cilët kanë më shumë eksperiencë në punë zotërojnë më shumë njohuri ndaj astmës bronkiale në rastin e këtij punimi.
- ❖ Marrëdhënia midis nivelit të njohurive dhe moshës së infermierëve të intervistuar, nuk është rastësore, por ka një karakter pozitiv sinjifikant ( $P=0.0019$  dhe Koeficienti Pearson  $r=0.429$ ), cka nënkupton se me rritjen e moshës së të intervistuarëve kemi një rritje të nivelit të njohurive.
- ❖ Ndërsa marrëdhënia midis nivelit të edukimit dhe nivelit të njohurive nuk është një marrëdhënie sinjifikante. Pra niveli I edukimit nuk ndikon statistikisht në nivelin e njohurive që zotërojnë infermierët e intervistuar ndaj astmas bronkiale ( $P=0.18$  dhe  $r=0.189$ , nuk është sinjifikante për  $p<0.05$ ).
- ❖ Përsa I përket menaxhimit të krizave astmatike të pacientit vetëm 4 infermierë rekomandojnë qëndrimin gjysëm ndenjurazi të pacientit, 17 prej tyre fillojnë të procedojnë me oksigjeno-terapië, 14 infermierë e pozicionojnë pacientin me kokën në ekstension dhe vetëm 3 infermierë realizojnë ventolinë me aerosolo-terapi.
- ❖ 33 Infermierë shprehen se trajtimi I menjëhershëm antiastmatik ka përmirësuar simptomat, 18 prej tyre shprehen se përmirësimi I tyre varet nga stadi I sëmundjes në

të cilin gjendet pacienti dhe vetëm 2 prej tyre janë shprehur se pacienti nuk është qetësuar menjëherë pas këtij trajtimi të menjëhershëm.

- ❖ 27 infermierë shprehen se pacientët e tyre zgjohen nga gjumi nga simtoma si kola apo mungesa e ajrit më shumë se 4 herë në javë, 30 prej tyre shprehen se pacientët kanë episode të tilla 1 herë në javë, dhe vetëm 3 infermierë shprehen se pacientët e tyre kanë vetëm 2 raste të tilla në muaj.
- ❖ Duke marrë parasysh faktin që trajtimi ka për qëllim kontrollin e sëmundjes, infermierët perceptojnë se nuk e kanë kontrolluar aspak sëmundjen( 2 raste), 5 prej tyre e kanë keqkontrolluar atë, 27 infermierë shprehen se e kanë kontrolluar disi, 12 infermierë e kanë mirëkontrolluar dhe vetëm 3 infermierë e kanë kontrolluar plotësisht sëmundjen e pacientit.
- ❖ Përsa i përket përdorimit të inhalatorit, 27 infermierë e përdorin më shumë se 3 herë në ditë tek pacientët e tyre, 16 e përdorin 1-2 herë në ditë, 6 infermierë e përdorin 2-3 herë në javë dhe vetëm 1 infermier e përdor më pak se 1 herë në javë.
- ❖ Është vlerësuar marrëdhënia midis kontrollit të sëmundjes së pacientit dhe nivelit të njohurive prej të cilit rezultoi se Koeficienti pearson eshte  $r=0.806$  dhe  $P=0.001$ . Pra mund të thuhet se kjo marrëdhënie nuk i përket rastesisë, por ka një natyrë statistikisht domethënëse, cka tregon se infermierët të cilët zotërojnë nivel të lartë njohurish ndaj sëmundjes së astmës bronkiale, perceptojnë ose arrijnë realisht nivel më të lartë kontrolli mbi sëmundjen e pacientëve të tyre.

## VI. Rekomandime

Duke marrë në konsideratë faktin që astma bronkiale është një sëmundje e cila mund të parandalohet apo të mbahet nën kontroll, është e nevojshme që secili profesionist i perkujdesjeve shëndetsore, në rastin tonë infermieri, deri tek vetë pacienti, të njohin mirë këtë

patologji, kryesisht agresorët e saj, me qëllim shmangien e tyre.

- Infermieri, duhet të përpiqet në mënyrë të vazhduar të rris nivelin e dijeve rreth kësaj patologjie, me qëllim rritjen dhe përsosjen e figurës së infermierit në cdo specialitet.
- Infermieri duhet të njihet me protokollet bashkëkohore të ndërhyrjeve infermierore në pacientët me astma bronkiale, në mënyrë që menaxhimi I kesaj sëmundjeje të jetë sa më efikas.
- Infermieri, si një pjesë e zinxhirit të përkujdesjeve shëndetsore, duhet të kujdesen në rritjen e efikasitetit të trajtimit dhe në efijencën e ndërhyrjeve infermierore, me qëllim mbajtjen nën kontroll të sëmundjes.
- Përpos njohjes me menaxhimin e rasteve me astma, një sfidë për infermierin është edukimi I pacientit që nga marrja e medikamenteve deri në mbajtjen nën kontroll të ssimptomave, duke shmangur komplikacionet.
- Infermieri duhet të marr pjesë aktive në edukimin e vazhduar në këtë fushë, me qëllim përcjelljen e dijeve në qëndrat e përkujdesjeve shëndetsore.

Për ta minimizuar barrën shoqërore dhe ekonomike të astmës, duhet vepruar gjithashtu edhe nga ana e organizatave shëndetësore dhe agjencive publike.

Ja disa nga rrugët nëpërmjet të cilave qeveritë dhe organizatat shëndetësore mund të ndikojnë në këtë drejtim:

- -Të inkurajojnë kujdesin parësor për menaxhimin e astmës;
- -Të inkurajojnë përdorimin e mjekimeve parandaluese (preventive);
- -Të mbikëqyrin problemet kryesore të astmës dhe ecurinë e saj;
- -Ti japin prioritet astmës në shërbimin shëndetësor.

Eshtë e qartë se barra globale kryesore e astmës mund të reduktohet dukshëm me anë të përpjekjeve të pacientëve, të personelit mjekësor, organizatave shëndetësore dhe qeverive lokale e kombëtare.

## VII. Referenca

- 
- Barton C, Abramson M, Aroni R, et al. What determines knowledge of asthma among young people and their families?. J Asthma. 2002; 39: 701-9. I vlefshem ne adresen: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12507190>
  - Australian Institute of Health and Welfare. Young Australians: their health and wellbeing. Australian Institute of Health and Welfare, Canberra, 2011. I vlefshem ne adresen: <http://www.aihw.gov.au/publication-detail/?id=10737419261>
  - Velsor-Friedrich B, Militello LK, Richards MH, et al. Effects of coping-skills training in low-income urban AfricanAmerican adolescents with asthma. J Asthma. 2012; 49: 372-9. I vlefshem ne adresen: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22352813>
  - Al-sheyab N, Gallagher R, Crisp J, Shah S. Peer-led education for adolescents with asthma in Jordan: a clusterrandomized controlled trial. Pediatrics. 2012; 129: e106-12. I vlefshem ne adresen: <http://pediatrics.aappublications.org/content/129/1/e106.long>
  - Rhee H, Belyea MJ, Hunt JF, Brasch J. Effects of a peer-led asthma self-management program for adolescents. Arch Pediatr Adolesc Med. 2011; 165: 513-9. I vlefshem ne adresen: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3252732/>
  - Bruzzese JM, Sheares BJ, Vincent EJ, et al. Effects of a school-based intervention for urban adolescents with asthma. A controlled trial. Am J Respir Crit Care Med. 2011; 183: 998-1006. I vlefshem ne adresen: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3086747/>
  - Mosnaim GS, Li H, Damitz M, et al. Evaluation of the Fight Asthma Now (FAN) program to improve asthma knowledge in urban youth and teenagers. Ann Allergy Asthma Immunol. 2011; 107: 310-6. I vlefshem ne adresen <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21962090>
  - Rhee H, Pesis-Katz I, Xing J. Cost benefits of a peer-led asthma self-management program for adolescents. J Asthma. 2012; 49: 606-13. I vlefshem ne adresen <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3434702/>
  - Shah S, Roydhouse JK, Sawyer SM. Medical students go back to school--the Triple A journey. Aust Fam Physician. 2008; 37: 952-4. I vlefshem ne adresen: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19037472>
  - Joseph CL, Peterson E, Havstad S, et al. A web-based, tailored asthma management program for urban AfricanAmerican high school students. Am J Respir Crit Care Med. 2007; 175: 888-95 I vlefshem ne adresen <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1899296/>
-

- 
- Mosnaim GS, Cohen MS, Rhoads CH, et al. Use of MP3 players to increase asthma knowledge in inner-city AfricanAmerican adolescents. *Int J Behav Med.* 2008; 15: 341 I vlefshem ne adresen <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19005935>
  - Bynum A, Hopkins D, Thomas A, et al. The effect of telepharmacy counseling on metered-dose inhaler technique among adolescents with asthma in rural Arkansas. *Telemed J E Health.* 2001; 7: 207-17. I vlefshem ne adresen <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11564356>
  - Ring J, Kramer U, Schafer T, Behrendt H: Why are allergies increasing? *Curr Opin Immunol* 2001, 13, 701–708.
  - The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee. Worldwide varia- tion in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema: ISAAC. *Lancet* 1998, 351, 1225–1232.
  - Cegła B., Faleńczyk K., Charakterystyka problemów osób chorych na astmę oskrzelową, w: *Pielęgniarka i Położna* 2003, 10, s. 4-6
  - Bateman E.D., Boushey H.A., Bousquet J. i wsp. Can guideline-defined asthma control be achieved? The gaining Optimal Asthma Control Study. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2004; 170: 836–844.
  - Boner A, Valletta E. Education in asthmatic children. *Monaldi Arch Chest Dis.* 1994; 49: 250–253.
  - Dolinar R, Kumar V, Coutu-Wakulczyk G, Rowe B. Pilot study of a home-based asthma health education program. *Patient Educ Couns.* 2000; 40: 93–102.
  - Young N, Foster A, Parkin P, Reisman J, MacLuscy I, Gold M, et al. Assessing the efficacy of a school-based asthma education program for children: a pilot study. *Can J Publish Health.* 2001; 92: 30–34.
  - Volovitz B, Vichyanond P, Zhong N-S. Allergy and Astma education. *Chem ImmunolAllergy.* Basel: Karger; 2004; 84: 162.
  - Navaile-Waliser M, Misener M, Mersman C, Lincoln P. Evaluating the Leeds of children with asthma In home care: the vital role of nurses as caregivers and educators. *Public Health Nurs.* 2004; 21: 306. 377



## VIII. Anekse

## Pyetesor

## Përcaktimi I njohurive dhe I përkujdesjeve infermierore ne pacientet me Astma bronkiale.

Të dhënat personale të infermierëve pjesmarrës në studim	
1. Mosha _____	2.Gjinia  <input type="radio"/> Femër <input type="radio"/> Mashkull
3.Niveli arsimor  <input type="radio"/> Shkollë të mesme <input type="radio"/> Bachelor në infermieri <input type="radio"/> Master professional / shkencor	4.Eksperienca në punë si infermier  <input type="radio"/> Më pak se 5 vite punë <input type="radio"/> 5 – 10 vite punë <input type="radio"/> Më shumë se 10 vite pune
Vleresimi I njohurive të infermierëve ndaj astmës bronkiale	
5.Cilët janë faktorët me riskant që çojnë ne shfaqjen e astmës bronkiale  <input type="radio"/> Faktorët personalë <input type="radio"/> Faktorët mjedisor	6.Cilët janë personat më të predispozuar të kenë problem me astmën  <input type="radio"/> Fëmijëria e hershme <input type="radio"/> Moshate e reja <input type="radio"/> Moshat e rritura <input type="radio"/>

<p>7. Cila është grupmosha më e prekur e pacientëve me astëm bronkiale</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> 15 -30 vjeç</li> <li><input type="radio"/> 31 -40 vjec</li> <li><input type="radio"/> 41-50 vjeç</li> <li><input type="radio"/> 51-60 vjeç</li> </ul>	<p>8. A mund të jetë astma nje sëmundje me predizpozicion gjenetik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Po</li> <li><input type="radio"/> Jo</li> <li><input type="radio"/> Se di</li> </ul>
<p>9. Në varësi të faktorit riskant kemi dhe klasifikimin e astmës,nga cili lloj I asmes ka % të lart të të sëmurëve</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Astma alergjike</li> <li><input type="radio"/> Astma joalergjike</li> <li><input type="radio"/> Astma profesionale</li> <li><input type="radio"/> Astma e ndikuar nga medikamentet (aspirina)</li> </ul>	<p>10. A është DUHANI faktori kryesor në shfaqjen e astmës tek fëmijet e lindur nga nënat konsumatore</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Po</li> <li><input type="radio"/> Jo</li> </ul> <p>Nuk e di</p>
<p><b>Menaxhimi infermieror I astmës bronkiale</b></p>	
<p>11. Diagnoza klinike e astmës shpesh bazohet në simptoma të tilla :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Dispnea</li> <li><input type="radio"/> Fishkëllima</li> <li><input type="radio"/> Shtrëngime në gjoks</li> </ul> <p>Apo dicka tjeter? _____</p>	
<p>12. Si e menaxhoni ju nje pacient me astem bronkiale(kriz azmatike)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> 1.Pozicioni I pacientit gjysem ndenjor</li> <li><input type="radio"/> 2.Oksigjeno terpia</li> <li><input type="radio"/> 3.E keshilloni qe most e rri shtrire por me koken ne ekstension?</li> <li><input type="radio"/> 4.E keshlloni qe te marre medikamentet ne orarin e duhur</li> </ul>	<p>13.A I përmissohen simptomat të sëmurit,pra a ka efekt të menjëhershëm trajtimi anti-astmë</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Po,në të shumtën e rasteve</li> <li><input type="radio"/> Varet nga stadi qe është pacienti</li> <li><input type="radio"/> Jo menjëherë</li> </ul>

- 5.I beni ventoline me aerosol terapi?

**14.** Ne 4 javet e fundit sa shpesh zgjohen nga gjumi pacientet nga simptomat e azmes(kolla,mungea e ajrit shtypja e kraharorit apo dhimbja)

- >4 nete ne jave
- 1 her ne jave
- 2 her ne muaj
- asnjeher

**15.** Deri ne cfare pike e keni kontrolluar astmen 4 javet e fundit

- Aspak e kontrolluar
- E keqkontrolluar
- E kontrolluar disi
- E kontrolluar mire
- E kontrolluar plotesisht

**16.**Gjate 4 javeve te fundit sa shpesh e perdorni inhalatorin ne pacientet me astem bronkiale.?

- >3 her ne dite
- 1 ose 2 her ne dite
- 2 ose 3 her ne jave
- <1 her ne jave
- asnjeher