



**UNIVERSITETI "ISMAIL QEMALI" VLORË  
FAKULTETI I SHËNDETIT  
DEPARTAMENTI I INFERMIERISË**

## **TEMË DIPLOME**

**VLERËSIMI I CILËSISË SË JETËS DHE I KUJDESIT  
PËR PACIENTËT QË I NËNSHTROHEN  
HEMODIALIZËS NË RRETHIN E GJIROKASTRËS SI  
SFIDË E RE PËR PËRMIRËSIMIN E SAJ NGA  
PERSPEKTIVA INFERMIERORE.**

**Master shkencor: Infermieri e Përgjithshme**

**DIPLOMANTI:**

**Mimoza CEKANI**

**UDHËHEQËS SHKENCOR**

**Dr. Rezarta LALO**

**VLORË, TETOR 2020**

## DEKLARATË

Deklaroj se teza e titulluar “*Vleresimi i Cilesise se Jetes dhe Kujdesit per pacientet qe i nenshtrohen Hemodializes ne rrethin e Gjirokastrës si sfide e re per permiresimin e saj nga perspektiva infermierore.*” është puna ime origjinale dhe të gjitha të ardhurat e përdorura për realizimin e kësaj teze janë kontributi im personal.

FIRMA:

DATË: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2020

Mimoza Cekani

## **FALENDERIME**

Dëshiroj të shpreh mirënjohje dhe falenderim për të gjithë personat që më kanë ndihmuar dhe kanë kontribuar në realizimin e këtij punimi, për suportin dhe besimin e tyre.

Në shenjë respekti për mbështetjen dhe ndihmën e vlefshme për mua, falenderoj Udhëheqësen Shkencore **Dr. Rezarta Lalo (Petani)**.

Falenderoj Stafin Drejtues dhe Këshillin e Etikës të Universitetit të Vlorës për mundësinë dhe lejen etike në realizimin e këtij punimi.

Falenderoj Stafin Drejtues dhe Këshillin e Etikës të Spitalit Rajonal të rrethit të Gjirokastrës për mundësinë dhe lejen etike në realizimin e këtij punimi.

Falenderoj stafin infermieror të shërbimit të Dializës për bashkëpunimin në realizimin e studimit për seriozitetin, gadishmërinë e tyre për të më ndihmuar në plotësimin e pyetësorëve.

Një falenderim të veçantë e kam për Znj Alberta Breshanaj, që realizoi përpunimin statistikor të rezultateve të këtij studimi.

Falenderoj të gjithë miqtë e mi për mbështetjen dhe inkurajimin në rrugëtimin e gjatë dhe të rëndësishëm të edukimit tim ne studimet Master i Shkencave.

**FALEMINDERIT TË GJITHËVE!**

## **DEDIKIM**

Këtë punim ia dedikoj familjes time të shtrenjtë që kanë qenë dhe janë frymëzim dhe mbështetje në çdo hap të jetës dhe punës sime, për mbështetjen, mirëkuptimin dhe kohën e privuar për realizimin me sukses të këtij punimi.

**JU FALEMINDERIT PERZEMËRSISHT!**

**PËRMBAJTJA**

1. SHKURTIME.....	vii
2. LISTA E TABELAVE.....	viii
3. LISTA E GRAFIKËVE.....	ix
4. ABSTRAKT .....	10
5. HYRJE.....	11
5.1. IDENTIFIKIMI I PROBLEMIT DHE RENDESIA E STUDIMIT .....	11
6. PËRMBLEDHJE E LITERATURËS .....	13
6.1. PREVALENCA E SEMNUDJEVE RENALE NE STADIN E FUNDIT NE BOTE DHE NE SHQIPERI .....	13
6.2. TERAPIA E DIALIZES .....	13
6.2.1. SEMUNDJET RENALE KRONIKE .....	13
6.2.2. SHENJAT E SEMUNDJES.....	14
6.2.3. TERAPIA E SEMUNDJES RENALE KRONIKE .....	15
6.2.4. TRAJTIMI I SEMUNDJES SE VESHKAVE NE FAZEN E FUNDIT. LLOJET E TERAPISE.....	16
6.3. FAKTORET RISKANTE .....	17
6.4. PASOJAT NE SHENDET .....	18
6.4.1. CERMA .....	18
6.4.2. ANEMIA .....	19
6.4.3. ACIDOZA METABOLIKE .....	19
6.4.4. SEMUNDJA E KOCKAVE DHE FOSFORI I LARTE (HIPERFOSFATEMIA).....	19
6.4.5. SEMUNDJA E ZEMRES .....	19
6.4.6. KALIUM I LARTE (HIPERKALEMIA).....	19
6.4.7. GRUMBULLIMI I LENGJEVE .....	19
6.5. CILESIA E JETES DHE ROLI I PROFESIONISTEVE TE SHENDETIT NE PERMIRESIMIN E SAJ .....	20
6.5.1. CILESIA E JETES TEK PACIENTET ME SEMUNDJE RENALE KRONIKE. ....	20
6.5.2. ROLI I INFERMIEREVE NE PERMIRESIMI E SHENDETIT TE PACIENTVE ME CKD.....	21
6.5.3. ROLI I INFERMIEREVE NE CILESINE E JETES SE PACIENTEVE ME CKD NGA ANA PSIKOLOGJIKE, FIZIKE DHE PROFESIONALE NE AKSESIN VASKUALR.....	23
6.6. RASTE STUDIMI GLOBALE PER SEMUNDJEN KRONIKE TE VESHKAVE NE FAZEN E FUNDIT .....	30
6.6.1. ITALIA .....	30

6.6.2. GREQIA .....	32
6.6.3. TAJVANI .....	33
6.6.4. JAPONIA.....	35
6.6.5. KINA .....	37
6.6.6. MEKSIKA.....	39
6.6.7. SUDANI .....	40
6.6.8. SENEGALI.....	42
<b>7. PREZANTIMI I STUDIMIT .....</b>	<b>45</b>
7.1. QËLLIMI DHE OBJEKTIVAT.....	45
7.2. METODOLOGJIA .....	45
7.2.1. LLOJI I STUDIMIT, VENDI, PERIUDHA, SAMPLI, KRITERET E PERFSHIRJES 45	
7.2.2. INSTRUMENTI I MBLEDHJES SË TË DHËNAVE .....	46
7.2.3. ANALIZA STATISTIKORE E TË DHËNAVE.....	47
7.3. KONSIDERATAT ETIKE .....	47
<b>8. REZULTATET .....</b>	<b>48</b>
8.1. PARAQITJA DESKRIPTIVE E VARIABLAVE.....	48
8.2. PARAQITJA ANALITIKE E VARIABLAVE .....	60
8.2.1. ANALIZA E LIDHJES MIDIS KDCS DHE FAKTOREVE SOCIO- DEMOGRAFIKE DHE KOMORBIDITETIT. ....	60
8.2.2. ANALIZA E LIDHJES MIDIS PCS DHE FAKTOREVE SOCIO-DEMOGRAFIKE DHE KOMORBIDITETIT .....	62
8.2.3. ANALIZA E LIDHJES MIDIS MCS DHE FAKTOREVE SOCIO-DEMOGRAFIKE DHE KOMORBIDITETIT .....	64
8.2.4. ANALIZA E LIDHJES MIDIS TREGUESVE TE KDCS ME PCS DHE MCS..	66
8.3. VLERESIMI I TEKNIKES SE KUJDESIT INFERMIEROR PER AKSESIN VASKULAR.....	67
<b>9. DISKUTIMI .....</b>	<b>69</b>
9.1. PËRPARËSITË DHE KUFIZIMET E STUDIMIT .....	72
<b>10. KONKLUZIONE.....</b>	<b>73</b>
<b>11. REKOMANDIME .....</b>	<b>74</b>
<b>12. REFERENCA.....</b>	<b>75</b>

## 1. SHKURTIME

---

- QOL - Quality Of Life, Cilesia e Jetes.
- ESRD - End stage renal disease, stadi terminal i semundjes se veshkave.
- HD - Hemodialize.
- PD - Dialize peritoneale.
- AV - Akses Vaskular
- TZV - Terapi zëvendësuese e veshkave.
- RDT - Renal dialysis therapy, Terapi e dializes renale.
- AKI - Dëmtim akut i veshkave.
- CVC - Kateter venoz qendror.
- AVF - Fistul arteriovenoze.
- CKD - Semundje kronike e veshkave.
- CRD - Semundje renale kronike.
- GFR - Glomerular filtration rate.
- KDQOL - Kidney disease quality of life, Cilesia e jetes se semundjes se veshkave.
- LMIC - Vende me të ardhura më të ulëta.
- NCD - Non-communicable disease, Semundje jo-komunikuese
- PCS - Physical Component Summary, Komponenti fizik i cilesise.
- MCS - Mental Component Summary, Komponenti mendor i cilesise.
- KDCS - Kidney Disease Component Summary, Komponenti i semundjes se Veshkave.
- SF 36 - Short Form 36 Health Survey, Forma e shkurtuar e survejimit te shendetit.
- ANOVA - Analysis of Variance, Analiza e Variancës
- Mes - Mesatare
- Min - Minimum
- Max - Maksimum

## 2. LISTA E TABELAVE

---

Tabela 1: Te dhenat socio-demografike te pacienteve.....	48
Tabela 1.1.....	53
Tabela 1.2.....	53
Tabela 1.3.....	54
Tabela 2: Kategorite e Cilesise se jetes se pacientit dhe piket e vleresimit.....	55
Tabela 2.1.....	56
Tabela 2.2.....	57
Tabela 2.3.....	57
Tabela 2.4.....	57
Tabela 3.1.....	58
Tabela 3.2.....	59
Tabela 3.3.....	59
Tabela 4.1.....	60
Tabela 4.2.....	60
Tabela 5: Lidhja midis Mesatareve te KDCS dhe treguesve socio-demografike & komorbiditeti.....	61
Tabela 5.1: Analize e regresionit .....	61
Tabela 5.2: Analize e regresionit .....	61
Tabela 5.3: Analize e regresionit .....	62
Tabela 5.4: Vleresimi i lidhjes midis KDCS dhe komorbiditetit.....	62
Tabela 6: Lidhja midis Mesatareve te PCS dhe treguesve socio-demografike & komorbiditeti.....	63
Tabela 6.1: Analize e regresionit per lidhjen PCS me Punesimin .....	63
Tabela 6.2: Analize e regresionit per lidhjen PCS me Moshen .....	64
Tabela 6.3: Vleresimi i lidhjes midis PCS dhe komorbiditetit .....	64
Tabela 7: Lidhja midis mesatareve te MCS dhe treguesve socio-demografike dhe komorbiditetit.....	65
Tabela 7.1: Analize e regresionit per lidhjen e MCS dhe Punesimi .....	65
Tabela 7.2: Analize e regresionit per lidhjen MCS dhe Niveli arsimor.....	66
Tabela 8: Analize e regresionit per lidhjen KDCS me komponentin fizik PCS.....	66
Tabela 8.1: Analize e regresionit per lidhjen KDCS me komponentin mendor MCS.....	67
Tabela 9.....	67
Tabela 9.1: Cilesia e kujdesit infermieror per aksesin vaskular .....	68
Tabela 9.2: Vleresimi i lidhjes midis cilesise se kujdesit ndaj aksesit vaskular dhe komponentit fizik te cilesise se jetes.....	68



### 3. LISTA E GRAFIKËVE

---

Grafiku 1/1 .....	49
Grafiku 1/2 .....	50
Grafiku 1/3 .....	50
Grafiku 1/4 .....	51
Grafiku 1/5 .....	51
Grafiku 1/6 .....	52
Grafiku 1/7 .....	52
Grafiku 1/8 .....	54
Grafiku 1/9 .....	55
Grafiku 2.1 .....	56
Grafiku 3.1 .....	58

## 4. ABSTRAKT

---

**Hyrje:** Insuficienca renale kronike eshte nje shqetesim ne rritje i shendetit publik ne te gjithë boten perfshire edhe vendin tone per arsye te semundshmerise dhe vdekshmerise se larte. Për shkak se kërkon trajtim gjatë gjithë jetës sic eshte hemodializa, cilësia e jetës (QOL) se pacientëve mund të dëmtohet ndjeshëm. Trajtimi kronik i hemodializës kërkon akses vaskular te cilat kane nevojë per kujdes te vecante. Prandaj studimi i faktoreve qe prekin cilesine e jetes dhe kujdesin gjate implementimit te terapise jane te domosdoshme per tu vleresuar me qellim permiresimin e tyre nga perspektiva infermiore.

**Metodologjia:** Eshte nje studim cross-seksional i realizuar ne Njesine e Hemodializes te Spitalit Rajonal te rrethit te Gjirokastrës gjate periudhes korrik-gusht 2020. Per mbledhjen e te dhenave do të përdoret pyetesori Cilësia e Jetës në Sëmundjet e Veshkave - një formë e shkurtër e (KDQOL-SF) si edhe një listë kontrolli në lidhje me teknikat e kujdesit infermior për aksesin vaskular. Te dhenat jane perpunuar me programin statistikor SPSS-23. Sinjifikanca u testua nga testi t i pavarur, analiza e variancës F, dhe analiza e regresionit të shumëfishtë linear. Niveli i pranuar i sinjifikances eshte  $p < 0.05$ .

**Rezultatet:** Niveli i cilesise se jetes te pacienteve qe i nenshtrohen HD ne rrethin e Gjirokastrës eshte mesatar. Nivel më i ulet i cilesise ishte komponenti fizik me rezultat mesatar  $41.8 \pm 17.6$ . Pacientet me nivel ekonomik ( $50.8 \pm 5.4$  pike) dhe arsimor ( $55.1 \pm 8.6$ ) me te larte kishin nje cilesi jete me te mire lidhur me statusin e semundjes se veshkave (KDCS), kurse pacientet me moshe më shume se 50 vjec ishin më te prirur per te patur nje shendet fizik më te dobet ( $44.4 \pm 3.5$ ). Te qenurit i punesuar u gjet se ka nje ndikim pozitiv ne aspektin psikologjik ( $52.45 \pm 3.02$ ), por rezultate te uleta te cilesise ne lidhje me komponentin fizik ( $42.8 \pm 3.2$ ). Pacientet qe vuajne nga diabeti kane rezultate më te uleta te komponentit fizik PCS dhe KDCS. Cilesia e kujdesit per aksesin vaskular ishte gjithshu e nivelit mesatar me problemin kryesor ne proceduren e futjes se ages ne aneurizem (48%) apo mos respektimit te distances se ages nga fistula (50%).

**Perfundime:** Punonjesit e kujdesit shendetesor duhet te jene te vetdijshem per cilesine e ulet te jetes sidomos tek grupmoshat mbi 50 vjec, ata me nivel te ulet socio-ekonomik dhe arsimor dhe me semundje bashkeshoqeruese, te cilat duhet te konsiderohen grupet target per te adaptuar nevojat individuale dhe te jene ne fokus te edukimit parandalues dhe kujdesit te tyre. Administratorët e kujdesit vaskular duhet të forcojnë performancën e tyre mbikëqyrëse per parandalimin e gabimeve gjate teknikes se aksesit vaskular.

## 5. HYRJE

---

### 5.1. IDENTIFIKIMI I PROBLEMIT DHE RENDESIA E STUDIMIT

Sëmundja renale në stadin e fundit (ESRD) është përfshirë së fundi në grupin e sëmundjeve jetësore të shekullit të 21-të. Sëmundja renale në fazën përfundimtare (ESRD) është një sëmundje e tillë kronike që shkakton një aftësi të kufizuar të lartë në fusha të ndryshme të jetës së pacientëve, duke çuar në dëmtim të cilesive të jetës së tyre (QOL)<sup>1,2</sup>. Kjo do të thotë se disa pacientë me këtë sindrom të parikthyeshëm, pas disa vitesh nga fillimi, kërkojnë terapi zëvendësuese të veshkave (TZV). Dializa është trajtimi kryesor i kesaj sëmundjeje<sup>3</sup>. Trajtimi kronik i hemodializës kërkon akses vaskular. Ky akses mund të sigurohet nga një kateter venoz qendror (CVC), një fistul arteriovenoze (AVF) ose një graft arteroventoz i futur midis një arterie dhe një ene venoze të gjakut<sup>4</sup>. CVC përdoret zakonisht për pacientët që kanë nevojë për dializë afatshkurtër ose për pacientët enet venoze sipërfaqësore të cilëve janë hipoplastike ose të veshura për shkak të procedurave të mëparshme kirurgjikale<sup>5</sup>. Graftet arteriovenoze mund gjithashtu të përdoren si një metodë afatgjatë për aksesin vaskular<sup>6,7</sup>.

Sidoqoftë, një AVF konsiderohet metoda më e favorshme në hemodializën kronike për sa i përket funksionit, kohëzgjatjes dhe shkallës më të ulët të komplikacioneve, ndërsa CVC dhe graftet arteriovenoze shoqërohen me incidence më të shpeshtë të infeksionit, okluzion, tromboza si dhe stenoza të venave. Prandaj, vendet e aksesit vaskular kanë nevojë për kujdes të veçantë për të rritur mirëmbajtjen e tyre<sup>8,9</sup>. Komplikacionet e hyrjes vaskulare janë shkak kryesor i shtrimit në spital dhe sëmundshmërisë tek pacientët me sëmundje kronike të veshkave dhe përbëjnë 16% deri në 25% të shtrimeve në spital në mesin e pacientëve që kalojnë hemodializën në Shtetet e Bashkuara dhe Evropë<sup>10</sup>.

Kushtet e trajtimit dhe përparimi i sëmundjes kronike kufizojnë individin me sëmundje kronike të veshkave (CKD) dhe, për rrjedhojë, ato janë faktorë agresivë që shkaktojnë stres, izolim social si dhe kufizime në mundësinë e levizjeve dhe turneve, ulje të aktivitetit fizik, varësisë dhe ndjenjës së frikës dhe pasigurisë në lidhje me shëndetin dhe mirëqenien. Prandaj, cilësia e jetës është një faktor jashtëzakonisht i rëndësishëm sepse ndikon drejtpërdrejt në efektivitetin e trajtimeve dhe ndërhyrjeve në shëndet<sup>11</sup>.

Megjithë përparimet teknologjike dhe terapeutike të arritura deri më sot, për të përmirësuar gjendjen klinike dhe për të rritur mbijetesën e pacienteve me CKD, niveli i tyre i cilësisë së jetës vazhdon të dobësohet<sup>12</sup>. Duke ditur që kujdesi infermieror vazhdimisht ka nevojë për ndryshime për të përmbushur nevojat e individit, është e nevojshme dhe jashtëzakonisht e rëndësishme, të avancohet në fushën e kërkimit si një sfidë për të përmirësuar cilësinë e kujdesit me impakt pozitiv në cilësinë e tyre të jetës<sup>12,13</sup>.

Sipas të dhënave nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor në Shqipëri në muajin dhjetor 2018, numri total i pacientëve që janë trajtuar me dializë në institucionet shëndetësore publike dhe private, është 1250, përkatësisht në QSUT dhe spitalin rajonal Gjirokastër, në spitalet jopublike

dhe nëpërmjet partneritetit publik-privat të hemodializës, në spitalet rajonale të Lezhës, Elbasanit, Vlorës, Korçës dhe Shkodrës. Aktualisht në Spitalin e Gjirokastrës janë rreth 50 pacientë që vijnë edhe nga qytete të tjera të jugut të Shqipërisë të cilët i nënshtrohen hemodializës<sup>14</sup>. Bazuar në hulumtimet e fundit, në Shqipëri ka pak informacion shkencor në lidhje me faktoret që ndikojnë në cilësinë e jetes së pacienteve që i nënshtrohen dializës<sup>15-17</sup>. Gjithashtu, në ditët e sotme nuk ka studime në Shqipëri që vlerësojnë rolin e cilësisë së kujdesit në qëndrueshmërinë dhe performancën e vendit të hyrjes vaskulare dhe rreziqet që vijnë nga injorimi i tij.

Për këtë arsye kam vendosur të ndermarr një studim që vlerëson cilësinë e jetes dhe kujdesin për pacientet me CKD që i nënshtrohen trajtimit me hemodializë në Spitalin Rajonal të Gjirokastrës në mënyrë që të përcaktojmë faktoret që prekin më së shumti mirëqenien e shëndetit të tyre me qëllim implementimin e nderhyrjeve për përmirësimin e cilësisë së kujdesit nga perspektiva infermiere.

## **6. PËRMBLEDHJE E LITERATURËS**

---

### **6.1. PREVALENCA E SEMNUDJEVE RENALE NE STADIN E FUNDIT NE BOTE DHE NE SHQIPERI**

Studimet tregojnë se mbi 850 milionë njerëz në mbarë botën kanë një formë të sëmundjes së veshkave. Sëmundja kronike e veshkave (CKD) aktualisht po prek 18.4% të popullatës evropiane. Sëmundjet kronike të veshkave (CKD), të përcaktuara si anomalitë e strukturës ose funksionit të veshkave të vazhdueshme për më shumë se 3 muaj, janë forma më e zakonshme e sëmundjeve të veshkave. Një përmbledhje sistematike e CKD në popullatat e përgjithshme në të gjithë botën në vitin 2018 gjetën një prevalencë të vazhdueshme globale të CKD prej 11-13%. Përsa i përket gjinise rezultatet treguan se 44.6% e te prekurve me CKD ishin meshkuj dhe pjesa tjetër 55.4% femra. Nga 5.3 deri në 10.5 milion njerëz kërkojnë dializë ose transplantim në bote. Studimet e bëra në Qëndrat për Kontrollin dhe Parandalimin e Sëmundjeve në Shtetet e Bashkuara të Amerikës tregojnë se CKD janë më të shpeshta në personat 65 vjeç e sipër me rreth 38%, për personat e moshave 45-64 vjeç janë 13% dhe 7% për personat e moshave 18-44 vjeç.<sup>125,130</sup>

Në Shqipëri 14% e popullatës është e prekur nga sëmundjet kronike të veshkave në 4 vitet e fundit, afërsisht 1 në 10 persona kanë CKD në një stad të caktuar. Rreth 1250 pacientë në gjithë Shqipërinë të cilët marrin dializë. Sëmundjet kronike të veshkave mund të ndodhin në çdo moshë, por ato janë më të zakonshme me kalimin e viteve dhe kryesisht te femrat të cilat preken 2 % me shumë se meshkujt. Megjithatë gjysma e individëve 75 vjeç e lart kanë CKD në një stad të caktuar, shumë nga ata nuk kanë një sëmundje të veshkave, por një plakje normale të veshkave. Këto sëmundje prekin çdo njeri pavarësisht nga moshën.<sup>14</sup>

### **6.2. TERAPIA E DIALIZES**

#### **6.2.1. SEMUNDJET RENALE KRONIKE**

Sëmundjet kronike të veshkave po bëhen çdo ditë e më shumë një problem i shëndetit publik në mbarë botën dhe shoqërohen me prekshmëri dhe vdekshmëri të lartë. Gjithashtu ato janë problem social dhe ekonomik për të sëmurët, familjet e tyre dhe gjithë shoqërinë. Veshkat preken nga një shumëllojshmëri sëmundjesh dhe çrregullimesh të saj. Në shumicën e sëmundjeve të veshkave, sulmohen njësitë e filtrimit të veshkave (nefronet) dhe dëmtojnë aftësinë e tyre për të eliminuar mbeturinat dhe lëngjet e tepërta. Nuk ka asnjë shkak të vetëm të sëmundjes kronike të veshkave. Disa forma të sëmundjes mund të jenë të trashëguara, ndërsa të tjerat janë të fituara.<sup>126</sup>

Sëmundjet kronike të veshkave janë një dëmtim ose humbje progresive të funksionit të veshkave. Ky dëmtim zhvillohet në mënyrë të ngadaltë dhe të fshehtë gjatë një periudhe kohore që zgjat nga disa

muaj deri disa vite, çka bën që shpesh të sëmurët diagnostikohen në një stad të përparuar të sëmundjes.

Nëse nefronet janë të dëmtuar, ato ndalojnë së punuari. Nefronet e shëndosha mund të kryejnë një punë shtesë për një farë kohe, por nëse dëmtimi vazhdon, ato dalin nga funksioni dhe nefronet e mbetura nuk mund të filtrojnë mjaftueshëm gjakun për të qenë të shëndetshëm.

Dëmtimi kronik i veshkave vjen si pasojë e faktorëve patologjik, psikologjik dhe social ekonomik të cilat paraqesin një ndër problemet e shëndetit publik. Ndërsa në një numër të konsiderueshëm të rasteve nuk është e mundur të përcaktohet se kush është shkaku i saktë i kësaj sëmundjeje, e cila nëse nuk trajtohet që në stadet më të hershme mbart pasoja të rënda. Një person mund të ketë dëmtim të veshkave shume vite përpara së të jetë i nevojshëm fillimi i trajtimit me dializë apo transplant. Në shumë të sëmurë, edhe pse veshkat janë të dëmtuara edhe në stade shumë të përparuara të sëmundjes, apo edhe në dializë mund të vazhdojnë të prodhojnë urinë. Për këtë arsye, këto substanca, do të vazhdojnë të qarkullojnë dhe të grumbullohen në organizëm. Prandaj nuk mund të vlerësohet funksioni i veshkës vetëm nëpërmjet sasisë së urinës së prodhuar. Faktorë të tjerë më pak të zakonshme të veshkave përfshijnë: inflamacionin, infeksionin, trashëgiminë familjare, bllokimin e gjatë të sistemit urinar, përdorimin për një kohë të gjatë të disa ilaçeve që mund të shkaktojnë këto sëmundje, jeta sedentare etj.<sup>127</sup>

### **6.2.2. SHENJAT E SEMUNDJES**

Shenjat e hershme të sëmundjes janë të fshehta dhe shpesh nuk e kuptoni që keni të pranishme shenjat e sëmundjes. Shenja të tilla mund të jenë: dobësi; mungesë përqendrimi; mungesë oreksi; pagjumësi; ngërçe gjatë natës; ënjtje të këmbëve dhe përreth syve sidomos në mëngjes; tharje të lëkurës dhe kruarje; urinim i shpeshtë dhe sidomos gjatë natës; etje për ujë.<sup>128</sup>

Diagnostikimi dhe ndjekja e të sëmurëve me CRD. Diagnostikimi dhe vlerësimi i funksionit të veshkës do të ndihmojë për ndjekjen dhe fillimin e mjekimit me qëllim ngadalësimin e dëmtimit të funksionit të saj.

Ekzaminimet e nevojshme janë: Matja e presionit arterial; Analiza e urinës; Proteinat janë substanca që normalisht nuk eliminohen me urinë. Në rastet kur veshkat tuaja janë të dëmtuara atëherë proteinat apo albuminat kalojnë në urinë. Prania persistente e albuminës në urinë mund të jetë një shenjë e hershme e dëmtimit të veshkave; Analizë gjaku për matjen e nivelit të kreatinemisë; Matja e filtracionit glomerular apo GFR që tregon nivelin e funksionit të veshkës; Ekografi e aparatit urinar. Ky ekzaminim jep të dhëna mbi madhësinë dhe formën e veshkës, praninë ose jo të bllokimit të rrugëve urinare, të gurëve në veshkë apo tumoreve të aparatit urinar; Analizë e gjakut komplet.<sup>131</sup>

Përcaktimi i stadit të CRD bëhet duke përcaktuar GFR. Filtracioni glomerular apo GFR përdoret për të treguar se cili është niveli i dëmtimit të funksionit të veshkave. Sa më shumë avancon sëmundja aq më shumë ulët GFR. GFR mbi 60 tregon një funksion normal të veshkave GFR nën 60 tregon praninë e sëmundjes renale GFR nën 15 ose dhe më e ulët tregon praninë e insuficiencës renale dhe fillimi i terapisë renale zëvendësuese me dializë apo transplant është i domosdoshëm.<sup>129</sup>

### 6.2.3. TERAPIA E SEMUNDJES RENALE KRONIKE

Trajtimi i sëmundjes do të varet nga stadi i saj dhe nga prania ose jo e sëmundjeve të tjera shoqëruese. Trajtimi zakonisht përbëhet nga masa për të ndihmuar në kontrollin e shenjave dhe simptomave, zvogëlimin e komplikimeve dhe përparimin e ngadaltë të sëmundjes. Nëse veshkat dëmtohen rëndë, mund të kenë nevojë për trajtim për sëmundjen e veshkave në fazën përfundimtare Ndjekja dhe trajtimi që në stadet e para mund të parandalojë ose të ngadalësojë progresionin e CKD në stadin e insuficiencës së veshkës, stad në të cilin fillimi i dializës është i nevojshëm.<sup>132</sup>

Qëllimi kryesor i trajtimit të sëmundjes në stadet e hershme është: Parandalimi ose ngadalësimi i progresionit të CKD; Ulja e rrezikut për sëmundje kardio-vaskulare.

- Sëmundja Renale Kronike stadi 1-2. Në këtë stad të sëmundjes mundet që pacienti të mos ketë shenja specifike. Në analizën e gjakut mund të vërehet një rritje e lehtë e nivelit të kreatinemisë. Në analizën e urinës mund të vërehet prania e albuminës apo e rruazave të kuqe që mund të sugjerojë për praninë e një sëmundje në veshka. Trajtimi në këtë stad të sëmundjes mund të konsistojë në pakësimin e proteinave në dietë, dhe në disa raste në përdorimin e medikamenteve që ulin presionin e gjakut. Anemia shfaqet rrallë në këtë stad të sëmundjes.
- Sëmundja Renale Kronike stadi 3-4. Në këtë stad mundet që pacienti të ndjehet mirë ose të ketë ndonjë nga shqetësimet e mëposhtme: Rritje të nivelit të kreatinemisë; Lodhje; Ënjtje në duar, këmbë, apo përreth syve; Pakësim të oreksit; Ngadalësim të tretjes së ushqimit; Ndryshim në sasinë, ngjyrën dhe shpeshhtësinë e urinimit; Vlera të larta të presionit të gjakut. Në këtë stad është shumë e rëndësishme të respektohet dieta e rekomanduar (pakësim i proteinave, përdorimi i ushqimeve që përmbajnë pak kalium, fosfor, dhe kripë). Disa lloje të sëmundjes së veshkave mund të trajtohen në varësi të shkakut themelor. Shpesh, sëmundja kronike e veshkave nuk ka shërim.
- Sëmundja Renale Kronike stadi 5. Funkcioni i veshkës në këtë stad të sëmundjes është afërsisht 10-15%. Shenjat klinike që mund të keni në këtë stad: Anemi; Dhimbje koke; Lodhje; Të përziera, të vjella, pakësim të oreksit; Etje për ujë; Ngërçe të muskujve; Urinim të shpeshtë gjatë natës; Kruarje; Vlera të larta të presionit arterial; Edema; Ndryshime të ciklit menstrual; Pakësim të sasisë së urinimit. Në këtë stad të sëmundjes është e nevojshme fillimi terapisë renale zëvendësuese, hemodializë, dializë peritoneale apo transplant të veshkës. Kjo procedurë nuk është e nevojshme të kryhet muaj përpara se të fillojë trajtimi si në rastin e hemodializës.<sup>133</sup>

Trajtimi i komplikimeve:

Komplikimet e sëmundjes së veshkave mund të kontrollohen për t'ju bërë më të rehatshme. Trajtimet mund të përfshijnë:

- Medikamente të tensionit të lartë. Njerëzit me sëmundje të veshkave mund të pësojnë përkeqësim të presionit të lartë të gjakut. Mjeku mund të rekomandojë medikamente për të ulur presionin e gjakut - frenuesit zakonisht të enzimës konvertuese të angiotenzinës ose

bllokuesit e receptorëve të angiotensin - dhe për të ruajtur funksionin e veshkave. Ilaçet për presionin e lartë të gjakut fillimisht mund të ulin funksionimin e veshkave dhe të ndryshojnë nivelin e elektrolitit, kështu që mund t'ju duhet teste të shpeshta të gjakut për të monitoruar gjendjen tuaj. Mjeku ka të ngjarë të rekomandojë gjithashtu një pilulë uji (diuretik) dhe një dietë me kripë të ulët.

- Medikamentet për të ulur nivelin e kolesterolit. Mjeku mund të rekomandojë ilaçe të quajtura statina për të ulur kolesterolin . Njerëzit me sëmundje kronike të veshkave shpesh pësojnë nivele të larta të kolesterolit të keq, i cili mund të rrisë rrezikun e sëmundjeve të zemrës.
- Medikamentet për të trajtuar aneminë. Në situata të caktuara, rekomandohet shtesa të hormonit eritropoietin, ndonjëherë me hekur të shtuar. Eritropoietina plotëson ndihmën në prodhimin e më shumë qelizave të kuqe të gjakut, të cilat mund të lehtësojnë lodhjen dhe dobësinë që lidhen me aneminë.
- Medikamentet për lehtësimin e ënjtjes. Njerëzit me sëmundje kronike të veshkave mund të mbajnë lëngje. Kjo mund të çojë në ënjtje në këmbë, si dhe presion të lartë të gjakut. Ilaçet e quajtura diuretikë mund të ndihmojnë në ruajtjen e ekuilibrit të lëngjeve në trupin tuaj.
- Medikamentet për të mbrojtur kockat. Përdorimi shtesë të kalciumit dhe vitaminës D për të parandaluar kockat e dobëta dhe për të ulur rrezikun e frakturës. Gjithashtu mund të merrni ilaçe të njohura si një fosfat lidhës për të ulur sasinë e fosfatit në gjak dhe për të mbrojtur enët e gjakut nga dëmtimet nga depozitat e kalciumit (kalcifikimi).
- Një dietë më e ulët e proteinave për të minimizuar produktet e mbeturinave në gjak. Ndërsa trupi përpunon proteina nga ushqimet, ajo krijon produkte të mbeturinave që veshkat duhet të filtrojnë nga gjaku. Për të zvogëluar sasinë e punës që duhet të bëjnë veshkat mund të rekomandohet të konsumohen më pak proteina, gjithashtu një dietolog i cili mund të sugjerojë mënyra për të ulur marrjen e proteinave.<sup>134</sup>

#### **6.2.4. TRAJTIMI I SEMUNDJES SE VESHKAVE NE FAZEN E FUNDIT. LLOJET E TERAPISE**

Trajtimi për sëmundjen e veshkave në fazën e fundit përfshijnë dializën ose transplantin e veshkave. Ne disa raste, ndryshimi i stilit të jetës dhe medikamentet mund të ndihmojnë. Nëse veshkat nuk mund të bëjnë vete pastrimin e mbeturinave dhe lëngjeve zhvillohet një dështim i plotë të veshkave, pra sëmundje të veshkave në fazën e fundit. Në atë pikë, nevojitet për dializë peritoneale, hemodializë ose transplantim të veshkave.

- Dializë peritoneale

Dializa peritoneale kryen heqjen artificiale të toksinave dhe likidet shtesë duke përdorur murin abdominale të quajtur membrana peritoneale, si një filtër membrane nëpër të cilin likidet dhe substancat e tretura (elektrolite, glukozë, albumin, ure e.t.j.) shkëmbehen nga gjaku, kur veshkat nuk mund ta bëjnë më këtë. Dializa peritoneale preferohet sepse përdoret një teknikë më e thjeshtë dhe siguron ndryshime më graduale fiziologjike sesa hemodializa. Lloji më i zakonshëm është dializë peritoneale ambulatorie e vazhdueshme, e cila lejon pacientin të menaxhojë procedure në shtëpi me



qese dhe rjedhjen me anë të gravitetit. Në dializën peritoneale, rjedhja kryhet me anë të një tubi të hollë (kateter) i futur në bark e cila mbush zgavrën e barkut me një zgjidhje dialize që thith mbeturinat dhe lëngjet e tepërta. Pas një periudhe kohe, zgjidhja e dializës kullon nga trupi, duke mbajtur toksinat më vete. Kjo kërkon një kohë më të gjatë të pushimit gjatë natës dhe një total prej 3-5 cikle në ditë, 7 ditë në javë. Për këtë nuk kërkohet ndonjë aparat i veçantë përveç se nevojitet një aparat i automatizuar për të mbushur dhe zbrazur likidin e dializës në intrvale të përcaktuara. Dializa peritoneale është e ngjajshme në parim me hemodializën.

- Hemodializa

Trajtimi i hemodializës konsiston në qarkullimin e gjakut të pacientit jashtë trupit nëpërmjet një qarku (I quajtur “qarku i dializës”) Ajo ndan tretësirat me anë të difuzioneve të ndryshëm me anë të një membrane të vendosur midis gjakut solucionit të dializës. Gjaku kalohet në një veshkë artificiale (dializues) për heqjen e likidit të tepërt dhe toksinave dhe më pas të kthehet në qarkullim venoz. Pra gjaku duhet të kalojë në një makineri dialize. Hemodializa kërkon një rrugë aksesit në gjak me anë të një kateteri arterio venoz ose grafit sintetik. Kjo metodë është e shpejtë dhe efikase për të hequr urenë dhe produktet e tjera toksike. Hemodializa kryhet në ambiente spitalore, ose në qendra ambulatoriale dialize 3 herë në javë për 4 orë.

- Transplantimi i veshkave

Një transplant i veshkave përfshin vendosjen kirurgjikale të një veshkë të shëndetshme nga një donator në trupin e njeriut. Veshkat e transplantuara mund të vijnë nga dhurues të vdekur ose të gjallë. Do të duhet të merren ilaçe për pjesën tjetër të jetës për ta mbajtur trupin të mos refuzojë organin e ri. Kur bëhet transplant i veshkave nuk ka nevojë për të bërë dializë. Për disa që zgjedhin të mos kenë dializë ose transplantim të veshkave, një mundësi e tretë është trajtimi i dështimit të veshkave me masa konservative. Sidoqoftë, pasi kanë dështim të plotë të veshkave, jetëgjatësia në përgjithësi do të ishte vetëm disa muaj.<sup>39</sup>

### 6.3. FAKTORET RISKANTE

Dy faktorët patologjikë më kryesor të sëmundjes kronike të veshkave janë diabeti dhe presioni i lartë i gjakut, të cilat janë përgjegjëse deri në dy të tretat e rasteve familje që vuajnë me sëmundje të veshkave. Këta individë janë më të predispozuar se të tjerë për të zhvilluar sëmundje të veshkave.

- Presioni i lartë i gjakut (hipertensioni) shkakton një të katërtën e të gjitha rasteve. Presioni është matja e forcës që ushtrohet kundrejt murit të arterieve nga pompimi i gjakut prej zemrës. Presioni i lartë i gjakut, ose hipertensioni, ndodh kur rritet presioni i gjakut kundër mureve të enëve të gjakut. Në rastet kur presioni i gjakut nuk mbahet në vlerat e rekomanduara nga mjeku atëherë ai mund të jetë një shkak kryesor i sulmeve në zemër, shkaktar i infarktit të miokardit, iskemisë së trurit, goditje dhe sëmundje kronike të veshkave. Gjithashtu, sëmundja kronike e veshkave mund të shkaktojë presion të lartë të gjakut.<sup>135,136</sup>

- Diabeti shkakton një të tretën e të gjitha rasteve dhe që është shkaku më i zakonshëm i insuficiencës renale. Diabeti ndodh kur sheqeri në gjak është shumë i lartë, duke shkaktuar dëme në shumë organe në trupin e njeriut, përfshirë veshkat dhe zemrën, si dhe enët e gjakut, nervat dhe sytë.<sup>137</sup>

Analizat e thjeshta të gjakut e urinës mund të zbulojnë praninë e CKD-ve, dhe një trajtim me kosto të lirë mund të ngadalësojë progresin e sëmundjeve, të reduktojë rrezikun e atakut të panikut dhe atakut kardiak të lidhura me të, si dhe të përmirësojë cilësinë e jetës.

- Glomerulonefriti është një grup sëmundjesh që shkaktojnë inflamacion dhe dëmtim të njësive filtruese të veshkave. Këto çrregullime janë lloji i tretë më i zakonshëm i sëmundjeve të veshkave.
  - a) Sëmundjet e trashëguara, siç është sëmundja polikistike e veshkave, e cila bën që kistet e mëdha të formohen në veshka dhe dëmtojnë indet përreth.
  - b) Malformimet që ndodhin ndërsa fëmija zhvillohet në barkun e nënës së saj. Për shembull, mund të ndodhë një ngushtim që parandalon rrjedhjen normale të urinës dhe bën që urina të rrjedhë përsëri në veshkë. Kjo shkakton infeksione dhe mund të dëmtojë veshkat.
  - c) Lupus dhe sëmundje të tjera që ndikojnë në sistemin imunitar të trupit.
  - d) Pengesat e shkaktuara nga probleme si gurët në veshka dhe bllokimi prej tyre i rrugëve urinare, tumoret ose një gjëndër e prostatës në zona e rritur.
  - e) Infeksione të përsëritura urinare.<sup>40,138,139</sup>

## 6.4. PASOJAT NE SHENDET

Veshkat ndihmojnë tërë trupin të funksionojë siç duhet, gjithashtu CKD mund të shkaktojë probleme me mënyrën e funksionimit të pjesës tjetër të trupit. Disa nga ndërlikimet e zakonshme të CDK përfshijnë aneminë, sëmundjen e eshtrave, sëmundjet e zemrës, kaliumin e lartë, kalciumin e lartë dhe ndërtimin e lëngjeve.

- Cerma
- Anemi
- Acidoza metabolike
- Sëmundja e kockave dhe fosfori i lartë (hipfosfatemia)
- Sëmundja e zemrës
- Kalium i lartë (hiperkalemia)
- Grumbullimi i lëngjeve

### 6.4.1. CERMA

Më së shpeshti, sëmundja e veshkave mund të shkaktojë cermë. Sidoqoftë, Cerma mund të çojë gjithashtu në sëmundje të veshkave. Meqenëse acidi urik filtrohet përmes veshkave, të dy sëmundjet lidhen.<sup>140</sup>

#### **6.4.2. ANEMIA**

Veshkat ndihmojnë trupin të bëjë qelizat e kuqe të gjakut. Kur veshkat nuk po punojnë siç duhet, trupi mund të mos ketë mjaft qeliza të kuqe të gjakut. Kjo gjendje quhet anemi.<sup>141</sup>

#### **6.4.3. ACIDOZA METABOLIKE**

Acidoza metabolike është një përbërje acidi në trupin. Veshkat ndihmojnë në mbajtjen e ekuilibrit të duhur të acideve në trup. Acidoza metabolike është e zakonshme në njerëzit me sëmundje të veshkave sepse veshkat e tyre nuk po e filtrojnë mjaft mirë gjakun e tyre.<sup>142</sup>

#### **6.4.4. SEMUNDJA E KOCKAVE DHE FOSFORI I LARTE (HIPERFOSFATEMIA)**

Për të pasur kocka të shëndetshme nevojitet sasia e duhur për kalcium dhe vitaminë D. Veshkat e shëndetshme ndihmojnë në mbajtjen e kockave të shëndetshme, pra veshkat e dëmtuara mund të mos jenë në gjendje ta bëjnë këtë punë të rëndësishme.<sup>143</sup>

#### **6.4.5. SEMUNDJA E ZEMRES**

Sëmundja e zemrës mund të shkaktojë sëmundje të veshkave, por sëmundja e veshkave gjithashtu mund të shkaktojë sëmundje të zemrës. Sëmundja e zemrës është shkaku më i zakonshëm i vdekjes tek njerëzit në dializë.

Kur veshkat nuk po funksionojnë mirë, ata nuk mund të mbështesin pjesët e tjera të trupit ashtu si duhet. Kjo mund të shkaktojë probleme me zemër.<sup>144</sup>

#### **6.4.6. KALIUM I LARTE (HIPERKALEMIA)**

Veshkat e shëndetshme filtrojnë kalium shtesë (një mineral që gjendet në shumë ushqime) nga gjaku. Në CKD, duhet të kufizohet kaliumi sepse veshkat mund të mos jenë në gjendje ta filtrojnë atë.<sup>145</sup>

#### **6.4.7. GRUMBULLIMI I LENGJEVE**

Veshkat e shëndetshme nxjerrin lëng shtesë (të lëngshëm) nga gjaku. Kur veshkat nuk po funksionojnë siç duhet, nuk mund të nxjerrin lëng të mjaftueshëm. Kjo mund të bëjë që lëngu shtesë në gjakun të ndërtohet në trup. Të kesh shumë lëng në trupin mund të shkaktojë probleme me zemrën dhe mushkëritë. Mund të shkaktojë gjithashtu tension të lartë, që është shkaku i dytë më i zakonshëm i dështimit të veshkave. Kontrolli i marrjes së lëngjeve mund të ndihmojë në parandalimin e këtyre problemeve dhe të zvogëlohet rreziku për dëmtimin e mëtejshëm të veshkave. Nëse trupi mban shumë lëng, mund të vërehet një rrahje të zemrës dhe ënjtje që fillon në këmbët dhe kyçet e këmbës dhe lëviz lart. Kufizimi i sasisë së lëngut mund të ndihmojë për një shëndet më të mirë.<sup>41</sup>

Disa pasoja të tjera shëndetësore të CKD përfshijnë:

- Rritja e shfaqjes së infeksioneve
- Humbja e oreksit ose të ngrënit më pak
- Depresioni ose cilësia e ulët e jetës

## **6.5. CILESIA E JETES DHE ROLI I PROFESIONISTEVE TE SHENDETIT NE PERMIRESIMIN E SAJ**

Në Shqipëri kohët e fundit ka një rritje të pacientëve që hyjnë në dializë dhe moshën e tyre mesatare varjon në 50 vjeç, madje ka një tendencë në rritje të pacientëve për dializë edhe në grupmosha më të reja. Aktualisht në klinikën e dializës në Spitalin Shtetëror "Omer Nishani" në Gjirokastrë i cili është hapur në vitin 2010, ku bëjnë Dializë rreth 50 pacientë me një mesatare moshe rreth 50 vjeç. Pas vitit të parë të dializës 10% të tyre i ruajtën aftësitë e tyre të përkujdesit vetjak ditor, por gjatë vitit të 2-të të trajtimit me dializë këta pacientë patën një rënie të theksuar të aftësive fizike. Kjo erdhi sepse vetë shtimi i seancave të dializës nga 2 herë në javë në 3 herë në javë u shoqërua edhe me një monotoni të mërzitshme. Këta paciente janë shumë të ndryshëm edhe nga ndryshime klimaterike, të cilat lidhen ngushtë edhe me ndryshime të shpeshta të hipertensionit arterial dhe me shumë patologji të tjera.

### **6.5.1. CILESIA E JETES TEK PACIENTET ME SEMUNDJE RENALE KRONIKE**

Sëmundja kronike e veshkave (CDK) ka një ndikim të madh në cilësinë e jetës. Simptomat shfaqen dhe shkaktojnë ndryshime thelbësore në stilin e jetës nga fazat e hershme të sëmundjes tek trajtimi i zëvendësimit siç janë hemodializa (HD), dializa peritoneale (PD) ose transplantimi i veshkave. CDK shoqërohet pa dyshim me uljen e cilësisë së jetës, dhe ekziston një lidhje midis madhësisë së efektit në cilësinë e jetës dhe shkallës së filtrimit glomerular. Cilësia më e prekur e zonave të jetës është puna dhe koha e lirë, jeta familjare, gjumi dhe pushimi. Megjithatë një trajtim adekuat i pacientëve gjatë fazës së predializës mund të ngadalësojë përparimin e CDK dhe që njihet si një faktor i rëndësishëm i sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë pra, i cilësisë së jetës të pacientëve. Fillimi i trajtimit të dializës është pika e kthimit të pacientëve në konceptin e tyre për cilësinë e jetës. Ata kalojnë nga një situatë e "jetës normale" (shpesh e idealizuar) në një gjendje "rreziku të vdekshëm" ose "jeta pa shëndet" që kërkon dializën të mbetet gjallë. Ka disa aspekte që pacientët e prekur do të ndjehen të ndryshuar.<sup>146</sup>

- Mirëqenia

Përsëritja dhe shpeshtësia e procedurës së dializës vazhdimisht kujton një nga sëmundjet, duke favorizuar vetë-analizën që ekzagjeron fenomenet fiziologjike. Nga ana tjetër, dëshira dhe aktiviteti i ulur seksual (i pranishëm në deri në 50% të pacientëve) përjetohej si një shenjë e moshës së përparuar dhe ndërhyr në marrëdhënie. Më në fund, kufizimet dietike perceptohen (dhe për këtë arsye shpesh injorohen) si privim i "kënaqësisë" së fundit që pacientët mbajnë.

- Imazhi i trupit

Ngjyra e lëkurës, erë e trupit, humbja e funksionit urinar, pafuqia seksuale, fistula e brendshme artero-venoze ose prania e kateterit peritoneal, plagët ose distensioni i barkut ndihmojnë pacientët të perceptojnë trupin e tyre negativisht dhe me ndjenjë inferioriteti. Dhe këto ndjenja do të kufizojnë marrëdhëniet shoqërore dhe familjare, duke inkurajuar izolimin.

- Autonomia

Frekuenca e dializës (qoftë HD ose seanca shkëmbimi në PD) ndërhyr dhe kufizon stilin e jetës së pacientëve. Nga ana tjetër, ndjenjat e inferioritetit lehtësojnë përkeqësimin fizik, pasivitetin, neglizhencën dhe varësinë, shpesh të përmirësuar nga ndihma me qëllim të mirë nga familja e pacientit.

- Qëndrimi Mendor

Ankthi është gjithmonë në sfond për shkak të kontaktit të përditshëm me sëmundjen dhe rrezikut të vdekjes. Pra ankthi çon në shqetësime, somatizim, qëndrime obsesive, depresion, agresion, etj.<sup>42,43</sup>

Sot, për shkak të përparimeve shkencore dhe mjekësore, pacientët mbijetojnë me probleme që në atë kohë ishin vdekjeprurëse, por kjo mbijetesë shpesh shoqërohet me shkallë të ndryshme të aftësisë së kufizuar, duke shkaktuar varësi dhe një nevojë më të madhe si për kujdesin mjekësor, ashtu edhe atë shoqëror. Plakja progresive e popullsisë së dializës dhe komorbiditeti më i madh është një fakt, dhe marrëdhënia e ngushtë midis cilësisë së jetës dhe rezultatit të vdekshmërisë konfirmon rëndësinë e përfshirjes së shënuesve të cilësisë së jetës në menaxhimin klinik të pacientëve. Për më tepër, tani pacientët jo vetëm që kanë një pritje për të mbijetuar, por gjithashtu presin të arrijnë një nivel të caktuar të mirëqënies.<sup>44,45</sup>

Sëmundja ndikon në gjëndjen fizike dhe sociale të pacientit. Një ndër shënjat psikosociale më të hasura të pacientit është depresioni dhe mungesa e shoqërizimit.

### **6.5.2. ROLI I INFERMIEREVE NE PERMIRESIMI E SHENDETIT TE PACIENTVE ME CKD**

Në Shqipëri, kujdesi infermieror i ofruar pacientëve ESRD ka një rëndësi të veçantë për shkak të pjesës së madhe të pacientëve që vuajnë nga insuficienca renale kronike dhe numri i madh i atyre që janë në hemodializë. Për më tepër, cilësia e kujdesit të ofruar shoqërohet me rolin e infermiereve nga nefrologjia, me ekspertizë të specializuar dhe ndërveprim pacient-infermier janë parashikues të rëndësishëm që ndikojnë në cilësinë e kujdesit të ofruar. Kjo është arsyeja pse përvojat e pacientëve mund të ofrojnë reagime të vlefshme për infermierët në mënyrë që të rivlerësojnë, të vendosin qëllime dhe të përmirësojnë cilësinë dhe sigurinë e kujdesit të ofruar. Në këtë kontekst, studimi aktual ka për qëllim të eksplorojë përvojat e pacientëve me hemodializë në lidhje me kujdesin infermieror të siguruar, duke përdorur një metodë cilësore metodologjike, bazuar në epistemologjinë fenomenologjike. Infermierët janë kujdestarë për pacientët dhe ndihmojnë në menaxhimin e nevojave fizike, parandalimin e sëmundjes dhe trajtimin e kushteve shëndetësore. Për ta bërë këtë, ata duhet të vëzhgojnë dhe monitorojnë pacientin, duke regjistruar çdo informacion të rëndësishëm për të ndihmuar në marrjen e vendimeve për trajtimin.

Gjatë gjithë procesit të trajtimit, infermierët ndjekin përparimin e pacientit dhe veprojnë në përputhje me rrethanat me interesat më të mira të pacientit. Ata janë përgjegjës për kujdesin holistik të pacientëve, i cili përfshin nevojat psikosociale, zhvillimore, dhe shpirtërore të individit.

Roli i infermierit është të ruajë dinjitetin e pacientit gjatë gjithë trajtimit dhe kujdesit. Kjo mund të përfshijë bërjen e sugjerimeve në planin e trajtimit të pacientëve, në bashkëpunim me profesionistë të tjerë të shëndetit.

Infermierët luajnë një rol kryesor në menaxhimin e pacientëve me CKD. Ndhimojne dhe aftësojne pacientet që të jenë të vetëdijshëm për gjendjen e tyre, dhe edukojne ata për të marrë vendime të informuara në lidhje me trajtimin afatgjatë, që mendohet se është i dobishëm. Ata duhet të mbrojnë dhe të kujdesen për pacientët me të gjitha origjinat etnike dhe prejardhje fetare dhe t'i mbështesë ata përmes shëndetit dhe sëmundjes. Pacienti është përparësia e parë e infermierit.<sup>147</sup>

Kujdesi i dhënë përfshin dinjitetin personal, aftësitë teknike të infermierëve dhe praktikat e sigurta dhe mirëmbajtjen e një mjedisi të përgjegjshëm. Në veçanti pacientët me hemodializë kërkojnë mbështetje të vazhdueshme fizike dhe emocionale. Infermierët, nga ana tjetër, duhet të kuptojnë pacientët, të ndërtojnë besim dhe t'u përgjigjen nevojave të tyre përmes inkurajimit. Deri më tani, një numër studimesh kanë ekzaminuar përvojat e pacientëve me CKD në lidhje me kujdesin infermieror që u është dhënë atyre.<sup>148,149</sup>

Objektivat e kujdesit për pacientët në hemodializë përfshijnë sigurimin e dializës së mjaftueshme, mbajtjen e aksesit vaskular, sigurimin e ushqimit të duhur, minimizimin e shtrimit në spital dhe zgjatjen e jetës dhe cilësinë e tij. Kujdesi infermieror, nga ana tjetër, përfshin veprime ndërvepruese të ndërtuara mbi dimensionin etik ndërmjet kujdestarit dhe klientit. Veçanërisht hemodializa kërkon një kujdes të specializuar infermieror që shtrihet përtej njohurive teknike dhe Planeve të sugjeruara të Kujdesit infermieror. Ai përfshin marrëdhënie terapeutike dhe ndërnjerëzore, si dhe përgjigje të menjëhershme ndaj simptomave fizike, kufizime funksionale, ndërprerje psikosociale dhe nevoja për njohuri.<sup>150</sup>

Hemodializa është një trajtim i përvetshëm që në mënyrë të konsiderueshme dhe ndonjëherë ndikon negativisht në aftësitë fizike dhe mendore të pacientëve, me depresionin, ankthin dhe lodhjen që janë çështje të zakonshme. Ekzistojnë gjithashtu një bollëk të stresorëve shtesë, duke përfshirë çekuilibrin biokimik, ndryshimet fiziologjike, shqetësimet neurologjike, dëmtimet njohëse dhe mosfunksionimin seksual, të gjitha të lidhura me ESRD. Për pacientët me hemodializë që kalojnë një pjesë të konsiderueshme të jetës së tyre duke marrë trajtim, kujdesi infermieror është me rëndësi thelbësore, dhe identifikimi i ngushticave që pengojnë kujdesin infermieror do të kontribuonte në një marrëdhënie të përmirësuar midis infermierëve të nefrologjisë dhe pacientëve dhe në mënyrë të pashmangshme, për një cilësi më të mirë të jetës për këtë të fundit.<sup>151,152</sup>

Kujdesi infermieror i ofruar te pacientët me hemodializë përfshin karakteristika unike në lidhje me planet e tjera të infermierisë. Vizitat e shpeshta të pacientëve (zakonisht tre herë në javë) çojnë në një afërsi të shtuar me personelin infermieror. Për më tepër, mjedisi klinik ku infermieret hemodializë janë thirrur të shërbejnë është kërkuar dhe stresues. Në veçanti, një nga pengesat kryesore për sigurimin e kujdesit infermieror në mesin e pacientëve me ESRD ka të bëjë me rritjen e ngarkesës së punës, të shtuar nga faktorë të ndryshëm si nevoja për shërbime të ndryshme të

kujdesit, numri i kufizuar i infermierëve të punësuar dhe profesionistë të tjerë shëndetësorë dhe mungesa e një strategji për edukimin sistematik dhe udhëheqjen e pacientëve.

Infermierët janë kujdestarë për pacientët dhe ndihmojnë në menaxhimin e nevojave fizike, parandalimin e sëmundjes dhe trajtimin e kushteve shëndetësore. Për ta bërë këtë, ata duhet të vëzhgojnë dhe monitorojnë pacientin, duke regjistruar çdo informacion të rëndësishëm për të ndihmuar në marrjen e vendimeve për trajtimin.<sup>153,154</sup>

- Përmirësimi i vetë-menaxhimit të cilësisë së jetës
  - a) Edukimi i pacientëve për rëndësinë e kontrollit të presionit të gjakut duke siguruar që ata janë të vetëdijshëm se ulja e presionit të ngritur të gjakut është një faktor kryesor në parandalimin e përparimit të CKD.
  - b) Inkurajimi për monitorimin e presionit të gjakut në shtëpi kur është e përshtatshme.
  - c) Edukimi për mbajtjen e një kontrolli të mirë të glicemisë për të ngadalësuar përparimin e CKD.
  - d) Këshilla për ushqim të shëndetshëm dhe stërvitje.
  - e) Një rol tepër të rëndësishëm infermierët luajnë në komunikimin me pacientët. Infermierët janë personat që kalojnë më tepër kohë pranë pacientëve dhe kujdesen vazhdimisht për ta.
  - f) Qysh në momentet e para të prezantimit, pritjes dhe shoqërimit të pacientëve krijohet një marrëdhënie bashkëveprimi midis njëri-tjetrit.
  - g) Infermierët janë profesionistë të shëndetit që në procesin e komunikimit, ata janë dhënë të informacionit dhe pacientët marrësit, por këto role shkëmbehen herë pas here në varësi të situatave.
  - h) Mënyra se si komunikojnë, etika që përdorin, sjellja dhe qëndrimi që mbajnë, vlerat që prezantojnë, tregojnë dhe nxjerin në pah figurën dhe modelin e profesionistit infermier.
  - i) Mikpritja, buzëqeshja, fjala e ngrohtë, përzemërsia, qetësimi, marrja kohë, të dëgjuarit, të kuptuarit, sqarimi, përcjdhja e informacionit sa më të qartë dhe sa më të saktë, me maturi e delikatesë, sinqeriteti, bëjnë të mundur që të krijohet një klimë e mirë, një atmosferë besimi që bën të mundur një komunikim më efektiv

### **6.5.3. ROLI I INFERMIEREVE NE CILESINE E JETES SE PACIENTEVE ME CKD NGA ANA PSIKOLOGJIKE, FIZIKE DHE PROFESIONALE NE AKSESIN VASKUALR**

Çështjet që ndikojnë në rritjen e cilësisë për kujdesin dhe sigurinë e pacientit janë: Cilësia dhe performanca; Administrimi i shërbimeve infermiore; Menaxhimi infermior; Standardet profesionale infermiore dhe Procesi infermior.

- Kujdesi infermior nga ana psikologjike.

Gjatë 10 viteve të fundit, disa studime kanë theksuar rëndësinë e plotësimit të nevojave emocionale dhe psikologjike të pacientëve renalë.<sup>46</sup> Mbështetja për nevojat psikosociale të pacientëve është pjesë përbërëse e menaxhimit të rekomanduar të të gjitha kushteve afatgjata. Studimi gjithashtu thekson që shëndeti mendor duhet të ketë barazi me shëndetin fizik dhe të integrohet në rrugët e kujdesit.<sup>47,48</sup>

Përkundër këtij kuadri mbështetës të politikave dhe provave që pacientët me ESRD kanë nevoja të konsiderueshme, menaxhimi i vështirësive emocionale dhe psikologjike të pacientëve, veçanërisht në nivelin më të ulët, mbetet nën-optimal. Aksesit në mbështetje shpesh është i kufizuar për pacientët me nevoja të nivelit më të lartë që kërkojnë ndërhyrje psikiatrike ose psikologjike. Pacientët duan një mbështetje të përmirësuar të nivelit më të ulët, veçanërisht në fushat e përballimit dhe rregullimit, megjithatë nevojat e tyre priren të injorohen dhe shpesh të mos trajtohen.<sup>49,50,51</sup>

Përshatja e ESRD është përshkruar si një proces dinamik dhe konstant sesa një përvojë me një pikë përfundimtare. Nëpër rrugën ESRD, pacientët rregullisht përballen me stresues të ndryshëm emocionalë dhe ndryshime në shëndetin e tyre. Sidoqoftë, duket se ekzistojnë 'pika krize' ose 'kalime' të caktuara që gjenerojnë stresues veçanërisht të fortë, siç është diagnoza e parë e ESRD dhe fillimi i dializës. Kjo sugjeron se mund të ketë potencial për të eksploruar më tej nëse ka pika kyçe në rrugën kur nevojat për mbështetje janë më të mëdha dhe kështu ku mund të jetë më efektive të synohet mbështetja. Megjithatë ka një mungesë studimesh, të cilat shqyrtojnë përgjigjet emocionale dhe psikologjike në trajektoren ESRD me kalimin e kohës.<sup>52,53,54</sup>

Është argumentuar gjithashtu në kontekstin e sëmundjeve kronike në përgjithësi, se shqetësimi shumë i ulët ose aspak emocional nuk është gjithmonë i dëshirueshëm. Në disa rrethana të tilla si marrja e një diagnoze, ndjenja e shqetësimit mund të konsiderohet normale dhe mungesa e ankthit keq adaptues. Ankthi ka më shumë të ngjarë të jetë problematik nëse vazhdon për një periudhë të gjatë. Prandaj, shqetësimi i ulët ose aspak nuk duhet të jetë rezultati i veçantë i ndonjë ndërhyrjeje mbështetëse. Një objektiv shtesë duhet të jetë ndikimi pozitivisht në procesin e rregullimit, duke ndihmuar pacientët të menaxhojnë emocionet negative, ose të mbajnë ndikimin pozitiv në përgjigje të faktorëve stresues, veçanërisht pasi ndikimi pozitiv dhe negativ mund të jetë i pavarur.<sup>55,56</sup>

Përshatja dhe përballimi mund të nxiten nga personeli i veshkave duke ndihmuar pacientët të lëshojnë emocione stresuese, të zhvillojnë aftësi për të përballuar, të ndërtojnë përgjigje të shëndetshme emocionale dhe të rivendosin një ekuilibër në jetën e tyre. Kjo së pari kërkon që personeli të njohë pacientë me nevoja emocionale dhe psikologjike të nivelit më të ulët. Prevalenca e lartë e dukshme e shqetësimit të nivelit më të ulët të patrajtuar në pacientët me ESRD sugjeron se do të kishte vlerë në një formë të vlerësimit sistematik ose depistimit që përfshihej në rrugët e dializës dhe transplantimit. Kontrolli në vetvete nuk do të çojë në rezultate më të mira shëndetësore, por mund të ndihmojë në identifikimin e pacientëve, shqetësimi i të cilëve përndryshe do të mbetej i pazbuluar, dhe mundëson sigurimin e synuar të ndërhyrjeve të përshtatshme mbështetëse të bazuara në prova.<sup>57,58</sup>

Duke pasur parasysh përqindjen e konsiderueshme të pacientëve me ESRD të cilët potencialisht mund të përfitojnë nga mbështetja e përmirësuar, ndërhyrjet më të mundshme ka të ngjarë të jenë me kosto të ulët dhe të lehta për t'u përfshirë në praktikën e përditshme klinike. Ekziston një mungesë e provave për ndërhyrjet e këtij lloji të përdorura nga pacientët me ESRD, megjithëse ndikimet pozitive shëndetësore janë regjistruar në përgjigje të ushtrimeve fizike dhe aftësive të përballimit dhe fuqizimit<sup>59</sup>



- Kujdesi infermieror nga ana fizike

Rehabilitimi i stërvitjes është pjesë e një qasjeje multidisiplinare ndaj pacientit dhe konsiderohet si një nga përbërësit e trajtimit jofarmakologjik. Objektivi kryesor është të ruajë ose të rrisë aftësinë fizike dhe mendore të pacientit dhe të promovojë vetë-mjaftueshmërinë e tyre të gjatë dhe pavarësinë nga ndihma e të tjerëve. Si shtesë, ul kostot financiare të kujdesit infermieror.

Efekti pozitiv i një ushtrimi të rregullt në gjendjen e përgjithshme të CKD dhe në pacientët në fazën përfundimtare të sëmundjes renale (ESRD) është përshkruar në një numër studimesh për 40 vitet e fundit.

Është e ditur mirë, që pacientët me dializë “ulur” janë në rrezik më të lartë të vdekjes në krahasim me ata “jo-ulur”. Në njëzet vitet e fundit, në kuadër të terapisë zëvendësuese renale, ka një numër në rritje të pacientëve të moshës së tretë. Ekzaminimi i statusit fizik, mendor dhe shoqëror në terapinë e dializës renale është një çështje aktuale në të gjithë botën. Pacientët e moshuar të dializuar kanë një jetëgjatësi më të gjatë të parashikuar dhe incidenca e ndërlikimeve muskulo-skeletore po rritet. Çrregullimet muskulo-skeletore kontribuojnë në përkeqësimin e aftësisë së tyre funksionale së bashku me ndërlikimet e tjera shëndetësore. Zvogëlon cilësinë e përgjithshme të jetës së pacientëve të dializuar në fushën e ndikimit të vetë-mjaftueshmërisë në aspektin psiko-social të jetës.<sup>60</sup>

Ndryshimet në funksionin e veshkave në moshën e vjetër reflektojnë procese patofiziologjike që prekin ndjeshëm jo vetëm veshkat, por edhe sistemin kardiovaskular, menaxhimin e ujit dhe elektroliteve, rregullimin hormonal dhe metabolizmin. Sarkopenia është një gjendje kronike e lidhur me procesin fiziologjik të plakjes dhe përcaktohet nga zvogëlimi i masës, forcës së muskujve dhe funksionit. Në CKD, sarkopenia është e përhapur dhe shoqërohet me rritjen e sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë dhe shfaqjen e ndërlikimeve kardiovaskulare.<sup>61,62</sup> Ekziston edhe një problem tjetër i zakonshëm shëndetësor i pacientëve me RDT - diabeti i sheqerit. Diabeti mellitus është një nga faktorët kryesorë të rrezikut për shfaqjen dhe zhvillimin e CKD. Numri i diabetikëve, veçanërisht më i vjetër se 60 vjet, në dializë është në rritje në të gjithë botën. Mbi të gjitha ka të bëjë me kërkesat e kujdesit infermieror dhe rehabilitues. Sipas Farragher dhe Jassal rehabilitimi duhet të jetë një pjesë e rëndësishme e trajtimeve tradicionale për pacientët e moshuar të dializuar.<sup>63</sup>

Përmendja e parë e rëndësisë së fizioterapisë dhe terapisë fizike në pacientët me CKD u gjet në vitet 1970. Ky punim përshkruan procedurat e fizioterapisë për sëmundjen akute dhe sëmundjen kronike të veshkave (CKD) në hemodializë dhe dializë peritoneale. Ai theksoi teknikat e fizioterapisë së frymëmarrjes, ushtrimet për të ruajtur ose rivendosur diapazonin e përbashkët, për të parandaluar atrofinë e muskujve dhe për të ruajtur ose rritur forcën e muskujve. Rëndësia e fizioterapisë së rregullt në CKD shoqërohej me terapinë e polineuropatisë uremike. Praktikrat e rekomanduara ishin forma individuale dhe grupe ushtrimesh. Një ergometër biçikletash u përmend në mjetet e ushtrimit.<sup>64</sup>

Gjatë kësaj periudhe (në vitet 1970 dhe 1980), hulumtimi u përqendrua kryesisht në testimin e gjendjes fizike. Ne mund të shohim përmendjen e parë të aplikimit të aktivitetit fizik si një mënyrë për të përmirësuar gjendjen funksionale dhe psikologjike, madje edhe lehtësimin e simptomave të

disa sëmundjeve të lidhura me CKD - hipertension arterial, anemi, hiperlipidemi, çrregullime psikiatrike. Në shumicën e studimeve të mësipërme, kemi hasur në aplikimin e aktivitetit fizik aerobik gjatë hemodializës (HD) duke përdorur një ergometër biçikletash të modifikuar posaçërisht, ergometrën e biçikletës në krah të shtratit. Gjatësia e programit të stërvitjes varionte nga 4 javë në 14 muaj, me një frekuencë prej 2-3 herë në javë. Sesioni zgjati 15-90 minuta dhe një intensitet i ngarkimit ishte 50-80% VO<sub>2</sub>max. Studimet përshkruan kryesisht përmirësimin e performancës kardio-frymëmarrjes, si dhe uljen e presionit të gjakut të disa pacientëve me hipertension. Implikimet e këtyre studimeve janë transferuar më tej në kërkimet e ardhshme.<sup>65,66,67</sup>

Që nga vitet 1990, studimet kanë filluar të përshkruajnë programe terapeutike që përqendrohen në lëvizjen e kyçeve, forcën dhe durimin e muskujve dhe zhvillimin e koordinimit të lëvizjes. Ai thekson koordinimin e frymëmarrjes dhe praktikimin e teknikave të relaksimit në programin e ushtrimeve gjatë procedurës HD. Përsëri mund të lexojmë disa studime në të cilat specialistët e veshkave bashkëpunojnë me fizioterapistë gjatë rehabilitimit të stërvitjes gjatë hemodializës.<sup>68,69</sup>

"Rehabilitimi renal" është një term i përdorur për rehabilitimin e pacientëve të dializuar dhe pacientëve në para-dializë. Ky term u krijua në 1994, kur Këshilli i Rehabilitimit të Opsioneve të Jetës botoi një dokument të quajtur "Rehabilitimi renal - Bërja e barrierave" në SH.B.A. Materiali përshkroi se si të krijohet një plan rehabilitimi për pacientët e dializuar. Ishte një "program i koordinuar i trajtimit, edukimit, këshillimit, ndërhyrjes ushqyese dhe fizike për të maksimizuar potencialin e punës dhe cilësinë e jetës së pacientëve të dializuar". Ajo theksoi mbështetjen e vetë-mjaftueshmërisë dhe mirëmbajtjen e vetë-shërbimit me minimizimin e varësisë nga ndihma e të tjerëve për shkak të integritetit të fizioterapisë në trajtimin multidisiplinar të pacientëve me CKD.<sup>70,71</sup>

Shoqata Evropiane e Rehabilitimit në Sëmundjet Kronike të Veshkave u krijua në të njëjtin vit. Kjo shoqatë bashkoi ekspertë në fushën e nefrologjisë, fiziologjisë së stresit fizik, rehabilitimit dhe fizioterapisë, metabolizmit dhe të ushqyerit.

Programi i stërvitjes që ndërthur ushtrime rezistence - mjetet për ushtrime janë kryesisht rripa e shtangë gome elastike; makina për shtypjen e këmbëve dhe trajnim aerobik - përdorimi i një ergometri biçikletash, rutine, ose thjesht ecja me hapamatës duke përdorur është shfaqur gjithnjë e më shpesh që nga viti 2000.<sup>72</sup>

Ekzistojnë gjithashtu studime të pacientëve me CKD duke përdorur ushtrime yoga (Hatha yoga) për të ndikuar në metabolizmin e lipideve. Ushtrimet e modifikuara të yogës mund të parandalojnë dhe trajtojnë stresin oksidativ i cili shkakton mosfunksionim të endotelit dhe mund të shkaktojë aterosklerozë. Yurtkuran aplikoi një program tre-mujor ushtrimesh të ushtrimeve të modifikuara të yogës në një grup pacientësh me hemodializë, duke monitoruar efektin në dhimbje, lodhje, cilësinë e gjumit dhe parametrat e gjakut. Rezultatet treguan një përmirësim të dukshëm të të gjithë variablave të vërejtur në krahasim me grupin e kontrollit.<sup>73,74</sup>

Dobsak krahasoi efektin e trajnimit aerobik në ergometrën e biçikletës dhe elektro-stimulimin e zgjatjeve të gjymtyrëve të poshtme të pacientëve me CKD. Një grup i pacientëve me CKD ushtroi dhe grupi i dytë u stimulua elektro midis orës 2 dhe 3 të hemodializës, 2-3 herë në javë. Grupet u

vëzhguan për 20 javë. Efekte të konsiderueshme pozitive në aftësinë fizike dhe cilësinë e jetës u demonstruan në të dy grupet. Metoda mund të përdoret si pjesa kryesore terapeutike e rehabilitimit për pacientët me HD.<sup>75</sup>

Ka më pak përmbledhje të vlerësimit të efektit të ushtrimit të rregullt fizik në pacientët me sëmundje renale në fazën e para-dializës, d.m.th., në fazën e sëmundjes kronike të veshkave 1-3.

Autorët Johansen dhe Painter i kanë kushtuar kërkimet e tyre fiziologjisë dhe patofiziologjisë së aktivitetit fizik të pacientëve me CKD. Ata botuan një studim të përgjithshëm të efektit të ushtrimeve fizike në funksionin fizik dhe aftësinë fizike të pacientëve me CKD në periudhën e predializës. Ata konfirmuan efektin e fortë pozitiv të aktivitetit të rregullt fizik tek individët e dializuar. Ne tregojmë rezultatet e studimeve individuale të rastësishme dhe eksperimentale që mbështesin raportin e tyre. Vlera e VO<sub>2</sub>max u përmirësua mesatarisht me 17-23% pas diplomimit të aktivitetit fizik gjatë programit të ndërhyrjes. Përmirësimi u vërtetua në testet e aftësisë fizike dhe në fushën e cilësisë së jetës, posaçërisht në fushat që vlerësojnë gjendjen fizike.<sup>76</sup>

Në studime të rastësishme nga autorë të tjerë, rezultatet e tyre konfirmohen. Ushtrimet aerobike dhe ato të forcës u aplikuan në programin e trajtimit veçmas ose të kombinuara. Aktivitetet aerobike janë përshkruar si ecje - në një rutine, ngasja e një treneri biçikletash ushtrime aerobike të fitnesit në shtëpi dhe not. Aktivitetet përfshinin kryesisht forcimin e grupeve të mëdha muskulore të gjymtyrëve të poshtme - zgjatuesit dhe përkulësit e kyçit të gjurit, përkulësit dhe zgjatuesit e hipit. Pajisja e përdorur e fitnesit ishte çamçakëzi ose pajisje fitnesi. Intensiteti i ngarkesës fizike ishte nga 60% në 80% 1RM.<sup>77,78</sup>

Në vitin 2014 u botua një përmbledhje narrative në lidhje me stërvitjen në pacientët me paralizë me CKD. Ky artikull në mënyrë kronologjike përfshinte studime nga vitet 1990-2014 dhe përshkruan qartë efektin fiziologjik dhe nxjerr në pah rëndësinë e trajnimit të stërvitjes për pacientët në predializë.

Shkalla e caktuar e performancës fizike është e domosdoshme edhe për pacientët e dializuar të regjistruar në listën e pritjes për transplantimin e veshkave, jo vetëm për shkak të operacionit mjaft rraskapitës, por edhe për një jetë më të mirë me veshkën e transplantuar. Pasiviteti afatgjatë sidomos para transplantimit dhe gjatë periudhës së dializimit çon në një regres të nivelit të fitnesit të marrësit që çon më tej në atrofi muskulore, zvogëlimin e kapacitetit të sistemit musculoskeletal, sëmundjeve të kockave, nervave dhe artikulacionit. Kapaciteti i punës dhe toleranca e aktivitetit fizik pas transplantimit rriten mjaft shpejt kur mbajnë një aktivitet fizik të rregullt, veçanërisht në vitin e parë që pason transplantimin. Rehabilitimi pas transplantimit të veshkave ndihmon në rinovimin e gjendjes fizike dhe mendore të pacientit dhe mbështetjen e familjes, punës dhe jetës shoqërore gjithashtu.<sup>79,80</sup>

- Kujdesi infermieror në aksesin vascular te pacientët me Hemodializë

Një ndër kujdesjet më kryesore të infermierëve të cilët punojnë në repartin e hemodializës është aksesu vascular (AV). Në fillimin e një seance hemodializë, një infermier i kujdesit shëndetësor fut dy age në aksesin vaskular. Një age bart gjak nga trupi në dializë. Transporti tjetër gjaku i filtruar kthehet në trup. Ageja që bart gjakun larg trupit quhet age arteriale, ndërsa ageja që bart përsëri gjakun në trup quhet age venoze. Disa pacientë preferojnë të futin gjilpërat e tyre në hyrjen vaskulare, e cila kërkon trajnim për të mësuar se si të parandalojë infeksionin dhe të mbrojë aksesin vaskular. Pavarësisht se kush fut aget, pacienti duhet të dijë se si të kujdeset për zonën e futjes së ageve për të parandaluar infeksionin. Nëse një fistul AV nuk piqet, një shartim AV është zgjidhja e dytë për një akses vaskular të zgjatur.

*Cfarë është një shartim arteriovenoz?*

Një shartim AV është një tub plastik i mbështjell që lidh një arterie në një venë. Një kirurg vaskular kryen një operacion të graftit AV, ashtu si operacioni me fistula AV, në një qendër ambulatorie ose në një spital. Ashtu si me operacionin e fistulës AV, pacienti mund të ketë nevojë të qëndrojë gjatë natës në spital, megjithëse shumë pacientë mund të shkojnë në shtëpi pas procedurës. Një ofruar i kujdesit shëndetësor përdor anestezi lokale për të mpirë zonën ku kirurgu krijon graftin AV. Pacientët zakonisht mund të përdorin një shartim AV 2 deri në 3 javë pas operacionit. Një shartim AV ka më shumë të ngjarë se një fistul AV të ketë probleme me infeksionin dhe koagulimin. Mpiksjet e përsëritura të gjakut mund të bllokojnë rrjedhën e gjakut nëpër graft. Sidoqoftë, një shartim i kujdesur mirë mund të zgjasë disa vjet. Pacientët duhet të krijojnë një qasje vaskulare të mirë përpara se të fillojnë hemodializën, pasi që fistulat AV dhe shartimet AV duhen kohë për t'u pjekur përpara se të jenë gati për përdorim. Dhënia e një kohe vaskulimi për të pjekur mund të ndihmojë në parandalimin e problemeve me venat e ngushta, rrjedhjen e ulët të gjakut dhe mpiksjen e gjakut. Para procedurës infermiore duhet të përdoren pjesën e pasme të dorës së pacientit për të tërhequr gjak për të ruajtur enët e gjakut në krah. Një infermier mund t'i mësojë pacientit ushtrime të thjeshta që ndihmojnë enët e gjakut të rriten më të mëdha për përdorimin e kirurgut. Të njëjtat ushtrime ndihmojnë që fistula AV të rritet më e madhe pas procedurës.

*Cfarë është një kateter venoz?*

Një kateter venoz është një tub i futur në një venë në qafë, gjoks ose këmbë afër ijëve, zakonisht vetëm për hemodializë afatshkurtër. Tubi ndahet në dy pasi tubi del nga trupi. Të dy tubat kanë kapele të dizajnuara për t'u lidhur në vijën që bart gjaku në dialyzer dhe rreshtin që bart gjaku nga dialyzeri përsëri në trup. Një person duhet të mbyllë kapëset në secilën rresht kur lidh dhe shkëput kateterin nga tubat. Nëse sëmundja e veshkave ka përparuar shpejt, një pacient mund të mos ketë kohë për vendosjen e një fistula AV ose të graftit AV para fillimit të trajtimeve të hemodializës. Kateterët venoz nuk janë idealë për përdorim afatgjatë. Me një kateter venoz, një pacient mund të zhvillojë një mpiksje gjaku, një infeksion ose një venë të mbërthyer, duke bërë që venat të ngushtohen. Sidoqoftë, nëse një pacient ka nevojë të fillojë menjëherë hemodializën, një kateter venoz do të funksionojë për disa javë ose muaj derisa një kirurg mund të kryejë një operacion për qasje afatgjatë dhe fistula AV ose graft AV ka kohën për të pjekur. Nëse operacioni i fistulës ose

kraftit është i pasuksesshëm, atëherë një pacienti do të ketë nevojë për një qasje të gjatë kateter venoz. Kur një pacient ka nevojë për një kateter venoz për më shumë se 3 javë, kirurgu do të "tunelojë" kateterin nën lëkurë, në vend që ta futë atë direkt në vena. Një kateter i tunelit është më i rehatshëm dhe ka më pak probleme. Edhe kateteret me tunnel mund të infektohen.

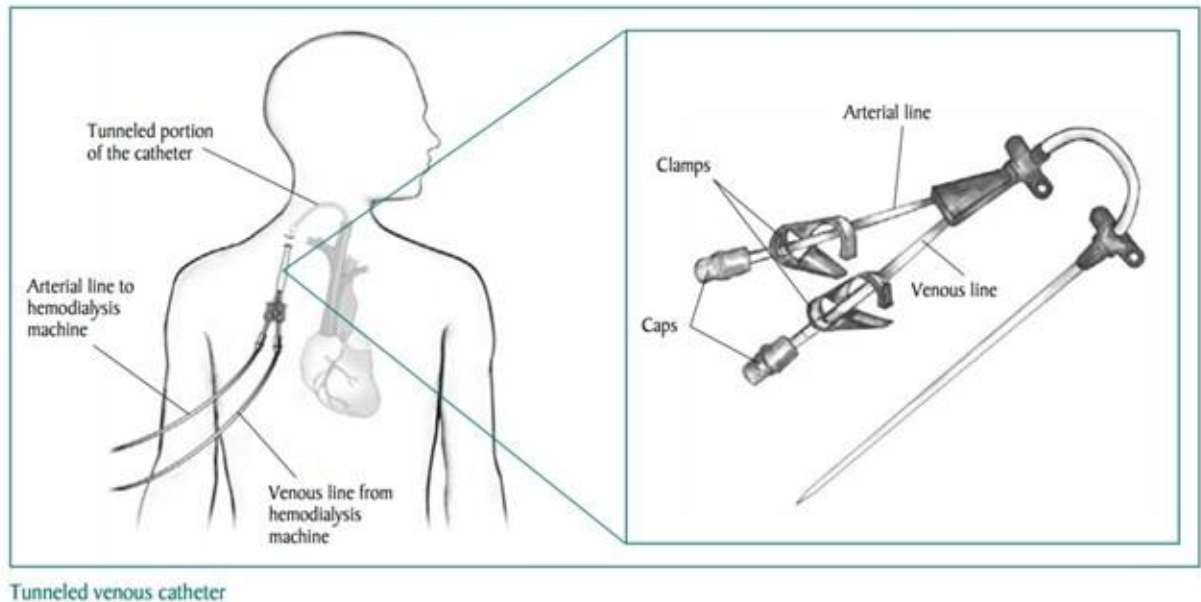


Fig.1

*Cfarë problemesh mund të shkaktojë një akses vaskular?*

Të tre llojet e aksesit vaskular - fistula AV, graft AV dhe kateteri venoz - mund të shkaktojnë probleme që kërkojnë trajtim ose operacion të mëtejshëm. Problemet më të zakonshme përfshijnë infeksionin e aksesit dhe rrjedhjen e ulët të gjakut për shkak të koagulimit të gjakut në qasje. Infeksioni dhe fluksi i ulët i gjakut ndodhin më rrallë në fistulat AV të formuara siç duhet sesa në kraftet AV dhe kateterët venoz. Megjithatë, të kesh një fistula AV nuk garanton se qasja do të jetë pa probleme. Shartesat AV më shpesh zhvillojnë rrjedhën e ulët të gjakut, një tregues i koagulimit ose ngushtimit të qasjes. Ky shartim AV atëherë mund të kërkojë angioplastikë, një procedurë për të zgjeruar pjesën e ngushtë. Një tjetër mundësi përfshin operacionin në shartimin AV për të zëvendësuar pjesën e ngushtë. Kateterët venozë kanë më shumë të ngjarë të shkaktojnë infeksion dhe probleme të koagulimit. Nëse këto probleme zhvillohen, mjekimi mund të ndihmojë. Antibiotikët janë ilaçe që luftojnë bakteret që mund të shkaktojnë infeksion. Holluesit e gjakut si ëarfarin e mbajnë gjakun nga mpiksja. Nëse këto trajtime dështojnë, një nefrolog ose një radiolog ndërhyrës do të duhet të zëvendësojë kateterin.

*Si kujdeset dhe mbron një pacient për një akses vaskular?*

Një pacient mund të kujdeset dhe të mbrojë një akses vaskular nga:

- a) Sigurimi që ofruesi i kujdesit shëndetësor kontrollon aksesin për shenja të infeksionit ose probleme me rrjedhjen e gjakut para çdo trajtimi të hemodializës, edhe nëse pacienti po fut gjilpëra.
- b) Mbajtja e aksesit të pastër në çdo kohë.
- c) Përdorimi i faqes së hyrjes vetëm për dializë.
- d) Kini kujdes që të mos përplaseni ose shkurtoni aksesin.
- e) Kontrollimi i emocioneve në qasje çdo ditë. Tërheqja është dridhja ritmike që një person mund të ndiejë mbi aksesin vaskular.
- f) Vëzhgimi dhe raportimi i shenjave të infeksionit, përfshirë skuqje, butësi ose qelb.
- g) Mos lejoni askënd të vendosë një pranga me presion të gjakut në krahun e hyrjes.
- h) Mos veshur bizhuteri ose rroba të ngushta mbi vendin e hyrjes.
- i) Jo duke fjetur me krahun e hyrjes nën kokë ose trup.
- j) Mos ngritja e sendeve të rënda ose bërja presion në krahun e hyrjes.

## **6.6. RASTE STUDIMI GLOBALE PËR SEMUNDJEN KRONIKE TË VESHKAVE NË FAZËN E FUNDIT**

Prevalenca e sëmundjes kronike të veshkave (CKD) dhe faktorët e saj të rrezikut po rritet në të gjithë botën, dhe ka një rritje të shpejtë të nevojës globale për trajtimin e sëmundjes së veshkave në fazën përfundimtare (ESRD). Komuniteti global i nefrologjisë njih nevojën për një plan për të adresuar incidencën në rritje të CKD dhe një qasje kohezive për kujdesin e integruar të CKD / ESRD. Kjo siguron një sfidë të madhe për sistemet shëndetësore, veçanërisht në vendet me të ardhura më të ulëta (LMIC). Për shkak të kërkesës në rritje për terapi të shtrenjtë të zëvendësimit të veshkave (TZV) dhe në dritën e burimeve të kufizuara, kujdesi ESRD duhet t'i jepet përparësi parandalimit dhe trajtimit të CKD, dëmtimit akut të veshkave (AKI) dhe sëmundjeve të tjera jo-komunikuese (NCD).

Vendet po i përgjigjen sfidës së ESRD në mënyra të ndryshme, me sigurimin e ndryshueshëm të përbërësve të një strategjie të kujdesit për veshkat (parandalimi efektiv, zbulimi, kujdesi konservator, transplantimi i veshkave dhe një përzierje e përshtatshme e modaliteteve të dializës) dhe klasifikimi i statusit ekonomik të Bankës Botërore. Ky artikull ilustron qasjet e ndryshme që kanë marrë 15 vende drejt kujdesit të integruar të veshkave; Fushat specifike të qasjes, në kontekste të veçanta, ofrojnë përvojë unike në CKD, dializë dhe transplantim për kujdesin ESRD që janë të përshtatshme për secilin vend. Ndryshueshmëria në qasjet mund të shpjegohet nga ndryshimet e vendit në barrën e sëmundjes, burimet e disponueshme njerëzore ose financiare dhe strukturat e kostos. Për më tepër, konsideratat kulturore, konteksti politik dhe interesat konkurruese nga palët e tjera të interesit janë faktorë ngatërrues. Kjo krijoi vlerë për të vlerësuar ngjashmëritë dhe ndryshimet e qasjeve midis rrugëve unike të marra nga rastet e secilit vend.

### **6.6.1. ITALIA**

Sëmundja kronike e veshkave (CKD) është një gjendje e zakonshme kronike, e cila shpesh mund të çojë në dështim të veshkave. Rrit rrezikun e ndërlikimeve kardiovaskulare dhe lidhet me një larmi shenjash dhe simptomash, dëshmi të mosfunksionimit të shumë organeve si anemia kronike,

inflamacioni, sëmundja e kockave minerale dhe sarkopenia. Një meta-analizë e fundit tregoi se prevalenca e CKD është ndoshta e nënvlerësuar dhe më e lartë se ajo e diabetit; në fakt, prevalenca e CKD në të gjithë botën ishte 13.4% për fazat 1-5 dhe 10.6% për fazat 3-5. Një studim epidemiologjik Italian me të dhëna në nivelin kombëtar raportoi nivele prevalence prej 7.5% tek meshkujt dhe 6.5% tek femrat për kategorinë e moshës 35-79 vjeç. Prandaj, CKD përfshin një larmi çrregullimesh dhe përfaqëson një barrë të vërtetë të madhe shëndetësore publike. Barra ekonomike e CKD është thelbësore. Faza e sëmundjes parashikon kosto më të larta, me shpenzime veçanërisht të rënda për sëmundjen renale të fazës fundore (ESRD) për shkak të terapisë së zëvendësimit të veshkave (dializë ose transplantim). Megjithëse shumica e kostove për pacient në popullatën e CKD lidhen me ESRD, fazat e hershme gjithashtu gjenerojnë kosto, kryesisht duke shkaktuar ngjarje kardiovaskulare. Në të vërtetë, kostot në fazat e hershme të CKD para dializës hetohen më pak.<sup>81</sup>

Në Itali, kostoja vjetore e vlerësuar e pacientëve para-dializës është 7422 € për fazën IV dhe 8971 € për fazën V. Kostot janë dukshëm më të larta për pacientët ESRD: kostoja aktuale në vit për pacientët me dializë është 29,800 € për ata që janë në peritoneale dializë dhe 43,800 € për ata që janë në hemodializë. Kostot indirekte duhet të shtohen. Bazuar në këto të dhëna, është supozuar që vonimi i progresionit nga CKD faza III në IV për 10% të pacientëve të prekur për një periudhë 5-vjeçare do të kursejë deri në 2.5 miliardë €. Prandaj, parandalimi, diagnostikimi i hershëm, menaxhimi dhe kujdesi për njerëzit me CKD kanë ndikim të lartë në programet e kujdesit shëndetësor në drejtim të kostove direkte dhe indirekte. Një program kombëtar ose rajonal i njohjes për CKD mund të lejojë krijimin e një diagnoze të hershme, duke ulur kostot e kujdesit shëndetësor dhe duke përmirësuar cilësinë e jetës për pacientët. Aktualisht, një sistem me karakteristika të tilla mungon në Itali dhe, për sa i përket njohurive tona, në Evropë. Meqenëse është e vështirë të vlerësosh CKD në modele në shkallë të gjerë të bazuar vetëm në parametrat laboratorikë, aktualisht ka një interes në rritje për përdorimin e të dhënave administrative për qëllime epidemiologjike.<sup>82,83</sup>

Të dhënat administrative janë demonstruar tashmë për të vlerësuar në mënyrë efektive prevalencën e sëmundjeve kardiovaskulare dhe diabetit me ndjeshmëri dhe specifike të lartë. Në mënyrë që të arriheshin të njëjtat rezultate, një rishikim sistematik analizoi 13 algoritme administrative të kodimit të bazës së të dhënave për sëmundjen e veshkave, por gjeti ndjeshmëri të ulët dhe vlerë parashikuese pozitive të ndryshueshme në lidhje me CKD.<sup>84</sup>

Në Itali, një rishikim sistematik i kohëve të fundit nxori në pah pakësinë e punëve të kryera për të identifikuar njerëzit me CKD bazuar në të dhënat e mbledhura rutinisht. CKD ka shkaqe të shumta dhe fotografi klinike, me nivele në rritje të ashpërsisë. Ndërsa sëmundja më e përparuar mund të kapet në bazat e të dhënave administrative duke përgjuar përshkrimin e barnave dhe procedurave specifike, fazat më të lehta të sëmundjes duhet të vlerësohen përmes algoritmeve më komplekse, të integruara me shumë burime. Fatkeqësisht, me sa kemi njohuri, asnjë qasje e tillë nuk është zbatuar kurrë.<sup>85</sup>

Ekziston nevoja për të matur barrën e plotë të CKD dhe për të zhvilluar procedura të bazuara në të dhëna administrative, në mënyrë që të monitorohet ndryshimi kohor dhe gjeografik i ndodhjes, për të vlerësuar cilësinë e kujdesit për këta pacientë dhe për të mbështetur zbatimin e modelit të ri të kujdesit të integruar organizativ. Në Itali, regjistrat rajonalë për dializë ekzistojnë dhe ekziston një

përpjekje koordinuese në nivel kombëtar për të përshkruar dhe monitoruar këtë fazë të sëmundjes. Për më tepër, Ministria Italiane e Shëndetësisë në vitin 2017 promovoi institucionin e regjistrit kombëtar të CKD - duke përfshirë të gjitha fazat - për të përshkruar epidemiologjinë, për të monitoruar cilësinë e kujdesit dhe rezultatet shëndetësore, dhe për të parandaluar incidencën e sëmundjeve më të rënda - dhe të kushtueshme - fazat e kesaj semundje.<sup>86</sup>

### 6.6.2. GREQIA

Sëmundja kronike e veshkave (CKD) aktualisht po prek 18.4% të popullsisë Evropiane, me pacientët e sëmundjes renale të fazës fundore (ESRD) në veçanti që marrin një pjesë disproporcionale të burimeve të kujdesit shëndetësor dhe kalojnë një kohë të madhe duke përdorur pajisjet e trajtimit. Që nga kryerja e hemodializës së parë tek një njeri nga Hass në vitin 1924, ajo mbetet ende trajtimi më i preferuar për ESRD sot. Sipas të dhënave më të fundit të Shoqatës Evropiane të Veshkave - Shoqata Evropiane e Dializës dhe Shoqatës së Transplantimit, në Greqi, ka qenë rreth 1.1 milion pacientë me CKD (10% e popullsisë së përgjithshme), me 13.359 prej tyre pacientë ESRD. Midis pacientëve grekë ESRD, afërsisht 75% (10,029) janë në hemodializë, që tregon se kjo terapi specifike e zëvendësimit të veshkave (RRT) është opsioni terapeutik për shumicën e pacientëve grekë ESRD. Si pasojë, barra financiare në sistemin grek të kujdesit shëndetësor, së bashku me barrën e pacientëve ESRD, është jashtëzakonisht e lartë.<sup>87,88</sup>

Objektivat e kujdesit për pacientët në hemodializë përfshijnë sigurimin e dializës së mjaftueshme, ruajtjen e aksesit vaskular, sigurimin e ushqimit të duhur, minimizimin e shtrimit në spital dhe zgjatjen e jetës dhe cilësisë së tij. Nga ana tjetër, kujdesi infermieror përfshin veprime ndërvepruese të ndërtuara në dimensionin etik midis kujdestarit dhe klientit. Në veçanti hemodializa kërkon kujdes të specializuar infermieror që shtrihet përtej njohurive teknike dhe Planeve të sugjeruara të Kujdesit Infermieror. Ajo përfshin marrëdhënie terapeutike dhe ndërpersonale, si dhe përgjigje të shpejta ndaj simptomave fizike, kufizimeve funksionale, ndërprerjeve psikosociale dhe nevojave për njohuri.<sup>89</sup>

Sipas Kimmel, hemodializa është një trajtim gjatë gjithë jetës që ndikon ndjeshëm dhe nganjëherë negativisht në aftësitë fizike dhe mendore të pacientëve, me depresionin, ankthin dhe lodhjen që janë çështje e zakonshme. Ekzistojnë gjithashtu një bollëk stresuesish shtesë, përfshirë mosbalancimin biokimik, ndryshimet fiziologjike, shqetësimet neurologjike, dëmtimin njohës dhe mosfunksionimin seksual, të gjitha të shoqëruara me ESRD. Për pacientët me hemodializë që kalojnë një pjesë të konsiderueshme të jetës së tyre duke marrë trajtim, kujdesi infermieror është i një rëndësie thelbësore dhe identifikimi i ngushticave që pengojnë kujdesin infermieror do të kontribuonte në një marrëdhënie të përmirësuar midis infermierëve nefrologjikë dhe pacientëve dhe në mënyrë të pashmangshme, në një cilësi më të mirë të jetës për këtë të fundit. Sidoqoftë, literatura është e pakët në përvojën dhe besimet e pacientëve ESRD që marrin kujdes.<sup>90,91</sup>

Kujdesi infermieror i ofruar për pacientët me hemodializë përfshin karakteristika unike në lidhje me planet e tjera infermiore. Vizitat e shpeshta të pacientit (zakonisht tre herë në javë) çojnë në një afërsi të shtuar me stafin infermieror. Për më tepër, mjedisi klinik ku janë thirrur të shërbejnë infermieret e hemodializës është kërkuar dhe stresues, duke bërë që shumë infermierë të zhvillojnë sindromën e djegies. Në veçanti, një nga pengesat kryesore për sigurimin e kujdesit infermieror në mesin e pacientëve me ESRD ka të bëjë me rritjen e ngarkesës së punës, të shtuar nga faktorë të



ndryshëm si nevoja për shërbime të ndryshme të kujdesit, numri i kufizuar i infermierëve të punësuar dhe profesionistëve të tjerë të shëndetit dhe mungesa e një strategji për edukimin sistematik dhe udhëzimin e pacientëve. Sidoqoftë, sipas një studimi kohort të kryer midis 320 pacientëve me hemodializë nga 14 spitale të përgjithshme të vendosura në Athinë dhe gadishullin e Peloponezit, shumica e pacientëve raportuan kënaqësi në lidhje me disponueshmërinë e informacionit para fillimit të hemodializës dhe ofrimit të kujdesit infermieror . Për më tepër, pacientët ishin shumë / jashtëzakonisht të kënaqur me kujdesin e ofruar për sa i përket kohëzgjatjes së ndryshimit të serumit / zgjidhjeve intravenoze, mirësisë dhe ndjeshmërisë së shprehur nga infermierët, si dhe nga profesionalizmi dhe teknikat e tyre të aplikuara, gjatë gjithë kujdesit të ofruar. Sidoqoftë, disa studime ndërkombëtare kanë raportuar mungesë informacioni në lidhje me trajtimet në dispozicion, dhe kënaqësi të ulët nga kujdesi i dhënë infermieror.<sup>92,93</sup>

Në Greqi, kujdesi infermieror i ofruar pacientëve me ESRD është i një rëndësie të veçantë për shkak të përqindjes së madhe të pacientëve që vuajnë nga insuficienca renale kronike dhe numrit të madh të atyre që janë në hemodializë. Për më tepër, cilësia e kujdesit të dhënë shoqërohet me rolin e infermierëve nefrologjikë, me ekspertizë të specializuar dhe ndërveprim pacient-infermier që janë parashikues të rëndësishëm që ndikojnë në cilësinë e kujdesit të ofruar. Kjo është arsyeja pse përvojat e pacientëve mund të japin reagime të vlefshme për infermierët në mënyrë që të rivlerësojnë, vendosin qëllime dhe përmirësojnë cilësinë dhe sigurinë e kujdesit të ofruar. Në këtë kontekst, studimi i tanishëm synoi të eksplorojë përvojat e pacientëve me hemodializë në lidhje me kujdesin e dhënë infermieror, duke përdorur një qasje metodologjike cilësore, bazuar në epistemologjinë fenomenologjike.

Analiza aktuale cilësore e përvojave të pacientëve me CKD mund të lehtësojë potencialisht kuptimin tonë se si karakteristikat dhe kompetencat specifike të infermierëve nefrologjikë kanë një ndikim të drejtpërdrejtë në cilësinë e kujdesit shëndetësor të ofruar. Kjo është e domosdoshme, pasi konceptet dhe temat e zakonshme që pasqyrojnë përvojat e pacientëve të zbuluara nga ky studim, shpesh lidhen drejtpërdrejt me performancën dhe cilësinë e kujdesit infermieror. Kjo thekson rëndësinë e pikëpamjeve dhe perceptimeve të pacientëve si përcaktuesit kryesorë të performancës së ofrimit të kujdesit shëndetësor. Gjetjet mund të ndihmojnë studentët e infermierisë dhe infermierët që nuk kanë përvojë në kujdesin për CKD për të kuptuar nevojat e pacientit dhe për të ofruar kujdes më cilësor.

### **6.6.3. TAJVANI**

Shkalla e lartë e përhapur e CKD ka vazhduar në Tajvan dhe raportohet të jetë 6.9% për CKD fazën 3 deri në 5, 9.83% për CKD të njohur klinikisht dhe 11.9% për CKD fazën 1 deri 5. Megjithatë, vetëdija e përgjithshme për CKD është e ulët. 3 Sëmundjet kryesore të veshkave që kontribuojnë në ESRD janë diabeti mellitus (43.2%), glomerulonefriti kronik (25.1%), hipertensioni (8.3%) dhe nefriti intersticial kronik (2.8%). Programi kombëtar i kujdesit për veshkat u iniciua në përgjigje të niveleve të larta dhe është zbatuar me sukses në të gjithë Tajvanin, duke rezultuar në përmirësime në rezultatet për pacientët së bashku me ulje të qëndrueshme të kostove për sistemin e kujdesit shëndetësor. Rruga dhe evolucioni i programit CKD / ESRD në Tajvan mund të shërbejë si model në vendet ku CKD / ESRD është një barrë e re e kujdesit shëndetësor.<sup>94</sup>

Për të monitoruar incidencën dhe barrën e ESRD, një regjistër kombëtar i dializës u iniciua në 1987 nga Shoqëria e Nefrologjisë së Tajvanit. Pas kësaj, Shoqata e Nefrologjisë së Tajvanit i propozoi Departamentit të Shëndetësisë për ta bërë parandalimin dhe kujdesin ndaj CKD një përparësi kryesore të shëndetit publik. Më pas, një program i integruar i kujdesit për CKD u iniciua për të promovuar shqyrtimin e popullatave me rrezik të lartë (sipas analizës së faktorit të rrezikut të studimeve të epidemiologjisë), edukimin e pacientit dhe kujdesin e ekipit multidisiplinar. Programi i kujdesit për CKD filloi në spitalet kryesore në fazën e parë, pastaj u shtri në 90 institute në 2009 dhe më në fund u shtri në klinikat e mjekëve të përgjithshëm në 2011 për të inkurajuar regjistrimin në programin e kujdesit për CKD.<sup>95,96</sup>

Këto përpjekje për të luftuar CKD në Tajvan përfshijnë bashkëpunimin midis qeverisë, akademisë dhe shoqërive të tyre përkatëse, dhe organizatave joqeveritare (OJQ) për të mundësuar një qasje multidisiplinare që synon jo vetëm CKD por edhe drejtuesit e rrjedhës së sipërme si diabeti, hipertensioni dhe hiperlipidemia.

Që nga nëntori 2003, bimët kineze nefrotoksike të përdorura gjerësisht që përmbajnë acid aristolik ishishin të ndaluar përmes legjislacionit të shëndetit publik. Ky hap i rëndësishëm gjithashtu kontribuoi në parandalimin e CKD / ESRD në Tajvan.

Nefrologët e përkushtuar janë çelësi i suksesit të programit, pasi ky grup është thelbësor për kryerjen e roleve duke filluar nga depistimi i CKD, edukimi dhe trajtimi deri te përfshirja dhe negocimi i politikës së shëndetit publik. Komiteti i CKD brenda Shoqatës së Nefrologjisë së Tajvanit ishte thelbi për promovimin e aktiviteteve parandaluese të CKD në bashkëpunim me qeverinë - përfshirë fushatën e Ditës së Veshkave në Tajvan, e cila filloi në 2005.

Strategjia dhe harta rrugore për kujdesin për CKD / ESRD në Tajvan përfshijnë sa vijon:

- shtrirja e popullatës së synuar nga CKD e rëndë në fazat e hershme të CKD, si dhe fillimi i promovimit të shëndetit të veshkave në popullatën e përgjithshme;
- integrimi i CKD si një synim i projekteve të përmirësimit të kujdesit shëndetësor me pagesë, së bashku me diabetin dhe sëmundjet kardiovaskulare;
- zbatimi i zbulimit dhe mbikëqyrjes së hershme përmes të dhënave vjetore të kontrollit fizik kombëtar për CKD-në e hershme;
- referimi i hershëm në klinikat / spitalet e kujdesit të duhur;
- promovimi i edukimit shëndetësor për publikun e gjerë; dhe
- vëmendje e shtuar ndaj atyre në rrezik më të lartë: të moshuarve, sëmundjeve të shumta, polifarmacisë, etj.

Faktorë të tjerë që kanë ndikuar në incidencën dhe përhapjen e ESRD në Tajvan përfshijnë mbulimin shëndetësor universal (UHC) së bashku me bashkëpunimin midis qeverisë, akademisë dhe OJQ-ve me shoqëritë nefrologjike. Përpjekjet e mëtejshme do të jenë në parandalimin dhe zvogëlimin e AKI,

monitorimin e rezultateve, promovimin e vendimmarrjes së përbashkët të CKD / ESRD dhe kujdesin konservativ të veshkave. Së fundmi, kujdesi cilësor i qëndrueshëm i pacientëve me ESRD që marrin TZV duhet të ruhet si qëllimi përfundimtar.

Masat e rezultateve përfshijnë stabilizimin e incidencës së ESRD në të rinjtë se 75 vjet, së bashku me vdekshmërinë më të ulët, cilësi më të mirë të kujdesit, më pak kosto mjekësore, cilësi më të mirë të jetës dhe shkallë më të ngadaltë të progresit në pacientë siç demonstron nga gjetjet nga para - ESRD dhe programi i kujdesit të hershëm të CKD dhe programi i kujdesit për diabetin. Progresi i fundit i kujdesit ESRD ka evoluar për të përfshirë vendimmarrje më të përbashkët brenda planifikimit të kujdesit paraprak për t'u dhënë mundësi pacientëve dhe familjeve të zgjedhin nga opsione të ndryshme të kujdesit mbështetës ose konservator (TZV dhe mbajtja / tërheqja e dializës, kur është e përshtatshme). Epoka e kujdesit për CKD paralelisht ka përparuar për të përfshirë kujdesin multidisiplinar krahas kujdesit kardiak-veshkave-diabetit me përfshirjen e kardiologëve, nefrologëve dhe endokrinologëve. Së bashku këta specialistë vlerësojnë dhe arsimojnë përmes menaxhimit dietik, trajtimit mjekësor dhe ndërhyrjes kirurgjikale, me synimin për të ulur vdekshmërinë dhe ndërlikimet në pacientët me CKD / ESRD. Një koncept i ri i kujdesit të personalizuar për pacientët me shumë sëmundje në dializë u iniciua për të trajtuar pacientët me ilaçe të bazuara në evidencë sipas udhëzimeve të rekomanduara, ndërsa rregullonte dhe modifikonte për një terapi më të personalizuar. Kjo qasje ka rezultuar në stabilizimin e diabetit mellitus si një shkak i ESRD në Tajvan dhe gjithashtu ka zvogëluar përdorimin e analgjetikëve në pacientët me ESRD në vitin para fillimit të dializës. Përfshirja e kirurgëve vaskularë në kujdesin e pacientëve në dializë gjithashtu ka rezultuar në një ulje të niveleve të rindërtimit të aksesit vaskular. Shkalla e përgjithshme e mbijetesës 5-vjeçare të pacientëve në dializë aktualisht është 55,2%, e cila qëndron midis normave të vëzhguara në Japoni dhe Evropë. Megjithëse shkalla e transplantimit ka qenë e ulët në Tajvan, promovimi i kohëve të fundit i transplantimit të veshkave në lidhje me jetesën është rritur.<sup>97,98</sup>

#### 6.6.4. JAPONIA

Strategjitë dhe planet e veprimit për sëmundjen e veshkave janë diskutuar dhe zbatuar në bashkëpunim me qeveritë kombëtare dhe lokale, shoqëritë akademike, organizatat jofitimprurëse dhe grupet e pacientëve në Japoni.

Strategjitë për sëmundjen e veshkave në Japoni janë përqendruar në diagnostikimin e hershëm të sëmundjes së veshkave nga kontrollet shëndetësore të kryera në shkolla ose vendet e punës, përmirësimin e kujdesit për CKD dhe terapinë e dializës. Terapia e dializës është mbuluar nga sigurimi shëndetësor që nga viti 1967, dhe pacientët që kërkojnë trajtim dialize të mirëmbajtjes janë përjashtuar nga shpenzimet mjekësore që nga viti 1972. Transplantimi i veshkave është mbuluar nga sigurimi shëndetësor që nga viti 1978, dhe Ligji për Transplantin e Organeve të Japonisë u miratua në 1997. Ministria e Shëndetësisë, Punës dhe Mirëqenies promovon fusha të ndryshme të kërkimit, të tilla si ekipi i hulumtimit të dështimit të veshkave (themeluar në 1989) dhe kujdesi mjekësor i dështimit kronik të veshkave (botuar udhëzime për fillimin e dializës në 1991).

Pas Nismës për Cilësinë e Rezultateve të Sëmundjeve të Veshkave të Fondacionit Kombëtar të Veshkave (KDOQI) Udhëzimet e Praktikës Klinike të Sëmundjeve Kronike të Veshkave: Vlerësimi,

Klasifikimi dhe Shtresimi i Rrezikut, një nënkomision i iniciativës CKD u nis në Shoqërinë Japoneze të Nefrologjisë (JSN) në 2004. Për të rritur ndërgjegjësimin për CKD dhe ndërlikimet e saj për shoqërinë dhe për të promovuar masat e saj në një shkallë kombëtare, Shoqata Japoneze e Nismës Kronike të Sëmundjeve të Veshkave u themelua nga JSN në bashkëpunim me Shoqërinë Japoneze për Terapinë e Dializës dhe Shoqërinë Japoneze për Nefrologjinë Pediatrike në 2006. Që nga viti 2007, Takimet e Studimit të Masave të Sëmundjeve të Veshkave, me pjesëmarrjen e mjekëve, infermierëve, specialistëve të shëndetit publik, stafit të qeverisjes vendore dhe përfaqësuesve të grupeve të pacientëve me sëmundje të veshkave, u mbajtën nga Ministria e Shëndetësisë, Punës dhe Mirëqenies. Këto takime rezultuan në formimin e planit kombëtar të veprimit të strategjive të CKD në 2008: Masat e Sëmundjeve të Veshkave në të Ardhmen që Duhet Arritur. Qëllimi i strategjive është të ngadalësojë progresin e mosfunksionimit të veshkave, të parandalojë nevojën për TZV, ul numrin e pacientëve me dështim fillestar të veshkave dhe zvogëlon ndërlikimet kardiovaskulare nga CKD. Në mënyrë të veçantë, ky plan veprimi bëri thirrje për rritjen e ndërgjegjësimin dhe shpërndarjen e njohurive, një sistem bashkëpunimi mjekësor, përmirësimin e standardeve të trajtimit mjekësor, zhvillimin e burimeve njerëzore dhe promovimin e kërkimit. Ministria e Shëndetësisë, Punës dhe Mirëqenies aktualisht po rishikon planin kombëtar të veprimit për CKD përmes Takimit të dytë të Studimit të Masave të Veshkave, duke diskutuar një plan të ri kombëtar të veprimit për të zvogëluar numrin e pacientëve në dializë incidente nën 35,000 në vit deri në 2028. zhvillimi i burimeve njerëzore dhe promovimi i kërkimit. Ministria e Shëndetësisë, Punës dhe Mirëqenies aktualisht po rishikon planin kombëtar të veprimit për CKD përmes Takimit të dytë të Studimit të Masave të Veshkave, duke diskutuar një plan të ri kombëtar të veprimit për të zvogëluar numrin e pacientëve në dializë incidente nën 35,000 në vit deri në 2028. zhvillimi i burimeve njerëzore dhe promovimi i kërkimit. Ministria e Shëndetësisë, Punës dhe Mirëqenies aktualisht po rishikon planin kombëtar të veprimit për CKD përmes Takimit të dytë të Studimit të Masave të Veshkave, duke diskutuar një plan të ri kombëtar të veprimit për të zvogëluar numrin e pacientëve në dializë incidente nën 35,000 në vit deri në 2028.<sup>99</sup>

Shoqëritë shkencore japoneze, ku përfshihet Shoqata Japoneze për Terapinë e Dializës dhe Shoqata Mjekësore e Japonisë, zhvilluan udhëzime të ndryshme për referimin dhe kujdesin e pacientëve me sëmundje të veshkave midis mjekëve të përgjithshëm dhe nefrologëve.

Në vitin 2013, Ministria e Shëndetësisë, Punës dhe Mirëqenies zhvilloi një dokument zyrtar që synon CKD brenda agjendës kombëtare të promovimit të shëndetit (Drejtimi Themelor për Zbatimin Gjithëpërfshirës të Nxitjes Kombëtare të Shëndetit). Ky dokument përfshinte synime numerike për të zvogëluar numrin e pacientëve në dializë incidentale për shkak të sëmundjes së veshkave diabetike deri në vitin 2022.

Meqenëse Japonia themeloi UHC në 1961, të gjithë qytetarët janë të mbuluar nga një lloj sigurimi shëndetësor. Strategjia e Rigjallërimit të Japonisë 2013, një strategji e rritjes e njoftuar nga qeveria Japoneze duke zgjatur "jetëgjatësinë e shëndetshme të vendit", u vendos si një nga temat. Programet për të zhvilluar një sistem të ri të kujdesit parandalues dhe menaxhimit shëndetësor do të promovohen përmes kërkesës së të gjitha shoqërive të sigurimeve shëndetësore për të analizuar të dhëna të tilla si pretendimet e sigurimeve shëndetësore. Ky program i projektit i quajtur Plani

Shëndetësor i të Dhënave do të përdorë të dhëna shëndetësore për të ruajtur dhe përmirësuar kushtet shëndetësore të pajtimtarëve të tij, përfshirë uljen e incidencës së dializës. Nevojiten plane konkrete për të parandaluar shfaqjen dhe përkeqësimin e CKD nga sëmundja e lidhur me stilin e jetës, të tilla si diabeti ose hipertensioni, të identifikuar në kontrole të veçanta mjekësore krijuar në vitin 2008. Këto kontrole mjekësore janë të mandatuar nga kompanitë individuale të sigurimit shëndetësor në përputhje me udhëzimet që testet laboratorike përshkruajë përshtatshme të përfshihen, kërkesat standarde, si dhe përzgjedhjen dhe shtresimit të individëve të cilët kërkojnë udhëzime të mëtejshme shëndetësore. JSN po vazhdon të theksojë bashkëpunimin me shoqëri të tjera vendore dhe ndërkombëtare dhe agjenci rregullatore. JSN gjithashtu arriti qëllimin e saj për të bashkëpunuar me Shoqërinë Ndërkombëtare të Nefrologjisë (ISN) dhe Shoqërinë Japoneze të Diabetit.<sup>100,101</sup>

#### 6.6.5. KINA

Kina është shtëpia e 20% të popullsisë së botës. CKD është e zakonshme në Kinë dhe tani është shkak më i shpejtë i vdekjeve. Politika aktuale e qeverisë për NCD, së bashku me grantet kryesore të kërkimit mjekësor kombëtar, përqendrohet kryesisht në 5 sëmundje - sëmundjet kardiovaskulare, kanceri, diabeti, sëmundjet kronike të frymëmarrjes dhe sëmundjet mendore - veçanërisht duke përjashtuar CKD. Nuk ka asnjë program kombëtar për parandalimin dhe trajtimin e CKD ose dializës kronike në Kinë, megjithëse nefrologët kinezë kanë bërë përpjekje të mëdha për të zvogëluar prevalencën e ESRD dhe për të përmirësuar rezultatet në këtë popullatë, veçanërisht gjatë dekadës së fundit.<sup>102</sup>

CKD është një barrë shëndetësore në rritje të shpejtë dhe është një sfidë e madhe e kujdesit shëndetësor në Kinë. Studimet epidemiologjike tregojnë se prevalenca e CKD në të rriturit kinezë është 10.8%, që përfaqëson një popullsi prej 120 milion pacientësh. Që nga viti 2017, kishte 1 milion pacientë me ESRD në Kinë, me vetëm 52% të tyre që kishin qasje në TZV. Bazuar në koston mesatare aktuale të trajtimit, shpenzimet vjetore të kujdesit shëndetësor për dializën në Kinë janë 50 miliardë dollarë.<sup>103</sup>

Një studim i fundit, Seria e Biopsisë Renale të Kinës, analizoi 71,151 pacientë që kishin një biopsi të veshkave në 1 nga 938 spitale në 282 qytete në të gjithë Kinën nga 2004 në 2014. Kjo analizë zbuloi se nefropatia IgA ishte sëmundja glomerulare më e zakonshme me një frekuencë të standardizuar prej 28% dhe shkak kryesor i CKD progresive në të gjitha grupmoshat. Për më tepër, rreziku i nefropatisë membranoze është rritur me 13% në vit gjatë dekadës së fundit. Kjo e fundit mund të shoqërohet me rritjen e nivelit të ndotjes së ajrit me grimca me diametër <2.5 µm, një problem shëndetësor me të cilin përballen shumë vende në zhvillim.<sup>104</sup>

Me rritjen e shpejtë të ekonomisë dhe ndryshimet në stilin e jetës, përhapja e diabetit mellitus po rritet ndjeshëm në Kinë. Kjo rritje ka ndryshuar modelin e CKD në Kinë. Që nga viti 2011, përqindja e CKD për shkak të diabetit ka tejkaluar atë të CKD të shkaktuar nga glomerulonefriti në pacientët e shtruar në spital.<sup>105</sup>

AKI është një drejtues i rëndësishëm i CKD, dhe në Kinë, incidenca e AKI është 11.6% në të rriturit në spital dhe 19.6% tek fëmijët, por shkalla e zbulimit është vetëm 0.99% në pacientët e shtruar në

spital. Përveç faktorëve të tjerë të njohur të rrezikut, bimët nefrotoksike janë një faktor potencial rreziku për AKI tek të rriturit kinezë.

Studimet epidemiologjike kanë treguar se mungesa e acidit folik është e përhapur në popullatat hipertensive kineze, veçanërisht në zonat rurale, dhe shoqërohet me rrezikun e zhvillimit të CKD. Një provë e fundit e kontrolluar në shkallë të gjerë, shumëqendrore, e randomizuar e kryer në 20 komunitete rurale në Kinë vlerësoi efikasitetin e plotësimit të acidit folik në parandalimin e humbjes së funksionit të veshkave në një popullatë hipertensive pa sëmundje të mëparshme kardiovaskulare. Krahasuar me trajtimin vetëm me enalapril, shtimi i acidit folik me dozë të ulët uli ndjeshëm rrezikun e rënies së funksionit të veshkave. Në pacientët me CKD në regjistrimin e studimit, plotësimi i folatit uli rrezikun e përparimit të CKD me 56%. Terapia e acidit folik gjithashtu u zbulua se zvogëlonte rrezikun e një goditje të parë në tru dhe albuminuria e fillimit të ri në pacientët me diabet. Për shkak se mungesa e folateve është raportuar në vendet e tjera në zhvillim, plotësimi i acidit folik do të konsiderohej një qasje mbrojtëse ndaj veshkave për popullatat hipertensive në këto rajone.<sup>106,107</sup>

Sapo CKD kalon në ESRD, rreziku i vdekjes dhe kostot mjekësore rriten në mënyrë eksponenciale. Vonimi i progresit të CKD drejt ESRD është një strategji e rëndësishme për uljen e barrës së ESRD, veçanërisht në LMIC me burime të kufizuara mjekësore. Efikasiteti i renoprotektimit nga frenuesit e enzimës konvertuese të angiotensinës dhe bllokuesit e receptorëve të angiotensinës në pacientët me CKD është demonstruar në prova të kontrolluara rastësisht. Frenuesit e enzimës konvertuese të angiotenzinës mund të administrohen edhe në pacientët me fazën 4 të CKD dhe vonon fillimin e ESRD nga 3.5 në 7 vjet. Uptitrimi i dozave të bllokuesit të enzimës konvertuese të angiotenzinës ose bllokuesit të receptorëve të angiotensinës kundër albuminurisë jep përfitime të mëtejshme në rezultatet e veshkave në pacientët me CKD jondiabetike dhe pamjaftueshmëri të veshkave. Duke pasur parasysh pacientët ,000 80,000 që fillojnë dializën çdo vit në Kinë, marrja e këtyre terapive mund të kursejë 120 milion USD në vit duke vonuar dializën me 1 vit për secilin pacient.<sup>108</sup>

Numri i pacientëve në dializë peritoneale (PD) në Kinë u rrit nga 37,942 në 2012 në 55,373 në 2014. Kina gjithashtu ka ndryshimin më të madh në marrjen e PD midis rajoneve, duke filluar nga 14% në Kinën kontinentale në 73% në Hong Kong. Politika PD-Parë e zbatuar nga autoriteti shëndetësor i Hong Kongut mund të kontribuojë në shkallën më të lartë të marrjes së PD. PD është rekomanduar si TZV e preferuar për shkak të kostos më të ulët, kërkesës së zvogëluar për mbështetje teknike dhe më pak nevojë për personel mjekësor të trajnuar. Rritja e aksesit në PD mund të ndihmojë në rritjen e aksesit në TZV për pacientët me ESRD, veçanërisht në LMIC.<sup>109</sup>

Ka akoma sfida në ofrimin e PD tek pacientët me ESRD që jetojnë në zonat rurale me më pak akses në kujdesin mjekësor dhe dializën. Programi Flying Angel është një model i zhvilluar nga një partneritet midis qeverisë kineze, qendrave mjekësore dhe industrisë së PD për të kapërcyer pengesat e promovimit të PD në Kinën rurale. Ky program zhvillon bashkëpunimin midis spitaleve qendrore dhe klinikave të komunitetit, ofron trajnim për PD për praktikuesit e mjekësisë në komunitet dhe ka një sistem shpërndarjeje të lëngjeve dhe materialeve PD. Ky program ka rritur aksesin në TZV për pacientët rurale me ESRD.<sup>110</sup>

Menaxhimi optimal i PD me bazë në shtëpi është kritik për zvogëlimin e rrezikut të dështimit dhe përmirësimin e rezultateve. Duke zbatuar një linjë telefonike dhe aplikacione të telefonisë mobile, bashkëpunimi midis spitaleve qendrore dhe klinikave të komunitetit forcohet më tej, duke lehtësuar komunikimin midis mjekëve dhe pacientëve në PD. Sistemet e menaxhimit të bazuara në shtëpi, të cilat përfshijnë aplikacione të telefonisë mobile, gjithashtu ofrojnë udhëzime për modifikimin e stilit të jetës për pacientët dhe mbledh informacion mbi përgjigjen e trajtimit nga pacientët. Ky model i kujdesit rrit pajtueshmërinë e pacientëve me PD dhe ul koston që lidhet me vizitat në spital dhe mjek.

#### 6.6.6. MEKSIKA

Sistemi shëndetësor i Meksikës nuk ofron UHC për pacientët me sëmundje të veshkave. Përfitimet e sigurimeve shoqërore, përfshirë aksesin universal në dializë dhe transplantimin e veshkave, janë në dispozicion të individëve të punësuar nga sektori privat ose nga qeveria. Sidoqoftë, më shumë se gjysma e popullsisë nuk kanë qasje në përfitimet e sigurimeve shoqërore dhe nuk mund të përballojnë shërbime private të kujdesit shëndetësor. Hyrja në dializë dhe transplantimin e veshkave për këtë popullatë është e kufizuar ose inekzistente.<sup>111</sup>

Për të zvogëluar pabarazitë shëndetësore, një reformë kushtetuese u prezantua në 1983, duke njohur të drejtën e Meksikanëve për të hyrë në sigurimet shëndetësore. Në 1984, legjislacioni mbi dhurimin dhe transplantimin e organeve dhe indeve u miratua nga kongresi meksikan, duke përfshirë krijimin e Regjistrit Kombëtar të Transplantimit, për të koordinuar dhe lehtësuar prokurimin dhe transplantimin e organeve. Në vitet 1990, një rrjet koordinatorësh shtetërorë të transplantimit dhe organizatave shoqëruese u organizuan në të gjithë vendin, si dhe një qendër qendrore koordinuese, Qendra Kombëtare e Transplantit (CENATRA në Spanjisht).<sup>112</sup>

Në vitin 2000, një punëtori u thirr nga Ministria e Shëndetësisë (MSH) për të organizuar një regjistër kombëtar të dializës, me pjesëmarrjen e përfaqësuesve të të gjitha 32 sekretarive të shëndetit shtetëror meksikan; anëtarët e Shoqatës Meksikane të Nefrologjisë, Institutit Meksikan për Kërkime të Nefrologjisë, Bordit Meksikan të Nefrologjisë dhe Regjistrit të Dializës dhe Transplantit të Jalisco; drejtorët e Regjistrit Kanadez të Zëvendësimit të Organeve dhe Sistemit të të Dhënave Veshore të Shteteve të Bashkuara. Pas kësaj, një komitet drejtues ad hoc filloi një seri takimesh në Drejtorinë Kombëtare të Epidemiologjisë të MSH për të ngritur regjistrin dhe një numër veprimesh për parandalimin dhe kontrollin e CKD u përfshinë në Planin Kombëtar të Shëndetit të Meksikës 2001-2006. Midis tyre ishte zbatimi i shqyrtimit të hershëm dhe trajtimit të CKD së bashku me një regjistër kombëtar të dializës.<sup>113,114</sup>

Në vitin 2003, një reformë strukturore e sistemit shëndetësor meksikan rriti mbrojtjen financiare të qytetarëve të saj duke ofruar sigurim shëndetësor të subvencionuar publikisht për më shumë se gjysmën e popullsisë që nuk mbulohet nga sigurimet shoqërore. Qendra e reformës ishte krijimi i Seguro Popular (Sigurimi Shëndetësor Popullor), i cili ndan shërbimet shëndetësore personale në paketa thelbësore të ndërhyrjeve të financuara nga Fondi për Mbrojtjen kundër Shpenzimeve Katastrofike të Shëndetit (FPGC). Ligji hyri në fuqi më 1 janar 2004 dhe dializa dhe transplantimi i organeve ishin ndër 7 ndërhyrjet me kosto të lartë të përfshira në FPGC. Në vitin 2010, MSH ngriti

Rrjetin Strategjik të Shërbimeve Shëndetësore Kundër Sëmundjeve Kronike të Veshkave, duke theksuar nevojën për zbulimin dhe trajtimin e hershëm të CKD.<sup>115,116</sup>

Në vitin 2015, Fondacioni Shëndetësor meksikan (FUNSALUD në Spanjisht) filloi organizimin e një seri takimesh me përfaqësues nga sistemet shëndetësore të Meksikës dhe anëtarët e shoqërive meksikane të nefrologjisë për të rifilluar krijimin e regjistrit të dializës, i cili ishte braktisur nga autoritetet shëndetësore meksikane. Pas Forumit Global të Politikave të Veshkave ISN të mbajtur në Kongresin Botëror të Nefrologjisë ISN 2017 në Mexico City, MSH zbatoi testimin pilot të Regjistrit Kombëtar të Sëmundjeve Kronike të Veshkave (RENERC në Spanjisht) si pjesë e sistemit të informacionit shëndetësor të vendit.

Tridhjetë e pesë vjet pas reformës kushtetuese të vitit 1983, qasja universale në kujdesin për veshkat ende nuk është realizuar. Që nga implementimi i Seguro Popular, përqindja e popullsisë me një lloj sigurimi shëndetësor publik është rritur nga 41% në 2002 në 81% në 2015 dhe numri i ndërhyrjeve me kosto të lartë i përfshirë në FPGC është rritur nga 7 në 68 Sidoqoftë, Seguro Popular ende nuk paguan për dializë. Si rezultat, pabarazitë e theksuara midis popullatave të siguruara dhe të pasiguruara me qasje në TZV vazhdojnë. Deri në vitin 2015, incidenca dhe prevalenca e pacientëve që marrin trajtim për ESRD me sigurime shoqërore ishin përkatësisht 281 dhe 1357 për milion banorë (pmp); megjithatë, 130 pacientë pmp në dializë incidente dhe 200 pacientë pmp në dializë mbizotëruese mbetën të pasiguruar.<sup>117</sup>

Futja e legjislacionit për dhurimin dhe transplantimin e organeve në 1984 rezultoi në një rritje të konsiderueshme të normave të transplantimit të veshkave, nga 1.57 pmp në 1984 në 22.8 pmp në 2015. Sidoqoftë, ky sukses nuk vërehet në popullatën pa sigurime shoqërore. Për shkak se Seguro Popular ende nuk mbulon koston e transplantimit të veshkave dhe ilaçeve imunosupresive, normat e transplantimit mbeten dukshëm më të ulëta tek pacientët pa sigurime shoqërore.

Tetë vjet pas vendosjes së Rrjetit Strategjik të Shërbimeve Shëndetësore Kundër Sëmundjeve Kronike të Veshkave, strategjitë për të parandaluar CKD ende nuk janë bërë pjesë e politikave shëndetësore të vendit për NCD. Shfaqja e CKD është e ulët ose nuk ekziston në të gjithë Meksikën. Për më tepër, pacientëve të pasiguruar me CKD të predializës shpesh u mohohet hyrja në trajtim nga Seguro Popular, pasi identifikohet se kishte sëmundje të veshkave. Prandaj, humbet mundësia për të ndërhyrë për të vonuar progresionin e CKD.

Më në fund, regjistri i dializës është aktualisht nën testimin pilot me pjesëmarrjen e disa qendrave të dializës. Qëndrueshmëria dhe zgjerimi mbarëkombëtar i regjistrit ende nuk është parë.

#### **6.6.7. SUDANI**

Gjatë viteve 1970, një pacient sudanez u trajtua në Londër, Mbretëri e Bashkuar, për dështim të veshkave nga hemodializa (HD). Ndërsa vendosi të vazhdojë trajtimin e tij nën kujdesin e stafit mjekësor të Spitalit Universitar të Khartoum, aparati i tij HD ishte baza për njësinë e parë të dializës në Khartoum.

Rreth të njëjtën kohë, një kirurg i ri me emrin Omar Beliel u dërgua nga Spitali Universitar i Khartoum për t'u trajnuar në Angli për të qenë një kirurg neurokirurg. Ndërsa ishte në Mbretërinë e



Bashkuar, ai kishte dështim të veshkave dhe përfundimisht ai mori një veshkë dhuruar nga vëllai i tij. Dr. Beliel më vonë shkroi një autobiografi të titulluar Dy jetë: Odisea e vdekjes së një kirurgu të transplantimit, në të cilën përshkruan se si transplantimi i veshkave i dha atij një "jetë të dytë". Ai më pas e zhvendos trajnimin e tij nga neurokirurgjia në operacionin e transplantit dhe kreu procedurën e parë të transplantimit të veshkave në Afrikë nga një dhurues i lidhur me të gjallët në 1974. Nga mesi i viteve 1970, HD, PD me ndërprerje përmes përdorimit të kateterëve të fortë dhe veshkave të lidhura me jetesën transplantimi u krijuan shërbimet në Spitalin Universitar të Khartoum. Sidoqoftë, këto shërbime ishin të kufizuara për shkak të burimeve dhe Spitali Universitar mbeti kryesisht një strukturë akademike dhe mësimore.<sup>118</sup>

Vitet 1980 panë një zgjerim në shërbimet e dializës për të përfituar më shumë pacientë, i cili u mbështet nga Ministria e Financave. Shumë shpejt u bë e qartë se këto shërbime ishin të kushtueshme dhe zgjerimi i mëtejshëm nuk kishte gjasa të ishte i mundshëm.

Në vitin 1994, qeveria bëri thirrje për Konferencë të Opinionit të Ekspertëve mbi Si të Bëni Më Të Mirë (HBTD) shërbimet civile. Konferencat u bënë thirrje studiuesve dhe ekspertëve në shëndetësi, arsim, ekonomi dhe fusha të tjera për të diskutuar reformën e këtyre çështjeve dhe për të bërë rekomandime për t'u ekzekutuar nga qeveria. Një rekomandim përfundimtar në fushën e shëndetit ishte krijimi i Qendrave Kombëtare të Kujdesit Shëndetësor për 5 fusha kryesore: sëmundja e veshkave, sëmundjet e zemrës, onkologjia, gastroenterologjia dhe hepatologjia dhe neuroshkencat. Këto qendrave kombëtare u kërkohet të planifikonin për kujdesin shëndetësor në zonat e tyre përkatëse, së bashku me sugjerimet dhe mjetet për të vepruar me sukses në të gjithë vendin. Kështu, Qendra Kombëtare e Sëmundjeve të Veshkave dhe Kirurgjisë është themeluar në 1995 dhe ka qenë përgjegjëse për kujdesin për CKD / ESRD në të gjithë Sudanin për 2 dekadat e fundit.

Fondi Kombëtar i Pajisjeve Mjekësore u krijua krah për krah me Qendrat Kombëtare të Kujdesit Shëndetësor. Objektivi kryesor ishte prokurimi dhe shpërndarja e drejtë e ilaçeve në të gjithë vendin me koston më të ulët. Një çështje e rëndësishme që rezultoi nga politikat e Fondit Kombëtar të Furnizimeve Mjekësore ishte nevoja për të pasur një rregullore kombëtare për ilaçet që shpëtojnë jetën (LSM), ilaçe që duhet të jenë në dispozicion për të gjithë qytetarët falas. Pas shumë diskutimesh, u ra dakord që trajtimi i ESRD të konsiderohej një çështje shpëtuese dhe për këtë arsye si dializa, ashtu edhe transplantimi i veshkave do të mbulohehin nga projektligji i LSM. Falë këtij hapi të madh përpara, zhvillimi i shërbimeve të CKD si masa parandaluese dhe terapia ESRD do të menaxhohen nën ombrellën e Qendrës Kombëtare të Sëmundjeve të Veshkave dhe Kirurgjisë.

Një kontribut tjetër i rëndësishëm për suksesin e menaxhimit të CKD / ESRD në Sudan është Fondi Kombëtar i Zekatit (NZF), i cili u themelua në vitet 1990. Zekati është një koncept islamik ku muslimanëve me mundësi financiare u kërkohet të kontribuojnë 2.5% të të ardhurave të tyre vjetore si bamirësi. Qeveria aktuale vendosi, për herë të parë, të krijojë një institucion të organizuar për t'i përdorur më pas këto fonde në mënyrë të rregullt. Ndërsa aktivitetet e fondit publikohen rregullisht, ai u bë një organizatë e besueshme dhe shumica e individëve që paguajnë zekat preferojnë NZF për

të gjetur marrës të përshtatshëm të ndihmës. Studiuesit e fesë ranë dakord që trajtimi i ESRD përmes dializës dhe transplantimit do të ishte i përshtatshëm për t'u mbështetur nga NZF.

Në 2005, Fondi Kombëtar i Pajisjeve Mjekësore pranoi PD ambulatore të vazhdueshme si një mundësi e vlefshme për trajtimin e ESRD, veçanërisht për fëmijët dhe pacientët e vegjël. Që atëherë është bërë një opsion për menaxhimin e ESRD, megjithëse në një shkallë të kufizuar.

Duke përdorur fondet e marra nga fatura e LSM dhe NZF, Qendra Kombëtare e Sëmundjeve të Veshkave dhe Kirurgjisë është në gjendje të përmbushë kërkesat e sigurimit të kujdesit për CKD / ESRD për qytetarët në Sudan.

Sudani është vendi i dytë më i madh në Afrikë, me një popullsi totale prej 38 milion. Pothuajse të gjitha qytetet dhe qytetet e mëdha kanë qendra qeveritare HD për t'u kujdesur për pacientët me ESRD. Aktualisht, numri i përgjithshëm i qendrave HD është 72. Tani janë 7200 pacientë që janë në dializë; 97% e tyre janë në HD. HD bazohet në seanca dy herë në javë për pacientë të qëndrueshëm. Arsyeja për këtë orar të dializës nënoptimale është akomodimi i sa më shumë pacientëve me EKSD nën skemën pa pagesë të sistemit kombëtar HD. Një sondazh i fundit tregoi se mbijetesa 1-vjeçare e pacientëve në HD dy herë në javë ishte 83%. Pacientët që kishin fistula arteriovenoze funksionuan dukshëm më mirë sesa ata që u dializuan përmes kateterëve venozë qendrorë me mansheta ose pa pranga. Disponueshmëria e PD ambulatore e vazhdueshme është ende e kufizuar në gjendjen më të madhe të Khartoum. Megjithëse vetëm 3% e pacientëve në dializë janë në PD ambulator të vazhdueshëm, rezultatet dhe cilësia e shifrave të jetës janë shpërblyese. Nëse lëngu PD mund të prodhohet lokalisht, në mënyrë ideale mund të strehohen më shumë pacientë me PD.<sup>119,120</sup>

Aktivitetet e transplantimit të veshkave në Sudan gjatë 5 viteve të fundit po rriten. Veshkat transplantohen ekskluzivisht nga dhuruesit e lidhur me jetesën. Rreth 80% e kostos së transplantimit mbulohet nga fatura e LSM ose NZF. Të gjithë pacientët (pavarësisht se ku është bërë transplantimi) marrin ilaçe imunosupresive falas.

#### **6.6.8. SENEGALI**

Senegali është një vend në skajin perëndimor të Afrikës, me një popullsi prej 15 milion banorësh, dhe është një nga vendet më të varfra në botë. Nefrologjia ishte e panjohur në Senegal deri në kthimin e nefrologut të parë Senegalez pas përfundimit të trajnimit të tij në Francë. Me kalimin e kohës, një kurrikulë e dedikuar për nefrologji për studentët e universitetit të mjekësisë së bashku me praktikat e biopsisë HD dhe veshkave është prezantuar. Deri në vitin 2010, megjithatë, kishte vetëm 2 qendra HD në secilin prej sektorëve shëndetësorë publik dhe privat, shpenzimet e dializës u paguan nga xhepi nga pacientët pa mbulim shëndetësor, dhe kishte vetëm 3 nefrologë në vend.

Prevalenca e CKD në Senegal vlerësohet në 4.9%. Shkaku kryesor i CKD është hipertensioni, i ndjekur nga glomerulonefriti kronik (sidomos glomeruloskleroza segmentale fokale primare), diabeti dhe përdorimi i barnave tradicionale nefrotoksike. Sondazhi i Organizatës Botërore të Shëndetësisë STEPwise zbuloi që prevalenca e hipertensionit dhe diabetit në popullatën e përgjithshme të rritur Senegaleze të moshës 45 deri në 49 vjeç të ishte përkatësisht 25% dhe 5.4%. Avokimi dhe rritja e ndërgjegjësimit midis autoriteteve politike ka bërë të mundur krijimin e një zyre NCD në MSH me

një pikë fokale në nefrologjinë për menaxhimin e sëmundjes së veshkave. UHC u prezantua në 2014, e cila siguron dializë falas për pacientët Senegalezë, por me disponueshmëri të kufizuar. Qeveria siguron të gjitha furnizimet e dializës dhe një pagesë të paketuar prej 10.000 FRFA (20 dollarë amerikanë) për çdo sesion të dializës në qendrat publike të dializës. Pacientët, kur vendet e dializës nuk janë të disponueshme, regjistrohen në listën e pritjes së parë, shërbimit të parë. Në ndërkohë, për të mbijetuar, pacientët duhet të paguajnë nga xhepi për të marrë dializë në sektorin privat.<sup>121</sup>

Një shërbim referimi kombëtar dhe ndërkombëtar i nefrologjisë është zhvilluar në spitalin më të madh universitar në Senegal. Mesatarisht bëhen 200 biopsi të veshkave çdo vit, me mostra të përpunuara dhe të lexuara në vend. HD filloi në qendrën më të madhe publike HD me 25 stacione dhe shërbimet HD u rritën nga 2 qendra HD në 2010 në 20 qendra në të gjithë Senegalin. Në 2004, u krijua qendra e parë e PD për menaxhimin e dështimit akut dhe kronik të veshkave tek fëmijët dhe të rriturit duke përdorur PD ambulatorë të vazhdueshme dhe PD të automatizuar. Kostot e dializës fillimisht u përballuan plotësisht dhe pastaj pjesërisht nga pacienti deri në vitin 2012. Që nga viti 2012, kostot e dializës, me përjashtim të epoetinave dhe testeve laboratorike, mbulohen plotësisht nga qeveria në sektorin publik dhe pjesërisht nga sektori privat. Në sektorin publik, furnizimet e dializës merren përmes Furnizimit Kombëtar të Farmacisë, përmes tenderëve ndërkombëtarë 2-vjeçarë, duke lejuar rinegocime të rregullta. Transplanti i veshkave ende nuk është bërë në Senegal. Sidoqoftë, një grup pune me mbështetjen e ekspertëve hartuan tekste dhe ligje që rregullojnë transplantimin e organeve, i cili kaloi një votim të Asamblesë Kombëtare më 27 nëntor 2015. Një dekret presidencial për krijimin e Këshillit Kombëtar për Transplantimin e Organeve është në gatishmëri.<sup>122</sup>

Një shkollë nefrologjie u hap në 2005 në Dakar për të mbushur boshllëkun e nefrologëve në rajonin e Afrikës sub-Sahariane pasi asnjë vend i vetëm nuk kishte më shumë se 5 nefrologë, gjysma e vendeve nuk kishin nefrologë dhe Senegal kishte vetëm 3 nefrologë. Midis 2005 dhe 2017, duke kombinuar mjekësinë e brendshme dhe nefrologjinë, shkolla trajnoi 104 nefrologë nga 21 vende afrikane në një kurrikulë 4-vjeçare (përfshirë 2 semestra në Francë). Një kurrikulë 2-vjeçare për infermierët nefrologjikë u prezantua në vitin 2008 dhe ka trajnuar 90 infermierë të moshuar të nefrologjisë nga 7 vende të Afrikës. Në bashkëpunim me ISN, janë organizuar 3 punëtori trajnimi për AKI, CKD dhe PD me > 400 pjesëmarrës në seminar për të përmbushur qëllimet e edukimit mjekësor të vazhdueshëm.<sup>123</sup>

Një grup pune me ekspertë të ndryshëm (mjekë, biologë, kirurgë, farmacistë dhe staf administrativ) është ngritur nga MSH për të arritur një plan strategjik të integruar të kujdesit CDK / ESRD. Kjo strategji do të rrisë ndërgjegjësimin dhe parandalimin, do të propozojë mënyra për të zvogëluar numrin në rritje të pacientëve në listat e pritjes së dializës dhe për të zgjeruar PD në zonat rurale pasi kushton më pak se HD dhe do të lejojë më shumë pacientë me ESRD të trajtohen me dializë. Kostoja vjetore për pacient është 13,650 dollarë amerikanë për PD krahasuar me 18,000 dollarë amerikanë për HD. Standardet e trajnimit për punonjësit e kujdesit shëndetësor duhet të zhvillohen së bashku me nefrologët. Do të krijohet Këshilli Kombëtar për Transplantimin e Organeve dhe mbështetja e partnerëve të huaj do të jetë e nevojshme për akreditimin e fillimit të transplantimit të veshkave të lidhura me jetën.<sup>124</sup>

Një plan strategjik i integruar i kujdesit CDK / ESRD u zhvillua në 2019. Numri i pacientëve me CKD në dializë është rritur nga 50 në 2010 në > 800 aktualisht; ky numër u dyfishua në vitin 2019 me hapjen e 10 qendrave të reja HD në të gjithë vendin. Dy qendra të reja PD u hapën në 2019. Kjo zgjeroni trajtimin e 60 pacientëve me CKD dhe 20 pacientëve me AKI në qendrën aktuale të vetme në trajtimin e > 150 pacientëve me CKD dhe 50 pacientëve me AKI. Nga 3 nefrologë në vitin 2008, vendi aktualisht ka 27 nefrologë dhe 128 infermierë me specializim në nefrologji; qëllimi është të trajnojmë 5 nefrologë shtesë dhe 10 infermierë shtesë të specializuar në vit. Krijimi i Këshillit Kombëtar për Transplantimin e Organeve do të përcaktojë rregullat dhe kriteret për akreditimin.

## 7. PREZANTIMI I STUDIMIT

---

### 7.1. QËLLIMI DHE OBJEKTIVAT

#### Qëllimi i studimit

Te vleresohet cilesia e jetes dhe kujdesi per pacientet me CKD qe i nenshtrohen trajtimit me hemodialize ne Spitalin Rajonal te Gjirokastrës ne menyre qe te percaktojme faktoret qe prekin me se shumti mireqenien e shendetit te tyre me qellim implementimin e nderhyrjeve per permiresimin e cilesise se kujdesit nga perspektiva infermierore.

#### Objektivat specifike

- Vleresimi i karakteristikave socio-demografike dhe historise mjekesore te pjesemarresve.
- Vleresimi i cilesise se jetes bazuar ne rezultatet e pyetesorit SF-36 ne lidhje me mireqenien fizike dhe mendore te shendetit te pjesemarresve.
- Vleresimi i cilesise se jetes bazuar ne rezultatet e pyetesorit KDCS-43 ne lidhje me komponentin specifik te semundjes se veshkave.
- Vleresimi i cilesise se kujdesit infermieror per aksesin vaskular te pacienteve qe i nenshtrohen hemodializes.
- Vleresimi i lidhjes midis rezultateve te QOL, cilesise se kujdesit infermieror per aksesin vaskular dhe faktoreve socio-demografike tek pjesemarresit ne studim.

#### Hipotezat e Studimit

Ky studim paraprihet nga disa hipoteza kryesore:

1. Pacientet me ESRD kane nje cilesi te ulet te jetes e lidhur me shendetin.
2. Ekziton një lidhje e rëndësishme midis rezultateve te cilesise se jetes dhe variablave socio-demografikë & komorbiditetit të pjesemarresve.
3. Ekziston një lidhje e rëndësishme midis cilesise se kujdesit infermieror per aksesin vaskular dhe mireqenies fizike të pjesemarresve.

### 7.2. METODOLOGJIA

#### 7.2.1. LLOJI I STUDIMIT, VENDI, PERIUDHA, SAMPLI, KRITERET E PERFSHIRJES

Eshte nje studim cross-seksional i realizuar ne Njesine e Hemodializes te Spitalit Rajonal te rrethit te Gjirokastrës gjate periudhes korrik-gusht 2020. Studimi do te perfshije te gjithë pacientet (50) qe vuajne nga insuficienca renale kronike dhe qe marrin sherbim ne kete njesi.

**Kriteret e perfshirjes** jane paciente te te dy gjinive mbi moshen 18 vjec, qe i jane nenshtruar trajtimit me hemodialize per me shume se 6 muaj, me te pakten 2-3 seanca ne jave dhe qe pranojne te marrin pjese ne studim.

## 7.2.2. INSTRUMENTI I MBLEDHJES SË TË DHËNAVE

Per mbledhjen e te dhenave do të përdoret pyetesori Cilësia e Jetës në Sëmundjet e Veshkave - një formë e shkurtër e (KDQOL-SF)<sup>18</sup>. **KDQOL-SF** është një masë vetë-raportuese, e cila vlereson funksionimin dhe mireqenien e individëve me sëmundje të veshkave qe i nenshtrohen hemodializës. Ai përmban 36 artikuj që lidhen me vlerësimin e përgjithshëm të shëndetit (SF-36 survejim i shëndetit) duke u fokusuar vecanerisht ne statusin fizik (PCS) dhe mendor (MCS) te shëndetit si edhe 43 artikuj specifike qe lidhen me semundjen e veshkave (KDCS).

**SF-36** permban 8 fusha dhe 36 artikuj: funksionimi fizik (10 artikuj), kufizimet e roleve të shkaktuara nga problemet fizike (katër artikuj), kufizimet e roleve të shkaktuara nga problemet emocionale (tre artikuj), dhimbja (dy artikuj), perceptimi i përgjithshëm i shëndetit (pesë artikuj), funksionimi shoqëror (dy artikuj), mirëqenia emocionale (pesë artikuj), energjia / lodhja (katër artikuj) dhe një artikull në lidhje me gjendjen shëndetësore në krahasim me 1 vit më parë.

**KDCS** permban 11 fusha dhe 43 artikuj: lista e simptomave / problemeve (12 artikuj), efektet e sëmundjes se veshkave (tetë artikuj), ngarkesa e sëmundjes së veshkave (katër artikuj), funksioni njohës (tre artikuj), cilësi e bashkëveprimit shoqëror (tre artikuj), funksioni seksual (dy artikuj), gjumi (katër artikuj), mbështetja sociale (dy artikuj), statusi i punës (dy artikuj), vlerësimi i përgjithshëm shëndetësor (një artikull shënuar veçmas), kënaqësia e pacientit (një artikull), dhe inkurajimi i stafit të dializës (dy artikuj). Vlerësimi i përgjithshëm i shëndetit ka një artikull që shënohet veçmas.

Cdo pergjigje eshte vleresuar me pike nga 0-100. *Piket me te uleta tregojne cilesi me te keqe te jeteses te pacientet.*

Gjithashtu pyetesori permban informacion socio-demografik, kohezgjatjen e terapise me hemodialize, semundjet bashkeshoqeruese, shkaktaret e insuficiences renale, numrin e seancave te terapise ne jave, llojin e aksesit vaskular (fistul arterio-venoze, kateter venoz qendror).

Per te vleresuar performancen e kujdesit infermieror ne lidhje me aksesin vaskular u perdor nje **metodologji observuese** dhe te dhenat u mblodhen duke perdorur nje **listë kontrolli në lidhje me teknikat e kujdesit infermieror për aksesin vaskular**. Lista u dizenjua pas nje rishikimi te gjere te literatures dhe perfshin 14 artikuj rreth teknikeve te kujdesit per aksesin vaskular gjate lidhjes se pacientit me makinën dializer. 4 nga artikujt lidhen me aksesin qe sigurohet nga nje fistul arterio-venoze (shkalla e fluksit te gjakur kur nis hemodializa, inserim i sakte i ages, futje e ages ne aneurizem dhe distanca e hyrjes së gjilpërës nga fistula); 4 artikuj lidhen me aksesin qe sigurohet nga kateteri venoz qendror (mbyllja e një linje ndërsa lani linjen tjetër, mbyllja e fundit të kateterit arterial ndërsa shkëputni pacientin nga makineria, mbyllja e fundit të linjës venoze ndërsa lidhni pacientin me makinën, duke përdorur një garze sterile në vendin e kateterit). Gjashtë artikujt e pare u vëzhguan për të dy grupet. Teknika vëzhguese aseptike u vlerësua me dezinfektimin e plotë të vendit para dhe pas futjes së kateterit dhe krijimin e një mjedisi steril nën CVC (para dhe pas çdo hapjeje të linjës). Distanca e hyrjes së gjilpërave nga fistula konsiderohej e përshtatshme nëse gjilpërat futeshin 3-5 cm

larg nga fistula. Vlefshmeria dhe besueshmëria e listes se kontrollit te teknikave per aksesin vaskular eshte testuar ne studime te tjera meparshme nga profesioniste te fushes.

**Observimet** u realizuan ne bashkepunim me kryeinfermierin e sherbimit. Për të llogaritur cilësinë e kujdesit per aksesin vaskular, rezultatet zero u dhanë për mos respektim te listes dhe rezultati 1 për zbatimin e saj. Gama e rezultatit ishte 0-10 pike për të dy llojet e aksesit vaskular. Marrja e 0-50% të rezultatit vlerësohej të ishte cilësi e padëshirueshme e kujdesit, 51-75% si i moderuar dhe 76-100% si cilësi optimale e kujdesit.

### 7.2.3. ANALIZA STATISTIKORE E TË DHËNAVE

Te dhenat jane perpunuar me programin statistikor SPSS-23. Per te dhenat cilesore eshte perdorur menyra tabelare per te pasqyruar te dhenat si dhe grafiket me qark dhe me kolona per te pasqyruar me mire fenomenet ne studim.

Eshte perdorur treguesi i probabilitetit Hi-katror per te pare ndryshimet e rendesishme statistikore midis variablave cilesore, vlera  $p < 0.05$  e tij tregon se ndryshimi midis variablave eshte i rendesishem dhe nese eshte  $p > 0.05$  tregon se ndryshimet ne vlera te tabelës jane vetem rastesore.

Per variablat sasiore (piket) jane llogaritur treguesit e mesatares, devijimit standart dhe intervalet e besimit (5%). Eshte perdorur ANOVA per te verifikuar ndryshimet midis grupeve me pike te ndryshme vleresimi, duke perdorur vleren e probabilitetit  $p < 0.05$  si kriter per verifikimin e hipotezave te ngritura per barazine e grupeve.

Eshte perdorur regresioni logistic ne rastin kur variabli i varur eshte cilesor.

Variablat e varur perfaqesohen nga Cilesia e jetes me variantet e saj dhe Cilesia e kujdesit vaskular.

Variablat e pavarur jane treguesit socialdemografike te pacienteve si, mosha, vendbanimi, gjinia, arsimimi, punesimi, statusi civil, niveli ekonomik si edhe shumdjet bashkeshoqeruese.

### 7.3. KONSIDERATAT ETIKE

Per realizimin e ketij studimi, fillimisht kam bere nje kerkese per leje etike prane Dekanatit te Fakultetit te Shendetit qe me pas iu dergua zyrtarisht Drejtorise se Spitalit Rajonal te Gjirokastrës. Kam informuar Shefin e Njesise se Hemodializes si edhe infermieret e sherbimit per realizimin e studimit dhe kam kerkuar bashkepunimin e tyre per mbledhjen e te dhenave. Te gjitha aspektet e ketij studimi jane realizuar ne perputhje me Deklaraten e Helsinkit per standartet etike.

Bazuar ne konsideratat etike, ne informuam pjesemarresit per qellimin e studimit, privatesine dhe konfidencialitetin duke i siguruar qe pyetesori ishte anonim dhe te dhenat nuk do te jene te identifikueshme. Nje konsent (pelqim) i informuar oral (me goje) u sigurua prej te gjithe pjesemarresve.

Studimi u aprovua nga bordi i etikes se Fakultetit te Shendetit ne Universitetin e Vlores "Ismail Qemali", Nr 102/2 prot. date 09.06.2020 dhe Drejtoria e Spitalit Rajonal te Gjirokastrës, Nr 457 prot. date 22.06.2020 perpara fillimit te studimit.

## 8. REZULTATET

---

### 8.1. PARAQITJA DESKRIPTIVE E VARIABLAVE

Ne kete seksion do te pershkruajme paraqitjen deskriptive te variablave ne lidhje me: karakteristikat socio-demografike dhe komorbiditetin e pjesemarresve; treguesit e cilesise se jetes te grupuar ne 3 kategori si komponenti fizik, mendor dhe i semundjes se veshkave; rezultatet e cilesise se kujdesit vaskular.

**Tabela 1: Te dhenat socio-demografike te pacienteve.**

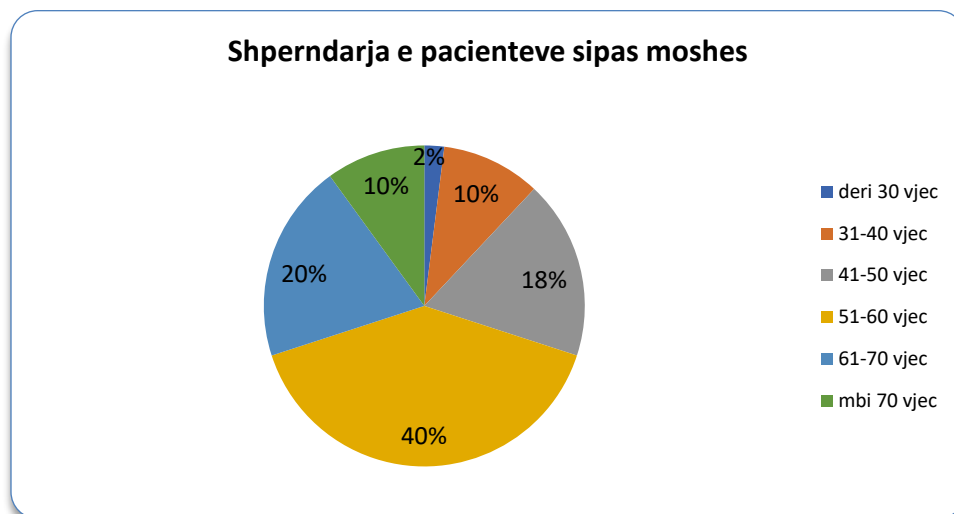
Mosha (vjec)	Numri	%
deri 30 vjec	1	2.0%
31-40 vjec	5	10.0%
41-50 vjec	9	18.0%
51-60 vjec	20	40.0%
61-70 vjec	10	20.0%
mbi 70 vjec	5	10.0%
<b>Gjinia</b>		
Mashkull	32	64.0%)
Femer	18	36.0%
<b>Statusi civil</b>		
Beqar	10	20.0%
I/e Martuar	40	80.0%
<b>Arsimimi</b>		
9 vjecar	14	28.0%
I mesem	20	40.0%
Profesional	9	18.0%
Universitar	7	14.0%
<b>Niveli ekonomik</b>		
I ulet	13	26.0%
Mesatar	36	72.0%
I larte	1	2.0%



<b>Vendbanimi</b>		
Fshat	18	36.0%
Qytet	32	64.0%
<b>Punesimi</b>		
I papune	18	36.0%
I paafte	3	6.0%
Student	1	2.0%
Shtepiake	5	10.0%
Me kohe te plote	6	12.0%
Me kohe te pjeseshme	10	20.0%
Pensionist	7	14.0%

### Mosha

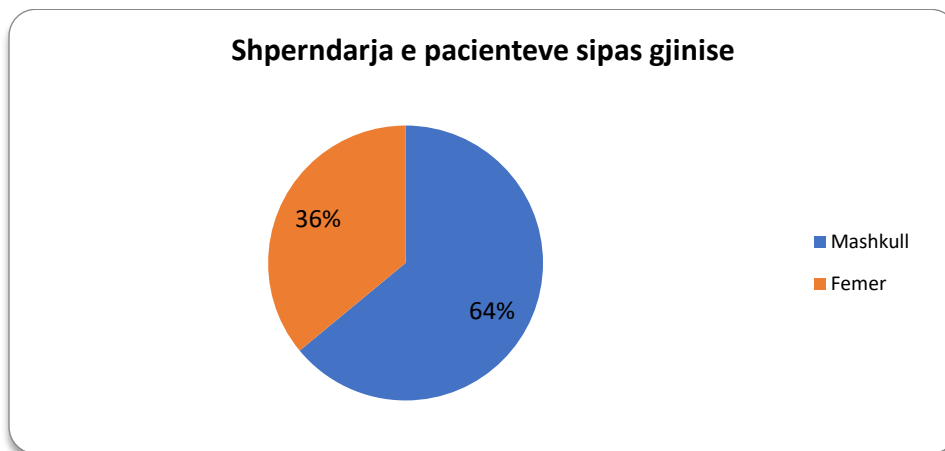
Nga tabela shihet se mosha mesatare e pacienteve eshte Mes = 55.54 vjec me devijim standart DS=12.27 vjet, mosha minimale Min = 27 vjec dhe mosha maksimale Max=81 vjec. Grafiku i meposhtem paraqet te dhenat mbi shperndarjen e pacienteve sipas moshes.



**Grafiku 1/1**

## Gjinia

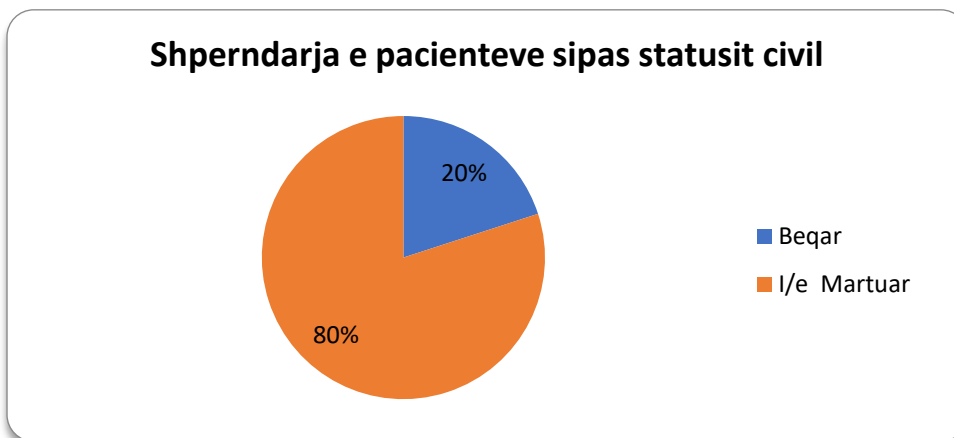
Sipas gjinise nga analiza kemi se nga 50 paciente, 32 (64 %) jane meshkuj dhe 18 (36 %) femra. Grafiku i meposhtem paraqet te dhenat mbi shperndarjen e pacienteve sipas gjinise



**Grafiku 1/2**

## Statusi Civil.

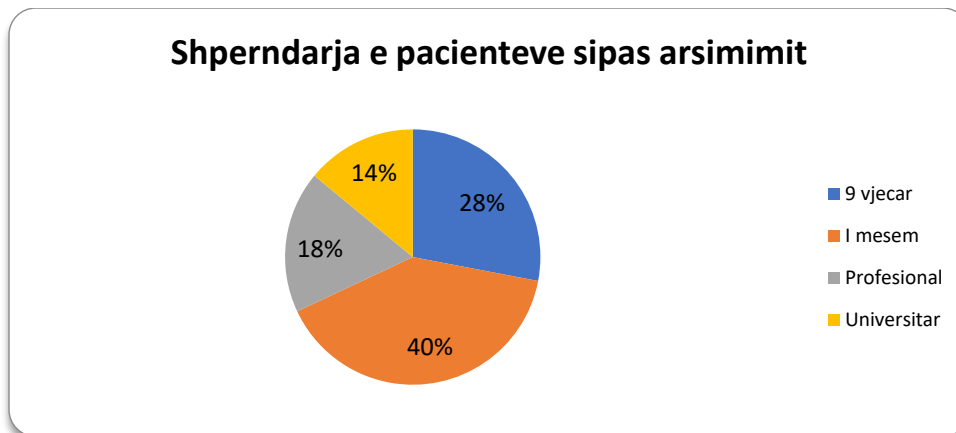
Sipas statusit civil nga analiza kemi se nga 50 paciente, 10 paciente ose 20 % , nuk jane te martuar dhe 40 paciente ose 80 % jane te martuar. Grafiku i meposhtem paraqet te dhenat mbi shperndarjen e pacienteve sipas statusit civil.



**Grafiku 1/3**

## Arsimimi

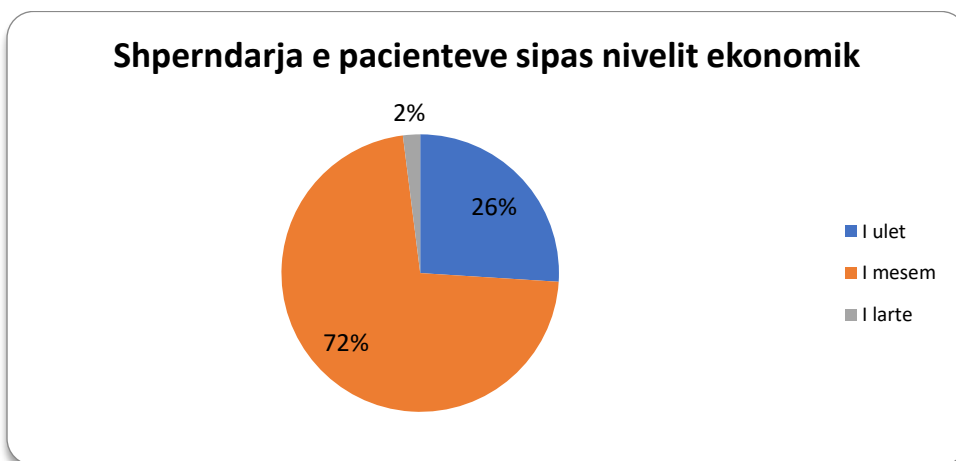
Sipas arsimimit kemi se nga 50 paciente, 14 paciente ose 28 % e tyre jane me arsim 9 vjecar, 20 paciente ose 40% me arsim te mesem, 9 paciente ose 18% e tyre me arsim profesional dhe 7 paciente ose 14% me arsim universitar. Pjesa me e madhe jane me arsim te mesem. Grafiku i meposhtem paraqet te dhenat mbi shperndarjen e pacienteve sipas arsimimit te tyre.



**Grafiku 1/4**

## Niveli ekonomik.

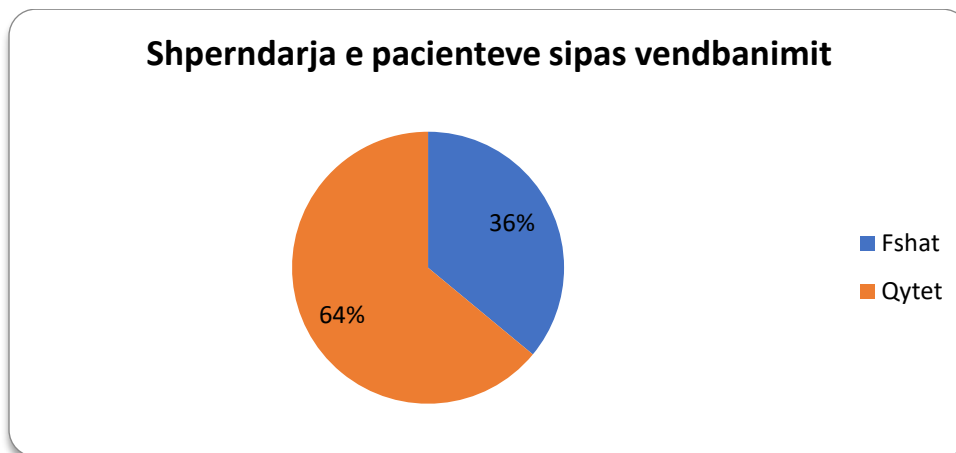
Sipas nivelit ekonomik nga analiza kemi se nga 50 paciente, 13 paciente ose 26 % jane me nivel ekonomik te ulet, 36 paciente ose 72% e tyre me nivel mesatar dhe 1 pacient ose 2 % me nivel ekonomik te larte. Grafiku i meposhtem paraqet te dhenat mbi shperndarjen e pacienteve sipas nivelit ekonomik.



**Grafiku 1/5**

## Vendbanimi

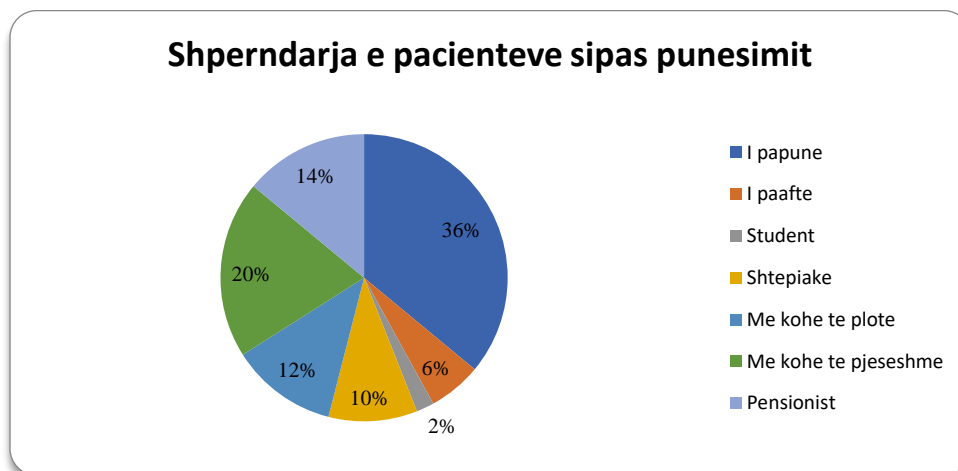
Sipas vendbanimit rreth 18 paciente ose 36 % e pacienteve jane me banim ne fshat dhe 32 paciente ose 64 % e tyre me banim ne qytet. Grafiku i meposhtem paraqet te dhenat mbi shperndarjen e pacienteve sipas vendbanimit.



**Grafiku 1/6**

## Punesimi.

Nga analiza e punesimit te pacienteve shihet se vetem 6 % jane ne pune me kohe te plote dhe afro 10 % ne pune me kohe te pjeseshme. Rreth 36% jane papune ose shtepiake, 6% jane te paafte (invalide), 14% jane pensioniste dhe 2% e pacienteve jane studente. Grafiku i meposhtem paraqet te dhenat mbi shperndarjen e pacienteve sipas punesimit.



**Grafiku 1/7**

**Semundjet qe mendohet se shkaktojne insuficiencen renale te pacienteve qe i nenshtrohen hemodializes, pjesemarres ne studim.**

Pacientet jane pyetur edhe ne lidhje me ate se cfare mendojne ata se e shkakton insuficiencen e tyre renale dhe pergjigjet jepen ne **Tabelen 1.1**. Pjesa me e madhe e pacienteve (64%) mendojne se insuficienca e veshkave te tyre shkaktohet nga hipertensioni, 50% nga diabeti, 54% nga semundja policistike e veshkes, 12% nga glomerulonephriti kronik dhe 8% nga Pylonephriti.

**Tabela 1.1**

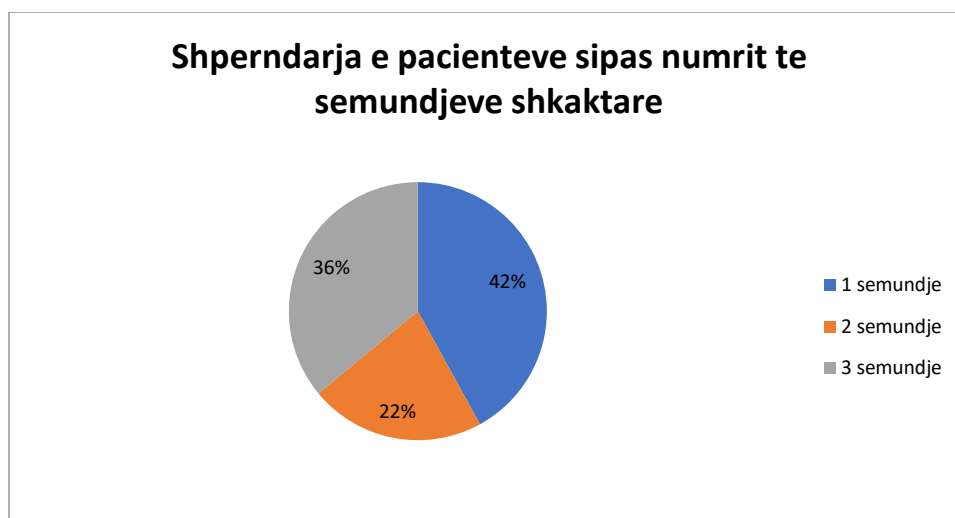
<b>Cfare e shkakton semundjen tuaj?</b>	<b>HTA</b>	<b>Diabeti</b>	<b>Semundja policistike e veshkes</b>	<b>Glomerulo-nephriti kronik</b>	<b>Pyelonephriti</b>
Numri i pacienteve	32	25	27	6	4
%	64%	50%	54%	12%	8%

Gjithashtu nga **Tabela 1.2** mund te shihet shperndarja e numrit te semundjeve shkaktare sipas pacienteve. Te gjithe pacientet kane semundje shoqeruese qe mendojne se shkaktojne semundjen e tyre te veshkave. Keshtu, 42% kane 1 semundje shoqeruese, 22% kane 2 semundje dhe 36% kane 3 semundje shoqeruese.

**Tabela 1.2**

<b>Numri i semundjeve shkaktare sipas pacientit</b>	<b>Numri i pacienteve</b>	<b>%</b>
1	21	42%
2	11	22%
3	18	36%

Grafiku i meposhtem paraqet te dhenat mbi shperndarjen e pacienteve sipas numrit te semundjeve qe mendojne se kane shkaktuar insuficiencen renale kronike.



**Grafiku 1/8**

Bazuar ne **te dhenat e karteles** per secilin pacient, po paraqesim informacionin klinik rreth semundjeve bashkeshoqeruese te diagnostikuara ose komorbiditeti

**Tabela 1.3**

<b>Semundje bashkeshoqeruese sipas vleresimit klinik</b>	<b>HTA sekondare</b>	<b>Diabet mellitus</b>	<b>Anemi Sekondare</b>	<b>Hepatit B/C</b>
Numri i pacienteve	32	25	24	10
%	64%	50%	48%	20%
<b>Nr. i komorbiditetit</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4<math>\geq</math></b>
Numri i pacienteve	7	22	21	0
%	14%	44%	42%	0%

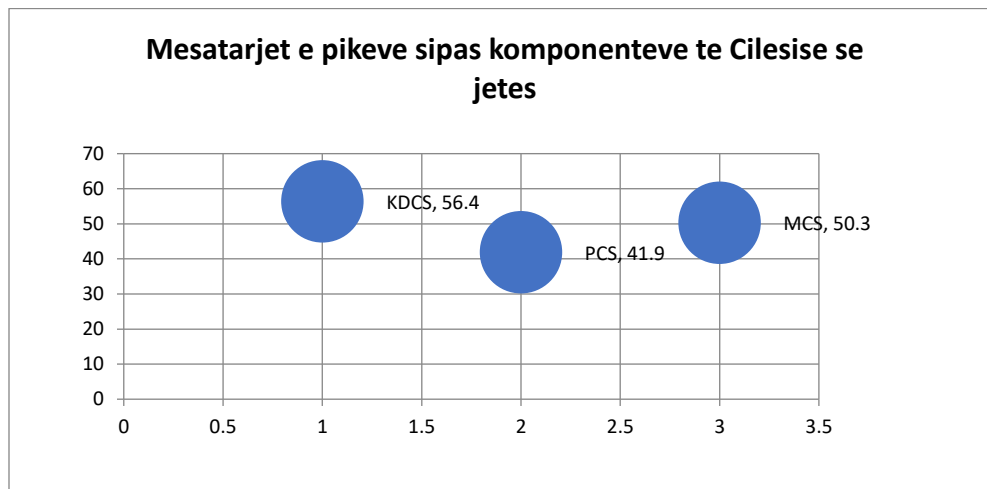
Nga te dhenat klinike te paraqitura ne tabelen 1.3 shohim se shumica e pacienteve 64% kane HTA sekondare dhe 44 % e tyre kane 2 semundje bashkeshoqeruese e ndjekur nga 42% e tyre me 3 semundje bashkeshoqeruese qe tregon nje nivel te larte problemesh shtese te shendetit.

## TREGUESIT E CILESISE SE JETES.

*Piket me te uleta tregojne cilesi me te keqe te jetes sipas kategorive te klasifikimit.*

**Tabela 2: Kategorite e Cilesise se jetes se pacientit dhe piket e vleresimit**

Kategorite	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Piket mesatare te KDCS	50	37.83	86.07	56.3941	11.05962
Piket mesatare te PCS	50	6.25	88.75	41.8750	17.60175
Piket mesatare te MCS	50	30.50	85.63	50.3433	10.37532
Mesatarja e pergjithshme	50	30.67	86.82	49.5375	10.72791



**Grafiku 9**

**Grafiku 2**

Rezultati total i i SF-36 me dy komponentet e saj plus KDCS eshte **49.53±10.72**, i paraqitur ne **tabelen 2**. Nga analiza e pikeve te arritura ne cdo kategori pyetjesh verehet se :

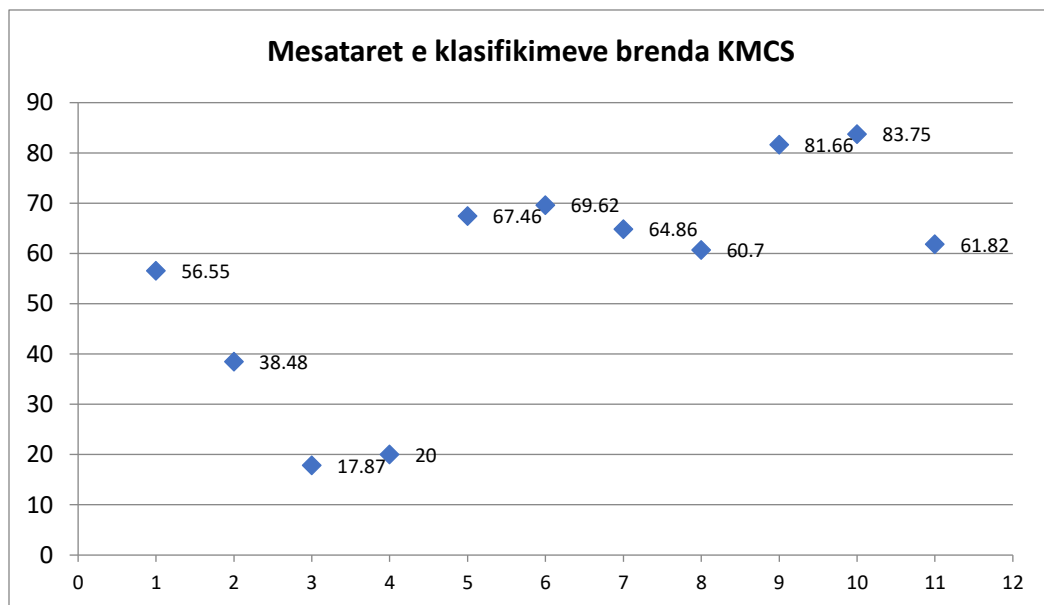
1- Ne kategorine e pare "**Komponenti i semundjes se veshkave**" kemi 43 pyetje te grumbulluara ne 11 fusha te paraqitura ne Tabelen 2.1 dhe Grafikon 2.1.

**Tabela 2.1**

Mesataret e pikeve te KDCS	Nr. i pyetjeve	N	Min	Max	Mesatarja	Std. Devijim
Simptomat/problemet	12	50	2.55	100	56.55	24.00
Efektet e semundjes	8	50	2.13	93.75	38.48	25.65
Ngarkesa e semundjes	4	50	0	100	17.87	19.06
Punesimi	2	50	0	100	20	28.57
Funksionet Njohese	3	50	20	100	67.46	22.52
Bashkeveprimi social	3	50	20	100	69.62	20.08
Aktiviteti seksual	2	50	0	100	64.86	27.86
Cilesia e gjumit	4	50	30	90	60.7	13.00
Mbeshtetja sociale	2	50	0	100	81.66	28.42
Mbeshtetja e stafit te dializes	2	50	25	100	83.75	20.24
Kenaqesia e pacientit	1	50	0	100	61.82	19.17
<b>Mesatarja e KDCS</b>	43	50	37.83	86.07	56.39	11.05

Nga tabela vërejmë se mesatarja e pikeve të KDCS = 56.39 pike, Min = 37.83, Max = 86.07 pike dhe Dev. Standart = 11.06 pike.

**Grafiku 10**



Nga **tabela 2.1** shihet se piket më të ulëta të perkasin vleresimit të “Ngarkesës së sëmundjes” të pacientëve. Mesatarja e pikeve = 17.87 pike, Min=0 pike, Max=100 pike dhe Dev. Standart=19.06 pike. Gjithashtu vërejmë se pike të ulëta të perkasin edhe vleresimit të “Punësimit” të pacientëve. Mesatarja e pikeve = 20 pike, Min=0 pike, Max=100 pike dhe Dev. Standart=28.57 pike.



**Tabela 2.2**

<b>Ngarkesa e semundjes</b>	<b>Piket mesatare</b>
Semundja ime e veshkave ndikon shume ne jeten time	20.5
Shume nga koha ime eshte shpenzuar per semundjen time te veshkave	10
Ndihem i merzitur ne lidhje me semundjen time te veshkave	13.5
Ndihem si nje barre per familjen time	27.5

Nga **tabela 2.2** shihet se piket me te uleta i perkasin vleresimit te sasise se kohes qe harxhohet per semundjen e veshkave,  $Mes=10$  pike dhe merzitjes per shkak te semundjes se veshkave,  $Mes=13.5$  gje qe tregojne per cilesi te keqe te jetes se tyre.

**Tabela 2.3**

<b>Punesimi</b>	<b>Piket mesatare</b>
Gjate 4 javeve te fundit keni punuar ne nje pune me pagese?	14
Shendeti juaj ju pengon te punoni ne nje pune me pagese?	26

Vetem 7 paciente kane punuar gjate 4 javeve te fundit ne nje pune me pagese, ndersa 37 paciente shprehen se shendeti i pengon te punojne ne nje pune me pagese me mesatare pikesh 26 (Tabela 2.3).

**Tabela 2.4**

<b>Efektet e semundjes</b>	<b>Piket mesatare</b>
Kufizim i lengjeve?	22.52
Kufizim i dietes?	26.52
Aftesia juaj per pune rreth shtepise?	32.54
Aftesia juaj per te udhetuar?	37.52
Duke qene i varur nga mjeket dhe personeli tjetër mjeksor?	48.6
Stres ose shqetesime te shkaktuara nga semundja e veshkave?	34.56
Jeta juaj seksuale?	47.56
Aparenca juaj personale?	58.02

Nga **tabela 2.4** shohim se vleresimi i “ Efektet e semundjes ” ka mesatare pikesh te uleta. Mesatarja e pikeve = 38.48 pike, Min=2.13 pike, Max=93.75 pike dhe Dev.Standart = 25.65 pike. Piket me te uleta, qe flasin edhe per cilesi me te keqe te jetes se pacienteve, i perkasin ”Kufizimit te lengjeve” Mes = 22.52 pike,”Kufizim i dietes” Mes = 26.52 pike, ”Aftesise per pune rreth shtepise: Mes = 32,54 pike etj. Edhe drejtimet e tjera kane pike me te uleta se 50 pike, pervec “Aparences personale” qe ka Mes = 58 pike.

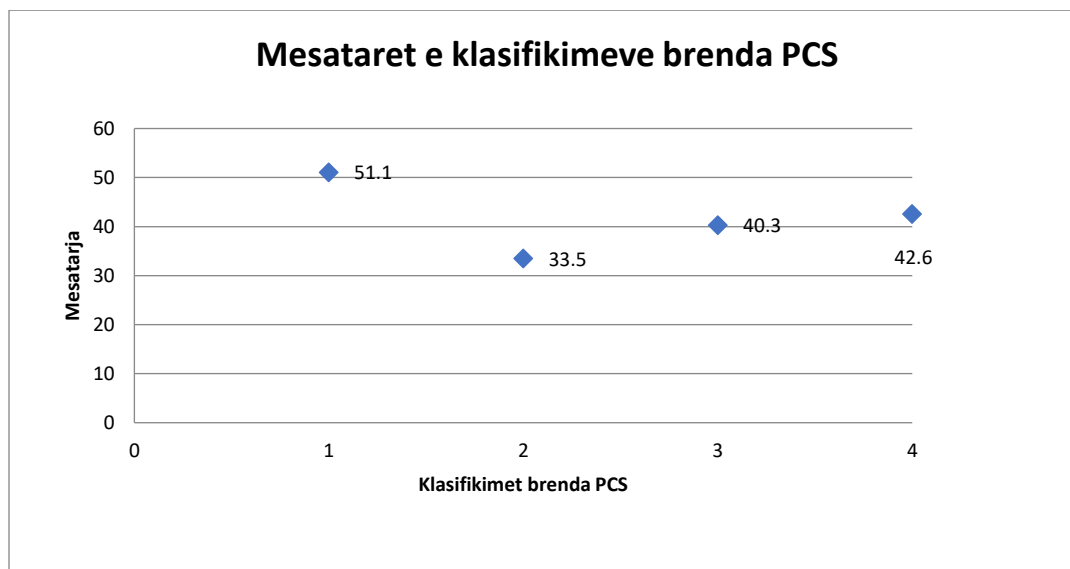
2- Ne kategorine e dyte ”**Komponenti Fizik i Semundjes** ” kemi 21 pyetje te grumbulluara ne 4 fusha te paraqitura ne Tabelen 3.1 dhe Grafikon 3.1.

**Tabela 3.1**

Mesataret e pikeve te PCS sipas klasifikimeve	Numri i pyetjeve	N	Min	Max	Mesatarja	Std. Dev
Funksionet fizike	10	50	.0	95	51.10	25.19
Aktiviteti fizik	4	50	.0	100	33.50	28.39
Dhimbja	2	50	.0	100	40.30	27.49
Gjendja e pergjithshme	5	50	10.0	75	42.60	15.75
<b>Mesatarja e PCS</b>	21	50	6.25	88.75	41.87	17.60

Mesatarja e pikeve te PCS eshte Mes = 41.87 pike. Min=6.25 pike dhe Max=88.75 pike dhe Dev.Standart=17.60 pike.

**Grafiku 11**



Nga **tabela 3.1** shihet se piket me te uleta (Cilesi me e keqe e jetes) paraqiten te treguesi i vleresimit te aktivitetit fizik te pacientit. Mes=33.5 pike si edhe “Dhimbjes” me Mes=40.3 pike

**Tabela 3.2**

<b>Aktiviteti fizik</b>	<b>Piket mesatare</b>
Gjate 4 javeve te shkuara keni patur reduktim te kohes qe kaloni per pune ose aktivite te tjera si rezultat i shendetit fizik?	22
Gjate 4 javeve te shkuara keni realizuar me pak se sa ju do t'u pelqente si rezultat i shendetit fizik?	34
Gjate 4 javeve te shkuara keni qene i kufizuar ne llojin e punes ose aktivite te tjera si rezultat i shendetit fizik?	40
Gjate 4 javeve te shkuara keni patur veshtiresi ne kryerjen e punes ose aktiviteve te tjera si rezultat i shendetit fizik?	38

Ne **tabelen 3.2** verehet se piket me te uleta i perkasin vleresimit te reduktimit te kohes qe kalohet per pune dhe aktivite te tjera per arsye te semundjes se veshkave, Mes=22 pike. Gjithashtu, edhe per vleresimin e faktit qe pacienti gjate 4 javeve te fundit ka realizuar me pak aktivite sa do te donte te bente, Mes=34 pike, etj.

**Tabela 2**

<b>Dhimbja</b>	<b>Piket mesatare</b>
Sa shume dhimbje trupore keni patur gjate 4 javeve te kaluara?	44.1
Sa shume dhimbja ka ndikuar ne punen tuaj normale (shtepi ose jashte saj) gjate 4 javeve te shkuara?	36.5

Gjithashtu, edhe lidhur me “Dhimbjen” jane arritur piket me te uleta, qe flasin per cilesi te keqe te jetes se pacienteve. Keshtu, nga **tabela 3.3** verehet se piket me te uleta paraqiten ne Ndikimin e dhimbjes ne punen normale rreth shtepise, Mes=36.5 pike si edhe ne vleresimin e dhimbjeve trupore, Mes=44.1 pike.

3- Ne kategorine e trete” ***Komponenti Mendor i Semundjes***” kemi 11 pyetje te grumbulluara ne 4 fusha (Tabela 4.1) te paraqitura ne Tabelen 4.1 dhe Grafikun 4.1.

**Tabela 4.1**

Mesataret e pikeve te MCS	Nr. i pyetjeve	N	Min	Max	Mesatarja	Std. Deviation
Mireqenie emocionale	5	50	20	88	53.04	18.12
Funksionet emocionale	3	50	0	100	41.33	28.22
Aktiviteti social	2	50	0	87.5	49.50	21.12
Energjia/Lodhja	4	50	30	75	57.50	12.74
Mesatarja e MCS	16	50	30.5	85.63	50.34	10.37

Mesatarja e pikeve te KDCS=50.34 pike. Min=30.5 pike dhe Max=85.63 pike dhe Dev.Standart=10.37 pike. Nga **tabela 4.1** shihet se piket me te uleta i perkasin vleresimit te “Funksioneve emocionale” te pacienteve. Mes=41.33 pike. Min=0 pike dhe Max=100 pike dhe Dev.Standart=28.22 pike. Gjithashtu, edhe vleresimi i aktivitetit fizik ka marre pike te uleta, Mes=49.5 pike, Min=0 pike dhe Max=87.5 pike dhe Dev.Standart =21.12 pike.

**Tabela 4.2**

Funksionet emocionale	Piket mesatare
Gjate 4 javeve te shkuara keni patur reduktim te kohes qe kaloni per pune ose aktivitete te tjera si rezultat i problemeve emocionale?	52
Gjate 4 javeve te shkuara keni realizuar me pak aktivitete se sa ju do t'u pelqente si rezultat i problemeve emocionale?	30
Gjate 4 javeve te shkuara nuk keni bere pune ose aktivitete me kujdesin e zakonshem si rezultat i problemeve emocionale?	42

Nga analiza e metejshme e funksioneve emocionale, verehet se piket me te uleta jane ne vleresimin e faktit qe pacientet kane realizuar me pak aktrivitete nga sa do te donin per shkak te problemeve emocionale, Mes=30 pike dhe me pas vjen vleresimi i faktit qe ata nuk kane arritur te kryejne punet me kujdesin e zakonshem per arsye te problemeve emocionale qe lidhen me semundjen, Mes=42 pike (**Tabela 4.2**).

## 8.2. PARAQITJA ANALITIKE E VARIABLAVE

### 8.2.1. ANALIZA E LIDHJES MIDIS KDCS DHE FAKTOREVE SOCIO-DEMOGRAFIKE DHE KOMORBIDITETIT.

Nga analiza e lidhjes se KDCS me faktoret socio-demografike dhe komorbiditetin kemi rezultatet e meposhtme.

**Tabela 3 Lidhja midis Mesatareve te KDCS dhe treguesve socio-demografike & komorbiditeti**

Treguesi socio-demografik	F (ANOVA)	P (ANOVA)
Mosha	F= 0.338	p=0.887
Niveli arsimor	F= 1.533	p=0.019
Statusi civil	F = 0.056	p=0.814
Niveli ekonomik	F = 0.663	p=0.020
Gjinia	T = -0.675	p=0.504
Punesimi	T = 0.665	p=0.512
Vendbanimi	T = 0.420	p=0.676
Komorbiditeti	F = 5.123	p=0.010

Nga analiza e ndryshimit te mesatareve midis kategorive te ndryshme te pacienteve sipas treguesve socio-demografike jane verejtur ndryshime te rendesishme statistikore aty ku vlera e  $p \leq 0.05$ . Rezultatet tregojne se jane verejtur ndryshime te rendesishme statistikore ne mesataren e pikeve per vleresimin e KDCS te pacientet me nivel te ndryshem arsimor (0.019) dhe ekonomik (p=0.020). Per te analizuar me tej kete lidhje kemi ndertuar regresionin linear te thjeshte midis pikeve te KDCS dhe nivelit arsimor. Pasi kemi bere kodimin e te dhenave (1=arsim i larte, 0=tjeter) kemi ekuacionin  $Y$  (Mes KDCS)=  $55.187+8.622 X$ .

Keshtu, pacientet me nivel arsimor te larte (X=1) kane mesatare pikesh me te larte, 8.6 pike me shume se ata me nivele me te uleta arsimimi (X=0). Tabela e meposhtme paraqet te dhenat e treguesve te regresionit:

**Tabela 5.4: Analize e regresionit**

Model	Koeficient i pastandartizuar		Koeficient i standartizuar	t	Sig.	
	B	Std. Error	Beta			
1	(Constant)	55.187	1.639		33.667	.000
	Arsimi i larte	8.622	4.381	.273	1.968	.050

Nga ndertimi i regresionit linear te thjeshte midis pikeve te KDCS dhe nivelit ekonomik pasi kemi bere kodimin e te dhenave (1=tjeter, 0=nivel i ulet ) kemi ekuacionin  $Y$  (Mes KDCS) =  $50.816+5.484 X$

Keshtu, pacientet me nivel me te larte ekonomik (X=1) kane mesatare pikesh me te larte se ata me nivel te ulet ekonomik (X=0) me 5.5 pike. Tabela e meposhtme paraqet te dhenat e treguesve te regresionit:

**Tabela 5.2: Analize e regresionit**

Model	Koeficient i pastandartizuar		Koeficient i standartizuar	t	Sig.	
	B	Std. Error	Beta			
1	(Constant)	50.816	3.069		17.536	.000
	Niveli ekonomik	5.484	3.567	.140	.977	.034

Jane verejtur ndryshime te rendesishme statistikore ne mesataren e pikeve per vleresimin e KDCS te pacientet me numer te ndryshem semundjesh shoqeruese. Kete ndryshim e tregon vlera e probabilitetit **p=0.010, pra p<0.05.**

Per te pare se si eshte ky ndryshim pikesh ndertojme Regresionin linear midis mesatareve te KDCS dhe numrit te semundjeve shoqeruese te pacienteve.

Nga te dhenat e programit shohim se Sig.=p=0.011, pra p<0.05 dhe ekuacioni i regresionit eshte :  $Y = 64.96 - 4.414X$  qe tregon se me rritjen me 1 njesi te komorbiditetit mesatarja e pikeve KDCS ulet me 4.4 pike, pra edhe cilesia e jetes perkeqesohet.

**Tabela 5.3: Analize e regresionit**

Model	Koeficient i pastandardizuar		Koeficient i standartizuar	t	Sig.	
	B	Std. Error	Beta			
1	(Constant)	64.957	3.572		18.184	.000
	Komorbiditet	-4.414	1.676		-2.633	.011

Nese analizohet lidhja e semundjeve bashkeshoqeruese (Hipertension, diabeti, anemia dhe hepatiti) me komponentin KDCS, verhet:

**Tabela 5.4: Vleresimi i lidhjes midis KDCS dhe komorbiditetit**

Lloji i semundjes	Mesatarja e pikeve te KMCS
Hipertension	55.17
Diabet	52.57
Hepatit B ose C	54.71
Anemi	58.50

Tabela e mesiperme tregon se piket me te uleta jane verejtur te pacientet qe kane semundje shoqeruese *diabetin*.

## **8.2.2. ANALIZA E LIDHJES MIDIS PCS DHE FAKTOREVE SOCIO-DEMOGRAFIKE DHE KOMORBIDITETIT**

Nga analiza e lidhjes se PCS me faktoret socio-demografike dhe komorbiditetin kemi rezultatet e meposhtme.

**Tabela 6: Lidhja midis Mesatareve te PCS dhe treguesve socio-demografike & komorbiditeti.**

Treguesi socio-demografik	F (ANOVA)	p (ANOVA)
Mosha	F = 0.649	p=0.044
Niveli arsimor	F = 0.636	p=0.596
Statusi civil	T = 1.450	p=0.159
Niveli ekonomik	F = 0.331	p=0.720
Gjinia	t= 1.054	p=0.301
Punesimi	F= 0.338	p=0.047
Vendbanimi	t=0.559	p=0.579
Komorbiditeti	F= 4.051	p=0.024

Nga analiza e ndryshimit te mesatareve midis kategorive te ndryshme te pacienteve sipas treguesve socio-demografike jane verejtur ndryshime te rendesishme statistikore me variablat **mosha** ( $p=0.044<0.05$ ) dhe **punesimi** ( $p=0.047<0.05$ ).

Nga ndertimi i regresionit linear te thjeshte midis *pikëve te PCS dhe punesimit* te pacientit, pasi kemi bere kodimin e te dhenave (0=papune/invalid, pension, shtepiake, 1=i punesuar/me kohe te plote ose te pjeseshme) kemi ekuacionin:  $Y(\text{Mes PCS})= 42.857-3.274X$ . Tabela e meposhtme paraqet te dhenat e treguesve te regresionit:

**Tabela 5: Analize e regresionit per lidhjen PCS me Punesimin**

Model	Koeficient i pastandartizuar		Koeficient i standartizuar	t	Sig.	
	B	Std. Error	Beta			
1	(Constant)	42.857	2.995		14.310	.000
	Punesimi	-3.274	5.468	-.086	-.599	.552

Keshtu, pacientet e punesuar ( $X=1$ ) kane mesatare pikesh me te ulet te PSC se ata papune me 3.3 pike, per pasoje edhe cilesi me te ulet jete persa i perket komponentit fizik. Pra, angazhimi ne pune ndikon negativisht ne mireqenien fizike te pacientit.

Nga ndertimi i regresionit linear te thjeshte midis pikeve te *PCS dhe moshes* se pacientit, pasi kemi bere kodimin e te dhenave (0=moshat deri 50 vjec,1=moshat mbi 50 vjec) kemi ekuacionin:  $Y(\text{Mes PCS})= 44.420-3.534 X$ . Keshtu, nga ekuacioni kuptojme se pacientet mbi 50 vjec ( $X=1$ ) kane mesatare pikesh me te ulet se ata nen 50 vjec me 3.5 pike, per pasoje edhe cilesi me te ulet jete persa i perket komponentit fizik. Pra me rritjen e moshes, cilesia e jetes lidhur me PCS perkeqesohet.

Tabela e meposhtme paraqet te dhenat e treguesve te regresionit:

#### Analize e regresionit

Model	Koeficient i pastandartizuar		Koeficient i standartizuar	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		

1	(Constant)	44.420	4.733		9.385	.000
	Mosha	-3.534	5.578	-.091	-.634	.044

Jane verejtur ndryshime te rendesishme statistikore ne mesataren e pikeve per vleresimin e *PCS te pacientet me numer te ndryshem semundjesh shoqeruese*. Kete ndryshim e tregon vlera e probabilitetit  $p=0.024$ , pra  $p<0.05$ . Per te pare se si eshte ky ndryshim pikesh ndertojme Regresionin linear midis mesatareve te PCS dhe numrit te semundjeve shoqeruese te pacienteve.

**Tabela 6: Analize e regresionit per lidhjen PCS me Moshen**

Model	Koeficient i pastandartizuar		Koeficient i standartizuar	T	Sig.	95.0% Interval i Besimit per B		
	B	Std. Error	Beta			Kufi i poshtem	Kufi i siperm	
	1	(Konstant)	56.813			5.690	9.985	.000
	Komorbidityt	-7.469	2.597	-.383	-2.876	.006	-12.691	-2.247

Nga te dhenat e programit shohim se  $Sig.=p=0.006$ , pra  $p<0.05$  dhe ekuacioni i regresionit eshte:  $Y= 56.81-7.469 X$ . Ekuacioni tregon se me rritjen me 1 njesi te komorbidityt mesatarja e pikeve PCS ulet me 7.5 pike, pra edhe cilesia e jetes perqesohet.

Nese analizohet lidhja e semundjeve bashkeshoqeruese (Hipertension, diabeti, anemia dhe hepatiti) me komponentin PCS, verehet:

**Tabela 7: Vleresimi i lidhjes midis PCS dhe komorbidityt**

Lloji i semundjes	Mesatarja e pikeve te PCS
Hipertension	37.59
Diabet	35.25
Anemi	41.47
Hepatit	41.45

Tabela e mesiperme tregon se piket me te uleta jane verejtur te pacientet qe kane semundje shoqeruese diabetin dhe hipertensionin.

### 8.2.3. ANALIZA E LIDHJES MIDIS MCS DHE FAKTOREVE SOCIO-DEMOGRAFIKE DHE KOMORBIDITETIT

Nga analiza e lidhjes se MCS me faktoret socio-demografike dhe komorbidityt kemi rezultatet e meposthme.



**Tabela 7: Lidhja midis mesatareve te MCS dhe treguesve socio-demografike dhe komorbiditetit.**

Treguesit socio-demografike	F (ANOVA)	p (ANOVA)
Mosha	F=1.402	p=0.242
Niveli arsimor	F=0.948	p=0.026
Statusi civil	T = 1.333	p=0.196
Niveli ekonomik	F = 0.038	p=0.963
Gjinia	T = -0.319	p=0.752
Punesimi	F = 2.349	p=0.048
Vendbanimi	T = -0.414	p=0.681
Komorbiditeti	F = 0.081	p=0.923

Nga analiza e ndryshimit te mesatareve te MCS midis kategorive te ndryshme te pacienteve sipas treguesve socio-demografike eshte verejtur ndryshim i rendesishem statistikor lidhur me **punesimin** , **p=0.048** dhe **niveli arsimor (p=0.026)**. *Nuk eshte verejtur ndryshim i rendesishme statistikor ne mesataren e pikeve per vleresimin e MCS te pacientet me numer te ndryshem semundjesh shoqeruese.* Kete ndryshim e tregon vlera e probabilitetit  $p > 0.05$ .

Per te analizuar me mire lidhjen midis pikeve MCS dhe faktoreve punesim dhe nivel arsimor ndertojme Regresionin linear midis mesatareve te **MCS dhe punesimit te pacienteve**.

**Tabela 7.1: Analize e regresionit per lidhjen e MCS dhe Punesimi**

Model	Koeficient i pastandartizuar		Koeficient i standartizuar	t	Sig.	
	B	Std. Error	Beta			
1	(Constant)	52.451	1.683		31.173	.027
	Punesimi	3.026	1.072	-.313	-2.287	.027

Nga te dhenat e analizes shohim se  $\text{Sig.} = p = 0.027$ , pra  $p < 0.05$  dhe ekuacioni i regresionit eshte :  $Y = 52.45 + 3.026 X$ , qe tregon se me kalimin nga papune ne te punesuar te pacientit mesatarja e pikeve MCS rritet me 3 pike, pra edhe cilesia e jetes permiresohet kur personi punon.

Ne lidhje me **faktorin niveli arsimor** kemi ndertuar regresionin e thjeshte linear qe na jep ekuacionin linear:  $Y(\text{Mesatarja MCS}) = 40.887 - 7.060X$

Ekuacioni tregon se tek pacientet me arsim te larte mesatarja e pikeve MCS ulet me 7.1 pike, pra edhe cilesia e jetes perkeqesohet persa i perket MCS.

Tabela e meposhtme paraqet te dhenat e treguesve te regresionit:

**Tabela 7.8: Analize e regresionit per lidhjen MCS dhe Niveli arsimor**

Model	Koeficient i pastandardizuar		Koeficient i standartizuar	t	Sig.	
	B	Std. Error	Beta			
1	(Constant)	40.887	2.685		15.227	.000
	Arsimi i Larte	7.060	7.176	.141	.984	.330

#### 8.2.4. ANALIZA E LIDHJES MIDIS TREGUESVE TE KDCS ME PCS DHE MCS.

Nga analiza e *lidhjes midis KDCS dhe PCS* kemi verejtur se ka ndryshime te rendesishme statistikore midis treguesit te KDCS ne paciente me tregues PCS te ndryshme.

Vlera e  $p=0.000$  e llogaritur ne procedure ANOVA , ne kete rast e konfirmon kete.

Duke ndertuar regresionin linear ne kete rast kemi ekuacionin:

$$Y=40.447 + 0.381X$$

$$Y=KDCS$$

$$X=PCS$$

Nga ekuacioni shihet se me rritjen me 1 pike te mesatares se komponentit fizik (PCS) te pacientit, mesatarja e komponentit te semundjes se veshkave (KDCS) rritet me 0.381pike.

**Tabela 9: Analize e regresionit per lidhjen KDCS me komponentin fizik PCS**

Model	Koeficient i Pastandardizuar		Koeficient i Standartizuar	t	Sig.	
	B	Std. Error	Beta			
1	(Constant)	40.447	3.272		12.363	.000
	PCS	.381	.072	.606	5.280	.000

Nga analiza e *lidhjes midis KDCS dhe MCS* kemi verejtur se ka ndryshime te rendesishme statistikore midis treguesit te KDCS ne paciente me tregues MCS te ndryshme. Vlera e  $p=0.016$  e llogaritur ne procedure ANOVA, ne kete rast e konfirmon kete. Duke ndertuar regresionin linear ne kete rast kemi ekuacionin:

$$Y=38.272 + 0.360X$$

$$Y=KDCS$$

$$X=MCS$$

Nga ekuacioni shihet se me rritjen me 1 pike te mesatares se komponentit mendor (MCS) te pacientit, mesatarja e komponentit te semundjes se veshkave (KDCS) rritet me 0.360 pike.

**Tabela 8.1: Analize e regresionit per lidhjen KDCS me komponentin mendor MCS**

Model		Koeficient i pastandartizuar		Koeficient i standartizuar	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	38.272	7.441		5.143	.000
	MCS	.360	.145	.338	2.486	.016

### 8.3.VLERESIMI I TEKNIKES SE KUJDESIT INFERMIEROR PER AKSESIN VASKULAR.

Rezultatet e observimit te realizimit te duhur ose jo te teknikes se kujdesit per aksesin vaskular per te dy tipet jane paraqitur ne **tabelen e meposhtme 9**.

**Tabela 10**

	<b>Teknika e kujdesit infermieror per aksesin vaskular.</b>	<b>Nr.i rasteve qe eshte realizuar</b>	<b>Perqindja</b>
1	Teknika e dezinfektimit	46	92.00%
2	Veshje e dorashkave	50	100.00%
3	Veshje maske	36	72.00%
4	Injeksion heparine	38	76.00%
5	Mbushje e duhur	42	84.00%
6	Mbyllja e fundit te linjës venoze ndërsa lidhni pacientin me makinën*	44	88.00%
7	Rregullimi i dozës së saktë të heparinës bazuar në rekomandimet	50	100.00%
8	Mbyllja e njerës linje ndërsa shplahet linja tjetër*	40	80.00%
9	Mbyllja e fundit te kateterit arterial kur shkepussi pacientin nga makina*	39	78.00%
10	Garze sterile mbi vendin e kateterit*	39	78.00%
11	Inserim i sakte i ages**	48	96.00%
12	Shkalla e rrjedhjes se gjakut ne fillim te HD <150**	38	76.00%
13	Futje e ages ne aneurizem**	24	48.00%
14	Distanca e ages nga fistula**	25	50.00%

\* Per kateterin venoz qendror  
\*\*Per fistulen arterio-venoze

Nga te dhenat e procedurave te kryera per cdo pacient kemi llogaritur mesataren e procedurave te realizuara per 1 pacient. Mes=11.18, Min=9 dhe Max=14 procedura.

Nga tabela shihet se ka patur probleme me disa procedura te aksesit vascular si psh: futja e ages ne aneurizem ka ndodhur ne 48% te rasteve, respektimi i distances se ages nga fistula nuk eshte realizuar

ne 50% te rasteve. Nderkohe qe procedura te tjera si veshja e dorezave, rregullimi i dozës së heparines, teknika e desinfektimit, inserimi i sakte i ages jane realizuar ne 90-100% te rasteve.

**Tabela 11: Cilesia e kujdesit infermieror per aksesin vaskular**

Vleresimi i cilesise se infermierit	Lloji i aksesit		Total	Vlera p
	AFC	CVC		
Moderuar	10 (20%)	8 (16%)	18 (36%)	p= 0.012
Optimal	6 (12%)	26 (52%)	32 (64%)	
<b>Total</b>	16 (32%)	34 (68%)	50 (100%)	

**Tabela 9.1** tregon per 64% te pacienteve cilesia e kujdesit infermieror eshte optimal dhe 36% e moderuar. Nga analiza e lidhjes midis Cilesise se Kujdesit dhe llojit te aksesit vaskular verehen ndryshime te rendesishme statistikore midis pacienteve me CVC dhe AFC. Ne kete rast probabiliteti Hi-Katorr eshte  $0.012 < 0.05$ . Gjithashtu verehet se 70% e pacienteve me CVC kane vleresim optimal per kujdesin infermieror, kurse pacientet me AFC vetem 30%.

**Tabela 12: Vleresimi i lidhjes midis cilesise se kujdesit ndaj aksesit vaskular dhe komponentit fizik te cilesise se jetes.**

Analize e regresionit						
Model		Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	.121	1	.121	.519	.475
	Residual	10.981	47	.234		
	<b>Total</b>	11.102	48			

Nga analiza e lidhjes midis Cilesise se kujdesit infermieror dhe treguesit te PCS ndertojme regresionin logistic midis cilesise dhe mesatares se pikeve PCS. Nga te dhenat kemi  $p=0.475$  dhe  $F=0.519$ . Vlera  $p>0.05$  tregon qe nuk jane verejtur ndryshime te rendesishme statistikisht midis Cilesise se kujdesit infermieror per aksesin vascular dhe komponentit fizik te pacientit. Pra, cilesia e kujdesit gjate aksesit vaskular nuk ka ndikuar ne mireqenien fizike te pacienteve.

## 9. DISKUTIMI

---

### Vleresimi i cilesise se jetes tek pjesemarresit ne studim

ESRD është një sëmundje serioze dhe trajtimi është sfidues dhe gjatë gjithë jetës. Për më tepër, përkundër burimeve të konsiderueshme të përkushtuara për trajtimin e ESRD dhe duke marrë parasysh ndikimin e saj në rezultatin klinik dhe mbijetesën në pacientët me sëmundje kronike, ata vazhdojnë të përjetojnë një cilësi të zvogëluar të jetës. Prandaj, Cilësia e Jetes po bëhet një mjet premtues për matjen e përfitimeve dhe ngarkeses së terapisë dializare nga këndvështrimi i një pacienti, e cila përfshin mënyrën se si pacientët menaxhojnë shëndetin e tyre<sup>1,12</sup>. Qëllimi kryesor terapeutik është të përmirësojë aftësinë funksionuese të këtyre pacientëve në mënyrë që ata të mund të shijojnë jetën në masën e saj sa më të plotë të mundshme. Rezultatet e këtij studimi ilustronë se si funksionimi fizik, psikologjik, social, mjedisor dhe shëndeti i përgjithshëm janë prekur tek pacientët me ESRD.

Konkretisht studimi demonstroi se rezultatet e **komponentit fizik PCS** të vleresimit të cilesise se jetes ishin me te uleta se ato të komponentit mendor ose psikologjik, **MCS**. Gjetjet treguan një *kufizim të aktivitetit fizik* të pjesemarresve shkaktuar kryesisht nga *dhimbjet trupore* që njekohesisht kishin impakt negativ edhe në punën dhe jetën e përditshme të pacientit. Keto gjetje janë të ngjashme edhe me studime të tjera të cilat e lidhin edhe me faktore të tjera përveç dhimbjes si varësia nga mbështetja mjekësore, të paturit e një regjimi të rreptë trajtimi, çrregullime të gjumit, palëvizshmëri, varësia nga makineritë, dieta specifike dhe ndryshimet e imazhit të trupit<sup>19,20</sup>.

Persa i perket **komponentit KDCS**, rezultatet ishin me te mira krahasuar me studime të tjera, megjithatë gjetjet treguan sesi sëmundja e veshkave ndërhynte negativisht në jetën dhe punën e pacienteve të cilët e ndjenin veten si barë për familjen e tyre dhe që ata shpenzonin shumë nga koha e tyre për shkak të sëmundjes së tyre të veshkave, gjetje keto të krahasueshme me studime të tjera<sup>21,22</sup>.

Studimi zbuloi se rezultati total për të 3 komponentet e vleresimit të cilesise se jetes ishte i nivelit mesatar. Kjo gjetje është ne të njejten linjë me disa studime<sup>12,32</sup>, por *kundershton hipotezën e parë* ku parashikohej një cilësi e ulët e jetes së pacienteve pjesemarres që i nënshtrohen HD në rrethin e Gjirokastres. Megjithatë rezultati ynë tregon nevojën e implementimit të programeve edukuese për përmirësimin e cilesise se jetes dhe ndikimin e tij për një rezultat me të kenaqshëm. Një studim i realizuar nga Bakarman et al., tregoi pikërisht impaktin pozitiv që keto programe kanë në përmirësimin e cilesise se jetes së pacienteve me hemodializë<sup>38</sup>.

### Faktoret që kontribuojnë në cilësinë e jetes që lidhet me shëndetin të pjesemarresve në studim

Në këtë studim ne vleresuam ndikimin e faktoreve socio-demografike dhe klinike si sëmundjet bashkeshoqeruese dhe ngritem hipotezën se ekziston një lidhje midis këtyre variablave. Rezultatet treguan se pacientet *me nivel ekonomik dhe arsimor* me të lartë kishin një cilësi jete me të mirë lidhur me statusin e sëmundjes së veshkave, pra me **komponentin KDCS**. Kjo mund të shpjegohet me faktin se pacientet me të arsimuar janë me të informuar në lidhje me kujdesin ndaj shëndetit dhe fakti që mund të kenë një nivel me të lartë edhe socio-ekonomik i jep me tepër mundësi për të blerë trajtimin e kërkuar mbështetës dhe një ushqim më të shëndetshëm të kërkuar gjithashtu<sup>23</sup>.

*Niveli arsimor* u gjet i lidhur statistikisht edhe me *komponentin mendor MCS* te cilesise se jetes dhe interesant duket fakti se pacientet me *arsim te larte* ne studimin tone kane *pike me te uleta* te komponentit mendor. Referuar nje studimi te realizuar ne Rumani, kjo mund te vije edhe per shkak te asaj se niveli arsimor ben qe keta paciente te kuptojne me mire semundjen, prognozen, procedurat, medikamentet dhe te kerkojne me shume informacion per semundjen e tyre. Per kete arsye ngarkohen me teper nga ana mendore sesa ata me nivel me te ulet arsimor<sup>24</sup>. Por nga ana tjetere, kjo eshte ne kundërshtim me disa studime te tjera qe kane treguar se niveli i lartë i arsimimit është i njohur per rolin e tij thelbësor në rritjen e ndërjegjësisimit për sëmundjet kronike dhe në një aftësi më të mirë përballuese nga ana psikologjike, por jo vetem te ketyre semundjeve<sup>21,29</sup>.

Studimi yne zbuloi gjithashtu *lidhje te rendesishme te moshes me komponentin fizik* por jo me dy komponentet e tjere te cilesise. Studentet me moshe më të re perkatesisht me pak se 50 vjec ishin me te prirur per te patur nje shendet fizik me te mire, por kjo nuk ndikonte ne lidhje me ngarkesen e semundjes se veshkave dhe aspektit psikologjik te pjesemarresve. Studimet kane treguar se mosha ka nje influence sinjifikante per te tre komponentet vecanerisht ate fizik dhe mendor ku pacientet më te rinj ne moshe kane rezultatet më te larta te cilesise se jetes, ndersa e kunderta ndodh me rritjen e moshes gje qe mund te lidhet sipas studimeve te tjera me sindromat geriatrike si dëmtimi konjitiv, depresioni dhe imobiliteti etj. Prandaj, kujdesi për pacientët e moshuar me dializë kërkon vlerësim, menaxhim dhe funksion për të maksimizuar pavarësinë duke minimizuar barrën e sëmundjeve dhe simptomave<sup>12,13,21,24</sup>. Megjithate studime te tjera kane treguar se te rinjte ose adoleshentet me semundje renale kronike nuk mund të përballonin gjendjen e tyre psikologjike, sociale dhe mjedisore<sup>25</sup>. Sipas studimeve kjo mund te lidhet me faktin se ata mund te shqetësohen më shumë duke pasur një diagnozë të CKD e cila mund të ndikojë negativisht në aftësinë e tyre për të përmbushur detyrimet për rolin kryesor te kujdesit ndaj shendetit per te permiresuar cilesine e tyre te jetes<sup>2,25</sup>.

*Punesimi* eshte nje tjetere faktor qe ndikon ne cilesine e jetes se pacienteve me ESRD. Ne studimin tone ky faktor u gjet i lidhur statistikisht me komponentet MCS dhe PCS por me rezultate te kunderta. Keshtu te qenurit i punesuar u gjet se ka nje ndikim pozitiv ne aspektin psikologjik te pjesemarresve ne studim, por rezultate te uleta te cilesise ne lidhje me komponentin fizik. Kjo e fundit mund te shpjegohet ndoshta me faktin se angazhimi ne pune mund ti shkaktoje lodhje dhe sforcim fizik pacientit. Shumica e studimeve kane zbuluar se punesimi shoqerohet me nje cilesi jete me te mire ne pothuajse te gjitha aspektet e shendetit si fizik, social dhe psikologjik<sup>1,2,12</sup>. Disa prej tyre e shpjegojne kete gjetje me faktin se pacientët e punësuar mund të ushtrojne profesionin e tyre, të kenë imazh më të mirë të trupit, pamjen dhe vetëvlerësimin që përmirëson cilesine e jetes se tyre sesa të papunët dhe pensionistet<sup>1,26</sup>. Kurse disa studime te tjera e lidhin me pavarësinë financiare, qe në një farë mase, mund të ketë kontribuar në rezultatet më të larta të QOL në grupin e punësuar<sup>2</sup>. Por ka edhe studime qe surprizojne me gjetjet e tyre qe tregojne se pensionistet kane cilesi jete me te mire duke e interpretuar kete me faktin se popullata në pension po ndjehet më e sigurt në të gjitha aspektet e jetës së tyre sesa popullata e punësuar dhe e papunë<sup>12</sup>.

Persa i perket *faktoreve te tjere socio-demografike* studimi yne nuk gjeti lidhje te rendesishme statistikore gje qe tregon se keto variabla nuk ndikuan ne komponentet e cilesise se jetes qe analizuam ne kete studim. Keto rezultate jane ne kundërshtim me studime te tjera qe zbuluan se femrat, pacientet qe vijne nga zona rurale, pacientet e martuar ose te divorcuar jane më te prirur per nje cilesi më te ulet te jetes<sup>1,21,23,24,27</sup>. Arsyet kryesore per keto gjetje jane se femrat dhe personat e martuar kane më teper

detyrime dhe pergjegjesi ne familje apo pune shtepie te cilat rrisin stresin dhe cenojne cilesine e jetes<sup>1,21,24</sup>, por nga ana tjeter ne disa studime theksohet se familja eshte nje suport social dhe personat e martuar kane nje cilesi jete me te mire<sup>13,28</sup>. Duke marre parasysh vendbanimin, disa arsye lidhen me distancën që udhëtojnë nga zona e tyre e banimit në qendrat e dializave në qytet, koha / mënyra e transportit dhe nganjëherë nevoja për një shoqëruar<sup>12,27</sup>.

Semundjet bashkeshoqeruese ose ***komorbiditeti*** eshte nje faktor klinik qe duket se ka nje impakt negativ ne cilesine e jetes per pacientet qe i nenshtrohen hemodializes<sup>3,23</sup>. Studimi yne zbuloi se pacientet qe vuajne nga diabeti kane rezultate më të ulëta te komponentit PCS dhe KDCS, gje qe tregon se kjo semundje bashkeshoqeruese eshte nje faktor i rendesishem ne keqfunksionimin fizik dhe perkeqeson gjithashtu ngarkesen e semundjes se veshkave. Ne menyre te ngjashme studime te tjera kane rezultuar se pacientet jo diabetike kane nje cilesi jete më te mire se ata diabetike<sup>21</sup>. Persa i perket ***komponentit mendor MCS*** gjetjet treguan se semundjet bashkeshoqeruese ndikonin njesoj pa ndryshime te rendesishme statistikore gje qe ishte *ne kundërshtim* me studime te tjera te realizuar perkatesisht ne Turqi dhe Egjipt, te cilet zbuluan se hepatiti C dhe anemia preknin jo vetem shendetin fizik por edhe ate emocional. Kjo shpjegohej me faktin e gjendjes hypoksike qe shkakton anemia dhe natyren infektive apo edhe komplikacionet qe vijne nga hepatiti C me impakt negativ ne funksionimin jo vetem fizik por edhe performances konjitive, humorin dhe gjendjen psikologjike te pacienteve<sup>21,30</sup>. Në studimin tone, shumica e pacienteve kishin te pakten 2 ose 3 semundje bashkeshoqeruese te cilat ulnin mesataren e pikeve qe tregojne cilesi jo te mire te jetes. Analiza tregoi se me rritjen e 1 njesi te komorbiditetit, mesatarja e cilesise per komponentin PCS ulej me 7 pike kurse per komponentin KDCS ulej me 4.4 pike, qe jane pak a shume te ngjashme me studime te tjera<sup>12,20</sup>. Ndersa ne lidhje me ***shkaktaret e mundshem te ESRD*** studimi konkludoi se HTA e ndjekur nga diabeti ishin shkaktaret kryesore tek pacientet me hemodialize, i ngjashem me nje studim i kryer nga Rostami et al<sup>32</sup>. Megjithate, shumica e studimeve tregojne se diabeti mellitus eshte shkaktari i pare i ESRD<sup>31,34,35</sup>, nderkohe qe ekziston edhe nje kategori tjeter e origjines se panjohur<sup>32</sup>. Kurse ne nje studim te realizuar ne sherbimin e nefrologjise te Qendres Spitalore Universitare te Tiranës shkaktari primar i CKD ishte *pyelonefriti kronik*, gje qe ne studimin tone rezultoi në një perqindje më të ulët<sup>33</sup>. Rezultatet e mesiperme *vertetuan* hipotezen e dyte te studimit qe tregonte per lidhjen qe ekzistonte midis cilesise dhe faktoreve socio-demografike dhe klinike qe prekin ate.

Nje tjeter aspekt i rendesishem i vleresuar ne kete studim eshte edhe menyra sesi keta paciente trajtohen, inkurajohen apo mbeshteten nga stafi i dializes, vecanerisht punonjesit infermiere. Rezultatet ishin te kenaqshme ne lidhje me ***inkurajimin e stafit ndaj pacienteve*** i cili vlerësoi shkallën në të cilën stafi inkurajon pacientët të jenë të pavarur dhe të bëjnë një jetë normale sa më shumë që të jetë e mundur dhe kënaqësisë së pacientëve ndaj kujdesit të tyre, qe shkon *ne të njejten linje* me studime te tjera<sup>20, 21,32</sup>. Ndersa ne lidhje me ***kujdesin gjate teknikes se aksesit vaskular***, edhe pse studimi zbuloi nje nivel te kenaqshem te cilesise se kujdesit, u verejten disa probleme ne lidhje me proceduren e *futjes se ages ne aneurizem* apo *respektimit te distances se ages nga fistula* te cilat kerkojne me teper vemendje dhe saktesi te kryerjes se ketyre teknikave nga ana e infermierit. Nje praktike e tille jo vetem qe agravon aneurizmen por gjithashtu mund te shkaktoje trompoze dhe/ose rupture me hemorragji masive. Gjithashtu u verejt se cilesia e kujdesit ishte më e mire tek pacientet me CVC sesa tek ata me AVF. Keto gjetje jane te ngjashme me nje studim tjeter qe tregoi nje nivel mesatar te cilesise se kujdesit ndaj aksesit vaskular, por qe theksoi se teknika e inserimit te gjilperes

ishite neglizhuar nga infermieri<sup>36</sup>. Po ashtu kerkues te tjere kane theksuar edukimin e stafit rreth kujdesit te aksesit si strategji themelore për të pakësuar komplikacionet dhe për të rritur efikasitetin e aksesit vaskular. Ky konstatim tregon rëndësinë e cilësisë së kujdesit dhe impaktit të tij në krijimin ose parandalimin e komplikacioneve që pa dyshim nderhyjne edhe ne cilesine e jetes se pacienteve<sup>37</sup>. Kjo u duk qarte edhe ne faktin se studimi yne tregoi se cilesia e kujdesit vaskular nuk kishte ndikuar ne mireqenien fizike te pacienteve. Kjo gjetje *kundershton* **hipotezen e trete** te studimit sipas se ciles parashikohej një lidhje e rëndësishme midis cilesise se kujdesit infermieror per aksesin vaskular dhe mireqenies fizike të pjesemarresve. Ky rezultat mund te jete rastesor por qe thekson edhe njehere fokusimin e vemendjes se profesionisteve te shendetit per nje kujdes më cilesor ne permiresimin e komponentit fizik dhe njekohesisht te pasojave ne shendet qe ka semundja kryesore dhe vecanerisht ato bashkeshoqeruese.

## 9.1. PËRPARËSITË DHE KUFIZIMET E STUDIMIT

Studimi ka disa **perparesi** qe lidhen kryesisht me realizimin e intervistave balle per balle qe sjell si rrjedhoje te dhena me te plota dhe besueshmëri te lartë te mbledhjes së tyre. Për më tepër, studimi ynë është studimi i parë që vlerëson cilesine e jetes dhe ate te kujdesit ndaj aksesit vaskular në mesin e pacientëve me ESRD në Shqipëri dhe konkretisht ne Gjirokaster dhe sipas njohurive tona është i pari në Shqipëri që ka përdorur shkallën KDQOL-SF si instrument matës. Sidoqoftë, ka pasur një numër **kufizimesh** që duhen përmendur.

Së pari, meqenëse të gjithë pacientët që morën pjesë në studimin tonë ishin të regjistruar vetëm ne Spitalin Rajonal te Gjirokastrës, kufizimi kryesor mund te jete madhësia relativisht e vogël e mostrës. Ky fakt mund të kufizojë aftësinë e studimit për të përgjithësuar rezultatet. Paciente nga qytete te tjera te medha mund te rrisnin samplin dhe mund te sherbenin per te bere krahasime.

Së dyti, natyra cros-seksionale e këtij studimi e bën të vështirë interpretimin e çdo marrëdhënie shkak-pasojë.

Së treti, parametra te tjerë klinike si kohezgjatja e dializes, vleresimi i nivelit te hemoglobines, albumines, kalciumit dhe kreatinines do të ndihmonin për të patur një pamje më të plotë të faktorëve të mundshëm të rezultatit të dializës në lidhje me HRQOL të pacientëve me HD.

Së fundmi, mungesa e studimeve te tjera te ketij lloji ne Shqipëri kufizon krahasimin e cilesise se jetes se pacienteve me HD.



## 10. KONKLUZIONE

---

- 1) Rezultatet e këtij studimi shtojnë njohuritë tona mbi QoL dhe faktorët shoqëruar të pacientëve me ESRD, duke patur parasysh që të dhëna të tilla në Shqipëri janë të kufizuara. Studimi zbuloi se ESRD është një problem i shëndetit publik që demton cilësinë e jetës së pacientëve.
- 2) Rezultati i përgjithshëm i cilësisë së jetës të pjesëmarrësve në studim ishte i nivelet mesatar. Komponentet MCS dhe KDCS kishin rezultate pak më të larta se rezultati i përgjithshëm, ndërsa cilësi më e ulët u konsiderua komponenti i shëndetit fizik PCS.
- 3) Në lidhje me **faktorët socio-demografikë**, rezultatet treguan se pacientet me *nivel ekonomik* dhe *arsimor* më të lartë kishin një cilësi jete më të mirë lidhur me statusin e sëmundjes së veshkave, por pacientet me nivel arsimor më të lartë kishin një cilësi jete më të ulët në lidhje me komponentin mendor. *Punesimi* u gjet se kishte një ndikim pozitiv në aspektin psikologjik të pjesëmarrësve në studim, por rezultate të ulëta të cilësisë në lidhje me komponentin fizik.
- 4) Në lidhje me **faktorët klinikë**, sëmundjet bashkeshoqeruese që preknin më shumë ose më negativisht cilësinë e jetës së pacientëve që i nënshtrohen hemodializës ishin *diabeti mellitus* dhe *hypertensioni*.
- 5) **Cilësia e kujdesit për aksesin vaskular** ishte gjithashtu e nivelet mesatar me problemin kryesor në procedurën e *futjes së aqes në aneurizem* apo *respektimit të distancës së aqes nga fistula* të cilat mund të behen shkak për komplikacione tek pacientet që përkeqësojnë shëndetin e tyre dhe rrjedhimisht cilësinë e jetës. Ky nivel cilësie nuk pati ndonjë ndikim në mirëqenien ose jo fizike të pjesëmarrësve.

## 11. REKOMANDIME

---

- [1] Rezultatet e këtij studimi duhet të shërbejnë si një sfidë e madhe që ofruesit e kujdesit shëndetësor të zhvillojnë strategji të ndryshme për të ndihmuar në përmirësimin e cilesisë së jetesës që lidhet me shëndetin e pacientëve që i nënshtrohen hemodializës, si pjesë e një programi të mirë-hartuar të kujdesit ndaj tyre duke patur në vëmendje komponentet problematike të zbuluar në këtë studim.
- [2] Fuqizimi i programeve edukuese dhe këshillimi i pacientëve me HD duhet të ketë në fokus parandalimin e numrit të komorbiditetit, përmirësimin klinik dhe fizik të shëndetit të tyre. Permbajtja e këtyre programeve duhet të përfshijë të gjithë komponentet e cilesisë që u konsideruan në këtë studim në mënyrë që të pakesohen rreziqet e sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë.
- [3] Punonjësit e kujdesit shëndetësor duhet të jenë të vetdijshëm për cilësinë e ulet të jetesës sidomos tek grupmoshat mbi 50 vjeç, ata me nivel të ulet socio-ekonomik dhe arsimor dhe me sëmundje bashkeshoqeruese, të cilat duhet të konsiderohen grupet target për të adaptuar nevojat individuale dhe të jenë në fokus të edukimit parandalues dhe kujdesit të tyre .
- [4] Rezultatet e këtij studimi kontribuojnë në njohuritë ekzistuese, por njëkohësisht duhet të behen shkak për investigime të mëtejshme të faktoreve të tjera klinike gjithpërfshirës që prekin cilësinë e jetesës dhe ndikimin e programeve edukuese në përmirësimin e saj.
- [5] Problemet e identifikuar në lidhje me cilësinë e kujdesit ndaj aksesit vaskular janë gjithashtu indikatorë të rëndësishëm për përmirësimin e teknikes dhe respektimin me rigozitet të një protokollit standart të kujdesit.
- [6] Për më tepër, duke marrë parasysh rolin efektiv të mbikëqyrësve edukativë dhe klinikë, rekomandohet që administratorët e kujdesit vaskular të forcojnë performancën e tyre mbikëqyrëse.

## 12. REFERENCA

---

1. Anees M, Malik MR, Abbasi T, Nasir Z, Hussain Y, Ibrahim M. Demographic factors affecting quality of life of hemodialysis patients. *Pak J Med Sci* 2014;30(5):1123-1127. doi: <http://dx.doi.org/10.12669/pjms.305.5239>.
2. Garofyllou, G., Kelesi, M., Gerogianni, G., Tsaras, K., Fasoi, G., Kaba, E., & Stavropoulou, A. (2017). Quality of life of patients undergoing hemodialysis. *Health & Research Journal*, 3(1), 61-73. doi:<https://doi.org/10.12681/healthresj.20434>.
3. Fradelos, E. C. (2020). The Effect of Clinical and Demographic Factors on Quality of Life in End-Stage Renal Disease. A Multicenter Cross-Sectional Study. *Journal of Renal and Hepatic Disorders*, 4(1), 1-9. <https://doi.org/10.15586/jrenhep.2020.58>
4. Bachleda P, Utikal P, Kalinova L, et al. Infectious complications of arteriovenous ePTFE grafts for hemodialysis. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub* 2010;154(1):13-20.
5. Ethier J, Mendelssohn DC, Elder SJ, et al. Vascular access use and outcomes: an international perspective from the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study. *Nephrol Dial Transplant* 2008;23:3219-26.
6. Safaei M, Moeini E, Goharian V. Efficacy of saphenofemoral AV fistula in chronic renal failure patients undergoing hemodialysis. *Journal of Shahid Sadughi University of Medical Sciences* 2005;13(1):20-6.
7. Dix FP, Khan Y, Al-Khaffaf H. The brachial artery-basilic vein arterio-venous fistula in vascular access for hemodialysis: a review paper. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2006;31(1): 70-9
8. Vascular Access Work Group. Clinical practice guidelines for vascular access. *Am J Kidney Dis* 2006;148(1): Suppl 1: S188-S191.
9. Vanloon MM, Kesseles AGH, Van der sande FM, et al. Cannulation and vascular access-related complications in hemodialysis: factors determining successful cannulation. *Hemodial Int* 2009;13:498-504
10. Hooland SV, Donck J, Ameye F, et al. Duplex ultrasonography and hemodialysis vascular access: a practical review. *Int J Nephrol Urol* 2010;2(2):283-93.
11. Mukadder Mollaoğlu (February 27th 2013). Quality of Life in Patients Undergoing Hemodialysis, Hemodialysis, Hiromichi Suzuki, IntechOpen, DOI: 10.5772/52277. Available from: <https://www.intechopen.com/books/hemodialysis/quality-of-life-in-patients-undergoing-hemodialysis>.
12. Sharma AAK, Ahmadi RAA, Parihar NB, Sajith M, Jawale S, et al. (2019) Factors Affecting Quality of Life in Hemodialysis Patients in Tertiary Care Hospital. *J Biomed Pharm Sci* 2: 121
13. Evangelos C. Fradelos. The Effect of Clinical and Demographic Factors on Quality of Life in End-Stage Renal Disease. A Multicenter Cross-Sectional Study. *J Ren Hepat Disord*. 2020;4(1):1-9.
14. RaportiVjetor2018Shqip15112019Rz.pdf.
15. Merita Rroji (Molla), Nereida Spahia, Olta Qurku, Saimir Seferi, Myftar Barbullushi. Comparison of quality of life in patients undergoing hemodialysis and peritoneal dialysis. *Nephrology Dialysis Transplantation*, Volume 33, Issue suppl\_1, May 2018, Page i516, <https://doi.org/10.1093/ndt/gfy104.SP498>.

16. Shkurti E, Shtiza D. Mental Characteristics of Hemodialysis Patients. *Journal of Educational and Social Research*. 2014; 4(1): 143-146
17. Shtiza, D., & Shkurti, E. (2013). Performance disorders and quality of life of albanian children and adolescents with chronic kidney disease. *European Scientific Journal*, ESJ, 9(33). <https://doi.org/10.19044/esj.2013.v9n33p%p>.
18. Hays RD, Kallich JD, Mapes DL, et al. *Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF), Version 1.3: A Manual for Use and Scoring*. Santa Monica, CA: RAND Corporation; 1997.
19. Stavrianou K, Pallikarakis N. Quality of life of endstage renal disease patients and study on the implementation of nocturnal home hemodialysis in Greece. *Hemodial Int*. 2007;11(2):204-9.
20. Barbosa JBN, Moura ECSC, Lira CLOB, Marinho PEM. Quality of life and duration of hemodialysis in patients with chronic kidney disease (CKD): a cross-sectional study. *Fisioter Mov*. 2017 Oct/Dec;30(4):781-8.
21. Wassef O. M., El-Gendy, M. F., El-Anwar, R. M., El-Taher, S. M., & Hani, B. M. (2018). Assessment of health-related quality of life of hemodialysis patients in Benha City, Qalyubia Governorate. *Menoufia Medical Journal*, 31(4), 1414.
22. Nashwa NK, Emad GK, Khaled HE, Marwa GA. Health-related quality of life among hemodialysis patients at El-Minia University Hospital, Egypt. *J Public Health* 2012; 21:193–200.
23. Zyoud SH, Daraghmeh DN, Mezyed DO, et al. Factors affecting quality of life in patients on haemodialysis: a cross-sectional study from Palestine. *BMC Nephrol*. 2016;17(1):44. Published 2016 Apr 27. doi:10.1186/s12882-016-0257-z.
24. Seica A, Segall L, Verzan C, et al. Factors affecting the quality of life of haemodialysis patients from Romania: a multicentric study. *Nephrol Dial Transplant*. 2009; 24(2):626-629. doi:10.1093/ndt/gfn506.
25. Melo GAA, Silva RA, Pereira FGF, Pinto SDL, Neta IF (2016) Health-Related Quality of Life in Elderly Chronic Kidney Disease Patients Undergoing Haemodialysis. *Int Arch Med* 9: 1-10.
26. Bohlke M, Nunes DL, Marini SS, Kitamura C, Andrade M, Von-Gysel MP, et al. Predictors of quality of life among patients on dialysis in southern Brazil. *Sao Paulo Med J*. 2008;126(5):252-256.
27. Mahato SKS, Apidechkul T, Sriwongpan P, et al. Factors associated with quality of life among chronic kidney disease patients in Nepal: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes*. 2020;18(1):207. Published 2020 Jun 29. doi:10.1186/s12955-020-01458-1.
28. Abdelghany MA, Elgohary EE, Nienaa YA. Assessment of health-related quality of life in patients receiving regular hemodialysis. *J Nephrol Ther*. 2016;6:246. <https://doi.org/10.4172/2161-0959.100024>
29. Fukushima, Raiana Lídice Mor, Menezes, Ana Laura Costa, Inouye, Keika, Pavarini, Sofia Cristina Iost, & Orlandi, Fabiana de Souza. (2016). Quality of life and associated factors in patients with chronic kidney disease on hemodialysis. *Acta Paulista de Enfermagem*, 29(5), 518-524. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600072>
30. Afsar B, Elsurer R, Sezer S, Ozdemir NF. Quality of life in hemodialysis patients: hepatitis C virus infection makes sense. *Int Urol Nephrol* 2009; 41:1011–1019.

31. Nephrology in the Eastern and Central European region AND challenges and opportunities Goce Spasovski Merita Rroji Evgueniy Vazelov Radomir Naumovic Halima Resic Rumezsa Turan Kazancioglu *Kidney International* (2019) 96, 287–290; <https://doi.org/10.1016/j.kint.2019.02.040>.
32. Rostami Z, Einollahi B, Lessan-Pezeshki M, et al. Health-related quality of life in hemodialysis patients: an Iranian multi-center study. *Nephrourol Mon.* 2013;5(4):901-912. doi:10.5812/numonthly.12485
33. Duli M, Dika Q, Duli Xh. Epidemiologic data of CKD patients hospitalized in the University Hospital Center of Tirana “Mother Teresa” for the period 2012-2015. *JMHM Vol 5 Issue 1* 2017.
34. Unruh ML, Newman AB, Larive B, Dew MA, Miskulin DC, Greene T, et al. The influence of age on changes in health-related quality of life over three years in a cohort undergoing hemodialysis. *J Am Geriatr Soc.* 2008;56(9):1608-17.
35. Sugimoto H, Grahovac G, Zeisberg M, Kalluri R. Renal fibrosis and glomerulosclerosis in a new mouse model of diabetic nephropathy and its regression by bone morphogenic protein-7 and advanced glycation end product inhibitors. *Diabetes.* 2007;56(7):1825 -33.
36. Hajbaghery M., Molavizadeh N., Alavi N., (2012): Quality of care of vascular access in hemodialysis patients in a hemodialysis center in Iran. *Journal of Vascular Nursing*, 30(1): 24. Available at: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2232140](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2232140). Retrieved on: 17/5/2014.
37. Salimi J. Patency rate and complications of vascular access grafts for hemodialysis in lower extremities. *Saudi J Kidney Dis Transpl* 2008;19(6):929-32.
38. Bakarman MA, Felimban MK, Atta MM, Butt NS. The effect of an educational program on quality of life in patients undergoing hemodialysis in western Saudi Arabia. *Saudi Med J.* 2019;40(1):66-71. doi:10.15537/smj.2019.1.23401.
39. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/chronic-kidney-disease/diagnosis-treatment/drc-20354527>
40. oldsmith D.J., Covic A., Fouque D. Endorsement of the Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) Chronic Kidney Disease-Mineral and Bone Disorder (CKD-MBD) Guidelines: a European Renal Best Practice (ERBP) commentary statement. *Nephrol Dial Transplant.* 2010;25:3823–3831.
41. sai YC, Tsai JC, Chen SC, Chiu YW, Hwang SJ, Hung CC et. Association of fluid overload with kidney disease progression in advanced CKD: a prospective cohort study. *Am J Kidney Dis.* 2014; 63(1): 68–75.
42. F. O. Finkelstein, D. Wuerth, and S. H. Finkelstein, “Health related quality of life and the CKD patient: challenges for the nephrology community,” *Kidney International*, vol. 76, no. 9, pp. 946–952, 2009.
43. K. Abdel-Kader, L. Myaskovsky, I. Karpov et al., “Individual quality of life in chronic kidney disease: influence of age and dialysis modality,” *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, vol. 4, no. 4, pp. 711–718, 2009.
44. M. S. Thong, A. A. Kaptein, Y. Benyamini et al., “Netherlands Cooperative Association between a self-rated health question and mortality in young and old dialysis patients: a cohort study,” *The American Journal of Kidney Diseases*, vol. 52, p. 111, 2008.
45. K. Kalantar-Zadeh and M. Unruh, “Health related quality of life in patients with chronic kidney disease,” *International Urology and Nephrology*, vol. 37, no. 2, pp. 367–378, 2005.

46. Department of Health Renal NSF Team. The national service framework for renal services part two: chronic kidney disease, acute renal failure and end of life care. London: Crown copyright; 2005.
47. Department of Health. Long term conditions compendium of information third edition. London: Crown copyright; 2012.
48. Department of Health. Closing the gap: priorities for essential change in mental health. London: Crown copyright; 2014.
49. Tong A, Sainsbury P, Chadblan S, Walker RG, Harris DC, Carter SM, et al. Patients' experiences and perspectives of living with CKD. *Am J Kidney Dis.* 2009;53:689–700. doi: 10.1053/j.ajkd.2008.10.050.
50. Schell JO, Patel UD, Steinhauser PD, Ammarell N, Tulsy JA. Discussions of the kidney disease trajectory by elderly patients and nephrologists: a qualitative study. *Am J Kidney Dis.* 2012;59:495–503. doi: 10.1053/j.ajkd.2011.11.023.
51. Bristowe K, Horsley HL, Shepherd K, Brown H, Carey I, Matthews B, et al. Thinking ahead – the need for early advance care planning for people with haemodialysis: a qualitative interview study. *Palliative Med.* 2015;29:443–50. doi: 10.1177/0269216314560209.
52. Gregory DM, Way CY, Hutchinson TA, Barrett BJ, Parfrey PS. Patients' perceptions of their experiences with ESRD and hemodialysis treatment. *Qual Health Res.* 1998;8:764–83. doi: 10.1177/104973239800800604.
53. Hutchinson TA. Transitions in the lives of patients with End stage renal disease: a cause of suffering and an opportunity for healing. *Palliat Med.* 2005;19:270–7. doi: 10.1191/0269216305pm1028oa.
54. Reid M, Morris M, Cormack M, Marchant K. Exploring the process of adjusting to diabetic kidney disease. *J Renal Care.* 2012;38:30–9. doi: 10.1111/j.1755-6686.2012.00278.x.
55. Moss-Morris R. Adjusting to chronic illness: time for a unified theory. *Br J Health Psych.* 2013;18:681–6. doi: 10.1111/bjhp.12072.
56. Watson D, Clark LA, Tellegen A. Development and validation of a brief measure of positive and negative affect: the PANAS scales. *J Pers Soc Psychol.* 1988;54:1063–70. doi: 10.1037/0022-3514.54.6.1063.
57. Christensen AJ, Ehlers J. Psychological factors in end-stage renal disease: an emerging context for behavioural medicine research. *J Consul Clin Psych.* 2002;70:712–24. doi: 10.1037/0022-006X.70.3.712.
58. White C, McDonnell H. Psychosocial distress in patients with end-stage kidney disease. *J Ren Care.* 2014;40:74–81. doi: 10.1111/jorc.12054.
59. National Collaborating Centre for Mental Health . Depression in adults with a chronic physical health problem. The NICE guidance on the treatment and management. Leicester and London: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists; 2010.
60. Cupisti A, Alessandro C, Bottai A, Fumagalli G, Capitanini A (2013) Physical activity and exercise training: A relevant aspect of the dialysis patient's care. *Intern Emerg Med* 8: S31-S34.
61. Souza VA, Oliveira Dd, Mansur HN, Fernandes NM, Bastos MG (2015) Sarcopenia in chronic kidney disease. *J Bras Nefrol* 37: 98-105.

62. Malhotra R, Deger SM, Salat H, Bian A, Stewart TG, et al. (2017) Sarcopenic obesity definitions by body composition and mortality in the hemodialysis patients. *J Ren Nutr* 27: 84-90.
63. Farragher J, Jassal SV (2012) Rehabilitation of the geriatric dialysis patient. *Semin Dial* 25: 649-656.
64. Bradford E (1973) Physiotherapy and renal failure. *Physiotherapy* 59: 146-148.
65. Jetté M, Posen G, Cardarelli C (1977) Effects of an exercise programme in a patient undergoing hemodialysis treatment. *J Sports Med Phys Fitness* 17: 181-186.
66. Hagberg JM, Goldberg AP, Ehsani AA, Heath GW, Delmez JA, et al. (1983) Exercise training improves hypertension in haemodialysis patients. *Am J Nephrol* 3: 209-212.
67. Painter PL, Nelson-Worel JN, Hill MM, Thornbery DR, Shelp WR, et al. (1986) Effects of exercise training during hemodialysis. *Nephron* 43: 87-92.
68. Painter P, Carlson L, Carey S, Paul SM, Myll J (2000) Physical functioning and health-related quality of life changes with exercise training in hemodialysis patients. *Am J Kidney Dis* 35: 482-492.
69. Perryman B, Harwood L (2004) The role of physiotherapy in a hemodialysis unit. *Nephrol Nurs J* 31: 215-216.
70. Cheema BS, Singh MA (2005) Exercise training in patients receiving maintenance hemodialysis: A systematic review of clinical trials. *Am J Nephrol* 25: 352-364.
71. The Life Options Rehabilitation Advisory Council (1994). Life options rehabilitation program: Renal rehabilitation bridging the barriers: For patients and their families. Amgen renal advances, administered by medical education institute, Inc., 1994.
72. Segura-Ortí E, Kouidi E, Lisón, JF (2009) Effect of resistance exercise during hemodialysis on physical function and quality of life: Randomized controlled trial. *Clin Nephrol* 71: 527-537.
73. Gordon L, McGrowder DA, Pena YT, Cabrera E, Lawrence-Wright MB (2013) Effect of yoga exercise therapy on oxidative stress indicators with end-stage renal disease on hemodialysis. *Int J Yoga* 6: 31-38.
74. Yurtkuran M, Alp A, Yurtkuran M, Dilek K (2007) A modified yoga-based exercise program in hemodialysis patients: A randomized controlled study. *Complement Ther Med* 15: 164-171.
75. Dobsak P, Homolka P, Svojanovsky J, Reichertova A, Soucek M, et al. (2012) Intra-dialytic electrostimulation of leg extensors may improve exercise tolerance and quality of life in hemodialyzed patients. *Artif Organs* 36: 71-78.
76. Johansen KL, Painter P (2012) Exercise in individuals with CKD. *Am J Kidney Dis* 59: 126-134.
77. Boyce ML, Robergs RA, Avasthi PS, Roldan C, Foster A, et al. (1997) Exercise training by individuals with predialysis renal failure: Cardiorespiratory endurance, hypertension and renal function. *Am J Kidney Dis* 30: 180-192.
78. Heiwe S, Tollbäck A, Clyne N (2001) Twelve weeks of exercise training increases muscle function and walking capacity in elderly predialysis patients and healthy subjects. *Nephron* 88: 48-56.
79. Johansen KL (1999) Physical functioning and exercise capacity in patients on dialysis. *Adv Ren Replace Ther* 6: 141-148.
80. Juskowa J, Lewandowska M, Bartłomiejczyk I, Foroncewicz B, Korabiewska I, et al. (2006) Physical rehabilitation and risk of atherosclerosis after successful kidney transplantation. *Transpl Proc* 38: 157-160.

81. De Nicola L, Donfrancesco C, Minutolo R, et al. Prevalence and cardiovascular risk profile of chronic kidney disease in Italy: results of the 2008-12 National Health Examination Survey. *Nephrol Dial Transplant*. 2015;30:806–14.
82. Turchetti G, Bellelli S, Amato M, et al. The social cost of chronic kidney disease in Italy. *Eur J Health Econ*. 2017;18:847–58.
83. Berloco P (2016) Documento di indirizzo per la malattia renale cronica. [http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_2\\_1.jsp?id=2244](http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?id=2244). Accessed 24 Jun 2019.
84. Hux JE, Ivis F, Flintoft V, Bica A. Diabetes in Ontario: determination of prevalence and incidence using a validated administrative data algorithm. *Diabetes Care*. 2002;25:512–6.
85. Di Domenicantonio R, Cappai G, Agabiti N, et al. A systematic review of case-identification algorithms based on Italian healthcare administrative databases for three relevant diseases of the digestive and genitourinary system: inflammatory bowel diseases, celiac disease, and chronic kidney disease. *E&P*. 2019;43:88–98.
86. Di Domenicantonio R, Cappai G, Cascini S, et al. Validation of algorithms for the identification of subjects with chronic disease using health information systems. *Epidemiol Prev*. 2018;42:316–25.
87. Pippias, M.; Kramer, A.; Noordzij, M.; Afentakis, N.; de la Torre, F.A.; Ambuhl, P.M.; Madre, M.I.A.; Monzón, F.A.; Åsberg, A.; Bonthuis, M.; et al. The European Renal Association-European Dialysis and Transplant Association Registry Annual Report 2014: A summary. *Clin. Kidney J*. 2017, 10, 1–6.
88. ERA-EDTA Registry. ERA-EDTA Registry Annual Report 2015; Academic Medical Center, Department of Medical Informatics: Amsterdam, The Netherlands, 2017.
89. Rodrigues, T.A.; Lappann Botti, N.C. Providing and receiving nursing care during hemodialysis. *Acta Paul. Enferm*. 2009, 22, 528–530.
90. Kimmel, P.L. Psychosocial factors in dialysis patients. *Kidney Int*. 2001, 59, 1599–1613.
91. Kavurmacı, M.; Cantekin, I.; Tan, M. Burnout levels of hemodialysis nurses. *Ren. Fail*. 2014, 36, 1038–1042.
92. Palmer, S.C.; de Berardis, G.; Craig, J.C.; Tong, A.; Tonelli, M.; Pellegrini, F.; Ruospo, M.; Hegbrant, J.; Wollheim, C.; Celia, E.; Patient satisfaction with in-centre haemodialysis care: An international survey. *BMJ Open* 2014, 4, e005020.
93. Wang, L.J.; Chen, C.K. The Psychological Impact of Hemodialysis on Patients with Chronic Renal Failure, *Renal Failure-The Facts*; Polenakovic, M., Ed.; InTech: Rijeka, Croatia, 2012.
94. Hwang S.J., Tsai J.C., Chen H.C. Epidemiology, impact and preventive care of chronic kidney disease in Taiwan. *Nephrology (Carlton)* 2010;15(suppl 2):3–9.
95. Lin M.Y., Cheng L.J., Chiu Y.W. Effect of national pre-ESRD care program on expenditures and mortality in incident dialysis patients: a population-based study. *PLoS One*. 2018;13
96. Chen Y.R., Yang Y., Wang S.C. Multidisciplinary care improves clinical outcome and reduces medical costs for pre-end-stage renal disease in Taiwan. *Nephrology*. 2014;19:699–707.
97. Chen Y.R., Yang Y., Wang S.C. Effectiveness of multidisciplinary care for chronic kidney disease in Taiwan: a 3-year prospective cohort study. *Nephrol Dial Transplant*. 2013;28:671–682.
98. Taiwan Society of Nephrology Annual Report on Kidney Disease in Taiwan 2017. [http://www.tsn.org.tw/UI/L/TWRD/ebook\\_2017%E5%B9%B4%E5%A0%B1.pdf](http://www.tsn.org.tw/UI/L/TWRD/ebook_2017%E5%B9%B4%E5%A0%B1.pdf)



99. National Kidney Foundation, Inc KDOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification, and Stratification. [http://kidneyfoundation.cachefly.net/professionals/KDOQI/guidelines\\_ckd/index.htm](http://kidneyfoundation.cachefly.net/professionals/KDOQI/guidelines_ckd/index.htm)
100. The Government of Japan Japan revitalization strategy—JAPAN is BACK. [https://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisaisei/pdf/en\\_saikou\\_jpn\\_hon.pdf](https://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisaisei/pdf/en_saikou_jpn_hon.pdf)
101. Kashihara N., Nangaku M., Ito S. The Sendai declaration for the eradication of kidney disease. *Clin Exp Nephrol.* 2018;22:1–2.
102. Zhang L., Wang F., Wang L. Prevalence of chronic kidney disease in China: a cross-sectional survey. *Lancet.* 2012;379:815–822.
103. Zhang L., Zuo L. Current burden of end-stage kidney disease and its future trend in China. *Clin Nephrol.* 2016;86:27–28.
104. Xu X., Wang G., Chen N. Long-term exposure to air pollution and increased risk of membranous nephropathy in China. *J Am Soc Nephrol.* 2016;27:3739–3746.
105. Zhang L., Long J., Jiang W. Trends in chronic kidney disease in China. *N Engl J Med.* 2016;375:905–906.
106. Xie D., Yuan Y., Guo J. Hyperhomocysteinemia predicts renal function decline: a prospective study in hypertensive adults. *Sci Rep.* 2015;5:16268
107. Xu X., Qin X., Li Y. Efficacy of folic acid therapy on the progression of chronic kidney disease: the renal substudy of the China Stroke Primary Prevention Trial. *JAMA Intern Med.* 2016;176:1443–1450.
108. Maschio G., Alberti D., Janin G., The Angiotensin-Converting-Enzyme Inhibition in Progressive Renal Insufficiency Study Group Effect of the angiotensin-converting-enzyme inhibitor benazepril on the progression of chronic renal insufficiency. *N Engl J Med.* 1996;334:939–945.
109. LiP K., Chow K.M., Van deLuijtgarden M.W. Changes in the worldwide epidemiology of peritoneal dialysis. *Nat Rev Nephrol.* 2017;13:90–103.
110. Yao Q., Duddington M. Peritoneal dialysis in China. *Perit Dial Int.* 2014;34(suppl 2):S29–S30.
111. Garcia-Garcia G., Chavez-Iniguez J.S. The tragedy of having ESRD in Mexico. *Kidney Int Rep.* 2018;3:1027–1029.
112. Dib-Kuri A., Aburto-Morales S., Espinosa-Alvarez A. [Organ and tissue transplants in Mexico] *Rev Invest Clin.* 2005;57:163–169.
113. Obrador-Vera G., Garcia-Garcia G., Hernandez-Llamas L. Proposal of the creation of the Dialysis Mexican Registry. *Nefrologia Mexicana.* 2002;23:57–60.
114. Secretaria de Salud El Programa Nacional de Salud 2001–2006 Imponiendo una Agenda. <http://www.redalyc.org/pdf/325/32511410.pdf>
115. Frenk J., Gonzalez-Pier E., Gomez-Dantes O. Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico. *Lancet.* 2006;368:1524–1534.
116. Secretaria de Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad Red Estratégica de Servicios de Salud contra La Enfermedad Renal Crónica en México. Primera edición. [https://www.theisn.org/images/taskforce/Mexico/Report\\_%20Strategic%20Health%20Care%20Network%20Against%20CKD%20in%20Mexico.pdf](https://www.theisn.org/images/taskforce/Mexico/Report_%20Strategic%20Health%20Care%20Network%20Against%20CKD%20in%20Mexico.pdf)
117. Frenk J., Knaul F.M., Gómez Dantés O., Arreola Ornelas H. La brecha de la salud. <https://www.nexos.com.mx/?p=35971>

118. Beleil O.M., Osmond C. Khartoum University Press; Khartoum, Sudan: 1973. Two Lives: Death Odyssey of a Transplant Surgeon.
119. National Center for Kidney Diseases and Surgery. Federal Ministry of Health; Khartoum, Sudan: 2018. Annual Report on Hemodialysis Services in Sudan.
120. Elamin S., Abu-Aisha H. Reaching target hemoglobin level and having a functioning arteriovenous fistula significantly improve one year survival in twice weekly hemodialysis. *Arab Nephrol Transplant*. 2012;5:81–86.
121. Seck S.M., Doupa D., Gueye L. Chronic kidney disease epidemiology in northern Senegal: a cross-sectional study. *Iran J Kidney Dis*. 2014;8:286–291.
122. Niang A., Cisse M.M., Mahmoud S.M. Pilot experience in Senegal with peritoneal dialysis for end-stage renal disease. *Perit Dial Int*. 2014;34:539–543.
123. Abdou N., Antwi S., Koffi L.A. Peritoneal dialysis to treat patients with acute kidney injury—the saving young lives experience in West Africa: Proceedings of the Saving Young Lives Session at the First International Conference of Dialysis in West Africa, Dakar, Senegal, December 2015. *Perit Dial Int*. 2017;37:155–158.
124. Niang A., Iyengar A., Luyckx V.A. Hemodialysis versus peritoneal dialysis in resource-limited settings. *Curr Opin Nephrol Hypertens*. 2018;27:463–471.
125. Levey AS, Atkins R, Coresh J, et al. Chronic kidney disease as a global public health problem: approaches and initiatives - a position statement from Kidney Disease Improving Global Outcomes. *Kidney Int*. Aug 2007;72(3):247-259.
126. [https://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report\\_full\\_en.pdf?ua=1](https://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf?ua=1)
127. [https://www.asn-online.org/education/training/fellows/HFHS\\_CKD\\_V6.pdf](https://www.asn-online.org/education/training/fellows/HFHS_CKD_V6.pdf)
128. Stevens LA, Coresh J, Greene T, Levey AS. Assessing kidney function—measured and estimated glomerular filtration rate. *N Engl J Med*. 2006;354:2473–2483.
129. Marsik C, Endler G, Gulesserian T, Wagner O, Sunder-Plassmann G. Classification of chronic kidney disease by estimated glomerular filtration rate. *Eur J Clin Invest*. 2008;38:253–259.
130. Coresh J, Astor BC, Greene T, Eknoyan G, Levey AS. Prevalence of chronic kidney disease and decreased kidney function in the adult US population: Third Health Nutrition and Examination Survey. *Am J Kidney Dis*. 2003;41:1–12.
131. Coresh J, Astor BC, Greene T, Eknoyan G, Levey AS. Prevalence of chronic kidney disease and decreased kidney function in the adult US population: Third Health Nutrition and Examination Survey. *Am J Kidney Dis*. 2003;41:1–12.
132. Craik A., Hemmila U., Mtekatika M. Partnerships to improve the detection and management of kidney disease globally. *Br J Ren Med*. 2012;21:107–111.
133. Levey A.S., de Jong P.E., Coresh J. The definition, classification, and prognosis of chronic kidney disease: a KDIGO controversies conference report. *Kidney Int*. 2011;80:17–28.
134. Muntner P., Anderson A., Charleston J. Hypertension awareness, treatment, and control in adults with CKD: results from the Chronic Renal Insufficiency Cohort (CRIC) Study. *Am J Kidney Dis*. 2010;55:441–451.
135. Muntner P., Anderson A., Charleston J. Hypertension awareness, treatment, and control in adults with CKD: results from the Chronic Renal Insufficiency Cohort (CRIC) Study. *Am J Kidney Dis*. 2010;55:441–451.

136. SPRINT Research Group. Wright J.T., Jr., Williamson J.D. A randomized trial of intensive versus standard blood-pressure control. *N Engl J Med.* 2015;373:2103–2116.
137. Pfeffer M.A., Burdmann E.A., Chen C.Y. A trial of darbepoetin alfa in type 2 diabetes and chronic kidney disease. *N Eng J Med.* 2009;361:2019–2032.
138. Gaggl M., Sliber C., Sunder-Plassmann G. Effect of oral alkali supplementation on progression of chronic kidney disease. *Curr Hypertens Rev.* 2014;10:112–120.
139. Combs S.A., Teixeira J.P., Germain M.J. Pruritus in kidney disease. *Seminars Nephrol.* 2015;35:383–391.
140. Roughley, M.J., Belcher, J., Mallen, C.D. et al. Gout and risk of chronic kidney disease and nephrolithiasis: meta-analysis of observational studies. *Arthritis Res Ther* 17, 90 (2015)
141. Staples AO, Wong CS, Smith JM, Gipson DS, Filler G, Warady BA, Martz K, Greenbaum LA (2009) Anemia and risk of hospitalization in pediatric chronic kidney disease. *Clin J Am Soc Nephrol* 4(1):48–56
142. N.J. Papadoyannakis, C.J. Stefanidis, M. McGeown. The effect of the correction of metabolic acidosis on nitrogen and potassium balance of patients with chronic renal failure. *Am J Clin Nutr,* 40 (1984), pp. 623-627
143. Kevin J. Martin and Esther A. González. Metabolic Bone Disease in Chronic Kidney Disease. *JASN* March 2007, 18 (3) 875-885;
144. Muntner P, Hamm LL, Kusek JW, Chen J, Whelton PK, He J. The prevalence of nontraditional risk factors for coronary heart disease in patients with chronic kidney disease. *Ann Intern Med* 2004;140:9-17
145. Lens, X. M., Montoliu, J., Cases, A., Campistol, J. M. & Revert, L. Treatment of hyperkalaemia in renal failure: salbutamol v. insulin. *Nephrol. Dial. Transplant* 4, 228–232 (1989).
146. Lopes AA, Bragg-Gresham JL, Goodkin DA, Fukuhara S, Mapes DL, Young EW, Gillespie BW, Akizawa T, Greenwood RN, Andreucci VE, Akiba T, Held PJ, Port FK: Factors associated with health-related quality of life among hemodialysis patients in the DOPPS. *Qual Life Res* 16 :545– 557,2007
147. Royal College of General Practitioners. Leading the way: high-quality care for all through general practice. A manifesto for patient care 2010. London: RCGP; 2010.
148. van Zuilen AD, Blankestijn PJ, van Buren M, ten Dam MA, Kaasjager KA, Ligtenberg G, Sijpkens YW, Sluiter HE, van de Ven PJ, Vervoort G, Vleming L, Bots ML, Wetzels JF: Nurse practitioners improve quality of care in chronic kidney disease: Two-year results of a randomised study. *Neth J Med* 69: 517–526,
149. van Zuilen AD, Blankestijn PJ, van Buren M, ten Dam MA, Kaasjager KA, Ligtenberg G, Sijpkens YW, Sluiter HE, van de Ven PJ, Vervoort G, Vleming L, Bots ML, Wetzels JF: Nurse practitioners improve quality of care in chronic kidney disease: Two-year results of a randomised study. *Neth J Med* 69: 517–526,
150. Van Zuilen AD, Wetzels JF, Bots ML, Van Blankestijn PJ, MASTERPLAN Study Group: MASTERPLAN: Study of the role of nurse practitioners in a multifactorial intervention to reduce cardiovascular risk in chronic kidney disease patients. *J Nephrol* 21: 261–267

151. Gardner J, Thomas-Hawkins C, Fogg L, Latham CE. The relationships between nurses' perceptions of the hemodialysis unit work environment and nurse turnover, patient satisfaction and hospitalizations. *Nephrology Nursing Journal*. 2007;34(3):271–281.
152. Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*. 2002;346:1715–1722
153. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski JA, Busse R, Clarke H, et al. Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Affairs*. 2001;20(3):43–53.
154. Aiken LH, Smith HL, Lake ET. Lower Medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. *Medical Care*. 1994;32:771–787.