

**Danka Gigovska
Biljana Çibisheva
Sonja Sllavković**

**BAZAT
E
KUJDESIT MJEKËSOR**

**për vitin II
teknik fizioterapist**

Shkup, 2024

Danka Gigovska

Biljana Çibisheva

Sonja Sllavković

BAZAT E KUJDESIT MJEKËSOR

**TEKST SHKOLLOR
për vitin II**

**Profesioni:
teknik fizioterapist**

**Spektori
Shëndetësi dhe mbrojtje sociale**

BAZAT E KUJDESIT MJEKËSOR

tekst shkollor për vitin II

profesioni: teknik fizioterapist

sektori: Shëndetësi dhe mbrojtje sociale

Autore:

Sonja Sllavković

Danka Gigovska

Biljana Çibisheva

Recensentë:

Mirjana Shosholçeva

Marina Cvetkova

Maja Mërmova

Dizajni i kopertinës:

Studio për zgjidhje për dizajn dhe printim “Mavroski”

Përgatitja kompjuterike:

Studio për zgjidhje për dizajn dhe printim “Mavroski”

Titulli origjinal:

ОСНОВИ НА МЕДИЦИНСКА НЕГА

Учебник за II година

струка: физиотерапевтски техничар

сектор: Здравство и социјална заштита

Соња Славковиќ

Данка Гиговска

Билјана Чибишева

Redaktor: Refail Sulejmani

Përkthyer nga gjuha maqedonase: Neshe Salih

Redaktor profesional në gjuhën shqipe: Neshe Salih

Lektor: Refail Sulejmani

Botues:

Ministria e Arsimit dhe Shkencës e Republikës së Maqedonisë së Veriut

rr. “Shën Kirili dhe Metodi” nr. 54 1000 Shkup.

Rregullimi gra ik-teknik: Vesna Depinovska – ARS STUDIO

Vendi dhe viti i botimit: Shkup, 2024

Ky tekst shkollor është miratuar me vendimin 26-1684/1 të datës 20.06.2023, për miratimin e tekstit shkollor nga lënda Bazat e kujdesit mjekësor për vitin II profesioni/ sektori: kujdesi shëndetësor dhe mbrojtja sociale, profili/kualifikim arsimor: teknik i terapisë fizike, arsimiti i mesëm profesional katërvjeçar, miratuar nga Komisioni kombëtar i teksteve shkollore.

PËRMBAJTJA

Parathënie	7
-------------------	----------

NJËSIA MODULARE 1

Organizimi i kujdesit shëndetësor në ambientet spitalore	9
---	----------

1.1. Kujdesi shëndetësor	10
---------------------------------	-----------

1.2. Zhvillimi historik i terapisë fizikale	13
--	-----------

1.2.1. Etika dhe Kodi i Profesionistëve Shëndetësor	16
---	----

1.2.2. Përgatitja e fizioterapeutit për punë	19
--	----

1.3. Spitali	25
---------------------	-----------

1.3.1. Dhoma e spitalit dhe mobilimi	28
--------------------------------------	----

1.3.2. Shtrati dhe rrobat spitalore	31
-------------------------------------	----

1.3.3. Pranimi dhe lirimi i pacientit në spital	41
---	----

1.3.4. Vizita mjekësore	48
-------------------------	----

1.4. Pozicionet dhe transporti i pacientit	51
---	-----------

1.4.1. Pozicionet e pacientit në shtrat	51
---	----

1.4.2. Teknika për lëvizjen, kthimin, uljen dhe transferimin e pacientit	58
--	----

1.4.3. Mjetet bazë të transportit dhe transporti i duhur	60
--	----

1.5. Shqetësimet fizike të pacientit gjatë sëmundjes	63
---	-----------

1.5.1. Dekubiti	63
-----------------	----

1.5.2. Tromboza	69
-----------------	----

1.5.3. Alivanosja	71
-------------------	----

1.5.4. Kontraksionet	71
----------------------	----

NJËSIA MODULARE 2

Masat për mbrojtje higjienike dhe anti-epidemike	75
---	-----------

2.1. Asepsisi dhe antisepsisi	76
--------------------------------------	-----------

2.2. Dezinfectimi	78
2.3. Sterilizimi	82
2.4. Instrumentet mjekësore	86
2.5. Materiali i fashës	90
2.6. Infeksioni intraspitalor	93

NJËSIA MODULARE 3

Vëzhgimi i pacientit	95
3.1. Vëzhgimi i personit të sëmurë	96
3.1.1. Shenjat objektive	97
3.1.2. Shenjat subjektive	101
3.2. Shenjat vitale	104
3.2.1. Temperatura e trupit	104
3.2.2. Puls	110
3.2.3. Frymëmarrja	112
3.2.4. Presioni i gjakut	113

NJËSIA MODULARE 4

Departamenti i Farmacisë, Barnat dhe Aplikimit	117
4.1. Të përgjithshme rreth ilaçeve	118
4.2. Format e barnave	119
4.2.1. Barnat e lëngëta	119
4.2.2. Barnat gjysmë të ngurta	120
4.2.3. Format e ngurta të barnave	121
4.2.4. Format e gazta të barnave	121
4.3. Farmacia e departamentit, porositja dhe ruajtja e barnave	122
4.4. Aplikimi i barnave	124
4.4.1. Rregullat për aplikimin e barnave	124
4.4.2. Aplikimi oral i barnave	125
4.4.3. Aplikimi i barnave nepermjet lëkurës dhe mukozave	126
4.4.4. Aplikimi i barnave me inhalim	127

4.4.5. Aplikimi parenteral _____	127
4.4.6. Përparësitë e mënyrave të veçanta të aplikimit të barnave _____	132
4.5. Fashat – Formenta _____	133

NJËSIA MODULARE 5

Dismurgjia, ortezat dhe protezat _____ 139

5.1. Fashat _____ 140

5.1.1. Rregullat për vendosjen e fashave _____ 141

5.1.2. Fashat bazë _____ 143

5.1.3. Fasha tipike _____ 145

5.2. Ortoza _____ 148

5.2.1. Ortozat e ekstremiteteve të sipërme _____ 149

5.2.2. Ortoza për gjymtyrët e poshtme dhe legen _____ 150

5.2.3. Ortoza për boshtin kurrizor dhe trungun _____ 151

5.3. Proteza _____ 152

5.3.1. Kujdesi i pacientit me amputim dhe pacientit me aftësi të kufizuara _____ 153

5.3.2. Protezat – karakteristikat dhe llojet _____ 156

FJALOR I FJALËVE TË PANJOHURA _____ 159

LITERATURA E SHFRYTËZUAR _____ 161

Parathënie

Në një botë që ndryshon vazhdimisht dhe ecën përpara, ekziston nevoja për të rishikuar materialet e mëparshme mësimore në dispozicion për të përgatitur dhe futur doktrina, qëndrime dhe përvoja të reja të mësimdhënies dhe shkencave mjekësore në tekstin e ri shkollor.

Teksti mësimor është i destinuar për lëndën mësimore Bazat e kujdesit mjekësor, për vitin e dytë të arsimit nga sektori i shëndetësisë dhe mbrojtjes sociale – për kualifikimin teknik fizioterapeutik për nxënësit e arsimit të mesëm profesional katërvjeçar. Qëllimi i tij është të ofrojë njohuri të plota dhe objektive për sistemin shëndetësor, si dhe mënyrën e funksionimit të tij, në të cilin një fizioterapist është anëtar i domosdoshëm i ekipit.

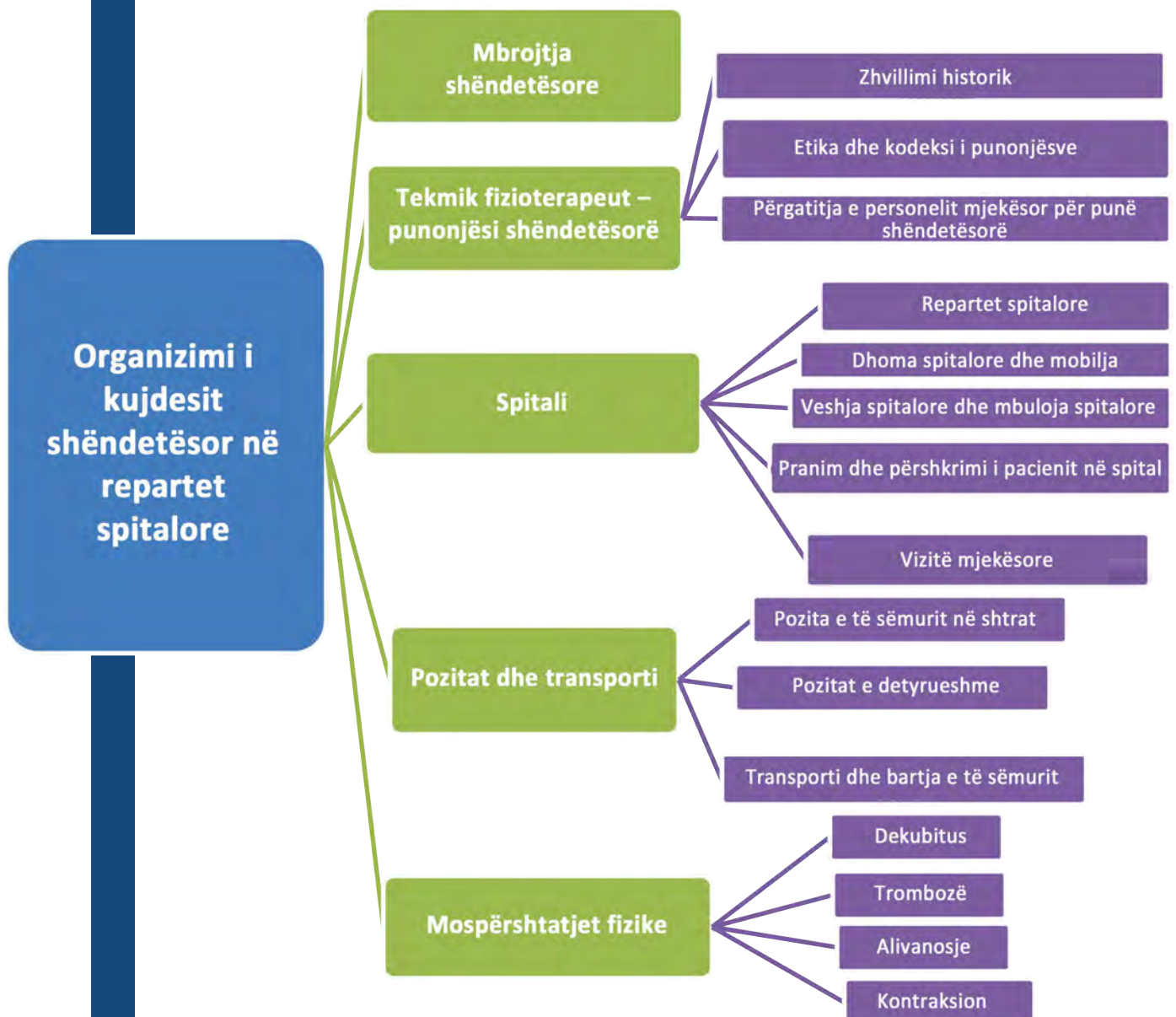
Konceptualisht, ai i jep mundësi studentit të përvetësojë njohuri teorike për kujdesin e përgjithshëm, por në të njëjtën kohë të adoptojë veprimtaritë e treguara në njësitë metodologjike, si dhe të fitojë aftësi dhe aftësi për punë. Ai bazohet në rezultatet e të nxënësve të përcaktuara qartë të ofruara në një program të dizajnuar në mënyrë modulare. Autorët e tekstit ndoqën kornizën ESR gjatë përgatitjes së tekstit, që nënkupton evokim, sintezë, reflektim në procesin mësimor. Një rregullim i tillë konceptual i përmbajtjeve krijon kushte për mësimdhënie të organizuar dhe efektive. Qëllimi kryesor është të vendosen bazat e kualifikimit në fushën e kujdesit bazë mjekësor për studentët. Në të njëjtën kohë, të zhvillojë dëshirën, kuriozitetin dhe motivimin për arsimim të mëtejshëm dhe trajnim pune në fushën e kujdesit dhe rehabilitimit. Gjithashtu presim që të ndikojë në rrugën e zhvillimit korrekt të nxënësve drejt një punonjësi shëndetësor, duke zhvilluar kompetenca profesionale, përgjegjësi ndaj shëndetit të vetes dhe të pacientit, si dhe ndaj sistemit në tërësi. Shkrimi i një libri në formën e një teksti shkollor është detyrë komplekse. Nisur nga nevoja e ndryshimeve të përmendura, kurse duke u nisur nga angazhimi ynë afatgjatë në realizimin e mësimdhënies në lëndën Kujdesi për të sëmurët, si në pjesën teorike ashtu edhe në atë praktike, shkrimi dhe përgatitja e një teksti ishte një sfidë dhe kënaqësi për ne. Përmbajtjet që përpunohen në tekstin mësimor grupohen në 5 njësi modulare që i përgjigjen të njëjtave të plan-programit. Moduli i pestë mbulon përmbajtjen që është specifike për qëllimin e punës së një tekniku fizioterapie. Çdo modul fillon me një paraqitje skematike të përmbajtjes që do të vijojë. Përmbajtja është e renditur dhe e grupuar sipas rezultateve të të nxënësve dhe zhvillohet përmes një kuadri evokimi, thelbi dhe reflektimi. Fokusi i tekstit është nxënësi, përkatësisht njohuritë e tij paraprake për këtë fushë, dëshira e tij për të mësuar dhe për të qenë i aftë, e treguar përmes përmbajtjeve dhe termave të plan-programit. Këtu duhet theksuar sfida e inkorporimit të përmbajtjeve mësimore nga pjesa teorike dhe praktike e lëndës, të cilat shkrihen në njëra-tjetrën. Në fund të përmbajtjes sugjerohen aktivitete për nxënësin. Duke vepruar kështu, merret parasysh që çdo nxënësi mund t'i kryejë ushtrimet veç e veç në kushte kabinetit për kujdes të përgjithshëm në shkollë. Më pas vijon thënia “çfarë kam mësuar dhe mund të bëj”, në mënyrë që nxënësi të shohë se çfarë nivelesh njohurish duhet të arrijë, sipas të cilave formohen kritere të mëtejshme për vlerësim. Në tekstin mësimor jepen pyetje për përsëritje për reflektim dhe

verifikim të përmbajtjes së arritur. Shpresojmë sinqerisht që ky tekst shkollor të jetë një burim i denjë informacioni, njohurish dhe aftësish që fizioterapisti do t'i fitojë gjatë shkollimit të tij profesional. Ne besojmë gjithashtu se shumica e teknikave të paraqitura të procedurave praktike mund të shërbejnë si bazë për ndërtimin e standardeve unike për punën e profesionistëve shëndetësorë, më gjerësisht në sistemin tonë shëndetësor.

*Me respekt,
Nga ekipi i autoreve*

NJËSIA MODULARE 1

Organizimi i kujdesit shëndetësor në repartet spitalore



1.1. Mbrojtja e shëndetit



E DI: Termi kujdes shëndetësor nënkupton një sistem të organizuar masash, aktiviteteve dhe procedurash për parandalimin, zbulimin e hershëm dhe trajtimin e sëmundjeve, lëndimeve dhe rehabilitimit. Institucionet shëndetësore dhe personeli mjekësor janë të përfshirë në zbatimin e kujdesit shëndetësor, i cili vlen për të gjithë qytetarët në territorin e të gjithë vendit.

DUA TË DI: Si organizohet dhe cilat janë aktivitetet e kujdesit shëndetësor?

DUA TË JEM I AFTË: Të njoh një organizatë të kujdesit shëndetësor me tre nivele.

Në ligjin kujdesi shëndetësor përkufizohet si një sistem masash, aktiviteteve dhe procedurash shoqërore dhe individuale që ruajnë dhe përmirësojnë shëndetin. Ato përfshijnë:

Masat për prevencion dhe detektim të hershëm të sëmundjeve

Kontrolle dhe trajtime të grave që planifikojnë familje, gjatë shtatzanisë, lindje dhe pas lindjes.

Kontrolle dhe trajtime në rast smundje ose lëndimi

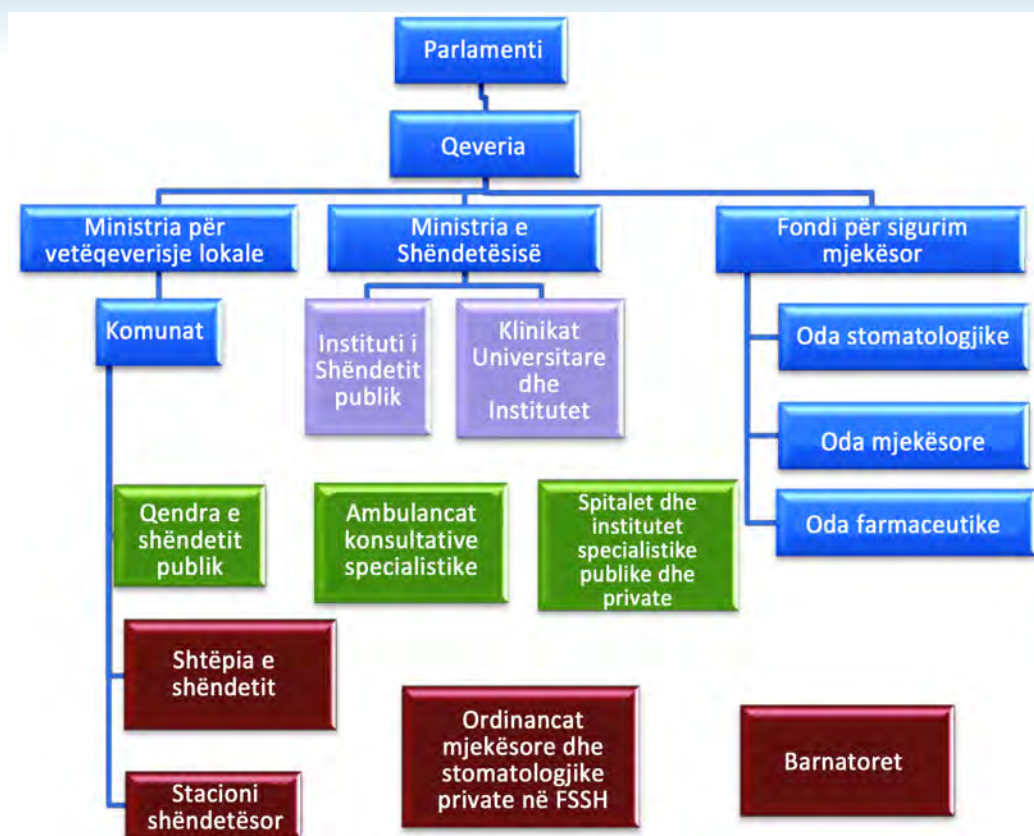
Kontrolle dhe trajtime të sëmundjeve në gojë dhe dhëmbë

Rehabilitim mjekësor në rast sëmundje dhe lëndimi

Barna dhe ndihma mjekësore

Ndihma tekniko-mjekësore (proteza, ortozi, mjete ndihmëse për ecje, qëndrim dhe ulje, për ndëgjim, të folur, ndihmë stomatologjike).

Më thjesht, mund të themi se është sistem parandalimi, diagnostikimi i hershëm, trajtimi dhe rehabilitimi i popullatës. Për zbatimin e kujdesit shëndetësor zbatohen masa, aktivitete dhe procedura që duhet të jenë të sigurta, efikase, etike dhe të bazuara në prova shkencore. Shteti është përgjegjës për ofrimin e kujdesit shëndetësor, i cili zbatohet nëpërmjet një rrjeti objektivsh shëndetësore publike dhe private. (Skema 1.1.)



Skema 1.1 Organizimi i kujdesit shëndetësor

Ministria e Shëndetësisë është përgjegjëse për përgatitjen dhe zbatimin e politikës shëndetësore, përcakton prioritetet në kujdesin shëndetësor dhe monitoron funksionimin e sistemit të kujdesit shëndetësor. Ajo vlerëson strukturën organizative të institucioneve në sistem dhe nevojën për procese për riorganizimin dhe formimin e institucioneve apo aktiviteteve të reja. Ministria monitoron efikasitetin e menaxhimit të FSSH përmes njësive speciale, si: Agjencia e Ushqimit dhe Veterinarisë, Agjencia maqedonase për barna dhe pajisje mjekësore dhe Inspektorati shëndetësorë shtetërore dhe sanitar.

Sistemi shëndetësor në vendin tonë ofron kujdes shëndetësor në tre nivele: primar, sekondar dhe terciar.

Kujdesi primar shëndetësor është i organizuar në atë mënyrë që ofrohet nga profesionistë të kujdesit shëndetësor si mjekë të përgjithshëm, mjekë të familjes, dentistë, pediatër, gjinekologë, specialistë të mjekësisë së punës, farmacistë, teknikë me rreze X, infermierë, asistentë dentarë dhe teknikë të laboratorit mjekësor. Ajo kryhet në institucionet shëndetësore (skema 1.1 me ngjyrë të kuqe) ku pacienti bën kontaktin e parë me punonjësit e shëndetësisë. Parandaluese (ekzaminimet sistematike, vaksinimi, edukimi shëndetësor), masat dhe procedurat terapeutike nga fusha e mjekësisë së përgjithshme, gjinekologjisë, pediatriisë dhe mjekësisë shkollore, mjekësisë së punës, stomatologjisë së përgjithshme, si dhe kujdesit në shtëpi, patronazhit, laboratorit, farmacisë, imunizimit, radiografisë dhe diagnostifikimi ECHO dhe asistencja mjekësore emergjente Tekniku i fizioterapisë nuk merr pjesë në këtë nivel.

Kujdesi sekondar shëndetësor ofrohet nga një ekip shëndetësor, si kujdesi shëndetësor specialist-konsultativ dhe ai spitalor. Ai kryhet nga një ekip punonjësish shëndetësorë të cilët janë specialistë të një disipline të caktuar. Ajo kryhet në objektet shëndetësore (skema 1.1 ngjyrë gjelbërt) ku pacienti ushtron të drejtën e kujdesit shëndetësor me referim nga mjeku i përzgjedhur, ndërsa rastet urgjente priten pa referime të cilat më pas lëshohen në mënyrë retroaktive. Kujdesi sekondar shëndetësor përfshin ekzaminimet dhe trajtimet shëndetësore të specializuara ambulatorë, spitalin ditor, diagnostikimin, trajtimin spitalor, kujdesin shëndetësor dhe paliativ dhe rehabilitimin mjekësor. Në ekipin shëndetësor të kujdesit shëndetësor sekondar përfshihet edhe tekniku i fizioterapisë.

Kujdesi shëndetësor terciar organizohet për shërbime shëndetësore me qasje dhe trajtim kompleks dhe multidisiplinar, por krahas kësaj realizon edukim dhe trajnim për bartjen e njohurive dhe aftësive te punonjësit shëndetësorë nga niveli i mesëm dhe fillor. Në nivelin e kujdesit terciar shëndetësor, kryhen kërkime mjekësore për procedura dhe metoda të reja parandaluese, diagnostike, terapeutike dhe rehabilituese. Realizohet në objektet shëndetësore (skema 1.1 ngjyrë vjollcë) ku pacienti ushtron të drejtën e kujdesit shëndetësor me referim nga mjeku specialist i kujdesit shëndetësor dytësor. Ajo kryhet nga një ekip profesionistësh shëndetësorë të cilët janë subspecialistë të një disipline të caktuar (kardiologë, pediatër, neurokirurgë).

Teknikët e fizioterapisë janë anëtarë integralë të ekipeve mjekësore në nivelin e dytë dhe të tretë të kujdesit shëndetësor. Ata janë profesionistë që përpiqen vazhdimisht për përmirësim, përmirësim të cilësisë dhe organizimit të shërbimeve që ofrojnë. Puna e tyre bazohet në prova shkencore, përfshin menaxhimin dhe është pjesë integrale e procesit të kujdesit shëndetësor. Vetëm teknikët e terapisë fizike me arsim solid mund të bëjnë ndryshime dhe të zhvillojnë kujdesin shëndetësor. Detyrat e punës së teknikut fizioterapist bazohen në ruajtjen e shëndetit, edukimin shëndetësor dhe rehabilitimin e njerëzve të shëndetshëm për qëllime parandaluese. Te pacientët me lëndime, sëmundje ortopedike, reumatologjike, neurologjike, të mjekësisë interne për qëllime terapeutike dhe rehabilituese në sistemin e kujdesit shëndetësor sekondar dhe terciar. Ato realizohen duke aplikuar kujdes, kineziterapi dhe procedura fizike. Për realizimin e tyre është e nevojshme përvetësimi i njohurive dhe aftësive bazë që zbatohen në procesin e mjekësisë fizike dhe rehabilitimit. Qëllimi i mësimin është që punonjësit e ardhshëm shëndetësorë që në fillim të formimit të tyre profesional të kuptojnë profesionin e tyre dhe përmes punës praktike në zyrë dhe në një institucion shëndetësor të zhvillojnë aftësi manuale, ndërgjegje, besueshmëri dhe racionalitet në punën e tyre, kurse në kontaktet e para me pacientin marrëdhënie korrekte dhe njerëzore. Kjo është arsyeja pse kujdesi mjekësor i pacientit i kushton vëmendje në përmbajtjen e tij ruajtjes së higjienës personale të pacientit, komoditetit të tij në shtratin spitalor, zbatimit të masave parandaluese kundër shqetësimit, vëzhgimit të funksioneve themelore në trup – shenjave vitale, si dhe miratimi i manipulimeve bazë mjeko-teknike gjatë aplikimit të barnave, dezinfektimit dhe sterilizimit. Përveç kësaj, fizioterapisti është i trajnuar për përgatitjen e materialit të veshjes mjekësore, aplikimin e fashave dhe mjeteve ndihmëse ortopedike. Trajnimi i stafit kryhet në zyrat e shkollës pas kujdesit të të sëmurëve dhe në ambientet spitalore.



MËSOVA TË:

- Si organizohet dhe cilat janë aktivitetet e drejtorisë së shëndetësisë mbrojtje në vendin tonë.
- Vendi i teknikut të fizioterapisë në nivelet e kujdesit shëndetësor.

UNË MUND: Të njoh organizatat shëndetësore sipas nivelit të kujdesit shëndetësor dhe nevojës për edukimin e fizioterapistit.

1.2. Zhvillimi historik i terapisë fizike



E DI: Mjekësia është zhvilluar historikisht paralelisht me zhvillimin e njeriut. Që në kohët më të hershme ka prova materiale, e më vonë të shkruara për mjekimin e lëndimeve dhe sëmundjeve të caktuara.

DUA TË DI: Si lindi nevoja për terapi fizike dhe kineziterapi; cila ishte ecuria e zhvillimit deri më sot?

Nevoja për kujdesin dhe trajtimin e të sëmurëve dhe të lënduarve ekziston që nga ekzistenca e racës njerëzore. Supozojmë se në vitin 460 p.e.s. mjekët si Hipokrati dhe Galeni ishin të parët që praktikuan terapi fizike për të trajtuar njerëzit. Fillimet janë për shkak të babait të mjekësisë, Hipokratit, i cili prezantoi masazhin manual si një mënyrë për të lehtësuar dhimbjen. Ndërsa në Greqinë e lashtë, në atë kohë, Hektori praktikonte një teknikë fizioterapeutike të quajtur “hidroterapi”, pra terapi me ujë. Shkrimet e lashta nga Persia, Kina dhe Egjipti gjithashtu përshkruajnë përfitimet e stërvitjes, lëvizjes dhe masazhit për mjekim.

Me kalimin e shekujve, ka pasur relativisht pak përparim në fushën e mjekësisë fizike, deri në shekullin e 18-të, kur me zhvillimin e ortopedisë, si degë e kirurgjisë, u ndërton makina për trajtimin e sëmundjeve të caktuara.

Një makinë e tillë ishte një gjimnastikë, i cili përdorej për trajtimin e përdhes dhe sëmundjeve të ngjashme duke ushtruar sistematikisht kyçet. Që atëherë, mjekësia fizike është rritur nga masazhi i thjeshtë në aplikime komplekse të llojeve të ndryshme të procedurave fizike.

Për zhvillimin e mjekësisë fizikale është i madh roli i Pehr Henrik Ling (1776–1839) (Fig. 1.1), i cili quhet “babai i gjimnastikës suedeze”. Ai i lidhi teoritë e tij me

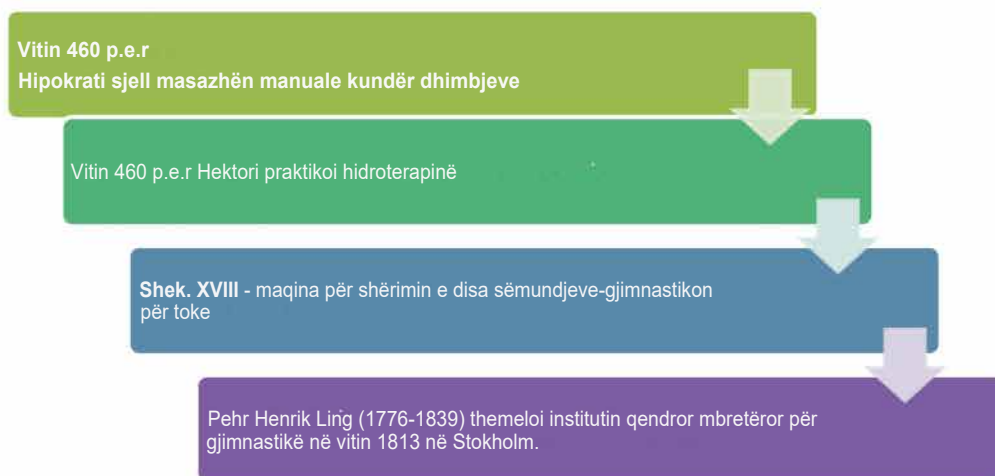
filozofinë e shëndetit dhe trajnimit duke përfshirë edhe format e garrave dhe areteve marciale si dhe programa mjekësore për anatomi dhe fiziologji. Ling themeloi Institutin Qendror Mbretëror të Gjymnastikës, në 1813 në Stokholm, për masazh, manipulim dhe ushtrime, ku ai trajnoi instruktorë të gjymnastikës sipas plan-programit së tij për qëllime pedagogjike, mjekësore dhe ushtarake.

Fjala suedeze për terapist fizik është sjukgymnast = dikush që bën gjymnastikë për ata që janë të sëmurë. Në 1887, Bordi Kombëtar i Shëndetit dhe Mirëqenies së Suedisë mori regjistrimin zyrtar të terapisë fizike.

Vendet e tjera ndoqën shpejt këtë shembull. Shtatë vjet më vonë, katër infermierë në Britaninë e Madhe formuan Shoqatën e parë zyrtare të Fiziotherapisë.



Figura 1.1. Pehr Henrik Ling (1776-1839)



Shembuj të institucioneve ku mësohej terapia fizike janë në Universitetin e Otagos në Zelandën e Re (Fig. 1.2), me themelimin e Shkollës së Fiziotherapisë në 1913 dhe Kolegjit Reed në Portland, Oregon, SHBA, në 1914.

Të lënduarit në Luftën e Parë Botërore, në periudhën 1917-1918, janë trajtuar me të ashtuquajturën terapi rehabilituese. Vitet 1920 ishin një periudhë përparimi në teknikat e trajtimit të terapisë fizike për shkak të numrit të madh të rasteve të poliomielitit dhe rritjes së nevojës për teknikë të terapisë fizike. Një vit i rëndësishëm për historinë e fizikës

terapia është e vitit 1921, sepse Mary McMillan, një teknike e terapisë fizike, themeloi Shoqatën Amerikane të Terapisë Fizikale për Gratë. Emri më vonë ndryshoi në Shoqatën Amerikane të terapisë fizike (APTA). Mary Macmillan u bë e njohur si “nëna e terapisë fizike”.



Figura 1.2 Universiteti i Otagos në Zelandën e Re

Deri në Luftën e Dytë Botërore, terapia fizikale kryhej në spitale për pacientët pas operacioneve, lëndimeve ose kushteve të tjera. Gjatë luftës u krijuan klinika speciale për fizioterapi (Fig. 1.3), qëllimi i të cilave ishte trajtimi i ushtarëve të plagosur që kishin nevojë për rehabilitim pas qëndrimit në spital.

Deri në fillim të viteve pesëdhjetë të shekullit të kaluar fizioterapia kryhej vetëm në ambientet spitalore. Madje në gjysmën e dytë të viteve 50 filloi rehabilitimi i pacientëve jashtë spitaleve.



Figura 1.3 Klinika e terapisë fizikale

Terapia manuale u bë aktuale në shkallë botërore në vitin 1974, kur u themelua Federata Ndërkombëtare e Terapisë Manipuluese Ortopedike. Zhvillimi i mëtejshëm i fizioterapisë u vu re në vitet tetëdhjetë të shekullit të kaluar, me zhvillimin e shpejtë tekniko-teknologjik dhe përdorimin e kompjuterëve në mjekësi. Në atë periudhë filloi praktikimi i aparateve të ndryshme në fizioterapi, si stimuluesit elektrikë, të cilët rritën efektivitetin e trajtimeve. Gjatë dy dekadave të ardhshme, terapia fizike u përhap gjithnjë e më shumë, duke rezultuar në specializime të tilla si fizioterapia kardiopulmonare, terapia e lëkurës, terapi neurologjike dhe terapi sportive.

Jetojmë në një epokë të dixhitalizimit të çdo segmenti të botës mjekësore, veçanërisht në fushën e fizioterapisë. Mundëson futjen e pajisjeve të reja të vogla inteligjente që mund të përdoren në terapi, si: stimulues elektrikë, magnet, lazer, ultratinguj etj., duke rritur kështu efikasitetin e trajtimit fizioterapeutik.

Sot, fizioterapia përdoret për të trajtuar sëmundje dhe gjendje të ndryshme. Qëllimet e terapisë varen nga nevojat individuale të pacientit, por rezultatet e zakonshme të dëshiruara përfshijnë uljen e dhimbjes, rritjen e gamës së lëvizjes, rritjen e qëndrueshmërisë dhe forcës, rifitimin e pavarësisë, uljen e stresit dhe një cilësi më të mirë të jetës për pacientin.

AKTIVITETI:

- Hulumtoni dhe bëni një prezantim për një person historikisht të rëndësishëm në zhvillimin e terapisë fizikale.
- Duke ndjekur fazat e zhvillimit të terapisë fizikale, analizoni dhe perceptoni nevojën për edukimin e duhur.



MËSOVA:

- Cilat etapa historike të zhvillimit i ka patur terapia fizikale

1.2.1. Etika dhe Kodeksi i Profesionistëve Shëndetësor



E DI: Një Kod është grup rregullash që ne duhet t'u përmbahemi. Ne nxënësit jemi njohur me kodin e sjelljes së shkollës, i cili synon të kontribuojë në një atmosferë adekuate për mësim.

DUA TË DI: Çfarë është etika dhe cilat janë parimet e kodit të punonjësve të terapisë fizikale?

DUA TË JEM I AFTË: Të zbatoj parimet nga kodin e profesionistëve shëndetësorë, veçanërisht fizioterapistëve profesionistë.

Etika është disiplinë filozofike objekt studimi i së cilës është morali. Sipas psikologut, filozofit dhe gjuhëtarit gjerman Wilhelm Wunt (fig. 1.4) fjala etikë lidhet me fjalët e lashta greke "ethos" që do të thotë zakon ose zakon dhe «ethos» si karakter. Termi i parë nënkupton kryesisht zakonet, veprimet e praktikuara të jashtme dhe të zakonshme, domethënë një grup zakonesh sipas të cilave njerëzit udhëhiqen në sjelljen e tyre të përditshme. Ndërsa termi i dytë tregon karakteristikat e brendshme, vullnetet, vetitë mendore, pra karakteristikat personale, morale të njerëzve.



Figura 1.4 Vilhem Wunt

Kur flasim për etikën mjekësore nënkuptojmë një formë të veçantë të etikës praktike normative që rregullon normat që janë pjesë e fushëveprimit të obligimeve dhe detyrave profesionale dhe morale të punonjësve shëndetësorë. Ai synon të profilizojë punonjësing modern të kujdesit shëndetësor në kuadrin e marrëdhënieve me profesionistë të tjerë të kujdesit shëndetësor, pacientin, familjen e pacientit dhe komunitetin. Shumë shpesh dëgjojmë shprehjen kod moral ose thjesht kod i profesionistëve shëndetësorë. Termi kod moral përfshin një përkufizim më të saktë të parimeve mjekësore dhe deontologjike¹ të sjelljes së punonjësve shëndetësorë. Morali i punonjësing modern të shëndetësisë është tablo në të cilën njeriu ka një vend qendror dhe ai ka vlerën më të madhe.

Tekniku i fizioterapisë është punonjës shëndetësor i cili ka një punë të përgjegjshme në kujdesin shëndetësor, e cila nga ana tjetër ka një ndikim të madh në shëndetin dhe jetën e njerëzve. Të drejtat dhe detyrimet e tij janë të rregulluara me rregullore nga lëmi i legjislacionit të punës (Ligji për marrëdhëniet e punës², aktet nënligjore), Marrëveshja kolektive për kujdes shëndetësor në Republikën e Maqedonisë³ dhe legjislacioni shëndetësor (Ligji për kujdesin shëndetësor⁴ në nenin 155, neni 155a, neni 156 dhe në rregullore të tjera). Ajo përgjegjësi nuk mund të përcaktohet vetëm me ligje dhe rregullore, por është e nevojshme edhe qëndrimi etik dhe vlerat morale. Këto karakteristika janë përshkruar në kodeksin e-punëtorëve të shëndetësisë

1 Deontologjia - shkenca e detyrave

2 Gazeta Zyrtare e Republikës së Moldavisë 62/05, 106/08, 161/08, 114/09

3 Gazeta Zyrtare e Republikës së Moldavisë nr. 60/06

4 Gazeta Zyrtare e Republikës së Moldavisë, nr. 38/91, 46/93, 55/95, 10/04, 84/05, 111/05, 65/06, 5/07, 77/08, 67/09

ku përfshihen edhe teknikët e fizioterapisë. Në vendin tonë ekziston një kod i etikës së fizioterapisë dhe deontologjisë së fizioterapistëve profesionistë. Ai përfaqëson një udhërrëfyes për formimin e qëndrimeve dhe vlerave profesionale etike dhe morale, përcakton kuptimin dhe rolin e fizioterapistëve në sektorin shëndetësor dhe shoqërinë në tërësi dhe jep udhëzime për zhvillimin e veprimtarisë fizioterapeutike. Drejtimi dhe ekzekutimi korrekt i punës fizioterapeutike në objektivat e shëndetësisë është prioritet dhe imperativ i fizioterapistëve profesionistë. Kodi përbëhet nga dispozitat përfundimtare dhe gjashtë parime etike, përkatësisht:



Parimi i parë etik shpjegon nevojën për të respektuar të drejtat dhe dinjitetin e çdo personi, pavarësisht nga mosha, gjinia, raca, përkatësia kombëtare, fetare, etnike, politike dhe fetare, si dhe orientimi dhe gjendja seksuale. Çdo person ka nevojë që fizioterapisti t'i japë informacion, akses në të dhëna, udhëzime shëndetësore, të fitojë besimin e tij dhe t'i ofrojë një shërbim cilësor.

Parimi i dytë etik flet për përgjegjësinë dhe pavarësinë në punën fizioterapeutike, pra përshkruan detyrën parësore të fizioterapistit, domethënë kujdesi për ruajtjen, përmirësimin dhe rivendosjen e shëndetit të pacientit. Në arritjen e këtij qëllimi, ai duhet të jetë i ndershëm, i ndërgjegjshëm dhe dinjitoz dhe të respektojë të drejtat e pacientit, duke punuar në mënyrë të pavarur ose si pjesë e ekipit në kuadër të ekspertizës së tij dhe ligjeve. Fizioterapisti është personalisht përgjegjës për punën e tij dhe nuk lejon kryerjen e terapisë së gabuar.

Parimi i tretë etik shpjegon profesionalizmin në punën e fizioterapistit. Ai ka të drejtën e një vlerësimi dhe reputacioni të duhur në punën e tij. Ai duhet të edukohet vazhdimisht për të ruajtur dhe përmirësuar nivelin e njohurive të tij profesionale dhe kryerjen e terapisë. Tekniku i terapisë fizikale kryen vetëm ato teknika, metoda dhe procedura të trajtimit të fizioterapisë për të cilat ai është i kualifikuar, kurse mbështet dhe kryen të gjitha aktivitetet e parandalimit të sëmundjeve dhe përmirësimit të shëndetit të rekomanduara nga mjekësia e bazuar në dëshmi.

Parimi i katërt i referohet qëndrimit të fizioterapistit ndaj pacientit dhe mbrojtjes së të dhënave personale. Është detyrë e tij t'i ofrojë çdo personi ndihmën e ne-

vojshme mjekësore. Në këtë proces, ai duhet të respektojë pacientin dhe të drejtat e tij, vlerat personale morale dhe kulturore, integritetin fizik dhe mendor, privatësinë, vendimet e veta, por mbi të gjitha të drejtën për kujdesin më të mirë shëndetësor. Është detyrë e fizioterapistit të informojë pacientin për rrjedhën, efektet dhe qëllimin e shpenzimeve të trajtimit. Për sa i përket të dhënave të pacientit, ai duhet t'i përdorë vetëm për përfitimin e tij dhe t'i mbajë nga publiku.

Parimi i pestë etik rregullon qëndrimin e fizioterapistit ndaj kolegëve. Ai është i detyruar të transferojë njohuritë dhe përvojën e tij tek kolegët dhe bashkëpunëtorët e tij, përmes komunikimit verbal dhe me shembull personal. Në të njëjtën kohë, duhet t'i ndihmojë dhe t'i mbështesë ata në përputhje me parimet e etikës personale dhe profesionale.

Parimi i gjashtë etik shpjegon rolin e fizioterapistit në shoqëri. Ai merr pjesë aktive në aktivitetet dhe programet që synojnë të informojnë publikun për ruajtjen e shëndetit. Fizioterapisti duhet për të respektuar parimet e dinjitetit dhe etikës, mund të shpallë dhe reklamojë efekte fizioterapeutike dhe mjete ndihmëse teknike në përputhje me ligjin. Ai është i detyruar të paralajmërojë në rast abuzimi dhe dukurish të tjera që i referohen dëmtimit të profesionit.

AKTIVITETET:

- Analizoni parimet etike të kodit dhe argumentoni arsyet e rëndësisë së tyre.
- Duke punuar në çift me komunikim të ndërsjellë, perceptojnë kuptimet e parimeve individuale etike.



MËSOVA TË:

- ✓ Definoj etikën, moralin, kodeksi medicinal, parimet etike të kodeksit të teknikut fizioterapeut

MUNDEM TË:

- ✓ Analizoj parimet etike të kodit të teknikut të fizioterapisë.

1.2.2. Përgatitja e një fizioterapisti për punë



E DI: Me termin përgatitje për punë nënkuptoj procedurat që i kryej për të qenë në gjendje të punoj si duhet.

DUA TË DI DHE TË JEM I AFTË: Në çfarë konsiston përgatitja mendore dhe fizike për punën e një tekniku fizioterapistshën. Për t'u përgatitur si duhet për punë në zyrën e infermierisë dhe për të përgatitur një ditë, përdorni pajisje mbrojtëse personale.

Fizioterapisti është punonjës shëndetësor që kryen në mënyrë të pavarur dhe me përgjegjësi detyrat e tij dhe drejton rehabilitimin fizioterapeutik, me urdhër të mjekut të specializuar në mjekësinë fizike. Ai punon me të gjitha grupmoshat e pacientëve dhe është pjesë e ekipit të rehabilitimit. Në ekip marrin pjesë profile të ndryshme punonjësish shëndetësorë. Secili prej tyre ka të përshkruara veshje pune, të cilat duhet të vishen gjatë orarit të punës. Përgatitja e teknikut fizioterapist për punë nuk nënkupton vetëm përgatitje fizike, në parim është e nevojshme të pranohen disa rregulla të sjelljes në mjedisin e punës. Fizioterapisti modern pritet të jetë një person i kompletuar, i moralshëm, me ekspertizë dhe elokuencë të lartë. Puna e tij e përditshme bazohet në komunikimin me kolegët, pacientët dhe të gjithë aktorët e tjerë në mjedisin e punës. Duhet të bazohet në një marrëdhënie profesionale. Prandaj, është shumë e rëndësishme që terapisti të krijojë një imazh të një personi të besueshëm, profesionist dhe të besueshëm. Ekzistojnë disa përkufizime të komunikimit, përkatësisht:

*Komunikimi është procesi i shkëmbimit të informacionit nëpërmjet një sistemi të përbashkët simbolesh.*⁵

*Komunikimi është proces në të cilin shkëmben ide, mendime, ndjenja që fillojnë me një qëllim specifik të vetëdijshëm ose të pavetëdijshëm, në të cilin ndodhin ndërveprimi, mirëkuptimi, lidhja dhe ndikimet si dhe njohuritë e pjesëmarrësve.*⁶

Tekniku i terapisë fizike komunikon me pacientin, familjen e tyre dhe kolegët e ekipit të kujdesit shëndetësor. Komunikimi zhvillohet në formën e :



Komunikimi joverbal

- me gjeste, shprehje të fytyrës, mënyra e sjelljes, lëvizjet, si dhe komunikimi nëpërmjet objekteve (veshje, flokët etj.). Komunikimi pa fjalë, duke treguar empati, profesionalitet, përgjegjësi dhe rregullshmëri.

Komunikimi verbal

- përbëhet nga fjalë të caktuar të renditura sipas rregullave gramatikore që krijojnë një mendim.
- Ky komunikim mund të jetë me gojë ose në formën e shkruar.
- Nëpërmjet të folurit dhe të shkruarit, kurse në kohën e fundit me zhvillimin e teknologjisë së informatikës përdoret për komunikim elektronik (posta dhe mesazhet elektronike, telekonferenca etj.).

⁵ <http://mk.wikipedia.org/wiki/Komunikimi>

⁶ Blagoja Gjorgjijovski, KOMUNIKIM BIZNESI, Fakulteti Ekonomik-Shkup, Shkup, 2006

Karakteristikat, pra aftësitë që ndihmojnë terapistin gjatë komunikimit janë:

- aftësia për të dëgjuar (dëgjim aktiv),
- zhvillimi i empatisë,
- tejkalimi i dallimeve (kulturore, arsimore, sociale, ekonomike dhe fetare),
- ndikimi dhe besueshmëria,
- pajtueshmëria, përshtatshmëria dhe arsyeshmëria.

Në parim, terapisti duhet të jetë një person përgjegjës që respekton të gjithë palët e interesuara në procesin e punës. Bisedat në lidhje me sëmundjen, trajtimin, identitetin dhe të dhënat e pacientit duhet të mbeten diskrecionale, para së gjithash për shkak të detyrimit etik, por edhe ligjor për mbajtjen e sekretit profesional, i cili është paraparë në Ligjin për Kujdesin Shëndetësor në nenin 153, paragrafi 3 □ ku përfshin edhe nxënësit dhe studentët që qëndrojnë në institucionin shëndetësor për arsim. Në rast mosrespektimi ligjvënësi parashikon edhe sanksione. Kur të kemi ndër-tuar realisht një marrëdhënie profesionale në mjedisin e punës do të kemi përfitim të dyfishtë, nga njëra anë do të ndihemi më të sigurt dhe më mirë dhe nga ana tjetër do të fitojmë besimin midis pacientëve dhe kolegëve.

Në ekipin e punonjësve shëndetësorë marrin pjesë profile të ndryshme. Secili prej tyre ka të përshkruara veshje pune, të cilat duhet të vishen gjatë orarit të punës.



Figura 1.5. Fizioterapist me uniformë

Rrobat e punës shërbejnë për mbrojtjen nga infeksionet, papastërtitë dhe duhet të jenë komode për punë. Fizioterapisti me rrobat e punës duhet të jetë gjithmonë i

rregullt, i pastër dhe të pasqyrojë personalitetin e tij me një nivel të lartë të kulturës shëndetësore. Rrobat e punës së teknikut të fizioterapisë duhet të jenë komode, me gjatësi dhe gjerësi të caktuar. Pamja ose përgatitja fizike e teknikut të fizioterapisë duhet të jetë në përputhje me mjedisin e punës dhe përbëhet nga:



FLOKËT çdoherë duhet të jenë të rregulluara, të pastra, e mbledhur dhe nuk duhet të pengojnë gjatë procesit të punës.



DUART – duhet çdoherë të jenë të pastra të mirëmbajtura, me thonj të prerë pa zbukurime.



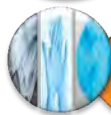
UNIFORMA e punës së teknikut fizioterapist (ft 1.5)

- Zakonisht është dy ditore, e pastër dhe e hekurosur
- Numër adekuat dhe e rehatshme
- E saktë në trup dhe nuk duhet të pengoj në punë
- Të jetë nga mëndafshi që të parandalojë djersitjen
- Ngjyra e uniformës varet nga niveli i arsimimit, detyrave të punës, kurse e njëjta është e rregulluar me rregulloren nga Ministria e Shëndetësisë
- Shërben kundër infeksioneve
- Në uniformën e punës duhet të ketë kartelë identifikimi të punonjësit të shëndetësisë



KËPUCËT – që i veshë në orar të punës duhet të jenë ortopedike dhe të rehatshme të pushojë shputa dhe të jenë të ndritshme.

- Është shumë me rëndësi gjatë ecjes ato nuk duhet të bëjnë zhurmë, prandaj në orar të punës nuk duhet të mbani këpucë me take të larta.



PAJISJET MBROJTËSE GJATË PUNËS – duhet të përgatit dhe përdor pajisjet mbrojtëse gjatë punës (doreza mbrojtëse, maskë dhe kapelë, kallëpe për këpucë etj.

Përdorimi korrekt i pajisjeve mbrojtëse personale në punë

Pajisjet mjekësore mbrojtëse përfshijnë: maskë mbrojtëse, doreza mbrojtëse, kapelë mbrojtëse, kaljaç – mbulesa mbrojtëse për këpucë, vizir, skafander etj. Përdorimi i pjesëve të veçanta të pajisjeve mbrojtëse personale varet nga sëmundjet dhe kushtet e pacientëve të cilët kujdesen dhe trajtohen në repartin përkatës të spitalit Në punën e përditshme më së shumti përdoren maska mbrojtëse, doreza dhe kapele.

Maska mbrojtëse e fytyrës (Fig. 1.6) përdoret kryesisht për të mbrojtur personat e tjerë nga ekspozimi ndaj pikave potencialisht infektive të personit që mban maskën. Një maskë e duhur gjithashtu mbron mbajtësin e maskës në një farë mase kur është e lidhur fort.

Aplikimi i tyre është herë dhe janë josterile. Ato janë bërë nga materiali i certifikuar me tre shtresa të buta dhe komode, kanë shirita elastikë për veshët dhe kanë një formë që përshtatet me fytyrën. Ato duhet të jenë të lehta për t'u marrë frymë, të kenë filtrim të mirë dhe fluks të lartë ajri dhe nuk duhet të përmbajnë fibra qelqi.



Figura 1.6 Maska mjekësore

Si të përdorni një maskë mbrojtëse:

1. Kur vendosni maskën, kapni kordonët ose llastiqet nga ana dhe vendoseni me kujdes mbi gojë dhe hunda (fig. 1.7).
2. Nëse është e fiksuar me llastik, – i kalon dhe i vendos pas veshëve, e nëse është me lidhëse, janë të njëjta. Lidhëni në pjesën e pasme të kokës dhe është e rëndësishme të zvogëloni distancën midis fytyrës dhe maskës për të minimale. Pastaj buza e sipërme e hundës shtypet me gishta, modelohet, për ta fiksuar në hundë.
3. Gjatë kohës që mbani maskën, mos e prekni, veçanërisht jo në pjesën e përparme. Nëse e prekni aksidentalisht maskën (fig. 1.8), duhet të lani duart.
4. Gjatë heqjes së maskës bëhet me kujdes, heqja bëhet nga mbrapa ose anash, pa prekur pjesën e përparme dhe vendoset menjëherë në një kosh plehrash.
5. Pasi të keni hequr maskën, lani duart.
6. Nëse një maskë laget gjatë përdorimit, ajo duhet të zëvendësohet me një të re të thatë dhe të pastër.
7. Maska e disponueshme nuk duhet të përdoret shumë herë.



Fig. 1.7 Vendosja e duhur e maskës



Figura 1.8 Prekja e duarve në pjesën e përparme të një maske

Një kapelë mbrojtëse (Fig. 1.9) është pjesë e pajisjeve mbrojtëse personale. Është bërë nga materiali njështrësor, por me karakteristika të ngjashme me atë të maskave mbrojtëse dhe përdoret për një përdorim.

Si të përdorni një kapak mbrojtës:

Kapaku mbrojtës ka një brez elastik në buzë siguron stabilitet.

Flokët janë plotësisht të mbuluara nën të dhe nuk duhet të ketë fije flokësh jashtë kapelës.

Doreza e njëpërdorimshme jo sterile (fig. 1.10) janë prej lateksi, mund të jenë nitrile, me ose pa pluhur. Ata janë për një përdorim, kanë një fund të rrumbullakosur dhe majat e gishtave pak të ashpër.



Figura 1.9 Një kapak mbrojtës i vendosur si duhet



Figura 1.10 Doreza mbrojtëse

Ato janë bërë në madhësi të ndryshme që janë të shënuara me shkronja të mëdha latine (S, M, L dhe XL).

Si të përdorni doreza mbrojtëse:

1. Vishen sa herë që pritet të kemi kontakt me gjak, lëngje trupore, sekrecione etj.
2. Metoda e vendosjes (fig. 1.11A) dhe e heqjes (fig. 1.11B) e dorezave ka rregulla që duhen respektuar.
3. Mes procedurave kur ato janë të kontaminuara me material ndërrohen dorezat edhe nëse është i njëjti pacient.
4. Pas manipulimit, ato hiqen menjëherë nga duart, para se të prekni një objekt ose sipërfaqe të pandotur.
5. Kur heqim dorezat, duart lahen menjëherë.



Figura 1.11 Një procedurë e dhënies së dorezave



Figura 1.11 B Procedura e heqjes së dorezave

Syzet mbrojtëse, vizir dhe skafanderë përdoren vetëm kur rekomandohet për shkak të sëmundjes, gjendjes së pacientit dhe rreziqeve epidemiologjike.

AKTIVITETI:

- ❖ Përgatitja teknike e regjistrimit të aktiviteteve nga ushtrimet e kabinetit si dokument regjistrimi përkatës. (Fig. 1.12).
- ❖ Me ndihmën e arsimtarit ekspert, njihuni me kabinetin e kujdesit mjekësor që simulon një dhomë spitali, një dhomë pune dhe një hapësirë për ruajtjen e furnizimeve mjekësore.
- ❖ Praktikoni teknikat e duhura për përdorimin dhe asgjësimin e pajisjeve mbrojtëse personale (kapelë, maskë, doreza).
- ❖ Simulimi i komunikimit në çift me shokët e klasës, nëpërmjet lojës me role.



Figura 1.12 Ditari për regjistrimin e aktiviteteve nga ushtrimet e kabinetit



UNË MUND DHE DI TË:

- ✓ Zbatoj një procedurë për përgatitjen për punë në kabinet për kujdesin dhe përgatit një ditar për regjistrimin e aktiviteteve nga ushtrimet e kabinetit;
- ✓ Rendit dhe përshkruaj pajisjet mbrojtëse personale për punë dhe di të përdor teknikat për përdorimin dhe asgjësimin e duhur;
- ✓ Unë komunikoj në mënyrë profesionale me të gjithë aktorët e kujdesit shëndetësor.

1.3. Spitali



E DI: Spitalet janë objekte shëndetësore në të cilat pacientët qëndrojnë për qëllime diagnostikimi, trajtimi, kujdesi dhe rehabilitimi. Ato mund të jenë publike ose private dhe ofrojnë shërbime shëndetësore nga niveli dytësor dhe terciar i kujdesit shëndetësor. Për të shkuar në spital, na duhen dokumente mjekësore.

DUA TË DI DHE TË JEM NË GJENDJE: Të përshkruaj dhe të demonstroj një dhomë spitali, mobilje, krevat dhe rroba, karakteristikat e tyre, si dhe të ndreq krevatin spitalor.

Spitali është institucion shëndetësor publik ose privat që ofron trajtim për pacientët me staf dhe pajisje të specializuara mjekësore. Spitali publik krijohet nga Qeveria, në përputhje me nevojat e veprimtarisë shëndetësore, ndërsa spitali privat mund të themelohet nga persona juridikë dhe fizikë vendas dhe të huaj.

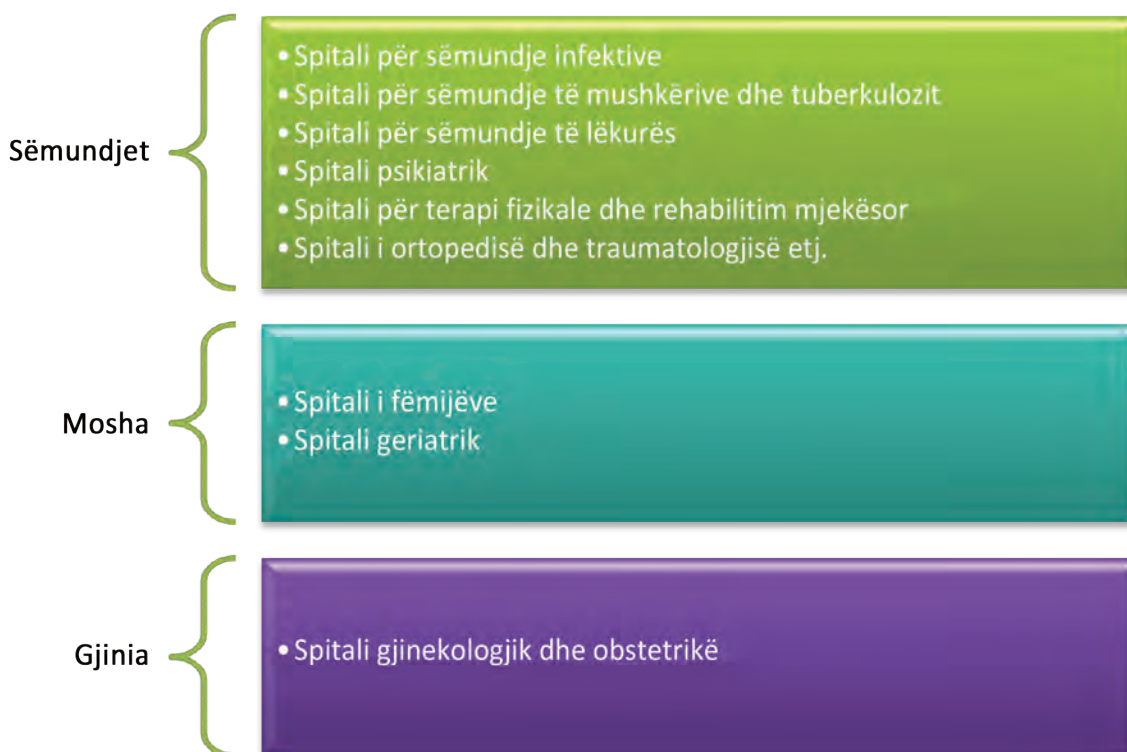
Spitali realizon veprimtari shëndetësore spitalore që përfshijnë diagnostikimin, trajtimin, kujdesin shëndetësor dhe obstetrik, rehabilitimin mjekësor dhe kujdesin paliativ, të cilat për shkak të gjendjes shëndetësore të pacientit apo llojit të manipulimit nuk mund të kryhen në një institucion tjetër ose në shtëpinë e pacientit. Në të mund të kryhet edhe veprimtari shëndetësore specialiste-konsultative në nivelin e mesëm. Spitali mund të jetë i përgjithshëm, i specializuar dhe klinik. Më shpesh, kur themi spital, nënkuptojmë një spital të përgjithshëm, i cili ofron kujdes shëndetësor për të gjithë personat, të të gjitha grupmoshave, nga sëmundje të ndryshme. Ka një seksion ambulator, diagnostikues dhe spitalor. Në të punojnë punonjës shëndetësorë dhe personeli administrativ. Spitali i përgjithshëm zakonisht ka këto reparte spitalore:



Gjithashtu, spitali i përgjithshëm ka një shërbim mjekësor emergjent dhe një repart izolimi në rast sëmundjesh infektive. Për të kryer veprimtarinë e saj ka laboratorin klinik-biokimik, diagnostikimin me rreze X dhe departamentin e transfuzionit, si dhe departamentin e anesteziës, reanimacionit, kujdesit paliativ, kujdesit intensiv

dhe terapisë. Pjesë e spitalit është edhe barnatorja që siguron barnat e ndryshëm si material fashë për realizimin e veprimtarisë shëndetësore. Në Maqedoni ka më shumë spitale të përgjithshme, si Spitali i Përgjithshëm i Qytetit – 8 Shtatori, Spitali i Përgjithshëm – Gjevgjeli, Spitali i Përgjithshëm – Strumicë, Spitali i Përgjithshëm – Kërçovë etj.

Spitali i specializuar ofron kujdes shëndetësor spitalor dhe specialist-konsulent për lloje të caktuara sëmundjesh ose grupmoshash të popullsisë. Në varësi të llojit të aktivitetit shëndetësor, mund të ofrojë edhe kujdes intensiv dhe terapi, aktivitet anesteziologjik, aktivitet të ndihmës mjekësore emergjente, mjekësi laboratorike, radiologjike dhe aktivitete tjera. Siç na tregon vetë emri, ai është i specializuar në parandalimin, diagnostikimin, trajtimin dhe rehabilitimin e disa:



Shembull tipik i një spitali të specializuar është Spitali për Ortopedi dhe Traumatologji “Shën Erasmus” – Ohër.

Spitali klinik ushtron veprimtari shëndetësore të një spitali të përgjithshëm, si dhe veprimtari shëndetësore në fushën e urologjisë, neurokirurgjisë, ortopedisë dhe traumatologjisë, sëmundjeve të syve, sëmundjeve të veshit, hundës dhe fytit, neonatologjisë, psikiatri, neurologji dhe onkologji. Gjithashtu, kryen veprimtari edukative dhe ngritje profesionale të punëtorëve shëndetësorë dhe bashkëpunëtorëve në fushën e mjekësisë, stomatologjisë dhe farmacisë.

Në vendin tonë ekzistojnë disa spitale klinike dhe niveli më i lartë i spitalit klinik është Qendra Klinike “Nënë Tereza” – Shkup, Spitali klinik ZU – Tetovë, ISHP Spitali klinik Shtip dhe ISHP Spitali klinik. “Dr. Trifun Panovski” – Manastir.

Krahas këtyre spitaleve, në praktikën e përditshme hasim një spital kujdesi dhe një spital ditor. **Spitali ditor** është trajtim në nivelin dytësor të kujdesit shëndetësor të një pacienti për diagnostikim, terapi, kujdes dhe rehabilitim, i cili nuk kërkon qëndrim më të gjatë se 8 orë në ditë në spital.

Spitali i kujdesit ofron kujdes shëndetësor për pacientët të cilëve u është përfunduar trajtimi akut i sëmundjes ose dëmtimit, por për shkak të gjendjes së përgjithshme shëndetësore, kanë nevojë për kujdes shëndetësor, i cili nuk mund të ofrohet në shtëpi ose në një institucion tjetër. Spitali përkujdesës mund të kryejë edhe veprimtarinë e kujdesit paliativ dhe mbrojtjes institucionale të të sëmurëve kronikë dhe pacientëve të tjerë të cilët kanë nevojë për ndihmë në kryerjen e aktiviteteve të jetës së përditshme, në përputhje me rregulloret e Ligjit për mbrojtjen sociale.

Spitali nga pikëpamja arkitekturore mund të jetë nga:

- Lloji i korridorit
- Lloji i pavijonit
- Lloji satelitor
- Lloji montazh
- Lloji bashkëkohor– blloqe të ndërtesave (fig. 1.13)



Figura 1.13 Spitali modern

Spitali modern ka të paktën tre blloqe: dinamik, statik dhe teknik. Ai është i organizuar në dy sektorë, sektori i mjekësisë profesionale dhe sektori i përgjithshëm.

Reparti i spitalit i përket pjesës statike të spitalit dhe është njësi themelore funksionale e spitalit në të cilën shtrihen pacientët. Departamenti përbëhet nga:



Përveç këtyre dhomave, reparti i spitalit preferohet të ketë: një laborator, një bibliotekë dhe një dhomë vizitash.

1.3.1. Dhoma e spitalit dhe mobiljet

1.3.1.1. Dhoma e spitalit

Dhoma e spitalit (Fig. 1.14) është dhomë në të cilën vendoset pacienti gjatë qëndrimit në spital. Në të fle, ha, merr përkujdesje, terapi dhe kryen veprimtari të tjera që nuk kanë lidhje me aktivitetin shëndetësor, si lexim, shikim televizor etj. Personat e palëvizshëm dhe të sëmurë rëndë në dhomën e spitalit kryejnë të gjitha nevojat dhe funksionet e tjera fiziologjike natyrore. Ai duhet t'u përgjigjet të gjitha këtyre funksioneve dhe në të njëjtën kohë të plotësojë kushtet e nevojshme higjieno-sanitare dhe hapësinore-ndërtuese.

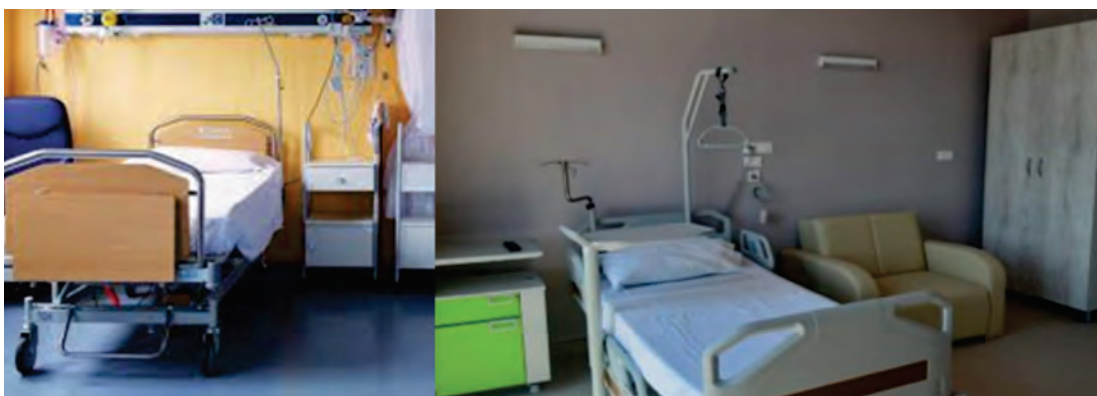


Figura 1.14 Dhoma e spitalit dhe mobiljet

Orientimi i dhomës së spitalit është më mirë të jetë jug-lindje ose jug-perëndim, për shkak të dritës natyrore që ndikon mirë në gjendjen psikike të pacientit. Madhësia

e dhomës së spitalit varet nga numri dhe lloji i pacientëve për të cilët është menduar, mund të jetë një shtrat i vetëm, dysh ose me shumë krevate. Sipas standardeve mjekësore, për çdo shtrat spitalor që vendoset në dhomën e spitalit nevojitet 7m^2 sipërfaqe dhe 25m^3 vëllim. Këto masa janë më të mëdha në pavijonet obstetrike dhe infektive, më pak në pavijonet e pediatriisë. Lartësia standarde e dhomës së spitalit është nga 3,30 deri në 3,50 metra, kështu që sa më i vogël të jetë hapësira katrore e dhomës së spitalit, aq më e lartë duhet të jetë lartësia. Vëmendje e veçantë duhet t'i kushtohet karakteristikave të mëposhtme të dhomës së spitalit:

- **Cilësia dhe ngjyra e mureve** – duhet të jenë të lëmuara që të mos mbajnë pluhur dhe papastërti, duhet të lyhen me një nuancë të lehtë ngjyrash të ngrohta. Ato mund të mbulohen me pllaka të lëmuara qeramike të ndritshme që janë të lehta për t'u mirëmbajtur (pastrim dhe dezinfektim). Kjo është veçanërisht e rëndësishme për reparte të caktuara spitalore, si repartet pediatrike, infektive dhe obstetrike, si dhe njësitë e kujdesit intensiv.
- **Veçoritë e dyshemesë së dhomës** – dyshemeja duhet të jetë nga një material që pastrohet lehtë me dezinfektues, nuk mban papastërti dhe nuk krijon zë gjatë ecjes (linoleum, ksiolit, gomë e fortë).
- **Ndriçimi** i dhomës së spitalit – nga njëra anë prek pacientin, kurse nga ana tjetër personeli i cili mund të kryejë lehtësisht dhe saktë manipulimet mjekësore me pacientin (terapi dhe kujdes). Ajo mund të jetë:
 - ndriçim natyral që varet nga madhësia e dritareve, orientimi dhe sipërfaqja e dhomës;
 - ndriçimi artificial që përdor burime drite lumineshente që vendosen në varësi të sipërfaqes së dhomës së spitalit, në qendër në tavan dhe një prizë. në anën për çdo shtrat.
- **Temperatura dhe lagështia e ajrit** – temperatura ideale për një dhomë spitali është midis 18°C dhe 22°C . Ngrohja më e zakonshme në dhomat e spitalit është me ngrohje qendrore, por ruajtja më e besueshme dhe e përshtatshme e temperaturës, pra ftohja dhe ngrohja, arrihet me kondicionerët me inverter ose fan coil. Kanë rregullim të mirë temperatura dhe lagështia, por sistemet e tyre të filtrimit duhet të mirëmbahen rregullisht për shkak të mundësisë së transmetimit të infeksioneve.
- **Ventilimi** – është e nevojshme të ndryshohet ajri në dhomën e spitalit, përbërja e tij, largimi i mikroorganizmave dhe papastërtive. Mund të bëhet në mënyrë mekanike, duke hapur dritare dhe dyer, gjë që varet nga kushtet e motit dhe nga koha e vitit, kurse në mënyrë pajisje – pra me ventilatorë, kondicionerë, pastrues ajri etj.
- **Mirëmbajtja higjienike** e dhomës së spitalit është nga faktorët kyç për shërimin e pacientit. Higjiena mbahet çdo ditë në dhomën e spitalit me fshirje të lagësht dhe dezinfektim disa herë në ditë (mëngjes, mesditë dhe mbrëmje, pas terapisë dhe kujdesit dhe pas ushqimit). Përveç kësaj, një procedurë e plotë higjienike dhe dezinfektimi është e detyrueshme pas daljes së pacientit për të përgatitur dhomën e spitalit për pacientin e ardhshëm.
- **Siguria e pacientit.**

1.3.1.2. Mobiljet spitalore

Pjesë përbërëse e dhomës së spitalit janë edhe orenditë e spitalit (Fig. 1.14), të cilat duhet të jenë në funksion të nevojave të pacientit. Mobiljet e spitalit duhet të jenë prej materiali që është i lehtë për t'u mirëmbajtur dhe kjo përfshin:

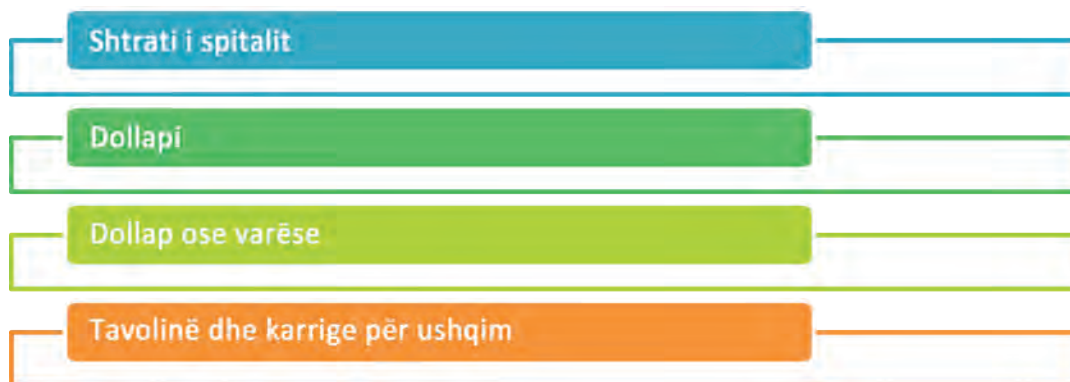


Figura 1.15 a. Dollapi spitalor b. Dollap ose varëse e spitalit c. tavolina e ngrenies

Dollapi spitalor (fig. 1.15 a dhe b) është në funksion të pacientit; këtu vendos pajisjet e tij të higjienës personale, terapinë e nevojshme dhe gjërat personale si: portofolin, telefonin, syzet etj. Përveç kësaj, terapi (tretësira infuzioni), një gotë me lëng (çaj, ujë, lëng) lihet mbi të. Është prej metali, ka ngjyrë të ndezur dhe rrota për lëvizje dhe mirëmbajtje të lehtë. Pjesa e sipërme është e mbuluar me një sipërfaqe të papërshkueshme nga uji ose xhami, nën të cilën ka një sirtar për sendet personale të pacientit, ndërsa në pjesën e poshtme pacienti mban edhe sendet e tij.

Pllakari i spitalit duhet të jetë gjithashtu nga materiali që mund të fshihet dhe dezinfektohet lehtësisht dhe në varësi të mundësive hapësinore të dhomës së spitalit të jetë i ndërtuar ose i pavarur. Në të, pacienti mban gardërobë dhe këpucë.

Varësisht nga lloji i dhomës së spitalit dhe lëvizshmëria e pacientit, tavolina dhe karriget për servirjen e ushqimit janë të ndryshme. Tavolina mund të jetë për shërbim në shtrat (fig. 1.15 c) ose për disa pacientë që janë të lëvizshëm.

1.3.2. Shtrati spitalor dhe veshjet

Shtrati i spitalit është vendi ku pacienti, veçanërisht ai i palëvizshëm, kalon pjesën më të madhe të qëndrimit në spital. Sëmundja e lodh trupin dhe i sëmuri ndonjëherë detyrohet të shtrihet në shtrat. Është pjesë e dhomës së spitalit. Në të, pacienti duhet të shtrihet, të pushojë, të lehtësojë dhimbjen, të përgatitet dhe të shërohet nga trajtimi mjekësor, të marrë lloje të caktuara të terapisë, etj. Së bashku me faktorë të tjerë, ai luan një rol të madh në kujdesin, trajtimin, rehabilitimin dhe rikuperimin e pacientit. Kujdesi modern mjekësor bazohet në komoditetin dhe përshtatshmërinë e shtratit spitalor ndaj nevojave ergonomike dhe fiziologjike të pacientit. Shtrati spitalor përbëhet nga:



1.3.2.1. Shtrati spitalor

Shtrati spitalor (Fig. 1.16) është prej materiali metalik që mund të mirëmbahet lehtësisht, por në të njëjtën kohë duhet të jetë i lehtë. Ai përbëhet nga dy anë, sipërme dhe të poshtme, kurse një pjesë qendrore e ndërlidhur me nyje. Ato lejojnë rregullimin e shtratit në pozicionin e kërkuar të pacientit. Shtrati është i punuar me pjesë metalike tubulare, për ta bërë më të lehtë transportin. Këmbët e krevatit përfundojnë me rrota me mekanizëm mbyllës dhe lëvizës. Rrotat duhet të jenë prej gome, në mënyrë që lëvizja e tyre të jetë pa zhurmë. Ngjyra e shtratit spitalor është zakonisht e bardhë ose e argjendtë, sipërfaqet duhet të jenë në mënyrë ideale të lëmuara në mënyrë që të jenë të lehta për t'u mirëmbajtur dhe të mos mbajnë papastërti.



Figura 1.16 Shtrati spitalor – pjesë metalike

Shtrati spitalor ka dimensione në varësi të moshës së pacientit që duhet të qëndrojë në të, përkatësisht:

Krevat spitalor për të rritur
<ul style="list-style-type: none"> • gjatësia 205-215 cm • gjerësia 95 cm

Krevat spitalor për fëmijë
<ul style="list-style-type: none"> • gjatësia 157 cm • gjerësia 75 cm

Krevat spitalor për foshnje
<ul style="list-style-type: none"> • gjatësia 110 cm • gjerësia 70 cm

Një shtrat spitalor mund të ketë një mekanizëm për lëvizjen e çdo pjese individuale që mund të jetë mekanike ose elektrike. Kontrolli i atij mekanizmi vendoset në një pajisje të vogël të arritshme për pacientin, e cila duke shtypur një buton të caktuar vendos pjesën e shtratit në pozicionin e dëshiruar.

Përveç tri pjesëve bazë, shtrati spitalor mund të ketë edhe faqe të lëvizshme. Ato përdoren si kufij në mënyrë që pacienti të mos bjerë nga shtrati. Ato përdoren më së shumti për foshnjat, fëmijët e vegjël, pacientët pa ndjenja etj.

Në varësi të sëmundjeve që trajtohen në pavijonin e spitalit ka aksesore të ndryshëm për shtratin e spitalit, si mbajtëse metalike për tretësirë infuzioni (fig. 1.17), trapez shtrati (fig. 1.18), tendë për pacientët me oksigjen. terapi (fig. 1.19), suplemente për të sëmurët me djegie etj.



Figura 1.17 Mbajtës metalik i tretësirës së infuzionit



Figura 1.18 Komodina



Figura 1.19 Tenda e oksigjenit

Vendndodhja e shtratit spitalor duhet të lejojë shikueshmërinë e pacientit. Duhet të vendoset paralelisht me dritaret dhe derën e dhomës së spitalit. Është e rëndësishme që shtrati spitalor të jetë i lirë nga të gjitha anët, gjë që mundëson kujdesin e pandërprerë të pacientit. Duhet të jetë 30 centimetra larg murit dhe 1 metër nga shtrati ngjitur. Një tabelë me listën e temperaturës është ngjitur në pjesën e poshtme të pjesës metalike të shtratit të spitalit.

Dysheku (Fig. 1.20) është pjesa e butë e shtratit spitalor nga e cila varet shumë komoditeti i pacientit. Ka një dimension që korrespondon me madhësinë e pjesës metalike, kurse në ditët e sotme është bërë nga një shumëllojshmëri gome sfungjeri (Fig. 1.21) të cilat janë praktike dhe komode, kurse në të njëjtën kohë



Figura 1.20 Shtrati me sfungjer të mbrojtur me mbulesë

ato lejojnë ajrosjen, nuk mbajnë lagështi dhe dezinfektohen lehtësisht. Zakonisht ato janë të veshura me një mbulesë të mirë izoluese që nuk thith lëngje (gjak, sekrecione dhe jashtëqitje) dhe është gjithashtu e lehtë për t'u mirëmbajtur. Përveç kësaj, ekziston edhe lloji klasik i dyshekut:

- dyshek pneumatik – i cili me ndihmën e pompës elektrike mbushet plot me ajër
- Dyshek kundër dekubitit (fig. 1.22.) – pjesët e të cilit zbrazen dhe mbushen në mënyrë të alternuar me ajër, që të bëhet i mundur mikromasazhi.



Figura 1.21 Dyshek sfungjeri



Figura 1.22 Dyshek antidekubitus

Jastëkët numërohen në pjesën e butë të një shtrati spitalor. Një shtrat spitalor kërkon dy jastëkë, përkatësisht:

- Jastëku i poshtëm, i cili duhet të jetë më i madh dhe më i fortë – me përmasa 80x60cm;
- Jastëku i sipërm, më i vogël dhe më i butë – me përmasa 40 x 30 cm.

Jastëkët zakonisht janë prej materiali sfungjer, por ka edhe jastëkë që janë pneumatikë, pra të mbushur me ajër.

Mbulesa është pjesa e mbulesës së spitalit me të cilën mbulohet pacienti. Zakonisht është bataniqe që mund të jetë pambuku ose leshi, në varësi të temperaturës në dhomën e spitalit. Materiali natyral i mbulesës kontribuon që pacienti të ndihet rehat. Duhet të mbrohet me mbulesë.

1.3.2.2. Mbulesa e shtrati spitalor

Shtrati spitalor duhet të jetë prej materiali rezistent ndaj temperaturave të larta dhe sterilizimit në mënyrë që të mund të mirëmbahet si duhet.

Ai përfshin:

Çarçafi i poshtëm	<ul style="list-style-type: none"> përpunohet nga material i mëndafshit Dimensionet 240-180 cm që të përforcohet për
Çarçafi tërthorë	<ul style="list-style-type: none"> përpunohet nga material i mëndafshit Mban çarçafin e poshtëm nga ekskrecionet të pacientët e palëvizshëm Çdo herë vendohet me mushama Dimensionet 80-120 cm
Mbulesë për batanije	<ul style="list-style-type: none"> përpunohet nga material i mëndafshit Dimensioni pak më e madhe se batanija Ta mbulon plotësisht për shkaqe higjienike Hapja të sigurohet me trakë që vendosen në majet e batanijes dhe dyshekut të pacienti
Mbulesë për jastëk	<ul style="list-style-type: none"> përpunohet nga material i mëndafshit Dimensionet duhet të përshtaten me të jastëkut
Peshqiri	<ul style="list-style-type: none"> përpunohet nga material i mëndafshit, zakonisht me fortir në ngjyra pastelina që mund të rezistojnë temperatura të larta. Dimensionet duhet të përshtaten sipas nevojës për cilën pjesë të trupit.

Kryeinfermierja e një njësie spitalore është gjithashtu përgjegjëse për sigurimin e lirive në shtratin e spitalit. Gjithmonë duhet të ketë mjaftueshëm për ditën aktuale (ndërrimet e pasdites dhe të natës), veçanërisht në pavijonet me pacientë të palëvizshëm. Liri i shtratit spitalor i një reparti duhet të jetë i shënuar si duhet.

Teknika e palosjes së çarçafëve spitalorë

Teknika e palosjes së pjesëve të shtratit spitalor ka një rëndësi të madhe për vendosjen korrekte dhe të qetë të shtratit spitalor, si dhe kursen kohën dhe energjinë e fizioterapistit gjatë manipulimeve. Gjithashtu mundëson vendosjen e rregullt dhe të qartë të të gjitha pjesëve të çarçafëve të spitalit në kabinet, ku është shënuar vendi për to, me qëllim – gjetje të thjeshtë.

- **Zhytja e fletës së poshtme** – ka skaje të ngushta me tegela në të dyja anët e sipërme dhe të poshtme. Dy fizioterapistë hapin çarçafin, e shtrijnë dhe e palosin me fytyrë poshtë. Kryehet dy herë në gjysmë në gjerësi, duke e endur paraprakisht nga e majta në të djathtë. Pjesa që rezulton paloset përsëri në gjysmë për së gjati me skajet nga jashtë. Kështu vendoset fleta e palosur

vendoset në tavolinën e punës është e ndarë në tri pjesë, ku pjesa me buzë duhet të mbetet jashtë dhe sipër.

- **Pjesa tërthore dhe pëlhura tërthore** palosen njëllor si çarçafi i poshtëm me fytyrën brenda, sepse vendosen mbi dyshekun poshtë pacientit dhe ai shtrihet mbi to.
- **Palosja e çarçafit të sipërm** – ka buzë kah koka, e cila është e qepur më gjerë, kurse skaji i poshtëm, që është kah këmbët, është i qepur ngushtë. Dy fizioterapistët e hapin fletën, e zgjasin dhe e palosin dy herë në gjysmë në gjerësi, duke e palosur nga e majta në të djathtë. Pjesa që rezulton lahet përsëri, duke e ndarë në gjysmë për së gjati me skajet nga jashtë. Fleta e palosur kështu vendoset në një tavolinë pune me buzë të gjerë poshtë dhe paloset në tri pjesë, në mënyrë që pjesa me buzë të gjerë të mbetet nga jashtë dhe nga lart – për të dalluar fletën e sipërme nga ajo e poshtme.
- **Batanija dhe frohiri** palosen si çarçafi i sipërm, me fytyrën jashtë, sepse vendosen mbi pacientin, pra e mbulojmë me to.
- **Mbulesat për jastëk si dhe peshqirët** palosen tri herë në gjerësi dhe katër herë në gjatësi me skajet nga brenda. Por për ta nuk është e nevojshme t'i përmbahen rreptësisht sa më sipër si për çarçafët. Mund të dyfishohen në varësi të organizimit të hapësirës në dollapin në të cilin i sistemojmë.

Teknikat e vendosjes së një shtrati spitalor

Pjesë përbërëse e përgjegjësi të punës së teknikut të fizioterapisë është përgatitja e shtratit spitalor për pacientin. Gjatë çdo manipulimi mjeko-teknik, duke përfshirë edhe vendosjen e një shtrati spitalor, është e nevojshme t'i përmbahen pesë elementëve të mëposhtëm të performancës:



Parimet që duhen respektuar gjithmonë gjatë vendosjes së një shtrati spitalor, pavarësisht nga lloji i vendosjes, janë:



Vendosja e një shtrati për një pacient të lëvizshëm – një shtrat i hapur

Kjo mënyrë e rregullimit të shtratit kryhet në mëngjes për pacientët e lëvizshëm dhe për pacientët pas kryerjes së procedurave të caktuara nga fizioterapisti në shtrat. Qëllimi i shtrimit të shtratit është shtrëngimi i shtratit dhe nëse është e nevojshme zëvendësohet me një të ri dhe dezinfektohet. Në pjesën e poshtme të krevatit vendoset një karrige në një distancë prej gjysmë metri me mbështetësen e kthyer në anën e krevatit. Karrigia shërben për të pranuar shtratin. Personat që kryejnë këtë manipulim janë me uniformë të rregullt dhe secili zë vendin e caktuar.

Fillon me tundjen e jastëkut që vendoset në karrige. Pastaj shtrati zhvendoset nga lart poshtë. Me njërën dorë ngjiten mbulesat e shtratit nga lart dhe me dorën tjetër tërhiqen mbulesat që ndodhen nën dyshek. Terapisti qëndron në mes të krevatit dhe fillimisht batanija paloset në tri pjesë, nga këmbët në mes dhe nga koka deri në fund të tretës tjetër, kurse vendoset përsëri në gjysmë mbi karrige. Fleta e sipërme dhe ajo e poshtme palosen në të njëjtën mënyrë.

Me njërën dorë kapeni dyshekun dhe ngrajeni lart dhe me dorën tjetër vendosni fletën e poshtme rreth 20 centimetra poshtë dyshekut dhe uleni dyshekun. Tani afrohem i duke bërë një kënd (fig. 1.23). Buza e lirë e fletës së poshtme (fig. 1.23 A) kapet rreth 20 cm nga këndi i sipërm i dyshekut (fig. 1.23 B).

Pastaj fitohet një vijë e pjerrët e cila formon një kënd të mprehtë me këndin e sipërm të dyshekut (fig. 1.23 C). Kur përfundon përpunimi i çarçafit në pjesën e sipërme, afrohet pjesa e poshtme e shtratit. Fleta tërhiqet nën dyshek dhe bëhen përsëri qoshet (fig. 1.23 D).

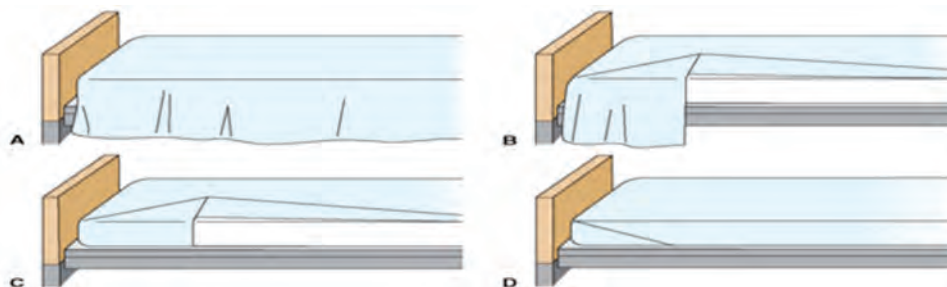


Figura 1.23 Rregullimi i pjesës së poshtme – krijimi i një këndi

Më pas në mes të dyshekut vendoset një pëlhurë tërthore dhe sipër saj tërhiqen fleta tërthore dhe së bashku skajet e lira nën dyshek. Nëse ka dy fizioterapistë që punojnë, ata punojnë në sinkron. Pjesa e sipërme vendoset mbi shtratin e parapërgatitur spitalor. Rreth 30 cm lihet në pjesën e sipërme për të bërë një manshetë dhe pjesa e poshtme është e palosur lart, por deri në skajin e poshtëm të dyshekut. Mbi fletën e sipërme vendoset batanija, në pjesën e sipërme bëhet një manshetë dhe shpaloset fleta e sipërme dhe batanija dhe bëhet një trekëndësh. Jastëku kthehet në shtrat. (fig. 1.24)



Figura 1.24 Vendosja e një shtrati të hapur

Teknika e ndërrimit të çarçafëve spitalorë

Për shkak të faktit se pacientët e kalojnë pjesën më të madhe të ditës në shtratin e spitalit, çarçafët e spitalit ndoten. Ai ndërrohet më shpesh, për të siguruar një mjedis të këndshëm, të pastër dhe të thatë për trupin e pacientit. Sfida më e madhe është ruajtja e shtratis spitalor për pacientët e palëvizshëm që kryejnë të gjitha nevojat e tyre fiziologjike, ushqimin dhe pushimin në shtrat. Prandaj, ndërrimi i rregullt i çarçafëve është parakusht për shërim, parandalimin e shqetësimit dhe parandalimin e përhapjes së infeksionit, por gjithashtu ka një efekt pozitiv në gjendjen mendore të pacientit.

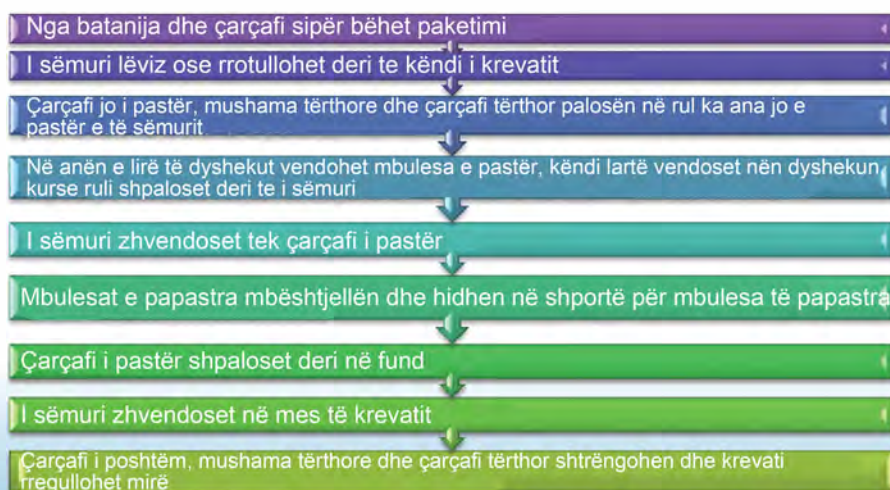
Teknika e ndërrimit të çarçafëve spitalorë te një pacient të palëvizshëm

Ndërrimi i çarçafëve të një pacienti të palëvizshëm kërkon përgatitje adekuate, e cila i referohet pacientit dhe materialit, pra shtratis. Fillimisht, i shpallet dhe i shpjegohet pacientit procedura e ndërrimit të çarçafëve spitalorë, arsyet pse bëhet, si dhe përfitimet e çarçafëve të pastër. Përgatitja e materialit preferohet të bëhet në dhoma të destinuara për të dhe të rregulluar mjeshhtërisht në një karrocë të lëvizshme.



Figura 1.25 Ndryshimi i një pjese të poshtme, një mushama anësore dhe çarçaf anësorë

Pjesa e poshtme së bashku me pëlhurën tërthore dhe pjesën tërthore lakohet në një rrotull në gjerësi dhe më pas paloset në tri pjesë të barabarta. Ndryshimi i tyre kryhet në këtë mënyrë (fig. 1.25):



Ndryshimi i një çarçafi të sipërm kërkon një çarçaf të pastër të sipërm dhe një shportë për çarçaf të papastër. Batanija paloset në tri pjesë dhe lihet në një karrige. Një paketë është bërë nga fleta e sipërme e ndotur. Më pas merret fleta e pastër dhe hapet sipër fletës së ndotur. Ne i themi pacientit të mbajë fletën e pastër me skajin e sipërm dhe fizioterapisti e rrotullon fletën e ndotur për së gjati drejt anës së papastër. Shtrëngohet pjesa tjetër e shtratit, vendoset batanija dhe më pas vendosen bashkë nën dyshek. Pacienti vendoset në një pozicion të rehatshëm.

1.3.2.3. Rrobat spitalore

Rrobat spitalore janë veshje që pacientët përdorin gjatë trajtimit spitalor. Mund të jetë i destinuar për në një shtrat spitalor ose jashtë tij – për të shkuar në një ekzaminim, një ndërhyrje ose një shëtitje në kohën e lirë të pacientit. Për shkak të ndjenjës së rehatisë së pacientit, duhet të jetë prej materiali natyral, kryesisht prej pambuku, por në të njëjtën kohë të jetë i lehtë për t'u mirëmbajtur, pra të jetë i larë, pa njollë dhe dezinfektues. Dikur ka qenë e bardhë, por sot rekomandohet një ngjyrë e çelur, sidomos në pavijonet e pediatriisë, ku mund të jetë me heronjtë e preferuar të fëmijëve. Rekomandohet që ajo të jetë e rehatshme dhe të përshtatet me madhësinë dhe moshën e pacientit. Ato janë të palosura dhe të renditura sipas madhësisë në gardërobën për shtratin dhe rrobat. Rrobat e spitalit përfshijnë:



Ndërrimi i rrobave spitalore

Ndërrimi i rrobave spitalore është domosdoshmëri në ruajtjen e higjienës personale dhe për pacientin siguron pastërti dhe një ndjenjë freskie.

Rrobat e spitalit ndërrohen kur ndoten nga djersa, sekrecionet, gjaku etj., si dhe pas larjes, pas operacionit. Gjatë ndërrimit të rrobave të spitalit duhet përmbajtur rregullave dhe rendit pra në një kohë të shkurtër, pa shumë manipulime, për të arritur qëllimin.

Ndërrimi i rrobave spitalore fillon me zhveshjen e parë nga gjymtyra e shëndetshme dhe veshjen nga gjymtyra e dëmtuar, etj. Pacienti është i zhveshur, gjithmonë i mbuluar me një pako, të bërë nga një batanije dhe një çarçaf sipër, për të ruajtur privatësinë e tij dhe për të mos u ftohur. Para se të filloni të ndërroni rrobat e spitalit, manipulimi duhet t'i shpjegohet pacientit.

Teknika e ndërrimit të rrobave spitalore

Fillimisht hiqet pizhamja e sipërme, pra fillon duke e zberthyer atë, kurse duke e ulur nga pjesa e pasme e kraharorit deri në lartësinë e bërrylave. Pastaj nga gjymtyra e shëndoshë ose e lirë nxirret mënga, ashtu që me njëren dorë të sëmurit e kapim pjesën e sipërme të krahut, kurse me dorën tjetër e nxjerrim mëngën nga pizhame (fig. 1.26).



Figura 1.26 Tërheqja e një pizhame të epërm



Figura 1.27 Tërheqja e mëngës së krahut të dhimbshëm

Nga pjesa e liruar e pizhamës së sipërme bëhet një rrotull, e cila kalohet nën trupin e pacientit në krahun e kundërt dhe pa e lëvizur nxirret mënga prej saj. Hidhet në pjesën e ndotur. Pas zhveshjes, nëse është e nevojshme, pacienti fshihet dhe më pas vishet. Gjysma e pizhamës së pastër paloset në formë roleje dhe mëngën që është

e lirë fizioterapisti e kap me dorë. Pastaj ai kap pëllëmbën e pacientit me pëllëmbën e tij në formë përshtetëse dhe me tjetrën i nxjerr mëngën pacientit (fig. 1.27). Hapi tjetër është hapja e rrotullës nën të sëmurin në dorën e kundërt, ajo tërhiqet në dorën e shëndoshë, domethënë dorën e lirë. Pixhameja kopsitet dhe shtrëngohet që të mos ketë rrudha. Më pas kalohet të pixhame e poshtme, e cila lëshohet dhe mblidhet drejt këmbëve. Këmba tërhiqet mbi këmbë nga njëra këmbë, kurse më pas nga këmba tjetër, duke e mbajtur këmbën nga kyçi i kyçit të këmbës. Pizhamet janë devijuar në të pista. Veshja bëhet në atë mënyrë që fizioterapisti të tërheqë këmbën mbi dorë dhe të mbulojë këmbën e pacientit me pëllëmbën e tij, duke nxjerrë këmbën në njërin këmbë dhe e njëjta procedurë kryhet për këmbën tjetër. Më pas pizhamet tërhiqen deri te gjilpërat. Nëse i sëmuri është në gjendje për të bashkëpunuar, i themi të ngrihet në këmbë, a nëse nuk është e mundur, ne e marrim atë. Tërhiqet deri në fund, shtrëngohet që të mos të ngelin rrudha.

Sot, ka një përpjekje për të përdorur rroba spitalore që janë më të lehta për t'u përdorur për pacientët më të sëmurë (Fig. 1.28) gjatë ndërrimit të të cilit pacienti lëviz minimalisht, por edhe thjeshtohet puna e fizioterapistit.



Figura 1.28 Veshje spitali i thjeshtë me lidhëse

AKTIVITETI:

- ❖ Me ndihmën e mësuesit ekspert, familjarizohuni me mobiljet, shtratin dhe rrobat e spitalit në kabinetin e kujdesit mjekësor që simulon një dhomë spitali.
- ❖ Vizitoni një institucion të specializuar spitalor dhe vini re llojin e spitalit, si repartin dhe dhomën.
- ❖ Në çifte, palosni rrobat dhe rrobat e spitalit.
- ❖ Përgatitja dhe ndërrimi i shtratis spitalor për një pacient të palëvizshëm
- ❖ Demonstroni ngritjen e një shtrati të hapur.
- ❖ Demonstroni ndërrimin e rrobave spitalore.



KAM MËSUAR DHE JAM NË GJENDJE:

- ✓ të definoj një dhomë spitali,
- ✓ të përshkruaj karakteristikat e mobiljeve spitalore, shtratis dhe veshjeve, si dhe
- ✓ të etiketoj si duhet çarçafët dhe rrobat e spitalit,
- ✓ të përdor teknikën e vendosjes së shtratis të hapur dhe ndërrimit të mbulesave për një pacient të palëvizshëm.

1.3.3. Pranimi në spital dhe lirimi i pacientit



E DI: Mund të shkojmë në spital për mjekim që është planifikuar paraprakisht përmes takimit tim ose në rast aksidenti trafiku dhe për këtë nevojiten disa dokumente. Pas përfundimit të trajtimit, mjeku ofron terapi në shtëpi dhe cakton një kontroll.

DUA TË DI: Çfarë është pranimi dhe lirimi i personit të sëmurë, vizita te mjeku, cilat janë karakteristikat e tyre, çfarë dokumentesh nevojiten dhe si kryhet.

DUA TË JEM NË GJENDJE: Të plotësoj dokumentacionin gjatë pranimit dhe lirit të një personi të sëmurë dhe të demonstroj procedurën e zbatimit të tyre. Për të përgatitur materiale për një vizitë mjekësore.

Trajtimi i të sëmurëve mund të bëhet në kushte shtëpie, ambulatorë (dhënia e injeksioneve, fasho), por në rast të përkeqësimit të shëndetit është i nevojshëm edhe trajtimi spitalor në institucion shëndetësor ose shtrimi në spital. Trajtimi spitalor zgjat rreth 7-10 ditë. Tendenca është që ai të jetë efikas dhe me kohëzgjatje më të shkurtër, domethënë të ofrojë shërbim shëndetësor sa më të përshtatshëm për pacientin dhe koha e shtrimit në spital të shkurtohet për të ulur shpenzimet e trajtimit. Mund të zgjasë më shumë nëse shfaqen komplikime. Procesi i shtrimit në spital ka tri faza kryesore:



Menaxhimi joefikas i ndonjë prej fazave mund të shkaktojë një mospërputhje midis nevojave të pacientit dhe kapaciteteve spitalore.

1.3.3.1. Pranimi i pacientit në spital

Pranimi i pacientit në trajtimin spitalor bëhet sipas një protokolli të caktuar dhe varet nga urgjenca e gjendjes shëndetësore dhe përbëhet nga aspekte mjeko-administrative dhe sanitare.

Pranimi mjekësor-administrativ është regjistrimi ose regjistrimi i pacientëve në librat spitalorë, ditarët spitalorë, regjistrat, për efekt të evidencës së institucioneve shëndetësore. Përmes kësaj pjese të receptionit, mësohet se cili pacient është trajtuar, për çfarë, sa ka zgjatur trajtimi. Krahas të dhënave individuale, bëhen raporte përmbledhëse ditore, javore, mujore dhe vjetore që japin informacion se sa pacientë janë ekzaminuar në total dhe sa janë trajtuar si pacientë të shtruar në institucionet shëndetësore. Nëpërmjet dokumentacionit mjekësor mësohet për shtrirjen e punës së spitalit.

ФЗОМ – Образец СУ

УПАТ БР. _____ Р _____ И _____ Б _____

ТЕРМИН: _____ (датум и час)

УПАТУВА: _____ ДО: _____

Здравствена установа: _____ Здравствена установа: _____

Место, Општина: _____ Место, Општина: _____

Специјалност: _____ Специјалност: _____

Лекар/аплатри/амбуланга: _____

Факсимил: _____

ПОДАТОЦИ ЗА ПАЦИЕНТОТ

Име и Презиме: _____ ЕЗБО/ЕМБГ: _____

Телефон: _____ Е - пошта: _____

Датум на раѓање: _____ Новороденче: _____

Регистарски број: _____

Странски осигуреник: _____

Град и држава на осигурување: _____ ЕНИС / Бр. на осиг. / Бр. на пасош: _____

УПАТ ЗА

СПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ/СУСПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ/ИНТЕРСПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ ПРЕГЛЕД

1	Специјалист / супспецијалист	
2	Дијагностичка лабораторија	
3	Дијагностичка процедура	

Дијагноза по МКБ 10: _____ Шифра по МКБ 10: _____ Опис на МКБ 10: _____

Опис: _____

Молам, се бара: _____

Датум на издавање на упатот: _____ Име и презиме на лекар: _____

Факсимил: _____

М.П. _____

Figura 1.29 Udhëzim për spital



Figura 1.30 Identifikimi shëndetësor



Figura 1.31 Kartela personale

Pacientët që shtrohen dhe nuk janë urgjent në klinikën përkatëse speciale ambulatorie në spital duhet të kenë një referim spitalor (fig. 1.29), një kartë identifikimi shëndetësor (fig. 1.30) dhe një dokument identifikimi (fig. 1.31 – letërnjoftim, pasaportë).

Nga kartela shëndetësore, si dokument individual, përveç të dhënave personale të pacientit: emri, mbiemri, data e lindjes, numri unik i identitetit, përmban edhe të dhëna se kush e mbulon sigurimin e pacientit, pra kush do të përballojë shpenzimet e ekzaminimeve. dhe trajtimi. Udhëzimi për spital merret nga një klinikë e përgjithshme ambulatorie nga një mjek amë. Në klinikën e specializuar ambulatorie, mjeku ekzaminon pacientin, e referon në ekzaminimet e nevojshme dhe, nëse ka indikacion për të qëndruar në trajtim spitalor, plotëson kartelën të pranimit të pacientit (Fig. 1.32). Ky dokument përmban të dhënat e përgjithshme të pacientit (emri dhe mbiemri, mosha, adresa), diagnoza, terapia, nëse nevojiten disa analiza dhe koha kur ai është shtruar. Procesverbali i pranimit të pacientit duhet të ketë nënshkrimin e mjekut, në mënyrë që të dihet se cili mjek është përgjegjës për pranimin e pacientit. Në të njëjtën kohë, pacienti futet në një ditar ambulator me të gjitha të dhënat e nevojshme nga libri shëndetësor, diagnoza, terapia. Sot, me futjen e një sistemi unik informacioni në shëndetësi, të njëjtat të dhëna futen njëkohësisht në regjistrat kompjuterikë.

Упат Бр. _____

ЗАЛС ЗА ПРИЕМ НА БОЛНИОТ

Име (презиме име) и презиме на Болнички: _____

Име на пациент (име и презиме): _____

Место: _____

Место на болнички: _____

Улица и Број: _____

Село: _____

Пациент на болнички на (датум): _____

Во: _____

Части на: _____

Место на прием: _____

1. Најте Деловна: _____

2. Деловна према: _____

3. Деловна према: _____

4. Деловна према: _____

5. Деловна према: _____

6. Деловна према: _____

7. Деловна према: _____

8. Деловна према: _____

9. Деловна према: _____

10. Деловна према: _____

11. Деловна према: _____

12. Деловна према: _____

13. Деловна према: _____

14. Деловна према: _____

15. Деловна према: _____

16. Деловна према: _____

17. Деловна према: _____

18. Деловна према: _____

19. Деловна према: _____

20. Деловна према: _____

21. Деловна према: _____

22. Деловна према: _____

23. Деловна према: _____

24. Деловна према: _____

25. Деловна према: _____

26. Деловна према: _____

27. Деловна према: _____

28. Деловна према: _____

29. Деловна према: _____

30. Деловна према: _____

31. Деловна према: _____

32. Деловна према: _____

33. Деловна према: _____

34. Деловна према: _____

35. Деловна према: _____

36. Деловна према: _____

37. Деловна према: _____

38. Деловна према: _____

39. Деловна према: _____

40. Деловна према: _____

41. Деловна према: _____

42. Деловна према: _____

43. Деловна према: _____

44. Деловна према: _____

45. Деловна према: _____

46. Деловна према: _____

47. Деловна према: _____

48. Деловна према: _____

49. Деловна према: _____

50. Деловна према: _____

51. Деловна према: _____

52. Деловна према: _____

53. Деловна према: _____

54. Деловна према: _____

55. Деловна према: _____

56. Деловна према: _____

57. Деловна према: _____

58. Деловна према: _____

59. Деловна према: _____

60. Деловна према: _____

61. Деловна према: _____

62. Деловна према: _____

63. Деловна према: _____

64. Деловна према: _____

65. Деловна према: _____

66. Деловна према: _____

67. Деловна према: _____

68. Деловна према: _____

69. Деловна према: _____

70. Деловна према: _____

71. Деловна према: _____

72. Деловна према: _____

73. Деловна према: _____

74. Деловна према: _____

75. Деловна према: _____

76. Деловна према: _____

77. Деловна према: _____

78. Деловна према: _____

79. Деловна према: _____

80. Деловна према: _____

81. Деловна према: _____

82. Деловна према: _____

83. Деловна према: _____

84. Деловна према: _____

85. Деловна према: _____

86. Деловна према: _____

87. Деловна према: _____

88. Деловна према: _____

89. Деловна према: _____

90. Деловна према: _____

91. Деловна према: _____

92. Деловна према: _____

93. Деловна према: _____

94. Деловна према: _____

95. Деловна према: _____

96. Деловна према: _____

97. Деловна према: _____

98. Деловна према: _____

99. Деловна према: _____

100. Деловна према: _____

Figura 1.32. Regjistrimi i pranimit të pacientit

Forma e historisë së sëmundjes (ИСТОРИЈА НА БОЛЕСТА) përfshin të dhëna personale, mjekësore dhe mjekim. Përfshijë:

- Informacione personale:** Emri i pacientit, adresa, data e lindjes, gjinia, shënimet e gjatësisë dhe peshës.
- Historia e sëmundjes:** Niveli i edukimit, vendi i punës, lloji i punës, vendi i jetesës, lloji i transportit dhe shënimet e sëmundjeve të mëparshme.
- Mjekimi dhe shërimi:** Data e pranimit në spital, shënimet e mjekimit dhe shëritjes, lloji i mjekimit dhe shëritjes.
- Statistika dhe shënimet tjera:** Vendi i jetesës, lloji i transportit, shënimet e sëmundjeve të mëparshme.

Figura 1.33 Historia e sëmundjes

Më pas pacienti regjistrohet në regjistër dhe merr një numër registri dhe një histori të sëmundjes. Historia e sëmundjes (fig. 1.33) është dokument mjeko-juridik i përbërë nga dy fletë. Në faqen e parë shënohen informacionet bazë të përgjithshme, diagnoza referuese, data e pranimit, numri i sigurimeve shoqërore, informacioni për mbajtësin e sigurimit etj. Në faqen e dytë plotësohet historia dhe statusi i pacientit dhe në faqen e tretë dhe të katërt shënohet ecuria e sëmundjes dhe terapia (decursus morbi) për çdo ditë individualisht. Ai përmban rezultatet e të gjitha ekzaminimeve dhe ekzaminimeve shtesë, barnat e administruara, diagnozën përfundimtare dhe përfundimin mbi rezultatin e sëmundjes. Ky dokument mund të përdoret edhe si dokument gjyqësor. Me hapjen e historikut të sëmundjes hapet edhe një fletë statistikore dhe të dhënat e saj përdoren nga institutet e statistikave shëndetësore. Pjesa tjetër e pranimit mjeko-administrativ kryhet në repartin e spitalit. Pas pranimit, pacienti i ri regjistrohet në librin e repartit. Në të njëjtën kohë hapet lista e temperaturës (Fig. 1.34), pacienti vendoset në një shtrat spitalor të përgatitur paraprakisht dhe i maten shenjat vitale.

Lista e temperaturave (ТЕМПЕРАТУРНА ЛИСТА) është një tabelë me kolona të ndryshme për të dhëna personale, data të ndryshme dhe shënime mjekësore. Përfshijë:

- Informacione personale:** Emri i pacientit, adresa, data e lindjes, gjinia, shënimet e gjatësisë dhe peshës.
- Historia e sëmundjes:** Niveli i edukimit, vendi i punës, lloji i punës, vendi i jetesës, lloji i transportit dhe shënimet e sëmundjeve të mëparshme.
- Mjekimi dhe shërimi:** Data e pranimit në spital, shënimet e mjekimit dhe shëritjes, lloji i mjekimit dhe shëritjes.
- Statistika dhe shënimet tjera:** Vendi i jetesës, lloji i transportit, shënimet e sëmundjeve të mëparshme.

Figura 1.34 Lista e temperaturave

Më pas e prezanton me rregullat e shtëpisë, i jep terapi ose merr material për analizat e përcaktuara. Ndërsa me durim, dashamirësi dhe respekt ndaj pacientit, ai u përgjigjet pyetjeve dhe kërkesave të tij për të fituar besimin e tij në personelin shëndetësor.

Përpunimi sanitar, pas pranimit, përfshin ekzaminimin dhe përgatitjen për qëndrim në repartin e spitalit. Pacientët që vijnë duhet të kontrollojnë gjithmonë lëkurën dhe flokët e tyre për infeksione të mundshme të lëkurës. Para pranimit, pacientët udhëzohen të vijnë të larë dhe të përgatitur në mënyrë higjienike për trajtimin spitalor (larje, larje flokësh, shkurtim thonjve, shkurtim flokësh, rruajtje të burrave, etj.), për të sjellë me vete rroba dhe këpucë të pastra spitalore. Nëse nuk janë gati, përgatitja higjienike kryhet në repart (dush), pacientët marrin rroba të pastra spitalore, të cilat i përgjigjen përmasave, moshës dhe gjinisë së pacientit. Me një fustan spitali të ngushtë, pacienti do të ndihej jo rehat, do ta shtrëngonte atë dhe do ta shtypte dhe fërkonte lëkurën. Pacienti i lë rrobat e tij personale në gardërobë dhe ato duhet të jenë të pastra.

Në shumicën e rasteve, të sëmurët vijnë nga shtëpia të përgatitur si duhet, duke ndjekur rekomandimet e marra më parë për përgatitje.

Një lloj i veçantë i pranimit të pacientit është pranimi urgjent. Me termin rast emergjent ose urgjent, pra i sëmurë nënkuptojmë situata në të cilat ekziston rreziku i rrezikshëm për jetën, pra të ofrohet urgjentisht një shërbim shëndetësor. Pacientët urgjentë janë si më poshtë:

- Me gjakderdhje të brendshme dhe të jashtme
- Me temperaturë të lartë
- Të vjella të shpeshta me dehidrim
- Të kafshuar nga insekte dhe zvarranik (bleta, gremza, gjarpëri, merimanga)
- Me ndonjë truo të panjohur në kanalet e frymëmarrjes ose në sy
- Me dhimbje në veshkë dhe abdomen
- Dhimbje të zemrës
- Leone
- Në gjendje pa vetëdije
- Asfiksion
- Ndalim të funksioneve jetësore

Procedura mjekësore-administrative dhe sanitare për këta pacientë është shkurtuar. Ata nuk duhet të kenë rekomandim spitalor dhe kartë shëndetësore, sepse duhet t'u jepet ndihmë mjekësore sa më shpejt të jetë e mundur. Për këta pacientë, vetëm informacioni i përgjithshëm bazë duhet të regjistrohet në ditarin ambulator.

Të dhënat merren nga një dokument i pacientit dhe nëse pacienti është i vetëdijshëm mund t'i komunikojë vetë, por nëse nuk është në gjendje mund të merret nga dikush që e shoqëron. Në regjistrin e ambulancës shtohet se është pranuar një rast urgjent, në sa ora është pranuar dhe kush e solli. Kjo bëhet në mënyrë që të mund të identifikohet pacienti, nëse është e nevojshme të informohet familja e tij. Pjesa tjetër e pranimit administrativ bëhet kur pacienti është më mirë. Procedura sanitare konsiston në përpunimin lokal të vendit të lëndimit dhe është shumë më i shpejtë se pritja e zakonshme. Më vonë, me përmirësimin e gjendjes, procedura sanitare duhet të kryhet plotësisht.

Komunikimi me pacientin është aftësia më e rëndësishme në punën e përditshme në institucionet shëndetësore, për të diagnostikuar, trajtuar dhe ndërtuar me sukses një marrëdhënie të mirë me pacientin. Një qasje individuale ndaj pacientit dhe familjes varet nga: interesi i pacientit, gjendja e përgjithshme shëndetësore, gjendja aktuale e pacientit, kushtet e jetesës së pacientit. Mbështetja sociale dhe familjare mund të përmirësojë ndjeshëm mirëqenien emocionale të pacientit.

1.3.3.2. Mjekimi spitalor

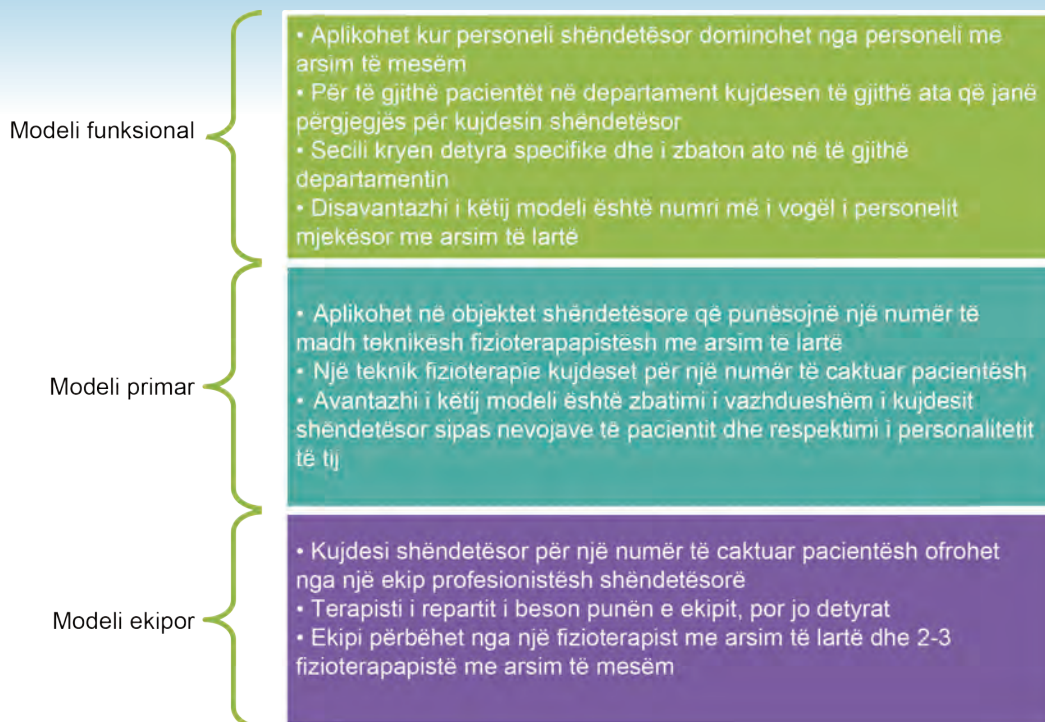
Fizioterapisti si pjesë e ekipit shëndetësor ka detyrën bazë të organizojë punën e tij. Zakonisht organizohet në dy turne dhe plani dhe orari i punës janë përgjegjësi e terapistit përgjegjës. Planit dhe orari duhet bërë për një periudhë më të gjatë kohore, për të koordinuar kohën e lirë, pushimet dhe ditët e sëmundjes.

Numri i teknikëve të fizioterapisë në turne duhet të jetë në përpjesëtim me volumin e punës. Gjatë krijimit të orarit të punës duhet pasur parasysh sa vijon:

- Orari i punës dhe bashkëpunimi me aktivitete të tjera në spital (laborator, rentgen);
- Kohëzgjatja e detyrave të caktuara të punës (kohëzgjatja e procedurave të caktuara fizioterapeutike dhe kinetike, shpërndarja e barnave dhe ushqim);
- Koha për ngjarje të paparashikuara;
- Planit i punës së Teknikut të Fizioterapisë i cili përfshin të gjithë punën e departamentit në çdo ndërrim.

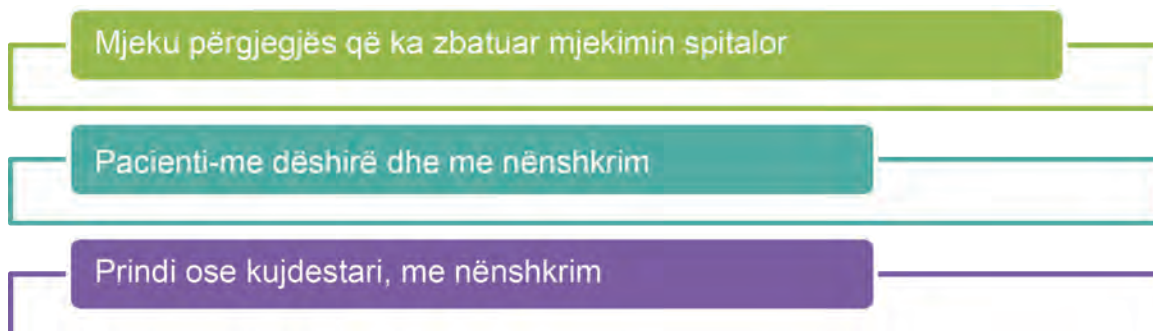
Fizioterapisti që përfundon punën ia dorëzon turnin personit tjetër që vazhdon punën në një proces dorëzimi. Ai po përcjell informacione të rëndësishme për pacientin. Teknikët e fizioterapisë komunikojnë me gojë dhe me shkrim, duke siguruar kujdes shëndetësor gjithëpërfshirës dhe kujdes ndaj pacientit gjatë qëndrimit të tyre në spital. Mësimi me shkrim është i detyrueshëm dhe bëhet në bazë të dokumentacionit mjekësor. Leksioni me gojë zhvillohet në dhomën e spitalit pranë shtratit të pacientit dhe është vetëm një shtesë e asaj me shkrim. Mësimi i mirë kërkon organizim të mirë të punës së shërbimit mjekësor dhe “mbivendosje” .

Pas përfundimit të procesit të dorëzimit, fizioterapisti duhet të kalojë në detyrat e tij të punës, pra të ofrojë kujdes shëndetësor si pjesë e një ekipi shëndetësor. Modelet bazë të kujdesit shëndetësor janë:



1.3.3.3. Lëshimi i pacientit nga spitali

Pas trajtimit spitalor, vijon faza e tretë, pra lirimi i pacientit. Pacientët mund të dalin nga spitali me vendim të:



Me daljen e pacientit nga spitali kryhet një procedurë e caktuar mjekësore-administrative. Pacientit i jepet një letër lëshimi (Fig. 1.35). Ky është dokument mjekësore-ligjore, në të cilin shënohen të dhënat e përgjithshme të pacientit, diagnoza, koha e qëndrimit, terapia që duhet të marrë. Është shkruar në dy kopje, secila prej të cilave i jepet pacientit që të mundet i shërbeu për rregullimin e pushimeve mjekësore, terapisë, kujdesit, kontrollit etj., ndërsa tjetra mbetet në historikun e sëmundjes, në arkivin e spitalit.

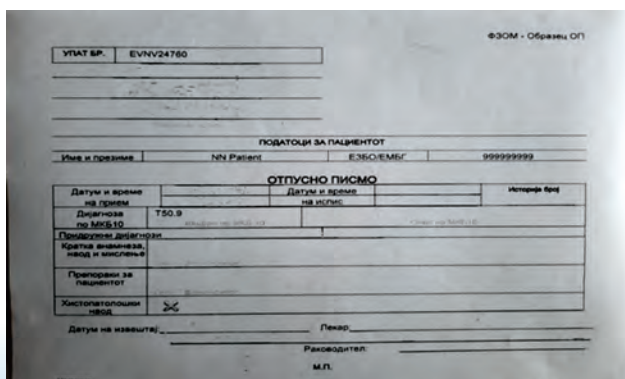


Figura 1.35 Letër lëshimi

Pacientët mund të renditen si të shëruar, në gjendje të përmirësuar, jo të shëruar dhe të vdekur. Gjatë përshkrimit, detyra e mjekut, infermierit dhe fizioterapistit është që:

Ata i japin këshilla pacientit për kujdesin e duhur, higjienën, ushqyerjen, mënyrën e jetesës dhe marrjen e terapisë

Shpjegoi se si të silllet për të parandaluar ri-infeksionin, nëse ishte një sëmundje infektive

Kujdesi, higjiena dhe ushqimi iu shpjegua amvisave për të shmangur komplikimet të personat me aftësi të kufizuara, të palëvizshme, të paralizuara

Ata trajnojnë pacientin ose disa nga anëtarët e familjes (në rast diabeti mellitus kur marrin insulinë) se si të aplikojnë terapinë

Kur shkruajnë, pacientët ndihen të gëzuar dhe munden me gabim t'i vlerësojnë aftësitë e tyre.. Duke vepruar kështu, ata bëhen tepër aktivë, si fizikisht ashtu edhe mendërisht, gjë që mund të ndikojë negativisht në gjendjen e tyre shëndetësore. Pacientët pas daljes nga spitali janë konvaleshent dhe ju duhet kohë për t'u rikuperuar. Prandaj, pacientëve u jepen këshilla për një regjim higjieno-dietik dhe shenjat e përkeqësimit shfaqen që të mund të intervenohet me kohë.

Arsyet për ndërprerjen arbitrare të trajtimit mund të jenë të ndryshme:

- Pacienti është i pakënaqur me trajtimin mjekësor
- Arsyet financiare
- Arsyet personale.

Nëse pacienti lirohet me kërkesën e tij ose me kërkesën e prindit ose kujdestarit dhe mjeku konsideron se trajtimi spitalor nuk ka përfunduar, është e nevojshme që pacienti të nënshkruajë një deklaratë me shkrim. Me këtë deklaratë, në rast përkeqësimi apo vdekjeje të pacientit, mjeku lirohet nga përgjegjësia.

AKTIVITETI:

- ❖ Plotësoni dokumentet: të dhënat e pranimit të pacientit, historia e sëmundjes, lista e lëshimit dhe temperatura duke përdorur ID-në tuaj shëndetësore.
- ❖ Përgatitni një plan ditor pune sipas modelit të punës së një fizioterapisti.
- ❖ Nëpërmjet punës në çift, ai fiton aftësinë e këshillimit të një pacienti në varësi të gjendjes së tij

1.3.4. Vizita mjekësore

Gjatë trajtimit spitalor, pacienti vizitohet në dhomën e spitalit nga profesionistë shëndetësorë për qëllime të ndryshme. Vizita mjekësore është vizitë zyrtare, profesionale e pacientit nga mjeku dhe personeli tjetër mjekësor në një kohë të caktuar. Përpara kryerjes së vizitës mjekësore përgatitet:

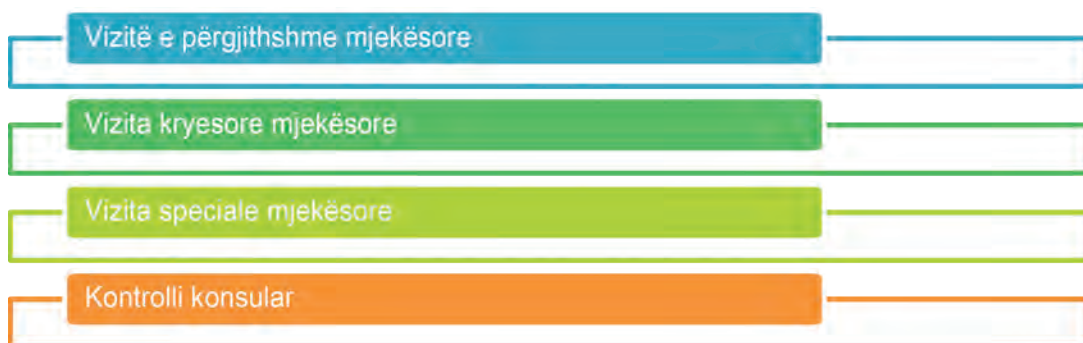


Reparti i spitalit duhet të pastrohet, dhomat e spitalit të pastrohen, të ajrosen dhe të ngrohen.

Infermierja përgatit pacientët për vizitë mjekësore nëse janë të sëmurë rëndë dhe nëse janë të lëvizshëm mund të përgatiten vetë. Ata duhet të vishen në mëngjes, të vishen me rroba të pastra spitali dhe të rregullojnë shtratin e tyre. Pjesët e ndotura të shtratit janë ndryshuar. Shenjat vitale duhet të maten dhe të regjistrohen si duhet në grafikun e temperaturës.

Materiali për vizitën mjekësore përgatitet nga infermierja në një tavolinë të lëvizshme. Përpara vizitës te mjeku, rezultatet e ekzaminimeve vendosen në anamnezën e pacientit. Fizioterapisti i referohet vizitës së mjekut për ecurinë dhe ecurinë e pacientit gjatë trajtimeve që po kryhen.

Vizita te mjeku mund të jetë:



Vizita e përgjithshme mjekësore e mëngjesit (Fig. 1.36) zakonisht kryhet nga ora 8 deri në 9 të mëngjesit. Në këtë vizitë mjekësore marrin pjesë mjeku përgjegjës për të sëmurët nga dhoma e spitalit, mjeku përgjegjës i repartit të spitalit, mjekë të tjerë të pavijonit, praktikantë, infermierja e repartit dhe infermierja përgjegjëse për

atë dhomë spitali. Nëse është objekt spitalor ku kryhet fizioterapia dhe rehabilitimi mjekësor, në vizitë marrin pjesë edhe teknikë fizioterapie. Për këtë vizitë mjekësore përdoret materiali i zakonshëm, ndërsa mjeku mëson individualisht gjendjen e pacientëve. Pacientët ekzaminohen, – lexohen rezultatet e laboratorit dhe analizave të tjera klinike dhe më pas përcaktohet terapia dhe dieta, e cila shënohet në listën e temperaturës. Nëse ka indikacione, pacienti mund të referohet në ekzaminime të tjera. Qëndrimi i sotëm modern është që të bëhet një vizitë rreth orës 14, para përfundimit të orarit të punës, për të analizuar rezultatet e ekzaminimeve të përshkruara nga vizita e mëngjesit të mjeku. Gjatë kësaj vizite mjekësore vizitohen pacientët e sapo pranuar, si dhe pacientët të cilët janë operuar në ditën aktuale.



Figura 1.36 Vizita e përgjithshme në mëngjes

Vizita e përgjithshme mjekësore e mbrëmjes bëhet rreth orës 18 nga mjeku kujdestar dhe infermierja kujdestare. Gjatë kësaj vizite mjekësore, mjeku njihet me gjendjen e përgjithshme të pacientëve dhe u përshkruan terapi vetëm për lehtësimin e dhimbjeve, nëse e kanë, për uljen e temperaturës së ngritur të trupit, për pagjumësinë dhe korrigjimin e terapisë në rast të përkeqësimit të gjendjes. Qëllimi i kësaj vizite mjekësore është që të sëmurët të monitorohen, të kalojnë natën më lehtë dhe të pushojnë.

Vizita kryesore mjekësore e repartit të spitalit kryhet një herë në javë. Në këtë vizitë mjekësore marrin pjesë të gjithë mjekët e repartit të spitalit, drejtori/drejtuuesi i spitalit, kryeinfermieri dhe fizioterapisti, si dhe infermierë e fizioterapistë të tjerë. Gjatë vizitës mjekësore diskutohet gjendja e pacientëve, lloji i ekzaminimeve dhe mënyra e trajtimit. Mjekët konsultohen për të zbatuar terapi më të mirë dhe më efektive për pacientët, duke respektuar njohuritë dhe përvojën e mjekëve më me përvojë. Për këtë vizitë mjekësore, infermierja përgatit materialin e zakonshëm, si dhe material për fasha, shpime etj., në varësi të repartit. Kjo vizitë mjekësore kryhet në mëngjes, rreth orës 9 të mëngjesit, pas vizitës mjekësore të mëngjesit dhe zgjat rreth 2 orë.

Vizita e veçantë mjekësore kryhet nëse mjeku përgjegjës i pavijonit ose mjeku i dhomës duhet të kryejë një ndërhyrje te pacienti në dhomën e spitalit. Me atë rast

përgatitet material për fasha, heqje të qepjeve, në repartet e sëmundjeve të brendshme, material për punksiione, biopsi apo intervenime të tjera apo vendosje të ortezave dhe protezave, në të cilat merr pjesë fizioterapisti. Kjo vizitë mjekësore kryhet çdo ditë, por jo për të gjithë pacientët, por vetëm për ata që kanë vëzhgime, qasje apo trajtim të veçantë mjekësor.

Ekzaminim konzilijar është vizitë dhe ekzaminim nga një mjek specialist i një specialiteti tjetër në dhomën e spitalit të pacientit. Në këtë vizitë mjekësore marrin pjesë mjeku i dhomës, infermierja e dhomës dhe mjeku konsullor i cili ftohet të vijë me shkrim. Qëllimi i kësaj vizite është që mjeku konsullor të ekzaminojë pacientin dhe të japë mendimin e tij në lidhje me gjendjen e pacientit, të përcaktojë terapinë dhe nëse është e nevojshme ekzaminime shtesë. Ky ekzaminim bëhet nëse pacienti, përveç sëmundjes parësore, ka edhe një sëmundje tjetër ose ndryshime nga një organ apo sistem tjetër. Për shembull, në departamentin e sëmundjeve të syrit, nëse pacienti përveç sëmundjes së syrit ka shenja dhimbjeje në zemër, takikardi, presion të lartë të gjakut, thirret një kardiolog nga departamenti i kardiologjisë. Mjeku vendos mendimin e tij me shkrim në historikun e sëmundjes si raport nga vizita.

AKTIVITETI:

- ❖ Përgatitja e materialeve mjekësore për vizitë mjekësore.
- ❖ Përgatitja e një raporti mbi ecurinë e pacientit si rezultat i trajtimit fizioterapi.



MËSOVA TË:

- ✓ dalloj pjesët e një shtrati spitalor sipas karakteristikave të tyre,
- ✓ përshkruaj dhe demonstrojnë një dhomë spitali, shtrat dhe veshje, karakteristikat e tyre,
- ✓ shpjegoj procedurat për shtrimin e një pacienti në spital,
- ✓ përshkruaj karakteristikat e pranimit të pacientit urgjent.

MUNDEM TË:

- ✓ jem i diplomuar dhe rendit linjat dhe rrobat e spitalit,
- ✓ plotësoj dokumentacionin mjekësor për pranimin administrativ dhe shkarkimin e një personi të sëmurë që përdor IT,
- ✓ komunikoj me pacientin dhe familjen e tij në një stil dhe gjuhë të afërt me pacientin.

1.4. Pozicionet dhe transporti i pacientit



E DI: Kur shtrihemi në shtrat, të gjithë marrim një pozicion komod dhe të këndshëm për ne dhe në këtë mënyrë lirojmë muskujt dhe pushojmë. Kam parë transportin e pacientëve gjatë aksidenteve në komunikacion.

DUA TË DI DHE TË JEM NË GJENDJE:

- Çfarë pozicionesh merr pacienti në shtrat dhe kur?
- Të vendos saktë pacienti në pozicionin e duhur.
- Të shpjegoj dhe kryej lëvizjen, ngritjen, kthimin dhe transferimin e pacientit.
- Të përshkruaj shqetësimet fizike dhe zbatoj teknika për parandalimin dhe trajtimin e tyre.

1.4.1. Pozicionet e pacientit në shtrat

Gjatë qëndrimit në spital, pacienti e kalon shumicën e kohës në dhomën e spitalit, pra në shtratin e spitalit. Duke marrë parasysh fiziologjinë e trupit të njeriut, është e nevojshme që trupi i pacientit të vendoset në pozicionin e duhur. Para së gjithash, vendosja e pacientit në shtrat përfshin mirëmbajtjen e duhur të homeostazës neutrale të pozicionit të trupit dhe parandalimi i hiperekstensionit dhe rrotullimit anësor për të parandaluar komplikime të tilla si ngurtësia dhe lëndimi. Kështu, për shembull, gjatë marrjes së mostrës për ekzaminim, në kirurgji ose në procedura të tjera, pozicioni i duhur i pacientit siguron ekspozim optimal në vendin e trajtimit nga njëra anë dhe ruajtjen e dinjitetit të pacientit duke kontrolluar ekspozimin e panevojshëm nga ana tjetër. . Vendosja e pacientëve në një pozicion të caktuar në shtrat lejon kalimin e rrugëve të frymëmarrjes dhe ruajtjen e një gjendje të mirë trupore.

Qëllimi i vendosjes së pacientit në pozicionin e duhur është mbrojtja e tij nga lëndimet, shqetësimet fiziologjike dhe palëvizshmëria, kurse në të njëjtën kohë të ketë një pamje të mirë të anëtarëve të ekipit mjekësor gjatë kryerjes së manipulimeve të caktuara. Për më tepër, komoditeti i pacientit duhet të jetë i rëndësishëm, domethënë të shmangët presioni dhe dëmtimi i nervave, shtrirja dhe përdredhja e panevojshme e trupit, si dhe qarkullimi venoz i patrazuar. Pozicioni në të cilin zakonisht vendosen pacientët në shtrat është **pozita në shpinë** (Fig. 1.37), pra pacienti shtrihet në shpinë, me kokën dhe shpatullat pak të ngritura për shkak të përdorimit të jastëkut. Ky pozicion ofron rehati për pacientin dhe përdoret për ekzaminime dhe vlerësime fizike të trupit, rikuperim pas disa llojeve të operacioneve etj.



Figura 1.37 Pozicioni në shpinë

Variacionet e këtij pozicioni janë të mundshme, ku këmbët mund të jenë pak të përkulura në gjunjë, kurse duart në bërryla dhe të pozicionuara lart ose poshtë.

Pacienti në shtrat merr pozicionet e mëposhtme:

- **Pozicioni aktiv** – merret nga pacientë të ndërgjegjshëm dhe të lëvizshëm, të cilëve sëmundja u lejohe të pozicionohen sipas dëshirës. Ata mund të përmbushin në mënyrë të pavarur nevojat fiziologjike, higjienën personale dhe ushqimin.
- **Pozicioni pasiv** – merret nga pacientët në gjendje të pavetëdijshme, koma, temperaturë të lartë, të palëvizshëm dhe të paralizuar. Në të shumtën e rasteve ata zënë një pozicion horizontal në shtrat, pra një pozicion në të cilin gjenden, nuk mund ta ndryshojnë atë dhe mbeten ashtu siç i rregullojmë ne.
- **Pozicioni i detyruar** – merret nga pacientët për shkak të sëmundjes, për të lehtësuar gjendjen e tyre dhe për trajtime dhe ekzaminime të caktuara mjekësore. Pozicioni i detyruar mund të jetë:



Pozicioni i Fowler-it (Fig. 1.38) quhet pozicion gjysmë ulur, sepse pacienti në shtratin e spitalit shtrihet në shpinë, me kokën e ngritur në një lartësi prej 45° deri në 60°. Ai u emërua pas kirurgut amerikan George Rayson Fowler (1848–1906), i cili e përshkroi për herë të parë sepse ai vuri re ulje të vdekshmërisë në pacientët me peritonit në këtë pozicion. Ekzistojnë tre variacione të këtij pozicioni:

- Fauler i ulët nga 15° në 30°.

- Fauler mesatar prej 30° në 45°.
- Fauler i lartë – pothuajse në kënd të drejtë.

Ky pozicion diktohet nga disa sëmundje, por mund të jetë edhe për lehtësim, për shembull, tek gratë shtatzëna. Përdoret të pacientët që kanë vështirësi në frymëmarrje sepse zgjeron mushkëritë. Sepse në këtë pozicion, graviteti e tërheq diafragmën poshtë dhe lejon zgjerim më të madh të gjoksit dhe mushkërive. Indikohet në pacientët me sëmundje respiratore, kardiake dhe neurologjike, si dhe në ushqyerjen me tuba nazogastrike dhe në gratë shtatzëna. Pacienti mund të kalojë një kohë të gjatë në këtë pozicion, madje edhe duke fjetur. Përveç kësaj, përdoret si preparat për pacientët për vertikalizimin dhe ecjen.



Figura 1.38 Pozicioni i Fowler-it 45°-60°

Në spitalet tona ka shtretër të veçantë për këtë pozicion me mekanizma rregullimi. Në rast se nuk kemi një shtrat të tillë në disa spitale ose pacienti është në kujdesin shtëpiak, atëherë përgatitet materiali i mëposhtëm:

- Gjashtë-shtatë jastëkë,
- Topa pambuku ose gjevrek kundër dekubitit.



Figura 1.39 Pozicioni i Fowler-it me jastëk

Materiali i përgatitur i silltet pacientit dhe procedura kryhet në rendin e mëposhtëm (Fig. 1.39):

- paketimi është bërë nga mbulesa,
- pacienti vendoset në një pozicion ulur,

- jastëkët vendosen në formën e shkronjës “A”:
 - o një jastëk përshtatet normalisht
 - o dy jastëkë vendosen për së gjati në mënyrë që në pjesën e poshtme një pjesë janë të ndara, kurse në pjesën e sipërme bashkohen
 - o jastëku i tretë vendoset në mënyrë tërthore drejt pjesës së sipërme të njëjës së jastëkëve.
- dy jastëkë vendosen nën krahë për së gjati,
- një jastëk i butë vendoset nën gjunjë,
- topa pambuku ose rrotulla antidekubitus vendosen nën thembra,
- shtrati është i rregulluar mirë.

Pozicioni meningeal (Fig. 1.40)

merren nga pacientë me sëmundje dhe lëndime të sistemit nervor qendror me rritje të presionit intrakranial, si p.sh. meningjiti. Këta pacientë shtrihen në anën e tyre, të kthyer nga burimi i dritës me kokën në shtrirje (të hedhur prapa) dhe një qafë të ngurtësuar. Gjymtyrët e sipërme janë të përkulura në nyjet e bërrylit, kurse gjymtyrët e poshtme janë të përkulura në gjunjë.



Figura 1.40. Pozicioni meningeal

Opisthotonus (Fig. 1.41) është pozicion i detyruar, i cili shfaqet në pacientët që vuajnë nga tetanozi. Është rezultat i veprimit të toksinës së mikroorganizmit clostridium tetani, gjatë së cilës ndodh një tkurrje (spazmë) e muskujve, gjatë së cilës të sëmurët prekin pjesën e pasme të kokës dhe thembrat.



Figura 1.41. Opisthotonus

Pozicioni Trendelenburg (Fig. 1.42) është pozicion që përfshin shtrirjen e pacientit në shpinë në një pozicion horizontal, me nivelin e kokës të ulur nën nivelin e gjymtyrëve të poshtme dhe gjymtyrët e sipërme të vendosura paralelisht me trupin.

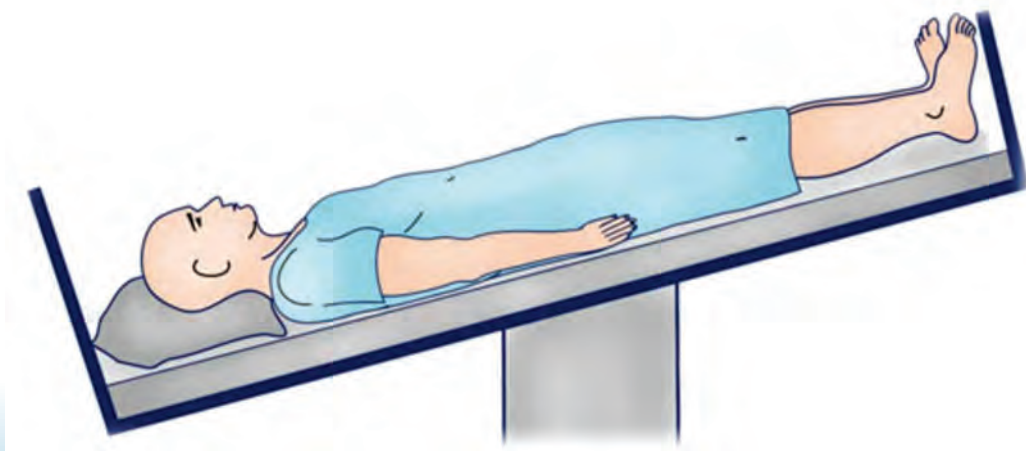


Figura 1.42 Pozicioni Trendelenburg

Pacientët me hipotension, hemorragji (gjakderdhje) ose kolaps vendosen në pozicionin Trendelenburg për oksigjenim më të mirë të indit të trurit. Pacienti qëndron në këtë pozicion për gjysmë deri në një orë ose më pak derisa simptomat të zhduken. Për pozicionin Trendelenburg ka shtretër të veçantë me mekanizëm, ku pjesa e poshtme e krevatit ngrihet në këmbë, në mënyrë që koka të jetë më e ulët. Në rast se nuk ka një shtrat të tillë, ju nevojiten:

- Gjashtë jastëkë
- Mushama tërthore dhe
- Fletë kryq.

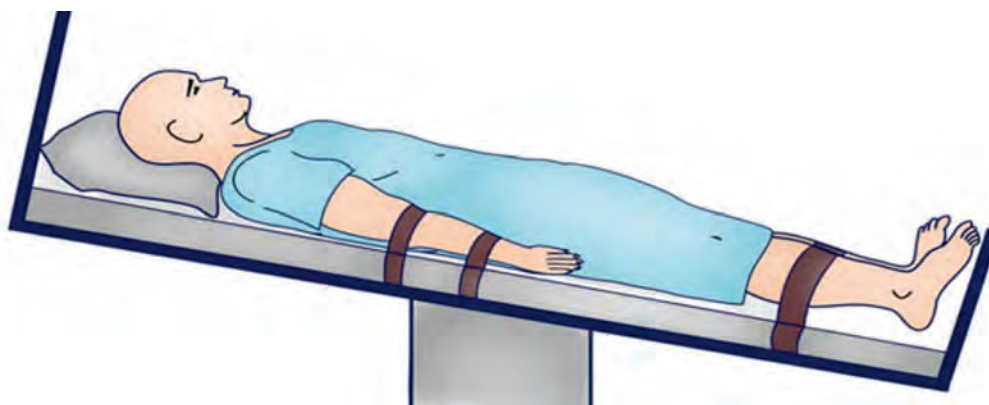


Figura 1.43 Pozicioni i kundërt i Trendelenburgut

Rendi i vendosjes së jastëkëve është si më poshtë:

- vendoset një jastëk në zonën e legenit,
- dy jastëkë në zonën e kofshës,
- tre në zonën e këmbëve të poshtme,
- asnjë jastëk nuk vendoset nën kokë.

Pozicioni i kundërt i Trendelenburgut (Fig. 1.43) siç sugjeron vetë emri, është e kundërta e pozicionit të Trendelenburgut. Pacienti shtrihet me shpinë në shtrat, me pjesën ku koka është në një nivel më të lartë se këmba e shtratit. Kështu vendosen pacientët me probleme gastrointestinale, si hernia hiatale, refluksi ezofageal, etj.

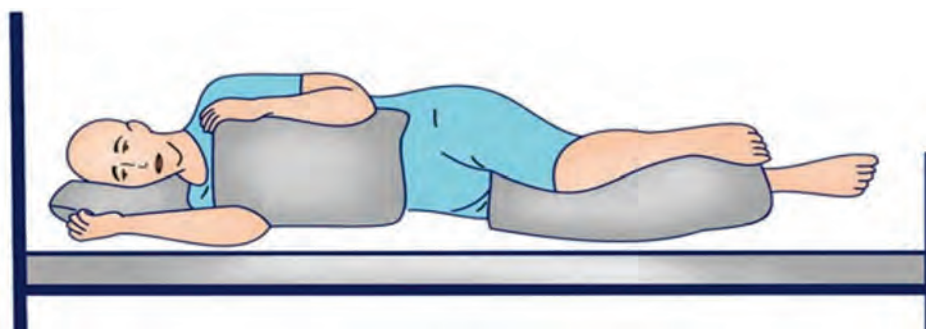


Figura 1.44 Pozicioni anësor

Kur pacienti shtrihet në njërën anë të trupit me kofshën e sipërme të përkulur dhe gjurin e pjesës së sipërme të këmbës, përpara këmbës së poshtme, flasim për një **pozicion anësor ose lateral** (Fig. 1.44). Vendosja e sipërme e këmbës para trupit

krijon një bazë më të gjerë mbështetjeje dhe arrihet një stabilitet më i madh. E gjithë kjo rezulton në një reduktim të lordozës, lehtësim të presionit në sakrum dhe thembra dhe në pjesën më të madhe të peshës trupore.

Shpërndahet në skapulën e poshtme, femurin dhe kofshën. Pacientët pasivë vendosen në një pozicion anësor për të parandaluar shfaqjen e dekubitit dhe për të lehtësuar gjendjen e pacientit.

Ky pozicion kërkon:

- 2 jastëk.
- 2 raunde leshi pambuku ose gjevrek anti-dekubitus.

Hapi i parë është që pacienti të kthehet në anën e tij dhe këmba të përkulet në gju. Një jastëk vendoset gjatësisht përpara pacientit për të mbështetur krahun e sipërm, kurse tjetri nën gjurin e përkulur. Topthat e pambukut vendosen poshtë gjurit dhe poshtë kyçit të pjesës së poshtme të këmbës.

Pozicioni i Oberholt (Fig. 1.45) merret nga pacientët me djegie të shpinës për të lehtësuar gjendjen. Këta pacientë shtrihen në bark me kokën në rrotullim anësor, ijet nuk janë të përkulura dhe krahët janë të përthyer në bërryla dhe të vendosura në lartësinë e kokës. Jastëkët vendosen poshtë kokës, barkut dhe këmbëve, të cilat janë në përkulje të lehtë.

Ky pozicion indikohet gjatë operacioneve neurokirurgjikale, pavetëdijes (dre-nazhi i sekrecioneve), si dhe pas operacionit në gojë dhe fyt.

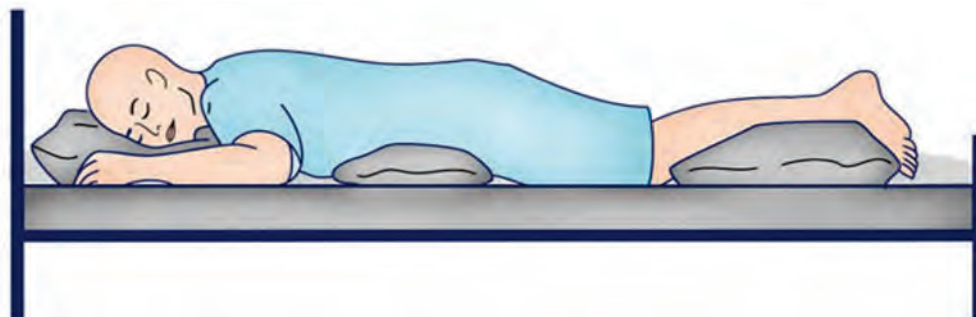


Figura 1.45 Pozicioni i Oberholt

Pacientët me infeksione respiratore, bronkit, bronhektazi vendosen në **pozicionin Kvinkerovit, drenazhor ose ortopneik** (Fig. 1.46), me qëllim që të largohet sekrecioni i akumuluar nga rrugët e frymëmarrjes dhe për të lehtësuar gjendjen. Pacienti mund të jetë në:

- një pozicion ulur në shtrat ose në anën e shtratit me një tavolinë, me disa jastëkë përpara tij, mbi të cilët ai mbështet bërrylat e tij, dhe
- i shtrirë në një shtrat të posaçëm (fig. 1.47).



Figura 1.46 Pozicioni i Kvinkerovit

Pacienti vendoset në këtë pozicion në mëngjes dhe në mbrëmje, qëndron për një kohë të shkurtër dhe më pas pozicionohet në pozicionin e Fowler-it. Materiali i mëposhtëm është duke u përgatitur për këtë pozicion:

- Një jastëk,
- Izolimi i jastëkëve (letër ose pëlhurë gomuar),
- Enë për ekspektorim (pellgu i veshkave),
- Një gotë ujë dhe një pecetë.



Figura 1.47. Shtretër të veçantë për vendosje në pozicionin e Kuinkerovit



Figura 1.48 Pozicioni i pëllëmbës kur frenazhojmë



Figura 1.49 Drenazh në pozicionin Kuinkerovit



Figura 1.50 drenazh te një foshnjë

Kur vendoset në këtë pozicion, fizioterapisti mund ta godasë lehtë shpinën e pacientit me pëllëmbët e tij (Fig. 1.48), gjë që lehtëson mekanikisht nxjerrjen e sekrecioneve (Fig. 1.49). Te fëmijët e vegjël dhe foshnjat vendosen në prehër, në kofshët e fizioterapistit me kokën poshtë (Fig. 1.50).

1.4.2. Teknika për lëvizjen, kthimin, uljen dhe transferimin e pacientit

Gjatë qëndrimit në spital, pacienti duhet të marrë pjesë në disa procedura që lidhen me mirëmbajtjen e shtratit dhe veshjeve spitalore. Gjatë çdo procedure rreth pacientit, nga më e thjeshta deri tek ajo më e ndërlikuara (ndërrimi i çarçafëve spitalor apo pozicionit të pacientit), është e nevojshme që fizioterapisti të zotërojë teknikat e lëvizjes, kthimit, uljes dhe transferimit të pacientit. Ekzekutimi i saktë i pozicionimit të pacientit parandalon dëmtimin si të pacientit ashtu edhe të fizioterapistit. Për këtë, është e nevojshme t'i përmbahen parimeve të mëposhtme:

1. Shpjegoni procedurën
 - Para çdo manipulimi, jepni pacientit një shpjegim për qëllimin dhe arsyen e ndryshimit të pozicionit të tij/saj.
 - Përshkruani se si do të vazhdojë procedura
2. Inkurajoni pacientin të ndihmojë sa më shumë që të jetë e mundur
 - Përcaktoni nëse i sëmurë mund të ndihmojë tërësisht apo pjesërisht.
 - Klientë që mund të ndihmojnë, duke kursyer energjinë dhe kohën e fizioterapistit.
 - Do të jetë një formë ushtrimi, do të rrisë pavarësinë dhe
3. Merrni ndihmën e duhur
 - Kur planifikoni të lëvizni ose ripoziciononi pacientin, kërkonti ndihmë nga të tjerët.
 - Pozicionimi nuk është detyrë e një personi.
4. Përdor mjete ndihmëse mekanike
 - Dërrasat e shtratit, dërrasat rrëshqitëse, jastëkët, ashensorët e pacientit dhe paterica mund të lehtësojnë ndryshimin e pozicioneve.
5. Rregulloni shtratin e pacientit
 - Rregulloni lartësinë e shtratit të pacientit në mënyrë që pesha të jetë e ngritur niveli i qendrës së gravitetit të teknikut të terapisë fizike
6. Ndryshoni shpesh pozicionin
 - Çdo pozicion nëse mbahet për një periudhë të gjatë mund të jetë i dëmshëm.
 - Lëvizja e pacientit çdo 2 orë ndihmon në parandalimin e komplikimeve.
7. Shmangni fërkimin
 - Kur lëvizni një pacient, ngrijeni në vend që ta rrëshqisni pacientin për të parandaluar fërkimin që mund të cenojë integritetin e lëkurës
8. Qëndrimi korrekt i trupit
 - Pozicionohu afër pacientit
 - Shmangni rrotullimin e gabuar të boshtit kurrizor, qafës dhe legenit. mbanë këmbët tuaja të gjera dhe përkulni ato në gjunjë,
 - Përdorni krahët dhe këmbët, jo shpinën.
 - Shtrengoni muskujt tuaj të barkut dhe gluteal në përgatitje për secilin një lëvizje.
 - Personi me ngarkesën më të madhe të ekipit koordinon të tjerët dhe fillon momentin e forcës duke numëruar deri në tre

Zhvendosja kryhet në pacientë të palëvizshëm, pasivë, kahektikë, komatozë dhe qëllimi i saj është të mundësojë ndërrimin e disa pjesëve të shtratit të spitalit ose pastrimin e papastërtive nga shtrati spitalor. Lëvizja kryhet në tre lëvizje nga mesi në skaj të shtratit – nga një fizioterapist Fillimisht ai i shpjegon pacientit se çfarë do të ndodhë, më pas përgatit pacientin dhe kryqëzon krahët mbi gjoks. Hapi tjetër është përgatitja e paketës nga batanija dhe çarçafi i sipërm për të mbuluar pacientin gjatë manipulimit.

Nëse pacienti lëviz në skajin e djathtë të shtratit, atëherë fizioterapisti që është në anën e djathtë bën si më poshtë:

Lëvizja e parë	Lëvizja e dytë	Lëvizja e tretë
<ul style="list-style-type: none">• kalon një dorë nën qafë në sqetullën e kundërt të pacientit, kurse tjetrën në lartësinë e krahëve të sipërm.• pacienti lëviz ngadalë në buzë të shtratit	<ul style="list-style-type: none">• atëherë duart lëvizin,• njëra vendoset nën pjesën sakrale, kurse tjetra nën gluteus• fizioterapisti transferon peshën e trupit në një dorë nën këmbë dhe mbështetet në shtrat• më pas lëviz	<ul style="list-style-type: none">• më pas lëvizin duart, njëra dorë kalon nëpër kofshë dhe tjetra nën këmbën e poshtme dhe e tërheq drejt skajit të krevatit.

Nëse dy fizioterapistë janë të përfshirë në lëvizje, ata janë në të njëjtën anë të shtratit dhe bëhet me një lëvizje, me të parën që një dorë e vendos nën qafë dhe sqetull dhe tjetrën nën rajonin e mesit. Tjetra vendos një dorë nën pjesën sakrale dhe dorën tjetër nën gjunjë dhe në një shenjë lëvizin pacientin.

Nëse janë dy fizioterapistë, ai që ka lëvizur pacientin mbetet duke e mbajtur pacientin dhe fizioterapisti tjetër kryen manipulimin e synuar (p.sh. ndryshimi i shtratit të spitalit).

Rrotullimi i pacientit në një pozicion anësor varet nëse:

- Pacienti pasiv – ai fillimisht përgatitet në atë mënyrë që t'i komunikohet manipulimi, krahët e tij të kryqëzohen në gjoks dhe këmbët të përkulen në gjunjë. Një dorë e vendosim në lartësinë e krahëve të sipërm nën krahë, kurse tjetrën nën pjesën sakrale deri në ijën e kundërt, e tërheqim pak drejt vetes dhe më pas e kthejmë në anën e kundërt.
- Pacient paksa aktiv – përgatitet në atë mënyrë që t'i komunikohet manipulimi, me një dorë ngjitet në buzë të dyshekut, tjetrën i vendoset në gjoks dhe kryqëzon këmbët. Fizioterapisti me një dorë e kap nga supi dhe me dorën tjetër e kthen drejt vetes.

Nëse pacientit i duhet vetëm të ulet në shtrat, fizioterapisti kthehet me fytyrë nga pacienti, kalon dorën e djathtë nën sqetull në pjesën e pasme të shpatullës dhe me dorën e majtë poshtë qafës e ngre pacientin me kujdes.

1.4.3. Mjetet themelore dhe të duhura të transportit

Termi transport i personit të sëmurë nënkupton transferimin e një personi të sëmurë ose të lënduar nga shtëpia ose vendi i lëndimit në një institucion shëndetësor.

Ky proces duhet të sigurojë transport të shpejtë, efektiv që nuk do të dëmtojë pacientin ose të dëmtuarin, domethënë nuk do të përkeqësojë gjendjen tashmë ekzistuese. Më shpesh, të sëmurëve dhe të lënduarve u jepet ndihma e parë në vendin e aksidentit ose në shtëpi, kurse më pas ata transferohen ose transportohen. Në rast se ekziston rreziku i ri-dëmtimit, fillimisht pacienti transferohet në një vend të sigurt, pastaj jepet ndihma e parë. Pas dhënies së ndihmës së parë, ai transportohet në një institucion shëndetësor për të marrë ndihmën e mëtejshme të përshtatshme mjekësore profesionale. Ka një bollëk mjetesh transporti mjekësor si: ambulanca (Fig. 1.51), motoçikleta, makina, autobusë, aeroplanë, helikopterë (Fig. 1.52), trena të shpejtë dhe varka.



Figura 1.51 Autoambulancë



Figura 1.52 Helikopter mjekësor

Ato kanë sinjalistikë të veçantë, drita paralajmëruese pulsuese dhe sirenë, e cila mundëson qasje më të lehtë dhe më të shpejtë në objektin shëndetësor në trafik. Një pjesë integrale e një ambulance moderne janë pajisjet e integruara të cilësisë së lartë për monitorimin, mbështetjen e oksigjenit, respiratorin, infusomatën, perfuzorët dhe mbështetjen e sistemit kardiovaskular. Ata kanë edhe çanta të pajisura posaçërisht me ilaçe adekuate, mjete imobilizuese dhe material fashimi – përdoren në varësi të gjendjes shëndetësore të pacientit. Mjeti motorik mjekësor më i zakonshëm është ambulancë me një dizajn të bazuar në një furgon ose një kamion më të vogël, i pajisur me pajisje mjekësore dhe pajisje mjekësore (Fig. 1.53) të nevojshme për të ofruar ndihmë emergjente. Zgjedhja e mjetit të transportit varet nga gjendja e pacientit, vendi i aksidentit dhe disponueshmëria e tij dhe disponueshmëria e mjeteve të transportit. Transporti më i shpejtë është me helikopter.

Nëse bëhet fjalë për një situatë kërcënuese për jetën (aksident komunikacioni, zjarr) me lëndime të shumta, transportohen me ambulancë, helikopter ose mjet tjetër motorik. Shpejtësia e transportit është e një rëndësie thelbësore. Në të njëjtën kohë, është e nevojshme të lejohet që pacienti të vendoset në një pozicion të përshtatshëm

në automjet. Në ambulancë ose në helikopter është i pranishëm një ekip mjekësor që ofron ndihmën e parë gjatë transportit dhe siguron transportin e pacientit në institucionin më të afërt shëndetësor për trajtimin më të përshtatshëm.



Figura 1.53 Brendësia e një ambulance

Përveç këtij lloji transporti për në objektet shëndetësore, transport ka edhe në vetë objektet shëndetësore.

Transferimi dhe transporti i pacientit për ekzaminim klinik

Përgatitja për transferimin e pacientit bëhet në dhomën e spitalit, fillon me një bisedë për qëllimet dhe mënyrën e transferimit dhe transportit. Kjo bëhet me një karrige me rrota ulur (Fig. 1.54) ose me një karrocë të shtrirë (Fig. 1.55), nëse ka nevojë për akomodim në një departament tjetër, në një dhomë tjetër, në një departament për imazhe diagnostike me rreze X, laborator, endoskopik ekzaminimi ose ndonjë ndërhyrje tjetër. Sipas gjendjes shëndetësore të pacientit, lëvizshmërisë dhe peshës trupore, për transferim janë punësuar dy-tre persona.



Figura 1.54 Karrocë e ulur Picture



1.55 Karrocë e shtrirë

Transferimi i pacientit nga shtrati në karrocë

Ky transferim bëhet kur ka nevojë për ekzaminime apo ndërhyrje jashtë dhomës së spitalit, kurse pacienti nuk mund të lëvizë duke ecur.

Ai informohet për transmetimin, më pas i shtrëngohen rrobat e spitalit. Karroca e transfertës vendoset në vazhdim (paralel) ose në kënd të drejtë me shtratin. Pastaj karroca frenohet. Kur gjithçka është gati, mbulesa hiqet dhe pacienti ulet në shtrat. Më pas ulen këmbët në anë të krevatit dhe vishen këpucët spitalore. Personi që ndihmon pacientin qëndron përballë pacientit, i vendos të dyja duart nën sqetull, e kthen me kujdes në karrigen me rrota dhe e ulet. Pacientët pasivë për provat klinike transportohen me shtretër spitalor modern.

AKTIVITETI:

- ❖ Demonstroni lëvizjen e një personi të sëmurë!
- ❖ Demonstroni rrotullimin e një pacienti pasiv!
- ❖ Demonstroni rrotullimin në një pacient pak aktiv!
- ❖ Demonstroni ulen e një të sëmurë!
- ❖ Demonstroni bartjen e të sëmurëve!
- ❖ Aplikoni pozicionin e Faulerovit për një pacient (në një fanom ose student)!
- ❖ Aplikoni pozicionin Trendelenburg!
- ❖ Trego pozicionin meningeal!
- ❖ Përgatitni materialin e nevojshëm për pozicionin e kuikerovit dhe kryeni atë!
- ❖ Kryen teknikën e vendosjes së pacientit në pozicionin anësor



KAM MËSUAR DHE JAM NË GJENDJE TË:

- ✓ Klasifikoj dhe argumentoj pozicionet e të sëmurit në shtrat,
- ✓ Zbatoj teknikat e zhvendosjes, ngritjes, rrotullimit dhe bartjen e të sëmurëve,
- ✓ Njoh një nevojë dhe e vendos pacientin në një pozicion të përshtatshëm,
- ✓ Përshkruaj pozicionet e diktuar nga sëmundja.

1.5. Papërshtatshmëria fizike të pacientit gjatë sëmundjes



EDI: Kur shtrihemi në shtrat për arsye të ndryshme, mund të ndodhë një ndjenjë shqetësimi, ndoshta për shkak të një shtrati të ndryshuar, një dysheku të keq, etj. Ka dhimbje në shpinë dhe në këmbë.

DUA TË DI DHE TË JEM NË GJENDJE TË:

- Sqaroj llojet, shkaqet, parandalimin, fazat, ndërlikimet dhe trajtimin e shqetësimeve fizike, të fikëtit, trombozave, kontrakturave;
- Planifikoj dhe zbatoj teknika parandaluese të shqetësimeve fizike.

Shqetësimi ose komplikimet të pacienti lindin nga higjiena personale jo e duhur ose e pamjaftueshme, kujdesi, nëse pacienti është vazhdimisht në të njëjtin pozicion (horizontal, ulur, anash), nga qasja e papërshtatshme ndaj pacientit, injorimi, ofendimi, etj. Siklet mund të jenë:



Diskomforti mendor është rezultat i efekteve të sëmundjes, trajtimit dhe marrëdhënieve me profesionistët shëndetësorë në mirëqenien emocionale, psikologjike dhe sociale të pacientit. Papërshtatshmëri më të zakonshme mendore janë depresioni, apatia dhe ankthi. Ndërsa shqetësimet fizike ndodhin si pasojë e veprimit të faktorëve mekanikë gjatë trajtimit spitalor dhe më të shpeshtat janë: dekubiti, tromboza, të fikët dhe kontrakturat. Diskomfortet mund të kombinohen, pra fizike dhe mendore, për shembull, një pacient me një kontrakturë (shqetësim fizik) zhgënjehet për shkak të pamundësisë për të luajtur tenis me miqtë dhe bëhet në depresion (shqetësim mendor).

1.5.1. Dekubitusi

Dekubitusi është proces patologjik lokal me nekrozë të indeve të buta (lëkurës, nënlëkurës dhe indit muskolor). Termi vjen nga fjala latine *decumbere*, që do të thotë të shtrihesh dhe *cubitum*, që ishte termi i përdorur për t'iu referuar shtretërve të veçantë për pjesën tjetër të Romakëve. Ndodh si rezultat i furnizimit të pamjaftu-

eshëm të indeve me lëndë ushqyese dhe oksigjen, kurse heqja jo e plotë e produkteve përfundimtare nga metabolizmi (CO₂, toksina). Dhe arsyeja për këtë është për shkak të qarkullimit të dëmtuar nga presioni afatgjatë gjatë shtrirjes.

Dekubitusi zakonisht ndodh në ato pjesë të trupit ku indi nënlëkuror është i zhvilluar dobët, lëkura dhe kocka janë në kontakt të ngushtë, domethënë ka presion të drejtpërdrejtë. Ato vende janë më shpesh dhe më të gjata të ekspozuara ndaj presionit të pacientët e palëvizshëm dhe quhen vende “predileksioni” (fig. 1.56). Këto janë:

- gunga okupitale,
- skajet e hapësirës së veshit,
- zgjatimet kurrizore të boshtit kurrizor,
- skajet e tehut,
- kocka e legenit në pjesën e mesit
- gjunjët,
- bërrylat,
- thembrat.

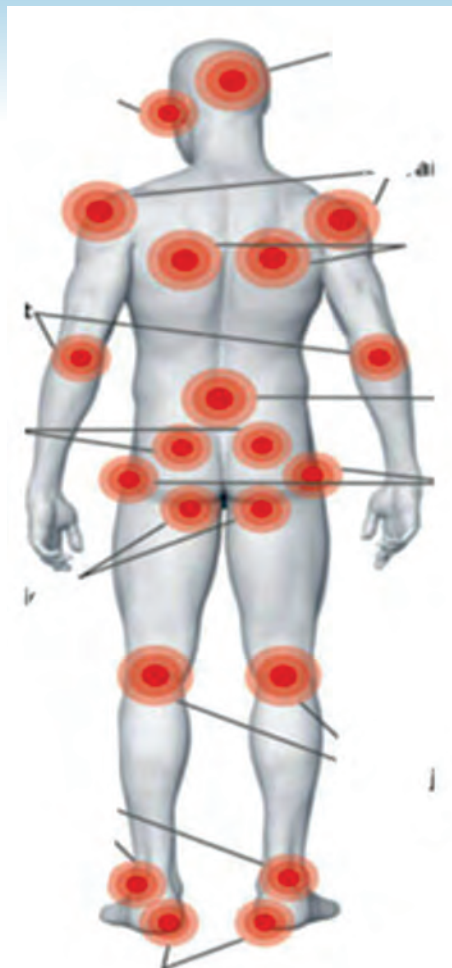


Figura 1.56 Vendet e predileksionit për Dekubitus

Por dekubiti mund të ndodhë edhe në pjesët e buta, si pjesa e sipërme e krahut, e poshtme e këmbës, nëse ka acarim, lagështi, presion etj.

Shkaqet e dekubitit ndahen në ekzogjene dhe endogjene.

Shkaktarë ekzogjenë ose të jashtëm janë mosmirëmbajtja e higjienës personale, pozicioni i pakëndshëm i pacientit që zgjat për një kohë të gjatë, palosjet në rrobat e spitalit dhe çarçafët e spitalit, rrobat e papastra dhe çarçafët, acarimi i lëkurës me sende, thërrimet në shtratin e spitalit. Këto shkaqe mund të eliminohen plotësisht me kujdes të veçantë.

Shkaqet endogjene ose të brendshme varen nga lloji i sëmundjes, mosha dhe gjendja e pacientit dhe qarkullimi i gjakut i dëmtuar tek:

- I sëmurit me sëmundje të zemrës dhe enëve të gjakut
- Të paralizuar
- Të sëmurë në veshkë
- Pacientë me anemi të rëndë
- Të sëmurë me diabet
- Keheksi
- Obesitet
- Sëmundje në metabolizëm etj.

Dekubitusi (Fig. 1.57) ndodh shumë shpejt kur kombinohen faktorët ekzogjenë dhe endogjenë. Shfaqja e dekubitit në trupin e pacientit ka gjithmonë një efekt shumë të dëmshëm dhe përkeqëson gjendjen tashmë të vështirë të pacientit përmes mekanizmave të mëposhtëm:

1. Plaga e dekubitit përfaqëson një pikë hyrëse për mikroorganizmat patogjenë, e cila mund të manifestohet me reaksion inflamator, rritje e temperaturës së trupit, shfaqje e sepsës me përfundim fatal.
2. Lëngu indor i pasur me proteina humbet përmes plagës së dekubitit, duke ulur kështu rezistencën e organizmit tashmë të dobësuar.
3. Produktet e indit nekrotik kanë efekt toksik në organe dhe sisteme të veçanta (SNQ, mëlçi, veshka), por mund të shkaktojnë edhe dëmtime të përhershme.
4. Më shpesh, plagët e dekubitit janë të mëdha, të thella, me defekte të lëkurës dhe muskujve. Pas shërimit krijohen shenja të mëdha joestetike ose cikatrikë, të cilat mund të zvogëlojnë lëvizshmërinë e asaj pjese të trupit në formën e një lloj kontrakture. Për shembull, nëse ka pasur një dekubit në bërryl, lëvizshmëria e krahut do të reduktohet.



Figura 1.57 Plagët e dekubitit

Patogjeneza e dekubitit ndodh në katër faza (Fig. 1.58).

Faza I – faza e hiperemisë, pra eritema që nuk zbëhet

Në këtë fazë, për shkak të qarkullimit të dobët dhe presionit të zgjatur, së pari shfaqet zbehja, e ndjekur nga hiperemia venoze dhe dhimbja. Skuqja është shenja e parë paralajmëruese për të marrë masa parandaluese për të parandaluar dekubitin.

Faza II – faza e macerimit, pra humbja e pjesshme të indit të lëkurës

Termi maceracion përkufizohet si zbutje dhe prishje e lëkurës për shkak të ekspozimit ndaj lagështirës. Në këtë fazë, vërehet një hollim i lëkurës që ngrihet, qërohet dhe bëhet i lagësht dhe i rrëshqitshëm për shkak të pranisë së lëngut të indeve. Pacienti ndjen dhimbje dhe kështu lëkura zbëhet dhe është pikë hyrëse dhe një teren i volitshëm për infeksion.

Faza III – faza e nekrozës, domethënë humbja e plotë e indeve të lëkurës

Nëse dekubitusi nuk trajtohet në fazën e dytë, ndodh faza e tretë. Siç na tregon vetë emri i skenës, ndodh nekroza, domethënë vdekja e parakohshme e qelizave në një organizëm që është ende gjallë. Plaga përhapet në thellësi dhe gjerësi, me elementë të zinj nekrotikë dhe me ambient të përflakur, preketë indi nënlëkuror, por jo kockat dhe muskujt. Qelbi mund të rrjedhë nga plaga. Subjektivisht, pacienti ka dhimbje dhe temperaturë të ngritur të trupit.

Faza IV – faza e nekrozës së thellë

Në fazën e katërt, nekroza shtrihet në thellësi, prek muskujt, tendinat, kyçet dhe kockat dhe shpesh është i pranishëm infeksioni. Pacientët subjektivisht ndjejnë dhimbje, nuk janë në humor të mirë dhe kanë pagjumësi, temperatura e trupit ku është ngritur dhe nuk kanë oreks. Kjo i shkon krahas gjendjes së vështirë në të cilën ndodhet organizmi.

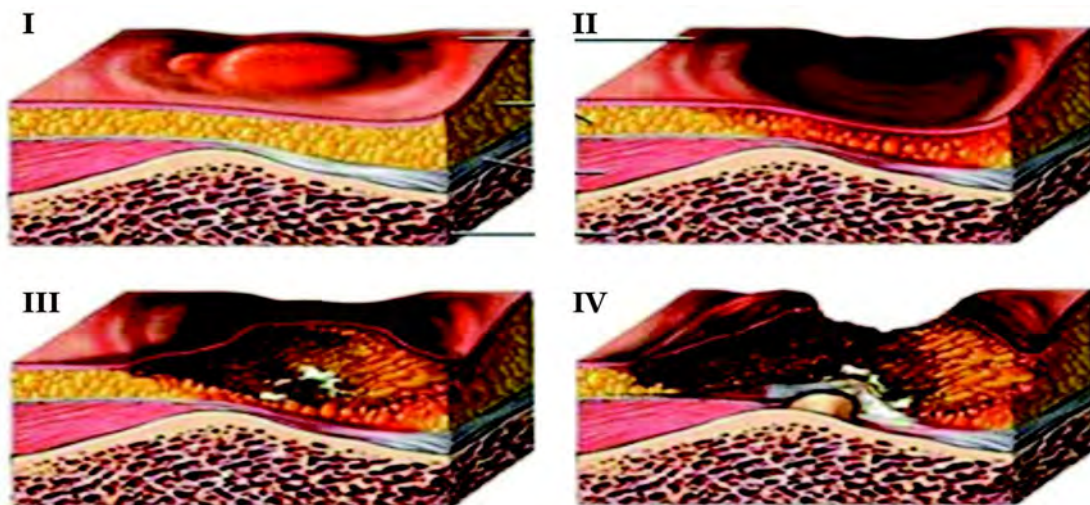


Figura 1.58 Fazat e formimit të ulçerës nga dekubitusi

Ndryshimet e dekubitit mund të shfaqen edhe te njerëzit e shëndetshëm, kur veshin këpucë të ngushta, në rreth një orë. Më shpesh, skuqja shfaqet mbi thembër në vendin e presionit, pastaj një flluskë e mbushur me lëng indësh që hapet shpejt, domethënë shpërthen.

Komplikimet që mund të ndodhin me dekubitin janë infeksioni, i cili është i zakonshëm, anemia në plagët e thella dhe të gjera të dekubitit dhe cikatricet gjatë shërimit.

Masat parandaluese kundër dekubitit

1. Mbajtja e higjienës personale.
Në lëkurë të shëndoshë të mirëmbajtur dhe të thatë nuk paraqitet dekubitusi
2. Masazhimi i zonave të preferuara për të përmirësuar ushqyerjen
3. Rrobat dhe çarçafët e spitalit duhet të jenë të pastra, të thata dhe pa rrudha
4. Forcimi i rezistencës së organizmit
5. Ndryshimi i pozicionit të trupit
6. Përdorimi i mjeteve mbrojtëse në vendet e preferuara

Për sa i përket pikës së parë, në kapitullin e mëparshëm është përshkruar ruajtja e **higjienës personale**, duke theksuar se duhet të përdoren agjentë me pH neutral.

Masazhi si procedurë ka një efekt parandalues pozitiv, por duhet theksuar se te të moshuarit, lëkura e të cilëve është më e hollë, duhet të jetë e butë, domethënë të mos shkaktojë mikrotrauma. Materiali i nevojshëm për masazh:

- ujë të nxehtë,
- sapun,
- *Spirit vini 70% Spirit mentol, Spirit Kamfor,*
- talk,
- leckë izoluese,
- pajisje mbrojtëse, topa pambuku, rrathë gome, jastëkë.

Fillimisht, mbushet shtrati, hiqen rrobat e spitalit dhe masazhi mund të aplikohet në pozicion horizontal dhe anësor. Shtrati izolohet me peshqirë, më pas me duar të sapunuara masazhohet nga poshtë lart ose në mënyrë rrethore me të gjithë pëllëmbën. Në regionin okupital, bërryla, gjunjë, glutes dhe thembra masazhi bëhet me lëvizje rrethore. Agjentët e masazhit veprojnë në disa mënyra:

Uji me sapun e bën masazhin pa dhimbje dhe të këndshme, kurse uji me sapun dhe uji i ngrohtë largojnë papastërtitë dhe përmirësojnë qarkullimin. Pastaj vendi fshihet me një leckë.

Alkooli dezinfekton lëkurën, vazodilatacion të enëve të gjakut dhe lëkura skuqet dhe gjithashtu e than lëkurën. Me këtë, lëkura është e thatë, e dezinfektuar dhe e ushqyer mirë,

Talku mbyll porët dhe e bën lëkurën të butë dhe të lëmuar. Djersitja zvogëlohet, kurse lagështia e lëkurës është nga kushtet për shfaqjen e dekubitit.

Si mjete ndihmëse për të mbrojtur vendet e preferuara, përdoren topa pambuku, rrathë gome, dyshek pneumatik dhe shtretër të veçantë për ndryshimin e pozicionit, jastëkët e butë. Rrathët e gomës vendosen në një mbulesë dhe tregohet kujdes që presioni në lëkurë të mos jetë shumë i lartë.

Rezistenca e trupit forcohet nga një dietë e rregullt e shëndetshme proteinike, e pasur me vitamina, me mish, vezë, fruta dhe perime.

Për pacientët pasivë, pozicioni në shtrat duhet të ndryshohet në maksimum 2 orë. Nga një pozicion horizontal, pacientët vendosen në anën e tyre, pastaj në stomak dhe përsëri në një pozicion horizontal.

Trajtimi i dekubitit

Nëse shfaqet dekubitus, duhet të trajtohet. Trajtimi është më i suksesshëm nëse fillon në fazën e parë dhe të dytë. Në të parën aplikohen masa intensive për parandalimin e dekubitit, ndërsa në fazën e dytë, të tretë dhe të katërt trajtohet plaga. Materiali i kërkuar:



Mënyra e punës:

- Plaga dhe lëkura e shëndetshme dezinfektohen me alkool 70%, Betadin 10%.
- dezinfektohet direkt me hidrogjen, H_2O_2 3%, Betadin 7%, ose lahet me tretësirë fiziologjike 0,9% dhe më pas aplikohet tretësirë antibiotike. Para përdorimit të antibiotikut, merret një shtupë nga plaga dhe bëhet një antibiogram.
- plaga është e fashuar me një fashë sterile.
- mbrohet me një unazë gome, një top pambuku në mënyrë që plaga të mos jetë nën presion dhe të mos prekë shtratin.

Metodat moderne të trajtimit të plagëve të dekubitit

Sot përdoren metoda dhe metoda më moderne të trajtimit, më shpesh në pavijonet e spitaleve hasim:

Ngjitësit hidrokoloide (Fig. 1.59) që përmbajnë një komponent që ka një fuqi të lartë absorbuese. Detyra e tij është të thithë sekrecionet nga plaga, kurse nga jashtë është e veshur me shkumë poliuretani të papërshkueshëm nga uji që synon të mbrojë plaga nga ndikimet e jashtme. Para fillimit të trajtimit të plagës së dekubitit, zgjidhet një copëz që duhet të jetë e përshtatshme me madhësinë e plagës, domethënë duhet të jetë 3 cm më e madhe se skajet e plagës në të gjitha drejtimet. Fillimisht, plaga lahet me tretësirë fiziologjike 0.9% NaCl ose tretësirë hipertoniqe 10% NaCl, më pas thahet plaga dhe mjedisi me shtupë. Ngjitëni copëzën mbi plagë, duke u siguruar që skajet e copëzës të jenë 3 cm larg nga skajet e plagës. Njolla e vendosur sipër zbutet me dorë në mënyrë që të qëndrojë mirë në lëkurë.



Figura 1.59 Ngjitësit hidrokoloide

Përzierja hidrokoloide nga copëza ndërvepron me sekretin nga plaga për të krijuar një masë xhelatinoze, krijohen flluska që janë të dukshme përmes guaskës së jashtme. Patch-i ndryshohet kur mbushja e flluskave nga brenda është deri në skajet e copëzës. Gjatë heqjes së saj, lagështia e xhelatinës lehtëson ndarjen nga plaga pa shkaktuar dhimbje apo dëmtim të indit të sapo krijuar. Më pas plaga lahet me tretësirë fiziologjike dhe procedura përsëritet nëse është e nevojshme. Studimet klinike kanë treguar se kjo metodë trajtimi, në krahasim me metodën standarde, statistikisht uli ndjeshëm numrin e ditëve në spital, numrin e trajtimit të plagës, dhimbjet e pacientit

dhe numri i komplikimeve. Tregues të tillë justifikojnë përdorimin e tyre, i cili është gjithnjë e më i zakonshëm. Përveç copave hidrokoloitale, përdoren edhe xhel hidrokoloit dhe pasta hidrokoloitale.

Llamba speciale kundër dekubitit (Fig. 1.60) që lëshojnë dritë depërtimi i së cilës është 1-2 cm thellë në plagë. Ky rrezatim ndikon në membranën qelizore duke përmirësuar shkëmbimin e substancave përmes saj, kurse në këtë mënyrë rigjenerimin më të shpejtë të indeve.



Figura 1.60 Llamba kundër dekubitit

1.5.2. Tromboza

Tromboza është proces patologjik në të cilin formohet një tromb – një mpiksje gjaku e qelizave të gjakut dhe fibrinës në një enë gjaku. Koagulimi i gjakut është proces fiziologjik gjatë lëndimeve, i cili mbron trupin nga gjakderdhja.

Trombet e krijuara në enët e gjakut mund të mbushin pjesërisht ose plotësisht lumenin e enëve të gjakut dhe kështu të prishin qarkullimin e gjakut dhe furnizimin e indeve me oksigjen dhe lëndë ushqyese. Më shpesh trombet formohen në venat e këmbëve, por edhe në enët e tjera të gjakut (arteriet, venat dhe zemrën). Nëse trombi ndahet nga muri i enës së gjakut, ai udhëton më tej i transportuar nga qarkullimi i gjakut dhe mund të shkaktojë emboli të një ene gjaku të rëndësishëm në zemër etj. Për shembull, trombet nga ekstremitetet e poshtme mund të gjejnë rrugën e tyre në vena kava inferiore dhe prej andej udhëtojnë në zemrën e djathtë dhe në qarkullimin e gjakut pulmonar, duke rezultuar në një emboli pulmonare fatale. Në procesin e trombozës dallohen dy faza:

- Faza e parë është krijimi i një trombi të bardhë, i përbërë nga aglutinuar trombocitet dhe fibrinë.
- Faza e dytë është krijimi i një trombi të kuq, nga fibrina dhe qelizat e gjakut të mbërthyer, eritrocitet dhe leukocitet.

Në procesin e trombozës marrin pjesë trombocitet, eritrocitet, faktorët e koagulimit të gjakut, protrombina, trombina, fibrinogjeni, vitamina C, vitamina K etj. Ekzistojnë tre faktorë për shfaqjen e trombozës:



Stadi i gjakut ngadalëson qarkullimin e gjakut dhe ndodh në disa raste:

a) fillimisht ndodh staza dhe më pas tromboza e këmbës së majtë, për shkak të kontaktit të ngushtë dhe presionit të lehtë të arteries iliake të djathtë në venën e këmbës së majtë në rajonin e legenit, domethënë për shkak të anatomisë së enëve të gjakut (Fig. 1.61). Ndodh nëse njerëzit qëndrojnë në këmbë për një kohë të gjatë (shitës, parukierë) ose nëse qëndrojnë ulur për një kohë të gjatë (në punë, gjatë udhëtimeve të gjata). Shenjat e stazës së gjakut janë një ndjesi shpimi gjilpërash në lëkurë, ënjtje e këmbëve dhe dhimbje të lehta, për të cilat edhe njerëzit e shëndetshëm ndryshojnë pozicionin, ngrihen, masazhohen;

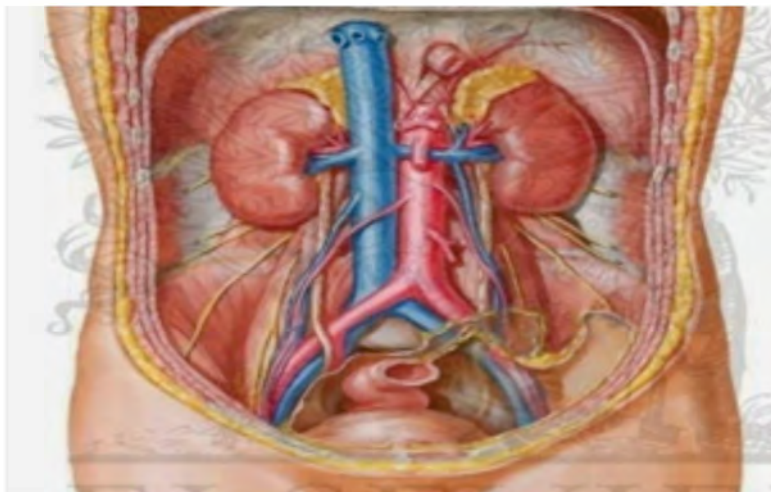


Figura 1.61. Anatomia e enëve të gjakut në rajonin iliac

b) staza shfaqet të pacientët e imobilizuar, nga dëmtimet, pas shtrirjes së gjatë, pacientët pas operacionit, pacientët në gjendje të pavetëdijshme, te gratë pas lindjes etj. Tromboza manifestohet në ekstremitetet e poshtme dhe venat e legenit. Kur gjaku, për shkak të palëvizshmërisë së pacientit, lëviz ngadalë nëpër enët e gjakut, trombocitet zënë një pozicion marginal në enën e gjakut, domethënë janë afër endotelit vaskular dhe fillojnë të formohen kushtet për grupimin, grumbullimin dhe ngjitjen e tyre, aglutininin. Në të njëjtën kohë, lirohet enzima adenozinë difosfat (ADP) dhe fillon formimi i një trombi;

b) stadi shfaqet edhe te pacientët e sëmurë rëndë që marrin frymë cekët dhe kështu zvogëlohet qarkullimi i gjakut në zemrën e djathtë;

d) stadi shfaqet të pacientët e paralizuar ose pacientët ku muskujt janë joaktivë, sepse aktiviteti i muskujve është si një pompë për lëvizje dhe ndihmon kthimin venoz të gjakut.

2. Ndryshim në murin e enës së gjakut ose të faktorit vaskular.

Dëmtimi i murit të enëve të gjakut nga trauma, inflamacioni, operacioni, ndryshimet arteriosklerotike, çon në trombozë. Vendi i dëmtuar i enëve të gjakut çliron difosfatin e adenozinës (ADP), i cili ndihmon grumbullimin dhe aglutininin e trombociteve dhe më pas formimin e një trombi.

3. Ndryshimi i përbërjes së gjakut – hiperkoagulueshmëria.

Gjatë ndryshimit në përbërjen e gjakut, rritja e numrit të trombociteve (trombocitemia), rritja e sasisë së faktorëve të tjerë të koagulimit (didimerëve), mpiksjet e gjakut mund të formohen në enët e gjakut. Arsyet për këto kushte janë ndonjëherë dhe i panjohur.

Masat parandaluese kundër trombozës në pacientët shkaku i të cilëve është imobilizimi, paraliza, humbja e vetëdijes, kanë për qëllim luftimin e stazës së gjakut, si

shkaktar i trombozës. Meqenëse pasojat janë shumë të rënda, duhet të merren masat në mënyrë korrekte dhe në kohë:

Masazh i gjymtyrëve të poshtme	<ul style="list-style-type: none"> Me ujë të ngrohtë dhe sapun, alkool dhe talk në drejtim të qarkullimit venoz.
Lëvizje aktive dhe pasive të ndihmuara të ekstremiteteve	<ul style="list-style-type: none"> Pas operacionit, pacienti duhet të mobilizohet sa më shpejt, të ngrihet nga shtrati spitalor, si parandalim bazë kundër sëmundjes tromboembolike dhe për shkak të shërimit të shpejtë të plagës operative. Duke u ngritur nga shtrati dhe duke lëvizur, pacienti duhet të fillojë sa më shpejt që të jetë e mundur, në ditën e parë dhe më së voni në ditën e dytë pas operacionit.
Frymemarrje e thelle	<ul style="list-style-type: none"> Pacientëve u rekomandohet të marrin frymë thellë çdo dy deri në tre orë, për të përshpejtuar qarkullimin e gjakut.
Veshja e çorape kompresuese	<ul style="list-style-type: none"> Ato u rekomandohen pacientëve që shtrihen për një kohë të gjatë, kur përdorin disa barna, me histori familjare të trombozës së venave të thella. Me fuqinë e tyre shtypëse përmirësojnë qarkullimin venoz dhe limfatik dhe pakësojnë ënjtjet Ato kanë pesë nivele të ngjeshjes të shprehura në mmHg

Nëse te pacientët paraqitet tromboza e enëve të gjakut, me dhimbje, ënjtje, zbardhje të lëkurës, në atë rast trajtohen me pushim, terapi antikoagulante etj.

1.5.3. Alivanosja

Alivanosja ndodh te pacientët të cilët janë shtrirë në një shtrat spitalor për një kohë të gjatë dhe kanë tentuar të ngrihen papritmas. Kur ngrihet papritmas nga shtrati, ka një ndryshim të pozicionit të trupit nga horizontale në vertikale, gjaku, sipas ligjit të forcës gravituese, derdhet në pjesët e poshtme të trupit dhe ndodh një rënie e presionit të gjakut. Truri është i privuar për një moment nga ushqimi, sytë e pacientit turbullohen dhe shemben. Në një rast të tillë, pacienti mund të lëndohet. Kur ngriheni papritmas, mekanizmat për përshtatjen e presionit nga një pozicion horizontal në një pozicion në këmbë dështojnë për një moment. Të fikët mund të ndodhë te njerëzit e shëndetshëm në mëngjes kur ngrihen papritur nga shtrati.

Parandalimi i alivanosjes

Për të mos rënë të fikët, është e nevojshme të ndryshoni gradualisht pozicionin e trupit dhe të ngriheni nga shtrati. Së pari, pacienti ulet në shtrat për dy deri në pesë minuta, kurse më vonë ul këmbët. Pastaj ka një pushim për të sëmurin. Nëse ndihet mirë, pas pushimit mund të ngrihet dhe të ulet në një karrige pranë krevatit. Në përpjekjen tjetër, ai mund të bëjë disa hapa rreth shtratit, nëpër dhomën e spitalit për t'u larë te çezma e spitalit. Madje, herën tjetër që ngrihet, mund të ecë në korridor, por gjithmonë në përputhje me mundësitë e tij dhe pa mundim. Në procesin e ngritjes, pacienti duhet të jetë nën mbikëqyrjen e një personi mjekësor, në rast dobësie, marramendjeje dhe vjellje, ai duhet të ndihmohet të shtrihet në shtrat.

1.5.4. Kontraksionet

Kontraksionet (Fig. 1.62) më së shpeshti shfaqen për shkak të shtrirjes së gjatë te pacientët në pozicion të detyruar, domethënë nëse gjymtyrët dhe nyjet vendosen në një pozicion jo fiziologjik, por mund të ndodhin me gërvishtje pas një lëndimi ose djegieje dhe në disa sëmundje si osteoartriti ose artriti reumatik. Këto janë tendosje

të muskujve, tendinave, ligamenteve ose lëkurës individuale, të cilat e bëjnë të pamundur, pra kufizojnë lëvizjen normale të gjymtyrëve. Zakonisht bëhen të dukshme kur kufizimi në lëvizje është rreth 45 gradë. Shfaqja e tyre është e kthyeshme, kurse mund të korrigjohet me terapi fizike, stimulim elektrik, vendosje ortezash dhe medikamente për relaksim muskolor dhe reduktim të dhimbjes. Terapia për heqjen e kontrakturës mund të zgjasë me muaj, madje edhe vite, prandaj vazhdimësia dhe këmbëngulja kanë një rëndësi të madhe.

Duke qenë se faktori kryesor i rrezikut për shfaqjen e kontrakturës është lëvizshmëria e pamjaftueshme, e cila është e pranishme në hemiplegi, paraplegji, ishemi hipoksike, dëmtim të boshtit kurrizor ose pleqërinë, duhet vepruar.

Masat për parandalimin e kontrakturave janë:



Figura 1.62 Kontraktimi në shuplakë të dorës

1. Ndërrimi i shpësthtë i pozitës së të sëmurit
2. Vendosja e gjymtyrës në pozitë fiziologjike, nëse është nevoja vendoset ortozë
3. Masazhë me ujë të ngrohtë dhe sapun
4. Kërkesë në përbërës në terapi fizikale, borje të banjës gjatë rehabilitimit
5. Ushtrime kinezoterapike

AKTIVITETI:

- ❖ Përgatitni një plan për parandalimin e dekubitusit!
- ❖ Demonstroni teknika për parandalimin e shqetësimit fizik!
- ❖ Në një rast të caktuar, bëni një vlerësim për nevojat individuale të pacientit në parandalimin dhe trajtimin e dekubitit!
- ❖ Përgatitni material për parandalimin dhe trajtimin e shqetësimeve fizike!
- ❖ Kryeni mobilizimin e pacientit për parandalimin e alivanosjes!



KAM MËSUAR DHE JAM NË GJENDJE TË:

- ✓ Planifikoj dhe zbatoj teknika për parandalimin e shqetësimeve fizike,
- ✓ Përshkruaj dhe njoh ndërlidikimet e mundshme nga shqetësimet fizike,
- ✓ Argumentoj dhe demonstroj shkaqet, parandalimin, fazat dhe trajtimin e dekubitit,
- ✓ Unë shpjegoj rreziqet e trombozës në një pacient të palëvizshëm
- ✓ Mënyrat për parandalimin e kontrakturave te pacientët me imobilizim.

Pyetje:

1. Përshkruani fazat e zhvillimit kronologjik të terapisë fizikale!
2. Shpjegoni një parim etik nga kodi i teknikëve të fizioterapisë!
3. Çfarë karakteristikash, gjegjësisht aftësish duhet të ketë një fizioterapist që të jetë në gjendje të komunikojë mirë?
4. Përshkruani karakteristikat e veshjeve të punës së një fizioterapeuti!
5. Çfarë kuptoni me pajisje mbrojtëse personale?
6. Përshkruani përdorimin e saktë të pajisjeve mbrojtëse personale në punë!
7. Cilat ambiente duhet të posedojë reparti i spitalit e cila është njësia bazë funksionale e spitalit?
8. Përshkruani karakteristikat e një dhome spitali!
9. Përshkruani standardet e shtratit spitalor!
10. Shpjegoni karakteristikat dhe kategorizoni linjat e shtratit spitalor!
11. Përshkruani teknikën e palosjes së çarçafëve spitalorë!
12. Numëroni mobilitet e spitalit!
13. Përshkruani dhe renditni materialin e nevojshëm për vendosjen e një shtrati për një pacient të lëvizshëm – një shtrat i hapur!
14. Përshkruani teknikën e ndërrimit të fletës së poshtme të një pacient i palëvizshëm!
15. Përshkruani dokumentet e nevojshme për pranim mjekësor-administrativ!
16. Tregoni se si kryhet pritja sanitare!
17. Sa modele të kujdesit shëndetësor njihni?
18. Përshkruani pozicionet e një të sëmuri në shtrat që janë të kushtëzuara nga sëmundja!
19. Çfarë është pranimi mjekësor-administrativ i të sëmurit?
20. Pse bëhet pranimi mjekësor-administrativ i të sëmurit?
21. Çfarë të dhënash merren nga pacienti gjatë pranimit urgjent?
22. Çfarë bëhet në vizitën e përgjithshme mjekësore në mëngjes?
23. Çfarë këshillash u jepen pacientëve kur dalin nga spitali?
24. Si duket plaga e dekubitit në fazën e tretë?
25. Cilat janë masat parandaluese kundër dekubitit?
26. Çfarë ndodh kur pacientët kanë stazë në qarkullimin e gjakut?
27. Cilat janë masat parandaluese për trombozën te pacientët e palëvizshëm?
28. Hulumtoni shfaqjen dhe llojet e kontrakturave specifike!

NJËSIA MODULARE 1

Organizimi i kujdesit shëndetësor në repartet spitalore



2.1. Asepsa dhe antisepsa



- E DI:** E di që këto terma kanë të bëjnë me funksionimin e reparteve kirurgjikale, pra bëhet fjalë për ekzekutimin korrekt të manipulimit. Unë gjithashtu e di se një antiseptik është dezinfektues.
- DUA TË DI:** Të përcaktojë dhe të diferencojë asepsën dhe antisepsën, kur zbatohen dhe në çfarë mënyre.
- DUA TË JEM NË GJENDJE TË:** Përdor asepsën dhe antisepsën kur punoj në zyrë.

Antisepsa është metodë e punës që shkatërron në mënyrë jo të plotë mikroorganizmat jopatogjenë dhe patogjenë në objekte, instrumente mjekësore, material për veshje, lëkurë, mukoza dhe plagë. Është metodë profilaktike dhe terapeutike që kryhet duke përdorur agjentë antiseptikë ose dezinfektues (alkool, acid karbolik, preparate jodi, hidrogjen, etj.).

Metoda profilaktike

- parandalon hyrjen e mikroorganizmave në organizmin e të sëmurit, pasi që instrumentet trajtohen me këto lëndë ose dezinfektim të lëkurës para aplikimit të injeksionit, para operacionit etj.

Metoda terapeutike

- përdorimi i lëndëve antiseptike për dezinfektim të plagët operuese ose plagë nga lëndimet, në procesin e shërimit.

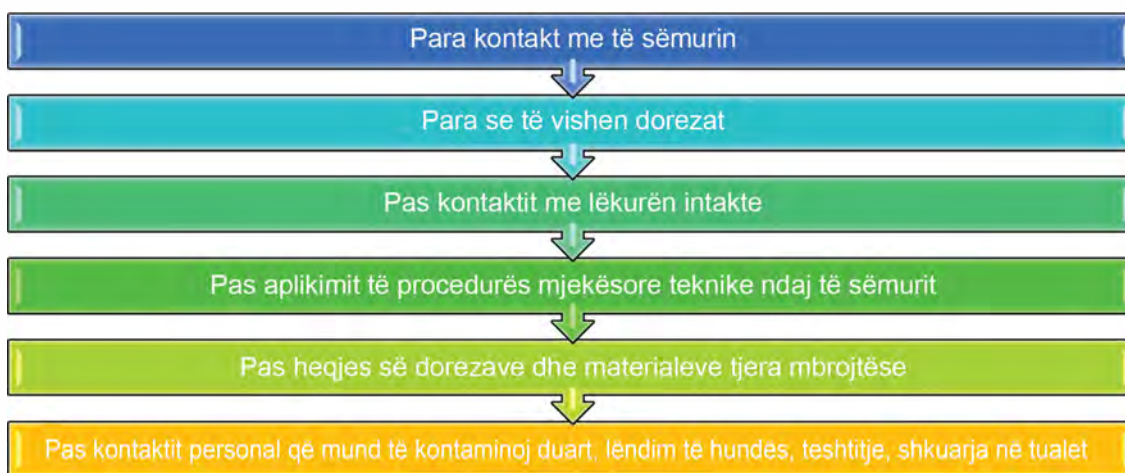
Antiseptikët dhe dezinfektuesit përfaqësojnë të njëjtat përbërje që quhen ndryshe në varësi të përqendrimit. Këto janë substanca që largojnë bakteret nga lëkura ose objektet – nëse përqendrimet janë më të ulëta, ne i quajmë antiseptikë. Antiseptikët veprojnë në nivelin e parandalimit të rritjes dhe zhvillimit të mikroorganizmave, domethënë bakteriostatik. Nëse kemi të bëjmë me përqendrime më të larta, i quajmë dezinfektues, të cilët vrasin mikroorganizmat dhe janë agjentë baktericid.

Asepsa është metodë pune në kushte të mungesës së plotë të mikroorganizmave dhe përdoret si metodë parandaluese. Ajo arrihet me masat e mëposhtme:

1. Përgatitja e punëtorëve shëndetësor
 - përdorimi i maskave mbrojtëse, kapela, doreza, mbathje speciale dhe larje paraprake higjienike të duarve.
2. Përgatitja e të sëmurit për hapat e
 - Të bëjnë tualete personale (të lahen)
 - Largimi i qimeve nga vendi i intervenimit
 - Para vetë procesit vendi dezinfektohet dhe izolohet
3. Sterilizimi i instrumenteve
 - Zgjedh sterilizimin në bazë të nevojës së materialit
4. Përgatitja e sallës për intervenime
 - Duhet të jetë jashtëzakonisht e pastër
 - Dyshemetë rregullisht të dezinfektohen
 - Dhe njëherë në 24 orë të dezinfektohet ajri me llambë kuarci

Qëllimi i antisepsës dhe asepsës është parandalimi i shfaqjes së infeksioneve dhe sepsës te pacientët.

Në përgatitjen e fizioterapistit për punë dhe për të ruajtur parimet e antisepsis dhe asepsis, një hap themelor është ruajtja e higjienës së duarve. Meqenëse infeksionet intraspitalore përhapen kryesisht me kontakt, kurse forma më e zakonshme është kontakti me duar, larja e duarve është masa më e rëndësishme dhe më efektive parandaluese. Prandaj, përgjegjësia për ruajtjen e higjienës së duarve është e madhe, në mënyrë që thonjtë e gjatë dhe të çrregullt, si dhe mbajtja e bizhuterive, (unaza, byzylykë) është e ndaluar, kurse thonjtë natyralë duhet të priten shkurt dhe të mos kalojnë gjatësinë e majës së gishtave. Duart duhet të lahen dhe të përdoren antiseptikë në situatat e mëposhtme:



Në institucionet shëndetësore, produktet që përdoren për ruajtjen e higjienës së duarve janë sapuni i lëngshëm dhe xhel me alkool.

Procedura higjienike e larjes së duarve me sapun të lëngshëm (fig. 2.1):





Figura 2.1 Larja higjienike e duarve

AKTIVITETI:

- ❖ Praktikoni procedurën e duhur për larjen higjienike të duarve me sapun të lëngshëm dhe përdorimin e xhelit të alkoolit.



KAM MËSUAR DHE JAM NË GJENDJE TË:

- ✓ Përcaktoj termin antisepsis dhe asepsis.
- ✓ Rendit dhe zbatoj masat për të arritur antisepsinë dhe asepsinë.
- ✓ Të laj duart me sapun të lëngshëm si duhet.

2.2. Dezinfektimi



E DI: Dezinfektuesit mund të jenë xhel dhe lëngje që arrijnë mbrojtjen duke i aplikuar në duar. Sipërfaqet dhe dyshemetë gjithashtu mund të dezinfektohen.

DUA TË DI DHE TË JEM NË GJENDJE TË:

- Të përcaktojë saktë dezinfektimin dhe të shpjegojë llojet e tij.
- Çfarë mjetesh përdoren për dezinfektim dhe për çfarë qëllimi përdoren; si kryhet dezinfektimi?

Dezinfektimi është proces gjatë të cilit mikroorganizmat patogjenë dhe jopatogjenë dhe disa spore në sipërfaqe shkatërrohen në mënyrë jo të plotë. Dezinfektimi është metodë që përdoret në antiseptikë, por edhe në një pjesë të asepsis. Ajo mund të jetë:

Dezinfektim mekanik

mikroorganizmat hiqen mekanikisht

- larja e objekteve dhe instrumenteve me ujë,
- varrosja e materialit infektiv, kufomave në tokë ose rërë,
- pluhurosje e sipërfaqeve të punës,
- filtrimi i ajrit.

Dezinfektim fizik

me rrezatim dhe tharje të sipërfaqeve

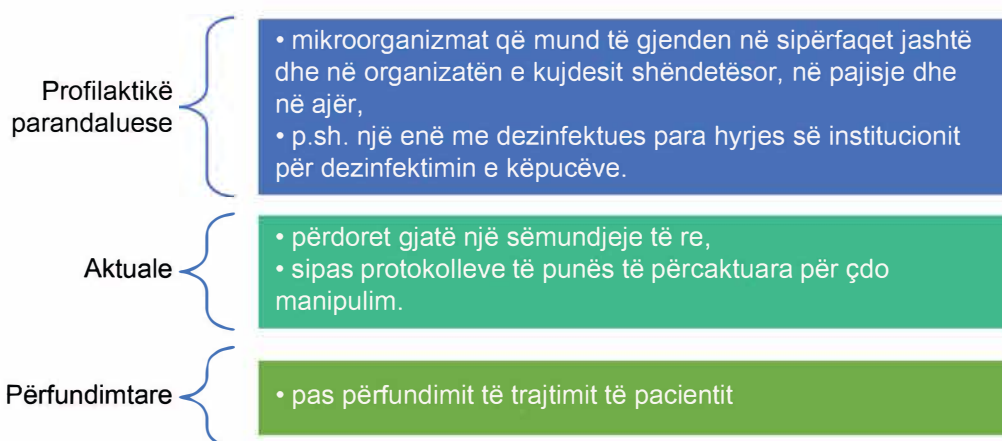
- me rrezet natyrore ultravjollcë – rrezet e diellit, kështu dezinfektohen shtrati apo rrobat,
- me rreze artificiale ultravjollcë – llamba kuarci – sallat e operacionit, laboratorët, dhomat e spitalit, dhomat për terapi fizike dhe rehabilitimi, ajri dhe sipërfaqet,
- me hekurosje të rrobave dhe çarçafëve.

Dezinfektimi kimik

me mjete kimike

- të quajtur dezinfektues ose antiseptikë.
- dezinfektuesit kanë një efekt mikrobicid dhe mikrobiostatik.

Dezinfektimi është nga masat parandaluese në parandalimin dhe paravencën e infeksioneve spitalore, intraspitalore dhe sëmundjeve infektive. Realizohet rregullisht, pavarësisht nga gjendja e pranisë së mikroorganizmave. Ajo kryhet në spitale, në të gjitha njësitë e punës për fizioterapi dhe rehabilitim, ambiente prodhimi, shpërndarje produktesh ushqimore, ambiente administrative, ambiente publike etj. Në varësi të kohës së ekzekutimit, dezinfektimi mund të jetë:



Dezinfektimi kimik është më i sigurti dhe më i miri, por gjithmonë duhet të paraprihet nga dezinfektimi mekanik ose fizik. Ai kryhet me agjentë kimikë, dezinfektues ose antiseptikë, të cilët veprojnë në mënyrë mikrobicidale dhe mikrobiostatike. Veprim mikrobicid nënkupton shkatërrimin e mikroorganizmave, i njohur edhe si veprim mikrobicid. Veprimi mikrobiostatik është parandalimi i rritjes dhe riprodhimit të mikrobeve dhe veprimi të tyre.

Dezinfektuesit përdoren për shkatërrimin e mikroorganizmave nga objekte të ndryshme, instrumente, sipërfaqe pune, lëkurë të shëndetshme, lëkurë të dëmtuar, plagë, mukoza, sekrecione etj. Një numër i madh dezinfektantësh kanë një efekt të

dëmshëm në lëkurë dhe mukozë dhe për këtë arsye duhet të njihet mirë mekanizmi i tyre i reagimit. Përqendrimi i dezinfektuesit është gjithashtu i një rëndësie të madhe. Karakteristikat e një dezinfektuesi ideal janë:

- Të veprojnë në mënyrë baktericide ose mikrobicide në përqendrime të vogla
- Të jetë jo toksik për njerëzit dhe kafshët
- Të ketë aromë të këndshme
- Të jetë i tretshëm në ujë dhe i qëndrueshëm për një kohë të gjatë ndaj ndikimeve të jashtme
- Mos të dëmtohen ose ngjyrosen materialet që duhet të dezinfektohen
- Të jetë i lirë dhe i lehtë për të operuar

Një dezinfektues i tillë nuk ekziston, por ka nga ata me veti të ngjashme. Dezinfektuesit më të përdorur janë:

1. **Spiritus vinidilutus 70-75%**. (fig. 2.2) Përdoret për dezinfektimi i lëkurës së shëndetshme, të paprekur, të padëmtuar, para dhënies së injeksioneve, për dezinfektimin e duarve, ndonjëherë për dezinfektimin e sendeve, stetoskopit, syzeve, termometrit.



Figura 2.2 Spiritus vinidilutus

2. **Preparate klori**. Klori përdoret shpesh në praktikën e përditshme si dezinfektues uji, domethënë për klorimin e tij. Përgatitjet e klorit janë:

- Qumësht gëlqereje i klorur, i përdorur më parë për zbardhjen dhe sot për dezinfektimin e dhomave për kafshët;
- kloraminë – një përbërje inorganike e klorit me amina. Ai përmban 30% klor aktiv në formën e tabletave. Përdoret për klorimin individual të ujit nga pompat, për dezinfektimin e objekteve të përdorura në ushqim, ndihmat mjekësore, pastrimin e përgjithshëm në mjekësi dhe profilaktik në ambientet e fëmijëve, lodrat etj.;
- hipoklorit (varikina) për nyje sanitare, dysheme etj.;
- izocianurate (isosan) – përdoren më së shumti për dezinfektimin e ujit në pishina, përmbajnë përqendrime të larta të klorit (deri në 90%) dhe veprojnë si agjent baktericid, fungicid dhe algocid;
- klori heksidin di kloruri – Hibicept – ka efekt baktericid, viricidal dhe fungicid.

3. **Jodi**. Preparatet e jodit përdoren si: tretësirë e jodit, tretësirë e Lugolit dhe povidon jod – betadinë. Ato përdoren për të dezinfektuar plagët, lëkurën e shëndetshme dhe mukozën.

4. **Peroksid hidrogjeni ose hidrogjen H₂O₂ 3-6%**. Bën pjesë në grupin e oksidantëve dhe përdoret për dezinfektimin e plagëve me trupa të huaj, plagë të acaruara, kurse për dezinfektimin e mukozës në zgavrën e gojës. Krijon një shkumë

- që nxjerr trupat e huaj nga plaga në sipërfaqe dhe e dezinfekton atë.
5. **Permanganat kaliumi $KMnO_4$** . Tretësirë vjollce e lehtë e përdorur në përqendrim 1%, për dezinfektimin e lëkurës së shëndetshme, mukozës në gojë, shpëlarjen e plagëve dhe infeksioneve urinare.
 6. **Acidet:**
 - **Acidumboricum 3%**. Më së shpeshti përdoret për baste.
 - **Acidi klorhidrik HCl17%**.
 7. **Fenoli, acidi karbolik**. Përdoret për dezinfektimin e objekteve, sekrecioneve, ambienteve sanitare dhe është toksik.
 8. **Bazat kuaternare të amonit** (Fig. 2.3). Ato ndahen në detergjentë kationikë dhe anionikë, të cilët përdoren shumë shpesh në praktikë. Këto përfshijnë asepsol, cetavlon, ecosal etj. Përftohen si tretësira të koncentruara 10% dhe 20% që mund të përdoren drejtpërdrejt për dysheme, sipërfaqe pune dhe objekte. Ato mund të shpërndahen dhe përdoren si:
 - Tretësira prej 2% për dezinfektimin e duarve dhe lëkurës së shëndetshme,
 - Tretësirë 5% për dezinfektimin e objekteve dhe instrumenteve.
 9. **Aldehidet**. Glutraldehidi përdoret shpesh si një tretësirë ujore 2% (Aldesol, Aldosel) për instrumente optike, kateterë, objekte qelqi.
 10. **Tretësirat ujore të ngjyrave bakteriologjike** përdoren ndonjëherë për dezinfektim (eozina dhe blu metilen).



Figura 2.3 Bazat kuaternare të amonit

Dezinfektuesit zakonisht paktohen si solucione të koncentruara, për shembull alkooli, spiritus concentratus 96%, ecosal 10% ose 20%.

Para përdorimit, ato duhet të hollohen me ujë të distiluar në një përqendrim të caktuar, në varësi të asaj që do të dezinfektohet. Hollimi duhet të jetë i saktë dhe i saktë që dezinfektimi të jetë efektiv. Nëse janë bërë përqendrime më të larta, tretësira mund të jetë e dëmshme ose joefektive.

Për këtë metodë të bërjes së solucioneve dezinfektuese, ju nevojiten:

- dy menzura,
- ujë i distiluar,
- dezinfektues i koncentruar (alkool 96%, ecosal 10%),
- enë për tretësirën e përgatitur (gotë, gotë, etj.).

Për të përcaktuar saktë përqendrimin e tretësirës, përdoret një formulë e veçantë:

$$\text{Formula për tretësira} = \frac{\text{sasia e nevojshme} \times \text{përqendrimi i nevojshëm}}{\text{përqendrimi ekzistues}}$$

Shembull:

❖ Nëse duhet të bëhen 400ml 2% ekosal prej 10% ekosal për dezinfektim të duarve dhe lëkurës,

$$\frac{400 \times 2}{10} = 80 \text{ ml } 10\% \text{ ekosal} \quad 400 - 80 = 320 \text{ ml } H_2O$$

Gjegjësisht 80ml ekosal 10%+ 320ml ujë fitohet nga 400ml 2kosal 2%.

AKTIVITETI:

- ❖ Ai përgatiti në mënyrë të pavarur një dezinfektues me një përqendrim të caktuar.
- ❖ Demonstroni procedurën e dezinfektimit të lëkurës, mukozës, sendeve dhe duarve.
- ❖ Përdor të gjitha metodat e dezinfektimit.



KAM MËSUAR DHE JAM NË GJENDJE TË:

- ✓ Klasifikoj dhe përshkruaj llojet e dezinfektimit.
- ✓ Rendit grupet e dezinfektuesve me karakteristikat e tyre.
- ✓ Kryej dhe përgatit në mënyrë të pavarur solucione dezinfektimi.
- ✓ Demonstroj një procedurë dezinfektimi.

2.3. Sterilizimi



E DI: Sterilizimi është metodë me të cilën vriten mikroorganizmat dhe parandalohen infeksionet. Gjilpërat dhe shiringa me të cilën më bëjnë një injeksion në klinikën time janë sterile.

DUA TË DI DHE TË JEM NË GJENDJE:

- Të përcaktoj saktë sterilizimin, të shpjegoj atë llojet dhe veçoritë.
- Cilat mjete sterilizohen, në çfarë mënyre dhe pse?
- Të kryej saktë sterilizimin dhe kontrollin e tij.

Sterilizimi është procedurë që shkatërron plotësisht të gjitha format vegjetative dhe sporogjene të mikroorganizmave patogjenë dhe jopatogjenë.

Sterilizimi me nxehtësi	
Sterilizimi me gazra	
Sterilizimi me rreze gama	
Sterilizim kimik	

Mund të realizohet duke përdorur:

- Sterilizimi me metodë fizike, siç është nxehtësia, mund të jetë nxehtësi e thatë dhe nxehtësi e lagësht.
- **Sterilizimi me nxehtësi të thatë përfshin:**
- **Djegia** – një mënyrë efektive për sterilizimin e të gjithë mbetjeve mjekësore që krijohen në procesin e punës së institucioneve shëndetësore, si dhe objekteve dhe kufomave pa vlerë.
- **Fërgimi ose djegia**
- **Ndezja ose përvëlimi**
- **Nën flakë**
- **Sterilizimi me nxehtësi të thatë** – sterilizimi me ajër të nxehtë të thatë. Kryehet në sterilizues të thatë (fig. 2.4) të cilët janë dollapë metalikë me mure dyshe, të cilët në brendësi kanë një rrjet ose një raft mbi të cilin janë vendosur kasetat me instrumente. Ka një termometër në derë që tregon temperaturën brenda sterilizuesit. Sterilizimi kryhet në temperaturën 180°C, me kohëzgjatje 1 orë. Fillon që nga momenti kur termometri i sterilizuesit arrin atë temperaturë. Pas një ore, sterilizuesi fiketë dhe më pas kalon një periudhë tjetër ore në të cilën presim që materiali të ftohet, pastaj hapet sterilizuesi i thatë. Instrumentet metalike, enët prej qelqi dhe porcelani sterilizohen në këtë mënyrë. Sterilizimi i instrumenteve të mprehta, gome, plastike dhe të kombinuara prej metali dhe qelqi nuk lejohet.



Figura 2.4 Sterilizues i thatë

Sterilizimi me nxehtësi të lagësht mund të kryhet në temperatura nën 100°C, në 100°C dhe mbi 100°C.

- **Sterilizimi me nxehtësi të lagësht nën 100°C** – pasterizim dhe tindelizim. Pasterizimi përdoret në industrinë ushqimore për të shkatërruar mikroorganizmat, për shembull në qumësht, lëngje, etj. Tindelizimi përdoret për sterilizimin e gjakut, serumit dhe substancave të tjera biologjike që përmbajnë proteina dhe të cilat nuk guxojnë të koaguloohen. Ajo kryhet duke vendosur në mënyrë alternative nënshtresën në një banjë uji në 65°C, kurse më pas në një termostat në 37°C.

- **Sterilizimi me nxehtësi të lagësht në 100°C** – paraqet sterilizimin duke i zier materialet në ujë për 20-30 minuta. Sot përdoret më pak në praktikën e përditshme, por në kushte të improvizuara, aksidente, fatkeqësi natyrore, si dhe kujdes në shtëpi, ka aplikimin e vet. Me këtë sterilizim mund të sterilizohen materialet metalike, qelqi, gome, plastike.
 - **Sterilizimi me nxehtësi të lagësht mbi 100°C** – është sterilizimi me avujt e ujit nën presion. Ajo kryhet në një sterilizues të quajtur **autoklavë** (Fig. 2.5) në të cilin avulli nën presion depërton më thellë dhe plotësisht në brendësi të materialit që sterilizohet. Sot autoklavat janë moderne, me programe të përcaktuara nga kompjuteri që vetë pajisja i kryen automatikisht sipas programit të përzgjedhur të sterilizimit.
 - Ka instrumente matëse përmes të cilave kontrollojmë vlerat e arritura të përshtatshme për temperaturën, presionin dhe kohëzgjatjen gjatë një sterilizimi të caktuar. Autoklavat më moderne kanë një ekran në të cilin kompjuteri na informon për mangësitë dhe gabimet e mundshme në punë.
 - Në autoklavë kryhen disa programe dhe një prej tyre është “**sterilizimi i madh**” i cili kryhet në temperaturë 135°C, presion atmosferik 2,5 avulli uji dhe kohëzgjatje prej tre minutash e gjysmë, nëse materiali hapet i pa ambalazhuar. 7 minuta nëse materiali është i paketuar në ndonjë paketë (kasetë, daulle). Me këtë sterilizim sterilizohen instrumentet metalike, qelqi, porcelani, por jo të kombinuara. Ai gjithashtu sterilizon veshjet, shtretërit e spitalit, fustanet kirurgjikale dhe çdo gjë tjetër të bërë prej pëlhure. “Sterilizimi i vogël” kryhet në temperaturë 120°C, 1.4 presion atmosferik dhe kohëzgjatje prej 20 minutash. Me këtë sterilizim sterilizohen instrumentet prej gome dhe plastike.
2. **Sterilizimi me gaz** është i përshtatshëm për sterilizimin e materialeve mjekësore në objektet industriale.
 3. **Sterilizimi me rreze gama** përdoret për sterilizimin e materialit dhe instrumenteve të disponueshme (qepje, material për veshje, shiringa, gjilpëra etj.).
 4. **Sterilizimi kimik** kryhet me mjete kimike. Në këtë mënyrë sterilizohen instrumentet që janë të ndjeshëm ndaj temperaturës së lartë, instrumentet e mprehta. Instrumentet duhet të përgatiten si duhet për sterilizim pas përdorimit të tyre. Sterilizimi kimik mund të bëhet me:
 - **Tabletat e formalinës** – të cilat çlirojnë avujt e formalinës të cilat kanë një efekt baktericid. Në fund të kasetës vendosen 15-20 tableta, më pas rreshtohet materiali që do të sterilizohet dhe mbyllet mbulesa e kasetës. Ato lihen të veprojnë për 24 orë, aq sa zgjat sterilizimi. Nëse instrumentet janë përdorur për të punuar me material septik, atëherë sterilizimi zgjat 48 orë;
 - **Dezinfektues me vlerë të lartë nga grupi aldehid** – me zhytje në Gigasept; Istrubel; Cidex.
 - **Formaldehidi i lëngshëm** në një autoklavë është sterilizim i vërtetë kimik, i përdorur për materiale të ndjeshme.
- Kur zgjedhim llojin e sterilizimit, udhëhiqemi nga vetitë fizike të materialeve mjekësore që sterilizohen, si dhe nga kushtet.



Figura 2.5 Autoklavë

Kontrolli i sterilizimit

Kontrolli i sterilizimit duhet të kryhet në njësitë e punës ku zhvillohet procesi i sterilizimit. Kontrolli i sterilizimit kryhet në të gjitha materialet që sterilizohen në mënyrat e mëposhtme:

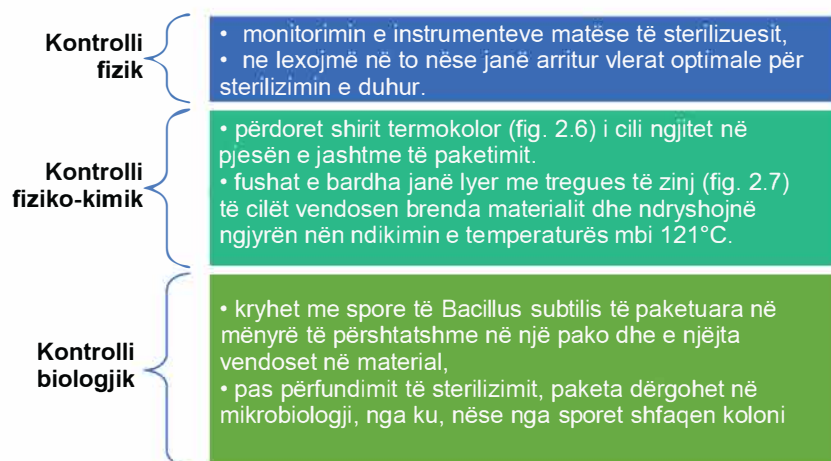


Figura 2.6 Shirit me ngjyra kolor



Figura 2.7 Treguesit

Kontrolli i sterilizimit kur punoni me material steril lejon rehati dhe siguri më të madhe. Puna me material të sterilizuar në mënyrë jo të duhur, që do të thotë jo steril, mbart një rrezik të lartë të infeksioneve intraspitalore dhe komplikimeve që do të kërcënonin seriozisht jetën e pacientit (sepsë, hepatit).

AKTIVITETI:

- ❖ Demonstroni lloje të ndryshme sterilizimi.
- ❖ Funksiononi pajisjet e sterilizimit në kabinetin e infermierisë.
- ❖ Zgjedhja e llojit të sterilizimit sipas materialit.
- ❖ Kryeni kontrollin e sterilizimit.



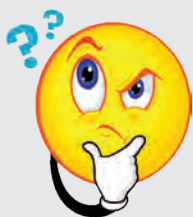
MËSOVA TË:

- ✓ përcaktoj dhe klasifikojë sterilizimin,
- ✓ sqaroj llojet e sterilizimit sipas agjentit,
- ✓ rendit se cilat materiale mjekësore sterilizohen në cilin sterilim,
- ✓ përshkruaj metodat e përgatitjes dhe veçoritë e sterilizimit,
- ✓ emërtoj mënyrën e përdorimit të pajisjeve sipas rekomandimeve të prodhuesit,
- ✓ zgjedh llojin e sterilizimit e zgjedh sipas materialit.

MUNDEM TË:

- ✓ trajtoj sterilizuesit për sterilizimin e thatë dhe me ujë, si dhe trajtimin e tabletave të formalinës për sterilizimin kimik;
- ✓ përzgjedh materialet mjekësore për një lloj specifik sterilizimi;
- ✓ kryej kontrollin fizik dhe kontrollin fiziko-kimik të sterilizimit me trakë termokolor

2.4. Instrumente mjekësore



E DI: Instrumentet mjekësore janë ato që përdoren në kirurgji gjatë operacionit, veshjeve, janë metalike dhe duhet të sterilizohen para përdorimit.

DUA TË DI DHE TË JEM NË GJENDJE TË: Rendis, përshkruaj dhe përdor saktë instrumentet mjekësore.

Një numër i madh i instrumenteve mjekësore përdoren në praktikën e përditshme mjekësore. Tekniku i fizioterapisë, duke punuar me pacientë të operuar në departamentet kirurgjikale, shpesh përballlet me nevojën për të njohur instrumentet bazë mjekësore. Fillimet e tyre datojnë që në kohët parahistorike kur njeriu përdorte eshtra kafshësh, gurë të mprehtë, domethënë objekte që gjenden në natyrë. Më vonë, instrumentet janë bërë nga materiale si: bronzi, mesing, bakri dhe hekuri, ndërsa sot përdoret më së shumti inox. Sipërfaqet e instrumenteve mund të jenë shumë të lëmuara, mat, të nikeluara (gjilpëra qepëse), të veshura me ar (mbajtëse gjilpërash) etj.

Sipas qëllimit të instrumenteve mund të klasifikohen në:

➤ **Instrumentet prerëse:**

- o **Bisturia** (Fig. 2.8) është thikë kirurgjikale që përdoret për prerjen e indeve të buta. Montohet në kllapa metalike.
- o **Gërshërët** (Fig. 2.9) përdoren për prerjen dhe përgatitjen e indeve. Teju sipas qëllimit mund të ketë formë të ndryshme, gërshërë të drejtë dhe të lakuar për prerjen e fashave, suvasë dhe dr. Mbahet në dorë me gishtin e madh dhe të katërt, kurse mbështetet në gishtin tregues.



Figura 2.8 Skalpel

➤ **Instrumentet mbajtëse**

- o **Piskatore** (fig. 2.10) përdoren për të mbajtur indet. Ato karakterizohen nga dy këmbë. Dallojmë piskatore anatomike dhe kirurgjikale. Maja e këmbës së **pincës**



Figura 2.9 Gërshërë kirurgjikale

- o **Kapëse** (fig. 2.11) përdoren për kapjen e enëve dhe indeve të prera të gjakut etj. Ato janë të ndryshme:
 - **Kapëse Pean:** në pjesën e punës kanë dy këmbë të lëvizshme që në brendësi kanë vija të brazda, sipas formës së këmbës mund të bëhen bizele të lakuara dhe të drejta. Ato mbahen nga gishti i madh dhe gishti i katërt, kurse midis unazave ka dhëmbë për hapje dhe mbyllje. Ato përdoren për të kapur enët e gjakut, indet e buta, instrumentet dhe materialet e veshjes.



Figura 2.10 Pinceta



Figura 2.11 Kapëse Pean

- **Kapëse Koherë** (fig. 2.12): karakterizohen nga fakti se në pjesën e sipërme të pjesës së punës ka një dhëmb dhe një prerje, kurse pjesa ku mbahet është si pioni. Ato përdoren për të mbajtur inde më të trashë, instrumente dhe materiale veshjeje.



Figura 2.12 Kapëse Koher

- o **Mbajtëse e gjilpërës** (Fig. 2.13) është instrument që mban gjilpërën kirurgjikale gjatë qepjes (qepjes) të indeve. Pjesa e punës në brendësi ka vija tërthore dhe tërthore me brazda të lehta, duke siguruar kështu forcë në mbajtjen e gjilpërës kirurgjikale dhe një pjesë mbajtëse me dhëmbë për hapje dhe mbyllje.
- o **Kortsanga** (fig. 2.14) përdoret për shtimin e instrumenteve dhe materialit steril gjatë veshjeve, sepse në fund të krahut ka një zgjerim si dritare, që mundëson mbajtjen e qëndrueshme të materialit.
- o **Kiretat** (fig. 2.15) janë instrumente metalike që përdoren për gërvishtjen (kuretimin) e plagëve. Pjesa e punës i ngjan një luge me skaje të mprehta, mund të jetë me madhësi të ndryshme.



Figura 2.13 Mbajtës gjilpëre



Figura 2.14 Kortsanga



Figura 2.15 Kireta

Në kirurgji përdoren materiale të ndryshme të qepjes. Materiali i qepjes përbëhet nga gjilpëra mjekësore dhe fije mjekësore që ndryshojnë në materialin e prodhimit dhe qëllimit.

Përveç metalit, instrumentet mjekësore mund të jenë: qelqi, goma, plastika, silikoni, porcelani dhe i kombinuar. Instrumentet më të zakonshme të bëra prej gome, plastike dhe silikoni janë kateterët dhe sondat. Instrumentet endoskopike dhe stetoskopët janë instrumente që janë bërë nga një kombinim i materialeve të ndryshme (plastika metalike, goma metalike).

Zbatimi i një procedure për përgatitjen e instrumenteve mjekësore për sterilizim

Përgatitja e instrumenteve mjekësore për sterilizim është nga procedurat më të përgjegjshme. Materiali i nevojshëm: furçë për larjen e instrumenteve, dezinfektues asepsol 3%, doreza josterile, enë veshke, kompresë.

Instrumentet e përdorura pastrohen nga gjaku, përmbajtja purulente dhe substanca të tjera organike me furçë, nën një rrjedhë uji të rrjedhshëm dhe detergjenti (Fig. 2.16).

Vëmendje e veçantë gjatë larjes i kushtohet mes dhëmbëve dhe vijave të rrahura të instrumenteve. Më pas instrumentet vendosen në një dezinfektues, asepsol 3%, për të qëndruar për një deri në dy orë. Shpëlajeni përsëri nën ujë të rrjedhshëm. Instrumentet e lara vendosen në një kompresë, thahen dhe fshihen.

Instrumentet mjekësore mund të paktohen në lloje të ndryshme ambalazhesh. Në vendin tonë paktohen në një kasetë metalike për instrumente (fig. 2.17) ose filma polipropileni (fig. 2.18), letra mjekësore etj. Instrumentet vendosen në një kasetë, kurse mbulesa e kasetës është nën të. Instrumentet e përgatitura në këtë mënyrë në një kasetë të hapur vendosen në një sterilizues të thatë dhe sterilizohen. Ato qëndrojnë sterile për 24 orë dhe më pas procedura përsëritet nga fillimi.



Figura 2.16 Pastrimi mekanik i instrumenteve



Figura 2.17 Kuti instrumentesh metalike



Figura 2.18 Folie polietilenike

AKTIVITETI:

- ❖ vizatimi i karakteristikave të instrumenteve;
- ❖ praktikimi i teknikës së mbajtjes së instrumenteve;
- ❖ përgatitja e instrumenteve mjekësore për sterilizim;
- ❖ zbatimimi i sterilizimit të thatë të instrumenteve;
- ❖ trajtimi i instrumenteve sterile të kasetës dhe daulleve.



MËSOVA TË:

- ✓ Llojet bazë të instrumenteve mjekësore dhe karakteristikat e tyre.
- ✓ Procedurat e përgatitjes së instrumenteve mjekësore për sterilizim.

MUNDEM TË:

- ✓ Mbaj instrumentet si duhet,
- ✓ Njoh instrumentet,
- ✓ Përgatis instrumente mjekësore për sterilizim.

2.5. Materiali i fashës



E DI: Materiali i fashës janë gazat dhe fashat. Ne i përdorim ato për plagë dhe lëndime.

DUA TË DI DHE TË JEM NË GJENDJE TË:

- përshkruaj llojet e materialit lidhës.
- përgatis material për fashim – gazë, tufera nga gazë, shtupë pambuku.
- Jam duke paketuar materiale për sterilizim.

Materiali i fashës përfshin: gazë, tampona, fashë, fashë, stileto, leshi pambuku mjekësor, gazë kompresuese. Ato përdoren për mbulimin e plagëve dhe lëndimeve.



Figura 2.19 Gaza

Gaza (fig. 2.19) është pëlhurë e bardhë pambuku, e butë dhe e lehtë. Përdoret për të mbrojtur plagën nga infeksioni dhe për të thithur sekrecione prej saj.

Gaza vjen nga fabrika në ambalazhe të mëdha disa metra dhe më pas pritët në copa në varësi të nevojës. Tupfers, çorape, fasha, shirita, rondels dhe stiletos janë bërë nga gazë. Gjatë përgatitjes – palosjes së tyre është më e rëndësishme që skajet të jenë të parapalosur dhe të mbyllura me fije nga të gjitha anët.

Tupferë është gazë e palosur me katër shtresa me madhësi 2 cm dhe përdoret për dezinfektimin e plagëve apo në fusha operative.

Gazat janë shtresa të palosura të gazeve (4-8) në formë katrore ose drejtkëndore. Ato përdoren për të mbuluar plagët – fashat.

Secila pjesë e materialit të fashës (shkallëzime, tuferë, stileto) ka një teknikë specifike të palosjes që arrin madhësinë dhe funksionalitetin sipas qëllimit.

Leshi i pambukut është bërë nga pambuku. Leshi i pambukut mjekësor është i bardhë dhe hidrophil, thith sekrecionet, por nuk duhet të vendoset drejtpërdrejt në plagë. Vendoset në gazë. Tamponët e vegjël pambuku përdoren për të dezinfektuar lëkurën e njomur me alkool. Paketohet në fabrikë në role, kurse më pas pritët sipas qëllimit.

Fashat (Fig. 2.20) është shirit pambuku me gjatësi 3 deri në 5 metra dhe gjerësi 2 deri në 15 cm. Përdoret për të rregulluar materialin e veshjes.

Paketimi i materialit të veshjes për sterilizim

Materiali i veshjes së destinuar për sterilizim mund të paketohet në bateri, film polipropileni, letër mjekësore të tipit Havana. Në spitale, zakonisht paketohet në bateri dhe letra mjekësorelloj Havana. Materiali lidhës i përgatitur si duhet kontribuon në sterilizimin e mirë dhe efikas.

Barabane (Fig. 2.21) janë kuti metalike rrethore me mure anësore të dyfishta. Në murin e brendshëm ka rrjeta nëpër të cilat rrjedh avulli i ujit gjatë sterilizimit dhe një manshetë e lëvizshme për hapjen dhe mbylljen e hapjeve. Është e nevojshme që fillimisht të dezinfektoni kazanin, kurse më pas të vendosni materialin lidhës. Shkallët janë të vendosura në daulle në formë rrethi, kurse tuferat vendosen në mes. Kapaku i daulles mbyllet dhe grilat në murin e daulles hapen. Në kapakun e kazanit është ngjitur një shirit me ngjyra termike dhe shkruhet data e ditës së sterilizimit.

Pas përfundimit të sterilizimit, grilat e kazanit mbylhen. Periudha e sterilitetit të materialit të veshjes në një kazan është 24-48 orë.

Nëse materiali i veshjes është i paketuar në letër mjekësore të tipit Havana, ai vendoset në mes t; letrës dhe paketohet në formë zarfi. Ngjitet një shirit me



Figura 2.20 Fashat



Figura 2.21 Baraban

ngjyra termike dhe shkruhet data e ditës së sterilizimit. Materiali i veshjes sterilizohet në një autoklavë sterilizimi me avull me presion të lartë.

Mënyra e punës me material steril

Fizioterapisti në punën e tij të përditshme, duke kryer procedurat e përshkruara për pacientët me plagë të llojeve të ndryshme, përballet me nevojën e përdorimit dhe përdorimit të materialeve dhe instrumenteve sterile të veshjes. Ai trajtohet me vëmendjen dhe kujdesin maksimal, duke mos lejuar asnjë manipulim të pakontrolluar të kasetave ose baterive metalike. Për këtë, është e nevojshme të keni një enë me një instrument steril për heqjen dhe shtimin e materialit, si dhe metodat e zbatuara si duhet për: hapjen e daulles, kasetës ose çdo lloj ambalazhi tjetër, mënyrën e heqjes dhe shtimit të instrumenteve sterile, veshjen. materiale dhe dezinfektues.

Procedura me materialin lidhës së përdorur

Pas përdorimit, materiali lidhës klasifikohet si mbetje mjekësore dhe paktohet në një qese të verdhë. Pjesët e letrës nga paketimet dhe materialet e tjera që nuk janë kontaminuar nga përdorimi me një pacient vendosen në mbeturinat komunale. Më pas transportohet nga salla e operacionit ose salla e ndërhyrjes përgjatë rrugës së mbetjeve mjekësore të vetë departamentit dhe trajtohet sipas protokollit përkatës.

AKTIVITETI:

- ❖ Përdorimi i një teknike për zhytjen e hapave, tupferave etj.
- ❖ Mbledhja dhe përgatitja e kazanit për sterilizim.
- ❖ Trajtimi i materialit të veshjes sterile dhe instrumenteve të kasetave dhe daulleve.



KAM MËSUAR DHE JAM NË GJENDJE TË:

- ✓ përshkruaj karakteristikat dhe përgatitjen e materialit të veshjes mjekësore.
- ✓ bëj përgatitjen e gazave, gazave, pambukut.
- ✓ rendit rregullat e bërjes së materialit të fashës.
- ✓ shpjegoj dhe zbatoj një procedurë me material veshjeje të përdorur, siç janë mbetjet mjekësore.

2.6. Infeksioni intraspitalor



E DI: Disa pacientë në spital marrin një infektion që nuk ka lidhje me sëmundjen për të cilën trajtohen dhe në shumicën e rasteve është gabim i profesionistëve të shëndetësisë.

DUA TË DI DHE TË DI TË PËRDOR: Parimet në zbatimin e procedurave për parandalimin e infeksioneve intraspitalore.

Infeksioni spitalor ose intrahospital është infektion që ka ndodhur te pacienti gjatë qëndrimit të tij në spital. Është sëmundje lokale ose sistemike me praninë e një agjenti infektiv ose toksinave të tij. Më shpesh, infeksionet intraspitalore shfaqen pas 48-72 orësh nga momenti i shtrimit në spital. Nëse thirren para kësaj periudhe, pra në 48-72 orët e para kur pacienti hyn në spital, nuk konsiderohen si intraspitalorë. Faktorët e rrezikut për zhvillimin e këtij lloj infeksioni mund të jenë ndarë në dy grupe:

1. **Faktorë të brendshëm** me origjinë nga vetë pacienti, pra reduktim i aftësisë së sistemit imunitar të organizmit për shkak të sëmundjes themelore që është shkak i shtrimit në spital.
2. **Faktorët e jashtëm** me origjinë nga mjedisi – pajisjet mjekësore të kontaminuara ose mjedisi spitalor për shkak të pastrimit joadekuat, përdorimit të papërshtatshëm të dorezave mbrojtëse, dezinfektimit ose sterilizimit, i ekspozon pacientët ndaj rrezikut të shtuar. Punonjësit e kujdesit shëndetësor janë të përfshirë drejtpërdrejt në transmetimin e infeksionit intraspitalor.

Fizioterapisti si pjesë e ekipit shëndetësor e arrin parandalimin e infeksioneve intraspitalore duke iu përmbajtur masave dhe procedurave për parandalimin e infeksioneve intraspitalore.

Qëllimi është të zvogëlohet transmetimi i agjentëve infektivë midis pacientëve dhe punonjësve të kujdesit shëndetësor. Kjo arrihet duke respektuar masat dhe procedurat për parandalimin e infeksioneve intraspitalore. Për këtë qëllim, të gjithë punonjësit e rinj që janë të përfshirë drejtpërdrejt ose tërthorazi në trajtimin e pacientit duhet të edukohen për masat dhe procedurat për parandalimin e infeksioneve intraspitalore.

Masat dhe procedurat për parandalimin dhe shtypjen e infeksioneve intraspitalore përfshijnë:

- Pritja sanitare dhe asgjësimi i rrobave të pacientit,
- Ruajtja e higjienës dhe dezinfektimi i duarve, lëkurës, mukozave,
- Përdorimi korrekt i dorezave mbrojtëse,
- Zbatimi i procedurave sanitare dhe higjienike,
- Kontrolli i pastrimit, larjes dhe ventilimit,
- Dezinfektimi i instrumenteve, pajisjeve mjekësore,
- Sterilizimi i instrumenteve dhe pajisjeve,

- Mbledhja, klasifikimi, larja, sterilizimi dhe transportimi i lirive dhe veshjeve spitalore,
- Hedhja e duhur e mbetjeve mjekësore.

AKTIVITETI:

- ❖ Ndërtoni aftësi për aktivitetet e dezinfektimit dhe sterilizimit.



KAM MËSUAR DHE JAM NË GJENDJE TË:

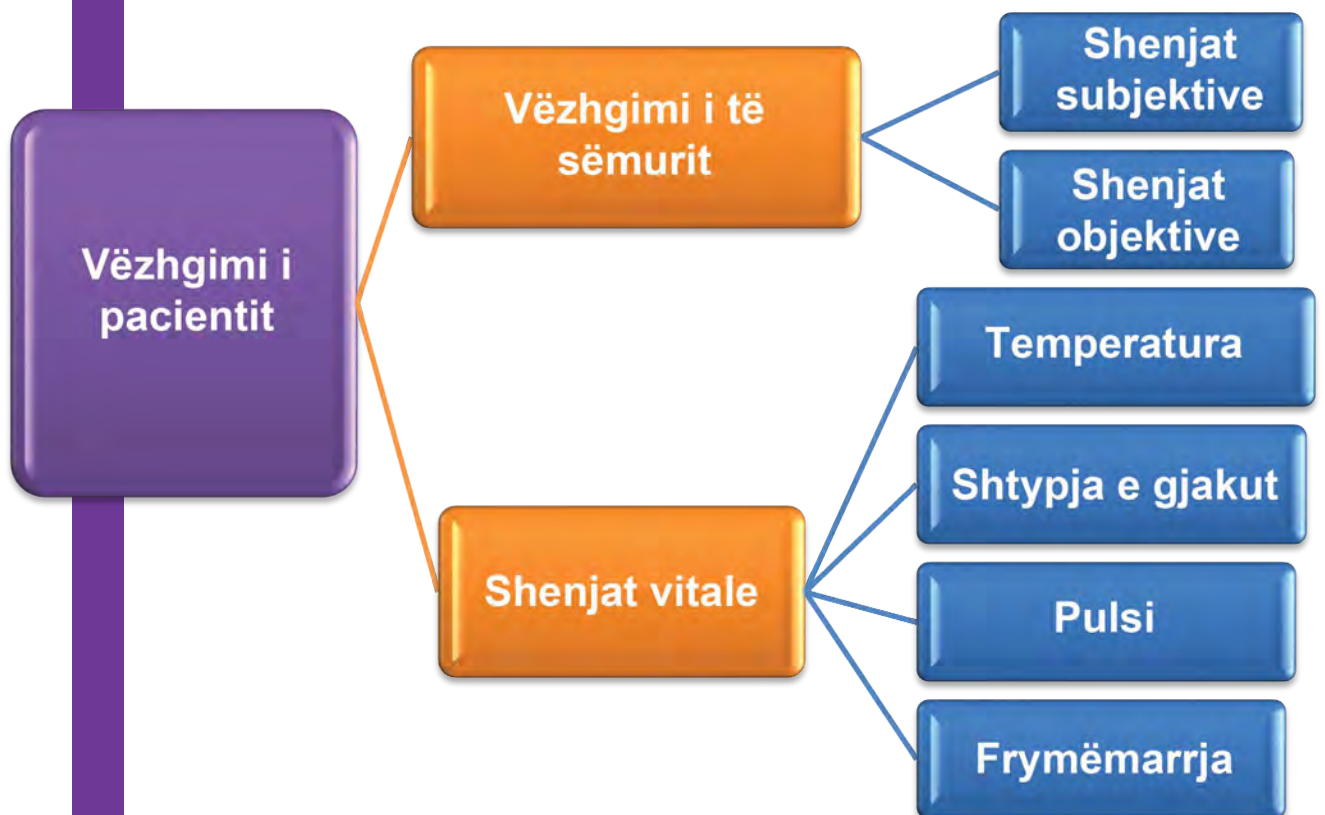
- ✓ Zbatoj procedurat për parandalimin e infeksioneve intraspitalore.

Pyetje:

1. Çfarë është asepsa, antisepsa dhe pse zbatohen ato?
2. Shpjegoni antisepsën si profilaktike dhe metodat terapeutike!
3. Çfarë është sterilizimi i thatë?
4. Si të sterilizoni materialin e veshjes dhe operative rroba?
5. Çfarë është dezinfektimi?
6. Cili mund të jetë dezinfektimi sipas mënyrës së largimit të mikroorganizmave?
7. Pse përdoret tretësira betadine?
8. Me çfarë dezinfektohen instrumentet mjekësore?
9. Si do të merrni 1000 ml alkool 70%, nga 96% *spiritus koncentrat*?
10. Çfarë është infeksioni intraspitalor?
11. Çfarë masash marrim për të parandaluar dhe shtypur infeksionin intraspitalor?

NJËSIA MODULARE 3

Vëzhgimi i pacientit



3.1. Vëzhgimi i pacientit



E DI: Vëzhgimi është të shohësh një të sëmurë për ta ndihmuar në rast dhimbjeje, temperaturë, pavetëdije etj. Është detyrë e dikujt që kujdeset, si p.sh., nëna e një fëmije të sëmurë me temperaturë, e monitoron vazhdimisht, që të mos ketë konvulsione.

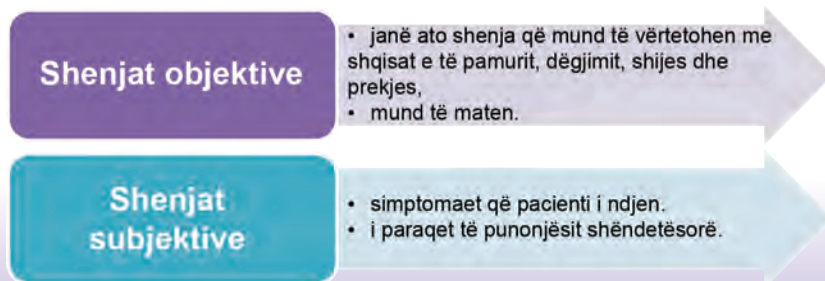
DUA TË DI: Shpjegoni simptomat subjektive dhe objektive, pamjen e jashtme dhe shqetësimin e vetëdijes, si dhe përshkruani karakteristikat e dhimbjes.

DUA TË JEM NË GJENDJE TË: Monitoroj gjendjen e pacientit sipas simptomave subjektive dhe objektive.

Vëzhgimi i pacientit është vëzhgimi i simptomave të dukshme dhe është nga detyrat themelore të fizioterapistit. Kjo metodë është përdorur edhe nga mjekët më të vjetër në vendosjen e diagnozës së të sëmurëve. Kështu, Hipokrati, babai i mjekësisë, dha një përshkrim të inflamacionit të gjëndrave parotiroide – parotitis dhe abdomen akut, të cilat përdoren edhe sot.

Krahas vëzhgimit të pacientit, mjekësia e sotme përdor edhe shumë metoda të tjera si: palpim, goditje, auskultim, laborator, klinik, rentgen, ekzaminime me ultratinguj, të kompjuterizuara tomografi etj. Por pavarësisht përparimeve të mëdha shkencore dhe teknologjike në fushën e mjekësisë, vëzhgimi ka ruajtur rëndësinë e tij dhe është ende një nga metodat kryesore për monitorimin e gjendjes së pacientit. Fizioterapisti është i detyruar të vëzhgojë pacientët që në kontaktin e parë, gjatë trajtimit spitalor, zbatimit të procedurave diagnostike dhe terapeutike, veçanërisht në pacientët më të rëndë. Simptomat mund të shfaqen gradualisht, por edhe papritur dhe të përkeqësojnë gjendjen e mëparshme të qëndrueshme të pacientit dhe janë rezultat i ndryshimeve të ndryshme patologjike në trup.

Njohja e simptomave dhe interpretimi i drejtë i tyre kushtëzohen nga njohuritë solide teorike mjekësore, përvoja e fituar me punë praktike dhe ndjenja e vëzhgimit. Gjatë çdo procedure rreth pacientit, kujdesit, zbatimit të fizioterapisë dhe kineziterapisë, fizioterapisti është i obliguar që ta vëzhgojë pacientin dhe ta informojë me kohë mjekun nëse shfaqen simptoma dhe ndryshime të caktuara të gjendjes, gjegjësisht përkeqësim i saj. Gjatë vëzhgimit, duhet të ndiqen:



3.1.1. Shenjat objektive

Kur flasim për shenja objektive, nënkuptojmë katër tregues kryesorë të gjendjes së pacientit, përkatësisht:



3.1.1.1. Pamja e jashtme e pacientit

Vëzhgimi i pamjes së jashtme të pacientit përfshin monitorimin e ndryshimeve në pamjen fizike, peshën dhe gjatësinë trupore, konstitucionin, mënyrën e të folurit dhe të ecurit, gjendjen e vetëdijes. Gjatë vëzhgimit të pamjes së jashtme fizike të pacientit, vërehen ndryshime që devijojnë nga pamja normale. Ne e vëzhgojmë pacientin në një rend të caktuar, si rregull fillojmë nga koka, qafa, kraharori, barku, duke përfunduar me gjymtyrët.

Në kokë vërehen përmasa, forma, simetri, ndryshime në pjesën leshore të kokës, pedikuloza etj. Ndryshimet mund të jenë në aspektin e një koke të madhe ose të ujshme, *hidrocefalus* (Fig. 3.1), kokë të vogël ose *mikrocefalus* (Fig. 3.2).

Në **fytyrë** vërehet ngjyra e lëkurës, simetria e syve, e hundës, e gojës etj. Ngjyra e lëkurës mund të jetë e zbehtë (në anemi, gjakderdhje), cianotike (në probleme me frymëmarrjen), e verdhë (në Hepatit), me skuqje (alergji, fruth, lisë pule). Në sy vërehet sekrecione (shkarkim i ujshëm, i pastër, i përgjakshëm ose purulent), lëvizshmëria e kokës së syrit, gjerësia e bebëzave, çngjyrosje e së bardhës. Hunda vihet re për sa i përket simetrisë, deformimeve, lëndimeve, sekretimit, gjakderdhjes etj. Buzët mund të jenë të çara dhe të thata, me temperaturë të ngritur ose cianotike, me vështirësi në frymëmarrje. Në zgavrën e gojës, gjuhë, dhëmbët dhe mukoz mund të vërehen dhe mund të ndihet aromë jo



Figura 3.1 Hidrocefalus



Figura 3.2 Mikrocefalus



Figura 3.3 Struma

e këndshme (foetor ex ore) nga sëmundje të ndryshme të dhëmbëve, lukthi etj.

Cilësitë që vihen re në **qafë** janë lëvizshmëria e saj, simetria, madhësia e gjëndrës tiroide (Fig. 3.3.), pulsimi i enëve të gjakut, cikatrikët dhe zmadhimi i gjëndrave limfatike.

Gjatë terapisë fizike dhe kineziterapisë ose kur kujdeset për pacientin, fizioterapisti vëzhgon edhe **gjoksin**. Në të mund të vërehen deformime, ndryshime të lëkurës, ndryshime në zonën e gjoksit të femrat, ndryshime në boshtin kurrizor. Gjoksi mund të jetë i dobët, i rrafshuar dhe me shpatulla të fryra, quhet tip ftizik. Lloji Bochwest shfaqet në emfizemë pulmonum të mushkërive, ku gjoksi është mjaft i zgjeruar. Ndërsa ndryshimet e **boshtit kurrizor** mund të jenë në formën e kifoze (Fig. 3.4), skoliozës, lordozës ose e kombinuar.

Gjatë vëzhgimit të **abdomenit**, shihen forma, vëllimi, simetria, ndryshimet e lëkurës, enët e gjakut.

Gjatësia, simetria, gjendja e kyçeve dhe lëvizshmëria e tyre, prania e ënjtjes, gjendja e enëve të gjakut, prania e deformimeve vërehen në **gjymtyrët e sipërme dhe të poshtme**. Këto ndryshime gjithashtu mund të prishin ecjen normale.



Figura 3.4 Kifoza

3.1.1.2. Pesha dhe lartësia trupore

Bëhet një vlerësim nëse gjatësia e pacientit korrespondon me moshën e tij, gjë që tregon funksionalitetin e gjëndrave endokrine. Për shembull, rritja e sekretimit të hormonit të rritjes rezulton në rritje gjigante dhe akromegali (Fig. 3.5).

Korrelacioni tjetër që duhet vendosur është marrëdhënia ndërmjet peshës trupore, moshës dhe gjatësisë. Pacienti mund të jetë me ushqyerje normale, i hollë, që është kaektik, ose voluminoz, pra i trashë.



Figura 3.5. Akromegalia

3.1.1.3. Konstruksioni i personit të sëmurë

Lidhur me konstituimin e pacientit, në shekullin XIX psikiatri gjerman Ernst Kretschmer bëri një ndarje të llojeve konstitucionale, e cila përdoret edhe sot. Nëse

e dimë se kushtetuta është tërësi e aftësive mikrofolike dhe funksionale të një organizmi, sipas kësaj njerëzit mund të ndahen në katër grupe:



Statistikat tregojnë se një lloj i caktuar i llojit konstruksional i të sëmurit më shpesh nga disa sëmundje. Për shembull, tipi asthenik ka prirje ndaj sëmundjeve të sistemit të frymëmarrjes, tipi atletik në vitet e mëvonshme vuan nga sëmundjet e sistemit kardiovaskular dhe tipi piknik është i prirur për diabetin.

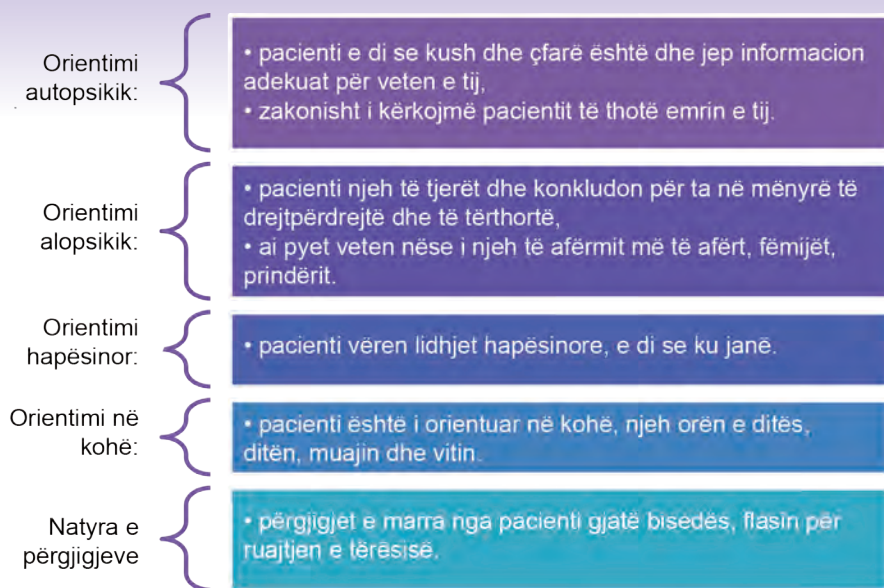
3.1.1.4. Fjalimi dhe hecja e të sëmurit

Nëpërmjet bisedës, fizioterapisti arrin në përfundimin nëse e folura e pacientit është brenda kufijve të komunikimit normal. Kur bën pyetje për gjendjen e tij, pra përmes përgjigjeve që merr, ai mund të mësojë për cilësinë e të folurit. Të folurit mund të dëmtohet për shkak të sëmundjeve të gojës, mungesës së dhëmbëve, anomalive kongjenitale të zgavrës me gojë, sëmundjeve të gjuhës ose sëmundjeve të sistemit nervor qendror (lëndime, tumore dhe inflamacione të trurit).

Gjendja e aparatit lokomotor dhe ecja mund të vërehet kur pacienti hyn në repartin e spitalit. Fizioterapisti vëren nëse çdo gjë është normale apo ka devijime. Shkaktarët e çrregullimeve të këmbëve mund të jenë lëndimet e kyçeve të këmbëve, ënjtja dhe qarkullimi i shqetësuar, si dhe sëmundjet dhe dëmtimet e sistemit nervor qendror.

3.1.1.5. Gjendja e vetëdijes së pacientit

Vetëdija është dukuri themelore mendore brenda së cilës realizohen të gjitha funksionet e tjera psikike. Është pasqyrim i realitetit objektiv, i ndërmjetësuar nga truri dhe qëndrimi i individit ndaj dukurive dhe objekteve në botën reale. Vetëdija përmban përvojën e vetvetes, mjedisit, të kaluarës, të tashmes dhe të së ardhmes potenciale, domethënë përvojën e ekzistencës së dikujt, veçantinë dhe marrëdhëniet me mjedisin. Parametrat sipas të cilëve vlerësojmë devijimet e vetëdijes nga normalja janë:



Pacienti mund të ketë vetëdije të ruajtur, nëse është i orientuar në kohë, hapësirë dhe njerëzit rreth tij, pra nëse janë të pranishëm parametrat e mësipërm.

Përndryshe ka ndërjegje të turbullt ose të ndryshuar. Qendra e vetëdijes ndodhet në trungun e trurit në sistemin nervor qendror. Çrregullimet e ndërjegjes mund të jenë sasiore dhe cilësore.

Shkaku më i zakonshëm i çrregullimeve sasiore të vetëdijes janë lëndimet në kokë, gjakderdhja në tru, tumori i trurit, etj. Këtu, duke shkuar nga çrregullimi më i lehtë te më i vështirë, përfshihen:

- **Përgjumje (somnia)**. Është gjendje e vetëdijes konfuze nga e cila pacienti mund të zgjohet nga stimuj më të lehtë (duke thirrur një emër, prekje) dhe korrespondon me përgjumjen. Koha e reagimit zgjatet, pacientët reagojnë ngadalë, perceptimi dhe mirëkuptimi janë të vështira, asociacionet zvogëlohen, vëmendja ngushtohet dhe orientimi ruhet kryesisht.
- **Sopor**. Është gjendje e shqetësimit të rëndë të vetëdijes, në të cilën zvogëlohet orientimi (do të thotë diçka të drejtë dhe diçka të gabuar), kurse pacienti mund të ndërjegjësohet me stimuj më të fortë (për shembull, ai reagon ndaj një shpimi gjilpëre). Vetëdija zgjat për një kohë të shkurtër, me hapjen e syve, vëmendja e tij zvogëlohet dhe mirëkuptimi mungon.
- **Koma (coma)**. Është gjendja më e rëndë e humbjes së vetëdijes, në të cilën pacienti nuk i përgjigjet asnjë stimuli, jeta psikike mungon. Ruhen funksionet vitale, domethënë frymëmarrja, puna e zemrës, presioni i gjakut, temperatura e trupit.

Çrregullimet cilësore ndodhin në formën e konfuzionit të vetëdijes dhe këto janë:

- **Konfuzion deliran** gjatë intoksikimit ekzogjen (me disa barna, alkool) ose shoku, temperaturë e ngritur e trupit.
- **Gjendjet e vetëdijes së ngushtuar** që ndodhin papritur, me një ndërpreje të qartë në vazhdimësinë e vetëdijes normale, zgjasin nga disa minuta deri në disa ditë dhe përfundojnë në të njëjtën mënyrë. Në këto kushte, pacienti

është plotësisht ose pjesërisht i çorientuar, me pamje të çuditshme, i habitur, me perceptim të gabuar të njerëzve dhe objekteve, kurse mund të jetë i rrezikshëm për rrethinën. Zakonisht nuk mbajnë mend asgjë dhe ndihen të lodhur pas gjendjes.

- **Hipnoza** është gjendje e ngushtë e ndërgjegjes së shkaktuar artificialisht, e cila arrihet përmes sugjerimit nga një person tjetër.
- **Somnambulizmi** ose **somnambulizmi** është lëvizje në ëndërr gjatë së cilës ruhet lëvizshmëria dhe mungon orientimi në hapësirë dhe kohë.
- **Fuga** shfaqet si bredhje pa qëllim gjatë një periudhe amnezie dhe mund të shfaqet si një fenomen epileptik dhe histerik. Periudha e fugës mund të zgjasë nga disa ditë dhe javë deri në disa muaj ose vite, kurse më pas personi mund të kujtojë papritur jetën e mëparshme, pa qenë në gjendje të shpjegojë se si u gjend në rrethana krejtësisht të reja.

Tekniku i fizioterapisë në kushte si ndihma e parë për pacientin mund të ndër-marrë aktivitete jo të dhunshme. Kthimi i detyruar në një gjendje të vetëdijes cilësore nuk lejohet pasi kjo mund të rezultojë në agresion dhe regres te pacienti.

3.1.2. Shenjat subjektive

Shenjat subjektive janë simptoma të shpeshta të sëmundjes që nuk mund të shihen te pacienti dhe ai na informon për to. Pacienti i ndjen ato dhe informon personelin e kujdesit shëndetësor. Këto shenja përfshijnë: dhimbje, dobësi, uri, etje, të përziera, të përziera, kruarje të lëkurës, marramendje, etj.

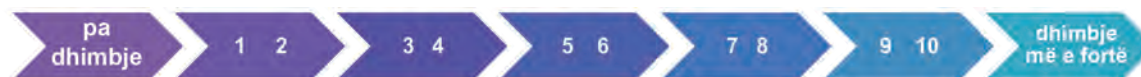
Dhimbja është simptoma më e zakonshme subjektive, por në të njëjtën kohë është aleat i mirë i pacientit. Është alarm për ekzistencën e një procesi patologjik dhe në shumicën e rasteve pacientët thërrasin mjekun për shkak të pranisë së tij. Për shembull, pacientët që kanë një dhëmb me karies, nëse nuk kanë dhimbje, nuk shkojnë te dentisti për një kohë të gjatë.

Sipas përkufizimit të Organizatës Botërore të Shëndetësisë: “dhimbja është përvojë e pakëndshme shqisore ose emocionale e lidhur me dëmtimin aktual ose të mundshëm të indeve”. Është reagimi i organizmit ndaj një stimuli të caktuar, i cili mund të jetë mekanik, fizik, kimik dhe psikologjik. Dhimbja transmetohet përmes fibrave nervore të ndjeshme nga sistemi nervor qendror. Sipas kohëzgjatjes, dhimbja mund të jetë akute dhe kronike. **Dhimbja akute** shfaqet papritur dhe zgjat pak, por është me intensitet të fortë. Shembull i dhimbjes akute është dhimbja kolike, e cila sipas intensitetit është shumë e fortë, zgjat pak dhe shoqërohet me shenja objektive, zbehje, djersë të ftohtë, pozicion i detyruar, të vjella, hematuri, kolaps, takikardi etj. (kolika renale e shkaktuar nga guri, dhimbje barku në inflamacion të apendiksit). Sipas intensitetit, dhimbja zakonisht gradohet në dy shkallë edhe atë:

- Shkalla verbale:



Shkalla numerike gjysmë:



Dhimbja mund të jetë e jashtme dhe e brendshme. **Dhimbja e jashtme** ndodh nën veprimin e faktorëve mekanikë (ndikimi), fizik (temperaturat e larta dhe të ulëta) dhe kimik (toksina) në receptorët e dhimbjes, pasi të jetë kaluar pragu i ndjeshmërisë. Në pragun e ndjeshmërisë konsiderohet intensiteti i stimulit që është në gjendje të shkaktojë acarim të receptorëve të ndjeshëm. Është individuale dhe prandaj duhet kuptuar që pacientët reagojnë ndryshe ndaj të njëjtit intensitet stimulimi, pra disa janë më të ndjeshëm, disa më rezistent ndaj dhimbjes. Është shumë e rëndësishme të bëhet dallimi midis ekzistencës së dhimbjes dhe shenjave të panikut dhe frikës. Një shembull janë fëmijët kur i çojnë në ambulancë për një injeksion – ata qajnë para dhe pas për shkak të frikës. **Dhimbja e brendshme** është rezultat i një ndryshimi patologjik në organe ose mjedis dhe tregon procesin patologjik. Mushkëritë, mëlcia, veshkat inervohen nga sistemi nervor autonom dhe janë të pandjeshëm ndaj dhimbjes, por ndjeshmëria e indeve përreth është e pranishme. Për shembull, në *Carcinoma pulmonum* – tumor malinj i mushkërive të bardhë, pacientët nuk kanë dhimbje për një kohë të gjatë dhe sëmundja përhapet në mënyrë tinëzare, duke prekur pjesën më të madhe të mushkërive, por kur arrin në pleurë, dhimbja është intensive. Kjo është arsyeja pse sëmundja zbulohet vonë.

Në varësi të vendit të lokalizimit, dhimbja zakonisht merr emrin e saj. Është prerje e emrit të lokalizimit me prapashtesën algija (dhimbje); psh dhimbja në stomak quhet *gastralgija*, në kyçe *artralgji*, dhëmbë *dentalgji*, veshë *otalgji* etj. Ka edhe lloje të tjera emrash për dhimbjet sipas lokalizimit, si: dhimbje koke – *cephalea* dhe *migrenë*, dhimbje menstruale, *dysmenorrhoea*, e të ngjashme.

Dhimbjet kronike zakonisht janë të tolerueshme, zgjasin për një kohë të gjatë, me muaj dhe nuk përcillen me shenja objektive. Për shembull, dhimbje reumatizmale, dhimbje stomaku gjatë gastritit etj. Një dhimbje kronike karakteristike e rëndësishme për qëllimin e punës së teknikut të terapisë fizike është **dhimbja fantomi**. Kjo dhimbje ndihet nga një pacient në një pjesë të trupit ose në një organ që nuk ekziston. Më shpesh është gjymtyrë ose pjesë e trupit që është hequr me kirurgji (këmbë, krahë, gjoks, sy). Pacientët përshkruajnë ndjesi të ndryshme, si ndjesi shpimi gjilpërash, djegie, djegie, pulsime dhe rëndim në një pjesë të trupit që nuk ekziston. Dhimbja fantomë shfaqet disa ditë pas amputimit, herë pas here dhe nuk është konstante. Mund të provokohet nga ndryshimet e motit, presioni në pjesën tjetër të gjymtyrëve, stresi emocional etj.

Kur komunikoni me pacientin për dhimbjen, duhet të dini:

- lokalizimi, përhapja, cilësia dhe intensiteti i dhimbjes,

- kur shfaqet, sa zgjat dhe nëse përhapet në mjedis,
- gjatë ekzaminimit të shenjave subjektive pacientit nuk duhet t'i sugjerohet përgjigja, por ai duhet të përshkruajë me fjalët e tij shenjën, dhimbjen, të përzierat.
- a ka faktorë që e forcojnë apo e zbusin atë?

Dobësia është gjendje kur pacienti nuk ka forcë ose energji për t'u ngritur, për të lëvizur dhe arsyeja mund të jetë nga lodhja, uria ose sëmundja.

Uria dhe etja është ndjenjë kur pacientët kanë nevojë dhe dëshirë për ushqim dhe lëngje. **Përzierja dhe të vjella** janë kur pacientët kanë një ndjenjë neverie, neverie, siklet, zakonisht ndaj ndonjë ushqimi ose një erë të pakëndshme.

Kruajtja ose pruritusi i referohet një ndjesi të pakëndshme që shkakton pacientin të gërvishtet. Kruajtja mund të lokalizohet në një zonë të caktuar të trupit ose mund të përgjithësohet kudo.

Mund të shoqërohet me skuqje (lija e dhenve).

Zhurma në vesh ose tinitus është simptomë që shfaqet të pacientët me sëmundje vaskulare (presion të lartë të gjakut), sëmundje të veshit të jashtëm, të mesëm dhe të brendshëm ose ekspozim ndaj zhurmës. Më shpesh, pacienti përshkruan një tingull ziljeje, fishkëllimë, pulsimi ose fërshëllimë.

Marramendja ose vertigo është simptomë e çorientimit në hapësirë, e cila manifestohet me një iluzion të lëvizjes rrotulluese. Më shpesh, pacienti thotë se dhoma e tij po lëviz. Shkaqet e vertigos janë të shumta – nga ato lokale si inflamacioni apo tumori i nervit vestibulokoklear, sëmundja e Meniere, çrregullimet vaskulare në tru, lëndimet dhe ndryshimet në nivelin e boshtit kurrizor cervikale etj.

AKTIVITETI:

- ❖ Hulumtoni karakteristikat dhe shkallën e dhimbjes me anë të bisedës. Punë në dyshe me një detyrë nga mësuesi.
- ❖ Kur vëzhgoni shokun tuaj, në çfarë përfundimesh mund të arrini bazuar në pamjen e tij të jashtme. Argumentoni përfundimet!



KAM MËSUAR DHE JAM NË GJENDJE TË:

- ✓ Përcaktoj termat simptoma subjektive dhe objektive.
- ✓ Shpjegoj arsyet e shfaqjes së simptomave subjektive dhe objektive.
- ✓ Përshkruaj karakteristikat fiziologjike të pamjes së jashtme.
- ✓ Përcaktoj vetëdijen dhe identifikoj llojet e çrregullimeve sasiore dhe shkaqet e çrregullimit.
- ✓ Përshkruaj dhe monitoroj simptoma objektive dhe subjektive.
- ✓ Identifikoj, monitoroj dhe raportoj për shfaqjen dhe ndryshimet e simptomave objektive patologjike te pacienti.
- ✓ Përshkruaj, raportoj dhe monitoroj shfaqjen e simptomave subjektive patologjike te pacienti.
- ✓ Cili është roli i fizioterapistit në vëzhgimin e një pacienti.
- ✓ Kur shfaqen dhe cilat janë çrregullimet sasiore dhe cilësore të ndërgjegjes.

3.2. Shenja vitale



E DI: Temperatura, rrahjet e zemrës dhe frymëmarrja janë funksione jetike që kanë vlerat e tyre normale te njerëzit e shëndetshëm. Nga instrumentet matëse njoh termometrin dhe aparatin e presionit.

DUA TË DI: Cilat janë vlerat patologjike të funksioneve jetësore? Në cilat sëmundje shfaqen dhe cilat janë karakteristikat dhe mënyra e matjes së tyre?

DËSHIROJ TË JEM NË GJENDJE TË: Mat dhe regjistroj funksionet jetësore: temperaturën e trupit, pulsën, presionin e gjakut dhe frymëmarrjen dhe të vërej devijime nga vlerat e tyre të referencës.

Shenjat vitale ose të jetës janë mishërim i funksioneve që mbajnë gjallë trupin tonë. Me ndërprerjen e tyre pushon edhe jeta. Kjo është e gjitha:

temperatura
trupore

puls

frymëmarrje

shtypja e
gjakut

Në shenjat vitale ka sinkronicitet, pra janë në një raport, sepse organizmi i njeriut është tërësi në të cilën ka harmoni funksionale. Te një person i shëndetshëm këto shenja kanë vlera normale ose fiziologjike dhe në dukuritë patologjike janë të shqetësuara. Në grafikun e temperaturës, kthesat e temperaturës, pulsit dhe frymëmarrjes janë zakonisht paralele. Kur temperatura rritet, pulsë dhe frymëmarrja përshpejtohen. Çdo shqetësim në këtë paralelizëm mund të jetë një shenjë e keqe. Për shembull, kur pulsë dhe temperatura kryqëzohen, mund të ndodhë dëmtimi i sistemit nervor qendror (SNQ), zemrës.

3.2.1. Temperatura e trupit

Temperatura e trupit është shkalla e ngrohjes së trupit të njeriut. Është rezultat i çlirimit të një pjese të energjisë gjatë metabolizmit të lëndëve ushqyese. Gjatë katabolizmit çlirohet energjia CO_2 , H_2O , NH_3 . Trupi e përdor atë energji për të mbajtur temperaturën e trupit, punën e zemrës, lëvizjen, të menduarit dhe tepërca lirohet nga djersitja, frymëmarrja etj. Në fakt, temperatura e trupit përfaqëson një raport midis temperaturës së krijuar dhe asaj të çliruar.

Ruajtja e temperaturës së trupit është detyrë e qendrës termorregulluese (TRC) në hipotalamus. Temperatura normale e trupit varion nga 36° deri në 37°C dhe është e pavarur nga mjedisi i jashtëm.

Në mëngjes herët temperatura normale e trupit të njeriut është më e ulëta, rreth 36°C , sepse trupi është në qetësi. Temperatura më e lartë normale është pasdite, pas aktivitetit fizik dhe mendor, pas marrjes së ushqimit etj. Varësisht nga vendi i matjes, temperatura ka ndryshime.

Trupi ka vlerën më të ulët të temperaturës së trupit kur matet sjetullore, kurse është më e lartë rektale dhe nëngjuhësore. Gjithashtu, temperatura e trupit ndikohet nga koha e ditës dhe e natës, kështu që e matur në mëngjes në shtrat, pas zgjimit, para se pacienti të ngrihet, pa aktivitet, përcaktohet si **temperatura bazale**, sepse matet në kushte bazike.

Temperatura e trupit matet me:

- **Termometër dixhital, pa kontakt me rreze infra të kuqe për ballin** (fig. 3.6), siç na thotë vetë emri, nuk nevojitet kontakt, të dhënat e temperaturës merren me rreze infra të kuqe, në rreth një sekondë me një sinjal zanor kemi një njoftimi se temperatura është matur dhe shfaqur në ekranin elektronik;
- **Termometri dixhital, kontakti për veshin** (fig. 3.7), mbrojtja për një përdorim aplikohet fillimisht në pjesën e veshit, më pas termometri aplikohet në kanalën e jashtëm të veshit, në 1-3 sekonda kemi një temperaturë të shfaqur në ekranin elektronik;
- **Termometri dixhital me sonda e kontaktit për matje orale, rektale dhe aksilare** (fig. 3.8) temperatura e matur shfaqet në ekran për një kohë që varet nga vendndodhja e matjes.
- **Termometri maksimal Celsius me merkur ose galium** (Fig. 3.9) përbëhet nga:
 - rezervuar me merkur (Hg) ose galium (Ga);



Figura 3.6 Termometri dixhital i ballit me infra të kuqe pa kontakt



Figura 3.7 Termometër dixhital, kontakti i veshit



Figura 3.8. Termometër dixhital për matje orale, rektale dhe aksilare

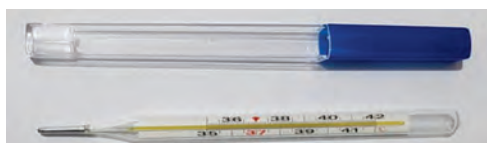


Figura 3.9 Termometri maksimal Celsius me merkur

- tub vakum kapilar i cili është i lidhur me rezervuarin me një shtrëngim, i cili parandalon merkurin nga pasive zbres në rezervuar;
 - është e nevojshme që mercuri të hiqet mekanikisht me shkundje;
 - shkallë alumini nga 35° në 42°C. Është temperatura që mund të përballojë trupi i njeriut. sipër në 42°C, proteinat në qeliza fillojnë të koagulohen. Çdo shkallë ndahet në 10 pjesë, pra 10 të dhjeta;
 - tub xhami;
- Në ballë aplikohen shirita testues të termometrit të ballit (fig. 3.10), kanë aftësinë të shfaqin vetëm shkallë të tëra, nga 35° deri në 40° C.



Figura 3.10 Testi i termometrit shirit koke

Ruajtja e termometrave

Në repartin e spitalit termometrat ruhen në varësi të llojit dhe duhen dezinfektuar rregullisht para dhe pas çdo përdorimi. Termometrat për matjen e temperaturës rektale, vaginale dhe nëngjuhësore janë individuale dhe ruhen veçmas.

Materiali i nevojshëm për matjen e temperaturës së trupit:

- termometër i drejtë,
- gazë ose fashë me dezinfektues,
- laps blu dhe bllok shënimesh,
- lista e temperaturave,
- kronometri – i dorës së dytë,
- leckë fshirjeje,
- vazelinë për matjen e rektumit.

Para matjes, kontrollohet nëse termometri është i saktë dhe nëse është futur elementi përkatës në rezervuar.

Matja e temperaturës së trupit

Temperatura e trupit mund të matet:



Matja aksilare (fig. 3.11). Më shpesh, temperatura e trupit matet nën sqetull. Paraprakisht kontrollon termometri nëse është i saktë, mercuri hiqet me tundje dhe dezinfektohet. Ne i shpjegojmë pacientit procedurën. Është në pozicion horizontal, dora lëshohet, sqetulla fshihet dhe termometri vendoset me rezervuarin. Pacienti kap shpatullën e kundërt me dorën ku është termometri dhe qëndron kështu për 5-10 minuta. Pastaj lexohet temperatura. Tekniku i terapisë fizike duhet të kthejë shpinën nga burimi i dritës, të vendosë termometrën në nivelin e syve dhe të lexojë nivelin e merkurit në tubin kapilar. Në një listë të temperaturës, temperatura e trupit regjistrohet me një laps blu me një pikë, kurse pikat lidhen me një vijë të drejtë. Në të njëjtën kohë, një rresht dhe një hapësirë llogariten në listë, domethënë, çdo rresht dhe hapësirë llogariten si një e dhjeta. Nëse temperatura e matur më parë është me të njëjtën vlerë, ajo lidhet me një gjysmërreth. Lidhen vlerat e matura në mëngjes dhe në mbrëmje dhe merret një kurbë e temperaturës. Pas leximit, termometri dezinfektohet, mercuri ulet në rezervuar dhe ruhet për përdorim në të ardhmen.



Figura 3.11 Matja aksilare e temperaturës

Matja nëngjuhësore. Temperatura e trupit nuk matet në mënyrë sublinguale te pacientët me sëmundje psikiatrike, fëmijët, pacientët në gjendje të pavetëdijshme. Për këtë lloj matjeje përdoret një termometër individual. Pacientit duhet t'i kujtohet të mos marrë pije të ftohta ose të nxehta 30 minuta para matjes, të mbajë termometrën me buzë dhe të marrë frymë me hundë. Procesi zgjat 5 minuta dhe pacienti nuk lejohet të flasë apo të qeshë. Kjo temperaturë është më e lartë se ajo sqetullore me $0,3^{\circ}$ deri në $0,5^{\circ}\text{C}$.

Matja inguinale. Kjo metodë matjeje përdoret rrallë, kurse vlerat janë të njëjta me matjen sqetullore. Zbatohet nëse nuk mund të matet sqetullore.

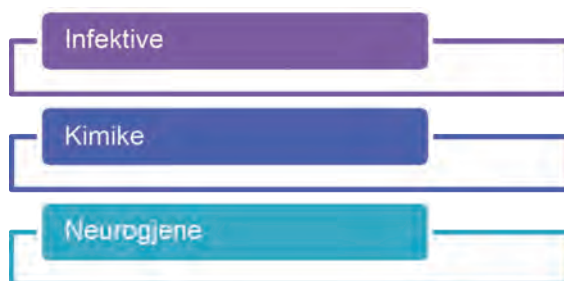
Lista e temperaturës dhe regjistrimi i temperaturës

Lista e temperaturës është dokument mjekësor me rëndësi gjyqësore. Është dokument individual, për çdo pacient, me emrin dhe mbiemrin e pacientit, moshën, repartin e spitalit, diagnozën. Në listën e temperaturës regjistrohen shenjat vitale, terapia, testet e ekskretit, pesha trupore. Ai përbëhet nga vija horizontale dhe vertikale që formojnë rreshta dhe kolona. Çdo kolonë përfaqëson një ditë në spital dhe ka disa nënkolona. Rreshtat përfaqësojnë shkallë të temperaturës. Çdo rresht është i ndarë në pesë rreshta të vegjël, të cilat janë të dhjetat e një shkalle. Gjatë regjistrimit të temperaturës, çdo rresht dhe boshllëk llogaritet si një e dhjeta. Vlera e temperaturës shënohet me një pikë me ngjyrë blu dhe gjatë lidhjes së pikave nga matjet e mëparshme lidhet me vijë të drejtë dhe fitohet një kurbë e temperaturës. Lista e temperaturës duhet të plotësohet mjeshtërisht, lexueshme dhe saktë sepse është dokument për gjendjen e pacientit gjatë trajtimit dhe mund të përdoret edhe si dokument gjyqësor. Pas daljes së pacientit, ai ruhet në historinë e pacientit në arkivin e spitalit.

Me matjen ditore dhe regjistrimin e temperaturës së trupit të pacientit, fitohet një lakore e temperaturës në listën e temperaturës. Te pacientët, temperatura e trupit matet në mëngjes dhe në mbrëmje, kurse nëse është e nevojshme gjatë ditës dhe natës. Një lakore normale e temperaturës është kur ajo është më e ulët në mëngjes dhe më e lartë në mbrëmje, por brenda intervalit normal prej 36°-37°C.

Kujdesi i pacientit me temperaturë të lartë trupore

Temperatura e rritur e trupit quhet gjendje febrile, ethe ose *febris*. Arsyet për shfaqjen e një gjendje febrile mund të jenë:



- Kur ka një infektion në organizëm, bakteret lëshojnë substanca pirogjene, të cilat veprojnë në qendrën termorregulluese dhe temperatura e trupit rritet. Kjo është arsyeja më e zakonshme për rritjen e temperaturës së trupit.
- Disa substanca kimike, për shembull adrenalina e çliruar nga gjëndrat mbiveshkore, gjatë stresit fizik ose mendor veprojnë në vazokonstriktorin e qarkullimit periferik, për shkak të të cilit zvogëlohet eliminimi i nxehtësisë, prodhohet një sasi më e madhe nxehtësie dhe rritet temperatura e trupit. Një shembull i tillë është rritja e temperaturës së trupit që ndodh te pacientët pas operacionit, por zgjat për një kohë të shkurtër. Kjo është arsyeja pse pacientët vendosen në shtrat me ngrohje pas operacionit, për t'u ndjerë më rehat.
- Shkaku neurogjen ndodh më rrallë, për shembull pacientët me *tumor cerebri*, *hemorragji* në kokë etj. Tumori ose hematoma ushtron presion në qendrën e termorregullimit dhe për këtë arsye temperatura e trupit rritet.

Sipas lartësisë së temperaturës së trupit, ajo ndahet në:

Subnormale	• nën 36 °C
Normale	• prej 36 - 37 °C
Subfibrile	• prej 37 - 38 °C
Febrile	• prej 38 - 39 °C
Febrile e lartë	• prej 39 - 40 °C
Piretike	• mbi 40 °C

Gjendja febrile zhvillohet në tri faza:

- **Stadium incrementi.** Në fazën e parë të gjendjes febrile, prodhimi i nxehtësisë rritet, si rezultat i veprimit të substancave pirogjene në TRC, nga njëra anë, kurse eliminimi i reduktuar i energjisë nga ana tjetër. Prodhimi i nxehtësisë rritet, veçanërisht në mëlçi dhe muskujt skeletorë. Në të njëjtën kohë intensifikohen kontraktimet muskulare dhe pacientët dridhen, janë të ftohtë. Organizmi është në një fazë eksitimi, i cili manifestohet me rrahje të shpejta të zemrës, frymëmarrje të shpejtë, ngacim të SNQ etj. Proceset metabolike në mëlçi dhe muskuj rriten nga 5 deri në 8 herë. Enët periferike të gjakut janë të ngushta. Pacientët subjektivisht ndjejnë të ftohtë, dridhen, dëgjohet kërcitja e dhëmbëve, janë të dobët, kanë dhimbje koke. Lëkura e të sëmurit në këtë fazë është e ftohtë, e thatë, e zbehtë dhe e ndjeshme. Temperatura e trupit gjithashtu mund të jetë nënormale. Pacientët në këtë fazë duhet të ngrohen me më shumë batanije, termofore, batanije elektrike, pije të nxehta (çajra të ëmbëlsuar, lëngje).

- **Stadium fastigium.** Në këtë fazë, gjenerimi dhe eliminimi i nxehtësisë barazohet. Lëkura është e ngrohtë, e thatë, e skuqur, ka vazodilatim të enëve të gjakut, fytyra është e nxehtë, sytë janë të qelqtë dhe nuk ka dallim në mes të temperaturës së lëkurës dhe temperaturës së brendshme. Pacienti ka takikardi (rrahje të shpejtë të zemrës) dhe takipne (frymëmarrje të shpejtë). Nëse temperatura e trupit është shumë e lartë, piritike, pacienti mund të jetë i çorientuar, i zbehtë, i përgjumur dhe të marrë një pozicion pasiv në shtrat, të ndjejë nxehtësi. Kujdesi i pacientëve në këtë fazë konsiston në dhënien e lëngjeve, të cilat nuk duhet të jenë as të nxehta, as të ftohta, për të parandaluar dehidratimin, dhënien e mjeteve për uljen e temperaturës dhe qetësimin e SNQ, nëse temperatura është shumë e lartë, duhet të aplikohen baste të ftohta (lokale ose e përgjithshme). Pacienti në këtë fazë duhet të ftohet. Temperatura e lartë nuk duhet lejuar të zgjasë për një kohë të gjatë, për shkak të shfaqjes së disa komplikimeve dhe pasojave, si dëmtimi i shikimit, i të folurit etj.

- **Stadium decrementi.** Në fazën e tretë, eliminimi i nxehtësisë rritet dhe prodhimi zvogëlohet. Pacienti djersitet dhe temperatura e trupit ulet. Ulja e temperaturës mund të jetë graduale (lysis), e cila është më e mirë për pacientin, kurse e papritur (crisis). Nëse temperatura e trupit bie papritur, mund të ndodhë kolaps kardiovaskular: kalimi i pulsit që përshpejtohet dhe temperatura që bie dhe pacienti është në gjendje kritike. Është i rrezikshëm sidomos te pacientët që kanë sëmundje të zemrës, diabeti etj. Fëmijët gjithashtu mund të përjetojnë spazma febrile të muskujve, të cilat janë shumë të pakëndshme. Lëkura në këtë fazë është e nxehtë, e kuqe dhe e lagur nga djersitja. Pacienti ndihet i sëmure, por është akoma më mirë, sepse temperatura është duke u ulur. Për të mos u dehidratuar, në këtë fazë parandalojmë dehidratimin, pra i japim lëngje mbi 2 litra, çajra të ëmbëlsuar me mjaltë, lëngje, supa, komposto. Për shkak të humbjes së energjisë, ai duhet të hajë edhe ushqim të butë, me kalori të lartë dhe lehtësisht të tretshëm (puding, pure patate ose fruta, supë). Pacienti djersitet, prandaj është e nevojshme të ndërrohen më shpesh rrobat, për të pasur rroba të thata. Nëse pacienti nuk kujdeset dhe ushqehet si duhet në gjendje febrile, lehtë mund të përkeqësohet, domethënë infeksioni mund të përhapet, rezistenca do të ulet dhe trajtimi do të zgjasë shumë më gjatë.

AKTIVITETI:

- ❖ Përgatitni material për matjen e temperaturës së trupit.
- ❖ Matni dhe shënoni vlerat e temperaturës së trupit të anëtarëve të familjes suaj gjatë një jave dhe shënoni vlerat e marra në një listë temperaturash.
- ❖ Bëni një plan kujdesi për një pacient me febrile nëpër faza.

3.2.2. Pulsi

Pulsi është reflektim i punës kardiake të arterieve periferike. Gjatë sistolës, gjaku shtyhet nga barkushja e majtë përmes aortës në arterie, e cila ndihet si një valë pulsi nga palpimi. Gjatë diastolës arteriet relaksohen dhe ka një pauzë midis pulsimeve.

Pulsi matet me tre gishta me prekje të arterieve periferike dhe me auskultim të tingujve të zemrës në pjesën e sipërme të zemrës. Me anë të palpimit, pulsi matet në *a.radialis*, *a.carotis*, *a.temporalis*, *a.dorsalispedis*, (Fig. 3.12) domethënë në ato arterie sipërfaqësore që shtrihen në një sipërfaqe të fortë, pra në kockë sepse arteria është e fiksuar nën gishta dhe pulsi ndihet më mirë.

Disa cilësi të rrahjet e zemrës:

- frekuenca
- plotësia
- ritmin

Frekuenca është numri i valëve të pulsit, domethënë numri i rrahjeve të zemrës në minutë. Frekuenca e pulsit varet nga moshja, përpjekja fizike dhe mendore. Numri normal i rrahjeve të zemrës të një rritur është 60-80 në një minutë dhe quhet **puls eukardik**. Te të sapolindurit, pulsi eukardial është 120-140 rrahje në minutë. Një puls i shpejtë quhet **takikardi**, kurse një puls i ngadaltë përkufizohet si **puls bradikardik**.

Takikardia haset në kushte febrile (kur temperatura rritet me 1°C, pulsi përshpejtohet me 8-10 pulse), në anemi, me rritje të presionit intrakardial etj. Gjatë aktivitetit në një person të shëndetshëm, një vlerë deri në 100 rrahje në minutë është takikardi efektive që rrit volumin minutor të zemrës dhe trupi furnizohet më mirë me oksigjen dhe lëndë ushqyese. **Bradikardia** gjendet në hepatitin viral, stenozen e aortës, blloqet e zemrës etj. Në rastin e *Typhus abdominalis*, temperatura është e ngritur (39-40°C), kurse pulsi është në një vlerë normale (rreth 80).



Figura 3.12 Vendet për palpim të pulsit

Kjo është bradikardi relative sepse rrahjet e zemrës nuk përshpejtohen paralelisht me rritjen e temperaturës së trupit.

Madhësia e pulsit përfaqëson presionin e gjakut në muret e arteries gjatë sistolës dhe diastolës. Një impuls normal është i mbushur mirë dhe lehtësisht i prekshëm. Një impuls i tillë quhet *pulsus magnus*. Nëse pulsi është i dobët dhe më i vështirë për t'u ndjerë, ai quhet ***pulsus parvus***. Te pacientët në gjendje shoku ka një puls që është i përshpejtuar në frekuencë, por është i mbushur dobët dhe i vështirë për t'u ndjerë dhe quhet ***pulsus filiformis***. Në aterosklerozën e enëve të gjakut shfaqet ***pulsus durus*** ose pulsi i fortë, kur valët e pulsit mezi ndjehen dhe enët e gjakut janë të forta dhe joelastike.

Ritmi i pulsit pasqyron ritmin e punës së zemrës dhe varet nga kohëzgjatja e pauzave midis rrahjeve, domethënë midis secilës valë pulsi pasuese. Pulsi normal është ritmik, me pauza me kohëzgjatje të barabartë. Nëse pauzat ndonjëherë janë më të gjata dhe më pas më të shkurtra, është puls i parregullt ose **puls aritmik**.

Teknika e matjes së pulsit

Për të marrë vlerat reale të pulsit, para matjes i shpjegohet pacientit se duhet të pushojë për të paktën 15 minuta. Kur krahu i pacientit është në pozicion horizontal, ai vendoset pranë tij i shtrirë, ose i përkulur në bërryl dhe parakrah, i vendosur sipër pacientit. Fizioterapisti qëndron pranë shtratit, mbulon dorën e pacientit rreth kyçit të dorës dhe kërkon pulsën e arteries me gishtin e dytë, të tretë dhe të katërt, kurse gishti i madh është në anën e sipërme të kyçit të dorës (Fig. 3.13). Me dorën e majtë numëron pulsën e dorës së djathtë të pacientit dhe anasjelltas.

Pulsimet numërohen për një kohëzgjatje prej 1 minutë, mund të jetë edhe për 30 sekonda, kurse numri që rezulton shumëzohet me 2, por vetëm nëse pulsi është ritmik. Fizioterapisti e shënon numrin e marrë numerikisht në një fletore dhe më pas grafiksht në listën e temperaturës. Shënimi është me laps të kuq, kur vendosni vlerën e fituar dhe në listën e temperaturës, çdo rresht dhe çdo boshllëk numërohet me dy rrahje dhe shënohet me një pikë të kuqe. Gjithmonë vendosni vlerat e njëtrajtshme për rrahjet e zemrës. Nëse vlera që regjistrohet është e njëjtë me atë të mëparshme, ajo regjistrohet me një gjysmërreth. Lakorja e pulsit në listën e temperaturës ndodhet nën lakoren e temperaturës.



Figura 3.13 Teknika e matjes së pulsit

AKTIVITETI:

- ❖ Matni pulsën dhe shënoni vlerën në një listë të temperaturës.
- ❖ Matni rrahjet e zemrës së një shoku para se të vraponi në vend për 5 minuta dhe më pas.
- ❖ Përshkruani cilësitë e tij.

3.2.3. Frymëmarrje

Frymëmarrja ose respiracioni është procesi i shkëmbimit të gazit midis organizmit dhe mjedisit të jashtëm. Ky proces fiziologjik zhvillohet vazhdimisht, pavarësisht nga vullneti i njeriut. Në të njëjtën kohë, ajri i pasur me oksigjen merret nga mjedisi i jashtëm dhe ajri i pasur me dioksid karboni nxirret. Rregullimi i frymëmarrjes realizohet nga qendra e frymëmarrjes e vendosur në trurin e vazhduar. Frymëmarrja është mekanizëm kompleks në të cilin marrin pjesë organet e frymëmarrjes: goja, hunda, laringu, trakeja, bronket, bronkiolat dhe alveolat. Oksigjeni nga mushkëritë kalon përmes membranës alveolare në gjak, ku lidhet me hemoglobinën dhe e çon atë në të gjitha qelizat, ku zhvillohen proceset e oksidimit me pjesëmarrjen e sistemeve të shumta enzimatiske. Procesi i frymëmarrjes në mushkëri quhet frymëmarrje pulmonare ose e jashtme, kurse frymëmarrja në qelizë quhet qelizore ose frymëmarrje e brendshme.

Akti i frymëmarrjes (Fig. 3.14) përbëhet nga tri faza:

- **Inspirium** – thithja e ajrit në mushkëri. Është fazë aktive në të cilën marrin pjesë muskujt e frymëmarrjes, gjoksi zgjerohet dhe ngrihet, zgjat më pak.
- **Ekspirimi** – nxjerrja e ajrit nga mushkëritë. Është fazë pasive dhe zgjat dy herë më shumë se frymëzimi, ndërsa gjoksi zbret dhe ngushtohet.
- **Pauza** – ndodh midis dy fazave, kurse të tri fazat së bashku bëjnë një frymëmarrje.

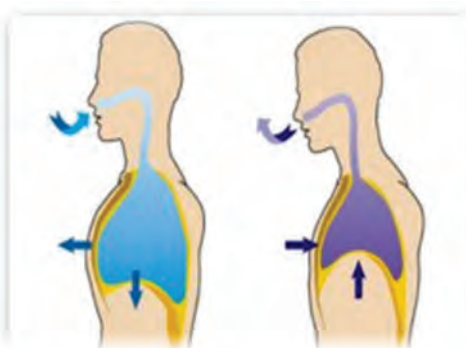


Figura 3.14 Frymëmarrje dhe frymënxjerrje

Në procesin e frymëmarrjes, monitorohet **frekuenca dhe ritmi**. Frymëmarrja normale fiziologjike pa përpjekje duhet të jetë e barabartë, me pauza të barabarta ndërmjet fazave të frymëmarrjes, që do të nënkuptonte frymëmarrje me një ritëm normal. Frekuenca, domethënë numri i frymëmarrjeve në një minutë te të rriturit është normalisht 16 deri në 20 frymëmarrje në minutë, kurse në gjumë rreth 12 frymëmarrje në minutë. Te të sapolindurit është 40-50 frymëmarrje në minutë. Kjo është frymëmarrje normale ose **eupnea**.

Frymëmarrja e shpejtë quhet **tahipnea**. Gjatë përpjekjeve fizike ose mendore, frymëmarrja përshpejtohet dhe më pas normalizohet përsëri. Ai gjithashtu përshpejtohet në disa gjendje patologjike kur trupi nuk furnizohet mjaftueshëm me oksigjen. Frymëmarrja e ngadalësuar ose **bradipnea** ndodh në tumoret e trurit, kushtet e helmimit etj.

Në varësi të pjesëmarrjes së muskujve në frymëmarrje, ekziston frymëmarrje e gjoksit dhe e barkut. Në mekanizmin e frymëmarrjes marrin pjesë edhe muskujt e diafragmës, si dhe muskulatura ndërmjet brinjëve dhe abdomenale.

Matja e numrit të frymëmarrjeve duhet të jetë e padukshme, sepse pacienti mund të ndryshojë ritmin dhe shpeshtësinë e frymëmarrjes sipas dëshirës. Në fakt, pacienti mund të ndryshojë qëllimisht frymëmarrjen. Prandaj, pas matjes së pulsit, ne vazhdojmë të mbajmë dorën e pacientit dhe të numërojmë në mënyrë të padukshme frymëmarrjet. Duke bërë këtë, ne numërojmë ose frymëzimet, ngritjen e gjoksit, ose skadimet, zbritjen (jo të dyja fazat) gjatë një minute. Vlera e përfutur regjistrohet në fletën e temperaturës me laps të zi me vijë me pika, duke numëruar një boshllëk dhe një vijë një nga një, duke u nisur nga numrat që janë në kolonën e frymëmarrjes. Nëse vlera që regjistrohet është e njëjtë me matjen e mëparshme, ajo regjistrohet me një gjysmërreth. Në pavijonet e sëmundjeve të organeve të frymëmarrjes matet kapaciteti jetësor, pra sasia e ajrit që mund të nxirret me ekspirimin më të fortë, por para kësaj i sëmuri duhet të thithë sa më shumë. Për gratë, vlera normale është 2500-3000 cm³, kurse për burrat 3000-4000 cm³.

Në sëmundje të ndryshme, frekuenca dhe ritmi i frymëmarrjes ndryshojnë dhe bëhen të parregullta. Frymëmarrja e parregullt më e zakonshme është dispnea – vështirësi në frymëmarrje. Pacienti merr frymë thellë, me një pauzë më të gjatë dhe me pjesëmarrjen e muskujve ndihmës të frymëmarrjes. Subjektivisht, pacienti ndjen mungesë ajri, është i frikësuar, me muskuj të tendosur të qafës, vrimat e hundës flakërojnë, goja është e hapur. Gjendet të pacientët me astmë dhe me zemër. Për të lehtësuar gjendjen, pacienti vendoset në pozicionin e Fowler.

AKTIVITETI:

- ❖ Aplikoni teknikën e frymëmarrjes.
- ❖ Përdor një teknikë për regjistrimin e frymëmarrjes në një tabelë të temperaturës.
- ❖ Vendoseni pacientin me dispne në pozicionin e Fulerovit.

3.2.4 Presioni i gjakut

Kontrolli i presionit të gjakut kërkohet për të përcaktuar gjendjen e sistemit kardiovaskular. Presioni i gjakut është presioni i ushtruar nga gjaku në muret e enëve të gjakut. Ka presion të gjakut arterial dhe venoz. **Presioni arterial i gjakut** është presioni i gjakut kundër një ene gjaku arterial gjatë sistolës dhe diastolës. Në mënyrë të ngjashme, ka sistolike ose maksimale dhe diastolike ose minimale. Në një person të shëndetshëm, presioni normal i gjakut është 120-140/70-90 mm Hg ose 18/12 kPa.

Niveli i presionit të gjakut varet nga:



Në sëmundjet që lidhen me ndryshimet në enët e gjakut, sasinë dhe përbërjen e gjakut, si dhe sëmundjet e zemrës, shfaqet hipertensioni – **hypertensio arterialis** ose presioni i lartë i gjakut. Shfaqet me zhurmë në vesh, dhimbje koke, palpitatione, epistaksi, dhimbje prekardiale.

Kjo gjendje është serioze në rast të gjakderdhjes në tru dhe zemër.

Ulja e presionit të gjakut ose **hipotensio arterialis** manifestohet me marramendje, rraskapitje, përgjumje, të përziera. Presioni i ulët kronik ndodh në anemi, tuberkuloz, hipotiroidizëm.

Teknika e matjes së presionit arterial

Tensioni i gjakut matet në arterien brachialis me një aparat sipas Riva-Rocci, me manometër (fig. 3.15), kolonë merkuri (fig. 3.16) ose dixhitale (fig. 3.17). Pajisja sipas Riva-Rocci përbëhet nga një pompë me një valvul, një kolonë merkuri dhe një pranga. Pacienti mund të shtrihet ose të ulët me krahun e vendosur në një sipërfaqe të fortë. Ai duhet të jetë i qetë dhe t'i shpjegohet paraprakisht se manipulimi është pa dhimbje. Mansheta vendoset rreth 2-3 cm nga nyja e bërrylit të krahut të sipërm, jo shumë e ngushtë dhe jo shumë e lirshme. Valvula mbyllet, stetoskopi vendoset në arterien brachialis në fosën kubitale dhe ajri pompohet derisa të dëgjohen pulsime. Pastaj valvula është e zhveshur, me kujdes dhe ngadalë. Dëgjohet dhe shihet në shkallë kur rrahja e parë dëgjohet për herë të parë dhe kjo është vlera maksimale e presionit. Në atë moment, presioni në manshetë është i barabartë me presionin e gjakut në enën e gjakut. Ajri vazhdon të lëshohet dhe kur rrahjet ndalojnë, atëherë ky është presioni minimal i gjakut (Fig. 3.18). tensioni i ulët i gjakut gjendet edhe te njerëzit e shëndetshëm.

Vlerat e marra regjistrohen në një listë të temperaturës me një numër. Një shembull



Figura 3.15 Aparat për shtypje me manometër



Figura 3.16 Aparat për shtypje me shtyllë merkuri

është shkrimi i shkurtesës TA (tensia arterialis) 125/80 mmHg. Mund të vërehet edhe grafi-kisht në formën e një drejtkëndëshi ose kolone sipas vlerave të pulsit, por kjo është e rrallë.

Presioni arterial i gjakut mund të jetë **divergjent**, nëse ndryshimi midis sistolik dhe diastolik është i madh, kurse **konvergjent**, nëse diferenca është e vogël. Vlerat e presionit arterial të gjakut shprehen në kPa (kilopascals) përveç mm/Hg (milimetra merkur).

Presioni i gjakut venoz matet me aparatura speciale në institucione të specializuara shtetërore.



Figura 3.17 Aparatet dixhitale për matjen e shtypjes



Figura 3.18 Teknika për matjen e shtypjes së gjakut

AKTIVITETI:

- ❖ Teknika e matjes dhe regjistrimit të presionit të gjakut.



KAM MËSUAR DHE JAM NË GJENDJE TË:

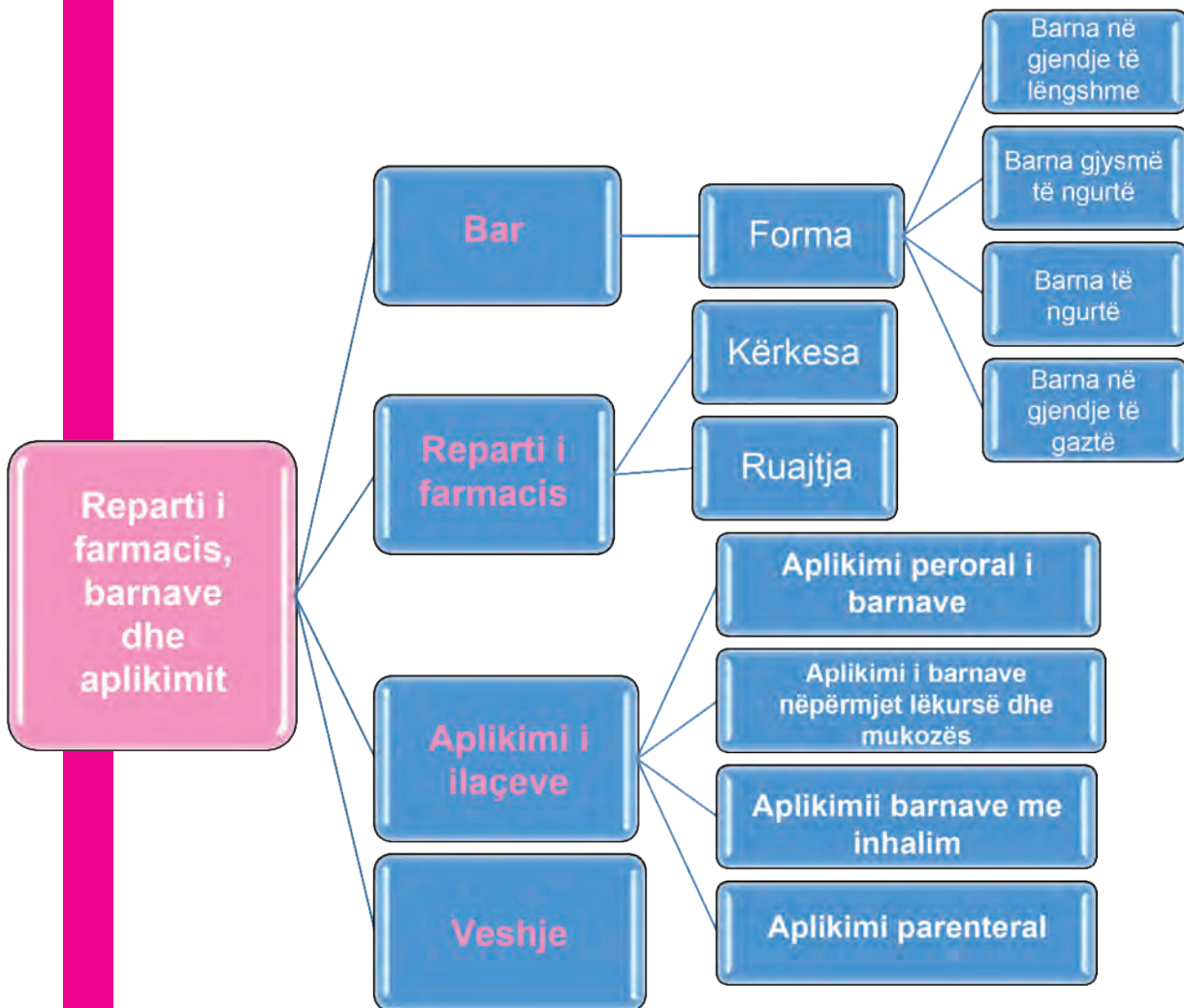
- ✓ Përcaktoj shenjat vitale dhe vlerat e tyre fiziologjike dhe patologjike.
- ✓ Sqaroj dhe kryej matjen dhe regjistrimin e funksioneve jetësore (pulsin, temperaturën e trupit, presionin e gjakut dhe frymëmarrjen).
- ✓ Sqaroj dhe zbatoj kujdesin për një pacient me gjendje febrile.
- ✓ Përshkruaj dhe regjistroj ndryshime në puls dhe dispne.
- ✓ I regjistroj parametrat patologjike të frymëmarrjes në një listë temperaturash.
- ✓ Përshkruaj ndryshime kërcënuese për jetën në funksionet jetësore dhe nevojën për alarm.

Pyetje:

1. Çfarë është shenjë objektive?
2. Çfarë është shenjë subjektive?
3. Përshkruani pamjen e jashtme të një pacienti, jini të rraskapitur!
4. Çfarë është sopor dhe kur shfaqet?
5. Cilat janë shenjat e komës?
6. Përshkruani një dhimbje kronike dhe një dhimbje akute me veçoritë e tyre!
7. Hetoni se si ndodh dhimbja fantazmë!
8. Si matet dhe regjistrohet temperatura e trupit?
9. Si matet dhe regjistrohet frymëmarrja në tabelën e temperaturës?
10. Si matet dhe regjistrohet pulsi?
11. Si matet dhe regjistrohet tensioni i gjakut?

NJËSIA MODULARE 4

Reparti i Farmacisë, Barnave dhe Aplikimit



4.1. Barnat në përgjithësi



- E DI:** Barnat mund të jenë në formë tabletash, kapsulash, shurube, injeksione etj. Ato përdoren me rekomandimin e mjekut kur dikush është i sëmurë.
- DUA TË DI:** Të përcaktoj termat për ilaçin dhe substancën medicinale, të rendis grupet bazë të barnave dhe karakteristikat e tyre, të di se si të porosim dhe ruaj barnat në një farmaci të departamentit, të përshkruaj rregullat për aplikimin e ilaçeve.
- DUA TË JEM NË GJENDJE TË:** Përgatis dhe aplikoj barin përmes lëkurës, mukozës dhe inhalimit, në mënyrë intradermale, nënlëkurore, intramuskulare.

Barë është substancë ose një kombinim i substancave të destinuara për trajtimin, parandalimin ose diagnostikimin e sëmundjeve, pra për parandalimin, korrigjimin ose modifikimin e funksioneve fiziologjike të njerëzit. Futet në organizëm në mënyrë të përshtatshme, në formë dhe sasi të përshtatshme.

Barërat përgatiten sipas librit të rregulloreve të prodhimit, identifikimit, testimit të cilësisë, mënyrës së ruajtjes, i cili quhet **Farmakope** (Fig. 4.1). Ai është i destinuar për farmacistët dhe ka vlefshmëri ligjore. Përveç kësaj, çdo vend ka një **Regjistr të Barnave** që përmban një listë të barnave të gatshme që kanë licencë për përdorim në një vend të caktuar. Zakonisht ndryshon dhe ndryshon çdo ditë. Regjistri i barnave është publik dhe i destinuar për profesionistët e kujdesit shëndetësor dhe pacientët. Vendi ynë ka një regjistr elektronik të barnave me adresën e internetit www.lekovi.zdravstvo.gov.mk.



Figura 4.1 Farmakopea

Barnat mund të shpërndahen me ose pa recetë të mjekut. Një **recetë** është formular elektronik ose në letër që është udhëzim i shkruar nga një mjek, i cili përshkruan një ilaç për një pacient individual, i cili lëshohet nga një farmacist në një farmaci.

4.2. Format e barnave

Në varësi të gjendjes agregate në të cilën ndodhen, barnat mund të jenë:



4.2.1. Barnat të lëngshëm

Barnat e lëngshëm janë preparate të lëngshme homogjene të qarta që përmbajnë një ose më shumë substanca medicinale të tretura në një tretës të përshtatshëm. Ato përdoren për përdorim të jashtëm, të brendshëm dhe parenteral.

Tretësira mjekësore (Solutiones medicinales) përdoren për:

- përdorim të jashtëm, p.sh. për aplikim në lëkurë dhe në mukozën e dukshme, pastrim lokal të plagëve, fërkime, veshje (antiseptikë, astringent dhe agjentë mbrojtës),
- përdorim i brendshëm – këto janë solucione të qarta që përmbajnë një substancë medicinale të tretur në një tretës të përshtatshëm. Aplikimi është oral te fëmijët dhe pacientët e rritur për shkak të aplikimit të lehtë, përthithja është më e mirë se format e ngurta të barnave.

Përzierjet (Mixtures) mund të jenë:

- **suspensione** – forma të lëngshme, të turbullta të barnave për përdorim nga goja, të përbëra nga një substancë e ngurtë medicinale e ndarë imët, e pezulluar me agjentë mjekësorë ndihmës dhe korigjentë në një tretës të përshtatshëm.
- **emulsione** – forma të lëngshme viskoze të barnave të përgatitura nga dy lëngje, ku njëra fazë është uji, të shpërndara në mënyrë reciproke homogjene.

Shurupi (Sirup) është solucion ose suspension i trashë viskoz me një shije të butë. Përmban substancë medicinale, sheqer (glukozë, saharozë, fruktozë) të tretur në ujë.

Barërat e lëngëta me një mënyrë specifike përgatitjeje ose aplikimi janë:

- **pikat (guttae)** – përfaqësojnë preparate të lëngëta farmaceutike që përdoren dhe dozohen në formë pikash të paketuara në shishe pikatore. Pikat mund

të jenë për përdorim të jashtëm: për sytë, veshët, hundët etj., si dhe pika për përdorim të brendshëm oral, pra pika për të pirë (guttae perorales).

- **ekstrakte dhe tinktura ujore.**
- **klizmat** – forma të lëngshme për aplikim rektal.
- **inhalimet** – lëngje, pika të vogla ose grimca që avullojnë lehtësisht dhe përdoren kryesisht për efekte sistemike dhe lokale në sistemin e frymëmarrjes.
- **format parenteral të barnave:**

injeksionet – preparate të lëngshme që mund të jenë solucione dhe suspensione, tretësi më i zakonshëm është uji. Ato duhet të jenë sterile dhe jo pirogjene, izotonike dhe izosmotike.

Ato jepen me një shiringë dhe gjilpërë të përshtatshme sterile. Ato janë të paketuara si doza të vetme në ampula (Fig. 4.2) ose shishe (Fig. 4.3) – shishe të vogla qelqi me një tapë gome dhe mbrojtës metlik.

infuzionet – zgjidhje të qarta, sterile, pa pirogjen të një ose më shumë substancave në një sasi të madhe uji (500-1000 ml). Ato përdoren më shpesh për korrigjimin e bilancit elektrolitik, kompensimin e lëngjeve, zëvendësimin e gjakut dhe plazmës, ushqimin parenteral dhe aplikimin e barnave.

vaksinat dhe serumet – substanca medicinale për imunizimin aktiv dhe pasiv.



Figura 4.2 Ampula



Figura 4.3 Flakon

4.2.2. Barna gjysmë të forta

Pomadat (unquenta) përbëhen nga një substancë medicinale dhe një bazë yndyrore (vazelinë, parafine). Përdoren vetëm nga jashtë si pomadë për sytë, lëkurën etj.

Pasta (pastae) – janë të ngjashme me yndyrat, përmbajnë një sasi të madhe të lëndës së ngurtë, të shpërndara imët në një substrat të përshtatshëm (oksid zinku i makaronave).

Kremrat (cremes) – janë preparate farmaceutike shumëfazore, gjysmë të ngurta, me shumë doza të destinuara për përdorim të jashtëm. Ato janë të ngjashme me yndyrnat, vetëm se ato përmbajnë edhe ujë të emulsifikuar.

Xhel (gela) – janë forma farmaceutike gjysmë të ngurta, me shumë doza, të përbëra nga një lëng që është bërë xhel. Ato janë të destinuara për përdorim të jashtëm për trajtimin e lëkurës dhe mukozave, temperatura e lëkurës lejon fërkim të lehtë.

Flasterë transdermale (emplastra transcutanea) – ilaçi është i inkorporuar në patch, lirohet vazhdimisht (fentanil, nikotinë, estrogjene), vepron në mënyrë sistematike.

4.2.3. Format e forta të barnave

Format e ngurta të barnave (fig. 4.4) janë:
Pluhurat (pulveres) janë ilaçe të grimcuara për përdorim të brendshëm dhe të jashtëm.



Çajrat (**species**) fitohen duke shtypur barnat bimore (gjethe, lule, fruta dhe kërcell) nga të cilat në mënyra të ndryshme, me ujë, përgatiten infuzione, zierje dhe macerate. Përgatiten duke i zier me ujë të vluar (kamomil), duke i zier rreth 5-10 minuta, ose duke e zhytur bimën në ujë të vakët për të qëndruar për 30 minuta (alte).

Figura 4.4. Format e forta të barnave

Kapsulat (capsulae) përdoren shumë shpesh. Janë ilaçe pluhur, të mbështjellë me një shtresë niseshteje ose xhelatinoze, për të shmangur shijen e tyre të pakëndshme, efektin e dëmshëm në gojë, dhëmbë dhe për të arritur të pandërprerë në stomak.

Granula (Granulae) – barna në formën e aggregateve të ngurta pluhur të destinuara për përdorim oral. Kanë formën e kokrrave me peshë 0,05 g.

Tabletat (tabletae) janë barna të forta në formë tabletash ose disqesh të rumbullakëta ose ovale. Nëse kanë një lustër sheqeri ose çokollate, quhen **drazhe** dhe janë me ngjyrë tjetër; nëse vendosen nën gjuhë quhen **lingualettes** dhe nëse lëpihen në gojë quhen **orbilete**. Ka tableta që aplikohen në vaginë, ku treten nën veprimin e sekrecioneve vaginale dhe quhen **vaginaleta**. **Tretësit**, siç na tregon edhe vetë emri, janë tableta për tretje, për përdorim të jashtëm (solubleti acidi borici) dhe për përdorim të brendshëm, disa vitamina dhe minerale (Ca, Mg).

Supozitorët (suppositoria) janë barna të ngurta me formë sferike (globula) ose formë cilindrike të zgjatur, të ngjashme me një plumb, që përdoren për përdorim rektal. Ato futen përmes anusit dhe treten nën ndikimin e temperaturës së trupit (supp. Ketonal).

4.2.4. Format e gazta të barnave

Gazrat dhe avujt e barnave të lëngëta futen në organizëm nëpërmjet inhalimit, domethënë me inhalim. Gazrat futen përmes një sistemi të mbyllur me aparate anestezie, përmes maskave të thjeshta, si gjatë terapisë me oksigjen ose me thithjen e aerosoleve – sprajeve (Fig. 4.5). Për shembull: *halotani*, *ventolin*, *aeter*.



Figura 4.5 Spërkatje për përdorim individual

Përveç ndarjes së barnave sipas formës dhe forcës së veprimit, ato ndahen në grupe sipas sistemit të organeve që ushtrojnë efektin e tyre në: sistemin kardiovaskular dhe gjakun, sistemin e frymëmarrjes, sistemin tretës, sistemin gjenito-urinar, nervor qendror dhe vegjetativ. sistemi, etj.

4.3. Departamenti i Farmacisë, kërkesa dhe ruajtja e barnave

Fizioterapisti ndihmon të sëmurët dhe të dëmtuarit në zbutjen e dhimbjeve, kompensimin dhe përmirësimin e funksioneve të caktuara, përmirësimin e shëndetit fizik dhe mendor. Duke vepruar kështu, ai përdor shumë metoda dhe teknika, duke përfshirë aplikimin e barnave.

Pavijonet e spitalit kanë një farmaci të pavijonit, e cila furnizohet me barna që përdoren çdo ditë: pambuk, fasha, dezinfektues etj. Ilaçet në kabinetin e barnave duhet të renditen në rafte të veçantë, zakonisht sipas formës së ilaçit, por edhe sipas forcës. Për shembull, në një raft ka tableta, kapsula, në një tjetër ampula, në të tretën ka pomada, etj. Ilaçet për raste urgjente, e ashtuquajtura terapi antisok (antihistaminike, analgjezik, kortikosteroide etj.) vendosen në një vend të veçantë në farmacinë e repartit. Ilaçet me efekt shumë të fortë vendosen në një dollap të posaçëm, i cili është gjithmonë nën çelës dhe i lëshon infermierja sipas nevojës.

Infermierja e repartit kujdeset për furnizimin në kohë dhe të plotë të farmacisë së repartit. Gjithashtu monitoron konsumimin e barnave dhe ua shpërndan anëtarëve të ekipit mjekësor sipas detyrave të tyre të punës, ku natyrisht është edhe fizioterapisti. Për këtë ai përdor lista të veçanta recetash (receta përmbledhëse), në të cilat shënohet forma e barit, emri i barit, doza dhe sasia. Fleta duhet të shënohet me numrin që përfundon inventarin e barnave të kërkuara, të shkruhet data dhe të nënshkruhen infermierja e repartit dhe mjeku përgjegjës i pavijonit të spitalit (përgjegjësi i repartit). Doza e barnave shkruhet gjithmonë në gram (me numra arabë), kurse sasia shkruhet me numra dhe shkronja romake (në kllapa mund të shkruhet edhe me arabisht). Lista e kërkesave duhet të shkruhet qartë, mjeshtërisht dhe në mënyrë të lexueshme. Shkruhet gjithmonë në dy kopje – për repartin e spitalit dhe për farmacinë. Në bazë të kërkesës, farmacisti në farmacinë e spitalit shpërndan barnat. Ai është i detyruar të përshkruajë nëse një nga barnat nuk është aktualisht në farmaci dhe të japë një zëvendësues. Çdo mungesë barnash ose zëvendësuese duhet të shënohet në listë. Kur jep barnat me recetë, farmacisti firmos origjinalin dhe kopjen e listës dhe origjinali mbahet në farmaci. Me këtë, pretendimi ka marrë fund.

➤ Ruajtja e barnave

Sa i përket ruajtjes së barnave, është prioritet t'i kushtohet rëndësi afatit të tyre, i cili varet nga përbërja, forma, rezistenca ndaj ndikimeve të jashtme, por edhe nga ruajtja e duhur. Sipas farmakopesë, barnat duhet të ruhen në një dhomë të thatë dhe të freskët, të mbrojtur nga rrezet e diellit, rrezatimi i nxehtësisë dhe pluhuri. Tem-

peratura optimale për ruajtjen e barnave varion nga +15C deri në +22C. Disa barna duhet të mbahen në frigorifer në një temperaturë prej +2C deri +5C, por nuk duhet të ngrihen (për shembull, serumet). Disa ilaçe duhet të mbahen në enë qelqi të errët me kapak.

Barërat me veprim të dobët. Këto barna mbahen në dollapë të hapur, të aksesueshëm për personelin e repartit të spitalit. Këtu bëjnë pjesë çajrat e ndryshëm, analgjezikët jo-narkotikë, preparatet vitaminoze etj. Dhe për këto mjete, rregulli është që të mos tejkalohet doza e përshtuar dhe periudha e përdorimit.

Mjete juridike me efekt të fortë (remedia separanda). Këto barna ruhen veçmas, të ndara nga barnat e tjera.

Barërat me efekt shumë të fortë (remedia claudenda). Barna të tilla mbahen të mbyllura dhe të ndara nga të tjerët, sepse edhe në sasi të vogla mund të jenë toksike. Në veçanti, drogat narkotike dhe lëndët narkotike të tjera mbahen të mbyllura dhe shënohen me një paragraf (Fig. 4.6). Infermierja e repartit është përgjegjëse për barnat nën kyç.

Në paketimin origjinal të çdo ilaçi të përfunduar gjeni udhëzime se si të përdorni dhe aplikoni, veprimin, dozën dhe efektet anësore të barit. Përveç kësaj, prodhuesi i barit specifikon kundërrindikacionet dhe vetitë e tjera të barit, të cilat personeli mjekësor dhe pacientët duhet të dinë dhe zbatojnë.

Ilaçet me efekt të fortë dhe shumë të fortë lëshohen vetëm me recetë të mjekut dhe barnat me efekt të dobët mund të merren edhe pa recetë. Lënda narkotike dhe dehëse lëshohen me recetë të posaçme, me dokument identifikimi personal. Pacienti mund t'i përdorë vetë barnat, sipas udhëzimeve të mjekut, vetëm nëse është i ndërgjegjshëm, i përgjegjshëm dhe i orientuar në kohë dhe hapësirë. Në të gjitha rastet e tjera, nëse pacienti nuk është në gjendje ta marrë vetë mjekimin (i palëvizshëm), për aplikimin kujdeset një prind ose një person i afërt dhe i besuar, ndërsa në ambientet e spitalit përgjegjës për këtë është infermierja ose fizioterapisti.



Figura 4.6 Paragraf

AKTIVITETI:

- ❖ Analizoni kabinetin e barnave.
- ❖ Renditni barnat sipas formës dhe veprimit.
- ❖ Plotësoni një recetë përmbledhëse.
- ❖ Ruani higjienën, kushtojini vëmendje rregullsisë dhe afatit të ruajtjes së barnave në kabinetin e barnave.

4.4. Aplikimi i barnave

4.4.1. Rregullat për aplikimin e drogës

Ka shumë mënyra se si ilaçi vendoset brenda dhe mbi trupin e të sëmurit, si dhe indikohet si metodë e administrimit të barnave. Mënyra e aplikimit varet nga lloji dhe forma e barit, si dhe nga tabloja klinike e sëmundjes te pacienti. Llojet e aplikimit të drogës janë:



Fizioterapisti në punën e tij të përditshme sigurisht që përdor barna që aplikohen në disa mënyra. Lloji i barit, mënyra e aplikimit, doza dhe koha përcaktohen nga mjeku. Terapia specifike që mjeku duhet gjithmonë shënojëni atë në listën e temperaturës ose në recetë (nëse është në klinikën ambulatorë). Në këtë mënyrë, personi mjekësor mbrohet – nëse te pacienti shfaqet një reagim, përgjegjësi është mjeku. Me rastin e aplikimit të barnave, pavarësisht nga metoda, respektohet rregulli bazë **5** – “**O**”, që do të thotë:



Ky është rregull shumë i rëndësishëm që duhet ndjekur plotësisht. Është e rëndësishme që pacientët që marrin barnat t'i marrin ato në një dozë të caktuar dhe në një mënyrë të caktuar, por edhe t'i kushtojnë vëmendje kohës.

Ilaçet për aplikim përgatiten në sallën e operacionit në një tabaka fotografike dhe aplikohen në dhomën e spitalit. Pacientët duhet të jenë të përgatitur mendërisht dhe fizikisht për çdo aplikim të barit. Mendore – do të thotë t'i shpjegosh pacientit se cilin ilaç dhe si do ta marrë, për rëndësinë e marrjes së ilaçit dhe shërimin më të shpejtë. Nëse pacienti fiton besimin te profesionistët shëndetësorë për kujdesin e tyre të sinqertë, do ta ketë më të lehtë të pranojë ilaçin. Përgatitja fizike konsiston në faktin që nëse pacienti duhet të pijë ilaçin, mundësisht pacienti të ulet në shtratin e spitalit, t'i jepet një gotë me ujë dhe nëse duhet t'i jepet një injeksion, përcaktohet

vendi specifik. Te të gjithë llojet gjatë aplikimit të ilaçeve duhet të ketë higjienë, aspesë dhe masa tjera mbrojtëse.

4.4.2. Aplikimi oral i barnave

Administrimi oral i barnave është marrja e barnave nga goja. Ilaçet për përdorim të brendshëm, në gjendje të ngurtë dhe të lëngët, jepen në këtë mënyrë. Nga format e ngurta të barnave jepen nga goja:

- **Pulveres** – pluhurat që treten me ujë dhe më pas pihen. Shembull Fervex.
- **Tableta, kapsula, granula, dragei, perlae** – barna që merren nga goja, pacientëve duhet t'u jepet një gotë ujë. Disa ilaçe, sipas rekomandimeve të prodhuesit, pihen me gjysmë gotë ujë, e disa me një ose dy gota ujë.
- **Të tretshme**
- **Lingualetae**
- **Orbilet**

Nga format e lëngëta të barnave të përdorura nga goja:

- **Solutio** – tretësirat e barnave të caktuara, të cilat dozohen me lugë ose gotë në varësi të efektit.
- **Mixtura** – kryesisht shurupe që dozohen me një lugë kafe ose supe
- **Tinkturë** – për përdorim të brendshëm, si p.sh. tinkturë opii.
- **Gutae** – p.sh. vitamina D, vitamina A pika.

Edhe pse sot barnat e lëngëta kanë një dozë në paketimin e tyre që është e graduar për dozën e duhur të atij ilaçi, masat e zakonshme për dozimin e barnave të lëngshme janë:



Ilaçet u jepen nga goja pacientëve që janë të vetëdijshëm dhe kanë refleks të gëlltitjes. Në kushtet e shtrimit, aplikimi i barnave nga goja kryhet nga infermierja dhe në kushte të caktuara nga fizioterapisti. Ilaçet për çdo pacient përgatiten në zyrë, më pas në

një tabaka fotografike, në enë të vogla plastike të posaçme, u shpërndahen pacientëve. Ata që nuk mund të qëndrojnë, u jepet një gotë me lëng (ujë, lëng) për të pirë ilaçin. Ilaçet duhet t'i pinë në prani të punonjësit shëndetësor, veçanërisht nëse bëhet fjalë për fëmijë, të moshuar ose pacientë të padisiplinuar. Është e nevojshme të gjendet mënyra dhe fjalët e duhura që do t'i motivojnë të sëmurët që të marrin ilaçet rregullisht dhe në kohë. Ilaçet në sasi më të mëdha (dozë për një, dy ose më shumë ditë) nuk duhet t'i lihen pacientit, veçanërisht nëse ato kanë një efekt të fortë. Mund të ndodhë që pacientët të harrojnë se kur duhet të marrin ilaçin, disa pacientë mund t'i hedhin, t'i humbasin, t'i pinë të gjitha menjëherë, ndërsa të tjerë mund të abuzojnë me të.

4.4.3. Aplikimi i barnave përmes lëkurës dhe mukozave

Ilaçet për përdorim të jashtëm aplikohen përmes lëkurës, ato janë:

- Format e lëngëta të barnave:
 - tretësirat, si Solutio acidi borici 3%, alkool 76%, përdoren për veshje, lyerje, ndërsa tretësira Lidokaine 0,5%, Analgin 2-5%, mund të aplikohet me elektroforezë;
 - tinktura – Tinctura jodi, që përdoret për dezinfektimin e lëkurës;
 - kremra, emulsione, lëngje lyerjeje etj.;
 - fomenta – janë lëngje që aplikohen në lëkurë, si të ngrohta dhe kompresat të ftohta. Për shembull, llapa e kamomilit, alkooli etj.
- Format e ngurta të barnave:
 - pluhurat – të spërkatura në plagë, lëkurë (pluhura antibiotike);
 - talk, pluhur – përdoret gjatë masazhit;
 - Tretësira – janë për përdorim të jashtëm (Tabletat e Bur).
- Format gjysmë të ngurta të barnave:
 - unquenta – pomada që aplikohen me fërkim dhe masazh;
 - pasta, kremra, xhel – barna gjysmë të ngurta që përdoren për aplikim në lëkurë me lyerje, fërkim, masazh, paketim ose fonoforzë.

Sasia e yndyrave, pastave, kremrave shprehet në mënyrë përkrahëse: për shembull, madhësia e një lajthie ka një masë prej 1,0 g ose në centimetra të produktit.

- Ilaçe të gazta për aplikim në lëkurë:
 - Aerosolet – në formë sprejesh kundër dhimbjes, antibiotikë etj.

Ilaçet aplikohen gjithmonë në lëkurë të pastër dhe të thatë, që do të thotë se para aplikimit të tyre, lëkura lahet me ujë të ngrohtë dhe sapun, nëse është e shëndetshme dhe e padëmtuar, kurse dezinfektohet nëse lëndohet. Ilaçet e aplikuarat në këtë mënyrë veprojnë lokalisht dhe efekti mjekësor është më i madh.

Aplikimi i barnave përmes mukozave bëhet duke vendosur ilaçin në sy, hundë, vesh, vaginë, rektum. Në mukozën aplikohen forma të lëngshme dhe gjysmë të ngurta të barnave dhe barnave të ngurta. Nga barnat gjysmë të ngurta në sy, zakonisht futen hundë, vesh, pomada dhe xhel. Nga barnat e ngurta, tabletat vaginale dhe globulat aplikohen në vaginë. Aplikimi i barnave përmes rektumit realizohet kur pacienti nuk mund ose nuk duhet t'i marrë ilaçet nga goja ose në një mënyrë tjetër. Në këtë mënyrë

aplikohen supozitorë për temperaturë të ngritur, për dhimbje dhe për pastrim, si dhe forma të lëngshme të barnave me anë të klizmës.

4.4.4. Aplikimi i barërave përmes inhalimit

Ilaçet e gazta, lëngjet lehtësisht të avullueshme, aerosolet dhe vajrat esenciale aplikohen me thithje.

- Barnat e gazta aplikohen përmes maskave speciale (për oksigjen), terapisë me oksigjen.
- Aerosolet thithen me pompat speciale (Fig. 4.7). Në këtë mënyrë aplikohen tretësirat antibiotike, ilaçet e astmës, shpërndahen në pompa në pika të vogla dhe thithen. Këtë lloj terapie mund ta aplikojë vetë pacienti, me udhëzimet e duhura të dhëna më parë.
- Vajrat esenciale, kamomili, kripa e detit dhe ilaçe të tjera bimore thithen me enë speciale për thithje (Fig. 4.8). Kur substanca medicinale vendoset në ujë të vluar, personi vendoset me hundë dhe gojë në hapje dhe thith vajrat esenciale për dhjetë minuta; më shpesh qëllimi është përmirësimi i frymëmarrjes.



4.4.5. Aplikimet parenteral

Aplikimi parenteral nënkupton futjen e një ilaçi në trup me injeksion. Duke vepruar kështu, sistemi tretës anashkalohet dhe në këtë mënyrë mund të aplikohen tretësira sterile ujore të qarta, tretësira sterile të turbullta (suspensione) dhe vajore. Aplikimi parenteral aplikohet:

- te pacientët pa ndjenja;
- kur bari duhet të administrohet vetëm në atë mënyrë;
- kur për ndonjë arsye bari nuk mund të merret nga goja.

Avantazh i aplikimit parenteral është se medikamenti resorbohet në një kohë të shkurtër dhe tregon efektin e pritshëm farmakologjik, prandaj përdoret në raste urgjente dhe sa herë që duam që bari të veprojë shpejt dhe plotësisht. Gjatë aplikimit parenteral, respektohen rreptësisht rregullat për funksionimin aseptik. Nga pajisjet, para së gjithash nevojiten shiringa plastike mjekësore të njëpërdorshme, të cilat janë të paketuara në fabrikë dhe sterile. Gjilpërat janë metalike, me zgjatim plastik ose lidhës me të cilin gjilpëra lidhet (lidhet) me lidhësin e shiringës. Ato janë të paketuara në fabrikë individualisht me një mbrojtës plastik, të mbështjellë me film plastik dhe

të sterilizuara. Data e sterilizimit dhe afati i sterilitetit janë të shtypura në çdo paketë. Ato përdoren për përdorim të vetëm, duke eliminuar kështu rreziqet e inokulimit të sëmundjeve të transmetuara nga gjaku (hepatiti i serumit, SIDA, sifilizi dhe infeksionet bakteriale).

Ilaçet për administrim parenteral mund të pakëtohen në ampula, si solucione sterile ujore ose vajore, kurse shishe që përmbajnë pluhura ose kristale sterile që treten në ujë të ridistiluar.

Aplikimi parenteral kërkon përgatitje korrekte dhe sekuenciale:

1. Përgatitja e personit mjekësor me uniformë të pastër dhe të rregullt, me pamje të rregullt dhe duar të lara dhe doreza mbrojtëse.

2. Përgatitja e materialit dhe e mjeteve të nevojshme për punë kryhet në një dhomë pune. Ampulat dhe flakonet (barnat e specifikuara në listën e temperaturës), shiringat dhe gjilpërat sterile të madhësisë së duhur, alkool etilik 76%, shtupa pambuku, skedarë për hapjen e shisheve dhe flakoneve (nëse është e nevojshme), një jastëk veshkash dhe një fototrapia përgatiten në tavolina e punës.

3. Përgatitja e pacientit – përgatitja mendore e pacientit duhet të jetë me qasje individuale sipas asaj se a është pacienti i ndjeshëm, kritik, i vetëdijshëm dhe nëse është i sapo pranuar nevoja për injeksionet që merr për trajtimin e sëmundja duhet t'i shpjegohet atij. Ne tregojmë vendin, metodën, kohëzgjatjen e aplikimit, si dhe mundësinë e dhimbjes. Në punë për të treguar besueshmëri, njohuri, ndershmëri dhe ndjeshmëri.

4. Plani i punës duhet të ndiqet në mënyrë sekuenciale dhe të plotë:



a) Përgatitja e ilaçit. Me një shtupë të njomur me alkool etilik 76%, dezinfektojmë qafën e ampulës, shishes dhe pilulës sipas nevojës. Më pas hapet ampula (fig. 4.9) ose flakonja dhe lihet në tavolinën e punës, paketimi i shiringës dhe gjilpërës sterile hapet nga ana e shënuar. Lidhësi nga shiringa dhe gjilpëra lidhen me njëri-tjetrin pa rrezikuar sterilitetin, bari i tretur nxirret nga ampula (fig. 4.10) ose shishja (fig. 4.11), pas së cilës gjilpëra nga përgatitja e barit. ndërrohet me një gjilpërë tjetër sterile për aplikimin e saj. Ilaçi i përgatitur dhe materiali tjetër i nevojshëm vendosen në një tabaka fotografike dhe i dërgohen pacientit.

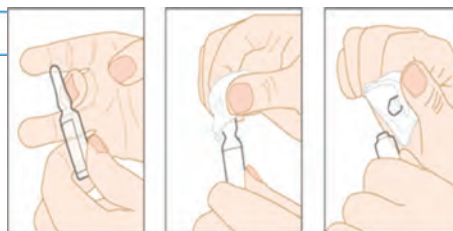


Figura 4.9 Hapja e një ampule



Figura 4.10 Nxjerrja e ilaçit nga ampula



Figura 4.11 Nxjerrja e ilaçit nga një shishkë

b) Vendosja e pacientit në një pozicion të përshtatshëm. Pozicioni në të cilin vendoset pacienti varet nga lloji i aplikimit parenteral, pastaj zona lirohet nga veshja.

c) Aplikimi i barit. Përpara aplikimit të barit bëhet përsëri dezinfektohet në diametër (5-10 cm) në varësi të aplikimit. Mbrojtësi plastik hiqet nga gjilpëra për aplikimi, ajri shtrydhet nga shiringa, pas së cilës ilaçi aplikohet parenteralisht në mënyrën e duhur. Gjatë aplikimit, pacienti është në pozicion shtrirë, gjatë vaksinimit mund të ulet, por në asnjë rast nuk duhet të qëndrojë në këmbë. Gjatë aplikimit gjendja e pacientit mbikëqyret nëse ka ndonjë rast i padëshiruar.

ç) Kujdesi për materialin e sëmurë dhe të përdorur. Pas aplikimit të ilaçit, pacienti vendoset në një pozicion komod, materiali i përdorur mblidhet në një tabaka fotografike dhe kthehet në dhomën e punës. Mbetjet mjekësore klasifikohen në mënyrë që shiringat dhe shtupat të hidhen në një qese të verdhë, kurse gjilpërat, ampulat dhe flakonet në një kuti të ngurtë të verdhë për mbetjet e mprehta mjekësore; Hedhja e mbetjeve mjekësore në kazanët e dhomave të spitalit nuk lejohet.

Sipas vendit të administrimit të barit me injeksion, dallohen llojet dhe rregullat e mëposhtme për secilën prej tyre, të paraqitura në tabelën 4.1.

Aplikimi	Sasia	Gjilpëra	Këndi
<i>Intrakutan/intradermal</i>	0,2ml	3 mm	10°
<i>Subkutan</i>	0,5-2ml	1,2-2cm	45°
<i>Intramuskulor</i>	1-5ml	3,5cm	90°

Tabela 4.1 Llojet e aplikimit dhe rregullat e ekzekutimit

Aplikimi intradermal – siç na tregon vetë emri intra – brenda, derma – lëkurë ose intrakutane (cutis – lëkurë) shënohet me shkurtuesin I.C, përfaqëson administrimin e ilaçit me shiringë të veçantë dhe gjilpërë cutana në lëkurë.

Teknika e aplikimit. Shiringa me ilaçin e përgatitur, një gjilpërë sterile për aplikim me një mbrojtës, një shtupë e njomur në eter vendoset në fototraba. Eteri është agjent lehtësisht i paqëndrueshëm që degjeneron lëkurën. Vendi i aplikimit lëshohet, ana volar e parakrahut, në pjesën e brendshme ku nuk ka rrezik për dëmtim të një ene gjaku. Lëkura dezinfektohet me eter, fizioterapisti vendos dorën e majtë poshtë parakrahut të pacientit dhe e shtrëngon lëkurën. Me dorën e djathtë bën një shpim në lëkurë, në mënyrë që maja e gjilpërës të jetë përballë nesh dhe të hyjë në lëkurë rreth 3 mm, në një kënd prej 10° , të mos aspirojë dhe më pas injekton ilaçin në një sasi prej 0,1 deri në 0, 2 ml. Gjatë injektimit të ilaçit, në vend formohet një flluskë – papule, me diametër 5 mm. Lëkura në sipërfaqen e papulës do të bëhet si një lëvozhgë portokalli. Pas injektimit, gjilpëra tërhiqet me kujdes dhe vendi nuk dezinfektohet për shkak të mundësisë që lëngu të shtrydhet nga papula. Pas aplikimit, prisni 20-30 minuta që ilaçi të absorbohet. Dezinfektimi nuk bëhet me alkool etilik sepse avullon më ngadalë se eteri dhe ka rrezik që të hyjë në lëkurë dhe ta acarojë atë nga pickimi sipërfaqësor. Testi Mantoux-tuberculin, disa anestetikë dhe teste të lëkurës aplikohen në mënyrë intrakutane (Fig. 4.12).

Aplikimi nënlëkuror (hipodermal) nënlëkuror i barnave shënohet S.C. Përdoret një shiringë 2 ml dhe një gjilpërë e lëkurës. Tretësirat e qarta ujore sterile dhe disa suspensione aplikohen në mënyrë nënlëkurore në një sasi deri në 2 ml. Faqet e aplikimit janë ana e jashtme e krahut të sipërm në pjesën qendrore të saj, ana e jashtme e kofshës dhe pjesa paraumbilikale majtas dhe djathtas në 5 cm nga kërthiza.

Teknika e aplikimit. Shiringa me ilaçin e përgatitur, një gjilpërë sterile për aplikim me mbrojtës, një shtupë e njomur me alkool etilik vendoset në fototraba. Përcaktohet vendi, dezinfektohet lëkura në vendin e shpimit, më pas me dorën e majtë bëhet prerja e lëkurës dhe me dorën e djathtë në kënd 45° bëhet shpimi dhe gjilpëra futet në lëkurë rreth 25. mm (Fig. 4.13). Më pas aspirohet për të parë nëse një enë gjaku është lënduar, me ç'rast ilaçi futet drejtpërdrejt në gjak – nëse kjo nuk ndodh, ilaçi aplikohet me kujdes. Pas aplikimit të përfunduar, gjilpëra nxirret me një lëvizje të shpejtë dhe vendi dezinfektohet sërish. Insulina, medikamente depo, antikoagulantë, disa vaksina aplikohen në mënyrë subkutane. Aplikimi nënlëkuror është mënyrë e përshtatshme për vetëinjektim të barnave, mbi të gjitha të insulinës te pacientët me *diabet mellitus*, gjatë së cilës pacienti trajnohet për vetinjektim të duhur.



Figura .4.12 Aplikimi intradermal

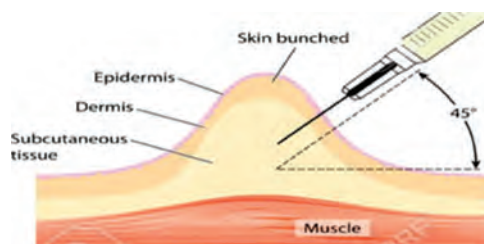


Figura 4.13 Aplikimi nënlëkuror

Aplikimi intramuskular i barnave tregohet nga I. M – brenda muskulit (intra-brenda, muskul-muskul). Në këtë mënyrë aplikohen tretësira ujore të qarta sterile, solucione vajore sterile, solucione ujore sterile me re ose suspensione në sasi deri në 5 ml. Resorbimi i barit është i shpejtë dhe efikas, kurse vendi më i zakonshëm për injektimin intramuskular të barit është në rajonin gluteal, kurse nëse është e nevojshme, në kofshë. Punksioni bëhet në pjesën e jashtme të kofshës 15-20 cm mbi gju. Kur injektohet në rajonin gluteal në m. Gluteus maximus, regjioni ndahet vizualisht në katër katrorë, ndërsa vija ndarëse vertikale është vija skapulare që fillon nga maja e saj, kurse vija horizontale fillon nga spina iliaca anterior sipër. pjesa e pasme (Fig. 4.14) Si vend për aplikim zgjidhet fusha e kuadrantit të jashtëm të sipërm sepse topografikisht aty nuk kalojnë enët e gjakut dhe nervat (n. ischiadicus) (fig. 4.15).

Teknika e aplikimit. Alkooli etilik përdoret për dezinfektimin e lëkurës, shpimi i gjilpërës është në kënd 90° dhe futet thellë në muskul 3-3,5 cm (fig. 4.16). Pastaj aspirohet, për t'u siguruar që asnjë enë gjaku të mos lëndohet dhe më pas injektohet ilaçi. Ilaçi nuk injektohet deri në fund, gjilpëra hiqet me një lëvizje të shpejtë dhe vendi dezinfektohet sërish.

Ka mënyra të tjera të aplikimit parenteral, si: intravenoz, intraarterial, intratekal dhe submukoz.

Gjatë **administrimit intravenoz**, ilaçi futet përmes një vene direkt në qarkullimin e gjakut.

Gjatë **aplikimit intraarterial**, agjenti injektohet në një arterie, më së shpeshti aplikohet kontrasti për qëllime diagnostike, si arteriografia, kurse në këtë mënyrë shumë rrallë futen barnat.

Mënyra intratekale e aplikimit është kur ilaçet injektohen në hapësirën subaraknoidale, më shpesh gjatë inflamacionit të membranave të trurit, si dhe kur është e nevojshme të arrihet analgjezi dhe anestezi.



Figura 4.14 Përzgjedhja e vendit të injektimit aplikimi intramuskular

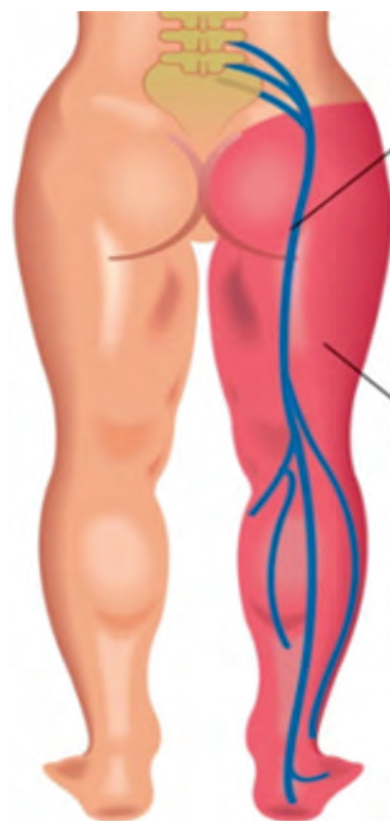


Figura 4.15 Projektioni i n.ischiadicus.

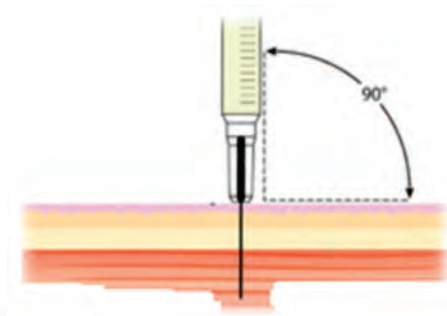


Figura 4.16. Shkop gjilpëre në I. M aplikacion

Një mënyrë e rrallë e futjes së barnave është përmes **implantimit**, i cili kryhet në mënyrë kirurgjikale, ku ilaçi futet nën lëkurë (implantohet), kurse më pas qepet lëkura. Depo ilaçesh me një përbërje hormonale futen në këtë mënyrë.

Gjatë aplikimit parenteral të barnave, përveç respektimit të rreptë të rregullit “5-O”, duhet të respektohen rreptësisht parimet e funksionimit aseptik për të kapërcyer rreziqet si: infeksionet lokale, ënjtjet, hematomat, trombozat, si. si dhe transmetimi i sëmundjeve me rrugë gjaku (hepatiti i serumit, SIDA, infeksionet bakteriale). Teknika e aplikimit të ilaçit duhet të kryhet në mënyrë të përsosur, të saktë, të besueshme dhe me shkathtësi.

4.4.6. Përparësitë e mënyrave të veçanta të aplikimit të barnave

Avantazhi i aplikimit oral është se është pa dhimbje, jo agresiv, i thjeshtë dhe i pranueshëm për pacientin. Mirëpo, me këtë metodë, ilaçi resorbohet më ngadalë dhe kështu efekti realizohet më vonë; gjithashtu ndonjëherë nuk mund të dozohet saktësisht (kur të vjella). Nuk mund ta përdorim në kushte të caktuara (gjendje të pavetëdijshme, të vjella, veprim i dëmtuar i gjellitjes, dëmtim i aparatit tretës).

Aplikimi lokal lejon që ilaçi të ushtrojë efektin e tij në zonën e dhimbshme të lëkurës ose mukozës. Gjithashtu, gjatë aplikimit lokal, efekti sistemik i barit parandalohet, por resorbimi i barit është më i ngadalshëm.

Inhalimi mundëson resorbimin e shpejtë të barit, por aplikimi i tij kërkon pajisje speciale.

Administrimi parenteral i barit është metodë invazive, agresive dhe e dhimbshme me potencial për komplikime. Ana e mirë është se barnat resorbohen shpejt dhe veprojnë, dozohen saktësisht, gjithashtu lejojnë administrimin e barnave te pacientët pa ndjenja, gjellitje të komprometuara, të vjella dhe dëmtime të organeve të sistemit tretës.

AKTIVITETI:

- ❖ Përdor rregullin “5 O” gjatë përgatitjes së terapisë.
- ❖ Vendosni barnat për aplikim në enë plastike sipas listës së temperaturës.
- ❖ Përgatitni materialin në një pjatë fotografike për aplikimin e barnave përmes lëkurës dhe mukozave.
- ❖ Përgatitni materialin për aplikim parenteral.
- ❖ Demonstroni teknikën e nxjerrjes së ilaçit nga një ampulë dhe flakon.
- ❖ Vendoseni pacientin në pozicionin e duhur për aplikim.
- ❖ Përcaktoni vendin e aplikimit.
- ❖ Aplikoni teknikën për mënyrat individuale të aplikimit parenteral.
- ❖ Kujdesuni dhe monitoroni pacientin pas aplikimit.
- ❖ Renditni materialin e përdorur dhe zgjidhni mbetjet mjekësore.


KAM MËSUAR DHE JAM NË GJENDJE TË:

- ✓ të përcaktojë karakteristikat e një bari,
- ✓ Unë listoj format bazë të barnave,
- ✓ Unë shpjegoj dhe raportoj shfaqjen e reaksioneve anësore të drogës,
- ✓ demonstrojnë nevojën për mjekim,
- ✓ Unë shpjegoj dhe demonstroj ruajtjen, mbajtjen dhe kontrollin e jetëgjatësisë dhe numrit serik të barnave,
- ✓ Unë përshkruaj metodat e aplikimit të ilaçit përmes lëkurës, mukozës, inhalimit,
- ✓ Rendit rregullat e përgjithshme dhe të veçanta për përgatitjen dhe aplikimin në mjekim,
- ✓ emërtoni avantazhet dhe disavantazhet e llojeve individuale të aplikimit të barnave,
- ✓ aplikoni ilaçin përmes lëkurës, mukozës dhe inhalimit,
- ✓ Sqaroj dhe demonstroj përgatitjen dhe aplikimin e ilaçit në mënyrë intradermale, subkutane, intramuskulare.

4.5. Fashat – Formenta

Fashat janë mbështjellje që vendosen rreth pjesëve të caktuara të trupit për të trajtuar ose qetësuar simptomat e disa sëmundjeve. Në të kaluarën, trajtimi me nxehtësi dhe të ftohtë përdorej më shpesh, shpesh i kombinuar me solucione medikamentoze. Efekti i veshjeve është mjaft efektiv, megjithëse në praktikën mjekësore ato përdoren në mënyrë të kufizuar dhe të pamjaftueshme. Ata mund të jenë të nxehtë dhe të ftohtë, të thatë dhe të lagësht.

Kompresat e ngrohta në lëkurë shkaktojnë zgjerimin e enëve të gjakut (vazodilatim), ajo bëhet e kuqe, kurse kjo kontribuon në qarkullimin e përshpejtuar, furnizimin me oksigjen të indeve dhe lëndëve ushqyese. Në të njëjtën kohë, përshpejtohet eliminimi i mbetjeve dhe substancave të dëmshme nga indet, gjë që rezulton në aktivizimin e proceseve të rigjenerimit të indeve dhe organeve të dëmtuara. Kompresat e ngrohta përdoren për të ngrohur pacientët pas operacionit, në fazën e parë të gjendjes së temperaturës së trupit të ngritur, kur pacientët bëjnë banjë me peshqir në shtratin e spitalit, për të qetësuar disa dhimbje (otalgji) për të përshpejtuar një proces inflamator. Për shembull, pjekja e elbit në qepallat.

Kompresat e ngrohta mund të jenë:

Kompresa të ngrohta topikale të thata. Këto përfshijnë: termofor, jastëk elektrik, batanije elektrike ose batanije ngrohëse, objekte të nxehta në shtëpi, gota thithëse. Kompresa e thatë e nxehtë më e përdorur është termofori (Fig. 4.17), i cili është enë katërkëndëshe gome me qoshe të rrumbullakosura. Në pjesën e sipërme

ka një hapje në formë hinke që mbyllet hermetikisht, me mbyllje të veçantë. Ka një vesh gome në të dy skajet, i cili qëndron i freskët dhe përdoret për mbajtjen. Para përdorimit është e nevojshme që të kontrolloni korrektësinë e termoforit (veçanërisht të valvulës mbyllëse). Fizioterapisti përgatit:

- ✓ termofor i drejtë
- ✓ një enë me ujë të nxehtë (rreth 70°C)
- ✓ mbulesë ose leckë për të mbështjellë termoforin



Figura 4.17 Termofori

Mbushni me kujdes termoforin me ujë të nxehtë, dy të tretat (2/3) e vëllimit të tij, shtrydhni ajrin dhe mbylleni hermetikisht. Është vendosur në një mbulesë.

Mos përdorni ujë shumë të nxehtë, pasi dëmton gomën dhe mbylljen. Termofori vendoset në një pjesë të caktuar të trupit të pacientit përmes rrobave të spitalit. Kompresat e ngrohta janë të mira për reduktimin e dhimbjeve dhe spazmave të muskujve gjatë lodhjes. Termofori i përgatitur në këtë mënyrë është i butë, i ngrohtë dhe i këndshëm për pacientin dhe mund të qëndrojë rreth 1 orë (derisa të ftohet). Është e nevojshme të kontrollohet shpesh, veçanërisht të fëmijët. Në ditët e sotme, ngrohëset janë zëvendësuar me tabaka elektrike, në përmasa të ndryshme.

Në shtëpi, për të reduktuar dhimbjen e veshit, mund të përdorni shami të ngrohura me kripë (të ngrohura me hekur) të cilat mund të përdoren edhe për t'i aplikuar për të përsheptuar maturimin e elbit në qepalla. Kompresat e thata (peshqirë fanelle, pëlhura leshi, shishe me ujë të nxehtë) përdoren për ngrohje në dhimbjet e sistemit lokomotor dhe reumatizmave.

Veshje të veçanta lokale të thata të ngrohta janë kupat (Fig. 4.18). Bëhet fjalë për gota të veçanta qelqi me buzë të gjerë, vendosen me teknikë të veçantë në pjesën e pasme të krahavorit, në rast të inflamacionit therës në shpinë.



Figura 4.18 Kupat

Kompresa të ngrohta të lagura për toka. Për këto mbështjellje përdoren më shpesh parafina e ngrohtë, pasta të ndryshme të nxehta, kompresa për aplikim të nxehtë dhe kompresa priznik. Mbështjelljet e ngrohta të parafinës përdoren për të lehtësuar gjendjen e nyjeve të ngurtësuar kronike.

Kompresa të ngrohta të përgjithshme të lagura. Këto lloj trajtimesh janë banja të ndryshme të nxehta, duke mbështjellë të gjithë trupin me një çarçaf ose batanije të lagur të ngrohtë, dush të nxehtë, banja minerale të nxehta shëruese, me qëllim ngrohjen dhe relaksim të pacientit.

Kompresat e ftohta në lëkurë shkaktojnë vazokonstriksion (shtrëngim) të enëve të gjakut, ngadalësim të qarkullimit, furnizim të zvogëluar të indeve me oksigjen dhe lëndë ushqyese dhe ngadalësim të proceseve metabolike. Përdoren për të ulur temperaturën e ngritur të trupit, në fazën e dytë të temperaturës, për të ulur dhimbjen, në vendin e lëndimit me hematoma, djegie të fazës së parë dhe të dytë, për të ndaluar gjakderdhjen etj. Për shembull, pas një punkcioni të mëlçisë, vendoset një kompresë e ftohtë në vend për të parandaluar gjakderdhjen dhe në rast të inflamacionit të apendiksit në bark, aplikohet një kompresë e ftohtë në vend për të ngadalësuar procesin inflamator.

Kompresat e ftohta mund të jenë:

Kompresa të ftohta topikale të thata. Qeset e akullit përdoren si kompresë të thata të ftohta. Ato përdoren kur është e nevojshme për të reduktuar një proces inflamator lokal ose gjakderdhje, për ndihmën e parë për lëndimet, ndrydhjet, ndrydhjet. I ftohti qetëson dhimbjen dhe inflamacionin dhe zvogëlon ënjtjen.

Qesja e akullit (fig. 4.19) ka formë të rrumbullakët dhe në pjesën e sipërme një hapje që mbyllet hermetikisht. Është bërë prej gome. Për të mbushur çantën ju duhet:

- ✓ akull i grimcuar,
- ✓ një paketë e duhur akulli,
- ✓ mbulesë ose kompresë.

Qesja mbushet me akull të grimcuar, ajri shtrydhet, mbyllet, mbështillet me mbulesë dhe vendoset në një vend të caktuar. Paketa e akullit nuk duhet të qëndrojë për një kohë të gjatë. Për shkak të vazokonstriksionit të enëve të gjakut dhe qarkullimit të reduktuar, mund të shfaqen dhimbje dhe për këtë arsye qesja duhet të hiqet dhe të rivendoset herë pas here. Një qese plastike e zakonshme mund të përdoret edhe në shtëpi.



Figura 4.19 Qese akulli prej gome

Paketa e akullit polivinil është paketë e thatë e ftohtë. Ato janë fleksibël dhe përshtaten me konfigurimin e trupit, duke bërë të mundur kontaktin intim. Ato janë bërë në madhësi të ndryshme, kurse aplikimi zgjidhet në varësi të madhësisë së rajonit që do të mbulohet. Fiksimi dhe ambalazhimi i tij bëhet me leckë apo pëlthurë leshi që

parandalon çlirimin e shpejtë të të ftohtit. Koha e aplikimit është nga 5 deri në 15 minuta.

Kompresa të ftohta të lagura të ditës.

Në praktikë, ky lloj kompresa përdoret më shpesh për të ulur temperaturën e ngritur të trupit, në fazën e dytë të gjendjes febrile. Kompresat e lagura aplikohen, ngjyhen dhe shtrydhen në një tretësirë alkooli, uthull ose thjesht uji dhe aplikohen në ballë, këmbë, duar. Një peshqir i thatë vendoset sipër kompresës ose peshqirit të lagur. Këto mbështjellje zgjasin dhjetë minuta ose më pak, në varësi të temperaturës.

Fashat të përgjithshme të ftohta. Zakonisht përdoren për temperaturën e ngritur të trupit, duke e mbështjellë të gjithë trupin në një çarçaf të ftohtë.

Kohët e fundit, fashat me xhel të nxehtë-ftohtë përdoren në banak për përdorim në shtëpi (Fig. 4.20). Ato shërbejnë për përdorime të shumëfishta, përshtaten lehtësisht me trupin dhe sigurojnë nxehtësi ose të ftohtë në varësi të nevojës së lëndimit. Nëse nevojitet një kompresë e ngrohtë, ajo nxehet me ujë të vluar ose në furrë me mikrovalë dhe nëse është e nevojshme një kompresë e ftohtë vendoset në ngrirje.

Kompresat e nxehta dhe të ftohta nuk duhet të aplikohen në mënyrë të pakontrolluar dhe arbitrare. Fizioterapistit i kërkohet të kontrollojë rrobat lokale dhe të përgjithshme dhe pamjen e lëkurës poshtë tyre. Për çdo ndryshim që ju nevojitet për të informuar mjekun. Në këtë mënyrë do të shmangen efektet anësore të veshjeve (djegje, ngrica, acarim, gjakderdhje e zgjatur, rritje e dhimbjes).

Pas përdorimit, termofori dhe qesja e akullit dezinfektohen dhe lahen, varen dhe thahen, pastaj mbushen me ajër, mbyllen dhe lihen në një vend të caktuar.



Figura 4.20 Fashë me xhel

AKTIVITETI:

- ❖ Përgatitni dhe vendosni kompresa të ngrohta.
- ❖ Përgatitni dhe vendosni kompresa të ftohta.



KAM MËSUAR DHE JAM NË GJENDJE TË:

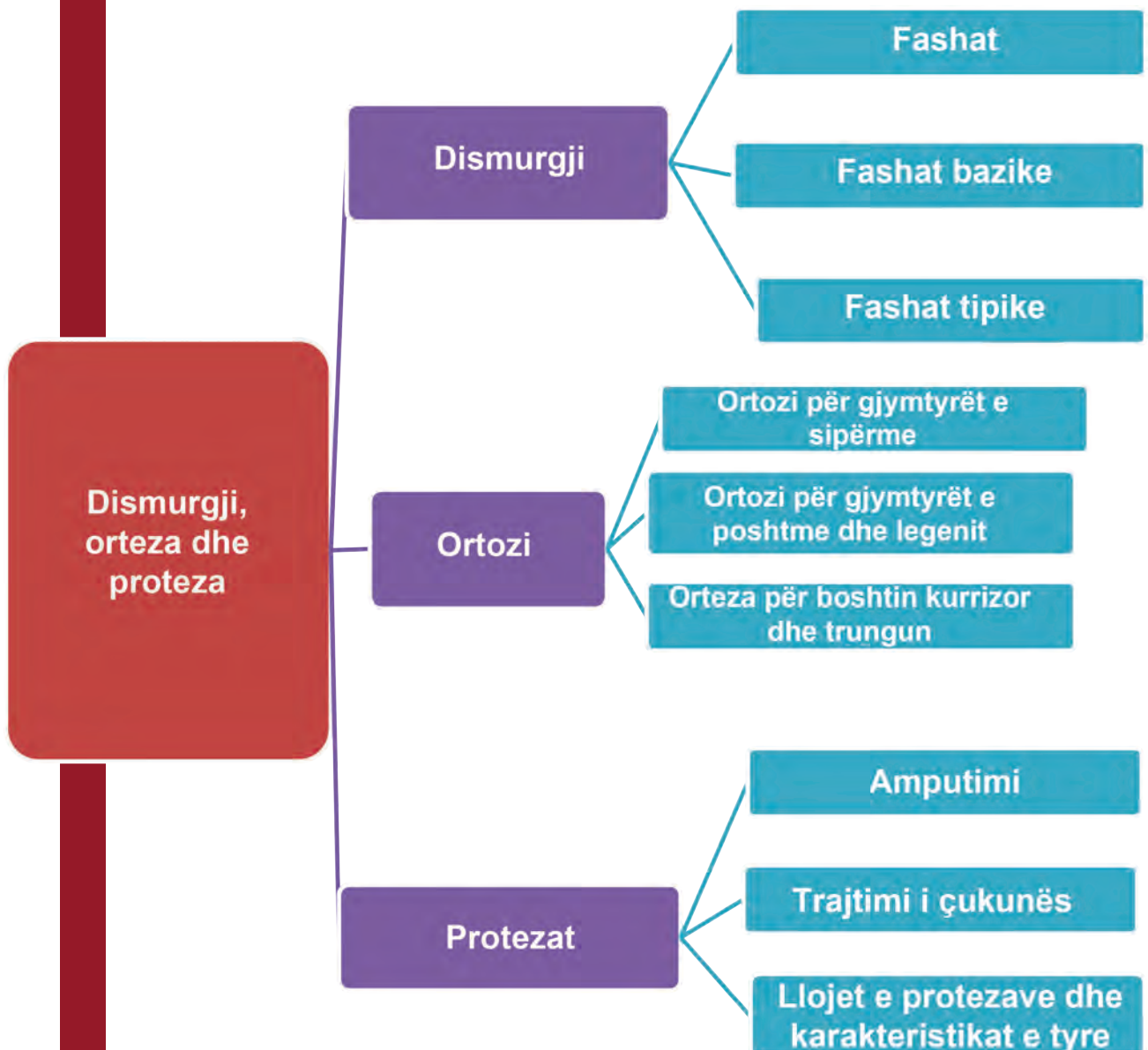
- ✓ Unë listoj llojet bazë të veshjeve,
- ✓ Unë shpjegoj efektin e kompresave të nxehta dhe të ftohta,
- ✓ Demonstrtoj aplikimin e kompresave të nxehta dhe të ftohta.

PYETJE

1. Çfarë janë drazhet?
2. Cilat barna jepen në mënyrë parenterale?
3. Cilat ilaçe jepen me inhalim?
4. Ku dhe çfarë barna jepen në mënyrë subkutane?
5. Cilat solucione dhe si jepen ato në mënyrë intramuskulare?
6. Si ruhen barnat?
7. Cili është rregulli i “5-O”?
8. Shpjegoni ilaçet e lëngëta me një metodë specifike të përgatitjes ose aplikimit!
9. Si funksionojnë paketat e ftohta dhe si aplikohen ato?
10. Si funksionojnë kompresat e ngrohta dhe si aplikohen ato?
11. Rendisni llojet e kompresave!

NJËSIA MODULARE 5

Dismurgji, orteza dhe proteza



5.1. Fashat



- E DI:** Kur lëndohemi është e nevojshme të fashojmë vendin e gjakderdhjes. Më shpesh, kjo bëhet nga ekipet e ambulancës, ndihma e parë dhe në departamentet e urgjencës të spitaleve kirurgjikale.
- DUA TË DI:** Çfarë lloje fashash ekzistojnë dhe cilat janë rregullat për vendosjen e fashave bazë? Si vendosen fashat në pjesë të veçanta të trupit të njeriut?
- DUA TË JEM NË GJENDJE TË:** Përgatit dhe aplikoj fasha në pjesë të veçanta të trupit të njeriut.

Dismurgjia është pjesë e praktikës mjekësore në të cilën studiohen gazat dhe fashat. Për fizioterapistin fasha është manipulim mjekësor shumë i rëndësishëm në punën e përditshme, është i rëndësishëm edhe në dhënien e ndihmës së parë dhe në plagët operative. Fasha bëhet me një copë gazë, të madhësisë së duhur, e cila përdoret për të mbuluar plagën (plagë traumatike ose operative). Ajo duhet të jetë më e gjerë se skajet e plagës për dy centimetra në çdo drejtim dhe fiksohet me një copëz ose një fashë. Dallojmë disa lloje fashash, përkatësisht: të zakonshme, gipsi, elastike etj.

Fashë është shirit prej pëlhure rrjetë pambuku me gjatësi 5 metra, me gjerësi 2, 5, 8, 10 centimetra dhe nëse kanë buzë të endura quhen basme (Fig. 5.1). **Fashë gipsi** është kur suva (5.2.) futet në fashë, e cila përdoret për të imobilizuar pjesë të trupit në kushte të caktuara siç tregohet nga një mjek. Një **fashë elastike** (Fig. 5.3) është bërë me fije pambuku me fije gome, është shumë elastike dhe i përgjigjet elasticitetit me ngjeshje mesatare. Është menduar për përdorim të jashtëm për rrobat e kyçeve, fashimin e kyçit të këmbës pas amputimit dhe trajtimet në kirurgjinë vaskulare.



Fig. 5.1 Fasha e thjeshtë me një kokë



Fig. 5.2 Fasha gipsi



Fig. 5.3 Fasha elastike

Në një rën anë shiriti është i mbështjellë në formë të rullit ose kokës së fashës, kurse nga ana tjetër fasha është e lirë dhe quhet fashë me një kokë (fig. 5.1), por nëse shiriti është i mbështjellë në të dyja anash formohen dy rrota dhe quhet fashë dykre-nore (fig. .5.4).



Figura 5.4 Fashë me dy koka



Figura 5.5 Fashë kompresuese

Fasha kompresive (Fig. 5.5) fillimisht ka një jastëk gazë dhe leshi pambuku, kurse më pas vazhdon në një shirit të mbështjellë në një rull. Mbi plagë vendoset jastëku dhe më pas bëhet një fashë për të arritur ngjeshjen e plagës.

Qëllimet e përdorimit të fashave dhe fashave janë si më poshtë:

1. Materiali i lidhës fiksohet me një fashë
2. Plaga mbrohet nga kontaminimi nga rrethanat
3. Me kompresion në enët e gjakut ndalohen gjakderdhjet e vogla
4. Përthithen sekrecionet nga plaga
5. Zvogëlohet dhimbja nga prekja e rrobave dhe shtratit
6. Bëhet imobilizimi i pjesës së dëmtuar
7. Fiksohet fasha me medikament që efekt lokal-fashë okluzive

5.1.1. Rregullat për vendosjen e fashave

1. Koka e fashës ose e rullit mbahet në dorën e djathtë, e kthyer lart, që do të thotë se fasha hapet drejt personit që kryen fashën, kurse pjesa e lirë mbahet në dorën e majtë, duke mbajtur skajin e sipërm me gishtin e madh dhe gisht tregues. Fashë shkon nga e majta në të djathtë.

2. Çdo fashë fillon me vendosjen e fashës pranë lëndimit. Pjesa e lirë e fashës që mbajmë me dorën e majtë është e pjerrët lart, me dorën e djathtë bëjmë mbështjelljen e parë rrethore të *fascia circularis*, sipër mbetet një trekëndësh nga fillimi i fashës, e ulim mbi fashë me mbështjellja e radhës rrethore, fasha fiksohet në mënyrë që të mos rrotullohet rreth pjesës së trupit dhe të mos e thyejë fashën (fig. 5.6).



Figura 5.6 Fillimi i një lidhjeje me fashë

3. Gjatë lidhjes, fasha mbahet pak e tendosur, duke u kujdesur që fasha të mos jetë as shumë e ngushtë dhe as shumë e lirshme.

4. Çdo mbështjellje pasuese, turi i ri i fashës, duhet të mbulojë 2/3 e gjerësisë së atij të mëparshëm. Vendosja e fashës bëhet me mbështjellje individuale ose me rrethim rreth pjesës së trupit që fashohet.

5. Nëse fasha do të vazhdohet me një fashë të re, fillimi i saj vendoset – futet – poshtë fundit të atij të mëparshmit rreth 5 cm (pa lidhur) dhe vazhdon mbështjellja.

6. Fasha përfundon aty ku fillon (Fig. 5.7), kurse kështu fillimi i fashës fiksohet shtesë.

7. Lidhja mund të përfundojë në tri mënyra:

- a) fundi i fashës fiksohet me leukoplast;
- b) fundi i fashës pritët në mes rreth 15 cm, skajet lidhen dhe mbështillen rreth pjesës që do të fashohet, në drejtim të kundërt dhe lidhet, por kujdes që nyja të mos e shqetësojë pacientin;
- c) fundi i fashës fiksohet me gjilpërë – i padëmshëm – shumë rrallë.

8. Heqja e fashës bëhet në mënyrë të kundërt, nga e djathta në të majtë, ajo shpalolet duke mbledhur fashën dhe duke e kaluar nga njëra dorë në tjetrën.



Figura 5.7 Vendosja e fashës në gjunj

Respektimi i rregullave të veshjes ka një rëndësi të madhe sepse çdo devijim prej tyre çon në efekte anësore dhe komplikime. Në rastin e vendosjes së një fashë shumë të ngushtë, qarkullimi është i dëmtuar, si arterial ashtu edhe venoz – kjo manifestohet me ngecje, ënjtje, mavijosje të pjesës distale të gjymtyrës, ndjesi shpimi gjilpërash dhe dhimbje. Nga ana tjetër, nëse veshja vendoset shumë lirshëm, qëllimet e veshjes nuk do të arrihen.

AKTIVITETI:

- ❖ Praktikoni rregullat se si të mbani fashën dhe si të filloni të lidhni.
- ❖ Në dyshe, praktikoni rregullat bazë të fashimit.

5.1.2. Fasha bazë

Fashat mund të jenë tipike dhe atipike. Tipike janë ato fasha që i bëjmë në një mënyrë të caktuar, me një teknikë të caktuar, në një pjesë të caktuar të trupit. Ato atipike përdoren nëse ka lëndime me sipërfaqe më të madhe, duke kombinuar disa teknika veshjeje. Çdo teknikë e fashës përbëhet nga katër mënyra themelore të trajtimit të fashës:



- **Dolabra currens** – fashë rrethore e zgjatur (fig. 5.8). Ajo vendoset duke mbuluar çdo dredha-dredha pasuese dy të tretat e asaj të mëparshme. Si pas drejtimit mund të jetë Dolabra currens ascendens dhe Dolabra currens descendens. Kjo fashë vendoset në ato pjesë që kanë të njëjtën gjerësi. Për shembull, e treta e poshtme e parakrahut, krahu i sipërm, gjoksi, qafa.

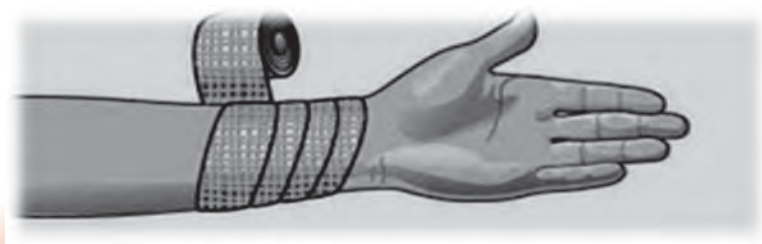


Figura 5.8 Fashë rrethore e zgjatur

- **Dolabra serpens** – fashë spirale (Fig. 5.9), vendoset në formë spirale, me qëllim fiksimit e materialit të fashës ose për imobilizim.
- **Fascia cruciata** – fashë në formën e figurës tetë (fig. 5.10). Nëse të tetat kryqëzohen nga jashtë, atëherë është spica e cila mund të jetë ascendens dhe descendens. Një gisht i madh, pëllëmbë, shpatull, kofshë, këmbë është fashuar. Nëse tetë kat kryqëzohen në anën e pasme, ato quhen testudo (në formën e një breshke) – mund të jetë inversa (mbështjelljet fillojnë nga periferia në mes) dhe reversa (mbështjelljet fillojnë nga qendra, domethënë nga mesi të kyçit të dorës në periferi). Kështu bëhet fashimi i bërrylit, gjurit, thembra.
- **Dolabra reversa** – mbështjellje e zgjatur me përmbysje (fig. 5.11). Fasha duket si një klasë. Vendoset në pjesë të trupit që zgjerohen në mënyrë konike (parakrah, këmba e sipërme, këmba e poshtme).



Figura 5.11 Dredha-dredha e zgjatur

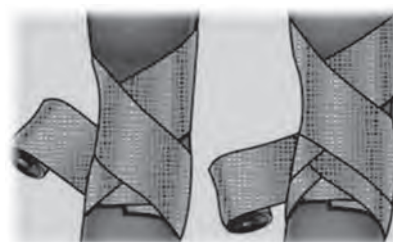


Figura 5.9 Fashë spirale

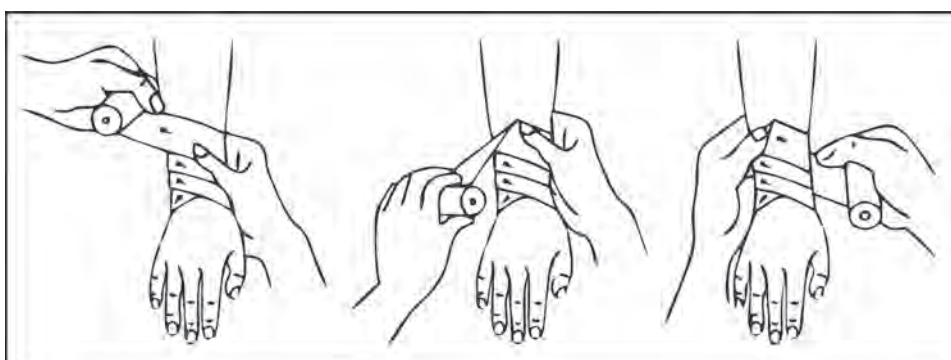


Figura 5.10 Lidhja në formë aksi

5.1.3. Fasha tipike

Fashat tipike janë ato fasha që vendosen në pjesë të caktuara të trupit. Këto janë veshje karakteristike që përfaqësojnë një kombinim të teknikave të veshjeve të zakonshme dhe kanë emra të veçantë në varësi të lokalizimit.

Spica pollicis descendens (fig. 5.12).
Fasha fillon me një mbështjellje rrethore rreth kyçit të dorës së dorës dhe vazhdon me tre figura nga tetë që zbresin në gishtin e madh dhe kryqëzohen njëra pas tjetrës në pjesën e jashtme të gishtit të madh. Tetë e para është bërë në lartësinë e rrënjës së gishtit të madh, e dyta në lartësinë e falangës së parë dhe tetë e treta është në lartësinë e falangës së dytë.

Spica manus ascendens (fig. 5.13).

Fasha fillon me një mbështjellje rrethore rreth pëllëmbës, në pjesën e poshtme distale, rreth gishtërinjve. Shifrat tetë ngjiten drejt kyçit të dorës dhe kryqëzohen në anën e sipërme, të jashtme të pëllëmbës. Fasha përfundon përsëri rreth gishtave.

Testudo cubiti inversa (fig. 5.14).

Kjo fashë fillon me një mbështjellje rrethore në të tretën e sipërme të parakrahut dhe më pas bëhet teta e parë, e cila kryqëzohet në anën e brendshme të bërrylit. kyçit të dorës dhe kalon në të tretën e poshtme të krahut të sipërm. Për më tepër, të tetat ngjiten në parakrah, kurse zbresin në pjesën e sipërme të krahut, domethënë të tetat i afrohen zonës së bërrylit, duke e mbuluar atë. Fashë përfundon me një mbështjellje rrethore pak nën bërryl.

Testudo genus inversa (Fig. 5.15).

Fashë fillon me një mbështjellje rrethore në të tretën e sipërme të këmbës së poshtme. Tetë e para vendoset më lart, deri në kofshë, kurse e dyta dhe e treta më poshtë. Në zonën e pjesës së poshtme të këmbës, shifrat tetë ngjiten, në zonën e kofshës zbresin, domethënë gradualisht afrohen. Figura tetëshe kryqëzohet në fosën e kyçit të gjurit. Fasha përfundon rreth pjesës së poshtme të këmbës.

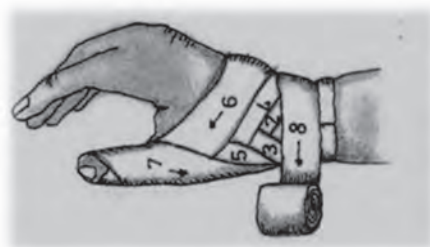


Figura 5.12 Spica pollicis descendens



Figura 5.13 Spica manus ascendens

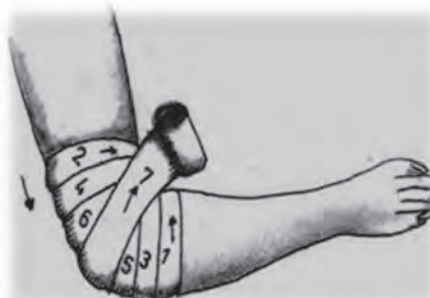


Figura 5.14 Testudo cubiti inversa

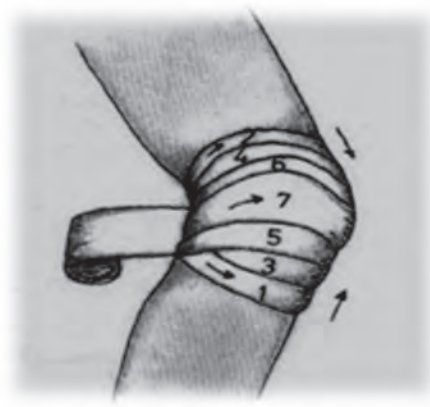


Figura 5.15 Testudo genus inversa

bës, aty ku filloi. Gjatë fashimit të kyçeve, gjymtyrët duhet të vendosen në pozicion fiziologjik, domethënë lehtësisht i përkulur.

Spica humeri ascendens (fig. 5.16). Fasha fillon me një mbështjellje rrethore në të tretën e sipërme të krahut të sipërm, në afërsi të sqetullës. Figura tetë fillon nga pjesa e pasme e jashtme e krahut të sipërm, vazhdon përgjatë pjesës së përparme të gjoksit deri në shpatullën e shëndetshme, domethënë sqetull. Nga atje, ata ngjiten përmes shpinës në shpatullën e dëmtuar dhe nga pjesa e sipërme e përparme poshtë në sqetull. Fasha ngjitet përsëri dhe bëhen tetë kat e dyta dhe të treta kalojnë në pjesën e përparme të shpatullës. Fasha përfundon me një mbështjellje rrethore në pjesën e sipërme të krahut.

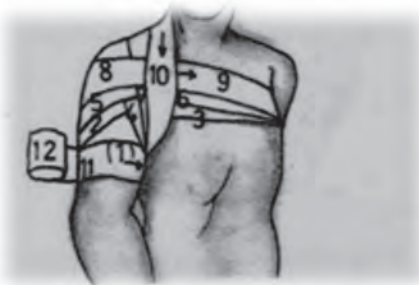


Figura 5.16 Spica humeri ascendens

Spica pedis descendens seu sandalum (fig. 5.17). Fasha fillon me fascia circularis mbi kyçin e kyçit të këmbës dhe më pas bëhen tre figura nga tetë dhez bresin dhe kalojnë në pjesën e përparme të këmbës. Përfundon sërish rreth kyçit të këmbës dhe fasha duket si sandale.

Spica pedis ascendens (fig. 5.18). Kjo fashë e këmbës fillon me një mbështjellje rrethore mbi gishtërinjtë, kurse figurat tetë ngjiten deri në kyçin e këmbës dhe kryq në pjesën e përparme. Përfundon aty ku filloi fasha.



Figura 5.17 Spica pedis descendens



Figura 5.18 Spica pedis ascendens

Mitra Hipokratika (Fig. 5.19) është fashë koke me një fashë të vetme. Fasha kryhet me dy persona ose nëse pacienti është në gjendje edhe më shumë na ndihmon.

Bëhet një mbështjellje rrethore rreth kokës, në lartësinë mbi veshët, kurse më pas fasha kthehet nga balli në zverk dhe mbrapa, duke filluar nga mesi i kokës. Në të njëjtën kohë, pacienti ose personi tjetër mban fashën e palosur në ballë, kurse fizioterapistin në shpinë. Në fund, kur koka është e mbuluar, ajo përfundon në një rreth afër kokës dhe fiksohet me një copëz. Në kushtet e sotme fashat në kokë kryhen duke përdorur gazë dhe një rrjetë elastike (Fig. 5.20).

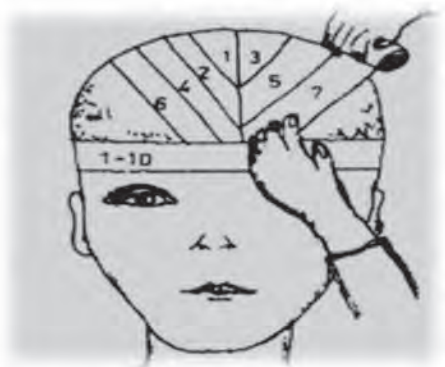


Figura 5.19 Mitra Hipokratika



Figura 5.20 Mbulesa e kokës

AKTIVITETI:

- ❖ Të praktikojnë lidhjet bazë në dyshe.



KAM MËSUAR DHE JAM NË GJENDJE TË:

- ✓ Përcaktoj lidhjet dhe qëllimet bazë për vendosjen e tyre.
- ✓ Argumentoj dhe demonstroj rregullat bazë për vendosjen e fashës.
- ✓ Vendos fashat bazë.
- ✓ Vërej efekte anësore nga fashat.

5.2. Ortoza



E DI: Këto janë disa ndihma. Unë kam një shoqe me lakim të boshtit kurrizor, mendoj se ajo mban një ortoazë. Në aksidente trafiku, në rast të dëmtimit të qafës, vihet “lopa”.

DUA TË DI: Çfarë lloje ortezash ekzistojnë, cilat janë karakteristikat e tyre dhe për çfarë synohen?

DUA TË JEM NË GJENDJE: Të dalloj, të mbaj një ndihmë ortopedike dhe të motivojë një pacient që ta përdorë atë.

Ortoza është ndihmë ortopedike që përdoret për të mbështetur, përmbajtur, lehtësuar, rregulluar ose drejtuar një pjesë të trupit, domethënë ndihmon ose korrigjon funksionin e sistemit lokomotor. Kryesisht integritet anatomik pjesa e trupit ku aplikohet ortoza është e ruajtur, por funksioni i saj është i dëmtuar. Ortoza përshkruhet nga mjeku specialist (ortoped, fiziatër, kirurg) sipas indikacionit dhe zakonisht përdoret përkohësisht në një fazë të caktuar të trajtimit.

Fusha e mjekësisë e quajtur ortotika merret me projektimin, prodhimin dhe aplikimin e ortozave. Vetë emri vjen nga termi grek ortho – të drejtosh ose të nivelesh diçka. Përdoret me një qasje multidisiplinare që bazohet në arritjet shkencore në fusha të tilla si: mjekësia, fizika, matematika, teknika, teknologjia, robotika etj. Në të njëjtën kohë, ai merr njohuri nga anatomia, fiziologjia, patofiziologjia dhe biomekanika e aparatit lokomotor dhe studion psikologjinë e përdoruesit të ortozës. Qëllimi kryesor i ortotikës është të bëjë një ortoazë që do të korrigjojë mekanikisht gjendjen patologjike, pra, të zëvendësojë funksionin e dëmtuar ose të humbur. Mund të imobilizojë, të kontrollojë drejtimin dhe shtrirjen e lëvizjes, të lehtësojë, mbështesë ose zëvendësojë. Kjo parandalon paaftësinë dhe lehtëson inflamacionin ose dhimbjen. Ortozat bëhen nga materiale të ndryshme, si metal, lëkurë, gome, pëlhurë etj. Për shkak të dëshirës që ato të jenë më të lehta, më të forta, më higjienike, estetikisht më të rafinuara dhe më të lehta për t’u aplikuar, ato janë bërë nga një shumëllojshmëri materiale. Ortozat mund të prodhohen nga:

- neopreni – i cili ka aftësinë për të mbajtur temperaturën e trupit, ka elasticitet, fleksibilitet, forcë dhe rezistencë ndaj fërkimit,
- material elastik i ajrosur, ose
- leshi – geta që shërbejnë për ngrohjen dhe ruajtjen e temperaturës së trupit.

Ato mund të jenë plotësisht të hapura – duke i bërë më të lehta për t’u vendosur, ose të mbyllura – duke i tërhequr. Disa kanë rripa shtesë elastikë për rregullim. Instalimi i tyre bëhet sipas udhëzimeve të prodhuesit.

Në varësi të materialit, ortoizat mund të jenë:

- të buta – kapëse, të cilat sigurojnë stabilizim dhe mbështetje në rast të paqëndrueshmërisë së lehtë, lëndimeve dhe inflamacioneve, në mënyrë parandaluese gjatë aktiviteteve, për mbrojtje dhe me ngjeshjen zvogëlojnë dhimbjen.
- gjysmë të ngurtë dhe të ngurtë – të bëra nga shina metalike ose plastike, pra kocka peshku të mbuluara me pëlhurë, të cilat ofrojnë mbështetje maksimale dhe kufizojnë lëvizjet – me dhe pa një stabilizues që është jastëk silikon për mbështetje aktive.

Prodhimi dhe aplikimi i ortozave duhet të rregullohet nga një organizëm certifikues sipas një indikacioni rreptësisht mjekësor. Sipas metodës së prodhimit, ato ndahen në:

- ortoizat e prodhuara në fabrikë – prodhohen në seri, me madhësi të ndryshme;
- ortoza të bëra individualisht – të bëra nga një ortotist, me porosi dhe sipas masës dhe nevojave individuale të pacientit.

Ortotikat e marrin emrin sipas vendit në trup ku vendosen dhe sipas qëllimit dhe karakteristikave të tyre mund të jenë:

- Ortozat e ekstremiteteve të sipërme;
- Ortozat e ekstremiteteve të poshtme;
- Orteza për shpinë dhe gjoks;
- Ortoza korigjuese.

5.2.1. Ortozat e ekstremiteteve të sipërme



Figura 5.21. Ortoza e kyçit të dorës

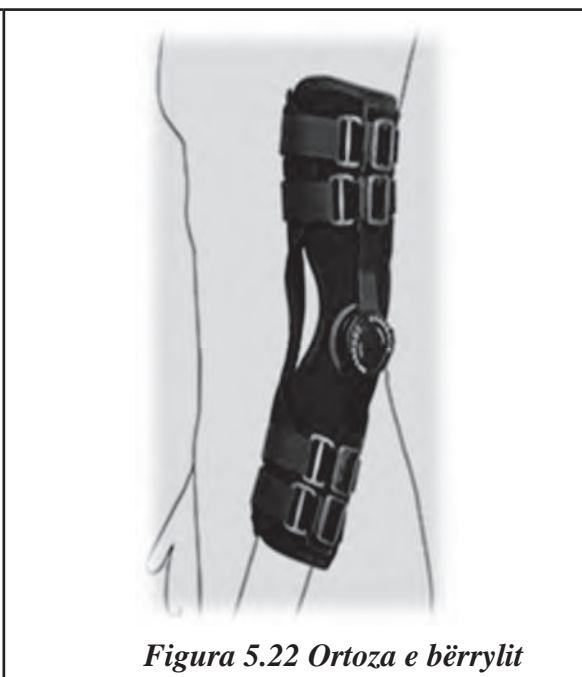


Figura 5.22 Ortoza e bërrylit

Ortozat për gjymtyrën e sipërme përmirësojnë funksionin dhe strukturën e sistemit muskuloskeletor të dorës, stabilizojnë kyçet dhe zvogëlojnë mundësinë e

zhvillimit të hipotrofisë. Në varësi të indikacionit, ato mund të destinohen për fraktura dhe lëndime të indeve të buta (muskuj dhe ligamente), pas operacionit, në procesin e rehabilitimit, parandalues gjatë sportit, në artritin reumatoid, si dhe në dëmtimin e neuronit motorik periferik dhe qendror (tetraplegia, parezë/plegji). Në lidhje me cilën pjesë të dorës janë të destinuara, ato mund të jenë:

- Orteza për nyje të rrafshët (fig. 5.21);
- Ortoza e krahut të sipërm;
- Orteza për kyçin e bërrylit (fig. 5.22);
- Ortoza të parakrahut;
- Ortezat e duarve dhe gishtave;
- Ortezat e gishtave (Fig. 5.23).



Figura 5.23 Ortozë për gisht



Figura 5.24 Ortozë për mbibërrylint

5.2.2. Ortoza për gjymtyrët e poshtme dhe legen

Ortezat për gjymtyrën e poshtme dhe legenin – përmirësojnë funksionin dhe strukturën e sistemit muskuloskeletor të këmbës, ofrojnë mbështetje, stabilizojnë kyçet, lehtësojnë vertikalizimin dhe zvogëlojnë mundësinë e zhvillimit të hipotrofisë dhe deformimeve. Përdoren në çrregullimet neuromuskulare me dobësi të brezit

të legenit dhe muskujve të këmbës. Në varësi të indikacionit, ato mund të jenë të destinuara për fraktura dhe lëndime të indeve të buta (muskuj dhe ligamente), pas operacionit, në procesin e rehabilitimit, parandalues gjatë sportit, në rast të artritit reumatoid, si dhe në rast të dëmtimit të neuroneve motorike periferike dhe qendrore (tetraplegji, parezë/plegji). Mund të jenë deri tek gjuri (fig. 5.24), gjunjët, me taka të ulëta dhe të kombinuara. Ortozat e gjymtyrëve të poshtme dhe legenit janë:

- Ortoza e legenit;
- Brekë abduktorë dhe pajisje për ijët displastike;
- Shirita abduktorë ripozicionalë;
- Ortozë për kofshë – gju – kyçin e këmbës;
- Ortoza e kyçit tretës;
- Ortozë për kyçin e gjurit – kyçit të këmbës;
- Ortoza e gjurit (fig. 5.25);
- Ortoza për nëngjurin dhe kyçin e këmbës (fig. 5.26 a);
- Ortoza e kyçit të këmbës (fig. 5.26 b);
- Ortoza e themrës.



Figura 5.25. Ortozat e gjurit



Figura 5.26. a b Ortozat e këmbëve

5.2.3. Ortoza për boshtin kurrizor dhe trungun

Ortozat për boshtin kurrizor dhe trungun (Fig. 5.27) – përmirësojnë funksionin dhe strukturën e sistemit muskuloskeletor të boshtit kurrizor, ofrojnë mbështetje, shkarkojnë, rregullojnë, korrigjojnë dhe ndihmojnë funksionin e humbur. Ortozat e shpinës përdoren për të përmirësuar funksionin e muskujve që kanë forcë të reduktuar në pushim. Ortozat e trungut janë të destinuara për deformime të boshtit kurrizor te pacientët më të rinj me skoliozë, kifoze etj. Ato janë bërë nga materiale të ndryshme, por kërkohet që të jenë të rehatshme dhe të ngrohta. Ortozat më të përdorura nga ky grup janë:

- Ortoza për segmentin e qafës së boshtit kurrizor ose ortoza cervikale (Fig. 5.28);
- Ortoza cervikale-torakale-lumbare-sakrale;
- Ortoza torako-lumbare-sakrale;

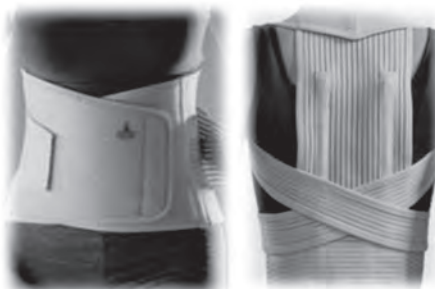


Figura 5.27. Ortoza kurrizore



Figura 5.28 Ortoza e qafës kollari Shansovit

- Ortoza torako-lumbare; ortoza torakale;
- Ortoza lumbar-sakrale.

AKTIVITETI:

- ❖ Punoni në çifte, praktikoni vendosjen e saktë të ortozës.
- ❖ Zbatoni motivimin për lidhjen e ortotikëve duke luajtur role me një shok klase.



KAM MËSUAR DHE JAM NË GJENDJE TË:

- ✓ Përcaktoj ortoizat, llojet dhe karakteristikat e tyre.
- ✓ I vendos ortoizat sipas udhëzimeve të prodhuesit.

5.3. Proteza



E DI: Këto janë disa ndihma. Gjyshërit e mi nuk kanë dhëmbë dhe për këtë arsye mbajnë proteza që mund të hiqen plotësisht.

DUA TË DI: Çfarë janë protezat, çfarë llojesh ekzistojnë dhe si mirëmbahen ato?

DUA TË JEM NË GJENDJE TË: Të dalloj llojet e protezave, të kryej kujdesin dentar, të mbaj një protezë dhe të motivoj një pacient për ta përdorur atë.

Protezat (Fig. 5.29) janë pajisje artificiale, detyra kryesore e të cilave është zëvendësimi i pjesës së trupit që mungon. Arsyet e mungesës së një pjese të trupit mund të jenë: sëmundja e enëve periferike të gjakut, sëmundjet metabolike (diabeti), operacionet për shkak të trajtimit të sëmundjeve malinje, lëndimet gjatë një aksidenti trafiku ose një defekt i lindur i trupit, kurse më pak, shpesh një infeksion ose ngrirje. Këto kushte janë një tregues për amputimin e gjymtyrëve në tërësi ose të një pjese të saj.



Figura 5.29 Proteza

Amputimi është heqja kirurgjikale e një pjese të trupit të sëmurë ose të lënduar në tërësinë ose një pjesë të tij, me qëllim që të shpëtohet jeta e pacientit. Ai heq lëkurën, indin nënlëkuror, muskujt, ligamentet dhe kockat. Pas eliminimit mbetet një pjesë e trupit, e cila quhet **chkunka** (fig. 5.30). Është e dhimbshme, e ndjeshme ndaj presionit dhe mund të jetë e pranishme ënjtje. Mund të amputohet një pjesë e këmbës, pra gishtat e këmbës, këmba, këmba e poshtme, gjuri, kofshët ose sipër ijeve, si dhe dora, parakrahu, bërryli, krahu ose i gjithë krahu. Periudha postoperative e pacientit pas amputimit ka rëndësi të madhe për trajtimin dhe rehabilitimin e mëtejshëm. Ai konsiston në kujdesin e vazhdueshëm, kujdesin dhe formësimin korrekt të nofullës, kujdesin para dhe pas protezës, si dhe trajnimin e pacientit për përdorimin e protezës. Fazat themelore të rehabilitimit janë:



Figura 5.30 chkunka

Faza para operacionit – ka për qëllim parandalimin e shfaqjes së kontrakturave të kyçeve, rritjen e forcës dhe trofizmit të muskujve, përmirësimin e qar-kullimit, edukimin e pacientit për shtrirjen e duhur në shtrat dhe ecjen me paterica.

Faza postoperative – përfshin ushtrime për forcimin e brezit të trungut dhe shpatullave, terapi kompresioni – fashimi, mobilizimi në shtrat, transferimi, vertikalizimi, ngarkimi progresiv dhe forcimi i ekstremiteteve të sipërme ose të poshtme.

Faza paraprotetike – fillon me shërimin e plagës kirurgjikale dhe zgjat deri në aplikimin e protezës. Gjatë kësaj periudhe duhet të ruhet lëvizshmëria e kyçit, të forcohen muskujt e trungut dhe të gjymtyrëve, të praktikohet ecje e pavarur me një ndihmë, përgatitja e çukunkës dhe masazhi.

Faza e protezës – e cila përfshin edukimin për mbajtjen e protezës dhe përdorimin e duhur të saj, qëndrimin në këmbë, ulur dhe ecjen.

5.3.1. Kujdesi për të amputuarit dhe pacientët me aftësi të kufizuara

Kujdesi i pacientit pas amputimit ka specifikat e veta, ai duhet të jetë i përshtatshëm, i vazhdueshëm dhe profesional sepse është i një rëndësie vendimtare në fazën e mëtejshme të realizimit të protezës. Është pjesë e ruajtjes së përditshme të higjienës personale, të cilës duhet t'i kushtohet vëmendje e veçantë.

- **Larja e çukunkës** – larja kryhet çdo ditë në mëngjes dhe në mbrëmje, me kujdes me ujë të ngrohtë dhe sapun të butë (mundësisht për fëmijë), më pas lëkura duhet të thahet mirë me një peshqir të butë. Është shumë e rëndësishme larja e rregullt, gjë që nuk duhet humbur në asnjë mënyrë, sep-

se qeni djersitet. Herë pas here duhet dezinfektuar me alkohol, por për shkak të rrezikut të tharjes së lëkurës, sot ekzistojnë kremra speciale për dezinfektimin, kujdesin, mbrojtjen dhe riparimin e lëkurës (fig. 5.31).

- Një tjetër element i rëndësishëm në infermieri është **gjimnastika e përditshme** e çukunka. Ushtrimet duhet të kryhen dy herë në ditë – në mëngjes pas zgjimit dhe në mbrëmje para se të shkoni në shtrat. Ato konsistojnë në shtrëngimin dhe relaksimimin e muskullaturës së kofshës, lëvizjet rrethore në të dyja anët, pastaj lëvizjet majtas-djathtas, lart-poshtë. Ruajtja e fitnesit të folesë arrihet duke kryer rregullisht ushtrimet me kohëzgjatje prej 15 minutash. Nëse nuk kryhen rregullisht, muskujt do të atrofizohen dhe nyja do të fillojë të ngurtësohet (kontraksioni).
- Ushtrohet edhe masazhi i çukunkës, i cili siguron qarkullim më të mirë dhe elasticitet më të mirë të shenjës. Është mirë që masazhi të kryhet para dhe pas gjimnastikës, me kohëzgjatje prej 5 minutash secili.
- Është e detyrueshme **vëzhgimi** i rriqrës në baza ditore, në mënyrë që të zbulohet menjëherë dëmtimi i lëkurës ose ndryshime të tjera që duhet të raportohen menjëherë te mjeku. Kjo është veçanërisht e rëndësishme për pacientët që mbajnë proteza. Shenja, maja e gungës dhe pjesët e saj që janë të ekspozuara ndaj presionit më të madh se proteza shqyrtohen veçanërisht me kujdes.
- **Fashimi i çukunkës** (Fig. 5.32) është fashë me një fashë elastike. Është pjesë e procedurave të rregullta për përgatitjen e saj pas operacionit për një protezë. Një nga qëllimet kryesore është përshtatja e formës së protezës. Është mirë që pacienti të jetë në këmbë gjatë fashimit. Nëse pacienti nuk mund të qëndrojë në këmbë, kryhet në një pozicion të shtrirë në shpinë, me pacientin të shtrirë në anën e këmbës së shëndetshme. Fasha me fashë elastike nisët nga lart në drejtim të majës së topuzit (1), më pas bëhet një lëvizje rrethore me fashën rreth (2), pastaj ulet përsëri poshtë rreth majës (3) dhe më pas mbrapa përsëri, ndërsa kryqëzohet me fashën e ulur më parë (4). Të njëjtat lëvizje përsëriten derisa skapula të mbulohet me fashë deri në majë. Nëse është e nevojshme, lidhja mund të vazhdohet në mënyrë inguinale rreth ijës. Fasha e vendosur në këtë mënyrë qëndron deri në 2 orë, varësisht nëse pacienti ka probleme shoqëruese. Fasha nuk duhet të shtrihet në asnjë mënyrë që të mos prishë qarkullimin në skrotum. Përveç fashës elastike, ka edhe mbulesa speciale për ngjeshjen e unazës që parandalojnë ënjtjen.



Figura 5.31 Produktet e kujdesit të lëkurës së çukunka

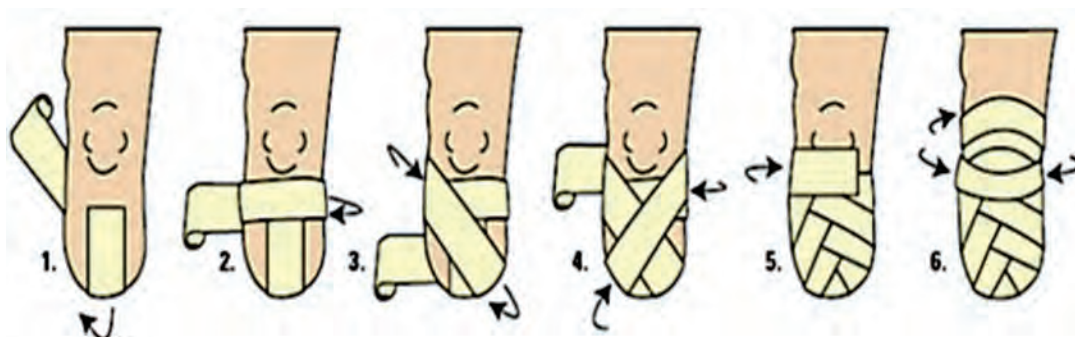


Figura 5.32 Bandimi

Amputimi është ngjarje dramatike në jetën e pacientit, prandaj është e nevojshme të sigurohet **mbështetje psikologjike**. Ai përbëhet nga biseda me një psikoterapist për të gjitha aspektet e gjendjes së re. Këto biseda duhet ta ndihmojnë pacientin të motivojë veten dhe të ndërtojë një qëndrim pozitiv për fazën e re të jetës. Sa më shpejt të kërkojë ndihmë, aq më mirë do të përballet me frikën dhe pasigurinë e së ardhmes së tij. Amputimi dhe frika që vjen me të mund të çojnë shumë lehtë në depresion, gjë që është e dëshirueshme të shmanget. Gjithashtu, mbështetje e mirë psikologjike është të flasësh me dikë që tashmë ka një amputim. Eksperienat e tyre, mënyra se si e përballuan dhe kapërcejnë gjendjen e re, rrënjos guxim dhe forcë për shërim më të shpejtë, pranim të protezës dhe rivendosje të cilësisë së jetës.

Fizioterapistët që punojnë me pacientët me aftësi të kufizuara në mënyrë individuale përmes komunikimit të duhur rrisin ndjenjën e pacientit për vlerat e tij, besimin, shpresën. Ne mund t'i japim kuptim, motivim dhe energji që pacienti ka nevojë për të vazhduar punën e tij dhe për të siguruar një cilësi adekuate të jetës pavarësisht pranisë së sëmundjes.

Komunikimi i mirë mes personave me aftësi të kufizuara ndikon:

- kënaqësinë dhe besimin e pacientit në trajtimin,
- mënyrën për t'i shpjeguar pacientit pranimin e handikapit,
- rritja e aftësisë së pacientit për të përballuar sëmundjen çon në besim më të madh të terapistit fizik,
- mbështetja nga familja, mjedisi social dhe shoqëria e gjerë përmirëson shumë mirëqenien emocionale të pacientit,
- për ta inkurajuar atë të shprehë shqetësimet dhe ndjenjat e tij dhe
- gjetja e mënyrave për të siguruar një cilësi të përshtatshme jete, pavarësisht nga prania e sëmundjes.

Fizioterapisti i bën të gjitha këto për të lehtësuar kthimin dhe përshtatjen e pacientit në jetën e përditshme dhe mjedisin e punës brenda mundësive të tij individuale. Gjithashtu e ndihmon atë që tejkalimi i barrierave dhe stereotipeve për personat me aftësi të kufizuara.

5.3.2. Protezat – karakteristikat dhe llojet

Kur mungon një pjesë e trupit, rekomandohet zëvendësimi i saj me protezë. Proteza lejon përdoruesin të ndihet rehat, të jetë në gjendje të kryejë aktivitetet e përditshme (ecje, ngrënie, veshje) dhe të funksionojë si para amputimit, pra të jetojë një jetë pa kufizime. Ai nënkupton jo vetëm aktivitete të nevojshme në jetën e përditshme, por pjesëmarrje proaktive në të gjitha sportet dhe garat (Lojërat Paralimpike).

Në të kaluarën, protezat bëheshin prej druri, kompensoheshin për pjesën e trupit që mungonte, ishin të ngurta, të pakëndshme për t'u veshur dhe nuk ofronin funksionalitet në gjymtyrë. Sot, me zhvillimin e vrullshëm tekniko-teknologjik, ka një zhvillim të gjerë të protetikës dhe prodhimin e mjeteve ndihmëse protetike ergonome, estetike, funksionale, të ndjeshme dhe komode.

Protezat më të përdorura janë protezat e gjymtyrëve dhe ato mund të jenë:



Protezat pasive kanë një qëllim kozmetik dhe mund të jenë statike kur nuk kanë pjesë lëvizëse dhe të ndryshueshme kur pjesët mund të ndërrohen. Prerjet me fuqi trupore funksionojnë pra punojnë me ndihmën e një rripi të fiksuar në pjesën e kundërt të trungut (shpatull, kofshë) nga gjymtyra e dëmtuar. Ndërsa protezat e lidhura nga jashtë ose protezat mioelektronike punojnë me sensorë, duke përdorur elektroda që transmetojnë impulse nga gjymtyrët e sipërme për të lëvizur gjymtyrën e poshtme. Protezat moderne mund të jenë: proteza modulare, sportive, artikulare, me vakum dhe proteza inteligjente.

Kohët e fundit, janë zhvilluar proteza bionike për gjymtyrët, domethënë neuroproteza biocibernetike. Ato ngjajnë shumë me gjymtyrët natyrore dhe janë të pajisura me mikroprocesorë që mundësojnë një sërë lëvizjesh të imta. Shkencëtarët po punojnë për krijimin e protezave që do të jenë në gjendje të japin reagime në mënyrë që pacienti të mund të përjetojë edhe ndjesinë e prekjës.

Qëllimi kryesor i protezës është ngjashmëria anatomike me gjymtyrën dhe funksionaliteti. Para së gjithash, proteza duhet të ketë një pjesë marrëse që mbështetet në hunk dhe ka një rëndësi të madhe për përdorim të suksesshëm. Pjesa marrëse duhet të jetë e rehatshme për t'u veshur, përndryshe nëse është e pakëndshme personi nuk do të përdorë protezën. Prandaj, pjesa marrëse bëhet individualisht sipas kontureve të gungës së pacientit për komoditetin e tij. Në të njëjtën kohë, monitorohen strukturat anatomike të kockave dhe muskujve në mënyrë që pacienti të mund të marrë pjesë në aktivitete. Për t'i bërë protezat të lehta, fleksibël dhe të rregullueshme përdoren poliuretani, minerale dhe silikoni. Në varësi të lëvizshmërisë së pacientit, që duhet të

arrihet me protezë, mund të lejojë një shkallë të ulët, mesatare dhe të lartë aktiviteti. Këtë e mundëson moduli i kyçit (gju, bërryl), më pas vjen pjesa mbështetëse dhe e këmbës. Në varësi të lokalizimit, protezat ndryshojnë në madhësi, peshë, mekanizëm veprimi, funksion dhe praktikë. Kështu dallojmë protezat për gjymtyrën e sipërme dhe për gjymtyrën e poshtme.

Protezat e gjymtyrëve të poshtme (fig. 5.33):

- Proteza e kofshës;
- Proteza e këmbës së poshtme;
- Proteza e gjurit;
- Proteza e këmbës;
- Proteza e kyçit të këmbës;
- Proteza e këmbës.



Figura 5.33 Proteza për gjymtyrët e poshtme

Protezat e ekstremiteteve të sipërme (fig. 5.34):

- Mbajtës shpatullash;
- Proteza e krahut të sipërm;
- Proteza për harkun;
- Proteza për parakrahun;
- Proteza dore;
- Proteza për gishtat



Figura 5.34 Proteza për gjymtyrët e sipërme

Kundërindikimet për përdorimin e protezave të gjymtyrëve janë: pamundësia për të kontrolluar protezën, dështimi i veshkave, sëmundje të caktuara të sistemit kardiovaskular dhe të frymëmarrjes.

Kujdesi për protezat

Pacienti duhet ta përdorë protezën për shumë vite dhe në këtë proces nuk duhet të humbasë funksionin, komoditetin dhe praktikitetin e saj. Prandaj, është e nevojshme ta mirëmbani atë si duhet. Ekzistojnë rregulla për kujdesin e protezave që përfshijnë:

- shmangia e lagështirës, pra ruajtja e thatësisë;

- të mos përdoret për not (përjashtim bëjnë protezat modulare të papërshkueshme nga uji);
- ruajtja e pastërtisë së protezës;
- parandalimi i dëmtimeve, rënieve që ndodhin kur nuk përdoret proteza;
- pajtueshmërinë me rregullat e shërbimit të rekomanduara nga prodhuesi.

Mirëmbajtja e duhur e protezës, mos ekspozimi i saj ndaj deformimeve dhe lagështisë i mundëson pacientit të përdorë në mënyrë komode dhe funksionale protezën për dhjetëra vite. Prandaj është e nevojshme që fizioterapisti të ketë një ndikim edukativ dhe këshillues në mënyrën e aplikimit dhe përdorimit, si dhe në mirëmbajtjen e protezës.

AKTIVITETI:

- ❖ Vizitë me mësuesin ekspert në një institucion për prodhimin e protezave.
- ❖ Demonstroni kujdesin për një cikadë.
- ❖ Zbatoni motivimin për mbajtjen e mbajtësve, me një lojë rolesh me një shok klase.



KAM MËSUAR DHE JAM NË GJENDJE TË:

- ✓ Përcaktoj protezat dhe llojet e protezave dhe karakteristikat e tyre.
- ✓ Dalloj llojet e protezave sipas karakteristikave të ndryshme.
- ✓ Përshkruaj dhe demonstroj kujdesin për një cikadë.
- ✓ Kryej mirëmbajtjen e protezave sipas udhëzimeve të prodhuesi.

PYETJE:

1. Përshkruani fillimin e secilës lidhje!
2. Si të fashoni një parakrah?
3. Si të fashoni një bërryl?
4. Demonstroni një fashë gjuri!
5. Mësoni se çfarë janë sportet paraolimpike!
6. Çfarë janë ortozat?
7. Përshkruani karakteristikat e ortozave!
8. Çfarë janë protezat?
9. Përshkruani karakteristikat e protezave!
10. Rendisni protezat dhe ortozat sipas vendit të vendosjes!
11. Përshkruani kujdesin çkunka!
12. Hulumtoni përparimet më të fundit në protetikë!

FJALORË I FJALËVE TË PANJOHURA

ACTH – hormonet adenokortikotropike.

Anamneza – marrja e të dhënave personale nga një pacient, në lidhje me sëmundjen dhe gjendjen e mëparshme shëndetësore.

Anemia – anemi.

Antibiogrami – është test in vitro i ndjeshmërisë së një soji bakterial ndaj antibiotikëve.

Apendiciti akut – inflamacion akut e apendiksit vermiformix.

Aplikim – aplikim, përdorim.

Apnea – një pauzë prej disa sekondash gjatë frymëmarrjes, me shfaqjen e cianozës.

Artriti reumatoid – sëmundje inflamatore kronike progresive që prek nyjet që mbajnë ngarkesë.

Auskultimi – dëgjimi është nga metodat objektive për diagnostikimin e sëmundjes.

Bronkiektazie – bronke të zgjeruara.

Cianosa – mavijosje e fytyrës, lëkurës.

Cicatrix – shenjë, mbresë.

Convulsii – spazma e muskujve të strijuar.

Diagnostika – një degë e mjekësisë që merret me metodat e vendosjes së një diagnoze.

Djegje – djegie.

Edema – ënjtje e indeve.

Epistaxis – gjakderdhje nga hunda.

Ergonomike – në mënyrë optimale si-

pas trupit të njeriut.

Fiziatrit – mjek i specializuar në mjekësinë fizike dhe rehabilitimin mjekësor.

FZO – Fondi i Sigurimeve Shëndetësore.

Hemiplegia – një gjendje neuromuskulare në të cilën muskujt në njërën anë të trupit janë në tkurrje të vazhdueshme.

Hipotiroidizëm – një term mjekësor që tregon funksionin e reduktuar të gjëndrës tiroide.

Hipotrofia – reduktim, zakonisht i indit muskular, si rezultat i furnizimit të ulët të substancave të nevojshme.

Homeostaza – gjendja e mbajtjes së një ekuilibri të brendshëm konstant të organizmit gjatë ndryshimeve të ndryshme të jashtme.

Imobilizimi – vendosja e një blloku, allçie, fashë në një krah, këmbë ose pjesë tjetër të trupit në rast lëndimi ose frakture.

Imunizimi – krijimi i imunitetit artificial.

Indikacion – tregues, simptomë e nevojës për trajtim ose për marrjen e një ilaçi të caktuar.

Kaheksi – reduktim i masës trupore nën vlerat normale.

Kodi – një përmbledhje e normave dhe rregullave të sjelljes që zbatohen për një grup të caktuar shoqëror.

Kolapsi – humbje e papritur e vetëdi-

- jes, nëneshë për shkak të problemeve shëndetësore.
- Meningjiti** – inflamacion i membranave të trurit.
- Nekroza** – është vdekja e parakohshme e qelizave.
- Obeziteti** – rritje e masës trupore mbi vlerat normale.
- Ortoped** – mjek i specializuar në ortopedi.
- Ortoza** – proteza për lëvizje.
- Palpimi** – procedurë në mjekësi që vlerëson cilësinë e ndjesive, të cilat ekzaminuesi i merr me prekje, duart.
- Palpitacione** – rrahje zemre.
- Parafina** – është substancë e ngurtë nga një kombinim i hidrokarbureve pa erë. Përftohet nga rafinimi i naftës së papërpunuar, drurit dhe qymyrit.
- Parandalimi** – një sistem masash, aktiviteteve dhe politikash për parandalimi dhe tejkalimi i një gjendjeje.
- Paraplegjia** – paralizë motorike ose shqisore e gjysmës së poshtme të trupit.
- Parotiti** – shytat.
- Patronazhi** – kujdesi për të moshuarit, gratë shtatzëna dhe foshnjat përmes ofrimi i shërbimeve mjekësore.
- Peristaltika** – lëvizje e zorrëve.
- Peritonitis** – inflamacion i mukozës së barkut, domethënë peritoneum.
- Perkusion** – trokitje e pacientit me gisht ose çekiç – për të përcaktuar gjendjen e organeve të brendshme, sipas karakterit të tingullit.
- Proteza** – një pjesë artificiale ose pajisje e përshtatshme që zëvendëson një pjesë të humbur të trupit.
- Rehabilitimi** – rivendosja e gjendjes së mëparshme shëndetësore pas sëmundjes ose lëndimit.
- Retroaktive** – prapavepruese, prapavepruese.
- Sanitar** – lidhur me zbatimin e masave shëndetësore ose mbikëqyrjen e përmbushjes së tyre, shëndetësore, higjienike.
- Scarification** – prania e plagëve në lëkurë.
- Sepsis** – prania e baktereve në gjak.
- Skolioza** – lakim i boshtit kurrizor në njërin anë.
- Stercobilin** – një pigment biliar që i jep feces njerëzore ngjyrën kafe.
- Tetraplegjia ose tetraplegjia** – është shenjë e karakterizuar nga paralizë totale ose e pjesshme e gjymtyrëve të sipërme dhe të poshtme.
- Vlerësimi** – vlerësimi i mjeteve, analiza dhe mënyra e trajtimit të të sëmurit.

LITERATURA E PËRDORUR

1. Д-р А. Баљозовиќ, Ковина Јојкиќ, Ружица Кити, Д-р Н. Баљозовиќ: Здравствена нега II, Завод за уџбенике и наставна средства Београд, 1992.
2. Virginia Henderson, R.N., M.A., Basic Principles of Nursing Care, Research Associate, Yale University School of Nursing New Heaven, Connecticut, USA, 1994.
3. Milica Jolic, Ljubinka Vicova, Dragoslav Dorgevic: Opsta i specijalna nega bolesnika, Medicinska knjiga Beograd – Zagreb, 1984.
4. Vladimir N. Andonov, Gjendje kritike në mjekësi III, MJEKËSIA URGJENTE (procedurë praktike). Shkup 1999
5. Основи на нега за II година : медицински сестри и физиотерапевтски техничари / Данка Гиговска, Зденка Ристеска. gjuymë Скопје : Министерство за образование и наука на Република Македонија, 2010. Betty J. Ackley, Gail B. Ladwig, Nursing diagnosis handbook, An Evidence based guide to planning care. Mosby Elsevier 2011
6. Addele Pillitteri, Maternal and child health nursing care 2007, Philadelphia Baltimore Halloran, Edward J. (1996). “Virginia Henderson and her timeless writings”. Journal of Advanced Nursing.
7. Henderson, Virginia (1966). The Nature of Nursing: A Definition and its Implications for Practice, Research, and Education
8. Basavanthappa, B. T. (2007). “Chapter 4: Henderson’s Unique Function of Nurses”. Nursing Theories. Jaypee Brothers.
9. Edward J. (1996). “Virginia Henderson and her timeless writings”. Journal of Advanced Nursing. Textbook of Principles and Practices of Nursing
10. <https://zmstam.org>. Mk/
11. <http://lmk.org>. Mk./bolnicko-zgrizuvznje. Pdf
12. <https://www.epuap.org/162>
13. ZNAČAJ ORTOZE U REHABILITACIJI MEKOTKIVNIH POVREDA Teofilovski M, Teofilovski-Parapid G, Simaniq I, Stojanoviq S, Tomiq M, Vidako-

viq-Maksimoviq

14. Luqmani R, Hennell S, Estrach C, et al. British Society for Rheumatology and British Health Professionals in Rheumatology guideline for the management of rheumatoid arthritis (after the first 2 years). *Rheumatology (Oxford)*. Jan 27 2009; [Medline]. [Full Text].
15. Joel A. DeLisa, Bruce M. Gans, Donald M. Currie, etc., "Rehabilitation medicine: principles and practice", J.B. Lippincott Company, 1993, pp 404-424, 541-545, 1047-1081.
16. Mihajlović Vukašin, Fizikalna terapija, Obodsko slovo, Rijeka Crnojevića, 2002, s.79-309.
17. INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH THE BASIS FOR RESEARCH IN REHABILITATION MEDICINE Burger H 2019 9
18. Vol.1 No.1.2012 Scientific Research Journal of India Exploration of the History of Physiotherapy Krishna Nand Sharma
19. Physiotherapy Telor and Fransiss 2021 Telor and Fransiss Group Vol. 27

