

PROFESIONISTËT

E SHËNDETT



U. I. SH

URDHERI I INFERMIEREVE
TE SHQIPERISE



Drejtuesit e Revistës

Bordi Redaktues

Phd. Blerina Duka
Kryetare e Këshillit Organizativ

Msc. Albana Demirxhiu
Kryetare e Redaksisë

Phd. Juljana Xhindoli
Kryetare e Këshillit Shkencor

Msc. Irena Laska
Redaktore Shkencore

Adresa
Rruga Reshit Petrela, Dispanseria
Kati II, Tiranë

Email
uish_albania@yahoo.com

Phd. Blerina Duka
Kryetare e Këshillit Organizativ

Phd. Juljana Xhindoli
Kryetare e Këshillit Shkencor

Msc. Irena Laska
Redaktore Shkencore

Msc. Albana Demirxhiu
Kryetare e Redaksisë

Phd. Cand. Gjergji Doka
Anëtar i Bordit të Revistës

PhD. Emanuela Prendi
Anëtare e Bordit të Revistës

Msc. Anduela Pinguli
Anëtare e Bordit të Revistës

Phd.Cand. Elona Dybeli
Anëtare e Bordit të Revistës

Syzana Çejku
Sekretare e Bordit të Revistës



EDITORIAL

Revista periodike “Profesionistët e Kujdesit Shëndetësor”, një përpjekje e të gjithëve.

Shëndeti është një nga të drejtat universale të njeriut, e cila tejkalon kufijtë.

Për mua sot është një privilegj i veçantë, që ta drejtoj institucionin që është më shumë se shtëpi e mantelbardhëve.

Sot jam zëri i heronjëve të veprave të shenjta e kontribuesëve kryesor në përmirësimin e shëndetit dhe kualitetit të jetës së mijëra qytetarëve të vendit.

Me 5 dhe 6 Prill shtëpia jonë OIK do hap dyert për “Kongresin e II-të Ndërkombëtar të profesionistëve të kujdesit shëndetësor të organizuar nga Oda e Infermierëve, Mamive dhe Profesionistëve tjerë shëndetësor, me moton **“Roli, rëndësia dhe sfidat në avancimin e praktikave profesionale të profesionistëve shëndetësor”**.”

Qëllimi i Kongresit është që të forcohet roli dhe bashkëpunimi i Profesionistëve të kujdesit shëndetësor në ofrimin e shërbimeve, promovimit dhe përmirësimit të shëndetit të popullatës në përgjithësi.

Më shumë se kurrë, jo vetëm si obligim ligjor, por si nevojë për të përcjellë zhvillimin dhe trendet e fundit që na mundëson shkenca dhe teknologjia, do të fokusohemi në një ndër hapat kryesorë në përmirësimin e cilësisë në zhvillimin e komunitetit. Edukimi i vazhdueshëm do të pasohet me përmirësimin dhe ngritjen e pozitës së infermierëve, mamive dhe profesionistëve tjerë shëndetësor nga një shkallë e vlerësimit jo të mjaftueshëm në atë të barazisë dhe trajtimit meritore të komunitetit më të madh shëndetësor në vend.

Do të llobojmë pandërprerë në të gjitha instancat që secili infermier që gjen veten në profesionin e shenjtë, të ndjekë hapat që do ta çojnë në rrugën e sigurtë duke paraqitur pikëpamjet por edhe rezultatet e punës shkencore....

OIK ka bërë hapa të mëdhenj drejt anëtarësimit në organizata ndërkombëtare. Ne do të këmbëngulim dhe mandati ynë do të jetë mandat i anëtarësimit në këtë organizatë ndërkombëtare që do të barazojë për nga kompetenca dhe rëndësia secilin infermier kosovar me ata të vendeve të rajonit, Evropës e pse jo edhe të botës.

Transparenca dhe llogaridhënia do të jenë një tjetër anë e medaljes gjatë udhëheqjes sime.

Nexhmije Gori

Përmbajtja

03 Editorial

06 Efektiviteti i përdorimit të PECS nga mësuesit mbështetës për nxënësit me autizëm joverbal në arsimin 9 vjeçar gjithëpërfshirës. (Studim rasti) *Chiara Sala, Artemisi Shehu.*

12 Rëndësia e diagnostikës imazherike në urgjencë *Elona Zhiva Prifti, Entela Drizaj, Ilda Taka.*

17 Kujdesi Paliativ dhe Onkologjia Gjinekologjike në Qendrën “Mary Potter” gjatë periudhës Janar 2015 - Dhjetor 2019 *Irena Laska, Gerla Koleci*

20 Roli i infermierit në repartin e djegie plastikës *Erind Thartori*

25 Sindromi i burnout-it akademik tek studentët e Fakultetit të Shëndetit, Vlorë *Erlini Kokalla, Brunilda Subashi, Lejdi Fetahu, Marjola Muhaj*

32 Diagnostika imazherike e tumoreve malinje të traktit biliar *Elona Dybeli, Armela Kapaj, Albana Sula, Rajmonda Hida, Klara Hysenaj, Behije Gollobërda*

37 Incidentet biologjike dhe përdorimi i masave të bio-sigurisë në studentët e infermierisë. *Entela Drizaj, Elona Zhiva, Jonida Drizaj, Ilda Taka, Albana Sula*

43 Rëndësia e historikut familjar dhe ankesave në hulumtimin e një kanceri gjiri të mundshëm.

Sibora Hasanaj, Admir Nake

49 Rehabilitimi pulmonar në bronkiektazine e fibrozës jocistike

Josuel Ora, Emanuela Prendi, Beatrice Ludovica, Xhesika Pata, Florian Spada, Cazzola Maria, Maria Luara Attina, Rogliani Paola

55 Diabeti Mellitus dhe vlerësimi laboratorik në momentet e diagnostikimit

Klara Hysenaj, Rezarta Stena, Blerina Bani Elona Dybeli, Armela Kapaj

59 Menaxhimi infermieror i pacientëve me stomi

Armelda Teta, Gazment Koduzi, Mitilda Gugu, Elona Gaxhja, Rezarta Stena, Rajmonda Hida

64 Vlerësimi i rasteve me gurë të koleçistës në rrethin e Elbasanit, kujdesi infermieror

Ilda Taka , Elona Hasalla, Albana Sula (Kreci), Elona Zhiva

68 Efektet e menjëhershme dhe afatshkurtra të Kinesiotapit dinamik në qëndrueshmërinë, paaftësinë dhe lëvizshmërinë në individë me dhimbje kronike jo specifike të mesit

Surven Metolli, Aledia Kondaj, Aisel Oseku

73 Efekti i një programi të rregullt ushtrimorë mbi brezin e legenit dhe dhimbjes së shpinës tek gratë shtatzëna joaktive më parë

Aisel Oseku, Aledia Kondaj, Surven Metolli

Efektiviteti i përdorimit të PECS nga mësuesit mbështetës për nxënësit me autizëm joverbal në arsimin 9 vjeçar gjithëpërfshirës

Chiara Sala¹, Prof Asoc. Artemisi Shehu¹,

¹Universiteti i Tiranës, Fakulteti i Shkencave Sociale, Departamenti i Pedagogji-Psikologjisë

shehuartemisa@gmail.com

Hyrje

Çrregullimi i spektrit të autizmit (ASD) është konsideruar një gjendje e paaftësisë zhvillimore e shkaktuar nga ndryshime në zhvillimin e trurit (Bondy, 2011). Një fëmijë i diagnostikuar me çrregullim të spektrit të autizmit (ASD) që nuk ka filluar të flasë deri në moshën katër vjeçare, konsiderohet sipas studimeve të ketë autizëm joverbal (APA, 2013).

Autizmi si një çrregullim i spektrit është studiuar të ketë si tipare ndër të tjera edhe pamundësinë për të komunikuar qartë ose pa ndërprerje (Atwood, 1999). Komunikimi dhe vështirësitë për të komunikuar mbeten ndër vështirësitë me serioze të individëve me këtë gjendje zhvillimore. Gjithashtu edhe prania e ekolalisë, dhe vështirësive të tjera për të komunikuar mbeten sfida më e madhe e kësaj kategorie përgjatë studimeve me këtë target grup. Disa fëmijë me autizëm mund të kenë ekolali, gjë që i bën ata të përsërisin fjalët ose frazat pa pushim çka mund të vështirësojë realisht komunikimin me të tjerët (Holland, 2021). Problematika të tjera të këtij spektri janë edhe sjelljet stereotipike si dhe

vështirësitë sociale (Howlin, 1997).

Lidhur me shkaqet e autizmit literatura ofron disa të dhëna që lidhen me: përfshirjen e gjenetikës (Baker, 2017); mosha e prindërve (Torres & Donnellan, 2015); pasja e një fëmije tjetër me problematika të spektrit (Atwood, 1999); binjakët monozigotikë e bizigotikë (Baker, 2017); rrezatimet e ushqyerja gjatë shtatzanisë (Dyrbjerg et al., 2007); e të tjera shkaqe.

Ndërkohë vlen të përmendim se studimet e lidhura me trajtimin e fëmijëve me spektër tregojnë se ndërhyrja e hershme mund të përmirësojë të mësuarit, komunikimin dhe aftësitë sociale, si dhe zhvillimin themelor të trurit të individëve me spektrin e autizmit (Granpeesheh et al., 2014). Analiza e aplikuar e sjelljes (ABA) dhe terapitë e bazuara në parimet e saj janë ndërhyrjet e sjelljes më të hulumtuara dhe më të përdorura gjerësisht për autizmin (Shopler et al., 1995; Vinokurov, 2022; Cardan & Azuma, 2011; Davis et al., 2016; Lovaas & Smith, 2003). Shumë fëmijë të prekur përfitojnë edhe nga ndërhyrje të të folurit dhe terapisë profesionale (Davis et al., 2016). Regresioni zhvillimor, ose humbja e aftësive, si gjuha dhe interesat shoqërore, prek rreth 1 në 5

fëmijë që do të vazhdojnë të diagnostikohen me autizëm dhe zakonisht ndodh midis moshës 1 dhe 3 vjeçare (Avdi, et al., 2000; Logan et al., 2017).

Njëra nga ndërhyrjet më të përdorshme është ajo PECS që përfaqësohet nga një set fotosh/figurash të krijuar nga A. Bondy dhe L. Frost në 1985 për individët me autizëm dhe paaftësi të ngjashme zhvillimore (Bondy & Frost, 2011, 1998, 1994; Frost, 2002). PECS kërkon që individ të shkëmbejë një fotografi që përfaqëson një send të preferuar për objektin fizik (Ganz & Simpson, 2004; Ganz et al., 2012, Ganz et al., 2012). Aftësitë e komunikimit shprehës fokusohen gjatë gjithë trajnimit të PECS duke kërkuar sende dhe më vonë duke komentuar mbi to (Flippin, et al., 2010). Zbatimi i PECS mësohet përmes gjashtë fazave duke kërkuar që çdo fazë të zotërohet përpara se të kalohet në fazën tjetër për shkak të një rritje të kompleksitetit midis secilës fazë (Ganz, et al., 2012). Shumë studime kanë treguar se PECS është një metodë veçanërisht e dobishme për fëmijët që janë joverbalë, kanë të folur të kufizuar ose të paqartë dhe/ose nuk përdorin një sistem funksional komunikimi në mjedisin shtëpiak/parashkollor/shkollor (Howlin et al., 2007; Kaduk, 2017; Kravitz et al., 2002; Ferreira et al., 2022). Studimet kanë treguar se PECS ka qenë i suksesshëm me individë të të gjitha moshave duke demonstruar një sërë vështirësish komunikative, njohëse dhe fizike. Studime të shumta kanë treguar se disa nxënës që përdorin PECS do të zhvillojnë më vonë mjaft aftësi të të folurit (Greenberg et al., 2012; Lerna et al., 2014; Magiati & Howlin, 2003).

Studimet kanë evidentuar vijimësisht se metoda PECS ka edhe shumë avantazhe në përdorimin e saj (Tien, 2008; Travis & Geiger, 2010). Një avantazh i rëndësishëm i përdorimit të PECS është se anëtarët kritikë të komunitetit nuk është nevojshëmrisht e domosdoshme të trajnohen posaçërisht për sistemin e fotove pasi ato kuptohen lehtësisht (dhe mund të shtohen duke pasur një fjalë të shtypur me gërma). Vëzhgimet fillestare rreth PECS treguan se aftësitë thelbësore fitoheshin lehtë, madje edhe nga fëmijët e vegjël me autizëm (Bondy & Frost, 1994). PECS duket të ketë një ndikim pozitiv në zhvillimin e të folurit. Ashtu si me strategjitë e tjera të AAC, nuk ka asnjë provë që përdorimi i PECS pengon zhvillimin

ose përdorimin e të folurit (Tien, 2008). Hulumtimet vazhdojnë të shqyrtojnë marrëdhënien midis përdorimit të PECS dhe përmirësimit në aftësitë sociale dhe shqetësimet e menaxhimit të sjelljes (Welch, 2010).

Metodologjia

Qëllimi i këtij studimi është të provojë nëse PECS është një metodë efikase dhe ndihmuese në zhvillimin e një komunikimi funksional mes fëmijëve me autizëm joverbal dhe mësuesve ndihmës.

Objektivat janë: të kuptohet nëse PECS është një metodë efikase për zhvillimin e komunikimit mes mësuesit ndihmës dhe nxënësit të diagnostikuar me spektrin e autizmit; të studiohet nëse PECS ndihmon në menaxhimin dhe reduktimin e sjelljeve problematike dhe jofunksionale te nxënësit me autizëm joverbal; të studiohet nëse PECS ndihmon në zhvillimin e aftësive komunikuese dhe sociale te nxënësit me autizëm joverbal; si dhe të evidentohet efikasiteti i përdorimit të PECS si një metodë ndihmuese për nxënësit me autizëm joverbal.

Hipotezat e studimit janë:

➤ Përdorimi i PECS ndikon në lehtësimin e komunikimit mes fëmijëve me autizëm joverbal dhe mësuesve ndihmës.

➤ Përdorimi i PECS ndikon në zhvillimin e aftësive komunikuese dhe sociale te nxënësit me autizëm joverbal.

Shumë studime ndër vitet e dekadat e fundit kanë konkluduar se përdorimi i metodës PECS nga mësuesit ndihmës dhe mësuesit kryesorë gjatë punës me fëmijët me autizëm joverbal ka shumë rezultativ në zhvillimin e aftësive sociale dhe atyre komunikative Bondy & Frost (1998); Schwartz et al., (1998); Welch (2010) Bondy dhe Peterson (1990); Tien (2008).

Kampionimi i përdorur në studim është i qëllimshëm. Është punuar me një studim rafti. Rafti i zgjedhur për të kryer këtë studim është ai i një nxënësi në klasën e gjashtë, në një nga shkollat 9-vjeçare në kryeqytet. Ai është diagnostikuar me autizëm joverbal në moshën 3 vjeçare. D.M e ndjek shkollën rregullisht prej 6 vitesh. Ka ndërruar 2 mësuese ndihmëse gjatë 2 viteve të fundit ndërkohë

që nga klasa e parë në të tretën, ai nuk ka patur mësuese mbështetëse.

Metoda e përzgjedhur për të matur sjelljet e D.M. është instrumenti ABC – Lista e kontrollit të sjelljeve të fëmijëve me autizëm. Ky instrument vlerësimi dhe matjeje të sjelljes së fëmijës me autizëm është prezantuar fillimisht nga Krug, Arick, & Almond, 1980 dhe ripunuar si version më pas në 1990 (Krug et al, 1980).

Checklista e mësipërme u shpërnda për t'u plotësuar nga tre individë të rritur që kishin kontakt të drejtpërdrejtë me fëmijën, konkretisht: mësuesja ndihmëse që e ka ndjekur D.M nga periudha Nëntor 2021- Qershor 2022, është mësuesja e cila ka përdorur PECS-in si instrument ndihmues për komunikimin me D.M; checklist-a e dytë u plotësua nga mësuesja ndihmëse aktuale, e cila momentalisht punon me D.M që prej shtatorit 2022 (ajo nuk e përdor PECS si instrument pune); dhe checklist-a e tretë iu dha babait të D.M për të bërë vlerësimin e sjelljes në shtëpi të djalit.

Gjithashtu u përdor edhe interviata gjysëm e strukturuar me të tre subjektet e sipërpërmendur për të kuptuar më shumë mbi jetën familjare, shoqërore, akademike dhe background-in e D.M.

Rezultate dhe diskutime

Nga rezultatet e grumbulluara dhe të paraqitura më poshtë do të analizohen dhe kuptohen nëse sjelljet me bazë komunikimin dhe ato prosociale janë shfaqur me rezultate më të larta funksionimi kur është punuar me metodën PECS në dallim me periudhën ku nuk është punuar me këtë metodë.

Tabela 1.1 Rezultatet e Listëkontrollit të plotësuar nga mësuesja PECS +

Sjellje që janë vlerësuar të përfunduara	22 sjellje gjithsej	4 sjellje aftësi sociale	10 sjellje aftësi komunikative
Sjellje të kryera ndonjëherë	4 sjellje gjithsej	Sjellje të aftësive sociale	Asnjëra
Sjellje të kryera rrallë	6 sjellje gjithsej	2 sjellje asociale	3 sjellje komunikative
Sjellje të kryera shpesh	6 sjellje gjithsej	2 sjellje asociale	3 sjellje komunikative
Sjellje të kryera gjithnjë	18 sjellje gjithsej	4 sjellje sociale	3 sjellje komunikative

Tabela 2.1 Rezultatet e Listëkontrollit të plotësuar nga mësuesja PECS -

Sjellje që janë vlerësuar të përfunduara	15 sjellje gjithsej	1 sjellje aftësi sociale	8 sjellje aftësi komunikative
Sjellje të kryera ndonjëherë	6 sjellje gjithsej	1 Sjellje të aftësive sociale	Asnjëra
Sjellje të kryera rrallë	8 sjellje gjithsej	5 sjellje asociale	3 sjellje komunikative
Sjellje të kryera shpesh	7 sjellje gjithsej	2 sjellje asociale	2 sjellje komunikative
Sjellje të kryera vazhdimisht	20 sjellje gjithsej	6 sjellje sociale	4 sjellje komunikative

Tabela 3.1 Rezultatet e Listëkontrollit të plotësuar nga babai i fëmijës

Sjellje që janë vlerësuar të përfunduara	25 sjellje gjithsej	5 sjellje aftësi sociale	9 sjellje aftësi komunikative
Sjellje të kryera ndonjëherë	14 sjellje gjithsej	4 Sjellje të aftësive sociale	2 sjellje komunikative
Sjellje të kryera rrallë	7 sjellje gjithsej	2 sjellje asociale	1 sjellje komunikative
Sjellje të kryera shpesh	4 sjellje gjithsej	0 sjellje asociale	2 sjellje komunikative
Sjellje të kryera vazhdimisht	6 sjellje gjithsej	1 sjellje sociale	2 sjellje komunikative

Nga krahasimi i bërë të dhënat e listave të kontrollit vërejmë se me pikëzimin 1 të vlerësimi i M.Z (pra sjellje që nuk kryhen fare nga D.M) vërehen gjithsej 22 sjellje nga ku 4 pohime tregojnë aftësitë prosociale dhe 10 pohime tregojnë aftësitë komunikuese. Duhet mbajtur parasysh fakti që të lista e kontrollit këto pohime janë me kontekst negativ që do të thotë se vlerësohen sjelljet problematike në kontekstin asocial.

Nga të dhënat e listës së mësueses që ka punuar me PECS kuptojmë se këto sjellje asociale, antisociale dhe që tregojnë komunikim të dobët janë vlerësuar kryesisht me pikëzimin 1. Nga të gjitha sjelljet e përmendura në listë vërehet se 4 pohime për sjelljet asociale dhe antisociale janë vlerësuar me 1 si dhe 10 pohime që masin nivelin e dobët të komunikimit joverbal janë vlerësuar sërish me 1. Totali i llogaritjes së pikëve sipas pikëzimit të Listëkontrollit në këtë rast është 72.

Nga të dhënat e listës së mësueses që nuk ka punuar me PECS kuptojmë se: Nga të gjitha sjelljet e përmendura në listë vërejmë se 1 pohim për sjelljet prosociale është vlerësuar me 1 si dhe 8 pohime që masin nivelin e dobët të komunikimit joverbal janë

vlerësuar me 1. Nga të gjitha sjelljet e përmendura në listë vërejmë se 4 pohime për sjelljet asociale dhe antisociale janë vlerësuar me 3 si dhe 3 pohime që masin nivelin e dobët të komunikimit joverbal janë vlerësuar sërish me 3. Totali i llogaritjes së pikëve sipas pikëzimit të Listë kontrollit në këtë rast është 96.

Nga të dhënat e listës së babit të D.M kuptojmë se këto sjellje asociale, antisociale dhe që tregojnë komunikim të dobët janë vlerësuar kryesisht me pikëzimin 1. Nga të gjitha sjelljet e përmendura në listë vërejmë se 5 pohime për sjelljet asociale dhe antisociale janë vlerësuar me 1 si dhe 9 pohime që masin nivelin e dobët të komunikimit joverbal janë vlerësuar sërish me 1. Totali i llogaritjes së pikëve sipas pikëzimit të Listë kontrollit në këtë rast është 59.

Mund të thuhet se totalët më të përafërta janë ato të dhëna nga mësuesja PECS dhe babi i DM. (72/59) se nga mësuesja PECS/mësuesja jo PECS (72/96). Kjo mund t'i atribuohet metodës së aplikuar PECS lidhur me komunikimin dhe sjelljen prosociale.

Ndërsa nga rezultatet e marra nga intervista me mësuesen PECS u qartësuan cilat ishin metodat që ajo përdorte gjatë punës me D.M ku mund të përmenden: PECS, shpërblimet, lojrat me plastelinë, ndërtime LEGO, bashkime vijash dhe pikash dhe formim fjalësh. Në përdorimin e PECS u thelluar më tepër te mënyra e përdorimit, vështirësitë gjatë punimit me të dhe lehtësitë si dhe rezultatet që shfaqti D.M pas përdorimit të tij. Mësuesja thekson përparësinë dhe epërsinë e PECS gjatë punës me D.M.

Të dhënat e intervistës me mësuesen ndihmëse aktuale tregojnë se cilat janë metodat që ajo përdori për të punuar me D.M dhe sa efektive kishin rezultuar ato. Mësuesja përmendi se përdori ekonominë token, shpërblimin për të punuar me të si dhe lojëra të ndryshme duke shkruar emrin e tij dhe duke mësuar alfabetin përmes videove dhe librave të ndryshëm. Nga të gjitha metodat që përmendëm më lart, metoda më efektive sipas saj është metoda e shpërblimit dhe Tokenizmi.

Intervista me babain e D.M furnizoi me informacion mbi prejardhjen familjare të D.M. me sjelljet e tij funksionale, sjelljet socializuese, sjelljet

prosociale dhe komunikuese gjithashtu. Pjesa më e vështirë e menaxhimit të sjelljes problematike të D.M në familje është agresiviteti dhe izolimi.

Variablat konfonduese që mund të ndërhyjnë në këtë studim janë fakti që D.M ka punuar me PECS para një viti dhe kjo gjë sjell probleme me rezultatin aktual, pasi rezultati varet nga kujtesa dhe memoria e mësueses mbështetëse që ka punuar me PECS dhe babait të D.M. Variabli i dytë konfondues është manipulimi i rezultateve me qëllim vlerësimin sa më pozitiv të punës së tyre nga të dyja mësueset dhe për këtë qëllim është realizuar edhe vlerësimi me të njëjtën listë kontrolli për të tre subjektet e marrë në studim. Por edhe shumë variable të tjerë mund të konfundojnë dhe ulin matjen e efikasitetit. Matjet në kohë reale do të ishin më efikase dhe të drejtpërdrejta që të mund të arrihej në konkluzione më të sakta.

Përfundime

Nga të dhënat e nxjerra nga listat e kontrollit dhe tre intervistat e zhvilluara vërehen dallimet në totalin e rezultateve për pikët e llogaritura nga tre checklista-t ku sipas vlerësimit të dy mësueseve PECS dhe jo PECS që sipas Listëkontrollit vërehet se sa më i ulët të jetë rezultati aq më pak sjellje problematike dhe jofunksionale ka fëmija me autizëm.

Metoda PECS ka efekt pozitiv në zhvillimin e aftësive komunikative dhe sociale të fëmijëve me autizëm joverbal.

Përdorimi i metodës PECS në klasë dhe në shtëpi do të rriste numrin dhe cilësinë e aftësive komunikative dhe sociale të fëmijës me autizëm joverbal për zhvilluar jetesën në shtëpi dhe shkollë. Përgjithësimi në mjediset shkollë e shtëpi është një domosdoshmëri.

Si rekomandime për vijimësinë mund të theksohen:

Në të ardhmen nevojiten të kryhen më shumë studime rreth përdorimit të metodës PECS në institucionet shkollore me qëllim përgjithësimin e rezultateve me target grupe më të mëdha dhe gjithëpërfshirëse;

Nevojiten të trajnohen mësuesit ndihmës me sistemin PECS në mënyrë që ai të përdoret gjerësisht në shkolla në vendin tonë në varësi të nevojave dhe

përfitimeve të nxënësve si edhe prindërit për ta përdorur edhe në shtëpi këtë metodë;

Të analizohen në studime të tjera ndikimi në rezultate edhe i variableve të tjerë ndërhyrës si marrëdhëniet familjare, niveli i autizmit, mosha, gjinia, e të tjera variable.

Biografia

Prof. Asoc. Dr. Artemisa Shehu Dono është pedagoge me kohë të plotë pranë Departamentit të Pedagogjisë dhe Psikologjisë, Universiteti i Tiranës. Është autore e disa librave, artikujve shkencorë si dhe mjaft pjesëmarrjeve në konferenca e simpoziume shkencore kombëtare e ndërkombëtare të fushës së psikologjisë. Është psikoterapistë si dhe trajnuese në projekte dhe trajnime, anëtare e bordeve shkencore në jetën akademike e kërkuese në fushë.



Chiara Sala është psikologe e diplomuar pranë Departamentit të Pedagogjisë dhe Psikologjisë, Universiteti i Tiranës. Është autore e disa librave dhe artikujve shkencorë si dhe profesioniste për të vijuar jetën akademike e kërkuese në fushë.

Bibliografia

- 1) American Psychiatric Association, *The Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (Bot. 5-rt). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2013.
- 2) Atwood, T. *Asperger's Syndrome (a guide for parent and professionals)*, Jessica Kingsley Publishers, 1999.
- 3) Avdi, E., Griffin, C., & Brough, S. "Parents' constructions of professional knowledge, expertise and authority during assessment and diagnosis of their child for an autistic spectrum disorder, *British Journal of Medical Psychology*, 2000, July,

73.

- 4) Baker, S. (2017). *The picture exchange communication system*. In *Approaches to autism* (pp. 51). The national autism society.
- 5) Bondy, A. (2011). PECS: Potential benefits and risks. *The Behavior Analyst Today*, 2(2), 127–132. <https://doi.org/10.1037/h0099924>
- 6) Bondy, A. S., & Frost, L. A. (1998). *The picture exchange communication system*. Seminars in Speech and Language. SAGE PUBLICATIONS.
- 7) Bondy, A., & Frost, L. (2011). A picture's worth: PECS and other visual communication strategies in autism. *Child & Family Behavior Therapy*, 34(2), 163–166.
- 8) Cardon, T. A., & Azuma, T. (2011). Deciphering single-subject research design and autism spectrum disorders. *The ASHA Leader*, 16(7), <https://doi.org/10.1044/leader.FTR4.16072011.np>
- 9) Davis, T. N., Lancaster, H. S., & Camarata, S. (2016). Expressive and receptive vocabulary learning in children with diverse disability typologies. *Journal of Developmental Disabilities*, 62(2), 77–88. <https://doi.org/10.1179/2047387715Y.0000000010>
- 10) Dyrbjerg, P., Vedel, M., & Pedersen, L. (2007). *Everyday education: Visual support for children with autism*. Jessica Kingsley Publishers.
- 11) Ferreira C, Caetano SC, Perissinoto J, Tamanaha AC., (2022), Repercussion of the implementation of the Picture Exchange Communication System - PECS in the overload index of mothers of children with Autism Spectrum Disorder. *Codas*. 2022 Jan 7;34(3):e20210109. doi: 10.1590/2317-1782/20212021109. PMID: 35019088; PMCID: PMC9769430.
- 12) Flippin, M., Reszka, S., & Watson, L. R. (2010). Effectiveness of the picture exchange communication system (PECS) on communication and speech for children with autism spectrum disorders: A meta-analysis. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 19(2), 178–195. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2010/09-0022\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2010/09-0022))
- 13) Frost, L. (2002). The picture exchange communication system. *Perspectives on Language Learning and Education*, 9(2), 13–16. <https://doi.org/10.1044/1le9.2.13>
- 14) Ganz, J. B., Davis, J. M., Lund, E. M., Goodwyn, F. D., & Simpson, R. J. (2012). Meta-analysis of PECS with individuals with ASD: Investigation of targeted versus non-targeted outcomes, participant characteristics, and implementation phase. *Research in Developmental Disabilities*, 33(2), 406–418. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.09.023>
- 15) Ganz, J. B., & Simpson, R. L. (2004). Effects on communicative requesting and speech development of the picture exchange communication system in children with characteristics of autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34(4), 395–409. <https://doi.org/10.1023/B:JADD.0000037416.59095.d7>

- 16) Ganz, J. B., Simpson, R. L., & Lund, E. M. (2012). *The picture exchange communication system (PECS): A promising method for improving communication skills of learners with autism spectrum disorders*. *Education and Training in Autism and Developmental Disabilities*, 47(2), 176–186.
- 17) Granpeesheh, D., Torbox, J., Najdowski, A. C., & Kornack, J. (2014). *Evidence-based treatment for children with autism*. Elsevier.
- 18) Greenberg, A. L., Tomaino, M. A. E., & Charlop, M. H. (2012). *Assessing generalization of the picture exchange communication system in children with autism*. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 24(6), 539–558. <https://doi.org/10.1007/s10882-012-9288-y>
- 19) Howlin, P. *Autism: Preparing for adulthood*. (Botim II) New York: Routledge, 1997.
- 20) Howlin, P., Gordon, R. K., Pasco, G., Wade, A., & Charman, T. (2007). *The effectiveness of Picture Exchange Communication System (PECS) training for teachers of children with autism: a pragmatic, group randomised controlled trial*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(5), 473–481. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01707.x>
- 21) Kaduk, L. (2017). *The effectiveness of the picture exchange communication system for children who have autism*. *Culminating Projects in Special Education*. 40. http://repository.sicloudstate.edu/sped_etds/40
- 22) Kravits, T. R., Kamps, D. M., Kemmerer, K., & Potucek, J. (2002). *Brief report: Increasing communication skills for an elementary-aged student with autism using the picture exchange communication system*. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32(3), 225–230. <https://doi.org/10.1023/A:1015457931788>
- 23) Krug, D., Arick, J. R., & Almond, P. (1980). *Behavior checklist for identifying severely handicapped individuals with high levels of autistic behavior*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 21(3), 221–229. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1980.tb01797.x>
- 24) Lerna, A., Esposito, D., Conson, M., & Massagli, A. (2014). *Long-term effects of PECS on social-communicative skills of children with autism spectrum disorders: a follow-up study*. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 49(4), 478–485. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12079>
- 25) Logan K, Iacono T, Trembath D. *A systematic review of research into aided AAC to increase social-communication functions in children with autism spectrum disorder*. *Augment Altern Commun*. 2017 Mar;33(1):51-64. doi: 10.1080/07434618.2016.1267795. Epub 2016 Dec 31. PMID: 28040991.
- 26) Lovaas, O. I. & Smith, T. (2003). *Early and intensive behavioral intervention in autism*. In A. E. Kazdin & J. R. Weisz, *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*, New York: Guilford.
- 27) Travis, J., & Geiger, M. (2010). *The effectiveness of the picture exchange communication system (PECS) for children with autism spectrum disorder (ASD): A South African pilot study*. *Child Language Teaching and Therapy*, 26(1), 39–59. <https://doi.org/10.1177/0265659009349971>
- 28) Welch, A. (2010). *The effects of picture exchange communication system training on the communication behaviours of young children with autism or severe language disabilities [Master's thesis]*. Ohio State University. <http://rave.ohiolink.edu/>

Rëndësia e diagnostikës imazherike në urgjencë

PhD.c.Elona Zhiva Prifti, PhD.c. Entela Drizaj, PhD.c. Ilda Taka

Abstrakti

Me urgjencë radiologjike kuptohet rrethana klinike në të cilën pamja radiologjike është e rëndësishme dhe e pazëvendësueshme për një trajtim të shpejtë dhe efikas të pacientit. Diagnoza imazherike luan një rol bazë në studimin e shumicës së urgjencave, si të tipit traumatik ashtu dhe jo traumatik. Gjithashtu roli i saj është domethënës në trajtimin e një pacienti të traumatizuar, si në momentin e diagnostikimit ashtu dhe në ndjekjen e klinikës. Teknikat dhe metodikat radiologjike që janë të disponueshme janë të shumta dhe shfrytëzohen sipas indikacioneve klinike. Në veçanti në rastet me pacientë të traumatizuar është e rëndësishme të zgjidhet një rrugë e drejtë diagnostike për të shpejtuar diagnostikimin e pacientit. Diagnoza e saktë e vendosur shpejt siguron një sukses të madh.

Fjalë kyçe. Radiologji, urgjencë, CT, traumë, lezion.

Hyrje

Diagnostika imazherike mbështetet në faktin që inde të ndryshme të organizmit i dobësojnë, përthithin rrezet X në mënyrë të ndryshme. (1). Kur një tufë homogjene rrezesh X përshkon trupin e njeriut, tufa që del është johomogjene. (2). Kemi të bëjmë pra me një imazheri dobësimi e cila përfaqësohet nga radiografia standarte, skanografia dhe radiologjia numerike me zbritje. (3). Tomografia e kompjuterizuar është një ekzaminim joinvaziv që

ndihmon për diagnostikimin dhe më pas ndjekjen e sëmundjeve të ndryshme. (4). Ky ekzaminim nëpërmjet rrezeve X përfton imazhe aksiale të trupit, të cilat përpunohen nga kompjuteri.(5). Imazhet e përfituara mund të analizohen dhe të studiohen në monitorin e kompjuterit dhe të printohen. (6). CT e organeve të brendshme, kockave, indeve të buta dhe të sistemit qarkullues të gjakut (CT Angiografia) përfton imazhe më cilësore dhe me rezolucion më të lartë se ekzaminimet me rreze X, të përdorura deri infektive, traumat si dhe sëmundjet e sistemit musculoskeletal. (8,20).

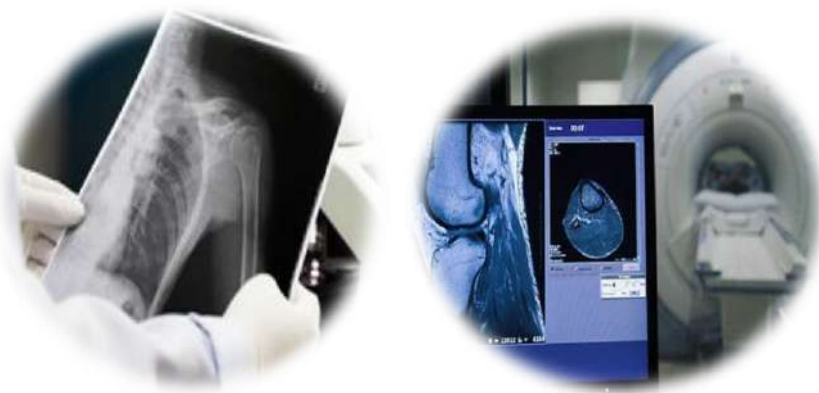


Ekzaminimi realizohet nëpërmjet prerjeve aksiale apo paraaksiale të shtresave të caktuara të trupit me imazhe që karakterizohen nga një rezolucion i lartë i kontrastit.(9,21). Aparati i CT-së përbëhet nga llamba që prodhon rrezet X dhe detektorët të

vendosur mbi një hark prej 360 gradë dhe rreth pacientit rrotullohet llamba radiologjike.(10,17). Kështu me një rrotullim të llambës të prihen njëherësh katër shtresa.(11,16).



Ekzaminimi skanerik fillon me një imazh udhëheqës që quhet skanograma në bazë të të cilit kryhen prerjet aksiale apo paraaksiale para apo pas administrimit të lëndës së kontrastit.(12,15). Imazhet skanerike mund të rindërtohen edhe në plane koronale, sagitale dhe oblike. (13,14,18).



Ekografia diagnostike është anatomia mjekësore në prerje tërthore dhe tridimensionale duke përdorur puls-eko ultratingullin.(22). Pulsat e ultratingullit gjenerohen nga sonda dhe dërgohen brenda trupit të pacientit, ku prodhojnë ekot në kufijtë midis organeve dhe brenda indeve. (23). Këto eko më pas kthehen te sonda, ku perceptohen dhe pas tash paraqiten në ekranin e aparatit ekografik. Sonda në të njëjtën kohë gjeneron pulse ultratingulli dhe percepton ekot e kthyer nga organizmi.(24). Aparatet ekografike përpunojnë ekot dhe i paraqesin ato si pika të dukshme, të cilat formojnë imazhet anatomike në

ekran. (25). Ultratingulli është tingulli i zakonshëm, me frekuencë të lartë. (26). Frekuenca e ultratingullit është shumë më e lartë se ajo që arrin të kapë veshi i njeriut.(27). Në ekografi përdoren ultratinguj me frekuencë mbi 20000 Hz. (28). Fenomeni Echo. Drejtimi perpendicular i tufës së ultratingullit quhet kur ajo formon një kënd 90 gradë, me kufirin midis dy mjediseve.(29). Shpejtësia e përhapjes përcaktohet nga densiteti dhe fortësia e mjedisit. (30). Tufa e ultratingullit mund të reflektohet mbrapsht në mjedisin e parë, të transmetohet në mjedisin e dytë, ose të dyja së bashku. Në ekzaminimin ekografik në përgjithësi preferohen tre plane skanimit (prerje): (31).

➤ **Sagital** - Plani sagital (longitudinal) e ndan trupin në prerje jo të barabarta të majtë dhe të djathtë.

➤ **Transversal** - Plani transversal e ndan trupin në prerje jo të barabartë superiore dhe inferiore.

➤ **Koronal** - Plani koronal e ndan trupin në prerje anteriore dhe posteriore.

Planet e skanimit përcaktojnë pozicionin e vendosjes së sondës dhe imazhi ekografik është në varësi të planit të skanimit. Në planin sagital nuk duken formacionet fqinje, as në të majtë as në të djathtë, për të vizualizuar formacionet që lokalizohen majtas ose djathtas planit sagital, e lëvizim sondën në të majtë dhe në të djathtë të këtij plani. Në planin sagital (longitudinal) imazhi ekografik i sektorit anatomik që skanohet shihet në këto drejtime: (30,31).

- Anterior
- Posterior
- Superior
- Inferior

Qëllimi.

Qëllimi i këtij studimi është të evidentojë rolin e diagnostikës imazherike në urgjencë dhe të stafit shëndetësor në menaxhimin e një pacienti të politraumatizuar.

Materiali dhe metoda.

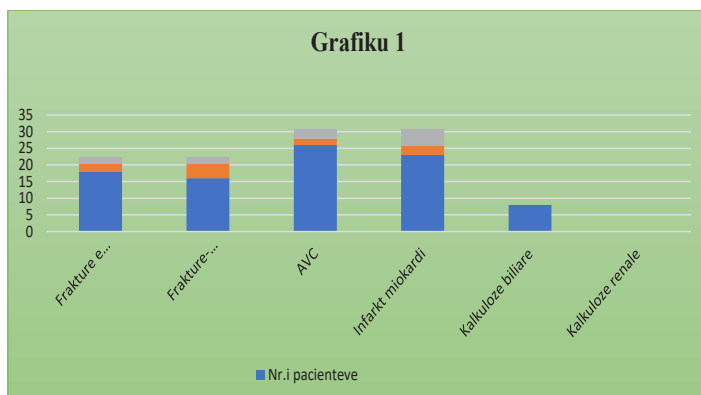
U mbledhën të dhëna nga Urgjenca e spitalit “Xhaferr Kongoli”, në Elbasan dhe të dhënat e pacientëve dhe të grupit të kontrollit më tej u hodhën

në pyetsorët e studimit të përpiluar dhe miratuar më parë , u koduan për ruajtjen e privatësisë së tyre ku secilit emër i përkiste një numër i koduar. Janë mbledhur të dhënat e 100 pacientëve, të paraqitur në Urgjencën e spitalit “Xhaferr Kongoli”, në Elbasan, në një periudhë prej 90 ditësh, 12 Mars 2023- 12 Qershor 2023.

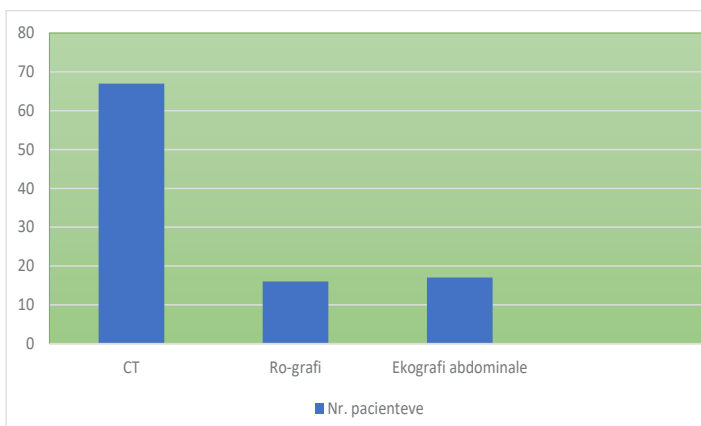
Në tabelë janë paraqitur diagnozat kryesore që janë vendosur te këta pacientë, në këtë periudhë kohore.

Tabela 1.

Nr. pacientëve	Ekzaminimi i përdorur në urgjencë	Diagnoza e vendosur
18	CT	Fraktura të kolonës vertebrale
16	Ro-grafi	Fraktura dorso-lumbare
26	CT	AVC
23	ECG, CT	Infarkt i miokardit
8	Ekografi abdominale	Kalkulozë biliare
9	Ekografi abdominale	Kalkulozë renale



Grafiku 2.



Në grafik janë paraqitur të dhënat e marra nga 100 pacientë, tek 67 prej të cilëve është përdorur CT, tek 16 pacientë është përdorur Ro-grafia dhe tek 17 pacientë është përdorur Ekografia abdominale.

Rezultatet

Diagnostikimi i një të politraumatizuari fillohet me radiografi direkte për të vlerësuar në mënyrë të përgjithshme shtrirjen e lëzimeve. Këto ekzaminime konsistojnë në projeksionet laterale të kokës dhe të kolonës cervikale dhe në projeksionet antero-posteriore të kolonës cervikale, toraksit, abdomenit dhe të pelvisit. Kur ka shenja të dëmtimit neurologjik atëherë kërkohet direkt CT spinale ose kraniale. Jo rrallë ndryshimet kontuzive dhe hemorragjike në cranium bëhen më të dukshme pas disa orësh të traumës , prandaj CT dhe RM mund të përsëriten. Diagnostika imazherike më e përdorur në urgjencë sipas të dhënave të marra më sipër, është CT dhe më pas ndiqet nga ekografia abdominale dhe Ro-grafia.

Konkluzione.

Tomografia e kompjuterizuar krahasuar me radiografinë e thjeshtë, jep informacion më të detajuar në traumat, tumoret dhe sëmundje të tjera të trupit. Është teknikë ndër më kryesoret në disgnostikimin e një patologjie. Bën të mundur plotësimin e dy mangësive themelore të imazhërisë radiografike klasike: dallimin e dobët ndërmjet indeve të buta dhe mbivendosjen e organeve. Parimi i saj mbështetet në rindëtimin numerik të imazheve tomografike të përfuara gjatë projekteve. Ekografia luan gjithashtu një rol shumë të rëndësishëm në vlerësimin e patologjive të ndryshme në urgjencë, sidomos patologji të pankreasit, rrugëve biliare dhe kolecistës, diagnoza përrundimtare e të cilave plotësohet me anë të CT.

Bibliografia.

1. Clavel MA, Buręash IG, Pibarot P. Cardiac imaging for assessing loë-gradient severe aortic štenosis. *JACC Cardiovasc Imaging* 2017;10:185–202. [PubMed] [Google Scholar]
2. Clavel MA, Pibarot P, Messika-Zeitoun D, Capoulade R, Malouf J, Aggarwal S et al. Impact of aortic valve calcification, as measured by MDCT, on survival in patients ëith aortic štenosis: results of an international registry study. *J Am Coll Cardiol* 2014;64:1202–13. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
3. Paëade T, Clavel MA, Tribouilloy C, Dreyfus J, Mathieu T, Taštet L et al. Computed tomography aortic valve calcium scoring in patients ëith aortic štenosis. *Circ Cardiovasc Imaging* 2018;11:e007146. [PubMed] [Google Scholar]
4. Paëade T, Sheth T, Guzzetti E, Dëeck MR, Clavel MA. Èhy and hoë to measure aortic valve calcification in patients ëith aortic štenosis. *JACC Cardiovasc Imaging* 2019;12:1835–48. [PubMed] [Google Scholar]
5. Baumgartner H, Falk V, Bax JJ, De BM, Hamm C, Holm PJ et al. 2017 ESC/EACTS guidelines for the management of valvular heart disease: the Task Force for the management of valvular heart disease of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur Heart J* 2017;21:2739–91. [PubMed] [Google Scholar]
6. Simard L, Côté N, Dagenais F, Mathieu P, Couture C, Trahan S et al. Sex-related discordance betëeen aortic valve calcification and hemodynamic severity of aortic štenosis: is valvular fibrosis the explanation? *Circ Res* 2017;120:681–91. [PubMed] [Google Scholar]
7. Voisine M, Hervault M, Shen M, Boilard AJ, Filion B, Rosa M et al. Age, sex, and valve phenotype differences in fibro-calcific remodeling of calcified aortic valve. *J Am Heart Assoc* 2020;9:e015610. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
8. Wilson JB, Jackson LR 2nd, Ugoë FE, Jones T, Yankey GSA Jr, Marts C et al. Racial and ethnic differences in treatment and outcomes of severe aortic štenosis: a revieë. *JACC Cardiovasc Interv* 2020;13:149–56. [PubMed] [Google Scholar]
9. Tay ELW, Ngiam JN, Kong WK, Poh KK. Management of severe aortic štenosis: the Singapore and Asian perspective. *Singapore Med J* 2018;59:452–4. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
10. Watanabe Y, Hayashida K, Takayama M, Mitsudo K, Nanto S, Takanashi S et al. First direct comparison of clinical outcomes betëeen European and Asian cohorts in transcatheter aortic valve implantation: the Massy study group vs. the PREVAIL JAPAN trial. *J Cardiol* 2015;65:112–6. [PubMed] [Google Scholar]
11. Guzzetti E, Simard L, Clisson M, Clavel MA. Multiplanar “En Face” reconstruction of the aortic valve: impact on aortic valve calcium scoring. *JACC Cardiovasc Imaging* 2020;13:2678–80. [PubMed] [Google Scholar]
12. Baumgartner H, Hung J, Bermejo J, Chambers JB, Edvardsen T, Goldštein S et al. Recommendations on the echocardiographic assessment of aortic valve štenosis: a focused update from the European Association of Cardiovascular Imaging and the American Society of Echocardiography. *J Am Soc Echocardiogr* 2017;30:372–92. [PubMed] [Google Scholar]
13. Lang RM, Badano LP, Mor-Avi V, Afilalo J, Armstrong A, Ernande L et al. Recommendations for cardiac chamber quantification by echocardiography in adults: an update from the American Society of Echocardiography and the European Association of Cardiovascular Imaging. *J Am Soc Echocardiogr* 2015;28:1–39. [PubMed] [Google Scholar]
14. Hahn RT, Pibarot P. Accurate measurement of left ventricular outfloë tract diameter: comment on the updated recommendations for the echocardiographic assessment of aortic valve štenosis. *J Am Soc Echocardiogr* 2017;30:1038–41. [PubMed] [Google Scholar]
15. Guzzetti E, Capoulade R, Taštet L, Garcia J, Le VF, Arsenault M et al. Estimation of štrok volume and aortic valve area in patients ëith aortic štenosis: a comparison of echocardiography versus cardiovascular magnetic resonance. *J Am Soc Echocardiogr* 2020;33:953–63.e5. [PubMed] [Google Scholar]
16. Jilaihaëi H, Èu Y, Yang Y, Xu L, Chen M, Èang J et al. Morphological characteristics of severe aortic štenosis in China: imaging corelab observations from the first Chinese transcatheter aortic valve trial. *Catheter Cardiovasc Interv* 2015;85 (Suppl. 1):752–61. [PubMed] [Google Scholar]
17. Nasir K, Katz R, Takasu J, Shavelle DM, Detrano R, Lima JA et al. Ethnic differences betëeen extra-coronary measures on cardiac computed tomography: multi-ethnic study of atherosclerosis (MESA). *Atherosclerosis* 2008;198:104–14. [PubMed] [Google Scholar]
18. Mariano Luis Falconi, Department of Cardiology, Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires C1199, Argentina.
19. Diego Perez de Arenaza, Department of Cardiology, Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires C1199, Argentina.
20. William Kong, Department of Cardiology, National University Heart Centre, National University Health System, Singapore 119074, Singapore.
21. Edgar Tay, Department of Cardiology, National University Heart Centre, National University Health System, Singapore 119074, Singapore.
22. Rooke T, Hirsch A, Misra S, Sidaëy A, Beckman J, Findeiss L. ACC/AHA 2011 updating 2005 practice guidelines for the management of patients ëith peripheral arterial disease (loëer extremity, renal, mesenteric, and abdominal aortic) *Circulation*. 2011;124:2020–2045 [consultado 7

Nov 2017]. Disponible en: <http://circ.ahajournals.org/content/124/18/2020>. [Google Scholar]

23. Fleming C., Ėhitlock E.P., Beil T., Lederle F. Screening for abdominal aortic aneurysm: A best-evidence systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2005;142:203–211. [PubMed] [Google Scholar]

24. Ciozda Ė., Kedan I., Kehl D.Ė., Zimmer R., KhandĖalla R., Kimchi A. The efficacy of sonographic measurement of inferior vena cava diameter as an estimate of central venous pressure. *Cardiovasc Ultrasound*. 2016;14:33. 20. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

25. Vos P.M., Mathieson J.R., Cooperberg P.L. El bazo. In: Rumack C.M., Ėilson S.R., Charboneau J.W., editors. *Diagn3stico por ecografĖa*. 3.a ed. Elsevier; Madrid: 2006. [Google Scholar]

26. Rend3n P., Soria M.J., MartĖn L. EcografĖa del retroperitoneo y bazo. In: Segura J.M., editor. *EcografĖa abdominal*. 2.a ed. Ediciones Norma; Madrid: 1996. [Google Scholar]

27. Salcedo I., Segura A., DĖaz N., Segura J.M. EcografĖa del bazo y retroperitoneo. *Semergen*. 2016;42:395–401. [PubMed] [Google Scholar]

28. Segura J.M., Mora P., del Rey R. Bazo y retroperitoneo. In: Segura Cabral J.M., editor. *EcografĖa en patologĖa digestiva*. Editorial Doyma; Barcelona: 1990. [Google Scholar]

29. Shackford S.R., Rogers F.B., Osler T.M., Trabulsy M.E., Clauss D.Ė., Vane D.Ė. Focused abdominal sonogram for trauma: the learning curve of nonradiologist clinicians in detecting hemoperitoneum. *J Trauma*. 1999;46:553–562. doi: 10.1097/00005373-199904000-00003. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

30. Bouaziz H., Zetlaoui P.J., Pierre S., Desruennes E., Fritsch N., Jochum D. Guidelines on the use of ultrasound guidance for vascular access. *Anaesth Crit Care Pain Med*. 2015;34:65–69. doi: 10.1016/j.accpm.2015.01.004. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

31. Tařet L., KĖiecinski J., Pibarot P., Capoulade R., Everett R.J., NeĖby DE et al. Sex-related differences in the extent of myocardial fibrosis in patients Ėith aortic valve stenosis. *JACC Cardiovasc Imaging* 2020;13:699–711. [PubMed] [Google Scholar]

Kujdesi Paliativ dhe Onkologjia Gjinekologjike në Qendrën “Mary Potter” gjatë periudhës Janar 2015 - Dhjetor 2019

LASKA. Irena *MSC në Lidërsip, Eksperte në KP;*
KOLECI. Gerla *Hematologe, Eksperte në KP*

KP është kujdesi aktiv dhe total që ofrohet për pacientët e të gjitha moshave të cilët kanë sëmundje të pashërueshme dhe familjarët e tyre.

Kujdesi paliativ nuk lidhet me vdekjen, ai lidhet me jetën, cilësinë e saj dhe dinjitetin.

Ky shërbim ofrohet që në momentin e komunikimit të diagnozës për një sëmundje të pashërueshme, por në fazat e avancimit të saj (fazat terminale), ky shërbim merr një rëndësi të veçantë.

Qendra e KP, “Mary Potter”, dhe stafi i saj ofron kujdes paliativ për pacientët me kancer në stadin terminal të sëmundjes së tyre. Ky lloj kujdesi u ofrohet të gjithë pacientëve në nevojë të qarkut të Korçës. Stafi i kësaj qendre, ofron kujdes paliativ për rreth 400 pacientë në vit, të diagnostikuar me sëmundje malinje.

Pacientët me kancer trajtimi i të cilit ka dështuar, paraqesin simptoma të shumta fizike, psikosociale dhe shpirtërore, të cilat kërkojnë trajtim nga një skuadër multidisiplinare.

Skuadra e kësaj qendre ofron me cilësi dhe standarde të gjitha shërbimet dhe aktivitetet e nevojshme, të cilat sigurojnë cilësi jete për pacientët

dhe një fund me dinjitet për ta.

Kujdesi Paliativ është një kujdes holistik i cili ofrohet me në qendër pacientin pa harruar edhe kujdesin për familjarët/kujdestarët e tyre. Ai e konsideron pacientin si një të tërë, me trup dhe shpirt, i cili ka jo vetëm nevojë fizike, por edhe psiko-sociale e shpirtërore.

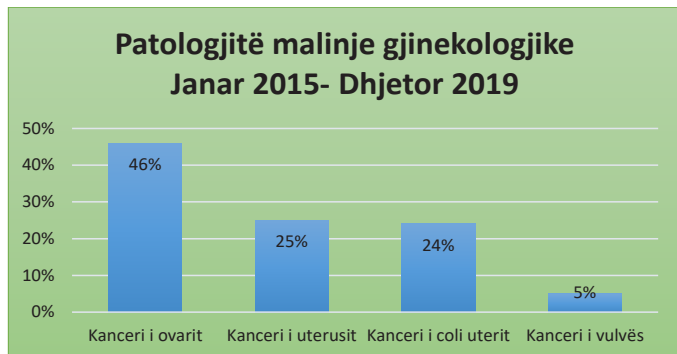
Trajtimi i simptomave nuk është vetëm një sfidë për pacientët dhe anëtarët e familjes së tyre, por edhe një përvojë sfiduese për profesionistët e kujdesit shëndetësor. Simptomat që nuk menaxhohen siç duhen, dëmtojnë cilësinë e jetës së këtyre pacientëve.

Për këtë arsye, ka nevojë për ekspertë të kujdesit paliativ dhe profesionistë të kujdesit shëndetësor, bashkëpunues dhe të trajnuar vazhdimisht për të rritur aftësitë dhe kompetencat e tyre për menaxhimin e simptomave/problemeve të pacientëve dhe koordinimin e kujdesit për ta.

Patologjitë më të shpeshta malinje të hasura vitet e fundit janë: Kanceri i pulmonit, kanceri i gjirit, kanceri i traktit gastrointestinal dhe sëmundjet

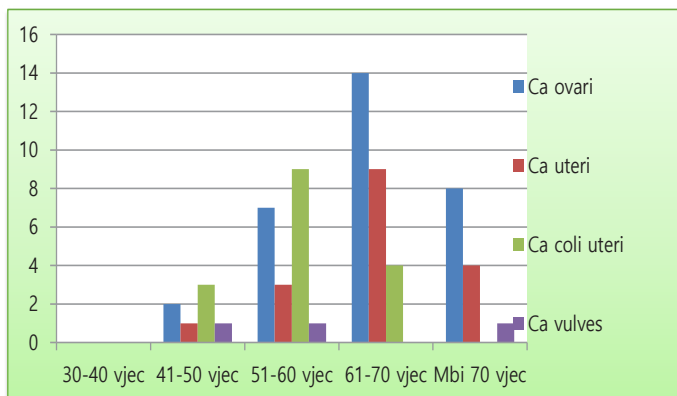
malinje gjinekologjike.

Në Qendrën e Kujdesit Paliativ “Mary Potter”, për periudhën Janar 2015 – Dhjetor 2019, është ofruar kujdesit paliativ për 67 paciente me sëmundje malinje gjinekologjike.



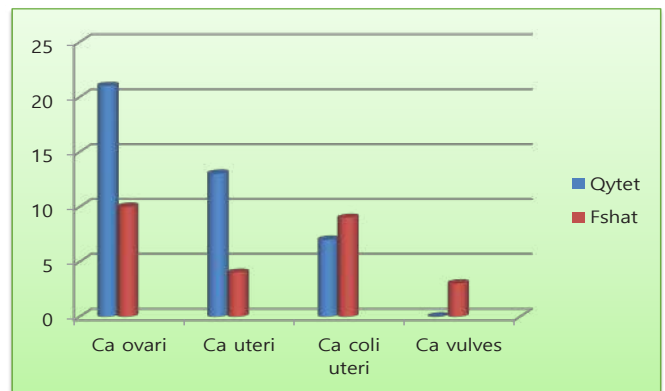
Patologjitë më të shpeshta malinje gjinekologjike i përkisnin kancerit të ovarit në 31 paciente (46%), i ndjekur më pas nga kanceri i uterusit në 17 paciente (25%), kanceri i coli uterit në 16 paciente (24%) dhe kanceri i vulvës në 3 paciente (5%).

Incidenca sipas grupmoshave



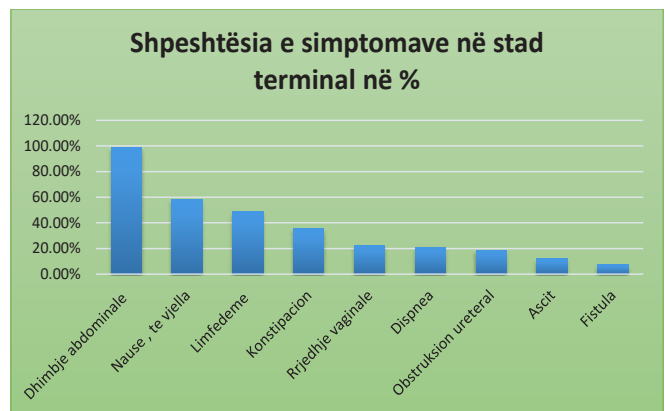
Përsa i përket grupmoshave të pacienteve u vu re se patologjitë malinje gjinekologjike prekin kryesisht moshë mbi 41 vjeç. Pacientet, të cilave u është ofruar kujdes paliativ i përkisnin moshave nga 41 deri mbi 70 vjeç, me një rritje të incidencës mbi moshën 61 vjeç. Duke ju referuar incidencës sipas grupmoshave, u vu re se malinjitetet gjinekologjike arrijnë pikun e incidencës në grupmoshën 61-70 vjeç me mbizotërim të kancerit të ovarit dhe uterusit. Kanceri i coli uterit ka incidencë më të lartë në grupmoshën 51-60 vjeç.

Incidenca sipas vendbanimit



Përsa i përket vendbanimit, sëmundjet malinje gjinekologjike kanë incidencë më të lartë në popullatën që jeton në qytet përkatësisht 61% e pacienteve. Ky fakt ka vend për diskutim duke pasur parasysh lëvizjen e popullsisë nga zonat rurale drejt qytetit.

Shpeshtësia e simptomave tek pacientet në stad terminal



Simptomat që vihen re tek pacientet me malinjitete gjinekologjike, i referohen vendndodhjes së kancerit primar dhe prirjes për metastazim të tij në organe të ndryshme. Këto simptoma fizike u menaxhuan nga stafi i qendrës “Mary Potter”, me trajtim jo medikamentoz, medikamentoz bazuar në protokollet përkatëse, dhe nëpërmjet manipulimeve respektive në varësi të simptomës.

- Dhimbja abdominale ishte simptoma më e shpeshtë që u vu re tek pacientet, në 98.5% të tyre. Kjo dhimbje ishte kryesisht e lokalizuar në fund

të barkut dhe i referohet vendodhjes së kancerit primar por në rastet me metastaza në organet përreth, dhimbja u vu re edhe në kuadratet e tjera të abdomenit.

- Nauza dhe të vjella zinin vendin e dytë përsa i përket frekuencës në rreth 59.7% të pacienteve. Prezenca e tyre lidhej ngushtë me gjendjen e intoksikacionit të krijuar nga vetë sëmundja malinje, pamjaftueshmëria e funksionit të veshkave si rezultat i infiltrimit apo obstruksionit të uretereve nga patologjia malinje.

- Limfedemë e ekstremiteteve të poshtme u vu re në 49.25% të pacienteve si pasojë e metastazave limfatike regjionale inguinale apo obstruksionit të enëve limfatike nga masa tumorale.

- Konstipacioni i shfaqur tek pacientet ishte rezultat i obstruksionit të jashtëm të zorrëve nga masat tumorale dhe si efekt anësor i opiateve të përdorura për menaxhimin e dhimbjes tek pacientet. Konstipacioni ishte simptomë në 35.4% të pacienteve.

- Sekrecione vaginale në 22.7% të rasteve, kryesisht në kancerin e qafës së mitrës, pasojë e vetë sëmundjes malinje.

- Dispnea (vështirësia në frymëmarrje) në 20.9% të pacienteve, pasojë e metastazave pulmonare apo likidit abdominal (ascitit), të cilat rëndojnë vështirësinë në frymëmarrje në varësi të gravitetit të tyre.

- Obstruksioni ureteral është simptomë që u vu re në 18.3% të pacienteve, kryesisht ato me kancer të qafës së mitrës, si pasojë e infiltrimit të ureterëve nga sëmundja malinje.

- Asciti (likidi në kavitetin abdominal) në 11.9% të pacienteve, kryesisht tek ato me kancer të uterusit (mitrës) apo ovarit (vezoreve).

- Fistulat u vunë re në 7.4% të pacienteve, kryesisht fistula rektovaginale, në pacientet me kancer të qafës së mitrës.

Pacientët me sëmundje malinje gjinekologjike në fazë terminale kanë shumë simptoma që kanë nevojë për një menaxhim cilësor brenda standardeve nga ekipi multidisciplinor i KP-së duke kërkuar gjithashtu një koordinim kujdesi me mjekët e shërbimit parësor dhe bashkëpunim absolut me mjekë të specialiteteve të tjera.

Roli i infermierit në repartin e djegie plastikës

Erind Thartori

Përgjegjës Sektori Infermieristik - QSUT. Specialisti Sektori Infermieristik QSUT

Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, përbën një ndër institucionet shëndetësore terciare e cila ofron shërbim të specializuar për pacientët e djegur. Raftet e djegieve kritike përbëjnë dhe incidencën e djegieve madhore në vendin tonë që rezultojnë 7 pacientë për 100,000 persona në vit. Ky material është i vlefshëm për të gjithë personelin infermieror në trajtimin e djegieve.

Ashtu sikurse roli i mjekut është i rëndësishëm në pritjen dhe trajtimin e të sëmurit, por jo më pak i rëndësishëm mbetet roli i infermierit në të gjitha etapat e trajtimit të tij. Theksi kryesor në këtë material do të mbetet tek roli i infermierit në pritjen e pacientit të djegur, rëndësia e njohjes me shkallët e djegies për të ditur më saktë mënyrën e mjekimit, përdorimi i teknikave aseptike në çdo manipulim që i ofrohet pacientit, kryerja e rehidrimit të pacientit në mënyrën e duhur, njohja me komplikacionet e mundshme që mund të ketë pacienti.

Por ku konsiston roli i infermierit të Urgjencës së Djegie Plastikës në pritjen e një pacienti të djegur? Cilat janë procedurat e para që duhet të kryejë një infermier në rastin e një Urgjence?

Janë tre hapa që ndiqen në pritjen dhe ndjekjen e pacientit të djegur:

1. Vlerësimi primar,
2. Vlerësimi sekondar,
3. Trajtimi,

1. Lidhur me Vlerësimin primar që i bëhet pacientit duhet të keni në vëmendje këto pika:

- VLERËSIMI PRIMAR (A,B,C,D,E)
- Rugët e ajrit,
- Vlerëso Respiracionin dhe Ventilimin,
- Vlerëso Qarkullimin,
- Deficitet Neurologjike,
- Menaxho ambientin

2. Vlerësimi sekondar (vlerësimi nga koka te këmba a,b,c,d). Ky është një vlerësim në të cilin infermierja ka pjesën e vet të marrjes së të dhënave dhe më pas përpunimin e tyre për hartimin e Planit të Kujdesjeve infermiore.

Përcakto shkakun dhe kohën e djegies:

- Flakë
- Hark elektrik
- Lëngje
- Kimike
- Elektrike
- Radiacion
- Eksplozion
- Kontakt

Përcakto gravitetin e djegies

- Përqindja e Sipërfaqes së djegur (TBSA)
 - Thellësia e djegies
 - A i plotëson pacienti kriteret e djegies madhore?
- (shih tabelën përkatëse).

Përcakto shtrirjen e djegies

- Fillo vlerësimin duke përdorur “rregullën e 9” vetëm për djegiet grada 2 dhe 3
- Rregulli i 9 nuk të ndihmon për fëmijët për shkak të sipërfaqes më të madhe të kokës dhe më të vogël të këmbëve.
- Përdor diagramën “Lund & Broöder” për fëmijët
- Rregulli i pëllëmbës = 1% TBSA
- Djegie në sy- URGJENCË

Kryej anamnezen dhe ezkaminimin fizik

- Sëmundje pre-ekzistuese apo shoqëruese
- Mjekime të tjera
- Alergji
- A ka kryer Vaksinimin e Tetanozit ?

Egzaminimet dhe analizat laboratorike

- Ro/grafi pulmoni dhe grafi të tjera
- Karboksihemoglobina (djegie respiratore)
- EKG
- Gjakut komplet dhe koagulimi
- Elektrolitet, ureja, kreatinina, glicemia
- AST, ALT, Bilirubina, Gazometria arteriale, Laktatet në gjak

Manifestimet klinike

- Hiponatremi
- Hiperkalemi
- Hypotermi
- Edema
- Hypovolemi

3. Trajtimi në Repartin e djegieve, normalisht që realizohet në varësi të gjëndjes së pacientit. Detyra e infermierit në çdo ambjent ku ofrohet shërbim shëndetësor në kontaktin e parë me një të sëmurë me djegie është (në rast se këto procese janë kryer më parë nuk duhet të kryhen sërish):

- Bëje zonën e djegur me ujë të ftohtë që të fitojë temperaturën e trupit-mos e bëj lëkurën të ftohtë.
- Bëje djegien me ujë jo më tepër se një minutë për bebet dhe pesë minuta për të tjerët.
- Mos apliko kompresë të ftohta ose akull në plagën e djegies.
- Hiq të gjitha veshjet, bizhuteritë, syzet etj

Duke vlerësuar zonat në të cilat është djegur pacienti, jemi në gjëndje që të gjykojmë edhe për klinikën dhe kujdesjen që duhet ti ofrojmë pacientit.

Pasi është ofruar ndihma e parë dhe janë konstatuar zonat e djegura, vijueshmëria e kujdesjeve infermiore do të jetë duke minimizuar komplikacionet dhe dhimbjen në ato zona dhe duke vlerësuar dhe ruajtur parametrat vitalë.

Duke ditur rëndësinë e organeve jetësore vlerësohen dhe monitorohen rrugët e ajrit në rast se ka konpromentim të tyre, (haipi i parë, vendosim një burim oksigjeni) dhe njoftohet menjëherë mjeku në rast se shohim se:

- Ngjirje zëri ose stridor.
- Skuqe ose nxirje e mukozës orale dhe nazale.
- Përzhitje e flokëve në kokë, fytyrë ose hundë. (zona në të cilat mundësia për problem të rrugëve të frymëmarrjes është e pranishme)
- Kollë produktive ose e thellë.
- Djegie në fytyrë, krahavor, kokë ose qafë.
- Djegie rrethore të kokës, qafës ose krahavorit.

Ashtu sikurse edhe dihet një ndër efektet anësore të shprehura të djegies është shfaqja e edemave, dhe në rastin konkret edema e indit të dëmtuar të rrugëve të ajrit mund të rritet me shpejtësi dhe rritja vazhdon deri në 48 orë.

Suporti që duhet ti ofrohet pacientit për të shmangur komplikacionet që mund të shfaqen si rezultat i **problemeve të qarkullimit** të gjakut që vinë si pasojë e efekteve anësore të djegies.

- Në djegiet mbi 15% TBSA shoku hipovolemik është i shpeshtë.
- Hipotermia ndodh në djegiet mbi 20% TBSA.
- Duhet ruajtur temperatura normale e trupit-jo kompresë të njoma.
- Duhet mbuluar pacienti me mbulesa të ngrohta dhe të thata.
- Duhet ruajtur qarkullimi adekuat i gjakut në ekstremitete duke i mbajtur ato ngrohtë, thatë dhe lehtësisht në pozicion lart.
- Vlerëso në rast se ka mungesë të pulsit distal nga edema.

Në të gjitha studimet e kryera kohët e fundit rehidrimin e pacientit e konsiderojnë si një faktor

shumë të rëndësishëm i cili ndikon shumë pozitivisht në mbarëvajtjen e gjëndjes shëndetësore të pacientit dhe shërimin e tij. **Rehidrimi optimal me likide** ka për qëllim të mbështesë perfuzionin e organeve me sasinë më të vogël të likideve të nevojshme dhe me koston më të pakët fiziologjike. Menaxhimi me efektivitet i pacientit të djegur rëndë kërkon nga infermieri një njohje të fizio-patologjisë të dy etapave në të cilat kalon i sëmuri :

a) të periudhës së shokut të djegies (24-48 orët e para pas djegies).

b) të periudhës së hipermetabolizmit ose sepsisit (deri sa i sëmuri shërohet dhe plagët mbyllen plotësisht).

Në këtë pikë i lind detyra infermierit që të:

- Sigurojë dy rrugë venoze të mëdha.
- Në rast se kateteri venoz është vendosur pranë zonës së djegur duhet të suturohet.

- Për rehidrimin e 24 orëve të para përdor solucion Ringer lactat.

- Për adultët llogariten kërkesat për likide sipas formulës Parkland.

- $4 \text{ ml} \times \text{pesha(kg)} \times \% \text{ TBSA e djegur} = \text{ml në 24 orë (orientuese)}$

- 1/2 e sasisë duhet dhënë në 8 orët e para dhe 1/2 në 16 orët e tjera (orientuese)

- Për fëmijët llogariten kërkesat sipas Galveston.

- Për rehidrimin e 24 orëve të para përdor Ringer Laktat + Koloide (jo > 1/3 e sasisë).

- Formula është: $5000 \text{ ml} \times \text{sip. djegur në m}^2 + 2000 \text{ ml} \times \text{sip. trupit m}^2$.

- Sipërfaqja e trupit në m² gjendet nga nomograma moshë-peshë-sipërfaqe m².

- 1/2 e sasisë duhet dhënë në 8 orët e para dhe 1/2 në 16 orët e tjera (orientuese).

- Vendos kateterin urinar dhe të zbraz urinën fillestare.

- Diureza konsiderohet një shenjë vitale për pacientin me djegie duke u monitorizuar me urometër (ml në orë).

- Ritmi i likideve duhet të titrohet për të mbajtur diurezën

- Mbi 0.5 ml / kg/ orë tek adultët

- 1 ml / kg/ orë tek fëmijët

- Rrit sasinë e likideve në rast urine të errët ose të kuqe për të arritur një diurezë 75-100 ml / orë.

- Mos përdor koloide në rregjimin me kristaloide përveç se në:

- Pacientë me djegie > 30% TBSA (pas 12 orëve të trajtimit)

- Pacientë me diurezë jo adekuate

- Situatat që kërkojnë menaxhim special të likideve janë:

- Djegie elektrike,

- Djegie respiratore,

- Pacientë me vonesë,

- Pacientë të intoksikuar ,

- Fëmijët ,

- Pacientë të dehidruar,

- Të moshuar dhe pacientë me sëmundje pre-ekzistuese kardiake apo renale.

Monitorizimi i rehidrimit në shërbimin e Djegie-Plastikës në QSUT bëhet kryesisht me anën e

- Gjendjes së përgjithshme klinike,

- Presionit të gjakut, frekuencës kardiake, puls oximetrit dhe temperaturës,

- Diureza e pritshme është 0,5-1,0 ml/kg/h dhe ajo ndihmon në modifikimin cdo orë të ritmit të likideve,

- Ritmi teorik varet nga formula rehidruese,

- Diureza kontrollohet çdo orë,

Trajto dhimbjen

- Përdor doza të vogla morfine dhe trunkuilizantë për të lehtësuar dhimbjen.

- Jepi të gjitha medikamentet në rrugë intravenoze (injektimet intramuskulare nuk absorbohen).

- Shpesh ankthi , shqetësimi e pagjumësia janë shprehje e hipovolemisë dhe e hipoksisë.

- Mos përdor kompresë të ftohta me akull për të hequr dhimbjen lokalisht-ndihmo perfuzionin indor duke e mbajtur plagën ngrohtë.

Trajtimi i plagës së djegies:

Përpara se të trajtojmë mjekimin e plagëve të djegieve duhet të jemi të vëmendshëm të përcaktojmë se cilat djegie duhet të trajtohen në reanimacion dhe cilat në pavjon ose me saktë të

njohim kriteret e djegieve që duhet te shtrohen në një qëndër djegieje. Më duhet të përcaktojmë saktë sipërfaqen dhe thellësinë e djegies dhe të zbatojmë protokollet strikte të menaxhimit të djegies.

Tabela 2- KLASIFIKIMI I DJEGIEVE SIPAS AMERICAN BURN ASSOCIATION

DJEGIE MADHORE

- Djegie > 25% TBSA e djegur
- Dëmtimi i funksionit të duarve, fytyrës, këmbëve ose perineumit
- Djegie elektrike ose inhalatore
- Dëmtim shoqërues ose sëmundje kritike pre-ekzistuese

DJEGIE E MODERUAR

- 15-25% TBSA djegur
- Mungesë e komplikacioneve ose e përfshirjes së duarve, fytyrës, këmbëve apo perineumit
- Mungesë e djegies elektrike, inhalatore apo e dëmtimit shoqërues
- Mungesë e sëmundjeve të rënda pre-ekzistuese

DJEGIE MINORE

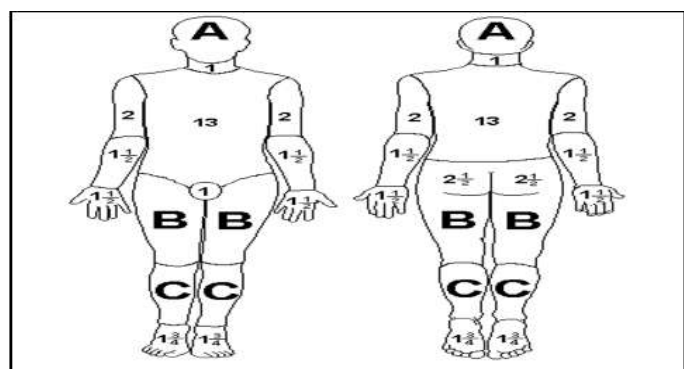
- < 5% TBSA djegur
- Mungesë e përfshirjes së duarve, fytyrës, këmbëve apo perineumit
- Mungesë e djegies elektrike, inhalatore, dëmtimit shoqërues apo e sëmundjeve të rënda pre-ekzistuese

Si të përcaktojmë saktë sipërfaqen e djegieve?

Për të përcaktuar sipërfaqen e djegies ka disa metoda vlerësuese. Metoda më e thjeshtë është “rregulli i 9-shes” i cili e ndan sipërfaqen e trupit në zona me nga nëntë përqind ((%)) apo shumëfisha të nëntës. Një mënyrë alternative vlerëson pëllëmbën e mbyllur të pacientit afërsisht 1% të sipërfaqes trupore dhe kjo është e vlefshme në përcaktimin e djegieve të shpërndara.

Mënyra më e saktë e vlerësimit bëhet duke u bazuar në “Lund & Broöder chart” e cila të ndihmon veçanërisht në fëmijë sepse merr në konsideratë ndryshimet relative në proporcionet e kokës dhe të këmbëve në fëmijën më të rritur.

Percaktimi i sipërfaqes kryhet nga mjekët dhe është i dokumentuar në faqen e parë të Kartelës.



Cilat janë parimet e trajtimit kirurgjikal dhe konservativ të plagëve të djegies ?

Një rol shumë i rëndësishëm është edhe mënyra e mjekimit dhe trajtimit të plagës. Në shërbimin e Djegie Plastikës infermierët janë të specializuar pothuajse të gjithë për mënyrën e mjekimit, njohin komplikacionet që mund të shfaqë plaga, fazat e saj të shërimit etj.

Parimet e mjekimit të plagëve konsistojnë në :

- Të mbyllet plaga e djegies sa me shpejtë të jetë e mundur .
- Të parandalohet infeksioni.
- Të reduktohen cikatricet dhe kontrakturat.
- Të sigurohet konfort për pacientin.

Teknikat e mjekimit konsistojnë në:

- Mjekim i hapur

Rekomandohet në fytyrë, qafë, perineum apo dhe zona të gjëra në trunk me anën e pomadave topike me veçori si më poshtë:

- Në djegiet e trashësisë së pjesshme eksudati thahet brenda 48 -72 orëve dhe formon një kore nën të cilën zhvillohet epitelizimi për 14 deri 21 ditë.
- Në djegiet e trashësisë së plotë lëkura dehidratohet dhe formon një nekrozë të zezë për 48-72 orëve e cila eliminohet me anën e hidroterapisë dhe nekrektomisë.

- Mjekim i mbyllur

- Metoda e mbyllur realizohet pas një mjekimi kirurgjikal nën anestezi, aplikimi i pomadave me antibiotikë lokalisht dhe mbulimi me garza sterile.

- Fashaturat ndërrohen çdo ditë me ose pa sedacion.

ZONA	MOSHA 0	1	5	10	15	ADULT
A=1/2 E KOKES	9 ½	8 ½	6 ½	5 ½	4 ½	3 ½
B=1/2 E KOFSHES	2 ¾	3 ¼	4	4 ¼	4 ½	4 ¾
C=1/2 E KERCIRIT	2 ½	2 ½	2 ¾	3	3 ¼	3 ½

- Mjekim gjysëm i hapur
- Kjo metodë kombinon të dyja metodat në varësi të shtrirjes lokalizimit dhe thellësisë së djegies .

- Përdoren pomada me antimikrobiale si Silvadene, Bivacinë të cilat konsistojnë në shpejtimin e heqjes së indeve pa jetë, formimin e indit granular dhe përgatitjen për plastikë sipas rastit.

- Llojet e agentëve mjekues lokalë. Midis medikamenteve të tjerë topikë për trajtimin e djegies përmendim pomadat me antibiotikë si Bivacinë, Gentamicinë, Neomicinë, Tetraciklinë etj.

- Kohët e fundit po përdoren me sukses dhe disa lloj pomadash me bazë acidin salicilik, i cili ka veprim aktivlizues mbi indet nekrotike.

Kujdesi infermieror për menaxhimin e pacientit të djegur në pranim-urgjence, monitorimin e 24 orëve të para pas djegies dhe mjekimin e plagëve të djegies ka të bëjë me:

- Njohjen e fiziopatologjisë së sëmundjes së djegies, fazave të saj dhe parimet e mjekimit të tyre.

- Njohjen dhe vlerësimin e saktë të sipërfaqes dhe thellësisë së plagëve të djegies.

- Njohjen e metodave të mjekimit të plagëve.

- Njohjen e teknikave kirurgjikale për trajtimin e plagëve të djegies.

- Zbatimin e të gjithë rregullave të asepsisë gjatë mjekimit të plagëve duke patur prioritet pacientin e djegur me gjithë problematikat. Përparimet në trajtimin dhe kujdesin ndaj djegieve të rënda kanë rezultuar në rritje të mbijetesës dhe ulje të mortalitetit. Këto përmirësime i atribuohen: kryerjes së rehidrimit në mënyrën e duhur, trajtimit adekuat kirurgjikal të plagës së djegies, përdorimit efektiv të antibiotikëve, avancimeve në mbështetjen e gjendjes së përgjithshme nutricionalë.

Referenca

1. Rowan, M. P., Cancio, L. C., Elster, E. A., Burmeister, D. M., Rose, L. F., Natesan, S., ... & Chung, K. K. (2015). *Burn wound healing and treatment: review and advancements*.

2. <https://straightnursingstudent.com/nursing-care-of-burns/>

3. <https://www.myamericannurse.com/initial-assessment-mgmt-burn-patients/>

4. Groeber, F., Holeiter, M., Hampel, M., Hinderer, S., & Schenke-Layland, K. (2011). *Skin tissue engineering=in vivo and in vitro applications. Advanced drug delivery review*

5. Dowsett, C. (2009). *Use of TIME to improve community nurses' wound care knowledge and practice*.

6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/248738/>

Sindromi i burnout-it akademik tek studentët e Fakultetit të Shëndetit, Vlorë

Msc. Erlini Kokalla¹, PhD.C. Brunilda Subashi¹, Msc. Lejdi Fetahu¹, Msc. Marjola Muhaj¹

¹Fakulteti i Shëndetit, Universiteti "Ismail Qemali" Vlorë

erlinikokalla@univlora.edu.al

Abstrakt

Burnout-i, edhe pse i cilësuar si një 'fenomen okupacional', duket se po merr një vëmendje të rëndësishme jo vetëm në mjedisin e punës, por edhe atë akademik, duke i bërë kështu studentët, target të të ashtuquajturit burnout-i akademik. Ky fenomen përkufizohet si një reagim negativ emocional, fizik dhe mendor, për shkak të studimit të zgjatur që rezulton në rraskapitje, zhgënjim, mungesë motivimi dhe reduktim të aftësive të studentëve.

Qëllimi: Qëllimi i këtij studimi është vlerësimi i sindromit të burnout-it akademik tek studentët e fakultetit të Shëndetit (infirmieri dhe infermieri-mami), në qytetin e Vlorës.

Metodologjia: Studimi është kros-seksional dhe përfshin 258 studentë të anketuar gjatë muajve mars-qershor 2023.

Rezultate: Shumica e pjesëmarrësve ishin femra (87.6%) dhe mosha mesatare ishte 20 (± 2) vjeç. Sindromi i burnout-it akademik u evidentua në 22.1% të studentëve të përfshirë në studim. Përsa i përket 3 dimensioneve të burnout-it, 32.6 % e studentëve rezultuan me nivele të larta të rraskapitjes emocionale, 62.8% me nivele të larta të cinizmit dhe 53.9% e studentëve me nivele të ulëta të efikasitetit akademik. Studentët që kanë shprehur një interes të lartë për degën e studimit, rezultojnë të kenë nivele më të larta të efikasitetit akademik. ($p=0.002$)

Konkluzione: Dimensionet e sindromit të

burnout-it akademik evidentohen ndjeshëm tek studentët e infermierisë dhe infermieri-mamisë në Fakultetin e Shëndetit, prandaj është i rëndësishëm krijimi i një sistemi universitar bashkëpunues për të nxitur motivimin dhe reduktuar faktorët e mundshëm të burnout-it.

Fjalë kyçe: Burnout-i akademik, studentët e infermierisë, studentët e mamisë, rraskapitje, cinizëm, efikasiteti akademik.

1. Hyrje

Burnout-i është një sindromë e konceptuar si rezultat i stresit kronik në vendin e punës dhe karakterizohet nga tre dimensionet; rraskapitja apo humbja e energjisë, cinizmi dhe reduktimi i efikasitetit.[1] Rraskapitja përfshin ndjenjën e tendosjes dhe lodhjes kronike, cinizmi konsiston në një qëndrim indiferent, humbjen e interesit apo mospërfilljen ndaj punës; dhe mungesa e efikasitetit profesional i referohet ndjenjave të reduktuara të kompetencës, arritjeve dhe përmbushjes profesionale.[2] Pra burnout-i është një fenomen, i cili i atribuohet vendit të punës[3], por në ditët e sotme ky koncept është zgjeruar duke përfshirë edhe fushën akademike.[4]

Ashtu si në mjedisin e punës, studentët, gjatë shkollimit të tyre universitar, përballen me kërkesa akademike - teste, punë teorike dhe praktike në kurs, aktivitete kërkimore dhe aspekte të praktikës profesionale, të tilla si kontakti me profesionistët e

shëndetësisë dhe pacientët, si dhe çështjet praktike të ofrimit të shërbimeve shëndetësore; të cilat mund të vlerësohen si stresorë. [5] Ekspozimi i vazhdueshëm ndaj këtyre stresorëve, kombinuar edhe me tiparet e karakterit të tyre, bën që studentët të preken nga sindromi i burnout-it.

Burnout-i akademik cilësohet si një reagim negativ emocional, fizik dhe mendor, si rezultat i studimit të zgjatur që çon në rraskapitje, zhgënjim, mungesë motivimi dhe reduktim të aftësive në mjedisin akademik. [6] Ky sindrom mund të derivojë gjithashtu në shqetësime mendore në formën e ankthit, stresit të zgjatur, depresionit, armiqësisë ose frikës, moral dhe në vetëvlerësim të ulët. [7] Por pasojat e burnout-it tek studentët e shëndetësisë duhen vlerësuar në perspektivë dhe jo vetëm përgjatë periudhës akademike. Është evidentuar se burnout-i i hershëm tek profesionistët e ardhshëm të shëndetësisë mund të influencojë zhvillimin shëndetësor dhe profesional të tyre, të ndikojë në cilësinë e kujdesit shëndetësor dhe të ekspozojë pacientët ndaj rreziqeve të lidhura me kujdesin[8]. Pra efektet e burnout-it, përveç studentëve të prekur, shihet të afektojnë edhe aktorë të tjerë vulnerabël të shoqërisë, prandaj studimi i këtij fenomeni tek studentët e infermierisë/ mamisë shihet si thelbësor. Në vendin tonë nuk ka evidenca mbi burnout-in akademik, prandaj synimi i këtij studimi është vlerësimi i nivelit të këtij sindromi tek studentët e Fakultetit të Shëndetit, duke krijuar kështu një pasqyrë të situatës aktuale dhe shënimin e pikënisjes për studime të mëtejshme.

2. Materiali dhe metoda

Ky është një studim transversal (kros-seksional), me fokus vlerësimin e fenomenit të burnout-it tek studentët e ‘Fakultetit të Shëndetit’. Studimi është kryer gjatë periudhës mars-qershor 2023.

2.1. Karakteristikat e kampionit

Në studim u përfshinë 258 studentë të ‘Fakultetit të Shëndetit’. Pjesëmarrja ishte vullnerare pas mirë-informimit të tyre në lidhje me qëllimin e studimit. Kriteri i përfshirjes në studim ishte ndjekja e njërës prej degëve pranë Fakultetit të Shëndetit. Ndërsa kriteri i përjashtimit ishte refuzimi i pjesëmarrjes

dhe plotësimi jo i plotë i pyetësorit.

2.2. Procesi i anketimit

Pyetësori i përdorur në këtë studim është i strukturuar, me vetëraportim, anonim, duke ruajtur plotësisht konfidencialitetin e pjesëmarrësve. Pyetësori përbëhet nga dy pjesë, si më poshtë vijon:

-Pjesa e parë përfshin të dhënat socio-demografike të popullatës së marrë në studim (gjinia, mosha, vendbanimi, statusi civil, niveli ekonomik dhe statusi i punësimit); profilin akademik (dega, viti, cikli i studimit dhe interesi mbi degën e studimit); si dhe të dhëna mbi aktivitetin personal dhe raportin interpersonal (mjedisi, koha e studimit dhe ndërveprimi me pedagogët dhe studentët e tjerë).

-Pjesa e dytë e pyetësorit synon vlerësimin e burnout-it dhe korrespondon me Shkallën e burnout-it akademik të Bresos (Breso’s academic burnout scale). Pyetësori është përkthyer dhe përshtatur në gjuhën shqipe, pas marrjes së lejes etike nga autori. Ai përbëhet nga 15 konstatime mbi 3 dimensionet e burnout-it akademik; rraskapitja, cinizmi, dhe efikasiteti akademik, për të cilat pjesëmarrësit përgjigjen në një shkallë të vlerësimit të frekuencës me 7 pikë që varion nga 0(kurrë), deri në 6(gjithmonë).[9,10]. Shpërndarja e pyetësorit u realizua përmes Google-forms.

Cut-off i përdorur për kategorizimin e rezultateve është;

	EX	CY	EF
E ulët	≤2	≤1.24	≤4.5
E lartë	>2	>1.24	>4.5

Tabela nr.1: Cut-off-et e përdorura në studim për 3 dimensionet e burnout-it; EX (rraskapitja), CY(cinizmi), EF (efikasiteti akademik).

2.3. Analiza statistikore e të dhënave

Analiza statistikore e të dhënave të grumbulluara u realizua në SPSS (Statistical Package for Social, Sciences) version 22. Variablat kategorikë janë paraqitur në frekuencë dhe përqindje. Variablat e metrikë janë paraqitur si mesatare dhe deviacion standard. Normaliteti i shpërndarjes së të dhënave është vlerësuar përmes testit Kolmogorov-Smirnov.

Testet jo-parametrike Mann-Whitney U dhe Kruskal-Wallis H janë aplikuar për vlerësimin e dimensioneve të burnout-it sipas karakteristikave të përgjithshme. Në të gjitha rastet u konsiderua statistikisht sinjifikative një vlerë e $p \leq 0.05$.

3. Rezultatet

Ndër 258 studentë të përfshirë në studim rezultoi se 226 (87.6%) prej tyre i përkasin gjinisë femërore dhe 32(12.4%) i përkasin gjinisë mashkullore. Mosha e pjesëmarrësve varion nga 18 vjeç deri në 37 vjeç, me një mesatare ($\pm$ SD) që arrin vlerën 20 ($\pm$ 2) vjeç. Pjesa më e madhe e studentëve i korrespondon moshës 19 vjeç, konkretisht në 43.4% (112) prej tyre. (tabela nr.2)

Të dhëna socio-demografike		Frekuencë (%) / Mesatare ($\pm$ SD)	
Gjinia	Femër	226	87.6%
	Mashkull	32	12.4%
Mosha		20 ($\pm$ 2)	
Vendbanimi	Z. urbane	184	71.3%
	Z. rurale	74	28.7%
Statusi civil	Beqar/e	243	94.2%
	I/e martuar	15	5.8%
Niveli ekonomik	I ulët	13	5%
	I mesëm	231	89.5%
	I lartë	14	5.4%
Statusi i punësimit	I punësuar	54	20.9%
	I papunë	204	79.1%

Tabela nr.2: Të dhëna socio-demografike, shprehur në frekuencë dhe përqindje (të dhënat kategorike), mesatare dhe deviacion standard (mosha).

Shumica e studentëve të përfshirë në studim, 184(71.3%), janë banues në zonat urbane, ndërsa 74(28.7%) prej tyre banojnë në zonat rurale. Bazuar në nivelin ekonomik, studentët kategorizohen në nivel të ulët 13(5%) e tyre, nivel mesatar 231(89.5%) dhe nivel të lartë në 14(5.4%) prej tyre.

Të pyetur mbi statusin civil, rezultoi se 15(5.8%) e studentëve janë të martuar, ndërsa 243(94.2%) janë beqarë. Përsa i përket angazhimit të tyre në punë, rezultoi se 54(20.9%) e studentëve janë të punësuar, ndërsa 204(79.1%) nuk kanë angazhim tjetër përveç studimeve. (tabela nr.2)

Bazuar në profilin akademik, të gjithë pjesëmarrësit rezultojnë të jenë ndjekës të ciklit të parë të studimeve (Bachelor), ndër të cilët 215(83.3%) studiojnë infermieri të përgjithshme dhe 43 (16.7%) infermieri-mami; ndërsa përsa i përket vitit të studimit 159 (61.6%) janë në vit të parë, 84(32.6%) në vit të dytë dhe 15 (5.8%) në vit të tretë.

Të pyetur mbi interesin ndaj degës së studimit, rezultoi se 70.9% (183) e tyre kanë një interes të lartë, 25.2% (65) interes mesatar, 2.3% (6) interes të ulët dhe vetëm 1.6% (4) e tyre kanë referuar se nuk kanë interes ndaj degës së studimit. Të dhënat e sipërpërmendura janë pasqyruar të përmbledhura edhe në tabelën nr.3.

Profilin akademik		Frekuencë (%)	
Dega e studimit	Infermieri e përgjithshme	215	83.30%
	Infermieri-mami	43	16.70%
Viti studimit	Vit I	159	61.60%
	Vit II	84	32.60%
	Vit III	15	5.80%
Interesi për degën e studimit	Pa interes	4	1.60%
	I ulët	6	2.30%
	Mesatar	65	25.20%
	I lartë	183	70.90%

Tabela nr.3: Të dhëna mbi profilin akademik, shprehur në frekuencë dhe përqindje.

Përsa i përket mjedisit të studimit, pjesa më e madhe shprehen se studiojnë në dhomë personale konkretisht 81.4% (210). Koha më e përshtatshme për të studiuar rezultoi të jetë sistematikisht gjatë seminareve e referuar nga 55.4% (143) e studentëve. pasuar nga studimi 2 javë para testimit në 77.5% (71), studimi 1 javë para testimit në 11.6% (30) dhe studimi natën para testimit në 5.4% (14) të studentëve. (tabela nr.4)

Vlerësimi i burnout-it akademik është realizuar përmes 15 pyetjeve, ku 5 i përkasin EX(rraskapitjes emocionale), 4 CY(cinizmit) dhe 6 EF (efikasiteti akademik); bazuar në pikëzimin e secilës prej tyre. Pikët e grumbulluara për secilin dimension janë pasqyruar në tabelën nr. 5, ku vihet re se EX arrin një mesatare ($\pm$ SD) 2.76($\pm$ 1.54)pikë, EF 3.93($\pm$ 1.8)

pikë dhe CY shënon një vlerë mesatare $1.86(\pm 1.48)$ pikë.

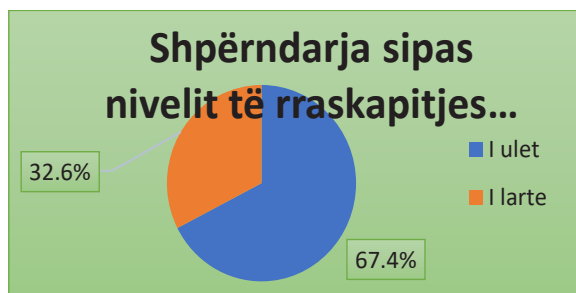
	Mesatare	SD
Pikët e EX	2.76	1.54
Pikët e EF	3.93	1.80
Pikët e CY	1.86	1.48

Tabela nr. 5: Mesataret dhe deviacioni standard i pikëve të grumbulluara për dimensionet e burnout.

		Frekuencë (%)	
Mjedi ku studioni	Dhomë personale	210	81.4%
	Konvikt	18	7%
	Shtëpi me qera	25	9.7%
	Bibliotekë	3	1.2%
	Mjedise të tjera të shtëpisë	2	0.8%
Koha e studimit	Sistematikisht gjatë seminareve	143	55.4%
	2 javë para provimit	71	27.5%
	1 javë para provimit	30	11.6%
	Natën para provimit	14	5.4%
Raporti student-student	Aspak të mira	3	1.2%
	Jo të mira	7	2.7%
	Të mira	144	55.8%
	Shumë të mira	104	40.3%
Raporti student-pedagog	Aspak të mira	2	0.8%
	Jo të mira	5	1.9%
	Të mira	102	39.5%
	Shumë të mira	149	57.8%

Tabela nr. 4: Të dhëna mbi aktivitetin personal dhe raportin interpersonal, të shprehur në frekuencë(%).

Diferencimi i studentëve sipas niveleve të burnoutit akademik (bazuar në 3 dimensionet) u bë përmes kategorizimit të pikëve të grumbulluara nga pyetësi, duke pasur parasysh cut-off-in e vendosur në fillim të studimit. Variablat e sipërpërmendur janë pasqyruar në grafikun nr.1, 2, 3 dhe 4.



Grafiku nr.1: Shpërndarja e studentëve bazuar në nivelin e EX.

Siç evidentohet në grafikun nr.1 rreth 32.6% e studentëve të anketuar, kanë rezultuar me nivel të lartë të rraskapitjes emocionale (EX), ndërsa 67.4% e tyre me nivel të ulët.



Grafiku nr. 2: Shpërndarja e studentëve bazuar në nivelin e CY.

Shumica e studentëve të përfshirë në studim shfaqin nivele të larta të cinizmit, konkretisht 62.8%, ndërsa 37.2% e tyre nivel të ulët të cinizmit.

Gjithashtu edhe nivelet e efikasitetit akademik rezultojnë të ulëta në pjesën më të madhe të studentëve, 53.9% e tyre. Ndërsa 46.1% e tyre shfaqin nivele optimale të efikasitetit. (grafiku nr.3)

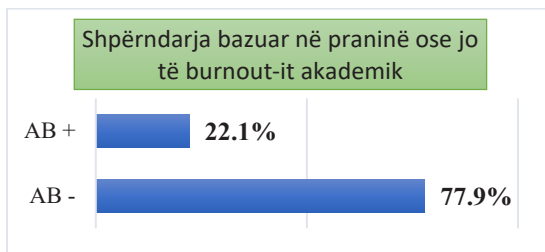


Grafiku nr.3: Shpërndarja e studentëve bazuar në nivelin e EF.

Përmes vlerësimit të 3 dimensioneve të burnout-it, u përcaktua prania ose jo e sindromit tek studentët. U konsideruan me prani të burnout-it akademik studentët që paraqitën vlera të larta në rraskapitjen emocionale (>2 pikë mesatare) dhe cinizëm (>1.24 pikë mesatare) dhe vlera të ulëta në efikasitetin akademik (≤ 4.5 pikë mesatare).[11, 12]

Pas kategorizimit përkatës, burnout-i akademik (AB) rezultoi i pranishëm në 22.1% të studentëve të përfshirë në studim. (grafiku nr.4)

Shumica e studentëve të përfshirë në studim shfaqin nivele të larta të cinizmit, konkretisht 62.8%, ndërsa 37.2% e tyre nivel të ulët të cinizmit.



Grafiku nr.4: Prania e burnout-it akademik (AB) tek studentët

Për të vlerësuar shpërndarjen e të dhënave të sipërpërmendura (EX-rraskapitje emocionale, EF-efikasiteti akademik, CY- cinizmi), u aplikua test

i Kolmogorov-Smirnov (tabela nr.6), i cili dëshmoi një shpërndarje jo-normale të të dhënave.

Pikët e grumbulluar a	Kolmogorov-Smirnov		
	statistika	df	p
EX	0.096	258	0.00005
EF	0.143	258	0.0001
CY	0.156	258	0.00001

Tabela nr.6: Testi Kolmogorov-Smirnov

Bazuar në rezultatet e mësipërme, për të vlerësuar burnout-in akademik sipas karakteristikave të studiara të popullatës, të dhënat ju nënshtuan testeve jo-parametrike Mann-Whitney U dhe Kruskal-Wallis H.

Karakteristika të socio-demografike		Totali i pikëve të EX			Totali i pikëve të EF			Totali i pikëve të CY		
		Mesatare e rangjeve	Z	p	Mesatare e rangjeve	Z	p	Mesatare e rangjeve	Z	p
Gjinia	Femër	131.7	-0.04	0.97	129.6	-1.26	0.21	129.22	-0.16	0.87
	Mashkull	114.0			129.0			131.48		
Vendbanimi	Urbane	130.1	-0.21	0.84	125.0	-1.52	0.13	127.32	-0.74	0.46
	Rurale	128.0			140.6			134.93		
Statusi civil	Beqar/e	131.0	-1.28	0.2	130.1	-0.48	0.63	131.74	-1.95	0.051
	I/e martuar	105.5			120.6			93.17		
Dega e studimit	Inf. e përgjithshme	133.0	-1.68	0.09	127.6	-0.90	0.37	133.1	-1.74	0.08
	Inf.-mami	112.1			138.8			111.5		
Statusi i punësimit	Po	128.0	-0.18	0.85	119.0	-1.26	0.21	141.58	-1.45	0.15
	Jo	130.0			132.8			125.76		

Tabela nr. 7: Rezultatet e testit Mann-Whitney U për krahasimin e grupeve.
EX – Rraskapitje emocionale; EF-Efikasitet akademik; CY-cinizëm

Në tabelën nr.7 janë pasqyruar rezultatet e testit jo-parametrik Mann-Whitney U për vlerësimin e burnout-it sipas gjinisë, vendbanimit, statusit civil, degës së studimit dhe statusit të punësimit. Nga aplikimi i testit Mann-Whitney U nuk evidentohet ndonjë ndryshim statistikisht i rëndësishëm midis kategorive përkatëse për 3 dimensionet e burnout-it; $p > 0.05$. Ndërsa vlerësimi i burnout-it (bazuar në 3 dimensionet) sipas nivelit ekonomik, vitit të studimit, interesit për degën e studimit, mjedisit e kohës së studimit; u realizua përmes testit Kruskal-Wallis H, rezultatet e të cilit janë pasqyruar në

tabelën nr. 8. Duke qënë se raporti i studentëve me pedagogët dhe studentët e tjerë është thujse plotësisht pozitiv, 2 variablat nuk janë përfshirë në analizë. Nga aplikimi i testit, rezultoi se studentët që shfaqin interes të lartë për degën e studimit, kanë nivel më të lartë të efikasitetit akademik, krahasuar me grupet e tjera. Ky ndryshim rezulton sinjifikant me $p = 0.002$ ($p < 0.05$). Gjithashtu studentët të cilët mësojnë sistematikisht gjatë seminareve, shfaqin nivele më të larta të efikasitetit akademik, me $p = 0.01$ ($p < 0.05$). Përsa i përket variablave të tjerë, nuk evidentohet ndonjë ndryshim sinjifikant.

		Totali i pikëve të EX			Totali i pikëve të EF			Totali i pikëve të CY		
		Mesatare	X ²	p	Mesatare	X ²	p	Mesatare	X ²	p
Viti i studiimit	Vit I	127.3	.87	0.65	132.1	0.94	0.63	128.42	0.58	0.75
	Vit II	135.3			127.3			133.45		
	Vit III	120.3			113.9			118.80		
Interesi për degën e studimit	Pa interes	170.5	3.15	0.37	98.5	14.85	0.002*	163.88	7.22	0.06
	I ulët	95.2			69.7			143.08		
	Mesatar	136.1			106.3			148.25		
	I lartë	127.4			140.4			121.64		
Vendi i studimit	Dhomë personale	130.4	4.72	0.32	132.2	3.41	0.49	128.72	2.42	.66
	Konvikt	122.4			119.2			127.83		
	Shtëpi me qera	122.9			122.7			135.18		
	Bibliotekë	205.5			112.8			179.50		
	Mjedise të tjera	71.5			47.5			80.00		
Koha e studimit	Sistematikisht gjatë seminareve	121.8	10.81	0.11	136.9	7.22	0.01*	117.53	16.99	0.06
	2 javë para provimit	153.6			128.5			159.94		
	1 javë para provimit	120.2			117.3			113.10		
	Natën para provimit	106.7			86.6			131.20		

Tabela nr.8: Rezultatet e testit Kruskal-Wallis H për krahasimin e grupeve

*p<0.05- rezultat sinjifikant

4.Diskutimi

Në këtë studim u trajtua sindromi i burnout-it akademik dhe u bë vlerësimi i nivelit të tij (përmes 3 dimensioneve; rraskapitja emocionale, cinizmi, dhe efikasiteti akademik) tek 258 studentë të ‘Fakultetit të Shëndetit’, matja e të cilit u realizua përmes shkallës së burnout-it akademik të Bresos. Pas analizimit dhe kategorizimit të pikëve të grumbulluara përmes 15 pyetjeve të pyetësorit, rezultoi se 32.6% e studentëve shfaqën nivele të larta të rraskapitjes emocionale, 62.8% nivele të larta të cinizmit dhe 53.9% e studentëve shfaqën nivele të ulëta të efikasitetit akademik. Niveli i lartë i cinizmit dhe nivelet e ulëta të efikasitetit akademik, në këtë studim, shihen të jenë më të shprehura tek studentët krahasuar me 2 studime të tjera të ngjashme të aplikuara tek studentët e infermierisë, konkretisht në Etiopi (2021) ku në një kampion prej 151 studentësh 47.9% shënuan nivel të lartë të CY; 59.7% nivel të ulët të EF; dhe në Brazil (2020) ku nga 114 studentë 31.6% shfaqën CY të lartë dhe 21.1% EF të ulët. Ndërsa rraskapitja emocionale rezulton të jetë më e ulët se në studimet e sipërpërmendura, e cila shënon vlerën 61.8% për studimin e parë dhe 76.3% për studimin e dytë. [13, 14] Prevalenca totale e burnout-it akademik tek studentët e Fakultetit të Shëndetit rezulton të jetë 22.1%. Kjo vlerë shihet të jetë e lartë kahasar me studimin e kryer në Brazil

(2020) ku prevalenca e burnout-it është 10.5%. Por krahasuar me studimin e Etiopisë (2021) me 34.0% dhe me një studim të realizuar në Serbi (2015), ku burnout-i akademik arrin vlerën 84.4%, prevalenca e evidentuar tek studentët e qytetit të Vlorës rezulton të jetë e ulët. [13, 14, 15] Pavarësisht rezultateve krahasimore me studimet në shtetet e tjera, niveli i burnout-it akademik cilësohet i konsiderueshëm, duke pasur parasysh edhe rezultatet e arritura specifikisht për 3 dimensionet, të cilët janë tregues të pranisë së ‘simptomave’ që mund të derivojnë në burnout.

Interesi mbi degën e studimit dhe koha e studimit rezultojnë të influencojnë efikasitetin akademik (p<0.05). Nga analizimi i të dhënave të përgjithshme të përfshira në këtë studim, nuk u arrit të evidentoheshin lidhje sinjifikante, për të përcaktuar faktorë të mundshëm të burnout-it, pavarësisht se në shumë studime gjinia, viti i studimit dhe statusi civil, përbëjnë faktorë të rëndësishëm për nxitjen e sindromit të burnout-it. [15, 16, 17, 18]

Duhet pasur parasysh se limitimi i rezultateve të studimit vjen si pasojë e kampionit të vogël të marrë në studim gjë që kufizon diversitetin e tij. Por pavarësisht kësaj, duke qënë se ky është studimi i parë që vlerëson nivelin e burnout-it tek studentët në vendin tonë, mund të shërbejë si referencë për studime të ardhshme, më të zgjeruara të lidhura me

këtë tematikë dhe kryesisht me fokus evidentimin e faktorëve të riskut.

5. Konkluzione

Nga ky studim u konkludua se studentët në 'Fakultetin e Shëndetit', Vlorë shfaqin nivele të konsiderueshme të burnout-it. Bazuar në 3 dimensionet e vlerësuara të këtij fenomeni, evidentohet ndjeshën numri i rasteve që riskohen për t'u prekur nga burnout. Duke pasur parasysh këto gjetje, rekomandohet kryerja e një studimi në nivel më madhor, si dhe krijimi i një sistemi universitar bashkëpunues për të nxitur motivimin dhe reduktuar faktorët e mundshëm të burnout-it.

Biografia

Erlini Kokalla, diplomuar në Master Shkencor në Shëndet Publik në Fakultetin e Mjekësisë Tiranë (2019).



Nis aktivitetin profesional si 'Specialiste e Informacionit, Planifikimit dhe Monitorimit të Shëndetit Publik', pranë DROSHKSH Vlorë (2019-2020) dhe më pas si 'Specialiste e Shëndetit Publik' pranë Shërbimit të Epidemiologjisë, NJVKSH Vlorë (2020-2021). Prej vitit 2021 i është bashkuar stafit akademik të Fakultetit të Shëndetit në Universitetin "Ismail Qemali", Vlorë.

Referenca

1. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav.* 1981; 2:99113
2. Vera Walburg, Burnout among high school students: A literature review. *Children and Youth Services Review* 42 (2014) 28–33
3. Kim B, Jee S, Lee J, An S, Relationships between social support and student burnout: a meta-analytic approach. *Stress Health.* 2018; 34(1):127–134.
4. Bresó E, Salanova M, Schaufeli WB. In search of the 'third dimension' of burnout. *Appl Psychol.* 2007; 56:460–78.
5. Costa ALS. Stress in nursing students: construction of determining factors. *REME Rev Min Enferm.* 2007; 11:414–

419

6. Stevenson, Danica, *Academic burnout in nursing school.* *Nursing* 52(3):p 60-61, March 2022. DOI: 10.1097/01.NURSE.0000820056.95100.26
7. Cordes, C. L., & Dougherty, T. W. (1993). A review and an integration of research on job burnout. *Academy of management review*, 18(4), 621-656
8. Rudman A, Gustavsson JP. Burnout during nursing education predicts lower occupational preparedness and future clinical performance: a longitudinal study. *Int. J. Nurs. Stud.* 2012;49:988–1001.
9. Yaghoobi, A., Mokhtaran, M., & Mohammadzadeh, S. (2017). Predicting Academic Burnout (Exhaustion) based on Cognitive Styles and Psychological Resilience. *Iranian Evolutionary Educational Psychology Journal*, 1, 1, 7-13.
10. Mohsen Khosravi, Burnout among Iranian medical students: Prevalence and its relationship to personality dimensions and physical activity *Eur J Transl Myol* 2021; 31 (1): 9411. doi: 10.4081/ejtm.2021.941
11. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav.* 1981;2(2):99–113.
12. Schaufeli WB, Martinez IM, Pinto AM, Salanova M, Bakker AB. Burnout and engagement in university students: a cross-national study. *J. Cross Cult. Psychol.* 2002;33(5):464–481
13. Yohannes Gebreegziabhere Haile, 1 Amanuel Lemma Senkute, 2 et al. (2019) Prevalence and associated factors of burnout among Debre Berhan University medical students: a cross-sectional study, *BCM Medical Education.* 19: 413.
14. Maria José Quina Galdino, 1 Laio Preslis Brando Matos de Almeida, 2 et al (2020) Burnout among nursing students: a mixed method study *Invest Educ Enferm.* doi: 10.17533/udea.iee.v38n1e0
15. Sreten Vičentić, Milan Latas, Jasmina Bariš (2015) Burnout in medical students in Serbia: Preclinical and clinical differences. *Engrami vol. 37 januar-mart 2015. br. 1*
16. Ann Rudman 1, J Petter Gustavsson (2012) Burnout during nursing education predicts lower occupational preparedness and future clinical performance: a longitudinal study *Int J Nurs Stud* 2012 Aug; 49 (8): 988-1001. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.03.010.
17. Mohsen Khosravi (2021) Burnout among Iranian medical students: Prevalence and its relationship to personality dimensions and physical activity *Eur J Transl Myol* doi: 10.4081/ejtm.2021.9411
18. Zheng Liul, Yujin Xie2, Zhuhong Sun et al. (2023) Factors associated with academic burnout and its prevalence among university students: a cross-sectional study. *BMC Medical Education* 23:317
19. Eunhee Hwang, Jeonghyun Kim (2022) Factors affecting academic burnout of nursing students according to clinical practice experience *BMC Medical Education* 22: 346. doi: 10.1186/s12909-022-03422-7

Diagnostika imazherike e tumoreve malinje të traktit biliar

Elona Dybeli ¹, Armela Kapaj ¹, Albana Sula ¹, Rajmonda Hida ¹,

Klara Hysenaj ¹, Behije Gollobërda ¹

¹ Fakulteti i Shkencave Mjekësore Teknike, Universiteti i Elbasanit, “Aleksandër Xhuvani”, Elbasan
elona.dybeli@uniel.edu.al

Hyrje

Kanceri i traktit biliar përbën afërsisht 3% të të gjitha sëmundjeve malinje gastrointestinale dhe është kanceri hepatobiliar më i zakonshëm pas karcinomës hepatocelulare, me një shkallë vdekshmërie shumë të lartë. Prognoza e tij është e dobët për shkak të sjelljes agresive biologjike të tumorit, paraqitjes së vonë, pozicionit të komplikuar anatomik dhe fazës së avancuar në diagnozë.

Objektivat: Rishikimi i literaturës është një mjet efikas i cili na ndihmon në vlerësimin e situatës aktuale në lidhje me protokollat diagnostike që aplikohen për vlerësimin e këtyre patologjive dhe epërsinë e teknikës së MRCP në vendosjen e një diagnoze të saktë preoperative si dhe zëvendësimin e ERCP.

Metoda: Është realizuar një rishikim i kujdesshëm i literaturës në Pubmed, Elsevier Journal, Radiopaedia, ResearchGate, National Cancer Institute duke përdorur si fjalë kyçe: MRCP, kancer biliar, diagnozë, protokoll imazherik, lëng ananasi duke marrë në konsideratë vetëm artikujt të cilët i përshtaten qëllimit të studimit tonë.

Konkluzion: Tumoret në faza të hershme zakonisht zbulohen rastësisht gjatë ekzaminimeve imazherike ose në koleciştektomisë së kryer për një indikacion tjetër. Tumoret e avancuara janë shpesh infiltrative dhe mund të shkaktojnë konfuzion në CT

dhe MRI për shkak të përmasave të tyre të mëdha. Ndërkohë që të dyja modalitetet diagnostike CT dhe MRI / MRCP janë efektive, MRI/ MRCP siguron karakterizim superior të indeve të buta të kolecištës dhe të pemës biliare dhe është një mjet diagnostik i dobishëm për diagnostikimin, stadifikimin dhe vlerësimin e përgjigjes ndaj trajtimit. Gjithashtu vlen të theksohet se MRCP është duke zëvendësuar ERCP në mënyrë progresive, për shkak të avantazheve që ajo ka. Përdorimi i lëngut të ananasit si lëndë kontrasti negative orale rrit cilësinë diagnostike, duke reduktuar efektet anësore të lëndëve farmaceutike të kontrastit.

Fjalë kyçe: diagnozë, kancer biliar, lëng ananasi, MRCP, protokoll imazherik

Hyrje

Format e kancerit biliar janë sëmundje malinje shumë fatale me një shkallë mbijetese 5-vjeçare prej 17.6%. Kanceri i kolecištës është një sëmundje malinje e rrallë, por që përfaqëson pothuajse 50% të të gjithë tumoreve malinje të traktit biliar (Siegel et.al 2017). Prognoza e kancerit të kolecištës është e dobët për shkak të sjelljes agresive biologjike të tumorit, paraqitjes së vonë, pozicionit të komplikuar anatomik dhe fazës së avancuar në diagnozë. Tumoret në faza të hershme zakonisht zbulohen rastësisht gjatë ekzaminimeve imazherike ose në

kolecistektominë e kryer për një indikacion tjetër (Mukamalla et.al 2023).

Tumoret e avancuara janë shpesh infiltrative dhe mund të shkaktojnë konfuzion në CT dhe MRI për shkak të përmasave të tyre të mëdha. Ndërkohe që të dyja modalitetet diagnostike CT dhe MRI janë efektive, MRI siguron karakterizim superior të indeve të buta të kolecistës dhe të pemës biliare dhe është një mjet diagnostik i dobishëm për diagnostikimin, stadifikimin dhe vlerësimin e përgjigjes ndaj trajtimit (Camila et.al 2020).

Sëmundja lokale e avancuar dhe metastatike trajtohet zakonisht me kimioterapi paliative. Anasjelltas, faza e hershme është potencialisht kurative me rezeksion kirurgjik të pasuar nga terapi ndihmëse (Mukamalla et. al 2022).

Përafërsisht 80-95 % e tumoreve malinje të kolecistës janë adenokarcinoma, ndërsa vetëm një pjesë e vogël janë karcinoma me qeliza skuamoze (Song HW et.al 2015).

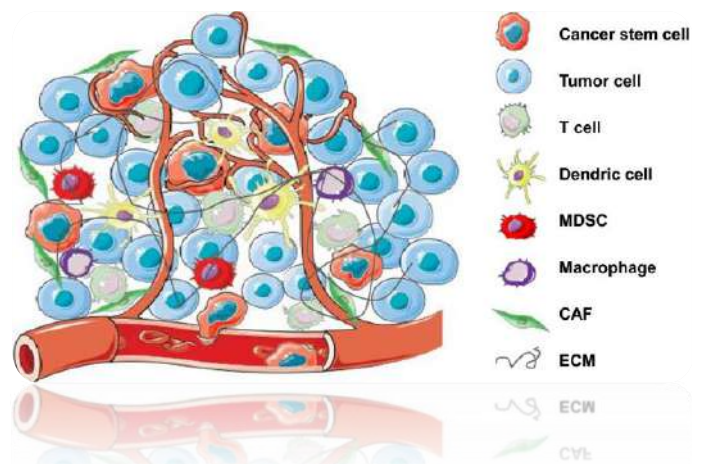
Qëllimi

Qëllimi i këtij studimi është rishikimi dhe identifikimi i protokolleve të reja diagnostikuese të cilat aplikohen në vënde të ndryshme; efikasiteti dhe avantazhet e zbatimit të tyre. Duke qenë se siç u përmend dhe më sipër, kanceri i kolecistës evidentohet në fazë të vonë ose rastësisht në imazhet rutinë të abdomenit ose në rastet e patologjive bashkëshoqëruese, do të ishte mirë që në të gjitha këto raste ti kushtohet kujdes i shtuar vlerësimit të kolecistës dhe rrugëve biliare, sidomos te personat me risk të lartë për të përjashtuar mundësinë e pranisë së tumoreve.

Ekzistojnë disa skenarë lidhur me paraqitjen e pacientëve te mjeku specialist kirurg ose gastrohepatolog: 1-dyshim para operacionit për malinjitet, 2- malinjitet të zbuluar gjatë kolecistektomisë së realizuar për një shkak të suspikuar benign, 3-malinjiteti i diagnostikuar rastësisht në ekzaminimin patologjik pas kolecistektomisë së thjeshtë, 4-malinjitet i zbuluar në vlerësimin e dhimbjes së lokalizuar në kuadrantin superior të djathtë dhe e fundit 5- malinjitet i evidentuar si një gjetje rastësore në ekzaminimet diagnostike imazherike të realizuara për shkaqe të tjera.

Modalitetet diagnostike të tumoreve të traktit biliar

Sëmundja në fazën e hershme zakonisht shihet vetëm kur zbulohet rastësisht në kohën e kolecistektomisë ose në vlerësimin patologjik të mostrës së kolecistës. Karcinoma e identifikuar rastësisht përbën më pak se 1% të mostrave të kolecistektomisë. Fatkeqësisht, shumica e rasteve të karcinomës të kolecistës (75%) diagnostikohen kur sëmundja nuk është më e rezekueshme (G. Miller et.al 2008). Përveç vlerësimit klinik për vendosjen e diagnozës së kancerit të kolecistës përdoren dhe testet e mëposhtme: biopsia, kolangiopankreatografia endoskopia retrograde (ERCP), kolangiografia perkutane, laparoscopia, testet laboratorike, tomografia e kompjuterizuar (CT), rezonanca magnetike (RM), ekografia, tomografia me emetim të pozitronëve (PET). Ekografia është shpesh modaliteti i parë imazherik për vlerësimin e patologjive të kolecistës, me sensitivitet prej 85% dhe saktësi të përgjithshme prej 80% në diagnostikimin e kancerit të kolecistës në sëmundje të avancuara lokale (Hawkins et.al 2004).



Ekografia mund të përshkruajë një dëmtim fokal intraluminal, të paretit ose një lezion të madh masiv që zëvendëson kolecistën. Tumori zakonisht ka konture të çrregullta dhe ndonjëherë jo të mirëpërcaktuara, me ekostrukturë heterogjene dhe ekogenicitet kryesisht të ulët. Brenda masës mund të shihen zona hiperekogene me hije akustike posteriore, duke reflektuar ndoshta kalkulat e kolecistës ose kalcifikimet e murit të saj (kolecista

prej porcelani) (Radswiki et.al 2023).

Ekografia përmes Color Doppler mund të ndihmojë në diagnostikimin, pasi sëmundjet malinje shoqërohen me qarkullim më të lartë të gjakut brënda lezionit.

CT dhe MRI janë përgjithësisht të nevojshme për të vlerësuar shtrirjen lokale, sëmundjen nodale dhe sëmundjen metastatike. CT multidetektor është aktualisht gjerësisht i disponueshëm dhe ka raportuar saktësi deri në 84% në përcaktimin e fazës T (shtrirje lokale) të karcinomës së koleciistës (Kim et.al 2008).

Tomografia e kompjuterizuar (CT) ka një saktësi rreth 85% në parashikimin e rezekueshmërisë, me përshkrim të saktë të infiltrimit të drejtpërdrejtë hepatic ose vaskular, limfadenopatisë dhe metastazave të largëta (Camila et.al 2020).

Në rastet kur ekziston dyshimi i fortë për kancer të koleciistës ose sëmundje të traktit biliar, mund të merren faza arteriale (në 20 deri në 30 sekonda) dhe faza venoze (50 deri në 60 sekonda). Kur ka një gjetje rastësore të kancerit të koleciistës dhe nuk ka dyshim për kancer të traktit biliar, kërkohet vetëm faza venoze. Është shumë i rëndësishëm përcaktimi i suspektit klinik-diagnostik, pasi në varësi të gjykimit bëhet dhe protokoli i duhur, i cili përshtatet në varësi të gjykimit të mjekut radiolog ose teknikut të imazherisë, në mënyrë që të reduktohet rrezatimi i panevojshëm i pacientit. Në skanimin e thjeshtë CT pa kontrast intravenoz, kanceri i koleciistës është zakonisht hipodens, me përforcim periferik të çrregullt në fazën arteriale (Prasad et.al 2021).

PET/CT mund të jetë i dobishëm për të vlerësuar lezionet primare, për të zbuluar metastazat okulte dhe për të identifikuar tumorin rezidual në cungun e koleciistës pas diagnozës incidentale të karcinomës pas koleciistektomisë. Rezonanca magnetike ka sensitivitet më të lartë se CT për zbulimin e infiltrimit të drejtpërdrejtë hepatic me ndjeshmëri të raportuar prej 87.5%-100% , 92% për zbulimin e metastazave nodale dhe 69% për zbulimin e obstruksionit biliar. Në 11% të pacientëve, mund të nënvlerësojë thellësinë e infiltrimit (Catalano et.al 2008).

Edhe pse rezonanca magnetike mbeten një teknikë relativisht e re ajo vazhdon të ketë një rol tepër të rëndësishëm në vlerësimin e shumë patologjive të

traktit biliar, duke shërbyer si një alternativë jo-invasive ndaj ERCP (Sugita R. Et.al 2013). Në të gjitha protokollet e rekomanduara kërkohet që pacienti të jetë esëll prej së paku 4 orësh, në mënyrë të tillë që të reduktojë sekretimin e lëngjeve nga stomaku e duodeni dhe të reduktojë peristaltikën e ansave. (Griffin et.al 2012).

Sekuencat bazë të një protokolli standart janë: T2-weighted HASTE- me mbajtje të frymës; 3D T2-weighted FSE me trigger respirator dhe T2 weighted HASTE Fat-sat me mbajtje të frymës. Këto imazhe të përfutuara mund të plotësohen me injektim intravenoz të lëndës së kontrastit paramagnetike ose me lëndë kontrasti orale negative (me përmbajtje mangani ose gadolinium) (Mudgal P 2023).

Sipas rezultateve të arrira nga (Ringe et.al 2014) për vlerësimin dhe vizualizimin e duktuseve biliare intra dhe ekstrahepatike preferohen imazhe të rikonstruktura në planin koronal.

MRI dinamike konsiderohet e dobishme dhe e besueshme në stadifikimin e karcinomës së avancuar të koleciistës. MRI e kombinuar me MRCP është e ndjeshme në zbulimin e ikterit obstruktiv dhe infiltrimit hepatic, si dhe metastazave hepatiche dhe nodujve limfatikë. Mund të jetë më e vështirë për të përcaktuar infiltrimin në duoden. Normat e raportuara të sensitivitetit për infiltrimin e drejtpërdrejtë hepatic dhe të nyjeve limfatike në MRI mund të jenë përkatësisht deri në 100% dhe 92% (Schwartz et.al 2022).

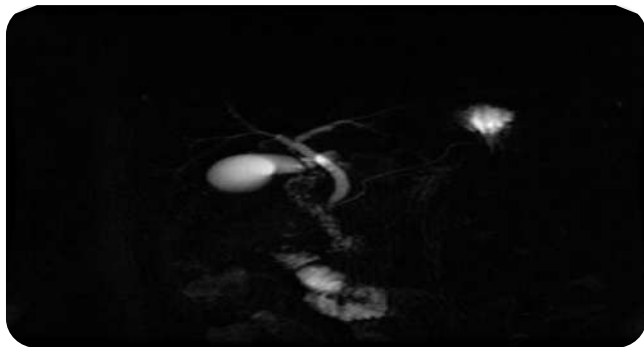
Efikasitetit i lëngut të ananasit në vlerësimin e traktit biliar përmes MRCP

Cilësia e imazheve të përfutuara përmes MRCP përgjithësisht është e lartë, por pavarësisht këtij fakti shpesh herë degradohet nga sinjali i lartë i traktit gastrointestinal, gjë e cila bën të mundur përdorimin e lëndëve të kontrastit negativ oral ose intravenoz për të rritur cilësinë diagnostike.

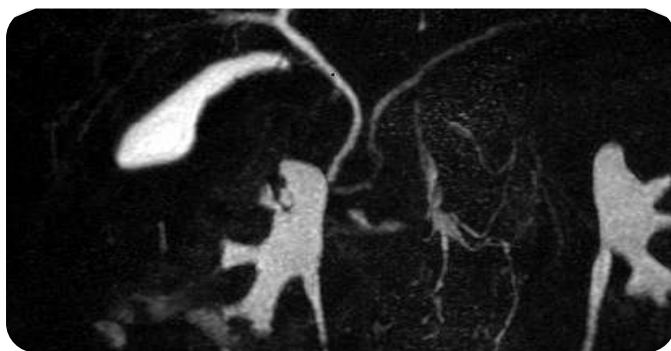
Aktualisht janë 10 studime të ngjashme të cilat studiojnë efikasitetin e lëngut të ananasit si lëndë kontrasti orale negative nga viti 2004 deri në vitin 2022. Sipas studimit të parë të publikuar nga (Riordan et.al 2004) është arritur në konkluzionin se lëngu i ananasit shkurton kohën e relaksimit të T2 si dhe ul intensitetin e sinjalit në të njëjtën mënyrë si

lëndët negative të kontrastit oral (ferumoxsil).

Sipas (Mark E et.al 2014) përdorimi i lëngjeve të frutave të tilla si ananasi dhe boronica mund të rrisin cilësinë diagnostike të ekzaminimit përmes MRCP pa rritur kostën dhe duke ulur toksicitetin e lëndëve farmakologjike të kontrastit, sidomos në pacientët pediatrikë.



a)



b)

Fig. MRCP e marrë pa (a) dhe me (b) lëndë kontrasti oral negativ (ananasi).

Pa lëndë kontrasti (a), sinjalet me intensitet të lartë në stomak dhe duodenum shkaktojnë mbivendosje të sistemit duktal dhe atij biliar të pankreasit, të cilat reduktohen në MRCP me lëndë kontrasti natyral negativ (ananasi) (b).

Në një studim tjetër të realizuar nga (Coppens E et.al 2005), u vlerësua markimi i lëngut të ananasit me gadolinium për os, respektivisht 180 ml lëng ananasi me 1 ml Gd-DOTA. Të gjithë pacientët e gëlltitën lehtësisht përzierjen pa referuar shije të keqe, duke arritur në konkluzionin se kjo përzierje ishte efikase dhe ekonomike për vlerësim më të detajuar të traktit biliar në MRCP.

Konkluzion: Tumoret në faza të hershme

zakonisht zbulohen rastësisht gjatë ekzaminimeve imazherike ose në kolecistektominë e kryer për një indikacion tjetër. Tumoret e avancuara janë shpesh infiltrative dhe mund të shkaktojnë konfuzion në CT dhe MRI për shkak të përmasave të tyre të mëdha. Ndërkohe që të dyja modalitet diagnostike CT dhe MRI / MRCP janë efektive, MRI/ MRCP siguron karakterizim superior të indeve të buta të kolecistës dhe të pemës biliare dhe është një mjet diagnostik i dobishëm për diagnostikimin, stadifikimin dhe vlerësimin e përgjigjes ndaj trajtimit. Gjithashtu vlen të theksohet se MRCP është duke zëvendësuar ERCP në mënyrë progresive, për shkak të avantazheve që ajo ka. Përdorimi i lëngut të ananasit si lëndë kontrasti negative orale rrit cilësinë diagnostike duke reduktuar efektet anësore të lëndëve farmaceutike të kontrastit.

Biografia

Elona Dybeli është diplomuar pranë Universitetit të Mjekësisë Tiranë në Imazheri dhe aktualisht është duke ndjekur studimet doktorale pranë Universitetit Aleksandër Xhuvani.



Ajo është pedagoge në Universitetin e Elbasanit “Aleksandër Xhuvani” si dhe në Universitetin Aldent. Gjithashtu është anëtare e komitetit shkencor pranë Shoqatës Europiane të Shoqatave të Teknikëve të Imazherisë (EFRS).

Referenca

1. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer Statistics, 2017. *CA Cancer J Clin*. 2017 Jan;67(1):7-30.
2. Mukkamalla SKR, Kashyap S, Recio-Boiles A, et al. Gallbladder Cancer. [Updated 2022 Jul 10]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-.
3. G. Miller, W.R. Jarnagin, Gallbladder carcinoma, *European Journal of Surgical Oncology (EJSO)*, Volume 34, Issue 3, 2008, <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0748798307005173#preview-section-cited-by>
4. Camila Lopes Vendrami, Michael J. Magnetta, Pardeep K. Mittal, Courtney C. Moreno, Frank H. Miller , <https://pubs.rsna.org/doi/full/10.1148/rg.2021200087#>, *Gallbladder*

Carcinoma and Its Differential Diagnosis at MRI: What Radiologists Should Know, 2020

5. Mukkamalla SKR, Kashyap S, Recio-Boiles A, et al. Gallbladder Cancer. [Updated 2023 Jan 15]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK442002/>

6. Song HW, Chen C, Shen HX, Ma L, Zhao YL, Zhang GJ, Geng ZM, Wang L. Squamous/adenosquamous carcinoma of the gallbladder: Analysis of 34 cases and comparison of clinicopathologic features and surgical outcomes with adenocarcinoma. *J Surg Oncol*. 2015 Nov;112 (6):677-80. doi: 10.1002/jso.24065. Epub 2015 Oct 13. PMID: 26458491.

7. Miller G, Jarnagin WR. Gallbladder carcinoma. *Eur J Surg Oncol* 2008;34(3):306-312.

8. Hawkins WG, DeMatteo RP, Jarnagin WR, Ben-Porat L, Blumgart LH, Fong Y. Jaundice predicts advanced disease and early mortality in patients with gallbladder cancer. *Ann Surg Oncol* 2004;11(3):310-315.

9. Radswiki T, Niknejad M, Rasuli B, et al. Gallbladder carcinoma. Reference article, Radiopaedia.org (Accessed on 05 Mar 2023) <https://doi.org/10.53347/rID-12407>

10. Kim SJ, Lee JM, Lee JY, et al. Accuracy of preoperative T-staging of gallbladder carcinoma using MDCT. *AJR Am J Roentgenol* 2008;190 (1):74-80.

11. Prasad N & Sen S. Gall Bladder Carcinoma: The Facts and the Mimics. *Egypt J Radiol Nucl Med*. 2021;52 (1):1-9. doi:10.1186/s43055-020-00386-w

12. Catalano OA, Sahani DV, Kalva SP, et al. MR imaging of the gallbladder: a pictorial essay. *RadioGraphics* 2008;28 (1):135-155; quiz 324

13. Sugita R. Magnetic resonance evaluations of biliary malignancy and condition at high-risk for biliary malignancy: Current status. *World J Hepatol*. 2013 Dec 27;5(12):654-65. doi: 10.4254/wjh.v5.i12.654. PMID: 24432183; PMCID: PMC3888665.

14. Schwartz L, Black J, Fong Y et al. Gallbladder Carcinoma: Findings at MR Imaging with MR Cholangiopancreatography. *J Comput Assist Tomogr*. 2002;26 (3):405-10. doi:10.1097/00004728-200205000-00015 - Pubmed

15. Mohabir S, Pitcher RD, Perumal R, Goodier MDM. The efficacy of pineapple juice as a negative oral contrast agent in magnetic resonance cholangiopancreatography. *SA J Radiol*. 2020 Jul 29;24 (1):1875. doi: 10.4102/sajr.v24i1.1875. PMID: 32832119; PMCID: PMC7433279.

16. Riordan RD, Khonsari M, Jeffries J, Maskell GF, Cook PG. Pineapple juice as a negative oral contrast agent in magnetic resonance cholangiopancreatography: a preliminary evaluation. *Br J Radiol*. 2004 Dec;77(924):991-9. doi: 10.1259/bjr/36674326. PMID: 15569640.

17. Griffin N, Charles-Edwards G, Grant LA. Magnetic

resonance cholangiopancreatography: the ABC of MRCP. *Insights Imaging*. 2012 Feb;3(1):11-21. doi: 10.1007/s13244-011-0129-9. Epub 2011 Sep 28. PMID: 22695995; PMCID: PMC3292642.

18. Ringe KI, Hartung D, von Falck C, Wacker F, Raatschen HJ. 3D-MRCP for evaluation of intra- and extrahepatic bile ducts: comparison of different acquisition and reconstruction planes. *BMC Med Imaging*. 2014 May 19;14:16. doi: 10.1186/1471-2342-14-16. PMID: 24885665; PMCID: PMC4037750.

19. Mudgal P, Chieng R, Murphy A, et al. Magnetic resonance cholangiopancreatography (MRCP). Reference article, Radiopaedia.org (Accessed on 02 May 2023) <https://doi.org/10.53347/rID-32557>

20. Bittman ME, Callahan MJ. The effective use of acai juice, blueberry juice and pineapple juice as negative contrast agents for magnetic resonance cholangiopancreatography in children. *Pediatr Radiol*. 2014 Jul;44(7):883-7. doi: 10.1007/s00247-014-2884-5. Epub 2014 Feb 27. PMID: 24573534.

21. Coppens E, Metens T, Winant C, Matos C. Pineapple juice labeled with gadolinium: a convenient oral contrast for magnetic resonance cholangiopancreatography. *Eur Radiol*. 2005 Oct;15(10):2122-9. doi: 10.1007/s00330-005-2835-5. Epub 2005 Jul 6. PMID: 15999215.

Incidentet biologjike dhe përdorimi i masave të biosigurisë në studentët e infermierisë

Entela Drizaj¹, Elona Zhiva¹, Jonida Drizaj¹, Ilda Taka¹, Albana Sula¹

Fakulteti i Shkencave Mjekësore Teknike, Universiteti i Elbasanit “Aleksandër Xhuvani”

Abstrakt

Në vitet e fundit profesionistët e kujdesit shëndetësor dhe studentët e infermierisë janë vazhdimisht të ekspozuar ndaj rrezikut biologjik në praktikën e tyre klinike. Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSH) vlerëson se rreth 3 milionë individ në mesin e 35 milionë punonjësve të shëndetësisë në mbarë botën janë të ekspozuar në mënyrë perkutane ndaj agjentëve patogjene që shkaktohen cdo vit nga gjaku i infektuar.

Qëllimi: Identifikimi i incidenteve të ndodhura si pasojë e ekspozimit ndaj agjentëve biologjik gjatë praktikave spitalore si dhe përdorimi i masave të biosigurisë për të parandaluar dëmtimet e mundshme.

Metodologjia: Studimi është i tipit cross-sectional i realizuar në periudhën shkurt-mars 2022, në Fakultetin e Shkencave Mjekësore Teknike, Elbasan. Mbledhja e të dhënave u realizua nëpërmjet një pyetëso online të vetëadministruar, të përshtatur nga literatura ndërkombëtare. Mostra përfshinte studentët e programit të studimit Bachelor dhe Master. Pyetësoi përbëhej nga 3 sesione (të dhënat demografike, incidentet lidhur me rrezikun biologjik si dhe praktikën, masat e sigurisë).

Rezultatet: Një total prej 306 studentësh iu përgjigjën pyetësorit online nga të cilët 258(84.3%) ishin femra dhe 48(15.7) meshkuj. Moshë mesatare e studentëve pjesëmarrës ishte 20 ± 2 vjeç. 182 (59.5%) rašte kishin pësuar lëndimeve biologjike, ku në 46% të studentëve lëndimi ka ndodhur në praktikën e vitit të parë. 47.8 % e studentëve kanë pësuar lëndim si pasojë e shpimit me gjilpërë, ku gjilpëra ka qënë sterile. Reparti në të cilin kanë ndodhur numri më i madhë i aksidenteve biologjike rezultojnë që të jetë infektiv me 53.9 % të rašteve. 30.7% e studentëve kanë qënë të paisur me masa mbrojtëse gjatë aksidentit biologjik dhe 60.1% e kanë kryer profilaksinë.

Konkluzione: Numri më i lartë i lëndimeve biologjike është raportuar në praktikën e vitit të parë e lidhur kjo me mungesën së përvojës dhe mospërdorimit të paisjeve personale mbrojtëse gjatë manipulimeve në ambjentet spitalore. Ky studim paraqet nevojën e trajnimeve specifike lidhur me përdorimin dhe asgjësimin e gjilpërave dhe instrumenteve të tjera të mprehta si dhe rëndësinë e përdorimit të paisjeve personale mbrojtëse gjatë manipulimeve.

Fjalë kyçe : infermier, njohuri, praktik, rrezik biologjik, student.

Hyrje

Infermierët janë grupi më i madh i punonjësve të kujdesit shëndetësor që përfshijnë një shkallë më të lartë të ekspozimit ndaj rreziqeve në vendin e punës për shkak të ndërhyrjeve infermiore me pranë pacientit(1). Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSh) vlerëson se rreth tre milionë njerëz në mesin e 35 milionë punonjësve të kujdesit shëndetësorë në mbarë botën janë të ekspozuar çdo vit në mënyrë perkutane ndaj patogjenëve të transmetuar nëpërmjet gjakut të infektuar, dy milionë ndaj virusit të hepatitit B (HBV), rreth 900.000 ndaj virusit të hepatitit C (HCV) dhe 170.000 nga HIV (2). Disa studime të kryera vitet e fundit në universitetet italiane konfirmuan përfshirjen veçanërisht të studentëve të infermierisë në aksidentet biologjike (3,4) të cilët realizojnë praktikën në një mjedis klinik të panjohur dhe kompleks, që i ekspozon ndaj rreziqeve të shumta(5) gjatë viteve të tyre të formimit. Mungesa e përvojës dhe niveli i lartë i stresit (6,7) janë të lidhura me pasiguritë e vazhdueshme në këtë mjedis. Në veçanti, studentët përfaqësojnë një kategori në rrezik për shkak të mungesës së eksperiencës dhe aftësive të fituara teknike (8). Për këtë arsye, studimi i nivelit të njohurive dhe perceptimit të rrezikut biologjik tek studentët është i nevojshëm për të analizuar lidhjen midis njohurive dhe probabilitetit për të pësuar një aksident gjatë praktikës profesionale. Cordeiro (2002) zbuloi se kampioni me një nivel të ulët të perceptimit të rrezikut kishin mundësi më të madhe për të qenë viktimë e lëndimeve (9). Vieytes S et al., në një rishikim literature mbi “Njohuritë lidhur me aksidentet biologjike në studentët dhe punonjësit e kujdesit shëndetësor” raporton se ka një mungesë të madhe njohurish dhe neglizhence të tepruar nga ana e studentëve lidhur me përdorimin e duhur të pajisjeve personale mbrojtëse si dhe raportimin në momentin e ekspozimit ndaj një aksidenti biologjik(10). Në një studim të kryer nga Universiteti i Milanos u vu re se studentët e infermierisë nuk i përdornin mjaftueshëm masat mbrojtëse, e lidhur kjo me mungesën e përvojës, mungesën e aftësive manuale si dhe nivelin e ulët të perceptimit të rrezikut (11). Në studimin e Universitetit të Ferrarës, në një vlerësim

të njohurive, perceptimit të studentëve lidhur me rreziqet profesionale dhe rëndësinë e përdorimit të PPE, u evidentua se studentët i konsiderrnin këto masa kryesisht për qëllime të mbrojtjes individuale dhe jo për parandalimin e infeksioneve spitalore(12). Stefanati et.al, në një studimin 10 vjeçar në infermier dhe studentë raportoj 909 aksidente biologjike (81.18% në infermier dhe 18.82% në studentë), ku 83.72% e rasteve kishin pasur kontakt me gjakun (13). Trajnimi për sigurinë duhet të fillojë herët në kurrikulën mësimore me kurse teorike dhe praktike si dhe përfshirjen e sesioneve të ndërgjegjësimi. (14,15). Siguria dhe biosiguria në vendin e punës duhet të integrohen dhe të modelohen në kurse universitare dhe pasuniversitare me qëllim krijimin e një kulture të të qartë sigurie (16). Në mënyrë ideale, shoqatat profesionale të biosigurisë duke bashkëpunuar me institutet dhe universitetet do të hartonin dhe ofronin module formale të biosigurisë për të kaluar nga trajnimi pasiv në mësimin aktiv për gjeneratën e ardhshme të infermierëve të cilët pasi të zbatonin kurrikulën e biosigurisë të paiseshin me një diplomë të nivelit kombëtar dhe ndërkombëtar. Kjo qasje do ti ndihmonte këta profesionistë që praktikant më të mira të sigurisë të bëheshin pjesë e rutinës së tyre të punës (17).

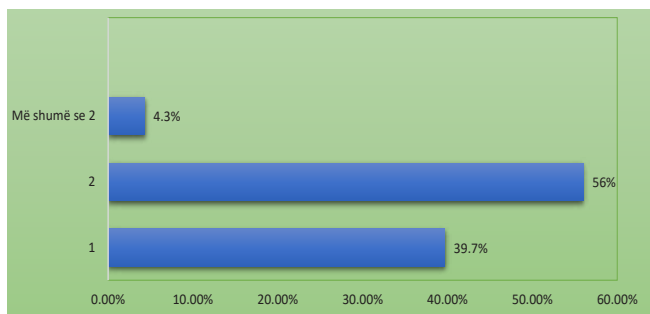
Metodologjia

Studimi është i tipit cross-seccional, deskriptivo-analitik i kryer në periudhën Shkurt-Mars 2022, në Fakultetin e Shkencave Mjekësore Teknike, Elbasan. Për mbledhjen e të dhënave u përdor një pyetësor elektronik i vetëadministruar dhe anonim, që ishte i disponueshëm në platëformën Google Docs nga data 27 Shkurt-27 Mars 2022. Pyetësi u validua në një grup prej 30 studentësh dhe pasi u konsiderua i vlefshëm, u shpërnda nëpërmjet Google Form në një grup prej 600 studentësh, ku vetëm 306 prej tyre e plotësuan. Pyetësi përbëhej nga 3 sesione (të dhënat demografike, incidentet lidhur me rrezikun biologjik si dhe praktikant dhe masat e sigurisë). Kampioni duhet të plotësonte kriterin kryesor të përfshirjes në praktikën spitalore. Pjesëmarrja në plotësimin e pyetësit ishte vullnetare, ku studentët mundeshin të plotësonin pyetësin duke përdorur në të njëjtën kohë pajisjet personale si celular ashtu edhe

kompjuter. Studentët u informuan se pjesëmarrja në këtë hulumtim nuk do të kishte ndikim në notën e tyre dhe se të dhënat e mara nga pyetësi do të mbeteshin konfidenciale.

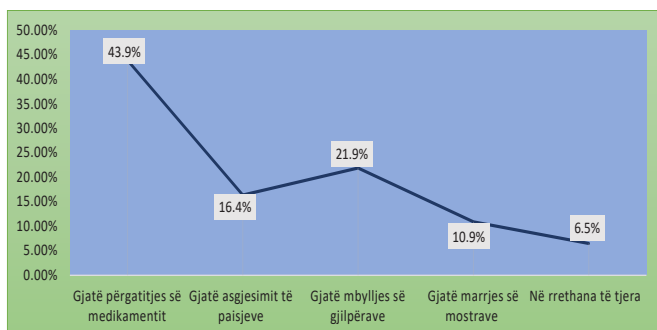
Rezultate:

Bazuar në rezultatet e studimit 258 (84.3%) ishin femra dhe 48 (15.7 %) ishin meshkuj. Një numer prej 154 studentësh i përkisnin grupmoshës 18-20 vjeç, 132 studentë i përkisnin grupmoshës 20-23 vjeç, 5 grupmoshës 23-25 vjeç, 15 i përkisnin grupmoshës mbi 25 vjeç. Studentët e programit Bachelor “Infermieri e Përgjithshme “viti i parë përbënin numrin më të lartë të pjesëmarrësve me 32.7 %.



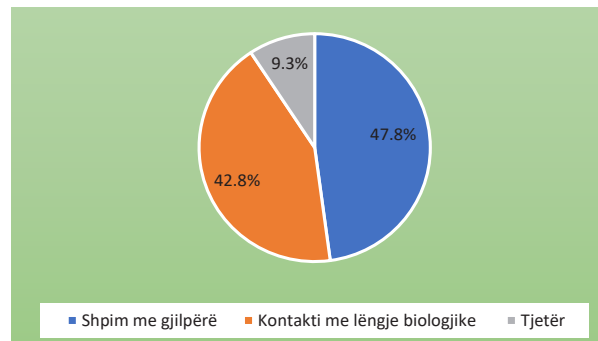
Grafiku 1. Frekuenca e lëndimeve biologjike

Lidhur me lëndimet biologjike, 59.5% e studentëve kishin pësuar lëndime biologjike gjatë praktikës profesionale ku 56% referuan 2 lëndim, 39.7 % 1 lëndim biologjik dhe 4.3% më shumë se dy lëndime biologjike. Në 46 % të rasteve lëndimi biologjik ka ndodhur në praktikën e vitit të parë e lidhur kjo me mungesën e përvojës dhe nivelin e ulët të njohurive krahasuar me studentët e viteve të tjera. 40% e lëndimeve kanë ndodhur në praktikën e vitit të dytë dhe 14% kanë ndodhur në praktikën e vitit të tretë .



Grafiku 2. Rrethanat në të cilat ka ndodhur lëndimi biologjik

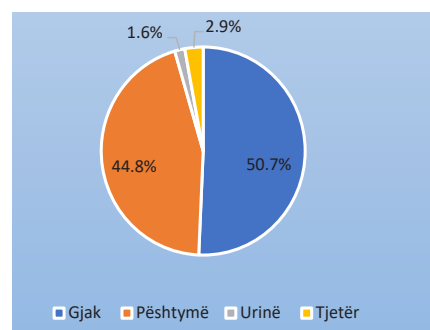
Në lidhje me rrethanat në të cilat ka ndodhur lëndimi biologjik është konstatuar se në 43.9 % të rasteve ka ndodhur gjatë përgatitjes së medikamentit, 21.9 % të rasteve gjatë mbylljes së gjilpërave, 16.4% gjatë asgjësimit të paisjeve të përdorura, 10.9% gjatë marrjes së mostrave dhe në 6.5 % në rrethana të tjera.



Grafiku 3. Burimi i lëndimit

Në 47.8% të rasteve burimi i lëndimit ka qënë shpimi me gjilpërë , 42,8 % kontakti me lëngjet biologjike dhe në 9.3 % ka ndodhur në rrethana të tjera.

Pyetje	Përgjigje	Numri	%
Gjatë aksidenti biologjik keni qënë të pajisur me masa mbrojtëse?	Po	56	30.7%
	Jo	111	60.9%
	Nuk më kujtohet	15	8.4%
Nqse jo, pse ?	Mendova se ajo manovër mund të kryhej pa PPE	36	20%
	E pakëndëshme dhe e parehatshme	9	5%
	Jo e disponueshme	137	75%
Cilat nga paisjet personale mbrojtëse përdorni gjatë praktikës tuaj?	Doreza	150	49%
	Doreza+Maskë	10	3.2%
	Doreza+Këmishë	5	1.6%
	Doreza +Syze	4	1.5%
	Asnjëra	137	44.7%
A u informuat nga stafi infermior lidhur me rreziqet biologjike që mund të përballeni gjatë praktikës spitalore?	Aspak	56	18.3%
	Pak	106	34.6%
	Mjaftueshëm	105	34.4%
	Shumë	39	12.7%
A iu janë specifikuar se cilat janë masat mbrojtëse përkundrejt këtyre rreziqeve biologjike ?	Po	200	65.3%
	Jo	106	34.7%



Grafiku 4. Lloji i ekskrementit me të cilin kanë pasur kontakt

50.7% e studentëve raportuan kontaktin me gjak, 44.8% kanë pasur kontakt me pështymë, 2.9% kontakt me një sekrecion tjetër trupor dhe 1.6% kontakt me urinë.

Tabela 1. Përdorimi dhe lloji i PPE gjatë aksidentit biologjik

60.9% e studentëve nuk kanë qenë të paisur me masa mbrojtëse gjatë aksidentit biologjik, sepse 20% kanë menduar se ajo procedurë mund të kyhej pa PPE, 5% e kanë konsideruar si të parehatshme dhe 75% shprehën se nuk ishin të disponueshme. Gjetjet e këtij studimi evidentojnë se informimi nga ana e stafit infermieror ishte pak për 34.6% të rasteve dhe mjaftueshëm për 34.4% të tjerë.

Pyetje	Përgjigje	Numri	%
A keni kryer profilaksinë pas shpimit?	Po	184	60.1%
	Jo	122	39.9%
A e keni kryer vaksinën e hepatitit B?	Po	151	49.3%
	Jo	48	15.7%
	Nuk më kujtohet	107	35%
A e keni kryer vaksinën e Hepatitit A?	Po	126	41.2%
	Jo	51	16.7%
	Nuk më kujtohet	129	42.2%
A e keni kryer vaksinën e tetanozit?	Po	196	64.1%
	Jo	47	15.3%
A e keni kryer testin e tuberkulinës?	Nuk më kujtohet	63	20.6%
	Po	77	25.2%
	Jo	101	33%
	Nuk më kujtohet	128	41.8%

Tabela 4. Profilaksia pas shpimit

Në tabelën 4 janë paraqitur rezultatet e vaksinimit ku 49.3% e studentëve pohuan se e kanë kryer vaksinën e hepatitit B, 41.2% kanë kryer vaksinën e hepatitit A, 64.1% e kanë aplikuar vaksinën e tetanozit dhe 25.2 % kanë kryer testin e tuberkulinës.

Diskutime

Në këtë studim u vu re se norma e ekspozimit ndaj shpimit me gjilpërë në studentët infermierë ishte e lartë sikurse edhe në studimet e Yao et al.(18), Karadag (19), Ozer et al.(20), Zoungrana et al.(21), Yamazhan et al.(22). Numri më i lartë i lëndimeve kanë ndodhur në praktiken e vitit të pare,

të dhëna që përputhen me studimin e L.Veronesil et.al(23) e lidhur kjo me mungesën e përvojës dhe mospërdorimit të paisjeve personale mbrojtëse gjatë manipulimeve në ambjentet spitalore. Propabiliteti i lëndimeve paraqet më i ulët me rritjen e kapacitetit të njohurive, gjetje të ngjashme me rezultatet e studimeve të Petrucci et al.(24), Ozer et al.(25), Talas (26) por jo me ato të Cheung et al. (27). Ky studim paraqet nevojën e realizimit të trajnimeve specifike për studentët në lidhje për asgjësimin e gjilpërave dhe instrumenteve të tjera të mprehta si dhe rëndësine e përdorimit të paisjeve mbrojtëse gjatë manipulimeve. Vieytes S.et al, në një rishikim literature paraqet një mungesë të njohurive dhe neglizhencë në përdorimin e masave mbrojtëse në studentët e infermierisë sikurse edhe në studimin tone ku afro 60.9% e studentëve nuk kanë qenë të paisur me masa mbrojtëse gjatë aksidentit biologjik.

Konkluzione

Trajnimi për sigurinë duhet të fillojë herët në kurrikulën e trajnimit me kurse teorike dhe praktike si dhe përfshirjen e sesioneve të ndërgjegjësimit. Siguria dhe biosiguria në vendin e punës duhet të integrohen dhe të modelohen në kurse universitare dhe pasuniversitare me qëllim krijimin e një kulture të integruar sigurie.

Në mënyrë ideale shoqatat profesionale të biosigurisë duke bashkëpunuar me institutet dhe universitetet do të hartonin dhe ofronin module formale të biosigurisë për të kaluar nga trajnimi pasiv në mësimin aktiv për gjeneratën e ardhshme të infermierëve të cilët pasi të zbatonin kurrikulën e biosigurisë të paiseshin me një diplomë të nivelit kombëtar dhe ndërkombëtar.

Kjo qasje do ti ndihmonin këta profesionistë që praktikant më të mira të sigurisë të bëheshin pjesë e rutinës së tyre të punës(26,27).

Biografi



Entela Drizaj lindur në Lushnje më 1 shkurt 1994. Diplomuar në Bachelor dhe Master shkencor “Infermieri e Përgjithshme”.

Aktualisht ndjek studimet doktorale në vitin e dytë të programit të ciklit të tretë

“Doktor në Shkencat Mjekësore Teknike” FSHMT, Universiteti i Elbasanit “Aleksandër Xhuvani”.

Prej vitit 2019 është pedagogë në Fakultetin e Shkencave Mjekësore Teknike, Elbasan.

Referencat

1- Rhule, H. K. A. (2012). *Health Related Risks of Nursing Practice at Effia-Nkwanta Regional Hospital, Sekondi. A Thesis submitted to Department of Theoretical and Applied Biology, Kwame Nkrumah University of Science and Technology in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Science, June-2012*

2- World Health Organization (WHO). *Reducing Risks, Promoting Healthy Life. World Health Report, 2002*

3- Veronesi L, Giudice L, Agodi A, et al. *A multicentre study on epidemiology and prevention of needle stick injuries among students of nursing schools. Annali di igiene: medicina preventiva e di comunita, 2018; 3*

4- La Torre G, Mannocci A, Sestili C, et al. *Injuries among Sapienza University students in the period 2010-2015, GIMLE 2019*

5- Bettancourt L, Muñoz LA, Barbosa MA, Fernández M. *El docente de enfermería en los campos de práctica clínica: un enfoque fenomenológico. Rev Enferm. 2011;19(5):1197-204*

6- Ortiz S. *Riesgos biológicos de los estudiantes de enfermería. Enferm Clin. 2003;13(5):285-9.*

7- Antolín R, Puigalt MJ, Moure ML. *Situaciones de las prácticas clínicas que provocan estrés en los estudiantes de enfermería. Enferm Global. 2007;10:1- 12*

8- López IM, Sánchez V. *Percepción del estrés en estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. Enferm Clin. 2005;15(6):307-13.*

9- Shen C, Jagger J, Pearson RD. *Risk of needle stick and sharp object injuries among medical students. American Journal of Infection Control 1999; 27:435-37*

10- Cordeiro R. *Suggestion of an inverse relationship between perception of occupational risks and workrelated injuries. Cad Saúde Pública. 2002;18(1):45-54*

11- Galazzi A, Rancati S, Milos R: *Un'indagine sugli infortuni durante il tirocinio degli studenti del corso di laurea in infermieristica. G Ital Med Lav Erg 2014; 36:25-31*

12- Bergamini M, Cucchi A, Stefanati A, et al: *Knowledge of preventive measures against occupational risks and spread of healthcare-associated infection among nursing students. An epidemiological prevalence study from Fer-rara, Italy. J Prev Med Hyg 2009; 50: 96-101*

13- A. Stefanati, Piera Boschetto, Sara Previato, Parvanë Kuhdari, Paola De Paris*, M. Nardini*, G. Gabutti *Indagine sugli infortuni tra il personale infermieristico e gli studenti del corso di laurea in infermieristica: analisi epidemiologica descrittiva nel periodo 2002-2012 in un'Azienda Ospedaliero-Universitaria Med Lav 2015; 106, 3: 216-229*

14- McAlearney AS. *Improving patient safety through organizational development: Considering the opportunities. In: Savage GT, Ford EW, eds. Patient Safety and Health Care Management (Advances in Health Care Management, Volume 7). Bingley, UK: Emerald Group Publishing Limited; 2008: 213-239.*

15- Black N. *Management mistakes in healthcare: identification, correction and prevention. J Roy Soc Med. 2005;98(9):432-43*

16- National Research Council (US) Committee. *Prudent Practices in the Laboratory: Handling and Management of Chemical Hazards: Updated Version. Washington, DC: National Academies Press; 2011. <https://www.nap.edu/catalog/12654/prudentpractices-in-the-laboratory-handling-and-management-of-chemical>. Accessed November 12, 2019.*

17- Heckert R, Reed J, Gmuender F, Ellis M, Tonui W. *International biosafety and biosecurity challenges: suggestions for developing sustainable capacity in low-resource countries. J Am Biol Safety Assoc. 2011;16(4):223-23*

18- Yao WX, Wu YL, Yang B, et al. *Occupational safety training and education for needlestick injuries among nursing students in China: intervention study. Nurse Educ Today 2013; 33(8): 834-838. doi:10.1016/j.nedt.2012.11.007*

19- Karadag M. *Occupational exposure to blood and body fluids among a group of Turkish nursing and midwifery students during clinical practice training: frequency of needlestick and sharps injuries. Jpn J Nurs Sci 2010; 7(2): 129-35.*

20- Ozer ZC, Bektas HA. *Needlestick Injuries during education period in nursing students in Turkey. Procedia-Soc Behav Sci 2013; 46.*

21. Zoungrana J, Yameogo TM, Kyelem CG, Aba YT, Sawadogo A, Millogo A. *Blood exposure accidents: Knowledge, attitudes and practices of nursing and midwifery students at*

the BoboDioulasso teaching hospital (Burkina Faso). *Med Sante Trop* 2014; 24(3): 258-62.

22. Yamazhan T, Durusoy R, Tasbakan MI, et al. Nursing students' immunization status and knowledge about viral hepatitis in Turkey: a multi-center cross-se

23-L. Veronesi L, Giudice A multicentre study on epidemiology and prevention of needle stick injuries among students of nursing school *Ann Ig* 2018; 30 (Suppl. 2): 99-110 doi:10.7416/ai.2018.2254

24- Petrucci C, Alvaro R, Cicolini G, Cerone MP, Lancia L. Percutaneous and mucocutaneous exposures in nursing students: an Italian observational study. *J Nurs Scholarsh* 2009; 41(4): 337-43

25- Ozer ZC, Bektas HA. Needlestick Injuries during education period in nursing students in Turkey. *Procedia-Soc Behav Sci* 2013; 46.

26- Talas MS. Occupational exposure to blood and body fluids among Turkish nursing students during clinical practice training: frequency of needlestick/sharp injuries and hepatitis B immunization. *J Clin Nurs* 2009; 18(10): 1394-403.

27- Cheung K, Ching SS, Chang KK, Ho SC. Prevalence of and risk factors for needlestick and sharps injuries among nursing students in Hong Kong. *Am J Infect Control* 2012; 40(10): 997-1001

Rëndësia e historikut familjar dhe ankesave në hulumtimin e një kanceri gjiri të mundshëm

Sibora Hasanaj¹ Admir Nake²

¹.Master Shkencor Teknik Laboratori, UMT ².Lektor UMT, Mjek Laboratori

¹.hasanajsibora@gmail.com ².admir.nake@umed.edu.al

Abstrakt

Hyrje: Rritja e pakontrolluar e qelizave në strukturën anatomike të gjoksit është shkak i patologjisë së kancerit të gjirit. Kanceri i gjirit ka faktorë risku të ndryshueshëm dhe të pandryshueshëm. Shmangia ose modifikimi i faktorëve të ndryshueshëm së bashku me qasjen e kapjes së hershme sjell qëndrimin e duhur terapeutik të kësaj diagnoze pse jo deri në shërim.

Qëllimi i studimit: Studimi i një target grupi për të parë nga afër shkallën e ndjeshmërisë së kancerit të gjirit, sensibilizimin dhe ndërgjegjësimin aktual ndaj kontroleve të nevojshme mjekësore për parandalimin e kësaj patologjie ,si dhe marrja në shqyrtim e incidencës familjare.

Materiali dhe metodat: Literatura e 20 viteve të fundit, të dhënat u morën nga një pyetësor që u plotësuan nga 100 femra (staf mjekësor dhe jo-mjekësor).

Rezultatet dhe përfundimet: Tek 100 gratë e intervistuar, 8 refuzuan. U vu re mosha mesatare

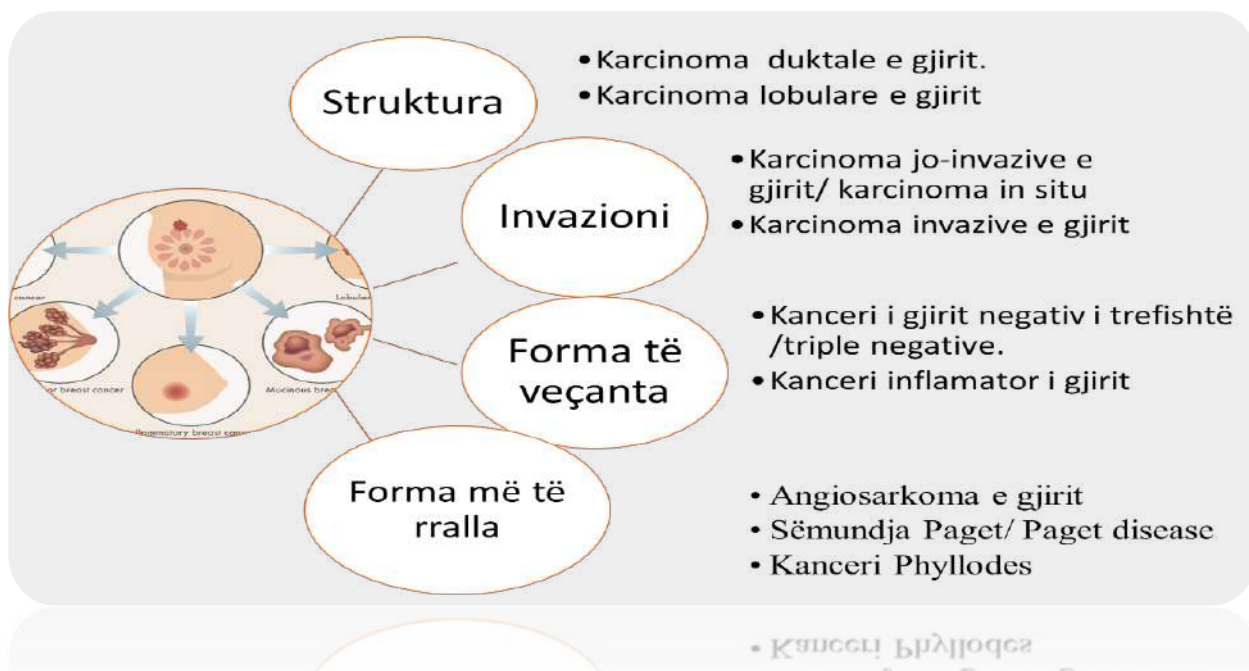
47 vjeç, mosha mesatare e menstruacioneve të para 15,5 vjeç, mosha mesatare në shtatëzaninë e parë 24,5 vjeç ndërsa numri më frekuent i fëmijëve ishte 2. Shqetësime u hasën në 21% të numrit total: fibroadenomë 6% ,mastit 1%, dhimbje ose therje e gjoksit 11% , kancer i gjirit tashmë i trajtuar 3%. Në 20% të pyetësorit kishte histori familjare me kancer gjiri. Tek 3 individët e intervistuar me kancer gjiri , mosha mesatare e ardhjes së menstruacioneve për herë të parë konsistoi 11 vjeç . Ndërkohë sensibilizimi dhe ndërgjegjësimi aktiv apo pasiv ndaj kancerit të gjirit ishte 94%, vlerë që tregon ndjeshmërinë ndaj kësaj patologjie.

Fjalet kyçe: kanceri i gjirit, ankesa, faktorë risk, parandalim.

1.Rreth kancerit të gjirit

1.1 Ç'është kanceri i gjirit?

Kanceri i gjirit (6,14,32) është rezultat i rritjes së pakontrolluar të qelizave në struktura të ndryshme të gjirit. Kjo patologji është forma më e shpeshtë e kancerit në popullatën femërore gati 2.3 milion gra të diagnostikuara (2,31,33) me kancer gjiri në të gjithë botën në vitin 2020 dhe kanceri i dytë më i shpeshtë në Shqipëri (2,13,14,) me 936 raste në vitin



1.2 Llojet e kancerit të gjirit (3,5,6,12,7,29)

Në varësi të strukturës që preket,përhapjes, frekuencës konsiston dhe klasifikimi i kancerit të gjirit.

Në varësi të strukturës:

- Karcinoma duktale e gjirit.
- Në këtë rast preken duktuset/kanalet e qumështit
- Karcinoma lobulare e gjirit
- Preken lobet/gjëndrat e laktacionit

Klasifikim në varësi të invazionit:

- Karcinoma jo-invazive e gjirit/ karcinoma in situ.

E tillë është karcinoma duktale in situ nuk përhapet në indet e tjera që rrethojnë duktuset,është jo-invazive.

Zakonisht identifikohet ndërmjet ekzaminimit imazherik si mamografia.

- Zarcinoma invazive e gjirit

Qelizat kancerogjene përhapen duke infiltruar në indet përreth gjoksit. E tillë është karcinoma duktale invazive që përbën rreth 70-80 % të gjithë kancerit të gjirit dhe karcinoma lobulare invazive.

Forma të veçanta të kancerit të gjirit:

- Kanceri i gjirit negativ i trefishtë /triple negative.

Në këtë rast qelizat kancerogjene nuk kanë receptorë për estrogen, progesteron dhe nuk

sintetizojnë HER2 , duke konsistuar negative për të treja testet. Ky lloj kanceri është i vështirë për tu trajtuar.

- Kanceri inflamator i gjirit

Qelizat kancerogjene bllokojnë enët limfatike duke shkaktuar inflamim dhe ënjtje të gjoksit.

Forma më të rralla të kancerit të gjirit:

- Angiosarkoma e gjoksit

Formë agresive dhe e rrallë e kancerit të gjirit. Fillon në qelizat endoteliale ose enët limfatike,mund të përfshijë indin e gjirit ose lëkurën.

- Sëmundja Paget/ Paget disease

Konsiston në ndryshime kancerogjene që janë të ngjashme me ekzemën në areolë dhe përreth saj.

- Kanceri Phyllodes

Zhvillimi i qelizave kancerogjene në indin lidhor të gjirit.

1.3 Simptomat

- Alterime në masë,formë dhe në pamje të gjoksit
- Ënjtje ose zmadhime në masë rrethore
- Ndryshime në ngjyrën e lëkurës përreth gjoksit
- Rash përreth aureolës
- Ndryshime anormale ,në pozicion dhe fluiditet rreth aureoles (2,3,5,8)

1.4 Faktorët e riskut

1. Mosha - rritja e moshës është një faktor risku i rëndësishëm që shkon paralel me rritjen e riskut për të zhvilluar kancer gjiri. Në vitin 2020 në Shqipëri incidenca më e lartë e kancerit të gjirit ishte grupmosha 50-69 vjeç, me një moshë mesatare në momentin e diagnostikimit 55 vjeç (13,14,35). Ndonëse së fundmi është vënë re një ulje e këtij pragu moshor.

2. Histori familjare me kancer gjiri (2). 5%-10% e rasteve me kancer gjiri i atribuohen trashëgimisë familjare. Gratë të cilat kanë në familjen e tyre nënën ose motrat me kancer gjiri janë më të predispozura të zhvillojnë këtë patologji se ato që nuk kanë të tilla.

3. Faktorët riprodhues (2,33)

- Menarka e hershme (33). Mosha mesatare e menarkës së parë vlerësohet si 13 vjeç. Menarka e hershme rrit riskun për kancer gjiri konkretisht 1 vit më herët se normalja rrit riskun 5%-10% për zhvillimin e kancer gjiri.

- Menopauza e vonë. Mosha mesatare e menopauzës vlerësohet si 50 vjeç. Çdo vonim i menopauzës me një vit rrit riskun me 3% për zhvillimin e kancerit të gjirit. Gratë që zhvillojnë menopauzë pas moshës 55 vjeç riskohen në vlerën 50% për kancer gjiri.(15)

- Mosha në shtatëzaninë e parë (15,36). Gratë që nuk kanë zhvilluar shtatëzani në jetën e tyre ose që kanë pasur shtatëzaninë e parë pas moshës 30 vjeç janë lehtësisht të ekspozuara ndaj kësaj patologjie, lidhur kjo me nivelet e larta të estrogjenit që ato posedojnë .

- Numri i fëmijëve dhe laktacioni. Sa më i lartë numri i fëmijëve aq më tepër zvogëlohet risku për të zhvilluar kancer gjiri dhe anasjelltas. Si rezultat i shmangjes së ovulimit dhe prodhimit të hormoneve që mund të jenë ndikuese në zhvillimin e qelizave kancerogjene. Laktacioni luan rol mbrojtës ndaj zhvillimit të kancerit të gjirit, duke reduktuar mundësinë për zhvillimin e kancerit të gjirit si pasojë e ndryshimit të strukturës së tij gjatë kësaj periudhe.

- Kontraceptivët oral. Rrisin riskun si një burim i jashtëm estrogjeni.

4. Alkooli. Konsumi i alkoolit në 35-44 gram/ditë rrit riskun për kancer gjiri deri në 32%.

5. Duhanpirja. Duhanpirja aktive dhe pasive rrit riskun për zhvillimin e kancerit të gjirit si rezultat i përmbajtjes së lëndëve toksike. Lëndë të tilla janë gjetur në fluidin e grave që nuk kanë qenë në ushqyerje gjiri.

6. Sensibilizimi dhe ndërgjegjësimi i ulët (13). Në Shqipëri gjatë vitit 2020 shihet një ndërgjegjësim 22% për të realizuar një kontroll mbi kancerin e gjirit.(13) Kjo sjell pamundësinë e parandalimit në kohë dhe kapjen e hershme të kësaj patologjie duke rritur riskun për vdekshmëri.

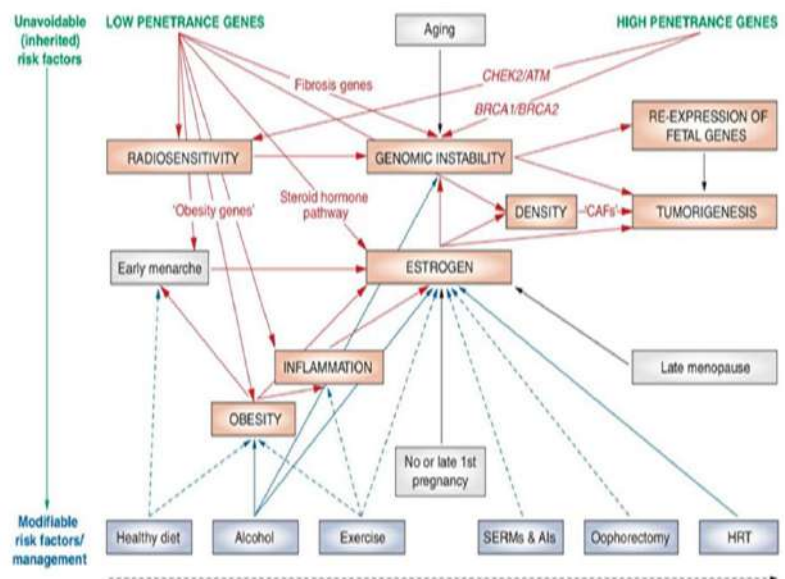


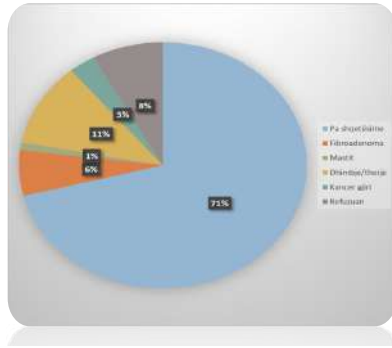
Figura 1. Faktorët e riskut ndaj kancerit të gjirit. (27)

2. Pyetësor i konsultuar me 100 gra staf mjekësor dhe staf jo-mjekësor

2.1 Materiali dhe metodat

U intervistuan 100 gra në Fakultetin e Shkencave Teknike në Universitetin e Mjekësisë Tiranë dhe Fakultetin e Shkencave Humane, Edukimit dhe Arteve Liberale në Universitetin Europian të Tiranës. Nga 100 gratë e intervistuar 8 refuzuan. U vu re mosha mesatare 47 vjeç, mosha mesatare e menstruacioneve të para 15,5 vjeç, mosha mesatare në shtatëzaninë e parë 24,5 vjeç, ndërsa numri më frekuent i fëmijëve ishte 2. Ndërkohë përgjigjja për sensibilizimin dhe ndërgjegjësimin aktiv apo pasiv ndaj kancerit të gjirit ishte 94%, vlerë që tregon shkallë të lartë të ndjeshmërisë ndaj kësaj patologjie.

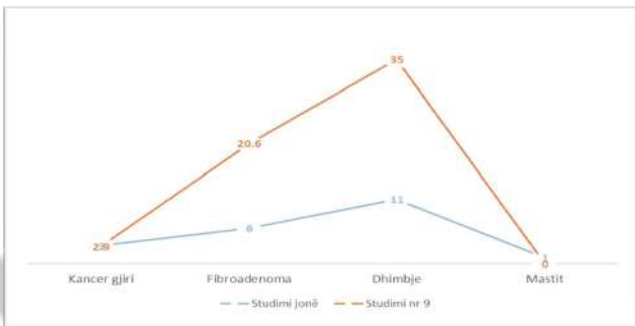
2.2 Paraqitje e ankesave dhe shqetësimeve përkatëse



Grafiku nr. 2.

Shqetësimet e hasura në studimin tonë. Shqetësime u hasën në 21% të numrit total: fibroadenomë 6%, mastiti 1%, dhimbje ose therje e gjoksit 11%, kancer i gjirit tashmë i trajtuar 3%.

Tabela nr. 1. U vu re se 3% e të intervistuarve në pyetësor përkatësisht 2 gra të rastësishme dhe një profesioniste e shëndetësisë ishin diagnostikuar me kancer gjiri. Nga tabela vërehet moshja e herët e menarkës(77), mungesa e shtatëzanisë(43) dhe historia familjare(76) si faktorë rrisht të kancerit.



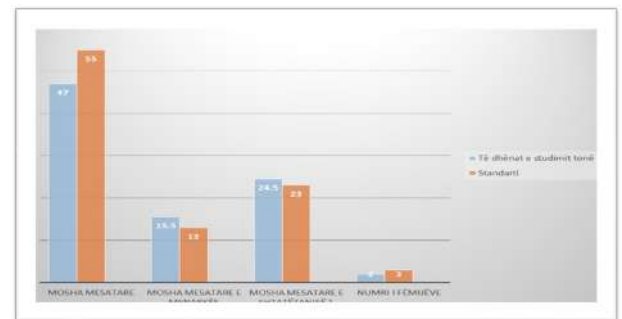
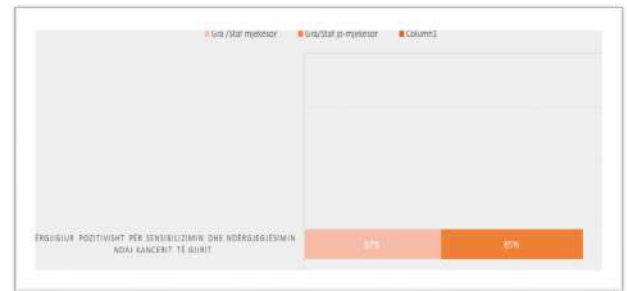
Të intervistuarit me kancer sipas nr.rendor	Mosha	Mosha e menarkës	Mosha në shtatëzaninë e parë	Numri i fëmijëve	Histori Familjare
76	35	11	26	2	PO
77	55	12	24	4	JO
43	49	13	-	-	JO
MESATARJA	46.3	12	25	2	JO

2.3 Grafikë krahasues në diagnozë dhe faktorë rrisht

Grafiku nr.2. Krahasuar me studimin (9.Malaj A dhe Shahini A) me 260 subjekte të mara në shqyrtim, vërejmë një rritje në vlerë të shqetësimeve beninje që

shpjegohet me numrin më të lartë të rasteve,ndërsa përqindja për kancer gjiri është e përafërt.

Grafiku nr.3. Të dhënat e studimit tonë VS Standarti



2.4 Ndërgjegjësimi dhe sensibilizimi ndaj kancerit të gjirit tek stafi mjekësor krahasuar me atë jo-mjekësor

Sensibilizimi dhe ndërgjegjësimi për kancerin e gjirit tek stafi mjekësor ishte në vlera të përafërta krahasuar me atë në gra të rastësishme. Kjo tregon qasjen pozitive në ndërgjegjësimin për ekzaminime periodike dhe parandalimin e hershëm të kësaj patologjie në popullatë .

3. Diagnostikimi

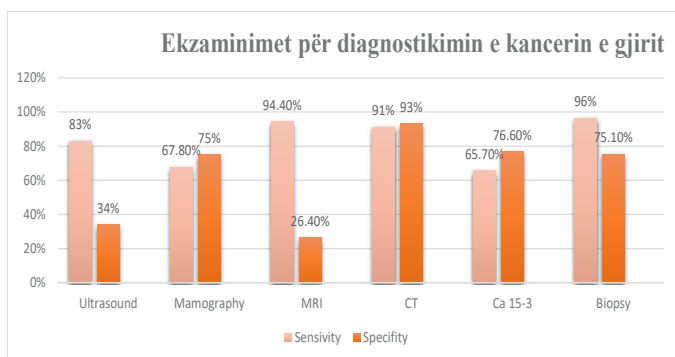
3.1 Depistim (2,16,18,29)

Depistimi ose diagnoza e hershme e kancerit të gjirit ka për qëllim kapjen e hershme pse jo shërimin e kancerit të gjirit,kur efekti është tërësisht i efektshëm me stadin përkatës. Kjo mund të realizohet ndërmjet:

1. Ekzaminimi mamografik
2. Ekzaminimi klinik i gjirit
3. Ndërgjegjësim për kontrole të rregullta, vetëekzaminim

Grafiku nr.3

Ekzaminimet për të diagnostikuar kancerin e gjirit referuar literaturës(2,16,18,29,33).



Biomarkerat për kancerin e gjirit (2,16,18):

Ca15-3 RS/DJ-1 Ca27-29
HER-2

- SERUM/GJAK

p53 HSP60 HSP90
MUC1

- Pergjigje humorale

Lipophilin B Hemopexin
Gc globulin

- Aspirim fluidi

3.2 Depistimi dhe diagnostikimi i kancerit të gjirit në Shqipëri (2,13,14)

Programi i depistimit në diagnozë të hershme të kancerit të gjirit në Shqipëri 2020 i miratuar vijon:

- Gratë 50-60 vjeç. Çdo 2 vjet mamografi falas konsultuar me mjekun e familjes pranë institucioneve shëndetësore publike të specialiteteve, spitalet rajonale apo njësitë e lëvizshme të mamografisë. Kofirmimi i diagnozës pranë shërbimit onkologjik “QSUNT”.

3.3 Parandalimi (5,14,15,22,33)

Parandalimi i kancerit të gjirit realizohet duke shmangur faktorët e riskut të ndryshueshëm,

1. Vetëekzaminimi i shpeshtë për të vënë në dukje ndryshimet në anatomicën e gjirit
2. Ndërgjegjësimi për kontrole periodike të gjirit
3. Ushtrime fizike dhe një dietë e balancuar
4. Shmangia e alkoolit dhe cigares
5. Planifikimi familjar para moshës 30 vjeç
6. Shmangia e kontraktivëve

3.4 Trajtimi (3,4,5,12,29,35)

Nëse kanceri i gjirit kapet në stadi të hershme trajtimi është efektiv dhe parandalon mundësinë e

metastazave. Trajtimi mund të ndikohet nga lloji, pozicionimi, stadi, anamneza.

- Kimioterapia. Neoadjuvante - SNB, FNA, Doxorubicin, docetaxel, cyclophosphamide etj
- Radioterapia, Përdorimi I rrezeve X
- Kirurgjia, Mastektomi, kuadrantektomi, diseksion aksilar.

4. Konkluzione

Në përfundim të këtij studimi konkludojmë se në 100 gratë e intervistuar është i pranishëm sensitiviteti ndaj kancerit të gjirit lidhur me ekspozimin përkatës ndaj faktorëve të riskut, sikurse historia familjare, mosha në shtatëzaninë e parë, numri i fëmijëve dhe mosha e menarkës. U vu re një ulje e pragut moshor për ekzaminime të mundshme të gjirit paraprirë shqetësimeve ekzistuese, duke sjell nevojën për një rishikim të paketave depistuese në një fashë moshore më të hershme. Ndërsa përgjigjet e mara për sensibilizimin në rritjen e frekuencës së ekzaminimeve dhe ndërgjegjësimi ndaj determinantëve risk të modifikueshëm ndaj kancerit të gjirit pohojnë në 83.5% të tyre, theksojmë se rëndësia e vlefshmërisë së këtij ndërgjegjësimi, anamnezës dhe ankesave për identifikimin dhe prevenimin e një kanceri gjiri të mundshëm është tepër thelbësore.

5. Rekomandime

1. Kryerja e ekzaminimeve kontroll të gjirit në mënyrë periodike
2. Shmangia e faktorëve të ndryshueshëm të riskut
3. Rishikimi I protokolleve për ekzaminimin klinik imazherit të gjirit në një moshë mesatare më të ulët në një kontroll periudhë periodike vjetore.
4. Rritja e cilësisë në ekzaminim dhe shtimi i njësive për kryerjen e këtyre ekzaminimeve mjekësore.

Biografi

Sibora Hasanaj, diplomuar dhe licensuar në degën Teknik Laboratori në “Universitetin e Mjekësisë Tiranë” me rezultate të larta, aktualisht në ndjekje të programit master i shkencave në teknik laborator. Autore e parë “Dipeptidil Arginin Deiminazat si familje e re enzimash me rol diagnostik dhe prognostik.” Revista e Fakultetit të Shkencave Mjekësore Teknike ISSN 2616-9290. Pjesmarrje aktive në konferencën IX, X dhe aktualisht XI Kombëtare të Shkencave Mjekësore Teknike, Shoqata Brainstorm dhe në konferencën e IV të DRSHKIOGJ, UMT, si dhe në “Konkursin e Punimeve Kërkimore 3”, Cleanscore dhe aktualisht “Research Paper Competition 4”, Cleanscore.



Bibliografia

Pyetësor i konsultuar me 100 anketa staf mjekësor dhe jo-mjekësor.

1. Institute of Medicine and Committee on Breast Cancer and the Environment. *Breast Cancer and the environment: A life course approach*. National Academies, Washington 2012.
2. Raporti kombëtar i kancerit 2015-2019 në Shqipëri. ISHP
3. *Breast Cancer*. World Health Organisation. 2021
4. Nina H. *Situation of Breast Cancer in Albania*. 2022
5. *Breast Cancer in Eoman*. The National Health Service, UK.
6. *Breast Cancer*. Centers for Disease Control and Prevention. UK, 2022.
7. *Types of breast cancer and related conditions*. Cancer Research. UK, 2020.
8. *Breast cancer symptoms*. Cancer Research. UK, 2020.
9. Malaj A and Shanini A. *Synergy in combining findings from mammography and ultrasonography in detecting malignancy in women with higher density breasts and lesions over 2 cm in Albania*. Pubmed 2017.
10. Nake A dhe Spahiu L. *Markuesit tumoral, Biokimi e aplikuar* 2017.
11. Catharine M. Sturgeon. *Tumour markers, CA 15-3. Clinical Biochemistry: Metabolic and Clinical Aspects (Third Edition)*, 2014.
12. *TNM staging*. Cancer Research. UK, 2020.
13. *Depistimi i Kancerit të Gjirit 2020*. Krahësues Shqipëri, Rajon dhe Botë. Open Data Albania, 2020.
14. Ylli A, Filipi K, Dedja B, Elezaj B. *Kontrolli i kancerit të gjirit në Shqipëri 2012-2018*. Shqipëri 2019.

15. Dr Victor G. Vogel MD, MHS. *Breast Cancer Prevention: A review of current evidence*. Pubmed 2000.

16. Wang L. *Early diagnosis of breast cancer*. MDPI, Sëitserland 2017.

17. Verkooijen H M, Peeters P H, Buskens E, Koot V C, Borel Rinkes I H, Mali E P and Van Vroonhoven T J. *Diagnostic accuracy of large-core needle biopsy for nonpalpable breast disease: a meta-analysis*. Pubmed 2000.

18. He Z, Chen Z and Li E. *A review on methods for diagnosis of breast cancer cells and tissues*. Hunan Key Laboratory of Biomedical Nanomaterials and Devices, China 2020.

19. Markman M. *Diagnosing breast cancer*. Cancer Treatment Centers of America. USA 2022.

20. Fakhari A, Gharepazhaghi E and Gilani N. *Correlation of cancer antigen 15-3 serum level and bony metastases in breast cancer patients*. Med J Islam Repub Iran, 2019.

21. Brewer R. H, Jones E. M and Særdloë A. J. *Family history and risk of breast cancer: an analysis accounting for family structure*. Pubmed 2017.

22. Sauter R. E. *Breast cancer prevention: Approaches and future directions*. Pubmed 2018.

23. Brewer R. H, Jones E. M, Schoemaker J. M, Ashworth A and Særdloë J. A. *Family history and risk of breast cancer: an analysis accounting for family structure*. Pubmed 2018.

24. C E Jacobi, M A Jonker, N J D Nagelkerke, J C van Houwelingen and G H de Bock. *Prevalence of family histories of breast cancer in the general population and the incidence of related seeking of health care*. BMJ Journals 2003.

25. Institute of Medicine and Committee on Breast Cancer and the Environment. *Recommendations for future research. Breast Cancer and the Environment*. National Academies 2012.

26. Institute of Medicine and Committee on Breast Cancer and the Environment. *Opportunities for action to reduce environmental risks for breast cancer. Breast Cancer and the Environment*. National Academies 2012.

27. Institute of Medicine and Committee on Breast Cancer and the Environment. *Challenges of studying environmental risk factors for breast cancer*. National Academies 2012.

28. Waks G A and Winer P E. *Breast cancer treatment*. Pubmed 2018.

29. Institute of Medicine and Committee on Breast Cancer and the Environment. *Breast Cancer*. National Academies 2012.

30. Zare R. *Diagnosis and prognosis of breast cancer by high performance serum metabolic fingerprint*. PNAS 2022.

31. Johannes P, T M Van Leeuwen, Huibert A P. *Cancer and Differentiation*. ScienceDirect 2005.

32. Taneja P, Maglic D and Inoue K. *Classical and novel prognostic markers for breast cancer and their clinical significance*. Pubmed 2010.

33. Sun Y, Zhao Z and Zhu H. *Risk factors and preventions of breast cancer*. Pubmed 2017.

34. American Cancer Society. *Recommendations for the early detection of breast cancer*. USA 2022.

35. Nina H, Pema A, Kozma E, Ikonomi M, Hoti A, Proko F dhe Jorgoni F. *Protokolli i kancerit të gjirit*. Shqipëri 2018.

Rehabilitimi pulmonar në bronkiektazine e fibrozës jocistike

Josuel Ora¹, Emanuela Prendi², Beatrice Ludovica³ Xhesika Pata⁴ Florian Spada⁴,

Cazzola Maria¹, Maria Luara Attina⁵, Rogliani Paola⁶

¹Njesia e Mjekësisë Respiratore, Departamenti i Mjekësisë Urgjente,
Spitali Universitar Policlinico Tor Vergata, Romë, Itali;

²Departamenti i Shkencave Biomjekësore, Universiteti Katolik “Zoja e Këshillit të Mirë”, Tiranë, Shqipëri;

³Ritondo Njësia e Mjekësisë Respiratore, Departamenti i Mjekësisë Eksperimentale,
Universiteti i Romës “Tor Vergata”, Romë, Itali

⁴Departamenti i Shkencave Biomjekësore, Universiteti Katolik “Zoja e Këshillit të Mirë”, Tiranë, Shqipëri;

⁵Departamenti i Shkencave Biomjekësore, Universiteti Katolik “Zoja e Këshillit të Mirë”, Tiranë, Shqipëri;
⁶Njësia e Mjekësisë Respiratore, Departamenti i Mjekësisë Eksperimentale, Universiteti i Romës
“Tor Vergata”, Romë, Itali

Abstrakt

Sfondi: Udhëzimet aktuale për trajtimin e bronkiektazia e fibrozës jo-cistike (NCFB) rekomandon rehabilitimin pulmonar (PR), por deri më sot ka pak studime që kanë vërtetuar efektivitetin e saj.

Objektivi: Objektivi kryesor i këtij studimi ishte për të ekzaminuar efektin e rehabilitimit pulmonar me testet e funksionit dhe kapaciteti ushtrimor.

Metoda: Qëllimi i këtij studimi ishte për të rishikuar në mënyrë sistematike efektet e PR në NCFB në vëllimi ekspirativ i detyruar në sekondën e parë (FEV1) dhe kapaciteti ushtrimor i vlerësuar nga testi i ecjes 6-minutëshe (6MWT) dhe testi inkremental i ecjes me anije (ISWT).

Rezultatet: Kjo meta-analizë është ndërmarrë sipas rekomandimeve të PRISMA-s. Përfshihen të dhënat nga studimet që regjistruan 529 pacientë NCFB. Vlerësimi FEV1 pas PR midis aktivitetit dhe kontrollit grupi nuk tregoi ndonjë rritje domethënëse (ndryshim FEV1 0,084 mL; CI: -0,064, +0,233; p = 0,264), dhe pati një tendencë në rritje (188 mL; CI: -0 në 0,009, +0,384) në kufijtë me rëndësi

statistikore (p = 0.061). Distanca e ecur tregoi një rritje të konsiderueshme në grupin PR krahasuar me grupin e kontrollit (diferenca e distancës ISWT 070.0 m; CI: 55.2, 84.8; f. < 0.001), dhe ky konstatim u konfirmua para dhe pas PR të dyja nga ISWT (68.85 m më e madhe se vlera bazë; CI: 40.52, 97,18; p <0.001) dhe me 6MWT (37.7 m më i madh se vlera bazë; CI: 20.22, 55.25; p <0.001). Përfundime: PR përmirëson tolerancën ndaj ushtrimeve në pacientët me NCFB, por ka një ndikim modest në funksionin e frymëmarrjes.

Fjalë kyçe: Rehabilitimi pulmonar, Bronkiektazia e fibrozës jocistike, Toleranca ndaj ushtrimeve, Testi i ecjes 6-minutëshe.

Hyrja

Bronkiektazia që nuk lidhet me fibrozën cistike (NCFB) është një gjendje kronike e vazhdueshme, progresive e frymëmarrjes. Karakterizohet nga zgjerimi bronkial për shkak të inflamacionit të rrugëve të frymëmarrjes, infeksionit dhe mosfunksionimit të pastrimit mukociliar. Simptomat e zakonshme të pacientëve me NCFB janë kollë e vazhdueshme me

prodhim kronik të pështymës, dispne, lodhje dhe ulje të tolerancës ndaj ushtrimeve, dhe këta subjekte janë të prirur për infeksion bronkial të përsëritur dhe shtrimin në spital me një cilësi të ulur të jetës (QoL). E rëndësishmja, ndërhyrjet adekuate mjekësore, si p.sh Trajtimi me antibiotikë dhe bronkodilatorët, nuk mund të parandalojnë funksioni pulmonar dhe përkeqësimi i kapacitetit të ushtrimeve.

Udhëzimet aktuale për trajtimin e NCFB rekomandojnë rehabilitimin pulmonar (PR), me qëllim të përmirësimit të tolerancës ndaj ushtrimeve dhe QoL-së lidhur me shëndetin. PR është një qasje multidisiplinare për trajtimin pacientët me sëmundje kronike të mushkërive, dhe është vendimtare për menaxhimi i sëmundjes kronike obstruktive pulmonare pacientët (COPD). Meqenëse PR është fokusuar tradicionalisht në pacientët me COPD, efektiviteti i saj në kronikë të tjerë Sëmundjet e mushkërive kanë marrë pak vëmendje. PR shpesh përfshin strategji të vetë menaxhimit për të promovuar respektimin e trajtimit, dhe kjo qasje është përkrahur për bronkiektazinë. Ka prova të kufizuara të efekteve të PR në NCFB, me 2 studime retrospektive që demonstrojnë përfitime të ngjashme në kapacitetin e stërvitjes dhe HRQoL si ato të vërejtura në pacientët me COPD.

Arsyeja për rekomandimin e PR për pacientët me NCFB mbështetet kryesisht në arsyetimin fiziologjik dhe në ngjashmëritë midis kësaj sëmundjeje dhe COPD. Për më tepër, meqenëse patofiziologjia e NCFB përfshin më shumë faktorë sesa vetëm pengimi i rrjedhës së ajrit, PR mund të përfaqësojë një mjet të dobishëm edhe për pacientët pa pengim të rrjedhës së ajrit. Katër faktorë të ndryshëm u zbuluan se ndikojnë në paraqitjen klinike të NCFB: pengimi i rrjedhës së ajrit, dispnea, hiperinflacioni i mushkërive dhe shtrirja e mushkërive të bronkiektazisë. U tregua toleranca ndaj ushtrimeve të ketë një korrelacion më të fortë me HRQoL krahasuar me çdo masë tjetër fiziologjike, dhe është ndikuar mesatarisht nga matjet spiometrike të funksionit të mushkërive ose nga trakti bronkial i përfshirë. Anasjelltas, disa studime prospektive treguan se PR në pacientët me NCFB mund të përmirësojë tolerancën ndaj ushtrimeve dhe HRQoL.



Qëllimet e fizioterapisë së frymëmarrjes përfshijnë lehtësimin mobilizimi i sekretimit, optimizimi i efikasitetit të ventilimit, ruajtja ose rritja e tolerancës ndaj ushtrimeve, reduktimi i dispnesë dhe dhimbjes së gjoksit, përmirësimi i njohurive të pacientit për sëmundjen dhe optimizimin e performancës fizike të subjektit dhe menaxhimin e sëmundjes.



Qëllimi i këtij studimi është për të vlerësuar efektivitetin e PR në funksionin e frymëmarrjes dhe tolerancën ndaj ushtrimeve në pacientët me NCFB. Ky rishikim është ndërmarrë sipas rekomandimeve të PRISMA-s.

Objektivat

Objektivi kryesor i këtij studimi ishte të ekzaminonte efektin e rehabilitimit në testet e funksionit pulmonar dhe kapacitetin e ushtrimeve: qëllimi i këtij studimi ishte të rishikonte në mënyrë sistematike efektet e rehabilitimit në pacientët me Fibroze jociistike, specifikisht në vëllimin e ekspirimit të detyruar në sekondën e parë (FEV1);

kapaciteti i stërvitjes i vlerësuar nga 6-min walk test (6MWT) dhe incremental shuttle walk test (ISWT).

Kjo meta-analizë është ndërmarrë sipas rekomandimeve të PRISMA-s

Metodologjia

Strategjia e Kërkimit dhe Pranueshmëria e Studimit Kjo meta-analizë në çift është dorëzuar në PROSPERO (Nr. Dorëzimi CRD42021225810) dhe kryhet në marrëveshje me PRISMA-P.

Ky studim plotësoi të gjithë artikujt e rekomanduar të raportuar në listën kontrolluese PRISMA-P. Problemi i pacientit, ndërhyrja, krahasimi dhe kuadri i rezultateve u aplikuan për të zhvilluar strategjinë dhe pyetjen e kërkimit të literaturës, siç u raportua më parë. Domethënë, “problemi i pacientit” përfshinte pacientët me NCFB, “ndërhyrja” e konsideronte PR, “krahasimi” përfshinte pacientët që nuk merrnin PR, dhe “rezultatet” e vlerësuara ishin funksioni i mushkërive dhe toleranca ndaj ushtrimeve. Një kërkim gjithëpërfshirës i literaturës u krye për provat e kontrolluara të rastësishme (RCT), të shkruara në anglisht dhe në lidhje me ndikimin e PR në pacientët me NCFB. Për shkak të numrit të kufizuar të RCT-ve të disponueshme, u përfshinë gjithashtu studime prospektive dhe retrospektive jo të rastësishme.

Kërkimi u krye në MEDLINE dhe Google Scholar, në mënyrë që të sigurohen studime përkatëse të publikuara deri më 31 qershor 2020.

Përzgjedhja e studimit

RCT-të dhe studimet prospektive dhe retrospektive jo të rastësishme të kryera mbi pacientët me NCFB dhe që i nënshtrohen PR u zgjedhën në përputhje me kriteret e përmendura më parë dhe përfshirë në sintezën sasiore. Dy recensues kontrolluan në mënyrë të pavarur studimet e ekzaminuara dhe çdo ndryshim në opinion në lidhje me përzgjedhjen e studimit u zgjidh me konsensus.

Nxjerrja e të dhënave

Të dhënat nga studimet e përfshira janë nxjerrë dhe kontrolluar nga karakteristikat e studimit, numri dhe karakteristikat e pacientëve të analizuar, mosha, gjinia, vëllimi i ekspirimit të detyruar në 1 s (FEV1), 6-min. testi i ecjes (6MWT) dhe testi

inkremental i ecjes me anije (ISWT). Të dhënat janë nxjerrë në marrëveshje me Nxjerrja e të dhënave për rekomandimet e meta-analizës komplekse (DECIMAL).

Pikat fundore

Pikat fundore bashkë-primare të kësaj meta-analize në çift ishin ndikimi i PR në pacientët me NCFB në lidhje me ndryshimet nga bazë në FEV1 dhe në tolerancën e ushtrimeve, e matur si distanca e mbuluar në metra gjatë 6MWT dhe ISWT.

Rreziku i paragjykimit

Testi për heterogjenitet (I²) u krye për të përcaktuar sasinë e pangjashmëria ndërmjet studimeve, siç është raportuar më parë

Sinteza dhe analiza e të dhënave

Një meta-analizë në çift u krye për të përcaktuar ndikimin e PR në pacientët me NCFB. Rezultatet shprehen si diferencë mesatare dhe 95% interval besimi (95% CI).

Rezultatet

Karakteristikat e Studimit

Nga 52 të dhënat potencialisht relevante të identifikuara në kërkimi fillestar, 8 studime u konsideruan të pranueshme për një sintezë sasiore. Në përgjithësi, kjo meta-analizë në dyshe përfshin të dhëna të marra nga 8 studime që regjistruan 529 pacientë me NCFB: 5 ishin RCT dhe 3 ishin studime vëzhguese. Pesë studime ofruan të dhëna për vlerësimin e pikave fundore bashkë-primare krahasuar me një grup kontrolli (pacientët që nuk marrin PR), ndërsa të dhënat e nxjerra nga 8 studime u përdorën për vlerësimin e pikave fundore bashkë-primare në krahasim me fazën e pararehabilitimit (në bazë).

Grupi aktiv ndaj Grupit të Kontrollit

Dy studime u përfshinë në vlerësimin e FEV1 pas rehabilitimit të frymëmarrjes midis grupit aktiv dhe atij të kontrollit dhe nuk treguan ndonjë rritje të konsiderueshme.

Studimi i Lee et al. është i vetmi studim i cili merr parasysh përmirësimin në distancën 6MWT (6MWTD) dhe tregon një përmirësim prej 41 m në testin e ecjes. Duke qenë i vetmi studim që raporton

të dhëna, nuk është kryer asnjë meta-analizë në këtë drejtim.

Rehabilitimi respirator tregoi një rritje statistikisht të rëndësishme në distanca e ecur në grupin PR krahasuar me grupin e kontrollit

Diskutimet / Konkluzionet

Gjetja kryesore e kësaj meta-analize është se PR përmirëson tolerancën ndaj ushtrimeve, por jo FEV1 në pacientët me NCFB. Ky rezultat vjen nga të dyja duke krahasuar efektin në pacientët që i nënshtrohen PR kundrejt atyre që nuk i nënshtrohen PR dhe duke vlerësuar rezultatet para dhe pas trajtimit vetëm në grupin aktiv.

Pas PR, distanca në ISWT u përmirësua me 70 m në krahasim me grupin e kontrollit dhe me 69 m kur krahasohet me distancën bazë në të njëjtin grup. Gjithashtu, 6MWTD tregoi një përmirësim prej 37 m në PR grup krahasuar me bazën klinike minimale dallim i rëndësishëm i ISWT dhe 6MWT për COPD dhe bronhektazitë janë raportuar të jenë 35-48m dhe midis 22 dhe 33 m, respektivisht. Sipas kësaj analize, efekti i rehabilitimit është statistikisht dhe klinikisht i qëndrueshëm në përmirësimin e tolerancës ndaj ushtrimeve, dhe të dhënat tona mbështesin udhëzimet e BTS, të cilat rekomandojnë PR në individët NCFB. Nga ana tjetër, funksioni i mushkërive i vlerësuar si me FEV1 ashtu edhe me FVC nuk u përmirësua ndjeshëm. Kjo mospërputhje është përshkruar mirë në literaturë. Në COPD, FEV1 është një parashikues i dobët i ushtrimeve tolerancë dhe aktivitete të përditshme dhe mund të mos pasqyrojnë përfitimet e PR. Deri më sot, nuk ka të dhëna në dispozicion në lidhje me efektin e PR në vëllimet statike si vëllimi i mbetur, kapaciteti i mbetur funksional dhe totali kapaciteti i mushkërive.

Në NCFB, funksioni pulmonar (FVC ose FEV1) është vetëm një përcaktues që ndikon në distancën ISWT dhe variabla të tjerë të pavarur janë mosha, gjinia, perceptimi i dispnesë, forca e muskujve, ashpërsia e sëmundjes, lodhja, psikosociale faktorët dhe HRQoL. Për më tepër, efekti i PR është multifaktorial, dhe përmirësimi i tolerancës ndaj ushtrimeve është për shkak të një optimizimi të funksionit të sistemeve të trupit, të tilla si ulja e ritmit të frymëmarrjes dhe dispnesë, duke përmirësuar

funksioni skeleto-muskulor dhe efikasiteti aerobik i muskujt.

Megjithatë, lloji i trajnimit ndryshon midis studimeve shumica e tyre kanë aplikuar protokolle të ngjashme me ato të përdorura për pacientët me COPD. Lee et al. dhe Zanini etj al. miratoi një protokoll të ngjashëm ushtrimesh i cili përbëhej nga një program ushtrimesh të personalizuar duke përfshirë rutine, ecje, çiklizëm dhe stërvitje të gjymtyrëve të sipërme dhe të poshtme. Lee et al. programi i ushtrimeve parashikonte një seancë të mbikëqyrur dy herë në javë për 8 javë, ndërsa Zanini et al. programi parashikoi 15 seanca për 3 javë. Në Ong et al. studimi, programi i ushtrimeve ishte kryesisht i ngjashëm me atë të Lee et al. dhe Zanini etj., që përfshin 6-8 javë seanca ushtrimesh të mbikëqyrura dy herë në javë, por si një studim retrospektiv, është e mundur që respektimi i protokollit nuk ishte aq i rreptë. Gjithashtu, në Mandala et al. studimi, programi i trajnimit të ushtrimeve ishte i ngjashëm me atë Lee et al. dhe Zanini etj. orar, me të vetmen përjashtime që si grupi aktiv ashtu edhe kontrolli grupi përdori një pajisje PEP osciluese Acapella Choice® (Smiths Medical ASD Inc., Weston, MA, SHBA) mbi PR dhe ajo 1 seancë nga 3 në javë ishte e pambikëqyrur në shtëpi. Programi zgjati 8 javë. Si në Mandala et al. studimi, Newall et al. kryer 2 seanca të mbikëqyrura dhe 1 të pambikëqyrura në javë për 8 javë, dhe programi PR ishte i ngjashëm me studimet e mëparshme, por 12 nga 23 pacientët e përfshirë në aktivitetin aktiv. grupi gjithashtu mori një stërvitje të muskujve frymëzues duke përdorur një pajisje të pragut të presionit, megjithëse nuk u gjetën dallime statistikisht domethënëse në përmirësimet e ushtrimeve ndërmjet 2 grupeve aktive. Ozalp etj. fokusuar e tyre Programi PR për forcimin e muskujve frymëmarrës duke përdorur një pajisje ngarkimi në prag për 3 ditë në javë për 8 javë. Pehlivan etj. vlerësoi një program PR të pambikëqyrur në shtëpi prej 4 ditësh në javë për një periudhë prej 2 muaj. Ushtrimet u mësuan më parë nga një fizioterapist dhe përbëheshin nga ecja në vetvete, trajnime për forcimin e muskujve periferikë, teknika të higjienës së gjoksit dhe ushtrime të frymëmarrjes për zgjerim lokal. Murray et al. vlerësoi efektin e 2 seancave trajtimi çdo ditë

(mëngjes dhe mbrëmje, kohëzgjatja tipike 20-30 minuta) për 3 muaj fizioterapi gjoksi duke përdorur vetëm pajisjen PEP osciluese Acapella Choice®. Fatkeqësisht, nuk janë kryer studime krahasuese midis programeve të ndryshme dhe kështu nuk është e mundur të vlerësohet efikasiteti i një programi ndaj të tjerëve, por një i personalizuar. program ushtrimesh duke përfshirë ushtrime aerobike në 60-75% të kulmi i ushtrimeve dhe trajnimi i gjymtyrëve të sipërme dhe të poshtme duket të jetë efektiv.

Një faktor tjetër konfuz lidhet me pacientët dhe kriteret e përfshirjes. Moshë ndryshon midis studimeve nga 44 vjet mesatarisht në 71 vjet, dhe shumë nga pacientët e përfshirë ishin kryesisht femra që varionin nga 55.0 në 80.7% të numrit të përgjithshëm me përjashtim të Mandal et al. dhe Murray et al. studimet ku mbizotëronin meshkujt (48.1 dhe 40.0%) përkatësisht). Megjithatë nuk ishte një kriter i parazgjedhur, të gjitha studimet përfshinin vetëm pacientë të qëndrueshëm NCFB, pa ndonjë sëmundje shoqëruese të rëndësishme. Dallimet kryesore ishin përkufizimi i stabilitetit që varion 3-6 javë nga acarimi i fundit dhe numri i acarimeve në vitet e mëparshme. Në këtë meta-analizë, 5 RCT dhe 3 vëzhguese janë përfshirë studimet. Krahasimi midis aktiveve dhe grupet e kontrollit është bërë vetëm duke analizuar RCT-të, ndërsa efekti i PR në të njëjtin grup u vlerësua duke shtuar tek RCT-të edhe studimet vëzhguese. Për shkak të mungesës së RCT-ve, kjo zgjedhje u bë për të forcuar gjetjet tona, dhe në fakt rezultatet e PR nuk ndryshonin shumë ndërmjet grupit aktiv dhe atij të kontrollit (që përfshin vetëm RCT-të) dhe para dhe pas PR në grupin aktiv (si me RCT-të ashtu edhe me studimet vëzhguese), duke konfirmuar vlefshmërinë e rezultateve tona. Bradley et al. kreu një meta-analizë që tregon se trajnimi i muskujve frymëmarrës përmirësoi kapacitetin e ushtrimeve të qëndrueshmërisë kur krahasohej me stërvitjen e rremë ose aspak të muskujve frymëzues, por u përfshinë vetëm 2 studime nga i njëjti autor. Në Lee Meta-analiza e et al., u përfshinë vetëm 4 RCT dhe njëra prej tyre u përjashtua nga analiza jonë sepse 82% e 389 pjesëmarrësve kishin një diagnozë të COPD. Megjithatë, autorët arritën në përfundimin se PR përmirëson kapacitetin e ushtrimeve, megjithatë

përfitimet mund të mos jenë të qëndrueshme në afat të gjatë. Kufizimi kryesor i kësaj meta-analize është mosmarrja marrë parasysh rezultatet e tjera si kolla, numri e acarimeve, ose QoL. Anasjelltas, në Annoni et al. rishikimi sistematik, efekti i teknikave të ndryshme të pastrimit të rrugëve të frymëmarrjes, si lagështimi, inhalimi me kripë dhe PR gjithashtu, u rishikua dhe arriti në përfundimin se PR afatshkurtër përmirëson tolerancën ndaj ushtrimeve dhe redukton dispnenë dhe lodhjen, por nuk u krye analiza krahasuese. Si përfundim, ky studim mbështet efikasitetin e rehabilitimit të frymëmarrjes si një mjet i vlefshëm për të përmirësuar tolerancën ndaj ushtrimeve në pacientët e qëndrueshëm me NCFB.

Biografi

Dr. Emanuela Prendi ka përfunduar Doktoraturën në vitin 2023 në Shkencë Infermieristike dhe Shëndet Publik pranë universitetit Tor Vergata, Romë me rezultate të shkëlqyera, (Eccellenza con lode).



Referencat

1. Barker AF. Bronchiectasis. *N Engl J Med.* 2002; 346(18):1383–93.
2. King PT, Holdsworth SR, Freezer NJ, Villanueva E, Holmes PW. Characterisation of the onset and presenting clinical features of adult bronchiectasis. *Respir Med.* 2006;100:2183–9.
3. Ten Hacken NHT, Wijkstra PJ, Kerstjens HAM. Treatment of bronchiectasis in adults. *BMJ.* 2007;335:1089–93.
4. Pasteur MC, Bilton D, Hill AT; British Thoracic Society Bronchiectasis non-CF Guideline Group. British Thoracic Society guideline for non-CF bronchiectasis. *Thorax.* 2010; 65(Suppl 1):i1–58.
5. Spruit MA, Singh SJ, Garvey C, ZuWallack R, Nici L, Rochester C, et al. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med.* 2013;188(8):e13–64.
6. Holland AE, Wadell K, Spruit MA. How to adapt the pulmonary rehabilitation programme to patients with chronic respiratory disease other than COPD. *Eur Respir Rev.* 2013;22:577–86.

7. Ong HK, Lee AL, Hill CJ, Holland AE, Denehy L. Effects of pulmonary rehabilitation in bronchiectasis: a retrospective study. *Chron Respir Dis*. 2011;8:21–30.
8. Van Zeller M, Mota PC, Amorim A, Viana P, Martins P, Gaspar L, et al. Pulmonary rehabilitation in patients with bronchiectasis: pulmonary function, arterial blood gases, and the 6-Minute Walk Test. *J Cardiopulm Rehabil Prev*. 2012;32:278–83.
9. Martínez-García MA, Soler-Cataluña J-J, Perpiñá-Tordera M, Román-Sánchez P, Soriano J. Factors associated with lung function decline in adult patients with stable non-cystic fibrosis bronchiectasis. *Chest*. 2007;132(5):1565–72.
10. Martínez-García MA, Perpiñá-Tordera M, Román-Sánchez P, Soler-Cataluña JJ. Quality-of-life determinants in patients with clinically stable bronchiectasis. *Chest*. 2005;128:739–45.
11. Lee AL, Hill CJ, Cecins N, Jenkins S, McDonald CF, Burge AT, et al. The short and long term effects of exercise training in non-cystic fibrosis bronchiectasis: a randomised controlled trial. *Respir Res*. 2014;15:44
12. Martínez-García MA, Perpiñá-Tordera M, Soler-Cataluña JJ, Román-Sánchez P, Lloris-Bayo A, González-Molina A. Dissociation of lung function, dyspnea ratings and pulmonary extension in bronchiectasis. *Respir Med*. 2007;101:2248–53.
13. Lee AL, Button BM, Ellis S, Stirling R, Wilson JW, Holland AE, et al. Clinical determinants of the 6-Minute Walk Test in bronchiectasis. *Respir Med*. 2009;103:780–5.
14. Murray MP, Pentland JL, Hill AT. A randomised crossover trial of chest physiotherapy in non-cystic fibrosis bronchiectasis. *Eur Respir J*. 2009;34:1086–92.
15. Annoni S, Bellofiore A, Repossini E, Lazzeri M, Nicolini A, Tarsia P. Effectiveness of chest physiotherapy and pulmonary rehabilitation in patients with non-cystic fibrosis bronchiectasis: a narrative review. *Monaldi Arch Chest Dis*. 2020;90(1).
16. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *BMJ*. 2009;339:b2535.
17. Moher D, Shamseer L, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M, et al. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Syst Rev*. 2015;4:1.
18. Lee AL, Hill CJ, McDonald CF, Holland AE. Pulmonary rehabilitation in individuals with non-cystic fibrosis bronchiectasis: a systematic review. *Arch Phys Med Rehabil*. 2017;98: 774–e1.
19. Pedder H, Sarri G, Keeney E, Nunes V, Dias
20. S. Data extraction for complex meta-analysis (DECiMAL) guide. *Syst Rev*. 2016;5:212.
21. Wallace BC, Dahabreh IJ, Trikalinos TA, Lau J, Trow P, Schmid CH, et al. Closing the gap between methodologists and end-users: R as a computational back-end. *J Stat Soft*. 2012;49(5).
22. Calzetta L, Rogliani P, Matera MG, Cazzola
23. M. A systematic review with meta-analysis of dual bronchodilation with LAMA/LABA for the treatment of stable COPD. *Chest*. 2016; 149:1181–96.
24. Mandal P, Sidhu MK, Kope L, Pollock W, Stevenson LM, Pentland JL, et al. A pilot study of pulmonary rehabilitation and chest physiotherapy versus chest physiotherapy alone in bronchiectasis. *Respir Med*. 2012;106:1647–54.
25. Newall C, Stockley RA, Hill SL. Exercise training and inspiratory muscle training in patients with bronchiectasis. *Thorax*. 2005;60: 943–8.
26. Ozalp O, Inal-Ince D, Cakmak A, Calik-Kutucu E, Saglam M, Savci S, et al. High-intensity inspiratory muscle training in bronchiectasis: a randomized controlled trial. *Respirology*. 2019;24:246–53.
27. Pehlivan E, Niksarlioğlu EY, Balci A, Kılıç L. The effect of pulmonary rehabilitation on the physical activity level and general clinical status of patients with bronchiectasis. *Turk Thorac J*. 2019;20:30–5.
28. Zanini A, Aiello M, Adamo D, Cherubino F, Zampogna E, Sotgiu G, et al. Effects of pulmonary rehabilitation in patients with non-cystic fibrosis bronchiectasis: a retrospective analysis of clinical and functional predictors of efficacy. *Respiration*. 2015;89:525–33.
29. Singh SJ, Puhan MA, Andrianopoulos V, Hernandez NA, Mitchell KE, Hill CJ, et al. An official systematic review of the European Respiratory Society/American Thoracic Society: measurement properties of field walking tests in chronic respiratory disease. *Eur Respir J*. 2014;44:1447–78.
30. Lee AL, Hill CJ, Cecins N, Jenkins S, McDonald CF, Burge AT, et al. Minimal important difference in field walking tests in non-cystic fibrosis bronchiectasis following exercise training. *Respir Med*. 2014;108:1303–9.
31. Homsy M, Gillion M, Lams B, Suh E, Dasaolu
32. M. Is there a correlation between lung function values and cardiopulmonary exercise outcome? *Lancet*. 2013;381:S50.
33. Hagiuro T, Nishimura K, Tsukino M, Ikeda A, Koyama H, Izumi T. Comparison of discriminative properties among disease-specific questionnaires for measuring health-related quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med*. 1998;157:785–90
34. Troosters T, van der Molen T, Polkey M, Rabinovich RA, Vogiatzis I, Weisman I, et al. Improving physical activity in COPD: towards a new paradigm. *Respir Res*. 2013;14: 115.
35. Horie J, Takahashi K, Shiranita S, Anami K, Hayashi S. Validation of clinical characteristics and effectiveness of pulmonary rehabilitation in a COPD population with discrepancy between exercise tolerance and FEV1. *Healthcare*. 2021;9(1):53.

Diabeti Mellitus dhe vlerësimi laboratorik në momentet e diagnostikimit

Klara Hysenaj¹, Rezarta Stena¹, Blerina Bani¹, Elona Dybeli¹, Armela Kapaj¹

'Universiteti i Elbasanit "Aleksandër Xhuvani", Fakulteti i Shkencave Mjekësore Teknike

Klara.hysenaj@uniel.edu.al

Abstrakt

Hyrje: Diabeti mellitus është një sëmundje endokrine, autoimmune e cila në thelb ka rritjen e glukozës në gjak, që vjen si pasojë e mungesës së insulinës, e cila nuk prodhohet mjaftueshëm nga qelizat B të ishujve të pankreasit. Në rastet kur prek moshat pediatrike, shkaku është shkatërrimi i qelizave B të ishujve të Langerhansit, që çon më pas në mungesë të prodhimit të insulinës. Kur prek moshat adulte, kemi një dëmtim të receptorëve insulinike të cilët nuk janë të aftë ta kapin dhe ta përdorin insulinën e prodhuar në mënyrë efektive.

Qëllimi: Qëllimi i këtij studimi është të vlerësohen të dhënat laboratorike të diabetit mellitus, shpeshësia e tij sipas moshës, gjinisë, vendbanimit dhe llojit të trajtimit.

Metodologjia: Në këtë studim u përfshinë 120 pacientë, 80 prej tyre femra dhe 40 meshkuj të paraqitur në dy klinika private në Tiranë, gjatë periudhës mars 2018-mars 2019. Mbledhja e materialeve për këta pacientë, sipas gjinisë, moshës, vendbanimit apo llojit të trajtimit u realizua nga kartelat mjekësore. Të dhënat laboratorike të glicemisë esëll dhe hemoglobinës së glukozuar, u vlerësuan me anë të aparaturave

përkatese.

Rezultatet: Pasi u analizuan të dhënat për, 120 pacientët me diabet, dolëm në përfundimin se 66% prej tyre ishin femra dhe 37% ishin meshkuj. Grupmosha më e riskuar sipas studimit del mosha mbi 60 vjeç me 58%, më pas vjen mosha 41-60 vjeç me 38% dhe më pak e riskuar ngelet mosha 20-40 vjeç me 4%. Përsa u përket vendbanimeve, zonat urbane zënë përqindjen më të madhe të pacientëve diabetik me 71% dhe 29% zonat rurale. Duke u bazuar tek analizat laboratorike, vëmë re se rastet e trajtimit me insulinë janë më të shpeshta se rastet me medikamente orale, përkatësisht ato me insulinë janë 75% dhe ato me medikamente orale 25%.

Konkluzioni: Diabeti konsiderohet si sëmundja e shekullit e cila prek kryesisht moshat e dyta dhe të treta, por gjatë viteve të fundit ka një tendencë rritjeje edhe tek të rinjtë, për shkak të ushqimit jo të shëndetshëm dhe mungesës së aktivitetit fizik. Sipas specialistëve, veprimtaria e përditshme fizike, një dietë e shëndetshme, konsumimi i ujit gjatë ditës zvogëlojnë ndjeshëm numrin e rasteve të reja me diabet.

Fjalët kyçe: diabet mellitus, insulinë, hiperglicemi, hipoglicemi, hemoglobinë e glukozuar

Hyrje: Diabeti mielitus është një sëmundje endokrine, autoimmune që ka në thelbin e saj rritjen e glukozës në gjak, që vjen si pasojë e mungesës së insulinës, e cila nuk prodhohet mjaftueshem nga qelizat B të ishujve të pankreasit ose mospërdorimi i insulinës nga organizmi, nga prania e faktorëve që kundërshtojnë veprimin e saj.

Pradiabeti përkufizohet si një gjendje hiperglicemie kronike që vjen si pasojë e bashkëpunimit të faktorëve ambjental dhe gjenetikë. Gjithashtu konsiderohet si një sindrom metabolik kronik me bazë gjenetike që karakterizohet me insuficiencë relative apo absolute të insulinës. Deri më sot njihen katër tipe diabeti, të kundërt me njëri-tjetrin: Diabeti Mellitus tip (insulinovartës), Diabeti Mellitus tip 2 (joinsulinovartës), Diabeti Gestacional (diabeti i shtatzanisë), lloje të tjera specifike të diabetit.

Diabeti përfaqësohet nga tre tipe kryesore;

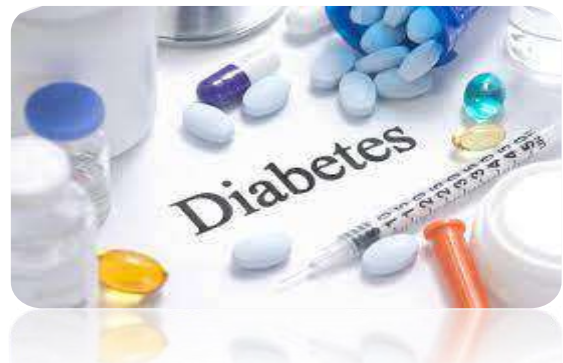
Diabeti tipi 1 zhvillohet kur sistemi imunitar shkatërron qelizat B të pankreasit që prodhojnë insulinë. Dëmtimi i këtyre qelizave do të ulë prodhimin e insulinës në organizëm, dhe kjo sasi duhet të zvendësohet me mjekim nga jashtë në forma të ndryshme, me injeksione të insulinës ose me pompë insulinike. Prek më shumë moshat pediatrike dhe ka si faktorë risku shkaqet autoimmune, gjenetike apo dhe të mjedisit.

Diabeti tipi 2 zhvillohet kur receptorët insulinike nuk janë të aftë ta përdorin insulinën që prodhon pankreasi në mënyrë efektive. Prek më shumë adultet, të cilët nuk janë insulinovartës, por mjekimi i tyre do të konsistojë në marrjen e medikamenteve orale, të cilët ndihmojnë në kapjen e glukozës nga receptorët insulinikë. Diabeti i tipit 2 është i lidhur me moshën e madhe, anamnezën e familjes me diabet, historinë e diabetit gestacional, metabolizmin e dëmtuar të glukozës, mosveprimtarin fizike etj.

Diabeti gestacional është një formë tjetër e intolerancës së glukozës diagnostikuar gjatë shtatzënisë. Diabet gestacional ndodh më shpesh në gratë obeze dhe tek ato me një histori familjare të diabetit. Gjatë shtatzënisë, diabeti gestacional kërkon trajtim të zgjedhur për mbajtjen në kontroll të glukozës në gjak, për të pakësuar rrezikun e komplikacioneve tek fëmijë dhe tek nëna.

Diagnoza

Diagnoza e Diabetit Mellitus do të vendoset në bazë të: Anamnezës familjare, të anamnezës vite apo dhe nga të dhënat laboratorike ku përfshihen: gjak komplet, urinë komplet, glicemia esell, testi i tolerancës së glukozës, profile të glicemisë si dhe HbA1C, provat e heparit, kolesterolemia, trigliciredemia. Nga ekzaminimi objektiv vihet re polifagi, polidipsi, dhimbje epigastrike, ndjenjë nauze dhe të vjella, erë acetoni, takipne, respiracioni kussmaul, shikohet gjuhë dhe lëkurë e thatë, dobësi dhe shënja të dehidrimit, shikohet puls i dobët, takikardi, hypotension, kolaps, kemi crregullime të vetëdijes, axhitim, letargji, glukozuri, ketonuri, hiperglicemi, hiperketonemi, hipokalemi, hiponatremi, hiperlipidemi, acidoze metabolike. Për të vendosur diagnozën e diabetit mellitus duhet të behet ndjekja në mënyrë periodike e nivelit të glukozës në gjak.



Testet kryesore diagnostikuese të diabetit mellitus

Ndër testet kryesore të diabetit përmendim:

1. Gliceminë esëll në serum.
2. HbA1c - një test që vlerëson sasinë mesatare të glukozës në gjak gjatë 3 muajve të fundit.
3. Testin e tolerancës së glukozës (OGTT)- që

përfshin marrjen e një mostre gjaku esëll dhe një mostre tjetër dy orë pas konsumimit të ushqimit.

4. Fructosaminën - që vlerëson nivelet mesatare të glukozës gjatë 3 deri në 4 javët e fundit

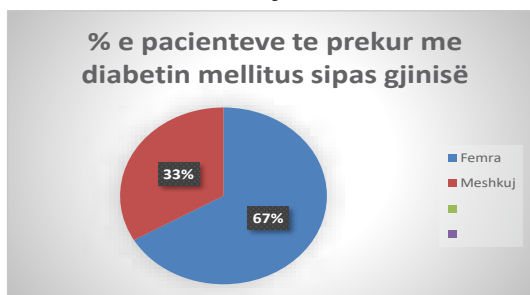
5. 1,5 Anhydroglucitolin - një test i ri që zbulon nivelet e larta të glukozës para 1 ose 2 javëve të kaluara.

Pjesa studimore

Qëllimi i këtij studimi është të vlerësohen të dhënat laboratorike të diabetit mellitus, shpeshësia e tij sipas moshës, gjinisë, vendbanimit dhe llojit të trajtimit.

Metodologjia: Në këtë studim u përfshinë 120 pacientë, 80 femra dhe 40 meshkuj të paraqitur në dy klinika private. Materiali dhe metoda që u përdorën patën si objekt pune, shqyrtimin e kartelave me këtë diagnozë dhe shpërndarjen e tyre sipas grupmoshave, gjinisë, vendbanimit dhe mënyrës së trajtimit.

Grafiku 1



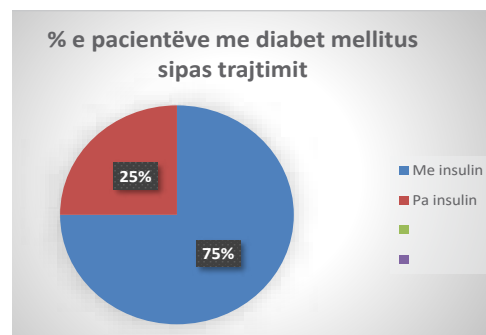
Në grafikun numër 1, u vu re se nga analizimi i 120 pacientëve sipas moshës doli që 66% prej tyre ishin femra dhe 37% ishin meshkuj.

Grafiku 2



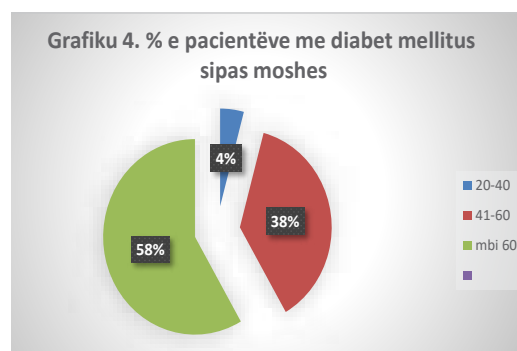
Në grafikun numër 2, u vu re se numëri më i madh i pacientëve me diabet mellitus sipas vendbanimit ishte 71 % në qytet dhe 29 % në fshat. Pra përqindja në qytet është më e madhe sepse edhe vizitat janë në numër më të madh sesa në zonat rurale.

Grafiku 3



Nga grafiku numër 3, del se pacientët që trajtohen me insulinë janë në numër më të madh se ata me medikamente orale. Me insuline janë rreth 75% (N-90), kurse me medikamente orale rreth 25% (N-30).

Grafiku 4



Grafiku numër 4 tregon pacientët me diabet mellitus, sipas grupmoshave. Vihet re se mosha më e prekur është ajo mbi 60 vjeç me 58% (N-70), më pas vjen mosha 41-60 vjeç me 38% (N-45), dhe më pak e riskuar është mosha 20-40 vjeç me 4% (N-5) rašte.

Rezultatet: Pasi u analizuan të dhënat për, 120 pacientët me diabet, u pa se 66% prej tyre ishin femra dhe 37% ishin meshkuj. Grupmosha më e riskuar sipas studimit del mosha mbi 60 vjeç me 58%, më pas vjen mosha 41-60 vjeç me 38% dhe më pak e riskuar ngelet mosha 20-40 vjeç me 4%. Përsa u përket vendbanimeve, zonat urbane zënë përqindjen më të madhe të pacientëve diabetik me 71% dhe 29% zonat rurale. Duke u bazuar tek analizat laboratorike, vëmë re se rastet e trajtimit me insulinë janë më të shpeshta se rastet me medikamente orale, përkatësisht ato me insulinë janë 75% dhe ato me medikamente orale 25%.

Konkluzioni: Diabeti konsiderohet si sëmundja

e shekullit e cila prek kryesisht moshat e dyta dhe të treta, por gjatë viteve të fundit ka një tendencë rritjeje edhe tek të rinjtë, për shkak të ushqimit jo të shëndetshëm dhe mungesës së aktivitetit fizik. Sipas specialistëve, veprimtaria e përditshme fizike, një dietë e shëndetshme, konsumimi i ujit gjatë ditës zvogëlojnë ndjeshëm numërin e rasteve të reja me diabet.

Në të gjithë botën, përhapja e sëmundjeve kronike, jo të komunikueshme po rritet me një shkallë alarmante. Rreth 18 milion njerëz vdesin çdo vit nga sëmundjet kardiovaskulare, për të cilat diabeti dhe hipertensioni janë faktorët kryesorë predispozues. Epidemia e diabetit është duke u zhvilluar nga viti në vit. Sipas një vlerësimi të Federatës Ndërkombëtare të Diabetit, Prevalenca krahasuese e Diabetit gjatë vitit 2007 është 8.0% dhe ka gjasa të rritet në 7.3% deri në vitin 2025. Numri i personave me diabet është 246 milion dhe ka të ngjarë të rritet në 380 m deri në vitin 2025.

Referencat

1. Crutchfield, Diane B. "Oral Antidiabetic Agents: Back to the Basics." *Geriatric Times*, May 1, 2003: 20.
2. "Gestational Diabetes Increases 35% in 10 Years." *Health & Medicine Week*, March 22, 2004: 220.
3. Kordella, Terri. "New Combo Pills." *Diabetes Forecast*, March 2003: 42.
4. "New Drugs." *Drug Topics*, November 18, 2002: 73.
5. "Research: Lower Chromium Levels Linked to Increased Risk of Disease." *Diabetes Week*, March 29, 2004: 21.
6. "Standards of Medical Care for Patients with Diabetes Mellitus: American Diabetes Association." *Clinical Diabetes*, Winter 2003: 27.
7. "Wider Metformin Use Recommended." *Chemist & Druggist*, January 11, 2003: 24.
8. *Practical Insuline – Abe Ogden*. ISBN: 978-1-580-40-447-1.
9. *Principle of diabetes mellitus - Leonid Poretsky*. ISBN:978-0-387-09840-1.
10. *Therapy for diabetes mellitus and related Disorders- Harold E. Lebovitz*. ISBN: 0-945-448-94-5. 1998.
11. *The epidemiology of diabetes an international perspective-* Jean M.Ekoe, Paul Zimmet, Rhy Williams, Sir Georhe Alberti, John Willey&Sons. ISBN:0-471-97448-X.
- 12.*The Mediterranean diabetes cookbook- Amy Riolo*. ISBN: 978-1-58040-312-2.
13. *Infermieria Speciale tek Adultët - Evis Alushi, Sonila*

Nika, M.Sc.Alida Ramaj. ISBN:978-99956-91-89-9.

14. *Medical Management of Diabetes type 2*-Robert Anthony.ISBN:978-1-58040-310-8.

15. *Overview of clinical and compliacations*

16. *Diabetes*. www.umm.edu/diabetes/clinical_complications.htm.

Menaxhimi infermieror i pacientëve me stomi

Armelda Teta^{1*}, Gazment Koduzil, Mitilda Gugu¹, Elona Gaxhja¹,

Rezarta Stena¹, Rajmonda Hida¹

¹Fakulteti i Shkencave Mjekësore Teknike, Universiteti i Elbasanit “Aleksandër Xhuvani”

*Email: armelda.teta@uniel.edu.al

Abstrakt

Infermierët janë pjesë e rëndësishme e ekipit multidisciplinar që trajton pacientët me kološtomi, duke i ardhur në ndihmë për të marrë kujdesin e duhur dhe, duke shmangur zhvillimin e komplikimeve peristomale. Ky artikull synon të hetojë menaxhimin infermieror të pacientët me stomi. Të dhënat u mbledhën nëpërmjet një ankete të vetëstrukturuar gjatë periudhës Maj-Qershor 2023. Pas miratimit, u intervistuan 12 infermierë, të cilët punojnë në departamentin e kirurgjisë të Spitalit Rajonal “Xhaferr Kongoli” Elbasan dhe kujdesen për pacientët me stome. Anketa përmbante pyetje në lidhje me nivelin e aftësive të tyre dhe përvojës me këta pacientë. Analiza statistikore është kryer përmes analizës së të dhënave të mbledhura. Të anketuarit kanë një moshë mesatare 42.4 vjeç (S. D=6.4) dhe përvojë pune me pacientë me stomë afërsisht 10 vjet (S. D=5.8). Nga përgjigjet e marra, 83% e infermierëve të intervistuar i dinin protokollet për menaxhimin adekuat të pacientëve me kološtomi. 59% e tyre ndoqën një plan të planifikuar të kujdesit për stominë. 66% ishin në gjendje të identifikonin në kohë komplikimet stomale dhe të ndërhyjnë pa

qenë nevoja për të hequr stomën nga pacienti. Për sa i përket kurseve të trajnimit për kujdesin infermieror të pacientëve me stomë, vetëm 7 prej tyre kishin zhvilluar disa kurse trajnimi për këtë temë. Ofrimi i kujdesit adekuat për pacientet me stome kërkon një kualifikim të specializuar dhe të avancuar. Zhvillimi i edukimit dhe trajnimit të vazhdueshëm të infermierëve që kujdesen për pacientët me stomë është shumë i nevojshëm, për dhënien e kujdesit, por edhe për të parandaluar komplikime.

Fjalët kyçe: infermier, menaxhim, stomi, pacient, proces infektiv.

Hyrje

Termi “stoma” vjen nga greqishtja e vjetër dhe do të thotë “gojëz”. Në termat mjekësore, stoma i referohet një hapjeje të krijuar në mënyrë kirurgjikale të një organi në sipërfaqen e trupit për të mundësuar nxjerrjen e produkteve të mbetura brenda atij organi, kur ai është i dëmtuar dhe nuk mund të kryej funksionin e tij. Stomitë më të zakonshme janë kološtomia dhe ileoštomia për eliminimin e mbetjeve fekale dhe uroštomia për eliminimin e urinës. Ndër faktorët kryesor që mund ta bëjnë

një pacient kandidat të një stomie janë patologjitë inflamatore të zorrëve dhe kanceri kolorektal. Pacientëve në abdomen i atashohet një qese e cila do shërbej si vendgrumbullimi për materialet e nxjerra. Qeset e përdorura mund të jenë me fund të mbyllur ose të hapur dhe duhet pasur kujdes gjatë ndërrimit të tyre, pasi mund të kontaminohet zona përreth duke çuar në shfaqjen e komplikacioneve peristomale.

Kološtomitë mund ti kemi të përkohshme ose të përhershme. Kološtomitë e përkohshme janë stomi të cilat hiqen pas përmirësimit të gjendjes së pacientit dhe rikthimit të funksionaalitetit të zorrëve. Kološtomitë e përhershme këshillohen dhe vendosen kur është realizuar rezeksion i një pjese të zorrëve, kur kanceri kolorektal ka avancuar ose sfinkteri i anusit është dëmtuar dhe nuk riparohet. Edhe pse është një procedurë që shpëton jetë, si vendosja ashtu dhe heqja e saj shfaqin rritje të numrit të komplikimeve dhe vdekshmërisë.⁶ Komplikacionet mund të lidhen me vetë kološtominë ose faktorë të mbivendosur.

Sipas literaturës raportohet se 3%-82% e pacientëve të stomatizuar bëjnë komplikime të hershme dhe 6% deri në 76% të pacientëve shfaqin komplikacione të vonuara. Komplikacionet më të shpeshta stomale vërehen te pacientët të cilët janë të detyruar ta vendosin stominë pa planifikuar, në urgjencë, pasi gjendja e tyre nuk e lejon një planifikim të ndërhyrjes. Këta pacientë mund të bëjnë prolaps të stomisë, hernie, granulomë, retraksion stomal apo dhe dëmtime të lëkurës peristomale.

Për shkak të modifikimeve funksionale dhe trupore, pacientët kanë nevojë për kujdes shëndetësor të shtuar për të identifikuar në kohë komplikimet e mundshme stomale. Elementi kryesor për menaxhimin e një komplikacioni të stomisë është parandalimi i tij. Infermierët e plagës dhe të stomisë kontribuojnë në kujdesin e pacientëve duke i evidentuar dhe parandaluar në kohë komplikimet pa qenë nevoja të behet heqja e stomisë.

Vitet e fundit, rolit dhe figurës së infermierit i janë shtuar përgjegjësi të reja. Sipërmarrje të tilla janë zhvilluar për ti ardhur në ndihmë nevojave të kujdesit shëndetësor, pacientëve dhe rregullimit profesional/licensimit. Shumë nga këto role janë të reja për infermierët dhe kërkojnë njohuri dhe trajnim

të avancuar.¹¹ Infermierët duhet të luajnë një rol kyç në të gjitha rrugët e kujdesit të pacientit me stomë për t'i ndihmuar ata të përshtaten me kushtet e reja fizike dhe psikologjike nga fazat para operacionit deri në rekuperimin e plotë të tyre.

Qëllimi dhe objektivat.

Qëllimi: Ky artikull synon të hetojë menaxhimin infermior të pacientët me stomi dhe të ndihmojë infermierët të kuptojnë nevojat e pacientit të stomatizuar.

Objektivat:

Eksplorim i kujdesit infermior për pacientët me stomë, me fokus kryesor kološtomitë.

Evidentim i nevojave të pacientit të stomatizuar.

Identifikimi i faktorëve infektiv të pacientit të stomatizuar për të ndihmuar në reduktimin e tyre.

Metodologjia:

Ky studim është i tipit cros seksional i realizuar me infermierët e departamentit të kirurgjisë të Spitalit Rajonal “Xhaferr Kongoli” Elbasan, të cilët kujdesen për pacientët me stomi.

Mbledhja e të dhënave u realizua gjatë muajve Maj-Qershor 2023. Instrumenti i përdorur u hartua duke u bazuar në rishikim të literaturës të studimeve të ngjashme. Anketa u nda në dy sesione. Pjesa e parë përmban të dhëna demografike, pyetje me karakter të përgjithshëm mbi moshën, gjininë, edukimin e infermierëve, eksperiencën me pacientë të stomatizuar dhe në lidhje me trajnimet që mund të kenë bërë mbi këtë temë. Pjesa e dytë janë pyetje të cilat hetojnë nivelin e aftësive dhe përvojës së infermierëve me pacientët me kološtomi. Anketa iu dorëzua secilit infermier, duke i shpjeguar qëllimin e studimit dhe u plotësua nga infermierët pasi morën miratimin nga ana e tyre. Materiali plotësues teoriko-shkencor u përpunua nga punime të ngjashme të publikuara në Google Scholar, PubMed, Medline etj., gjatë viteve të fundit.

Të dhënat e grumbulluara do të interpretohen nëpërmjet analizës së të dhënave dhe do të importohen në Microsoft Excel direkt nga pyetësorët e plotësuar. Analiza deskriptive do të japi informacion mbi monstrën dhe variablat e përdorura (moda, mesatarja, devijimi standart, maksimumi dhe minimumi).

Rezultate

Rezultatet e përfituara nga të dhënat demografike Pas miratimit, 12 infermierë, të cilët punojnë në repartin e kirurgjisë në Spitalin Rajonal 'Xhaferr Kongoli' Elbasan dhe kujdesin për pacientët me stomi, u intervistuan në lidhje me nivelin e aftësive dhe përvojës së tyre. Nga përgjigjet e marra rezultoi që nëntë infermier ishin femra dhe 3 meshkuj, me një moshë mesatare afërsisht 42,4 vjeç dhe devijacion standart 6,4. Shtatë nga pjesëmarrësit, (58.4%) ishin diplomuar në Master shkencor në Infermieri, katër pjesëmarrës (33.3%) kishin diplomë Bachelor në Infermieri të Përgjithshme dhe një prej infermierëve (8.3%) ishte diplomuar me Master Profesional. Nga përgjigjet e marra rezultoi se infermierët e intervistuar kishin afërsisht 10 vjet vite pune eksperiencë me pacientët e stomatizuar. 58,4% e pjesëmarrësve apo shtatë prej tyre kishin realizuar trajnime në lidhje me kujdesin e stomive.

Të dhënat demografike		
Gjinia	9 femra dhe 3 meshkuj	75% femra dhe 15% meshkuj
Mosha	42,4 vjeç	S.D =6.4
Niveli i edukimit	Katër pjesmarrës- Bachelor Infermieri e përgjithshme Shtatë-Master Shkencor Një- Master Profesional.	33.3%
		58.4%
		8.3%
Eksperiencia në vite me pacientët me stomi?	Afërsisht 10 vjet	S.D.= 5.8
A jeni tranuar në lidhje me kujdesin e stomive?	7 pjesëmarrës- Po	58.4%

Tabela 1- të dhënat demografike e infermierëve pjesëmarrës

Aftësitë infermierore të kujdesit për stominë

Pyetjet e drejtuar në këtë sesion u fokusuan në nivelin e aftësive të infermierëve dhe përvojës së tyre me pacientët me stomi për të identifikuar faktorët infektivë dhe për të reduktuar numrin e komplikimeve të këta pacientë, duke favorizuar në këtë mënyrë rekuperim sa më të shpejtë të tyre.

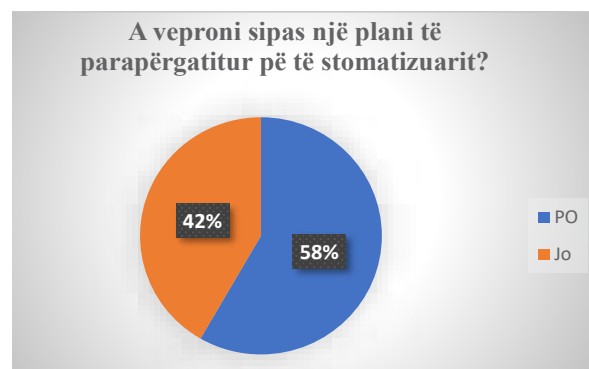
Pas analizimit të përgjigjeve të marra rezultoi se 83% e infermierëve pjesëmarrës, dhjetë infermierë, vepronin për të dhënë kujdesin këtyre pacientëve

bazuar në protokolle për të arritur një menaxhim sa më efektiv. 9% veprojnë sipas udhëzimeve të mjekut përkatës dhe 8% veprojnë sipas gjendjes së pacientit.



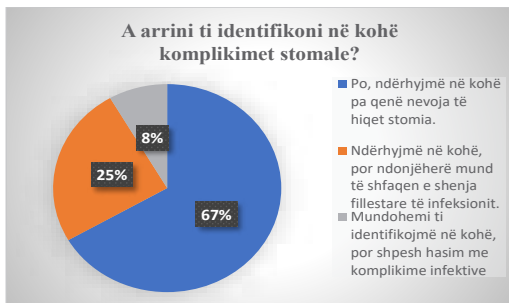
Grafiku 1 – Kujdesi infermieror

Shtatë prej pjesëmarrësve (58%), u përgjigjën se ndiqnin një plan të parapërgatitur për pacientët e stomatizuar dhe 5 prej tyre (42%) nuk vepronin sipas një plani të parapërgatitur.



Grafiku 2- Planifikimi i kujdesit

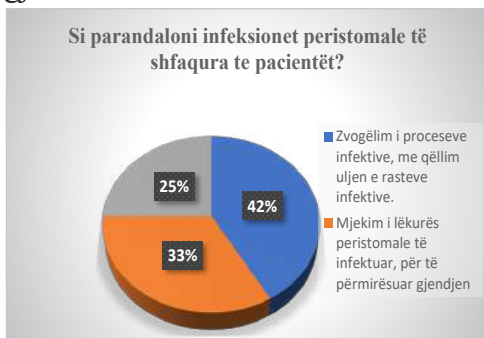
Në lidhje me identifikimin në kohë të komplikimeve stomale përgjigjet e pjesëmarrësve ishin: Tetë infermier (67%), ishin në gjendje të identifikonin në kohë komplikimet stomale dhe të ndërhynin pa qenë e nevojshme të hiqnin stomën nga pacienti. Tre infermierë (25%) ndërhyjnë në kohë, por ndonjëherë mund të shfaqen dhe shenja fillestare të infeksionit. Ndërsa një infermier (8%) është përgjigjur që mundohet ti identifikojë në kohë komplikimet infektive, por shpesh haset me ato.



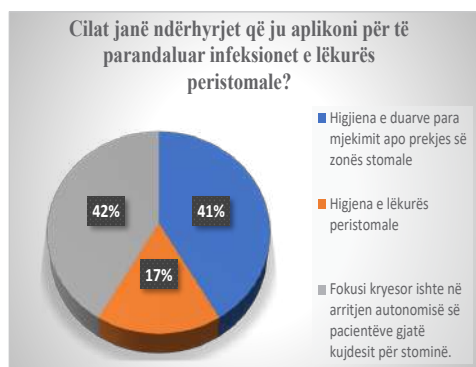
Grafiku 3- Identifikimi i komplikimeve stomale

Pesë pjesëmarrës (42%) deklaruan se qëllimi i tyre kryesor mbi parandalimin e infeksioneve peristomale ishte zvogëlimi i proceseve infektive, duke ndikuar në uljen e rasteve infektive. Katër infermierë, (33) u shprehën që mundohen të mjekojnë lëkurën peristomale të infektuar, për të përmirësuar gjendjen. Ndërsa tre prej tyre, (25%) ndërhyjnë vetëm me pastrimin e zonës së infektuar, duke larguar agjentin shkaktar.

Grafiku 4- parandalimi i infeksioneve peristomale te shfaqura te pacientët



Pesë pjesëmarrës (41.5%), theksuan rolin e higjienës së duarve para mjekimit apo prekjës së zonës stomale. Dy prej tyre, (17%) evidentuan nevojën për higjienën e lëkurës peristomale. Pesë të tjerë, (41.5%) deklaruan se fokusi i tyre kryesor ishte në arritjen e autonomisë së pacientëve gjatë kujdesit për stominë.



Grafiku 5- Ndërhyrjet që aplikohen për të parandaluar infeksionet e lëkurës peristomale

Në lidhje me edukimin e pacientëve apo kujdestarëve të tyre, mbi menaxhimin e stomive, të gjithë pjesëmarrësit u shprehën pozitivisht duke e vlerësuar këtë aspekt si shumë të rëndësishëm. Edukimi i pacientëve mbi mënyrën e një menaxhimi adekuat dhe higjienë të duhur të zonës peristomale do rrisi pavarësinë e tyre.

Konkluzione

Menaxhimi i një pacienti me stomë kërkon bashkëpunimin e të gjithë stafit multidisciplinar. Dhënia e kujdesit ndaj këtyre pacientëve kërkon aftësi të avancuara. Rezultatet e këtij studimi tregojnë për rëndësinë e figurës së infermierit profesionist në menaxhimin dhe planifikimin e kujdesit shëndetësor për pacientët me stomë. Për këte vihet në pah edukimi i vazhdueshëm i gjithë stafit infermior për të përmirësuar njohuritë dhe për të njohur teknikat e reja. Për të garantuar sigurinë e pacientit dhe minimizuar rreziqet infektive nevojitet një program kujdesi, diagnostikues dhe terapeutik, gjatë të cilit të bëhet kontrolli i stomës dhe lëkurës përreth.

Nga literatura evidentohet rëndësia e figurës së infermierit të specializuar për kujdesin e stomive nëpërmjet trajnimeve dhe kurseve. Është praktikë e mirë që infermierët e përgjithshëm të kenë njohuri bazike për stomitë, pasi mund të evidentojnë komplikimet ose problemet me mjekimin dhe të dijnë se kur duhet referuar pacienti te infermierja e specializuar e stomisë.



Biografi

Armelda Teta lindur në Elbasan, më 1 nëntor 1990.

Diplomuar në Bachelor Infermieri e Përgjithshme në Fakultetin e Shkencave Mjekësore Teknike, Universiteti i Elbasanit “Aleksandër Xhuvani”.

Prej 6 vitesh asistente lektore në këtë fakultet. Aktualisht është në vitin e dytë të studimeve të doktoraturës “Doktor në Shkenca Mjekësore Teknike” në FSHMT, Universiteti i Elbasanit “Aleksandër Xhuvani”.

Referenca

1. Ambe PC, Kurz NR, Nitschke C, Odeh SF, Möslin G, Zirngibl H. Intestinal Ostomy. *Dtsch Arztebl Int.* 2018 Mar 16;115(11):182-187. doi: 10.3238/arztebl.2018.0182. PMID: 29607805; PMCID: PMC5913578.
2. Recalla, S., English, K., Nazarali, R., Mayo, S., Miller, D., & Gray, M. (2013). Ostomy Care and Management. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 40(5), 489–500. doi:10.1097/won.0b013e3182a219a1
3. Smith D, Samways N. How to change a stoma bag. *Nurs Stand.* 2020 Apr 29;35(5):69-74. doi: 10.7748/ns.2020.e11484. Epub 2020 Apr 14. PMID: 32285653.
4. Garber HI, Morris DM, Eisenstat TE, Coker DD, Annous MO. Factors influencing the morbidity of colostomy closure. *Dis Colon Rectum.* 1982 Jul-Aug;25(5):464-70. doi: 10.1007/BF02553657. PMID: 7094785.
5. Perry WB, Connaughton JC. Abdominoperineal resection: how is it done and what are the results? *Clin Colon Rectal Surg.* 2007 Aug;20(3):213-20. doi: 10.1055/s-2007-984865. PMID: 20011202; PMCID: PMC2789508.
6. Marin AW, Di Giorgio A, DeStito C, Mercuri M, Massari M, Ricciardi V, Negro F, De Fazio S, Cozza T. Indicazioni attuali e tipologia della colostomia di protezione nelle urgenze coliche [Typology of defunctioning colostomy and state of art in the treatment of bowel emergencies]. *Ann Ital Chir.* 2005 Mar-Apr;76(2):157-60. Italian. Erratum in: *Ann Ital Chir.* 2005 Jul-Aug;76(4):404. Massari, Massimo [added]. PMID: 16302654.
7. Maglio A, Malvone AP, Scaduto V, Brambilla D, Denti FC. The frequency of early stomal, peristomal and skin complications. *Br J Nurs.* 2021 Dec 9;30(22):1272-1276. doi: 10.12968/bjon.2021.30.22.1272. PMID: 34889670.
8. Leong AP, Londono-Schimmer EE, Phillips RK. Life-table analysis of stomal complications following ileostomy. *Br J Surg.* 1994 May;81(5):727-9. doi: 10.1002/bjs.1800810536. PMID: 8044564.
9. Hsu MY, Lin JP, Hsu HH, Lai HL, Wu YL. Preoperative Stoma Site Marking Decreases Stoma and Peristomal Complications: A Meta-analysis. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2020 May/Jun;47(3):249-256. doi: 10.1097/WON.0000000000000634. PMID: 32118803.
10. Ayik C, Özden D, Cenani D. Ostomy Complications, Risk Factors, and Applied Nursing Care: A Retrospective, Descriptive Study. *Wound Manag Prev.* 2020 Sep;66(9):20-30. PMID: 32903201.
11. Chaney U, Hasson F, Keeney S, Sinclair M, Poulton B, McKenna HP. Stoma coloproctology nurse specialist: a case study. *J Clin Nurs.* 2007 Jun;16(6):1088-98. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01619.x. Epub 2007 Apr 24. PMID: 17459132.
12. Panattoni N, Mariani R, Spano A, Leo A, Iacorossi L, Petrone F, Simone ED. Nurse specialist and ostomy patient: Competence and skills in the care pathway. A scoping review. *J Clin Nurs.* 2023 Sep;32(17-18):5959-5973. doi: 10.1111/jocn.16722. Epub 2023 Apr 19. PMID: 37073684.

Vlerësimi i rasteve me gurë të koleçistës në rrethin e Elbasanit, kujdesi infermieror

Phd.cand Ilda Taka¹, Doc Elona Hasalla¹, Phd cand Albana Sula (Kreci)¹,

Phd cand Elona Zhiva¹

¹Fakulteti i Shkencave Mjekësore Teknike, Universiteti i Elbasanit “Aleksandër Xhuvani”

Email: ildataka@yahoo.it

Abstrakt

Hyrje: Sëmundja e gurëve të tëmthit është një patologji e zakonshme e aparatit tretës veçanërisht në vendet e zhvilluara. Ajo prek afërsisht 15% të popullsisë së rritur në SHBA. Vitet e fundit është parë të ketë një rritje të prevalencës së saj si pasojë e tendencës në rritje të obezitetit dhe sindromës metabolike.

Qëllimi: Studimi ka për qëllim vlerësimin e prevalencës së kalkulozës së koleçistës në rrethin e Elbasanit, analizimin e disa faktorëve riskues dhe rolin infermieror në kujdesin e pacientëve me kolelitiazë.

Metoda: Në këtë studim janë analizuar të dhënat e 172 pacientëve me kalkulozë të koleçistës për periudhën kohore Janar 2020 - Dhjetor 2022 të shtruar në spitalin “Xhaferri Kongoli”, Elbasan. U shqyrtuan të dhënat e pacientëve si mosha, gjinia, vendbanimi, pesha trupore dhe patologjitë shoqëruese për të parë ndikimin e tyre në shfaqjes së kalkulozës së koleçistës.

Rezultatet: Nga 172 pacientë me kalkulozë të koleçistës 65 ishin meshkuj (38%) dhe 107 femra (62%). Numri i rasteve u pa të ishte më i lartë në

vitin 2022 me 78 raste ku ndikues mund të jetë situata pas pandemisë si pasojë e jetës sedentare. 93 pacientë ishin banues në zona urbane dhe 79 në fshat. Nga popullata jonë femrat të grupmoshës 26-50 vjeç ishin më të prekura me 46,5%, ndërsa meshkujt të grupmoshës 51-70 vjeç me 22%. Patologjitë shoqëruese që u panë si faktorë risku ishin hiperlipidemia, mbipeshë, diabeti mellitus dhe hipertensioni.

Konkluzionet: Gjetjet e këtij studimi nxorren në pah se gratë e moshës së mesme, pesha e lartë trupore, jeta në zonat urbane, prania e disa patologjive shoqëruese dhe situata post-covid janë faktor ndikues në formimin e gurëve të koleçistës. Infermierët luajnë një rol pozitiv në vendosjen e diagnozave prioritare dhe ndërhyrjen adekuate tek pacientët me kolelitiazë. E rëndësishme është përditësimi i informacionit dhe përmirësimi i njohurive të tyre për dhënien e kujdesit të duhur tek pacientët me kolelitiazë dhe edukimin e tyre.

Fjalë kyçe: kolelitiazë, prevalencë, faktor risku, kujdes infermieror

Hyrje

Kolelitiaza është prania e një ose më shumë gurëve në fshikëzën e tëmthit situatë që shkaktohet nga një ndërveprim kompleks midis faktorëve gjenetikë, stilit të jetesës dhe dietës ushqimore. Prania e gurëve të tëmthit është një patologji e zakonshme e aparatit tretës veçanërisht në vendet e zhvilluara, ajo prek afërsisht 15% të popullsisë së SHBA, ndërsa në vendet aziatike dhe afrikane incidenca është e ulët. Në vitet e fundit për shkak të tendencës në rritje të anomalive metabolike si diabeti, rezistenca ndaj insulinës dhe obezitetit prevalenca e saj po rritet në të gjithë botën. Rreth 75-80% e rasteve janë asimptomatike, po studimet kanë treguar se simptomat shfaqen brenda 5 viteve në 10% të pacientëve dhe brenda 20 viteve në 20% të tyre. 20-25% e pacientëve me gurë në fshikëzën e tëmthit zhvillojnë simptoma ku karakteristike është kolika biliare e cila zakonisht ndodh kur një gur i madh ose disa gurë më të vegjël futen në kanalin cistik, duke e penguar atë. Ky pengim nuk lejon tkurrjen e fshikëzës së tëmthit apo zbrazjen e saj dhe kjo është zakonisht shkaku i dhimbjes shumë intensive. Por prania e gurëve mund të shoqërohet me komplikacione kërcënuese për jetën si kolangiti akut, kolecistiti akut dhe pankreatiti biliar. Diagnozat e duhura infermiore na ndihmojnë në menaxhimin e duhur të simptomave shqetësuese të pacientit dhe edukimi infermior luan rol në vetë kujdesin e pacientit pas daljes nga spitali.

Qëllimi i studimit:

Qëllimi i këtij studimi është vlerësimi i prevalencës së rasteve me gurë të tëmthit në rrethin e Elbasanit gjatë periudhës kohore Janar 2020 - Dhjetor 2022, evidentimi i disa faktorëve të riskut riskues për praninë e gurëve të tëmthit dhe roli infermior në edukimin dhe trajtimin e pacientëve

Metoda

Në këtë studim u përfshinë të gjithë pacientët me gurë të koleçistës të shtruar në spitalin “Xhafer Kongoli” Elbasan, për periudhën kohore Janar 2020 - Dhjetor 2022. Mblodhëm të dhënat socio-demografike dhe klinike nga kartelat klinike dhe analizuam disa nga faktorët riskues për gurët në

tëmth si: moshë, gjinia, pesha, vendbanimi dhe patologjitë shoqëruese.

Rezultatet

Sipas të dhënave të marra nga spitali rajonal Elbasanit gjatë periudhës Janar 2020- Dhjetor 2022 në spital u shtruan 172 pacientë me gurë të koleçistës. Moshë më e vogël ishte 21 vjeç dhe moshë më e madhe 81 vjeç.

Shpërndarja e rasteve sipas viteve (Grafiku n.1)



Në vitin 2022 u pa që numri i rasteve me kolelitiazis të kishte një incidencë më të lartë me rreth 45% dhe incidencë më e ulët në 2020 me 20.9%. Duke iu referuar rezultateve të studimeve të bëra nga studiues të ndryshëm dhe në studimin tonë u pa një rritje e rasteve të kolelitiazës pas pandemisë dhe kjo si pasojë e jetës sedentare dhe shtimit të peshës trupore.

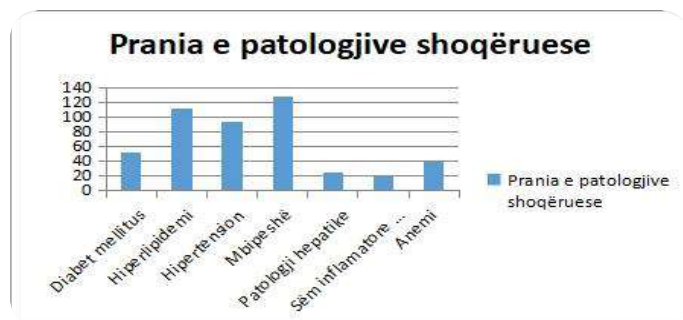
Nga pacientët e diagnostikuar me kolelitiazë u pa se 62% ishin femra dhe 38% meshkuj. 93 prej tyre ishin banues në zonat urbane (54,1%), ndërsa 79 ishin banues në zonat rurale (45,9%). Shpërndarja së rasteve sipas moshës e gjinisë shihet se risku më i lartë për femrat shikohet në grupmoshën 26-50 vjeç ndërsa tek meshkujt 51-70 vjeç.

Shpërndarja sipas peshës (Grafiku n.5)



Nga grafiku i shpërndarjes së rasteve sipas peshës trupore vëmë re se pacientët me peshë të lartë trupore (mbipeshë +obezë) kishin risk më të lartë për praninë e gurëve të koleçistës.

Prania e patologjive shoqëruese (Grafiku n.6)



Nga grafiku i shpërndarjes së pranisë së patologjive shoqëruese tek pacientët me gurë të tëmthit evidentuam si faktorë të lartë risku hiperlipideminë, mbipeshën, hipertensionin dhe diabetin mellitus.

Roli infermieror: Parimi kryesor i infermierit në kujdesin e pacientit me kalkulozë të koleçistës bazohet në vendosjen e diagnozave infermirore prioritare dhe aplikimin e ndërhyrjes së duhur.

a) Dhimbje akute si pasojë e inflamacionit të koleçistës: Infermieri vlerëson dhimbjen e pacienit si vendlokalizimin dhe faktorët ndikues në përkeqësimin e saj. Ai këshillon pacientin të mos marrë gjë nga goja dhe të qëndrojë në shtrirë anash. Menaxhohet dhimbja me medikamente për qetësimin e dhimbjes si analgjezikë dhe spazmolitikë.

b) Rrezik për deficit të volumit të likideve: Vlerësohet shkalla e të vjellave dhe shenjat e dehidratimit. Sigurohet higjena orale për eliminimin e erërave të këqija. Pacienti pozicionohet në pozicion semi-Fowler për të parandaluar aspirimin e të vjellave. Administrohen antiemetikë për të kontrolluar dhe parandaluar të vjellat dhe në rast të persistencës së tyre vendoset sonda nazo-gastrike.

c) Alterime të ushqyerjes, marrja më pak se kërkesat e trupit: Vlerësohet pesha trupore e pacientit çdo ditë. Sigurohet ushqyerje enterale ose parenterale sipas gjendjes së tij dhe jepen suplemente shtesë. Administrohen antiemetikë

ose kripra biliare para ngrënies dhe edukohet pacienti rreth dietës ushqimore.

d) Defiçite njohurish rreth patologjisë dhe trajtimit të saj: I jepet informacion pacientit dhe familjarëve rreth sëmundjes, prognozës, opsionet e trajtimit dhe menaxhimit alternativ duke e inkurajuar pyetjet dhe shprehjen e shqetësimeve.

e) Rreziku për infeksion kur pacienti i është nënshtruar koleçistektomisë: Infermieri kujdeset për plagën dhe observon për praninë e shenjave të infeksionit, vlerëson parametrat vitalë për diagnostikimin e hershëm të infeksionit. Inkurajohet pacienti për marrjen e proteinave dhe vitaminave për të forcuar imunitetin. Administrohen antibiotikë si profilaksi ndaj infeksionit.

Edukimi i pacientit pas daljes nga spitali

- Të ndjekë një dietë të shëndetshme dhe të ekuilibruar, të ha sa më shumë fruta e perime dhe të mënjanojë përdorimin e mishit të kuq.
- Të shmangë dietat e ashpra dhe humbjen drastike të peshës
- Të pijë sa më shumë lëngje
- Të kufizojë marrjen e kafeinës dhe alkoolit
- Të evitojë ushqimet me yndyrë
- Të kryejë vlerësime periodike të vlerave të kolesterolit dhe ti mbaj nën kontroll
- Të kryejë aktivitet fizik, minimumi 30 minuta në ditë
- Në rast të pranisë së dhimbjes të mënjanojë marrjen e ushqimeve për 12-24 orë përveç ujit
- Të marrë medikamente në rast të të vjellave apo dhimbjeve
- Të drejtohet për ndihmë mjekësore kur simptomat predominojnë.

Konkluzione

Rezultatet e këtij studimi treguan se gratë e moshës së mesme, obeziteti, jetesa në zonat urbane, patologjitë shoqëruese si: diabeti, hiperlipidemia, hipertensioni dhe periudha e pandemisë ishin faktor ndikues për formimin e gurëve të tëmthit. Infermierët kanë një rëndësi të veçantë në dhënien e kujdesit efikas në këto pacientë duke vendosur diagnozat e duhura dhe duke bërë ndërhyrjen adekuate për të menaxhuar simptomat

shqetësuese në këto pacientë. Njohja e faktorëve të riskut, përditësimi i informacionit, përmirësimi i njohurive të infermierëve dhe edukimi i pacientit janë faktor ndikues për rezultate pozitive të kujdesit infermior.



Biografia

Ilda Taka - Pedagoge
në Fakultetin e Shkencave
Mjekësore Teknike, Elbasan.

Bibliografia

1. Di Ciaula, A., Garruti, G., Frühbeck, G., De Angelis, M., de Bari, O., Wang, D. Q.-H., Lammert, F., & Portincasa, P. (2019). The Role of Diet in the Pathogenesis of Cholesterol Gallstones. *Current Medicinal Chemistry*, 26(19), 3620–3638. <https://doi.org/10.2174/0929867324666170530080636>
2. Gaby, A. R. (2009). Nutritional approaches to prevention and treatment of gallstones. *Alternative Medicine Review: A Journal of Clinical Therapeutic*, 14(3), 258–267.
3. Littlefield, A., & Lenahan, C. (2019). Cholelithiasis: Presentation and Management. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 64(3), 289–297. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12959>
4. Nursing, University Of Kufa, Faculty Of Nursing, Iraq, & Kareem, M. M. A. (2022). Assessment of Nurses' Knowledge Regarding Management of Patient's with Cholelithiasis Disease. *International Journal of Current Science Research and Review*, 05(06). <https://doi.org/10.47191/ijcsrr/V5-i6-17>
5. Sun, H., Warren, J., Yip, J., Ji, Y., Hao, S., Han, W., & Ding, Y. (2022). Factors Influencing Gallstone Formation: A Review of the Literature. *Biomolecules*, 12(4), 550. <https://doi.org/10.3390/biom12040550>
6. Njeze, G. E. (2013). Gallstones. *Nigerian Journal of Surgery : Official Publication of the Nigerian Surgical Research Society*, 19(2), 49-55. <https://doi.org/10.4103/1117-6806.119236>
7. Gulanick, M., & Myers, J. L. (2022). *Nursing care plans: Diagnoses, interventions, & outcomes*. St. Louis, MO: Elsevier

8. Türkmen Sarıyıldız, G. (2022). The effect of the COVID-19 pandemic period on the cases of acute cholecystitis. *Journal of Health Sciences and Medicine*, 5 (4), 966-968. DOI: 10.32322/jhsm.1086679
9. Christina C. Lindenmeyer MD, Cleveland Clinic Colelitiassi - Malattie del fegato e delle vie biliari <https://www.msmanuals.com/it/professionale/malattie-del-fegato-e-delle-vie-biliari/patologie-della-colecisti-e-delle-vie-biliari/colelitiassi>.
10. Liu S, Yi M, Qin J, Lei F, Lin L, Li Y, Zhuo M, Liu w, Huang X, Cai J, Zhang X, Zhang P, Ji Y, Ye J and Li H (2022). The increasing incidence and high body mass index-related burden of gallbladder and biliary diseases—A results from global burden of disease study 2019. *Front. Med.* 9:1002325. doi: 10.3389/fmed.2022.1002325
11. Türkmen Sarıyıldız, G. (2022). The effect of the COVID-19 pandemic period on the cases of acute cholecystitis. *Journal of Health Sciences and Medicine*, 5 (4), 966-968. DOI: 10.32322/jhsm.1086679
12. Ackley, B. J., Ladwig, G. B., Makic, M. B., Martinez-Kratz, M. R., & Zanotti, M. (2020). *Nursing diagnoses handbook: An evidence-based guide to planning care*. St. Louis, MO: Elsevier
13. Portincasa P, Di Ciaula A, Grattagliano I. Preventing a Mass Disease: The Case of Gallstones Disease: Role and Competence for Family Physicians. *Korean J Fam Med*. 2016 Jul;37(4):205-13. doi: 10.4082/kjfm.2016.37.4.205. Epub 2016 Jul 21. PMID: 27468338; PMCID: PMC4961852.
14. Tanaja J, Lopez RA, Meer JM. Cholelithiasis. 2022 Aug 8. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. PMID: 29262107.

Efektet e menjëhershme dhe afatshkurtra të Kinesiotapit dinamik në qëndrueshmërinë, paaftësinë dhe lëvizshmërinë në individë me dhimbje kronike jo specifike të mesit

Surven Metolli¹; Aledia Kondaj²; Aisel Oseku³

¹Universiteti i Sporteve të Tiranës. smetolli@ust.edu.al

²Universiteti i Sporteve të Tiranës akondaj@ust.edu.al

³Universiteti i Sporteve të Tiranës. aoseku@ust.edu.al

Abstrakt

Tapi dinamik (DT) është një teknikë relativisht e re trajtimi, e cila po përdoret gjithnjë e më shumë si një metodë ndihmëse për trajtimin e problemeve muskuloskeletore. Sipas njohurive tona, asnjë studim nuk ka hetuar aplikimin e Tapit Dinamik (DT) në individët me CNLBP.

Qëllimi: Për të krahasuar efektet e menjëhershme dhe afatshkurtra të Tapit Dinamik (DT) kundrejt mos përdorimit të Tapit midis pacientëve me CNLBP mbi dhimbjen, qëndrueshmërinë, paaftësinë dhe lëvizshmërinë.

Metodologjia: Dyzet pacientë me CNLBP u caktuan dhe u ndanë rastësisht në 2 grupe. Rezultatet janë matur 20 minuta menjëherë pas vendosjes së tapimgut në kohën T0 dhe në ditën e tretë pas aplikimit të shiritave dinamik në kohën T1. Rezultatet kryesore të dhimbjes, qëndrueshmërisë dhe paaftësisë u matën përmes shkallës analoge vizuale (VAS) dhe indeksit të aftësisë së kufizuar Oswestry (ODI). Qëndrueshmëria e ekstensorëve të shpinës u mat në sekonda duke përdorur testin Biering-Sorensen.

Rezultatet: U gjetën dallime të rëndësishme të menjëhershme dhe afatshkurtra midis DT dhe mos përdorimit të Dt në dhimbje, paaftësi dhe lëvizshmëri. Përmirësimi i qëndrueshmërisë së ekstensorit të shpinës u vu re për grupin e përdorimit të DT ($p = 0.002$).

Diskutimet: Sipas njohurive tona, ky është studimi i parë që analizon efektin e DT në CNLBP. Kjo hipotezë e studimit se përmirësimi do të gjendej në grupin DT krahasuar me grupin jo përdorues të DT nuk u konfirmua përveçse me qëndrueshmërinë e muskujve ekstensor të shpinës.

Konkluzionet: Aplikimi i DT mund të rezultojë në përmirësime vetëm në qëndrueshmërinë e ekstensorit të shpinës tek individët me CNLBP. Ky konstatim sugjeron që DT kontrollon proceset që çojnë në lodhjen e muskujve të shpinës.

Fjalët Kyçe: Dhimbjet e mesit; rehabilitimi, kinesiotape, paaftësi lëvizore, qëndrueshmëri.

Hyrje

Dhimbja e mesit (LBP) është një gjendje kritike e shëndetit publik që shoqërohet me një shkallë të lartë të mungesave në punë, paaftësisë lëvizore si dhe dhe përdorimi më i shpeshtë i shërbimeve shëndetësore (Hoy D et al., 2013). LBP-ja më e zakonshme është LBP jo specifik, i cili prek njerëzit e të gjitha moshave dhe është kontribuesi më i rëndësishëm në barrën e sëmundjeve në mbarë botën (Maher C et al., 2017). Dhimbja kronike jo specifike e shpinës (CNLBP) manifestohet si dhimbje, ngurtësi, tension muskular, kufizim në lëvizje dhe paaftësi ndërmjet kufirit brinjor dhe palosjeve gluteale inferiore që zgjasin për 12 javë ose më shumë (Rubinstein SM et al., 2011), dhe konsiderohet si një nga shkaqet kryesore të paaftësisë gjatë gjithë jetëgjatësisë (Vos T et al., 2015). Literatura aktuale mbështet disa opsione për trajtimin e LBP që ndryshojnë sipas kohëzgjatjes së simptomave (Qaseem A et al., 2017) dhe klasifikimin e kësaj gjendjeje (Delitto A et al., 2012). Këto trajtime përfshijnë opsione si: programe edukative (Parreira P et al., 2017), terapi të sjelljes (Henschke N et al., 2010), terapi konjiktive (Hajihassani A et al., 2019), mjekim (Chou R et al., 2017), agjentë elektrofizikë (Murtezani A et al., 2015), terapi manuale (Namnaqani FI et al., 2019), kinesio taping (Vanti C et al., 2015), ushtrime të përgjithshme (Fisher LR et al., 2020), dhe ushtrime specifike të stabilizimit të shtyllës kurrizore (Haladay DE et al., 2013).

Taping është një nga ndërhyrjet terapeutike të praktikuara nga fizioterapistët dhe të tjerë anëtarët në ekipin e rehabilitimit. Lëndimet sportive, llojet e ndryshme të kushteve klinike dhe çrregullimet në shtyllën kurrizore parandalohen ose menaxhohen me anë të teknikave taping (Alexander CM et al., 2003). Të shumta janë llojet e vendosjes së shiritave taping dhe metodat e tyre të aplikimit janë të disponueshme, me baza të ndryshme filozofike në lidhje me mënyrat e tyre të veprimit. Shiritat Kinesiotape (KT), Shiritat dinamik (DT), shiritat mikropore, shiritat sportiv dhe shumë lloje të tjera janë të disponueshme për të menaxhuar dhe/ose rikuperuar lëndimet (Morris D et al., 2012).

DT është një teknikë relativisht e re trajtimi që po bëhet gjithnjë e më shumë një ndihmës për trajtimin

e problemeve muskuloskeletore. Në vitin 2009, fizioterapisti muskuloskeletor Ryan Kendrick krijoi DT, i cili përbëhet nga një material visko-elastik najloni i cili mund të shtrihet në katër drejtime, ka rezistencë të fortë elastike dhe zmbropsjeje, si dhe një shkallë të lartë të shtrirjes (më shumë se 200%) pa pikë përfundimtare të ngurtë dhe veti visko-elastike. Primare në mënyrën e veprimit të DT është ana mekanike (ngadalësimi i punës ekscentrike, thithja e ngarkesës dhe ndihma e lëvizjes), ndërsa mënyra e dytë e funksionimit është neurofiziologjike (McNeill W et al., 2016).

Megjithatë, meqenëse funksionaliteti i DT-së s'është aktualisht i panjohur në CNLBP, është e vlefshme të vlerësohen efektet e menjëhershme dhe afatshkurtra në një studim përpara kryerjes së një kontrolli më të madh të rastësishëm prove me një ndjekje afatgjatë.

Metodologjia

Kriteret e përfshirjes ishin si më poshtë: pacientët nga 19 deri në 23 vjeç, të referuar në terapi fizike me diagnozë LBP (dhimbje mesi), me një kohëzgjatje minimale të simptomave jo më shumë se 12 javë, Rezultati i intensitetit të dhimbjes prej 3 e lart në një shkallë analoge vizuale 10 cm të gjatë dhe një vlerësim për aftësinë e kufizuar të paktën 20% në indeksin e aftësisë së kufizuar Oswestry (ODI) (Algarni A et al., 2014) në kohën e vlerësimit. Kriteret e përjashtimit ishin si më poshtë: çdo kundërintikacion për taping, dhimbje që rrezatohet në gju, patologji të njohura ose të dyshuara serioze kongjenitale ose të fituara të shtyllës kurrizore, kirurgji të shtyllës kurrizore, hernia diskale lumbare, deformime të shtyllës kurrizore, artrit reumatoid. Dyzet pacientë me CNLBP u caktuan dhe u ndanë rastësisht në 2 grupe, grupi i përdorimit të DT (tapingu dinamik) (n=20) dhe grupi pa asnjë terapi (n=20).

Matjet e rezultateve do të vlerësohen 20 minuta menjëherë pas aplikimit të shiritit dinamik në kohën T0 dhe në ditën e tretë të aplikimit në kohën T1.

Një interval pushimi prej 15 minutash ishte i mjaftueshëm për të matur rezultatet midis subjekteve me LBP pas aplikimit të shiritit dinamik, sipas një studimi të bërë nga Velasco-Roldan et al.)20, por

ne në studimin tonë zgjodhëm një interval pushimi prej 20 minutash për ta bërë pacientin të ndjehet më konfort me shiritin dinamik.

Vlerësimi bazë përfshinte të dhëna demografike, histori mjekësore dhe ekzaminim fizik.

Të dhënat demografike përfshinin moshën e pacientëve, peshën trupore (kg), gjatësinë (cm) dhe indeksin e masës trupore BMI (pesha në kilogram e ndarë me gjatësinë në metra katror), statusi martesor, arsimimi, statusi i punësimit, pirja e duhanit, kohëzgjatja dhe episodi i fundit i gjendjes, si dhe ushtrimet e rregullta nëse ishin aktiv fizikisht. Ekzaminimi fizik rutinë i kryer për të përcaktuar subjektin nuk përfshin LBP me origjinë neurologjike. Qëndrueshmëria e ekstensorëve të shpinës u mat në sekonda duke përdorur testin Biering-Sorensen. Pjesëmarrësit u pozicionuan në një tavolinë trajtimi me gjysmën e poshtme të trupit të tyre të siguruar me tre rripa. Për testimin e aftësive të pjesëmarrësve për të mbajtur një pozicion horizontal u caktua me kohë duke përdorur një kronometër/kohëmatës dhe inkurajimi verbal i standartizuar u dha në interval prej 30 sekondash.

Është marrë miratimi etik për protokollet e studimit nga Këshilli Etik Institucional në Universitetin e Sporteve të Tiranës. Pëlqimi i informuar me shkrim u mor nga të gjithë pjesëmarrësit përpara regjistrimit në studim dhe të gjitha të drejtat ishin të mbrojtura.

Rezultatet

Gjithsej 40 subjekte me CNLBP u zgjodhën nga 10 janari 2022 deri më 31 janar 2023. Gjatë fazës së mbledhjes dhe analizës së të dhënave nuk u regjistruan asnjë humbje të pjesëmarrësve. Në krahasimi demografik dhe ai bazë midis grupeve, nuk u gjetën dallime ndërmjet tyre pjesëmarrësve ($p > 0.05$). Metodatat e përziera ANOVA treguan një ndryshim domethënës midis grupeve dhe kohës për dhimbjen, qëndrueshmërinë, lëvizshmërinë dhe ndërsa paaftësia tregoi një ndryshim domethënës vetëm në intervale kohore. Gjetjet e tona treguan se metoda DT ($p < 0.002$) uli ndjeshëm dhimbjen sesa metoda pa shirit. DT ndihmoi ndjeshëm në rritjen e qëndrueshmërisë së ekstensorëve të shpinës sesa pa shirit ($p = 0.020$). Nuk vihet re ndonjë ndryshim domethënës

në paaftësi midis dy grupeve ($p > 0.05$). DT zbuloi një përmirësim të dukshëm në lëvizshmërinë kurriore se në atë pa shirit ($p = 0.005$).

	% at the beginning	% (After 20 minutes)	% (After 3 days)
0-20% Minimal disability	12	24	37
21-40% Moderate disability	17	14	2
41-60% Severe disability	7	2	1
61-80% Crippled	4	0	0
81-100%	0	0	0
	40	40	40

Diskutimet

Tapingu përdoret zakonisht si një teknikë ndihmëse në parandalimin dhe menaxhimin e kushteve muskuloskeletore (Thelen MD et al., 2008). Sipas njohurive tona, ky është studimi i parë që analizon efektin e DT në CNLBP. Kjo hipotezë e studimit se përmirësimi do të gjendej në grupin DT krahasuar me grupin jo përdorues të DT nuk u konfirmua përveçse me qëndrueshmërinë e muskujve ekstensor të shpinës. Tkurrja e çuditshme e muskujve të shpinës është jashtëzakonisht e ndërlikuar gjatë ngritjes së objekteve ose nga përkulja përpara në qëndrimin në ereksion të subjektet me LBP (Shirado O et al., 1995). Muskujt ekstensor të shpinës shpesh duhet të gjenerojnë një forcë jashtëzakonisht të madhe për të ngritur trupin dhe/ose për të mbajtur objekte të rënda (Gallagher S, 2008).

Është shumë e rëndësishme të kontrollohet rrotullimi maksimal i gjeneruar nga muskulatura zgjatuese e shtyllës kurriore gjatë tkurrjes ekscentrike dhe koncentrike në aktivitetet e përditshme dhe të minimizohet efekti i ngarkesës së jashtme ose peshës trupore në ekstensorët e shpinës për pacientët me CNLBP (Shirado O et al., 1995). DT ka cilësinë e një efekti mekanik për të ngadalësuar punën e çuditshme, duke ndihmuar lëvizjen koncentrike dhe duke thithur ngarkesën e vendosur në muskuj gjatë lëvizjeve të thjeshta dhe komplekse (Velasco-Roldan O et al., 2017). DT aplikohet kur artikulacioni është në një pozicion të shkurtuar, pasi muskuli zgjatet, shiriti shtrihet më tej dhe energjia e përthithur ruhet si energji potenciale elastike. Gjatë

aktiviteteve të përditshme, muskujt shkurtohen dhe energjia e ruajtur më pas transferohet kthehet në energjinë kinetike. Si rezultat, kjo ndihmon lëvizjen e muskujve, ndërsa energjia e transferuar çon në ulje të ngarkesës së punës, përmirësim të efikasitetit biomekanik dhe përmirësimin e tolerancës ndaj lodhjes nga muskujt që punojnë (Murray M, 2013). Për sa i përket aftësisë së kufizuar, është një çështje thelbësore në LBP, që ndikon në performancën fizike dhe punën produktive. Klinikistët duhet të trajtojnë rëndësinë e minimizimit të problemeve të lidhura me aftësinë e kufizuar gjatë rehabilitimit të tyre në CNLBP.

Konkluzionet

Ne synuam të vlerësonim efektivitetin e menjëhershëm dhe afatshkurtër të DT-së në dhimbje, qëndrueshmëri, paaftësi, lëvizshmëri në mesin e pacientëve me CNLBP. Rezultatet treguan një përmirësim domethënës ($p < 0.05$) të menjëhershëm dhe afatshkurtër vetëm në shpinë dhe qëndrueshmërinë e muskujve ekstensor midis individëve me CNLBP në favor të DT. Ky konstatim sugjeron që DT kontrollon proceset që çojnë në lodhjen e muskujve të shpinës.

Frika e lëvizjes e lidhur me dhimbjen lidhet ndjeshëm me kufizimin e performancës fizike midis pacientëve me LBP kronik.

Biografi

Phd. Surven Metolli mori një Diplomë Shkencash në Mjekësi të Përgjithshme nga Fakulteti i Mjekësisë, Universiteti i Tiranës, Shqipëri, në vitin 2008. Ai filloi një program të tretë studimi (specializimi) në Departamentin e Mjekësisë së Familjes, Universiteti i Mjekësisë, Tiranë, Shqipëri në vitin 2011.

Ai iu bashkua Komisionit Kombëtar Antidoping në maj 2015 dhe aktualisht mban pozicionin e Drejtorit të Përgjithshëm të Organizatës Shqiptare Antidoping. Gjithashtu prej vitit 2011 pedagog pranë Universitetit të Sporteve të Tiranës, Fakulteti i Aktivitetit Fizik dhe Rekreacinit.



Referenca

1. Alexander CM, Stynes S, Thomas A, Lewis J, Harrison PJ. Does tape facilitate or inhibit the lower fibres of trapezius? *Man Ther.* 2003; 8(1):37–41. <https://doi.org/10.1054/math.2002.0485> PMID: 12586560.
2. Algarni A, Ghorbel S, Jones JG, Guermazi M. Validation of an Arabic version of the Oswestry index in Saudi Arabia. *Ann Phys Rehabil Med.* 2014; 57(9–10):653–663. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2014.06.006> PMID: 25262247.
3. Chou R, Deyo R, Friedly J, Skelly A, Weimer M, Fu R, et al. Systemic pharmacologic therapies for low back pain: a systematic review for an American College of Physicians clinical practice guideline. *Ann Intern Med.* 2017; 166(7):480–492. <https://doi.org/10.7326/M16-2458> PMID: 28192790.
4. Delitto A, George SZ, Van Dillen L, Whitman JM, Sowa G, Shekelle P, et al. Orthopaedic section of the American Physical Therapy Association: low back pain. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2012; 42(4):A1–57 <https://doi.org/10.2519/jospt.2012.42.4.A1> PMID: 22466247.
5. Fisher LR, Alvar BA, Maher SF, Cleland JA. Short-term Effects of Thoracic Spine Thrust Manipulation, Exercise, and Education in Individuals With Low Back Pain: A Randomized Controlled Trial. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2020; 50(1):24–32. <https://doi.org/10.2519/jospt.2020.8928> PMID: 31810405.
6. Gallagher S. Reducing low back pain and disability in mining. NIOSH, Department of Health and Human Services. 2008. <https://www.cdc.gov/niosh/mining/works/coversheet406.html>.
7. Hajihasani A, Rouhani M, Salavati M, Hedayati R, Kahlaee AH. The influence of cognitive behavioral therapy on pain, quality of life, and depression in patients receiving physical therapy for chronic low back pain: a systematic review. *PM R.* 2019; 11(2):167–176. <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2018.09.029> PMID: 30266349
8. Haladay DE, Miller SJ, Challis J, Denegar CR. Quality of systematic reviews on specific spinal stabilization exercise for chronic low back pain. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2013; 43(4):242–250. <https://doi.org/10.2519/jospt.2013.4346> PMID: 23321935.
9. Henschke N, Ostelo RW, van Tulder MW, Vlaeyen JW, Morley S, Assendelft WJ, et al. Behavioural treatment for chronic low-back pain. *Cochrane Database of Syst Rev.* 2010(7):CD002014. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002014.pub3> PMID: 20614428.
10. Hoy D, March L, Brooks P, Blyth F, Woolf A, Bain C, et al. The global burden of low back pain: estimates from the Global Burden of Disease 2010 Study. *Ann Rheum Dis.* 2014; 73(6):968–974. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2013-204428> PMID: 24665116.
11. Maher C, Underwood M, Buchbinder R. Non-specific low back pain. *Lancet.* 2017; 389(10070):736–747. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30970-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30970-9) PMID: 27745712.
12. McNeill W, Pedersen C. Dynamic tape. Is it all about

- controlling load? *J Bodyw Mov Ther.* 2016; 20 (1):179–188. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2015.12.009> PMID: 26891654.
13. Morris D, Jones D, Ryan H, Ryan CG. The clinical effects of Kinesio® Tex taping: A systematic review. *Physiother Theory Pract.* 2013; 29(4):259–270. <https://doi.org/10.3109/09593985.2012.731675> PMID: 23088702.
14. Murray M. The effects of kinesiology tape and dynamic tape on the Y balance test. B. Sc. Thesis. Cardiff Metropolitan University. 2013. <http://hdl.handle.net/10369/5035>.
15. Murtezani A, Govori V, Meka VS, Ibraimi Z, Rrecaj S, Gashi S. A comparison of mckenzie therapy with electrophysical agents for the treatment of work related low back pain: A randomized controlled trial. *JPLOS ONE Effect of dynamic tape in chronic non-specific low back pain PLOS ONE* | <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239505> September 29, 2020 14/17 *Back Musculoskelet Rehabil.* 2015; 28(2):247–253. <https://doi.org/10.3233/BMR-140511> PMID: 25159291.
16. Namnaqani FI, Mashabi AS, Yaseen KM, Alshehri MA. The effectiveness of McKenzie method compared to manual therapy for treating chronic low back pain: a systematic review. *J Musculoskelet Neuronal Interact.* 2019; 19(4):492–499. PMID: 31789300.
17. Parreira P, Heymans MW, van Tulder MW, Esmail R, Koes BW, Poquet N, et al. Back schools for chronic non-specific low back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; 8(8): CD011674. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011674.pub2> PMID: 28770974.
18. Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forciea MA. Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2017; 166(7):514–530. <https://doi.org/10.7326/M16-2367> PMID: 28192789.
19. Rubinstein SM, van Middelkoop M, Assendelft WJ, de Boer MR, van Tulder MW. Spinal manipulative therapy for chronic low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011; 2:CD008112. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008112.pub2> PMID: 21328304.
20. Shirado O, Ito T, Kaneda K, Strax TE. Concentric and eccentric strength of trunk muscles: influence of test postures on strength and characteristics of patients with chronic low-back pain. *Arch Phys Med Rehabil.* 1995; 76(7):604–611. [https://doi.org/10.1016/s0003-9993\(95\)80628-8](https://doi.org/10.1016/s0003-9993(95)80628-8) PMID: 7605178.
21. Thelen MD, Dauber JA, Stoneman PD. The clinical efficacy of kinesio tape for shoulder pain: a randomized, double-blinded, clinical trial. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2008; 38(7):389–395. <https://doi.org/10.2519/jospt.2008.2791> PMID: 18591761.
22. Vanti C, Bertozzi L, Gardenghi I, Turoni F, Guccione AA, Pillastrini, P. Effect of taping on spinal pain and disability: systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Phys Ther.* 2015; 95(4):493–506. <https://doi.org/10.2522/ptj.20130619> PMID: 25413622.
23. Velasco-Roldan O, Riquelme I, Ferragut-Farcias A, Heredia-Rizo AM, Blanco CR, Oliva-Pascual-Vaca A. Immediate and short-term effects of Kinesio taping tightness in mechanical low back pain: a randomized controlled trial. *PM R.* 2018; 10(1): 28–35. <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2017.05.003> PMID: 28602935.
24. Vos T, Allen C, Arora M, Barber RM, Bhutta ZA, Brown A, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of

Efekti i një programi të rregullt ushtrimorë mbi brezin e legenit dhe dhimbjes së shpinës tek gratë shtatzëna joaktive më parë

Aisel Oseku¹; Aledia Kondaj²; Surven Metolli³

¹Universiteti i Sporteve të Tiranës. aoseku@ust.edu.al

²Universiteti i Sporteve të Tiranës akondaj@ust.edu.al

³Universiteti i Sporteve të Tiranës. smetolli@ust.edu.al

Abstrakti

Të qenit shtatzënë shoqërohet me rritje të masës trupore gjithashtu si disa ndryshime në sistemin muskuloskeletor, me ankesa të mundshme pasuese të shtatzënisë. Rekomandimet për ushtrime gjatë shtatzënisë sugjerojnë që, në mungesë të komplikimeve mjekësore dhe obstetrike, gratë shtatzëna duhet të synojnë të kryejnë të paktën 30 minuta ose më shumë aktivitet fizik me intensitet të moderuar çdo ditë.

Qëllimi: Për të përcaktuar nëse pjesëmarrja në një klasë të rehabilitimit në grup për gratë shtatzëna mund të parandalojë dhe trajtojë brezin e legenit si dhe dhimbjet e mesit.

Metodologjia: Gjithsej tridhjetë e pesë gra shtatzëna jo fizikisht aktive, moshë mesatare 30.7 vjeç (devijimi standard (SD) 4.0), indeksi mesatar i masës trupore para shtatzënisë 23.8 (SD 4.3). Ndërhyrja ushtrimore ndoqi udhëzimet e Kolegjit Amerikan të Obstetërve dhe Gjinekologëve dhe përfshinte një klasë të përgjithshme programesh ushtrimore prej 60 minutash, me 40 minuta stërvitje qëndrueshmërie dhe 20 minuta stërvitje force, duke përfshirë dhe stretchingun post program. Ky program do të ndiqej të paktën dy herë në javë për një minimum prej 12

javësh.

Rezultatet: Pati një ulje të ndjeshme ($P=0.04$) në dhimbje dhe aftësive lëvizore të grave shtatzëna. Gjithashtu, ndërhyrja ishte e rëndësishme në përmirësimin e qëndrueshmërisë posturale (në mesataren $d=0.74$) dhe rritje të ndjeshme të aktivizimit ($P>0.05$) të muskulit oblik abdominal të jashtëm pas ndërhyrjes.

Diskutimet: Sipas njohurive tona, ky është një nga pak hetimet i cili ka në bazë efektivitetin e zbatimit të një programi ushtrimor të mbikëqyrur me theksin në stërvitjen e qëndrueshmërisë kardiovaskulare dhe muskulore në gratë shtatzëna jo fizikisht aktive.

Konkluzionet: Si përfundim, një klasë rehabilitimi për gratë shtatzëna dy herë në javë me fokus në stërvitjen e qëndrueshmërisë kardiovaskulare dhe stërvitjen e forcës kishte efekt në reduktimin e dhimbjeve të legenit dhe dhimbjeve të mesit tek gratë shtatzëna joaktive më parë.

Fjalët Kyçe: Program Ushtrimor; Dhimbjet e mesit; Shtatzani; Joaktivitet; Program ushtrimor.

Hyrje

Të qenit shtatzënë shoqërohet me rritje të masës trupore gjithashtu me disa ndryshime në sistemin muskuloskeletor, si dhe me ankesa të mundshme pasuese të shtatzënisë (Vleeming A et al., 2008). Krahësuar edhe me gjendjen jo shtatzënë ka një rritje të ndjeshme në gratë që raportojnë dhimbje të mesit (LBP) gjatë shtatzënisë (Brynhildsen J et al., 1998). Sipas Pennic & Liddle, afërsisht dy të tretat e grave shtatzëna raportojnë LBP. Për të dyja kushtet, zakonisht, dhimbja përkeqësohet ndërsa shtatzënia përparon dhe ndikon negativisht në punën, gjumin normal, si dhe aktivitetet e jetës së përditshme dhe në nivelin e aktivitetit fizik (Wu WH et al., 2004). Për disa gra, dhimbja është ende këmbëngulëse disa vite pas lindjes (Robinson HS et al., 2010; Roß CC et al., 2006).

Rrjedhimisht, si PGP (dhimbje brezi pelvik) ashtu edhe LBP (dhimbje të mesit) kanë implikime të mëdha socio-ekonomike (Katz JN 2006), si dhe ndikim të rëndësishëm në fizikun, psikologjinë dhe cilësinë e jetës për gratë dhe familjet e tyre (Gutke A et al., 2006). Rekomandimet për ushtrime gjatë shtatzënisë sugjerojnë që, në mungesë të komplikimeve mjekësore dhe obstetrike, gratë shtatzëna duhet të synojnë të kryejnë të paktën 30 minuta ose më shumë aktivitet fizik me intensitet të moderuar çdo ditë, dhe/ose ushtrime 3–5 herë në javë për një minimum prej 15–30 minutash (Committee opinion, Obstet Gynecol, 2002; Artal R et al., 2003). Deri më sot, ka njohuri të pakta dhe rezultate jokonsistente në lidhje me ndikimin e ushtrimeve të rregullta në PGP dhe LBP gjatë shtatzënisë (Pennick V et al., 2013). Një përmbledhje e Cochrane nga viti 2013, tregoi se fizioterapia, agopunktura, përdorimi i rripave dhe jastëkëve të legenit, si dhe hidroterapia dhe programet e ushtrimeve stabilizuese dukej se lehtësonin legenin ose dhimbjen e shpinës më shumë se kujdesi i zakonshëm prenatal (Pennick V et al., 2013), pa një konsensus të qartë në lidhje me metodën më të mirë për parandalimin ose trajtimin e 2 gjendjeve (Elden H et al., 2005; Wang SM et al., 2009). Dhimbja e mesit (LBP) dhe dhimbja e brezit pelvik (PGP) janë një gjendje e shpeshtë në shtatzëni, e cila mund të fillojë herët, por rezultati maksimal i dhimbjes zakonisht gjendet gjatë tremujorit të

tretë (Schulz KF et al., 2010). Ky fenomen mund të shpjegohet pjesërisht nga morfologjia dhe ndryshimet biomekanike të vërejtura tek gratë shtatzëna (da Silva RA et al., 2015). Për shembull, muskujt skeletorë mund të rregullojnë strukturat/funksionet e tyre në përgjigje të madhësisë së rritur të barkut dhe ndryshimet në mjedisin hormonal të nënës. Këto përshtatjet mund të ndryshojnë kinematikën e segmentit të trungut, qëndrimin, ekuilibrin, stabilitetin dinamik, fleksibilitetin dhe rezistencën e muskujve ndaj lodhjes (Sklempe Kokic et al., 2017). Përveç kësaj, modeli i (Panjabit, 1992) mbështetet tek marrëdhënia midis statusit të LBP dhe lodhjes së muskujve të trungut. Në fakt, lodhja e muskujve të trungut mund të rrisë deficiet neuromuskulare, që rezultojnë në lëvizje të shkurtra të pakontrolluara ndërvertebrale dhe, rrjedhimisht, mund të rrisin gjithashtu paqëndrueshmërinë e shtyllës kurrizore duke rezultuar në tendosje të indeve dhe në një efekt kumulativ të dhimbjes kronike të mesit dhe të brezit pelvik (Granata KP et al., 2008). Kjo mund të ndikojë në propioceptimin lumbal dhe kontrollin e ekuilibrit në disa nëngrupe pacientësh (Parreira RB et al., 2013).

Qëllimi kryesor i këtij studimi ishte të shqyrtonte nëse pjesëmarrja në një klasë fitnesi në grup për gratë shtatzëna dy herë një javë, përveç 30 minutave të aktivitetit fizik të moderuar të vetë-imponuar në ditët e mbetura të javës, mund të parandalojë dhe trajtojë PGP dhe LBP në gratë shtatzëna më parë joaktive. Një program specifik rehabilitimi dhe një rritje të nivelit të aktivitetit fizik mund të ndihmojnë në menaxhimin më të mirë të LBP dhe PGP që vijnë nga shtatzënia dhe kontribuojnë në një cilësi më të mirë për jetën. Pjesëmarrja e rregullt në një program ushtrimor përmirëson shëndetin e përgjithshëm dhe aftësinë fizike të grave shtatzëna (Harrison CL et al., 2016). Periudha e shtatzënisë është një pjesë jetike e jetës riprodhuese të grave me shumë ndryshime fizike dhe biologjike në organizëm (Konlan KD et al., 2018). Programi ushtrimor tek gratë shtatzëna përmirëson qëndrimin dhe zvogëlon shqetësimet si dhimbjet e shpinës dhe lodhjen (Rodrigues WFG et al., 2011). Këto ushtrime janë të sigurt dhe nuk mund t'i ekspozojnë këto nëna shtatzëna ndaj asnjë rreziku apo komplikacioni. Për më tepër, ka prova

që aktiviteti fizik mund të parandalojë diabetin gjestacional, të lehtësojë stresin dhe të ndërtojë më shumë qëndrueshmëri të nevojshme për lindjen (Cid M et al., 2016; Sanabria-Martínez G et al., 2015). Janë disa kundërlindikacione për ushtrimet gjatë shtatzënisë të cilat mund të përfshijnë, por nuk kufizohen në: pamjaftueshmërinë e qafës së mitrës, preeklampsinë, sëmundjet e zemrës dhe mushkërive, placenta previa dhe tek anemitë e rënda (Meah VL et al., 2020; Tsakiridis I et al., 2020). Prandaj, duhet kërkuar një vendim klinik që të përjashtohet çdo kundërlindikacion për ushtrimin gjatë shtatzënisë (Tsironikos GI et al., 2022; Olson D, et al., 2009). Pavaresisht kësaj, ka pasur disa keqkuptime të lidhura me aktivitetin fizik dhe ushtrimeve gjatë shtatzënisë duke përfshirë abortin, lindjen me peshë të ulët dhe lindje e hershme (Australian guidelines 2022; Mbada CE et al., 2014). Në Shqipëri gratë shtatzëna (kryesisht në zonat rurale dhe rajonet e pazhvilluara (Klirsten D. Senturia 2008), besojnë mitin që mund të çojnë në abort ushtrimet në tremujorin e parë. Interesante janë barrierat e raportuara për pjesëmarrjen në një program ushtrimor në mesin e grave shtatzëna dhe këto barriera janë një kombinim i gjendjes fizike, psikologjike dhe faktorëve social (Kandel P et al., 2021; Leiferman J et al., 2010). Ndërsa disa nga gratë shtatzëna raportuan siklet për pamjen e tyre trupore, të tjerat gjithashtu raportuan se mungesa e mbështetjes sociale nga të dashurit, dhe frika nga rreziku i ushtrimeve për veten dhe fetusin në rritje janë disa nga arsyet për të cilat ato preferojnë të mos marrin pjesë në stërvitje ose aktivitete fizike (Thornton PL et al., 2006; Clarke PE et al., 2003; Kieffer EC et al., 2002).

Metodologjia

Në studim u përfshin gra, ku nivelet e ushtrimeve të të cilave para shtatzënisë nuk përfshinin pjesëmarrjen në një program të strukturuar ushtrimesh (> 60 minuta një here në javë), duke përfshirë ecjen e shpejtë (> 120 minuta në javë), 6 muajt e fundit ishin të përshtatshëm për gjykim. Kriteret e tjera të përfshirjes ishin aftësia për të lexuar, kuptuar dhe folur gjuhën shqipe dhe të qenit brenda 24 javorit të parë të shtatzënisë. Kriteret e përjashtimit ishin një histori a më shumë abortesh, sëmundje të

rënda të zemrës (përfshirë simptomat të anginës, infarkt të miokardit ose aritmive), gjakderdhje të vazhdueshme pas 12 javëshit të shtatzënisë, shtatzëni e shumëfishtë, kontrolli i dobët i sëmundjes së tiroides, hipertensioni i shkaktuar nga shtatzënia ose pre-eklampsia, diabeti ose diabeti gjestacional dhe sëmundje të tjera që mund të ndërhyjnë në pjesëmarrjen e grave shtatzëna në studim.

Pjesëmarrësit u rekrutuan nëpërmjet mjekëve shëndetësorë (mjekët e familjes, mamitë) dhe faqet e internetit për gratë shtatzëna. Në total, 35 gra u rekrutuan nga marsi deri në tetor 2022. Shumica e pjesëmarrësve erdhën nga qyteti i Tiranës, Të gjitha procedurat vijuese përfunduan deri në janar 2023.

Në total, pjesëmarrësit u ekzaminuan 3 herë gjatë periudhës së studimit. Vizita e parë ishte ndërmjet javës 12 dhe 24 të shtatzënisë (vizita bazë), e dyta në javën 36-38 (pas ndërhyrjes) dhe 6-8 javët e fundit pas lindjes (vizita pas lindjes). Çdo vizitë zgjati afërsisht 60–75 minuta duke

përfshirë, përveç intervistave të standardizuara për vlerësimin e shëndetit, si PGP dhe LBP, matjet e gjatësisë dhe peshës trupore, trashësia e palosjes së lëkurës dhe një provë e hapit të profilit nën maksimal të laktatit (treadmill testi i ecjes).

Pjesëmarrësve për të ushtruar u është caktuar të merrnin pjesë të paktën 2 nga 3 klasat e mundshme 1 orëshe të kërcimit aerobik në javë, për një minimum prej 12 javësh. Çdo seancë fillonte me 5 minuta nxemje, e ndjekur nga 35 minuta stërvitje për qëndrueshmëri dhe kërcim aerobik, duke përfshirë relaksim. Kjo u pasua nga 15 minuta stërvitje forcash me një fokus të veçantë në muskujt e stabilizimit të thellë të barkut (të oblikut të brendsh dhe muskulit transvers të barkut), si dhe muskujt e dyshemesë së legenit dhe të shpinës. Pesë minutat e fundit përfshinin shtrirje, relaksim dhe ushtrimes trupore ndërgjegjësimi. Rutina e kërcimit aerobik përfshinte një ndikim të ulët ushtrimor (pa kërcime apo vrapim), stërvitje me hapa të ngadaltë. Gjatësia e hapit dhe rrotullimet e trupit u reduktuan në minimum, së bashku me kryqëzimet e këmbëve dhe u shmangën ndryshime të mprehta dhe të papritura të pozicionit. Programi Ushtrimor ndoqi këshillat e Kongresit aktual Amerikan të Obstetërve dhe gjinekologëve (ACOG, 2002) me programe

ushtrimesh të standartizuara.

Të gjithë pjesëmarrësit dhanë pëlqimin me shkrim për të marrë pjesë dhe procedurat bazoheshin në Deklaratën e Shoqatës Botërore të Mjekësisë të Helsinkit.

Rezultatet

Në fillim të studimit, normat e prevalencës së PGP dhe LBP për të gjithë grupin ($n = 35$) ishin përkatësisht 15.6% dhe 19.4%. Për PGP, shumica e pjesëmarrëseve (53%) përkufizuan dhimbjen vetëm në simfizën pubike. LBP, dhimbje në pjesën e sipërme të shpinës ose një kombinim i të dyjave janë raportuar më përkatësisht 67%, 17.8% dhe 5.4%.

Pati një ulje të ndjeshme ($P=0.04$) në dhimbje dhe aftësive lëvizore të grave shtatzëna. Gjithashtu, ndërhyrja ishte e rëndësishme në përmirësimin e qëndrueshmërisë posturale (në mesataren $d=0.74$) dhe rritje të ndjeshme të aktivizimit ($P>0.05$) të muskulit oblik abdominal të jashtëm pas ndërhyrjes. Nuk u gjetën dallime të rëndësishme në matjet sekondare, rezultatet në lidhje me paaftësinë dhe ashpërsinë e ankesave, nuk nxorën në pah asnjë grua me PGP të kishte kufizime serioze në aktivitetet e jetës së përditshme, raportime të përcaktuara si përdorimi i patericave “Ndonjëherë ose Shumicën e ditës”.

Diskutime

Prania e instruktorëve të kualifikuar për udhëzim dhe mbikëqyrje, si dhe regjistrimin e ushtrimeve si nga instruktorët e fitnesit, si nga pacientet nëpërmjet regjistrimeve në një ditar trajnimi, mund të konsiderohen pikat e forta të studimit. Kufizimet e studimit përfshijnë vogëlsinë e mostrës, e cila nuk bazohej në llogaritjet a priori të fuqisë së kampionit për rezultatet e PGP dhe LBP, humbje disi e lartë për ndjekjen pas testit dhe respektim i ulët në orët e ushtrimeve në grup.

Në studimin aktual, ne theksuam rëndësinë e respektimit të protokollit të ushtrimeve. Përveç kësaj, çdo pjesëmarrësi në programin ushtrimor iu kërkua të përfundonte një stërvitje në shtëpi për të regjistruar të gjithë aktivitetin fizik në ditar tek ditët e javës të pa mbikëqyrura. Përdorimi i ditarëve të ushtrimeve ka treguar më parë për një rritje

të respektimit të ushtrimeve në shtëpi (Moseley GL 2006). Sipas disa studimeve, PGP është më e zakonshme, sidomos nga tremujori i dytë dhe ka dëmtime më të mëdha funksionale se LBP (Robinson HS et al., 2010). Në të tashmen studimi PGP dhe LBP u ndanë me pyetje të ndryshme, në përputhje me studimin e Bø & Backe-Hansen 2007, duke treguar se një pyetësor i standardizuar i kryer në një grup intervistash janë në gjendje të bëjnë dallimin midis këtyre 2 kushteve. Megjithatë, pyetje më të detajuara, duke përfshirë përdorimin e grafikëve të trupit duke i dhënë mundësi pjesëmarrësve të japin më shumë informacion rreth vendndodhjes, natyrës dhe shtrirjes së dhimbjes, mund ta kenë bërë më të lehtë klasifikimin e grave në 2 grupe: 1- gra me (PGP/LBP) dhe 2- gra pa (PGP/LBP).

Konkluzione

Stërvitja gjatë shtatzënisë është e lidhur me përfitime të shumta shëndetësore. Gratë shtatzëna duhet të jenë fizikisht aktive gjatë gjithë shtatzënisë me synimin për të arritur të paktën 120 minuta aktivitet fizik me intensitet mesatar në javë, të paktën 30 minuta në kohë dhe më pak se 60 minuta për seancë. Kjo mund të ndodhë të paktën 2 ditë në javë ose çdo ditë. Udhëzimet rekomandojnë të gjitha ushtrimet aerobike (ecje të shpejtë, çiklizëm të palëvizshëm ose not) dhe aktivitete stërvitore me rezistencë. Si përfundim, një klasë rehabilitimi për gratë shtatzëna dy herë në javë me fokus në stërvitjen e qëndrueshmërisë kardiovaskulare dhe stërvitjen e forcës kishte efekt në reduktimin e dhimbjeve të legenit dhe dhimbjeve të mesit tek gratë shtatzëna joaktive më parë.

Gjetjet nga studimi ynë nxjerrin në pah barrierat që gratë shtatzëna përballen kur përpiqen të ndërmarrin një jetë të shëndetshme dhe fizikisht aktive. Vështirësitë në funksionalizimin e informacionit, mungesës së njohurive dhe burimeve rreth mënyrës sesi të jesh e sigurt dhe aktive në shtatzani. Ndërhyrjet e ardhshme duhet të fokusohen në përmirësimin e efektivitetit të këshillimit nga ofruesit e kujdesit shëndetësor dhe adresimi i besimeve dhe vlerave të grave përreth aktiviteti fizik. Duhet të kryhen kërkime të mëtejshme për të vlerësuar përditshmërinë e udhëzimeve të përditësuar të aktivitetit fizik

në shtatzani dhe të adresohen strategji për t'i bërë burimet e informacionit më të aksesueshme ndaj popullsisë mesatare.

Biografi

Phd. Aisel Oseku mori një Diplomë Bachelor në Shkencat Fizioterapike nga Departamenti i Fizioterapisë (Universiteti Zoja e Këshillit të Mirë) Tiranë, Shqipëri, në vitin 2010, dhe mori një Diplomë Master në Shkencat Rehabilituese të Profesioneve Shëndetësore.

Prej vitit 2011 është pedagoge në Universitetin e Sporteve të Tiranës, Fakulteti i Veprimtarisë Fizike dhe Rekreacionit. Aktualisht pedagoge në Fakultetin e Shkencave të Rehabilitimit.



Referenca

1. ACOG. Committee opinion. Number 267, January 2002: Exercise during pregnancy and the postpartum period. *Obstet Gynecol* 2002; 99: 171–173.
2. Artal R, O'Toole M. Guidelines of the American College of Obstetricians and Gynecologists for exercise during pregnancy and the postpartum period. *Br J Sports Med* 2003; 37: 6–12.
3. Australian guidelines for physical activity in pregnancy and postpartum. *J Sci Med Sport*. (2022) 25:511–9. doi: 10.1016/j.jsams.2022.03.008.
4. Bo K, Backe-Hansen KL. Do elite athletes experience low back, pelvic girdle and pelvic floor complaints during and after pregnancy? *Scand J Med Sci Sports* 2007; 17: 480–487.
5. Brynhildsen J, Hansson A, Persson A, Hammar M. Follow-up of patients with low back pain during pregnancy. *Obstet Gynecol* 1998; 91: 182–186.
6. Cid M, González M. Potential benefits of physical activity during pregnancy for the reduction of gestational diabetes prevalence and oxidative stress. *Early Hum Dev*. (2016) 94:57–62. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2016.01.007.
7. Clarke PE, Gross H. Women's behaviour, beliefs and information sources about physical exercise in pregnancy. *Midwifery*. (2004) 20:133–41. doi: 10.1016/j.midw.2003.11.003.
8. da Silva RA, Vieira ER, Cabrera M, Altimari LR, Aguiar AF, Nowotny AH, et al. Back muscle fatigue of younger and older adults with and without chronic low back pain using two protocols: A case-control study. *J Electromyogr Kinesiol*

2015;25:928–36.

9. Elden H, Ladfors L, Olsen MF, O'sgaard HC, Hagberg H. Effects of acupuncture and stabilising exercises as adjunct to standard treatment in pregnant women with pelvic girdle pain: randomised single blind controlled trial. *BMJ* 2005; 330: 761.
10. Granata KP, Gottipati P. Fatigue influences the dynamic stability of the torso. *Ergonomics* 2008;51:1258–71.
11. Gutke A, O'sgaard HC, Oberg B. Pelvic girdle pain and lumbar pain in pregnancy: a cohort study of the consequences in terms of health and functioning. *Spine (Phila Pa 1976)* 2006; 31: E149–E155.
12. Harrison CL, Brown WJ, Hayman M, Moran LJ, Redman LM. March. The role of physical activity in preconception, pregnancy and postpartum health. *Semin Reprod Med*. (2016) 34:e28–37. doi: 10.1055/s-0036-1583530
13. Kandel P, Lim S, Pirotta S, Skouteris H, Moran LJ, Hill B. Enablers and barriers to women's lifestyle behavior change during the preconception period: a systematic review. *Obes Rev*. (2021) 22:e13235. doi: 10.1111/obr.13235.
14. Katz JN. Lumbar disc disorders and low-back pain: socioeconomic factors and consequences. *J Bone Joint Surg Am* 2006; 88 Suppl 2: 21–24.
15. Kieffer EC, Willis SK, Arellano N, Guzman R. Perspectives of pregnant and postpartum Latino women on diabetes, physical activity, and health. *Health Educ Behav*. (2002) 29:542–56. doi: 10.1177/109019802237023.
16. Klrsten D. Senturia. "A Woman's Work Is Never Done: Women's Work and Pregnancy", Outcome in Albania First published: 08 January 2008 <https://doi.org/10.1525/maq.1997.11.3.375>.
17. Konlan KD, Kombat JM, Japiong M, Konlan KD. Perception of pregnant women on maternity care services at the volta regional hospital, Ghana. *Int J Commun Med Public Health*. (2018) 5:2699. doi: 10.18203/2394-6040.ijcmph20182602
18. Leiferman J, Swibas T, Koiness K, Marshall JA, Dunn AL. My baby, my move: an examination of perceived barriers and motivating factors related to antenatal physical activity. *J Midwifery Womens Health*. (2011) 56:33–40. doi: 10.1111/j.1542-2011.2010.00004.x.
19. Mbada CE, Adebayo OE, Adeyemi AB, Arije OO Dada OO, Akinwande OA, et al. Knowledge and attitude of Nigerian pregnant women towards antenatal exercise: a cross-sectional survey. *ISRN Obstet Gynecol*. (2014) 2014:260539. doi: 10.1155/2014/260539.
20. Meah VL, Davies GA, Davenport MH. Why can't I exercise during pregnancy? time to revisit medical 'absolute' and 'relative contraindications: a systematic review of the evidence of harm and a call to action. *Br J Sport Med*. (2020) 54:1395–404. doi: 10.1136/bjsports-2020-102042.
21. Moseley GL. Do training diaries affect and reflect adherence to home programs? *Arthritis Rheum* 2006; 55: 662–664.
22. Olson D, Sikka RS, Hayman J, Novak M, Stavig C. Exercise in pregnancy. *Curr Sport Med Rep*. (2009) 8:147–53. doi:

10.1249/JSR.0b013e3181a61d51.

23. Panjabi MM. The stabilizing system of the spine. Part I. Function, dysfunction, adaptation, and enhancement. *J Spinal Disord* 1992;5:383–9, discussion 397.

24. Parreira RB, Amorim CF, Gil AW, Teixeira DC, Bilodeau M, da Silva RA. Effect of trunk extensor fatigue on the postural balance of elderly and young adults during unipodal task. *Eur J Appl Physiol* 2013;113:1989–96.

25. Pennick V, Liddle SD. Interventions for preventing and treating pelvic and back pain in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 8: CD001139.

26. Robinson HS, Mengshoel AM, Bjelland EK, Vollestad NK. Pelvic girdle pain, clinical tests and disability in late pregnancy. *Man Ther* 2010; 15: 280–285.

27. Robinson HS, Mengshoel AM, Veierod MB, Vollestad N. Pelvic girdle pain: potential risk factors in pregnancy in relation to disability and pain intensity three months postpartum. *Man Ther* 2010; 15: 522–528.

28. Rodrigues WFG, Silva LRD, Nascimento MADL, Pernambuco CS, Giani TS, Dantas EHM. Prevalence of lower back pain and physical inactivity: the impact of psychosocial factors in pregnant women served by the family health strategy. *Einstein*. (2011) 9:489–93. doi: 10.1590/s1679-45082011ao2186.

29. Rost CC, Jacqueline J, Kaiser A, Verhagen AP, Koes BW. Prognosis of women with pelvic pain during pregnancy: a long-term follow-up study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006; 85: 771–777.

30. Sanabria-Martínez G, García-Hermoso A, Poyatos-León R, Álvarez-Bueno C, Sánchez-López M, Martínez-Vizcaino V. Effectiveness of physical activity interventions on preventing gestational diabetes mellitus and excessive maternal weight gain: a meta-analysis. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. (2015) 122:1167–74. doi: 10.1111/1471-0528.13429.

31. Schulz KF, Altman DG, Moher D; CONSORT Group. CONSORT2010 Statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *BMC Med* 2010;8:18.

32. Sklempe Kokic I, Ivanisevic M, Uremovic M, Kokic T, Pisot R, Simunic B. Effect of therapeutic exercises on pregnancy-related low back pain and pelvic girdle pain: secondary analysis of a randomized controlled trial. *J Rehabil Med* 2017;49:251–7.

33. Thornton PL, Kieffer EC, Salabarria-Peña Y, Odoms-Young A, Willis SK, Kim H, et al. Weight, diet, and physical activity-related beliefs and practices among pregnant and postpartum Latino women: the role of social support. *Matern Child Health J*. (2006) 10:95–104. doi: 10.1007/s10995-005-0025-3

34. Tsakiridis I, Bakaloudi DR, Oikonomidou AC, Dagklis T, Chourdakis M. Exercise during pregnancy: a comparative review of guidelines. *J Perinat Med*. (2020) 48:519–25. doi: 10.1515/jpm-2019-0419.

35. Tsironikos GI, Perivoliotis K, Bargiota A, Zintzaras E, Doxani C, Tatsioni A. Effectiveness of exercise intervention

during pregnancy on high-risk women for gestational diabetes mellitus prevention: a meta-analysis of published RCTs. *PLoS ONE*. (2022) 17:e0272711. doi: 10.1371/journal.pone.0272711.

36. Vleeming A, Albert HB, Ostgaard HC, Sturesson B, Stuge B. European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain. *Eur Spine J* 2008; 17: 794–819.

37. Wang SM, Dezinno P, Lin EC, Lin H, Yue JJ, Berman MR, et al. Auricular acupuncture as a treatment for pregnant women who have low back and posterior pelvic pain: a pilot study. *Am J Obstet Gynecol* 2009; 201: 271–279.

38. Wu WH, Meijer OG, Uegaki K, Mens JM, van Dieen JH, Wuisman PI, et al. Pregnancy-related pelvic girdle pain (PPP), I: Terminology, clinical presentation, and prevalence. *Eur Spine J* 2004; 13: 575–589.



urdhriinfirmierit.org



Urdhri i Infermierit të Shqipërisë



Urdhri i Infermierit të Shqipërisë



uish_albania@yahoo.com



Rruga Reshit Petrela, Dispanceria, Kati II, Tiranë