

UNIVERSITETI I GJAKOVËS

FAKULTETI I MJEKËSISË

PROGRAMI I INFERMIERISË



PUNIM DIPLOME

Rrëzimet te popullata e moshuar-  
shkaqet, komplikimet, rehabilitimi

Kandidatja:

Donjeta Berisha

Mentori:

Prof. Ass. Dr. Dardan Koçinaj

Gjakovë, Dhjetor 2016

## **Deklarata e studentit**

Unë, Donjeta Berisha nr.ID 130306012

Universiteti i Gjakovës “Fehmi Agani”

Fakulteti i Mjeksisë

Drejtimi:Infermieri

Deklaroj se punimi i titulluar “Rrëzimet te popullata e moshuar-shkaqet, komplikimet, rehabilitimi”, është puna ime origjinale. Të njëjtin nuk e kam kopjuar nga asnjë punim të studentëve tjerë, apo nga ndonjë burim tjetër përveç atyre burimeve të cituara në mënyrë të rregullt, apo për të cilat është vënë shpjegim eksplicit në tekst, apo i njëjti nuk ka qenë pjesë e ndonjë punimi të shkruar nga unë apo ndonjë person tjetër.

## **FALENDERIME!**

Falenderoj Zotin për gjithçka.

Me ndjenjën e respektit të thellë e mirënjohjes së përhershme, falenderoj udhëheqësin tim Prof. Dr. Dardan Koçinaj për ndihmën dhe kontributin e tij në finalizimin e punimit tim të diplomës, produkt i shumë orëve konsultimi, këshillimi dhe mbështetje nga ana e tij. Faleminderit Profesorë!

Falenderoj miqtë e mi për mbështetjen!

Falënderoj të gjithë ata që ndihmuan në këtë punim në çfarëdo mënyre që të marr formatin e duhur.

Dhe në fund, dëshiroj të shpreh një mirënjohje të thellë për familjen time, të cilëve i detyrohem shumë për fillimin dhe finalizimin me sukses të këtij udhëtimi, sa të vështirë aq edhe të bukur.

Faleminderit të gjithëve!

## **Përmbajtja**

<b>1. ABSTRAKT</b> .....	5
<b>2. HYRJE</b> .....	6
2.1. Mekanizmat e rrëzimit .....	7
2.2. Fazat e rrëzimit .....	8
2.3. Shkaku i rrëzimeve tek të moshuarit.....	9
2.4. Faktorët e rrezikut .....	10
2.5. Komplikimet .....	12
2.6. Frakturat .....	13
2.7. Klasifikimi sipas llojit të frakturave .....	14
2.8. Manifestimet klinike të frakturave dhe diagnoza.....	16
2.9. Trajtimi i Frakturave .....	17
2.10. Frakturat më të shpeshta tek popullata e moshuar .....	19
2.11. Rehabilitimi pas rrëzimeve .....	25
2.12. Kujdesi infermieror .....	26
2.13. Plani i kujdesit infermieror-Vlerësimi Fillestar .....	27
2.14. Diagnoza infermiore .....	28
2.15. Planifikimi Infermieror .....	28
2.16. Ndërhyrjet infermiore .....	29
2.17. Vlerësimi - Rezultatet e pritura.....	29
<b>3. QËLLIMI I PUNIMIT</b> .....	30
<b>4. METODOLOGJIA (MATERIALET DHE METODAT)</b> .....	31
<b>5. REZULTATET</b> .....	32
<b>6. DISKUTIM</b> .....	42
<b>7. PËRFUNDIM</b> .....	43
<b>8.a) REZYME</b> .....	45
<b>8.b.) SUMMARY</b> .....	46
<b>9. REFERENCAT</b> .....	47
<b>10. CV e shkurtër e kandidates</b> .....	48

## 1. ABSTRAKT

Një e treta e njerëzve mbi 65 vjeç rrëzohen çdo vit dhe një e dhjeta e tyre pëson frakturë. Rëniat vijnë si pasojë e mosshikimit të qartë, stilit të jetës, tensionit, si dhe padyshim prej pengesave të mundshme në rrugë apo në vende ku shkelin dhe kalojnë. Fraktura është prishja ose thyerja e plotë ose e pjesshme e tërësisë së kockës nën veprimin e një force mekanike e cila kalon kufirin e rezistencës së saj.

Në krahasim me të rriturit në grupmoshat e tjera, pacientët e moshuar të cilët paraqiten në departamentin e emergjencës (ED) pas një rënie do të ketë një strukturë të lëndimeve trupore, me ashpersi më të lartë të lëndimit, rezultatet më të këqija, dhe vdekshmëri më të lartë. Një ndryshim i madh në popullsinë e të moshuarve është brishtësia skeletore e cila ndodh që kockat e tyre bëhen më të ndjeshëm ndaj forcave mekanike të traumës. Edhe kur një rënie nuk rezulton në vdekje, lëndimet e rrezimit mund të shkaktojnë sëmundshmëri të rëndësishme dhe pengojnë statusin funksional të një personi të moshuar dhe shëndetin e përgjithshëm.

Në fillim jepen disa koncepte teorike lidhur me rrëzimin, fazat e rrëzimit, shkaqet, komplikimet.

Në pjesën e dytë jepet përshkrimi i frakturave, klasifikimit, manifestimet klinike, diagnoza dhe trajtimi si dhe frakturat që hasen më shpesh të popullata e moshuar.

Qëllimi është evidentimi i shkaqeve më të shpeshta të këtyre frakturave, principet e menaxhimit dhe prognoza e tyre.

Në pjesën e fundit jepet kujdesi infermieror, studime dhe të dhëna në periudhën Janar-Dhjetor të vitit 2015 në spitalin rajonal “Isa Grezda” në Gjakovë.

Punimi është bërë në Universitetin e Gjakovës, Fakulteti i Mjekësië, Programi Infermieri si dhe në bashkëpunim me Spitalin rajonal “Isa Greza” në Gjakovë.

Mentori im është: Prof. Ass. Dr.Dardan Koçinaj.

Punimi përfshin: 48 faqe, 10 tabela, 6 grafikone dhe 9 figura.

## 2. HYRJE

Rrëzimet janë problem shumë serioz me të cilin vazhdimisht përballen të moshuarit. Me rastin e rrëzimit njeriu i ri e i shëndoshë rrezikon të gjitha llojet e lëndimeve, prej ndrydhjeve, përdredhjeve, kontuzioneve, traumave e frakturave të ndryshme, e lëre më personat në moshë të shtyrë. Rrëzimi në të moshuarit shpesh është shfaqje e rëndësishme e një sëmundjeje.

Mbajtja e një ekuilibri bëhet nga muskujt, artikulacionet dhe kërkon një balancim të një pjese të madhe me qendren e gravitetit, mbi një bazë shumë të vogël. Në mbajtjen e ekuilibrit ndikon shikimi, funksioni vestibular etj. Qendra e mbajtjes së ekuilibrit ndodhet në cerebellum (trurin e vogël). Kjo qendër me kalimin e kohës, dobësohet dhe si pasojë, ndodhin shpesh humbjet e ekuilibrit dhe rrëzimet. Edhe dobësimi i muskujve dhe i artikulacioneve ndikojnë në rrëzimet.

Të sëmuret me diabet e neuropati diabetike, osteoartroza të gjurit janë të predispozuar të bëjnë rrëzime. Iskemia transitorë cerebrale, hipotensioni ortostatik, gjendjet sinkopale pas ose gjatë urinimit, aritmite e zemres që zakonisht janë procese patologjike, bëhen shkak për rënie apo rrëzime në të moshuarit. Ky është një problem serioz i shëndetit publik, me një ndikim të konsiderueshem në shpenzimet shëndetësore dhe të kujdesit shëndetësor. Llogaritet që rrëzimet janë shkaktari më i madh i vdekjeve të njerëzve të moshave mbi 65 vjeç.<sup>1</sup>



Fig 1. Rrëzimi tek një person i moshuar.

Burimi: <https://www.linkedin.com/pulse/elderly-security-safety-solutions-zeev-goz>

---

<sup>1</sup> Zallari K, Dr. “ Parime të geriatriisë dhe të gerontologjisë”, Tiranë 2008: fq.181-182

## 2.1. Mekanizmat e rrëzimit

Megjithëse metodave për rritjen e dendësisë së kockës i është dhënë shumë rëndësi, përveç punimeve të Hayes dhe Cummings, ka pak të dhëna në literaturë shkencore në lidhje me mekanizmat e rrëzimit. Ashpërsia e rrëzimit është një faktor i pavarur rreziku për frakturë të këllkut dhe është e lidhur me shumë faktorë, duke përfshirë drejtimin e rrëzimit dhe vendodhjen e saktë anatomike të zones ku ndodh përplasja.

Ndërkohë që adultët e të rinjët kanë prirje të rrëzohen anash ose mbrapsht, të moshuarit kanë prirje të rrëzohen anash ose në vend, sidomos ata me ecje të çrregullt. Janë rrëzimet anash ato tek të cilat forcat e përplasjes janë më të mëdha, duke e tejkaluar forcën mekanike të pjesës proksimale të femurit dhe rrjedhimisht çojnë në frakturë. Megjithëse drejtimi i rrëzimit është një faktorë madhor risku për frakturë, ashtu si dhe rrëzimet si pasojë e të cilave ushtrohet një forcë e madhe gjatë përplasjes, përvoja na ka treguar se si pasojë e disa rrëzimeve fraktura do të ndodhë, pavarësisht nga niveli i mineralizimit të këllkut.

### Frika nga rrëzimi

Në përgjithësi, personat e moshuar kanë frikë nga rrëzimet, por janë veçanarisht të frikësuar se pasi të rrëzohen nuk do të jenë më në gjendje të ngrihen në këmbë. Nga një studim i veçuar i kryer nga Tinetti tek pacientët të cilët rrëzoheshin, u vu re se 13 nga 36 pacientët pësuan frakturë brenda një periudhe 1 vjeçare. Rrjedhimisht, frika e personave të moshuar nga rrëzimet, duket e arsyeshme. Deri në 20% e personave të moshuar i shmangin disa aktivitete të veçanta, si pasojë e frikës që kanë nga rrëzimi.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup>Bonner J, Chesmat. Ch. "Mjekësia fizike dhe riaftesimi", Vëllimi I, Kapitulli IV Çrregullimet specifike fq.714

## 2.2. Fazat e rrëzimit

Sipas Hayes, procesi i rrëzimit mund të ndahet në 4 faza:

- I. Faza e paqëndrueshmërisë- instabiliteti
- II. Faza e rënies
- III. Faza e përplasjes-impakti
- IV. Faza pas rënies- postimpakti<sup>3</sup>

Tabela 1. Përshtatur për përdorim tek të moshuarit, të cilët jetojnë në komunitet, rënditur nga ajo e cila është më shumë e frikshme, tek ajo që është më pak për këtë popullatë.

<b>Artikujt e përdorur në Matësin e frikës nga rrëzimi të Universitetit të Çikagos për të përcaktuar nivelin e frikës nga rrëzimi.</b>
<b>1.Ecja në akull.</b>
<b>2.Ngjitja e shkallëve me ndriçim të dobët duke mbajtur ngarkesa.</b>
<b>3.Përdorimi i shkallëve portative për të arritur gjërat e vendosura në dollap.</b>
<b>4.Ngjitja nëpër shkallë me ndriçim të dobët.</b>
<b>5.Qëndrimi në këmbë brenda një autobusi në lëvizje.</b>
<b>6.Hipja në shkallët e autobusit.</b>
<b>7.Futja-dalja nga vaska e larjes.</b>
<b>8.Mbajtja e ngarkesave gjatë ngjitjes nëpër shkallë me ndriçim të mirë.</b>
<b>9.Zbritja nga trotuari në rrugë.</b>
<b>10.Ecja në një trotuar me shumë njerëz.</b>
<b>12.Përdorimi i shkallëve lëvizëse.</b>
<b>13.Dalja në shëtitje.</b>
<b>14.Futja- dalja nga makina</b>
<b>15.Mbajtja e një pjate të mbushur plotë për në tavolinën e ngrënies.</b>
<b>16.Marrja nga dyshemeja e një gjëje me peshë të lehtë.</b>

<sup>3</sup>Bonner J, Chesmat. Ch. "Mjekësia fizike dhe riaftesimi", Vëllimi I, Kapitulli IV Çrregullimet specifike fq.716



### 2.3. Shkaku i rrëzimeve tek të moshuarit

Ekzistojnë një sërë faktorë të rrëzikut që ju prijnë rrëzimeve të personave të moshuar. Këta faktorë lehtësisht mund t'i ndajmë në të brendshëm dhe të jashtëm.

**Faktorët e brendshëm**- vështirësitë në përshtatjen ndaj ndryshimeve trupore që vijnë si pasojë e sëmundjeve akute dhe kronike apo si pasojë e proceseve normale fiziologjike të plakjes. Kështu, problemet me të cilat përballen këta individë janë vështirësi në kontrollimin e posturës trupore, probleme të sistemit osteomuskular, që shpiejnë në humbje të forcës, shpejtësisë dhe qëndrueshmërisë muskulore, dëmtimi i aftësive vizuale, dëgjimore, kognitive, çrregullime të perceptimit, të ndjeshmërisë sensorike që vijnë nga brenda dhe jashtë organizmit, çrregullime të Sistemit nervor qendror(SNQ), vështirësi në koordinim, çrregullime kardiovaskulare (të ritmit të zemrës dhe tensionit të ulët), kequshqyeshmëri etj.<sup>4</sup>

**Faktorë të jashtëm**-që i kontribuojnë rrëzimeve dhe lëndimeve pasuese janë ndriçimi i dobët, dyshemetë e rrëshqitshme dhe të lagura (sidomos në banjo dhe kuzhinë), shtrojat dhe tapetat e pafiksuar në dysheme, terreni jo i rrafshët, pengesat e ndryshme në rrugë, shkallët dhe mungesa e mbështetëseve në shkallë dhe mure etj.

Faktorë rreziku në dëmtimin e shëndetit të moshave të shtyra janë edhe një numër i medikamenteve specifike. Konsumimi i këtyre medikamenteve rrit mundësitë e shfaqjes së rrëzimeve.<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup>Adelsberg, S., Pitman, M., and Alexander, H. Lower extremity fractures: Relationship to reaction time and coordination time. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 2005; 70:737-739.

<sup>5</sup>Tinetti ME, Kumar C. The patient who falls: "It's always a trade-off". JAMA. 2010;303(3):258

## 2.4. Faktorët e rrezikut

### Ambienti i jetesës

- Ndriçimi i pamjaftueshëm
- Pengesat mbi sipërfaqen e ecjes
- Pengesat nga qilimat
- Mungesa e paisjeve mbështetëse në banjë
- Rrëshqitjet në mjediset jashtë shtëpisë
- DysHEMEJA e lagur e kuzhinës dhe e banjës
- Këpucë, të cilat nuk përshtaten mirë me këmben
- Terren me sipërfaqe jo të rregullt

### Mjekësore:

- Nevojë e madhe për të urinuar në prani të inkontinencës urinare
- Hipotensioni ortostatik
- Çrregullime të aftësive për t'u zhvendosur dhe për të lëvizur
- Medikamentet
- Rënie e funksionit kognitiv
- Ankthi dhe axhitimi
- Kequshqyerja

### Faktorët demografikë:

- Mosha e madhe
- Artrit
- Dëmtim njohës - dementia
- Historia e sulmit cerebrovaskular ose
- Sulmet ishemike
- Historia e rrezimeve
- Historia e frakturave shkarkuar së fundmi nga spitali (brenda një muaji)

- Raca e bardhë <sup>6</sup>

#### Faktorët metabolik:

- Dehidratim
- Diabeti mellitus
- Mungesa e Vitaminës D

#### Faktorët muskuloskeletal:

- Dëmtim i bilancit
- Dëmtim gjatë ecjes
- Dobësi gjatë aktiviteteve të përditshme të jetesës
- Dobësi e muskujve
- Dhimbje muskuloskeletale
- Përdorimi i pajisjes ndihmëse

#### Faktorët neuropsikologjik:

- Delerium
- Depresion
- Marramendje
- Frika nga rrëzimi
- Sëmundja Parkinson

#### Dëmtim ndijor:

- Dëmtim degjior
- Përdorimi i lenteve

---

<sup>6</sup>Bergland A, Wyller T B. Risk factors for serious fall related injury in elderly women living at home. Injury Prevention. 2004;10:308-313

- Dëmtim Vizual <sup>7</sup>

#### Medikamentet

- Antiaritmiket
- Antihipertensivët
- Antihistaminikët
- Antipsikotikët (tipike dhe atipike)
- Benzodiazepinë (veprimin afatshkurtër dhe afatgjatë )
- Diuretikët
- Laksativët
- Narkotikët
- Vazodilatatorët
- Sedativët dhe hipnotikët

## 2.5. Komplikimet

Rrezimet kërcënojnë pavarësinë e të moshuarve dhe të shkaktojnë një ujëvarë të pasojave individuale dhe socio-ekonomike.

Rreth 30-50% e rrezimeve të personat e moshuar pësojnë dëmtime të lehta, duke përfshirë mavijosje dhe gervishtje, por vlerësohet se 10% e të gjitha rrezimeve të të moshuarit shkaktojnë lëndime të mëdha, duke përfshirë lëndime intrakraniale dhe fraktura; 1% e të gjitha rrezimeve të popullsisë së moshuar pësojnë thyerje, të cilat përbëjnë një rrezik të madh për sëmundshmëri dhe vdekshmëri. Përveç kësaj, sipas Qendrave për Kontrollin dhe Parandalimin e Sëmundjeve në mes të vitit 2006 dhe 2010, rrezimet ishin shkaku kryesor i traumave të trurit që shpiten deri te vdekja nga lëndimet që pësojnë personat e moshës mbi 65vjeç.<sup>8</sup>

---

<sup>7</sup>Bergland A, Wyller T B. Risk factors for serious fall related injury in elderly women living at home. Injury Prevention. 2004;10:308-313

<sup>8</sup>Tinetti ME, Kumar C. The patient who falls: "It's always a trade-off". JAMA. 2010;303(3):260.

## Pasojat:

1. Thyerje
2. Lëndimet e indeve të buta
3. Hematoma
4. Konfuzion i përkohshëm
5. Pasojat socialo-psikologjike
6. Hospitalizim dhe imobilizimi
7. Paaftësi
8. Vdekje

## 2.6. Frakturat

Fraktura është një ndërprerje e plotë ose e pjesshme e vazhdimësisë së kockës. Ndodh atëherë kur kocka është subjekt i një force të ushtruar mbi të dhe stresi i ushtrur është më i madh se sa ajo mund ta absorbojë. Shfaqen si pasojë e rrëzimeve, goditjeve, aksidenteve. Gjithsesi frakturat mund të shfaqen gjatë një aktiviteti normal ose pas një dëmtimi minimal në rastet kur kockat vuajnë si rrjedhojë e ndonjë sëmundjeje si kanceri metastatik apo osteoporoza. Kjo njihet ndryshe edhe si frakturë patologjike. Përveç dëmtimit të kockave mund të përfshihen edhe struktura të tjera që rezultojnë në edem të indeve të buta, hemoragji në muskuj dhe artikulacione, rrupturë të tendinave, dislokacione, dëmtim të nervave dhe enëve të gjakut.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup>Greenspan A,M.D. “Imazheria Ortopedike”Tabernakul 2013 Kapitulli XIII fq.821

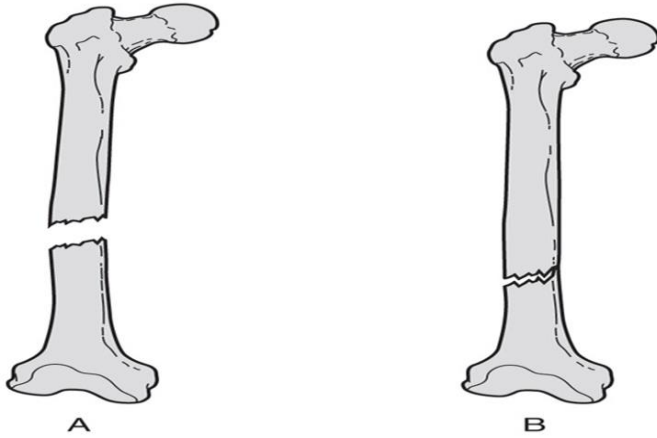
## 2.7. Klasifikimi sipas llojit të frakturave

- Frakturë e plotë, përfshinë ato raste kur kocka ndahet plotësisht në dy pjesë.
- Frakturë e pjesshme, këtu ndodhë dëmtim i pjesëshëm i kockës por pa e ndarë atë.
- Frakturë e mbyllur, kocka është e thyer kurse lëkura është e padëmtuar.
- Frakturë e hapur ose e përbër, kocka është dëmtuar duke dëmtuar njëkohsisht edhe lëkurën edhe membranat mukozale.
- Frakturë pa ndërprerje, në këtë rast kocka është dëmtuar, ndërsa fragmentet e tyre qëndrojnë në pozicionin e tyre normal.
- Frakturë me ndërprerje, përfshinë ato raste kur kocka është dëmtuar, duke ndarë fragmente kockore.
- Frakturë kominutive, kocka është shpërbërë në shumë pjesë të tjera.<sup>10</sup>

Fig 2. Frakturë e Plotë - Frakturë e Pjesëshme

---

<sup>10</sup>Greenspan A,M.D. “Imazheria Ortopedike”Tabernakul 2013 Kapitulli XIII fq.823



Burimi: <https://www.studyblue.com/notes/note/n/chapter-3/deck/1431068>

Fig 3. Frakturë e Hapur - Frakturë e Mbyllur



Burimi: <http://medical-helpful-info.blogspot.com/2015/01/open-or-closed-fractures-what-is-it.html>

Klasifikimi sipas linjës së frakturave

**Greenstick**, është thyer vetëm një anë e kockës (haste më shumë tek fëmijët e vegjël)

**Transverse**, thyhet kocka mespërmes

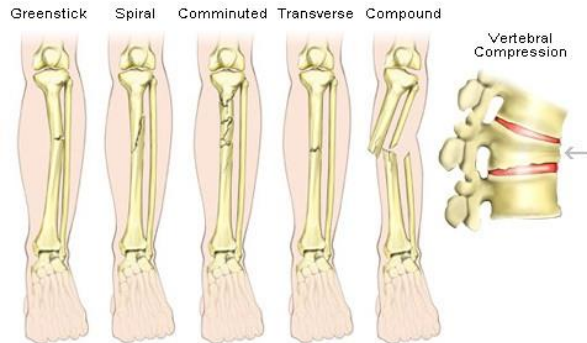
**Oblike**, një thyerje ku vija e thyerjes shkon pjerrët në aksin e kockave

**Spirale**, është e zakonshme në ndrydhjet e gjymtyrës.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup>Greenspan A,M.D. "Imazheria Ortopedike"Tabernakul 2013 Kapitulli XIII fq.826

Fig 4. Llojet e zakonshme të frakturave a.) oblike, b) spirale, c) komunitive, d) transverse, e) segmentare



Burimi: [http://www.medicinenet.com/broken\\_bone\\_types\\_of\\_bone\\_fractures/page2.htm](http://www.medicinenet.com/broken_bone_types_of_bone_fractures/page2.htm)

## 2.8. Manifestimet klinike të frakturave janë:

- Dhimbja- është shenjë esenciale e frakturës e cila ndodh në vendin e frakturës. Dhimbja mund të jetë e fortë në frakturat e përbëra kur kemi dëmtim të indeve dhe organeve. Ajo është e vazhdueshme dhe rritet në intenzitet deri kur ndodh imobilizimi.
- Humbja e funksionit të anes së dëmtuar
- Edem- zakonisht ndodh në vendin e frakturës
- Një deformim i dukshëm i anes së dëmtuar, krahasuar me ekstremitetin tjetër të paprekur
- Lëkurë e ngrohtë në prekje- kjo përreth zonës së dëmtuar, gjë që vjen si rezultat i shtimit të fluksit të gjakut në atë zonë.
- Humbje e sensacionit ose paralizë në pjesën distale të zonës së prekur, kjo si rrjedhojë e prekjës së mbaresave nervore.
- Hemorragjia mund të jetë e dukshme ose e padukshme
- Gjithashtu pacienti mund të ketë dëmtime të kafkës, kontuzion, konfuzion, parestezi ose dëmtim të shtylles kurrizore.<sup>12</sup>

<sup>12</sup>Bontrager K,MA,.Lampignano J,Med“Pozicionimi Radiografik dhe I Anatomisë përkatëse”Tabernakul,2013,



## Diagnoza

Vendosja e diagnozës së frakturave bazohet në: historinë e dëmtimeve, simptomave klinike dhe konfirmohet nga studimet radiologjike.

Radiografia në dy projeksione vërteton diagnozën, madje edhe më shumë plotëson të dhënat e dëmtimit, siç është tipi i frakturës, niveli e situata lokale e kockës. Është e detyrueshme që radiografia të bëhet gjithnjë në dy projeksione standarde: antero-posteriore dhe latero-laterale. Koniderohet i gabueshëm vlersimi i një radiografie duke u bazuar vetëm në një projeksion.

CT dhe RM janë egzaminime për të parë me më hollësi problemet e frakturave.<sup>13</sup>

## 2.9. Trajtimi i frakturave

### \*Menagjimi i menjëhershëm

Ekstremiteti i frakturuar imobilizohet përpara se pacienti të lëvizet. Nëse një pacient i dëmtuar duhet të lëvizet nga automjeti në spital përpara vendosjes së gipsit, ekstremiteti suportohet mbi dhe nën zonën e frakturuar, aplikohet një traksion sipas aksit të kockës për të parandaluar rotacionin. Lëvizjet e fragmenteve kockore mund të shkaktojnë dhimbje, dëmtim të indeve të buta dhe hemorragji. Imobilizimi bëhet duke aplikuar splinte të përkohshme që vendosen mbi rroba. Imobilizimi i kockave të gjata të ekstremiteteve të poshtme mund të behet edhe nga fashimi i ekstremiteteve së bashku. Pulsu periferik në zonën e dëmtuar duhet palpuar për të siguruar që qarkullimi i gjakut nuk është dëmtuar dhe përfuzioni indor është i mjaftueshëm. Hemorragjia mund të kontrollohet nëpërmjet ushtimit të një shtypje direkte. Nëse është një frakturë e hapur plaga mbulohet me një veshje sterile për të parandaluar infeksionin. Kur pacienti vjen në spital jepet një narkotik për lehtësimin e dhimbjes. Më pas largohen rrobat e trupit me kujdes, së pari nga pjesa e padëmtuar pastaj në anën e dëmtuar. Ekstremiteti lëvizet sa më pak të jetë e mundur për të mënjeluar dëmtime të mëtejshme. Prioritare janë sigurimi i rrugeve te ajrit, kontrollimi i hemorragjise dhe trajtimi i shokut. Ndërkohë bëhet hapja e një rruge venoze per administrimin e perfuzioneve dhe medikamenteve të ndryshme nëse do të jetë e nevojshme.

### \*Trajtimi sekondar

---

<sup>13</sup>Greenspan A,M.D. “Imazheria Ortopedike”Tabernakul 2013 Kapitulli XIII fq.823

Përfshinë reponimin, imobilizimin dhe rifitimn e funksioneve normale dhe forcës përmes rehabilitimit. Reponimi i frakturës i referohet restaurimit të fragmenteve të frakturës në rotacionin dhe drejtimin anatomik sa më shpejtë të jetë e mundur. Kjo realizohet nga manipulimi i hapur ose i mbyllur.<sup>14</sup>

### **1. Trajtimi konservativ**

Trajtimi konservativ apo i mbyllur i frakturave ka të bëjë me veprimet manipulative nga jashtë për të rritur rivendosjen e vazhdimësisë dhe kontaktit të kockës së thyer. Reponimi i frakturës ndiqet me aplikimin e mjetit të imobilizimit sikundër është:

- Gjipsi
- Fiksatori ekstern
- Traksioni skeletik

Trajtimi konservativ ka indikacion të gjërë sidomos në individët ku trajtimi kirurgjikal ka kundërintikacione absolute siç mund të jenë sëmundjet e rënda kardiake apo moshja e thyer. Të gjitha këto së bashku plotësojnë në tërsinë e tij mjekimin konservativ të trajtimit të frakturave.

### **2. Trajtimi kirurgjikal (trajtimi i hapur i frakturave)**

Fiksimi i brendshëm përfshinë: pllaka, vida, shtiza, shtifte.

Indikacionet për trajtim kirurgjikal janë:

- a) Nevoja për restaurim anatomik të artikulacioneve të dëmtuara nga thyerja e një prej kockave që e përbejnë atë
- b) Frakturat diafizare të kockave tubular, të cilat nuk mund të trajtohen në mënyrë konservative
- c) Frakturat të shkaktuara nga avulsioni, të cilat shkaktohen gjithnjë me dëmtime muskulo-tendinoze e të ligamenteve
- d) Frakturat tek të cilat janë të konfirmuara që trajtimi konservativ është jo rezultativ.<sup>15</sup>

---

<sup>14</sup>Pasteyer J. "Traumatologie" II, 130-132. "Libri Universitarë", Tiranë, 2005.

<sup>15</sup>Pasteyer J. "Traumatologie" II, 130-132. "Libri Universitarë", Tiranë, 2005.

Fig 5. Fiksator ekstern për frakturën e tibias.



Burimi:<https://www.google.com/patents/US20130123785>

## 2.10. Frakturat më të shpeshta tek popullata e moshuar:

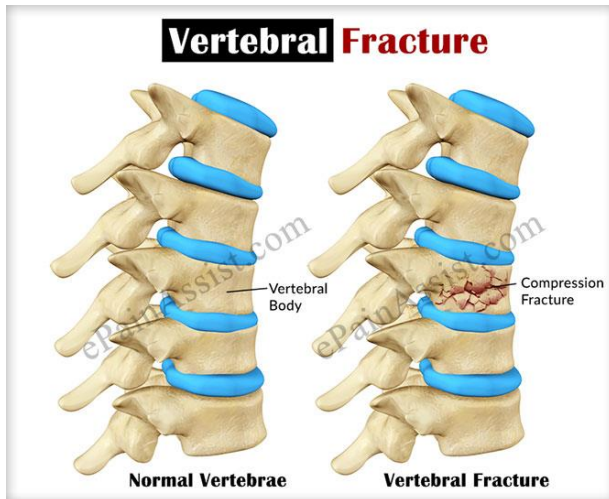
**1.Frakturat vertebrale**-tek të cilat duhet pasur kujdes të shtuar gjatë diagnostikimit pasi që mund të mashtrojnë për neoplazma, polimialgji reumatike, çrregullime pankreatike etj, dhe nëse nuk trajtohen me kohë shumë lehtë mund të shkaktojnë komprimime të rrënjëve nervore dhe dëmtime të tjera serioze. Regjionet më të shpeshta ku hasen frakturat në shtyllën kurrizore janë vertebrat e poshtme torakale dhe të sipërme lumbale.

Frakturat vertebrale – janë ato që mund të shkaktojnë humbje dhe kufizime serioze të aftësive trupore. Në gjendjen akute frakturat vertebrale shoqërohen me dhembje të madhe dhe ndjenjë diskomforti, por vështirësi në lokalizim të dhimbjes e cila me kohë fillon duke u lokalizuar. Frakturat zakonisht shfaqen si pasojë e një veprimi apo lëvizjeje fare të thjeshtë, të atillë që normalisht kurrsesi nuk do të mund të çonte në këtë gjendje si psh kollitje apo teshtitje. 2 – 3 javët e para karakterizohen me dhimbje të rënda paaftësuese për çdo lloj veprimi, të cilat shkojnë duke u venitur përgjatë 6 – 8 javëve.<sup>16</sup>

Fig 6. Fraktura e Vertebrave.

---

<sup>16</sup>Bonner J, Chesmat.Ch. “Mjekësia fizike dhe riaftesimi”, Vëllimi I, Kapitulli IV Çrregullimet specifike fq.712



Burimi: <https://www.epainassist.com/back-pain/vertebral-fracture>

## Rehabilitimi

Protokolli rehabilitues i dhimbjes së shpinës te pacientët me fraktura vertebrale duhet të përfshijë këto etapa:

### Në fazën akute:

- \* pushim në shtrat
- \* medikamente analgjetike
- \* këshillohet pacienti të mënjanojë ushtrimet e rezistencës për rreth 2 muaj prej momentit të frakturës
- \* vendosen ortoza mbështetëse të shpinës varësisht prej llojit dhe vendit të frakturës, e poashtu varësisht edhe prej pacientit (psh vendosen domosdoshmërisht në rastet kur ky i fundit është hiperaktiv)
- \* mësohet pacienti si të mbajë posturën korrekte trupore
- \* edukohen familjarët dhe kujdestarët se si t'i ofrojnë pacientit ndihmë përgjatë kryerjes së aktiviteteve të përditshme
- \* është e rëndësishme të fillohet trajtimi me magnetoterapi sa më shpejt që është e mundshme, pasi që magnetoterapia përshpejton procesin e regjenerimit të ashtit të thyer
- \* fillohet me fizioterapi graduale

## Në fazën kronike:

- \* udhëzohet pacienti të korrigojë posturën trupore (para pasqyrës – vetëkorrigjim)
- \* përdoren ortoza mbështetëse për shpinë nëse teknikat e vetëkorrigjimit dështojnë
- \* mënjahen aktivitetet që i rrisin forcat vertebrale sikurse përkuljet, rrotullimet, përdredhjet etj
- \* progredohet me fizioterapi graduale.<sup>17</sup>

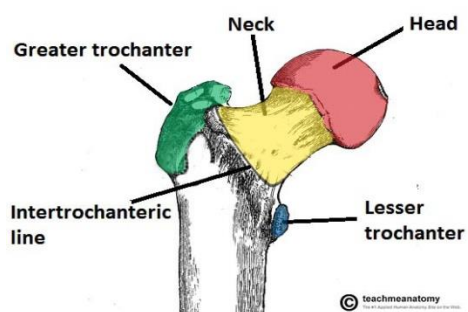
**2. Frakturat e skajit të sipërm femoral** - që ndahen në fraktura intrakapsulare apo të qafës femorale, fraktura që ndodhin mes dy trohanterëve, të madhit dhe të voglit, si dhe fraktura subtrohanterike.

Aspektet anatomike të skajit të sipërm femoral

Anatomikisht, skaji i sipërm femoral konsiderohet fragmenti kockor, i cili nga sipër (ana proksimale) lidhet me trupin nëpërmjet artikulationit kokso femoral, ndërsa distalisht vazhdon me diafizën femorale e me të gjithë anësinë inferiore.

Fig 7. Formacionet e skajit të sipërm femoral

1. Koka femorale 2. Qafa femorale 3. Trokanter major 4. Masivi trokanterik 5. Trokanter minor



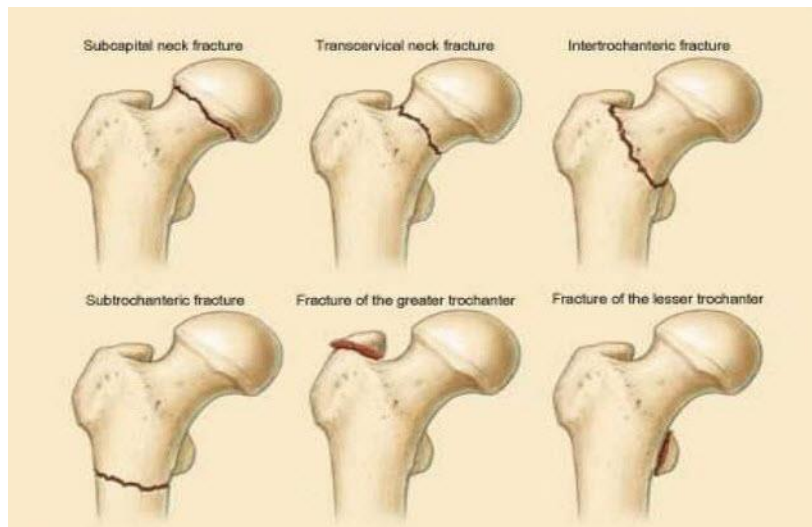
<sup>17</sup>Bonner J, Chesmat.Ch. “Mjekësia fizike dhe riaftesimi”, Vëllimi I, Kapitulli IV Çrregullimet specifike fq.713

**Burimi:** <http://teachmeanatomy.info/lower-limb/bones/femur/>

Klasifikimi i frakturave të skajit të sipërm femoral

1. Fraktura të kokës femorale
2. Fraktura të qafës së femurit
3. Fraktura të regjionit trokanterik
4. Fraktura të izoluara të trokanter major
5. Fraktura të izoluara të trokanter minor
6. Fraktura të regjionit subtrokanterik<sup>18</sup>

Fig 8. Fraktura në skajin e sipërm femoral



**Burimi:** <https://www.studyblue.com/notes/note/n/pa-2013-session-1-study-guide-2012-13-tsai/deck/9720782>

---

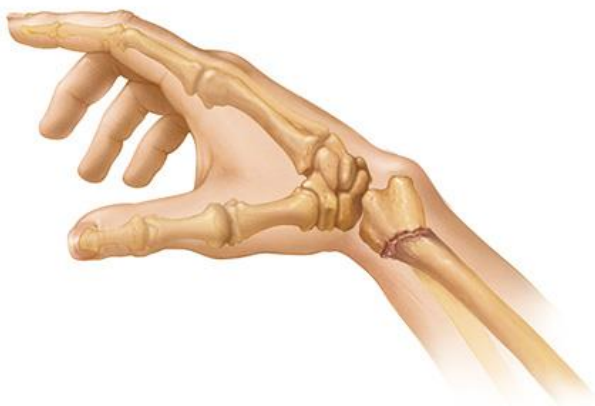
<sup>18</sup>Abolhassani F, Moayyeri A, Naghavi M, Soltani A, Larijani B, Shalmani HT. "Incidence and characteristics of falls leading to hip fracture". Bone 39 (2006) fq 408

**Trajtimi** – hapi i parë që ndërmerret te këto lloje të frakturave është ndërhyrja korigjuese operative. Normalisht te frakturat e skajit të sipërm femoral strukturat e zhvendosura anatomike rikthehen në vendet e veta duke u fiksuar përmes një pllake metalike (osteosintezë), por te personat e moshuar dhe me osteoporozë është shumë më i vështirë fiksimi i faqeve të frakturës mes vete e në anën tjetër nuk ofron kurrfarë stabiliteti. Prandaj te pacientët e moshave të shtyra që kanë pësuar frakturë të skajit të sipërm femoral, aplikohet vendosja e endoprotezës së pjesërishme (vetëm kokës femorale) ose totale (komplet artikulacioni koksofemoral: koka femorale plus acetabulum i plevisit). Menjëherë pas ndërhyrjes operative fillon procesi i rehabilitimit post-operativ me qëllim të kthimit në normalitet. Është e rëndësishme të përmendim që në shumicën e rasteve kur pacienti ka qenë i pavarur para aksidentit, ai e rikthen aftësinë, por jo në sasinë e mëparshme pasi që protezat do t'i kufizojnë përjetë disa lloje të lëvizjeve.<sup>19</sup>

**3. Frakturat e kyçeve te dores-** si forma më e shpeshtë e frakturave te femrat e moshave nën 75 vjeç.

Frakturat e kyçit të dorës – janë frakturat që kryesisht rriten në numër pas menopauzës dhe është interesante që edhe pse normalisht ndodhin te femrat relativisht të shëndetshme, janë indikacioni i parë që të bën të mendosh për rënie të masës kockore.

Fig 9. Fraktura e kyçit te dores



© MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH. ALL RIGHTS RESERVED.

---

<sup>19</sup>Abolhassani F, Moayyeri A, Naghavi M, Soltani A, Larijani B, Shalmani HT. “Incidence and characteristics of falls leading to hip fracture” . Bone 39 (2006) fq 411

Burimi: <https://www.epainassist.com/sports-injuries/wrist-injuries/rolando-fracture>

Qëllimi kryesor i trajtimit të ky lloj frakturash është rikthimi i funksionit normal të dorës dhe kyticit. Pas frakturës dora duhet të imobilizohet për 6 – 8 javë në gjips, gjatë së cilës periudhë bëhet përpjekje të mos humbet fuqia dhe fleksibiliteti i gjymtyrëve të sipërme, konkretisht duhet përqendruar në ruajtjen e forcës dhe amplitudës së lëvizjes përmes ushtrimeve të formave të ndryshme të artikulacioneve përreth: bërrylit dhe krahut në njërin anë e gishtave në anën tjetër. Edhe pas heqjes së gjipsit ushtrimet vazhdojnë fillimisht duke mbajtur e pastaj duke rritur gradualisht forcën e dorës.<sup>20</sup>

## Faktorët që ndikojnë në shërimin e kockave

Tab 2. Faktorët që ndikojnë në shërimin e kockave

Nxitës	Pengues
Imobilizim i përshtatshëm Kontakti në maksimum i fragmenteve kockore Furnizimi me gjak i mjaftueshëm Ushtrimet- mbajtja e peshave për kockat e gjata Hormonet- hormoni i rritjes, i tiroides, kalcitonina, insulina, vitamina A dhe D, steroidet anabolike Potenciali elektrik rreth fraktures	Humbje e madhe kockash gjatë momentit të dëmtimit Imobilizim joefektiv Infeksion Sëmundjet metabolike të kockave Moshë Kortikosteroidet Anemia, inbalanca endokrine apo kushte të tjera sistemike që interferojnë në këtë proces shërimi

Tab 3. Koha e nevojshme e imobilizimit për bashkim kockor<sup>21</sup>

<sup>20</sup>Berger D,MD, Dardik A,MD. “Parimet bazë të kirurgjikes”, Kirurgjia tek të moshuarit, Kapitulli XVI fq 370

<sup>21</sup>Berger D,MD, Dardik A,MD. “Parimet bazë të kirurgjikes”, Kirurgjia tek të moshuarit, Kapitulli XVI, fq 373



Fraktura	Nr i Javëve
<b>Femuri</b>	
-intrakapsulare	24
-intratrokanterike	10-12
-diafiza femorale	18
<b>Tibia</b>	
-proksimale	8-10
-diafiza tibilare	14-20
-maleola	6
<b>Këmba</b>	
-calcaneus	12-16
-metatarset	6
-gishtërinjët	3

Burimi: Berger D, MD, Dardik A, MD. “Parimet bazë të kirurgjikes”, Kirurgjia tek të moshuarit, Kapitulli XVI, fq 373

## 2.11. Rehabilitimi pas rrëzimeve

Ekzistojnë tipe të ndryshme të institucioneve ku ofrohen shërbimet shëndetësore pas rrëzimeve (rënieve):

- \* rezidencat apo vendqëndrimet e veçanta – jeta e pavarur me mundësi të shërbimeve të pavarura, por me kosto më të ngritur;
- \* shtëpitë e pleqve – personi i moshuar duhet të jetë fizikisht autonom- këtu ofrohet kujdes infermierik, mjekësor dhe paramedikal;
- \* shtëpitë e pleqve dhe kujdesi – janë të destinuara për persona të prekur nga patologji afatgjate që nuk kërkojnë një shërbim mjekësor ditor, por që kërkojnë kujdese infermierike, paramedikale dhe ndihmë në aktivitetet esenciale të jetës;
- \* spitale – ofrohen shërbime geriatrike si diagnostikë, trajtim dhe rehabilitim;
- \* qendra geriatrike ditore – ka më shumë rol social dhe ofrohen aktivitete ditore;
- \*qendrat e tjera rehabilituese (si psh. te ne Banja e Killokotit dhe e Pejës që kanë traditë shumë vjeçare në kujdesin dhe rehabilitimin e pacientëve).

Por jo gjithëherë pacientit i ofrohet mundësia të zgjedhë më të mirin dhe më të favorshmin institucion për të. Në fakt zgjedhja e institucionit është e influencuar prej shumë faktorëve dhe kritereve si:

- \* çmimi
- \* vendi më pranë familjes
- \* rehatia: higjiena dhe kujdesi cilësor, tipi i dhomës, një hapësirë e përshtatur për hendikepin e personit të moshuar (tualeti privat, ashensori, ushqimi cilësor, dëfrimi etj)
- \* nevojat e personit të moshuar
- \* dimensionet e institucionit.<sup>22</sup>

Njerëzit që i kanë humbur apo kanë rënie të aftësive të ndryshme fizike, qoftë për shkak të rrëzimit apo qoftë për shkak të procesit të plakjes, i nënshtrohen procesit ergoterapeutik. Përndryshe ergoterapia e luan një rol shumë të rëndësishëm në jetën e këtyre njerëzve. Puna e ergoterapisë i drejtohet aftësimit individual për kryerjen e punëve dhe aktiviteteve të jetës së përditshme, aftësimit të individit dhe mundësimin e qasshmërisë ndaj pajisjeve dhe aparaturave ndihmëse, rritjes së qasjes dhe produktivitetit të individit në punë, shtëpi, shoqëri si dhe pavarësimi për pjesëmarrje në aktivitetet rekreative.<sup>23</sup>

## 2.12. Kujdesi infermieror

Kujdesi infermieror te i sëmuari me Frakturë kërkon njohuri dhe aftësi të mjaftueshme profesionale. Është e nevojshme që çdo infermier të jetë i aftë të përvetësoj njohuri në mënyrë që përgjegjësia dhe kujdesi të jenë në nivel sa më të lartë të mundshëm.

Qëllimi i procesit të kujdesit infermieror është të sigurojë kujdes, ndihmë dhe plotësim të nevojave të pacientit, për të ruajtur dhe përmirësuar shëndetin dhe rikthimin e mirëqenies së tij.

Infermierja gjatë mbledhjes së të dhënave vlerëson situatën në përgjithësi, dhe konsideron faktorët fizik, psikologjik, emocional, socialo-kulturor dhe shpirtëror që mund të ndikojnë në

---

<sup>22</sup><http://www.kasemcares.org/>

<sup>23</sup>Bontrager K,MA,.Lampignano J,Med“Pozicionimi Radiografik dhe I Anatomisë përkatëse”Tabernakul,2013, Kapitulli I fq 23

gjendjen shëndetsore të pacientit. Roli i infermieres është tejet i rëndësishëm, ajo në radhë të parë informon dhe përgaditë të sëmuarin për ndërhyrje, si dhe ka karakter lehtësues dhe mbështetës për pacientin.

I sëmuari njëkohësisht është objekt dhe subjekt i shërimit, ku si pacienti po ashtu edhe profesionisti shëndetësor kanë të njëjtin qëllim shërimit sa më të shpejtë, por dhe pa pasoja. Ekziston principi i njohur *primum non nocere* (mos dëmto) dhe *primum est adiuare* (ndihmo të sëmuarin). Asnjëherë nuk duhet lejuar që si shkak i neglizhencës së infermieres të vije deri te diskomforti i pacientit. Duhet cekur faktin se para çdo ndërhyrje infermierore duhet të mirret pëlqimi i pacientit, ngase është e drejtë e çdo individi të informohet rreth ndërhyrjeve që kryhen ndaj tij..<sup>24</sup>

## 2.13. Plani i kujdesit infermieror-Vlerësimi Fillestar

### Vlërsimet- Të dhënat subjektive

- Dhimbje në zonën e sëmurë
- Humbje e sensacionit në zonën e prekur
- Përshkrimi sesi ka ndodhur trauma
- A është rrëzuar personi
- Kuptimi sesi dëmtimi ka vazhduar (ndoshta pacienti mund të jetë në gjendje të raportojë se ka dëgjuar zhurmen e thyerjes së kockës)

### Të dhënat objektive

- Lëkurë e ngrohtë, edem përreth zonës së dëmtuar
- Deformim i dukshëm
- Humbje e funksioneve normale në zonën e dëmtuar
- Mjetet imobilizuese të përdorura në zonën e dëmtuar

---

<sup>24</sup>Tonja A, Pula A, Basha E, “Bazat e infermieristikës së Përgjithshme” Tiranë 2004

- Shenja të shokut sistemik
- Shenja të dëmtimit cirkulator
- Prania e frikës dhe stresit

## 2.14. Diagnoza infermiere:

Analiza e të dhënave mund të nxjerr në pah diagnozën infermiere aktuale, për një person me frakturë mund të përfshihet:

- Ulje e mobilitetit si rrjedhojë e dëmtimeve fizike që ka pësuar pacienti
- Mungesë njohurie për vet- kujdesje
- Dëmtime të integritetit të lëkures- mundësi për infeksione
- Alterim ushqimor më pak se nevojat- kërkesat e organizmit
- Dhimbje dhe diskomfort
- Mungesë njohurish rreth frakturave<sup>25</sup>

## 2.15. Planifikimi infermieror

Plani i kujdesjeve infermiere fillon që në momentin e aksidentit, përfshinë imobilizimin dhe mbaron me rehabilitimin e pacientit. Roli i infermierës konsiston më tepër në momentin e dëmtimit dhe imobilizimin e pacientit sepse në periudhën e rehabilitimit pacienti është më aktiv.

Qëllimet kryesore për këta pacientë përfshinë:

- Sigurimin e komfortit
- Parandalimin e komplikacioneve
- Monitorimi për manifestime neurocirkulatore
- Ruajtja dhe kujdesi për integritetin e lëkures
- Parandalimi i infeksioneve
- Kujdesi për ushqimin
- Kujdesi për imobilizimin
- Menaxhimi idhimbjes
- Parandalimi i dëmtimeve

---

<sup>25</sup>Roce J,Dyer L.”Care of the orthopaedic patient”, 2008

## 2.16. Ndërhyrjet infermierore

- Është bërë implementimi i të gjitha objektivave të cilat janë përcaktuar në planin e kujdesit infermieror
- Është administruar terapia e ordinuar nga mjeku
- Është inkurajuar pacienti për kryerjen e ushtrimeve të ndryshme
- Janë përdorur teknikat relaksuese
- Pacienti është këshilluar për rëndësinë e kujdesit të lëkures
- Janë mësuar dhe demonstruar teknikat mbi menaxhimin e stresit (ambient i qetë, marrja me aktivitete të moderuara fizike, shëtitje në ajër të pastër...)
- Janë dhënë të gjitha këshillat e lartë përmendura për parandalimin e komplikimeve të mundshme<sup>26</sup>

## 2.17. Vlerësimi - Rezultatet e pritura

- Gjendja shëndetësore e pacientit është përmirësuar, dhimbja është zvogëluar, temperatura ka zbritur pas administrimit të terapisë.
- Statusi i pacientit - ai ndihet në komfort
- Lëkura e pacientit është e padëmtuar dhe e lirë nga ulçerat venoze
- Pacienti merr pjesë në programe apo aktivitete të ndryshme progresive
- Pacienti është në gjendje të levizë me anë të një ndihme minimale
- Pacienti arrin ta kontrollojë vetë situatën sidomos me arritjen e përmirimit të lëvizjeve
- Pacienti është i lirë nga infeksionet
- Pacienti nuk është i përfshirë në dëmtime tjera<sup>27</sup>

---

<sup>26</sup>Roce J,Dyer L."Care of the orthopaedic patient", 2008

<sup>27</sup> Roce J,Dyer L."Care of the orthopaedic patient", 2008

### 3. QËLLIMI I PUNIMIT

Qëllimi i punimit është hulumtimi i karakteristikave bazike të pacientët me fraktura të trajtuar në repartin e Ortopedise te Spitalit regjional “Isa Grezda” në Gjakovë gjatë periudhës Janar-Dhjetor të vitit 2015. Bazuar nga literatura fraktura që ndodhin më shpeshë te popullata e moshuar janë: Fraktura e femurit, fraktura e kyçit të dorës dhe fraktura e unzave lumbale. Prandaj këto fraktura janë analizuar në veçanti.

#### **Objektivat:**

Objektivat specifike të punimit janë:

- ❖ Studimi i të dhënave të pacientëve me fraktura sipas struktures gjinore;
- ❖ Studimi i të dhënave të pacientëve me fraktura sipas struktures moshore;

- ❖ Studimi i të dhënave të pacientëve me fraktura gjatë muajve të viti sipas hospitalizimit;
- ❖ Studimi i të dhënave të pacientëve me fraktura sipas vendbanimit;
- ❖ Studimi i të dhënave të pacientëve me fraktura sipas llojit të trajtimit;
- ❖ Studimi i të dhënave të pacientëve me fraktura sipas ditëve të qëndrimit në spital;
- ❖ Studimi i të dhënave të pacientëve me fraktura sipas vlerësimit përfundimtar.

#### **4. METODOLOGJIA (MATERIALET DHE METODAT)**

Në mënyrë retrospektive janë evidentuar të gjithë pacientët të cilët ishin trajtuar në repartin e Ortopedise në Spitalin Rajonal “Isa Grezda” në Gjakovë në periudhën Janar-Dhjetor 2015. Gjithsej ishin trajtuar 479 pacientë. Të gjitha të dhënat të shfrytëzuara për realizimin e këtij studimi janë të lejuara nga drejtori i spitalit rajonal “Isa Grezda” në Gjakovë. Të dhënat për pacientë janë marrë nga librat e protokollit në repartin e Ortopedise dhe në zyrën e statistikave në Gjakovë. Është shfrytëzuar metoda statistikore për përpunimin e të dhënave. Të dhënat janë analizuar në programin Exel dhe janë prezentuar përmes tabelave dhe grafikoneve.

## 5. REZULTATET

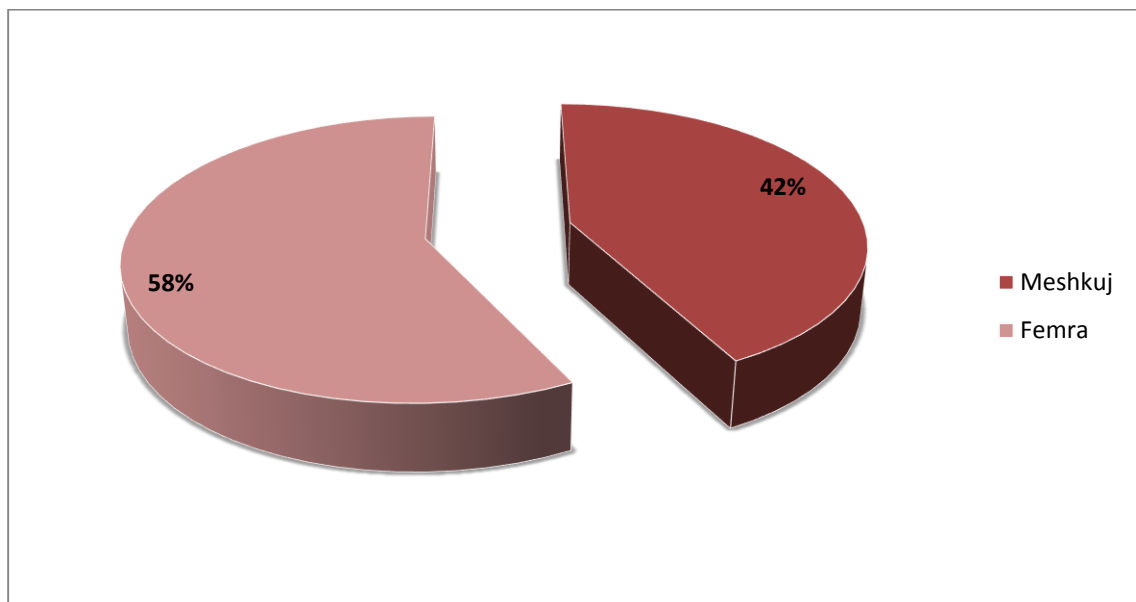
Numri i rasteve me frakturë të femurit, kyçit të dorës dhe unazave lumbale në periudhën Janar-Dhjetor 2015, të diagnostikuar në repartin e Ortopedise ne Spitalin Rajonal “Isa Grezda” Gjakovë ishin 195 raste. Nga ky numër 77 pacientë apo 39.48% kishin pësuar frakturë të femurit, 78 pacientë apo 40% kishin pësuar frakturë të kyçit të dorës dhe 40 apo 20.51% prej tyre frakturë të unazave lumbale.

**Tabela 4. Numri dhe përqindja e rasteve me frakturë të femurit, frakturë të kyçit të dorës dhe unazave lumbale tek të dy gjinitë gjatë periudhes Janar-Dhjetor 2015**

Frakturat	GJINIA	GJITHSEJ
-----------	--------	----------



	FEMRA		MESHKUJ		Nr	%
	Nr	%	Nr	%		
<b>Frakturat e femurit</b>	40	35.39%	37	45.01%	77	39.48%
<b>Fraktura e kyçit të dores</b>	47	41.59%	31	37.80%	78	40%
<b>Fraktura e unazave lumbale</b>	26	23%	14	17.07%	40	20.52%
<b>GJITHSEJ</b>	113	100.00%	82	100.00%	195	100.00%



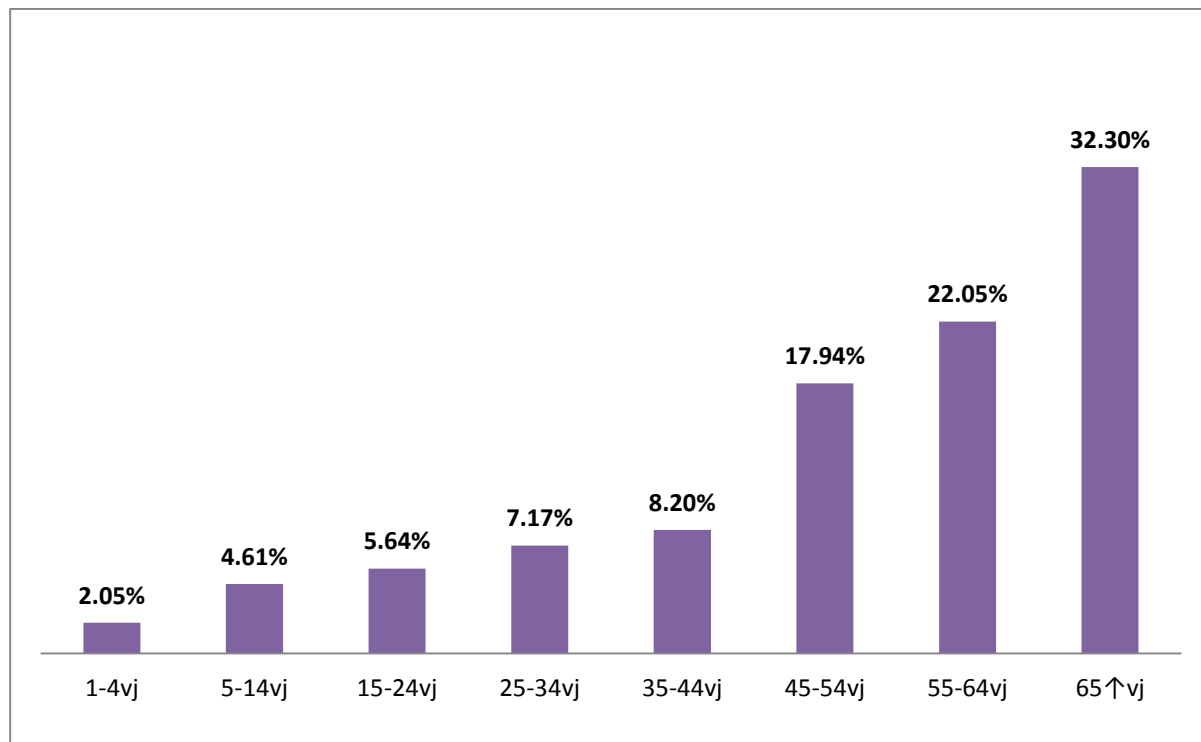
**Grafikoni 1. Frakturat më të shpeshta te popullata e moshuar në periudhen Janar-Dhjetor 2015**

Gjinia më e prekur është gjinia femërore me 113 raste apo 58% kurse gjinia mashkullore me 82 raste apo 42 % (tabela 4, grafikoni 1).

**Tabela 5. Frakturat më të shpeshta të analizuar sipas grupmoshave dhe gjinisë**

MOSHA	Femra	Meshkuj	GJITHSEJ	
	Nr	Nr	Nr	%
1-4 vjeç	2	2	4	2.05%
5-14 vjeç	4	5	9	4.61%
15-24 vjeç	5	6	11	5.64%
25-34vjeç	5	9	14	7.17%
35-44vjeç	6	10	16	8.20%
45-54 vjeç	25	10	35	17.94%
55-64vjeç	29	14	43	22.05%
65+vjeç	37	26	63	32.30%

GJITHSEJ	113	82	195	100.00%
----------	-----	----	-----	---------

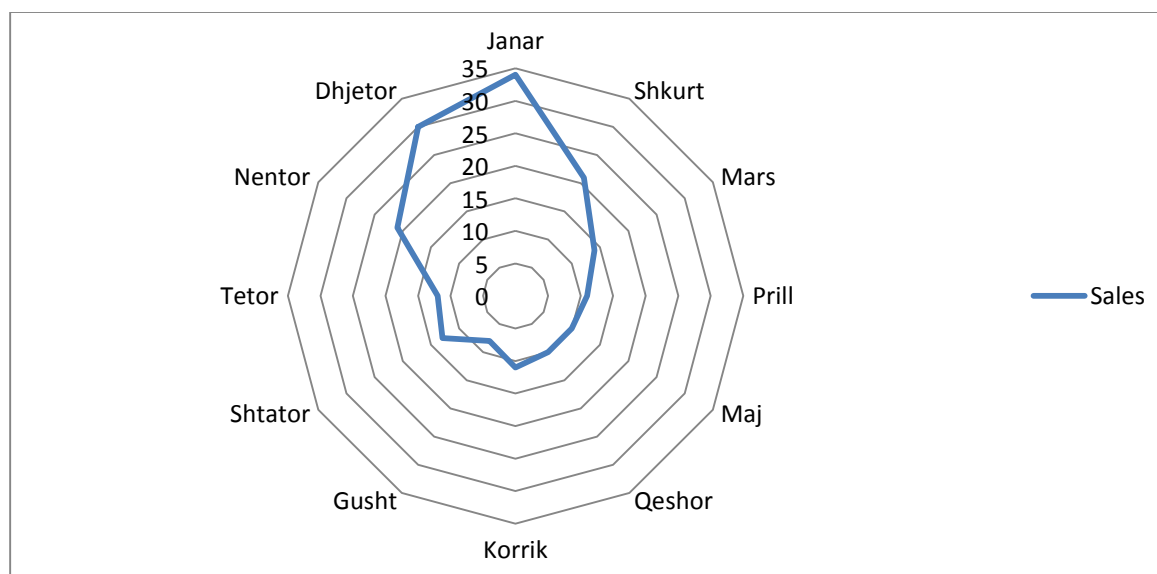


**Grafikoni 2. Rastet me frakturë të femurit, kyçit të dorës dhe unazave lumbale sipas grupmoshave**

Në tabelen 5 dhe grafikonin 2, vërejmë se tek meshkujt kjo ndodhë më tepër në dekadën e dyte dhe të tretë të moshës, e cila është një moshë e jetës intensive të punës dhe aktivitetit fizik të theksuar. Ndërsa tek femrat frekuenca e tyre në këtë moshë është e ulët, ndonëse në moshën 45-60vjeç, kjo rritet në mënyrë të ndjeshme dhe bëhen më të larta se sa tek meshkujt të së njëjtës moshë. E kundërta ndodh mbi moshën 60 vjeç, tek të cilët ndeshën më shpesh frakturat. Këto fraktura prekin më tepër femrat të kësaj grupmoshe, tek të cilat si rezultat i menopauzës, fenomeni i osteoporozës zhillohet së tepërmi dhe bëhet faktor favorizues për to. Fraktura të tjera vihen re tek adoleshentët gjë që lidhet me aktivitetin fizik dhe sportive në këtë moshë. Më të pakta janë frakturat që ndodhin në moshën 0-5vjeç.

**Tabela 6. Rastet me frakturë të femurit, kyçit të dorës dhe unazave lumbale gjatë muajve të vitit të hospitalizuar, në periudhën Janar-Dhjetor 2015**

Muaji	Fraktura femurit Nr. (%)	Fraktura kyçit te dores Nr. (%)	Fraktura unazave lumbale Nr. (%)	Gjithsej Nr. (%)
Janar	17 (22.07%)	12 (15.38%)	5 (12.5%)	34 (17.43%)
Shkurt	9 (11.68%)	8 (10.25%)	4 (10%)	21 (10.76%)
Mars	6 (7.79%)	6 (7.69%)	2 (5%)	14 (7.18%)
Prill	5 (6.49%)	3 (3.84%)	3 (7.5%)	11 (5.64%)
Maj	4 (5.19%)	4 (5.12%)	2 (5%)	10 (5.12%)
Qeshor	3 (3.89%)	4 (5.12%)	3 (7.5%)	10 (5.12%)
Korrik	2 (2.59%)	5 (6.41%)	4 (10%)	11 (5.64%)
Gusht	3 (3.89%)	4 (5.12%)	1 (2.5%)	8 (4.10%)
Shtator	5 (6.49%)	6 (7.69%)	2 (5%)	13 (6.66%)
Tetor	4 (5.19%)	4 (5.12%)	4 (10%)	12 (6.15%)
Nentor	7 (9.09%)	9 (11.53%)	5 (12.5%)	21 (10.76%)
Dhjetor	12 (15.58%)	13 (16.66%)	5 (12.5%)	30 (15.38%)
Gjithsej	77 (100%)	78 (100%)	40 (100%)	195 (100%)

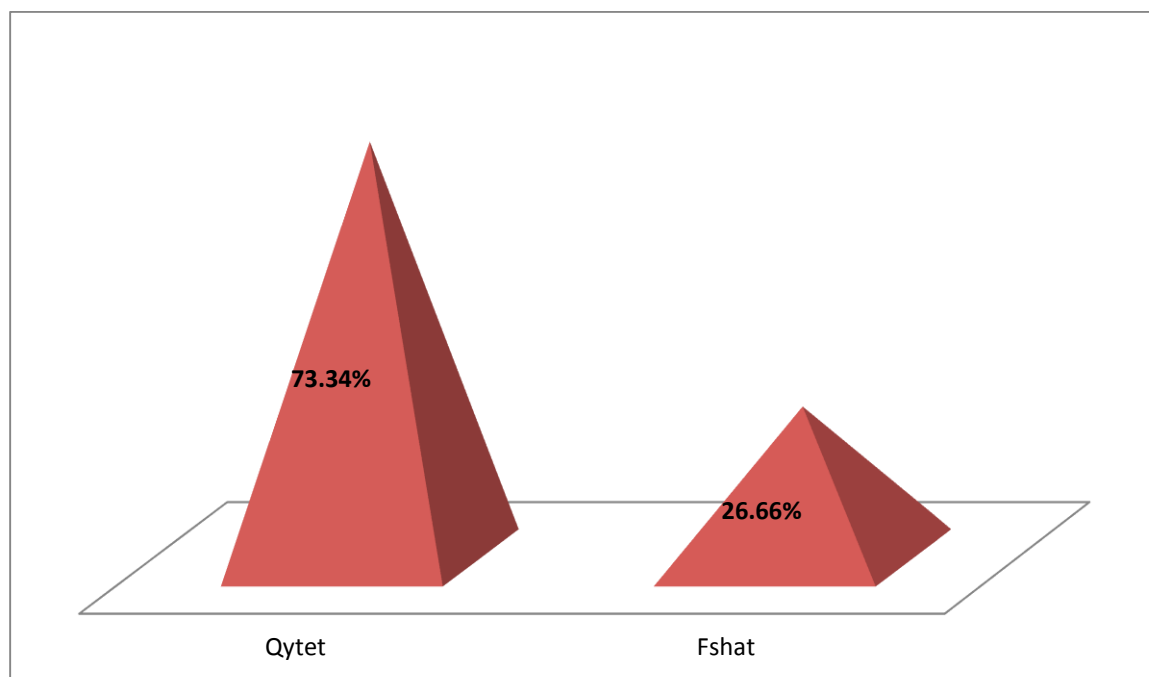


**Grafikoni 3. Muajt e vitit të hospitalizimeve me frakturë të femurit, kyçit të dorës dhe unazave lumbale**

Në tabelen 6 dhe grafikonin 3, vërejmë se gjatë periudhës së dimrit kishte më shumë raste të frakturave në krahasim me stinet e tjera të vitit. Arsyet mund të ishin te ndryshme duke filluar nga një rreshqitje e thjeshtë por që shkakton frakturë e sidomos tek të moshuarit.

**Tabela 7. Rastet me frakturë te femurit, kyçit të dorës dhe unazave lumbale sipas vendbanimit**

Vendbanimi	Numri	Përqindja %
<i>Qytet</i>	<b>143</b>	<b>73.34%</b>
<i>Fshat</i>	<b>52</b>	<b>26.66%</b>
<i>Gjithsej</i>	<b>195</b>	<b>100 %</b>

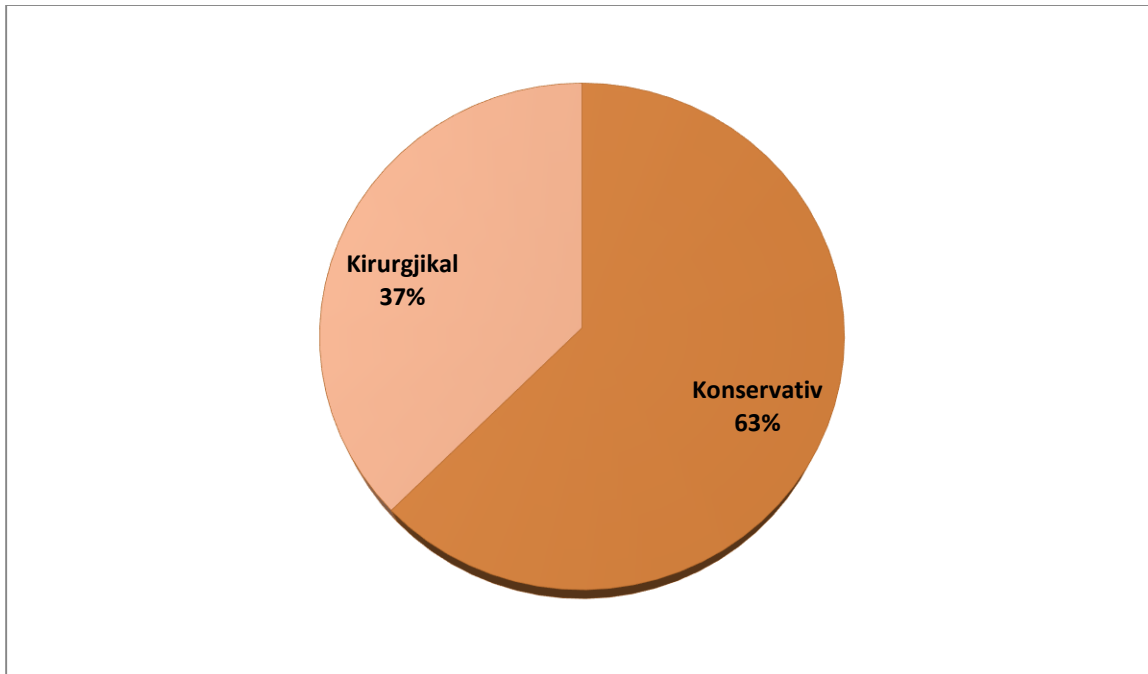


**Grafikoni 4. Vendbanimi i të analizuarve me frakturë te femurit, kyçit të dorës dhe unazave lumbale**

Në tabelen 7 dhe grafikun 4, vërejmë se numri dhe përqindja e rasteve me frakturë të femurit, kyticit të dorës dhe unazave lumbale sipas vendbanimit ishte më e lartë në qytet se sa në fshatra. Është e rëndësishme të përcaktohet vendet nga vijnë pacientët. Kjo lidhet me mundësinë e traumave me rezultat frakturën. Vihet re që numri i pacientëve që pësojnë frakturë është pothuajse dy herë më i madhë në qytetin e Gjakovës se në fshatra. Këto të dhëna na tregojnë se pjesa më e madhe e pacientëve me Frakturë gjatë periudhës Janar- Dhjetor 2015 ishin me vendbanim në qytet dmth. 73.34%, kurse një pjesë me e vogël ishin me vendbanim në fshat 26.66%. Kjo e dhënë vjen si rezultat i numrit më të madh të popullsisë që është në qytet, si pasojë e shtimit të lëvizjes së banorëve nga fshati drejt qytetit. Gjithashtu mundësia e dëmtimeve si rezultat i aksidenteve automobilistike është më e madhe se sa në fshat. Shpërndarja gjeografike është gjithashtu me rëndësi për rezultatin e trajtimit. Kjo lidhur me mungesën e njohurisë së sëmundjes, distancës nga qendra e traumës dhe kohën e paraqitjes në ambientet spitalore, por edhe deklaramit dhe shënimit në administratën e spitalit.

**Tabela 8. Lloji i trajtimit të frakturave të femurit të analizuarit tanë**

Lloji i Trajtimit	Numri (%)
<b>Konservativ</b>	<b>123 (63.08%)</b>
<b>Kirurgjikal</b>	<b>72 (36.92%)</b>
<b>Gjithsej</b>	<b>195 (100%)</b>

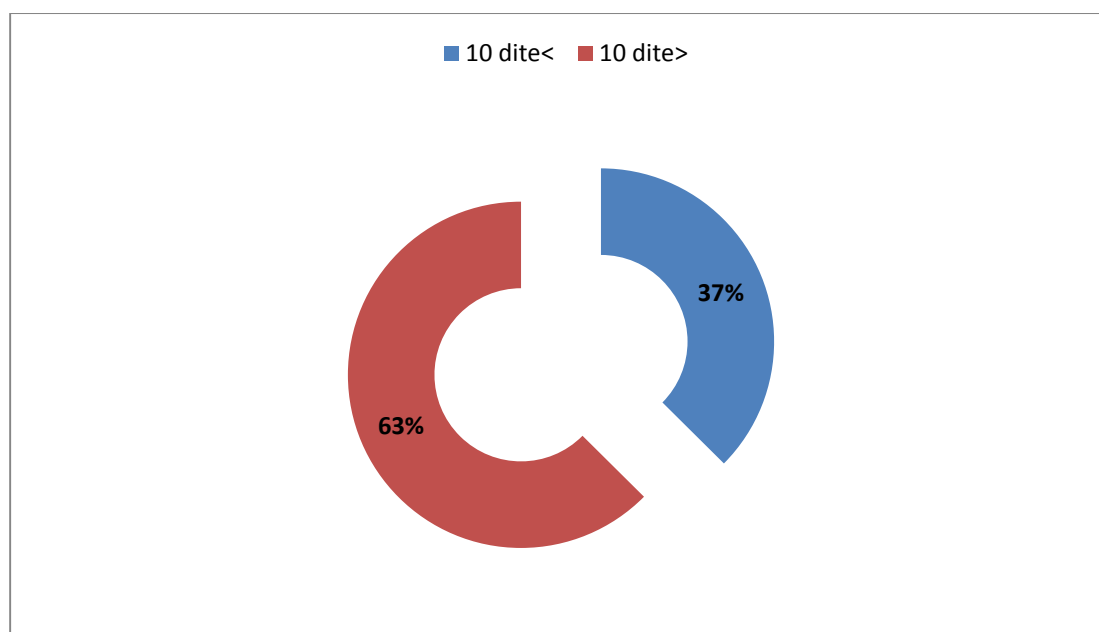


**Grafikoni 5. Lloji i trajtimit të frakturave të femurit, kyçit të dorës dhe unazave lumbale**

Në tabelen 8 dhe grafikunin 6. e vërejmë se nga numri i përgjithshëm të pacienteve (195) të trajtuar për frakturë të femurit, kyçit të dorës dhe unazave lumbale në repartin e Ortopedisë 122 apo 63% e tyre u trajtuan në mënyrë konservative kurse 73 ose 37 % e tyre u trajtuan në mënyrë kirurgjikale. Kjo në varësi të llojit të frakturës, zgjedhjes së pacientit por edhe nga përcaktimi i kirurgut në varësi të gjendjes së përgjithshme të pacientit. Trajtimi konservativ bën të mundur reponimin e frakturës përmes përdorimit të gipsit, traksionit, fiksatorit ekstern. Ndërsa trajtimi kirurgjikal përfshinë fiksimin e brendshëm me shtifte, vida, shtiza ,pllaka.

**Tabela 9. Struktura e pacientëve me frakturë të femurit, kyçit të dorës dhe unazave lumbale sipas kohëzgjatjes së hospitalizimit**

Kohëzgjatja	Nr. i pacientëve	%
<i>Mbi 10 ditë</i>	<i>73</i>	<i>37.43%</i>
<i>Nën 10 ditë</i>	<i>122</i>	<i>62.57%</i>



**Grafikoni 6. Struktura e pacientëve me frakturë të femurit, kyçit të dorës dhe unazave lumbale sipas kohëzgjatjes së hospitalizimit**

Në bazë të tabelës 9 dhe grafikoni 6, vërejmë se 63% e pacientëve kanë qëndruar më pak se 10 ditë në spital kurse 37% e tyre kanë qëndruar më shumë se 10 ditë.



Një nga problemet që identifikohet është mungesa e një qendre rehabilituese për pacientët e post hospitalizuar. Kjo shpesh çon në rritjen e të shtruarve me rifrakturim, dëmtime të mëtejshme, shfaqjen e artrozave apo praninë e infeksionit kockor si rezultat i mungesës së njohurive për vetkujdes të të sëmureve. Nga ana tjetër zhvillimi i teknologjisë e bën qëndrimin në spital më të shkurtër. Teknikat e reja operatore, përmirsimi i paisjeve kanë bërë të mundur kryerjen e procedurave të tilla më me pak mundësi për infeksion, kohë më të shkurtër shërimi dhe rikthimin e shpejtë të mobilitetit. Poashtu kjo i përshtatet edhe rezultateve tona ku numri më i madh i të analizuarve u trajtuan në mënyrë conservative.

**Tabela 10. Vlerësimi përfundimtar te pacientët që kanë pësuar fraktura në repartin e Ortopedisë ne periudhën Janar-Dhjetor 2015**

<b>MODALITETI</b>	<b>Nr.</b>	<b>%</b>
<b>RIKTHIM I AKTIVITETIT</b>	148	75%
<b>REOPERIM</b>	38	20%
<b>MORTALITET</b>	9	5%

Në bazë të tabelës 10, vërejmë se 75% e rasteve rifituan aktivitetin e tyre fizik dhe ju kthyen jetës normale, 20% të pacientëve u kërkua operacion i dytë për shkak të mosngjitjes së kockës për shkaqe të ndryshme dhe 5% të pacientëve patën trauma të rënda shoqëruese si rezultat u shoqerua me mortalitet.

## 6. DISKUTIM

Në një hulumtim në qytetin e Durrësit gjatë tri viteve 2012-2015 janë trajtuar 2138 fraktura prej të cilave 829 fraktura ishin frakura të femurit në vitin 2015. Sipas gjinisë femra ishin 40.2% meshkuj 59.8%. Grupmosha më e prekur ishte mbi 65vjeç. Sipas vendbanimit në qytet ishin 74.42%, në fshat 25.58%. Lloji i trajtimit konservativ 59.34%, kirurgjikal 40.66%.<sup>28</sup>

Në hulumtimin tonë të analizuar ishin gjithsej 479 pacientë të trajtuar, janë evidentuar 195 raste me Frakturë të femurit, frakturë të kyçit të dores dhe me frakturë të unazave lumbale. Gjinia më e prekur ishte gjinia femërore, mosha më e prekur është ajo mbi 65vjeç. Në bazë të mujave të vitit, në muajin Janar ishin paraqitur më shumë raste me frakura 17.43%. Pjesa më e madhe e pacientëve me Fraktura ishin me vendbanim në qytet me 73.34%. Sipas llojit të trajtimit pjesa më e madhe e tyre apo 63% u nënshtruan llojit të trajtimit konservativ. Sa i përket ditqëndrimit 63% e tyre qëndruan më pak se 10 në spital.

Duke krahasuar të dhënat e dala nga studimi ynë me studimin e sipërcekur, vërejmë se numri i pacientëve që kanë pësuar frakturë është dy herë më i madh se në qytetin e Gjakovës kjo për arsye se qyteti i Durrësit ka mbi 200.000 banorë krahasuar me qytetin e Gjakovës ku janë afro 94.158 banorë. Gjinia më e prekur tek ne është gjinia femërore. Grupmosha më e prekur tek të dyja hulumtimet ishte mbi 65 vjeç, dhe banorët e qytetit kishin pësuar më shumë fraktura se sa banorët e fshatrave, kurse më shumë zinte vend lloji i trajtimit konservativ se ai kirurgjikal.

---

<sup>28</sup> <http://www.uamd.edu.al>

## 7. PËRFUNDIM

Nga analizimi i të dhënave gjatë periudhës Janar-Dhjetor 2015:

- Nga 479 fraktura 195 pacientë kishin pësuar frakturë të femurit, frakturë të kyçit të dorës dhe frakturë të unazave lumbale
- Gjinia më e atakuar me fraktura ishte gjinia femrore me 58%
- Grupmosha më e prekur ishte mbi 65 vjeç me 32.30%
- Sipas muajve të vitit të pacientëve të hospitalizuar në muajin Janar kishte më shumë pacientë me 17.43%
- Pjesa më e madhe e pacientëve ishin me vendbanim në qytet me 73.34%
- Në bazë të llojit të trajtimit të frakturave më shumë zinte vend lloji i trajtimit konservativ me 63%
- Sipas kohëzgjatjes së hospitalizimit pjesa më e madhe e pacientëve rreth 63% kishin qëndruar më pak se 10 ditë
- Në bazë të vlerësimit përfundimtar:
  - 75% e rasteve rifituan aktivitetin e tyre fizik dhe ju kthyen jetës normale
  - 20% të pacientëve u kërkua operacion i dytë për shkak të mosngjitjes së kockës për shkaqe të ndryshme
  - 5% të pacientëve patën trauma të rënda shoqëruese si rezultat u shoqërua me mortalitet.

Si rezultat i punës në ekip, bashkpunimit mjek-infermier, zhvillimit të teknologjisë dhe teknikave të reja operatore kanë bërë të mundur qëndrimin për një kohë më të shkurtër në spital dhe rikthimin më të shpejtë të mobilitetit. Prandaj është i rëndësishëm roli i infermierit, të qenurit të tij koherent të dhënave të fundit të infermieristikës dhe dhënia e kujdesit maksimal për pacientin.

## Rekomandime

Hapat që duhet ndërmarrë personat e moshuar në drejtim të parandalimit të problemeve, komplikimeve dhe pasojave për të ardhmen janë:

- ❖ Marrja sa më shumë me aktivitete të ndryshme fizike si ushtrimet e rregullta, ecja, vrapimi, gjimnastika etj.
- ❖ Kontrollimi sistematik te mjeku, i cili përfshin kontrollimin e organeve vitale, presionit të gjakut, syve, veshëve etj.
- ❖ Përshtatja e ambientit shtëpiak sipas nevojave të tyre, largimi i rreziqeve eventuale, përmirësimi i ndriçimit etj.
- ❖ Të ulet doza e mjekimit që mund të kontribuojnë në hipotension; nëse është e nevojshme, ndërprerja e medikamentit apo zëvendësimin e një tjetër medikament
- ❖ Edukimi në lidhje me përdorimin e duhur të barnave qetësues-hipnozës
- ❖ Kufizimi i gjumit
- ❖ Ndërprerja e barnave- Rishqyrtimi i barnave
- ❖ Ofrimi i mundësisë për socializim dhe inkurajim
- ❖ Përfshirja e familjes në të gjithë procesin
- ❖ Sigurimi i përcjelljes
- ❖ Menaxhimi i hipotension postural
- ❖ Menaxhimi i problemeve me këpucë
- ❖ Të gjithë personat e moshuar me mungese të vitaminës D që jetojnë në komunitet ose në një shtëpi pleqsh duhet të marrë plotësimin e vitaminës D.
- ❖ Shfrytëzimi i kontrolluar i rrezeve të diellit
- ❖ Regjimi dietik (I pasur me kalcium, vitaminë D dhe proteina)

Është e rëndësishme të mos harrohet që trajtimi dhe shërimi i lëndimeve të shkaktuara si pasojë e rrëzimeve të personat e moshuar nuk është i njëjtë sikurse për grupmoshat tjera. Poashtu kujdesi për të mos ardhur deri te lëndimet, të cilat mund të jenë edhe fatale, dhe kujdesi gjatë trajtimit e rehabilitimit duhet të jetë i shtuar.

Asnjëherë nuk duhet harruar që këta njerëz nuk kërkojnë asgjë më shumë se një jetë të qetë dhe pa brenge, brenda një ngrohtësie familjare e mbrojtëse.

## 8.a) REZYME

**Hyrje-** Në të shkuaren i kushtojmë shumë vëmendje shkallës së mineralizimit të kockës, si një faktorë rrisht për frakturë, dhe ka shumë mundësi që shkalla e mineralizimit të kockës është një parashikues i rrezikut për frakturë. Traumat nga fakturat janë pjesë e politraumave dhe si e tillë historia e tyre është e lidhur me shërbimet e emergjencës. Frakturat e femurit, të kyçit të dorës dhe unazave lumbale janë frakturat më të shpeshta te popullata e moshuar dhe të shoqeruara shpesh me morbiditet të lartë dhe hospitalizim të zgjatur ndaj është e rëndësishme të kuptuarit e traumës së frakturës.

**Qëllimi i studimit-** Është analizimi i frakturave më të shpeshta te popullata e moshuar në repartin e Ortopedisë, nënshtrimit të intervenimit apo trajtimit konservativ, incidencën sipas shpërndarjes gjeografike, grupmoshave, gjinisë, rezultatet e trajtimit si edhe ditëqëndrimi gjatë kësaj periudhe në lidhje me rehabilitimin dhe kujdesin infermieror.

**Metodologjia e studimit statistikor-** Studimi analizon të dhënat e repartit të Ortopedisë në spitalin rajonal “Isa Grezda” në Gjakovë. Në periudhën Janar-Dhjetor 2015 janë trajtuar gjithsej 479 pacientë, ku 195 prej tyre ishin fraktura të femurit, të kyçit të dorës dhe unazave lumbale. Studimi i marrë është retrospektiv.

**Rezultatet-** Gjatë trajtimit të 195 frakturave të femurit, të kyçit të dorës dhe unazave lumbale u arritën këto rezultate: 75% e rasteve rifituan aktivitetin e tyre fizik dhe ju kthyen jetës normale, 20% të pacientëve u kërkua operacion i dytë për shkak të mosngjitjes së kockës për shkaqe të ndryshme, 5% të pacientëve patën trauma të rënda shoqëruese si rezultat u shoqerua me mortalitet.

**Konkluzionet-** Në studimin e të dhënave vihen rezultate të mira me reponim anatomik dhe fiksion stabil të këtyre frakturave, pas trajtimit sipas principeve bazë të kujdesit infermieror: mbrojtja e plagës nga infeksionet e ndryshme, dhënia e mjekimit sipas përshkrimit mjekësor, përdorimi i procedurave sterile, parandalimi i dëmtimeve të mëtejshme dhe parandalimi i komplikacioneve.

**Fjalët kyçe:** Rrëzim, të moshuarit, frakturë, imobilizim, kujdes, rehabilitim.

## 8.b.) SUMMARY

**Introduction-** In the past, a huge attention was paid to the scale of the mineralization of the bone, as a risk factor for fracture, and there are many chances that the scale of mineralization of the bone is a risk predictor for fractures. The traumas from the fractures are part of the polytrauma and as such their history is linked with the emergency services. The fractures of the femur, of the key of the hand and of lumbar rings are the most common fractures at the elder population, and they are accompanied with high morbidity and prolonged hospitalization, therefore it is important to understand the trauma of fracture in this aspect.

**Purpose of the study-** Is the analysis of the most common fractures at the elderly population in the section of Ortopedia, when submitting the intervention or the conservative treatment, the incidence according to the geographical spread, age, gender, results of treatment as well as the day stay during this period in regards to the rehabilitation and nursery care.

**Methodology-** The study analyzes the data of the section of Ortopedia in the regional hospital ‘‘Isa Grezda’’ in Gjakove. In the period January-December 2015, there have been treated in total 479 patients, where in 195 from them had fractures of the femur, of the key of the hand and of lumbar rings. The study taken is retrospective.

**Results-** During the treatment of 195 fractures of the femur, of the key of the hand and of lumbar rings, these results were achieved: 75% of the cases regained their physical activity and they returned their normal life, 20% of the patients were asked to undergo a second operation due to non-clinging of the bone for various causes, 5% of the patients had heavy trauma which was followed as a result, with morbidity.

**Conclusions-** In the process of studying the data, there are great results with anatomical reposition and stabile fixation of these fractures after the treatment made according to the essential principles of the nursery care such as: the protection of the wound from various infections, the implementation of medication according to the medical description, the usage of sterile procedures, the prevention of the following damages and the prevention of other complications to come.

**Key words:** Fall, elderly people, fracture, immobilization, care, rehabilitation.

## 9. REFERENCAT

Zallari K,Dr. “ Parime të geriatriisë dhe të gerontologjisë”, Tiranë 2008: fq.181-182

Bonner J,Chesmat.Ch. “Mjekësia fizike dhe riaftesimi”,Vëllimi I,Kapitulli IV Çrregullimet specifike fq.699-721

Adelsberg, S., Pitman, M., and Alexander, H. Lower extremity fractures: Relationship to reaction time and coordination time. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 2005; 70:737-739.

Bergland A, Wyller T B. Risk factors for serious fall related injury in elderly women living at home. Injury Prevention. 2004;10:308-313

Tinetti ME, Kumar C. The patient who falls: “It's always a trade-off”. JAMA. 2010;303(3):258

Greenspan A,M.D. “Imazheria Ortopedike”Tabernakul 2013 Kapitulli XIII fq.823-828

Bontrager K,MA,.Lampignano J,Med“Pozicionimi Radiografik dhe I Anatomisë përkatëse”Tabernakul,2013, Kapitulli I fq 21-23

Pasteyer J.” Traumatologie” II,130-132.”Libri Universitarë”,Tiranë,2005.

Abolhassani F, Moayyeri A, Naghavi M, Soltani A, Larijani B, Shalmani HT. “Incidence and characteristics of falls leading to hip fracture” . Bone 39 (2006) fq 408-413

Berger D,MD, Dardik A,MD. “Parimet bazë të kirurgjikes”,Kirurgjia tek të moshuarit,Kapitulli XVI fq 371-375

<http://www.kasemcares.org/>

Tonja A, Pula A, Basha E, “Bazat e infermieristikës së Përgjithshme” Tiranë 2004.

Roce J,Dyer L.”Care of the orthopaedic patient”,2008

<http://www.uamd.edu.al>

## 10. CV e shkurtër e kandidatës

Donjeta Berisha e lindur me 06.09.1994.në Gjakovë me kombësi Shqipëtare, me nënshtetësi Kosovare, jeton në Gjakovë, adresa Rr. “ Mbretëreshë Teuta”Nr.73

Shkollën fillore e përfundoj në “ Emin Duraku” Gjakovë në vitin 2009

Shkollën e mesme të lartë e filloi në Shkollën e Mesme të Mjekësisë “Hysni Zajmi” Gjakovë dhe u Diplomua në Drejtimin e Ass.Infermiere e përgjithshme në vitin 2013.

Shkollimin universitar e filloi në Universitetin e Gjakovës, Fakulteti i Mjekësisë “Fehmi Agani”,ka marrë pjesë në organizimin për ditën infermierore e cila shënohet me 12 Maj, dhe u Diplomua në Drejtimin e Infermierisë së Përgjithshëm në Dhjetor të vitit 2016.