

UNIVERSITETI I GJAKOVËS "FEHMI AGANI"
FAKULTETI I MJEKËSISË
DREJTIMI- INFERMIERI



PUNIM DIPLOME

**TEMA: KUJDESI INFERMIEROR TEK FËMIJËT ME PARALIZË
CEREBRALE**

Mentori:
Ramush Bejiqi

Kandidatja:
Jetmira Vishaj

GJAKOVË, 2017

Deklaratë studentore

Unë Jetmira Vishaj, studente e Universitetit të Gjakovës, Fakultetit të Mjekësisë, Programi i Infermierisë, me përgjegjësi të plotë deklaroj se ky punim i temës është origjinal dhe e gjithë literatura dhe burimet, të cilat i kam shfrytëzuar nëpërmjet këtij punimi, janë të listuara në referenca dhe plotësisht të cituara.

Falënderim dhe mirënjohje

Falënderoj familjen time për mbështetjen shpirtërore dhe financiare, për përkrahjen dhe dashurin; si dhe vullnetin që kanë ofruar përgjatë këtyre viteve studimi dhe rreth përgatitjes së temës së diplomës.

Falënderim i veçantë shkon për mentorin tim, Prof. Dr Ramush Bejqi, që më pranoi këtë temë po ashtu për sqarimet dhe njohuritë e shumta rreth këtij punimi.

Patjetër që i falënderoj edhe të gjithë profesorët e Fakultetit të Mjekësisë për edukimin dhe përgatitjen profesionale gjatë këtyre viteve të studimeve.

Përmbajtja

I. Hyrje.....	9
II. Qëllimi i punimit.....	10
III. Metodologjia.....	10
Kapitulli I- Rishikimi i literaturës.....	11
1.1. Definicioni i paralizës cerebrale.....	11
1.2. Incidenca.....	12
1.3. Etiologjia.....	13
1.3.1. Faktorët prenatal.....	13
1.3.2. Faktorët perinatal.....	13
1.3.3. Faktorët posnatal.....	14
1.3.4. Faktorët gjenetikë.....	14
1.4. Ndryshimet anatomo- patologjike.....	15
1.5. Pasqyra klinike.....	17
1.5.1. Paraliza spastike.....	18
1.5.2. Paraliza kuantriplegjike.....	18
1.5.3. Diplegjia spastike.....	18
1.5.4. Hemiplegjia spastike.....	19
1.5.5. Format monoplegjike.....	20
1.5.6. Forma ekstrapiromidale.....	20

1.5.7. Paraliza cerebrale hipotenike.....	22
1.5.8. Sindroma diskinetike.....	22
1.5.9. Format e përziera.....	22
1.6. Diagnoza.....	23
1.6.1. Anamneza.....	23
1.6.2. Ekzaminimet.....	23
1.6.3. Ekzaminimet laboratorike.....	23
1.6.4. Ekzaminimet e tjera.....	23
1.7. Diagnoza diferenciale.....	24
1.8. Mjekimi.....	25
1.8.1. Rehabilitimi fizikal.....	25
1.8.2. Metoda e bobathov-it.....	25
1.8.3. Metoda e voit.....	25
1.8.4. Terapia ortopedike kirurgjikale.....	26
1.8.5. Terapia antikonverzive.....	26
1.8.6. Terapia mediko-sociale.....	26
1.9. Prognoza.....	27
1.9.1. Forma ateroze.....	27
1.9.2. Forma spastike.....	28
1.10. Parandalimi i paralizës cerebrale.....	30

1.10.1. Para dhe gjatë shtatzanësisë.....	30
1.10.2. Kujdesi ndaj fëmijës pas lindjes.....	30
1.10.3. Kujdesi ndajë fëmijëve të sëmurë.....	31
Kapitulli II- Kujdesi infermieror.....	33
2.1. Parimet e trajtimit.....	33
2.2. Mënyra alternativë ë komunikimit.....	34
2.3. Tregimi i fotove.....	34
2.4. Parandalimi i deformimit.....	34
2.5. Aktivitetet ditore.....	35
2.6. Problemet që hasen të spina çiftia.....	35
2.7. Karroca invalidore.....	35
Kapitulli III-Studim rasti.....	36
3.1. Vlerësimi fillestar.....	36
3.2. Diagnoza infermierore.....	37
3.3. Planifikimi.....	37
3.4 .Zbatimi.....	37
3.5. Vlerësimi përfundimtar.....	38
Kapitulli IV.....	39
4.1. Diskutimi.....	39
4.2. Konkluzionet.....	39
4.3. Rekomandimet.....	41

4.4. Rezyme.....	42
Literatura.....	44
4.5. CV e shkurtër e kandidatit.....	45

Abstrakti

Ky punim është bërë më qëllim që të shpjegohen etiologjia, shkaktarët, llojet e manifestimi te sëmundjes si dhe mundësia e parandalimit por edhe mënyra dhe procedurat e mjekimit tek fëmijët me paralizë cerebrale.

Gjithashtu vlen të cekët së qëllimi i këtij punimi është edhe të shpjegohet roli i infermieres në kujdesin ndaj fëmijës me paralizë cerebrale, ku rol të rëndësishëm luan komunikimi i infermieres me këta të sëmurë, percjellshmerine e tyre në kuadër të kujdesit infermieror edhe ushtrimet fizike.

I. Hyrje

Paraliza cerebrale është e pranishme shumë më shumë se sa që haset në listat e diagnozave në klinikë dhe në repartet specialistike.

Incidenca e paralizës cerebrale ka tendencë të rritjes së mbijetesës të fëmijëve më peshë të ulët dhe më rritje të procedurave në njësit e kujdesit intensiv. Një kohësishtë vrehet ulje e incidencës më përmirësimin e përcjelljes së shtatëzansisë, lindjes dhe periudhës neonatale.

Paraliza cerebrale ka disa forma të veçanta, por shumë më shpesh paraqitet në forma komplekse apo sindrome klinike, të cilat paraqesin vlerësimin klinik të gjendjes, peshës dhe prognozës së sëmundjes.

Paraliza cerebrale është sëmundje pasojë e së cilës është rritja e fëmijëve me aftësi të kufizuara, fizike dhe mendore, dhe paraqet një problem të madh mediko-social, si për prindërit, familjen, po ashtu për mjekët, institucionet e specializuara për këtë problematikë dhe shoqërinë në tërësi.

II. Qëllimi i punimit

Qëllimi i këtij punimi është të kemi njohuri se çka është paraliza cerebrale, të kemi njohuri për llojet e saj, shkaktarët dhe të bëjmë parandalimin e paralizës cerebrale.

Si dhe një inkurajim për të gjithë prindërit ku fëmijët e tyre janë të prekur nga PC-ja.

Objektivat:

- Prezantimi i punimit si sëmundje me rëndësi mjekësore, sociale dhe shëndetësore,
- Prezantimi i manifestimeve klinike të paralizës cerebrale,
- Roli i infermieres në kujdesin e të sëmurëve me paralizë cerebrale,
- Roli i infermieres në trajtimin e paralizës cerebrale,

III. Metodologjia

Duke e konsultuar literaturën në mënyrë taksative e kam prezantuar rolin e infermieres në diagnostikimin, udhëheqjen dhe trajtimin e pacientit të sëmurë me paralizë cerebrale. Në këtë punim është përdorur metoda e rishikimit të literaturës.

Kapitulli I - Rishikimi i literaturës

1.1. Definicioni i paralizës cerebrale

Paraliza cerebrale është çrregullim motorik kronik joprogresiv i ecjes, pozitës, tonusit muskolor dhe përdorimit të vullnetshëm të muskujve që shkaktohet nga dëmtimi prenatal, perinatal dhe postnatal i trurit.

Paraliza cerebrale paraqet një encefalopati kronike që shoqërohet me këto karakteristika:

- Ekspresivitet shumë i hershëm (zakonisht në vitin e parë të jetës),
- Dominimi i simptomave motorike kontrollues jonormale të lëvizjes dhe pozitës së trupit, me mungesë të progresimit të tyre.

Përveç këtyre shenjave mund të shtohen edhe dy shenja të tjera, të cilat janë shpesh të pranueshme:

- Subnormalitet mental i shkallës së lehtë dhe,
- Konvulsionet kronike,
 - Çrregullimet e zhvillimit mental janë te 52%
 - Çrregullimet e të pamit 28%
 - Çrregullimet e të folurit 38%
 - Konvulsionet recidivante te 32-64% me paralize cerebrale.

1.2. Incidenca

Incidenca e paralizës cerebrale sillet në shifra të ndryshme, në vende të ndryshme të botës. Në vendet ku vdekshmëria është e ulët, ajo sillet 2-2.5 : 1000 tektë porsalindurit dhe më shpesh paraqitet te meshkujt.

Vitet e fundit është rritur shpeshtësia e paraqitjes me shtimin e teknikave agresive të kujdesit intensiv dhe terapisë si dhe mbijetimit e të porsalindurve me masë të vogël trupore.

Këto janë disa nga arsyet të cilat kanë rritur incidencen e paralizës cerebrale.

Sipas disa të dhënave ekziston korrelacion signifikant në mes te rasteve me paralizë cerebrale dhe të porsalindurve me peshë të vogël të cilët kanë pasur nevojë për kujdes intensiv.

Të dhënat e fundit tregojnë se incidenca e paralizës cerebrale është rreth 7-të të sëmurë në 100.000 banorë.

1.3. Etiologjia

Në 90% të rasteve etiologjinë duhet kërkuar në encefalopatinë akute të fëmijërisë se hershme, pra në mënyrë retrograde te shumica prej tyre gërshetohen më shumë se një faktor etiologjik.

Faktorët etiologjikë mund të klasifikohen në tri grupe :

1. Prenatal: janë faktorë të cilët janë aktiv gjatë shtatzënisë,
2. Perinatal: janë faktorë të cilët janë aktiv para, gjatë dhe pas lindjes,
3. Postnatal: këta faktorë veprojnë gjatë vitit të parë të jetës edhe pse disa autorë këtë periudhë e zgjasin shumë më tepër.

1.3.1. Faktorët prenatal:

- Formimet jo normale nga lindja të trurit, iskemia intrauterine e shkaktuar nga obstrukcionet vaskulare, sëmundjet infektive të nënës si: TORCH-i, (Toksopalizmoza paraqitet 1:1000 të porsalindur, Rubeola shkakton encefalopati veçanërisht kur infeksioni ndodhë në tremujorin e parë),
- Iskemia intrauterine e pjesëve të trurit e shkaktuar nga obstrukcionet vaskulare, traumat, gjakderdhjet nga placenta pasojë e së cilës është anoksia e frytit,
- Intoksikimet e nënës,
- Abuzimet me substancë psikoaktive,
- Abuzimet me alkool – shkaktojnë sindromin alkoolik fatal të fëmijëve,
- Eklampsia.

1.3.2 Faktorët perinatal:

- Traumat e lindjes të cilat janë të pranishme tek prematuret,
- Hemorragjia intrakraniale – HIC (30% të porsalindurve me kohë dhe atyre të lindur para kohe),
- Asfiksia – EHI (Encefalopatia Hipoksike Iskemike), qelizat e SNQ dëmtohen nga mungesa e O₂, insultet e shkurtra hipoksike çrregullojnë metabolizmin oksidues të trurit, që shpie në grumbullimin e laktateve dhe ulje të pH-së,
- Infeksionet e SNQ tek të porsalindurit,
- Meningjiti bakterial,
- Encefaliti me herpes simplex (HSV-1 dhe HSV-2),
- Hiperbilirubinemia,
- Rh-inkompatibilia dhe ABO-inkompatibilia të cilat shkaktojnë, ikterusin nuklear,
- Përdorimi i barnave neurotoksike (kloramfenikoli, vitamina K),
- Prematuret me hemorragji intrakraniale,
- Tumoret kongjenital të trurit (paploma plexus choroideus, teratoma, medulloblastoma, astrocitoma)¹.

1. Pediatrja, D. Mardešić i suradnici, školska knjiga, Zagreb.

2. Pediatrja, L. Zergolern i suradnici, Medicinska biblioteka, Zagreb

1.3.3. Faktorët postnatal:

Janë faktorë të cilët veprojnë gjatë ditëve të para pas lindjes. Këtu hyjnë:

- Meningjiti purulent dhe tuberkular,
- Encefaliti dhe meningoencefaliti,
- Sëmundjet vaskulare të trurit,
- Krizat akute metabolike siç janë: hipoglikemia neonatale, hipoksemia, hipo dhe hipernatremia, dehidrimet dhe hiperhidrimet si dhe çrregullimet e tjera të elektroliteve dhe të ekuilibrit acido-bazik,
- Gjakderdhjet traumatike dhe jotraumatike, në përgjithësi dhe në periudhën neonatale në veçanti.

Të gjitha këto mund të shkaktojnë malacion dhe atrofi difuze të masës së bardhë trunore për shkak të iskemisë, okluzionit vaskular dhe mund të shkaktojnë ndryshime fatale. Atrofia e gjeneralizuar e njërës apo dy hemisferave është shkak i paralizës cerebrale.

Përveç këtij klasifikimi të faktorëve është edhe një përmbledhje e disa faktorëve të tjerë:

- Iskemia dhe hipoksia e trurit,
- Prematuriteti (deri 1/3 e rasteve me paralizë cerebrale janë premature),
- Traumat perinatale me gjakderdhje intrakraniale,
- Hiperbilirubinemia për shkak të Rh- inkompatibilitetit dhe ABO – inkompatibilitetit, së bashku me faktorët e tjerë që ndikojnë në ndjeshmërinë e trurit si: prematuriteti, asfiksia, acidoza, hipoglikemia dhe hipoalbuminemia.

1.3.4. Faktorët gjenetikë:

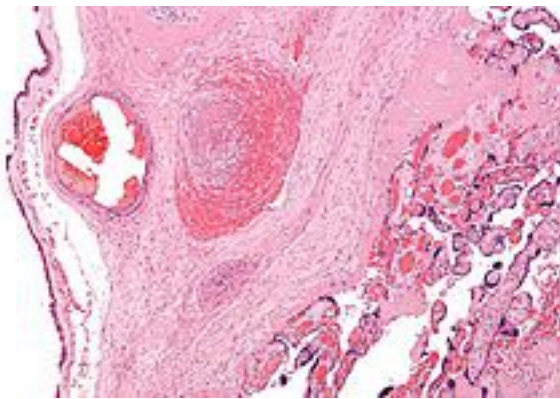
Një grup shkencëtarësh në Institutin për Kërkime Gjenetike pranë Sistemit Shëndetësor Geisimger thonë se po gjejnë gjithnjë e më shumë të dhëna se shumica e shkaqeve të paralizës cerebrale vijnë nga anomalitë gjenetike të ngjashme me çrregullimet tjera neuro-zhvillimore si autizmi dhe aftësitë e kufizuara intelektuale. Autorët thonë se kanë identifikuar 6 gjene

përgjegjës si shkaktarë të mundshëm të këtij çrregullimi. Madje, këto anomali gjenetike mund të jenë shkak i disa lindjeve të vështira.

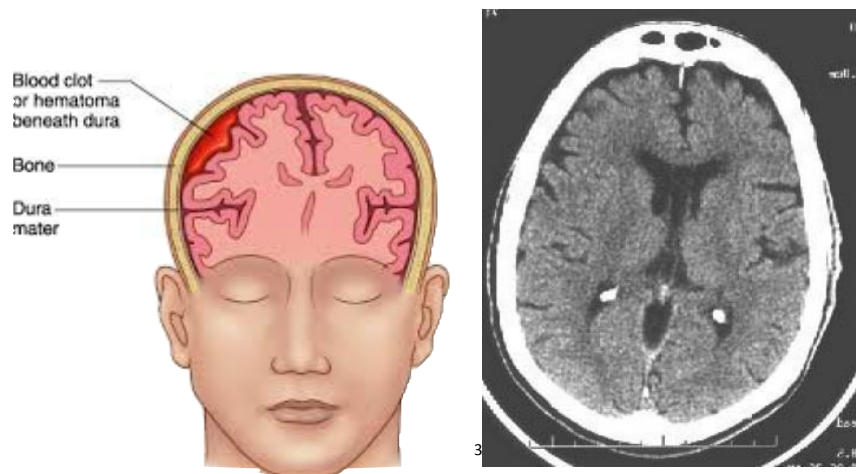
1.4. Ndryshimet anatomo-patologjike të paralizës cerebrale :

Përveq ndryshimeve makroskopike ekzistojnë edhe ndryshime mikroskopike të cilat mund të grupohen në :

Ndryshime cistike në masën e bardhë, pasojë e traumës në lindje, të cilat paraqiten në formën atetoze të paralizës cerebrale.

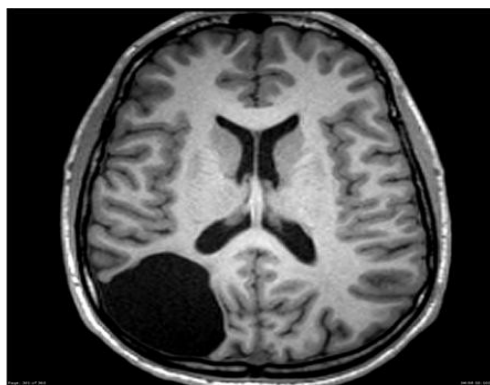


Hematomat subdurale, të cilat bëjnë kompresion në indin trunor formojnë zbutjen dhe atrofinë e masës së bardhë për shkak të iskemisë.



Okluzionet vaskulare mund të formohen gjatë periudhës fetale.

Porencefalia është defekt i hemisferës së trurit të cilat fillojnë prej sipërfaqes së saj dhe shkojnë në thellësi duke shkaktuar proces destruktiv gjatë zhvillimit embrional (agenesis) ose infarkt të asaj pjese të trurit.



Mikrocefalia - për shkak të mungesës në murete kafkës paraqet mbyllje të hershme të strukturave të kafkës dhe kafka mbetet e vogël.⁵

3 Pediatrija, D. Mardešić i suradnici, školska knjiga, Zagreb.

4 Pediatrija, D. Mardešić i suradnici, školska knjiga, Zagreb.

5Pediatrija, D. Mardešić i suradnici, školska knjiga, Zagreb

1.5.Pasqyra klinike

Pasqyra klinike e paralizës cerebrale është relativisht komplekse, prandaj, varësisht nga simptomat të cilat dominojnë, ekzistojnë këto forma të paralizës cerebrale:

1. Forma spastike (paraliza spastike),
2. Forma ekstrapiramidale (paraliza cerebrale ekstrapiramidale),
3. Forma atonike-astatike (paraliza cerebrale hipotonike),
4. Sindroma diskinetike,
5. Forma e përzier.

Pasqyra klinike



Skema 1

1.5.1. Paraliza spastike

Është forma më e shpeshtë e paralizës cerebrale (60-70 % të rasteve). Karakterizohet më hipertoni të muskujve, hiperefleksion dhe paraqitje të reflekseve patologjike. Në këtë grup përfshihen këto forma të paralizës spastike:

1.5.2. Kuadriplegja (tetraolegja spastike):

Është forma më e shpeshtë dhe përfshin të katër ekstremitetet.

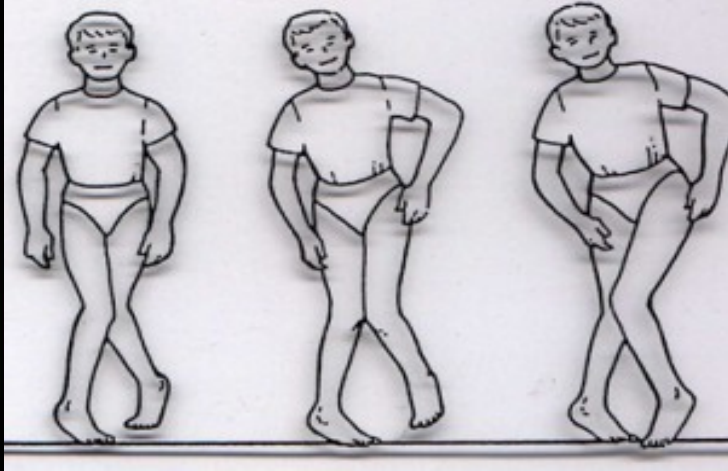
Diagnostifikimi i hershëm bëhet në bazë të këtyre shenjave:

- Persistimi i tonusit të rritur muskolor gjatë muajve të parë të rritjes dhe zhvillimit,
- Persistimi i reflekseve primitive më gjatë se sa periudha fiziologjike,
- Kryqëzimi i këmbëve në pozitë vertikale,
- Mungesa e refleksit Landau.

1.5.3. Diplegjia spastike (sëmundja Little)

Është formë që prek ekstremitetet e poshtme dhe shumica e këtyre fëmijëve ecin me vonesë. Për shkak të tonusit të zmadhuar të muskujve adductor të kofshës, fëmija i kryqëzon këmbët dhe kjo quhet “ të ecurit si gërshtë”.

Fëmija ecë në gishtërinj dhe kokën e mbanë të hedhur prapa. Mund të paraqiten edhe pengesa në gëlltitje dhe është prezente edhe afazia, lëvizjet e pavullnetshme dhe sulmet epileptike. Gjymtyrët e epërme më shpesh kanë funksion normal. Refleksët fiziologjike janë tejet të gjalla, kurse prej atyre patologjike paraqitet refleksi i Babinskit.

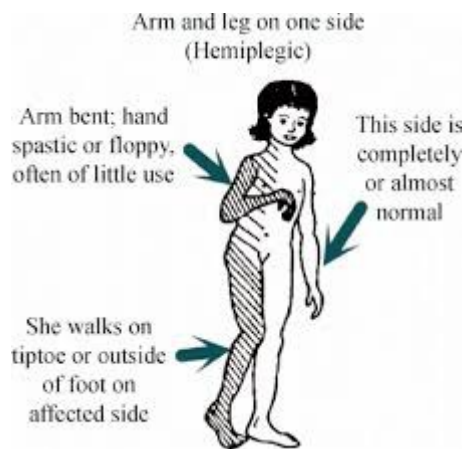


1.5.4. Hemiplejia spastike

Është më e shpeshtë dhe simptomet motorike janë të lokalizuara më shpesh në gjysmën e majtë të trupit. Zhvillimi mental mund të jetë normal ose subnormal, paraqitja e konvulsioneve fokale vështirëson prognozën.

Karakteristikë e saj është se paraqitet me:

- hemianopsi homonime (te dëmtimi i travtus opticus) dhe
- asterognozi (humbje e aftësisë për prekje) në anën e prekur.



6WHO, World Federation of Occupational Therapy Rehabilitation WHO, Promoting development of young children with cerebral Palsy. 1993

1.5.5. Forma monoplagjike

Përfshinë vetëm njërin ekstremitet edhe pse sot në literaturë gati nuk përmendet. Te ky lloj i paralizës spastike vërehet një ekspresivitet në një ekstremitet.

1.5.6. Forma ekstrapiramidale (horeo-atetike)

Kjo formë paraqitet për shkak të dëmtimit të strukturave subkortikale. Manifestohet me lëvizje horeo-atetike, atetike dhe distoni. Te

pacientët me lëvizje **horeo-atetike** dhe **atetike** vërehet ekspresivitet i ndryshëm klinik i këtyre lëvizjeve. Më së shpeshti rreth muajit të gjashtë pas lindjes paraqiten lëvizje të ngadalta të gishtërinjve dhe pjesëve distale të ekstremiteteve kur fëmija kapet për objekte. Gishtat në mënyrë intermitente lëvizin në fleksion, ekstenzion dhe abduksion (athetosis duplex).

Lëvizje të njëjta mund të paraqiten në muskujt e fytyrës, qafës dhe gjuhës. Këto formohen kur tentohet të kapen dhe gjatë stresit emocional.

Me rritjen e fëmijëve dhe në rastet e rënda, zhvillohen kontrakturat, deformimet trupore siç janë : skolioza, torticolis dhe dislokimi koksofemoral.



- Paraqitja e simptomave karakteristike në suspension vertikal tek fëmijës paraqitet ekstensioni rigid, adduksioni dhe rotacioni i brendshëm që shpie në kryqëzimin e këmbëve.

- Mungesa e refleksit Landau.

-Te disa fëmijë spasiciteti dhe rigjediteti bëhen më intensiv që shpie deri të kontraktura dhe pozita abnormale të katër ekstremiteteve.

Fëmijët me këtë formë të paralizës vështirë ecin si dhe përqindja më e madhe e tyre kanë çrregullime të zhvillimit psikomotorik dhe predispozicion permepolepsi.

Fig 1. Incidenca dhe llojet e epilepsisë në 100 pacientët me paralizë cerebrale

Te forma **distonike** zhvillohet hipertonusi muskolar i tipit ekstrapiramidal me rigjeditet. Në rastet e rënda fëmija merr pozitë, e cila shihet te rigjediteti decrebral. Pacientet me distoni kanë pengesa të konsiderueshme në përtypje, kapërdije dhe fonacion.

Sipas kohës së paraqitjes shenjat klinike janë :

- Forma horeo – atetike - në muajt e parë të jetës: vështirësi në qëllitje, në pozitë anësore koka e tërhequr prapa, spazmë i muskulaturës gjatë lëvizjeve aktive, opistotonus, hipotonia në qetësi, kurse shenjat e atetozës paraqiten në muajin e 7-8 të jetës.
- Forma horeo – atetike në fëmijërinë e hershme:ngecje në zhvillimin psikomotorik, atetozë dhe lëvizje horreoatetike, hemiatetozë ose e lokalizuar në një ekstremitet, atetozë duplex, të folurit vështirë të kuptueshëm.

1.5.7. Paraliza cerebrale hipotonike (forma atonike – astatike)

Është forma më e rrallë e paralizës cerebrale dhe kryesisht është e kombinuar me formën spastike ku fëmijët, përveç problemeve të paralizës spastike kanë vështirësi në koordinimin e lëvizjeve të vullnetshme, veçanërisht në ecje, drejtpeshim dhe në lëvizjet fine. Ataksia është forma dominante. Ecja është e vonuar dhe aftësitë intelektuale zakonisht janë të dëmtuara. Më vonë hipotonia zëvendësohet me hipertonus muskolor. Te kjo formë është karakteristike paraqitja e reflekseve patologjike si Babinski dhe Rosolimo. Me këto shenja kjo formë lehtë dallohet nga sëmundjet neuro-muskulare.

1.5.8. Sindromea diskinetike:

Zakonisht shoqërohen me hipertonus muskolor të tipit ekstrapiramidal, me rigjeditet të theksuar. Fëmijët kanë vështirësi në përtypje dhe fonacion, ataksi, tremor, etj.

1.5.9 Format e përziara

Paraqiten me kombinimin e formës spastike me ato ekstrapiramidale, me dominim të së pares apo të dytës. Te kjo formë është karakteristike paraqitja e episodeve me hipertoni të tipit piramidial ose ekstrapiramidal, distoni dhe ataksi.

1.6. Diagnoza

Para përcaktimit të diagnozës duhet kujdes i veçantë pasi që shumica nga të sëmurët nuk diagnostifikohet në moshën e latantit. Shenjat e hershme që tregojnë për zhvillimin e paralizës cerebrale janë:

- pamundësia e mbajtjes së kokës dhe pozita ekstensore e ekstremiteteve të poshtme tek fëmija me moshë mbi 6 muaj.
- çrregullimet e të folurit janë të shpeshta dhe vonesa në të folur është deri në dy vite.

Diagnostifikimi bëhet me anë të:

1.6.1. Anamnezës: e cila duhet të dokumentohet si:

- Rrjedha e shtatzënisë: sëmundjet eventuale, veset dhe problemet e tjera të rëndësishme,
- Rrjedha e lindjes: dokumentacioni i plotë,
- Periudha pas lindjes: sëmundjet dhe problemet e tjera që mund të lidhen me pasojat e lindjes.

1.6.2. Ekzaminimet klinike:

Duhet vlerësuar **statusi neurologjik** i të sëmurit: pozita e trupit, pozita e kokës, ekstremiteteve, lëvizshmëria aktive dhe pasive e ekstremiteteve, prania e refleksëve primitive në proporcion me moshën, gjendja e refleksëve motorike.

Statusi psikik: në proporcion me moshën, ekzaminimi i dëmtimeve të mundshme.

1.6.3. Ekzaminimet laboratorike: ndihmojnë në përcaktimin e gjendjes së përgjithshme dhe funksionin e organizimit të fëmijës me paralizë cerebrale. Mund të bëhen testet imunologjike për praninë e antitropave, të cilët tregojnë për sëmundjet e kaluara të nënës gjatë shtatzënisë dhe pas lindjes.

1.6.4. Ekzaminimet tjera: Kraniogrami rrallë përdoret, ultrazëri i trurit, CT e trurit, MRI e trurit, EEG si dhe konsultimet e neuropediatrit me ortopedin, fiziatrin, oftalmologun, ORL-un dhe psikologun e fëmijëve.

1.7. Diagnoza diferenciale

Paraliza cerebrale duhet të dallohet nga sëmundjet tjera degjenerative, trashëguese dhe metabolike, të cilat kanë rrjedhë progresive dhe që vërtetohet me anë të anamnezës, hulumtimeve laboratorike si dhe përcjelljes afatgjate të rrjedhës së pasqyrës klinike.

Paraliza cerebrale hipotonike duhet të dallohet nga sëmundjet metabolike dhe degjenerative të trurit, nervave periferike, muskujve, tumoreve dhe proceseve tjera patologjike në palcën

kurrizore dhe, më rrallë, nga tumoret në regjionin e hipotalamusit.

Duhet të dallohet edhe nga forma kronike e poliradikuloneuritit (sindroma Guillain-Barre). Është me rëndësi që sa më herët të përcaktohen çrregullimet e funksioneve sensorike (të pamurit dhe të dëgjuarit) pasi funksioni normal i tyre në masë të madhe ndikon në zhvillimin normal psikik dhe motorik.

Krahas përcaktimit klinik, të dëgjuarit mund të përcaktohet edhe me aparatura, të cilat punojnë në bazë të potencialeve të evokuara të të dëgjuarit në moshë prej disa javësh. Paraliza cerebrale duhet të dallohet nga paraliza e fëmijëve (polimieliti) që është sëmundje infektive dhe që prek neuronet motorike.

1.8. Mjekimi

Mjekimi i paralizës cerebrale është kompleks, afatgjatë dhe i mundimshëm. Rehabilitimin duhet filluar sa më herët dhe atë në moshën e latantit. Kjo ka për qëllim që, me ndihmën e metodave fizioterapeutike, kirurgjike, ortopedike, të kombinuara me ato edukative dhe simptomatike (antikonvulzive) të arrihet habitimi dhe rehabilitimi i funksioneve motorike dhe mentale. Habitimi paraqet intervenimet terapeutike të fëmijët me paralizë cerebrale, të cilat ende nuk janë

zhvilluar dhe kështu arrihet funksioni i caktuar motorik dhe kongnitiv.

Rehabilitimi paraqet procedurat që tentojnë të rikthejnë funksionet, të cilat janë dëmtuar.

1.8.1. Rehabilitimi fizikal: bëhet në qendrat e specializuara ku, përmes shumë metodave, tentohet të arrihet funksion sa më i mirë ortostatik. Për këtë qëllim përdoren metoda sipas Bobathov-it dhe Vojt-it.

1.8.2. Metoda e Bobathov-it: konsiston në neurofiziologjinë, e cila me ndihmën e pozitës refleks-inkibitor shpie deri te stimulimi normal i reaksionit postural, mësimin e induktimit të lëvizjeve normale sipas rendit ontogjenik. Fëmija së pari duhet mësuar të ecë, të ulet, zhagmitet përsëritje të stimujve që indukojnë këto lëvizje si dhe me ushtrime të paramenduara për të parandaluar reaksionet motorike patologjike.

1.8.3. Metoda e Vojt-it është më energjike dhe konsiston në stimulimin refleksiv të përsëritur dhe me ngacmim mekanik të fortë të pjesëve të dëmtuara ku, me përsëritjen e stimulit, reflekton në mënyrë automatike dhe përgjigjja kthehet në lëvizje aktive. Te

përdorimi i këtyre metodave fëmijët nuk duhet të merren si invalidë, por ata mund të mësohen me aktivitetet e përditshëm dhe vetë t'i kryejnë ato.



1.8.4. Terapia ortopedike-kirurgjike: ka treguar sukses në parandalimin e deformimeve dhe mundëson pozitën fiziologjike të ekstremiteteve të poshtme. Kjo arrihet me anë të tenotomive dhe neuroktomive. Operacioni më i shpeshtë është zgjatja e tetivës së Akilit, nëse ekziston pes equinovarus. Te

forma ekstrapiramidale mund të kryhen edhe intervenime kirurgjike (dentatomia stereotaksike, rizotomia posteriore). Këto intervenime duhet të jenë rreptësisht të seleksionuara.

1.8.5. Terapia antikonvulsive aplikohen tek të gjithë fëmijët me sulme konvulsive.

Barnat që më së shpeshti përdoren janë: **Botox-i** (toksina e botulizmit), dhe përdoret kohë pas kohe në mënyrë s.c, për lirim të spazmave, por është treguar me efekt të kufizuar. **Baklofeni** (Lioresal, derivat i GABA), i cili potencon veprimin inkibitor që zvogëlon shpeshtësinë e epilepsisë së gjerenalizuar me simptome konvulsive, inkibon edhe reflekset spinale, indikohet të hipertonusi muskular dhe paraliza spastike.

Diazepam (për mposhtjen e spazmave). Shpeshherë të rastet me vështirësi në ushqyerje dhe për parandalimin e aspirimit vendoset **gastrostoma**.

1.8.6. Terapia medico-sociale: përfshinë jo vetëm edukimin e pacientit por edhe të familjës së tij e cila bartë barrën e edukimit dhe habilitimit profesional. Për këtë arsye, të sëmurit me paralizë cerebrale mjekohen në qendra të specializuara, të cilat kanë përgaditje multidisiplinare ku plotësohen jo vetëm nevojat mediko-rehabilituese por edhe tretmani edukativo-rehabilitues.⁷

1.9. Prognoza

Sipas disa studimeve rreth 72% e fëmijëve ecin. Probabiliteti që një fëmijë, i cili rri ulur të ecë, deri në moshën 2 vjeç është deri 75%. Fëmijët me forma të rënda të paralizës cerebrale, ata me tetraplegji spastike dhe me subnormalitet mental, që kurrë nuk mund të ecin, përfundojnë në institucionet e specializuara ose ngelen barrë e familjes dhe shoqërisë, ndërsa ata që ecin dhe habilitohen në institucionet e specializuara mund të zhvillojnë një jetë deri diku normale me kushte që funksioni mental të jetë intakt.

Skolioza dhe kontraktura janë ndërlikime më të shpeshta të paralizës cerebrale, andaj, gjithashtu,

7. M. Shala, Neonatologjia, Universiteti i Prishtinës

edhe këta fëmijë kanë çrregullime të ushqyerjes, eneurezës, komunikim të vështirësuar, etj. Si përfundim, prognoza e fëmijëve me paralizë cerebrale është e tillë çfarë është pesha e sëmundjes, përfshirë problemet motorike dhe zhvillimin psikik.

1.9.1. Forma atetoze Në javët e para të jetës fëmija mund të duket krejtësisht i shëndosh. Megjithatë, me vështrim të kujdesshëm mund të shihet mungesë e lëvizjeve të ekstremiteteve dhe hipotoni e gjeneralizuar e muskujve; mund të vërehen edhe çrregullime në ushqim, gëlltitje dhe në të ushqyerit. Shenjat e qarta të atetozës shihen pothuajse në fund të vitit të parë të jetës. Zhvillimi i përgjithshëm psikomotorik i fëmijës është i ngadalësuar. Funkzioni i të ecurit zhvillohet në mënyrë të ngadalësuar. Është i dëmtuar edhe koordinimi. Në gishtërinjtë e dorës paraqiten lëvizje të ngadalësuar, që ngjajnë me lëvizjen e oktopodit. Atetozia mund të jetë e gjeneralizuar, mund ta kaplojë gjysmën e trupit (hemiatetozia) ose të jetë i lokalizuar në një ekstremitet, respektivisht pjesë të ekstremitetit. Me rritjen e fëmijës, pasqyra e atetozës bëhet shumë më e qartë. Është e dëmtuar edhe ecja dhe përdorimi i duarve. Spazmat e muskujve mund të jenë shumë të theksuar, por gjatë shtrirjes në gjendje të qetë vërehet hipotonia e tyre. Shenjat e paralizës cerebrale zakonisht shfaqen në muajt e parë të jetës, edhe pse diagnoza e veçantë mund të vonohet deri në moshën dyvjeçare ose më vonë. Foshnjat me paralizë cerebrale shpesh kanë vonesa zhvillimore, në të cilën janë të ngadalshëm për të arritur piketa zhvillimore të tilla si të mësuarit të rrokullisen, të ulen, zvarriten, apo të ecin. Te disa foshnje me paralizë cerebrale ka ton të parregullt të muskujve. Toni i muskujve (hypotonia) mund t'i bëjë ata të duken të qetë, edhe dembel. Rritja e tonit të muskujve (hypertonia) mund t'i bëjë ata të duken të ngurtë. Në disa raste, një periudhë e hershme e hypotonia do të përparojë për hypertonia pas 2 deri 3 muaj të jetës të. Fëmijët me paralizë cerebrale mund të kenë sjellje të pazakontë apo të favorizojnë njërën anë të trupit kur ata arrijnë zvarritje, apo veprim. Është e rëndësishme të theksohet se disa fëmijë pa paralizë cerebrale gjithashtu mund t'i kenë disa nga këto shenja.

1.9.2. Forma spastike e paralizës cerebrale e fëmijës i ka këto karakteristika: kur fëmija ngrihet, këmbët kryqëzohen, për shkak të hipertonisë së edukatorëve. Kur fëmija ec me këtë formë të PCF, këmbët janë të drejtuara në gjunjë, shputat e këmbëve janë në ekvinus, mbi gjunjët janë në aduksion dhe rotacion të brendshëm. Gjatë ecjes vërehet e ashtuquajtura ecje në formë të gërshërëve, mandej gjunjët preken dhe fërkohen dhe shputa e njëjës këmbë kalon para shputës së këmbës tjetër. Rehabilitimi - Reflekset muskulore janë të forcuara, shenja e Babinskit është

pozitive, hipertonia është e tipit spastik, kurse reflekset abdominale të lëkurës janë të ruajtura. Në qoftë se para pareza është e tipit të ngadalshëm, atëherë ecja mund të realizohet, por kryesisht në gishtërinj. Më vonë vjen deri te shkurtimi i tetivës së Akilit dhe paraqitje të kontraktura në nyje të shtangura. Rreth 1/3 e këtyre fëmijëve kanë sulm epileptik. Në përpjesëtim me përhapjen e defektit motorik, ekziston edhe deficit në zhvillimin psikik.

Forma hemiplegiale e PCF është pasojë e dëmtimeve (fokale) të trurit. Ato më shpesh janë të natyrës vaskulare për shkak të hemorragjisë apo gjakosjes. Ekstremitetet e anës së paralizuar në tërësi mund të mbeten pas me rritje ose vetëm pjesët distale (pëllëmba e dorës, shputa e këmbës). Dora është e flektuar në bërryl, këmba është e zgjatur në gjunjë, kurse shputa e këmbës është në pozitën ekvinus. Për këtë arsye, këmba është dukshëm më e gjatë, para se gjithash në llogari të shputës së lëshuar të këmbës. I sëmurit ec me cirkumdukcion të ekstremitetit. Shpesh krijohen edhe kontraktura në nyjë. Sëmundja e Litllovit. Ajo është formë diplegiale e veçantë e PCF spastike tek e cila çrregullimet janë pothuajse të përqendruara në ekstremitetet e poshtme. Në rastet më të lehta të kësaj forme ekziston ecje dhe me sindrom spastik në varëshmeri nga ndryshimet e strukturës së lokacioneve të ndryshme spastike e theksuar me reflekse të forcuara të tetivave dhe shenjë pozitive të Babinskit. Tek rastet më të rënda ekziston hipertoni e fortë e quadriceps. Rehabilitimi 34 dhe fleksorëve të shputës së këmbës për shkak të së cilës këmbët janë të drejtuara në gjunjë dhe shputën e këmbës. Mbigjunjët janë në adukcion dhe rotacion të brendshëm. Ecja është tipike-paretike spastike dhe në formë të gërshërëve. Forma cerebrale ose ataksike është forma më e rrallë e PCF. Ataksioni mund të jetë i kombinuar.

Paraliza cerebrale është shkaktuar nga zhvillimi abnormal e pjesës së trurit ose dëmtimit të pjesëve të trurit që kontrollojnë lëvizjet. Ky dëmtim mund të ndodhë para, gjatë apo menjëherë pas lindjes. Shumica e fëmijëve kanë paralizë cerebrale kongjenitale (edhe pse kjo nuk mund të zbulohet disa muaj apo vite më vonë. Një numër i vogël i fëmijëve kanë fituar paralizë cerebrale, që do të thotë çrregullimi fillon pas lindjes. Disa nga shkaqet e paralizës së fituar cerebrale përfshijnë dëmtim të trurit në muajt e parë apo në vitete para te jetës, infeksionet e trurit si meningjiti bakterial ose encefaliti viral janë probleme me rrjedhjen e gjakut në tru, ose lëndim në kokë nga një aksident automjeti, rënie, ose abuzimit të fëmijëve. Në shumë raste, shkakut i paralizë cerebrale është i panjohur. Shkaqet e mundshme përfshijnë anomalitë gjenetike, keq formimet kongjenitalet të trurit, infeksionet e nënës, ethet, ose dëmtimi fetusit. Paralizë cerebrale është një grup me aftësi të shkaktuara nga dëmtimi ose fyerje të trurit përpara, gjatë lindjes, ose

në fillimet e hershme. Cerebral paralizuar Palsy Cerebral është paaftësia më e zakonshme e përhershme e fëmijërisë. Cerebrale i referohet trurit, që është zona e prekur e trurit (edhe pse çrregullim ka shumë të ngjarë të bëjë lidhjet midis lëvores dhe pjesëve të tjera të trurit të vogël, dhe paralizë të bëjë me çrregullim të lëvizjes. Paraliza cerebrale është shkaktuar nga dëmtimi në qendrat e kontrollit motor të trurit në zhvillim dhe mund të ndodhin gjatë shtatzënisë (rreth 75 për qind), gjatë lindjes së fëmijës (rreth 5 për qind) ose pas lindjes (rreth 15 për qind) deri në rreth 3%. IT moshës është një organizatë jo çrregullim -progresiv, që do të thotë dëmtimi trurit nuk përkeqësohet, por vështirësitë e mesme ortopedike janë të zakonshme. Për shembull, fillimi i artritit dhe osteoporozës mund të ndodhë shumë më shpejt te të rriturit me paralizë cerebrale. Nuk ka shërim të njohur për paralizë cerebrale. Ndërhyrja mjekësore është e kufizuar në trajtimin dhe parandalimin e komplikacioneve që rrjedhin nga efektet paralize.

1.10. Parandalimi i paralizës cerebrale

Fëmijët mund të jenë më pak të rrezikuar nga paraliza cerebrale nëse ndërmerren hapat dhe masat si vijon:

1.10.1. Para dhe gjatë shtatzënisë:

- Të bëhet imunizimi i nënës kundër fruthit para shtatzënisë;
- Shmangia nga shtatzënia para moshës 18 vjeçare dhe, nëse nëna nuk është mjaft e shëndoshë, për të pasur rrezik për foshnjën;
- Kontrollimi mujor gjatë shtatzënisë. Identifikimi i hershëm i gjendjeve dhe kushteve të cilat mund ta vështirësojnë lindjen, madhësinë dhe pozitën e foshnjës;

- Kontrollimi i tensionit të gjakut dhe sigurimi i trajtimit të duhur, nëse një gjë e tillë është e nevojshme;
- Sigurimi i ushqimit të mirë. Kjo e zvogëlon rrezikun e lindjes së parakohshme, që është njëri ndër shkaktarët primarë të paralizës cerebrale;
- Shmangia e marrjes së ilaçeve të panevojshme;
- Caktimi i lokacionit të lindjes në vend sa më të sigurt, me personel të trajnuar dhe profesional.

1.10.2. Kujdesi ndaj fëmijës pas lindjes:

- Dhënia e gjirit foshnjës; qumështi i gjirit e mbron foshnjën nga infeksioni;
- Vizitat e rregullta te pediatri me qëllim që të kontrollohet ushqyeshmëria, rritja dhe zhvillimi i përgjithshëm i foshnjës. Çdo vonesë eventuale duhet të zbulohet herët dhe të sanohet duke ofruar ndihmë.
- Duhet të sigurohemi se foshnja juaj është e imunizuar kundër difterisë, kollës, tetanusit, poliomielitit, fruthit dhe tuberkulozit sipas protokollit.

1.10.3. Kujdesi ndaj fëmijës së sëmurë:

Nëse fëmija ka temperaturë:

- Të mbahet në të ftohtë, t'i hiqen rrobat,
- Te lahet trupi me ujë të ftohtë,
- T'i jepen sasi të mëdha të lëngjeve,
- Të dërgohet në ambulancë.

Nëse foshnja ka temperaturë të lartë, qafën e ka të shtanguar, fontanelen e butë në majë të kokës të fryrë, nëse është i përgjumur, mund të vjellë dhe ta humbë vetëdijen. Në këtë rast **MENJËHERË** dërgojeni te mjeku sepse këto janë shenjat e meningjitit. Nëse foshnja ka diarre,

vazhdoni ta ushqeni me gji ose me ushqim tjetër. Jepni një gotë ujë ose lëngje kundër dehidrimit sa herë që foshnja të ketë jashtëqitje të ujshme (diarre). Dërgojeni te mjeku nëse edhe pas dy ditësh gjendja e tij nuk përmirësohet.

MOSHA	Zhvillimi i pergjithshem motorik	Zhvillimi i delikate)
	Ngritja e kokes gjate qendrimit permby	Sjellja e do
2 M		Ndjek me s
	Ulet me ndihme dhe kontrollon koken	Sjell duart
4 M	Shikon perreth	Mban obje
	Kontrolle te plote te kokes	Çon gishte
6 M	Shtrihet barkas duke u mbajtur mbi duar	Kap objekt
	Qendron i ulur vete	Kalon obje
	Zhagitet barkaz	Dergon obje
8 M	Rrotullohet nga pozita barkaz	
	Ec kembera dores	Kap objekt gishterinjve
	Qendron ne kembe duke u mbajtur	
10 M	Neritet dhe ulet	

MOSHA	TE FOLURIT	SOCIAL
	Leshon zera	Shikon ne
2 M	Ndjek zerat	
	Qesh	U qesh nje
4 M		
6 M		Tregon int
8 M		
	Perserit zerat	Luan lojen
		Ka frige nje
10 M		
12 M		
14 M	Thot "mami" per nenen	Jep lojerat
		Ndjek urdl
16 M		Pin nga go

Kapitulli II.-Kujdesi infermieror

Një rolë të rëndësishëm në kuadër të kujdesit ndaj fëmijëve me paralizë cerebrale është edhe komunikimi.

Komunikimi është mënyra me të cilën i kuptojmë mesazhet dhe kumtet e njerëzve tjerë dhe mënyra me të cilën ua shprehim mendimet, nevojat dhe ndjenjat tona. Fëmijët të cilët e kanë të zhvilluar shqisën e dëgjimit, përgjithësisht komunikojnë përmes fjalëve.

Mënyra tjera komunikimi përfshijnë: zërin, lëvizjet e trupit, shprehjet e fytyrës, gjestet, tregimi me sy ose gisht, shkruarja dhe vizatimi.

Shumica e fëmijëve me paralizë cerebrale e kanë aftësinë e dëgjimit, kështu që i dëgjojnë fjalët që ua thoni dhe me kohë fillojnë të përdorin edhe vet fjalët. Dëgjimi dhe kuptimi fillojnë para të folurit. Fëmijët që me vështirësi i kontrollojnë lëvizjet e kokës, të fytyrës, gojës dhe gjuhës kanë vështirësi t' i theksojnë dhe artikulojnë fjalët qartë. Nëse njerëzit e tjerë nuk e kuptojnë kur fëmija përpiket të flasë, ai mund të irritohet dhe t' i ndërpresë përpjekjet. Është shumë me rëndësi që fëmija të inkurajohet dhe nxitet të flasë me të tjerët në çdo formë të mundur. Bëjani me dije mësimdhënësit se duhet të merret me të gjitha mënyrat e komunikimit të tij.⁸

2.1. Parimet e trajnimit

Vendosni fëmijën në pozitën e cila ia relakson trupin. Qëndrimi ulur është pozitë e përshtatshme, e cila i ndihmon atij apo asaj për të folur. Ndhmoni fëmijës të qëndrojë drejt dhe ta mbajë kokën në pozitë vertikale dhe të drejtë në mënyrë që të koncentrohet për të shikuar, vështruar dhe dëgjuar. Inkurajojeni që t' i marrë ushqimin dhe pijet nga pozita e përshtatshme dhe kjo është ndihmë dhe përgatitje për të folur.

Qëndroni përballë fëmijës. Folni me të duke e shikuar në sy në mënyrë që t' ju shoh dhe të mbajë kokën e vet përpara. Tërhiqjani vëmendjen. Kur flisni me fëmijën përdorni fjalë të thjeshta ose fjali të shkurtra. Përdorni gjestet së bashku me fjalët me qëllim që ta ndihmoni të kuptojë sa më shumë nga ajo që thoni. Jepni kohë që të përgjigjet dhe të reagojë. Pranoni të gjitha metodat e komunikimit, të cilat i përdor fëmija dhe çmójani përpjekjet e tij apo të saj në mënyrë që ai apo ajo të përpiket edhe më tutje.

Inkurajojeni familjen t' i japë mundësi fëmijës që të komunikojë. Jepjani atij apo asaj alternativat a “dëshiron ujë apo lëng?” Jepni kohë që të mund të tregojë, të kuptojë ose të mundohet të përgjigjet. Jepni fëmijës rast, mjete dhe mënyra që t' jua tërheq vëmendjen. Nëse nuk mund t' ju thërrasë jepjani një zile apo një rraketake që ta lëkundë. Shfrytëzoni metoda alternative të komunikimit nëse ai apo ajo e ka vështirë të flasë edhe pas disa muaj trajnimi.

2.2. Mënyrat alternative të komunikimit

8. David Werner. Disable village children. A guide for comm unity health workers. Rehabilitation workers, and families. 1999

Nëse fëmija ka vështirësi në të mësuarit e të folurit, inkurajojeni të përdorë mënyra të tjera për komunikimin e mendimeve, nevojave dhe ndjenjave të tij apo të saj. Konstatohen nëse fëmija ka filluar të përdorë mënyra të tjera të komunikimit siç është të treguarit e gjërave me gisht ose me sy apo shfrytëzimi i lëvizjeve të kohës dhe duarve për të thënë dhe shprehur ide dhe mendime. Bindeni se familja e shpërblen dhe e çmon fëmijën për të gjitha mënyrat me të cilat ai apo ajo përpiqet të komunikojë. Me përparimin e tij apo të saj për të bërë gjëra të kuptueshme, fëmija do të shfaqë dëshirë për të komunikuar më tepër e bile ndoshta mund të fillojë të përdorë edhe fjalë.

2.3. Tregimi i fotografive

Vendoseni fëmijën në pozitën e relaksuar dhe që të mund të jetë i koncentruar për ta dëgjuar tregimin. Binduni se ai apo ajo të mund të shohë fotografitë. Shpjegojani fëmijës fotografitë. Nga ai apo ajo kërkoni që të tregojë me gisht çka dëshiron të ketë ose bëjë. Jepjani atë të cilën ai e tregon në fotografi.

2.4. Parandalimi i deformiteteve

Pozitat e mira: Pozita e mirë e fëmijës të bëjë sa më shumë për veten e tij në mënyrë sa më normale. Lejoni atij të lëvizë më shumë se sa ta fiksoni plotësisht atë me pajisje. Përkrahja shumë e madhe nuk i lejon atij të mësojë të lëvizë. Ndërroni rregullisht pozitën e tij.

2.5. Aktivitetet ditore

Të ushqyerit, higjiena personale, të veshurit, tualeti. Këto janë aktivitetet të cilat i mundësojnë personit të jetë i pavarur. Fëmijët, autonominë e arrijnë rreth moshës tre vjeç. Fëmijët me paralizë cerebrale kanë nevojë për më shumë trajnim dhe durim dhe për të arritur këtë, atyre ju duhet më tepër kohë. Për prindërit dhe kujdestarët kjo paraqet një punë të vështirë dhe kërkon shumë kohë. E vetmja mënyrë për ti trajnuar fëmijët në aktivitetet e tilla është motivimi i tyre dhe dhënia e kohës së mjaftueshme për të bërë ato. Mbrojtja e tepruar dhe bërja e çdo gjëje për ta

e pengon zhvillimin e aftësive dhe interesave të tyre. Arritja e autonomisë në aktivitetet ditore i përgatit fëmijët të shkojnë në shkollë dhe të zhvillojnë aftësi deri në maksimum.⁹

2.6. Problemet të cilat hasen tek spina bifida

Shikim shumë i dobët. Nëse deri në moshën tre muaj fëmija nuk e ndjek lëvizjen e dritës ose nëse nuk mund të kapë gjëra, dërgojeni tek mjeku për kontrolle të syve. Shikimi i dobët edhe më tepër ngadalëson zhvillimin e lëvizjes dhe të mësuarit. Inkurajoni atë në shikimin që ka.

2.7. Karroca invalidore

Karroca invalidore zbatohet tek pacientët që janë të palëvizshëm për arsye të sëmundjeve dhe lëndimeve të ndryshme: skleroza multiple, hemoplegji, amputimi, paralizë cerebrale, paraplegjia, kuadriplegja e tjera. Karroca invalidore është e përbërë nga pjesët më të ndryshme funksionale dhe të përshtatura sipas mundësive të pacientit. Më shpesh rekomandohen karroca dhome, por ekzistojnë edhe karroca tereni, karroca të tualetit, karroca për fëmijë, karroca invalidore për qëndrim në këmbë.

Kapitulli III. Studim rasti

3.1. Vlerësimi fillestar

Pacienti B.K i lindur më 19.02.2000 nga rajoni i Shqipërisë (Tropojës) paraqitet në repartin e Neurologjisë, i cili diagnostifikohet me paralizë cerebrale.

➤ Të dhënat objektive:

fëmija ka temperaturë

9. R.Peshawaria, D.K. Merca and coll. Moving forward. Information guide for parents of children with mental retardation

gjatë gjumit vjellë
humbje të vetëdijes
diare

➤ **Të dhënat subjektive:**

Nëna tregon se fëmija refuzon të marrë gjirin dhe, po ashtu, nuk është i vaksinuar me vaksinën kundër difterisë; po ashtu, fëmija nuk ka konsumuar lëngje që një kohë të gjatë.

➤ **Të dhënat nga historiku i femijes**

Pyetet nëna nëse gjatë shtatzënësisë ka pasur ndonjë infeksion, sa shtatzënësi ka pasur më parë, gjendja shendetesore e femijeve tjere. Pyetet për ushqimin që konsumon fëmija.

➤ **Të dhënat aktuale:**

Menjëherë pas vendosjes në spital fëmijës i bëhen analizat laboratorike (hemograma, biokimia, urina, fecesi, lëngu cerebrospinal për ekzaminim). I matët temperatura, me palpacion prekët qafa e fëmijës a po reagon, numërojmë sa diare ka fëmija në ditë.

3.2. Diagnoza infermierore

- Rreziku për lëndime spazma- në lidhje me lëvizjet e pakontrolluara dhe konfiskimet,
- mobiliteti i paaftësisë fizike - në lidhje më dobësitë e muskujve,
- komunikimi verbal i dëmtuar - në lidhje me artikulimin e fjalëve,
- ndryshimet e rritjes dhe zhvillimit – në lidhje më çrregullimet neuromuskulare,
- ndryshimet në proceset e mendimit – në lidhje me lëndimet cerebrale, aftësi të kufizuara të mësuarit,

- mungesa e vetëkujdesit - në lidhje me pasojat e spazmës së muskujve,
- njohuri të pakta - në lidhje me kujdesin në shtëpi dhe nevojat terapeutike.

3.3. Planifikimi infermieror

- aplikimi i terapisë,
- hyrja në dhomën e fëmijës me veshje dhe dorëza sterile,
- përcjellja e shenjave vitale,
- marrja e analizave,
- asistim në veshjen e pacientit,
- të parandalojë deformitetin, vendoset nëpozitën e duhur,
- komunikimi me fëmijën, i tregon foto dhe e shikon si reagon me gisht,
- ndihmon pacientin në ushtrime fizikale.

3.4. Zbatimi

Gjatë qëndrimit në spital përparime të mëdha janë bërë në çështje të shëndetit të fëmijës. Janë ofruar të gjitha metodat për të ndihmuar pacientin në shëndet dhe çështje emocionale, largimin e stresit sa do pak me ushtrime dhe këshilla për pacientin dhe familjen e tij.

3.5. Vlerësimi përfundimtar

Gjatë qëndrimit në spital pacientit i janë zbatuar me përpikëri metodat për ndihmë në fizioterapi, ortopedi dhe rehabilitim. Terapia e aplikuar është: terapi antikonverziv, Botox,(toksinat e butalizmit) Naklofen, Diazepam, vitamina dhe minerale. Në rastin kur pacienti ka pasur vështirësi në ushqim është përdorur gastrostoma. Mjeku i përshkruan pacientit ushtrime të kohë pas koheshme dhe i këshillon familjarët të jenë të kujdesshëm.

Kapitulli IV

4.1. Diskutimi

Fëmija me paralizë cerebrale vendoset në një pozicion që ndihet më mirë, duke i krijuar dhe një ambient të përshtatshëm që të ndihet qetë dhe i sigurt. Pastaj, mundohuni që me lojëra t'ia tërhiqni vëmendjen, në mënyrë që të qëndrojë drejt, të mbajë kokën në pozicion vertikal, të përqendrohet në shikimin e gjërave dhe në dëgjimin e të kërciturave dhe të fjalëve. Kur flisni me

fëmijën duhet të qëndroni përballë dhe të përdorni fjalë të thjeshta ose fjali të shkurtra. Përdorni gjestet së bashku me fjalët me qëllim që ta ndihmoni të kuptojë sa më shumë. Duhet t'i lini kohe në mënyrë që të përgjigjet ose të reagojë; duhet inkurajuar që të mos i vijë turp apo frikë të flasë. Shfrytëzoni metoda alternative edhe atëherë kur fëmija s'mundet të flasë pas disa muaj trajnimi. Është shumë e rëndësishme të bëhet një projekt riabilitativ në ndërveprim me fizioterapinë, ausilet, ortezen, kirurgjinë funksionale dhe mjekimin farmaceutik. Pra, nga fizioterapistët vendosët një plan trajtimi si objektiv, verifikohet se çfarë mund të modifikohet, zgjidhen instrumentet dhe në fund pason rezultati.

4.2. Konkluzionet

Paraliza cerebrale haset në të gjitha vendet dhe në të gjitha shtresat sociale. Në çdo 300 foshnje lind ose mund ta marrë paralizën cerebrale nje femije.

Të gjithë fëmijët me paralizë cerebrale mund të kenë dobi gjatë zhvillimit të tyre nga mësimi dhe trajnimi i hershëm. Ndonëse paraliza cerebrale nuk mund të shërohet, efektet negative mund të zvogëlohen varësisht se sa herët fillojmë t'i ndihmojmë femijes dhe varësisht nga shkalla e dëmtuar e trurit. Sa më herët që ofrohet ndihma aq më tepër mund të bëhen rivitalizime.

Në këtë punim si përfundim kemi arritur të njohim se çka është paraliza cerebrale, cilat janë manifestimet klinike, llojet, trajtimi, diagnoza dhe parandalimi i paralizës cerebrale

4.3. Rekomandime

Rekomandimet lidhen me përmirësimin e sistemit shëndetësor, në mënyrë që të rritet cilësia e procesit të gjithëpërfshirjes. Rekomandimet kanë lidhje me treguesit e strukturës (si burimet njerëzore dhe burimet strukturore) dhe me treguesit e procesit shëndetësor. Duke pasur parasysh konceptin e edukimit gjithëpërfshirës dhe duke marrë në konsideratë të dhënat e përftuara, është e rëndësishme që të krijohen kushtet e duhura për realizimin e një procesi të tillë.

Në këtë mënyrë, duke përmirësuar procesin shëndetësor, përmes ndërhyrjes tek treguesit e këtij

proces, krahas zbutjes apo eliminimit të barrierave sociale, do të mund të flitet për procesin e gjithëpërfshirës në spitale, si një proces i plotë dhe efikas.

Procesi i formimit të qëndrimeve, në përgjithësi, është konsideruar si një proces social e shëndetësor, i ndikuar nga prindërit, nga moshatarët dhe nga burime tjera të informacionit dhe të kontrollit. Qëndrimet fillojnë të zhvillohen në fëmijëri dhe kristalizohen në moshën e rritur. Por, ato mund të vazhdojnë të pësojnë ndryshime dhe më vonë.

Për këtë qëllim është i domosdoshëm:

Ta njohë etiologjinë dhe pasqyrën klinike, procedurat rehabilituese dhe pasojat nga kryerja jo e drejtë e terapisë tek fëmijët me - paraliza cerebrale.

Ndërgjegjësimi i infermiereve në lidhje me të drejtën e femijeve me aftësi të kufizuara për t'u ndihmuar dhe për të mos u diskriminuar.

Gjetja e mënyrave dhe formave të ndryshme për ta arritur një ndërgjegjësim të tillë, si p.sh., ekspozimi i punimeve, organizimi i veprimtarive të ndryshme së bashku, apo rritja e ndërveprimit gjatë lojës. Teoria e kontaktit e pohon një gjë të tillë. Sipas teorisë së kontaktit, qëndrimet ndikohen më mirë atëherë kur pjesëtarët e një grupi të minoritetit (të pakicës) perceptohen si të barabartë në status, kanë mjaft kohë dhe kontakt për të formuar marrëdhënie domethënëse dhe punojnë për një qëllim të përbashkët.

Promovimi i qëndrimeve pozitive tek pacientët në lidhje me moshatarët e tyre me aftësi të kufizuara, sidomos tek pacientët të cilët kanë aftësi të kufizuara në spital.

Kërkimet kanë sugjeruar se keqinformimi i fëmijëve, frika dhe ndjenjat e tyre të pangjashmërisë (te të qenit ndryshe) ndaj individëve me aftësi të kufizuara mund të krijojnë qëndrime negative.

Duke u bazuar në të dhëna të tilla, është e nevojshme që të organizohen veprimtari në institucionet shëndetësore në të cilat flitet për aftësinë e kufizuar, për të drejtat e fëmijëve me aftësi të kufizuara, të recitohen poezi dhe të lexohen tregime të autorëve shqiptarë dhe të huaj në të cilat bëhet fjalë për fëmijë me aftësi të kufizuara.

4.4.Rezume

Hyrja: Paraliza cerebrale është çrregullim motorik kronik joprogresiv i ecjes, pozitës, tonusit muskular dhe përdorimit të vullnetshëm të muskujve që shkaktohet nga dëmtimi prenatal, perinatal dhe posnatal i trurit. Mjekimi i paralizës cerebrale është kompleks, afatgjatë dhe i mundimshëm.

Qëllimi i punimit: Qëllimi i punimit është që të shpjegohet sëmundja dhe të zgjerohen njohuritë lidhur me mënyrën e trajtimit të sëmurëve më paralizë cerebrale.

Metodologjia: Në realizimin e këtij punimi është përdorur metoda e rishikimit të literaturës dhe studimit të rasti në Repartin e Neurologjisë të Spitalin Regjional “Isa Grezda” në Gjakovë,. Krahas kësaj, kemi marrë të dhëna lidhur me trajtimin e të sëmurëve me paralizë cerebrale.

Rezultatet:Fëmija ka qëndruar në spital disa ditë, i janë përmirësuar të gjitha parametrat vital, i janë bërë të gjitha aktivitetet për përmirësimin e shëndetit. Gjatë qëndrimit në spital fëmijës i është aplikuar terapia me dikamentoze, ushtrimet dhe komunikimi.

Përfundimi: Paraliza cerebrale haset në të gjitha vendet dhe në të gjitha shtresat shoqerore. Në çdo 300 foshnje lindë 1 foshnje me paralizë cerebrale ose mund ta marrë paralizën cerebrale. Të gjithë fëmijët me paralizë cerebrale mund të kenë perfëitimie gjatë zhvillimit të tyre nga mësimi dhe trajnimi i hershëm. Ndonëse paraliza cerebrale nuk mund të shërohet efektet negative të saj mund të zvogëlohen varësisht se sa herët fillojmë t'i ndihmojmë foshnjës dhe varësisht nga shkalla e dëmtuar e trurit. Sa më herët që ofrohet ndihma aq më tepër mund të bëhen rivitalizime .

Në këtë punim si përfundim kemi arritur të njohim se çka është paraliza cerebrale, cilat janë manifestimet klinike, llojet, trajtimi, diagnoza dhe parandalimi i paralizës cerebrale.

4.4 Summary

Introduction: Cerebral paralysis is an unprogressive chronic motor disorder in walking, position, muscle tone, and voluntary muscle use that causes because of prenatal, perinatal and postnatal brain injury. The treatment of cerebral paralysis is a long-term and tired complex

The aim:The point of this project to explain this disease and to share infos that can tretment the cerebral paralys.

Methodology: To release this project is used the method of review the literature and studying the case in Regional Hospital "Isa Grezda" in neurology department. Besides this we have collection some info's to treatmet the cerebral paralyse.

Results: The kid has stayed in hospital some days, the parameters are much better, we have done all the methodes to make a great health.

During the stay we applied the therapy medikamentoze, exercies and comunication.

Conclution: Cerebral paralys is found in all places and in all types of families. About one in every 300 babies born orit will take the cerebral paralyse. All the kids with cerebral paralyse can have benefits during the evulution from teaching and the early tretment throught cerebral paralyse can't eure the negative efects it be less more depending that how early we help the baby and depending the degree of damage. Much erlier that how early we help much revitalzation can we make. In this project we arrived to know that what is the cerebral paralyse, which are the types, the tretment, the diagnoz and how to stop cerebral paralyse.

LITERATURA E PËRDORUR

1. M. Azemi & M. Shala me bashkautor, Pediatria, Universiteti i Prishtinës.
2. Pediatrija, D. Mardešić i suradnici, školska knjiga, Zagreb.
3. M. Shala, Neonatologjia, Universiteti i Prishtinës.

4. Pedriatrija, L. Zergolern i suradnici, Medicinska bibloteka, Zagreb
5. ËHO, Ëorld Fedëration of eccupational therapi Rehabilitation ËHO, Promoting development of young children ëith cerebral Palsy. 1993
6. David Ëerner. Disable village children. A guidefor comm unity health ëorkers. Rehabilitation ëorkers, and families. 1999
7. R.Peshaëaria, D.K. Merca and coll. Moving forëard. Information guide for parents of children ëith mental retadation.

CV e shkurtër

Të dhënat personale:

Emri dhe mbiemri: Jetmira Vishaj

Datëlindja: 1993/02/19

Vendlindja: Gramaqel-Deçan

E-mail: bimikadrijaj@hotmail.com

Drejtimi: Infermieri

Numri i ID: 130306074

Edukimi:

Shkollimi fillor: SHFMU “ Drita”, Gramaqel

Shkollimi i mesëm: SHMM “Hysni Zajmi”, Gjakovë, Mjekësi e Përgjithshme

Shkollimi themelor: Universiteti i Gjakovës “Fehmi Agani” Gjakovë. Fakulteti i Mjekësisë-
Drejtimi Infermieri

Përvoja Profesionale

Pozita: Praktikante

QKMF : “Adem Ukëhaxhaj”

Spitali Regjional “Isa Grezda” Gjakovë

Lënda: Praktika Klinike