

UNIVERSITETI I GJAKOVËS “FEHMI AGANI”

FAKULTETI I MJEKËSISË

DEGA: INFERMIERI



PUNIM DIPLOME

Tema:

KUJDESI INFERMIEROR NË TË SËMURËT ME OSTEOPOROZË

Kandidatja:

Edona Hasi

Mentori:

Prof.Ass.Dr.Idriz Berisha

Gjakovë, Janar 2017

ABSTRAKT

Osteoporoza është një entitet i veçantë në grupin e sëmundjeve reumatike, e cila karakterizohet nga një rezultat i ndërmjetëm, krahasuar me një rezultat të lidhur me shëndetin. Nga kjo pikëpamje, është e ngjajshme me gjendje të tilla si hipertensioni, diabeti melitus, hiperkolesterolemia dhe osteoskleroza.

Është bërë një problem i shëndetit publik, paraqet problem social, ekonomik dhe mjekësor, i cili ka marrë masa epidemike duke prekur një numër prej rreth 75 milion individësh, duke përfshirë një në tri femra të cilat janë në menopauzë, pjesa më e madhe e të cilave janë të moshuara, gjithashtu preken edhe meshkujt. Osteoporoza mund të shkaktojë sëmundshmëri të konsiderueshme dhe fraktura të shpeshta. Karakterizohet nga pakësimi i masës kockore, e cila dërgon në një rritje të brishtësisë kockore, duke rritur riskun për fraktura.

Zbulimi i hershëm dhe mjekimi racional dhe prevenca, nuk kanë rëndësi vetëm për të sëmurin por janë me dimension të gjerë shoqëror dhe me interes të përgjithshëm kombëtar në nivel të mbrojtjes shëndetësore primare. Mjekimi i osteoporozës konsiston në masat e përgjithshme si mbajtja e kondicionit fizik, ritmi i drejtë i punës dhe pushimit, aktivitete e lejuara sportive, prevenca e lëndimeve, aplikimi i mjeteve ndihmëse ortopedike, terapia fizikale dhe mjekimi farmakologjik.

Fjalët kyçe:

- *Menopauza*
- *Kocka*
- *Osteoporoza*
- *Fraktura*
- *Kalciumi*

ABSTRACT

Osteoporosis is a separate entity in the group of rheumatic diseases, which is characterized by an intermediate result, compared with a score associated with health. From this respect, it is similar to such conditions as hypertension, diabetes mellitus, and osteoskleroza, hiperkolesterolomia .

Has become a public health problem, a problem of social, economic and medical, which has moved epidemic affecting a total of about 75 million individuals, including one in three women who are in menopause, most of which they are older, also affected men. Osteoporosis can cause considerable morbidity and frequent fractures. Characterized by loss of bone mass, which leads to increased bone fragility, increasing the risk of fractures.

Early diagnosis, rational treatment and prevention, not only important for the patient, but with wider social dimension and the overall national interest of health protection at primare. Treatment of osteoporosis consists of general measures such as keeping physical condition , the pace of work and holiday fair, lawful activities of sports injury prevention, application of orthopedic equipment, physical therapy and pharmacological treatment.

Keywords:

- Menopause
- Bones
- Osteoporosis
- Fractures
- Calcium

Deklarata

“Deklaroj se kjo Temë e Diplomës me titullin “Kujdesi infermieror në të sëmurët me osteoporozë” është punimi im origjinal. E gjithë literatura dhe burimet e tjera që i kam shfrytëzuar gjatë punimit janë të listuara në referenca dhe plotësisht të cituara”.

Po ashtu deklarojë se gjatë punimit kam respektuar të gjitha rregullat e punës të përcaktuara nga Universiteti i Gjakovës “Fehmi Agani”.

Falendërimet

Gjej rastin të falendëroj përzemërsisht të gjithë personat që më kanë ndihmuar, konsultuan dhe më mbështetën moralisht gjatë realizimit të këtij punimi:

- *Mirënjohje e thellë dhe shumë falenderime i drejtohen udhëheqesit tim Prof. Ass.Dr.Idriz Berisha, për ndihmën si Internist dhe Reumatolog, këshillat dhe mbështetjen që më ka dhënë.*
- *Biblotekën Rajonale “Ibrahim Rugova”Gjakovë, për sigurimin e librave mjekësore dhe infermierore.*
- *Spitalin Rajonal “Isa Grezda”Gjakovë, dhe stafin infermierorë të repartit të Ortopedisë për të gjitha të dhënat statistikore dhe rasteve të trajtuara.*

Falenderime të veçanta ju shpreh familjarëve të mi, shoqërisë për ndihmën dhe mbështetjen e vazhdueshme që më kanë dhënë.

Lista e Tabelave

Tabela-3.1.Klasifikimi i osteoporozës
Tabela-3.2.Faktorët e riskut për fraktura në osteoporozë
Tabela-3.3.Faktorët madhorë të riskut për rrëzim
Tabela-3.4.Ekzaminimet laboratorike për diagnostifikimin e osteoporozës
Tabela-3.5.Terapitë e disponueshme për trajtimin e osteoporozës
Tabela-4.1.Numri dhe përqindja e pacientëve me osteoporozë gjatë periudhës Janar-Tetor 2016 sipas gjinisë
Tabela-4.2.Numri dhe përqindja e rasteve me osteoporozë sipas grupmoshave dhe gjinisë
Tabela-4.3.Numri i rasteve me osteoporozë sipas muajve, në periudhën Janar-Tetor 2016
Tabela-4.4.Rezultatet dhe përqindja nga aktivitetet fizike të pacientëve
Tabela-4.5.Numri i rasteve me frakturë gjatë periudhës Janar-Tetor 2016 sipas gjinisë

Lista e Grafikonëve

Grafikoni-4.1.Numri i rasteve me osteoporozë sipas gjinisë në repartin e Ortopedisë
Grafikoni-4.2.Të dhënat grafike sipas grupmoshës dhe gjinisë

PËRMBAJTJA

I. HYRJE	8
II. SISTEMI KOCKOR (OSTEOLOGJIA)	9
2.1. Organizimi, Funkioni dhe Klasifikimi i kockave.....	9
2.2. Klasifikimi i kockave.....	10
2.3. Kocka si organ	10
III. OSTEOPOROZA	11
3.1. Osteoporoza dhe klasifikimi	11
3.2. Epidemiologjia.....	12
3.3. Etiologjia dhe faktorët e riskut.....	12-15
3.4. Pasqyra klinike dhe Simptomat	15-16
3.5. Diagnostifikimi	17-18
3.6. Mjekimi dhe trajtimi farmakologjik.....	19-23
3.7. Vlerësimi i pacientit për riaftësim.....	23-26
IV. KUJDESI INFERMIEROR	27
4.1. Vlerësimi fillestar.....	27-30
V. QËLLIMI I PUNIMIT DHE OBJEKTIVAT	31
VI. METODOLOGJIA DHE MATERIALET	32
VII. REZULTATET	33-37
VIII. DISKUTIMI	38
X. REKOMANDIMET	39
XI. REFERENCAT	40
XII. BIOGRAFIA(CV e shkurtër e kandidates)	41

I.HYRJE

Osteoporozja përfaqëson një çrregullim metabolik të zakonshëm të skeletit, që karakterizohet nga një reduktim sinjifikant në densitetin mineral të kockës, duke shkaktuar një rritje të thyeshmërisë së kockave dhe rritje të riskut për frakturë. Është më e zakonshme tek femrat sesa tek meshkujt, kjo si pasojë e humbjes më të madhe të masës kockore dhe jetëgjatësisë më të madhe të femrave. Osteoporozja është pa dyshim një problem madhor i shëndetit publik. Shkalla e lartë e frakturave rezulton në një humbje të cilësisë së jetës tek gratë e moshuara dhe gjithashtu ka një kosto të lartë ekonomike.¹ Kjo kosto pritët të rritët në mënyrë dramatike në të ardhmen si pasojë e rritjes së jetëgjatësisë dhe popullsisë në moshë të madhe. Fillimi i sëmundjes shpesh mund të jetë i hershëm dhe pa shenja për një kohë të shkurtër apo afatgjatë. Në mënyrë tipike, simptomat nuk tregohen, deri sa nuk zhvillohen nivele të përparuara të resorpcionit kockor.

Manifestimet klinike të osteoporozës përfshijnë: dhimbje akute dhe ose kronike në shpinë, humbje të gjatësisë së trupit me statikë të çrregulluar, frakturë pas traumës minimale, lëvizje të kufizuara, depresion, palëvizshmëri, pamundësi për vetëkujdesje, vartësi nga kujdesi i huaj, vetmi, zvogëlim të kualitetit të jetës. Shumë shpesh, frakturë e parë spontane shfaqet në rruazat e shtyllës kurrizore. Frakturat e tilla zakonisht shfaqen pas aktiviteteve të përditshme ditore dhe të shoqëruara me dhimbje.

Për osteoporozën, parandalimi kërkon trajtim të hershëm dhe afatgjatë, është e rekomanduar të fillohet para menopauses dhe të vazhdojë në vitet e ardhshme. Dhe humbja e masës kockore, është proces që ndodh në mënyrë të vazhduar dhe është vërtetuar se trajtimi mund të jetë efikas, deri edhe kur është filluar disa vjet më vonë. T'i jepet kualitet më i mirë i jetës së grave, është kontributi më i mirë në zbulimin në kohë dhe trajtimin e osteoporozës. Megjithatë, rezultatet të suksesshme themelohen në diagnozën e përshtatshme dhe menaxhim të pacientit. Vlerësimi laboratorik i markerave kockorë paraqet mundësi të shkëlqyer, vitet e vonshme të jetës së gruas të jenë me të vërtetë të këndshme për jetë.

¹ David W. Dempster, Robert Marcus, David Feldman, Marjorie Luckey, Jane A. Cauley "Osteoporosis", Fourth Edition 2013, Cap.IV. Page 431

II.SISTEMI KOCKOR (OSTEOLOGJIA)

2.1.Organizimi,Funksioni dhe klasifikimi i kockave.

Osteologjia është pjesë e anatomisë që merret me studimin e eshtrave. Eshtrat janë organe të forta që duke u bashkuar ndërmjet tyre formojnë skeletin. Skeleti i njeriut ka një sërë funksionesh të rëndësishme:

1. Funksion mbështetës: që konsiston në kapjen në pjesë të ndryshme të tij të indeve dhe organeve.
2. Funksion mbrojtës: shume eshtra duke u bashkuar me njëra-tjetren formojnë kanale apo kavitete ku vendosen organe me rëndësi jetike, si kanali vertebral brenda të cilit vendoset palca kurrizit, kafazi i kraharorit, në të cilin vendosen mushkërite dhe zemra, kafka, brenda të cilës vendoset truri dhe organet e shqisave.
3. Funksion lëvizës: eshtrat përbëjnë pjesën pasive të aparatit lokomotor.

Zhvillimi embrional i skeletit

Skeleti gjatë zhvillimit të tij kalon tre stade:

- Stadi membranoz
- Stadi kërcor
- Stadi kockor.

Zhvillimi i eshtrave

Osifikimi fillon në fund të periudhës embrionale: ato paraqiten nga një model kockor ose membranoz që në mënyrë progresive do të transformohet në ind kockor. Dy tipe te osifikimit:

Osifikimi membranoz

Ky tip është karakteristik për kockat e kalvaria krani dhe për disa prej kockave të fytyrës.

Aktiviteti i osteoblasteve fillon në qendër të modelit membranoz të kockës së ardhshme, prej nga përhapet në formë rrezesh drejt periferisë. Shtresat sipëfaqësore të indit lidhor mbeten si periost, nga i cili fillon zmadhimi i kockës në trashësi.

Osifikimi endchondral

Ky tip osifikimi konsiston në zhvillimin progresiv të osteoblasteve në modelin e kërcit hialin.

Osifikimi endkondral është tipik për kockat e gjata, të shkurta dhe disa kocka të sheshta.²

² Drita Totozani,Sofika Qamirani, "Anatomia normale e njeriut" Tiranë 2001,Cap.II.Faqe 9

2.2. Klasifikimi i kockave

Klasifikimi i kockave është ai që bazohet në formën, funksionin dhe ndërtimin e tyre:

1. Kockat tubulare, të cilat janë dy llojesh:
 - a)Kocka të gjata, ku bëjnë pjesë ato të gjymtyrëve të sipërme dhe të poshtme, p.sh.humerus, radius, ulna, femur, tibia, fibula. Në qdo kockë tubulare dallojmë trupin (corpus,diaphysis), dhe dy skaje (epiphysis proximalis, epiphysis distalis). Epifizat janë të paisura me faqe artikulare. Diafizat janë të ndërtuara nga lëndë kompakte, brenda të cilës gjendet kanali medular i mbushur me palcë, kurse epifizat nga lënda e sfungjerte.
 - b)Kocka te shkurta, ku bëjnë pjesë metakarpet, metatarset dhe falanget ,paraqiten me përmasa më të vogla.
2. Kockat spongioze, të cilat janë disa llojesh:
 - a)Kocka të gjata, brinjët, sternum. Ndërtohen kryesisht nga lënda e sfungjerte e rrethuar me një shtresë të hollë lënde kompakte.
 - b) Të shkurtëra, vertebrat, karpet ,tarset të formuara nga lënda e sfungjertë.
 - c)Sesamoide, patella dhe kocka të tjera të vogla të gishtërinjëve të duarve dhe këmbëve.
3. Kockat e sheshta
 - a) Të kafkes
 - b) Të rretheve scapula, os coxae me strukturë të sfungjertë.

2.3. Kocka si organ

Kockat janë pjesë të forta dhe të qëndrueshme, me formë dhe madhësi të ndryshme të cilat mundësojnë lëvizjet tona. Të lidhura me strukturën e tyre, si dhe me praninë e lëndëve kimike organike dhe inorganike. Lëndët organike përfaqësohen nga oseina që u jep kockave elasticitetin, kurse lëndët inorganike përfaqësohen nga kriprat e kalciumit që u japin fortësinë. Në aspektin dinamik kocka paraqet krahun e leves së transmetimit të forcës muskulare gjatë lëvizjeve. Gjatë jetës kockat në mënyrë të vazhdueshme u nënshtrohen veprimit të forcave të ndryshme, si në shtypje, tërheqje.³

³ Rita Petro,Latif Ajrullai, "Atlas i Anatomisë" Tiranë 2005,Faqe 14-21

III. OSTEOPOROZA

3.1. Osteoporozja dhe klasifikimi

Osteoporozja është një patologji e cila karakterizohet nga pakësimi i masës kockore dhe degjenerim i mikroarkitekturës së indit kockor, gjë e cila dërgon në rritje të brishtësisë kockore, duke rritur në këtë mënyrë riskun për frakturë. Frakturat ndodhin atëherë kur mbi kockë ushtrohet një peshë e cila e tejkalon kapacitetin e kockës. Ky kapacitet është në varësi të shkallës së mineralizimit të kockës dhe arkitekturës së saj. Ndërkohë që osteoporozja përparon, si mineralizimi ashtu edhe arkitektura e brendshme degradojnë, duke rritur rrezikun që një ngarkesë të shkaktojë frakturë. Është një patologji e cila shfaqet tek pacientët në riaftësim, në formën e saj parësore dhe dytësore. Një numër i madh individësh bëhen subjekte të paaftësive fizike dhe kanë dhimbje kronike si pasojë e osteoporozës. Pjesa më e madhe e frakturave të kockave të gjata shkaktohen si pasojë e rrëzimeve dhe rrjedhimisht është kombinimi i pakësimit sasior dhe cilësor të kockës, paqëndrueshmërisë relative neuromuskulore dhe rreziqeve që ndodhen në mjedisin e jetesës.

TABELA 3.1 . Klasifikimi i osteoporozës.

A. Osteoporozja parësore me etiologji baze të panjohur dhe e shoqëruar me sëmundje.

1. Osteoporozja në menopauzë: tek gratë e moshuara
2. Osteoporozja senile: tek meshkujt e moshuar.

B. Osteoporozja dytësore: është dytësore si pasojë e çrregullimeve/sëmundjeve të fituara ose të trashëguara, ose aberracioneve fiziologjike.

1. Hiperparatiroidizmi
2. Sëmundja Cushing
3. Mieloma Multiple
4. Hipertirodizmi
5. Malabsorbimi
6. Deficiti i vitaminës D
7. Gjendjet të cilat shoqërohen me mungesë të aktivitetit.
 - a. Imobilizimi
 - b. Qëndrimi në shtrat për një kohë të gjatë
8. Alkoolizimi
9. Artrit rheumatoid⁴

⁴ Francis J. Bonner, Charles H. Chesnut III, Robert Lindsay, "Mjekësia fizike dhe riaftësimi" Vëllimi I, Cap. IV Osteoporozja. Faqe 699-700

3.2.Epidemiologjia

Osteoporozja është një problem i shëndetit publik, duke prekur një numër prej 75 milion individësh duke përfshirë një në tri femra të cilat janë në menopauzë, pjesa më e madhe e të cilave janë të moshuara, gjithashtu, preken edhe meshkujt. Osteoporozja është përgjegjëse për rreth shtatëdhjetë për qind të frakturave, të cilat ndodhin tek personat e moshës mbi 45 vjeq. Një e treta e grave mbi 65 vjeq do të pësojë një frakturë të vertebrës. Tek femrat, të cilat kalojnë në menopauzë, risku i frakturave të këllkut është 17% për të bardhat, 12% për hispaniket dhe 8% për zezaket. Tek meshkujt, është një problem i rëndësishëm klinik dhe i shëndetit publik. Rritja e vdekshmërisë pas frakturave të këllkut, në fakt është më e lartë tek meshkujt sesa tek femrat. Pas moshës 75 vjeqare, osteoporozja prek në mënyrë të barabartë gjysmën e popullatës së femrave dhe të meshkujve.

3.3. Etiologjia dhe faktorët e riskut

Humbja e madhe e masës kockore që ndodh me plakjen, i detyrohet një balance negative të aktivitetit osteoblastik dhe ndaj atij osteoklasik. Patogjeneza e humbjes së kockës dhe osteoporozës është komplekse dhe përfshin predispozita gjenetike dhe ndryshime në sistemin hormonal, përfshirë këtu edhe ndikimin e mjedisit. Te shumica e pacientëve manifestohen dy mekanizma patogjenetikë në zhvillimin e osteoporozës: 1) Pika relativisht e ulët e densitetit kockor rrit rrezikun e osteoporozës në moshën e shtyrë dhe shkakton humbje jo të konsiderueshme kockore, 2) Shkalla e shpejtë e humbjes kockore e paraqitur në menopauzë dhe ose në moshën e pleqërisë. Ekzistojnë dy shkaktëtarë të osteoporozës : 1) niveli normal i masës kockore i shoqëruar me humbje rapide të masës kockore, 2) niveli i ulët i masës kockore me humbje në shkallë normale të masës kockore. Shkaku kryesor i osteoporozës tek gratë është rënia e nivelit të estrogenit që shoqëron menopauzën dhe ndërprerjen e funksionit ovarial. Humbja e masës kockore tek gratë në postmenopauzë ndodh në dy faza: një fazë të përshpejtuar rastësore që zgjat për 5-10 vjet dhe karakterizohet nga një humbje sinjifikante e kockave trabekulare (rreth 3% në vit tek kockat e shpinës) dhe një faze të ngadalshme të humbjes së masës kockore, që gjithashtu fillon në menopauzë dhe bëhet dominante pas fazës së parë.

TABELA 3.2. Faktorët e riskut për fraktura në osteoporozë

1. Anamnezë personale për fraktura si pasojë e traumave shumë të lehta
2. Densitet mineral aktual, i ulët
3. Histori për fraktura tek kushërinjët e shkallës së parë
4. Mosha e vjetër
5. Seksi femër
6. Demenca
7. Rrëzimet e përsëritura
8. Aktivitet fizik i papërshtatshëm
9. Shëndet i dobët
10. Duhanpirësit
11. Pësia e ulët trupore
12. Deficiti i estrogenit
13. Përdorimi i kortikosteroideve
14. Deficiti i vitaminës D
15. Marrja e kalciumit në sasi të pakët gjatë jetës
16. Alkoolizimi

Anomalitë qelizore

Rezultat i pamundësisë për të përcaktuar anomalitë e qelizave kockore (osteoblasteve, osteoklasteve dhe osteociteve), të cilat janë specifike për osteoporozën. Për shembull ,insuficienca e osteoblasteve (qeliza përgjegjëse për formimin e kockës) e cila është pasojë e pakësimit të numrit të tyre ose uljes së aktivitetit qelizor, shoqëron procesin e plakjes,por nuk është specifike për osteoporozën.

Anomalitë hormonale

Shumë hormone mund ndikojnë në funksionin e qelizave të kockës dhe masës kockore. Deficiti i estrogenit vazhdon të mendohet që të jetë shkaku më përgjegjës për osteoporozën e shfaqur tek gratë pas menopauzës, ndërsa tek meshkujt, si një faktor madhor konsiderohet deficiti i testosteronit. Ndërsa niveli i ulët i hormoneve të tjerë kalcitrofikë (hormoni paratiroid, vitamina D, kalcitonina ose glukokortikoidet) ka një efekt shumë modest në kockë.⁵

⁵ Francis J. Bonner, Charles H. Chesnut III, "Mjekësia fizike dhe riaftësimi" Vëllimi I, Cap. IV. Faqe 702-703

Mekanizmi specifik i veprimit të estrogjenit ka të bëjë me aftësinë e tij për të ulur shkallën e rezorbimit të kockës, duke frenuar përgjigjen e osteoklasteve (qeliza kryesore përgjegjëse për rezorbimin kockor) ndaj hormonit paratiroidien qarkullues: rrjedhimisht deficiti i estrogjeneve për çfarëdo lloj arsye do të çojë në një shtim të përgjigjes së skeletit ndaj veprimit të hormonit të paratiroides dhe rritje të shkallës së rezorbimit kockor, një rritje kalimtare të nivelit të kalciumit serik dhe në një rënie të sasisë së sekretuar të hormonit paratiroidien.

Çrregullimet indore dhe gjenetike

Çrregullimi bazë në të gjithat tipet e osteoporozës është një çrregullim në nivel indor, i sekuencës normale të rimodelimit kockor. Ndikimi i çrregullimeve gjenetike në pakësimin e masës kockore ,nuk është vërtetuar. Është përshkruar një çrregullim i një receptori të vitaminës D. Mendohet se gjene të shumta përfshihen si në arritjen e masës kockore, ashtu edhe në ripërtëritjen e mundshme kockore.

Ndikimi i duhanit në shfaqjen e osteoporozës

Mekanizmat e ndikimit të duhanit në shfaqjen e osteoporozës nuk janë akoma shumë të qarta. Ndryshimet në metabolizmin e kockave të induktuara nga duhanpirja mund të ndodhin si pasojë e ndryshimit të niveleve të hormoneve kalcitropike, ndryshimit në prodhimin, metabolizmin dhe lidhjen e estradiolit, ndryshime në metabolizmin e hormoneve adreno kortikale dhe efektit direkt në osteogjenezë, metabolizmin e kolagjenit dhe angiogjenezën e kockës .⁶

Rrëzimi dhe fraktura

Ka shumë mundësi që frakturat të vijnë si pasojë e traumave nga rrëzimi. Nga një studim rezultoi se 11% e frakturave ishin spontane. Nga këto, 25% e tyre kishin ndodhur ndërkohë që pacienti ulej ose ngrihej në këmbë dhe, 60% kishin ndodhur gjatë ecjes së thjeshtë. Këto studime mbështesin se, frakturat e pjesës proksimale së femurit mund të jenë pasojë e forcave muskulore, të cilat veprojnë mbi këllk, duke tejkaluar aftësinë mekanike të femurit për t'i rezistuar stresit të shtuar. Rëndësi të madhe në programin, i cili ka për qëllim parandalimin e rrëzimit, është edukimi i pacientit për të shmangur faktorët e riskut për rrëzim(tabela 3.3).

⁶ Lani Simpson, "Bone Health Guide",2014,Cap.V.Page 700-701

TABELA 3.3. Faktorët madhorë të riskut për rrëzim

Ambienti i jetesës

- Ndriqimi i pamjaftueshëm
- Pengesat mbi sipërfaqe gjatë ecjes
- Mungesa e pajisjeve mbështetëse në banjë
- Dyshemeja e lagur e kuzhinës dhe e banjës
- Këpucë,të cilat nuk përshtaten mirë me këmbën

Mjekësore

- Shikimi i dobët
- Hipotensioni ortostatik
- Çrregullime të aftësive për t’u zhvendosur dhe për të lëvizur
- Medikamentet
- Depresioni
- Ankthi

Neuromuskulore

- Ekuilibr i dobët
- Muskuj të dobët

Demografik

- Mosha e madhe
- Gjinia femërore
- Rrëzim i mëparshëm

3.4.Pasqyra Klinike,Simptomat

Kjo sëmundje paraqet problem social dhe shëndetësor në të gjithë rruzullin tokësor në shtetet e zhvilluara, por edhe në shtetet në zhvillim (Kosovë). Është e rëndësishme për shkak të kostos së lartë të shpenzimeve të mjekimit dhe prevalencës së lartë të thyerjeve, të lidhura me lëndimet për shkak të dobësisimit të reflekseve, pengesave në të pamurit, koordinimit të dobët të lëvizjeve dhe sëmundjeve neurologjike.

Osteoporoza është një sëmundje e fshehtë, nuk jep shenja për një kohë të shkurtër apo afatgjatë ,3-4 vjet pas menopauzës 30 % e kockës humbet. Nëse është krijuar osteoporoza vihet re kërrusje dhe dhimbje të belit dhe shpinës. Sidomos kockat e vertebrës janë shumë delikate edhe kockat e kyçit të dorës ndikohen. Tek tipi i dytë vihen re më shumë dhimbjet e kockave.⁷

⁷ Sylejman Rexhepi, “Reumatologjia”Shtëpia Botuese Twins,2006.Faqe 197

Me rritjen e moshës rritet mundësia e thyerjes së kockave të legenit. Këto lloj thyerjesh janë tepër të rrezikshme për jetën apo për ta bërë të sëmurin të mos lëviz nga shtrati.

Fillimisht shenjat e osteoporozës janë: pakësim i masës kockore, zvogëlim i gjatësisë së kockës, dëmtime të lokalizuara, shtypje në nivelin e vertebrave, sidomos atyre të mesit, dëmtime të kyçit të dorës, qafës së femurit ose edhe në vende të tjera kur gruaja pëson një traumë. Osteoporoza shkakton dhimbje vetëm në rastet e thyerjeve dhe të dëmtimit të vertebrave.

Kush rrezikohet më shumë?

- Gratë
- Ato që janë të dobëta
- Ato që i kanë flokët apo lëkurën ngjyrë të hapur.
- Ato që hyjnë herët në menopauzë.
- Ato që kanë pak lëvizje.
- Ato që përdorin alkool dhe cigare.
- Ato që përdorin pak qumësht apo produktet e tij.
- Ato që përdorin kortizon.
- Ato që i kanë të dëmtuara funksionin e veshkave.
- Ato që kanë bërë shumë lindje
- Ato që kanë tek të afërmit e tyre një problem të tillë.

Në fazat e vonshme të sëmundjes, simptomat kryesore janë këto:

- *Dhimbjet të kockave*
- *Frakturat me traumë të vogël ose pa traumë fare*
- *Dhimbjet e mesit apo të qafës si pasojë e frakturave të shtyllës kurrizore*
- *Deformime të posturës, kifoza ose “gungacët”⁸*

⁸ Sylejman Rexhepi, “Reumatologjia” Shtëpia Botuese Twins, 2006. Faqe 198

3.5. Diagnostifikimi

Treguesi i parë klinik i osteoporoses si parësore ashtu edhe asaj dytësore, zakonisht është një frakturë. Gjatë diagnostifikimit të osteoporozës shërbehemi me dy metoda diagnostike të rëndësishme : a) përmes metodës instrumentale, për matjen me precizitet të lartë të densitetit dhe b) përmes markerëve, për formim dhe resorbim kockor, biokimik në urinë dhe serum, që mundësojnë monitorimin e shpejtë dhe frekuent të shkallës së ndryshimeve kockore.

Diagnoza e qartë e osteoporozës, zakonisht vendoset kur pacienti pëson një frakturë traumatike, në prani të masës së ulët kockore (në mënyrë tipike të kolonës vertebrore, femurit dhe ose pjesës distale të ulnës ose radiusit). Kjo ka mjaft vlerë nga pikëpamja e menaxhimit të pacientit, si për vlerësimin e pacientit në risk përpara se të ndodhë një tjetër frakturë ashtu edhe në përcaktimin e shkaqeve të frakturës tek një pacient, i cili tashmë ka pësuar frakturë. Procedurat diagnostike, zakonisht skanimit i kockës me radionukleide, mund të përdoren për të vlerësuar dhimbjen komplekse të pacientëve .

-Vlerësimi sasior i masës kockore

Disa parametra klinike, të tillë si fuqia e muskujve paraspinalë tek gratë në menopauzë dhe forca për të shtrënguar dorën tek meshkujt dhe femrat të cilat janë para periudhës së menopauzës, kanë një raport pozitiv me masën kockore. Gjatë 25 dhe 30 viteve të fundit janë zhvilluar metoda të shumta joinvazive për të vlerësuar masën kockore nga ana sasiore (densitetin kockor), duke përfshirë absorbometrinë me një dhe dy fotone, tomografinë e kompjuterizuar të kuantifikuar dhe procedurën klinike me dobinë me të madhe klinike (DEXA) Dual-energjisë X-ray absorptiometry. Këto teknika zakonisht vlerësojnë nga ana sasiore masën kockore të kolonës vertebrore, kyçit të dorës dhe këllkut, të cilat janë zona ku frakturat ndodhin më shpesh. Nëqoftëse përdoren në mënyrë të saktë, teknikat joinvazive kanë një rol të rëndësishëm në vlerësimin klinik të pacientit osteoporik.⁹

⁹ Adam Greenspan, "Imazheria ortopedike", Tarberankul 2013, Cap. Çrregullimet metabolike dhe edokrine, Faqe 823-828

Gjendjet klinike në të cilat mund të përdoren janë si më poshtë:

1. Tek pacientët përpara menopauzës ose në menopauzë, me qëllim përcaktimin e riskut për të pasuar frakturë, kur më anë të anamnezës zbulohet prania e faktorëve të riskut: Mungesa e estrogenit, anemorreja e shkaktuar nga ushtrimet fizike, anoreksia nervoze, deficitet e kalciumit, malabsorbimi, pakësimi i aktivitetit fizik, plakja, duhapirja.
2. Për depozitimin e humbjeve të konsidueshme të masës kockore.
3. Për të vlerësuar përgjigjen ndaj trajtimit.
4. Për qëllime kërkimore, si në rastin e studimeve epidemiologjike dhe studimet mbi terapinë klinike.
5. Tek meshkujt me deficit të testosteronit.¹⁰

Shënjesit Kockorë :Treguesit serikë dhe urinarë të rezorbimit dhe formimit të kockës janë ende duke u studiuar, si metoda jo të kushtueshme, si për të parashikuar riskun e frakturave, ashtu edhe për të monitoruar terapinë. Përbërësit e rimodelimit kockor, rezorbimit kockor dhe formimit të kockës, mund të vlerësohen si me anë të treguesve brinarë, të tillë si piridinalina/deokspiridinalina ashtu edhe me anë të treguesve serikë, të tillë si osteokalcina dhe fosfataza alkaline specifike e kockës.

Në vlerësimin diagnostik të pacientit në risk të osteoporozës kryhen edhe analiza laboratorike.(tabela 3.4)

TABELA 3.4. Ekzaminimet laboratorike për diagnostifikimin e osteoporozës	
Minimale	Maksimale
Kalciumi serik	Kalcium i jonizuar
Fosfor serik	iPTH
Fosfataza alkaline (totale)	25-OH-vitaminë D
	Elektroforeza e proteinave
	Provat e funksionit të tiroides
	Ekzaminimet e SMA-12(elektrolitet renale,funksioni i heparit)
	Analizë e plotë e qelizave të gjakut
	Treguesit urinarë dhe serikë të rezorbimit dhe formimit të kockës
	Biopsi e kreshtës së kockës iliake me tetraciklinë ¹¹

¹¹ Kenneth L. Bontrager, John P. Lampignano, "Pozicionimi radiografik dhe i anatomisë përkatëse" Tabernakul 2013

3.6.Mjekimi dhe trajtimi farmakologjik

Me anë të trajtimit të osteoporozës synohet ruajtja dhe përmirësimi i masës kockore në zona të veqanta. Masa kockore është përcaktues kryesor për ndodhjen e frakturavë. Përmirësimi dhe ruajtja e masës kockore shoqërohet me një pakësim të riskut që pacienti të pësojë frakturë. Pacienti duhet këshilluar për ndryshimin e sjelljeve, të cilat kanë të bëjnë me një stil të keq jetese dhe çojnë në pakësimin e masës kockore, duke përfshirë duhanpirjen, marrja me sasi të mëdha, mos kryerjen e ushtrimeve fizike. Për të kuptuar logjikën e përdorimit të medikamenteve të ndryshme terapeutike, të cilat ruajnë dhe përmirësojnë densitetin e masës kockore ose masën kockore, janë të nevojshme disa njohuri në lidhje me procesin e rimodelimit të kockës.

Janë të disponueshme një numër i madh medikamentesh për qëllime terapeutike, të cilat pakësojnë ritmin e rezorbimit të kockës dhe janë të miratuar nga Administrata e SH.B.A për medikamentet dhe ushqim. Gjithashtu ka një numër medikamentesh, të cilat nxisin formimin e kockës.

Rimodelimi i kockës

Skeleti është një organ metabolikisht aktiv që i nënshtrohet rimodelimit të vazhdueshëm përgjatë gjithë jetës, nëpërmjet procesit të resorbimit dhe formimit të kockës. Rimodelimi është procesi i turn-overit të kockës si rezultat i aktivitetit të qelizave në sipërfaqe të kockës. Gati 10% e skeletit të adultëve tek njeriu rimodelohet çdo vit. Rimodelimi lejon vertebrorët të rinovojnë kockat dhe është i nevojshëm për të ruajtur integritetin strukturor të skeletit dhe për të përmbushur funksionin metabolik. Rimodelimi lejon kockën të përshtatet ndaj ndryshimeve në shpërndarjen e forcave mekanike dhe të riparojë mikrodëmtimet. Për më tepër rimodelimi nevojitet për mobilizimin e kalçiumit dhe komponentëve të tjerë të matriksit të kockës, si dhe për inkorporimin e tyre në kockë kur është e nevojshme.

Ngjarja fillestare në rimodelimin e kockës me anë të procesit normal të ripërtëritjes kryhet me ndërmjetësimin e osteoklasteve dhe ndodh procesi i rezorbimit të kockës. Kjo ngjarje në mënyre tipike, pasohet brenda 40 deri në 60 ditëve me një shtim të formimit të masës kockore dhe ndërmjetësimin e osteoblasteve. Tek skeleti normal i adultëve, formimi i kockës ndodh vetëm pasi ka ndodhur resorbimi.¹²

¹² Francis J. Bonner, Charles H. Chesnut III, "Mjekësia fizike dhe riaftësimi" Vëllimi I, Cap. IV. Faqe 706

Ngjarjet që ndodhin gjatë rimodelimit janë (aktivizim-resorbim-formim ARF) dhe realizohen nga një grup qelizash që formojnë njësitë bazë multiqelizore (BMU). Një cikël rimodelimi fillon me formimin e njësive të reja në një sipërfaqe inaktive të kockës. Qelizat në atë sipërfaqe shkatërrohen dhe zëvendësohen nga osteoklaste që ndërtojnë një zonë të resorbuar në sipërfaqen e kockës brenda një intervali dy javor. Cikli komplet i rimodelimit zgjat afërsisht 3 muaj tek njeriu

Shtesat në dietë

Kalciumi

Kalciumi është shumë i rëndësishëm për parandalimin dhe trajtimin e osteoporozës.

Akademia kombëtare e shkencës rekomandon marrjen e një sasive kalciumi prej 1,200 mg/ditë, si për burrat, ashtu edhe për gratë mbi 50 vjeç. Kalciumi është i sigurt për t'u përdorur, relativisht i pakushtueshëm dhe i thjeshtë. Qumështi dhe produktet e tjera të bulmetit janë burime të rëndësishme të kalciumit, si dhe marrja e kalciumit shtesë. Megjithëse marrja e sasisë së 1% e burrave dhe e grave më shumë se 70 vjeç arrijnë që t'i plotësojnë nevojat e tyre ditore për kalcium me anë të dietës.

Fiziatri duhet të ketë gjithmonë në konsideratë se, në rastet e imobilitetit të pacientit, si pasojë e hemiplagjisë dhe paraplegjisë, marrja e tepërt e kalciumit mund të çojë në rritje të nivelit të kalciumit. Në këtë rast, pacienti ka predispozitë për të formuar gurë në veshka. Në përgjithësi, ekstretimi urinar i kalciumit mbi 250mg/ditë është i pranueshëm tek individët, të cilët nuk kanë histori të mëparshme për gurë në veshka.

Vitamina D

Akademia kombëtare e shkencës rekomandon një marrje ditore të vitaminës D prej 400 UI për meshkujt dhe femrat midis moshës 51 dhe 70 vjeçare, ndërsa tek meshkujt dhe femrat mbi 70 vjeç, rekomandohet marrja e 600 UI vitaminë D. Efikasiteti i formave aktive të vitaminës D, të tilla si kalcitrioli është ende i pavërtetuar. Roli i këtyre medikamenteve është shtimi i përthithjes së kalciumit në zorrë. Shumë nga pacientet e moshuar, të cilët janë të shtruar në spital ose në shtëpi, kanë deficit të vitaminës D dhe përdorimi i saj ka më shumë përfitime.¹³

¹³ Francis J. Bonner, Charles H. Chesnut III, "Mjekësia fizike dhe riaftësimi" Vëllimi I, Cap. IV. Faqe 707

Proteinat

Bashkë me marrjen e shtesës të kalciumit dhe vitaminës D, marrja e proteinave shtesë ka dhënë rezultate të mira tek pacientët, të cilët kanë pësuar fraktura të këllkut. Në një studim të kryer nga Schurch e të tjerët, pacientëve të moshuar, me anë të dietës iu dha një shtesë proteinash prej 20g/dite për 6 muaj pas frakturave të këllkut. Tek këta pacientë u arrit të evitohet humbja e shpejtë e masës kockore, që ndodh zakonisht në anën e kundërt të këllkut, gjatë një viti. Rekomandimet për proteina është 44g/ditë për femrat dhe 56g/ditë për meshkujt.

Terapia dhe medikamentet farmakologjike

Bisfosfonatet

Bisfosfonatet alendronate (Fosamax, Merck&Co, EëstPoint, PA) dhe rizedronate (Actonel; Proctor&Gamble,Cincinnati) ndihmojnë në ruajtjen e masës kockore të kolonës vertebrore, këllkut dhe kyçit të dorës, si dhe ndihmojnë në parandalimin e frakturave në këto zona të skeletit. FDA ka miratuar përdorimin e tyre për parandalimin dhe trajtimin e osteoporozës tek meshkujt dhe femrat në menopauzë. Është spekuluar se përmirësimi i BMD, i arritur përmes trajtimit afatshkurtër, do të jetë i qendrueshëm edhe pas ndërprerjes së trajtimit. Bisfosfanatet akumulohen dhe qëndrojnë në kocka. Efektet afatgjata të këtij fenomeni janë të panjohura. Medikamenti duhet të përdoret në mëngjes, të paktën gjysmë ore para ngrënies ose përpara se të pihet diçka dhe pacienti nuk duhet të qëndrojë shtrirë, në mënyrë që të shmanget rreziku i ulqerimit të ezofagut, një efekt i cili konsiderohet si i pazakontë.(tabela 3.5)

Estrogjeni

Dhënia e estrogjenit është e rëndësishme për trajtimin e përgjithshëm të osteoporozës tek femrat. Në një studim të randomizuar me grup kontroll placebo, ku u përdoren tableta të përbëra estrogjen/progestin(0.625mg estrogjen,2.5mg progestin) ose placebo në rreth 17.000 gra në menopauzë me uterus të paprekur, u ndal herët,pasi u pa se përdorimi i tyre kishte efekt të dëmshëm, duke ndikuar në rritjen e incidencës së shfaqjes së kancerit të gjirit, insulltit, trombozës së venave, sëmundjes koronare të zemrës dhe embolia pulmonare.¹⁴

¹⁴ Francis J. Bonner,Charles H.Chesnut III, “Mjekësia fizike dhe riaftësimi”Vëllimi I,Cap.IV.Faqe 707

Sidoqoftë, duhet theksuar se ky studim u raportua nga Iniciativa për shëndetin e grave, si i pari i cili nxori të dhëna përfundimtare mbi përfitimet e përdorimit të hormoneve në menopauzë dhe parandalimin e frakturave të këllkut dhe pjesëve të tjera të skeletit.

Kalcitonina

Studimet e kryera mbi efektet e kalcitoninës kanë treguar se ajo ka aftësi për të ruajtur masën kockore dhe ka shumë mundësi të parandalojë edhe frakturat. Aktualisht, ky medikament mund të administrohet në formën e injeksioneve ose si spraj nazal. Një nga përfitimet e përdorimit të saj është se ajo lehtëson dhimbjen, mendohet me anë të nxitjes së prodhimit të β -endrofinave, në rastin e frakturave të kolonës vertebrore. Kalcitonina ka pak efekte anësore të rëndësishme.

Raloksifeni

Përdorimi i raloksifenit shkakton një rritje të lehtë të masës së kockës dhe një pakësim të riskut për të pësuar frakturë të vertebrave me 40% deri në 50%.

Gjithashtu, duket se përdorimi i saj pakëson riskun për shfaqjen e kancerit të gjirit estrogen vartës, por rrit riskun për trombozë të venave. FDA ka aprovuar përdorimin e saj për trajtimin dhe parandalimin e osteoporozës tek femrat në menopauzë, por jo për trajtimin e simptomave të menopauzës.

Hormoni paratiroid

Hormoni paratiroid ose fragmentet molekulare të paprekura të molekulës peptidike, mund të jenë të vlefshme në trajtimin e osteoporozës ku përdoren në mënyrë paraenterale.

Një përdorim i tillë bazohet në një efekt të supozuar metabolik të hormonit të paratiroides kur administrohet si fragment, gjithashtu përdorimi i tij ka vlerë edhe kur osteoporoza është shfaqur, pasi ai nxit formimin e kockës. FDA më 2002 miratoi përdorimin e hormonit paratiroid për trajtimin e osteoporozës.¹⁵

¹⁵ Francis J. Bonner, Charles H. Chesnut III, "Mjekësia fizike dhe riaftësimi" Vëllimi I, Cap. IV. Faqe 707-708

TABELA 3.5. Terapitë e disponueshme për trajtimin e osteoporozës	
Kalciumi	1.200-2.000mg/ditë
Multivitamina me D2 ose D3	400-800 UI/ditë
Estrogjen	0.625mg/ditë në mënyrë ciklike për 21/30 ditë me ose pa progesteron
Kalcitonin	200 MRC unite/dita spraj nazal (Miacalcin)
Modulatorët selektivë të receptorëve të estrogjenit	(raloksifen 60mg/ditë;Evista)
Bisfosfonatet	(alendronate 5-10 mg/ditë;Fosamax)

3.7.Vlerësimi i pacientit për riaftësim

Menaxhimi riaftësues i pacientit me osteoporozë varet si nga vlerësimi i kujdesshëm i humbjes së masës kockore, ashtu edhe nga përcaktimi i shëndetit të dobët dhe i prirjes së pacientit për t'u rrëzuar. Osteoporozja është një sëmundje e cila përparon vazhdimisht, që nga dëmtimet minimale të skeletit për t'i rezistuar stresit, e deri në një gjendje e cila karakterizohet nga brishtësi e kockave, deformim, dhimbje kronike dhe invalidizim.

Rrjedhimisht, pacientët mund të paraqiten tek mjeku me një spektër të gjerë ankesash, të cilat kanë nevojë për nivele të ndryshme ekzaminime dhe ndërhyrje. Pacientët mund të kategorizohen në katër grupe, të cilat variojnë që nga ata të cilët kanë nevojë vetëm për një program parandalues, e deri tek ata të cilët kanë nevojë vetëm për një program të hollësishëm ndërhyrjeje. Individët të cilët paraqiten me pakësim të masës kockore, por që nuk kanë faktorë risku, kanë nevojë të edukohen për parandalimin e osteoporozës, duke i kushtuar rëndësi shmangies së faktorëve të riskut dhe ruajtjes së masës kockore. Të tjerët paraqiten me një pakësim të masës kockore dhe kanë nevojë për një vlerësim diagnostik.

Këtyre pacientëve, të cilët më shpesh janë femra që sapo kanë hyrë në menopauzë, i duhet marrë një anamnezë e hollësishme, për të përcaktuar numrin e faktorëve të riskut , dhe për të përjashtuar praninë e problemve mjekësore të cilat çojnë në shfaqjen e osteoporozës dytësore. Gjatë ekzaminimit fizik duhet përqendruar vëmendjen në zbulimin e shenjave dhe ekzaminimit laboratorik. Tek pacientët ku janë të pranishëm faktorët e riskut, indikohet matja joinvazive e masës kockore. Nëse matja tregon se kemi pakësim të masës kockore, mund të jetë i nevojshëm përdorimi i një terapie profilaktike më agresive.¹⁶

¹⁶ Francis J. Bonner, Charles H. Chesnut III, "Mjekësia fizike dhe riaftësimi" Vëllimi I, Cap.IV. Faqe 708-709

Vlerësimi i pacientëve me masë të ulët kockore dhe me fraktura është më komplekse. Në mënyrë tipike, këta pacientë janë femra në moshë 50 deri 60 vjeçare.

Anamneza është një pjesë e rëndësishme e vlerësimit, duhet ekzaminuar për probleme të zorrës dhe vezikës urinare. I kushtohet vëmendje marrjes së kalciumit, ushtrimeve fizike, menopauzës dhe të gjitha medikamenteve të përdorura së fundmi. Një ekzaminim fizik i përgjithshëm duhet të përfshijshë dokumentimin e gjatësisë dhe peshës trupore, pozicionin, qëndrimin, ecjen dhe ekuilibrin. Duhet bërë ekzaminime imazherike të zonave simptomatike të skeletit, për të identifikuar praninë dhe shkallën e deformimit. Matja e masës kockore ka vlerë për të përcaktuar objektivat dhe intensitetin e programit ushtrimor terapeutik.

Aspektet psikosociale

Është vënë re se problemet psikologjike kanë një ndikim të madh në paaftësinë e pacientëve me osteoporozë, pasi ata pësojnë një frakturë. Gjithashtu ankthi, frika dhe gjendjet e tjera emocionale kanë ndikim në rezultatet e arritura në trajtimin e frakturës. Gjatë një studimi të kryer nga Dudgeon dhe të tjerët, u bënë kërkime për të përcaktuar mënyrën se si paaftësia fizike dhe dhimbja kronike shkaktonin ndryshime të stilit të jetesës. Nëntë pacientë, të cilët kishin dëmtime të palcës kurrizore, paralizë cerebrale dhe amputim të anësive, përkrauan metoda të ngjajshme për trajtimin e dhimbjes, ku përfshiheshin teknikat e shpërqendrimit (dëgjimi i muzikës) ,praktikat e ‘kundërvënies së mendjes ndaj trupit’, ekzistenca e një rrjeti mbështetës, përdorimi i menjëhershëm i medikamenteve dhe dhënia e përparësive të aktiviteteve të veçanta gjatë episodeve akute të dhimbjes.¹⁷

¹⁷ Argjend Tafaj “Reumatologjia” Tiranë 2004, Faqe 130.

Ushtrimet

Ushtrimet terapeutike janë një element i rëndësishëm i programit të riaftësimin për pacientët me osteoporozë dhe duhen përshtatur sipas aftësisë fizike të pacientit, si dhe riskut që ka për të pësuar frakturë. Pacientët mund të klasifikohen në bazë të shkallës së dëmtimit, me ose pa aftësi. Efektet përfituese të ushtrimeve shihen në pakësimin e humbjes së masës kockës, si dhe në rritjen e forcës dhe ruajtjen e ekuilibrit, me qëllim parandalimin e rrëzimeve dhe shmangien e frakturave. Sipas rezultateve të publikuara të studimeve të fundit, me anë të kryerjes së ushtrimeve fizike me intensitet të moderuar një ose dy herë në javë, mund të arrihen rezultate të mira neuromuskulore.

Kur rekomandohen ushtrimet fizike terapeutike duhen marrë në konsideratë pesë parimet e mëposhtme:

1.Parimi i specificitetit: Ushtrimet fizike duhet të tensionojnë sistemin fiziologjik specifik, i cili do të stërvitet. Tek pacientët me masë të ulët të kockës, aktiviteti fizik duhet të ushtrojë stres mbi ato pjesë të skeletit, të cilat janë më të prirura për të pësuar frakturë. Pacientët, të cilët kanë një masë shumë të ulët të kockës dhe kanë pësuar fraktura të shumta, kanë nevojë për mbrojtje të skeletit, ndërkohë që rifitojnë forcën fizike, përmirësojnë ekuilibrin dhe fleksibilitetin. Tek ky grup pacientësh duhen shmangur ato aktivitet, të cilat shkaktojnë fleksion të kolonës vertebrore. Efektet e ushtrimeve janë specifike për zona të veçanta të skeletit dhe vijnë si pasojë e ushtrimeve progresive me ngarkesë fizike. Kërcimi në formë zigzage është një ushtrim më i mirë për përforcimin e tibiës, sesa ecja ose ecja e shpejtë.

Qëndrimi pasiv, duke përdorur struktura mbajtëse ose karrigeve me rrota për qëndrim, është një metodë riaftësuese, e cila përdoret tek pacientët me dëmtime të palcës së kurrizit.

2.Parimi i përparimit: Për të pasur një përmirësim të vazhdueshëm, duhet të arrihet një rritje progresive e intensitetit të ushtrimit. Ngarkesa e ushtruar duhet të jetë një përputhje me aftësinë e kockës për t'i rezistuar stresit mekanik. Përparimi i ushtrimeve të rezistencës është i rëndësishëm për shëndetin e kockës dhe përmirësimin e aftësive funksionale.¹⁸

¹⁸ Francis J. Bonner, Charles H. Chesnut III, "Mjekësia fizike dhe riaftësimi" Vëllimi I, Cap.IV. Faqe 710-711

3.Parimi i reversibilitetit: Në qoftë se programi ushtrimor ndërpritet, atëherë rezultatet e arritura do të humbasin.

4.Parimi i vlerave fillestare: Ata që në fillim kanë aftësi më të pakta se të tjerët, do të kenë edhe përfitimin më të madh nga një program i caktuar.

5.Parimi i rrallimit të rikthimeve: Sasia e përmirësimit të funksionit me anë të ushtrimeve fizike, ka një kufi biologjik. Sa më shumë t'i afrohemi këtij kufiri, aq më të mëdha duhet të jenë përpjekjet për të arritur një përmirësim sa më të vogël.

Edukimi i pacientit në lidhje me pozicionin e përshtatshëm të trupit, mekanikën e trupit, shtimin e forcës dhe kapacitetit aerob, janë përbërës të rëndësishëm të ndërhyrjes afatshkurtër. Parandalimi i rrëzimit dhe frakturave me anë të një programi të vazhdueshëm, i cili shërben për ruajtjen e një diete, force dhe kapaciteti aerob të përshtatshëm, duhet të shoqërohet me masa shtesë ,të tilla si sigurimi i një mbështetjeje të përshtatshme për kolonën vertebrore, menxhimin e dhimbjes dhe mbështetjen psikologjike kur vendosen objektiva për qëllime afatgjata.

Suporti i shpinës dhe korsetë- Shkalla, llojet e dhimbjes si pasojë e dëmtimeve të skeletit dhe paftësia fizike tek pacientët me osteoporozë, paraqesin një sfidë të ndërlikuar për sa i takon dhënies së një mbështetje mekanike të përshtatshme për kolonën vertebrore. Këto paisje mbështetëse përdoren për lehtësimin e dhimbjes, qendrueshmërinë e kolonës vertebrore, si në rastin e frakturave akute, ashtu edhe tek kujdesi afatgjatë¹⁹

¹⁹ Francis J. Bonner, Charles H. Chesnut III, "Mjekësia fizike dhe riaftësimi" Vëllimi I, Cap. IV. Faqe 711-714

IV. KUJDESI INFERMIEROR

Procesi infermieror është një procedurë që ndërtohet nga vetë i sëmurit dhe zbatohet nga infermierja dhe ekipi i kujdesit. Gjithashtu shikohet si një proces problem zgjidhës që punon sipas një përkujdesje infermiere të individualizuar. Marrja e anamnezës siguron të dhënat për sa i përket sptomave që ndihmojnë në diagnostifikim dhe mjekimin e pacientit.

Procesi i kujdesit infermieror dhe sigurimi i pacientit (të menduarit kritik) përfshin:

- Vlerësimin infermieror
- Diagnozën infermiere
- Planifikimin infermieror
- Zbatimin infermieror
- Vlerësimin e arritjes së kujdesit infermieror

4.1 Vlerësimi fillestar

Të dhënat subjektive

Emri dhe Mbiemri: M.H

Gjinia: Femër

Mosha: 58

Statusi: E martuar, dy fëmijë.

Profesioni: Mësuese

-Dhimbje të mëdha të shpinës, lodhje dhe shqetësim, vështirësi në realizimin e aktiviteteve ditore si (veshje, ulje, ecje, higjienë personale, nervozë ndaj dhimbjes, dhimbje gjatë kryrjes së aktiviteteve), rënie në peshë, pengesa në të pamurit, pagjumësi, paqëndrueshmëri.

Të dhënat objektive- Prania e frikës dhe stresit, depresioni, deformimi dhe zvogëlimi i gjatësisë kockore, paaftësia në lëvizshmëri, rënie e peshës e dukshme, shenja të dëmtimeve cirkulatore, vështirësi në lëvizje, shqetësim i shprehur dukshëm, mungesë e motivimit dhe indiferencë, Tension arterial: 120mmHg-90mmHg, Frymëmarrje të dobësuar.

Të dhënat historike

- Përdorimi në një sasi të konsiderushme të alkoolit.
- Ushqyeshmëri jo e shëndetshme.
- Konsumuese e duhanit.
- Përdorimi i medikamenteve si (Kortikosteroidet).
- Menopauza pas moshës 50 vjeçare
- Prania e dhimbjes dhe pengesa në të pamurit.
- Rrëzimet e përsëritura në punë.
- Marrja e kalciumit në sasi të pakët dhe deficit i vitaminës D dhe estrogenit.
- Anoreksi në moshën e re dhe anemike.

Diagnozat Infermierore:

1. Pakësimi i shtatlartësisë, i cili vjen si pasojë e kolapsit vertebral.
2. Rënia në peshë e cila është e zakonshme dhe reflekton efektet katabolike të citoksinave dhe një anoreksi shoqëruese.
3. Lodhja është një ndjenjë e papërcaktuar e mungesës së shëndetit të mirë që ndodh shpesh në fillim të sëmundjes, dhe vërtet si pasojë e dhimbjes.
4. Mungese njohuri për vetkujdes.
5. Muskulaturë e dobët për arsye të pakësimit të aktiviteteve fizike.
6. Malabsorbimi (deficiti i kalciumit, vitaminës D, proteinave).
7. Dhimbja akute dhe kronike e shpinës, e cila mund të vijë si pasojë e një frakturë nga shtypja.
8. Kordinimi të dobët të lëvizjeve .

Planifikimi Infermieror dhe ndërhyrjet infermierore

1. Shpjegimi i trajtimeve, testet që do i bëhen dhe procedurat pacientës, dhe kujdesi për pacientën dhe familjen e saj.
2. Tregoni pacientës për të raportuar dhimbje menjëherë, sidomos pas traumave.
3. Sjellje dhe bashkëpunim sa më të mirë me pacienten në mënyrë që të mos e ndiej veten të frikësuar.
4. Matja e shenjave vitale dhe marrja e gjakut dhe urinës për analiza laboratorike.
5. Përgaditja psiqike e pacientit për ekzaminime radiologjike.
6. Kujdesi për ushqimin dhe higjienën e pacientës.
7. Parandalimin e komplikacioneve.
8. Dhënia e rregullt e terapisë.
9. Kujdesi për imobilizimin dhe vendosja ne dhomë (sigurimi i komfortit).
10. Menagjimi i dhimbjes (duke përfshirë pushimin, pajisjet mbështetëse dhe agjentët fizike).

Sigurimi i komfortit dhe parandalimin e komplikacioneve

Qëllimi i një pozicionimi të mirë tek këta pacientë është i lidhur pikërisht me faktin për të arritur një komfort të pacientit dhe për të ndalur komplikacionet e mëtejshme.

Pozicionimi i pacientit duhet të kryhet me shumë kujdes sipas udhëzimeve të mëposhtme:

- Shmangim vendosjen e peshave, apo ushtrimit të forces.
- Shmangni ndryshimet e pozicioneve të pacientit.
- Shmangni efektet e padëshiruara gjatë trajtimit te fractures.
- Shmangni lëvizjen e tepërt të pacientit.
- Sigurojini pacientit një shtrat të përshtatshëm ortopedik, mundësisht të pajisur me një dorëze mbajtëse që të mund ta ndihmojë pacientin për të lëvizur, si dhe një tavolinë portative për të ndihmuar në vet ushqyerje.

Kujdesi për ushqim

- Inkuarjimi i pacientës që të ushqehet sipas vakteve rregullisht.
- Të i japim pacientës një kohë të mjaftueshme për vaktin e ngrënies.
- Kujdesi që pacientia të marrë të gjitha përmbatjet e duhura gjatë ditës, si dhe inkurajojeni që të rrisë marrjen e kalciumit, proteinave dhe vitaminës D.
- Pozicionimi i pacientës në një pozicion sa më përshtatës gjatë ngrënies.

Rezultatet kryesore të kujdesit

1. Pacienta do të përjetojë rritje rehatia dhe dhimbje më të pakëta.
2. Pacientia shpreh ndjenjat pozitive për veten e saj.
3. Pacienta do të kryejë aktivitetet e përditshme të jetesës brenda kufijve normale.
4. Pacienta ushqehet në mënyrë të mjaftueshme të ushqimit të shëndetshëm.
5. Pacientia iu nënshtrohet ushtrimeve dhe ndihet më e qetë.
6. Pacientia ndihet më e shëndetshëm me ndaljen e duhanpirjes.

V.QËLLIMI I PUNIMIT DHE OBJEKTIVAT

Qëllimi i punimit është hulumtimi i rasteve me osteoporozë, sëmundje e cila është më e shpeshtë tek të moshuarit dhe tek gjinia femërore, si pasojë e menopauzës dhe frakturave që vije nga pakësimi apo dobësimi i masës kockore, kjo bazuar nga literatura dhe nga numri i përgjithshëm i pacientëve të trajtuar dhe diagnostifikuar në repartin e Ortopedise te Spitalit regional “Isa Grezda” Gjakovë gjatë periudhës Janar-Tetor të vitit 2016 .

Objektivat

Objektivat speicifike të hulumtimit janë:

- ❖ Studimi i të dhënave të pacientëve me osteoporozë sipas strukturës gjinore
- ❖ Studimi i të dhënave të pacientëve me osteoporozë sipas strukturës moshore
- ❖ Studimi i të dhënave të pacientëve me osteoporozë sipas muajve të vitit
- ❖ Studimi i të dhënave të pacientëve me fraktura sipas moshës

VI.METODOLOGJIA DHE MATERIALET

Studimi analizon të dhënat e pacientëve të trajtuar në repartin e Ortopedisë në Spitalin Rajonal “Isa Grezda” në Gjakovë të periudhës Janar-Tetor 2016.

Të dhënat janë siguruar nga statistika e metodologjisë spitalore të lejuara nga drejtori i Spitalit Rajonal “Isa Grezda” në Gjakovë.

Gjatë periudhës Janar-Tetor 2016 janë trajtuar 134 pacientë.

Për hulumtim kemi shfrytëzuar këto të dhëna:

1. Moshë e pacientëve
2. Gjinia e pacientëve
3. Lokalizimi i frakturave
4. Aktiviteti fizik
5. Të dhënat janë analizuar me programin Microsoft Office Exel 2007 dhe janë paraqitur përmes tabelave dhe grafikoneve.

Qëllimi i përdorimit të këtyre bazave të të dhënave është studimi i pacientëve me sëmundjen e osteoporozës.

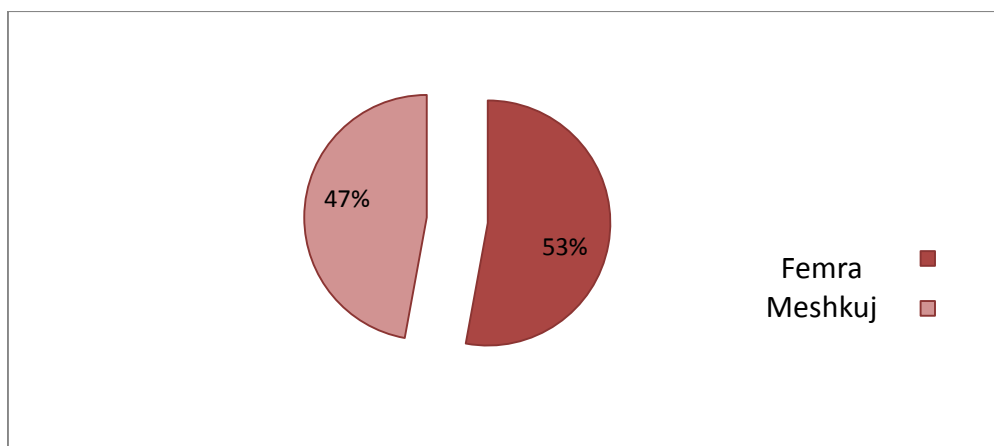
VII.REZULTATET

Numri i rasteve me osteoporozë në periudhën Janar-Tetor 2016 të diagnostifikuar në repartin e Ortopedisë në Spitalin Rajonal “Isa Grezda”. Gjithsej janë diagnostifikuar 53 raste, ndër ta 25 raste të gjinisë mashkullore dhe 28 raste të gjinisë femërore.

Tabela.4.1. Numri dhe përqindja e pacientëve me osteoporozë gjatë periudhës Janar-Tetor 2016 sipas gjinisë.

Gjinia	Numri	Përqindja
Femra	28	52.85%
Meshkuj	25	47.1%
Gjithsej	53	100%

Grafikoni.4.1.Numri i rasteve me osteoporozë sipas gjinisë në repartin e Ortopedisë.

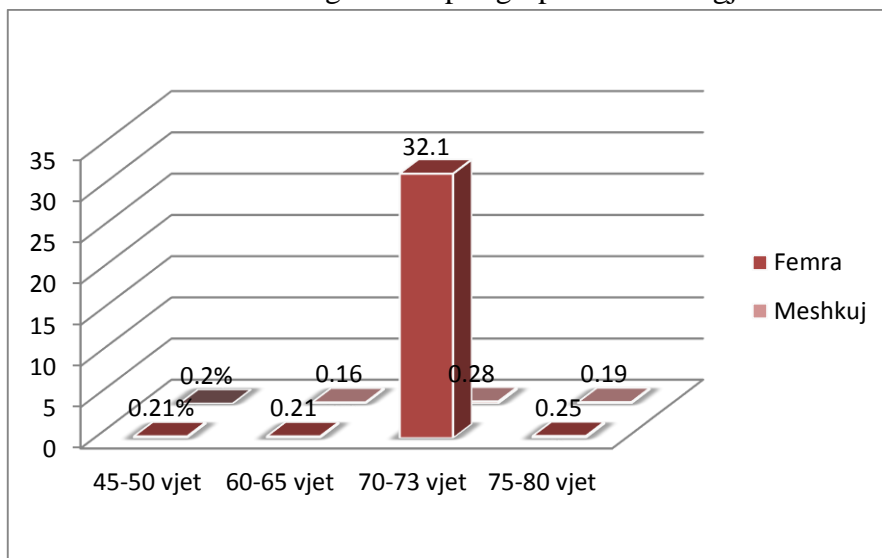


- Në tabelën dhe grafikonin 1. Vërejmë se gjatë periudhës Janar-Tetor që janë trajtuar për osteoporozës , 52,85% i takojnë gjinisë femërore dhe 47.1% i takojnë gjinisë mashkullore.

Tabela.4.2. Numri dhe përqindja e rasteve me osteoporozë sipas grupmoshave dhe gjinisë.

GJINIA						
MOSHA	MESHKUJ		FEMRA		GJITHSEJ	
	Nr	%	Nr	%	Nr	%
45-50 vjet	5	0.2%	6	0.21%	11	20.7%
60-65 vjet	4	0.16%	6	0.21%	10	18.8%
70-73 vjet	7	0.28%	9	32.1%	16	30.1%
75-80 vjet	9	0.36%	7	0.25%	16	30.1%
GJITHSEJ	25	100.00%	28	100.00%	53	100.00%

Grafikoni.4.2. Të dhënat grafike sipas grupmoshës dhe gjinisë .



- Nga tabela e dhënë dhe grafiku vërejmë se numri më i lartë i rasteve të të dy gjinitë është grupmosha 70-73 vjeç dhe 75-80 vjeç, me 30.1%. Rastet më numër dhe përqindje më të lartë vërehet tek gjinia femërore. Një numër i madh individësh bëhen subjekte të paaftësive fizike dhe kanë dhimbje kronike si pasojë e osteoporozës në moshat më të mëdha.

- Pjesa më madhe shkaktohen si pasojë e rrëzimeve dhe rrjedhimisht është kombinimi i pakësimit sasior dhe cilësor të kockës në moshat 65-75vjeç, paqëndrueshmërisë relative neuromuskulore dhe rreziqeve që ndodhen në mjedisin e jetesës. Tek femrat është numri më i madh, si rezultat i menopauzës.

Tabela.4.3. Numri i rasteve me osteoporozë, sipas muajve, në periudhën Janar-Tetor 2016.

Muaji	Femra	Meshkuj	Gjithsej	%
Janar	4	4	8	15.09%
Shkurt	2	3	5	9.43%
Mars	3	2	5	9.43%
Prill	3	2	5	9.43%
Maj	3	1	4	7.54%
Qeshor	1	2	3	5.66%
Korrik	3	3	6	11.32%
Gusht	3	2	5	9.43%
Shtator	2	2	4	7.54%
Tetor	4	4	8	15.09%
Gjithsej	28	25	53	100%

- Në tabelën.3. Numri i rasteve të pacientëve me osteoporozë gjatë periudhës Janar-Tetor të vitit 2016, numri më madh tek dy moshat e vërejme gjatë muajit janar dhe tetor si pasojë e dobësisë së kockës dhe stinës së dimrit dhe rrëzimeve që dërgojnë deri në fraktura.

Tabela.4.4. Rezultatet dhe përqindja nga aktivitetet fizike të pacientëve.

	Nr	%
Aktiviteti fizik		
Ecje më shumë se 30 minuta në ditë	20	71.4%
Ecje më pak se 30 minuta në ditë	8	28.5%
Ekspozimi në diell		
Më shumë se 30 minuta	15	53.5%
Më pak se 30 minuta	13	46.4%
Histori familjare me fraktura		
Po	14	0.5%
Jo	14	0.5%
Thyerje		
Po	16	57.1%
Jo	12	42.8%
Konsumojnë alkool		
Po	13	46.4%
Jo	15	53.5%
Kur ka filluar menopauza		
40-50vjeç	14	0.5%
>50vjeç	14	0.5%
Pirja e duhanit		
Nuk pinë duhan	5	17.8%
Pinë 1-10 cigare në ditë	6	21.4%
11-20 cigare nëditë	7	0.25%
Mbi 20 cigare në ditë	10	35.7%

- Në tabelën.4. Disa nga të dhënat e marrura të anamnezës së pacientëve, përqindjen më të madhe e vërejmë tek gratë të cilat kanë ecje më shumë se 30 minuta në ditë, ekspozimi në diell më shumë se 30 minuta në ditë, histori familjare me frakturë dhe thyerje e kockave, gratë me menopauzë pas moshës 40-50vjeç dhe ato të cilat konsumojnë mbi 20 cigare në ditë.

Tabela.4.5.Numri i rasteve me frakturë gjatë periudhës Janar-Tetor 2016 sipas gjinisë.

		GJINIA					
Frakturat						GJITHSEJ	
		MESHKUJ		FEMRA			
		Nr	%	Nr	%	Nr	%
Fraktura e kyqit të dorës		8	57.1%	10	55.5%	18	50.87%
Fraktura e qafës së femurit		6	42.8%	8	44.4%	14	43.85%
GJITHSEJ		14	100.00%	18	100.00%	32	100.00%

- Në tabelën e dhënë vërejmë se gjatë periudhës Janar-Tetor 2016, me frakturë të kyqit të dorës janë 18 pacientë me 50.87%, dhe me frakturë të qafës së femurit janë 14 pacientë me 43.85%.

VIII. DISKUTIM

Në hulumtimin tim të realizuar sipas të dhënave statistikore dhe protokollit në Spitalin Rajonal “Isa Grezda” Gjakovë në repartin e Ortopedisë për periudhën Janar-Tetor 2016, nga gjithsej janë 136 pacientë të trajtuar, janë evidentuar 53 raste me sëmundjen e osteoporozës. Prej tyre 28 raste janë të gjinisë femërore me përqindje 52.85% dhe 25 raste të gjinisë mashkullore 47.1%. Gjinia më e madhe në qytetin tonë nga përqindja e fituar është gjinia femërore pasi që osteoporoza është më e përhapur tek gratë e moshuara dhe në menopauzë. Në bazë të muajve të vitit vërejmë se në muajin Janar dhe Tetor, numri i rasteve është më i rrituri nga të dy gjinitë.

Nga të dhënat e marrura të anamnezës së pacientëve, përqindjen më të madhe e vërejmë tek gratë të cilat kanë ecje më shumë se 30 minuta në ditë me përqindje 71.4%, ekspozimi në diell më shumë se 30 minuta në ditë 53.5%, histori familjare me frakturë 0.5% dhe thyerje e kockave 57.1%, gratë me menopauzë pas moshës 40-50 vjeç 0.5%, dhe ato të cilat konsumojnë mbi 20 cigare në ditë 35.7%. Numri më i lartë i rasteve të dy gjinitë është grupmosha 70-73 vjeç dhe 75-80 vjeç me 30.1%, rastet më numër dhe përqindje më të lartë vërehet tek gjinia femërore. Nga numri i përgjithshëm të pacientëve të trajtuar më numër 53 dhe të diagnostifikuar me osteoporozë në repartin e Ortopedisë në periudhën Janar-Tetor 2016, vërejmë se 18 pacientë me përqindje 56.25% i përkasin frakturës së kyqit të dorës janë, dhe me frakturë të qafës së femurit janë 14 pacientë me 43.75%.

X.REKOMANDIMET

- Ndryshimi i sjelljeve, të cilat kanë të bëjnë me një stil të keq jetese.
- Të ndërpresë konsumimin e duhanit dhe alkoolit.
- Konsumimi i ushqimit të shëndetshëm.
- Marrja e terapisë së rekomanduar nga mjeku.
- Vizitat e rregullta tek mjeku.
- Kryerja e ushtrimeve fizike në mënyrë të rregullt.
- Edukimi së pacientës për sëmundjen.
- Kujdes gjatë ecjes, kontrollo rrugën kur kalon në trotuare, dysheme.
- Përdorimi i këpucëve të përshtatshme gjatë ecjes.
- Duhet shmangur ushtrimet që kërkojnë forcë të madhe apo ato që paraqesin rrezik rrëzimi.
- Mosecja vetëm në ditët me ngricë.
- Përmiresimi i të pamurit.
- Këshillimi i familjarëve për mbështetje dhe ndihmë gjatë trajtimit të sëmundjes.
- Të menagjojë stresin dhe reagimet emocionale.
- Jetesa në ambiente sa më të ajrosura dhe higjienike.
- Përshtatja e ambienteve, ndriqimi sa më i mirë.

Kujdesi për të moshuarit nuk është kurrë i tepërt. Madje është një detyrë organike, obligative e familjes, shoqërisë dhe e shtetit. Mbështetja dhe kujdesi për të moshuarit duhet të ketë nivel të lartë pasi që mosha ndikon në organizmin e tyre. Për një femër gjithmonë nevojitet një kujdes i duhur dhe i veçantë, posaqërisht për gratë në menopauzë të cilat kalojnë në një ndryshim të moshës dhe organizmit, të kontribuojmë në kujdesin shëndetësorë.

XI.REFERENCAT

1. David E. Dempster ,Robert Marcus , David Feldman ,Marjorie Luckey, Jane A. Cauley “Osteoporosis”,2013.
2. Drita Totozani,Sofika Qamirani, “Anatomia normale e njeriut”Tiranë 2001.
3. Rita Petro,Latif Ajrullai, “Atlas i Anatomisë”Tiranë 2005.
4. Francis J. Bonner,Charles H.Chesnut III,Robert Lindsay, “Mjekësia fizike dhe riaftësimi”.
5. Lani Simpson, “Bone Health Guide”,2014.
6. Sylejman Rexhepi, “Reumatologjia”Shtëpia Botuese Tiranë,2006.
7. Adam Greenspan, “Imazheria ortopedike”,Tarberankul 2013.
8. Kenneth L. Bontrager,John P. Lampignano, “Pozicionimi radiografik dhe i anatomisë përkatëse” Tabernakul 2013.
9. Argjend Tafaj , “Reumatologjia” Tiranë 2004.

Burimet nga internet:

<https://www.iofbonehealth.org>

<http://www.qkmf-pr.org/repository>

XII.BIOGRAFIA (CV-e shkurtër e kandidates)

Edona Hasi e lindur me 31.05.1994, në Gjakovë me kombësi Shqipëtare, me nënshtetësi Kosovare. Jeton në Cermjan, Komuna Gjakovë,adresa Rr. “ Afrim Hasi”.

Shkollën fillore e përfundoj në “ Ali Hasi” Cermjan 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 infermiere e cila shënohet me 12 Maj, dhe u diplomua në Drejtimin e Infermierisë së Përgjithshëm në Janar të vitit 2017.