

UNIVERSITETI I GJAKOVËS
FAKULTETI I MJEKËSISË
PROGRAMI I INFERMIERISË



PUNIM DIPLOME

TEMA: Kujdesi infermieror te fëmijët me Leukemi

Kandidatja

Arbnore Azgoni

Mentori

Prof. Ass. Haxhi Kamberi

Gjakovë
2016

ABSTRAKT

Ky punim është realizuar me qëllim të zgjerimit të njohurive të infermierëve të ardhshëm në fushën e pediatriisë, respektivisht kujdesit infermieror te leukemia. Lexuesit mund të informohen me gjendjen aktuale të fëmijëve të diagnostifikuar me leukemi në vendin tonë. Punimi është bërë në Universitetin e Gjakovës, Fakulteti i Mjekësië, Programi Infermieri si dhe në bashkëpunim me Institutin Kombëtar të Shëndetësisë Publike të Kosovës dhe me Qendrën Klinike Universitare të Kosovës - Prishtinë, Klinika e Pediatriisë: Reparti i Hematologjisë me Onkologji.

Përmes këtij punimi kemi arritur të hulumtojmë, shpreshtësinë e përhapjes të kësaj sëmundje në Kosove për një periudhë kohore të caktuar.

Mentori im është: Prof. Ass. Haxhi Kamberi.

Punimi përfshin 47 faqe, 8 tabela, 6 figura dhe 4 fotografi.

Fjalët kyqe: leukemia, kujdesi infermieror dhe shpreshtësia e leukemisë në Kosovë.

ABSTRACT

This diploma thesis is realised in order to increase the knowledges of future nurses in the field of pedatricion , exactly the nursing care for the children who are diagnosed with leucemia.

The readers can take the information for the state of childhood leucemia in our country. This topic is done in the University of Gjakova, the Faculty of Medicine - Nursing Program cooperating with the National Institute of Public Health of Kosovo and with the University Clinical Center of Kosovo , the Clinic of Pediatric – Department of Hematology with Oncology.

As a result, through this work we have achieved to investigate the frequency of childhood leucemia for a certain time in Kosovo.

My mentor is : Prof. Ass. Haxhi Kamberi.

The diploma thesis includes 48 pages, 8 tabels, 6 figures and 4 pictures.

Key words: leucemia, nursing care and the frequency of leucemia in Kosovo.

Deklaratë studentore

Unë, si studente e Universitetit të Gjakovës - Fakultetit të Mjekësisë e zgjodha këtë temë me një përgjegjësi të madhe, andaj në përgatitjen e punimit të diplomës nuk kam lejuar që punimi im të devijojë nga origjinaliteti. Me këtë dëshirojë të theksojë që i gjithë materiali i përfshirë në punim është i cituar dhe i listuar në referenca.

Falënderimet

Për rezultatet e arritura deri me tani:

Falënderoj familjen time për mbështetjen që më dhanë në çdo aspekt.

Falënderoj profesorët dhe stafin udhëheqës të Universitetit të Gjakovës. Shpresoj që përpjekjet dhe përkushtimi i tyre për të na edukuar si studentë dhe infermierë të ardhshëm do të kthehet në të mirën e vendit tonë.

Falënderoj edhe stafin e Klinikës së Pediatriisë, Reparti Hematologjisë me Onkologji, si dhe Institutin Kombëtar të Shëndetësisë Publike të Kosovës për përkrahjen e dhënë.

Në fund, falënderoj edhe mentorin tim Prof. Ass. Haxhi Kamberi, i cili gjithmonë gjeti kohë për të më ndihmar në realizimin e këtij punimi, andaj e falënderoj përzemërsisht për durimin, korrektësinë dhe këshillat e të tij gjatë gjithë kësaj periudhe.

Përmbajtja

1.Hyrja	6
2. Metodologjia.....	6
3. Qëllimi dhe objektivat	6
Kapitulli I Rishikim i literaturës	7
1.1 Përkufizimi i Pediatriisë	7
1.2 Anatomia dhe fizilogjia e gjakut	8
1.3 Vështrim i përgjithshëm mbi Leukemin	Error! Bookmark not defined.
1.4 Shkaktarët e leukemisë te fëmijët	Error! Bookmark not defined.
1.5 Leukemia akute limfoblastike (LAL).....	Error! Bookmark not defined.
1.6 Leukemia akute mieloide	16
1.7 Leukemia kronike mieloide.....	Error! Bookmark not defined.
1.8 Kimioterapia për mjekimin e leukemive.....	19
1.9 Transplanti i palcës kockore.....	Error! Bookmark not defined.
Kapitulli II Kujdesi infermieror te fëmijët me leukemi	22
2.1 Vlerësimi fillestar infermieror.....	22
2.2 Vlerësimi fizik / manifestimi klinik	23
2.3 Vlerësimi psikosocial	25
2.4 Diagnostifikimi infermieror	25
2.5 Planifikimi infemior	26
2.6 Vlerësimi i arritjeve.....	27
Kapitulli III Studim i rastit.....	28
3.1 Vlerësimi fillestar i një fëmije të sëmurë me leukemi	28
3.2 Diagnoza infermiore te rasti i studimit	33
3.3 Planifikimi infermieror për rastin.....	34
3.4 Zbatimi infermieror lidhur me rastin.....	37
3.5 Vlerësimi përfundimtar i pacientit	38
Kapitulli IV Statistika të fëmijëve të sëmurë me leukemi në Kosovë	39
4.1 Statistika mbi përhapjen e leukemisë te fëmijët gjatë viteve 2011-2015.....	39
4.2 Konkluzionet	42
4.2 Rekomandimet	46
4.3 Referencat	47
4.4 Biografi e shkurtër e kandidates (CV).....	48

1. Hyrja

Leukemia si sëmundje serioze kërkon një përkushtim maksimal nga pacientët, stafi mjekësor, familjarët dhe shoqëria në përgjithësi. Në trajtimin e të sëmurëve me leukemi rol të rëndësishëm ka kujdesi infermieror. Përmes këtij punimi, lexuesit mund të informohen për ecurinë e sëmundjes, si duhet të ofrohet kujdesi infermieror për këta pacientë dhe shpërndarjen e sëmundjes në vendin tone.

2. Metodologjia

Për realizimin e këtij punimi është përdorur metoda e rishikimit të literaturës dhe studimit të rastit, krahas kësaj kemi paraqitur edhe informacione mbi sëmundjen e leukemisë.

Në punim janë përdorur edhe të dhënat statistikore nga Instituti Kombëtar i Shëndetësisë Publike të Kosovës dhe nga Klinika e Pediatriisë – Reparti i Hematologjisë me Onkologji.

3. Qëllimi dhe objektivat

Qëllimi i punimit të kësaj teme qëndron në zgjerimin e njohurive rreth sëmundjes së Leukemisë tek fëmijët në Kosovë duke përfshirë:

1. Etiologjinë e leukemisë,
2. Patologjinë,
3. Diagnostifikimin,
4. Mjekimin,
5. Kujdesin infermieror te fëmijët me leukemi dhe
6. Inçidenca e leukemisë te fëmijët në Kosovë.

Kapitulli I Rishikim i literaturës

1.1 Përkufizimi i Pediatriisë

Pediatria është shkenca e cila merret me studimin e dukurive fiziologjike dhe patologjike të fëmijët.¹ Në përkthim të fjalës, pediatria domethënë shkenca që merret me mjekimin e fëmijëve (latinisht: pedos-fëmijë dhe jatro-mjekim). Në fakt ky përkthim përfshinë një aspekt më të gjerë, jo vetëm mjekimin e fëmijëve por edhe studimin e dukurive fiziologjike gjatë tërë fëmijërisë, domethënë me rritjen dhe zhvillimin e fëmijës, ushqyerjen e fëmijës, anatominë, fiziologjinë dhe higjienën në periudhën e fëmijërisë. Pediatria bashkëkohore merret me shëndetin e fëmijëve, kurse sipas përkufizimit të Organizatës Botërore të Shëndetësisë, shëndeti është “ Gjendja e aftësisë së plotë fizike, mentale dhe sociale e jo vetëm mungesë e sëmundjes apo e dobësisë”.

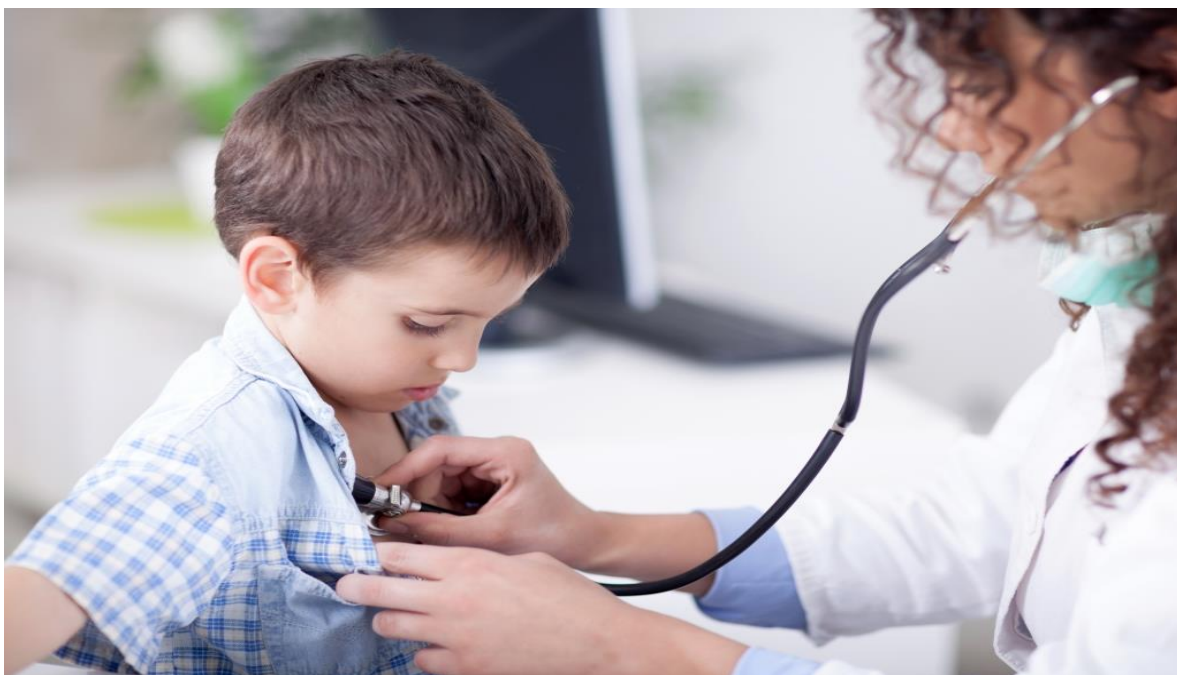


Foto.1. Kujdesi mjekësor për fëmijë.

Burimi : <http://qualityfirsturgentcare.com>

¹ M. Azemi, M. Shala: " Pediatria ", Botimi I, Prishtinë, 2010. Cap;1. Hyrje në pediatri, fq: 2.

1.2 Anatomia dhe fiziologjia e gjakut

Gjaku është ind i lëngët i cili qarkullon pandërprerje nëpër trupin e njeriut, qarkullimi kryhet në saje të punës ritmike të zemrës, integritet dhe elasticitetit të enëve të gjakut.

Gjaku përbëhet nga plazma e gjakut 55-60 % (substancë e lëngshme) dhe përqindja tjetër i takon elementeve të figuruara të gjakut (eritrocitet, leukocitet, trombocitet).

Origjina e numrit më të madh të qelizave të gjakut rrjedh nga palca e eshtrave, kurse vetëm disa lloje të leukocitëve rrjedhin nga sistemi retikuloendotel i gjendrave dhe nyjave limfatike dhe shpretkës. Pra, organet hematopetike janë: palca kockore, shpretkë, nyjat limfatike dhe timusi.

Funksioni i gjakut në organizëm është i shumfishtë:

- ❖ Funksioni transportues
- ❖ Funksioni nutritiv
- ❖ Funksioni ekskretor
- ❖ Funksioni respirator
- ❖ Rregullimi humoral
- ❖ Roli mbrojtës
- ❖ Funksioni homeostatik. ²

Elementet e figuruara të gjakut:

Eritrocitet - krijimi i eritrociteve kryhet në palcën e eshtrave prej nga vazhdimisht hyjnë në qarkullimin e gjakut. Jeta e tyre është rreth 120 ditë. Eritrocitet e vjetëruara zërthehen në shpretkë e mëlqi. Prodhimi është nën kontrollimin e eritropoetinës – materie e cila prodhohet në veshkë. Funksioni i eritrociteve është i shumfishtë: frymëmarrës, transportues dhe rregullues i reaksioneve elektrokimike. Dukuria e rritjes së tyre quhet Eritrocitozë, kurse e zvogëlimit Eritropenia.

Leukocitet - janë qeliza të bardha të gjakut, këto përfaqësojnë elemente lëvizëse të sistemit mbrojtës të organizmit. Përveq në gjak këto gjenden edhe në limfë, inde dhe lëngun indor.

² E. Saraçini, H. Zherka-Saraçini: " Anatomia dhe fiziologjia e njeriut ", Prishtinë, 2001. Cap: 2, Sistemi Kardiovaskular , fq: 61

Këto duke kryer lëvizje ameboide, dalin nga enët dhe depërtojnë në inde. Funkzioni më i rëndësishëm i tyre është ai mbrojtës, këtë e manifestojnë përmes Fagocitozës. Numri i leukociteve në gjakun periferik mund të rritet ose të zvogëlohet. Nëse numri i tyre rritet mbi normalen që është 4.000-9.000 në mm³ dukuria quhet Leukocitozë, kurse zvogëlimi Leukopeni. Leukocitoza paraqitet me rastin e infektiveve akute, hemorragjive, lëndimeve, djegieve, kurse leukopenia me rastin e dëmtimit të palcës së eshtrave. Zmadhimi permanent dhe i pakontrolluar i leukociteve quhet Leukemi.

Leukocitet klasifikohen në dy grupe, në bazë të pranisë ose jo të granulave specifike në citoplazmë. Qelizat që kanë granula specifike quhen **granulocyte** (neutrofilet, euzinofilet dhe bazofilet), ndërsa qelizat që nuk kanë granula specifike klasifikohen si **agranulocyte**³ (limfocitet dhe monocitet).

Trombocitet - krijohen në palcën e eshtrave, kurse zbërthehen në shpirtkë dhe në sistemin retikuloendotel. Numri i tyre është 150-450 x 10⁹ /L. Trombocitet në qarkullim jetojnë 10-14 ditë. Dukuria e rritjes së tyre quhet Trombocitozë, kurse e zvogëlimit Trombocitopeni. Në trombocite janë zbuluar materie fiziologjike aktive (faktorë trombocitarë) të cilët marrin pjesë aktive në proceset e Hemostazës (ndalja e rrjedhjes së gjakut), Koagulimit (ngjizjes) dhe Fibrinolizës (zbërthimit të trombit).

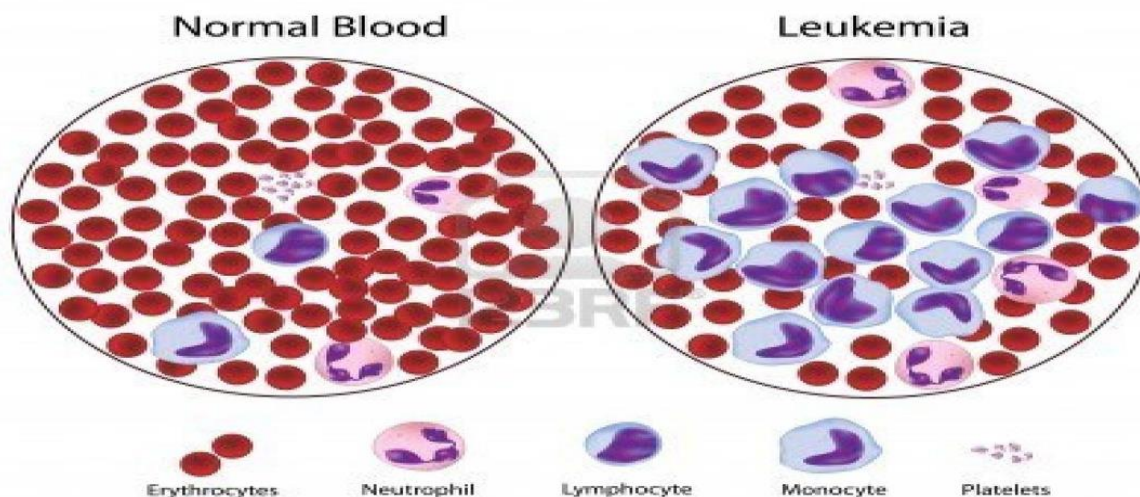


Foto.2. Gjaku normal dhe leukemik.

Burimi: <http://bloodandcardio.weebly.com/homeostatic-imbalance-leukemia.html>

³ Michael H. Ross, Wojciech Pawlina: " Histologji ". Cap: 10. Gjaku, fq: 247-253

1.3 Vështrim i përgjithshëm mbi Leukemin

Leukemia është sëmundje maligne e leukociteve që karakterizohet me proliferim të pakontrolluar të leukociteve, alterim malinj të leukociteve në palcën kockore, shpretkë dhe nyja limfatike, dhe prezencën e tyre në gjakun periferik. Karakterizohet me çrregullim të prodhimit normal të eritrociteve, leukociteve dhe trombociteve, që kanë si pasojë proliferimin e pakontrolluar të qelizave patologjike. Është sëmundje maligne e cila fillon në palcën kockore për dallim prej limfomave të tjera të cilat janë sëmundje me lokalizim parësor jashtë kockave dhe shumë shpejt përhapen në palcën kockore.

Shpeshtësia- Leukemia është sëmundja më e shpeshtë maligne (40-50%). Sëmuren 30 fëmijë në 100.000 fëmijë deri në moshën 14 vjeqare. Më shpesh paraqitet në periudhën parashkollore dhe te meshkujt. Më e shpeshtë është leukemia akute limfoblastike, e cila përbën rreth 75%, të leukemive krahasuar me leukeminë akute mieloide dhe leukeminë kronike mieloide. Leukemia kronike limfatike është shumë e rrallë tek fëmijët.⁴

Leukemitë ndahen në :

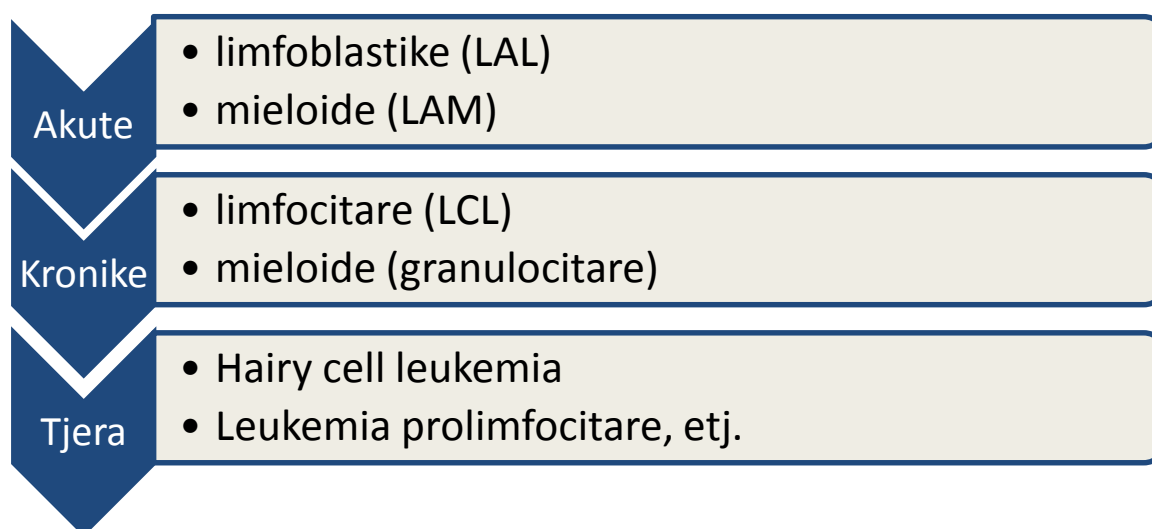


Fig.I. Klasifikimi i Leukemive

⁴ M. Azemi, M. Shala: " Pediatria ", Botimi I, Prishtinë, 2010. Cap 23. Fq: 786 - 787

1.4 Shkaktarët e leukemisë te fëmijët

Etiologjia- studimet epidemiologjike sugjerojnë se shumë faktorë gjenetik dhe të mjedisit ndikojnë në zhvillimin e sëmundjes së leukemisë. Megjithëse vetëm pak nga këta faktorë janë identifikuar si shkaktarë të mundshëm kryesorë të leukemisë, mekanizmi bazë përfshin dëmtimet e qelizave, që qojnë në transformimin e këtyre qelizave nga një gjendje normale në një gjendje malinje. ⁵Faktorët e mundshëm të leukemisë janë :

- Rrezatimi jonizues
- Kimikalet dhe medikamentet
- Hypoplazia e palcës
- Ndërveprimi i ambientit
- Faktorët gjenetik
- Faktorët viral
- Faktorët imunologjik
- Ndërveprimi ndërmjet faktorëve

Ekspozimi ndaj një sasive të madhe rrezatimi jonizues, duket se është një faktorë i rëndësishëm rrishtues. Ekspozimi ndaj terapive rrezatuese (për sëmundje si limfoma e Hodgkin) dhe një mjedisi rrezatues (siq është bomba atomike e Hiroshimës ose aksidenti i Chernobilit) janë të shoqëruara me leukemi.

Shumë kimikale dhe medikamente janë të lidhura me zhvillimin e leukemisë.

Hypoplazia e palcës mund të rritë rrezikun për leukemi. Një reduktim ose ndryshim në prodhimin e qelizave hematopoetike mund të jetë përgjegjëse.

Një rritje e frekuencës së leukemisë në fëmijët binjak dhe fëmijët me sindromën Down, sugjeron për një mundësi gjenetike të leukemisë.

Ndërveprimi i shumë faktorëve të mjedisit mund të rezultojnë në leukemi. Për shkak se qdo person i toleron ndërveprimin e këtyre faktorëve, është e vështirë të zbulohet origjina e qdo leukemiE specifike.

⁵ Robert M. Kliegman, Hal B. Jenson, Richard E. Behrman, Bonita F. Stanton: " Manuali Nelson i Pediatriisë ". Cap: 495: Leukemitë, fq: 2116.

1.5 Leukemia akute limfoblastike e fëmijëve (LAL)

Është sëmundje malinje sistemike më e shpeshtë në moshën fëmijërore. Kloni leukemik mund të ketë karakteristikat e qelizave limfoide B dhe T. Për dallim nga leukemitë akute limfoblastike të rriturit, kjo sëmundje e fëmijët ka prognozë më të mirë.

Paraqitet më shpesh te moshat 3-6 vjeç.

Etiologjia- e LAL është ende e panjohur. Faktorët me ndikim kancerogjen janë: rrezet jonizuese, materiet kimike që dëmtojnë organet në të cilat prodhohet gjaku. Mendohet se edhe viruset mund të shkaktojnë sëmundjen, pastaj disa materie kimike, siq janë: benzoli, toluoli, azbesti etj. Edhe faktori gjenetik luan rol të rëndësishëm në paraqitjen e sëmundjes.

Klasifikimi- i LAL bazohet në karakteristikat e qelizave malinje në palcën kockore, të determinuara nga ana morfologjike, karakteristikat fenotipe, markerët e membranës qelizore, citogjenetika dhe faktori gjenetik molecular. Klasifikimi morfologjik i LAL, bëhet në bazë të madhësisë së limfoblasteve, dukjes së bërthamës dhe citoplazmës, intensitetit të ngjyrosjes së tyre. Sipas klasifikimit francez-amerikan-britanik (FAB), në bazë të analizës citomorfologjike, LAL ndahet në L1, L2, L3.

L1 – limfoblastet janë të vogla

L2 – limfoblastet janë të mëdha

L3 – të vakuolizuara .

Me përdorimin e antitropave monoklonalë është vërtetuar se përqindje më të lartë kanë kanë limfocitet-B të papjekura- limfoblastet.⁶ Një përqindje më e vogël e të sëmurëve kanë antitropa përreth limfociteve -T dhe më së paku kanë antigjene përreth limfociteve-B. Te shumica e fëmijëve të sëmurë është konstatuar që limfoblastet janë as T as B, pra kjo formë e leukemisë quhet leukemia e tipit zero.

Llojet e leukemive në bazë të imunofenotipizimit, të cilat dallohen për nga forma klinike, ndjeshmëria në kimioterapi si dhe prognoza janë:

⁶ J. Greer, J. Foerster, G. Rodgers, F. Paraskevas, B. Glader, D. Arber, R. Means : " Hematologjia Klinike e Wintrobe " Vëllimi 2, Cap: 80 – Leukemia limfoblastike akute te fëmijët, fq: 1889.

LAL-T karakterizohet me limfocitozë dhe tumor mediastinal dhe janë të pafavorshme.

LAL-O karakterizohet me leukocitozë dhe pa tumor të mediastenumit.

LAL-B janë rezistuese në kimioterapi dhe kanë prognozë të keqe.

Manifestimet klinike- LAL tek fëmijët fillon me zbehje, plogështi, letargji, temperaturë të ngritur trupore intermitente, dhembje në kocka, nyja, gjakderdhje, petehije, ekimoza, hematoma, rritje të gjëndrave limfatike, rritje të mëlçisë dhe shpretkës, si pasojë e infiltrimit të disa organeve me qeliza malinje etj. Ndonjëherë, për shkak të infiltrimit të sistemit nervor qëndror (SNQ), paraqiten shenjat e rritjes së presionit intracranial, ku këta fëmijë kanë kokëdhembje, të vjella dhe konvulsione.

Gjetjet laboratorike- në gjakun periferik leukocitet janë variable. Rreth 30% e të sëmurëve kanë leukocitozë dhe 30% e fëmijëve të sëmurë kanë numër të zvogëluar të leukociteve. Anemia është normocitare, sedimentimi i eritrociteve është i shpejtuar, në gjakun periferik shihen limfoblaste. Në punktat të palcës kockore shihen limfoblastet. Nëse numri i limfoblasteve në palcën kockore është mbi 25%, kemi të bëjmë me leukemi. Stadi i leukemisë mund të vërtetohet edhe me analizën e lëngut cerebrospinal, në të cilin poashtu gjenden qeliza limfoblastike.⁷

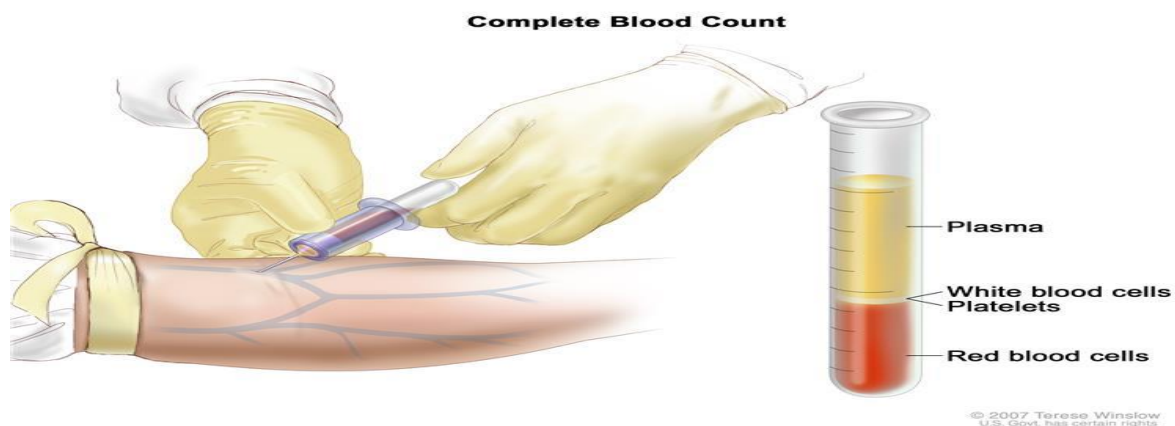


Foto.3. Ekzaminimi i gjakut.

Burimi: <https://www.cancer.gov/images/cdr/live/CDR526546.jpg>

⁷ Basil J. Zitelli, Holly W. Davis: " Atlas i diagnozës së ekzaminimit pediatrik". Cap. 11: Hematologji dhe Onkologji, fq: 419

Tabela 1. Shpeshtësia e të dhënave klinike dhe laboratorike në momentin e vendosjes së diagnozës te 178 fëmijë dhe të rritur me Leukemi limfoblastike akute.

Veçoritë klinike	Përqindja %	Veçoritë laboratorike	Përqindja
Simptomat		Leukocitet (x 10⁹/L)	
Lodhja trupore	92	<10	40
Dhimbje e kockave	79	10-49	34
Ethet pa infeksion	71	50-99	15
Humbja në peshë	66	≥100	11
Masa jonormale	62	Neutrofilet(x 10⁹/L)	
Purpura	51	<1	73
Hemorragji të tjera	27	1-2	9
Infeksione	17	>2	18
Të dhënat fizike		Vëllimi i qelizave të paketuara (L/L)	
Splenomegalia	86	<30	65
Limfadenopatia	76	>30	35
Hepatomegalia	74	Trombocitet(x10⁹/L)	
Dhimbje e sternumit	69	<50	62
Purpura	50	50-150	30
Hemorragji fundike	14	>150	8

Burimi: Hematologjia Klinike e Wintrobe, Kap: 80, fq: 1890.

Diagnoza- caktohet në bazë të anamnezës, manifestimeve klinike dhe ekzaminimet laboratorike siq janë: punkcioni i palcës kockore, citokimia dhe reaksioni me acidin paraaminosalicilik, që tregojnë karakteristika pozitive të limfoblasteve, fosfataza acidike është pozitive te limfoblastet –T. ⁸Për punkcion kockor merret një sasi e vogël e gjakut me mandren dhe ngjyroset strishoja me May-Grunwalt, Giemsa.

⁸ Kumar, Abbas, Fausto, Mitchell: " Bazat e Patologjisë së Robbins- it", 2013 Tiranë, Cap: 12: Sistemi hematopoetik dhe limfoid, fq: 450.

Mjekimi- leukemia mjekohet me terapi antileukemike, antimikrobike dhe fraksione të elementeve të gjakut (eritrocite të përqëndruara dhe trombocite të përqëndruara). Mjekimi i leukemive bëhet në bazë të protokollit si vijon:

- 1. Faza induktive.** Paraqet fazën intensive të kimioterapisë. Kombinohen: vinkristina një herë në javë, kortikosteroidë (prednizon), L- asparaginaza dhe metotreksati ose citarabin. Ky mjekim zgjat 4-6 javë. Në këtë faze pacienti duhet të hyjë në remision komplet, me normalizim të manifestimeve klinike, pa sindromë hemorragjike, pa organomegali dhe limfadenopati dhe prezencën deri në 5% të limfoblasteve në palcën kockore.
- 2. Faza konsoliduese.** Paraqet remision të konsoliduar. Në këtë faze duhet parandaluar leukeminë e SNQ me dhënien sistemike të citostatikëve (metotreksatin, citozin-arabinozidin dhe metilprednizolonin) në mënyrë intratekale. Kjo faze zgjatë 14-28 javë dhe në përfundim të sëmurët duhet të marrin qdo ditë merkaptopurinë (purinetol) dhe një herë në javë metotreksat, zakonisht me doza intermitente të vinkristinës dhe prednizonit dhe kjo është terapia mbajtëse.⁹
- 3. Faza mbajtëse.** Zgjat 2-3 vjet dhe realizohet me dhënjen e citostatikëve, në mënyrë per orale (purinetol qdo ditë dhe metotreksat një herë në javë).
I sëmuri hynë në remision të plotë, nëse numri granulociteve në gjakun periferik rritet mbi $0,5 \times 10^9 /L$, numri i trombociteve mbi $75 \times 10^9 /L$ dhe në punktat të palcës kockore ka më pak se 5% blaste. Kjo gjendje mund të arrihet brenda 4 javësh te LAL.

Prognosa- rreth 75% e fëmijëve të sëmurë kanë remision të plotë në kohëzgjatje prej 5 vjetësh e më shumë, pas fillimit të mjekimit dhe 2 vjet pas mbarimit të terapisë.¹⁰

⁹ M. Azemi, M. Shala: " Pediatria ", Botimi I, Prishtinë, 2010. Cap 23. Sëm. e gjakut, organeve hematopoetike dhe sëm. malinje në hematologji, fq: 817.

¹⁰ Kumar, Abbas, Fausto, Mitchell: " Bazat e Patologjisë së Robbins- it", 2013 Tiranë, Cap: 12: Sistemi hematopoetik dhe limfoid, fq: 450.

1.6 Leukemia akute mieloide

Shpeshësia- tek fëmijët e sëmurë me leukemi akute mieloide rol të rëndësishëm kanë anomalitë kromozomale, por edhe predispozicioni gjenetik është një prej faktorëve të verifikuar të shumica e pacientëve. Ky lloj i leukemisë përfshin rreth 20% nga numri i përgjithshëm i fëmijëve të diagnostifikuar me leukemi. ¹¹

Patogjeneza- një ndër veqoritë e LAM qëndron në faktin se në 30% të qelizave të palcës kockore me punksion paraqiten ndryshime të qelizave të gjakut (mielociteve-monociteve-megakariociteve). Arsyeja e emërimit LAM, është sepse gati 90% e blasteve kanë formën morfologjike të tipit mieloid dhe mielomonocitar.

Klasifikimi- LAM në bazë të klasifikimit francez-amerikan-britanik (FAB) leukemitë akute mieloide ndahen në 7 tipe që dallohen nga shkalla e pjekurisë qelizore dhe diferencimit të ngjyrosjes. Prej M1-M7. ¹²

M1-LAM me qeliza të papjekura,

M2-LAM me qeliza të pjekura,

M3-LAM promieloblastike,

M4-LAM mielomonocitare,

M5-LAM monocitare,

M6-LAM eritroleukemia,

M7-LAM megakariocitare.

¹¹ Basil J. Zitelli, Holly E. Davis: " Atlas i diagnozës së ekzaminimit pediatrik". Cap. 11: Hematologji dhe Onkologji, fq: 419

¹² Kumar, Abbas, Fausto, Mitchell: " Bazat e Patologjisë së Robbins- it", 2013 Tiranë, Cap: 12: Sistemi hematopoetik dhe limfoid, fq: 447

Manifestimet klinike- simptomatologjia e leukemisë akute mieloide është e ngjajshme me leukeminë akute limfoblastike. Te një numër i vogël i fëmijëve të sëmurë shfaqen shenja jospesifike të infeksioneve të shpeshta disa muaj para se të paraqitet sëmundja. Më vonë pason pancitopenia. Në 60% të pacientëve mëlçia dhe shpretka janë të rritura.

Rritja e nyjave limfatike shfaqet në 20% të rasteve. Fëmijët e sëmurë kanë dhembje në kocka dhe nyja, temperaturë e ngritur trupore, gjakëderdhje, infeksione dhe probleme me traktin tretës.

Diagnoza- për vënien e diagnozës është obligative punkcioni i palcës kockore ku vërehet hiper celularitet i qelizave granulocitare. Në gjakun periferik shihen mieloblastet.¹³

Mjekimi- dallon pak prej leukemisë akute limfoblastike. Në fazën induktive jepen citozin-arabinozidi dhe daunorubicina. Mjekimi zgjat 2 vjet me ndryshim të protokollit. Kimioterapia intratekale jepet tek infiltrimet e SNQ. Remisioni arrihet në 70% të pacientëve, por për këtë duhet të jepet terapi induktive agresive që rezulton me aplazion të zgjatur të palcës kockore.

¹³ Robert M. Kliegman, Hal B. Jenson, Richard E. Behrman, Bonita F. Stanton: " Manuali Nelson i Pediatriisë ". Cap: 495: Leukemitë, fq: 2120

1.7 Leukemia kronike mieloide

Kjo sëmundje malinje tek fëmijët është shumë e rrallë, në 2-3 % prej të gjitha leukemive.

Janë dy forma të sëmundjes : forma juvenile dhe adulte.

Leukemi kronike mieloide karakterizohet me leukocitozë mbi $100 \times 10^9/L$ dhe splenomegali. Shkaktarë të sëmundjes mund të jenë rrezet jonizuese. Karakterizohet me predominimin e qelizave të pjekura dhe të papjekura të granulociteve (mieloblasteve).¹⁴

Forma juvenile- karakterizohet me hepato-splenomegali, trombocitopeni dhe trombocitozë, ekzantemë dhe leukocitozë. Kromozomi Filadelfia është negativ. Mjekimi rrallë zgjat deri 2 vjet. Mund të jepet purinetoli dhe citozin-arabinozidi, por në shumicën e rasteve duhet të bëhet edhe transplantimi i palcës kockore.

Forma adulte- karakterizohet me leukocitozë shumë të shprehur dhe splenomegali. Është i pranishëm Kromozomi Filadelfia si dhe përqëndrimi i lartë i fosfatazës alkalike. Leukemia kronike granulocitare e tipit adult kalon nëpër disa faza. Faza kronike kontrollohet mirë me busulfan dhe hidroksiure, mirpo transplantimi i palcës kockore është i domosdoshëm.

¹⁴ De Vita, Hellman dhe Rosenberg " Kanceri " , Parime dhe Praktika të onkologjisë, Vëllimi dy, Cap. 53: Leukemitë dhe limfomat e fëmijërisë, fq: 2085-2097

1.8 Kimioterapia për mjekimin e leukemive

Citostatikët janë barna me përbërje kimike si dhe me mekanizëm të ndryshëm të veprimit. Këta veprojnë në ndaljen e sintezës së acidit dezoksiribonukleik (ADN), ose futen në molekulat e tij, duke shkaktuar shkëputjen e zinxhirit të ADN dhe duke ndërprerë formimin e vargjeve në fazën e ndarjes. L-asparaginaza është citostatik që vepron me hidrolizë duke i shkatërruar qelizat. Citostatikët veprojnë edhe në qelizat e shëndosha në fazën e ndarjes, kryesisht në qeliza që proliferojnë shumë (në qelizat e indit hematopoetik dhe mukozës së traktit tretës). Me rëndësi të madhe është se shumëzimi i qelizave tumorale bëhet me ngadalë se shumëzimi i qelizave të indeve të shëndosha. Kombinimi i citostatikëve bëhet me qëllim të veprimit të tyre në fazat e ndryshme të ndarjes së qelizave. Veprimi terapeutik i citostatikëve varet nga doza, kombinimi dhe intervali kohor i aplikimit të tyre.

Grupet kryesore të citostatikëve janë:

1. Citostatikët alkinilizues- ciklofosfamidi(endoksani), klorambucili (leukeran), melfalani(alkerani) etj.
2. Alkaloidët bimore- vinkristina, etoposidi(VP₁₆), teniposidi.
3. Antimikrobikët antitumoralë- daunorubicina (doksorubicina) dhe idarubicina.
4. Antimetabolitët- analogët e acidit folik(metotreksati), analogët e pirimidinës (citarabina, ARA-C, fludarabini dhe azacitidini) dhe analogët e purines (6-merkaptopurina, tioguanani, dhe pentostatini).¹⁵
5. Grupi i barnave të ndryshme- enzimat L-asparaginaza, hormone : prednizolon (prednizon) indikohen te leukemia.

¹⁵ Michael C. Perry " The Chemotherapy Source Book " Cap: 20. Antimetabolites, fq: 301-309

Efektet toksike të citostatikëve: këto barna kanë efekt toksik që mund të shkaktojnë vdekjen e pacientit. Disa barna veprojnë menjëherë, të tjerat veprojnë pas disa ditëve ndërsa egziston edhe grupi i barnave që kanë toksicitet edhe pas disa viteve.

Efektet akute mund të jenë: rritja e temperaturës trupore, nausea, vjellja dhe reaksioni alergjik. Rënia e flokëve (alopecia) mund të paraqitet për shkak të dëmtimit të folikuleve të flokëve. Efektet e vonshme janë: imunosuprimimi, steriliteti, veprimi teratogjen dhe karcinogjen. Dëmtimi i indeve dhe organeve është veprimi më i rëndë i citostatikëve.

Këta veprojnë në indin hematopoetik, traktin tretës dhe lëkurë. Daunorubicina¹⁶, vinkristina veprojnë në palcën kockore. Veprim kardiotonik kanë antraciklina dhe ciklofosfamidi. Fibrozë të mushkërive mund të shkaktojnë bleomicina, ciklofosfamidi. Veprim hepatotoksik kanë L- asparaginaza dhe purinetoli. Veprim nefrotoksik ka metotreksati. Cistit hemorragjik shkakton ciklofosfamidi, azospermi dhe amenore shkakton klorambucili, kurse citarabina dhe L-asparaginaza shkaktojnë edhe dëmtime neurologjike.

1.9 Transplantimi i palcës kockore

Është veprim klinik gjatë të cilit qelizat amë hemtopoetike dhe limfoide në numër të caktuar, jepen tek i sëmuri më herët i përgaditur, me qëllim që pas procesit të transplantimit prap të rikthehet funksionimi i mirë ose të përmirësohet funksionimi jo i mirë i palcës kockore dhe organeve të marrësit.

Egzistojnë këto mënyra të transplantimit të palcës kockore:

1. Transplantimi autolog- dhurues është vetë i sëmuri në fazat e remisjonit të sëmundjes së tij.
2. Transplantimi singjenik- dhurues i palcës kockore është binjaku i marrësit (vëllau apo motra).

¹⁶ Michael C. Perry " The Chemotherapy Source Book " Cap: 20. Antimetabolites, fq: 301-309

3. Transplantimi alogjenik- rrjedh nga dhuruesi me antigjen human leukocitar (HLA) nga vëllai ose motra me HLA identike, ndërsa në rastet e rralla nga njëri prind. Palca kockore mund të ketë prejardhje edhe nga dhuruesi tjetër me HLA identik.

Qëllimi i kondicionimit të marrësit është parandalimi i aftësive imunologjike të marrësit që të mos e refuzojë transplantin. Kjo kryhet më së shpeshti me kombinimin e citostatikëve dhe rrezatimit. Ky kombinim ka veprim të fortë imunosupresiv në palcën kockore, dhe në këtë mënyrë pengohet refuzimi i transplantit dhe paraqitja e graft-versus-host-disease (GVHD).¹⁷ GVHD mund të jetë akut dhe kronik. Forma akute ndodh në 25-75% të palcës kockore alogjenike. Fillon pas 4 javësh ose në çdo kohë në 4 muajt e parë. Simptomat janë: ndryshime në lëkurë, traktin tretës dhe mëlçi. Forma kronike mund të paraqitet edhe 2 vjet pas transplantimit. Karakterizohet me ndryshime të kufizuara në lëkurë, disfunksion të mëlqisë, dhe forma e gjeneralizuar që përhapet në të gjitha organet.

Marrja e transplantit bëhet me aspirimin e palcës kockore të kockës iliake (150-200 punksiione). Dhuruesi është me anestezion të përgjithshëm ose spinal. Vëllimi i palcës kockore duhet të arrijë 700-800 ml për arsye të përmbajtjes së sasisë së konsiderueshme të qelizave me bërthamë. Rreziku për dhuruesin është shumë i vogël. Ndërlikimet janë të rralla 0.27%, mund të jenë kardiopulmonare, cerebrovaskulare dhe infeksionet. Nëse pranohet transplantimi i palcës kockore pason formimi gradual i ishujve të qelizave hematopoetike në palcën kockore të marrësit dhe deri te pjekuria graduale e qelizave të gjakut.¹⁸

¹⁷ Michael C. Perry " The Chemotherapy Source Book " Cap: 18. Bone Marrow Tranplation, fq: 280-284

¹⁸ J. Greer, J. Foerster, G. Rodgers, F.Paraskevas, B. Glader, D. Arber, R. Means : " Hematologjia Klinike e Ëintrobe " Vëllimi 2, Cap: 80 – Leukemia limfoblastike akute te fëmijët, fq: 1905.

Kapitulli II Kujdesi infermieror te fëmijët me leukemi

2.1 Vlerësimi fillestar infermieror

Infermieri e pyet pacientin në këtë rast fëmijën dhe familjarët e tij për faktorët rrisues dhe faktorët që e kanë shkaktuar. Moshja është e rëndësishme sepse incidenca e leukemisë rritet me rritjen e moshës së fëmijës. Aktivitetet dhe hobet mund të zbulojnë një ekspozim mjedisor që mund të rrit rrezikun për leukemi. Sëmundjet e mëparshme dhe historia mjekësore mund të tregojnë ekspozimin ndaj rrezatimit jonizues ose medikamenteve që gjithashtu rrisin rrezikun.

Për shkak se leukemia është e lidhur me ndryshimet në funksionet imune edhe rreziku për infeksione është i rritur në pacientët me leukemi. Pyetet pacienti për frekuncën dhe shkallën proceseve infektive, pra, nëse fëmija ka pasur: të ftohtë, influence, pneumoni, bronkit, dhe episode të pashpjegueshme të etheve gjatë 6 muajve të fundit.

Për shkak të prishjes së funksionit të trombociteve në personat me leukemi, infermieri pyet pacientin për hemorragji të dukshme ose të fshehur, si p.sh: një tendencë për tu mavijosur me lehtësi, hemorragji nga hunda, hemorragji nga gingivat e dhëmbëve, hemorragji rektale, hematuri, rritje e rrjedhjes menstruale etj.

Fëmijët me leukemi shpesh përjetojnë lodhje dhe dobësi të përgjithshme të cilat rezultojnë nga anemia, dhe rritja e kërkesave metabolike dhe energjetike të qelizave leukemike.¹⁹

¹⁹ E. Peka, L.Neçaj, E. Rustami, D. Bego, A. Imami-Lelçaj, M. Çela, A. Dërvishi, V. Zanaj, V. Mane: " Infermieristika në specialitete " Tiranë, 2005. Cap: VI-Sistemi hematologjik , fq: 148-153

Gjithashtu pyetet fëmija dhe familjarët e tij nëse fëmija ka përjetuar nga problemet e mëposhtme:

- Dhimbje koke
- Letargji, dobësi muskulare
- Ndryshime në sjellje
- Anoreksi
- Pagjumësi
- Humbje në peshë
- Zvogëlim i periudhave të vëmendjes
- Lodhje e rritur

2.2 Vlerësimi fizik / manifestimi klinik

Leukemia përfshinë një ose më shumë mekanizma patologjik në palcën e kockës, që influencon strukturën dhe aktivitetin e shumë komponentëve të gjakut. Për shkak të influencës së gjakut në funksionimin e të gjitha organeve dhe sistemeve, shumë zona të largëta mund të preken nga origjina e qelizave malinje.

- Manifestimet kardiovaskulare – janë zakonisht të lidhura me aneminë. Ritmi i rrahjeve kardiake mund të rritet dhe presioni i gjakut të ulet. Mund të jenë prezente zhurmat.
- Manifestimet respiratore – janë fillimisht të shoqëruara me anemi ose komplikacionet e infeksioneve. Me rritjen e shkallës së anemisë rritet edhe ritmi respirator. Nëse janë prezente infeksionet e traktit respirator, pacienti mund të përjetojë shenja dhe simptoma të pneumonisë, duke përfshirë kollë dhe frymëmarrje të shkurtër. Tingujt anormal janë prezent në auskultim.²⁰

²⁰ E. Peka, L. Neçaj, E. Rustami, D. Bego, A. Imami-Lelçaj, M. Çela, A. Dërvishi, V. Zanaj, V. Mane: " Infermieristika në specialitete " Sistemi hematologjik – Cap: VI, Tiranë, 2005 fq: 148-153

- Manifestimet e lëkurës – lëkura e këtyre fëmijëve mund të jetë e zbehtë dhe e ftohtë në prekje si rezultat i shoqërimit të anemisë. Zbehtësia është në mënyrë specifike më evidente në fytyrë, për rreth gojës dhe në shtratin e thonjëve. Konjuktivat e syve janë gjithashtu të zbehta, si dhe rrudhosje në sipërfaqet e pëllëmbëve të duarve. Petekiet mund të jenë prezente në çdo zone të sipërfaqes së lëkurës, në mënyrë të veçantë në ekstremitetet e poshtme. Infermieri me vëmendje inspekton lëkurën për prezencën e infeksioneve të lëkurës ose zona të traumatizuara të cilat nuk janë shëruar. Infermieri inspekton edhe gojën e fëmijës për evidencën e hemorragjivisë nga gingivat dhe prezencën e çdo lëzioni nga kaviteti oral që sugjeron për një infeksion.
- Manifestimet gastrointestinale – mund të jenë të lidhura me rritjen e tendencës për hemorragji dhe lodhjen. Humbja në peshë, nauzeja dhe anoreksia janë të zakonshme. Infermieri ekzaminon zonën rektale të fëmijës për fisura dhe ekzaminon produktet fekale për prezencën e gjakut në feces. Shumë fëmijë me leukemi kanë dëmtime të peristaltikës së zorrëve dhe konstipacion. Hepatosplenomegalia dhe tendosja abdominale gjithashtu janë prezente në leukemi.
- Manifestimet nervore ²¹– dëmtime të nervave kranial, dhimbje koke si rezultat i infiltrimit të leukemisë në SNQ. Megjithëse nëse fëmija ka ethe ky manifestim është më shumë përgjigje e infeksionit sesa malinjizim lidhur me ndryshime në SNQ.
- Manifestimet tjera – përfshihen dhimbja e kockave dhe e kyçeve si rezultat i përfshirjes së palcës së kockës.

²¹ J. Flynn, Ph. Heffron " Nursing from Concept to Practice " Part one, Cap: 6. The Nursing Process, fq: 141

2.3 Vlerësimi psikosocial

Pacienti është ekstremisht ansioz. Terapitë e kohëve të fundit kanë përmirësuar prognozën e shumë kancereve por akoma publiku nuk është ndërgjegjësuar për këto avantazhe. Infermierët e pediatrikë kalojnë një kohë të mirë me fëmijët dhe familjarët për të përcaktuar se qfarë do të thotë diagnoza, dhe qfarë ata presin nga e ardhmja. Pa njohur atë se qfarë pret pacienti (fëmija) dhe ndjenjat e tij, infermieri nuk mund të edukoj dhe të siguroj përkrahje për pacientët dhe familjarët e tyre në mënyre individuale. Diagnoza e leukemisë ka një implikim dramatik në jetën e pacientit. Hospitalizimi për fillimin e trajtimit zakonisht zgjat disa javë. Në këtë rast fëmijët mërziten dhe përjetojnë ndjenjat e vetmisë dhe të izolimit. Infermieri vlerëson mënyrën e përshtatjes së fëmijës, duke përfshirë aktivitetet që pacienti ndjen kënaqësi dhe metodat që e ndihmojnë fëmijën të relaksohet.

2.4 Diagnostifikimi infermieror

- ❖ Rrezik i lartë për infeksione e lidhur me zvogëlimin e forcave imune.
- ❖ Rrezik i lartë për dëmtime e lidhur me trombocitopeninë.
- ❖ Lodhje lidhur me uljen e furnizimit me O₂ të indeve dhe rritjes së kërkesave për enegji.
- ❖ Prishje e integritetit të lëkurës e lidhur me imobilitetin e zgjatur.
- ❖ Ndryshime në membranat e mukozave orale lidhur me efektet e kimioterapisë dhe pancitopenisë²².
- ❖ Mungesë totale në vetë kujdesje e lidhur me dobësinë e përgjithshme progresive.
- ❖ Ndryshime në ushqyerje, më pak se nevojat e organizmit lidhur me anoreksinë, të vjellit.

²² Philip A. Pizzo, David G. Poplack " Principles and practice of pediatric oncology " , Fourth Edition, Section V: Supportive Care of children with Cancer. Cap: 44. Nursing Support of the child with Cancer, fq: 1333-1347

- ❖ Anketë lidhur me frikën ndaj vdekjes.
- ❖ Ndryshime në procesin e familjes e lidhur me sëmundjen që është kërcënuese për fëmijën e asaj familje.
- ❖ Ndryshime të rolit lidhur me hospitalizimin e fëmijës për një kohë të gjatë.
- ❖ Pamundësia për të kryer aktivitete, dhe ndjenja e të qenit fëmijë pasiv dhe i izoluar lidhur me sëmundjen e leukemisë.

2.5 Planifikimi infermieror

- ❖ Shmangia e rrezikut për infeksione
- ❖ Terapia medikamentoze për infeksione
- ❖ Kontrolli i infeksionit
- ❖ Kujdesi për lëkurën
- ❖ Kujdesi respirator
- ❖ Shmangia e rrezikut për dëmtime
- ❖ Masat parandaluese të hemorragjisë
- ❖ Shmangia e lodhjes dhe përmirësimi i aktiviteteve
- ❖ Terapia dietetike
- ❖ Transfuzionet e gjakut
- ❖ Sigurimi i ushqyerjes së mjaftueshme
- ❖ Përmirësimi i imazhit trupor
- ❖ Edukimi shëndetësor²³
- ❖ Përgaditja psikosociale.

²³ Philip A. Pizzo, David G. Poplack " Principles and practice of pediatric oncology " , Fourth Edition, Section V: Supportive Care of children with Cancer. Cap: 44. Nursing Support of the child with Cancer, fq: 1333-1347

2.6 Vlerësimi i arritjeve

Në bazë të diagnozave infermierore të identifikuara, infermieri vlerëson kujdesin për pacientin (fëmijë) me leukemi. Arritjet e pritura janë :

- ❖ Shpreh shenjat dhe simptomat e infeksionit
- ❖ Fëmija din me kë të kontaktojë nëse shenjat dhe simptomat e infeksionit janë prezente
- ❖ Përshkruajnë rregullat për kujdesin e gojës
- ❖ Kanë prishje minimale ose jo të membranave mukozale të gojës
- ❖ Nuk përjetojnë episode hemorragjie
- ❖ Sigurojnë peshën e duhur për gjatësi
- ❖ Janë në gjendje të marrin pjesë në aktivitete të ndryshme ditore
- ❖ Njohin simptomat e lodhjes dhe ndryshojnë aktivitetet përpara se lodhja të jetë më e madhe
- ❖ Nuk kanë evidenca të dëmtimit të lëkurës
- ❖ Paraqesin ulje të ndjenjës së frikës
- ❖ Identifikojnë ndryshimet e rolit brenda në familje dhe shoqëri ²⁴
- ❖ Paraqesin rritje të ndjenjës së kontrollit ndaj sëmundjes dhe trajtimit terapeutik.

²⁴ J. Flynn, Ph. Heffron " Nursing from Concept to Practice " Part four, Cap: 25. The Family as a System, fq: 593-617

KAPITULLI III Studim i rastit

3.1 Vlerësimi fillestar infermieror i një fëmije të sëmur me leukemi

Të dhënat subjektive – pacienti (fëmija) me inicialet A.M , i lindur në Pejë me 04.05.2004 dhe me vendbanim në Pejë, me gjendje sociale-ekonomike mesatare, me peshë 38 kg dhe gjatësi 1.50 cm. Ky është fëmija i parë në familje, i lindur me lindje normale në Spitalin Rajonal të Pejës, i vaksinuar rregullisht dhe nuk ka alergji në barna. Ky është hospitalizimi i dytë, i pari ishte në S.R. të Pejës.

Pacienti në fjalë është nxënës i shkollës fillore në klasën e VII.

Të dhënat objektive – në pranim pacienti është i vetëdijshëm, i zbehtë, komunikativ, eutrofik, afebril, eupnoik, eukardik, normotonik dhe normorefleksiv.

Temperatura 36.9⁰ C

Shtypja e gjakut 112/78 mmHg

Frymëmarrja 18 në minutë

Pulsi 75 rrahje në minutë

Lëkura është e zbehtë, turgori dhe elasticiteti i ruajtur.

Koka ka formë dhe madhësi normale.

Sytë janë poashtu në gjendje normale, reagojnë në dritë.

Hunda ka formë dhe madhësi normale, vrimat e kalueshme, pa sekret.

Veshët laprat e skuqura, me formë dhe madhësi normale, kanali i jashtëm i kalueshëm, pa sekret, traguset jo të ndjeshme në palpacion.

Goja buzët e ajura, gjuha e njomë, gryka lehtë e skuqur.

Qafa e lëvizshme, palpohen gjendrat limfatike të qafës në të dy anët, njëra me madhësi disa cm, si dhe palpohen gjendrat limfatike aksillare.

Kafazi i krahërorit cilindrik, simetrikisht i lëvizshëm gjatë respiracionit, pa deformitete dhe pa retraksione.

Mushkëritë në auskultim dëgjohej frymëmarrje normale, në të dy anët e mushkërive.

Zemra: aksioni i zemrës i shpejtuar, ritmi i rregullt, tonet e qarta, nuk dëgjohej zhurmë patologjike.

Abdomeni: nën nivel të kafazit të krahërorit, në nivel të toraksit, pa ndjeshmëri palpatore, hepari dhe lieni në normë.

Sistemi urogenital: në gjendje normale, nyjet limfatike inguinale nuk palpohen.

Sistemi lokomotor: ekstremitetet e lëvizshme, pa edema, pa eritema të lëkurës dhe pa deformitete.

Sistemi nervor qëndror: fëmija është i vetëdijshëm, normotonik dhe normorefleksiv, shenjat meningjeale negative.

Të dhënat historike – pacienti dhe familjarët e tij pohojnë se fëmija kishte probleme me bajamet. Në këto raste fëmija është trajtuar në S.R të Pejës për shkak të temperaturës së lartë, humbjes së apetitit, plogështisë dhe pengesave në gëlltitje si dhe rritjes së gjendrave limfatike në regjionin e qafës dhe atë aksillar.

Dhe në bazë të ekzaminimeve është diagnostifikuar me dg: Tonsillopharyngitis acuta, Lymphadenitis Colli Bill, ku dhe është trajtuar me infuzione, antibiotik, antipiretik, kortikosteroidë dhe terapi tjetër simptomatike. Mirëpo, për shkak të gjendjes klinike dhe laboratorike të papërmirësuar udhëzohet për në QKU Prishtinë, për ekzaminim të mëtejshëm siq janë: patohistologjia e limfogjendrave si dhe punktati i palcës së eshtrave. Familjarët e pacientit mohojnë ndonjë sëmundje trashëguese në familjen e tyre.

Të dhënat aktuale – pacienti tashmë i hospitalizuar në QKU Prishtinë, Klinika e Pediatriisë, Reparti i Hematologjisë onkologjike pas rezultateve të ekzaminimit të gjakut dhe lëngut cerebrospinal i cili pasi është aspiruar dhe dërguar në Graz të Austrisë në Institutin për ekzaminim, rezulton që fëmija tashmë ka një diagnozë përfundimtare dg: Leukemi akute limfoblastike.

Fëmija qëndron në një dhomë bashkë me përcjellsin familjarë (gjyshen e tij), infermierët e këtij reparti aplikojn kimioterapinë e ordinuar nga mjeku sipas protokoleve.

Fëmija është i izoluar dhe në përkujdesje intensive nga stafi mjekësor për ta mbrojtur nga kontakti me të tjerët, me qëllimi parandalimi i infeksioneve.

Dhoma e pacientit është në gjendje të pastër dhe në temperaturë normale, poashtu e dekoruar mirë për të krijuar një komoditet tek fëmija.

Terapia që merr pacienti është e ordinuar nga mjeku adekuat, zakonisht kjo terapi përpjestohet me masën trupore në m^2 pacientit dhe ipet sasia e duhur e barit, nga lista e poshtëshënuar është cekur terapia e marrur në ditët e para të trajtimit në QKU Prishtinë, Klinika e Pediatriisë, reparti i Hematologjisë Onkologjike, që fillon nga 30.09.2016 dhe vazhdon tutje, sipas protokoleve të kimioterapisë.

- NaCl 0.5% sol 200 ml
- Ceftriaxon 1gr amp 2 x 1
- Alopurinol 100 mg tab 2x 2
- Cutason 20 mg tab 1 + ½ + 1
- Doxorubicinë 37.5mg/18.7 ml 1 x 1
- Vincristinë 1.8 mg amp 1 x 1
- Bactrim 450 mg tab 2 x 1
- Metotrexat 1 mg amp intratekal
- Trombocite 6 doza

Stafi përkujdesës i pacientit në fjalë deklaroi se një pjesë e kimioterapisë, afër 70% sigurohet nga reparti, dhe trajtimi i pacientit vazhdon tutje sipas protokoleve të ordinuara nga mjeku përkatës.



Foto.4. Trajtimi në spital i fëmijëve.

Burimi: <http://www.fairview.org/healthlibrary/Article/40353>

Tab:8.Të dhënat laboratorike të gjakut, leukociteve, eritrociteve, hemiglobinës, trombociteve, dhe limfociteve për pacientin A.M, prej datës 30.09.2016 deri më 12.10.2016.

Data↓	WBC 10³/mm³	RBC 10⁶/mm³	HGB g/ dl	PLT 10³/mm³	LYM %	Vërejtje
	3.5-10.0	3.80-5.80	11.0-16.5	150-400	17.4-48.0	Vlerat referente
30.09.2016	28.5	3.80	8.9	89	78.5	Leukocitozë
01.10.2016	28.0	4.27	9.9	72	80.8	Blaste në periferi
02.10.2016	34.3	4.51	10.6	84	82.3	Leukocitozë
03.10.2016	34.4	4.18	10.1	68	78.1	Leukocitozë
04.10.2016	35.0	3.78	9.1	64	80.0	Leukocitozë
05.10.2016	36.9	4.73	11.8	81	78.9	Leukocitozë
06.10.2016	33.7	3.23	8.3	81	78.5	Blaste në periferi
07.10.2016	18.0	3.77	10.4	68	78.7	Trombocitopeni
08.10.2016	5.3	4.30	10.4	99	68.9	Limfocitozë
09.10.2016	3.6	4.39	10.6	67	65.3	Limfocitozë
10.10.2016	2.5	4.05	11.2	55	58.3	Blaste të rralla
11.10.2016	1.8	3.78	10.6	84	48.0	Pancitopeni
12.10.2016	2.3	3.24	9.1	44	58.0	Leukopeni

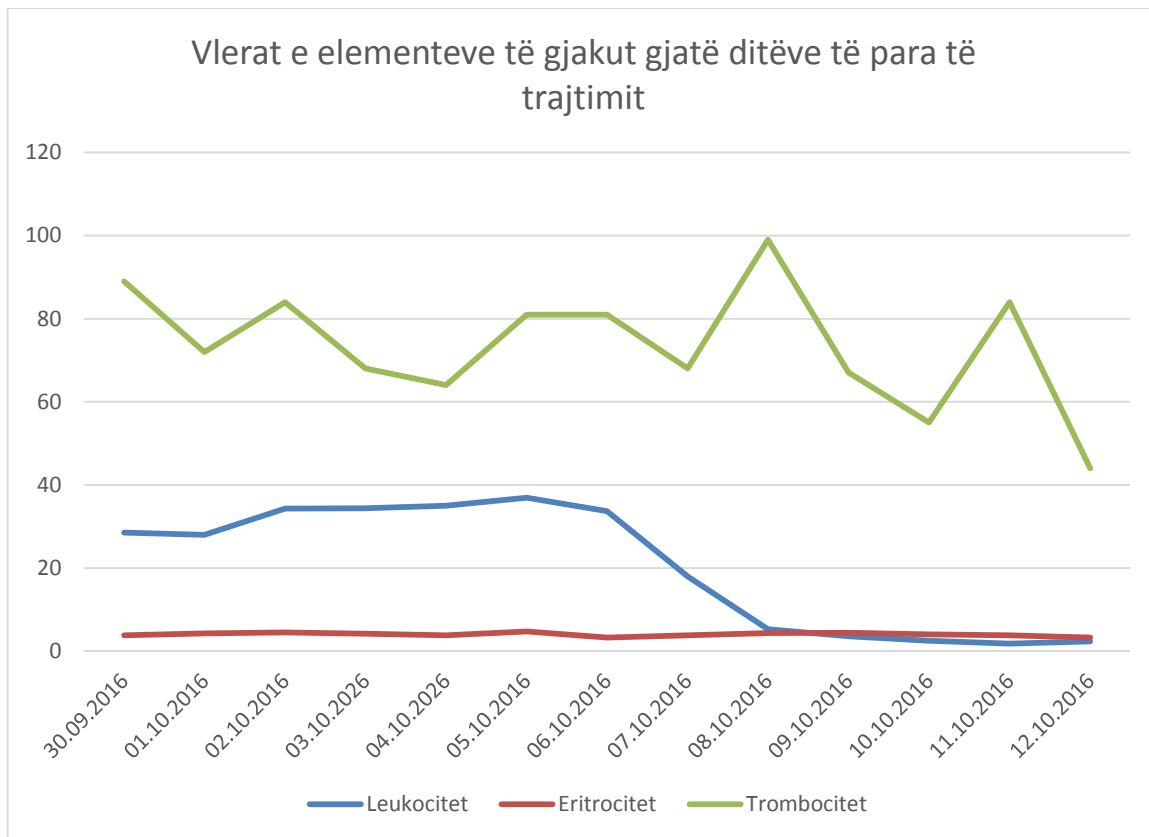


Fig. II. Vlerat e elementeve të figuruara të gjakut për pacientin në fjalë gjatë një periudhe të caktuar kohore kur pacienti trajtohet me kemioterapi .

Koment: Nga lakoret e grafikut shihet që pacienti në fjalë, ka pasur ndryshime të mëdha të vlerave të elementeve të gjakut gjatë 13 ditëve të para të trajtimit, pasi që është diagnostifikuar me LAL dhe ka filluar marrjen e kimioterapisë sipas protokoleve.

Një sfidë e madhe si për pacientin ashtu edhe personelin shëndetësor shfaqet për të përballuar dhe për të mbijetuar këtë gjendje, duke i parandaluar komplikacionet e mundshme kur vlerat e Le, Er dhe Tr vazhdojnë të ulen.

3.2 Diagnoza infermierore te rasti i studimit

Qëllimi i diagnozës infermierore është hartimi dhe zhvillimi i një plani, kujdesi individual në mënyrë të tillë që pacienti dhe familja e tij të mund të përshtaten me ndryshimet që rezultojnë nga problemet shëndetësore.

Pas mbledhjes së të dhënave subjektive, objektive, historike dhe aktuale, duke shfrytëzuar planin e procesit të kujdesit infermieror, dignozot potenciale dhe të mundshme infermierore për këtë pacient janë :

- Infeksione për shkak të rënies së imunitetit.
- Plogështi, dobësi dhe marramendje për shkak të anemisë.
- Gjakëderdhje për shkak të trombocitpenisë .
- Ndryshime të temperaturës për shkak të infeksioneve.
- Lodhje për shkak të rritjes së kërkesave për energji.
- Ndjenja e frikës dhe vetmisë për shkak të izolimit.
- Ndryshime në ushqyerje, më pak se kërkesat ushqimore lidhur me anoreksinë.
- Dhimbje koke për shkak të infiltrimit të qelizave leukemike në SNQ.
- Dhimbje të kockave lidhur me infiltrimin e limfoblasteve në palcën e eshtrave.
- Ndjenja e të qenurit pasiv lidhur me hospitalizimin për një periudhë të gjatë kohore.
- Rënja e flokëve, reaksione alergjike dhe ndjenja e të vjellit për shkak të kemioterapisë.

3.3 Planifikimi infermieror për rastin

Duke u bazuar në vlerësimin e gjendjes së përgjithshme, prioritetet tona të vendosura për pacientin me LAL janë:

- **Reduktimi i rrezikut për infeksione**

- ✓ Fillim i hershëm i regjimit terapeutik efikas për infeksione specifike
- ✓ Kontrolli i larjes së duarve pas çdo procedure mjekësore
- ✓ Përdorimi i maskës për parandalimin e infeksionve të traktit respirator
- ✓ Izolimi i pacientit në një dhomë për të minimizuar kontaminimin e kryqëzuar
- ✓ Largimi nga dhoma i vazove me ujë, mbajtse protezash, ose paisje për ruajtjen e lagështisë sepse janë terrene ushqimore për mikroorganizmat

- **Shmangia e rrezikut për dëmtime**

- ✓ Parandalimi i lëvizjes së pacientit pa përcjellës
- ✓ Shëtitja e pacientit në ambiente të rrafshëta
- ✓ Largimi i mjeteve të mprehta nga dhoma e pacientit
- ✓ Edukimi i familjarëve të pacientit që të sillen në mënyrë të qetë me fëmijën

- **Masat parandaluese të hemorragjive**

- ✓ Ngrihet pacienti me kujdes
- ✓ Shmangen injeksionet i/m dhe i/v.
- ✓ Kur injeksionet janë të nevojshme përdoren shpuse të vogla
- ✓ Ushtrohet presion tek vendi i punktimit për 10 min ose derisa të ndërpritet hemorragjia
- ✓ Aplikohet akull në zonat e traumatizuara
- ✓ Testohen urina dhe fecesi për prezencën e gjakut
- ✓ Observohet vendi i/v çdo 2 orë për hemorragji
- ✓ Matet perimetri abdominal çdo ditë
- ✓ Administrohen suposte me kujdes
- ✓ Mësohet pacienti të shmangë traumat e gojës

- ✓ Përdorem furça dhëmbësh të buta
- ✓ Të shmanget mjekimi i dhëmbëve sidomos heqjet
- ✓ Të shmangen ushqimet e forta

● **Kujdesi për lëkurën**

- ✓ Edukimi i pacientit për vetëkujdesin
- ✓ Inkurajon pacientin të bëjë banjo qdo ditë
- ✓ Përdorimi i lubrifikantëve nëse pacienti është i imobilizuar

● **Shmangia e lodhjes dhe përmirësimi i aktiviteteve**

- ✓ Sigurimi i pushimit dhe akumulimit të energjisë
- ✓ Mënjanimi i ushtrimeve të rënda sportive
- ✓ Shëtitje në natyrë mirëpo me pauza të shpeshta
- ✓ Inkurajohet pacienti për aktivitete me konsumim minimal të energjisë të cilat ndihmojnë për të shmangur mërzitjen

● **Aplikimi i terapisë dietetike**

- ✓ Sigurohet që pacienti të marrë ushqimet të shpeshta dhe të vogla
- ✓ Ushqimi duhet të jetë i pasur me kalori, kryesisht me vlera të larta të vitmanive, proteinave dhe karbohidrateve.
- ✓ Konsumimi i mjaftueshëm i lëngjeve
- ✓ Kujdesi ndaj higjienës së gojës për të përmirësuar oreksin

● **Administrimi i medikamenteve sipas përshkrimit**

- ✓ Monitorimi i vazhdueshëm pas aplikimit të kemioterapisë
- ✓ Parandalimi i komplikacioneve në rast të reaksioneve
- ✓ Dokumentimi i çdo procedure infermirore

- **Monitorimi i përditshëm i gjakut komplet dhe qelizave të gjakut**
 - ✓ Raportimi i çdo rezultati të ekzaminimit te mjeku
 - ✓ Transfuzioni i gjakut në rastë nevoje
- **Kujdesi për traktin respirator**
 - ✓ Aplikohet higjiena pulmonare e cila kryhet qdo 2-4 orë
 - ✓ Bëhet auskultimi i mushkërive për prezencën e kraveve ose dëmtim të tingujve
 - ✓ Inkurajohet pacienti që të kollitet dhe të marrë frymë thellë
- **Përmirësimi i imazhit trupor**
 - ✓ Ruajtja e integritetit të lëkurës
 - ✓ Përmirësimi i komfortit
 - ✓ Këshillimi i pacientit për zhvillimin e alopecisë
 - ✓ Përdorimi i një parukeje
 - ✓ Përkrahja e pacientit në çdo drejtim me qëllim që të mos ndihet i vetmuar
- **Edukimi shëndetësorë**
 - ✓ Edukimi i pacientit dhe familjarëve për rëndësinë e vazhdimit të terapisë
 - ✓ Informimi rreth efekteve anësore që shkakton kemioterapia
 - ✓ Edukimi si të kujdesen familjarët për fëmijën e sëmurë kur qëndron në shtëpi
 - ✓ Udhëzime për mirëmbajtjen e katetërit qëndror venoz kur fëmija është në shtëpi
 - ✓ Aplikimi i higjienës si brenda ashtu edhe jashtë spitalit
 - ✓ Shmangia e kontaktit me shumë njerëz
 - ✓ Edukimi për masat parandaluese të hemorragjive
 - ✓ Raportimi i çdo simptome jo të zakonshme tek personeli shëndetësor

3.4 Zbatimi infermieror lidhur me rastin

Bashkëpunimi i ndërlidhur mjek, infermier, pacientë dhe familjarë është thelbësor. Ky raport i mirëfilltë ndihmon edhe në lehtësimin e punës së mjekëve dhe infermierëve, duke marrë parasysh edhe faktin që infermierja është ajo që në shumicën e kohës është në kontakt me pacientin. Te rasti A.M disa prej pikave më të rëndësishme të zbatimit infermieror janë:

- ✓ Pacienti dhe familjarët janë informuar për gjendjen shëndetësore
- ✓ Fëmija është adaptuar me ambientin spitalor
- ✓ Raportet e personelit me fëmijën janë të mirëfillta
- ✓ Maten shenjat vitale dhe dokumentohen
- ✓ Infermierja aplikon masat e higjienës në bashkëpunim me të tjerët
- ✓ Pacienti pajtohet për marrjen e terapisë
- ✓ Administrohet terapia dhe dokumentohet
- ✓ Qdo ditë merret gjaku për analiza në mëngjes dhe dërgohet në laborator
- ✓ Ofrohet ushqim kualitativ dhe në sasi të vogla por të shpeshta për pacientin
- ✓ Kontrollohet temperatura e dhomës
- ✓ Eliminohet qdo faktor (përveq atyre të domosdoshëm) që ndikon në prishjen e disponimit të pacientit
- ✓ Nuk lejohen vizita të shpeshta ose kontakte të drejtpërdrejta me qfardo persona
- ✓ Pacienti është i vetëdijshëm edhe për efektin e alopecisë
- ✓ Kontrollojmë vazhdimisht gjendjen fizike dhe shpirtërore të pacientit duke u munduar të parandalojmë komplikimet.

3.5 Vlerësimi përfundimtar i pacientit

- ✓ Pacienti është i vetëdijshëm
- ✓ Peshë trupore e fëmijës nuk ka ndryshuar dramatikisht, tashmë peshon 35 kg
- ✓ Temperatura trupore ka arritur vlerën 36.5 °C
- ✓ Tensioni arterial është 112/80 mmHg
- ✓ Pulsi është 89 rrahje në minutë
- ✓ Nuk paraqet pakënaqësi gjatë aplikimit të terapisë
- ✓ Gjaku për analiza është marrë
- ✓ Sigurohet vija venoze për dhënjen e terapisë
- ✓ Të gjitha procedurat diagnostike dhe terapeutike janë realizuar në kushte sterile sipas standardeve
- ✓ Një cianozë e lehtë vërehet nga jashtë
- ✓ Vazhdon të ushqehet shëndetshëm
- ✓ Nganjëher ka ndjenjën e nauzesë por jo vjellje
- ✓ Ka jashtëqitje të rregullta
- ✓ Nuk ankohet për dhimbje të eshtrave
- ✓ Është i vendosur në një dhomë të mirëmbajtur mirë nga stafi higjienik
- ✓ Nuk ka vizita të shpeshta
- ✓ Raporti me personelin janë të nivelit shoqërorë
- ✓ Kohë pas kohe përdor teknologjinë argëtuese për fëmijë
- ✓ I mungon shkolla dhe shoqëria e klasës
- ✓ Është mjaft i motivuar dhe ka një besim të plotë në vetvete, që rrallë fëmijë e posedojnë.

Kapitulli IV Statistika të fëmijëve të sëmurë me leukemi në Kosovë gjatë periudhës 2011-2015

4.1 Statistika mbi përhapjen e leukemisë te fëmijët sipas viteve në periudhën 2011-2015

Tab:2 Fëmijët e diagnostifikuar me Leukemi në QKUK, Klinika e Pediatriisë, Reparti i Hematologjisë me Onkologji, në bazë të moshës për vitin 2011.

Viti	Moshë							
	(0-6)		(7-11)		(12-18)		Gjithsej	
	N	%	N	%	N	%	N	%
2011	10	33	8	27	12	40	30	100

Nga kjo tabelë kuptojmë që në vitin 2011, prej fëmijëve të diagnostifikuar me Leukoza në territorin e Kosovës, një numër më i madh i të diagnostifikuarve i takon grup-moshës prej 12-18 vjeqare, ndërsa më së paku është atakuar moshë 7 – 11 vjeqare.

Tab:3. Fëmijët e diagnostifikuar me Leukemi në QKUK, Klinika e Pediatriisë, Reparti i Hematologjisë me Onkologji, në bazë të moshës për vitin 2012.

Viti	Moshë							
	(0-6)		(7-11)		(12-18)		Gjithsej	
	Nr	%	Nr	%	Nr	%	Nr	%
2012	13	45	5	17	11	38	29	100

Gjatë periudhës Janar-Dhjetor të vitit 2012, janë diagnostifikuar gjithsej 29 raste të reja të fëmijëve me sëmundjen e Leukemisë në vendin tonë. Fëmijët më të atakuar janë grup moshë prej 0 – 6 vjeqare.

Tab: 4 Fëmijët e diagnostifikuar me Leukemi në QKUK, Klinika e Pediatriisë, Reparti i Hematologjisë me Onkologji, në bazë të moshës për vitin 2013.

Viti	Moshë							
	(0-6)		(7-11)		(12-17)		Gjithsej	
	Nr	%	Nr	%	Nr	%	Nr	%
2013	15	55	5	19	7	26	27	100

Bazuar në statistika, në Kosovë rastet për vitin 2013 kanë arritur deri në 27, edhe këtë vit dominon grup moshë prej 0-6 vjeqare. Në krahasim me dy vitet e mëparshme numri në përgjithësi i rasteve është pak më i ulët

Tab:5 Fëmijët e diagnostifikuar me Leukemi në QKUK, Klinika e Pediatriisë, Reparti i Hematologjisë me Onkologji, në bazë të moshës për vitin 2014.

Viti	Moshë							
	(0-6)		(7-11)		(12-18)		Gjithsej	
	Nr	%	Nr	%	Nr	%	Nr	%
2014	14	58	5	21	5	21	24	100

Gjatë këtij viti gjithsej janë raportuar 24 raste, më shumë se 50% të rasteve i takojnë grup moshës prej 0-6 vjeqare. Moshë kjo mjaftë e ndjeshme për të përballuar këtë sëmundje, pasi që këto janë vitet e para kur fëmija fillon të flasë, të ecë, të kuptoj dhe të reagoj mirë, është shumë e vështirë për familjarët dhe për fëmijën në veqanti të adaptohet me sëmundjen dhe ambientin.

Tab:6. Fëmijët e diagnostifikuar me Leukemi në QKUK, Klinika e Pediatriisë, Reparti i Hematologjisë me Onkologji në bazë të moshës për vitin 2015.

Viti	Moshë							
	(0-6)		(7-11)		(12-18)		Gjithsej	
	Nr	%	Nr	%	Nr	%	Nr	%
2015	14	40	13	37	8	23	35	100

Nga statistikat e raportuara, vërehet rritja e numrit të fëmijëve të diagnostifikuar me sëmundjen e leukemisë në krahasim me 4 vitet e mëparshme. Grup moshë më e atakuar është prej 0-6 vjeqare.

Reparti i Hematologjisë me Onkologji në kuadër të klinikës së Pediatriisë QKU Prishtinë, ka trajtuar fëmijët e sëmur me leukemi në bashkëpunim me organizatat: " Cure Children ", Shoqatën Holandeze, Klinikën e Grazit të Austrisë dhe Shoqatën Kosovare në ndihmë të fëmijëve me kancer, të cilët vazhdimisht e ndihmojnë këtë repart.

4.2 Konkluzionet

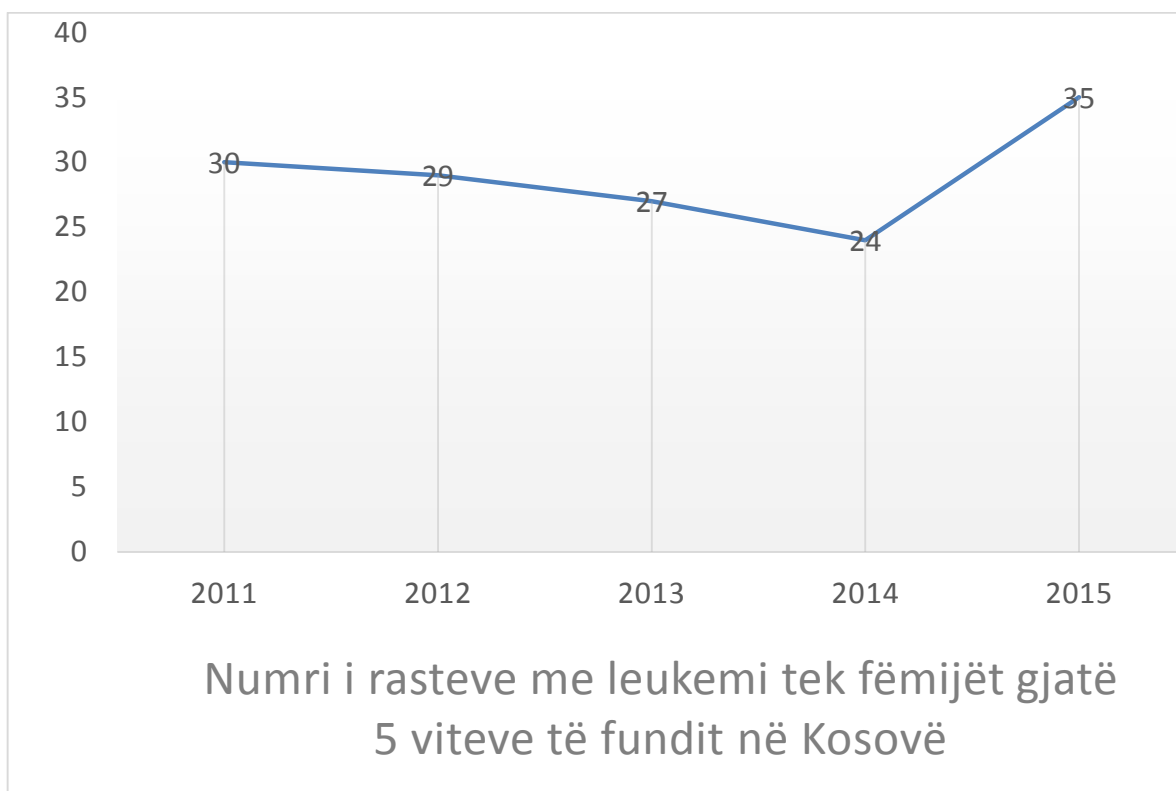


Fig. III. Numri i rasteve me leukemi te fëmijët gjatë viteve 2011 – 2015 në Kosovë.

Nga raportet vjetore të Institutit Kombëtar të Shëndetësisë Publike të Kosovës dhe të Klinikës së Pediatriisë reparti i Hematologjisë me Onkologji , shohim që gjatë 5 viteve të fundit kemi pasur një numër të konsiderueshëm të fëmijëve me Leukemi, që në përgjithësi arrin numrin prej 145 fëmijëve të sëmurë me leukemi, ndërsa viti më shqetësues është viti 2015, gjë që është paraqitur edhe nga media si një gjendje alarmante. Ky fakt duhet të mobilizoj, punonjësit e kujdesit shëndetësorë, qeverinë dhe gjithë komunitetin për të punuar së bashku për të përmirësuar diagnozën, trajtimin dhe kujdesin për pacientët me këtë sëmundje. Egziston edhe mundësia që një numër ndoshta i vogël i pacientëve të mos jenë të raportuar në Institutin dhe repartin e lartëpërmendur, pasi që janë diagnostifikuar dhe trajtuar jashtë vendit.

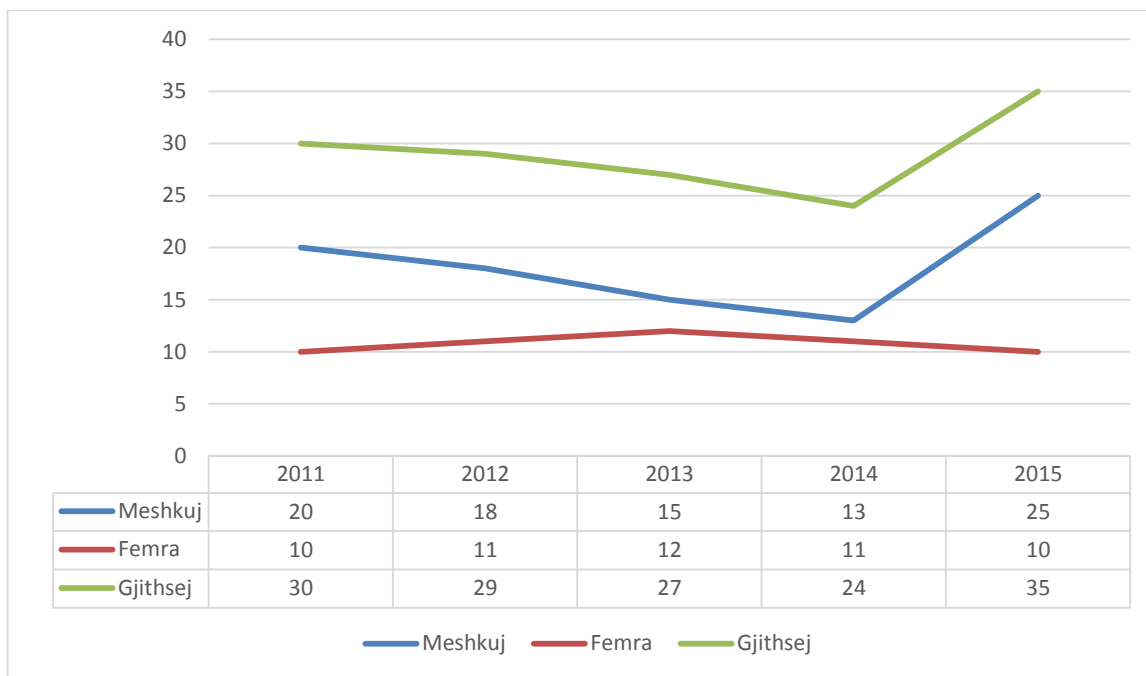


Fig. IV. Shpërndarja e sëmundjes së Leukemisë në bazë të gjinisë tek fëmijët në Kosovë gjatë viteve 2011 – 2015.

Në këtë grafik kemi paraqitur të dhënat e marra nga Instituti Kombëtar i Shëndetësisë Publike të Kosovës dhe nga QKUK, klinika e Pediatriisë, reparti i Hematologjisë me Onkologji, numrin e rasteve të fëmijëve të diagnostifikuar me Leukemi gjatë viteve 2011 – 2015 , duke i klasifikuar në bazë të gjinisë. Nga të dhënat shohim se gjinia dominante me këtë sëmundje është gjinia mashkullore, inçidenca e kësaj sëmundje sipas gjinisë përputhet edhe me literaturën shkencore.

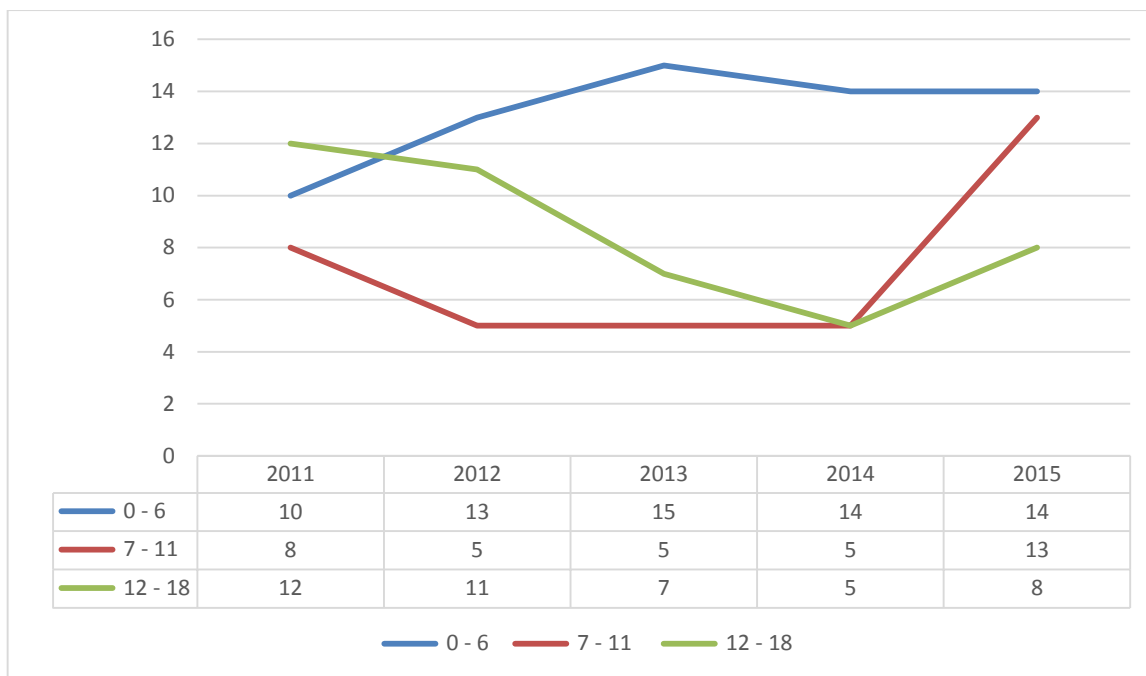


Fig. V. Përhapja e Leukemisë te fëmijët në Kosovë gjatë 5 viteve të fundit të ndarë në tre grupmosha : 0 – 6, 7 – 11, 12 – 18.

Në këtë lakore kemi paraqitur shpërndarjen e sëmundjes së leukemisë te fëmijët gjatë viteve 2011 – 2015, në bazë të moshës, duke përdorur burimin e lartëpërmendur të të dhënave. Në bazë të moshës, gjatë periudhës 2011-2015, numri më i madh i fëmijëve të diagnostifikuar me këtë sëmundje i takon grup moshës prej 0 – 6 vjeqare. Vlen të përmendet që në vitin 2015, ka pasur një ngritje të theksuar të shfaqjes së kësaj sëmundje në grup moshën prej 7 – 11 vjeqare. Ndërsa grup moshë prej 12 – 18 vjeqare, e cila në vitin 2013 dhe 2014 ka pasur një ulje të numrit të rasteve të diagnostifikuara, në vitin 2015 shënon prap rritje.

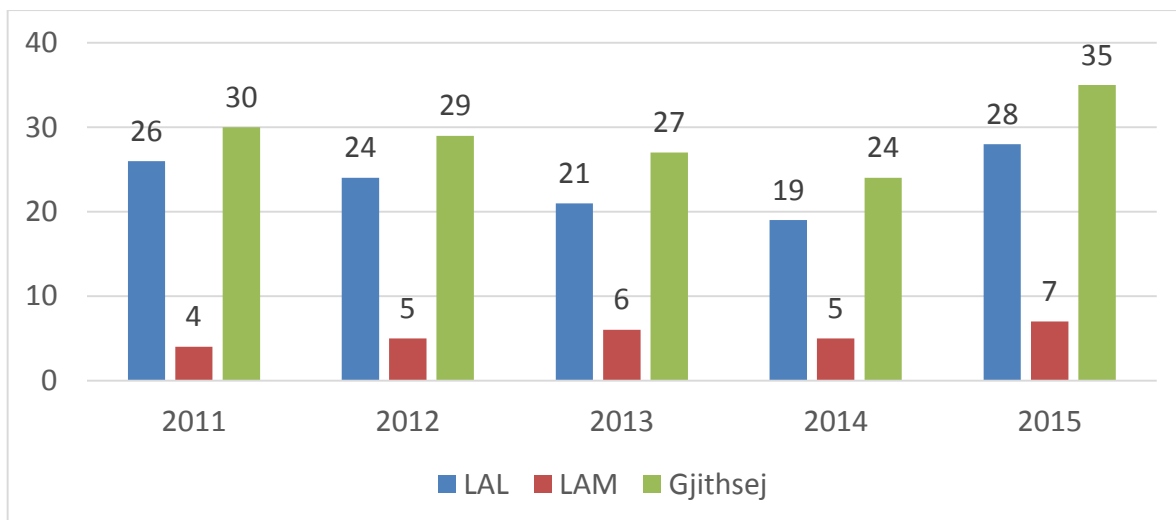


Fig: VI. Numri i rasteve me Leukemi akute : limfoblastike dhe mieloide, gjatë viteve 2011 – 2015 tek fëmijët në Kosovë.

Tab: 7. Numri i përgjithshëm i shpërndarjes së sëmundjes së Leukemisë brenda pesë viteve të fundit (2011 – 2015), sipas tipit të leukemisë akute në vendin tonë.

Numri i përgjithshëm i fëmijëve të sëmurë për 5 vitet e fundit		LAL		LAM	
Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%
145	100	118	81	27	19

Në bazë të statistikave nga Instituti kombëtar i shëndetësisë publike të Kosovës, dhe nga protokolet e klinikës së Pediatrisë, Prishtinë, reparti i Hematologjisë me Onkologji kuptojmë që numri më i madh i rasteve brenda viteve 2011-2015 me leukemi akute i takon llojit – LAL, këto vlera përputhen edhe me tekste shkencore të përhapjes së leukemisë te fëmijët në bazë të tipit të saj.

4.2 REKOMANDIMET

Leukemia është sëmundje serioze që kërkon kujdes shëndetësor maksimal nga personeli shëndetësor, prandaj nevojitet bashkëpunim i vazhdueshëm me familjarët e fëmijës dhe fëmijën e sëmurë. Shërimi i kësaj sëmundje ka kosto të lartë financiare dhe mund të përfundoj me letalitet. Duke u bazuar në këto të dhëna, japim këto rekomandime:

- ❖ Kontrollimi i vazhdueshëm i fëmijëve te specialisti i lëmisë përkatëse, për të bërë diagnostifikimin e hershëm të sëmundjes, kjo ndikon edhe në rrjedhën e përgjithshme të saj.
- ❖ Të ngriten kapacitetet profesionale në repartin e Hematologjisë me Onkologji me mjekë dhe infermierë, duke marrë parasysh numrin aktual të tyre si dhe trendin në rritje të fëmijëve të sëmurë me leukemi.
- ❖ Të ketë edukim të vazhdueshëm profesional, si dhe trajnime të mjekëve dhe infermierëve të kësaj lëmie, me qëllim të aftësisë së tyre për trajtimin e kësaj sëmundje në përputhje me të arriturat bashkëkohore në mjekësi.
- ❖ Përkrahje nga institucionet përkatëse shëndetësore për familjarët e pacientëve të atakuar me këtë diagnozë është e domosdoshme. Përkrahja duhet të bëhet si në aspektin psikologjik ashtu edhe në aspektin material, duke marrë parasysh natyrën e sëmundjes dhe koston e lartë financiare të mjekimit dhe gjendjen ekonomike në të cilën gjendemi ne si shoqëri.
- ❖ Institucionet shëndetësore sidomos ato dytësore duhet ti kushtojnë kujdes të veçantë grumbullimit dhe raportimit të rasteve me këtë sëmundje, ngase në disa raste fëmijët nga institucionet e nivelit dytësor shkojnë drejtëpërdrejtë për trajtim jashtë vendit.

4.4 Referencat

E. Saraçini, H. Zherka-Saraçini: " Anatomia dhe fiziologjia e njeriut ", Prishtinë, 2001.

E. Peka, L. Neçaj, E. Rustami, D. Bego, A. Imami-Lelçaj, M. Çela, A. Dërvishi, V. Zanaç, V. Mane: " Infermieristika në specialitete "

M. Azemi, M. Shala: " Pediatria ", Botimi I, Prishtinë, 2010.

R. Kliegman, H. Jenson, R. Behrman, B. Stanton: " Manuali Nelson i Pediatrisë "

De Vita, Hellman dhe Rosenberg " Kanceri " Vëllimi II.

J. Greer, J. Foerster, G. Rodgers, F. Paraskevas, B. Glader, D. Arber, R. Means :
" Hematologjia Klinike e Wintrobe " Vëllimi II.

Basil J. Zitelli, Holly W. Davis: " Atlas i diagnozës së ekzaminimit pediatrik".

Ph. Pizzo, D. Poplack " Principles and practice of pediatric oncology " .

Michael C. Perry " The Chemotherapy Source Book " .

J. Flynn, Ph. Heffron " Nursing from Concept to Practice " .

Michael H. Ross, Wojciech Pawlina: " Histologji " .

Kumar, Abbas, Fausto, Mitchell: " Bazat e Patologjisë së Robbins- it", Tiranë 2013.

Instituti Kombëtar i Shëndetësisë Publike të Kosovës

QKU – Prishtinë, Klinika e Pediatrisë – Reparti i Hematologjisë me Onkologji.

Biografi e shkurtër e kandidates – CV (Curriculum Vitae)

Informatat personale:	
Emri dhe Mbiemri	Arbnore Azgoni
Datëlindja	27.06.1994
Gjinia	Femër
Nr. Personal	1234035904
Të dhënat kontaktuese	
Nr. Tel:	+377 45 712 400
Adresa	Fshati: “ Osek Hylë ”
Emaili	arbnore.azgoni@gmail.com
Të dhënat e kualifikimit	
Shkolla e mesme e lartë	Mjekësi e Përgjithshme “Hysni Zajmi” Gjakovë
Universiteti	Universiteti i Gjakivës “ Fehmi Agani”
Fakulteti	Fakulteti i Mjekësisë
Programi	Infermieri
Statusi	E rregullt
Nr. ID	130306080