

UNIVERSITETI I GJAKOVËS “FEHMI AGANI”

FAKULTETI I MJEKËSISË

PROGRAMI I INFERMIERISË



PUNIM DIPLOME

**TEMA: Kujdesi infermieror tek të sëmurët me Osteoartritë
të gjeneralizuar**

Kandidatja:

Belinda RRUSTEMAJ

Mentor:

Prof.Ass. Dr. Idriz BERISHA

Gjakovë Nëntor 2017

ABSTRAKT

Ky punim është realizuar me qëllim të zgjerimit të njohurive të infermierëve të ardhshëm në fushën e reumatologjisë, respektivisht kujdesit infermieror në reumatologji. Lexuesit mund të informohen me gjendjen aktuale të diagnostifikuar me osteoartritin në vendin tonë. Punimi është bërë në Universitetin e Gjakovës “Fehmi Agani”, Fakulteti i Mjekësië, Programi Infermieri. Përmes këtij punimi kemi arritur të hulumtojmë, shpeshhtësinë e përhapjes të kësaj sëmundje në një periudhë kohore të caktuar.

Mentori im është: Prof. Ass. Dr. Idriz Berisha

ABSTRACT

This paper is realized with the aim of expanding the knowledge of future nurses in the field of rheumatology, respectively nursing care in rheumatology. Readers can be informed about the current state of diagnosis with osteoarthritis in our country. The work was done at the University of Gjakova "Fehmi Agani", Faculty of Medicine, Nursing Program. Through this paper we have come to investigate the frequency of spread of this disease in a given period of time.

My mentor is: Prof. Ass. Dr. Idriz Berisha

Deklaratë studentore

Unë, kandidatja: BELINDA RRUSTEMAJ studente e Universitetit të Gjakovës - Fakultetit të Mjekësisë e zgjodha këtë temë me një përgjegjësi të madhe, prandaj në përgatitjen e punimit të temës së 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.

Falendërimet

Për rezultatet e arritura deri me tani, Falendëroj perzemesisht familjen time për mbështetjen që më dhanë në çdo aspekt. Falendëroj profesorët si dhe stafin udhëheqës të Universitetit të Gjakovës “Fehmi Agani”. Shpresoj që përpjekjet dhe përkushtimi i tyre për të na edukuar si studentë dhe infermierë të ardhshëm do të jetë në të mirën e vendit tonë. Falënderoj dhe Institutin Kombëtar të Shëndetësisë Publike të Kosovës për përkrahjen e dhënë. Në fund, falendëroj edhe mentorin tim Prof. Ass. Dr. Idriz Berisha, i cili gjithmonë gjeti kohë për të më ndihmar në realizimin e këtij punimi, andaj e falendëroj perzemesisht për durimin, korrektësinë dhe këshillat e tij gjatë gjithë kësaj periudhe te pergaditjes .

Përmbajtja:

1.Hyrje.....	7
2.Metodologjia.....	7
3.Qëllimi i punim.....	7
Kapitulli I :Rishikimi I literaturës.....	8
1.1 Përkufizim i osteoartritit.....	8
1.2 Anatomia dhe fiziologjia e eshtrave.....	9
1.3 Epidemiologjia.....	9
1.4 Prevalenca/Incidence.....	11
1.5 Patologjia.....	11
1.6 Patogjeneza.....	12
1.7 Manifestimet klinike.....	13
Kapitulli II :Prekja e artikulacioneve DIP dhe PIP te duarve.....	15
2.1 Dora.....	15
2.2 Gjuri.....	16
2.3 Kolona vertebrale.....	18
Kapitulli III:Diagnoza.....	19
3.1 Të dhënat laboratorike.....	19
3.2 Të dhënat radiologjike.....	19
3.3 Të dhënat nga ekzaminimet e tjera imazherike.....	20
Kapitulli IV: Vlerësimi infermieror.....	22
4.1 Historia.....	22
4.2 Dhimbja e kyceve.....	22
4.3 Vlerësimi psikosocial.....	23
4.4 Diagnoza infermierore.....	23
4.5 Planifikimi infermieror.....	24
4.6 Ndërhyrja infermierore.....	24

4.7 Terapia medikamentoze.....	24
4.8 Poziconimi.....	25
4.9 Dieta.....	25
4.10 Menaxhimi kirurgjikal.....	26
4.11 Përmirësimi i lëvizjeve fizike (Ushtrimet).....	26
4.12 Edukimi shëndetësor.....	26
4.13 Rekomandimet.....	27
4.14 Referencat.....	28
4.15 Biografi e shkurtë e kandidates (CV)	29

1.Hyrja

Osteoartriti është sëmundja reumatizmale më e shpeshtë që prek artikulacionet dhe që zakonisht shfaqet në moshën e mesme e më vonë. Shpesh konsiderohet si sëmundja e plakjes së artikulacioneve për shkak të moshës së vonë të shfaqjes, por dhe sepse shkakton vështirësi të theksuara në lëvizje dhe shpesh ndryshim të imazhit trupor dhe e detyron pacientin të bëjë një jetë jo aktive fizike por edhe sociale duke ulur mjaft cilësinë e jetesës.

2. Metodologjia

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

3. Qëllimi dhe objektivat

Qëllimi i punimit të kësaj teme qëndron në zgjerimin e njohurive rreth sëmundjes së Osteoartritit të përgjithësuar në Kosovë duke përfshirë:

1. Etiologjinë e osteoartritit
2. Patologjinë,
3. Diagnostifikimin,
4. Mjekimin,
5. Kujdesin infermierorë në osteoartrit të durave dhe gjunjëve si dhe kolones vertebrale.

Kapitulli I - Rishikim i literaturës

Përkufizimi i Osteoartritit

- Osteoartriti (OA) është një çrregullim i artikulacioneve diartrodike, i cili klinikisht karakterizohet me dhimbje dhe kufizime të lëvizshmërisë, grafikisht karakterizohet nga osteofitet dhe ngushtimi i hapësirës artikulare, ndërsa në ndryshimin histologjik vihen re ndryshime të kartilago dhe integritetit të kockës subkondrale. OA-ja është sëmundje më e shpeshtë e artikulacioneve dhe shpeshë është shkaktarë i uljes së prodhueshmëris (shkaku më i madhe i ditëve të humbura në punë) ashtu edhe në trajtim (përdorimi kronik i analagjezikëv edhe antiinflamatorëve). Megjithëse etiologjia e OA-së nuk është kuptuar ende qartë, është treguar se ajo është një grup çrregullimesh, ku kartilagoja është shenjë mbi të cilin faktorët biomekanikë luajnë një rol të rëndësisë së vecantë. Faktorët e rrezikut, si p.sh.mosha, pesha dhe puna që e kryen pacienti, kanë gjithashtu shumë rëndësi.

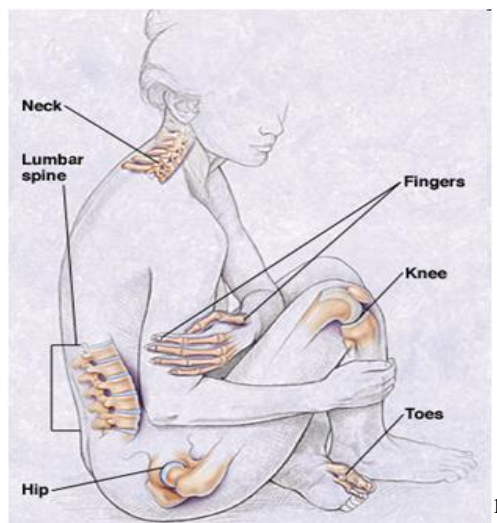


Foto .1. Pjesët e trupit të cilat i prek osteoartriti

Burimi:<https://2.bp.blogspot.com/-epK6Cyau6ho/UY0OU1ZES2I/AAAAAAAAAGaY/r-xD5x1CbsQ/s1600/Osteoarthritis.png>

¹Lee Goldman, Dennis Ausiello, MD: " Trakttat mjekësor i cecil-it " Cap XXII: Sëmundjet e reumatizmale,fq: 1993

1.2 Anatomia dhe fiziologjia e eshtrave

OSTEOLOGJIA merret me studimin e eshtrave –strukturave te forta dhe rezistente , te cilat se bashku formojne eshtrat.

Eshtrat janë materie organike të cilat ndërtohen prej indit eshtror në hapësirat mes qelizave eshtrorë. Qelizat të cilat i prodhojnë eshtrat quhen osteoblaste. Materiali ndërqelizor posedon grupe qelizash të forta të quajtura osteocite. Osteocitet janë qeliza të gjalla por nuk japin ind të ri ashtëror. Ka dhe disa qeliza të tjera të cilat quhen osteoklaste të cilat janë përgjegjës për resorbimin e ashtit. Eshtrat në qendër të ashtit posedojnë zbrastirën e cila është diafiza dhe dy skajet jo të rregullta epifiza. Ka dy lloje të indit ashtor: Njëri është lloj i vërtet ose asht kompakt (kocka e fortë). Ky lloj ashti merr pjesë në ndërtimin e eshtrave të gjata dhe pjesën sipërfaqësore të eshtrave tjera. Lloji tjetër i ashtit është indi sungjeror ku ka hapësira të zbraza.²

1.3 Epidemiologjia

OA-ja është deri tani çrregullimi më i zakonshëm i artikulacioneve, një nga sëmundjet më të shpeshta të të moshuarve dhe një nga shkaqet kryesore të invaliditetit. Meqense mekanizmat shkaktare te osteoartritit ne nivele qelizore nuk jane mire te identifikuara faktor riskues jane te njohur. Pleqeria shkakton ndryshime degjeneruese ne te gjitha indet e trupit kyqet qe perdoren me shpesh jane me te prekura ,perdorimi I tepert ose abuzimi I ketyre kyceve ,shkakton dhimbje kronike dhe degjenerim.Duke qenë se ajo mund të përcaktohet si radiologjikisht,ashtu edhe klinikisht,por edhe për shkak se midis këtyre të dyjave ka pak lidhje,në studimet epidemiologjike ka pasur vlerësime të ndryshme për prevalencën e kësaj sëmundjeje. Duke përdorur kritere radiografike, prevalenca e OA-së rritet në mënyrë të qëndrueshme, nga më pak se 2% te femrat më të reja se 45 vjeç, në 30% tek ato me moshë 45 deri në 64 vjeç dhe në 68% tek ato që janë më të vjetra se 65 vjeç. Prevalenca te meshkujt pak më e lartë në grupet me moshë më të re (para moshës 45 vjeç), ndërsa femrat preken më shpesh pas moshës 55 vjeç, me përjashtim të artikulacionit të këllkut.Anomalite kongenitale ,traumat mund te rezultojne ne osteoartrit sekondar .semundjet metabolike (si diabeti melitus)dhe semundjet e gjakut (Si hemofilia) munde te shkaktojne degjenerim te kyqeve .Disa kerkime mbeshtesin tendencen gjenetike te osteoartritit por kjo seshte vertetuar ende.Modeli i prekjes së artikulacioneve ndikohet shumë nga

²E. Saraçini, H. Zherka-Saraçini: “ Anatomia dhe fiziologjia e njeriut ”, Prishtinë, 2001. Cap: I, fq:25

mosha, seksi, dëmtimet e mëparshme të artikulacionit dhe anamneza profesionale. Përpara moshës 55-vjeçare ka pak dallime në prekjën e artikulacioneve midis gjinis femrore dhe mashkullore. Te meshkujt më të vjetër, OA-ja koksofemorale është më e shpeshtë, ndërsa te femrat më të vjetra prek më shumë artikulacionet proksimale interfalangeale (PIP) dhe baza e gishtit të madh (artikulacioni i metakarpalit të parë). Kyçet që i nënshtrohen traumave të përsëritura ose mbipërdorimit kanë një prevalencë më të madhe se të osteoartritit. Punëtorët e pambukut dhe fabrikave kanë prevalencë të rritur të OA te duarve dhe gishtave, minatorët dhe puntorët e magazinave të cilët ulen, përthyejnë dhe ngrenë pesha të rënda, kanë prekje të shpeshtë të gjujve dhe shpinës, ndërsa punëtorët që punojnë me çekiç pneumatikë kanë prekje të shpeshtë te kyçit të dorës dhe bërrylit. Faktorët raciale dhe gjenetik janë gjithashtu të rëndësishëm në artikulacionet e prekura dhe prevalencën e OA-së. Kinezët, zezakët e Xhamajkës, zezakët e Afrikës së Jugut dhe indianët e Azisë kanë një incidencë të OA-së së të ijës më të ulët se të bardhët, ndërsa japonezët kanë një incidencë më të madhe, e cila në dukje shihet e lidhur me prevalence më të madhe të displazisë koksofemorale të lindur. Gratë me ngjyrë kanë një prevalencë të OA-së gjurit më të madhe se gratë pa ngjyrë, por një prevalencë më të ulët të prekjës artikulacioneve distale interfalangeale është veçanërisht e shpeshtë te femrat dhe është zbuluar se shpesh ka trashëgimi familjare, ku 2% 30% 68% Prevalenca e OA-së te gjinia Femërore 45 vjeç 45-64 vjeç 65 vjeç 11 femrat e fisit të personit të prekur kanë të dhëna artikulare të ngjashme dhe një prevalencë të rritur dy deri në pesë herë. Studimet e mëdha kohore të subjekteve me të dhëna radiologjike të OA-së raportojnë një shpërndarje gjenetike të rëndësishme të sëmundjes. Përbërësi gjenetik i OA-së, i raportuar nga studimet e familjeve dhe binjakëve, është midis 60 dhe 65% ndërsa predispozicioni gjenetik duket se ndryshon në vartësi të rajonit të prekur nga OA-ja. Përveq kësaj, është raportuar se polimorfizmat e nje nukleotidi të vetëm në gjenet që kodojnë për proteinat strukturore të matriksit jashtëqelizor (p.sh., kolagjeni i tipit II), ose hormone dhe faktorët e rritjes, të cilët ndikojnë në metabolizmin e kartilagos dhe kockës (receptorët e vitaminës D, receptorët e estrogjenëve, faktorët e rritjes-1, të ngjashem me insulinën dhe proteinat me domene të përdredhura [frizzled-related protein]), rrisin riskun për OA në artikulacione që mbajnë pasha. Megjithatë, në studimet e fundit janë identifikuar edhe faktorë të modifikueshëm të rrezikut për OA. Pesha e madhe është faktori parashikues më i rëndësishëm i pavarur i incidencës dhe përparimit të OA-së në artikulacionet që mbajnë peshën e trupit: zvogëlimi i peshës zvogëlon zhvillimin dhe përparimin e osteoartritit të gjurit. Me risk të

rritur për zhvillimin e OA-së në artikulacionet e interesuara shoqërohen vetëm disa lloje aktivitete intensive. Në veçanti, këto duket se janë një faktor rreziku i rëndësishëm për osteoartritin e artikulacionit të gjurit tek atletët e kategorisë së parë që janë shumë kërkues për formën e tyre fizike, por nuk rrit prevalence në aktivitete më të lehta, siç është vrapimi i maratonës. Gjithsesi, ky ndryshim mund të vijë si rezultat i një procesi vetëpërzgjedhës, ku personat që kanë dhimbje gjuri, nuk janë në gjendje të vazhdojnë aktivitetin.³

1.4 Prevalenca/Incidenca

Prevalenca rritet me moshën, pothuajse çdo i moshuar 60 vjeç ka disa simptoma të degjenerimit të kyçeve. Gratë janë më shumë të prekura se sa burrat. Burrat zakonisht kanë një incidence më të madhe të problemeve të legenit, kurse gratë kanë problem me duart. Incidenca e osteoartritis është me e ulët në terren të ostoporoze dendësia e kockës të pacientet me osteoartrit është me lartë se të kontrollohet me të të njëjten moshe edhe në vendet me distance nga artikulacionet e prekura.

1.5 Patologjia

Tiparet kryesore të OA-së në egzaminimin artroskopik janë zonat fokale të ulçeruara të kartilagos që vëndoset mbi kockën me dendësi të rritur dhe të lëmuar, të cilat shfaqen në sipërfaqet artikulare peshëmbajtëse, si dhe tek osteofitet jukstaartikulare që rriten në skajet e artikulacionit. Kjo gjendje përfaqsonë stadin përfundimtar të një procesi të vazhdueshëm, ndërsa OA-ja përfaqson një proces patologjik. Gjithsesi, në stadi më të hershme ka zbutje të sipërfaqjes së kartilagos, fije të shtresave sipërfaqësore, humbje të trashësisë së kartilagos, zhvillimit të çarjeve në kartilagos dhe në fund humbje të integritetit me lëshim të copëzave të kartilagos. Nga ky proces preke edhe kockat, e cila pëson ndryshime reaktive (sklerozë kockore subkondrale) në zonat nën kartilago, zhvillimit të cistave kockore subkondrale që mund të komunikoj me hapsirën artikulare dhe zgjerohen në geode, osteofite marginale (ritje të kartilagos dhe kockës së re) në sipërfaqet jopeshëmbajtëse. Ndryshimet më të hershme histologjike shfaqen si humbje e

³Lee Goldman, Dennis Ausiello, MD: " Traktat mjekësor i cecil-it " Cap XXII: Sëmundjet e reumatizmale, fq: 1993.

matriksit jashtëqelizor të kartilagos, humbja e kondrociteve në shtresat sipërfaqore të kartilagos artikulare dhe ndryshimet reaktive në kondrocitet më të thella, të cilat manifestohen me ndarjen qelizore dhe "klonim", në përpjekje për të riparuar dëmtimet. Më pas, ka një humbje progresive të kondrociteve në të gjitha nivelet, hollim të matriksit të kartilagos dhe, në disa raste, zhvillim të fibrokartilagos, në vend të kartilagos hyaline artikulare të humbur.⁴

1.6 Patogjeneza

Kartilagoja artikulare ka dy funksione të rëndësishme: (1) të mundësoj lëvizjen artikulare pothuajse pa fërkime: (2) të shërbej si "armotizues i goditjeve" dhe të transmetojnë ngarkesë nga sipërfaqet artikulare në indet rrethuse. Vetitë e nevojshme të elasticitetit dhe forca dhe rezistenca e madhe tërheqëse mundësohet nga proteoglikanët dhe kolagjeni i matriksit jashtëqelizor, të cilët përbëjnë më shumë se 90% të makromolekulave të kartilagos. Proteoglikanët e matriksit metabolizohen e prodhohen aktivisht dhe kanë një gjysmëjetë disa javëshe. Glikozaminoglikanët e sukfuruar, të ngarkuara negativisht, të cilët përbëjnë proteoglikanët, i japin kartilagos veti elastike. Kolagjeni i matriksit të kartilagosit është një strukturë e veçantë (kolagjeni tip II) që siguron forcën elastike dhe mban fort molekulat e proteoglikanit në një strukturë tridimensionale. Fibrat e koligjenit lidhen me lidhje kovalente me molekulat e tjera të matriksit, të cilat mendohet se sigurojnë "ngjitësin" për të ruajtur tërësinë e matriksit. Vetë kolagjeni metabolizohet shumë ngadalë (gjysmëjeta është disa vjet) kur është normal. Në OA ka një fazë fillestare, në të cilën aktiviteti metaboli i kondrociteve është i lartë dhe pasohet humbja e kondrociteve. Arsyeja për paafesinë për të riparuar kartilagon është e paqarte por mund të lidhet me paafesinë për të formuar rishtazi arkitektura tridimensionale të kartilagos tek individet e rritur kur ajo demtohet.⁵

⁴ Lee Goldman, Dennis Ausiello, MD: "Traktat mjekësor i cecil-it" Cap XXII: Sëmundjet e reumatizmale, fq: 1994.

⁵ David A. Warrell, Timothy M. Cox, John D. Firth, Edward J. Benz, JR: "Traktati i oksfordit për mjekësinë" Vëllimi III. Cap 18: Reumatologjia, fq: 63.

1.7 Manifestimet klinike

Stadet fillestare të osteoartritit janë klinikisht të qeta, gjë që shpjegon prevalencën e lartë të të dhënave radiologjike dhe histologjike të OA-së te pacientët pa simptoma klinike. Gjithsesi, edhe në stadet e vonshëm të OA-së, midis simptomave klinike dhe ndryshimeve në integritetin e kockave dhe kartilagos, të cilat percaktohen me astroskopi ose me teknik imazherike jo të drejtpërdrejt (radiografi, rezonancë magnetike [MRI]), ka pak përputhje. Faktorët ose ngjarjet që e bëjnë procesin e sëmundjes së OA-së të shfaqet klinikisht, janë të panjohura, por ka mundësi të jenë heterogjene. Ata shkaktojnë ndryshime në membranën sinoviale, kockës dhe strukturat mbështetëse rrethuese (muskujt, ligamentet) që japin dhimbje, kjo dhimbje nuk mund të vijë nga kartilagoja, sepse nuk është e inervuar. Dhimbja është simptoma kryesore që nxit diagnozën OA-së; ajo fillon vetëm në një artikulacion, ndërsa të tjeret fillojnë me dhimbje më vonë. Dhimbja e OA-së përshkruhet si dhimbje e thellë, e cila shoqërohet shpesh me ngurtësim të artikulacionit pas periudhash aktiviteti (në mëngjes pas zgjimit, ose kur zgjohesh pasi ke qenë ulur). Dhimbja shtohet nga përdorimi i artikulacionit, por mund edhe të përhapet dhe të kalojë te struktura fqinje. Në stadet e hershme të sëmundjes, dhimbja lehtësohet shpesh nga pushimi. Kur sëmundja rëndohet, dhimbja mund të jetë e përhershme, ndikon në funksionin normal dhe nuk e lejon personin të flejë, as kur ai është nën mjekim. Edhe kur sëmundja është e rëndë, manifestimet sistemike, siç është temperatura, rënia në peshë, anemia apo eritrosedimenti (ESR), nuk janë të pranishme. Artikulacionet që preken më shpesh në OA, janë artikulacionet metatarsofalangeale (MTP) të gishtit të madh (hallux valgus ose “nunioni”), artikulacionet DIP (nyja interfalangeale e poshtme) dhe PIP (nyja interfalangeale e sipërme) të gishtave, artikulacionet CMC (nyja korpometakarpale, dmth tek gishtat e këmbës tek shputa), këllku, gjunjëve dhe kolones cervikale dhe lumbare. Artikulacionet të tjera, ku përfshihen edhe artikulacionet që mbajnë më shumë peshë, siç janë ato të këmbës (talokrural), zakonisht nuk preken, me përjashtim të rasteve kur preken në forma dytësore të OA-së. Në ekzaminimin objektiv, artikulacionet shfaqin dhimbje, krepitus dhe kufizim të amplitudes së lëvizjes, fryerja e tyre mund të shkaktohet nga efuzionet sinoviale ose nga zmadhimi i kockave dhe prania e osteofiteve. Përqëndrueshmëria e artikulacioneve vërehet vetëm në raste të rënda, ose kur dëmtohet struktura mbështetëse kryesore (p.sh., ligamenti kruciat anterior, ose ligament kolateral medial). Pacientët në të cilët sëmundja ka përparuar shumë, kanë deformime të mëdha, të shoqëruar me subluksacion të artikulacioneve të prekura. Megjithatë mendohet se OA-ja është një sëmundje progresive uniforme që çon në

zëvendësim të artikulationit, nuk është gjithmonë kështu. Sëmundja duket se stabilizohet te shumë pacientë; shenjat dhe simptomat nuk përkeqësohen, madje, ne disa pacientë, mund të ketë përmirësime të dukshme.⁶

Tab: 1. Faktorët e rrezikut dhe faktorët mbrojtës të osteoartritit :

Faktorët e rrezikut për OA:	Faktorët mbrojtës për OA:
<ul style="list-style-type: none"> • Moshë • Obeziteti • Gjinia femërore • Historia familjare • Traumat e mëparshme • Anomalitë kongeniale • Raca afro-amerikane • Densiteti kockor i ulur • Osteoporozë • Dobësia e kuadriçepsit • Puna (p.sh., bujqësia) • Sportet e nivelit kompetitiv 	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia e zëvendësimit të estrogjenit • Vitamina C • Vitamina E • Vitamina D₃ • Ca + Mg

⁶Lee Goldman, Dennis Ausiello, MD: “ Traktat mjekësor i cecil-it ” Cap XXII: Sëmundjet e reumatizmale,fq: 1994.
David A. Warrell, Timothy M. Cox, John D. Firth, Edward J. Benz, JR : “ Traktati i oksfordit për mjekësinë ”
Vëllimi III .Cap18: Reumatologjia,fq: 63

Kapitulli II- Osteoartriti paresor I pergjithsuar

Osteoartriti ,ku preken tri apo me shume artikulacione,ose grupe artikulacione,emertohet Osteoartrit paresor I pergjithsuar. Ai gjendet me shpesh tek grate e moshuara dhe prek ne menyre tipike artikulacionet DIP dhe PIP te duarve,gjunjeve dhe kolones vertebrale.

2.1 Prekja e artikulacioneve dip dhe pip te duarve

Zmadhimet kockore të forta të artikulacioneve DIP që zmadhohen, ngadalë, quhet Nodujt Heberden dhe përfaqësojnë osteofitet marginale. Ndonjëherë, fillimi i simptomave në dorë është akut dhe shoqërohet me skuqje dhe dhimbje të papritur të artikulacionit të prekur. Këto ndryshime mund të çojnë në deformime, me devijime lateral dhe fleksore të këtyre artikulacioneve. Keto ndryshime mund te cojne ne shformime ,me deviime laterale dhe fleksore te ketyre artikulacioneve .

Një sëmundje e lidhur me këto shenja, OA-ja erosive, shoqërohet me episode të përsëritura të simptomave akute dhe dallohen nga të dhënat shtesë të ndryshimeve erosive në radiografinë e artikulacioneve të prekura dhe prirja për ankilozë kockore.

Sipas të dhënave, duket se Nodujt Heberden kanë një bazë gjenetike, e cila tregon një prirje familjare me mbizotërim femëror të dallueshëm (gratë preken 10 herë më shumë se sa burrat). Ndryshime të ngjajshme me ato në artikulacionet DIP, ndodhin edhe në artikulacionet PIP dhe quhen nyjet e Bouchard. Artikulacioni tjetër i vetëm që preket shpesh është artikulacioni CMC i gishtit të madh. Në këtë rast, pacientët ankohen shpesh për dhimbje gjatë përdorimit të gishtit të madh, si p.sh., kur shtrydhim rrobat (duart e rrobalarëses) ose kur kapim objekte, siq jane kacavidat apo dorezat e dyerve kjo semundje ben qe baza e dores te kete nje pamje katrore .⁷

⁷Lee Goldman, Dennis Ausiello, MD: “ Trakttat mjekësor i cecil-it ” Cap XXII: Sëmundjet e reumatizmale,fq: 1994.

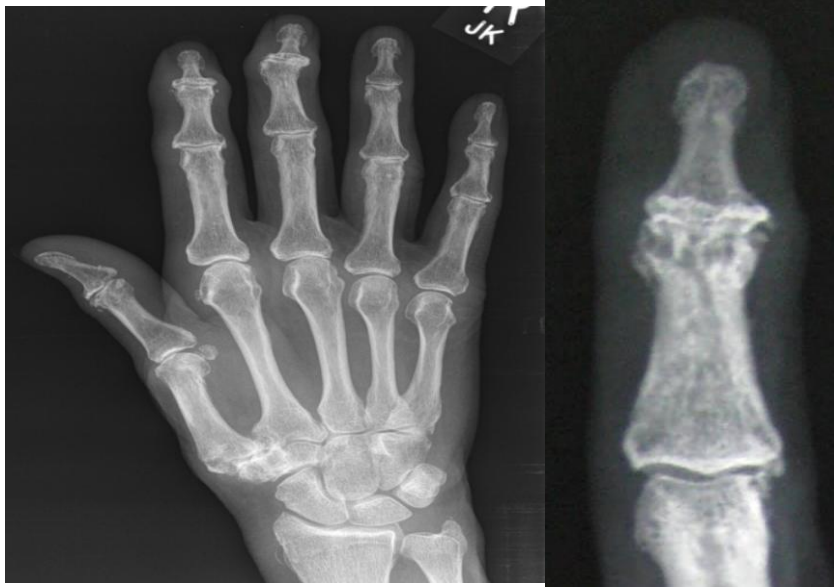


FOTO 2: Prekja e artikulacioneve DIP dhe PIP nga osteoartriti

Burimi;<https://www.intechopen.com/books/osteoarthritis-progress-in-basic-research-and-treatment/hand-osteoarthritis-clinical-presentation-phenotypes-and-management>

2.2 Gjuri

Osteoartriti idiopatik i gjurit është një nga shkaqet kryesore që shkakton dhimbje gjatë ecjes dhe është më i shpeshtë te femrat. Kompartimenti i majtë i artikulacionit femuro-tibial më shpesh, duke çuar gjurin në varus (këmbë me hark). Prekja e kompartimentit lateral mund të çojë në shformimin valgus (gjunjët prekin njëri-tjetrin). Sëmundja patelofemorale është gjithashtu e zakonshme dhe përbën një pjesë të rëndësishme të patologjive të gjurit të pacientët me dhimbje gjuri. Gjithsesi,

është e rëndësishme të përjashtohen shkaqet e tjera të dhimbjes së gjurit, sic janë dëmtimet e brendshme të gjurit (p.sh., çarjet e meniskut, dëmtimet e ligamenteve), të cilat mund të çojnë në osteoartrit dytësor të gjurit: distorsionet e indeve të buta: inflamacioni i bursave: cistet e Baker-it (që mund të bashkekzistojnë me osteoartritin e gjurit). Te gratë e reja duhet marrë gjithmonë parasysh mundësia e kondromalacisë së patelës. Shkaku i kësaj sëmundjeje nuk njihet, por ajo është gati gjithmonë vetëkufizuese dhe nuk mendohet se dërgon në OA. Në osteoartritin idiopatik të gjurit, ekzaminimi objektiv i artikulacionit të prekur nxjerr shpesh në pah kreptacione, dhimbje dhe amplitudë të zvogëluar lëvizjeje. Efuzionet nuk janë të rralla, por

shpesh janë të vogla dhe mund të jetë e vështirë të vlerësohen. Incidenca e osteoartritit të gjurit po rritet ndërsa mosha mesatare e popullsisë tonë rritet dhe ka të ngjarë të rritet në të ardhmen. 13% e grave dhe 10% e meshkujve mbi 60 vjeç kanë osteoartriti simptomatik të gjurit. Qëllimet e trajtimit afatgjatë rrotullohen rreth kontrollit të simptomave dhe uljen e shkallës së degjenerimit. Kjo mund të arrihet përmes modifikimit të jetesës me humbje peshe dhe këshillim aktiviteti dhe me ushtrime forcuese. Kombinuar së bashku, këto teknika do të zvogëlojnë presionin në gju ndërsa në të njëjtën kohë duke përdorur muskujt e këmbëve për të ndihmuar thithjen e tendosjes në gju.

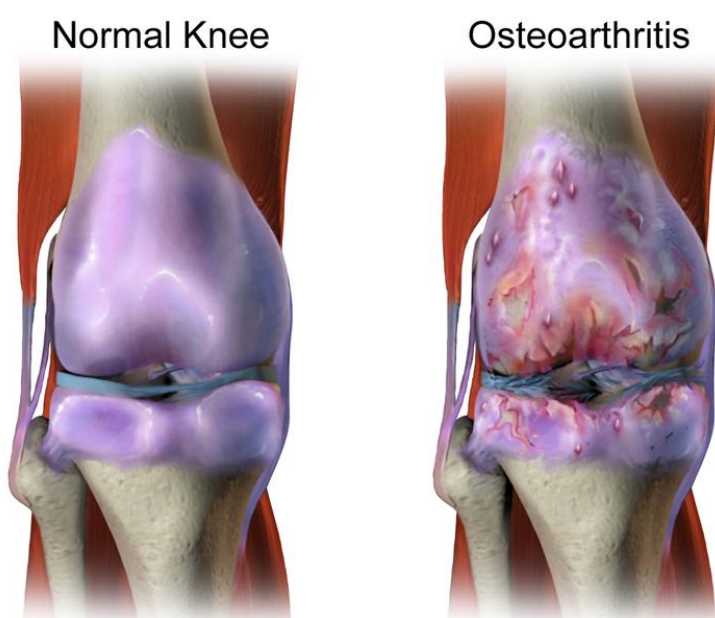


Foto 3 : Ky imazh përshkruan dallimin në mes të gjurit normal dhe gjurit te prekur nga osteoartriti.

Burimi : <http://forthehealthcare.com.au/what-we-treat/knee-osteoarthritis/>⁸

⁸Adam Greenspan, Michael W. Chapman : “ Imazheria ortopedike ”Cap 13: Sëmundjet degjervative e artikulacioneve,fq: 450

2.3 KOLONA VERTEBRALE

Teknikisht,osteoartriti I kolones vertebrale lidhet ngushte me ndryshimet ne artikulacionet e veshura me membrane sinovale (artikulacionet apofizeale dhe unkovertebrale),te cilat mund te qojne ne dhimbje te lokalizuar dhe irritim te rrenjeve nervore,te shoqeruara me dhimbje te referuar ne formen e radikulopative. Gjithashtu munde te ndodhe edhe shtypja e rrenjes se nervave,e cila vjen nga subluksacionet e artikulacioneve apofizeale,hernia e nje disku intervertebral ose proceset osteofitike,ndaj pacientit munde te paraqitet me dobesi muskulare, hiporefleksi ,parestezi ose hipoestezi. Ne rajonin cervikal , prekja e kolones vertebrale mund te coje ne shtypjen e medules spinale me shenja te trakteve te gjata ose mund te ndikoj ne arterien vertebrale,duke dhene insuficience te qarkullimit posterior me simptomat perkatese . Osteoartriti I kolones vertebrale duhet te dallohet nga hiperostoza skeletike difuzive , ne te cilen ka nje klacifikim te ligamenteve paraspinale. Artikulacionet spinale artrodiale nuk preken.⁹



FOTO 4 : Kolona vertebrale e prekur nga osteoartriti

Burimi :<https://www.spinecenter.com/arthritis-of-the-spine.html>

⁹ Lee Goldman, Dennis Ausiello, MD: “ Traktat mjekësor i cecil-it ” Cap XXII: Sëmundjet e reumatizmale,fq: 1996.

Kapitulli III- Diagnoza

3.1 Të dhënat laboratorike

OA-ja është një proces patologjik cili duket se kufizohet vetëm në artikulacionet dhe indet rreth artikulacioneve dhe nuk kanë të dhëna për prekje sistemike. Eritrosedimenti (ESR) është i ulët dhe nuk ka ngritje të proteinave të fazës akute, ndërsa hemoglobin dhe numri i leukociteve mbeten brenda kufive normal. Likidi synovial nuk shfaq të dhëna të një reaksioni inflamator dhe ka pak leukocite (gjithmonë më pak se 2000/mm³); viskoziteti i tij është normal. Ndonjëherë, në likidin synovial mund të gjenden fragmente të kartilagos, kristale të hidroksiapatitit të kalciumit ose calcium pirofosfat dehidrati. Faktori reumatoid mungon në pjesën më të madhe të pacientëve me OA, por një numër i konsiderueshëm individësh të moshuar kanë titër të ulët, i cili nuk është me vlerë diagnostikuese për artritin reumatoid, por një shoqërues i zakonshëm i plakjes. Perveq kësaj, janë identifikuar edhe disa përberës të matricës së kartilagos, të cilat janë unike për artikulacionet, por gjithashtu janë zhvilluar edhe teste sensitive, për të zbuluar këta “shenjues” në likidin sinovial, serum dhe urine. Për të përcaktuar marrëdhëniet e këtyre shenjuesve me procesin, aktivitetin dhe gjendjen e sëmundjes, por edhe përdorimin e mundshëm për diagnozën dhe trajtimin e hershëm të osteoartritit, duhet të behen lidhje të tjera klinike.

3.2 Të dhënat radiologjike

Të dhënat patognomonike të OA-së në radiografi përfshijnë praninë e osteofiteve në skajet e kyçeve të prekura, ngushtimin e hapësirës artikulare që përfaqëson hollimin ose humbjen e kartilagos, si dhe të dhëna për reaksion kockor që dallohet nga skleroza subkondrale dhe cistet e kockës kur sëmundja përparon. Disa nga pacientët mund të mos kenë disa nga këto të dhëna. Radiografia për procesin patologjik që ndodh në kartilago nuk është sensitive. Shumë nga pacientët me ndryshime destructive të kartilagos të vërejtura në astroskopi, kanë radiografi normale. Gjithsesi, një radiografi e gjurit, duke ushtruar peshë mbi artikulacion, me gjurin e flectuar me 20 gradë, lejon një vlerësim më të sigurt të ngushtimit të hapësirës artikulare; për të vlerësuar ndryshimet në ngushtimin e hapësirës artikulare me kalimin e kohës mund të përdoren grafi të përsëritura në këtë pamje.

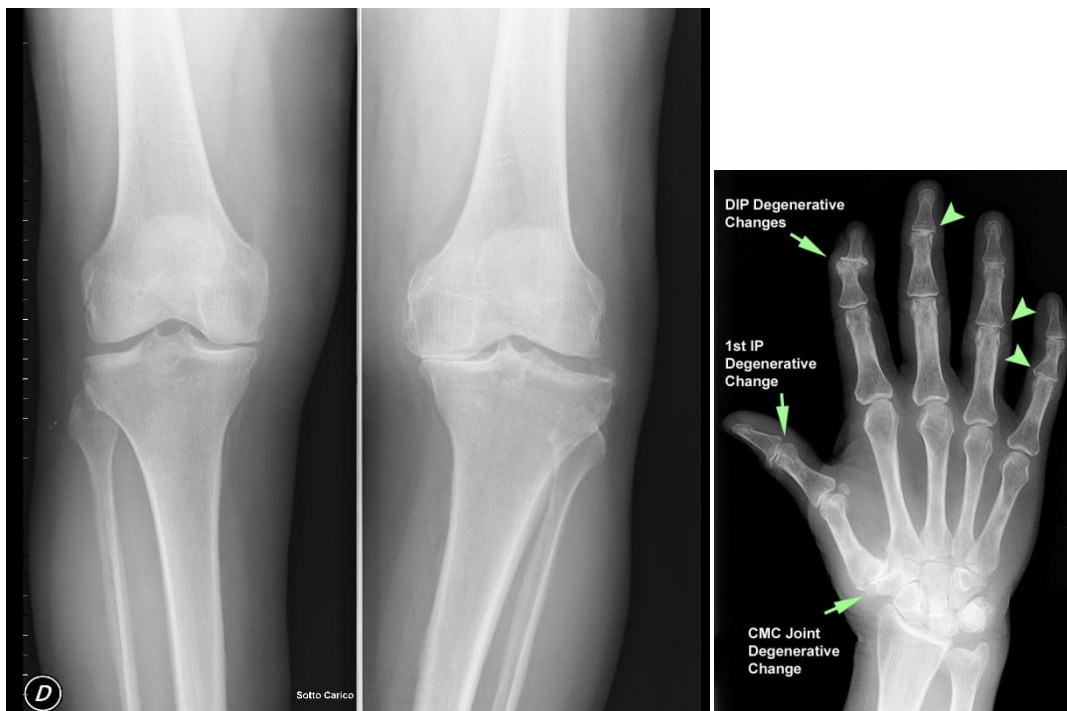


FOTO 5 : GJURI DHE GISHTRINJET E DORES X-RAY

BURIMI: <http://www.physiotherapyforall.com/en/osteoarthritis/knee-pain-symptoms-surgery/>¹⁰

3.3 Të dhënat nga ekzaminimet e tjera imazherike

Për dallimin e ndryshimeve të kartilagosit janë zhvilluar teknika me sensitivitet më të madhë. Rezonanca magnetike (MRI) në vecanti ka përparësinë se tregon kartilagon si imazh pozitiv, ndaj është përdorur gjerësisht për të dokumentuar dëmtimet kryesore të kartilagosit, si p.sh., çarjet e menisqeve. Perfeksionimi i mëtëjshëm i kësaj teknologjie do rrisë rezolucionin dhe sensitivitetin për të dalluar ndryshimet e hidrimit, i cili është tregues i anomalive më të hershme të kartilagosit në OA. Në të ardhmen, kjo aftësi do të jetë e rëndësishme për të vlerësuar përparimin e sëmundjes dhe efektshmërinë e ndërhyrjeve terapeutike. Shintigrafia dhe ultrasonografia janë teknologjitë tjera që po zhvillohen për të vlerësuar artikulacionin e prekur nga OA-ja.

¹⁰Lee Goldman, Dennis Ausiello, MD: " Traktat mjekësor i Cecil-it " Cap XXII: Sëmundjet e reumatizmale, fq: 1996.

Terapia farmakologjike	Terapia farmakologjike	Terapia kirurgjike
<ul style="list-style-type: none"> • Informimi i pacientëve dhe programet e vetë-trajtimit. • Ndhma sociale nëpërmjet kontaktit telefonik. • Terapia fizike dhe profesionale. • Shkalla e lëvizjeve dhe ushtrimeve forcuese. • Humbja e peshës. • Ushtrimet aerobike. • Shërbimet ndihmëse për lëvizjen dhe aktivitetet e jetës së përditshme 	<ul style="list-style-type: none"> • Analgjezikët oralë-opioidë (p.sh. acetaminoni) • Injeksionet intraartikulare të steroideve • Analgjezikët opioid 	<ul style="list-style-type: none"> • Lavazh i mbyllur i artikulacioneve • Heqja sipërfaqësore (debridement) artroskopike dhe lavazhi i artikulacioneve • Osteotomia • Artoplastia totale e artikulacioneve

Tab: 2. Opsionet e trajtimit të pacientëve me osteoartrit¹¹

¹¹ Robert E. Rakel, MD : “ Traktati i mjekësisë së familjes ” Pjesa IV: Praktika e mjekësisë familjare, fq: 923. Kapitulli IV- Vlerësimi infermieror

Kapitulli IV: Vleresimi infermieror

4.1 Historia

Infermieri mbledh informacione nga pacienti që kanë të bëjnë në mënyrë specifike me sëmundjen e osteoartritit të përgjithshëm perkatesisht sëmundje degjenerative të disa kyçeve. Meqenëse kjo sëmundje është më shumë e gratë e moshuara, mosha dhe seksi janë faktorë të rëndësishëm të anamnezës. Pyetet pacienti për profesionin, natyrën e punës, nëse ka patur një traum të mëparshme dhe pjesmarrjen e tanishme ose të mëparshme në sporte. Pyetet për ndryshime në peshë dhe nëse ka patur ose ka histori obeziteti. Pyetet për historinë familiare, nëse ka patur në familjen e tij, familjarë që janë prekur nga atrimi, sepse shumë sëmundje të indit konjuktiv duket se kanë tendencë të trashigimis familjare

Vlersimi fizik / Manifestimet klinike

Në fazat e hershme të sëmundjes, manifestimet klinike të osteoartritit mund të paraqiten të ngjashme me ato të artritit reumatoid. Me progresionin e sëmundjes, ndryshimet bëhen më evidente midis osteoartritit dhe artritit reumatoid.

4.2 Dhimbjet e kyçeve

Ankesat kryesore të një pacienti me osteoartrit është dhimbja e kyçeve (nyjeve), e cila në fazat e hershme të sëmundjes zvogëlohet pas pushimit intensifikohet pas aktiviteteve. Më vonë dhimbja ndodh pas një lëvizje të lehtë. Meqenëse kartilagot nuk kanë mbështetje të nervave, dhimbja ka të bëjë me kyçet dhe indet e buta të përfshira dhe spazmat e muskujve përreth. Gjatë ekzaminimit të kyçeve, infermieri/ja mund të raportojë dhimbje apo ndjeshmëri me anë të palpacionit ose aktivizimit të kyçeve për të kryer ushtrime. Një ose më shumë kyçe preken. Pacienti gjithashtu mund të ankohet dhe për ngurtësim të kyçeve që zgjat më pak se 30 minuta pas një periudhe jo aktive. Ndryshimet e kyçeve më inspeksion: Kyçet janë të zmadhuara për shkak të hipertrofisë, rrallë mund të paraqitet një kuç i ngrohtë dhe e inflamuar. Prezenca e inflamacionit në një pacient me degjenerim të kyçeve zakonisht tregon një pacient me degjenerim të kyçeve zakonisht tregon një synovit sekondar. Kemi prezent nodulat sidomos tek gratë, ato mund të jenë të kuqe dhe të dhimbshme, por disa nga pacientët mund të mos përjetojnë diskonfort nga

prezenca e tyre.semundja degjeneruse e kyqeve mundë të prekë edhe shpinën ,në mënyrë të vecantë regjionin lumbar në nivelin L3-L4,ose regjionin cervikal në C4-C6. Pacienti zakonisht ankon per nje perhapje te dhimbjes,ngurtsim dhe spazëm muskulare në një ose dy ekstremitete.

4.3 Vlerësimi psikosocial

Sëmundja degjenerative e kqeve është një gjendje kronike e cila mund të shkaktoj ndryshime në stilin e jetës, paaftësin e personit për tu kujdesur për veten e vet në një fazë të avancuar të sëmundjes,parandalon socializimin dhe ndikon në ndryshimin e rolit të tij dhe humbje të tjera. Pacienti mund të paraqesë një ndryshim sjelljesh të cilat janë të lidhura me hidhërimin, zemrimi dhe depresioni. Pacienti mund të përjetojë ndryshime të rolit të tij në familje, në vendin e punës, ose në të dyja. Pyetet pacienti për rolin e tij perpara zhvillimit të sëmundjes për të indentifikuar ndryshimet që mund të kenë ndodhur ose nevojitet për t'u bërë.Perveq ndryshimit te rolit,deformimet e kyceve dhe nodulat shpesh shkaktojnë një ndryshim në imazh trupor dhe vetëvlerësim .Infermieri shikon reagimet e pacientit ndaj ndryshimeve ne imazhin trupor ,si referon pacienti pacienti per ndryshimet ne imazhin trupor,me zemërim ,I rene moralisht apo me humor keto pyetje ndihmojnë per të vlersuar pranueshmerin e ndryshimeve ne imazhin trupor tek pacientet.

4.4 Diagnoza infermierore

Dhimbje kronike, si pasoj e spazmave muskulare dhe më rrallë për shkak të inflamacionit. Ndryshime në lëvizjen fizike, si pasojë e dhimbjes dhe atrofisë muskulare.

Diagnoza sekondare:

Intolerancë në kryerjen e aktiviteteve fizike, si pasojë e dhimbjes dhe lodhjes. Deficite në vetkujdesje, si pasojë e dhimbjes, lodhjes dhe imobilitetit. Prishje të imazhit trupor, si pasojë e efekteve të humbjes së funksioneve trupore. Vërshtërsi në lëvizje. Tension i lartë si pasoj e stresit.¹²

¹² E. Peka, L.Neçaj, E. Rustami, D. Bego, A. Imami-Lelçaj, M. Çela, A. Dërvishi, V. Zanaj, V. Mane: " Infermieristika në specialitete ",Cap III: Sistemi konjuktiv,fq: 61/62.

4.5 Planifikimi infermieror

- Edukimi i pacientit
- Eleminimi i stresit
- Edukimi i pacientit për aktivitete fizike
- Mirmbajtja e plagës

4.6 Ndërhyrja infermierore

Lehtësimi i dhimbjes, kontrolli i dhimbjes mundë të realizohet nëpërmjet terapisë medikamentoze dhe jo medikamentoze. Nëse këto masa mirrën do të jenë efektive, rekomandohet operacioni për reduktimin e dhimbjeve.

- Vendosja e pacientit në pozitë të pershtatshme
- Ajrosja e dhomës
- Ushtrimet e rekomanduara nga mjeku
- Dhënia e terapisë në mënyrë të rregullt
- Kujdes i posaqem për pacientin

4.7 Terapia medikamentoze

Qëllimi i terapisë medikamentoze është reduktimi i dhimbjes, lehtësimin e spazmave muskulare dhe reduktimin e inflamacionit sekondar nëse është prezent. Medikamentet klasike janë antiinflamantoret jo steroid. Acetaminofeni (Tylenon dhe atasol). Për lehtësimin e përkohshëm të dhimbjes në një kyç, mjeku mund të injektojë një kortiko steroid sic është koortizoni. Relaksuesit e muskujve, siç është Cyclobenzapirinë HCL (flexeri), disa herë jepen për spazma të rënda të muskujve. Analgjezikët e fuqishëm nuk janë të përshtatshëm, për pacientët me osteoartrit për shkak të natyrës kronike të dhimbjes.

4.8 Pozicionimi

Kyçet duhet të vendosen në pozicionimin e tyre funksionale, e cila mund të mos jetë një pozicion konfort. Kur pacienti është në pozicion me shpinë, i vendoset një jastyk poshtë kokës, por shmanget përdorimi i jastykëve të tjerë. Pacienti mund të përjetojë menjëherë fleksion të kyçeve, nga përdorimi i shumë jastykëve poshtë gjunjëve. Infermieri/ja gjithashtu kujton pacientin për të përdorur pozicionin e përshtatshëm gjatë ngritjes apo uljes për të reduktuar tensionimin e kolonave vertebrale.

Aplikimet e nxehta – pacienti me osteoartrit në përgjithësi përdor aplikimet e nxehta në vend të aplikimeve të ftohta për të reduktuar dhimbjen . Aplikimet e ftohta zakonisht përdoren për inflamacion akut të kyçeve .Infermieri mund të siguroj komfort të pacientit nëpërmjet dushit apo banjave ,paketave të ngrohta apo kompresave ,dhe jastëk me ujë të ngrohtë ,nje temperatur po thuajse sa temperatura e trupit është e nevojshme për të përmirësuar konfortin . Infermieri gjithashtu kontrollon temperaturën e dhomës së pacientit në mënyrë që pacienti të mos përjetojë të dridhura .

4.9 Dieta

Nuk ka diet të veçantë për OA-në. Infermieri/ja shpjegon cilat ushqime janë të larta në proteina dhe vitamin C për të përmirësuar shërimin e indeve. Përveç kësaj infermieri/ja inkurajon pacientët obez për të humbur në peshë, për të lehtësuar stresin në kyçet që shërbejnë për mbajtjen e peshës trupore. Pësia e vogël redukton dhimbjet dhe ngadalëson procesin e sëmundjes. Nëse nevojitet, infermieri/ja bashkëpunon me dietistin për të siguruar informacione sa më të shumta për ushqyerjen dhe planin e ngrënies.¹³

¹³E. Peka, L.Neçaj, E. Rustami, D. Bego, A. Imami-Lelçaj, M. Çela, A. Dërvishi, V. Zanaj, V. Mane: " Infermieristika në specialitete ",Cap III: Sistemi konjuktiv,fq: 63.

4.10 Menaxhimi kirurgjikal

Kur të gjitha masat e tjera nuk janë të mjaftueshme për kontrollin e dhimbjes për pacientët me osteoartrit atëherë sugjerohet operacioni. Dy procedurat kryesore për pacientët janë osteotomia dhe rivendosja totale e kyçeve.



Foto.6. Gjuri me osteoartrit

dhe pas ndërhyrjeve kirurgjike Osteotomia.

Burimi: http://kneeinfo.co.uk/knee_operation/osteotomy/

4.11 Përmisimi i lëvizjeve fizike

Infermieri/ja bashkëpunon me mjekun dhe terapistin për të arritur një pavarësi të aktiviteteve.

Ushtrimet: Rekomandohen 2 tipe ushtrimesh për pacientët me osteoartrit: argëtuese dhe terapeutike. Ushtrimet argëtuese përfshijnë hobet dhe sporte, jo për qëllime të tjera veçse argëtuese. Ushtrimet terapeutike përfshijnë aktivitete të planifikuara të cilat janë hartuar për të përmirësuar fortësinë muskulare dhe lëvizjet e kyçeve. Ushtrimet terapeutike gjithashtu reduktojnë dhimbjen dhe përmirësojnë gjendjen psikologjike të pacientit. Koha ideale për kryerjen e ushtrimeve është menjëherë pas aplikimeve të nxehta. Për të parandaluar dëmtimet e mëtejshme të artikulacioneve pacienti duhet të marrë me rigorozi instruksionet e dhëna nga infermieri.

4.12 Edukimi shëndetësor

Pacienti me sëmundje degjenerative të kyçeve zakonisht nuk hospitalizohet për sëmundje në vetvete por për nënshtrimin ndaj operacioneve. Infermieri/ja konsideron problemet që janë prezente si rezultat të artritit përpara se pacienti të largohet nga spitali. Nëse kyçet që mbajnë peshën kryesore trupore janë prekur, pacienti mund ta ketë të vështirë ngjitjen apo zbritjen në shkallë. Një ndër pikat më të rëndësishme në edukimin e pacientit është të mësuarit se si të

mbrojtje kyçet. Parandalimi i mëtotjeshëm i dëmtimit të kyçeve ngadalson zhvillimin e degjenerimit të kyçeve dhe minimizon dhimbjen. Infermieri/ja shpjegon rregullat e përgjithshme për mbrojtjen e kyçeve. Si dhe në sëmundjet e tjera në të cilat medikamentet dhe dieta janë përdorur, infermieri i mëson protokollin e medikamenteve, efektet anësore dhe efektet toksike tek pacienti dhe familjari. Infermieri/ja me një diet të mirë balancuar për të siguruar përmirësimin e indeve.¹⁴

4.13 REKOMANDIMET

Osteoartriti është sëmundje serioze që kërkon kujdes shëndetësor maksimal nga personeli shëndetësor, prandaj nevojitet bashkëpunim i vazhdueshëm me familjarët e të sëmuarit. Shërimi i kësaj sëmundje ka kosto të lartë financiare. Duke u bazuar në këto të dhëna, japim këto rekomandime:

- ❖ Kontrollimi i vazhdueshëm i të sëmuarit 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 Reumatologjisë me mjekë dhe infermierë, duke marrë parasysh numrin aktual të tyre si dhe trendin në rritje të sëmuarve me osteoartrit.
- ❖ 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.

¹⁴ E. Peka, L. Neçaj, E. Rustami, D. Bego, A. Imami-Lelçaj, M. Çela, A. Dërvishi, V. Zanaj, V. Mane: "Infermieristika në specialitete ", Cap III: Sistemi konjuktiv, fq: 64.

- ❖ 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 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.

4.14 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. Zanaj, V. Mane: “ Infermieristika në specialitete ”
- David A. Warrell, Timothy M. Cox, John D. Firth, Edward J. Benz, JR : “ Traktati i oksfordit për mjekësinë ” Vëllimi III .
- Adam Greenspan, Michael W. Chapman : “ Imazheria ortopedike ”
- Lee Goldman, Dennis Ausiello, MD: “ Traktat mjekësor i cecil-it ”
- Robert E. Rakel, MD : “ Traktati i mjekësisë së familjes ”

4.15 Biografi e shkurtë e kandidatës (CV)

Informatat personale:	
Emri dhe Mbiemri	Belinda Rrustemaj
Datëlindja	26.08.1994
Gjinia	Femër
Nr. Personal	1230610475
Të dhënat kontaktuese	
Nr. Tel:	+38649899904
Adresa	Skivjan: Rr.”Shkelzen Ibrahimaj”
Emaili	Lina_rrustemaj@hotmail.com
Të dhënat e kualifikimit	
Shkolla e mesme e lartë	Asis. Infermier “Hysni Zajmi” Gjakovë
Universiteti	Universiteti i Gjakovës “ Fehmi Agani”
Fakulteti	Fakulteti i Mjekësisë
Programi	Infermieri
Statusi	E rregullt
Nr. ID	130306077