



UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË

REPUBLIKA E SHQIPËRISË  
UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË  
FAKULTETI I SHKENCAVE MJEKËSORE TEKNIKE  
PROGRAMI DOKTORATURË

---

## DISERTACION

REHABILITIMI FIZIK SI ALTERNATIVË E RËNDËSISHME NË  
TRAJTIMIN E PACIENTËVE ME SKLEROZË MULTIPLE

TEMË

PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE

“DOKTOR”

KANDIDATI:

Evis ALLUSHI

UDHËHEQES SHKENCOR

Prof.Dr. Gentian VYSHKA

TIRANË, 2020

REPUBLIKA E SHQIPËRISË  
UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË  
FAKULTETI I SHKENCAVE MJEKËSORE TEKNIKE  
PROGRAMI DOKTORATURË

---

**D I S E R T A C I O N**

I PARAQITUR  
NGA:

**KANDIDATI:** Evis ALLUSHI

**UDHËHEQUR NGA:** Prof.Dr.Gentian VYSHKA

PËR MARRJEN E GRADËS  
SHKENCORE

**D O K T O R**

**SPECIALITETI:** SHKENCA INFERMIERORE

**TEMA:** REHABILITIMI FIZIK SI ALTERNATIVË E RËNDËSISHME NË  
TRAJTIMIN E PACIENTËVE ME SKLEROZË MULTIPLE

**MBROHET MË DATË:** / / 20

**JURIA:**

- |              |                  |
|--------------|------------------|
| 1. Prof. Dr. | KRYETAR          |
| 2. Prof. Dr. | ANËTAR (OPONENT) |
| 3. Prof. As. | ANËTAR (OPONENT) |
| 4. Prof. As. | ANËTAR           |
| 5. Prof. As. | ANËTAR           |

## DEKLARATË

Deklaroj se disertacioni me temë " **Rehabilitimi fizik si alternativë e rëndësishme në trajtimin e pacientëve me Sklerozë Multiple**" është një punim i kryer nga unë, Evis Allushi, nën udhëheqjen e Prof.Dr. Gentian Vyshka, dhe se të gjitha të ardhurat e përdorura për realizimin e këtij disertacioni janë kontributi im personal.

FIRMA:

Evis Allushi

DATË: \_\_\_/\_\_\_/20

## Përmbajtje

PARATHËNIE.....	VII
SHKURTIME .....	VIII
LISTA E TABELAVE.....	IX
LISTA E GRAFIKËVE .....	X
LISTA E FIGURAVE.....	XI
PËRMBLEDHJE.....	12
KAPITULLI I: SKLEROZA MULTIPLE.....	13
<b>1.1 HYRJJE .....</b>	<b>13</b>
<b>1.2. PREVALENCA E SKLEROZËS MULTIPLE NË SHQIPËRI.....</b>	<b>15</b>
<b>1.3 NJË PERSON ME SKLEROZË MULTIPLE .....</b>	<b>15</b>
<b>1.4 MENAXHIMI I SM.....</b>	<b>16</b>
<b>1.5. KLASIFIKIMI NDËRKOMBËTAR I SËMUNDJES (ICD) .....</b>	<b>18</b>
<b>KAPITULLI II: REHABILITIMI I PACIENTËVE ME SM.....</b>	<b>18</b>
<b>2.1 VLERËSIMI I QËLLIMEVE.....</b>	<b>18</b>
2.1.1 Avantazhet e vendosjes së qëllimeve .....	19
2.1.2 Vlerësimi i rehabilitimit.....	19
2.1.3 Evidencat .....	20
<b>2.2 OFRIMI I SHËRBIMEVE TË REHABILITIMIT .....</b>	<b>20</b>
2.2.1 Principet fundamentale .....	20
<b>2.3 NDËRHYRJA NDËRDISIPLINARE .....</b>	<b>20</b>
2.3.1 Qëllimet përmirësuese dhe parandaluese të rehabilitimit në pacientët me SM .....	22
2.3.2 Skuadra rehabilituese.....	22
2.3.3 Personi me Sklerozë të Shumëfishtë .....	22
2.3.4 Mjeku ( neurolog apo psikiatër) .....	23
2.3.5 Infermieri .....	23
2.3.5 Përfshirja e rolit të infermierit në kujdesin ndaj pacientëve me SM .....	23
2.3.7 Terapisti i të folurit .....	24
2.3.8 Burimet shtesë të rehabilitimit dhe suporti psikosocial.....	24
2.3.9 Vlerësimi, përcaktimi i qëllimit, rezultatet e dëshiruara.....	25
2.3.10 Informacion, këshillim,mbështetje dhe udhëzim: përmbushja e problemeve sociale .....	25
2.3.11 Marrëdhëniet dhe çështjet familjare: .....	25
2.3.12 Puna dhe profesioni: .....	26
2.3.13 Ndërhyrjet e sigurimeve financiare dhe sociale.....	26
2.3.14 Strehimi, ndihmat teknike dhe përshtatjet në shtëpi:.....	26

<b>2.4 REHABILITIMI NË FAZA TË NDRYSHME .....</b>	<b>27</b>
2.4.1 Faza e hershme .....	27
2.4.2 Faza e mëvonshme.....	27
2.4.3 Faza e avancuar .....	27
2.4.4 Mekanizmat e rehabilitimit.....	28
2.4.5 Përmirësimi me rimielinizim .....	28
2.4.6 Përmirësimi me ndryshime plastike .....	28
<b>KAPITULLI III: SIMPTOMAT, PAAFTËSIA, HANDIKAPI DHE NDËRHYRJET TERAPEUTIKE .....</b>	<b>29</b>
<b>3. 1 Lëvizshmëria.....</b>	<b>29</b>
3.1.1 Ushtrimet për të mbajtur lëvizjen për aktivitetet e jetës ditore (ADL).....	30
3.1.2 Përmirësimi i lëvizjes duke trajtuar spasticitetin .....	30
3.1.4 Rritja e lëvizshmërisë duke përdorur mjete ndihmëse.....	31
3.1.5 Medikamentet .....	31
3.1. 6 Funksioni i krahëve .....	32
3.1.7 Ataksia dhe Tremori .....	33
3.1.8 Ushtrimet fizike .....	34
<b>3.2 PASOJAT E PAMUNDËSISË PËR TË LËVIZUAR .....</b>	<b>41</b>
3.2.1 Terapia me ushtrime në faza të ndryshme .....	43
<b>3.3 DËMTIMI KONJITIV .....</b>	<b>44</b>
<b>3.4 Psikologjia.....</b>	<b>45</b>
<b>3. 5 Lodhja .....</b>	<b>47</b>
<b>3.6 Çrregullimi i fshikëzës së urinës .....</b>	<b>48</b>
<b>3. 7 Çrregullimi i zorrëve .....</b>	<b>50</b>
<b>3. 8 Çrregullimi seksual .....</b>	<b>51</b>
<b>3. 9 Çrregullimet e të folurit dhe të komunikimit .....</b>	<b>52</b>
3.9.1 Disartria .....	53
3.9.2 Çrregullimet e të gëlltiturit .....	53
3.9.3 Terapia okupacionale.....	55
3.9.4 Rehabilitimi në punë.....	57
<b>3.10 Infermiera rehabilituese.....</b>	<b>59</b>
3.10.1 Prioritetet e ndërhyrjes infermierore në pacientët me Sklerozë Multiple [204].....	60
3.10.2 Menaxhimi i defiçitit në vetkujdesje [208].....	61
3.10.3 Rreziku për vetëvlerësim të ulët: .....	62
3.10.4 Menaxhimi i pafuqisë dhe mungesës së shpresës [210] .....	63
3.10. 5 Menaxhimi i situatës në familje si pasojë e një përballjeje joefikase: .....	64
3.10.6 Menaxhimi i problemeve që lidhen me çrregullimin e funksionimit të fshikëzës urinare .....	65
3.10.7 Informimi i pacientit me SM rreth sëmundjes së tij .....	66
<b>KAPITULLI IV: RISHIKIMI I LITERATURËS .....</b>	<b>68</b>

<b>4.1 STUDIMI .....</b>	<b>69</b>
4.2 QËLLIMI DHE OBJEKTIVAT .....	69
<b>4.2.1 QËLLIMI.....</b>	<b>69</b>
<b>4.2.2 OBJEKTIVAT .....</b>	<b>69</b>
<b>4.3 METODOLOGJIA .....</b>	<b>70</b>
4.3.1 METODA KËRKIMORE .....	70
4.3.2 FUSHA E STUDIMIT .....	70
4.3.3 PERIUDHA KOHORE E STUDIMIT .....	70
4.3.4 POPULLATA TARGET DHE PËRZGJEDHJA .....	70
4.3.5 ANALIZA E TË DHËNAVE .....	70
4.3.6 KONSIDERATA ETIKE TË STUDIMIT.....	71
4.3.7 LIMITIMET E STUDIMIT .....	71
<b>4.4. REZULTATET DHE DISKUTIMI .....</b>	<b>72</b>
4.4.1 Evidentimi i dokumentacionit.....	72
4.4.2 KARAKTERISTIKA DEMOGRAFIKE E SOCIO EKONOMIKE TË SUBJEKTEVE NË STUDIM.....	72
4.5 KONKLUSIONE .....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
4.6 REKOMANDIME .....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.

## PARATHËNIE

---

*Zhvillimi i këtij studimi shkencor në lidhje me rehabilitimin fizik në pacientët me Sklerozë Multiple i ka fillesat e veta nga jeta e përditshme.*

*Kjo, pasi nga njohjet e mia personale me persona të prekur nga Skleroza Multiple, kam vënë re një tërheqje nga ambjenti dhe shoqëria që ata i rrethon, për shkak të stigmës dhe paragjykit të pajustificuar ndaj tyre.*

*Por ajo që të bën më shumë përshtypje është, që në përgjithësi shoqëria jonë, pavarësisht statusit social dhe ekonomik, përveç paragjykit ndaj personave me Sklerozë Multiple, është mjaft mosbesuese ndaj faktit se Rehabilitimi Fizik do të ketë një ndikim në ndryshimin e statusit shëndetësor të këtyre individëve.*

*Kështu në qytetin e Vlorës shumë pacientë nuk shkojnë në klinikat rehabilituese për të evituar kontaktet me të tjerë.*

*Arsyeja tjetër është fakti që në Shqipëri, edhe pse të pakta studimet e kryera për SM, dëshmojnë një rritje të incidencës së personave të prekur nga kjo patologji.*

*Këto arsye më nxitën që të kryeja një punim, që mund të identifikonte se Rehabilitimi Fizik, përbën një faktor mjaft të rëndësishëm në përmirësimin e dëmtimeve dhe çrregullimeve tek këta pacientë.*

*Në këtë mënyrë u vendos që fokusi i këtij studimi të ishin të gjitha kartelat e pacientëve të hospitalizuar në Spitalin Rajonal të Vlorës, për periudhën Janar-Dhjetor, 2010-2015, për të parë më konkretisht nëse pacientët i ishin nënshtruar seancave rehabilituese, dhe nëse po, çfarë impakti kishte lënë ky trajtim në shëndetin e tyre.*

*Evis Allushi*

## SHKURTIME

---

<b>SM</b>	Skleroze Multiple
<b>NINDS</b>	National Institute of Neurological Disorders and Stroke
<b>MSIF</b>	Multiple Sclerosis International Federation
<b>SMRR</b>	Skleroza Multiple Recidivuese Remitente
<b>SMSP</b>	Skleroza Multiple Sekondare Progressive
<b>SMPP</b>	Skleroza multiple primare progressive
<b>SMRP</b>	Skleroza Multiple Recidivuese Progressive
<b>CIS</b>	Clinical Isolated Syndrome.
<b>SNQ</b>	Sistemi Nervor Qendror
<b>ICD</b>	International Classification of Diseases
<b>GAS</b>	Goal Attainment Scaling
<b>TEMPA</b>	Test d'Evaluation de la performance des Membres Supérieurs des Personnes Agées
<b>ADL</b>	Activities of Daily Living
<b>FSS</b>	Fatigue Severity Scale
<b>MFIS</b>	Modified Fatigue Impact Scale
<b>FDS</b>	Fatigue Descriptive Scale
<b>FAI</b>	Fatigue Assessment Instrument
<b>MAF</b>	Multidimensional Assessment of Fatigue.
<b>FSMCF</b>	Fatigue Scale for Motor and Cognitive Functions



## LISTA E TABELAVE

---

<b>Tabela 1.</b> Karakteristika sociodemografike të pacientëve me SM.....	61
<b>Tabela 2.</b> Lidhja midis karakteristikave sociodemografike të pacientëve me SM dhe fizioterapisë.....	62
<b>Tabela 3.</b> Karakteristikat klinike të pacientëve me SM.....	66
<b>Tabela 4.</b> Lidhja midis seancave të fizioterapisë dhe evoluimit të sëmundjes.....	67
<b>Tabela 5.</b> Lidhja midis fizioterapisë dhe gjendjes së pacientit.....	68
<b>Tabela 6.</b> Numri i seancave të fizioterapisë tek ata pacientë me SM që kanë kryer rehabilitim fizik.....	68
<b>Tabela 7.</b> Shpërndarja e pacientëve sipas kryerjes së fizioterapisë përgjatë viteve.....	69
<b>Tabela 8.</b> Lidhja midis ditëqëndrimit në spital dhe seancave rehabilituese.....	69
<b>Tabela 9.</b> Trajtimi i pacientëve.....	70
<b>Tabela 10.</b> Fillimi dhe historiku i sëmundjes.....	71
<b>Tabela 11.</b> Mosha e fillimit të sëmundjes.....	71

.

## LISTA E GRAFIKËVE

---

<b>Grafiku 1.</b> Shpërndarja sipas gjinisë e pacientëve që kanë kryer Fizioterapi.....	63
<b>Grafiku 2.</b> Shpërndarja sipas statusit civil e pacientëve që kanë kryer fizioterapi.....	64
<b>Grafiku 3.</b> Shpërndarja sipas vendbanimit e pacientëve që kanë kryer Fizioterapi.....	64
<b>Grafiku 4.</b> Shpërndarja sipas arsimit e pacientëve që kanë kryer Fizioterapi.....	65
<b>Grafiku 5.</b> Shpërndarja sipas statusit të punësimit e pacientëve që kanë kryer Fizioterapi.....	65

## LISTA E FIGURAVE

---

<b>Figura 1.</b> Ushtrime ekuilibri dhe kordinimi për SM, karrige, ngritje gjuri dhe rrëshkitje thembre.....	25
<b>Figura 2.</b> Ushtrime ekuilibri dhe kordinimi për SM, rrotullim palmar.....	25
<b>Figura 3.</b> Ushtrime ekuilibri dhe kordinimi për SM, përplasje dhe kapje top.....	25
<b>Figura 4.</b> Ushtrime ekuilibri dhe kordinimi për SM, në një rresht, këmbë pas këmbë.....	26
<b>Figura 5.</b> Ushtrime ekuilibri dhe kordinimi për SM, përkulje përpara dhe pas.....	26
<b>Figura 6.</b> Ushtrime ekuilibri dhe kordinimi për SM, ngritje dore, ngritje këmbë ( kërciri).....	26
<b>Figura 7.</b> Ushtrime ekuilibri dhe kordinimi për SM, ecje ritmike dhe hedhje topi.....	27
<b>Figura 8.</b> Ushtrime ekuilibri dhe kordinimi për SM, kalim pengesash, objektësh, ecje në rreth dhe kalim me hap.....	27
<b>Figura 9.</b> Ushtrime ekuilibri dhe kordinimi për SM, lëvizje tundëse për ekuilibrin.....	28
<b>Figura 10.</b> Ushtrime ekuilibri dhe kordinimi për SM, vendosja e njëres këmbë përpara tjetres dhe mbajtje ekuilibri.....	28
<b>Figura 11.</b> Ushtrime ekuilibri dhe kordinimi për SM, ecje në formën e 8-ës.....	28
<b>Figura 12.</b> Ushtrime ekuilibri dhe kordinimi për SM, rrotullim 360 gradë dhe ecje.....	29
<b>Figura 13.</b> Ushtrime ekuilibri dhe kordinimi për SM, palosje këmbësh.....	29
<b>Figura 14.</b> Ushtrime ekuilibri dhe kordinimi për SM.....	29
<b>Figura 15.</b> Ushtrime ekuilibri dhe kordinimi për SM, shtrirje dhe mbledhje krahësh.....	30
<b>Figura 16.</b> Ushtrime ekuilibri dhe kordinimi për SM, ngritje gjuri, ecje në vijë të drejtë.....	30

## PËRMBLEDHJE

---

**Hyrje:** Skleroza Multiple (SM), është sëmundje kronike inflamatore, demielinizante e sistemit nervor qëndror (trurit dhe palcës kurrizore), e cila prek më tepër moshat nga 20-40 vjeç. Provat kumulative mbështetin faktin se terapia fizike, ka treguar të jetë e dobishme në përmirësimin e aftësisë së kufizuar në pacientët me SM.

**Qëllimi:** Qëllimi i këtij studimi është rishikimi i kartelave të pacientëve të hospitalizuar me SM, në mënyrë që të gjenden efektet pozitive të fizioterapisë dhe lidhjen e saj me progresin e gjendjes së pacientit.

**Materiali dhe Metodati:** Ky është një studim retrospektiv i kryer gjatë periudhës Janar-Dhjetor, 2010-2015, në spitalin e Vlorës. Popullata e studimit ishin të gjithë pacientët e hospitalizuar në Spitalin e Vlorës, të diagnostikuar me Sklerozë Multiple. U morën në studim të gjitha kartela e këtyre pacientëve.

**Rezultatet:** Vlera e *P-së*, është përdorur për të gjetur rëndësinë e efekteve pozitive të fizioterapisë dhe progresin e pacientëve me SM. Vlera e  $P \leq 0,05$  është konsideruar e rëndësishme. Janë 58 kartela, të cilat plotësojnë kriteret e studimit dhe janë përfshirë në analizën përfundimtare. Moshë mesatare e pacientëve me SM ishte 43 vjeç, SD  $SD \pm 10.19 \pm 8.21$ , meshkuj dhe femra. Shenjat klinike më të përhapura ishin humbje ekuilibri/marrje mendsh 62.07%, bllokim të anësive të poshtme/pamundësi për të ecur 51.72%, dhe dhimbje, dobësi trupore/ngurtësim muskular 50%.

37 pacientë kishin zhvilluar seanca fizioterapie dhe rëndësia statistikore u gjet midis gjendjes së pacientit dhe fizioterapisë,  $p < 0.05$ . Rezultatet e këtij studimi tregojnë se terapia fizike ishte një faktor shumë i rëndësishëm për ecurinë e pacientëve në përmirësimin e dëmtimit dhe aftësisë së kufizuar.

**Konkluzione:** Rehabilitimi fizik në pacientët me Sklerozë Multiple (SM) është i lidhur me cilësinë e tyre të jetës. Bazuar në provat dhe rezultatet e studimit tonë, rehabilitimi fizik luan një rol të dobishëm në përmirësimin e aftësisë së kufizuar në pacientët me SM. Fizioterapeutët dhe infermierët, me përfshirjen e anëtarëve të familjes, mund të kontribuojnë për të krijuar një qasje multidisiplinare për të vendosur një program rehabilitimi, në përputhje me nevojat dhe me aftësitë e kufizuara të pacientëve me SM.

**Fjalëkyç:** Sklerozë Multiple, fizioterapi, rehabilitim multidisiplinar, paaftësi.

## Kapitulli I: SKLEROZA MULTIPLE

---

### 1.1 HYRJE

Skleroza multiple është paaftësia neurologjike më e shpeshtë e të rinjve në mbarë botën. Skleroza Multiple mund të zhvillohet në çdo moshë, por shumica e njerëzve janë diagnostikuar në moshat 20-40 vjeç [1].

Skleroza Multiple, [SM] [NINDS, 2001], është një sëmundje degjenerative e sistemit nervor që prek trurin dhe palcën kurrizore. Ajo dëmton myelinin, materialin që e rrethon dhe mbron qelizat nervore. Me përparimin e kohës mielini fillon të rrallohet në shumë zona. Kur mielini dëmtohet, zvogëlohet aftësia e nervave për të çuar impulset nervore nga truri në periferi dhe anasjelltas, duke gjeneruar dëmtime të funksioneve që ndërhyjnë në jetën e përditshme të personit.

Në studime dhe nga studiues të ndryshëm ende nuk përcaktohen saktësisht shkaqet e Sklerozës Multiple, ose arsyeja pse shkalla e progresionit është aq e vështirë për t'u përcaktuar [1, 2].

Ajo që është pozitive, është fakti se shumë njerëz të prekur nga Skleroza Multiple, nuk shkojnë drejt një paaftësie totale, apo edhe fakti që shumë prej tyre kanë ecuri jete normale apo afër normales [1, 3].

SM prek rreth 2.5 milionë [WHO, 2008] njerëz në mbarë botën. Ajo është një nga çrregullimet më të shpeshta neurologjike dhe shkaku i aftësisë së kufizuar tek të rriturit e rinj, sidomos në Evropë dhe Amerikën Veriore. Pavarësisht njohurive tona rreth impaktit të konsiderueshëm që Skleroza Multiple ka, shohim një mungesë informacioni lidhur me epidemiologjinë globale, dhe burimet për të diagnostikuar, informuar, trajtuar, rehabilituar, suportuar dhe për t'u siguruar shërbime njerëzve me Sklerozë Multiple.

Për këtë arsye Organizata Botërore e Shëndetësisë [OBSh] dhe Federata Ndërkombëtare e Sklerozës Multiple [MSIF], ndërmorën një përpjekje të madhe bashkëpunuese për të përcaktuar elementët e paraqitur më sipër. Si pjesë e kësaj përpjekjeje, në mes të viteve 2005 dhe 2007, 112 vende, që përfaqësojnë 87,8 % të popullsisë së botës, janë anketuar.

Të dhënat dhe informacionet e mbledhura, tregojnë qartë se asnjë vend nuk ofron burime të mjaftueshme, dhe se disponueshmëria e burimeve ndryshon gjerësisht midis vendeve, si brenda rajoneve ashtu dhe në të gjithë botën.

Por në 2013 ky vëzhgim u përsërit, dhe u pa që numri i njerëzve me Sklerozë Multiple, nga 2.1 milion në 2008 shkoi në 2.3 milion në 2013 [MSIF, 2013].

Është e paqartë nëse kjo rritje vjen si pasojë e një diagnostikimi më të mirë dhe raportimit të rasteve, apo ka ndonjë shkak tjetër.

Referuar Federatës Ndërkombëtare të Sklerozës Multiple, shenjat klinike që paraqet një person i prekur nga Skleroza Multiple janë: lodhje, dhimbje, probleme të zorrëve dhe fshikëzës, mosfunksionim seksual, probleme të lëvizjes dhe koordinimit, probleme vizuale dhe të njohjes, ndryshime emocionale.

Megjithatë, çdo simptomë neurologjike apo shenjë mund të jetë pjesë e sëmundjes së një personi.

Disa nga simptomat e Sklerozës Multiple janë menjëherë të dukshme. Të tjerat si lodhja, probleme të kujtesës dhe probleme të përqendrimit, shpesh janë të fshehura. Këto, mund të jetë e vështirë për t'u përshkruar nga të tjerët, dhe ndonjëherë familjarët e të sëmurit nuk i kuptojnë efektet që ato kanë mbi personin me Sklerozë Multiple për punësimin, aktivitetet sociale dhe cilësinë e jetës.

Format klinike të sëmundjes janë [4]:

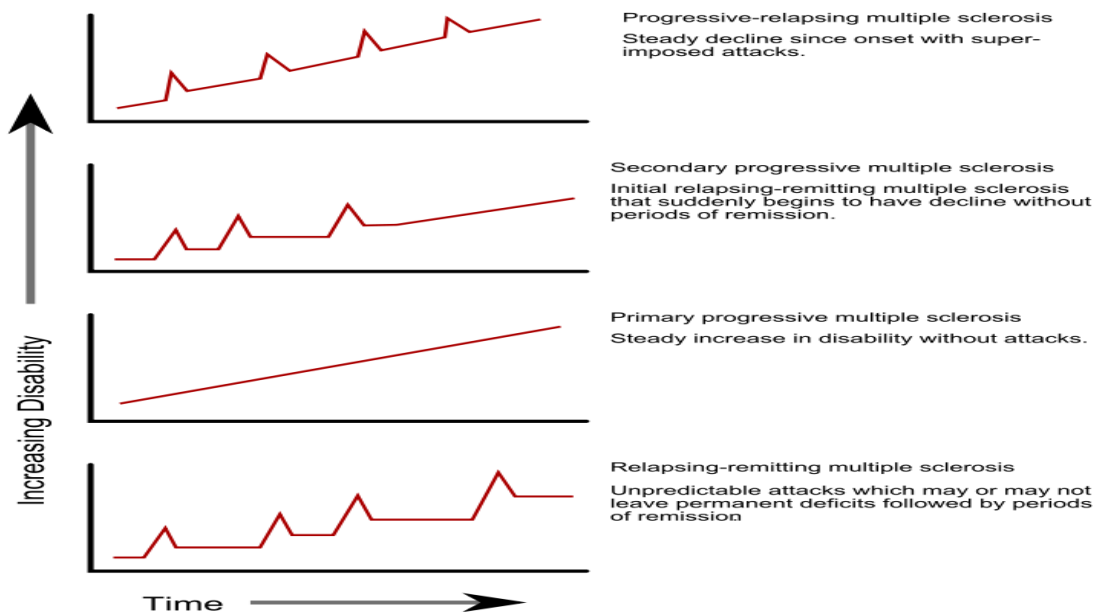
*Skleroza multiple recidivuese remitente SMRR* (relapsing remitting), e cila karakterizohet nga relapse të përcaktuara qartë, të cilat mund të shërohen plotësisht apo pjesërisht, e cila është edhe forma më e shpeshtë.

*Skleroza multiple sekondare progresive SMSP*, ku pothuajse gjysma e pacientëve me SMRR, fillojnë të përkeqësohen brenda 10-20 viteve nga momenti i diagnostikimit, shpesh duke u rritur niveli i paaftësisë. Përgjithësisht ka relapse në këtë fazë të sëmundjes që ndiqen nga remisione (përmirësime) të pakta.

*Skleroza multiple primare progresive SMPP*, më pak e shpeshtë, gjatë së cilës personat e prekur nga ky tip i sëmundjes kanë ose do të kenë një përkeqësim të gjendjes më të shpejtë qysh nga fillimi, pa relapse apo remisione të qarta.

*Skleroza multiple recidivuese progresive SMRP*, relativisht e rrallë, ku kombinohen relapset me përkeqësime të qëndrueshme qysh nga moment i instalimit të sëmundjes.

Çfarë është një relaps (rikthimi) tek pacienët me MS? Relapset nga ana mjekësore përkufizohen si një paraqitje e re ose përkeqësimi i simptomave të vjetra që zgjasin të paktën 24 orë. Në këto raste, simptomat në mënyrë të papritur mund të përkeqësohen, ose simptoma të reja mund të shfaqen. Midis relapseve, kemi periudhat e quajtura remisione. Gjatë këtyre zhvillimeve, sëmundja mund të mos ketë progres. Ndonjëherë mund të kalojnë edhe vite midis relapsave [5].



Shënim: Marrë nga: Lublin FD, Reingold SC. *Defining the clinical course of multiple sclerosis: results of an international survey.* Neurology 1996;46:907–11)

## 1.2. PREVALENCA E SKLEROZËS MULTIPLE NË SHQIPËRI

Nga studimi i parë që është bërë në vitet 1980-1988 [6, 7], prevalenca e Sklerozës Multiple rezultoi 10.3/100.000 (0.1 / 1000) banorë për rastet e caktuara dhe të mundshme, sipas Rose et.al [8], dhe 12.5 / 100.000 ( 0.12 / 1000), duke përfshirë edhe rastet e dyshuara.

Një grup i vogël është gjetur në pjesën juglindore të Shqipërisë, ku në studimin e vitit 2008 [6], u evidentua që prevalenca ishte më e lartë në Sarandë (jug perëndim). Rehabilitimi [MSIF, 2013], është pjesë e menaxhimit të Sklerozës Multiple, që fokusohet në ruajtjen dhe përmirësimin e funksionit.

## 1.3 NJË PERSON ME SKLEROZË MULTIPLE

Përlllogaritjet sugjerojnë se ka më shumë se 600,000 persona me SM në Evropë. Që nga momenti që individi diagnostikohet me SM, ai ose ajo, transformohet në një “person që jeton me SM”.

Ky emërtim i jepet shpesh personave në moshë 20-30 vjeç, dhe i shoqëron ata për gjithë jetën, dhe mund të jetë shkatërrues, si për individin ashtu dhe familjen.

Edhe pse SM është shkaku kryesor i paaftësisë nervore tek personat e rinj, tek ata pritet një jetëgjatësi pak a shumë normale (plus minus 5-10 vite).

Kështu që impakti socio-ekonomik është sinjifikant. Edhe në mungesë të simptomave të dukshme, individët me SM jetojnë me pasigurinë dhe paparashikueshmërinë që sjell kjo sëmundje, si dhe fakti që ata mund të preken nga një paaftësi e menjëhershme, me rikuperim të pasigurtë, gjatë një relapsi, dhe rritje të paaftësisë më kalimë e kohës. Kjo “*padituri*”, është shpesh pjesa më e vështirë. SM mund të prekë çdo pjesë të rutinës ditore, duke përfshirë funksionet psikologjike dhe shëndetin mendor.

Gjatë jetës së një personi me SM, ka 50% propabilitet që ai të preket nga depresioni, të paktën një herë [9].

Shumë nga simptomat “e fshehura” ose “të padukshme” të SM, si lodhje, dhimbje, depresion dhe probleme konjitive, mund të jenë po aq shkatërruese sa dhe ato simptoma të dukshme të problemeve funksionale. Për më tepër, SM mund të prekë çdo aspekt të jetës, shpesh jetën e një të riu, i cili është në hapat e para të shpresave për të ardhmen dhe ëndrrat e jetës. Puna, arsimiti, marrëdhëniet personale, jeta familjare dhe pjesëmarrja në jetën sociale, mund të preken nga sëmundja gjithashtu. Shumica e pacientëve me SM, diagnostikohen me format e qeta dhe të agravuara të sëmundjes, e cila transformohet në progresive sekondare me kalimin e viteve.

Vetëm një përqindje shumë e vogël, më pak se 20%, kanë formën primare progresive. Është e rëndësishme të theksohet se të paktën ¼ e të gjithë pacientëve me SM qëndrojnë të pavarur dhe në gjendje për të ecur gjatë gjithë jetës.

Çdo rast është unik si në prezantim ashtu dhe ecurinë klinike. Dallimi i SM është progresi i paaftësisë dhe të qënurit handikap i shoqëruar me episode të shpeshta akute, që ulen me kalimin e kohës. Pacientët me SM sekondare, rezultojnë në relapse, që shkaktojnë në paaftësi akute dhe të rënda, me përmirësim dhe rikthim jo komplet të funksionit, me kalimin e kohës.

Nga të gjithë pacientët me SM sekondare, rreth 50% do të kenë problem me ecjen pas disa vitësh. Si pasojë e degjenerimit kronik që ndodh tek pacientët me SM primare, pacienti ka paaftësi të zgjatur dhe disa prej tyre bëhen komplet të paaftë, edhe pas një periudhe kohe shumë të shkurtër.

Për të sëmurët rëndë, SM shkakton shumë sfida, si në jetët e tyre, ashtu dhe në jetët e familjarëve. Kjo sëmundje nuk prek vetëm personin e diagnostikuar [9].

Pacientët me SM dalin shumë herët nga puna, dhe kanë tendence të divorcohen më shpesh. Çdo atak ose relaps mund të sjellë një ndjenjë të rizgjuar humbjeje dhe pështjellimi, çdo humbje e funksionit dhe dëmtim, sjell kërkesa të reja për t'u adoptuar, pranuar dhe ndryshuar.

Të jetosh me SM kërkon kurajo dhe durim, për të gjetur një përgjigje pozitive ndaj negativitetit, shpesh i fshehur, i cili ka një impakt në shëndet dhe mirëqënie, jo vetëm një herë, por shumë e shumë herë.

Personave me SM, familjeve të tyre dhe miqve, duhet t'u ofrohen burime të personalizuar, dhe mundësi që i lejojnë ata të integrohen plotësisht në botën rreth tyre, të shijojnë jetën, të plotë dhe aktivë, me një ndjenjë shëndeti dhe mirëqënieje.

Ata kanë të drejtë të vendosin vetë, duke përfshirë edhe ato vendime që përfshijnë qëllime rehabilitimi të cilat vënë në punë potencialin e tyre, unik për të shijuar aspektet pozitive të të jetuarit me SM [9].

## 1.4 MENAXHIMI I SM

Diagnostikimi i SM do të dyshohet pas një ekzaminimi të detajuar, i ndjekur nga një MRI, e cila kohët e sotme është bërë një pjesë e rëndësishme e procesit të diagnostikimit. Në kontrast të kriterëve më të hershme të diagnostikimit, MRI spinale dhe cerebrale, kryhen 2 herë brenda 30 ditëve, duke demonstruar leziona më aktive në të dytën, ç'ka lejon një diagnostikim më të hershëm, duke ofruar kështu edhe opsionin e një trajtimi sa më të shpejtë, me agjentë imunomodulues.

Teste të tjerë të detyrueshëm bëhen për të përjashtuar sëmundje të ngjashme.

Personat me vetëm një simptomë, por me MRI pozitive për kriteret e SM dhe/ose me rezultatet e likidit cerebrospinal me IgG oligoklonale, klasifikohen si "Sindroma e izolimit klinik" (CIS).

Në shumicën e rasteve sëmundja ecën me një kurs përmirësimi dhe përkeqësimi, me përkeqësime shumë të shpeshta dhe gravitet, ndonjëherë zhduken të gjitha simptomat ose pjesërisht. Pas një periudhe, ky dekurs kalon në një dekurs progresiv të ngadaltë, pa relapse. Pak pacientë vuajnë nga një dekurs primar progresiv pa relapse, por me rritje graduale të simptomave dhe paaftësive.

Edhe pse aktualisht nuk ka medikamentë që të kurohet SM, ka disa trajtime që mund të modifikojnë ecurinë dhe të përmirësojnë simptomat. Fatmirësisht, është bërë shumë progres në drejtim të trajtimeve efçente, si gjetja e medikamenteve që modifikojnë sëmundjen, të cilat ulin numrin e atakeve të rënda dhe ulin progresin e sëmundjes [10].



Trajtimi i SM mund të kategorizohet në tre kategori [10]:

- 1) *Menaxhimi i atakeve akute*
- 2) *Trajtimi i sëmundjes*
- 3) *Rehabilitimi dhe menaxhimi i simptomave*

#### 1) Menaxhimi i atakeve akute

Zhvillimi i simptomave të reja tek pacientët me SM, me relapse, ose përkeqësimi i simptomave ekzistuese, mund të tregojë që një atak i ri është në zhvillim. Në kohë të tilla ka inflamacione të reja në tru, dhe inflamacioni mund të reduktohet në një periudhë 3-5 ditore, me terapi me kortikosteroidë.

Por jo të gjitha episodet e reja kërkojnë administrim të kortikosteroidëve. Kjo terapi duhet të vendoset sipas individëve, nga një mjek neurolog duke ndjekur protokollet ekzistuese, dhe kur simptomat nuk përmirësohen, mund të kërkojë përsëritjen e steroidëve më doza më të larta. Në qoftë se simptomat vazhdojnë, nevojitet ndërrim i plazmës.

#### 2) Trajtimi i sëmundjes

Për sa i përket sëmundjes, në rastet me SM me relaps, përdoren një grup medikamentesh modifikuese imunitare, që mund të parandalojnë relapset dhe ngadalësojnë progresin e sëmundjes, duke ulur kështu gravitetin e paaftësisë.

Këto medikamente janë: *Beta Interferoni dhe glatiramer acetate* i/m ose s/c. Gjithashtu mund të përdoret *natalizumab* si dhe *fingolimod, mitoxantrone* [10].

#### 3) Rehabilitimi dhe menaxhimi i simptomave

Gjatë çdo kohe, një ose më shumë simptoma, që kanë degjeneruar mbrojtësen e mielinës në disa zona të SNQ, mund të shkaktojnë edhe shumë simptoma të tjera që prekin cilësinë e jetës.

Mund të shfaqen simptoma të panumërta, në disa kombinime me intensitet të ndryshëm dhe në kohë të ndryshme. Simptomat më të shpeshta janë dobësia muskulare dhe spasticiteti, simptomat e ndjeshmërisë, çrregullime të zorrëve, inkontinencë, çrregullime seksuale, dëmtim konjitiv, lodhje, dhimbje, vështirësi në të folur dhe depresion.

Në këto kushte menaxhimi i simptomave është po aq i rëndësishëm, sa dhe trajtimi imunologjik. Ky aspekt i trajtimit, jo vetëm që kërkon një ekzaminim të detajuar klinik, të çdo pacienti, por edhe një intervistë në të cilin specialisti pyet pacientin për simptomat, disa prej të cilave mund të mos lidhen fare me sëmundjen, si dhimbja dhe lodhja, ose dhe ndjenja e turpit për shkak të problemeve intestinale dhe seksuale.

Për më tepër, disa simptoma kanë më shumë shenja manifestuese, kështu që nevojitet një dallim i kujdesshëm i këtyre simptomave [11].

Rehabilitimi është një aspekt shumë i rëndësishëm në trajtimin e pacientëve me Sklerozë Multiple, qoftë në trajtimin simptomatik qoftë në modifikimin e sëmundjes. Individualizimi i trajtimit është shumë i rëndësishëm në trajtimin e plotë të pacientit me SM. Mjetet për trajtim individual ekzistojnë në rehabilitim, dhe përdoren në variacione të mundshme. Fokusimi në nevojat individuale të pacientit është një ndërhyrje e kërkuar, e cila do të thotë që pacienti duhet të përfshihet në vendimmarrjen për trajtimin e tyre, sa më shumë që të jetë e mundur [12].

## 1.5. KLASIFIKIMI NDËRKOMBËTAR I SËMUNDJES (ICD)

Përpyekja për të klasifikuar sëmundjen sistematikisht, daton që në 1763 kur Carl Linnaeus publikoi punën e tij, *Genera Morborum* [9].

Një shekull më vonë, statisticioni Britanik mjekësor, William Farr, propozoi principin e klasifikimit të sëmundjes sipas vendit anatomik, dhe ideja e tij u konkretizua në *Listën Ndërkombëtare të Shkaqeve të Vdekjes*, i cili ishte një regjistër i formuar që në 1893.

Edicioni i fundit e ka mbajtur këtë princip, dhe tani quhet Klasifikimi Ndërkombëtar i Sëmundjeve. Aktualisht po përdoret edicioni i 10-të, i aprovuar nga OBSH në Maj 1990, si ICD -10 [9].

## KAPITULLI II: REHABILITIMI I PACIENTËVE ME SM

SM ka pasoja psikologjike dhe fizike, të cilat zakonisht kanë impakte afatgjata në pothuaj çdo aspekt të jetës së një personi që jeton me këtë sëmundje, si dhe familjeve të tyre.

Rehabilitimi duhet të përmirësojë aftësinë për të kryer aktivitete të jetës së përditshme, lëvizshmërinë, komunikimin dhe integrimin social. Rehabilitimi kërkohet në shumë lloje të dëmtimeve dhe paaftësive, veçanërisht uljes së lëvizshmërisë, çrregullimet e fshikëzës urinare dhe të zorrës së trashë, problemet e komunikimit, çrregullimet e gjëllitjes dhe dëmtimit konjitiv.

Rehabilitimi është një proces edukativ, që zgjidh problemet, me qëllim reduktimin e paaftësisë së përhjetuar nga një pacient, si rezultat i sëmundjes ose dëmtimit.

Për më tej, rehabilitimi është fundamental në parandalimin e komplikacioneve të SM dhe përmirësimin e pavarësië së një individi.

SM mund të prekë edhe aftësitë njohëse, memorjen dhe emocionet, kështu që rehabilitimi duhet të shtrihet përtej përmirësimit të simptomave fizike dhe të futen përpjekje për të përmirësuar cilësinë e jetës e lidhur me shëndetin dhe mirëqënien emocionale [13].

### 2.1 VLERËSIMI I QËLLIMEVE

Rehabilitimi është proces i një ndryshimi aktiv, dhe në këtë pikëpamje, vendosja e qëllimeve është një komponent i rëndësishëm dhe një aftësi kryesore e profesionistëve të rehabilitimit. Përfitimet e përcaktimit të qëllimeve në menaxhim janë diskutuar gjerësisht dhe është treguar se vendosja e një qëllimi te një person rrit motivimin. Dhe sigurisht kjo gjë vlen edhe në pacientët që marrin pjesë në rehabilitim [14].

Sa herë që problemet e një pacienti janë të vështira dhe komplekse, aq sa kërkojnë përfshirjen e një, dy, ose më shumë njerëzve nga profesione të ndryshme, dhe nëse procesi duhet të vazhdojë për më shumë se disa ditë, atëherë duhet të formulohet këto qëllime;

- Motivimin e pacientit.
- Të sigurohemi që anëtarët e ekipit të punojnë për të njëjtat qëllimeve.
- Të sigurohemi që veprimet e rëndësishme të mos anashkalohe.

- Te monitorojmë ndryshimet në mënyrë që të evitojmë aktivitetet joefektive [14].

Qëllimet e rehabilitimit mund të jenë të ndryshme në individë të ndryshëm.

Në përgjithësi, qëllimi është t'i sigurojmë individit dhe familjes së tij, njohuri, aftësi dhe mbështetje të domosdoshme për të ruajtur autonominë e tyre, për të minimizuar aftësinë e kufizuar dhe për të maksimizuar nivelin e pjesëmarrjes së individit të sëmurë me SM, duke përfshirë parandalimin e komplikacioneve dytësore ose parandalimin e aftësisë së kufizuar. Pika kyçe për të ofruar kujdes për individin si në kujdesin parësor ashtu edhe atë dytësor është përdorimi një terminologjie të kuptueshme dhe mirëkuptuese kur përshkruhet paaftësia dhe menaxhimi i saj [15].

Është e rëndësishme që marrja e vendimeve të përfshijë edhe pacientin me SM, por edhe skuadrën rehabilituese.

Së bashku, ata mund të diskutojnë prioritetet kyç për përmbajtjen e rehabilitimit, dhe të bien dakord në nivelin e performancës për aktivitetet, brenda një kohe specifike, pasi mund të ndodhë që pacientët me sklerozë të shumëfishtë dhe anëtarët e ekipit klinik, jo domosdoshmërisht të pajtohen për qëllime specifike lidhur me rehabilitimin. Pacientët gjithashtu mund të kenë pritshmëri më të larta se klinikistët në lidhje me nivelin e përmirësimit dhe mundësinë e arritjes së qëllimeve [16].

Qëllimi i rehabilitimit duhet të identifikohet nga kufiri kohor. Idealisht qëllimet duhet të vendosen për afate të shkurtra, mesatare apo afatgjata. Por koha mund të ndryshojë duke u ndikuar nga ambientet e rehabilitimit, dhe nivelin e pjesëmarrjes së pacientit [17].

### *2.1.1 Avantazhet e vendosjes së qëllimeve*

Me procesin e vendosjes së qëllimeve mund të përfitohen një sërë avantazhesh. Ky proces për një person mund të rrisë ndryshimet e sjelljes dhe përmirëson mbajtjen e aderencës me programin, duke rritur kështu motivimin. Vendosja e qëllimeve ndihmon pacientin të përcaktojë qëllimet e veta duke përmirësuar kështu pavarësinë e tyre dhe përfshirjen në ndërhyrjet rehabilituese. Qëllimet janë të dobishme për të mbështetur komunikimin dhe koordinimin me skuadrën e rehabilitimit.

Përveç kësaj, lejon efektivitetin e procesit të rehabilitimit, në mënyrë që ky i fundit të jetë i monitoruar në mënyrë të vazhdueshme. Qëllimi ideal ka nevojë të jetë specifik, i matshëm, real, i arritshëm, dhe në një kohë të caktuar [18].

### *2.1.2 Vlerësimi i rehabilitimit*

Vlerësimi i pasojave të rehabilitimit mund të bëhet kryesisht duke përdorur dy ndërhyrje të alternuara, por komplementare, duke vlerësuar efektet e procesit të rehabilitimit tek individit, duke përdorur masat standarte, ose duke matur arritjen e qëllimeve. Metodatat për të vlerësuar arritjet e qëllimeve janë të rëndësishme sepse japin një rezultat të fokusuar, me qendër pacientin dhe prioritetet e tij personale.

Ky lloj vlerësimi kryhet me mjete vizuale, analoge, të cilat janë të shpejta. Një nga më të mirat është shkalla për mbajtjen e qëllimit (GAS). Ajo konsiston në një matje 5 pikëshe dhe ka formulë të standartizuar për të dhënë një pikë Që qëllimi të jetë arritur duhet të plotësohen 3-5 elementë të kësaj matjeje [19].

### 2.1.3 Evidencat

Studimet mbi vlerësimin e vendosjes së qëllimeve apo metodave janë shumë të rralla. Studimet e kryera këto kohë, kanë sjellë disa kundërshtime për sa i përket qëllimeve të rehabilitimit të pacientëve me SM. Për shembull, është e dukshme se një pacient me SM, anëtarët e skuadrës mjekësore, edhe vetë pacientët, nuk janë dakord në qëllimet specifike për qëndrimin e pacientit në rehabilitim. Edhe takimet mbi vendosjen e qëllimeve mund të dominohen më mirë nga profesionistët sesa nga vetë pacientët. Është e nevojshme që të kryhen më shumë kërkime mbi këto çështje [20].

## 2.2 OFRIMI I SHËRBIMEVE TË REHABILITIMIT

### 2.2.1 Principet fundamentale

Nevojat mjekësore të pacientëve me SM janë shumë të ngjashme në shumë vende. Por në realitet, këto nevoja duhet të adresohen nga sistemet shëndetësore kombëtare, që variojnë në organizata, popullata dhe fonde.

Principet kryesore për ofrimin e shërbimit janë:

- ≈ Shërbimi duhet të garantojë integrimin e brendshëm midis profesionistëve dhe shërbimet e tjera shëndetësore që lidhen më SM. Meqë SM është e paparashikueshme, veçanërisht në relapse dhe shpejtësinë e progresit të sëmundjes, shërbimi duhet të jetë në gjendje të përgjigjet brenda një afati kohor pa shumë vonesa dhe burokraci.  
Meqë SM reflektohet me një numër mjaft të madh simptomash, paaftësi dhe nënloje të saj:
- ≈ Shërbimet duhet të jenë fleksibël dhe të adoptohen sipas nevojave të pacientëve.
- ≈ Shërbimet duhet të jenë të përqëndruara tek pacienti, dhe t'u ofrohen të gjithë pacientëve, dhe jo të jenë të dizenuara t'i përshtaten insitucioneve dhe klinikave.
- ≈ Shërbimet duhet të jenë të bazuara në evidencë, si nga fusha e SM ashtu dhe nga fusha të tjera, bashkëpunimi duhet të kryhet me anë të kërkimeve dhe auditeve [21].

## 2.3 NDËRHJRJA NDËRDISIPLINARE

Një pacient me SM mund të kenë të variacion të gjerë dëmtimesh, që çojnë në probleme të ADL. Është e rëndësishme të diagnostikohen sa më shpejt, si diagnoza ashtu dhe paaftësitë jetësore të çdo pacienti, kështu që të targetohen këto probleme dhe të trajtohen specifikisht [WHO 2001].

Rehabilitimi efektiv është i ndërtuar me kujdes, fleksibël, dinamik dhe varet nga nevojat e pacientëve. Kështu që skuadra e rehabilitimit duhet të përfshijë një variacion specialistësh [22].

Edhe pse në ditët tona ekzistojnë terapi për të ndihmuar në ngadalësimin e përparimit të Sklerozës së Shumëfishtë, shumica e njerëzve me SM do të vazhdojnë të kenë kufizime [23].

Rehabilitimi në SM përfshin përdorimin e përhershëm ose të vazhdueshëm të strategjive multidisiplinare, për të promovuar pavarësinë funksionale, për të parandaluar komplikacionet, dhe për të rritur cilësinë e përgjithshme të jetës.

Ky është një proces aktiv i cili shërben për të ndihmuar pacientin të rimarrë dhe/ose të ruajë nivelin më të lartë të funksionimit, dhe të realizojë potencialin e tij fizik, mendor dhe shoqëror, duke pasur parasysh edhe kufizimet që ekzistojnë [24].

Specialistët e rehabilitimit synojnë të përmirësojnë këto dëmtime në punën e tyre me pacientët me SM : lodhje, dobësi, spazëm, dëmtime njohëse, ç'ekuilibër, humbje shqisore, ataksi/dridhje, dhimbje, paraparesis, probleme në të folur dhe në gëlltitje, probleme në shikim, probleme të zorrëve dhe fshikëzës urinare. Qëllimi i këtyre ndërhyrjeve rehabilituese është të zvogëlojë "aftësinë e kufizuar", siç përcaktohet nga Organizata Botërore e Shëndetit (OBSH) në Klasifikimin Ndërkombëtar të dëmtimeve, aktiviteteve dhe pjesëmarrjes (ICIDH-2).

Paaftësia është një term i përdorur për të përshkruar pasojat e çdo gjendjeje shëndetësore (sëmundje, çrregullim ose dëmtim) në strukturat ose funksionet e trupit të një personi, në aktivitetet personale dhe në pjesëmarrjen në shoqëri [25].

Edhe pse ndërhyrjet rehabilituese nuk mund të kthejnë dëmin neurologjik të shkaktuar nga SM, ato mund të zvogëlojnë aftësinë e kufizuar npr [26]:

- Minimizimit të impaktit të dëmtimeve ekzistuese në jetën e përditshme.
- Rritjes së aftësisë së personit për të kryer aktivitete të jetës së përditshme dhe për të marrë pjesë në të gjitha rolet e jetës në mënyrën më të plotë të mundshme.

Në praktikën mjekësore, aftësitë e profesionistëve të rehabilitimit orientohen drejt dëmtimit ose sëmundjes akute të një pacienti, me qëllim që të jetë një shërim i pjesshëm ose i plotë.

Specialisti në këtë rast ndërhyr për të zgjidhur një problem dhe largohet kur problemi është zgjidhur. Specialistët e rehabilitimit kanë një rol disi të ndryshëm në një sëmundje kronike siç është Skleroza Multiple [27].

Që nga momenti i diagnostikimit e në vazhdim, madje edhe para shfaqjes së dëmtimit, specialisti i rehabilitimit mund të sigurojë edukim dhe trajtim për të promovuar mirëqënie të përgjithshme, të zvogëlojë lodhjen dhe të maksimizojë pjesëmarrjen e tij në të gjitha rolet e jetës.

Me përparimin e sëmundjes, roli i specialistit të rehabilitimit bëhet gjithnjë e më aktiv, duke përfshirë ndërhyrje të strukturuar, të përqëndruara në problemet që pacienti ka, për të menaxhuar simptomat, për të përmirësuar funksionimin, për të lehtësuar aktivitetet e jetës së përditshme, për të identifikuar pajisjet e duhura ndihmëse dhe modifikimet mjedisore, dhe parandalimin e dëmtimeve dhe komplikacioneve të panevojshme.

Ndërsa çdo ndërhyrje mund të jetë me kohëzgjatje relativisht të shkurtër, pritshmëria është që natyra kronike, shpesh progresive e SM, të kërkojë vlerësime dhe ndërhyrje të përsëritura gjatë ecures së sëmundjes [27].

### *2.3.1 Qëllimet përmirësuese dhe parandaluese të rehabilitimit në pacientët me SM*

Në Sklerozën Multiple rehabilitimi ka synime si përmirësuese ashtu edhe parandaluese.

Rehabilitimi përmirësues ndihmon personin të arrijë nivelin e tij më të lartë fizik, emocional dhe funksional duke pasur parasysh kufizimet e vendosura si pasojë e sëmundjes. Kështu, ata individë që kohët e fundit kanë përjetuar një përkeqësim të shoqëruar me ulje të aftësive funksionale, mund të kërkojnë ndërhyrje rehabilituese për t'i ndihmuar të rimarrin sa më shpejt aftësitë e tyre funksionale të mëparshme [28].

Nëse rivendosja totale e funksionit mund të mos jetë e mundur, qëllimi është që të maksimizohet pavarësia, produktiviteti, rehatia dhe kujdesi për veten, duke minimizuar ndikimin e dëmtimit dhe komplikacioneve dytësore në veprimtaritë ku pacienti merr pjesë. Kur Skleroza Multiple ka një ecuri progresive, ndërhyrjet rehabilituese ndihmojnë pacientin të ruajë një funksion maksimal përballë përparimit të sëmundjes, dhe të parandalohen dëmtimet dhe komplikacionet që vijnë nga imobiliteti. Ruajtja e një gjendjeje stabël zëvendëson përmirësimin [29].

Është mjaft e rëndësishme të kihet parasysh që pranimi i kufizimeve për pacientin, në çdo pikë të procesit të sëmundjes, mund të jetë shkatërruese emocionalisht. Profesionistët e rehabilitimit dhe profesionistët e shëndetit mendor mund të kenë një rol kritik për të ndihmuar njerëzit me SM, të modifikojnë pritshmëritë e tyre dhe të zhvillojnë qëllime realiste, duke ruajtur vetëvlerësimin e tyre në proces [30].

### *2.3.2 Skuadra rehabilituese*

Koncepti "squadër ose ekip" është thelbësor për rehabilitimin e personave me SM, edhe pse nëse anëtarë të ndryshëm të ekipit punojnë ose jo në të njëjtën kohë.

Për shkak se SM godet në vitet kulmore të formimit të karrierës dhe jetës familjare, dhe për shkak se mund të ndikojë në funksione të ndryshme dhe të rëndësishme fizike dhe psikologjike, kërkon përpjekjet e koordinuara të një ekipi ndërdisiplinor të profesionistëve që punojnë në bashkëpunim me personin me SM dhe personin që kujdeset për të [31].

### *2.3.3 Personi me Sklerozë të Shumëfishtë*

Personi me SM është qendra e skuadrës së rehabilitimit, dhe si i tillë personi me SM dhe personi që kujdeset për të janë forca lëvizëse e procesit të rehabilitimit. Në mënyrë që procesi të jetë i suksesshëm, nevojat dhe përparësitë e personit me SM duhet të shërbejnë gjithmonë për të udhëhequr planin e rehabilitimit.

Anëtarët e tjerë të ekipit edukojnë personin me SM për mundësitë që ata kanë për kujdes, të bashkëpunojnë me njëri-tjetrin për të koordinuar dhe lehtësuar ndërhyrjet që janë zgjedhur [31].

### *2.3.4 Mjeku ( neurolog apo psikiatër)*

Mjeku shpesh funksionon si drejtuesi i ekipit. Duke filluar me vlerësimin fillestar, mjeku punon me personin për të identifikuar nevojat e trajtimit dhe për të filluar procesin e trajtimit.

Do të ishte ideale nëse referimet tek specialistët e rehabilitimit bëhen gjatë ditëve të para të trajtimit, përse kohë që problemet janë më të vogla dhe më të menaxhueshme, dhe përpara se të zhvillohen kriza mjekësore ose psikosociale. Këto ndërhyrje të hershme janë fillesat e procesit që do të mund të ndihmojë personin me SM për t'u bërë një partner aktiv dhe i mirëinformuar [32].

### *2.3.5 Infermieri*

Infermieri në përgjithësi funksionon si koordinator i ekipit. Ndërsa roli i infermierit mund të ndryshojë nga një mjedis në tjetrin, është e vërtetë që infermierja, e cila ka kontaktin më të shpeshtë me personin me SM, është në pozitën më të mirë për të identifikuar nevojat e vazhdueshme të personit dhe për të koordinuar referimet dhe komunikimin me të, si edhe me anëtarët e tjerë të ekipit [33].

Infermierja gjithashtu mund të luajë edhe rolin e menaxherit për ata individë me SM që nuk janë në gjendje, ose nuk dëshirojnë ta kryejnë vetë atë rol. Si anëtar i ekipit të rehabilitimit, infermierja u siguron pacientëve edukim në lidhje me SM, u mëson aftësi të vetë-menaxhimit (vetë-injeksion dhe strategji të menaxhimit të simptomave, kujdes për zorrët / fshikëzën dhe kujdesin e lëkurës), dhe ofron mbështetje të vazhdueshme për procesin e rehabilitimit [34].

### *2.3.5 Përfshirja e rolit të infermierit në kujdesin ndaj pacientëve me SM*

Sot, që nga koha e diagnostikimit e në vazhdim, njerëzit me MS dhe familjet e tyre, mund të shikojnë në një grup profesionistësh të kujdesit shëndetësor, aftësitë dhe mjetet që ata kanë për t'i ndihmuar të jetojnë më të qetë dhe më produktivë me sëmundjen. Gjatë njëzet viteve të fundit, infermierët kanë luajtur një rol gjithnjë e më aktiv në kujdesin për MS, duke ndihmuar pacientët dhe familjet e tyre për të zbatuar strategji trajtimi, të kujdesen për shëndetin e tyre, dhe të bashkëpunojnë në mënyrë efektive me ofruesit e kujdesit shëndetësor. Si profesionist shëndetësor me kontakt më të shpeshtë me pacientët, infermierja shpesh shërben si qendër e trajtimit, duke identifikuar çështjet mjekësore, psikologjike dhe sociale, duke bërë referime, duke vepruar si avokat i pacientit, menaxher i kujdesit, dhe duke nxitur komunikimin midis klinikistëve të përfshirë, pacientit dhe familjes.

Infermierja kështu luan një rol vendimtar gjatë gjithë rrjedhës së sëmundjes [35].

### *2.3.6 Terapisti fizik dhe terapeuti okupacional*

Qëllimi i terapistit fizik është të vlerësojë dhe përmirësojë lëvizjen dhe funksionin, duke vendosur theksin në lëvizshmërinë fizike, ekuilibrin, sjelljen, stërvitjen, dhe menaxhimin e lodhjes dhe dhimbjes. Si pjesë e procesit rehabilitues, terapeuti fizik ndihmon njerëzit të plotësojnë sfidat e tyre të lëvizshmërisë dhe të identifikojnë dhe porositin pajisjet e duhura.

Terapia fizike gjithashtu ndihmon njerëzit në administrimin e kërkesave fizike në familjen e tyre, në punë dhe në jetën shoqërore, ndërsa përshtatin ndryshimet fizike që vijnë nga sëmundja [35].

Roli i terapistit profesional në ekipin e rehabilitimit është të ndihmojë njerëzit të ruajnë aftësitë e përditshme, që janë thelbësore për një jetesë të pavarur dhe që lejon produktivitetin si në shtëpi ashtu edhe në punë.

Fushat kryesore të synuara nga terapisti në punë përfshijnë: lodhjen, procesin e njohjes, forcën dhe koordinimin e pjesës së sipërm të trupit, përdorimin e teknologjisë ndihmëse dhe udhëzimet në modifikimet e sjelljes dhe mjedisit, për të ruajtur një pjesëmarrje maksimale në shtëpi, në punën dhe pjesëmarrjen në komunitet [36].

### *2.3.7 Terapisti i të folurit*

Terapisti i të folurit adreson kryesisht problemet që vijnë nga dëmtimi i kontrollit të muskujve në buzë, në gjuhë, në qiellzën e butë, në kordat vokale dhe në diafragmë, të cilat ndërhyjnë në prodhimin e të folurit, cilësinë e zërit dhe qëllitjen.

Qëllimi është që të promovojnë një komunikim efektiv, të identifikojnë dhe adresojnë problemet e qëllitjes që mund të rrezikojnë shëndetin, rehatinë dhe sigurinë e një personi. Terapisti i të folurit është gjithashtu i përfshirë në vlerësimin dhe menaxhimin e mosfunksionimit konjitiv të njerëzit me MS, veçanërisht nëse kjo lidhet me komunikimin [37].

### *2.3.8 Burimet shitesë të rehabilitimit dhe suporti psikosocial*

Ekipi gjithëpërfshirës i rehabilitimit duhet të ketë qasje me një larmi burimesh të tjera, duke përfshirë psikologët, neuropsikologët, punonjësit socialë, dietologët, orthotistët, specialistët e rehabilitimit profesional dhe çdo profesionist tjetër, shërbimet e të cilit mund të përmirësojnë shëndetin dhe sigurinë e një personi, pavarësinë, dhe cilësinë e jetës [37].

Mbështetja psikosociale është kategoria e pestë kryesore e trajtimit në MS, që përfshin:

1. Edukimi në lidhje me sëmundjen (psiko-edukimi i quajtur më vonë, një proces edukativ mbështetës për të rritur kuptimin e njerëzve mbi sëmundjen, strategjitë adaptive të përballimit dhe burimet e disponueshme).
2. Diagnostikimi/trajtimi i problemeve emocionale dhe/ose njohëse.
3. Ndërhyrjet familjare të fokusuara në mbështetjen dhe përpjekjet e anëtarëve të familjes për të përballuar pacientin me SM në familje.
4. Mbështetja për përpjekjet e njerëzve për të punuar për sa kohë që janë të aftë dhe të interesuar, dhe për t'u shkëputur nga puna kur vjen momenti dhe kur është e nevojshme.
5. Ndihma kundrejt pacientëve me SM dhe familjeve të tyre, për të përfituar burimet e disponueshme [38].

Pjesëmarrja e pakufizuar e çdo pacienti në programin rehabilitues, është qëllimi i çdo trajtimi rehabilitues multidisiplinar në pacientët me Sklerozë Multiple.



Meqenëse SM prek personin dhe tërë mjedisin e tij shoqëror, të gjithë aktorët duhet të përfshihen në menaxhimin e kujdesit [39].

Pacientët me Sklerozë Multiple, partnerët dhe familjet e tyre kërkojnë një rol aktiv në administrimin e sëmundjes, dhe kanë nevojë për informacion dhe mbështetje për të kapërcyer pengesat sociale të krijuara nga SM, dhe për të përmirësuar ose të paktën të ruajnë rolet e tyre në shoqëri [40].

Punonjësi social është një pjesë thelbësore e ekipit multidisiplinar të rehabilitimit.

Ai mbulon një gamë të gjerë të kompetencave socio-administratore dhe psiko-sociale, që nga momenti që i duhet të merret me fusha shumë të ndryshme siç janë marrëdhëniet familjare, çështjet e roleve sociale, puna dhe profesioni, financat dhe sistemet e sigurimeve shoqërore, strehimi, kujdesi në shtëpi (profesional dhe jo-profesional), aktivitetet e kohës së lirë dhe kujdesi shëndetësor profesional në komunitet (përfshirë programet e rehabilitimit ambulator). Vazhdimësia e kujdesit, dhe komunikimi me profesionistë për kujdesin në familje janë themeli në menaxhimin afatgjatë të SM. Të gjitha aktivitetet rehabilituese sociale duhet të zhvillohen në konsultim me pacientin me Sklerozë Multiple dhe familjen e tij, duke bërë të mundur që ata të marrin vendime individuale referuar situatës në të cilën ndodhen dhe fazës së sëmundjes [41].

### *2.3.9 Vlerësimi, përcaktimi i qëllimit, rezultatet e dëshiruara*

Mjetet e vlerësimit në fushën e këshillimit social duhet të identifikojnë burimet dhe kërcënimet ndaj sistemit të mbështetjes sociale për pacientin me Sklerozë Multiple dhe pjesëmarrjes së tij në përgjithësi. Duhet të përdoret një dosje e standardizuar sociale për përdorim të brendshëm në qendrën e rehabilitimit. Shumica e qëllimeve të këshillimit social janë të përqëndruara në fushat e "profesionit të përditshëm" dhe "marrëdhënieve çift, në familje apo shoqëri". Vëmendje e veçantë duhet të përqëndrohet edhe në nevojat e kujdestarëve apo atyre personave që kujdesen për pacientët me Sklerozë Multiple [42].

### *2.3.10 Informacion, këshillim, mbështetje dhe udhëzim: përmbushja e problemeve sociale*

Fillimisht, pacientët me Sklerozë Multiple, së bashku me partnerin ose familjen e tij, realizojnë një intervistë të gjerë dhe të hollësishme me punonjës social të ekipit të rehabilitimit. Kjo u jep atyre mundësinë për të bërë pyetje dhe të shprehin ndjenjat dhe shqetësimet e tyre për programin e kujdesit, dhe mund t'i ndihmojë për të zvogëluar tensionin dhe ankthin. Gjatë intervistës, marrja e informacioneve themelore në lidhje me aspektet kulturore, fetare, financiare ose marrëdhëniet, duhet të dokumentohen dhe janë vendimtare në rrjedhën e programit të rehabilitimit [43].

### *2.3.11 Marrëdhëniet dhe çështjet familjare:*

Përpyekje të vazhdueshme janë bërë për të përfshirë partnerët dhe personat e rëndësishëm të pacientëve me SM në procesin e rehabilitimit. Ata inkurajohen të shprehin ndjenjat, nevojat dhe shqetësimet e tyre. Informacioni drejtuar partnerëve, këshillimi, mbështetja dhe udhëzimi mund të jenë shumë të rëndësishme gjatë rehabilitimit.

Një bashkëpunim i ngushtë me anëtarët e tjerë të ekipit të rehabilitimit është i detyrueshëm [44].

### *2.3.12 Puna dhe profesioni:*

Së pari, pacienti me Sklerozë Multiple, shpesh mund të ketë nevojë për informacion të gjerë për të marrë vendimin e duhur në lidhje me zbulimin e diagnozës së tij nga ana e punëdhënësit. Pastaj, ata kanë nevojë për ndihmë për të gjetur programe të përshtatshme qeveritare për t'i mbështetur për të qëndruar në punë, dhe mund të kenë nevojë për informacione në lidhje me të drejtat e tyre ligjore.

Humbja e vendit të punës zakonisht ka shumë pasoja financiare dhe sociale që duhet të diskutohen gjerësisht përpara se të merret një vendim. [45].

### *2.3.13 Ndërhyrjet e sigurimeve financiare dhe sociale*

Politikat sociale nuk janë gjithmonë shumë transparente, dhe pacientët me Sklerozë Multiple shpesh nuk marrin automatikisht shërbimet sociale për të cilat ata kanë të drejtë.

Pacientët me Sklerozë Multiple dhe familjet e tyre shpesh i bëjnë thirrje punonjësve socialë të japin mbështetje dhe ndihmë praktike për përfitime të ndryshme sociale në departamente të ndryshme qeveritare.

Nuk është gjithmonë e lehtë të balancosh fuqizimin dhe vetë-menaxhimin e pacientit me Sklerozë Multiple kundër ofrimit të ndihmës së mjaftueshme për të lehtësuar pretendimin e të drejtave të tyre dhe marrjen e ndërhyrjeve financiare dhe administrative. Këtu duhet të ndërhyjnë autoritetet ligjore [46].

### *2.3.14 Strehimi, ndihmat teknike dhe përshtatjet në shtëpi:*

Përshtatjet në shtëpi, ndihma teknike dhe lëvizëse duhet të planifikohen në bashkëpunim të ngushtë me terapistin profesional, duke marrë parasysh anën financiare dhe ndërhyrjet ligjore, pritshmëritë, dhe rezistencën e pacientëve me Sklerozë Multiple dhe familjeve të tyre. Gjithashtu duhet të merren parasysh strategjitë e tyre të përballimit dhe menaxhimin afatgjatë të sëmundjes [47, 48].

Meqenëse SM është një sëmundje e paparashikueshme, kryesisht progresive, shtrirja dhe përmbajtja e ndërhyrjeve të punonjësve socialë do të varen nga faza e sëmundjes, duke filluar nga pacientët e diagnostikuar rishtas deri te ata të cilët janë në një fazë të avancuar.

Punonjësi social duhet të ketë kontakte të rregullta me pacientët me Sklerozë Multiple, partnerët e tij dhe, nëse kërkohet, duhet t'u ofrohet kujdes edhe në familje, nëpërmjet telefonit, postës elektronike, ose me vizita në shtëpi.

Vazhdimësia e kujdesit është një sfidë e vazhdueshme, siç është lidhja midis anëtarëve të ekipit të rehabilitimit dhe ofruesve të kujdesit shëndetësor në komunitet [49].

## 2.4 REHABILITIMI NË FAZA TË NDRYSHME

### 2.4.1 Faza e hershme

Kur një pacient diagnostikohet me Sklerozë Multiple, ai zakonisht kalon një krizë me ndjenja paniku, gjendje shoku dhe depresioni. Në këto kushte, pacienti paraqet një kapacitet të limituar për të marrë dhe për të mbajtur shumë informacion.

Në këtë fazë, çdo pacient duhet të ketë takime të rregullta me neurologun, dhe sa herë që të mundet, me një infermier të specializuar në rolin ndërmjetës. Ofrimi i informacionit tek pacienti, duke përdorur një mjet të individualizuar në nivelin e pacientit, është i detyrueshëm.

Shumë pacientë të sapodiagnostikuar kanë nevojë për mbështetje psikologjike.

Mënyra se si trajtohen pacientët në këtë fazë, mund të ndikojë sesi pacienti përballet me fazat e tjera në të ardhmen. Mbështetja e thellë gjatë kësaj faze, është e rëndësishme sepse mund të përcaktojë cilësinë e jetës më pas.

Informacioni i kuptueshëm dhe këshillat mund të fuqizojnë pacientin, në mënyrë që ai të marrë kontrollin. Në hapat e para të sëmundjes, pacienti mund të ketë relapse por zakonisht përmirësohet mirë. Pavarësisht kësaj, lodhja mund t'i prekë shumë këta pacientë, edhe gjatë kësaj faze.

Menaxhimi i lodhjes mund të jetë pjesë e përmbytjes së një programi edukimi dhe këshillimi.

Tema të tjera përfshijnë trajtimin simptomatik, adoptimi me trajnimin, rehabilitimi motor dhe aktiviteti fizik, ndihma dhe adoptimi në shtëpi, pasojat sociale dhe profesionale të të paturit SM, etj.

Implikimet socio-ekonomike mund të adresohen me kujdes, sepse shumica e këtyre pacientëve janë adultë të rinj, që kujdesen për familjen e tyre [9].

### 2.4.2 Faza e mëvonshme

Në fazat e mëvonshme të sëmundjes, dëmtimet rezultojnë në paaftësi dhe në handicap, që mund të çojnë në humbje të vetëkujdesjes në jetën sociale dhe okupacionale. Mungesa e mjeteve të duhura të transportit, rrit nivelin e papunësisë midis pacientëve me SM, e krahasuar kjo me popullatën normale.

Kujdesi afatgjatë i spasticitetit duhet të jetë i nevojshëm, duke përfshirë trajtimin e spasticitetit, çrregullimet e fshikëzës së urinës, problemet e ekuilibrit, ataksinë, shikimin e reduktuar, problemet e të folurit dhe gëlltitjes si dhe problemet emocionale.

Në këto raste, disa pacientë duhet të trajtohen si pacientë të shtruar, duke patur infermieren si një urë lidhëse midis gjendjes së tyre dhe disponibilitetit të trajtimit [9].

### 2.4.3 Faza e avancuar

Në fazën e avancuar të sëmundjes, pacienti mund të bëhet totalisht i varur si në lëvizshmëri, ashtu edhe në aktivitetet e jetës normale. Qëllimi në këtë fazë, është që të mbahet dhe të sigurohet, sa më gjatë që të jetë e mundur, pavarësia e pacientit në mjedisin ku ai ndihet më mirë. Në qoftë se pacienti vazhdon të përkeqësohet, kërkohet shtrimi në spital ose në programe të tilla trajtimi. Edhe tek pacientët që nuk lëvizin nga shtrati dhe janë në gjendje të rëndë, rehabilitimi është i rëndësishëm dhe i detyruar veçanërisht kur nevojitet trajtimi nga disa specialistë. Pacientë të tillë vuajnë nga spasticitetin i dhimbshëm dhe me kontraktura [50].

Rehabilitimi në këto faza, gjithashtu përqëndrohet në vendosjen e mjeteve në shtëpi, për të lejuar personin të ketë sado pak pavarësi ose të zvogëlojë dhe lehtësojë sakrificat dhe mundimin për familjarët. Në këtë situatë është i rëndësishëm roli i infermierëve të specializuar, duke mësuar pacientin të përballet sa më mirë me detyrat fizike dhe t'ia dalin mbanë me problemet e sjelljes dhe konjitive që mund të kenë [50].

#### *2.4.4 Mekanizmat e rehabilitimit*

Një karakteristikë e SM, është aftësia e mrekullueshme e pacientëve për të bërë një përmirësim total nga relapset, edhe kur përkeqësimet janë të lidhura me defiqite neurologjike. Zakonisht, këto remisione të plota, ndodhin në fazat e hershme të sëmundjes. Janë evidentuar mekanizma të tjerë për të shpjeguar natyrën e tyre [9].

#### *2.4.5 Përmirësimi me rimielinizim*

Në SM, oligodentrocitet dhe mbështjelljesit e mielinës janë pikat kryesore të procesit të sëmundjes. Humbja e oligodentrociteve, çon në humbje të mbështjelljes së mielinës rreth aksoneve. Pasoja e menjëhershme e demielinizimit, është që aksonet bëhen më pak efçente në përcjelljen e impulseve. Meqë mielina është kaq e rëndësishme në mbajtjen e aksoneve të shëndetshëm, promocioni terapeutik i rimielinizimit, në situatat kur ky proces ka dështuar më parë, mund të paraqesë një nga mënyrat më efektive të parandalimit të humbjes së aksoneve.

Rimielinizimi spontan ndodh në shumë leziona të SM, por në disa raste bëhet i paplotë, dhe me kalimin e kohës fillon të mos funksionojë më.

Rimielinizimi duket se ndodh në dy faza kryesore.

E para konsiston në kolonizimin e lezioneve me qeliza progenitore oligodentrocite, e dyta karakterizohet nga diferencimi i këtyre qelizave në oligodentrocite mielinizuese, që kontaktojnë me aksonet e dëmtuara dhe prodhojnë mbështjellëse funksionale për ta. Mungesa e këtyre qelizave nuk është shkaku kryesor i dështimit të rimielinizimit, por ai është i lidhur me mos-shumimin e këtyre qelizave [51].

Një ndërhyrje terapeutike është mbështetja e këtij dëmtimi të brendshëm, duke ofruar një ose më shumë faktorë ndihmës për rimielinizimin ose me terapi me imunoglobulina.

Një ndërhyrje tjetër është që të ofrohet ndihmë nga jashtë, me anë të qelizave me transplant, për të prodhuar mielinë të re.

#### *2.4.6 Përmirësimi me ndryshime plastike*

Plasticiteti neural, është aftësia e SNQ të rimodelojë veten, për t'iu adoptuar ndryshimeve mjedisore siç mund të jetë një dëmtim ose një sëmundje.

Tek pacientët me SM, janë vënë re disa ndryshime kortikale, ku SNQ mund të kompensojë degjenerimin e aksoneve.

MRI ka treguar se plasiticiteti kortikal luan një rol në përmirësimin e simptomave nga SM [52].

Hemisfera e kundërt me dëmtimin mund të marrë drejtimin e kontrollit të lëvizjes.

Në personat normal, aktivizimi i MRI limitohet kryesisht në korteksin primar të lëvizjes kontralateral, por në pacientët me SM, kjo vihet re edhe në pjesë të tjera si korteksi primar ipsilateral ose zona motorike suplementare.

Për sa i përket zonës së dëmtuar, dihet që ato janë ipsilaterale, rrugë neurale kortikospinale.

Edhe pse këto rrugë inervojnë muskujt proksimalë, është parë se ato me sukses janë përfshirë në rekuperimin e pacientëve me hemisferektomi dhe në pacientët me SM.

Tek këta pacientë aktivizimi kortikal ipsilateral është proporcional me dëmtimin e aksoneve, duke sugjeruar që truri përpiqet të mbajë një performancë minimale me rritjen e dëmtimit.

Një kompensim i tillë është parë tek pacientët me SM, kur ata përballeshin me një detyrë ku duhet të ishin të përqëndruar dhe të vëmendshëm, të cilën ata e kryejnë njësoj si individët e shëndetshëm, por duke aktivizuar më shumë ind trunor

Kur humbasin këto ndryshime adoptuese, pacientët avancojnë në progresin e sëmundjes dhe akumulimin e defiçitit të parikthyeshëm [53].

## **KAPITULLI III: SIMPTOMAT, PAAFTËSIA, HANDIKAPI DHE NDËRHYRJET TERAPEUTIKE**

### **3. 1 Lëvizshmëria**

Lëvizja e reduktuar, është konsideruar si një nga dëmtimet më të zakonshme që kompromenton aktivitetin dhe kufizon pjesëmarrjen e personave me SM edhe pse ajo mund të jetë prezente edhe në fazat e hershme të Sklerozës Multiple. Ruajtja e lëvizshmërisë është një nga përparësitë më të mëdha të pacientët me Sklerozë Multiple, pavarësisht nga kohëzgjatja e sëmundjes apo niveli i aftësisë së kufizuar. Dëmtimi i lëvizshmërisë shoqërohet me ulje të cilësisë së jetesës, ulje të aktiviteteve të jetës së përditshme dhe ulje të produktivitetit. Shqetësimi kryesor që lidhet me pavarësinë e pacientëve me MS, pavarësisht nga statusi i tyre, është humbja e lëvizshmërisë [54].

Rreth 50% e pacientëve me SM, do të kenë nevojë për disa forma të ndihmësve të lëvizjes brenda 15 viteve që nga fillimi i sëmundjes [55].

Lëvizshmëria mund të ndahet në disa kategori, duke përfshirë lëvizjen në shtrat, transferimet, ngjitja e shkallëve, lëvizshmëria me mjete motorike dhe drejtimi i makinës. Për të matur të ecurin, përdoret zakonisht Shkalla e të Ecurit, me 12 pika, testi me kohë të matur për 12 metra, dhe ecja për 6 minuta [56].

Dobësia, shqetësime në shikim, ndryshimet sensore, spasticiteti ose problemet me ekuilibrin si dhe koordinimin, janë disa nga simptomat më të zakonshme që prekin lëvizshmërinë. Duke qenë se ka shumë faktorë që prekin lëvizjen, duhet të ndërhyhet më shumëllajshmëri terapish. Trajtimi që propozohet për të mbajtur lëvizjen, përfshin ushtrime fizike të rregullta, fizioterapi, përdorimi i mjeteve ndihmëse dhe trajtimi medikamentoz [56].

≈ *Ndërhyrjet*

Inkurajohen ushtrime fuqizimi për të luftuar dobësinë. Pacientët me SM përballen më dy lloj dobësish; e para vjen nga moslëvizja, dhe e dyta nga dëmtimi neurologjik.

Ushtrimet duhet të dizenohen sipas çdo individi, dhe duhet të përfshijnë trajnim progresiv rezistence, që varion nga rripat rezistentë izometrikë, deri tek peshëngritja. Rezistenca optimale bazohet në fuqinë muskulare, durimin dhe qëllimet funksionale, që përcaktohen nga pacienti dhe terapisti. Një studim i kohëve të fundit ka treguar se ushtrimet e fuqisë përmirësojnë humorin dhe reduktojnë lodhjen [57].

### *3.1.1 Ushtrimet për të mbajtur lëvizjen për aktivitetet e jetës ditore (ADL)*

Në fillim të sëmundjes së tyre, pacientët me SM zakonisht kanë rezultate të ulëta në drejtim të përmirësimit të aftësisë së kufizuar, dhe mund të përdorin ushtrime për të rritur kapacitetin e tyre aerobik. Me rritjen e aftësisë së kufizuar, ushtrimet janë modifikuar në varësi të shkallës së dobësisë, spasticitetit dhe uljes në kapacitetin aerobik. Një program i arsyeshëm ushtrimesh mund të përshkruhet nga terapisti fizik, pa marrë parasysh nivelin e aftësisë së kufizuar.

Programet e ushtrimeve duhet të bëhet tri herë në javë, nëse është e mundur. Ato duhet të jenë të monitoruara, pasi nëse bëhen më tepër ushtrime se sa kapaciteti që mund të përballojë pacientit, kjo gjë mund të çojë në rritjen e temperaturës trupore dhe për këtë arsye rritet dobësia dhe shfaqen simptomat të tjera të SM.

Për më tepër, lodhja mund të jetë problematike, kështu që teknikat e ruajtjes së energjisë duhet të realizohen nga terapistët profesionistë.

Ndërhyrjet me ushtrime që kanë për qëllim të përmirësojnë funksionin e përditshëm të pacientëve me SM, kanë treguar se janë efektive.

Ka evidenca të qarta në favor të terapisë me stërvitje, e krahasuar kjo me rastet kur nuk ka terapi në lidhje me funksionin e muskujve dhe lëvizshmërinë.

Nuk ka një program i cili të jetë më efektiv se një tjetër, por kombinimi i trajnimit për rezistencë dhe durim janë më efektivët. Nuk janë vërejtur efekte negative të këtyre ushtrimeve [ 58].

### *3.1.2 Përmirësimi i lëvizjes duke trajtuar spasticitetin*

Spasticiteti është simptoma më e zakonshme e cila redukton lëvizjen. Spasticiteti i lehtë mund të ndërhyjë në ADL, duke i bërë pacientët të ndihen të ngurtë, dhe të lodhur kur ecin. Me përkeqësimin e spasticitetit, të ecurit bëhet edhe më i vështirë.

Problemet e qëndrimit jo normal fillojnë të shfaqen, ndodhin problemet e ekuilibrit dhe pacienti fillon të bjerë më shpesh. Disa pacientë raportojnë spazma të dhimbshme, të cilat ndërhyjnë në gjumë, dhe përkeqësojnë aftësinë e pacientit për të lëvizur nga një vend në tjetrin, apo për të dalë jashtë automjetit (nëse është në gjendje të përdorë një të tillë).

Kur spasticiteti është i lehtë dhe nuk ndërhyjnë në lëvizje, mund të rekomandohen teknikat rehabilituese si ushtrime zgjatjeje (stretching), relaksime, ushtrime brenda hapësirës së lëvizjes. Noti është i dobishëm, sepse uji i bën lëvizjet më të lehta. Kur fillojnë probleme edhe më të mëdha, fillohet administrimi i medikamenteve antispastike si Baclofen (Lioresal®), Tizanidine (Sirdalud®), Diazepam (Valium®), Clonazepam (Rivotril®), Dantrolen sodium (Dantrium®) ose Kanabinoidët [59, 60].

Megjithatë, medikamentet duhet të titrohen ngadalë për të shmangur sedatimin ose rritjen e dobësisë.

### 3.1.4 Rritja e lëvizshmërisë duke përdorur mjete ndihmëse

Mjetet ndihmëse mund të kompensojnë të ecurin, të lehtësojnë dhimbjen, të rregullojnë posturën, korrigojnë mënyrën e të ecurit dhe u lejon pacientëve të ecin më tej dhe më të sigurtë. Për më tepër përdorni i mjeteve ndihmëse mund të ndikojë në marrëdhënien e pacientit me të tjerët, për shembull, duke i sinjalizuar që ky përdorues ka probleme me ecjen, dhe nuk është i pirë.

Disa nga këto mjete janë:

- Ortoza të kyçit të këmbës, të cilat kompensojnë dobësinë e këmbëve. Ato ulin lidhjen dhe parandalojnë dëmtimet nga keqpërdorimi ose mbipërdorimi i artikulacioneve.
- Mjetet funksionale të stimulimit elektrik, përmirësojnë të ecurin në distanca pak më të largëta, dhe rritin shpejtësinë e të ecurit.
- Bastunët, të cilët ofrojnë mbështetje kur ka probleme me dobësinë e këmbëve. N.q.s. njëra këmbë ka probleme, bastuni përdoren në dorën e kundërt të këmbës së dobët. Mund të përdoren edhe dy bastunë kur ka probleme me të dy këmbët.
- Patericat japin stabilitet më të madh, kur dobësia është më e rëndë dhe bastunët nuk funksionojnë.
- Karriget me rrota, ose skuterat me tre rrota, ofrojnë lëvizje tek njerëzit të cilët mund të lëvizin edhe me mjete të tjera, por ndihen shumë të lodhur.

Shufrat mbajtëse, mbështetëset e shtratit dhe pajisjet e kontrollit me dorë, në makina, ofrojnë ndihmesën e nevojshme për të përmirësuar sigurinë dhe efikasitetin e lëvizjes në përgjithësi, dhe veçanërisht në transferim [61].

### 3.1.5 Medikamentet

≈ *Medikamentet që mund të përmirësojnë lëvizjen*

Një studim i kohëve të fundit ka treguar se disa pacientë me SM, që marrin Fampridine SR, kanë përmirësuar shpejtësinë e ecjes. Në këtë studim indikatorët e shkallës së ecjes ishin më të përmirësuar sesa ata pa këto indikatorë, duke ofruar vlefshmëri për sinjifikancën klinike të përmirësimit. Shtrirja se deri ku këto medikamente antispastike, objektivisht përmirësojnë performancën në ecje, është një çështje në debat e sipër.

Disa medikamente, që supozohet të luftojnë lodhjen, si amantadine hidrokloride, (100 mg dy herë në ditë ose modafinil), mund të influencojnë ecjen kur ato fillojnë të funksionojnë.

Pra si përfundim, kufizimet e lëvizjes janë të zakonshme tek pacientët me SM, dhe shkaktohen nga dëmtime të ndryshme, të cilat skuadra multidisciplinare duhet t'i vlerësojë më kujdes. Vlerësimi i kujdesshëm, që merr në konsideratë faktorët fizikë, mendorë, emocionalë, dhe socialë, është kryesor për të përcaktuar një plan të duhur trajtimi.

Nuk mund të theksohet mjaftueshëm se kur duhet të fillojë një program ushtrimesh (që në fillimet e SM), dhe si duhet të vazhdojë ky program, apo modifikimet e tij, me progresin e sëmundjes. Opsione të tjera trajtimi variojnë, nga fizioterapia e avancuar, ndërhyrjet mekanike dhe deri në medikamentet specifike [62].

### 3.1. 6 Funksioni i krahëve

Funksioni i krahëve dhe i ekstremiteteve të sipërme, është shumë i rëndësishëm për të kryer aktivitete të pavarura të jetës së përditshme, të cilat shpesh kërkojnë një koordinim motor të nivelit të lartë dhe bashkëpunim të saktë midis të dy duarve. Dëmtimi unilateral prek efikasitetin funksional dhe pavarësinë, kurse disabiliteti është më i theksuar në patologjitë me dëmtime bilaterale ashtu siç ndodh në pacientët me SM.

Funksioni i ekstremiteteve të sipërme, në jetën e përditshme, mund të dëmtohet tek pacientët me SM, për shkak të simptomave klinike, si pareza muskulare, spasticiteti, ataksia dhe çrregullimet sensoriale si dhe deficietet konjitive dhe vizuale, që çojnë në probleme të funksionit.

Gjatë ecurisë së sëmundjes, rreth  $\frac{3}{4}$  e pacientëve me SM përballen me deksteritet manual të reduktuar, ndërsa gjysma e pacientëve përjetojnë impakt të thellë në ADL, të cilat ulin cilësinë e jetës. Disfunksioni i krahëve normalisht ndodh në persona me paaftësi të lartë [63].

#### ≈ *Vlerësimi*

Vlerësimi i funksionit të krahëve në SM, realizohet duke përdorur testin e matjes së pavarësisë funksionale. Përdorimi i instrumentave të tjerë si ADL me instrumente, dhe TEMPA janë raportuar specifikisht. [64, 65, 66].

#### ≈ *Ndërhyrjet*

Trajtimi mund të diferencohet në trajnim dhe ndërhyrje kompensatore. Ndërhyrja në trajnim, ka për qëllim të maksimizojë funksionin e krahëve duke e praktikuar në funksionin motor dhe koordinim, si dhe performancën në aktivitetet e orientuara në detyra funksionale.

Një praktikë e zakonshme fizioterapeutike, për përmirësimin e fuqisë së muskujve, është lehtësimi propioceptiv muskular, ndërsa trajnimi me praktikim të aftësive, më shpesh aplikohet nga specialistët okupacionalë. Mjetet si, ergometrat e krahëve shpesh përdoren nga fizioterapistët si për fuqinë muskulare ashtu dhe rezistencën.

Fuqia muskulare është e rëndësishme për lëvizjen aktive dhe stabilizimin e krahut, gjatë manipulimit të objekteve dhe performancës gjatë lëvizjeve. Në mënyrë të habitshme, duke parë çrregullimin e funksionit të ekstremiteteve të sipërme, studimet mbi ndërhyrjet që studiojnë funksionin e krahëve janë të rralla.

Ka disa studime që kanë treguar efektet përfituese të trajnimit e funksionit të krahëve në SM. Trajnimi i rezistencës, me 10 javë ka çuar në përmirësim të fuqisë muskulare, në persona me paaftësi të lehtë ose të moderuar, por ndryshimet në nivelin e aktivitetit nuk janë raportuar [67].

Terapia me induktim të lëvizjeve me kufizime, gjatë dy javëve, në 5 pacientë me SM, të cilët ishin hemiplegjikë, çuan në përmirësim të kapacitetit funksional, e matur me testin e funksionit motor të Wolf dhe Logun e aktivitetit motor [68].

Teknika e rehabilitimit po aplikohet gjithnjë e më shumë, sepse ajo ofron një mjet për trajnime intensive dhe të përsëritshme, përveç terapisë së rregullt.

Trajnimi në një mjedis virtual të modernizuar, po pranohet si një inovacion ndërhyrjeje e duhur me feedback propioceptiv dhe të mësuarit stimulues dhe neuroplasticitet [69].



Studimet e para në këtë fushë, kanë aplikuar programe trajnimi me teknologji asistimi, me elektromekanikë dhe mjete robotike, duke treguar përmirësime të funksionit motor dhe koordinim, në persona me nivel të lehtë apo të moderuar të paaftësisë si dhe kapacitet të përmirësuar funksional. [70, 71].

Gjithsesi, trajnimi shtesë mbetet për t'u integruar në qëllimet individuale, në mënyrë që të përfitohen efektet e duhura tek pacientët. Përveç kësaj, janë zhvilluar tavolina të aktivitetit motor të cilat janë testuar për pacientët në komunitet. Ky model i telerehabilitimit ka qenë i përshtatshëm për pacientët me SM, dhe ka sjellë efekte terapeutike. Ndërhyrjet kompensatore mund të konsistojnë në optimizimin e kujdesit për duart dhe krahët, duke korrigjuar pozicionin e krahut që ka paralizë, mobilizimin e krahut dhe dorës, për të parandaluar më tej kontrakturat dhe arsytet për higjenën e duarve.

Ndërveprimi midis profesionistëve të kujdesit shëndetësor është i rëndësishëm për të përcaktuar dobinë e ndërhyrjeve mjekësore shtesë, si p.sh. Botulina, ose atyre teknike si mbështetësit, këshillimi etj. [72].

### 3.1.7 Ataksia dhe Tremori

Ataksia prek rreth 80% të pacientëve me SM [73], kurse tremori rreth 50% të këtyre pacientëve. Të dyja së bashku shkaktojnë stres emocional, përveç problemeve të tjera, ashtu sikurse janë të vështira për t'u trajtuar. Medikamentet kanë efekt të limituar.

Ka disa mjete që janë të dobishme, si psh rrollatorë me rrota në krahë, mbështetësit e bërrylave gjithashtu janë ndihmues.

Termi *ataksi* vjen nga greqishtja, dhe i referohet një lëvizjeje kaotike dhe pa rregull. Tek SM, ataksia është normalisht e lidhur me çrregullimin sensor, vestibular dhe të sistemit cerebelar.

Ataksia cerebelare i referohet defiçiteve në koordinimin spacial dhe temporal, i shkaktuar nga lezionet ose degjenerimet në cerebellum ose urën trunore [74, 75].

Ajo manifestohet në vende të ndryshme si ekstremitete, trup dhe sy, me karakteristika në fillim të ngadalta, disimetri spaciale, disdiadokokinezi, kur koordinohen disa gjymtyrë dhe dëmtimi i rregullimit të forcës.

Është raportuar se disa elementë të ataksisë ndodhin në 80% të pacientëve me SM gjatë dekursit të sëmundjes [73].

Një karakteristikë e ataksisë është tremori, i përkufizuar si lëvizje ritmike tundëse, jo e vullnetshme. Tek SM tremor nuk ndodh në gjendje qetësie apo pushimi, por kur pacienti ka një pozicion kundër gravitetit (tremor postural), ose nga fundi i disa veprimeve me qëllim të caktuar (tremor i qëllimshëm).

Prevalenca e tremorit gjatë veprimeve është llogaritur të jetë nga  $\frac{3}{4}$  deri në  $\frac{1}{2}$  e pacientëve me SM [76, 77].

Ai prek performancën ADL të pacientëve me SM [78]. Pavarësisht impaktit të drejtpërdrejtë të problemeve të koordinimit, pacientët raportojnë edhe probleme emocionale dhe distres social. Ata shpesh ndihen të turpëruar, për shkak të dukshmërisë së tremorit dhe ataksisë.

Rritja e stresit përkeqëson shumë shpesh edhe simptomat. [77].

## ≈ Ndërhyrjet

Si ataksia dhe tremor, njihen që janë shumë të vështira për t'u trajtuar me rezultate të kënaqshme. Deri tani medikamentet kane efekte vetëm lehtësuese dhe të limituara, kjo e fundit për shkak të efekteve anësore gjatë administrimit të dozave të larta të medikamenteve [79].

Ndërhyrjet neurologjike, si stimulimi talamik elektrik, indikohen vetëm për pacientët me tremor të theksuar, dhe duhet patur kujdes për komplikacionet. Gjithsesi, strategjitë specifike dhe mjetet kompensatore janë raportuar të jenë të dobishme në praktikën e përditshme. Reduktimi i nivelit të pavarësisë dhe lëvizjes në të ashtuquajturin “zinxhir i mbyllur” njihet në përgjithësi, pasi rrit performancën funksionale. Për shembull, qëndrimi mund të lehtësohet nga mbështetja e krahëve me bastun me rrota. Pozicionimi i qëndrueshëm i pacientit me mbështetje uni ose bilateral të bërrylit mund të lehtësojë aktivitetet e ditës dhe përdorimin e krahut.

Mjetet kompensatore si paterica të adoptueshme, reduktojnë nevojën për saktësi, kurse mjetet si furça elektrike ulin nevojën për lëvizje alternative [78]. Ortozat për qafën dhe duart, mund të limitojnë numrin e artikulacioneve që duhen kontrolluar, kështu që përmirësohet aktiviteti i pavarur [80].

Një rishikim i studimeve në Cochrane, për trajtimin e ataksisë, ka treguar një mungesë të ndërhyrjeve të kontrolluara për ataksinë. Programet e trajnimit fizik mund të sjellin pak përfitime, por shtimi i informacioneve për spinterat me ajër nuk ishte efektiv [81]. Për shumë kohë, është përdorur përdorimi i peshave, në disa raste me ataksi, dhe kjo ka rezultuar e dobishme, sidomos vendosja e peshës në trup, e cila ka patur efekte në ambulimin e pacientit [82].

Trajtime të tjera për tremorin, janë aplikimet e të ftohtit si dhe strategjitë e lidhura me performancën vizuale dhe motorike.

Ftohja e gjymtyrëve, ka treguar se ka reduktuar përkohësisht amplitudën e tremorit, dhe ka përmirësuar lëvizjet funksionale të krahut [83, 84].

Amplituda e qëllimshme e tremorit, gjithashtu është e lidhur me procesin e gjymtuar të përcjelljes së informacionit. Për sa i përket ndërveprimit me kompjutera, u pa se disa pacientë treguan më pak tremor, kur iu vendos një pajisje e përshtatur për tremorin me shigjetën në ekran [85, 86].

Defiçitet e lëvizjes së syve janë shpesh prezente në pacientët me simptoma cerebelare [87]. Veçanërisht fiksimi i paqëndrueshëm pas lëvizjeve të shpejta të syve, është tregues i rritjes së tremorit të duarve, duke çuar në një strategji të ndarjes së lëvizjeve sakadike dhe të duarve në drejtim të një qëllimi tjetër [88].

Në mënyrë të ngjashme, disimetria sakadike ka një impakt negativ në ecjen ataktike [89].

Raportimet e rasteve, sugjerojnë se trajnimi për saktësinë e lëvizjeve të syve është mjaft i dobishëm në përmirësimin e cilësisë së qëndrimit [90].

### 3.1.8 Ushtrimet fizike

Deri në 79% të pacientëve më SM, përjetojnë humbje të lëvizshmërisë si një pengesë kryesore e sëmundjes [91], dhe kufizohet në veçanti aftësia për të ecur [92]. Afërsisht brenda 10 vjeçarit të parë pas diagnostikimit, 38% e pacientëve me SM do të kenë nevojë permanente për një mjet ndihmës në ecje [93].

30 vjet pas fillimit të sëmundjes, kjo shifër arri në 83% [94]. Defiçitet në funksionin e muskujve, janë kontributorë madhorë në kufizimin e lëvizjes në SM. Fuqia e prekur e ekstremiteteve të poshtme, në mënyrë sinjifikante ul shpejtësinë e ecjes [95]. Uljet në fuqinë muskulare në SM janë më shumë të dukshme në ekstremitetet e poshtme, sesa ato të sipërme [96, 97], por mekanizmat pas degjenerimit të funksionit muskular mund të jenë shumë të ndryshueshëm [98, 99, 100].

Defiçitet në balancë janë shumë të shpeshta, dhe rrisin gjasat që pacienti të rrëzohet më shpesh [99]. Nivelet e prevalencës së rrëzimeve janë nga 52% në 54% , nga ajo çfarë është raportuar në popullatat me SM [100]. Gjatë ecurisë së sëmundjes, shumica e pacientëve me SM, zhvillojnë defiçite në disa nivele, në funksionet respiratore dhe kardiake. Kapaciteti aerobik në terma të konsumimit maksimal të O<sub>2</sub>, ka treguar reduktim deri në 30% tek këta pacientë, krahasuar me pacientët e tjerë [101]. Ky reduktim është i lidhur me dëmtimet neurologjike që në fillimet e SM [102]. Në mënyrë të kundërt, nuk ka evidenca për marrëdhëniet midis nivelit të O<sub>2</sub> dhe zgjatjes së sëmundjes, paaftësisë ose lodhjes.

Çrregullimi respirator është i zakonshëm tek pacientët me SM, dhe komplikacionet janë shkak madhor për sëmundshmërinë dhe vdekshmërinë nga kjo sëmundje [103]. Në veçanti, është observuar dobësimi i muskujve respiratorë-ekspiratorë [103, 104]. Këto komplikacione vihen re më shumë në stadet e avancuara të sëmundjes.

Shembuj të ushtrimeve fizike që duhen kryer nga pacientë me SM për rehabilitimin e tyre.

### Ushtrimi 1

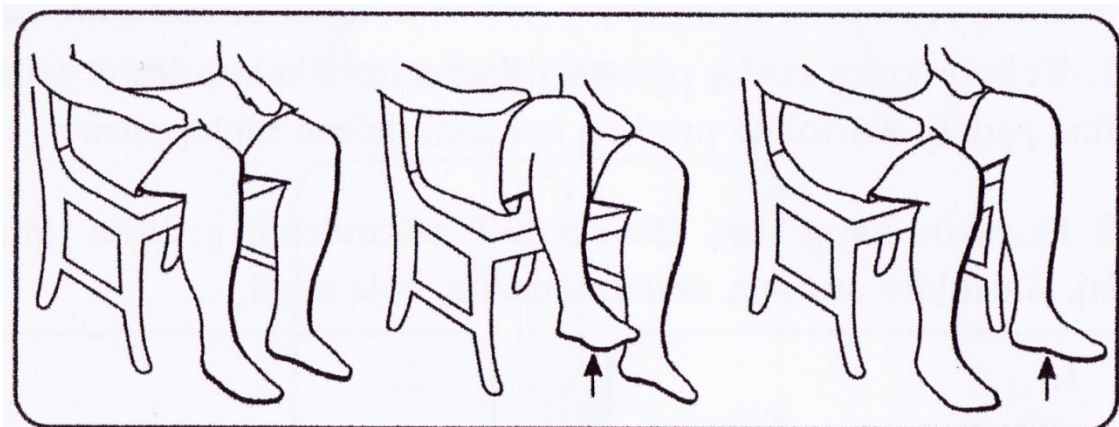


Figura 1. Ushtrime ekuilibri dhe kordinimi për SM, karrige, ngritje gjuri dhe rrëshkitje thembre

### Ushtrimi 2

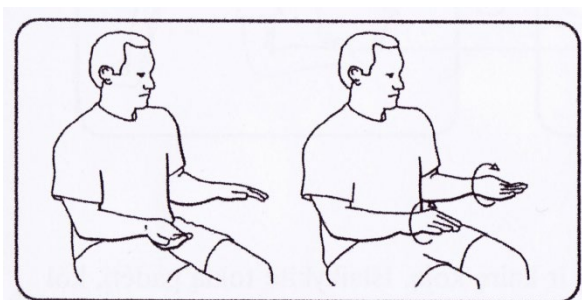


Figura 2. Ushtrime ekuilibri dhe kordinimi për SM, rrotullim palmar

### Ushtrimi 3

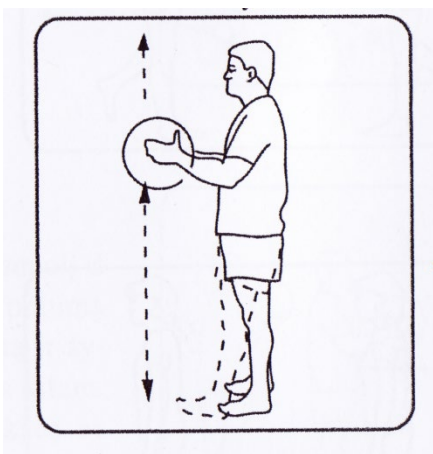


Figura 3. Ushtrime ekuilibri dhe kordinimi për SM, përplasje dhe kapje topi

#### Ushtrimi 4

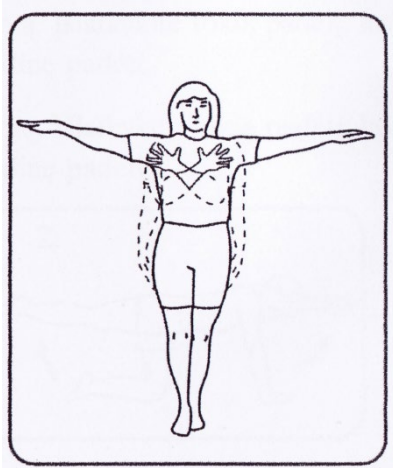


Figura 4. Ushtrime ekuilibri dhe kordinimi për SM, në një rresht, këmbë pas këmbë.

#### Ushtrimi 5



Figura 5. Ushtrime ekuilibri dhe kordinimi për SM, përkulje përpara dhe pas.

#### Ushtrimi 6

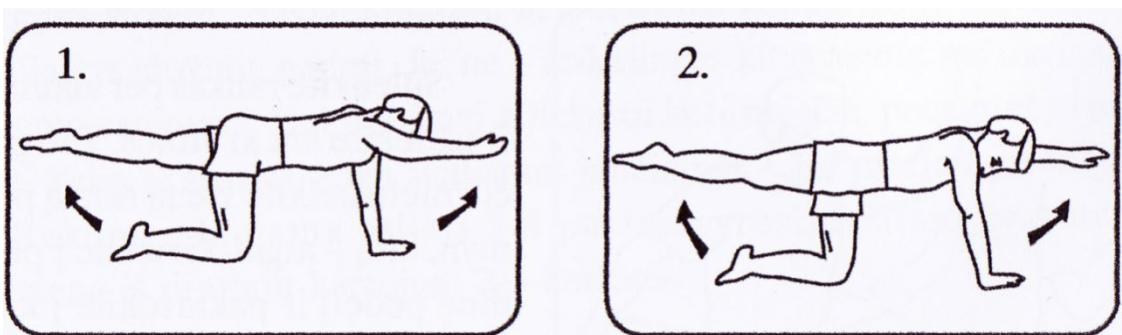


Figura 6. Ushtrime ekuilibri dhe kordinimi për SM, ngritje dore, ngritje këmbë (kërciri).

## Ushtrimi 7



Figura 7. Ushtrime ekuilibri dhe kordinimi për SM, ecje ritmike dhe hedhje topi.

## Ushtrimi 8

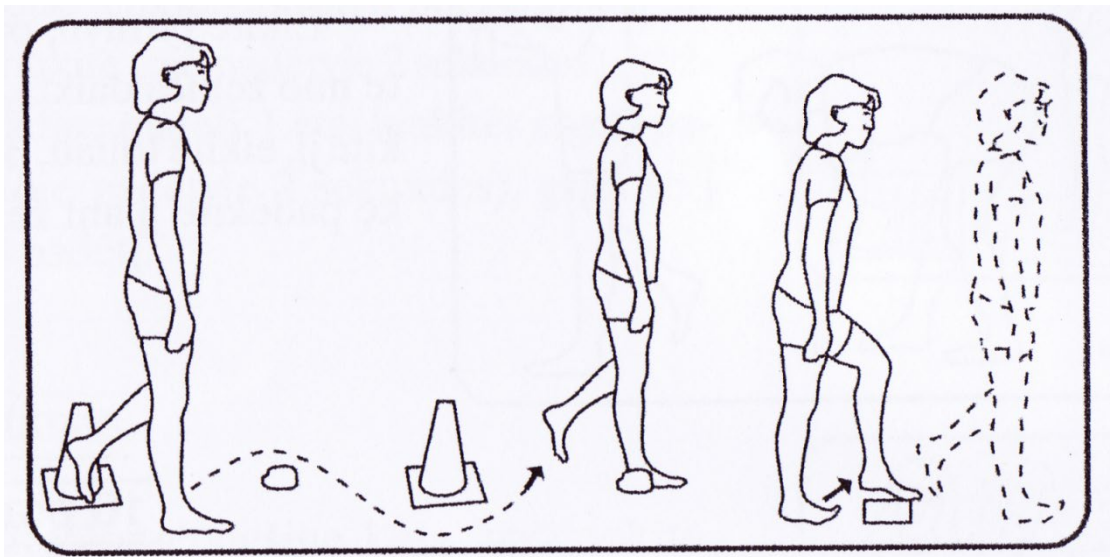


Figura 8. Ushtrime ekuilibri dhe kordinimi për SM, kalim pengesash, objektesh, ecje në rreth dhe kalim me hap.

### **Ushtrimi 9**

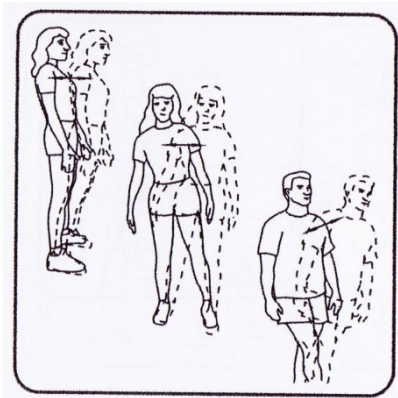


Figura 9. Ushtrime ekuilibri dhe kordinimi për SM, lëvizje tundëse për ekuilibrin

### **Ushtrimi 10**

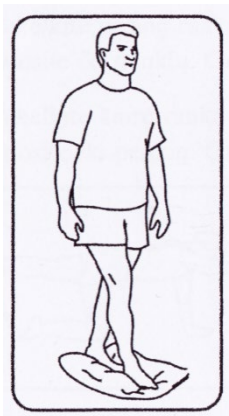


Figura 10. Ushtrime ekuilibri dhe kordinimi për SM, vendosja e njërës këmbë përpara tjetrës dhe mbajtje ekuilibri.

### **Ushtrimi 11**

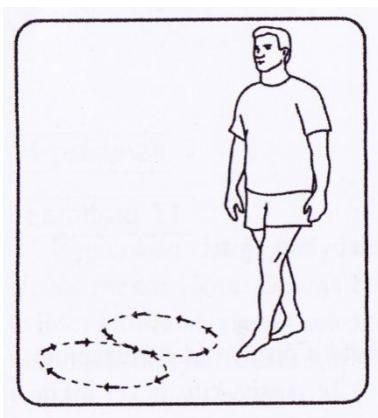


Figura 11. Ushtrime ekuilibri dhe kordinimi për SM, ecje në formën e 8-ës.

### Ushtrimi 12

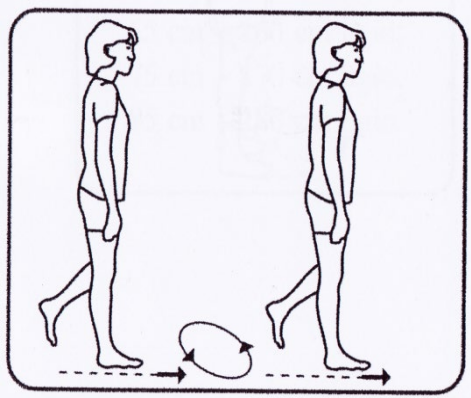


Figura 12. Ushtrime ekuilibri dhe kordinimi për SM, rrotullim 360 gradë dhe ecje.

### Ushtrimi 13

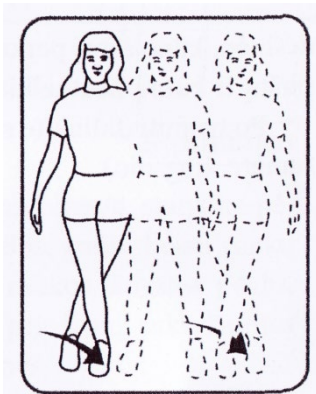


Figura 13. Ushtrime ekuilibri dhe kordinimi për SM, palosje këmbësh.

### Ushtrimi 14

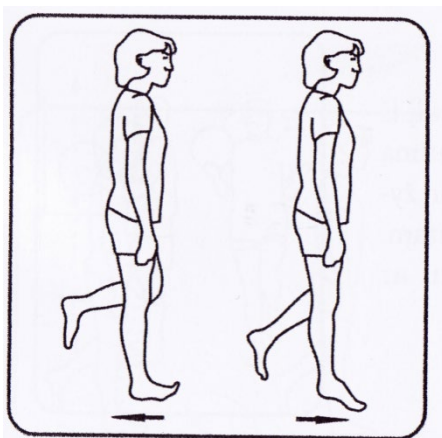


Figura 14. Ushtrime ekuilibri dhe kordinimi për SM.



### **Ushtrimi 15**

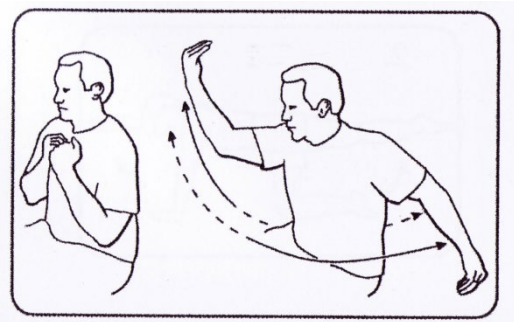


Figura 15. Ushtrime ekuilibri dhe kordinimi për SM, shtrirje dhe mbledhje krahësh.

### **Ushtrimi 16**



Figura 16. Ushtrime ekuilibri dhe kordinimi për SM, ngritje gjuri, ecje në vijë të drejtë.

## **3.2 PASOJAT E PAMUNDËSISË PËR TË LËVIZUAR**

SM është e shoqëruar me një reduktim të aktivitetit fizik [105]. Kjo shkaktohet nga vetë sëmundja, ose jeta sedentare [106].

Pamundësia e aktivitetit fizik, mund të çojë në efekte shkatërruese të shëndetit dhe funksionit fizik tek këta pacientë. Përkeqësimi i simptomave, dhe rritja e rrezikut për komplikacionet dytësore, si frakturat, sëmundjet koronare, depresioni dhe rritja e lodhjes, janë shembuj të pasojave të dokumentuara të palëvizshmërisë në pacientë me SM [107, 108, 109, 110].

Gjithashtu këto prekin seriozisht pjesëmarrjen në ndërveprime sociale dhe çojnë në uljen e nivelit të cilësisë së jetës [111, 112].

### ≈ *Ndërhyrjet*

Për shumë vite, ushtrimet fizike nuk ishin të përfshira në rehabilitimin e pacientëve me SM, sepse supozohej se simptomat çonin në degjenerim ose rritje të lodhjes [113]. Gjatë 15 viteve të fundit, terapia me ushtrime fizike, është rekomanduar gradualisht si rutinë për pacientët me SM, sepse studimet e fundit kanë treguar se janë me shumë përfitime për këta pacientë [113, 114, 115]. Për më tepër, ka treguar se përkeqësimi i simptomave sensore, është i përkohshëm pas kryerjes së ushtrimeve, dhe normalizohet brenda gjysmës së parë të orës, pas ndalimit të ushtrimeve, në shumicën e pacientëve [116].

Shumë lloje trajnimesh kanë për qëllim zona të veçanta fiziologjike. Meqë rezistenca dhe trajnimi i rezistencës, përbëhet në dy ekstremet e terapisë së ushtrimeve bazë, shumica e studimeve kanë vlerësuar efektet e këtyre ndërhyrjeve në SM.

### ≈ *Trajnimi i rezistencës*

Ka disa studime që kanë vlerësuar efektet e trajnimit të rezistencës tek subjektet me SM të moderuar ose të lehtë. Asnjë nga studimet nuk ka raportuar probleme me këtë lloj trajnimi, i cili duket se tolerohet shumë mirë nga pacientët. Studimet e tanishme në mënyrë konsistente tregojnë rritjen e fuqisë muskulare pas trajnimit të rezistencës [117, 118, 119, 120, 121, 122].

Ndërhyrjet në shumicën e studimeve [118, 121, 123, 124, 125], kanë patur për qëllim ekstremitetet e poshtme, por ka patur dhe përmirësime të dukshme (3% në 29%) të cilat janë parë edhe në disa muskuj të ekstremiteteve të sipërme, tek studimet që kanë aplikuar ushtrime vetëm për këto zona. Efektet e trajnimit të rezistencës në kapacitetin funksional nuk janë konsistente. Disa studime kanë treguar se është përmirësuar lëvizja e pacientit nga shtrati në karrige [125], si dhe qëndrimi në karrige [124], qëndrimi në këmbë [117, 120, 124], ngjitja e shkallëve [120, 124] dhe “Lëvizja e ngritjes dhe fillimi i ecjes me kohë të matur” [120]. Por jo të gjitha kanë demonstruar përmirësime funksionale [118, 121]. Trajnimi i rezistencës duket se ka influencuar pozitivisht lodhjen, humorin dhe cilësinë e jetës [126]. Efektet e trajnimit të rezistencës janë studiuar shumë në SM. Në përgjithësi ky lloj trajnimi tolerohet shumë mirë tek pacientët me dëmtime të lehta dhe të moderuara.

Janë testuar lloje të ndryshme trajnimesh rezistence, duke përfshirë biçikletën ergometrike [127, 128, 129, 130], ergometrinë krah këmbë, [131, 132], ergometrinë e krahut [133], ushtrimet në ujë [134] dhe ecja me tredmill [135].

### ≈ *Efektet në kapacitetin funksional janë jo konsistente*

Disa studime që kanë ekzaminuar përpjekjet e trajnimit të rezistencës në shpejtësinë e ecjes kanë treguar përmirësime [135, 136], të tjerë jo [137, 138]. Një pjesë e studimeve kanë treguar se trajnimi i rezistencës mund të influencojë pozitivisht lodhjen [128, 129], ndërsa të tjerë nuk kanë treguar efekte të tilla [131, 135, 136]. Trajnimi i rezistencës, duket se influencon pozitivisht si cilësinë e jetës [128, 129, 130], ashtu dhe humorin [131, 134]. Ai mund të prekë pozitivisht edhe depresionin.

Së fundmi, evidencat tregojnë se trajnimi i rezistencës mund të ketë funksion neuro-mbrojtës me anë të rritjes së prodhimit të neurotrofinave [138, 139].

≈ *Ushtrimet e kombinuara, terapia optimale e ushtrimeve*

Ndërkohë që trajnimi i rezistencës çon në adoptim të thellë në sistemin kardiak dhe respirator, si dhe atë neuromuskular [140], trajnimi i rezistencës ndikon në rritjen e masës muskulare dhe përmirëson aktivizimin neural [141].

Meqënëse pacientët me SM kanë defiqite në të gjitha fushat, terapia optimale me ushtrime, i synon të gjitha këto përpjekje, për të mbajtur ose normalizuar këto defiqite. Nga pikëpamja fiziologjike, kjo do të kërkonte aplikimin si të trajnimit të rezistencës, ashtu edhe durimit për terapinë me ushtrime tek pacientët me SM.

Deri tani studimet mbi terapinë e kombinuar janë të rralla [142, 143, 144].

Kjo lloj terapie, është kombinuar shumë mirë, dhe ka rritur forcën muskulare dhe kapacitetin funksional, përveç kësaj janë parë përmirësime në furnizimin me O<sub>2</sub> në periudhën pas trajnimit [144].

### *3.2.1 Terapia me ushtrime në faza të ndryshme*

Niveli i paaftësisë, çrregullimet, variacioni i simptomave dhe eksperiencat e mëparshme, duhet të merren në konsideratë, për të dizenuar programin optimal të ushtrimeve për pacientët me SM. Është e rëndësishme që programi të dizenuhet dhe përshkruhet në baza individuale. Modifikimet nevojiten rregullisht për të siguruar një trajnim të ndryshueshëm dhe të përshtatshëm.

Mbikqyrja nga një profesionist, rekomandohet në përcaktimin e programit dhe mbështetjen me ushtrimet.

≈ *Faza e hershme*

Për pacientët me dëmtime minimale, përshkrimi i ushtrimeve të përgjithshme, ngjasojnë kryesisht me programet e ushtrimeve për njerëzit normal. Normalisht, kufizohen vetëm sportet shumë kompetitive dhe ato shumë intensive, me përpjekje të forta fizike. Për personat me një shkallë më të lartë të dëmtimeve neurologjike ose defiqite motore, trajnimi i kombinuar përfshin sesione dy javore, si të durimit ashtu dhe të trajnimit të rezistencës, i rekomanduar si trajnimi maksimal fillestar. Trajnimi i rezistencës rekomandohet me intensitet të moderuar, që i korrespondon 60-80% të ritmit kardiak maksimal. Ky trajnim fillestar duhet të zgjasë 10-40 minuta, i modifikuar me intensitetin e trajnimit.

Për personat që nuk janë trajnuar më parë, një pikë e përshtatshme e fillimit është 1-3 grupe ushtrimesh për muskujt e mëdhenj me 8-15 përsëritje për cdo ushtrim. Trajnimi me grupe ushtrimesh mund të jetë ideal për shumë persona. Përveç përfitimeve fiziologjike, këto lejojnë aspekte të socializimit që mund të jenë të dobishme për të mbajtur motivimin afatgjatë [145].

≈ *Faza e avancuar*

Terapia me ushtrimet, tek pacientët me SM të avancuar, shpesh korporohet në programet tradicionale të terapisë. Efektet e trajnimit specifik, në këtë nëngrup, janë adresuar jo në mënyrë të përshtatshme nga kërkimet studimore.

Personat me lëvizje të dëmtuara rëndë, mund të përfitojnë nga trajnimi lokomotor duke përdorur peshën trupore në një tredmill, eksperiencia klinike mbështet përdorimin e mjeteve ndihmëse tek pacientët që janë në karrige me rrota. Protokollet e standartizuara të trajnimit respirator mund të rekomandohen për të përmirësuar funksionin respirator tek pacientët me dëmtime të moderuara ose të rënda. Pavarësisht kësaj, ka nevojë për të përcaktuar potencialin e terapisë me ushtrime, për të prekur aspekte të ndryshme të dëmtimeve dhe funksioneve tek pacientët me SM të avancuar [146].

### 3.3 DËMTIMI KONJITIV

Nga 45% -60% e pacientëve me SM, kanë dëmtime konjitive të gradave të ndryshme. Këto deficiete janë individuale dhe mund të jenë progresive ashtu si dhe vetë sëmundja. Meqënëse lezionet e SM, kanë tendencë të prekin funksionin eficient të disa rrjeteve neuronale, pjesët me të prekura konjitive janë: vëmendja, të mësuarit dhe memorja, planifikimi, zgjidhja e problemeve, fleksibiliteti, shpejtësia mendore dhe gjetja e fjalëve [147].

Karakteristikat e sëmundjes mund të kenë një influencë në çrregullimet konjitive në SM, por rezultatet janë shpesh të kundërta. Kur disa studime raportojnë vetëm lidhje të dobëta midis zgjatjes së sëmundjes, paaftësisë dhe performancës konjitive, studime më aktuale dhe më kohorte, më të gjata në kohë, dhe me periudha më të gjata vëzhgimi, kanë treguar një lidhje më të fortë midis performancës mendore dhe paaftësisë fizike [148]. Ndërkohë që deficietet konjitive fillojnë shumë herët, por edhe shumë vonë gjatë sëmundjes, duke prekur të gjithë individët, si ata me sëmundje të lehtë deri tek ata të prekur rëndë, është e dukshme që degjenerimi konjitiv ka tendencë të përkeqësohet me kalimin e kohës. Kohët e fundit, është treguar se rënia e aftësive njohëse, duket se është faktori më i madh i rrezikut për paaftësi të mëtejshme brenda një kohe të shkurtër si dhe afatgjatë. Deficietet konjitive, shpesh janë të shoqëruara me një ecuri sekondare të sëmundjes, dhe është një prej karakteristikave klinike më të rëndësishme tek pacientët me dëmtime të rënda cerebrale [148].

#### ≈ *Pasojat e deficienteve konjitive*

Deficietet konjitive kanë impakte madhore psikosociale (edukimi, puna, aktivitetet e kohës së lirë, familja, jeta shoqërore dhe personale) kompetenca personale, vetëvlerësimi, cilësia e jetës. Rehabilitimi influencohet negativisht nga deficietet konjitive. Të gjithë pacientët me SM, si edhe kujdestarët e tyre duhet të informohen mbi problemet kognitive që vijnë nga SM, duke përfshirë lodhjen dhe depresionin

#### ≈ *Vlerësimi neuropsikosocial dhe feedback*

Personat me SM që përjetojnë probleme konjitive duhet t'i nënshtrohen vlerësimit neuropsikologjik i cili ndihmon në vlerësimin e shkaqeve të këtyre problemeve, si edhe të gjendet mënyrat e duhura për të reduktuar pasojat e dëmtimeve. Deficietet konjitive duhet të diagnostikohen sa më shpejt që të jetë e mundur, me anë të mjeteve kontrolluese, në mënyrë që të ndihmohen pacientët dhe kujdestarët e tyre në përballjen më situatën e re.

Duhet të jepen rezultate të detajuara me anë të feedback-ut, duke vënë në pah aftësitë konjitive dhe dobësitë.

≈ *Ndërhyrjet dhe trajtimi*

Rehabilitimi neurologjik duhet të ofrohet sa herë që është prezent defiqiti konjitiv dhe në çfarëdo faze të jetë ai.

Kompensimi nevojitet kur ka një hapësirë midis niveleve pritëse dhe atyre aktuale të funksionit. Metodatat vlerësuese duhet të perzgjidhen mbi bazat individuale. Medikamenti që perzgjidhet nuk është se ka ndonjë rol shumë të rëndësishëm. Kompensimi konsiston në katër elementë:

Rehabilitimi është trajnimi direkt i një funksioni të reduktuar. Në këtë kontekst mjetet kompjuterike të trajnimit, që janë të orientuara drejt problemeve specifike konjitive si memorja, vëmendja dhe përmirësimi i funksioneve, mund të jenë një mundësi e rëndësishme për të stimuluar trurin dhe SNQ. Por literatura për këtë çështje është shumë e rrallë, dhe rezultatet janë të vështira për t'u krahasuar për shkak të metodave të ndryshme. Por ka evidencë që trajnimi konjitiv është përfitues. Zëvendësimi është përdorimi i metodave të tjera për të arritur të njëjtin rezultat. Adaptimi përfshin adaptimin e qëllimeve vetjake dhe pritshmërive të një pacienti në nivelin aktual të funksionit (përballjes), Asimilimi implikon përshtatjen e pritshmërive të të tjerëve në nivelin aktual të funksionit (informimi i familjes, kujdestarëve, shoqërisë etj.)

Duke marrë në konsideratë frekuencën e lartë të defiqiteve në SM, dhe pasojat e tyre serioze, informimi mbi problemet konjitive të SM, vlerësimi neuropsikologjik dhe feedback-u, rehabilitimi neurokonjitiv, duhet të jenë esenciale në çdo pjesë të programeve të rehabilitimit.

Rehabilitimi fillon sapo përcaktohet diagnoza. Sipas kësaj, neuropsikologu duhet të jetë patjetër pjesë e skuadrës që kujdeset për pacientin me SM, dhe në këtë mënyrë ofrohet një vlerësim kompetent dhe trajtim i duhur për pacientët me SM [149].

### 3.4 Psikologjia

Diagnostikimi i SM rezulton si një proces përshtatjeje i vazhdueshëm.

Pacientëve me SM, u duhet të jetojnë me paparashikime dhe pasiguri në lidhje me këtë sëmundje, progresi çon në paaftësi të avancuar.

Këta persona mund të kalojnë në krizë psikologjike, së bashku edhe me anëtarët e familjes. Një krizë e tillë karakterizohet nga:

- ∴ Ndjenja të forta mbytëse si dëshpërim, keqardhje, inat dhe ankth.
- ∴ Konfuzion dhe vështirësi në arritjen e përshatjeve duke mos kontrolluar dhe zgjidhur problemet e përditshme.
- ∴ Një ndryshim i vetvetes dhe identitetit, vetëvlerësim i ulët.
- ∴ Frikë për të ardhmen

Pacientët me SM mund të përjetojnë probleme konjitive kur janë në krizë psikologjike.

Meqë periudha e diagnostikimit është një periudhë shumë stresante për pacientin, familjen dhe partnerët, shqetësimi dhe ankthi janë prezent.

Edhe kur shqetësimi ulet në disa ditë, ankthi qëndron në nivele të larta si tek pacientët ashtu dhe partnerët. Prevalenca, e depresionit madhor që vjen pas diagnostikimit me SM, është rreth 50%, shifër kjo shumë herë më e lartë se në sëmundjet e tjera progresive [150].

Kjo prevalencë e lartë ka disa etiologji.

Depresioni tek pacientët me SM ka të ngjarë të jetë një reagim emocional ndaj sëmundjes e lidhur me stresin psikologjik, por supozohet se është e lidhur me çrregullimet e dëmtimeve nga lezionet ose problemet imunitare të lidhura me SM. Një vëzhgim i literaturës që i referohet depresionit dhe reagimeve psikologjike tek pacientët e sapo diagnostikuar me SM, tregon se të paktën 50% e personave me SM, kanë nevojë për ndërhyrje psikologjike [151, 152].

#### ≈ *Pasojat e reagimeve psikologjike*

Një krizë ka impakt madhor në jetën e përditshme të një pacienti.

Ajo e kufizon personin në ndjekjen e rutinës së përditshme së bashku me familjen, aktivitetet sociale dhe punën. Kështu që problemet psikologjike që vijnë nga një sëmundje e patrajtuar, mund të rezultojnë jo vetëm në ulje të cilësisë së jetës së pacientëve më SM, por edhe mund të ketë pasoja të parikthyeshme si humbje e punës, divorce etj.

#### ≈ *Vlerësimi psikologjik dhe vendosja e qëllimeve*

Vlerësimi i kujdesshëm duhet të ofrohet kur një person përjeton probleme psikologjike. Qëllimi përfundimtar i vlerësimit, është që të ofrohet trajtim me cilësi të lartë. Graviteti i një reagimi psikologjik duhet të analizohet me kujdes, për të konfirmuar ose përjashtuar nevojën për një psikiatër, i cili mund të jetë i dobishëm në një gjendje depresioni, apo trajtimin e simptomave të tjera. Është shumë e rëndësishme që të llogaritet nëse një person me SM përfiton nga trajtimi i ofruar psikologjik, meqenëse dëmtimi i rëndë konjitiv, ndryshimet e sjelljes dhe prekja e thellë e mekanizmave të mbrojtjes, mund të kompromentojnë një ndërhyrje të suksesshme psikologjike. Bazuar në vlerësim, qëllimet dhe metoda e trajtimit duhet të planifikohen së bashku hap pas hapi, dhe të rivlerësohen gjatë trajtimit.

Metodat e qarta janë gjithmonë avantazh për rezultatet e trajtimit [153].

#### ≈ *Trajtimi dhe mbështetja psikologjike*

Rehabilitimi duhet të fillojë që në momentin që vendoset diagnoza, dhe rekomandohet që pacientët me SM, dhe të afërmit e tyre, të prezantohen me të gjithë skuadrën mjekësore, veçanërisht infermierin dhe fizioterapistin.

Disa pacientë mund të kenë shumë nevojë për ndihmë, kurse disa të tjerë më pak.

Koha për referime tek specialisti duhet të jetë e shkurtër, dhe numri i sesioneve tek psikologu duhet të planifikohet individualisht.

Ndjenjat, të cilat mund të jenë të vështira për t'u diskutuar me dikë, duhet të adresohen me kujdes, dhe duhet t'i lihet kohë pacientit që të diskutojë vetë me specialistin [154, 155, 156]. Për këta pacientë rekomandohen [154, 157]:

- Sesione individuale ose së bashku me një të afërm.
- Sesione në grup, për grupe homogjene, për shembull, persona të sapo diagnostikuar.
- Grupe për të afërmit, pa pjesëmarrjen e pacientëve, pasi edhe të afërmit kanë shumë nevojë të ndajnë ndjenjat dhe eksperiencat e tyre me të tjerë .
- Informacion i shkruar për reagimet normale psikologjike.
- Kurse edukimi, sesi të jetohet me SM, si dhe çështje më specifike si seksualiteti, lodhja apo për problemet konjitive dhe menaxhimi i tyre .

Për sa i përket faktit që SM është një sëmundje progresive kronike, dhe që fillon edhe në moshë të re (20-40 vjeç), është e dukshme që duhet të ofrohen ndërhyrje të ndryshme psikologjike, në faza të ndryshme të sëmundjes.

Ofrimi i ndërhyrjeve të hershme, pa dyshim do të rezultojnë në rritjen e cilësisë së jetës për pacientin me SM, dhe familjen, dhe do të ulin nevojën për ndërhyrje të mevonshme dhe shërbime të tjera sociale.

Të gjithë anëtarët e skuadrës së rehabilitimit, duhet të jenë në gjendje të ofrojnë të paktën pak këshillim, por terapia psikologjike duhet të kryhet nga një person i specializuar, i cili ka njohuritë e duhura profesionale mbi marrëdhëniet njerëzore dhe mekanizmat mbrojtës, për problemet konjitive të SM, dhe ndryshimet e sjelljes të shkaktuara nga lezionet në tru [157].

### 3.5 Lodhja

Lodhja është një nga simptomat më të vështira të SM, me të cilën pacientit i duhet të përballet [158].

Lodhja konceptohet si një dimension subjektiv, një ulje objektive e performancës, dhe rritje në simptomat ekzistuese.

Përkufizimi i simptomave përfshin dy dimensione:

- Ndjenja subjektive e plogështisë, lodhjes, mungesës së energjisë apo motivimit, e cila ndërhyr në performancën fizike apo konjitive apo edhe fillimin e aktiviteteve.
- Pamundësia për të mbajtur performancat e pritshme fizike dhe konjitive normale.

Lodhja haset në 60%-90% të pacientëve me SM; deri në 40% e tyre e raportojnë lodhjen si simptomën më të rëndësishme edhe në fazat e para të sëmundjes [159, 160] në punë, aktivitetet e kohës së lirë, marrëdhëniet sociale dhe rolin familjar, kështu që ajo shkatërron cilësinë e jetës.

Pavarësisht prevalencës së lartë dhe impaktit, patogjeneza e lodhjes është akoma e panjohur. Së bashku me fispatologjinë e saj të panjohur, lodhja është shumë e vështirë për t'u vlerësuar dhe opsionet e trajtimit janë të limituara.

Kjo mbështetet në gjetjet nga regjistri gjerman i SM, i cili tregon se 64% e të gjithë pacientëve me SM ankohen nga lodhja, ndërsa 79% e pacientëve që vuajnë nga lodhja nuk trajtohen .

Meqënëse pasojat e lodhjes mund të përfshijnë shumë aspekte të jetës, ndërhyrja për të menaxhuar lodhjen duhet të jetë multidimensionale [161].

≈ *Vlerësimi*

Instrumenti më i përdorur është shkalla e rëndësës së lodhjes (FSS) [162, 163]. Kjo shkallë evidenton më shumë lodhjen fizike dhe nuk mbulon aspektin konjitiv. Por ka dhe shkallë të tjera si; Shkalla e Impaktit të Modifikuar të Lodhjes (MFIS), Shkalla e Përshkrimit të Lodhjes, Instrumenti i Vlerësimit të Lodhjes etj. Nga çfarë u përmend më sipër, më e përdorshme është MFIS, e cila mbulon të gjitha dimensionet e lodhjes [164, 165, 166].

Kohët e fundit është vlerësuar instrumenti FSMC (shkalla e lodhjes për funksionet motore dhe kognitive), e cila është në gjendje të evidentojë eksperiencën subjektive nga perspektiva e pacientit dhe mund të administrohet lehtësisht në ambiente klinike si edhe projekte kërkimi.

≈ *Ndërhyrjet duke përfshirë edhe strategjitë e menaxhimit të energjisë*

Një kontroll i detajuar i pacientëve me SM, mund të zbulojë shkaqe dytësore të lodhjes, p.sh. depresioni, infeksioni, anemia, sëmundjet e tiroides ose problemet me gjumin, të cilat duhet të trajtohen me kujdes. Në qoftë se lodhja vazhdon akoma, duhet të ndërmerret një trajtim rehabilitimi duke kombinuar edhe ushtrime, ftohje trupi, strategji të ruajtjes së energjisë, ndërhyrje dietetike dhe psikologjike [167]. Ndërhyrjet me ushtrime konsistojnë në trajnime rezistence, si ushtrime në biçikletë, ose në treadmill [168], fuqizim dhe elasticitet, apo dhe ushtrime në ujë.

Evidencat për efikasitetin e ushtrimeve në ujë, aerobinë apo trajnimin e rezistencës, nuk janë konsistente dhe të mjaftueshme, për shkak të mungesës së kërkimeve apo përshkrimeve me cilësi të dobët, dhe kohortëve të vegjël [169]. Por disa studime tregojnë se relaksimi, edhe pse i përdorur si një ndërhyrje kontrolli, ka ulur nivelin e lodhjes, dhe joga ka treguar përmirësim të lodhjes [170]. Ftohja trupore mund të arrihet ose duke ftohur mjedisin, pra ajrin, me banjo të freskëta, ose duke përdorur mjete ftohëse. Veshja e një jeleku ftohës mund të ulë lodhjen në pacientët me ndjeshmëri ndaj të nxehtit [171]. Strategjitë e ruajtjes së energjisë përfshijnë vendosjen e prioriteteve, analizë aktiviteti dhe modifikim, duke balancuar pushimin dhe aktivitetin, principet ergonomike, modifikimin e mjedisit, mekanikat e përshtatshme trupore dhe të jetuarit e një jetë të balancuar (Multiple Sclerosis Council for clinical practice guidelines 1998). Këto strategji zakonisht janë aplikuar nga një fizioterapist dhe tregojnë një efikasitet të lartë trupor, dhe ulje të impaktit të lodhjes afatshkurtër dhe afatgjatë. Terapia e sjelljes konjitive, përqëndrohet në ndryshimin e attributeve konjitive dhe sjelljes, si dhe rritjen e efikasitetit të vetes, dhe mund të jetë e dobishme për pacientët me SM, që të menaxhojnë lodhjen. Ndërhyrje të tjera psikologjike, si mbështetja në grup dhe një guidë profesionale e vetëkujdesjes, edhe pse jo të zhvilluara specifikisht për lodhjen, mund të ulin ndjenjat subjektive të lodhjes [172, 173].

≈ *Trajtimi farmakologjik*

Agjentët farmakologjik që përdoren për të trajtuar lodhjen janë amantadinë, pemolinë, bllokuesit e kanaleve të potasiumit (aminopiridine), anti-depresantët dhe modafinil [161]. Por efikasiteti i këtyre agjentëve nuk është përcaktuar plotësisht për shkak të mungesës së studimeve të thella dhe cilësisë së tyre [158, 167].

### 3.6 Çrregullimi i fshikëzës së urinës

Më shumë se 80% e pacientëve me SM kanë probleme me fshikëzën e urinës, duke manifestuar urgjencë në urinim, frekuencë, nokturi dhe inkontinencë. Këto simptoma janë kryesisht prezente në fazat e hershme të sëmundjes. Sapo fillon të bëhet i dukshëm spasticiteti i ekstremiteteve të poshtme, mund të fillojë edhe mbiaktiviteti i sfinkterit, duke sjellë simptomat e hezitimit, moszbrazje e plotë e fshikëzes, madje dhe retension. Këto lloj çrregullimesh, kur nuk trajtohen, çojnë në infeksione, dëmtim të veshkave, stres emocional, izolim social dhe shqetësime me gjumin.



Ato gjithashtu mund të rrisin spasticitetin dhe lodhjen, rrisin rrezikun e dekubituseve dhe shkaktojnë humbje të përgjithshme në cilësinë e jetës [174].

#### ≈ *Vlerësimi*

Vlerësimi fillestar bëhet me marrjen e anamnezës dhe ekzaminimit klinik. Është mirë të përdoret një ditë mbi urinimin, për të parë frekuencën ditë dhe natë, dhe prezencën e poliurisë natën, e cila është shumë e shpeshtë tek pacientët në karrocë. Ekzaminimi i muskujve të pelvisit, duhet të kryhet për të vlerësuar fuqinë por dhe për spasticitetin e muskujve të dyshemesë pelvike. Ky vlerësim është i mjaftueshëm për të filluar trajtimin. Kur simptomat janë refraktore ndaj trajtimit fillestar, kryhen ekzaminime shtesë urokinematike. Një eko e traktit të sipërm urinar, mund të kryhet për të përjashtuar problemet e veshkave sekondare ndaj një fshikëze neurogjenike. Kur ka infeksion, kryhet kultura e urinës.

#### ≈ *Ndërhyrjet*

Tek pacientët që nuk kanë kateter, infeksioni i traktit urinar duhet të trajtohet me antibiotikët e duhur.

Kur pacienti është me kateter të përkohshëm ose të përhershëm, diagnostikimi nuk bazohet vetëm në një kulturë të urinës por edhe të prezencës së simptomave si dhimbje, hematuri ose rritje të spasticitetit.

Simptomat e një fshikëze neurogjenike mbireaktive, mund të trajtohen në mënyrë konservative, kur urina residuale është normale (<100cc). Ushtrimet e pelvisit, elektrostimulimi dhe biofeedback-u, kanë provuar që janë të dobishme [175].

Në shumë raste, trajtimi mjekësor është i rëndësishëm. Antikolinergjikët janë shtylla e trajtimit të fshikëzës neurogjenike, tek pacientët me SM.

Antikolinergjikët modernë (solifenacin, darifenacin, fesoterodine, tolterodine) kanë më pak efekte anësore se oksibutinina. Në disa vende mund të përdoren propiverina dhe trospium kloride.

Oksibutinina duhet të përdoret me kujdes tek pacientët me çrregullime konjitive, meqë ajo e kalon barrierën gjak-tru, dhe mund të përkeqësojë problemet konjitive.

Në një shumicë pacientësh, antikolinergjikët janë të paefektshëm në kontrollimin e funksionit të fshikëzës. Në këto raste përdoren injeksione detrusor me toxinë – botulin, sipas rregullave të përdorimit të medikamentit. Ka evidencë në përdorimin e suksesshëm të stimulimit të nervit sakral.

Poliuria nokturnale mund të trajtohet me desmopresinë, por ky medikament ka rrezik për hiponatremi, dhe duhet të përdoret me kujdes tek pacientët e moshuar. Çrregullimet e zbrazjes së fshikëzës (PVR>100cc), zakonisht janë refraktore ndaj mjekimit me medikamente, edhe pse disa autorë rekomandojnë përdorimin e alfablokuesve.

Kateterizimi i përkohshëm zakonisht mësohet nga një infermiere e specializuar dhe mund të përmirësojë ndjeshëm cilësinë e jetës dhe kontrollin e fshikëzës. Kur ky kateter nuk funksionon, merret në konsideratë kateterizimi i përhershëm, zakonisht suprapubik. Në disa pacientë mund të kryhet edhe ndërhyrja kirurgjikale, sipas një konsultimi me pacientin, familjen dhe skuadrën, që po kujdeset për pacientin [176].

### 3.7 Çrregullimi i zorrëve

Çrregullimi i zorrëve si inkontinenca fekale, urgjenca fekale, defekim i vështirë, ndodh në 70% të pacientëve me SM dhe shkakton paaftësi domethënëse. Mekanizmat kyç të konstipacionit janë, obstrukcioni i defekimit, muskuj abdominal të dobët, ndjeshmëri rektale e dëmtuar, kontraksion të muskujve puborektalë. Inkontinenca fekale rezulton në dëmtimin e sfinkterit anal dhe alterimin e refleksit anal frenues. Lëvizshmëria e dëmtuar, reduktimi i marrjes së likideve, dieta e alteruar, shqetësimet psikologjike ose efektet anësore të antikolinergjikëve apo medikamenteve antispastike, mund të përkeqësojnë më tej funksionin e zorrëve. Një nivel i ulët i zbrazjes gastrike, mund të vonojë fillimin e veprimit të medikamenteve orale. Këto simptoma ka të ngjarë të rezultojnë në mbyllje sociale, depresion, reduktim të aktivitetit seksual, rritje të spasticitetit dhe dhimbje abdominale, ileus adinamik, infeksione të lëkurës apo dekubituese.

#### ≈ *Vlerësimi dhe vendosja e qëllimeve*

Në raste individuale kërkohet vlerësim individual. Inkontinenca fekale raportohet rrallë në mënyrë spontane. Ka pyetësorë standart, që përfshijnë marrjen e informacioni për zakonet dietetike, posturën dhe vendin e defekimit, një ditë defekimi dhe pikët e simptomave.

#### ≈ *Ndërhyrjet*

Meqë të dhënat për trajtim të çrregullimeve të zorrëve janë të rralla, rekomandimet janë edhe më të rralla, ose janë të bazuara vetëm në opinione të ekspertëve [177].

Aktiviteti fizik, marrja adekuatë e likideve dhe një dietë e pasur me fibra, janë bazat e trajtimit të konstipacionit.

Laksativët oralë, sidomos makrogolët, janë të dobishëm për të zbutur feçet, por duhet të merren me kujdes kur ka humbur kontrolli i sfinkterit.

Ka evidenca të pakta që medikamentet antidiareike, si loperamidi mund të reduktojnë inkontinencën fekale tek pacientët me diarre, por duhet të përdoren me shumë kujdes.

Masazhi abdominal, mund të rrisë frekuencën e defekimit dhe redukton kohën e tranzitit në kolon, tek pacientët më çrregullim neurogjenik të zorrës.

Stimulimi elektrik i dyshemesë pelvike, mund të jetë i dobishëm në menaxhimin e inkontinencës fekale [178].

Një përgjigje ndaj terapisë së sjelljes, trajnimi i muskujve pelvike, dhe biofeedback-u, ka të ngjarë të ndodhë tek pacientët me paaftësi të kufizuar dhe sëmundje pa progres. Tek këta pacientë kryhet edhe ndërhyrje minimale invazive me nivel suksesi rreth 80% duke qenë stabël me kalimin e kohës.

Cilësia e jetës rritet tek pacientët me implant në 12-24 muaj, por është në fazën eksperimentale.

### 3.8 Çrregullimi seksual

75% e meshkujve me SM dhe 55% e femrave do të përjetojnë shqetësime seksuale dhe efekte negative, të cilat kanë ndikim në cilësinë e jetës, por është një simptomë që merr shumë rrallë vëmendjen e studiuesve.

Pacientët e rinj, që janë seksualisht aktivë, dhe që sapo janë diagnostikuar mund të përjetojnë stres madhor, si për vete ashtu dhe partnerin.

Për ata që nuk janë në një marrëdhënie, ky problem vepron si barrierë për të formuar një, e për të takuar partner të mundshëm [179].

Shumë njerëz nuk duan të flasin për problemet seksuale për disa arsye.

Por dihet që profesionistët e kujdesit shëndetësor nuk pyesin hapur për problemet seksuale për shkak të turpit të pacientëve, mungesës së trajnimit apo pyetjeve shumë ndërhyrëse dhe sensitive për pacientët.

Efektet e SM, në çrregullimin seksual mund të kategorizohen në:

- ∴ Disfunksion primar seksual, si rezultat i ndyshimeve të lidhura me SNQ që dëmtojnë direkt ndjenjat seksuale dhe përgjigjen seksuale.
- ∴ Disfunksion seksual dytësor i ardhur nga simptomat neurologjike që prekin indirekt ndjenjat apo përgjigjet seksuale.
- ∴ Disfunksion seksual tercial i ardhur nga paaftësi psikosociale dhe kulturore që prekin performancën seksuale.

#### ≈ *Vlerësimi*

Adresimi i çështjeve seksuale janë të vështira dhe esenciale për të patur një ndërhyrje cilësore dhe holisitike ndaj pacientëve me SM.

Nuk ka mjete të duhura ose të ndërhuara shumë perfekte, por ka shumë strategji që mund të ndërmerren që të bëjnë një diferencë.

Edhe ofrimi i mundësisë për të folur për këto probleme, shpesh është pozitive dhe terapeutike. Para se të fillojë vlerësimi, profesionisti i kujdesit shëndetësor duhet të marrë pëlqimin e pacientit dhe të sigurojë konfidencialitetin, të mos diskriminojë dhe të përcaktojë konsultimin në mënyrë të shkruar etj.

Profesionisti duhet të ketë njohuri për opsionet terapeutike, burimet dhe referimet. Duhet të sigurohet privatësia, planifikohet kohë mjaftueshëm dhe vlerësohet nëse është e nevojshme për të përdorur një mjet të veçantë vlerësimi.

Gjatë vlerësimit, është i dobishëm, sigurimi i një komunikimi të duhur në mënyrë që pacienti të kuptojë pyetjet që janë sensitive.

Vlerësimi i mëtejshëm përfshin anamnezën e sëmundjes, çrregullimet e tjera, medikamentet, ekperiencën e mëparshme të praktikës seksuale dhe nivelin e tanishëm të aktivitetit seksual.

Sapo përcaktohen problemet, përcaktohet kategoria ku futen çrregullimet e pacientit, dhe nëse pacienti apo partneri janë gati të ndryshojnë sjelljet, mendimet etj.

Bëhet plani i veprimeve së bashku me pacientin.

#### ≈ *Strategjitë e menaxhimit dhe ndërhyrjet*

Menaxhimi i çrregullimeve primare përfshijnë, këshillimin, për të rritur intimitetin, dhe komunikimin si dhe mjete ndihmëse, medikamentet etj.

### 3.9 Çrregullimet e të folurit dhe të komunikimit

Për shkak të dizartrisë, vërehet një aftësi e reduktuar për të komunikuar në pacientët me SM, por shpesh kjo gjë nënvlerësohet. Kjo mund të çojë në izolim social, depresion dhe humbje të pavarësisë [180], gjë që ka një ndikim të madh në aspekte të tjera relevante të tilla si punësimi dhe jeta sociale. Dëmtimet konjitive, dhe të sjelljes, lodhja, dhimbja dhe çrregullimet emocionale, si dhe ato vizuale dhe të kufizimet të lëvizjes, mund të ndikojnë negativisht në komunikim. Për më tepër, disa medikamente të zakonshëm në SM (psh benzodiazepina, baklofen dhe tizanidine), mund të shkaktojnë dobësi, lodhje dhe dëmtim konjitiv, dhe në këtë mënyrë mund të dëmtojnë komunikimin. Disartria, duke përfshirë komponentët spastikë dhe ataksikë, është çrregullimi më i shpeshtë i komunikimit tek pacientët me SM, me një shkallë prevalence prej 40% -50% [181]. Nëse është e lehtë, ajo ndikon kuptueshmërinë vetëm në situata problematike si në mjedise të zhurmshme apo lodhje e theksuar [182]. Gjithsesi, 9% e pacientëve me SM përjetojnë dizartri të moderuar dhe të rëndë. Mosfunksionimi i frymëmarrjes dhe i fonisë dëmtime të funksionit të gjuhës, dhe diakokinezia verbale mund të ndikojnë zërin, artikulimin.

Rreth 63% e pacientëve me SM, mund të përjetojnë shqetësime të nivelit të lartë gjuhësor [183], duke përfshirë probleme të gjetjes së fjalëve dhe vështirësi në menaxhimin e shprehjes së gjuhës, si atë të shkruar ashtu dhe atë të folur. Këto shqetësime janë shumë të lidhura me ndryshimet konjitive, si shpejtësi e ulët e përpunimit të informacionit dhe shqetësime në vëmendje, memorie dhe funksione ekzekutive [184].

Prezenca e dëmtimeve të gjuhës dhe kuptueshmërisë, mund të reduktojnë aftësinë për të përfituar nga rehabilitimi. Afazia është e rrallë në SM, por mund të shfaqet në disa raste, shumica në kontekstin e dëmtimeve të rënda konjitive [185].

#### ≈ *Vlerësimi*

Vlerësimi i dizartrisë duhet të përfshijë një ekzaminim neurologjik të strukturave dhe funksioneve të përfshira, dhe të vlerësimit akustik dhe perceptual të zërit, artikulim dhe të folur. Studime të kohëve të fundit, theksojnë nevojën për të vlerësuar kuptueshmërinë e të folurit në gjendje të pafavorshme, dhe të matet përpjekja e folësit dhe përshtatja e komunikimit në ambiente natyrore [186]. Për më tepër, rezultatet e vlerësimit neurologjik, duhet të merren në konsideratë dhe të lidhen me performancën e funksioneve të niveleve të larta gjuhësore. Ka një mungesë instrumentesh në patologjinë e të folurit dhe gjuhës që matin thjesht pjesëmarrjen në komunikim. Gjithsesi, ka disa mjete që e vlerësojnë këtë fakt në mënyrë indirekte, duke ofruar informacion në kuptueshmërinë dhe lodhjen e lidhur me komunikimin, komunikimin funksional dhe lodhjen e lidhur me komunikimin, kënaqësinë me komunikimin dhe cilësinë e komunikimit si dhe vetë vlerësimin konjitiv. Perspektivat e pacientëve dhe të kujdestarëve janë shumë të rëndësishme dhe duhet të dokumentohen sistematikisht [187]. Një studim i kohëve të fundit, për të krijuar një ndërhyrje për vlerësimin funksional të pacientëve me SM, mund të prezantojë një linjë për të ardhmen [188].

#### ≈ *Ndërhyrja dhe trajtimi*

Trajtimi i komunikimit të limituar tek pacientët me SM, duhet të jetë i një aspekti të gjerë dhe të konsiderojë të gjitha faktet e ndërhyrjes holistike [189].

Fatkeqësisht, ka shumë pak evidencë për efikasitetin e një ndërhyrjeje të vetme trajtimi. Por trajtimi duhet të përfshijë ndërhyrje direkte, që përmirësojnë ndërgjegjësimin e problemit ekzistues dhe strategjitë e mundshme që t'i adresohen, si pacientit ashtu dhe kujdestarit.

Për më tepër, ndërhyrjet që janë drejtuar në jetën sociale dhe vokacionale [190], marrin në konsideratë situatën individuale, sociale dhe funksionale të pacientit, janë kryesore për të arritur një nivel të kënaqshëm në pjesëmarrjen në komunikim.

Trajtimi duhet të fillojë sa më shpejt, që të parandalohet zhvillimi i mëtejshëm i problemeve të komunikimit dhe të mbahet një pjesëmarrje në komunikim [186].

### 3.9.1 Disartria

Evidencat shkencore mbi trajtimin e disartisë janë të rralla dhe jo konkluzive, kështu që merren në konsideratë ato të dhëna që gjenden për momentin në disa patologji të tjera. Qëllimet kryesore të ndërhyrjeve janë; të rritet kuptueshmëria dhe funksionaliteti i komunikimit, duke u varur nga faza e dizartisë. Këshilla të përgjithshme përfshijnë ndërgjegjësimin për posturën trupore, reduktimin e zhurmave në sfond, të folurit me persona përballë, dhe komunikimi i çdo gjysëm fjale në çdo frymëmarrje.

#### ≈ *Funksioni respirator dhe fonik*

Një program intensiv trajtimi respirator fonik (Lee Silverman Voice Treatment), ka treguar se ka përmirësuar efektivisht disa veti artikuluese në sëmundjen e Parkinsonit (Ramig 2007). Aplikimi i këtij programi është raportuar të jetë efektiv edhe në pacientët me SM, me dizartri të karakterizuar me dobësi ose lodhje dhe reduktim të nivelit të zërit [187].

Për më tepër, disa ndërhyrje të tjera janë përdorur për të përmirësuar funksionet respiratore fonike si një program i kombinuar i sjelljes (Hartelius 1997), trajnimi i fuqisë së muskujve ekspiratorë [192] ushtrime për kontrollin e frymëmarrjes, metoda të veçanta dhe ritmi i të marrit frymë, si dhe terapia me muzikë [193]. Pacientët me çrregullime laringeale referohen tek një otolaringolog.

### 3.9.2 Çrregullimet e të gëlltiturit

Disfagia orofaringeale është prezente gjatë ecures së SM edhe prek rreth 30% -60% të pacientëve duke u varur nga kriteri që është përdorur për të përcaktuar disfaginë, metodën e vlerësimit dhe shkallën e dëmtimit neurologjik.

Zakonisht disfagia përkeqësohet në mënyrë progresive, dhe është më e shpeshtë tek pacientët me gravitet të SM, por edhe rreth 15% e pacientëve me SM të lehtë mund të vuajnë nga disfagia.

Çrregullimi i të gëlltiturit është i lidhur me rritje të sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë, dhe ndonjëherë komplikacione fatale si kequshqyerja dhe bronkopneumoni [194].

#### ≈ *Vlerësimi*

Procedura diagnostike duhet të identifikojë anomalitë fiziologjike dhe anatomike, që shkaktojnë vështirësi në gëlltitje dhe vlerësojnë efikasitetin e ndërhyrjeve gjatë trajtimit. Vlerësimi përfshin një vizitë nga mjeku klinik dhe videofluoroskopi, endoskopi fleksible dhe në situata specifike një manometri ezofageale.

Vlerësimi klinik i gëlltitjes përfshin marrjen e detajuar të anamnezës mjekësore dhe specifike të ushqyerjes, një egzaminim fizik të anatomisë anatomike dhe funksionale, si dhe një obzervim i vetë të gëlltiturit. Informacioni i marrë në këtë vlerësim shërben për rekomandimet bazë të strategjive të mëvonshme.

Eksplorimi diagnostik është i bazuar në pyetësorë të veçantë si DYMUS, me një korrelacion të ngushtë të problemeve të gëlltitjes [195].

Një vlerësim i pacientit në shtrat, që jep informacion të rëndësishëm në rrezikun e aspirimit. Aspirimi diagnostikohet kur pacienti kollitet ose mbytet, dhe penetrimi laringeal është prezent kur ka alterime në zë. Simptomat klinike të respirimit, që janë paralajmërues të mjaftueshëm nëse pacientët janë në rrezik për aspirim ose jo, janë disfonia, afonia, fonia e lagësht, ngritje jo normale e laringut, ose dhe mungesë e ngritjes laringeale, kollë spontane e lagësht, pak ose aspak gëlltitje e sekrecioneve, temperaturë e pashpjeguar që ndodh shpesh. Ekzaminimi videofluoroskopik përfshin një grafi me radiacion të ulët, që lejon për analizë në kohë të vërtetë të daljes në formë bolusi nga goja tek ezofagu dhe për gjetjen e çrregullimeve gjatë fazës orale dhe faringeale të gëlltitjes. Endoskopia fleksible shpesh përdor *vlerësimin fleksibël endoskopik të gëlltitjes* i cili lejon ekzaminimin anatomik dhe ndjeshmërinë e kavitetit oral, faringsit dhe laringsit. Testi i standartizuar përfshin konsistenca të ndryshme dhe observimin e ndërhyrjeve terapeutike. Ai lejon identifikimin e fillimit të vonuar të gëlltitjes, penetrimin, aspirimin dhe mbetjet post gëlltitjes. Manometria ezofageale është një test për të vlerësuar lëvizshmërinë e sfinkterit të sipërm ezofageal, trupin e ezofagut dhe sfinkterin e poshtëm si në pushim ashtu dhe në gëlltitje. Në disfaginë orofaringelale, manometria ezofageale mund të japë informacion specifik për vështirësinë e gëlltitjes dhe shkakut të saj, nëse është shkaktuar nga rritja e presionit të sfinkterit të sipërm.

Ekzaminimi fizik dhe testi i sfinkterave, mund të përsëritet dhe kështu janë shumë të përshtatshëm për të ndjekur kursin e sëmundjes dhe vlerësuar efikasitetin e strategjive terapeutike, ndërsa ekzaminimi videofluoroskopik është më i miri në fillim të trajtimit [196].

#### ≈ *Ndërhyrja dhe menaxhimi*

Trajtimi i disfagisë drejtohet kryesisht në ruajtjen ose rikthimin në një dietë normale, përmirësimi i statusit të ushqyerjes, reduktimi i sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë të lidhur me pneumoninë e aspirimit. Ndërhyrjet mund të jenë të ndryshme dhe të ndahen në rikthyese, kompesatore dhe adoptuese. Gjithsesi, evidencat shkencore të efikasitetit të terapise së disfagisë janë të rralla. Disa ndërhyrje terapeutike kërkojnë bashkëpunim intensiv dhe motivim, si dhe ruajtje të funksionit konjitiv.

#### ≈ *Ndërhyrjet rikthyese*

- ∴ Stimulimi i fytyrës, gojës dhe gjuhës (shtrirje, presion, larje, stimuli termal, vibrim).
- ∴ Teknika mobilizuese në fytyrë, gojë dhe gjuhë.
- ∴ Ushtrime funksionale të gjuhës dhe buzëve; të folurit, frymëmarrjes dhe ushtrime vokale
- ∴ Stimulimi termal për të rikthyer refleksin e të gëlltiturit (me të ftohtë) dhe ndonjëherë me kombinimin e stimulit mekanik dhe të shijes.
- ∴ Ushtrime të ngritjes së kokës për të lehtësuar funksionin e sfinkterave

### ≈ *Strategjitë kompensatore*

Manovra posturale për të modifikuar dimensionet e faringut dhe ridrejtimi i materialeve bolus, kështu që të parandalohet aspirimi.

Ndryshime në posturën e kokës për të lehtësuar transportin e ushqimeve në ezofag.

Trajnimi i teknikave speciale, veçanërisht pastrimi i fytit dhe gëlltitja e përsëritur (gëlltitje e dyfishtë), gëlltitja me mundim, dhe manovra e Mendelsonit në gëlltitjen e pakoordinuar, e cila mban laringsin të ngritur dhe hapet sfinkteri i sipërm ezofageal dhe mbyll rrugët e frymëmarrjes.

Ofrimi i ushqimit në funksionim të pjesës më funksionale të gjuhës [197].

### ≈ *Strategjitë adoptuese*

Adoptimi i dietës, si ushqime të shtypura, pije me konsistencë të lartë, masa të vogla ngrënie, jo qumësht dhe ëmbëlsira që shtojnë mukusin. Në përgjithësi ushqimet me konsistencë të lartë parandalojnë aspirimin kurse ato të hollë e lehtësojnë atë.

#### ≈ Mjete mbështetëse për të ngrënë dhe pirë

Pozicioni ngritur i trupit dhe kokës në ngrënie, kohë e mjaftueshme për të ngrënë, me periuhë pushimi në mes, zbrazja e gojës para se të mbushet përsëri, dhe gëlltitje e rregullt e salivës.

### ≈ *Terapi të tjera të gëlltitjes*

Terapi farmakologjike; salivacioni mund të trajtohet me antikolinergjike ose medikamente me efekte anësore antikolinergjike si amitriptilina dhe oxibutinina dhe toksina e Botulinës A me injeksion në gjendrat parotide dhe submandibulare.

Këto injeksione mund të përdoren edhe për trajtimin e disfagisë tek pacientët me sfinkter jototalisht të relaksuar.

Ushqyerja enterale në fazat e avancuara të SM, ushqyerjet me tub mund të përdoren kur marrja orale nuk është e mjaftueshme për ushqyerjen dhe hidrimin e pacientit. Ushqyerjet me tub nazo-gastrik duhet të përdoren vetëm në periudha të shkurtra, ndërsa gastronomia perkutane rekomandohet në raste kronike [198].

### 3.9.3 *Terapia okupacionale*

SM prek jetën e përditshme të pacientëve me SM, familjet dhe fëmijet e tyre. Shumë pacientë me SM përjetojnë vështirësi në plotësimin e roleve të tyre të lidhura me shumë aspekte të jetës së përditshme si kujdesi personal, punësimi, edukimi, kujdesi për fëmijët, koha e lirë dhe lëvizja funksionale. Simptomat e shkaktuara nga SM mund të ndryshojnë aftësinë për të marrë pjesë dhe për të kryer aktivitetet e dëshiruara në një proces të vazhdueshëm. Terapistët okupacionalë ndihmojnë klientët të rritin pjesëmarrjen në aktivitete të kohës së lirë duke e bërë performancën më të lehtë. Kjo arrihet duke rritur ato çka pacienti nuk i bën dot, ose duke ulur barrierat mjedisore.

Këtu përdoren fushat e jetës si bazë për trajnimet. Së bashku me pacientin terapisti eksploron rolet më të rëndësishme dhe dallon faktorët kërcënues që influencojnë kryerjen e aktiviteteve ditore, meqë këto aktivitete janë esenciale në jetesën e pavarur. Këtu përfshihen ngrënia, të veshurit, banjvoja, kujdesi për lëkurën, tualeti dhe transferimi (nga shtrati në shtrat, në karrige, në vaskë ose dush) [199].

Gjithashtu përfshihen përgatitja e vakteve, komunikimi me telefon, të shkruarit në kompjuter, menaxhimi i financave, regjimi i marrjes së medikamenteve, pastrimi, larja e rrobave, blerja e ushqimeve, lëvizja funksionale dhe drejtimi i automjetit (makinës). Këto të fundit kërkojnë funksione konjitive më komplekse sesa të tjerat. Kështu që terapisti trajnon pacientin të përmirësojë aftësitë në situatën që është, duke përmirësuar aftësitë mendore, sociale dhe fizike [199].

Kur aftësitë fizike ose sociale nuk janë të mjaftueshme për të plotësuar një punë, terapisti këshillon strategji të tjera për të kompesuar kufizimet. Për shembull, kur qëndrimi në këmbë për një kohë të gjatë nuk është i mundur për shkak të dobësisë së muskujve, pacienti mund të përdorë një karrige për të kryer punën. Gjithashtu mund të rekomandohen mjete ndihmëse ose ndryshime në shtëpi për të përmirësuar kryerjen e punës. Është i nevojshëm trajnimi në përdorimin e mjeteve të përshtatshme.

Terapistët okupacionalë, mund të ndihmojnë pacientët që të rikthehen ose të qëndrojnë në punë, duke vlerësuar së bashku mundësitë dhe nevojat e pacientit, punën dhe punëdhënësin [199].

Pacientëve mund t'u mësohen aftësi të reja ose modifikime për aftësitë e mëparshme. Terapistët mund të vlerësojnë vendin e punës dhe të bashkëpunojnë me punëdhënësin për të modifikuar vendin e punës ose/edhe regjimin në mënyrë që pacienti të punojë më lehtësisht.

Këta terapistë janë të aftësuar për të lehtësuar aktivitetet sociale dhe të kohës së lirë si dhe udhëtimin e sigurtë me, ose pa ndihmën e mjeteve ndihmëse, pazarin pa aksidente urinare ose si të shkojnë në kinema, p.sh. terapistët mund të sugjerojnë aktivitete të tilla si kurse kompjuteri, të qënit vullnetar në një librari, etj.

Një aspekt i rëndësishëm është përmirësimi ose kompesimi i aftësive për të shkruar, ose me ushtrime shkrimi me lapsa speciale dhe teknika kompjuterike.

Parandalimi i dëmtimeve ose rrëzimeve është një çështje e rëndësishme që përfshin si vlerësimin e individit ashtu edhe mjedisin e shtëpisë ose punës. Për shembull, terapisti mund të këshillojë pacientin të përdorë një karrige dushi dhe shufra në banjo, të rregullojë ndriçimin në korridore dhe shkallë.

Përdorimi i një bastuni gjithashtu mund të kontribuojë në reduktimin e rënieve ose një vaskë termostatike mund të parandalojë diegjet. Ndonjëherë simptomat janë përdorur si një pikë fillestare për terapinë; në një program të menaxhimit të lodhjes, terapisti asiston në eksplorimin e impaktit të lodhjes në aftësinë e pacientit për të marrë pjesë në profesione të lehta.

Duke ndjekur këtë, strategjitë e ruajtjes së energjisë janë aftësuar duke modifikuar performancën, balancuar pushimin dhe aktivitetin, rirregullimin e mjedisit në një mënyrë ergonomike etj. [199].

Në një program të ndërhyrjeve konjitive, fokusi do të jetë në menaxhimin e problemeve konjitive në jetën e përditshme. Në të gjitha rastet, përfshihet një kombinim i strategjive personale dhe mjedisore.

Trajnimi i funksionit të duarve shpesh është pjesë e terapisë në mënyrë që të minimizohen kufizimet në performimin e aftësive motorike.



Një ndërhyrje tjetër e zakonshme është trajnimi ose mbajtja e kapaciteteve konjitive duke përdorur ushtrime dhe lojra në letër ose në kompjuter.

Pra aktivitetet e mëposhtme janë objektivat e terapistëve:

- Trajnimi funksional i aftësive fizike, mendore ose sociale duke fuqizuar ose kompensuar limitimet, në lidhje me okupacionet e identifikuar nga pacienti.
- Këshillimi dhe instruktimi për mjetet ndihmëse ose ndryshimet në shtëpi.
- Edukimi i familjes ose kujdestarëve.
- Këshillimi për përdorimin e karriges me rrota dhe përdorimi i saj brenda dhe jashtë.
- Parandalimi i rënieve dhe dëmtimeve.
- Trajnimi i duarve .

### *3.9.4 Rehabilitimi në punë*

Puna kontribuon në identitetin e një të rrituri, jep përfitime dhe status financiar, mund të përmirësojë cilësinë e jetës, dhe ul dëmtimet e shëndetit [200].

Të qënurit pjesë e botës së punës, rrit kontaktet sociale dhe lehtëson zhvillimin e një individi.

Shumica e pacientëve që diagnostikohen me SM janë në punë kur diagnostikohen (90%). Me progresin e sëmundjes, numri i pacientëve që janë në gjendje të punojnë ulet, duke variuar nga 20-30% që nga viti i 5-të deri në të 17-të të sëmundjes.

Në çdo kohë të dhënë, vetëm 50% e pacientëve me SM gjenden në punë [201]. Simptomat tipike të padukshme çojnë në vështirësi në punë, duke përfshirë lodhjen, dhe depresionin e lidhur me shqetësimet rreth memorjes dhe përqëndrimit.

Me progresin e sëmundjes, këta pacientë raportojnë paaftësi më të lartë fizike e cila e bën aksesin në punë të vështirë dhe lëvizjet brenda punës shumë të mundimshme. Gjithashtu këta pacientë kanë deksteritet të varfër që prek shkrimin, përdorimin e tastierës, apo dhe punëra me duar, gjithashtu probleme vizuale duke çuar në vështirësi si në lexim ashtu dhe shkrim, dhe në ekranet e kompjuterave.

Efekte të tjera përfshijnë shpeshtësinë urinare dhe fekale, urgjencë, frikë për inkontinencë dhe dizatri që rezulton në vështirësi në përdorimin e telefonit, komunikimit të përgjithshëm dhe aftësi të dobëta prezantimi. Është e rëndësishme që kur pacientët të mos jenë duke punuar më, për shkak të një relapsi apo progresi të sëmundjes, ata të mbështeten që të kthehen në vendin e tyre të punës sa më shpejt që të jetë e mundur [201].

Një projekt belg, ka treguar se dy vite raport, prezanton maksimumin e rikthimit në punë (Interreg III “Neurological Reintegration Programmes” Euregio Benelux middle area, project with financial support of the EU 2003-2006). Shumë pacientë me SM, ikin nga vendi i punës, duke pohuar se kanë mungesë informacioni për të drejtat ligjore, nuk kanë mbështetje, nuk u ofrohet më puna, nuk kanë ambiente të përshtatshme në punë, nuk kanë struktura fleksible dhe mungesë mbështetjeje si nga kolegët ashtu dhe punëdhënësit, të gjitha këto çojnë në diskriminim aktiv.

Disa pacientë me SM vendosin që të mos e tregojnë diagnozën e tyre tek punëdhënësi dhe kolegët, për arsye të ndryshme. Ata mendojnë që gjendja e tyre është pjesë e privatësisë, dhe kanë frikë që po të merret vesh kjo, do të shkaktojë efekte negative për punën dhe karrierën.

#### ≈ Vlerësimi

Nevojat e punësimit të pacientëve me SM mund të adresohen mirë duke analizuar problemet e punës si kuptueshmërinë, aftësinë fizike, lodhjen dhe çrregullimet e humorit, si dhe problemet e tjera të përmendura me sipër.

Vlerësimi kryhet më mirë nga një skuadër multidisiplinare, por rolet e terapistit, infermierit dhe neurokirurgut, janë shumë të rëndësishme. Shërbimet ideale duhet të kenë akses ndaj një specialisti pune.

Ka një ndryshim të perceptueshëm sjelljeje tek popullata me SM si dhe tek stafi, duke çuar në një pikëpamje më të balancuar mbi punësimin dhe SM.

Shumica e pacientëve me SM kanë arsim specifik, kapacitet pune dhe eksperiencë në punë, kështu që kanë vlerë për marketin e punës. Vazhdimi i punës, madje edhe me SM, mund të jetë sfidues por edhe burim i problemeve kur simptomat e sëmundjes ndërhyjnë në kërkesat e punës [201].

#### ≈ Ndërhyrjet

Shërbimet e rehabilitimit vokacional duhet të ndërhyjnë në kohë të hershme, të përgjigjen shpejt dhe të kenë akses të hapur. Qëllimet e këtij shërbimi duhet të fuqizojnë individin, shpesh me anë të edukimit ose mbështetjes. Sapo të kryhet vlerësimi, specialisti i rehabilitimit do të punojë me pacientin me SM për të:

- Edukuar për legjislacionin dhe sesi aplikohet për gjendjen e tyre, duke përfshirë natyrën e akomodimit.
- Mbështetje, me ruajtjen e fshehtësisë, komunikimi mbi nevojat dhe shqetësimet për tek punëdhënësi, të cilat kërkojnë akomodime nëse ka vështirësi në përdorimin e sistemeve të mbështetjes, si edhe kur nevojitet ndihma.
- Ofrojnë këshillim për të mbështetur njerëzit të adoptohen, përshtaten dhe zgjidhin problemet komplekse, menaxhimin e stresit dhe kërkesat e punës.
- Menaxhimi i simptomave që kanë impakt në performancën e punës, për shembull në rastin e lodhjes, aplikimin e strategjive për konservimin e energjisë, pushime shtesë etj.
- Inkurajojnë pacientin me SM të organizojë punën, të vendosë prioritetet dhe t'i bëjnë punët me orarin e tyre.
- Planifikimi i punës, bërja e ndryshimeve në mjedisin e punës, duke përfshirë modifikimin dhe mbështetjen teknologjike për të mbështetur dhe minimizuar kërkesat fizike. Është e rëndësishme të tejkalohen barrierat e punës me krijimtari, të identifikohen opsionet dhe komunikohet në mënyrë të hapur me punëdhënësin [201].

### 3.10 Infermieria rehabilituese

SM vendos shumë sfida mbi individin, familjen, miqtë dhe kolegët. Ajo teston kapacitetin e të gjithë personave të përfshirë, për t'u adaptuar, përshtatur dhe pranuar problemet dhe kufizimet e jetës. Ajo mund të sjellë shumë përgjigje emocionale të ndryshme dhe probleme të dukshme konjitive, lodhje persistente, depresion dhe dhimbje si dhe probleme të fshehura të aftësisë funksionale.

Pacienti me SM mund të perceptojë dhe të përjetojë rol shumë të ndryshuar në jetë, dhe kërkon adoptim, si pjesë e procesit, në drejtim të rinovimit të konfidencës dhe restaurimit të sensit të vetvetes. Familja dhe miqtë gjithashtu mund të kalojnë një fazë adoptimi në rolet e tyre, si dhe përgjigjet ndaj problemeve që sjell SM. Mbështetja e një pacienti me SM në drejtim të shpresës, vetë fuqizimit, efikasitetit dhe përjetimit të shëndetit dhe mirëqënies, janë baza e infermierisë rehabilituese. Infermierja rehabilituese është pika kryesore për skuadrën multidisiplinare dhe ndërhyrjet e çdo anëtarit të kësaj skuadre [202].

Fondi King e përshkruan infermierinë rehabilituese në ofrimin e këshillimit si; “Një proces që ka për qëllim të rregullojë autonominë personale të aspekteve të jetës ditore, që konsiderohen më të rëndësishmet nga pacientët me SM, ose kujdestarët qofshin, këta familjarë ose të jashtëm”. (King’s Fund 1998).

Elementët kryesorë të infermierisë rehabilituese janë:

- Puna në partneritet me pacientin, dhe brenda një mjedisi të besimit të ndërsjellë, të eksplorojë impaktin e SM në jetët e tyre dhe të familjes.
- Puna në partneritet me pacientin, për të identifikuar dhe priorizuar problemet e ndjera dhe të përjetuara. Kjo përfshin edhe problemet sociale, marrëdhëniet familjare, komfortin fizik, mirëqënien mendore, ushqyerjen dhe likidet, frymëmarrjen, levizjen dhe inkontinencën.
- Puna në partneritet me pacientin, për të identifikuar aspektet që duan ekspertizën special infermirore, të diskutohen zgjidhjet dhe të jenë dakord me ndërhyrjet .
- Të rishikohet dhe të rindërtohet çdo ndërhyrje infermirore sipas evidencave të reja ose ndryshimin e nevojave dhe dëshirave të pacientit.
- Përdorimi i analizës kritike në paraqitjen e problemeve, për të përcaktuar hapat e mundshme shkaktare për shembull, gjumi i tepërt ose lodhja gjatë ditës mund të kërkojnë një program trajnimit të fshikëzës natën, sesa medikamente, apo dhe pushim gjatë pasdites.
- Inkurajimi i pacientëve për të vendosur qëllime që janë me kuptim dhe lehtësojnë vetë-menaxhimin, ndërkohë që respektohen të drejtat dhe refuzimet e pacientit sipas përcaktimit vetjak.
- Identifikimi i çdo nevoje për të mësuar, ose barrierat për vetë-menaxhim, dhe krijimi i programeve edukative që i përgjigjen këtyre nevojave me parashikime të materialeve të bazuara në evidencë, me ritmin e pacientit, dhe që lejojnë pacientin të marrë vendimet e veta të mirëinformuara .
- Lehtësimin e aftësive të reja dhe adoptimeve të mësuara në mjedisin e përditshëm dhe të inkurajohet pacienti që të plotësojë vetëvlerësimin.

- Ofron një vend ku pacienti të ndajë pikëpamjet e sjelljeve pozitive dhe negative të bashkëpunimit. Puna në partneritet, me pacientin, për të diskutuar këto sjellje dhe mënyra mendimi, mund të motivojë sjelljet dhe përgjigjet [202].

Infermierja e rehabilitimit duhet të ketë njohuri mbi shkallët e niveleve që përdoren në rehabilitimin në SM, dhe të kuptojë rëndësinë dhe sinjifikancën e besueshmërisë dhe vlefshmërisë së të dhënave, të lidhura me rezultatet e matshme dhe ta përçojë këtë informacion në mënyrë që ai aplikohet tek pacienti. Ai /ajo duhet të marrë një rol në komunikim, me të gjithë anëtarët në marrëdhënie me pacientin, anëtarët e familjes dhe kujdestarët, për të siguruar që ka shkëmbim të ndërsjelltë informacioni, të kuptueshëm, me qëllime të përbashkëta dhe konsensus me pacientin [203].

### *3.10.1 Prioritetet e ndërhyrjes infermierore në pacientët me Sklerozë Multiple [204]*

1. Ruajtja e funksionimit optimal.
2. Ndihma për të siguruar ruajtjen e kryerjes së aktiviteteve të jetës së përditshme.
3. Mbështetja në drejtim të pranimit të ndryshimeve në imazhin trupor, në ruajtjen e vetëbesimit dhe performancën e rolit në familje apo shoqëri.
4. Sigurimi i informacioneve rreth procesit të sëmundjes, prognozës, nevojave terapeutike dhe burimet e disponueshme.

Plani i kujdesjeve Infermierore për pacientët me Sklerozë Multiple përfshin:

#### *Menaxhimi i lodhjes tek këta pacientë.*

Lodhja është një simptomë shumë e përhapur në fazën e hershme të sëmundjes, ku 55% të pacientëve e përshkruajnë atë si një nga simptomat më të këqija që ata përjetojnë. [205]. Lodhja shoqërohet me ulje të cilësisë së jetës (QOL) dhe paaftësi, dhe pothuajse 80% e pacientëve me MS raportojnë lodhje në vitin e parë të fillimit të sëmundjes [206]. Tek pacientët ajo perceptohet si një një ndjenjë dërmuese dhe e qëndrueshme, e zvogëlimit të kapacitetit për punë fizike dhe mendore.

Kjo simptomë mund të lidhet me uljen e prodhimit të energjisë, rritjen e kërkesave për energji për të kryer aktivitete, kërkesat psikologjike / emocionale, dhimbjen dhe diskomfortin por edhe me efektet anësore të ilaçeve.

Zakonisht lodhja mund të evidentohet nga pamundësia e pacientit për të realizuar rutinat e zakonshme, verbalizimi i mungesës së energjisë fizike, aftësia e dobët për t'u përqëndruar, mosinteresimi në mjedis si edhe rritja e ankesave fizike [207].

Infermieri evidenton praninë e lodhjes. Kjo pasi lodhja është simptoma më e vazhdueshme dhe e zakonshme e SM. Studimet tregojnë se lodhja me të cilën ndeshen pacientët është më e shpeshtë dhe e më e rëndë se lodhja "normale", ka një ndikim disproporcional në aktivitetet e jetës së përditshme, ka një kohë më të ngadalshme shërimi dhe nuk mund të tregojë ndonjë lidhje të drejtpërdrejtë midis ashpërsisë së lodhjes dhe statusit klinik-neurologjik të pacientit.

Infermieri identifikon dhe shqyrton faktorët që ndikojnë në aftësinë për të qenë aktivë, siç mund të jenë luhatjet e temperaturës, marrja joadekuate e ushqimit, pagjumësia, apo përdorimi i ilaçeve, pasi në këtë mënyrë mund të ofrojë mundësi për zgjidhjen e problemeve për të ruajtur ose përmirësuar lëvizshmërinë.

Evidenton faktin kur pacienti nuk është në gjendje të bëjë aktivitete të ndryshme fizike, pasi aftësitë e pacientit mund të ndryshojnë nga momenti në moment. Pranimi i çdo situatë të pacientit për ndryshimet e përditshme ofron mundësi për të promovuar pavarësinë, duke mbështetur luhatjet në nivelin e kujdesit të kërkuar.

Infermieri ndihmon pacientin në ecje, nëse ai ka nevojë, siguron mjetet e nevojshme, por sidomos kujdes në ruajtjen e sigurisë së pacientit. Ndihma për mobilitet mund të zvogëlojë lodhjen, rritjen e pavarësisë dhe rehatinë, si dhe sigurinë. Megjithatë, individi mund të shfaqë gjykim të dobët në lidhje me aftësinë për t'u angazhuar në mënyrë të sigurtë në aktivitet [207].

Aktivitetet ditore zakonisht programohen në mëngjes, nëse është e përshtatshme, pasi lodhja zakonisht përkeqësohet në pasditen e vonët (kur rritet temperatura e trupit). Disa pacientë raportojnë pakësimin e lodhjes me stabilizimin e temperaturës së trupit.

Infermieri planifikon periudhat e pushimit ndërmjet aktiviteteve, dhe nxit pushimin gjatë pasdites, pasi kështu redukton lodhjen, dhe përkeqësimin e dobësisë së muskujve.

Gjithashtu infermieri ndihmon me terapinë fizike dhe në rritjen e komoditetit të pacientit me masazhe dhe banjot relaksuese, sepse kështu reduktohet lodhja dhe nxitet sensi i mirëqënies.

### *3.10.2 Menaxhimi i defiçitit në vetkujdesje [208]*

Pacientët me SM, kanë probleme në procesin e vekujdesjes, në aftësitë e tyre për kryerjen ose përfundimin e aktiviteteve të larjes / higjienës, të ushqyerit, apo aktiviteteve të tjera. Kjo mund të lidhet me dëmtimin neuromuskular, intolerancën ndaj aktiviteteve, uljes së forcës dhe qëndrueshmërisë, dëmtimeve motorike, dhimbjes, paretisë, lodhjes, humbjes së kujtesës apo depresionit.

Zakonisht defiçiti në vetkujdesje mund të evidentohet nga pamundësia që pacienti ka për të kryer detyra të vetë-kujdesit apo higjiena personale e dobët.

Infermieri përcakton nivelin e gjendjes fizike që paraqet pacientin pasi në këtë mënyrë mund të ofrojë informacione për të zhvilluar planin e kujdesit për rehabilitimin.

Gjithashtu inkurajon pacientin të kryejë vetëkontrollin duke përdorur maksimumin e aftësive të tij, por pa e nxituar pacientin. Në këtë mënyrë nxitet pavarësia dhe ndjenja e kontrollit, por edhe mund të zvogëlohet ndjenja e pafuqisë.

Infermieri i ofron ndihmë pacientit me SM, sipas shkallës së aftësisë së kufizuar, duke i lejuar sa më shumë autonomi që të jetë e mundur. Pjesëmarrja në procesin e vetkujdesit mund të lehtësojë zhgënjimin mbi humbjen e pavarësisë. [208].

Mjaft i rëndësishëm është inkurajimi i pacientit në çdo veprim. Cilësia e jetës rritet kur dëshirat dhe pëlqimet merren parasysh në aktivitetet e përditshme.

Infermieri në çdo moment duhet të evidentojë nëse pacienti përjeton lodhje apo jo. Kjo pasi lodhja e përjetuar nga pacientët me SM mund të ndikojë në aftësinë për të marrë pjesë në aktivitete e përditshme. Natyra subjektive e raportimit të lodhjes mund të keqinterpretohet nga ofruesit e kujdesit shëndetësor dhe familja, duke çuar në konflikt dhe besimin se pacienti është "manipulues" kur në fakt kjo nuk mund të jetë kështu.

Pacientit i jepet kohë e mjaftueshme për të kryer detyrat dhe infermieri gjithmonë duhet të shfaqë durim kur lëvizjet janë të ngadalta. Duhet të kemi parasysh që zvogëlimi i aftësive motorike dhe spasticiteti mund të ndërhyjnë në aftësinë për të menaxhuar edhe aktivitetet më të thjeshta.

Infermieri parashikon nevojat higjienike dhe ndihmon qetësisht sipas nevojës me kujdesin e thonjeve, lëkurës dhe flokëve; kujdesin ndaj gojës, procesit të rrojes. Shembulli i personit që kujdeset për pacientin mund të vendosë vërtetë për pranimin e trajtimit të nevojave jetësore, që shumë herë mund të jenë të sikletshme për t'u duruar.

Sigurimi i pajisjeve dhe mjeteve ndihmëse siç janë : karrige dushi, apo vend i ngritur tualeti me mbështetëse krahësh, pasi reduktojnë lodhjen, duke rritur pjesëmarrjen në procesin e vetë-kujdesjes.

Infermieri siguron kujdes të lëkurës ndaj pikave të presionit, të tilla si sakrum, këmbë dhe bërryla, kur pacienti është i palëvizshëm (krevat ose karrige).

Pozicioni i duhur dhe inkurajimi për të fjetur në mënyrë që ata e tolerojnë. Këto mundësojnë reduktimin e presionit në zonat e ndjeshme dhe parandalimin e dëmtimit të lëkurës.

Infermieri nxit ushtrimet stretching, ushtrimet tonizuese, përdorimin e medikamenteve, dhe mirëmbajtjes së pozicionit së duhur të trupit, siç është e indicuar, pasi ndihmojnë uljen e spasticitetit dhe efekteve të saj.

Infermieri nxit me të gjitha mënyrat plotësimin e nevojave ushqyese dhe të marrjeve të likideve, pasi rrit ndjenjat e pacientit për pavarësi ose vetëbesim.

Gjithashtu ai kërkon konsultë me terapistin fizik dhe / ose profesional. Këto konsulta janë të dobishme në identifikimin e pajisjeve për lehtësimin e muskujve spastik, përmirësimin e funksionimit motorik, parandalimin dhe reduktimin e atrofisë muskulore dhe kontraktimit, promovimin e pavarësisë dhe rritjen e ndjenjës së vetëvlerësimit. [209]

### *3.10.3 Rreziku për vetëvlerësim të ulët:*

Pacientët me Sklerozë Multiple janë në rrisht për zhvillimin e një perceptimi negativ në lidhje me vetëvlerësimin në përgjigje të një situatë.

Kjo mund të lidhet me ndryshime në strukturë apo në funksion, ndërprerje në atë se si pacienti e percepton trupin e vet, ndryshimi i rolit të tij në familje apo shoqëri apo varësia nga të tjerët.

Ky rrezik mund të evidentohet nga mohimi, tërheqja, zemërimi, sjelljet negative / vetëshkatërruese, konfuzioni rreth ndjenjës që pacienti ka për qëllimet e tij në jetë.

Themelimi dhe mbajtja e një marrëdhënie terapeutike infermier-pacient, duke diskutuar frikën dhe shqetësimet, përçon një qëndrim të kujdesshëm dhe zhvillon një ndjenjë besimi midis pacientit dhe kujdestarit, në të cilin pacienti është i lirë të shprehë frikën e refuzimit, humbjen e funksionimit dhe / ose pamjen e mëparshme, ndjenjat e pafuqisë dhe pafuqishmërinë për ndryshimet që mund të ndodhin. Kjo marrëdhënie promovon një ndjenjë të mirëqenies për pacientin.

Infermieri duhet të shënojë sjelljet e tërhequra të pacientit dhe përdorimin e mohimit ose shqetësimin për trupin dhe procesin e sëmundjes. Fillimisht kjo mund të jetë një përgjigje normale mbrojtëse, por nëse zgjat, mund të parandalojë trajtimin e duhur dhe mund të çojë në përballimin joefektiv [209].

Infermieri duhet të aplikojë përdorimin e mekanizmave mbështetës mbrojtës, duke i lejuar pacientit të njihet me informacionin në kohën dhe mënyrën e vet, pasi përballimi i pacientit me situatën mund të rezultojë në rritjen e ankthit dhe aftësinë e zvogëluar për t'u përballur me vetë-konceptin apo ndryshimin e rolit.

Infermieri ndihmon pacientin të përballojë realisht ndjenjat e zemërimit dhe trishtimit si edhe të pranojë realitetin lidhur me ndryshimet aktuale. Natyra e sëmundjes çon në humbje të vazhdueshme dhe ndryshime në të gjitha aspektet e jetës.

Infermieri shqyrton informacionin për ecurinë e sëmundjes, mundësinë e remitancave dhe prognozën. Kur pacienti mëson rreth sëmundjes dhe bëhet i vetëdijshëm se sjellja e vet (duke përfshirë ndjenjën e shpresës / ruajtjes së një qëndrimi pozitiv) mund të përmirësojë ndjeshëm mirëqenien e përgjithshme dhe funksionimin e përditshëm, pacienti mund të ndihet më shumë në kontroll, duke rritur ndjenjën e vetëbesimit.

Infermieri i jep pacientit informacione të sakta, verbale dhe të shkruara, për atë që po ndodh dhe diskuton me të, pasi në këtë mënyrë ndihmon qëndrimin e pacientit në "këtu dhe tani" dhe zvogëlon frikën e të panjohurës [209].

Evidenton praninë e depresionit, shprehjet e ideimit vetëvrasës. Përshtatja me një sëmundje të pashërueshme afatgjatë, në mënyrë progresive, është e vështirë emocionalisht. Përveç kësaj, dëmtimi njohës mund të ndikojë në përshtatjen me ndryshimet e jetës. Një individ i dëshpëruar mund të besojë se vetëvrasja është mënyra më e mirë për të zgjidhur situatën.

Sigurimi i ambientit për pacientin për të diskutuar shqetësimet rreth seksualitetit, duke përfshirë menaxhimin e lodhjes, spasticitetit, zgjimit dhe ndryshimeve në ndjesi. Ndryshimet fizike dhe psikologjike shpesh krijojnë stres brenda marrëdhënieve, duke ndikuar në rolet dhe pritjet e zakonshme, duke dëmtuar më tej vetë-konceptin.

Infermieri konsultohet me ekipin profesional të terapistëve dhe të rehabilitimit, pasi identifikimi i pajisjeve ndihmëse rrit nivelin e funksionit të përgjithshëm dhe pjesëmarrjen në aktivitete, duke rritur ndjenjën e mirëqenies dhe duke e parë veten si një individ i aftë.

#### *3.10.4 Menaxhimi i pafuqisë dhe mungesës së shpresës [210]*

Pafuqia përkufizohet si përvoja jetësore e mungesës së kontrollit mbi një situatë, duke përfshirë një perceptim se veprimet e dikujt nuk ndikojnë ndjeshëm në një rezultat.

Mungesa e shpresës përkufizohet si në situatë subjektive në të cilin një individ i sheh të kufizuara ose nuk ka alternativa apo zgjedhje personale të disponueshme dhe nuk është në gjendje të mobilizojë energjitë e tij. Kjo situatë në rastin e pacientit me Sklerozë Multiple mund të lidhet me stilin e jetesës që ka çuar në pafuqi si edhe me regjimin lidhur me sëmundjen, apo paparashikueshmërinë e sëmundjes.

Zakonisht evidentohet nga depresioni mbi përkeqësimin fizik që ndodh pavarësisht nga pajtueshmëria e pacientit me regjimin, shprehjet verbale për të mos pasur kontroll ose ndikim mbi situatën, mos pjesëmarrje në kujdes ose vendimmarrje kur ofrohen mundësitë, pasiviteti, mungesa e përfshirjes në kujdes, sjellje izoluese apo tërheqje sociale.

Infermieri duhet të evidentojë sjelljet që tregojnë pafuqinë ose mungesën e shpresës, pasi pacienti mund të bëjë edhe deklarata të dëshpërimit. Shkalla në të cilën pacienti mendon se situata e tij është e pashpresë, se ai ose ajo është e pafuqishme për të ndryshuar atë që po ndodh, tregon situatën [210].

Infermieri duhet të pranojë realitetin e situatës, duke shprehur njëkohësisht edhe shpresën për durim. Megjithëse prognoza mund të jetë dekurajuese, mund të ndodhin ndryshime dhe për shkak se e ardhmja nuk mund të parashikohet, duhet të inkurajohen shpresat për një cilësi të jetës..

Inkurajohet dhe ndihmohet pacientin për të identifikuar aktivitetet që ai apo ajo dëshiron të përfshihet brenda kufijve të aftësive të tij ose të saj. Qëndrimi aktiv dhe bashkëveprimi me të tjerët përmirësojnë ndjenjat e pafuqisë.

Infermieri përcakton shkallën në të cilën pacienti ka zotëruar jetën deri tani.

Pacienti që ka marrë përgjegjësi në jetë edhe më parë ka tendencë të bëjë të njëjtën gjë edhe në kohë të vështira të përkeqësimit të sëmundjes. Megjithatë, nëse lokusi i kontrollit është fokusuar nga jashtë, pacienti mund të fajësojë të tjerët dhe të mos marrë kontroll mbi rrethanat e tyre. [210].

Inkurajohet pacientin të marrë kontrollin mbi jetën e vet, sa më shumë të jetë e mundur. Edhe kur nuk mund të bëjë shumë kujdes fizik, individi mund të ndihmojë në planifikimin e kujdesit, në atë që dëshiron apo jo. Rutina e përditshme e pacientit përfshihet në orarin e kujdesit në shtëpi ose qëndrimin në spital, sa më shumë të jetë e mundur, pasi mirëmban ndjenjën e kontrollit, vetëvendosjen dhe pavarësinë [211].

### *3.10. 5 Menaxhimin e situatës në familje si pasojë e një përballjeje joefikase:*

Pozicioni, roli dhe marrëdhëniet e personit me SM, me familjen janë mjaft të kompromentuara. Kjo gjendje mund të lidhet me situatat kritike, disorganizimin e përkohshëm të familjes dhe ndryshimet e roleve, progresin e zgjatur të sëmundjes dhe paaftësisë, mungesa e mbështetjes nga ana e personave të afërt, si edhe ndjenjat kronike të pashprehura të fajit, ankthit, armiqësisë, dëshpërimit.

Zakonisht kjo situatë mund të evidentohet nga intoleranca, braktisja, kujdesi neglizhent i pacientit apo edhe shtrembërimi i realitetit në lidhje me sëmundjen e pacientit. Ndonjëherë pacienti mund të shprehë apo ta konfirmojë vetë shqetësimin për mbështetjen në sëmundjen e tij.



Infermieri duhet të evidentojë saktësisht kohën kur ka filluar sëmundja dhe ashpërsinë e sëmundjes. Përcakton rolin e pacientit në familje dhe si ka ndryshuar organizimi i familjes pas sëmundjes së të afërmit të tyre. Kjo ndërhyrje është e nevojshme pasi sëmundja kronike, e shoqëruar me ndryshime në performancën e rolit dhe përgjegjësisë, shpesh i tejkalon aftësinë mbështetëse dhe përballuese të familjes [211].

Duhet të përcaktohet saktësisht kuptimi i personit që do të kujdeset për të sëmurin, për procesin e sëmundjes dhe pritjet për të ardhmen. Informacioni joadekuat dhe keqkuptimi lidhur me procesin e sëmundjes dhe / ose pritjet joreale ndikojnë në aftësinë për të përballuar situatën aktuale. Një fushë e veçantë e keqkuptimit është lodhja e përjetuar nga pacientët me SM. Anëtarët e familjes mund të shohin paaftësinë e pacientit për të kryer aktivitete si sjellje manipuluese dhe jo një deficiet fiziologjik aktual.

Infermieri diskuton me anëtarët e familjes gadishmërinë e tyre për t'u përfshirë në kujdes. Identifikon përgjegjësitë dhe faktorët e tjerë që ndikojnë në pjesëmarrje. Persona të tjerë të specializuar mund të mos kenë dëshirë apo kohë për të marrë përgjegjësinë për kujdes. Nëse janë të disponueshëm disa anëtarë të familjes, ata mund të jenë në gjendje të ndajnë detyrat [212].

Infermieri vlerëson faktorë të tjerë që ndikojnë në aftësitë e anëtarëve të familjes për të siguruar mbështetjen e nevojshme. Preokupimi i anëtarëve individualë me nevojat dhe shqetësimet e veta mund të ndërhyjë në sigurimin e kujdesit dhe mbështetjes së nevojshme për streset e sëmundjes afatgjatë. Përveç kësaj, kujdestari (ët) mund të pësojë rënie ose humbje të të ardhurave ose rrezikon të humbasë sigurimin shëndetësor nëse ndryshojnë orarin e punës.

Infermieri inkurajon pacientin dhe personin kujdesues për të zhvilluar dhe forcuar aftësitë për zgjidhjen e problemeve dhe për t'u marrë me situatën. Familja mund ose nuk mund të ketë trajtuar konflikte para sëmundjes dhe stresi i situatës mund të krijojë probleme shtesë (duke përfshirë zemërimin e pazgjidhur) [212].

Duhet të nxitet shprehja e lirë të ndjenjave, duke përfshirë frustrimin, zemërimin, armiqësinë dhe mungesën e shpresës.

Personat kujdesues mund të kenë frikë të shprehin ndjenjat "negative", duke besuar se kjo do të dekurajojë pacientin. Shprehja e lirë promovon vetëdijen dhe mund të ndihmojë me zgjidhjen e ndjenjave dhe problemeve (sidomos kur bëhet në një mënyrë të kujdesshme).

Infermieri duhet t'i referohet punonjësit social, specialistëve të tjerë për ndihmën ekonomike që këta pacientë mund të përfitojnë, specialistit të infermierisë klinike psikiatrike dhe psikiatërve sipas rastit, pasi pacienti me SM mund të ketë nevojë për ndihmë më të detajuar nga burimet profesionale [213].

### *3.10.6 Menaxhimi i problemeve që lidhen me çrregullimin e funksionimit të fshikëzës urinare*

Ky problem mund të lidhet me dëmtimin neuromuskular (lezionet e palcës kurrizore / fshikëzës), dhe evidentohet nga moszbrazja e plotë e fshikëzës, retensioni apo nocturia. Infermieri inkurajon marrje adekuate të lëngjeve, shmangen e kafeinës dhe likide të limituara gjatë mbrëmjes vonë dhe kohës së gjumit [213].

Rekomandon përdorimin e lëngut të boronicës dhe vitaminë C. Hidratimi i mjaftueshëm promovon prodhimin urinar dhe ndihmon në parandalimin e infeksionit.

Rekomandon larjen e mirë të duarve dhe kujdesin e duhur perineal, pasi në këtë mënyrë redukton acarimin e lëkurës dhe rrezikun e infeksioneve. Inkurajon pacientin të vëzhgojë për prezencën e gjakut në urinë, erë të keqe, temperaturë ose rritje të pashpjegueshme në simptomat e SM, pasi është tregues i infeksionit që kërkon vlerësim të mëtejshëm ose trajtim [214].

Infermieri referon specialistin për inkontinencën urinare pasi është e nevojshme për zhvillimin e një plani individual të kujdesit për të përmbushur nevojat specifike të pacientit. Nxiten lëvizje të vazhdueshme pasi në këtë mënyrë zvogëlohet rrezikun i zhvillimit të infeksioneve të traktit urinar [215].

### *3.10.7 Informimi i pacientit me SM rreth sëmundjes së tij*

Pacienti me SM mund të ketë mungesë informacioni lidhur me sëmundjen e tij. Kjo gjë mund të lidhet me keqinterpretimin e informacionit apo mosnjohjen e burimeve të informacionit dhe evidentohet nga kërkesa për informacion, ndjekja e pasaktë e udhëzimeve, zhvillimi i komplikacioneve të parandalueshme, sjellje të papërshtatshme ose të ekzagjeruara (p.sh., histerike, armiqësore, të shqetësuar, apatike) [216].

Infermieri paraprakisht vlerëson dëshirën dhe gatishmërinë e pacientit dhe / ose kujdestarit për të mësuar, pasi në këtë mënyrë përcakton nivelin e informacionit për të siguruar në çdo moment të caktuar.

Infermieri shënon shenja të paaftësisë emocionale ose nëse pacienti është në gjendje të papërshtatshme emocionale, sepse kështu do të kuptojmë që pacienti nuk do të përpunojë ose të ruajë informacionin dhe do të ketë vështirësi në të mësuar gjatë kësaj kohe [217].

Inkurajohet pjesëmarrja aktive e pacientit në procesin e të mësuarit, duke përfshirë përdorimin e instruksioneve sipas nevojës, pasi përmirëson ndjenjën e pavarësisë dhe të kontrollit, dhe mund të forcojë përkushtimin ndaj regjimit terapeutik.

Infermieri identifikon shenja dhe simptoma që kërkojnë vlerësim të mëtejshëm, pasi ndërhyrja e menjëhershme mund të ndihmojë në kufizimin e nivelit të përkeqësimit ose komplikacioneve. Infermieri diskuton rëndësinë e rutinës ditore të pushimit, stërvitjes, aktivitetit dhe ngrënies, duke u përqëndruar në aftësitë aktuale. Udhëzon në përdorimin e pajisjeve të përshtatshme për të ndihmuar, pasi në këtë mënyrë ndihmon pacientin të ruajë nivelin aktual të pavarësisë fizike dhe mund të kufizojë lodhjen.

Infermieri shqyrtoni problemet e mundshme që mund të lindin, të tilla si ulja e perceptimit të nxehtësisë dhe dhimbjes, ndjeshmëria ndaj infeksioneve, veçanërisht ato të traktit urinar. Këto ndërlikime të ndërlidhura mund të rrezikojnë sigurinë e pacientit dhe të precipitojnë një përkeqësim të simptomave.

Identifikon veprimet që mund të ndërmerren për të shmangur lëndimet, p.sh., për të shmangur banjot e nxehta, për të inspektuar rregullisht lëkurën, për t'u kujdesur për transferimet dhe për lëvizjen e karrigeve me rrota, dhe për të siguruar ushqimin adekuat.

Nxit shmangien e personave me infeksione të rrugëve të sipërme të frymëmarrjes. Rishikimi i faktorëve të rrezikut mund të ndihmojë pacientin të marrë masa për të mbajtur gjendjen fizike në nivelin optimal / parandalimin e komplikimeve.

Diskuton mbi rrezikun e lartë të osteoporozës dhe rishikon masat parandaluese, p.sh., stërvitjen e rregullt, marrjen e kalciumit dhe vitaminës D, marrjen e reduktuar të kafeinës, ndërprerjen e pirjes së duhanit, terapinë zëvendësuese hormonale.

Lëvizja e zvogëluar, mungesa e vitaminës D, dhe zvogëlimi i mundësisë së përfshirjes në masat parandaluese rrisin rrezikun e frakturave. Rekomandohet kontakt me organizata vendore dhe kombëtare të SM dhe burime të tjera mbështetëse.

Kontakti i vazhdueshëm, siç janë postimet, informon për programet dhe shërbimet në dispozicion të personit me SM dhe mund të rritin njohuritë e tij. Grupet mbështetëse mund të ofrojnë shkëmbim informacioni dhe përmirësojnë aftësinë e zgjidhjes së problemit dhe përballimin individual dhe familjar [218].

## KAPITULLI IV: RISHIKIMI I LITERATURËS

---

Rishikimi i literaturës kishte për qëllim të ekzaminonte të gjitha studimet që në fokusin e tyre kishin rehabilitimin e pacientëve me Sklerozë Multiple, dhe ndikimin e rehabilitimit në shëndetin e pacientëve me Sklerozë Multiple.

Kërkimi elektronik sistematik për artikuj të botuar pa limit kohor përfshiu libraritë online të Ovid PubMed, Cochrane Library, NLM Tools.

Shtatë studime nga më shumë se 112 artikuj potencial, në lidhje me tematikën e interesit u përfshin në analizën finale. Pothuajse të gjitha rezultatet e studimeve ishin të njëjta.

Studimi i kryer nga Terré-Boliart R. et al. (2007) [219], raporton përmirësime në aftësinë e kufizuar dhe cilësinë e jetës, ndërsa deficieti mbetet i pandryshuar. Çdo përmirësim që arrihet ka tendencë të bjerë me kalimin e kohës, gjë që bën të nevojshme kryerjen e një ndjekjeje, pas përfundimit të rehabilitimit.

Simptoma të tilla si lodhja, spasticiteti, ataksia dhe çrregullimet sfinkterike përfitojnë nga trajtimi i përshtatshëm farmakologjik i aplikuar, së bashku me terapinë e rehabilitimit.

Në studimin e kryer nga Vikman, T et al. (2009) [220], një studim vlerësues, i cili u krye për një periudhë 3-javore, u përfshinë dy grupe A (n=40) dhe B (n=18), dhe u aplikuan teknika rehabilituese. Ky studim, në përfundim evidentoi se pas rehabilitimit 3-javor, u panë përmirësime të rehabilitimit stacionar në funksionet motorike dhe aspekte të tjera.

Paltamaa J., et al. oct.2012, [221] realizoi një studim, klinikal trial, në të cilin u gjetën prova të pakta për efikasitetin e ushtrimeve të veçanta, si edhe terapisë fizike të individualizuara për zgjidhjen e problemeve, rezistencë në kryerjen e ushtrimeve aerobike për përmirësimin e bilancit tek personat ambulatorë me Sklerozë Multiple.

Latimer-Cheung AE., et al. (2013), [223] realizoi një studim për lidhjen midis dëmtimit të aftësive njohëse, në fazat e hershme dhe të vonshme, nëpërmjet të cilit u evidentua se aftësitë njohëse, imazhi, humori, lodhja, cilësia e jetës dhe deficietet njohëse të vetperceptimit, u panë të përmirësuar pas rehabilitimit.

Studimi i kryer nga Campbell E., et al. (2015), [224] ku u përfshinë dy grupe, ku tek i pari bënë pjesë pacientët, të cilët për një periudhë 4-7 mujore, do të përfshiheshin në programet rehabilituese, ndërsa grupi tjetër nuk u përfshi. Ky studim evidentoi se programet rehabilituese ndikuan pozitivisht, dhe në mënyrë mjaft domethënëse në mirëqënien psikologjike, dhe në rritjen e cilësisë së jetës së këtyre individëve.

K T Hanssen (2016), [225], realizoi një studim rast-kontroll, ku u përfshinë 120 persona (të ndarë në grupin e kontrollit dhe të ndërhyrjes), me ankesa të sferës njohëse, të cilët iu nënshtruan një rehabilitimi multidisiplinar 4-javor. Rehabilitimi u realizua n.p.m. 8 ndërhyrjeve, terapi me ushtrime, rehabilitimi multidisiplinar, stimulimi funksional elektrik, injeksione me toksina botulinum të tipit A, dhe ushtrime tërheqëse, trajnimi i muskujve inspirator, terapia e mënyrës së të qëndruarit, akupunkturë, dhe ruajtja e peshës trupore n.p.m. trajnimit rutine.

Rezultatet e studimit treguan se rehabilitimi pati një ndikim të rëndësishëm në grupin e ndërhyrjes.

## 4.1 STUDIMI

Ky studim u krye në një periudhë kohore 2 vjeçare, i ndarë në dy faza. Në fazën e parë u bë e mundur studimi i detajuar i kartelave mjekësore të pacientëve të hospitalizuar në Spitalin Rajonal të Vlorës, për periudhën Janar-Dhjetor, 2010-2015, të diagnostikuar me Sklerozë Multiple, ndërsa në fazën e dytë u krye skedimi i të gjitha kartelave, të cilat u përfshinë në analizën statistikore, kompjuterizimi dhe analizimi i tyre. Rezultati tregoi për lidhjen e zbuluar midis rehabilitimit fizik, si një alternativë mjaft e rëndësishme në trajtimin e këtyre pacientëve.

## 4.2 QËLLIMI DHE OBJEKTIVAT

### 4.2.1 QËLLIMI

Qëllimi i këtij studimi ishte shqyrtimi i të gjitha kartelave mjekësore të pacientëve të hospitalizuar në Spitalin Rajonal Vlorë, Janar-Dhjetor 2010-2015, të diagnostikuar me Sklerozë Multiple, me qëllim që të evidentohen efektet pozitive të rehabilitimit fizik dhe progresi i këtyre pacientëve.

### 4.2.2 OBJEKTIVAT

#### 4.2.2.1 *Objektivi i përgjithshëm*

Identifikimi i situatës reale të pacientëve të hospitalizuar me Sklerozë Multiple në qytetin e Vlorës, realizimit të seancave rehabilituese të këtyre pacientëve, fokusuar në studimin e këtyre kartelave si dhe të formulohen rekomandime bazuar në evidenca, për vendosjen e prioriteteve për të ndihmuar në progresin e gjendjes së këtyre pacientëve.

#### 4.2.2.2 *Objektivat specifike*

- Analiza e gjendjes ekzistuese të pacientëve, me Sklerozë Multiple, të hospitalizuar në Spitalin e Vlorës, për periudhën e marrë në studim.
- Të gjenden dhe të vlerësohen lidhjet midis karakteristikave sociodemografike dhe realizimit të seancave rehabilituese.
- Të gjenden dhe të vlerësohen lidhjet midis karakteristikave klinike dhe efektet që mund të kenë patur seancat rehabilituese në ndryshimin e këtyre karakteristikave.
- Të vlerësohet lidhja midis evoluimit të sëmundjes dhe gjendjes së pacientit dhe seancave rehabilituese.
- Vlerësimi i lidhjes midis ditëqëndrimit në spital dhe seancave rehabilituese.

## 4.3 METODOLOGJIA

---

### 4.3.1 METODA KËRKIMORE

Studimi është i llojit retrospektiv, bazuar në shqyrtimin e të gjitha kartelave të pacientëve të hospitalizuar me Sklerozë Multiple, në Spitalin e Vlorës. Kjo metodë u përzgjedh si shumë e përshtatshme për arritjen e qëllimit të studimit.

### 4.3.2 FUSHA E STUDIMIT

Studimi është shtrirë në fushën e seancave rehabilituese dhe kujdesjeve infermiore për pacientët me Sklerozë Multiple. Njëpërmjet tij u evidentua mungesa e studimeve të kryera në vendin tonë për këtë problematikë. Studimet ekzistuese kishin si fokus të tyre kryesisht prevalencën e Sklerozës Multiple, sesa faktorët që influencojnë në përmirësimin apo rehabilitimin e gjendjes së këtyre pacientëve.

### 4.3.3 PERIUDHA KOHORE E STUDIMIT

Periudha kohore në të cilën është realizuar ky studim është 2014-2016.

Faza e parë u fokusua në grumbullimin e të gjitha kartelave mjekësore të pacientëve të diagnostikuar me Sklerozë Multiple, në Spitalin e Vlorës me qëllim që të kuptonim kontekstin e problemit dhe të mundësonim një analizë me të plotë të tij. Më pas u vazhdua me studimin dhe përzgjedhjen e literaturës së përshtatshme për natyrën e studimit, grumbullimi i materialeve të ndryshme të botuara si dhe navigime në internet. Faza tjetër ishte ajo e skedimit të të gjitha informacioneve të marra nga kartelat e shqyrtuara, duke e skeduar secilën prej tyre në mënyrë të vecantë, dhe duke marrë në konsideratë të gjithë variablat, e cila pasoi me hedhjen dhe analizën e të dhënave dhe u finalizua me shkrimin e këtij punimi.

### 4.3.4 POPULLATA TARGET DHE PËRZGJEDHJA

Popullata target e përzgjedhur ishin të gjithë pacientët e diagnostikuar me Sklerozë Multiple dhe të hospitalizuar për periudhën e marrë në studim.

### 4.3.5 ANALIZA E TË DHËNAVE

Statistika përshkruese, duke përfshirë frekuencat, mesataret, devijimin standart dhe intervalin i besimit 95% (IB), janë përdorur për analizimin e gjithë variablave të studimit. Për ndryshorët kategorik u raportuan numrat absolut dhe përqindjet respektive. Tabelat e kryqëzuara (MXN) janë përdorur për krahasimin e variablave të varur dhe të pavarur. Për vlerësimin dhe lidhjet midis variablave të ndryshme u përdorën teste statistikore në përshtatje me natyrën e variablave që marrin pjesë në një lidhje të caktuar. Për vlerësimin e shoqërimeve midis variablave kategorike u përdor test i statistikor hi katror  $X^2$ , Fisher test, test i preferuar për vlerësimin e shoqërimeve midis variablave kategorike.

Në të gjitha rastet, u konsideruan si statistikisht sinjifikante (të përfillshme) vlerat e  $P < 0.05$ . Për hedhjen dhe analizën statistikore të të dhënave u përdor programi statistikor Epi Info<sup>TM</sup> 7 software version 7.1.3.10 (CDC Epi-Info<sup>TM</sup>).

#### **4.3.6 KONSIDERATA ETIKE TË STUDIMIT**

Për të realizuar qëllimin e këtij studimi u sigurua leja etike prej drejtuesve të spitalit të Vlorës si edhe prej shefit të zyrës së Statistikave, Spitali Rajonal Vlorë.

#### **4.3.7 LIMITIMET E STUDIMIT**

Pavarësisht gjetjeve dhe asaj se çfarë solli ky studim duhen theksuar edhe kufizimet e këtij studimi. Kështu numri i kartelave të marra në studim duhet theksuar që është një numër mjaft i vogël për të përgjithësuar përfundimet e studimit tonë. Krahas kësaj, informacioni në këto kartela jo gjithmonë është i plotë, dhe në pjesën më të madhe të rasteve ka qenë e nevojshme gjetja e pikave kontaktuese me pacientët, por edhe me mjekët neurologë, në mënyrë që të kishim një informacion të saktë dhe të plotë.

Vet-raportimet e pacientëve kanë qenë një ndihmë mjaft e madhe në plotësimin e informacionit të nevojshëm, edhe pse në disa raste duhet thënë që kemi patur mjaft vështirësi për të kontaktuar me ta.

Pavarësisht këtyre kufizimeve, jam e bindur se informacioni që sjell ky studim, do të ofrojë të dhëna shumë të rëndësishme për situatën realë të pacientëve me Sklerozë Multiple në qytetin e Vlorës, informacion i cili momentalisht mungon totalisht.

## 4.4. REZULTATET DHE DISKUTIMI

### I. FAZA E PARE

#### 4.4.1 Evidentimi i dokumentacionit

Kjo fazë ka qenë mjaft e rëndësishme, pasi u bë e mundur që të evidentojmë të gjitha kartelat e pacientëve të diagnostikuar me Sklerozë Multiple, për periudhën Janar-Dhjetor 2015. Këto të dhëna u siguruan fillimisht nga regjistri i përgjithshëm i spitalit por edhe nga regjistrat elektronike, dhe më pas nga kartelat mjekësore në kartotekën e këtij spitali.

### II. FAZA E DYTE (Studimi i të gjitha kartelave)

#### 4.4.2 KARAKTERISTIKA DEMOGRAFIKE E SOCIO EKONOMIKE TË SUBJEKTEVE NË STUDIM

Numri total i kartelave të përfshira ishte 58, moshë mesatare e pacientëve të hospitalizuar me SM ishte 43 vjeç,  $SD \pm 10.19$ , ashtu sikurse kemi evidentuar edhe në literaturë që më shumë se 50% e pacientëve të hospitalizuar janë të moshës 45-64 vjeç [226].

Variablat		Frekuenca (n)	Përqindja (%)	95% CI
Gjinia	Femër	28	48.28	[34.95-61.78]
	Mashkull	30	51.72	[38.22-65.05]
Statusi civil	Beqar/e	31	53.44	[39.22-66.15]
	I/E martuar	27	46.56	[34.58-61.42]
Vendbanimi	Fshat	17	29.31	[18.09-42.73]
	Qytet	41	70.69	[57.27-81.91]
Niveli arsimor	8-9 vjecar	15	25.86	[15.26-39.04]
	I lartë	14	24.14	[13.87-37.17]
	I mesëm	29	50.00	[36.58-63.42]
Punësimi	I/E punësuar	10	17.24	[12.67-34.17]
	I/E papunësuar	48	82.76	[49.22-76.15]

Nga tabela më sipër shohim që kemi një numër pothuajse të barabartë të meshkujve me femrat, në kundërshtim me atë që kemi parë në literaturë [227], ku femrat dominojnë me një raport 4:1. Literatura tregon se numri i pacientëve me SM është më e lartë [228] në mesin e njerëzve që i përkasin në një nivel më të ulët arsimor dhe status social ekonomik, ashtu sikurse një fakt i tillë vërtetohet edhe nga studimi ynë, ku shohim që 50% e pacientëve të hospitalizuar për periudhën e studimit, janë me arsim të mesëm, dhe 82.76% janë të papunë.



Ndërkohë që vetëm 10% e këtyre pacientëve janë të punësuar, dhe duket qartë që 25.86% e tyre janë me arsim 8-9 vjeçar, dhe vetëm 24.14% e tyre janë me arsim të lartë. Përsa i përket çështjes së punësimit në personat me Sklerozë Multiple, të njëjtat dëshmi sikurse edhe në studimin tonë i gjejmë edhe në literaturë [229].

29.31 e pacientëve në studimin tonë jetojnë në fshat dhe 70.69 në qytet, por literatura tregon se ekziston një numër më i madh i pacientëve që jetojnë në fshat [230].

Në studimin tonë shohim se 53.44% e pacientëve janë beqarë, dhe 46.56% janë të martuar, dëshmi të cilën e gjejmë edhe në literaturë [231].

Në literaturë gjithashtu evidentohet qartë fakti se të qenit i martuarit në çfarëdo stadi të Sklerozës Multiple duket se sjell përfitim në progresin e sëmundjes [231].

<b>Tabela 2. Lidhja midis karakteristikave sociodemografike të pacientëve me SM dhe fizioterapisë</b>					
Variablat		Fizioterapi			
		Po		Jo	
		Frekuenca (n) (%)	95% IB*	Frekuenca (n) (%)	95% IB*
Gjinia	Femër	15 (40.54)	[24.75-57.90]	13 (61.90)	[38.44-81.89]
	Mashkull	22 (59.46)	[42.10-72.25]	8 (38.10)	[18.11-61.56]
Statusi civil	Beqar/e	15 (40.54)	[24.75-57.90]	16 (76.19)	[52.83-91.78]
	I/E martuar	22 (59.46)	[42.10-72.25]	5 (23.81)	[8.22-47.17]
Vendbanimi	Fshat	4 (10.81)	[3.03-25.42]	13 (61.90)	[38.44-81.89]
	Qytet	33 (89.19)	[74.58-96.97]	8 (38.10)	[18.11-61.56]
Arsimimi	8-9 vjeçar	5 (13.51)	[4.54-28.77]	10 (47.62)	[25.71-70.22]
	I lartë	13 (35.14)	[20.21-52.54]	1 (4.76)	[0.12-23.82]
	I mesëm	19 (51.35)	[34.40-68.08]	10 (47.62)	[25.71-70.22]
Punesimi	I/E punësuar	9 (24.32)	[11.77-41.20]	1 (4.76)	[0.12-23.82]
	I/E papunësuar	28 (75.68)	[58.80-88.23]	20 (95.24)	[76.18-99.88]

*\*Interval i besimit; i sipërm dhe i poshtëm*

Nga tabela më sipër shohim se si paraqet lidhja midis seancave rehabilituese dhe karakteristikave të përgjithshme socio-demografike. Në total numri i pacientëve që kanë kryer seanca rehabilituese është 37.

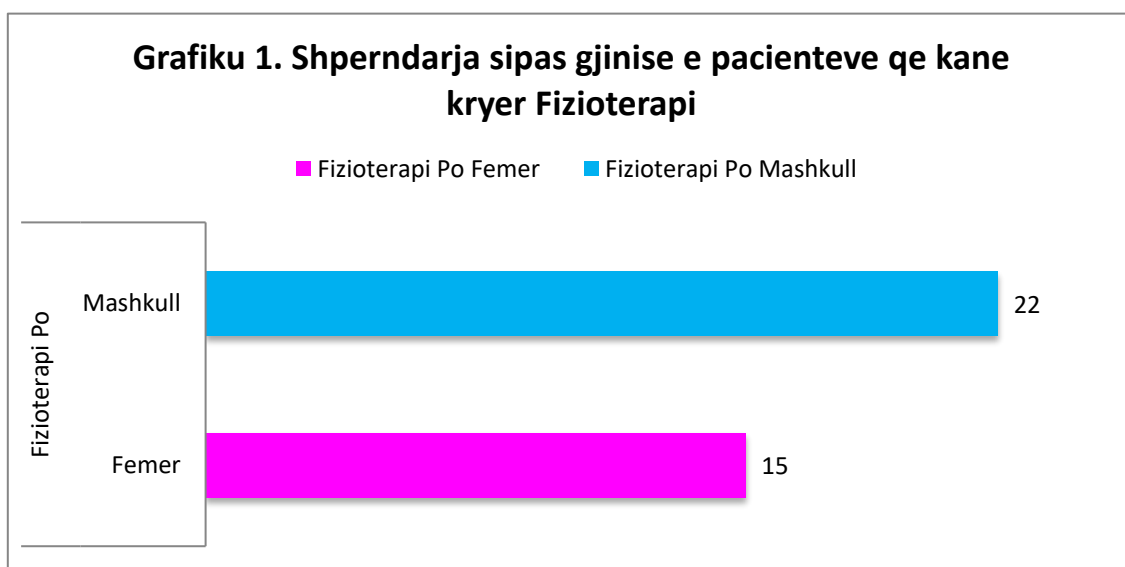
Kështu 59.46% e meshkujve (të cilët janë të përfshirë në këtë studim), kanë kryer seanca rehabilituese, ndërkohë që 40.54% e femrave (të cilët janë të përfshirë në këtë studim) kanë kryer seanca rehabilituese.

Nga grupi i pacientëve që jetojnë në qytet 89-19% e tyre kanë kryer seanca fizioterapie, krahasuar me 10.81% e pacientëve që jetojnë në fshat. Ky rezultat shpjegohet me faktin se sa më pranë qendrave urbane aq më e kollajtë është për pacientët për t'u trajtuar dhe për të përfituar trajtimin e duhur shëndetësor, por edhe aksesit që kanë pacientët të cilët ndodhen në qytet është më i lartë krahasuar me ata që jetojnë në fshat (fakt ky i dëshmuar nga vetë pacientët).

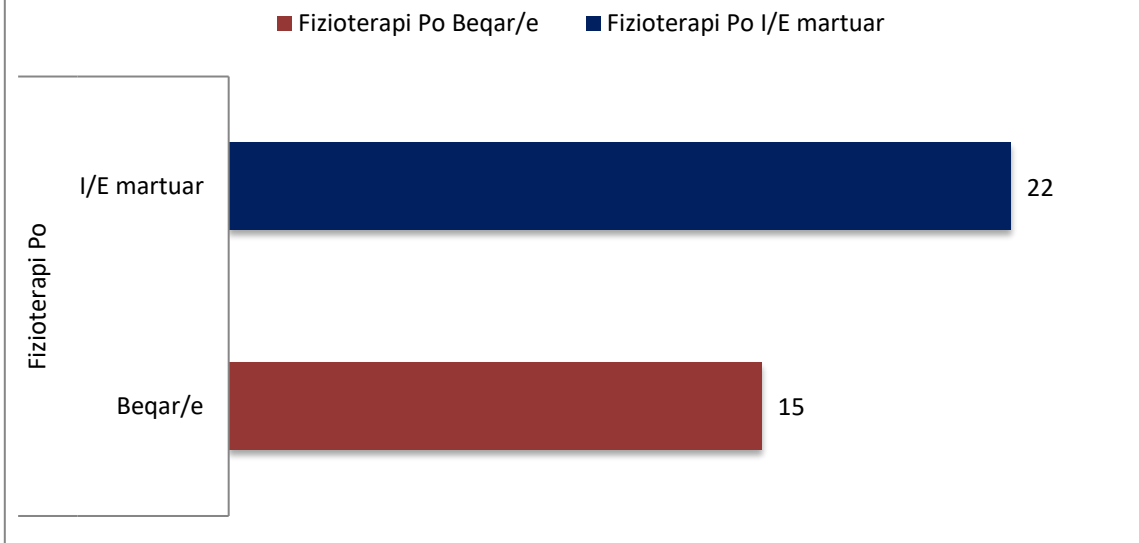
Duke iu referuar statusit civil, konfirmojmë edhe njëherë atë çfarë u përmend edhe më sipër, ku në grupin e personave të cilët kanë zhvilluar seanca rehabilituese, 59.46% e tyre janë të martuar, dhe në grupin e këtyre pacientëve vetëm 23.81% nuk kanë kryer seanca rehabilituese. Suporti që këta persona merrnin nga familjarët, grua/burri apo fëmijët kishte një ndikim mjaft të madh në vazhdimësinë e zhvillimit të fizioterapisë.

Të qënurit i papunë e ul propabilitetin e zhvillimit të këtyre seancave, ku në grupin e personave që kanë kryer fizioterapi 75.68% e tyre janë të papunësuar, dhe vetëm 24.32% janë të punësuar.

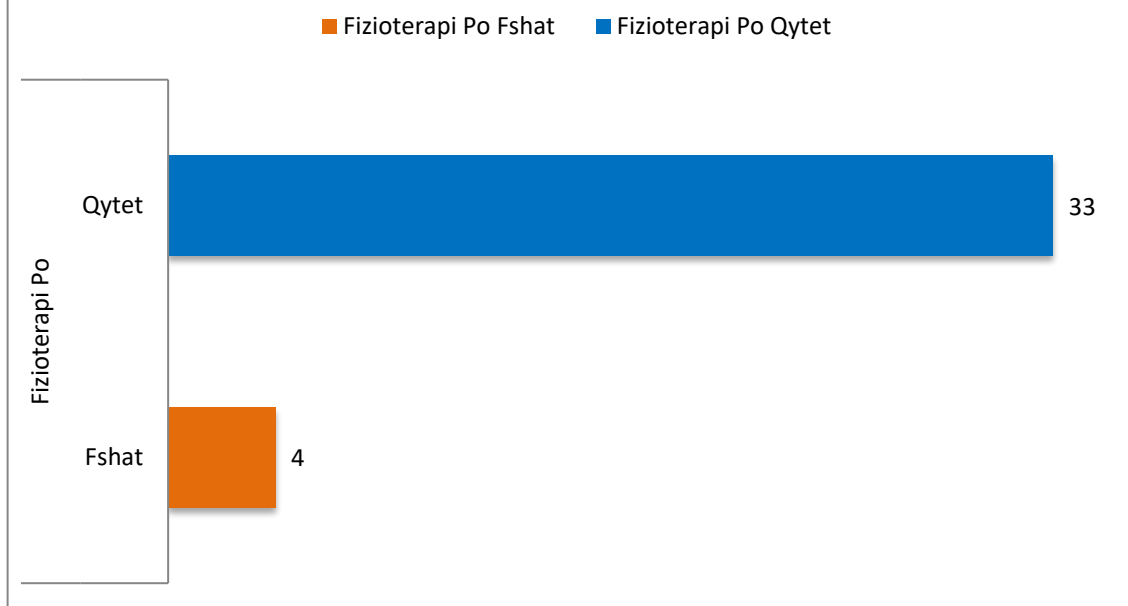
Duke iu referuar nivelit arsimor, vihet re që 51.35% e pacientëve me SM që kanë kryer seanca rehabilituese, i përkasin arsimit të mesëm, 35.14% i përkasin arsimit të lartë, dhe vetëm 13.51% i përkasin arsimit 8-9 vjeçar. Këtë rezultat ne e kemi evidentuar edhe nga kontakti i drejtpërdrejtë me pacientë të ndryshëm, ku niveli arsimor i tyre reflektohej në kërkesën që ata kishin për cilësinë e jetës së tyre dhe sigurisht përfshirjen e tyre në seancat rehabilituese.



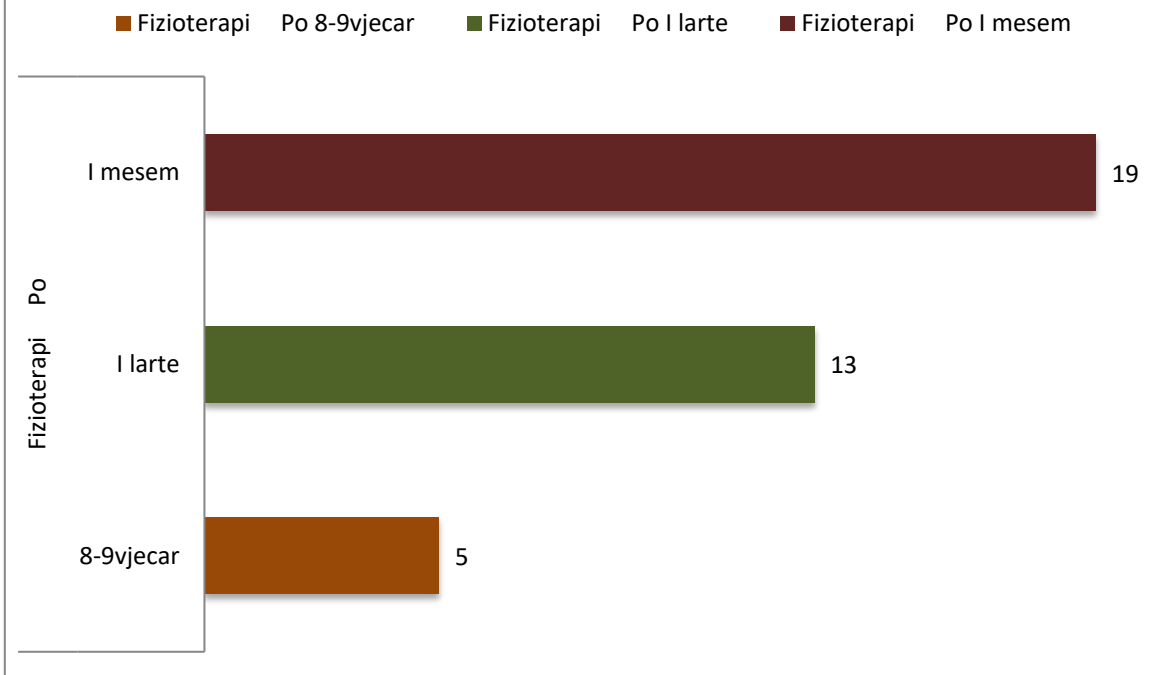
**Grafiku 2. Shperndarja sipas statusit civil e pacienteve qe kane kryer Fizioterapi**



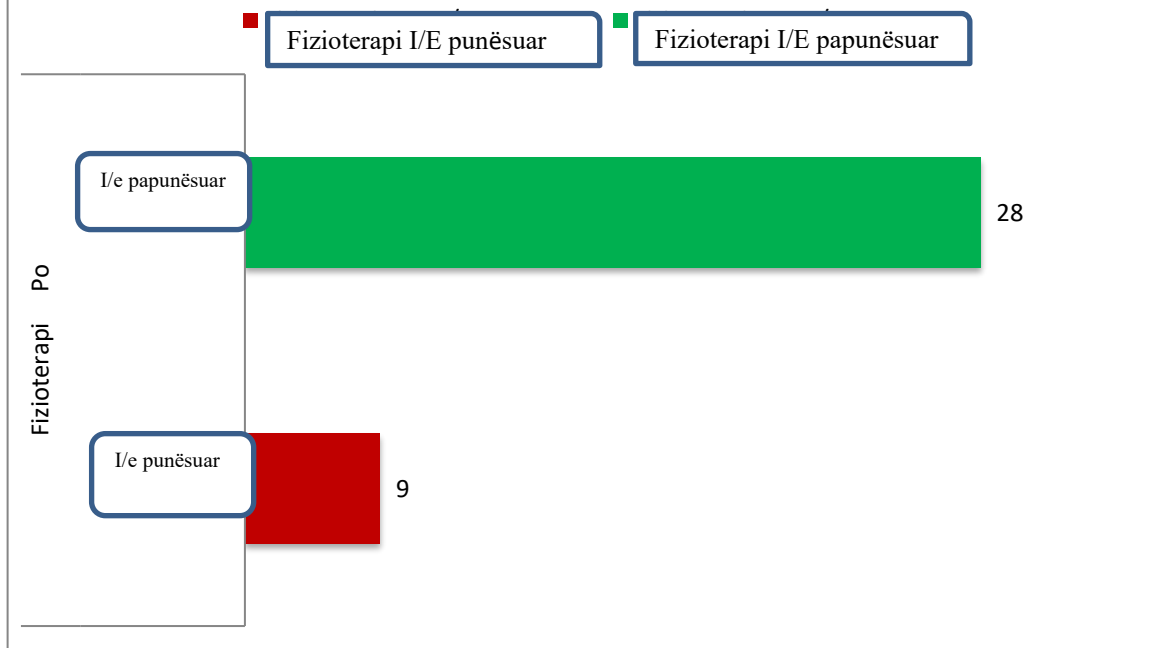
**Grafiku 3. Shperndarja sipas vendbanimit e pacienteve qe kane kryer Fizioterapi**



**Grafiku 4. Shperndarja sipas arsimimit te pacienteve qe kane kryer Fizioterapi**



**Grafiku 5. Shperndarja sipas statusit te punesimit te pacienteve qe kishin kryer Fizioterapi**



<b>Tabela 3. Karakteristikat klinike të pacientëve me SM</b>		
Variablat		Frekuenca (n) (%)
Diagnoza	SM	57 (98.28)
	Tetraparezë Spastike	15 (25.86)
	Paraplegji Spastike	10 (17.24)
	Tetraparezë Spastike e rëndë	3 (5.17)
Diagnoza e shtrimit	Inkontinencë urinare	27 (46.55)
	Mpirje dhe bllokim të këmbëve	22 (37.93)
	Çrregullime në gëlltitje	15 (25.86)
	Pamundësi për të ecur	12 (20.69)
	Vlerësim klinik dhe periodik të gjendjes së pafhtësisë	8 (13.79)
	Luhatje të humorit	8 (13.79)
	Dhimbje dhe dobësi trupore, lodhje	6 (10.34)
	Humbje e shikimit	6 (10.34)
	Dhimbje të forta të gjoksit	3 (5.17)
	Humbje të herëpashershme të kujtesës	3 (5.17)
	Marrje mendsh, humbje ekuilibri	1 (1.72)
	Retension urinar	0 (0.00)
	Klinika	Humbje ekuilibri/ Marrje mendsh
Bllokim të anësive të poshtme/Pamundësi për të ecur		30 (51.72)
Dhimbje dhe dobësi trupore/ ngurtësim muskular		29 (50.00)
Mpirje e rëndë e anësive		28 (48.28)
Dhimbje koke		19 (32.76)
Retension urinar/Vështirësi në urinim/Inkontinencë urinare		19 (32.76)
Gjendje depresive		14 (24.14)
Harresa të herëpas-hershme/mungesë përqëndrimi		11 (18.97)
Dhimbje të shtyllës kurrizore		4 (6.90)
Çrregullime gastrointestinale/të vjella		4 (6.90)

Duke iu referuar tabelës se mësipërme, ashtu sikurse në literaturë [231] Bridget M Ëilson, et al., 2015), shenjat klinike të pacientëve të hospitalizuar janë të ngjashme me ato që pacientët tanë kanë paraqitur.

Arsyet kryesore të hospitalizimit të pacientëve tanë janë; “inkontinencë urinare” 46.55%, “mpirje dhe bllokim të këmbëve” 37.93%, “çrregullime në gëlltitje” 25.86%; janë 3 arsyet kryesore të hospitalizimit të këtyre pacientëve, ndërkohë që edhe në literaturë shohim që problemet digjестive, urinare dhe cirkulatore, janë arsyet kryesore të hospitalizimit, [232].

Por në një studim tjetër është vënë re që që arsyeja kryesore e shtrimit të këtyre individëve në spital [223], në 90% të rasteve të marrë në studim kanë patur si arsye kryesore të hospitalizimit, “përmirësimin e lëvizshmërisë”, ndërkohë që në studimin tonë “pamundësia për të ecur” e gjejmë në 20.69% të rasteve të hospitalizuara.

Në studimin tonë, shohim se “gjendja depresive” është në 24.14% të pacientëve, dhe “humbja e kujtesës / mungesa e përqëndrimit” në 18.97% , pothuajse në të njëjtat nivele me ato që kemi parë në literaturë [233].

“Dhimbja” paraqitet në 44% dhe 80% të njerëzve me SM dhe ka një ndikim të rëndësishëm në jetën e tyre [234] Hirsh et al, 2009;. O'Connor et al, 2008;.. Ehde et al, 2006), në studimin tonë shohim se, “dobësi dhe dhimbje trupi / ngurtësi e muskujve” e gjejmë në 50% të pacientëve, “dhimbje koke” në 32.76% të pacientëve, “dhimbja e palcës kurrizore” është në 6.90% të pacientëve.

Në studime të tjera “dhimbja” paraqitet në 30-50% të pacientëve [235].

Studimet e ndryshme konfirmojnë [236] se, më shumë se një e treta e pacientëve me sklerozë të shumëfishtë vuajnë nga “vështirësitë e gëlltitjes”. Në studimin tonë, ne mund të shohim se 25.86% e pacientëve kanë “çrregullime të gëlltitjes”, dhe është një ndër tre arsyt kryesore të hospitalizimit të pacientëve tanë.

“Çrregullimet gastrointestinale” në pacientët tanë përbëjnë 6.90%, por këto çrregullime së bashku me problemet e mushkërive janë mjaft të zakonshme në popullatën me SM në literaturën e huaj që kemi studiuar [232].

<b>Tabela 4. Lidhja midis seancave të fizioterapisë dhe ecurisë së sëmundjes**</b>			
Ecuria e sëmundjes	Fizioterapi (n)		Total
	Po	Jo	
Gradual	22	4	26
I shpejtë	1	0	1
I shpejtë 2 vitet e fundit	6	4	10
I shpejtë 5 vitet e fundit	2	2	4
Rëndim i vazhdueshem	6	11	17

*\*\*chi-square 11.8177, df 4, probability 0.0188*

Nga çfare shohim më sipër duket qartë se seancat rehabilituese kanë ndikuar në një evoluim gradual të sëmundjes, në 22 pacientë nga 58 që janë në total. Pra, kjo e dhënë na tregon qartë efektet pozitive të rehabilitimit fizik në ecurinë e gjendjes së pacientëve, gjë që e gjejmë edhe në literaturë [237]. Në këtë studim rast kontroll te randomizuar, morën pjesë njëqind dyzet e gjashtë pacientë, të cilët ishin ndarë rastësisht në tri grupe, në grupin e parë dhe të dytë që iu nënshtruan seancave rehabilituese, dhe grupi i tretë i cili ishte grupi “në pritje”. Në përfundim të studimit u vunë re ndryshimet pozitive në dy grupet e para dhe përmirësimi i cilësisë së jetës së tyre krahasuar me grupin e tretë. Ndërkohë që në grupin e pacientëve që kanë patur një rëndim të vazhdueshëm të sëmundjes, 11 prej tyre nuk kanë kryer fizioterapi.

<b>Tabela 5. Lidhja midis fizioterapisë dhe gjendjes së pacientit</b>							
Fizioterapi	Gjendja e pacientit						Total
	E mirë	E përkeqësuar	E rënduar 3 vitet e fundit	E rënduar 5 vitet e fundit	E rënduar në vitet e fundit	Pa ndryshime	
Po	9	6	1	2	5	14	37
Jo	0	9	0	5	3	4	21
Total	9	15	1	7	8	18	58

*chi-square 16.5188, df 5, probability 0.0055*

Tabela pasqyron qartë lidhjen midis seancave rehabilituese dhe gjendjes së pacientit  $p < 0.0055$ . 9 prej pacientëve që kanë kryer fizioterapi paraqesin gjendje shëndetësore të mirë, 14 prej tyre nuk kanë ndryshime në gjendjen e tyre shëndetësore.

<b>Tabela 6. Numri i seancave të fizioterapisë tek ata pacientë me SM që kanë kryer rehabilitim fizik *</b>			
Variablat	Frekuenca (n)	Përqindja (%)	95% CI
2 seanca	1	2.50	[0.06-13.16]
5 seanca të vetme	3	7.50	[1.57-20.39]
Disa seanca	8	20.00	[9.05-35.65]
Disa seanca jashtë vendit	7	17.50	[7.34-32.78]
Disa seanca në ditët e fundit	1	2.50	[0.06-13.16]
E paspecifikuar	14	35.00	[20.63-51.68]
Seanca brenda dhe jashtë vendit	1	2.50	[0.06-13.16]
Seanca javore	5	12.50	[4.19-26.80]

Tabela e mësipërme na jep një përshkrim real të situatës në lidhje me numrin e seancave që kanë kryer pacientët e hospitalizuar. Ajo që të bie në sy është fakti që 35% e pacientëve nuk e specifikojnë çfarë lloj seancash kanë kryer, 20% e tyre kanë kryer disa seanca pa përcaktuar se ku janë kryer ato, dhe 17.50% kanë kryer seanca fizioterapie jashtë vendit.

<b>Tabela 7. Shpërndarja e pacientëve sipas kryerjes së fizioterapisë përgjatë viteve</b>				
Variablat	Fizioterapi			
	Po		Jo	
	Frekuenca (n) (%)	95% IB*	Frekuenca (n) (%)	95% IB*
Viti 2010	10 (27.03)	[13.97-44.12]	7 (33.33)	[14.59-56.79]
Viti 2011	2 (5.41)	[0.66-18.19]	2 (9.52)	[1.17-30.38]
Viti 2012	4 (10.81)	[3.03-25.42]	3 (14.29)	[3.05-36.34]
Viti 2013	6 (16.22)	[6.19-32.01]	3 (9.52)	[3.05-36.34]
Viti 2014	8 (21.62)	[9.83-38.21]	4 (19.05)	[5.45-41.91]
Viti 2015	7 (18.92)	[7.96-35.16]	2 (9.52)	[1.17-30.38]

Nga tabela e mësipërme evidentohet numri i pacientëve që kanë kryer fizioterapi por edhe i atyre që nuk kanë kryer asnjë seancë të tillë, përgjatë viteve të marra në studim.

Në vitin 2010 kemi 27.03% të pacientëve që kanë kryer seanca fizioterapie, por duhet të kemi parasysh që edhe numri i pacientëve të hospitalizuar me SM, është më i lartë gjatë këtij viti, krahasuar me vitet e tjera. Duke parë tabelën nuk mund të themi që me kalimin e viteve është rritur numri i seancave rehabilituese që pacientët kanë kryer, por gjithashtu nuk mund të flasim as për ulje të numrit të pacientëve me SM të hospitalizuar, gjë të cilën e kemi parë në literaturë [232].

<b>Tabela 8. Lidhja midis ditëqëndrimit në spital dhe seancave rehabilituese</b>				
Variablat	Fizioterapi			
	Po		Jo	
	Frekuenca (n) (%)	95% IB*	Frekuenca (n) (%)	95% IB*
1 Ditë	1 (2.70)	[0.07-14.16]	0 (0.00)	[0.00-16.11]
2 Ditë	10 (27.03)	[13.79-44.12]	3 (14.29)	[3.05-36.34]
3 Ditë	10 (27.03)	[13.79-44.12]	7 (33.33)	[14.59-56.97]
4 Ditë	9 (24.32)	[11.77-41.20]	2 (9.52)	[1.17-30.38]
5 Ditë	5 (13.51)	[4.54-28.77]	8 (38.10)	[18.11-61.56]
6 Ditë	1 (2.70)	[0.07-14.16]	1 (4.76)	[0.12-23.82]
10 Ditë	1 (2.70)	[0.07-14.16]	0 (0.00)	[0.00-16.11]

Nga tabela shohim që ditëqëndrimi i pacientëve tanë luhet nga 1-10 ditë, ndërkohë që në literaturë shohim që ditëqëndrimi i këtyre pacientëve luhet nga 11-152 ditë [238]. Konkretisht pacientët të cilët nuk kanë kryer seanca fizioterapie, 38.10% e tyre kanë qëndruar 5 ditë.



Nga studimi i kartelave të këtyre pacientëve pamë që arsyeja e këtij ditëqëndrimi lidhej me faktin se ata janë mbajtur thjesht në vëzhgim (20%) , dhe për të përfituar KEMP. Pacientët të cilët kanë kryer seanca fizioterapie kanë qëndruar mesatarisht 4 ditë, në të cilat ata kanë kryer ekzaminime laboratorike dhe imazherike për të parë ecurinë dhe gjendjen në vazhdimësi.

<b>Tabela 9. Trajtimi i pacientëve</b>			
<b>Trajtimi përpara hospitalizimit</b>	<b>Frekuenca (n)</b>	<b>Përqind (%)</b>	<b>95% CI</b>
Betaferon	2	3.45	[0.42-11.91]
Betaferon i/m	6	10.34	[3.89-21.17]
Betainterferone	1	1.72	[0.04-9.24]
Interferon	15	25.86	[15.26-39.04]
Kortizon	25	43.10	[30.16-56.77]
Pa mjekim	9	15.52	[7.35-27.42]
<b>Mjekimi në spital</b>	<b>Frekuenca (n)</b>	<b>Përqind (%)</b>	<b>95% CI</b>
Betametazon	10	17.86	[ 8.91-30.40]
Kortizon dhe mjekim simptomatik	6	10.71	[4.03- 21.88]
Manitol/Betametazon	6	10.71	[4.03-21.88]
Pa mjekim	31	55.36	[41.47-68.66]
Ranitidin/perfuzione me solucione fiziologjike	2	3.57	[0.44-12.31]
Salumedrol	1	1.79	[0.05-9.55]

Tabela e mësipërme tregon se çfarë trajtimi kanë marrë pacientët tanë, si në periudhën përpara hospitalizimit ashtu edhe mjekimin që ata kanë marrë gjatë ditëqëndrimit spitalor. Kështu 43.10% e tyre më parë janë trajtuar me kortizon, 25.86% me interferon (që janë kryesisht pacientët e hospitalizuar 2 vitet e fundit), dhe 15.52% që nuk kanë marrë asnjë mjekim përpara shtrimit në spital.

Por situata nuk paraqet aspak ndryshim edhe gjatë ditëve që pacienti ka qëndruar në spital, ku 55.36% e tyre nuk kanë marrë asnjë mjekim (por kanë qëndruar thjesht në vëzhgim dhe kanë vërtetuar gjendjen e tyre të paaftësisë). Por në literaturë situata që paraqitet është krejt ndryshe dhe shohim që trajtimi medikamentoz nuk është kaq i limituar [239].

<b>Tabela 10. Fillimi dhe historiku i sëmundjes</b>			
<b>Fillimi i sëmundjes</b>	<b>Frekuenca (n)</b>	<b>Perqind (%)</b>	<b>95% CI</b>
Akut dhe i menjëhershëm	29	50.00	[36.58-63.42]
Gradual	29	50.00	[36.58-63.42]
<b>Historik familjar me MS</b>	<b>Frekuenca (n)</b>	<b>Perqind (%)</b>	<b>95% CI</b>
Po	9	12.50	5.18-24.07]
Jo	49	87.50	75.93-94.82]

Tabela e mësipërme evidenton se fillimi i sëmundjes paraqitet në të njëjtat shifra si në rastet e një fillimi akut dhe të menjëhershëm, ashtu edhe në rastet kur fillon gradualisht. Në fakt këto të dhëna gjithnjë e më tepër na konfirmojnë dhe vërtetojnë se sëmundja është e ndryshme për të gjithë ata që e kanë atë [ MSF, 2014 ] .

Po ashtu vëmë re që 87.50% e pacientëve tanë nuk kanë histori familjare me SM, dhe vetëm 12.5% e tyre kanë histori familjare. Në literaturë shohim që dyshimi është më i madh në ato familje të cilat kanë patur disa raste të ngjashme, krahasuar me ato familje kur rastet me SM kanë qenë sporadike, duke përdorur nje informacion gjenetik të detajuar [240].

<b>Tabela 11. Moshë e fillimit të sëmundjes</b>			
	<b>Frekuenca (n)</b>	<b>Përqindja (%)</b>	<b>95% CI</b>
20 vjeç	3	5.17	[1.08- 14.38]
22 vjeç	2	3.45%	[0.42-11.91]
24 vjeç	2	3.45	[0.42 -11.91]
25 vjeç	7	12.07	[4.99-23.30]
26 vjeç	4	6.90	[1.91-16.73]
27 vjeç	7	12.07	[4.99-23.30]
28 vjeç	2	3.45	[0.42-11.91]
29 vjeç	4	6.90	[1.91-16.73]
30 vjeç	13	22.41	[12.51-35.27]
31 vjeç	1	1.72	[0.04-9.24]
32 vjeç	4	6.90	[1.91-16.73]
33 vjeç	2	3.45	[0.42-11.91]
34 vjeç	3	5.17	[1.08-14.38]
35 vjeç	2	3.45	[0.42-11.91]
36 vjeç	2	3.45	[0.42-11.91]

Tabela e mësipërme tregon se cila është moshë në të cilën kanë filluar shenjat e para të sëmundjes në pacientët tanë, dhe në 22.41% të pacientëve tanë shenjat kanë filluar në moshën 30 vjeçare, në 12.07% të pacientëve në moshën 25 vjeçare.

Këto të dhëna korrespondojnë dhe me ato çfarë kemi evidentuar edhe në literaturë ku moshë mesatare e fillimit të shenjave të sëmundjes është 20-30 vjeç [241].

## 4.5 KONKLUZIONE

---

- ❖ Numri i pacientëve të hospitalizuar me Sklerozë Multiple në spitalin Rajonal të Vlorës, për periudhën në të cilën është kryer studimi është relativisht i ulët.
- ❖ Numri total i pacientëve të përfshirë në studim është 58, ndërsa moshë mesatare e pacientëve të hospitalizuar me SM ishte 43 vjeç,  $SD \pm 10.19$ .
- ❖ Evidencat na tregojnë një numër pothuajse të barabartë midis femrave dhe meshkujve.
- ❖ Pjesa më e madhe të pacientëve të përfshirë në studim banojnë në qytet, pothuajse gjysma e pacientëve janë me arsim të mesëm.
- ❖ Ndër faktorët sociodemografikë që ndikojnë në realizimin e seancave rehabilituese janë vendbanimi, punësimi dhe statusi civil.
- ❖ Pothuajse gjysma e pacientëve tanë kanë si arsye kryesore për hospitalizim; “Inkontinencën Urinare”, më pak se gjysma kanë patur “Mpirjen dhe Bllokim të këmbëve” si arsye për hospitalizim, dhe më pak se gjysma e tyre janë paraqitur pranë spitalit Rajonal të Vlorës me “Çrregullime në gëlltitje” dhe “Pamundësi për të ecur”.
- ❖ Në shumicën e pacientëve që kanë kryer seanca rehabilituese, shohim që evoluimi i sëmundjes ka qenë gradual.
- ❖ Studimi na tregon qartë lidhjen midis seancave rehabilituese dhe gjendjes së pacientit  $p < 0.0055$ . Pothuajse 25% e pacientëve që kanë kryer fizioterapi, paraqesin gjendje shëndetësore të mirë, dhe pothuajse 38% e tyre nuk kanë ndryshime në klinikë.
- ❖ Me kalimin e viteve shohim që numri i pacientëve të cilët kryejnë seanca rehabilituese është mjaft i ndryshueshëm. Kjo ndryshueshmëri padiskutim lidhet me shumë faktorë, siç është numri i pacientëve të hospitalizuar gjatë vitit, ndërjegjësimi, edhe pse gradual i personave të sëmurë, por edhe i ekipit multidisciplinar.
- ❖ Ditëqëndrimi i pacientëve tanë luhet nga 1-10 ditë, konkretisht në grupin e pacientëve të cilët nuk kanë kryer seanca fizioterapie, më pak se gjysma e tyre kanë qëndruar 5 ditë. Pacientët të cilët kanë kryer seanca fizioterapie kanë qëndruar mesatarisht 4 ditë, në të cilat ata kanë kryer ekzaminime laboratorike dhe imazherike për të parë ecurinë dhe gjendjen në vazhdimësi.

## 4.6 REKOMANDIME

---

- ❖ Rehabilitimi fizik ndikon pozitivisht në gjendjen shëndetësore të pacientëve me Sklerozë Multiple.
- ❖ Rehabilitimi fizik është një trajtim i cili duhet të bëhet pjesë e rutinës së përditshme të këtyre pacientëve.
- ❖ Krijimi i lehtësirave ekonomike, në kryerjen e këtyre seancave, do t'ju vinte në ndihmë një numri realisht të madh pacientësh në qytetin e Vlorës.
- ❖ Të dhënat e këtij studimi ndihmojnë zhvillimin e strategjive sensibilizuese në përkrahjen dhe mbështetjen e këtyre pacientëve.
- ❖ Studime të tjera në fushën e rehabilitimit fizik në pacientët me Sklerozë Multiple janë mjaft të domosdoshme, pasi mangësia në informacion ka ndikuar drejtpërdrejt në stigmën evidente që ne shohim ndaj këtyre pacientëve.
- ❖ Përpilimi i një dokumentacioni mjekësor dhe infermieror më të plotë në mënyrë që të dhënat e pacientit të dokumentohen të plota në kartelë, për shkak se modelet ekzistuese dhe ajo që dokumentohet lë shumë për të dëshiruar.

## REFERENCA

---

1. Ann Pietrangelo and Valencia Higuera (2015). "Multiple Sclerosis by the Numbers: Facts, Statistics, and You", Medically Reviewed by Steven Kim, MD on March 24, 2015. <http://www.healthline.com/health/multiple-sclerosis/facts-statistics>.
2. Alberto Gajofatto, Massimiliano Calabrese, Maria Donata Benedetti, and Salvatore Monaco (2013), "Clinical, MRI, and CSF Markers of Disability Progression in Multiple Sclerosis," *Disease Markers*, vol. 35, no. 6, Article ID 484959, 13 pages, 2013. *MSFocus*, Vol.15.Issue3.Summer 2013.
3. Multiple Sclerosis International Federation. Atlas of SM 2013. [www.atlasofSM.org](http://www.atlasofSM.org)
4. Multiple Sclerosis: Its effects on you and those you love © 2014 Multiple Sclerosis Society of Canada ISBN: 0-921323-84-0
5. Ian Galea, Nicki Eard-Abel, Christoph Heesen, "Relapse in multiple sclerosis" *Clinical Review BMJ* 2015; 350 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.h1765>.
6. Kruja J (1994). Multiple sclerosis in Albania. In: Firnhaber E, Lauer K, eds. *Multiple Sclerosis in Europe: An Epidemiological Update*. Darmstadt: Leuchtturm-Verlag/LTV Press, 1994; pp. 309–315.
7. Kruja J., Kuqo A., Mijo S., Zekja I., Bala J., Grabova S., Rakacolli M.(2010). Prevalence of multiple sclerosis in Albania. 26th Congress of the European Committee for Treatment and Research in Multiple Sclerosis (ECTRISM) & 15th Annual Conference of Rehabilitation in SM (RISM) 13.10.2010 - 16.10.2010.
8. Rose AS, Ellison GE, Myers LE, Tourtellotte EE (1976). Criteria for the clinical diagnosis of multiple sclerosis. *Neurology* 1976; 26: 20–22.
9. "Recommendations on Rehabilitation Services for Persons with Multiple Sclerosis in Europe", European Multiple Sclerosis Platform (EMSP), April 2012.
10. Multiple Sclerosis Therapy Consensus Group (MSTCG), Eündl H, Toyka KV, Rieckmann P, Gold R, Hartung HP, Hohlfeld R. Basic and escalating immunomodulatory treatments in multiple sclerosis: current therapeutic recommendations. *J Neurol* 2008; 255: 1449-1463.
11. Henze T, Rieckmann P, Toyka KV. Symptomatic treatment of Multiple Sclerosis. *Eur Neurol* 2006; 56: 78-105.
12. Charles C, Gafni A, Ehelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med* 1997; 44: 681-692.
13. Eade DT. Stroke: rehabilitation and long-term care. *Lancet* 1992; 339 (8796):791-793. Anonymous. What is health?
14. Eade DT. Goal setting in rehabilitation: an overview of what, why and how. *Clin Rehabil* 2009; 23: 291-295.
15. Stevenson VL, Playford ED. Rehabilitation and MS. *Int J MS Journal* 2007; 14: 85-92.
16. Bloom LF, Lapierre NM, Eilson KG, et al. Concordance in goal setting between patients with multiple sclerosis and their rehabilitation team. *Am J Phys Med Rehabil* 2006; 85: 807-813.
17. Barnard RA, Cruice MN, Playford ED. Strategies used in the pursuit of achievability during goal setting in rehabilitation. *Qual Health Res* 2010; 20: 239-250.
18. Bovend'Eerd TJH, Botell RE, Eade DT. Writing SMART rehabilitation goals and achieving goal attainment scaling: a practical guide. *Clin Rehabil* 2009; 23: 352-361.
19. Khan F, Pallant JF & Turner-Stokes L. Use of goal attainment scaling in inpatient rehabilitation for persons with multiple sclerosis. *Arch Phys Med Rehabil* 2008; 89: 652-659.

20. Edäards SGM, Playford ED, Hobart JC, Thompson AJ. Comparison of physician outcome measures and patients' perception of benefits of inpatient neurorehabilitation. *BMJ* 2002; 324: 1493.
21. Richard Äarner, Del Thomas, Rosëell Martin "Improving service delivery for relapse management in multiple sclerosis" 2005;14(14):746-53. doi: 10.12968/bjon.2005.14.14.18549.
22. Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Pocket-sized Book. 2001, ISBN-13 9789241545440.
23. Aronson KJ, Goldenberg E, Cleghorn G. Socio-demographic characteristics and health status of persons ëith multiple sclerosis and their care givers. *MS Management* 1996; 3(1):6–17.
24. Cassidy CA. Using the transtheoretical model to facilitate behavior change in patients ëith multiple sclerosis. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 1990; 11:281–287.
25. Feinstein A, Feinstein K. Depression associated ëith multiple sclerosis: Looking beyond diagnosis to symptom expression. *Journal of Affective Disorders* 2001; 66(2–3): 193–198.
26. Patten SB, Beck CA, Èilliams JVA et al. Major depression in multiple sclerosis. A populationbased perspective. *Neurology* 2003; 61: 1524-1527.
27. Hadjimichael O, Vollmer TL. Adherence to injection therapy in multiple sclerosis. *Neurology* 1999; 52(supplement 2):A549.
28. Holland N, Èiesel P, Cavallo P, et al. Adherence to diseasemodifying therapy in multiple sclerosis: Part I. *Rehabilitation Nursing* 2001; 26(5):172–176.
29. Holland N, Èiesel P, Cavallo P, et al. Adherence to diseasemodifying therapy in multiple sclerosis: Part II. *Rehabilitation Nursing* 2001; 26(6): 221–226.
30. Lublin FD, Reingold SC. Defining the clinical course of multiple sclerosis: Results of an international survey. *Neurology* 1996; 46:907–911.
31. LaRocca NG. Psychosocial issues in multiple sclerosis. In: Halper J, Holland NJ, eds. *Comprehensive Nursing Care in Multiple Sclerosis*. Neë York, NY: Demos Vermande; 1997:83-107.
32. Minden SL, Orav J, Reich P. Depression in multiple sclerosis. *General Hospital Psychiatry* 1987; 9:426–434.
33. Halper J, Holland N (eds.). *Comprehensive Nursing Care in Multiple Sclerosis* (2nd ed.). 2002.
34. Halper J. (2000). The evolution of nursing care in multiple sclerosis. *International Journal of MS Care*(serial online at mscare.com) 2(1):4.
35. NURSING HOME CARE OF INDIVIDUALS ÈITH MULTIPLE SCLEROSIS Guidelines and Recommendations for Quality Care; 2009 National MS Society.
36. Rao SM, Leo GJ, Bernardin L, Unverzagt F. Cognitive dysfunction in multiple sclerosis. I. Frequency, patterns, and prediction. *Neurology* 1991; 41:685–691.
37. DeLuca J. Èhat ëe knoë about cognitive changes in multiple sclerosis. In LaRocca N & Kalb R. *Multiple Sclerosis: Understanding the Cognitive Challenges*. Neë York: Demos Medical Publishing, 2006. pp. 17–40.
38. Coyle P, Halper J. *Living ëith Progressive Multiple Sclerosis* (2nd ed.) 2008.
39. Social counselling Van Bennekom CAM van, Jelles F, Lankhorst GJ. Rehabilitation Activities Profile, the ICIDH as a frameëork for a problem-oriented assessment method in rehabilitation medicine. *Disabil Rehabil* 1995; 17: 169-175.
40. The relationship betëeen psychological stress and the clinical course of multiple sclerosis. An update. Streng H *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2001 Mar-Apr; 51(3-4):166-75.PubMed.

41. Olkin R. (1999). *What Psychotherapists Should Know about Disability*. New York: Guilford Publications.
42. Montel, S.R., Bungener, C. (2007) Coping and quality of life in one hundred and thirty five subjects with Multiple Sclerosis. *Multiple Sclerosis*, 13, 393-401.
43. X.J. Liu, et.al Relationship between Psychosocial Factors and Onset of Multiple Sclerosis 2009 Aug; 62(3): 130–136. Published online 2009 Jul 1. doi: 10.1159/000226428 PMID: PMC2790740 PMID: 19571540
44. Hakim EA<sup>1</sup>, et.al The social impact of multiple sclerosis--a study of 305 patients and their relatives. 2000 Apr 15;22(6):288-93.
45. Green G1, Todd J. 'Restricting choices and limiting independence': social and economic impact of multiple sclerosis upon households by level of disability. 2008 Sep;4(3):160-72. doi: 10.1177/1742395307087457.
46. Özdemir and Aşiret "A Holistic Look at Patients with Multiple Sclerosis: Focusing on Social Life, Household and Employment Issues" 57(1):19-24 · March 2011 DOI: 10.4274/tftr.57.04
47. Utilisation and cost of professional care and assistance according to disability of patients with multiple sclerosis in Flanders. Carton H. and coll. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1998;64:444-450
48. People with MS in long-term care. Good practice guidelines for service providers. Multiple Sclerosis Society and Leonard Cheshire, MS Society of Great Britain and Northern Ireland, 25 Effie Road, Fulham London SE6 1EE, 1997;1-20.
49. Irvine H, Davidson C, Hoy K, Loëe-Strong A. Psychosocial adjustment to multiple sclerosis: Exploration of identity redefinition. *Disability & Rehabilitation*. 2009;31:599–606. doi: 10.1080/09638280802243286.
50. *Multiple Sclerosis: A Focus on Rehabilitation* 5TH Edition © 2012 National Multiple Sclerosis Society.
51. Rejdak K, Eikelenboom MJ, Petzold A, Thompson EJ, Stelmasiak Z, Lazeron RH, Barkhof F, Polman CH, Uitdehaag BM, Giovannoni G. CSF nitric oxide metabolites are associated with activity and progression of multiple sclerosis. *Neurology* 2004; 63: 1439-1445
52. Fancy SPJ, Kotter MR, Harrington EP, Huang JK, Zhao C, Roëitch DH, Franklin RJM. Overcoming remyelination failure in multiple sclerosis and other myelin disorders. *Exp Neurol* 2010 ; 225 : 18-23
53. Cifelli A, Mattheës PM. Cerebral plasticity in multiple sclerosis: insights from fMRI. *Mult Scler* 2002; 8: 193–199.
54. Staffen E, Mair A, Zauner H, Unterrainer J, Niederhofer H, Kutzelnigg A, et al. Cognitive function and fMRI in patients with multiple sclerosis: evidence for compensatory cortical activation during an attention task. *Brain* 2002; 125: 1275– 1282
55. Sutliff MH. Contribution of impaired mobility to patient burden in multiple sclerosis. *Curr Med Res Opin* 2010; 26: 109-119
56. Flachenecker P, Hartung HP. Course of illness and prognosis of multiple sclerosis. 1: The natural course of illness. *Nervenarzt* 1996; 67:435-444
57. Hutchinson B, Forëell SJ, Bennett S, Broën T, Karpatkin H, Miller D: Toward a consensus on rehabilitation outcomes in MS: gait and fatigue. Report of a CSMC Consensus Conference, November 28–29, 2007. *Int J MS Care* 2009; 11: 67–78
58. Dalgas U. et al. Fatigue, mood and quality of life improve in MS patients after progressive resistance training. *Mult Scler* 2010 ; 16 : 480-490
59. Rietberg M, Brooks D, Uitdehaag B, Këakkel G (2005) Exercise therapy for multiple sclerosis. *Cochrane Database Systematic Review* 25(1):CD003980

60. Lakhan SE, Roëland M. Èhole plant cannabis extracts in the treatment of spasticity in multiple sclerosis: a systematic review; *BMC Neurology* 9, 59 Dec 2009
61. Ana E Souza, Annmarie Kelleher, Rosemarie Cooper, "Multiple sclerosis and mobility-related assistive technology: Systematic review of literature". May 2010 *The Journal of Rehabilitation Research and Development* 47(3):213-23 DOI: 10.1682/JRRD.2009.07.0096
62. Èade DT, Collin C, Stott C, Duncombe P. Meta-analysis of the efficacy and safety of Sativex (nabiximols), on spasticity in people with multiple sclerosis. *Mult Scler* 2010; 16: 707- 715
63. Johansson S, Ytterberg C, Claesson IM, Lindberg J, Hillert J, Andersson M, et al. High concurrent presence of disability in multiple sclerosis. Associations with perceived health. *J Neurol* 2007; 254: 767-773
64. Erasmus L, Sarno S, Albrecht H, Schëecht M, Pöllmann È, König N. Measurement of ataxic symptoms with a graphic tablet: standard values in controls and validity in Multiple Sclerosis patients. *J Neurosci Methods* 2001; 108: 25-37
65. Feys P, Duportail M, Kos D, Van Asch P, Ketelaer P. Validity of the TEMPA for the measurement of upper limb function in multiple sclerosis. *Clin Rehabil* 2002;16: 166-173
66. Mansson E, Lexell J. Performance of activities of daily living in multiple sclerosis. *Disabil Rehabil* 2004; 26: 576-585
67. Taylor NF, Dodd KJ, Prasad D, Denisenko S. Progressive resistance exercise for people with multiple sclerosis. *Disabil Rehabil* 2006; 28: 1119-1126
68. Mark VÈ, Taub E, Bashir K, Usëatte G, Delgado A, Boëman MH, et al. Constraint-Induced Movement therapy can improve hemiparetic progressive multiple sclerosis. Preliminary findings. *Mult Scler* 2008; 14: 992-994
69. Merians AS, Tunik E, Fluet GG, Qiu Q, Adamovich SV. Innovative approaches to the rehabilitation of upper extremity hemiparesis using virtual environments. *Eur J Phys Rehabil Med* 2009; 45: 123-133
70. Gijbels D, Lamers I, Kerkhofs L, Alders G, Knippenberg E, Feys P. The Armeo Spring as training tool to improve upper limb functionality in multiple sclerosis: a pilot study. *J Neuroeng Rehabil.* 2011 Jan 24;8:5. 41-Carpinella I, Cattaneo D, Abuarqub S,
71. Ferrarin M. Robotbased rehabilitation of the upper limbs in multiple sclerosis: feasibility and preliminary results. *J Rehabil Med* 2009; 41: 966-970
72. Huijgen BC, Vollenbroek-Hutten MM, Zampolini M, Opisso E, Bernabeu M, Van NJ, et al. Feasibility of a home-based telerehabilitation system compared to usual care: arm/ hand function in patients with stroke, traumatic brain injury and multiple sclerosis. *J Telemed Telecare* 2008; 14:249- 256
73. Mills RJ, Yap L, Young CA. Treatment for ataxia in multiple sclerosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2007
74. Hickman SJ, Brierley CM, Silver NC, Moseley IF, Scolding NJ, Compston DA, et al. Infratentorial hypointense lesion volume on T1-weighted magnetic resonance imaging correlates with disability in patients with chronic cerebellar ataxia due to multiple sclerosis. *J Neurol Sci* 2001; 187(1- 2): 35-39
75. Feys P, Maes F, Nuttin B, Helsen È, Malfait V, Nagels G, et al. Relationship between multiple sclerosis intention tremor severity and lesion load in the brainstem. *Neuroreport* 2005a; 16: 1379-1382
76. Pittock SJ, McClelland RL, Mayr ÈT, Rodriguez M, Matsumoto JY. Prevalence of tremor in multiple sclerosis and associated disability in the Olmsted County population. *Mov Disord* 2004; 19:1482-1485



77. Alusi SH, Eörthington J, Glickman S, Bain PG. A study of tremor in multiple sclerosis. *Brain* 2001; 124: 720-730
78. Feys P, Romberg A, Ruutiainen J, Ketelaer P. Interference of upper limb tremor on daily life activities in people with multiple sclerosis. *Occupational Therapy in Health Care* 2004; 17: 81-95
79. Koch M, Mostert J, Heersema D, De Keyser J. Tremor in multiple sclerosis. *J Neurol* 2007; 254: 133-145
80. Gillen G. Improving Activities of Daily Living Performance in an Adult with Ataxia. *Am J Occup Ther* 2000; 54: 89-96
81. Armutlu K, Karabudak R, Nurlu G. Physiotherapy approaches in the treatment of ataxic multiple sclerosis: a pilot study. *Neurorehabil Neural Repair* 2001; 15: 203-211
82. Eödener GL, Allen DD, Gibson-Horn C. Randomized clinical trial of balance-based torso reighting for improving upright mobility in people with multiple sclerosis. *Neurorehabil Neural Repair* 2009; 23: 784-791
83. Albrecht H. Lokale Eisapplikation in der Therapie der gliedkinetischen Ataxie. *Nervenarzt* 1998; 69: 1066-1073
84. Feys P, Helsen E, Liu X, Mooren D, Albrecht H, Nuttin B, et al. Effects of peripheral cooling on intention tremor in multiple sclerosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005b; 76: 373-379
85. Feys P, Helsen E, Buekers M, Ceux T, Heremans E, Nuttin B, et al. The effect of changed visual feedback on intention tremor in multiple sclerosis. *Neurosci Lett* 2006; 394: 17- 21
86. Feys P, Romberg A, Ruutiainen J, vies-Smith A, Jones R, Avizzano CA, et al. Assistive technology to improve PC interaction for people with intention tremor. *J Rehabil Res Dev* 2001; 38: 235-243
87. Feys P, Helsen EF, Lavrysen A, Nuttin B, Ketelaer P. Intention tremor during manual aiming: a study of eye and hand movements. *Mult Scler* 2003; 9: 44-54
88. Feys P, Helsen E, Nuttin B, Lavrysen A, Ketelaer P, Söinnen S, et al. Unsteady gaze fixation enhances the severity of MS intention tremor. *Neurology* 2008; 70: 106-113
89. Croedy KA, Hollands MA, Ferguson IT, Marple-Horvat DE. Evidence for interactive locomotor and oculomotor deficits in cerebellar patients during visually guided stepping. *Exp Brain Res* 2000; 135: 437-454
90. Croedy KA. Rehearsal by eye movement improves visuomotor performance in cerebellar patients. *Exp Brain Res* 2002; 146: 244-247
91. Hemmett L, Holmes J, Barnes M, Russell N. Ehat drives quality of life in multiple sclerosis? *QJM* 2004; 97: 671-676
92. Myhr KM et al. Disability and prognosis in multiple sclerosis: demographic and clinical variables important for the ability to ealk and aearding of disability pension. *Mult Scler* 2001; 7: 59-65
93. Paltamaa J, Sarasoja T, Eikstrom J, Malkia E. Physical functioning in multiple sclerosis: a population-based study in central Finland. *J Rehabil Med* 2006; 38: 339-345
94. Eeinshenker BG et al. The natural history of multiple sclerosis: a geographically based study. 2. Predictive value of the early clinical course. *Brain* 1989; 112: 1419-1428
95. Thoumie P, Lamotte D, Cantalloube S, Faucher M, Amarenco G. Motor determinants of gait in 100 ambulatory patients with multiple sclerosis. *Mult Scler* 2005; 11: 485- 491

96. De Ruyter CJ, Jongen PJ, van der Eoude LH, de Haan A. Contractile speed and fatigue of adductor pollicis muscle in multiple sclerosis. *Muscle Nerve* 2001; 24: 1173-1180
97. Schëid SR et al. Quantitative assessment of motor fatigue and strength in MS. *Neurology* 1999; 53: 743-750
98. Lambert CP, Archer RL, Evans EËJ. Muscle strength and fatigue during isokinetic exercise in individuals eëth multiple sclerosis. *Med Sci Sports Exerc* 2001; 33: 1613-1619
99. Ng AV, Miller RG, Gelinas D, Kent-Braun JA. Functional relationships of central and peripheral muscle alterations in multiple sclerosis. *Muscle Nerve* 2004; 29: 843-852
100. Rice CL, Vollmer TL, Bigland-Ritchie B. Neuromuscular responses of patients eëth multiple sclerosis. *Muscle Nerve* 1992; 15: 1123-1132
101. Peterson EËE, Cho CC, Von K, Finlayson ML. Injurious falls among middle aged and older adults eëth multiple sclerosis. *Arch Phys Med Rehabil* 2008; 89: 1031-1037
102. Cattaneo D et al. Risks of falls in subjects eëth multiple sclerosis. *Arch Phys Med Rehabil* 2002; 83: 864-867
103. Mostert S, Kesselring J. Effects of a short-term exercise training program on aerobic fitness, fatigue, health perception and activity level of subjects eëth multiple sclerosis. *Mult Scler* 2002; 8: 161-168
104. Romberg A et al. Exercise capacity, disability and leisure physical activity of subjects eëth multiple sclerosis. *Mult Scler* 2004a; 10: 212-218
105. Redelings MD, McCoy L, Sorvillo F. Multiple sclerosis mortality and patterns of comorbidity in the United States from 1990 to 2001. *Neuroepidemiology* 2006; 26: 102-107
106. Buyse B et al. Respiratory dysfunction in multiple sclerosis: a prospective analysis of 60 patients. *Eur Respir J* 1997; 10: 139-145
107. Motl RËE, McAuley E, Snook EM. Physical activity and multiple sclerosis: a meta-analysis. *Mult Scler* 2005; 11: 459-463
108. Karpatkin H. Multiple Sclerosis and Exercise – A review of the evidence. *Int J MS Care* 2006; 7: 36-41
109. Logan EËC Jr, Sloane R, Lyles KËE, Goldstein B, Hoenig HM. Incidence of fractures in a cohort of veterans eëth chronic multiple sclerosis or traumatic spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil* 2008; 89: 237-243
110. Motl RËE et al. Eëorsening of symptoms is associated eëth loëer physical activity levels in individuals eëth multiple sclerosis. *Mult Scler* 2008; 14: 140-142
111. Slaëta JN et al. Health behaviors, body composition, and coronary heart disease risk in eëomen eëth multiple sclerosis. *Arch Phys Med Rehabil* 2003; 84: 1823-1830
112. Stroud NM, Minahan CL. The impact of regular physical activity on fatigue, depression and quality of life in persons eëth multiple sclerosis. *Health Qual. Life Outcomes* 2009; 7: 68
113. Freeman JA. Improving mobility and functional independence in persons eëth multiple sclerosis. *J Neurol* 2001; 248: 255-259
114. Turner AP, Kivlahan DR, Haselkorn JK. Exercise and quality of life among people eëth multiple sclerosis: looking beyond physical functioning to mental health and participation in life. *Arch Phys Med Rehabil* 2009; 90: 420-428
115. Sutherland G, Andersen MB. Exercise and multiple sclerosis: physiological, psychological, and quality of life issues. *J Sports Med Phys Fitness* 2001; 41: 421-432
116. Petajan JH, Eëhite AT. Recommendations for physical activity in patients eëth multiple sclerosis. *Sports Med* 1999; 27: 179-191

117. Ponichtera-Mulcare JA. Exercise and multiple sclerosis. *Med Sci Sports Exerc* 1993; 25: 451-465
118. Smith RM, ey-Steel M, Fulcher G, Longley EA. Symptom change with exercise is a temporary phenomenon for people with multiple sclerosis. *Arch Phys Med Rehabil* 2006; 87: 723-727
119. Taylor NF, Dodd KJ, Prasad D, Denisenko S. Progressive resistance exercise for people with multiple sclerosis. *Disabil Rehabil* 2006; 28: 1119-1126
120. DeBolt LS, McCubbin JA. The effects of home-based resistance exercise on balance, posture, and mobility in adults with multiple sclerosis. *Arch Phys Med Rehabil* 2004; 85: 290-297
121. Kasser S, McCubbin JA. Effects of progressive resistance exercise on muscular strength in adults with multiple sclerosis. *Med Sci Sports Exerc* 1996; 28: S143
122. Kraft G, Alquist A, Lateur B. Effects of resistive exercise on strength in multiple sclerosis (MS). *Arch Phys Med Rehabil* 1996a; 77: 984
123. Ehite LJ et al. Resistance training improves strength and functional capacity in persons with multiple sclerosis. *Mult Scler* 2004; 10: 668-674
124. Fisher NM, Lenox J, Granger CV, Broen-Scheidle C, Jacobs L. Effects of an anti-fatiguing exercise program on fatigue and physiological function in patients with Multiple Sclerosis. *Neurology* 2000; 54: A338
125. Aimet M et al. High and moderate intensities in strength training in multiple sclerosis. *Isokin Exerc Sci* 2006; 14: 153
126. Dalgas U et al. Resistance training improves muscle strength and functional capacity in multiple sclerosis. *Neurology* 2009; 73: 1478-1484
127. Harvey L, Smith A, Jones, R. The effect of weighted leg raises on quadriceps strength, EMG parameters and functional activities in people with multiple sclerosis. *Physiotherapy* 1999; 85: 154-161
128. Dalgas U et al. Fatigue, mood and quality of life improve in MS patients after progressive resistance training. *Mult Scler* 2010; 16: 480-490
129. Killeff J, Ashburn A. A pilot study of the effect of aerobic exercise on people with moderate disability multiple sclerosis. *Clin Rehabil* 2005; 19: 165-169
130. Oken BS et al. Randomized controlled trial of yoga and exercise in multiple sclerosis. *Neurology* 2004; 62: 2058- 2064
131. Rasova K et al. Comparison of the influence of different rehabilitation programmes on clinical, spirometric and spirometric parameters in patients with multiple sclerosis. *Mult Scler* 2006; 12: 227-234
132. Rampello A et al. Effect of Aerobic Training on Walking Capacity and Maximal Exercise Tolerance in Patients With Multiple Sclerosis: A Randomized Crossover Controlled Study. *Phys Ther* 2007; 87: 545-555
133. Petajan JH et al. Impact of aerobic training on fitness and quality of life in multiple sclerosis. *Ann Neur* 1996; 39: 432- 441
134. Ponichtera-Mulcare JA, Mathees T, Barret PJ, & Gupta SC. Change in aerobic fitness of patients with multiple sclerosis during a 6 month training program. *Sports Med Train Rehabil* 1997; 7: 265-272
- Rodgers MM et al. Gait characteristics
135. Marsh H, Alexander J, Costello E. Short-term exercise programme effect on physical work capacity. *Arch Phys Med Rehabil* 1986; 67: 644
136. Sutherland G, Andersen MB, Stoope MA. Can aerobic exercise training affect health-related quality of life for people with multiple sclerosis. *J Sport Exerc Psych* 2007; 23: 122-135
137. Neeman MA et al. Can aerobic treadmill training reduce the effort of walking and fatigue in people with multiple sclerosis: a pilot study. *Mult Scler* 2007; 13: 113-119

138. Van den Berg BM et al. Treadmill training for individuals with multiple sclerosis: a pilot randomised trial. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2006; 77: 531-533
139. O'Connell R, Murphy RM, Hutchinson M, Cooke G, Coote S. A controlled study to assess the effects of aerobic training on patients with multiple sclerosis. 14th International World Confederation for Physical Therapy, Barcelona 2003; RRPL-2105
- Castellano V, Ehlert LJ. Serum brain-derived neurotrophic
140. Gehlsen G. et al. Gait characteristics in multiple sclerosis: progressive changes and effects of exercise on parameters. *Arch Phys Med Rehabil* 1986; 67: 536-539
141. Castellano V, Ehlert LJ. Serum brain-derived neurotrophic factor response to aerobic exercise in multiple sclerosis. *J Neurol Sci* 2008; 269: 85-91
142. Gold SM et al. Basal serum levels and reactivity of nerve growth factor and brain-derived neurotrophic factor to standardized acute exercise in multiple sclerosis and controls. *J Neuroimmunol* 2003; 138: 99-105
143. Jones AM, Carter H. The effect of endurance training on parameters of aerobic fitness. *Sports Med* 2000; 29: 373- 386
144. Kraemer EJ, Ratamess NA. Fundamentals of resistance training: progression and exercise prescription. *Med Sci Sports Exerc* 2004; 36: 674-688
145. Carter P, Ehlert CM. The effect of general exercise training on effort of walking in patients with multiple sclerosis. 14th International World Confederation for Physical Therapy, Barcelona 2003; RR-PL-1517
146. Bjarnadottir OH, Konradsdottir AD, Reynisdottir K, Olafsson E. Multiple sclerosis and brief moderate exercise. A randomised study. *Mult Scler* 2007; 13: 776-782
147. Jongen PJ, Ter Horst AT, Brands AM. Cognitive impairment in multiple sclerosis. *Minerva Med.* 2012;103:73–96.
148. Chiaravalloti ND, DeLuca J. Cognitive impairment in multiple sclerosis. *Lancet Neurol.* 2008;7:1139–51.
149. Maria Pia Amato, Daën Langdon, Xavier Montalban, Ralph H. B. Benedict, John DeLuca, Lauren B. Krupp, Alan J. Thompson, Giancarlo Comi. "Treatment of cognitive impairment in multiple sclerosis": 2012. *J Neurol* DOI 10.1007/s00415-012-6678-0
150. Romberg A et al. Effects of a 6-month exercise program on patients with multiple sclerosis: a randomized study. *Neurology* 2004b; 63: 2034-2038
151. Giesser B, Beres-Jones J, Budovitch A, Herlihy E, Harkema S. Locomotor training using body weight support on a treadmill improves mobility in persons with multiple sclerosis: a pilot study. *Mult Scler* 2007; 13: 224-231
152. Smeltzer SC, Lavietes MH, Cook SD. Expiratory training in multiple sclerosis. *Arch Phys Med Rehabil* 1996; 77: 909- 912
153. Janssens AC, Buljevac D, van Doorn P et al.: Prediction of anxiety and distress following diagnosis of multiple sclerosis: a two-year longitudinal study. *Mult Scler* 2006; 12: 794-801
154. Goldman Consensus Group. Statement on depression in multiple sclerosis. *Mult Scler* 2005; 11: 328-337
155. Teork S, Kugler J (2007) Multiple Sklerose – Krankheitsbeeächtigung, Therapiemotivation, Lebensqualität. Springer Verlag, Heidelberg Malcolmson KS, Dunöody L, Loëe-Strong
156. Malcolmson KS, Dunöody L, Loëe-Strong AS: Psychosocial interventions in people with multiple sclerosis. *J Neurol* 2007; 254: 1-13

157. Jean VM, Beatty E, Paul RH, Mullins L: Coping with general and disease-related stressors by patients with multiple sclerosis: relationship to psychological distress. *Mult Scler* 1997; 3: 191
158. Lode K, Larsen JP, Bru E, Klevan G, Myhr KM, Nyland H: Patient information and coping styles in multiple sclerosis. *Mult Scler* 2007; 13: 792-799
159. McCabe MP, McKern S, McDonald E: Coping and psychological adjustment among people with multiple sclerosis. *J Psychosom Res* 2004; 56: 355-361
160. Branas P, Jordan R, Fry-Smith A, Burls A, Hyde C. Treatments for fatigue in multiple sclerosis: a rapid and systematic review. *Health Technol Assess* 2000; 4: 1-61
161. Stuke K, Flachenecker P, Zettl UK et al. Symptomatology of MS: results from the German MS Registry. *J Neurol* 2009; 256: 1932-1935
162. Flachenecker P, Kümpfel T, Kallmann B et al. Fatigue in multiple sclerosis: a comparison of different rating scales and correlation to clinical parameters. *Mult Scler* 2002; 8: 523-526
163. Krupp L. *Fatigue*. Philadelphia: Elsevier Science; 2003
164. Krupp LB, LaRocca NG, Muir-Nash J, Steinberg AD. The fatigue severity scale. Application to patients with multiple sclerosis and systemic lupus erythematosus. *Arch Neurol* 1989; 46: 1121-1123
165. Flachenecker P, Kümpfel T, Kallmann B et al. Fatigue in multiple sclerosis: a comparison of different rating scales and correlation to clinical parameters. *Mult Scler* 2002; 8: 523-526
166. Kos D, Kerckhofs E, Carrea I, Verza R, Ramos M, Jansa J. Evaluation of the Modified Fatigue Impact Scale in four different European countries. *Mult Scler* 2005; 11: 76-80
167. Tellez N, Rio J, Tintore M, Nos C, Galan I, Montalban X. Does the Modified Fatigue Impact Scale offer a more comprehensive assessment of fatigue in MS? *Mult Scler* 2005; 11: 198-202
168. Kos D, Kerckhofs E, Nagels G et al. Assessing fatigue in multiple sclerosis: Dutch modified fatigue impact scale. *Acta Neurol Belg* 2003; 103: 185-191
169. Lee D, Neëll R, Ziegler L, Topping A. Treatment of fatigue in multiple sclerosis: a systematic review of the literature. *Int J Nurs Pract* 2008; 14: 81-93
170. Mostert S, Kesselring J. Effects of a short-term exercise training program on aerobic fitness, fatigue, health perception and activity level of subjects with multiple sclerosis. *Mult Scler* 2002; 8: 161-168
171. Rimmer JH, Chen MD, McCubbin JA, Drum C, Peterson J. Exercise intervention research on persons with disabilities: what we know and where we need to go. *Am J Phys Med Rehabil* 2010; 89: 249-263
172. Oken BS, Kishiyama S, Zajdel D et al. Randomized controlled trial of yoga and exercise in multiple sclerosis. *Neurology* 2004; 62: 2058-2064
173. Nilsagard Y, Denison E, Gunnarsson LG. Evaluation of a single session with cooling garment for persons with multiple sclerosis--a randomized trial. *Disabil Rehabil Assist Technol* 2006; 1: 225-233
174. Sammarco, et al., "The Bladder in MS: A Review" *J Neurol Neurophysiol* 2014, 5:3 DOI: 10.4172/2155-9562.1000200
175. "James Tracey , Yang Mao-Draayer, and John T. Stoffel "First Line Therapy for Multiple Sclerosis Related Urinary Symptoms for the NonUrologist: Behavioral Therapy and Oral Pharmacologic Treatment ;*Journal of Immunology & Clinical Research* © 2016 Stoffel et al.

176. Panicker J, Haslam C (2009) Lower urinary tract dysfunction in MS: management in the community. *Br J Community Nurs* 14: 474, 476, 478-480.
177. O'Hara L, Cadbury H, De SL, Ide L. Evaluation of the effectiveness of professionally guided self-care for people with multiple sclerosis living in the community: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil* 2002; 16: 119-128
178. De Ridder D, Ost D, Van der Aa F, Stagnaro M, Beneton C, Gross-Paju K, Eelen P, Limbourg H, Harper M, Segal JC, Foëler CJ, Nordenbo A. Conservative bladder management in advanced multiple sclerosis. *Mult Scler* 2005; 11: 694-699
179. Del Popolo G, Mosiello G, Pilati C, Lamartina M, Battaglino F, Buffa P, Redaelli T, Lamberti G, Menarini M, Di Benedetto P, De Gennaro M. Treatment of neurogenic bowel dysfunction using transanal irrigation: a multicenter Italian study. *Spinal Cord* 2008; 46: 517-522
180. Christensen P, Bazzocchi G, Coggrave M, Abel R, Hulting C, Krogh K, Media S, Laurberg S. Outcome of transanal irrigation for bowel dysfunction in patients with spinal cord injury. *J Spinal Cord Med* 2008; 31: 560-567
181. Bronner G, Elran E, Golomb J, Korczyn AD. Female sexuality in multiple sclerosis: the multidimensional nature of the problem and the intervention. *Acta Neurol Scand* 2010; 121: 289-301
182. Melfi RS, Garrison SJ. Communication Disorders. *eMedicine Specialties > Physical Medicine and Rehabilitation > Rehabilitation Protocols*. Updated April 2008
183. Mackenzie C, Green J. Cognitive-linguistic deficit and speech intelligibility in chronic progressive multiple sclerosis. *Int J Lang Commun Dis* 2009; 44: 1-20
184. Yorkston KM, Klasner ER, Boëen J, Ehde DM, Gibbons L, Johnson K, et al. Characteristics of multiple sclerosis as a function of the severity of speech disorders. *J Med Speech Lang Pathol* 2003; 11: 73-85
185. Klugman TM, Rose E. Perceptions of the impact of speech, language, swallowing, and hearing difficulties on quality of life of a group of South African persons with multiple sclerosis.
186. O'Brien AR, Chiaravalloti N, Goverover Y, DeLuca J. Evidenced-based cognitive rehabilitation for persons with multiple sclerosis: a review of the literature. *Arch Phys Med Rehabil* 2008; 89: 761-9
187. Staff NP, Lucchinetti CF, Keegan BM. Multiple sclerosis with predominant, severe cognitive impairment. *Arch Neurol* 2009; 66: 1139-43
188. Yorkston KM, Kuehn CM, Johnson KL, Ehde DM, Jensen MP, Amtmann D. Measuring participation in people living with multiple sclerosis: a comparison of self-reported frequency, importance and self-efficacy. *Disabil Rehabil* 2008; 30: 88-97
189. Hartelius L, Elmberg M, Holm R, Lovberg AS, Nikolaidis S. Living with dysarthria: evaluation of a self-report questionnaire. *Folia Phoniatr Logop.* 2008; 60: 11-19
190. Goverover Y, O'Brien AR, Moore NB, DeLuca J. Actual reality: a new approach to functional assessment in persons with multiple sclerosis. *Arch Phys Med Rehabil.* 2010; 91: 252-260
191. Foley JF, Brandes DE. Redefining functionality and treatment efficacy in multiple sclerosis. *Neurology* 2009; 72(23 Supp 5): S1-11
192. Khan F, Ng L, Turner-Stokes L. Effectiveness of vocational rehabilitation intervention on the return to work and employment of persons with multiple sclerosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; (1):CD007256.
193. Sapir S, Paëlas AA, Ramig LO, Seeley E, Fox C, Corboy J. Effects of intensive phonatory-respiratory treatment (LSVT) on voice in two individuals with multiple sclerosis. *J Med Speech Lang Pathol* 2001; 9: 141-151

194. Chiara T, Martin D, Sapienza C. Expiratory muscle strength training: speech production outcomes in patients with multiple sclerosis. *Neurorehabil Neural Repair* 2007; 21: 239-249
195. Bergamaschi R, Crivelli P, Rezzani C, et al. The DYMUS questionnaire for the assessment of dysphagia in multiple sclerosis. *J Neurol Sci.* 2008;269(1):49–53. doi:10.1016/j.jns.2007.12.021
196. M Prosiegel<sup>1</sup>, A Schelling, E Eäagner-Sonntag “Dysphagia and multiple sclerosis” 2004 Apr;11(1):22-31.
197. Giusti A, Giambuzzi M.et.al., Management of dysphagia in patients affected by multiple sclerosis:2008
198. Restivo DA, Marchese-Ragona R, Patti F, Solaro C, Maimone D, Zappalá G, Pavone A. Botulinum toxin improves dysphagia associated with multiple sclerosis. *Eur J Neurol* 2011; 18: 486-490
199. Steultjens EEMJ, Dekker JJ, Bouter LM, Cardol MM, Van den Ende ECHM, van de Nes J. Occupational therapy for multiple sclerosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 3. Art. No.: CD003608. DOI: 10.1002/14651858.CD003608
200. Dyck I, Jongbloed L. Eöomen with multiple sclerosis and employment issues: a focus on social and institutional environments. *Can J Occup Ther* 2000; 67: 337-346
201. Simmons RD, Tribe KL, McDonald EA. Living with multiple sclerosis: longitudinal changes in employment and the importance of symptom management. *J Neurol* 2010; 257: 926-936
202. Halper J, Holland N. An overview of multiple sclerosis. In: Halper J, Holland N., editors. *Comprehensive Nursing Care in Multiple Sclerosis*. 2nd ed. New York, NY: Demos Medical Publishing; 2002.
203. Uccelli MM, Fraser C, Battaglia MA, Maloni H, Eöollin J. Certification-Certification of multiple sclerosis nurses: an international perspective. *Int MS J.* 2004;11:44–51
204. *Nursing Care Plans: Guidelines for Individualizing Client Care Across the Life Span*, 8th Edition (Marilynn E. Doenges, Mary Frances, R. N. Moorhouse, Alice C., R. N. Murr) Copyright © 2010 by F. A. Davis Company ISBN-13: 978-0-8036-2210-4 pg 294
205. F. Khan, B. Amatya, and M. Galea, “Management of fatigue in persons with multiple sclerosis,” *Frontiers in Neurology*, vol. 5, p. 177, 2014. View at: Publisher Site | Google Scholar
206. L. E. Van den Akker, H. Beckerman, H. E. Collette et al., “Effectiveness of cognitive behavioural therapy for the treatment of fatigue with multiple sclerosis: a systematic review and meta-analysis,” *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 90, pp. 33–42, 2016.
207. *Nursing Care Plans: Guidelines for Individualizing Client Care Across the Life Span*, 8th Edition (Marilynn E. Doenges, Mary Frances, R. N. Moorhouse, Alice C., R. N. Murr) Copyright © 2010 by F. A. Davis Company ISBN-13: 978-0-8036-2210-4 pg .295
208. *Nursing Care Plans: Guidelines for Individualizing Client Care Across the Life Span*, 8th Edition (Marilynn E. Doenges, Mary Frances, R. N. Moorhouse, Alice C., R. N. Murr) Copyright © 2010 by F. A. Davis Company ISBN-13: 978-0-8036-2210-4 pg. 296
209. *Nursing Care Plans: Guidelines for Individualizing Client Care Across the Life Span*, 8th Edition (Marilynn E. Doenges, Mary Frances, R. N. Moorhouse, Alice C., R. N. Murr) Copyright © 2010 by F. A. Davis Company ISBN-13: 978-0-8036-2210-4 pg .297

210. Nursing Care Plans: Guidelines for Individualizing Client Care Across the Life Span, 8th Edition (Marilynn E. Doenges, Mary Frances, R. N. Moorhouse, Alice C., R. N. Murr) Copyright © 2010 by F. A. Davis Company ISBN-13: 978-0-8036-2210-4 pg. 298
211. Nursing Care Plans: Guidelines for Individualizing Client Care Across the Life Span, 8th Edition (Marilynn E. Doenges, Mary Frances, R. N. Moorhouse, Alice C., R. N. Murr) Copyright © 2010 by F. A. Davis Company ISBN-13: 978-0-8036-2210-4 pg .299
212. Nursing Care Plans: Guidelines for Individualizing Client Care Across the Life Span, 8th Edition (Marilynn E. Doenges, Mary Frances, R. N. Moorhouse, Alice C., R. N. Murr) Copyright © 2010 by F. A. Davis Company ISBN-13: 978-0-8036-2210-4 pg. 300
213. Nursing Care Plans: Guidelines for Individualizing Client Care Across the Life Span, 8th Edition (Marilynn E. Doenges, Mary Frances, R. N. Moorhouse, Alice C., R. N. Murr) Copyright © 2010 by F. A. Davis Company ISBN-13: 978-0-8036-2210-4 pg .301
214. Denys P, Phe V. Even A, Chartier-Kastler E. Therapeutic strategies of urinary disorders in MS. Practice and algorithms. Ann Phys Rehabil Med. 2014;57(5):297-301.
215. Nursing Care Plans: Guidelines for Individualizing Client Care Across the Life Span, 8th Edition (Marilynn E. Doenges, Mary Frances, R. N. Moorhouse, Alice C., R. N. Murr) Copyright © 2010 by F. A. Davis Company ISBN-13: 978-0-8036-2210-4 pg 302
216. Nursing Care Plans: Guidelines for Individualizing Client Care Across the Life Span, 8th Edition (Marilynn E. Doenges, Mary Frances, R. N. Moorhouse, Alice C., R. N. Murr) Copyright © 2010 by F. A. Davis Company ISBN-13: 978-0-8036-2210-4 pg 303
217. Nursing Care Plans: Guidelines for Individualizing Client Care Across the Life Span, 8th Edition (Marilynn E. Doenges, Mary Frances, R. N. Moorhouse, Alice C., R. N. Murr) Copyright © 2010 by F. A. Davis Company ISBN-13: 978-0-8036-2210-4 pg 304
218. Nursing Care Plans: Guidelines for Individualizing Client Care Across the Life Span, 8th Edition (Marilynn E. Doenges, Mary Frances, R. N. Moorhouse, Alice C., R. N. Murr) Copyright © 2010 by F. A. Davis Company ISBN-13: 978-0-8036-2210-4 pg 305
219. Terré-Boliart R, Orient-López F. (2007). [Rehabilitation therapy in multiple sclerosis]. Rev Neurol. 2007 Apr 1-15;44(7):426-31. Revieë.
220. T. Vikman, P. Fielding, B. Lindmark & S. Fredrikson (2009). Effects of inpatient rehabilitation in multiple sclerosis patients ëith moderate disability : pages 58-65 11 Jul 2009
221. Paltamaa J, Sjögren T, Peurala SH, Heinonen A. (2012). Effects of physiotherapy interventions on balance in multiple sclerosis: a systematic revieë and meta-analysis of randomized controlled trials. J Rehabil Med. 2012 Oct;44(10):811-23.
223. Latimer-Cheung AE, Pilutti LA, Hicks AL, Martin Ginis KA, Fenuta AM, MacKibbon KA, Motl RĚ.(2013). Effects of exercise training on fitness, mobility, fatigue, and health-related quality of life among adults ëith multiple sclerosis: a systematic revieë to inform guideline development. Arch Phys Med Rehabil. 2013 Sep;94 (9):1800-1828.
224. Campbell E, Coulter EH, Mattison PG, Miller L, McFadyen A, Paul L. (2016). Physiotherapy Rehabilitation for People Ěith Progressive Multiple Sclerosis: A Systematic Revieë. Arch Phys Med Rehabil. 2016 Jan;97(1):141-151.



225. K T Hanssen, A G Beiske, N I Landro, D Hofoss, E Hessen. (2016). Cognitive rehabilitation in multiple sclerosis: a randomized controlled trial. *Acta Neurologica Scandinavica* Vol. 133, Issue 1. Date: 01/01/2016 Start Page: 30.
226. Sanobar Nusrat, David Levinthal, and Klaus Bielefeldt, "Hospitalization Rates and Discharge Status in Multiple Sclerosis" *Multiple Sclerosis International*, Volume 2013 (2013), Article ID 436929, <http://dx.doi.org/10.1155/2013/436929>
227. American Academy of Neurology (2007). Multiple Sclerosis Is Increasingly Becoming A Woman's Disease: Why?, April 29
228. Bjørnevik K, Riise T, Cortese M, Holmøy T, Kampman MT, Magalhaes S, Myhr KM, Eolfson C, Pugliatti M (2016). Level of education and multiple sclerosis risk after adjustment for known risk factors: The EnvIMS study. 2016 Jan;22(1):104-11.
229. Shahrbanian S, Auais M, Duquette P, Andersen K, Mayo NE (2013). Does pain in individuals with multiple sclerosis affect employment? A systematic review and meta-analysis. *Pain Res Manag.* 2013 Sep-Oct;18(5):e94-e100. Review. Erratum in: *Pain Res Manag.* 2013 Nov-Dec;18(6):328
230. Sadik A. Khuder, Melissa Foos, Nabeel A. Herial, Anand B. Mutgi, Basil S. Khuder and Rose Jung, Urban/Rural Differences in Hospital Admissions with Multiple Sclerosis in Selected Counties in Ohio 1999-2004, *The Open Epidemiology Journal*, 2009, 2, 51-54
231. Emily J. Hadgkiss,<sup>1</sup> George A. Jelinek,<sup>1,2</sup> Tracey J. Eiland,<sup>1,3</sup> Naresh G. Pereira,<sup>4</sup> Claudia H. Marck,<sup>1</sup> and Dania M. van der Meer "Methodology of an International Study of People with Multiple Sclerosis Recruited through Web 2.0 Platforms: Demographics, Lifestyle, and Disease Characteristics" *Hindawi Publishing Corporation Neurology Research International* Volume 2013, Article ID 580596, 12 pages <http://dx.doi.org/10.1155/2013/580596>
232. Ruth Ann Marrie, Laurence Elliott, James Marriott, Michael Cossoy, James Blanchard, Aruni Tennakoon, Nancy Yu, "Dramatically changing rates and reasons for hospitalization in multiple sclerosis", 2014 American Academy of Neurology.
233. Gaber TA<sup>1</sup>, E, Gautam V, Smith L. "Outcomes of inpatient rehabilitation of patients with multiple sclerosis", 2012;30(2):97-100.
234. Amtmann D, Kim J, Chung H, Bamer AM, Aske RL, E S, Cook KF, Johnson KL.(2014). Comparing CESD-10, PHQ-9, and PROMIS depression instruments in individuals with multiple sclerosis. *Rehabil Psychol.* 2014 May;59(2):220-9.
235. Christopher Luzzio et al., "Multiple Sclerosis Treatment & Management", *Medscape* 2016
236. Guan XL<sup>1</sup>, Eang H, Huang HS, Meng L. "Prevalence of dysphagia in multiple sclerosis: a systematic review and meta-analysis". 2015 May;36(5):671-81. doi: 10.1007/s10072-015-2067-7. Epub 2015 Feb 3.
237. Angelo Pappalardo, Emanuele D'Amico, Carmela Leone, Silvia Messina, Clara Chisari, L. Rampello, Lina Torre and Francesco Patti. "Inpatient versus outpatient rehabilitation for multiple sclerosis patients: effects on disability and quality of life" Pappalardo et al. *Multiple Sclerosis and Demyelinating Disorders* (2016) 1:3 DOI 10.1186/s40893-016-0005-z
238. Gaber TA<sup>1</sup>, E, Gautam V, Smith L. "Outcomes of inpatient rehabilitation of patients with multiple sclerosis", 2012;30(2):97-100.
239. Palmer AM. (2014). New and emerging immune-targeted drugs for the treatment of multiple sclerosis. *Br J Clin Pharmacol.* 2014 Jul;78(1):33-43.
240. Pierre-Antoine Gourraud, Joseph P. McElroy, Stacy J. Caillier<sup>1</sup>, Britt A. Johnson, Adam Santaniello, Stephen L. Hauser, MD, and Jorge R. Oksenberg, (2011).

Aggregation of MS genetic risk variants in multiple and single case families” 2011  
January; 69(1): 65–74.

241. Eebster S. Ehittam A. Multiple Sclerosis Trust. SMexplained 3rd Edition 2013. A  
straight forward guide to multiple sclerosis eëe.SMtrust.org.uk.

**Aneks 1**  
**KËRKESË PËR BASHKËPUNIM**

**LEJA ETIKE**

## Kërkesë

Drejtuar : **Drejtorisë së Spitalit Rajonal Vlore**

Unë Evis Allushi jam duke kryer ciklin e studimeve të doktoraturës për Shkenca Infermiore në Fakultetin e Shkencave Teknike Mjekësore Tiranë.

Në përputhje me ciklin e studimeve që jam duke kryer, duhet të realizoj një studim kërkimor. Studimi im është me temë: **“Rehabilitimi fizik dhe kujdesi infermieror si alternativë e rëndësishme në trajtimin e pacienteve me Sklerozë Multiple”**.

Pjesë e studimit do të jenë të gjithë pacientët e diagnostikuar me Sklerozë Multiple, pa limite moshe, kryesisht ata që janë hospitalizuar në vitet e fundit.

Të dhënat do të mblidhen nëpërmjet studimit të kartelave të të sëmurëve të diagnostikuar me Sklerozë Multiple.

Me anë të kesaj kërkesë, kërkoj që të më jepet mundësia që të studioj dhe të analizoj të dhënat e kartelave mjekësore me kriterin e përshkruar më sipër.

Duke shpresuar në mirëkuptimin tuaj.

Me respekt

Evis Allushi

## Abstrakt

**Hyrje:** Skleroza multiple (SM), është sëmundje kronike inflamatore, demielinizuese dhe degenerative e sistemit nervor qëndror (trurit dhe palcës kurrizore), e cila prek më tepër moshat nga 20-40 vjeç. Provat kumulative mbështetin faktin se terapia fizike, ka treguar të jetë e dobishme në përmirësimin e aftësisë së kufizuar në pacientët me SM.

**Qëllimi** i këtij studimi ishte rishikimi i kartelave të pacientëve të hospitalizuar me SM, në mënyrë që të gjenden efektet pozitive të fizioterapisë dhe lidhjen e saj me progresin e gjendjes së pacientit.

**Materialet dhe Metodät:** Ky është një studim retrospektiv i kryer gjatë periudhës Janar-Dhjetor 2010-2015 në spitalin e Vlorës. Popullata e studimit ishin të gjithë pacientët e hospitalizuar në Spitalin e Vlorës, të diagnostikuar me Sklerozë Multiple. U morën në studim të gjitha kartela e këtyre pacientëve.

Vlera e *P*, është përdorur për të gjetur rëndësinë e efekteve pozitive të fizioterapisë dhe progresin e pacientëve me SM. Vlera e  $P \leq 0,05$  është konsideruar e rëndësishme. Janë 58 kartela, të cilat plotësojnë kriteret e studimit dhe janë përfshirë në analizat përfundimtare.

**Rezultatet:** Moshë mesatare e pacientëve me MS ishte 43 vjeç, SD  $SD \pm 10.19 \pm 8.21$ , meshkuj dhe femra. Shenjat më të përhapura klinike ishin humbje ekuilibri/ marrje mendsh 62.07%, bllokim të anësive të poshtme/ pamundësi për të ecur 51.72%, dhimbje dhe dobësi trupore/ ngurtësim muskular 50%. 37 pacientë kishin zhvilluar seanca fizioterapie dhe rëndësia statistikore u gjet në mes të gjendjes së pacientit dhe fizioterapisë,  $p < 0.05$ . Rezultatet e këtij studimi tregojnë se terapia fizike ishte një faktor shumë i rëndësishëm për ecurinë e pacientëve në përmirësimin e dëmtimit dhe aftësisë së kufizuar.

**Konkluzione:** Rehabilitimi fizik në pacientët me Sklerozë Multiple është i lidhur me cilësinë e tyre të jetës. Bazuar në provat dhe rezultatet e studimit tonë, rehabilitimi fizik luan një rol të dobishëm në përmirësimin e aftësisë së kufizuar në pacientët me SM. Fizioterapeutët dhe infermierët, me përfshirjen e anëtarëve të familjes mund të kontribuojnë për të krijuar një qasje multidisiplinare për të vendosur një program rehabilitimi, në përputhje me nevojat dhe me aftësitë e kufizuara të pacientëve me SM.

**Fjalëkyç:** Sklerozë multiple, fizioterapi, rehabilitim multidisiplinar, paaftësi.

## Abstract

**Introduction:** Multiple sclerosis is a chronic inflammatory disease, which demyelinate and degenerates the central nervous system (brain and spinal cord). It affects people of all ages starting from 20-40 years old. The cumulative evidence shows that rehabilitation therapy improves the disability of MS patients.

**Aim:** The aim of this study is to review the charts of hospitalized MS patients in order to find the positive effects of physical therapy and its relation to their progress.

**Materials and method:** This is a retrospective study performed during the time period January-December 2010-2015 in Vlore hospital. The population of the study were all MS patients hospitalized in this hospital who were diagnosed with MS. We studied all their charts.

The *P value*, is used to find the significance of positive findings of physical therapy and the progress of the patients.  $P \leq 0,05$  is considered statistically significant. There were 58 patients' charts, which fulfill the criteria of the study and were put through the final analyses.

**Results:** The mean age of the patients was 43 years, SD  $SD \pm 10.19 \pm 8.21$ , male and female. The most important clinical signs found were loss of balance/ dizziness 62.07%; spasticity of the lower extremities/ inability to walk 51.72%; pain and body weakness / muscle rigidity 50%. 37 patients had undergone physical therapy sessions and the statistical significance was found between the patients' condition and physiotherapy,  $p < 0.05$ . The results of this study showed that the physical therapy was a very important factor in improving the condition and disability of MS patients.

**Conclusions:** The physical therapy in MS patients is related to their life quality. Based on evidence and the results of our study the physical therapy plays an important role in disability improvement in MS patients. Physiotherapists and nurses together with family members can contribute to create a multidisciplinary approach in order to have a rehabilitation programme, according to the individual needs of MS patients.

**Key words:** multiple sclerosis, physiotherapy, multidisciplinary rehabilitation, disability