

UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË

REPUBLIKA E SHQIPËRISË

UNIVERSITETI I MJEKËSISË TIRANË

FAKULTETI I SHKENCAVE MJEKËSORE TEKNIKE

**DISERTACION
PËR MBROTJEN E GRADËS SHKENCORE
“DOKTOR”**

**i paraqitur nga
Znj. Anila Dine**

**PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE
“DOKTOR”**

**TEMA: VLERËSIMI I KUJDESJEVE INFERMIERORE TE
PACIENTËT NË STADET E AVANCUARA TË SËMUNDJES TË
PARKINSONIT
DHE NË PACIENTËT QË TRAJTOHEN ME DUODOPA**

**Disertanti
Anila DINE**

**Udheheqës Shkencor:
Prof. Dr: Mira RAKACOLLI**

Tiranë 2020

**REPUBLIKA E SHQIPËRISË
UNIVERSITETI I MJEKËSISË TIRANË
FAKULTETI I SHKENCAVE MJEKËSORE TEKNIKE**

DISERTACION

I PARAQITUR NGA

Znj. ANILA DINE

PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE

DOKTOR

**TEMA: VLERËSIMI I KUJDESJEVE INFERMIERORE TE
PACIENTËT NË STADET E AVANCUARA TË SËMUNDJES TË
PARKINSONIT
DHE NË PACIENTËT QË TRAJTOHEN ME DUODOPA**

PASQYRA E LËNDËS

Faqe

Lista e Tabelave	iv
Lista e Figurave	vii
Lista e Grafikëve	viii
Shkurtime	x
Falënderime	xi
Deklaratë autenticiteti	xii
Abstract	xiii
Abstrakti	xiv
Qëllimi dhe objektivat	xv
Kapitulli I	1
1. Konsideratat teorike	1
1.1 Hyrje	1
1.2 Historiku i sëmundjes së Parkinsonit	2
1.3 Epidemiologjia e sëmundjes së Parkinsonit	3
1.4 Klinika e sëmundjes së Parkinsonit	4
1.4.1 Shenjat Kardinale	5
1.4.2 Shenjat shoqëruese jomotore	6
1.4.3 Manifestime të tjera motore	7
1.5 Evolucion i sëmundjes së Parkinsonit	8
1.6 Stadifikimi i sëmundjes së Parkinsonit	8
1.7 Fenomenologjia klinike dhe simptomatologjia	11
1.8 Fluktuacionet motorike (Fenomenet 'ON' / 'OFF' dhe Diskinezia)	13
1.9 Konsiderata infermierore	14
1.9.1 Simptomat motore	14
1.9.2 Simptomat jo-motore	18

1.9.3 Simptomet e neuropsikiatrisë	22
1.10 Faza e Avancuar e sëmundjes së Parkinsonit	23
1.10.1 Klinika e fazës së avancuar	23
1.10.2 Patfiziologjia e fazës së avancuar	25
1.11 Diagnoza e sëmundjes së Parkinsonit	26
1.12 Parimet e mjekimit të sëmundjes së Parkinsonit	26
Kapitulli II	30
2. Terapia me Duodopa	30
2.1 Kriteret e pranimit të pacientëve në terapi	34
2.2 Informimi i pacientit dhe pritshmëritë	34
2.3 Vlerësimi i pacientit	35
2.4 Dozimi dhe Titrimi	35
2.5 Sistemi i infuzionit të Duodopës	38
2.6 Mënyra e veprimit, dozimi dhe përdorimi i Duodopës	38
2.7 Efektet anësore	39
2.8 Trajtimi i komplikacioneve jo motore të fazës së avancuar të Parkinsonit	41
2.8.1 Demenca	42
2.8.2 Haluçinacionet dhe Psikozat	42
2.8.3 Depresioni dhe Ankthi	44
2.8.4 Çrregullimet e gjumit	44
2.8.5 Çrregullimet autonome	45
Kapitulli III	47
3. Materiali dhe Metodat	47
3.1 Popullata dhe kampioni i studimit	47
3.2 Kriteret përfshirëse në këtë studim	48
3.3 Kriteret përjashtuese të studimit	48
3.4 Metodologjia e përpunimit statistikor	48

3.5 Aspekte etike të punimit	53
3.6 Kufizimet dhe vështirësitë	53
Kapitulli IV	59
4. Rezultatet	59
4.1 Të dhënat e përgjithshme mbi pacientët me Parkinson	59
4.2 Rezultatet e pacientëve që trajtohen me Duodopa	114
Kapitulli V	119
5. Diskutimet	119
5.1 Të dhënat demografike të pacientëve të studjuar në fillim dhe pas 6 muajve të fillimit të studimit	121
5.2 Analizimi i të dhënave të përftuara lidhur me nxjerrjen në pah të rëndësisë dhe rolit të kujdesit infermieristik në trajtimin e pacientëve me SP	123
5.3 Vlerësimi i pyetësorëve që kanë për qëllim vlerësimin e cilësisë së jetës në SP mbas ndërhyrjeve infermierore	127
5.4 Pacientët që trajtohen me DUODOPA dhe ndjekja e tyre nga ana e kujdesit:	
Infermerior.	134
Konkluzionet	135
Rekomandimet	138
Shtojca	140
Referencat	154

Lista e Tabelave	Faqe
Tabela 2.1 Konvertimi i Levodopës të marrë në rrugë orale. Në ekuivalentin LCI.	36
Tabela 2.2 Sugjerim për Titrimin e LCIG bazuar në Efikasitetin Klinik dhe Reagimet e Ndryshme.	37
Tabela 2.3 Efektet anësore të mundshme të Duodopës.	40
Tabela 3.1 Paraqitja skematike e numrit të rasteve me SP të marrë në studim.	47
Tabela 3.2 Vlerat e Alfa të Cronbach të studimit.	49
Tabela 3.3 Të dhënat mbi përlllogaritjen e mestares, variancës, korrelacionit dhe Alfa Crobach.	50
Tabela 3.4 Vlerat e sinjifikancës së korrelacionit.	51
Tabela 3.5 Llojet e përgjigjeve në pyetësonin e dytë .	51
Tabela 3.6 Vlerat e përfutuara për grup përgjigjesh.	51
Tabela 3.7 Llojet e përgjigjeve në pyetësonin e dytë .	52
Tabela 3.8 Vlerat e përfutuara për grup përgjigjesh.	52
Tabela. 4.1 Statistikat e besueshmërisë së studimit.	59
Tabela 4.2. Numri i pacientëve të diagnostikuar me Parkinson në fillim dhe pas 6 muajve të studimit.	59
Tabela 4.3 Shpërndarja e pacientëve sipas gjinisë në fillim dhe pas 6 muajsh.	60
Tabela 4.4. Shpërndarja e pacientëve sipas moshës në fillim dhe pas 6 muajsh.	61
Tabela 4.5 Shpërndarja e grupmoshave (në vite) sipas gjinisë.	61
Tabela 4.6 Shpërndarja e pacientëve sipas Stadifikimit të Parkinsonit në fillim dhe pas 6 muajsh.	63
Tabela 4.7 Përgjigjet e pyetësonit A në fillim dhe pas 6 muajsh (në frekuencë dhe %)	64
Tabela 4.8 Përgjigjet e pyetësonit B në fillim dhe pas 6 muajsh (në frekuencë dhe %).	66
Tabela 4.9 Përgjigjet e pyetësonit C në fillim dhe pas 6 muajsh (në frekuencë dhe %).	68
Tabela 4.10 Statistikat e besueshmërisë së studimit. (pyetësoni A)	77
Tabela 4.11 Përmbledhje e statistikave të pyetjeve. (pyetësoni A)	77

Tabela 4.12 Statistikat e shkallës. (pyetësoni A)	78
Tabela 4.13 Ndryshimi pas 6 muajsh i mesatareve të pyetjeve për pyetësonin A.	79
Tabela 4.14 Përgjigjet e pyetësonit A në fillim dhe pas 6 muajsh sipas gjinisë.	81
Tabela 4.15 Korrelacionet statistikisht domethënëse ndërmjet pyetjeve të pyetësonit A dhe moshës.	83
Tabela 4.16 Korrelacionet statistikisht domethënëse ndërmjet pyetjeve të pyetësonit A dhe stadifikimit të Parkinsonit	85
Tabela 4.17 Statistikat e besueshmërisë së studimit. (pyetësoni B)	90
Tabela 4.18 Përmbledhje e statistikave të pyetjeve. (pyetësoni B)	90
Tabela 4.19 Statistikat e shkallës. (pyetësoni B)	90
Tabela 4.20 Analiza e pyetjeve për pyetësonin B (nëse hiqet pyetja në fjalë)	91
Tabela 4.21 Ndryshimi pas 6 muajsh i mesatareve të pyetjeve për pyetësonin B	92
Tabela 4.22 Analiza e pyetjeve për pyetësonin B (nëse hiqet pyetja në fjalë).	93
Tabela 4.23 Pyetësoni B, ndryshimet për pyetjen ‘Patur veshitësi për tu veshur?’ në fillim dhe pas 6 muajsh.	94
Tabela 4.24 Pyetësoni B, ndryshimet për pyetjen ‘Patur problem me lidhjet e ngushta personale?’ a) në fillim dhe b) pas 6 muajsh .	95
Tabela 4.25 Pyetësoni B, ndryshimet për pyetjen ‘Jeni ndier të pazotë për të komunikuar si duhet me njerëzit?’ në fillim dhe pas 6 muajsh.	97
Tabela 4.26 Korrelacionet statistikisht domethënëse ndërmjet pyetjeve të pyetësonit B dhe stadifikimit të Parkinsonit.	99
Tabela 4.27 Statistikat e besueshmërisë së studimit (pyetësoni C)	101
Tabela 4.28 Përmbledhje e statistikave të pyetjeve. (pyetësoni C)	101
Tabela 4.29 Statistikat e shkallës. (pyetësoni C)	101
Tabela 4.30 Ndryshimi pas 6 muajsh i mesatareve të pyetjeve për pyetësonin C.	102
Tabela 4.31 Analiza e pyetjeve për pyetësonin C. (nëse hiqet pyetja në fjalë)	104
Tabela 4.32 Korrelacionet statistikisht domethënëse ndërmjet pyetjeve të pyetësonit C.	106

Tabela 4.33 Korrelacionet statistikisht domethënëse ndërmjet pyetjeve të pyetësit C dhe stadifikimit të Parkinsonit.	108
Tabela 4.34 Pyetësi A të pacientëve që trajtohen me duodopa në fillim të studimit dhe pas 6 muajve.	115
Tabela 4.35 Pyetësi B tek të sëmurët me trajtim me duodopa.	116
Tabela 4.36 Të dhënat statistikore të shkallës së vlerësimit të pyetësit C .	117

Lista e Figurave	Faqe
Figura 1.1 Rritja në mënyrë projektive e sëmundjes së Parkinsonit në individët mbi 50 në vendin më të populluara të Evropës perëndimore dhe në botë nga 2005-2030.	4
Figura 1.2 Niveli i dopaminës tek njerëzit e shëndetshëm dhe tek të sëmurët me Parkinson.	5
Figura 1.3 Organet e trupit ku SP shkakton probleme.	10
Figura 1.4 Lidhja ndërmjet OF, ON dhe Diskinezisë .	14
Figura 2.1 Sistemi i Duodopës Burimi: Duodopa everyday-Abbot 2013; A. kasete, B. pompa, C. tubi PEG, D. Tubi intestinal.	38
Figura 1. Pastrimi i tubit intestinal.	145
Figura 2. Diagrama “ON-OFF” e pacientes në fillim të terapisë kur ende nuk është stabilizuar doza dhe përgjigjia terapeutike nuk është arritur ende	152
Figura 3. Diagrama “ON-OFF” pas gjashtë muajsh	153

Lista e Grafikëve	Faqe
Grafiku 1.1 Ndryshimet në përgjigjen motore në faza të ndryshme të SP të lidhura me terapinë kronike me Levodopa.	24
Grafiku 1.2 Fluktuacionet e nivelit të Levodopes në fazën e avancuar të SP.	25
Grafiku 4.1 Shpërndarja e pacientëve sipas gjinisë në fillim dhe pas 6 muajsh (në %).	60
Grafiku 4.2 Piramidë e shpërndarjes së grupit të pacientëve sipas gjinisë dhe moshës.	62
Grafiku 4.3 Shpërndarja në përqindje e pacientëve sipas Stadifikimit të Parkinsonit në fillim të studimit.	63
Grafiku 4.4 Krahasimi në përqindje i pyetjeve PO në fillim dhe pas 6 muajve të sëmundjes për formularin e pare.	65
Grafiku 4.5 Përqindjet e rasteve të pyetësorit B në fillim dhe pas 6 muajve të sëmundjes	67
Grafiku 4.6 Shkalla e cilësisë mesatare e gjumit të natës në fillim dhe pas 6 muajve të studimit.	69
Grafiku 4.7 Shkalla e vështirësisë për ti zënë gjumi gjatë natës.	70
Grafiku 4.8 Shkalla vështirësisë për të qëndruar fjetur në gjumë	70
Grafiku 4.9 Shkalla e shqetësimit të këmbëve dhe duarve në fillim dhe pas 6 muajve të studimit.	71
Grafiku 4.10 Nervozizmi në shtrat.	71
Grafiku 4.11 Vuajtje nga ëndërra lodhëse gjatë natës.	71
Grafiku 4.12 Vuajtje nga halucinacionet lodhëse gjatë natës	72
Grafiku 4.13 Ngritje natën për të urinuar	72
Grafiku 4.14 A keni incontinencë urinare për shkak se nuk levizni prej simptomave “off”?	72
Grafiku 4.15 Pasja e, mpirje të krahut ose këmbës që i zgjon nga gjumi natën.	73
Grafiku 4.16 Prania e krampeve të dhimbshme muskulare në krahë ose këmbë.	73
Grafiku 4.17 Zgjimi herët në mëngjes me pozicion të dhimbshëm të këmbëve e duarve.	70
Grafiku 4.18 Prania e dridhjeve gjatë ecjes.	74
Grafiku 4.19 Lodhje dhe përgjumje pas ecjeve të mëngjesit.	75

Grafiku 4.20 Zënia në mënyrë të papritur e gjumit gjatë ditës.	75
Grafiku 4.21 Shpërndarja e përgjigjeve të pyetësorit C sipas shkallës UPDRS.	76
Grafiku 4.22 Ndryshimi pas 6 muajsh i mesatareve të pyetjeve për pyetësorin A.	80
Grafiku 4.23 Shpërndarja sipas moshës e disa prej pyetjeve me korrelacione statistikisht domethënëse në lidhje me moshën.	84
Grafiku. 4.24 Shpërndarja sipas stadifikimit të Parkinsonit e disa prej pyetjeve me korrelacione statistikisht domethënëse në lidhje me moshën	89
Grafiku 4.25 Ndryshimi pas 6 muajsh i mesatareve të pyetjeve për pyetësorin B.	92
Grafiku 4.26 Pyetësori B, ndryshimet për pyetjen ‘Patur veshtirësi për tu veshur?’ a) në fillim dhe b) pas 6 muajsh	95
Grafiku 4.27 Pyetësori B, ndryshimet për pyetjen ‘Patur problem me lidhjet e ngushta personale?’ a) në fillim dhe b) pas 6 muajsh.	96
Grafiku 4.28 Pyetësori B, ndryshimet për pyetjen ‘Jeni ndier të pazotë për të komunikuar si duhet me njerëzit?’ a) në fillim dhe b) pas 6 muajsh	97
Grafiku 4.29 Pyetësori B, korrelacioni për pyetjen ‘Patur siklet se keni sëmundjen e Parkinsonit?’ në lidhje me moshën pas 6 muajsh.	98
Grafiku 4.30 Ndryshimi pas 6 muajsh i mesatareve të pyetjeve për pyetësorin C.	103
Grafiku. 4. 31 Paraqitje grafike e raportimit për cilësinë e gjumit në fillim dhe pas 6 muaj	105
Grafiku 4.32 Paraqitje grafike e raportimit për ikontinencën në fillim dhe pas 6 muajsh	107
Grafiku 4.33 Paraqitje grafike e raportimit për cilësinë mesatare të gjumit fillim dhe pas 6 muajsh	109
Grafiku 4.34 Paraqitja në biplot i pyetjeve të marra në konsiderate.	111
Grafiku 4.35 Bashkimi i kategorive të pyetjeve të paraqitur në plot	112
Grafiku 4.36 Pyetjet e marra në konsideratë	113
Grafiku 4.37 Stadifikimi dhe përgjigjet e pacientëve	113
Grafiku 4.38 Vlerat e mesatareve në fillim dhe pas 6 muajve të sëmurëve me duodopa	118

Lista e shkurtimeve

SP	Sëmundja e Parkinsonit
SN	Sistemi nervor
SNQ	Sistemi Nervor Qëndror
MRP	Proçedura e Njohjes Reciproke
FDA	Food Drug Administration
USPRS	Unified Paskinson Disease Rating Scale
T.R.A.P	Tremor, rigidity, akinesia, postural instability
LSVT LOUD	Effective speech treatment for people with Parkinson disease
REM	Rapid eye movement sleep
U. K. Brain bank criteria	Brain Bank Clinical Diagnostic Criteria. Unired Kingdom
LCIG	Levodopa-carbidopa intestinal gel
COMT	Catechol - o – methyl trasferase
PEG	Gastrostomise Endoskopike Percutane
CADD-Legacy	Pompë e indikuar për nfuzionin intraperitoneal
MMSE,	Mini-Mental state ekzamination
USDRS	Unified Parkinson's Disease Rating Scale
ADL,	Aktiviteti i të jetuarit ditor
MAO	Monoamino oksidase

FALENDERIME

Ky punim shkencor është përpjekje e një pune disa-vjeçare e në përfundimin e tij gjej rastin të falënderoj përzemërsisht të gjithë ata që më kanë mbështetur, inkurajuar, sugjeruar dhe nxitur që gjithë ky punim të mbyllet me sukses.

Falënderimet e mia të thella e të përzemerta shkojnë për Prof. Mira Rakacolli, për udhëheqjen shkencore të kësaj teme doktorature, E cila me profesionalizëm dhe përkushtim më ka mbështetur dhe mbikëqyrur në të gjitha etapat e punimit.

Falënderoj kolegët e Shërbimit të Neurologjisë, Radiologjisë, Gastrohepatologjisë për mbështetjen në mbledhjen dhe dhënien e informacionit të plotë për plotësimin e këtij studimi.

Falënderoj për rolin e rëndësishëm në përpunimin, analizimin e të dhënave dhe nxjerrjen e rezultateve, Dr.Shk.Illir Akshja.

Dua të falënderoj Dr. Shk Drini Dobi, Dr Ladiola Stefanidhi pjesë shumë e rëndësishme në ecurinë e këtij studimi, të cilët më kanë ndihmuar dhe mbështetur gjatë gjithë kohës.

Së fundmi por jo të fundit nga rëndësia, falënderoj me shumë dashuri familjen time, fëmijët dhe bashkëshortit tim, të cilëve ju kam munguar gjatë kohës që i kam kushtuar punimit të disertacionit. I falënderoj për mbështetjen e vazhdueshme dhe inkurajimin e pashtershëm përgjatë gjithë periudhës së realizimit të këtij studimi shkencor.

DEKLARATË AUTENTICITETI

Unë Anila Dine, përmes deklaratës së autorësisë deklaroj se rastet e marra në studim dhe ky punim doktore është punë origjinale e imja. Ky punim nuk është botuar apo prezantuar asnjëherë më parë, përpara një institucioni tjetër për vlerësim. Punimi nuk përmban material të shkruar nga ndonjë person tjetër, përveç rasteve të cituara apo të referuara.

Emri mbiemri: Anila DINE

ABSTRACT

Background

The complexity of motor and nonmotor symptoms in patients With Parkinson's disease (PD) requires multidisciplinary health actions. Therefore, the role of nursing care for patients with Parkinson Disease is arguably an important starting point for professional treatment of those patients. Treatment with DUODOPA can improve the quality of life of patients in advanced stages of Parkinson. The ultimate goal was to improve the quality of nursing care and increase PD patients' knowledge on their treatment and, therefore, to improve patients' daily life.

Methods

This thesis is a survey study who investigates diagnosed cases with PD, over a period of 6 months after nursing interventions. We have calculate data from three questionnaires by using software SPSS version 23.0 e IBM, and tests like χ^2 , ANOVA, Fisher exact test and Cronbach's alpha.

Results

In this study, about 106 patients with PD were enrolled. Three different questionnaires were use for interview nursing care interventions were in the beginner and after 6 months of study. 58.5% were male and 41.5% female. Average age resulted 67.6 ± 9.0 , with min 38 years old and max 87 years old. Group ages 56-75 presented the most predominant number of patients and patients in stage III (65.1%) presented the most predominant stage in this study. Based to Cronbach's Alpha, the evaluation of nursing care about treatment and helping of PD patients is classify well. Because the health actions based on comprehensive care centered on patients and their families, based on ethical, legal, operational, and theoretical premises of the profession and grounded in the concepts of prevention, promotion, treatment, and rehabilitation, provides quality and scientific rigor for patient care. These actions may help to improve the quality of life of individuals with neurodegenerative diseases that are multisystem, incurable, and often disabling.

Conclusion

The important role of nurses in the multidisciplinary care of patients with PD is obvious, and training of increasing numbers of professionals to meet the growing demand is a plausible goal.

Key words: PD, advanced stage, nursing role, Duodopa, dyskinesia, LCIG.

ABSTRAKT

Hyrje

Kompleksiteti i simptomave motorike dhe jo motorike që shfaqen në pacientët me sëmundjen e Parkinsonit (SP) kërkon veprime shëndetësore multidisiplinare. Prandaj, roli i infermierit që kujdeset për pacientët me Sëmundjen e Parkinsonit është pa dyshim një pikë e rëndësishme fillestare për trajtimin profesional të atyre pacientëve. Trajtimi me DUODOPA mund të përmirësojë cilësinë e jetës së pacientëve në fazat e avancuara me Parkinson. Qëllimi përfundimtar ishte të vlerësonte cilësinë e kujdesit infermieror dhe të rrisë njohuritë e pacientëve me SP mbi trajtimin e tyre dhe, për këtë arsye, të përmirësojë cilësinë e jetës të këtyre pacientëve.

Metodat

Kjo tezë është një studim i cili heton rastet e diagnostikuara me SP, për një periudhë prej 6 muajsh pas ndërhyrjeve infermierore. Ne kemi llogaritur të dhëna nga tre pyetësorë duke përdorur software SPSS version 23.0 e IBM, dhe teste si χ^2 , ANOVA, provë e saktë e Fisherit dhe alfa e Cronbach.

Rezultatet

Në këtë studim, janë përfshirë rreth 106 pacientë me SP. Tri pyetësorë të ndryshëm u përdorën për intervistat lidhur me ndërhyrjet e kujdesit infermieror në fillim dhe pas 6 muajve të studimit. 58.5% ishin meshkuj dhe 41.5% femra. Moshë mesatare rezultoi 67.6 9.0, me minimum 38 vjeç dhe maksimum 87 vjeç. Moshat 56-75 vjeç të grupit paraqitën numrin më të lartë të pacientëve. Pacientët në fazën e III (65.1%) të sëmundjes paraqitën stadin më mbizotërues në këtë studim. Bazuar në Alpha e Cronbach, vlerësimi i kujdesit infermieror, për trajtimin dhe ndihmën e pacientëve me SP është klasifikuar mirë. Për shkak se ndërhyrjet shëndetësore të bazuara në kujdesin gjithëpërfshirës të përqendruar tek pacientët dhe familjet e tyre, të bazuara në premisa etike, ligjore, operacionale dhe teorike të profesionit dhe të bazuara në konceptet e parandalimit, promovimit, trajtimit dhe rehabilitimit, sigurojnë rigorozitet cilësor dhe shkencor për kujdesin ndaj pacientit. Këto veprime mund të ndihmojnë për të përmirësuar cilësinë e jetës së individëve me sëmundje neurodegenerative që janë me shumë sisteme, të pashërueshme dhe shumë shpesh kalojë në pa aftësi motore.

Përfundim

Roli i rëndësishëm i infermierëve në kujdesin multidisiplinar të pacientëve me SP është i qartë, dhe trajtimi i një numri në rritje profesionistësh për të përmbushur kërkesën në rritje është një qëllim i besueshëm.

Fjalët kyçe: SP, faza e përparuar, roli infermieristik, Duodopa, diskinesi, LCIG.

QËLLIMI DHE OBJEKTIVAT

Qellimi i studimit:

- 1.** Identifikimi i rëndësisë të vlerësimit infermieror si pjesë e ekipit multidisiplinar në standartizimin e kujdesit në të sëmurët me SP,
- 2.** Vlerësimi i pyetësorëve që kanë për qëllim vlerësimin e cilësisë të jetës në SP mbas ndërhyrjeve infermierore

Objektivat e studimit:

1. Profili i sptomave jomotore tek pacientët me parkinson të trajtuar nga Departamenti i Neurologjisë në Shqipëri .
2. Follow up (ndjekja) në dinamikë të sptomave jomotore.
3. Specifikat e kujdesit infermieror në varësi të kuadrit klinik tek pacientët që trajtohet me Duodopë.

KAPITULLI I

1. KONSIDERATAT TEORIKE

1.1 Hyrje

Kompleksiteti i simptomave motorike dhe jo motorike që shfaqen në pacientët me sëmundjen e Parkinsonit (SP) kërkon veprime shëndetësore multidisiplinare (1). Prandaj, roli i infermierit që kujdeset për pacientët me Sëmundjen e Parkinsonit është pa dyshim një pikë e rëndësishme fillestare për trajtimin profesional të atyre pacientëve (2). Trajtimi me DUODOPA mund të përmirësojë cilësinë e jetës së pacientëve në fazat e avancuara me Parkinson (3).

Në Shërbimin e Neurologjisë hasemi çdo ditë me pacientë të diagnostikuar me Morbus Parkinson. Sëmundja e Parkinsonit është një sëmundje degjenerative progresive, panatonomokisht nga prezenca e trupëzave Levy në qelizat e substancës nigra por dhe në bërthamat e tjera me ngjyrë, biokimikisht nga pakësimi i dopaminës por jo vetëm në nivel të ganglioneve bazale (4).

Klinika e sëmundjes karakterizohet nga triada tremor e qetësisë, rigiditet muskular dhe bradikinezi (5). Kjo i bën këta pacientë të ndiejnë një nevojë progresive për kujdesje gjithnjë dhe më të specializuar, duke ritur kështu nevojën e dhënësve të kujdesit dhe në mënyrë të veçantë të infermierëve për njohuri dhe aftësi sa më të mëdha profesionale (6).

Në fazën e avancuar simptomat përkeqësohen në mënyrë progresive, shfaqen periudha ON/OFF të paparashikuara, diskinezitë, vështirësi në ecje dhe pamundësi për të realizuar detyra të thjeshta (7).

Nga përvoja në Shërbimin e Neurologjisë kemi parë fillime të sëmundjes edhe në mosha më të reja 43vjeç dhe 45 vjeç duke ritur kështu shkallën e invaliditetit dhe nevojën për kujdesje të specializuar. Gjatë dekadës së fundit është bërë një progres i madh në trajtimin e sëmundjes së Parkinsonit (SP). Si rezultat i përparimeve në terapitë eksperimentale, shumë terapi premtuese për SP po shfaqen. Levodopa mbetet ilaçi më i fuqishëm për kontrollimin e simptomave të SP, megjithatë në disa raste kjo shoqërohet me komplikime të konsiderueshme të tilla si efekti "i lodhjes", dyskinesias si edhe komplikime të tjera motorike.

Panvarësisht studimeve të shumta, aktualisht kjo sëmundje është klasifikuar si e pashërueshme. Medikamentet e përdorura për trajtimin e Parkinsonit ndihmojnë në kontrollin e simptomave por nuk ndalojnë progresin e sëmundjes.

Levodopa ishte preparati i parë i prezantuar për trajtimin e SP në 1967 dhe vazhdon akoma të mbetet preparati më i përdorur (8). Shumica e terapive me levodopa administrohen në mënyrë orale, të cilës me kalimin e kohës i bie efektiviteti, për shkak të stimulimit pulsativ të receptorëve, kombinuar me gjysmë-jetën e shkurtër të eleminimit dhe absorbimin të çrregullt intestinal të saj.

Në fazën e avancuar të sëmundjes së Parkinsonit, Duodopa është një alternativë unike, ajo konsiston në administrimin e përbërjes Levodopa/Karbidopa në trajtë xheli drejtpërdrejt në duoden nëpërmjet PEG (Gastrostomise Endoskopike Percutane). Duodopa siguron përqëndrime kostante të levodopës në plazëm dhe stimulim të vazhduar të receptorëve dopaminergjik në sajë të infuzionit të vazhduar intestinal duke ju afruar kështu gjendjes fiziologjike normale. Pavarësisht kësaj, LEVODOPA mbetet një nga alternativat më efikase për trajtimin e avancuar të kësaj sëmundje (9).

1.2 Historiku i Sëmundjes së Parkinsonit

Sëmundja është përshkruar për herë të parë në 1917 nga mjeku Britanik James Parkinson në botimin e tij “Një ese për paralizën spastike” (10). Më pas vonë në shekullin XIX Charcot detajoi më tej çrregullimin dhe identifikoi shenjat klinike kardinale që karakterizojnë SP si tremor i qetësisë, rigiditetit, bradikinezisë dhe instabilitetit postural (11). Një element të rëndësishëm në kuptimin e patogenezës së sëmundjes e dha Brissaud, i cili hodhi hipotezën se dëmtimi i cili ndodh në substancën nigra mund të jetë shkakaku i SP (12). Më vonë në trurin e personave me SP u zbuluan inkluzionet eozinoflike (Trupëzat Lewy) të cilat sëbashku me çrregullimet në substancën nigra u shndërruan në markus patogjenik specifik të sëmundjes (13). Një avantazh të madh në kuptimin e SP solli zbulimi i defiçitit të dopaminës në nivel të striatumit dhe të substancës nigra. Studime të mëtejshme treguan një lidhje midis striatumit dhe sistemit nervor duke sugjeruar se humbja e neuroneve dopaminergjike në sistemin nervor qendror SNQ ndikon drejtpërdrejt në defiçitin e striatumit (14). Përcaktimi se SP është një sëmundje rrjedhojë e humbjes së dopaminës ndikoi në zhvillimin e një sërë metodash terapeutike për të korigjuar këtë defiçit. Pas disa përpjekjesh prekursori i dopaminës levodopa u vërtetua se kishte një ndikim të fuqishëm në trajtimin e SP (15).

Në 1990 Departamenti i Neurologjisë dhe Farmakologjisë të Universitetit të Uppsala në Suedi bashkëpunuan për zhvillimin e një formulimi të ri galenik të levodopës për infuzionin enteral në trajtë zheli të quajtur Duodopa (16). Shteti i parë që aprovoi përdorimin e Duodopës ishte Suedia në Janar 2004 ndërsa në 18 Nëntor të vitit 2005, Duodopa u aprovua nga të gjitha shtetet anëtare të Bashkimit Europian. Duodopa u aprovua nëpërmjet MRP (Procedura e Njohjes Reciproke) (17). Në 2004 Duodopa është aprovuar nga autoritetet shëndetësore në USA, FDA (Administrata e Medikamenteve dhe Ushqimit) (18).

1.3 Epidemiologjia e Sëmundjes së Parkinsonit

Sëmundja e Parkinsonit (SP) është një çrregullim neurodegenerativ i lidhur me moshën që prek rreth 1 milion persona në Shtetet e Bashkuara të Amerikës (SHBA) dhe afërsisht 5 milion në të gjithë botën. SP prek burra dhe gra të të gjitha moshave, profesioneve dhe kombësive. Moshë mesatare e shfaqjes është 60-70 vjeç por ka raste me Parkinson që shfaqen që në moshë 30-40 vjeçare madje edhe më herët (19). Rreth 1% e njerëzve mbi 65 vjeç janë me Parkinson. 5-10 % e të gjithë rasteve fillojnë përpara moshës 40 vjeçare (20).

Incidenca botërore e Parkinsonit është rreth 160 për 100.000 persona me rreth 16 deri 19 raste të reja për 100.000 persona në vit (21).

Prevalenca është 1:1000 banorë në popullatën globale. Kjo prevalencë rritet në mënyrë eksponenciale pas të 50-ve, 1.5: 1000 mbi 65 vjeç (22).

Sipas Dorsey et al, numri i individëve me SP me moshë mbi 50 vjeç varion nga 4.1 deri në 4.6 milion për vitin 2005 dhe ky numër do të dyfishohet nga 8.7 deri në 9.3 milion në vitet 2030 (23) (figura 1.1).

Në Shqipëri prevalenca është rreth 140/100.000 (24). Në bazë të një studimi në 2005 rreth 4.6 milion persona vuajnë në të gjithë botën nga sëmundja dhe ky numër mendohet se do të dyfishohet në 2030 (25). Përveç moshës, disa studime kanë gjetur prova të ndikimit gjinor në incidencën e SP. Është vërtetuar se SP është më i përhapur tek burrat sesa tek gratë, me një raport përkatësisht 3:1. Kjo gjë mund t'i atribuohet efektit të estrogjenit në neuronet dopaminergjike dhe rrugët në tru (26).

Sëmundja e Parkinsonit vjen zakonisht në mënyrë sporadike megjithatë ekzistojnë forma familjare me trasmetim autozomal dominant ose autozomal recesiv (27).

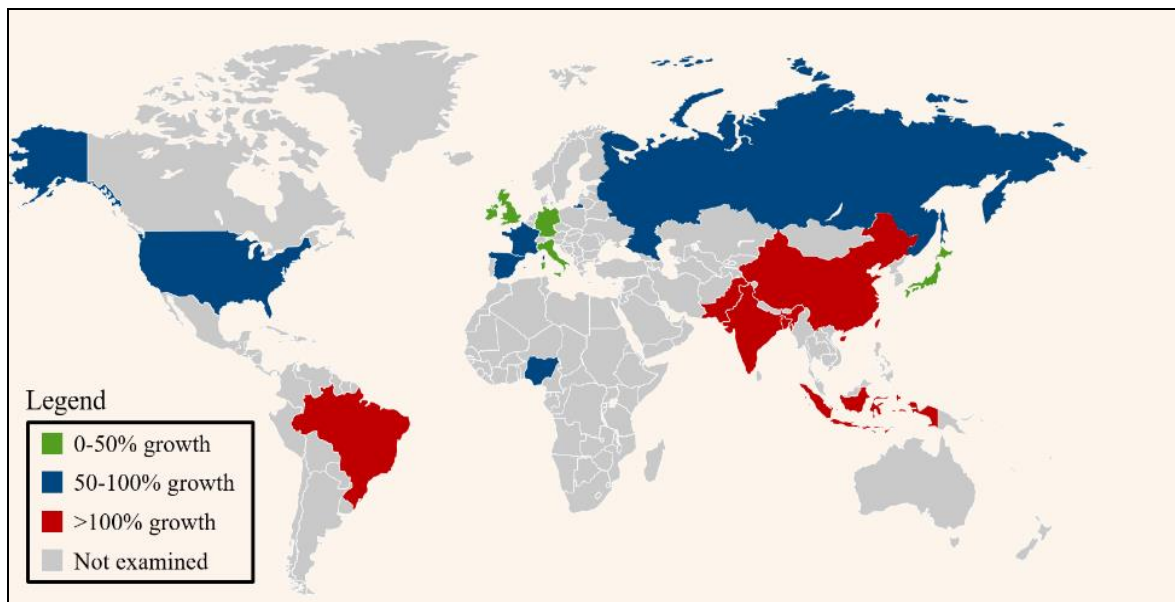


Figura 1.1 Rritja në mënyrë eksponenciale e sëmundjes së Parkinsonit në individët mbi 50 në vendin më të populluara të Evropës perëndimore dhe në botë nga 2005-2030

1.4 Klinika e Sëmundjes së Parkinsonit

Shenjat e fillimit të sëmundjes janë ekstremisht variabël nga një individ në tjetrin por simptomatologjia fillon në shumicën e rasteve në nënyrë unilaterale e më pas bilateralizohet, megjithatë për nga graviteti kjo sëmundje mbetet asimetrike (28). Fillimi i SP është i ngadalshëm me dhimbje të papërcaktuara, lodhje, pakësim të aktivitetit, dhe të gjitha këto mund të orientojnë drejt një sëmundje reumatizmale. Në 80 % të rasteve dridhja është ajo që tërheq vëmendjen, pacientët mund të kenë thjesht vështirësi në përdorimin e një anësie, ngadalësim në lëvizje ose tremor asimetrik në qetësi (29). Sëmundja e Parkinsonit karakterizohet nga një sërë çrregullimesh të funksionit motor që përbëjnë shenjat kardinale si dhe nga një sërë shenjash të tjera shoqëruese jomotorë. Interesant është fakti se një nga simptomat më të hershme të sëmundjes është anosmia, ndoshta e lidhur me gjenerimin e bulbit olfaktor të nukleusit olfaktor anterior (30).

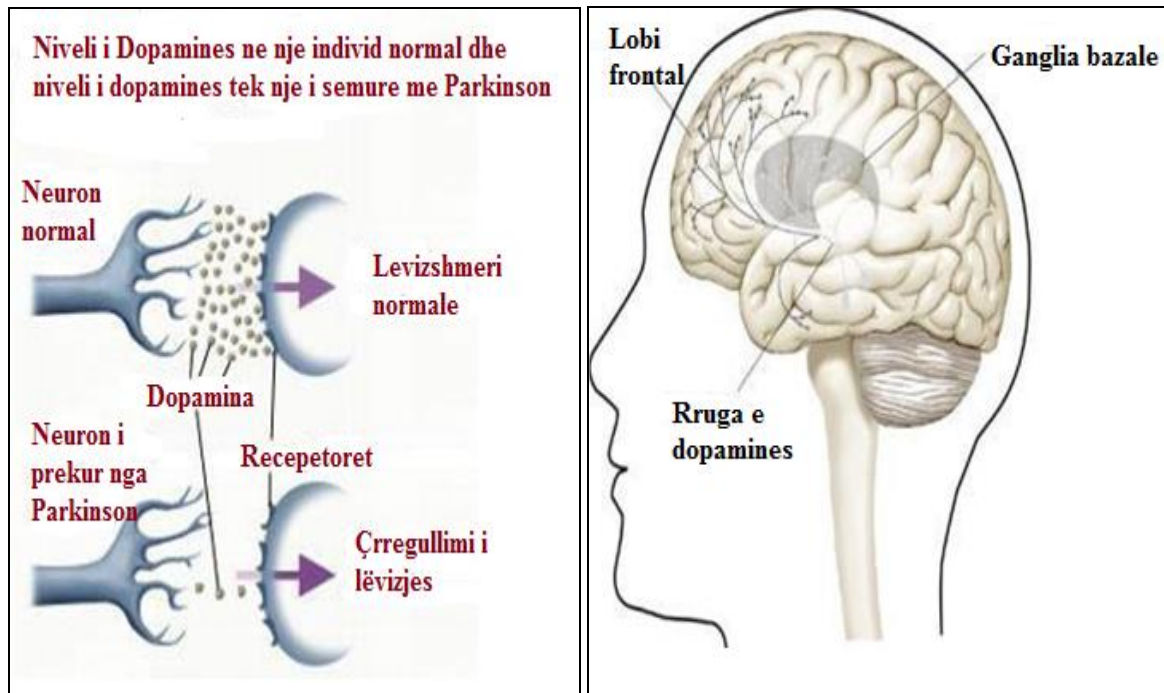


Figura 1. 2 Niveli i dopaminës tek njerëzit e shëndetshëm dhe tek të sëmurët me Parkinson

1.4.1 Shenjat Kardinale

Pacientët me sëmundjen e Parkinsonit zakonisht kanë triadën klasike të përbërë nga:

- a) tremori i qetësisë,
- b) bradikinezi dhe
- c) rigiditet si rrota e dhëmbëzuar të shoqëruar me një posturë istabile e cila shkakton një ecje të paqëndrueshme (31).

a) Tremori Parkinsonik

Sipas Stanford Medicine (25), vetëm gjysma e pacientëve kanë tremor që në fazat fillestare të sëmundjes shumica e zhvillojnë atë me progresimin e saj. Tremori Parkinsonik është tremor i qetësisë, shfaqet kur ka relaksim të muskulaturës dhe zhduket në lëvizjen e vullnetshme.

Tremori zhduket gjatë gjumit, theksohet nga emocionet, lodhja dhe sforcimi intelektual (llogaritje matematikore) etj. Shenja karakteristike e tremorit të qetësisë është lëvizja fleksion-ekstension e gishtit të madh sikur bën thërime ose numëron monedhat.

Vihet re dhe tremor postural, që është asimetrik i cili shfaqet gjatë përpjekjes për të mbajtur një pjesë të trupit pa lëvizur kundër forcës së gravitetit.

b) Bradikinezia, hipokinezia dhe akinezia

Disfukcioni motor përfshin:

- **Bradikinezi** - plogështi në lëvizje, ngadalësi në inicimin e lëvizjes të vullnetshme dhe reduktim progresiv i shpejtësisë dhe amplitudës së lëvizjeve përsëritëse,
- **Hipokinezi** - reduktim i lëvizjeve spontane,
- **Akinezi** - mungesa e lëvizjeve.

Bradikinezia ekziston në nivel të:

1. **Fytyrës** – mimikë e varfër,
2. **Shkrimit** – mikrografi,
3. **Ecjes** – humbje të lëvizjes së duarve, ecje me hapa të vegjël,
4. **Zërit** – monoton i shurdhët,
5. **Aksial** - turbullim të postures,
6. **Anësive** – akinezi segmentare vështirësi në xheste fine.

1.4.2 Shenjat shoqëruese jomotore

Çregullimet e sistemit nervor autonom

- a) Ndryshime të presionit arterial. Hypotensioni është efekt anësor i barnave antiparkinsonike.
- b) Kostipacioni si rezultat i disfukcionit të sistemit autonom ose nga medikamentet
- c) Çregullime Urinare. Poliuria, inkontinencë urinare sidomos te ata pacientë me akinezi severe.

- d) Çrregullime të gjumit. SP shkakton shpesh çrregullime të ciklit gjumë-zgjim, duke përfshirë vështirësi në rënien në gjumë, problem të frymëmarjes të ngjashme me sindromin e apnesë nokturne dhe zvogëlim i ciklit të gjumit.
- e) Disfuzion seksual. Reduktim i libidos apo impotencia janë të rralla. Njihet si efekt anësor i levodopës dhe dopa agonistëve.
- f) Hiperhidroza shfaqet në formën e episodeve të papritura, të gjeneralizuara, të çrregullta të djersitjes.
- g) Hipersalivacion
- h) Vështirësi në gëlltitje (disfagia) e cila mund të shkaktojë malnutricion dhe dehidrim.
- i) Seberrhea, kryesisht në ballë, hundë, dhe scalp (dermatit seborrhoik).
- j) Edema të këmbëve si pasojë e inaktivitetit (32).

Çrregullimet sensibilitetit:

Dhimbja në krah dhe shpatulla, ndonjëherë e shoqëruar me lodhje, dobësi mund të jetë e pranishme për shumë kohë përpara shfaqjes të shenjave kardinale të sëmundjes (33).

Çrregullimet e sjelljes:

Këto pacientë mund të zhvillojnë gjëndje depresive dhe ankioze. Depresioni shkaktohet nga një sërë faktorësh si: reduktimi i dopaminës dhe neurotransmetuesve të tjerë në SNQ. Stresi i të jetuarit me këtë sëmundje dhe impakti që sëmundja ka në mardhëniet me të tjerët. Ankthi gjithashtu mund të prekë pacientët me Parkinson (34). Rikthimi i papritur i simptomave mund të bëjë njerëzit ankioz dhe të nxisë një atak paniku.

1.4.3 Manifestime të tjera motore

Distonia; Shumica përjetojnë krampe muskulare të pavullnetshme si dhe spazma dhe kontraksione, këto mund të ndodhin në mënyrë të pavarur ose të jenë pasojë e barnave dopaminergjike. Zakonisht distonia prek muskujt e pulpës dhe të këmbëve, por ndonjëherë mund të prekë edhe pjesë të tjera të trupit si duart, qafën, kokën, vetullat (35).

1.5 Evolucion i Sëmundjes së Parkinsonit

Evolucioni është i ngadaltë, tinzar dhe shkon drejt përkeqësimit. Kohëzgjatja mesatare e jetës është 10 – 20 vite, por ajo është më e gjatë sa më herët të fillojë sëmundja. Sipas hulumtimit, mesatarisht, njerëzit me Parkinson mund të shpresojnë të jetojnë pothuajse për aq kohë sa ata që nuk kanë çrregullime.

Ndërsa vetë sëmundja nuk është fatale, ndërlikimet e lidhura mund të ulin jetëgjatësinë me 1 deri në 2 vjet (36).

Evolucioni spontan përbëhet nga:

Drejt agravimit motor: Agravim i triadës parkinsonike, bilateralizimi i simptomatologjisë por dhe me një asimetri persistente, deformime artikulare, dhe shfaqja e një pafuqie funksionale gjithnjë e më shumë.

1. Drejt keqësimit intelektual pas shumë vitesh evolucion.
2. Komplikacionet e qëndrimit shtrirë janë: Infeksionet urinare, infeksionet respiratore, dekubituset.

Sëmundja vepron në planin funksional shton disabilitetin, i sëmuri nuk punon më, reduktohet cilësia e jetës. Duke qënë se sëmundja fillon në një moshë të avancuar shumica e pacientëve vdesin më së shumti nga shkaqe të tjera se sa nga SP (37).

1.6 Stadifikimi i Sëmundjes së Parkinsonit

Për stadifikimin e sëmundjes mund të përdoren tre shkallë:

- a) Hoehn et Yahr përbëhet nga pesë stade
- b) Unified Parkinson Disease Rating Scale (UPDRS)
- c) Schwab and England Activities of Daily Living

a) Shkalla Hoehn et Yahr, e publikuar në 1967, ishte shkalla e parë e vlerësimit që përshkruan përparimin e SP. Shkalla Hoehn dhe Yahr përshkruan pesë faza të përparimit të SP:

1. Faza e parë: Në fazën e parë, faza më e hershme, simptomat e SP janë të lehta dhe shihen vetëm në njërin anë të trupit (përfshirje e njëanshme) dhe zakonisht me dëmtime minimale ose pa dëmtime funksionale. Simptomat në fazën e parë mund të përfshijnë dridhje, ngurtësi ose ngadalësi të lëvizjes në njërin krah ose këmbë të trupit, ose mund të preket njëra anë e fytyrës, duke ndikuar në shprehje.

2. Faza e dytë: Faza e dytë konsiderohet ende fazë e hershme e sëmundjes dhe karakterizohet nga simptoma që prekin të dy anët e trupit (përfshirje bilaterale) ose në vijën e mesit por pa dëmtim të ekuilibrit. Faza e dytë mund të zhvillohet muaj ose vite pas fazës së parë. Simptomat e SP në fazën e dytë mund të përfshijnë humbjen e shprehjes së fytyrës në të dy anët e fytyrës dhe ngadalësimin e mbylljes së syve. Anomalitë e të folurit mund të jenë të pranishme, të tilla si zëri i butë, monoton, zbehja e volumit pasi fillon të flasë me zë të lartë, ose fjalë të paqarta. Mund të ketë mpirje ose ngurtësi të muskujve të trungut që mund të rezultojë në dhimbje qafe ose shpine, qëndrim të përkulur dhe ngadalësim të përgjithshëm të të gjitha aktiviteteve të jetës së përditshme.

3. Faza e tretë: Faza e tretë konsiderohet si fazë e mesme dhe karakterizohet nga humbja e ekuilibrit dhe ngadalëmi i lëvizjeve. Bilanci kompromentohet nga pamundësia për të bërë rregullimet e shpejta, automatike dhe të pavullnetshme të nevojshme për të parandaluar rrëzimin dhe rrëzimet janë të zakonshme në këtë fazë. Një faktor i rëndësishëm i fazës së tretë është se pacienti është akoma plotësisht i pavarur në kryerjen e aktiviteteve të përditshme të jetesës, të tilla si veshja, higjiena dhe të ushqyerit.

4. Faza e katërt: Në fazën e katërt, SP ka përparuar në një sëmundje që shkakton paaftësi të rënda. Pacientët mund të jenë në gjendje të ecin dhe të qëndrojnë pa ndihmë, por ata janë dukshëm të paaftë. Shumë përdorin pajisje ndihmëse për të ecur. Në këtë fazë, pacienti nuk është në gjendje të bëjë një jetë të pavarur dhe ka nevojë për ndihmë me disa aktivitete të jetës së përditshme.

5. Faza e pestë: Faza e pestë është më e përparuara dhe karakterizohet nga qëndrimi i pacientit në shtrat ose karrocë. Njerëzit me SP të fazës së pestë mund të mos jenë në gjendje të ngrihen nga karrigia ose nga shtrati pa ndihmë, ata mund të kenë një tendencë për të rënë kur qëndrojnë ose kthehen dhe ata gjatë ecjes mund të ngrijnë ose pengohen. Në këtë fazë pacienti mund të përjetojë edhe halucinacione ose iluzione (38).

b) Unified Parkinson Disease Rating Scale (UPDRS) është më e komplikuar. Ajo përbëhet nga 4 pjesë:

1. Funksioni intelektual, humori, sjellja,
2. Aktivitetet e jetës së përditshme,
3. Funksioni motor,
4. Komplikacionet motore.

Këto vlerësohen nëpërmjet një interviste, një total prej 199 pikësh tregon rezultatin më të keq me invalidizim maksimal dhe 0 pikë mungesën e paaftësisë.

c) Schwab and England Activities of Daily Living

Fazat 1 dhe 2 janë faza pre-motore ose prodromale në të cilën patofiziologjia e SP fillon në zorrë duke shkaktuar simptoma gastrointestinale që zakonisht shfaqen si kapsllëk të cilat mund të shfaqen para kohës të diagnostikimit me SP. Përparimi i patofiziologjisë në medullë shkakton mosfunksionime autonome siç janë çekuilibrimi i temperaturës, hipotensioni postural, mosfunksionimi urinar dhe vështirësi për tu ngritur. Përparimi i mëtejshëm në pons shkakton shqetësime të gjumit si çrregullime të gjumit në fazën REM, pagjumësi dhe përgjumje përgjatë ditës (39).

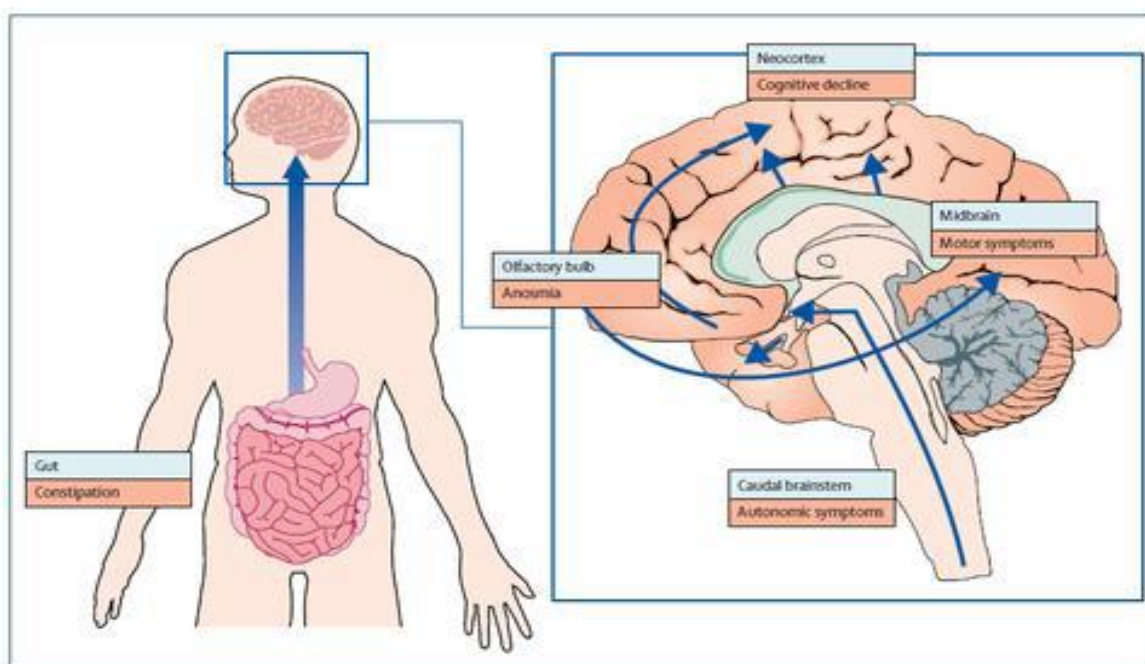


Figura 1. 3 Organet e trupit ku SP shkakton probleme

Fazat 3 dhe 4 klasifikohen si faza motorike ose klinike e SP kur midbrain ndikohet duke shkaktuar manifestimet e simptomave motorike të tilla si dridhje, ngurtësi, akinesi dhe çregullime posturale që indikojnë diagnozën klinike të SP-së. Deri në kohën e manifestimit dhe diagnozës së simptomave të lehta, është pranuar se 60-80% e qelizave që prodhojnë dopaminë tashmë janë humbur.

Fazat 5 dhe 6 janë shkaktuar nga progresioni i mëtejshëm i patofiziologjisë dhe pjesa tjetër e korteksit e cila çon në dëmtime njohëse si demenca, halucinacione dhe psikozë dhe mund të përkeqësojë ankthin dhe depresionin ekzistues (40).

1.7 Fenomenologjia klinike dhe simptomatologjia

Shenjat dhe simptomat e SP janë shpjeguar më poshtë, por është e rëndësishme të jemi të vetëdijshëm se këto shenja ndryshojnë shumë nga një person në tjetrin. Paaftësia dhe perceptimi i aftësisë së kufizuar gjithashtu mund të ndryshojnë në varësi të personit.

Sëmundja e Parkinsonit zakonisht përshkruhet si një sëmundje multi-sistemike. Edhe pse një komponent i rëndësishëm janë simptomat motorike të SP, simptomat jo-motorike mund të jenë po aq të rëndësishme dhe ndikojnë ndjeshëm në cilësinë e jetës së një personi. Siptomat e SP mund të klasifikohen në tre grupe kryesore:

- ✓ Simptomat Motorike
- ✓ Simptomat jo-motorike
- ✓ Simptomat neuropsikiatrike

Simptomat Motorike

Simptomat motorike të SP-së shpesh kujtohen si akronimi T.R.A.P:

1. Dridhje (Tremor)
2. Ngurtësi (rigidity)
3. Akinesia (akinesi)
4. Paqëndrueshmëria e posturës (postural instability)

1. Dridhja

Dridhja është një lëvizje ritmike, e rregullt dhe lëkundëse e dorës dhe ajo shpesh përmendet si dridhje "pill-rolling" që nuk ndërhyr në aktivitetin fizik të pacientit. Zakonisht shihet si një shenjë e hershme dhe është më shpesh shenja e parë në SP. Ajo përshkruhet si një dridhje e qetësisë, e cila ndërpritet gjatë lëvizjeve dhe zhduket gjatë gjumit. Dridhja shihet më shpesh në njërin nga gjymtyrët e sipërme, por mund të ndodhë në çdo pjesë të trupit (p.sh. nofulla, qafa, këmbë) (41). Rreth 60-70% e njerëzve me SP kanë një dridhje të qetësisë. Megjithatë, dridhjet mund të përparojnë me kalimin e kohës në gjymtyrët e tjera të sipërme, mjekër ose fytyrë. (42). Dridhja ndonjëherë kontribuon në aftësinë e kufizuar të pacientit dhe bëhet shkak që pacienti të ndihet në siklet përballë të tjerëve. Ajo mund të shkaktohet edhe nga çrregullime të tjera si për shembull dridhje esenciale, dridhje dystonike etj.

2. Ngurtësia

Muskujt bëhen të ngurtë dhe kjo reflektohet me palëvizshmëri dhe, në shumë njerëz me dhimbje muskulore ose të dyja bashkë. Ngurtësia në SP përshkruhet shpesh si "rrotullim me rrota". Ajo shihet më lehtë në qafë dhe në dorë kur duam të testojmë nivelin e ngurtësimit (43).

3. Akinesia dhe Bradikinesia

Bradikinesia përshkruan ngadalësinë ose varfërinë e lëvizjes së vullnetshme që ndikon në muskujt e trungut, gjymtyrëve, fytyrës, fjalës, gëlltitjes ose përçapjes (44). Akinesia i referohet vështirësive në fillimin e lëvizjes dhe të dyja këto simptoma janë të zakonshme tek njerëzit me SP dhe mund të jenë një nga simptomat më frustruese në SP (45).

4. Paqëndrueshmëria Posturale/Refleksët posturale të dëmtuara

Pacientët me SP zakonisht kanë një qëndrim të stopuar dhe lëkundje të krahut të zvogëluara veçanërisht në anën më të prekur. Refleksët posturale të dëmtuara në SP rezultojnë si vështirësi në rifitimin e ekuilibrit pasi ekuilibri të jetë ndërprerë p.sh. Këmba e kapur në qilim. Ajo shkakton vështirësi në rifitimin / ruajtjen e ekuilibrit dhe për këtë arsye rëzimet mund të jenë të shpeshta. Një pacienti me SP një ndihmë më të përshtatshme mund ti japë një fizioterapeut pasi disa lëvizje mund të konsiderohen të rrezikshme për një pacient me SP (46).

5. “Shuffling Gait”

Gjatë ecjes, edhe lartësia e hapit dhe gjatësia shpesh reduktohen. Pacienti bën hapa gjithnjë e më të shpejta, pa kontroll, retropulsion. Kjo dukuri shoqërohet me paaftësi për të ndaluar dhe është (shpesh e përshkruar nga pacientët me SP si ndjesi e shtyrjes nga prapa) shkak për rëzimet në SP, veçanërisht kur reflekset posturale dhe ekuilibri janë të dëmtuara (47).

6. Ngrirja

"Ngrirja" ose bllokimi i levizjeve motore mund të ndodhë edhe kur personi papritur nuk mund të lëvizë dhe nga një ngacim i jashtëm mund të fillojë të lëvizë përsëri. Ngrirja mund të ndodhë në fillimin e ecjes, në kthesë dhe sidomos në dyert dhe korridoret e ngushta, por mund të shihet edhe në sekuenca të tjera motorike (48). Pacienti mund të inkurajohet të mësojë truket për të luftuar ngrirjen duke u këshilluar të ngrejë këmbën lart, në një mënyrë sikur kapërcen vijat ose sikur po marshon. Këto quhen sugjerime dhe pacientët e SP mund të bëjnë më shumë gjëra kur nxiten me një sugjerim. Kohët e fundit, treguesit laserike dhe linjat lazer të lidhura me mjetet ndihmëse në këmbë janë përdorur me sukses. Është një çështje e gjetjes së metodës që i përshtatet më së miri çdo pacienti në mënyrë individuale.

Megjithëse është e vështirë të ngrihet nga një karrige, pacienti mund të ketë shtytje përpara pasi të ngrihet, ndërsa kur shtrihen në shtrat ata mund të përjetojnë vështirësi në kthim. “**Cueing**” gjithashtu një pacient mund të hasë vështirësi që të futet brenda në shtrat ose të dalë jashtë shtratit, pa ndihmë fizike, edhe kur ata e kanë plotësisht të pamundur të lëvizin (49).

1.8 Fluktuacionet Motorike (Fenomenet 'ON' / 'OFF' dhe Diskinezia)

Një pacient me SP mund të luhetet në mënyrë dramatike nëpër faza të ndryshme të ciklit të ilaçeve ndërmjet periudha “ON” dhe “OF”. Ata mund të kenë shumë aftësi të ndryshme motorike dhe njohëse që përjetojnë në faza të ndryshme të cikleve të tyre të ilaçeve. Në periudhën "OFF" ose në gjendjen e mjekimit të parakaluar, personi mund të shfaqë simptoma motorike tipike si dridhjet, bradikinesia, ngurtësia dhe çrregullim të ecjes (50).

Në periudhën ON, i njëjti person mund të jetë afër nivelit të një personi normal me ndërprerje minimale nga simptomat e Parkinsonit.

Diskinesia është një efekt anësor i barnave dhe jo simptomë e SP. Kjo ndodh kur nivelet e dopaminës në plazëm janë shumë të larta duke shkaktuar një gjendje të quajtur 'doza maksimale' e diskinezisë e cila karakterizohet nga lëvizje tipike. Këto lëvizje janë të pavullnetshme dhe mund të ndikojnë çdo pjesë të trupit. Sidoqoftë, diskinesia mund të paraqitet edhe në forma të ndryshme klinike në pika të ndryshme të ciklit mjekësor të pacientit me SP (51).

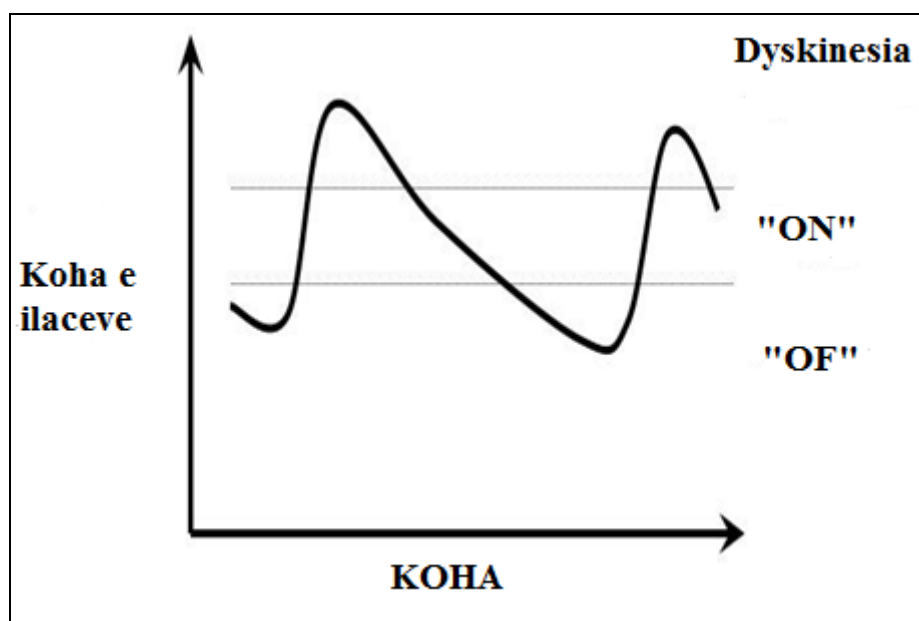


Figura 1.4 Lidhja ndërmjet OF, ON dhe Diskinezisë

1.9 Konsiderata infermiere. Terapia mbështetëse jo farmakologjike

1.9.1 Simptomat motore

Terapia mbështetëse nga ana e stafit mjekësor kryesisht nga ana e stafit infermieristik në fazën e avancuar të SP përfshin terapinë rehabilituese fizike, terapinë e punës, terapia e gjuhës, punën sociale dhe nevojën për kujdestari. Nga këto shërbime ndihmëse përfitojnë pacientët, pavarësia e të cilëve zgjatet si dhe komplikacionet si dekubituset, dhimbja, rrezimët reduktohen (52).

Ndihma infermierore i orienton pacientët të mos interpretojnë luhatjet dhe pamundësitë për të kryer detyra si mungesë e bashkëpunimit të pacientit me SP. Bëhet koordinimi i kohës dhe kujdesit infermieror sesioneve të terapisë, ngrënies, dushit, transferimit dhe vaksinimit kur barnat SP fillojnë të japin efekt dhe pacienti hyn në gjendjen e tij "ON".

Nevojiten më pak ndërhyrje për të ndihmuar një pacient me SP në dush në gjendjen e tyre "ON" se sa të ndihmuar një pacient me SP në gjendjen e tyre "OFF. Në këtë rast mund të lindë nevoja e 2 personave për të ndihmuar pacientin të bëjë dush apo gjatë veshjes dhe zhveshjes.

Siguria

Ka shumë aspekte të sigurisë që duhet të merren parasysh. Pacienti i cili ka simptoma të tilla si: një qëndrim të ulur e shoqëruar me mungesën e aftësisë për të korigjuar posturën, hapa të shkurtra shuffling, ngrirja e ecjes dhe/ose reflekset posturale të dëmtuara, ka një rrezik në rritje për rëzime, në kthim ose shmangjen e pengesave (të tilla si një qilim në shtëpi etj). Rënia nga mbrapa është gjithashtu mjaft e zakonshme si pasojë e reflekseve posturale të dëmtuara.

Pacienti ka nevojë për mbikqyrje, dhe mbikqyrja ka rëndësi më tepër gjatë lëvizjes së pacientit, veshjes apo zhveshjes së tij si dhe higjienës personale. Pavarësia nxitet brenda kufijve të sigurisë kjo dhe për shkak të natyrës së ndryshueshme të kësaj gjendje duhet të rivlerësohet vazhdimisht. Të gjitha vlerësimet duhet të marrin në konsideratë gjendjen e pacientit, pra ON/OFF/dyskinetic (53).

Lëvizshmëria

Siç u diskutua më lart, ecja është e dëmtuar në pothuajse në të gjithë pacientët me SP. Një ecje Parkinsoniane përshkruhet si e ngadalshme, duke lëvizur me lartësi të reduktuar, me ose pa ngrirjen e ecjes. Pacientët nuk i lëkundin krahët si normalisht prandaj ata shpesh janë të përkulur dhe kanë prirje të mbështeten ose anohen në njërin anë. Mbajtja e objekteve në duar ose kryerja e dy gjërave në të njëjtën kohë, mund të shkëpusin përqëndrimin e pacientit në detyrën e ecjes. Nëse ata kërkojnë një ndihmë në këmbë, kjo duhet të ofrohet nga një fizioterapeut, pasi disa ndërhyrje specifike apo ushtrime në këmbë mund të shërbejnë për të ndihmuar një pacient me SP në uljen e rrezikut të rënies. Medikamentet mund të rrisin çrregullimet e ecjes nëse këto vështirësi të pacientit lidhen së bashku me gjendjen e tyre 'OFF'.

Infermierja e një pacienti me SP shumë here mund të ndihet në sfidë. Pacienti që mund të shihni duke kaluar në rrugën, duke komunikuar me njerëzit apo që sapo ka dalë nga një dush i shpejtë dhe krejtësisht i pavarur, mund të jetë po i njëjti pacient i cili dy orë më vonë nuk mund të jetë i aftë as të shkojë në tualet. Mund të gjendet i pikëlluar i ulur ngurtësisht në karrigen e tij. Një pacient mund të përjetojë vështirësi në fillimin e lëvizjes brenda natës dhe kjo mund të çojë në vështirësi në kthimin në shtrat. Si rezultat mund të kërkohej kujdes i veçantë i zonës së presionit gjatë natës për të ulur rrezikun e prishjes të integritetit të lëkurës (54).

Distonia

Distonia është një simptomë e zakonshme në sëmundjen e Parkinsonit, në të cilën muskujt tkurren në mënyrë të pavullnetshme, të cilat mund të detyrojnë pjesë të caktuara të trupit të jenë lëvizje apo sjellje anormale duke u shoqëruar me ose pa dhimbje. Dhimbja në SP është nen-raportuar dhe është mjaft e zakonshme për këta pacientë. Dhimbja distonike zakonisht hiqet kur pacienti arrin gjendjen e tij 'ON' (55).

Vështirësitë në të folur dhe gëlltitja

Në pacientët me SP, vëllimi dhe projeksioni i fjalës tenton të jetë më i butë dhe fjalimi mund të jetë monoton. Disa njerëz flasin shpejt ose në mënyrë të palidhur, ndërsa disa të tjerë e kanë të folurën e tyre të shurdhët dhe të vështirë për dëgjuesit që ta kuptojnë.

Disfagia ose vështirësia në gëlltitje mund të ndikojë gjatë konsumit të lëngjeve normale dhe/ose gjatë marrjes së ushqimit ditor.

Në këto rethana Kërkohej ndihma e logopedistit për të parandaluar komplikacione të tilla si pneumonia e aspirative. Një gëlltitje patologjike nuk është e zakonshme dhe shihet më së shumti tek pacientët me sëmundje të avancuar. Duke ju referuar problemeve të të folurit kemi mundësi për të vlerësuar problemet dietetike për shkak të ngurtësisë së muskulaturës së gëlltitjes. Duhet të kihet parasysh mundësia e luhatjes së gëlltitjes, si pasojë e luhatjeve të periudhës "OFF", pasi një pacient me SP mund të ketë një gëlltitje të sigurt dhe efektive gjatë gjendjeve të tyre 'ON', por më pas të shfaqë vështirësi në gëlltitje në një situatë 'OFF'.

Logopedisti gjithashtu mund të ndihmojë me projektimin e zërit si dhe të nxisë pacientin në nxjerjen e tingujve të qartë dhe formulimin e fjalëve, sidomos në fazat e avancuara. Për shkak të mungesës së shprehjes së fytyrës dhe vështirësisë në të folur, komunikimi mund të jetë i vështirë dhe pacienti mund të paraqitet në të njëjtën mënyrë si njerëzit me dëmtime.

Kjo mund të jetë frustuese për pacientin. Një program ndërhyrjeje i logopedistit i njohur si Trajnimi i Zërit të Lëvizjes Lee (LSVT LOUD) i zhvilluar në vitin 1987 mund të përmirësojë zhurmën, intonacionin dhe cilësinë e zërit për individët me SP (56).

Komunikimi/Gëlltitja

Infermieret si linja e parë e kujdesit dhe pika lidhëse me familjen duhet të jenë të vetëdijshëm për rëndësinë e komunikimit dhe durimin që kërkojnë këta të sëmurë. Jini të durueshëm kur komunikoni me personin dhe jepuni kohë të mjaftueshme për të dhënë përgjigje.

Gjithmonë sigurohuni që një pacient merr medikamente të Parkinsonit në kohë. Pacientët duhet të jenë të ulur mirë për tu ushqyer dhe mundësisht jo në shtrat. Inkurajimi dhe edukimi i pacientëve për të ngrënë gjatë periudhave të tyre "ON" u lejon atyre të ushqehen me pavarësi më të madhe dhe gjithashtu të shmangin çdo problem të gëlltitjes në periudhën e tyre 'OFF'. Mund të kërkohet shpesh ndihmë gjatë shtrimit të tryezës. Monitorimi i mëtejshëm i aftësisë së pacientit për të gëlltitur dhe mundësinë e vetëushqyerjes dhe përdorimi i një tablele ushqimore është një veprim i rëndësishëm për infermierin për të parandaluar kequshqyerjen dhe humbjen e peshës gjatë qëndrimit të tyre në spital dhe më tej. Kjo gjithashtu do të sigurojë informacion të përshtatshëm për dietologët për të bërë rregullime në konsistencën ushqimore të pacientit dhe për të siguruar ushqimin e duhur.

Nuk ka dietë specifike për SP, por ushqimi i butë, me pëmbajtje të lartë në fibra dhe karbohidratet komplekse janë më të mirat për ata me sëmundje në stadet e avancuara. Nxiteni pacientin të praktikojë strategjitë e sugjeruara nga logopedisti (57).

Ulje e shprehisë së fytyrës dhe & Reduced Blink Rate

Hipomimia, nganjëherë e referuar si 'fytyrë poker', është e karakterizuar nga sy të ulur dhe shprehjet e ulura të fytyrës. Pacienti gjithashtu mund të jetë i ngadalshëm për t'iu përgjigjur bisedave apo pyetjeve përsëri duke e bërë komunikimin sfidues. Këto mund të çojnë në probleme me komunikimin pasi emocionet janë më të vështira për t'u shprehur, prandaj është e rëndësishme të dëgjosh përmbytjen e bisedës pasi mungesa e lëvizjes së fytyrës nuk lejon gjeste normale të fytyrës. Kjo mund të shtojë vështirësitë në përfshirje dhe të bëjë personin të duket sikur nuk është i interesuar në bisedë. Këtë veçanërisht e tregon edhe mungesa e shprehisë me anë të ndriçimit të syrit (eye blinking) (58). Pacientit i jepet kohë për t'iu përgjigjur pyetjeve dhe bisedave dhe të jeni të vetëdijshëm se mungesa e shprehjes së fytyrës nuk do të thotë që pacientin nuk është i interesuar ose refuzon të përfshihet në bisedë.

Përsa i përket kujdesit për sytë, Infermieri bën të mundur përdorimin e pikave për rifreskimin e syve të përshkruara nga okulisti.

1.9. 2 Simptomat jo-motore

Çrregullimet e zorrëve dhe fshikëzës së urinës

Kapsllëku është i zakonshëm dhe është për shkak të shumë faktorëve si dhe procesit të sëmundjes. Reduktimi i neuroneve të dopaminës në zorrë, ngadalësimi i lëvizshmërisë së stomakut, ngurtësimit dhe mungesës të lëngjeve në dietë si dhe aktiviteti fizik i reduktuar mund të kontribuojnë në kapsllëk (59). Një pacient parkinsonik kërkon monitorim të rregullt të zorrëve dhe ndjekjen e regjimit të rregullt të përditshëm të zorrëve. Kapsllëku mund të ndikojë në absorbimin e medikamenteve të SP, të cilat mund të rezultojnë në doza medikamentoze të dështuara, përkeqësimin të periudhave 'OFF' dhe zgjatjen e ditë qëndrimit në spital.

Urgjenca urinare dhe frekuenca urinimit gjatë natës (nicturia) janë ndoshta simptomat më të raportuara, por gjithashtu mund të jenë evidente inkontinenca dhe mbajtja e urinës. Një pacient gjithashtu mund të përjetojë mosmbajtjen e urinës për shkak të lëvizjes së reduktuar dhe paaftësisë për të arritur në tualet në kohë (60). Nevojiten studime të mëtejshme urodinamike për të parë nëse ekziston një problem themelor.

Eliminimi

Shumë pacientë me SP kanë probleme me kapsllëkun dhe kërkojnë fibra shtesë dhe ushqime me efekte disi laksative. Lëngjet duhet të shtohen në dietën e tyre por dhe stërvitja është e dobishme pasi zorra humb lëvizshmërinë normale.

Një pacient mund të ketë nevojë për ilaçe për të ndihmuar funksionimin normal të fshikëzës dhe te disa mund të lindë nevoja e futjes të një kateteri suprapubik. Në disa raste pacienti mund të ketë problem me mospërmbajen e urinës sepse nuk është në gjendje të arrijë në tualet në kohë dhe kështu duke u përpjekur për të përmirësuar funksionin e tyre motorik mund të rezultojë në funksionin më të mirë të fshikëzës dhe pavarësinë.

Inkontinenca e urines gjatë natës mund të ndodhë për shkak të urgjencës ose vështirësisë në lëvizje. Frekuentimi i rregullt i tualeteve në formën e ndihmës gjatë natës si dhe kujdesi për të zvogëluar rrezikun e dëmtimeve të zonës së presionit dhe prishjes së integritetit të lëkurës gjatë qëndrimit në spitali por edhe në shtëpi pas daljes nga spitali (61).

Jini të vetëdijshëm për nivelin e ndihmës nga fillimi në fund të nevojshme në lidhje me funksionin e periudhës 'OFF' dhe 'ON'. Një pacient me SP i cili përjeton urgjencë mund të përpiqet të nxitojë për në banjë, gjë që mund të rrisë rrezikun e rënies. Shkuarjet e shpeshta në banjë mund të zvogëlojnë rrezikun e rënies.

Nxitja e pacientit për aktivitete fizike dhe lëvizje të rregullta me qëllim për lëvizshmërinë e zorëve për të bërë të mundur ndërhyrjet e hershme për të parandaluar kapsllëkun.

Hipotensioni ortostatik

Hipotensioni ortostatik është përcaktuar si një rënie e presionit të gjakut sistolik prej 20 mmHg ose një rënie diastolike prej 10 mmHg brenda 3 minutave të qëndrimit (62). Simptomat mund të përfshijnë ndjeshmëri të lehta, marramendje, shqetësime vizuale dhe/ose sincope të mesme të hipoperfuzionit cerebral që rrit rrezikun e rënies dhe lëndimeve të tjera duke shkaktuar marramendje.

Hipotensioni ortostatik është një problem i zakonshëm në mesin e pacientëve të moshuar, por ndikimi në sëmundshmërinë dhe vdekshmërinë tek pacientët me sëmundjen e Parkinsonit është edhe më i rëndë duke prekur rreth 20% të kësaj popullate (63). Dy faktorët kryesorë kontribues përfshijnë mosfunksionimin autonom të shkaktuar nga vetë sëmundja e Parkinsonit dhe përdorimi i medikamenteve dopaminergjike të përdorura për trajtimin e Parkinsonizmit që mund të përkeqësojë ose të nxisë hipotension ortostatik për shkak të efektit të saj në vasodilatator (64).

Njerëzit të cilët janë trajtuar për hipertension para diagnostikimit të SP mund të vënë re se mund të mos kërkojnë anti-hipertensivë, pasi të fillojnë mjekimet e Parkinsonit. Ekzistojnë disa lloje të ilaçeve që përdoren për të trajtuar hipotension ortostatik siç është Domperidoni i përdorur zakonisht. Medikamentet e tjera kryesore të përdorura në trajtimin e hipotensionit ortostatik në sëmundjen e Parkinsonit përfshijnë Midodrin që është një vasoconstrictor arterial dhe venoz,

Fludrocortisone që punon me zgjerimin e vëllimit të lëngjeve trupore ekstravaskulare (65) dhe piridostigminës që shkakton një gjenerim të përgjigjes kolinergike duke përfshirë rritjen e tonit të muskulaturës skeletore dhe të zorrëve (66).

Diagnoza e hipotensionit ortostatik është konfirmuar nga matja e rregullt dhe e saktë e presionit të gjakut në pozicionin shtrirë dhe në këmbë për 24-48 orë. Matja e presionit arterial shtrirë dhe në këmbë duhet të bëhet para administrimit të medikamenteve të SP (dmth medikamente tip Levodopa, p.sh. Sinemet®, Madopar® dhe Stalevo®) dhe 1 orë pas marrjes të dozës, për çdo dozë medikamentesh të SP të marrë gjatë 24-48 orëve.

Pacienti duhet të qëndrojë në pozicion shtrirë për 5 minuta para matjes të presionit arterial në këtë pozicion dhe të qëndrojë 2-3 minuta në këmbë para matjes të presionit arterial në pozicionin në këmbë.

Grumbullimi i saktë i të dhënave mbi presionin arterial nga ana e kujdesit infermerior, në pozicion shtrirë dhe në këmbë jep informacion të vlefshëm për të bërë rregullime në trajtim nëse kërkohet. Pacientët me hipotension ortostatik të dyshimtë si dhe të patrajtuar paraqesin një rrezik potencial për rrëzime. Nevoja për mbikëqyrjen e këtyre pacientëve me rrezik duhet të merren parasysh dhe të vlerësohen. Inkurajoni pacientin që të rrisë marrjen e lëngjeve për të shmangur dehidrimin. Duhet të njoftohet stafi mjekësor për çdo shqetësim ose ndryshim mjekësor.

Mosbalancimi i Temperaturës

Personi me SP mund të përjetojë ndjesinë e të ndjerit nxehtë kur të tjerët ndjejnë të ftohtë ose djersitja e tepërt mund të jetë një ankesë e zakonshme (67).

Ky fenomen nuk ndihmohet gjithmonë nga levodopa dhe mund të përkeqësohet edhe gjatë episodeve të diskinezisë apo periudhave të ngrirjes.

Stafi infermerior duhet të sigurohet që të merren masa të përshtatshme për rehati gjatë këtyre periudhave. Pacientët me djersitje të tepërt janë në rrezik në rritje të prishjes së integritetit të lëkurës, veçanërisht nëse nuk tregohet kujdes i duhur për zonën e presionit. Mund ti ofrohen pacientit masa komode si çarcafë pambuku, batanije shtesë etj.

Çrregullimet e gjumit

Gjumi i një pacienti parkinsonik mund të ndërpritet nga simptomat motorike apo jo-motorike, duke përfshirë distoninë e dhimbshme ose urinimin e shpeshtë gjatë natës, megjithatë mund të ndodhin edhe çrregullime primare të gjumit.

Çrregullimi i gjumit ose lëvizja e shpejtë e syrit është shkaktuar kur, paraliza që normalisht ndodh gjatë gjumit REM është e paplotë ose mungon, duke i shkaktuar personit lëvizje të shpejtë të syrit edhe kur nuk është duke ëndëruar, zakonisht janë lëvizje të dhunshme dhe të shpejta. Zakonisht njihet si një shenjë e hershme e SP-së (68). Sindromi i këmbëve të lodhura gjithashtu gjendet shpesh në pacientët me SP dhe shpesh i përgjigjet terapisë dopaminergjike (69).

Çrregullime të tjera të gjumit në SP përfshijnë përgjumje gjatë ditës (somnia) dhe pagjumësi të cilat mund të jenë sëmundje ose të lidhura me trajtimin (70).

Çrregullimet e gjumit në fazën REM mund të ndikojnë dhe te patneri me të cilin ndan shtratin duke shkaktuar shqetësime apo lëndime. Për këtë arsye ndihma e kujdesit infermerior është shumë e rëndësishme pasi infermierët mund të bëjnë edukimin e higjenes së gjumit: kufizimi i gjumit gjatë ditës, shmangja e alkoolit dhe pijeve të kafeinës vonë në mbrëmje, si dhe kufizimi i përdorimit të lëngjeve mbas ores 19:00.

Vështirësitë Seksuale

Kjo vjen nga mosfunksionimi autonom në procesin e sëmundjes, kufizimet në lëvizshmëri, ndryshimet në dinamikën familjare dhe vetë-imazhi i personit me SP. Është një problem shumë i injoruar ndoshta për shkak të ngurrimit të pacientit dhe partnerëve të tyre për të folur në lidhje me këtë temë të ndjeshme apo faktin se ka shpesh çështje më emergjente. Referimi në një klinikë të shëndetit seksual mund të jetë i dobishëm ose diskutimi me pacientë të tjerë që vuajnë nga e njëjta sëmundje. Sjellja seksuale e papërshtatshme në pacientët parkinsonikë mund të ndodhë si një formë e çrregullimit të kontrollit të impulsit dhe zakonisht lidhet me trajtimin e preparateve dopamine agonist ose doza më të larta të levodopës. Ajo mund të jetë shumë shqetësuese për të dy palët si për pacientët dhe anëtarët e familjes dhe gjithashtu paraqesin sfida klinike të pranishme tek stafi infermieror kur kujdesen për pacientë të tillë.

Dokumentimi dhe raportimi i sjelljeve të tilla nga ana e kujdesit infermerior është thelbësore për të siguruar masat e përshtatshme të menaxhimit që mund të ofrohen për të mbështetur këta pacientë. Për shembull, stafi infermerior siguron, dokumenton dhe raporton çdo ndryshim në raportin e sjelljes seksuale dhe ja referon më tej ekipit të stafit mjekësor që merren më trajtimin e rastit. Kujdesi infermerior siguron informacion mbi çfarë forme sjelljeje është (në prekje të papërshtatshme, komentet verbalisht seksuale), në çfarë konteksti, sa shpesh ndodh sjellja dhe nëse sjellja është problematike, si dhe cilët janë faktorët e rëndësishëm që ndikojnë në këtë sjellje.

Ndërhyrjet infermierore për sjellje të tilla përfshijnë identifikimin e shkakut të sjelljes së tillë për shembull, pacientët meshkuj mund të ndikohen nga anëtarë të stafit femra ose pacientë femra mund të ndikohen nga antarë të stafit meshkuj. Sigurimi i personelit infermieror të së njëjtës gjini me pacientin gjatë kujdesit personal nëse është e mundur vendosja e pacientëve në dhoma me të njëjtën gjini mund të ndihmojë në menaxhimin e sjelljeve të tilla.

Ndërhyrje të tjera përfshijnë strategjitë e shpërqëndrimit të tilla si dhënia e diçkaje pacientit për të tërnequr vëmendjen ndaj diçkaje tjetër si përshebull mbajtja në duar e topave antistres për të zënë duart gjatë kujdesit rutinë të kryer nga infermieri si përshebull matja e shenjave vitale (71).

1.9.3 Simptomat e neuropsikiatrisë

Bradyphrenia

Ngadalësia në përpunimin e mendimit mund të çojë në dhënie me vonesë të përgjigjeve ndaj pyetjeve dhe mund ta bëjë pacientin të hasë vështirësi në gjetjen e fjalëve. Shumë njerëz me SP raportojnë një mungesë përqëndrimi që ndikon negativisht në bisedë (72). Mund të ketë dallime të dukshme në të njëjtin person, kur është nën terapi medikamentoze ose në momentin e mungesës të efektit të tyre pra kur pacienti ka hyrë në gjendjen 'OFF'.

Mund të duhet shumë kohë për një person me SP për të mbledhur dhe përpunuar mendimet e tyre, dhe për t'u përqëndruar në temën e bisedës. Kjo mund të jetë shumë zhgënjyese për personin pasi fjalitë e tyre mund të jenë pa shumë lidhje. Prandaj personi me SP kërkon më shumë kohë për komunikim efektiv.

Stafi infermieror duhet të lejojë pacientin të formulojë mendimet dhe të jetë i durueshëm dhe inkurajues për të ndihmuar në minimizimin e frustrimit. Gjithashtu infermieret duhet të jenë të vetëdijshëm për ndryshimet e mundshme kognitive midis periudhave 'ON' dhe 'OFF'.

Depresioni dhe Ankthi

Këto janë simptoma të zakonshme. Shumë studime kanë treguar se depresioni në SP është shumë më i lartë se sa në kushte të krahasueshme kronike (rreth 40-60%). Arsyeja për këtë nuk është plotësisht e kuptueshme, por duhet të merren parasysh çekuilibrat e neurotransmetimit, si dhe reagimi reaktiv ndaj kufizimeve të imponuara nga gjendja e pacientit.

Ankthi është gjithashtu mjaft i zakonshëm, edhe pse mund të kufizohet në gjendjen 'OFF' dhe në atë rast përgjithësisht mund të zgjidhet me levodopa (73). Duhet pasur parasysh se ankthi dhe depresioni mund të ndikojnë në thithjen e barnave të Parkinsonit, pasi zbrazja e vonuar e stomakut mund të ndodhë gjatë situatave ankioze (74).

Halucinacione, Psikoza dhe Demenca

Këto janë parë në një përqindje të madhe të njerëzve me SP të avancuar dhe më të zakonshme në pleqërinë e hershme (demencë). Mund të përkeqësohet gjithashtu nga disa medikamente të Parkinsonit, veçanërisht në përdorimin e dopaminë agonistëve dhe antikolinergjikëve. Mund të merret parasysh reduktimi i dozave dhe frekuenca e ilaçeve të SP. Kujdes me medikamente antipsikotike të cilat mund të përkeqësojnë dukshëm funksionin motorik. Clozapine dhe quetiapine janë medikamentet e preferuara për t'u përdorur me pacientët me SP (75).

Riorientimi dhe sigurimi i pacientëve që përjetojnë halucinacione nga ana e stafit infermieror mund të ndihmojnë në reduktimin e këtyre simptomave. Duhet të merren parasysh siguria e pacientit, pacientëve të tjerë dhe stafit duke marrë masat dhe marrjen nevojshme. Duhet të Keni parasysh referimi i këtyre simptomave në shërbimet e duhura mbështetëse, (psh psikiatri) për t'u ardhur në ndihmë si pacientëve me SP ashtu edhe për kujdestarin. Këto ndryshime në sjellje mund të jenë jashtëzakonisht të vështira për kujdestarët.

1.10 Faza e Avancuar e Sëmundjes Së Parkinsonit

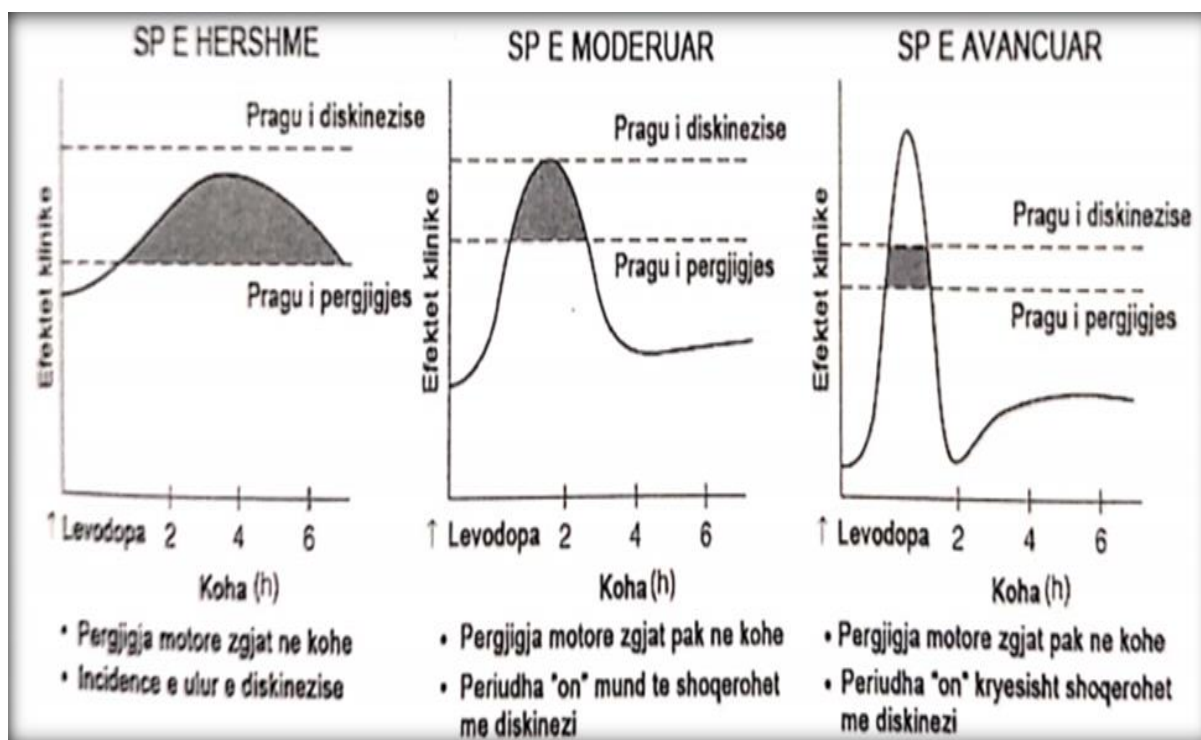
1.10.1 Klinika e Fazës së avancuar

Faza e avancuar e sëmundjes së Parkinsonit përkon me stadin 4 dhe 5 sipas shkallës Hoehn dhe Yahr, karakterizohet nga lëvizshmëri shumë e kufizuar në mungesë të asistencës, deficit motor i rëndë, rrëzime si dhe probleme konjitive dhe psiqike. Koha mesatare nga shfaqja e sëmundjes në invalidizim është rreth 14 vite (76), megjithatë 1/3 e pacientëve duket se kanë një formë më të lehtë të sëmundjes dhe qëndrojnë stabil për shumë vite (77).

Pavarësisht trajtimit me preparate dopaminergjike, L- Dopa etj me kalimin e viteve trajtimi e humbet efikasitetin.

Zhvillohen një sërë komplikacionesh si fluktuacionet motore dhe diskinezitë, probabilitet si rezultat e humbjes të neuroneve dopaminergjike dhe lidhjeve të tyre me striatumin dhe korteksin.

Këto komplikacione vihen re në 50 % të pacientëve pas një periudhe 5 vjeçare dhe 80% të pacientëve pas 10 vite trajtim (78), ndërkohë që përkeqësohet funksioni motor dhe zhvillohen komplikacione motore të induktuara nga barnat, në fazën e avancuar të Parkinsonit komplikacionet më problematike dhe më të vështira për tu trajtuar janë në fushën jo- motore, duke përfshirë çrregullime psikotike, deficitet konjitive, çrregullimet vegjetative dhe problemet e gjumit. Psikoza dhe demenca janë të shpeshta në këtë fazë dhe kanë të njëjtën fizpatologji. Demenca lidhet me reduktimin e cilësisë të jetës dhe jetëgjatësisë (79).



Grafiku 1.1 Ndyshimet në përgjigjen motore në faza të ndryshme të SP të lidhura me terapinë kronike me Levodopa

Me përparimin e sëmundjes vihet re një pakësim gradual i periudhës “ON” që komplikohet me fenomene diskinetike.

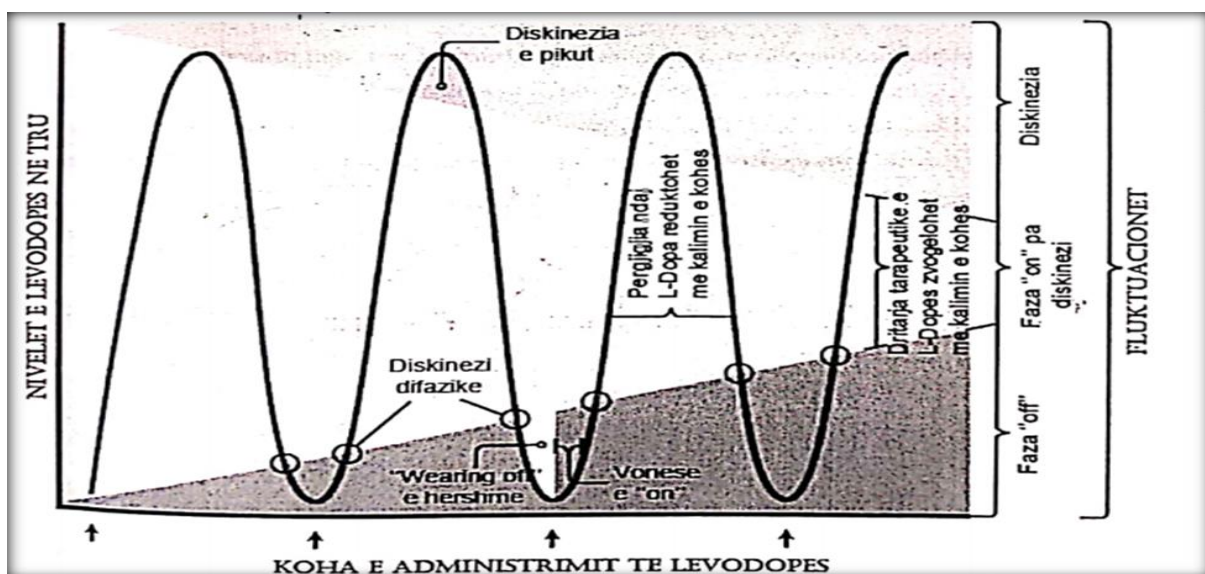
1.10.2 Patfiziologjia e fazës së avancuar

Në një tru normal stimulimi i receptorëve dopaminergjike është kostant, për këtë arsye sigurimi i këtij stimulimi të vazhduar dopaminergjik është një strategji predominuese për kontrollin e sptomave te pacintët me Parkinson.

Në fazën e avancuar të SP performanca motore është thellësisht e lidhur me përqëndrimin plazmatik të levodopës, për këtë arsye stabilizimi i niveleve plazmatike është ajo çka kërkohet për të patur një efekt optimal (80).

Në SP neuronet dopaminergjik degjenerojnë dhe dopamine striale është e varur vetëm nga niveli periferik i levodopës. Dozat intermitente të levodopës me kohëzgjatje të shkurtër veprimi nuk arrijnë të ristabilizojnë dopaminën në nivele fiziologjike, duke shkaktuar ekspozimin e receptorëve dopaminergjike në mënyrë të alteruar përqëndrimeve të larta dhe të ulëta të dopaminës.

Stimilimi i vazhduar i receptorëve dopaminergjike arrihet nëpërmjet administrimit të levodopës me infuzion enteral në formë Duodope duke siguruar kështu përqëndrime plazmatike të qëndrueshme të levodopës. Infuzionet e levodopës në intesin janë e vetmja mënyrë për të siguruar përqëndrime plazmatike të qëndrueshme dhe për të shmangur periudhat “OF” Severe dhe episodet diskinetike gjithashtu risin stabilitetin e performancës motore. Stimulimi i vazhduar i receptorëve dopaminergjik arrihet nëpërmjet administrimit të levodopes me infuzion enteral në formë duodope duke siguruar kështu përqëndrime plazmatike të qëndrueshme të levodopes.



Grafiku 1.2 Fluktuacionet e nivelit të Levodopës në fazën e avancuar të SP

1.11 Diagnoza e Sëmundjes së Parkinsonit

Pavarësisht zhvillimeve të fundit në kuptimin e mekanizmave të sëmundjes, diagnoza është kryesisht e bazuar vetëm në anamnezën e pacientit dhe mbi ekzaminimin fizik. Pacientët me sëmundje të hershme mund të ankojnë për ngurtësim, ngadalësim, tremor, disbalancë edhe atëherë kur ekzaminimi neurologjik është normal. Pavarësisht ekzaminimit të kujdeshëm përçindja e diagnozave të gabuara është 10-25 % (81).

Studimet klinikopatologjike kanë treguar se shoqërimi i tremorit të qetësisë me asimetri dhe një përgjigje e mire ndaj levodopës parashikon më mire diagnozën korrekte të patologjisë. Me këto kritere të njohura si “U. K. brain bank criteria”, diagnoza klinike e SP konfirmohet në 99 % të rasteve. Testet gjenetike nuk përdoren si mjet diagnostik, por mund të jenë të vlefshëm për identifikimin e pacientëve me risk të lartë.

Mutacionet e genit LRRK2 kanë tërhequr shumë vëmendje sepse janë shkaktarët më të shpeshtë të formave familjare të SP dhe janë përgjegjës për 1 % të formave sporadike të sëmundjes (82).

1.12 Parimet e Mjekimit të Sëmundjes së Parkinsonit

Sëmundja e Parkinsonit është një sëmundje progresive dhe e pashërueshme. Ndërkohë që sëmundja avancoon nga fazat e hershme në stadi më komplekse me rritje të komplikacioneve motore dhe jo-motore, prioritetet dhe qëllimet e trajtimit ndyshojnë.

Një përfaqje multidisciplinare është vitale për të përmirësuar cilësinë e jetës gjatë ecërisë së sëmundjes. Kjo përfshin pjesëmarrjen e një neurologu, infermieri/e të specializuar për SP, fizioterapist, punonjës social, mjekë të përgjithshëm dhe kujdestarë.

a) Terapia Medikamentoze

Menaxhimi i Sëmundjes së Parkinsonit duhet të përshtatet me nevojat individuale dhe nuk ka asnjë trajtim që pranohet në mënyrë universale . Nëse një agjent demonstron se ka efekte modifikuese të sëmundjes duhet të fillohet në momentin e diagnozës.

Në të vërtetë konstipacioni, çrregullimet e fazës REM të gjumit dhe anosmia mund të përfaqësojnë karakteristikat pre-operatore të SP dhe mundësojnë fillimin e një terapie modifikuese të sëmundjes përpara fillimit të karakteristikave motore klasike .

Një vendim tjetër i rëndësishëm është se kur do fillohet terapia simptomatike . Studime të shumta sugjerojnë se është më mirë që terapia të fillojë në momentin e diagnozës në mënyrë që të sigurohen përfitime funksionale që në fazat e hershme të sëmundjes .

Pas diagnozës së SP , zgjedhja e trajtimit varet nga mosha e pacientit dhe graviteti i handikapit funksional .

Fillimi i dopa-terapisë duhet të vonohet me qëllim vonesën e shfaqjes të fluktuacioneve të efektit dhe të diskinezisë.

❖ Fillo mjekimin me levodopa në.

Pacientë me shenja motore të moderuara mbi 65-70 vjeç.

❖ Fillo me dopaminoagonistë në:

Pacientë me shenja motore të moderuara mbi 65-70 vjeç, por pa shenja të demencës.

❖ Fillo me frenues të MAO:

Pacientë të cdo moshe me shenja të lehta motore.

❖ Fillo me antikolinergjikë.

Pacientë nën moshën 60-65 vjeç kur karakteristika kryesore është tremori (83).

Kompikacionet motore

- Wearing OFF mbarimi i shpejtë i efektit
- Episodet OH- OFF
- Vonesë në fillimin e periudhës ON
- Diskinezi
- Distoni
- Rrëzime
- Ngurtësim.

“Wearing OFF” është rikthimi i hershëm i simptomave parkinsoniane në fund të efektit të medikamentit, përpara se doza tjetër të japë efekt.

Diskinezitë janë lëvizje të pavullnetshme extrapiramidale si chorea, atetosis, balismus, tikit nervore.

Diskinezitë ndodhin, kur pëqëndrimi i dopaminës është në nivel maksimal dhe përfitimi klinik është maksimal.

Episodet ON-OFF. Në fazë të avancuar pacientët mund të përjetojnë “periudha ON-OFF që karakterizohen nga alterime të shpejta dhe të paparashikuara midis periudhës “ON” që ka përmirësim të klinikës të shoqëruar me diskinezi invalidizuese dhe periudhës “OFF” që vuajnë nga një parkinsonizëm sever.

Vonesa në fillimin e periudhës “ON” është një periudhë që zgjat 30-45 minuta derisa doza e levodopës të fillojë të japë efekt.

Distoni është një formë klinike e veçantë, një kontraksion muskular i qëndrueshëm, i dhimbshëm që prek më shumë gishtat, dhe zhduket pas marrjes të levodopës.

Rrëzimi është një problem i madh për shumë pacientë me SP si rezultat i instabilitetit postural dhe vështirësisë progresive në ecje.

Ngurtësimi gjatë ecjes është pamundësia e papritur për të ecur. Mund të shfaqet në formën e hezitimit për të filluar ecjen ose ndalim i ecjes zakonisht gjatë kthimit në një cep, kalimit përmes një dere ose kalimit të rrugës.

b) Terapitë ndihmëse në trajtimin e sëmundjes së Parkinson

Aktualisht ekzistojnë tre terapi ndihmëse (DAT) në trajtimin e sëmundjes së Parkinsonit. Këto terapi përfshijnë Apomorphine, Duodopa® dhe Stimulimin i thellë i trurit (DBS). Apomorfina dhe Duodopa® janë të dyja terapi me infuzion dhe DBS është një ndërhyrje neurokirurgjikale. Ato bazohen në konceptin e stimulimit të vazhdueshëm për të minimizuar luhatjet pulsatile, të papritura (84).

Apomorfina

Apomorfina është një injeksion subkutan për trajtimin e sëmundjes së Parkinsonit. Apomorfina është një dopamine agonist që punon për të stimuluar receptorët e dopaminës në substanca nigra, më konkretisht në receptorët D1 dhe D2.

Mund të jepet si një injeksion i ndërprerë duke përdorur një shiringë heparine ose insuline ose përmes një infuzioni të vazhdueshëm supkutan. Edhe pse rrjedh nga molekula morfina ajo nuk ka veti narkotike, analgjezike ose Adictive. Shkalla e hollimit dhe infuzionit në pompë individualizohet me kujdes për secilin pacient (85).

Duodopa® - Levodopa / Carbidopa Intestinal)

Duodopa® është një xhel zorrësh i Levodopa/Carbidopa (20mg/5mg/ml) i mbyllur në një kasetë 100 ml për trajtimin e sëmundjes së Parkinsonit. Administrohet, përmes një tubi PEG-J, direkt në duoden ose jejunum, ku thithja e ilaçeve është optimale. Tubi përfshin një tub të jashtëm (tub PEG) me një tub të brendshëm (tub PEJ) të filetuar përmes tij. Lidhja e tubit ka dy porta. Porta më e shkurtër/anësor është PEG, ose porta e stomakut dhe porta më e gjatë / para është PEJ, ose porta e zorrëve, ku administrohet Duodopa®. Sigurohemi që Duodopa® të administrohet gjithnjë përmes portës të zorrëve. Sasia apo dozat e infuzionit në pompë gjithashtu përcaktohen në mënyrë individuale me kujdes për secilin pacient (86).

Stimulimi i thellë i trurit

Stimulimi i thellë i trurit është një opsion neurokirurgjik në trajtimin e sëmundjes së Parkinsonit. Trajtimi përfshin futjen stereotaktike të elektrodave në vendet e synuara në tru, zakonisht te bërthama subtalamiqe (STN) ose globus pallidus internus (GPi), dhe lidhja e elektrodave me një stimulues kardiak i implantuar për të kontrolluar shkarkesat anormale të neuroneve duke dhënë qëndrueshmëri të vazhdueshme dhe impulset elektrike në vendet e synuara. Pacientët të cilët i janë nënshtruar futjes së elektrodave DBS do të vendosen stimuluesin e ritmit në të djathtë në regjonin subklavikular mbi kockën e jakës, deri në qafë dhe pas veshit dhe elektroda nënlëkurore nga stimuluesi kardiak. Disa pacientë me pajisje të implantuara mund të mos kenë mundësi për të kryer MRI (87).

KAPITULLI II

2. TERAPIA ME DUODOPA

Në Shqipëri, prej Majit të vitit 201, në klinikën e Neurologjisë është bërë i mundur trajtimi i stadeve të avancuara të Parkinsonit me Duodopë prej Majit të vitit 2011 në klinikën e Neurologjisë. Puna ekipore e mirë organizuar dhe mirë-funksionale konsiderohet si instrument për zbatimin e suksesshëm të LCIG. Udhëzimi praktik ka për qëllim të shërbejë si udhëzues për përcaktimin e punës të përditshme thjeshtimin e proceseve klinike dhe rritjen e shkëmbimit të njohurive midis profesionistëve të kujdesit shëndetësor (88).

Dokumentimi i proceseve dhe sistemet e përdorura gjatë punës me pacientin për fillimin e terapisë, si dhe përcaktimin e roleve dhe përgjegjësi.

Njohja e procesit nga infermierët me të gjitha fazat e aplikimit të medikamentit dhe kujdesjeve infermiore hap pas hapi.

Ky material është një rishikim retrospektiv i punës të kryer në klinikën tonë të Neurologjisë mësimëve kyçe nga ngritja e një klinike LCIG përveç një përmbledhjeje të ardhshme të kërkesave thelbësore që u hasën përgjatë rrugës.

Terapia simptomatike standarte për sëmundjen e Parkinsonit për më shumë se 30 vite ka qënë Levodopa. Progresi i Sëmundjes së Parkinsonit prek gjithashtu mënyrën se si organizmi funksion. Një efekt është ngadalësimi i traktit intestinal dhe çrregullim i zbrazjes gastrike. Për arsye se tabletat absorbohen në intestin çrregullimi i zbrazjes gastrike dëmton absorbimin e tyre duke shkaktuar fluktuacione të dopaminës në gjak. Si rezultat i gjysëm jetës plazmatike të shkurtër të kombinuar me zbrazjen e çrregullt gastrike dhe absorbimin intestinal të çrregullt, e bën stimulimin dopamiergjik pulsativ (89). Madje dhe tabletat me çlirim të qëndrueshëm të levodopës nuk mund të arrijnë një përqëndrim plazmatik konstant dhe efekte klinike të qëndrueshme. Inhibitorët e COMT mundësojnë reduktim të nevojave ditore të levodopës por efekti i tyre në kontrollin e ndryshimeve të përqëndrimit plazmatik të levodopës është i limituar.

Agonistët e dopaminës me veprim të zgjatur dhe infuzionet e apomorfinës subkutane janë alternativë për të marrë stimulim dopamiergjikë të vazhduar, por zakonisht në paciente me SP të avancuar është i nevojshëm kombinimi me levodopa (90).

Infuzionet intravenoze dhe enterale të formave të ndryshme të levodopës kanë qënë nën shqyrtim për më shumë se 30 vite. Studimi i parë mbi infuzionin intravenoz dhe intraduodenal të levodopës, përdorte solucionet ujore të levodopës që përgatiten duke tretur 25/100 mg levodopa-carbidopa me çlirim standart dhe 2 gr acid ascorbic në 1 L ujë.

Tretshmëria e levodopës është e kufizuar, kështu sasira të mëdha uji kërkoheshin për të përgatitur dozën e një dite.

Solucioni i lëngshëm, eferveshent i melevodopa (metil-ester levodopa) plus karbidopa është një provar me tretshmëri të lartë (250 herë më shumë se L-Dopa) në sasi të vogla uji, dhe është i aftë të arrijë shpejt zorrën e hollë ku absorbohet në mënyrë më të rregullt dhe më të shpejt krahasuar me preparatet solide. Ky preparat është aprovuar në disa vënde të Europës dhe është aktualisht në fazën e dytë të studimit klinik në SHBA (91).

Duodopa është një preparat në trajtë xheli që përbëhet nga levodopa dhe karbidopa në sasi 20 mg/ml dhe 5mg/ml respektivisht. Duodopa është e vetmja përbërje e levodopa/karbidopa e përshtatshme për infuzion duodenal të vazhduar.

Preparati përbëhet nga levodopa dhe carbidopa të copëtuara imtësisht që suspendojnë në një xhel me përmbajtje ujore dhe sodium carmellose. Xheli administrohet drejtpërdrejtë në intestin e nëpërmjet një gastrostome perkutane (PEG) duke përdorur një paisje ambulatorie specifike si CADD-Legacy pompë portative dhe një tub intestinal permanent të dizenuar në mënyrë specifike. Ky tub ka një tub të jashtëm transabdominal dhe një tub të brëndshëm intestinal. Një metodë alternative për vendosjen e tubit mund të jetë gastrojejunostomia radiologjike nëse gastrostomia endoskopike perkutane nuk mund të realizohet për ndonjë arsye.

Përpara fillimit të terapisë permanente, realizohet një periudhë testimi dhe Duodopa administrohet nëpërmjet një sonde nasoduodenale.

Nëse pacienti i përgjigjet mirë kësaj metode dhe simptomat përmirësohen, rregullohet doza dhe më pas realizohet gastrostomia endoskopike dhe fillon administrimi i Duodopës nga vetë pacienti nëpërmjet pompës portative. Doza duhet të rregullohet në mënyrë që të sigurojë një përgjigje klinike optimale, e cila përbëhet nga rritja e kohëzgjatjes së periudhave ON gjatë ditës, minimizim të numrit të episodeve OFF dhe minimizim i periudhave ON me diskinezia invalidizuese.

Terapia me Duodopa është krijuar për trajtimin e fazës së avancuar të sëmundjes së Parkinsonit. Si rezultat i infuzionit të drejtpërdrejtë në intestin, absorbohet pa u ndikuar nga vonesa në zbrazen gastrike, gjithashtu administrimi i dozave të vogla në mënyrë të vazhduar gjatë ditës siguron një përqëndrim konstant plazmatik të levodopës dhe një disponueshmëri të vazhduar të dopaminës dhe stimulim të vazhduar të receptorëve (92).

Një numër i madh studimesh kanë treguar një reduktim sinjifikativ të periudhave “OFF” dhe një rritje të rëndësishme të periudhave “ON”, si dhe reduktim të diskinezive. Në pacientë me fluktuacione motore të rrënda, mesatarja e fituar në periudhën ON me Duodopa ishte 4.5 orë/ditë.

Veç kësaj është vënë re një përmirësim i simptomave jo-motore duke përfshirë çrregullimet e gjumit, dhimbja, lodhja, problemet gastrointestinale, kardiovaskulare, urologjike dhe konjitive (93).

Gjithsesi, pacientët me Parkinson që marrin Duodopa kanë sërish ditë të mira dhe të këqija; kanë sërish periudha “OFF”, dhe absorbimi mund të influencohet nga ngadalsimi i traktit digjektiv. DUODOPA nuk është një medikament shërues, ajo ndihmon në kontrollin e simptomave, diskinezive dhe fluktuacionet motore të sëmundjes. Problemet që mund të lindin gjatë terapisë janë kryesisht të një natyre teknike si obstrukcion, zhvendosja, apo thyerja e kateterit, peritonitis dhe inflamcioni lokal i stomës.

Çdo person përgjigjet në mënyrë të ndryshme ndaj Duodopës, disa efekte të zakonshme të Duodopës përfshijnë lëvizje të pavullnetshme dhe krampe muskulare, ngadalësim të lëvizjes, ndjesia e turbullimit kur ngrihen në këmbë, depression, haluçinacione, konfuzion, përgjumje, mankthe, eufori, humbje të memories dhe episode psikotike.

Në vendin tonë është bërë e mundur trajtimi i stadeve të avancuara të Parkinsonit me Duodopë prej Majit të vitit 2011 në klinikën e Neurologjisë. Puna ekipore e mirë organizuar dhe mirë-funksionale ka shërbyer si instrument për zbatimin e suksesshëm të LCIG .

Për të krijuar klinikën LCIG, kërkohet trajnimi dhe edukimi i personelit para futjes së terapisë si një mënyrë trajtimi. Kjo nënkupton trajnimin e brendshëm të stafit të departamentit të neurologjisë, radiologëve, gastroenterologëve përveç trajnimit të pacientëve, të afërmit, kujdestarët dhe profesionistët e kujdesit shëndetësor. Duhet patjetër të njihen mirë nga infermieri specialist i duodopës mënyra e përdorimit të pompës dhe mënyra e titrimit të Levodopa/karbidopa (94). Në një klinikë LCIG duhet të ketë të paktën dy specialist të çrregullimeve të levizjes dhe një infermiere të specializuar.

Terapia LCIG kërkon një shkallë të lartë të bashkëpunimit të brëndshëm dhe të jashtëm. Kjo kërkon bashkëpunimin e ngushtë brenda në departamentin e neurologjisë, me kirurgët e gastrohepatolog, departamentin e radiologjisë dhe mbas daljes nga spitali me kujdestarët në shtëpi, si dhe të afërmit e pacientit me SP.

LCIG është e rekomanduar për trajtimin e sëmundjes së Parkinson-it të në stadet e avancuara me levodopa, me luhatje të rënda motorike dhe hiper-/diskinë kur kombinimet e medikamenteve të disponueshme antiparkinsonik nuk kanë dhënë rezultate të kënaqshme (95).

LCIG rekomandohet të përdoret kur situata të tilla me Periudha të gjata apo të shpeshta dhe/ose me diskinezi të rënda pavarësisht terapisë optimale nga goja. LCIG gjithashtu mund të rekomandohet dhe kur trajtimi i simptomave të avancuara me anë të DBS ose infuzionit të vazhdueshëm nënlëkurë me apomorfinë është i kundërlinduar, i pa efektshëm ose ndryshe i papërshtatshëm . Zgjedhja e pacientit bazohet në vlerësimin klinik të bërë nga një neurolog i specializuar në çrregullimet e lëvizjes. Përcaktimi i një terapie të qëndrueshme, është e vështirë të arihet pasi kjo varet nga një përgjigje e mirë e mëparshme ndaj Levodopes. pra përmirësimi i përgjithshëm klinik në UPDRS ndaj Levodopa të marrë në rrugë orale është një tregues që sugjeron një pacient të përshtatshëm për trajtim me duodopë (96). Megjithatë, përshtypja klinike e një efekti trajtimi mbetet shumë i bazuar në përvojën individuale me mjekun trajtues.

LCIG mund të përdoret në të moshuarit. Demenca nuk është përbën një kundërlindikacion për LCIG në rastet kur të afërmit mund të merren me terapinë dhe pajisjen. Kjo terapi është gjithashtu efektive te pacientët me problem të shëndetit mendor pasi është positive duke i bërë këta pacient me pak të varur fizikisht nga ana e defiçitit motor. Megjithatë, LCIG duhet të shmanget në pacientët me demencë të rëndë. Kundërlindikimet absolute për përdorimin e LCIG përfshijnë: mbindjeshmëri ndaj Levodopa, Carbidopa ose ndonjë nga ekscipientët, glaukoma me kënd të ngushtë, insuficiencë renale dhe hepatiche, dështim të rëndë të zemrës, aritmi të rëndë kardiake, goditje akute, MAO frenues jo selektiv dhe MAO selektiv frenuesit e tipit A nuk duhet të jepen njëkohësisht dhe duhet të ndërpriten së paku dy javë para fillimit të trajtimit LCIG (97). Përfundimisht, prania e kufizuar nga kujdestarët ose distanca fizike në mes të shtëpisë së pacientit dhe klinikës LCIG mund të jenë faktorë pengues për fillimin e trajtimit LCIG.

2.1 Kriteret e pranimit të pacientëve në terapi

1. Diagnoza klinike e sëmundjes idiopatike të Parkinsonit nga një specialist
2. Prania e fluktuacioneve motore severe dhe hiper-/diskinezi
3. I përgjigjet Levodopës të administruar nëpërmjet tubit nazo-intestinal
4. Përgjigje e pakënaqshme ndaj farmakoterapisë:
 - a. Prania e fluktuacioneve motore severe dhe diskinezisë pavarësisht administrimit të dozave maksimale të toleruara të Levodopës me agonistë të dopaminës, inhibitor MAO-B, dhe/ose I-COMT.
 - b. Dështim i apomorfinës ose i papërshtatshëm për apomorfinë.
5. Funksione konjitive të përshtatshme.
6. I aftë të përdorë sistemin e infuzionit të Duodopës.

2.2 Informimi i Pacientit dhe Pritshmëritë

Informacioni për pacientët duhet të jepet me gojë dhe me shkrim. Para marrjes së pëlqimit të pacientëve mbasi është bërë e mundur informimi duhet t'u lejojehet kohë e mjaftueshme për të marrë një vendim dhe të jetë plotësisht i sigurt për nisjen e procedurave të trajtimit me LCIG. Nëse pacienti bie dakort që testi i titrimit të kryhet, diskutohet me pacientin informacioni i mëtejshëm i thelluar në lidhje me terapinë. Përbushja e pritshmërisë së pacientit është shumë e rëndësishme për krijimin e një rezultati të suksesshëm të trajtimit LCIG.

Pacienti dhe të afërmit duhet të kuptojnë se cilat janë rezultatet realiste dhe të pritura dhe cilat janë komplikacionet e mundshme që mund të ndodhin gjatë trajtimit. Pacientët dhe të afërmit gjithashtu duhet të kuptojnë se trajtimi pritët të jetë i gjatë ose për sa kohë që të kemi një efekt maksimal të trajtimit. Bëhet e mundur vënia në dispozicion e një kartelet infermiere specifike për ndjekjen e pacientëve nën trajtim me duodopa në të cilën dokumentohet terapia orale e marrë më parë nga pacienti, pritshmëritë e pacientit nga trajtimi, dhe përgjigja ndaj trajtimit ditë pas dite.

Gjithashtu është e këshillueshme që të dokumentohet informacioni që i jepet pacientit. Diskutimi i plotë me pacientin se kush është pritshmëria realiste është thelbësore në këtë fazë për të shmangur zhgënjimin pas implantimit dhe ankesat bazuar në pritjet jorealiste të pacientit.

Të gjitha këto diskutime dhe reflektime të domosdoshme duhet të trajtohen dhe përfundohen përpara provës së titrimit. Përgjegjësitë e dhënësit të kujdesit para dhe pas LCIG duhet të jenë të qarta, të mirë përcaktuara dhe të diskutohet me pacientin dhe të afërmit (98).

2.3 Vlerësimi i pacientit

Shkallët e vlerësimit mund të përdoren për të vlerësuar pacientin para trajtimit dhe pas fillimit dhe mund të përfshijnë ekzaminimin e gjendjes Mini-Mental (MMSE), Hoehn dhe Yahr, rezultatin e Bartelit, Shkallën e Unifikuar të Vlerësimit të SP (UPDRS) dhe shkallën e simptomave jo-motorike.

Vlerësimi i nivelit të funksionit, Aktiviteti i të jetuarit ditor (ADL), aftësia fizike dhe vlerësimi i cilësisë së gjumit, është e këshillueshme që para fillimit të mjekimit pacienti të vlerësohet edhe nga një fizioterapist, terapist profesional dhe nga stafi i repartit. Këto vëzhgime janë shtuar për të vlerësuar të gjitha efektet e përgjithshme të trajtimit që nuk ka gjasa të kapen nga shkallët klasike të vlerësimit të përdorura në SP.

2.4 Dozimi dhe Titrimi

Doza totale ditore e LCIG llogaritet nga doza totale e Levodopa orale para fillimit të terapisë LCIG, dhe doza e mëngjesit e LCIG llogaritet nga doza e mëngjesit të Levodopa orale. Doza e vazhdueshme ditore e LCIG është doza totale e llogaritur ditore e LCIG minus dozën e llogaritur të mëngjesit, e ndarë me 16 (d.m.th. terapi e dhënë vazhdimisht mbi 16 orë zgjimi).

Për të zvogëluar hiperkinezinë, doza e mëngjesit të LCIG është ulur pak (80%) krahasuar me Levodopa e marrë në rrugë orale, doza totale ditore orale shndërrohet 1: 1 në dozë ditore të vazhdueshme të LCIG. Kështu, dozat në mëngjes variojnë nga 2.5-7.0 ml dhe dozat e vazhduara variojnë nga 2.4-5.0 ml. Cilësimet e para-programuara nuk mund të fshihen nga pacienti. Tabela 1 tregon një shembull se si të llogaritet doza e LCIG nga doza e Levodopës të marrë në rrugë orale (99).

Tabela 2.1 Konvertimi i Levodopës të mare në rrugë orale. Në ekuivalentin LCIG

Dozimi	DOA orale e Levodopës	LCIG (Duodopa 20 mg/ ml)	
		Përlllogaritja e dozes së mëngjesit në masën e 80% të dozes orale	Përlllogaritja e dozes së vazhduar në masën e 100% të dozës orale
Doza e mëngjesit	100 mg	100 mg / 20 mg/ml = 5 ml	
Dozimi total	1000 mg		1000 mg - 100 mg = 900 mg 900 mg / 20 mg/ml = 45 ml 45 ml Duodopa/16orë = 2.8 ml/orë
LCIG doza fillestare		5.0 ml x 80% =4.0 ml	2.8 ml / hour =2.8 ml / hour

Shembull se si të llogarisim dozën e mëngjesit e LCIG dhe dozën e vazhdueshme bazuar në dozën e Levodopës të marrë nga goja dhe llogaritja e dozës totale ditore.

Në shembullin e mësipërm pacienti merr 100 mg Levodopa si një dozë në mëngjes dhe 1000 mg si doza totale ditore orale e përgjithshme. LCIG (DuoSPopa®) është 20 mg / ml).

Doza e mëngjesit LCIG është vendosur në 80% të dozës orale të Levodopa dhe dozën e vazhdueshme është vendosur në 100% të dozës totale ditore minus dozën e mëngjesit.

Administrimi i një bolusi shtesë mund të jepet sipas nevojës nëse pacienti bëhet hipokinetik gjatë ditës ndërkohë pacienti është udhëzuar se si administrohet një dozë bolus. Doza shtesë rregullohet individualisht; normalisht 0.5-2.0 ml. Mund të nevojiten doza më të larta.

Nëse nevoja për dozë shtesë të bolusit tejkalon 5 herë në ditë, duhet të rritet doza e vazhduar. Rregullimet e dozës bazohen në shenjat klinike megjithatë, përshkrimi i sugjeruar për titrimin e pacientit është paraqitur në tabelën 2.2.

Tabela 2.2 Sugjerim për titrimin e LCIG bazuar në efikasitetin klinik dhe reagimet e ndryshme

	Doza e vazhdueshme e dhënë 16 orë në ditë		Doza e Mëngjesit	Doza shtesë
<6ml/ orë	↑ 0.3 ml/orë	↓ 0.2 ml / orë	↑1.0 ml/orë	
>6ml/ orë	↑ 0.4 ml/ orë	↓ 0.2 ml / orë	↑2.0 ml/orë	
Doza shtesë (Rritja graduale deri në efekt)				1.0ml
				2.0ml
				4.0ml
				6.0 ml

Një model se si të kryejmë titrimin me LCIG. Rregullimet e sugjeruara të dozës së vazhdueshme në kolonë (kolona e dytë) dhe doza ditore (kolona e tretë) varen nga fakti nëse dozimi orar është mbi ose poshtë 6 ml/orë (kolona e parë). Rritjet bëhen për shkak të paraqitjes klinike të përgjigjes jo adekuate dhe për shkak të hiperkinezisë ose reaksioneve të tjera negative.

Doza shtesë janë dhënë-gjithashtu bazuar në paraqitjen klinike, 1 ml në atë kohën kur është parë e nevojshme. Pacienti mund të administrojë doza shtesë, megjithatë këto nuk duhet të kalojnë 5 herë në ditë pasi kjo nënkupton nevojën për një rregullim të dozës së vazhdueshme ditore.

Në mënyrë që të thjeshtësohet llogaritja e dozës LCIG, mund të merret në konsideratë kalimi i pacientit nga politerapi në monoterapi orale me Levodopa.

Pas kalimit në monoterapi mund të presim dy-tre dit, në këtë mënyrë rekomandohet që për rreth një javë të rregullohen dozat e levodopës orale përpara se të vendosim për të filluar terapinë me LCIG (100).

2.5 Sistemi i infuzionit të Duodopës

Komponentët kryesor të këtij sistemi janë pompa, kasete që mban xhelin, PEG tubi (extern) tubi intestinal (intern). Tubi PEG kalon nëpërmjet paretit abdominal, fundi intern i këtij tubi ngjitet brënda stomakut. Tubi intern inserohet nëpërmjet tubit extern, kalon pilorin dhe hyn në zorrën e hollë. Duodopa infuzohet nga kasete në tubin intern direkt në intestin ku absorbimi është optimal.



Figura 2.1 Sistemi i Duodopës *Burimi*: Duodopa everyday-Abbot 2013
A.kasete, B. pompa, C. PEG tubi, D. Tubi intestinal

2.6 Mënyra e veprimit, dozimi dhe përdorimi i Duodopës

Përbërja levodopa/carbidopa në formë xheli administrohet në zorrën e hollë nëpërmjet një tubi nga një pompë e pajisur me një kasetë që mban xhelin (101). Meqënëse infuzioni është i vazhduar pacientët e mbajnë me vete pompën gjatë periudhës kur janë zgjuar. Kasete që mban medikamentin duhet të ruhet në temperaturë të ftohta $+2^{\circ}\text{C}$ në $+8^{\circ}\text{C}$ për 15 ditë, nxehtësia dhe drita do rrisin degradimin ku Karbidopa është ingredient i me sensitivë që do të japë ngjyrë të verdhë të çelët medikamentit dhe kur degradon levodopa merr ngjyrë të errët. Ato janë një përdorimshe dhe nuk duhet të përdoren më shumë se një ditë (deri në 16 orë), edhe nëse mbetet pak xhel intestinal. Në disa raste nëse ka arsye mjekësore Duodopa mund të administrohet edhe gjatë natës. Doza totale e duodopës në një ditë përbëhet nga tre doza të rregulluara në mënyrë individuale: doza bolus e mëngjesit, doza e vazhduar dhe doza extra bolus.

2.7 Efektet anësore

Ashtu si barnat e tjera dhe Duodopa mund të shkaktojë efekte anësore pavarësisht se nuk shfaqen në të gjithë pacientët (102).

Probleme mund të shkaktojë dhe sistemi i infuzionit të preparatit:

- Rrjedhje të lëngut jashtë dhe humbje e lëngut në stomak
- Bllokim i rrjedhjes së Duodopa për shkak të okluzionit të tubit
- Dislokim i tubit në stomak duke shkaktuar rënie të përgjigjes terapeutike
- Infeksion lokal rreth vendit të futjes së tubit në stomak (stoma), infeksion i kavitetit peritoneal (peritonitis), perforacion të organeve fqinje, hemoragji dhe dhimbje barku sidomos gjatë vendosjes së tubit (103).

Tabela 2.3 Efektet anësore të mundshme të Duodopës

Sistemet/Organet e prekura	Të Zakonshme ≥1/100, <1/10	Të Pazakonshme ≥1/1,000, <1/100	Rrallë≥1/10,000, <1/1,000	Shumë rralla <1/10,000
Gjaku&sistemi limfatik			Leukopeni, anemi hemolitike/jo-hemolitike, trombocitopeni	Agranulocytosis
Metabolizmi&Nutricioni	Anorexia	Rënie në peshë Shtim në peshë		
Psikiatrike	Halucinacion, Konfuzion, Mankth, Pagjumësi, lodhje Depresion me tentativë suicidale shume të rralla, eufori, Demencë, episode psikotike.		Axhitim, frikë Disorientim, Reduktim i aftesisë për të menduar, rritje e libidos, mpirje	
Sistemi Nervor	Diskinezi, distoni, lëvizje koreiforme, episode ON-OFF, bradikinezi	Ataxi, rritje e tremorit te duarve	Sindroma neuroleptike malinje, parestesia rrëzimi, trismus, cefale,konvulsion	
Syri			Shikim i turbullt, blefarospazëm, aktivizim i vonë i sindromit Horner, shikim i dyfishuar, pupila të dilatuara	
Sistemi kardiovaskular	Palpitacione, Crrregullim i ritmit, hypotension ortostatik, sinkop	hipertension	flebitis	
Sistemi respirator, mediastini		Dhimbje kraharori, ngjirje zëri	Dispne, frymëmarrje e crrregullt	
Trakti gastrointestinal	Nause, të vjella, gojë e thatë, shije e hidhur	Kostipacion Diarre, Disfagi, Flatulencë, Sialorrhoe	Dispepsi, Dhimbje GI, Saliva e errët, bruxisëm, Hemoragji GI ulcer duodenale.	
Lëkura&indi subkutan		Edema	Angioedema, prurit Urtikarie, skuqje e fytyrës, rënie e flokëve, djersitje, exantema, melanoma Purpura Schonlein-H	
Indi muskulo- skeletalik,koçkat, indi lidhor		Spazma muskulare		
Sistemi genito urinar		Urinë e errët	Retension urinar, Incontinencë urinare, priapizëm	
Crrregullime të përgjithshme		Dobësi, Pafuqi		

Burimi: Duodopa intestinal gel www.medicines.org.uk 2013

Pas fillimit të terapisë me Duodopa, shumë pacientë pësojnë ndryshime të rëndësishme të stilit të jetës. Madje edhe një reduktim parcial i simptomave motore mund të shkaktojë përmirësim të aktiviteteve të përditshme, duke përfshirë rikthimin në punë, aktivitete të kohës së lirë etj. Gjithsesi, ashtu si çdo metodë tjetër Duodopa nuk është tërësisht e çliruar nga komplikacionet. Operacioni për vendosjen PEG është një ndërhyrje kirurgjikale invazive, është një vendim që kërkon një vlerësim të kujdesshëm. Në raste të tjera, përdorimi i vetë pompës mund të jetë irritues, veçanërisht gjatë zëvendësimit të përditshëm të kasetave në mëngjes, gjatë bërjes së dushit apo shfaqja në publik.

Pavarësisht problemeve që mund të shoqërojnë këtë terapi, Duodopa mbetet një nga alternativat më të mira për trajtimin e fazës së avancuar të sëmundjes së Parkinsonit.

2.8 Trajtimi i komplikacioneve jo motore të fazës së avancuar të Parkinsonit

Një sërë studimesh kanë treguar se simptomat jo motore kanë një ndikim të rëndësishëm në cilësinë e jetës dhe risku i institucionalizimit është më i madh se për simptomat motore, për këtë arsye në vitet e fundit vëmendja është përqëndruar në krijim e masave specifike për të njohur dhe kuantifikuar këto simptoma në pacientë me fazë të avancuar të sëmundjes, të cilat përdoren gjerësisht dhe në provat klinike (104).

Shkalla e simptomave jo-motore, është një shkallë e përbërë nga 30 elementë për vlerësimin e nëntë dimensioneve (sistemi kardiovaskular, gjumi, lodhja, humori, sjellja, problemet perceptive, vëmendja, memoria, sistemi gastrointestinal, sistemi urinar, funksioni seksual dhe të përmbledhura), dhe është vërtetuar si një mjet i vlefshëm, i riprodhueshëm, cilësor për të klasifikuar gravitetin dhe frekuencën e simptomave jo motore në SP.

2.8.1 Demenca

Studimet e bazuara në komunitet në pacientët me Parkinson kanë raportuar një prevalencë të demencës midis 28% dhe 44%, në studimet longitudinale demenca ndodh në 75% të pacientëve. Frekuenca e saj rritet me rritjen e moshës dhe në kontrast me sëmundjen e Alzheimerit, prek kryesisht funksionet ekzekutive, vëmendjen, duke mos prekur gjuhën, kujtesën dhe llogaritjen. Kur demenca zhvillohet një vit pas fillimit të disfunkcionit motor, ajo është një demencë me trupëza Lewy (105). Këto pacientë janë veçanërisht të prirur për të patur halucinacione dhe fluktuacione të përditshme. Kjo formë e demencës karakterizohet patologjikisht nga shpërndarja e trupëzave Lewy kudo në korteksin cerebral veçanërisht në hipokampus dhe amigladë. Është më e mundshme që demenca me trupëza Lewy dhe demenca në SP të përfaqësojnë një spektrum të SP se sa entitete të veçanta.

Simptomat konjitive janë rezultat i reduktimit të dopaminës në qarkun kortikostriatal dhe nga disfunkcioni i sistemit kolinergjik. Mekanizmat serotoninergjik dhe noradrenergjike mund të jenë të përfshirë, megjithatë roli i tyre mbetet ende i paqartë.

Rivendosja e nivelit të dopaminës nuk shoqërohet me përmirësim të funksionit konjitiv madje mund ta përkeqësojë atë, por stimulimi i sistemit kolinergjik shkakton efekte positive. Inhibitorët e kolinesterazës përmirësojnë funksionet konjitive, por nuk tolerohen mirë për shkak të efekteve kolinergjike periferike dhe në disa raste mund të përkeqësojnë funksionin motor. Rivastigmina frenues i kolinesterazës është agjenti më i mirë, ndërkohë përfitimi nga donepezili është më i dyshimtë. Duhet shmangur ato medikamente që përkeqësojnë demencën si antikolinergjikët, agonistët e DA si dhe duhet reduktuar doza e levodopës në dozën më të vogël që jep efekte antiparkinsonike por nuk përkeqëson funksionet konjitive.

2.8.2 Halucinacione dhe Psikoza

Çrregullimet e sjelljes, veçanërisht halucinacionet, iluzionet dhe simptoma të tjera psikotike janë mjaft të shpeshta në fazën e avancuar të sëmundjes së Parkinsonit, me një frekuencë që varion nga 25% në 30%. Simptomat psikotike në SP përfaqësohen nga deluzionet (bindja e gabuar dhe e patundur, bazuar në një konkluzion të pasaktë mbi realitetin e jashtëm që mbrohet me forcë pavarësisht nga mungesa e fakteve konkrete që e vërtetojnë) dhe halucinacionet (perceptim sensor i rremë i palidhur me stimuj reale të jashtëm) (106).

Haluçinacionet vizive të thjeshta ose komplekse në formë janë simptomat psikotike më të shpeshta në fazën e avancuar të SP. Një sërë faktorësh ndikojnë në zhvillimin e haluçinacioneve duke përfshirë patologjinë intrinseke dhe terapinë zëvendësuese të dopaminës.

Në trajtimin e këtij komplikacioni hapi i parë duhet të jetë gjithmonë vlerësimi i rolit të medikamenteve që mund të indukojnë ose përkeqësojnë psikozën si amantadinë, antikolinergjikët, COMT-inhibitorët dhe agonistët e DA. Këto medikamente duhet të reduktohen duke shkaktuar përmirësim të psikozës dhe përkeqësim të funksionit motor.

Të gjithë faktorët precipitues si infeksionet urinare, pulmonare, cerebrovaskulare dhe disfunksionet metabolike duhet të vlerësohen me kujdes dhe të trajtohen nëse mundet sepse edhe çrregullimet metabolike të lehta ose infeksionet mund të ndikojnë në zhvillimin e simptomave psikotike.

Reduktimi i dozës së L-dopës duhet marrë në konsiderate kur simptomat psikotike persistojnë edhe pse ky veprim mund të përkeqësojë Parkinsonin.

Të gjithë barnat antipsikotike si haloperidoli, aripriprazole, dhe klorpromazina, duhet të shmangen për shkak të përkeqësimit të simptomave motore në pacientë me Parkinson të shkaktuar nga antagonizmi i receptorëve D2.

Klozapina dhe quetiapinë janë antipsikotikët e rinj të quajtur atipikë të vetmit që mund të përdoren në pacientët me Parkinson për shkak të afinitetit predominant për receptorët D1 dhe D4 dhe afinitetit të ulur për receptorët D2. Për shkak se klozapina është e lidhur me agranulocitozë severe mjekimi fillohet me quetiapinë edhe pse nuk është aq efektiv sa klozapina.

Ndryshe nga klozapina, quetiapine nuk ka nevojë për monitorim të vazhdueshëm të gjakut dhe është mjaft efikas në supresionin e haluçinacioneve dhe psikozës në shumicën e pacientëve në doza relativisht të vogla nga 12.5 mg në 100 mg. Efektet kryesore të quetiapinës dhe klozapinës janë sedacioni dhe hipotensioni postural.

2.8.3 Depresioni dhe Ankthi

Depresioni prek 40-60% të pacientëve me SP dhe është një faktor kryesor që ndikon në cilësinë e jetës së këtyre pacientëve. Në disa raste depresioni ndodh në periudhat Off pra kontrollimi i fluktuacioneve On-Off mund të përmirësojë depresionin.

Antidepressivët triciklikë dhe inhibitorët e seretoninës janë efikasë por përdorimi i tyre është i limituar për shkak të efekteve anësore antikolinergjike dhe hipotensionit ortostatik të shkaktuar prej tyre. SSRI janë të kundërrindikuar në pacientë që marrin selegiline inhibitorë të MAO-B, për shkak të ndërveprimit të mundshëm drogë-drogë që shkakton një “sindromë setoninergjike”.

Ankthi zakonisht ndodh gjatë periudhave Off, përmirësohet me kontrollin më të mirë të simptomave motore por mund të jetë shkak kryesor i stresit për pacientët gjatë periudhës On. Doza të vogla të benzodiazepinës janë efikase kur ankthi është persistent dhe mund të shkaktojë amnezi, konfuzion në fazë të avancuar të sëmundjes.

2.8.4 Çrregullimet e gjumit

Problemet e gjumit janë mjaft të shpeshta në pacientë me SP të avancuar dhe karakterizohen nga pamundësi për të vazhduar gjumin, përgjumie gjatë ditës, alterim të cikleve gjumë-zgjim, çrregullime të fazës REM të gjumit.

Pamundësia e vazhdimit të gjumit shkaktohet nga distonia nokturne dhe mund të përmirësohet me marrjen e levodopës me çlirim të kontrolluar. Rritja e frekuencës urinare gjatë natës mund gjithashtu të ndikojë në çrregullimin e gjumit dhe mund të kontrollohet nëpërmjet reduktimit të sasisë së likideve të marra në mbrëmje, kur barnat antikolinergjike janë të kundërrindikuar.

Çrregullimi i sjelljes gjatë fazës REM të gjumit, është një sindromë në të cilën inhibimi normal i lëvizjeve motore që normalisht ndodh gjatë fazës REM të gjumit është jo i plotë ose mungon duke bërë që ëndrrat të jenë shumë të gjalla, intense, violente. Kjo sindromë karakterizohet nga lëvizje violente dhe vokalizime gjatë fazës REM, gjuajtje, rrëzime nga krevati, bërtitje të cilat shkaktojnë stres të madh për pacientin si dhe për bashkëshortin/en. Këto çrregullime parandalojnë rivendosjen fiziologjike nokturne të nivelit të dopaminës në qeliza, duke përkeqësuar kështu simptomat parkinsoniane.

Çrregullimet e sjelljes gjatë fazës REM përmirësohen kur medikamentet dopaminergjike reduktohen përpara gjumit, por kur persistojnë atëherë doza të vogla të klonazepamit janë efektive dhe duhen marrë në konsideratë. Konsultimi me një specialist të gjumit si dhe realizimi i një polisomnografie mund të jenë të nevojshme për të identifikuar dhe trajtuar siç duhet problemet e gjumit. Modafinil është efektiv në përmirësimin e përgjumies gjatë ditës që vihet re në pacientë me fazë të avancuar pasojë e agonistëve të dopaminës.

2.8.5 Çrregullimet autonome

- **Hipotensioni ortostatik**

Është reduktimi me 20 mmHg të presionit sistolik të gjakut dhe presioni diastolik me 10mm Hg brënda 3 minutave nga ngritja në këmbë. Hipotensioni ortostatik mund të jetë shumë problematik dhe bëhet shkak për rrëzime. Trajtimi fillestar duhet të përfshijë shtimin e kripës në dietë të paktën 8g si dhe 2 L ujë në ditë për të siguruar hidratimin adekuat si dhe ngritja e kokës së krevatit për të parandaluar natriurezën e sodiumit gjatë natës. Edukim i kujdesshëm i pacientëve dhe kujdestarëve të tyre në lidhje me faktorët agravues të HO si ndryshimet e shpejta të pozicionit, tensionimi gjatë defekimit. Terapia antihipertensive nëse është e pranishme duhet të rivlerësohet dhe në disa raste duhet të ndërpritet. Kur HO bëhet severe është e nevojshme fillimi i terapisë farmakologjike si preparatet që rrisin volumin e plazmës si fluodrokortisol dhe agjentë vazoaktive si midodrine. Vazopresina, eritropoetina, dhe prekursor të norepinefrinës mund të përdoren në raste severe.

- **Disfagia, Nutricioni dhe Hidratimi**

Disfagia severe është mjaft frekvente në faza të avancuara të sëmundjes duke shkaktuar rënie në peshë, malnutricion, dehidrim dhe rritje sinjifikative të riskut për pneumoni aspirative dhe vdekje. Për ta bërë qëllitjen më të sigurt, duhet të mësohen pacientit manovrat, si manovrat supraglotike të qëllitjes, manovra e Mendelsonit etj. Disfagia për ushqimet e lëngëta mund të kontrollohet nëpërmjet shtimit të agjentëve trashës likideve, duke rritur vizkozitetin e tyre pa ndryshuar karakteristikat si shija. Kur disfagia bëhet severe duhet të realizohet gastrostoma perkutane endoskopike, e cila shërben për ushqyerjen e pacientit si dhe për administrimin e terapisë dopaminergjike.

- **Disfunzioni genitourinar dhe defekimi**

Kostipacioni është një manifestim i hershëm i sëmundjes por në stadi të avancuara mund të jetë shumë severe si rezultat i kombinimit të medikamenteve antiparkinsonike, ngadalësimit të peristaltikës, imobilizimi, dhe dehidrimi. Kostipacioni duhet të trajtohet me qëllim të shmanget okluzioni i zorrës dhe të sigurohet absorbimi i L-dopa dhe medikamenteve të tjera. Duhet të përdoren Suplementet dietetike me fibra që stimulojnë peristaltikën ashtu si dhe rritja e sasisë së ujit të konsumuar. Të vlefshëm mund të jenë dhe laksativët e lehtë si polietilen glikoli.

Shumë pacientë në fazë të avancuara përballen me probleme urinare si rritja e frekuencës, inkontinenca, të gjitha këto mund të shkaktojnë rritjen e stresit, ankth dhe izolim social. Ky hiperaktivitet i vezikës vjen si rezultat i humbjes së inhibimit normal nga ganglionet bazale dhe korteksi frontal drejt medullës spinale sakrale. Agjentët kolinergjikë si Ditropan janë efikas për të induktuar kontraksione të vezikës por nuk rekomandohen në fazë të avancuara për shkak të efekteve anësore antikolinergjike central dhe problemeve konjiktive që shkaktojnë. Gjenerata e re antikolinergjikeve periferike si trospium, tolerohet më mirë dhe mund të përdoret ndonjëherë dhe në pacientë të avancuar. Së fundmi, injeksioni i toksinës botulinike në muskulin detrusor ka rezultuar në reduktim të frekuencës urinare pa efekte anësore (107).

KAPITULLI III

3.MATERIALI DHE METODAT

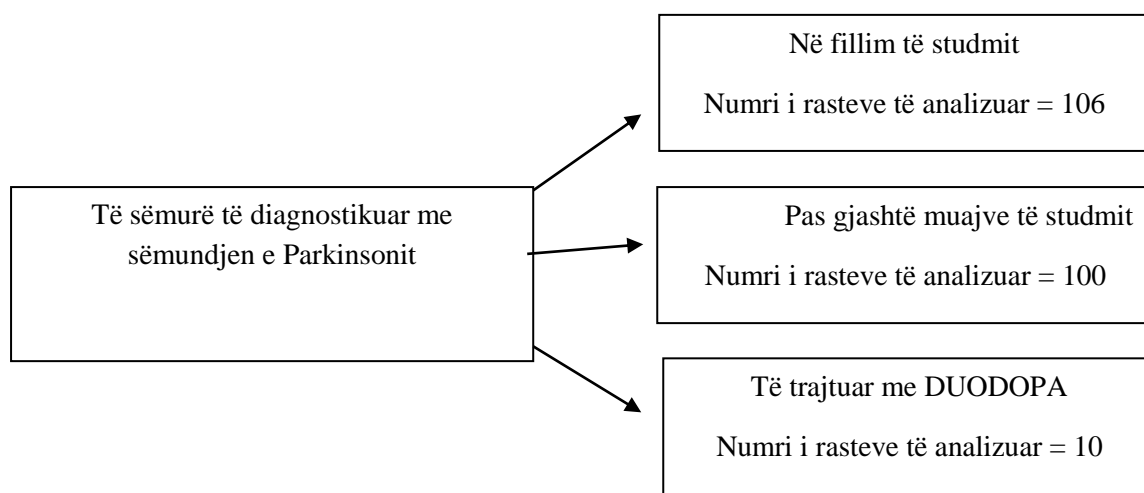
3.1 Popullata dhe Kampioni i studimit

Ky *Projekt Doktorale* paraqet një survey study i cili hulumton rastet e diagnostikuara me Sëmundjen e Parkinsonit, gjatë një periudhe 6 mujore mbas ndërhyrjeve infermierore.

Bazuar në rëndësinë gjithmonë e në rritje që po i jepet problemeve të çrregullimeve neurologjike dhe në mënyrë të veçantë SP, ndjekja e rasteve si dhe mbledhja e të dhënave është kryer në pacientët e diagnostikuar me Parkinson nga specialisti i çrregullimeve të lëvizjes në QSUT dhe që janë trajtuar në Shërbimin e Neurologjisë pranë qendrës spitalore Universitare “Nënë Teresa”, në Tiranë për periudhën 2013-2015.

Kampioni i studimit përbëhet nga **106** pacientë në fillim të studimit tonë si të diagnostikuar me SP dhe nga 100 pacientë pas 6 muajsh të fillimit të këtij studimi. Ky numër total është marrë nga pacientët e paraqitur në Shërbimin e Neurologjisë të QSUT-së. Më poshtë detajohet numri i rasteve të marra në fillim dhe pas 6 muajve të studimit si dhe pacientët e trajtuar me DUODOPA (shiko tabelën 3.1).

Tabela 3.1 Paraqitja skematike e numrit të rasteve me SP të marrë në studim



* Për çdo pacient të vlerësuar me SP bëhet regjistrim i detyrueshëm nga mjeku neurolog në spital. Për çdo pacient të shtruar në spital hapet një kartelë e cila pas daljes të pacientit nga spitali depozitohet në zyrën e statistikave të QSUT-së.

Për të gjithë pacientët si në fillim ashtu dhe pas gjashtë muajve të studimit u plotësuan tre formularë (formularët A, B dhe C të paraqitur më poshtë).

3.2 Kriteret përfshirëse në këtë studim

Pacientët:

- Të gjithë pacientët femra dhe meshkuj të cilët janë diagnostikuar me sëmundjen e parkinsonit dhe janë të hospitalizuar pranë Shërbimit të Neurologjisë në vitet 2013 - 2015.

Të gjithë individët nga mosha 18 deri në 65+ vjeç, të diagnostikuar me SP dhe që kanë pranuar të jenë pjesë e këtij studimi që në fillim dhe deri në fund.

- Të gjithë pacientët që trajtoheshin pranë Shërbimit të Neurologjisë me DUODOPA dhe që monitorohen periodikisht në lidhje me evolucionin klinik të sëmundjes.

3.3 Kriteret përjashtuese të studimit

Pacientët:

Të gjithë pacientët e diagnostikuar me SP të cilët nuk dëshironin të ishin pjesë e këtij studimi apo ata, të cilët u larguan pas fillimit të studimit duke e bërë të pamundur follow-up e tyre në lidhje me objektivat e studimit.

3.4 Metodologjia e përpunimit statistikor

Për të gjithë pacientët e marrë në studim janë analizuar shpërndarja sipas moshës dhe gjinisë. Stadi i sëmundjes për secilin pacient është përcaktuar nga specialisti i çrregullimeve të lëvizjes në QSUT. Variablat diskretë janë paraqitur në frekuencë dhe përqindje dhe variablat e vazhdueshëm në mesatare dhe deviacion standard.

Për përpunimin e të dhënave janë përdorur programet Microsoft Excel 2013 dhe paketa statistikore SPSS version 23.0 e IBM.

Gjatë studimit janë përdorur testet statistikore të χ^2 , ANOVA, Fisher exact test. Vlerësimi i konsistencës së brendshme të studimit është bazuar në përdorimin e Alfa e Cronbach (**Cronbach's alpha**).

Alfa e Cronbach (**Cronbach's alpha**) zakonisht përdoret për të vlerësuar konsistencën e brendshme të një pyetëso (ose sondazhi) i ndërtuar mbi bazën e një variabli ordinal (të një shkalle Likert). Vlerat e përdorshme të Alfa të Cronbach janë paraqitur në tabelën e mëposhtme.

Tabela 3.2 Vlerat e Alfa të Cronbach të studimit

Cronbach's alpha	Konsistenca e brendshme
$0.9 \leq \alpha$	E shkëlqyer
$0.8 \leq \alpha < 0.9$	Mirë
$0.7 \leq \alpha < 0.8$	E pranueshme
$0.6 \leq \alpha < 0.7$	E dyshimtë
$0.5 \leq \alpha < 0.6$	E varfër
$\alpha < 0.5$	E papranueshme

Tabela 3.3 Të dhënat mbi përlllogaritjen e mestares, variancës, korrelacionit dhe Alfa Crobach

*Mesatarja e Shkallës nëse Hiqet Pyetja	**Varianca e Shkallës nëse Hiqet Pyetja	***Korrelacioni i Pyetjes me Totalin e Pyetjeve	*** Alfa e Cronbach nëse Hiqet Pyetja
Mesatarja e Shkallës nëse Hiqet Pyetja – Duke përjashtuar një pyetje të caktuar, të gjitha pyetjet e tjera të shkallës mblidhen për të gjithë pacientët në studim mblidhen për të gjithë pacientët në studim dhe llogaritet mesatarja e përgjigjeve të tjera të bashku.	Varianca e Shkallës nëse Hiqet Pyetja – Duke përjashtuar një pyetje të caktuar, të gjitha pyetjet e tjera të shkallës mblidhen për të gjithë pacientët në studim dhe variance mesatarja e përgjigjeve të tjera të bashku.	Korrelacioni i Pyetjes me Totalin e Pyetjeve – Bëhet fjalë për korrelacionin e pyetjes në fjalë me shumën e të gjithë pyetjeve të tjera.	Alfa e Cronbach nëse HiqetPyetja – Kjo mbetet kolona më e rëndësishme e tabelës. Tregon koefiçientin e Alfës së Cronbach për vlerësimin e konsistencës së brendshme kur pyetja në fjalë është hequr. Pra, në rastin kur kemi 8 pyetje tashmë llogaritja e koefiçientit e Alfa të Cronbach bëhet duke hequr njërën nga pyetjet dhe tregon rëndësinë e pyetjes në llogaritjen e koefiçientit.

Tabela 3.4 Vlerat e sinjifikancës së korrelacionit

*** Korrelacioni është statistikisht sinjifikant në nivel 0.05 level (2-tailed).**

**** Korrelacioni është statistikisht sinjifikant në nivel 0.01 level (2-tailed).**

Për secilën nga pyetësorët është realizuar përkthimi i vlerave të rezultate vetë mesatare me klasat e llogaritura të mundësive të përgjigjeve. Pyetësori i parë është i kodifikuar si 0 (jo) dhe 1 (po). Të gjitha vlerat e llogaritura lëvizin ndërmjet 0 dhe 1.

Pyetësori i dytë (i shënuar si pyetësori B në punim) ka pesë mundësi përgjigje.

Tabela 3.5 Llojet e përgjigjeve në pyetësorin e dytë

Nr i pyetjeve	Përgjigjet e mundshme
1	Asnjëherë
2	Rastësisht
3	Nganjëherë
4	Shpesh
5	Gjithmonë

Vlera më e vogël e mundshme është një dhe diapazoni i vlerave të mundshme ndryshon nga 1 në 5, prandaj janë ndërtuar pesë klasa duke ju referuar këtij diapazoni, me një gjerësi klase të llogaritur 0.8.

Tabela 3.6 Vlerat e përfuara për grup përgjigjesh

Grupe përgjigjesh	Vlera e grupit
GR I	1-1.8
GR II	>1.8-2.6
GR III	>2.6-3.4
GR IV	>3.4-4.2
GR V	>4.2-5

Pyetësi i tretë (i shënuar si pyetësi C në punim) ka njëmbëdhjetë mundësi përgjigje.

Tabela 3.7 Llojet e përgjigjeve në pyetësin e dytë

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Përgjigjet mundshme	e 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Vlera më e vogël e mundshme është një dhe diapazoni i vlerave të mundshme ndryshon nga 1 në 11, prandaj janë ndërtuar dhjetë klasa duke jureferuar këtij diapazoni, me një gjerësi klase të llogaritur 0.82.

Tabela 3.8 Vlerat e përfutuara për grup përgjigjesh

Grupe përgjigjesh	Vlera e grupit
GR I	1-1.8
GR II	>1.8-2.7
GR III	>2.7-3.6
GR IV	>3.6-4.5
GR V	>4.5-5.4
GR VI	>5.4-6.3
GR VII	>6.3-7.2
GR VIII	>7.2-8.1
GR IX	>8.1-9.0
X	>9.1-10

3.5 Aspekte Etike të punimit

Përsa i përket aspektit etik të këtij punimi mund të themi, që te Shefi i Shërbimit të Neurologjisë është informuar për qëllimin e studimit dhe arsyen për të cilin po zhvillohej ky studim.

Të gjithë pjesmarrësve në studim j'u shpjegua qëllimi, kush e organizonte këtë studim, procedurat që do të kryheshin, rëndësinë e studimit si dhe u bë njohja me pyetësorët e përgatitur, për t'i informuar rreth informacionit që kërkohet të mblidhej nga ana jonë.

Pjesmarrësit u siguruan se do të ruhej anonimiteti dhe konfidencialiteti si arme bazë të etikës në një kërkim shkencor.

Proçesi i vendosjes së marrëdhënies me pacientët në studim u krye në dy kohë të ndryshme;

Së pari u vendos një kontakt shpjegimi për sqarimin dhe detajimin e proçesit të këtij studimi dhe më pas u bë intervistimi i secilit pacient (që pranoi të ishte pjesë e këtij studimi) në fillim të studimit.

Së dyti u realizua ndjekja e kartelave të personave me sëmundjen e parkinsonit si dhe intervistimi në një kohë të dytë pas 6 muajve nga intervistimi i parë mbas ndërhyrjeve infermiore për të 100 pacientët e mbetur.

Asnjë e dhënë e identifikimit personal nuk është publikuar dhe të gjitha të dhënat janë përdorur vetëm për efekt studimi. Të gjitha të dhënat ruhen me përgjegjshmëri të plotë dhe nuk do përdoren për asnjë qëllim tjetër që nuk ka lidhje me këtë studim.

3.6 Kufizimet dhe vështirësitë

Pavarësisht përparësisë si studim i parë i cili lidhet drejtëpërsëdrejti me një vlerësim të kujdesit infermior në pacientët në stadet e avancuara të sëmundjes të parkinsonit, ndjekjen e pacientëve që trajtohen me DUODOPA si edhe problematikat e Sëmundjes së Parkinsonit në Shqipëri në dijeninë time me këtë temë, ky studim paraqet disa kufizime:

Numri i vogël i të sëmurëve të marrë në studim kufizon përgjithësimin e të dhënave për pacientët që trajtohen me duodope.

✓ Duke qënë një sëmundje progresive, shpesh herë kemi hasur vështirësi në vërtetësinë e përgjigjeve të pyetjeve të cilave iu janë nështruar pacientët e marrë në studim, duke marrë në konsideratë se përgjigjet e pacientëve janë subjektive dhe nuk ka një faktor matës preciz.

- ✓ Duhet patur parasysh që pyetësi C është një pyetësor që mat shkallën e PDQ8, dhe paraqet në vetvete një përceptim lidhur me situatën e pacientit si është ndier. Për këtë arsye shumë nga përgjigjet mund të mos tregojnë situatën reale të ecurisë së pacientit.
- ✓ Numri mjaft i vogël i pacientëve që trajtohen me DUODOPA dhe mënyrës progresive që kjo sëmundje ka, na ka kufizuar në përgjithësimin e të dhënave për trajtimin me këtë medicament të ri.

PYETËSOR MBI SIMPTOMAT JO-MOTORE TË PARKISONIT

Emri _____

Data _____

Mosha _____

Gjinia M_____ F_____

A keni përjetuar ndonjë nga siptomat e mëposhtme gjatë muajit të fundit?

Të gjitha informacionet që do na jepni në këtë format do të jenë konfidenciale dhe do të përdoren për qëllimin për të cilin janë mbledhur. Këto informacione do të përdoren për qëllime monitorimi. Të dhënat tuaja personale do ruhen dhe procesohen sipas ligjit të Mbrojtjes së të Dhënave në fuqi.

Ky pyetësor është përpiluar dhe validuar nga Grupi Ndërkombëtar i Sëmundjes së Prkinsonit për siptomat jomotore. Simptomat motore të parkinsonit janë të njohura mjaft mirë. Sido që të jetë, ndonjëherë mund të shfaqen probleme të tjera si pjesë gjendjes ose trajtimit. Është e rëndësishme që stafi mjekësor të njohë këto shenja sidomos nëse ato janë shqetësuese për ju.

Një sërë problemesh janë listuar më poshtë. Ju lutem checkoni në kutinë “Po” nëse i keni përjetuar këto gjatë muajit të kaluar. Infermieri do ju pyesë për tui ndihmuar të vendosni. Nëse ju nuk keni përjetuar problemin gjatë muajit të fundit checkoni “jo”, edhe nëse e keni pasur problemin më parë por jo gjatë muajit të fundit.

Nr i pyetjeve		Po	Jo
1	A keni rrjedhje të pështymës gjatë ditës	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Humbje të aftësisë për të shijuar ose nuhatur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Vështirësi në kalimin e ushqimeve ose lëngjeve ose probleme me mbytjen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Të vjella ose ndjenjë përzierje	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Kapsllëk (më pak se tre herë në javë) ose vështirësi kur del jashtë	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Incontinence fekale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Ndjenjen që pasi dolët jashtë nuk arritët të zbrazeshit komplet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Ndjenjen e urgjencës dhe shpejtësinë për të shkuar në tualet për të urinuar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Ngriheni natën për të urinuar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Dhimbje të pashpjegueshme (jo nga kushte të njohura si artriti)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Ndryshime të pashpjeguara në peshë (jo nga dietat)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Problem që të kujtoni gjërat që kanë ndodhur kohët e fundit ose të kryeni detyrat që duhej të kryhenit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Humbje të interesit rreth ngjarjeve që ndodhin rreth jush ose për të kryer dicka	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Dëgjoni ose shikoni gjëra që ju janë thënë që nuk janë atje	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	A keni përjetuar vështirësi në përqëndrim ose në fokusim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Ndjenjen e mërzitjes ose të dëshpërimit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Ndjenjen e ankthit frikës ose panikut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Ndjenjet e interesit të shtuar ose të ulur ndaj seksit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Vështirësi në kryerjen e seksit kur ju përpigëni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Ndjenjen e errësimit, marrje mendësh ose dobësie kur cohesh nga pozicioni ulur ose shtrirë	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21	Rrëzohesh	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22	A ke vështirësi të qëndrosh zgjuar gjatë aktiviteteve të tilla si gjatë punës, ushqyerjes, drejtimit të automjetit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23	Vështirësi të biesh në gjumë ose të qëndrosh në gjumë gjatë natës	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24	A shikoni ëndra shpesh, ëndra të tmerrshme, ose të shumë të bukura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25	A bisedoni ose lëvizni në gjumë, në kohën që shikoni ëndër	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26	Ndjenja jo të këndshme në këmbë gjatë natës ose kur qetësoheni dhe ndjenjen që ju keni nevojë të lëvizni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27	Enjtje të këmbëve	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28	Vision të dyfishtë	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29	Djersitje e shtuar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30	Besimi që po ju ndodhin gjëra që nuk ju ndodhin të tjerëve	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Studimi pilot ndërkombëtar i pyetësorit të simptomave të sëmundjes së Parkinsonit rreth përjetimit të simptomave jomotore (108).

Ky pyetësor duhet të plotësohet ose tiu jepet nga praktikionerët gjatë vizitës tuaj.

Parkinson's Disease Quality of Life Questionnaire

(PDQ-8)

Për shkak të sëmundjes Parkinson, sa shpesh gjatë muajit të fundit keni.....?

Ju lutem mbushni nje kuti per cdo pyetje?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Asnjehere</u> <input type="checkbox"/>	<u>Rastesisht</u> <input type="checkbox"/>	<u>Nganjehere</u> <input type="checkbox"/>	<u>Shpesh</u> <input type="checkbox"/>	<u>Gjithmone</u> <input type="checkbox"/>
1	<u>Patur vesh tiresi per te levizur jashte ne vende publike?</u> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<u>Patur vesh tiresi per tu veshur?</u> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<u>Ndiheni te deprimuar?</u> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<u>Patur problem me lidhjet e ngushta personale?</u> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<u>Patur problem me perqendrimin si leximi ose shikimi i televizorit?</u> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<u>Jeni ndier te pazote per te komunikuar si duhet me njerezit?</u> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<u>Patur krampe muskulare te dhimbshme ose spazma?</u> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<u>Patur siklet se keni semundjen e Parkinsonit?</u> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parkinson's Disease Sleep Scale (PDSS)₁

Si do i pikezonit te meposhtmet bazuar ne eksperiencen e javes se kaluar. ¶

(Vendos nje kryq ne pikën e pershtatshme ne vijë) ¶

1. Cilësia masatare e gjumit të natës është ¶	
2. A keni vështirësi për t'ju zënë gjumi çdo natë? ¶	
3. A keni vështirësi për të qendruar fjetur në gjumë? ¶	
4. A keni shqetësime në këmbë ose duar gjatë natës ose në mënyrë që ju ndërprejnë gjumin? ¶	
5. A jeni nervoz në shtat? ¶	
6. A vuani nga ëndërra lodhëse gjatë natës? ¶	
7. A vuani nga halucinacione lodhëse natën (shikoni ose dëgjoni diçka që ju kanë thënë se nuk ekzistojnë)? ¶	
8. A ngriheni natën për të urinuar? ¶	
9. A keni incontinecë urinare për shkak se nuk levizni për simptomeve "off"? ¶	
10. A keni muçimë në krahë ose këmbë që ju zgjojnë nga gjumi natën? ¶	
11. A keni krampe të dhimbshme muskulare në krahë ose këmbë që ju zgjojnë nga gjumi natën? ¶	
12. A zgjoheni herët në mënyrë me pozicion të dhimbshëm të këmbëve e duarve? ¶	
13. A keni dridhje gjatë ecies? ¶	
14. A ndihen i lodhur e përçmimur pas ecies në mënyrë? ¶	
15. A ju ka zënë papritur gjumi gjatë ditës? ¶	

KAPITULLI IV

4. REZULTATET

4.1 Të dhënat e përgjithshme mbi pacientët me Parkinson

Në tabelën e mëposhtme janë paraqitur statistikat e besueshmërisë së studimit. Kemi tre pyetësorë (A, B, C) dhe secili prej tyre është ndërtuar duke u bazuar në vlerësimin e pyetjes (variabël ordinal) respektivisht; pyetësori A – është një variabël dikotomik po/jo, pyetësori B – është një variabël me pesë mundësi përgjigjëse në shkallë rritëse dhe pyetësori C – është një variabël ordinal me shkallë rritëse nga 1 deri në 10.

Tabela 4.1 Statistikat e besueshmërisë së studimit

Koha	Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha bazuar në standardizimin e N të pyetjeve	N i pyetjeve	
Fillim	0.624	0.847	53	Mirë
Pas 6 muajsh	0.605	0.705	53	E pranueshme

Vlerësimi i besueshmërisë së studimit realizohet në dy momente, në fillim dhe 6 muaj pasi është realizuar ndërhyrja infermjeroe dhe trajtimi klinik medikamentoz.

Tabela 4.2. Numri i pacientëve të diagnostikuar me Parkinson në fillim dhe pas 6 muajve të studimit

Koha	Numri
Fillim i studimit	106
Pas 6 muajsh të studimit	100

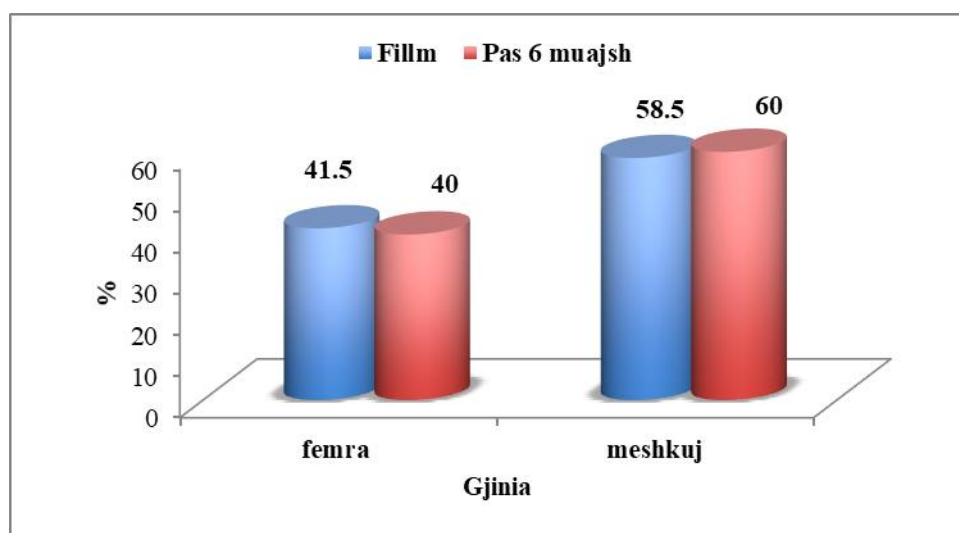
Në fillim të sëmundjes morrën pjesë në studim 106 pacientë të diagnostikuar me Sëmundjen e Parkinsonit, ndërsa pas gjashtë muajve ishin 100 pacient me SP.

Në tabelën 4.3 kemi paraqitur shpërndarjen e pacientëve sipas gjinisë në fillim të SP dhe pas gjashtë muajve me SP. Në të dy rastet meshkujt zenë një peshë specifike më të lartë krahasuar me femrat në vlera të përafërta në fillim të sëmundjes dhe pas gjashtë muajve.

Tabela 4.3 Shpërndarja e pacientëve sipas gjinisë në fillim dhe pas 6 muajsh

Koha	Gjinia	Numri i rasteve	Përqindja
Fillim	Meshkuj	62	58.5
	Femra	44	41.5
	Total	106	100.0
Pas 6 muajsh	Meshkuj	60	60.0
	Femra	40	40.0
	Total	100	100.0

Në grafikun e mëposhtëm kemi paraqitur përqindjen e pacientëve sipas ndarjes gjinore femra/meshkuj në fillim të SP dhe pas gjashtë muajve.

**Grafiku 4.1 Shpërndarja e pacientëve sipas gjinisë në fillim dhe pas 6 muajsh (në %)**

Në fillim të studimit janë marrë në shqyrtim 106 raste ku mosha minimale rezultoi 38 vjeç ndërsa ajo maksimale 87 vjeç. Mesatarja e moshës rezultoi 67.6 ± 9.0 . Pas 6 muajve të dtudimit numri i rasteve të marrë në shqyrtim është 100 pacientë ku mosha minimale është 38 vjeç dhe ajo maksimale 85 vjeç. Edhe në këtë rast mesatarja e moshës rezultoi 67.6 ± 8.8 .

Tabela 4.4. Shpërndarja e pacientëve sipas moshës në fillim dhe pas 6 muajsh

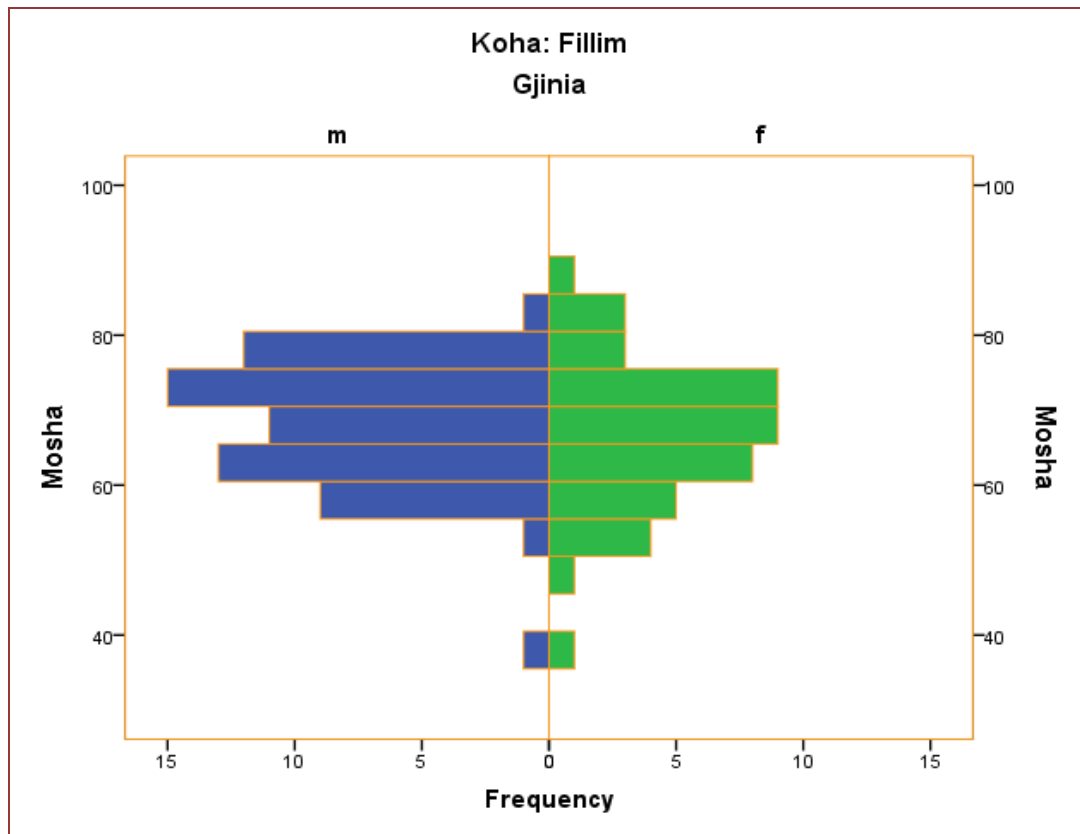
Mosha	Numri i rasteve	Minimum	Maximum	Mesatarja	Std. Dev.
Fillim	106	38	87	67.6	9.0
Pas 6 muajsh	100	38	85	67.6	8.8

Në tabelën 4.5 kemi paraqitur shpërndarjen e rasteve për pacientët me SP sipas gjinisë femra/meshkuj në fillim të studimit. Grupmosha me numrin më të lartë të rasteve janë 56-65 vjeç dhe 66-75 vjeç me 22 dhe 26 raste respektivisht për meshkujt dhe 13 dhe 18 raste respektivisht për femrat. Numri më i vogël i rasteve vihet re për grupmoshën 36-45 vjeç.

Tabela 4.5 Shpërndarja e grupmoshave (në vite) sipas gjinisë

Gjinia	36 - 45	46 - 55	56 - 65	66 - 75	76 - 85	86+	Total
Meshkuj	1	1	22	26	12	0	62
Femra	1	5	13	18	6	1	44
Total	2	6	35	44	18	1	106

Grafiku 4.2 paraqet piramidën dhe frekuncën e shpërndarjes së pacientëve sipas grupmoshës së tyre të ndarë sipas gjinisë femra/meshkuj.



Grafiku 4.2 Piramidë e shpërndarjes së grupit të pacientëve sipas gjinisë dhe moshës

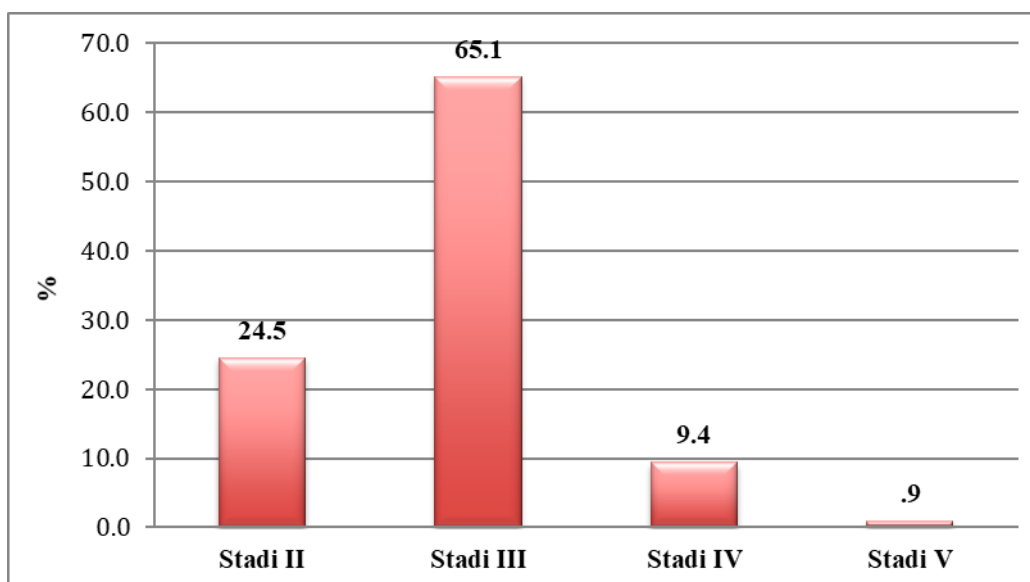
Pacientët me SP në fillim dhe pas gjashtë muajve që kemi kryer këtë studim i kemi klasifikuar sipas stadeve të sëmundjes së Parkinsonit. Pacientët janë stadifikuar me stadet nga II deri në V në fillim të studimit dhe nga II deri në IV pas gjashtë muajve.

Pacientët në stadin e II të sëmundjes përbëjnë dhe përqindjen më të lartë të këtyre pacientëve të marrë në studim. Pas 6 muajve asnjë nga pacientët nuk ka qenë në Stadin e V. Tabela e mëposhtme paraqet shpërndarjen e pacientëve sipas stadifikimit të sëmundjes.

Tabela 4.6 Shpërndarja e pacientëve sipas Stadifikimit të Parkinsonit në fillim dhe pas 6 muajsh

Koha	Stadifikimi i Parkinsonit	Frekuenca	Përqindja
Fillim	Stadi II	26	24.5
	Stadi III	69	65.1
	Stadi IV	10	9.4
	Stadi V	1	0.9
	Total	106	100.0
Pas 6 muajsh	Stadi II	26	25.7
	Stadi III	64	63.4
	Stadi IV	10	9.9
	Total	101	100.0

Grafiku 4.3 paraqet përqindjet e pacientëve bazuar në stadifikimin e sëmundjes në fillim të studimit.



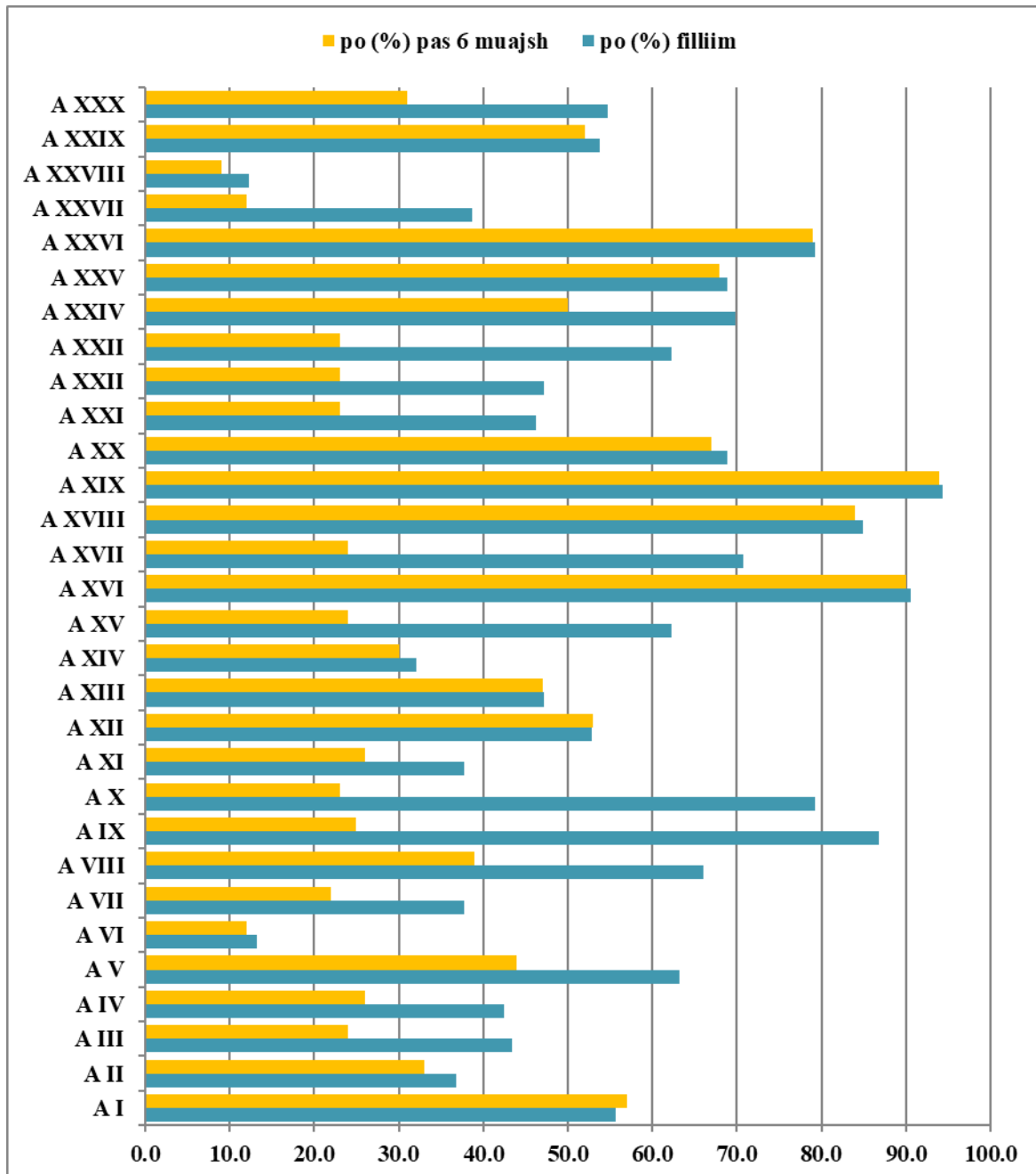
Grafiku 4.3 Shpërndarja në përqindje e pacientëve sipas Stadifikimit të Parkinsonit në fillim të studimit

Në pjesën e parë të rezultateve të përfuara nga pyetëtorët A, B dhe C, jemi munduar të identifikojmë apo të nxjerrim në pahë rëndësinë e vlerësimit infermieror si pjesë e ekipit multidisciplinar të standartizimit të kujdesit të sëmurët me SP. Pyetëtori A është i lidhur drejtëpërsëdrejti me profilin e simptomave jomotore tek pacientët me Parkinson të trajtuar nga Departamenti i Neurologjisë në Shqipëri. Tabela 4.7 paraqet përgjigjet e pyetëtorit A për të gjithë pacientët në fillim dhe pas gjashtë muajve të studimit.

Tabela 4.7 Përgjigjet e pyetëtorit A në fillim dhe pas 6 muajsh (në frekuencë dhe %)

	Fillim				Pas 6 muajsh			
	JO		PO		JO		PO	
	N	%	N	%	N	%	N	%
A I	47	44.3	59	55.7	43	43.0	57	57.0
A II	67	63.2	39	36.8	67	67.0	33	33.0
A III	60	56.6	46	43.4	76	76.0	24	24.0
A IV	61	57.5	45	42.5	74	74.0	26	26.0
A V	39	36.8	67	63.2	56	56.0	44	44.0
A VI	92	86.8	14	13.2	88	88.0	12	12.0
A VII	66	62.3	40	37.7	78	78.0	22	22.0
A VIII	36	34.0	70	66.0	61	61.0	39	39.0
A IX	14	13.2	92	86.8	75	75.0	25	25.0
A X	22	20.8	84	79.2	77	77.0	23	23.0
A XI	66	62.3	40	37.7	74	74.0	26	26.0
A XII	50	47.2	56	52.8	47	47.0	53	53.0
A XIII	56	52.8	50	47.2	53	53.0	47	47.0
A XIV	72	67.9	34	32.1	70	70.0	30	30.0
A XV	40	37.7	66	62.3	76	76.0	24	24.0
A XVI	10	9.4	96	90.6	10	10.0	90	90.0
A XVII	31	29.2	75	70.8	76	76.0	24	24.0
A XVIII	16	15.1	90	84.9	16	16.0	84	84.0
A XIX	6	5.7	100	94.3	6	6.0	94	94.0
A XX	33	31.1	73	68.9	33	33.0	67	67.0
A XXI	57	53.8	49	46.2	77	77.0	23	23.0
A XXII	56	52.8	50	47.2	77	77.0	23	23.0
A XXIII	40	37.7	66	62.3	77	77.0	23	23.0
A XXIV	32	30.2	74	69.8	50	50.0	50	50.0
A XXV	33	31.1	73	68.9	32	32.0	68	68.0
A XXVI	22	20.8	84	79.2	21	21.0	79	79.0
A XXVII	65	61.3	41	38.7	88	88.0	12	12.0
A XXVIII	93	87.7	13	12.3	91	91.0	9	9.0
A XXIX	49	46.2	57	53.8	48	48.0	52	52.0
A XXX	48	45.3	58	54.7	69	69.0	31	31.0

Grafiku 4.4 është një krahasim i thjeshtë në përqindje të gjithë përgjigjeve PO të përfuara nga pacientët me SP të cilët kanë plotësuar skedën A në fillim dhe pas gjashtë muajve të studimit.



Grafiku 4.4 Krahasimi në përqindje i pyetjeve PO në fillim dhe pas 6 muajve të sëmundjes për formularin e parë

Ashtu siç vihet re nga të dhënat e tabelës dhe të grafikut kemi një përmirësim të dukshëm të profilit të simptomave jomotorë tek pacientët me Parkinson të trajtuar nga Departamenti i Neurologjisë pas 6 muajve të fillimit të studimit.

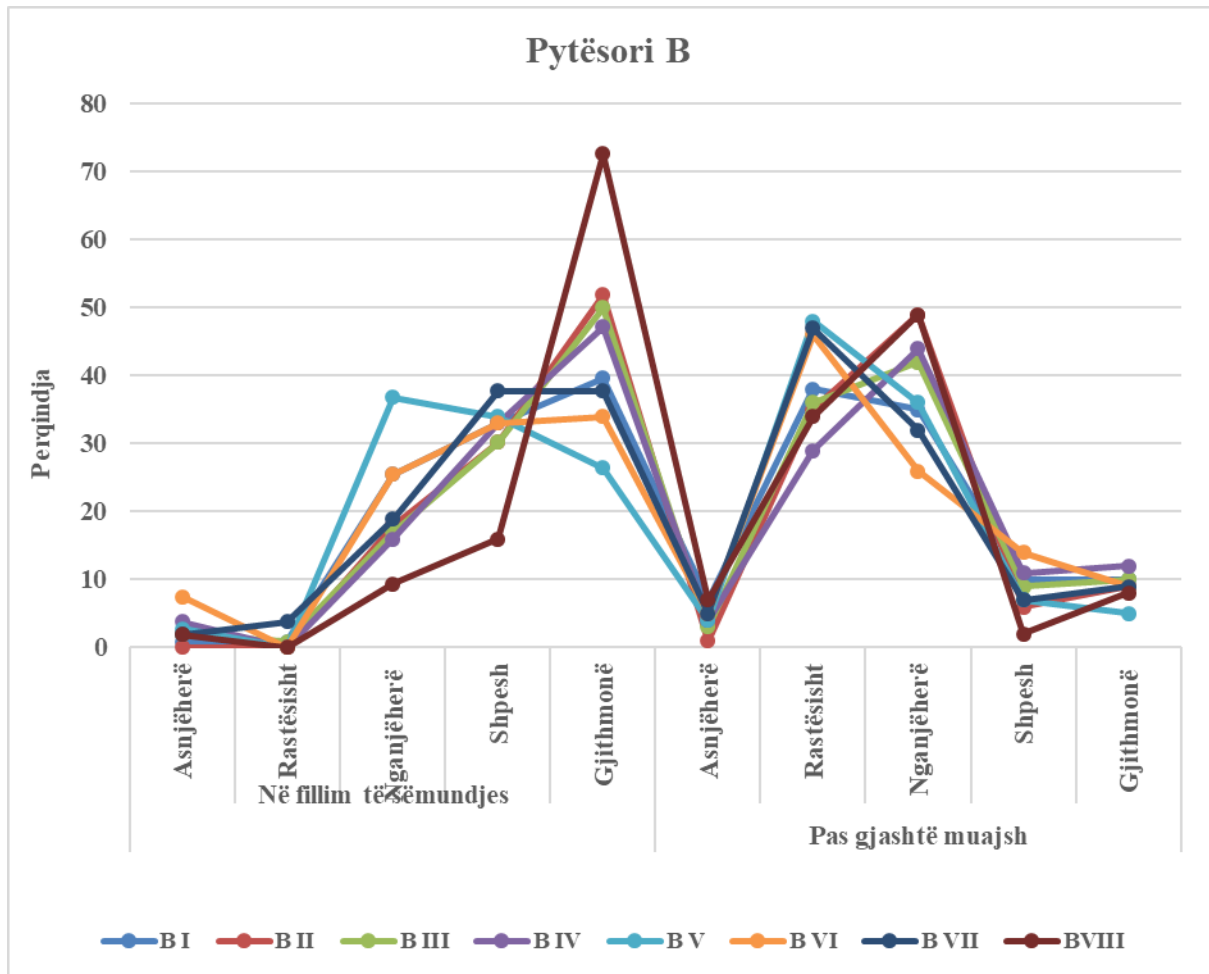
Gjë që tregon më së miri rëndësinë e vlerësimit infermieror si pjese e ekipit multidisciplinar në standartizimin e kujdesit të të sëmurët me SP si dhe efektin pozitiv që kanë patur këta pacient si pasojë e kujdesit infermieristik.

Tabela 4.8 dhe 4.9 paraqesin përgjigjet e pyetësorit B dhe C në frekuencë dhe përqindje për të gjithë pacientët me SP të cilët kanë plotësuar skedat përkatëse B dhe C në fillim dhe pas gjashtë muajve të studimit.

Tabela 4.8 Përgjigjet e pyetësorit B në fillim dhe pas 6 muajsh (në frekuencë dhe %)

Nr	Në fillim					Pas gjashtë muajsh				
	Asnjëherë (N-%)	Rastësisht (N-%)	Nganjëherë (N-%)	Shpesh (N-%)	Gjithmonë (N-%)	Asnjëherë (N-%)	Rastësisht (N-%)	Nganjëherë (N-%)	Shpesh (N-%)	Gjithmonë (N-%)
B I	1(0.9)	1(0.9)	27(25.5)	35(33.0)	42(39.6)	7(7.0)	38(38.0)	35(35.0)	10(10.0)	10(10.0)
B II	0(0.0)	0(0.0)	19(17.9)	32(30.2)	55(51.9)	1(1.0)	35(35.0)	49(49.0)	6(6.0)	9(9.0)
B III	2(1.9)	1(0.9)	18(17.0)	32(30.2)	53(50.0)	3(3.0)	36(36.0)	42(42.0)	9(9.0)	10(10.0)
B IV	4(3.8)	0(0.0)	17(16.0)	35(33.0)	50(47.2)	4(4.0)	29(29.0)	44(44.0)	11(11.0)	12(12.0)
B V	3(2.8)	0(0.0)	39(36.8)	36(34.0)	28(26.4)	4(4.0)	48(48.0)	36(36.0)	7(7.0)	5(5.0)
B VI	8(7.5)	0(0.0)	27(25.5)	35(33.0)	36(34.0)	5(5.0)	46(46.0)	26(26.0)	14(14.0)	9(9.0)
B VII	2(1.9)	4(3.8)	20(18.9)	40(37.7)	40(37.7)	5(5.0)	47(47.0)	32(32.0)	7(7.0)	9(9.0)
BVI II	2(1.9)	0(0.0)	10(9.4)	17(16.0)	77(72.6)	7(7.0)	34(34.0)	49(49.0)	2(2.0)	8(8.0)

Grafiku i mëposhtëm tregon më së miri se kemi një ndikim mjaft pozitiv të ecurisë së sëmundjes së pacientëve nëse krahasojmë të dhënat në fillim dhe pas 6 muajve. Për të teta pyetjet e aplikuar në pyetësorin B, kemi një reagim të mirë të ecurisë ndërmjet dy formularëve të plotësuar.



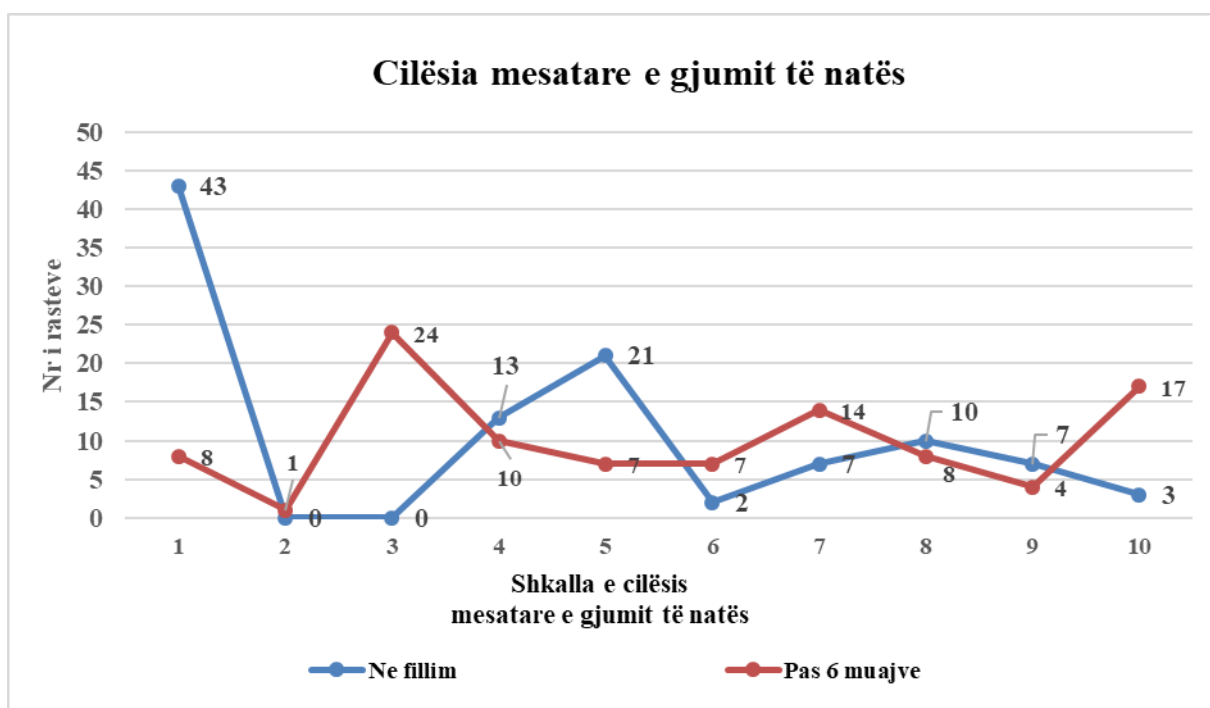
Grafiku 4.5 Përqindjet e rasteve të pytësorit B në fillim dhe pas 6 muajve të sëmundje

Tabela 4.9 Përgjigjet e pyetësorit C në fillim dhe pas 6 muajsh (në frekuencë dhe %)

	Koha	Fillim										Pas 6 muajsh									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
C I	N	43	0	0	13	21	2	7	10	7	3	8	1	24	10	7	7	14	8	4	17
	%	40.6	0.0	0.0	12.3	19.8	1.9	6.6	9.4	6.6	2.8	8.0	1.0	24.0	10.0	7.0	7.0	14.0	8.0	4.0	17.0
C II	N	61	0	0	4	12	0	3	8	8	10	58	0	0	2	11	0	3	8	8	10
	%	57.5	0.0	0.0	3.8	11.3	0.0	2.8	7.5	7.5	9.4	58.0	0.0	0.0	2.0	11.0	0.0	3.0	8.0	8.0	10.0
C III	N	66	0	0	0	15	0	1	13	6	5	14	0	36	11	5	2	5	7	2	18
	%	62.3	0.0	0.0	0.0	14.2	0.0	.9	12.3	5.7	4.7	14.0	0.0	36.0	11.0	5.0	2.0	5.0	7.0	2.0	18.0
C IV	N	76	0	3	3	0	0	1	8	6	9	22	2	40	7	1	4	1	2	3	18
	%	71.7	0.0	2.8	2.8	0.0	0.0	.9	7.5	5.7	8.5	22.0	2.0	40.0	7.0	1.0	4.0	1.0	2.0	3.0	18.0
C V	N	86	0	0	0	0	3	0	12	0	5	80	0	0	0	0	3	0	12	0	5
	%	81.1	0.0	0.0	0.0	0.0	2.8	0.0	11.3	0.0	4.7	80.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3.0	0.0	12.0	0.0	5.0
C VI	N	62	0	0	0	2	6	2	14	9	11	58	0	0	0	1	6	2	13	9	11
	%	58.5	0.0	0.0	0.0	1.9	5.7	1.9	13.2	8.5	10.4	58.0	0.0	0.0	0.0	1.0	6.0	2.0	13.0	9.0	11.0
C VII	N	34	0	0	3	5	2	0	4	5	53	31	0	0	3	5	1	0	4	5	51
	%	32.1	0.0	0.0	2.8	4.7	1.9	0.0	3.8	4.7	50.0	31.0	0.0	0.0	3.0	5.0	1.0	0.0	4.0	5.0	51.0
C VIII	N	73	0	3	2	9	3	0	6	5	5	69	0	3	2	8	3	0	6	4	5
	%	68.9	0.0	2.8	1.9	8.5	2.8	0.0	5.7	4.7	4.7	69.0	0.0	3.0	2.0	8.0	3.0	0.0	6.0	4.0	5.0
C IX	N	12	0	2	0	0	1	0	6	9	76	0	0	7	3	3	0	0	1	0	86
	%	11.3	0.0	1.9	0.0	0.0	.9	0.0	5.7	8.5	71.7	0.0	0.0	7.0	3.0	3.0	0.0	0.0	1.0	0.0	86.0
C X	N	86	0	3	1	4	1	4	0	3	4	24	1	53	5	1	3	3	2	1	7
	%	81.1	0.0	2.8	.9	3.8	.9	3.8	0.0	2.8	3.8	24.0	1.0	53.0	5.0	1.0	3.0	3.0	2.0	1.0	7.0
C XI	N	77	0	3	3	3	4	0	1	0	15	72	0	3	3	3	3	0	1		15
	%	72.6	0.0	2.8	2.8	2.8	3.8	0.0	.9	0.0	14.2	72.0	0.0	3.0	3.0	3.0	3.0	0.0	1.0		15.0
C XII	N	60	0	0	0	15	1	0	8	0	22	16	0	34	5	6	0	7	5	1	26
	%	56.6	0.0	0.0	0.0	14.2	.9	0.0	7.5	0.0	20.8	16.0	0.0	34.0	5.0	6.0	0.0	7.0	5.0	1.0	26.0
C XIII	N	91	3	0	0	0	1	0	3	0	8	22	6	57	3	1	1	0	0	1	9
	%	85.8	2.8	0.0	0.0	0.0	.9	0.0	2.8	0.0	7.5	22.0	6.0	57.0	3.0	1.0	1.0	0.0	0.0	1.0	9.0
C XIV	N	83	3	5	3	3	1	0	3	0	5	16	5	56	8	3	1	2	3	1	5
	%	78.3	2.8	4.7	2.8	2.8	.9	0.0	2.8	0.0	4.7	16.0	5.0	56.0	8.0	3.0	1.0	2.0	3.0	1.0	5.0
C XV	N	60	0	0	0	4	7	6	10	0	19	11	1	37	8	1	0	3	15	7	17
	%	56.6	0.0	0.0	0.0	3.8	6.6	5.7	9.4	0.0	17.9	11.0	1.0	37.0	8.0	1.0	0.0	3.0	15.0	7.0	17.0

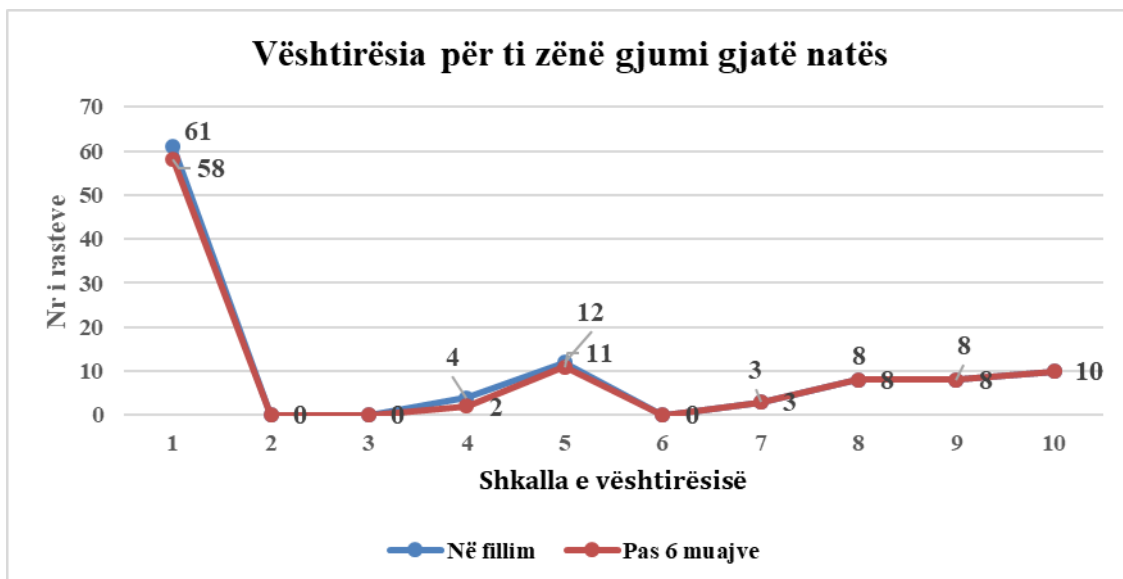
Në pyetësorin e tretë kishim një luhatje positive dhe negative për secilën nga pyetjet e bëra në pacientët e marrë në studim. Për këtë arsye ne i kemi paraqitur veç e veç grafikisht të 15 pyetjet për të dhënë një tablo sa më të qartë se si ka ndikuar kujdesi infermieristik për këta pacient nga fillimi i studimit deri në gjashtë muaj që janë intervistuar përsëri.

Lidhur me cilësinë mesatare e gjumit të natës, vihet re një reagim pozitiv, kjo pasi më shumë se 40% e pacientëve kanë referuar një cilësi të gjumit të natës në shkallën 1 që i korrespondon një gjumi të keq, dhe më pas cilësia e gjumit për pjesën tjetër është relativisht më e mirë. E kundërta ndodh pas 6 muajve, ku vetëm 8% e tyre kanë referuar një gjumë të keq. Përsa i përket shkallës së shkëlqyer të cilësisë së gjumit të natës, 3% kanë referuar në fillim të studimit dhe pas 6 muajve ky numër ka arritur në 17%. Pra ndihma, kontributi, këshillimi dhe menaxhimi i rasteve nga ana infermieristike ka qenë maksimal duke dhënë këtë rezultat pozitiv për një pjesë të konsiderueshme të pacientëve të marrë në studim.



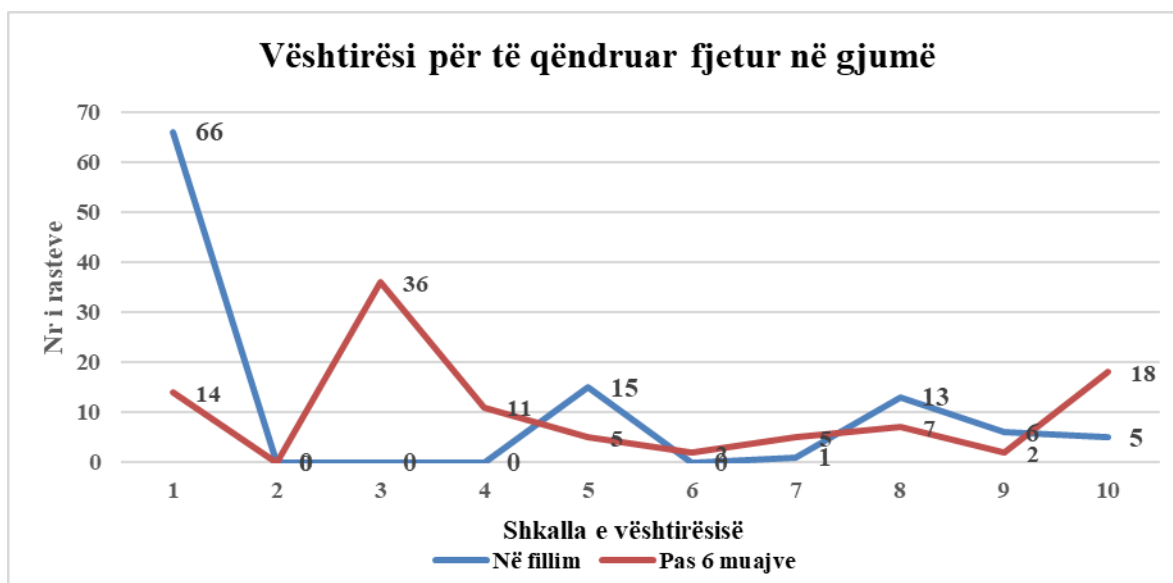
Grafiku 4.6 Shkalla e cilësisë mesatare e gjumit të natës në fillim dhe pas 6 muajve të studimit

Përsa i përket vështirësisë për ti zënë gjumi gjatë natës kemi një njëtrajtshmëri si në fillim ashtu dhe pas 6 muajve.



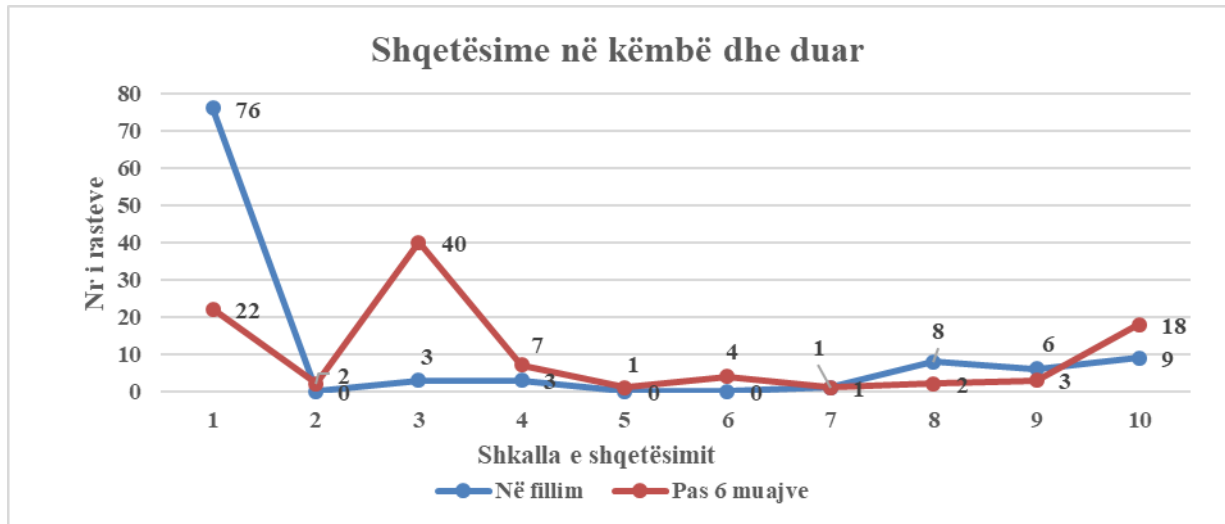
Grafiku 4.7 Shkalla e vështirësisë për ti zënë gjumi gjatë natës

Vështirësisë për të qëndruar fjetur në gjumë gjatë natës i janë përgjigjur në shkallën keq 62.3% e pacientëve të intervistuar në fillim të studimit dhe pas kujdesit infermieristik përçindja e tyre është ulur ndjeshëm deri në 14%. Pra sipas grafikut 4.8, kemi një përmirësim të dukshëm të pacientëve nga shkalla e vështirësisë keq drejt asaj të shkallës mesatare dhe të shkëlqyer. Edhe në këtë rast efekti infermieristik në kujdes, trajtim dhe menaxhim është pozitiv.



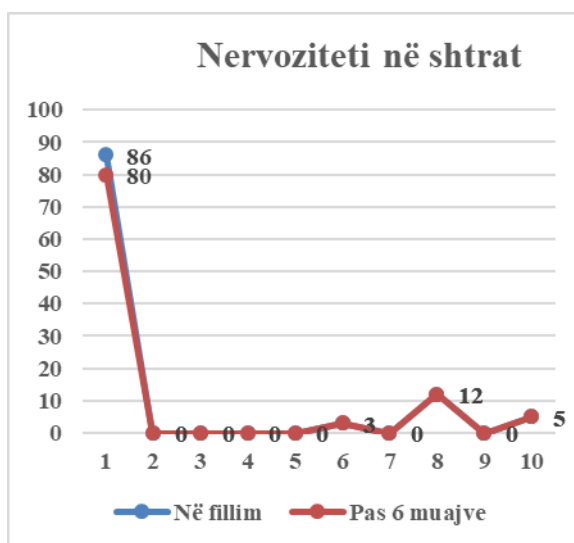
Grafiku 4.8 Shkalla vështirësisë për të qëndruar fjetur në gjumë

Një nga shenjat tipike të sëmundjet së parkinsonit është dhe shqetësimet që vihen re në këmbë dhe duar tek shumica e pacientëve. Lidhur me këtë pyetje të pyetësorit C, sipas paraqitjes grafike së mëposhtme, kemi një kalim nga shkalla e shqetësimit e keqe drejt një përmirësimi të dukshëm në të moderuar dhe të shkëlqyer. 72% e pacientëve në fillim të studimit kanë patur shqetësime të dukshme në duar dhe këmbë dhe pas 6 muajve vetëm 22% e tyre kanë referuar një vazhdim të situatës së keqe.

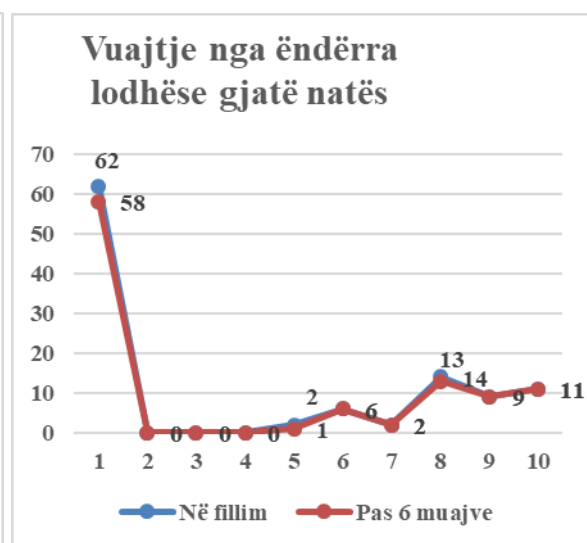


Grafiku 4.9 Shkalla e shqetësimit të këmbëve dhe duarve në fillim dhe pas 6 muajve të studimit

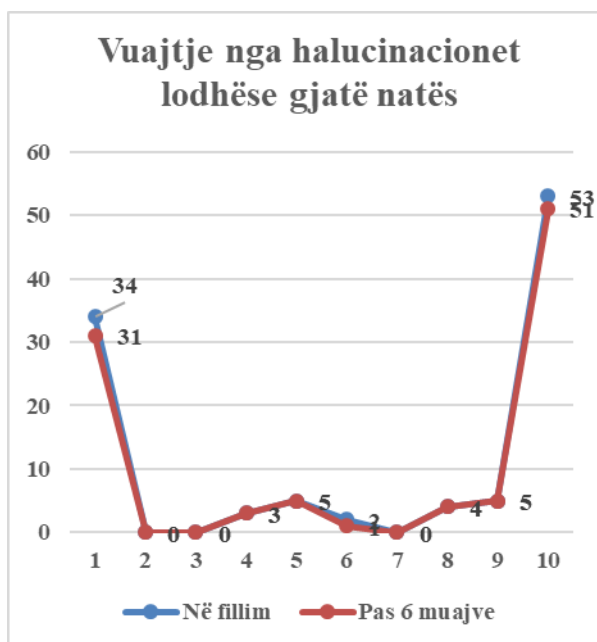
Për pyetjet 5 deri në 9 nuk vërehet asnjë ndryshim përsa i përket ndihmës infermieristike që i'u është dhënë pacientëve me Parkinson si në fillim të studimit ashtu dhe pas 6 muajve. Ata paraqitën pothuajse të njëjtën shkallë të perceptimit për këto pyetje për periudhën 6 mujore.



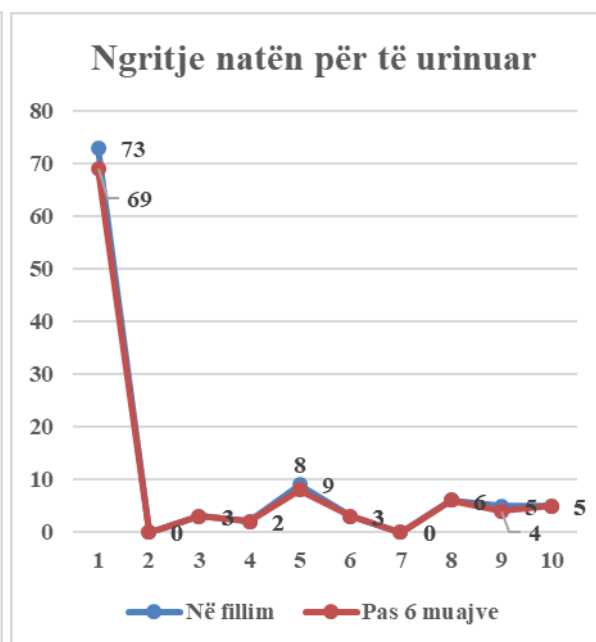
Grafiku 4.10 Nervoziteti në shtrat



Grafiku 4.11 Vuajtje nga ëndërra lodhëse gjatë natës

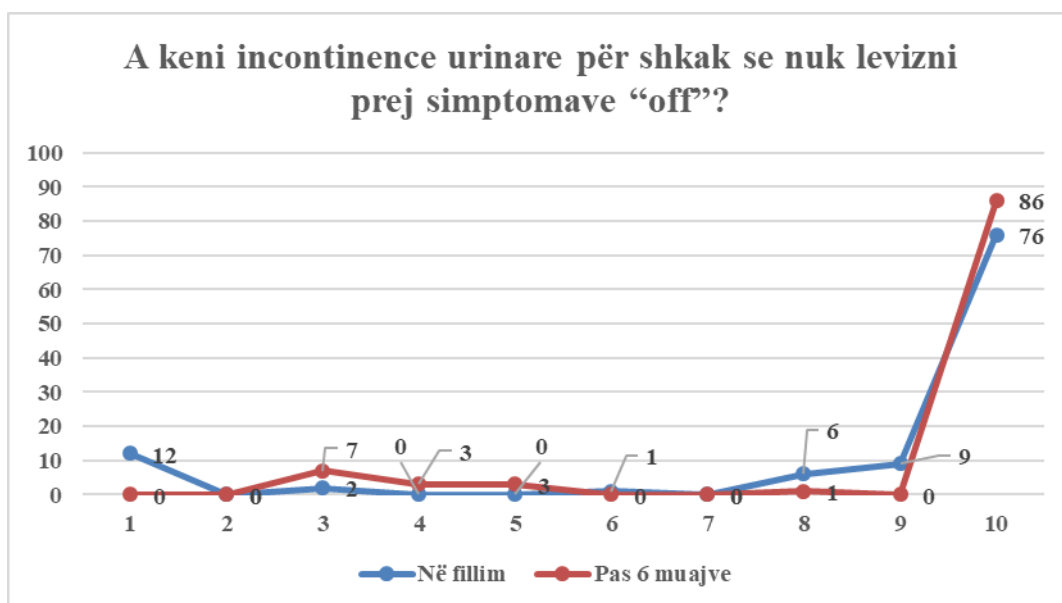


Grafiku 4.12 Vuajtje nga halucinacionet



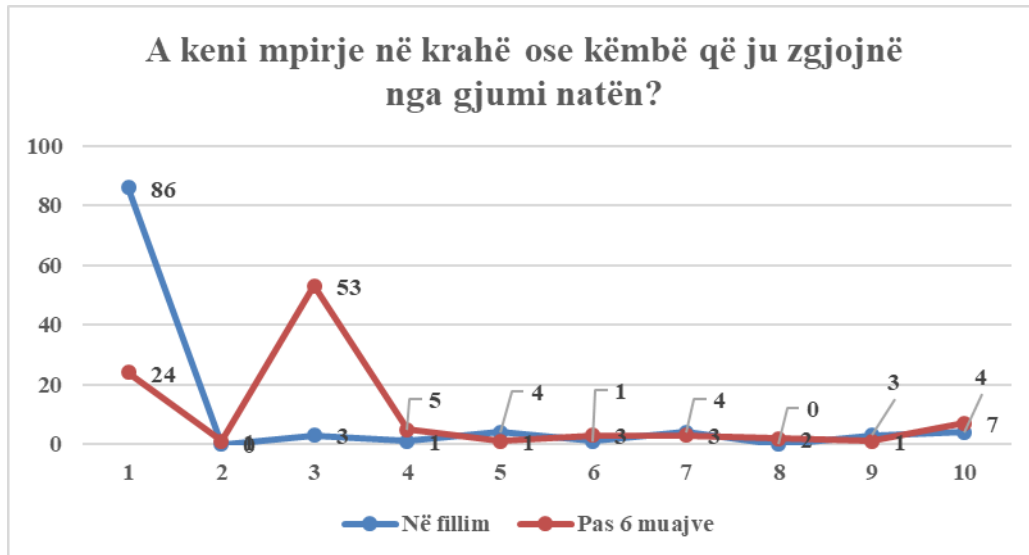
Grafiku 4.13 Ngritje natën për të urinuar

lodhëse gjatë natës



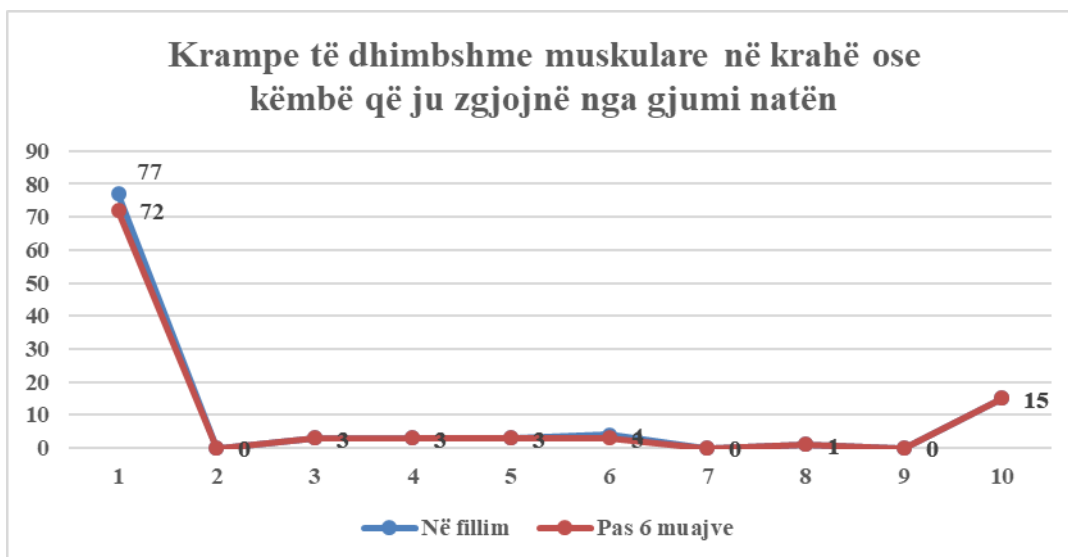
Grafiku 4.14 A keni incontinece urinare për shkak se nuk levizni prej simptomave “off”?

Shumë nga pacientët e marrë në studim (81.1%) kanë raportuar mpirje të krahëve dhe këmbëve që i zgjojnë gjatë gjumit. Shkalla e përceptimit të tyre për këtë mpirje ishte keq. Pas 6 muajve shumica e tyre patën një përceptim tjetër të shkallës së mpirjes dhe vetëm 24% e tyre raportuan përsëri keq.



Grafiku 4.15 Pasja e mpirje të krahut ose këmbës që i zgjon nga gjumi natën

Përsa i përket pyetjes lidhur me praninë e krampeve të dhimbshme muskulare në krahë ose këmbë që i zgjon nga gjumi natës, kemi një përmirësim shumë të lehtë nga fillimi i studimit deri në 6 muaj të tij. Ndryshim me një efekt shumë të lehtë pothuaj të papërfillshëm.



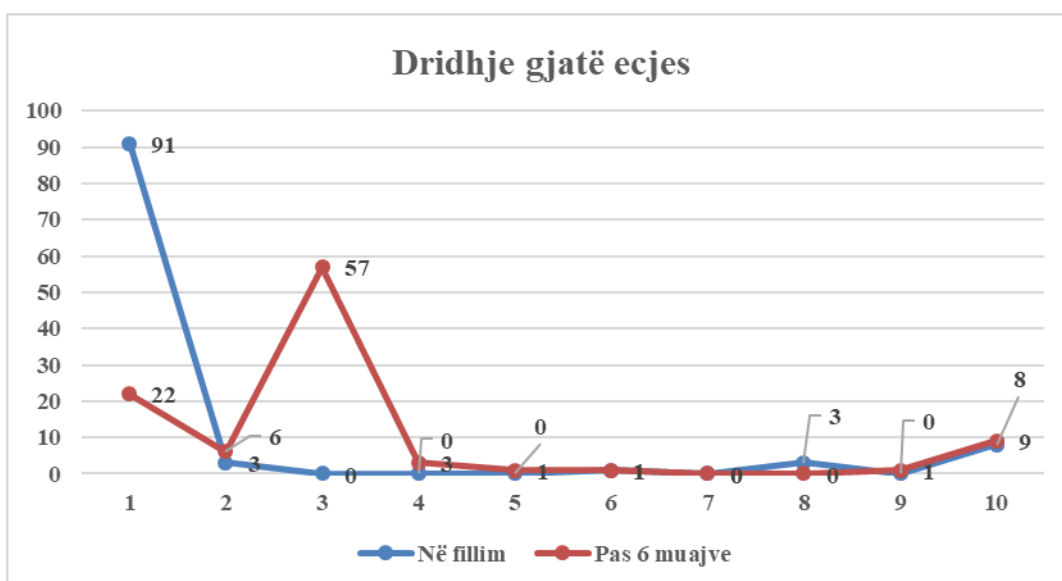
Grafiku 4.16 Prania e krampeve të dhimbshme muskulare në krahë ose këmbë

Zgjimit herët në mëngjes me pozicion të dhimbshëm të këmbëve e duarve është venë re në 56.6% të pacientëve në fillim të studimit, ndërsa 16% e tyre pas 6 muajve. Sipas grafikut të mëposhtëm vihet re një ndryshim i dukshëm pozitiv si pasojë e ndihmesës infemiristike tek këta pacient të marrë në studim.



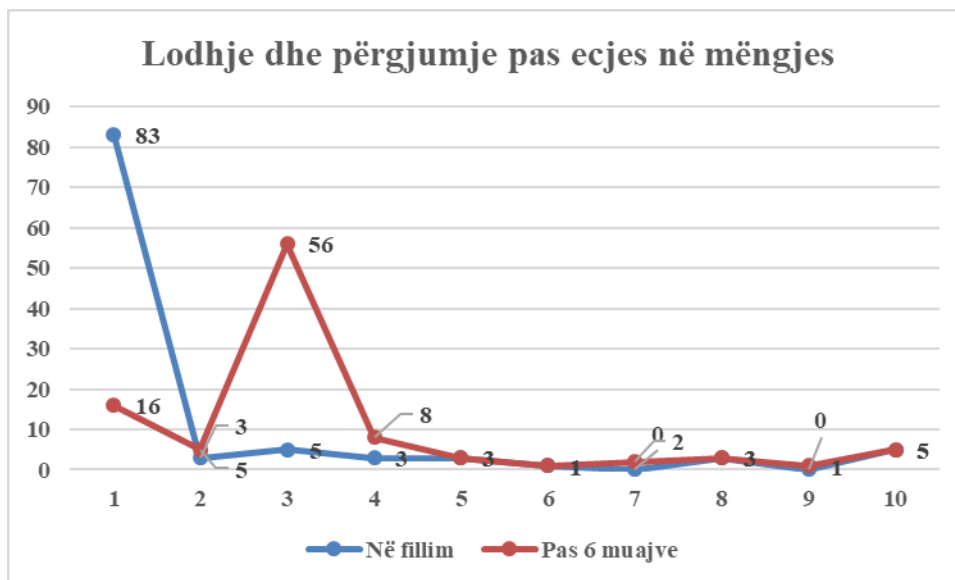
4.17 Zgjimi herët në mëngjes me pozicion të dhimbshëm të këmbëve e duarve

Afërsisht 86% e pacientëve kanë raportuar dridhje gjatë ecjes në fillim të studimit, dhe 6 muaj më pas ky përqindje ka arritur në 22%. Pra si pasojë e një kujdesi intensiv nga ana e stafit mjeksor lidhur me trajtimin, rekomandimet, angazhimin dhe përkrahjes së këtyre pacienteve, vihet re një ndryshim dukshëm më pozitiv pas 6 muajve.

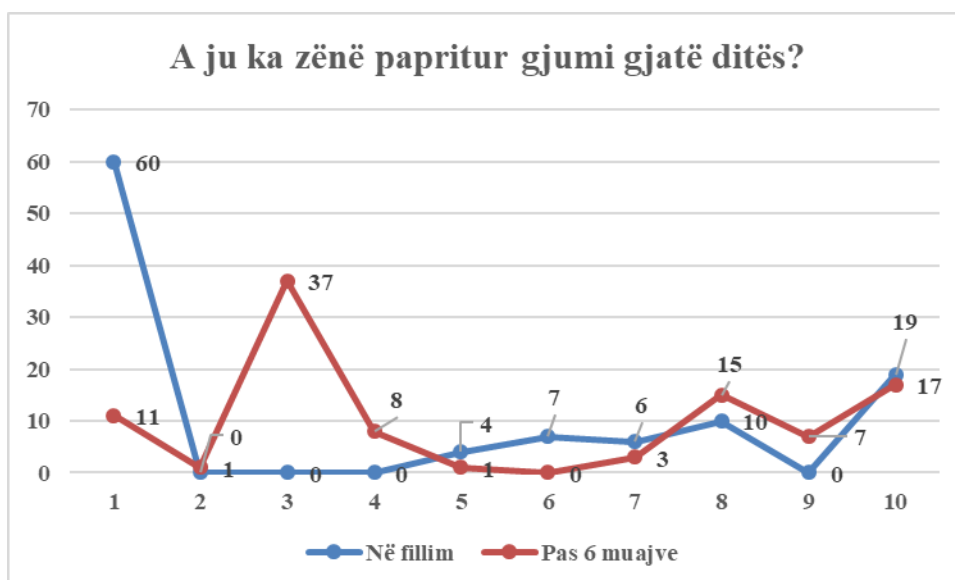


Grafiku 4.18 Prania e dridhjeve gjatë ecjes

Edhe për lodhjen dhe përgjumjen pas ecjes së mëngjesit si dhe dremitjes apo gjumit të papritur gjatë ditës, vihet re ndryshim pozitiv pas gjashtë muajve të studimit si pasojë e ndihmës së stafit të specializuar që merren me trajtimin dhe menaxhimin e të sëmurëve me Parkinson.

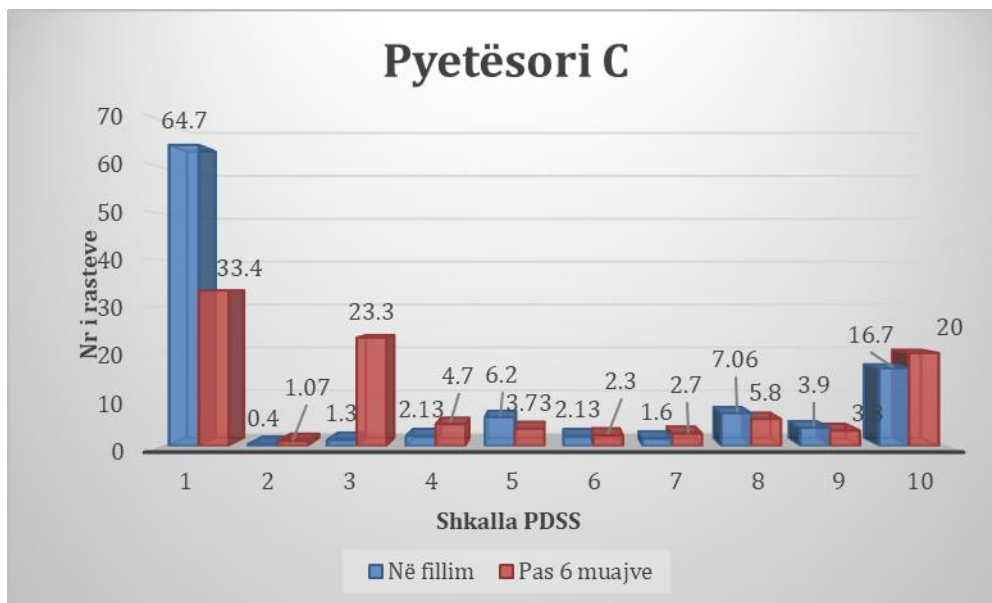


Grafiku 4.19 Lodhje dhe përgjumje pas ecjeve të mëngjesit



Grafiku 4.20 Zënia në mënyrë të papritur e gjumit gjatë ditës

Grafiku 4.21 paraqet një përmbledhje të të gjithë përgjigjeve të pyetësorit C të përftuar nga ana e pacientëve në fillim dhe pas 6 muajve të studimit.



Grafiku 4.21 Shpërndarja e përgjigjeve të pyetësorit C sipas shkallës UPDRS

PYETËSORI – A

Në pjesën e mëposhtme kemi bërë vlerësimin statistikor të pyetësorëve që kanë për qëllim vlerësimin e cilësisë së jetës në SP mbas ndërhyrjeve infermieristike.

Për pyetësorin A do të përdoret Cronbach's Alpha. Ky pyetësor në fillim dhe pas 6 muajsh të studimit rezultojnë në kategorinë 'mirë'. Vlerësimi i konsistencës së brendshme të studimit i treguar nëpërmjet Cronbach's Alpha si në fillim edhe pas 6 muajsh ka vlerat respektivisht në fillim (0.894) dhe pas 6 muajsh (0.842).

Tabela. 4.10 Statistikat e besueshmërisë së studimit (pyetësori A)

Koha	Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha bazuar në standardizimin e Numrit të pyetjeve	N i pyetjeve	
Fillim	0.894	0.894	30	Mirë
Pas 6 muajsh	0.842	0.841	30	Mirë

Tabela e mëposhtme paraqet përmbledhjen statistikore të pyetjeve të pyetësorit A përsa i përket mesatares dhe korrelacionit ndërmjet pyetjeve si në fillim ashtu dhe pas 6 muajve të studimit.

Tabela 4.11 Përmbledhje e statistikave të pyetjeve (pyetësori A)

Koha		Mesatare	Min	Max	Rangu	Varianca	N i Pyetjeve
Fillim	Mesataret e Pyetjeve	.566	.123	.943	0.82	.044	30
	Korrelacioni Ndërmjet Pyetjeve	.219	-.177	.712	0.89	.016	30
Pas 6 muajsh	Mesataret e Pyetjeve	.405	.090	.940	0.85	.058	30
	Korrelacioni Ndërmjet Pyetjeve	.150	-.177	.579	0.76	.012	30

Pyetësoni A përbëhet nga pyetje me vetëm dy mundësi përgjigje të cilat janë kodifikuar si 0 dhe 1, pra ose e kanë kondicionin ose jo. Më konkretisht pacienti mund të ketë (1) ose mund të mos ketë (0) rrjedhje pështyme.

Tabela 4.12 Statistikat e shkallës (pyetësoni A)

Koha	Mesatare	Varianca	Std. Dev.	N i Pyetjeve
Fillim	16.99	45.419	6.739	30.00
Pas 6 muajsh	12.14	30.142	5.490	30.00

Krahasimi i mesatares së shkallës pasi hiqet pyetja shikohet në secilin rast se pas 6 muajsh është më e vogël dhe në të gjitha rastet alfa e Chronbach mbetet në nivle ‘mirë’ i cili për pyetësonin tonë mund të konsiderohet si shumë mirë për arsye të karakteristikave që i diskutuam më sipër.

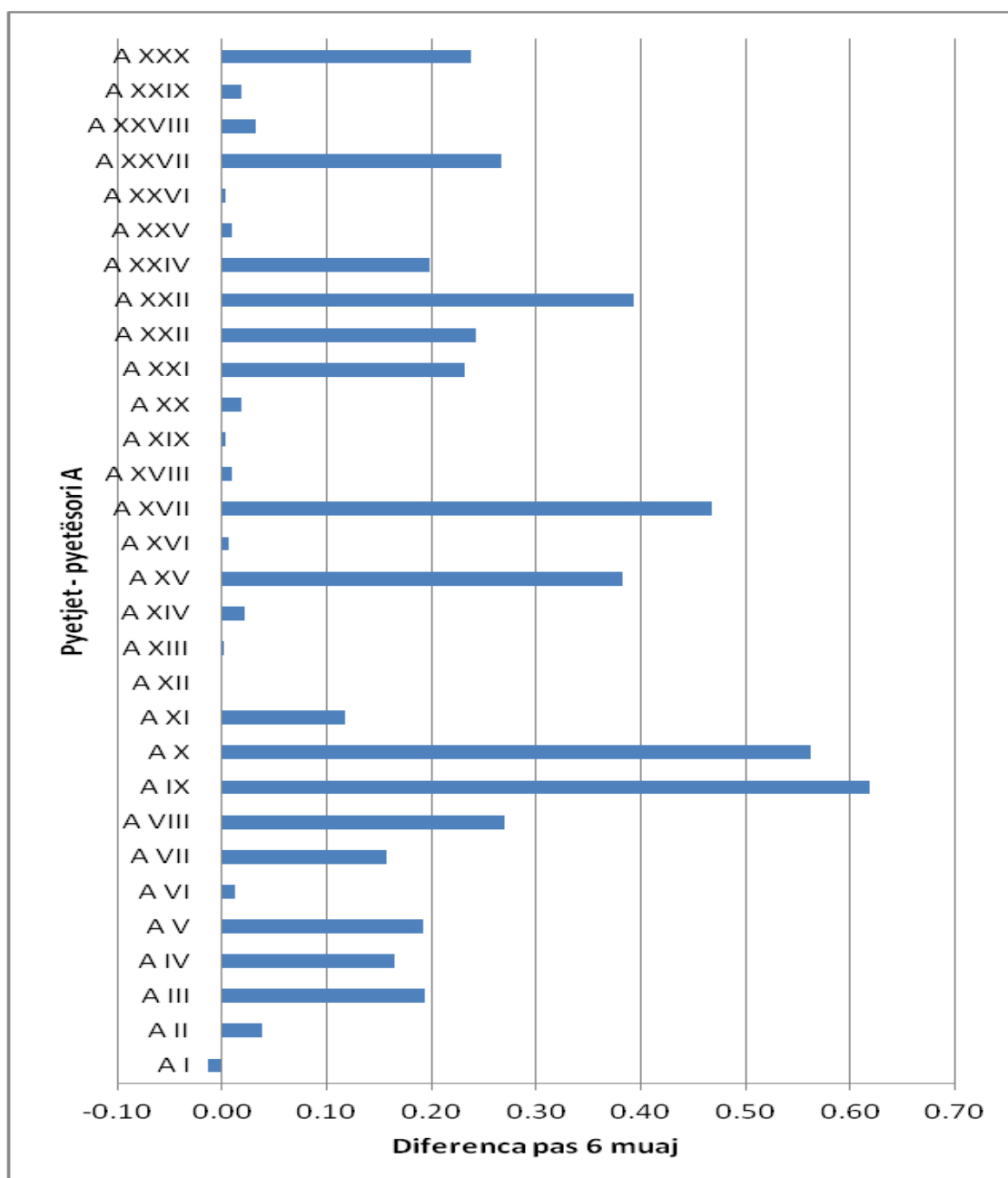
Tabela 4.13 na tregon diferencën e mesatareve të pyetësonit A nga fillimi dhe pas 6 muajsh. Në interesin tonë është përfundimi i vlerave positive, pra mesatarja të jetë më e lartë në fillim dhe tendenca të shkojë drejt uljes pra drejt eliminimit të fenomenit aq sa është e mundshme.

Për shembull pyetja AI ka lidhje me rrjedhjen e pështymës dhe shohim që diferenca është negative ndërkohë që pyetja AX që lidhet me dhimbjet e pashpjegueshme ka një përmirësim shumë të madh, vlera arrin 0.56.

Kjo analizë mund të bëhet për secilën prej pyetjeve dhe rezultatet e përmbledhura janë paraqitur në grafikun në vazhdim.

Tabela 4.13 Ndryshimi pas 6 muajsh i mesatareve të pyetjeve për pyetësin A

Pyetja	Diferenca e mesatareve
A I	-0.01
A II	0.04
A III	0.19
A IV	0.16
A V	0.19
A VI	0.01
A VII	0.16
A VIII	0.27
A IX	0.62
A X	0.56
A XI	0.12
A XII	0.00
A XIII	0.00
A XIV	0.02
A XV	0.38
A XVI	0.01
A XVII	0.47
A XVIII	0.01
A XIX	0.00
A XX	0.02
A XXI	0.23
A XXII	0.24
A XXII	0.39
A XXIV	0.20
A XXV	0.01
A XXVI	0.00
A XXVII	0.27
A XXVIII	0.03
A XXIX	0.02
A XXX	0.24



Grafiku4.22 Ndryshimi pas 6 muajsh i mesatareve të pyetjeve për pyetësorin A

Meqënëse vlerat janë në frekuencë dhe përqindje secila nga pyetjet e paraqitura në pyetësorin A, mund të krahasohen në fillim dhe pas 6 muajve duke u bazuar në ndarjen sipas seksit.

Tabela 4.14 Përgjigjet e pyetësorit A në fillim dhe pas 6 muajsh sipas gjinisë

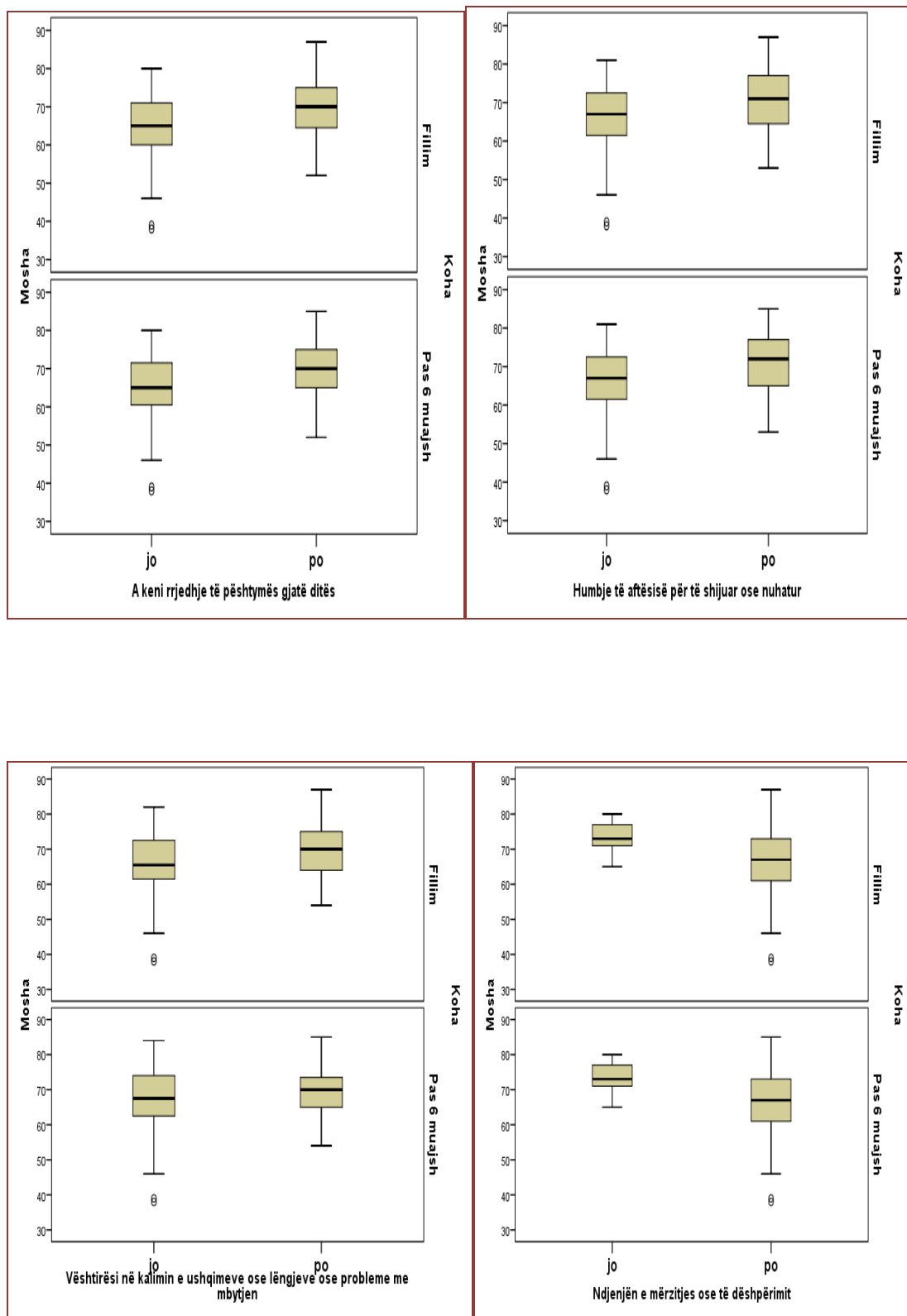
	Fillim					Pas 6 muajsh				
	Meshkuj		Femra		p	Meshkuj		Femra		p
	jo N/%	po N/%	jo N/%	po N/%		jo N/%	po N/%	jo N/%	po N/%	
A 1	26	36	21	23	.554	25	35	18	22	.742
	24.5	34.0	19.8	21.7		25.0	35.0	18.0	22.0	
A 2	39	23	28	16	.939	39	21	28	12	.602
	36.8	21.7	26.4	15.1		39.0	21.0	28.0	12.0	
A 3	38	24	22	22	.248	49	11	27	13	.104
	35.8	22.6	20.8	20.8		49.0	11.0	27.0	13.0	
A 4	42	20	19	25	.012	46	14	28	12	.457
	39.6	18.9	17.9	23.6		46.0	14.0	28.0	12.0	
A 5	21	41	18	26	.459	34	26	22	18	.869
	19.8	38.7	17.0	24.5		34.0	26.0	22.0	18.0	
A 6	55	7	37	7	.489	54	6	34	6	.451
	51.9	6.6	34.9	6.6		54.0	6.0	34.0	6.0	
A 7	41	21	25	19	.330	48	12	30	10	.554
	38.7	19.8	23.6	17.9		48.0	12.0	30.0	10.0	
A 8	21	41	15	29	.981	34	26	27	13	.277
	19.8	38.7	14.2	27.4		34.0	26.0	27.0	13.0	
A 9	8	54	6	38	.913	47	13	28	12	.346
	7.5	50.9	5.7	35.8		47.0	13.0	28.0	12.0	
A 10	17	45	5	39	.045	47	13	30	10	.698
	16.0	42.5	4.7	36.8		47.0	13.0	30.0	10.0	
A 11	38	24	28	16	.806	47	13	27	13	.226
	35.8	22.6	26.4	15.1		47.0	13.0	27.0	13.0	
A 12	27	35	23	21	.375	26	34	21	19	.368
	25.5	33.0	21.7	19.8		26.0	34.0	21.0	19.0	
A 13	30	32	26	18	.277	29	31	24	16	.252
	28.3	30.2	24.5	17.0		29.0	31.0	24.0	16.0	
A 14	41	21	31	13	.638	40	20	30	10	.373
	38.7	19.8	29.2	12.3		40.0	20.0	30.0	10.0	

A 15	20	42	20	24	.167	46	14	30	10	.848
	18.9	39.6	18.9	22.6		46.0	14.0	30.0	10.0	
A 16	8	54	2	42	.147	8	52	2	38	.174
	7.5	50.9	1.9	39.6		8.0	52.0	2.0	38.0	
A 17	22	40	9	35	.094	48	12	28	12	.251
	20.8	37.7	8.5	33.0		48.0	12.0	28.0	12.0	
A 18	11	51	5	39	.366	11	49	5	35	.436
	10.4	48.1	4.7	36.8		11.0	49.0	5.0	35.0	
A 19	3	59	3	41	.664	3	57	3	37	.606
	2.8	55.7	2.8	38.7		3.0	57.0	3.0	37.0	
A 20	20	42	13	31	.766	20	40	13	27	.931
	18.9	39.6	12.3	29.2		20.0	40.0	13.0	27.0	
A 21	34	28	23	21	.794	48	12	29	11	.383
	32.1	26.4	21.7	19.8		48.0	12.0	29.0	11.0	
A 22	29	33	27	17	.138	46	14	31	9	.923
	27.4	31.1	25.5	16.0		46.0	14.0	31.0	9.0	
A 23	29	33	11	33	.023	49	11	28	12	.174
	27.4	31.1	10.4	31.1		49.0	11.0	28.0	12.0	
A 24	20	42	12	32	.582	31	29	19	21	.683
	18.9	39.6	11.3	30.2		31.0	29.0	19.0	21.0	
A 25	20	42	13	31	.766	19	41	13	27	.930
	18.9	39.6	12.3	29.2		19.0	41.0	13.0	27.0	
A 26	14	48	8	36	.582	13	47	8	32	.841
	13.2	45.3	7.5	34.0		13.0	47.0	8.0	32.0	
A 27	37	25	28	16	.680	51	9	37	3	.258
	34.9	23.6	26.4	15.1		51.0	9.0	37.0	3.0	
A 28	55	7	38	6	.717	54	6	37	3	.669
	51.9	6.6	35.8	5.7		54.0	6.0	37.0	3.0	
A 29	31	31	18	26	.355	31	29	17	23	.369
	29.2	29.2	17.0	24.5		31.0	29.0	17.0	23.0	
A 30	31	31	17	27	.247	47	13	22	18	.013
	29.2	29.2	16.0	25.5		47.0	13.0	22.0	18.0	

Në tabelën e mëposhtme kemi paraqitur korrelacionet statistikore ndërmjet pyetësorit A dhe moshës së pacienteve të marrë në studimin tonë. Për secilën nga këto pyetje dhe moshës.

Tabela 4.15 Korrelacionet statistikisht domethënëse ndërmjet pyetjeve të pyetësorit A dhe moshës

Koha		Të dhënat e korrelacionit	Mosha
Fillim	A keni rrjedhje të pështymës gjatë ditës	Pearson Correlation	.262**
		Sig. (2-tailed)	.007
		N	106
	Humbje të aftësisë për të shijuar ose nuhatur	Pearson Correlation	.199*
		Sig. (2-tailed)	.041
		N	106
	Vështirësi në kalimin e ushqimeve ose lëngjeve ose probleme me mbytjen	Pearson Correlation	.201*
		Sig. (2-tailed)	.038
		N	106
	Ndjenjën e mërzitjes ose të dëshpërimit	Pearson Correlation	-.221*
		Sig. (2-tailed)	.023
		N	106
Pas 6 muajsh	A keni rrjedhje të pështymës gjatë ditës	Pearson Correlation	.238*
		Sig. (2-tailed)	.017
		N	100
	Humbje të aftësisë për të shijuar ose nuhatur	Pearson Correlation	.232*
		Sig. (2-tailed)	.020
		N	100
	Ndjenjën e mërzitjes ose të dëshpërimit	Pearson Correlation	-.228*
		Sig. (2-tailed)	.022
		N	100



Grafiku 4.23 Shpërndaja sipas moshës e disa prej pyetjeve me korrelacione statistikiisht domethënëse në lidhje me moshën

Ndërkohë kemi përdorur teknikën e korrelacionit për të vëzhguar rezultatet e pyetësorit sipas moshës (tabela 4.16).

Tabela. 4.16 Korrelacionet statistikisht domethënëse ndërmjet pyetjeve të pyetësorit A dhe stadifikimit të Parkinsonit

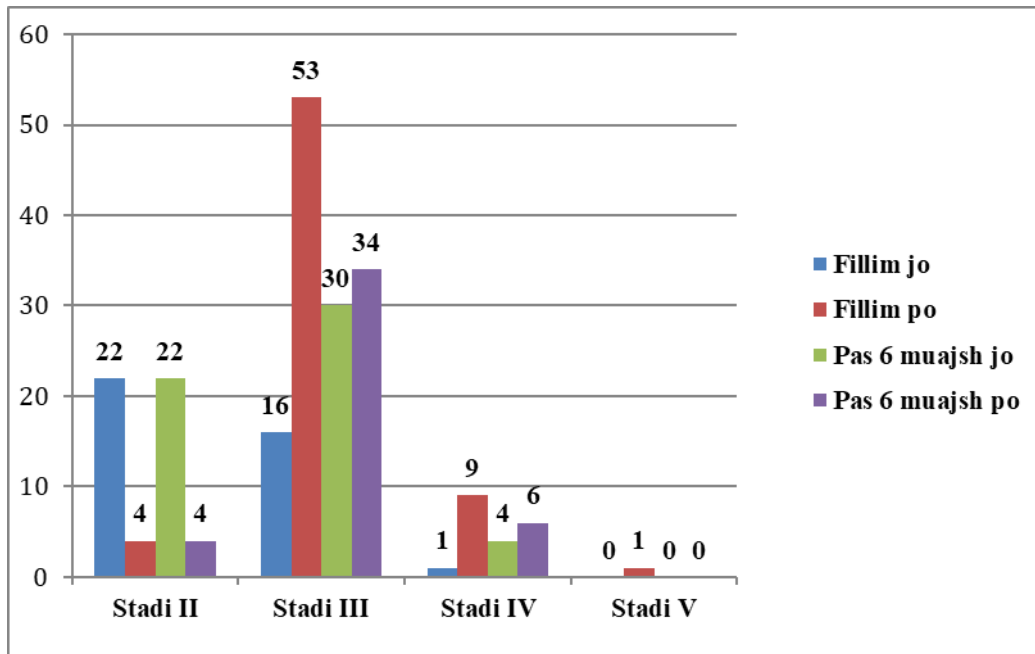
Koha	Pyetja	Korrelacionet	Stadifikimi i Parkinsonit
Filli m	Humbje të aftësisë për të shijuar ose nuhatur	Pearson Correlation	.298**
		Sig. (2-tailed)	.002
		N	106
	Vështirësi në kalimin e ushqimeve ose lëngjeve ose probleme me mbytjen	Pearson Correlation	.383**
		Sig. (2-tailed)	.000
		N	106
	Kapsllëk (më pak se tre herë në javë) ose vështirësi kur del jashtë	Pearson Correlation	.517**
		Sig. (2-tailed)	.000
		N	106
	Incontinence fekale	Pearson Correlation	.411**
		Sig. (2-tailed)	.000
		N	106
	Ndjenjën që pasi dolët jashtë nuk arritët të zbrazeshit komplet	Pearson Correlation	.366**
		Sig. (2-tailed)	.000
		N	106
	Ndjenjën e urgjencës dhe shpejtësinë për të shkuar në tualet për të urinuar	Pearson Correlation	.207*
Sig. (2-tailed)		.033	
N		106	
Dhimbje të pashpjegueshme (jo nga kushte të njohura si artriti)	Pearson Correlation	.198*	
	Sig. (2-tailed)	.042	
	N	106	
Problem që të kujtoni gjërat që kanë ndodhur kohët e fundit ose të kryeni detyrat që duhej të kryhenit.	Pearson Correlation	.264**	
	Sig. (2-tailed)	.006	
	N	106	
Humbje të interesit rreth ngjarjeve që ndodhin rreth jush ose për të kryer dicka	Pearson Correlation	.334**	
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	106	
Dëgjoni ose shikoni gjëra që ju janë thënë që nuk janë atje	Pearson Correlation	.286**	
	Sig. (2-tailed)	.003	
	N	106	
A keni përjetuar vështirësi në përqëndrim ose në fokusim	Pearson Correlation	.380**	
	Sig. (2-tailed)	.000	

	N	106
Ndjenjën e ankthit frikës ose panikut	Pearson Correlation	.239*
	Sig. (2-tailed)	.014
	N	106
Ndjenjët e interesit të shtuar ose të ulur ndaj seksit	Pearson Correlation	.346**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	106
Vështirësi në kryerjen e seksit kur ju përpiqeni	Pearson Correlation	.354**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	106
Ndjenjën e errësimit, marrje mendësh ose dobësie kur cohesh nga pozicioni ulur ose shtrirë	Pearson Correlation	.226*
	Sig. (2-tailed)	.020
	N	106
Rrëzohesh	Pearson Correlation	.393**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	106
A ke vështirësi të qëndrosh zgjuar gjatë aktiviteteve të tilla si gjatë punës, ushqyerjes, drejtimit të automjetit	Pearson Correlation	.240*
	Sig. (2-tailed)	.013
	N	106
Vështirësi të biesh në gjumë ose të qëndrosh në gjumë gjatë natës	Pearson Correlation	.315**
	Sig. (2-tailed)	.001
	N	106
A shikoni ëndra shpesh, ëndra të tmerrshme, ose të shumë të bukura	Pearson Correlation	.335**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	106
A bisedoni ose lëvizni në gjumë, në kohën që shikoni ëndër	Pearson Correlation	.293**
	Sig. (2-tailed)	.002
	N	106
Ndjenja jo të këndshme në këmbë gjatë natës ose kur qetësoheni dhe ndjenjën që ju keni nevojë të lëvizni	Pearson Correlation	.236*
	Sig. (2-tailed)	.015
	N	106
Djersitje e shtuar	Pearson Correlation	.237*
	Sig. (2-tailed)	.014
	N	106
Besimi që po ju ndodhin gjëra që nuk ju ndodhin të tjerëve	Pearson Correlation	.274**
	Sig. (2-tailed)	.005
	N	106
Pas 6 muajs Humbje të aftësisë për të shijuar ose nuhatur	Pearson Correlation	.268**

h		
	Sig. (2-tailed)	.007
	N	100
Vështirësi në kalimin e ushqimeve ose lëngjeve ose probleme me mbytjen	Pearson Correlation	.236*
	Sig. (2-tailed)	.018
	N	100
Kapllëk (më pak se tre herë në javë) ose vështirësi kur del jashtë	Pearson Correlation	.315**
	Sig. (2-tailed)	.001
	N	100
Incontinence fekale	Pearson Correlation	.368**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	100
Ndjenjën që pasi dolët jashtë nuk arritët të zbrazeshit komplet	Pearson Correlation	.314**
	Sig. (2-tailed)	.001
	N	100
Dhimbje të pashpjegueshme (jo nga kushte të njohura si artriti)	Pearson Correlation	.357**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	100
Ndryshime të pashpjeguara në peshë (jo nga dietat)	Pearson Correlation	.282**
	Sig. (2-tailed)	.004
	N	100
Problem që të kujtoni gjërat që kanë ndodhur kohët e fundit ose të kryeni detyrat që duhej të kryhenit.	Pearson Correlation	.328**
	Sig. (2-tailed)	.001
	N	100
Humbje të interesit rreth ngjarjeve që ndodhin rreth jush ose për të kryer dicka	Pearson Correlation	.330**
	Sig. (2-tailed)	.001
	N	100
Dëgjoni ose shikoni gjëra që ju janë thënë që nuk janë atje	Pearson Correlation	.257**
	Sig. (2-tailed)	.010
	N	100
A keni përjetuar vështirësi në përqëndrim ose në fokusim	Pearson Correlation	.236*
	Sig. (2-tailed)	.018
	N	100
Ndjenjën e ankthit frikës ose panikut	Pearson Correlation	.358**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	100
Ndjenjët e interesit të shtuar ose të ulur ndaj seksit	Pearson Correlation	.351**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	100

Vështirësi në kryerjen e seksit kur ju përpiqeni	Pearson Correlation	.367**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	100
Ndjenjën e errësimit, marrje mendësh ose dobësie kur cohesh nga pozicioni ulur ose shtrirë	Pearson Correlation	.210*
	Sig. (2-tailed)	.036
	N	100
Rrëzohesh	Pearson Correlation	.233*
	Sig. (2-tailed)	.019
	N	100
A ke vështirësi të qëndrosh zgjuar gjatë aktiviteteve të tilla si gjatë punës, ushqyerjes, drejtimit të automjetit	Pearson Correlation	.233*
	Sig. (2-tailed)	.019
	N	100
A shikoni ëndra shpesh, ëndra të tmerrshme, ose të shumë të bukura	Pearson Correlation	.208*
	Sig. (2-tailed)	.038
	N	100
A bisedoni ose lëvizni në gjumë, në kohën që shikoni ëndër	Pearson Correlation	.292**
	Sig. (2-tailed)	.003
	N	100
Ndjenja jo të këndshme në këmbë gjatë natës ose kur qetësoheni dhe ndjenjën që ju keni nevojë të lëvizni	Pearson Correlation	.239*
	Sig. (2-tailed)	.016
	N	100
Vision të dyfishtë	Pearson Correlation	.087
	Sig. (2-tailed)	.389
	N	100
Djersitje e shtuar	Pearson Correlation	.219*
	Sig. (2-tailed)	.029
	N	100

E njëjta analizë është realizur për stadifikimin. Grafiku i mëposhtëm paraqet sipas stadifikimit të Parkinsonit e disa prej pyetjeve me korrelacione statistikisht domethënëse në lidhje me moshën.



Grafiku. 4.24 Shpërndaja sipas stadifikimit të Parkinsonit e disa prej pyetjeve me korrelacione statistikisht domethënëse në lidhje me moshën

PYETËSORI - B

Për pyetëSORIN B do të përdoret Cronbach's Alpha. Në fillim dhe pas 6 muajsh rezultojnë respektivisht në kategoritë 'e shkëlqyer' dhe 'e dyshimtë'.

Tabela 4.17 Statistikat e besueshmërisë së studimit (pyetëSORI B)

Koha	Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha bazuar në standartizimin e N të pyetjeve	Numri i pyetjeve	
Fillim	.906	.908	8	e shkëlqyer
Pas 6 muajsh	.643	.643	8	e dyshimtë

Pas 6 muajsh koeficienti i Cronbach's Alpha nuk është më i shkëlqyer edhe pse në vazhdim mund të shihet që ka përmirësim në të gjitha pyetjet.

Tabela 4.18 Përmbledhje e statistikave të pyetjeve (pyetëSORI B)

Koha	Statistika	Mean	Minimum	Maximum	Range	Variance	N i Pyetjeve
Fillim	Statistika	4.149	3.811	4.575	.764	.063	8
	Mesataret e Pyetjeve	.551	.295	.741	.447	.016	8
Pas 6 muajsh	Korrelacioni Ndërmjet Pyetjeve	2.781	2.610	2.980	.370	.015	8
	Mesataret e Pyetjeve	.184	.036	.330	.294	.006	8

Tabela 4.19 Statistikat e shkallës (pyetëSORI B)

Koha	Mesatare	Varianca	Std. Dev.	Numri i pyetjeve
Fillim	33.19	32.878	5.734	8
Pas 6 muajsh	22.25	17.624	4.198	8

Ashtu sic vihet re dhe nga tabelat, mesatarja e të gjitha pyetjeve të pyetësor B pas 6 muajsh rezultoi e ulur.

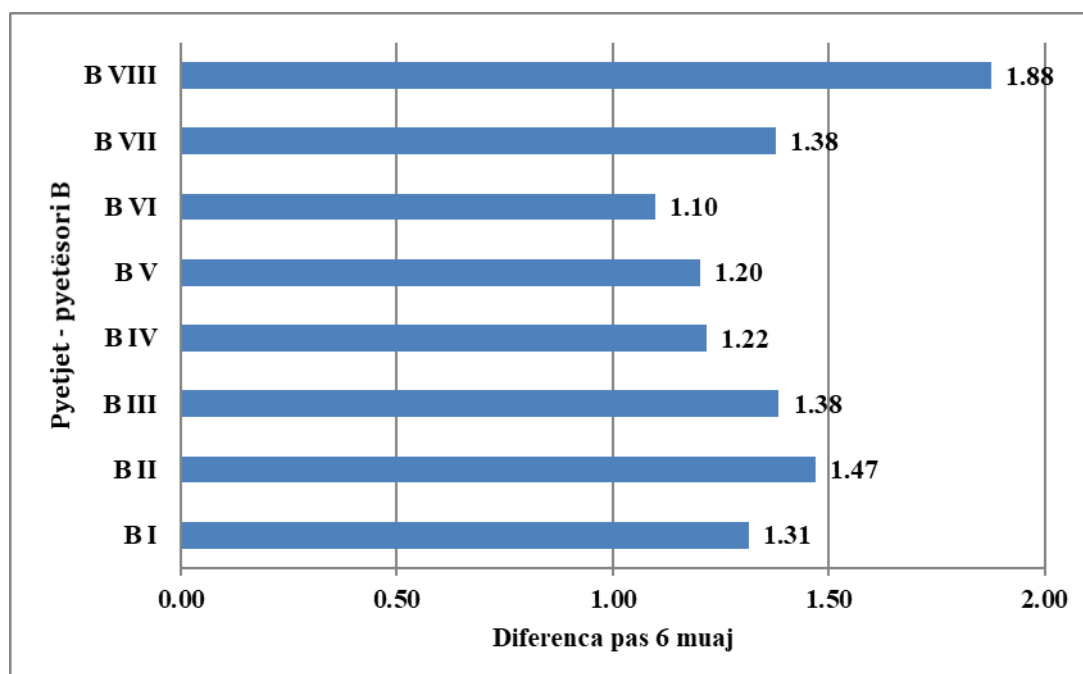
Tabela 4.20 Analiza e pyetjeve për pyetësorin B (nëse hiqet pyetja në fjalë)

Koha		Mesatare	Std. Dev.	N
Fillim	Patur vështirësi për të lëvizur jashtë në vende publike?	4.09	.879	106
	Patur vështirësi për tu veshur?	4.34	.767	106
	Ndiheni të deprimuar?	4.25	.906	106
	Patur problem me lidhjet e ngushta personale?	4.20	.970	106
	Patur problem me përqendrimin si leximi ose shikimi i televizorit?	3.81	.927	106
	Jeni ndier të pazotë për të komunikuar si duhet me njerëzit ?	3.86	1.125	106
	Patur krampe muskulare të dhimbshme ose spazma?	4.06	.944	106
	Patur siklet se keni sëmundjen e Parkinsonit?	4.58	.816	106
	Pas 6 muajsh	Patur vështirësi për të lëvizur jashtë në vende publike ?	2.78	1.060
Patur vështirësi për tu veshur?		2.87	.895	100
Ndiheni të deprimuar?		2.87	.981	100
Patur problem me lidhjet e ngushta personale?		2.98	1.025	100
Patur problem me përqendrimin si leximi ose shikimi i televizorit?		2.61	.875	100
Jeni ndier të pazotë për të komunikuar si duhet me njerëzit ?		2.76	1.055	100
Patur krampe muskulare të dhimbshme ose spazma?		2.68	1.004	100
Patur siklet se keni sëmundjen e Parkinsonit?		2.70	.937	100

Tek të gjitha pyetjet e pyetësorit B vihet re një rënie të vlerave të mesatares pas 6 muajsh të studimit me një diferencë të mesatares që lëviz nga 1.10 deri në 1.88, të gjitha në favor të rënies. Teorikisht të gjitha pyetjet janë subjekt i mundësisë së trajtimit qoftë edhe të përkohshëm. Prandaj ndryshimi i mesatareve të pyetjeve në favor të uljes së tyre është një tregues i shkëlqyer i ndërhyrjes infermjeroe.

Tabela 4.21 Ndryshimi pas 6 muajsh i mesatareve të pyetjeve për pyetësorin B

Pyetja	Diferenca e mesatareve
B I	1.31
B II	1.47
B III	1.38
B IV	1.22
B V	1.20
B VI	1.10
B VII	1.38
B VIII	1.88



Grafiku 4.25 Ndryshimi pas 6 muajsh i mesatareve të pyetjeve për pyetësorin B

Të dhënt e përfuara më sipër janë pasqyruar në grafikun 4.8. Sipas interpretimit të këtyre të dhënave të gjitha kolonat e grafikut janë djathtas, që tregon diferencat pozitive dhe që lidhen patjetër me kujdesin infermjeror ndërmjet të tjerash.

Tabela 4.22 Analiza e pyetjeve për pyetësin B (nëse hiqet pyetja në fjalë)

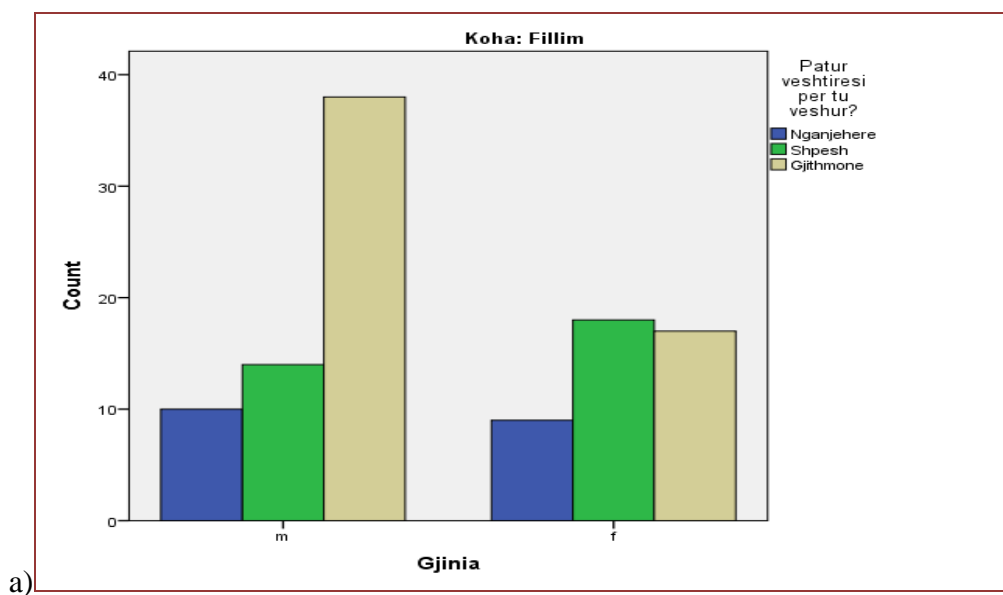
Koha	Pyetja	*Mesatarja e Shkallës nëse Hiqet Pyetja	**Varianca e Shkallës nëse Hiqet Pyetja	***Korrelacioni i Pyetjes me Totalin e Pyetjeve	*** Alfa e Cronbach nëse Hiqet Pyetja
Fillim	Patur vështirësi për të lëvizur jashtë në vende publike ?	29.09	25.496	.745	.891
	Patur vështirësi për tu veshur?	28.85	26.625	.716	.894
	Ndiheni të deprimuar?	28.93	25.015	.777	.888
	Patur problem me lidhjet e ngushta personale?	28.99	25.095	.704	.894
	Patur problem me përqendrimin si leximi ose shikimi i televizorit?	29.38	25.094	.746	.890
	Jeni ndier të pazotë për të komunikuar si duhet me njerëzit ?	29.33	22.623	.840	.881
	Patur krampe muskulare të dhimbshme ose spazma?	29.13	27.411	.463	.915
	Patur siklet se keni sëmundjen e Parkinsonit?	28.61	26.716	.652	.899
	Pas 6 muajsh	Patur vështirësi për të lëvizur jashtë në vende publike ?	19.47	13.282	.417
Patur vështirësi për tu veshur?		19.38	14.925	.274	.627
Ndiheni të deprimuar?		19.38	13.915	.375	.602
Patur problem me lidhjet e ngushta personale?		19.27	13.775	.368	.603
Patur problem me përqendrimin si leximi ose shikimi i televizorit?		19.64	14.536	.348	.610
Jeni ndier të pazotë për të komunikuar si duhet me njerëzit ?		19.49	13.808	.345	.610
Patur krampe muskulare të dhimbshme ose spazma?		19.57	14.753	.242	.637
Patur siklet se keni sëmundjen e Parkinsonit?		19.55	14.452	.322	.616

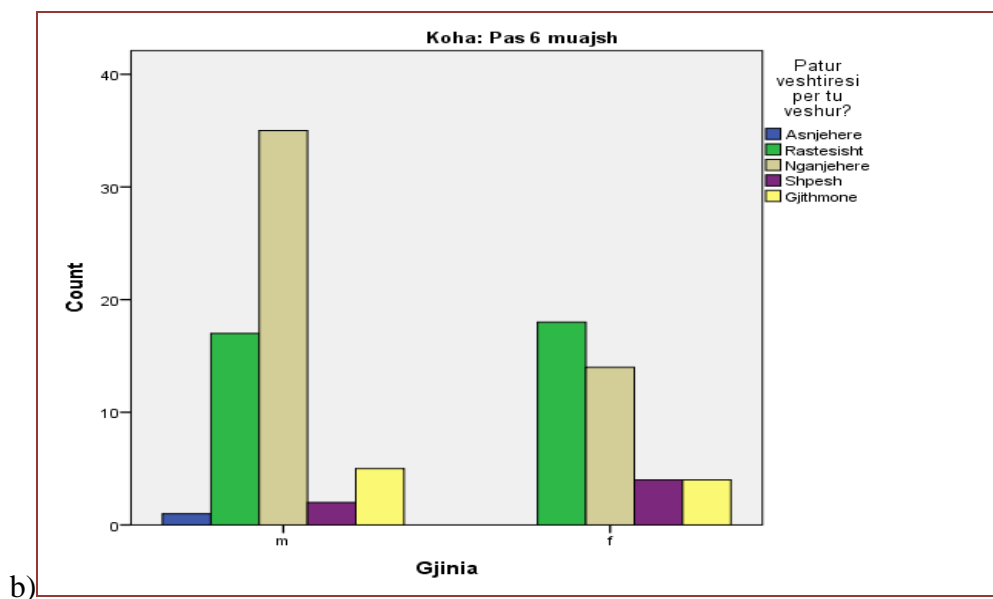
Fakti që korrelacionet pas 6 muajsh janë shumë më të ulta të çon të mendosh se në aspekte specifike kemi inkongruencë në përgjigje. Duhet ti referohemi gjithashtu shenjave motore në pacientë të veçantë.

Në tabelat e mëposhtme janë zgjedhur vetëm rastet kur ka patur ndryshime sinjifikante sipas gjinive dhe përgjigjeve të pyetësorit B në fillim dhe pas 6 muajsh të studimit. Kjo është bërë për të treguar vetëm sinjifikancat ndërmjet variablave.

Tabela 4.23 Pyetësi B, ndryshimet për pyetjen ‘Patur veshitësi për tu veshur?’ në fillim dhe pas 6 muajsh

Patur veshitësi për tu veshur?	p
Fillim	.047
Pas 6 muajsh	.509





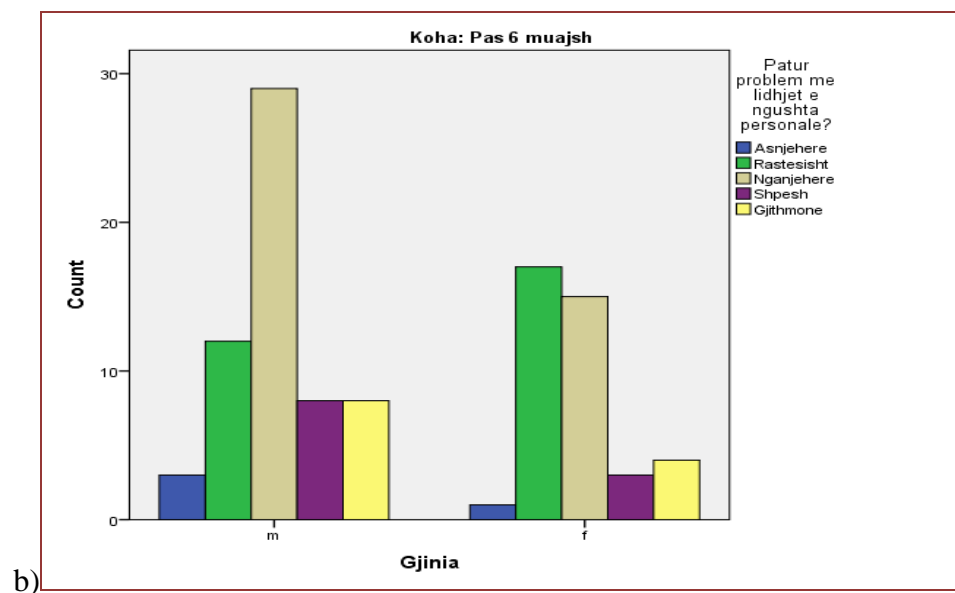
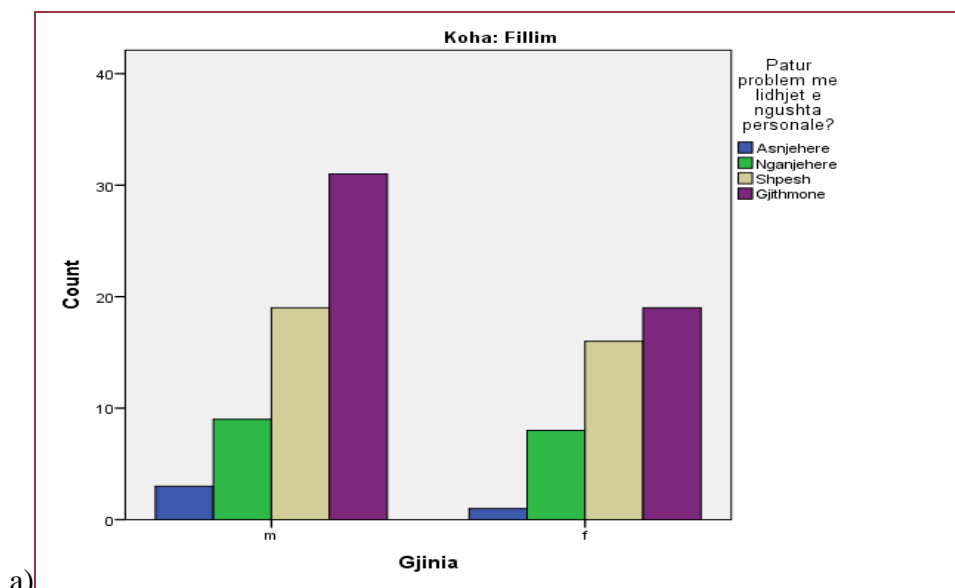
Grafiku 4.26 Pyetësi B, ndryshimet për pyetjen ‘Patur veshtiresi per tu veshur?’ a) në fillim dhe b) pas 6 muajsh

Grafiku 4.26 paraqet ndryshimet ndërmjet femrave dhe meshkujve, para dhe pas 6 muajve të fillimit të studimit. Të dhënat janë shprehur në frekuencë. Në momentin e dytë duket mirë në paraqitjen grafike shfaqja e dy kolonave me emërtesat ‘asnjëherë’ dhe ‘rastësisht’.

Këto emërtesa nuk gjenden në fillim të vlerësimit çka tregon edhe pozitivitetin e ndërhyrjes. Përveç përfitimit në total që mund të vlerësohet nëpërmjet mesatareve këtu kemi edhe eliminimin e plotë apo lehtësimin e problemit, vështirësinë për tu veshur.

Tabela 4.24 Pyetësi B, ndryshimet për pyetjen ‘Patur problem me lidhjet e ngushta personale?’ a) në fillim dhe b) pas 6 muajsh

Patur problem me lidhjet e ngushta personale?	p
Fillim	.603
Pas 6 muajsh	.079

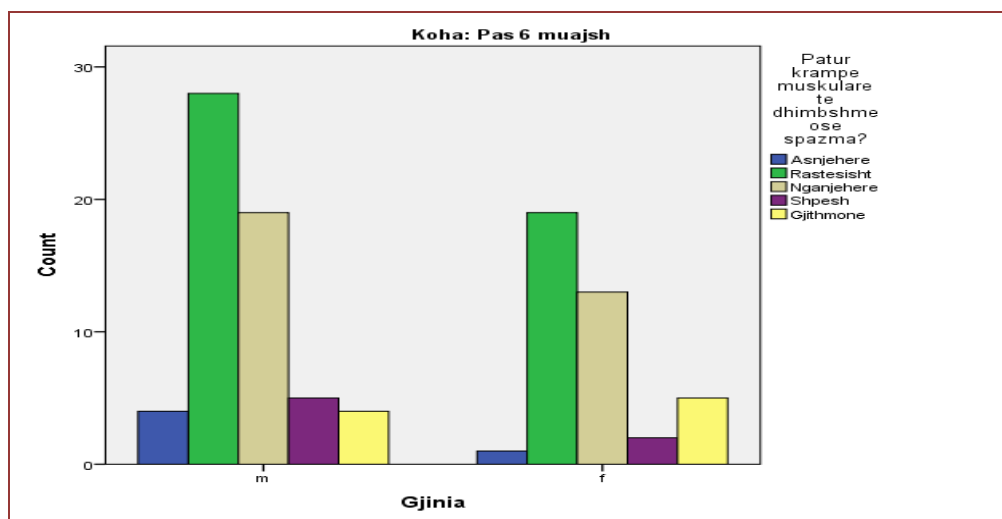
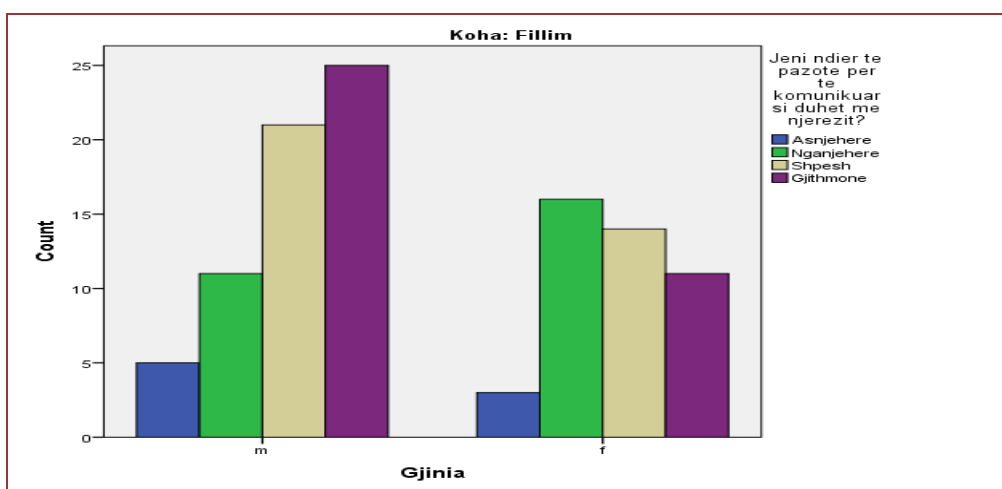


Grafiku 4.27 Pyetësori B, ndryshimet për pyetjen ‘Patur problem me lidhjet e ngushta personale?’ a) në fillim dhe b) pas 6 muajsh

Këtu duket se lidhjet e ngushta personale nuk janë subjekt i rëndësishëm ndryshimi ndërmjet gjinive por shikohet përmirësim tek meshkujt ndërkohë që tek femrat ka njëfarë stabiliteti. Ndoshta kjo ka lidhje edhe me komponentët e temperamentit sipas gjinisë duke u ndier të pazotë për të komunikuar si duhet me njerezit?

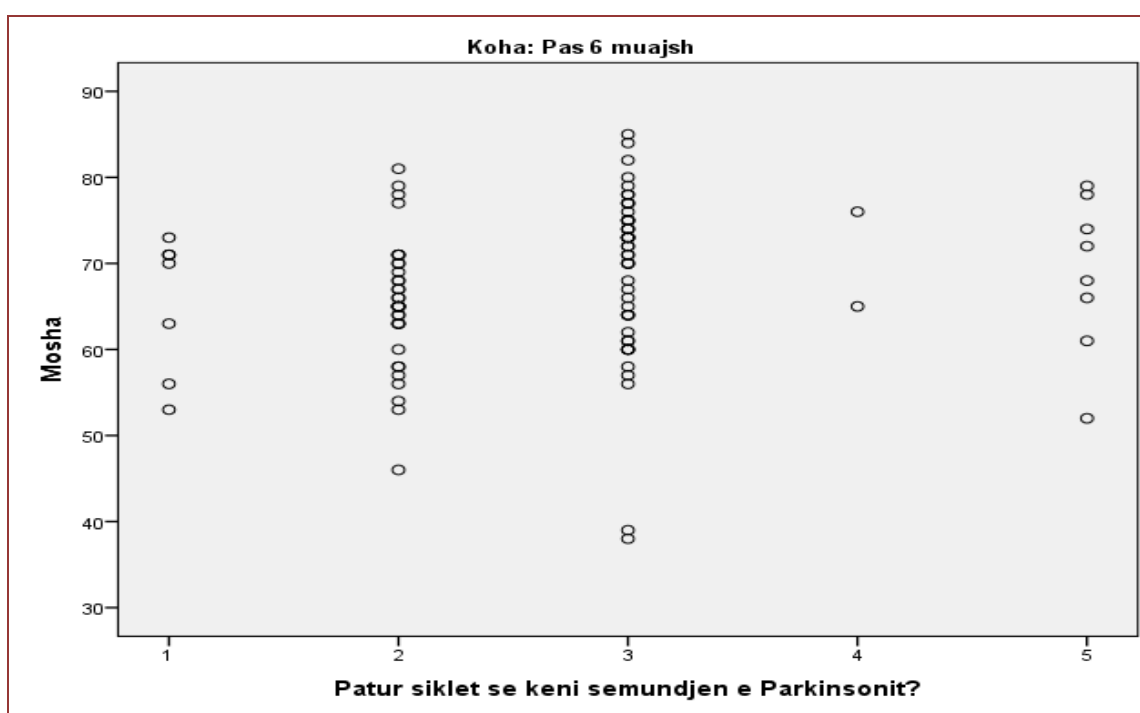
Tabela 4.25 Pyetësi B, ndryshimet për pyetjen ‘Jeni ndier të pazotë për të komunikuar si duhet me njerëzit?’ në fillim dhe pas 6 muajsh

Jeni ndier te pazote per te komunikuar si duhet me njerezit?	p
Fillim	.066
Pas 6 muajsh	.279



Grafiku 4.28 Pyetësi B, ndryshimet për pyetjen ‘Jeni ndier të pazotë për të komunikuar si duhet me njerëzit?’ a) në fillim dhe b) pas 6 muajsh

Në lidhje me moshën ka vetëm një korrelacion pozitiv të pyetjes ‘Patur siklet se keni semundjen e Parkinsonit?’ ku për $n=100$ të pacientëve të marrë në studim, $r=0.245$, $p=0.014$. Kjo në njëfarë mënyre mund të duket paradoksale që sa më e madhe është moshë aq më në siklet gjendet i sëmunduri por mund të shpjegohet me përpjekjen për ta përballuar nga moshat e reja ose nga frika që mund të shfaqin pleqtë në lidhje me invaliditetin e pritshëm dhe pasojat përkatëse si frika e braktisjes apo të bërit barrë të tjerëve.



Grafiku 4.29 Pyetësi B, korrelacioni për pyetjen ‘Patur siklet se keni semundjen e Parkinsonit?’ në lidhje me moshën pas 6 muajsh

Shikohet që shumica e përgjigjeve janë në pikat 2 dhe 3, duke pasur vetëm pak raste në 4 dhe 5 gjë që tregon se është e shumë e vlefshme ndërhyrja infermiore duke menduar që sikleti nga sëmundja nuk mund të hiqet në mënyrë të plotë sidomos duke marrë në konsideratë përpjekjet për ndërgjegjësimin e pacientit që në vetvete e bëjnë më koshjent dhe rrjedhimisht pritjet të japin njëfarë sikleti.

Tabela 4.26 Korrelacionet statistikisht domethënëse ndërmjet pyetjeve të pyetësorit B dhe stadifikimit të Parkinsonit

Koha	Pyetjet	Korrelacioni	Stadifikimi i Parkinsonit
Fillim	B I	Correlation Coefficient	.427**
		Sig. (2-tailed)	.000
		N	106
	B II	Correlation Coefficient	.428**
		Sig. (2-tailed)	.000
		N	106
	B III	Correlation Coefficient	.447**
		Sig. (2-tailed)	.000
		N	106
	B IV	Correlation Coefficient	.444**
		Sig. (2-tailed)	.000
		N	106
	B V	Correlation Coefficient	.460**
		Sig. (2-tailed)	.000
		N	106
	B VI	Correlation Coefficient	.456**
		Sig. (2-tailed)	.000
		N	106
	B VII	Correlation Coefficient	.277**
		Sig. (2-tailed)	.004
		N	106
	B VIII	Correlation Coefficient	.288**
		Sig. (2-tailed)	.003
		N	106
Pas 6 muajsh	B I	Correlation Coefficient	.263**
		Sig. (2-tailed)	.008
		N	100
	B II	Correlation Coefficient	.203*
		Sig. (2-tailed)	.042
		N	100
	B III	Correlation Coefficient	.352**
		Sig. (2-tailed)	.000
		N	100
	B IV	Correlation Coefficient	.168
		Sig. (2-tailed)	.095
		N	100
	B V	Correlation Coefficient	.374**
		Sig. (2-tailed)	.000
		N	100
	B VI	Correlation Coefficient	.341**
		Sig. (2-tailed)	.001
		N	100
	B VII	Correlation Coefficient	.131
		Sig. (2-tailed)	.195
		N	100
	B VIII	Correlation Coefficient	.065
		Sig. (2-tailed)	.522
		N	100

Në lidhje me stadifikimin vihet re se në të gjitha pyetjet e pyetësorit B ka korrelacione pozitive në fillim ndërkohë që pas 6 muajsh disa prej tyre, konkretisht pyetjet (B IV, B VII dhe B VIII) nuk janë më sinjifikante. Pyetjet duhen trajtuar secila në veçanti për të gjetur edhe arsyetimin e ndryshimit nga ana klinike përveç ndërhyrjes infermierore. Për shembull pyetja që lidhet me spazmat dhe krampet muskulare është konsistente edhe me pyetësin A, ndryshimi është pozitiv, mesatarja është ulur nga 4.06 në 2.68 por simptomat janë gjithashtu edhe subjekt i ndërhyrjeve të tjera dhe gjithashtu të evoluimit të sëmundjes prandaj duhen diskutuar në kompleks. Kjo mund të jetë një pyetje e mirë për një studim tjetër.

PYETËSORI - C

Për pyetëSORIN C do të përdoret Cronbach's Alpha për të dhënat në fillim dhe pas 6 muajsh të cilat rezultuan në kategorinë “e pranueshme.

Tabela 4.27 Statistikat e besueshmërisë së studimit (pyetëSORI C)

Koha	Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha bazuar në standartizimin e N të pyetjeve	N i pyetjeve	
Fillim	.771	.765	15	E pranueshme
Pas 6 muajsh	.774	.765	15	E pranueshme

Tabela 4.28 Përmbledhje e statistikave të pyetjeve (pyetëSORI C)

Koha		Mesatare	Min	Max	Rangu	Varianca	Numri i Pyetjeve
Fillim	Mesataret e Pyetjeve	3.687	1.953	8.613	6.660	3.236	15
	Korrelacioni Ndërmjet Pyetjeve	.178	-.283	.853	1.136	.053	15
Pas 6 muajsh	Mesataret e Pyetjeve	4.491	2.440	9.160	6.720	3.104	15
	Korrelacioni Ndërmjet Pyetjeve	.178	-.276	.806	1.082	.045	15

Tabela 4.29 Statistikat e shkallës (pyetëSORI C)

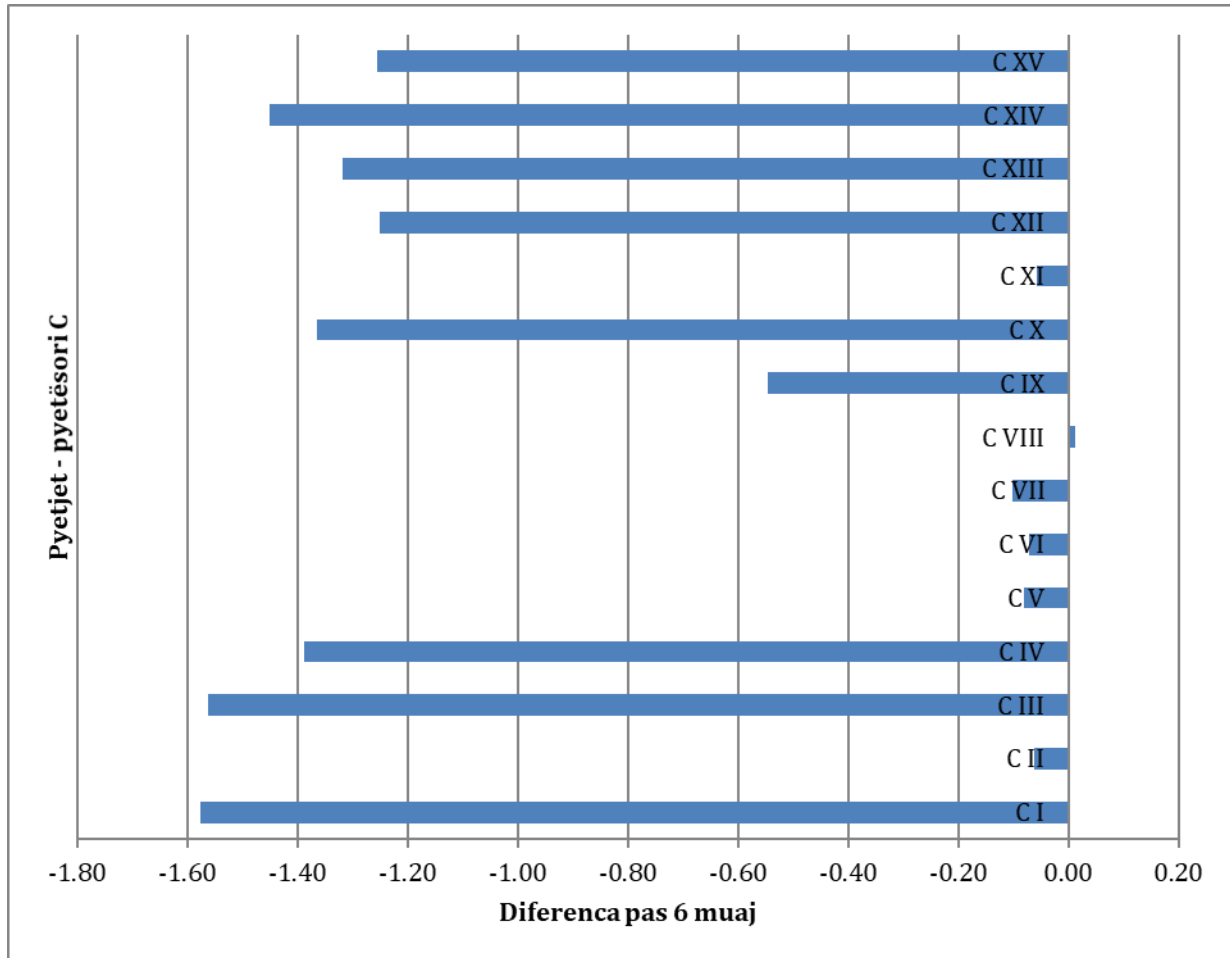
Koha	Mesatare	Varianca	Std. Dev.	N i Pyetjeve
Fillim	55.30	557.794	23.618	15
Pas 6 muajsh	67.37	512.963	22.649	15

Diferenca e mesatareve nga fillimi i studimit deri 6 muaj pas fillimit është -12.01. Kjo tregon një rënie të cilësisë së gjumit në ndryshim nga dy pyetësorët e tjerë tek të cilët përfitimet ishin më të dukshme.

Tabela 4.30 Ndryshimi pas 6 muajsh i mesatareve të pyetjeve për pyetësorin C

Pyetja	Diferenca e mesatareve
C I	-1.58
C II	-0.06
C III	-1.56
C IV	-1.39
C V	-0.08
C VI	-0.07
C VII	-0.10
C VIII	0.01
C IX	-0.55
C X	-1.36
C XI	-0.06
C XII	-1.25
C XIII	-1.32
C XIV	-1.45
C XV	-1.26

Diferenca e mesatareve nga fillimi dhe pas 6 muajsh të studimit në grafik 4.13 tregon qartësisht krijimin e dy grupeve, njëri i përbërë nga pyetjet CII, CV, CVI, CVII, CVIII dhe CXI të cilat janë me një ndryshim minimal. Kjo gjë tregon se është ruajtur statusi fillestar në lidhje me gjumin dhe mund të konsiderohet si një nga fushat e suksesshme të ndërhyrjes tek të cilat duhet fokusuar edhe në vazhdim.

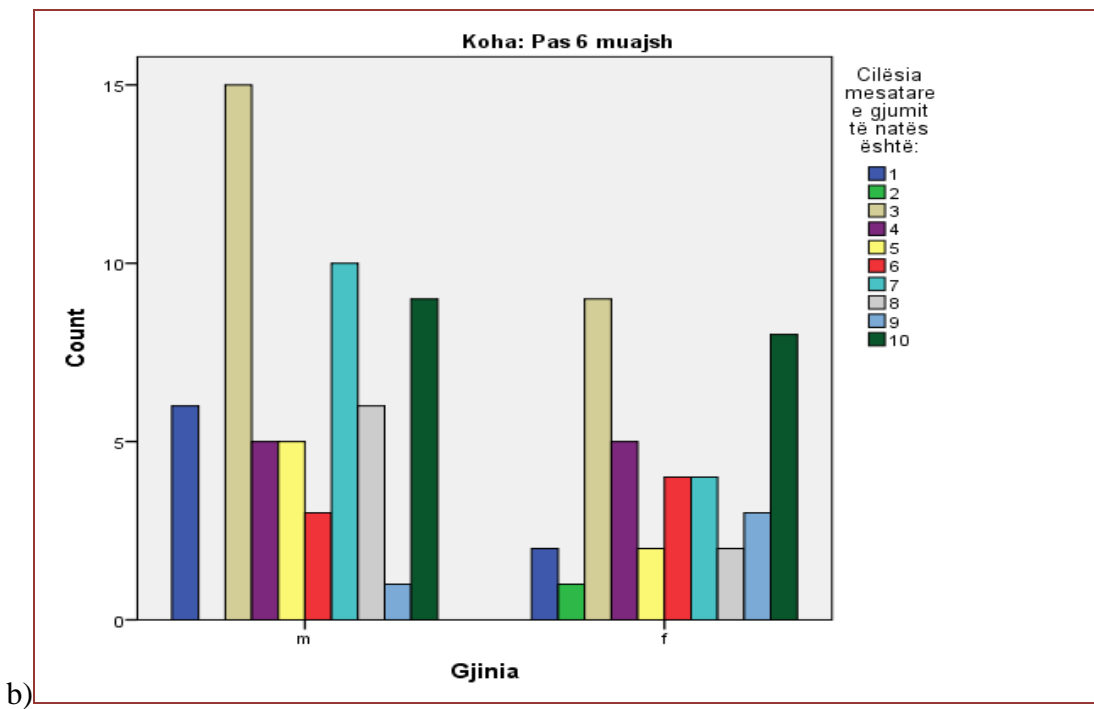
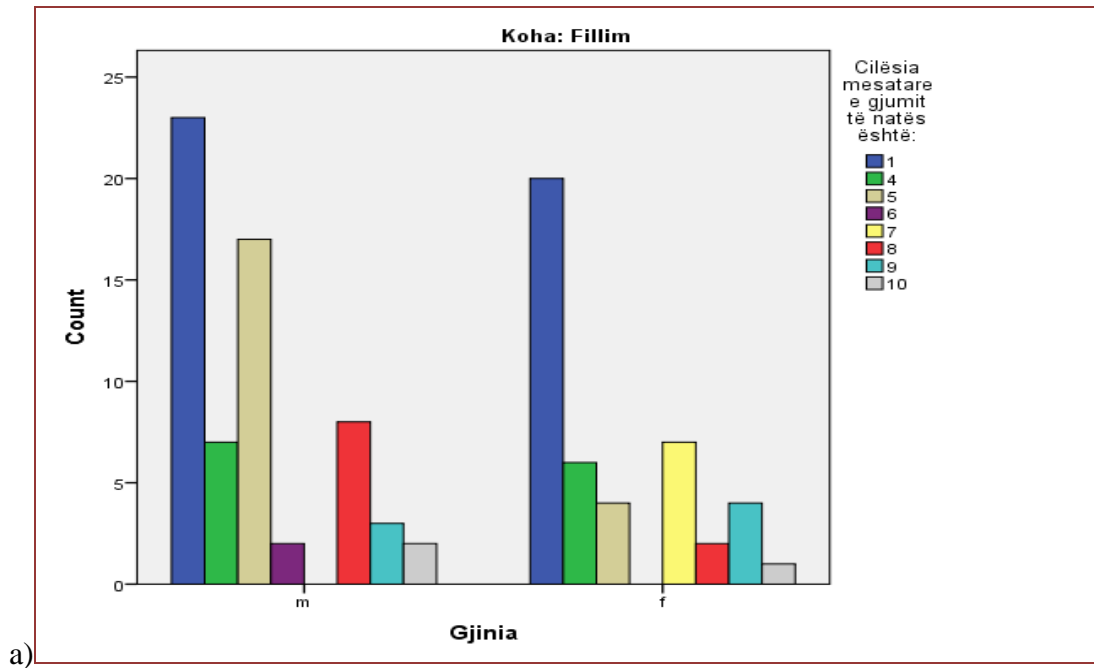


Grafiku 4.30 Ndryshimi pas 6 muajsh i mesatareve të pyetjeve për pyetësorin C

Tabela. 4.31 Analiza e pyetjeve për pyetësorin C (nëse hiqet pyetja në fjalë)

Koha	Pyetja	*Mesatarja e Shkallës nëse Hiqet Pyetja	**Variansa e Shkallës nëse Hiqet Pyetja	***Korrelacioni i Pyetjes me Totalin e Pyetjeve	*** Alfa e Cronbach nëse Hiqet Pyetja
Fillim	C I	51.21	474.585	.577	.742
	C II	51.58	469.902	.503	.747
	C III	51.94	476.492	.498	.748
	C IV	52.36	443.870	.727	.725
	C V	52.94	463.063	.697	.733
	C VI	51.29	449.257	.602	.736
	C VII	48.79	484.052	.318	.767
	C VIII	52.51	537.757	.081	.782
	C IX	46.69	513.950	.262	.768
	C X	53.23	511.053	.361	.761
	C XI	52.52	508.195	.265	.768
	C XII	51.29	466.495	.476	.749
	C XIII	53.35	558.191	-.059	.789
	C XIV	53.31	537.855	.134	.775
	C XV	51.21	512.776	.183	.778
Pas 6 muajsh	C I	61.70	440.071	.534	.748
	C II	63.59	426.022	.508	.748
	C III	62.45	443.260	.462	.754
	C IV	63.04	415.150	.671	.734
	C V	64.93	418.207	.714	.732
	C VI	63.29	411.663	.573	.741
	C VII	60.76	446.629	.291	.773
	C VIII	64.59	489.800	.109	.783
	C IX	58.21	479.198	.309	.767
	C X	63.93	467.904	.370	.763
	C XI	64.53	462.757	.275	.771
	C XII	62.11	433.735	.482	.751
	C XIII	64.10	514.475	-.067	.791
	C XIV	63.93	491.480	.174	.775
	C XV	62.02	470.686	.231	.774

Si në pyetësorët A dhe B edhe në pyetësorin C shohim që rezultatet persistojnë nëse hiqet secila nga pyetjet. Kemi zhvendosje në drejtim të njëjtë të të gjitha pyetjeve. Koeficienti Alfa i Chronbach ruhet pothuajse në të njëjtat vlera duke treguar se nuk ka ndonjë pyetje heqja e së cilës do të modifikonte rezultatet në mënyrë domethënëse.



Grafiku. 4. 31 Paraqitje grafike e raportimit për cilësinë e gjumit në fillim dhe pas 6 muajsh

Në vazhdim kemi paraqitur vetëm rezultatet ku lidhjet janë sinjifikante nga ana statistikore ndërmjet pyetësorit C dhe moshës.

Tabela.4.32 Korrelacionet statistikisht domethënëse ndërmjet pyetjeve të pyetësorit C dhe moshës

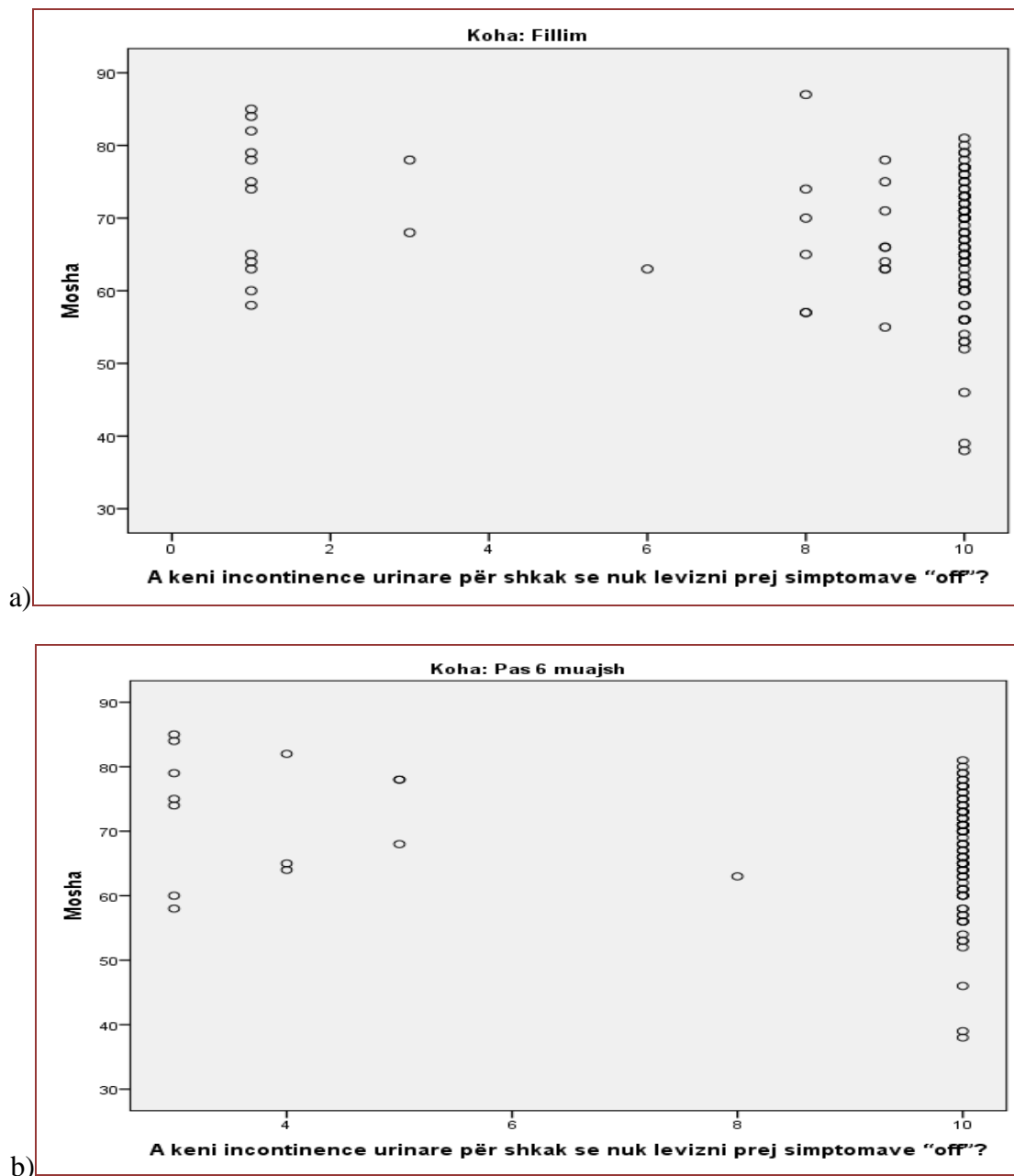
Koha	Correlations (Moshë)	Moshë	
Fillim	C V	Pearson Correlation	-.208*
		Sig. (2-tailed)	.032
		N	106
	C VII	Pearson Correlation	-.279**
		Sig. (2-tailed)	.004
		N	106
	C IX	Pearson Correlation	-.208*
		Sig. (2-tailed)	.033
		N	106
Pas 6 muajsh	C IV	Pearson Correlation	-.208*
		Sig. (2-tailed)	.037
		N	100
	C V	Pearson Correlation	-.223*
		Sig. (2-tailed)	.026
		N	100
	C VII	Pearson Correlation	-.301**
		Sig. (2-tailed)	.002
		N	100
	C IX	Pearson Correlation	-.234*
		Sig. (2-tailed)	.019
		N	100

Të gjitha korrelacionet sinjifikative në lidhje me moshën janë negative çfarë tregon se duhet marrë në konsideratë përveç përkeqësimit për shkak të sëmundjes së Prakinsonit edhe komponenti moshë që shoqërohet me ndryshime fiziologjike dhe shtimin progresiv të patologjive të tjera.

Periudha prej 6 muajsh është e gjatë dhe mund të merret në konsideratë që kemi një shtyrje në moshë prandaj secila prej këtyre rezultateve nëse do të kishte një studim tjetër do të duhej ponderuar edhe efektet moshore apo shfaqjen e patologjive të tjera shoqëruese.

Më tipikja prej tyre është pyetja ‘A keni inkontinencë urinare për shkak se nuk levizni prej simptomave “off”?’ Para se ta pranomin këtë rezultat duhet të përjashtojmë shpeshtimin e urinimit gjatë natës nga arsye të tjera më lart të përmendura. Kjo kërkon vazhdimin e studimit në terren të vlerësimit klinik të pacientëve dhe gjithashtu krahasime me literaturën ekzistuese.

Në vazhdim të diskutimit më sipër shohim se shumica e pacientëve nuk kanë probleme me inkontinencën. Por kemi një grup prej 8 pacientësh ku problemi është agravuar dhe kanë kaluar nga vlerësimi 1 në 0. Pikërisht ky grup duhet dedektuar në nivel individual dhe të shërbejë si grup për vlerësimin së bashku me sëmundjet shoqëruese.

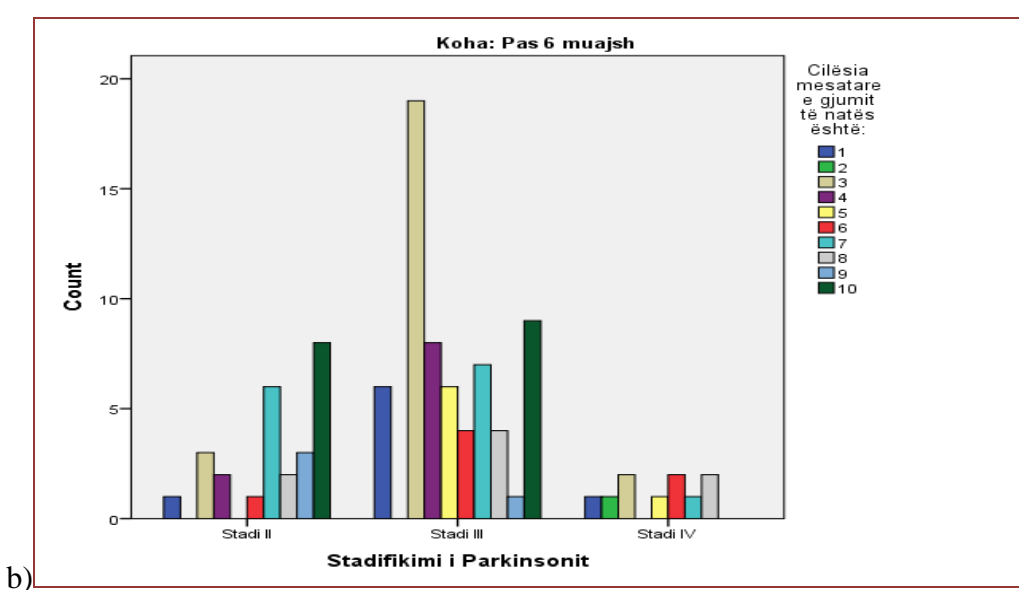
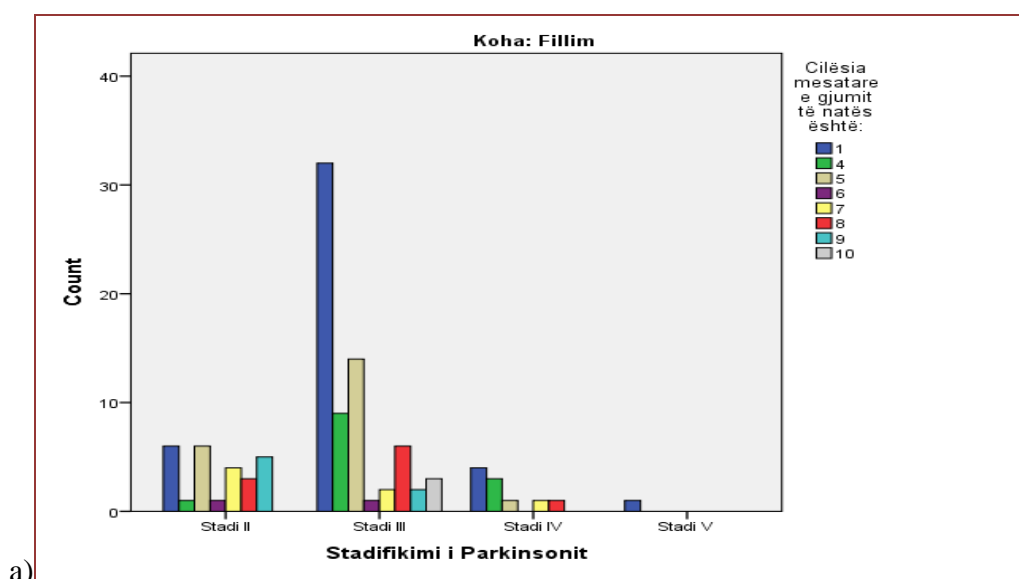


Grafiku 4.32 Paraqitje grafike e raportimit për inkontinencën në fillim dhe pas 6 muajsh

Tabela 4.33 Korrelacionet statistikisht domethënëse ndërmjet pyetjeve të pyetësorit C dhe stadifikimit të Parkinsonit

Koha	Pyetja	Correlations	Stadifikimi i Parkinsonit
Fillim	C I	Correlation Coefficient	-.269**
		Sig. (2-tailed)	.005
		N	106
	C II	Correlation Coefficient	-.274**
		Sig. (2-tailed)	.005
		N	106
	C III	Correlation Coefficient	-.196*
		Sig. (2-tailed)	.044
		N	106
	C IV	Correlation Coefficient	-.303**
		Sig. (2-tailed)	.002
		N	106
	C V	Correlation Coefficient	-.285**
		Sig. (2-tailed)	.003
		N	106
	C VI	Correlation Coefficient	-.252**
		Sig. (2-tailed)	.009
		N	106
C X	Correlation Coefficient	-.233*	
	Sig. (2-tailed)	.016	
	N	106	
Pas 6 muajsh	C I	Correlation Coefficient	-.303**
		Sig. (2-tailed)	.002
		N	100
	C II	Correlation Coefficient	-.287**
		Sig. (2-tailed)	.004
		N	100
	C III	Correlation Coefficient	-.216*
		Sig. (2-tailed)	.031
		N	100
	C IV	Correlation Coefficient	-.300**
		Sig. (2-tailed)	.002
		N	100
	C V	Correlation Coefficient	-.277**
		Sig. (2-tailed)	.005

	N	100
C VI	Correlation Coefficient	-.241*
	Sig. (2-tailed)	.016
	N	100
C VIII	Correlation Coefficient	-.200*
	Sig. (2-tailed)	.046
	N	100
C IX	Correlation Coefficient	-.213*
	Sig. (2-tailed)	.033
	N	100



Grafiku 4.33 Paraqitje grafike e raportimit për cilësinë mesatare të gjumit fillim dhe pas 6 muajsh

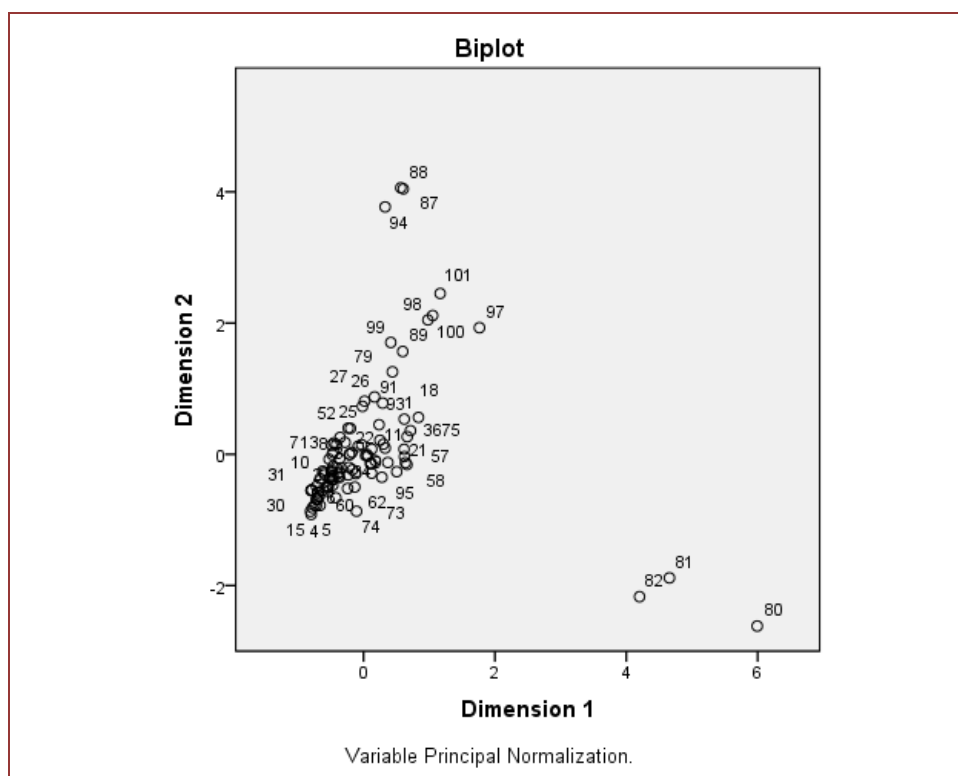
Siç tregojnë korrelacionet lidhur me pyetjet dhe stadin e sëmundjes ashtu edhe në paraqitjen grafike shikohet diversifikim i përgjigjeve në kohën pas 6 muajsh gjë që tregon që grupi i pacientëve nuk zhvendoset në mënyrë uniforme drejt të ardhmes qoftë në lidhje me stadin apo simptomat në veçanti. Këto përgjigje duhen analizuar ose individualisht ose të bëhen pyetje konkrete për një analize multivariate meqenëse situata është shumë komplekse për të qenë vetëm subjekt i një pyetësi.

Analizë e Korrespondencës së Shumëfishtë

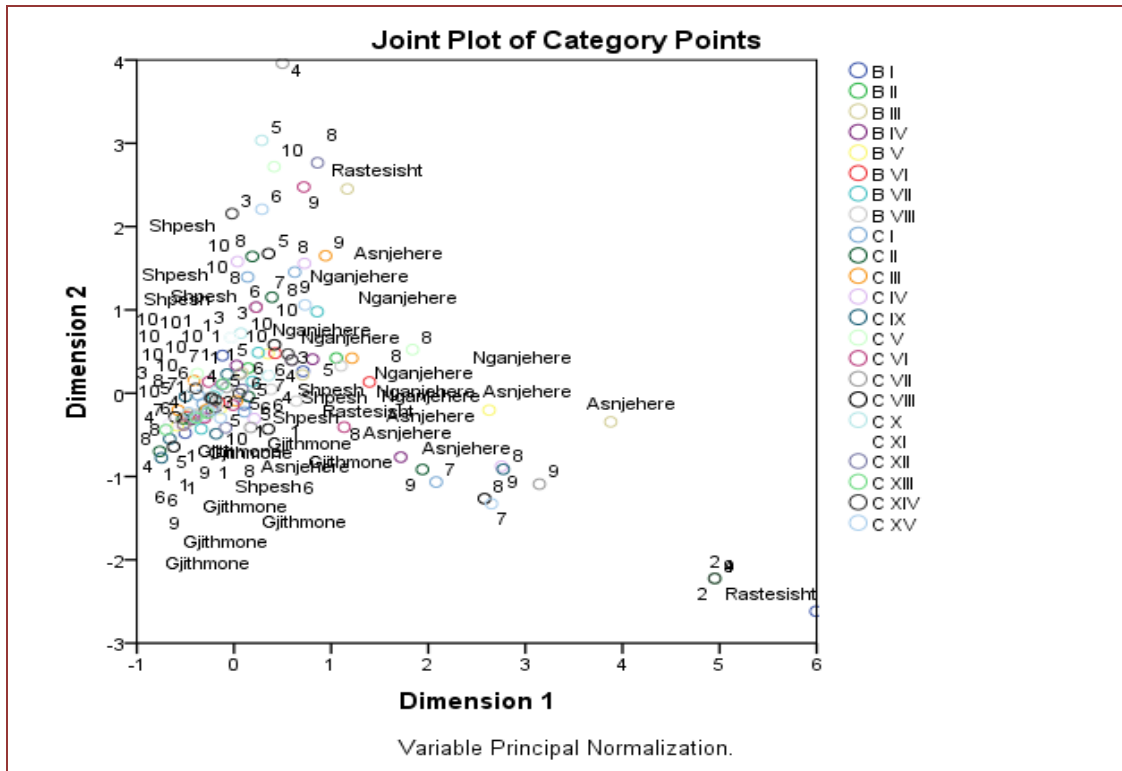
Analiza e Korrespondencës së Shumëfishtë është një metodë analize multivariate. Metoda e përdorur përputhet me studimin e variablave në studimin tonë, cilësorë, nominal, por ajo mund të përdoret edhe për variabla ordinalë.

Grafiku i mëposhtëm na tregon të gjitha pyetjet e marra në konsideratë. Me anë të këtyre pyetjeve shikojmë a kanë ngjshmëri në përgjigje? A kanë paradokse?

Vihet re se subjektet me numër 80, 81 dhe 82 janë shumë të larguar nga popullata e përgjithshme.

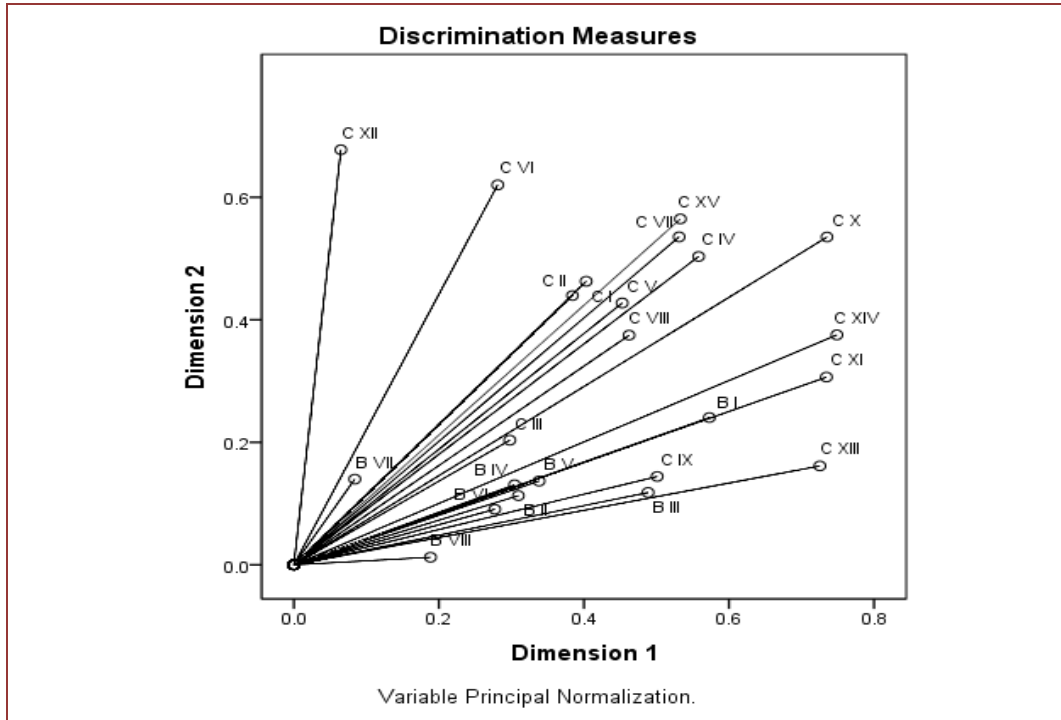


Grafiku 4.34 Paraqitja në biplot i pyetjeve të marra në konsideratë



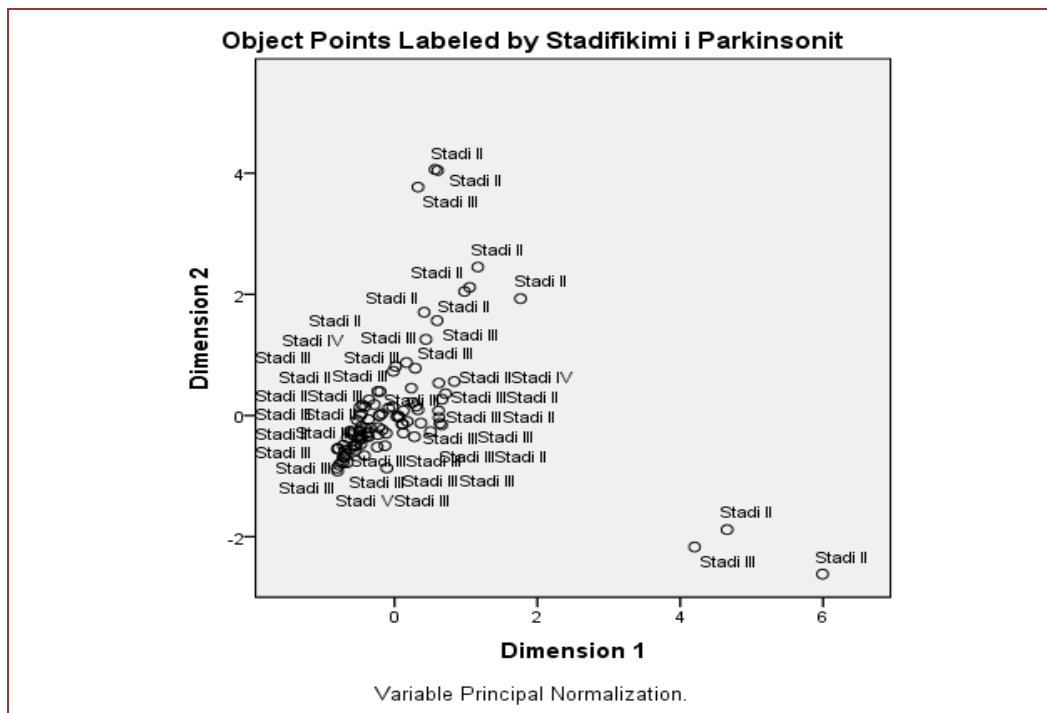
Grafiku 4.35 Bashkimi i kategorive të pyetjeve të paraqitur në plot

Këtu kemi vendosjen e pyetësorëve përballë njëri tjetrit. Nga përgjigjet vendosja e pyetjeve afër njëra tjetrës është sipas pyetësorëve. Pyetjet e pyetësorit B vendosen pranë pyetjeve të tjerat të pyetësorit B dhe kështu edhe për pyetësorin C. Kjo është e pritshme dhe shërben më tepër për të vlerësuar vetë pyetësorët se përgjigjet nëse përgjigjet merren si të mira. Për shembull shikohet që tek pyetësori C pyetjet 8 dhe 9 janë shumë afër njëra tjetrës dhe pikërisht sepse lidhen me urinimin gjatë natës të pacientëve.



Grafiku 4.36 Pyetjet e marra në konsideratë

Në grafikun më poshtë është analizuar stadifikimi. Shikojmë që pacientët janë të grupuar mjaft qartë sipas stadi. Për shembull, grupi prej tre vetash djathtas poshtë janë të tre në Stadin e II. Kjo është tregues që përgjigjet lidhen me stadin dhe vlerësimi i stadi nga ana tjetër nëse përgjigjet janë marrë si korrekte është i mirë.



Grafiku 4.37 Stadifikimi dhe përgjigjet e pacientëve

4.2 Pacientët që trajtohen me duodopa

Levodopa ishte preparati i parë i prezantuar për trajtimin e të sëmurëve me Parkinson në 1967. Ky preparat vazhdon të mbetet edhe në ditët e sotme si preparati më i përdorur për këta pacient. Shumica e terapive me levodopa administrohen në mënyrë orale, të cilës me kalimin e kohës i bie efektiviteti, për shkak të stimulimit pulsativ të receptorëve, kombinuar me gjysmëjeten e shkurtër të eliminimit dhe absorbimin e çregullt intestinal të saj.

Në dekadën e fundit kryesisht për trajtimin e pacientëve në fazën e avancuar të sëmundjes së Parkinsonit, Duodopa është një alternativë unike dhe konsiston në administrimin e përbërjes Levodopa/ Carbidopa në trajtë xheli drejtpërdrejt në duoden nëpërmjet PEG.

Duodopa si medikament siguron tek këta pacient përqëndrime kostante të lëvodopës në plazëm dhe ju siguron stimulim të vazhduar të receptorëve dopaminergjikë në sajë të infuzionit të vazhduar intestinal duke ju afruar kështu gjëndjes fiziologjike normale. Pra trajtimi me DUODOPA i këtyre pacientëve kryhet për tju lehtësuar sa më shumë cilësinë e jetës.

Në këtë punim doktore janë marrë në studim 10 pacient të cilët ju janë nënshtruar trajtimin me duodopa. Edhe me këta pacient ne kemi aplikuar pyetësorët e sipërpërmendur për të parë efektin e këtij medikamenti dhe efektin e kujdesit infermieror në përmirësimin e cilësisë së jetës së tyre. Pyetësorët ju janë paraqitur në fillim të studimit dhe pas 6 muajve të trajtimit i kemi pyetur përsëri lidhur me situatën aktuale të tyre.

Gjatë intervistës që ju kemi bërë pacientëve të cilët trajtoheshin me Duodopa vëmë re disa ndryshime për pyetje të ndryshme. Pra nëse krahasojmë përgjigjet në fillim dhe pas 6 muajve të studimit të 10 pacientëve vëmë re ndryshime në trajtimin e tyre me Duodopa. Ky trajtim sëbashku me ndihmën e stafit mjeksor, ka dhënë një rezultat pozitiv tek pacientët e marrë në studim.

Tabela 4.34 Pyetëtori A të pacientëve që trajtohen me duodopa në fillim të studimit dhe pas 6 muajve

Pyetjet		Në fillim të studimit		Pas 6 muajve të studimit	
		N	%	N	%
AI	Po	7	70	7	70
	Jo	3	30	3	30
AII	Po	8	80	9	90
	Jo	2	20	1	10
AIII	Po	6	60	8	80
	Jo	4	40	2	20
AIV	Po	6	60	6	60
	Jo	4	40	4	40
AV	Po	2	20	5	50
	Jo	8	80	5	50
AVI	Po	4	40	8	80
	Jo	6	60	2	20
AVII	Po	4	40	9	90
	Jo	6	60	1	10
AVIII	Po	1	10	8	80
	Jo	9	90	2	20
AIX	Po	10	100	5	50
	Jo	0	0	5	50
AX	Po	10	100	3	30
	Jo	0	0	7	70
AXI	Po	9	90	2	20
	Jo	1	10	8	80
AXII	Po	8	80	9	90
	Jo	2	20	1	10
AXIII	Po	7	70	7	70
	Jo	3	30	3	30
AIV	Po	6	60	6	60
	Jo	4	40	4	40
AV	Po	2	20	3	30
	Jo	8	80	7	70
AVI	Po	1	10	2	20
	Jo	9	90	8	80
AVII	Po	4	40	4	40
	Jo	6	60	6	60
AVIII	Po	6	60	10	100
	Jo	1	10	0	0
AXIX	Po	10	100	10	100
	Jo	0	0	0	0
AXX	Po	2	20	4	40
	Jo	8	80	6	60
AXXI	Po	6	60	8	80
	Jo	4	40	2	20
AXXII	Po	2	20	3	30
	Jo	8	80	7	70
AXXIII	Po	4	40	10	100
	Jo	6	60	0	0
AXXIV	Po	3	30	6	60
	Jo	7	70	4	40
AXXV	Po	5	50	5	50
	Jo	5	50	5	50
AXXVI	Po	1	10	5	50
	Jo	9	90	5	50
AXXVII	Po	8	80	9	90
	Jo	2	20	1	10
AXXVIII	Po	8	80	8	80
	Jo	2	20	2	20
AXXIX	Po	1	10	1	10
	Jo	9	90	9	90
AXXX	Po	6	60	7	70
	Jo	4	40	3	30

Pyetësi B ka 8 përgjigje me nga 5 alternativa lidhur me problemet motore tek pacientët me trajtim të duodopës. Ashtu siç vihet re nga tabela e mëposhtme, në fillim të studimit përpara se këta pacient të trajtoheshin me duodopa kishin raportuar për pyetjet B1, B2 dhe B3 alternativën gjithmonë, pas 6 muajve të trajtimit me duodopa kemi një ndryshim të dukshëm drejt alternativave nganjëherë, rastësisht apo asnjëherë. Nisur nga këto përgjigje edhe njëherë bindemi që se si kujdesi infermieror që në fazën e parë të hospitalizimit më pas titrimi programimi i pompës edukimi i pacientit dhe familjarëve me mënyrën e administrimit dhe të trajtimit me duodopa, në mënyrë që të arihet efekti maksimal i medikamentit, ka ndikuar mjaft mirë në cilësinë e jetës të këtyre pacientëve të stadeve III dhe IV të sëmundjes së parkinsonit.

Tabela 4.35 Pyetësi B tek të sëmurët me trajtim me duodopa

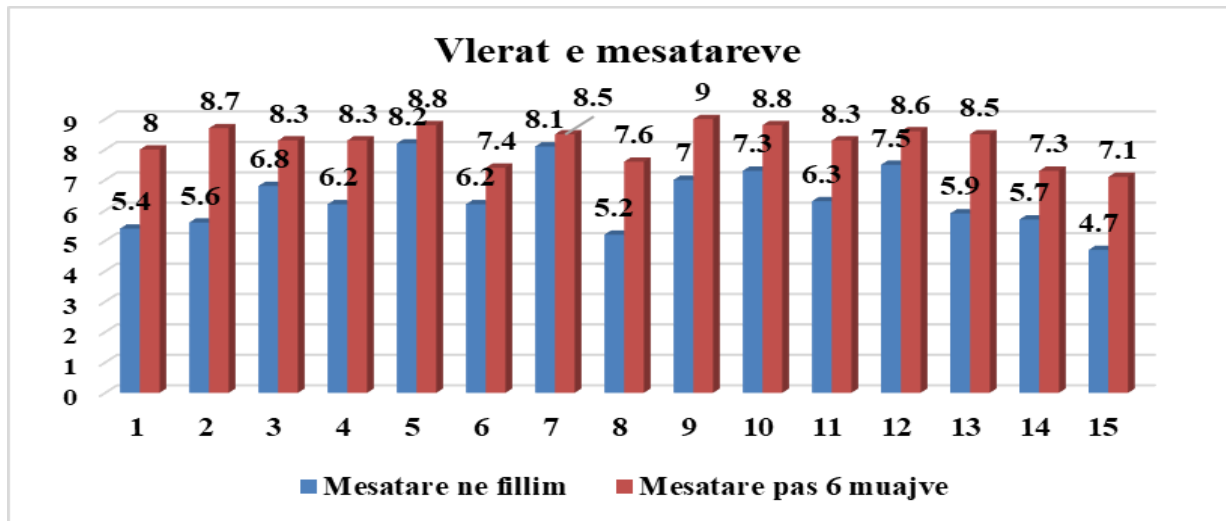
Përgjigjet	Në fillim të studimit								Pas 6 muajve të studimit							
	B1	B2	B3	B4	B5	B6	B7	B8	B1	B2	B3	B4	B5	B6	B7	B8
Asnjëherë	1			2	1	3	1		2			2	2	3	2	
Rastësisht			1	1		2		1	3	3	2	4	4	3	3	3
Nganjëherë	2	2	2	6	6	4	1	1	4	7	5	3	3	4	5	6
Shpesh	3	3	4	1	3	1	8		1		3	1	1			1
Gjithmonë	4	5	3					8								

Pyetësi C është e hartuar në 15 pyetje nga vlerësimi më i keq se si ndiheshin këta pacient i karakterizuar nga numri 1 deri në vlerësimin shkëlqyeshëm i karakterizuar nga numri 10. Pra mat shkallën e ndjesisë së këtyre pacientëve. Nisur nga të dhënat e përftuara nga përpunimi statistikor shikojmë një rritje të shkallës së vlerësimit tek pacientët me duodopa nga fillimi i studimit deri pas 6 muajve të tij. Pra e shprehur ndryshe, pacientët të cilët janë trajtuar me duodopa kanë pasur një shkallë vlerësimi të efektit të duodopës dhe atij të kujdesit infermieror drejt vlerës maksimale 10. Mesatarja e përgjigjeve në fillim të studimit ishte 6.4 dhe pas 6 muajve të studimit rezultoi 8.2. Mund të themi me bindje që trajtimi dhe duodopa dhe kujdesi infermieristik kanë patur një ndikim shumë të madh pozitiv në rritjen e cilësisë së jetës tek këta pacient.

Tabela 4.36 Të dhënat statistikore të shkallës së vlerësimit të pyetësorit C

Pyetjet	Min	Max	Mesatare	Std-Dev	Min	Max	Mesatare	Std-Dev
C1	2	10	5.4	2.54	6	10	8	1.15
C2	1	10	5.6	2.83	7	10	8.7	1.06
C3	4	10	6.8	2.3	6	10	8.3	1.33
C4	3	10	6.2	2.57	6	10	8.3	1.33
C5	5	10	8.2	2.2	7	10	8.8	1.39
C6	3	10	6.2	2.25	3	10	7.4	1.89
C7	3	10	8.1	2.55	3	10	8.5	2.32
C8	2	9	5.2	2.25	5	10	7.6	1.34
C9	5	10	7.0	1.63	8	10	9.0	.66
C10	5	10	7.3	1.94	7	10	8.8	1.03
C11	3	10	6.3	2.35	6	10	8.3	1.41
C12	3	10	7.5	2.27	6	10	8.6	1.64
C13	2	10	5.9	2.96	6	10	8.5	1.17
C14	2	10	5.7	2.54	5	9	7.3	1.25
C15	1	8	4.7	2.66	3	9	7.1	1.96

Grafiku i mëposhtëm paraqet ndryshimet në mesataret të vlerave të përfuara në pyetësorin C sipas përgjigjes së 10 pacientëve që trajtoheshin me duodopa në fillim dhe pas 6 muajve të studimit.



Grafiku 4.38 Vlerat e mesatareve ne fillim dhe pas 6 muajve të sëmurëve me duodopa

KAPITULLI V

DISKUTIME

Çrregullimet neurologjike në ditët e sotme janë burimi kryesor i aftësisë së kufizuar për shumë njerëz në mbarë botën (109). Sëmundja e Parkinsonit është një ndër çrregullimet neurologjike më të studjuara nga Global Burden Diseases në 2015, e cila ka studjuar ngarkesën globale të sëmundshmërisë, lëndimeve dhe faktorëve të rrezikut lidhur me të gjitha llojet e çrregullimeve neurologjike. Në këtë studim, SP, paraqet rritjen më të shpejtë të prevalencës, pa aftësisë fizike si edhe vdekshmërisë krahasuar me llojet e tjera të çrregullimeve neurologjike. Po sipas këtij studimi, në të gjithë botën në 2015 numri i përgjithshëm i njerëzve të prekur nga SP u vlerësuan të jenë më shumë se dyfishi i prevalencës së raportuar në vitin 1990 (109).

Rreth 10 milion njerëz në botë (përafërsisht 0.3% e popullsisë botërore) dhe 1% e atyre mbi 60 vjeç gjenden të prekur me sëmundjen e parkinsonit (110, 111). Wanneveich dhe bashkëpunëtorët e tij në 2018, kanë bërë një parashikim të prevalencës, rrezikut dhe jetëgjatësisë së sëmundjes së Parkinsonit për vitet 2010-2030. Sipas tyre numri i pacientëve me sëmundjen e parkinsonit do të rritet me përafërsisht 65% ndërmjet vitit 2010 ($n = 155,000$) dhe 2030 ($n \sim 260,000$), kryesisht për individët më të vjetër se 65 vjeç. Po sipas tyre shkalla e prevalencës së SP pas moshës 45 vjeç do të rritet nga 0.59% në 2010 në .0.80% në 2030 (112). Kjo rritje e barrës globale të SP, vjen si rezultat i rritjes së numrit të njerëzve të moshës së tretë, kohëzgjatjes më të gjatë të sëmundjes si dhe ndryshimet e dukshme të faktorëve mjedisorë. Nga ana tjetër faktorët demografikë dhe ata potencialisht shkakëtarë të SP, janë të gatshëm të rrisin ndjeshëm barrën e ardhshme të sëmundjes së Parkinsonit në rang global. Megjithëse SP është e lidhur ngushtë me plakjen apo ndryshimet në shpërndarjen e moshës në popullata të ndryshme, është dokumentuar mirë që procesi themelor i ndodhjes së këtij çrregullimi neurologjik dallon nga plakja natyrore (113-115). Kështu që kriteret diagnostike, metodat e konstatimit, qasja në kujdesin shëndetësor ose shkalla e mbijetesës së sëmundjes mund të shpjegojnë shumë nga këto ndryshime në prevalencë apo incidencë të SP (116).

Kasten e t al në 2007 ka paraqitur një punim të detajuar lidhur me epidemiologjinë e sëmundjes së parkinsonit. Sipas këtyre autorëve janë një sërë faktorësh që lidhen me rrezikun e sëmundjes Parkinson në një ose më shumë studime që ata kanë analizuar në punimin e tyre.

Si faktorët e drejtë më të renditur janë: gjinia (kryesisht meshkujt), rritja e moshës, etniciteti, dietat, obeziteti, hekuri, hysterectomi dhe/ose përdorimi i suplementeve të estrogjenit, histori familiare të SP, pesticidet, të jetuarit në zonat rurale, streset fizike dhe emocionale, mësim dhënia, punonjësit e kujdesit shëndetësor, individët që merren me bujqësi dhe metalet e rënda. Ndërsa si faktorë të lidhur në mënyrë indirekte janë: konsumimi i duhanit, konsumimi i kafeinës dhe alkolit, përdorimi i medikamenteve jo steroidale anti-inflamator si dhe aktivitet shumë i rëndë fizik (117).

Për shkak të kësaj situate dhe rëndësisë që kjo sëmundje po zë në mesin e çrregullimeve neurologjike kemi ndërmarrë këtë studim për të bërë një vlerësim të kujdesit infermieror në pacientët në stadet e avancuara të sëmundjes të parkinsonit dhe në pacientët që trajtohen me DUODOPA.

Në Shërbimin e Neurologjisë hasemi çdo ditë me pacientë të diagnostikuar me Morbus Parkinson që nga stadet më të hershme të sëmundjes ashtu dhe në ato më të avancuarat. Të sëmurët e suspektuar dhe të diagnostikuar me SP, hospitalizohen në Shërbimin e Neurologjisë pranë qendrës spitalore Universitare “Nënë Teresa”, në Tiranë. Kujdesi pas diagnostikimit përqëndrohet në shërbimet e kujdesit shëndetësor në Qendra Shëndetësore edhe po ashtu shtrime në spital sipas gjendjes shëndetësore dhe nevojave individuale të secilit pacient.

Duke qënë se Sëmundja e Parkinsonit është një sëmundje degjenerative progresive, që morfologjikisht përfaqësohet nga prezenca e trupëzave Lewy në qelizat e substancës nigra por dhe në bërthamat e tjera me ngjyrë, e cila biokimikisht shoqërohet nga pakësimi i dopaminës por jo vetëm në nivel të ganglioneve bazale, herë pas here është mjaft e nevojshme dhe e këshillueshme të kryhen hospitalizime të këtyre pacientëve për të vlerësuar përparimin e sëmundjes.

Klinika e sëmundjes karakterizohet nga triada tremor i qetësisë, rigiditet muskular dhe bradikinezi. Kjo i bën këta pacientë të ndiejnë nevojë progresive për kujdesje gjithnjë dhe më të specializuar, duke rritur nevojën e dhënësve të kujdesit pra infermierëve për njohuri dhe aftësi mjaft të specializuara profesionale.

Në fazën e avancuar simptomat përkeqësohen në mënyrë progresive, shfaqen periudha ON/OFF të paparashikuara, diskinezitë, vështirësia në ecje dhe pamundësia për të realizuar detyra që për njerëzit e zakonshëm janë mjaft të thjeshta për tu kryer.

Grupi i pacienteve përbëhet nga pacientë konsektiv të paraqitur pranë Konsultës së Neurologjisë në periudhën janar 2013 deri në dhjetor 2015. Në këtë studim janë përfshirë 106 pacientë me SP në fillim të studimit dhe 100 pacient pas 6 muajve të studimit.

Për të përfutur të dhënat e pacientëve të intervistuar lidhur me disa nga të dhënat demografike si dhe evidentimin e rolit të kujdesit infermieristik tek këta të sëmurë, pacientët janë pyetur për 53 pyetje të ndara në 3 pyetësorë të veçantë (A, B, C respektivisht A – 30, B – 8 dhe C – 15 pyetje) të hartuar për këtë studim. Secili prej pyetësorëve është ndërtuar duke u bazuar në vlerësimin e pyetjes (variabël ordinal) respektivisht; pyetësori A – është një variabël dikotomik po/jo, pyetësori B – është një variabël me pesë mundësi përgjigje në shkallë rritëse dhe pyetësori C – është një variabël ordinal me shkallë rritëse nga 1 deri në 10. Fillimisht kemi paraqitur statistikën e besueshmërisë së studimit i cili është realizuar në dy momente, në fillim dhe 6 muaj pasi është realizuar ndërhyrja infermierore dhe trajtimi klinik medikamentoz.

Meqenëse variablat kanë shkallë të ndryshme matje, pavarësisht se korrespondojnë të njëjtit lloj variabli, është marrë si rezultat ‘**Cronbach's Alpha bazuar në standardizimin e N të pyetjeve**’. Rezultatet e përfutura janë klasifikuar “mirë” në fillim të studimit dhe “e pranueshme” pas 6 muajve të studimit.

5.1 Të dhënat demografike të pacientëve të studjuar në fillim dhe pas 6 muajve të fillimit të studimit

Studime të ndryshme në botë kanë nxjerrë në pah një risk më të lartë të burrave për të patur SP në krahasim me gratë (118-120). Sipas këtyre studimeve si në studimet e prevalencës ashtu edhe në ato të incidencës, burrat diagnostikohen me SP rreth dy herë më shpesh sesa gratë pavarësisht nga vendndodhja gjeografike ose raca. Sipas Wooten et al, 2004, burrat paraqesin një rrezik relativ 1.5 herë më të lartë për SP krahasuar me gratë. Ky rrezik i rritur tek burrat mund të jetë si pasojë e ndryshime biologjike që ekzistojnë ndërmjet burrave dhe grave. Ndryshimet hormonale midis burrave dhe grave ose gjeneve të ndjeshmërisë të lidhura me kromozome X mund të shpjegojnë këto ndryshime. Hipoteza e fundit mbështetet nga një studim i madh finlandez që tregon një rritje dramatike të rrezikut relativ të meshkujve në krahasim me femrat nga 0.9 në 1971 në 1.9 në 1992 (119).

Por edhe pse këto hipoteza janë të vërtetuara nga këta studiues për asnjë moment nuk mund të anashkalojmë dryshimet e përcaktuara nga ana kulturore në sjelljen e burrave dhe grave si dhe ndryshimet shoqëruese në ekspozimin ndaj faktorëve të rrezikut (117, 120). Në studimin tonë nga 106 pacientë në fillim të studimit 58.5% e tyre i përkasin gjinisë meshkuj dhe 41.5% femrave. Edhe pas 6 muajve përsëri kemi një dominancë të meshkujve kundrejt femrave në përqindje 60% dhe 40% respektivisht.

Në këtë studim nuk u vu re ndryshim sinjifikant për CI 95% vlera e p rezultoi >5%. Ndoshta studime të mëtejshme epidemiologjike të kombinuara dhe me studime të thelluara laboratorike eksperimentale duhet aplikohen si një nevojë për të përcaktuar nëse burrat janë në rrezik më i madh për tu prekur prej SP krahasuar me gratë.

Sipas raportimeve të studjuesve të ndryshëm, sëmundja e parkinsonit përpara moshës 40 vjeç është mjaft e rrallë. Pas moshës 50 vjeç si prevalenca ashtu edhe incidenca e SP rritet në mënyrë eksponenciale (122-125).

Mosha mesatare e këtij studimi rezultoi 67.6 ± 9.0 , ku mosha minimale është 38 vjeç ndërsa ajo maksimale 87 vjeç. Të gjithë pacientët i kemi grupuar në 6 grupmosha të ndryshme, ku grupmosha me numrin më të lartë të rasteve janë 56-65 vjeç dhe 66-75 vjeç me 22 dhe 26 raste respektivisht për meshkujt dhe 13 dhe 18 raste respektivisht për femrat. Numri më i vogël i rasteve vihet re për grupmoshën 36-45 vjeç. Nuk u vu re asnjë ndryshim sinjifikant ndërmjet ndarjes sipas grupmoshave dhe gjinisë femër/mashkull në studimin tonë për CI 95% vlera e p rezultoi >5%.

Ashtu siç e kemi përmendur në pjesën e metodikës, pacientët në këtë studim i përkasin stadeve të moderuara deri tek ato të rënda të sëmundjes. Sipas stadifikimit të përcaktuar nga ana e mjekut specialist të çrregullimeve të lëvizjes në QSUT, pacientët i përkasin stadeve nga II deri në V në fillim të studimit dhe nga II deri në IV pas gjashtë muajve. Pacientët në stadin e III të sëmundjes përbëjnë dhe përqindjen më të lartë (65.1%) të këtyre pacientëve të marrë në studim. Të dytët renditen pacientët në stadin e II me 24.5%, më pas ata të stadi IV me 9.4% dhe në fund është vetëm 1 rast apo 0.9% në stadin e V të sëmundjes. Në vlera pothuajse të përafërta janë dhe përqindjet pas 6 muajve të studimit. Pas 6 muajve asnjë nga pacientët nuk ka qenë në stadin V të sëmundjes.

5.2 Analizimi i të dhënave të përftuara lidhur me nxjerrjen në pah të rëndësisë dhe rolit të kujdesit infermieristik në trajtimin e pacientëve me SP

Më anë të aplikimit dhe më pas të mbledhjes dhe përpunimit të të dhënave të pyetësorëve A, B dhe C, kemi munduar të identifikojmë apo të nxjerrim në pah rëndësinë e vlerësimit infermieror si pjesë e ekipit multidisiplinar të standartizimit të kujdesit tek të sëmurët me SP. Në studimin tonë pyetësori A është i lidhur drejtpërsëdrejti me profilin e simptomave jomotorore tek pacientët me Parkinson të trajtuar nga Departamenti i Neurologjisë në Shqipëri i cili përmban 30 pyetje.

Simptomat motorike dhe jo motorike ndikojnë drejt përsëdrejti në cilësinë e jetës tek të sëmurët me Parkinson. Ato shihen së bashku që në fazat më të hershme të sëmundjes, ndërkohë që prania dhe ashpërsia e tyre ndryshojnë gjatë sëmundjes (126-128). Prandaj, ndikimi i tyre në cilësinë e jetës ndryshon gjithashtu përgjatë gjithë ciklit të sëmundjes. Një studim mbi SP-në e hershme të kryer nga Muller et al, raportoi se simptomat jo-motor ishin më përcaktuese sesa simptomat motorike për sa i përket efekteve të tyre të mundshme në cilësinë e jetës (129).

Vetëm disa studime të prevalencës që analizojnë të gjitha simptomat jo-motorike janë kryer në botë në të sëmurët me SP. Kjo ka ndodhur për shkak se spektri i gjerë i simptomave jo-motorike kërkon dizanje të komplikuar të studimit, megjithëse kërkime të bollshme që përqëndrohen në manifestime specifike të tilla si depresioni, çrregullimi njohës ose shqetësimet e gjumit janë kryer në kohë të ndryshme (126, 130). Një studim prospektiv i prevalencës raportoi se simptomat jo-motorike ishin të pranishme në 98.6% të pacientëve (131).

Në studimin tonë, simptomat jo-motorike u gjetën mjaft të shpeshta tek pacientët si në fillim të studimit ashtu edhe pas 6 muajve të mëvonshme. Simptomat më të zakonshme ishin probleme me lodhjen, shqetësimin e gjumit, disfunksion seksual, probleme me përqëndrimin dhe kujtesën, dhimbjen etj. Më të detajuara se si janë përqindjet e simptomave jo motore tek pacientët tanë në fillim dhe pas 6 muajve të studimit janë paraqitur si më poshtë.

a) Lidhur me pyetjen e parë Hipersalivacion pra “nëse kanë rrjedhje të pështymës gjatë ditës” 55.7% i janë përgjigjur PO pyetjes në fillim dhe 57% pas 6 muajve (pra kishin rrjedhje ose saliva), për pyetjen “humbje e aftësisë për të shijuar ose nuhatur” 36.8% i janë përgjigjur PO në fillim dhe 33% pas 6 muajve .

Vështirësi në gëlltitje (disfagia) e cila mund të shkaktojë malnutricion dhe dehidrim është një nga simptomat jo motore të hasuara së shumti në këta pacient. Pyetjes “Vështirësi në kalimin e ushqimeve ose lëngjeve ose probleme me mbytjen i janë përgjigjur PO në fillim të studimit 43.4% dhe pas 6 muajve vetëm 24%. Në lidhje me pyetjen 4 nëse pacientët kishin “të vjella ose ndjenjë përzierje” 42.5% e tyre kanë raportuar PO në fillim të studimit dhe 26% pas 6 muajve.

Kostipacioni tek të sëmurët me parkinson vjen si rezultat i disfunktionit të sistemit autonom ose si pasojë e përdorimit të medikamenteve. Probleme me “Kapsllëkun (më pak se tre herë në javë) ose vështirësi kur del jashtë” kanë raportuar PO 63.2% në fillim dhe 44% pas 6 muajve, “incontinence fekale” 13.2% në fillim të studimit dhe 12% pas 6 muajve, “ndjenjen që pasi dolët jashtë nuk arritët të zbrazeshit komplet” e kanë raportuar PO 37.7% e pacientëve në fillim dhe pas 6 muajve 22%.

Pacientët me SP shfaqin shpesh çrregullime urinare. Poliuria si dhe inkontinenca urinare ndodh sidomos tek ata pacientë të cilët kanë akinezi severe. (referenca) “Ndjenjen e urgjencës dhe shpejtësinë për të shkuar në tualet për të urinuar e kanë raportuar 66% në fillim dhe 39% pas 6 muajve, ndërsa “ngriheni natën për të urinuar” e kanë raportuar 86.6% në fillim të studimit dhe 25% pas 6 muajve.

Tek pacientët me SP vihen re çrregullime të sensibilitetit si p.sh, dhimbja në krah dhe shpatulla, ndonjëherë e shoqëruar me lodhje apo dobësi. Këto çrregullime mund të jenë të pranishme për shumë kohë përpara shfaqjes të shenjave kardinale të sëmundjes. Dhimbje të pashpjegueshme (jo nga kushte të njohura si artriti) e kanë raportuar 79.2% e pacientëve në fillim të studimit dhe 23% pas 6 muajve.

Ndryshime të pashpjeguara në lidhje me peshën (jo nga dietat) e kanë raportuar si PO 37.7% e pacientëve në fillim të studimit dhe 26% në pas 6 muajve të studimit.

Probleme që të kujtoni gjërat që kanë ndodhur kohët e fundit ose të kryeni detyrat që duhej të kryhenit i janë përgjigjur PO 52.8% e pacientëve në fillim dhe 53% pas 6 muajve.

Humbje të interesit rreth ngjarjeve që ndodhin rreth jush ose për të kryer dëkka i janë përgjigjur Po 47.2% e pacientëve në fillim dhe 47% pas 6 muajve.

Këto pacientë mund të zhvillojnë gjëndje depresive dhe ankioze për pasojë shfaqin çrregullime të sjelljes. Ata përjetojnë stres për të jetuar me këtë sëmundje dhe stres ndaj impaktit që sëmundja ka në marrdhënie me të tjerët.

Depresioni shkaktohet nga një sërë faktorësh siç është reduktimi i dopaminës dhe neurotransmetuesve të tjerë në Sistemin Nervor Qëndror. Ndjenjën e ankthit frikës ose panikut e kanë raportuar 70.8% në fillim dhe 24% pas 6 muajve. Përsa i përket pyetjes që “dëgjoni ose shikoni gjëra që ju janë thënë që nuk janë atje i janë përgjigjur 32.1% e pacientëve në fillim dhe 30% pas 6 muajve. Lidhur me përjetimin e vështirësisë në përqëndrim ose në fokusim 62.3% i janë përgjigjur PO në fillim dhe 24% pas 6 muajve. Ndjenjën e mërzitjes ose të dëshpërimit e kanë raportuar PO 90.6% e pacientëve në fillim dhe 90% pas 6 muajve. Besimi që po ju ndodhin gjëra që nuk ju ndodhin të tjerëve 54.7% në fillim dhe 31% pas 6 muajve

Disfunksion seksual. Reduktim i libidos apo impotenca janë të rralla. Njihet si efekt anësor i levodopës dhe dopa agonistëve. Ndjenja e interesit të shtuar ose të ulur ndaj seksit e kanë raportuar 84.9% e pacientëve në fillim dhe 84% pas 6 muajve, vështirësi në kryerjen e seksit kur ju përpiqeni e kanë raportuar 94.3% në fillim dhe 94% në pas 6 muajve.

Ndjenjën e errësimit, marrje mendësh ose dobësie kur çohesh nga pozicioni ulur ose shtrirë, rrezohesh e kanë raportuar 68.9% në fillim dhe 67% pas 6 muajve.

Një problem madhor në të sëmurët me Parkinson është rrëzimi. Kjo për shkak të disfunksionit muscular që karakterizon këtë sëmundje. Në pyetësorin tonë 46.2% i janë përgjigjur PO në fillim dhe 23% pas 6 muajve të ndërhyrjes infermierore.

SP shkakton shpesh çrregullime të ciklit gjumë – zgjim, duke përfshirë vështirësi në rënien në gjumë, probleme të frymëmarjes të ngjashme me sindromin e apnesë nokturne dhe zvogëlim i ciklit të gjumit. Pyetjeve si “A keni vështirësi për të qëndruar zgjuar gjatë aktiviteteve të tilla si gjatë punës, ushqyerjes, drejtimit të automjetit i janë përgjigjur PO 47.2% në fillim dhe 23 pas 6 muajve, vështirësisë për të rënë në gjumë ose të qëndrosh në gjumë gjatë natës I janë përgjigjur PO 62.3% në fillim dhe 23% në fund, A shikoni ëndrra shpesh, ëndrra të tmerrshme, ose shumë të bukura i janë përgjigjur 69.8% në fillim dhe 50% pas 6 muajve, A bisedoni ose lëvizni në gjumë, në kohën që shikoni ëndërr i janë përgjigjur 68.9% në fillim dhe 68% pas 6 muajve, Ndjenja jo të këndshme në këmbë gjatë natës ose kur qetësoheni dhe ndjenjën që ju keni nevojë të lëvizni e kanë raporuar 79.2% në fillim dhe 79% pas 6 muajve.

Edema të këmbëve si pasojë e inaktivitetit pra pyetjes nëse kishin Enjtje të këmbëve 38.7% kanë raportuar në fillim dhe 12% pas 6 muajve.

Vizion të dyfishtë 12.3% raportuan në fillim dhe 9% pas 6 muajve.

Hiperhidroza shfaqet në formën e episodeve të patritura, të gjeneralizuara, të çrregullta të djersitjes. Djersitje e shtuar kanë raportuar 53.8% në fillim dhe 52% pas 6 muajve.

Ndryshime të presionit arterial. Hypotensioni është efekt anësor i barnave antiparkinsonike. 68.2% e pacientëve që plotësuan pyetësorin raportuan për ndjenjën e errësimit, marrje mendësh ose ndjenjë dobësie kur çoheshin nga pozicioni ulur, tregues kjo i hypotensionit Ortostatic.

Si përfundim i të gjithë të dhënave të analizuara nga pyetësori A kemi një përmirësim të dukshëm të profilit të simptomave jomotore tek pacientët me Parkinson të trajtuar nga Departamenti i Neurologjisë pas 6 muajve të fillimit të studimit. Gjë që tregon më së miri rëndësinë e vlerësimit infermieror si pjese e ekipit multidisciplinar ne standartizimin e kujdesit ne te sëmurët me SP si dhe efektin pozitiv që kanë patur këta pacient si pasojë e kujdesit infermieristik.

Përsa i përket pyetësorit B, në lidhje me përgjigjet e përfutuara nga 8 pyetjet drejtuar këtyre pacientëve në fillim dhe pas 6 muajve të studimit mund të themi që pas kujdesit infermieror kemi një ndikim mjaft pozitiv të ecurisë së sëmundjes së pacientëve nëse krahasojmë të dhënat në fillim dhe pas 6 muajve.

Për të teta pyetjet e aplikuara në pyetësorin B, kemi një reagim të mirë të ecurisë ndërmjet dy formularëve të plotësuar. Pozitiviteti më i lartë i ndihmës infermieristike vihet re për të gjitha pyetjet e pyetësorit B në opsionin gjithmonë. Pra pacientët pas gjashtë muajve kanë patur më pak vështirësi për të levizur jashtë në ambjentet publike, më pak vështirësi për tu veshur, ndihen më pak të deprimuar, kanë më pak probleme në lidhjet e ngushta më të tjerët, më pak probleme në përqëndrim, më shumë të zotë për të komunikuar me të tjerët, më pak krampe dhe spazma dhe kanë patur më pak siklet në lidhje me pasjen e sëmundjes së Parkinsonit nëse do i krahasojmë me të njëtat pyetje në fillim të sëmundjes. Po ashtu një pozitivitet i lartë vihet re dhe për opsionin shpesh, pas gjashtë muajve numri i rasteve me problematikat shpesh është më i vogël krahasuar me ata në fillim të sëmundjes.

Në pyetësorin C janë aplikuar 15 pyetje për të cilat pacientët janë përgjigjur në fillim dhe pas 6 muajve të studimit. Nga analizimi i të dhënave të përfutuara për secilën pyetje veç e veç vihet re luhatje pozitive në një pjesë të konsiderueshme të tyre pas ndërhyrjes infermiore. Në disa raste këto ndërhyrje nuk kishin asnjë efekt pozitiv në përmirësimin e cilësisë së jetës së këtyre pacientëve.

Përsa më sipër, nëse i vëmë re të dhënat e përftuara nga këta pacient në kontekstin e përgjithshëm të pyetjeve ndryshimi pozitiv i të sëmurëve lidhur me shkallën UPDRS është mjaft i dukshëm pas 6 muajve. Pra ndikimi i stafit mjekësor lidhur me këshillimet, rekomandimet, trajtimet, komunikimet dhe trajnimet e familiarve me mënyrën si të sillen dhe veprojnë me familiarët e sëmurë me SP, ka dhënë ndikimin e vet pozitiv tek këta pacient. E rëndësishme është që këtyre pacientëve t`ju arrihet një mënyrë jetese sa më e përshtatshme, që ata të mos ndihen të stigmatizuar nga familiarët apo personat e tjerë si dhe të kryejnë një pjesë të aktivitetit të tyre ditor vetë ose me ndihmë minimale nga të tjerët me pak fjalë tju përmirësohet cilësia e jetës së tyre për aq kohë sa këta jetojnë.

5.3 Vlerësimi i pyetësorëve që kanë për qëllim vlerësimin e cilësisë së jetës në SP mbas ndërhyrjeve infermierore

Pyetësi A

Përsa i përket vlerësimin statistikor të pyetësorëve që kanë për qëllim vlerësimin e cilësisë së jetës në SP pas ndërhyrjeve infermieristike, për pyetësin A do të përdoret Cronbach's Alpha. Ky pyetësor në fillim dhe pas 6 muajsh të studimit rezultojnë në kategorinë 'mirë'. Vlerësimi i konsistencës së brendshme të studimit i treguar nëpërmjet Cronbach's Alpha si në fillim edhe pas 6 muajsh ka vlerat respektivisht në fillim (0.894) dhe pas 6 muajsh (0.842).

Sipas Cronbach's Alpha të dy rastet (fillim dhe pas 6 muajve) futen tek vlerësimi "Mirë". Kjo tregon se përgjigjet e dhëna nga pacientët e ketij pyetësi nuk janë të rastit por të lidhura mirë me njëra tjetrën dhe përgjigja vazhdon të ruhet në të njëjtat nivele edhe pas 6 muajsh.

Këto vlera tregojnë punën cilësore si në konceptimin dhe përkthimin e pyetësit që në të vertetë është e një autori tjetër, ashtu edhe në mbledhjen cilësore të të dhënave, me rigorozitet dhe duke zbatuar protokollin e intervistimit që provohet edhe statistikisht nga koeficienti Cronbach's Alpha.

Gjithashtu duke marrë parasysh që kemi të bëjmë me përgjigje verbale të të sëmurëve me probleme serioze të shprehjes së sëmundjes si nga aspekti i simptomave organike dhe atyre psikiatrike dhe jo me matje strikte si në rastet e matjeve laboratorike, pra me një marzh shumë të lartë ndryshueshmërie të simptomave dhe gjendjes emocionale, tregon një rezultat të shkëlqyer që na lejon të vazhdojmë më tej analizën e të dhënave.

Duke qenë se pyetësi A përbëhet vetëm nga pyetje me dy mundësi përgjigje të cilat ne i kemi kodifikuar si 0 dhe 1, pra ose e kanë kondicionin ose jo. Më konkretisht pacienti mund të ketë (1) ose mund të mos ketë (0) rrjedhje pështyme. Qëllimi i ndërhyrjes mjekësore në përgjithësi dhe infermierore në rastin konkret ka të bëjë me zhvendosjen e mundshme të përgjigjes pas ndërhyrjes nga 1 në 0, pra në largimin e kondicionit. Mesatarja e të gjitha pyetjeve (30 pyetje) është 0.566 siç tregohet në tabelën e mësipërme, shoqëruar edhe me statistikat e tjera respektive. Kjo mesatare pas 6 muajsh është 0.405, duke ruajtur një korrelacion pozitiv ndërmjet pyetjeve. Pra përgjigjet sipas mesatares janë zhvendosur nga drejtimi 1 drejt 0, kemi ulje të mesatares gjë që tregon për një ndërhyrje pozitive infermierore e cila në vazhdim zhvendoset në vlerësimin e pyetjeve në nivel individual.

Krahasimi i mesatares së shkallës pasi hiqet pyetja shikohet në secilin rast se pas 6 muajsh është më e vogël dhe në të gjitha rastet alfa e Chronbach mbetet në nivle 'mirë' i cili për pyetësin tonë mund të konsiderohet si shumë mirë për arësye të karakteristikave që i diskutuam më sipër.

Meqënëse vlerat janë në frekuencë dhe përqindje secila nga pyetjet e paraqitura në pyetësin A, mund të krahasohen në fillim dhe pas 6 muajve duke u bazuar në ndarjen sipas seksit. Për pyetjen AI tek meshkujt kemi rritje të pështymës nga 34.0% në 35.0% ndërsa tek femrat nga 21.7% në 22.0%. Pra tek meshkujt kemi një rritje prej 1% dhe tek femrat rritja është vetëm 0.3%. Pavarësisht se në të dy rastet kemi rritje që është edhe karakteristikë e pritshme e sëmundjes së Parkinsonit, tek femrat kjo rritje është më e ngadaltë.

Ne kemi analizuar çdo pyetje për të gjetur më pas pyetjet që paraqesin interes ose paraqesin diferenca të mëdha. Për shembull pyetja A 21 që ka të bëjë me rrëzimin është shumë e rëndësishme. Tek meshkujt nga 26.4% bëhet 12.0% ndërsa tek femrat nga 19.8% bëhet 11.0%, duke shprehur një përmirësim shumë të madh dhe mjaft të dukshëm i cili mund të diskutohet si një karakteristikë e gjinisë në lidhje me sëmundjen ose mund të ketë ardhur si pasojë e punës së mire kordinuar ndërmjet stafit infermieror dhe pacientëve të marrë në studim.

Gjithashtu në këtë punim kemi përdorur teknikën e korrelacionit për të vëzhguar rezultatet e pyetësorit sipas moshës. Ndonëse ka edhe teknika të tjera statistikore që mund të konsiderohen më të arsyeshme kjo teknikë është zgjedhur nga literatura dhe gjithashtu është konform përsëritjes së kësaj procedure edhe në rezultatet e marra nga pyetësorët e tjerë. Korrelacioni ka dy rrezultate, sinjifikanca statistikore dhe koeficienti i korrelacionit.

Ne kemi zgjedhur të marrim në konsiderate dhe të paraqesim vetëm rezultatet sinjifikante prej të cilave pastaj kemi analizuar koeficientët e korrelacionit. Rezultatet janë të paraqitura edhe në tabelën më sipër. Si shembull pyetja “A keni rrjedhje të pështymës gjatë ditës?” është paraqitur edhe në formë grafike. Pyetja nëse i sëmuri ka apo nuk ka rrjedhje të pështyës i korrespondon një koeficient korrelacioni $r=0.262$ dhe $p=0.007$. Siç tregon edhe paraqitja grafike ka një korrelacion pozitiv sinjifikant nga ana statistikore ndërmjet moshës dhe kësaj simptome.

Ndërkohë që kemi edhe hasje të koeficientëve negativë të korrelacionit si në rastin e pyetjes rreth “Ndjenjën e mërzitjes ose të dëshpërimit”. Në këtë rast kemi $r= -0.221$, $p=0.023$. Kjo gjetje persiston edhe pas 6 muajsh, $r= -0.228$, $p=0.022$. Duket sikur moshat më të mëdha kanë një prirje për ta toleruar më mirë këtë aspekt të sëmundjes sesa moshat më të reja.

Kjo nuk përbën paradoks meqenëse ata ndihen më të realizuar ndërsa të rinjtë kanë shumë për të bërë. Megjithëse rezultati është i pranueshëm nga ana logjike nuk mund të merret si një e vërtetë përfundimtare sepse duhen studiuar në bashkëveprim me komponentë të tjerë ndërkohë që për këtë pyetje mund të themi se ndërhyrja infermierore nuk ka sjellë diçka në përmirësimin e simptomave. Gjithsesi edhe pse nuk arritëm një rezultat për të gjithë grupin e marrë në studim, duhen të shikohen me kujdes përgjigjet individuale sepse ndërhyrja e stafit infermieror mund të jetë positive në individë të veçantë.

E njëjta analize është realizur për stadifikimin. Shikohet që pyetjet me sinjifikancë statistikore janë shumë më tepër se kur analizuam moshën. Kjo është tregues se stadi është shumë më tepër nën impaktimin e jetës së pacientit se vetë mosha. Mund të ketë të moshuar por në stadi më të ulët që e tolerojnë dhe janë funksionalë se të sëmurë të rinj por në stadi të avancuara. Përmbledhja e rezultateve në paraqitjen grafike (grafiku 4.24) tregon shpërndajen e simptomës së kapsllëkut sipas stadi para dhe pas ndërhyrjes në përgjithësi dhe ndërhyrjes infermierore në veçanti. Në fillim kemi një $r=0.517$, $p<0.001$, pra një lidhje të fuqishme sinjifikante pozitive midis stadi të Parkinsonit dhe kapsllëkut, e cila pas ndërhyrjes shkon në $r=0.315$, $p=0.001$. Kemi njëfarë përmirësimi.

Pyetëtori B

Për pyetëtorin B do të përdoret Cronbach's Alpha. Në fillim dhe pas 6 muajsh rezultojnë respektivisht në kategoritë 'e shkëlqyer' dhe 'e dyshimtë'.

Pas 6 muajsh koefiçienti i Cronbach's Alpha nuk është më i shkëlqyer edhe pse në vazhdim mund të shihet që ka përmirësim në të gjitha pyetjet duke hamendësuar që në grup ka pacientë që janë përkeqësuar brenda 6 muajsh dhe koefiçienti është subjekt i përkeqësimit të individëve të përcaktuar, specifike për stadifikimin e sëmundjes.

Rënia e koefiçientit Cronbach's Alpha nga 0.906 në 0.643 nuk është konsistente me vlerat e pyetëtorit A, gjë që na vendos para dy alternativave, ose duhet shikuar në konstistencën e brendshme të përgjigjeve të pyetësoreve në fillim dhe pas 6 muajsh ose duhen marrë në konsiderate ndryshimet ndërmjet pyetjeve të pyetësorëve.

E para ka pak mundësi të ndodhë sepse pyetëtori A në fillim dhe pas 6 muajsh është konsistent edhe me pyetëtorin B në fillim prandaj ka vlerë studimi i ndryshimit të përgjigjeve të pyetjeve nga momenti bazal dhe pas 6 muajsh.

Ashtu sic e shprehëm edhe më parë tek të gjitha pyetjet pas 6 muajsh të studimit ka rënie të vlerave të mesatares. Diferenca e mesatareve lëviz nga 1.10 deri në 1.88, të gjitha në favor të rënies. Karakteristikë e pyetëtorit është se pyetjet janë mjaft të ndryshme nga pyetëtori A. Ato lidhen më tepër me lëvizjen në publik, komunikimin, deprimimin, sikletin, lidhjet personale përqëndrimin dhe krampet muskulare dhe spazmat. Teorikisht të gjitha pyetjet janë subjekt i mundësisë së trajtimit qoftë edhe të përkohshëm. Prandaj ndryshimi i mesatareve të pyetjeve në favor të uljes së tyre është një tregues i shkëlqyer i ndërhyrjes infermjerore.

Problemi i uljes së koefiçientit mund të jetë subjekt i hipotezës së ndryshimit të madh të përfitimit ndërmjet nëngrupeve të pacientëve brenda grupit në studim. Konkretisht pacienti AQ, 67 vjeç mashkull, Stadi III në fillim jep respektivisht përgjigjet për pyetëtorin B, (5,5,4,1,4,4,3,5) dhe pas 6 muajsh (3,3,2,1,4,2,2,3), me përmirësim në 6 nga tetë pyetjet dhe në dy të tjerat nuk ndryshon.

Ndërkohë pacientja XH.O. 65 vjeç përgjigjet për pyetëtorin B, (3,3,1,1,3,1,1,3,3) dhe pas 6 muajsh (1,2,1,2,1,2,2,2). Shikojmë që pyetja 6 ka avancuar nga 1 në 2 që mund të ketë lidhje edhe me evoluimin e stadi.

Konkluzioni më i mirë është që me gjithë përfitimin e madh në këtyre kategorie pyetjesh nëpërmjet ndërhyrjes infermierore rezultati varet shumë edhe nga specifikat e pacientëve dhe kjo ngre pyetjen për një studim në vazhdim për gjetjen e nëngrupeve të pacientëve që përfitojnë ose jo, gjë që mund të shërbejë për drejtimin e punës infermierore dhe resurseve në nëngrupe me përfitim më të madh.

Fakti që korrelacionet pas 6 muajsh janë shumë më të ulta të çon të mendosh se në aspekte specifike kemi inkongruencë në përgjigje. Gjithsesi rezultatet e përftuara ku analizohet se çfarë ndosh nëse hiqet një pyetje në fjalë dhe më pas studimi vazhdohet pa këtë pyetje janë konsistente me rezultatet e të gjithë pyetësorit. Alfa e Chronbach është e lartë në të gjitha rastet kur hiqet pyetja dhe pas 6 muajsh është më e ulët gjë që na orienton të mendojmë se ndryshimi nuk lidhet me ndonjë pyetje specifike.

Gjithashtu të gjitha mesataret bien duke na treguar se ashtu si pyetësori është konceptuar rreth një boshti ashtu edhe grupi jonë i pacientëve i përgjigjet këtij konceptimi duke reaguar në të gjitha rastet kur hiqet një pyetje në mënyrë përgjithësisht uniuforme.

Pyetësori C

Vlerat Cronbach's Alpha për të dhënat në fillim dhe pas 6 muajsh për pyetësorin C rezultuan në kategorinë “e pranueshme”. Duke rikujtuar karakteristikat e studimit tonë vlen të theksojmë se vlerat e përftuara janë shumë të mira dhe konsistente në kohë. Duhet mbajtur parasysh që vetëm pyetja e parë që lidhet me cilësinë e gjumit shkon në shkallë rritëse nga 0 në 10, pyetjet e tjera janë të përmbysura nga ‘gjithmonë’ në ‘kurrë’. Kjo duhet mbajtur parasysh gjatë analizës së pyetjeve në veçanti dhe interpretimit të diferencave në fillim dhe pas 6 muajsh të fillimit të studimit.

Diferenca e mesatareve nga fillimi i studimit deri 6 muaj pas fillimit është -12.01. Kjo tregon një rënie të cilësisë së gjumit në ndryshim nga dy pyetësorët e tjerë tek të cilët përfitimet ishin më të dukshme.

Nëse pas 6 muajsh mesatarja negativizohet, përveç pyetjes së parë, tregon përmirësim të gjendjes së pacientit. Shikojmë që të gjitha pyetjet kanë diferencat në vlera negative. Shumë prej tyre janë afër zeros që duhet të diskutohet nëse vetë mos ndryshimi i tyre është sukses.

Për shembull pyetja C II e ka diferencën shumë të vogël, -0.06, e cila mund të llogaritet si përmirësim por i papërfillshëm dhe lidhet me vështirësinë e pacientit për ta zënë gjumi.

Ndërsa pyetja kryesore ka të bëjë me cilësinë mesatare të gjumit që është ngative si diferencë, C I, diferenca -1.58.

Duket që në grupin në studim kjo ka ardhur duke u përkeqësuar. Por duhet mbajtur parasysh që është një pyetje e përgjithshme dhe merr në konsideratë të gjitha pyetjet e tjera në vazhdim. Pra është një sforcim nga ana e pacientit të japë një përgjigje komplekse duke dhënë llogari për të gjitha pyetjet në vazhdim nëpërmjet një pyetje të vetme duke futur këtu edhe gjykimin subjektiv të modifikuar nga gjendja emocionale.

Totali i diferencës së mesatareve megjithatë në krahasim me fillimin është mjaft i madh duke garantuar që vazhdimi i ndërhyrjeve infermeriore është fitimprurës edhe në të ardhmen. Pyetja C III ka vlerë minimale pozitive prej 0.01 dhe lidhet me urinimin natën.

Në njëfarë mënyre ky përkeqësim është i pritshëm dhe nuk mund të ndalohet vetëm të mbahet në nivlet aktuale do të ishte sukses. Nuk ka diferenca të rëndësishme statistikore në asnjë nga pyetjet ndërmjet gjinisë dhe pyetjeve të pyetësorit C as në fillim dhe as pas 6 muajsh.

Diferenca e mesatareve nga fillimi dhe pas 6 muajsh të studimit në disa nga pyetjet e pyetësorit C janë me një ndryshim minimal. Kjo gjë tregon se është ruajtur statusi fillestar në lidhje me gjumin dhe mund të konsiderohet si një nga fushat e sukseshme të ndërhyrjes tek të cilat duhet fokusuar edhe në vazhdim.

Këto pyetje përmbledhen si vlerësim mbi nervozizmin, vështirësinë për ti zënë gjumi, ëndrrat shqetësuese, haluçinacioniet dhe krampet. Këto janë aspektet më të rëndësishme në lidhje me gjumin ndërsa pyetjet e tjera kanë një diferencë mesatare >0.50 drejt përkeqësimit. Për shembull inkontinenca urinare, dridhja dhe lodhja janë simptoma progresive të sëmundjes dhe me të vërtetë janë përtej ndërhyrjes infermierore.

Ndarja e përgjigjeve sipas këtyre kategorive përveç se tregon me saktësi se ku mund të ndërhyhet me sukses është edhe një tregues i rëndësishëm për plotësimin me profesionalizëm të pyetësorit që ndikon edhe në cilësinë e të dhënave dhe përdorshmërinë e gjetjeve në praktikë.

Si në pyetësorët A dhe B edhe në pyetësorin C shohim që rezultatet persistojnë nëse hiqet secila nga pyetjet. Kemi zhvendosje në drejtim të njëjtë të të gjitha pyetjeve. Koefiçienti Alfa i Chronbach ruhet pothuajse në të njëjtat vlera duke treguar se nuk ka ndonjë pyetje heqja e së cilës do të modifikonte rezultatet në mënyrë domethënëse.

Të gjitha korrelacionet sinjifikative në lidhje me moshën janë negative çfarë tregon se duhet marrë në konsideratë përveç përkeqësimit për shkak të sëmundjes së Parkinsonit edhe komponenti moshë që shoqërohet me ndryshime fiziologjike dhe shtimin progresiv të patologjive të tjera.

Periudha prej 6 muajsh është e gjatë dhe mund të merret në konsideratë që kemi një shtyrje në moshë prandaj secila prej këtyre rezultateve nëse do të kishte një studim tjetër do të duhej ponderuar edhe efektet moshore apo shfaqjen e patologjive të tjera shoqëruese.

Analiza e Korrespondencës së Shumëfishtë realizohet duke reduktuar një numër të madh variablash në një numër më të kufizuar faktorësh me qëllim lehtësimin e leximit të rezultateve, për të lehtësuar gjetjen e lidhjeve të zbuluara ndërmjet variablave.

Kjo analizë kuantifikon të dhënat kategorike duke ju përcaktuar atyre vlera numerike rasteve (objekteve) dhe kategori, kështu që objektet brenda të njëjtës kategori janë afër dhe objektet në kategori që ndryshojnë shumë nga njëra tjetra vendosen larg. Secili objekt është aq afër sa është e mundur me pikat e kategorive që aplikohen në këtë objekt. Prandaj, kategoritë i ndajnë objektet në grupe homogjene. Variablat konsiderohen homogjenë kur ata i klasifikojnë objektet në të njëjtat kategori në të njëjtat nëngrupe.

Është një metodë analize multivariate. Metoda përputhet me studimin e variablave në studimin tonë, cilësorë, nominal. Mund të përdoret edhe për variabla ordinalë. Me anë të këtyre pyetjeve kemi pare a kemi ngjshmëri në përgjigje?. A mos janë paradokse?.

Dy pyetësorët e marrë në considerate B dhe C. pjesa më e madhe e pacientëve është e grupuar dhe vetëm pak prej tyre janë të zhvendour që nuk përbën por kërkon analizë të mëtejshme. Paraqitja grafike e analizës së korrespondencës tregon se në të dy pyetësorët, pyetjeve iu është dhënë përgjigje pa krijuar paradokse nga pacientë gjë që është një tregues i forte i cilësisë së të dhënave dhe performancës së mirë të studimit. Tre pacientët e vendosur me numra rendor, 80, 81 dhe 82 duhen shqyrtuar në mënyrë individuale. Janë të grupuar të tre bashkë që mund të shpjegohet me moshën, stadin dhe ngjashmëritë në dhënine e përgjigjeve. Nëse nuk kemi probleme me cilësinë e përgjigjeve atëherë duhet shikuar si një nëngrup që ka karakteristika të veçanta.

5.4 Pacientët që trajtohen me DUODOPA dhe ndjekja e tyre nga ana e kujdesit infermerior

Levodopa ishte preparati i parë i prezantuar për trajtimin e SP në 1967 dhe vazhdon të mbetet preparati më i përdorur. Shumica e terapive me levodopa administrohen në mënyrë orale, të cilës me kalimin e kohës i bie efektiviteti, për shkak të stimulimit pulsativ të receptorëve, kombinuar me gjysmëjetën e shkurtër të eleminimit dhe absorbimin e çrregullt intestinal të saj.

Në fazën e avancuar të sëmundjes së Parkinsonit, Duodopa është një alternativë unike dhe konsiston në administrimin e përbërjes Levodopa/ Carbidopa në trajtë xheli drejtpërdrejt në duoden nëpërmjet PEG. Duodopa siguron përqëndrime kostante të lëvodopës në plazëm dhe stimulim të vazhduar të receptorëve dopaminergjikë në sajë të Infuzionit të vazhduar intestinal duke ju afruar kështu gjëndjes fiziologjike normale.

Studime të kryera nga shumë vende të ndryshme lidhur me trajtimin me Duodopa kanë nxjerrë në pah rolin pozitiv që ky trajtim ka kryesisht për personat me SP të stadeve të avancuara (132-134). Sipas këtyre studimeve u vunë re përmirësime si në indeksin përmbledhës të PDQ39 ashtu edhe në raportet ditare të kontrollit të simptomave SP pas futjes së LCIG, duke mbështetur përdorimin e tij në pacientë të përzgjedhur mirë (133- 135).

Në një studim të kryer nga Karlsborg et al në 2010 raportuan një efekt pozitiv të trajtimit të 14 pacientëve me duodopa në Danimarkë. Sipas tyre Duodopa ka një efekt lehtësues dhe stabilizues të simptomave pa efekte anësore, por përfshin një rrezik të komplikimeve kirurgjikale (peritonit) (133).

Edhe në studimin tonë të 10 pacientë të trajtuar me Duodopa, përmirësi i cilësisë së jetës apo i simptomave motore dhe jo motore është relativisht i mirë. Pra si përfundim mund të themi se: aplikimi, kujdesi, të mësuarit dhe trajtimi i sëmundjen së avancuar të Parkinsonit e matur nga një shkallë e vërtetuar specifike e sëmundje me Duodopa nga ana e kujdesit mjeksor ka përmirësuar mjaft mirë cilësinë e jetës së kyre pacientëve.

KONKLUSIONET

Ashtu siç e kemi përmendur edhe më parë, faktorët e rrezikut, të cilët mund të ndryshojnë gjeografikisht, përfshijnë të dy ndryshimet gjenetike në ndjeshmërinë ndaj sëmundjes dhe ekspozimin ndaj faktorëve mjedisorë shkaktarë dhe mbrojtës. Por nga ana tjetër është dokumentuar se SP është e lidhur ngushtë me plakjen dhe se procesi i saj themelor dallon.

Në këtë studim, nga 106 pacientë në fillim të studimit 58.5% e tyre i përkasin gjinisë meshkuj dhe 41.5% femrave. Edhe pas 6 muajve përsëri kemi një dominancë të meshkujve kundrejt femrave në përqindje 60% dhe 40% respektivisht. Nuk u vu re ndryshim sinjifikant për CI 95% vlera e p rezultoi >5%.

Mosha mesatare e këtij studimi rezultoi 67.6 ± 9.0 , ku mosha minimale është 38 vjeç ndërsa ajo maksimale 87 vjeç.

Grupmosha me numrin më të lartë të rasteve janë 56-65 vjeç dhe 66-75 vjeç me 22 dhe 26 raste respektivisht për meshkujt dhe 13 dhe 18 raste respektivisht për femrat. Numri më i vogël i rasteve vihet re për grupmoshën 36-45 vjeç. Nuk u vu re asnjë ndryshim sinjifikant ndërmjet ndarjes sipas grupmoshave dhe gjinisë femër/mashkull në studimin tonë për CI 95% vlera e p rezultoi >5%.

Sipas stadifikimit të përcaktuar nga ana e mjekëve specialist, pacientët në stadin e III të sëmundjes përbëjnë dhe përqindjen më të lartë (65.1%) të këtyre pacientëve të marrë në studim. Të dytët renditen pacientët në stadin e II me 24.5%, më pas ata të stadi IV me 9.4% dhe në fund është vetëm 1 rast apo 0.9% në stadin e V të sëmundjes. Në vlera pothuajse të përafërta janë dhe përqindjet pas 6 muajve të studimit. Pas 6 muajve asnjë nga pacientët nuk ka qenë në stadin V të sëmundjes.

Në studimin tonë pyetëtori A është i lidhur drejtëpërsëdrejti me profilin e simptomave jomotore tek pacientët me Parkinson të trajtuar nga Departamenti i Neurologjisë në Shqipëri i cili përmbante 30 pyetje. Si përfundim i të gjithë të dhënave të analizuara nga pyetëtori A kemi një përmirësim të dukshëm të profilit të simptomave jomotore tek pacientët me Parkinson të trajtuar nga Departamenti i Neurologjisë pas 6 muajve të fillimit të studimit. Gjë që tregon më së miri rëndësinë e vlerësimit infermieror si pjese e ekipit multidisciplinar në standartizimin e kujdesit në të sëmurët me SP si dhe efektin pozitiv që kanë patur këta pacient si pasojë e kujdesit infermieristik.

Përsa i përket pyetësorit B, në lidhje me përgjigjet e përfutuara nga 8 pyetjet drejtuar këtyre pacientëve në fillim dhe pas 6 muajve të studimit mund të themi që pas kujdesit infermieror kemi një ndikim mjaft pozitiv të ecurisë së sëmundjes së pacientëve nëse krahasojmë të dhënat në fillim dhe pas 6 muajve.

Për të teta pyetjet e aplikuara në pyetësorin B, kemi një reagim të mirë të ecurisë ndërmjet dy formularëve të plotësuar. Pozitiviteti më i lartë i ndihmës infermieristike vihet re për të gjitha pyetjet e pyetësorit B në opsionin gjithmonë. Pra pacientët pas gjashtë muajve kanë patur më pak vështirësi për të levizur jashtë në ambjentet publike, më pak vështirësi për tu veshur, ndihen më pak të deprimuar, kanë më pak probleme në lidhjet e ngushta më të tjerët, më pak probleme në përqëndrim, më shumë të zotë për të komunikuar me të tjerët, më pak krampe dhe spazma dhe kanë patur më pak siklet në lidhje me pasjen e sëmundjes së Parkinsonit nëse do i krahasojmë me të njëtat pyetje në fillim të studimit. Po ashtu një pozitivitet i lartë vihet re dhe për opsionin shpesh, pas gjashtë muajve numri i rasteve me problematikat shpesh është më i vogël krahasuar me ata në fillim të sëmundjes.

Në pyetësorin C janë aplikuar 15 pyetje për të cilat pacientët janë përgjigjur në fillim dhe pas 6 muajve të studimit. Nga analizimi i të dhënave të përfutuara për secilën pyetje veç e veç vihet re luhatje pozitive në një pjesë të konsiderueshme të tyre pas ndërhyrjes infermiore. Në disa raste këto ndërhyrje nuk kishin asnjë efekt pozitiv në përmirësimin e cilësisë së jetës së këtyre pacientëve.

Në pyetësorin C totali i diferencës së mesatareve në krahasim me fillimin është mjaft i madh duke garantuar që vazhdimi i ndërhyrjeve infermiore është fitimprurës edhe në të ardhmen. Pyetja C III ka vlerë minimale pozitive prej 0.01 dhe lidhet me urinimin natën.

Të gjitha korrelacionet sinjifikative në lidhje me moshën janë negative çfarë tregon se duhet marrë në konsideratë përveç përkeqësimit për shkak të sëmundjes së Parkinsonit edhe komponenti moshë që shoqërohet me ndryshime fiziologjike dhe shtimin progresiv të patologjive të tjera.

Periodha prej 6 muajsh është e gjatë dhe mund të merret në konsideratë që kemi një shtyrje në moshë prandaj secila prej këtyre rezultateve nëse do të kishte një studim tjetër do të duhej ponderuar edhe efektet moshore apo shfaqjen e patologjive të tjera shoqëruese.

Përsa më sipër, nëse i vëmë re të dhënat e përftuara nga këta pacient në kontekstin e përgjithshëm të pyetjeve ndryshimi pozitiv i të sëmurëve lidhur me shkallën UPDRS është mjaft i dukshëm pas 6 muajve. Pra ndikimi i stafit mjekësor lidhur me këshillimet, rekomandimet, trajtimet, komunikimet dhe trajnimet e familiaërve me mënyrën si të sillen dhe veprojnë me familiarët e sëmurë me SP, ka dhënë ndikimin e vetë pozitiv tek këta pacient. E rëndësishme është, që këtyre pacientëve t`ju arrihet një mënyrë jetese sa më e përshtatshme, që ata të mos ndihen të stigmatizuar nga familiarët apo personat e tjerë si dhe të kryejnë një pjesë të aktivitetit të tyre ditor vetë ose me ndihmë minimale nga të tjerët, me pak fjalë tju përmirësohet cilësia e jetës së tyre për aq kohë sa këta jetojnë.

LCIG është një trajtim efektiv në pacientët me SP të përparuar e cila lejon përmirësimin e gjendjes së tyre motorike, simptomat jo motorike, cilësinë e jetës dhe shkallën e autonomisë. Për të arritur rezultatin e pritur, kërkohet përzgjedhje e mirë e kandidatëve dhe monitorim adekuat.

Trajtimi dhe kujdesi ndaj pacientit duhet të jetë multidisiplinar, me përfshirje aktive të neurologut, gastroenterologut dhe personelit infermieror.

Edukimi i pacientit dhe kujdestarit është thelbësor.

Përdorimi i protokolleve dhe zbatimi i njohurive të dhëna në udhëzimet e menaxhimit klinik, të tilla si këto, do të lejojnë suksesin terapeutik.

REKOMANDIME

Duke qenë se mosha e tretë dhe shkalla më e lartë e dëmtimit neuro-psikiatrik po krijojnë një problem mjaft shqetësues në shëndet publik dhe në ekonomi në nivel global, do të ishte e rekomandueshme një vizitë e shpeshtë tek neurologu në mënyrë që trajtimi dhe ndjekja e këtyre pacientëve të diagnozuar me SP të ishte sa më i shpejtë.

Ne rekomandojmë krijimin dhe ndjekjen e një protokollit ose udhëzues të menaxhimit klinik kryesisht për stafin infermieristik ose stafin mbështetës në mënyrë që tju vijmë sa më në ndihmë pacientëve dhe familjarëve të të sëmurëve me SP.

Këta të sëmurë duhet të ndiqen në mënyrë rigorozë dhe periodike nga stafi mjekësor lidhur me zbatimin e trajtimit dhe ndjekjen e stadive të avancimit të sëmundjes në mënyrë që tju lehtësojmë dhe përmirësojmë sadopak cilësinë e jetës.

Duke pasur parasysh që ndërlikimet e vogla janë të zakonshme dhe se ato mund të çojnë në komplikime serioze, identifikimi i tyre i hershëm dhe menaxhimi i duhur është thelbësor.

Menaxhimi i pacientëve që trajtohen me Duodopa duhet të jetë multidisiplinar, me përfshirjen e rekomanduar të neurologëve, gastroenterologëve dhe infermierëve të specializuar.

Trajtimi me xhel të zorrëve levodopa-carbidopa LCIG; Duodopa ka demonstruar edhe efikasitetin dhe efektivitetin në përmirësimin e komplikimeve motorike, statusit motorik, simptomave jo motorike dhe cilësisë së jetës së pacientëve. Për këtë arsye duhet të kihet shumë kujdes në përzgjedhjen e kandidatëve pasi duhet të merren në konsideratë pacientët me komplikime motorike, të cilët dëshirojnë të trajtohen dhe që nuk kanë as kundra indikacion, as komplikime serioze njohëse të sjelljes ose emocionale.

Krahasuar me trajtimet e tjera të sëmundjes së avancuar të Parkinsonit, kriteret e përzgjedhjes për LCIG janë më pak të rrepta dhe pacientët me kundra indikacione për stimulim të thellë të trurit ose infuzione të apomorfinës të cilat mund të tregojnë një përgjigje më të mirë ndaj terapisë LCIG.

Megjithëse koha që nga fillimi i sëmundjes nuk ndikon në rezultatin, ne rekomandojmë të shmangni vonesën e panevojshme në fillimin e terapisë LCIG, pasi kjo terapi siguron kontroll më të mirë të simptomave motorike ose jo motorike dhe përmirëson cilësinë e jetës së pacientit, krahasuar me terapinë më të mirë konvencionale (mjekim oral).

Menaxhimi i terapisë LCIG është relativisht kompleks dhe kërkon mësim dhe kujdes paraprak nga ana e stafit infemistik.

SHTOJCA

Mënyrat e menaxhimit të pacientëve me Duodopa

Përgatitja përpara shtrimit në spital

1. Merret aprovimi për përdorimin e pompës së Duodopës nga departamenti i paisjeve mjekësore të spitalit
2. Endoskopistët informohen në lidhje me inserimin e gastrostomis endoskopike perkutane (PEG) dhe tubit intestinal
3. Mbledhja e ekipit kurues të spitalit për të planifikuar në lidhje me fillimin e terapisë dhe kujdesin pas fillimit. Ekipi duhet të përfshijë neurolog, endoskopistë, radiolog, infermiere/ë i/ e specializuar, infermiere/ë e/i pavioni.
4. Takimi me familjarët ose pacientin për ti siguruar informacion në lidhje me terapinë dhe marrja e aprovimit nga ana tyre.
5. Porositja e Duodopës dhe kitit të Duodopës
6. Përcaktimi i datës për realizimin e PEG

Shtrimi në spital

1. I jepen pacientit barnat e tij/saj anti-parkinsonikë në mëngjes përpara ndërhyrjes edhe pse është me stomak bosh
2. Inerohet tubi nazo-intestinal nën kontroll fluoroskopik ose endoskopik
3. Testi naso-intestinal: Titrohet doza me qëllim për të marrë përfitimet terapeutike optimale. Përdoret një sistem pikëzimi për të monitoruar funksionin motorik të përditshëm. Periudha e testimit përdoret për të familjarizuar pacientin me përdorimin e kasetës së Duodopës, pompës dhe tubit. Në fund të kësaj periudhe specialistët e spitalit duhet të vendosin nëse do avancojnë drejt një infuzioni permanent.
4. Realizimi i PEG
Realizimi i PEG dhe vendosja e tubit intestinal nën anestezi të lehtë, kontrollohet pozicioni i tubit nëpërmjet Rx dhe fillohet infuzioni. Rregullohet doza e duodopës në 1-3 ditet në vazhdim, mbahet pacienti nën observim për 24 orë.

Në varësi të përgjigjes klinike, vendoset gjatë ditës 3-5 nëse do të vazhdojë trajtimi dhe nëse do kryhet vendosja e PEG. Vendimi për inplantimin e PEG meret pasi është kryer titrimi i pacientit dhe periudha e proves ka dhënë një klinikë të kënaqshme për pacientin.

Nëse merret vendimi për vendosjen e PEG pacienti kalon nga sonda nazoduodenale në implantimn përfundimtar të PEG. Njësia e PEG përshkruhet në SHTOJCË B. ndonjëheë mund të ndodhë që pacientit ti duhet më shumë kohë për të mare vendimin për trajtimin e vazhdueshëm LCIG pasi janë në shtëpi në mjedisin e tyre normale. Gjatë kësaj periudhe të testimit duke reflektuar dhe për komplikacionet përdoret tubi gastroduodenal për administrimin e ilaçeve.

Përgatitja për dalje nga spitali: Kur arrihet niveli i titrimit dhe PEG është vendosur ose është planifikuar në të ardhmen e afërt, pacienti është i përgatitur për kryerjen e implantimit i jepet pacientit ose kujdestarit të tij informacion shtesë verbal ose i shkruar për përdorimin e kasetës, pompës, tubave si dhe i lihet një numër kontakti. Vendosen vizita nga infermierët 1 javë pas daljes. Kjo përfshin instruksione dhe informacione të plota për pacientin dhe kujdestarin se si të merren me pompën, si të zgjidhin situatat në rast të problemeve teknike dhe kujdesin ndaj PEG.

Udhëzimet mbi pompën sigurohen nga prodhuesi, megjithatë njohja e pacientit me pajisjen është padyshim e rëndësishme dhe kjo përfshin siguri se pompa është programuar paraprakisht dhe është vendosur doza e vazhduar dhe doza e mëngjesit që është përcaktuar gjatë fazës së titrimit. Doza e mëngjesit dhe doza e vazhduar janë caktuar individualisht. tregon rrjedhën e pacientit dhe skemën e vendimit për testimin dhe titrimin e LCIG në SP të avancuar.

Ndjekja e pacientit

Kontrollet klinike janë planifikuar rregullisht kur efekti i trajtimit LCIG është stabilizuar, mund të vendoset kontrolli çdo 6 muaj. Është e rëndësishme që këto kontrolle të vendosen sipas nevojve individuale të pacientëve. Mund të kemi pacientë të cilët mund të kenë nevojë për kontrolle më të shpeshta. Ardhja e pacientit në klinikë mund të ndihmojë gjithashtu për të ritur besimin e vetë pacientit dhe të kujdestarit në lidhje me kapacitetin e tyre të trajtimit dhe të përdorimit të pompës. Një herë në vit, kontrollet klinike janë vendosur për të përfshirë vlerësimet e kryera tashmë në mënyrë që të vlerësojnë efektet e dozave dhe të vlerësojnë ndryshimet e mundshme të dozave si dhe pët të vlerësuar kapacitetin kognitiv dhe funksional. Për më tepër, pompa dhe PEG do të kontrollohen dhe mirmbahen njëherë në vit ose më shpesh në rast mosfunksionimi dozimi i vazhdueshëm dopaminergjik me LCIG është i efektshëm në uljen e deficiteve motore dhe jo-motore në SP e avancuar, dhe veçanërisht çrregullimet e gjumit dhe problemet urinare duket se përmirësohen.

Çrregullimet psikiatrike mund të jenë anashkaluar për shkak të defiçiteve të rënda motore, dhe pas inicimit të trajtimit LCIG ato mund të bëhen të dukshme, dhe evidente kur hipokinesia dhe ngurtësia nuk janë më dominuese. Morbiditeti i caktuar psikiatrik në vlerësimin e para-trajtimit ka tendencë të mos përmirësohet pas fillimit të trajtimit LCIG. Në fakt duket se veçantitë psikiatrike ndoshta kanë tendencë të lulëzojnë kur pacienti të rifitojë lëvizshmërinë. Këto çështje duhet të merren parasysh para fillimit të trajtimit dhe mund të rezultojnë në ndërprerjen më vonë.

Menaxhimi pas daljes nga spitali

1. Përgjegjësitë e specialistit: rivlersimi i rregullt i gjëndjes së pacientit, monitorimi dhe rregullimi i dozave të Duodopës, përshkrimi i Duodopes, monitorimi i përdorimit të duodopës.
2. Përgjegjshmëritë e endoskopistit: Të japë këshilla në lidhje me problemet e PEG dhe tubit intestinal; të ripozicionojë ose rivendosë tubin nëse është e nevojshme.
3. Përgjegjshmëritë e infermierit specialistit: vizita rregullisht të pacientit në shtëpi, të sigurojë informacion dhe suport për pacientët, monitorojë përdorimin e Duodopës, kujdeset për stomën, sigurojë këshilla për problemet e pompës dhe tubit intestinal.
4. Përgjegjësitë e infermieres që kujdeset për terapine me Duodopa: Kontaktoj pacientin çdo një javë, më pas çdo 1 muaj, 3 muaj, 6 muaj, 12 muaj, më pas çdo vit.
5. Përgjegjësit e mjekut të përgjithshëm: kujdesi rutinë për pacientin; vlerësimi i efektshmërisë të dozave dhe ndryshimi i tyre sipas paraqitjes klinike të pacientit përshkrimi i levodopa/carbidopa apo medikaenteve të tjera orale nëse e shikon të nevojshme.

Ndërprerja e pacientëve

Pacientët që nuk reagojnë klinikisht ndaj LCIG gjatë periudhës së testimit do të mbeten në terapi orale. Në rastet kur pacientët fillimisht përgjigjen gjatë fazës së testimit, por në një afat të mesëm ose të gjatë demonstrojnë pak ose aspak efekt të LCIG, terapia duhet të ndërpritet. Çështja e potencialisht të qenit jo-përgjegjës duhet të diskutohet me pacientët dhe të afërmit para se të fillojë LCIG dhe krijimin e një PEG. Pacientët që ndërpritën nga LCIG më pas transferohen në terapi SP orale. Megjithatë, perspektivat afatgjata për pacientët duket të jenë pozitive pasi të dhënat kanë treguar një efekt pozitiv afatgjatë të LCIG.

Të gjitha së bashku aspektet e shikimit të pacientëve ne stadet e avancuara të SP-së, me deficite të rënda motore dhe jo-motore përmirësohen nganjëherë rrënjësisht dhe kjo krijon një situatë inkurajuese dhe tepër motivuese profesionale.

Mbështetja e pacientit

Informacioni i plotë për pacientët dhe të afërmit do të minimizojë rrezikun e komplikacioneve. Listat e kontrollit dhe udhëzimet me shkrim minimizojnë gabimet ose komplikacionet e shkaktuara nga personeli. Informimi i familjarizon të gjithë personelin infermieror në departamentin e neurologjisë duke u përfshirë në LCIG. Kjo përmirëson nivelin e rregjistrimit të problemeve, që redukton hospitalizimet për shkak të ndërlikimeve ose mosfunksionimit të pompës ose PEG. Në rastet kur kemi problem me PEG Si përshembull zhvendosje, nuk është e nevojshme domosdoshmërisht paraqitja e pacientit në spital duke i vënë në dispozicion një ambulance. Pompa mund të çaktivizohet lehtë dhe pacienti mund të marrë medikamentet sipas një orari paracaktuar pra mund të marrë Levodopa / Carbidopa në formë orale. Pacienti paraqitet në klinikën e çrregullimeve të lëvizjes mëmgjesin e ditës tjetër dhe më pas në departamentin e radiologjisë për një kontroll për të evidentuar pozicionimin e tubit.

Grupet mbështetëse ofrojnë një rrjet social për njerëzit që ndajnë përvojat dhe përveç kësaj lënë hapësirë për shkëmbimin e njohurive mes pacientëve dhe të afërmeve. Këto dhe elementë të tjerë mund të diskutohen dhe të ndahen në grupe më të mëdha mbështetëse të pacientëve të cilat kanë rezultuar të dobishme.

Ndërsa pacientët e LCIG pasohen nga një përmirësim i dukshëm ata ndihen më të lire dhe disa pacientë mund të dëshirojnë të udhëtojnë. Për këtë qëllim mund të sigurohen çanta ftohëse për mbajtjen e medikamenteve së bashku me një pompë shtesë si rezervë. Informacioni mbi mënyrën e trajtimit të tij sigurohet nga prodhuesi, por dhe nga infermiera specialiste e duodopës. Përsa i përket kujdesit parësor, kujdesit në shtëpi, infermiera dhe farmacia janë bashkëpunëtorë të rëndësishëm, me të cilët klinika LCIG duhet të jetë në kontakt dhe të punojë ngushtë për kujdesin ndaj pacientit. Infermiera e SP-së krijon kontaktin dhe siguron informacionin përkatës për këta bashkëpunëtorë të jashtëm në mënyrë që të sigurojë mbështetje optimale të pacientit mbasi dalin nga spitali jashtë (89).

Procedura e Mëngjesit

Përgatitja: lidhet një kasetë e re me pompën, hiqet kapaku i kuq mbrojtës i tubit të kasetës, lidhet tubi me portën intestinale në PEG, shtyp butonin ON/OFF për 3 sekonda për të filluar, shtyp STOP/START për 3 sekonda për të filluar infuzionin e vazhduar.

Administrimi i dozës së mëngjesit: shtyp butonin MORNING DOSE dy herë për të administruar dozën, doza e vazhduar administrohet automatikisht. Doza e mëngjesit arrin nivelin terapeutik për 10-30 minuta, doza bazohet në dozën e mëngjesit të kaluar dhe volumit të nevojshëm për të mbushur tubin. Doza totale e mëngjesit është zakonisht 5-10 ml, që përbëhet nga 100-200 mg levodopa. Doza totale e mëngjesit nuk duhet të kalojë 15 ml (300 mg levodopa).

Doza e vazhduar administrohet me 2 mg/ore (0.1 ml/ore). Doza duhet të adaptohet në mënyrë individuale, duhet të mbahet në diapazonin e 1-10 ml/h (20-200 mg/h levodopa) dhe zakonisht është 2-6 ml/h(40-120 mg/h levodopa). Doza maksimale e rekomanduar është 200 ml, në raste të veçanta mund të jepen doza më të larta.

Shembull:

Marrja ditore e levodopës si duodopa: 1640 mg/ditë

Doza bolus e mëngjesit: 140 mg = 7 ml (përfshirë volumin për të mbushur tubin)

Doza mbajtëse e vazhduar: 1500 mg/ditë

$1500 \text{ mg/d} : 20 \text{ mg/ml} = 75 \text{ ml Duodopa në ditë}$

Sasia e marrë llogaritet gjatë 16 orëve: $75 \text{ ml} / 16 \text{ orë} = 4.7 \text{ ml/orë}$

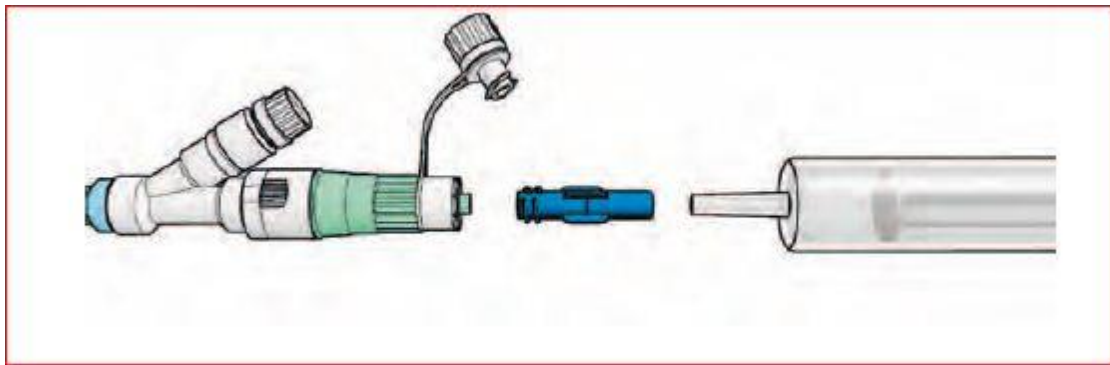
Procedura gjatë ditës

Nëse shfaqen simptomat e Parkinsonit administrohet një extra dozë duke shtypur butonin EXTRA DOSE. Doza ekstra sikurse dhe dozat e tjera rregullohet nga infermieri sipas dozave të përcaktuara nga mjeku ose nëse kemi asistencë famijare të pacientit EXTRA DOSE mund të rregullohet nga vetë pacienti zakonisht 0.5-2 ml dhe në raste të ralla jepet më shumë. Nëse rritet nevoja për dozë extra mbi 5 në ditë doza mbajtëse duhet të rritet.

Procedura në mbrëmje

Ndërpritet infuzioni dhe shkëputet tubi intestinal, mbahet shtypur butoni STOP/START për 3 sekonda për të ndaluar infuzionin; shtypet butoni ON/OFF për 3 sekonda që të fiket pompa; shkëputet tubi i kasetës nga porta intestinale në PEG/J; shkëputet kaseta nga pompa; përdoret një shiringë për të shpëlarë tubin me 40 ml ujë të pishëm .

Figura 1. Pastrimi i tubit intestinal



Burimi: Duodopa Everyday. Abbot 2013

Monitorimi i terapisë:

Një përkeqësim i menjëhershëm i gjëndjes klinike të pacientit me mospërgjigje ndaj terapisë dhe fluktuatione motore duhet të ngrëjë dyshimin se pjesa distale e tubit mund të jetë zhvendosur nga duodeni në stomak. Lokalizimi i tubit duhet të përcaktohet me ekzaminim me rreze X dhe fundi i tubit duhet të ripozicionohet nën kontroll radiologjik.

12.4 Karakteristikat farmakologjike

1. Karakteristikat farmakodinamike

Grupi farmakoterapeutik: Preparat anti-Parkinsonik, levodopa dhe frenues të dekarboksilazës
kodi ATC: N04BA02

Duodopa është një kombinim levodopa dhe carbidopa (raport 4:1) në formë xheli për infuzion intestinal të vazhdueshëm në fazat e avancuara të sëmundjes së Parkinsonit me fluktuacione motore severe dhe hiper-/diskinezi. Levodopa redukton simptomat e Parkinsonit duke u dekarboksiluar në dopaminë në tru.

Carbidopa, e cila nuk e kalon barrierën hemato-encefalike frenon dekarboksilimin extracerebral të levodopës, pra një sasi më e madhe e levedopës është e disponueshme për tu transportuar në sistemin nervor qendror ku transformohet në dopaminë.

2. Karakteristikat farmakokinetike

Absorbimi: Duodopa administrohet nëpërmjet një tubi direkt në duoden. Levodopa absorbohet shpejt nëpërmjet një sistemi transporti të amino acideve me kapacitet të lartë. Biodisponibiliteti është i njëjtë si levodopa e dhënë si tablete 81-98%. Variacionet e përqendrimit plazmatik janë shumë të vogla pasojë e administrimit të vazhdueshëm. Duodopa arrin përqendrimin terapeutik brënda 10-30 minutash pas marrjes së dozës bolus të mëngjesit.

Shpërndarja: Klirensi dhe volumi i shpërndarjes për Levodopën është 0.3l/h/kg dhe 0.9-1.6l/kg.

Lidhja me proteinat plazmatike është e parëndësishme

Metabolizmi dhe Eleminimi: Gjysëm jeta e eliminimit është 1-2 orë. Levodopa eliminohet tërësisht nëpërmjet metabolizmit dhe metabolitet e formuar ekskretohen kryesisht nëpërmjet urinës. Rruga kryesore e metabolizmit është dekarboksilimi, por kur administrohet së bashku me carbidopën metabolizohet nga COMT që shndërrohet në rrugën kryesore të metabolizmit të levodopës.

3. Lidhjet midis farmakokinetikës dhe farmakodinamikës

Reduktimi i fluktuacioneve të përqendrimit plazmatik të levodopës redukton fluktuacionet në përgjigjen terapeutike. Doza e levodopës e nevojshme në fazën e avancuar është shumë variabël prandaj ajo rregullohet sipas përgjigjes klinike.

Në terapinë me Duodopa nuk është vënë re zhvillimi i tolerancës, përkundrazi shumë pacientë pas një periudhe të suksesshme trajtimi me Duodopa, mund të vënë re se doza më të vogla të levodopës japin përgjigje klinike të kënaqshme.

12.5 Kundërindikacionet

Duodopa kundërindikohet në pacientë me:

- Hipersensitivitet ndaj levodopës, carbidopës ose eksipientëve
- Glaukoma me kënd të ngushtë
- Insufiçence renale dhe hepatike të rëndë
- Insufiçence kardiake severe
- Aritmi e rëndë
- AVC akute
- Inhibitorët jo selektiv të MAO dhe I- MAO-A nuk duhet të jepen njëkohësisht dhe duhet të ndërpriten të paktën dy jave para fillimit të Duodopës
- Situata në të cilat preparatet adrenergjike janë kundërindikuar, psh. Feokromocitoma, hipertiroidizmi dhe sindroma Cushing.

Paralajmërime të veçanta dhe masat paraprake për përdorim

- Duodopa nuk rekomandohet për trajtimin e reaksioneve ekstrapiramidale të induktuara nga drogat
- Terapia Duodopa duhet të administrohet me kujdes për pacientët me sëmundje të rënda kardiovaskulare, pulmonare, astmë bronkiale, renale, hepatike, endokrine ose histori të ulçerës peptike dhe konvulsione.
- Në pacientët me histori infarkt miokardi të cilët kanë aritmi sinusale të mbetur ose aritmi ventrikulare, funksioni i zemrës duhet të monitorohet me kujdes të veçantë gjatë periudhës së stabilizimit të dozës.
- Të gjithë pacientët e trajtuar me Duodopa duhet të monitorohet me kujdes për zhvillimin e problemeve mendore, depresionit me tendencë suicidale. Pacientët me psikoza të kaluara ose aktuale duhet të trajtohen me kujdes.

- Administrimi i njëkohshëm i antipsikotikëve me bllokues të receptorëve dopaminergjikë, antagonistëve veçanërisht të D2 receptor duhet të kryhet me kujdes dhe pacienti duhet vëzhguar me kujdes për humbjen e efektit antiparkinsonian ose përkeqësim të simptomave parkinsoniane.
- Pacientët me glaukomë kronike me kënd të gjerë mund të trajtohen me Duodopa, me kusht kontrollin e mire të presionit intra-okulare.
- Duodopa mund të shkaktojë hipotension ortostatik. Prandaj Duodopa duhet t'i jepet me kujdes pacientëve të cilët janë duke marrë medikamente të cilat mund të shkaktojnë hipotension ortostatik.
- Një kompleks simptomash përmbledhin Sindromën neuroleptikë malinjë (NMS), që përfshin ngurtësim të muskujve, rritje të temperaturës trupore, probleme mendore (p.sh., axhitacion konfuzion, komë) dhe rritjen e kreatinë phosphokinasës në serum. NMS është vënë re kur barnat anti-Parkinsoniane janë hequr papritur. Pasojat sekondare të Sindromës neuroleptike malinje si diskinesia dhe rabdomioliza vihen re shumë rrallë në pacientët me sëmundjen e Parkinsonit. Prandaj, pacientët duhet të vëzhgohet me kujdes kur doza e levodopa / carbidopa ulet befas ose ndërpritet, veçanërisht në qoftë se pacienti është duke marrë anti-psikotikë. As NMS dhe as rabdomioliza nuk është raportuar gjatë terapisë me Duodopa.
- Pacientët duhet të monitorohet rregullisht për zhvillimin e çrregullimeve të kontrollit të impulseve. Pacientët dhe kujdestarët e tyre duhet të bëhen të vetëdijshëm se çrregullimet e kontrollit të impulseve përfshijnë lojërat e fatit patologjike, rritja e libidos, hiperseksualitet, shpenzime të tepërta dhe ngrënie kompulsive. Mund të ndodhë në pacientët e trajtuar me agonistë të dopaminës dhe/ose trajtime të tjera dopaminergjike që përmbajnë levodopa përfshirë Duodopa. Rishikimi i trajtimit është i rekomanduar në qoftë se simptoma të tilla janë zhvilluar.
- Nëse është e nevojshme anestezia e përgjithshme, trajtimi me Duodopa mund të vazhdohet për aq kohë sa pacienti është i lejuar të marrë lëngje dhe produkte mjekësore nga goja. Nëse terapia duhet të ndërpritet përkohësisht, Duodopa duhet rifilluar sa më shpejt kur lejohet marrja e lëngjeve nga goja me të njëjtën dozë si më parë.
- Vlerësimi periodik i funksionit hepatic, hematopoetik, kardiovaskularë dhe renale është i rekomanduar gjatë terapisë të zgjatur me Duodopa.

- Duodopa përmban hidrazinë, një produkt i degradimittë carbidopës që mund të jetë edhe Cgenotoksikë, kancerogjenë. Doza ditore e rekomanduar mesatare e Duodopa është 100 ml, që përmban 2g levodopa dhe 0.5 g carbidopa. Doza maksimale e rekomanduar ditore është 200 ml. Kjo përfshin një ekspozim me hidrazinë mesatarisht prej 4 mg / ditë, me një maksimum prej 8 mg / ditë. Rëndësia klinike e këtij ekspozimi ende nuk është e njohur.
- Kirurgji të mëparshme në pjesën e sipërme të barkut mund të shkaktojnë vështirësi në kryerjen e gastrostomisë ose jejunostomisë.
- Raportet e izoluara kanë përshkruar bllokim të tubit të gastrostomisë dhe / ose obstrukcioni intestinal nga formimi i fitobezoarëve, si pasojë ka nevojë për zëvendësimi të tubit dhe në raste të rralla kirurgji.
- Reduktimi i aftësisë për të përdorur sistemin e Duodopës (pompa, lidhjet e tubit) mund të shkaktojnë komplikacione për këtë arsye nevojitet një kujdestare (infermiere, i afërm etj) që të asistojë pacientin.
- Përkeqësimi gradual ose i papritur i bradikinezisë mund të tregojë një pengesë në paisje për çfarëdo arsye dhe ka nevojë të eksplorohet.

12.6 Ndërveprimi me produkte të tjera mjekësore

Duhet të tregohet kujdes kur duodopa administrohet njëkohësisht me këto produkte mjekësore:

- Antihipertensivë

Është vënë re zhvillimi i hipotensionit ortostatik kur shtohet levodopa/carbidopa në një pacient që merr anti-hipertensivë. Mund të nevojitet rregullimi i dozës të agjentit antihipertensivë.

- Ilaçet kundër depresionit

Ka pasur raporte të rralla të reaksioneve negative, duke përfshirë hipertensionin dhe diskinesinë, që rezultojnë nga administrimi konkomitant i antidepressivit triciklikë me levodopa/carbidopa.

- Anticholinergjikët

Anticholinergjikët mund të veprojnë në mënyrë sinergjike me levodopën për të pakësuar tremorin. Megjithatë, përdorimi i kombinuar mund të përkeqësojë lëvizjet abnormal të pa vullnetshme. Anticholinergjikët mund të zvogëlojnë efektet e levodopës duke vonuar thithjen e saj. Një rregullim i dozës së Duodopës mund të jetë i nevojshme.

- COMT frenuesit (tolcapone, entacapone)

Përdorimi konkomitant i frenuesit të COMT (catechol-O-Methyl transferase) dhe Duodopa mund të rrisë biodisponueshmërinë e levodopës. Doza e Duodopës mund të ketë nevojë për rregullim.

- **Produktet e tjera mjekësore**

Antagonistët e receptorëve të dopaminës (disa antipsikotikë, p.sh. butyrophenon dhe risperidone dhe antiemetikë p.sh. metoclopramide), benzodiazepinë, isoniazide, phenytoin dhe papaverine mund të zvogëlojnë efektin terapeutik të levodopës. Pacientët që marrin këto produkte së bashku me Duodopën duhet të vëzhgohen me kujdes për reduktim të përgjigjes terapeutike.

Duodopa mund të merret njëkohësisht me dozën e rekomanduar të një frenuesi të MAO, i cili është selektiv për MAO tipi B, si Selegiline.

Përdorimi i njëkohshëm i selegilinës me levodopa-carbidopa ka qenë i lidhur me hipotension të rënda orthostatik.

Amantadina ka efekt sinergjik me levodopa dhe mund të rrisin ngjarjet negative të lidhura me levodopa. Një rregullim i dozës së Duodopa mund të jetë e nevojshme.

Simptomimetikët mund të rrisin ngjarjet negative kardiovaskulare që lidhen me levodopën.

Levodopa formon një relatë me hekurin në traktin gastrointestinal që çon në reduktim të thithjes të levodopës.

Meqenëse levodopa është një aminoacid, thithja në gjak dhe transportimi në tru mund të frenohet nga prania e aminoacideve të ngjashëm në ushqim. Kjo shpjegon pse ushqime të pasura me proteina mund të reduktojnë efektin terapeutik të Duodopës, duke shkaktuar shfaqjen e simptomave të papritura. Jo të gjithë përjetojnë një efekt të tillë, por disa përjetojnë vështirësi të konsiderueshme. Mund të duhen doza më të larta në rast të një diete të pasur me proteina.

Shtatzani/Laktacion

Nuk ka të dhëna të mjaftueshme nga përdorimi i levodopa /karbidopa në gratë shtatzëna. Të dhënat nga studimet e kafshëve kanë treguar toksicitetin në riprodhim. Rreziku potencial për njerëzit është i panjohur. Duodopa nuk duhet të përdoret gjatë shtatzënisë vetëm nëse përfitimet për nënën peshojnë më shumë se rreziqet e mundshme për fetusin.

Levodopa sekretohet në qumështin e gjirit. Ka dëshmi se laktacioni frenohet gjatë trajtimit me levodopa. Nuk dihet nëse karbidopa sekretohet në qumështin e gjirit të njeriut. Studimet e kafshëve kanë treguar se karbidopa sekretohet në qumështin e gjirit. Siguria e levodopës dhe karbidopës në foshnje nuk është e njohur prandaj Duodopa nuk duhet të përdoret gjatë ushqyerjes me gji.

Rast Klinik

Pacienti V.M, femër, 60 vjeç diagnostikuar me Morbus Parkinson stadi i IV (Hoehnet Yahr) Në vitin 2000 fillojnë shqetësimet e para me tremor të dorës së majtë që më pas i është përhapur dhe në këmbën e majte duke u rënduar në mënyrë progressive me prekje të katër anësive.

Në vitin 2001 pacientja është diagnostikuar me Morbus Parkinson sipas UK BRAIN BANK CRITERIA (shif apendiksin D), për të cilin filloi trajtimin me MADOPAR (Benzerazide hydrochloride+Levodopa) dhe STALEVO (Carbidopa+Levodopa +Entacapone). Përgjigja ndaj levodopës fillimisht ishte e mirë por problemet si flukruacionet motore, periudhat ON-OFF, diskinezitë filluan të bëheshin shqetësuese.

Me kalimin e viteve gjendja është rënduar në mënyrë progresive me bradizinezi, tremor i qetësisë, instabilitet postural, rigiditet trochlea dentate i shprehur bilateral, distoni e dhimbshme, reflex postural i alteruar, ecje parkinsonike pa lëvizje konkomitante të anësive të sipërme me hipomimi dhe zë lehtësisht hifonik.

Në periudhën qershor-korrik të vitit 2012 pacientja filloi terapinë me Duodopa, fillimisht të administruar nëpërmjet një sonde nazoduodenale deri në stabilizimin e dozave, për t'iu nënshtruar më pas ndërhyrjes kirurgjikale për vendosjen e PEG- gastrostomës perkutane me rrugë endoskopike.

Në fillim të terapisë me Duodopa totali i pikëve të UPDRS ishte 75 pike. Pacientja ka një vit që është nën terapi me Duodopa dhe gjendja e saj klinike ka patur përmirësime të dukshme me reduktim të fluktuacioneve motore, diskinezitë dhe totali i pikëve të UPDRS në qershor 2013 është reduktuar ndjeshëm në 34 pikë.

Aktualisht pacientia vazhdon mjekimin me Duodopa nëpërmjet PEG me të njëjtat doza të stabilizuara dhe reagon shumë mirë ndaj trajtimit.

Mjekimi: Fillon mjekimin me Duodopa në orën 6.00 me DM= 4.8 ml x 20 mg/ml=96mg

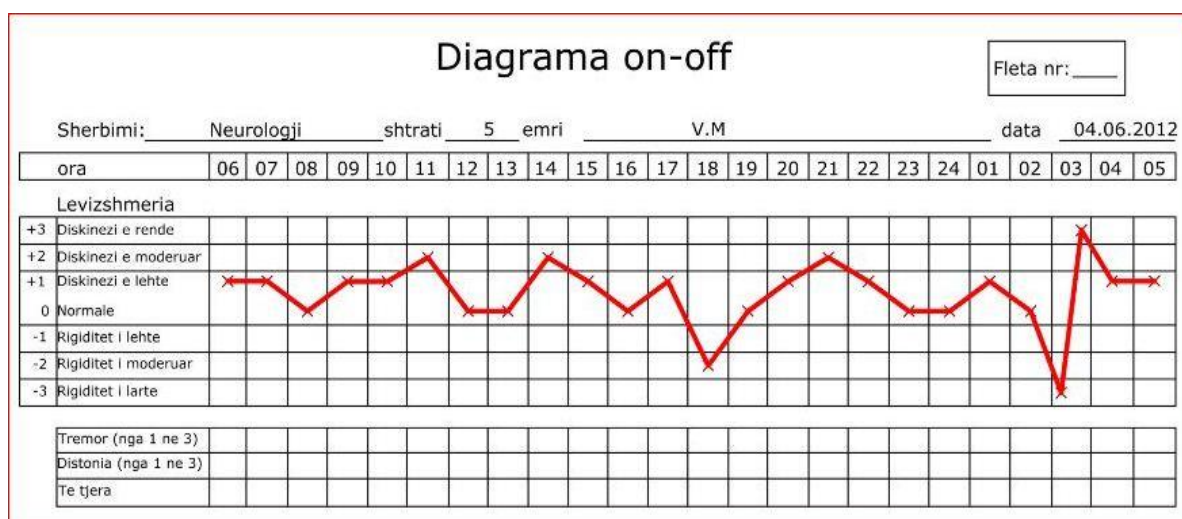
DV= 2 ml per 16 orë deri në orën 22.00

DV= 2ml x 16 x 20mg/ml= 640 mg

DT= DM+DV

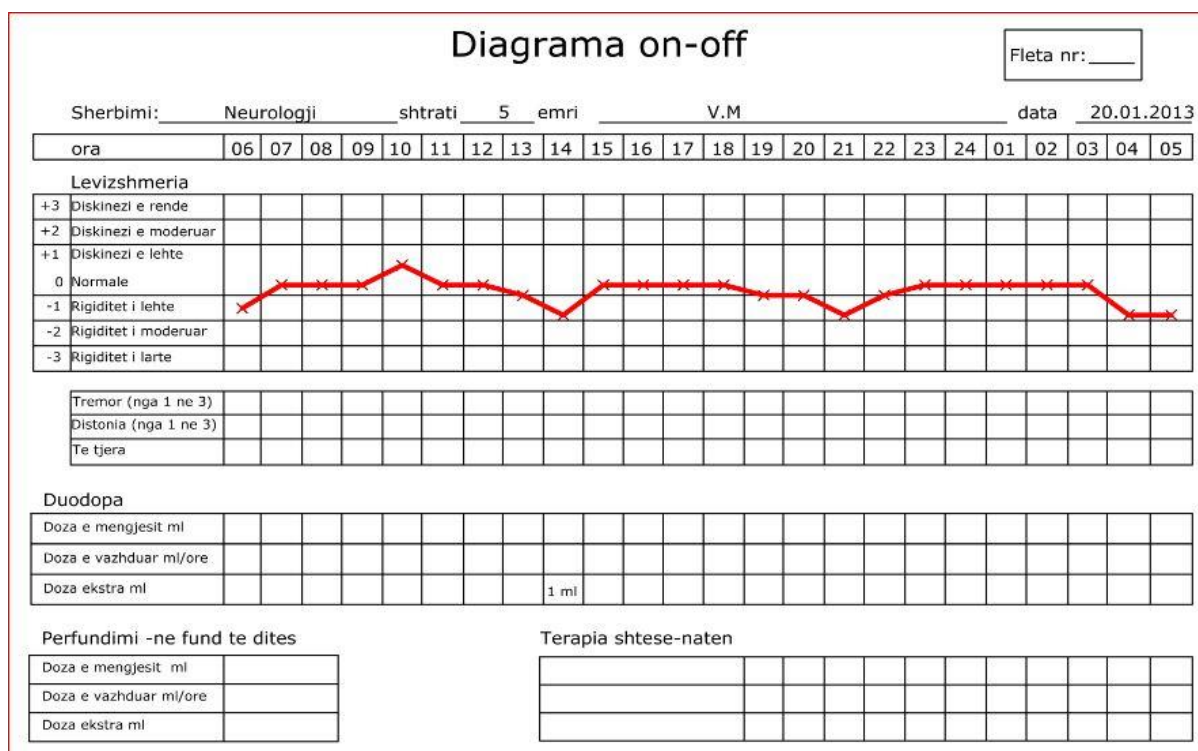
DT= 96 + 640= 736 mg/ditë.

Figura 2. Diagrama “ON-OFF” e pacientes në fillim të terapisë kur ende nuk është stabilizuar doza dhe përgjigjia terapeutike nuk është arritur ende



Në këtë diagramë vihat re lehtësisht se gjendja është ende e pastabilizuar e me periudha On-Off të shumta me rigiditet të larte dhe diskinezi severe dhe për të cilat ka nevojë për disa extra doza.

Figura 3. Diagrama "ON-OFF" pas gjashtë muajsh



REFERENCAT

1. Michelle Hyczy de Siqueira Tosin and Beatriz Guitton Renaud Baptista de Oliveira. The Role of Nurses in Parkinson's Disease By. Submitted: November 9th 2015 Reviewed: March 17th 2016 Published: August 24th 2016 DOI: 10.5772/63162 <https://www.intechopen.com/books/challenges-in-parkinson-s-disease/the-role-of-nurses-in-parkinson-s-disease>
2. Catharina Sjö Dahl Hammarlund, Albert Westergren, Ingrid Åström, Anna-Karin Edberg, Peter Hagell, "The Impact of Living with Parkinson's disease: Balancing within a Web of Needs and Demands", *Parkinson's Disease*, vol. 2018, Article ID 4598651, 8 pages, 2018. <https://doi.org/10.1155/2018/4598651>.
3. Foltynie T, Magee C, James C, Webster GJ, Lees AJ, Limousin P. Impact of Duodopa on Quality of Life in Advanced Parkinson's Disease: A UK Case Series. *Parkinsons Dis*. 2013;2013:362908. doi: 10.1155/2013/362908. Epub 2013 Feb 13. PMID: 23476888; PMCID: PMC3586488.
4. Alexander, Garrett E. "Biology of Parkinson's disease: pathogenesis and pathophysiology of a multisystem neurodegenerative disorder." *Dialogues in clinical neuroscience* vol. 6,3 (2004): 259-80. doi:10.31887/DCNS.2004.6.3/
5. DeMaagd, George, and Ashok Philip. "Parkinson's Disease and Its Management: Part 1: Disease Entity, Risk Factors, Pathophysiology, Clinical Presentation, and Diagnosis." *P & T: a peer-reviewed journal for formulary management* vol. 40,8 (2015): 504-32.
6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK396398/>
7. Varanese, Sara et al. "Treatment of advanced Parkinson's disease." *Parkinson's disease* vol. 2010 480260. 7 Feb. 2011, doi:10.4061/2010/480260.
8. Jankovic, Joseph, and L Giselle Aguilar. "Current approaches to the treatment of Parkinson's disease." *Neuropsychiatric disease and treatment* vol. 4,4 (2008): 743-57. doi:10.2147/ndt.s2006.
9. Abbruzzese, Giovanni et al. "Continuous intestinal infusion of levodopa/carbidopa in advanced Parkinson's disease: efficacy, safety and patient selection." *Functional neurology*. vol. 27,3 (2012): 147-54.

10. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5685546/>
11. Goetz C. G Parkinson's disease diagnosis and clinical management S. Factor and Weiner editors Demos Medical Publishing; New York USA. 2002. Charcot and Parkinson's Disease. Pp 19-26.
12. Brissaud E. Leçon sur les maladies nerveuses. Masson: Paris, France. 1895 Nature et pathogène. De la maladie de Parkinson. Pp 488-501.
13. Greenfield J. G. Bansaquet F. D The brainstem lesions in Parkinsonism. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. 1953; 16:2013-226.
14. Diagnosis and treatment of Parkinson Disease: molecules to medicine. Joseph IV. Savitt, Valina L. Dawson, and Ted IV. Dawson. J Clin Invest. 2006 Jul 3; 116(7): 1744–1754.
15. Levodopa (L-Dopa) Kavita R. Gandhi; Abdolreza Saadabadi. Last Update: April 23, 2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482140/>
16. Kuei-Yuan Tseng. Cortico-Subcortical Dynamics in Parkinson's Disease. Springer Science & Business Media, 2009; 04 20.
17. <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/orphan-designations/eu301035>
18. <https://www.michaeljfox.org/neës/fda-approves-duopa-carbidopalevodopa-enteral-suspension-method-neë-us-market>
19. Harrison's principles of internal medicine: Parkinson disease and other movement disorders C.Warren Olanow, Anthony H.V.Schapira. pp.3317
20. Neuroanatomy through clinical cases, Hal Blumenfeld 2 Ed. 2011 Movement disorders.pp.762
21. <http://www.Encyclopedia Britannica.gov>
22. The Emerging Evidence of the Parkinson Pandemic. E. Ray Dorsey, Todd Sherer, [...], and Bastiaan R. Bloem <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6311367/>
23. Dorsey et al, Projected number of people with Parkinson disease in the most populous nations, 2005 through 2030
24. Sëmundja e Parkinsonit dhe çrregullimet e lëvizjes. Mira Rakacolli 2010. Parkisonizmi pp.21.
25. Duodopa everyday, the treatment, the pump, the lifestyle. Abbot. Pp.9
26. Anette Schrag, Marjan Jahanshahi, Niall Quinn. What contributes to quality of life in patients with Parkinson's disease? 01, 2001 <https://jnnp.bmj.com/content/69/3/308.short>

27. Thomas B, Beal MF 2007. Parkinson's disease. *Hum Mol Genet* 16 (Spec No 2): R183–R194 [PubMed] [Google Scholar] [Ref list].
28. David R. Williams, MD, MBBS, PhD, FRACP and Irene Litvan, MD, FAAN Parkinsonian Syndromes, American Academy of Neurology. October 2013.
29. Hal Blumenfeld. Neuroanatomy through clinical cases 2ed. Idiopathic Parkinson's Disease. pp.762-764
30. Hal Blumenfeld. Neuroanatomy through clinical cases 2ed. Idiopathic Parkinson's Disease. pp.763
31. <https://stanfordmedicine25.stanford.edu/the25/parkinsonsdisease.html>
32. Rokhham, Color atlas of Neurology 2004, Parkinson's disease clinical features. Pp. 206-208.
33. <https://www.apdaparkinson.org/article/is-pain-a-symptom-of-parkinsons-disease/>
34. Ann M. Hemmerle, James P. Herman, and Kim B. Seroogy. Stress, Depression and Parkinson's Disease, Janar2012. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3268878/#!po=1.42857>
35. Ann N Y Acad Sci. Author manuscript; available in PMC 2009 Mar 9. Published in final edited form as: *Ann N Y Acad Sci.* 2008 Oct; 1142: 179–199. doi: 10.1196/annals.1444.012.
36. Rodolfo Savica, MD, PhD; Brandon R. Grossardt, MS; James H. Bower, MD, MSc; et al; Eric Ahlskog, PhD, MD; Bradley F. Boeve, MD; Jonathan Graff-Radford, MD; Walter A. Rocca, MD, MPH; Michelle M. Mielke, PhD. Survival and Causes of Death Among People With Clinically Diagnosed Synucleinopathies With Parkinsonism. A Population-Based Study, July 2017 *JAMA Neurol.* 2017;74(7):839-846. doi:10.1001/jamaneurol.2017.060.
37. Neurologie J.Cambier, M.Masson, H.Dehen.pp.391.
38. <https://parkinsonsdisease.net/diagnosis/rating-scales-staging/>
39. Braak, H., Del Tredici, K., Rüb, U., de Vos, R., Jansen Steur, E. & Braak, E. (2003), 'Staging of brain pathology related to sporadic Parkinson's Disease', *Neurobiology of Aging*, Vol. 24, No. 2, pp. 208.

40. Braak, H., Del Tredici, K., Rüb, U., de Vos, R., Jansen Steur, E. & Braak, E. (2003), 'Staging of brain pathology related to sporadic Parkinson's Disease', *Neurobiology of Aging*, Vol. 24, No. 2, pp. 209.
41. Deuschl G, Bain P, Brin M, and Ad Hoc Scientific Committee. 1998 'Consensus Statement of Movement Disorder Society on Tremor', *Movement Disorder*, Vol 13, Sup 3 pp. 3.
42. Donaldson I, Marsden D, Schneider S & Bhatia K 2012 , *Marsden's Book of Movement Disorders* , Oxford University Press NY. 243
43. Parkinson's Disease Self-Directed Learning Package For Nursing Staff
44. [A. Berardelli](#), [J. C. Rothwell](#), [P. D. Thompson](#), [M. Hallett](#) *Brain*, Volume 124, Issue 11, November 2001, Pages 2131–2146, 01 November 2001
<https://doi.org/10.1093/brain/124.11.2131>
45. <https://www.parkinsonswa.org.au/what-is-parkinsons/>
46. <http://hickoryneurology.net/parkinson-disease.html>
47. Lori Quinn, Monica Busse, Hanan Khalil, Sue Richardson, Anne Rosser & Huw Morris (2010) Client and therapist views on exercise programmes for early-mid stage Parkinson's disease and Huntington's disease, *Disability and Rehabilitation*, 32:11, 917-928, DOI: [10.3109/09638280903362712](https://doi.org/10.3109/09638280903362712)
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/09638280903362712>
48. Nutt, J,G .Bloem ,B,R . Galadi, N, Hallett, M. Horak, F, B. Nieuboer, A. 2011 Freezing of Gait: Moving Forward on a mysterious clinical phenomenon. *The Lancet Neurology*, Vol 10, Issue 8, pp. 733 -744.
49. Simone Dalla Bella, Dobromir Dotov, Benoît Bardy, and Valerie Cochen de Cock. Individualization of music-based rhythmic auditory cueing in Parkinson's disease. *ANNALS OF THE NEW YORK ACADEMY OF SCIENCES* Special Issue: The Neurosciences and Music VI ORIGINAL ARTICLE. 2017.
50. Tsui, David 2014 The Tomorrow: Advanced Treatments in Parkinson's Disease Does Not Necessarily Equate to Treatments in Advanced Parkinson's Disease. *Australasian Journal of Neuroscience*. Vol 24 No. 2 pp 34-37.
51. Hayes, M., Fung, V., Kimber, T. & O'Sullivan, J. 2010, 'Current concepts in the management of Parkinson disease', *Medical Journal of Australia*, Vol.192 no. 3 pp.144-149.

52. Gage H, Grainger L, Ting S, et al. Southampton (UK): 'Health Services and Delivery Research', No. 2.51. [NIHR Journals Library](#); 2014 Dec.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK263779/>
53. <https://www.webmd.com/parkinsons-disease/guide/parkinsons-home-safety#1>
54. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3367543/>
55. Derrey S, Lefaucheur R, Chastan N, Gérardin E, Hannequin D, Desbordes M, Maltête D. Alleviation of OFF period dystonia in Parkinson's disease by a microlesion following subthalamic implantation 2010 *Journal of Neurosurgery* Vol. 112 No. 6 pp 1263-1266.
56. LSVT Global n.d LSVT LOUD Viewed 4 May 2017 <https://www.lsvtglobal.com/patient-resources/what-is-lsvt-loud>.
57. <https://www.michaeljfox.org/news/speech-swallowing-problems>
58. <https://parkinsonsdisease.net/symptoms/hypomimia-mask-like-expression>.
59. Donaldson I, Marsden D, Schneider S & Bhatia K 2012 , *Marsden's Book of Movement Disorders* , Oxford University Press NY.p. 296.
60. Donaldson I, Marsden D, Schneider S & Bhatia K 2012 , *Marsden's Book of Movement Disorders* , Oxford University Press NY.p. 296.
61. <https://www.michaeljfox.org/news/ask-md-constipation-and-parkinsons>.
62. Schoffer K L, et al. 2007 'Nonpharmacological Treatment, Fludrocortisone, and Domperidone for Orthostatic Hypotension in Parkinson's Disease'. *Movement Disorders* Vol22, No 11, pp 1543-1549.
63. Mukai S, Lipsitz A, 2002, 'Orthostatic Hypotension', *Clinics in Geriatric Medicine* Vol 18 pp 253.
64. Mukai S, Lipsitz A, 2002, 'Orthostatic Hypotension', *Clinics in Geriatric Medicine* Vol 18 p. 260.
65. Schoffer K L, et al. 2007 'Nonpharmacological Treatment, Fludrocortisone, and Domperidone for Orthostatic Hypotension in Parkinson's Disease'. *Movement Disorders* Vol22, No 11, pp 11543-1549.
66. MIMS Online n.d 'Pyridostigmine Bromide Full Product Information' MIMS online viewed 5 May 2017.
67. Hayes, M., Fung, V., Kimber, T. & O'Sullivan, J. 2010, 'Current concepts in the management of Parkinson disease', *Medical Journal of Australia*, Vol.192 no. 3 pp.148
68. Goldman J.G, Postuma R, 2014, Premotor and Non Motor features of Parkinson's disease *Current Opinion Neurology* Vol 27(4) pp 435.

69. Ondo, W.G, Dat Vuong K, Jankovic J, 2002 'Exploring the Relationship Between Parkinson's Disease and Restless legs Syndrome, Arch Neurology Vol 59, pp 421
70. Goldman J.G, Postuma R, 2014, Premotor and Non Motor features of Parkinson's disease Current Opinion Neurology Vol 27(4) pp. 439
71. Joller, P., Gupta, Neeraj G., Seitz, D., Frank, C., Gibson, M., & Gill, S. (2013). Approach to inappropriate sexual behaviour in people with dementia. Canadian Family Physician, 59, 225 – 260. P 257
72. Donaldson I, Marsden D, Schneider S & Bhatia K 2012, Marsden's Book of Movement Disorders, Oxford University Press NY. p 261
73. Stein M, Heuser I, Juncos J L, Uhde T W. 1990 Anxiety Disorders in Patients with Parkinson's disease. American Journal of Psychiatry Feb pp 219
74. Hayes, M., Fung, V., Kimber, T. & O'Sullivan, J. 2010, 'Current concepts in the management of Parkinson disease', *Medical Journal of Australia*, Vol.192 no. 3 pp.148
75. Hayes, M., Fung, V., Kimber, T. & O'Sullivan, J. 2010, 'Current concepts in the management of Parkinson disease', *Medical Journal of Australia*, Vol.192 no. 3 pp.148
76. Hoehn MM. Parkinsonism treated with levodopa: progression and mortality. Journal of Neural Transmission. 1983;19, supplement: 253 – 264.(PubMed).
77. Poewe WH, Wenning GK. The natural history of Parkinson's disease. Annals of Neurology. 1998;44(3):S1-S9.(PubMed)
78. Schrag A, Quinn N. Dyskinesias and motor fluctuations in Parkinson's disease: a community – based study. Brain.2000;123(11):2297-2305. (PubMed).
79. Nussbaum M, Treves TA, Inzelberg R, Rabey JM, Korczyn A D. Survival in Parkinson's disease: the effect of dementia, Parkinsonism and Related Disorders. 1998;4(4):179-181. (PubMed).
80. EPNN Journal Autumn 2005. Levodopa infusions by Dr. Dag Nyholm.
81. <https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-and-differential-diagnosis-of-parkinson-disease>.
82. Devos D, Agid Y, AlKhedr A, et al. Patient profile, indications, efficacy and safety of duodenal levodopa infusion in advanced Parkinson's disease. Movement Disorders. 2009;24(7):993-1000. (PubMed).
83. Sëmundja e Parkinsonit dhe çrregullimet e lëvizjes. Mira Rakacolli 2010. Mjekimi i të sëmurit me sëmundjen e parkinsonit, pp. 38.

84. Hayes, M., Fung, V., Kimber, T. & O'Sullivan, J. 2010, 'Current concepts in the management of Parkinson disease', *Medical Journal of Australia*, Vol.192 no. 3 pp.147.
85. Stuart Isaacson, MD, Mark Lew, MD, [...], and Fernando Pagan, MD. 'Apomorphine Subcutaneous Injection for the Management of Morning Akinesia in Parkinson's Disease' Wiley-Blackwell. 2017.
86. Tsui, David 2014 The Tomorrow: Advanced Treatments in Parkinson's Disease Does Not Necessarily Equate to Treatments in Advanced Parkinson's Disease. *Australasian Journal of Neuroscience*. Vol 24 No. 2 pp 34-37
87. Hayes, M., Fung, V., Kimber, T. & O'Sullivan, J. 2010, 'Current concepts in the management of Parkinson disease', *Medical Journal of Australia*, Vol.192 no. 3 pp.147
88. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5349373/>
89. National Collaborating centre for Chronic Conditions. Parkinson's Disease: national clinical guidelines for diagnosis and management in primary and secondary care. London: Royal College of Physicians, 2006. <http://guidance.nice.org.uk/CG35/Guidance/pdf/English>
90. https://www.researchgate.net/publication/230589950_Practical_Guidance_on_How_to_Handle_LevodopaCarbidopa_Intestinal_Gel_Therapy_of_Advanced_PD_in_a_Movement_Disorder_Clinic
91. Treatment of Advanced Parkinson's Disease. Sara Varanese, Zoe Birnbaum, and Alessandro Di Rocco. Copyright 2010 Sara Varanese et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.
92. van Wamelen, Daniel J et al. "Continuous Drug Delivery Aiming Continuous Dopaminergic Stimulation in Parkinson's Disease." *Journal of Parkinson's disease* vol. 8, s1 (2018): S65-S72. doi: 10.3233/JPD-181476. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6311379/>
93. www.duodopa.co.uk 2013 AbbVie Ltd. All rights reserved. Registered Number: 08004972 England
94. Pedersen, Stephen Wørlich et al. "Practical Guidance on How to Handle Levodopa/Carbidopa Intestinal Gel Therapy of Advanced PD in a Movement Disorder Clinic." *The open neurology journal* vol. 6 (2012): 37-50.

- doi:10.2174/1874205X01206010037<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3406266/>
95. Summary of Product Characteristics Duodopa 2010
 96. Honig H, Antonini A, Martinez-Martin P, *et al.* Intrajejunal levodopa infusion in Parkinson's disease: a pilot multicenter study of effects on nonmotor symptoms and quality of life *Mov Disord* 2009; 24(10): 1468-74.
 97. Summary of Product Characteristics Duodopa 2010
 98. Pedersen, Stephen Wørlich *et al.* "Practical Guidance on How to Handle Levodopa/Carbidopa Intestinal Gel Therapy of Advanced PD in a Movement Disorder Clinic." *The open neurology journal* vol. 6 (2012): 37-50. doi:10.2174/1874205X01206010037 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3406266/>
 99. Amjad, Fahd *et al.* "Current Practices for Outpatient Initiation of Levodopa-Carbidopa Intestinal Gel for Management of Advanced Parkinson's Disease in the United States." *Advances in therapy* vol. 36,9 (2019): 2233-2246. doi:10.1007/s12325-019-01014-4
 100. <https://europepmc.org/article/pmc/pmc6700622>
 101. <https://www.parkinson.org/Understanding-Parkinsons/Treatment/Surgical-Treatment-Options/Duodopa>
 102. <https://www.medicines.org.uk/emc/product/6231/pilgref>
 103. <http://www.medicines.org.uk/eme/medicine/20786/SPC/>
 104. Frucht, Steven J. "Parkinson disease: an update." *The neurologist* vol. 10,4 (2004): 185-94. doi:10.1097/01.nrl.0000131146.08278.a5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4119608/>
 105. Goldman, J G, and I Litvan. "Mild cognitive impairment in Parkinson's disease." *Minerva medica* vol. 102,6 (2011): 441-59.
 106. <https://www.apdaparkinson.org/article/psychosis-and-behavioral-problems-in-advanced-parkinsons-disease/>
 107. Treatment of Advanced Parkinson's Disease. Sara Varanese, Zoe Birnbaum, and Alessandro Di Rocco. Copyright 2010 Sara Varanese *et al.* This is an open access article.
 108. Chaudhuri KR, Martinez-Martin P, Schapira AHV, Stocchi F, Sethi K, Odin P *et al* (2006) 'An The NMSQuest study' *Mov Disord*; 21(7):916-923.

109. GBD 2015 Neurological Disorders Collaborator Group. Global, regional, and national burden of neurological disorders during 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet Neurol.* 2017;16: 877–897.
110. de Lau LM, Breteler MM. Epidemiology of Parkinson's disease. *Lancet Neurol.* 2006; 5:525–35.
111. Pratibha Surathi, Ketan Jhunjhunäala, Ravi Yadav, Pramod Kumar Pal. Research in Parkinson's disease in India: A review. *Ann Indian Acad Neurol.* 2016; 19(1): 9–20 doi: 10.4103/0972-2327.167713.
112. Wanneveich M, Moisan F, Jacquemin-Gadda H, Elbaz A, Joly P. Projections of prevalence, lifetime risk, and life expectancy of Parkinson's disease (2010–2030) in France. *Mov Disord.* 2018; 33(9):1449–1455. doi: 10.1002/mds.27447. Epub 2018 Aug 25. PMID: 30145805.
113. McGeer PL, Itagaki S, Akiyama H. Rate of cell death in parkinsonism indicates active neuropathological process. *Ann Neurol.* 1988; 24:574–576.
114. Fearnley JM, Lees AJ. Ageing and Parkinson's disease: substantia nigra regional selectivity. *Brain.* 1991; 114:2283–2301.
115. Gibb WR, Lees AJ. Anatomy, pigmentation, ventral and dorsal subpopulations of the substantia nigra, and differential cell death in Parkinson's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1991;54(5):388–396.
116. Zhang Z, Roman G. Worldwide occurrence of Parkinson's disease: an updated review. *Neuroepidemiology.* 1993; 12:195–208.
117. Kasten M, Chade A, Tanner CM. Epidemiology of Parkinson's disease. *Handb Clin Neurol.* 2007; 83:129–51. doi: 10.1016/S0072-9752(07)83006-5. PMID: 18808913; PMCID: PMC7112363.
118. Tanner CM, Goldman SM. Epidemiology of Parkinson's disease. *Neurol Clin.* 1996; 14:317–335
119. Baldereschi M, Di Carlo A, Rocca WA. Parkinson's disease and parkinsonism in a longitudinal study: two fold higher incidence in men. ILSA Working Group. Italian Longitudinal Study on Aging. *Neurology.* 2000; 55:1358–1363.
120. Wooten GF, Currie LJ, Bovbjerg VE. Are men at greater risk for Parkinson's disease than women? *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2004;75(4):637–639.
121. Kuopio AM, Marttila RJ, Helenius H. Changing epidemiology of Parkinson's disease in southwestern Finland. *Neurology.* 1999; 52:302–308.

122. Morens DM, Davis JW, Grandinetti A. Epidemiologic observations on Parkinson's disease: incidence and mortality in a prospective study of middle aged men. *Neurology*. 1996; 46:1044–1050.
123. Wang SJ, Fuh JL, Liu CY. Parkinson's disease in Kin Hu, Kinmen: a community survey by neurologists. *Neuroepidemiology*. 1994; 13:69–74.
124. Morgante L, Rocca WA, Di Rosa AE. Prevalence of Parkinson's disease and other parkinsonisms: a door to door survey in three Sicilian municipalities. *Neurology*. 1992; 42:1901–1907.
125. Mayeux R, Marder K, Cote LJ. The frequency of idiopathic Parkinson's disease by age, ethnic group, and sex in northern Manhattan, 1988–1993. *Am J Epidemiol*. 1995; 142:820–827.
126. Gökçal E, Gür VE, Selvitop R, Babacan Yildiz G, Asil T. Motor and Non-Motor Symptoms in Parkinson's Disease: Effects on Quality of Life. *Noro Psikiyatrs Ars*. 2017 Jun; 54(2):143-148. doi: 10.5152/npa.2016.12758. Epub 2016 Nov 11. PMID: 28680312; PMCID: PMC5491664.
127. Tolosa E, Gaig C, Santamaria J, Compta Y. Diagnosis and the premotor phase of Parkinson disease. *Neurology*. 2009;72(Suppl 7): S12–20.
128. Muller B, Larsen JP, Wentzel-Larsen T, Skeie GO, Tysnes OB Parkwest Study G. Autonomic and sensory symptoms and signs in incident, untreated Parkinson's disease: frequent but mild. *Mov Disord*. 2011; 26:65–72.
129. Muller B, Assmus J, Herlofson K, Larsen JP, Tysnes OB. Importance of motor vs. non-motor symptoms for health-related quality of life in early Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord*. 2013; 19:1027–1032.
130. Chaudhuri KR, Odin P, Antonini A, Martinez-Martin P. Parkinson's disease: the non-motor issues. *Parkinsonism Relat Disord*. 2011; 17:717–723.
131. Barone P, Antonini A, Colosimo C, Marconi R, Morgante L, Avarello TP, et.al. The PRIAMO study: A multicenter assessment of nonmotor symptoms and their impact on quality of life in Parkinson's disease. *Mov Disord*. 2009; 24:1641–1649.
132. England Nyholm D, Leëander T, Johansson A, Leëitt PA, Lundqvist C, Aquilonius SM. Enteral levodopa/carbidopa infusion in advanced Parkinson disease: long-term exposure *Clin Neuropharmacol* 2008; 31(2): 63-73.
133. Karlsborg M, Korbo L, Regeur L, Glad A. Duodopa pump treatment in patients with advanced Parkinson's disease. *Dan Med Bull*. 2010 Jun; 57(6):A4155. PMID: 20515603.

134. Foltynie. T, Magee C, C. James, G. J. M. Webster, A. J. Lees and P. Limousin: Impact of Duodopa on Quality of Life in Advanced Parkinson's Disease: A UK Case Series. Parkinson` Disease. Clinical Study Volume.2013
135. Diego Santos García; Juan Carlos Martínez Castrillo; Víctor Puente Pérez; Agustín Seoane Urgorri; Servando Fernández Díez; Vicente Benita León; Beatriz Udaeta Baldivieso; Antonia Campolongo Perillo; Natividad Mariscal Pérez. Clinical management of patients with advanced Parkinson's disease treated with continuous intestinal infusion of levodopa/carbidopa. Neurodegenerative Disease Management. vol. 6, No. 3 drug Evaluation. 2016.