

DISERTACION



Aida LAKO



REPUBLIKA E SHQIPËRISË

**UNIVERSITETI I MJEKËSISE TIRANË
FAKULTETI I SHKENCAVE MJEKSORE TEKNIKE
PROGRAMI DOKTORATURË**

DISERTACION

**PARALIZAT, HEMIPLEGJITE, RIAFTESIMI DHE RAHABILITIMI I TYRE. NE
NJE PERIUDHE KOHORE 2009-2019 NE QSUT**

TEMË:

PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE

“DOKTOR”

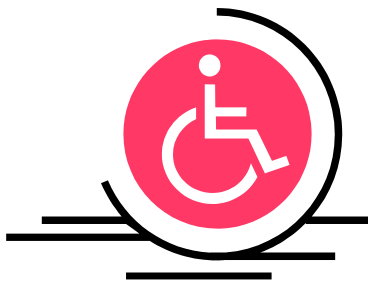
KANDIDATI

Aida LAKO

UDHËHEQË SHKENCOR:

PROF. Asc. Gentian VYSHKA

**Tiranë
2020**



UNIVERSITETI I MJEKËSISE TIRANË
FAKULTETI I SHKENCAVE MJEKSORE TEKNIKE
PROGRAMI DOKTORATURË

D I S E R T A C I O N

I PARAQITUR NGA:

KANDIDATI: Aida LAKO

UDHËHEQUR NGA: PROF. Asc. Gentian VYSHKA

PËR MARRJEN E GRADËS
SHKENCORE

D O K T O R

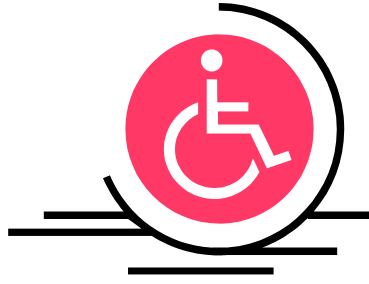
SPECIALITETI: SHKENCA INFERMIERORE ME DREJTIM FIZIOTERAPI

TEMA: PARALIZAT, HEMIPLEGJITE, RIAFTESIMI DHE RAHABILITIMI I
TYRE. NE NJE PERIUDHE KOHORE 2009-2019 NE QSUT.

MBROHET MË DATË: / / 2021

JURIA:

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



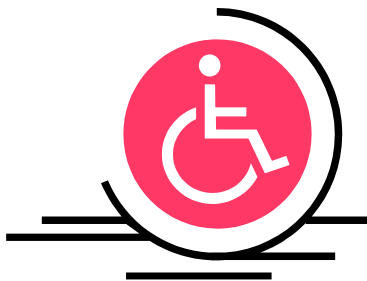
DISERTACION

Aida LAKO

© Të gjitha të drejtat I rezervohen autorit.

Ndalohet botimi i plotë ose i pjesshëm kopjimi, futja në internet apo transmetimi në forma të tjera elektronike dhe/ose cdo form tjetër qarkullimi tregtar i këtij botimi, pa lejen përkatëse me shkrim të autorit.

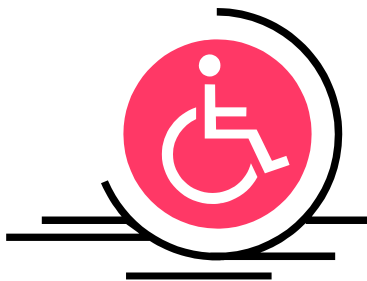
Citimi i mundshëm: Universiteti i Mjekësisë, Fakulteti i Shkencave Mjekësore Teknike, Aida LAKO: *“Paralizat, hemiplegjite , riaftesimi dhe rahabilitimi i tyre. Në një periudhë kohore 2009-2019 në QSUT”*. Temë disertacioni,Tiranë 2021.

**DEKLARATË**

Deklaroj se dizertacioni me temë “*Paralizat, hemiplegjitë, riaftesimi dhe rahabilitimi i tyre. Në një periudhë kohore 2009-2019 në QSUT.*” Është studimi im personal dhe pjesë e punës për të marrë gradën “Doktor” në Shkenca Infermiore me drejtim Fizioterapi në Fakultetin e Shkencave Mjekësore Teknike të Universitetit të Mjekësisë Tiranë nën udhëheqjen e PROF.Asc. Gentian Vyshka. Të gjitha të ardhurat e përdorura për realizimin e kësaj teze janë kontributi im personal dhe ky punim është puna ime origjinale.

FIRMA:
Aida Lako

DATË: ___/___/2021

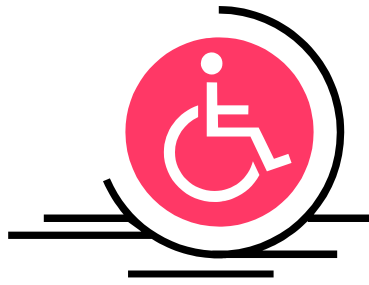


FALENDERIME

Falenderoj në radhë të parë familjen time, e cila më inkurajoi dhe më mbështeti në kryejën e këtij punimi.

Falenderoj udhëheqësin tim, PROF.Asc. Gentian Vyshka, për gatishmërinë dhe mirësjelljen e tij në çdo moment.

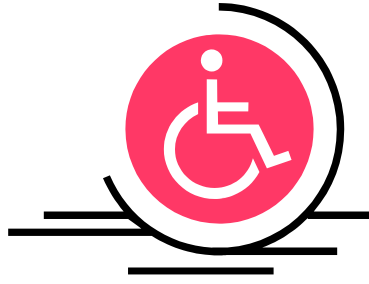
Gjithashtu një falenderim i shkon dhe stafit të “Qendrës Spitalore Universitare Nënë Tereza” Tiranë gjithashtu edhe “Institutin e Shëndetit Publik” në Tiranë, ku unë kam kryer studimin tim për ndihmën e madhe në marrjen e të dhënave.

**I. PËRMBAJTJA E LËNDËS**

| | |
|--|--------------|
| II. ABSTRAKT..... | fq 8 |
| III. PARATHËNIE..... | fq 9 |
| IV. SHKURTESA..... | fq 10 |
| V.LISTA E TABELAVE DHE GRAFIKËVE..... | fq 11 |
| 1. PJESA TEORIKE: HYRJJE..... | fq 16 |
| 1.1 Sfondi historik..... | fq 16 |
| 1.2 Profili profesional..... | fq 17 |
| 1.3 Të dhënat e përgjithshme të Iktusit Cerebral..... | fq 17 |
| 1.4 Epidemiologjia..... | fq 21 |
| 1.5 Etiologjia..... | fq 22 |
| 1.6 Fiziopatologjia e ishemisë cerebrale..... | fq 23 |
| 1.7 Fiziopatologjia e hemoragjisë cerebrale..... | fq 23 |
| 1.8 Faktorët e rrezikut..... | fq 24 |
| 1.9 Diagnoza e iktusit cerebral..... | fq 25 |
| 2. PARALIZAT DHE HEMIPLEGJIA..... | fq 26 |
| 2.1 Të dhënat e përgjithshme e Sistemit Nervor | fq 26 |
| 2.2 Paralizat..... | fq 28 |
| 2.3 Hemiplegjia..... | fq 28 |
| 2.4 Pasqyra klinike e hemiplegjisë | fq 29 |
| 2.5 Shkallët e Vlerësimit për rehabilitimin post Iktus | fq 30 |
| 3. TEKNIKAT E REHABILITIMIT PËR HEMIPLEGJINË SIPAS BOBATH, KABAT, PERFETTI..... | fq 39 |
| 3.1 Rehabilitimi sipas metodës Bobath..... | fq 39 |
| 3.2 Rehabilitimi sipas metodës Kabat..... | fq 40 |
| 3.3 Rehabilitimi sipas metodës Perfetti..... | fq 41 |
| 3.4 Koncepti i rekuperimit..... | fq 42 |
| 4. PJESA EKSPERIMENTALE: NDËRHYRJA REHABILITUESE PËR HEMIPLEGJINË NË SHQIPËRI | fq 43 |
| 4.1 Sfondi historik..... | fq 43 |
| 4.2 Teknikat rehabilituese (fizioterapia) në "QSUT"..... | fq 43 |
| 4.3 Objektivat e rehabilitimit | fq 45 |
| 4.4 Verifikimet..... | fq 45 |
| 4.5 Fati i pacientëve hemiplegjik..... | fq 46 |
| 5. QELIMI DHE OBJEKTIVAT E STUDIMIT..... | fq 47 |



| | |
|--|---------------|
| 5.1 Qëllimi i studimit..... | fq 47 |
| 5.2 Objektivat e përgjithshme të studimit..... | fq 47 |
| 5.3 Objektivat specifike të Studimit..... | fq 47 |
| 6. MATERIALI DHE METODA..... | fq 47 |
| 6.1 Lloji i Studimit..... | fq 47 |
| 6.2 Popullata ne Studim..... | fq 48 |
| 6.3 Mledhja e të dhënave..... | fq 48 |
| 6.4 Analiza Statistike e të dhënave | fq 48 |
| 7. REZULTATET..... | fq 49 |
| 8. DISKUTIM..... | fq 99 |
| 9. KONKLUZIONE..... | fq 108 |
| 10. REKOMANDIME..... | fq 110 |
| 11. BIBLIOGRAFIA..... | fq 112 |
| 12. ABSTRAKT ANGLISHT..... | fq 120 |



II. ABSTRAKT

Hyrje: Fizioterapia merret me parandalimin, trajtimin dhe riaftësimin e pacientëve me Hemiplegi. Fizioterapisti mund të vlerësojë pacientin dhe të përpilojë në mënyrë *autonome* një program të personalizuar.

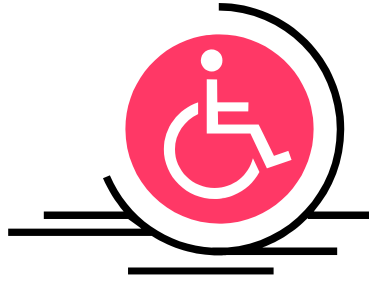
Qëllimi i studimit: Qëllimi kryesor i këtij studimi është që të vendosim protokolle të trajtimit rehabilitues për hemiplejinë, vetëm në këtë mënyrë mund të arrijmë integrimin e pacientit në kontekstin familjar dhe shoqëror.

Materiali dhe Metoda: Studimi është ndarë në dy faza. Faza e parë studim deskriptiv retrospektiv dhe e dyta prospektiv. Në këtë studim u përfshinë gjithsej 4661 pacientë me Iktus Cerebral ishëmik dhe hemoragjik e për pasojë ka shkaktuar paraliza. Studimi u realizua në një periudhë kohore 2009-2019, të dhënat u morën nga kartelat klinike të pacientëve në ISHP në Tiranë duke bashkëpunuar me Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza” Tiranë. Këto të dhëna u analizuan dhe u nxorrën përfundime me anë të programit Megastat. Vlera $p < 0.05$ u konsiderua statistikisht e rëndësishme. Janë përdorur tabela dhe grafikë për vizualizimin e të dhënave.

Rezultate: Nga 4661 pacient të marrë në studim na rezultoi se mosha më e prekur është 60-80 vjeç ndërsa grupmosha më pak e prekur është 18-40 vjeç. Vërehet një mbizotërim i gjinisë mashkullore 2831(60,74%) në krahasim me gjininë femërore 1830(39,26%) në të gjitha paralizat(PC). Pacientë me hemipleji dhe hemiparez janë 857raste(18,39%) ndërsa pacientët me problemet e tjera neuromotore janë 3804raste(81,61%). Na rezultoi që përqindjen më të madhe e zë hemipareza e cila është 35% dhe më pas vjen hemiplejia me 15%. Nga rehabilitimi janë përmirësuar vetëm 17% e pacientëve. Në 10 testet e Analizave të Regresioni në lidhje me hipotezat tona për grupmoshat, qytetet dhe vitet na rezultoi që kemi ndryshim statistikisht të rëndësishëm ($p < 0.05$) kështu mund ti përdorim për parashikime në të ardhmen. Vdekje të shkaktuara nga ishemia:38 raste(76%) ndërsa nga hemoragjia 12raste(24%). Në 2 testet e Analizave të Regresioni përse i përket hipotezave tona për vdekshmërinë gjithashtu na rezultoi që kemi ndryshim statistikisht të rëndësishëm($p < 0.05$).

Konkluzione: Të gjitha të dhënat e mbledhura treguan që pacientët me hemipleji, duhet patjetër ti nënshtrohen rehabilitimit fizioterapeutik sa më shpejt të jetë e mundur, që të jenë të vetëmjaftueshëm për ADL-të.

Fjalë Kyçe: Iktusi Cerebral ishëmik/hemoragjik, Paralizat e shaktuara nga lëndimet Crebrale, Hemipleji, Hemiparezë, menaxhimi fizioterapeutik, rehabilitimi për hemiplejinë.



III.PARATHËNIE

Nëse konsiderojmë “të mësuarit” si mënyrën më të rëndësishme që sistemi nervor ka në dispozicion për të ndryshuar organizimin e tij, qoftë në kushte normale por edhe patologjike, mund të identifikohen mjetet që duhen përdorur në praktikën rehabilituese. Mund të themi se kjo ndikon me efikasitet në organizimin e sistemit. “Me ç’do njohje të re, me të mësuarit dhe fenomenin biologjik, arrijmë të modifikojmë sistemin nervor qëndror”

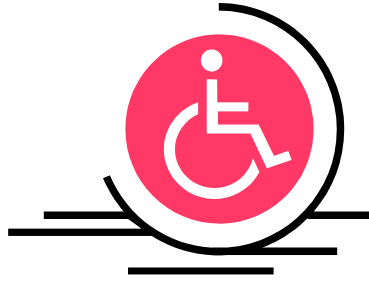
Carlo Perfetti

Ndërkohë që neurologjia klasike meret me dëmin primar dhe diagnozën e tij, neurorehabilitimi meret me zvogëlimin e disabilitetit dhe handikapit duke u bazuar në rehabilitimin fizioterapeutik dhe punën në grup. (10)

Ne jemi përqëndruar në problemin që sjell Iktusi Cerebral, i shkaktuar nga ishemia apo hemorragjia dhe në rehabilitimin e Paralizave e në veçanti Hemiplegrisë.

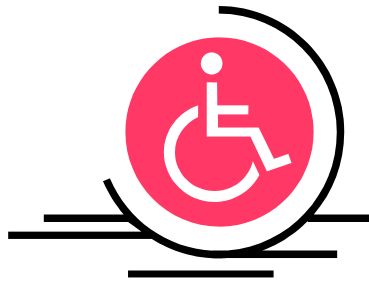
Rehabilitimit i duhet kushtuar një interes i madh, sidomos në vendin tonë, ku fizioterapia është një degë relativisht e re dhe si rrjedhojë edhe rehabilitimi i pacientëve të cilët vuajnë me hemipleksi nuk ka shumë vite që njihet, duke e krahasuar me vendet e zhvilluara në të cilat rehabilitimi ka më shumë se 50 vjet që aplikohet. Strukturat sociale dhe spitalore në vendet e huaja gjithmonë mundohen që ti bëjnë ballë parandalimit, kurimit dhe rehabilitimit. Gjithashtu bëjnë të mundur që pacienti të ndjehet sa më mirë edhe në kontekstin familjar, ambiental dhe në punësimin e tyre, duke i ofruar punë në vende të përshtatshme, gjithmonë duke marrë parasysh kushtet fizike që këta pacient kanë. (33)(34)(35)

Duke qënë se ky fenomen nuk ndodh në Shqipëri, kemi menduar të hartojmë këtë tezë për të treguar se sa i rëndësishëm është rehabilitimi dhe pse jo për ta implementuar atë në të gjitha qendrat tona Spitalore. Një arritje e madhe do të ishte gjithashtu, që me anë të këtij implementimi, të realizonim edhe riintegrimin e pacientëve në jetën e tyre të mëparshme.



IV. SHKURTESA

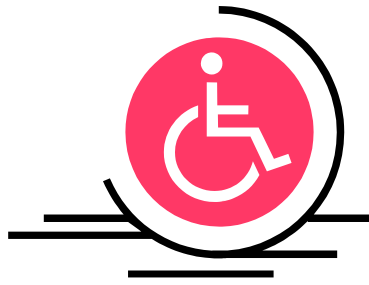
- SNQ- *Sistemi Nervor Qëndror*
SNP- *Sistemi Nervor Periferik*
AVC - *Accident vascular cerebral (Aksident cerebro- vaskular ose Iktus Cerebral)*
TIA - *Ataku ishemic i përkohshëm ose (Mini-Iktus)*
ADL- *Aktivitetet e jetës së përditëshme*
TC- *Tomografia e kompjuterizuar*
RM- *Rezonanca Manjetike*
AAC- *Angiopati të amiloide cerebrale*
MAV- *Keqformimet artero-venoze*
ISHP- *Instituti i Shëndetit Publik*
I.S.O - *Italian Stroke Organisation (Organizata Italiane për Iktusin)*
E.S.O - *European Stroke Organization (Organizata Europiane për Iktusin)*
OBSh- *Organizata Botërore e Shëndetësisë*
ISTAT- *Instituti Kombëtar i Statistikave*
QSUT - *Qendra Spitalore Universitare "Nënë Tereza" Tiranë*
PNF- *Proprioceptive Neuromuscular Facilitation (Lehtësimi neuromuskular proprioceptiv)*
FNP - *Facilitazioni Neurocinetiche Progressivo (Lehtësimet Neurokinetike Progressive)*
NTD - *Neurodevelopment Treatment (Trajtimi i Zhvillimit Nervor)*
RMP - *Riequilibrio Modulare Progressivo (Ribalancimi Modular Progressiv)*
DEXTER (dex)- *ana e djathtë*
SINISTER (sin)- *ana e majtë*
RIGIDET- *Ngurtësim*
SPASTIK- *Hipertonus muskular*
FLACID- *Hipotonus muskular*
NEGLET – *Tendenca për të neglizhuar çdo gjë që ndodhet në anën e dëmtuar*
AFAZI- *Humbja e aftësisë për të komunikuar*
APRAKSI- *Çrregullim motore për lëvizjet e vullnetshme*
ANOSONJOZI- *Pavetëdija për gjëndjen e sëmundjes*
PC - *Paraliza të shkaktuara nga lëndimet Cerebrale që kanë ndodhur si pasojë e iktusit cerebral ishemic ose hemoragjik në të cilat bëjnë pjesë edhe hemiplegjia, hemipareza dhe problemet e tjera neuromotore*
PROBLEME TË TJERA NEUROMOTORE – *paraliza: monoplegjitë, diplegjitë dhe tetraplegjitë dhe bëjnë pjesë në PC*
Ho- *Hipoteza bazë*
Ha- *Hipoteza analitike*

**V. LISTA E TABELAVE / FIGURAVE / GRAFIKËVE****Lista e figurave**

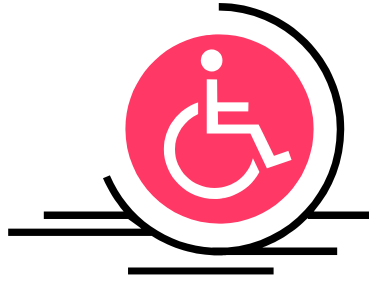
| | |
|---|-------|
| Fig.1.3.1 Pamja anatomike e Trurit..... | fq 18 |
| Fig.1.3.2 Qarkullimi i gjakut në Tru..... | fq 18 |
| Fig1.3.3 TC tregon një Rast me iktus ishemic | fq 19 |
| Fig1.3.4 Ilustron mekanizmin e iktusit të shkaktuar nga një tromb..... | fq 19 |
| Fig1.3.5 Iktusi cerebral i shkaktuar nga hemoragjia | fq 20 |
| Fig1.3.6 Sistemi nervor qëndror tek njerëzit..... | fq 20 |
| Fig 1.3.7 Sistemi nervor periferik tek njerëzit..... | fq 21 |
| Fig 2.1.1 Skema e Sistemit Nervor..... | fq 27 |
| Fig 2.3.1 Imazhi i trurit i prekur nga hemiplegjia dhe ndarja e dëmtimit sipas anës dex dhe sin | fq 29 |

Lista e tabelave

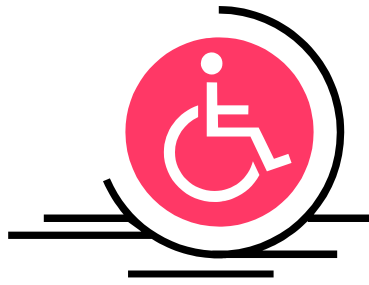
| | |
|--|-------|
| Tabela 1.8.1 Efikasiteti në uljen e presionit arterial sistolik | fq 24 |
| Tabela 1.8.2 “Score Risk Scorecard” Lutheran Health Network..... | fq25 |
| Tabela 2.5.1 Shkalla Rankin (handicap)..... | fq 31 |
| Tabela 2.5.2 Shkalla e Barthel, (disability)..... | fq 31 |
| Tabela 2.5.3 Shkalla Nuds (disability)..... | fq 33 |
| Tabela 2.5.4 Shkalla FIM(dependence)..... | fq 34 |
| Tabela 2.5.5 Shkalla FAI (handicapin)..... | fq 34 |
| Tabela 2.5.6 Indeks RMI (RiverMead Index)..... | fq 36 |
| Tabela 2.5.7 Shkalla ALBERT(performancën)..... | fq 36 |
| Tabela 2.5.8 Ekzaminimi i apraksisë ideomotore(de Renzi 1990) AIM..... | fq 38 |
| Tabela 7.1 Prevalenca e iktusit në bazë të shkaktarit..... | fq 49 |
| Tabela 7.2 Prevalenca e PC /hemiplejgjisë/hemiparezës/problemet e tjera neuromotore.. | fq50 |
| Tabela 7.3 Prevalenca e hemiplejgjisë dhe hemiparezës..... | fq 51 |
| Tabela 7.4 Prevalenca e PC dhe në veçanti e hemiplejgjisë..... | fq 52 |
| Tabela 7.5 Prevalenca e hemiplejgjisë dhe ndarjen e saj në dex dhe sin..... | fq 53 |
| Tabela 7.6 Prevalenca e PC dhe hemiparezës..... | fq 54 |
| Tabela 7.7 Prevalenca e hemiparezës dhe ndarjen e saj ne dex dhe sin..... | fq 55 |
| Tabela 7.8 Prevalenca e PC duke i ndarë sipas gjinisë | fq 56 |
| Tabela 7.9 Prevalenca për hemiplejgjinë duke i ndarë sipas gjinisë..... | fq 57 |
| Tabela 7.10 Prevalenca e PC në total për gjininë femërore në lidhje me hemiplejgjinë..... | fq 58 |
| Tabela 7.11 Prevalenca e PC në total për gjininë mashkullore në lidhje me hemiplejgjinë.. | fq59 |



| | |
|--|---------|
| Tabela 7.12 Prevalenca e Hemiplegjisë në total për gjininë femërore duke i ndarë në dex/sin..... | fq 60 |
| Tabela 7.13 Prevalenca e Hemiplegjisë në total për gjininë mashkullore duke i ndarë në dex/sin..... | fq 61 |
| Tabela 7.14 Prevalenca e hemiparezës në lidhje me gjininë..... | fq 62 |
| Tabela 7.15 Prevalenca e PC në total për gjininë femërore në lidhje me hemiparezën..... | fq 63 |
| Tabela 7.16 Prevalenca e PC në total për gjininë mashkullore në lidhje me hemiparezën.. | fq64 |
| Tabela 7.17 Prevalenca e Hemiparezës në total për gjininë femërore duke i ndarë në dex/sin..... | fq 65 |
| Tabela 7.18 Prevalenca e Hemiparezës në total për gjininë mashkullore duke i ndarë në dex/sin. | fq66 |
| Tabela 7.19 Prevalenca e PC, duke i ndarë sipas grupmoshave | fq 67 |
| Tabela 7.20 Si ndikon numri total i pacienteve ne nr e pacienteve te prekur me hemiplegji sipas | fq 69 |
| Tabela 7.21 Si ndikon numri total i pacienteve total te prekur nga hemiplegjia ne lidhje me pacientet e prekur nga hemiplegjia dex sipas grupmoshave..... | fq 69 |
| Tabela 7.22 Si ndikon numri total i pacienteve total te prekur nga hemiplegjia ne lidhje me pacientet e prekur nga hemiplegjia sin sipas grupmoshave..... | fq 70 |
| Tabela 7.23 Si ndikon numri total i pacientëve në nr e pacientëve të prekur me hemiparezë sipas grupmoshave..... | fq70 |
| Tabela 7.24 Si ndikon numri total i pacientëve total të prekur nga hemipareza në lidhje me pacientët e prekur nga hemiplareza dex sipas grupmoshave..... | fq71 |
| Tabela 7.25 Si ndikon numri total i pacientëve total të prekur nga hemipareza ne lidhje me pacientet e prekur nga hemipareza sin sipas grupmoshave..... | fq 71 |
| Tabela 7.26 numri i rasteve në lidhje me grupmoshat..... | fq 72 |
| Tabela 7.27 Tirana / pa qytetin e Tiranës per PC, hemiplegjinë /hemiparezën..... | fq 77 |
| Tabela 7.28 Prezantimi i numrit të qyteteve me hemiparezë dex..... | fq77 |
| Tabela 7.29 Prezantimi i numrit të qyteteve me hemiparezë sin..... | fq 77 |
| Tabela 7.30 Prezantimi i numrit të qyteteve me hemiplegji dex..... | fq 78 |
| Tabela 7.31 Prezantimi i numrit të qyteteve me hemiplegji sin..... | fq 78 |
| Tabela 7.32 Prevalenca e PC në lidhje me vitet..... | fq 79 |
| Tabela 7.33 Prevalenca e Hemiplegji ne lidhje me vitet..... | fq 80 |
| Tabela 7.34 Prevalenca e Hemiplegji ne lidhje me vitet..... | fq 81 |
| Tabela 7.35 Si ndikon numri total i pacienteve në nr e pacientëve të prekur me Hemiplegji dex sipas viteve..... | ..fq 83 |
| Tabela 7.36 Si ndikon numri total i pacienteve në nr e pacientëve të prekur me Hemiplegji sin sipas viteve..... | fq 84 |



| | |
|--|-------|
| Tabela 7.37 Si ndikon numri total i pacienteve në nr e pacientëve të prekur me Hemiparezë dex sipas viteve..... | fq 84 |
| Tabela 7.38 Si ndikon numri total i pacienteve në nr e pacientëve të prekur me Hemiparezë sin sipas viteve..... | fq 85 |
| Tabela 7.39 Prevalenca e rasteve të vdekjeve nga Ishemia Cerebrale në bazë të shkaktarit: ishemic apo hemoragjik..... | fq 86 |
| Tabela 7.40 Vdekshmëria ndërmjet rasteve me hemiplegji apo hemiparezë, sipas grupmoshës..... | fq 86 |
| Tabela 7.41 Vdekshmëria ndërmjet rasteve me hemiplegji dex apo sin..... | fq 87 |
| Tabela 7.42 . Nr. i Vdekjeve prej ishemisë sipas qyteteve gjinia Femërore..... | fq 88 |
| Tabela 7.43 Nr. i Vdekjeve prej ishemisë sipas qyteteve për gjininë Mashkullore | fq 89 |
| Tabela 7.44 Nr. i vdekjeve prej hemoragjisë sipas qyteteve për gjininë..... | fq 90 |
| Tabela 7.45 Numri i vdekjeve prej ishemisë sipas viteve..... | fq 92 |
| Tabela 7.46 Nr. i vdekjeve prej ishemisë sipas viteve për gjininë Femërore | fq 93 |
| Tabela 7.47 Nr. i vdekjeve prej ishemisë sipas viteve për gjininë Mashkullore | fq 94 |
| Tabela 7.48 Nr. i vdekjeve prej hemoragjisë sipas viteve për gjininë Mashkullore..... | fq 96 |
| Tabela 7.49 Krahasimi midis rasteve me hemiplegji që jane rehabilituar me ata pacient që nuk janë rehabilituar..... | fq 97 |
| <u>Lista e grafikeve</u> | |
| Grafiku 7.1 Prevalenca e iktusit në bazë të shkaktarit..... | fq 49 |
| Grafiku 7.2 Prevalenca e iktusit në bazë të shkaktarit për vendin tonë dhe vendet e EU...f | q 50 |
| Grafiku 7.3 Prevalenca e hemiplegjisë/ hemiparezës/problemet e tjera neuromotore..... | fq 51 |
| Grafiku 7.4 Prevalenca e hemiplegjia dhe hemiparezës | fq 52 |
| Grafiku 7.5 Prevalenca e PC dhe hemiplegjisë..... | fq 52 |
| Grafiku 7.6 Prevalenca e hemiplegjisë dhe ndarjen e saj në dex dhe sin..... | fq 53 |
| Grafiku 7.7 Prevalenca e PC dhe hemiparezës..... | fq 54 |
| Grafiku 7.8 Prevalenca e hemiparezës dhe ndarjen e saj ne dex dhe sin..... | fq 55 |
| Grafiku 7.9 Prevalenca e PC duke i ndarë sipas gjinisë..... | fq 56 |
| Grafiku 7.10 krahasimi i gjinive midis Shqipërisë dhe vendeve Europiane | fq 57 |
| Grafiku 7.11 Prevalenca për hemiplegjinë duke i ndarë sipas gjinisë..... | fq 57 |
| Grafiku 7.12 Prevalenca e PC në total për gjininë femërore në lidhje me hemiplegjinë.... | fq 58 |
| Grafiku 7.13 Prevalenca e PC në total për gjininë mashkullore në lidhje me hemiplegjinë | fq59 |
| Grafiku 7.14 Prevalenca e Hemiplegjisë në total për gjininë femërore duke i ndarë në dex/sin..... | fq 60 |



| | |
|---|-------|
| Grafiku 7.15 Prevalenca e Hemiplegjisë në total për gjininë mashkullore duke i ndarë në dex/sin | fq 61 |
| Grafiku 7.16 Prevalenca e hemiparezës në lidhje me gjininë..... | fq 62 |
| Grafiku 7.17 Prevalenca e PC në total për gjininë femërore në lidhje me hemiparezën..... | fq 63 |
| Grafiku 7.18 Prevalenca e PC në total për gjininë mashkullore në lidhje me hemiparezën | fq64 |
| Grafiku 7.19 Prevalenca e Hemiparezës në total për gjininë femërore duke i ndarë në dex/sin | fq 65 |
| Grafiku 7.20 Prevalenca e Hemiparezës në total për gjininë mashkullore duke i ndarë në dex/sin | fq 66 |
| Grafiku 7.21 Krahasim për hemiplegjinë dhe hemiparezën ne lidhje me gjininë..... | fq 66 |
| Grafiku 7.22 Prevalenca e PC, duke i ndarë sipas grupmoshave..... | fq 67 |
| Grafiku 7.23 krahasimi për rastet midis Shqipërisë dhe vendeve Europiane në lidhje me moshën | fq 67 |
| Grafiku 7.24 Prevalenca e hemiplegjisë/hemiparezës dex apo sin në lidhje me grupmoshën | fq 68 |
| Grafiku 7.25 Prevalenca e hemiplegjisë/hemiparezës dex apo sin në lidhje me grupmoshën | fq 68 |
| Grafiku 7.26 Prevalenca e PC në lidhje me zonat e Shqipërisë..... | fq 73 |
| Grafiku 7.27 Prevalenca e PC në lidhje me zonat e Shqipërisë..... | fq 73 |
| Grafiku 7.28 Rastet me PC, hemiplegji dex/sin, hemiparezë dex/sin në lidhje me qytetet. | fq74 |
| Grafiku 7.29 Prevalenca e PC ne lidhje me qytetet | fq 74 |
| Grafiku 7.30 Prevalenca e hemiparezës dex në lidhje me qytetet..... | fq 75 |
| Grafiku 7.31 Prevalenca e hemiparezës sin në lidhje me qytetet | fq 75 |
| Grafiku 7.32 Prevalenca e hemiplegjisë dex në lidhje me qytetet..... | fq 76 |
| Grafiku 7.33 Prevalenca e hemiplegjisë dex në lidhje me qytetet..... | fq 76 |
| Grafiku 7.34 Prevalenca e PC ne lidhje me vitet.. | fq 79 |
| Grafiku 7.35 Prevalenca e Hemiplegji ne lidhje me vitet..... | fq 80 |
| Grafiku 7.36 Prevalenca e Hemiparezës ne lidhje me vitet..... | fq 81 |
| Grafiku 7.37 krahasimi midis hemiplegjisë dhe hemiparezës sipas viteve..... | fq 82 |
| Grafiku 7.38 Krahasimi midis hemiplegjisë dex/sin sipas viteve | fq 82 |
| Grafiku 7.39 krahasimi midis hemiparezës dex/sin sipas viteve..... | fq 83 |
| Grafiku 7.40 Prevalenca e rasteve të vdekjeve nga Ishemia Cerebrale në bazë të shkaktarit: ishemic apo hemoragjik..... | fq 86 |
| Grafiku 7.41 Prevalenca e vdekjeve prej ishemisë sipas qyteteve për gjininë femërore.... | fq 88 |
| Grafiku 7.42 Prevalenca e vdekjeve prej ishemisë sipas qyteteve për gjininë mashkullor. | fq89 |



Grafiku 7.43 Prevalenca e vdekjeve prej hemoragjisë sipas qyteteve për gjininë mashkullore fq 90

Grafiku 7.44 Prevalenca e Vdekshmërisë prej ishëmisë sipas vitevefq 91

Grafiku 7.45 Rastet e vdekjeve prej ishëmisë sipas viteve.....fq 91

Grafiku 7.46 Prevalenca e Vdekshmërisë prej ishëmisë sipas viteve.....fq 92

Grafiku 7.47 Prevalenca e Vdekshmërisë prej ishëmisë sipas viteve për gjininë femërore.fq93

Grafiku 7.48 Prevalenca e Vdekshmërisë prej ishëmisë sipas viteve për gjininë mashkullore..fq 94

Grafiku 7.49 Rastet e vdekjeve prej hemoragjisë sipas viteve..... fq 95

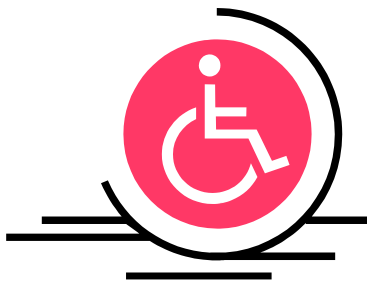
Grafiku 7.50 Prevalenca e vdekshmërisë prej hemoragjisë në lidhje me vitet.....fq 95

Grafiku 7.51 Prevalenca e Vdekshmërisë prej hemoragjisë sipas viteve për gjininë mashkullore fq 96

Grafiku 7.52 Krahasimi për vdekshmërinë në lidhje me shkaktarin ishëmik apo hemoragjik për vitet.....fq 97

Grafiku 7.53 Krahasimi midis rasteve me hemiplegji që janë rehabilituar me ata pacient që nuk janë rehabilituarfq 98

Grafiku 7.54 Krahasimi midis rasteve me hemiplegji që janë rehabilituar në vendin tonë me vendet e huaja.....fq 98



PJESA TEORIKE

1. HYRJJE

1.1 Sfondi Historik

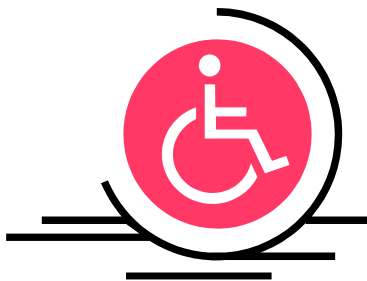
Në vendet e huaja zbatimi i metodave rehabilituese është i aplikueshëm që pas Luftës së Parë Botërore dhe kjo si pasojë se shumë veteranë ishin disabël, nuk arrinin të punonin si më parë e për rrjedhojë ekonomia e Amerikës ishte në rrezik. Ata i dhanë një shtysë të madhe rehabilitimit të këtyre pacientëve nëpërmjet punës duke bërë kështu të mundur përveç rikthimit të dinjitetit dhe lehtësimit të depresionit edhe rehabilitimin e këtyre pacientëve. Kështu ata në të njëjtën kohë arrinin me mënyra të ndryshme të realizonin punën që dikur ata bënin për të mirën e ekonomisë së vendit të tyre, gjithmonë duke iu përshtatur disabilitetit të këtyre pacientëve. Puna është përdorur gjithmonë si një metodë për të rrekuperuar funksionalitetin, që nga koha që njeriu fillojë të punojë. Rreth viteve 1940 kjo metodë u aplikua në pacientët e dëmtuar në punën e tyre apo në aksidente, realizimi i kësaj metode u bë i mundur nga hapja e një “laboratori kurimi” i ideuar nga një terapist A.L. Stevens. Ai hapi për herë të parë Qendrën e Rehabilitimit “Rochester” dhe u pa që pati një impakt tepër pozitiv socio-ekonomik. (1)

Gjithashtu sipas mjekut Joseph Clement Tissot “Rëndësia për të rehabilituar hemiplegjinë konsiston në ristabilimin e kontrollit të dobësuar cerebral”, pasi kemi shumë element të cilët janë përgjegjës për këtë dobësim dhe duhet të rikthejmë funksionin e tyre. Realizimi i këtij arsytimi bëhet i mundur nëse në krijojmë kushtet e lëvizjes së menjëhershme për pacientin hemiplegjik. Pra pacienti me hemiplegji nuk duhet të qëndrojë në shtrat, duhet të rizgjojë ndjeshmërinë dhe lëvizshmërinë duke stimuluar tabanin e këmbës dhe duhet ta mbajmë pacientin të zënë me punë derisa ta “mërzisim”. Bazuar në këtë teori duhet thënë që sapo pacienti të ketë rifituar vetëdijen duhet menjëherë ta detyrojmë të bëjë terapi. (1)

Rreth viteve 1960 kemi patur zhvillimin e riaftësisimit si rrjedhojë e maturimit të mjekësisë të sportit, e cila bëri të mundur lindjen e “konceptit të rrahabilitimit”, duke i bërë terapi sportistëve të dëmtuar.

Në vitet 1980 në shumë zona të Shteteve të Bashkuara të Amerikës u hapën shumë qendra rehabilituese “Work Hardening”, që do të thotë stërvitje nëpërmjet punës por edhe si stërvitje në punë, pra përdornin punën si pjesë kryesore të programit rehabilitues.

Pas viteve 1980 për të gjitha vendet e botës u vërtetua se për të favorizuar në mënyrë definitive pjesën sociale dhe ekonomike të tyre, duhej patjetër që rehabilitimi të përhapej si degë e mjekësisë dhe u quajt tepër i rëndësishëm për pacientët dhe vendin ku ata jetonin. (1)



1.2 Profili Profesional

Fizioterapia është një degë e Mjekësisë që merret me parandalimin, trajtimin dhe riaftësimin e pacientëve me patologji të lindura ose të fituara të cilat mund të jenë me interes neurologjik, ortopedik, reumatologjik ose visheral. Një fizioterapist i përgatitur arrin të vlerësojë pacientin dhe të përpilojë në mënyrë *autonome* një program të personalizuar. (2)

Për këtë arsye mund të themi me bindje që edhe pse në Shqipëri, fizioterapia është degë relativisht e re krahasuar me vendet e tjera, është një degë e mjekësisë teper e rendësishme dhe i duhet dhënë një prioritet i madh në të mirën e pacientëve dhe familjeve të tyre. Sot në Shqipëri, shërbimet fizioterapeutike që ofrohen janë: rehabilitimi neurologjik, rehabilitimi ortopedik, rehabilitimi reumatologjik, rehabilitimi postural, rehabilitimi kardio-respirator, rehabilitimi sportiv, masazh terapeutik. Fizioterapisti mund të zhvillojë profesionin e tij në rrugë autonome ose edhe të bashkëpunojë me disa profesionist të tjerë shëndetësor, si me neurologun, ortopedin, kardiologun, pneumologun, fizintrin, neuropsikiatrin, pediatri etj. *Problemi më i madh në vendin tonë përsa i përket fizioterapisë është fakti se atë e njohin ende në mënyrë sipërfaqësore. Këtë problem e kam hasur gjatë punës time si fizioterapiste gjithashtu edhe si kerkuese shkencore dhe sipas nesh kjo vjen si pasojë e mos pasjes informacion të thelluar mbi këtë degë relativisht të re.*

1.3 TË DHËNA E PËRGJITHSHME TË IKTUSIT CEREBRAL

1.3.1 Përkufizimi

Iktusi Cerebral i njohur ndryshe si Stroke apo AVC “accident vascular cerebral” dhe nga latinishtja “Goditja në Tru” është një sindromë me origjinë vaskulare, e karakterizuar nga fillimi i paparashikuar i deficitit neurologjik fokal ose atij të shpërndarë me një kohëzgjatje më shumë se 24 orë, i cili mund të jetë edhe vdekjeprurës, i shkaktuar nga mbyllja ose këputja e papritur e një enë gjaku në tru dhe si pasojë dëmtimit të qelizave të trurit për shkak të mungesës së oksigjenit dhe lëndëve ushqyese të mbartura nga gjaku. Iktusi Cerebral shkaktohet nga *Ishemia dhe Hemoragjia*. Përcaktohet si Ishemik kur vjen si pasojë e mungesës së fluksit të gjakut në tru dhe hemoragjik kur kemi gjakderdhje në të. (10)

Në disa pacientë mund të përballemi edhe me atakun ishemik të përkohshëm ose TIA (Mini-Iktus), përkufizohet si i tillë pasi shenjat janë me kohëzgjatje më pak se 24 orë dhe vjen si pasojë e një ishemie cerebrale fokale.(13)

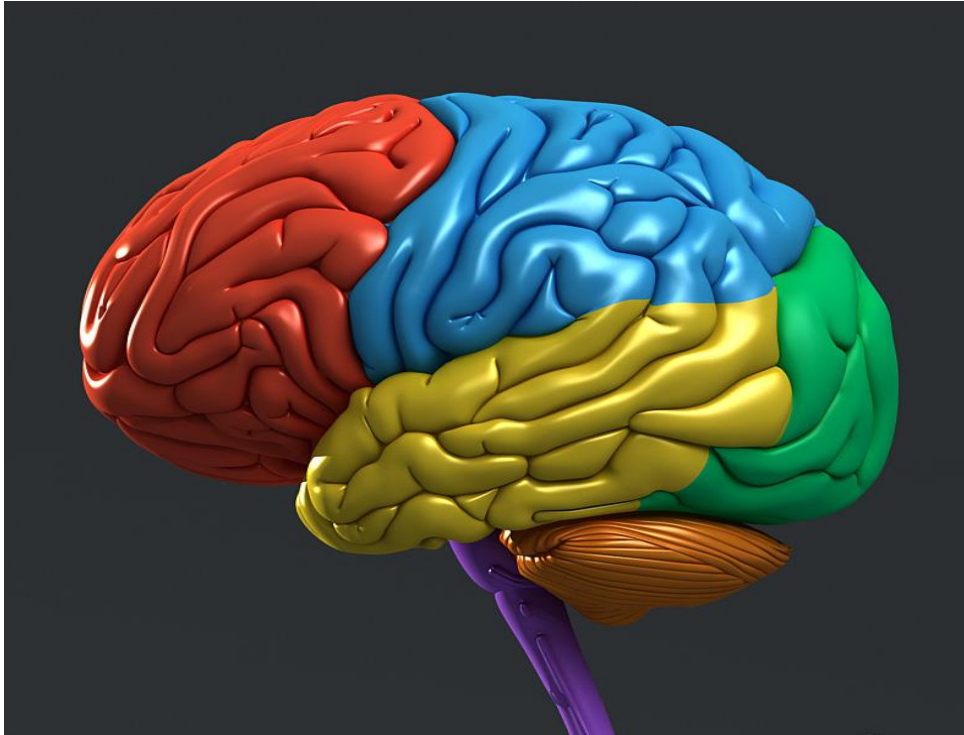
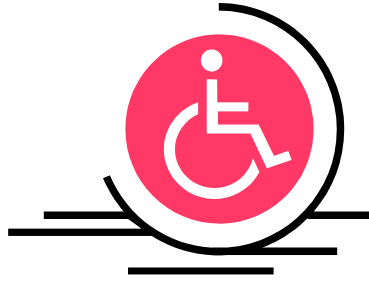


Fig.1.3.1 Pamja anatomike e Trurit

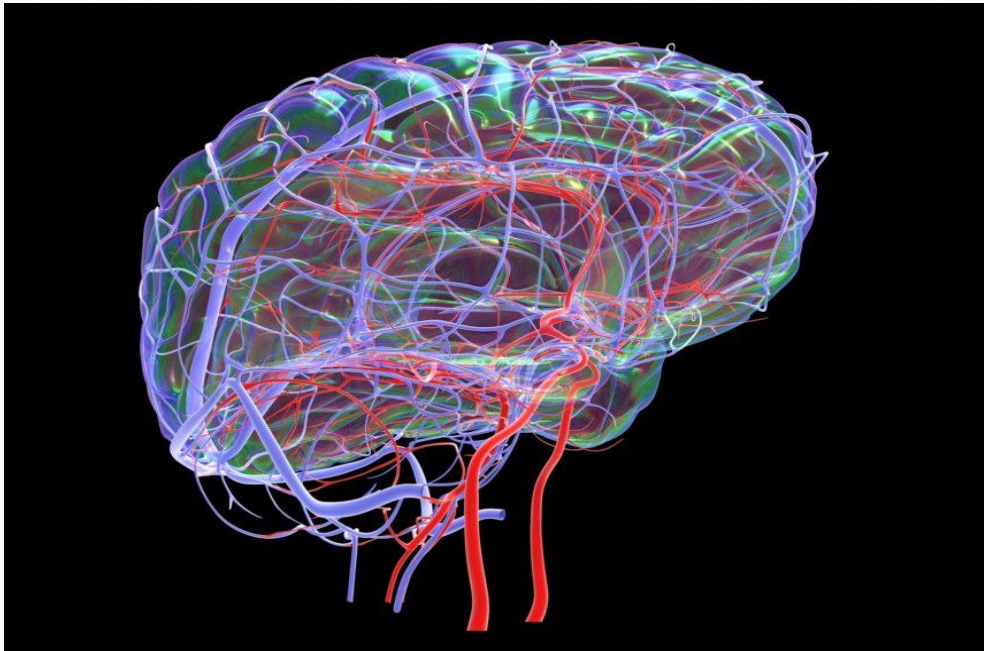


Fig.1.3.2 Qarkullimi i gjakut në Tru

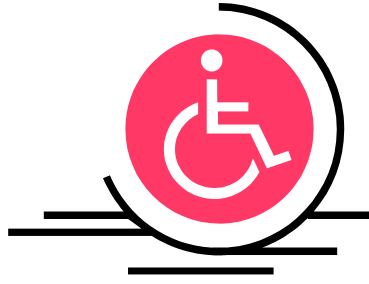


Fig1.3.3 TC tregon një Rast me iktus ishemik (shigjeta tregon zonën ishemike)

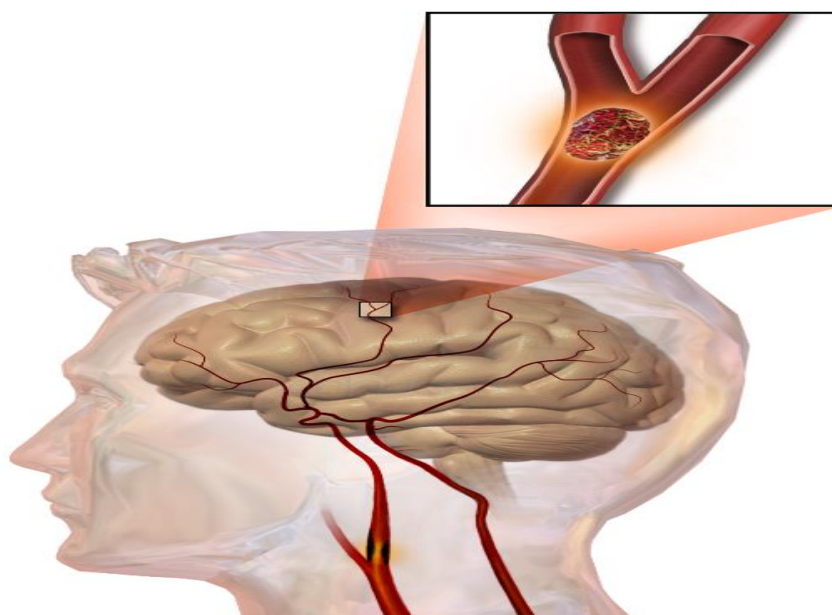


Fig1.3.4 Ilustron mekanizmin e iktusit të shkaktuar nga një tromb.

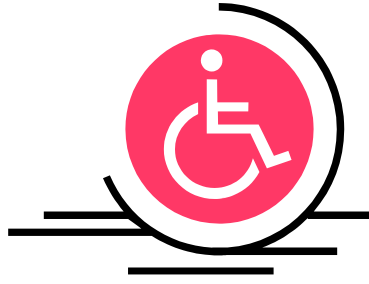


Fig 1.3.5 Tregon një pjesë të trurit të një personi, që ka pësuar iktus cerebral të shkaktuar nga hemoragjia, si pasojë e dëmtimit të arteries cerebrale të mesme.

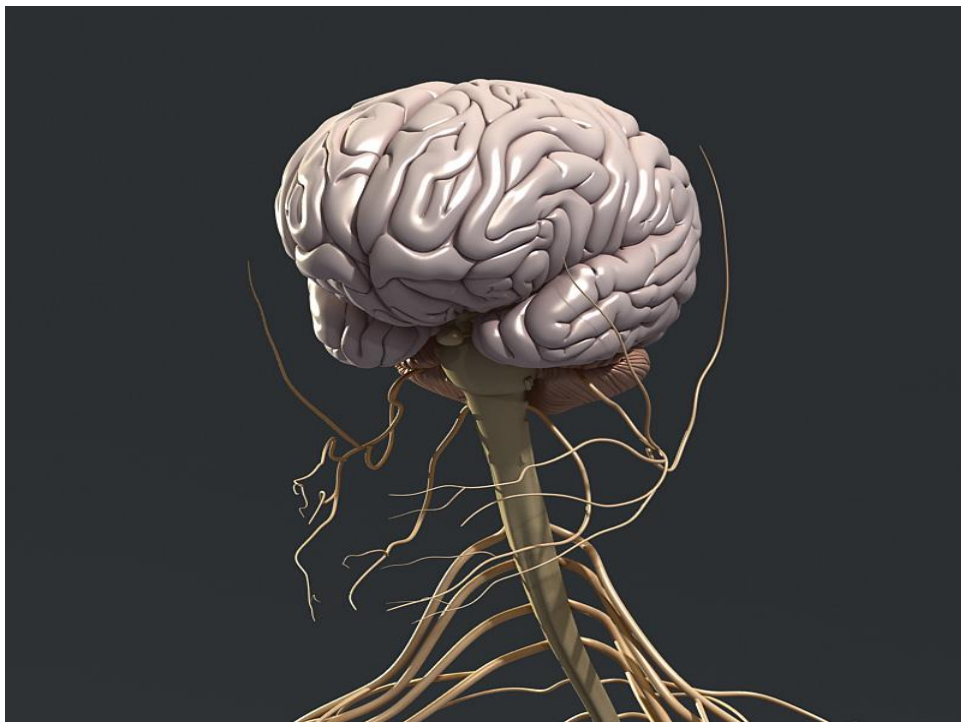


Fig1.3.6 Sistemi nervor qendror tek njerëzit.

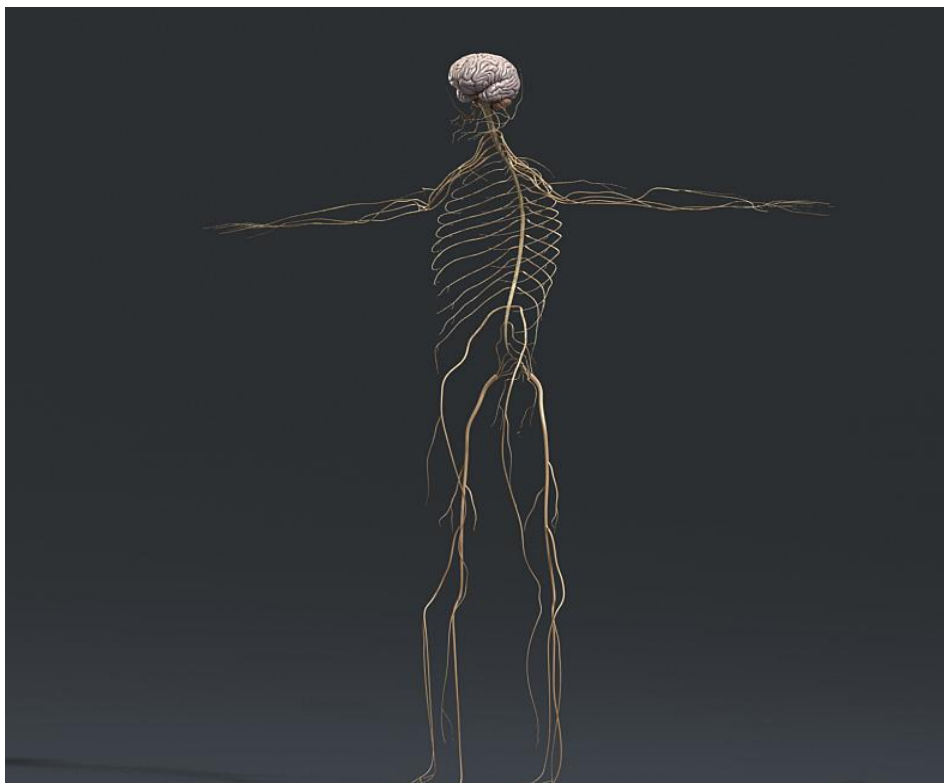
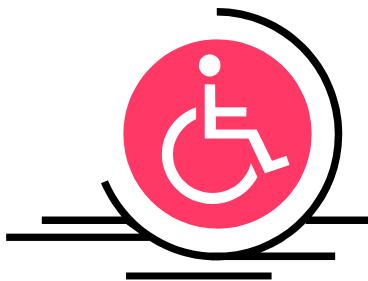
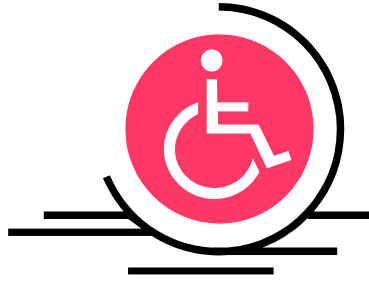


Fig 1.3.7 Sistemi nervor periferik tek njerëzit.

1.4. EPIDEMIOLOGJIA

1.4.1 Incidenca e Iktusit Cerebral në vendet e huaja dhe në Shqipëri.

Iktusi cerebral është një sëmundje neurologjike shumë e shpeshtë, edhe pse në pesëmbëdhjetë vjeçarin e fundit vdekshmëria në vendet e zhvilluara është ulur, të gjitha të dhënat tregojnë që brënda njëzetë viteve të ardhshme, si pasojë e plakjes së popullsisë, është verifikuar një rritje deri në 30% të numrit total të rasteve me iktus në Bashkimin Europian e raportuar nga “The Burden of Stroke in Europe”, udhehequr nga kërkuesit të King’s College të Londrës, të cilët kanë mbledhur të dhëna nga 35 vende europiane, gjithashtu sipas OBSH-së janë pothuajse 17 milion persona të prekur ç’do vit nga Iktusi Cerebral. Incidenca e Iktusit Cerebral rritet me moshën, ku rastet më të shumta rregjistrohen në pacientët me moshë më të lartë se 60 vjeç, që në vëndet si Italia apo Gjermania janë më shumë se 20% e popullsisë. Por akoma më shqetësuese është që në popullsinë me moshë mbi 80 vjeç, incidenca e iktusit varion nga 20 dhe 35%. Gjithashtu një aspekt tepër të rëndësishëm e zë fakti që më shumë se 10.000 raste me iktus rregjistrohen ç’do vit me moshë më të ulët se 54 vjeç, të cilët janë persona në moshë pune.(3) (18)



Në vendet e zhvilluara, midis të cilave edhe Shqipëria, iktusi është sëmundja e tretë vdekjeprurëse pas sëmundjeve kardiovaskulare dhe neoplazmës dhe e para për disabilitetin, e cila shkakton 10-12% të numrit të vdekjeve në vit. Shkakton një vdekshmëri në 30-ditë që ndryshon nga 20% dhe 30%, në varësi të studimeve të rasteve, ndërkohë që në një vit është e barabartë me rreth 46%. Ata që arrijnë të shpëtojnë mbas një viti janë 54%. (3) (18)

Numrin më të madh të vdekjeve të pacientëve e kemi nga fakti se në ditët pasardhëse të iktusit, pacientët mund të shfaqin edhe probleme të tjera fatale për jetën, nga të cilat më të zakonshme janë pneumonia dhe embolia pulmonare, që vijnë si pasojë e dëmtimit të vetë trurit. Në disa raste të tjera vdekshmëria vjen si pasojë e patologjive të rënda që pacienti vuante më parë si infarkti i miokardit, mosfunksionimi i zemrës dhe tumore, në këto kushte, në momentin kur iktusi godet një pjesë e vdekjeve mund t'i dedikohen sëmundjes kryesore. Ndërsa në pacientët e mbijetuar impakti më i rëndësishëm që ka iktusi është pikërisht ai i autonomisë, i cili kuptohet si një reduktim në aftësinë për të kryer aktivitetet normale të jetës së përditshme. Gjashtë muaj pas goditjes akute, 20-30% e pacientëve me iktus kanë një paaftësi të shkallës së moderuar në të rëndë, ndërsa 25% kanë një paaftësi të shkallës së butë në të moderuar. (10)(18)(21)

Këto të dhëna të larta mbi incidencën, vdekja, gjithashtu edhe paaftësia, tregojnë qartësisht peshën e madhe të iktusit mbi shoqërinë tonë dhe e bëjnë atë një nga sfidat më të rëndësishme me të cilën mjekësia bashkëkohore duhet të përballet edhe në Shqipëri. Mund të themi se i vetmi aspekt disi më favorizues për vendin tonë është fakti se ne nuk jemi në përballje me plakjen e popullatës me hapa aq të shpejtë, krahasuar me vendet e tjera të Europës dhe në veçanti Italisë dhe Gjermanisë. Ashtu si e përmendëm edhe më lartë, për këto vende një nga problemet më të mëdha që do përballen brënda 20 viteve të ardhëshme është pikërisht rritja me 30% e numrit total të rasteve me iktus të shkaktuar vetëm nga pleqëria. (18)

Prevalenca e sëmundjeve neurologjike në Shqipëri

1. Të dhënat e mbledhura për vendin tonë tregojnë se gjinia më e prekur që vuan nga iktusi cerebral janë Meshkujt.
2. Grupmosha më e prekur është mbi 60-80 vjeç.
3. Përsa i përket qyteteve, rastet më të shumta të prekur nga iktusi cerebral i gjejmë në qytetin e Tiranës
4. Viti 2019 ka prevalencë më të madhe se vitet e tjera.
5. Numrin e vdekshmërisë më të lartë e kemi në vitin 2009

1.5 ETIOLOGJIA

Sipas OBSH-së Iktusi cerebral, në 80% të rasteve vjen si pasojë e ishemiave dhe 20% të rasteve vjen si pasojë e hemorragjive. Këto të dhëna mund ti krahasojmë edhe me të dhënat epidemiologjike e marra për vendin tonë në këtë punim, për vitet 2009-2019 nga 4661 raste me iktus të shaktuara nga ishemia janë 3673 raste(79%) dhe të shkaktuar nga hemorragjia janë



988 raste (21%). Iktusi cerebral i shkaktuar nga ishemia cerebrale ka disa mekanizma por dy janë më të shpeshtë: arterotromboza dhe kardioembolizmi. Studimet angiografike të kryera në fazën hiper akute kanë treguar se komplikimet tromboembolike nga dëmtimet aterosklerotike të enëve të gjakut të qafës përfaqësojnë shkaku parësor të ishemisë cerebrale 50%, ndërsa në 20% të rasteve iktusi vjen si pasojë e embolive kardiogjene, ndërsa iktusi i shkaktuar nga hemorragjia cerebrale, në shumicën e rasteve, vjen si pasojë e anomalive të sistemit vaskular. (7)

Tipi i anomalisë ndryshon me moshën: nën moshën 40 vjeç keqformimet arterovenoze dhe mikroorganizmat janë shkaku më i zakonshëm i hemorragjive cerebrale, ndërsa nga 40-80 vjeç dëmtimet më të shpeshta janë hemorragjitë e thella të cilat vijnë si shkak i këputjes së arterieve të vogla depërtuese. (43)

1.6 FIZIOPATOLOGJIA E ISHEMISE CEREBRALE

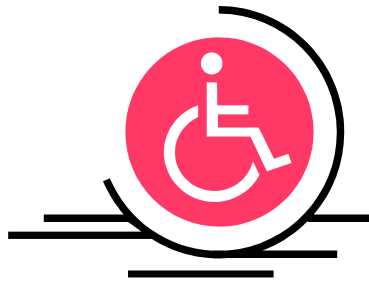
Pas goditjes ishemike kemi mungesë të furnizimit me gjak të një zonë e caktuar të trurit, i cili sjell edhe infarkt të asaj zone, shkaktun një dëm të *pakthyesëm* por që prek vetëm pjesën e dëmtuar. Pas këtij dëmtimi kemi një aktivizim të zonave përreth zonës së dëmtuar, të cilat marrin një qarkullim kolateral nga territoret vaskulare fqinje dhe kjo ndodh pasi jo të gjitha neuronet vdesin menjëherë. Kjo është arsyeja kryesore që dëmi është ende i *kthyesëm* edhe pse funksioni neuronal është më i vogël. (8)(9)

1.7 FIZIOPATOLOGJIA E HEMORRAGJISË CEREBRALE

Fiziopatologjia e hemorragjisë cerebrale është shumë komplekse. Sipas studimeve të fundit, janë disa shkaktarë të hemorragjisë cerebrale dhe janë të ndarë në primar dhe sekondar. Në shkaktarët primar përfshihen: Sëmundjet e enëve të vogla të gjakut të shkaktuara nga arterioskleroza, moshja, angiopatitë amiloide cerebrale (AAC) të trashëgueshme.

Në ata sekondar përfshihen: Keqformimet vaskulare të shkaktuara nga aneurizmat, keqformimet artero-venoze (MAV), angiomat venoze, ndryshimet e gjakut të shkaktuara nga përdorimi i antikoagulantëve, trombolitikët, leuçemitë. (65)(66)

Një disavantazh i madh në rastin e hemorragjisë cerebrale është struktura mbrojtëse e kafkës, pasi kemi rritje të papritur të vëllimit të strukturave të përfshira në brendësi të trurit. Pas episodit të hemorragjisë, 2-6 muaj gjaku i nënshtrohet një sërë ndryshimesh, masa reduktohet gradualisht e më pas ka tendencën të përthithet duke ia lënë vendin një sipërfaqeje prej nekroze. Mund të themi gjithashtu se pacientët më të predispozuar për hemorragji janë ata persona që mund të vuajnë edhe nga sëmundjet e mëlçisë, leuçemia, limfomat, anemia aplastike pasi këto sëmundje ndikojnë në faktorët përgjegjës të koagulimit. Në raste të tilla hemorragjia mund të jetë komplikacion i terapisë antikoagulante, të administruar për qëllim



terapeutik. Megjithatë njihen edhe shkaqe të tjera nga të cilat më i rëndësishmi është hipertensioni arterial. (67)(68)

1.8 FAKTORET E RREZIKUT

Studimet epidemiologjike kanë identifikuar disa faktorë që rrisin rrezikun e ictusit cerebral.

Ata mund të dallohen në:

1. Faktorë demografikë (mosha, gjinia, rraca, historia familjare për ictus)
2. Karakteristikat fiziologjike (hipertensioni arterial, fibrilacioni atrial, obeziteti, hiperkolesterolemia, diabeti)
3. Zakonet e sjelljes (pirja e duhanit, alkoolit, pasiviteti fizik).

Faktorët e grupit të parë nuk mund të ndryshohen, ato të grupit të dytë kërkojnë një trajtim farmakologjik si dhe masa parandaluese jo farmakologjike, ato të grupit të tretë mund të përfitojnë nga ndryshimet e mënyrës së jetesës. Njohja e tyre përbën bazën njohëse të parashikimit fillestar dhe sekondar të ictusit. (95) (96) (97)(98)(99)

Tabela 1.8.1 Efikasiteti në uljen e presionit arterial sistolik nëpërmjet përshtatjes me disa menyra të tjera të jetës së shëndetshme.

Modifikuar nga The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. NHLBI 2003.

| Ndërhyrja | Rekomandime | Ulje e pritshme e presionit të gjakut |
|--|---|---------------------------------------|
| Ulja | Të mbahet një peshë ideale (indeksii masës trupore ndërmjet 18.5 dhe 24.9 kg/m ²) | 5-10 mmHg për 10 Kg të humbura |
| Dieta DASH(Dietary Approaches to Stop Hypertension) | Të mbahet një dietë e pasur me fruta, perime dhe produktet e qumështit me nivel të ulët të yndyrnave të ngopura | 8-14 mmHg |
| Ulja e konsumimit të alkoolit | Mos marja e më shumë se 30 ml/ditë alkool i barabartë 250 ml verë | 2-4 mmHg |
| Aktiviteti fizik | Aktivitetet fizik i rregullt(30 min ecje në ditë) disa herë në javë | 4-9 mmHg |
| Ulja e përdorimit të kripës | Mos të konsumohet më shumë se 2.4g/ditë kripë e barabartë me 6g/ditë kripë kuzhine | 6-8 mmHg |

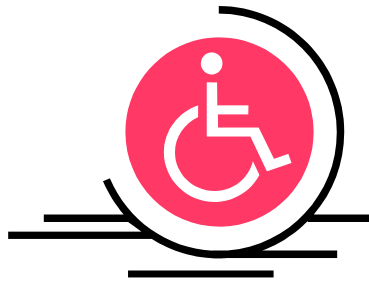
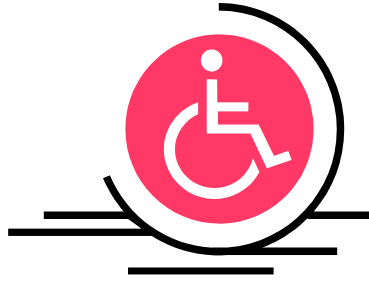


Tabela 1.8.2 “Score Risk Scorecard” nga Lutheran Health Network.

| Faktorët e rrezikut | Rrezik i lartë | Vigjilent | Rrezik i ulët |
|--|--|--|-----------------------|
| Presioni arterial | Më e lartë se 140/90 ose e panjohur | 120-139/80-89 | Më i ulët se 120/80 |
| Fibrilacioni atrial | Rrahje jo të rregullta | Nuk e di | Rrahje të rregullta |
| Duhanpirja | Duhanpirës | Duke e lënë | Jo duhanpirës |
| Kolesteroli | Më e lartë se 240 ose e panjohur | 200-239 | Më e ulët se 200 |
| Diabeti | Po | Në limit | Jo |
| Ushtrimi fizik | Sedentar | Pa lidhje | Ushtrime të rregullta |
| Pesha trupore | Mbi peshë | Pak mbi peshë | Peshë normale |
| Iktus në familje | Po | Jo e sigurt | Jo |
| Rrezik të lartë | Vigjilent | Rrezik të ulët | |
| Nëse ka më shumë se 3 pika. Duhet patjetërti kërkohet mjekut parandalimin e Iktusit | Nëse ka më shumë se 4-6 pika. Duhet të punojë për të ulur rrezikun | Nëse ka 6-8 pika. Duhet të kontrollojë mirë rrezikun | |

1.9 DIGNOZA E IKTUSIT CEREBRAL

Pacienti që ndjen çrregullime neurologjike akute, duhet patjetërt të shtrohet në spital 48 orët e para që nga fillimi i simptomave. Që të njihet shkaktari i këtij iktusi, ndërmjet ishemisë dhe hemorragjisë, duhet berë ekzaminimi Imazherik Klinik TC ose RM. Para së gjithash bëhet Tomografia e Kompjuterizuar (TC) cerebrale, por duke qënë se ajo mund të rezultojë negative, nuk është e mjaftueshme për diagnostikimin e diferencuar ndërmjet këtyre dy kushteve. Kjo ndodh pasi në momentet e para ajo mund të lexojë vetëm isheminë dhe jo faktin nëse kjo ishemi ka shkaktuar infarkt cerebral apo jo. Nëse flasim për një rezolucioni të lartë hapësinor, me më shumë detaje për të vlerësuar qarkullimin hematik me sekuenca specifike të enëve të gjakut, atëherë pacienti duhet ti nënshtrohet Rezonanca Manjetike (RM). Sipas



studimeve të bëra po të krahasojmë RM me TC shohim që RM ka më shumë avantazhe. Por realizimi i RM në fazën akute mund të konsiderohet si zgjedhje e dytë në krahasim me TC duke qënë se ajo ka shpenzime të larta dhe i duhet më shumë kohë në ekzekutim. Në përgjithësi ekzaminimet imazherike të bëra me urgjencë, kanë si objektiv diagnostikimin e diferencuar për sa u përket hemorragjive dhe tumoreve. (15)(16)

2. PARALIZAT DHE HEMIPLEGJIA

2.1 Të Dhëna të Përgjithshme për Sistemi Nervor

Koordinimin e të gjithë sistemit të trupit dhe aktivitetin e tij e bën të mundur Sistemi Nervor. Ai gjithashtu siguron përgjigje të shpejtë por të shkurtër ndaj stimujve të ndryshëm. (24)

Një pasqyrim i përgjithshme i Sistemit Nervor

1. Të gjithë indet nervore të trupit përfshihen në Sistemin Nervor. Ai ndahet në sistem nervor qendror **SNQ** (ençefal dhe palca kurrizore) dhe në sistem nervor periferik **SNP** (të gjithë indet nervore jashtë SNQ)
2. Nga pikëpamja funksionale mund të ndahet në **pjesë aferente**, e cila transporton informacionet e ndjeshmërisë (sensitive) nga receptorët somatik dhe visheral në sistemin nervor qendror dhe në një ndarje në **pjesë eferente**, që transporton komandat motore në muskuj dhe gjëndra.
3. Ndarja eferente përfshin **sistemin nervor somatik** (kontrolli i vullnetshëm mbi kontraktimin e muskujve skeletik) dhe **sistemi nervor autonom** (rregullimi i pavullnetshëm, automatike, të muskulaturës së lëmuar dhe kardiake gjithashtu të aktivitetit të gjendrave). (24)

Organizimi qelizor i indit nervor

Ekzistojnë dy tipe qelizash të indit nervor, **neuronet** dhe qelizat **gliale**. Nëse flasim për impulset elektrike, të cilat janë përgjegjëse të transferimit dhe procesit të informacionit, atëherë kemi të bëjme me neuronet. Ndërsa qelizat gliale janë qeliza mbështetëse në sistemin nervor dhe ndryshe nga neuronet nuk kryejnë impulse elektrike. Një neuron përbehet nga trupi qelizor, një akson dhe dentrite të ndryshme. (22)

Ndërsa qelizat gliale janë:

1. Astroцитet
2. Oligodentrocitet
3. Mikrolia
4. Qelizat endimale
5. Qelizat e Schwann
6. Qelizat satelitore (22)

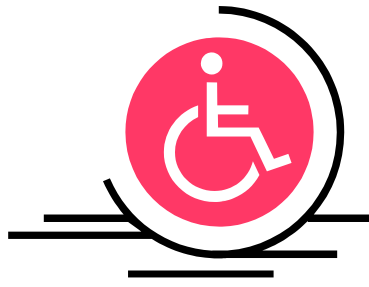
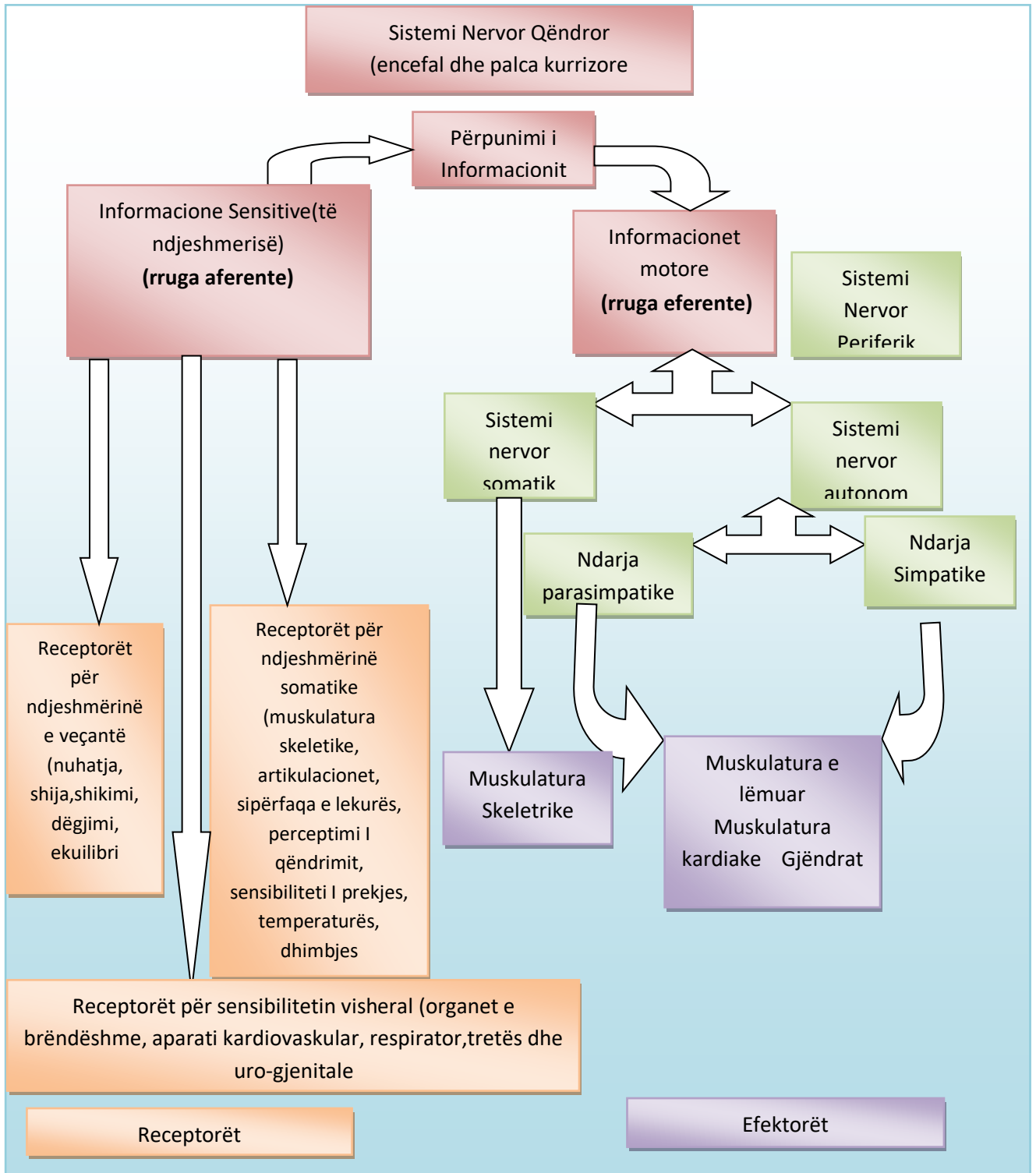
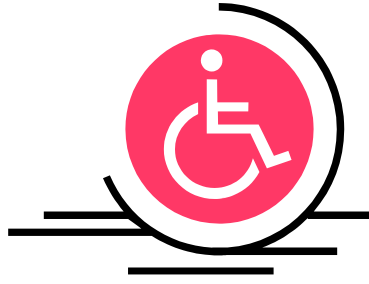


Fig 2.1.1 Skema e Sistemit Nervor (raporti midis SNQ dhe SNP dhe funksioni i komponentëve aferent dhe eferent) (24)





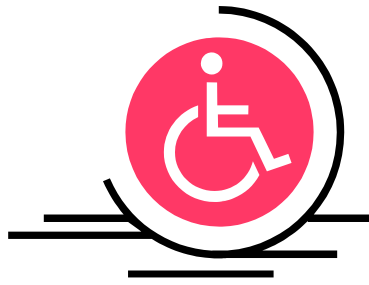
2.2 PARALIZAT:

1. *Paraplegji ose Diplegji*: Kjo paralizë, mund të jetë si e formës spastike ashtu dhe rigide. Sjell deficiet motor i cili është i lokalizuar vetëm tek gjymtyrët e poshtme dhe është gjithmonë bilaterale. Zakonisht vërehen edhe difekte të vogla motore në gjymtyrët e sipërme. (100) (101)
2. *Hemiplegji*: Eshtë një difekt motorik që prek gjysmën e trupit (atë kontrolateral me dëmtimin cerebral). Kjo paralizë përveç problemeve motorike sjell edhe probleme me të folurin, koshiençën, negletin, apo spasticitetin e gjymtyrëve. (82)
3. *Hemiplegji e dyfishtë*: Kjo është një hemiplegji bilaterale e tipit spastik dhe prek në mënyrë të vecantë gjymtyrët e sipërme por është e rrallë si paralizë. (82)
4. *Tetraplegjia*: Forma më e rëndë e paralizave por fatkeqësisht edhe më e shpeshta. Dëmtimet motore prekin të katër gjymtyrët dhe sjellin shumë deficite, e ndër këto edhe dëmtime të rigiditetit, me një shpeshësi më të ulët mund të jetë edhe i llojit spastik. (100) (101)

2.3 HEMIPLEGJIA

Në përgjithësi kur kemi dëmtim të motoneuronit të 1-rë, i cili është përgjegjës për transportin e inputeve motore në palcën kurrizore, flasim për Hemiplegji. Kemi të bëjmë me një çrregullim motorik që rrjedh pikërisht nga dëmtimi i rrugëve të këtij motoneuroni dhe është e shoqëruar nga shqetësime të ndjeshmërisë dhe levizjeve të vullnetshme të gjysmës së trupit, e shkaktuar nga çfaredolloj dëmtimi i sistemit Piramidial (hemorragjia, ishemia, trompozat, embolitë, gjithashtu edhe nga traumat kraniale), por ne jemi fokusuar në dy shkaktarë në atë ishëmik dhe hemorragjik. Nëse dëmtimi është i hemisferës cerebrale në anën e djathtë do të kemi probleme të gjysmës së majtë të trupit (hemiplegjia e majtë) dhe e anasjellta kur dëmtimi është në hemisferën e majtë do të sjellë ndryshime dhe probleme në gjysmën e djathtë të trupit (hemiplegjia e djathtë), pra gjithmonë deficiet motorik vërehet në krahun e kundërt me atë të dëmtimit cerebral. (26) (30)

Për sa i përket diferencës midis hemiplegjisë dhe hemiparezës nuk do të ndalemi shumë pasi ndryshimi nuk ka një peshë shumë të madhe për fizioterapinë post iktusit. Të dyja janë rezultat i një dëmtimi të sistemit nervor qendror, diferenca qëndron në praninë e deficiet motorik, i cili është më i rëndë kur i referohemi hemiplegjisë ndërsa kur deficiet motorik është i pjesshem njihet me termin hemiparezë. Mund të themi pra se zhdukja e *pjesëshme* e forcës



muskulare dhe e lëvizjeve të vullnetshme të njëjës anë të trupit njihet me emrin hemiparezë ndërsa zhdukja *totale* njihet me emrin hemiplegji. Përsa i përket ndryshimit më të rendësishëm që ne duhet të theksojmë kur përballemi me temën e hemiplegjisë dhe të hemiparezës është fakti se nëse bëhet fjalë për hemiplegji të djathtë ose të majtë apo hemiparezë të djathtë ose të majtë. Ndryshimi qëndron mbi të gjitha se në cilën hemisferë ka ndodhur goditja, në hemisferën e djathtë dëmtimi ka të bëjë me kompromentimin e lëvizshmërisë dhe problemeve të ADL-së gjithashtu pacienti do të shfaqë probleme me përqëndrimin si neglet dhe shqetësime të koshiencës të vetë sëmundjes si anosonjozia, ndërsa nëse kemi goditje në hemisferën e majtë përveç dëmtimit motor, pra të lëvizjes, të anës së djathtë na sjell ndër të tjera edhe kompromentimin e të folurit. (73)(82)

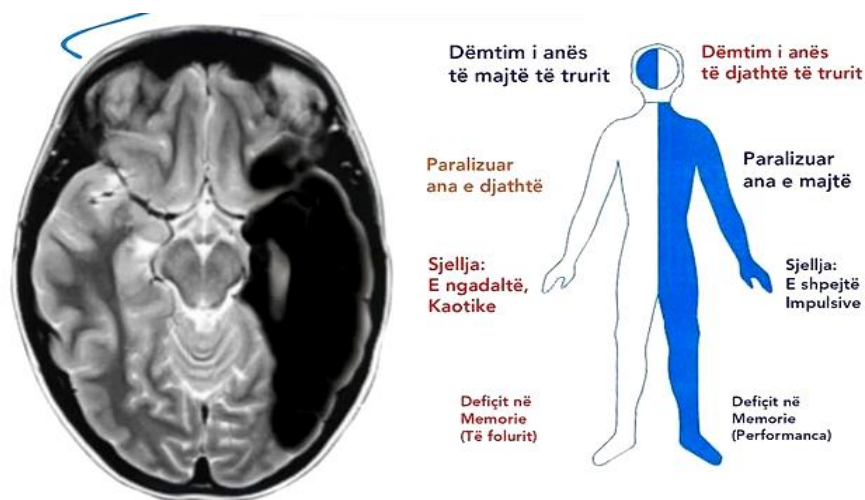


Fig 2.3.1 Imazhi i trurit i prekur nga hemiplegjia dhe ndarja e dëmtimit sipas anës dex dhe sin

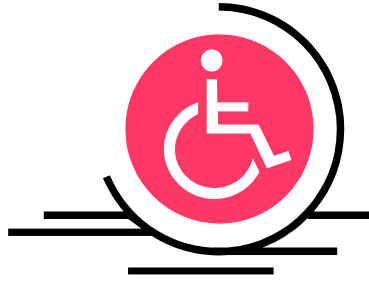
2.4 PASQYRA KLINIKE E HEMIPLEGJISË

Shenjat dhe simptomat shfaqen në mënyrë të papritur ose në mënyrë graduale, fazat e zhvillimit të hemiplegjisë janë kryesisht dy:

Shenjat primare që karakterizojnë hemiplegjinë janë:

- Faza akute: në të cilën mbizotëron një paralizë flacide dhe zgjat mesatarisht nga 2 në 6 javë. Muskujt flacid janë hipotrofik, pra të dobët dhe të butë me rezistencë më të ulët në lëvizje.
- Faza sub-akute: në të cilën mbizotëron paraliza spastike, pra hipertonus muskular e karakterizuar nga një rezistencë më e madhe ndaj shtrirjes të muskullit, e cila sjell një përgjigje të fortë dhe më të gjerë sesa përgjigja e lëvizjeve normale. (69)(71)(87)

Shenjat sekondare që karakterizojnë hemiplegjinë janë:



- Deficit i forcave, si pasojë e problemeve të njësisë motore.
- Spasticitet me hiper refleksi që shoqërohet me skema patologjike të gjymtyrëve të poshtme dhe fleksion në gjymtyrët e sipërme.
- Shfaqen reflekset primitive

Shenja terciare që karakterizon hemiplegjinë është:

- Hemiplegjia mund të shkaktojë komplikacione të tjera si për shembull plagët nga dekubituset, tërheqje muskolo-tendinoze, dobësi muskulare. (60)(73)

Shqetësimet e lidhura:

- Sensitive: kemi një ndryshim të sensibilitetit sipërfaqësor dhe të thellë.
- Rritja e rigiditetit muskular jo vetem prej përgjigjeve neurologjike ndaj tërheqjes, por edhe për shkak tëshkurtimit të muskulit.
- Deficite të funksioneve kortikale të sipërme (afazi, apraksi, neglet, anosonjozi). (70)(72)(73)

2.5 SHKALLËT E VLERËSIMIT PËR REHABILITIMIN POST IKTUS

Vlerësimi rehabilitues konsiston në një program të strukturuar vëzhgimesh i cili propozon:

1. Identifikimin e vështirësive që paraqet pacienti;
2. Matja e shkallës së vështirësive;
3. Përcaktimi vështirësive dhe impaktit që ka në jetën e përditshme të pacientit;
4. Monitorimi i ndryshimeve që ndodhin si rezultat i shërimit spontan ose si efekt i një trajtimi rehabilitues.

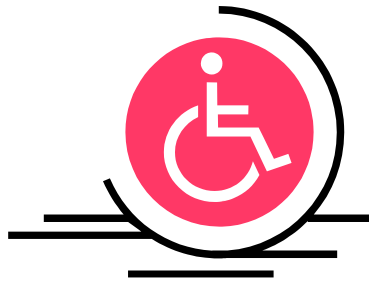
Ka shumë Shkallë të Vlerësimit të cilat masin qoftë çrregullimet pas dëmtimit, qoftë paaftësinë e menaxhimit të ADL-së apo edhe paaftësitë që pacientit mund ti shkaktohen nga ambjenti ku jeton. Për të patur një instrument vlerësimi sa më objektiv, duhet të përdorim shkallët e vlerësimi të cilat e ofrojnë këtë mundësi. Ato paraqesin aftësitë e pacientit, për rivlerësimin e objektivave, për vendosjen e pacientit në një ambjent me karakteristika të caktuara dhe verifikimin në kohë të rezultateve të një zgjedhjeje rehabilituese. (43)

Shkallët e vlerësimit

Shembuj të shkallëve të cilat masin dëmtimin (impairment)

- Shkalla Mathew
- Shkalla Orgogozo
- Scandinavian Stroke Scale.
- National Institute of Health Scale.
- Canadian Neurological Scale.
- HSS.

Shembuj të shkallëve që masin paaftësinë(disability)



- Barthel Index
- NUDS (Northwestern University Disability Scale)

Shembuj të shkallëve që masin varësinë (dependence)

- FIM

Shembuj të shkallëve që masin Handicap

- Rankin V

Shembuj të shkallëve që masin performancën e pacientit (performance)

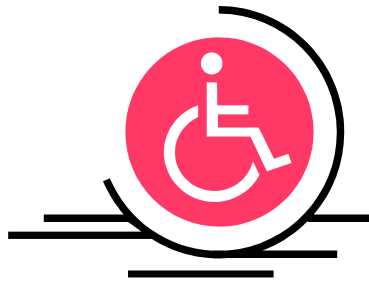
- Shkalla Albert
- Shkalla Fugl Meyer
- Rivermead Index

Tabela 2.5.1 SHKALLA RANKIN (shkallë që mat handicap)

| Veprimet | Vlerësimi |
|---|------------------------------|
| Mund të kryejë të njëjtat aktivitete | - Asgje ose jo e rëndësishme |
| Mund të ecë; autonomia; disa aktivitete të humbura | - E lehtë |
| Ecën vetë, ndonjë ndihmë e vogël në përkujdesjen personale | - E moderuar |
| Nuk mund të ecë vetë | - E moderuar në të rëndë |
| Në karrocë ose në shtrat, inkontinencë urinare, asistencë e vazhdueshme | - E rëndë |

Tabela 2.5.2 SHKALLA E BARTHEL, (e ndryshuar nga Spitali i Rehabilitimit të New England) (shkallë që mat paaftësinë; disability)

| VEPRIMET | 15 pikë | 10 pikë | 5 pikë |
|-------------------|---------|--|--|
| Ushqyerja | | 10 i pavarur. Në gjëndje të aplikojë çdo ndihmë të nevojshme | 5 i nevojitet ndihmë, përshebull për të prerë ushqimin |
| Banjë | | | 5 i kryen pa ndihme |
| Higjena personale | | | 5 lanë fytyrën, krihet, lan dhëmbët, rruhet |
| Veshja | | 10 i pavarur. Lidh vetë keputët, arrin të mbyllë kapesen e flokëve | 5 i duhet ndihmë, por arrin të bëjë të paktën gjysmën e detyrave në terma të arsyeshme |



| | | | |
|-----------------------------|---|---|---|
| Kontrolli intestinal | | 10 mungesë e të metave, i aftë të vendosë vetë supostat | 5 incidente të rastësishme ose kërkon ndihmë për supostat |
| Kontrolli veshikal | | 10 mungesë të metave. I aftë të meret me kontenitorin | 5 incidente të rastësishme ose kërkon ndihmë për pajisjet mjekësore |
| Levizja në tualet | | 10 i pavarur në përdorimin e ujit, menaxhon fshirjen, shpelarjen ose larjen | 5 kërkon ndihmë për ekuilibrin, për të përdorur peshqirët ose kartën higjienike |
| Transferimi | 15 i pavarur, përfshin mbylljen e karriges, krevati, karrocën me rrota dhe ngritjen e mbështetëses së këmbëve | 10 ndihmë minimale ose mbikqyrje | 5 i aftë të ulët por ndihmë maksimale për transferimin e peshës |
| Ecja | 15 i pavarur të ece për afërsisht 45.72 metër. Mund të ndihmohet me mbajtëse por jo me deambulator | 10 kërkon ndihmë për 45.72 metërshin | 5 I pavarur për 45.72 metërshin me karrigen me rrota vetëm nëse është I paaftë të ecë |
| Ngjitja shkallëve | e | 10 i pavarur mund të përdorë ndihmësa | 5 kërkon ndihmë ose mbikqyrje |

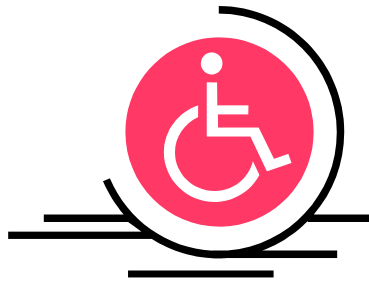


Tabela 2.5.3 SHKALLA NUDS (North Western University Disability Scale) versioni i thjeshtuar (shkallë që mat paaftësinë; disability)

| Veprimet | Ndarja e veprimeve | Pikët |
|--------------------------------|---|--------------|
| Ecja | a. pacienti nuk ecën kurrë vetë | 0-3 |
| | b. pacienti ndonjëherë ecën vetë | 4-6 |
| | c. pacienti ecën gjithmonë vetë | 7-10 |
| Të veshurit | a. pacienti kërkon ndihmë të plotë | 0-3 |
| | b. pacienti kërkon ndihmë të pjesëshme | 4-7 |
| | c. pacienti është i vetëmjaftueshëm | 8-10 |
| Higjena | a. pacienti kërkon ndihmë të plotë | 0-2 |
| | b. pacienti kërkon ndihmë të pjesëshme | 3-6 |
| | c. pacienti është i vetëmjaftueshëm | 7-10 |
| Përtylja dhe përcjellja | a. pacienti mban sondë | 0 |
| | b. pacienti ha vetëm ushqime të njoma | 1 |
| | c. pacienti ha ndonjëherë edhe ushqime të forta | 2 |
| | d. pacienti ha me ngadalë dhe me sforco | 3 |
| | e. pac ka dietë normale por edhe probleme | 4 |
| | f. normal | 5 |
| Ushqyerja | a. pacienti kërkon ndihmë | 0-1 |
| | b. pacienti kërkon ndihmë për të prerë ushqimin | 2 |
| | c. pacienti është pothuajse autonom, disa incidente | 3 |
| | d. incidente të rralla | 4 |
| | e. normal | 5 |
| Fjala | a. nuk është e kuptueshme | 0-4 |
| | b. me probleme për shkak të dëgjimit | 5-9 |
| | c. normale | 10 |

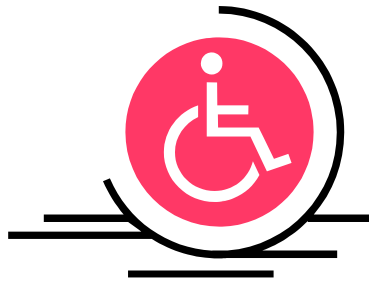
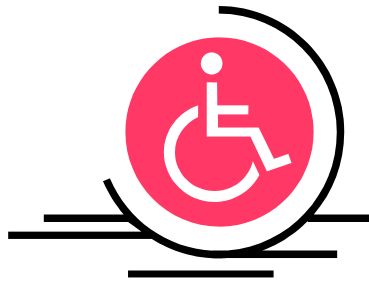


Tabela 2.5.4 SHKALLA FIM (Functional Independence Measure) (shkallë që mat varësinë; dependence)

| Veprimet | Ndarja e veprimeve | 7 nivelet në rend zbritës |
|--|---------------------------------------|---|
| Kujdesi personal | 1. të ngrënit | 7- vetëmjaftueshmëri e plotë 6- vetëmjaftueshmëri me përshtatës 5 -mbikqyrje/ përshtatës 4- ndihmë minimale (pacienti $\geq 75\%$) 3 -ndihmë e moderuar (pacienti $\geq 50\%$) 2- ndihmë e madhe (pacienti $\geq 25\%$) 1- ndihmë totale (pacienti $\geq 0\%$) |
| | 2. të pirët | |
| | 3. të larët | |
| | 4. të veshurit nga mesi e poshtë | |
| | 5. të veshurit nga mesi e lartë | |
| | 6. higjena perineale | |
| Kontrolli sfinterik | 7. fshikëza | |
| | 8. intestini | |
| Levizshmëria | 9. transferimi krevat-karrige-karrocë | |
| | 10. trnasferimi ne Ë.C | |
| | 11. transferimi në vaskë ose dush | |
| Spostimet | 12. ecja, karroca | |
| | 13. shkallët | |
| Komunikimi | 14. kuptueshmëri | |
| | 15. shprehjet e mendimeve | |
| Aftësia në mardhenie /konjetive | 16. sjellja me të tjerët | |
| | 17. zgjidhja e problemeve | |
| | 18. memoria | |

Tabela 2.5.5 SHKALLA FAI (Franchay Activity Index) (shkallë që mat paaftësinë dhe handicapin)

| Muajt | Ndarja e veprimeve | Pikët e vendosura për veprimet |
|----------------------------|--|---|
| Në 3 muajt e fundit | 1. të përgatisë një vakt | 1-kurrë; 2- < 1 herë në javë; 3- 1-2 herë në javë; 3-Pothuajse gjithmonë 1--kurrë ; 2--1-2 herë në 3 muaj; 3-- |
| | 2. të lahet | |
| | 3. të lajë rrobat | |
| | 4. të kryejë punë të shtëpisë të lehta | |



| | | |
|----------------------------|---|--|
| | 5. të kryejë punë të shtëpisë të rënda | 12 herë në 3 muaj; 4--Të paktën 4 herë në javë |
| | 6. të bëjë blerje në afërsi | |
| | 7. të ketë takime me njerëzit jashtë shtëpisë | |
| | 8. të ecë jashtë për më shumë se 15 minuta | |
| | 9. të praktikojë hobit e veta | |
| | 10. ti japë makinës ose të hipi në autobus | |
| Në 6 muajt e fundit | 11. të udhëtojë në makinë | 1—kurrë; 2--1-2 herë në 6 muaj 3-- 3-12 herë në 6 muaj; 4--Të paktën 1 herë në javë |
| | 12. kopshtari | 1. kurrë 2. mundësi të lehta 3. moderuar 4. gjithçka që i duhet |
| | 13. të mbajë pastër shtëpinë | |
| | 14. të lexojë libra | 1. kurrë 2. 1 libër në 6 muaj 3. < 1 në 2 javë 4. 1 në 2 javë |
| | 15. të ketë një punë me rrogë | 1. kurrë 2. < 10 orë në javë 3. 10-30 orë në javë 4. > 30 orë në javë |

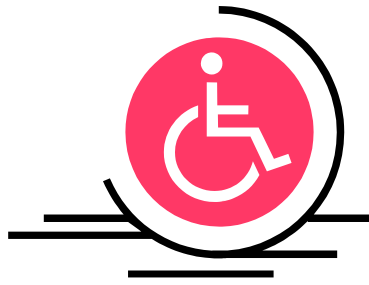


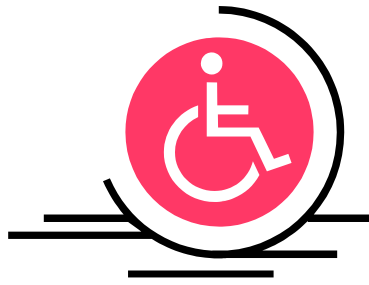
Tabela 2.5.6 INDEKS RMI (RIVERMEAD INDEX) (indeks i vëzhgimi me 14 pyetje)

| |
|---|
| 1) Të rretullohet në krevat |
| 2) Të ulurit nga pozicioni supin në anë të krevatit |
| 3) Mbajtja e ekuilibrit kur është ulur për 10 sekonda |
| 4) Të arrijë qëndrimin drejt në 15 sekonda dhe ta mbajë atë për 15 sekonda të tjera |
| 5) Transferimi nga krevati në karrige dhe e kundërta |
| 6) Të ecë nëpër shtëpi për 10 metra edhe me ndihmë |
| 7) Të ngjisë disa shkallë |
| 8) Të ecë jashtë vetëm |
| 9) Të ecë brënda në shtëpi pa ndihmë |
| 10) Të mbledhë objekte në dysHEME |
| 11) Të ecë në territor të çrregullt |
| 12) Të bëjë dush ose autonomi në tualet |
| 13) Të ngjisë 4 shkallë pa mbajtëse |
| 14) Të vrapojë për 10 metra pa u penguar |

Vëzhgimi ka të bëjë me mundësinë që pacienti ka për të mbajtur qëndrimin drejt pa mbështetje (Po =1 ; Jo =0 pikë)

Tabela 2.5.7 SHKALLA ALBERT (shkallë që mat performancën)

| Pozicionimet | Veprimet |
|--|--------------------------------------|
| Trungu dhe drejtimi (duke u nisur nga pozicioni supin në tapet) | Fleksioni i kokës |
| | Rrotullimi në anën e djathtë |
| | Rrotullimi në stomak dhe rikthimi |
| | Rrotullimi në anën e majtë |
| | Rrotullimi në stomak dhe rikthimi |
| | Ekstensioni i kokës në pronacion |
| | Të ulet pa ndihmën e duarve |
| | Në këmbë, të ulet në stol |
| | Ulur në stol, inklinim në të majtë |
| | Ulur në stol, inklinim në të djathtë |
| Ulur në stol dhe të ngrihet | |
| Gjymtyrët e poshtme dhe | Fleksion i pelvisit |



| | |
|--|---|
| qëndrimi drejt (pozicionimi në këmbë tek shufrat e hekurit, mbështetje normale) | Mbështetje unilaterale, gjuri në tension |
| | Mbështetje e fortë me themra në tokë |
| | Fleksion i gjurit dhe pelvisi në tension |
| | Mbështetje unilaterale, gjuri në fleksion |
| | Bllokim dhe zhbllokim të gjurit |
| | Sjellje e përgjithshme pa mbështetje manual |
| | Peshim nga njëra anë pa mbështetje manuale |
| Gjymtyrët e sipërme dhe mbajtja (duke filluar në një pozicion ulur në një stol) | Dora në klavikul, në të njëjtën anë |
| | Dora tek gjuri, ana e kundërt |
| | Dora në gojë |
| | Shtrirje horizontale me bërrylin në tension |
| | Ngritje vertikale me bërryl në tension |
| | Dora pas shpinës |
| | Supinacion i kyçit të dorës |
| | Pronacion i kyçit të dorës |
| | Të arrijë të kuptojë në përgjithësi |
| | Të kapë dhe të lëshojë |
| | Hapja e dorës |
| | Kapje me gishtin e madh dhe tregues lateral |
| | Kapje me gishtin e madh dhe tregues distal |

Vlerësimi i shkallës Albert:

0 = levizje e pa kryer

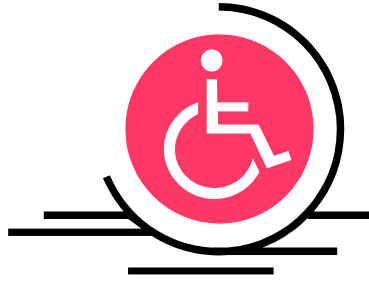
1 = levizje e përmendur

2 = levizje e kryer pjesërisht

3 = pozicioni final i kryer por me trajektore jo e rregullt

4 = levizje me lehtësi, shpejtësi, forcë dhe rezistencë

5 = levizje e kryer disa herë pa ulje të kualitetit

**Tabela 2.5.8 Ekzaminimi i apraksisë ideomotore(de Renzi 1990) AIM****Lëvizjet e gishtave:**

- 1- Treguesi dhe gishti i mesit të larguar (në shenjë V)
- 2- Treguesi dhe gishti i madh si rreth, ngelen gishta vertikale (shenja OK)
- 3- Gishti i vogël dhe treguesi i shtrirë, gishtat e tjerë të mbledhur (shenja e brirëve).
- 4- Treguesi i shtrirë lart, gishtat e tjerë të mbledhur.
- 5- Gishti i mesit i kryqëzuar mbi kurrizin gishtin tregues, gishtat e tjerë të mbledhur.
- 6- Gishti i madh i kryqëzuar midis treguesit dhe gishtit të mesit , të tjerët të mbledhur.
- 7- Duke shtrirë gishtin e mesëm drejt majës së gishtit të madh.
- 8- Shkundja tri herë e gishtave
- 9- Imitimi i një njeriu në ecje, duke avancuar në mënyrë alternative treguesin me gishtin e mesit mbi tavolinë.
- 10- Hapja dhe mbyllja e gishtit tregues mbi gishtin e mesit, të mbajtur horizontalisht (shenja e gërshërëve).
- 11- Trokitja në vazhdimësi e katër gishtave mbi tavolinë tri herë, duke filluar gjithmonë nga treguesi.
- 12- Kurrizi i dorës i mbështetur në tavolinë, treguesi dhe gishti i mesit të shtrirë, gishtat e tjerë të mbledhur. Mblidhet më parë treguesi, pastaj gishti i mesit mbi të madhin, ndërsa gishti tjetër mbetet i shtrirë. Përsëritet tri herë.

Lëvizja e dorës ose e kyçit

- 13- Pëllëmba e dorës e hapur duke u vendosur mbi shpatullën e kundërt.
- 14- Pëllëmba e dorës e hapur mbi qafë.
- 15- Dora e hapur , me kurriz nga lart, horizontale në nivelin e mjekrës.
- 16- Përshëndetje ushtarake
- 17- Dora e mbledhur para gojës duke i fryrë.
- 18- Bëhet shenja alt, krahu horizontal para, pëllëmba e dorës e hapur.
- 19- Goditja mbi tavolinë me grushtin vertikal dhe pastaj më pëllëmbën e dorës së hapur.(3 herë)



- 20- Grushti para i mbështetur mbi ballë e pasuar nga pëllëmba e dorës e hapur dhe majat e gishtave të mbështetur mbi buzë.(3 herë)
- 21- Krahët nga jashtë, gishtat të shtrirë dhe të larguar, të vendosur ngadalë mbi shpatullën e kundërt, ndërsa gishta shtrëngohen grusht.(3 herë).
- 22- Shenja e kryqit.
- 23- Dora sagjitale, gishtat poshtë, godet ballin 3 herë).
- 24- Dora me gishtat të shtrënguar mbi buzë, largimi dhe shtrirja e kycit dhe e gishtave (dhënia e të puthurës) (3 herë)

Udhëzime

Pacienti duhet të luajë me dorën e krahut të dëmtuar, gjestet ndiqen nga ekzaminuesi. Nëse riprodhimi nuk është i saktë, gjesti përsëritet deri në tri herë; pikët ndryshojnë nga 3 në 0 sipas rastit nëse ushtrimi është korrekt herën e parë, të dytë, të tretë apo asnjëherë. Për 24 gjeste, 12 me kuptim dhe 12 pa kuptim, ka pikë maksimale deri në 72.

Pikët < 53 diagnozë e besueshme AIM

Pikët 53-62 diagnozë e paqartë.

Pikët > 62 nuk paraqet AIM

Të gjitha Tabelat janë marrë nga referencat: (43)(44)(45)(46)(48)(49)(50)(51)(57)

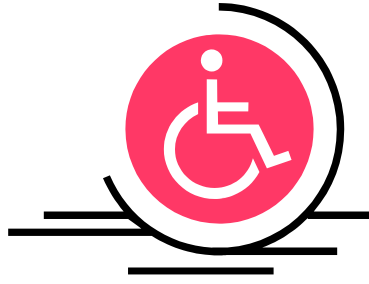
3. TEKNIKAT E REHABILITIMIT PËR HEMIPLEGJINË SIPAS BOBATH, KABAT, PERFETTI.

3.1 Rehabilitimi sipas metodës Bobath -Trajtimi i Zhvillimit Nervor (Neurodevelopment Treatment (NTD))

Nëse flasim për problemet e qëndrimit në këmbë dhe ndryshimet e tij, duke i shtuar edhe levizjet por si lëvizje refleks, atëherë kemi të bëjmë me metodën e rehabilitimit të ideuar nga **Bobath**. (**Berta Bobath dhe Karel Bobath**)

Bobath dallon tre grupe të reagimeve automatike të qëndruarit në këmbë:

1. Refleksët e ringritjes: lëvizje automatike të cilat shërbejnë për të mbajtur dhe për të stabilizuar pozicionin normal të kokës në hapësirë dhe lidhjen e saj normale me trupin (reflekse labirint, reflekse tonike të qafës).
2. Refleksët e ekuilibrit: lëvizje automatike të cilat shërbejnë për të mbajtur dhe për të stabilizuar ekuilibrin gjatë gjithë aktivitetit tonë (refleksi i parashutës)



3. Rregullimet tonike të muskujve: si mbrojtje kundër forcës së rëndesës.

Pacienti hemiplegjik në pjesën e goditur, i ka humbur të ashtuquajturat reagime të qëndrimit në këmbë, kemi një çrregullim të rëndë të koordinimit motorik gjithashtu edhe humbje të mekanizmave posturalë, vlerësimi i të cilave është shumë i rëndësishëm. Terapisti që ndjek këtë metodë vlerëson efektet mbi mekanizmin *refleks* postural dhe kjo arrihet kryesisht nëpërmjet kërkesave që i bëhen pacientit që ai të lëvizë, duke përdorur vetë terapeuti një manipulim të shkurtër dhe në këtë mënyrë arrin të hetojë dëmtimin dhe mundësitë e rekuperimit ndaj këtij pacienti. Si rezultat i iktusit do të shfaqet spasticiteti, i cili është edhe ai vetë faktor i kufizimit të kordinimit normal muskular. (76)(77)

Vlerësimi bëhet mbi pacientin e vendosur në disa pozicione: në shpinë, i ulur dhe në këmbë, duhet theksuar gjithashtu se testet motorike provë të menaxhuara nga terapeuti, ndaj të cilave pacienti do ti nënshtrohet, përfaqësojnë procedurat e trajtimit që do të përdoren.

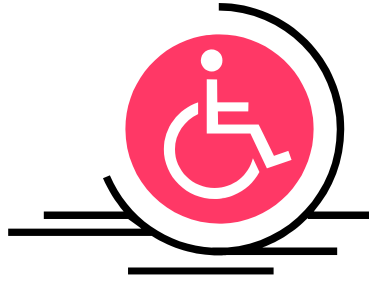
Këto teste ndahen në tre mënyra të administrimit:

- a) test për reagimet posturale, normale dhe jo normale, në përgjigje të lëvizjeve pasive;
- b) teste për lëvizje të vullnetshme të kërkuara;
- c) teste për reagimet e ekuilibrit dhe reagime të tjera automatike të mbrojtura.

Është e rëndësishme të nënvizojmë rolin e terapeutit i cili manipulon një ose më shumë segmente të trupit, duke e ngacmuar lëvizjen apo edhe duke e ndaluar lëvizjen në pikat kyçe. Ky manipulim nga ana e fizioterapistit ka si qëllim lehtësimin e pacientit në kryerjen e lëvizjes motore të kërkuar. Bindja e Bobath qëndron në faktin se *“hemiplegjiku zotëron ende integritetin e muskujve, por ka humbur mundësinë e komandimit aktiv të lëvizjes dhe se të gjitha lëvizjet e tij kompromentohen nga spasticiteti”*. Që ndërhyrja ndaj pacientit të na lejojë një rekuperim të mirë, fizioterapisti duhet të fokusohet në përshtatjen e vazhdueshme të trajtimit të tij, sipas përgjigjeve të marra nga pacienti. (78) (88)

3.2 Rehabilitimi sipas metodës KABAT “Propioceptiv Neuromuscular Facilitacion” (PNF)

Në fushën e teknikave të rehabilitimit një rëndësi të madhe merr gjithashtu edhe metoda **Kabat**. Metoda Kabat lindi në vitet 1946-1951 nga studimet e neurologut amerikan Herman Kabat dhe më pas u përsos nga dy fizioterapistët Margaret Knott dhe Doroty E.Voss. Kjo teknikë lind nga vëzhgimi i lëvizjeve të bëra në sport dhe kërcim, duke njohur se sa koordinim, forcë, shpejtësi, harmoni dhe saktësi na duhen në këto veprime. Kabat vërejtë që për të shprehur sa më mirë këto cilësi, lëvizjet janë kryer pas vijave diagonale në lidhje me boshtin sagital të trupit dhe se gjatë këtyre lëvizjeve ka pasur një rrotullim. Neurologu amerikan tregoi që muskujt e ekstremiteteve dhe trungut janë të grupuar në mënyrë të atillë funksionale që të kryejnë lëvizje diagonale-spirale, të cilat ndërthurin flexion-extensionin, abduksion-aduksionin dhe rrotullimin. Prandaj ai doli në perfundimin se për të kryer një veprim të vullnetshëm nuk përdoret një muskul i vetëm ose një lëvizje e izoluar. (28)



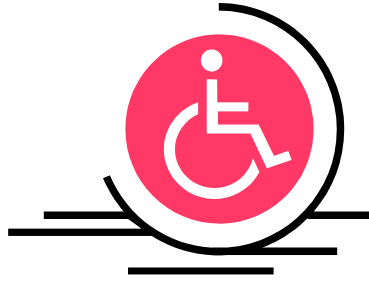
Fillimisht kjo teknika u quajt PNF, Propioceptive Neuromuscular Facilitation, d.m.th. Lehtësim Neuromuskular Propioceptiv. Kabat është përqënduar në tendosjen e muskujve duke i kombinuar me rezistencën që fizioterapisti arrin ti japë një muskuli të caktuar. Autori *Gellhorn* pas shumë eksperimenteve të kryera arriti në konkluzionin se nëse një zgjatjeje të muskujve i bashkangjitet një tendosje e shpejtë do të shkaktohej një kontraktim refleks i quajtur ndryshe “refleks i shtrirjes”. Ky refleks është shumë i rëndësishëm në teknikën e lehtësimit të lëvizjes së vullnetshme, në fakt ky refleks ndikon në rritjen e “ngacmueshmërisë të neuroneve” duke lehtësuar kontraktimin e vullnetshëm të muskujve të paralizuar. Kjo manovër duhet të shoqerohet me një tërheqje dhe një rretullim. Sa më shpejtë të krhyhet kjo manovër aq më e madhe është mundësia për të marrë një përgjigje të lëvizjes. *Tërheqja* na ndihmon për të arritur një stimul specifik që provokon kontraktim izotonik, ndërsa *rrotullimi* që i jepet që në fillim të manovrës shërben për të vënë në tension maksimal të gjithë grupet muskulare. Sipas *Sherrington*, rezizstenca e dhënë nga duart e Fizioterapistit arrin të kanalizojë energjinë e grupeve muskulare më të fortë drejt atyre më të dobëta nëpërmjet *rrezatimit*. (28).

Në Itali kjo metodë u prezantua nga fizioterapisti *Giuseppe Monari* në 1987, i pari italian që ndoqi një kurs PNF në Kaliforni. Përkushtimi i tij, studimet dhe aplikimet e tij të vazhdueshme për këtë metodë e bënë atë të ndryshojë teknikën dhe ta riemërojë atë, së pari në FNP (Facilitazioni Neurocinetiche Progressivo), Lehtësitë Neurokinetike Progresive, pastaj në RMP (Riequilibrio Modulare Progressivo), Ribalancimi Modular Progresiv. Sipas *Monari* baza e fillimit të çdo terapie është përdorimi i zinxhirëve të ndryshëm kinetikë në trajektoren e lëvizjeve dhe rritjen e forcës në muskujt e ngacmuar, të kryer nga terapisti. (28)(29)(32)(88)

3.3 Rehabilitimi sipas metodës PERFETTI

Të mësuarit shihet nga **Perfetti** si rikthim i *eksperiencës koshiente*: sipas tij proceset e memories afat-shkurtër dhe afat-gjatë do të ngacmohen nga praktikat rehabilituese të cilat gjatë ushtrimit do të arrijnë në magazinimin e sekuencave motore të organizuara. Arritja e objektivit të terapistit është që pacienti të levizë. Nëse flasim për lëvizjen ajo duhet të jetë shprehëse, pra pacienti të ketë një lidhje të saktë me objektin dhe mjedisin. Sipas Tij “*Konteksti është ai që i jep kuptim lëvizjes*”. Parametrat e lëvizjes, hapësira, koha dhe intensiteti ndikojnë si ndërveprim i finalizuar deri sa lëvizja bëhet makinë e riorganizimit të një xhesti motorik të evoluar. (79)

Terapisti do të duhet të kontrollojë subjektin patologjik, që të mos lejojë që modele të elementëve të zhvilluara dobët, që vijnë si pasojë e aftësive motore të dëmtuara, të kompromentojnë sekuenca që janë të përparuar. Pra qëllimi i trajtimit është të lejojë mësimin e standardeve të përshtatshme të kontrollit mbi përbërësit motorik specifik psh; mungesa e plotë e lëvizjes së gjymtyrëve të sipërme të hemiplegjiku ndikon mbi ekzekutimin fluid të xhestit dhe kjo do të parandalonte pacientin të *perceptojë*. Rehabilituesi që ndjek një metodë

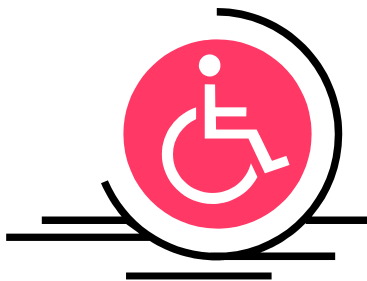


të tillë ka për detyrë të analizojë pengesat, duke e orientuar kërkimin e tij mbi komponentët patologjikë specifikë të hemiplegjisë. Disa studimetë kryera nga *Edward Evarts (1926-1985)*, kanë treguar që aktivizimi i qarkut refleks ka të bëjë me qëllimin e personit që lëviz dhe *qëllimin e lëvizjes*. Bashkëveprimi i personit me mjedisin që e rrethon zë një vend me rëndësi parësore në qasjen senso-motore. Në fakt është si rezultat i këtij ndërveprimi që njeriu mund të modifikohet dukshëm përballë *përvojës*. Kemi dy hipoteza njëra sipas *Humberto Maturana* i cili ka thënë se: "Mbi të gjitha ne njerëzit i nënshtrohem një modifikimi me ç'do eksperiencë që bëjmë, edhe pse këto modifikime me raste janë të pa dukshme" ndërsa sipas hipotezës së *John C. Eccles* (ndihmuar nga teoritë e filozofit *Karl R. Popper*) thuhet se: "Mësimi, është një proces i rregullt që përfshin të gjitha strukturat kortikale dhe subkortikale dhe më pas ndryshon organizimin e të gjithë sistemit në një mënyrë të qëndrueshme.

Do të ishte pikërisht kjo aftësi për të organizuar në mënyrë aktive "mësimin" i cili sipas dy studiuesve modifikon dhe forcon aftësitë intelektuale. Është e qartë që së pari, rehabilituesi sipas ndryshimeve që ai bën mbi pacientin, në të gjithë sistemin e tij dhe jo vetëm në nivelin sinaptik, është mënyra kryesore se si ai duhet të kuptojë të mësuarin. Perfetti pra përcakton nga ky këndvështrim ushtrimin *njohës terapeutik*, pasi për pacientin është marrëdhënia *konjektive-interpretuese* me mjedisin që e rrethon, që është në të njëjtën kohë edhe motivi dhe efekti i aktit motorik. Sipas Perfetti ndërveprimi me objektin nënkupton interpretimin e tij sipas nevojave të dikujt, kur shohim një objekt ne e "shohim ashtu siç e interpretojmë", pra pacienti bëhet interpretues i asaj që percepton. Rehabilituesi duhet të punojë shumë mbi perceptimin që pacienti ka mbi një objekt, pasi ai është është subjektiv dhe mund të jetë i gabuar dhe jo i plotë. Në fakt, njohja e disa karakteristikave të objektit nuk nënkupton njohjen e objektit, por ato karakteristika të veçanta që do të lejojnë që pacienti të ketë kuptim të objektit. (43)(79) (81)

3.4 Koncepti i rekuperimit

Ekzistojnë dy tipe rekuperimi një i quajtur përshtatës-kompensues dhe tjetri i brendshëm. Rekuperimi *përshtatës-kompensues* nisët nga presupozimi teorik sipas të cilit funksioni i humbur nuk mund të rindërtohet por vetëm të kompensohet. Rekuperimi i *brendshëm* supozon mundësinë e një pjese të sistemit nervor qëndror për të rikuperuar një kontroll mbi gjymtyrët e dëmtuar. Kjo ndarje vetëm teorike, ka qenë teoria bazë e metodave të ndryshme për qasjen ndaj pacientit me dëmtim cerebral dhe është e rëndësishme për terapistin të njohë dallimin, në mënyrë që të përcaktojë zgjedhjen e programit të rehabilitimit. Në rekuperimin përshtatës-kompensues terapisti do të përqëndronte punën e tij në anën e shëndoshë duke lehtësuar kompensimet ndërsa sipas parimeve të rekuperimit të brendshëm terapia do të kërkojë rekuperimin motorik të anës së dëmtuar për të arritur një lëvizje funksionale.(73)



PJESA EKSPERIMENTALE

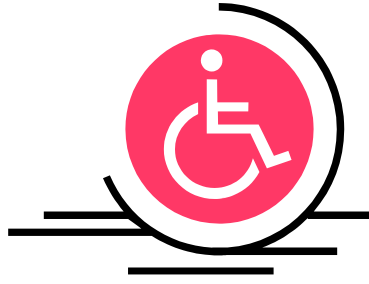
4. NDËRHYRJA REHABILITUESE PËR HEMIPLEGJINË NË SHQIPËRI.

4.1 Sfondi historik

Në Shqipëri vlerësimi dhe trajtimi rehabilitues tek pacientët me paraliza, ka filluar pas viteve 2000. Para këtyre viteve, pacientët me patologji të tillë, nuk rehabilitoheshin dhe u ishin caktuar, për më tepër, vetëm përkujdesjes së familjarëve të tyre. Në fakt nuk ekzistonin strukturat rehabilituese dhe figura profesionale të aftë për tu marrë me fizioterapi. Brezi i parë i fizioterapistëve të diplomuar në Universitet ka qënë në vitet 2004-2007. Para tyre fizioterapistët e ushtronin profesionin me kurse 3 mujore apo 9 mujore. Në vitet e fundit, shërbimet rehabilituese në Shqipëri janë përmirësuar dhe ka pasur reforma, në nivelet institucionale. Këto reforma kanë bërë të mundur që të kemi një vëmendje më të madhe në aspektet diagnostikuese të paralizave, kështu shumë pacientë janë shtruar dhe rehabilituar për hemiplegjinë, si paralizë cerebrale e diferencuar nga format e tjera klinike, por na duhet ende shumë punë që të arrijmë në standartet e vendeve të zhvilluara.

4.2 Teknikat Rehabilituese (fizioterapia) në “QSUT”

Teknikat rehabilituese, tipet e shkallëve të vlerësimit dhe qasjet ndaj pacientit me paraliza, në veçanti me hemiplegji, ashtu sikurse i përmendëm edhe më lartë, janë të shumta dhe të ndryshme ndërmjet tyre. Fatkeqësisht në repartin e Neurologjisë dhe Neurokirurgjisë, në QSUT, ne u përballëm me një realitet aspak të këndshëm pasi akoma nuk përdoret një protokoll rehabilitimi apo shkallë vlerësuese. Deri përpara një viti fizioterapisti kishte të drejtë të kryente vetëm rehabilitim të thjeshtë, ai kryente disa mobilizime te këta pacientë por jo me metodat e lartë përmëna dhe gjithashtu nuk u dokumentonte asgjë në lidhje me rehabilitimin në kartelën e pacientit, pasi ajo kartelë u plotësonte vetëm nga mjeku. Objektivi ynë në këtë tezë ndër të tjera është edhe që të arrijmë të përcaktojmë parimet bazë udhëzuese për një qasje të mirë ndaj kësaj çështjeje, në përputhje me përvojën që vendet e huaja kanë në rehabilitim. Për të arritur këtë duhet patjetër të implementojmë Protokoll Rehabilitues i cili është bashkimi i normave dhe manovrave në të cilat fizioterapisti duhet të bazohet për të realizuar në mënyrë sa më korrekte programin rehabilitues. Theksojmë se në formimin e çdo fizioterapisti mësimi i metodologjive të ndryshme duhet të jetë i thelluar: në praktikë është e vështirë të takosh terapistë të cilët te përdorin një teknikë apo metodë të vetme, por kemi terapistë që në bazë të pacientit, në bazë të situatës, të kohës që kanë në dispozicion, të objektivave, duhet të dinë të



përdorin metoda të ndryshme. Pikërisht kjo duhet vihet në praktikë dhe mos të kënaqemi me mënyrën se si deri tani na kanë “detyruar” të punojmë qoftë në repartet publike apo në ato private. Pra teknikat dhe metodat rehabilituese që duhet të përdoren, përveç faktit që duhet të bazohen në një nga 3 metodat bazë, siç i kemi shpjeguar edhe më lartë Bobath, Kabat, Perfetti apo duke bërë edhe elektroterapi, duhet të varen edhe nga faza e rekuperimit të pacientit ose nga faza në të cilën është ndalur progresi. Mbështetur në metodën Perfetti, fizioterapisti duhet të ndihmojë pacientin të rivendosë kujtesën e një veprimi normal të së kaluarës dhe ta ftojë që ta krahasojë atë me veprimin aktual dhe duhet të favorizojë sjelljen krahasuese të pacientit. Rezultatet kanë treguar se pacientët që në të vërtetë kryenin ushtrimet kishin një rritje prej 30% të forcës së muskujve, siç ishte e dëshirueshme, ndërsa ata që imagjinonin stërvitjen kishin një rritje prej 22%. Detyra e rehabilituesit nuk është që të mjaftohet me faktin që pacienti po e realizon një lëvizje por ai duhet patjetër të vëzhgojë pacientin në çdo moment, që të mos lejojë që ai të ndërtojë lëvizje në mënyrë të gabuar. Krahasimi i veprimeve nënkupton shoqërimin e ushtrimit nga fizioterapisti me një veprim që pacienti para dëmtimit, ishte në gjendje të kryente dhe karakteristikat perceptuese, mekanike dhe emocionale të cilat ai i njeh.(79). Për të përshkruar ndërhyrjen tonë në mund të dallojmë këto dy faza që karakterizojnë evolucionin spontan të pacientit të prekur nga hemiplegjia përkatësisht:

1. Fazën akute 2. Fazën post akute

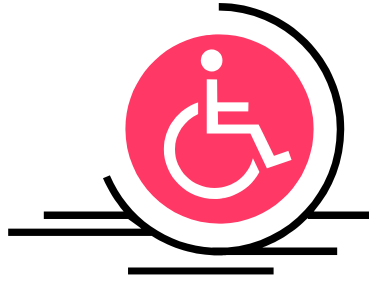
1. Faza akute:

Në fazën akute, ndërhyrja rehabilituese duhet të jetë e hershme dhe karakterizohet nga:

- Vendosja korrekte e pacientit në shtrat dhe duhet të ndërrohet ky pozicion çdo dy orë, qoftë për të stimuluar pjesët e ndryshme të trupit, qoftë për të evituar shfaqjen e plagëve nga fërkimi në shtrat.
- Sistemimi i ambientit nëse pacienti vuan nga *Neglet*: për shkak të dëmtimit pacienti tenton ta mbajë kokën të kthyer nga ana e kundërt e dëmtimit, pra ai ka tendencën të lerë pas dore qoftë hapësirën, qoftë trupin e tij i cili ndodhet nga ana e dëmtuar. Pozicionimi i pacientit në shtrati duhet të bëhet pikërisht nga ana e dëmtuar, në mënyrë të tillë që elementët ambientalë, dera, televizori, karriget për vizitorët të stimulojnë pacientin për ta marrë në konsideratë atë hapësirë. (91)

2. Faza post- akute

Rehabilitimi në fazën post-akute është shumë kompleks dhe ndryshon nga pacienti në pacient. Në këtë fazë pacienti ka një kuadër klinik pak a shumë të stabilizuar, por lehtësisht do të jetë



në një gjendje dobësie dhe evidentohen qartë dëmet neuropsikologjike. Në këtë fazë është shumë i rëndësishëm shpjegimi i situatës aktuale për të motivuar pacientin që të punojë, të përfshijmë të afërmit duke iu përshkruar lëvizjet korrekte dhe pozicionet e duhura “në një pacient me neglizhencë, duke u nisur nga fakti se ndikohet nga çrregullimet hapësinore, pjesëmarrja aktive për t’u korrigjuar duhet të jetë pjesa më e rëndësishme”. (91)(92)

Pacienti duhet të ndërjegjësohet për procesin e tij të rekuperimit. Një pacient me çrregullime të të folurit, duke pasur vështirësi të rënda në komunikim me ambjentin, priret lehtë për të patur sjellje që shoqërohen me irritim dhe qëndrime të mbyllura në aspektin social. Për të përshtatur qëndrimin tonë ndaj pacientit duhet të merren gjithmonë parasysh këta komponentë me qëllimin e vetëm që të lehtësojmë pacientin në sfidën e vështirë që e pret deri në rekuperim. (91)(92)

4.3 Objektivat e rehabilitimit në këtë fazë të punës janë:

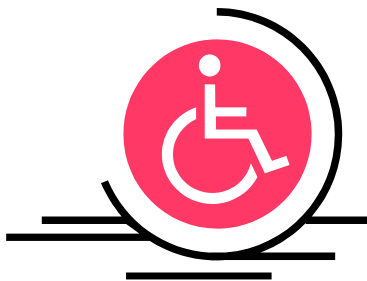
Rekuperimi i aktiviteteve funksionale, duke kontrolluar tonusin muskular për të bërë të mundur që pacienti të jetë sa më i pavarur. I takon aftësive të terapistit, në çdo moment të trajtimit, që duke vëzhguar shfaqjen e asimetrive dhe kompensimeve gjatë ekzekutimit të një xhesti të kërkuar, të ndërhyjë duke ndryshuar detyrën dhe duke luajtur me amplitudën, shpejtësinë, me drejtimin. Kjo arrihet duke e ndaluar lëvizjen e pacientit atje ku është e nevojshme ose ta ngacmojë atë duke përdorur pikat kyçe. (88)

“Çelësi për të mësuar dicka të re është shpesh të pengosh përgjigjet e padëshiruara për të arritur në zbulimin e sforcimit të duhur” (Gelb, 1987). Paradoksi që Gelb shpreh: “Ndalo së sforcuari por mos ndalo kurrë”, është një maksimale e mirë qoftë për pacientin ashtu edhe për terapistin e tij. Duart e terapistit duhet të ndihmojnë pacientin në mënyrë që ai të jetë në gjëndje të lëvize pa shumë sforcim. (93)(94)

4.4 Verifikime

Pas verifikimeve të shumta të kryera ne QSUT te pacientët të cilët kanë kryer rehabilitim gjithashtu duke intervistuar fizioterapistët e repartit të neurologjisë dhe neurokirurgjisë, kemi arritur në konkluzionin se këta pacientë kanë pasur disa përmirësime. Ndonëse ky rehabilitim për mendimin tonë nuk është i plotë, duke e krahasuar me rehabilitimin fizioterapeutik që vendet e huaja kryejnë, mund të themi se kemi patur disa përmirësime:

1- një rritje të njësive motore të trungut, koxo-femuralit, gjymtyrëve të sipërme dhe gjymtyrëve të poshtme ; 2- një perceptim më të saktë kinestetik ; 3- një ulje e ndjeshme e hipertonusit ; 4- kontroll disi më i madh i këmbëve gjatë ecjes; Nëse fizioterapistët tanë do të përdornin në rehabilitim edhe një nga 3 metodat e rehabilitimit të lartpërmendura, përveç faktit se këto 4 arritjeve do të ishin më të sakta, do të shihnim gjithashtu përmirësim edhe në këto 4 objektiva të tjera: 1- orientim më i mirë i trupit gjatë ecjes; 2- stabilitet më të mirë dhe do të ketë më shumë ekuilibrim gjatë testit të balancimit; 3- arrin të zhvillojë një imazh të mirë motorik.



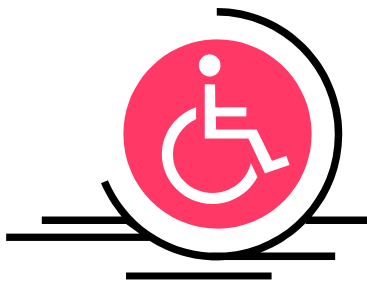
4- pacienti raporton një zotërim më të madh të gjymtyrëve, aq sa mund të rifillojë aktivitetin normal të jetës së përditshme dhe një menaxhim me cilësi jetese afër asaj të mëparshme, pra përpara momentit të dëmtimit të pësuar. (52)(73)(79)(91)

4.5 Fati i pacientëve hemiplegjikë

Kthimi në shtëpi për pacientin është i vështirë dhe i mundimshëm për shkak të disa transformimeve negative. Kjo ndodh pasi ai ka ndërruar rolet e tij familjare dhe sociale, performancën dhe pozicionin e tij të punës. Sipas studimeve gjysma e pacientëve të larguar nga spitali kanë akoma nevojë për një asistencë të vazhdueshme në vitin e parë mbas ictusit, pasi ashtu siç pamë edhe më lart ata kanë probleme me integrimin social. Njësoj si në të gjitha vëndet e botës edhe në Shqipëri, personi i goditur nga ictusi është subjekt i shumë paragjykitimeve shoqërore sepse konsiderohet shpesh i privuar nga të drejtat. Ata e quajnë veten shpesh të “mbaruar” e pikërisht për këtë arsye këta pacient kalojnë në një pjesë të madhe të rasteve në depresion. (73)(75)(83)

Duke u nisur nga ky arsyetim, pacienti me hemiplegji, duhet të vazhdojë të kurohet jo vetëm nga një këndvështrim thjesht motorik por dhe nga një këndvështrim psikologjik, emocional dhe social. Në vendin tonë, i duhet dhënë një rëndësi shumë e vecantë punësimit të pacientëve hemiplegjik pasi është mënyra më e favorshme për një rekuperim të vërtetë. Shumë prej tyre mund të punojnë fare mirë nëse do të kenë një ambient të përshtatshëm dhe ne mendojmë se me zhvillimin e informatikës puna mund të kryhet edhe nga këta pacient. Për këtë arsye lind nevoja të ndërhyet jo vetëm tek pacienti por edhe tek ata që mbajnë këtë peshë afër pacientit dhe kjo mund të arrihet në tre mënyra të ndryshme: a) duke kuruar depresionin; b) duke minimizuar papërputhshmërinë familjare; c) duke përmirësuar kulturën e familjarëve mbi këtë patologji, për të ndihmuar në këtë mënyrë pacientin hemiplegjik. (90)

Sipas OBSH-së, në popullsinë me moshë nën 65 vjeç, pjesa e atyre që kthehen në punë është 21%. Shifrat janë më të larta në Kanada (29%) dhe mbi të gjitha në Japoni (55%), por fatkeqësisht për kthimin në punë të pacientëve hemiplegjik në vendin tonë nuk kemi një informacion të saktë. Ne mendojmë se është e vështirë të kemi një incidencë kaq të lartë. Personat me arsim të lartë kanë mundësi më të mira për të gjetur punë të përshtatshme referuar aftësive të tyre, lloji i punës dhe motivimi i përdorur përpara se kjo sëmundje ti prekte, ndikojnë në aftësinë dhe dëshirën e tyre për t'u rikthyer në punë. Personat me nivel të ulët profesional janë më të rrezikuarit, sepse puna për ta nuk ka qenë shumë e dobishme përveç të ardhurave mujore, ndryshe nga këta pacient personi që kthehet në punë, praktikisht është një njeri optimist, i aftë për të vendosur për të ardhmen e tij, për të gjetur zgjidhje për problemet e tij, i pavarur dhe me besim në përmirësimin e kapaciteteve të tij me anë të punës. *Kënaqësia e gjetur në punë, në sajë të rehabilitimit përbën një nga faktorët më të rëndësishëm për cilësinë e jetës për këta pacient.* (46) (64)(74)(86)(90)



5. QËLLIMI DHE OBJEKTIVAT E STUDIMIT

5.1 Qëllimi kryesor

Qëllimi kryesor i këtij studimi është të evidentohet nevoja e protokolleve të rehabilitimit për hemipelgjinë në vendin tonë dhe të ndërtojme këto protokolle bazuar në protokollin europian. Vetëm në këtë mënyrë bëjmë të mundur që pacienti të riintegrohet në kontekstin familjar, të punës dhe të shoqërisë

5.2 Objektivat e përgjithshëm të studimit:

Vlerësimi i rolit të fizioterapistit në Shqipëri, rehabilitimin fizioterapeutik për pacientët që vuajnë nga hemiplegjia.

5.3 Objektivat specifike të Studimit:

1. Të vlerësojmë situatën epidemiologjike të vendit tonë për ictusin cerebral, paralizat nga lëndimet cerebrale të shkaktuara nga ictusi ishemic apo hemoragjik dhe në veçanti Hemiplegjinë dhe Hemiparezën, në një periudhë kohore 2009-2019.
2. Të përshkruhen karakteristikat socio-demografike. Vecanërisht vëmendja jonë është fokusuar në përcaktimin e raportit midis numrit total të të gjitha rasteve me PC; lidhur me moshën, gjininë, vitet, qytetet dhe vdekjet për Hemiplegjinë dhe Hemiparezën duke i ndarë këto paraliza në të djathtë dhe të majtë.
3. Evidentimi i pacientëve me probleme neuromotore në bazë të tipit të dëmtimit cerebral.
4. Të vlerësojmë rehabilitimin fizioterapeutik të pacientëve me hemiplegji dhe hemiparezë në vendin tonë.
5. Të ndërtojme protokollin e trajtimit që të ndihmohet pacienti që të përshtatet me situatën e re të krijuar.
6. Të përcaktojmë parimet bazë udhëzuese për një qasje të mirë në rehabilitim, në përputhje me përvojën që vendet e huaja kanë.

6. MATERIALI DHE METODA

6.1 Lloji i Studimit:

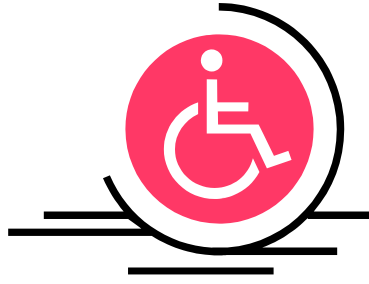
Ky kërkim është kryer në dy faza.

Në fazën e parë kemi kemi bërë një studim retrospektiv, në të cilin tregohet një pamje e qartë epidemiologjike për Shqipërinë, për këto raste:

Iktus Cerebral i shkaktuar nga:

1. Ishemia; 2. Hemoragjia

Paralizat nga lëndimet Cerebrale:



1. Rastet me Hemiplegji (dex;sin)
2. Rastet me Hemiparezë (dex;sin)
3. Të gjitha rastet me probleme të tjera neuromotore.

Këto të dhëna janë marrë për vitet 2009-2019 në Institutin e Shëndetit Publik në Tiranë, nga kartelat klinike të pacientëve duke bashkëpunuar me Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza” Tiranë dhe pasi u identifikuan të gjitha rastet e lartë përmendura më pas mblodhëm të dhëna për:

6.2 Popullata në studim:

1. Moshën nga 18-100 vjec
2. Gjininë
3. Vendbanimin: të gjithë qytetet e Shqipërisë, për pacientët e shtruar në QSUT, me raste të kësaj patologjie
4. Vitet: 2009-2019
5. Vdekshmërinë

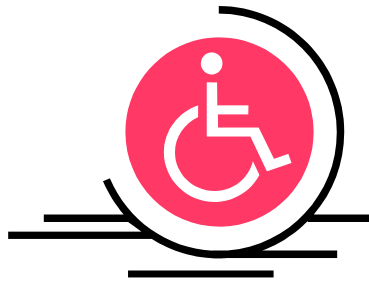
6.3 Mledhja e të dhënave

Të dhënat e mbledhura janë analizuar duke përdorur Megastat.

6.4 Analiza Statistikore e të dhënave

- Përpunimi statistikor u bë me Megastat
- Një p-value i rëndësishëm u vendos si $p < 0,05$
- Ekuacion regresi – analiza e regresit
- Grafiket në përqindje
- Statistika Deskriptive janë llogaritur në frekuencë, përqindje dhe vlera të mesatares.

Në fazën e dytë kemi një studim prospektiv pasi nga përpunimi i të dhënave na rezultoi që testet e kryera, për vërtetësinë e hipotezave, mund ti përdorim mesatarisht për parashikime në të ardhmen, pasi p-value na rezultoi i rëndësishëm.



7.REZULTATET

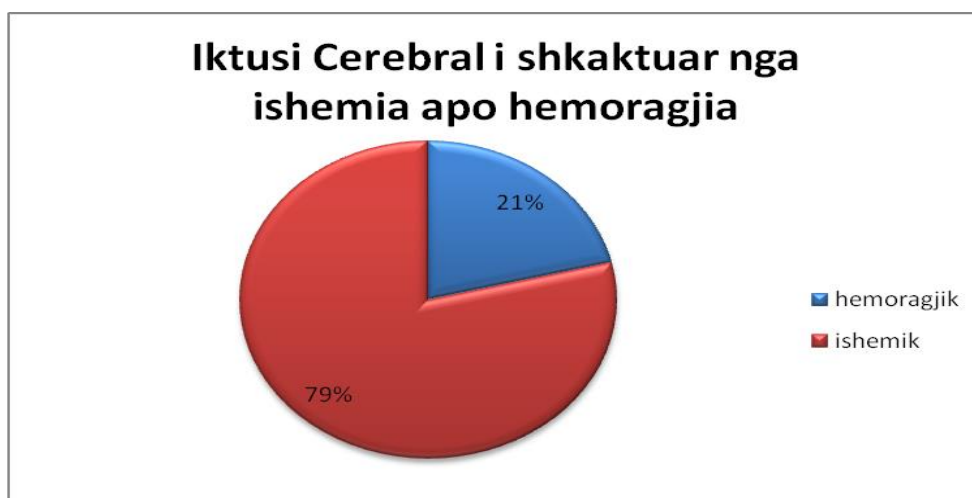
Në repartin e Neurologjisë dhe Neurokirurgjisë të Qendrës Spitalore Universitare “Nënë Tereza” Tiranë, diagnostikohen dhe rehabilitohen pacientë me disabilitete të ndryshme neurologjike ndër këta edhe pacientët me hemiplegji dhe hemiparezë, të shkaktuara nga iktusi cerebral ishemic apo ai hemoragjik. Studimi jonë na ka bërë që të kuptojmë shumë mbi këtë patologji në Shqipëri. Në dhjetëvjeçarin e fundit 2009-2019, janë diagnostikuar dhe rehabilituar, me kohëzgjatje të ndryshme 4661 pacientë me iktus cerebral ishemic dhe hemoragjik e duke shkaktuar për pasojë paraliza, nga të cilët 857 pacientë janë me hemiplegji dhe hemiparezë dhe 3805 pacientë me probleme të tjera neuromotore, me moshë nga 18 deri në 100 vjec. Këta pacientë kanë ardhur nga qytete të ndryshme të Shqipërisë.

Tabela 7.1 Prevalenca e iktusit në bazë të shkaktarit

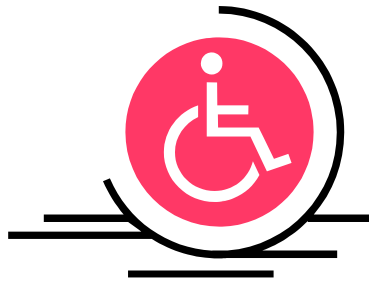
| Iktusi Cerebral | |
|------------------------------|------------|
| Ishemia | Hemoragjia |
| 3673 | 988 |
| Nr TOTAL I PACIENTËVE | |
| 4661 | |
| PËRQINDJA | |
| 79% | 21 % |

Në tabelën 7.1 evidentohet numri total i Iktusit Cerebral, sa nga këto raste kanë shkaktar isheminë dhe sa hemoragjinë, ku shohim se 79% të rasteve është shkaktuar nga ishemia.

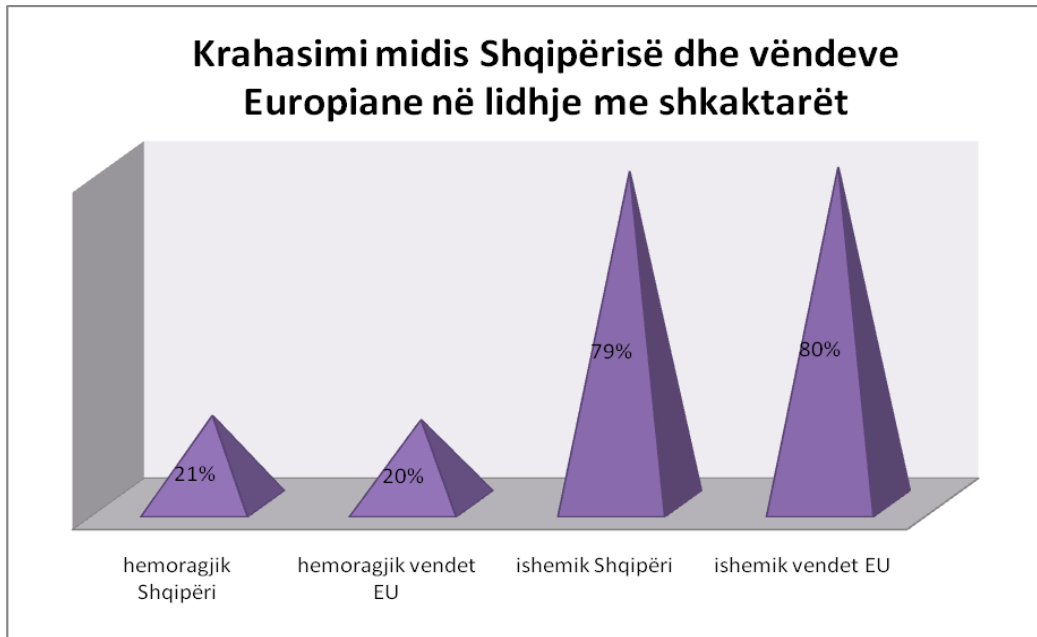
Grafiku 7.1 Prevalenca e iktusit në bazë të shkaktarit



Grafiku 7.1 Tregon që iktusi cerebral i shkaktuar nga ishemia zë 79% të rasteve dhe iktusi cerebral i shkaktuar nga hemoragjia zë 21% të rasteve



Grafiku 7.2 Prevalenca e iktusit në bazë të shkaktarit për vendin tonë dhe vendet e EU

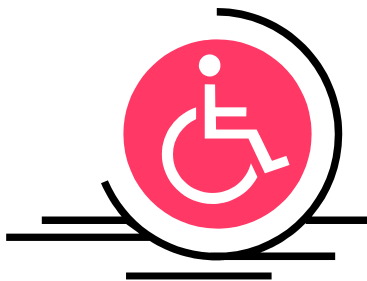


Në Grafikon 7.2 shihet qartë që ishemia është shkaktari kryesor i Iktusit Cerebral si për vendin tonë me 79% ashtu edhe për vendet Europiane me 80% dhe ndiqet më pas nga hemoragjia me 21% për vendin tonë dhe 20% për vendet e tjera Europiane.

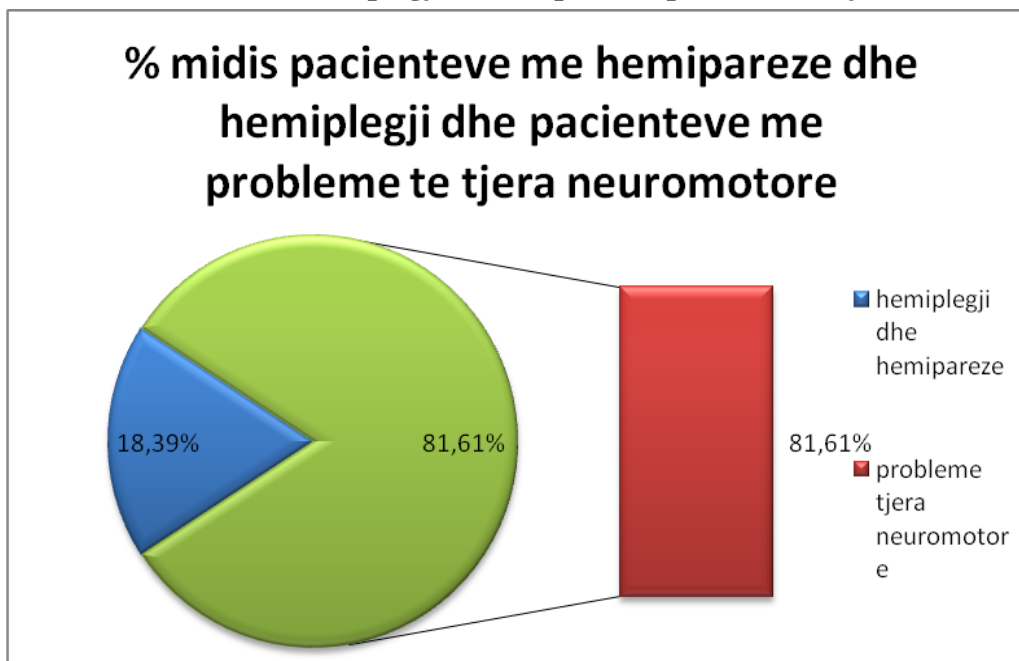
Tabela 7.2 Prevalenca e PC /hemiplegjisë/hemiparezës/problemët e tjera neuromotore

| (PC) Probleme neuromotore / Hemiplegji dhe hemiparezë | |
|--|-----------------------------------|
| Problem të tjera neuromotore | Hemiplegjia dhe Hemipareza |
| 3804 | 857 |
| TOTALI I PC | |
| 4661 | |
| PËRQINDJA | |
| 81,61 % | 18,39% |

Tabela 7.2 Tregon numrin total të PC duke i ndarë për hemiplegjinë, hemiparezën dhe problemët e tjera neuromotore ku shohim qartë se 81,61% të rasteve i zënë problemët e neuromotore



Grafiku 7.3 Prevalenca e hemiplegjisë/ hemiparezës/problemet e tjera neuromotore

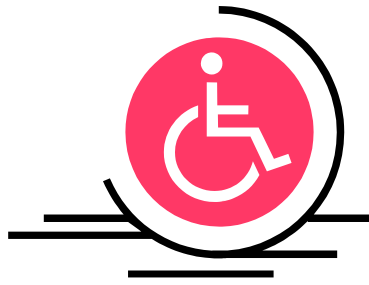


Grafiku 7.3 Tregon që pacientët me hemiplegji dhe hemiparez zënë 18,39% të rasteve me PC ndërsa pacientët me problemet e tjera neuromotore zënë 81,61% të rasteve me PC

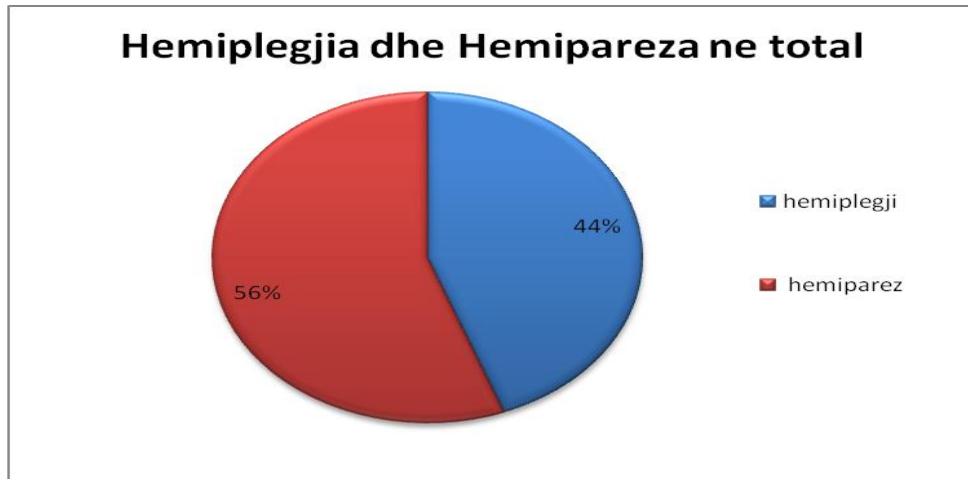
Tabela 7.3 Prevalenca e hemiplegjisë dhe hemiparezës

| PC | |
|-------------|------------|
| Hemiplegjia | Hemipareza |
| 379 | 478 |
| TOTALI | |
| 4661 | |
| PËRQINDJA | |
| 44 % | 56% |

Tabela 7.3 Tregon numrin total të hemiplegjisë dhe hemiparezës ku shihet qartë se 56% të rasteve e zë hemipareza



Grafiku 7.4 Prevalenca e hemiplegjia dhe hemiparezës



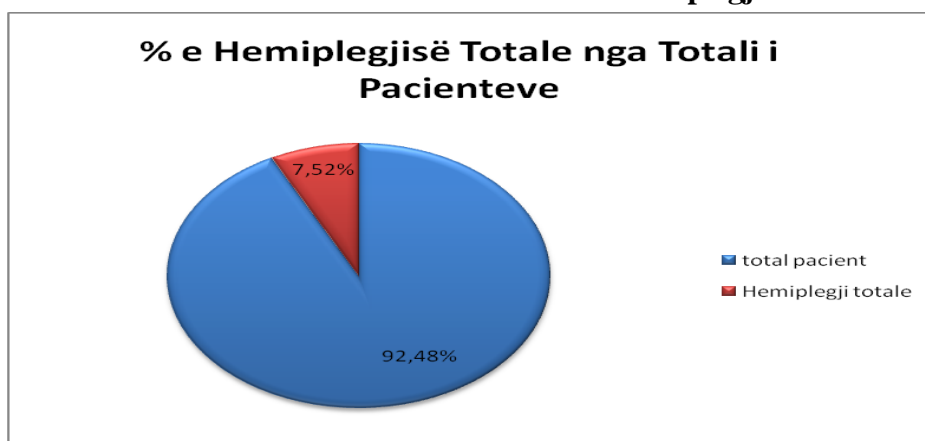
Grafiku 7.4 Na tregon se hemiplegjia zë 44% dhe hemipareza zë 56% të nr total të rasteve

Tabela 7.4 Prevalenca e PC dhe në veçanti e hemiplegjisë

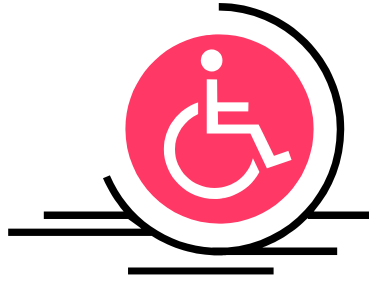
| PC | |
|--------------------|--------|
| Hemiplegjia | PC |
| 379 | 4661 |
| TOTALI | |
| 4661 | |
| PËRQINDJA | |
| 7,52 % | 92,48% |

Tabela 7.4 Tregon numrin total të PC dhe në veçanti sa raste kemi me hemiplegji ku shihet qartë se hemiplegjia zë 7,52%

Grafiku 7.5 Prevalenca e PC dhe hemiplegjisë

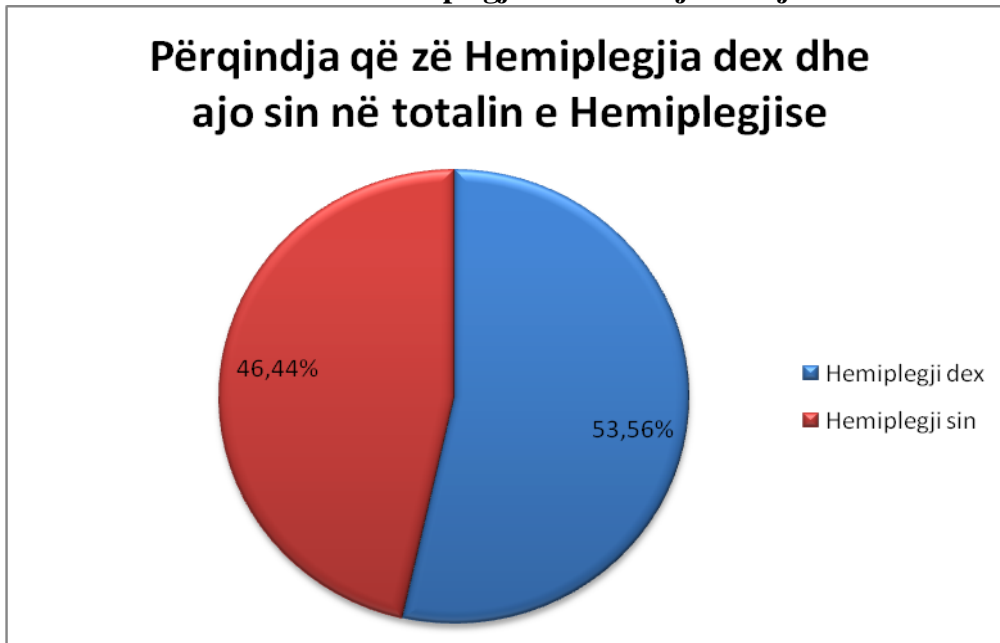


Grafiku 7.5 Na tregon që nga të gjitha rastet me PC që janë 92,48% hemiplegjia përfaqëson 7,52 % të numrit të këtyre pacientëve

**Tabela 7.5 Prevalenca e hemiplegjisë dhe ndarjen e saj në dex dhe sin**

| Hemiplegjia | |
|-------------|--------|
| Dex | Sin |
| 203 | 176 |
| TOTALI | |
| 379 | |
| PËRQINDJA | |
| 53,56% | 46,44% |

Tabela 7.5 Na tregon numrin total te hemiplegjisë dhe ndarjen e saj në dex dhe sin ku shohim qartë se hemiplegjia dex zë 53,56%

Grafiku 7.6 Prevalenca e hemiplegjisë dhe ndarjen e saj në dex dhe sin

Grafiku 7.6 Na tregon që 53,56% i përket hemiplegjisë dex dhe 46,44% i përket hemiplegjisë sin, për nr e rasteve në total të hemiplegjisë

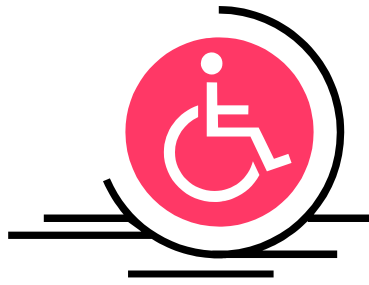
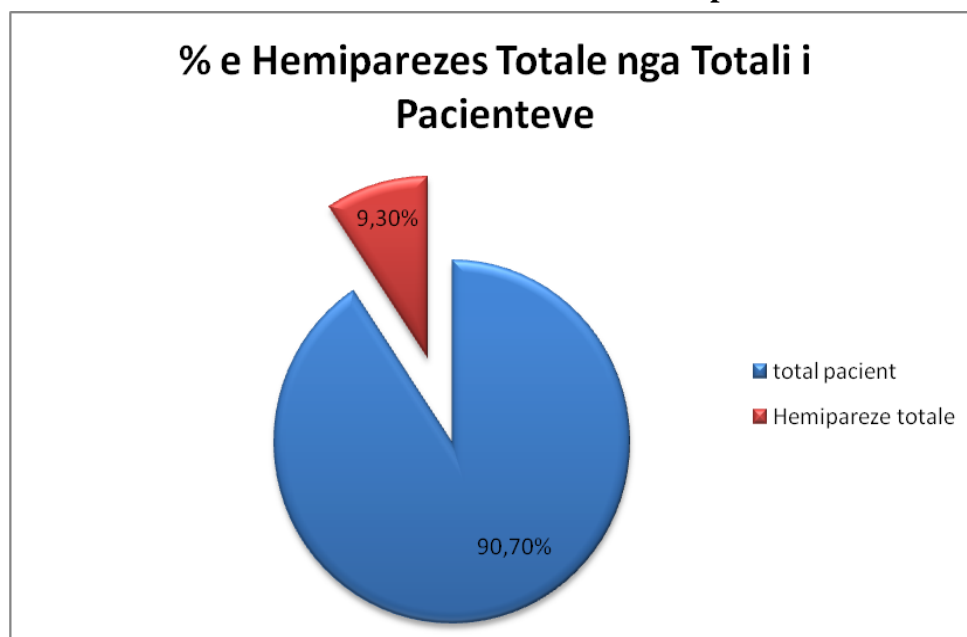


Tabela 7.6 Prevalenca e PC dhe hemiparezës

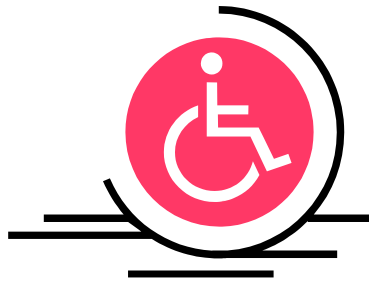
| PC | |
|------------|--------|
| Hemipareza | PC |
| 478 | 4661 |
| TOTALI | |
| 4661 | |
| PËRQINDJA | |
| 9,30 % | 90,70% |

Tabela 7.6 Tregon numrin total të PC dhe në veçanti sa raste kemi me **hemiparezë** ku shihet qartë se hemipareza zë 9,30%

Grafiku 7.7 Prevalenca e PC dhe hemiparezës

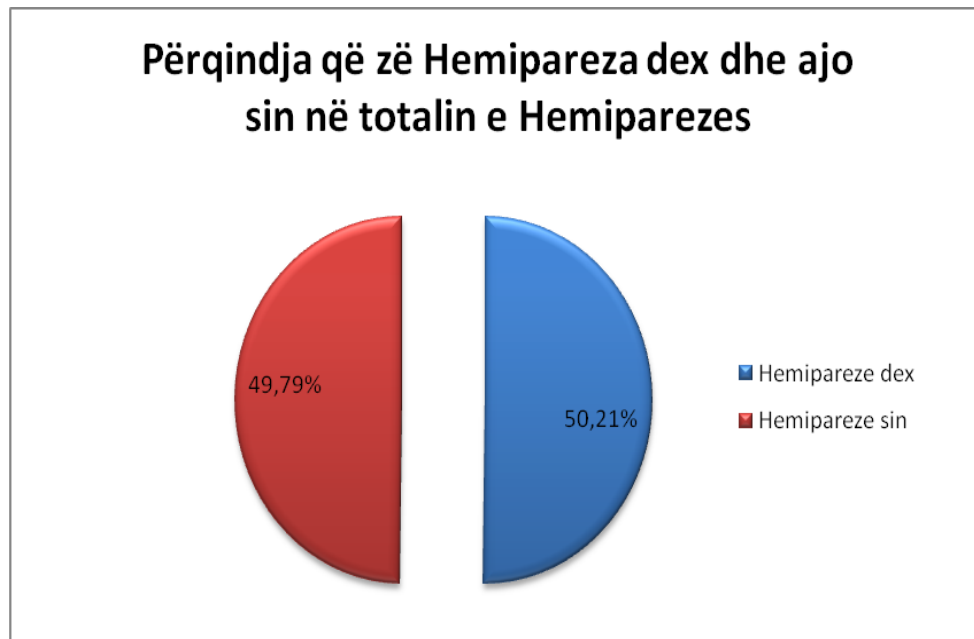


Grafiku 7.7 Na tregon që nga të gjitha rastet me PC, hemipareza përfaqëson 9,30% të numrit të këtyre pacientëve

**Tabela 7.7 Prevalenca e hemiparezës dhe ndarjen e saj ne dex dhe sin**

| Hemipareza | |
|------------|--------|
| Dex | Sin |
| 240 | 238 |
| TOTALI | |
| 478 | |
| PËRQINDJA | |
| 50,21% | 49,79% |

Tabela 7.7 Na tregon numrin total të hemiparezës dhe ndarjen e saj ne dex dhe sin ku shohim qartë se hemipareza dex zë 50,21%

Grafiku 7.8 Prevalenca e hemiparezës dhe ndarjen e saj ne dex dhe sin

Grafiku 7.8 Na tregon që 50,21% e zë hemipareza dex dhe 49,79% e zë hemipareza sin, për nr e rasteve në total të hemiparezës

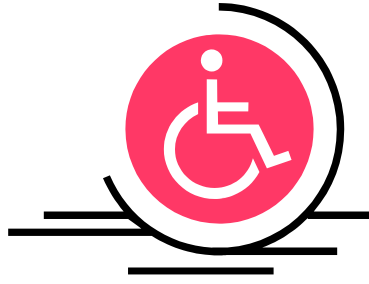
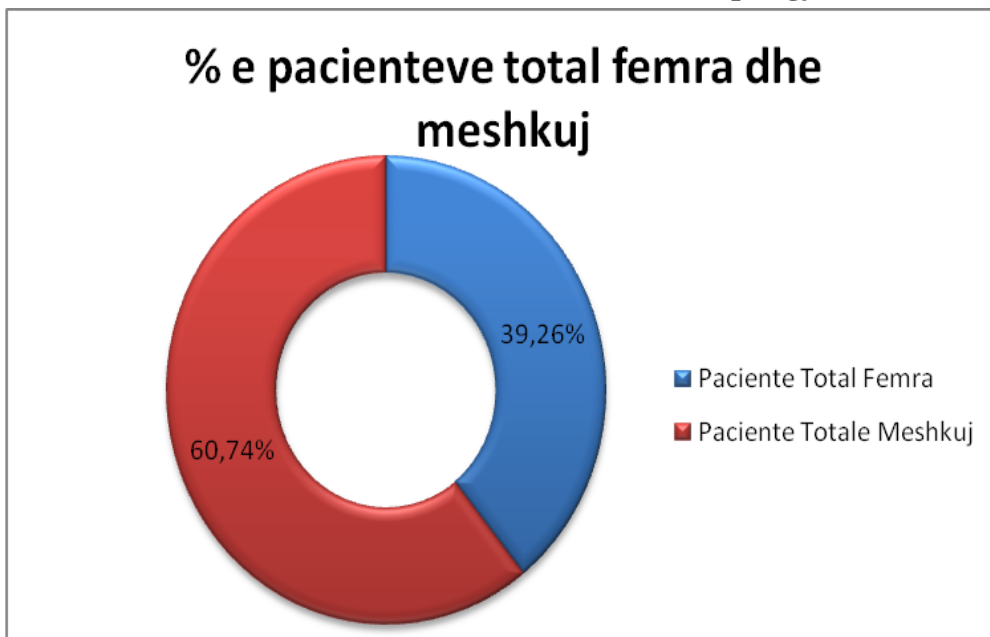


Tabela 7.8 Prevalenca e PC duke i ndarë sipas gjinisë

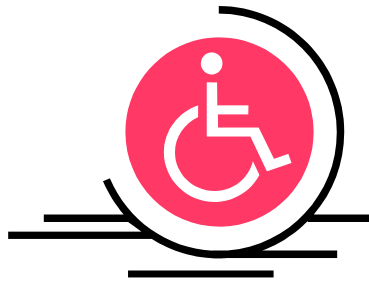
| GJINIA | |
|-----------|--------|
| MASHKULL | FEMËR |
| 2831 | 1830 |
| TOTALI | |
| 4661 | |
| PËRQINDJA | |
| 60,74 % | 39,26% |

Tabela 7.8 Na tregon numrin e rasteve në total me PC duke i ndarë sipas gjinisë mashkullore dhe femërore nga ku shihet qartë se gjinia mashkullore zë 60,74%

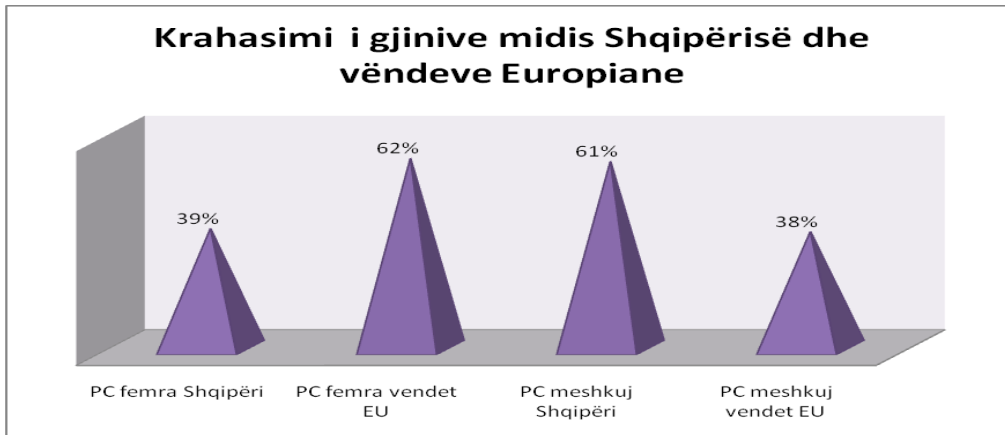
Grafiku 7.9 Prevalenca e PC duke i ndarë sipas gjinisë



Grafiku 7.9 Na tregon që në lidhje me nr total të pacientëve me PC, gjinia femërore zë 39,26 % të rasteve ndërsa gjinia mashkullore zë 60,74% të rasteve



Gragiku 7.10 krahasimi i gjinive midis Shqipërisë dhe vendeve Europiane



Gragiku 7.10 Tregon që në Shqipëri kemi më shumë raste me PC për gjininë mashkullore me 61% sesa për gjininë femërore me 39% ndryshe nga vendet Europiane ku prevalon gjinia femërore me 62% ndërsa gjinia mashkullore zë 38%

Tabela 7.9 Prevalenca për hemiplejinë duke i ndarë sipas gjinisë

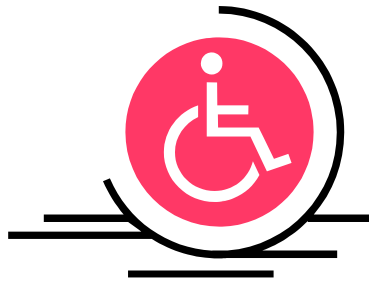
| GJINIA për Hemiplejinë | |
|--------------------------------|-------|
| MASHKULL | FEMËR |
| 222 | 157 |
| TOTALI i rasteve me Hemiplejji | |
| 379 | |
| PËRQINDJA | |
| 59% | 41% |

Tabela 7.9 Tregon rastet me hemiplejji në total dhe sa nga këto raste i kemi të gjinisë femërore dhe sa të gjinisë mashkullore ku shihet qartë se 59% i zë gjinia mashkullore

Gragiku 7.11 Prevalenca për hemiplejinë duke i ndarë sipas gjinisë

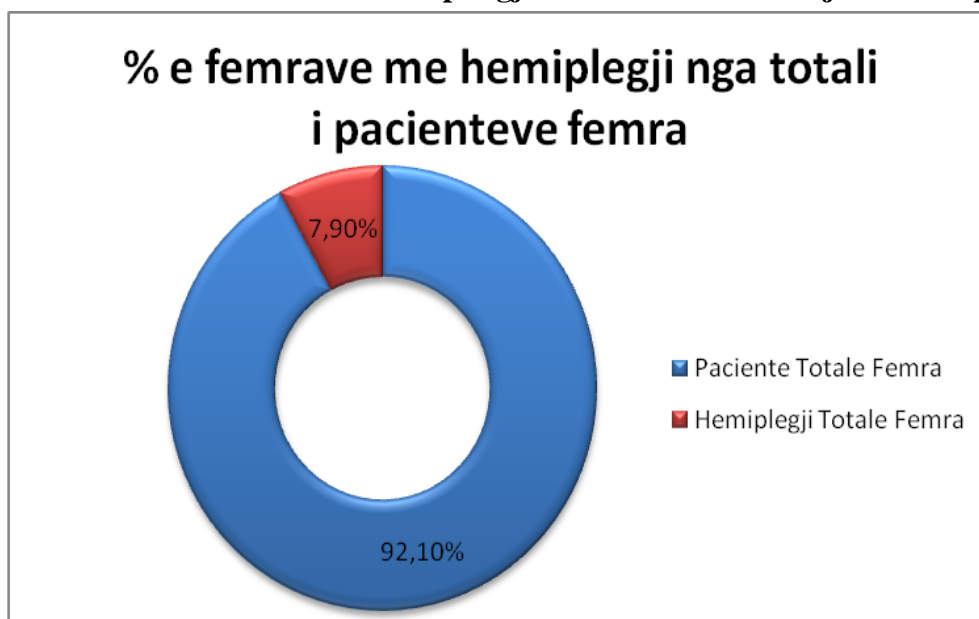


Gragiku 7.11 Na tregon që gjinia femërore zë 41% të rasteve me hemiplejji ndërsa gjinia mashkullore zë 59% të rasteve me hemiplejji

**Tabela 7.10 Prevalenca e PC në total për gjininë femërore në lidhje me hemiplejinë**

| GJINIA FEMËRORE për Hemiplejinë | |
|--|-------------------|
| Pacient total Femra | Hemiplejji |
| 1830 | 157 |
| TOTALI i rasteve me PC Femra | |
| 1830 | |
| PËRQINDJA | |
| 92,10% | 7,90% |

Tabela 7.10 Tregon rastet me PC në total për gjininë femërore dhe sa nga këto raste i kemi me hemiplejji për gjininë femërore ku shihet qartë se 7,90% të rasteve i zë hemiplejia

Grafiku 7.12 Prevalenca e PC në total për gjininë femërore në lidhje me hemiplejinë

Grafiku 7.12 Tregon % e gjinisë femërore me hemiplejji që zë 7,9% të pacientëve me 92,10% PC në total, të gjinisë femërore

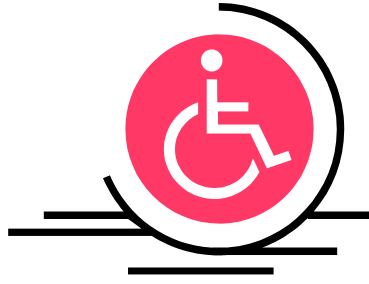
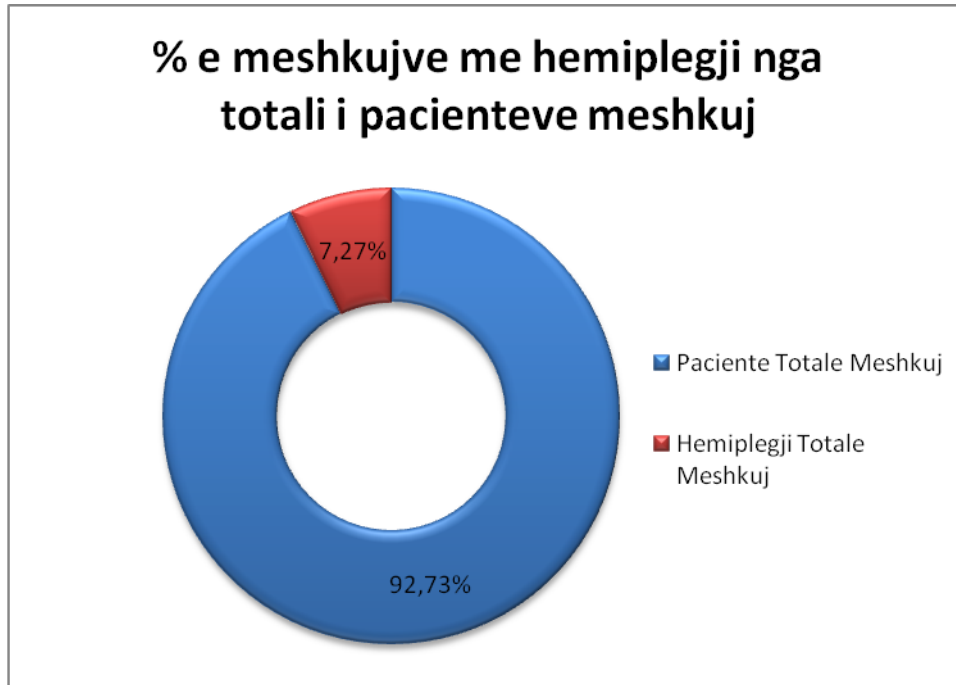


Tabela 7.11 Prevalenca e PC në total për gjininë mashkullore në lidhje me hemiplejinë

| GJINIA MASHKULLORE për Hemiplejinë | |
|------------------------------------|------------|
| Pacient total Meshkuj | Hemiplejji |
| 2831 | 222 |
| TOTALI i rasteve me PC Meshkuj | |
| 2831 | |
| PËRQINDJA | |
| 92,73% | 7,27% |

Tabela 7.11 Tregon rastet me PC në total për gjininë mashkullore dhe sa nga këto raste i kemi me hemiplejji për gjininë mashkullore ku shihet qartë se 7,27% të rasteve i zë hemiplejia

Grafiku 7.13 Prevalenca e PC në total për gjininë mashkullore në lidhje me hemiplejinë



Grafiku 7.13 Tregon % e gjinisë mashkullore me hemiplejji që zë 7,27% të pacientëve me 92,73% PC në total, të gjinisë mashkullore

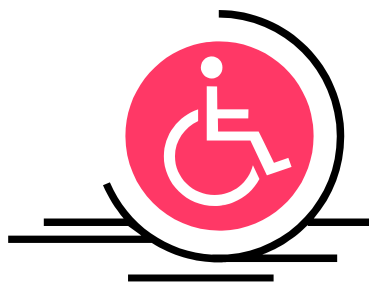
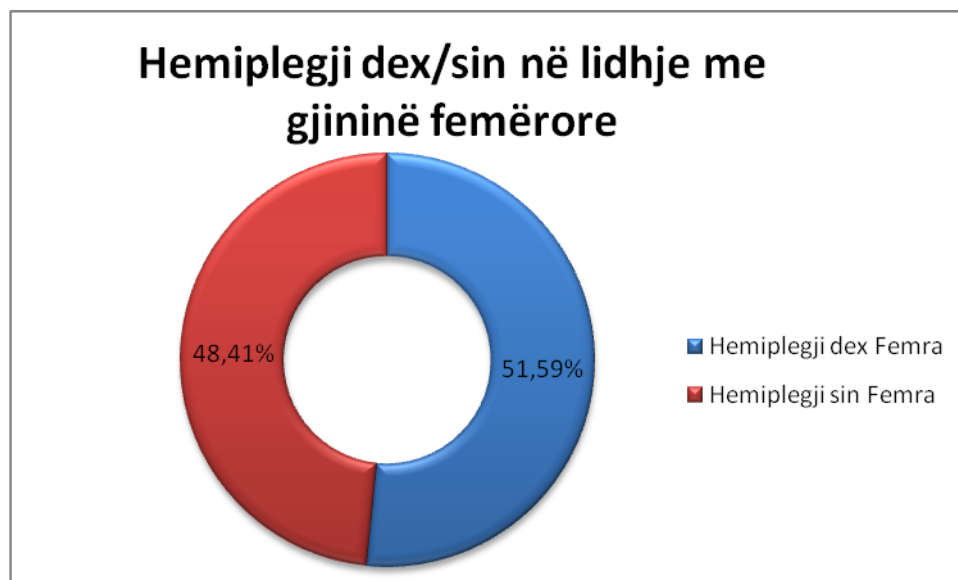


Tabela 7.12 Prevalenca e Hemiplegjisë në total për gjininë femërore duke i ndarë në dex/sin

| GJINIA FEMËRORE për hemiplegjinë dex/sin | |
|--|----------------|
| Hemiplegji dex | Hemiplegji sin |
| 81 | 76 |
| TOTALI i rasteve me Hemiplegji | |
| 157 | |
| PËRQINDJA | |
| 51,59% | 48,41% |

Tabela 7.12 Tregon numrin e pacientëve në total me hemiplegji të gjinisë femërore duke i ndarë në hemiplegji dex dhe hemiplegji sin ku shihet se 51,59% e zë hemiplegjia dex

Grafiku 7.14 Prevalenca e Hemiplegjisë në total për gjininë femërore duke i ndarë në dex/sin



Grafiku 7.14 Tregon që gjinia femërore 51,59% të rasteve i ka me hemiplegji dex dhe 48,41% të rasteve i ka me hemiplegji sin

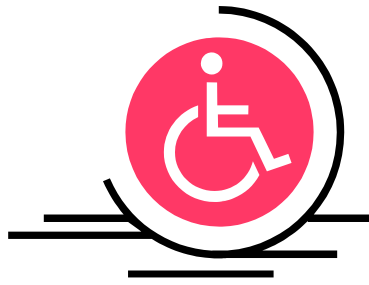
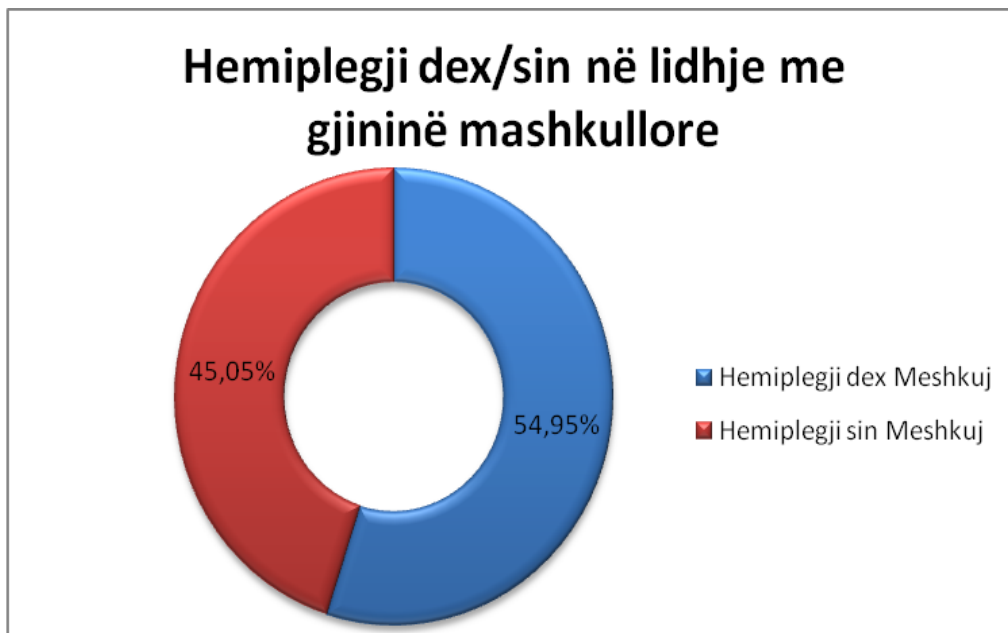


Tabela 7.13 Prevalenca e Hemiplegjisë në total për gjininë mashkullore duke i ndarë në dex/sin

| GJINIA MASHKULLORE për hemiplegjinë dex/sin | |
|---|----------------|
| Hemiplegji dex | Hemiplegji sin |
| 122 | 100 |
| TOTALI I RASTEVE ME HEMIPLEGJI | |
| 222 | |
| PËRQINDJA | |
| 54,95% | 45,05% |

Tabela 7.13 Tregon numrin e pacientëve në total me hemiplegji të gjinisë mashkullore duke i ndarë në hemiplegji dex dhe hemiplegji sin ku shihet se 54,95% i zë hemiplegjia dex

Grafiku 7.15 Prevalenca e Hemiplegjisë në total për gjininë mashkullore duke i ndarë në dex/sin



Grafiku 7.15 Tregon që gjinia mashkullore 54,95% të rasteve i ka me hemiplegji dex ndërsa me hemiplegji sin zë 45,05% të rasteve

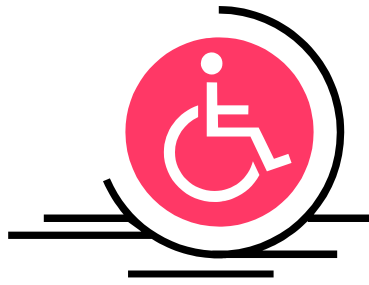


Tabela 7.14 Prevalenca e hemiparezës në lidhje me gjininë

| GJINIA për Hemiparezën | |
|--------------------------------|-------|
| MASHKULL | FEMËR |
| 337 | 141 |
| TOTALI I RASTEVE ME HEMIPAREZË | |
| 478 | |
| PËRQINDJA | |
| 71% | 29% |

Tabela 7.14 Tregon rastet në total me hemiparezë dhe sa nga këta i kemi te gjinisë femërore dhe sa të gjinisë mashkullore ku shihet qartë se 71% i zë gjinia mashkullore

Grafiku 7.16 Prevalenca e hemiparezës në lidhje me gjininë



Grafiku 7.16 Tregon që gjinia femërore zë 29% të rasteve me hemiparezë ndërsa gjinia mashkullore zë 71% të rasteve me hemiparezë

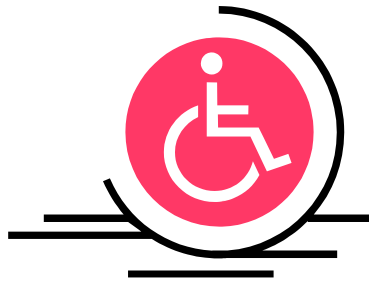
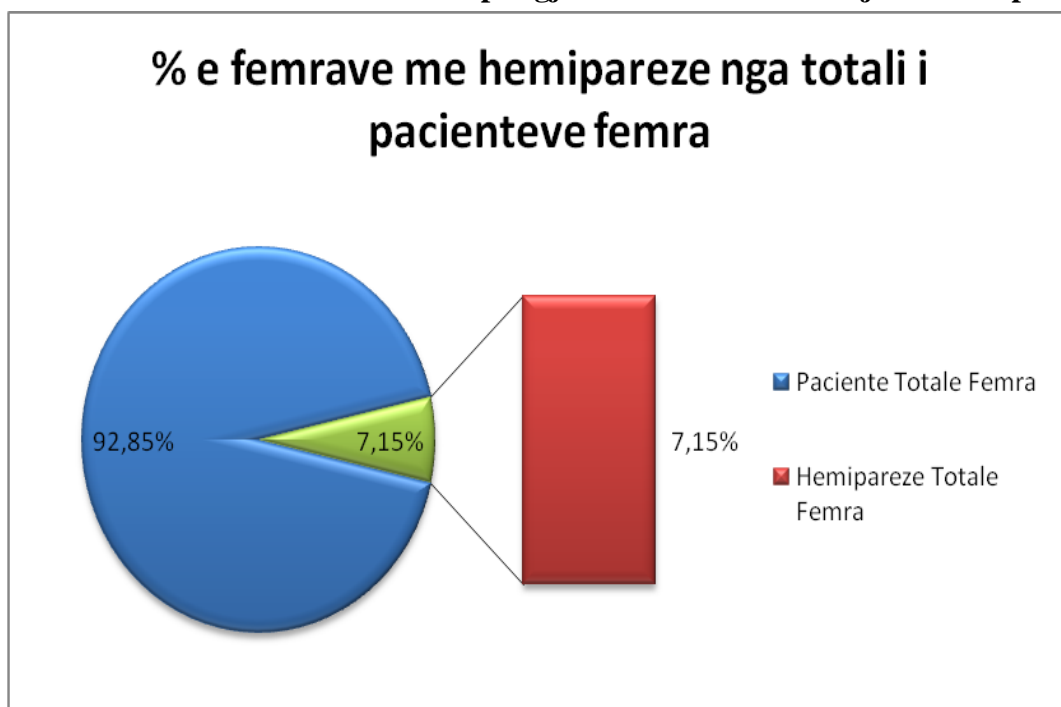


Tabela 7.15 Prevalenca e PC në total për gjininë femërore në lidhje me hemiparezën

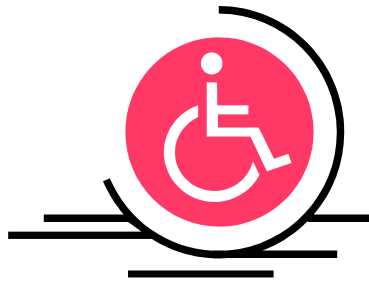
| GJINIA FEMËRORE për Hemiparezën | |
|--|-------------------|
| Pacient total Femra | Hemipareze |
| 1830 | 141 |
| TOTALI i rasteve me PC Femra | |
| 1830 | |
| PËRQINDJA | |
| 92,85% | 7,15% |

Tabela 7.15 Tregon rastet me PC në total për gjininë femërore dhe sa nga këto raste i kemi me hemiparezë për gjininë femërore ku shihet qartë se ajo zë 7,15% të këtyre rasteve

Grafiku 7.17 Prevalenca e PC në total për gjininë femërore në lidhje me hemiparezën

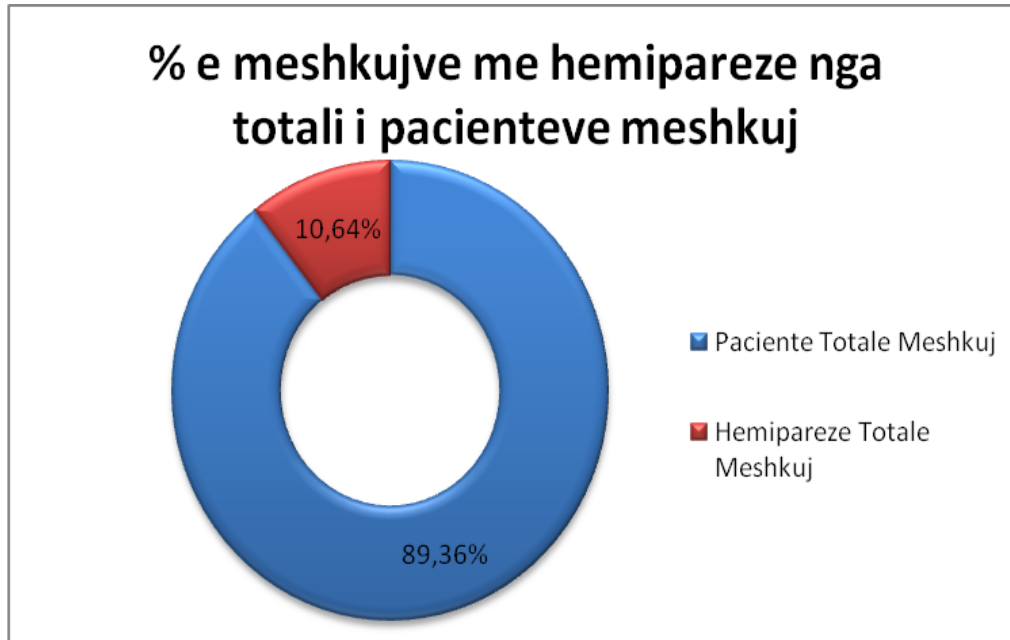


Grafiku 7.17 Tregon që gjinia femërore me hemiparezë zë 7,15% të patientëve ne total të gjinisë femërore dhe 92,85% i zë patientet total femra

**Tabela 7.16 Prevalenca e PC në total për gjininë mashkullore në lidhje me hemiparezën**

| GJINIA MASHKULLORE për Hemiparezën | |
|---|-------------------|
| Pacient total Meshkuj | Hemiparezë |
| 2831 | 337 |
| TOTALI I rasteve me PC Meshkuj | |
| 2831 | |
| PËRQINDJA | |
| 89,36% | 10,64% |

Tabela 7.16 Tregon që gjinia mashkullore me hemiparezë zë 10,64% të pacientëve ne total të gjinisë femërore dhe 89,36 i zë pacientet total meshkuj

Grafiku 7.18 Prevalenca e PC në total për gjininë mashkullore në lidhje me hemiparezën

Grafiku 7.18 Tregon që gjinia mashkullore me hemiparezë zë 10,64% të pacientëve dhe 89,36% totali i pacientëve të gjinisë mashkullore

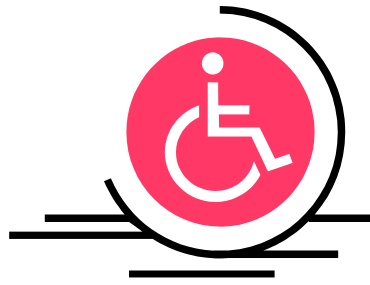
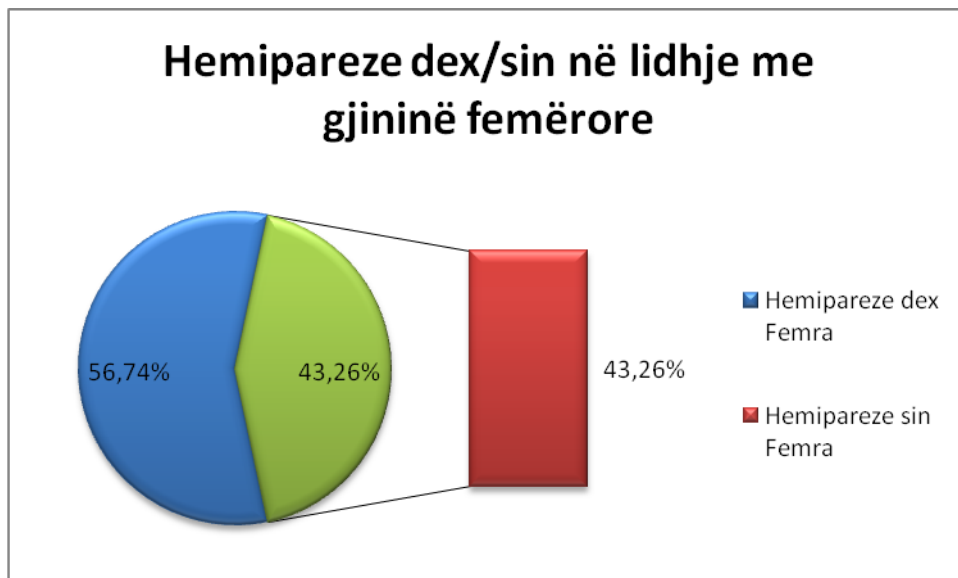


Tabela 7.17 Prevalenca e Hemiparezës në total për gjininë femërore duke i ndarë në dex/sin

| GJINIA FEMËRORE për Hemiparezën dex/sin | |
|---|---------------|
| Hemiparez dex | Hemiparez sin |
| 80 | 61 |
| TOTALI i rasteve me Hemiparezë | |
| 141 | |
| PËRQINDJA | |
| 56,74% | 43,26% |

Tabela 7.17 Tregon numrin e pacientëve në total me hemiparezë të gjinisë femërore duke i ndarë në hemiparezë dex dhe hemiparezë sin ku shihet qartë se hemipareza dex zë 56,74% të rasteve

Grafiku 7.19 Prevalenca e Hemiparezës në total për gjininë femërore duke i ndarë në dex/sin



Grafiku 7.19 Tregon që gjinia femërore 56,74% të rasteve i ka me hemiparezë dex ndërsa 43,26% të rasteve i ka me hemipareza sin

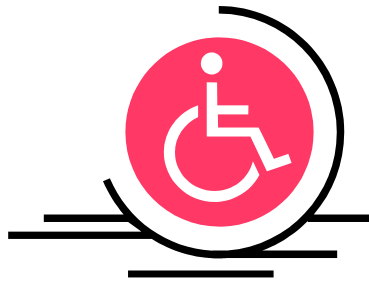
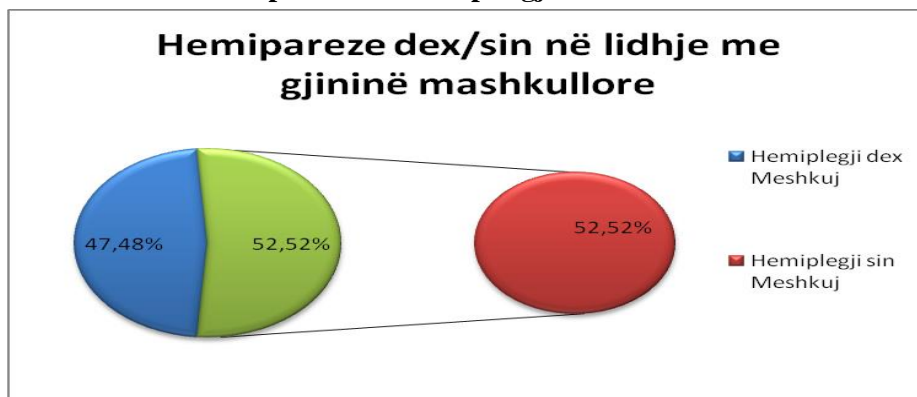


Tabela 7.18 Prevalenca e Hemiparezës në total për gjininë mashkullore duke i ndarë në dex/sin

| GJINIA MASHKULLORE pë Hemiparezën dex/sin | |
|---|----------------|
| Hemiparezë dex | Hemiparezë sin |
| 160 | 177 |
| TOTALI i rasteve me Hemiparezë | |
| 337 | |
| PËRQINDJA | |
| 47,48% | 52,52% |

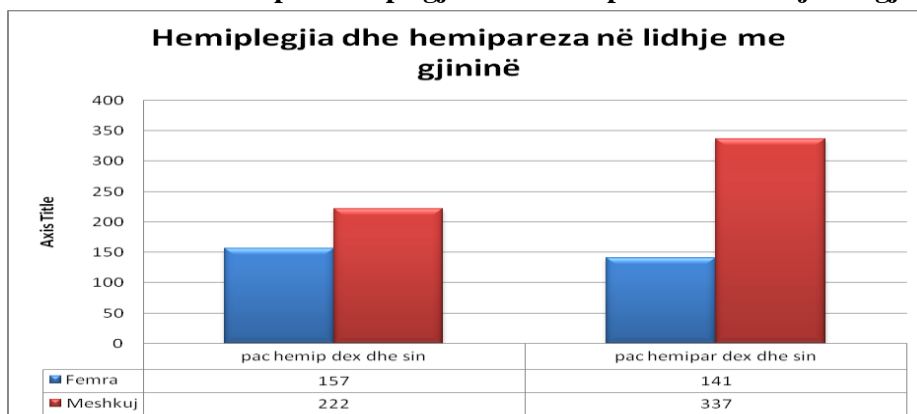
Tabela 7.18 Tregon numrin e pacientëve në total me hemiparezë të gjinisë mashkullore duke i ndarë në hemiparezë dex dhe hemiparezë sin ku shihet qartë se 52,52% i zë hemipareza sin

Grafiku 7.20 Prevalenca e Hemiparezës në total për gjininë mashkullore duke i ndarë në dex/sin



Grafiku 7.20 Tregon që gjinia mashkullore 47,48% të rasteve i ka me hemiparezë dex ndërsa 52,52% të rasteve i ka me hemipareza sin.

Grafiku 7.21 Krahasim për hemiplegjinë dhe hemiparezën ne lidhje me gjininë



Grafiku 7.21 Na tregon përmbledhjen e të gjitha rasteve me hemiplegji dhe hemiparezë të ndara sipas gjinisë femërore dhe mashkullore, nga ku mund të shohim qartë që gjinia femerore ka më pak raste me hemiplegji dhe hemiparezë sesa gjinia mashkullore.

Por ndryshe nga gjinia mashkullore ka më shumë raste me hemiplegji sesa me hemiparezë ndersa gjinia mashkullore ka më shumë raste me hemiparezë sesa me hemiplegji.

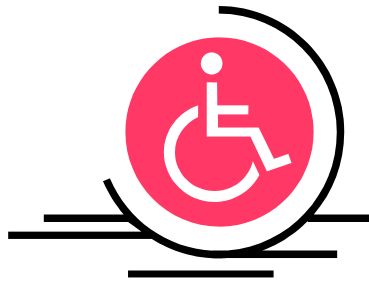
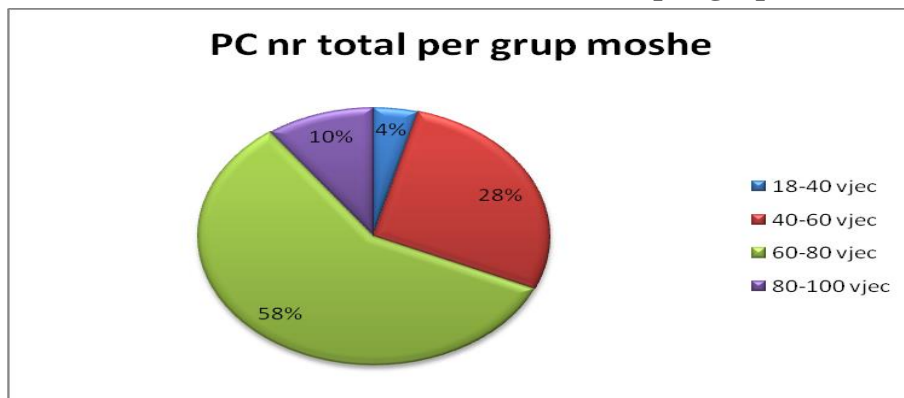


Tabela 7.19 Prevalenca e PC, duke i ndarë sipas grupmoshave

| GRUPMOSHA për PC | | | |
|------------------|------------|------------|-------------|
| 18-40 vjeç | 40-60 vjeç | 60-80 vjeç | 80-100 vjeç |
| 191 | 1286 | 2718 | 466 |
| TOTALI PC | | | |
| 4661 | | | |
| PËRQINDJA | | | |
| 4 % | 28% | 58% | 10% |

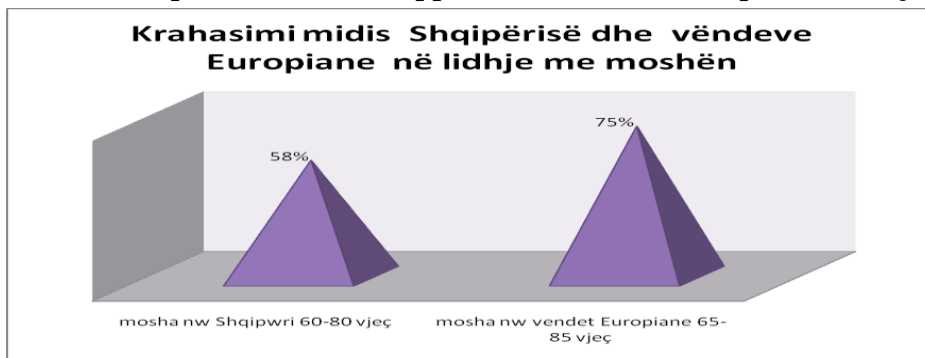
Tabela 7.19 Na tregon numrin total të pacientëve me PC, duke i ndarë sipas grupmoshave ku shihet qartë se mosha 60-80 vjeç zë 58% të rasteve

Grafiku 7.22 Prevalenca e PC, duke i ndarë sipas grupmoshave

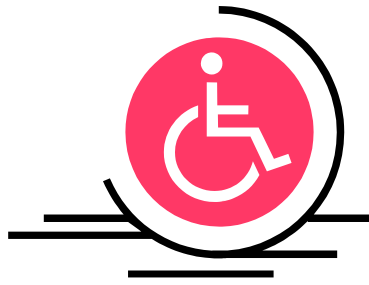


Ashtu si mund të vërehet nga Grafiku 7.22 ndarja në përqindje sipas grupmoshave të të gjitha rasteve me PC, në të cilën bëjnë pjesë hemiplejia, hemipareza dhe rastet me probleme të tjera neuromotore, % më të madhe e zë grupmosha nga 60-80 vjeç me 58% dhe % më të vogël e zë grupmosha 18-40 vjeç me 4%

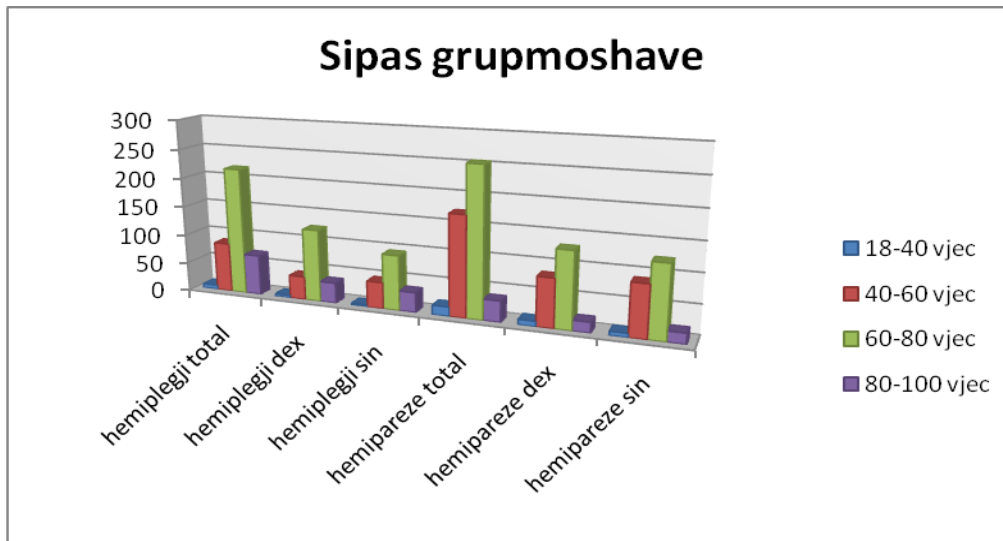
Grafiku 7.23 krahasimi për rastet midis Shqipërisë dhe vendeve Europiane në lidhje me moshën



Grafiku 7.23 Tregon qartë që edhe në Shqipëri ashtu si në vendet e tjera Europiane mosha më e prekur është nga 60-80 vjeç

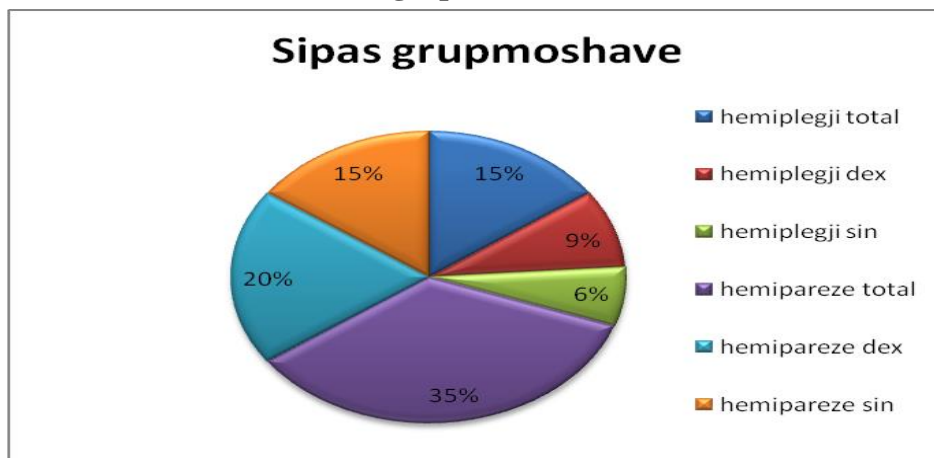


Grafiku 7.24 Prevalenca e hemiplegjisë/hemiparezës dex apo sin në lidhje me grupmoshën

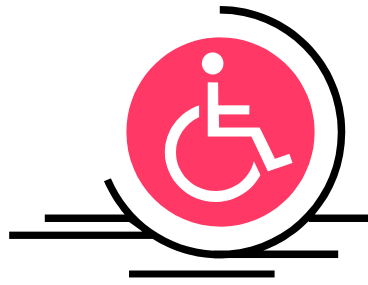


Sipas përmbledhjes së bërë në grafikun 7.24 grupmosha më e prekur nga hemiplegjia dhe hemipareza është 60-80 vjeç ku më shumë e prekur në këtë grupmoshë është hemiplegjia dex dhe hemipareza dex, ndërsa grupmosha më pak e prekur nga hemiplegjia dhe hemipareza është grupmosha 18-40 vjeç ku përsëri më e prekur në këtë grupmoshë është hemiplegjia dex dhe hemipareza dex

Grafiku 7.25 Prevalenca e hemiplegjisë/hemiparezës dex apo sin në lidhje me grupmoshën



Grafiku 7.25 Tregon qartë se përqindjen më të madhe e zë hemipareza totale e cila zë 35% të rasteve nga të cilat (20 % i zë hemipareza dex dhe 15% i zë hemipareza sin) dhe me pas vjen hemiplegjia totale me 15% të rasteve nga të cilat (9% i zë hemiplegjia dex dhe 6% i zë hemiplegjia sin)



Regression Analysis 1

Tabela 7.20 Ho: numri total i pacienteve ndikon në nr e pacientëve të prekur me hemiplegji sipas grupmoshave

Ha: numri total i pacientëve nuk ndikon në nr e pacientëve të prekur me hemiplegji sipas grupmoshave

| Regression output | | | | | confidence interval | |
|--|--------------|------------|----------|---------|---------------------|-----------|
| Variables | coefficients | std. error | t (df=3) | p-value | 95% lower | 95% upper |
| (No Intercept) | | | | | | |
| numri total i pacienteve sipas grupmoshave | 0,0791 | 0,0071 | 11,216 | 0,0015 | 0,0567 | 0,1016 |

- $y=0.0791*x$, ku x është shënuar numri total i pacientëve sipas grupmoshave.
- y është shënuar numri total i pacientëve te prekur me hemiplegji sipas grupmoshave
- Kjo do të thotë se me rritjen e numrit total të pacientëve me një njësi do te kemi një rritje të numrit të pacientëve të prekur nga hemiplegjia me 0.0791 njësi.
- Pra po të rritet numri total i pacientëve me 100 pacientë presim të kemi një rritje me 7 pacientë të prekur nga hemiplegjia, ose po të rritet numri i pacientëve me 1000 pacientë atëherë numri i pacientëve të prekur me hemiplegji do të rritet me 79 pacientë.
- Nga analiza e regresionit na doli që Hipoteza bazë është e vërtetë dhe mund ta përdorim mesatarisht për parashikime në të ardhmen.

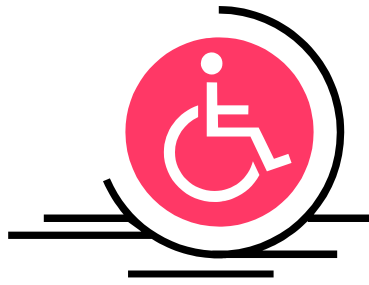
Regression Analysis 2

Tabela 7.21 Ho: numri total i pacientëve të prekur nga hemiplegjia ndikon në nr e pacientëve të prekur nga hemiplegjia dex sipas grupmoshave.

Ha: numri total i pacientëve të prekur nga hemiplegjia nuk ndikon në nr e pacientëve të prekur nga hemiplegjia dex sipas grupmoshave

| Regression output | | | | | confidence interval | |
|---------------------------------------|--------------|------------|----------|---------|---------------------|-----------|
| variables | coefficients | std. error | t (df=3) | p-value | 95% lower | 95% upper |
| (No Intercept) | | | | | | |
| Numritotal i pacienteve me hemiplegji | 0,5520 | 0,0199 | 27,716 | 0,0001 | 0,4886 | 0,6154 |

- $y=0.552*x$, ku x është shënuar numri i pacientëve total të prekur nga hemiplegjia sipas grupmoshave.
- y është shënuar numri total i pacientëve të prekur me hemiplegji dex sipas grupmoshave
- Me rritjen e numrit të pacientëve total me hemiplegji me një njësi do te kemi një rritje të numrit te pacientëve të prekur nga hemiplegjia dex me 0.552 njësi



- Pra po të rritet numri total i pacientëve me hemiplegji me 10 pacientë presim të kemi një rritje me 5 pacientë të prekur nga hemiplegjia dex, ose po të rritet numri i pacientëve me hemiplegji me 100 pacient atëherë numri i pacientëve të prekur me hemiplegji dex do të rritet me 55 pacient.
- Nga analiza e regresionit na doli që Hipoteza bazë është e vërtetë dhe mund ta përdorim mesatarisht për parashikime në të ardhmen.

Regression Analysis 3

Tabela 7.22 Ho: numri total i pacientëve të prekur nga hemiplegjia ndikon në nr e pacientëve të prekur nga hemiplegjia sin sipas grupmoshave

Ha: numri total i pacientëve të prekur nga hemiplegjia nuk ndikon në nr e pacientëve të prekur nga hemiplegjia sin sipas grupmoshave

| Regression output | | | | | confidence interval | |
|---|--------------|------------|----------|---------|---------------------|-----------|
| Variables | coefficients | std. error | t (df=3) | p-value | 95% lower | 95% upper |
| (No Intercept) | | | | | | |
| Numri total i pacienteve me hemiplegji | 0,4480 | 0,0199 | 22,497 | 0,0002 | 0,3846 | 0,5114 |

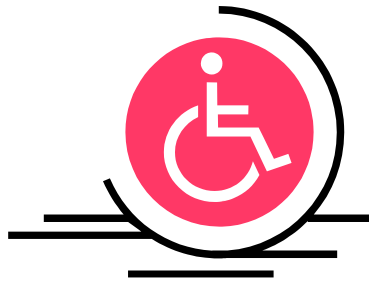
- $y=0.448*x$, ku x është shënuar numri i pacientëve total te prekur nga hemiplegjia sipas grupmoshave.
- y eshte shënuar numri total i pacientëve të prekur me hemiplegji sin sipas grupmoshave
- Kjo do të thotë se me rritjen e numrit te pacientëve totale me hemiplegji me një njësi do të kemi një rritje të numrit të pacientëve të prekur nga hemiplegjia sin me 0.448 njësi.
- Pra po të rritet numri total i pacientëve me hemiplegji me 10 pacientë presim të kemi një rritje me 4 pacientë të prekur nga hemiplegjia sin, ose po të rritet numri i pacientëve me hemiplegji me 100 pacientë atëhere numri i pacientëve të prekur me hemiplegji sin do të rritet me 44 pacient.
- Nga analiza e regresionit na doli që Hipoteza bazë është e vërtetë dhe mund ta përdorim mesatarisht për parashikime në të ardhmen.

Regression Analysis 4

Tabela 7.23 Ho: numri total i pacientëve ndikon në nr e pacientëve të prekur me hemiparezë sipas grupmoshave

Ha: numri total i pacientëve nuk ndikon në nr e pacientëve të prekur me hemiparezë sipas grupmoshave

| Regression output | | | | | confidence interval | |
|---|--------------|------------|----------|---------|---------------------|-----------|
| Variables | coefficients | std. error | t (df=3) | p-value | 95% lower | 95% upper |
| (No Intercept) | | | | | | |
| numri total i pacienteve sipas grupmoshave | 0,1002 | 0,0091 | 10,981 | 0,0016 | 0,0712 | 0,1292 |



- $y=0.1*x$, ku x është shënuar numri total i pacientëve sipas grupmoshave.
- y është shënuar numri total i pacientëve të prekur me hemiparezë sipas grupmoshave
- Kjo do të thotë se me rritjen e numrit të pacientëve totale me një njësi do të kemi një rritje të numrit të pacientëve të prekur nga hemipareza me 0.1 njësi.
- Pra po të rritet numri total i pacientëve me 10 pacientë presim të kemi një rritje me 1 pacient të prekur nga hemipareza, ose po të rritet numri i pacientëve me 100 pacientë atëherë numri i pacientëve të prekur me hemiparezë do të rritet me 10 pacientë.
- Nga analiza e regresionit na doli që Hipoteza bazë është e vërtetë dhe mund ta përdorim mesatarisht për parashikime në të ardhmen.

Regression Analysis 5

Tabela 7.24 Ho: numri total i pacientëve të prekur nga hemipareza ndikon në nr e pacientëve të prekur nga hemiplareza dex, sipas grupmoshave

Ha: numri total i pacientëve të prekur nga hemipareza nuk ndikon në nr e pacientëve të prekur nga hemiplareza dex, sipas grupmoshave

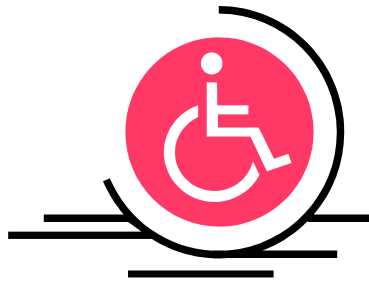
| Regression output | | | | | confidence interval | |
|---|--------------|------------|----------|------------|---------------------|-----------|
| variables | coefficients | std. error | t (df=3) | p-value | 95% lower | 95% upper |
| (No Intercept) | | | | | | |
| Numri total i pacienteve me hemipareze | 0,5027 | 0,0080 | 62,985 | 0,00000882 | 0,4773 | 0,5281 |

- $y=0.5027*x$, ku x është shënuar numri i pacientëve total të prekur nga hemipareza sipas grupmoshave.
- y është shënuar numri total i pacientëve të prekur me hemipareza dex sipas grupmoshave
- Kjo do të thotë se me rritjen e numrit të pacientëve totale me hemiparezë me një njësi do të kemi një rritje të numrit të pacientëve të prekur nga hemipareza dex me 0.5027 njësi.
- Pra po të rritet numri total i pacientëve me hemipareze me 10 pacientë presim të kemi një rritje me 5 pacientë të prekur nga hemipareza dex, ose po të rritet numri i pacientëve me hemiparezë me 100 paciente atëherë numri i pacientëve të prekur me hemiparezë dex do të rritet me 50 pacientë.
- Nga analiza e regresionit na doli që Hipoteza bazë është e vërtetë dhe mund ta përdorim mesatarisht për parashikime në të ardhmen.

Regression Analysis 6

Tabela 7.25 Ha: numri total i pacientëve të prekur nga hemipareza ndikon në nr e pacientëve të prekur nga hemipareza sin, sipas grupmoshave

Ha: numri total i pacientëve të prekur nga hemipareza nuk ndikon në nr e pacientëve të prekur nga hemipareza sin, sipas grupmoshave



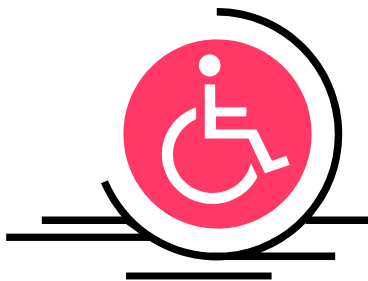
| Regression output | | | | | confidence interval | |
|---|--------------|------------|----------|-----------|---------------------|-----------|
| variables | coefficients | std. error | t (df=3) | p-value | 95% lower | 95% upper |
| (No Intercept) | | | | | | |
| Numri total i pacienteve me hemipareze | 0,4973 | 0,0080 | 62,298 | 0,0000091 | 0,4719 | 0,5227 |

- $y=0.4973*x$, ku x është shënuar numri i pacientëve total të prekur nga hemipareza sipas grupmoshave
- y është shënuar numri total i pacientëve të prekur me hemiparezë sin sipas grupmoshave
- Kjo do të thotë se me rritjen e numrit të pacientëve total me hemiparezë me një njësi do të kemi një rritje të numrit të pacientëve të prekur nga hemipareza sin me 0.4973 njësi.
- Pra po të rritet numri total i pacientëve me hemiparezë me 10 pacientë presim të kemi një rritje me 4 pacient të prekur nga hemipareza sin, ose po të rritet numri i pacientëve me hemiparezë me 100 pacientë atëherë numri i pacientëve të prekur me hemiparezë sin do të rritet me 49 pacientë.
- Nga analiza e regresionit na doli që Hipoteza bazë është e vërtetë dhe mund ta përdorim mesatarisht për parashikime në të ardhmen.

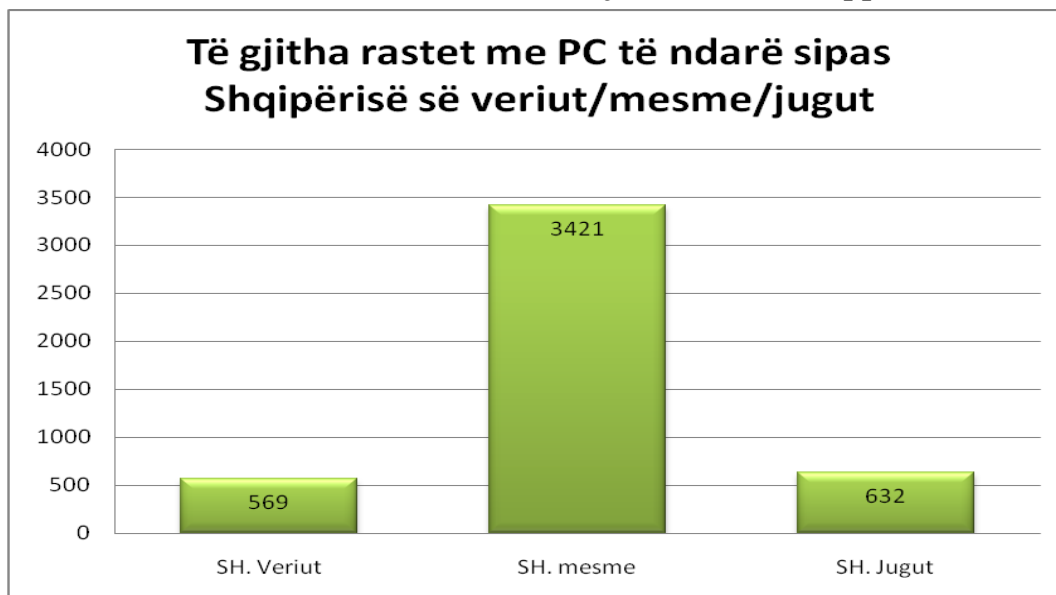
Tabela 7.26 numri i rasteve në lidhje me grupmoshat

| Grupmoshat | Nr total PC | hemiplegji total | hemiplegji djathtë | hemiplegji majtë | hemiparezë total | hemiparezë djathtë | hemiparezë majtë |
|--------------------|-------------|------------------|--------------------|------------------|------------------|--------------------|------------------|
| 18-40 vjec | 191 | 7 | 4 | 3 | 16 | 9 | 7 |
| 40-60 vjec | 1286 | 85 | 40 | 45 | 172 | 83 | 89 |
| 60-80 vjec | 2718 | 218 | 124 | 94 | 254 | 130 | 124 |
| 80-100 vjec | 466 | 69 | 35 | 34 | 36 | 18 | 18 |

Në Tabelën 7.26 kemi vendosur përmbledhjen e të gjitha grupmoshave të marra në studim duke e ndarë secilën grupmoshë në lidhje me nr total te rasteve me PC, hemiplegji dex/sin dhe hemiparezë dex/sin ku grupmosha 60-80 vjec ka më shumë raste

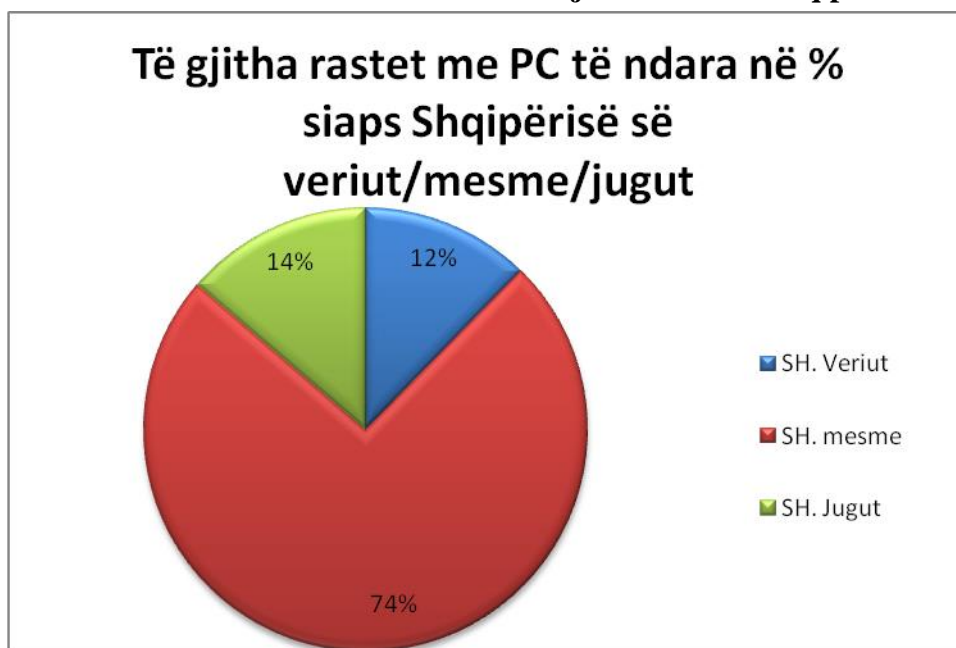


Grafiku 7.26 Prevalenca e PC në lidhje me zonat e Shqipërisë

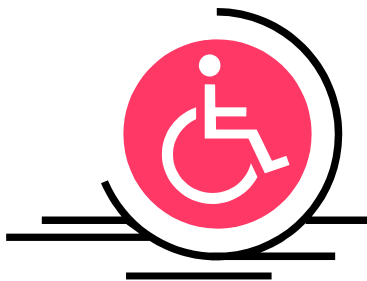


Nga grafiku 7.26 Vërehet se Shqipëria e mesme ka më shumë raste me PC dhe ndiqet nga Shqipëria e jugut e më pas nga e veriut

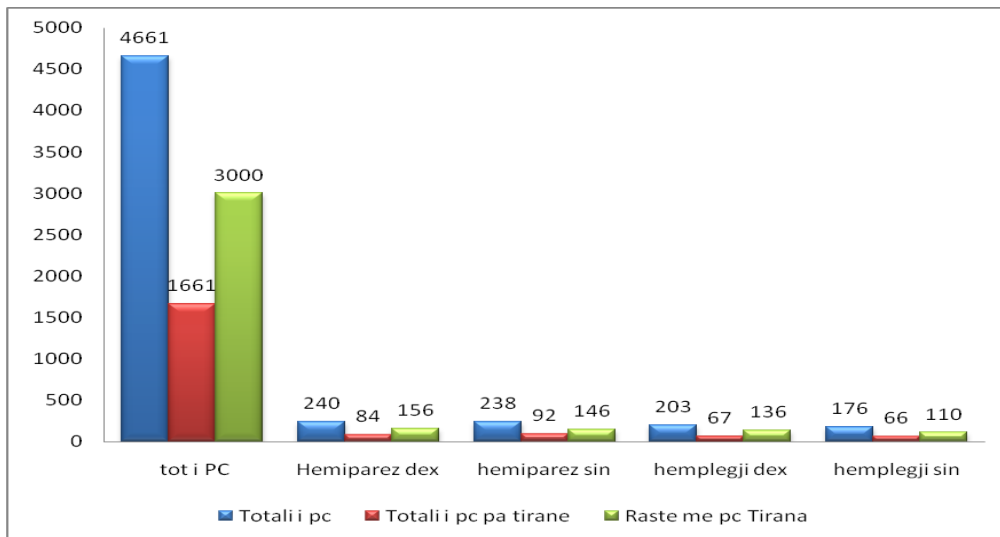
Grafiku 7.27 Prevalenca e PC në lidhje me zonat e Shqipërisë



Nga grafiku 7.27 Vërehet se Shqipëria e mesme ka më shumë raste me PC dhe zë 74% të rasteve dhe ndiqet nga Shqipëria e jugut që zë 14% e më pas nga e veriut me 12% të rasteve

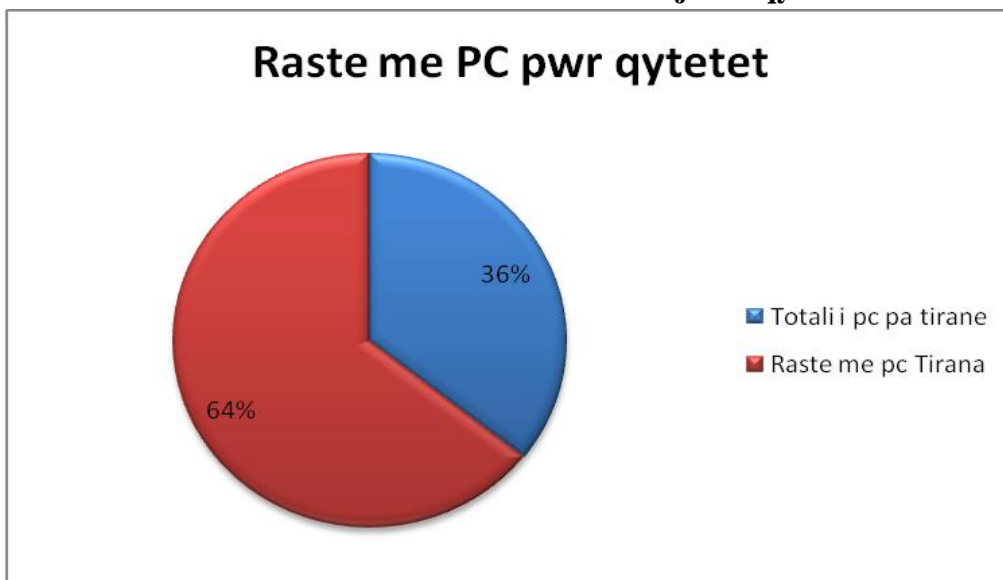


Grafiku 7.28 Rastet me PC, hemiplegji dex/sin, hemiparezë dex/sin në lidhje me qytetet

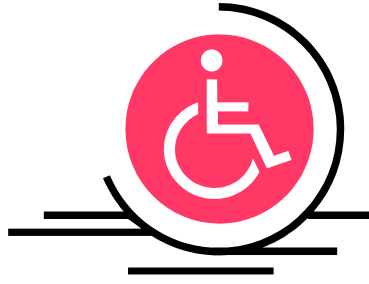


Grafiku 7.28 Na tregon rastet me PC në total dhe Hemiplegji dex/sin e Hemiparezëdex/sin për qytetin e Tiranës dhe të gjitha qytetet e tjera së bashku por pa qytetin Tiranës ku shihet qartë se qyteti i Tiranës ka më shumë raste

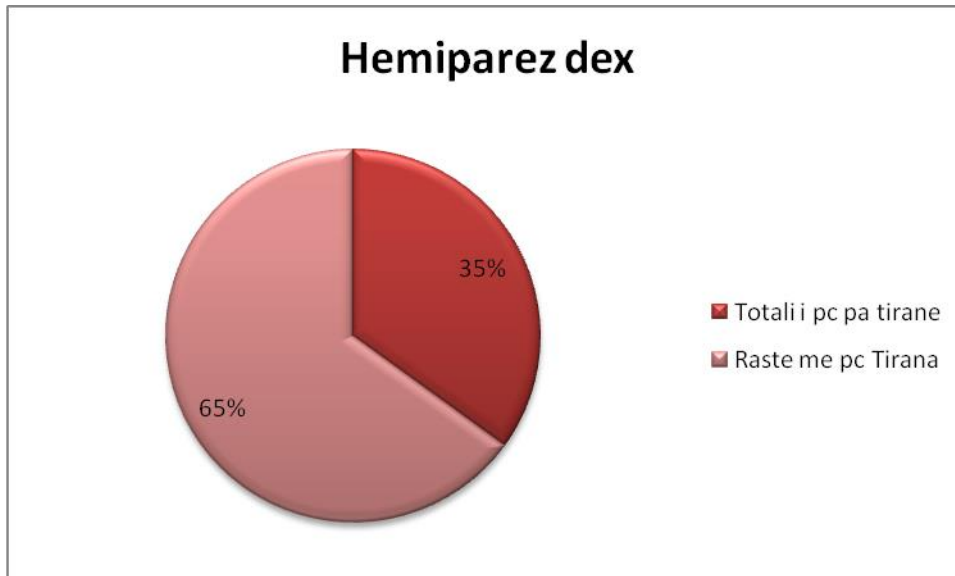
Grafiku 7.29 Prevalenca e PC ne lidhje me qytetet



Grafiku 7.29 Tregon se nga 4661 pacientë në total me PC 64% i zë Tirana dhe 36% i zënë qytetet e tjera

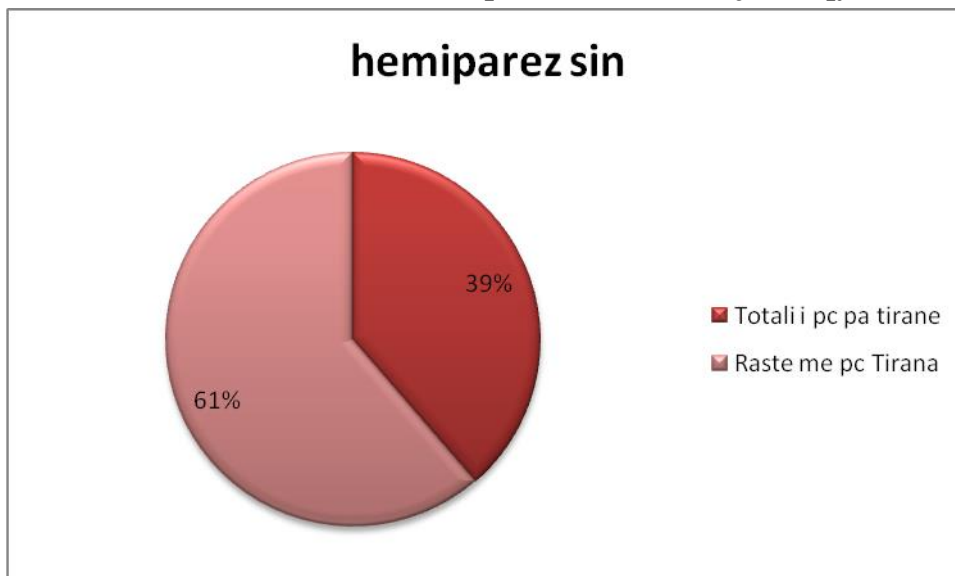


Grafiku 7.30 Prevalenca e hemiparezës dex në lidhje me qytetet



Grafiku 7.30 Tregon se nga 240 pacientë gjithsej me Hemiparezë dex 65% e zë Tirana dhe 35% e zënë qytetet e tjera

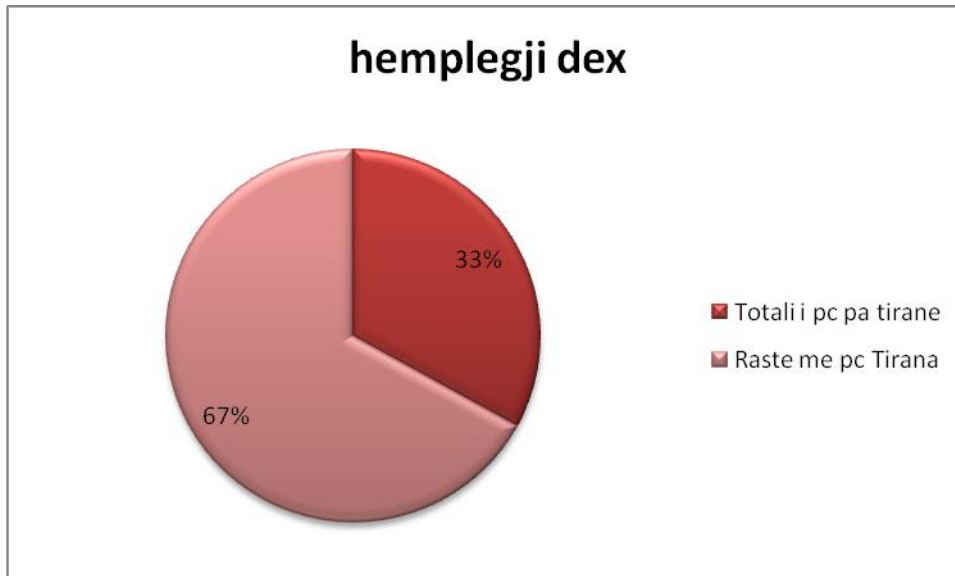
Grafiku 7.31 Prevalenca e hemiparezës sin në lidhje me qytetet



Grafiku 7.31 Tregon qartë se nga 238 pacientë gjithsej me Hemiparezë sin 61% e zë Tirana dhe 39% e zënë qytetet e tjera

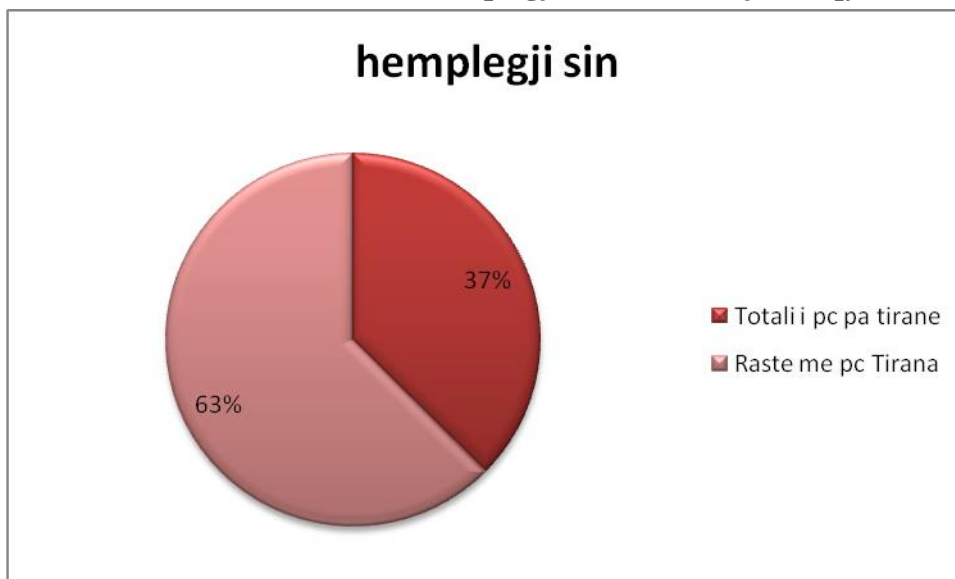


Grafiku 7.32 Prevalenca e hemiplegjisë dex në lidhje me qytetet

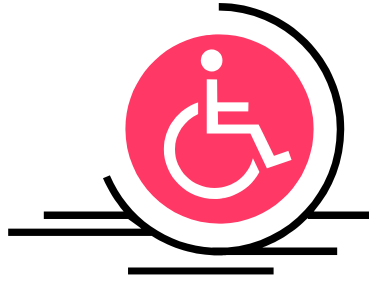


Grafiku 7.32 Tregon qartë se nga 203 pacientë gjithsej me Hemiplegji dex 67% e zë Tirana dhe 33% e zënë qytetet e tjera

Grafiku 7.33 Prevalenca e hemiplegjisë dex në lidhje me qytetet



Grafiku 7.33 Tregon qartë se nga 176 pacientë gjithsej me Hemiplegji sin 63% e zë Tirana dhe 37% e zënë qytetet e tjera

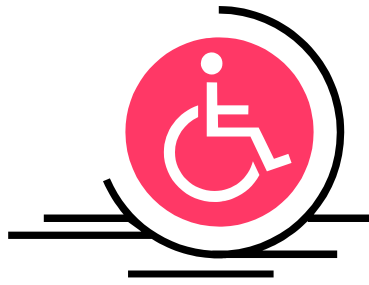


Në Tabelën 7.27 kemi vendosur të marim në studim qytetin e Tiranës duke qënë se ka më shumë raste nga të gjitha qytetet e tjera dhe totalin e numrit të rasteve pa qytetin e Tiranës per PC, hemiplegjinë dhe hemiparezën

| Qytetet | Nr total PC | hemiplegji total | hemiplegji dex | hemiplegji sin | hemiparezë total | hemiparezë dex | hemiparezë sin |
|-------------------|-------------|------------------|----------------|----------------|------------------|----------------|----------------|
| Totali | 4661 | 379 | 203 | 176 | 478 | 240 | 238 |
| Totali pa Tiranën | 1661 | 133 | 67 | 66 | 176 | 84 | 92 |
| Tiranë | 3000 | 246 | 136 | 110 | 302 | 156 | 146 |

Statistika deskriptive: Hemiplegjia dex/sin dhe hemipareza dex/sin sipas qyteteve:

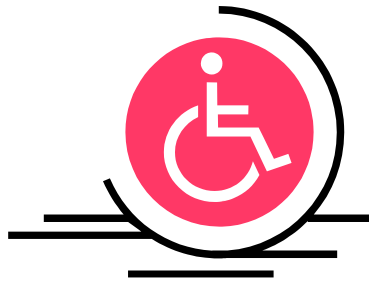
| <u>Descriptive statistics1</u> | Tabela 7.28 Prezantimi i numrit të qyteteve me hemiparezë dex |
|--|---|
| | <i>Hemipareza dex sipas qyteteve</i> |
| Count | 55 |
| Mean | 4,36 |
| Sample standard deviation | 20,93 |
| sample variance | 437,90 |
| Minimum | 0 |
| Maximum | 156 |
| Range | 156 |
| | |
| Nr total i qyteteve me Hemiparezë dex është | 55 |
| Nr mesatar i pacientëve me Hemiparezë dex sipas qyteteve është | 4,36 |
| Devijimi standart është | ± 20,93 |
| <u>Descriptive statistics2</u> | Tabela 7.29 Prezantimi i numrit të qyteteve me hemiparezë sin |
| | <i>Hemipareza sin sipas qyteteve</i> |
| Count | 55 |
| Mean | 4,33 |
| sample standard deviation | 19,61 |



| | |
|--|--------|
| sample variance | 384,52 |
| Minimum | 0 |
| Maximum | 146 |
| Range | 146 |
| Nr total i qyteteve me Hemiparezë sin është 55 | |
| Nr mesatar i pacientëve me Hemiparezë sin sipas qyteteve është 4,33 | |
| Devijimi standart është ± 19,61 | |

| | |
|--|--|
| <u>Descriptive statistics3</u> | Tabela 7.30 Prezantimi i numrit të qyteteve me hemiplegji dex |
| | <i>Hemplegja dex sipas qyteteve</i> |
| count | 55 |
| mean | 3,69 |
| sample standard deviation | 18,30 |
| sample variance | 334,74 |
| minimum | 0 |
| maximum | 136 |
| range | 136 |
| Nr total i qyteteve me Hemiplegjisë dex është 55 | |
| Nr mesatar i pacientëve me Hemiplegji dex sipas qyteteve është 3,69 | |
| Devijimi standart është ± 18,3 | |

| | |
|--------------------------------|--|
| <u>Descriptive statistics4</u> | Tabela 7.31 Prezantimi i numrit të qyteteve me hemiplegji sin |
| | <i>Hemplegja sin sipas rretheve</i> |
| count | 55 |
| mean | 3,20 |
| sample standard deviation | 14,86 |
| sample variance | 220,79 |
| minimum | 0 |
| maximum | 110 |
| Range | 110 |



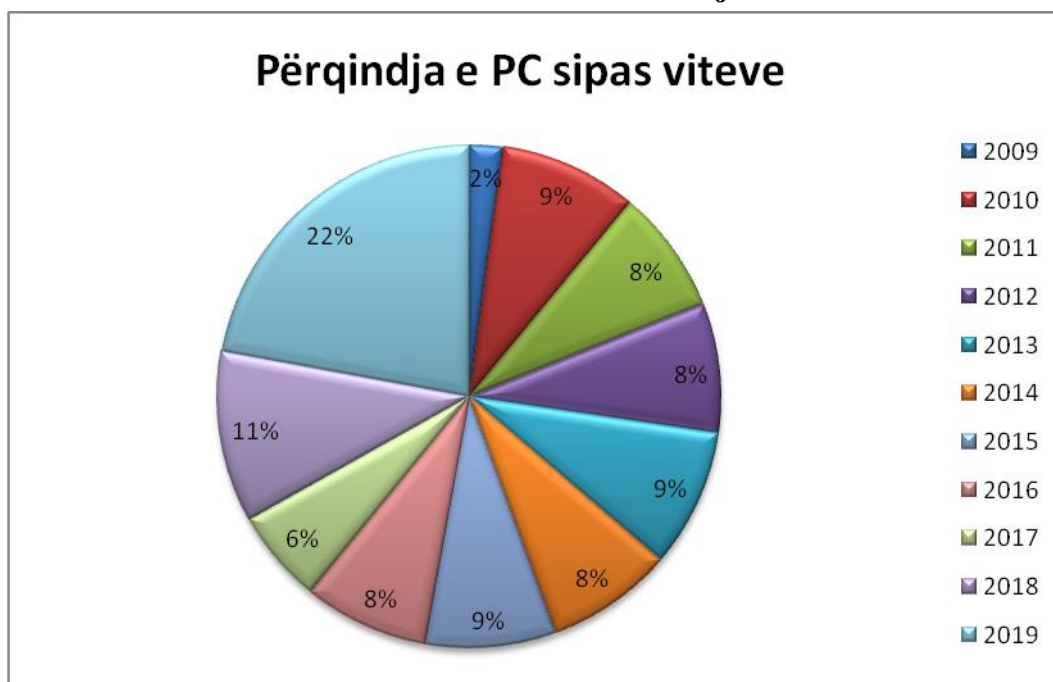
| | |
|---|---------|
| Nr total i qyteteve me Hemiplegi sin është | 55 |
| Nr mesatar i pacientëve me Hemiplegi sin sipas qyteteve është | 3,2 |
| Devijimi standart është | ± 14,86 |

Tabela 7.32 Prevalenca e PC në lidhje me vitet

| VITET për PC | | | | | | | | | | |
|--------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| 101 | 414 | 371 | 388 | 416 | 380 | 393 | 373 | 282 | 513 | 1030 |
| TOTALI PC | | | | | | | | | | |
| 4661 | | | | | | | | | | |
| PËRQINDJA | | | | | | | | | | |
| 2% | 9% | 8% | 8% | 9% | 8% | 9% | 8% | 6% | 11% | 22% |

Tabela 7.32 na tregon numrin e pacientëve në total me PC duke i ndarë ata sipas viteve ku shihet qartë se viti 2019 zë 22%

Grafiku 7.34 Prevalenca e PC ne lidhje me vitet



Grafiku 7.34 Tregon përqindjen e pacientëve me PC të ndarë sipas viteve ku shihet qartë se viti 2019 ka % më të lartë me 22% dhe viti më me pak raste është 2009 me 2%

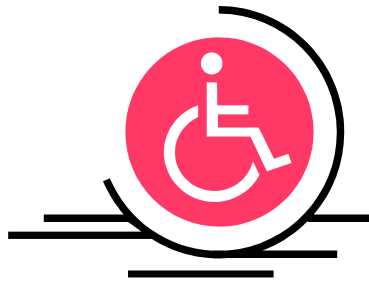
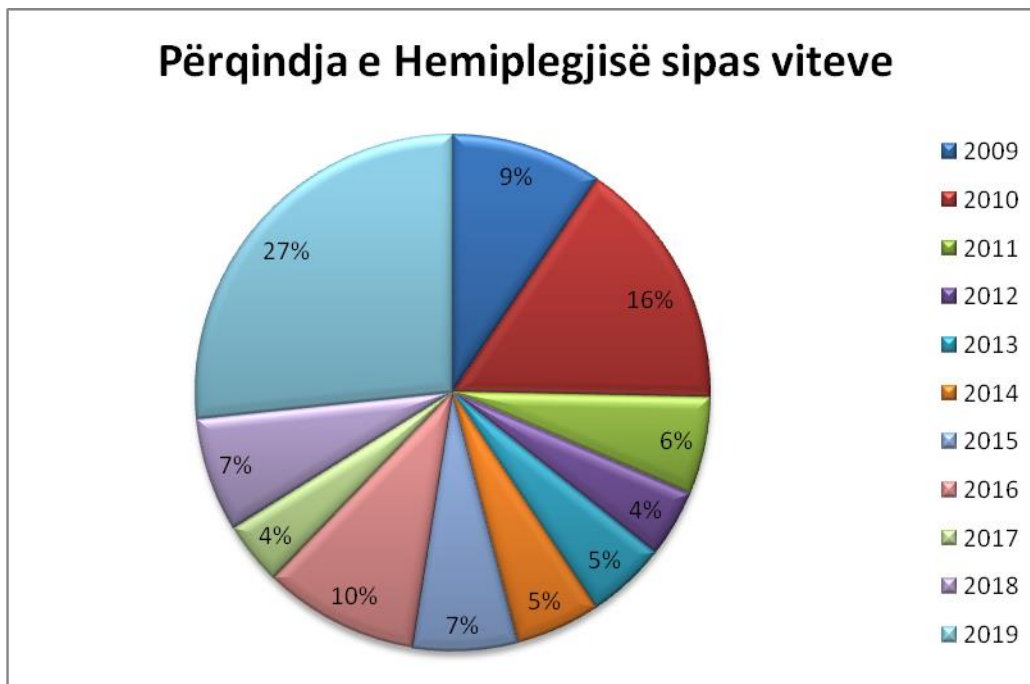


Tabela 7.33 Prevalenca e Hemiplegji ne lidhje me vitet

| VITET për Hemiplegjinë | | | | | | | | | | |
|------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| 36 | 60 | 23 | 16 | 19 | 20 | 25 | 37 | 15 | 27 | 101 |
| TOTALI HEMIPLEGJI | | | | | | | | | | |
| 379 | | | | | | | | | | |
| PËRQINDJA | | | | | | | | | | |
| 9% | 16% | 8% | 4% | 5% | 5% | 7% | 10% | 4% | 7% | 27% |

Tabela 7.33 Na tregon numrin e pacientëve në total me Hemiplegji duke i ndarë ata sipas viteve ku shihet qartë se viti 2019 zë 27%

Grafiku 7.35 Prevalenca e Hemiplegji ne lidhje me vitet



Grafiku 7.35 Tregon përqindjen e pacientëve me Hemiplegji të ndarë sipas viteve ku shihet se viti 2019 zë 27% dhe % më të ulët e zënë vitet 2012 me 4% dhe 2017 me 4%

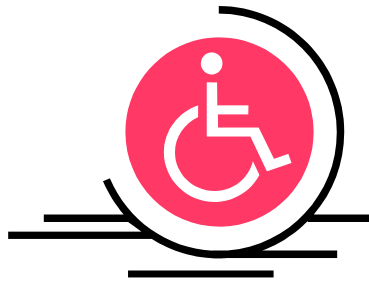
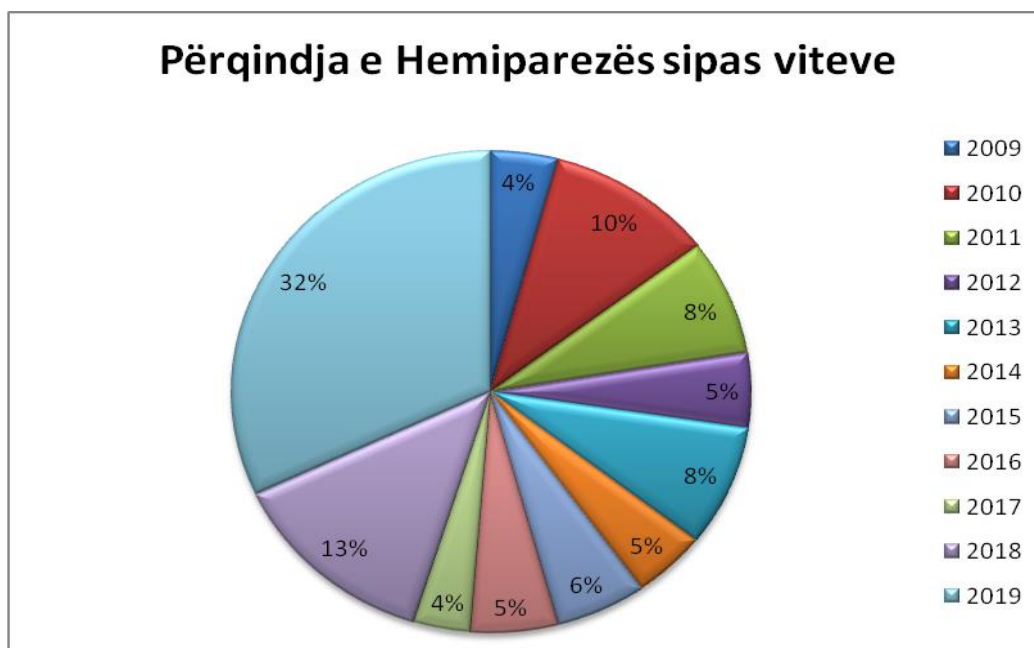


Tabela 7.34 Prevalenca e Hemiplegji ne lidhje me vitet

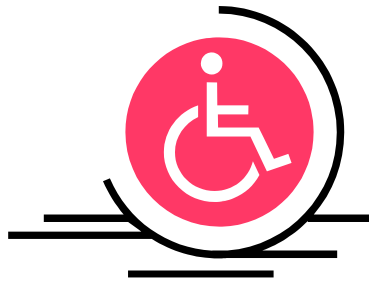
| VITET për Hemiparezën | | | | | | | | | | |
|-----------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| 20 | 50 | 37 | 24 | 39 | 22 | 27 | 26 | 17 | 63 | 153 |
| TOTALI HEMIPAREZ | | | | | | | | | | |
| 478 | | | | | | | | | | |
| PËRQINDJA | | | | | | | | | | |
| 4% | 10% | 8% | 5% | 8% | 5% | 6% | 5% | 4% | 13% | 32% |

Tabela 7.34 Tregon numrin e pacientëve në total me Hemiparezë duke i ndarë ata sipas viteve ku shihet se viti 2019 zë 32%

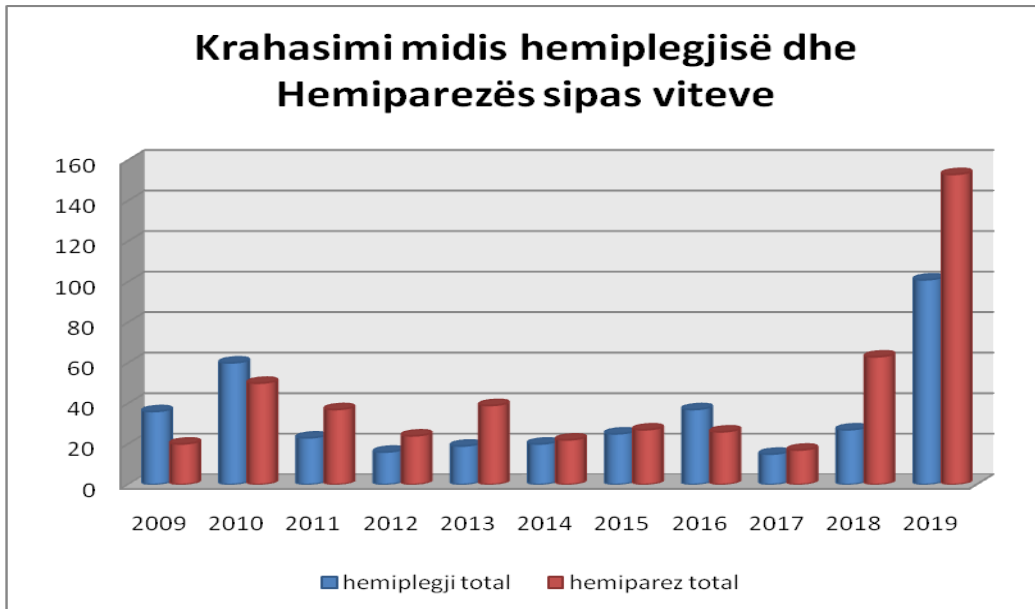
Grafiku 7.36 Prevalenca e Hemiparezës ne lidhje me vitet



Grafiku 7.36 Tregon përqindjen e pacientëve me Hemiparezë të ndarë sipas viteve ku shihet se viti 2019 zë 27% dhe % më të ulët e zënë vitet 2009 me 4% dhe 2017 me 4%

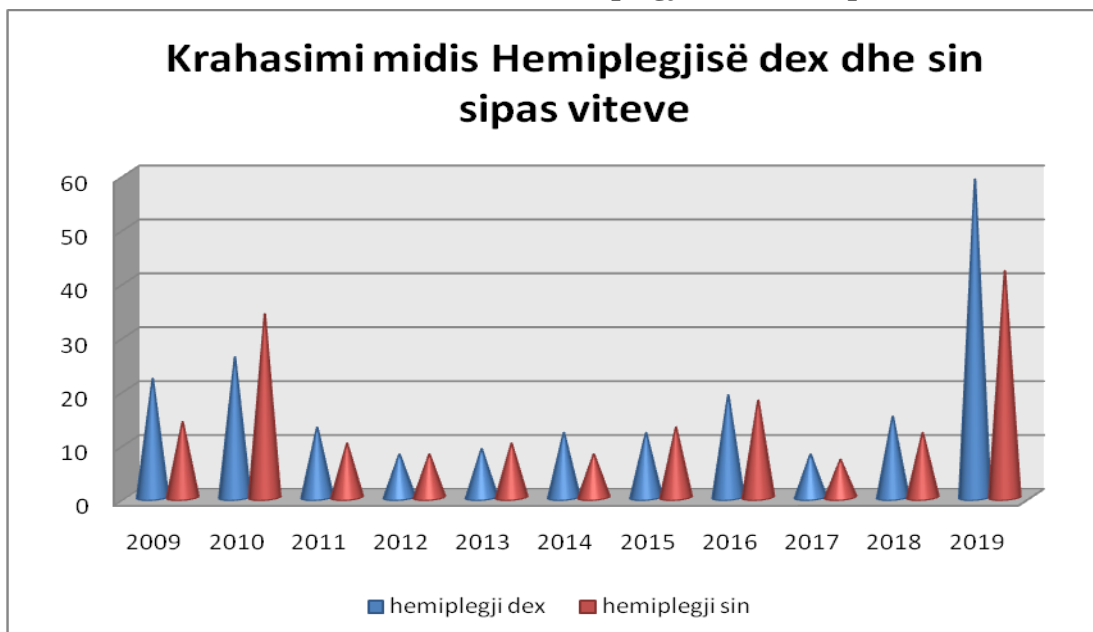


Grafiku 7.37 krahasimi midis hemiplegjisë dhe hemiparezës sipas viteve

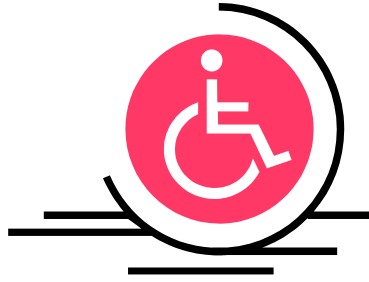


Grafiku 7.37 Tregon krahasimin midis hemiplegjisë dhe hemiparezës të ndarë sipas viteve ku shihet se kemi ndryshueshmëri të rasteve me hemiplegji apo hemiparezë sipas viteve

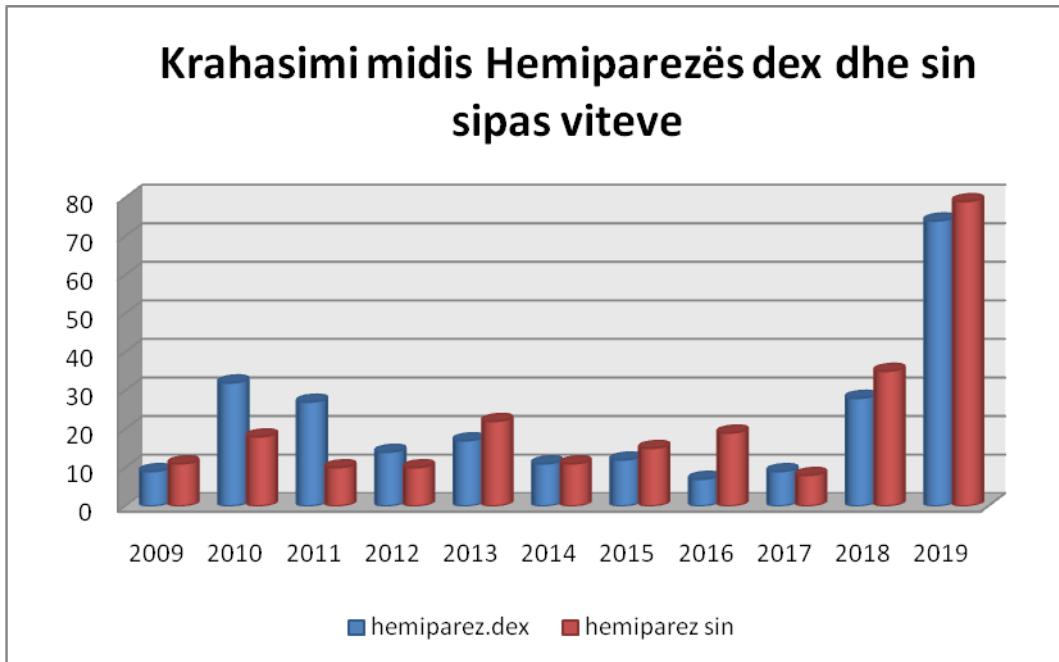
Grafiku 7.38 Krahasimi midis hemiplegjisë dex/sin sipas viteve



Grafiku 7.38 Tregon krahasimin midis hemiplegjisë dex dhe asaj sin të ndarë sipas viteve ku shihet se kemi ndryshueshmëri të rasteve me hemiparezë dex apo sin sipas viteve



Grafiku 7.39 krahasimi midis hemiparezës dex/sin sipas viteve



Grafiku 7.39 Tregon krahasimin midis hemiparezës dex dhe asaj sin të ndarë sipas viteve ku shihet se kemi ndryshueshmëri të rasteve me hemiparezë dex apo sin sipas viteve

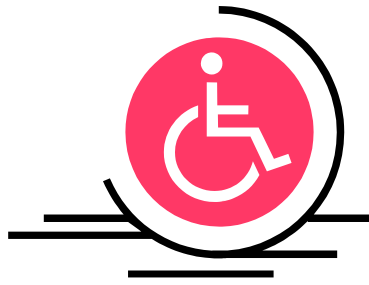
Regression Analysis 7

Tabela 7.35 Ho: numri total i pacientëve ndikon në nr e pacientëve të prekur me Hemiplegji dex sipas viteve

Ha: numri total i pacientëve nuk ndikon në nr e pacientëve të prekur me Hemiplegji dex sipas viteve

| Regression output | | | | | confidence interval | |
|-------------------|--------------|------------|-----------|----------|---------------------|-----------|
| variables | coefficients | std. error | t (df=10) | p-value | 95% lower | 95% upper |
| (No Intercept) | | | | | | |
| TOT PC | 0,0450 | 0,0059 | 7,613 | 1,81E-05 | 0,0318 | 0,0581 |

- $y=0.045*x$, ku x është shënuar numri i pacientëve total të prekur sipas viteve.
- y është shënuar numri total i pacientëve të prekur me hemiplegji dex sipas viteve
- Kjo do të thotë se me rritjen e numrit total të pacientëve me një pacient do të kemi një rritje të numrit të pacientëve të prekur nga hemiplegjia dex me 0.045 pacientë.
- Pra po të rritet numri total i pacientëve me 10 pacientë presim të kemi një rritje me 4 pacient të prekur nga hemiplegjia dex, ose po të rritet numri total i pacientëve me 100



pacientë atëherë numri i pacientëve të prekur me hemiplegji dex do te rritet me 45 paciente.

- Nga analiza e regresionit na doli që Hipoteza bazë është e vërtetë dhe mund ta përdorim mesatarisht për parashikime në të ardhmen

Regression Analysis 8

Tabela 7.36 Ho: numri total i pacientëve ndikon në nr e pacientëve të prekur me Hemiplegji sin sipas viteve

Ha: numri total i pacientëve nuk ndikon në nr e pacientëve të prekur me Hemiplegji sin sipas viteve

| Regression output | | | | | confidence interval | |
|-------------------|--------------|------------|-----------|----------|---------------------|-----------|
| variables | coefficients | std. error | t (df=10) | p-value | 95% lower | 95% upper |
| (No Intercept) | | | | | | |
| TOT PC | 0,0373 | 0,0052 | 7,187 | 2,97E-05 | 0,0257 | 0,0489 |

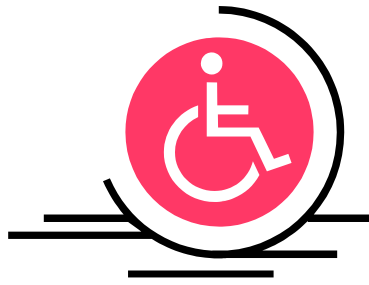
- $y=0.037*x$, ku x është shënuar numri i pacientëve total të prekur sipas viteve.
- y është shënuar numri total i pacientëve të prekur me hemiplegji sin sipas viteve
- Kjo do të thotë se me rritjen e numrit total të pacientëve me nje pacient do te kemi një rritje te numrit te pacienteve te prekur nga hemiplegjia sin me 0.037 pacientë.
- Pra po të rritet numri total i pacientëve me 10 pacientë presim të kemi një rritje me 3 pacientë të prekur nga hemiplegjia sin, ose po të rritet numri total i pacientëve me 100 pacientë atëherë numri i pacientëve të prekur me hemiplegji sin do te rritet me 37 pacientë.
- Nga analiza e regresionit na doli që Hipoteza bazë është e vërtetë dhe mund ta përdorim mesatarisht për parashikime në të ardhmen

Regression Analysis 9

Tabela 7.37 Ho: numri total i pacientëve ndikon në nr e pacientëve të prekur me Hemiparezë dex sipas viteve

Ha: numri total i pacientëve nuk ndikon në nr e pacientëve të prekur me Hemiparezë dex sipas viteve

| Regression output | | | | | confidence interval | |
|-------------------|--------------|------------|-----------|----------|---------------------|-----------|
| variables | coefficients | std. error | t (df=10) | p-value | 95% lower | 95% upper |
| (No Intercept) | | | | | | |
| TOT PC | 0,0569 | 0,0061 | 9,262 | 3,19E-06 | 0,0432 | 0,0706 |



- $y=0.056*x$, ku x është shënuar numri i pacientëve total të prekur sipas viteve.
- y është shënuar numri total i pacientëve të prekur me hemiparezë dex sipas viteve
- Kjo do të thotë se me rritjen e numrit total të pacientëve me një pacient do të kemi një rritje të numrit të pacientëve të prekur nga hemipareza dex me 0.056 pacientë.
- Pra po të rritet numri total i pacientëve me 10 pacientë presim të kemi një rritje me 5 pacientë të prekur nga hemipareza dex, ose po të rritet numri total i pacientëve me 100 pacientë atëherë numri i pacientëve të prekur me hemiparezë dex do të rritet me 56 pacientë.
- Nga analiza e regresionit na doli që Hipoteza bazë është e vërtetë dhe mund ta përdorim mesatarisht për parashikime në të ardhmen

Regression Analysis 10

Tabela 7.38 Ho: numri total i pacientëve ndikon në nr e pacientëve të prekur me Hemiparezë sin sipas viteve

Ha: numri total i pacientëve nuk ndikon në nr e pacientëve të prekur me Hemiparezë sin sipas viteve

| Regression output | | | | | confidence interval | |
|-------------------|--------------|------------|-----------|----------|---------------------|-----------|
| variables | coefficients | std. error | t (df=10) | p-value | 95% lower | 95% upper |
| (No Intercept) | | | | | | |
| TOT PC | 0,0580 | 0,0064 | 9,076 | 3,84E-06 | 0,0437 | 0,0722 |

- $y=0.058*x$, ku x është shënuar numri i pacientëve total të prekur sipas viteve.
- y është shënuar numri total i pacientëve të prekur me hemiparezë sin sipas viteve
- Kjo do të thote se me rritjen e numrit total të pacientëve me një pacient do të kemi një rritje të numrit të pacientëve të prekur nga hemipareza sin me 0.058 pacientë.
- Pra po të rritet numri total i pacientëve me 10 pacientë presim të kemi një rritje me 5 pacientë të prekur nga hemipareza sin, ose po të rritet numri total i pacientëve me 100 pacientë atëherë numri i pacientëve të prekur me hemiparezë sin do të rritet me 58 pacientë.
- Nga analiza e regresionit na doli që Hipoteza bazë është e vërtetë dhe mund ta përdorim mesatarisht për parashikime në të ardhmen

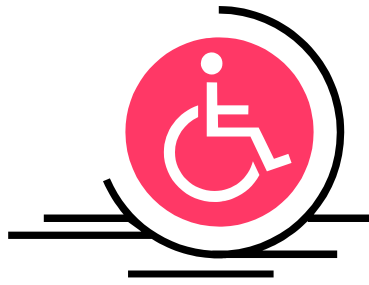
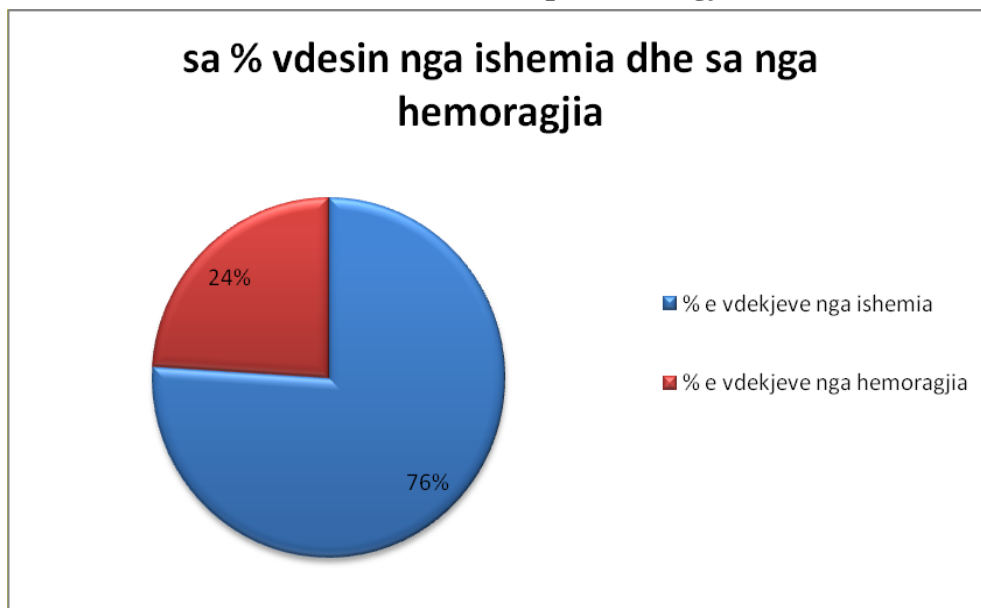


Tabella 7.39 Prevalenca e rasteve të vdekjeve nga Ishemia Cerebrale në bazë të shkaktarit: ishemik apo hemoragjik

| Diagnoza | VDEKSHMËRIA | |
|-----------------------|--|---------------------------------------|
| Iktus Cerebral | <u>Nr.i rasteve të vdekjeve është 50 nga totali i 4661</u> | <u>1,07% vdekje nga nr total 4661</u> |
| Ishemia | 38 raste | 0,82% |
| Hemoragjia | 12 raste | 0,26% |

Tabella 7.39 Tregon rastet e vdekjeve nga Ishemia Cerebrale në bazë të shkaktarit: ishemik apo hemoragjik ku shihet se ishemia ka 38 raste nga 50 raste me vdekje

Grafiku 7.40 Prevalenca e rasteve të vdekjeve nga Ishemia Cerebrale në bazë të shkaktarit: ishemik apo hemoragjik



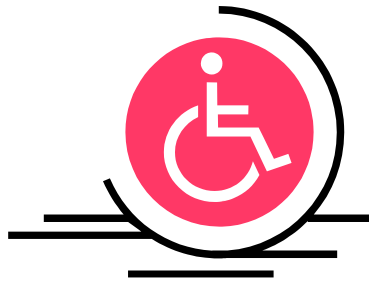
Grafiku 7.40 Na tregon që në lidhje me nr total të vdekjeve prej iktusit cerebral, 76% e vdekjeve shkaktohen nga ishemia dhe 24% e vdekjeve shkaktohen nga hemoragjia

Analiza Regresionit 11

Tabela 7.40 Ho: nr i vdekjeve nga hemiplegjia dhe hemipareza ndikon në nr e vdekjeve sipas grupmohave

Ha: nr i vdekjeve nga hemiplegjia dhe hemipareza nuk ndikon në nr e vdekjeve sipas grupmohave

| Regression output | | | | confidence interval | |
|-------------------|------|----------|----|---------------------|-----|
| variables | std. | t (df=2) | p- | 95% | 95% |



| | <i>coefficients</i> | <i>error</i> | | <i>value</i> | <i>lower</i> | <i>upper</i> |
|------------------|---------------------|--------------|-------|--------------|--------------|--------------|
| (No Intercept) | | | | | | |
| hemiplegji total | 6,3730 | 2,2160 | 2,876 | ,1026 | -3,1616 | 15,9076 |
| hemiparez total | 4,9010 | 1,7486 | 2,803 | ,1072 | -2,6227 | 12,4247 |

- $Y=6,4 \times X1 + 4,9 \times X2$ ku $X1$ është hemiplegji total dhe $X2$ është hemiparez total
- Vërehet korrelacion i fortë statistikisht: $P\text{-value} = 0,0047 < 0,05$ domethënë ekuacioni është i rëndësishëm dhe mund të përdoret për parashikime mesatare
- Nëqoftëse numrin e vdekjeve nga hemipareza e mbajmë konstant dhe ndryshojmë me 1 pacient numrin e vdekjeve nga hemiplegjia atëherë numri total i vdekjeve sipas grupmohave do të ndryshojë me 6 pacientë.
- Nëqoftëse numrin e vdekjeve nga hemiplegjia e mbajmë konstant dhe ndryshojmë me 1 pacient numrin e vdekjeve nga hemipareza atëherë numri total i vdekjeve sipas grupmohave do të ndryshojë me 5 pacientë.
- Nga analiza e regresionit na doli që Hipoteza bazë është e vërtetë dhe mund ta përdorim mesatarisht për parashikime në të ardhmen

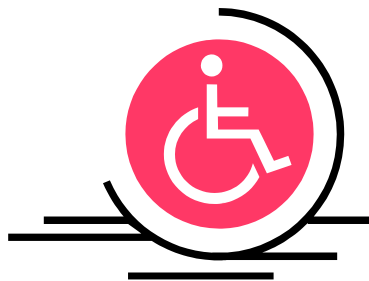
Analiza e Regresionit 12

Tabela 7.41 Ho: numri i vdekjeve nga hemiplegjia sin/dex ndikon në numrin total të vdekjeve nga hemiplegjia

Ha: numri i vdekjeve nga hemiplegjia sin/dex nuk ndikon në numrin total të vdekjeve nga hemiplegjia

| Regression output | | | | | <i>confidence interval</i> | |
|-------------------|---------------------|-------------------|-----------------|----------------|----------------------------|------------------|
| <i>variables</i> | <i>coefficients</i> | <i>std. error</i> | <i>t (df=2)</i> | <i>p-value</i> | <i>95% lower</i> | <i>95% upper</i> |
| (No Intercept) | | | | | | |
| hemipl djathte | 10,2343 | 17,4991 | 0,585 | ,6178 | -65,0581 | 85,5267 |
| hemipl majte | 14,9480 | 21,5374 | 0,694 | ,5594 | -77,7198 | 107,6158 |

- $Y=10,2 \times X1 + 14,9 \times X2$ ku $X1$ është hemiplegji dex dhe $X2$ është hemiplegji sin
- Vërehet korrelacion i fortë statistikisht: $P\text{-value} = 0,02 < 0,05$ domethënë ekuacioni është i rëndësishëm dhe mund të përdoret për parashikime mesatare
- Nëqoftëse numrin e vdekjeve nga hemiplegjia sin e mbajmë konstant dhe ndryshojmë me 1 pacient numrin e vdekjeve nga hemiplegjia dex atëherë numri total i vdekjeve nga hemiplegjia do të ndryshojë me 10 pacient.
- Nëqoftëse numrin e vdekjeve nga hemiplegjia dex e mbajmë konstant dhe ndryshojmë me 1 pacient numrin e vdekjeve nga hemiplegjia sin atëherë numri total i vdekjeve nga hemiplegjia do të ndryshojë me 15 pacient.
- Nga analiza e regresionit na doli që Hipoteza bazë është e vërtetë dhe mund ta përdorim mesatarisht për parashikime në të ardhmen



Grafiku 7.41 Prevalenca e vdekjeve prej ishemisë sipas qyteteve për gjininë femërore



Grafiku 7.41 Na tregon që % më të madhe të vdekjeve prej ishemisë sipas qyteteve për gjininë femërore e zë Tirana me 57% më pas ndiqet nga Kruja me 15% dhe qytetet e tjera me 7%

Tabela 7.42 Nr. i Vdekjeve prej ishemisë sipas qyteteve gjinia Femërore

| Qytetet | Nr. i Vdekjeve prej ishemisë sipas qyteteve gjinia Femërore |
|---------|--|
| Tiranë | 8 |
| Lushnjë | 1 |
| Krujë | 2 |
| Shkodër | 1 |
| Lezhë | 1 |
| Mirditë | 1 |

Tabela 7.42 Na tregon nr e vdekjeve prej ishemisë sipas qyteteve për gjininë femërore ku shihet se Tirana ka 8 raste



Grafiku 7.42 Prevalenca e vdekjeve prej ishemisë sipas qyteteve për gjininë mashkullore



Grafiku 7.42 Na tregon që % më të madhe të vdekjeve prej ishemisë sipas qyteteve për gjininë mashkullore e ka Tirana me 67% më pas ndiqet nga Vlora me 5% dhe qytetet e tjera me 4%

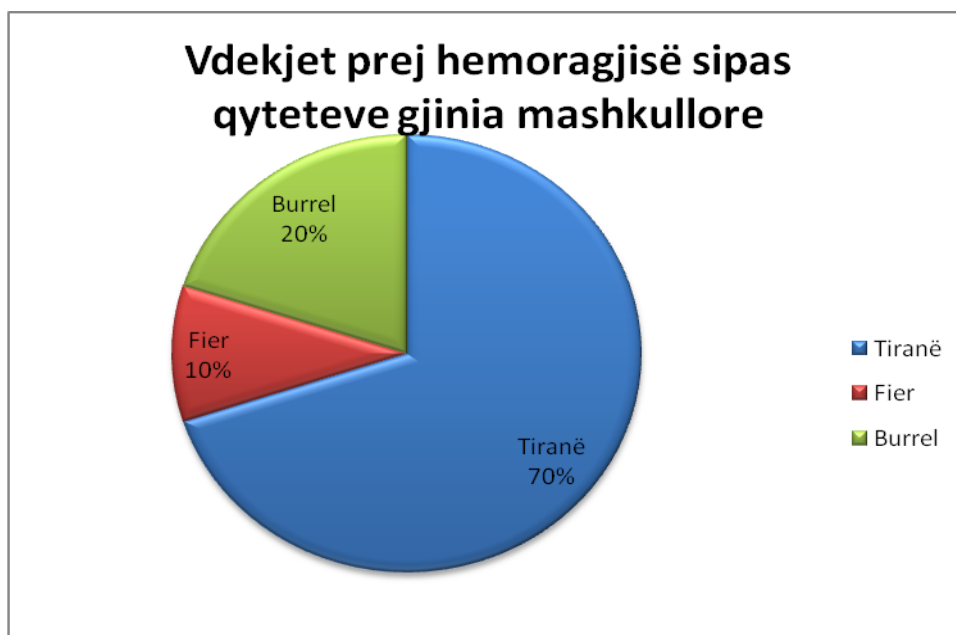
Tabela 7.43 Nr. i Vdekjeve prej ishemisë sipas qyteteve për gjininë Mashkullore

| Qytetet | Nr. i Vdekjeve prej ishemisë sipas qyteteve për gjininë Mashkullore |
|-----------------|---|
| Tiranë | 16 |
| Vlorë | 1 |
| Pogradec | 1 |
| Kolonjë | 1 |
| Kuçovë | 1 |
| Kurbin | 1 |
| Dibër | 1 |
| Lushnjë | 1 |
| Durrës | 1 |

Tabela 7.43 Na tregon nr e vdekjeve prej ishemisë sipas qyteteve për gjininë mashkullore ku shihet se qyteti i Tiranës ka 16 raste



Grafiku 7.43 Prevalenca e vdekjeve prej hemoragjisë sipas qyteteve për gjininë mashkullore

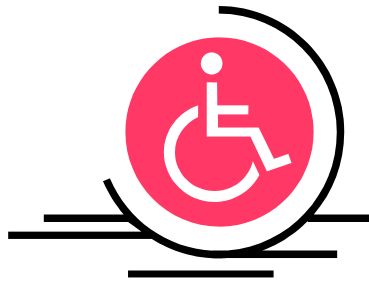


Grafiku 7.43 Na tregon që përqindjen më të madhe të vdekjeve prej hemoragjisë sipas qyteteve për gjininë mashkullore e ka Tirana me 70% më pas ndiqet nga Burreli me 20% dhe Fieri me 10%. Përsa i përket vdekjeve prej hemoragjisë sipas qyteteve për gjininë femërore ka vetëm 2 raste nga Tirana.

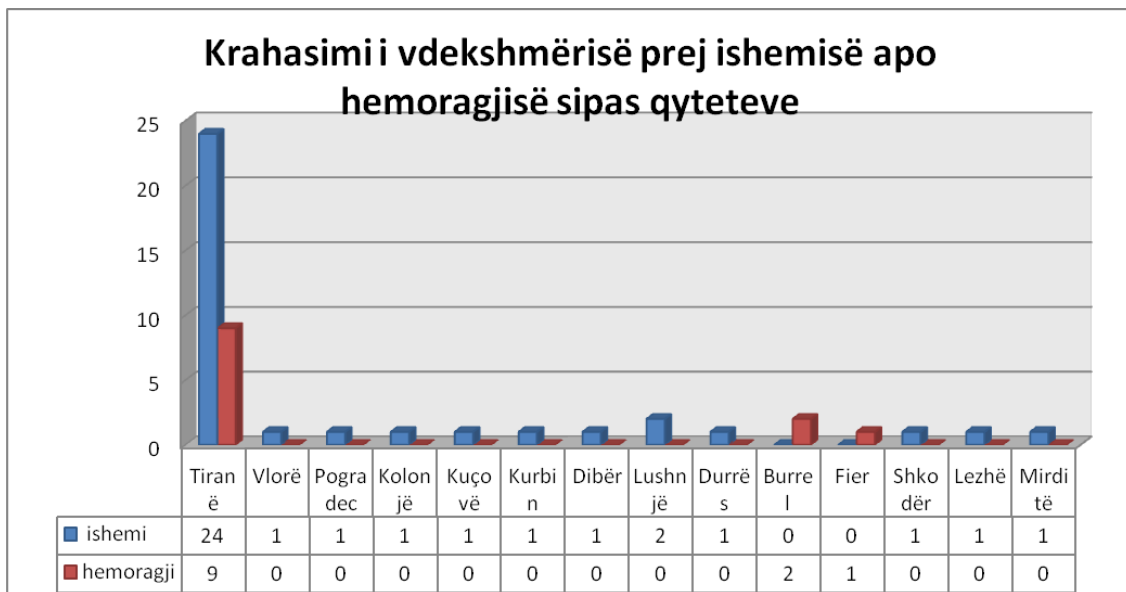
Tabela 7.44 Nr. i vdekjeve prej hemoragjisë sipas qyteteve për gjininë Mashkullore/Femërore

| Qytetet | Nr. i vdekjeve prej hemoragjisë sipas qyteteve për gjininë Femërore | Nr. i vdekjeve prej hemoragjisë sipas qyteteve për gjininë Mashkullore |
|---------------|---|--|
| Tiranë | 2 | 7 |
| Fier | 0 | 1 |
| Burrel | 0 | 2 |

Tabela 7.44 Na tregon nr e vdekjeve prej hemoragjisë sipas qyteteve për gjininë femërore dhe mashkullore ku shihet se qyteti i Tiranës për gjininë femërore ka 2 raste dhe është i vetmi qytet për këtë gjini dhe përsëri qyteti i Tiranës për gjinë mashkullore ka më shumë raste vdekje prej hemoragjisë me 7 raste

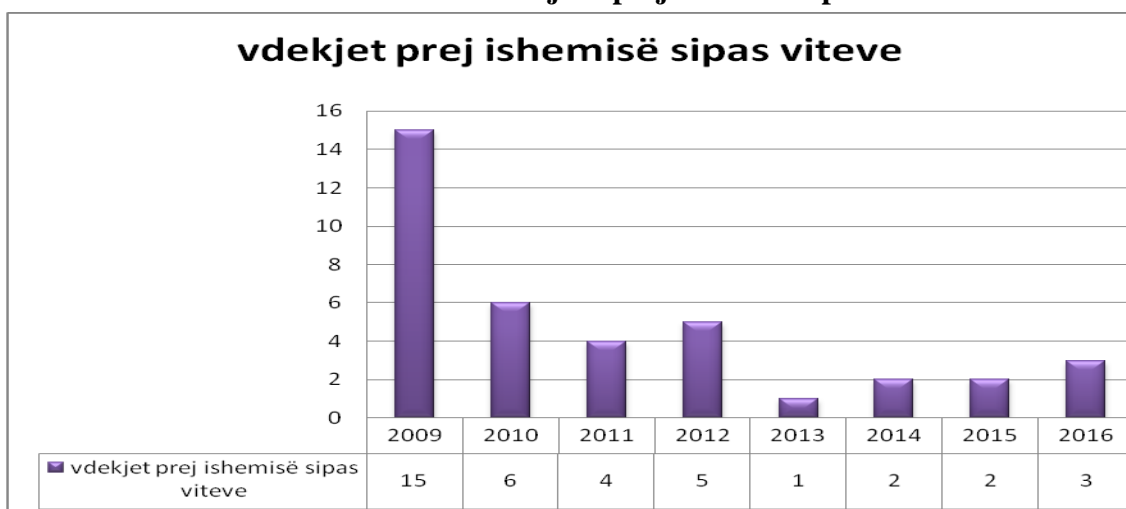


Grafiku 7.44 krahasim i vdekshmërisë prej ishemiës/hemoragjisë sipas qyteteve

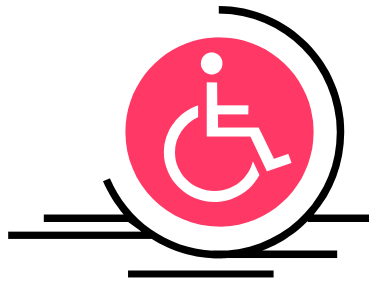


Nga Grafiku 7.44 shihet qartë pra që vdekshmërinë më të lartë e ka qyteti i Tiranës dhe këto vdekje janë shkaktuar më shumë nga ishemia me 24 raste, gjithashtu edhe për qytetet e tjera kemi të njëjtën situatë, përjashtim bën qyteti i Burrelit dhe Fierit ku vdekjet janë shkaktuar nga hemoragjia përkatësisht me 2 dhe 1 rast

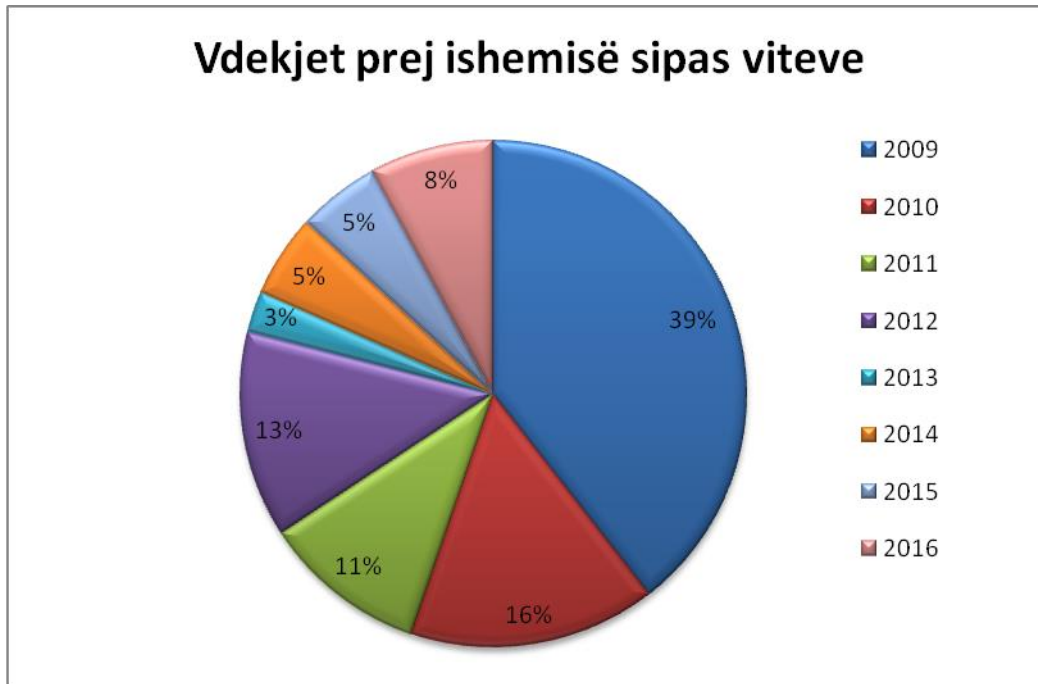
Grafiku 7.45 Rastet e vdekjeve prej ishemiës sipas viteve



Grafiku 7.45 na tregon rastet e vdekjeve prej ishemiës të ndara sipas viteve në të cilin shihet qartë që më shumë raste kemi në vitet 2009 dhe më pak raste në vitin 2013 por nga viti 2010-2016 nuk mund të themi se kemi një ulje të nr të vdekjeve pasi në 2016 kemi një rikthim të rasteve me vdekje, megjithatë nga viti 2017-2019 nuk kemi më asnjë rast me vdekje



Grafiku 7.46 Prevalenca e Vdekshmërisë prej ishemisë sipas viteve

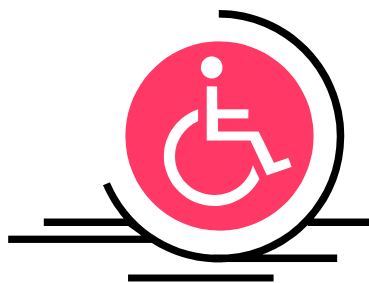


Grafiku 7.46 Na tregon se përqindjen më të madhe të vdekjeve prej ishemisë sipas viteve e zë viti 2009 me 39% dhe përqindjen më të ulët e zë viti 2013 me 3%

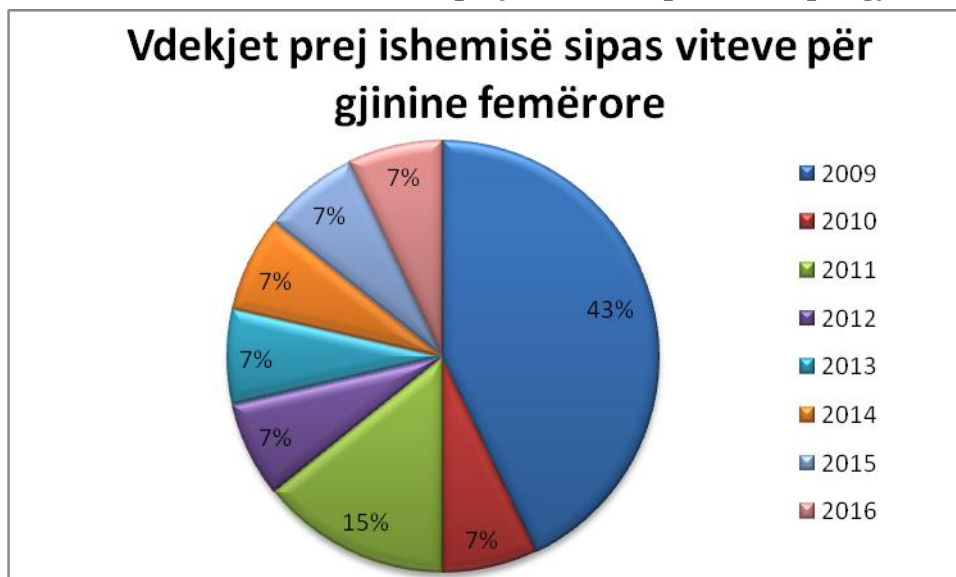
Tabela 7.45 Numri i vdekjeve prej ishemisë sipas viteve

| Vitet në të cilat kemi raste me vdekje | Nr. i vdekjeve prej ishemisë sipas viteve |
|--|---|
| 2009 | 15 |
| 2010 | 6 |
| 2011 | 4 |
| 2012 | 5 |
| 2013 | 1 |
| 2014 | 2 |
| 2015 | 2 |
| 2016 | 3 |

Tabela 7.45 Na tregon numrin e vdekjeve prej ishemisë sipas viteve ku shihet se viti 2009 ka 15 raste me vdekje



Grafiku 7.47 Prevalenca e Vdekshmërisë prej ishemisë sipas viteve për gjininë femërore

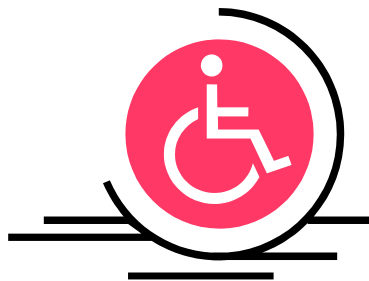


Grafiku 7.47 Na tregon qartë që përqindjen më të madhe të vdekjeve prej ishemisë sipas viteve për gjininë femërore e zë viti 2009 me 43% që pasohet nga viti 2011 me 15% dhe vitet e tjera nga 7 %

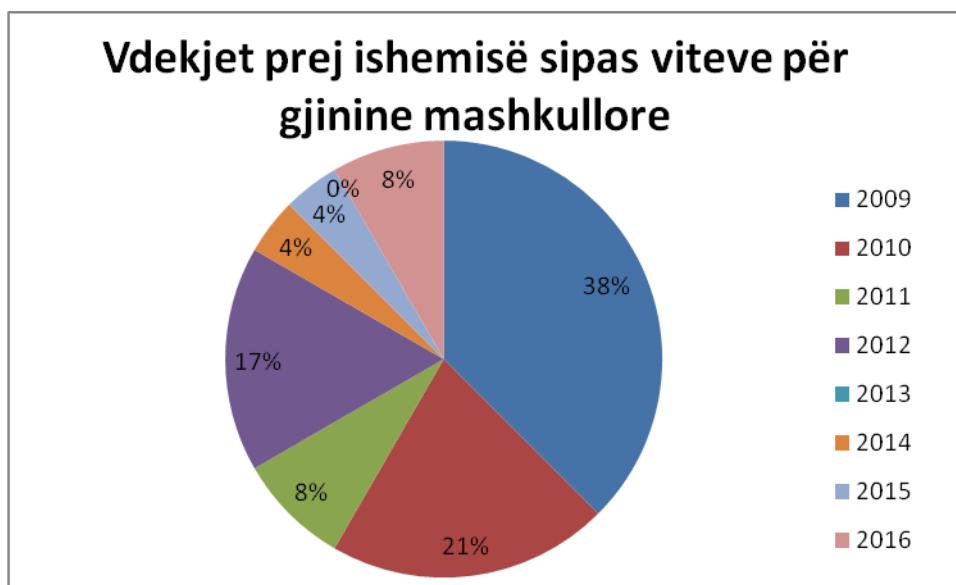
Tabela 7.46 Nr. i vdekjeve prej ishemisë sipas viteve për gjininë Femërore

| Vitet | Nr. i vdekjeve prej ishemisë sipas viteve për gjininë Femërore |
|-------|--|
| 2009 | 6 |
| 2010 | 1 |
| 2011 | 2 |
| 2012 | 1 |
| 2013 | 1 |
| 2014 | 1 |
| 2015 | 1 |
| 2016 | 1 |

Tabela 7.46 Na tregon numrin e vdekjeve prej ishemisë sipas viteve për gjininë femërore ku shihet se viti 2009 ka 6 raste vdekje



Grafiku 7.48 Prevalenca e Vdekshmërisë prej ishemisë sipas viteve për gjininë mashkullore

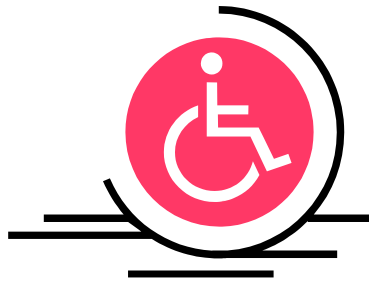


Grafiku 7.48 Na tregon qartë që përqindjen më të madhe të vdekjeve prej ishemisë sipas viteve për gjininë mashkullore e zë viti 2009 me 38% dhe përqindjen më të ulët e zë viti 2013 me 0%

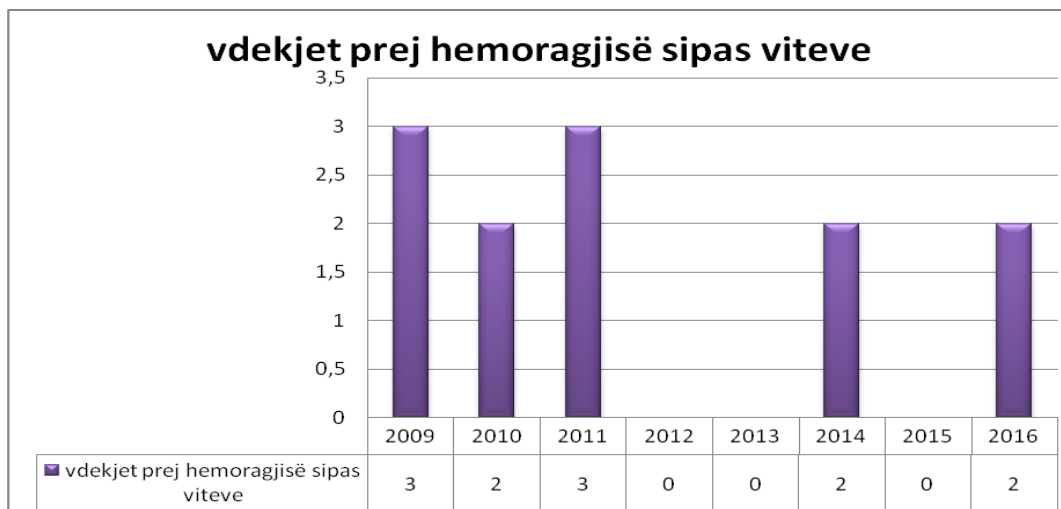
Tabela7.47 Nr. i vdekjeve prej ishemisë sipas viteve për gjininë Mashkullore

| Vitet | Nr. i vdekjeve prej ishemisë sipas viteve për gjininë Mashkullore |
|-------|---|
| 2009 | 9 |
| 2010 | 5 |
| 2011 | 2 |
| 2012 | 4 |
| 2013 | 0 |
| 2014 | 1 |
| 2015 | 1 |
| 2016 | 2 |

Tabela7.47 Na tregon Nr. e vdekjeve prej ishemisë sipas viteve për gjininë Mashkullore ku shihet se viti 2009 ka 9 raste me vdekje

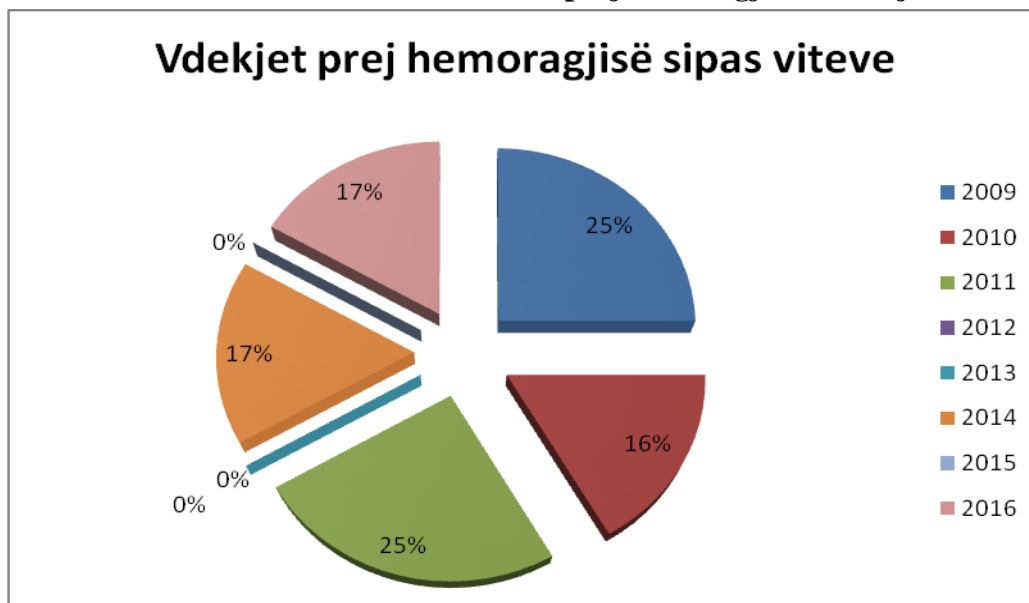


Grafiku 7.49 Rastet e vdekjeve prej hemoragjisë sipas viteve

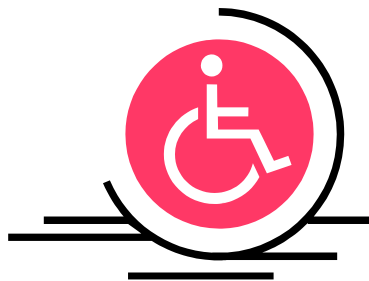


Grafiku 7.49 Na tregon rastet e vdekjeve prej hemoragjisë të ndara sipas viteve në të cilin shihet qartë që më shumë raste kemi në vitet 2009 dhe 2011 dhe më pak raste por në mënyrë të barabartë në vitet 2010,2014 dhe 2016 por nga 2010-2016 nuk mund të themi se kemi një ulje të vdekjeve pasi në 2016 kemi një rikthim të rasteve me vdekje, megjithatë nga viti 2017-2019 nuk kemi më asnjë rast me vdekje

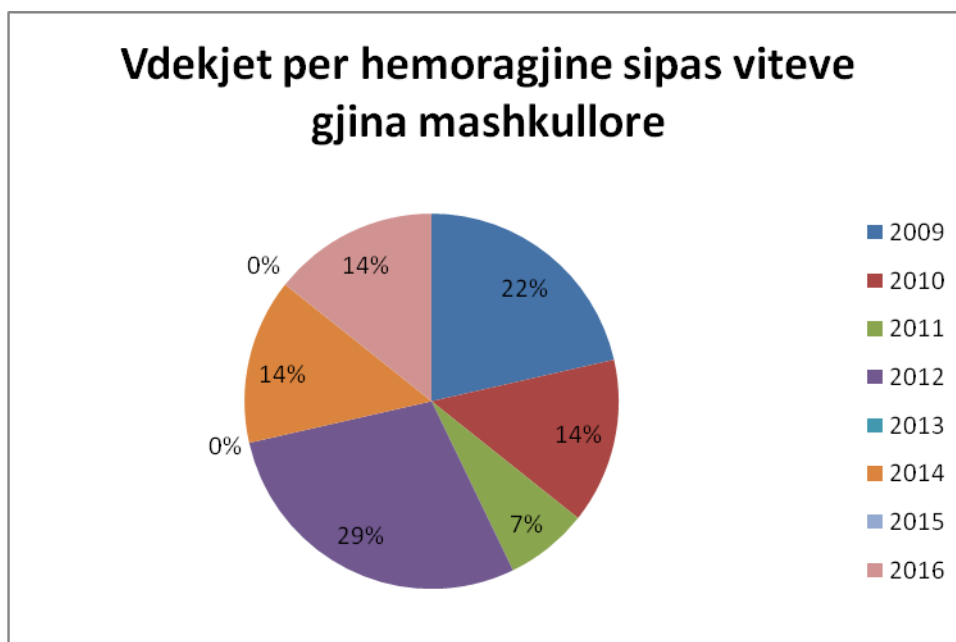
Grafiku 7.50 Prevalenca e vdekshmërisë prej hemoragjisë në lidhje me vitet



Grafiku 7.50 Na tregon përqindjen më të madhe të vdekjeve prej hemoragjisë sipas viteve e zë viti 2011 me 25 % dhe përqindjen më të ulët e zënë vitet 2012,2013 dhe 2015 me 0%



Grafiku 7.51 Prevalenca e Vdekshmërisë prej hemoragjisë sipas viteve për gjininë mashkullore



Grafiku 7.51 Tregon që përqindjen më të madhe të vdekjeve prej hemoragjisë sipas viteve për gjininë mashkullore e zë viti 2012 me 29% dhe përqindjen më të ulët e zënë vitet 2013 dhe 2015 me 0%. Ndërsa për gjininë femerore kemi vetëm 2 vdekje për vitin 2009 dhe 1 vdekje për vitin 2011

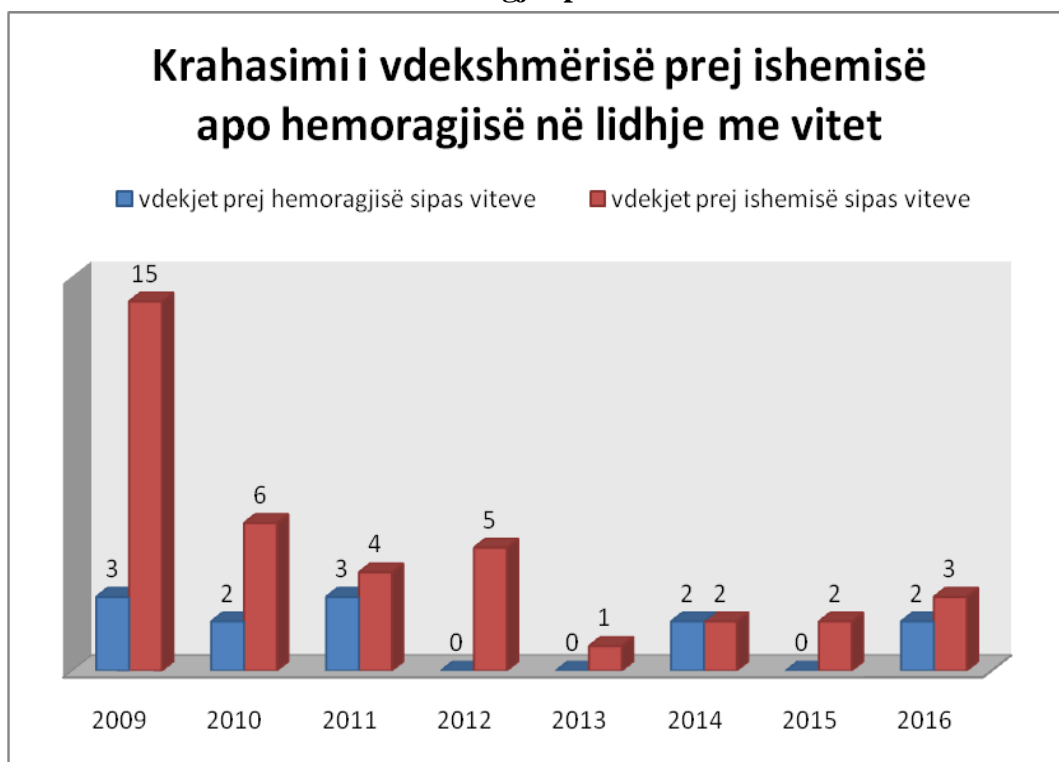
Tabela 7.48 Nr. i vdekjeve prej hemoragjisë sipas viteve për gjininë Mashkullore

| Vitet | Nr. i vdekjeve prej hemoragjisë sipas viteve për gjininë Mashkullore |
|-------------|--|
| 2009 | 3 |
| 2010 | 2 |
| 2011 | 1 |
| 2012 | 4 |
| 2013 | 0 |
| 2014 | 2 |
| 2015 | 0 |
| 2016 | 2 |

Tabela 7.48 Na tregon nr. e vdekjeve prej hemoragjisë sipas viteve për gjininë Mashkullore ku shihet se viti 2012 ka 4 raste me vdekje



Grafiku 7.52 Krahasimi për vdekshmërinë në lidhje me shkaktarin ishemik apo hemoragjik për vitet

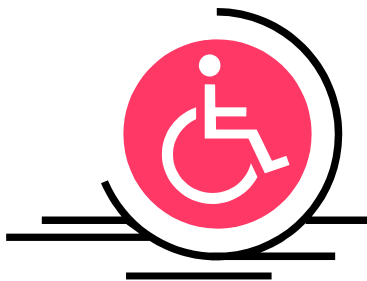


Grafiku 7.52 Tregon qartë që rastet e vdekjeve, sipas viteve, të shkaktuara prej ishemisë janë më të larta se ato të shkaktuara prej hemoragjisë, përjashtim bën vetëm viti 2014 ku rastet e vdekshmërisë si prej ishemisë ashtu edhe prej hemoragjisë janë të njëjta

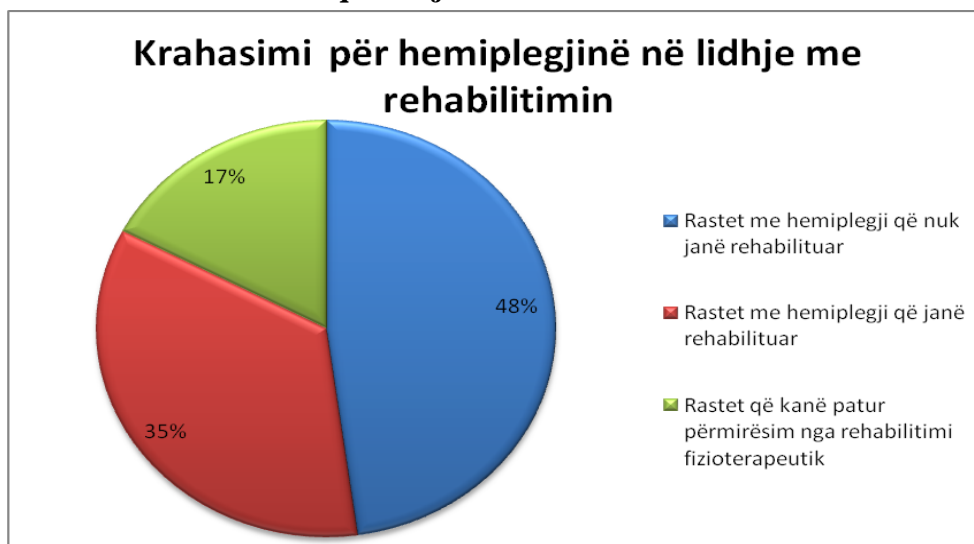
Tabela 7.49 Krahasimi midis rasteve me hemiplegji që janë rehabilituar me ata pacient që nuk janë rehabilituar

| Rastet me hemiplegji që nuk janë rehabilituar nga 379 raste | Rastet me hemiplegji që janë rehabilituar nga 379 raste | Rastet që kanë patur përmirësim nga rehabilitimi fizioterapeutik |
|---|---|--|
| 219 | 160 | 79 |

Tabela 7.49 krahasimi midis rasteve me hemiplegji që janë rehabilituar me ata pacient që nuk janë rehabilituar, nga 379 raste gjithsej me hemiplegji na rezultoi se pacientët që kanë përfituar nga rehabilitimi duke u përmirësuar janë vetëm 79

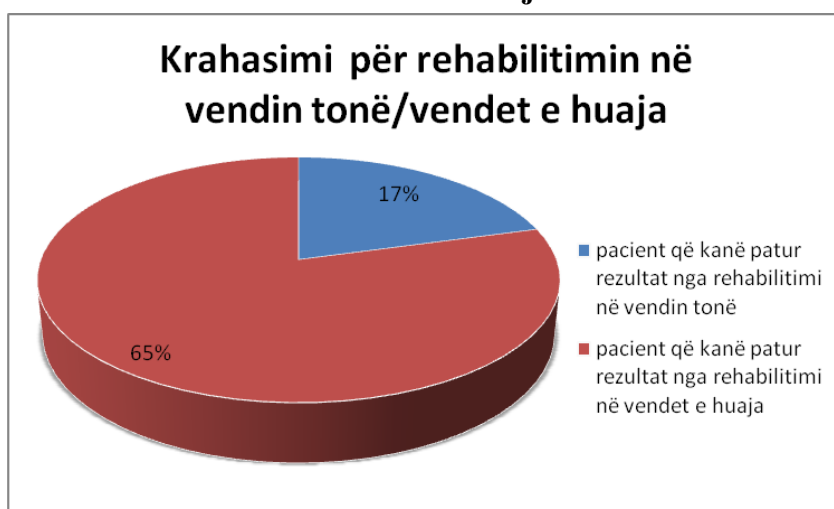


Grafiku 7.53 Krahasimi midis rasteve me hemiplegi që janë rehabilituar me ata pacient që nuk janë rehabilituar

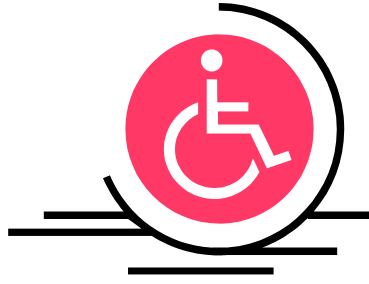


Grafiku 7.53 Paraqet krahasimin midis rasteve me hemiplegi të pacientëve që janë rehabilituar me ata pacient që nuk janë rehabilituar nga 379 raste gjithsej me hemiplegi dhe na rezultoi që pacientët që nuk kanë kryer rehabilitim janë 48%, ata që kanë kryer rehabilitim fizioterapeutik janë 35% dhe pacientët që kanë përfituar ky rehabilitimi duke u përmirësuar janë vetëm 17% të rasteve.

Grafiku 7.54 Krahasimi midis rasteve me hemiplegi që janë rehabilituar në vendin tonë me vendet e huaja



Grafiku 7.54 paraqet krahasimin midis rasteve me hemiplegi që janë rehabilituar në vendin tonë me vendet e huaja dhe shihet qartë se në vendin tonë pacientët që kanë patur rezultat nga rehabilitimi janë 17% ndërsa për vendet e huaja pacientët që kanë patur rezultat nga rehabilitimi janë 65%



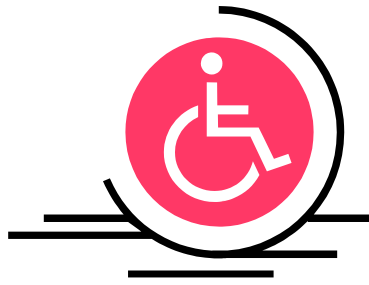
8. DISKUTIM

Në vendin tonë përpara pesëmbëdhjetë vitesh, Hemiplegjia që është formë e paralizave nuk ka pasur shumë interes klinik. Ky fenomen ka ndodhur pasi hemiplegjia është e pajtueshme me një kualitet të caktuar të jetës në të cilin pacienti edhe pa rehabilitim mund të kryente disa veprime me gjysmën e pa dëmtuar të trupit. Në vitet e fundit kjo paralizë është bërë subjekt vëmendje falë zhvillimit në fushën e neuroshkencës, që i ka dhënë shtysë qasjeve të reja parandaluese dhe rehabilituese.

Iktusi Cerebral përfaqëson shkakun e tretë të vdekshmërisë dhe të parin për disabilitet në të gjithë Botën (Alvarez-Sabin, 2008). Sipas të dhënave statistikore të marra nga OBSH kemi arritur në konkluzionin që afërsisht 17 milion persona janë goditur çdo vit nga Iktusi Cerebral. Nga këta 5 milion shkojnë drejt vdekjes dhe 5 milion të tjerë drejt disabilitetit të përhershëm të tjerët drejt shërimit. Prej tyre 1 në 7 raste janë femra (15%) dhe 1 në 10 raste janë meshkuj (10%) (Nichols et al., 2012). Incidenca në veri të Eruopës, përse më lartë, është më e madhe se në jug të Europës. (Bejot et al, 2007). Në vendet Europiane rezultojnë afërsisht 1.1 milion pacientë që humbin jetën gjatë një viti.

Megjithatë duhet thënë që në vendet e zhvilluara, incidenca e iktusit në 40 vitet e fundit, është ulur me 42% falë kontrollit më të mirë të faktorëve të rrezikut. Pamë në këtë tezë Një ndër arsytet se përse kemi zgjedhur këtë temë është fakti që iktusi ka një impakt tepër të rëndësishëm social-ekonomik sidomos në lidhje me disabilitetin që shkakton prej paralizave. Pikërisht për të shmangur këto probleme, me këtë tezë, kemi bërë të mundur që të kemi njohuri më të thella mbi riaftësimin dhe rehabilitimin e pacientëve me paraliza dhe në veçanti me hemiplegji. Pas përpunimit të rasteve të marra në shqyrtim për vendin tonë, ne u përballëm me një numër të madh pacientësh post-iktus, por ndryshe nga vendet e tjera europiane kemi më pak raste vdekje. Për 10 vitet e fundit nga 4661 raste me Iktus Cerebral kanë vdekur 50 pacientë. Përse u përket pacientëve post-iktus mund të themi me siguri se ata bëjnë pjesë në një kategori që kanë më shumë nevojë për kontributin tonë si fizioterapist dhe gjithashtu për kontributin e të gjithë atyre që i rrethojnë. Por çështja kryesore që na ka nxitur për hartimin e kësaj teze janë metodat rehabilituese dhe mënyra se si trajtohen pacientët hemiplegjik në vendin tonë. Kemi thelluar njohuritë tona mbi paralizat e shkaktuara nga iktusi ishemic dhe hemoragjik për të qenë më të qartë dhe më të sigurtë për mënyrën se si duhet rehabilituar ky pacient dhe për ta ushtruar misionin tonë “*NDIHMË*” sa më mirë.

Studimi jonë është ndarë dy faza. Faza e parë studim deskriptiv retrospektiv dhe faza e dytë studim prospektiv, për iktusin cerebral të shkaktuar nga ishemia apo hemoragjia dhe lidhja e tij me rastet e paralizave e në veçanti hemiplegjinë / hemiparezën dhe rehabilitimin e tyre. Këto të dhëna i kemi marrë nga Instituti i Shëndetit Publik në Tiranë, në bashkëpunim me



Qëndrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza” Tiranë në repartet e Neurologjisë dhe Neurokirurgjisë.

Pas pëpunimit të të dhënave të marra për Shqipërinë na rezultoi që:

IKTUSI CEREBRAL:

Sipas të dhënave statistikore të mara nga OBSH, Iktusi cerebral në 80% të rasteve vjen si pasojë e ishemiave dhe në 20% të rasteve si pasojë e hemoragjive. Pas përpunimit të të dhënave tona rezultoi se edhe në Shqipëri kemi një situatë të ngjashme me incidencën referuar nga OBSH- ja, pasi nga 4661 raste me iktus cerebral për vitet 2009-2019 janë 3673 raste (79%) të shaktuar nga ishemia dhe 988 raste (21%) janë të shaktuar nga hemoragjia

PARALIZAT SI PASOJË E LËNDIMEVE CEREBRALE (PC) (Të shkaktuara nga iktusi ishemiik dhe iktusit hemoragjik) :

PC në total:

- Të gjitha rastet me hemiplegji dhe hemiparezë në total janë 857 dhe zënë 18,39% të totalit të rasteve me PC.
- Rastet me probleme të tjera neuromotore janë 3804 dhe zënë 81,61% të totalit të rasteve me PC.
- Në krahasimin e bërë midis hemiplegjisë dhe hemiparezës na rezultoi që kemi më shumë raste me hemiparezë e cila zë 56% të numrit total të rasteve me PC ndërsa hemiplegjia zë 44% .

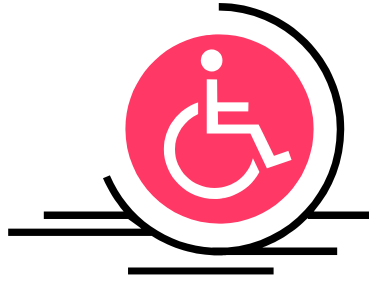
Sqarim: Fakti që kemi më shumë raste me hemiparezë sesa me hemiplegji është një aspekt favorizues për vendin tonë pasi, ashtu si e kemi përmendur edhe më lartë, hemipareza është paralizë më e lehtë se hemiplegjia.

Hemiplegji:

- Të gjitha rastet me hemiplegji janë 379 raste dhe përfaqësojnë 7,52% të numrit të pacientëve me PC.
- Në krahasimin e bërë midis hemiplegjisë dex dhe hemiplegjisë sin na rezultoi që kemi më shumë raste me hemiplegji dex, e cila zë 53,56% të hemiplegjise totale, ndërsa hemiplegjia sin zë 46,44% .

Hemiparezë:

- Të gjitha rastet me hemiparezë janë 478 raste dhe përfaqësojnë 9,30% te totalit të pacientëve me PC.
- Nga krahasimi midis hemiparezës dex dhe hemiparezës sin na rezultoi që: 50,21% të hemiparezës totale e zë hemipareza dex dhe 49,79% e zë hemipareza sin.



Sqarim: Pra ashtu si për hemiplegjinë edhe për hemiparezën dëmtimin më të shpësthtë nga paraliza e kemi në anën e djathtë dhe kjo do të thotë se ishemia apo hemorragjia kanë dëmtuar anën e majtë të trurit. Ku pacientët përveç dëmtimit motor të lëvizje së anës së djathtë kanë edhe probleme me të folurin. (73)(82)

GRUPMOSHA:

- *Krahasim:* Në vëndin tonë për iktusin cerebral, përqindjen më të madhe e zë grupmosha nga 60-80 vjeç me 58% dhe ndiqet nga mosha 40-60 vjeç me 28%, mosha 80-100 vjeç me 10% ndërsa përqindjen më të vogël e zë grupmosha 18-40 vjeç me 4% dhe kjo përkon edhe me të dhënat e mara nga OBSH ku 75% e iktusit prek personat mbi 65 vjeç, duke arritur maximumi deri në moshën 85 vjeç (6)
- Në krahasimin e kryer për hemiplegjinë dhe hemiparezën sipas grupmoshës na rezultoi që edhe këtu kemi më shumë raste me hemiparezë sesa me hemiplegji. Përkatesisht hemipareza totale zë 35% ndërsa hemiplegjia totale zë 15% të rasteve. Nga të cilat, për hemiparezën 20% i zë hemipareza dex dhe 15% i zë hemipareza sin ndërsa për hemiplegjinë 9% i zë hemiplegjia dex dhe 6% i zë hemiplegjia sin.
- Edhe për hemiplegjinë dhe hemiparezën grupmosha më e prekur është 60-80 vjeç dhe vumë re gjithashtu se në këtë grupmoshë kemi më shumë raste me hemiplegji dex dhe hemiparez dex.
- Për sa i përket grupmoshës më pak të prekur nga hemiplegjia dhe hemipareza është grupmosha 18-40 vjeç ku përsëri pamë qartë se edhe në këtë grupmoshë kemi më shumë raste me hemiplegjia dex dhe hemiparezë dex.

Sqarim: Pra edhe për ndarjen sipas grupmoshës kemi më shumë pacientë me hemiparezë sesa me hemiplegji dhe në të dyja rastet më e prekur është hemisfera e majte dhe si pasojë kemi më shumë raste me hemiparezë dex dhe hemiplegji dex.

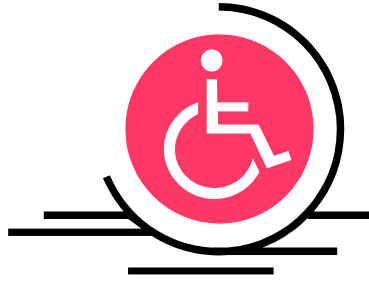
Nga testet e analizave të regresionit për grupmoshat na rezultoi që mund ta përdorim hipotezën bazë për parashikime në të ardhmen pasi :

Regression Analysis 1: Vërehet korrelacion i fortë statistikiht i rëndësishëm ndërmjet hemiplegjisë dhe grupmoshave të pacientëve të marrë në studim. P-value =0,0015 < 0,05

Regression Analysis 2: Vërehet korrelacion i fortë statistikiht i rëndësishëm ndërmjet hemiplegjisë dex dhe grupmoshave të pacientëve të marrë në studim. P-value =0,0001 < 0,05

Regression Analysis 3: Vërehet korrelacion i fortë statistikiht i rëndësishëm ndërmjet hemiplegjisë sin dhe grupmoshave të pacientëve të marrë në studim. P-value =0,0002 < 0,05

Regression Analysis 4: Vërehet korrelacion i fortë statistikiht i rëndësishëm ndërmjet hemiparezës dhe grupmoshave të pacientëve të marrë në studim. P-value =0,0016 < 0,05



Regression Analysis 5: Vërehet korrelacion i fortë statistikisht i rëndësishëm ndërmjet hemiparezës dex dhe grupmoshave të pacientëve të marrë në studim. P-value = 0,00000882 < 0,05

Regression Analysis 6: Vërehet korrelacion i fortë statistikisht i rëndësishëm ndërmjet hemiparezës sin dhe grupmoshave të pacientëve të marrë në studim. P-value = 0,0000091 < 0,05

VITET:

- Në krahasimin e bërë sipas viteve për të gjitha rastet me Iktus Cerebral, për pasojë me Paraliza të shkaktuara nga lëndimet Cerebrale (PC), rezultoi që viti 2019 zë përqindjen më të lartë me 1030 raste (22%) dhe përqindjen më të ulët e zë viti 2009 me 101 raste (2%).
- Në krahasimin e bërë për hemiplegjinë sipas viteve rezultoi që viti 2019 zë përqindjen më të lartë me 101 raste (27%) dhe përqindjen më të ulët e zënë vitet 2012 me 16 raste (4%) dhe 2017 me 15 raste (4%)
- Në krahasimin e bërë për hemiparezën sipas viteve rezultoi përsëri që viti 2019 zë përqindjen më të lartë me 153 raste (32%) ndërsa përqindjen më të ulët e zënë vitet 2009 me 20 raste (4%) dhe 2017 me 17 raste (4%)
- Në krahasimin e kryer për hemiplegjinë dhe hemiparezën sipas viteve edhe pse rezultoi që prevalon hemipareza me 478 raste në krahasim me hemiplegjinë me 379 raste, duke i ndarë për cdo vit në fakt na rezultoi që kemi ndryshime të prevalencës së tyre sipas viteve. Kështu kemi më shumë raste me hemiplegji për vitet 2009 me 36 raste, 2010 me 60 raste, 2016 me 37 raste, ndërsa me hemiparezë kemi më shumë raste për vitet 2011 me 37 raste, 2012 me 24 raste, 2013 me 39 raste, 2014 me 22 raste, 2015 me 27 raste, 2017 me 17 raste, 2018 me 63 raste, 2019 me 153 raste.
- Në krahasimin e kryer për hemiplegjinë dex dhe sin sipas viteve edhe pse rezultoi që prevalon ana e djathtë me 203 raste gjithsej në krahasim me anën e majtë me 176 raste, duke i ndarë për cdo vit gjithashtu na rezultoi përsëri që edhe këtu kemi ndryshime të prevalencës së tyre sipas viteve. Kështu kemi më shumë raste me hemiplegji dex për vitet 2009 me 22 raste, 2011 me 13 raste, 2014 me 12 raste, 2016 me 19 raste, 2017 me 8 raste, 2018 me 15 raste, 2019 me 59 raste, ndërsa me hemiplegji sin kemi më shumë raste për vitet 2010 me 34 raste, 2013 me 10 raste, 2015 me 13 raste. Përsa i përket vitit 2012 kemi numër të njëjtë pacientësh me 8 raste si për hemiplegjinë dex ashtu edhe për hemiplegjinë sin.
- Edhe në krahasimin e kryer për hemiparezën dex dhe sin sipas viteve edhe pse rezultoi që prevalon ana e djathtë me 240 raste në krahasim me anën e majtë me 238 raste, duke i ndarë për cdo vit në fakt na rezultoi që edhe këtu kemi ndryshime të prevalencës së tyre sipas viteve. Kështu kemi më shumë raste me hemiparezë dex për vitet 2010 me 32 raste,



2011 me 27 raste, 2012 me 14 raste, 2017 me 9 raste, ndërsa me hemiparezë sin kemi më shumë raste për vitet 2009 me 11 raste, 2013 me 22 raste, 2015 me 15 raste, 2016 me 19 raste, 2018 me 35 raste, 2019 me 79 raste. Përsa i përket vitit 2014 kemi numër të njëjtë pacientësh me 11 raste si për hemiparezën dex ashtu edhe për hemiparezën sin.

Sqarim: Në vendet e huaja pamë që në 40 vitet e fundit kemi ulje të rasteve me iktus cerebral dhe mund të kemi shtime të vdekshmerise prej plakjes së popullatës. Në vendin tonë na rezultoi që ndodh e kundërta pra kemi rritje të rasteve me iktus cerebral dhe ulje të vdekshmërisë. Ne mendojmë se kjo ka ndodhur sepse vendi jonë i ka dhënë prioritet më të madh shërbimit në funksion të shpëtimit të jetës së pacientit, pasi ka pësuar iktus cerebral, sesa parandalimit të tij. Sa i takon parandalimit ai mund të arrihet vetëm me anë të sensibilizimit të popullatës duke i informuar dhe kufizuar zakonet e dëmshme, të cilat i kemi përmendur më lartë, në lidhje me faktorët e rrezikut që mund të jenë të modifikueshëm dhe gjithahtu parandalimit të faktorëve të rrezikut të pamodifikueshëm duke trajtuar, me aq sa mundemi, patologjitë përgjegjëse që shkaktojnë iktusin cerebral. Kjo mund të arrihet me kontrolle periodike për keto patologji. Në këtë mënyrë njerëzit mund të marrin parasysh të gjitha rreziqet që u shkaktohen nga këto vese të dëmshme të jetës së përditshme.

Nga testet e analizave të regresionit për vitet na rezultoi që mund ta përdorim hipotezën bazë për parashikime në të ardhmen pasi:

Regression Analysis 7: Vërehet korrelacion i fortë statistikisht i rëndësishëm ndërmjet hemiplegjisë dex dhe viteve të pacientëve të marrë në studim. P-value =0,00000181 < 0,05

Regression Analysis 8: Vërehet korrelacion i fortë statistikisht i rëndësishëm ndërmjet hemiplegjisë sin dhe viteve të pacientëve të marrë në studim. P-value =0,00000297 < 0,05

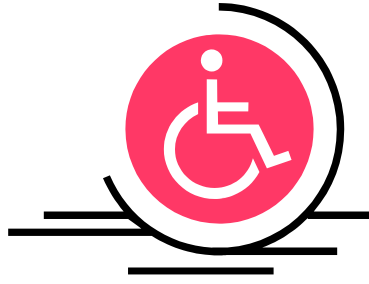
Regression Analysis 9: Vërehet korrelacion i fortë statistikisht i rëndësishëm ndërmjet hemiparezës dex dhe viteve të pacientëve të marrë në studim. P-value =0,000000319 < 0,05

Regression Analysis 10: Vërehet korrelacion i fortë statistikisht i rëndësishëm ndërmjet hemiparezës sin dhe viteve të pacientëve të marrë në studim. P-value =0,000000384 < 0,05

GJINIA:

Paralizat:

- **Krahasim:** Në vendet e Europës, shumica e studimeve tregojnë që incidenca e iktusit tek femrat është më e lartë se tek meshkujt (Nichols et al., 2012). Varion nga 50,5% - 62,1% për femrat dhe nga 49,5%-37,9% për meshkujt (Ivankovic et al, 2011, Musolino et al 2005). Por në Shqipëri, ndryshe nga vendet e tjera Europiane, është më e prekur gjinia mashkullore krahasuar me gjininë femërore. Këtë mund ta vërtetojmë nga numri më i



madh i rasteve për gjininë mashkullore i cili është 2831 (60,76%) të rasteve me PC krahasuar me rastet për gjininë femërore i cili është 1830 (39,26%) të rasteve me PC.

- **Sqarim:** Ne mendojmë se fakti që kemi më shumë të prekur gjininë mashkullore sesa atë femërore përsëri mund të vijë si pasojë e moskontrollit të faktorëve të rrezikut të modifikueshëm, më saktë prej zakoneve të sjelljes, pasi në vendin tonë kemi më shumë duhanpirës dhe konsumues alkooli apo përdorues droge meshkujt në krahasim me femrat. Gjithashtu obeziteti, dieta ushqimore jo e shëndetshme dhe mos kryerja e aktivitetit fizik janë më të shpeshta tek gjinia meshkullore.

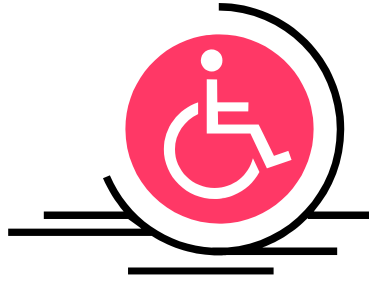
Hemiplegjia:

- Pacientë të gjinisë femërore gjithsej kemi 1830 raste, nga të cilat 157 raste i kemi me hemiplegji dhe zënë 7,90% nga të gjitha rastet me PC të gjinisë femërore. Ndër këto hemiplegjia dex tek femrat zë 51,59% ndërsa hemiplegjia sin zë 48,41%.
- Pacientë të gjinisë mashkullore gjithsej kemi 2831 raste, nga të cilat 222 raste i kemi me hemiplegji dhe zënë 7,27% nga të gjitha rastet me PC të gjinisë mashkullore. Ndër këto hemiplegjia dex tek meshkujt zë 54,95 % dhe hemiplegjia sin zë 45,05%.
- Nga të dhënat tona rezultoi që gjinia femërore zë 41% të rasteve me hemiplegji, ndërsa pacient të gjinisë mashkullore me hemiplegji zënë 59% të rasteve me hemiplegji.

Hemiparezë:

- Pacientë të gjinisë femërore gjithsej kemi 1830 raste, nga të cilat 141 raste i kemi me hemiparezë dhe zënë 7,15% nga të gjitha rastet me PC të gjinisë femërore. Ndër këto hemiparezë dex tek femrat zë 56,74 % ndërsa hemiparezë sin zë 43,26%.
- Pacientë të gjinisë mashkullore gjithsej kemi 2831 raste, nga të cilat 337 raste i kemi me hemiparezë dhe zënë 10,64% nga të gjitha rastet me PC të gjinisë mashkullore. Ndër këto hemiparezë dex tek meshkujt zë 47,48 % ndërsa hemiparezë sin zë 52,52%.
- Nga të dhënat tona rezultoi që gjinia femërore zë 29% të rasteve me hemiparezë ndërsa pacient të gjinisë mashkullore me hemiparezë zënë 71% të gjitha rasteve me hemiparezë.
- **Sqarim:** Vetëm tek hemiparezë e ndarë sipas gjinisë mashkullore na rezultoi që pacientë me hemiparezë sin janë më të prekur se sa ata me hemiparezë dex.
- **Sqarim:** Shohim qartë që si për hemiplegjinë ashtu edhe për hemiparezën, gjinia femërore ka më pak raste sesa gjinia mashkullore, por kur bëme krahasimin për të njëjtën gjini vumë re se gjinia femërore ka më shumë raste me hemiplegji sesa me hemiparezë ndërsa gjinia mashkullore ka më shumë raste me hemiparezë sesa me hemiplegji.

Pra femrat janë të prirura të kenë paralizë më të rëndë se sa meshkujt.

**QYTETET**

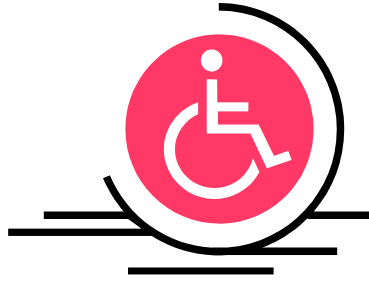
- Nga studimi vërehet që për 55 qytete të mara në shqyrtim rezulton se Shqipëria e mesme ka më shumë raste me PC zë 74% të rasteve dhe ndiqet nga Shqipëria e jugut që zë 14% e më pas nga e Shqipëria e veriut me 12%.
- Keto raste ishin më shume nga qyteti i Tiranës i ndjekur nga qyteti i Krujës, Kurbinit, Durrësit, Elbasanit, Beratit, Matit, Dibrës.
- Të gjitha rastet me PC në Tiranë janë 3000 raste (64%) ndërsa për te gjitha qytetet e tjera të marra së bashku janë 1661 raste (36%) me PC nga totali i rasteve që është 4661.

Hemiplegjia dhe Hemiparezja për qytetin e Tiranës dhe qytetet e tjera:

- Nga 240 pacientë gjithsej me Hemiparezë dex, 65% e zë Tirana dhe 35% e zënë qytetet e tjera
- Nga 238 pacientë gjithsej me Hemiparezë sin, 61% e zë Tirana dhe 39% e zënë qytetet e tjera
- Nga 203 pacientë gjithsej me Hemiplegji dex, 67% e zë Tirana dhe 33% e zënë qytetet e tjera
- Nga 176 pacientë gjithsej me Hemiplegji sin, 63% e zë Tirana dhe 37% e zënë qytetet e tjera
- **Sqarim:** Pra qyteti i Tiranës zë pjesën më të madhe të përqindjeve si për hemiplegjinë ashtu edhe për hemiparezën dhe përsëri pacientët janë të prirur nga dex për të dyja paralizat.
- Kriteret në perzgjedhjen e qyteteve të lartpërmendur janë: Madhësia e qytetit si popullatë psh: Qytete të mëdha Tiranë, Durrës, Elbasan, Shkoder, Korçe, Vlore etj apo qytete të mesme në të vogla si Krujë, Diber, Kukës, Pukë, Matit, Kurbinit Lushnje, Gjirokastrë etj. Gjithashtu edhe vendosja gjeografike, dmth qytete të zonave veriore, qendrore dhe jugore të vendit.
- Ne mendojmë se Shqipëria e mesme ka më shumë raste, ndër arsytet e tjera të lartpërmendura, edhe nga fakti që kemi nivele gjithnjë në rritje të popullatës në këtë zonë për shkak të migrimit të brëndshëm nga veriu apo nga jugu. Një arsye tjetër është frekuenca e lartë e jetës sedentare, duke përfshirë këtu edhe mënyrën e të punuarit, në dallim me rajonin verior dhe atë jugor. Gjithashtu ndryshimi i mënyrës së ushqyerit mund të jetë një element që e dallon këtë zonë nga pjesa tjetër e vendit. Në rajonin e Shqipërisë së mesme vihet re edhe një ndotje më e madhe e ajrit.

Statistika deskriptive: Nga tabelat 7.28 - 7.31 për hemiplegjinë dex/sin dhe hemiparezën dex/sin sipas qyteteve që janë gjithsej 55, na rezultoi që:

1. Nr mesatar i pacientëve me hemiplegji dex sipas qyteteve është $3,69 \pm 18,3$ pacientë.



2. Nr mesatar i pacientëve me hemiplegji sin sipas qyteteve është $3,2 \pm 14,86$ pacientë.
3. Nr mesatar i pacientëve me hemiparezë dex sipas qyteteve është $4,36 \pm 20,93$ pacientë.
4. Nr mesatar i pacientëve me hemiparezë sin sipas qyteteve është $4,33 \pm 19,61$ pacientë.

VDEKSHMËRIA:

Nga 4661 raste të pacientëve të shtruar me Iktus Cerebral për vitet 2009-2019 kemi 50 raste me vdekje dhe nga këto shohim që:

- Numri i vdekjeve të shkaktuara nga ishemia zë 76%
- Numri i vdekjeve të shkaktuara nga hemoragjia zë 24%

Vdekshmëria prej ishemisë sipas qyteteve për gjininë femerore:

- Përqindjen më të madhe të vdekjeve prej ishemisë sipas qyteteve për gjininë femerore e zë Tirana me 57% më pas ndiqet nga Kruja me 15% dhe qytetet e tjera me 7%

Vdekshmëria prej ishemisë sipas qyteteve për gjininë mashkullore:

- Përqindjen më të madhe të vdekjeve prej ishemisë sipas qyteteve për gjininë mashkullore e zë përsëri Tirana me 67% e më pas ndiqet nga Vlora me 5% dhe qytetet e tjera me 4%
- ***Sqarim:*** Po të krahasojmë këto të dhëna për gjininë femerore dhe mashkullore rezulton që më shumë pacientë të vdekur ka qyteti i Tiranës por që përsëri i përkasin gjinisë mashkullore.

Vdekshmëria prej hemoragjisë sipas qyteteve për gjininë mashkullore:

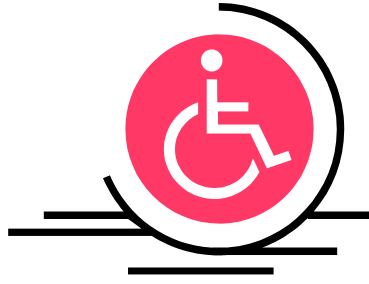
- Përqindjen më të madhe të vdekjeve prej hemoragjisë sipas qyteteve për gjininë mashkullore e zë Tirana me 70% më pas ndiqet nga Burreli me 20% dhe Fieri me 10%.
- ***Sqarim:*** Për shkak të numrit shumë të vogël të vdekjeve prej hemoragjisë sipas qyteteve për gjininë femerore nuk mund të bëjmë një ndarje pasi ka vetëm 2 raste nga Tirana dhe kjo na tregon që përsëri kemi më shumë raste vdekje për gjininë mashkullore.

Vdekshmëria prej ishemisë sipas viteve dhe gjinive:

- Përqindjen më të madhe të vdekjeve prej ishemisë sipas viteve për të dyja gjinitë e zë viti 2009 me 39% dhe përqindjen më të ulët e zë viti 2013 me 3%
- Përqindjen më të madhe të vdekjeve prej ishemisë sipas viteve për gjininë femerore e zë viti 2009 me 43% që pasohet nga viti 2011 me 15% dhe vitet e tjera nga 7%
- Përqindjen më të madhe të vdekjeve prej ishemisë sipas viteve për gjininë mashkullore e zë viti 2009 me 38% dhe përqindjen më të ulët e ka viti 2013 me 0%

Vdekshmëria prej hemoragjisë sipas viteve dhe gjinive:

- Përqindjen më të madhe të vdekjeve prej hemoragjisë sipas viteve për të dyja gjinitë e zë viti 2011 me 25% dhe përqindjen më të ulët e zënë vitet 2012, 2013 dhe 2015 me 0%
- Përqindjen më të madhe të vdekjeve prej hemoragjisë sipas viteve për gjininë mashkullore e zë viti 2012 me 29% dhe përqindjen më të ulët e zënë vitet 2013 dhe 2015 me 0%



- Ndërsa përsa i përket numrin më të madh të vdekjeve prej hemorragjisë sipas viteve për gjininë femerore kemi vetëm 2 vdekje për 2007 dhe 1 vdekje për 2008
- Pikun e rasteve të vdekshmërisë e kemi në vitin 2009. Konstatohet që vdekshmërinë më të lartë për ictusin cerebral në vendin tonë e kemi të shkaktuar nga ishemia dhe jo nga hemorragjia. Nga ku nxjerrim si konkluzion që popullsia e vendit tonë vuan më shumë nga patologjitë arterotrombotike dhe kardioembolizmi sesa nga anomali të e sistemit vaskular. (7)
- Gjithashtu për vëndin tonë pas studimit të bërë na rezultoi që vitet e fundit kemi ulje të vdekshmërisë nga 18 raste në vitin 2009 në 4 raste në vitin 2016 dhe asnjë rast vdekje deri në vitet 2019.

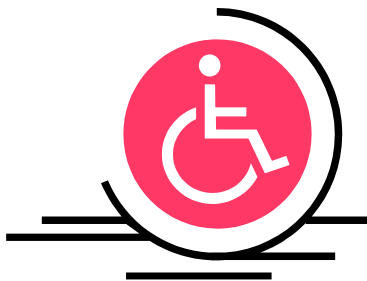
Nga testet e analizave të regresionit për vdekshmërinë na rezultoi që hipotezën bazë mund ta përdorim për parashikime në të ardhmen pasi :

Regression Analysis 11: Vërehet korrelacion i fortë statistiki i rëndësishëm ndërmjet vdekshmërisë dhe hemiplegjisë e hemiparezës. $P\text{-value} = 0,0047 < 0,05$

Regression Analysis 12: Vërehet korrelacion i fortë statistiki i rëndësishëm ndërmjet vdekshmërisë dhe hemiplegjisë dex dhe sin. $P\text{-value} = 0,02 < 0,05$

REHABILITIMI :

- **Krahasimi** midis rasteve me hemiplegji që janë rehabilituar në vendin tonë rasteve me hemiplegji që janë rehabilituar në vendet e huaja na rezultoi se në vendin tonë pacientët që kanë patur rezultat nga rehabilitimi janë 17% ndërsa për vendet e huaja pacientët që kanë patur rezultat nga rehabilitimi janë 65%
- **Krahasim** për vendin tonë në lidhje me rehabilitimin na rezultoi se ,nga 379 pacientë gjithsej me Hemiplegji, pacientët që nuk kanë kryer rehabilitim janë 48%. Nga 379 pacientë gjithsej me Hemiplegji, ata pacient që kanë kryer rehabilitim fizioterapeutik janë 35%. Nga 379 pacientë gjithsej me Hemiplegji, pacientët që kanë përfituar ky rehabilitimi duke u përmirësuar janë vetëm 17% të rasteve
- **Sqarim:** Ne mendojmë se fakti që kemi më pak rezultate në përmirësimin e pacientëve nga rehabilitimi vjen si pasojë e *mungesës* së protokollit të rehabilitimit dhe shkallëve të vlerësimit gjithashtu edhe metodave të rehabilitimit. Vendet e huaja përdorin shkallët e vlerësimit edhe një nga tre metodat e rehabilitimit të sjella në këtë tezë, ky konstatim pasqyrohet me përqindjen e lartë të përmirësimit të pacientëve të rehabilituar.



9.KONKLUZIONE

Shumë studime ndërkombëtare të thelluara në këtë tezë, mund të bëjë të mundur që të rinovohet mënyra se si Fizioterapisti duhet ta shohë Hemiplegjinë. Nga konstatimet tona në repartin e Neuorkirurgjisë dhe Neurologjisë, për Iktusin Cerebral, kryhet vetëm trajtimi me medikamente dhe parandalimi i përsëritjes të një episodi të dytë të tij. Përsa i përket riaftësisimit bëhet një rehabilitim i thjeshtë vetëm me mobilizim të pacientëve. Fatkeqësisht në vendin tonë akoma nuk ekzistojnë protokolle trajtimi, e për pasojë as shkallë të vlerësimit, që ne si fizioterapist të kemi mundësi zgjedhje për një metodë rehabilitimi apo një metodë tjetër. Për pacientët me paraliza të shkaktuara nga iktusi ishemic apo ai hemoragjik dhe në veçanti Hemiplegji, në vendet e zhvilluara, përdoren metoda të ndryshme rehabilituese si ato të sjella në këtë tezë, Bobath, Kabat apo Perfetti. Disa nga pyetjet që mund të ngremë për rehabilitimin e pacientëve kanë marrë përgjigje nga shumë autorë të huaj dhe këto pyetje janë:

1. Cilët pacientë janë më të favorizuar për të bërë rehabilitim?

Të gjithë pacientët, pa përjashtim, që janë të prekur nga kjo patologji duhet te kryejnë rehabilitim që në momentin e shtrimit. (36)

2. Sa duhet të zgjasë trajtimi?

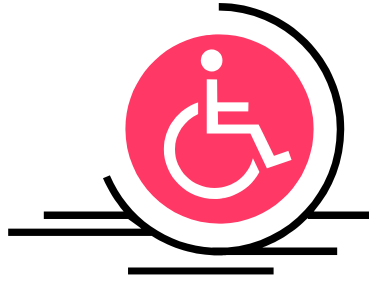
Trajtimi duhet zgjasë derisa fizioterapisti të arrijë në konkluzionin që pacienti ka arritur në fazën e rezultateve të konsoliduara. Përcaktohet si e tillë faza në të cilën pacienti për një periudhë të gjatë kohore nuk paraqet më një rekuperim motorik të pjesës së dëmtuar. Kjo nuk do të thotë se pacienti nuk duhet të përfitojë më nga shërbimi i rehabilitimit. Terapisti duhet të vazhdojë të propozojë situata që stimulojnë ekuilibrin, koordinimin, gjestet, shkallët, ecjen, për të trajnuar pacientin që të di të përballet në rastet e situatava të ndërlikuara të shkaktuara nga një ambient i pambrojtura (43)(45) (64)

3. Cili program rehabilitimi është më efikas?

Të gjitha trajtimet, derisa të provohet e kundërta, konsiderohen ekuivalent. (12) (20) (90)

Në këtë tezë kemi dashur pra të ilustrojmë qasje të reja të shkallëve të vlerësimit dhe rehabilitimit, me shpresën që këto të aplikohen në Shqipëri, me ndihmën e kolegëve të tjerë të diplomuar.

Një tjetër fakti i rëndësishëm me të cilin u ndeshëm është që ata pacientë të cilët rrethohen nga të afërm me informacion të nevojshëm për trajtimin e hemiplegjisë, që e mobilizojnë atë dhe gjithashtu e dergojnë për rehabilitim, janë më të favorizuar krahasuar me pacientët që mbahen të izoluar dhe të lënë në “harresë” të plotë. Ne shpresojmë që në vitet e ardhshme të

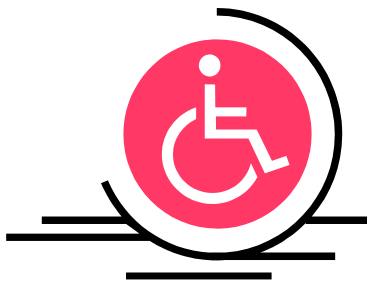


kemi përmirësim të nivelit të informacionit të popullatës për shërbimet rehabilituese dhe gjithashtu rritje të kërkesave të përgjithshme për trajtime të veçanta fizioterapeutike.

Qellimi për të ardhmen: Shqipëria është një vend që ka qenë në tranzicion për një kohë të gjatë por duhet thënë që vitet e fundit po e kalon këtë tranzicion në bazë të reformave të ndërmara në shumë fusha, duke përfshirë këtu edhe sektorin e shëndetësisë. Pikërisht për këtë arsye dëshira jonë është që edhe Shqipëria, ashtu si vendet e zhvilluara, që kanë më shumë se 50vjet që i aplikojnë këto procedura fizioterapeutike, ti perafrohet standarteve, metodologjive, strategjive dhe procedurave të rehabilitimit të tyre. Rezultatet statistikore ndërkombëtare tregojnë se pacienti me hemiplegji i trajtuar me këto metoda rehabilituese në 65% të rasteve përmirësohet duke i krahasuar me pacientët e patrajtuar. Ndërsa për vendin tonë rezultoi që vetëm 17% të pacientëve kanë përfituar duke u përmirësuar nga rehabilitimi edhe pse jo i plotë që ne kryejmë. Arsyja që e ka shkaktuar këtë fenomen është pikërisht mungesa e aplikimit të tre metodave të rehabilitimit. Për këtë shkak trajtimi duhet të fillojë sa më shpejt, ndërkohë që kohëzgjatja e tij varet nga raporti kosto/përfitim. (17)(43) (44)(73)

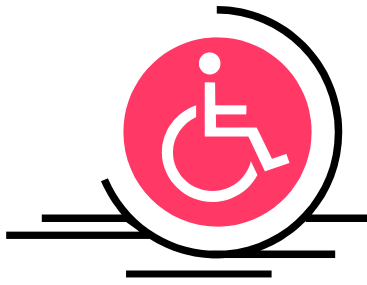
Kjo do të ndikojë edhe në uljen e disabilitetit pasi pamë qartë, sipas hipotezave tona, që në vitet e ardhshme nëse do të kemi rritje të numrit të pacientëve me ictus do të kemi edhe rritje të numrit të pacientëve me disabilitet prej paralizave. Ulja e disabilitetit mund të arrihet vetëm nëse vendosim që të përdoren protokollat e trajtimit për rehabilitimin fizioterapeutik në pacientët me paraliza e në veçanti me hemiplegji. Në këtë mënyrë do të kemi edhe përfitime sociale-ekonomike për vendin tonë.

Deri para 2 viteve fizioterapisti ka patur detyra të përcaktuara nga mjeku dhe ato ishin thjesht ekzekutive. Tashmë fizioterapistët e diplomuar duhet të jenë në gjëndje të krijojnë një plan trajtimi në mënyrë autonome. Pra duhet të heqim dorë nga modelet e vjetra dhe të mos harrojmë se gjithmonë fokusi i rehabilitimit është vetë *pacienti*.

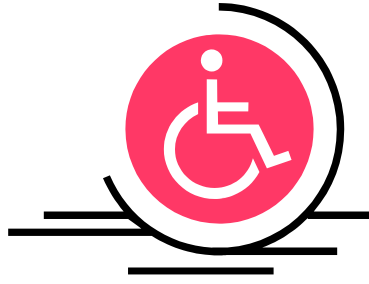


10. REKOMANDIME

- Fizioterapistët luajne një rol shumë të rëndësishëm në ekipin multidisiplinor të trajtimit të pacientit por gjithashtu ata perballen me një sërë sfidash të ndryshme.
- Pas stabilizimit të pacientit me Iktus Cerebral, zgjedhja e parë për këta pacientë duhet të jetë trajtimi fizioterapeutik
- Rehabilitimi i pacientëve me paraliza, të shkaktuara nga iktusi cerebral, duhet të fillojë sa më shpejt të jetë e mundur, pasi sa më herët të fillojë rehabilitimi aq më shumë mundësi kemi për të rifituar lëvizjet e mëparshme.
- Vendosja e protokollit të rehabilitimit të standartizuar dhe si rrjedhojë të shkallëve të vlerësimit dhe metodave rehabilituese si Bobath, Kabat apo Perfetti dhe aplikimi i tyre, jo vetëm ndihmon në uljen e disabilitetit dhe handikapit por rrjedhimisht ndikon edhe në uljen e depresionit të pacientëve duke qënë se ata arrijnë të bëhen më autonom pothuajse për të gjitha ADL-të.
- Duhet të kemi parasysh që rehabilitimi i hershëm bën të mundur uljen pra të disabilitetit dhe handikapit të këtyre pacientëve dhe si rrjedhojë kemi më pak probleme për shoqërinë dhe ekonominë e vendit tonë.
- Rëndësi e madhe i duhet dhënë hartimit të strategjive të reja dhe implemetimit të politikave shëndetësore në dobi të rritjes së rolit të fizioterapistit.
- Duhet të bëjmë të mundur që fizioterapistët të kenë dinjitetin e tyre dhe të vlerësohen si një pjesë e rëndësishme e një stafi multidisiplinor.
- Duhet të kërkojmë që të krijohet Urdhëri i Fizioterapistit ashtu si në profesionet e tjera të mjekësisë.
- Fizioterapistët vazhdojnë akoma të mbeten të diskriminuar gjë që vihet re qoftë në mbrotjen e të drejtave të tyre apo edhe në pagë.
- Është shumë i rëndësishëm motivimi i fizioterapistëve pasi kjo ndikon edhe në performancën e tyre pra në kujdesin ndaj pacientëve.

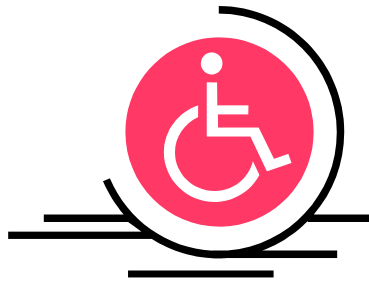


- Në mënyrë që njohuritë rehabilituese të fizioterapistëve të rriten dhe të përshtaten me njohuritë që kanë kolegët e tyre në vendet perëndimore, është shumë i rëndësishëm implementimi i politikave shëndetësore të cilat të sigurojnë një trajnim brenda dhe jashtë vendit.



11. BIBLIOGRAFIA

1. **Giorgio Nino Valobra**, “Trattato di Medicina Fisica e Riabilitazione, volume primo, Metodologia, Diagnostica”., *La medicina riabilitativa. Cenni storici.*, 88-02-05581-5, 2000
2. **Jones A, Ingram ME, Forbes R, J Interprof Care.**, Physiotherapy new graduate self-efficacy and readiness for interprofessional collaboration: a mixed methods study. 2020 Feb 20:1-10. doi:10.1080/13561820.2020.1723508. [Epub ahead of print] PMID: 32077776
3. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19026895/> Epidemiology of ischemic and hemorrhagic stroke: incidence, prevalence, mortality, and risk factors;
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15301227/> Stroke--incidence, mortality, morbidity and risk;
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20405634/>
4. **ISTAT. Anni 2003-2013.** L'evoluzione della mortalità per causa: le prime 25 cause di morte. [www.istat.it/it/les2017/05/ Report-cause-di-morte-2003-2014.pdf](http://www.istat.it/it/les2017/05/Report-cause-di-morte-2003-2014.pdf)
5. **Saka O, McGuire A, Wolfe C.**, Cost of stroke in the United Kingdom. *Age Ageing* 2009, 38(1):27–32 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19141506/>
6. **Giampaoli S, Palmieri L.** Malattie cardio e cerebrovascolari. Rapporto Osserva salute 2017. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Edizione italiana 2018, pp159-184, disponibile su www.osservatoriosullasalute.it
7. **Stevens E, McKeivitt C, Emmett E, et al.** The burden of stroke in Europe. London: Stroke Alliance for Europe (SAFE), www.strokeeurope.eu The Burden Of Stroke In Europe Report. pdf (2017, accessed 19 April 2018)
8. **Aguiar de Sousa D, von Martial R, Abilleira S, Gattringer T, Kobayashi A, Gallofré M, Fazekas F, Szikora I, Feigin V, Caso V, Fischer;** On behalf of the ESO ESMINT EAN SAFE Survey on Stroke Care Collaborators. Access to and delivery of acute ischemic stroke treatments: a survey of national scientific societies and stroke experts in 44 European countries. *Eur Stroke J.* doi: 10.1177/2396987318786
9. **Schmidt A, Heroum C, Caumette D, Le Lay K, Bénard S.** Acute Ischemic Stroke (AIS) patient management in French stroke units and impact estimation of thrombolysis on care pathways and associated costs. *Cerebrovasc Dis.* 2015;39(2):94-101
10. **Giorgio Nino Valobra**, “Trattato di Medicina Fisica e Riabilitazione, volume primo, Metodologia, Diagnostica”., *Valutazioni Funzionali del Paziente post-ictale.*, 88-02-05581-5, 2000 definizione del AVC
11. **LONGTON-HEWER.**, Assessment of stroke. *Scand J Rehab Med*, 26:91-96, 1992
12. **LINCOLN N., LEADRITTER D.**, Assessment of motor function in stroke patients. *Physiotherapy*, 65:48-51, 1979 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/441189/>
13. **Dan B, Jacobsson B.** A report: The definition and classification of cerebral palsy April 2006, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17370477/>;

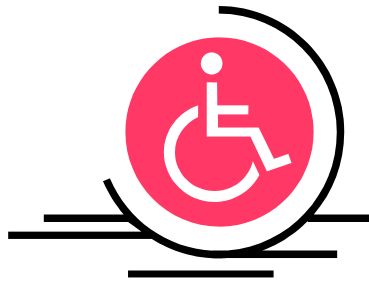


Stroke and TIA: epidemiology, risk factors, and the need for early intervention
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18611102/>

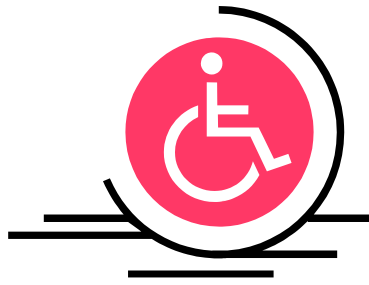
14. **Stamler J, Stamler R, Neaton JD, et al.** Low-risk factor profile and long-term cardiovascular and non cardiovascular mortality and life expectancy: findings for 5 large cohorts of young adult and middle-aged men and women. *J Am Med Assoc* 1999;282:2012-18
15. **Teuschl Y, Brainin M.** Stroke education: discrepancies among factors influencing prehospital delay and stroke knowledge. *Int J Stroke*. 2010 Jun;5(3):187-208
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20536616/>
16. **Neuhaus AA, Couch Y, Hadley G, et al.** Neuroprotection in stroke: the importance of collaboration and reproducibility. *Brain* 2017; 140: 2079, Äi2092
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28641383/>
17. **Bosetti F, Koenig JI, Ayata C, et al.** Translational stroke research: vision and opportunities. *Stroke* 2017; 48: 2632–2637
18. **Norrving B, Barrick J, Davalos A, Dichgans M, Cordonnier C, Guekht A, Kutluk K, Mikulik R, Wardlaw J, Richard E, Nabavi D, Molina C, Bath PM, Stibrant Sunnerhagen K, Rudd A, Drummond A, Planas A, Caso V** on behalf of the Action Plan for Stroke in Europe working group. Action Plan for Stroke in Europe 2018 – 2030. ESP 2018
19. **Stevens E, McKevitt C, Emmett E, et al.** The burden of stroke in Europe London: Stroke Alliance for Europe (SAFE), The Burden Of Stroke In Europe Report.pdf (2017, accessed 19 April 2018)
20. **BACH-Y-RITA P.**, Mecanismi neurali del recupero dopo danno cerebrale, in: N. Basaglia (ed.), Rieducazione motoria del cerebroleso adulto, Liviana Editrice, Padova, 1985.
21. <https://www.cittadinanzattiva.it/comunicati/salute/10339-ictus-le-cure-in-italia-presentata-l-indagine-di-cittadinanzattiva.html>
22. **GEORGOPOULOS A.P.**, *On the relation between the direction of two dimensional arm movements and cell discharge in primate motor cortex*, *J. of Neurosci.*, 2, 1527, 1982.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7143039/>
23. **GREENOUGH W.T.**, *Experimental modification of developing brain*, *Am. Sci.*, 63:37, 1975.
24. **Frederic H. Martini, Michael J. Timmons, Robert B.**, *Anatomia Umana.*, 88-7959-2688, 2003.
25. **KUSOFFSKI A., WADELL I., NILSSON B.Y.**, *The relationship between sensory impairment and motor recovery in patients with hemiplegia*. *Scand J Rehab Med*, 26:91-96, 1992
26. **DEMEURISSE G., DEMOL O., ROLAYE E.**, *Motor evaluation in vascular hemiplegia*. *Eur Neurol*, 19:382-389, 1980 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7439211/>
27. **Gordon T, Hegedus J., Tam SL (2004)** Adaptive and maladaptive motor axonal sprouting in aging and motoneuron disease., *Neurol Res* 26:174-185 PubMedGoogle Scholar



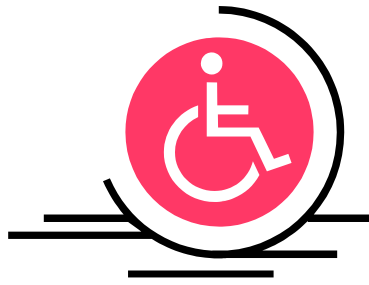
28. **Giuseppe Monari.**, Facilitazioni Neuromuscolari Propiocettive (P.N.F). Schemi, tecniche e applicazione pratica.1987 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3045949/>
29. **Tam SL, Archibald V, Jassar B, Tyreman N, Gordon T (2001)** Increased neuromuscular activity reduces sprouting in partially denervated muscles. *J Neurosc* 21:654–667 [PubMedGoogle Scholar](#)
30. **CASTRO-ALAMANCOS M.A., BORRELL J.**, *functional recovery of forelimb response capacity after forelimb primary motor cortex damage in the rat is due to the reorganisation of adjacent areas of cortex.* *Neuroscience*, 68:793-805, 1995 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8577374/>
31. **Tam SL, Archibald V, Tyreman N, Tyreman N, Gordon T (2002)** Effect of exercise on stability of chronically enlarged motor units. *Muscle Nerve* 25: 359–369 [PubMedGoogle Scholar](#)
32. **Frey D, Schneider C, Xu L, Borg J, Spooren W, Caroni P (2000)** Early and selective loss of neuromuscular synapse subtypes with low sprouting competence in motoneuron diseases. *J Neurosci* 20:2534–2542 [PubMedGoogle Scholar](#)
33. **Veerbeek JM, Kwakkel G, van Wegen EE, Ket JC, Heymans MW.**, Early prediction of outcome of activities of daily living after stroke: a systematic review. *Stroke* 2011 May;42(5):1482-8
34. **Goldstein LB, Adams R, Becker K, Furberg CD, Gorelick PB, Hademenos G, Hill M, Howard G, Howard V, Jacobs B, Levine SR, Mosca L, Sacco RL, Sherman DG, Wolf PA, del Zoppo GJ.** Primary prevention of ischemic stroke: a statement for healthcare professionals from the stroke council of the American Heart Association. *Stroke*, 2001, 32: 280-299.
35. **Quaderni del Ministero della Salute n.14.** Criteri di appropriatezza strutturale, tecnologica e clinica nella prevenzione, diagnosi e cura della patologia cerebrovascolare. Roma, Italia: Ministero della Salute; 2012
36. **Guidetti D, Spallazzi M, Baldereschi M, Di CA, Ferro S, Rota E Morelli, Immovilli P, Toni D, Polizzi BM, Inzitari D.**, Post-stroke rehabilitation in Italy: inconsistencies across regional strategies. *Eur J Phys Rehabil Med* 2014 June;50(3):335-4 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24525622/>
37. **Ruggeri M, Basile M, Zini A, Mangiafi co S, Agostoni EC, Lobotesise K, Saver J, Coretti S, Drago C Cicchetti. A.** Cost-effectiveness analysis of mechanical thrombectomy with stent retriever in the treatment of acute ischemic stroke in Italy. *JOURNAL OF MEDICAL ECONOMICS*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29882711/>
38. **Mennini FS, Marcellusi A, von der Schulenburg JM, Gray A, Levy P, Sciattella P, Soro M, Staffi ero G, Zeidler J, Maggioni A, Schmieder RE.** Cost of poor adherence to anti-



- hypertensive therapy in fi ve European countries. *Eur J Health Econ.* 2015 Jan;16(1):65-72. doi: 10.1007/s10198-013-0554-4
39. **Gruppo di lavoro SItI.** “Manuale per Operatori di Sanità Pubblica “ Governare l’Assistenza Primaria”. 2016 <http://www.lazio.cittadinanzattiva.it/salute-notizie/428-raccomandazione-civica-per-la-gestione-dei-pazienti-colpiti-da-spasticita-post-ictus.html>
40. <https://doi.org/10.1080/13696998.2018.1484748> Osservatorio Ictus Italia
41. https://www.healthpolicypartnership.com/wpcontent/uploads/White_Paper_inequalities_AF_related_stroke.pdf; https://www.aomrc.org.uk/wpcontent/uploads/2016/05/Exercise_the_Miracle_Cure_0215.pdf
42. <https://siia.it/per-il-pubblico/ictus/ictus-i-numeri-in-italia/>
<https://www.osservatorioictusitalia.it /2018/05/07/>
43. **Giorgio Nino Valobra,** “Trattato di Medicina Fisica e Riabilitazione, volume terzo, Clinica della Riabilitazione”., *La riabilitazione nell’emiplegico adulto.*, 88-02-05581-5, 2000
44. **Giorgio Nino Valobra,** “Trattato di Medicina Fisica e Riabilitazione, volume quarto, Clinica della Riabilitazione Organizzazione e Linee Guida”., *Scale di valutazione della disabilita in Medicina Riabilitativa - 2000*; 88-02-05581-5
45. **Giorgio Nino Valobra,** “Trattato di Medicina Fisica e Riabilitazione, volume primo, Metodologia, Diagnostica”., *Valutazioni Funzionali in Riabilitazione Neurologica .*, 88-02-05581-5, 2000
46. **BADLEY E.M.,** An introduction to the concepts and classifications of the international classification of impairments, disabilities and handicaps. *Disabil and Rehabil J*, 15(4) 161-178, 1993.
47. **BICKENBACH J.E., CHATTERJI S., BADLEY E.M., USTUN T.B.,** Models of disablement, universalism and the ICIDH, “*Social Science and Medicine*”, n. 48, pp.1173-1187; 1999
48. **WORLD HEALTH ORGANIZATION, ICIDH-2** International Classification of Functioning and Disability. Beta 2 Draft. for Field Trials, full version, Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1999
49. **GRANGER C.V., HAMILTON B.B., UDS report:** FIM(Functional Indipence Measure): The uniforme Data System for Medical Reliabilitation Report of first admissions for 1990. *Am J Phys Med Rehabil.*, 71:108-113, 1992
50. **GRANGER C.V., DEWIS L.S., PETERS N.C., SHERWOOD C.C., BARRET J.E.,** Stroke rehabilitation. Analysis of repeated Barthel Index measures. *Arch Phys Med Rehabil.* 60:14-17, 1979
51. **COLLIN C., WADE D.T., DAVIES S., HORNE V.,** *The barthel ADL Indeks: a reliability study, Int Disabil Studies, 10:61-3, 1988.*



52. **GRANGER C.V., KELLY-HAYES M., JOHNSTON M., DEUTSCH A., BRAUN S.L., FIEDLER R.C.,** *Misure di qualità e di risultato in medicina riabilitativa*, in Brddom R.L. (ed). *Medicina Fisica e Riabilitazione*, Roma, Delfino, 247-262, 1988
53. **KIDD D., PETRUCKEVITCH A., THOMSON A.J.,** *The functional Independence Measure: a comparative validity and reliability study*, *Disabil Rehabil* 17:10-14, 1995
54. **LINACRE J.M., HEINEMANN A.W., WRIGHT B.D., GRANGER C.V., HAMILTON B.B.,** *The structure and stability of the Functional Independence Measure*, *Arch Phys Med Rehabil*, 75:127-132, 1994
55. **MAHONEY F.I., BARTHEL D.W.,** *Functional evaluation: the Barthel Index*, *Md State Med J*, 14:61-5, 1965
56. **WADE D.T., COLLIN C.,** *The Barthel ADL Index: a standard measure of physical disability.*, *Int Disabil Studies*, 10:64-67, 1988
57. **DODDS T.A., MARTIN D.P., STOLOV W.C et.al,** A validation of the functional independence measurement and its performance among rehabilitation inpatients. *Arch Phys Med Rehabil*, 74:531-536, 1993
58. **Jaspers E, Desloovere K, Bruyninckx H, Molenaers G, Klingels K, Feys H.** Review of quantitative measurements of upper limb movements in hemiplegic cerebral palsy. *Gait Posture*. 2009;30(4):395-404.
59. **Walusinski O, Neau JP, Bogousslavsky J.** Hand up! Yawn and raise your arm. *Int J Stroke*. 2010;5(1):21-7.
60. **SPREAD-** Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion. *Ictus cerebrale: linee guida italiane di prevenzione e trattamento*. <http://www.iso-spread.it/> 2016 (VIII edizione)
61. **Provvedimento 7 maggio 1998** “Linee-guida del Ministro della sanità per le attività di riabilitazione”. *Gazzetta Ufficiale* n. 124, 30 maggio, Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, (1998)
62. **William B, Mancina G, Spiering W, et al.** 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal* (2018) 39, 3021–3104
63. **AA.VV.,** *Ictus cerebrale: linee guida italiane*, Health Alliance Srl, Milano, 1999.
64. **AIMONINO RICAUDAN., MARINELLO R., FIORIO PLA L., FABRIS F.,** Risultati preliminari del trattamento domiciliare del paziente anziano affetto da ictus cerebrale acuto, *Sanitas Domi*, 9: 9, 1998
65. **Cordonnier C, Klijn CJM, van Beijnum J, Al-Shahi Salman R.** Radiological investigation of spontaneous intracerebral hemorrhage: systematic literature review and tri-national survey. Unpublished data, 2009
66. **Ruíz-Sandoval JL, Cantú C, Barinagarrementeria F.** Intracerebrale hemorrhage in young people: analysis of risk factors, location, causes and prognosis. *Stroke* 1999; 30: 537-41



67. **Palareti G, Leali N, Coccheri S, Poggi M, Manotti C, D'Angelo A, et al.** Bleeding complications of oral anticoagulant treatment: an inception-cohort, prospective collaborative study (ISCOAT). Italian Study on Complications of Oral Anticoagulant Therapy. *Lancet* 1996; 348: 423-8
68. **Punthakee X, Doobay J, Anand SS. Punthakee X, Doobay J, Anand SS.** Oral-anticoagulant-related intracerebral hemorrhage. *Thromb Res* 2002; 108: 31-6
69. **Ward AB.** A literature review of the pathophysiology and onset of post-stroke spasticity. *Eur J Neurol*. 2012 Jan; 19(1):21- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21707868/>
70. **Picelli A et al.** The Italian real-life post-stroke spasticity survey: unmet needs in the management of spasticity with botulinum toxin type A. *Funct Neurol*. 2017 Apr/ Jun; 32(2):89-96
71. **Wissel J et al.** Post-stroke spasticity: predictors of early development and considerations for therapeutic intervention. *PM R*. 2015 Jan; 7(1):60-7 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25171879/>
72. **Malhotra S, Pandyan AD, Day CR, Jones PW, Hermens H.** Spasticity, an impairment that is poorly defined and poorly measured. *Clin Rehabil*. 2009; 23(7):651-8.
73. **Giorgio Nino Valobra,** "Trattato di Medicina Fisica e Riabilitazione, volume terzo, Clinica della Riabilitazione"., *La riabilitazione nell'emiplegico adulto.*, 88-02-05581-5, 2000
74. **BECH A.T., WARD C.H., MENDELSON M. et al,** *An inventory for measuring depression.* Biometric Res, New York, 1977
75. **DAVIDOFF G., KEREN O., RING H., et al,** *Who goes home after stroke.* *Neurorehab J*, 2:53-62, 1992.
76. **BOBATH B.,** *Emiplegia dell'adulto: valutazione e trattamento,* Libreria Scientifica gia Ghedini, Milano, 1978. *Adult Hemiplegia Evaluation and Treatment: Evaluation and Treatment Therd Edition* 1990; Berta Bobath MBE FCSP PhD(Hon Boston)
77. **BOBATHK., BOBATH B.,** The facilitation of normal postural reactions and moviments in the treatment of cerebral palsy, *Physiotherapy*, 50, 8, 246, 1964. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14179895/>
78. **GUARNA F., CORRVEAU H., ARSENAULT A.B.,** An evaluation of the hemiplegic subject based on the Bobath approach. The model. The evaluation protocol. Avalidation study. *Scand J Rehab Med*, 20:1-16, 1988 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3045949/>
79. **PERFETTI C.,** *Condotte terapeutiche per la rieducazione motoria dell'emiplegico,* Ghedini, Milano 1985.
80. **SAWNER K., LA VIGNE J.,** *Brunstom's movement therapy in hemiplegia. A neurophysical approach.* Lippincott Comp New York, 189-211, 1992
81. **DOMBOVY M. L., SANDOK B. A., BASFORD J. R.,** Rehabilitation for stroke: a review, *Stroke*, 17: 363, 1986 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2940735/>



82. **ALBERT A.**, *La rieducazione neuromuskulare dell emiplegico adulto*. Il pensiero scientifico, 1976.
83. **N.Basaglia.**, “Progettare la riabilitazione. Il lavoro in team interprofessionale” – Ed.Ermes
84. **N.Basaglia.**, “Trattato di Medicina Riabilitativa : Medicina Fisica e Riabilitazione” – Ed. Idelson Gnocchi
85. **Susan Edwards**, "Riabilitazione Neurologica" – Presentazione di Alan J.- Thompson – Verduci Editore
86. **Pollock A, Baer G, Campbell P, Choo PL, Forster A, Morris J, Pomeroy VM, Langhorne P.** Physical rehabilitation approaches for the recovery of function and mobility following stroke. *Cochrane Database Syst Rev* 2014 April 22;(4):CD001920 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24756870/>
87. **Wissel J et al.** **Post-stroke spasticity:** predictors of early development and considerations for therapeutic intervention. *PMR*. 2015 Jan;7(1):60-7 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25171879/>
88. **Giorgio Nino Valobra**, “Trattato di Medicina Fisica e Riabilitazione, volume secondo, Terapia”- Riabilitazione e ictus cerebrale- 2000; 88-02-05581-5
89. **Gruppo di lavoro SITL.** “Manuale per Operatori di Sanità Pubblica “Governare l’Assistenza Primaria”. 2016
90. **Giorgio Nino Valobra**, “Trattato di Medicina Fisica e Riabilitazione, volume terzo, Clinica della Riabilitazione”., *La riabilitazione nell’emiplegico adulto.*, 88-02-05581-5, 2000
91. **Giorgio Nino Valobra**, “Trattato di Medicina Fisica e Riabilitazione, volume primo, Metodologia, Diagnostica”., *Valutazioni Funzionale del paziente post-ictale.*, 88-02-05581-5, 2000
92. **BARER D., NOURI F.**, Measurement of activities of daily living. *Clin Rehabil*, 3:179-187, 1990
93. **ANDEWS K., BROCKLEHURST J.C., RICHAEDES B., LAY-COCK P.J.**, The ratte of recovery from stroke and its measurement. *Int Rehabil Med*, 3:155-161, 1981 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7333780/>
94. **ADAMS J., HACHINSKI V.**, The Canadian Neurological Scale: Validation and reliability assessment. *Neurology*, 39:638-643, 198 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2710353/>
95. **Giampaoli S, Palmieri L, Donfrancesco C et al.** Cardiovascular health in Italy. Ten-year surveillance of cardiovascular diseases and risk factors: Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare/Health Examination Survey 1998-2012. *Eur J Prev Cardiol*. 2015, 22(2 Suppl): 9-37
96. <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>
97. **ISTAT. Anni 2003-2013.** L’evoluzione della mortalità per causa: le prime 25 cause di morte. www.istat.it/fi/les2017/05/Report-cause-di-morte-2003-2014.pdf



- Giampaoli S, Palmieri L.** Malattie cardio e cerebrovascolari. Rapporto Osservasalute 2017. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Edizione italiana 2018, pp159-184, www.osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2016/10/ro-2012-arg06_cerebrovascolari.pdf
98. **Tolonen H (ed) EHES Manual. Part B Fieldwork procedures:** National Institute for Health and Welfare, 2013. Directions 2013_002. Available at: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-843-8>
99. **Rosenbaum, P., Paneth, N., Leviton, A., Goldstein, M., Bax, M., Damiano, D., Jacobsson, B. (2007).** A report: the definition and classification of cerebral palsy. April 2006. Dev Med Child Neurol Suppl, 109(suppl 109), 8-14. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17370477/>
100. **Odding, E., Roebroek, M.E., Stam, H.J. (2006).** The epidemiology of cerebral palsy: incidence, impairments and risk factors. Disability and rehabilitation, 28(4), 183-191. <https://www.stateofmind.it/2019/01/paralisi-cerebrale-adulti/>
101. <http://www.lazio.cittadinanzattiva.it/salute-notizie/428-raccomandazione-civica-per-la-gestione-dei-pazienti-colpiti-da-spasticita-post-ictus.html> 49
102. **Tam SL., Gordon T (2003).** Neuromuscular activity impairs axonal sprouting in partially denervated muscles by inhibiting bridge formation of perisynaptic Schwann cell. J. Neurobiol 57: 221-234 [PubMedGoogle Scholar](#)



12. ABSTRACT

Introduction: Physiotherapy deals with the prevention, treatment and rehabilitation of patients that suffer from Hemiplegia. The physiotherapist can assess the patient and *autonomously* prepare a personalized program.

Purpose of study: The main purpose of the given study is to establish rehabilitation treatment protocols for hemiplegia, in order to achieve the integration of the patient in the family and social context.

Material and Method: The study is divided into two stages. The first stage: retrospective descriptive study and the second phase is a prospective study. A total of 4,661 patients with ischemic and hemorrhagic brain stroke were included in this study, resulting in paralysis. The study was conducted during the time period 2009-2019 and the data were extracted from the clinical records of the patients at the Public Health Institute in Tirana in collaboration with the University Hospital Center "Mother Teresa" Tirana. The given data were analyzed and conclusions were drawn through the program Megastat. The value $p < 0.05$ was considered statistically significant. Tables and graphs were used to visualize the data.

Results: From 4661 patients included in the given study, we found that the most affected age group is 60-80 years old while the least affected age group is 18-40 years old. There is a predominance of males 2831 (60.74%) compared to females 1830 (39.26%) in all paralysis (PC). There are 857 cases (18.39%) of patients that suffer from hemiplegia and hemiparesis while patients who suffer from other neurological movement disorders are 3804 cases (81.61%). It turned out that the largest percentage is occupied by hemiparesis which is 35% and then hemiplegia with 15%. Only 17% of patients were improved from the rehabilitation. In the 10 tests of Regression Analysis related to our hypotheses for age groups, cities and years, we found out a statistically significant difference ($p < 0.05$) so they can be useful for future studies.

Deaths caused by ischemia: 38 cases (76%) while from hemorrhage 12 cases (24%).

In the 2 tests of Regression Analysis in terms of our mortality hypotheses we also found out a statistically significant difference ($p < 0.05$).

Conclusions: All data collected concluded that patients with hemiplegia should undergo the treatment of physiotherapy rehabilitation as soon as possible to be self-sufficient for ADLs.

Keywords: Ischemic / Hemorrhagic Cerebral Stroke, Paralysis Caused by Cerebral Injuries, Hemiplegia, Hemiparesis, Physiotherapeutic Management, Hemiplegia Physical Therapy.