



KUJDESI MJEKËSOR PËR TË MOSHUARIT NË KUJDESHIN SHËNDETËSOR PARËSOR

Janar 2022

MANUAL

KUJDESI MJEKËSOR PËR TË MOSHUARIT
NË KUJDESHIN SHËNDETËSOR PARËSOR

Janar 2022

Ky manual është hartuar nga:

Dr. Eralda Hegendörfer Mjeke familje

Dr. Valbona Iljazi Mjeke familje

Dr. Artenca Collaku Mjeke familje

Manuali është konsultuar dhe rishikuar nga një grup profesionistësh i përbërë nga:

Dr. Kledjan Deda Mjek familje, QSH Frakull

Dr. Albiona Lamaj Mjeke familje, QSH Patos,

Dr. Klodiana Keta Mjeke familje, QSH Klos

Eljona Troka Infermiere, QSH Frakull

Mikail Kapaj Infermier QSH Frakull

Ketrin Zeno Përgjegjëse e Sektorit të Kujdesit Parësor, Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale

Dr. Naun Sinani Drejtoria e Ofrimit të Kujdesit Shëndetësor, Operatori i Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor

Dr. Marsida Mulaj Drejtore e Drejtorisë së Kujdesit Shëndetësor Parësor, Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor

Valbona Bara Specialiste, Qendra Kombëtare e Cilësisë Sigurisë dhe Akreditimit të Institucioneve Shëndetësore

Ky manual është miratuar nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale më 18 mars 2022, Nr. Prot.1210/1.

Hartimi dhe publikimi i këtij dokumenti është realizuar me mbështetjen e Projektit "Shëndet për të Gjithë" (HAP) të Agjencisë Zvicerane për Zhvillim dhe Bashkëpunim SDC.

Përmbajtja e këtij dokumenti është përgjegjësi e autorëve dhe nuk përfaqëson domosdoshmërisht opinionin e SDC apo HAP.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Agjencia Zvicerane për Zhvillim
dhe Bashkëpunim SDC



PËRMBAJTJA

Hyrje	4
Vlerësimi geriatric në kujdesin shëndetësor parësor	6
Rolet e mjekëve dhe infermierëve të familjes në kujdesin shëndetësor për të moshuarit	42
Tregues cilësie për kujdesin shëndetësor të pacientëve të moshuar në KSHP	44
Situata geriatricke në KSHP	47
Osteoporoza tek të moshuarit	48
Rrëzimet tek të moshuarit	69
Dementia	85
Depresioni tek të moshuarit	101
Inkontinenca urinare tek të moshuarit	115
Probleme të ushqyerjes dhe peshës tek të moshuarit	131
Përshkrimi racional i barnave tek pacientët e moshuar	143
Shtojca 1- Mjete vlerësimi të pacientëve të moshuar	159
Pyetësi i Katz për aktivitetet e jetës së përditshme (ADL)	160
Pyetësi i Lawson për aktivitete instrumentale të jetës së përditshme (IADL)	161
Mini-Cog-Test vlerësimi konjitiv	162
Kontrolli i mprehtësisë së pamjes	163
Inventari i handikapit të dëgjimit për të moshuarit	167
Pyetësi i depresionit geriatric	168
Pyetësor për shëndetin e pacientit	169
Probabiliteti 10-vjeçar për fraktura osteoporotike	170
Bateri testesh të performancës fizike	174
Ditari i urinimit	175
Lista e barnave të mia	176
Shtojca 2- Materiale edukuese për pacientë dhe familjarë	177
Osteoporoza	179
Rreziku për rrëzime	180
Dementia	182
Depresioni	184
Inkontinenca urinare tek të moshuarit	185
Si të shtosh në peshë	188
Ushqyerja e shëndetshme	190
Polifarmacia	195

HYRJE

Ky manual është përgatitur si një mjet ndihmës e reference në punën e përditshme të mjekëve të familjes (MF) dhe infermiereve të familjes (IF) për përkujdesjen shëndetësore të ofruar prej tyre për pacientët e moshuar në kujdesin shëndetësor parësor (KSHP).

Veçoria e këtij manuali është hartimi i tij nga mjekë familje për mjekë familje. Autoret e manualit janë bazuar për hartimin e tij në rishikimin e dokumenteve ekzistuese dhe në një sërë burimesh ndërkombëtare të rëndësishme për geriatrinë e veçanërisht në kujdesin shëndetësor parësor. Ato kanë konsultuar të dhënat më të fundit në këto burime duke u përpjekur t'i sjellin ato në një format të përshtatshëm për punën e MF dhe IF në Shqipëri. Lista e burimeve të konsultuara gjendet në bibliografinë e çdo teme. Këtë proces përshtatjeje autoret e kanë realizuar bazuar në eksperiencën e tyre të punës si mjekë familje dhe në konsultimin e vazhdueshëm me një grup mjekësh e infermieresh familje në KSHP gjatë hartimit të draftit të parë të Manualit.

Më pas drafti i parë i Manualit është konsultuar dhe rishikuar nga një Grup i gjerë me MF dhe IF dhe përfaqësues të Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, Operatorit të Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor Parësor, Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, Qendrës Kombëtare të Cilësisë, Sigurisë dhe Akreditimit të Institucioneve Shëndetësore. Komentet dhe sugjerimet e këtij grupi janë pasqyruar në versionin përfundimtar të Manualit.

Manuali përshkruan edhe rolet e MF, IF dhe fizioterapistëve në kujdesin për pacientët e moshur në KSHP në zbatim të procedurave, instrumenteve klinike, protokolleve përkatëse të mjekimit e ndjekjes dhe parandalimit e promovimit shëndetësor tek të moshuarit në KSHP. Manuali përfshin gjithashtu treguesit e cilësisë për kujdesin geriatrik në kujdesin shëndetësor parësor. Këta tregues shërbejnë si mjete ndihmëse për tu përdorur gjatë procesit të monitorimit të brendshëm dhe të jashtëm të praktikës së KSHP-së bazuar në protokolle mjekimi dhe për të matur cilësinë e kujdesit shëndetësor në KSHP për pacientët e moshuar si dhe për të identifikuar fushat ku ka nevojë për përmirësime apo nevoja për trajnime të mëtejshme.

Ndonëse autoret e manualit janë përpjekur të japin sugjerimet e bazuara në evidencat e praktikat më të mira ndërkombëtare në kujdesin shëndetësor parësor, shumë përjasje diagnostike e menaxhimi të paraqitura në këtë manual mbeten sugjerime që duhen provuar sa të përshtatshme janë për zbatim në kushtet e çdo qendre shëndetësore dhe në punën individuale të çdo mjeku apo infermiere familje në kuadrin rregullator të kujdesit shëndetësor parësor në Shqipëri.

Manuali synon të jetë edhe një mjet trajnimi për Grupet e Kolegëve (GK) me MF dhe IF për të përmirësuar aftësitë e tyre në përkujdesjen për pacientët e moshuar në kujdesin parësor. Një mjet i dobishëm në këtë drejtim janë diskutimet për raste klinike/pacientë të përfshira në fund të çdo kapitulli. Këto mund të shërbejnë jo vetëm për reflektim personal/individual, por edhe për diskutime gjatë takimeve të GK ku pjesëmarrësit nxiten të sjellin për diskutim edhe raste të pacientëve nga puna e tyre e përditshme. Gjithashtu treguesit e cilësisë të kujdesit geriatric në kujdesin shëndetësor parësor janë mjete ndihmëse që vetë MF dhe IF në nivel Qendre Shëndetësore të masin cilësinë e kujdesit shëndetësor të ofruar prej tyre për pacientët e moshuar dhe të identifikojnë fusha ku ka nevojë për përmirësime apo nevoja për trajnime të mëtejshme.

Pyetësorët për vlerësime geriatrike të përfshira në këtë manual e të grupuara në Shtojcën 1 janë përkthyer e përshtatur në shqip nga ekipi i punës i këtij manuali, por nuk janë të validuara e testuara në gjuhën shqipe me pacientë shqipfolës. Prandaj ky kufizim duhet pasur parasysh gjatë përdorimit të tyre në punën e përditshme klinike të MF dhe IF. Gjithashtu terminologjia shqip në pyetësorë mund të ketë nevojë për përshtatje me termat e përdorur në nivel lokal e individual nga pacientët e moshuar dhe MF, IF.

Autorët e Manualit shpresojnë që ky Manual do të jetë një mjet ndihmës për të mbështetur punën e rolin e rëndësishëm e të pazëvendësueshëm të MF, IF në qendra shëndetësore për të ofruar një kujdes shëndetësor sa më cilësor për të moshuarit anëmbanë Shqipërisë.

PJESA I



VLERËSIMI GERIATRIK NË KUJDESIN SHËNDETËSOR PARËSOR



Eralda HEGENDÖRFER

PARIME TË VIZITAVE ME PACIENTË TË MOSHUAR NË KUJDESHIN SHËNDETËSOR PARËSOR

Të moshuarit përbëjnë një numër të madh të pacientëve në kujdesin shëndetësor parësor (KShP) e ky numër është në rritje. Vizitat me pacientë të moshuar në KShP janë të karakterizuara nga disa parime specifike për këtë grupmoshë që duhen pasur parasysh nga mjekët e infermierët e familjes.

1. Për pacientët e moshuar parësore është ruajtja e autonomisë dhe aftësisë funksionale dhe jo kurimi i sëmundjeve

Sipas Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSh) një moshim i shëndetshëm nuk përkufizohet nga mungesa e sëmundjeve, por nga të pasurit e aftësisë funksionale që siguron një mirëqenie e cilësi jete. Aftësi funksionale konsiderohet tërësia e karakteristikave shëndetësore që mundësojnë një individ të jetë e të bëjë atë që ai/ajo e vlerëson si të rëndësishme. Aftësia funksionale përbëhet nga kapacitetet individuale fizike e mendore, mjedisi ku jeton personi (të gjithë faktorët e jashtëm që përbëjnë kontekstin e jetës të së moshuarës përfshirë faktorët socialë) dhe ndërveprimi midis tyre (Figura 1).

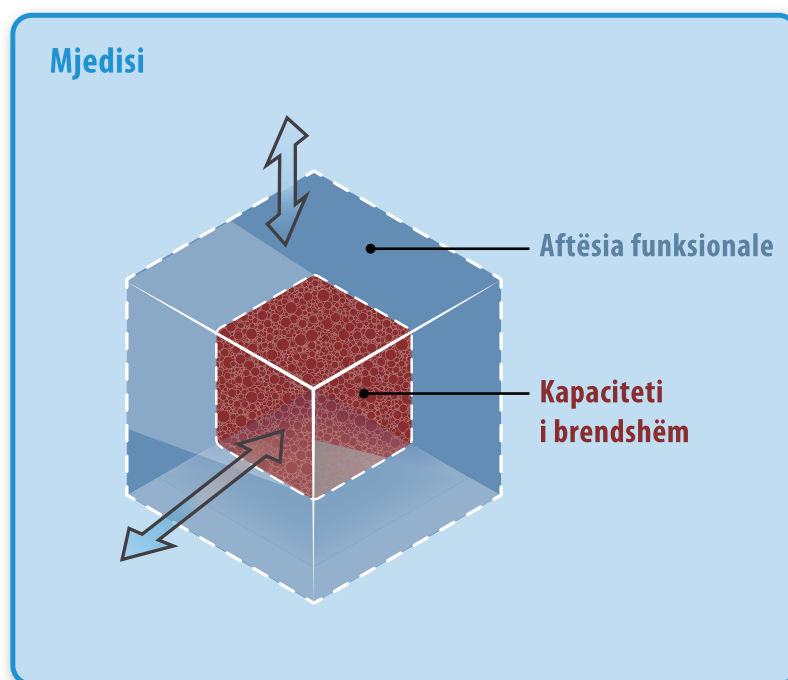


Figura 1: Ndërveprimi i kapacitetit individual, aftësisë funksionale dhe mjedisit

Burimi: World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization (WHO); 2015 faqe 28. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>, parë online më 20.12.2021).

Kështu sipas OBSH qëllimi kryesor në kujdesin shëndetësor për të moshuarit nuk është diagnostikimi e kurimi i sëmundjeve (ndonëse sëmundjet kronike tek të moshuarit duhen diagnostikuar e trajtuar sipas udhëzimeve më të mira e të përditësuara në dispozicion), por optimizimi i kapaciteteve individuale dhe aftësisë funksionale të çdo të moshuari.

Ulja e rezervës funksionale (kapaciteteve funksionale individuale) është e zakonshme te të moshuarit dhe është shumë e rëndësishme të identifikohet e menaxhohet. Për pacientët në moshë më të re ka rëndësi ulja e vdekshmërisë së hershme dhe ky është qëllimi parësor i çdo trajtimi mjekësor. Por për të moshuarit, veçanërisht ata 75 vjeç e lart, ruajtja e një funksionimi autonom është më tepër e rëndësishme sesa ulja e vdekshmërisë. Disa studime kanë treguar se të moshuarit i frikësohen më pak vdekjes e më shumë humbjes të autonomisë, varësisë nga të tjerët për nevojat e përditshme, kthimit në barrë për familjarët ose nevojës për të jetuar në një institucion për të moshuar. Në këtë këndvështrim, çdo ndërhyrje ose çdo vendim për të mos ndërhyrë nga ana mjekësore tek të moshuarit duhet vlerësuar në bazë të përfitimit potencial që do të ketë në ruajtjen e autonomisë funksionale dhe rrezikut potencial për ta humbur atë.

Mbi të gjitha, tek të moshuarit ka rëndësi identifikimi i problemeve me funksionimin e përditshëm, i defiqiteve funksionale që çojnë në ulje të cilësisë të jetës, vlerësimi se çfarë mund të bëhet në këtë drejtim me trajtime mjekësore, por edhe me rehabilitim/fizioterapi dhe mbështetje psikologjike e sociale. *Edhe kur kapacitetet individuale kanë rënë, e moshuara mundet që të arrijë të bëjë akoma ato çfarë kanë vlerë e janë të rëndësishme për të nëse ka një mjedis mbështetës rreth saj.*

Identifikimi i defiqiteve të aftësive funksionale është shumë i rëndësishëm pasi është edhe tregues për probleme shëndetësore që duhen menaxhuar më mirë si dhe ka një vlerë prognostike për trajektoren funksionale të mëtejshme të të moshuarit. Identifikimi i një rënie funksionale dhe i shkaqeve të saj është edhe hapi i parë për të zbatuar masa/ndërhyrje që parandalojnë humbjen e mëtejshme të aftësisë funksionale, rehabilitojnë funksionin ose merren me nevojat për mbështetje e ndihmë nga të tjerët.

Tek të moshuarit qëllimi parësor nuk është “diagnostiko e kuro”, por identifikoj sa më herët kufizime funksionale dhe maksimizoj sa të jetë e mundur rezervën funksionale.

2. Pacientët e moshuar karakterizohen nga kompleksiteti dhe shumëllojshmëria

Çdo pacient si një qenie njerëzore është kompleks dhe unik, por kjo e vërtetë është akoma më e perceptueshme tek pacientët e moshuar. Përveç ndryshimeve fiziologjike që janë pasojë e natyrshme e moshimit, pacientët e moshuar shpesh kanë multimorbiditet (të paktën 3 sëmundje kronike) ose gjendje klinike multifaktoriale të ashtuquajtura sindroma geriatrike. Me kalimin e moshës sistemet e ndryshme të trupit pësojnë një ulje të rezervave të tyre funksionale. Disa prej këtyre uljeve të rezervave janë më të dukshme e disa më pak të dukshme. Akumulimi i defiqiteve në sisteme të ndryshme është përgjegjës për sindromat geriatrike që janë probleme multifaktoriale të zakonshme tek të moshuarit si psh rrëzimet, konfuzioni/delirium, inkontinenca urinare, etj.

Pacientët e moshuar kanë mesatarisht 4-6 diagnoza të ndryshme secila me terapi specifike që çon në një përdorim të disa medikamenteve njëkohësisht. Një diagnozë mund të ndikojë te tjetra, e përkeqësimi i njërës mund të sjellë një shtim të riskut për pasoja negative ose medikamentet e marra për një sëmundje mund të përkeqësojnë një sëmundje tjetër bashkëshoqëruese. Kjo e bën kujdesin shëndetësor për të moshuarin kompleks dhe prandaj tek të moshuarit më tepër se për çdo grup-moshë tjetër nevojitet një përqasje tërësore dhe jo e fragmentuar ndaj problemeve të ndryshme shëndetësore.

Me kalimin e moshës, si pasojë e proceseve fiziologjike normale të moshimit, por edhe e pranisë të sëmundjeve të akumuluar gjatë jetës, kapacitetet individuale fizike e mendore dhe aftësia funksionale e një personi janë në rënie. Në fillim dallohet një fazë me stabilitet e shkallë të lartë kapacitetesh që më pas ndiqet nga një fazë me rënie graduale të kapaciteteve deri në një fazë të humbjes së konsiderueshme të kapaciteteve që e bën personin të varur nga kujdesi i të tjerëve (Figura 2).

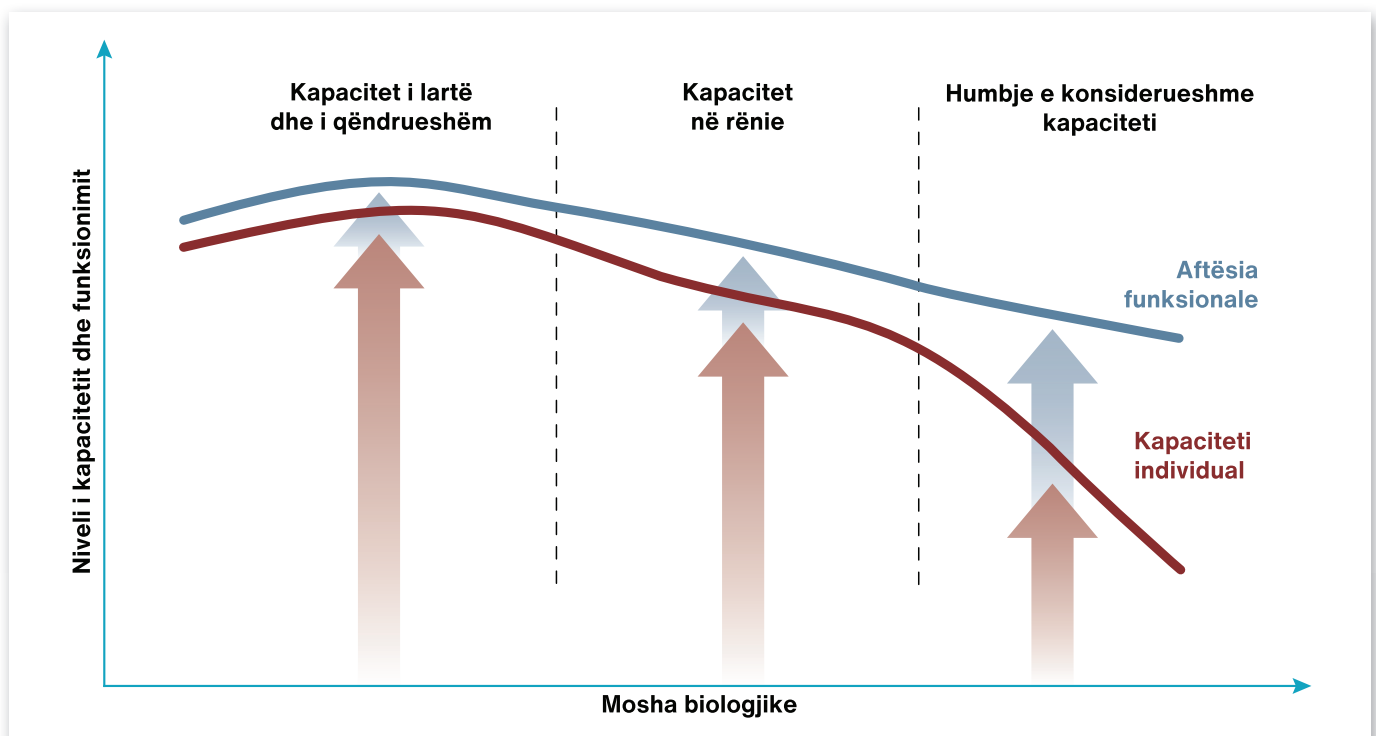
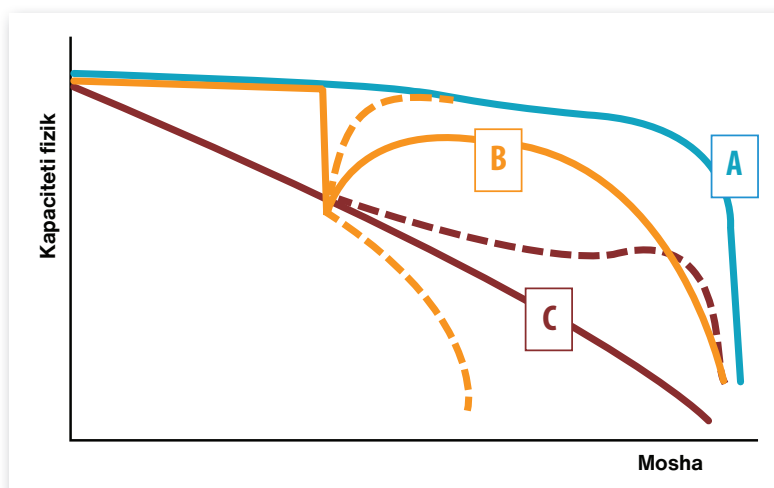


Figura 2: Kurbat e kapacitetit individual dhe aftësisë funksionale gjatë jetës

Burimi: World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization (WHO); 2015 faqe 32-33. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>, parë online më 20.12.2021).

Kurbat e ecurisë të kapaciteteve individuale e të aftësisë funksionale janë të shumëllojshme dhe kjo shumëllojshmëri bëhet edhe më e gjerë te të moshuarit. Të moshuar me të njëjtën moshë biologjike dhe me të njëjtën sëmundshmëri kronike mund të kenë nivele të ndryshme kapacitetesh fizike e mendore dhe aftësish funksionale të përditshme (Figura 3).



- A. Trajektore optimale, kapaciteti individual mbetet i lartë deri në fund të jetës.
 - B. Trajektore e ndërprerë, një ngjarje shkakton rënie në kapacitet me një farë rimëkëmbje.
 - C. Trajektore në rënie, kapaciteti bie gradualisht deri në vdekje.
- Vijat e ndërprera paraqesin trajektoren alternative.

Figura 3: Shembuj trajektoresh të kapacitetit fizik

Burimi: World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization (WHO); 2015 faqe 31. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>, parë online më 28.12.2021).

I moshuari A mund të konsiderohet me trajektoren optimale pasi kapacitetet individuale mbeten të larta deri në fund të jetës. I moshuari B ka një trajektore të ngjashme deri në një moment kur një ngjarje (psh një rrëzim) çon në ulje të kapaciteteve, pasuar nga një farë rimëkëmbje e përkohshme dhe pastaj një rënie graduale. Ndërkohë, i moshuari C ka një rënie të qëndrueshme në kapacitet fizik. Të tre të moshuarit ndërrojnë jetë në të njëjtën moshë, por me trajektore të ndryshme kapacitetesh individuale funksionale. Për të moshuarin B mundësia për të përdorur shërbime rehabilitative pas një rrëzimi mund të çonte në një trajektore kapacitetesh individuale më pozitive, ndërkohë që mungesa e këtyre shërbimeve ose edhe izolimi social mund të çonte në një trajektore më negative. Për të moshuarin C, përdorimi i një medikamenti ose ndryshimi i një sjellje që ka pasoja mbi shëndetin mund të çonte në një trajektore më pozitive.

‘Një masë për të gjithë’ në përgjithësi nuk vlen në mjekësi pasi çdo pacient pavarësisht shumë aspekteve të ngjashme me të tjerët është i krijuar në mënyrë unike. Por tek të moshuarit ku kompleksiteti dhe shumëllojshmëria e kombinimeve dhe shkallëve të prekjes së kapaciteteve individuale është shumë e gjerë, ky parim është edhe më i perceptueshëm.

Shkalla e shumëllojshmërisë të situatave shëndetësore tek të moshuar me të njëjtën moshë biologjike e nivel sëmundshmërie është shumë e gjerë.

Përjasja ‘Një masë për të gjithë’ nuk vlen. Çdo pacient i moshuar është unik.

3. Pacientët e moshuar kanë një nivel të lartë tolerimi simptomash dhe disa sëmundje mund të shfaqen në mënyrë atipike (ajsbergët geriatrikë)

Të moshuarit kanë tendencë që të mos ankohen gjatë vizitave mjekësore për disa simptoma apo defiqite funksionale. Kjo mund të jetë për arsye se ata mund t’i konsiderojnë këto simptoma si një pasojë normale e moshimit si psh në rast të një dobësie muskulare ose dhimbje kyçesh.

Ose ata mund të kenë turp të flasin për disa probleme si psh inkontinenca apo depresioni. Ose në disa raste ata as nuk janë të vetëdijshëm që kanë një problem si psh në rast të një demence ose nuk duan të konsiderohen si pacientë që gjithnjë ankohen për diçka. Këto janë të ashtuquajturit ajsbergët geriatrikë. Prandaj është shumë e rëndësishme që gjatë vizitave mjekësore me të moshuar të bëhet një kërkim aktiv në lidhje me disa simptoma që janë zakonisht të nënvlerësuara ose të paraportuara nga vetë pacientët. Për të moshuarit mbi 75 vjeç ka shumë rëndësi një depistim i thjeshtë për simptoma defiqiti konjitiv, depresioni, inkontinence e kufizim lëvizshmërie/risk rrëzimesh gati në çdo vizitë mjekësore.

Gjithashtu simptomatika e sëmundjeve të ndryshme tek të moshuarit mund të jetë atipike pasi të moshuarit shpesh kanë simptoma të përgjithshme jo specifike si psh lodhje, marrje mendsh apo rënie niveli funksionimi autonom që janë simptoma të përgjithshme, por shpesh të vetmet sinjale për probleme shëndetësore serioze. Tregues të zakonshëm sëmundshmërie në pacientë të rinj në moshë si temperatura e lartë, takikardia apo leukocitoza e dhimbja e krahërorit mund të mungojnë tek të moshuarit për shkak të marrjes së medikamenteve apo për shkak të ndryshimeve fiziologjike të moshimit. Shpesh sëmundjet e reja ose përkeqësimi i sëmundjeve të mëparshme nuk shfaqet me simptomat tipike, por thjesht si një rënie e re aftësish funksionale, delirium/konfuzion mendor apo me sindroma të tjera geriatrike. Kështu që një ndryshim i statusit funksional të një pacienti të moshuar duhet të konsiderohet si një shenjë potenciale për një gjendje shëndetësore serioze si psh një infeksion apo një përkeqësim i një sëmundje ekzistuese si psh i një insufiçence kardiake.

Një ndryshim i statusit funksional të një pacienteje të moshuar duhet të konsiderohet si një shenjë potenciale për një gjendje shëndetësore serioze.

4. Pacientët e moshuar janë në risk të lartë për jatrogjenezë dhe polifarmaci

Jatrogjeneza ka të bëjë me sëmundshmëri të shkaktuar nga ndërhyrjet/trajtimet mjekësore. Për shkak të uljes së rezervave funksionale në sistemet e ndryshme trupore, të moshuarit kanë një risk më të lartë për ndërlikime nga trajtimet e ndërhyrjet mjekësore e kirurgjikale. Po ashtu për shkak të multimorbiditetit e polifarmacisë (përdorimi i 5 a më tepër medikamenteve) të moshuarit kanë një rrezik akoma më të lartë për jatrogjenezë. Efektet negative nga medikamentet janë aq të shpeshta tek të moshuarit saqë këshillohet që "çdo simptomë tek një i moshuar duhet të konsiderohet si një efekt anësor i një medikamenti deri sa të provohet e kundërta". Shumica e të moshuarve mbi 65 vjeç marrin 5 a më tepër medikamente dhe mbi 1/3 e tyre kanë një efekt anësor nga medikamentet. Prandaj është e rëndësishme që në çdo vizitë të bëhet një përmbledhje e listës së medikamenteve që po merren aktualisht dhe të konsiderohet ndërprerja e medikamenteve jo të domosdoshme si një masë parandaluese me shumë vlerë.

Çdo simptomë tek një i moshuar duhet të konsiderohet si një efekt anësor i një medikamenti deri sa të provohet e kundërta.

Për dozën e medikamenteve tek të moshuarit vlen rregulli "pak e ngadalë". Këshilla është që të fillohet me dozë të vogël e të bëhet rritje pak nga pak sipas nevojës duke pasur parasysh tendencën e të moshuarve për efekte anësore nga medikamentet.

Gjithashtu efektet anësore nga ndërhyrjet kirurgjikale janë më të shpeshta tek të moshuarit kështu që para çdo ndërhyrje kirurgjikale nuk duhet pasur parasysh mosha biologjike, por sa rezervë funksionale ka pacientja, sa e brishtë është dhe sa e aftë është që të përballojë ndërhyrjen kirurgjikale dhe më pas rehabilitimin. Përfitimet nga një ndërhyrje kirurgjikale duhen barazpeshuar me efektet e mundshme negative dhe me aftësinë/rezervat ripërtëritëse të pacientit të moshuar. Shpesh mosndërhyrja me një terapi mjekësore ose kirurgjikale është vendimi më i mirë. Por kjo duhet diskutuar e vendosur së bashku me pacientin/en dhe familjarët e tyre.

5. Kujdesi shëndetësor për të moshuarit duhet të jetë tërësor, i integruar dhe me pacientin në qendër

Një kujdes shëndetësor tërësor (që konsideron aspektet fizike, psikologjike, sociale e ekzistenciale të shëndetit) dhe i integruar (duke përfshirë profesionistë të ndryshëm shëndetësorë që merren me aspekte të ndryshme të shëndetit) është i rëndësishëm dhe duhet të jetë qëllimi për çdo pacient në kujdesin shëndetësor parësor. Megjithatë për të moshuarit këto parime të kujdesit shëndetësor janë akoma më të vlefshme pasi për ta gjithnjë do të jetë e nevojshme ndërthurja e nevojave të lidhura me ndryshime fizike, psikologjike, sociale e ekzistenciale dhe bashkëpunimi i mjekut të familjes me specialistë të tjerë e ofrues të tjerë të kujdesit shëndetësor.

Mbajtja në qendër të vëmendjes e pacientit dhe identifikimi i ideve, shqetësimeve e pritshmërive të tij/saj (skema ISHP: **I**de, **S**hqetësime, **P**ritshmëri) është gjithnjë i rëndësishëm pasi sëmundja ndodh në kontekstin e një jete njerëzore komplekse e jo të fragmentuar vetëm në proçese fiziologjike të një apo disa sisteme organesh. Kjo vlen për çdo pacient, por mbi të gjitha për pacientin e moshuar. Skema ISHP mund të jetë një mjet i mirë për të ofruar vizita të qendëruara tek pacienti dhe jo vetëm tek diagnoza e trajtimi (Tabela 1).

Tabela 1: Skema ISHP për vizita të qendëruara tek pacienti

KATEGORITË ISHP	PYETJE PËR PACIENTIN
Ide (çfarë mendon pacientja se është problemi shëndetësor që ka dhe çfarë mendon se duhet bërë)	Çfarë mendoni se është ky problem shëndetësor që keni? Çfarë mendoni se duhet bërë?
Shqetësime (çfarë e shqetëson ose e frikëson pacienten në lidhje me problemin shëndetësor që ka)	- Çfarë ndjeni në lidhje me këtë problem? Çfarë ju frikëson/shqetëson? Ka diçka që ju jep shpresë? - Si ndikon sëmundja/problemi shëndetësor në jetën tuaj të përditshme? A bëni dot gjërat e përditshme si më parë? A ka diçka që nuk e bëni dot si më parë?
Pritshmëri (çfarë pret ose shpreson pacientja nga mjeku, vetja, familjarët, e të tjerët)	Çfarë prisni nga vetja, çfarë prisni të bëjnë mjeku/infermieri dhe çfarë prisni nga familjarët në lidhje me këtë problem/situatë shëndetësore?

6. Parandalimi i sëmundjeve dhe promovimi i shëndetit tek të moshuarit ka vlerë

Parandalimi i sëmundjeve dhe promovimi i shëndetit kanë qëllim 1) të ulin vitet e humbura nga një vdekje e parakohshme dhe 2) të sigurojnë një cilësi më të mirë jete për vitet e mbetura. Qëllimi i dytë i përmirësimit të cilësisë së jetës të mbetur është i vlefshëm për pacientët e moshuar.

Çështje të promovimit të shëndetit tek të moshuarit janë:

1. marrja e vaksinave të nevojshme (vaksinimi kundër gripit, tetanozit, pneumokokut, COVID-19, etj)
2. modifikimi i stilit të jetesës për të ulur faktorët e riskut për pasoja negative si psh, ndërprerja e duhanpirjes, kryerja e aktivitetit fizik të rregullt e ushqyerja e shëndetshme
3. marrja e medikamenteve për parandalim të problemeve kardiovaskulare si psh aspirina, statinat, betablokantët ose për parandalim të problemeve muskulo-skeletike si psh, kalcium, vitamina D, bifosfonatet
4. depistimi për identifikim të hershëm të sëmundjeve sidomos ato malinje (kancer gjiri, kancer prostate e kancer kolorektal).

Shpesh është e vështirë të motivohen pacientët e moshuar për të ndërmarrë këto aktivitete të promovimit të shëndetit, pasi ata mendojnë se nuk kanë rëndësi se tashmë janë të moshuar e nuk ndryshojnë më gjë. Për fat të keq, ky paragjykim negativ ndaj moshimit ekziston si mes pacientëve të moshuar ashtu edhe mes personelit mjekësor që kujdeset për ta. Por shumë ndërhyrje apo masa promovimi shëndetësor janë të vlefshme edhe për të moshuarit dhe ndikojnë në mënyrë thelbësore në sigurimin e një jetese më cilësore për vitet e mbetura të jetës së tyre. Psh, aktiviteti i rregullt fizik ka një rëndësi madhore tek të moshuarit jo vetëm për efektin pozitiv në parandalimin e sëmundjeve kardiovaskulare, por edhe në përmirësimin e lëvizshmërisë dhe uljen e rrezikut për rrëzime si dhe në përmirësimin e gjendjes mendore e emocionale.

7. Komunikimi me pacientët e moshuar mund të jetë i vështirë

Vështirësitë e komunikimit me pacientë të moshuar mund të kenë arësye të ndryshme si psh, pacienti i moshuar ka probleme me konjicionin/kujtesën, ose me dëgjimin apo shikimin. Po ashtu triada mjek-pacient-familjar që është e shpeshtë në vizita në kujdesin parësor për të moshuar mund të jetë një sfidë komunikimi.

Për një kujdes cilësor për të moshuarit në kujdes shëndetësor parësor është thelbësore një marrëdhënie mirëbesimi dhe një komunikim i hapur mes mjekes dhe pacientit të moshuar dhe/ose familjarëve. Pacientja e moshuar duhet të ndihet e mirëpritur e të ketë vëmendjen e plotë të mjekut/infermieres. Nëse mjeku/infermieri vëren që pacientja ka probleme me dëgjimin atëherë është e rëndësishme që të evitohen sa të jetë e mundur zhurmat përreth si dhe mjeku/infermieri të ulen e të flasin me pacienten ballë-përballë në mënyrë që ajo të ketë mundësi të lexojë lëvizjen e buzëve. Po ashtu për pacientin me probleme shikimi është e rëndësishme që udhëzimet e printuara/shkruara të jenë në madhësi të tillë shkronjash që të mund të lexohen prej tij. Çrregullimi konjitiv është një sfidë për komunikimin me pacientë të moshuar pasi këta pacientë mund ta kenë të vështirë të artikulojnë simptomat e tyre dhe atë çfarë i shqetëson. Një familjar apo kujdestar i pranishëm gjatë vizitës është ndihmës në këtë rast për të kuptuar situatën, por ndërkohë është shumë e rëndësishme që i moshuari të mos ndihet i lënë mënjandë dhe të përfshihet në vlerësimin dhe bërjen e një plani trajtimi

aq sa të jetë e mundur edhe në raste kur ka çrregullime konjitive. Për të gjithë pacientët e moshuar është ndihmëse t'iu jepen me vete disa shënime pas vizitës, po kjo është edhe më e rëndësishme për pacientë me çrregullime konjitive/kujtese. Kjo e rrit mundësinë e ndjekjes më të mirë të një plani menaxhimi nga ana e pacientit dhe ndihmon edhe në informimin e familjarëve në shtëpi që mund të ofrojnë mbështetje për të moshuarën.

KËSHILLA PËR KOMUNIKIMIN ME PACIENTË TË MOSHUAR

- Ngadalësoni të folurën, por mos ngrini zërin lart
- Mbani kontakt me sytë dhe fytyrën e pacientit të moshuar që nëse nuk dëgjon mirë të mund të lexojë lëvizjen e buzëve.
- Jepini udhëzimet apo informacionin pjesë-pjesë jo të gjithë njëherësh.
- Jini specifik dhe përsërisni vazhdimisht udhëzimet/këshillat/informacionin
- Jepni shënime nëse është e nevojshme.
- Kontrolloni nëse e keni kuptuar mirë atë çfarë ju ka thënë pacienti dhe nëse ai ju ka kuptuar juve.
- Përdorni buzëqeshje e humor kur është e përshtatshme.
- Jini të duruar.
- Mos e ndërprisni pacientin e moshuar kur flet.
- Kushtojini vëmendjen tuaj të plotë gjatë vizitës.

Kujdesi për pacientët e moshuar në kujdes parësor është një sfidë që kërkon më tepër sesa njohuri e eksperiencë klinike. Mbi të gjitha nevojiten aftësi të mira komunikimi, të kuptuarit e situatës së veçantë, komplekse e delikate në të cilën ndodhen shumë të moshuar dhe vlerësimi me respekt, dinjitet e dhembshuri i tyre si njerëz me vlerë dhe që meritojnë tërë vëmendjen mjekësore të nevojshme pavarësisht jetëgjatësisë të tyre të kufizuar apo kufizimit funksional që mund të kenë. Para një pacienti të moshuar mendoni gjithnjë: "Çfarë do të doja unë të bënte mjeku/infermierja nëse unë do të isha ky pacient i moshuar?" ose "Çfarë do të doja unë të bënte mjekja/infermieri nëse kjo paciente e moshuar do të ishte nëna ime ose ky pacient i moshuar do të ishte babai im?"

VLERËSIMI GERIATRIK GJITHËPËRFSHIRËS NË KSHP: HAPAT E FUSHAT

Vlerësimi geriatrik gjithëpërfshirës është një mbledhje sistematike të dhënash për të pasur një pamje të qartë e shumëdimensionale të situatës unike shëndetësore të çdo pacienti të moshuar dhe për të bërë një plan masash përkujdesjeje specifike për shëndetin e atij pacienti. Qëllimi i këtij vlerësimi nuk është thjesht hartimi i një liste me probleme shëndetësore të pacientit të moshuar, por dhe vlerësimi i kapaciteteve e preferencave të tij/saj që ndihmojnë më pas në përzgjedhjen e dhënien përparësi të masave terapeutike më të përshtatshme për atë pacient në veçanti (hartimi i një plani të individualizuar përkujdesjeje geriatrike). Një vlerësim geriatrik gjithëpërfshirës në kujdes parësor është parë se arrin të identifikojë situata geriatrike të padiagnostikuara më parë dhe të paartikuluara nga pacienti i moshuar si dhe të përmirësojë dukshëm menaxhimin e tyre.

Për cilët pacientë të moshuar duhet kryer një vlerësim geriatrik gjithëpërfshirës?

Përgjigja ideale mund të ishte «për çdo të moshuar 65 vjeç e lart», por realisht kjo mund të mos jetë e mundur dhe efektive kudo. Të moshuarit që përfitojnë më tepër nga kryerja e një vlerësimi geriatrik gjithëpërfshirës janë të moshuarit me 2 ose më tepër sëmundje kronike dhe pa humbje aftësie funksionale për të cilët qëllimi i këtij vlerësimi është ndërhyrja për të ngadalësuar ose edhe prapësuar rënien e kapaciteteve individuale që ndodh me kalimin e moshës. Po ashtu vlerësimi geriatrik gjithëpërfshirës është veçanërisht i rëndësishëm para ndërhyrjeve kirurgjikale ose shtrimeve në spital apo para transferimit në institucione për të moshuar, për të identifikuar ata të moshuar që kanë rrezik më të lartë për ndërlikime e pasoja negative e që do të kenë më tepër nevojë për mbështetje gjatë rekuperimit.

Cilat janë hapat e vlerësimit geriatrik gjithëpërfshirës?

Figura 4 paraqet pesë hapat kryesore të një vlerësimi geriatrik gjithëpërfshirës. Së pari, duhet bërë një vlerësim i gjendjes aktuale shëndetësore nëpërmjet vlerësimit depistues (Hapi 1) dhe vlerësimit me të thelluar (Hapi 2) që përfshin (a) vlerësimin për defiçit/rënie funksionale për ato fusha me teste depistimi pozitive, (b) vlerësimin e menaxhimit aktual të sëmundjeve shoqëruese si dhe (c) vlerësimin e nevojës për ndihmë e mbështetje për të moshuarin. Më pas informohet pacienti dhe/ose familjarët e tij/saj në lidhje me gjetjet e vlerësimit, diskutohen e dakortësohen cilat janë përparësitë e qëllimet që do të arrijë pacienti nëpërmjet planit të përkujdesjes geriatrike dhe hartohet e zbatohet një plan i individualizuar përkujdesjeje që përfshin edhe mbështetjen për vetë-menaxhim të pacientit dhe mbështetjen për familjarët e tij/saj (Hapi 3). Hapi 4 është monitorimi i zbatimit të planit të individualizuar të përkujdesjes, ndjekja e ecurisë dhe sipas nevojës referimi në nivele të tjera kujdesi shëndetësor e social. Hapi përfundimtar është rivlerësimi dhe përditësimi i planit të individualizuar të përkujdesjes geriatrike.

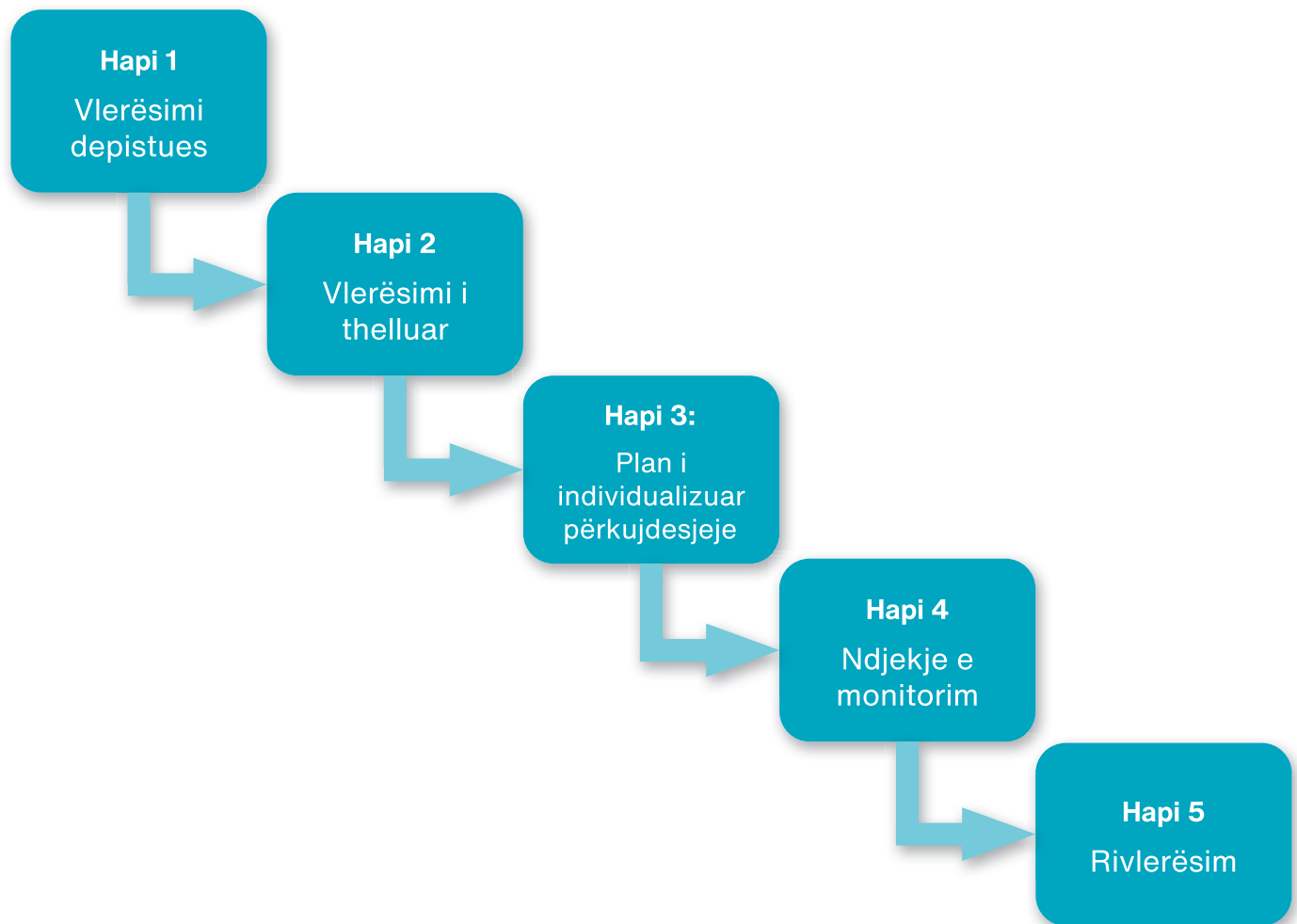


Figura 4: Pesë hapat kryesore të vlerësimit geriatrik gjithëpërfshirës në kujdesin shëndetësor parësor

Cilat janë fushat e vlerësimit geriatrik gjithëpërfshirës në KShP?

Fushat që zakonisht përzgjidhen për t'u përfshirë në një vlerësim geriatrik janë faktorët e riskut për sindroma/situata klinike të shpeshta të të moshuarve që përmbushin kriteret e mëposhtme të depistimit:

- identifikohen probleme që shpesh anashkalohen
- ka mjete depistimi sensitive e specifike
- procedurat diagnostike kanë një raport të pranueshëm dëm: përfitim
- mund të zbatohen masa efektive për të përmirësuar problemet e identifikuara.

OBSH në udhëzuesin e saj për kujdesin e integruar për pacientë të moshuar në kujdes parësor rekomandon vlerësimin e indikatorëve të rënies së kapaciteteve fizike e mendore (kufizim lëvizshmërie, kequshqyerje, ulje shikimi, ulje dëgjimi, rënie konjitive dhe depresion) si dhe vlerësimin për dy sindroma geriatrike të zakonshme dhe me pasoja negative (inkontinenca urinare dhe rrëzimet).

Më poshtë paraqiten në mënyrë të përmbledhur fushat që mund të përfshihen në një vlerësim geriatrik gjithëpërfshirës në KShP.

1. Autonomia funksionale

Vlerësimi i autonomisë (aftësia për të kryer vetë aktivitetet e zakonshme të jetës të përditshme) është shumë i rëndësishëm pasi një ulje e nivelit të autonomisë mund të jetë e vetmja shenjë e hershme e një përkeqësimi/ndërlikimi të një problemi shëndetësor që duhet vlerësuar e menaxhuar. Gjithashtu, një ulje e nivelit të autonomisë është një tregues prognoze dhe ecurie të mëtejshme të trajektore funksionale të pacientit. Kërkimi i një rënie të autonomisë dhe më pas identifikimi i shkaktit të kësaj rënieje janë hapi i parë në planifikimin e një plani masash që mund të parandalojnë rënien e mëtejshme, të rehabilitojnë rënien e deritanishme ose të ofrojnë një mbështetje të nevojshme për kujdesin personal të mëtejshëm.

Vlerësimi i autonomisë ose i aftësisë për të pasur një jetë të pavarur nga ndihma e të tjerëve përqëndrohet në vlerësimin e aftësisë për të kryer vetë ose me ndihmë të pjesshme ose të plotë nga të tjerët të aktiviteteve bazë e instrumentale të jetës së përditshme (Tabela 3).

Tabela 3: Aktivitetet bazë dhe instrumentale të jetës së përditshme

Aktivitetet bazë të jetës së përditshme <i>(aktivitete të kujdesit personal)</i>	Aktivitetet instrumentale të jetës së përditshme <i>(aktivitete të nevojshme për një jetë të pavarur)</i>
Ngrënia	Bërja e pazarit
Veshja e zhveshja	Menaxhimi i të ardhurave financiare
Larja e vetes	Përdorimi i transportit publik
Lëvizja nga krevati në karrige	Përdorimi i telefonit
Vajtja në tualet	Bërja e punëve të shtëpisë
Kontrolli i jashtëqitjes e urinimit	Larja e rrobave
	Gatimi e përgatitja e vakteve
	Menaxhimi i marrjes së medikamenteve

Aktivitetet instrumentale të jetës së përditshme janë aktivitete më komplekse që kërkojnë një kapacitet më të lartë neuropsikologjik sesa thjesht aktivitetet e kujdesit personal. Ato janë të parat që pësojnë rënie dhe janë të lidhura ngushtë me funksionin konjitiv. Psh është vënë re që problemet me kryerjen e katër aktiviteteve instrumentale të jetës së përditshme si, përdorimi i telefonit, përdorimi i transportit publik, përdorimi i medikamenteve dhe menaxhimi i financave janë të shoqëruara me një gjasë 4 herë (kur vetëm njëra prej tyre është prekur) deri 10 herë (kur 3 ose 4 prej tyre janë prekur) më të lartë për t'u diagnostikuar me demencë në 12 muajt e ardhshëm.

Vëzhgimi i drejtpërdrejtë i pacientes ndërsa kryen aktivitetet e jetës së përditshme do të ishte mënyra më e mirë e vlerësimit të autonomisë të saj, por kjo nuk është e mundur. Vlerësimi i autonomisë zakonisht kryhet nëpërmjet pyetësorëve të validuar për vetë-vlerësim si ai i Katz (për aktivitete bazë të jetës të përditshme) dhe i Lawson (për aktivitete instrumentale të jetës të përditshme) (shih pyetësorët në Shtojcë). Në përgjithësi, pacientët vetë kanë tendencë të mbivlerësojnë aftësinë e tyre për të funksionuar në mënyrë të pavarur, ndërsa familjarët e tyre kanë tendencë ta nënvlerësojnë atë. Prandaj është e rëndësishme që mjeku/infermieri të ketë parasysh të dyja këndvështrimet e vlerësimeve (të pacientit e të familjarëve që jetojnë me të). Gjithashtu, gjatë vizitës mjekësore mund të vëzhgohet kryerja e disa aktiviteteve të pacientes së moshuar që tregojnë aftësitë e saj praktike si psh, hapja e mbyllja e kopsave gjatë heqjes së rrobave për ekzaminimin, heqja e veshja e çorapeve dhe këpucëve, ngjitja e zbritja nga tavolina/krevati i ekzaminimit, marrja e një lapsi dhe shkrimi i një fjalie/shënimi.

Për shkak se vlerësimi i plotë i autonomisë me pyetësorët për aktivitete bazë dhe instrumentale të jetës së përditshme kërkon kohë e nuk është i mundur brenda një vizite mjekësore në kujdes parësor, një pyetje e vetme depistuese mund të jetë hapi i parë: "A keni vështirësi në kryerjen e aktiviteteve/punëve të zakonshme të përditshme?" ose "Më përshkruani një ditë tuaj të zakonshme? Çfarë bëni zakonisht gjatë ditës?"

Një mundësi tjetër depistimi të thjeshtë janë edhe 4 pyetjet e mëposhtme:

1. A mund të visheni e të zhvisheni vetë?
2. A arrini të gatuani vetë vaktet?
3. A e bëni dot vetë pazarin?
4. A i kryeni dot vetë pagesat e faturave?

Nëse përgjigjet për depistimin me 1 ose me 4 pyetje janë pozitive atëherë duhet kaluar në hapin e dytë të një vlerësimi më të thelluar me pyetësorët e Katz dhe Lawson. Në raste të pacientëve të moshuar me probleme konjitive, pyetjet në lidhje me aktivitetet e jetës të përditshme bazë dhe instrumentale është më mirë t'i bëhen familjarëve ose personave që kujdesen për ta.

Nëse evidentohen vështirësi në kryerjen e aktiviteteve të jetës të përditshme, atëherë duhen konsideruar ndryshime në mjedisin ku jeton pacienti i moshuar dhe përdorimi i mjeteve ndihmëse për ta lehtësuar kryerjen e këtyre aktiviteteve nëse është e mundur, si dhe angazhimi i bashkëshortëve, familjarëve ose shërbimeve të ndihmës sociale (nëse janë të disponueshme). Ka shumë rëndësi që jo vetëm të gjenden mënyra për ta mbështetur e ndihmuar pacientin e moshuar të kryejë aktivitete të jetës së përditshme që nuk arrin t'i bëjë vetë, por edhe të nxitet të vazhdojë të bëjë ato aktivitete që arrin t'i bëjë në mënyrë që të ruhet statusi funksional ("mos bëj për pacientin atë që mund ta bëjë vetë"). Pacientët e moshuar duhen nxitur të jenë fizikisht aktiv aq sa kanë mundësi dhe këshillohen se si mund ta arrijnë këtë në situatën e tyre specifike individuale.

2. Kapaciteti konjitiv

Rënia e kapaciteteve konjitive shfaqet me harresa të shpeshta, mungesë të vëmendjes dhe ulje të aftësisë për të zgjidhur probleme. Rënia e kapacitetit konjitiv fillon gradualisht në moshë më të re dhe funksione të ndryshme konjitive bien me shpejtësi të ndryshme. Rënia në kapacitetin konjitiv mund të vijë si pasojë e ndryshimeve strukturale që ndodhin në tru me kalimin e moshës, si pasojë e sëmundjeve të ndryshme kronike që ndikojnë në tru si psh sëmundjet kardiovaskulare apo sëmundja Alzheimer si dhe si pasojë e faktorëve socialë e të stilit të jetesës si psh mungesa e aktivitetit fizik, niveli i ulët i arsimit dhe izolimi social.

Ndryshimet e pritshme të moshimit në funksionimin e trurit duhen dalluar nga ndryshimet që sugjerojnë një rënie patologjike të funksionit konjitiv (çrregullim konjitiv/demencë) (Tabela 4).

Demenca ka një prevalencë në rritje me kalimin e moshës duke prekur 5% të atyre 65-70 vjeç dhe deri 30-40% të të moshuarve 90 vjeç e lart. Diagnostikimi i demencës në kujdes parësor është i vështirë për shkak se simptomat e hershme të saj nuk dallohen lehtë sidomos në vizita të shkurtra mjekësore dhe si rrjedhim demenca shpesh mbetet e padiagnostikuar deri në fazat e avancuara.

Depistimi për rënie të kapacitetit konjitiv është i rëndësishëm pasi në rreth 1/3 e rasteve mund të jetë pararendës i demencës. Po ashtu, kjo rënie mund të minimizohet e ndonjëherë edhe të prapësohet me ndërhyrje të thjeshta për ndryshim stili jetese, terapi për stimulim konjitiv dhe përfshirje sociale. Gjithashtu, identifikimi i një rënie kapaciteti konjitiv duhet të çojë edhe në një rivlerësim të kontrollit dhe menaxhimit të faktorëve të riskut kardiovaskular si diabeti e hipertensioni, si dhe depistim për probleme me dëgjimin, mobilitetin apo depresionin që janë faktorë risku për rënie të kapaciteteve konjitive.

Tabela 4: Ndryshime konjitive normale të moshimit dhe ato simptomatike për çrregullim konjitiv

Ndryshime konjitive normale	Simptoma sugjeruese për çrregullim konjitiv/demencë
I moshuari funksionon në mënyrë të pavarur e kryen aktivitetet e zakonshme me humbje tek-tuk të kujtesës	I moshuari ka vështirësi në kryerjen e veprimeve të thjeshta dhe harron si bëhen disa gjëra që më parë i ka bërë disa herë
I moshuari arrin të kujtojë dhe të përshkruajë incidente të humbjes së kujtesës	I moshuari nuk është i aftë të kujtojë ose të përshkruajë incidente të humbjes së kujtesës që kanë shkaktuar probleme për të
I moshuari mund të marrë kohë për të gjetur drejtimin e duhur, por nuk humbet në vende të njohura për të	I moshuari humbet ose nuk orientohet në ambjente të njohura për të ose nuk ndjek dot udhëzimet për të shkuar diku
I moshuari me raste ka vështirësi të gjejë një fjalë, por nuk ka probleme me bisedat me të tjerët	I moshuari harron shpesh fjalët ose i përdor gabim dhe përsërit veten në biseda me të tjerët
I moshuari ka aftësi të paprekura gjykuese dhe vendim-marrjeje	I moshuari ka vështirësi në marrjen e vendimeve, ka gjykim të dobët ose sjellje sociale të papërshtatshme

Burimi: Integrated Care for Older People: A manual for primary care physicians (Facilitator's Guide). New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia; 2021. (Përkthim e përshtatje në shqip nga autorët e këtij manuali jo nga OBSH).

Për depistimin e rënies së kapaciteteve konjitive, OBSH sugjeron një test të thjeshtë kujtese e orientimi që mund të kryhet edhe nga infermierët e familjes:

1. Pacientit të moshuar i thuhet tre fjalë e i kërkohet t'i mbajë mend. Fjalët duhet të jenë gjëra konkrete si psh lule, derë, sheqer.
2. Pacienti pyetet "Cila datë është sot?" dhe "Ku ndodheni tani?"
3. Pacientit i kërkohet të përsërisë tre fjalët që iu thanë në fillim

Nëse pacienti nuk mund të përgjigjet saktë për një nga dy pyetjet e orientimit (data ose vendndodhja) OSE nuk kujton dot të treja fjalët, ka mundësi që ekziston një çrregullim konjitiv që duhet vlerësuar më tej në mënyrë më të thelluar nga mjekja e familjes dhe nëse është e nevojshme nga neurologu.

Testi depistues Mini-Cog është i përshtatshëm për përdorim në kujdes parësor dhe nuk varet nga niveli i arsimimit të pacientes së moshuar. Testi kombinon kujtesën e tre fjalëve dhe vizatimin e orës. (shih Shtojcën). Të moshuarit që kanë një test Mini-Cog pozitiv duhen referuar për një vlerësim më të thelluar me teste si MoCA ose MMSE¹. Për më tepër shih kapitullin Depresioni dhe Demenca.

Familjarëve të personave të moshuar me rënie të kapacitetit konjitiv mund t'u rekomandohen këshillat e mëposhtme për të ofruar stimulim konjitiv që mund të çojë në përmirësimin e funksionit konjitiv.

KËSHILLA PËR STIMULIM KONJITIV TË TË MOSHUARVE ME RËNIE KAPACITETI KONJITIV

- Jepini të moshuarit vazhdimisht informacion orientues psh dita e javës, data, ora, moti, emrat e personave përreth, lajme nga të afërmit. Kjo e ndihmon të moshuarin të jetë i orientuar në kohë e hapësirë.
- Përdorni gazetatat ose programe televizive ose radioje apo albume me foto të familjes si mjete për të nxitur bisedën e komunikimin me të moshuarin. Kjo stimulon kujtesën, orientimin në ngjarjet aktuale dhe hap derën për bashkëbisedime.
- Përdorni fjali të shkurtra e të thjeshta në komunikimin me të moshuarin.
- Dëgjoni me kujdes çfarë thotë i moshuari
- Mbajini gjërat sa më të thjeshta dhe evitoni ndryshime të rutinës së përditshme
- Nxsisni të moshuarin të mbajë kontakt me miqtë e familjarët në shtëpi ose në komunitet
- Vendosni tabela orientuese në shtëpi psh një tabelë për tualetin/banjën, dhomën e gjumit, etj që i moshuari të mund të orientohet lehtë.
- Nxsisni e mbështesni të moshuarin të kryejë aktivitete fizik si psh një ecje e përditshme për rreth 30 minuta.

¹ MoCA (Montreal Cognitive Assessment) është një mjet identifikimi për çrregullim konjitiv që është më sensitiv se MMSE (mini mental status examination) për çrregullime të lehta konjitive dhe po përdoret gjerësisht vitet e fundit. Për ta përdorur këtë mjet vlerësimi duhet të regjistroheni falas në www.mocatest.org dhe të shkarkoni materialin që mund të gjendet në disa gjuhë (por jo në shqip) dhe versione (edhe versione të thjeshtësuara si MoCA Test Basic për pacientë të moshuar me nivel arsimor të ulët). MMSE është testi më i përdorur (ka dhe një version në shqip), por përdorimi i tij që prej 2001 është me pagesë www.minimental.com.

3. Mobiliteti (Lëvizshmëria)

Mobiliteti (aftësia për të lëvizur nga një vend në tjetrin) është një faktor vendimtar për një moshim të shëndetshëm. Ai është i domosdoshëm për ruajtjen e autonomisë tek të moshuarit. Me kalimin e moshës, muskujt e kockat e humbasin forcën e tyre dhe ligamentet e humbasin fleksibilitetin.

Këto ndryshime që vijnë si pasojë e moshimit, por edhe e mbi/keqpërdorimit apo edhe sëmundjeve të ndryshme që prekin sistemin muskulo-skeletik mund të çojnë në ulje të mobilitetit (lëvizshmërisë) tek të moshuarit dhe humbje të autonomisë. Ulja e lëvizshmërisë tek të moshuarit është e zakonshme, por jo e paevitueshme.

Depistimi për rënie të mobilitetit sipas OBSH bëhet nëpërmjet testit të thjeshtë të ngritjes nga karrigia (Ngrihu e Ulu ne Karrige).

TESTI I NGRITJES NGA KARRIGIA

Udhëzime: Në fillim i demonstroi pacientit testin që është ngritje e ulje në karrige 5 herë pa mbështetur duart diku dhe e pyesni nëse ai mund ta kryejë këtë test.

Nëse përgjigja është PO, atëherë kërkojini pacientit:

- të ulët mirë në karrige (në mes të saj e jo në cep),
- t'i mbajë krahët të kryqëzuar mbi gjoks,
- të ngrihet plotësisht në këmbë dhe pastaj të ulët përsëri në karrige
- për 5 herë me rradhë sa më shpejt të ketë mundësi e pa ndaluar

Mateni kohën që i nevojitet pacientit për ta kryer testin. **Nëse i duhen më tepër se 14 sekonda, atëherë testi është pozitiv** dhe në këtë rast duhet bërë një vlerësim i mëtejshëm.



Burimi: Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care. Geneva: World Health Organization; 2019. (Përkthim e përshtatje në shqip nga autorët e këtij manuali jo nga OBSH).

Nëse testi i ngritjes e uljes në karrige 5 herë është pozitiv, atëherë duhet bërë një vlerësim i mëtejshëm nëpërmjet një baterie testesh të performancës fizike (SPPB). Kjo bateri testesh performance fizike përfshin tre komponentë: testin e ngritjes nga karrigia (bëhet përsëri), testi i drejtqëndrimit (qëndrim për 10 sekonda në tre pozicione të ndryshme të këmbëve) dhe testi i shpejtësisë së ecjes (sa kohë duhet për të ecur 4 metra). Secili prej tre testeve pikëzohet 0-4 dhe pikëzimi total shkon nga 0 (performanca më e ulët) në 12 (performanca më e lartë) (shih më poshtë).

BATERI TESTESH TË PERFORMANCËS FIZIKE (SPPB)

Përshkruani çdo test dhe pyesni pacientin nëse ndihet i aftë ta kryejë. Nëse jo, vendosni pikëzimin përkatës dhe vazhdoni me hapin pasardhës.

- 1. Testet e drejtqëndrimit:** Kërkojini pacientit të qëndrojë për 10 sekonda me këmbët në secilin nga 3 pozicionet: qëndrim me këmbët përkrah njëra-tjetrës; qëndrim me këmbët pjesërisht njëra pas tjetrës; qëndrim me këmbët njëra pas tjetrës. Pikët e testit të drejtqëndrimit janë shuma e pikëve të secilit nga tre pozicionet.
- 2. Testi i shpejtësisë së ecjes:** Masni kohën që i nevojitet pacientit/es për të ecur 4 metra. (Nëse pacienti/ja përdor bastun ose mjet ndihmës për ecje dhe mendon se i nevojitet për të ecur distanca të shkurtra, mund ta përdorë)
- 3. Testi i ngritjes nga karrigia:** Masni kohën e ngritjes nga karrigia 5 herë.

Pikëzimi i përgjithshëm i SPPB-së: Shuma e pikëve të secilit prej tre testeve.

Testi i drejtqëndrimit	Koha për ecjen 4 metra	Testi i ngritjes nga karrigia
 A. Qëndrimi me këmbë përkrah njëra-tjetrës Mbahet për 10s: 1 pikë Nuk mbahet për 10s: 0 pikë Nuk u tentua testi: 0 pikë <i>Nëse nuk u tentua testi nga pacienti/ja, mos vazhdoni me testet e tjera të drejtqëndrimit.</i>	>8.70s: 1 pikë 6.21 - 8.70s: 2 pikë 4.82 - 6.20s: 3 pikë <4.82s: 4 pikë	Pamundësi për ta përfunduar/ >60s: 0 pikë 16.7-59.9s: 1 pikë 13.7-16.69s: 2 pikë 11.2-13.69s: 3 pikë <11.19s: 4 pikë
 B. Qëndrimi me këmbë pjesërisht njëra pas tjetrës Mbahet për 10s: 1 pikë Nuk mbahet për 10s: 0 pikë Nuk u tentua testi: 0 pikë <i>Nëse nuk u tentua testi nga pacienti/ja, mos vazhdoni me testin tjetër të drejtqëndrimit.</i>		
 C. Qëndrimi me këmbët njëra pas tjetrës Mbahet për 10s: 2 pikë Mbahet për 3 - 9.99s: 1 pikë Mbahet për < 3 s: 0 pikë Nuk u tentua testi: 0 pikë		

Burimi: Integrated Care for Older People: A manual for primary care physicians (Facilitator's Guide). New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia; 2021. (Përkthim e përshtatje në shqip nga autorët e këtij manuali jo nga OBSH).

Nëse kjo bateri testesh diagnostikon mobilitet të kufizuar (pikët totale janë 0-9), atëherë duhen identifikuar e menaxhuar sëmundjet që shkaktojnë këtë rënie mobiliteti si psh osteoartriti ose osteoporoza dhe duhet bërë edhe vlerësimi për rrezik rrëzimi (shih më poshtë nën Rreziku për rrëzime).

Përkrah mirëmenaxhimit të këtyre faktorëve shkaktarë është e rekomandueshme pjesëmarrja e pacientit të moshuar në programe ushtrimore multimodale (ushtrime për forcë muskulare, ushtrime aerobike, ushtrime për drejtqëndrimin e ushtrime për fleksibilitetin). Këto paketa ushtrimore duhet të jenë të individualizuara sipas nevojave dhe kapaciteteve funksionale të pacientit të moshuar dhe ofrohen më mirë nga fizioterapistë të trajnuar në këtë fushë. Pacientëve të moshuar që nuk kanë mundësi të vlerësohen e ndiqen nga një fizioterapist mund t'iu sugjerohen disa paketa të thjeshta ushtrimesh nga mjeku i familjes dhe ose infermierja e familjes. Vivifrail (<http://www.vivifrail.com/>) është një udhëzues praktik i sugjeruar nga OBSH për hartimin e një pakete ushtrimore të individualizuar për pacientë të moshuar në kujdes parësor dhe është i disponueshëm online si faqe interneti dhe si aplikacion për platformën Android dhe iOS. Po ashtu është e rëndësishme që e moshuara dhe familjarët të përshtasin ambjentet e shtëpisë për ta bërë sa më të lehtë lëvizshmërinë e të moshuarës si dhe nëse është e nevojshme të mundësohet përdorimi i mjeteve ndihmëse si shkop mbështetës, rolator, etj.

● REKOMANDIME TË OBSH PËR AKTIVITETIN FIZIK TË TË MOSHUARVE (65 VJEÇ E LART)

- Gjatë javës, duhen bërë të paktën 150 min aktivitet aerobik me intensitet mesatar (të merret pak fryma po arrin të flasësh) ose 75 min me intensitet të lartë (të merret fryma aq sa mezi arrin të flasësh) ose një kombinim i tyre
- Koha e ushtrimeve mund të ndahet në sesione të paktën 10 minutëshe (psh 3 sesione 10 min çdo ditë të javës)
- Të paktën dy herë në javë duhen bërë ushtrime për forcim të muskujve
- Nëse mobiliteti është shumë i ulët, të paktën tre herë në javë mund të bëhen ushtrime për drejtqëndrimin dhe parandalimin e rrëzimeve
- Nëse nuk mund të arrihen këto rekomandime, të moshuarit duhen nxitur të mundohen të jenë sa më aktiv të jetë e mundur për ta.

Çdo sasi aktiviteti fizik vlen, sado e vogël të jetë.

Burimi: Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care. Geneva: World Health Organization; 2019. (Përkthim e përshtatje në shqip nga autorët e këtij manuali jo nga OBSH).

Përveç ushtrimeve fizike, për përmirësimin e mobilitetit ka rëndësi edhe këshillimi për një ushqyerje të mirë sidomos ushqime të pasura me proteina (mish, peshk, qumësht dhe vezë) që ndihmojnë në ruajtjen e masës muskulare si dhe marrja e mjaftueshme e kalçiumit dhe vitaminës D.

4. Ushqyerja

Vlerësimi i ushqyerjes është një pjesë e rëndësishme e vlerësimit geriatrik pasi tek të moshuarit vihet re një ushqyerje e papërshtatshme ose e pamjaftueshme (nën/kequshqyerje) sidomos tek ata 75-80 vjeç e lart. Faktorë të ndryshëm ndikojnë në nën-ushqyerjen tek të moshuarit si psh sëmundjet kronike, medikamentet, problemet psikologjike e social-ekonomike. Ndryshimet fiziologjike që ndodhin gjatë moshimit mund të kenë efekt negativ në statusin nutricional dhe me pas edhe në kapacitetet fizike e mendore të pacientit të moshuar. Rënia normale e shijimit dhe nuhatjes me kalimin e moshës, shëndeti oral jo i mirë, izolimi social ose vetmia dhe depresioni janë të gjithë faktorë që rrisin riskun për kequshqyerje tek të moshuarit. Moshimi shkakton edhe ndryshime në përbërjen e trupit ku vihet re një rritje e masës dhjamore dhe një ulje e masës jo-dhjamore si psh masa muskulare. Një peshë stabël tek të moshuarit maskon këtë rënie të masës muskulare (sarkopeni) që është e zakonshme me moshimin, por që ndodh edhe për shkak të sëmundjeve kronike apo mobilitetit të ulur/mospërdorimit të muskulaturës. Një ushqyerje e papërshtatshme dhe e varfër në proteina e vitamina e përkeqëson sarkopeninë, osteoporozën dhe ul edhe përgjigjen imunitare. Keq/nënushqyerja është një faktor risku për ecuri negative të sëmundjeve të tjera si dhe risk për qëndrime të gjata në spital.

Sipas OBSH depistimi për kequshqyerje mund të kryhet nëpërmjet dy pyetjeve të thjeshta:

1. A keni rënë në peshë (në mënyrë të paqëllimshme) mbi 3 kile në këto 3 muajt e fundit ?
2. A keni pasur rënie oreksi?

Nëse ka një përgjigje pozitive për të paktën një nga këto pyetje atëherë duhet bërë një vlerësim më i thelluar. Mjeti më i përdorur në këtë rast është pyetësori MNA® (Vlerësimi i shkurtër nutricional) që përfshin të dhëna mbi matje biometrike si psh BMI ose diametri i pulpës te këmbës, oreksin, peshën, lëviyshmërinë/mobilitetin, sëmundje akute e statusin neuropsikologjik në tre muajt e fundit (Shih kapitullin "Probleme me ushqyerjen dhe peshën"). Në varësi të pikëve të MNA® mund të identifikohet një status nutricional në normë, në risk për kequshqyerje ose në kequshqyerje. Menaxhimi i mëtejshëm përfshin këshilla mbi ushqyerjen, ndjekjen e rregullt të peshës, programe ushtrimore multimodale dhe në disa raste edhe dhënien e suplementeve orale proteinike. Po ashtu duhet konsideruar ndërprerja e medikamenteve që mund të shkaktojnë ulje oreksi dhe nëse është e mundur mbështetje sociale dhe ndihmë me ushqyerjen e gatimin e vakteve të përshtatshme. Për më tepër në lidhje me menaxhimin e kequshqyerjes shih kapitullin «Probleme me ushqyerjen dhe peshën».

5. Ulje shikimi

Shkaqet më të shpeshta të problemeve me shikimin tek të moshuarit janë presbiopia, katarakti, degjenerimi i makulës, glaukoma, retinopatia diabetike.

Presbiopia është një ulje shikimi me kalimin e moshës (fillon gradualisht që prej moshës 45 vjeç) për shkak të rënies së aftësisë të akomodimit të lentes së syrit (lentja humbet elasticitetin e nuk ndryshon lehtë formë gjatë fokusimit në objekte afër). Presbiopia mund të korigjohet nëpërmjet syzeve.

Ulja e shikimit është e rëndësishme për t'u identifikuar e trajtuar pasi ka efekte negative në funksionimin e përditshëm ngaqë pacientët nuk arrijnë të lexojnë ose të bëjnë punë shtëpie ose nuk dalin e nuk lëvizin se kanë frikë se rrëzohen se nuk shohin mirë. Një ulje shikimi e paidentifikuar mund të jetë shkak për risk më të lartë për rrëzime e fraktura, izolim social

dhe depresion. Ulja e shikimit prek gati 50% të të rriturve mbi 75 vjeç dhe rreth 10% e të moshuarve raportojnë se nuk arrijnë të lexojnë gazetën edhe me syze korigjuese.

Testimi depistues mund të bëhet duke e pyetur pacientin e moshuar nëse ka probleme me leximin e gazetës ose shikimin e televizorit apo me kryerjen e aktiviteteve të tjera. Nëse përgjigja është pozitive, atëherë duhet bërë kontrolli i mprehtësisë së pamjes nga afër dhe në distancë me tabelat Snellen ose tabelat e thjeshta të OBSH (shih Shtojcën 1). Testi i mprehtësisë së pamjes identifikon çrregullime refraktimi, por nuk arrin të identifikojë një katarakt, degjenerim makular apo retinopati për të cilat nevojitet ekzaminim me oftalmoskop. Shikimi duhet të testohet një herë në vit për personat e moshuar. Për të moshuarit që kanë sëmundje predispozuese për probleme oftalmologjike si psh diabet ose hipertension duhen ndjekur udhëzuesit për këto sëmundje kronike me rekomandime për vizita periodike kontrolli oftalmologjik. Gjithashtu, pacientët e moshuar që marrin rregullisht kortikosteroidë duhen kontrolluar në mënyrë të rregullt për probleme me shikimin pasi kanë risk më të lartë për katarakte dhe rritje tensioni intraokular.

Nëse gjatë testit të mprehtësisë së pamjes identifikohet një ulje e shikimit mund të përdoret leximi i tabelës nëpërmjet një vrimë me gjilpërë në një karton të vogël. Nëse leximi i tabelës nëpërmjet vrimës në karton e korigjon problemin e shikimit, atëherë kemi të bëjmë me një çrregullim refraktimi që mund të korigjohet nëpërmjet syzeve. Shpesh syzet e leximit e zgjidhin problemin e shikimit, por disa herë do të duhet një vizitë optometrike për të pasur syzet e duhura sidomos në raste me astigmatizëm ose të moshuar që kanë edhe miopi. Për ata të moshuar që kanë ulje shikimi që nuk korigjohet me syze mund të konsiderohet përdorimi i lupave të dorës që i ndihmojnë të lexojnë gazetën ose një libër, të lexojnë etiketa, të dallojnë kartmonedhat, etj.

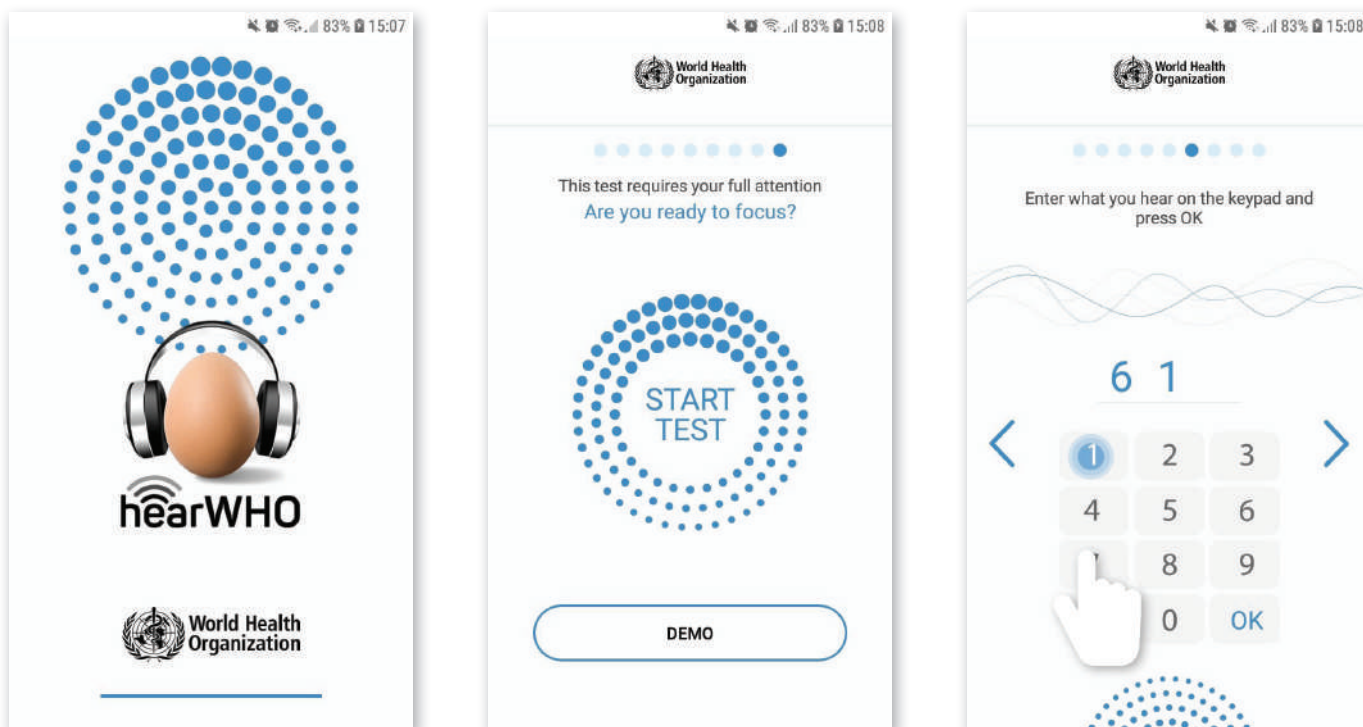
Po ashtu familjarët mund të ndihmojnë të moshuarit me ulje shikimi duke bërë disa ndryshime të thjeshta në mjedisin e tyre si psh :

- Përmirësimi i ndriçimit.
- Largimi i pengesave të mundshme në trajektoren e zakonshme të lëvizjes së të moshuarit.
- Krijimi i kontrastit midis objekteve që ndihmon dallimin e tyre psh veshja e dorezave të derës me një ngjithës me ngjyrë që të dallohen qartë nga e moshuara, etj.
- Përdorimi i librave me shkronja të mëdha ose rritja e madhësisë së shkronjave në ekran kompjuteri.

6. Ulje dëgjimi

Ulja e dëgjimit tek të moshuarit është shumë e shpeshtë dhe nëse nuk identifikohet e trajtohet është faktor risku për depresion dhe izolim social, rënie kapaciteti konjitiv e demencë, rrëzime e shtrime në spital.

Teste të mundshme depistimi për rënie dëgjimi janë testi i pëshpëritjes ose vetë-testim nëpërmjet disa aplikacioneve si psh hearWHO i OBSH (për platformën Android dhe iOS) ose UHear (vetëm për platformën iOS).

Figura 5: Pamje te aplikacionit hearWHO te OBSH

Disa studime kanë treguar që aplikacioni uHear krahasuar me audiometrinë është sensitiv për rënie mesatare dëgjimi dhe është i vlefshëm në mënyrë të veçantë për pacientë të moshuar pasi e ka saktësinë më të lartë për frekuencat e larta.

TESTI I PËSHPËRITJES

1. Qëndroni prapa njërit vesh të pacientit në largësi sa krahu juaj i shtrirë (rreth 60 cm).
2. Kërkojini pacientit ta mbyllë veshin e anës tjetër me gisht mbi tragus (pjesa kërcore para vrimës të veshit).
3. Bëni një frymënxjerrje dhe me butësi pëshpërisni tre-katër fjalë ose numra. Mund të përdorni fjalë të ndryshme pa lidhje, por që të jenë fjalë të zakonata.
4. Kërkojini pacientit të përsërisë fjalët/numrat që keni pëshpëritur (fjalët/numrat duhen pëshpëritur një nga një e pas secilës pritet përgjigja e pacientit).
5. Përsërisni të njëjtën procedurë me veshin tjetër (duke përdorur fjalë/numra të tjerë).

Burimi: Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care. Geneva: World Health Organization; 2019. (Përkthim e përshtatje në shqip nga autorët e këtij manuali jo nga OBSH).

Nëse pacienti nuk i përsërit saktësisht fjalët/numrat e pëshpëritur gjatë testit të pëshpëritjes atëherë ka një mundësi të lartë për ulje dëgjimi 20-40 dB (ulje dëgjimi e lehtë), ndërsa nëse i përsërit numrat/fjalët saktësisht mundësia e një rënie dëgjimi është shumë e ulët.

Në rast ulje dëgjimi të identifikuar me testet depistuese, pacienti duhet kontrolluar nëse merr medikamente me efekte ototoksike. Gjithashtu, një ekzaminim i thjeshtë me otoskop mundëson shikimin e kanalit të veshit dhe membranës timpanike si dhe identifikimin e bllokimeve me dyll që janë shpesh shkaku i uljes së dëgjimit tek të moshuarit. Një ekzaminim i thjeshtë me otoskop dhe një lavazh i thjeshtë ose përdorimi i një kyrete plastike për largimin e dyllit mund të ndryshojnë në mënyrë të ndjeshme cilësinë e jetës së një pacienti të moshuar me ulje dëgjimi!



Për pacientë që mbajnë aparat dëgjimi është e rëndësishme të hiqet dhe ekzaminohet aparati i dëgjimit për të parë nëse psh është mbuluar me dyll ose nëse mund t'i ketë rënë bateria (në këtë rast nuk dëgjohet një tingull fishkëllime kur ngrihet volumi i aparatit).

Inventari i Handikapit të Dëgjimit tek të Moshuarit (HHIE-S versioni depistues) është një pyetësor me 10 pyetje që zgjat 5 minuta dhe identifikon impaktin emocional e social që mund të ketë rënia e dëgjimit (shih Shtojcën). Nëse rezultati është pozitiv, pacienti duhet referuar për një vizitë ORL për audiometri e përdorim të mundshëm të aparatit të dëgjimit. Audiometria është metoda standarte për të vlerësuar deficietin në dëgjim dhe paraqitet si një grafik me numrin e dB të humbura për frekuenca të ndryshme (1000, 2000 e 4000 Hz). Kur ulja e dëgjimit ka impakt emocional e social (pengon komunikimin me familjarë e miq) duhet këshilluar mbajtja e një aparati dëgjimi.

Ulja e dëgjimit në nivel mesatar-të rëndë (mbi 40 dB në audiometri diagnostike ose kur i moshuari nuk dëgjon gjatë bashkëbisedimeve apo edhe me të bërtitur me zë të lartë) e shton 4 herë rrezikun për demencë prandaj është shumë e rëndësishme që të përdoren strategji të ndryshme për ta mbajtur të përfshirë të moshuarin me probleme dëgjimi edhe kur nuk është i mundur përdorimi i një aparati dëgjimi.

KËSHILLA PËR FAMILJARË E MIQ TË NJË TË MOSHUARI ME ULJE DËGJIMI

- Mbani kontakt me sy dhe sigurohuni që fytyra juaj është në dritë në mënyrë që i moshuari të lexojë lëvizjen e buzëve
- Artikuloni mirë fjalët, flisni ngadalë e pa e ngritur zërin
- Mundohuni të evitoni zhurmat përreth kur flisni me të moshuarin
- Ngrijeni volumin e ziles së derës ose të telefonit që i moshuari të mund t'i dëgjojë

7. Depresioni

Sipas OBSH, të moshuarit me simptoma depresive kanë njëkohësisht 2 ose më tepër simptoma depresioni gjatë gjithë kohës ose shumicën e kohës të paktën në dy javët e fundit. Në këtë rast nuk përmbushen kriteret e diagnozës të depresionit, por identifikimi i kësaj situate me simptoma depresive tek të moshuarit është i rëndësishëm sidomos tek të moshuarit me sëmundje kronike debilituese që ulin kapacitetin funksional ose ata që kanë izolim social (psh humbasin bashkëshorten/in ose i largohen fëmijët e familjarët në një qytet apo shtet tjetër ose humbasin miqtë e ngushtë). Simptomat depresive mund të jenë të lidhura me një rënie kapaciteti konjitiv ose demencë (ndonjëherë simptomat depresive janë një shenjë e parë e demencës), me ulje dëgjimi, shikimi ose mobiliteti dhe mund të shkaktojnë një ulje të autonomisë së personit të moshuar.

Sipas OBSH depistimi për simptoma depresive përfshin dy pyetje të thjeshta: Në dy javët e fundit

1. A jeni ndjerë të rënë shpirtërisht/depresiv/të pa shpresë ?
2. A keni pasur më pak dëshirë e kënaqësi të bëni gjërat që bëni zakonisht?

Një përgjigje pozitive ndaj njëres prej pyetjeve duhet të ndiqet nga një vlerësim më i thelluar diagnostikues. Në këtë rast rekomandohen pyetësorë të validuar për depresionin tek të moshuar si GDS-15 (shih Shtojcën 1).

Mbështetja psikologjike nëpërmjet masave/këshillimeve psikologjike të thjeshta (nga psikologë ose personel i trajnuar për ndërhyrje psikologjike) dhe nxitja për t'u përfshirë në aktivitete fizik të përditshëm mund të jenë ndhmëse për të moshuarit me simptoma depresive, por pa depresion. Për më tepër në lidhje me diagnostikimin e trajtimin e depresionit shih Kapitullin "Depresioni e Demenca".

8. Situata sociale (Mbështetja/izolimi social)

Vlerësimi social nënkupton vlerësimin e situatës të jetës së pacientit dhe mbështetjen sociale që ka ai/ajo. Gjithashtu ky vlerësim përfshin pyetje mbi situatën financiare dhe problemet e personave që kujdesen për të moshuarin/ën.

Moshimi shoqërohet shpesh me një rrudhje të rrjeteve sociale ndërsa bashkëmoshatarët ndërrojnë jetë dhe kufizimi i mobilitetit shpesh bëhet një pengesë për aktivitete sociale.

Po kështu zhvendosja e fëmijëve dhe familjeve të tyre në qytete apo shtete të tjera ka lënë shumë të moshuar në jetesë të vetmuar duke rritur rrezikun për izolim social. Vlerësimi i mbështetjes sociale që ka i moshuari është një aspekt shumë i rëndësishëm i vlerësimit geriatrik gjithëpërfshirës. Ekzistenca e një rrjeti apo mbështetje sociale për të moshuarin shërben si një amortizues për situata stresuese dhe ndihmon në menaxhimin e sëmundjeve kronike dhe uljen e shtrimeve në spital. Të moshuarit e izoluar e pa kontakte sociale kanë një rrezik më të lartë vdekshmërie nga shkaqe të ndryshme.

Një pyetje e thjeshtë depistuese është "A keni dikë që është i gatshëm t'iu ndihmojë në rast të një urgjence apo sëmundje?" ose "A keni dikë më të cilin/të cilën mund të flisni?"

Gjithashtu është e rëndësishme të vlerësohen çështjet e mëposhtme:

- Me kë banon i/e moshuari/a: me bashkëshortin/en, vetëm në shtëpi, në shtëpinë e fëmijëve apo në institucion për të moshuar?
- Çfarë rrjetesh sociale ka përreth tij/saj, kujt mund t'i kërkojë ndihmë, sa i sigurt është mjedisi ku jeton?

Situata sociale e të moshuarit shpesh është komplekse dhe pa zgjidhje të qarta sidomos në mungesë të mbështetjes nga familjarët apo të programeve komunitare për mbështetje sociale të të moshuarve. Por është e rëndësishme të arrihet të kuptohet çfarë ka rëndësi për të moshuarin dhe se si interesat e tij për aktivitete të ndryshme mund të përdoren për ta nxitur atë të përfshihet në marrëdhënie me të tjerët. Kjo nuk është gjithnjë e lehtë pasi varet shumë nga i moshuari dhe interesat e tij si dhe ambjenti e rrjetet sociale të disponueshme përreth tij, megjithatë mjeku ose infermieri i familjes mund të kenë njohuri lokale për ta ndërlidhur të moshuarin me aktivitete në komunitet që përshtaten me interesat e tij ose për të vënë në dijeni persona të afërm të të moshuarit për nevojat që ai ka për përfshirje sociale.

9. Inkontinenca urinare

Inkontinenca urinare është e shpeshtë tek të moshuarit (prek gati 1/3 e tyre). Përveç rreziqeve të shëndetit fizik si psh infeksione urinare, insuficiencë renale, sepsis, dekubituse e rritje vdekshmërie, duhen konsideruar edhe efektet psikosociale të inkontinencës urinare si psh humbja e ndjesisë të vetëvlerësimit, aktivitete sociale të kufizuara dhe depresion. Inkontinenca urinare tek të moshuarit është multifaktoriale kështu që vlerësimi duhet të shkojë përtej traktit të poshtëm urinar. Për vlerësimin e inkontinencës urinare kanë rëndësi dokumentimi i sasisë së lëngjeve që merren nga pacienti, efektet e mundshme të medikamenteve që merr, funksioni konjitiv, mobiliteti, probleme të mëparshme urologjike, etj. Depistimi për inkontinencë urinare tek të moshuarit në kujdes parësor është i rëndësishëm pasi është një sindromë geriatrike prevalente, ka ndikim negativ në jetën e përditshme dhe situatën shëndetësore të pacientit si dhe ekzistojnë masa të thjeshta që mund të zbatohen në kujdes parësor, si psh trajnimi i fshikzës së urinës dhe trajnimi i muskujve të dyshemës pelvike. Për më tepër shih kapitullin "Inkontinenca Urinare"

Ka pyetje të ndryshme depistuese për inkontinencë urinare që duhen përshtatur nga mjeku/infermjerja me situatën dhe fjalorin specifik të pacientit/pacientes në mënyrë që të jenë sa më të kuptueshme e sa më pak të sikletshme.

Për shembull "Gjatë 3 muajve të fundit, a ju ka qëlluar t'iu shpëtojë urina edhe në sasi të vogla (disa pika)?"

Nëse përgjigje është PO atëherë bëhen pyetjet e mëposhtme:

- A ju shpëton urina ndërsa jeni duke bërë diçka si psh kollitje, teshtitje, ngritje të një peshe apo ushtrime fizike? (inkontinencë stresi)
- A ju shpëton urina ndërsa keni ndjesinë se duhet të shkoni për të urinuar po nuk arrini në kohë në tualet ? (inkontinencë presioni)

Sipas OBSH mund të konsiderohen këto dy pyetje depistuese:

- A keni një nevojë të fortë e të papritur për të urinuar aq sa nuk arrini dot në kohë në tualet e iu shpëton urina rrugës? (inkontinencë presioni)
- A ju ka qëlluar t'iu shpëtojë urina edhe në sasi të vogla kur kolliteni, teshtiteni, ngrini një peshë, ecni ose vraponi? (inkontinencë stresi)

10. Rreziku i rrëzimeve

Rrëzimet janë të shpeshta tek të moshuarit dhe për ata mbi 75 vjeç janë shkaku kryesor për shtrime në spital dhe dëmtime traumatike nga rrëzime me pasojë vdekjen. Rrëzime të mëparshme dhe kufizimi i aktivitetit fizik nga frika e rrëzimeve të tjera e shtojnë gati 3 herë rrezikun për rrëzime në të ardhmen. Rrëzimet e pashoqëruara me dëmtime rrallë raportohen nga pacientët e moshuar prandaj është e rëndësishme që të depistohet për rrezikun për rrëzime.

Vlerësimi i rrezikut për rrëzime është gjithëpërfshirës dhe përfshin vlerësimin e marrjes së medikamenteve, të çrregullimeve konjitive, të shikimit e dëgjimit, të dëmtimeve të mobilitetit si dhe identifikimin e rreziqeve të ambjentit ku jeton i moshuari.

Depistimi mund të fillohet me tre pyetje të thjeshta:

- A iu ka qëlluar të rrëzoheni papritur përtokë gjatë 12 muajve të fundit?" (nese po sa herë, a jeni dëmtuar gjatë rrëzimit?)
- A ndiheni i/e pasigurt kur ecni ose rrini në këmbë?
- A keni frikë se do të rrëzoheni?

Një përgjigje pozitive ndaj njërës prej këtyre pyetjeve duhet ndjekur nga një vlerësim më i thelluar.

Testi Ngrihu dhe Ec (Timed Up and Go test (TUG)) është një test i thjeshtë depistues që jep shumë informacion ndihmës si në formën sasiore me matjen e kohës edhe në atë cilësore (kur observohet nga një mjek/e) duke vëzhguar ngritjen nga karrigia, ecjen 3 metra e kthimin prapa për t'u ulur në karrige. Kryerja e këtij testi varet nga forca muskulare, funksioni i kyçeve si dhe drejtpërdrejtësi dhe njëkohësisht indirekt vlerëson edhe funksionin konjitiv të pacientes për të kuptuar e zbatuar udhëzimet e kryerjes së testit. Një pacient i moshuar të cilit i nevojiten më tepër se 12 sekonda për ta kryer testin ose që nuk ngrihet dot nga karrigia pa mbështetur diku duart apo ka një ecje anormale (ecje asimetrike, me devijime) apo hezitim ose ngadalësim në ecje duhet të vlerësohet më tej. Nëse për arsye kufizimesh fizike apo mendore testi nuk mund të kryhet nga pacienti i moshuar, atëherë pacienti konsiderohet në rrezik për rrëzime.

TESTI NGRIHU DHE EC (TUG)

Pacientja mund të përdorë shkop ose ndonjë pajisje tjetër ndihmëse për të ecur. Filloni duke i kërkuar pacientes të ulet në karrige dhe markoni një shenjë 3 metra larg nga karrigia.

1. Udhëzoni pacienten: Kur t'iu them "Fillo" ju duhet të:
 - i. Ngriheni nga karrigia
 - ii. Ecni me hapa normale deri te shenja
 - iii. Ktheheni
 - iv. Ecni me hapa normale deri tek karrigia
 - v. Uleni përsëri në karrige
2. Aktivizoni matësin e kohës në momentin që i thoni "Fillo" pacientes.
3. Ndalojeni matësin e kohës në momentin që pacientja është ulur përsëri në karrige.
4. Shënoni sasinë e kohës

Nëse pacientes i nevojiten 12 ose më tepër sekonda atëherë ajo ka rrezik të lartë për rrëzime.

Burimi: <https://www.cdc.gov/steady/> (parë online më 20.12.2021) (Përkthim e përshtatje në shqip nga autorët e këtij manuali)

Një pacient i moshuar me një depistim pozitiv për rrezik rrëzimesh, duhet të ketë një vlerësim multifaktorial për rrëzime që përfshin shenja vitale (puls e tension arterial) ortostatike, mprehtësinë e pamjes, teste të ecjes dhe drejtqëndrimin, rishikim të listës së medikamenteve dhe vlerësim të rreziqeve të ambjentit ku jeton i moshuari.

Masat e mëposhtme e ulin rrezikun për rrëzime tek të moshuarit:

- aktivitet i rregullt fizik
- fizioterapi (paketa ushtrimore multimodale si psh programi Vivifrail)
- identifikim e menjanim i rreziqeve për rrëzime në shtëpi (psh shkallë, qilima, etj),
- ndalimi i marrjes së medikamenteve psikotrope

Për më tepër shih kapitullin "Rrëzimet".

11. Osteoporoza

Tek të moshuarit osteoporoza është e shpeshtë dhe mund të shkaktojë fraktura edhe me lëvizje normale e pa trauma. Është e rëndësishme të vlerësohet marrja e vitaminës D dhe kalciumit, niveli i aktivitetit fizik dhe prania e faktoreve të rrezikut për fraktura si dhe të matet densiteti kockor (densitometria e kockave) kur është e nevojshme. Për më tepër shih kapitullin "Osteoporoza".

12. Medikamentet

Polifarmacia konsiderohet marrja e më tepër se 4 medikamenteve. Shpesh shtrimet në spital, rrëzimet e delirium/konfuzioni mendor janë pasoja të efekteve anësore të medikamenteve të marra nga të moshuarit. Prandaj gjatë vlerësimit geriatrik duhet bërë një listë e plotë e gjithë medikamenteve që merr e moshuara përfshi ato pa recetë si dhe vitamina apo suplemente të tjera apo bimë mjekësore që merren rregullisht. Nuk mjafton vetëm kontrolli i kartelës mjekësore për listën e medikamenteve. Të moshuarës dhe/ose familjarëve ju kërkohet që kur të vijnë për vizitën e radhës të sjellin në një qese të gjitha kutitë me tableta e ilaçe që merr pacienti. Pacientët duhet të demonstrojnë gjatë vizitës se arrijnë të dallojnë kutitë e medikamenteve të ndryshme, arrijnë të lexojnë instruksionet për medikamentet që marrin, arrijnë të hapin kutitë e medikamenteve dhe të tregojnë si e sa marrin. Thjesht lista me medikamente nuk është provë e marrjes së rregullt të terapisë. Për më tepër shih kapitullin "Përshkrimi racional i barnave".



STRUKTURA E NJË VLERËSIMI GERIATRIK NË KSHP

Struktura e një vlerësimi geriatrik në kujdes parësor duhet përshtatur me kushtet lokale të sistemit shëndetësor, popullatën e të moshuarve që mbulon një qendër shëndetësore, personelin mjekësor e infermieror në dispozicion dhe shërbimet e disponueshme për të mbështetur të moshuarit në komunitet. Një diskutim mes personelit mjekësor e infermieror të qendrës shëndetësore është i këshillueshëm për të vendosur mbi strategjinë më të mirë për të ofruar vlerësimin geriatrik gjithpërfshirës për popullatën e të moshuarve që mbulohen nga një qendër shëndetësore.

Nuk është realisht e mundur që në një vizitë në kujdes parësor të kryhen të gjitha fushat e vlerësimit geriatrik dhe të hartohet edhe një plan përkujdesje e menaxhimi. Një përqasje e mundshme është që mjeku i familjes të mundohet që gjatë një vizite mjekësore me pacientë të moshuar të bëjë të paktën një vlerësim të thjeshtë për 4M: depresion e rënie konjitive (**M**endja), rënie **M**obiliteti, lista e **M**edikamenteve dhe çfarë është **M**adhore/ e rëndësishme për pacientin e moshuar.

DEPISTIMI GERIATRIK 4M

Mendja

- depistim për rënie konjitive me testin Mini-Cog
- depistim për depresivitet me anë të dy pyetjeve

Mobiliteti

- depistim për rënie mobiliteti me testin Ngrihu dhe Ec (TUG)

Medikamente

- Kontroll për medikamente me risk të lartë për efekte anësore

Madhore (e rëndësishme)

- Çfarë është madhore/ka rëndësi për ju në lidhje me shëndetin dhe jetën tuaj?
Çfarë ju shqetëson më tepër kur mendoni për shëndetin dhe përkujdesjen tuaj në të ardhmen?

Burim: Age-Friendly Health Systems: Guide to Using the 4Ms in the Care of Older Adults. Institute for Healthcare Improvement. 2020. (http://www.ihl.org/Engage/Initiatives/Age-Friendly-Health-Systems/Documents/IHIAgeFriendlyHealthSystems_GuidetoUsing4MsCare.pdf, parë online më 20.12.2021)

Një përjasje tjetër e strukturës së vlerësimit geriatrik në kujdes parësor është që fusha të ndryshme të vlerësimit geriatrik mund të vlerësohen në vizita të ndryshme për të cilat vjen pacienti. Psh gjatë vizitave të përmuajshme për riciklimin e recetave ose gjatë një vizite të zakonshme, depistohen e vlerësohen më thellësisht (kur është e nevojshme) një ose dy fusha të vlerësimit geriatrik.

Një model tjetër është të jepet paraprakisht një pyetësor që plotësohet nga pacienti në shtëpi vetë ose me ndihmën e familjarëve ose në dhomën e pritjes në qendër shëndetësore vetë ose me ndihmën e infermieres dhe më pas të bëhet një vlerësim më i thelluar nga mjeku i familjes në ato fusha me teste depistimi pozitive dhe të hartohet një plan përkuqdesje e menaxhimi së bashku me pacientin dhe familjarët e tij.

Më poshtë paraqitet pyetësori depistues që mund të plotësohet nga infermierja/i me pacientin (gjatë një vizite në shtëpi ose në qendër shëndetësore) dhe pastaj pyetësori vendoset në kartelën mjekësore dhe mjeku i familjes bën një vlerësim më të thelluar për ato fusha me dyshim për defiçite (të vlerësuara brenda zonave gri të pyetësorit depistues).

Tabela 5 paraqet një përmbledhje të mjeteve për vlerësim depistues e vlerësim të thelluar për 10 fushat e mundshme të një vlerësimi geriatrik në kujdes parësor. Vlerësimi depistues mund të ofrohet më së miri nga infermiere familjare të trajnuara për përdorimin e pyetësorit depistues, ndërkohë që vlerësimi i thelluar ofrohet nga mjekja e familjes dhe kur është e nevojshme nëpërmjet konsultave/vizitave nga mjekë specialistë.

PYETËSOR DEPISTUES PËR VLERËSIMIN GERIATRIK

Emri i pacientit/es: _____

Data: _____

1. AUTONOMIA

Gjatë dy javëve të fundit, a keni pasur probleme që të kryeni punët tuaja të përditshme brenda e jashtë shtëpisë?

☐	☐	☐	☐	☐
Aspak vështirësi	Pak vështirësi	Disi vështirësi	Shumë vështirësi	Nuk i kam bërë dot

2. SHIKIMI

2.1	A keni probleme të dalloni shkronjat e gazetës edhe me syze?	☐ Jo	☐ Po
2.2	A e keni vështirë të dalloni personat në anën tjetër të rrugës edhe kur mbani syze?	☐ Jo	☐ Po

3. DËGJIMI

3.	A e keni vështirë të kuptoni bisedat edhe nëse mbani aparat dëgjimi?	☐ Jo	☐ Po
----	--	--------------------------------	--------------------------------

4. USHQYERJA

4.1	A keni rënë në peshë mbi 3 kg në 3 muajt e fundit?	☐ Jo	☐ Po
4.2	A keni pasur rënie oreksi?	☐ Jo	☐ Po

5. KAPACITETI KONJITIV

5.1	Mbani mend këto tre fjalë që do iu them (psh lule, derë, sheqer)			
5.2	Sa është data sot ? Ku ndodheni tani ?	☐ Saktë për të dyja	☐ Gabim për datën ose vendndodhjen	Nuk jam i sigurtë
5.3	Ju lutem përsërisni tre fjalët që ju thashë pak më parë.	☐ Përsërit saktë të tre fjalët	☐ Nuk mban mend të tre fjalet	Nuk jam i sigurtë

6. MOBILITETI/LËVIZSHMËRIA

6	Ju lutem ngrihuni dhe uluni 5 herë nga karrigia pa përdorur krahët.	☐ <14 sekonda	☐ > 14 sekonda
---	---	---	--

7. DEPRESIVITET

7.1	Në dy javët e fundit, a jeni ndjere shpesh i rënë shpirtërisht, i deprimuar ose i pashpresë?	☐ Jo	☐ Po
7.2	Në dy javët e fundit, a keni pasur rënie interesi apo kënaqësie për të bërë diçka që e bëni zakonisht?	☐ Jo	☐ Po

8. RRËZIME

8.	A jeni rrëzuar në këto 6 muajt e fundit? Sa shpesh?	☐ Nuk jam rrëzuar ose vetëm 1 herë	☐ 2 herë ose më tepër
----	--	---	--

9. INKONTINENCA URINARE

9.1	A iu qëllon që gjatë kollitjes, teshtitjes, të qeshurës, vrapimit ose përkuljes t'iu shpëtojnë urina (edhe sikur vetëm disa pika)?	☐ kurrë	☐ rrallë	☐ ndonjëherë	☐ shpesh	☐ gjithnjë
9.2	A ju qëllon që ndjeni se duhet të shkoni të urinoni po nuk arrini në kohë e ju shpëton urina rrugës?	☐ kurrë	☐ rrallë	☐ ndonjëherë	☐ shpesh	☐ gjithnjë

10. FUSHA SOCIALE

10.1	A keni dikë që të kujdeset për ju në rast të një aksidenti, psh nëse rrëzoheni diku?	☐ Po	☐ Jo	Nuk jam i sigurtë
10.2	A keni dikë të cilit mund t'i besoni/me të cilin mund të flisni?	☐ Po	☐ Jo	Nuk jam i sigurtë

Tabela 5: Përmbledhje e mjeteve për vlerësim depistues e vlerësim të thelluar për 10 fushat e mundshme të një vlerësimi geriatrik në kujdes parësor.

Fusha e vlerësimit		Vlerësimi depistues		Vlerësimi i thelluar
1. Kapaciteti konjitiv		1.1 Mbani mend tre fjalë që do iu them 1.2 Sa është data sot? Ku ndodhemi tani? 1.3 Përsërisni tre fjalët	☐ Gabim për njërën pyetje ☐ Nuk mban mend tre fjalët	Testi Mini-COG
2. Lëvizshmëria		Ngritje 5 herë nga karrigia pa përdorur krahët. A bëhet <14 sekonda?	☐ Jo	SPPB
3. Ushqyerja		3.1 A keni rënë në peshë mbi 3 kg në 3 muajt e fundit? 3.2A keni pasur rënie oreksi?	☐ Po ☐ Po	Pesha, BMI MNA
4. Shikimi		A keni probleme me shikimin larg ose me leximin afër?	☐ Po	Testi i mprehtësisë së pamjes
5. Dëgjimi		A keni probleme me dëgjimin?	☐ Po	Testi i pëshpëritjes HHEI-S Otoskopia
6. Depresiviteti		Në dy javët e fundit: 6.1 A jeni ndjerë shpesh i rënë shpirtërisht, i deprimuar ose i pashpresë? 6.2A keni pasur rënie interesi apo kënaqësie për të bërë diçka që e bëni zakonisht?	☐ Po ☐ Po	Nëse një nga pyetjet ka përgjigje PO dyshohet për depresion GDS-15
7. Inkontinenca urinare		7.1 A iu qëllon që gjatë kollitjes, teshtitjes, të qeshurës, vrapimit ose përkuljes t’iu shpëtojë urina (edhe sikur vetëm disa pika)? 7.2 A ju qëllon që ndjeni se duhet të shkoni të urinoni po nuk arrini në kohë e ju shpëton urina rrugës?	☐ Po ☐ Po	Vlerësim i thelluar klinik urologjik/gjinekologjik

Fusha e vlerësimit	Vlerësimi depistues	Vlerësimi i thelluar
8. Rrëzime	A jeni rrëzuar gjatë këtyre 6 ose 12 muajve të fundit?	☐ Jo ☐ Po TUG Vlerësim multidimensional
9. Autonomia	A keni pasur probleme që të kryeni punët tuaja të përditshme brenda e jashtë shtëpisë ?	☐ Disi/shumë vështirësi ose nuk i kam bërë dot fare ☐ ADL (pyetësi i Katz) IADL (pyetësi i Lawson)
10. Fusha sociale	10.1 A keni dikë që të kujdeset për ju në rast të një aksidenti psh nëse rrëzoheni? 10.2 A keni dikë të cilit mund t'i besoni/me të cilin mund të flisni?	☐ Jo / Nuk jam i sigurtë ☐ Jo / Nuk jam i sigurtë

ADL: activities of daily living, BMI: body mass index (indeksi i masës trupore), GDS-15: Geriatric Depression Scale-15 (pyetësi i depresionit geriatrik me 15 pyetje), HHEI-S: Hearing Handicap Inventory for the Elderly Screening version (pyetësi i handikapit të dëgjimit version depistues për të moshuar), IADL: instrumental activities of daily living; Mini-Cog: testi i kapacitetit kognitiv; MNA: Mini Nutritional Assessment (vlerësim i shkurterë nutricioni/ushqyerje); TUG: Timed Up and Go test (testi Ngrihu dhe Ec me matje kohe), SPPB: Short Physical Performance Battery of tests (bateri e shkurterë testesh për performancë fizike)

HARTIMI I NJË PLANI TË INDIVIDUALIZUAR PËR PËRKUJDESJE GERIATRIKE

Vlerësimi geriatrik përfshin jo vetëm ekzaminimin dhe testet e ndryshme për defiçite e probleme geriatrike, por më pas edhe hartimin e një liste me problemet e identifikuar dhe të një plani përkujdesje geriatrike që duhet zbatuar dhe monitoruar e ndjekur në intervale të caktuara (3/6/12 mujore). Pa këto elemente të tjera përbërëse, vlerësimi geriatrik nuk ka vlerë. Ky plan përkujdesje duhet të hartohet së bashku me të moshuarin duke diskutuar me të se cilat janë nevojat, preferencat e qëllimet e tij, pra duhet hartuar një plan përkujdesje që ka në qendër pacientin e moshuar. Po ashtu i moshuari duhet të informohet e të pajiset me aftësi për vetë-menaxhim e të jetë pjesë integrale e planit të përkujdesjes dhe jo vetëm një pritës pasiv masash trajtimi, rehabilitimi e parandalimi.

Plani i përkujdesjes geriatrike është një plan i integruar ku masat e ndryshme ndërveprojnë me njëra-tjetrën e shihen si një paketë e jo të ndara. Kjo pasi masa të ndryshme kanë përfitime jo vetëm në një fushë të vetme kapacitetesh individuale. Psh ushtrimet apo aktiviteti fizik jo vetëm që ndikojnë në forcën muskulare dhe mobilitetin e pacientit të moshuar, por kanë edhe efekt mbrojtës për rënie konjitive e probleme depresive. Masat e ndërmarra për një ushqyerje të shëndetshme gjithashtu kanë efekt shtesë përkrah ushtrimeve fizike dhe shtojnë në të njëjtën kohë masën e forcën muskulare.

ELEMENTËT E MUNDSHËM TË NJË PLANI PËR PËRKUJDESJE GERIATRIKE

1. Paketë me masa për të menaxhuar rëniet në kapacitete individuale specifike (këto paketa shpesh përfshijnë ushtrime fizike e këshilla për ushqyerje të shëndetshme)
2. Masa për menaxhimin e sëmundjeve shoqëruese, multimorbiditetit e sindromave geriatrike që mund të kontribuojnë në rënien e kapaciteteve individuale specifike (duke ndjekur udhëzuesit e trajtimit të sëmundjeve kronike)
3. Mbështetje për vetë-kujdesje e vetë-menaxhim nga ana e pacientit
4. Mbështetje e kujdesje sociale përfshirë përshtatje të mjedisit ku jeton i moshuari për të kompensuar rëniet në kapacitete individuale specifike
5. Plan masash për të përmbushur nevojat për ndihmë në jetën e përditshme nëpërmjet familjarëve, miqve apo shërbimeve në komunitet

Plani i përkujdesjes geriatrike duhet të përfshijë edhe ndjekjen e monitorimin e ecurisë, psh pas 3 ose 6 muajsh, me pritshmëritë specifike të dakordësuara me të moshuarën. Ndjekja e monitorimi ka shumë rëndësi jo vetëm për të matur efektin e masave të zbatuara, por edhe për ta përshtatur planin e përkujdesjes me nevojat e reja ose ndryshimet që mund të ndodhin më pas (qofshin këto përkeqësime ose përmirësime). Plani i përkujdesjes geriatrike duhet gjithashtu të konsiderojë rolin e familjarëve ose personave që kujdesen për të moshuarin dhe të mundësojë edhe informimin e edukimin e tyre mbi rolin e tyre mbështetës si dhe të mundësojë ndërlidhjen e pacientit të moshuar dhe familjarëve me burime ndihmëse në komunitet, si psh shoqata për të moshuarit apo që ofrojnë shërbime mbështetëse për të moshuar në shtëpi, etj.

Hapat e hartimit të një plani të individualizuar përkujdesje geriatrike

1. Informimi i pacientit mbi gjetjet e vlerësimit geriatrik depistues e të thelluar dhe cilat janë mundësitë/masat për përmirësimin e funksionimit e mirëqënies shëndetësore të pacientit
2. Vendosja e qëllimeve që kanë në qendër pacientin (preferencat e nevojat e tyre) dhe jo mjekun (çfarë mendon mjeku se është e rëndësishme) (Tabela 6)
3. Dakordësimi mbi një paketë masash specifike që adresojnë nevojat e identifikuar si të rëndësishme nga pacienti
4. Përpilimi i planit të përkujdesjes dhe dokumentimi i tij

Tabela 6: Hapat e vendosjes së qëllimeve për një plan të individualizuar përkujdesje

Identifikimi i qëllimeve (me pacientin e familjarët e tij)	Vendosja e qëllimeve (duhen përshtatur me nevojat e të moshuarës dhe mënyrën se si ajo i përshkruan problemet që ka)	Prioritizimi i qëllimeve (dakordësim i përparësive)
Pyetja 1: Ju lutem më tregoni çfarë ka më tepër rëndësi për ju në jetën tuaj?	Pyetja 5: Çfarë specifikisht në lidhje me qëllimin 1, 2 ose 3 do të donit të përpiqeshit për ta arritur në 3 muajt e ardhshëm? Po në 6 ose 12 muajt e ardhshëm?	Pyetja 8: Nga këto qëllime që përmendëm, cilin do ishit më e gatshme ta arrinit në 3 muajt e ardhshëm ose vetë ose me ndihmën e dikujt tjetër? Po në 6 a 12 muajt e ardhshëm?
Pyetja 2: Cilat janë disa qëllime specifike që keni për jetën tuaj?	Pyetja 6: Çfarë po bëni aktualisht për qëllimin 1, 2, 3?	
Pyetja 3: Cilat janë disa qëllime specifike që keni për shëndetin tuaj?	Pyetja 7: Çfarë do të ishte një arritje e dëshirueshme por edhe e mundshme për ju në lidhje me qëllimin 1, 2, 3?	
Pyetja 4: Nga qëllimet që përmendët më lart, a mund të zgjidhni 3 tek të cilat do të donit të përqëndroheshit në 3 muajt e ardhshëm? Po në 6 ose 12 muajt e ardhshëm?		

Burimi: Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care. Geneva: World Health Organization; 2019. (Përkthim e përshtatje në shqip nga autorët e këtij manuali jo nga OBSH).

Plani duhet të përfshijë situatat problematike të identifikuara, përparësitë, qëllimet/objektivat e dakordësuara me pacientin dhe ndërhyrjet specifike për të arritur këto objektiva. Objektivat e masat e dakordësuara me pacientin dhe /ose familjarët duhet të jenë të matshme, të realizueshme e të formuluar qartë e në gjuhë të kuptueshme nga pacienti (Tabela 7).

Tabela 7: Formulimi i nevojave, qëllimeve e veprimeve të planit të përkujdesjes geriatrike

Formulime mjekësore	Formulime të pacientes
Nevoja: Parandalim i rrëzimeve	Unë kam nevojë të rris fuqinë e muskujve që të mund të mbaj drejtqëndrimin
Qëllimi: Parandalim i shtrimeve në urgjencë/spital	Të jem e aftë të përdor shkallët pa pasur nevojë për ndihmë
Veprimi: Vizita fizioterapeutike një herë në muaj	Mjeku do të më japë një rekomandim për te fizioterapisti. Unë do të diskutoj mbi ushtrimet me fizioterapistin. Unë do të dal një herë në javë për të ecur tek parku me komshijet.

Burimi: *Comprehensive Geriatric Assessment Toolkit for Primary Care Practitioners*. London. British Geriatric Society. 2019. (<https://www.bgs.org.uk/resources/resource-series/comprehensive-geriatric-assessment-toolkit-for-primary-care-practitioners>, parë online më 20.12.2021)

Ka shumë rëndësi që pacientja dhe /ose familjarët të kenë një kopje të planit të përkujdesjes me afate të qarta kohore për vizitat ndjekëse dhe ky plan të jetë pjesë e kartelës mjekësore të pacientes së moshuar.

5. Monitorimi dhe ndjekja

Ndjekja e rregullt periodike forcon edhe marrëdhënien me pacientin e moshuar dhe familjarët. Kjo është shumë e rëndësishme për të monitoruar ecurinë, vështirësitë që mund të hasen me zbatimin e masave të planit ose efekte të padëshiruara si dhe ndryshimet në statusin funksional. Infermierët e familjes mund të luajnë një rol kyç në monitorimin e ndjekjes të planit të përkujdesjes, identifikimin e vështirësive dhe sinjalizimin tek mjeku i familjes ose ndërlidhjen me burime ndihmëse në komunitet.

ROLET E MJEKËVE DHE INFERMIERËVE TË FAMILJES NË KUJDESHIN SHËNDETËSOR PËR TË MOSHUARIT



Mjekët e familjes dhe infemierët e familjes në qendra shëndetësore kanë një rol kyç në përkujdesjen për pacientët e moshuar në kujdes parësor. Ata duhet të bashkëpunojnë së bashku mes tyre si dhe me pacientët e moshuar, familjarët apo personat kujdestarë të tyre si dhe me ofrues të tjerë shërbimesh të rëndësishme për të moshuarit, si psh specialistë të tjerë, fizioterapistë, punonjës sociale apo shërbime/shoqata komunitare. Infermierët shpesh janë në një pozicion më të mirë për të luajtur rolin koordinator mes pacientit e personave të tjerë të përfshirë në planin e përkujdesjes geriatrike. Infermierët kanë mundësinë e vizitave në shtëpi, informimit e edukimit të pacientit e familjarëve, informimit e sinjalizimit të mjekut të familjes për probleme të mundshme si dhe ndërlidhjen me shërbime të tjera në komunitet që mundësojnë arritjen e qëllimeve të dakordësuara në planin e përkujdesjes geriatrike. Më poshtë është një listë me rolet specifike të mundshme të mjekëve e infermierëve të familjes në kuadrin e vlerësimit geriatrik gjithpërfshirës në kujdes parësor.

ROLET E MJEKËVE TË FAMILJES

1. Krijimi e mbajtja e një marrëdhënie mirëbesimi e respekti me pacientët e moshuar dhe familjarët e tyre.
2. Marrja e anamnezës dhe kryerja e një ekzaminimi fizik për të diagnostikuar e ndjekur problemet e zakonshme mjekësore (akute e kronike) të të moshuarve.
3. Zgjedhja, kryerja e interpretimi i procedurave diagnostike për problemet mjekësore të të moshuarve dhe referimi sipas nevojës tek specialistët e duhur.
4. Vlerësim e menaxhim periodik i problemit të polifarmacisë tek pacientët e moshuar
5. Vlerësimi i thelluar i gjendjes funksionale mendore e fizike të pacientëve të moshuar me anë të metodave e mjeteve matëse të kapaciteteve mendore e fizike për të moshuarit.
6. Komunikimi me pacientët e moshuar dhe/ose familjarët e tyre mbi gjetjet e vizitës, masat e nevojshme e të mundshme dhe dakordësimi i një plani trajtimi, përkujdesje e ndjekjeje.
7. Hartimi e zbatimi i një plani trajtimi, përkujdesje e ndjekje të problemeve shëndetësore dhe deficienteve funksionale të pacienteve të moshuar.
8. Referimi, informimi e drejtimi sipas nevojës i pacientëve të moshuar në shërbime të tjera të specializuara mjekësore ose sociale në komunitet ose qendra të specializuara rajonale.
9. Rekomandimi e zbatimi i praktikave të përshtatshme për parandalimin e promocionin shëndetësor për pacientët e moshuar.

10. Punë bashkëpunuese e koordinuese në ekip me infermierët e familjes, fizioterapistët dhe punonjës të tjerë mjekësorë e socialë të përfshirë në përkujdesjen e pacientëve të moshuar.
11. Plotësim e mbajtje e përditësuar e kartelës/dokumentacionit mjekësor të pacientëve të moshuar.

ROLET E INFERMIERËVE TË FAMILJES

1. Krijimi e mbajtja e një marrëdhënie mirëbesimi e respekti me pacientët e moshuar dhe familjarët e tyre.
2. Vlerësimi periodik depistues i gjendjes funksionale mendore e fizike të pacientëve të moshuar me anë të pyetësorëve e mjeteve depistuese për të moshuarit.
3. Informimi e sinjalizimi i mjekut të familjes për problemet/deficitet funksionale të vëna re gjatë vlerësimit depistues apo vëzhgimeve infermiore të pacientëve të moshuar.
4. Mbështetje për pacientët e familjarët e tyre në zbatimin e planit të përkujdesjes geriatrike të hartuar me mjekun e familjes
 - a) Informim e këshillim për zbatimin e masave rehabilituese të dakordësuara në planin e përkujdesjes për të moshuarin
 - b) Ndërlidhja e pacientit dhe/ose familjarëve me burimet ndihmëse në komunitet
 - c) Mbështetje për ndjekjen e afateve të monitorimit dhe rivlerësimit
5. Këshillim e informim i pacientëve të moshuar dhe/ose familjarëve të tyre në lidhje me masat parandaluese dhe të promovimit shëndetësor të rekomanduara nga mjeku i familjes.
6. Administrimi i trajtimeve/mjekimeve ose masave rehabilituese të nevojshme për pacientë të moshuar në qendër shëndetësore ose në shtëpi.
7. Punë bashkëpunuese e koordinuese në ekip me mjekët e familjes, fizioterapistët dhe punonjës të tjerë mjekësorë e socialë të përfshirë në përkujdesjen e pacientëve të moshuar.
8. Plotësim e mbajtje e përditësuar e kartelës/dokumentacionit mjekësor të pacientëve të moshuar.

Fizioterapistët në qendra shëndetësore mund të luajnë një rol shumë të rëndësishëm në zbatimin e një plani përkujdesje sa më cilësor për pacientët e moshuar. Përkrah shërbimeve fizioterapeutike specifike për sëmundje të zakonshme tek të moshuarit, në kuadrin e vlerësimit geriatrik gjithpërfshirës fizioterapistët mund të:

1. vlerësojnë nevojat për fizioterapi pas referimit të pacientit të moshuar nga mjeku i familjes
2. përpilojnë një plan masash fizioterapeutike të individualizuar për parandalim ose rehabilitim sipas udhëzuesve dhe rekomandimeve më të mira geriatrike
3. aplikojnë masat fizioterapeutike si psh paketa ushtrimore për parandalim ose rehabilitim në qendër shëndetësore ose në shtëpi
4. të mbështesin dhe monitorojnë pacientët e moshuar në ndjekjen e paketave ushtrimore të individualizuara dhe përshtatjen e aktiviteteve të jetës të përditshme me kufizimet e mundshme funksionale.

TREGUES CILËSIE PËR KUJDESHIN SHËNDËTESOR TË PACIENTËVE TË MOSHUAR NË KSHP

Treguesit e cilësisë të kujdesit shëndetësor ndaj pacientëve të moshuar në kujdes parësor mund të jenë të shumtë dhe duhen zhvilluar e përshtatur me situatën lokale të qendrave shëndetësore. Më poshtë paraqiten disa tregues cilësie të propozuar që mund të diskutohen e të dakordësohen për t'u ndjekur nga personeli i qendrës shëndetësore. Këto tregues cilësie kufizohen vetëm në lidhje me vlerësimin geriatrik gjithëpërfshirës dhe përkujdesjen klinike dhe nuk përfshijnë tregues cilësie të lidhur me strukturën dhe organizimin e qendrës shëndetësore për kujdes shëndetësor cilësor për të moshuarit.

1. Çdo pacient i moshuar 65 vjeç e lart ka një vlerësim geriatrik gjithëpërfshirës të kryer dhe dokumentuar në kartelë një herë në vit.
2. Kartela mjekësore e çdo pacienti të moshuar 65 vjeç e lart ka të dokumentuar gjetjet e vlerësimit geriatrik të përvitshëm (depistim dhe/ose vlerësim të thelluar) në këto fusha:
 - a) Autonomia (pyetje depistuese, pyetësorët e Katz dhe Lawson)
 - b) Shikimi (pyetje depistuese, testi i mprehtësisë së pamjes me tabelën Snellen)
 - c) Dëgjimi (testi i pëshpëritjes, pyetësori HHEI-S)
 - d) Kapaciteti konjitiv (mini-COG)
 - e) Depresivitet (dy pyetjet për depresionin dhe GDS-15 ose PHQ-9)
 - f) Mobiliteti (Testi i ngritjes e uljes në karrige dhe SSPB)
 - g) Rreziku për rrëzime (pyetja depistuese për rrëzime, testi Ngrihu dhe Ec, vlerësimi multifaktorial)
 - h) Inkontinenca (pyetjet depistuese)
 - i) Ushqyerja (pyetjet depistuese, pesha, BMI, pyetësori MNA®)
3. Çdo pacient i moshuar 65 vjeç e lart ka në kartelë një listë problemesh të identifikuara gjatë vlerësimit geriatrik DHE një plan masash trajtimi, rehabilitimi ose parandalimi që përfshijnë:
 - a) Këshillim për aktivitet fizik (ecje të paktën 30 min çdo ditë ose një paketë ushtrimore të individualizuar sipas nevojave funksionale të pacientit të moshuar)
 - b) Këshillim për ushqyerje të shëndetshme
 - c) Këshillim për marrje vitamine D 800-1000 UI në ditë
 - d) Këshillim për masa të tjera specifike sipas situatave geriatrike të identifikuara gjatë vlerësimit geriatrik gjithëpërfshirës (për më tepër shih Kapitujt përkatës në këtë manual)
 - e) Kohë/intervale specifike ndjekje e monitorimi
4. Çdo pacient i moshuar 65 vjeç e lart me një ose disa sëmundje kronike ka të dokumentuar diagnostikimin, ndjekjen, monitorimin e menaxhimit të sëmundjeve kronike sipas udhëzuesve të sëmundjeve kronike në kujdes parësor
5. Çdo pacient i moshuar 65 vjeç e lart me të paktën dy sëmundje kronike ka në kartelë mjekësore të dokumentuar një herë në vit një vlerësim sistematik të listës së medikamenteve të marra.

DISKUTIM MBI PACIENTË

Zoti dhe zonja Plaku janë një çift i martuar që prej 50 vitesh. Zoti Plaku është 78 vjeç dhe zonja Plaku është 70. Ata jetojnë në një apartament të vogël në qytet dhe 4 nga 7 fëmijët e tyre, së bashku me familjet, jetojnë në të njëjtin qytet. Tre fëmijët e tjerë punojnë jashtë Shqipërisë dhe shpesh u dërgojnë të ardhura për t'i ndihmuar.



Ju jeni mjek i familjes për këtë çift për shumë vjet. Zoti Plaku është obez dhe vuan nga diabeti e insuficienca kardiake. Zonja Plaku ka hipertension dhe osteoporozë. Znj.Plaku ka ardhur sot për vizitë për të marrë recetën e rradhës për hipertensionin. Ajo ankohet që këtë muajin e fundit ka filluar të ketë probleme me dëgjimin nga veshi djathtë, ka pasur dhimbje mesi dhe vështirësi në përkujdesjen ndaj të shoqit, i cili i kërkon ndihmë shpesh (dhe ajo mezi e dëgjon kur ai e thërret këto kohët e fundit) dhe lëviz fare pak edhe brenda shtëpisë (ai i kërkon shpesh ta ndihmojë për të lëvizur po ajo është e imët në trup dhe nuk ka fuqi ta ndihmojë). Ajo gjithashtu ju tregon që Z.Plaku ka kohë që ankohet se nuk shikon mirë dhe mezi lexon gazetën edhe me syze dhe ka ndërprerë daljet për kafe me dy miqtë e tij të zakonshëm.

- Cilat janë problemet mjekësore kryesore që duhen trajtuar dhe monitoruar rregullisht te ky çift?
- Cilat fusha të vlerësimit geriatrik do të duhet të depistoni e vlerësoni në mënyrë të veçantë tek çifti Plaku?
- Çfarë do të bëni për ankesën e uljes së dëgjimit të Znj.Plaku?
- Çfarë do i këshillonit Znj.Plaku në lidhje me vlerësimin e mëtejshëm dhe përkujdesjen ndaj Z.Plaku?
- Çfarë mund të bëhet për të ruajtur aftësinë funksionale të këtij çifti?
- Çfarë roli mund të luajnë mjeku, infemieri, fizioterapisti apo personel tjetër shëndetësor në qendrën tuaj shëndetësore në përkujdesjen për çiftin Plaku?

BIBLIOGRAFIA

Barkhausen et al. *"It's MAGIC" - development of a manageable geriatric assessment for general practice use*. BMC Family Practice (2015) 16:4. doi 10.1186/s12875-014-0215-4

Bergert F.W. et al. *Geriatrisches Assessment in der Hausarztpraxis. Hausärztliche Leitlinie*. Version 6.8.2019 (https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-015I_S1_Geriatrisches_Assessment_in_der_Hausarztpraxis_2018-05-verlaengert.pdf, parë online më 20.12.2021)

British Geriatric Society. *Comprehensive Geriatric Assessment Toolkit for Primary Care Practitioners*. London. 2019. (<https://www.bgs.org.uk/resources/resource-series/comprehensive-geriatric-assessment-toolkit-for-primary-care-practitioners>, parë online më 20.12.2021)

Iliffe S. et al. *The development of a short instrument to identify common unmet needs in older people in general practice*. British Journal of General Practice. 2004; 54 (914-918).

Seematter-Bagnoud L, Büla C. *Brief assessments and screening for geriatric conditions in older primary care patients: a pragmatic approach*. Public Health Reviews. 2018; 39:8. doi 10.1186/s40985-018-0086-7

Senn N, Monod S. *Development of a Comprehensive Approach for the Early Diagnosis of Geriatric Syndromes in General Practice*. Frontiers in Medicine. November.2015; 2(78).doi: 10.3389/fmed.2015.00078

Sloane Ph.D.et al. *Principles of primary care of older adults*. In R.J. Ham et al. (Eds.) *Ham's primary care geriatrics: a case-based approach*. 6th Edition. Elsevier. 2014. (f.142-170).

Stiles M.,Walsh K. *Care of the elderly patient*. In: Rakel E, Rakel P. (Eds.) *Textbook of Family Medicine*. 9th Edition. Elsevier. 2016 (fq34-53).

Tatum P.E. et al. *Geriatric Assessment: An Office-Based Approach*. Am Fam Physician. 2018; 97(12): 776-784

World Health Organization. *Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care*. Geneva. 2019.

(<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-FWC-ALC-19.1>, parë online më 20.12.2021)

World Health Organization. Regional Office for South-East Asia. *Integrated Care for Older People: A manual for primary care physicians (Facilitator's Guide)*. New Delhi. 2021. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/344761>, parë online më 20.12.2021).

World Health Organization. *World report on ageing and health*. Geneva. 2015. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>, parë online më 20.12.2021).

PJESA II

SITUATA GERIARTRIKE NË KSHP



OSTEOPOROZA TEK TË MOSHUARIT

Valbona ILJAZI
Eralda HEGENDÖRFER



TË DHËNA TË PËRGJITHSHME

- Osteoporoza është sëmundje sistematike e skeletit që karakterizohet nga ulja e masës kockore e dëmtime të mikroarkitekturës kockore që çojnë në ulje të fortësisë së kockës dhe si rrjedhim shtim të rrezikut për frakturë.
- Prevalenca e osteoporozës shtohet me kalimin e moshës duke predominuar më tepër tek gratë.
 - Prevalenca në Europë është 10.2% në 65-69-vjeçarët, 26.1% në 75-79-vjeçarët e 36.8% në 80-vjeçarët.
 - Prevalenca tek gratë është rreth 3 herë më e madhe se tek burrat.
- Osteoporoza në 90% të rasteve është parësore (postmenopauzale dhe senile/nga moshimi) dhe në 10% të rasteve është dytësore e shkaktuar nga
 - sëmundje të tjera si psh, artriti reumatoid, sëmundje endokrine/metabolike, etj
 - marrje medikamentesh si psh, trajtim afatgjatë me kortikosteroidë, inhibitorë të pompës protonike, antiepileptikë, heparinë, inhibitorë të aromatazës, etj.
- Osteoporoza është një sëmundje e fshehur. Ajo nuk ka shfaqje klinike deri në momentin që ndodh fraktura, pra osteoporoza pa frakturë nuk jep dhimbje kockash.
- Osteoporoza diagnostikohet bazuar në praninë e një frakture nga trauma të lehta (frakturë fraxhiliteti) ose një densitet mineral kockor të ulur ($T\text{-score} \leq -2.5$).
 - Fraktura fraxhiliteti janë fraktura spontane nga trauma që normalisht nuk shkaktojnë frakturë, psh frakturë e kyçit të dorës apo femurit proksimal kur pacienti i moshuar pengohet diku e rrëzohet. Në raste osteoporozë të rëndë edhe një sforcim i lehtë si kolla, teshtitja, ngritja e çantës së pazarit, madje edhe ndryshimi i pozicionit në shtrat mund të shkaktojë frakturë. Frakturat osteoporotike janë më të zakonshme në vertebra (fraktura kompresive), femur proksimal dhe radius distal. Frakturat kompresive të vertebraeve në 2/3 e rasteve janë pa dhimbje dhe evidentohen vetëm në një radiografi të shtyllës kurrizore.
 - Metoda e preferuar e matjes të densitetit kockor është DEXA (dual energy X-ray absorptiometry), një teknikë radiografike që përqendron rrezet X në një zonë të caktuar skeletike (zakonisht femur proksimal dhe vertebrat lumbare). Rezultati raportohet si T-score që është numri i devijacioneve standarte mes densitetit kockor të matur tek pacienti/ja dhe vlerës mesatare të një grupi reference femrash të reja të shëndetshme² dhe si Z-score që është numri i devijacioneve standarte mes densitetit kockor të pacientes dhe vlerës mesatare të një grupi reference me të njëjtën moshë, gjini e racë/etni si pacientja³. Vlerat e densitetit kockor përdoren për diagnostikimin e osteoporozës, matjen e rrezikut për frakturë dhe ndjekjen e efektit të trajtimit të osteoporozës.
- Të gjitha llojet e frakturave tek të moshuarit shoqërohen me shtim vdekshmërie, ndërkohë që frakturat jo-fatale mund të dëmtojnë nivelin funksional të të moshuarit dhe cilësinë e jetës si dhe të shkaktojnë dhimbje kronike, paaftësi, humbje të autonomisë funksionale dhe shtim të shpenzimeve mjekësore.
- Pas një frakture fraxhiliteti, nëse nuk diagnostikohet dhe nuk trajtohet osteoporoza, rreziku për frakturë të tjera në të ardhmen rritet me rreth 86%!

2 Grupi i referencës është një grup femrash të reja (20-29 vjeç) të shëndetshme nga një popullatë studimi epidemiologjik kombëtar në ShBA (NHANES III). Kjo është grupmosha kur arrihet maksimumi i densitetit kockor.

3 Nëse Z-score është < -2 atëherë konsiderohet si nën kufirin e pritshëm për moshën.

- Identifikimi i hershëm i osteoporozës para se të pësohet një frakturë dhe kërkimi për osteoporozë në të moshuar që kanë pasur një frakturë është shumë i rëndësishëm, pasi trajtimi i duhur i osteoporozës mund të parandalojë frakturat në të ardhmen duke ulur sëmundshmërinë e të moshuarve dhe duke ruajtur cilesinë e jetës së tyre.

DEPISTIMI PËR OSTEOPOROZË

Qëllimi i depistimit është identifikimi i pacientëve me risk për osteoporozë tek të cilët duhet bërë me pas një vlerësim i rrezikut për fraktura dhe matje të densitetit kockor për të diagnostikuar osteoporozën.

Një mjet i thjeshtë si OST (Osteoporosis Self-Assessment Tool)⁴ mund të përcaktojë tre nivele rreziku për osteoporozë duke përdorur vetëm moshën dhe peshën e pacientit. Bazuar në këtë vlerësim të thjeshtë, mund të vendoset nëse është e nevojshme bërja e një densitometrie kockore apo vlerësimi i rrezikut për fraktura osteoporotike.

Pacientët që kanë pasur një frakturë në 12 muajt e kaluar apo marrin kortikosteroide > 5 mg/ditë për >3 muaj konsiderohen në rrezik të lartë për osteoporozë pa pasur nevojë për llogaritje rreziku me OST.

Formula e OST dhe vlerësimi i rezultatit

OST = [pesha(kg) - mosha(vite)] / 5
 OST: -20 deri - 4 Rrezik i lartë për osteoporozë
 OST: -4 deri - 1 Rrezik mesatar për osteoporozë
 OST: -1 deri 20 Rrezik i ulët për osteoporozë

Vendimi për të rekomanduar densitometri kockore bëhet bazuar në vlerësimin e rrezikut të pacientit për osteoporozë. Për shkak se të moshuarit (gratë nga 65 vjeç e lart dhe burrat nga 70 vjeç e lart) konsiderohen me rrezik të lartë për osteoporozë dhe fraktura, ata duhet të kenë *të paktën* një vlerësim rreziku për fraktura osteoporotike dhe në bazë të nivelit të rrezikut të llogaritur vendoset për ecurinë e mëtejshme diagnostike e terapeutike⁵.

Algoritmi FRAX[®] është një instrument për vlerësimin e rrezikut absolut për fraktura osteoporotike bazuar në vlerësimin e faktorëve të rrezikut (me ose pa përfshirje të rezultatit të densitometrisë kockore). Në varësi të numrit të faktorëve të rrezikut të pranishëm në një pacient, FRAX[®] vlerëson rrezikun 10-vjeçar për fraktura të femurit dhe fraktura osteoporotike madhore (fraktura klinike vertebrale, të parakrahut, të femurit dhe të humerusit).

FRAX[®] është i përdorur gjerësisht dhe është validuar e kalibruar në shumë vende e popullata të ndryshme (modelet e parashikimit të rrezikut janë të disponueshme për të dhëna popullatash prej 73 vendesh). Algoritmi mund të plotësohet online (ka versione në 35 gjuhë të ndryshme) dhe në bazë të numrit të faktoreve të rrezikut raportohet rreziku absolut individual 10-vjeçar për fraktura osteoporotike (pra rreziku absolut mesatar i personave me profil të njëjtë demografik e faktorësh rreziku si pacienti) (Figura 1).

4 https://qcmd.com/calculate/calculator_708/osteoporosis-self-assessment-tool-for-women Kalkulatori OST gjendet në këtë link, por mund edhe të shkarkohet si aplikacion në platformën Android dhe iOS.

5 Në disa vende si ShBA dhe Kanada rekomandohet një densitometri kockore depistuese për çdo grua mbi 65 vjeç dhe/ose çdo burrë mbi 70 vjeç. Në Europë densitometria kockore rekomandohet në varësi të vlerësimit të rrezikut absolut 10-vjeçar për fraktura patologjike.

FRAX® Fracture Risk Assessment Tool

Home Calculation Tool Paper Charts FAQ References

Calculation Tool

Please answer the questions below to calculate the ten year probability of fracture with BMD.

Country: **Greece** Name/ID: About the risk factors

Questionnaire:

1. Age (between 40 and 90 years) or Date of Birth
 Age: Date of Birth: Y: M: D:

2. Sex ☐ Male ☒ Female

3. Weight (kg)

4. Height (cm)

5. Previous Fracture ☐ No ☒ Yes

6. Parent Fractured Hip ☒ No ☐ Yes

7. Current Smoking ☒ No ☐ Yes

8. Glucocorticoids ☒ No ☐ Yes

9. Rheumatoid arthritis ☒ No ☐ Yes

10. Secondary osteoporosis ☒ No ☐ Yes

11. Alcohol 3 or more units/day ☒ No ☐ Yes

12. Femoral neck BMD (g/cm²)
 Select BMD

BMI: 21.1
 The ten year probability of fracture (%)

without BMD

Major osteoporotic	20
Hip Fracture	9.1

Figura 1: Print-screen nga website i algoritmit FRAX®.

Burimi: <https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/index.aspx> (parë online më 19.01.2022).

Nëse nuk është i mundur vlerësimi i rrezikut me FRAX® online, atëherë mund të përdoren tabelat e llogaritjes të rrezikut që janë të bazuara në numrin e faktorëve të rrezikut dhe vlerat e densitometrisë kockore ose vlerat e BMI (kur nuk është bërë densitometria) (Shih Shtojcën 1). Këto tabela janë specifike për femrat e meshkujt dhe për mosha të ndryshme (40 – 90 vjeç). Përdorimi i densitometrisë kockore është i preferuar për një llogaritje më të mirë të rrezikut 10-vjeçar për fraktura osteoporotike, por nuk është i domosdoshëm. Në rast se përdorën tabelat e bazuara në densitometrinë, atëherë vetëm prania e artritis reumatoid mund të përfshihet në listën e faktorëve të rrezikut. Nëse përdoren tabelat e bazuara në vlerën e BMI, atëherë mund të përfshihen në faktorët e rrezikut edhe sëmundje të tjera që janë shkaqe të osteoporozës dytësore (Tabela 1).

Tabela 1: Faktorët e rrezikut për fraktura osteoporotike të përfshira në FRAX®

Faktorët e rrezikut	Shënime shpjeguese
Mosha	Algoritmi llogarit rrezikun absolut për mosha 40-90 vjeç. Në versionin FRAX® me tabela zgjidhet tabela sipas moshës.
Seksi	Në versionin e FRAX® me tabela zgjidhen tabelat përkatëse për meshkujt e femrat.
BMI (indeksi i masës trupore)	Në algoritëm online vendosen pesha dhe gjatësia dhe llogaritet automatikisht BMI. Në versionin me tabela BMI duhet llogaritur vetë dhe zgjidhen më pas tabelat e rrezikut bazuar në BMI dhe jo në densitet kockor.
Fraktura e mëparshme osteoporotike	Fraktura spontane ose nga trauma të lehta që normalisht nuk do të shkaktonin frakturë. Frakturat vertebrale morfometrike (të gjetura në grafi, po pa klinikë) vlejnë si frakturë e mëparshme. Një frakturë e mëparshme e femurit ose një frakturë vertebrale klinike (me dhimbje) janë faktorë rreziku më të fortë dhe në këtë rast rreziku absolut i llogaritur nga FRAX® mund të jetë i nënvlerësuar dhe rreziku real është më i lartë. Po kështu rreziku për frakturë është i nënvlerësuar në rast të pasjes së disa frakturave të mëparshme.
Frakturë e qafës së femurit tek prindërit	Frakturë e qafës së femurit tek nëna ose babai
Duhanpirje aktuale	Rreziku për fraktura shtohet me sasinë e duhanit, prandaj tek duhanxhijtë për kohë të gjatë e me sasi të madhe ditore, rreziku për fraktura duhet konsideruar më i lartë se ai i llogaritur nga FRAX®
Marrje aktuale alkooli ≥ 3 njësi/ditë	1 njësi=8-10 gram alkool = një birrë standarte (285 ml); një gote raki (30ml) ose një gotë e mesme vere (60 ml). Si më lart për duhanin, sasi të mëdha alkooli kanë rrezik më të madh se ai i llogaritur nga FRAX®.
Densiteti kockor i qafës së femurit	Në versionin online të FRAX® zgjidhet lloji i pajisjes për DEXA dhe vendoset densiteti kockor i qafës së femurit shprehur në g/cm ² . Përndryshe vendoset T-score me referencë një popullatë 20-29-vjeçare të një studimi epidemiologjik në ShBA (NHANES III).
Marrja e kortikosteroideve	Aktualisht merr >5 mg/ditë ose ka marre më parë për > 3 muaj. Edhe këtu vlen efekti i rrezikut në rritje me dozën në rritje të kortikosteroideve.
Artriti reumatoid	Kujdes! Vetëm nëse është diagnozë e konfirmuar laboratorike e klinike e artritis reumatoid. Osteartroza që shpesh quhet edhe artriti nga pacientët e mjekët ka efekt 'mbrojtës' ndaj osteoporozës dhe në këtë rast nuk duhet llogaritur si faktor rreziku.
Shkaqe sekondare të osteoporozës (sëmundje shoqëruese).	Nëse pacienti ka një nga këto sëmundje të shoqëruara me një rrezik të lartë për osteoporozë: - diabeti mielitus tip 1, - osteogenesis imperfekta në të rritur, - hipertiroidizëm i zgjatur e pa trajtim, - hipogonadizëm ose menopauzë e hershme (<45 vjeç), - malnutrition (kequshqyerje) kronik - malabsorbim (keqpërthithje psh celiakia) - sëmundje hepatike kronike

Burimi: <https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/index.aspx> (parë online më 19.02.2022).

Tabela 2 paraqet vlerësimin e rrezikut absolut për fraktura osteoporotike madhore tek gratë 70-74 vjeç në Greqi⁶ bazuar mbi BMI. Për çdo numër faktorësh rreziku dhe një vlerë të BMI paraqitet rreziku absolut dhe në kllapa një interval rreziku absolut. Psh një grua 70 vjeç pa faktorë rreziku të tjerë për fraktura osteoporotike dhe një BMI 25, ka një rrezik absolut 10-vjeçar për frakturë madhore 9.2% (pra 9 gra nga 100 me të njëjtën moshë, BMI 25 dhe pa faktorë rreziku do të pësojnë një frakturë madhore osteoporotike në 10 vitet e ardhshëm). Për të njëjtën vlerë moshe dhe BMI, por me praninë e 2 faktorëve të rrezikut, rreziku i saj absolut për të pasur një frakturë madhore osteoporotike shtohet në 20%. Vlerat në kllapa (13-27) tregojnë hapësirën ku lëviz vlera e rrezikut absolut në varesi të llojit të faktorëve të rrezikut. Psh nëse dy faktorët e rrezikut, në këtë rast janë përdorim duhani e alkooli që konsiderohen faktorë të dobët rreziku për fraktura osteoporotike, atëherë rreziku absolut do të ishte në nivelin e vlerës së ulët pra 13%. Nëse dy faktorët e rrezikut janë faktorë të fortë si psh një nga prindërit ka pasur frakturë femuri, atëherë duhet marrë vlera e lartë e intervalit të rrezikut absolut (27%).

Tabela 2: Rreziku 10-vjeçar për fraktura madhore osteoporotike bazuar në BMI dhe faktorë rreziku për gratë 70-74 vjeç

Number of CRFs	BMI (kg/m ²)						
	15	20	25	30	35	40	45
0	13	11	9.2	7.9	6.7	5.8	5.0
1	21 (16-25)	16 (12-20)	14 (10-17)	12 (8.7-15)	10 (7.4-13)	8.5 (6.3-11)	7.3 (5.4-9.4)
2	31 (21-41)	25 (16-33)	20 (13-27)	17 (11-24)	15 (9.4-20)	13 (8.0-17)	11 (6.8-15)
3	45 (32-58)	36 (25-49)	29 (19-42)	25 (16-36)	21 (14-32)	18 (12-27)	16 (9.7-23)
4	60 (48-72)	50 (39-64)	42 (31-56)	36 (27-49)	31 (22-43)	26 (19-37)	23 (16-32)
5	74 (68-80)	66 (59-75)	57 (49-66)	50 (43-59)	43 (36-52)	37 (31-46)	32 (26-40)
6	83	79	72	65	58	51	45

Burimi: https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/charts/Chart_GK_ost_wom_bmi.pdf (parë online më 19.01.2022)

Për interpretimin e nivelit të rrezikut për fraktura osteoporotike janë të vlefshëm grafikët me prapun e rrezikut për nivel të ulët, të mesëm e të lartë sipas grupmoshave të ndryshme (Figura 2).

⁶ Aktualisht nuk ka vlera reference për popullatën në Shqipëri prandaj për përdorimin e FRAX[®] mund të përdoren tabelat reference të një vendi fqinj si psh Greqia.

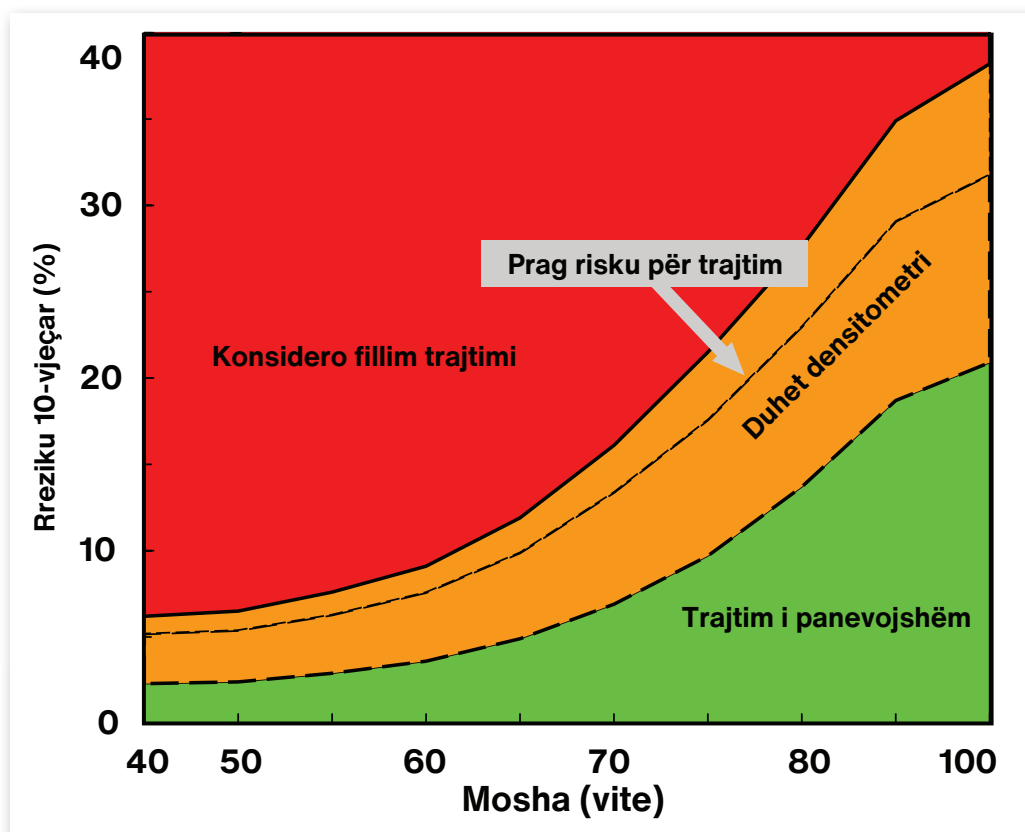


Figura 2: Grafik i pragut të vlerave të rrezikut 10-vjeçar për fraktura osteoporotike për grupmosha të ndryshme mbi të cilat vendoset për densitometri kockore dhe/ose fillim trajtimi medikamentoz

Burimi: Kanis J.A., et al. *European guidance on diagnosis and treatment of osteoporosis in postmenopausal women. Osteoporosis International* (2019),30:3-44.

Në varësi të vlerës së rrezikut 10-vjeçar për fraktura osteoporotike madhore të llogaritur sipas FRAX®, pacienti mund të klasifikohet me rrezik të lartë, mesatar ose të ulët (Figura 2). Për pacientë me rrezik mesatar ose të ulët, por me dyshime klinike për osteoporozë duhet bërë densitometria kockore dhe të rimatet rreziku 10-vjeçar me FRAX duke përfshirë vlerën e densitometrisë kockore (normalisht fleta e rezultateve të DEXA përfshin edhe këtë rivlerësim rreziku 10-vjeçar). Për të moshuar me vlera rreziku të lartë nuk është e domosdoshme bërja e densitometrisë kockore për diagnozë, por do të ishte ndihmëse si vlerësim bazë për të bërë me pas ndjekjen e efektit të trajtimit medikamentoz (Figura 3).

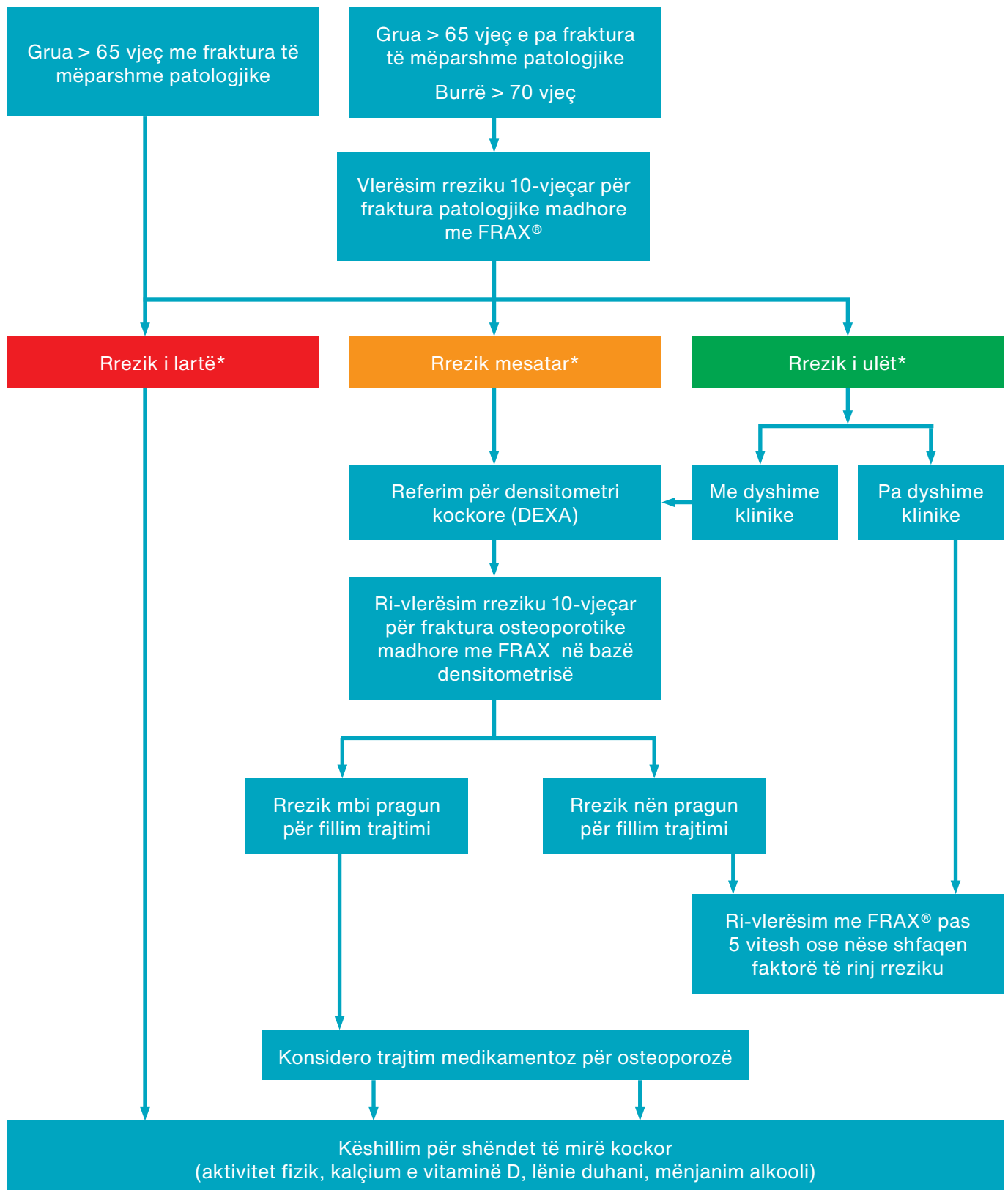


Figura 3: Skemë për vlerësim rreziku për fraktura osteoporotike tek të moshuarit dhe masat e mëtejshme diagnostike e terapeutike bazuar në nivelet e ndryshme të rrezikut

* Kategorizimi i nivelit të rrezikut si i ulët, mesatar e i lartë bazohet në Figurën 2. Në përgjithësi rrezik i lartë konsiderohet >20%, mesatar 10-20% dhe i ulët <10%. Hartuar në bazë të rekomandimeve të Kanis J.A., et al. European guidance on diagnosis and treatment of osteoporosis in postmenopausal women. *Osteoporosis International* (2019),30:3-44.

Si çdo mjet përlllogaritës për rreziku absolut, FRAX® ka edhe kufizime që duhen pasur parasysh në interpretimin e tij.

- FRAX® nuk konsideron dozën e faktorëve të rrezikut. Dy fraktura të mëparshme nga trauma të lehta kanë rrezik më të lartë sesa një frakturë, dhe rëndesa e faktorëve të rrezikut si duhanpirja, përdorimi i alkoolit dhe marrja e kortikosteroidëve lidhet me dozën dhe kohëzgjatjen e marrjes së tyre.
- FRAX® gjithashtu nuk konsideron densitetin kockor në vertebra dhe shpesh ka diferenca mes densitometrisë në vertebra dhe në femur.

Në këto raste mund të përdoren faktorë korrigjues për të pasur një vlerësim rreziku absolut sa më të mirë psh rreziku i llogaritur nga FRAX® mund të shumëzohet me një numër të caktuar nëse psh pacienti merr doze më të lartë kortikosteroidësh (7.5 përkundër 5 mg/ditë) ose nëse ka diferencë mes T-score të DEXA në vertebra dhe femur.

Matja e rrezikut absolut individual 10-vjeçar për fraktura osteoporotike është një mjet shumë ndihmës për të identifikuar pacientë që kanë nevojë për ndërhyrje për të parandaluar këto fraktura, por numrat mbeten gjithnjë vetëm orientues dhe vlerësimi e vendimi për ndërhyrje të nevojshme duhet marrë klinikisht dhe në kontekstin individual të çdo pacienti. Aktualisht FRAX® nuk ka tabela referencë për popullatë shqipëtare prandaj çdo numër rreziku absolut llogaritur me të duhet konsideruar duke pasur parasysh këtë kufizim shtesë.

DIAGNOZA E OSTEOPOROZËS

Osteoporoza është një sëmundje e fshehtë deri sa ndodh një frakturë që mund të ketë shfaqje klinike madhore si psh një frakturë e qafës së femurit, por mund të jetë edhe asimptomatike si psh fraktura vertebrale asimptomatike (të ashtuquajtura fraktura morfometrike) që identifikohen vetëm kur bëhet një radiografi e shtyllës kurrizore lumbare ose torakale.

Diagnoza e osteoporozës mund të vendoset në praninë e një prej tre gjetjeve të mëposhtme:

- Frakturë nga trauma të lehta veçanërisht të vertebrave, femurit, kyçit të dorës, humerusit, brinjëve ose pelvisit. Në rast të një frakture nga traumë e lehtë në vertebra ose femur, matja e densitometrisë kockore nuk ka vlerë diagnostike, por vetëm si vlerësim bazë për të ndjekur efektshmerinë e trajtimit. Për fraktura me traumë të lehtë në vende të tjera këshillohet densitometria kockore në vertebra dhe femur.
- T-score ≤ -2.5 në densitometrinë me DEXA. Vlerësimi i densitetit kockor nëpërmjet DEXA është testi standart për të konfirmuar osteoporozën. DEXA vlerëson densitetin kockor në vertebra dhe femur proximal pasi frakturat në këto nivele kanë impaktin më të madh në shëndetin e pacientëve. T-score është normal nëse është ≥ -1.0 . Nëse T-score është midis -1.0 dhe -2.5 atëherë flitet për osteopeni (masë kockore e ulët). Megjithatë për një vlerësim të plotë të osteoporozës dhe vendimin për trajtim nuk duhet të bazohemi vetëm në një vlerë të densitometrisë, por duhet bërë vlerësim i rrezikut për fraktura osteoporotike që merr parasysh edhe faktorë të tjerë rreziku përveç uljes të densitetit kockor.
- Rrezik 10-vjeçar i lartë nëpërmjet algoritmit FRAX® (psh ≥ 20 % për fraktura osteoporotike madhore ose ≥ 3 % për fraktura të femurit). Përfshirja e rezultatit të DEXA në algoritmin FRAX® e bën më të saktë vlerësimin e rrezikut absolut 10-vjeçar për fraktura osteoporotike.

Procesi i diagnostikimit bazohet në një anamnezë personale dhe familjare që vlerëson rrezikun për osteoporozë, si dhe në vlerësimin e listës së sëmundjeve dhe medikamenteve që merr pacienti i moshuar që mund të shtojnë rrezikun për osteoporozë.

Gjatë vizitës klinike ndër të tjera duhen bërë në mënyrë të veçantë:

- ✓ Matje peshe e gjatësie dhe llogaritje BMI (indeks i masës trupore).
 - Rënia e gjatësisë >4 cm te gratë dhe >6 cm te burrat krahasuar me gjatësinë në rini është shenjë sugjeruese për fraktura të mëparshme të trupave të vertebrave.
 - Rënia e peshës mbi 10% nga pesha e zakonshme dhe një BMI > 20 kg/m² janë faktorë rreziku.
- ✓ Ekzaminim i detajuar muskulo-skeletik
 - Vlerësim i posturës dhe drejtqëndrimit
 - Vlerësimi për kifoze
 - Pacientit i kërkohet të mbështetet pas murit dhe nëse nuk arrin të takojë pjesën oksipitale të kokës në mur, është shenjë kifoze (hapësira oksiput-mur është >0).
 - Kifoza progresive, shkakton rënie të gjatësisë, abdomeni del para dhe shpesh shoqërohet me refluks gastro-ezofageal, dëmtime të drejtqëndrimit që predisponon për rrëzime dhe fraktura dhe predispozite për sëmundje pulmonare restriktive.
 - Palpim i vertebrave për dhimbje në shtypje

Pas vendosjes së diagnozës së osteoporozës duhen përjashtuar shkaqe dytësore të saj, si psh sëmundje të tjera dhe efekte anësore nga medikamente të ndryshme (Tabela 3).

Tabela 3: Sëmundje dhe medikamente që shtojnë rrezikun për osteoporozë

Shkaqe për osteoporozë dytësore	Medikamente që shtojnë rrezikun për osteoporozë
Hipogonadizëm, menopauzë e hershme	Kortikosteroidët orale
Hipertiroidizëm	Antikonvulsantët
Hiperkortizolizëm (M.Cushing)	Kimioterapia
Hiperparatiroidizëm	Heparina
Diabet mielitus	Inhibitorët e pompës protonike (PPI)
Artrit reumatoid ose lupus eritematoz sistemik	Marrje e tepruar tiroksine (hormone tiroidje)
Hiperkalciuri idiopatike	Agonistët e çlirimit të gonadotropinës (për kancer prostate)
Sëmundje inflamatore të zorrëve	Inhibitorët e aromatazës dhe tamoksifen (për kancer gjiri)
Malabsorbim (sëmundje e celiakisë)	Antiretroviralet
Deficit vitaminë D	SSRI (Inhibitorët e rikapjes së serotoninës)
Sëmundje renale kronike	SGLT2 inhibitorë
Sëmundje hepatike kronike	Thiazolidinedionet (glitazonet)
Sëmundje neurologjike (epilepsi, M.Parkinson, demencë, Alzheimer, sklerozë multiple)	Metotreksati
Mieloma multiple, leukemia, limfoma, talasemia, hemofilia	
Astma/SPOK	

⁷ Këto vlera pragu rreziku për fraktura të FRAX[®] mbi të cilin bazohet diagnoza dhe fillimi i terapisë për osteoporozë janë të bazuara në të dhëna epidemiologjike të një popullate në ShBA dhe është e debatueshme nëse vlejnë edhe për popullata në vende të tjera. Shumë vende të tjera në Europë aplikojnë vlera të tjera të bazuara në rrezikun për fraktura të matura në popullatat e tyre. Kur nuk ka referenca lokale, vlerësimi i rrezikut duhet bërë bazuar në referenca populatash të ngjashme me situatën epidemiologjike lokale.

Rastet që dyshohen për osteoporozë dytësore duhen referuar tek mjeku specialist. Analizat që mund të bëhen për të përjashtuar një shkak dytësor të osteoporozës ose për diagnozë diferenciale janë:

- gjak komplet me eritrosediment e protein C reactive (sëmundje reumatizmale ose malinje (leuçemi)?) elektroforezë proteinash (mielomë multiple?)
- kalçemi, fosfate mi, nivel hormoni paratiroidien (hiperparatiroidizëm primar ose dytësor?)
- kreatinemi (insuficiencë renale kronike?)
- prova të heparit (sëmundje hepatike kronike?)
- fosfataza alkaline (e rritur në patologji të tjera kockore por normale ose lehtësisht e rritur në osteoporozë), nivel serik i vitaminës D 25(OH) (osteomalaci?)
- nivel TSH (hipertireozë?)
- analiza të tjera sipas nevojës.

Kur dyshohet për fraktura vertebrale mund të bëhet një radiografi laterale e shtyllës kurrizore lumbare e torakale.

Osteoporozë duhet diferencuar nga osteomalacia dhe malinjiteti kockor. Osteomalacia shkaktohet nga një defekt në mineralizimin e kockës që mund të vijë nga mosmarrja e sasive të nevojshme të vitaminës D, defekte në transportin e fosfatit si dhe nga marrja e medikamenteve si psh antacid me alumin ose marrja kronike e antikonvulsantëve. Diagnoza e osteomalacisë dyshohet nga anamneza klinike dhe kur ka çrregullime analizash biokimike si psh vlera të ulëta kalçemie e kalçiurie, të fosfateve dhe vitaminës D dhe vlera të rritura të fosfatazës alkaline dhe hormonit paratiroidien.

Frakturat patologjike osteoporotike duhen dalluar edhe nga fraktura për shkak të malinjitetit kockor bazuar në vizitën klinike, të dhënat biokimike dhe radiologjike. Mieloma multiple shoqërohet shpesh nga një osteoporozë e përhapur, por karakterizohet nga dhimbje të forta kockore, eritrosedimenti i rritur dhe ndryshime në elektroforezën e proteinave.

MENAXHIMI I OSTEOPOROZËS

Qëllimi i identifikimit dhe trajtimit të osteoporozës është parandalimi i frakturave. Trajtimi i osteoporozës konsiston në masa të lidhura me stilin e jetesës dhe terapi medikamentoze.

Masat në lidhje me stilin e jetesës përfshijnë këshillim për ushqyerje të duhur dhe marrjen e nevojshme të kalçiumit dhe vitaminës D, kryerje aktiviteti fizik, lënie duhani, uljen e përdorimit të tepërt të alkoolit dhe këshillim për parandalimin e rrëzimeve. Të gjitha këto masa mund të ulin rrezikun për osteoporozë dhe fraktura dhe duhet të jenë shoqëruese edhe të terapisë medikamentoze.

Masa për uljen e faktorëve të riskut për osteoporozë dhe fraktura

Trajtim i shkaqeve të osteoporozës dytësore

- sëmundje që shkaktojnë ose shtojnë osteoporozën
- medikamente

Marrja e duhur e kalçiumit dhe vitaminës D

- 1200 mg kalçium në ditë (me ushqyerje dhe/ose suplemente orale)
- 800-1000 UI vitaminë D3 në ditë

Ushtrime të rregullta fizike

- Ecje dhe ushtrime për forcim muskujsh
- Shtojnë densitetin kockor dhe ulin rrezikun për rrëzime

Masa për parandalim rrëzimesh

- Korrigjime të problemeve me shikimin e dëgjimin
- Vlerësim ecje dhe drejtqëndrimi
- Vlerësim i efekteve anësore të medikamenteve
- Vlerësim i sigurisë së mjedisit shtëpiak

Lënia e duhanit

Kufizimi i përdorimit të alkoolit

- ≥ 3 pije alkoolike në ditë ka efekt negativ në kocka dhe rrit rrezikun për rrëzime

Burimi: Nelson D.H. "Osteoporosis". In: Ham R.J., et al (Eds.). Ham's primary care geriatrics: a case-based approach, (6th ed.), Elsevier, 2014. Përkthyer e përshtatur në shqip nga autoret e këtij manuali.

1. Ushqyerja optimale për parandalimin e trajtimin e osteoporozës përmban sasi të përshtatshme kalorish (duhet evituar kequshyerja e rënia në peshë), proteinash, kalçiumi dhe vitamine D (Shih dhe Kapitullin "Probleme me ushqyerjen dhe peshën").

Të moshuarit që marrin sasinë e duhur të kalçiumit nga ushqimet⁸ (1200 mg/ditë), nuk kanë nevojë të marrin kalçium shtesë. Përndryshe, nëse marrja e kalçiumit nëpërmjet ushqyerjes nuk është e mjaftueshme, nevojitet marrja e kalçiumit shtesë (500-1000 mg/ditë) që të arrihet 1200 mg/ditë bashkë me ushqyerjen. Duhet pasur kujdes me përdorimin e tepruar të kalçiumit pasi ka diskutime mbi rrezikun kardiovaskular nga kalçiumi shtesë si dhe kalçiumi në sasi të tepruar mund të shkaktojë gurë në veshka apo shqetësime gastro-intestinale. Për të optimizuar përthithjen e kalçiumit shtesë nga goja këshillohet marrja e një doze jo më të madhe se 500 mg në një marrje (500 mg kalçium i marrë dy herë në ditë ka përqindje më të lartë përthithjeje të kalçiumit sesa 1000 mg kalçium një herë në ditë).

Të moshuarit kanë nevojë për të paktën 800-1000 UI vitaminë D₃/ditë⁹. Nëse është e mundur doza e vitaminës D është mirë të jetë e bazuar në një kontroll të nivelit në gjak të

8 Një gotë qumësht 240 ml përmban 300 mg kalçium; 168 gr kos ka 250 mg kalçium; 28gr djathë ka 185 - 335 gr kalçium (sa më i fortë djathi aq më tepër kalçium ka); 113 g gjizë ka 130 mg kalçium, dhe 1 portokall mesatar ka 60 mg kalçium.

9 Doza e vitaminës D3 që rekomandohet për të moshuarit nga organizata të ndryshme mjekësore varion nga 600 deri 1000 UI/ditë. Këshillohet që para se të përshkruhet doza duhen konsideruar marrje të tjera të vitaminës D si psh nga tableta me multivitamina që i moshuari merr vetë e që shpesh nuk i tregohen mjekut të familjes. Po ashtu duhet marrë në konsideratë edhe ekspozimi në diell (i moshuari që rri shumicën e kohës brenda ka nevojë për dozë më të lartë se i moshuari që çdo ditë punon kopshtin ose del për shëtitje në park).

vitaminës D 25(OH) sidomos për pacientët me osteoporozë dhe rrezik të lartë për fraktura (niveli i vitaminës D në serum duhet të të mbahet ≥ 30 ng/ml). Niveli i duhur i vitaminës D ka rëndësi jo vetëm për shëndetin kockor, por edhe për atë muskular duke ulur në këtë mënyrë rrezikun për rrëzime e fraktura. Vitamina D përmirëson edhe përthithjen e kalçiumit prandaj është e rëndësishme të jepen bashkë dhe duhet gjithnjë të shoqërojnë trajtimin medikamentoz të osteoporozës.

Arsyet e niveleve të ulëta të vitaminës D tek të moshuarit janë jo vetëm ekspozimi i pamjaftueshëm në diell sidomos nëse rrinë më shumë në shtëpi për shkak të kufizimeve të lëvizshmërisë, por edhe kapaciteti i ulët i lëkurës të tyre për të sintetizuar vitaminë D nga ekspozimi në diell. Tek të moshuarit lëkura prodhon $\frac{1}{4}$ e sasisë së vitaminës D që prodhon tek të rinjtë. Në mënyrë që lëkura e një të rrituri të prodhojë sasinë e nevojshme të vitaminës D, nevojitet ekspozimi 10-15 min në diell në orarin kur ka më shumë rreze UVB, nga ora 10 am-3 pm, 2-3 herë në javë. Shumë pak ushqime përmbajnë vitaminë D si psh salmoni, sardelja, tuna konservë, vaji i mëlçisë së peshkut, e verdha e vezës, mëlçia dhe pa ekspozim të mjaftueshëm në diell nuk mund të arrihet marrja e mjaftueshme e vitaminës D. Prandaj marrja e suplementeve të vitaminës D3 800- 1000 UI në ditë është e rekomandueshme tek të gjithë të moshuarit, pavarësisht nga prania apo jo e osteoporozës, pasi të gjithë të moshuarit janë grup risku për osteoporozë. Prania e insuficiencës renale apo e keqpërthithjes intestinale dhe qëndrimi i të moshuarit në shtëpi ose në një institucion për të moshuar e shton rrezikun për deficiet të vitaminës D dhe duhet pasur parasysh në mënyrë që në këto grupe të moshuarish të mund të matet dhe të ndiqet niveli serik i vitaminës D.

2. Aktiviteti fizik: Aktiviteti i rregullt fizik është shumë i rëndësishëm për shëndetin tërësor të çdo të moshuari, por ka rëndësi të veçantë në pacientë me osteoporozë dhe me rrezik për fraktura. *Pa aktivitet fizik marrja e kalçiumit dhe vitaminës D nuk kanë efekt!* Ushtrimet fizike shtojnë densitetin kockor duke stimuluar sintezën e masës kockore dhe ulin rrezikun për rrëzime e fraktura duke përmirësuar edhe forcën muskulare, posturën dhe drejtqëndrimin. Rekomandohet të paktën 30 minuta 3 herë në javë aktivitet fizik si për parandalimin edhe për trajtimin e osteoporozës. Një regjim ushtrimor i rregullt përfshin përveç aktivitetit aerobik (psh ecja) edhe ngritje peshash dhe ushtrime për forcim muskulature e drejtqëndrimi. Këto programe duhet të fillohen gradualisht, përndryshe mund të rrisin rrezikun për fraktura. Përqasja më e mirë është vizita me një fizioterapist/e që bën një vlerësim të nevojave dhe mundësive individuale të pacientit dhe harton dhe ndihmon në zbatimin e një programi ushtrimor të individualizuar. Edhe pa programe ushtrimore, thjesht ecja çdo ditë për të paktën 30 minuta apo edhe lëvizje të thjeshta në shtëpi për ata që kanë kufizime lëvizshmërie është shumë e rëndësishme dhe me vlerë.

3. Lënia e duhanit: Duhani rrit humbjen e masës kockore, ndaj duhet të nxitet lënia e tij.

4. Kufizimi i alkoolit: Ulja e përdorimit të tepërt të alkoolit, jo më shumë se 3 njësi në ditë¹⁰.

5. Këshillim për parandalim rrëzimesh: Tek të moshuarit me osteoporozë, edhe trauma të lehta si goditje të vogla apo rrëzime mund të shkaktojnë fraktura. Rrëzimet mund të jenë pasojë e paqëndrueshmërisë të drejtqëndrimit (të moshuarit kanë tendencë të bien anash e të pësojnë frakturë femuri), uljes së performancës muskulare, kequshqyerjes, uljes së mprehtësisë së pamjes, dëmtimit konjitiv e efekteve anësore të medikamenteve të marra.

10 Një njësi alkool = 8-10 gram alkool që është ekuivalente me një birrë standarte (285 ml); gote raki (30ml) ose një gotë e mesme vere (60 ml).

Të gjithë këto faktorë duhen vlerësuar e menaxhuar në pacientët e moshuar e në mënyrë të veçantë në ata me osteoporozë. Për më tepër në lidhje me këshillat për parandalim të rrëzimeve: shih Kapitullin "Rrëzimet".

Trajtimi medikamentoz

Indikacionet

Trajtimi medikamentoz i osteoporozës përdoret për parandalim parësor dhe dytësor (Figura 3).

Parandalim parësor:

- Densiteti kockor i ulët: T-score -1 deri -2.5 në nivelin femoral apo të vertebrave dhe një rrezik 10-vjeçar i lartë sipas FRAX® ($\geq 3\%$ për frakturë në nivelin e femurit proximal dhe $\geq 20\%$ për frakturë madhore osteoporotike)¹¹.

Parandalimi dytësor

- Frakturë nga trauma të lehta në vertebra apo femur proksimal. Ky grup pacientësh është në rrezik të lartë për fraktura të tjera dhe duhet të marrin trajtim medikamentoz për osteoporozë pa pasur nevojë për kryerjen e një densitometrie për diagnostikim.
- Densitet i ulur kockor: T-score ≤ -2.5 në nivelin e vertebrave ose të femurit, pasi janë përjashtuar shkaqe të mundshme dytësore.

Parimet bazë

Në përgjithësi, medikamentet për osteoporozë janë efektive për uljen e frakturave në pacientë me densitet kockor shumë të ulët, në pacientë me fraktura të mëparshme ose pacientë me disa faktorë rrishtje për fraktura osteoporotike. Medikamentet për osteoporozë kanë mekanizma, efektshmëri, mënyra marrje e efekte anësore të ndryshme. Të dhënat në lidhje me efektet e tyre anësore dhe efektet afatgjata janë akoma në zhvillim e sipër. Për të rritur potencialin për efekt pozitiv në osteoporozë duke mbajtur sa më të ulët potencialin për efekte anësore, duhet bërë me kujdes përzgjedhja e medikamentit sipas profilit të pacientit.

Para fillimit të terapisë për osteoporozë, kalçemia dhe vitamina D 25(OH) duhet të jenë normale dhe gjatë terapisë duhet të ndiqet një marrje sasie e përshtatshme e kalçiumit dhe vitaminës D.

Para se të fillohet terapia medikamentoze për osteoporozë, pacientja duhet të ketë vlera normale të kalçiumit dhe vitaminës D 25(OH) në serum, duhet vlerësuar kreatinemia dhe vlera e filtrimit glomerular (eGFR), prania e një sëmundje ezofagu, bypass gastrik apo histori për kancer si dhe këshillohet një vizitë stomatologjike. Figura 4 paraqet një skemë të mundshme vlerësimi për fillimin e terapisë medikamentoze për osteoporozë dhe Tabela 4 paraqet një listë të medikamenteve për trajtim osteoporozë e parandalim frakturash me këshillat për përdorim, indikacionet/kundërindikacionet dhe efektet e mundshme anësore.

¹¹ Këto vlera pragu rreziku për fraktura të FRAX® mbi të cilin bazohet diagnoza dhe fillimi i terapisë për osteoporozë janë të bazuara në të dhëna epidemiologjike të një popullate në ShBA dhe është e debatueshme nëse vlejnë edhe për popullata në vende të tjera. Shumë vende të tjera në Europë aplikojnë vlera të tjera të bazuara në rrezikun për fraktura të matura në popullatat e tyre. Kur nuk ka referenca lokale, vlerësimi i rrezikut duhet bërë bazuar në referenca populatash të ngjashme me situatën epidemiologjike lokale.

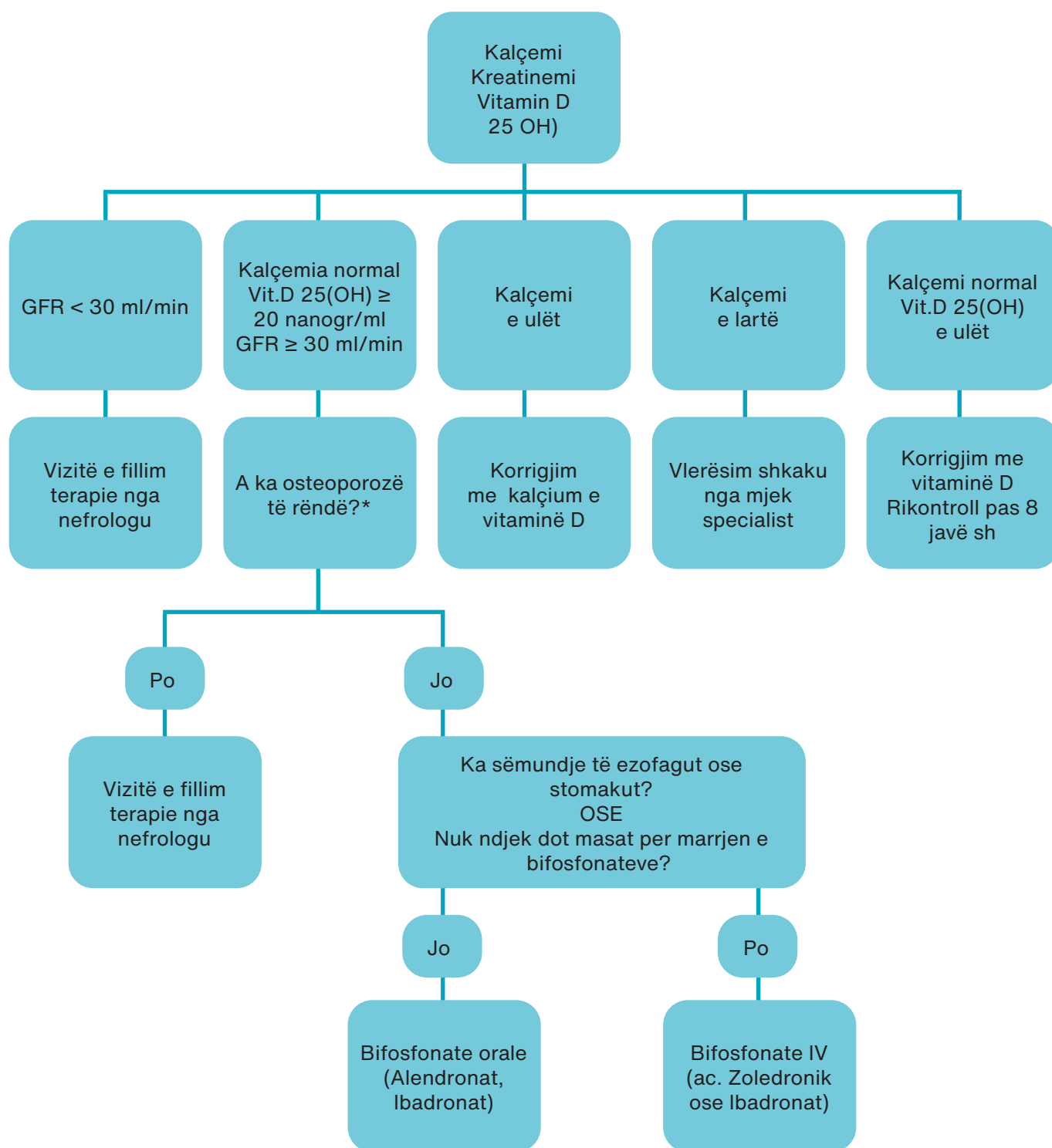


Figura 4: Skemë për fillimin e trajtimit medikamentoz të osteoporozës

*Osteoporozë e rëndë: T-score ≤ -3 pa frakturë të mëparshme OSE T-score ≤ -2.5 me frakturë të mëparshme osteoporotike ose me disa fraktura vertebrale

Burimi: Rosen H.N., Drezner M.K. Overview of the management of osteoporosis in postmenopausal women . In: Rosen C.J., Schmader K. (Eds).Uptodate.2021 Me përshtatje e ndryshime nga autoret e këtij manuali.

Tabela 4: Medikamente për trajtimin e osteoporozës

Medikamente	Indikacione & Kundërindikacione	Përdorimi & Efekte anësore
Anti-rezorptivët: <i>inhibojnë veprimtarinë e osteoklasteve</i>		
Bifosfonate		
(a) Orale - Alendronat ** 70 mg/javë - Ibadronat ** 150 mg/muaj - Risedronat* 35 mg/javë ose 150 mg/muaj	Indikacione: Linja e parë për parandalim e trajtim osteoporozë Kundërindikacione: - sëmundje ezofageale/stomaku - sëmundje kronike të veshkave (eGFR ≤ 30ml/min) - pamundësi për të qëndruar 30-60 min ulur drejt (pa u përkulur) pas marrjes së medikamentit	Duhet marrë me një gotë ujë në stomak bosh dhe më pas pacienti duhet të qëndrojë ulur drejt dhe pa ngrënë ose pirë për 30-60 min. Efekte anësore për bifosfonatet orale janë kryesisht gastrointestinale (ezofagiti) dhe dhimbje muskulo-skeletale e për bifosfonatet IV efekt anësor më i shpeshtë janë simptoma gripale ose reaksione të fazës akute (acidi zoledronik jepet me infuzion venoz të ngadaltë të paktën 30 minuta për të evituar reaksione të fazës akute). Bifosfonatet mund të shkaktojnë dhe hipokalçemi prandaj marrja e tyre shoqërohet me marrje të mjaftueshme kalçiumi e vitamine D.
(b) Intravenoze - Acid Zoledronik* 5 mg/vit IV - Ibadronat 3 mg IV çdo 3 muaj	Indikacione: - Te pacientë që nuk mund të marrin bifosfonate orale - Ibadronat përdoret vetëm për fraktura vertebrale Kundërindikacione: sëmundje kronike të veshkave (eGFR ≤ 30ml/min)	Efekte anësore të rralla, por të rënda janë frakturat atipike të femurit dhe osteonekroza e nofullës (këshillohet një kontroll dentar para fillimit të terapisë dhe ndjekja e një higjenes të mirë dentare gjatë saj). Nëse pas 3-5 vitesh mjekimi me bifosfonate nuk ka ulje të masës kockore dhe as fraktura osteoporotike, mund të konsiderohet pushimi i terapisë për një periudhë 3-5 vite për pacientë me nivel të ulët rreziku për fraktura (3 vite për ac.zoledronik e 5 vite për alendronate/risedronat).

Medikamente	Indikacione & Kundërindikacione	Përdorimi & Efekte anësore
Inhibitorë të RANKL (aktivizues i osteoklasteve)		
Denosumab 60 mg çdo 6 muaj subkutan	Indikacione: - Kur nuk tolerohen bifosfonatet orale - Kur ka sëmundje kronike të veshkave	Efekte anësore: ekzemë, reaksion në vendin e injektimit, hipokalçemi. Rrallë: frakturat atipike të femurit dhe osteonekroza e nofullës Ndërprerja e denosumab shoqërohet me humbje të shpejtë të masës kockore të fituar dhe rritje të rrezikut të frakturavë. Ndërprerja e tij duhet të shoqërohet me një klasë tjetër medikamentesh për trajtimin e osteoporozës. Ky medikament mund të merret për kohë të gjatë pa pasur nevojë për pushime si në rast të bifosfonateve.
Modulatorë selektivë të receptorëve të estrogenit		
Raloxifene 60 mg/d oral	Indikacione: - në osteoporozë pa fraktura - kur nuk tolerohen mirë bifosfonatet / denosumabi - kur ka rrezik të rritur për kancer gjiri invaziv (rekomandohet kryesisht për këtë grup)	Efekte anësore: tromboemboli venoze, insult cerebral, afshe të nxehta, krampe muskulare në këmbë, edemë periferike. Ka efekt më të dobët anti-rezorptiv se bifosfonatet.
Kalcitonina		
Kalcitonina 200 IU/d spraj nazal, 100 IU subkutan/ 2 ditë	Nuk rekomandohet të përdoret nëse mund të merren medikamente të tjera për osteoporozën. Ka efekt shumë të mirë kundër dhimbjes kockore, e mund të jetë opsion i mirë për të kontrolluar dhimbje problematike nga një frakturë patologjike akute. Më pas mund të fillohen bifosfonatet.	Efekte anësore janë reaksionet alergjike, hipokalçemia, nauzea, etj. Ka efikasitet jo shumë të lartë krahasuar me bifosfonatet dhe rrezik të lartë për kancer.

Medikamente	Indikacione & Kundërindikacione	Përdorimi & Efekte anësore
Anabolikët: Nxisin formimin e kockës dhe aktivizojnë rimodelimin kockor		
Hormoni paratiroidien dhe analogët e tij		
Teriparatid 20 mcg/d subkutan	Indikacione: Nuk janë linjë e parë mjekimi për osteoporozë	Duhet përdorur në formë të rënda të osteoporozës dhe jo më shumë se 2 vjet sepse përdorimi ipër kohë të gjatë shoqërohet me rrezik të rritur për osteosarkomë.
Abaloparatid 80 mcg/d subkutan	- Kur nuk tolerohen ose ka kundërindikacione për bifosfonate orale/ IV - Për osteoporozë të rëndë (T-score ≤ -3.0 pa frakturë, T-score ≤ -2.5 me frakturë, fraktura të rënda ose fraktura multiple të vertebrave). Kur nuk ka përgjigje ndaj terapisë me medikamente të tjera.	Pas ndalimit të tyre, duhet të vazhdohet trajtimi për osteoporozë me medikamente të tjera si psh bifosfonatet. Efektet anësore më të zakonshme janë hiperkalçemi e hiperkalçiuuri. Mund të shfaqet hipotension e takikardi pas dozës të parë, prandaj sugjerohet që doza e parë të merret shtrirë.
Inhibitorë të sklerostinës (proteinë që bllokon formimin kockor)		
Romsozumab 150 mg subkutan 1 herë në muaj	- Indikohet në raste me osteoporozë të rëndë dhe rrezik të lartë për fraktura	Nuk duhet përdorur mbi 12 muaj pasi e humbet efektin e tij pozitiv mbi kockat. Pas 12 muajsh duhet të kalohet në një medikament tjetër osteoporozë. Medikament i ri dhe studimet për të janë në vazhdim.

* Këto medikamente gjenden në listën e barnave të regjistruara për përdorim në Shqipëri 2021, por nuk janë në listën e barnave të rimbursueshme 2021.

** Këto medikamente gjenden në listën e barnave të rimbursueshme 2021

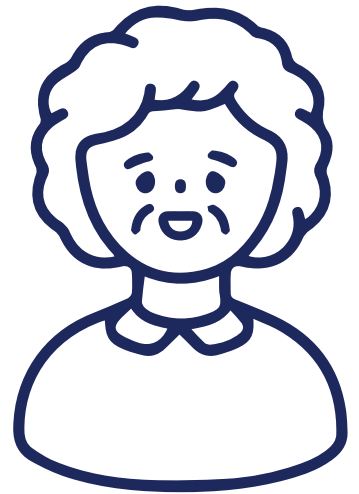
Burimi: American Geriatrics Society. Osteoporosis. Geriatrics Evaluation & Management Tool. 2021. Me përshtatje e ndryshime nga autorët e këtij manuali.

Ndjekja e trajtimit

Efektet e trajtimit të osteoporozës ndiqet nëpërmjet krahasimit të ndryshimeve në densitet kockor duke përsëritur densitometrinë DEXA pas 2 vitesh nga fillimi i terapisë kockore. Gjatë kësaj kohe pacientët ndiqen rregullisht për ecurinë e trajtimit dhe efektet e mundshme anësore dhe informohen e mbështeten rregullisht për zbatimin e masave jo-medikamentozë për parandalim e trajtim osteoporozë.

DISKUTIM MBI PACIENTË

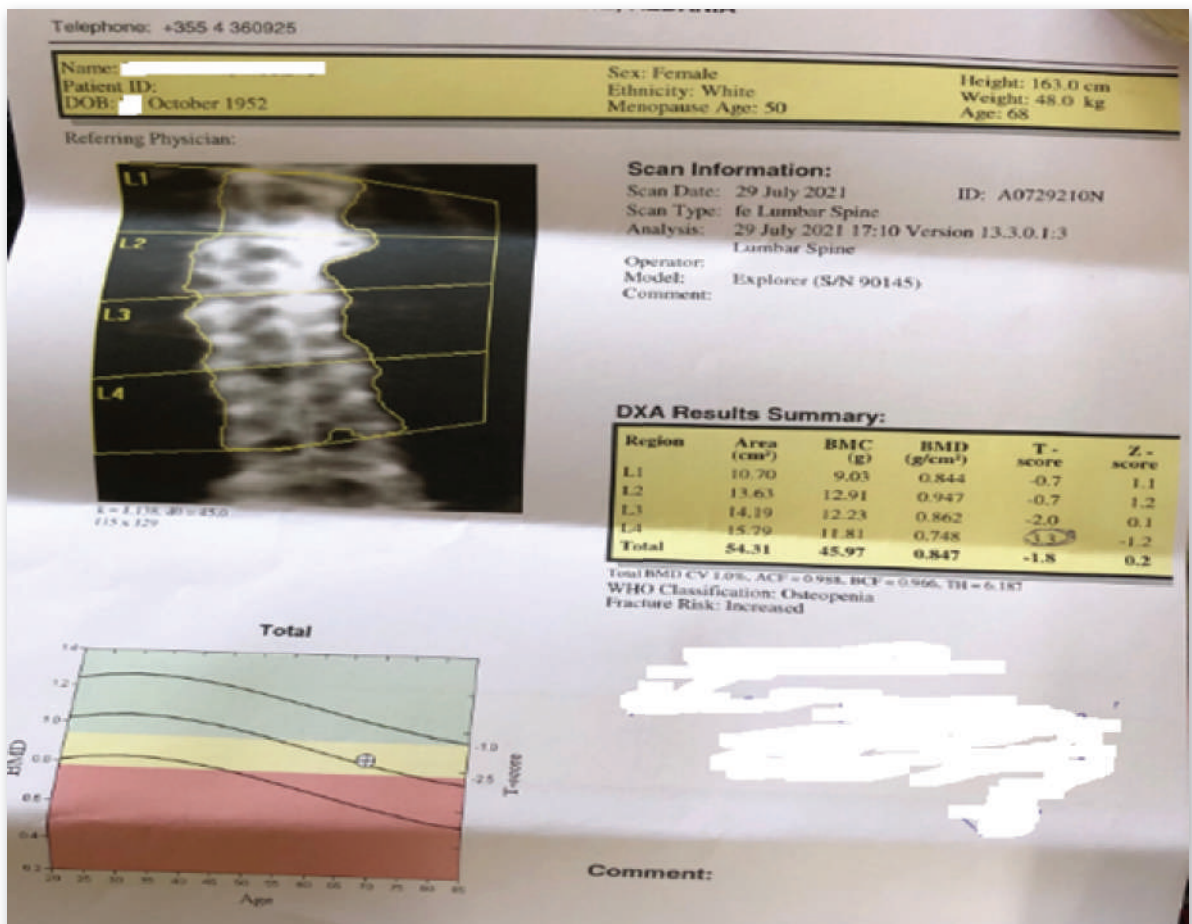
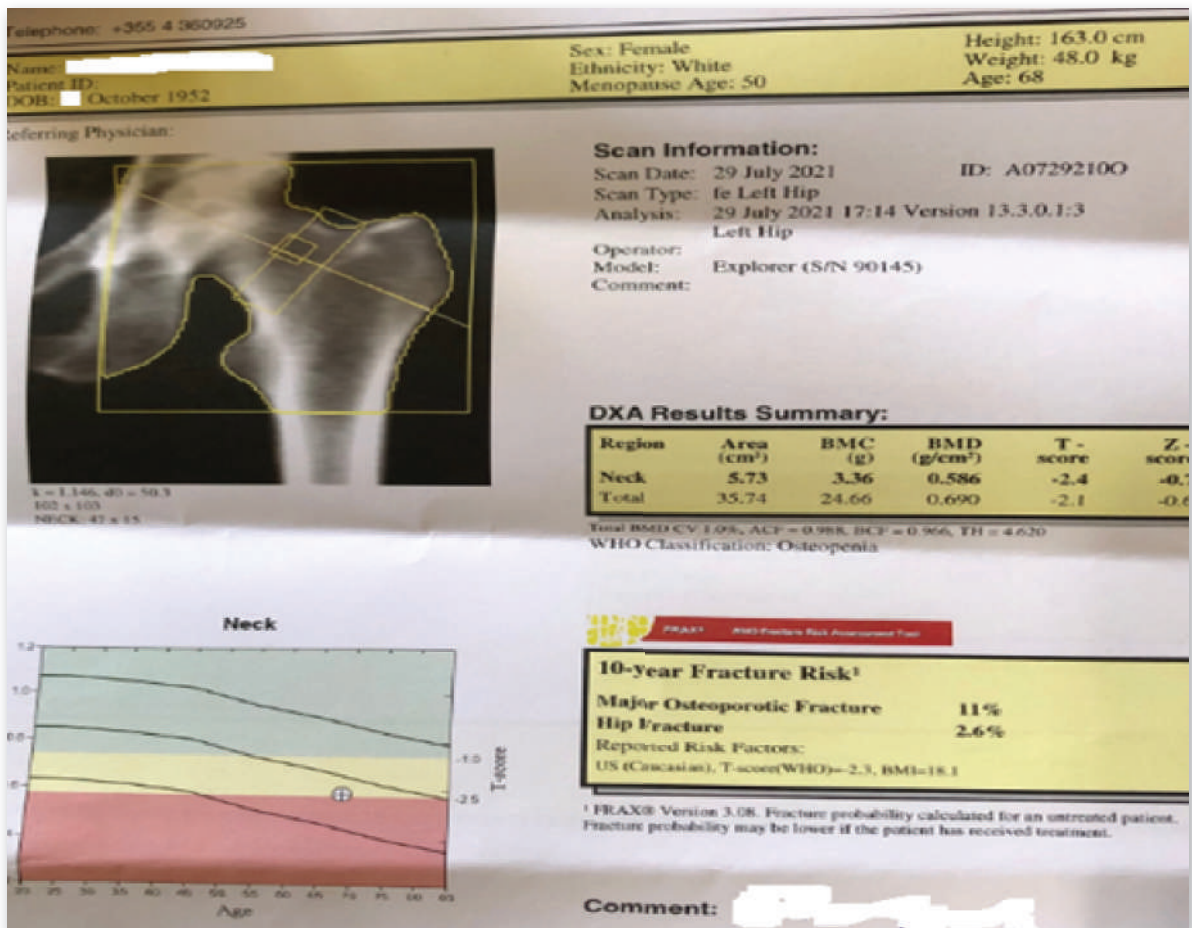
Nurija 60 vjeçe, në menopauzë prej 10 vitesh, vuan nga Hipertensioni që e mban në kontroll me mjekime. Është e gjatë 165 cm, peshon 70 kg dhe ka shtuar në peshë këto 5 vitet e fundit. Përpiqet të mbajë dietë, dhe ecën 30 min 3-4 herë/javë në mëngjes. Është rrëzuar para 2 vitesh dhe ka patur frakturë të krahut për të cilën është trajtuar me allçi. Nuk ka sëmundje të tjera. Merr veç amlodipinë për Hipertensionin. Nuk merr suplementa shtesë. Konsumon një gotë kos me tërshërë në ditë dhe herë pas here konsumon një racion djathë. Pi një gotë të vogël verë 2 herë në javë. Nga anamneza familjare mësohet që mamaja e saj ka patur frakturë të femurit në moshën 80 vjeçe që u bë shkak i vdekjes së saj. Në ekzaminim objektiv vërehet një kifoze e dukshme dhe ajo ju thotë që është shkurtuar disa cm, sepse e re ka qenë 169 cm e gjatë.



1. Vlerësoni faktorët e rrezikut për osteoporozë dhe rrezikun për fraktura duke përdorur FRAX®.
2. Bazuar në vlerën e rrezikut sipas FRAX®, a do t'i rekomandoni Nurijes të bëjë densitometrinë?

Më poshtë keni rezultatin e densitometrise DEXA të një pacienteje.

1. Cili është interpretimi juaj?
2. Çfarë do të rekomandoni për këtë paciente?



BIBLIOGRAFIA

- American Geriatrics Society. *Osteoporosis*. Geriatrics Evaluation & Management Tool. 2021.
- Bowker L.K., et al. *Muskuloskeletal System*. In: *Oxford handbook of geriatric medicine*. 2nd Edition. Oxford University Press. 2012 (fq 468-471).
- Compston J., et al. *UK clinical guideline for the prevention and treatment of osteoporosis*. Arch Osteoporos 2017 Dec;12(1):43. doi: 10.1007/s11657-017-0324-5.
- International Osteoporosis Foundation. *Epidemiology of osteoporosis and fragility fractures*. <https://www.osteoporosis.foundation/facts-statistics/epidemiology-of-osteoporosis-and-fragility-fractures> (parë online 10/2021)
- Irish Osteoporosis Society. *Osteoporosis Guidelines for Health Professionals*. <http://www.irishosteoporosis.ie/images/uploads/Osteoporosis-Guidelines.pdf> (parë online 10/2021)
- Kanis J.A. et al. *European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women*. Osteoporosis International (2019) 30:3–44. doi.org/10.1007/s00198-018-4704-5
- Manolagas S. C. *Pathogenesis of osteoporosis*. In: Rosen C.J.(Ed). Uptodate. 2021.
- Nelson D.H. *Osteoporosis*. In: Ham R.J., et al (Eds.). *Ham's primary care geriatrics: a case-based approach*. 6th Edition. Elsevier. 2014 (f.425-455).
- Rosen H.N. *Bisphosphonate therapy for the treatment of osteoporosis*. In: Rosen C.J., Schmader K. (Eds).Uptodate. 2021.
- Rosen H.N. *Calcium and vitamin D supplementation in osteoporosis*. In: Rosen C.J., Schmader K. (Eds).Uptodate. 2021.
- Rosen H.N., Drezner M.K. *Clinical manifestations, diagnosis, and evaluation of osteoporosis in postmenopausal women*. In: Rosen C.J., Schmader K. (Eds).Uptodate. 2021.
- Rosen H.N., Drezner M.K. *Overview of the management of osteoporosis in postmenopausal women* . In: Rosen C.J., Schmader K. (Eds).Uptodate.2021
- Siris, E.S., et al.. *What's in a name? What constitutes the clinical diagnosis of osteoporosis?* Osteoporos Int. 2012. 23(8): 2093-7. doi: 10.1007/s00198-012-1991-0.
- WHO scientific group on the assessment of osteoporosis at primary health care level. Summary Meeting Report Brussels, Belgium, 5-7 May 2004. <https://www.who.int/chp/topics/Osteoporosis.pdf>. (parë online 10/2021)
- Yu E. W. *Screening for osteoporosis in postmenopausal women and men*. In: Rosen C.J., Schmader K. (Eds).Uptodate. 2021.



RRËZIMET TEK TË MOSHUARIT

Valbona ILJAZI
Eralda HEGENDÖRFER



TË DHËNA TË PËRGJITHSHME

- Rrëzimet janë një nga sindromat geriatrike më të shpeshta me pasoja negative madhore në autonominë dhe cilësinë e jetës të pacientit të moshuar. Si çdo sindromë geriatrike, rrëzimet janë pasojë e uljes së aftësisë së trupit për të kompensuar çrregullime të disa sistemeve trupore që vijnë si pasojë e moshimit. Rrëzimi nënkupton rënien e papritur përtokë nga pozicioni në këmbë, nga karrigia apo krevati.
- Afërsisht 1 në 3 të moshuar rrëzohen çdo vit e shpeshtësia rritet me kalimin e moshës (deri 50% e të moshuarve mbi 80 vjeç). Në qendra të kujdesit për të moshuar, gati 1 në 2 të moshuar rrëzohen çdo vit dhe 60% e të moshuarve që kanë pësuar një rrëzim, rrëzohen përsëri. Gratë kanë shpeshtësi më të lartë rrëzimesh se burrat.
- Pacientët e moshuar nuk para ankohen për rrëzime pasi ata shpesh i anashkalojnë dhe nuk ia tregojnë mjekëve sidomos kur nuk pësojnë dëmtime gjatë rrëzimit, ose si mjeku edhe pacienti mendojnë që me kalimin e moshës është 'normale' të jesh më i dobët e të rrëzohesh lehtë. Fatkeqësisht në shumicën e rasteve edhe kur i moshuari vjen tek mjeku ose shtrohet në spital për shkak të dëmtimeve pas një rrëzimi, pasi merr trajtimin për dëmtimet nuk i bëhet një vlerësim i mëtejshëm për të gjetur shkakun e rrëzimit dhe si mund të parandalohet më tej.
- Pasojat e rrëzimeve mund të jenë nga të lehta (gërvishtje e mavijosje) deri në laçeracione, dislokacione dhe fraktura e trauma intrakraniale.
- Rrëzimet mund të jenë shkak për shtim morbiditeti e mortaliteti sidomos kur shoqërohen me dëmtime intrakraniale dhe fraktura pas të cilave të moshuarit shpesh humbasin lëvizshmërinë dhe autonominë e tyre. Frakturat e femurit proksimal ndodhin në 1-2% të rasteve dhe shoqërohen me rrezik të lartë sëmundshmërie dhe vdekshmërie (1 në 3 të moshuar që shtrohen në spital me fraktura të femurit pas një rrëzimi vdesin brenda një viti).
- Edhe në raste pa fraktura e trauma madhore pas një rrëzimi, frika nga rrëzimi që njihet si 'sindroma e ankthit pas rrëzimit' prek 50-60% të pacientëve të moshuar që rrëzohen dhe është pasojë psikologjike e një rrëzimi. Ajo shfaqet edhe në të moshuar që nuk kanë pasur më parë rrëzime (rreth 30% të tyre).
- Frika nga rrëzimi shkakton ulje të vetëbesimit për të lëvizur dhe të moshuarit kufizojnë aktivitetet dhe lëvizjen çka shton edhe më tepër frikën për rrëzim duke krijuar një cikël vicioz që shton rrezikun për rrëzime të tjera dhe ul cilësinë e jetës. Po ashtu frika nga rrëzimi mund të shkaktojë depresion dhe izolim social.
- Rrëzimet te të moshuarit janë pasojë e një ndërveprimi kompleks të shumë faktorëve të rrezikut si në nivel individual edhe në nivel mjedisor (Figura 1). Faktorët e jashtëm (mjedisorë) përfshijnë pengesa mjedisore si qilima, pllaka të rrëshqitshme, gjëra të lëna në dysHEME, shkallë, ndriçim i dobët dhe këpucë ose pantofla të papërshtatshme. Faktorët e brendshëm janë të lidhur me anomali në sisteme të ndryshme si psh, shqisat, sistemi muskulo-skeletik dhe sistemi nervor që ndikojnë në kontrollin e posturës (stabiliteti i ecjes dhe drejtqëndrimin) (Figura 2). Mosha e avancuar (> 80 vjeç), seksi femër, rrëzime të mëparshme, frika nga rrëzime si dhe përdorimi i tepruar i alkoolit janë faktorë që shtojnë rrezikun për rrëzime.

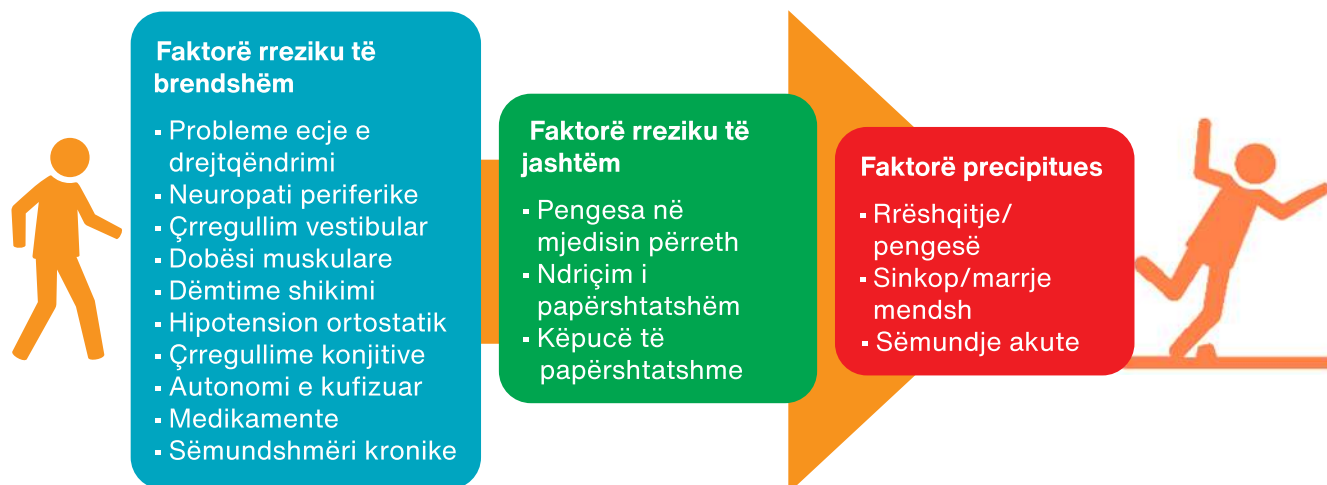


Figura 1: Procesi i ndërveprimit të shkaqeve multifaktoriale të rrëzimeve tek të moshuarit

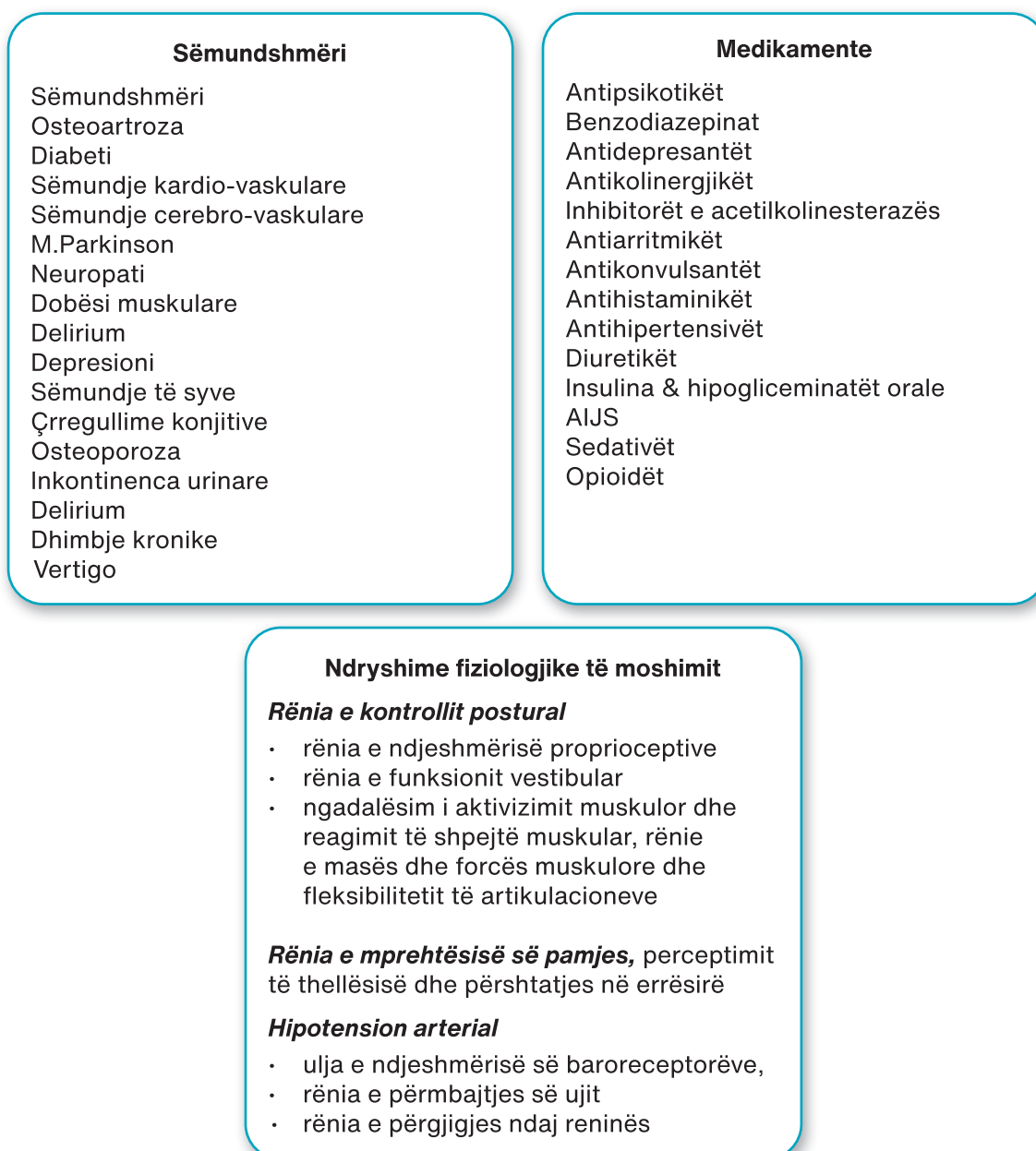


Figura 2: Faktorë të brendshëm (në nivel individual) rreziku për rrëzime

- Ndryshimet fiziologjike të moshimit sjellin rënie të stabilitetit të ecjes dhe drejtqëndrimin (kontrolli i posturës) si dhe të funksionit kardiovaskular dhe ulin kapacitetin kompensator të moshuarit dhe në momentin që mbivendoset një faktor tjetër, si një sëmundje akute, marrja e një medikamenti të ri, vendosja në një ambient të ri të panjohur apo ecja në një sipërfaqe të rrëshqitshme, ndodh rrëzimi (Figura 1).
- Rreziku për rrëzime shtohet me shtimin e numrit të faktorëve të rrezikut të pranishëm për çdo të moshuar. Çdo i moshuar me faktorë rreziku për rrëzim nëse ka faktorë precipitues (rrëshqitje, pengim, marrjemendsh e sinkop, apo një sëmundje akute si një pneumoni apo infeksion urinar) do të pësojë një rrëzim (Figura 1). Prandaj është shumë e rëndësishme që të bëhet depistim për të identifikuar pacientët e moshuar që kanë rrezik për rrëzime e që duhen vlerësuar më tej e trajtuar sipas nevojës me qëllim parandalimin e rrëzimeve në të ardhmen.

DEPISTIMI

Identifikimi i pacientëve të moshuar që kanë rrezik për rrëzime është i rëndësishëm dhe i domosdoshëm për të marrat masat e duhura për ta ulur këtë rrezik. Pacientët e moshuar duhet të pyeten të paktën njëherë në vit nëse kanë pësuar rrëzime gjatë vitit të kaluar dhe nëse kanë probleme ecjen dhe drejtqëndrimin.

1. A iu ka qëlluar të rrëzoheni gjatë 12 muajve të fundit?" (nëse po sa herë, a jeni dëmtuar gjatë rrëzimit?)
2. A ndiheni i/e pasigurt kur ecni ose rrini në këmbë?
3. A keni frikë se do të rrëzoheni?

Një përgjigje pozitive ndaj një prej këtyre tre pyetjeve duhet ndjekur nga një vlerësim më i thelluar për të vlerësuar faktorët e rrezikut. Nëse ka patur vetëm një rrëzim gjatë 12 muajve të fundit, i moshuari duhet të vlerësohet për probleme të ecjes dhe drejtqëndrimin. Nëse ka patur 2 rrëzime gjatë 12 muajve të fundit, ose ka vështirësi në ecje dhe probleme të drejtqëndrimin, e moshuara duhet të ketë një vlerësim të thelluar për të identifikuar faktorët e rrezikut për rrëzime nëpërmjet anamnezës dhe ekzaminimit objektiv (Figura 3).

VLERËSIMI I THELLUAR I RRËZIMEVE

Vlerësimi i thelluar për rrëzime duhet bërë për çdo pacient të moshuar që gjatë depistimit ka raportuar ≥ 2 rrëzime në 12 muajt e fundit ose probleme me ecjen dhe/ose drejtqëndrimin (Figura 3). Qëllimi i këtij vlerësimi klinik të thelluar është që të identifikohen shkaktarët e rrëzimit të ndodhur ose të rrezikut të lartë për rrëzim në të ardhmen, në mënyrë që të merren masa për të parandaluar përsëritjen ose ndodhinë e parë të një rrëzimi. Ky vlerësim duhet bërë edhe kur i moshuari paraqitet në qendër shëndetësore ose urgjencë pas një rrëzimi aktual. Në këtë rast nuk mjafton vetëm kontrolli për dëmtime të mundshme nga rrëzimi dhe stabilizimi e menaxhimi i tyre, por duhet kërkuar, identifikuar e menaxhuar shkaku apo shkaqet që të parandalohen rrëzime të tjera.

Vlerësimi i pacienteve me rrezik për rrëzime është multidimensional dhe përfshin (1) anamnezën, (2) ekzaminimin e përgjithshëm që përfshin vlerësimin e funksionit muskulo-skeletal (3) analizat laboratorike dhe ekzaminime të tjera diagnostike sipas nevojës.

(1) Anamneza

Për pacientë të moshuar që kanë pasur një rrëzim së afërmi ose tregojnë që kanë pasur më parë rrëzime duhet pyetur më tej në lidhje me:

(a) *Rrëzimi i tanishëm ose rrëzime të mëparshme*

- *Rrethanat e rrëzimit* (A e mban mend si ndodhi rrëzimi? Çfarë po bëje kur u rrëzove? Ku ishe kur u rrëzove?). Ka shumë rëndësi të kuptohet mekanizmi i rrëzimit pasi në varësi të rrethanave mund të dyshohen shkaqe të ndryshme
 - Ngritje e menjëhershme nga pozicioni i shtrirë ose ulur → hipotension ortostatik
 - Pengesë ose rrëshqitje këmbë → probleme me ecjen, drejtpërdrejtë ose rreziqe nga mjedisi ku jeton
 - Pas një kollitje apo urinimi → hipotension reflektiv
 - Pas ngrënies së një vakti → hipotension postprandial
 - Pas një lëvizje koke për të parë lart ose anash → kompresion arterial ose i sinusit carotid
 - Pas humbjes së vetëdijes → sinkop ose konvulsione
- *Simptoma prodromale* (A ndjeve ndonjë gjë ndryshe para rrëzimit?) që mund të drejtojnë në shkaqe të ndryshme
 - Marrje mendsh ose vertigo → hipotension ortostatik, problem vestibular, hipoglicemi, arritmi, efekt anësor nga medikamente
 - Palpitacione → arritmi
 - Inkontinencë ose kafshim gjuhe → epilepsi
 - Dobësi asimetrike ekstremitetesh → sëmundje cerebro-vaskulare
 - Dhimbje krahbarori → infarkt ose iskemi kardiake
 - Humbje e vetëdijes → shkaqe të sinkopit
- Dëmtime/lëndime si pasojë e rrëzimit
- Shpeshësia e rrëzimeve (sa shpesh kanë ndodhur rrëzimet?)
- Faktorët e mundshëm të mjedisit ku jeton që kontribuan në rrëzim (ndriçim i pakët, rrugica, tapete në dyscheme, dyscheme e lagur, pengesa, etj)

(b) *Sëmundje shoqëruese* që mund të ndikojnë në rrezikun për rrëzime:

- Osteoartriti, osteoporoza (rrezik i lartë për frakturë), dhimbje muskulo-skeletale
- Rënie shikimi dhe /ose dëgjimi
- Dëmtim konjitiv, depresion, delir
- Probleme neurologjike si M.Parkinson, neuropati periferike, vertigo (predispozojnë për rrëzime për shkak të anomalive të ecjes dhe drejtpërdrejtë)
- Sëmundje kardiovaskulare e cerebrovaskulare (trajtimi i tyre mund të ketë efekte anësore duke shtuar rrezikun për rrëzime ose për lëndime pas rrëzimeve; psh antihipertensivët mund të shkaktojnë hipotension postural, ose antikoagulantët në rast të një fibrilacioni atrial mund të rrisin mundësinë e hemorragjive dhe lëndimeve pas një rrëzimi; një insult cerebral lë edhe deficite neurologjike që ndikojnë në ecjen dhe drejtpërdrejtë e shtojnë rrezikun për rrëzime)
- Diabet mellitus
- Inkontinencë urinare (të moshuarve me inkontinencë urinare iu duhet të nxitojnë për të shkuar në banjo kështu që kanë rrezik më të lartë për rrëzime)

(c) Medikamente

Pacienti dhe / ose familjaret apo kujdestarët e tij duhen pyetur në lidhje me listeën e medikamenteve që merr përfshi bimë mjekësore apo shtesa orale me vitamina, etj. Në mënyrë të veçantë duhet pyetur nëse përdoren benzodiazepina, sedativë, antidepressantë, antipsikotikë e vazodilatatorë. Gjithashtu duhet pyetur nëse rrëzimi ka ndodhur pas marrjes të dozës të ndonjë medikamenti.

I moshuari duhet pyetur edhe mbi **sasinë e alkoolit** që përdor si dhe mbi **situatën sociale** (me kë banon dhe a ka mbështetje nga familja apo të tjerë) dhe duhet vlerësuar mundësia që të jetë keqtrajtuar (psh të jetë shtyrë me qëllim apo të jetë goditur). Keqtrajtimi sidomos tek të moshuarit që kanë humbur autonominë e tyre është një element i rëndësishëm për t'u vlerësuar e identifikuar, por kërkon një marrëdhënie mirëbesimi me pacientin e moshuar dhe një ndjeshmëri të lartë për situatën ku ndodhet i moshuari, aftësitë e tij konjitive e emocionale dhe marrëdhëniet me personat që kujdesen për të.

(2) Ekzaminimi fizik

Ekzaminimi fizik për një vlerësim të thelluar të rrëzimeve ose rrezikut për rrëzime përfshin:

1. Funkcioni muskulo-skeletal (vlerësim i ecjes, drejtqëndrimit dhe forcës muskulare)**Testi "Çohu dhe Ec" (TUG: Timed Up and Go)**

Testi „Çohu dhe Ec” është një test i matjes të kohës që i duhet të moshuarës të ngrihet nga karrigia, të ecë 3 metra e të kthehet e ulët përsëri në karrigë. Testi vlerëson funksionin muskulo-skeletal dhe ecjen e drejtqëndrimin e të moshuarve. Gjatë këtij testi përveç matjes së kohës, vëzhgohet edhe mënyra si e moshuara ngrihet nga karrigia, si ecën në distancën prej 3 metra përgjatë dhomës, si kthehet dhe si ulët në karrigë. Nëpërmjet vëzhgimit të elementëve të këtij testi mund të identifikohen defiqite në forcën e gjymtyrëve të poshtme, probleme me ecjen, çrregullime vestibulare dhe probleme me drejtqëndrimin.

**Kryerja e testit "Çohu dhe Ec"**

1. E moshuara është ulur mirë në karrigë me kurriz drejt të mbështetur në karrigë. Karrigia duhet të jetë sa më e qëndrueshme e mos të lëvizë lehtë kur e moshuara ngrihet prej saj.
2. Bëni një shenjë në dysheme 3 metra larg nga karrigia dhe sigurohuni që e moshuara arrin ta shohë e dallojë shenjën.
3. Kërkojini të moshuarës të bëjë sa më poshtë:
 - a) Të çohet nga karrigia, mundësisht pa u mbështetur/mbajtur me duar
 - b) Të rrijë në këmbë dhe të fillojë të ecë me hapa të zakonshëm për 3 metra deri tek shenja e vendosur në dysheme

- c) Të bëjë një kthesë 180 gradë dhe të ecë përsëri drejt karriges
- d) Të ulët përsëri në karrige
- 4. Aktivizoni matësin e kohës në momentin që e moshuara fillon të ngrihet nga karrigia dhe ndalojeni kur e moshuara është ulur përsëri plotësisht në karrige.
- 5. Nëse e moshuara normalisht përdor një mjet ndihmës për ecje si bastun etj, mund t'i përdorë edhe gjatë testit, por përveç tyre nuk duhet ndihmuar nga një person tjetër gjatë ecjes ose uljes e ngritjes nga karrigia.
- 6. E moshuara mund të bëjë një test-provë pa matje kohe.

Interpretimi i testit "Çohu dhe Ec"

Interpretimi i TUG bazohet jo vetëm në anën sasiore (koha e matur), por edhe në atë cilësore (vëzhgimi gjatë manovrës të testit). Vëzhgimi e vlerësimi cilësor i testit ka vlerë më të madhe sesa matja e kohëzgjatjes dhe numrat.

Vëzhgimi gjatë testit është shumë i rëndësishëm për të identifikuar defiqite në forcën muskulare të ekstremiteteve të poshtme, funksionin vestibular, ecjen dhe drejtqëndrimin. Elementët që duhen vëzhguar gjatë testit janë:

1. Drejtqëndrimi në pozicion ulur
2. Si lëviz e moshuara nga pozicioni ulur në atë ngritur në këmbë (ka marrje mendsh postural?)
3. Shpejtësia dhe stabiliteti gjatë ecjes përfshi anomali të ecjes (të pranishme në pacientë me M.Parkinson apo defiqite neurologjike pas një insulti)
4. Aftësia për të bërë kthesën pa lëkundje

Në bazë të vëzhgimit cilësor, testi mund të pikëzohet nga 1 (normal) deri në 5 (shumë anormal) (Tabela 1).

Tabela 1: Pikëzimi cilësor i TUG (Testi "Çohu dhe ec")

Kategori rreziku	Vëzhgimi
1. Nuk ka rrezik për rrëzime	Lëvizje të kordinuara shumë mirë, nuk ka nevojë për një mjet ndihmës
2. Rrezik i ulët	Lëvizje të kontrolluara, por që i duhet t'i përshtasë
3. Rrezik mesatar	Lëvizje të pakordinuara
4. Rrezik i lartë	Nevojitet mbikqyrje
5. Rrezik shumë i lartë	Ka nevojë për ndihmë për të qëndruar në këmbë

Burimi: Kiel D.P. Falls in older persons: Risk factors and patient evaluation. In: Schmander K.E. (Ed.). Uptodate.2021

Në përgjithësi një kohëzgjatje e testit mbi 12 sekonda konsiderohet anormale, por nuk ka studime të qarta për të mbështetur një vlerë të caktuar sepse varet nga popullata e të moshuarve. Një përjasje e mundshme është që në vend të një vlere të caktuar të përdoren vlera reference të kohëzgjatjes të TUG sipas grupmoshës (Tabela 2)¹².

Tabela 2: Vlerat e referencës së kohëzgjatjes të TUG (testi "Çohu dhe Ec")

Mosha	Koha mesatare (sekonda)
60 – 69 vjeç	8.1 (7.1 - 9.0)
70 – 79 vjeç	9.2 (8.2 - 10.2)
80 – 99 vjeç	11.3 (10.0 - 12.7)

Burimi: Kiel D.P. Falls in older persons: Risk factors and patient evaluation. In: Schmander K.E. (Ed.). Uptodate.2021

Po ashtu mund të përdoren këto vlera kohëzgjatjeje të TUG për të përcaktuar kategori të ndryshme rreziku për rrëzime:

- Rrezik i ulët: ≤ 10 sekonda
- Rrezik mesatar: 11-19 sekonda
- Rrezik mesatarisht i lartë: 20-29 sekonda
- Rrezik i lartë: > 30 sekonda

Bateria e testeve të performancës fizike (SPPB)

Ky test me 4 elementë përbërës vlerëson funksionin e ekstremiteteve të poshtme dhe është i rëndësishëm për vlerësimin e lëvizshmërisë të të moshuarve (Shih "Mobiliteti" në "Vlerësimi gjithpërfshirës geriatric në KShP: Hapat e Fushat"). Elementët përbërës të SPPB janë edhe parashikues të rrezikut për rrëzime

2. Sistemi kardio-vaskular

Vlerësimi për **hipotensionin ortostatik** bëhet duke i kërkuar pacientit të shtrihet dhe pas 5 minutash shtrirë i matet tensioni arterial dhe pulsi/frekuenca kardiace. Më pas pacienti ngrihet në këmbë dhe pas 1 e 3 minutash ri-bëhen matjet (Tabela 3)¹³.

¹² Vlerat e paraqitura janë bazuar në studime në popullata jo-shqiptare e kjo duhet pasur parasysh në interpretimin e tyre në kontekstin shqiptar.

¹³ Për të moshuarit që janë në shtrat e nuk ngrihen dot në këmbë, ndiqet e njëjta procedurë si më lart, por në vend të ngritjes në këmbë bëhet ngritja ulur në krevat.

Tabela 3: Vlerësimi për hipotension ortostatik

Pozicioni	Koha e pritjes	Matjet	Simptomat
Shtrirë 	5 minuta	TA _____ Pulsi _____	
Qëndrim në këmbë 	1 minute	TA _____ Pulsi _____	
Qëndrim në këmbë 	3 minuta	TA _____ Pulsi _____	

Burimi: Measuring orthostatic blood pressure. STEADI. CDC. <https://www.cdc.gov/steady/pdf/STEADI-Assessment-MeasuringBP-508.pdf> (parë online më 29.01.2022)

Nëse në matjen pas 1 ose 3 minutash në pozicion në këmbë, tensioni sistolik ulet me ≥ 20 mmHg ose tensioni diastolik ulet me ≥ 10 mmHg nga matjet në pozicion shtrirë, ose nëse i moshuari ka ndjesi marrje mendsh, atëhere pacienti ka hipotension ortostatik.

Gjithashtu kryhet askultimi kardiak për frekuencën kardiake, ritmin, dhe zhurma kardiake.

3. Ekzaminimi i shikimit

Vizusi (mprehtësia e pamjes) duhet kontrolluar nëse pacienti ka probleme me shikimin. Nëse mprehtësia e pamjes është $< 6/12$ duhet rekomanduar ekzaminim tek specialist (Shih "Ulja e shikimit" në «Vlerësimi gjithpërfshirës geriatric në KShP: Hapat e Fushat”).

4. Ekzaminim neurologjik periferik

Duhet vlerësuar forca, reflekset, tonusi e ndjeshmëria në ekstremitete për të identifikuar deficiente neurologjike fokale, neuropati, rigiditet ose tremor.

5. Vlerësimi i funksionit konjitiv

Një vlerësim bazë i funksionit konjitiv (me Mini-Cog) është i rëndësishëm për të qenë të sigurt në interpretimin e anamnezës të marrë në lidhje me rrethanat e mekanizmit të rrëzimeve të ndodhura dhe për të identifikuar të moshuar që për shkak të çrregullimeve konjitive do ta kenë më të vështirë ndjekjen e masave të menaxhimit të parandalimit. (Shih "Kapaciteti konjitiv" në "Vlerësimi gjithpërfshirës geriatric në KShP: Hapat e Fushat”).

6. Ekzaminimi i këmbëve dhe këpucëve

Ekzaminohen këmbët për prani të deformimeve artrike, kallove, ulçerave e thonjve të deformuar si dhe kontrollohet përshtatshmëria e këpucëve/pantoflave që përdor pacienti i moshuar.

(3) Teste diagnostike

Nuk ekzistojnë teste diagnostike specifike për pacientët me rrëzime apo rrezik të lartë për rrëzime. Bazuar në anamnezën dhe gjetjet në ekzaminimin fizik mund të konsiderohen:

- Gjak komplet, kreatinemi, glicemi kur dyshohet për anemi, dehidrim, hipoglicemi .
- Niveli serik i vitaminës D 25(OH) dhe B12 te pacientët që dyshohen se kanë osteoporozë dhe neuropati.
- EKG dhe ekokardiografi nëse ka aritmi apo zhurma kardiake¹⁴.
- Imazheri kraniale nëse i moshuari ka patur traumë kraniale nga rrëzimi apo janë gjetur defiqite të reja neurologjike gjatë ekzaminimit objektiv.
- Grafi të shtyllës kurrizore ose rezonancë magnetike për përjashtimin e spondilozës cervikale apo stenoze lumbare në pacientë me çrregullime të drejtqendrimit, spasticitet të ekstremiteteve të poshtme apo hiperrefleksi.
- Densitometria me DEXA për pacientë me rrezik për osteoporozë të vlerësuar sipas FRAX®

Në çdo pacient të moshuar me rrezik për rrëzime duhet bërë një vlerësim rreziku për osteoporozë dhe fraktura osteoporotike (shih kapitulli "Osteoporoza") si dhe një vlerësim i nivelit të autonomisë (Shih "Autonomia funksionale" në "Vlerësimi gjithpërfshirës geriatrik në KShP: Hapat e Fushat"). Gjithashtu një vlerësim i thelluar për rrëzimet përfshin edhe një vlerësim të ambientit ku banon i moshuari për të konsideruar masa që mund të merren në këtë nivel për ulje rreziku për rrëzime.

Figura 3 paraqet një skemë të mundshme ndjekjeje nga depistimi për rrezik rrëzimi e deri në menaxhimin e tij.

¹⁴ Në të moshuar me disa rrëzime pa shkak të qartë mund të konsiderohet testimi për mbindjeshmëri kardio-inhibitore të sinusit karotid (pauza asistolike mbi 3 sekonda në EKG kur masazhohet sinusi karotid) pasi në këto raste vendosja e një pacemaker korigjon problemin dhe ul rrezikun për rrëzime të tjera.

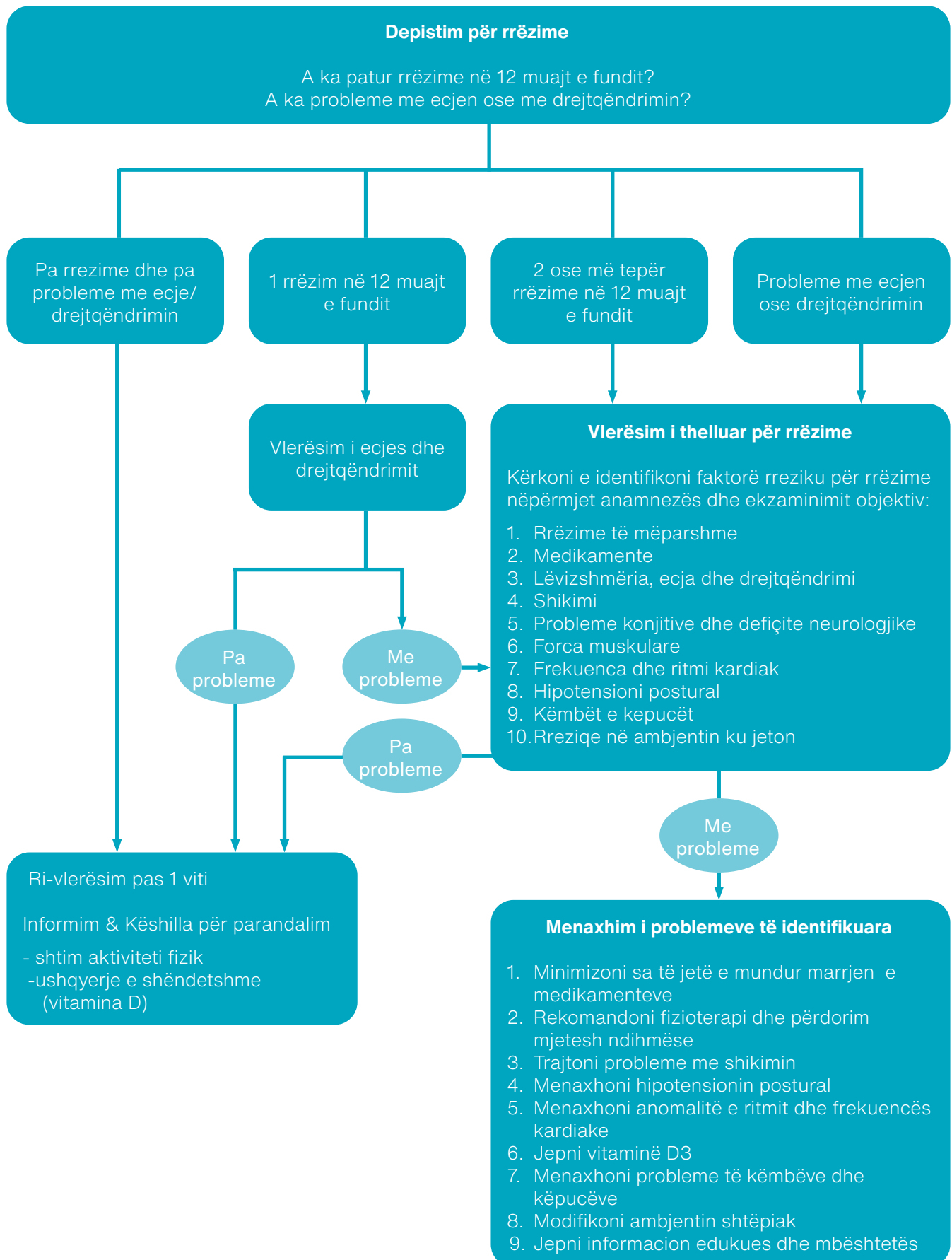


Figura 3: Skema e depistimit dhe vlerësimit të thelluar për rrëzimet

Burimi: Kiel D.P. Falls in older persons: risk factors and evaluation. In: Schmader K.E (Ed.). Uptodate. 2021.

MENAXHIMI

Mjeku i familjes ka një rol kyç në depistimin e pacientëve të moshuar për rrezikun e rrëzimeve dhe zbatimin e strategjive parandaluese për pacientët në rrezik. Vlerësimi pas rrëzimit mund të evidentojë probleme dhe faktorë rreziku, menaxhimi i të cileve parandalon ndjeshëm rrëzimet e tjera dhe si rrjedhojë ul rrezikun për shtrime në spital, rënie/humbje autonomie e ulje të cilësisë së jetës për të moshuarin dhe familjarët e tij. Për shkak të natyrës multifaktoriale të rrëzimeve tek të moshuarit edhe masat për menaxhimin e rrëzimeve janë multifaktoriale dhe duhen konsideruar si një paketë masash që plotësojnë njëra-tjetrën.

A. Vlerësimi e ndryshimi i listës së medikamenteve

Tek një pacient i moshuar pas një rrëzimi ose gjatë një vlerësimi të thelluar për rrëzime duhet patjetër të bëhet një vlerësim i listës së medikamenteve që po merr dhe për secilin prej tyre duhet vlerësuar raporti përfitim : dëm nëse vazhdohet, nëse i ulët doza dhe nëse ndërpritet plotësisht. Nëse dëmi i mundshëm është më i madh se përfitimi, atëherë sugjerohet të ulët doza nëse pacienti ka një farë përfitimi prej tij e po që e nevojshme edhe të ndërpritet gradualisht. Nëse është e mundur, pacientit të moshuar duhet t'i ndërpritet medikamentet që shkaktojnë hipotension postural, marrje mendsh, konfuzion apo përgjumje. Për më tepër në lidhje me vlerësimin e listës së medikamenteve shih Kapitullin "Përshkrimi racional i barnave tek të moshuarit".

B. Menaxhimi i problemeve shëndetësore që mund të jenë shkak i rrëzimit

Problemet me shikimin: Nëse i moshuari ka katarakt atëherë këshillohet ndërhyrja kirurgjikale. Nëse është e nevojshme korigjimi i mprehtësisë së pamjes duhet bërë me syze korigjuese, por kujdes pasi përdorimi i syzeve në javët e para mund të shtojë rrezikun për rrëzime ndërsa pacientët përshtaten me syzet. Të moshuarit që mbajnë syze bifokale (për shikim afër e larg) i duhet këshilluar të mos përdore këto syze kur ngjit/zbret shkallët apo del jashtë shtëpisë për të evituar rrezikun për rrëzime.

Hipotensioni postural: Për pacientët me hipotension ortostatik të vazhdueshëm të shkaktuar nga disfunksioni autonomik mund të jenë ndihmëse disa masa të thjeshta si:

- Të rrijë 2-3 minuta ulur para se të çohet nga pozicioni shtrirë në këmbë.
- Të shtrëngojë duart dhe tkurrë muskujt e pulpës së këmbëve para se të ngrihet në këmbë ose kur ka marrje mendsh.
- Të veshë çorape presioni si ato që veshin pacientët me vena varikoze, që të ulët pellgëzimi i gjakut në gjymtyrët e poshtme në momentin kur ngrihet në këmbë.
- Të shmangë vaktet me shumë kalori dhe aktivitet fizik në kohë të nxehtë për të evituar hipotension post-prandial.
- Të flejë në krevat me kokën e ngritur që të minimizohet ulja e tensionit arterial kur ngrihet.
- Nëse nuk ka kundërindikacion, të mos kufizojë kripën dhe të pijë shumë ujë.

Kur zbatimi i masave të mësipërme nuk përmirëson hipotensionin, atëherë i moshuari duhet të referohet tek mjeku kardiolog për trajtimin me medikamente të hipotensionit ortostatik (fludrokortizon në dozë të vogël).

Anomalitë e ritmit dhe të frekuencës kardiake: Në këto raste nevojitet referimi i pacientit të moshuar te kardiologu për të vlerësuar mbindjeshmërinë e sinusit karotid dhe për ta trajtuar atë me pacemaker.

Problemet me këmbët: Rekomandoni pacientët e moshuar të përdorim këpucë/pantofla të rehatshme e të përshtatshme që kanë masën/numrin e duhur, të gjëra, pa taka e mundësisht pa lidhëse që të evitohen pengimet.

Osteoporoza: Tek pacientët e moshuar me rrezik për rrëzime është shumë e rëndësishme vlerësimi për osteoporozë dhe trajtimi i duhur i saj (shih kapitullin "Osteoporoza")

Vitamina D: Tek të moshuarit rekomandohet të paktën 800-1000 IU/ditë vitamin D₃ shtesë nga goja. Vitamina D mund të ulë shpeshtesinë e rrëzimeve duke rritur forcën muskulare dhe si rrjedhim kontrollin e lëvizjeve.

Ushtrime fizike/Fizioterapia: Nëse është e mundur i moshuari duhet të vlerësohet nga një fizioterapist për rehabilitim të drejtpërdrejt, posturës, aftësive lëvizëse dhe rritjes së forcës muskulare, nëpërmjet një programi individual ushtrimor. Vivifrail (<http://www.vivifrail.com/resources>) është një mjet ndihmës për të vlerësuar nevojat e pacientëve të moshuar për ushtrime fizike dhe për të hartuar një paketë ushtrimore individuale edhe në mungesë të një fizioterapisti. Programi ka disa lloje ushtrimesh dhe kombinon ushtrime të ekuilibrit, pozicionit dhe forcës, të cilat janë mjaft efektive në uljen e shpeshtësisë së rrëzimeve. Sipas nevojës, fizioterapisti bën vlerësimin dhe trajnimin e pacientit të moshuar në përdorimin e mjeteve ndihmëse si shkop/bastun, parmakë mbajtës ose rolatore etj dhe ofron ndihmë për pacientët të cilët janë rrëzuar gjatë përdorimit të tyre. Fizioterapia është mjaft e nevojshme për pacientët e moshuar me probleme të drejtpërdrejt, posturës dhe uljes së lëvizshmërisë.

Në raste kur ka kufizime të pandryshueshme, pacientëve ju duhen dhënë sqarimet e nevojshme si dhe duhen informuar mbi mënyra të ndryshme për të përballuar këto kufizime si psh, të ngrihen shumë ngadalë nga shtrati ose të përdorin mjete ndihmëse si, parmakë mbështetës apo shkop/bastun.

C. Eliminimi i faktorëve të jashtëm të shkaqeve të rrëzimit

Pacienti dhe familja duhet të edukohen mbi sigurimin e një ambienti që nuk përbën rrezik për pacientin. Një infermiere ose fizioterapiste duhet të vlerësojë kushtet e shtëpisë ku jeton i moshuari dhe të sugjerojë modifikimet e nevojshme për të parandaluar rrëzimet në shtëpi, si psh:

- Mbajtja sa më në rregull e ambjentit rrethues dhe pakësimi i orendive të panevojshme si dhe evitimi i lënies së gjërave në dysheme.
- Vendosja e dorezave fikse në mure dhe e tapeteve jo-rrëshqitës në dush dhe tualet.
- Çorapet dhe pantoflat e të moshuarës duhet të jenë me sipërfaqe të ashpër nga poshtë.
- Ndriçim i përshtatshëm (përfshi llambat e natës) në çdo ambient dhe veçanërisht pranë dyerve dhe shkallëve.
- Heqja e qilimave dhe tapeteve që mund të shkaktojnë pengesa (ose ngjitja e tyre nga poshtë duke pakësuar edhe daljen e buzëve anësore në dysheme).
- Shtrati i të moshuarit duhet të ketë lartësinë e duhur.

Infermierja ose fizioterapistja mund të vlerësojë edhe nevojën për një mbajtëse afër shtratit, një karrige për t'u larë, një zile alarmi, mbajtëse te muri si dhe nëse pacientja e moshuar ka nevojë për ndihmë nga një person kujdestar.

D. Informimi dhe edukimi i pacientit

Mjeku i familjes dhe infermierja e familjes duhet të informojnë pacientin e moshuar dhe familjarët e tij mbi faktorët e rrezikut për rrëzime, efektet e rrëzimeve te pacientët e moshuar dhe masat e domosdoshme për parandalimin e tyre. Një informim dhe mbështetje sa më cilësore e pacientes së moshuar dhe/ose familjarëve të saj për parandalimin e rrëzimeve arrihet nga një bashkëpunim mes mjekut të familjes, infermierit dhe fizioterapistes si një ekip pune. I moshuari dhe familjarët duhet të informohen mbi rëndësinë e një programi rehabilitimi ushtrimor të individualizuar që synon të forcojë masën muskulare, të shtojë lëvizshmërinë, të përmirësojë ekuilibrin dhe të ulë rrezikun e rrëzimeve. Ekipi i mjekësisë së familjes duhet të mbështesë e nxisë sa të mundet ofrimin dhe ndjekjen e këtyre paketave ushtrimore dhe në çdo kontakt me të moshuarit në qendër shëndetësore e komunitet të nxisin një aktivitet fizik të rregullt.

DISKUTIME MBI PACIENTË



Fatimja, është një grua 78 vjeçe, që jeton vetëm, por një nga vajzat e saj e ka shtëpinë shumë afër dhe vjen çdo ditë ta shohë nënën e saj për t'i sjellë ushqim dhe përkujdesur aq sa mundet. Vajza ka insistuar që Fatimja të vijë për vizitë te ju. Fatimja ka hipertension, diabet mellitus, gastrit dhe refluks gastro-ezofageal, osteoartrit të gjunjve, pagjumësi, nuk mban dot urinën. Ajo merr 8 ilaçe, por ka harruar t'i sjellë sot me vete. Disa prej medikamenteve i merr me rimbursim, të tjerat që i kanë dhënë mjekë të ndryshëm i blen në farmaci. Ajo çfarë e shqetëson këto kohë është urinimi i shpeshtë dhe është e lodhur. Ajo ka një ekimozë në ballë dhe kur e pyesni, ju thotë që është rrëzuar para disa ditësh dhe përplasi kokën pas dollapit në dhomë.

Kur ju ekzaminoni Fatimen, vini re që ajo ka veshur rroba shtëpie dhe syzet i ka të shtrembëruara. Shenjat vitale TA 140/90; pulsi 78/min ulur, kur çohet TA 135/85 pulsi 85/min. Sistemi kardio-vaskular: nuk ka aritmi, nuk ka zhurma kardiake; pulmoni me respiracion vezikular bilateral; në ekzaminimin abdominal evidentohet dhimbje në regjionin suprapubik. Ju rekomandoni një analizë urine e cila rezulton për infeksion urinar me shumë baktere dhe leukocyte në urinë. I jepni mjekim për infeksion urinar dhe rekomandoni që të vijë pas 3-4 ditësh për rikontroll dhe të sjellë edhe të gjitha ilaçet që merr.

1. Vlerësoni faktorët e rrezikut për rrëzime tek Fatimja.
2. A është infeksioni urinar përgjegjës për rrëzimin tek Fatimja?

Kur Fatimja vjen pas 3 ditësh, ajo nuk ka më probleme me urinimin e shpeshtë, dhe ka sjellë të gjitha ilaçet që merr: enalapril, amlodipinë, metforminë, glimepiride, omeprazole, simvastatin, aspirin, lorazepam. Gliceminë ia mat vajza herë pas here dhe e ka mirë, po ashtu edhe TA. Kur e pyesni sa shpesh është rrëzuar këtë vit ju thotë 5 herë. Ajo pohon se nuk ka patur marrje mendsh, nuk ka humbur vetëdijen, dhe thotë që është ngatërruar me këmbët e saj.

3. Çfarë do të vlerësoni në ekzaminim fizik të Fatimes?
4. Çfarë analizash dhe ekzaminimesh do t'i rekomandoni?

Kur ekzaminoni këmbët nëpërmjet mikrofilamentit vini re që ajo ka ulje të ndjeshmërisë në shputat e këmbëve dhe ulje të ndjeshmërisë vibrative. Kur i thoni të çohet nga karrigia pa u mbajtur me duart, ajo nuk mundet dhe kur e udhëzoni të ecë deri në fund të dhomës ajo ecën shumë ngadalë dhe nuk duket e sigurtë, do 40 sekonda të bëj testin "çohu dhe ec". Edhe me syze ka ulje të mprehtësisë së pamjes për larg dhe për afër veçanërisht nga syri i djathtë. Ju dyshoni për katarakt. Ajo është mjaft mirë e orientuar në kohë, hapësirë, depistimi për demencë është negativ. Mban kontakt me sytë, por ju duket e mërzhitur.

Nga analizat që ju keni rekomanduar ajo ka anemi të lehtë megaloblastike, nivel të ulët të Vit. B12 dhe Vit D. DEXA scan jep T score -3.5 në regjionin e femurit proximal dhe -2.9 në nivelin e vertebrave.

5. Çfarë plani trajtimi e përkujdesi duhet të ofroni për këtë paciente për të ulur shpeshtësinë e rrëzimeve?

BIBLIOGRAFIA

Abraham M.K., Cimino-Fiallos N.. *Falls in the Elderly: Causes, Injuries and Management*. Medscape.2021. <https://reference.medscape.com/slideshow/falls-in-the-elderly-6012395> (parë online 10/2021)

Al-Aama T. *Falls in the elderly: spectrum and prevention*. Can Fam Physician 2011 Jul; 57(7): 771–776.

American Geriatrics Society. *Fall prevention*. Geriatrics Evaluation& Management Tools. 2021

Bowker L.K., et al. *Falls and funny turns*. In: Oxford handbook of geriatric medicine. 2nd Edition. Oxford University Press. 2012. (f. 104-106).

Kiel D.P. *Falls in older persons: Risk factors and patient evaluation*. In: Schmander K.E. (Ed.). Uptodate.2021.

Rubenstein L.Y., Dillard D. *Falls*. In: Ham R.J., et al (Eds.). *Ham's primary care geriatrics: a case-based approach*. 6th Edition. Elsevier.2014. (f. 235-242)

Stiles M, Walsh K. *Care of the elderly patient*. In: Rakel E, Rakel P. (Eds.) *Textbook of Family Medicine*. 9th Edition. Elsevier. 2016. (f. 34-54)

Visschedijk J, Achterberg W, Van Balen R, Hertogh C. *Fear of falling after hip fracture: a systematic review of measurement instruments, prevalence, interventions, and related factors*. J Am Geriatr Soc. 2010;58(9):1739.

Woolcott JC, Richardson KJ, Wiens MO, Patel B, Marin J, Khan KM, Marra CA. *Meta-analysis of the impact of 9 medication classes on falls in elderly persons*. Arch Intern Med. 2009 ; 169(21):1952-60.

World Health Organization. *A Global Report on Falls Prevention in older age*. Geneva.2007.



DEMENCA

Artenca ÇOLLAKU
Eralda HEGENDÖRFER



TË DHËNA TË PËRGJITHSHME

- Demenca është një sindromë klinike e karakterizuar nga defiqite në një ose disa fusha të konjicionit (të mësuarit e kujtesa, gjuha, funksioni ekzekutiv, vëmendja komplekse, konjicioni perceptual-motor e social). Defiqitetet në këto fusha duhet të jenë një rënie nga niveli i mëparshëm dhe të asaj shkalle sa që të ndikojnë në funksionin dhe autonominë e përditshme.
- Shumica e demencave janë me origjinë neurodegjenerative si demenca Alzheimer (forma më e shpeshtë e demencave, 60-80 % e rasteve), demenca me trupat Lewy, demenca frontotemporale dhe ajo e M.Parkinson. Demencat jo-neurodegjenerative janë më shpesh demenca vaskulare (nga sëmundje cerebrovaskulare) dhe këto demenca janë reversible/ të prapësueshme dhe ecuria e tyre mund të ndalohet apo të ngadalësohet.
- Të moshuarit kanë shpesh çrregullim konjitiv të lehtë që është një gjendje klinike e ndërmjetme mes konjicionit normal dhe demencës. Në këtë rast defiqitetet konjitive janë më të mëdha se sa pritët nga moshimi normal, por ato nuk përmbushin kriteret për demencë. Çrregullimi konjitiv i lehtë është tregues i një rreziku më të lartë për demencë, por mund edhe të mbetet i pandryshuar ose të përmirësohet apo edhe të kthehet në normë.
- Të moshuarit me probleme kujtese e konjitive nuk paraqiten tek mjeku me këto ankesa, por janë familjarët ose personat përreth tyre ata që vënë re këto probleme dhe ia paraqesin mjekut. Fatkeqësisht shumica e familjarëve nuk janë të mirëinformuar për shenjat e hershme të një demence ose i konsiderojnë këto probleme si 'normale' për të moshuarit.
- Zhvillimi i simptomave të demencës është i ngadaltë dhe shpesh është vështirë të dallohet kalimi nga ndryshime normale konjitive të moshimit në një çrregullim të lehtë konjitiv dhe më pas në demencë. Prandaj mjeku e infermierja e familjes nëpërmjet kontakteve të shpeshta që kanë me pacientët e moshuar janë në një pozicion të rëndësishëm për të kërkuar e identifikuar dëmtimin e lehtë konjitiv dhe për të ofruar mbështetjen dhe menaxhimin e nevojshëm si dhe monitorimin dhe ndjekjen e rregullt të tyre.
- Mosha e avancuar dhe anamneza familjare për demencë janë faktorë rreziku për të pasur demencë. Faktorët e rrezikut për rënie funksioni konjitiv dhe që janë të modifikueshëm e përgjegjës për 35% të demencave janë të lidhur me:
 - Sëmundje kardiometabolike (diabet, hipertension, obezitet) e cerebrovaskulare (insult cerebral). Faktorët e rrezikut vaskular si diabeti, hipertensioni, hiperkolesterolemia, obeziteti e duhanpirja janë të shoqëruara me rënie funksioni konjitiv dhe demencë.
 - Stili i jetesës si, niveli i ulët arsimor e intelektual, mungesa e aktivitetit fizik dhe izolimi social janë të shoqëruar me rrezik të lartë për rënie funksioni konjitiv e demencë.
 - Faktorë të tjerë si depresioni, trauma kraniale, fibrilacioni atrial, sëmundje renale kronike, ulje dëgjimi e alkooli.
- Për demencën nuk ekzistojnë akoma terapi specifike, por vetëm trajtime simptomatike e mbështetëse. Prandaj parandalimi i demencës është shumë i rëndësishëm e fillon që në vitet e jetës si i ri dhe i rritur duke evituar e mbajtur sa më në kontroll të jetë e mundur praninë e faktorëve të mësipërm të rrezikut për demencë.

DEPISTIMI

Kujdesi shëndetësor parësor duhet tu ofrojë të gjithë pacientëve të moshuar të paktën një herë në vit një vlerësim depistues për funksionin konjitiv si pjesë e vlerësimit geriatrik gjithëpërfshirës (Shih "Kapaciteti konjitiv" në "Vlerësimi gjithëpërfshirës geriatrik në KShP: Hapat e Fushat").

Depistimi për demencë është në mënyrë të veçantë i rëndësishëm tek të moshuarit që kanë faktorë rreziku për demencë:

1. Të moshuar me anamnezë familjare pozitive për demencë/çrregullime konjitive
2. Të moshuar me sëmundje cerebrovaskulare e kardiovaskulare
3. Të moshuar për të cilët familjarët ose infermierë/mjekë vënë re që kanë shenja paralajmëruese të demencës
 - a) Pamje e jashtme e çrregullt
 - b) Vështirësi në ndjekjen e udhëzimeve
 - c) Përsëritje e së njëjtes pyetje disa herë
 - d) Humbje rruge në vende të njohura
 - e) Mungesa në takime të planifikuara
 - f) Vendosja e objekteve e orendive në vende të gabuara
 - g) Vështirësi në menaxhimin e faturave dhe burimeve financave
 - h) Vështirësi në marrjen e rregullt të medikamenteve

Mini-Cog© është një test i shpejtë (afersisht 3 minuta) dhe i thjeshtë depistues që ndihmon zbulimin e çrregullimeve konjitive në faza të hershme. Ai ka sensitivitet e specificitet të mirë për demencën në popullatën e të moshuarve në komunitet dhe nuk varet nga niveli arsimor i pacientës. Testi kombinon kujtesën e tre fjalëve dhe vizatimin e orës dhe teston në këtë mënyrë aftësitë konjitive të kujtesës (tre fjalët), funksionin ekzekutiv (ndjekjen e udhëzimeve) dhe orientimin viziospacial (vizatimi i orës) (shih Shtojcën 1). Pikëzimi i Mini-Cog <3 konsiderohet si sugjerues për demencë, ndërkohë që një rezultat >3 tregon gjasa më të ulëta të demencës, por nuk e përjashton plotësisht një çrregullim konjitiv.

Gjithashtu pyetësi depistues AD8 me tetë pyetjeve të thjeshta për praninë ose mungesën e problemeve të kujtesës dhe aftësive të tjera konjitive mund të jetë ndihmës për të marrë të dhëna depistuese nga familjarët e të afërmit e pacientit të moshuar. Pyetësi i jepet familjarëve/të afërmeve dhe jo pacientit. Ai ka sensitivitet e specificitet të lartë për çrregullime konjitive. Një pikëzim total 0-1 përjashton një problem konjitiv, ndërkohë që një pikëzim ≥2 sugjeron për një dëmtim të mundshëm konjitiv që kërkon vlerësim më të thelluar.

PYETËSORI AD8

Pacienti _____

Data _____

	Po, ka një ndryshim ¹⁵	Jo, nuk ka ndryshim	Nuk e di
1. Probleme me gjykimin (psh vështirësi për të marrë vendime, vendimmarrje e keqe në lidhje me financat, probleme me të menduarin)			
2. Më pak interes për aktivitetet e preferuara			
3. Përsëritja herë pas here e të njëjtës gjë (pyetje, histori, thënie)			
4. Vështirësi për të mësuar përdorimin e pajisjeve apo mjeteve të zakonshme (mikrovala, telekomanda, telefoni)			
5. Harron muajin apo vitin aktual			
6. Vështirësi me menaxhimin e financave (pagesa e faturave, bërja e bilancit të të ardhurave)			
7. Vështirësi për të kujtuar takimet e lëna			
8. Probleme të përditshme me kujtesën ose të menduarin			
Pikëzimi Total (mbledhje e pikëve në kolonën e parë)			

Burimi: <https://www.alz.org/media/Documents/ad8-dementia-screening.pdf> Parë online në 02.12.2021 Përkthyer e përshtatur në shqip nga autorët e këtij manuali.

15 "Po, ka një ndryshim": ndryshime të ndodhura vitet e fundit të shkaktuara nga problemet konjitive (kujtesa dhe të menduarit)

Të moshuarit që kanë një test Mini-Cog pozitiv duhen referuar për një vlerësim më të thelluar me teste konjitive si MoCA (Montreal Cognitive Assessment) ose MMSE (mini mental status examination) që testojnë një gamë më të gjerë të aftësive konjitive. MoCA është një mjet identifikimi për çrregullim konjitiv që është më sensitiv se MMSE për çrregullime të lehta konjitive dhe po përdoret gjerësisht vitet e fundit. Për ta përdorur këtë mjet vlerësimi duhet të regjistroheni falas në www.mocatest.org dhe të shkarkoni materialin që mund të gjendet në disa gjuhë (por jo në shqip) dhe në disa versione (edhe versione të thjeshtësuara si MoCA Test Basic për pacientë të moshuar me nivel arsimor të ulët). MMSE është testi konjitiv më i përdorur (ka dhe një version të validuar në shqip), por përdorimi i tij që prej 2001 është me pagesë www.minimental.com

VLERËSIMI I THELLUAR DHE DIAGNOZA

Një vlerësim i thelluar e diagnostik për çrregullime konjitive të identifikuar gjatë depistimit të thjeshtë dhe në raste të dyshuara për demencë përfshin anamnezën, testet konjitive e depistimet për depresion dhe nivel autonomie funksionale, ekzaminimin fizik, ekzaminime laboratorike e neuroimazherike. Qëllimi është të kërkohet nëse përmbushen kriteret e diagnozës së demencës, të përjashtohen 'imituesit e demencës' dhe të përcaktohet edhe tipi i demencës.

Manuali Diagnostik dhe Statistikor i Çrregullimeve Mendore, Botimi i Pestë (DSM-5) zëvendëson termin "demencë" me "çrregullim neurokonjitiv madhor" që përputhet me kriteret diagnostike për sëmundjen e Alzheimer (Tabela 1). Çrregullimi neurokonjitiv minor ose i lehtë përkufizohet si një çrregullim funksioni konjitiv më shumë se sa do të pritej bazuar në moshën dhe nivelin arsimor të pacientit, por jo aq i rëndë sa të ndikojë në kryerjen e aktiviteteve të jetës së përditshme.

Tabela 1: Kriteret e DMS-5 për çrregullimin neurokonjitiv madhor (demenca)

A. Të dhëna ¹⁶ për një deficiet konjitiv të konsiderueshëm në të paktën një nga fushat e konjicionit: Të mësuarit dhe kujtesa ¹⁷ Gjuha Funksioni ekzekutiv Vëmendja komplekse Funksioni perceptual-motorik Konjicioni social
B. Defiçiti konjitiv ndikon në autonominë për kryerjen e aktiviteteve të jetës së përditshme. Pacienti ka të paktën nevojë për ndihmë për kryerjen e aktiviteteve komplekse të jetës të përditshme si psh pagesa e faturave ose menaxhimi i marrjes së medikamenteve. Dëmtimi duhet të jetë i fituar dhe të përfaqësojë një rënie të ndjeshme nga një nivel i mëparshëm funksionimi.
C. Defiçitet konjitive nuk shfaqen vetëm në kontekstin e deliriumit.
D. Defiçitet konjitive nuk shpjegohen në kuadrin e sëmundjeve të tjera mendore si skizofrenia, depresioni madhor, etj.

Burimi: Larson E.B. Evaluation of cognitive impairment and dementia. In: DeKosky S.T., Schmander K.E.(Eds.). Uptodate. 2021.

16 Të dhënat për deficiet konjitiv bazohen në shqetësimin e vetë pacientes së moshuar, të një familjari apo të personit kujdestar ose të vetë mjekes, që ka ndodhur një rënie e konsiderueshme e funksionit konjitiv dhe një dëmtim i konsiderueshëm i performancës konjitive. Preferohet që deficiet konjitiv të dokumentohet nëpërmjet testeve neuropsikologjike të standartizuara ose në vend të tyre nga një vlerësim klinik me vlera numerike/pikëzim.

17 Defiçitet konjitive mund të prekin secilën prej 6 fushave dhe jo vetëm fushën e kujtesës që deri më parë nga DMS-5 konsiderohej si karakteristike. Megjithatë tek shumica e demencave, janë gati gjithnjë të pranishme problemet me kujtesën dhe gjuhën.

Diagnoza e demencës nuk mund të vendoset vetëm në bazë të një pikëzimi të ulët të një prej testeve konjitive (MoCA ose MMSE). Testet konjitive ndihmojnë në identifikimin e llojit dhe shkallës së çrregullimit konjitiv, por pjesa më e rëndësishme e vlerësimit diagnostik është një anamnezë e hollësishme duke përfshirë edhe një anamnezë të veçantë nga familjarët/kujdestarët e personit të moshuar.

Nëse gjetjet e ekzaminimit të statusit mendor me teste konjitive përputhen me të dhënat nga anamneza atëherë kjo mbështet fort diagnozën e demencës. Nëse ka mospërputhje, si psh anamneza sugjeron që ka një demtim konjitiv, por testet dalin normal, atëherë arsyet e mundshme janë një çrregullim konjitiv i lehtë, nivel arsimor e intelektual i lartë i pacientit, prania e depresionit ose në raste të rralla keqinterpretime të problemeve të të moshuarit nga familjarët ose kujdestarët. Në rastet kur testet konjitive sugjerojnë për një çrregullim konjitiv, por pacienti dhe familjarët mohojnë probleme konjitive, arsyet e mundshme janë një gjendje konfuzionale, nivel arsimor ose intelektual i ulët i pacientit ose një paaftësi e familjarëve për të vënë re deficiet konjitive tek pacienti. Duhet pasur parasysh edhe stigma e demencës që sjell hezitim për ta dalluar e pranuar si diagnozë. Në situata të veshtira diagnostike, sugjerohet një vlerësim i rregullt periodik në 9-12 muajt e ardhshëm për të ndjekur ecurinë.

1. Anamneza

Anamneza preferohet të merret nga pacientja e moshuar, por edhe nga familjarët/të afërmit e saj nëse është e mundur. Çeshtjet që duhen kaluar gjatë anamnezës janë si në formularin AD8 që mund të përdoret edhe si një format ndihmës për pyetjet gjatë vizitës me familjarët.

Pyetje të rekomanduara të bëhen gjatë marrjes së anamnezës janë:

- Si kanë ndryshuar simptomat/ankesat me kalimin e kohës? Janë të qëndrueshme apo në përkeqësim? Ndryshimi është i papritur, gradual apo i luhatshëm?
- Çfarë gjërash harrohen zakonisht? Ngjarjet e fundit, bisedat, emrat, takimet, mënyra e përdorimit të teknologjisë si p.sh. telekomanda e mikrovalës ose televizorit?
- A ka pasur humbje të interesit ose aftësisë për aktivitetet e zakonshme? Vështirësi në menaxhimin e detyrave të zakonshme shtëpiake si gatimi, punët e shtëpisë, financat?
- A ka probleme me marrjen e medikamenteve?
- A ka vështirësi me gjuhën? Përdorimi i fjalëve të gabuara ose pamundësia për të gjetur fjalët e duhura?
- A ka shqetësime për sigurinë e pacientes së moshuar për shkak të problemeve të vëna re si psh, rrezik nga puna në kuzhinë (harron sobën ndezur), humbja kur largohet nga shtëpia (nuk mban mend rrugën)?

Gjithashtu familjarët/kujdestarët duhen pyetur në lidhje me simptomat neuropsikiatrike si çrregullime të sjelljes psh, neglizhim i vetes, agresion fizik, axhitim; halucinacione, deluzione, paranoia, luhatje të paarsyeshme humori, probleme me gjumin, ndryshime dramatike personaliteti (i moshuari bëhet dyshues, apatik, pasiv ose i pakontrollueshëm). Çrregullimet e sjelles në demencë zakonisht e kanë pikun ditor ne pasditën e vonë ose në mbrëmje (fenomeni 'sundowning' = perëndimi i diellit).

Anamneza përfshin edhe një **vlerësim të listës së medikamenteve** për të parë nëse merren medikamente që mund të shkaktojnë ose përkeqësojnë problemet konjitive të identifikuar si psh, antikolinergjikët ose sedativët. Gjithashtu anamneza kërkon **të dhëna mbi sëmundshmerinë kardiovaskulare e cerebrovaskulare** dhe trajtimin e menaxhimin e tyre.

Gjatë anamnezës duhen mbledhur të dhëna për të bërë përjashtimin e të ashtuquajturve "imitues të demencës" që janë rënia konjitive normale e moshimit, depresioni dhe deliriumi:

a) Rënia konjitive normale e moshimit: janë kryesisht defiçite në kujtesë dhe në procesimin e informacionit; nuk ka ecure progresive dhe nuk ndikon në funksionimin e përditshëm.

b) Delirium: gjendje konfuzionale akute ose subakute e karakterizuar nga një rënie e perceptimit me luhate të nivelit të vetëdijes dhe probleme të vëmendjes; shpesh bashkëekziston me demencën dhe duhet bërë dallimi mes tyre (Tabela 2). Shkaqe të deliriumit janë çrregullime elektrolitike (hipo/hipernatremi), hiper/hipoglicemi, hipoksi, anemi, iskemi cerebrale intermitente, tireotoksikozë /miksedomë, kriza alkoolike, sepsis, efekte medikamentoze (psh nga përdorimi i benzodiazepinave).

Tabela 2: Tipare klinike dalluese mes deliriumit dhe demencës

Karakteristika	Delirium	Demencia
Fillimi	Rënie akute/subakute e funksionit konjitiv, brenda disa orësh ose ditësh, dhe një ecure me luhate	Rënie e ngadaltë progresive e funksionit konjitiv brenda disa muajsh ose vitesh
Vëmendja dhe orientimi	Të dëmtuara	Në përgjithësi të ruajtura, por mund të preken në fazat e avancuara
Niveli i vetëdijes	Me luhate, disa herë i reduktuar	Normal
Gjuha dhe e folura	Inkoherente dhe e çrregullt	Çrregullime të ndryshme në gjetjen e fjalëve, emërtimin e gjërave, rrjedhshmërinë e të folurit, të kuptuarit
Kujtesa për ngjarje të afërta dhe të së kaluarës	E variueshme, me luhate	Shpesh e dëmtuar për ngjarje të afërta; për ngjarje të së kaluarës dëmtime në faza të avancuara

Burimi: Larson E.B. Evaluation of cognitive impairment and dementia. In: DeKosky S.T., Schmander K.E.(Eds.). Uptodate. 2021.

c) Depresioni: Demencia e depresioni mund të bashkëekzistojnë tek i njëjti pacient dhe shpesh depresioni është shenja e parë prezantuese e demencës. Depresioni është edhe një faktor rreziku për zhvillim të mëvonshëm të demencës. Problemet e kujtesës në depresion konsiderohen edhe si 'pseudodemencia' ose 'demencia e depresionit', dhe dallohen nga demencia pasi në depresion vetë pacienti i vë re dhe ia tregon mjekut, ndërkohë që pacienti me demencë shpesh nuk e vë re problemin me kujtesën dhe sillet tek mjeku nga familjarët. Pacientët e moshuar me depresion mund të kenë ngadalësim psiko-motor dhe

para një testi konjitiv heqin dorë lehtë duke thënë 'Nuk e bëj dot', ndërkohë që pacienti me demencë përpqet fort ta bëjë testin, por e bën gabim. Fillimi i papritur i problemeve të kujtesës lidhur me një stresor psikoemocional (psh. humbja e një të afërmi), mosangazhimi dhe shmangia e kontaktit sy më sy gjatë vizitës si dhe prania e shenjave neurovegjetative si pagjumësia dhe anoreksia janë karakteristike për një çrregullim konjitiv të shkaktuar nga depresioni e jo nga demenca.

Të gjithë pacientët e moshuar që vlerësohen për çrregullim konjitiv ose demencë duhet të kenë edhe një **depistim për depresion** nëpërmjet dy pyetjeve depistuese për depresionin dhe nëse një prej tyre është pozitive me pyetësorin GDS-15 (shih kapitullin "Depresioni"). Çrregullimi konjitiv mund të jetë një ankesë kryesore e pacientit të moshuar me depresion dhe mbivendosja e depresionit mund të përkeqësojë çrregullimin konjitiv tek pacientët me demencë ose çrregullim konjitiv të lehtë.

Dallimi i defiqiteve konjitive nga demenca dhe i atyre të lidhura me delirium dhe depresion nuk është i lehtë dhe kërkon një aftësi të mirë vëzhguese e vlerësuese të mjekut, por është shumë i rëndësishëm pasi trajtimi i duhur i deliriumit dhe depresionit zgjidh defiqitetet konjitive dhe mënjanon një keqdiagnostikim e keqmenaxhim të pacientit të moshuar.

Për pacientët me çrregullime konjitive dhe dyshim për demencë është e këshillueshme të bëhet edhe një **vlerësim i nivelit të autonomisë** nëpërmjet pyetësorëve të Katz (aktivitete bazë të jetës së përditshme) dhe Lawson (aktivitete instrumentale të jetës së përditshme) (shih Shtojcën 1 dhe "Autonomia funksionale" në «Vlerësimi gjithpërfshirës geriatrik në KShP: Hapat e Fushat»). Kjo ndihmon në vlerësimin e efektit të çrregullimit konjitiv në aktivitetet e jetës së përditshme si dhe identifikon nevojat që ka pacienti i moshuar për mbështetje nga familjarët ose persona të tjerë ndihmës.

2. Ekzaminimi fizik

Ekzaminimi fizik në rast dyshimi për demencë është i përqëndruar në ekzaminimin neurologjik dhe ka për qëllim të dallojë llojet e demencës (sem.neurodegenerative ose vaskulare) si dhe për të përjashtuar shkaqe të trajtueshme që shkaktojnë ose përkeqësojnë çrregullimin konjitiv. Në fazat e hershme të demencës Alzheimer është e rrallë të gjenden defiqite neurologjike dhe ekzaminimi neurologjik zakonisht është normal. Parkinsonizmi gjatë ekzaminimit fizik sugjeron për demencë me trupa Leëy; hiperrefleksia, hipertonia ose defiqitetet motorike sugjerojnë sëmundje cerebrovaskulare (demencë vaskulare). Asimetria sugjeron një sëmundje strukturore të trurit dhe në këtë rast nevojitet një CT e kokës (Tabela 3).

Tabela 3: Ekzaminimi neurologjik 5 minutësh për pacientët me demencë

Ekzaminimi	Shenja	Shkaku i dyshuar
Ecja dhe pamja e përgjithshme	Parkinsonizmi: ecja me hapa të shkurtër me gjunjë të flektuar, lëvizje e kufizuar e krahut	Demenca me trupat Leëy
	Ecje e paqëndrueshme ose me bazë të gjerë	Sëmundja cerebrovaskulare Hidrocefali me presion normal
Nervat kranialë		
Lëvizjet e syve	Asimetria/Diplopia	Lezion strukturor cerebral
Nervi facial	Asimetri e fytyrës	Lezion strukturor cerebral Sëmundja cerebrovaskulare
Ekzaminimi nervor periferik		
Tonusi muskular	Hipertonia/Rigiditeti i M.Parkinson	Demenca me trupat Leëy Sëmundje cerebrovaskulare / Lezion strukturor cerebral
Reflekset	Hiperrefleksi ose asimetri	Sëmundje cerebrovaskulare / Lezion strukturor cerebral
Fuqia (testo ekstension të gishtit të dorës ose fleksion të kofshës; nëse anormal, testo pjesët e tjera)	Dobësi ose asimetri	Sëmundje cerebrovaskulare / Lezion strukturor cerebral
Koordinimi (lëvizja e shpejtë e alternuar e duarve)	Disdiadokokinezia	Sëmundja e Parkinsonit / Sëmundja cerebrovaskulare nëse është në të dy anët/ Lezioni strukturor cerebral nëse është e njëanshme

Burimi: Auckland Region. Cognitive Impairment. <https://aucklandregion.communityhealthpathways.org> (parë online 02.12.2021).

Format e ndryshme të demencës paraqiten me tablo të ndryshme çrregullimi konjitiv dhe manifestime të tjera neurologjike, por shpesh e sidomos në stadet e hershme këto ndryshime është vështirë të dallohen. Demenca e Alzheimer dhe demenca vaskulare përbëjnë shumicën e rasteve me demencë.

Një përjasje praktike ndonëse shumë e thjeshtë është që të presupozohet një diagnozë demence Alzheimer në të gjitha rastet bazuar në simptomatikën tipike të demencës, ndërkohë që demenca vaskulare konsiderohet si një alternativë në rastet kur pacienti ka tashmë sëmundje ose faktorë rreziku cerebrovaskular ose kardiovaskular ose ka gjetje sugjeruese në neuroimazheri. Studimet kanë treguar që kjo përjasje është e gabuar vetëm në një numër të vogël rastesh, por ky nivel gabimi është i pakonsiderueshëm në kuadrin e mungesës së terapive specifike për sëmundjet neurodegenerative që shkaktojnë demencën.

3. Ekzaminimi laboratorik

Testet laboratorike përdoren për të përjashtuar shkaqe të korigjueshme të çrregullimeve konjitive:

- Gjak komplet (anemi)
- Vitamina B12/folat (deficit vitamine B12)
- TSH (sëmundje të tiroides)
- Analiza biokimike (çrregullime elektrolitike, glicemie, etj)
- Kur gjykohet e nevojshme mund të bëhen edhe teste për sifiliz dhe/ose HIV.

4. Neuroimazheria

CT (tomografi e kompjuterizuar) e kokës apo RM (rezonanca magnetike) e trurit mund të jenë të nevojshme nëse gjatë ekzaminimit fizik identifikohen defiqite neurologjike fokale ose asimetrike që sugjerojnë për një lezion strukturor cerebral, në rastet me një anamnezë pozitive për rrëzime së afërmi ose trauma kraniale dhe kur dyshohet për hidrocefali me presion normal (çrregullim ecje ose inkontinencë e pashpjegueshme).

MENAXHIMI I DEMENCËS

Qëllimi i menaxhimit të demencës është të ruhet sa më tepër të jetë e mundur funksionimi dhe autonomia e pacientes së moshuar, të minimizohen faktorët e rrezikut dhe të mbahet sa të jetë e mundur një cilësi jete sa më e mirë. Nuk ekzistojnë akoma terapi specifike për demencën Alzheimer dhe demencat e tjera. Simptomat e sjelljes (axhitimi, agresioni, rezistenca ndaj personave që kujdesen për ta) janë sfidat madhore për familjarët/kujdestarët e të moshuarve me demencë dhe menaxhimi i tyre është thelbësor për cilesinë e jetës së të moshuarit me demencë në komunitet.

Prania e simptomave të sjelljes duhet kuptuar si një formë komunikimi nga e moshuara për të shprehur një mospërputhje ndërmjet kërkesave rrethanore ndaj saj dhe aftësive të saj individuale për të kuptuar ose përballuar atë që po ndodh. Përballë simptomave të sjelljes si, axhitimi e agresioni duhet kërkuar së pari për faktorë provokues si dhimbja, infeksioni, ankthi apo sjellje të familjarit/kujdestarit që perceptohen si kërcënuese nga e moshuara me demencë. Masat për të adresuar këto faktorë provokues janë shumë të rëndësishme. Fatkeqësisht, edhe pse ka shumë medikamente të disponueshme për të trajtuar simptomat

e sjelljes, asnjë nuk është shumë efektiv dhe të gjithë kanë probleme me toksicitetin (efektet anësore). Prandaj, masat jo-medikamentozë janë shtylla kryesore e menaxhimit të demencës dhe shpesh mund të sjellin ndryshim madhor në cilësinë e jetës së të moshuarve me demencë dhe familjarëve/kujdestarëve të tyre.

Masat jo-medikamentozë përfshijnë trajnimin dhe edukimin e familjarëve/kujdestarëve për të zbatuar masa për menaxhimin e sjelljes, kujdesin për ushqyerjen dhe rehabilitimin konjitiv.

Masat për menaxhimin e sjelljes përfshijnë teknika e strategji të ndryshme si identifikimi e paraprirja e situatave që gjenerojnë axhitim, mënjanimi i ndryshimeve të papritura të rrethanave të përditshme si dhe identifikimi i nevojave të papërmbushura që gjenerojnë sjellje të axhituar. Familjarëve/kujdestarëve të pacientëve të moshuar me demencë ju këshillohen masat e mëposhtme për menaxhimin e problemeve të sjelles:

- **Krijimi i një mjedisi rrethues që lehtëson aktivitetin e përditshëm:** Qëllimi është strukturimi i banesës në mënyrë të tillë që i moshuari me demencë të ndihet i sigurt, ta ketë të lehtë të orientohej ku është, të mund të bëjë vetë veprime të thjeshta të kujdesit për veten dhe të mos ndihet i mbingarkuar me stimuj të pakëndshëm. Krijimi i një mjedisi të tillë banues ul shkaqet për axhitim.
- **Marrja e masave për të lehtësuar kryerjen e aktiviteteve bazë:** Disa shembuj janë vendosja e rrobave sipas radhës që duhet të vishen, dhënia e udhëzimeve të shkurtra e të qarta me shkrim (për ata që mund të lexojnë), dhënia e ushqimeve që konsumohen lehtësisht (me dorë) për personat me apraksi që të mund të ushqehen vetë.
- **Ofrimi i perkujdesjes me qetësi, butësi dhe me respekt:** Ofrimi i perkujdesjes për të moshuarit me demencë është sfidues si për familjarët ashtu edhe për kujdestarë të specializuar dhe kërkon një ndjeshmëri ndaj të moshuares dhe nevojave e kapaciteteve të saj. Ofrimi i perkujdesjes me butësi e qetësi synon shmangien ose ndërprerjen e sjelljeve agresive dhe rezistencën ndaj perkujdesjes që haset shpesh tek të moshuarit me demencë.
- **Përfshirja në aktivitete të thjeshta që sjellin kënaqësi:** Shembuj të mundshëm janë kopshtaria, ushqimi i zogjve, shfletimi i albumeve të fotografive dhe librave të njohur si dhe aktivitete që përmirësojnë në përgjithësi shëndetin fizik dhe mendor (p.sh., kërcimi, shëtitja jashtë ose përgatitja dhe ngrënia e një vakti të thjeshtë). Zgjedhja e aktivitetit duhet përshtatur me nivelin e funksionit konjitiv të pacientes me demencë.

Rehabilitimi konjitiv ka qëllim të ndihmojë pacientët me demencë në fazat e hershme që të ruajnë kujtesën dhe funksionet e tjera konjitive si dhe t'i u mësohen atyre strategji për të kompensuar deficietet konjitive (zakonisht bëhen programe të peëbashkëta me familjarët). Qëllimi i rehabilitimit konjitiv nuk është thjesht arritja e performancës në kryerjen e detyrave të ndryshme konjitive, por përmirësimi i funksionit të jetës së përditshme në kuadrin e deficieteve konjitive. Rehabilitimi konjitiv është veçanërisht i vlefshëm nëse kombinohet me masa multifaktoriale që konsiderojnë edhe ushtrimet/aktivitetin fizik (shëtitje në park çdo ditë me familjarët/kujdestarët ose paketa ushtrimore specifike me një fizioterapist), ushqyerjen e shëndetshme (evitimin e rënies në peshë dhe kequshqyerjes), uljen e përdorimit të alkoolit dhe masa të tjera parandaluese të rrezikut vaskular.

Trajnimi konjitiv ka të bëjë me ushtrimin e përsëritur të një sërë detyrash të strukturuar që janë hartuar për të synuar aftësi të caktuara konjitive (kujtesa, vëmendja, funksioni ekzekutiv e viziospacial) dhe kryhet në sesione 30-60 minuta. Detyrat kanë kompleksitet të shkallëve të ndryshme e përshtaten individualisht me nivelin e funksionit konjitiv të pacientit. Trajnimi konjitiv mund të bëhet në grup ose individualisht.

Stimulimi konjitiv bëhet nëpërmjet aktiviteteve në grupe ku diskutohen ngjarjet aktuale, bëhen lojra të mendjes, këndohet së bashku ose bëhen gatime të thjeshta. Terapia e kujtesës përdor video, muzikë ose albume me foto nga e kaluara e pacientit për të aktivizuar kujtimet e humbura.

Trajtimi medikamentoz

Trajtimi me medikamente i pacientëve me demencë është sfidues pasi ata kanë një aftësi të ulur vendimmarrëse, vështirësi në ndjekjen e planit të trajtimit si dhe në raportimin e efekteve anësore të medikamenteve. Megjithatë nuk ka asnjë trajtim për të ngadalësuar ose ndaluar demencën Alzheimer ka disa medikamente të aprovuara për kontrollin (e përkohshëm) simptomatik të saj si, inhibitorët e kolinesterazës (donepezil, rivastigminë, galantaminë) dhe memantina. Këto duhen konsideruar me kujdes duke pasur parasysh kufijtë e ngushtë të përdorimit të tyre dhe gjithnjë si një shtesë mbi masat jomedikamentoze që përbëjnë thelbin e menaxhimit të demencës.

- **Inhibitorët e kolinesterazës** përmirësojnë në mënyrë modeste funksionin konjitiv, simptomat neuropsikiatrike dhe nivelin e autonomisë të pacientët me sëmundje Alzheimer të lehtë (MMSE 19-26 pike/MoCA 12-16 pikë) dhe mesatare (MMSE 10-18 pike/MoCA 4-11 pikë) (Tabela 4). Efektet anësore të tyre janë nauze, të vjella e diarre që vihen re në doza të larta e që titrohen shpejt. Fillimi i trajtimit me inhibitorët e kolinsterazës duhet bërë vetëm pasi pacientja dhe familjarët e saj janë informuar mbi përfitimet e dëmet e mundshme të trajtimit. Studimet kanë treguar se ka shumë variueshmëri në pergjigjen terapeutike ndaj inhibitorëve të kolinesterazës (30-50% nuk shfaqin përmirësim të dukshëm dhe 20 % kanë përmirësim mbi mesataren e pritshme). Prandaj ka shumë rëndësi që vendimi për terapinë me këto medikamente të bëhet i individualizuar me pacientin dhe familjarët e tyre. Efekti i terapisë vlerësohet pas 3-6 muajsh nëpërmjet pikëzimit të testeve konjitive. Nëse nuk ka përmirësim duhet bërë ndërprerja e ngadaltë e terapisë. Nëse vihen re përmirësime dhe nuk ka efekte anësore madhore terapia vazhdohet nën monitorim të rregullt (çdo 3-6 muaj) dhe nëse ka përkeqësime terapia ndërpritet. Gjatë trajtimit me inhibitorë të kolinesterazës duhet evituar përshkrimi i barnave antikolinergjike që ulin efektin e inhibitorëve të kolinesterazës dhe sjellin përkeqësim të gjendjes.

Tabela 4: Inhibitorët e kolinesterazës për trajtimin e demencës

Medikamenti	Doza fillestare	Doza mbajtëse	Shënime
Donepezil**	5 mg/ditë	10 mg/ditë	
Galantaminë	4mg/ditë tableta me veprim të shpejtë	12 mg dy herë në ditë	Duhet marrë me ushqim. Doza ditore maksimale 8 mg në rast dëmtimi hepatic/renal mesatar. Në dëmtime të rënda nuk duhet përdorur
	8mg/ditë kapsula me veprim të ngadaltë	24 mg një herë në ditë	Doza ditore maksimale 12 mg në dëmtime hepaticke/renale mesatare. Në dëmtime të rënda nuk duhet përdorur
Rivastigminë*	Kapsulë: 1.5 mg dy herë në ditë	6 mg dy herë në ditë	Duhet marrë me ushqim. Titrim i ngadaltë i dozës në raste me dëmtime renale/hepatike ose BMI të ulët
	Pullë transdermale: 4.6mg/24 orë	9.5-13.3 mg/24 orë	Mund të shkaktojë erupsion kutan; duhen ndryshuar vendet e vendosjes të pullës. Më pak efekte anësore se kapsula. Nuk duhet përdorur në dëmtim të rëndë hepatic. Në dëmtim hepatic të lehtë-mesatar doza ditore maksimale 4.6 mg.

* janë në listën e barnave të regjistruara për përdorim në Shqipëri në 2021, por nuk janë në listën e barnave të rimbursueshme.

** janë në listën e barnave të rimbursueshme 2021

Burimi: Press D., Alexander M. Cholinesterase inhibitors in the treatment of dementia. In: DeKosky S.t., Schmader K.E. (Eds.) Uptodate. 2021.

- **Memantina**¹⁸ është një anatagonist i receptorit NMDA (receptor i lidhur me të mësuarin dhe kujtesën) dhe ndryshe nga inhibitorët e kolinesterazës ka efekt neuroprotektiv. Studimet kanë treguar përmirësim të defiqiteve konjitive dhe të statusit të funksionit të përgjithshëm në pacientët me demencë Alzheimer, por në nivele të tilla që është akoma e vështirë të vlerësohet rëndësia klinike e efektit. Memantina duket se ka vlerë të veçantë për pacientë me Alzheimer mesatar në të rëndë (MMSE<10/MoCA<4 pikë). Në demencë Alzheimer të avancuar ajo mund të përdoret edhe në kombinim me inhibitorët e kolinesterazës. Doza fillestare është 5 mg/ditë e shtohet gradualisht deri në 20 mg/ditë. Efektet anësore janë marrje mendsh e në disa raste konfuzion, halucinacione, deluzione ose axhitim.

18 Nuk është në listën e barnave të rimbursueshme 2021, por gjendet në listën e barnave të regjistruara për përdorim në Shqipëri (2021).

Për kontrollin e simptomave depresive ose psikotike në të moshuarit me demencë mund të përdoren **antidepresantët e antipsikotikët**.

- SSRI veçanërisht sertralina e citaloprami preferohen si antidepresantë në pacientë me demencë (antidepresivët triciklikë duhen evituar për shkak të efekteve anësore dhe ndërveprimeve me barna të tjera). Citaloprami është parë të jetë i efektshëm dhe në menaxhimin e simptomave të sjelljes si axhitimi dhe paranoia tek pacientët me demencë (duhet kujdes për shtim rreziku për çrregullime ritmi kardiak nga zgjatja e intervalit QT). Paroksetina ka më tepër efekte antikolinergjike nga të gjithë SSRI-të e tjera dhe fluoksetina ka gjysëm-kohën më të gjatë dhe më tepër ndërveprime me medikamente të tjera.
- Antipsikotikët janë sedativë dhe kanë efekt modest në trajtimin e simptomave të sjelljes në demencë, por shoqërohen me shtim të mortalitetit në pacientë me demencë dhe për këtë arsye nuk rekomandohet përdorimi i tyre rutinë në demencë. Antipsikotikët atipikë (doza të ulta olanzapinë ose quetiapinë) janë përgjithësisht të dobishëm për terapi afatshkurtër në rast axhitimi dhe psikoze sidomos në raste agresive e psikotike të rënda kur ka rrezik për sigurinë e vetë pacientës së moshuar apo familjarëve/kujdestarëve të saj. Antipsikotikët tipikë (haloperidol, klorpromazinë, tioridazinë, etj) nuk kanë treguar nëpërmjet studimeve të ndryshme se kanë efekte përfituese të qarta në trajtimin e simptomave neuropsikiatrike. Haloperidoli ndihmon vetëm në rastin e nevojës për kontrollin e një agresioni të theksuar.

Kontrolli i faktorëve të rrezikut vaskular

Trajtimi i faktorëve të rrezikut për insult cerebral, sëmundje kardiovaskulare dhe demencë mund të ulë incidencën e demencës dhe të ngadalësojë rënien e funksionit konjitiv sidomos në pacientë me demencë vaskulare, por edhe në ata me demencë Alzheimer. Megjithatë duhet kujdes për të evituar trajtimin agresiv të këtyre faktorëve të rrezikut që mund të shoqërohet me efekte të padëshirueshme si psh hipotensioni postural gjatë trajtimit të hipertensionit.

Mënjanimi i efekteve anësore të medikamenteve

Efektet anësore të medikamenteve mund të kontribuojnë në rënien e funksionit konjitiv dhe mund të çojnë në acarime të demencës. Tek pacientët me demencë është shumë e rëndësishme (1) të bëhet vlerësimi periodik i listës së medikamenteve, (2) të përdoren dozat më të vogla të mundshme për të arritur efektet pozitive, (3) të ndërpritet marrja e medikamenteve të panevojshme ose të papërshtatshme, (4) përpara çdo simptome të re të përjashtohet së pari mundësia që është një efekt anësor i medikamenteve dhe (5) kur është e mundur të konsiderohet përdorimi i masave jo-medikamentoze.

Medikamentet më problematike në pacientet me demencë janë antikolinergjikët, benzodiazepinat, opioidët, antipsikotikët dhe antihipertensivët sidomos kur demenca është në kuadrin e M. Parkinson apo sëmundjeve të tjera me disfunktion vegjetativ.

Mbështetja për familjarët që kujdesen për pacientë të moshuar me demencë është pjesë e rëndësishme e menaxhimit të demencës, pasi ata ndodhen në situata shume të vështira ndërsa me avancimin e demencës ka një rënie progresive të autonomisë funksionale të pacientit të moshuar dhe shfaqje të shtuar të sjelleve agresive që janë të rrezikshme si për ta por edhe për pacientin e moshuar. Prandaj është e rëndësishme që në vizitat mjekësore me pacientë të moshuar me demencë të merret kohë për të pyetur edhe familjarët e tyre se si po e përballojnë situatën dhe kur është e mundur të ndihmohen të gjejnë mbështetjen e nevojshme.

DISKUTIM MBI PACIENTË

Nora, një grua 77-vjeçare, është një paciente e re në qendrën tuaj shëndetësore. Ajo ankohet se "ndihet mirë", por që vajza e saj shqetësohet për të dhe e solli për vizitë te ju. Nora jeton e vetme në shtëpinë e saj që kur i vdiq i shoqi 3 vjet më parë. Vajza e saj e pranishme në vizitë ju tregon se ka vënë re një ndryshim me kujtesën tek e ëma gjatë 18 muajve të fundit që ka ardhur duke u përkeqësuar. Edhe pse rrobat e saj janë të pastra, veshjet e saj ndonjëherë nuk përshtaten plotësisht me stinën e situatën dhe shtëpia e saj ka filluar të duket e rrëmuqshme. Gjithashtu ajo thotë se Nora e telefonon vazhdimisht "duke bërë të njëjtat pyetje". E bija thotë se Nora ka qenë në ankth dhe paksa e dëshpëruar që kur i vdiq i shoqi, por ha mirë dhe ka mbajtur një peshë normale. Nora trajtohet për hipertension, inkontinencë urinare dhe osteoartrit të gjurit. Ajo nuk ka anamnezë për diabetit, atak ishemik tranzitor (TIA), aksident cerebrovaskular ose depresion madhor. Nora ka pësuar një frakturë të kyçit të dorës në moshën 60-vjeçare pas rrëshqitjes në një sipërfaqe të lagur në shtëpi. Nora nuk pi duhan e as alkool.



Pyetje për diskutim

1. Çfarë sëmundje mendoni se ka shkaktuar çrregullimin e kujtesës tek Nora?
2. Çfarë ekzaminimesh duhen bërë për Norën?
3. Çfarë informacioni prisni të merrni nga neuroimazheria?
4. Çfarë informacioni mendoni se do të japë testimi konjitiv?
5. Çfarë trajtimi mund të ofroni për Norën?

BIBLIOGRAFIA

- American Geriatrics Society. *Dementia*. Geriatrics Evaluation & Management Tools. 2021 .
- Auckland Region. Cognitive Impairment. (<https://aucklandregion.communityhealthpathways.org> parë online 2.12.2021).
- British Geriatric Society. *Comprehensive Geriatric Assessment Toolkit for Primary Care Practitioners*. London. 2019. (<https://www.bgs.org.uk/resources/resource-series/comprehensive-geriatric-assessment-toolkit-for-primary-care-practitioners>, parë online më 20.12.2021)
- Khandelwal C., Kaufer D.I. *Alzheimer's Disease and Other Dementias*. In: Ham R.J. et al. (Eds.) *Ham's primary care geriatrics: a case-based approach*. 6th Edition. Elsevier. 2014. (f.201-213).
- Larson E.B. *Evaluation of cognitive impairment and dementia*. In: DeKosky S.T., Schmander K.E. (Eds.). Uptodate. 2021.
- Larson E.B. *Risk factors for cognitive decline and dementia*. In: DeKosky S.T. (Ed.). Uptodate. 2021.
- Mendez M.F. *Mental status scales to evaluate cognition*. In: Aminoff M.J. (Ed.). Uptodate. 2021
- Ministria e Shëndetësisë. *Shëndeti Mendor*. Në: *Protokollet klinike për praktikën e mjekësisë së familjes bazuar në udhërrëfyesin për moshën e tretë*. 2015. Tiranë.
- Patel B.B, et al. *Delirium and Dementia*. In: Rakel R.E, Rakel D.P. (Eds.). *Textbook of Family Medicine*. 9th Edition. Elsevier. 2016. (f.1108-1118).
- Press D. *Management of neuropsychiatric symptoms of dementia*. In: Yaffe K., Schmander K.E. (Eds.). Uptodate. 2021
- Press D., Alexander M. *Cholinesterase inhibitors in the treatment of dementia*. In: DeKosky S.t., Schmander K.E. (Eds.) Uptodate. 2021.
- Press D., Buss S.S. *Treatment of Alzheimer disease*. In: DeKosky S.T., Schmander K.E. Uptodate. 2021.
- Press D. *Management of patient with dementia*. In: DeKosky S.T., Schmander K.E. (Eds.). Uptodate. 2021.
- World Health Organization. *Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care*. Geneva. 2019. (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-FWC-ALC-19.1>, parë online më 20.12.2021)



DEPRESIONI TEK TË MOSHUARIT

Artenca ÇOLLAKU
Eralda HEGENDÖRFER



TË DHËNA TË PËRGJITHSHME

- Depresioni është sëmundje mendore e shpeshtë tek të moshuarit dhe ata janë në rrezik më të lartë për depresion për shkak të multimorbiditetit, rënies së kapaciteteve funksionale fizike e konjitive dhe faktorëve psiko-socialë të moshimit si vetmia, izolimi e varfëria.
- Depresioni karakterizohet nga trishtimi i vazhdueshëm dhe mungesa e interesit ose kënaqësisë në aktivitetet e mëparshme të dobishme ose të këndshme. Gjithashtu mund të shkaktojë probleme me gjumin dhe oreksin, lodhje dhe përqëndrim të dobët, axhitim ose ngadalësim psikomotor. Tek të moshuarit hasen më shpesh simptomat somatike (kryesisht gastrointestinale), hipokondria dhe axhitimi.
- Depresioni tek të moshuarit mbetet shpesh i padiagnostikuar dhe i patrajtuar.
- Te të moshuarit depresioni është më vështirë të identifikohet pasi shfaqet më shpesh me rënie energjie dhe ankesa somatike për të cilat mund të fajësohen sëmundje të tjera bashkëshoqëruese të zakonshme në këtë moshë. Gjithashtu të moshuarit zakonisht nuk vijnë për vizitë për shkak të një depresioni pasi mendojnë se është normale për moshën dhe situatën e tyre dhe shpesh edhe mjekët nuk kërkojnë për depresion dhe përqëndrohen në menaxhimin e ankesave somatike/fizike.
- Tek të moshuarit vihet re më shpesh depresioni minor sesa ai madhor. Depresioni minor përkufizohet si prania e të paktën 2 (por me pak se 5) simptomave depressive (njëra prej tyre është ose humor i rënë ose humbje interesi) gjatë të njëjtës periudhe 2 javore, pa anamnezë të mëparshme për episod depresiv madhor ose çrregullim distimik (luhatje humori).
- Depresioni tek të moshuarit shpesh shoqërohet me rritje të sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë dhe të moshuarit me simptoma depressive kanë më shumë gjasa të raportojnë një cilësi më të ulët jetëse, nivel më të lartë dhimbjeje kronike dhe shtim të paaftësisë/rënie të autonomisë.
- Në çdo të moshuar me dyshim për simptoma depressive duhet bërë edhe vlerësimi i kapacitetit konjitiv, pasi depresioni mund të maskojë një çrregullim konjitiv si dhe çrregullimi konjitiv mund të ndikojë në aftësinë e pacientit depresiv për të raportuar simptomat e shqetësimit e tij.
- Rreziku për depresion është më i lartë tek gratë e moshuara, të moshuarit me sëmundje kronike e kufizime funksionale si pasojë e tyre, të moshuarit që kanë humbur bashkëshortin/en apo jetojnë vetëm ose në institucione për të moshuarit, të moshuarit me rënie kapaciteti konjitiv si dhe të moshuarit me status të ulët socio-ekonomik.

DEPISTIMI

Dy pyetje të thjeshta janë një mjet i dobishëm për depistimin e depresionit tek të moshuarit dhe duhen konsideruar për tu bërë në çdo vizitë me të moshuar që janë në rrezik më të lartë për depresion, por edhe një herë në vit si pjesë e vlerësimit geriatrik gjithpërfshirës të çdo pacienti të moshuar mbi 65 vjeç.

Gjatë dy javëve të fundit:

1. A jeni ndjerë të rënë shpirtërisht/depresiv/të pa shpresë?
2. A keni pasur më pak dëshirë e kënaqësi të bëni gjërat që bëni zakonisht çdo ditë?

Këto dy pyetje të thjeshta kanë një sensitivitet prej 83 % dhe specificitet prej 92% për të identifikuar çrregullime depresioni dhe përbëjnë dy simptomat madhore të diagnozës së episodit depresiv madhor.

Nëse i moshuari i përgjigjet me 'Po' njërës prej këtyre pyetjeve, atëherë duhet bërë një vlerësim më i thelluar nëpërmjet pyetësorëve specifike GDS-15 ose PHQ-9 (shih Shtojcën 1). Pyetësori GDS-15 është hartuar në mënyrë specifike për të moshuarit prandaj është i preferueshëm për popullatën e të moshuarve në kujdesin shëndetësor parësor. Ai kërkon vetëm përgjigje 'po' ose 'jo', por i mungon pyetja në lidhje me mendime apo plane për vetvrasje. PHQ-9 ndërkohë është i bazuar në kriteret diagnostike të depresionit dhe përfshin një pyetje në lidhje me ide/mendime vetëvrasëse, por për çdo pyetje kërkon një vlerësim shpeshtësie që mund të jetë i vështirë për pacientë të moshuar me çrregullime të lehta konjitive.

Nëse pikëzimi i GDS-15 është >5 ose PHQ-9 >10 atëherë pacienti duhet konsideruar me dyshim për depresion dhe duhet referuar sipas sistemit të referimit të përcaktuar nga Ministria e Shëndetësisë në Qendrën Komunitare të Shëndetit Mendor të zonës së mbulimit ose te mjeku specialist psikiatër për të vendosur diagnozën klinike të depresionit.

DIAGNOZA E DEPRESIONIT

Çrregullimet depressive përfshijnë çrregullime uni e bipolare. Çrregullimet unipolare ndahen kryesisht në çrregullimin depresiv madhor dhe atë minor. Diagnoza e depresionit vendoset në bazë të kriterëve diagnostike të DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition) për episod depresiv madhor dhe minor (Tabela 1). Depresioni minor përkufizohet si prania e humorit të rënë dhe vetëm 2-3 simptoma të episodit depresiv madhor. Depresioni minor (haset më shpesh tek të moshuarit) duhet identifikuar e trajtuar pasi është një çrregullim në spektrin e çrregullimeve depressive që çon më pas në zhvillim të një episodi depresiv madhor.

Tabela 1: Kriteret diagnostike DSM-V për Episodin Depresiv Madhor

A. Pesë (ose më tepër) prej simptomave të mëposhtme janë të pranishme gjatë të njëjtës periudhe (minimalisht 2-javore) dhe paraqesin ndryshim nga funksionimi i normal/i zakonshëm. Të paktën një prej simptomave është: humori i rënë (1) ose humbja e interesit ose kënaqësisë (2).

1. Humor i rënë, pothuaj gjatë gjithë ditës, gati çdo ditë bazuar nga raportimi i vetë pacientit ose vëzhgime të familjarëve apo kujdestarëve të tij.
2. Rënie e dukshme (zvenitje) e interesit dhe kënaqësisë në pothuajse të gjitha veprimtaritë shumicën e ditës e afërsisht çdo ditë.
3. Ndryshime madhore në peshë (mbi 5% në muaj): rënie e dukshme në peshë pa mbajtur dietë ose shtim në peshë; ose rënie/shtim oreksi gati çdo ditë
4. Çrregullime të gjumit: zakonisht pagjumësi me zgjim shumë herët ose gjumë i shtuar pothuajse çdo ditë.
5. Axhitim ose ngadalesim psikomotor pothuajse çdo ditë (e vënë re edhe nga të tjerët dhe jo vetëm e vetë-raportuar).
6. Lodhje ose humbje energjie pothuajse çdo ditë.
7. Ndjenjë e pavlerësisë ose e vetëfajësimit të tepruar gati çdo ditë
8. Rënia e aftësisë për të menduar ose e përqëndrimit të vëmendjes ose pavendosmëri pothuajse çdo ditë (vetëraportuar ose e vëzhguar nga të tjerët).
9. Mendime të vazhdueshme të vdekjes (jo vetëm frikë nga vdekja), ide suicidale/vetëvrasëse të vazhdueshme pa ndonjë plan specifik, ose plan specifik për vetëvrasje ose tentativë për vetëvrasje.

B. Simptomat shkaktojnë shqetësim të dukshëm klinik ose dëmtime të funksionit të përgjithshëm, social apo profesional.

C. Simptomat nuk janë dytësore nga përdorimi i medikamenteve, sëmundjeve të tjera apo reagimit ndaj një humbje madhore.

Shënime:

- Nuk duhen përfshirë simptoma që duken qartë që janë prej sëmundjeve të tjera dhe as deluzione apo halucinacione që nuk përputhen me humorin.
- Kriteret A-C përfaqësojnë episodin depresiv madhor.
- Reagimi ndaj një humbje madhore si psh e një të afërmi (mbajtja e zisë) apo rrënim financiar ose nga katastrofa natyrale apo ndaj një sëmundje të rëndë ose nivel paaftësie të rëndë mund të përfshijë trishtim të thellë, të menduarit vazhdimisht për humbjen, pagjumësi, ulje oreksi dhe rënie në peshë si në Kriterin A që mund të ngjasojnë me një episod depresiv. Dallimi mes një reagimi normal ndaj një humbje dhe një episodi depresiv të mbivendosur është i vështirë e kërkon njohje të mirë të pacientit dhe normave kulturore e fetare të tij.

Tek të moshuarit shfaqen më shumë simptomat somatike sesa vetëvlerësimi i ulët apo ndjesia e fajit. Shpesh depresioni tek të moshuarit është i maskuar nga një mori simptomash fizike që nuk janë të lidhura me një problem mjekësor ose nuk janë proporcionale me çfarë pritet zakonisht nga një problem/diagnozë mjekësore e njohur. Po ashtu depresioni tek të moshuarit mund të shfaqet edhe si një mungesë motivimi për të marrë trajtime të sugjeruara ose përgjigje të dobta ndaj një trajtimi mjekësor.

Një marrëdhënie mirëbesimi e ndërtuar nga kontakte të përsëritura mes mjekut të familjes dhe pacientes së moshuar krijon një terren të përshtatshëm për të kërkuar mbi probleme depressive për të cilat shumica e pacientëve janë shumë të rezervuar të flasin ose janë mësuar t'i lënë mënjanë duke i konsideruar thjeshtë probleme nga mosha ose situata të vështira familjare e sociale. Stigma e depresionit si nga pacientët vetë ashtu edhe nga mjekët e infermieret është e përhapur dhe kjo ndikon në vështirësinë e diagnostikimit të këtij problemi madhor e të trajtueshëm.

Të dhënat e nevojshme për diagnozën e depresionit merren jo vetem nga biseda me pacientin e moshur por shpesh (sidomos në rastin e pacientëve të moshuar me probleme konjitive) edhe nga familjarët apo personat që kudesen për ta. Edhe kur pacienti i moshuar ka vështirësi në shprehjen e mendimeve dhe ndjesive të tij ai duhet mbajtur gjithnjë i përfshirë në bashkëbisedim dhe nuk duhet lënë mënjanë. Gjithashtu gjatë bisedës më të vëzhgohen edhe ndërveprimet e tij me familjarët/kujdestarët si dhe angazhimi i tij gjatë vizitës.

Diagnoza e depresionit madhor tek të moshuarit duhet vendosur nga mjeku specialist, por mjekja dhe infermieri i familjes janë në një pozicion shumë të rëndësishëm për të depistuar dhe identifikuar pacientët e moshuar me rrezik të lartë për depresion nëpërmjet 2 pyetjeve depistuese dhe pyetësorëve GDS-15 ose PHQ-9 në mënyrë që depresioni të diagnostikohet e të trajtohet sa më mirë e sa më parë.

Për mjekun e familjes është e rëndësishme që të përjashtojë një sërë problemesh të tjera të zakonshme tek të moshuarit që mund të shoqërohen me simptomatikë depressive e duhen diferencuar nga depresioni:

1. Trishtimi/brengosja ndaj një humbje madhore

Reagimi ndaj një humbjeje madhore si psh e një të afërmi (mbajtja e zisë) apo rrënim financiar ose nga katastrofa natyrale apo ndaj një sëmundje të rëndë ose nivel paaftësie të rëndë mund të përfshijë trishtim të thellë, të menduarit vazhdimisht për humbjen, pagjumësi, ulje oreksi dhe rënie në peshë si në Kriterin A të diagnozës së depresionit dhe mund të ngjasojnë me një episod depresiv çka e bën shumë të vështirë dallimin mes tyre. Mjeku i familjes duke njohur mirë e për kohë të gjatë pacientin e moshuar dhe ambjentin e tij jetësor si dhe normat e pritshmëritë kulturore e fetare ka mundësinë që të bëjë dallimin mes një reagimi normal ndaj një humbje dhe një episodi.

Karakteristika kryesore dalluese mes trishtimit nga humbja e një njeriu të dashur dhe depresionit është mungesa e problemeve funksionale e sociale (ose kohëzgjatje jo më tepër se 3 muaj pas humbjes). Trishtimi ndaj një humbje madhore (si psh periudha e zisë pas vdekjes së një njeriu të dashur) dallohet nga një ndjenje zbrazëtie dhe humbjeje, ndërkohë që në depresion mbizotëron ndjesia e humorit të rënë në mënyrë të vazhdueshme dhe paaftësisë për të gjetur kënaqësi në gjërat e zakonshme. Disforia në rastin e trishtimit nga humbje madhore vjen duke

rënë me kalimin e ditëve dhe javëve dhe shpesh shfaqet me shtim e ulje intensiteti (ecuri me valë) që karakterizohen me mendime dhe trishtim për personin e humbur. Ndërkohë trishtimi ose humori i rënë në rast depresioni është i vazhdueshëm dhe nuk është i lidhur me mendime specifike. Në trishtimin për humbje të mëdha mendimet që shoqërojnë ndjesinë e humorit të rënë kanë të bëjnë me kujtime e mendime për personin e humbur dhe jo me mendime vetë-kritikuese e pesimiste si në rastin e një depresioni. Vetë-vlerësimi nuk është i prekur në rast trishtimi nga humbje madhore, por në depresion ka humbje vetë-vlerësimi e deri në vetë-urrejtje. Në rastin e trishtimit nga humbje madhore edhe nëse ka vetë-kritikë e rënie vetë-vlerësimi këto janë të lidhura me personin e humbur e jo me situata të tjera jetësore. Mendimet për vdekjen mund të hasen edhe gjatë trishtimit nga një humbje madhore, por këto kanë të bëjnë me personin e humbur (dëshira për t'iu bashkuar atyre) dhe jo mendime që duan t'i japin fund jetës për shkak të ndjenjës së të qenit i/e pa vlerë apo që nuk arrijnë dot të përballen me dhimbjen apo depresionin.

Sfondi kulturor e fetar luan një rol të madh në kohëzgjatjen e trishtimit/brengosjes pas një humbje madhore, por përgjithësisht pritet që ripërtëritja të ketë ndodhur brenda 1 viti pas humbjes madhore dhe zakonisht pas 2 muajsh fillon një farë përmirësimi.

2. Çrregullime konjitive e demenca

Depresioni është një faktor rreziku për zhvillim të çrregullimeve konjitive dhe shpesh i mbivendoset atyre dhe demenca e depresioni gjenden shpesh të ndërthurura tek të moshuarit. Prandaj cdo pacient i moshuar me dyshim për simptoma depresive ose depresion duhet të ketë edhe një vlerësim funksioni konjitiv me mini-Cog dhe nëse është e nevojshme vlerësim të mëtejshëm neuropsikologjik nga mjeku specialist (Figura 3). Gjithashtu çdo pacient me çrregullime konjitive duhet të ketë një vlerësim për depresion.

3. Sëmundje të tjera fizike

Një sërë sëmundjesh kronike që shkaktojnë apati, ulje/shtim oreksi apo çrregullime gjumi mund të imitojnë depresionin si psh hipo/hipertireoza, anemia, mungesat vitaminoze, diabeti, sëmundjet e gj.surenale, etj.

Simptomat depresive mund të jetë pjesë e pamjes klinike të një sëmundje somatike ose të jenë reagim ndaj saj. Depresioni është veçanërisht i shpeshtë në sëmundjet malinje, sëmundjet kardiovaskulare dhe sëmundje neurologjike (psh. pas një insulti cerebral apo në demencë ose M.Parkinson).

4. Deliri

Deliri keqdiagnostikohet si depresion deri në 40% të rasteve. Edhe pse deliri hiperaktiv mund të shfaqet me axhitim dhe sjellje të çuditshme, deliri hipoaktiv shfaq simptoma të ngjashme me depresionin si apatia, pavendosmëria dhe ngadalësimi psikomotor shoqëruar me dëmtime të kujtesës dhe funksionit.

Nëse simptomat e çrregullimeve të humorit dhe ato konjitive shfaqen brenda një kohe të shkurtër (brenda disa orëve ose disa ditëve) dhe kanë ecuri me luhatje duhet dyshuar për delir. Dallimi mes delirit dhe depresionit është shumë i rëndësishëm pasi trajtimi i delirit është gjetja dhe menaxhimi i shkakut parësor, ndërkohë që dhënia e medikamenteve antidepressivë në rast keqdiagnostikimi si depresion nuk do të sillte asnjë lloj përfitimi për të moshuarin me delir (përkundrazi mund ta komplikojë e përkeqësojë më tej situatën).

5. Efekte të medikamenteve

Simptomat depressive mund të jetë shkaktuar edhe nga medikamente të marra për diagnoza të tjera si psh benzodiazepinat, opioidet, antihistaminikëtsteroidet, antihipertensivët (psh betablokantët) ose antiparkinsonikët (methyldopa). Nëse simptomatika depressive shfaqet brenda 1 muaji nga fillimi i një medikamenti të ri, veçanërisht nëse pacienti nuk ka anamnezë të mëparshme për depresion, mund të supozohet se është shkaktuar nga marrja e medikamentit të ri. Në këtë rast medikamenti i ri duhet ndërprerë ose zëvendësuar me një tjetër dhe pacienti duhet monitoruar deri në përmirësimin e gjendjes afektive. Gjithashtu, duhet konsideruar e përjashtuar abuzimi me alkoolin.

6. Depresioni bipolar

Gjatë procesit diagnostik të një depresioni duhet bërë edhe dallimi mes depresionit unipolar dhe bipolar, pasi paraqitja e të dyve është e ngjashme dhe vetëm mungesa e anamnezës së një episodi maniakal/hipomaniakal e dallon depresionin unipolar nga ai bipolar.

Depresioni psikotik

Tek pacientët me dyshim për depresion madhor duhet kërkuar edhe prania e simptomave psikotike si, deluzionet (deluzion i fajësisë, sëmundjes, ndëshkimit, katastrofës, paranoiës) ose halucionacionet (auditive: zëra ofendues, akuzues; vizuale: shikim demonësh, vdekje, etj; olfaktore: nuhatje aromash të rënda) që janë shenja të një depresioni të rëndë që do të ketë nevojë për një terapi të kombinuar antidepressive dhe antipsikotike.

Vlerësimi për ide, mendime, plane e tentativa vetëvrasje është i vështirë, por shume i rëndësishëm për vlerësimin e diagnozës së depresionit dhe dhënien e trajtimit të duhur.

Testet laboratorike janë të rëndësishme në vlerësimin për depresionin për të përjashtuar sëmundje të zakonshme që imitojnë klinikën e depresionit. Analizat e sugjeruara janë TSH (përjashtim hipotiroidizmi), nivel vitamine B12 dhe D (hipovitaminoza), gjak komplet (anemi, infeksion), analizë urine (infeksion urinar), kreatinina e elektrolitet dhe provat e heparit.

Figura 1 paraqet një skemë të thjeshtë depistimi, vlerësimi e menaxhimi të depresionit tek të moshuarit.

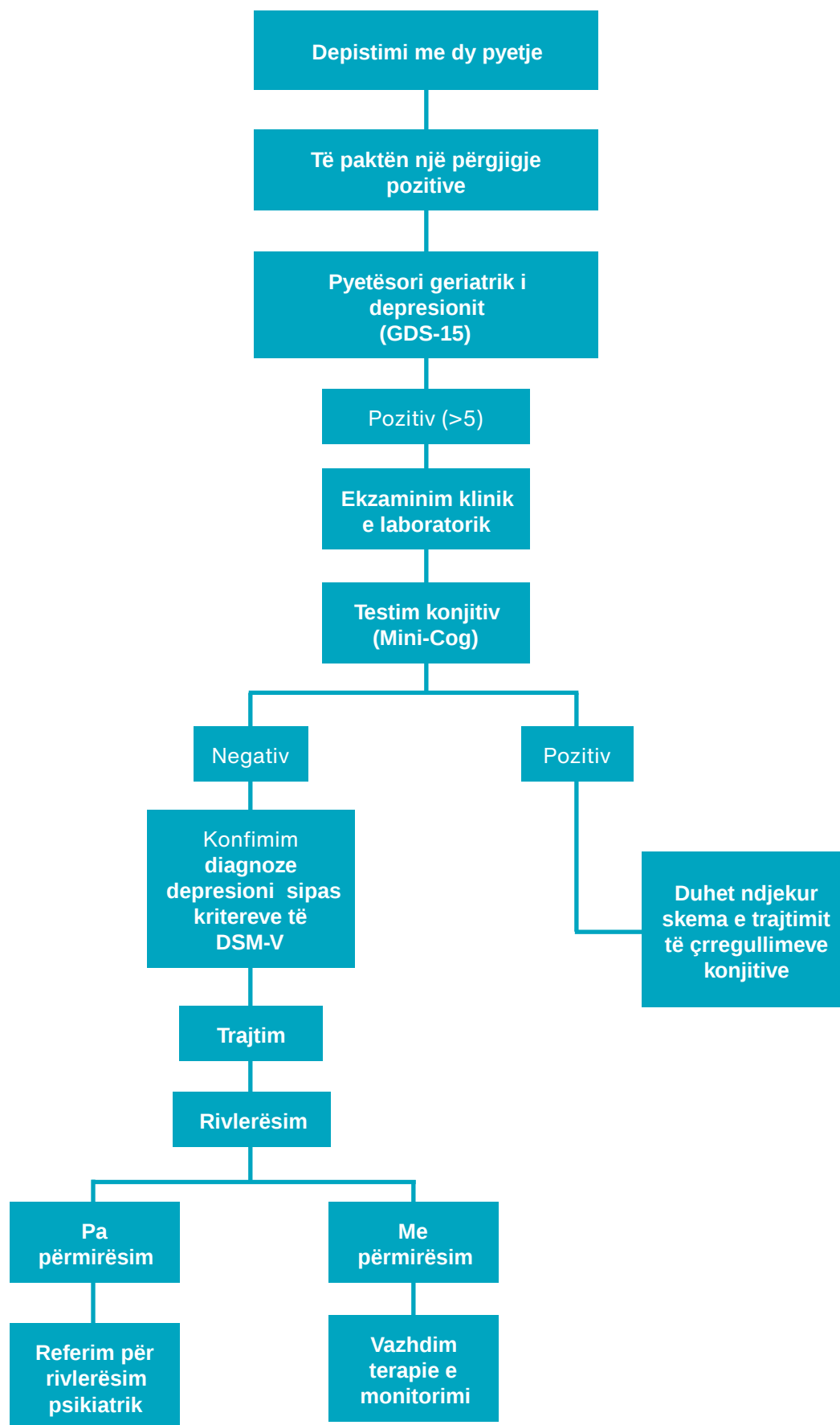


Figura 1: Një skemë depistimi, vlerësimi e menaxhimi të depresionit tek të moshuarit

Burimi: Ministria e Shëndetësisë. Shëndeti Mendor. Në: Protokollet klinike për praktikën e mjekësisë së familjes bazuar në udhërrëfyesin për moshën e tretë. 2015.Tiranë.

MENAXHIMI I DEPRESIONIT

Trajtimi i suksesshëm i depresionit tek të moshuarit varet nga kushtet socio-ekonomike të pacientit, përshtatja e ndërhyrjeve medikamentoze e jo-medikamentoze sipas profilit të pacientit, monitorimi i kujdesshëm i terapisë për efektet anësore dhe efektivitetin e saj dhe ndjekja e rregullt periodike e pacientit.

Trajtimi jo-medikamentoz

Psikoterapia është një trajtim i dobishëm, por shpesh i pashfrytëzuar për pacientët e moshuar me depresion për shkak të mosdisponueshmërisë së terapistëve të trajnuar. Trajtimet afatshkurtra përfshijnë terapi konjitive të sjelljes (CBT) dhe terapi për zgjidhjen e problemeve, të cilat ofrohen gjatë një periudhe prej 2-4 muaj dhe janë efektive për pacientët e moshuar. Psikoterapia si shoqëruese e antidepresantëve zgjat periudhën e remisimit pas një episodi depresiv akut.

Aktiviteti fizik dhe ushtrimet aerobike janë efektive në rastet me depresion të lehtë deri në mesatar dhe kur ushtrimet i shtohen antidepresantëve shpejtojnë arritjen e përgjigjes pozitive që zgjat edhe më tepër se zakonisht. Ushtrimet fizike kanë efekt pozitiv si në lehtësimin e simptomave depresive ashtu edhe në parandalimin e përsëritjes së episodit depresiv. Dalja çdo ditë për një shëtitje për rreth 30 minuta është e këshillueshme dhe efektive.

Terapia elektrokonvulsive përdoret në raste me depresion të rëndë deluzional ose kur pacienti refuzon ushqyerjen apo ka rrezik të lartë për vetëvrasje.

Trajtimi medikamentoz

Trajtimi medikamentoz i depresionit duhet gjithnjë të shoqërojnë e jo të zëvendësojnë trajtimin jo-medikamentoz. Trajtimi me antidepresantë fillohet në fazën akute për të arritur remisimin e simptomave depresive. Më pas vazhdohet me dozën terapeutike për të paktën 6-12 muaj të tjerë për të ruajtur gjendjen pa simptoma dhe për të parandaluar përsëritjen. Kohëzgjatja e terapisë mbajtëse me antidepresantë për të parandaluar përsëritjen e depresionit varet nga shpeshtësia dhe grada e episodeve të mëparshme dhe në disa raste duhet të merret për tërë jetën (depresion psikotik ose me ide vetëvrasëse).

Tek të moshuarit preferohet monoterapia dhe fillohet me doza më të vogla se zakonisht ($\frac{1}{2}$ e dozës së zakonshme nëse përdoren triciklikët) që titrohen gradualisht. Doza fillestare e ulët ka qëllim të evitojë efektet anësore dhe të nxisë pajtueshmërinë me marrjen afatgjatë të medikamentit. Fillimi i terapisë dhe arritja e efektit pozitiv të saj kërkon ndjekje rigoroze (çdo 1-2 javë) për efektshmërinë e mjekimit dhe përshtatje të dozës sipas rastit, në mënyrë që të maksimizohen shanset për të arritur efektin maksimal pa u kompromentuar me efektet anësore.

Nëse pas 4-6 javë trajtim nuk ka shenja përmirësimi, duhet konsideruar mundësia e ndryshimit të trajtimit me një antidepresant tjetër ose konsultë tek neuropsikiatri për rivlerësim skeme terapie.

Zgjedhja e linjës së parë të antidepresantëve tek të moshuarit janë SSRI (inhibitorët e rikapjes selektive të serotoninës) si citalopram, escitalopram, sertraline, etj. Si linjë e dytë (kur ka dështuar terapia me SSRI) janë SNRI (inhibitorët e rikapjes së serotoninës e noradrenalinës)

si venlafaksinë ose duloxetinë ose antidepressantët e tjerë (mirtazapinë ose bupropion) (Tabela 2). Efektet antidepressive të medikamenteve të ndryshme në listë nuk ndryshojnë shumë mes tyre, por dallimi qëndron më tepër në profilin e ndryshëm të efekteve anësore. Kështu që zgjedhja e medikamentit bazohet në profilin e efekteve anësore, lehtësinë e ndërprerjes së trajtimit, lehtësinë e administrimit (preferohet një herë në ditë), titrim me sa më pak hapa dhe potencial minimal për ndërveprime me medikamente të tjerë.

Antidepressantët triciklikë janë efektivë kundër depresionit, por kanë një profil sigurie më të ulët për shkak të efektit antikolinergjik, sedativ e hipotensiv prandaj nëse është e mundur duhen evituar te pacientët e moshuar. Nëse duhen përdorur se mungojnë alternativa të tjera duhet bërë një monitorim i rregullt kardiak i pacientit të moshuar sidomos për hipotensionin ortostatik si dhe për efektet antikolinergjike, dhe preferohet përdorimi i nortriptilinës ose desimipraminës që kanë profil me të mirë efektsh anësore.

Tabela 2: Medikamentet antidepressivë për të moshuarit

Medikamenti dhe doza ditore fillestare/mbajtëse	Shënime mbi efektet anësore e përdorimin
SSRI (inhibitorët e rikapjes selektive të serotoninës)¹⁹	
Citalopram * 10 mg/ 20 mg (në mëngjes)	- Risk i zgjatjes së QT në dozë > 20mg/ditë, nauze, tremor, hiponatremi (kujdes kur merren edhe diuretikë), sindroma e serotoninës. Doza duhet reduktuar në insufiçencë renale. - Ka më pak ndërveprime medikamentoze
Escitalopram * 10mg/10-20mg (në mëngjes)	- Risk i zgjatjes së QT në dozë > 20mg/ditë, nauze, tremor, hiponatremi, sindroma e serotoninës. Doza duhet reduktuar në insufiçencë renale. - Përdoret edhe për ankth të gjeneralizuar.
Sertraline * 25mg/100-200 mg (në mëngjes)	- Nauze, tremor, insomni, sindroma e serotoninës, hiponatremi, diarre. - Ka më pak ndërveprime medikamentoze
Fluoxetina ** 5mg/ 5-60 mg	- Gjysëm-jetë të gjatë → dozim më të ulët; ka më tepër rrezik për pagjumësi sesa SSRI të tjerë. - Mund të ndërveprojë me medikamente të tjerë²⁰
Paroksetina * 5 mg/ 10-40 mg	- E dobishme kur mbizoterojnë simptoma ankthi - Nuk duhet ndërprerë menjëherë (simptomatike varësie) - Mund të ndërveprojë me medikamente të tjerë

19 SSRI tek të moshuarit duhen pasur kujdes sepse mund të shkaktojnë pakësim të densitetit kockor e shtim rreziku për frakturë si dhe të shtojnë rrezik për hemorragji gastrointestinale nëse jepen së bashku me antikoagulantë ose antitrombocitare.

20 SSRI mund të kenë ndikim në disa enzima hepatike të përfshira në metabolizmin e medikamenteve të tjera. Escitalopram, citalopram e sertralina e kanë shumë të ulët këtë efekt, ndërsa fluoxetina e paroksetina kanë efektin më të lartë inhibues në enzima hepatike dhe kanë rrezik më të lartë për ndërveprime me medikamente të tjera, prandaj nuk rekomandohen tek të moshuarit ose duhen përdorur më shumë kujdes e monitorim.

Medikamenti dhe doza ditore fillestare/mbajtëse	Shënime mbi efektet anësore e përdorimin
SNRI (inhibitorët e rikapjes së serotoninës dhe noradrenalinës)	
Venlafaksina* 37.5-75 mg/ 75-225 mg (në mëngjes)	- Rritje e TA, cefale, nauze, të vjella. Nuk duhet ndërprerë menjëherë (simptomatike varësie). Duhet ulur doza në insuficiencë renale. - Ka më pak ndërveprime medikamentozë - Është ndihmëse në praninë e dhimbjeve somatike
Desvenlafaksina**	- Desvenlafaksina është metabolit i venlafaksinës; efekt i njëjtë, por ka më pak ndërveprime me barnat
Duloksetina* 20-30 mg/ 60 mg (në mëngjes)	- Ndikon në hepar. Kujdes në sëmundje hepatike kronike, në alkoolizëm. Duhet ulur doza në insuficiencë renale. - Ka ndërveprime medikamentozë. - E aprovuar për ankth të gjeneralizuar dhe dhimbje neuropatike.
Stimulantët	
Methylphenidate* 2.5 mg/20 mg (në mëngjes)	- Anoreksi, insomni, rritje TA, rrezik për simptoma psikotike si deluzione - Trajtim afatshkurtër në të moshuar apatikë e të dobët fizikisht
Antidepresantët triciklike	
Nortriptilina 10-25 mg/ 25-100 mg	- Konstipacion, tharje goje, hipotension ortostatik, diabet; nuk duhet përdorur në glaukomë ose sëmundje prostate; - Mbidozimi mund të jetë fatal (dritare terapeutike e ngushtë 50-150 ng/mL)
Antidepresantë të tjerë	
Bupropion 75 mg x 2/150 mg x 2	- Efekt dopaminergjik e noradrenergjik; axhitim, insomni, konvulsione; nuk ka efekt anksiolitik - Për raste depresioni me apati e rezistent ndaj triciklikeve/SSRI
Mirtazapine* 7.5 mg/ 15-45 mg	- Gjysëm-jetë e gjatë, tharje goje, shtim në peshë; duhet ulur doza në insuficiencë renale; ka potencial për neutropeni, efekt sedativ - Në raste rezistente ndaj triciklikeve/SSRI; ndihmëse në raste me insomni për shkak të efektit sedativ.

* janë në listën e barnave të regjistruara për përdorim në Shqipëri në 2021, por nuk janë në listën e barnave të rimbursueshme.

** janë në listën e barnave të rimbursueshme 2021

Burimi: American Geriatric Society. Depression. Geriatrics Evaluation and Management Tools. 2021

Roli i familjarëve: Familjarët e të moshuarit me depresion duhet të informohen për shenjat dhe simptomat, trajtimin dhe ecurinë e sëmundjes. Familjarët janë një burim i rëndësishëm informacioni për simptoma që pacienti mund të mos i vërejtë ose t'i raportojë. Gjithashtu ata mund të luajnë një rol të rëndësishëm për të mbështetur ndjekjen rigoroze të skemës së trajtimit.

Disa çështje kryesore informimi të pacientit dhe/ose familjarëve të tij:

1. Depresioni madhor nuk është thjesht 'mërzitje nga mosha', por një sëmundje si diabeti ose hipertensioni e cila duhet trajtuar e ndjekur rregullisht.
2. Medikamentet kundër depresionit duhen marrë rregullisht e jo sipas nevojës dhe doza e medikamenteve nuk duhet ndryshuar pa këshillën e mjekut (shtim doze në ditë të trishtuara dhe ulje doze në ditë të gëzuara). Medikamentet kundër depresionit nuk duhen filluar vetë e as nuk duhen ndërprerë vetë pa një konsultë me mjekun.
3. Medikamentet kundër depresionit nuk zgjidhin problemet sociale e familjare që luajnë një rol stresues. Medikamentet kanë efekt më të mirë dhe më të gjatë nëse shoqërohen me terapi psikologjike dhe/ose ushtrime e aktivitet të rregullt fizik.
4. Medikamentet kundër depresionit kanë efekte anësore si shtim nervozizmi, probleme gastrointestinale, por këto simptoma janë kalimtare dhe fillimi i trajtimit me doza të vogla duke i rritur gradualisht synon të shmangë këto simptoma kalimtare.

DISKUTIM MBI PACIENTË

Tefta, 79-vjeçare (mësuese në pension) sillet në qendër shëndetësore nga djali i saj, i cili është i shqetësuar se mos ka sëmundjen e Alzheimerit. Ajo harron shpesh, kërkon ndihmë në shumicën e aktiviteteve të jetës së përditshme, ka probleme me gjumin dhe e kalon ditën sikur nuk ka asnjë qëllim dhe duke u ankuar. Djali thotë se nëna e tij kishte qenë "e vështirë", me prirje të mërztëj nga çështje të parëndësishme dhe kishte hequr dorë nga shumë prej aktiviteteve të saj të zakonshme vitin e kaluar, pasi burri i saj 85-vjeçar kishte pësuar një goditje në tru. Familja u detyrua të punësonte një person ndihmës që të ndihmojë me kujdesin për të pasi nuk ja dalin dot vetë. Djali pranon se pacientja dukej depresive, por thotë, se "kjo nuk është asgjë e re". Ajo ka bërë disa analiza gjaku kohët e fundit që kishin dalë normal.



Pacientja është e imët dhe duket e shqetësuar dhe e deprimuar, por ajo u përgjigjet pyetjeve dhe ndjek udhëzimet gjatë vizitës. TA është 120/80; pulsi 70 dhe i rregullt. Ajo mund të ecë pa ndihmë dhe ecja është e qëndrueshme. Ajo ka nevojë për shumë inkurajim për të përfunduar Mini Cog, duke arritur 4 pikë. Ajo kujtoi vetëm dy nga tre objektet dhe vizatoi qarte orën. Kur u pyet se ku është, ajo tundi kokën duke thënë: "Oh, nuk e di". Pjesa tjetër e ekzaminimit neurologjik ishte normal.

Pyetje për diskutim

1. Cili është shkaku i humbjes së kujtesës dhe i rënies së autonomisë për aktivitetet e jetës së përditshme tek Tefta?
2. Çfarë ekzaminimesh/ vlerësimesh të tjera mendoni që duhen bërë për Teftën?
3. Çfarë trajtimi indikohet në rastin e Teftës?
4. Çfarë ndikimi do të ketë trajtimi në kujtesën afatshkurtër dhe afatgjatë të Teftës?

BIBLIOGRAFIA

Abbasi O.,Burke W.J. *Depression*. In: Ham R.J. et al. (Eds.) *Ham's primary care geriatrics: a case-based approach*. 6th Edition.Elsevier. 2014.(f.214-226).

American Geriatric Society. *Depression*. Geriatrics Evaluation and Management Tools. 2021

British Geriatric Society.*Comprehensive Geriatric Assessment Toolkit for Primary Care Practitioners*. London. 2019. (<https://www.bgs.org.uk/resources/resource-series/comprehensive-geriatric-assessment-toolkit-for-primary-care-practitioners>, parë online më 20.12.2021)

Espinoza R.T., Unützer J.*Diagnosis and management of late-life unipolar depression*. In: Schmader K.E. Uptodate. 2021

Maurer DM. *Screening for depression*. Am Fam Physician. 2012 Jan 15 85(2):139-44

Ministria e Shëndetësisë. *Shëndeti Mendor*. Në: *Protokollet klinike për praktikën e mjekësisë së familjes bazuar në udhërrëfyesin për moshën e tretë*. 2015.Tiranë.

Rodda J., Carter J. *Depression in older adults*.BMJ. 2011;343:d5219. doi.org/10.1136/bmj.d5219

Rothberg B.,Schneck C.D. *Anxiety and Depression*. In: Rakel R.E, Rakel D.P. (Eds.). *Textbook of Family Medicine*. 9th Edition.Elsevier. 2016. (f.1090-1096)

Williams J., Nieuwsma J. *Screening for depression in adults*.In: Schmader K.E.Uptodate.2021

World Health Organization. *Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care*. Geneva. 2019. (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-FWC-ALC-19.1>, parë online më 20.12.2021)



INKONTINENCA URINARE TEK TË MOSHUARIT

Valbona ILJAZI
Eralda HEGENDÖRFER



TË DHËNA TË PËRGJITHSHME

Inkontinenca urinare është rrjedhja e pavullnetshme e urinës dhe prek 15%–30% të personave mbi 65 vjeç (60–70% të atyre që janë në qendra kujdesi për të moshuar). Gratë kanë prevalencë 2-3 herë më të lartë se burrat, por pas moshës 80 vjeç prevalenca barazohet.

Pavarësisht prevalencës të lartë, gati gjysma e të moshuarve me inkontinencë urinare nuk vijnë me këtë ankesë tek mjeku për shkak të turpit që ndjejnë për të folur mbi këtë problem dhe ngaqë mendojnë se është pasojë normale e pleqërisë. Inkontinenca urinare NUK është ndryshim fiziologjik i moshimit, por një problem shëndetësor që duhet identifikuar e trajtuar.

Inkontinenca urinare ka ndikim negativ në shëndetin mendor, jetën sociale dhe cilësinë e jetës së të moshuarve. Pacientët me inkontinencë urinare janë më të prirur për gjendje depresive, ankth, izolim social, infeksione të traktit urinar, rrëzime dhe fraktura, çrregullime seksuale, probleme me gjumin dhe rënie autonomie funksionale.

Inkontinenca urinare te të moshuarit shpesh është multifaktoriale dhe faktorët kontribues mund të jenë (1) ndryshimet fiziologjike të moshimit, (2) problemet shëndetësore e kufizimet funksionale dhe (3) efektet anësore të medikamenteve.

Ndryshime fiziologjike të moshimit që predispozojnë për inkontinencë urinare janë:

- a) ulja e compliancës dhe kapacitetit të vezikës urinare, e presionit të mbylljes së uretrës dhe e aftësisë për ta shtyrë urinimin për më vonë
- b) shtimi i tkurrjeve të pavullnetshme të m.detrusor, i vëllimit mbetës të urinës pas urinimit dhe i shpeshtësisë së urinimit;
- c) dobësimi i muskulaturës së dyshemesë pelvike (femrat) dhe zmadhimi i prostatës (meshkujt).

Përveç ndryshimeve fiziologjike të moshimit, shumëllojshmëria e sëmundshmërisë kronike dhe efektet anësore të medikamenteve të përdorura tek të moshuarit shtojnë predispozitën e tyre për inkontinencë urinare (Tabela 1). Identifikimi e mirë-menaxhimi i tyre ka shumë rëndësi për të parandaluar ose përmirësuar inkontinencën urinare.

Tabela 1: Sëmundje dhe medikamente që shkaktojnë/predispozojnë për inkontinencë urinare

Sëmundje	Medikamente
Infeksion urinar	Diuretikët
Diabet mellitus i pakontrolluar	Alfa-blokantët
Hiperkalcemia	Benzodiazepinat
Uretra e irrituar nga vaginit atrofik/ mykotik	Inhibitorët e kolinesterazës
Konstipacion	ACE-inhibitorët
Gurë e tumorë të vezikës urinare	Kalçiblokuesit
Masa tumorale pelvike	Opioidët
Hipertrofia beninje/karcinoma e prostatës	Alfa-agonistët
Prolaps pelvik e fistula pelvike	Spasmolitikët
Insufiçencë kardiake kronike	Antidepresantët
Isufiçenca venoze periferike	Antipsikotikët
M.Parkinson	Antiparkinsonikët
Insult cerebral	Miorelaksantët
Skleroza multiple	Estrogjenët oralë
Demenca	Antihistaminikët
Delirium	
Depresion	

Format kryesore të inkontinencës urinare janë inkontinenca urinare e urgjencës, inkontinenca urinare e stresit, inkontinenca urinare e mbimbushjes, inkontinenca urinare e përzier (kombinim i inkontinencës urinare të stresit me atë të urgjencës) dhe inkontinenca funksionale (Tabela 2).

Tabela 2: Format e inkontinencës urinare

Forma e inkontinencës urinare (IU)	Anamneza	Etiologjia
IU e stresit	Më e shpeshtë te gratë; rrjedhje urine në sasi të vogla kur rritet presioni abdominal psh, gjatë kollitjes, teshtitjes, ngritjes së peshave, etj.	Dobësim dysHEMEJE pelvike nga barrat e lindjet, pas ndërhyrjeve kirurgjikale psh prostatektomi (burrat) Dobësim/insufiçencë sfinkteri uretral
IU e urgjencës	Tipi më i shpeshtë; rrjedhje edhe me sasi të mëdha; paraprihet nga një ndjenjë e papritur dhe e fortë urgjence për të urinuar ²¹ , pacientes i shpëton urina rrugës për në tualet. Shpesh ka dhe poliuri e nokturi në formën e sindromës së vezikës hiperaktive.	Hiperaktivitet i m.detrusor nga irrimim i vezikës urinare (infeksione, a) irrimim i vezikës urinare (infeksione, hipertrofi prostate, tumore, radioterapi) ose b) humbje kontrolli nervor frenues (sëmundje neurologjike si insulti cerebral, demenca, M.Parkinson, dëmtime të palcës kurrizore)
IU e mbimbushjes	Poliuri, nokturi, urinim me pika (sasi të vogla), curg urine i dobët, ndjenjë që nuk zbrazet dot vezika urinare, shtrëngime për urinim, ka volum të lartë mbetje urine në vezikë pas urinimit	Hipertrofia e prostatës, striktura uretrale, prolaps pelvik i rëndë, tumore pelvike, ngecja e feçeve Medikamente që rrisin tonusin e sfinkterit uretral (alfa-agonistët)
a) Obstruksion i vezikës urinare		
b) Hipoaktivizim i m. detrusor (insufiçenca e m.detrusor)		Neuropati periferike, diabet mellitus, defiçit vit.B12, alkoolizëm), skleroza multiple, dëmtime të medulës spinale Medikamente me efekte antikolinergjike ²² (ulin kontraktimet e m.detrusor)
IU funksionale	Pa probleme të vezikës urinare, pamundësi funksionale për të shkuar në tualet	Demencë ose depresion i rëndë Lëvizshmëri e kufizuar (M.Parkinson, osteoartrit, etj) Largësi nga tualeti

21 Kontraksionet e vezikës mund të stimulohen nga zhurma e ujit që rrjedh, nga i ftohti ose mbërritja tek dera e shtëpisë.

22 Antihistaminat, antidepressivët triciklikë, spasmolitikët, antiparkinsonikët, antipsikotikët, bronkodilatatorët

DEPISTIMI

të gjithë të moshuarit duhet të depistohen për inkontinencë urinare duke i pyetur një herë në vit si pjesë e vlerësimit geriatrik, por edhe më shpesh nëse kanë përkeqësim të gjendjes funksionale ose shtim të faktorëve të rrezikut. Pyetja e pacientit ose pacientes së moshuar në lidhje me inkontinencën urinare është shpesh e vështirë pasi kërkon një marrëdhënie mirëbesimi dhe njohjen e fjalorit të përshtatshëm për termat e lidhura me urinimin. Pyetjet depistuese për inkontinencën urinare mund të jenë si më poshtë (terminologjia duhet të përshtatet lokalisht dhe individualisht nga MF/IF):

1. Gjatë 3 muajve të fundit, a ju ka qëlluar t'iu shpëtojë urina edhe në sasi të vogla (disa pika)?

Nëse PO

2. A keni një nevojë të fortë e të papritur për të urinuar aq sa nuk arrini dot në kohë në tualet e iu shpëton urina rrugës? (dyshim për inkontinencë të urgjencës)

3. A ju ka qëlluar t'iu shpëtojë urina edhe në sasi të vogla kur kolliteni, teshtiteni, ngrini një peshë, ecni ose vraponi? (dyshim për inkontinencë të stresit)

DIAGNOZA

Nëpërmjet anamnezës dhe ekzaminimit objektiv, fillimisht duhet bërë një vlerësim i thelluar për shkaqe të korigjueshme të inkontinencës urinare si delirium, infeksion urinar, konstipacion veçanërisht me ngecje të masës fekale, medikamente me efekte anësore, ulja e lëvizshmërisë së pacientit, shtim i diurezës nga probleme si hiperglicemia, apo diuretikët, etj.

Anamneza

Gjatë anamnezës duhen marrë **të dhëna të detajuara mbi urinimin dhe inkontinencën urinare**:

- Kur është shfaqur inkontinenca urinare e sa shpesh ndodh?
- Ndodh gjatë ditës apo natës?
- Çfarë sasive urine rrjedh pa dashje?
- Sa shpesh shkon në tualet për urinim gjatë ditës dhe natës?
- Çfarë sasive urine urinon normalisht? (urinimi i shpeshtë dhe në sasi të vogël vjen nga sindroma e vezikës urinare hiperaktive; urinimi i shpeshtë dhe në sasi të madhe vjen nga marrja në sasi të shtuar të lëngjeve ose nga sëmundje si diabeti, hiperkalcemia, etj)
- Cilët janë faktorët precipitues? (p.sh kur arrin tek dera e shtëpisë, i ftohti, zhurma e ujit, kur shtrëngohet, kollitet, pasi pi kafe, etj).
- A kanë simptoma të tjera urinare? (psh. ndjenjë urgjence për të urinuar, djegie urine, dhimbje gjatë urinimit, ka nevojë të shtrëngohet për të urinuar, urinon në sasi të vogël, ka vështirësi për të urinuar, ndërprerje të urinës gjatë urinimit, urinim me gjak).

Te gratë duhet marrë edhe një **anamnezë gjinekologjike/obstetrikale**: nëse kanë ndjenjë sikur ka diçka që po i del nga poshtë, apo një ndjenjë parehatie në perineum (prolaps pelvik); nëse kanë ndjesinë e tharjes së zonës genitale, nëse kanë sekrecione vaginale; numri e ecuria e barrave dhe lindjeve si dhe nëse kanë pasur ndërhyrje kirurgjikale gjinekologjike.

Te burrat duhet pyetur nëse kanë probleme me prostatën, nëse kanë pasur ndërhyrje kirurgjikale në prostatë, nëse kanë dhimbje mesi, perineale apo dhimbje testikulare që mund të lidhen me prostatitin.

Lidhur me **problemet mjekësore që predispozojnë për inkontinencë urinare** duhet marrë:

- Anamnezë për sëmundje neurologjike, si Parkinson, insult cerebral, etj.
- Anamnezë për artrit apo probleme që kufizojnë lëvizshmërinë e pacientit.
- Anamnezë për sëmundje që shtojnë diurezën si diabet melitus, hiperkalcemi, insuficiencë kardiake, insuficiencë venoze periferike, etj.
- Anamnezë për probleme gastrointestinale si konstipacion/diarre dhe pacienti duhet pyetur kur ka pasur jashtëqitjen më të fundit.

Gjithashtu pacientët e moshuar me inkontinencë urinare duhen pyetur në lidhje me **listën e medikamenteve** që po merren dhe nëse kanë filluar ndonjë medikament të ri së afërmi.

Po ashtu pacientët e moshuar duhen pyetur edhe a kanë mundësi të shkojnë lehtësisht në tualet dhe sa kohë i duhet të shkojnë deri atje.

Anamneza sociale në lidhje me përdorimin e alkoolit, duhanit, kafeinës dhe kushtet jetësore e sociale është e rëndësishme në vlerësimin e pacientit të moshuar me inkontinencë urinare. Po ashtu duhet vlerësuar **cilësia e jetës së pacientit**: sa e si ndikon inkontinenca urinare në aktivitetet e përditshme, gjumin, marrëdhëniet sociale, etj. Sa më i madh ndikimi i inkontinencës urinare në jetën e përditshme të pacientit, aq më agresive duhet të jetë përqasja e menaxhimit të saj. Pacientët e moshuar me inkontinencë urinare duhen të kenë edhe **depistim e vlerësim për depresion**.

Në rastet me inkontinencë urinare kronike rekomandohet mbajtja e një **ditari urinimi** në të cilin pacienti ose familjarët/kujdestarët e tij mbajnë shënim për 3 ditë sa shpesh urinon, sasinë e urinimit dhe episodet e inkontinencës, faktorët që shkaktojnë inkontinencën si dhe sasinë e lëngjeve që pi (Shih Ditari i urinimit në Shtojcën 1). Ky informacion ndihmon vlerësimin dhe dokumentimin e shkallës së problemit të inkontinencës urinare, zbulimin e shkakut dhe dhënien e këshillave të nevojshme për të ndihmuar kontrollin e saj.

Ekzaminimi fizik ndihmon për të identifikuar shkaktarin e mundshëm të inkontinencës urinare. Gjatë ekzaminimit fizik mblidhen të dhëna nëpërmjet:

- ekzaminimit neurologjik që vlerëson statusin konjitiv dhe praninë e deficiteve neurologjike (M.Parkinson, neuropati)
- ekzaminimit kardial që vlerëson për edema periferike dhe insuficiencë kardiake
- ekzaminimit muskulo-skeletik që kërkon për shenja osteoartroze të gjurit dhe/ose koksofemorale që mund të jenë shkak i inkontinencës funksionale.
- ekzaminimit abdominal që vlerëson për dhimbje në palpim suprapubik që mund të jetë shenjë për cistit dhe palpim i një vezike urinare të distenduar (dyshim për inkontinencë urinare të mbimbushjes). Nëse vezika urinare është e palpueshme gjatë ekzaminimit abdominal, përsëritet ekzaminimi abdominal pasi pacienti ka urinuar dhe nëse sërish vezika urinare është e palpueshme atëherë dyshohet për retension urinar.
- ekzaminimit pelvik që kërkon për prolaps të mitrës, të vezikës, të rektumit ose vaginit atrofik/mykotik. Nëse kur pacientja kollitet ose shtyn për poshtë vihet re zbritje poshtë e cerviksit apo murit anterior ose posterior të vaginës atëherë kemi të bëjmë me prolaps pelvik.

- ekzaminimit rektal që ndihmon për të identifikuar probleme të prostatës dhe masa fekale. Nëse palpohej prostatë e zmadhuar në tushe rektale, duhet dyshuar për inkontinencë urinare të mbimbushjes nga obstrukcioni.

Tek gratë rekomandohet të bëhet **testi i kollitjes**: Pacientja duhet të ketë vezikën urinare të mbushur dhe i kërkojmë të kollitet fort dhe e pyesim nëse ka rrjedhje të pakontrolluar të urinës.

- Nëse nuk ka rrjedhje të urinës ose nëse urina rrjedh pas 5-15 sekondash, testi është negativ për inkontinencë urinare të stresit.
- Nëse urina rrjedh pavullnetshëm menjëherë apo deri në 5 sekondat e para pas kollitjes, konfirmohet inkontinencë urinare e stresit.
- Nëse urina rrjedh pavullnetshëm pas 5-15 sekonda nga episodi i kollitjes, inkontinenca urinare mund të vijë nga spazma e vezikës dhe dyshohet për inkontinencë urinare të urgjencës.

Anamneza dhe ekzaminimi fizik i duhur arrijnë të bëjnë një vlerësim të mirë të llojit të inkontinencës urinare dhe të faktorëve kontribues në të përfshi sëmundshmërinë dhe medikamentet.

Analiza e urinës mund të bëhet për të depistuar për një infeksion urinar ose hematuri. Nëse ka infeksion duhet trajtuar. Trajtimi i një bakterurie asimptomatike me qëllim përmirësimin e një inkontinence urinare nuk rekomandohet. Nëse ka hematuri pa infeksion ose që persiston pas trajtimit të infeksionit, duhet bërë një konsultë urologjike për ekzaminime të tjera si ekografi renale e cistoskopi për të përjashtuar një kancer ose papilomë të vezikës urinare.

Nëse nga anamneza dhe ekzaminimi objektiv dyshohet për inkontinencë urinare të mbimbushjes atëherë duhet vlerësuar vëllimi residual pas urinimit nëpërmjet **ekografisë** (vlerësohet vëllimi i urinës së mbetur në vezikë urinare pas urinimit të pacientit). Normalisht volumi rezidual është nën 50 ml dhe tek të moshuarit mund të shkojë deri në 100 ml. Vëllimi rezidual mbi 200 ml sugjeron për inkontinencë urinare të mbimbushjes. Për vlera mbi 300 ml, nevojitet vendosja e kateterit urinar për të parandaluar dëmtimin e vezikës dhe veshkave nga retensioni urinar si dhe identifikimi e trajtimi sa më parë i shkakut të retensionit urinar.

I/e moshuara me inkontinencë urinare duhet dërguar për **konsultë te mjeku specialist** kur:

- ka dhimbje akute pelvike apo abdominale
- hematuri persistuese pa infeksion urinar
- vezika urinare palpohej në ekzaminim abdominal apo pelvik bimanual edhe pas urinimit
- ka paaftësi për të urinuar
- ka prolaps të konsiderueshëm të uterusit, vezikës apo rektumit
- ka histori për kirugji apo rrezatim pelvik në 6 muajt e fundit
- palpohej prostatë mjaft e zmadhuar, asimetrike apo me lobe të fortë
- dyshohet për sëmundje neurologjike
- dyshohet për masë pelvike
- ka inkontinencë fekale
- dyshohet për fistul uro-genitale
- nuk ka përmirësim pas terapisë jofarmakologjike dhe farmakologjike

Figura 1 paraqet një skemë të hapave të vlerësimit diagnostik dhe menaxhimit të formave të ndryshme të inkontinencës urinare tek të moshuarit

MENAXHIMI

Inkontinenca urinare akute (kalimtare) duhet menaxhuar duke identifikuar dhe trajtuar shkakun. Për inkontinencën urinare kronike në varësi të tipit të inkontinencës, fillohet me trajtime jo-medikamentozë dhe më pas sipas nevojës mund të shtohet trajtimi medikamentoz ose kirurgjikal. Pacientët me inkontinencë urinare të stresit, urgjencës apo mikse trajtohen për 6 javë me terapi jo-medikamentozë dhe më pas konsiderohet shtimi i terapisë medikamentozë. Duhet diskutuar me pacienten dhe/ose familjarët e saj në lidhje me efektshmërinë e pritshme të terapisë të ndryshme dhe efektet e mundshme anësore në kuadrin e tablosë individuale të funksionit të përditshëm dhe sëmundshmërisë së pacientes, dhe duhen qartësuar dhe dakortësuar qëllimet që do të arrihen me terapinë, me të moshuarën dhe/ose familjarët e saj. Menaxhimi i inkontinencës urinare kërkon një motivim e mbështetje të pacientes së moshuar si dhe një ndjeshmëri të shtuar nga MF dhe /ose IF për situatën e pacientes dhe nivelin delikat e intim të problemit me urinimin.

Një vlerësim bazë me një ditë urinimi është i rëndësishëm për të përcaktuar shkallën e simptomave urinare dhe sasinë e lëngjeve të marra e të urinuara (Shih Ditari i urinimit të Shtojca 1). Ky informacion është ndihmës për të hartuar një plan masash jo-medikamentozë si dhe për të ndjekur në vazhdimësi efektin e masave të zbatuara.

Nëse janë identifikuar faktorë kontribues të inkontinencës urinare si psh sëmundje bashkëshoqëruese ose inkontinenca urinare është pasojë e efekteve anësore të medikamenteve të marra për sëmundje të tjera, atëherë menaxhimi i këtyre sëmundjeve dhe kur është e mundur ndërprerja ose ulja e dozës së medikamenteve shkaktare janë hapat e parë ndihmës për menaxhimin e inkontinencës urinare (Figura 1).

Trajtimi jo-medikamentoz

E moshuara me inkontinencë urinare kronike duhet të informohet dhe të mbështetet për ndryshime të stilit të jetesës, ushtrime të dyshemesë pelvike dhe trajnimin e vezikës urinare. Këto masa konservative jo-medikamentozë nuk kanë efekte anësore negative e as kosto të lartë, dhe mund të zbatohen pa shumë vështirësi. Zbatimi dhe efekti i tyre varet nga motivimi i pacientes së moshuar dhe kapacitetet e saj funksionale sidomos ato konjitive dhe kërkon edhe një mbështetje të rregullt nga personeli shëndetësor (vecanërisht nga infermiere dhe/ose fizioterapistë të kujdesit parësor)

Ndryshimet e stilit të jetesës përfshijnë rënien në peshë (vetëm për të moshuara obeze/mbipeshë), shtimin e aktivitetit fizik, lënien e duhanit, reduktimin e kafeinës dhe alkoolit dhe ndryshimin e sasive të lëngjeve të pira gjatë ditës.

Te gratë që kanë inkontinencë urinare të stresit dhe janë obeze/mbipeshë, rënia e peshës shoqërohet me përmirësim të inkontinencës. Pacientët me inkontinencë urinare duhen informuar për efektet e alkoolit, kafeinës dhe pijeve me gaz që janë irritantë të vezikës urinare dhe mund të përkeqësojnë simptomat sidomos në inkontinencë urinare të urgjencës. Alkooli rrit shpeshtësinë e urinimit edhe nëpërmjet efektit diuretik. Gjithashtu ndalimi i duhanpirjes është i këshillueshëm, pasi duhanpirja shoqërohet me shtim të rrezikut për inkontinencë urinare.

Pas vlerësimit të sasisë së lëngjeve që merr pacientja, këshillohet të mos konsumohet më shumë se 1.8 litra lëngje gjatë ditës²³ dhe të mos pihen sasi të mëdha uji menjëherë, por të pihet shpesh dhe pak gjatë gjithë ditës. Pacientëve që kanë inkontinencë urinare gjatë natës u këshillohet të pakësojnë marrjen e lëngjeve mbasditeve vonë.

Fuqizimi i dyshemesë pelvike: Ushtrimet e dyshemesë pelvike që ndryshe njihen si ushtrimet Kegel janë mjaft efektive në trajtimin e inkontinencës urinare të stresit, të urgjencës dhe asaj mikse. Këto ushtrime janë kontraksione dhe relaksime të përsëritura të dyshemesë pelvike për ta forcuar muskulaturën që ndihmon në shtypjen e uretrës dhe inhibimin reflektiv të kontraktimeve të detrusorit. Gratë me inkontinencë urinare udhëzohen si të identifikojnë muskujt e dyshemesë pelvike dhe të kontraktojnë vaginën (të shtrëngojnë muskujt që përdorin për të ndaluar urinën dhe daljen e gazrave). Burrat udhëzohen si të kontraktojnë rektumin. Rekomandohen 3 grupe prej 8-12 kontraktimesh të dyshemesë pelvike (çdo kontraktim duhet të zgjasë 8-10 sekonda) të bëra 3 herë në ditë për të paktën 15-20 javë.

Pacientët me inkontinencë të stresit mësohen si të shtrëngojnë dyshemenë pelvike ndërkohë që teshtijnë, ngrenë diçka të rëndë apo kolliten ose kur çohen nga krevati apo nga karrigia për të parandaluar rrjedhjen e papritur të urinës. Fizioterapisti ose infermierja e familjes mund të shërbejnë si personel i rëndësishëm për pacienten me inkontinencë urinare për ta edukuar e mbështetur atë në kryerjen e ushtrimeve të dyshemesë pelvike.

Trajnimi i vezikës urinare rekomandohet te pacientët me inkontinencë urinare të urgjencës apo mikse që kanë motivim e kapacitet të mirë konjitiv. Trajnimi i vezikës fillon me vendosjen e orarit të urinimit dhe pacientët mësohen të shtyjnë në mënyrë progresive intervalet midis urinimeve (shih Udhëzimet për Trajnim të fshikëzës së urinës në kutinë më poshtë). Trajnimi i vezikës urinare duhet bërë për 6 javë dhe pacientët kanë nevojë për nxitje e mbështetje gjatë kësaj kohe (nga mjeku, infermierja dhe/ose familjarët) për ta ndjekur planin e trajnimit edhe kur në fillim duket sikur nuk po funksionon ose është i vështirë. Pacientët duhen nxitur të vazhdojnë me këtë strategji edhe pas arritjes së efektit pozitiv dhe nëse është e mundur të ndjekin oraret e urinimit të rregullt edhe kur janë jashtë shtëpisë.

Në rastin e inkontinencës urinare funksionale pacienti dhe ose familjarët/kujdestarët e tij duhen këshilluar që të mos presë të shkojë në tualet derisa të ketë vezikën plot, por të planifikojë që më parë urinimin (psh **urinim i planifikuar** çdo 2 orë). Në këtë rast janë ndihmëse mbajtja afër e një uturaku të thjeshtë ose karrigeve të veçanta për kryerjen e nevojave personale. Familjarët/kujdestarët e pacientëve me demencë këshillohen të çojnë pacientin rregullisht në tualet çdo 2 orë për të urinuar dhe 3 ditë më pas vlerësohet nëse ka përfitim nga kjo strategji.

²³ Nuk ka rekomandime të qarta për këtë çështje dhe është e diskutueshme nëse është një masë e vlefshme apo jo. Duhet bërë një vlerësim individual i nevojave për lëngje, por duhet kujdes që të mos bëhen kufizime të mëdha në marrjen e lëngjeve që çojnë në dehidrim e pasojat e tij sidomos tek të moshuarit që shpesh kanë mangësi në marrjen e sasisë së duhur të lëngjeve për një hidrim normal.

UDHËZIME PËR TRAJNIM TË FSHIKËZËS SË URINËS

Kjo metodë do t'iu ndihmojë të rifitoni kontrollin mbi fshikëzën e urinës.
Idea është që "mendja kontrollon fshikëzën dhe jo fshikëza mendjen"

1. Masni intervalin kohor më të shkurtër që ju duhet midis dy urinimeve gjatë ditës (mbani një ditar urinimi po qe e nevojshme). Nëse ky interval është 30 minuta atëherë gjatë ditës kur jeni zgjuar shkoni në tualet çdo 30 minuta.
2. Ju duhet të përpiqeni të urinoni me këtë interval edhe kur nuk ju duket se ju vjen për të urinuar ose sapo keni pasur një episod rrjedhje padashje të urinës.
3. Nëse ndjeni një nevojë të fortë për të shkuar në tualet në mes të këtij intervali kohor:
 - Ndaloni e mos vraponi të shkoni në tualet!
 - Rrini në një vend ose uluni nëse është e mundur.
 - RELAKSOHUNI. Merrni frymë thellë dhe nxirreni ngadalë.
 - Përqëndrohuni në uljen e nevojës për urinim duke imagjinuar që presioni në fshikëzën tuaj po vjen duke u ulur dhe mund edhe të provoni të bëni tkurrje të shpejta të muskujve të dyshemesë së baçinit.
 - SHPËRQËNDRONI vëmendjen tuaj psh duke u marrë me diçka tjetër si psh, zgjidhjen e ushtrimeve matematikore.
 - Kur ndiheni që e KENI FSHIKËZËN NËN KONTROLL, filloni ecni ngadalë dhe shkoni në tualet.
4. Ndiqeni këtë plan derisa të arrini 1 ditë pa pasur rrjedhje pa dashje të urinës. Më pas shtojeni me 15 minuta intervalin kohor mes vajtjeve në tualet për të urinuar. Kur arrini 1 ditë pa rrjedhje pa dashje të urinës me orarin e ri, shtojeni përsëri intervalin kohor mes urinimeve me 15 minuta
5. Vazhdoni me këtë plan derisa të arrini një interval kohor prej 4 orësh midis dy vajtjeve në tualet për urinim (ky është intervali kohor NORMAL) ose deri në atë interval kohor që ju përshtatet më mirë juve. Për ta arritur këtë nevojiten disa javë trajnim i fshikëzës urinare.
6. MOS U SHKURAJONI. Trajnimi i fshikëzës urinare kërkon kohë dhe mund, por është një mënyrë efektive për ta hequr qafe inkontinencën e urinës pa pasur nevojë për ilaçe apo operacione.

Burimi: Lukacz E.S. Evaluation of females with urinary incontinence. In: Schmader K.E., Brubaker L. (Eds.). Uptodate. 2021.

Mjete për kapjen e rrjedhjes së urinës: Për gratë me inkontinencë kur është e nevojshme këshillohet përdorimi i pecetave thithëse për urinën dhe i kremrave mbrojtës për lekurën dhe te burrat përdorimi i katetereve tip kondomi që e mbledhin urinën në një qese. Për mjaft pacientë të moshuar këto mjete janë një zgjidhje e mjaftueshme për ta menaxhuar inkontinencën urinare pa medikamente apo ndërhyrje të tjera.

Trajtimi medikamentoz

Trajtimi medikamentoz i **inkontinencës urinare të stresit** në përgjithësi nuk rekomandohet, megjithëse duloxetina 40 mg/ditë (antidepresiv i klasës së SNRIve) është e aprovuar në Europë për këtë indikacion tek gratë. Marrja e duloxetinës për inkontinencë urinare të stresit ka efekt pozitiv në përmirësimin e cilësisë së jetës dhe mund të ulë me mbi 50% episodet e inkontinencës, por nuk dihet akoma efektshmëria afatgjatë dhe është e shoqëruar me efekte anësore të SNRIve (1 në 3 pacientë që marrin duloxetinë ankohen për efekte anësore si nauze, lodhje, tharje goje, pagjumësi, konstipacion e marrjemendsh). Shkalla e suksesit të terapisë me duloxetinë është e ngjashme me atë të ushtrimeve Kegel kur ndiqen e kryhen rregullisht. Nëse pacientët me inkontinencë urinare të stresit nuk kanë përmirësim nga ndryshimi i stilit të jetës, ushtrimet Kegel, apo edhe nga vendosja në vaginë e pajisjeve për suport pelvik nga mjeku gjinekolog, atëherë duhet të vlerësohet mundësia për trajtim kirurgjikal që është shumë efektiv për inkontinencën urinare të stresit.

Inkontinenca urinare e urgjencës dhe mikse. Nëse masat jo-medikamentoze nuk mjaftojnë për të kontrolluar inkontinencën urinare, atëherë rekomandohen medikamentet që gjithnjë duhet të shoqërohen me vazhdimin e ndjekjes së masave jo-medikamentoze (ushtrimet Kegel e trajnimi i vezikës) sepse në këtë mënyrë përmirësohet ndjeshëm efekti i tyre dhe cilësia e jetës së pacientëve të moshuar.

Në rastet e inkontinencës urinare të urgjencës apo mikse ku shkaku është vezika urinare hiperaktive, rekomandohet përdorimi i antimuskarinikëve (trospium, oxybutynina, solifenacina, darifenacina dhe tolterodina²⁴) dhe/ose beta-3 agonistëve (mirabegron dhe vibegron²⁵) që kanë efikasitet të ngjashëm. Nevojitet 6-12 javë trajtim për të vlerësuar efektshmërinë e terapisë medikamentoze.

- Antimuskarinikët bllokojnë stimulimin e receptorëve të acetilkolinës dhe ulin kontraktimin e vezikës urinare duke rritur kështu kapacitetin e vezikës urinare dhe në këtë mënyrë ulin urgjencën për urinim. Përparësia e tyre është që janë të disponueshëm e pa kosto të lartë, por kanë më tepër efekte anësore (tharje e gojës dhe e syve, kapsllëk, hipotension postural) dhe ndikim negativ në funksionin konjitiv, dhe toksiciteti i tyre tek të moshuarit është më i lartë. Përveç oxybutyninës, antimuskarinikët e tjerë nuk kanë treguar shtim rreziku për çrregullime konjitive në studime afat-shkurtra. Por efekti negativ i këtyre medikamenteve mbi funksionin konjitiv është kumulativ e shtohet me kohëzgjatjen e trajtimit.
- Beta-3 agonistët veprojnë duke stimuluar receptorët e vezikës urinare që janë përgjegjës për relaksim e muskulaturës së lëmuar. Efektet e tyre anësore mund të jenë dhimbje koke, rinorre/nazofaringit e hipertension (mirabegron). Ato mund të konsiderohen veçanërisht te pacientët mbi 70 vjeç sepse kanë më pak rrezik për efekte anësore, përfshirë rritjen e rrezikut afatgjatë për demencë. Beta-3 agonistët mund edhe të kombinohen me antimuskarinikët në vend të shtimit të dozës të një antimuskariniku që nuk ka dhënë efekt të plotë (kjo përjasje eviton shtimin e efekteve anësore antimuskarinike).

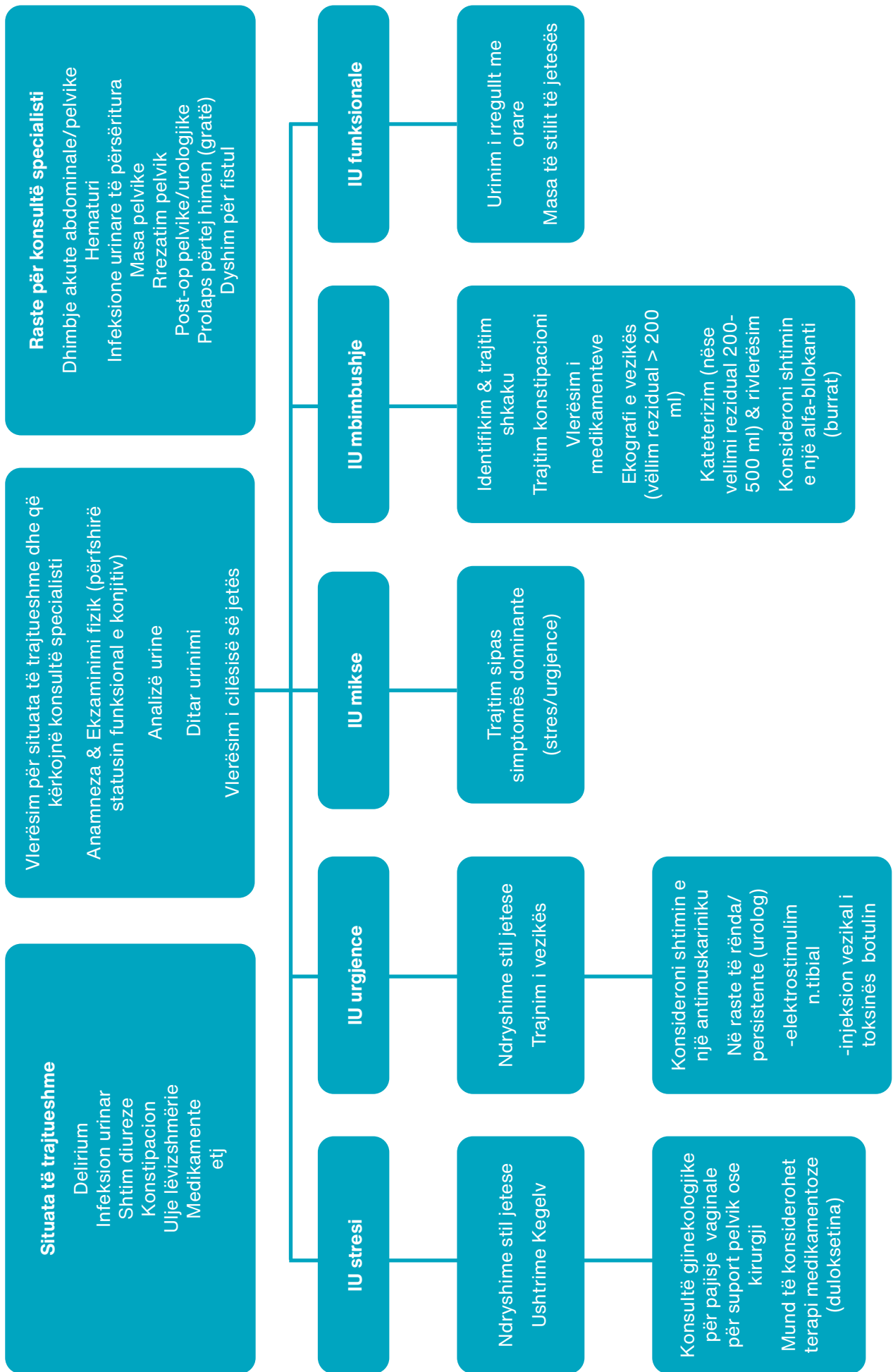
24 Solifenacina gjendet në listën e barnave të rimbursuara 2021; Oxybutynina dhe trospium gjenden në listën e barnave të regjistruar për përdorim në Shqipëri në 2021, por jo në listën e barnave të rimbursuara.

25 Beta-3 agonistët janë medikamente të reja dhe nuk gjenden aktualisht në listën e barnave të regjistruara për përdorim në Shqipëri për 2021.

Në rastet kur inkontinenca urinare e urgjencës dhe ajo mikse nuk kontrollohet nga ndryshimet e stilit të jetesës, ushtrimet Kegel, trajnimi i vezikës dhe terapia medikamentoze e mësipërme, mund të përdoren elektrostimulimi perkutan i nervit tibial ose injeksionet me toksinë botulinum në vezikë urinare nëpërmjet cistoskopit (jep efekt brenda 2 javësh dhe mban inkontinencën nën kontroll për 9-12 muaj) si dhe të konsiderohen në konsultë me urologun ndërhyrje të mundshme kirurgjikale.

Inkontinenca nga mbimbushja kur shkaktohet nga hipertrofia beninje e prostatës rekomandohet të vendoset kateter urinar për 3-4 javë, të eliminohen faktorët kontribues dhe të fillohet një alfa-blokues (alfuzosinë, tamsulosinë, terazosinë, etj). Pas kësaj periudhe bëhet një provë duke hequr kateterin dhe vlerësohet ndjenja e urinimit. Nëse pacienti nuk fiton kontrollin e urinimit atëherë duhet konsultë te mjeku urolog. Alfa-blokuesit përdoren për simptomat urinare nga hiperplazia beninje e prostatës dhe efektet anësore të tyre janë hipotensioni ortostatik (tamsulosina e ka më të pakët këtë efekt anësor), marrje mendsh dhe lodhje (jepen para gjumit në darkë).

Figura 1: Një skemë me hapat për vlerësimin dhe menaxhimin e formave të inkontinencës urinare



DISKUTIM MBI PACIENTË

Shpresa është 78 vjeçe dhe jeton me familjen e djalit. Ajo vuan nga hipertensioni, diabeti mellitus dhe është obeze (BMI 35). Ajo nuk ka qenë mirë këto ditë dhe ka ardhur me nusen e djalit për vizitë, e cila ju thotë që Shpresa disa herë sikur ka folë përçart, ka shkuar shumë shpesh në tualet, madje disa herë nuk e ka mbajtur dot urinën. Shpresa merr këto medikamente: amlodipinë, valsartan, metforminë. Shpresa ka 4 femijë, të gjithë të lindur në mënyrë natyrale, nuk ankon për probleme gjinekologjike, ka probleme me konstipacionin. Sheqerin në gjak e ka patur 200 mg/dl kur ia ka matur nusja në mëngjes. Shenjat vitale TA 140/85; FR 18; puls 85; pulsoksimetria 98%.

Çfarë të dhënash të tjera ju nevojiten nga anamneza për të vlerësuar llojin e inkontinencës?

Çfarë do të vlerësoni në ekzaminim fizik?

Si do të menaxhoni rastin e Shpresës? A ka nevojë për analiza dhe ekzaminime të tjera?

Cili është plani i ndjekjes?

Hanifja është 73 vjeçe dhe vuan nga hipertensioni që e ka mjaft mirë të kontrolluar me enalapril dhe amlodipine. Ajo ankon për lodhje herë pas here. I ka bërë analizat biokimike së fundmi dhe nuk ka diabet dhe yndyrnat i ka në normë, nuk ka anemi, eritrosedimenti është normal, transaminazat dhe kreatinemia në normë. Vuan nga osteoporoza dhe merr Fosamax rregullisht prej 4 vitesh. Ka ardhur për të marrë ilaçet e hipertensionit. Kur e pyesni nëse ka probleme me urinimin, ajo pohon që shkon shumë shpesh në tualet; pothuaj kudo që shkon i duhet të përdorë tualetin, po ashtu pohon që nuk e mban dot urinën kur duhet të shkojë në tualet. I ka ndodhur disa herë që sa afrohet tek dera e shtëpisë nuk e ka kontrolluar dot. Ndaj tani ajo mban peceta të trasha gjithmonë kur del nga shtëpia. Për të është normale të çohet 1-2 herë natën për të urinuar. Hanifja tregon që këto probleme kanë filluar gradualisht prej më shumë se 5-6 vitesh. Ajo i konsideron këto probleme të lidhura me moshën. Nuk i shpëton urina kur kollitet apo kur ngre pesha. Nuk ka probleme gjinekologjike. Ka 2 djem, të lindur në rrugë natyrale.

Çfarë të dhënash të tjera ju nevojiten nga anamneza e Hanifes?

Çfarë do të vlerësoni në ekzaminim fizik?

Cili mendoni se është shkaku i inkontinencës dhe simptomave të tjera urinare të Hanifes?

Si do ta menaxhoni rastin e Hanifes? Çfarë analizash dhe ekzaminimesh mendoni se duhen rekomanduar?

A keni nevojë ta referoni te mjeku specialist?

Sanija është 66 vjeçe dhe obeze. Ajo ka ardhur për vizitë se ka merak mos ka infeksion urinar. Nuk ka djegie urine, por urinon shumë shpesh ditën si edhe 3 herë natën. Ka 5 ditë me këto shqetësime. Ndihet e lodhur. Kur e pyesni për shqetësime të tjera urinare, ju thotë që ka shumë vite që edhe të ngrejë dicka, të qeshë, të kollitet i shpëton urina në sasi të vogël, aq sa ia lag mbathjet. Tani ky problem është rënduar edhe më tepër. Ka 3 femijë, të lindur në rrugë natyrale. Nuk ka probleme të tjera shëndetësore.

Në analizë urine ajo ka shumë glukozë, nuk ka leukocyte apo baktere.
Çfarë te dhenash të tjera ju nevojiten nga anamenza e Sanijes?

Çfarë do të vlerësoni me ekzaminimin fizik?

Cili mendoni se është shkaku i simptomave urinare dhe i inkontinencës tek Sanija?

Si do ta menaxhoni rastin e Sanijes? Çfarë analizash dhe ekzaminimesh do të rekomandoni?

Çfarë trajtimi do të rekomandoni?

BIBLIOGRAFIA

- American Geriatrics Society. *Urinary Incontinence*. Geriatrics Evaluation & Management Tools. 2021
- Bowker L, et al. *Incontinence*. In: *Oxford handbook of geriatric medicine*. 2nd Ed. 2012.(f.532-541)
- Clemens J Q. *Urinary incontinence in men*. In: O'Leary M.P. (Ed). Uptodate.2021
- Cook K, Sobeski L.M. *Urinary Incontinence in the Older Adult*. (https://www.accp.com/docs/bookstore/psap/p13b2_m1ch.pdf parë online 12/2021)
- DuBeau C.E. *Urinary Incontinence*. In: Ham R.J., et al (Eds.). *Ham's primary care geriatrics: a case-based approach*. 6th Edition. Elsevier.2014.(f. 269-280)
- Gomelsky A., Dmochowski R.R. *Urinary Incontinence in the Aging Female*. Medscape. (https://www.medscape.com/viewarticle/740709_5, parë online 11/2021)
- Hu J.S., Pierre E.F. *Urinary incontinence in women*. Am Fam Physician. 2019 ;100(6):339-348.
- Lim S C. *Managing the elderly with urinary incontinence and dementia*. Int Arch Urol Complic 2017, 3:027. doi: 10.23937/2469-5742/1510027
- Lukacz E.S. *Evaluation of females with urinary incontinence*. In: Schmader K.E., Brubaker L. (Eds.).Uptodate.2021.
- Nambiar A., et al. *EAU Guidelines on assessment and non-surgical management of urinary incontinence*. Eur Urol. 2018;73(4):596-609. doi: 10.1016/j.eururo.2017.12.031.
- NICE. *Recommendations for women with urinary incontinence*. (<https://www.guidelines.co.uk/urology/nice-recommendations-for-women-with-urinary-incontinence/454685.article>, parë online 12/2021)
- Stiles M, Walsh K. *Care of the elderly patient*. In: Rakel E, Rakel P. (Eds.) *Textbook of Family Medicine*. 9th Edition.Elsevier.2016 (f. 48-53)
- Tannenbaum C., et al *Diagnosis and management of urinary incontinence in the older patient*. Arch Phys Med Rehabil .2001;82: 134-38. doi.org/10.1053/apmr.2001.9392



PROBLEME TË USHQYERJES DHE PESHËS TEK TË MOSHUARIT



Artenca ÇOLLAKU
Eralda HEGENDÖRFER

TË DHËNA TË PËRGJITHSHME

- Të moshuarit kanë një prevalencë të rritur të problemeve me ushqyerjen dhe peshën, kryesisht në formën e rënies së pavullnetshme në peshe dhe kequshqyerjes²⁶
- Tek të moshuarit 65-75 vjeç mund të haset më tepër mbipesha, ndërkohe që pas 75-80 vjeç ka një rritje progresive të prevalencës së rënies në peshe dhe nënushqyerjes.
- Rënia e pavullnetshme në peshë shpesh konsiderohet gabimisht si 'normale' tek të moshuarit ose nuk vihet re sidomos tek të moshuarit me mbipeshë, por identifikimi i saj ka rëndësi pasi ka pasoja negative shëndetësore ose nëpërmjet ndikimit të saj të drejtpërdrejtë në gjendjen shëndetësore ose sepse është tregues i sëmundjeve fizike e mendore.
- Rënia e pavullnetshme në peshë (më tepër se 5% në 6-12 muajt e fundit) dhe/ose një BMI (indeks i masës trupore) i ulët (<21) rrisin rrezikun për rënie kapaciteti funksional dhe mortalitet tek të moshuarit. Rënia e pavullnetshme në peshë është një nga 5 kriteret e profilit të të moshuarit të brishtë (frail) i cili është në rrezik të lartë për pasoja negative madhore si humbje autonomie funksionale, shtrime në spital dhe mortalitet²⁷.
- Prevalenca e shtuar e problemeve të ushqyerjes dhe peshës tek të moshuarit është e lidhur me ndryshime fiziologjike të moshimit si dhe me faktorë të tjerë klinikë, psikologjikë e social-ekonomikë që karakterizojnë popullatën e moshuar.
- Me kalimin e moshës ka një rënie graduale të masës muskulare që deri në moshat 65-70 vjeç mbulohet nga rritja e masës dhjamore. Peshë maksimale zakonisht arrihet tek 50-60 vjeç dhe qëndron e stabilizuar deri në 65-70 vjeç e më pas fillon një rënie e vazhdueshme e ngadaltë e peshës.
- Moshimi sjell ndryshime të përbërjes së masës trupore si rënie të përmbajtjes së ujit, shtim të masës dhjamore dhe dhjamit visceral dhe rënie të masës kockore dhe muskulare. Rënia e masës, forcës dhe funksionit muskular për shkak të moshimit konsiderohet sarkopeni parësor dhe është një faktor rreziku për rrëzime e ulje lëvizshmërie. Ndërkohe sarkopenia mund të jetë edhe dytësore nga prania e sëmundjeve kronike e inflamacionit, jeta sedentare me aktivitet të ulur fizik dhe prania e deficienteve nutricionalë.
- Moshimi shkakton edhe ndryshime në shqisat e nuhatjes dhe shijimit që duke ulur kenaqësinë nga ngrënia e ushqimeve shkaktojnë ulje oreksi (anoreksia e të moshuarve) dhe më pas rënie në peshë. Nuhatja ka një rënie fiziologjike me moshimin duke shkaktuar një prag më të lartë për nuhatje aromash dhe rënie të aftësisë të dallimit të tyre. Gjithashtu edhe shijimi pëson ndryshime me rritje të pragut të shijimit, vështirësi në dallimin e shijeve të përziera dhe tendencë për të perceptuar më lehtë shije irrituese. Tek të moshuarit ulja e oreksit vjen edhe ngaqë ndjenja e ngopjes arrihet më shpejt për shkak të distensionit antral më të kufizuar si pasojë e efekteve të moshimit në traktin gastrointestinal.

26 Kequshqyerja nënkupton që marrja e ushqimeve nuk përputhet me nevojat trupore për ushqyerje kështu që si term përfshin mbiushqyerje (mbipeshë/obezitet) dhe nënushqyerje, ndonëse në përgjithësi përdoret duke nënkuptuar nënushqyerjen. Nënushqyerja mund të jetë kalorike, proteinike ose e kombinuar.

27 Pesë kriteret e brishtësisë fizike (physical frailty) janë rënia e pavullnetshme në peshë, rraskapitja, aktiviteti i ulët fizik, ngadalësia në ecje dhe dobësia muskulare)

- Moshimi sjell edhe ulje të nevojave për kalori për shkak të uljes të aktivitetit fizik, ngadalësimit të metabolizmit bazal (në qetësi) dhe rënies të masës muskulare që si rrjedhim ndikojnë në uljen e oreksit dhe marrjen e ushqimeve të nevojshme duke çuar në defiçite të përbërësve bazë ushqimore (kryesisht proteina e vitamina) dhe kequshqyerje.
- Ndryshimet dentare të moshimit si rënia e dhëmbëve, mbajtja e protezave, xerostomia (tharja e gojës nga ulja fiziologjike e prodhimit të pështymës tek të moshuarit) kanë ndikime negative tek ushqyerja e të moshuarve. Po ashtu disa medikamente që shkaktojnë tharje goje mund ta keqësojnë më tej këtë situatë.
- Anoreksia e të moshuarve çon në rënie në peshë dhe rrezik të lartë për kequshqyerje kalorike e proteinike me prevalencë deri 23% në Europë dmth gati një në katër të moshuar (8.5% tek të moshuarit në komunitet dhe me përqindje edhe më të larta në ata që jetojnë në institucione për të moshuar (17.5%) ose ata që janë të shtruar në spital (28%)²⁸.
- Kequshqyerja ka efekte negative shëndetësore duke shtuar morbiditetin e mortalitetin e sëmundjeve të ndryshme, zgjatur kohëzgjatjen e shtrimeve në spital dhe fazën e rikuperimit, duke shtuar predispozitën për infeksione, duke ulur kapacitetin konjitiv dhe lëvizshmërinë, pavarësinë funksionale dhe cilësinë e jetës. Po ashtu kequshqyerja ka një kosto të lartë pasi të moshuarit me kequshqyerje kanë nevojë për më tepër shërbime mjekësore, kanë më tepër shtrime në spital, kanë më tepër nevojë për mbështetje sociale si dhe bëhen një barrë e madhe për familjarët e personat që kujdesen për ta.
- Faktorët e rrezikut për rënie në peshë dhe kequshqyerje tek të moshuarit janë të shumëllojshëm dhe shpesh veprojnë në mënyrë të kombinuar. Ata janë të lidhur me (1) sëmundshmërinë (akute ose kronike), (2) marrjen e medikamenteve (me efekte anësore si anoreksi, tharje goje, disfagi, kapsllëk, nauzë, ngadalësim psikik, etj), (3) problemet konjitive e psikologjike (demenca, depresioni) dhe (4) problemet funksionale e socio-ekonomike (autonomia e kufizuar, izolimi/vetmia, probleme financiare) (Figura 1).

28 Bazuar në të dhënat e një studimi përmblendhje sistematike studimesh mbi kequshqyerje në të moshuar në Europë (583,972 të moshuar ≥ 65 vjeç nga 24 vende Europiane) Leij-Halfwerk S., et al (2019). Prevalence of protein-energy malnutrition risk in European older adults in community, residential and hospital settings, according to 22 malnutrition screening validated for use in adults ≥ 65 years: a systematic review and analysis. Maturitas 126:80-89

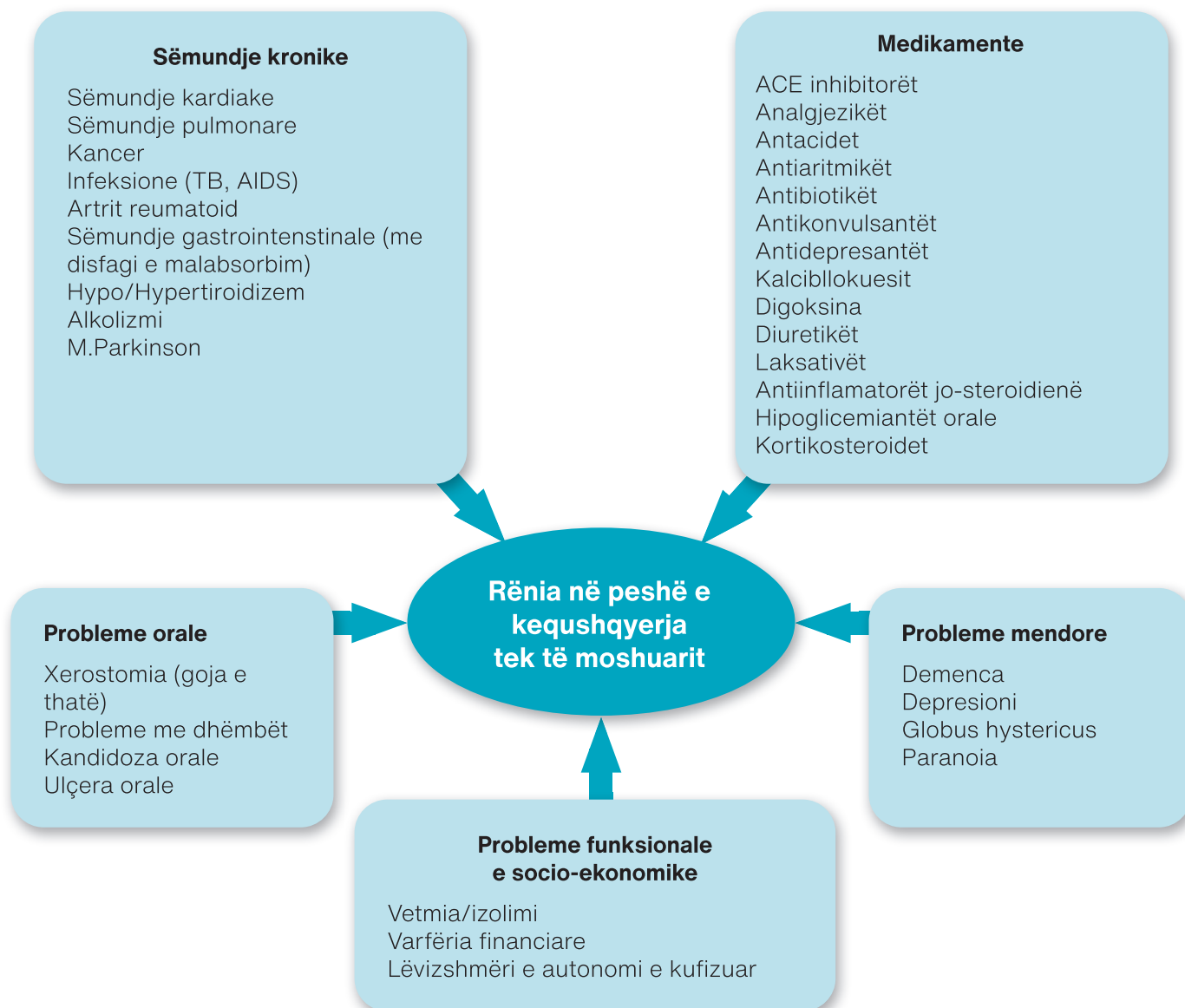


Figura 1: Faktorë rreziku për rënie në peshë dhe kequshqyerje tek të moshuarit

Burimi: Mathew & Jacobs. (2014). *Malnutrition and feeding problems*. In Ham R.J.et al.(Eds), *Ham's Primary care geriatrics: A case-based approach* (6th ed. pp.315-322).Elsevier. Përkthyer në shqip me ndryshime.

Të gjithë këta faktorë rreziku të pranishëm në nivele e shkallë të ndryshme tek pacientët e moshuar në kujdes parësor i mbivendosen ndryshimeve fiziologjike të moshimit që predispozojnë për rënie në peshë dhe bashkëpunojnë për të çuar në një kequshqyerje progresive që shpesh mbetet e padiagnostikuar dhe është shkak i efekteve negative në gjendjen shëndetësore të të moshuarit.

Depistimi për probleme me ushqyerjen dhe peshën tek të moshuarit është shumë i rëndësishëm pasi mund të kryhet pa shumë mund dhe mund të ndiqet nga masa për përmirësim ushqyerje që ulin rrezikun e efekteve negative dhe përmirësojnë cilësinë e jetës të të moshuarve.

DEPISTIMI

Depistimi për probleme të ushqyerjes dhe peshës te të moshuarit mund të bëhet me mjete të ndryshme si matja e peshës, llogaritja e BMI-së dhe me pyetësorë të thjeshtë depistimi.

Matja periodike e peshës është një mënyrë e thjeshtë për të identifikuar ndryshimin e gjendjes së ushqyerjes të të moshuarve. Peshë e ulët konsiderohet pesha < 80 % të peshës së rekomanduar (Tabela 1).

Tabela 1: Pesha e rekomanduar për personat e moshuar

Gjatësia (cm)	Pesha (kg)		
	60-69 vjeç	70-79 vjeç	80-89 vjeç
155	1.6 – 68.5	54.9 – 69.4	-
157.5	59.4 – 73.9	56.7 – 70.3	54 – 67.1
160	61.2 – 73.9	57.6 – 71.2	54.4 – 68
162.5	63.5 – 78.5	58.5 – 73	58.1 – 68.9
165	65.3 – 81.2	58.9 – 73.4	56.7 – 70.3
167.5	67.1 – 83.5	60.3 – 75.7	58.1 – 71.7
170	69.4 – 86.2	61.7 – 77.1	58.9 – 73.5
172.5	71.7 – 88.9	63 – 78.9	60.3 – 74.5
175	73.5 – 91.2	64.6 – 80.7	52.1 – 76.7
177.5	75.8 – 93.9	66.2 – 82.6	63.5 – 79.4
180	78 – 96.6	67.6 – 84.3	65.3 – 81.6
182.5	80.3 – 99.3	69.9 – 86.2	67.1 – 84.8

Burimi: Ritchie C., Yukawa M. Geriatric Nutrition: Nutritional issues in older adults. In: Schmader K. E. & Seres D. (Eds.). UpToDate. 2021

Rënia nga pesha konsiderohet klinikisht e rëndësishme nëse është rënie:

- ≥ 2% e peshës trupore në 1 muaj
- ≥ 5 % e peshës trupore në 3 muaj
- ≥ 10 % e peshës trupore në 6 muaj

Një BMI < 21 është sugjerues për kequshqyerje dhe është parë të jetë i shoqëruar me shtim vdekshmërie. Vlerësimi e interpretimi i BMI tek të moshuarit është problematik pasi kërkon shpesh matjen e gjatësisë që mund të jetë e vështirë nëse i moshuari nuk qëndron dot në këmbë ose ka kifoze apo artroze të avancuar dhe gjithashtu BMI nuk merr parasysh rëniën e masës muskulare që mund të mbulohet nga shtimi i masës yndyrore ('obeziteti sarkopenik'). Një BMI brenda vlerave të normës (18.5 - 24.9) nuk përjashton probleme me peshën dhe ushqyerjen tek të moshuarit prandaj gjithnjë duhet interpretuar së bashku me peshën dhe ndryshimet e saj, si dhe me faktorët e tjerë të rrezikut për probleme me ushqyerjen e peshën.

MNA® (Mini Nutritional Assessment) është një nga mjetet depistuese për kequshqyerjen tek të moshuarit që është në përdorim të gjerë dhe i validuar në popullata të ndryshme të moshuarish. Ai përmban 6 pyetje (njëra prej tyre është vlera e matjes të BMI ose e perimetrit të pulpës të këmbës) e kryhet brenda 5 minutave pa pasur nevojë për analiza laboratorike.²⁹

²⁹ MNA® original ose e ashtuquajtura MNA® e plotë ka 18 pyetje ndërkohë që MNA® aktuale ka 6 pyetje dhe më parë konsiderohej MNA-SF (MNA® short form dmth formë e shkurtuar).

Vlerësim i shkurtër i ushqyerjes

MNA®

Nestlé
Nutrition Institute

Mbiemri: _____ Emri: _____

Seksi: _____ Mosha: _____ Peshë (kg): _____ Gjatësia (cm) _____ Data: _____

Plotësoni çdo fushë duke vendosur në kutizë numrin përkatës të dhënë. Bëni shumën totale për të pasur rezultatin përfundimtar të vlerësimit.

Depistimi

A A është reduktuar sasia e ushqimit gjatë 3 muajve të fundit për shkak të humbjes së oreksit, problemeve me tretjen, vështirësive në përtypje dhe gëlltitje?

- 0 = reduktim i theksuar i sasisë së ushqimit
1 = reduktim i moderuar i sasisë së ushqimit
2 = nuk ka reduktim të sasisë së ushqimit

B Rënia në peshë gjatë 3 muajve të fundit

- 0 = rënie në peshë mbi 3 kg
1 = nuk e di
2 = rënie në peshë nga 1 deri në 3 kg
3 = nuk ka rënie në peshë

C Lëvizshmëria

- 0 = paaftësi për të lëvizur nga shtrati ose karrigia
1 = i/e aftë të lëvizë nga shtrati/karrigia, por nuk del nga shtëpia
2 = del nga shtëpia

D Ka përjetuar stres psikologjik ose sëmundje akute në 3 muajt e fundit?

- 0 = po 2 = jo

E Probleme neuropsikologjike

- 0 = demencë ose depresion i rëndë
1 = demencë e lehtë
2 = nuk ka probleme psikologjike

F1 Indeksi i Masës Trupore (BMI) (pesha në kg) / (gjatësia në m)²

- 0 = BMI nën 19
1 = BMI nga 19 deri në nën 21
2 = BMI nga 21 deri në nën 23
3 = BMI 23 ose më shumë

NËSE NUK KENI MATJE TË BMI, ZËVENDËSOJENI PYETJEN F1 ME PYETJEN F2.
MOS IU PËRGJIGJINI PYETJES F2 NËSE ËSHTË PLOTËSUAR PYETJA F1.

F2 Perimetri i pulpës (CC) cm

- 0 = CC nën 31
3 = CC 31 ose më i madh

Rezultati i depistimit

(maksimumi 14 pikë)

- 12-14 pikë:** Gjendje ushqimore normale
8-11 pikë: Në rrezik për kequshqyerje
0-7 pikë: I/e kequshqyer

Ref: Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging* 2006;10:456-465.

Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J. Geront* 2001;56A: M366-377.

Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging* 2006; 10:466-487.

Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA®-SF): A practical tool for identification of nutritional status. *J Nutr Health Aging* 2009; 13:782-788.

® Société des Produits Nestlé SA, Mbajtësit e emërimit tregtar.

© Société des Produits Nestlé SA 1994, Rishikim 2009.

Për më shumë informacion: www.mna-elderly.com

Këshillohet që MNA® të bëhet një herë në vit tek të moshuarit (≥ 65 vjeç), çdo tre muaj tek ata që janë në rrezik për kequshqyerje ose me kequshqyerje, dhe çdo herë që ka një ndryshim madhor në situatën shëndetësore e jetësore të pacientit të moshuar. MNA® konsiderohet njëkohësisht një mjet depistues dhe diagnostikues për kequshqyerjen tek të moshuarit.

Figura 2 paraqet një skemë për interpretimin dhe masat që sugjerohen për tre kategoritë e gjendjes së ushqyerjes të identifikuara nga depistimi me MNA®.

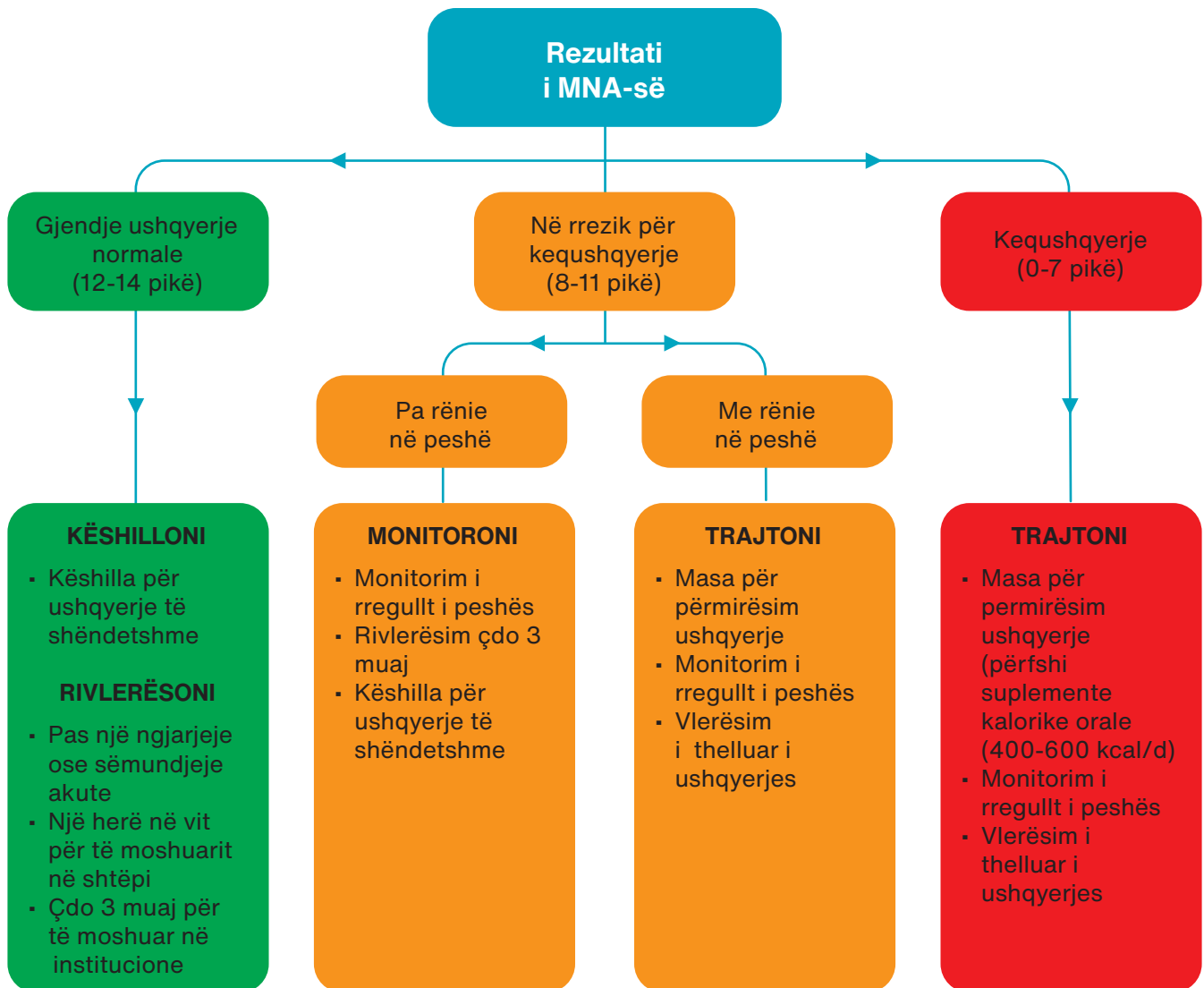


Figura 2: Skema e interpretimit dhe ndjekjes të rezultatit të MNA®

Burimi: <https://www.mna-elderly.com/interventions>, parë online më 20.01.2022. Përkthyer në shqip me ndryshime.

VLERËSIMI I THELLUAR I USHQYERJES TEK TË MOSHUARIT

Për të moshuarit që kanë rrezik të lartë për kequshqyerje është i nevojshëm një vlerësim i thelluar i ushqyerjes që shpesh ofrohet nga specialiste ushqyerje (nutricioniste), por që sipas kushteve e mundësive mund të kryhet edhe në kujdes parësor bazuar në një bashkëpunim të mirë mjek-infermier-pacient-familjar. Qëllimi i këtij vlerësimi të thelluar është që të identifikohen roli i faktorëve të ndryshëm të rrezikut dhe masave që mund të merren në këtë drejtim si dhe për të pasur një pamje sa më të qartë të mënyrës të ushqyerjes të të moshuarit.

dhe faktorëve që mund të ndryshohen me masa të ndryshme mbështetëse në një plan të individualizuar.

Katër përbërësit kryesorë të një vlerësimi të thelluar të ushqyerjes janë:

1. Matje antropometrike

- Pësia, gjatësia, BMI aktuale
- Pësia e zakonshme
- Ndryshime pësie (në %) të kohëve të fundit
- Matja e diametrit të pulpës së këmbës ose të krahut të sipërm³⁰

2. Analiza biokimike

- Gjak komplet
- Proteinemi
- Lipidograma
- Kreatinemia e elektrolitet
- Proteina C-reaktive
- Vitamina D 25(OH)
- TSH

3. Vizita klinike

- Vlerësim i menaxhimit të sëmundjeve kronike
- Vlerësim i gjendjes të përgjithshme shëndetësore (status konjitiv, mendor e funksional)
- Vlerësim i listës të medikamenteve dhe polifarmacisë
- Ekzaminim fizik (përfshi ekzaminimin e gojës dhe dhembeve)

4. Anamneza e ushqyerjes/nutricionale

- Zakonet e preferencat për ushqyerje (përfshi zakone fetare/lokale)
- Frekuenca e përmbajtja e vakteve ditore
- Niveli i zgjedhjes dhe kontrollit mbi përmbajtjen e vakteve/usqyerjes
- Sasia e lëngjeve që merren
- Përdorimi i alkoolit
- Dieta të veçanta që ndiqen (psh për probleme të tjera kronike si sëmundje renale, etj)
- Marrje shtesë e vitaminave, mineraleve apo bimëve mjekësore
- Krahimi mes nevojave për ushqyerje dhe ushqyerjes aktuale

Për anamnezën e ushqyerjes nevojitet një bashkëpunim me pacientin e moshuar si dhe me familjarët apo personat që kujdesen për të (sidomos tek pacientë të moshuar me dëmtime konjitive ose demencë) në mënyrë që të krijohet një pamje sa më e qartë në lidhje me ushqyerjen.

Matja e perimetrit të pulpës të këmbës

- Kërkojini pacientit të qëndrojë në këmbë duke barazpeshuar mbi të dy këmbët që janë 25 cm larg njëra-tjetrës
- Vendosni metrin përreth pulpës në pjesën e saj më të gjerë duke e mbajtur metrin horizontalisht dhe vendosur mbi lëkurë, por pa shtrënguar fort.
- Lëvizni metrin lart e poshtë disa herë për të gjetur vendin më të gjerë të pulpës.
- Bëni tre matje me saktësi deri 0.1cm dhe llogarisni vlerën mesatare

³⁰ Matja e perimetrit të pulpës së këmbës ose krahut të sipërm (në pikën e mesit midis olekranonit (maja e bryllit) dhe akromionit (maja e shpatullës) konsiderohen një tregues indirekt i masës muskulare. Perimetri i pulpës është parë të jetë një mjet i mirë depistimi për sarkopeninë (rënie mase muskulare) në të moshuar në komunitet dhe vlerat e ulta (≤ 33 cm për femrat e ≤ 34 cm për meshkujt ose < 31 pavarësisht seksit) janë të shoqëruara me shtim mortaliteti.

Pas kryerjes të një vlerësimi të thelluar të ushqyerjes, së bashku me pacientin dhe/ose familjarët duhet bërë një plan masash për korrigjimin e problemeve me ushqyerjen e peshën dhe përkujdesjen e mëtejshme. Nëse është e nevojshme, duhen investiguar shkaqe që mund të korrigjohen ose përmirësohen si psh një menaxhim më i mirë i sëmundjeve kronike (psh depresion, etj) ose ndalimi apo ulja e dozës të medikamenteve që kanë efekte anësore mbi oreksin apo ushqyerjen.

MENAXHIMI I PROBLEMEVE TË PESHËS E USHQYERJES TEK TË MOSHUARIT

Përkrah përmirësimit ë menaxhimit të faktorëve shkaktarë të rënies në peshë dhe /ose kequshqyerjes të identifikuar gjatë vlerësimit të thelluar të ushqyerjes, të moshuarve me rënie në peshë mund t'iu jepen një sërë këshillash për të shtuar gradualisht në peshë si psh shtimi i vakteve ndërmjetëse, marrja e ushqimeve të pasura me kalori, proteina e yndyrna të shëndetshme (Shih "Si të shtoni në peshë" në Shtojcën 2).

Nëse ndjekja e masave për shtimin në peshë nuk jep efekt pas 4 javësh, atëherë bëhet një rivlerësim e nëse është e nevojshme mund të konsiderohet dhënia e suplementeve kalorike e proteinike nga goja. Suplementet kalorike ndihmojnë në shtimin në peshë të të moshuarve, por kanë kosto dhe studimet në nivel të moshuarish autonome që jetojnë në shtëpinë e tyre nuk kanë treguar që marrja e tyre të sjellë përmirësim jetëgjatësie, cilësie jete, niveli funksional apo gjendje emocionale.

Gjithashtu për të moshuarit me probleme me ushqyerjen këshillohet ngrënia e vakteve në shoqëri me të tjerët (kur është e mundur), përdorimi i erëzave të ndryshme për të kompensuar uljen e shijes dhe nuhatjes, grirja e ushqimeve/vakteve ose gatimi në forme pureje për të ndihmuar me përtypjen e gëlltitjen, ndihmë (nga familjarë ose mbështetje sociale kur është e mundur) me blerjen e ushqimeve dhe përgatitjen e vakteve sidomos për pacientë me artrozë të rëndë të duarve apo tremor, ulje shikimi e dëgjimi apo lëvizshmëri e autonomi të kufizuar.

Të moshuarve iu këshillohet që të ruajnë një peshë sa më të qëndrueshme. Vetëm në pacientë të moshuar me sëmundje kardiovaskulare që janë mbipeshë/obezë mund të këshillohet rënia në peshë, por graduale dhe në nivele mesatare (3-5 kg).

Përveç masave për përmirësimin e ushqyerjes dhe peshës është shumë e rëndësishme që pacientëve të moshuar t'iu këshillohen edhe ushtrime fizike që ndikojnë në forcën muskulare, drejtqëndrimin, fleksibilitetin dhe kapacitetin aerobik. Aktiviteti fizik ka edhe efekt nxitës mbi oreksin. Kombinimi i një ushqyerje të shëndetshme me aktivitetin fizik ka shumë efekte pozitive në cilësinë e jetës dhe shëndetin e të moshuarve dhe duhet nxitur në çdo mundësi kontakti me të moshuarit në qendra shëndetësore e në komunitet.

Trajtimi me barna që shtojnë oreksin nuk është i këshillueshëm pasi kanë efekte anësore dhe nuk janë provuar të kenë efekt pozitiv madhor që të justifikojë përdorimin e tyre.

Trajtimi i mangësive të vitaminave është i rëndësishëm tek të moshuarit sidomos mangësia e vitaminës B₁₂ dhe vitaminës D. Përveç mosmarrjes të duhur të vitaminës B₁₂ për shkak të problemeve me ushqyerjen, të moshuarit kanë edhe keqpërthithje të vitaminës B₁₂ dhe 10-20% e tyre mund të kenë mangësi të vitaminës B₁₂ me pasoja hematologjike (anemi), neurologjike (neuropati) e konjitive (dementia). Po ashtu marrja e disa medikamenteve si metformina (doza të larta e marrje për kohë të gjatë) ose inhibitorët e pompës protonike (përdorim për kohë të gjatë) mund të kenë efekt negativ në nivelet e vitaminës B₁₂. Nevojat

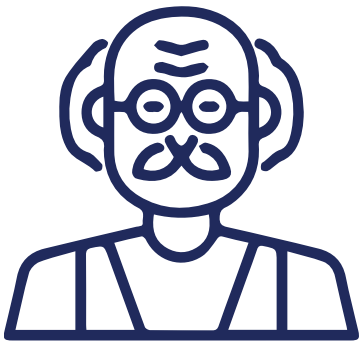
ditore për vitaminë B₁₂ janë rreth 2.4 mikrogram që duhen mbuluar nëpërmjet ushqimeve (veza, mishi, peshku, produkte qumështi) ose kur është e nevojshme me suplementë të vitaminës B₁₂ (forma orale).

Të moshuarit janë në rrezik të lartë për mangësi të vitaminës D pasi ekspozohen me pak në diell dhe aftësia e lëkurës për të sintetizuar prekursorët e vitaminës D në prani të ekspozimit me diell bie me kalimin e moshës. Marrja e vitaminës D nëpërmjet ushqyerjes është shumë e kufizuar në përgjithësi, por tek të moshuarit mund të kufizohet edhe më tej për shkak të problemeve të zakonshme me cilësinë e ushqimeve që konsumohen. Për këtë arsye është e rëndësishme marrja e suplementeve të vitaminës D (D₃) tek çdo i moshuar (të paktën 800-1000 UI/ ditë). Për të moshuar në rrezik për kequshqyerje ose me kequshqyerje duhet bërë matja në gjak e vitaminës D 25(OH) dhe të merren doza suplementare të tilla që niveli serik i vitaminës D të mbahet ≥ 30 ng/ml. Marrja e vitaminës D duhet bërë pas një vakti të pasur me yndyra për të shtuar përthithjen e saj. Rezultati i efektit të marrjes të suplementëve tek niveli serik i vitaminës D kontrollohet pas 2-3 muajsh. Po ashtu është e rëndësishme edhe marrja e një sasive të duhur të kalçiumit për të pasur një marrje 1200 mg/ditë nëpërmjet ushqyerjes ose kur është e nevojshme edhe me suplemente orale të kalçiumit³¹.

Marrja e suplementeve me multivitamina e mikronutrientë është e debatueshme. Ajo ka kosto dhe nuk ka evidenca të qarta nga studime shkencore që është e vlefshme. Megjithatë vendimet në këtë drejtim janë shpesh të vështira dhe ndikohen nga shumë faktorë të tjerë si rekomandime nga familjarët, miqtë, apo edhe nga farmacistë e mjekë. Për të moshuar që nuk kanë mundësi ta pasurojnë ushqyerjen e tyre me ushqimet e nevojshme, marrja e përkohshme e multivitaminave mund të jetë ndihmëse ndërsa kërkohen shkaqet për rënien në peshë ose kequshqyerjen dhe zbatohen masat e mësipërme për përmirësimin e ushqyerjes.

31 Për të shtuar përthithjen e kalçiumit të suplementëve orale është e rëndësishme që të mos merren doza më të larta se 500 mg në një marrje. Gjithashtu duhet kontrolluar sasia e kalçiumit në tableta psh tableta me 500 mg kalçium karbonat ka 40% kalçium dhe tableta me 500 mg kalçium citrat ka 21% kalçium).

DISKUTIM MBI PACIENTË



Njaziu 80 vjeç ka ardhur për vizitë tek ju dhe thotë se ka pasur kapsllëk për 1 javë. Ai ka vënë re gjak tek letra higjienike pas daljes jashtë, por nuk ka ankesa të tjera gastrointestinale ose raste të mëparshme konstipacioni të rëndë. Ai tregon se ka rënie oreksi prej disa javësh, ka patur pagjumësi dhe mendon se ka rënë shumë në peshë. Në kartelën e Njaziut ka shënim për praninë e një zhurme kardiake, polipe të zorrës së trashë dhe së afërmi dhe diagnozë për hipertension sistolik për të cilin merr hidroklorotiazid.

Njaziu nuk ka pasur operacione të mëparshme, as sëmundje psikiatrike dhe nuk pi alkool. Ai mohon të ketë ethe, palpitacione apo kollë, por kohët e fundit ka pasur dy episode dhimbje në qendër të krahavorit që është përhapur më pas në krahun e majtë që ai e lidh me episode ankthi. Një EKG e bërë midis dy episodeve të dhimbjes së krahavorit identifikoi vetëm një hipertrofi të ventrikulit të majtë pa ndryshime të tjera.

Gjatë ekzaminimit klinik të Njaziut vini re që ai ka kifoze dhe duket jashtëzakonisht nën peshë. Presioni i gjakut është 120/80. Pulsu është 88 dhe i rregullt. Gjëndra tiroide e tij nuk është e prekshme. Nuk ka proptozë. Mushkëritë janë të pastra. Ka një zhurmë ejeksioni sistolik të gradës II/VI e dëgjuar në bazë, pa perhapje. Barku është skafoid; nuk preken masa. Ekzaminimi rektal është normal, dhe testi për gjak okult në feçe është negativ. Njaziu peshon 54 kg, 6 kg më pak sesa pesha e vizitës më të fundit 3 muaj më parë.

Njaziu u dërgua për analiza gjaku, grafi krahavori, kolonoskopi dhe konsultë me gastroenterologun.

Pyetje për diskutim

1. Cili mund të jetë shkaku i rënies në peshë të Njaziut?
2. Cila është arsyeja për konstipacionin? Kifozen? Zhurmën kardiake? Gjendjen e përgjithshme?
3. Çfarë testi depistues do të përdorni në këtë rast?
4. Çfarë ekzaminimesh të tjera do të kërkonit për Njaziun?
5. Si do ta menaxhoni më tej problemin e Njaziut?

BIBLIOGRAFIA

American Geriatrics Society. *Nutrition and weight*. Geriatrics Evaluation & Management Tools. 2021

Auckland Region. *Older Adults Weight and Nutrition*. Community Health Pathways (<https://aucklandregion.communityhealthpathways.org/>, parë online 11.12.2021).

Gupta R., Evans A.T. *Approach to the patient with unintentional weight loss*. In: Schmader K.E.(Ed.). Uptodate. 2021

Mathew M.K. & Jacobs M.S. *Malnutrition and feeding problems*. In: Ham R.J.et al.(Eds.). *Ham's primary care geriatrics: A case-based approach*. 6th Edition. Elsevier. 2014. (f.315-322).

Nestle Nutrition Institute. *Mini Nutritional Assessment (MNA)*. (<https://www.mna-elderly.com/>, parë online 21.01.2022)

Ritchie K., Yukawa M. *Geriatric Nutrition: Nutritional issues in older adults*. In: Schmader & Seres (Eds.). Uptodate. 2021.

Thompson M., Noel M.B. *Nutrition and Family Medicine*. In: Rakel D.P. & Rakel R.E.(Eds.). *Textbook of Family Medicine*. 9th Edition. Elsevier. 2016. (f.891-911)



PËRSHKRIMI RACIONAL I BARNAVE TEK PACIENTËT E MOSHUAR



Artenca ÇOLLAKU
Eralda HEGENDÖRFER

TË DHËNA TË PËRGJITHSHME

- Përshkrimi i barnave tek të moshuarit ndërlikohet nga prania e multimorbiditetit dhe marrjes së disa barnave njëherësh si dhe nga ulja e rezervave funksionale dhe ndryshimet fiziologjike të moshimit.
- Moshimi shoqërohet me një konsum të shtuar medikamentesh kryesisht për shkak të prevalencës së shtuar të multimorbiditetit.
- Polifarmacia (përdorimi i ≥ 5 barnave) është e zakonshme në popullatën e moshuar dhe prevalenca e saj shtohet me kalimin e moshës.
- Polifarmacia nuk është gjithnjë e gabuar pasi për disa pacientë me multimorbiditet është e domosdoshme (në disa raste nevojiten 5-10 medikamente për të trajtuar sëmundje të ndryshme bashkëekzistuese), por parimi tek të moshuarit është gjithnjë "Sa më pak medikamente, por pa kursyer medikamente të domosdoshme".
 - Një pacient mund të jetë duke marrë vetëm 3 medikamente, por që janë të panevojshëm ose të papërshtatshëm, ndërkohë që një paciente merr 10 medikamente që janë të gjithë të nevojshëm dhe të bazuar në evidenca mjekësore.
- Polifarmacia është një faktor rreziku për rrëzime, çrregullime konjitive, rënie funksionale dhe shtrime në spital duke ndikuar në uljen e cilësisë së jetës.
- Problemet me përshkrimin e barnave tek të moshuarit janë të lidhura si me dhënien e medikamenteve të panevojshëm/të papërshtatshëm (psh dhënia e benzodiazepinave në delirium) ashtu edhe me mosdhënien e medikamenteve të nevojshëm (psh mosdhënia e beta-bloquantëve në insufiçencë kardiake apo pas një infarkt miokardi, apo mosdhënia e ACE-inhibitorëve në diabetikë me proteinuri).
- Të moshuarit kanë më tepër efekte anësore nga medikamentet krahasuar me grupmoshat e tjera dhe incidenca e efekteve anësore shtohet me numrin e medikamenteve të përdorura.
- Një pjesë e konsiderueshme e shtrimeve në spital të të moshuarve është pasojë e të ashtuquajturave 'efekte negative të mënjanueshme' që janë pasojë e përshkrimit të papërshtatshëm të medikamenteve tek të moshuarit.
- Për shkak të multimorbiditetit dhe marrjes së disa medikamenteve për sëmundje të ndryshme, të moshuarit kanë rrezik më të lartë edhe për efekte të ndërveprimit të medikamenteve të ndryshme.
- Të moshuarve me multimorbiditet ju duhet të vizitohen nga mjekë specialistë të ndryshëm të cilët në shumicën e rasteve nuk marrin në konsideratë medikamentet e dhëna për sëmundjet e tjera, duke shtuar rrezikun për efekte anësore nga ndërveprimi i medikamenteve, ose përshkruajnë medikamente të reja për të njëjtën sëmundje pa u siguruar që pacienti ndërpret marrjen e medikamenteve të mëparshme.



Fatimja me dhimbje koke kronike merr ibuprofen të këshilluar nga mjekja e familjes, një triptan të dhënë nga një neurolog, voltaren të dhënë për dhimbje qafe nga ortopedi, paracetamol të këshilluar nga farmacistja e lagjes dhe aspirinë që ja ka rekomanduar komshija që vuan nga dhimbje koke, sepse asnjë prej tyre nuk ja ka zgjidhur problemin me dhimbjen e kokës!

- Të moshuarit kanë shpesh probleme të zakonshme që mund të trajtohen me medikamente pa recetë si psh, dhimbje kyçesh apo probleme me gjumin ose me tretjen. Të moshuarit shpesh me rekomandimin e familjarëve ose miqve apo edhe të farmacistëve marrin medikamente që mund të mos jenë të përshtatshëm për to dhe të shkaktojnë efekte negative si psh anti-inflamatorët jo-steroidienë, inhibitoret e pompës protonike ose sedativët.
- Të moshuarit marrin shpesh e në mënyrë të gabuar multivitamina ose përmbajtje të mineraleve të ndryshme apo edhe bimë mjekësore për shtim imuniteti e force pa u dokumentuar në kartelën e tyre mjekësore. Kjo situatë mund të jetë burim efektsh anësore e ndërveprimesh me medikamentet e dhëna me recetë.
- Shumica e studimeve për medikamentet nuk përfshijnë të moshuar e sidomos ata të moshuar që kanë ulje të theksuar të rezervave funksionale, kështu që dozat e rekomanduara të medikamenteve jo gjithnjë janë të përshtatura për të moshuarit dhe ndryshimet fiziologjike të moshimit.
- Një sërë ndryshimesh fiziologjike të moshimit ndikojnë në farmakokinetikën (përthithjen, shpërndarjen, metabolizimin e eliminimin e medikamentit) dhe farmakodinamikën (përgjigja e organit target nga medikamenti) e medikamenteve të të moshuarit:
 - Në përgjithësi përthithja e medikamenteve të të moshuarit nuk pëson ndryshime madhore, pavarësisht ndryshimeve fiziologjike të moshimit në traktin gastro-intestinal apo lëkurë.
 - Shtimi i masës dhjamore dhe ulja e masës ujore e muskulare që ndodh gjatë moshimit, ndikon në volumin e shpërndarjes së medikamenteve duke shtuar këtë volum për medikamente të tretshme në yndyrna si psh benzodiazepinat dhe për rrjedhojë duke shtuar efektin e tyre.
 - Mëlçia që luan një rol të rëndësishëm në metabolizimin e medikamenteve pëson një reduktim të lehtë të përmasave dhe furnizimit me gjak gjatë moshimit. Kjo mund të çojë në rrezik më të lartë për efekte anësore nga medikamentet që metabolizohen në mëlçi.
 - Ulja e lehtë e klirensit të kreatininës³² tek të moshuarit ndikon në eliminimin e medikamenteve të marra. Duhet treguar gjithnjë kujdes i veçantë në dhënien e një medikamenti në pacientë me klirens kreatinemic ≤ 30 ml/min. Para përshkrimit të një medikamenti tek të moshuarit duhet bërë një vlerësim i funksionit renal dhe doza e medikamentit duhet përshtatur me të.
 - Moshimi ndikon edhe në numrin dhe përgjigjen e receptorëve në organet target psh me moshimin vihet re një reduktim i aktivitetit beta-adrenergjik në sistemin kardiovaskular dhe respirator që mund të rezultojë në përgjigje më të ulët ndaj beta-blokantëve dhe beta-agonistëve. Ndërkohë tek të moshuarit vihet re një shtim i ndjeshmërisë së sistemit nervor qendror ndaj benzodiazepinave dhe opioideve duke shtuar mundësinë për përgjigje më të shtuar ndaj tyre.
- Problemet e përshkrimit të papërshtatshëm e jo-cilësor të medikamenteve tek të moshuarit janë nën ndikimin e faktorëve të lidhur me pacientin si dhe faktorëve të lidhur me mjekët dhe organizimin e sistemit shëndetësor (Tabela 1).
- Komunikimi i mirë, mirëbesimi e bashkëpunimi mes të gjithë palëve të përfshira në përkujdesjen e pacientëve të moshuar janë thelbësore për të mundur menjanimin ose zvogëlimin në maksimum të problemeve të përshkrimit të barnave në këtë grup-moshë.

32 Klirensi i kreatininës është më i rëndësishëm se kreatinemia për vlerësimin e funksionit renal tek të moshuarit pasi kreatinemia mund të jetë në normë edhe kur funksioni renal është i ulur për arsye të uljes së masës muskulare që ndodh tek të moshuarit. Formula e rekomanduar për klirensin e kreatininës është sipas Cockcroft-Gault: Klirens Kreatinine (mL/min) = $(140 - \text{mosha}) \times \text{pesha} / (72 \times \text{kreatinemi})$ dhe për femrat shumëzohet me 0.85.

Tabela 1: Faktorë që ndikojnë në përshtatshmërinë e medikamenteve të marra nga të moshuarit

Faktorët e lidhur me pacientin	Faktorët e lidhur me sistemin shëndetësor
Mosha e avancuar	Sistem rimbursimi i komplikuar dhe/ose i parregulluar
Çrregullime konjitive dhe /ose mendore	Sistem referimi i pakonsoliduar e i pakoordinuar
Sëmundshmëri kronike/Multimorbiditet	Sistem kartelizimi/dokumentimi mjekësor i fragmentuar e i pakonsoliduar
Kufizime kapacitetesh funksionale (si ulje shikimi e lëvizshmërie) e socio-ekonomike	Mungesë koordinimi e bashkëpunimi mes niveleve të ndryshme të sistemit shëndetësor përfshirë farmacistët
Qëndrim në institucione për të moshuar	Mungesë e medikamenteve të përshtatshme në treg dhe në listë rimbursimi
Mungesa e një mjeku familje e konsulta me shumë mjekë specialistë/nën-specialistë	Mungesë e trajnimeve/informimit të mjekëve mbi veçoritë e përdorimit të barnave tek të moshuarit

- Mjeku i familjes ka një rol të rëndësishëm koordinues e ndërmjetësues në këtë drejtim që duhet vlerësuar e mbështetur me masa të nevojshme organizative në nivele të ndryshme të sistemit shëndetësor. Një detyrë ndihmëse që mund të ushtrojë mjeku i familjes në përkujdesjen e tij mjekësore për pacientët e moshuar është kryerja periodike e një vlerësimi të listës së medikamenteve për të kontrolluar nëse ajo është e përshtatshme e përmbush elementet e cilësisë së përshkrimit të përshtatshëm të medikamenteve tek të moshuarit.
- Përshkrimi i përshtatshëm i medikamenteve tek të moshuarit karakterizohet nga këto elementë cilësie:
 - Mos-përshkrimi i medikamenteve të panevojshëm/papërshtatshëm
 - Përshkrimi i medikamenteve të nevojshëm
 - Monitorimi i rregullt i efekteve anësore dhe efektshmërisë së medikamenteve
 - Mënjanimi i ndërveprimeve mes medikamenteve të ndryshme
 - Përfshirja e pacientit të moshuar dhe/ose familjarëve të tij në procesin e përshkrimit të medikamenteve duke marrë parasysh nevojat e qëllimet e tij specifike si individ.

VLERËSIMI PERIODIK I LISTËS SË MEDIKAMENTEVE

Vlerësimi periodik i listës së medikamenteve të marra nga pacienti i moshuar është një pjesë përbërëse shumë e rëndësishme e vlerësimit geriatrik gjithpërfshirës dhe përkujdesjes për të moshuarit në kujdesin parësor. Kontrolli e vlerësimi periodik i listës së barnave nuk është thjesht një përditësim në kartelë i listës aktuale të barnave që merr pacientja e moshuar, por një vlerësim në mënyrë sistematike me qëllim identifikimin e rreziqeve nga keqpërdorimi i medikamenteve dhe përmirësimin e terapisë së të moshuarve në përputhje me evidencat e rekomandimet më të mira për këtë grupmoshë si dhe me nevojat e qëllimet specifike të pacientit të moshuar.

Kur duhet bërë vlerësimi i listës së medikamenteve?

- ✓ Për të gjithë të moshuarit mbi 70 vjeç një herë në vit
- ✓ Për pacientë të moshuar që kanë dalë së afërmi nga spitali
- ✓ Pas një ndryshimi akut të gjendjes shëndetësore sidomos nëse dyshohet të jetë nga efekte anësore negative të medikamenteve
- ✓ Kur shtohet një medikament i ri ose ndryshohet doza e një medikamenti
- ✓ Nëse janë identifikuar probleme me medikamentet gjatë vizitave të zakonshme
- ✓ Për pacientë në institucione për të moshuar

Hapat e vlerësimit të listës së medikamenteve

Procesi i vlerësimit të listës së medikamenteve përbëhet nga 4 hapa (Figura 1):

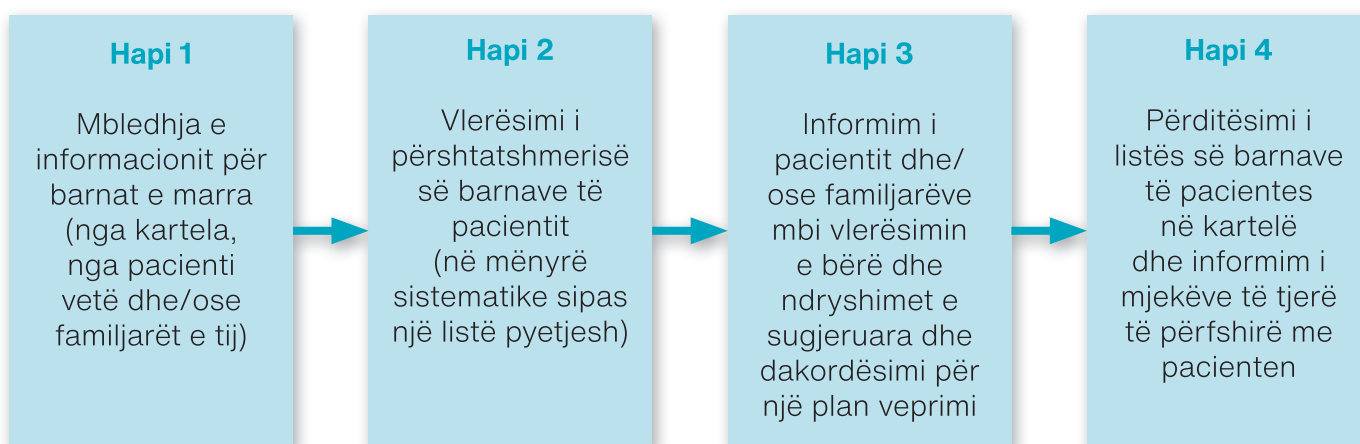


Figura 1: Hapat e procesit të vlerësimit të listës së medikamenteve tek të moshuarit

Hapi 1: Vlerësimi i listës së medikamenteve nuk bazohet vetëm në të dhëna të regjistruara në kartelë, por edhe në kontrollin e drejtpërdrejtë me pacientin/en për barnat që po merr dhe mënyrës si po i merr. Në cdo vizitë është mirë që pacienti/ja e moshuar të sjellë me vete ‘qesen e ilaçeve’ ku të përfshihen të gjitha barnat që merr përfshi multivitaminat e suplemente apo bimë mjekësore. Shpeshherë mund të jetë ndihmëse që pacientëve të moshuar t’iu jepet një tabelë paraprake ku ata vetë ose me ndihmën e familjarëve/kujdestarëve në shtëpi apo me ndihmën e infermieres në qendër shëndetësore të plotësojnë të dhënat e gjithë barnave që marrin (Shih “Lista e barnave të mia” në Shtojcën 1).

Hapi 2: Vlerësimi i përshtatshmërisë të listës së medikamenteve duhet bërë në mënyrë sistematike dhe mund të bëhet në të njëjtën vizitë kur bëhet lista aktuale e barnave të marra nga pacienti ose në një vizitë më pas. Ka shumë rëndësi që të ndiqet një skemë sistematike e vlerësimit për çdo medikament në listë. Tabela 2 paraqet një listë të tillë sistematike të çështjeve që duhen konsideruar (më së miri bashkë me pacientin/en dhe /ose familjarët e tyre) gjatë vlerësimit të përshtatshmërisë së medikamenteve.

Tabela 2: Çështjet që duhen konsideruar në vlerësimin periodik të listës së medikamenteve

Indikacioni	A është akoma i indikuar ky medikament? A ka ndryshuar diagnoza ose faktorët e rrezikut?
Evidenca	A ka evidencë që ky medikament është efektiv për këtë indikacion në këtë grupmoshë?
Efekti i dëshiruar*	A ka dhënë medikamenti efektin e dëshiruar?
Doza	A është dhënë doza e duhur?
Përdorimi i duhur	A janë të sakta udhëzimet e përdorimit? (rruga e marrjes, shpeshtësia, koha e marrjes dhe lidhja me vaktet)
Lehtësia e përdorimit	A është e lehtë të përdoret medikamenti?
Ndërveprimet	A ka ndërveprime madhore me medikamente të tjerë?
Efekti në sëmundje të tjera	A ka ndërveprime madhore me sëmundje të tjera?
Kohëzgjatja	A është e mjaftueshme kohëzgjatja e terapisë?
Përsëritja	A po merr pacienti ndonjë medikament tjetër për të njëjtin indikacion?
Monitorimi laboratorik*	A është e nevojshme ndjekja/monitorimi e/i rregullt me analiza laboratorike?
Kostoefektiviteti	A është ky medikament alternativa më e lirë krahasuar me opsione të tjera me të njëjtin efikasitet?
Nevoja të pambuluara	A është mbuluar çdo indikacion që kërkon trajtim me medikamente?
Plani i përdorimit të medikamenteve	A ka pacienti një dokument ku është shkruar plani aktual i trajtimit?
Mënjanimi i efekteve negative nga barnat	A ka pasur pacienti efekte anësore nga medikamenti? A ka të dhëna në kartelë për funksionin renal të pacientit?
Aderenca	A po ndiqet siç duhet plani i trajtimit nga pacienti?

Përshtatur me ndryshime nga lista MAI (Medication Appropriateness Index: Indeksi i Përshtatshmërisë së Medikamenteve) në DEGAM. Multimedication guidelines for general practitioners. International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics, Vol. 52 – Suppl. 1/2014

Një përjasje tjetër (më e thjeshtë) për vlerësimin e nevojave dhe përshtatshmërisë së medikamenteve që po merr pacientja e moshuar është që për çdo medikament në listën e pacientit të bëhen këto tre pyetje:

1. A po i lehtëson marrja e medikamentit simptomat e pacientit?
2. A po ul marrja e medikamentit rrezikun për sëmundshmëri në të ardhmen? (në atë masë që të justifikojë pasojat nga efektet e mundshme anësore, koston e inkonveniencën e shkaktuar nga marrja e medikamentit)
3. A po shkakton dëm marrja e medikamentit? (a mund të jetë ky medikament një shkak për ankesat e reja të pacientit?)

Ekzistojnë mjete të ndryshme për të kontrolluar përshtatshmërinë e medikamenteve që po merr një pacient i moshuar si psh lista Beers e Shoqatës Amerikanë të Geriatriisë apo lista STOPP/START e hartuar në kontekstin Europian³³. Këto lista me medikamente që duhen evituar ose përdorur me kujdes dhe medikamentet që duhen dhënë te pacientët e moshuar mund të konsultohen online³⁴.

Po ashtu Medstopper (www.medstopper.com) është një website (e disponueshme në gjuhën angleze dhe franceze) ku mund të regjistrohet lista e medikamenteve që po merr pacientja e moshuar (emri si princip aktiv dhe diagnoza për të cilën është dhënë) dhe algoritmi vlerësues online paraqet më pas listën e medikamenteve sipas një prioriteti për të ndaluar ose vazhduar marrjen e tyre duke marrë si referencë listen e Beers dhe STOPP/START dhe duke dhënë sugjerimet e nevojshme (Figura 2).

MEDSTOPPER

Starting medications is like the bliss of marriage and stopping them is like the agony of divorce. - Doug Danforth

HOME ABOUT FAQs RESOURCES CONTACT

MedStopper is a deprescribing resource for healthcare professionals and their patients.

1. Frail elderly? ☐

2. Generic or Brand Name: aspirin

3. Select Condition Treated: ASA

Generic Name	Brand Name	Condition Treated	Add to MedStopper
ASA	Aspirin	afh/rhva	ADD

Previous Next

MedStopper Plan

Arrange medications by: Stopping Priority

CLEAR ALL MEDSTOPPING PRINT PLAN

Stopping Priority RED-Highest GREEN-Lowest	Medication/ Category/ Condition	May Impose Symptoms?	May Reduce Risk for Future Events?	May Cause Harm?	Suggested Taper Approach	Possible Symptoms when Stopping or Tapering	Beers/STOPP Criteria
RED	aspirin (Chronic) Blood-thinner / prevent heart attack or stroke	☹️	☺️	☹️	If used daily for more than 3-4 weeks, reduce dose by 50% every 1 to 2 weeks. Once at 25% of the original dose, stop or withdraw. Symptoms have been seen: into the drug. If any withdrawal symptoms occur, go back to approximately 75% of the previously tolerated dose.	Heart pain, bleeding, heart rate, blood pressure, headache, dizziness, anxiety, tremor	Detail
GREEN	ASA (aspirin) / ASA / aspirin	☹️	☺️	☺️	Tapering not required		Detail

Figura 2: Print-screen nga website Medstopper.

Burimi: <https://www.medstopper.com> (parë online më 25.01.2022).

33 STOPP/START është një listë e bazuar në evidencë shkencore që paraqet (të ndara sipas sistemeve) medikamente të papërshtatshme për përdorim te të moshuarit e që duhen evituar (STOPP: Ndalo) dhe një listë me medikamente që janë ndihmëse e që duhen dhënë, por që shpesh nuk përdoren (START:Fillo). Ky është një version European i listës së kriterëve të Beers që është hartuar nga Shoqata Amerikane e Geriatriisë.

34 Kriteret Beers 2015 (kriteret e përditësuar në 2019 nuk janë të disponueshme falas) dhe STOPP/START gjenden në anglisht në https://heeoee.hee.nhs.uk/sites/default/files/dr_clifford_lisk_polypharmacy_resourcev es.pdf

Hapi 3: Pas vlerësimit sistematik të listës së medikamenteve të marra nga pacientja e moshuar duhet bërë një listë me sugjerime për ndryshime dhe një bisedë informuese e dakortësuese me të dhe/ose familjarët e saj. Lista me sugjerimet për ndryshime mund të përfshijë sugjerim për ndërprerje medikamentesh të panevojshme/papërshtatshme apo ulje të dozës së tyre, zëvendësimin me një medikament tjetër më të sigurt dhe/ose më efektiv ose shtimin e medikamenteve të reja të nevojshme.

Figura 3 paraqet një skemë për ndryshimet e sugjeruara sipas gjetjeve të vlerësimit sistematik të listës së medikamenteve.

Ndjekja e sugjerimeve të përpiluara në bazë të vlerësimit sistematik të listës së medikamenteve nga mjeku i familjes duhet diskutuar me pacienten e moshuar dhe/ose familjarët e saj duke konsideruar mundësinë e bërjes së këtyre ndryshimeve dhe pasojat që do të kishin në jetën e përditshme të pacientes së moshuar. Vendimi për të bërë ndryshimet e nevojshme nuk varet nga mjeku i familjes, por nga pacientja e mirë-informuar dhe/ose familjarët e saj dhe parësore është cilësia e jetës së pacientes dhe çfarë vlerëson ajo si madhore/të rëndësishme në jetën e saj. Psh, marrja e një medikamenti me efekt parandalues mund të mos gjykohej i nevojshëm nga pacientja nëse ai nuk sjell përfitime për jetesën e saj aktuale, por thjesht ul rrezikun për probleme në të ardhmen e ndërkohë mund të shtojë kosto financiare, të shtojë një 'punë' tjetër që duhet të bëjë pacientja duke marrë medikamentin e ri e të krijojë inkonvenienca të tjera³⁵.

Po ashtu ndërprerja e një medikamenti të panevojshëm në bazë të vlerësimit të mësipërm mund të mos jetë e mundur pasi nuk i lejohet mjekut të familjes ose pacientja e familjarët e saj dëshirojnë të konsultojnë një mjek specialist në lidhje me këtë e mjeku specialist nuk është dakord për ndërprerjen e sugjeruar të këtij medikamenti. Këto janë situata të zakonshme dhe të pritshme në punën e një mjeku familje në kujdesin parësor. Në këto raste përgjegjësia e mjekut të familjes qëndron në kryerjen e një vlerësimi cilësor të listës së medikamenteve, informimit të qartë të pacientes dhe/ose familjarëve se çfarë duhet ndryshuar, dokumentimin e këtij vlerësimi e informimi në kartelën mjekësore dhe ndjekjen e rregullt të pacientes, pavarësisht se nuk janë aplikuar të gjitha sugjerimet e dhëna për ndryshime.

35 Shih 4 pyetjet e sugjeruara për të vlerësuar qëllimet e pacientes në lidhje me terapinë në 'Këshilla për një përshkrim cilësor të barnave tek të moshuarit'

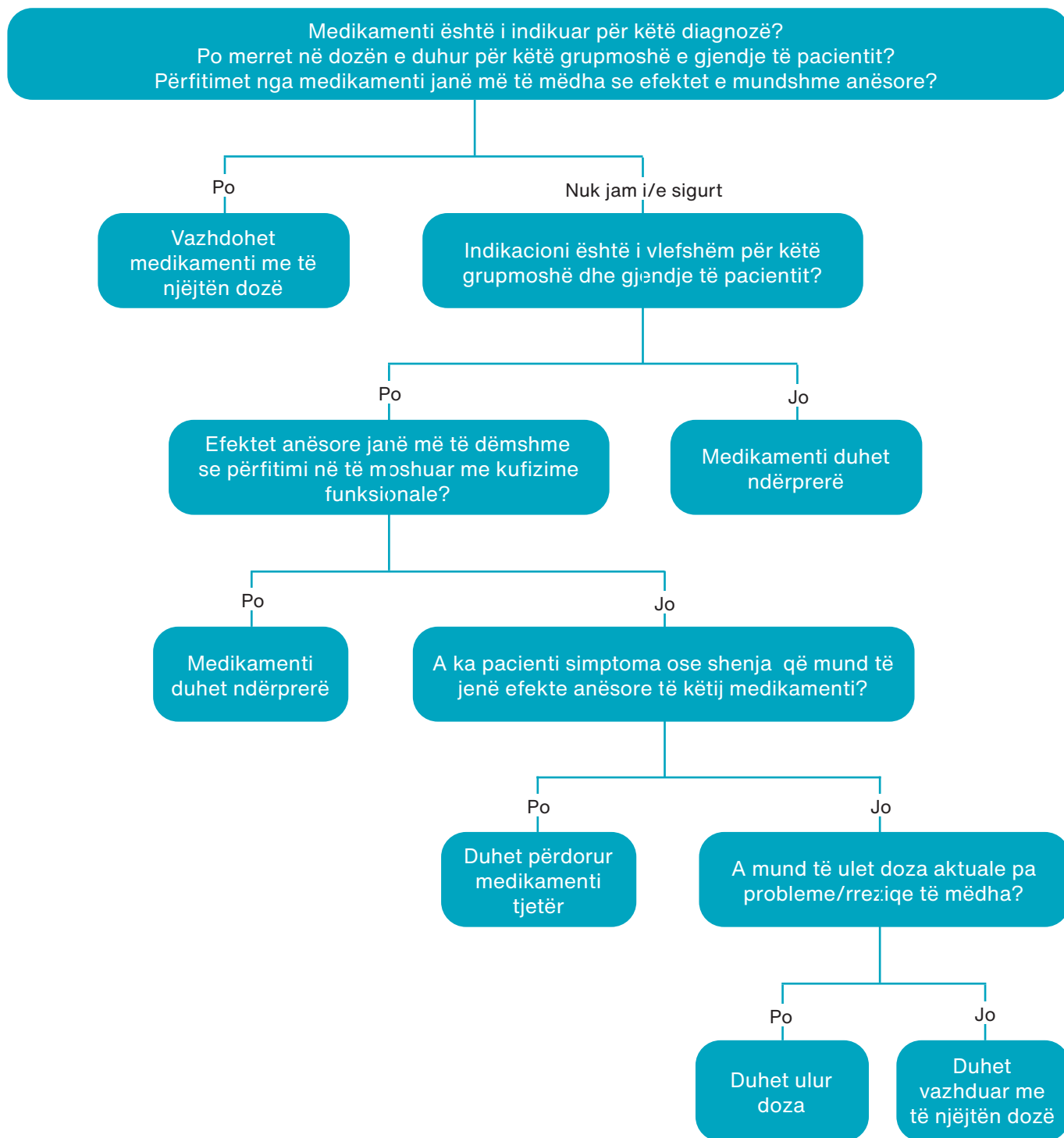


Figura 3: Një skemë për kontrollin e përshtatshmërisë së barnave të marra nga pacientët e moshuar.

Burimi: Rochon P.A. Drug prescribing for older adults. In: Schmander K.E.(Ed). UpToDate. 2021.

Hapi 4: Dokumentimi i vlerësimit periodik të listës së medikamenteve tek pacientët e moshuar është shumë i rëndësishëm jo vetëm si tregues i cilësisë së punës të mjekut të familjes, por edhe si një informacion që shërben për ndjekjen e mëtejshme të pacientes nga mjeku i familjes apo mjekë të tjerë specialistë. Një sugjerim është që pas vlerësimit sistematik të listës së medikamenteve të pacientes së moshuar, ndryshimet e sugjeruara dhe ato të dakordësuara me

të/ose familjaret e saj të jepen në një listë me shkrim që pacientja t'i ketë me vete për ta ndjekur më pas ose që mund t'ia japë mjekut specialist përkatës nëse ndiqet rregullisht me një mjek specialist.

Komunikimi mes mjekut të familjes dhe mjekut specialist luan një rol kyç në sigurimin e cilësisë të përshkrimit të barnave tek të moshuarit. Në këtë komunikim ka shumë paragjykime nga të dyja palët dhe shpesh sistemi i rimbursimit të barnave krijon hapësira për keqkuptime e përplasje mendimesh. Mjeku i familjes duhet të përpiket ta kryejë sa më mirë rolin e tij dhe të jetë mirëkuptues ndaj kolegëve mjekë specialistë dhe të luajë një rol aktiv duke dërguar kur është e nevojshme letra informuese mjekut specialist në lidhje me listën e përditësuar të medikamenteve të pacientes së moshuar dhe duke dhënë sugjerimet për ndryshime. Shumë mjekë specialistë që kanë përzemër kujdesin cilësor të pacientëve të tyre do të ishin mirënjohës për këtë lloj komunikimi e bashkëveprimi dhe pacientja e moshuar do të përfitonte në këtë mënyrë një shërbim mjekësor edhe më cilësor.

Po ashtu mjekët e familjes së bashku me mjekët specialistë mund të kërkojnë (duke argumentuar me të dhëna shkencore) nga autoritetet përgjegjëse ndryshime të nevojshme në listën e medikamenteve të rimbursuara dhe në rregullat e përshkrimit të tyre që do të lehtësonin arritjen e një përshkrimi racional e cilësor të barnave tek të moshuarit.

KËSHILLA PËR NJË PËRSHKRIM CILËSOR BARNASH PËR TË MOSHUARIT NË KSHP

Përshkrimi i barnave tek të moshuarit duhet bërë duke pasur gjithnjë parasysh (1) listën aktuale të medikamenteve të marra, (2) gjendjen klinike të pacientit, (3) qëllimet e pritshmëritë e tij në lidhje me kujdesin shëndetësor si dhe (4) bilancin potencial përfitime: dëme të medikamentit të ri mbi shëndetin e nivelin funksional të pacientit. Para çdo përshkrimi të një medikamenti duhet konsideruar së bashku me pacienten e moshuar dhe/ose familjaret, raporti përfitim:dëm, jo vetëm në këndvështrimin klinik të mjekut, por në këndvështrimin e jetës së përditshme, nevojave që ka pacientja dhe qëllimeve që dëshiron të arrijë.

Vlerësoni çfarë është e rëndësishme për pacienten e moshuar në lidhje me trajtimin: Pacientja e moshuar duhet pyetur se çfarë dëshiron të arrijë duke marrë medikamentet në situatën që është aktualisht: 1-zgjatjen e jetës ('të jetoj sa më gjatë të jetë e mundur'); 2-ruajtjen e autonomisë ('të jem sa më e pavarur të jetë e mundur'); 3-reduktimin ose eliminimin e dhimbjes ('të kem shumë pak ose aspak dhimbje'); 4-reduktimin ose eliminimin e simptomave të tjera (psh 'të kem pak ose aspak marrje fryme')³⁶. Pacientja mund të ketë edhe qëllime të tjera si psh të mos përfundojë në spital ose që ta ketë më të lehtë menaxhimin e jetës së përditshme. Këto qëllime të pacientes duhen patur parasysh ndërsa përshkruhen barnat për të dhe duhen rivlerësuar herë pas here.

Përshkruani VETËM medikamente që janë të nevojshme: Kontrolli i rreptë i disa sëmundjeve si, diabeti ose hipertensioni tek të moshuarit mund të ketë më pak përfitim në cilësinë e jetës dhe rreziqe më të larta për efekte anësore sesa te pacientët më të rinj. Te pacientët e moshuar duhet pasur parasysh jetëgjatësia e pritshme përkundër kohës që nevojitet që të arrihen përfitimet terapeutike nga marrja e një medikamenti. Pacientët duhet të informohen për arsyen e fillimit të një mjekimi të ri dhe cilat janë përfitimet e pritura si dhe efektet e mundshme anësore (dëmet).

36 OPT (Outcome Prioritization Tool) është një mjet i thjeshtë i bazuar në gradimin e rëndësisë që ka për pacienten e moshuar arritja e këtyre 4 qëllimeve nëpërmjet trajtimit që propozohet të përdoret. www.optool.nl

Një mjet ndihmes online është 'the NNT' (NNT=numbers needed to treat) <https://www.thennt.com/home-nnt/> ku raportohen të dhëna ndihmëse për të vlerësuar raportin përfitime:dëme për terapi të ndryshme.

Mbështesni sa të jetë e mundur masat jo-medikamentoze si psh modifikime të stilit të jetesës apo terapi të sjelljes ose fizioterapi, etj.

Konsideroni çdo ankesë të re si një efekt anësor të një medikamenti: Tabela 3 paraqet disa simptoma e shenja klinike të shpeshta të të moshuarve që mund të kenë si shkak përdorimin e medikamenteve të ndryshme dhe jo domosdoshmërisht një diagnozë të re. Në keto raste para se të ndërmerren masa diagnostike duhet përjashtuar që pacientja nuk po merr medikamente që kanë këto simptoma/shenja si efekt anësor dhe në këtë rast duhet konsideruar ulja e dozës ose ndërprerja e këtij medikamenti.

Tabela 3: Simptoma/shenja klinike të zakonshme që mund të jenë efekte anësore nga barnat

Simptoma/Shenja klinike		Medikamente shkaktare
Edemë e kycit të këmbës		Kalçiblllokuesit, kortikosteroidet
Gjakderdhje hematoma	dhe/ose	Aspirina, klopidoqreli, anti-inflamatorët jo-steroidienë (AIJS), antikoagulantë oralë (warfarina, antikoagulantët e rinj oralë)
Axhitim dhe/ose tremor		Metoklopramid, proklorperazinë, antipsikotikët
Konfuzion		Antikolinergjikët, antidepressivët, benzodiazepinat, opioidet
Kapsllëk		Suplemente kalçiumi, diltiazem, suplemente hekuri, opioidet, verapamili
Marramendje fikët	dhe/ose të	Antikolinergjikët, antidepressivët, benzodiazepina, antihipertensivët, opioidet
Dobësi e theksuar trupore		Ekspozim kumulativ me antikolinergjikë dhe qetësues/sedativë
Dhimbje muskulore		Statinat
Nauze		Antagonistët e GLP-1, opioidet, AIJS, frenuesit selektivë të rimarrjes së serotoninës (SSRIs), vitaminat, kimioterapia, inhibitorët e kolinesterazës
Vështirësi në frymëmarrje		Beta-bllokantet
Inkontinencë urinare		Antipsikotikët, benzodiazepinat, diuretikët, inhibitorët e kolinesterazës

Burimi: Community HealthPathways. Auckland Region. Medication management in older adults (<https://aucklandregion.communityhealthpathways.org/103835.htm> parë online në 05.12.2021)

Tek të moshuarit duhet evituar fenomeni i **'kaskadës së recetave'** kur efekti anësor i një medikamenti konsiderohet si simptomë e një problemi të ri dhe trajtohet duke shtuar një medikament të ri që mund të shkaktojë efekte anësore shtesë. Disa shembuj kaskade recetash janë:

- Antipsikotikët atipikë ose metoklopramidi shkaktojnë simptoma parkinsonizmi që gabimisht diagnostikohet e trajtohet me medikamente për M.Parkinson që më pas mund të shkaktojë hipotension e delirium.
- Inhibitorët e kolin-esterazës si psh donepezil për trajtim të demencës si efekt anësor mund të ketë inkontinencë urinare që më pas mund të trajtohet duke shtuar një anti-kolinergjik (oxybutinin).
- Kalçiblokuesit tek pacientët me hipertension mund të shkaktojë edemë periferike që mund të diagnostikohet si problem i ri mjekësor e të trajtohet duke shtuar diuretikët.

Filloni "pak e ngadalë" me dozën e medikamenteve tek të moshuarit: Tek të moshuarit fillimi i një medikamenti të ri bëhet me dozë sa më të ulët që ndryshohet gradualisht sipas përgjigjes së pacientit. Doza e saktë e një medikamenti është doza më e ulët që arrin efektin e dëshiruar. Psh në një studim me të moshuar që merrnin antipsikotikë atipikë, parkinsonizmi si efekt anësor kishte dy herë më shumë gjasa të shfaqej te ata që merrnin dozë të lartë sesa tek ata me dozë të ulët.

Kini gjithnjë parasysh klirensin renal: Efektet anësore të medikamenteve janë te lidhura me dozën si dhe me funksionin renal. Tek të moshuarit është shumë e rëndësishme që dozat e medikamenteve të kalibrohen duke u bazuar në klirensin e kreatininës.

Kontrolloni gjithnjë për ndërveprime mes medikamenteve: Tek të moshuarit gjithnjë para se të përshkruhet një medikament i ri duhet konsideruar ndërveprimi i tij me medikamentet aktuale. Psh tek një pacient që merr warfarinë, dhënia e SSRI, omeprazolit, amiodaronit apo reduktuesve të lipideve shton rrezikun për hemorragji. Një mjet ndihmës online për të kontrolluar ndërveprimet mes barnave të ndryshme që merr një paciente e moshuar është <https://reference.medscape.com/drug-interactionchecker>³⁷. Tabela 4 paraqet disa ndërveprime të shpeshta medikamentoze në kujdesin shëndetësor parësor që duhen pasur parasysh.

37 Përdorimi online është falas, por nevojitet regjistrimi i një llogarie personale në Medscape.

Tabela 4: Disa ndërveprime të shpeshta medikamentozë në kujdesin shëndetësor parësor

Kombinimi i barnave	Efekti negativ
ACE-inhibitorë + ARB (bllokues receptori të angiotensinës)	Hipotension Çrregullime elektrolitike (hiperkalemi) Insuficiencë renale
Kalçiblokues jo-dihidropiridinë (verapamil, diltiazem) + betablockantë	Hipotension Bradikardi
SSRI + tramadol dhe/ose antidepressivë të tjerë	Sindromi i serotoninës
Antikoagulantë + antitrombocitarë	Rritja e rrezikut për hemorragji
AIJS + ACE-inhibitorët ose ACE-inhibitorët + furoseme	Insuficiencë renale

Burimi: Community HealthPathways. Auckland Region. Medication management in older adults (<https://aucklandregion.communityhealthpathways.org/103835.htm> parë online në 05.12.2021)

Vlerësoni e mbështesni aderencën me terapinë: Kjo është shumë e rëndësishme pasi rreth 50% e pacientëve të moshuar nuk ndjekin rregullisht marrjen e medikamenteve për arsye të ndryshme si psh, kosto financiare, probleme konjitive apo kufizime të tjera funksionale. Prandaj është shumë e rëndësishme që gjatë vlerësimit të listës së medikamenteve t'i kërkohej pacientës (pa shfaqur paragjykim për nivelin e saj funksional) që të tregojë si e sa herë i merr ilaçet, të demonstrojë nëse arrin të hapë kutitë e ilaçeve dhe të lexojë etiketat e tyre dhe shënimet e farmacistit në to. Pyeteni pacientin direkt nëse ka vështirësi për marrjen e medikamenteve apo nëse ka efekte anësore nga medikamentet që e kanë shtyrë të ndërpresë marrjen e tyre pa u konsultuar me mjekun.

Para se të përshkruhet një medikament i ri ose të shtohet doza e një medikamenti aktual duhet gjithnjë të vlerësohet nëse trajtimi aktual po merret në mënyrën e duhur psh, në një paciente të moshuar me hipertension të pakontrolluar me medikamentin aktual para se të shtohet doza e tij ose të shtohet marrja e një antihipertensivi tjetër, duhet kontrolluar që pacientja e ka marrë këtë medikament në dozën, mënyrën dhe kohëzgjatjen e duhur.

Disa veprime ndihmëse për të shtuar aderencën me terapinë janë:

- Dhënia me shkrim e skemës së marrjes së medikamenteve dhe udhëzimeve (psh mund të përdoret një tabelë e ngjashme si "Lista e barnave të mija" në Shtojcën 1).
- Thjeshtimi i regjimit të marrjes së medikamentit psh, kalimi nga dy herë në ditë në një herë në ditë, ose ndryshimi i kohës së marrjes nëse është e mundur psh, nga në darkë në mëngjes, por gjithnjë pa rrezikuar me efektshmërinë e medikamentit).
- Përdorimi i mjeteve ndihmëse për administrimin e medikamentit, p.sh, paketime të përshtatshme që mund të hapen lehtë nga të moshuarit ose përshkrimi i tabletave me dozë më të vogël që të evitohet barra e copëtimit përgjysëm ose çerek të tabletave me dozë më të madhe.

- Përdorimi i kutizave javore ku janë vendosur tabletat që duhen marrë çdo ditë që të evitohen ngatërresat e mundshme nga harresa e që mund të çojnë në nën/mbidozim të panevojshëm.
- Përfshirja e familjarëve/ kujdestarëve për të ndihmuar me ndjekjen e duhur të marrjes së medikamenteve.

Këshilloni ndërprerjen/ndalimin e medikamenteve të panevojshme: Medikamentet që nuk sjellin përfitim madhor, por kanë rrezik të lartë për efekte anësore ose çenojnë cilësinë e jetës së pacientit duhen këshilluar të ndërpriten. Kjo duhet diskutuar së bashku me pacientin e familjarët dhe kur është e nevojshme duhet konsultuar me mjekun specialist. Ndërprerja e medikamenteve duhet bërë me ulje graduale të dozës dhe duke monitoruar nga afër ecurinë e ndërprerjes.

Rivlerësoni herë pas here nevojën për medikamentet aktuale:

- A ka ndryshuar situata klinike e pacientit? A ka ndryshuar diagnoza?
- A mund të perdoret një medikament tjetër me më pak efekte anësore?
- A duhet ndryshuar dozimi për shkak të ndryshimeve në funksionin renal apo hepatic?
- A ka një mënyrë më të thjeshtë marrje të medikamentit? (psh një herë në ditë në vend të dy herë ose me një tabletë me dozë më të vogël që të evitohet ndarja në dysh ose çerek e tabletave me dozë më të madhe)
- A janë shfaqur efekte anësore ose ndërveprimi me barna të tjera?

Shmangni gabimet në shkrimin e recetave:

- ✓ Mbani një protokoll barnash dhe konsultojeni sa herë përshkruani një bar, sidomos për barna që nuk i përshkruani shpesh, duke kontrolluar:
 - Rekomandimet për dozën (përfshirë kalibrimin sipas klirensit të kreatininës)
 - Efektet anësore të zakonshme
 - Mundësinë për ndërveprime medikamentoze.
 - Mundësinë për ndërveprime medikament-sëmundje të tjera
- ✓ Kontrolloni dy herë nëse forma e medikamentit, doza, udhëzimet dhe sasia janë të sakta.
- ✓ Shkruani në mënyrë të lexueshme.
- ✓ Shkruani qartë udhëzimet për mënyrën e administrimit, sasinë dhe numrin e marrjeve.
- ✓ Shmangni përdorimin e shkurtesave, veçanërisht ato që ngatërrohen lehtësisht.
- ✓ Shmangni përdorimin e emrave tregtarë.
- ✓ Mos përdorni udhëzime të paqarta si "të merret sipas udhëzimeve" ose "sipas nevojës".
- ✓ Përfshini në recetë diagnozën për të cilën po përshkruhet bari .
- ✓ Rilexoni gjithmonë atë që keni shkruar para se të lëshoni recetën.

DISKUTIM MBI PACIENTË



Tefta, një grua 79-vjeçare me demencë, vjen në qendër shëndetësore e shoqëruar nga i biri se ka pasur shpesh axhitim kohët e fundit. Tetë muaj më parë ajo pësoi një frakturë të qafës së femurit dhe iu përshkrua ibuprofen për kontrollin e dhimbjes. Më pas iu nënshtrua operacionit, dhe pas 2 javësh ishte në gjendje të kthehej në shtëpi, megjithëse kishte nevojë për kujdes të vazhdueshëm. Tre muaj më vonë, u vu re se ishte e axhituar dhe u trajtua me lorazepam. Axhitimi vazhdoi dhe doza u rrit gradualisht në 0.5 mg çdo ditë. Kur shfaqti shenjat e depresionit u vizitua te psikiatri i cili i shtoi citalopram 10 mg, po pa shumë efekt.

Në pamje të përgjithshme Tefta duket e dobët dhe e zbehtë. Gjatë marrjes së anamenezës i biri tregon se kohët e fundit ka dalë jashtë me ngjyrë të errët në disa raste po ata ia kanë hedhur fajin ushqyerjes.

Gjatë vizitës, Tefta duket indiferente dhe nuk bashkëpunon gjatë ekzaminimit fizik, ajo nervozohet dhe rrëzohet ndërsa përpigëni t'i afroheni. Ajo është në gjendje të ecë me pak ndihmë nga i biri, por herë pas here bërtet.

Citalopram dhe lorazepami u vazhdua. Haloperidol 0.5 mg nuk dha efekt dhe doza u rrit në 1 mg.

Të pyetur për medikamentet që merr aktualisht Tefta, i biri tha se ai ia jep me përpikmëri çdo mjekim që i kanë dhënë mjekët deri më tani.

Pyetje

1. Cilët faktorë mund të kenë çuar në këtë situatë klinike të znj. Tefta?
2. Bëni një vlerësim sistematik të listës së medikamenteve të saj.
3. Çfarë do të sugjeronit për më tej për Teftën?



BIBLIOGRAFIA

American Geriatrics Society. *Appropriate Prescribing*. Geriatrics Evaluation & Management Tools. 2021

Community HealthPathways. Auckland Region. *Medication management in older adults* (<https://aucklandregion.communityhealthpathways.org/103835.htm> parë online 21.12.2021).

DEGAM. *Multimedication guidelines for general practitioners*. International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics. 2014. Vol. 52 – Suppl. 1.

Duerden M, Avery T, Payne R. *Polypharmacy and medicines optimisation: Making it safe and sound*. The King's Fund 2013. (<https://www.kingsfund.org.uk/publications/polypharmacy-and-medicines-optimisation> parë online 21.12.2021).

Halli-Tierney A.D. et al. *Polypharmacy: Evaluating risks and deprescribing*. *Am Fam Physician*. 2019;100 (1):32-38

Hughes G.J., Beizer J.L. *Appropriate prescribing*. In: Ham R.J., et al (Eds) *Ham's primary care geriatrics : a case-based approach*. Elsevier.2014. (f. 67-76)

Rochon P.A. *Drug prescribing for older adults* . In: Schmander K.E.(Ed).UpToDate.2021

Steinman M., Reeve E. *Deprescribing*. In: Schmander K.E.(Ed). UpToDate.2021

https://www.uptodate.com/contents/deprescribing?search=medication%20in%20older%20adults&topicRef=3013&source=related_link

Stiles M.,Walsh K. *Care of the Elderly Patient*. In: Rakel R.E & Rakel D.(Eds). *Rakel Textbook of family medicine*. 9th Edition. 2016. (pp 45-47)



SHTOJCA 1

Mjete vlerësimi
për pacientët e moshuar

PYETËSORI I KATZ PËR AKTIVITETET E JETËS SË PËRDITSHME (ADL)*

AKTIVITETI	PAVARËSI (1 pikë) PA mbikëqyrje, drejtim apo ndihmë personale	VARËSI (0 pikë) ME mbikëqyrje, drejtim apo ndihmë personale ose kujdes të plotë
LARJA Pikë: _____	(1 PIKË) Lahet plotësisht vetë ose ka nevojë për ndihmë për larjen e një pjese të trupit, si shpina, zona gjenitale, ose një gjymtyrë me probleme.	(0 PIKË) Ka nevojë për ndihmë për larjen e më shumë se një pjese të trupit dhe për të dalë nga vaska ose dushi. Ka nevojë për larje të plotë.
VESSHJA Pikë: _____	(1 PIKË) I merr rrobat nga dollapët dhe sirtarët dhe vesh rrobat dhe veshmbathjet e tjera plotësisht bashkë me mbërtheckat. Mund të kërkojë ndihmë për lidhjen e këpucëve.	(0 PIKË) Ka nevojë për ndihmë me veshjen ose ka nevojë të vishet plotësisht.
TUALETI Pikë: _____	(1 PIKË) Shkon në tualet, ulet dhe ngrihet, rregullon veshjen, pastron zonën gjenitale pa ndihmë.	(0 PIKË) Ka nevojë për ndihmë për të shkuar në tualet, për të pastruar veten ose përdor një oturak shtrati ose karrige oturak.
TRANSFERIMI Pikë: _____	(1 PIKË) Shtrihet/ulet dhe ngrihet nga shtrati ose karrigia pa ndihmë. Pajisjet mekanike për lëvizje janë të pranueshme.	(0 PIKË) Ka nevojë për ndihmë për të lëvizur nga krevati në karrige ose ka nevojë për transferim të plotë.
KONTINENCA Pikë: _____	(1 PIKË) Ushtron vetëkontroll të plotë të urinimit dhe jashtëqitjes.	(0 PIKË) Është pjesërisht ose plotësisht i/e paaftë për të kontrolluar urinimin ose jashtëqitjen.
USHQYERJA Pikë: _____	(1 PIKË) E fut ushqimin në gojë nga pjata pa ndihmë. Përgatitja e ushqimit mund të bëhet nga dikush tjetër.	(0 PIKË) Ka nevojë për ndihmë të pjesshme ose të plotë me ushqyerjen ose ka nevojë për ushqyerje parenterale.
PIKËT TOTALE = _____	6 = E lartë (pacient/e i/e pavarur)	0 = E ulët (pacient/e shumë i/e varur)

*Katz, S., Down, T.D., Cash, H.R., & Grotz, R.C. (1970) Progress in the development of the index of ADL. *The Gerontologist*, 10(1), 20-30. Pyetësor i përkthyer në shqip për përdorimin në këtë manual.

PYETËSORI I LAWSON PËR AKTIVITETE INSTRUMENTALE TË JETËS SË PËRDITSHME (IADL)*

UDHËZIME: Kërkojini pacientit/es të përshkruajë funksionimin përkatës në secilën kategori; më pas plotësojeni përshkrimin me pyetje specifike sipas nevojës.

Aftësia për të telefonuar

1. E përdor telefonin vetë: kërkon dhe telefonon numra, etj.
2. I përgjigjet telefonit dhe telefonon disa numra të njohur.
3. I përgjigjet telefonit por nuk telefonon.
4. Nuk e përdor telefonin.

Blerja

1. I plotëson të gjitha nevojat e blerjes në mënyrë të pavarur.
2. Kryen blerje të vogla në mënyrë të pavarur.
3. Ka nevojë për shoqërim gjatë blerjes.
4. Paaftësi totale për të blerë.

Përgatitja e ushqimit

1. Planifikon, përgatit dhe shërben vakte të përshtatshme në mënyrë të pavarur.
2. Përgatit vakte të përshtatshme nëse i sigurohen përbërësit.
3. Ngroh dhe shërben vakte të përgatitura, ose përgatit vakte, por nuk ndjek një dietë të përshtatshme.
4. Ka nevojë t'i përgatiten dhe shërbehen vaktet.

Mirëmbajtja e shtëpisë

1. E mirëmban shtëpinë vetë ose me ndihmë ndonjëherë (p.sh. punët e vështira bëhen nga punëtorë të mirëmbajtjes).
2. Kryen detyra të përditshme të lehta, si larja e enëve dhe rregullimi i shtratit.
3. Kryen detyra të përditshme të lehta, por nuk mban dot nivel të përshtatshëm pastërtie.
4. Ka nevojë për ndihmë me të gjitha detyrat e mirëmbajtjes së shtëpisë.
5. Nuk merr pjesë në asnjë detyrë të mirëmbajtjes së shtëpisë.

Larja e rrobave

1. I lan vetë të gjitha rrobat e veta
2. Lan artikuj të vegjël, shpëlan çorapet, getat, etj.
3. Të gjitha rrobat duhet të lahen nga të tjerët.

Mënyra e transportit

1. Udhëton në mënyrë të pavarur në transport publik, ose drejton mjetin e vet.
2. Organizon udhëtimin me taksì, por nuk përdor transport publik.
3. Udhëton me transport publik kur ndihmohet ose shoqërohet nga të tjerë
4. Udhëton me taksì, mjet automobilistik ose mjet të posaçëm për personat me lëvizshmëri të kufizuar, me ndihmë.
5. Nuk udhëton fare.

Përgjegjësia për medikamentet personale

1. Është përgjegjës për marrjen e medikamenteve në dozat dhe oraret e duhura.
2. Merr përgjegjësi nëse medikamenti përgatitet paraprakisht, në doza të ndara.
3. Nuk është në gjendje të marrë medikamentet.

Aftësia për të menaxhuar financat

1. Menaxhon çështjet financiare në mënyrë të pavarur (buxheton, shkruan çeqe, paguan qiranë dhe faturat, shkon në bankë); mbledh dhe shënon të ardhurat.
2. Menaxhon blerjet e përditshme, por ka nevojë për ndihmë me shërbimet bankare, blerjet e mëdha, shpenzimet e kontrolluara, etj.
3. Paaftësi për të menaxhuar paratë.

PIKËZIMI: Rrethoni një numër për secilën fushë. Mblidhni shumën e numrave të rrethuar. Sa më i ulët rezultati, aq më i pavarur është i moshuari. Rezultatet shërbejnë vetëm për pacientë individualë dhe është e dobishme që rezultati të krahasohet me kalimin e kohës.

* M.P. Lawton, "Functional Assessment of Elderly People" from the Journal of the American Geriatrics Society, 1971; 9(6): 465-481. Pyetësor i përkthyer në shqip për përdorimin në këtë manual.

MINI-COG - TEST VLERËSIMI KONJITIV

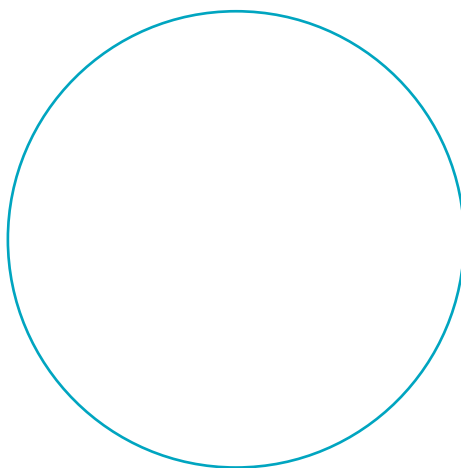
Hapi 1: Mbajtja mend e tre fjalëve

I thoni pacientit tre fjalë pa lidhje ndërmjet tyre. Kërkojini t'ua përsërisë fjalët. Nëse pacienti nuk është në gjendje t'i përsërisë fjalët pas tre përpjekjesh, vazhdoni me Hapin 2 (vizatimi i orës)

Hapi 2: Vizatimi i orës

Kërkojini pacienti të vizatojë një orë duke i vendosur të gjithë numrat në pozicionet e sakta në një rreth të printuar paraprakisht si më poshtë. Kur ta ketë kryer, kërkojini t'i vendosë akrepat në orën 11 e 10 (11:10).

Përsëritini udhëzimet sipas nevojës pasi ky nuk është një test kujtese. Vazhdoni me Hapin 3 nëse ora nuk është vizatuar brenda tre minutave.



Hapi 3: Kujtesa e tre fjalëve

Kërkojini personit të kujtojë tre fjalët që i thatë në Hapin 1. Shënoni përgjigjet.

Pikëzimi:

Kujtimi i fjalëve (0-3 pikë)	Pikët:	1 pikë për çdo fjalë të kujtuar saktë spontanisht, pa ndihmë
Vizatimi i orës (0 ose 2 pikë)	Pikët:	Orë normale = 2 pikë (të gjithë numrat të vendosur në radhën e saktë dhe akrepat afërsisht në pozicionin e saktë) Paaftësi ose refuzim për të vizatuar orën (anormale) = 0 pikë
Pikët totale	 pikë	Pikët total = Pikët nga kujtesa e fjalëve + Pikët nga vizatimi i orës Një prag pikësh prej <3 është validuar për depistimin e demencës.

Burimi: Integrated Care for Older People: A manual for primary care physicians (Facilitator's Guide). New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia; 2021. (Përkthim në shqip nga autorët e këtij manuali jo nga OBSH).

KONTROLLI I MPREHTËSISË SË PAMJES (ME TABELEN E THJESHTË TË OBSH)

Në fillim kontrollohet shikimi në distancë. Nëse pacientja e moshuar mban syze testi duhet bërë pa syzet dhe në fillim secili sy më vete dhe pastaj të dy sytë bashkë.

Kontrolli i shikimit larg (në distancë)

Tregojini pacientes të moshuar si bëhet testi me gërmat E duke treguar drejtimin e krahëve të gërmës E. Testoni duke filluar me tabelen me gërmat E të vogla e pastaj kaloni tek tabela me gërmat E të mëdha (*shiko në vijim tabelat me gërmat E*)



1. Testoni me tabelën me katër gërmat E të vogla në distancë 3 metra

Vizus është normal (të paktën 6/18) nëse e moshuara dallon mirë drejtimin e krahëve për të paktën 3 nga 4 gërmat E të vogla. Përndryshe shikimi në distancë është i dëmtuar dhe pacientja duhet referuar për një vizitë tek specialisti i syve.

Dy testet e mëposhtme mund të vlerësojnë më tej vlerat e mprehtësisë së pamjes të rënë.

2. Nëse e moshuara nuk arrin të dallojë drejtimin e krahëve për të paktën 3 nga 4 gërmat E të vogla, atëherë **testoni me tabelën e gërmave E të mëdha në distancë 3 metra**. Nëse gërmat E dallohen, vizusi është 6/60.

3. Nëse e moshuara nuk dallon drejtimin e krahëve për të 3 nga 4 gërmat E të mëdha në distancë 3 metra, atëherë **testoni me tabelën e gërmave E të mëdha në distancë 1.5 metra**. Nëse 3 nga 4 gërmat E dallohen, atëherë vizus është 3/30.

Kontrolli i shikimit afër

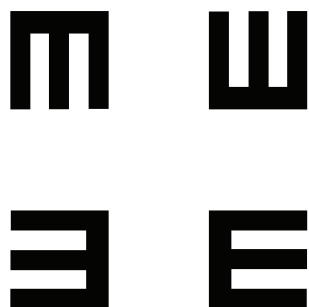
Tregojini pacientit të moshuar si bëhet testi me gërmat E duke treguar drejtimin e krahëve të gërmës E. I moshuari mban kartën për testin e shikimit afër në atë distancë që dëshiron. Testoni duke filluar nga gërma E më e madhe tek më e vogla. Të paktën 3 nga 4 gërmat E në një rresht duhen gjetur saktësisht para se të kalohet në rreshtin tjetër.

Nëse i moshuari arrin të dallojë vetëm gërmën E më të madhe ose nuk dallon të paktën 3 nga 4 gërmat E (edhe pas përdorimit të syzeve për lexim), referojeni për një vizitë tek specialisti i syve.

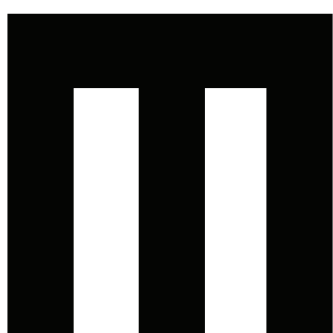
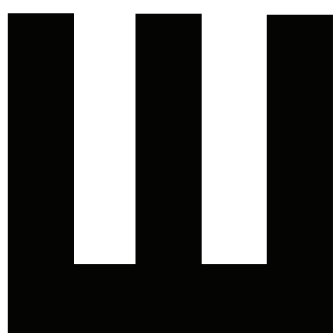
Burimi: Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care. Geneva: World Health Organization; 2019. (Përkthim e përshtatje në shqip nga autorët e këtij manuali jo nga OBSH).

TABELAT ME E PËR DISTANCË DHE AFËR

1. Tabela me E të vogla për shikim në distancë



2. Tabela me E të mëdha për shikim në distancë



3. Tabela me E për shikim nga afër



INVENTARI I HANDIKAPIT TË DËGJIMIT PËR TË MOSHUARIT - VERSION DEPISTUES (HHIE-S)

Udhëzime: Ju lutemi shënoni "po", "jo" ose "ndonjëherë" për secilën nga pyetjet vijuese. Mos anashkaloni asnjë pyetje nëse shmangni një situatë për shkak të problemeve me dëgjimin. Nëse përdorni një aparat dëgjimi, ju lutemi përgjigjuni sipas asaj që dëgjoni pa aparat.

	Pyetje	Po (4 pikë)	Ndonjëherë (2 pikë)	Jo (0 pikë)
E	A ndiheni të sikletosur kur takoni persona për herë të parë për shkak të problemit me dëgjimin?	_____	_____	_____
E	A ju bën problemi me dëgjimin të ndiheni të acaruar kur flisni me familjarët tuaj?	_____	_____	_____
S	A keni vështirësi me dëgjimin kur dikush pëshpërit?	_____	_____	_____
E	A ndiheni handikapë nga problemi me dëgjimin?	_____	_____	_____
S	A ju shkakton dëgjimi vështirësi kur vizitoni miqtë, të afërmit ose fqinjët?	_____	_____	_____
S	A ju shkakton problemi me dëgjimin t'i ndiqni më rrallë se sa do të donit shërbesat fetare?	_____	_____	_____
E	A ju bën problemi me dëgjimin të debatoni/të keni zënka me familjarët tuaj?	_____	_____	_____
S	A ju shkakton problemi me dëgjimin vështirësi kur dëgjoni televizorin ose radion?	_____	_____	_____
E	A mendoni se vështirësitë me dëgjimin tuaj ju kufizojnë apo çenojnë jetën tuaj personale ose sociale?	_____	_____	_____
S	A ju shkakton problemi me dëgjimin vështirësi kur ndodheni në një restorant me të afërmit ose miqtë?	_____	_____	_____
TOTAL = _____ (shuma e pikëve për secilën pyetje)				

E = Emocionale; S = Sociale

Interpretimi i rezulttit:

0-8 pikë sugjeron mungesë handikapi në dëgjim

10-24 pikë sugjeron handikap mesatar në dëgjim

26-40 pikë sugjeron handikap të konsiderueshëm në dëgjim

Nëse rezultati është ≥ 10 pikë, pacienti duhet referuar për vlerësim tek mjeku specialist.

Burimi: Try This. Best Practices in Nursing Care for Older Adults. General Assessment. The Hartford Institute for Geriatric Nursing. https://hign.org/sites/default/files/2020-06/Try_This_General_Assessment_12.pdf parë online më 20.12.2021. Pyetësor i përkthyer në shqip për përdorimin në këtë manual.

PYETËSORI I DEPRESIONIT GERIATRIK VERSION ME 15 PYETJE (GDS-15)

Pyetjet e mëposhtme janë në lidhje me **si jeni ndjerë ju gjatë javës së fundit**.

Nr	Pyetje	Përgjigje	Pikëzim
1	A jeni e kënaqur me jetën tënde?	Po/ Jo	
2	A keni hequr dorë nga shumë aktivitete që të interesonin më parë?	Po /Jo	
3	A ndjeni që jeta juaj është bosh?	Po /Jo	
4	A ndiheni shpesh i/e mërzitur se s'keni me çfarë të merreni?	Po /Jo	
5	A ndiheni me humor të mirë shumicën e kohës ?	Po/ Jo	
6	A keni frikë se diçka e keqe do ju ndodhë?	Po /Jo	
7	A ndiheni i lumtur shumicën e kohës?	Po/ Jo	
8	A ndiheni shpesh i pashpresë?	Po /Jo	
9	A preferoni të rrini në shtëpi në vend që të dilni e bëni diçka të re?	Po /Jo	
10	A ndjeni që keni më tepër probleme me kujtesën sesa të tjerët?	Po /Jo	
11	A mendon që është e mrekullueshme të jesh gjallë?	Po/ Jo	
12	A ndiheni i pavlerë në gjendjen ku jeni tani?	Po /Jo	
13	A ndiheni plot me energji/fuqi?	Po/ Jo	
14	A ndiheni se jeni në një situatë të pashpresë?	Po /Jo	
15	A mendoni se shumica e të tjerëve janë në gjendje më të mirë se ju?	Po /Jo	
TOTAL			

Pyetjet që tregojnë për depresion janë me shkronja të errëta dhe të pjerrta **Po** ose **Jo**. Secila prej tyre pikëzohet me 1 pikë. Nëse pikëzimi Total është mbi 5 pikë atëherë sugjerohet një diagnozë depresioni që duhet vlerësuar më tej.

Burimi: <https://web.stanford.edu/~yesavage/GDS.html> parë online më 20.12.2021. Përkthim e përshtatje në shqip nga autorët e këtij manuali.

PYETËSOR PËR SHËNDETIN E PACIENTIT (PHQ-9)

EMRI _____

DATA _____

Përgjatë 2 javëve të fundit, sa shpesh ju kanë shqetësuar gjendjet e përshkruara më poshtë?
Rretho përgjigjen e përshtatshme.

	Aspak	Disa ditë	Më shumë se gjysmën e ditëve	Pothuajse çdo ditë
1. Pak interes ose kënaqësi për të bërë gjëra	0	1	2	3
2. Ndiresh keq, gjendje depresive (mërzitje) ose pa shpresë	0	1	2	3
3. Vështirësi për të fjetur (të të zërë gjumi ose të qëndrosh në gjumë pasi të zë) ose fle më shumë se zakonisht	0	1	2	3
4. Ndiresh i lodhur ose ke pak fuqi	0	1	2	3
5. Nuk ke oreks ose ha më shumë se më parë	0	1	2	3
6. Të vjen keq për veten ose mendon se je i/e dështuar dhe ke lënë pas dore veten ose familjen	0	1	2	3
7. Vështirësi në përqëndrim për gjërat që bën si psh për të lexuar gazetën ose për të parë televizor	0	1	2	3
8. Lëviz ose flet ngadalë ndryshe nga zakonisht dhe të tjerët e kanë vënë re këtë ose e kundërta, je nervoz, nuk zë rehat dhe vjen vërdallë më shumë se zakonisht	0	1	2	3
9. Ke mendime se do ishte më mirë të ishe i/e vdekur, ose mendon ti bësh keq vetes	0	1	2	3

 + + **TOTALI**

Nëse keni shënuar ndonjë nga problemet e mësipërme, sa vështirësi kanë shkaktuar këto probleme te ju për të punuar, për tu kujdesur për gjërat në shtëpi ose ju kanë larguar nga njerëzit e tjerë.

Aspak vështirësi _____

Disi vështirësi _____

Shumë vështirësi _____

Jashtëzakonisht vështirësi _____

PROBABILITETI 10-VJEÇAR PËR FRAKTURA OSTEOPOROTIKE (%) SIPAS BMI, NUMRIT TË FAKTOREVE TË RREZIKUT (NUMBER OF CRFS) DHE MOSHËS (AGE) NË MESHKUJ TË MOSHUAR NË GREQI

Age = 65 years

Number of CRFs	BMI (kg/m ²)						
	15	20	25	30	35	40	45
0	4.9	4.3	4.0	3.4	2.9	2.5	2.1
1	7.7 (5.6-10)	6.7 (4.8-8.9)	6.1 (4.3-7.9)	5.2 (3.6-6.8)	4.4 (3.1-5.8)	3.8 (2.6-5.0)	3.3 (2.2-4.3)
2	12 (7.6-17)	10 (6.3-15)	9.2 (5.4-14)	7.8 (4.6-12)	6.7 (3.9-11)	5.7 (3.3-9.3)	4.9 (2.8-8.1)
3	18 (12-25)	15 (9.5-23)	14 (7.9-22)	12 (6.6-19)	9.9 (5.6-16)	8.5 (4.7-14)	7.2 (4.0-12)
4	25 (18-35)	22 (15-32)	20 (13-29)	17 (11-26)	14 (9.0-22)	12 (7.5-19)	11 (6.3-17)
5	35 (26-43)	31 (23-39)	28 (21-36)	24 (18-31)	21 (15-27)	18 (13-23)	15 (11-20)
6	46	42	38	33	29	25	21

Age = 70 years

Number of CRFs	BMI (kg/m ²)						
	15	20	25	30	35	40	45
0	6.4	5.6	5.1	4.3	3.6	3.1	2.6
1	10 (7.3-12)	8.5 (6.3-11)	7.5 (5.5-9.7)	6.3 (4.6-8.2)	5.3 (3.9-6.9)	4.5 (3.2-5.9)	3.8 (2.7-5.0)
2	15 (10-22)	13 (8.4-18)	11 (7.2-16)	9.4 (6.0-13)	7.9 (5.0-11)	6.6 (4.1-9.5)	5.5 (3.4-8.0)
3	23 (15-32)	19 (13-28)	17 (11-24)	14 (8.9-21)	12 (7.3-17)	9.7 (6.1-15)	8.1 (5.0-12)
4	32 (23-43)	28 (20-39)	24 (17-34)	20 (14-29)	17 (11-25)	14 (9.4-21)	12 (7.8-17)
5	44 (38-53)	40 (33-49)	35 (29-43)	29 (24-37)	25 (20-31)	20 (16-27)	17 (13-22)
6	55	52	47	41	35	29	24

Age = 75 years

Number of CRFs	BMI (kg/m ²)						
	15	20	25	30	35	40	45
0	8.5	7.4	6.6	5.5	4.6	3.8	3.2
1	14 (9.4-21)	12 (8.3-17)	10 (7.3-13)	8.3 (6.0-11)	6.9 (4.9-8.5)	5.7 (4.0-6.9)	4.7 (3.3-5.8)
2	21 (13-33)	18 (11-28)	15 (9.7-22)	13 (7.9-18)	10 (6.5-15) ¹	8.5 (5.3-12)	7.0 (4.3-10)
3	31 (18-46)	28 (17-40)	23 (15-33)	19 (12-28)	6 (9.8-23)	13 (7.9-19)	11 (6.4-15)
4	43 (27-56)	39 (25-52)	34 (22-47)	29 (18-40)	24 (15-34)	19 (12-28)	16 (9.7-23)
5	55 (40-64)	52 (38-61)	47 (35-57)	41 (29-50)	34 (25-43)	28 (20-36)	23 (17-30)
6	66	64	61	54	47	40	34

Age = 80 years

Number of CRFs	BMI (kg/m ²)						
	15	20	25	30	35	40	45
0	10	9.1	8.0	6.6	5.4	4.4	3.7
1	16 (11-26)	14 (10-21)	12 (8.9-17)	10 (7.2-14)	8.2 (5.8-11)	6.7 (4.7-8.9)	5.4 (3.8-7.2)
2	24 (16-37)	22 (14-32)	19 (12-26)	15 (9.7-22)	12 (7.8-17)	10 (6.3-14)	8.1 (5.1-11)
3	34 (22-48)	31 (20-44)	27 (18-38)	23 (14-32)	19 (11-26)	15 (9.2-21)	12 (7.4-17)
4	46 (30-58)	42 (28-54)	39 (26-50)	32 (22-43)	27 (17-37)	22 (14-31)	18 (11-25)
5	57 (42-65)	54 (40-63)	51 (37-60)	44 (31-53)	37 (26-46)	31 (21-39)	26 (17-33)
6	67	65	63	56	49	43	36

Age = 85 years

Number of CRFs	BMI (kg/m ²)						
	15	20	25	30	35	40	45
0	11	9.3	8.2	6.7	5.4	4.4	3.6
1	17 (12-27)	15 (10-23)	13 (9.1-19)	10 (7.3-15)	8.3 (5.9-12)	6.7 (4.7-9.4)	5.4 (3.8-7.5)
2	26 (17-40)	23 (15-35)	20 (13-28)	16 (10-23)	13 (8.0-19)	10 (6.4-15)	8.3 (5.1-12)
3	37 (24-51)	33 (21-46)	29 (18-40)	24 (15-33)	19 (12-28)	16 (9.3-22)	13 (7.4-18)
4	49 (33-61)	45 (30-56)	40 (27-52)	34 (22-45)	28 (18-38)	23 (15-32)	19 (12-26)
5	59 (45-67)	57 (42-65)	53 (38-62)	46 (32-55)	39 (27-48)	33 (22-41)	27 (18-35)
6	68	67	65	58	52	45	38

Age = 90 years

Number of CRFs	BMI (kg/m ²)						
	15	20	25	30	35	40	45
0	8.5	7.3	6.5	5.2	4.2	3.4	2.7
1	14 (9.6-23)	12 (8.2-19)	10 (7.2-15)	8.2 (5.7-12)	6.5 (4.5-9.6)	5.2 (3.6-7.6)	4.2 (2.9-6.0)
2	22 (14-34)	19 (12-29)	16 (9.9-24)	13 (7.9-19)	10 (6.2-15)	8.1 (5.0-12)	6.4 (3.9-9.6)
3	31 (19-45)	28 (17-40)	24 (15-34)	19 (12-28)	16 (9.1-23)	12 (7.2-18)	9.9 (5.7-15)
4	43 (27-55)	39 (24-50)	34 (22-45)	28 (18-38)	23 (14-32)	19 (11-26)	15 (9.0-21)
5	54 (39-62)	51 (35-60)	46 (32-56)	40 (26-48)	33 (21-41)	27 (17-35)	22 (14-29)
6	63	62	59	52	45	38	32

Burimi: <https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/index.aspx> (parë online më 19.01.2022).

PROBABILITETI 10-VJEÇAR PËR FRAKTURA OSTEOPOROTIKE (%) SIPAS BMI, NUMRIT TË FAKTOREVE TË RREZIKUT (NUMBER OF CRFS) DHE MOSHËS (AGE) NË FEMRA TË MOSHUARA NË GREQI

Age = 65 years

Number of CRFs	BMI (kg/m ²)						
	15	20	25	30	35	40	45
0	9.3	7.6	6.6	5.7	4.9	4.3	3.7
1	15 (11-19)	12 (8.8-15)	10 (7.4-13)	8.8 (6.3-11)	7.6 (5.4-9.8)	6.6 (4.6-8.4)	5.7 (4.0-7.3)
2	23 (15-32)	18 (11-26)	15 (9.3-23)	13 (7.9-20)	12 (6.8-18)	9.9 (5.8-16)	8.6 (4.9-14)
3	34 (23-46)	27 (17-40)	23 (13-36)	20 (11-32)	17 (9.6-28)	15 (8.2-24)	13 (7.0-21)
4	47 (33-61)	39 (27-52)	33 (22-47)	28 (19-41)	25 (16-37)	21 (14-32)	19 (12-29)
5	63 (51-71)	53 (42-62)	45 (36-55)	40 (31-49)	35 (27-44)	31 (23-39)	27 (20-34)
6	77	68	60	54	48	42	37

Age = 70 years

Number of CRFs	BMI (kg/m ²)						
	15	20	25	30	35	40	45
0	13	11	9.2	7.9	6.7	5.8	5.0
1	21 (16-25)	16 (12-20)	14 (10-17)	12 (8.7-15)	10 (7.4-13)	8.5 (6.3-11)	7.3 (5.4-9.4)
2	31 (21-41)	25 (16-33)	20 (13-27)	17 (11-24)	15 (9.4-20)	13 (8.0-17)	11 (6.8-15)
3	45 (32-58)	36 (25-49)	29 (19-42)	25 (16-36)	21 (14-32)	18 (12-27)	16 (9.7-23)
4	60 (48-72)	50 (39-64)	42 (31-56)	36 (27-49)	31 (22-43)	26 (19-37)	23 (16-32)
5	74 (68-80)	66 (59-75)	57 (49-66)	50 (43-59)	43 (36-52)	37 (31-46)	32 (26-40)
6	83	79	72	65	58	51	45

Age = 75 years

Number of CRFs	BMI (kg/m ²)						
	15	20	25	30	35	40	45
0	18	15	13	11	9.1	7.7	6.6
1	28 (21-39)	23 (17-30)	19 (14-23)	16 (12-19)	13 (10-16)	11 (8.4-14)	9.6 (7.1-12)
2	41 (28-57)	34 (23-47)	28 (18-37)	24 (15-32)	20 (13-27)	17 (11-22)	14 (9.1-19)
3	56 (40-71)	49 (33-63)	41 (27-55)	35 (23-48)	29 (19-41)	25 (16-35)	21 (13-30)
4	68 (53-79)	63 (48-76)	56 (41-70)	49 (35-63)	42 (29-56)	36 (25-49)	30 (21-42)
5	78 (68-83)	75 (64-82)	71 (59-79)	64 (52-73)	57 (46-66)	50 (40-59)	43 (34-52)
6	84	83	82	77	72	65	58

Age = 80 years

Number of CRFs	BMI (kg/m ²)						
	15	20	25	30	35	40	45
0	21	18	16	13	11	9.4	8.0
1	32 (24-45)	27 (21-38)	23 (18-30)	20 (15-25)	16 (12-21)	14 (10-17)	12 (8.5-14) ¹
2	44 (32-60)	39 (27-53)	34 (23-45)	28 (19-38)	24 (16-32)	20 (13-26)	7 (11-22)
3	57 (42-70)	52 (38-66)	46 (33-59)	40 (28-52)	34 (23-45)	29 (19-38)	24 (16-33)
4	67 (53-77)	65 (51-75)	60 (47-72)	53 (40-66)	47 (34-59)	40 (29-52)	34 (24-45)
5	76 (65-81)	74 (63-81)	72 (61-79)	66 (54-74)	60 (48-68)	53 (41-62)	46 (35-55)
6	81	81	81	76	71	65	59

Age = 85 years

Number of CRFs	BMI (kg/m ²)						
	15	20	25	30	35	40	45
0	21	18	16	13	11	9.4	7.9
1	31 (23-44)	27 (20-38)	24 (18-31)	20 (15-26)	16 (12-21)	14 (10-17)	11 (8.2-14)
2	43 (31-59)	38 (27-52)	34 (23-44)	29 (19-38)	24 (16-32)	20 (13-26)	16 (11-22)
3	55 (40-69)	51 (37-65)	46 (33-59)	40 (28-52)	34 (23-44)	28 (19-38)	24 (16-32)
4	66 (52-76)	63 (49-73)	59 (46-71)	52 (39-64)	46 (33-58)	39 (27-51)	33 (23-44)
5	74 (64-79)	73 (61-79)	71 (59-78)	65 (52-73)	58 (46-67)	52 (39-61)	45 (33-54)
6	77	79	79	75	70	64	57

Age = 90 years

Number of CRFs	BMI (kg/m ²)						
	15	20	25	30	35	40	45
0	15	13	13	10	8.6	7.1	5.9
1	23 (17-35)	20 (15-30)	18 (13-25)	15 (11-20)	13 (9.0-17)	10 (7.3-13)	8.5 (6.0-11)
2	33 (23-48)	30 (20-42)	27 (18-36)	22 (15-30)	18 (12-25)	15 (9.6-21)	12 (7.8-17)
3	45 (31-59)	41 (28-55)	37 (25-49)	31 (21-43)	26 (17-36)	22 (14-30)	18 (11-25)
4	57 (41-68)	53 (38-64)	49 (36-61)	43 (30-54)	36 (25-48)	31 (20-41)	25 (17-34)
5	66 (54-72)	64 (51-72)	61 (48-70)	55 (42-64)	48 (36-57)	41 (30-50)	35 (25-44)
6	71	72	72	66	60	54	47

Burimi: <https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/index.aspx> (parë online më 19.01.2022).

BATERI TESTESH TË PERFORMANCËS FIZIKE (SPPB)

Përshkruani çdo test dhe pyesni pacientin nëse ndihet i aftë ta kryejë. Nëse jo, vendosni pikëzimin përkatës dhe vazhdoni me hapin pasardhës.

- Testet e drejtqëndrimit:** Kërkojini pacientit të qëndrojë për 10 sekonda me këmbët në secilin nga 3 pozicionet: qëndrim me këmbët përkrah njëra-tjetrës; qëndrim me këmbët pjesërisht njëra pas tjetrës; qëndrim me këmbët njëra pas tjetrës. Pikët e testit të drejtqëndrimit janë shuma e pikëve të secilit nga tre pozicionet.
- Testi i shpejtësisë së ecjes:** Masni kohën që i nevojitet pacientit/es për të ecur 4 metra. (Nëse pacienti/ja përdor bastun ose mjet ndihmës për ecje dhe mendon se i nevojitet për të ecur distanca të shkurtra, mund ta përdorë)
- Testi i ngritjes nga karrigia:** Masni kohën e ngritjes nga karrigia 5 herë.

Pikëzimi i përgjithshëm i SPPB-së: Shuma e pikëve të secilit prej tre testeve.

Testi i drejtqëndrimit	Koha për ecjen 4 metra		Testi i ngritjes nga karrigia
 A. Qëndrimi me këmbë përkrah njëra-tjetrës Mbahet për 10s: 1 pikë Nuk mbahet për 10s: 0 pikë Nuk u tentua testi: 0 pikë <i>Nëse nuk u tentua testi nga pacienti/ja, mos vazhdoni me testet e tjera të drejtqëndrimit.</i>	>8.70s:	1 pikë	Pamundësi për ta përfunduar/
	6.21 - 8.70s:	2 pikë	>60s: 0 pikë
	4.82 - 6.20s:	3 pikë	16.7-59.9s: 1 pikë
	<4.82s:	4 pikë	13.7-16.69s: 2 pikë
			11.2-13.69s: 3 pikë
			<11.19s: 4 pikë
 B. Qëndrimi me këmbë pjesërisht njëra pas tjetrës Mbahet për 10s: 1 pikë Nuk mbahet për 10s: 0 pikë Nuk u tentua testi: 0 pikë <i>Nëse nuk u tentua testi nga pacienti/ja, mos vazhdoni me testin tjetër të drejtqëndrimit.</i>			
 C. Qëndrimi me këmbët njëra pas tjetrës Mbahet për 10s: 2 pikë Mbahet për 3 - 9.99s: 1 pikë Mbahet për < 3 s: 0 pikë Nuk u tentua testi: 0 pikë			

Burimi: Integrated Care for Older People: A manual for primary care physicians (Facilitator's Guide). New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia; 2021. (Përkthim e përshtatje në shqip nga autorët e këtij manuali jo nga OBSH).

DITARI I URINIMIT

Emri _____ Data _____

Ora	Lëngje të pira (lloji e sasia)	Urinim (sasia)	Ishte rrjedhje pa dashje/ju shpëtoi urina? (po/jo)	Sasia e rrjedhjes	Koha e zgjimit/ rënies në gjumë ose Çfarë po bënit në atë kohë?

Ky ditar na ndihmon të gjejmë arsyen pse keni vështirësi me kontrollin e urinimit.

Mbajeni këtë ditar rregullisht për 3 ditë. Filloni shënimet në ditar në momentin e parë kur shkoni në tualet pas zgjimit në mëngjes dhe shënoni orën e zgjimit dhe orën kur shtrihen për gjumë në darkë (në kolonën e fundit të ditarit). Sa herë që urinoni ose ju shpëton urina gjatë ditës shënoni në ditar këto 4 gjëra:

1. Ora (psh 10.35)
2. Sasia e urinës (me përafërsi ose duke përdorur një gotë matëse)
3. Nëse ishte rrjedhje e pavullnetshme urine (ju shpëtoi urina)
4. Nëse po bënit diçka të veçantë në atë kohë (psh sapo kishit pirë një kafe, u kollitët, po shkonit në tualet për të urinuar ose sapo kishit marrë një ilaç)

Burimi: Clemens J Q. Urinary incontinence in men. In: O'Leary M.P. (Ed). Uptodate.2021

LISTA E BARNAVE TË MIA

Emri: _____ Mjeku i familjes: _____

Alergji: PO/ JO

Farmacia e zakonshme: _____ Data: ____/____/____

Emri i barit	Orari dhe doza e barit					Për çfarë përdoret?
	Pas zgjimit	Mëngjes	Drekë	Darkë	Para gjumit	

Barnat bimore, suplementet, vitaminat mund të ndërveprojnë me disa nga barnat që jeni duke përdorur, prandaj është e rëndësishme që ta bëni me dije mjekun tuaj nëse jeni duke përdorur.

Barnat bimore, suplementet, vitaminat			
Emri(at)	Sa marr në ditë	Kur e marr	Përse e marr

Burimi: https://aucklandregion.communityhealthpathways.org/35313_1.htm.



SHTOJCA 2

Materiale edukuese për pacientë dhe familjarë

OSTEOPOROZA

Çfarë është osteoporozë?

Osteoporozë është një sëmundje që i bën kockat të dobëta.

Njerëzit me osteoporozë mund t'i thyjnë kockat mjaft lehtë, psh mund të thyjnë një kockë kur rrëzohen në shtëpi.

Thyerja e një kocke mund të jetë mjaft serioze, veçanërisht nëse thyhet kocka e kofshës. Njerëzit që thyjnë këtë kockë mund të humbasin aftësinë për të ecur vetë. Shumë prej tyre humbasin pavarësinë dhe kanë nevojë për përkujdesje.

Si të kuptoj që kam osteoporozë?

Osteoporozë nuk shkakton ndonjë shqetësim deri në momentin që thyhet ndonjë kockë. Personat me osteoporozë pësojnë thyerje të kockës kur rrëzohen nga pozicioni në këmbë, nga krevati, nga pozicioni ulur, por edhe pa u rrëzuar mund të pësojnë shtypje të rruazave të shtyllës kurrizore. Ata që pësojnë një herë thyerje të tillë kanë rrezik më të lartë të pësojnë një thyerje tjetër.

Femrat dhe gratë mbi 65 vjeçe kanë rrezik më të lartë për osteoporozë.

Gratë mbi 65 vjeçe duhet të komunikojnë me mjekun e familjes për nevojën e vlerësimit të kockës për osteoporozë nëpërmjet densitometrisë.

Mjeku mund të rekomandojë disa herë densitometrinë edhe për meshkujt, madje edhe për persona më të rinj se moshë 65 vjeç, sepse ka edhe sëmundje dhe ilaçe që shkaktojnë osteoporozë.

Densitometria është një ekzaminim që bëhet me pak rrezatim dhe vlerëson densitetin e kockës. Prandaj, kur mjeku yt të rekomandon të testohesh për osteoporozë nëpërmjet densitometrisë, është mirë t'a bëni.

Çfarë të bëj për t'i ruajtur kockat e shëndetshme?

Konsumo ushqime që kanë shumë kalçium si qumështi, kosi, djathi, perimet me gjethe të errëta.

Konsumo ushqime me shumë vitamin D, p.sh peshku.

Konsultohu me mjekun tënd mbi sasinë shtesë të kalçiumit dhe vitaminës D që të nevojitet, nëse nuk merr mjaftueshëm nga ushqimet që konsumon.

Bëj aktivitet fizik, të paktën 30 minuta, shumicën e ditëve të javës.

Mos pi duhan.

Kufizo sasinë e alkoolit që merr në jo më shumë se 1-2 njësi në ditë. Një njësi alkool është një gotë birre 285 ml ose raki 30 ml ose një gotë e mesme vere 60 ml.

Çfarë masash të marr që të parandaloj frakturat duke ulur mundësinë për t'u rrëzuar?

- Sigurohu që gjithë rrugicat dhe tapetet në shtëpinë tënde nuk përthyhen në anën e sipërme të tyre.
- Mos lër kordona elektrike mbi dysHEME, hapësirat ku ecën.
- Sigurohu që ke ndriçim të mirë në banesën tënde.
- Kur dysHEMEJA është e lagur, mos ec mbi të.
- Mbaj këpucë, pantofla të rehatshme me material të mirë gome që nuk rrëshqet.
- Shko tek mjeku të vlerësosh shikimin.
- Pyet mjekun nëse ilaçet që merr mund të rrisin rrezikun për rrëzime.

A mund të trajtohet osteoporoza?

Po. Ka barna që trajtojnë osteoporozen dhe ulin rrezikun që të thyhen kockat.

Si mund të sigurohem që mjekimi është efikas?

Mjeku mund të rekomandojë densitometrinë e kockës për të vlerësuar efikasitetin e mjekimit.

Burimi i informacionit: Uptodate "Patient education, Osteoporosis (the basics)"; (parë në Nëntor 2021)

RREZIKU PËR RRËZIME

A kam rrezik për t'u rrëzuar?

Rreziku i rrëzimit rritet ndërsa ne plakemi. Kjo ndodh sepse kur ne plakemi e kemi më të vështirë të ecim siç duhet dhe të ruajmë ekuilibrin. Rrëzimet kanë pasoja më të rënda tek të moshuarit.

Mesatarisht 4 nga 10 të moshuar të moshës mbi 65 vjeç, rrëzohen çdo vit. 75% e pacientëve që rrëzohen pësojnë thyerje të pjesës së sipërme të kockës së kofshës dhe nuk arrijnë të rekuperohen në gjendjen para thyerjes së kockës.

Nëse je rrëzuar më parë, ke një rrezik të lartë për t'u rrëzuar sërish.

Shkaqet që rrisin rrezikun e rrëzimit:

- Problemet shëndetësore të tilla si: problemet me sytë, dëgjimin, forcën muskulare apo ekuilibrin.
- Disa ilaçe si ato që përdoren për gjumin, ankthin, tensionin e lartë të gjakut apo depresionin.
- Rritja e numrit të ilaçeve apo edhe ndryshimi i dozave mund të rrisë rrezikun e rrëzimit.
- Një ambient i pasigurtë, si psh dhomë me rrugica, tapete apo mobilje jo të përdorshme lehtë, apo një ambjent që nuk e njeh mirë.

Si mund të të ndihmojë mjeku apo infermierja e familjes të shmangësh rrëzimin?

Ji i hapur dhe i singertë me mjekun tënd ose me infermierën tënde të familjes duke i treguar:

- sa herë je rrëzuar apo gati sa nuk je rrëzuar;
- të gjitha ilaçet që merr, përfshirë dhe ato bimore, çajrat apo barnat e marra direkt nga farmacia. Merri me vete të gjitha ilaçet që përdor kur konsulton mjekun tënd apo infermierën tënde të familjes;

Mjeku apo infermierja e familjes ka nevojë për informacionin e duhur që të të vlerësojë dhe të të këshillojë mbi shkaktarët e rrëzimit me qëllim që të të ndihmojë për të parandaluar rrëzimet e tjera. Psh nëse është një ilaç shkak i marrjes së mendve apo i uljes më shumë se sa duhet i tensionit të gjakut që të rrezikon të rrëzohesh, mjeku mund të të ndërrojë ilaçin.

Çfarë mund të bëj për të parandaluar rrëzimin?

- Siguro një ambjent shtëpie më të sigurtë:
- Hiqi të gjitha gjërat që mund të të pengojnë apo që të bëjnë që të rrëshqasësh. Këto mund të jenë mobilje, kordon nëpër këmbë, tapetë apo rrugica që lëvizin.
- Shtëpia të jetë e ndriçuar mirë, që të shikosh qartë në çdo moment të ditës.
- Mos i vendos gjërat në vende që janë lart për ty, për të shmangur nevojën për t'u zgjatur apo për të hipur diku që t'i marrësh.
- Vish këpucë që nuk rrëshqasin dhe që ndjehesh rehat. Mos vish këpucë me taka, apo me lidhëse që zgjidhen kollaj. Edhe të ecurit nëpër shtëpi zbathur apo veç me çorape mund të rrisë rrezikun e rrëzimit.

- Merr vitaminë D përveç ushqimeve. Mjeku mund të të këshillojë nëse ke nevojë për vitaminë D dhe në çfarë sasive. Vitamina D mund të ulë rrezikun e rrëzimit tek të moshuarit, sepse forcon muskujt dhe kockat.
- Ji aktiv. Bëj rregullisht ushtrime që ndihmojnë forcën dhe ekuilibrin tënd, sepse bëhesh më i fortë, ul rrezikun e rrëzimeve, dhe edhe nëse rrëzohesh, parandalon dëmtimet e rënda. Ushtrime të sigurta për të moshuarit janë: ecja, noti dhe Tai Chi (arti marcial kinez, që ka lëvizje të avashta dhe të kujdesshme).

Nëse mjeku apo infermieri yt i familjes të rekomandon përdorimin e shkopit, parmakut apo mjeteve të tjera ndihmëse, sigurohu të marrësh mjetin në përmasat e duhura dhe që di t'a përdorësh.

Pajisje të tjera që ndihmojnë të mos rrëzohesh në ambjentet e shtëpisë janë: doreza të posaçme për t'u mbajtur kur çoheni nga tualeti, apo në mure për t'u mbajtur kur lëviz, shkallë, karrige të posaçme për t'u larë, tapet banjoje që nuk rrëshqet.

Nëse ke frikë se mund të rrëzohesh dhe do të kesh nevojë për ndihmë, mbaj me vete butona alarmi për t'i shtypur nëse rrëzohesh dhe nuk çohesh dot në këmbë.

Çfarë duhet të bëj pas një rrëzimi?

Pas një rrëzimi edhe nëse nuk je dëmtuar duhet të konsultosh mjekun, infermierin tënd të familjes.

Mjeku, infermieri i familjes do të identifikojë shkakun e rrëzimit dhe sa rrezik keni për t'u rrëzuar sërish.

Ai do të vlerësojë shëndetin tuaj, problemet shëndetësore, ilaçet, ambjentin ku jetoni dhe aktivitetet tuaja dhe do t'ju rekomandojë çfarë duhet të bëni që të shmangni rrëzimin.

Burimi i informacionit: Uptodate, Patient education, preventing falls in older adults (the basics), (parë në Nëntor 2021)

DEMENCA

Çfarë është demenca?

Demenca është termi që përdoret për një grup çrregullimesh të trurit që shkaktojnë probleme me kujtesën dhe e bëjnë të vështirë të menduarit qartë.

Çfarë shenjash ka demenca?

Demenca shpesh fillon me shenja shumë të lehta të cilat rëndohen me kalimin e kohës. Shenjat mund të përfshijnë:

- Harresë
- Hutim dhe çorientim
- Probleme me të folurit dhe të shkruarit, për shembull, të paaftë për të gjetur fjalët e duhura për gjërat
- Vështirësi me përqëndrimin dhe arsyetimin
- Probleme me detyra të tilla si, pagesa e faturave ose llogaritje shpenzimesh
- Humbje në vende të njohura

Kur demenca përkeqësohet, njerëzit mund të:

- Kenë episode zemërimi ose agresioni
- Shikojnë gjëra që nuk janë atje ose besojnë gjëra që nuk janë të vërteta
- Nuk janë në gjendje të hanë, të lahen, të vishen ose të bëjnë detyra të tjera të përditshme
- Humbin kontrollin e fshikëzës urinare dhe të dalurit jashtë

Kush janë llojet më të zakonshme të demencës:

- Sëmundja Alzheimer është shkaku më i zakonshëm i demencës. Kjo sëmundje bën që qelizat e trurit të vdesin ngadalë me kalimin e kohës.
- Demenca vaskulare që ndodh kur pjesët e trurit nuk marrin mjaftueshëm gjak. Kjo formë e demencës është më e zakonshme tek njerëzit që kanë pasur goditje në tru ose që janë në rrezik për goditje në tru.
- Demenca e Sëmundjes së Parkinsonit. Sëmundja e Parkinsonit është një çrregullim i trurit që ndikon në lëvizje. Ajo shkakton dridhje, ngurtësi dhe ngadalësi. Ndërsa sëmundja e Parkinsonit përkeqësohet, disa njerëz zhvillojnë demenca.

Kush mund të jenë shkaqe të tjera të demencës?

Demenca mund të ndodhë edhe nëse truri i një personi është dëmtuar. Për shembull, të kesh shumë lëndime në kokë mund të çojë në demencë.

A duhet të konsultohem me mjekun apo infermieren time të familjes?

Po, ti duhet të konsultosh mjekun ose infermieren tënd të familjes nëse mendon se ti ose dikush pranë teje po shfaq shenja të demencës.

Përveç demencës, ndonjëherë humbja e kujtesës dhe konfuzioni shkaktohen nga probleme mjekësore të tjera që mund të trajtohen. Për shembull, njerëzit me diabet ndonjëherë shfaqin shenja konfuzioni kur sheqeri i tyre në gjak nuk kontrollohet mirë.

Mjeku yt i familjes do të vendosë se cilat analiza duhet të bësh sipas situatës tënde individuale. Mjeku yt i familjes do të vendosë në varësi të llojit të demencës për ilaçet që mund të të ndihmojnë përfshirë dhe trajtimin e shenjave shqetësuese që vijnë me demencën, si depresioni ose ankthi.

Në rast nevojë, mjeku yt i familjes do të të referojë tek neurologu apo ndonjë specialist tjetër.

Mjeku dhe infermieri yt i familjes do të bëjnë informimin dhe këshillimin tënd dhe të familjarëve të tu për krijimin e një ambjenti të sigurtë në shtëpi dhe lidhur me ndërprerjen e aktiviteteve që janë jetë-kërcënuese për pacientin me demencë, si për shembull ngarja e makinës, të gatuarit ose aktivitete të tjera që mund të përbëjnë rrezik.

Kush ndihmon në mbajtjen e trurit të shëndetshëm:

- Aktiviteti fizik
- Një dietë e shëndetshme
- Ndërveprimi social

Burimi i informacionit: Uptodate, MD Eric B Larson, MD, MPH, Evaluation of cognitive impairment and dementia (including Alzheimer disease), Patient education (parë në Nëntor 2021)

DEPRESIONI

Çfarë është depresioni?

Depresioni është një çrregullim që të bën të ndjehesh i trishtuar, por ndryshe nga trishtimi normal, të vështirëson punën, studimin ose kryerjen e detyrave të përditshme.

Çfarë shenjash ka depresioni?

Njerëzit në depresion ndihen të dëshpëruar në shumicën e kohës për të paktën 2 javë rresht. Ata gjithashtu kanë të paktën 1 nga këto 2 simptoma:

1. Ata nuk kanë më qejf apo nuk kujdesen për të bërë gjërat që dikur pëlqenin të bënin.
2. Ndihen të mërëzitur, të dëshpëruar, të pashpresë ose të çuditshëm shumicën e ditës, pothuajse çdo ditë.
 - Individët me depresion mund të:
 - humbasin ose shtojnë në peshë
 - flasin shumë ose shumë pak
 - ndihen të lodhur ose sikur nuk kanë energji
 - ndihen fajtor ose sikur nuk vlejnë
 - harrojnë gjërat ose ndjehen konfuz
 - lëvizin dhe flasin më ngadalë se zakonisht
 - veprimet i bëjnë të shqetësuar ose kanë vështirësi të qëndrojnë palëvizur
 - mendojnë për vdekjen ose vetëvrasjen

A duhet të konsultohem me mjekun apo infermieren time të familjes nëse mendoj se jam në depresion?

Po, tako mjekun ose infermieren tende të familjes. Vetëm dikush i trajnuar për shëndetin mendor mund të të tregojë me siguri nëse je në depresion.

Mjeku yt i familjes do të të informojë se Depresioni mjekohet dhe do të vendosë në varësi të situatës tënde për trajtimin, përfshirë edhe referimin tek specialisti.

Mjeku ose infermierja jote e familjes do të të informojë dhe këshillojë për ilaçet që do të marrësh, për sa kohë do t'i marrësh, kur do të fillojë efekti i tyre dhe efektet e mundshme të padëshirueshme.

Nëse ndihem sikur mund të lëndoj veten ose dikë tjetër, çfarë duhet të bëj?

Në këtë rast bëj një nga këto gjëra:

- Telefono mjekun ose infermieren tuaj të familjes dhe thuaji se është urgjente
- Thirr ambulancën duke telefonuar 112
- Shko në urgjencë në spitalin më afër teje

Burimi i informacionit: Uptodate, Randall T Espinoza, MD, MPH, Jürgen Unützer, MD, MPH, "Depression, patient education (the basics)" (parë në Nëntor 2021)

INKONTINENCA URINARE

Çfarë është inkontinenca urinare?

Është ndjesia kur të shpëton urina sepse nuk e mban dot, pra nuk ke kontroll të aktit të urinimit.

Edhe pse është një problem i shpeshtë tek të moshuarit, nuk është pasojë e moshimit. Nëse ke këtë problem, duhet të dish që ka trajtime që të ndihmojnë, si dhe ka disa gjëra që mund t'i bësh vetë që të ndalosh apo përmirësosh këtë problem.

Cilat janë shenjat e inkontinencës?

Inkontinenca e *stresit* është kur të shpëton urina kur qesh, kollitesh, teshtin, sforcohesh, pra kur bën diçka që shtrëngon muskujt e barkut. Kjo është më e shpeshtë te femrat, sidomos tek ato që kanë lindur fëmijë.

Inkontinenca e *urgjencës* është kur ti ndien në mënyrë të papritur një urgjencë, nevojë për të shkuar menjëherë në tualet. Nevoja për të urinuar është kaq e fortë, sa nuk arrin në kohë në tualet.

"Fshikëza urinare tepër aktive" shfaqet me një ndjenjë të papritur dhe të shpeshtë urinimi, por ata që kanë këtë problem mund ose jo t'u shpëtojnë urina.

Inkontinenca e *përzier* ka karakteristikat edhe të inkontinencës së stresit dhe asaj të urgjencës.

Si mund të më ndihmojë mjeku apo infermierja e familjes për inkontinencën urinare?

Mjeku i familjes do të gjejë shkakun e inkontinencës dhe do të të rekomandojë çfarë të bësh për këtë problem.

Mjeku identifikon nëse është ndonjë nga ilaçet që merr shkaktari i inkontinencës, prandaj merr me vete të gjitha ilaçet që merr kur konsulton mjekun tënd të familjes. Kështu, nëse ke problem me inkontinencën për shkak të shkarkuesit që pi, kërkoji mjekut tënd të familjes të ulë dozën e shkarkuesit ose ta zëvendësojë me një ilaç tjetër.

Mjeku ose infermierja jote e familjes të informon nëse përfiton prej teknikave ndihmëse për të kontrolluar fshikëzën urinare dhe të mëson si t'i bësh në mënyrën e duhur;

Mjeku ose infermierja jote e familjes të këshillon çfarë mund të bësh ti vetë për këtë problem. Disa vendosin peceta thithëse kur kanë inkontinencë urinare. Këto janë ndihmëse kur urinoni aksidentalisht, por mund të irritojnë lëkurën, nëse i përdor tepër. Mjeku apo infermierja jote e familjes të këshillon si të parandalosh irritimin e lëkurës dhe si mund të menaxhosh ndryshe këtë problem.

Mjeku të rekomandon trajtimin në varësi të llojit të inkontinencës.

Kur mjeku të rekomandon ilaçe për të kontrolluar inkontinencën urinare, para se të vendosësh të marrësh këto ilaçe, mjeku do të të informojë për efektet e mundshme anësore siç mund të jenë: goja e thatë, kapsllëku, shikim jo i qartë, vështirësi për të kujtuar gjërat etj. Disa herë duhet të provohen disa ilaçe, për të gjetur atë që të ndihmon.

Për femrat që kanë edhe probleme me tharjen e vaginës pas menopauzës, mjeku rekomandon trajtimin i cili mund të ndihmojë edhe problemin e inkontinencës urinare.

Mjeku i familjes të informon që duhet më tepër se një muaj për të provuar nëse trajtimet janë efektive, ndaj është e rëndësishme të mos shkurajohesh dhe të ndjekësh këshillat e mjekut apo infermieres së familjes.

Në rastet kur situata jote nuk përmirësohet, mjeku i familjes të rekomandon një konsultë me urologun.

Çfarë mund të bëj unë vetë për këtë problem?

- Ul sasinë e lëngjeve që merr disa orë para se të shkosh në shtrat.
- Mos konsumo ushqime apo pije që përkeqësojnë problemin tënd. Alkooli, kafeina, ushqimet pikante, ato acide mund të irritojnë fshikëzën urinare.
- Nëse je mbipeshë përpiku të biesh nga pesha dhe nëse e ke të vështirë, kërko ndihmë nga mjeku apo infermieri yt i familjes.
- Nëse ke diabet, mbaje nën kontroll.
- Nëse merr shkarkues, duhet të planifikosh që më parë nëse do të kesh mundësi të jesh afër një tualeti disa orë pasi ke marrë shkarkuesin. Nëse ke problem me inkontinencën për shkak të shkarkuesit, komuniko me mjekun tënd të familjes për të ulur dozën e shkarkuesit ose për t'a zëvendësuar me një ilaç tjetër.
- Parandalo kapsllëkun, pasi mund t'a përkeqësojë inkontinencën e urgjencës.
- Kur ke ndjenjën e urgjencës për të urinuar, qëndro pa lëvizur ose ulu. Merr frymë thellë dhe shtrëngo fort muskujt pelvik, femrat muskujt e vaginës, derisa të të ikë ndjenja e urgjencës dhe më pas ec ngadalë për në tualet.

Cilat janë trajtimet për inkontinencën?

Zgjedhjet e trajtimit janë në varësi të llojit të inkontinencës dhe mjeku mund të rekomandojë:

- Ilaçe për të relaksuar fshikëzën urinare.
- Kirurgji për të forcuar mbështetjen e dyshemesë së legenit ose për të përmirësuar fluksin e urinës
- Stimulimin e nervave që relaksojnë fshikëzën urinare, etj.

Cilat janë teknikat ndihmëse për të kontrolluar fshikëzën urinare?

Trajnimi i fshikëzës urinare:

Ti duhet të shkosh në tualet me orare fikse. Për shembull, ti vendos të shkosh në tualet çdo 1 orë. Në këtë rast edhe pse nuk ndjen nevojën për të shkuar në tualet ti do të shkosh kur të plotësohet një orëshi, dhe kur ndien që duhet të shkoni para një orëshit, duhet të përpiqesh t'a mbash urinën deri sa të bëhet 1 orë. Kur ti arrin këtë kontroll, pra arrin të presësh deri në

një orë të shkosh në tualet, do të rrisësh intervalin e kohës gradualisht. Me kohë ti mund të trajnosh fshikëzën urinare të presë deri në 3-4 orë për të shkuar në tualet.

Ushtrimet e dyshemese së legenit ose ndryshe ushtrimet Kegel:

Janë ushtrime të muskujve të baqinit të cilat fuqizojnë muskujt që mbajnë fshikëzën urinare, rektumin dhe tek femrat edhe mitrën.

Këto ushtrime ndihmojnë në kontrollin e urinës, gazrave apo edhe të jashtëqitjes. Po ashtu ndihmojnë edhe gratë që kanë zbritje poshtë të mitrës apo fshikëzës urinare, rektumit në vaginë.

Me këto ushtrime ti mëson të forcosh muskujt njësoj sikur përpiqesh të mbash gazrat.

Femra mëson të shtrëngoje vaginën.

Meshkujt mësohen të shtrëngojnë muskujt që kontrollojnë fluksin e urinës.

Pasi ke mësuar cilët muskuj duhet të shtrëngosh ti mund të bësh këto ushtrime në çdo pozicion, ulur, shtrirë, në këmbë.

Këto ushtrime rekomandohen 3 herë në ditë nga 10 herë rresht.

Çdo herë që i bën këto ushtrime, shtrëngohu për 10 sekonda dhe më pas relaksohu plotësisht.

Këto ushtrime duhet t'i bësh rregullisht për disa muaj, para se të ndjesh efektin e tyre, sepse muskujt forcohen gradualisht.

Nëse ke bërë ushtrimet Kegel për disa muaj dhe nuk ke përmirësim, konsultohu me mjekun tënd të familjes sepse mund të rekomandojë trajtime të tjera.

Burimi i informacionit: Uptodate, "Pacient education, pelvic muscle exercises; Urinary incontinence in females (the basics). (parë në Dhjetor 2021)

SI TË SHTOSH PESHË?

Të qenit nën peshë nuk është e mirë për shëndetin tënd. Nënpesha çon në mungesë të lëndëve ushqyese të rëndësishme, si vitamina dhe minerale dhe për rrjedhojë në një sistem imunitar të dobësuar, kocka të brishta dhe ndjenjë lodhjeje. Kjo është veçanërisht e vërtetë tek të moshuarit.

Nëse je nën peshë dhe e ke të vështirë të shtosh në peshë, tako mjekun ose infermieren tënde të familjes.

Udhëzimet e të ushqyerit të shëndetshëm promovojnë zgjedhje ushqimore me pak yndyrë dhe sheqer, por nëse je nën peshë ose po humbet në peshë pa e synuar atë, duhet të rrisni marrjen e yndyrës dhe sheqerit. Këto janë burime të mira energjie (kalori) dhe ndihmojnë të shtosh në peshë. Për t'u kujdesur për zemrën, përdor yndyrna të shëndetshme (margarinë dhe kanola, kikirikë, ullinj, krunde orizi, luledielli ose vaj soje) në vend të yndyrnave jo të shëndetshme (gjalpë, sallo, vaj kokosi ose vaj palme).

Nëse ke diabet

Është e rëndësishme të mbash një kontroll të mirë të sheqerit në gjak ndërsa përpiqesh të shtosh në peshë. Ngrënia në mënyrë të rregullt dhe marrja e më shumë yndyre ndihmon të ndalohet humbja në peshë.

Ti duhet të konsultohesh me mjekun ose infermieren tënd të familjes për të marrë këshillat e duhura për situatën tënde me diabet.

Këshilla të dobishme

- Ha rregullisht. Kur je nën peshë, mund të ndihesh i ngopur më shpejt. Çdo ditë përpiku të hash tre vakte të vogla dhe vakte të ndërmjetme, në vend të dy ose tre vakteve të mëdhenj.
- Zgjidh ushqime të pasura me lëndë ushqyese. Përfshi ushqime të pasura me proteina, si qumësht, djathë, kos, mish, peshk, vezë ose arra në çdo vakt. Zgjidh qumësht me yndyrë të plotë dhe produkte qumështi si p.sh kos në vend të qumështit me përqindje të ulët yndyre dhe kosit me pak yndyrë.
- Rrit marrjen e energjisë. Shto vajin, margarinen, gjalpin, avokadon, kremin, djathin, salcat, sheqerin ose mjaltin në vaktet e tua.
- Pasuro qumështin. Shto 4 lugë qumësht pluhur të skremuar në 2 gota (500 ml) qumësht dhe rrihe mirë. Përdore këtë qumësht në pije, në drithëra dhe në gatim.
- Zgjidh pije ushqyese. Pi pije me qumësht (kafe me qumësht, çokollatë të nxehtë, përzierje frutash), supa ose lëng frutash në vend të ujit, çajit ose kafesë (të cilat kanë pak kalori dhe jo vlera ushqyese).
- Kujdes kur pi. Mundohu të mos pish shumë lëngje para vakteve pasi kjo mund të zvogëlojë oreksin tënd.
- Bëj ëmbëlsirën një zgjedhje të rregullt.

- Qëndro aktiv. Aktiviteti fizik, veçanërisht ushtrimet e forcës, ndihmojnë të shtosh në peshë duke ndërtuar muskuj. Aktiviteti fizik ndihmon gjithashtu për të bërë më të uritur.

Këshilla për vaktet

Mëngjesi

- Qull i bërë me qumësht, plus sheqer të shtuar, më pas bukë të thekur me margarinë, gjalpë, gjalpë kikiriku, reçel ose mjaltë.
- Vezë të fërguara ose të ziera me djathë të grirë dhe proshutë dhe më pas, kos dhe fruta.

Vakt i lehtë

- Supë e trashë me bazë qumështi me një sanduiç të mbushur me proteina (mish, vezë, djathë ose peshk i konservuar) dhe sallatë, ose djathë me bukë të thekur.
- Fasule të pjekura me bukë të thekur me djathë të grirë, e më pas ëmbëlsira.

Vakti kryesor

- Mish, peshk, pulë, vezë ose gjellë vegjetariane, me patate, oriz ose makarona, perime ose sallatë.
- Përfshi margarinë ose gjalpë, djathë të grirë, lëng mishi ose salca.

Ëmbëlsirë

- Krem karamel, akullore, puding, mus ose kos me fruta dhe krem.
- Puding, qumështi me orizi kremoz, sago ose krem të pjekur.
- Puding të gatshëm të pjekur ose sfungjer me fruta plus krem ose akullore.

Vakte të ndërmjetme

- Crackers me djathë, humus, gjizë, krem djathi, ose salcë.
- Kuleçë, petulla të fshira, ose tost me margarinë, gjalpë, gjalpë kikiriku, reçel ose mjaltë.
- Fruta të thata dhe arra, me pak çokollatë nëse ju pëlqen.
- Sanduiçe me ushqime proteinike si djathë, kikirikë, gjalpë, vezë, mish të ftohtë ose peshk të konservuar.
- Kekë të vegjël, ëmbëlsira dhe pasta të ëmbla.

Nëse marrja e ushqimit ose pesha jote nuk është përmirësuar brenda katër javësh, kontakto mjekun ose infermieren tënde të familjes.

Kur të arrish peshën tënde të synuar

- Ul ngadalë numrin e ushqimeve shtesë që ke konsumuar.
- Kthehu në zgjedhje me pak yndyrë, si qumështi dhe kosi me pak yndyrë, nëse vazhdon të shtosh peshë.

Burimi i informacionit: Auckland Region | Te rohe o Tāmaki Makaurau, Older Adults Weight and Nutrition, How to gain weight, Patient information (Parë në Nëntor 2021)

USHQYERJA E SHËNDETSHME

Pse të ushqehesh mirë?

Ajo që ha mund të bëjë një ndryshim të madh në shëndetin dhe mirëqënien tënde. Zgjedhja e ushqimeve të shëndetshme dhe me vlera ul rrezikun e problemeve shëndetësore, rrit nivelet e energjisë dhe bën të ndihesh më mirë.

Ushqyerja e shëndetshme ndihmon të vetëmenaxhosh më mirë sëmundjet e zemrës dhe diabetin.

Këshilla për t'u ushqyer mirë:

- Konsumo vakte të rregullta
- Nëse je fizikisht i uritur mes vakteve, ha një "zemër" të vogël ushqyese si djathë, humus, gjalpë kikiriku ose avokado mbi një fetë bukë të thekur me drithëra integrale ose krakera.
- Ha shumë perime dhe fruta me ngjyra të ndryshme
Perimet dhe frutat janë plot me fibra, vitamina dhe minerale. Ato ndihmojnë të të mbajnë të shëndetshëm dhe të të mbrojnë nga sëmundjet e zemrës, diabeti dhe disa lloje kanceri.
Ha të paktën tre racione perime dhe dy racione fruta çdo ditë. Një racion është rreth një grusht.
Mundohu të hash perime ose fruta në të gjitha vaktet.
Frutat janë vakte të vogla të ndërmjetme të shkëlqyera.
- Ha drithëra integrale.
Drithërat integrale përfshijnë bukën me drithëra integrale, tërshërë të mbështjellë, oriz kaf dhe makarona integrale, drithëra si kuinoa, meli, elbi, dhe hikërra.
Ha të paktën një vakt në ditë bazuar në një drithë integrale.
Drithërat integrale ndihmojnë të mbash zorrët të shëndetshme.
Ato ndihmojnë të ndihesh i ngopur dhe të ulësh nivelet e kolesterolit dhe të glukozës (sheqerit) në gjak.
Ato zvogëlojnë rrezikun e sëmundjeve të tilla si sëmundjet e zemrës dhe kanceri i zorrëve.
- Bëj kujdes me sheqerin.
Ushqimet dhe pijet me sheqer përmbajnë shumë kalori, por jo shumë vlera ushqyese. Zgjidh ushqime që janë natyrisht të ëmbla dhe përmbajnë shumë lëndë ushqyese, si frutat.
- Pi qumësht dhe produkte qumështi me pak yndyrë çdo ditë.
Qumështi, kosi dhe djathi të japin lëndë ushqyese si proteina, kalcium dhe disa vitamina B të cilat ndihmojnë për të mbajtur trupin dhe kockat të shëndetshme dhe të forta.
Nëse zgjedh një qumësht me bazë bimore si p.sh soje, oriz ose bajame, sigurohu që të ketë të shtuar kalciumin.
Zgjidh kos natyral, sepse kosi me fruta mund të përmbajë shumë sheqer dhe konservantë.
- Pi shumë lëngje
Pi të paktën tetë gota lëngje në ditë.

Uji është më i miri.

Qumështi me pak yndyrë, çaji dhe kafeja pa sheqer janë gjithashtu të mira.

- Nëse e keni të vështirë të pini çaj dhe kafe pa sheqer, shtoni pak ëmbëlsues natyral.
- Shijoni ushqimin pa përdorur kripë
- Kujdes me alkoolin. Nëse pini alkool, kufizo sasinë e alkoolit që merr. Konsumo jo më shumë se 1-2 njësi në ditë. Një njësi alkool është një gotë standarde birre 285 ml; raki 30ml, një gotë e mesme vere 60 ml. Nëse nuk pi alkool, nuk ke nevojë t'a fllosh.
- Shiko madhësinë e racionit tënd. Përdor dorën tënde për të gjykuar madhësinë e racionit, ose ndiq modelin e pjatës së shëndetshme për drekë dhe darkë

Si është modeli i pjatës së shëndetshme për drekë dhe darkë?

- gjysma e pjatës tënde është me perime ose sallatë
- një e katërta e pjatës tënde është me ushqime të pasura me proteina si mish, pulë, prodhime deti, vezë, bishtajore (fasule të thata, bizele të thata dhe thjerrëza).
- një e katërta e pjatës tënde është me drithëra integrale ose perime me niseshte si patate.

Përgatiti vetë ushqimet e tua

Përpiku të gatuash shumicën e vakteve në shtëpi.

Kjo bën që të marrësh përgjegjësinë për atë që ha, të kontrollosh saktësisht se çfarë përfshihet në vaktet tuaja dhe të marrësh më pak kalori.

Nëse ha ushqime të gatshme, zgjidh më të shëndetshmet.

Ha me ngalë

Të ngrënit shpejt, në arrati ose kur je i hutuar të bën të hash më shumë ushqim nga sa të hahet ose ke nevojë. Ushqimi me kujdes të ndihmon të fitosh kontroll mbi zakonet e tua të të ngrënit.

Dieta mesdhetare

Dieta mesdhetare është një plan ushqimor i shëndetshëm. Është bazuar në ushqimet tradicionale të vendeve përreth detit Mesdhe.

Dieta mesdhetare është e pasur me perime, fruta, bishtajore, arra, drithëra, peshk dhe yndyrna të shëndetshme. Ajo përfshin sasi të vogla të mishit të kuq dhe produkte qumështi me pak yndyrë.

Dieta mesdhetare karakterizohet gjithashtu nga një mënyrë jetese apo model i shëndetshëm, që do të thotë të jesh aktiv, të pushosh dhe të ndash vaktet me familjen dhe miqtë.

Njerëzit që ndjekin dietën mesdhetare kanë më shumë gjasa për të jetuar më gjatë. Ata gjithashtu kanë më pak gjasa të vdesin nga sëmundjet e zemrës, goditjet në tru ose kanceri. Dieta mesdhetare mund të parandalojë ose zvogëlojë simptomat e diabetit, glaukomës, artritit, Sëmundjes së Parkinsonit, menopauzës, depresionit dhe sëmundjes Alzheimer.

Çfarë të bëj për të ndjekur një dietë mesdhetare?

- Ha shumë ushqime bimore
- Ha të paktën tre racione perime dhe tre racione fruta çdo ditë. Një racion është rreth një grusht. Përfshi të paktën një porcion me perime të papërpunuara çdo ditë. Ha një shumëllojshmëri frutash dhe perimesh me ngjyra dhe vlera ushqimore të shumëllojshme.
- Konsumo patate të pjekura ose të ziera deri në tre herë në javë.
- Përfshi drithërat në çdo vakt. Drithërat integrale përfshijnë bukë integrale, tërshërë të mbështjellë, kafe oriz, makarona integrale dhe drithëra si kuinoa, meli, dhe elbi.
- Ha bishtajore si thjerrëzat, qiqrat dhe fasulet në disa vakte çdo javë.
- Zgjidh qumësht dhe produkte qumështi me pak yndyrë. Përdor qumësht me pak yndyrë në vend të qumështit të plotë dhe përdor kos në vend të akullores. Zgjidh kos dhe djathë me pak yndyrë si feta dhe gjizë. Ha rregullisht produkte të qumështit të fermentuar si kos i freskët dhe kefir, nëse të pëlqejnë.
- Ha peshk dhe prodhime deti. Ha peshk ose prodhime të tjera deti si, midhjet dy herë në javë. Peshku i freskët ose peshku i konservuar janë zgjedhje të shëndetshme. Shmang peshkun e skuqur. Provo të pjekësh në skarë, me avull ose pak tiganisje në pak vaj ulliri.
- Ha mish të bardhë pa dhjamë dhe vezë. Ha pulë pa lëkurë të paktën dy herë në javë. Ha deri në katër vezë çdo javë. Kufizo mishin e kuq dhe mishin e përpunuar. Mos ha më shumë se dy racione mish të kuq dhe një racion mish të përpunuar në javë. Racioni është sa madhësia dhe trashësia e pëllëmbës së dorës (rreth 100 gram të gatuar). Mishrat e përpunuar përfshijnë proshutën, sallamin dhe mishin e grirë.
- Ha ullinj, arra pa kripë dhe fara çdo ditë. Merr një grusht të vogël (30 gram) arra ose fara si meze të lehtë. Shto ullinj të prerë në sallata, zierje ose bëj sanduiçe. Spërkat arra ose fara të copëtuara mbi drithërat, sallatën etj.
- Zëvendëso gjalpin me vaj ulliri. Zëvendëso gjalpin dhe margarinën me vaj ulliri. Vaji i ullirit ekstra i virgjër ka më shumë antioksidantë se llojet e tjerë të vajit të ullirit. Është gjithashtu më i shijshmi.
- Shijo pak verë por jo më shumë se 1-2 njësi në ditë. Një njësi verë është një gotë e mesme vere 60 ml. Ti mund të pish verë, por nëse nuk pi alkool, nuk ke nevojë ta fillosh.
- Pi shumë lëngje. Pi të paktën tetë gota lëngje në ditë. Uji është lëngu më i mirë. Qumështi me pak yndyrë, çajidhe kafeja pa sheqer janë gjithashtu të mira.
- Shijo ushqimin pa përdorur kripë shtesë.
- Rregullo ushqimin me borzilok, gjethe dafine, thelpinj hudhre, limon, kopër, hudhër, nenexhik, qepë, rigon, majdanoz, rozmarinë, sherebelë ose trumzë për të shtuar aromë ose nxehtësi.
- Kufizo sheqerin dhe ushqimet me sheqer. Zgjidh ushqime që janë natyralisht të ëmbla dhe përmbajnë shumë lëndë ushqyese, si frutat. Mbaj ushqime dhe pijet me sheqer si qerasje të rastit.

"Zemra" të zgjuara për të rriturit

Zemra mund të jetë pjesë e një plani ushqimor të shëndetshëm.

Zemra ndihmon në frenimin e urisë dhe ofron një rritje të energjisë midis vakteve. Por është e rëndësishme të mbash mend, zemra nuk është vakt.

KUJDES!

Zemrat më të njohura janë me sheqer dhe yndyrë, si biskotat, ëmbëlsirat dhe çokollata, ose janë të kripura dhe të yndyrshme si, patatina, kokoshka, makarona të gatshme dhe biskota të kripura. Nëse ha shumë nga këto ushqime, ti mund të shtosh peshë. Zemrat e ëmbla dhe të përtypshme si ëmbëlsira, fruta të thata dhe lëkurë frutash shkaktojnë prishjen e dhëmbëve. Zemrat nuk duhet të të vijnë në pako.

Zemrat mund t'i bësh lehtësisht, më të shëndetshme dhe me çmim më të ulët në shtëpi!

Ide për zemra të shëndetshme

Zgjidh ushqime me pak kalori, yndyrë dhe sheqer të shtuar.

Ha zemrën në kuzhinë ose në dhomën e ngrënies dhe jo përpara televizorit ose kompjuterit. Ndalo atë që po bën dhe ha.

Zemra me fruta dhe perime

- Fruta të freskëta të përshtatshme si mollë, banane, boronica, mandarina, dardha ose kumbulla.
- Fruta të ngrira të tilla si rrush, mandarina, feta ananasi ose banane e copëtuar.
- Një përzierje frutash e bërë me qumësht me pak yndyrë, kos dhe fruta të freskëta ose të ngrira .
- Krakera orizi ose karrota, kastravec dhe shkopinj selino.
- Avokado mbi bukë të thekur me drithëra integrale ose krakera me domate të prera në feta dhe piper të bluar.

Ide të tjera për zemrën

- Një tas i vogël me drithëra integrale me qumësht me pak yndyrë.
- Një fetë bukë integrale ose tre deri në katër krakera me drithëra integrale me një shoqërues të shëndetshëm. Provo gjalpë kikiriku dhe banane të prerë në feta, humus dhe domate të prera në feta ose djathë me pak yndyrë të prerë hollë në feta.
- Një qese e vogël me kokoshka të thjeshta ose pak të kripura.
- Një vezë e zier shumë.
- Një grusht i vogël arra ose fara (30 g), të papërpunuara ose të pjekura pa yndyrë të shtuar.
- Një kanaçe e vogël me ton (95 g). Haje vetëm ose lyeje bukën integrale.
- Kos i thjeshtë, pa sheqer. Shto fruta të freskëta të copëtuara ose pak mjaltë të lëngshëm ose shurup panje të pastër.

Këshilla të zgjuara për zemrat

Këshilla për blerje

- Mundohu të shmangësh blerjen e ushqimeve më pak ushqyese, në mënyrë që të shmangësh tundimin gjatë kohës që je në shtëpi.
- Nëse blen ushqime më pak ushqyese, blej në pako të vogla ushqimore, si p.sh. qese të vogla me patatina ose një çokollatë të vogël.

Këshilla për në shtëpi dhe në punë

- Shfaq zgjedhje të shëndetshme, si p.sh. një tas me fruta në banakun e kuzhinës ose perime të prera në pjesën e përparme të frigoriferit.
- Bëj gati perimet shtesë në kohën e darkës për zemrën e ditës tjetër.
- Në punë mbaj ushqime të shëndetshme në tryezëose në frigoriferin e punës. Sill fruta të freskëta në punë çdo javë ose mbaj krakera orizi në sirtarin e tavolinës.
- Kur është e mundur mbaj në çantën tënde ushqime të gatshme dhe të shëndetshme.

Këshilla për një zemër të lehtë

- Ushqimet me proteina dhe fibra ngadalësojnë tretjen dhe bëjnë të ndiheni më të ngopur për më gjatë. Për shembull, provo bukë të thekur me drithëra integrale dhe gjalpë kikiriku, fruta dhe kos ose arra.
- Ha ushqimet e lehta në kuzhinë ose në dhomën e ngrënies dhe jo përpara televizorit ose kompjuterit. Ndalo atë që po bën dhe ha.
- Mbaj pako të vogla ushqimore ose merr pjesë më të vogla nga paketat më të mëdha. Mos ha direkt nga një enë, qese ose kuti e madhe.
- Ruaj ushqimet që janë më të larta në kalori, yndyrë, kripë ose sheqer të shtuar për raste të veçanta. Zgjidh pjesë të vogla të këtyre ushqimeve. Mundohu t'i kombinosh me një zgjedhje më të shëndetshme. Për shembull, nëse ha akullore, vendos një lugë të vogël me fruta të freskëta ose të ngrira.
- Ha zemrën vetëm kur je i uritur. Kapërce dëshirën për të ngrënë kur je i mërzitur, i lodhur, ose i stresuar.
- Pi ujë shpesh, pasi etja të bën të ndihesh i uritur.

Burimi i informacionit: <https://www.healthinfo.org.nz/index.htm?Healthy-eating-information.htm> Auckland Region | Te rohe o Tāmaki Makaurau, Older Adults Weight and Nutrition Healthy eating, patient information. (Parë në Dhjetor 2021)

POLIFARMACIA

Çfarë është polifarmacia?

Polifarmaci do të thotë marrja e më shumë se pesë ilaçeve të ndryshme në ditë. Polifarmacia është më e zakonshme tek të rriturit e moshuar me më shumë se një sëmundje kronike për shkak të të cilave iu jepen shumë ilaçe.

Përshkrimi dhe marrja e barnave aq sa duhet përmirëson sigurinë dhe cilësinë e jetës së individit dhe në të njëjtën kohë ul shpenzimet për to.

Cilat janë arsyet e polifarmacisë?

Zbulimi i një game të gjerë barnash për një shumëllojshmëri të gjerë sëmundjesh ka ndihmuar kontrollin e shumë sëmundjeve, por ka çuar gjithashtu në përdorimin e tepruar dhe të papërshtatshëm të barnave me recetë.

Ndonjëherë efektet anësore të barnave që merr interpretohen si shenja të një sëmundje tjetër e për rrjedhojë përshkruhen ilaçe të tjera për të trajtuar këto simptoma. Kjo krijon mundësinë për më shumë efekte anësore.

Marrja e barnave pa recetë, ilaçeve plotësuese ose alternative si, terapitë bimore, vitaminat dhe suplementet kanë rritur rrezikun për polifarmaci.

Çfarë është Polifarmacia "e mirë"?

Polifarmaci "e mirë" është kur për shkak të sëmundjes ose të gjendjes komplekse shëndetësore, individit trajtohet me më shumë se një ilaç dhe përfitimet e barnave tejkalojnë dëmet e mundshme të tyre. Për shembull, një personi me insuficiencë kardiake, hipertension dhe fibrilacion atrial do të përshkruhen një sërë ilaçesh për zemrën, të cilat të gjitha së bashku kanë të ngjarë të përmirësojnë shëndetin e tij.

Çfarë është Polifarmaci "e keqe" ose problematike

Polifarmaci "e keqe" është kur trajtohesh me shumë barna kur nuk ke nevojë për të gjitha, dhe kur një ose më shumë prej këtyre barnave ka dëme të mundshme që tejkalojnë përfitimet e pritshme.

Cilat janë pasojat e mundshme nga polifarmacia?

Individi me "polifarmaci" ka një rrezik shumë të lartë për efekte të padëshiruara të barnave: sa më shumë ilaçe të marrësh, aq më i madh është rreziku për efekte anësore.

Kur merr shumë ilaçe duhet të mbash mend t'i marrësh të gjitha siç duhet. Kjo mund të jetë e lodhshme veçanërisht kur je larg shtëpisë ose kur udhëton.

Tek të rriturit e moshuar, polifarmacia mund të shoqërohet me pasoja serioze si:

- rritje të rrëzimeve dhe frakturave
- dehidratim dhe probleme me veshkat
- delir dhe konfuzion
- sheqer i ulët në gjak (hipoglicemia)
- kequshqyerje.

Këshilla për polifarmaci të mirë

Konsultohu me mjekun ose infermieren tënde të familjes për një rishikim të mjekimit që po merr. Në këtë mënyrë ti do të kesh mundësinë të bësh pyetje në lidhje me ilaçet e tua dhe të ngresh çdo shqetësim që ke.

Mëso barnat që merr me emër dhe për çfarë shërbejnë.

Bëj një listë të të gjitha barnave që merr, duke përfshirë dhe produktet bimore, vitaminat, ilaçet homeopatike, suplementet dhe barnat pa recetë.

Mbaje me vete listën tënde të barnave kudo dhe sille në çdo vizitë te mjeku apo infermierja jote e familjes.

Kur mjeku të përshkruan një ilaç të ri, pyet gjithmonë mjekun:

- për çfarë shërben ilaçi
- sa kohë duhet t'a përdorësh
- nëse ka ndonjë ilaç apo ushqim që duhet t'a shmangni gjatë marrjes së këtij ilaçi.

Përditëso listën tënde të barnave pas çdo vizite te mjeku.

Nëse ke më shumë se një mjek, sigurohu duke i informuar, që secili të dijë se çfarë ka përshkruar kolegu tjetër.

Lexo etiketat e barnave të tua. Ato mund të të informojnë për ndërveprime të mundshme të barnave.

Asnjëherë mos merr një ilaç të ri pa pyetur mjekun, infermieren tënd të familjes për efektet anësore dhe ndërveprimet e tij me barnat e tjera që merr.

Çfarë gjërash mund të bëj vetë për të parandaluar marrjen e shumë barnave?

Shmang barnat e kombinuara, p.sh., barnat që përmbajnë më shumë se një përbërës aktiv, si barnat për të ftohtin dhe kollën.

Zbato rregullat e stilit të jetesës së shëndetshme sa herë që është e mundur, qoftë së bashku me ose në vend të barnave.

Nëse ke probleme me gjumin, ka një sërë këshillash për stilin e jetës që mund të provosh, në vend që të përdorni ilaçe. Lexo këshilla për gjumë më poshtë.

Për tërheqjet muskulore, përdor pushim, akull, kompresion së bashku me lehtësimin e dhimbjes.

Këshilla për të përmirësuar gjumin tuaj

Nëse mendon se ke probleme me gjumin konsultohu me mjekun ose infermieren tënde të familjes sepse mund të të ndihmojnë.

Mjeku dhe infermierja e familjes do të të këshillojë për ndryshime të rutinës dhe zakoneve të përditshme të cilat mund të zgjidhin problemin tënd me gjumin edhe pa barna si dhe mund të të referojë te specialisti.

Këshilla të thjeshta për të të ndihmuar të flesh më mirë gjatë natës.

1. Rregullo orën e trupit tënd

Mundohu të shkosh në shtrat dhe të ngrihesh në të njëjtën orë çdo ditë, duke përfshirë fundjavat, edhe nëse ke patur një gjumë jo të mirë gjatë natës.

Ora jote e brendshme e trupit dhe hormonet që kontrollojnë përgjumjen dhe zgjimin funksionojnë më mirë kur ke një rutinë të rregullt të gjumit.

Mbaje rutinën tënde të ditës të njëjtë, edhe nëse ke patur një gjumë të dobët gjatë natës. Shmang aktivitetet fizike gjatë ditës nëse je i lodhur, sepse mund të rëndojnë problemet tuaja me gjumin.

Nëse vërtet ke nevojë të plotësosh gjumin, është më mirë të shkosh në shtrat më herët se zakonisht dhe të ngrihesh në të njëjtën kohë si çdo ditë.

Dil në dritë të fortë sapo të zgjohesh. Drita është rregulluesi më i mirë i orës tënde biologjike.

2. Relaksohu para gjumit

Përfshi një orë kohë qetësie para gjumit, si p.sh. lexo, bëj banjë ose dëgjo muzikë.

Para gjumit, bëje dhomën tënde të gjumit të errët, të freskët dhe të qetë dhe sigurohu që jastëkët, dysheku dhe mbulesat janë të rehatshme.

Ha një ushqim të lehtë para se të shkosh në shtrat. Të shkosh në shtrat i uritur mund të të shpërqëndrojë, por shmang vaktet e rënda brenda dy orëve para gjumit, pasi kjo mund të çojë në ndërprerje të gjumit.

Pirja e një gote të ngrohtë qumështi para gjumit mund të jetë e dobishme sepse qumështi ka triptofan, i cili vepron si një nxitës natyral i gjumit.

3. Mbaj mbrëmjen pa stimulues

Mos pi duhan dhe shmang alkoolin ose pijet që përmbajnë kafeinë vonë në mbrëmje.

Shmang përdorimin e kompjuterit, celularit dhe pajisjeve të tjera elektronike për të paktën 30 minuta para se të shkosh në shtrat.

4. Shko në shtrat kur je i lodhur

Nëse shkon në shtrat në të njëjtën orë çdo natë, fillon të ndihesh i përgjumur para gjumit. Mundohu të mos e nënvlerësosh këtë ndjenjë përgjumjeje duke qëndruar zgjuar, pasi kjo është dritarja jote e mundësive për gjumë.

Nëse je zgjuar pas 20 minutash, ngrihu dhe bëj diçka relaksuese në një dhomë tjetër.

Nëse ke gjëra në mendjen tënde, provo të caktosh kohën e shqetësimit gjatë ditës. Shkruaj shqetësimet dhe më pas mundohu t'i largosh ato. Lexo një dokument ligjor të gjatë e të mërztshëm dhe vër bast se nuk do të arrish deri në fund!

5. Ji aktiv gjatë ditës

Ushtrimet e rregullta fizike gjatë ditës përmirësojnë gjumin.

Shëtitjet e mëngjesit janë një mënyrë e shkëlqyer për t'a nisur ditën duke u ndjerë i freskët.

Shmang ushtrimet e forta brenda 3 orëve para se të shkosh në shtrat.

6. Zvogëlo ekspozimin ndaj dritës blu në mbrëmje

Drita blu ka një gjatësi vale të shkurtër që ndikon në nivelet e melatoninës (një hormon që rregullon ciklin gjumë-zgjim) më shumë se çdo gjatësi vale tjetër. Kjo çrregullon orën e trupit duke shkaktuar gjumë jo të mirë.

Nëse e përdor telefonin ose kompjuterin në mbrëmje, para se të shtrihesh vendose në modalitetin pa zile ose, akoma më mirë, fike.

Përdor dritat e kuqe të zbehta për dritat e natës. Drita e kuqe është më pak në gjendje të ndikojë në melatoninën tënde dhe të ndryshojë orën e trupit tënd.

Nëse punon në turne nate ose përdor shumë pajisje elektronike gjatë natës, mbaj syze bllokuese blu ose instalo një aplikacion që filtron gjatësinë e valës blu/jeshile gjatë natës.

Burimi i informacionit: Auckland Region | Te rohe o Tāmaki Makaurau, Medication Management in Older Adults, Polypharmacy, patient information (parë në Dhjetor, 2021)