**Qendra e Trajnimit Profesional Mjekesor “ Santa Maria”**

**“ Kujdesi paliativ ne fokusin**

**e profesionisteve te shendetesise ”**

Te nderuar kolege!

Qendra  e Trajnimit Profesional Mjekesor Santa Maria ju uron mireseardhjen ne trajnimin Online “ **Kujdesi paliativ ne fokusin e profesionisteve te shendetesise** “

Top of Form

Bottom of Form

**Ky aktivitet organizohet nga Qendra e Trajnimit Profesional Mjekesor Santa Maria” nepermjet Portalit Mjekesor omi.al**

**(Online Medical Information)**

**Qellimi i aktivitetit**

Qellimi i ketij aktiviteti eshte nje prezantim kompleks i te gjithave formave bashkekohore te Kujdesit Paliativ. Vlen per tu permendur se ky prezantim eshte shume planesh dhe   te gjithe profesionistet e shendetesise e gjejne veten te perfshire si nje pjese integrale e asaj qe njihet si  Kujdesi Paliativ

**Nevojat e profesionistëve për të cilët kryhet ky aktivitet**

Ky trajnim behet me qellimin e rritjes se informacioneve qe kane profesionistet e shendetesise  per kujdesin paliativ .  Ne kete  trajnim    shume nga temat jane nje kendveshtrim i ri edhe per mjekesine bashkekohore europiane .

**Objektivat e aktivitetit:**

**1. Objektiva të lidhur me njohuritë e profesionistëve:**

Njohurite e profesionisteve te shendetesise duhen shtuar dhe riperterire edhe ne fushen e kujdesit paliativ pasi vihet re nje shtim agresiv i rasteve te reja qe detyrimisht kane nevoje per kete perkujdesje.

**2. Objektiva të lidhur me aftësitë e profesionistëve:**

Per te qene sa me profesional ne dhenien e perkujdesjes per keta te semure ne nje nga shume format e dhenies se saj te cilat trajtohen me se miri ne kete trajnim.

**3. Objektiva të lidhur me qëndrimet e profesionistëve:**

Disa nga profesionistet e mjekesise shpesh mendojne se Kujdesi Paliativ nuk eshte pjese e sherbimeve dhe e perkujdesjes qe ata mund te ofrojme. Vlen per tu theksuar se ky sherbim ka nevoja imediate per nje asistence nga te gjithe profesionistet e mjekesise te cilet duhet te japin kontributin e tyre te cmuar ne fushen specifike ku ata veprojne . Kompleksiteti i ketij sherbimi i ben te vyer te gjithe keta profesioniste.

**Kategoria kryesore e profesionistëve pjesëmarrës në aktivitet, për të cilët është përgatitur aktiviteti**

**Mjeke specialiste**

**Mjeke familje**

**Farmaciste**

**Mjek Stomatologe**

**Infermiere**

Ne menyre qe profesionistet te perfitojne kreditet duhet qe te plotesojne nje test.

Testi eshte i perbere nga 50 pyetje. Pyetjet jane ne forme quizi ku pergjigjja e sakte eshte vetem 1.

Per te perfituar kreditet ju duhet te merrni 50 % e siper te testit. Testi do behet i aksesueshem nga pjesemarresit ne datat e trajnimit ( 5 MARS – 5  PRILL  2015)

Ju lutem merrni kohen e duhur per studimin e materialit dhe plotesimin e testit.

**Suksese dhe pune te mbare!**

**Ne trajnim nuk eshte perdorur asnje material me qellim promovues apo per reklamim.**

**KY AKTIVITET ESHTE VLERESUAR ME 25  KREDITE  NGA QKEV.**

**Permbajtja**

1. Dhimbja , historia, perkufizimet dhe kendveshtrimet bashkekohore
2. Pengesa ne Menaxhimin e Dhimbjes ne Vendet ne Zhvillim
3. Fiziologjia e Dhimbjes
4. Faktoret Psikologjike ne Dhimbjen Kronike
5. Ndikimet Etno-Kulturore dhe Seksuale ne Dhimbje
6. Farmakologjia e Analgjezikeve (Duke Perjashtuar Opiodet)
7. Opiodet ne Mjekesine e Dhimbjes
8. Parimet e Kujdesit Paliativ
9. Terapite Plotesuese per Menaxhimin e Dhimbjes

10.Historia e Dhimbjes dhe Vleresimi i Dhimbjes

**TEMA 1**

**Dhimbja**

Historia, Perkufizimet dhe Kendveshtrimet Bashkekohore

Eksperienca e dhimbjes eshte thelbesore dhe ka qene pjese e zhvillimit kulturor e te gjitha shoqerive.Ne historine e dhimbjes , fuqite “mbi natyrore” kane luajtur nje rol pothuajse te njejte me fuqite natyrore.

Te vleresuarit e dhimbjes si pjese e nje “komunikimi” ndermjet njerezve dhe forcave hyjnore ka qene pjese e supozimeve themelore ne shume shoqeri.

Sa me shume ndaheshin shoqerite nga mjekesia perendimore apo mjekesia moderne aq me te shprehura ishin keto kendveshtrime te lidhura me dhimbjen.

Ne anen tjeter, nje teori mjekesore e paster , e bazuar ne fenomene dhe ngjarje natyrore, dhe e pavarur nga fuqite hyjnore eshte zhvilluar shume heret. Kjo ka ndodhur ne nje shtrirje te madhe ne Kinen e lashte, nderkohe qe ne Indine e lashte , mjekesia ishte shume e varur nga Hinduizmi dhe Budizmi.

Dhimbja perceptohej ne zemer, nje supozim mjaft familjar ne kohen e Egjiptianeve te lashte.Praktikuesit e mjekesise ne kohen e faraoneve besonin qe perberja e lengjeve te trupit percaktonte shendetin dhe semundjen dhe magjia ishte e pa ndare nga mjekesia.

Mjeksia antike greke mori shume nga pararendeset e saj Egjiptiane dhe Aziatike .Futja e njohurive mjekesore te lashta ne Europen e mesjetes u be kryesisht nepermjet mjekesise Arabe qe shtoi kontributet e saj ne kete periudhe. Latinishtja ishte gjuha e shkollareve ne periudhen e mesjetes dhe ideologjia u udhehoq nga besimet Ebraike – Kristiane.

Megjithe adaptimet e shumta, teoria mjekesore u mbeshtet ne modelet e lashta per shume shekuj. Dhimbja kishte nje rol te rendesishem. Bibla ilustron nevojen per ti rezistuar katastrofave dhe dhimbjes ne historine e Job-it. Fuqia e besimit provohet nga perulesia e Job-it perkundrejt Zotit.

Perulesia eshte ende nje ideal ne mendimin e Krishtere edhe ne ditet tona.Ne Dhiaten e Re *Jezus Krishti i jep fund jetes se tij ne toke si martir duke u kryqezuar dhe vdekur ne kryq* .Vuajtjet e tij shenojne rrugen drejt Zotit.Per te patur vuajtje gjate jetes duhet te perfshihemi nga mekati. Mesazhi i dhimbjes eshte per ti treguar njerezimit, pamjaftushmerine e jetes ne toke dhe shkelqimin e te qenit ne parajse.Keshtu qe cfare do qe te thote shkenca ne lidhje me dhimbjen, nje perafrim i bazuar vetem ne konceptin psikologjik nuk merr parasysh kuptimin shpirteror dhe religjoz te dhimbjes.

Teoria me e rendesishme dhe thellesisht mekanike ne periudhen moderne te hershme vjen nga filozofi francez Rene Descartes (1596-1650).Ne koncpetin e tij, hamendesimi i meparshem se dhimbja perfaqesohet nga zemra , ishte i pasakte.Ne teorine e tij , truri merr rolin e zemres . Pervec se te qenit e njeanshme, (ose si pasoje e kesaj) , teoria e Deskartit hapi rrugen e zhvillimit te neuroshkences, per te shpjeguar mekanizmat e dhimbjes.Pyetja se si dhimbja duhet trajtuar ka sjelle shume pergjigje me kalimin e kohes.

Nese fuqite mbinatyrore do ishin shkaktaret e dhimbjes, do duhej te kryheshin rite magjike per ta qetesuar. Nese barnat mjekesore nuk ishin zbuluar akoma ose nuk mund te gjendeshin, atehere ingrediente me permbajtje bimore dhe shtazore duheshin perdorur per te lehtesuar dhimbjen.Vecanerisht, te diturit qe opiumi *poppies* ka efekt analgjezik, ishte mjaft e perhapur ne shoqerite antike e sidomos ne Egjipt.Per nje kohe te gjate opiumi eshte perdoruar ne nje sere preparatesh, por permbajtesit e tij kimike nuk njiheshin.

Izolimi i morfines nga opiumi alkaloid , u be per here te pare ne 1803 nga farmacisti gjerman Friedrich Wilhelm Serturner (1783-1806). Prodhimi industrial i Morfines filloi ne Gjermani ne vitet 1820 dhe ne Shtetet e Bashkuara te Amerikes ne vitet 1830.Gjate fundit te shekullit 18- te dhe mesit te shekulli 19-te, shkencat natyrore moren rolin kryesor ne mjekesine perendimore. Kjo periudhe shenoi edhe fillimin e periudhes se teorive fizpatologjike te dhimbjes dhe njohurite shkencore ne lidhje me dhimbjen u shtuan hap pas hapi.

Zbulimi i medikamenteve dhe gazeve mjeksore ishte themeli i mjeksise moderne sepse lejoji permiresime ne trajtimin mjeksor.Ishte anestezia moderne ne vecanti qe promovoi zhvillimin e kirurgjise. Anestezia e pergjithshme me eter u krye me sukses per here te pare ne Boston , me 16 Tetor 1846 , nga mjeku **William Tomas Morton (1819-1868**).Rendesia e ketij zbullimi jo vetem per kirurgjine por edhe per te kuptuarit shkencor te dhimbjes ne pergjithesi eshte e vleresuar edhe ne mbishkrimin mbi varrin e tij:

“Zbuluesi dhe shpikesi i Anestezise Inhalatore: Para te cilit, ne te gjitha kohet, Kirurgjia ishte Agoni; Prej te cilit Dhimbja ne Kirurgji u Vleresua dhe u Eleminua; e qe prej se Ciles Shkenca ka Kontroll mbi Dhimbjen”

Ky perkufizim sugjeronte se dhimbja do te zhdukej nga njerezimi vetem duke aplikuar anestezine. Kirurgjia ne vetevete kaloi ne procedura te cilat jo domosdoshmerisht ishin te lidhura me nje nivel te larte te dhimbjes. Keshtu qe roli i kirurgjise ndryshoi. Kirurget kishin me shume kohe per te kryer operacione, dhe pacientet nuk ishin me te detyruar te vuanin nga dhimbja ne duart e kirurgeve te tyre.

Per me teper inovacionet ne fushen e dhimbjes vazhduan. Nje vit me vone ne vitin 1847, kloroformi u perdor per here te pare si mjet anestezie ne gjinekologji nga mjeku skocez James Young Simpson (1811-1879). Ne Viene , mjeku Carl Coller (1857-1944) zbuloi vetite anestetike te kokaines ne vitin 1884. Pothuajse ne te njejten kohe gjate dy dekadave te fundit te shekullit te 19-te , neurologu amerikan James Leonard Corninng ( 1855-1923) dhe kirurgu gjerman August Bier (1861-1949) provuan realizimin e anestezise spinale me solucion kokaine.

Anestezia moderne beri te mundur realizimin e procedurave kirurgjikale me komplekse dhe me te gjata , me rezultate afatgjate me te suksesshme. Ky perparim e promovoi konsensusin e pergjithshem qe lehtesimi i dhimbjes somatike ishte i mire , por qe ishte dytesor ne lidhje me terapine kuruese: nuk ishte i mundur trajtimi i dhimbjes pa kirurgji ! Keshtu qe brenda qellimit te praktikes anestetike, menaxhimi i dhimbjes si nje objektiv terapeutik nuk ekzistonte ne ate kohe. Dhimbja kronike nuk ekzistonte si entitet.

Dekadat e para te perdorimit te morfines mund te konsiderohen si nje periudhe e pritshmerive te medha dhe optimizmi te madh ne lidhje me aftesite per te kontrolluar dhimbjen. Zhgenjimet e para ndaj ketij optimizmi ishte zbulimi qe u be ne luften civile te Amerikes (1861-1865) , ku u verejten raste me dependence ndaj morfines dhe abuzim me te .Si pasoje e kesaj, u vendosen kufizime ne dhenien e opioideve.

Te shikuarit negativ te perdorimit te morfines u perforcua edhe nga eksperiencat negative te perdorimit te saj ne Azi, ku nje tregti e gjere e opiumit dhe morfines per qellime jo mjekesore ishte tashme e ligjshme dhe mjaft e shtrire ne shekullin e 19-te .

Per pasoje ne fillimin e shekullit te 20-te , nje ankth social ne lidhje me perdorimin e morfines ishte mjaft evident dhe coi deri ne fillimin e fenomenit te opiofobise/opiophobia ( d.m.th - frika e perdorimit te opioideve) qe ishte nje hap i madh prapa ne lidhje me menaxhimin e dhimbjes ne dekadat pasardhese. Luftrat e kane stimuluar gjithmone kerkimin shkencor dhe studimet mbi dhimbjen per arsye se pergjithesisht ushtaret ktheheshin ne shtepi me sindrome dhimbje komplekse , te cilat shkaktonin probleme te panumerta per repertorin terapeutik te dhimbjes ne ate kohe.

Duke ndjekur eksperiencen e tij pas 1915, gjate luftes se pare boterore, kirurgu francez Rene Leriche (1879-1955) , filloi te perqendrohej ne “kirurgjine e dhimbjes” kryesisht duke adresuar sistemin nervor autonom. Leriche aplikoi metoda te anestezise zonale ( inflitrim me prokaine, bllokada te ganglioneve simpatike) ashtu si edhe kirurgjia , vecanarisht simpatektomia periarteriale.

Ai jo vetem qe e refuzoi idene e dhimbjes si nje djall i nevojshem , por gjithashtu kritikoi edhe perafrimin shkencor reduksionist ndaj dhimbjes eksperimentale si nje fenomen i paster neuroshkencor. Ai e shihte dhimbjen kronike si nje semundje ne te drejten e saj (“semundja e dhimbjes” ) dhe jo si nje simptom e nje semundje.

Anestezia zonale ishte baza e terapise se dhimbjes se aplikuar nga kirurgu francez Viktor Pauchet

( 1869-1936) .Gjithashtu perpara eksperiencave te tij ne lufte, ai ishte autori i edicionit te pare te librit te tij *Anestezia Zonale*  ne 1912 .

Ishte Louis Gaston Labat (1876-1934) , nje mjek nga Parisi, qe me vone punoi ne Amerike , mencuria e te cilit u be mjaft e njohur ne Boten e Re, qe u be nje stimul i rendesishem per perhapjen e Anestezise Zonale ne Shtetet e Bashkuara ndermjet dy Luftrave Boterore.

Ne vitet 1920, nocioni qe anestezia zonale mund te perdorej jo vetem per kirurgjine por edhe per dhimbjen kronike, u perhap ne gjithe Shtetet e Bashkuara.

Pas Luftes se Dyte Boterore, keto ide u cuan perpara nga John Joseph Bonica (1914-1994) qe kishte emigruar bashke me prinderit e tij nga Sicilia ne Shtetet e Bashkuara ne moshen 11 vjecare. Si nje ushtri e perjetshme , “teoria e kontrollit te portes” . Gate Control Theory, theksoi te perceptuarit e dhimbjes si nje proces plotesisht neurofiziologjik , duke injoruar faktoret psikologjike dhe kulturore.

Etnologjia mjekesore ekzaminon ndikimet kulturore ne perceptimin dhe shprehjen e dhimbjes.Studimi me i hershem i rendesishem u publikua ne vitin 1952 dhe u financua nga Sherbimi i Shendetit Publik te SHBA-ve .

Ne baze te intervistave te marra nga 100 veterane lufte qe kishin marre pjese ne dy Luftat Boterore dhe ne Luften Koreane , te cilet u akomoduan ne nje spital veteranesh ne Bronx, New York City, investiguesit ekzaminuan faktin se sa rrenjet e ndryshme kuturore , ndikonin ne perceptimin e dhimbjes.Veteranet ishin ndare ne grupe sipas origjines se tyre Italiane , Irlandeze dhe Hebrenj , pervec grupit te ashtu-quajtur “ Amerikanet e Vjeter”, i perbere nga te bardhet e lindur ne Amerike, pjesa me e madhe te Krishtere Ungjillore. Nje rezultat i ketij investigimi ishte se Amerikanet e Vjeter, paraqisnin stoicizem me te forte ne lidhje me perceptimin e dhimbjes , nderkohe qe sjellja e tyre ndaj dhimbjes karakterizohej nga “ankth i orientuar ne te ardhmen”.

Sa me shume Italianet, Irlandezet apo Hebrenjte i pershtateshin menyres se jeteses se “Amerikaneve te Vjeter” , aq me shume menyrat e sjelljes dhe perceptimet e tyre ngjasonin me ato te “Amerikaneve te Vjeter”. Sidoqofte dhimbja , shihej ende si nje simptom dhe kulturat jo perendimore nuk ishin ne fokusin e interesit. Duheshin edhe te pakten 3 dekada qe situata te ndryshonte.

Gjate viteve 1990, studimet treguan diferencat ne sjellje dhe perceptimin e dhimbjes dhe besimet ne grupe etnike te ndryshme ne gjithe boten, luajten nje rol ne ndryshimin e intensitetit, zgjatjes dhe perceptimit subjektiv te dhimbjes.

Per pasoje , profesionistet e shendetit duhet te kuptojne qe pacientet me dhimbje “kronike”, vleresojne me shume terapistet te cilet i njohin besimet e tyre dhe kulturen e tyre.

Nje aspekt i rendesishem qe zgjoi interes ishte qetesimi i dhimbjes ne pacientet me semundje progresive te avancuar. Ishte infermierje, punonjesja sociale dhe me vone , mjekja Cicely Saunders (1918-2005) qe zhvilloi konceptin e “Dhimbjes Totale”.

Dhimbja kronike ne semundjet e avancuara , e ndryshon rrenjesisht cilesine e jetes se perditeshme dhe sfidon vullnetin per te jetuar. Ky problem eshte vazhdimisht prezent, keshtu qe Saunders konkludoi qe “dhimbja konstante kerkon kontroll konstant” .

Sipas ketij koncepti , dhimbja nuk mund te ndahet nga personaliteti dhe mjedisi i nje pacienti me semundje progresive, te avancuar dhe fatale. Ngritja e Hospisit te Shen Kristoferit ne Londer , Angli , ne 1967 , mund te konsiderohet edhe si fillesa e Mjeksise Paliative.

Kjo reflekton nje interes ne mjekesi nga semundjet akute (infektive) tek kanceri dhe semundje te tjera kronike ne gjysmen e pare te shekullit 20-te.Termi “kujdes paliativ” ose (terapia , kura paliative) vjen nga fjala Latine “pallium” ( mbulese, cati) dhe supozohet qe lehteson fazen e fundit te jetes kur terapia kuruese nuk eshte me e vlefshme.

Kujdesi Paliativ , apriori eshte i perqendruar ne permiresimin e cilesise se jetes. Kujdesi paliativ i ka rrenjet ne shoqerite jo-Kristiane , por me teper njihet nga tradita e hospiseve te mesjetes ne vendet perendimore , por sidoqofte historiku i hospiseve nuk ka qene i njejte ne te gjithe vendet Europiane ashtu sic nuk ishte edhe kuptimi i fjales “ pallium”; nganjehere ky term perdorej nga sheruesit per te treguar paaftesine e tyre per te kuruar te semurin.

Kujdesi paliativ u be edhe me i rendesishem , kur nje tjeter pandemi plotesisht e paparashikuar ndodhi ne mesin e viteve 80-te , HIV/AIDS. Vecanarisht ne Afrike kjo “ plage” u shnderrua shpejt ne nje problem shendetesor mjaft serioz qe nuk mund te injorohej me tej. Kanceri dhe dhimbja neuropatike luajne nje rol mjaft te rendesishem ne pacientet me HIV.

Zhvillimi i Kujdesit Paliativ ne Afrike filloi per here te pare ne Zimbabve ne 1979 , me pas ne Afriken e Jugut ne 1982, ne Kenia ne 1989 dhe ne Uganda ne 1992.Institucionet ne Uganda u bene model i zhvillimit te kujdesit paliativ ne vitet 1990-te bazuar ne iniciativen e mjekut Anne Marriman (1935 - ) qe kaloi nje pjese te madhe te jetes se saj ne Azi dhe Afrike.

Uganda ofroi nje ambient te favorshem per projektin e saj “Hospice Africa Uganda” sepse ne ate kohe Uganda ishte i vetmi vend afrikan qeveria e te cilit e daklaroi “Kujdesin Paliativ per viktimat e SIDA-s dhe kancerit” si nje prioritet brenda “Planit Kombetar per Shendetin”.

Niveli i trajtimeve kurative te kancerit eshte i ulet ne Uganda ashtu si ne shumicen e vendeve te tjera ekonomikisht te prapambetuara. Kjo situate i ben problemet shendetesore te lidhura me SIDA-n dhe kancerin mjaft urgjente dhe serioze.

Pranimi i gjere i menaxhimit te dhimbjes kronike ne shekullin e 20- te, kerkonte lidershipin e OBSH-se (Organizata Boterore e Shendetesise) e stimuluar nga Jan Stjernsward nga Suedia (1936-). Ne 1982 Stjernsward, ftoi nje numer ekspertesh te dhimbjes , duke perfshire edhe Dr.Bonica ne Milano , Itali, per te zhvilluar masat per integrimin e menaxhimit te dhimbjes ne njohurite e pergjithshme mjeksore dhe ne praktiken mjeksore.

Kanceri u zgjodh si pike e filleses.Ne ate kohe ekspertet ishin te shqetesuar nga shtimi i boshllekut ndermjet suksesit ne kerkimet e suksesshme ne fushen e dhimbjes dhe mungesa e vazhdueshme e opioideve ne trajtimin e pacienteve , vecanarisht pacientet me kancer.Nje takim tjeter u realizua ne Gjeneve ne 1984.

Si rezultat i ketij takimi u pergatit broshura “Lehtesimi i Dhimbjes nga Kanceri” qe u publikua ne 1986. Ne shperndarjen e kesaj broshure , OBSH e mbushi boshllekun e krijuar, duke i “detyruar” sistemet shendetesore te perdorin opioidet sipas shkalles se analgjezise me “tre hapa”, tashme gjeresisht e njohur ne gjithe boten. Suksesi i nje iniciative te tille , fatkeqesisht nuk ishte i njejti ne rajone te ndryshme te botes .

Nderkohe qe disponibiliteti dhe konsumimi i opioideve shumefishohej ne vendet Anglo-Amerikane dhe ne vendet e Europes Perendimore , rajone te tjera te botes kishin vetem nje rritje te lehte te perdorimit te opioideve bile ne disa vende kishte edhe reduktim te pershkrimit te tyre.

Duhet nenvizuar qe ne vendet Anglo-Amerikane dhe vendet e Europes Perendimore , aksesi i lehtesuar i opioideve , ka promovuar nje shtim jo-kritik te perdorimit te opioideve edhe ne patologjite jokanceroze. Ky perdorim mund te justifikohet ne rastet e trajtimit te dhimbjes neuropatike ose dhimbjes kronike inflamatore , por duhet te merret si keq aplikim ne shume sindrome doloroze jo-kanceroze.

Opioidet nuk duhet te perdoren si “panacea” ( nje medikament qe sheron gjithe semundjet) dhe praktika mjekesore aktuale ne shume vende mund te kercenoje shume disponibilitetin e opioideve ne te ardhmen nese autoritetet shendetesore vendosin te kufizojne perdorimin e opioideve edhe me shume se sa aktualisht.

Si perfundim, te kuptuarit e dhimbjes si nje problem shendetesor madhor ,ka kaluar neper nje rruge te gjate. Qe nga kohet e hershme ku dhimbja perceptohej si nje pjese e paevitueshme e jetes , te cilen qeniet njerezore mund vetem ta influenconin pak, per shkak te etiologjise se supozuar supernatyrore , ne nje koncept fiziologjik ku dhimbja mund te trajtohet.

Ne dekadat e fundit , koncepti i “shkences natyrore”, ka evoluar , eshte rishikuar dhe zgjeruar nepermjet pranimit te faktoreve ndikues psikologjike dhe etnokulturore. Megjithese kerkimet shkencore baze kane ndihmuar ne zbulimin e mekanizmave komplekse te dhimbjes dhe kane lehtesuar zhvillimin e strategjive te reja ne trajtimin e dhimbjes , opioidet e “lashte” jane baza e trajtimit te dhimbjes nga kanceri, dhimbjes akute dhe dhimbjes neuropatike.

Nderkohe qe te kuptuarit dhe trajtimi i sindromave te tjera te dhimbjeve kronike jokanceroze, kerkojne me shume qartesi, dhimbja akute, dhimbja kronike, dhe dhimbja neuropatike mund te trajtohen ne nje numer te madh pacientesh ne baze te algoritmeve te thjeshte te trajtimit dhe me analgjeziket opioide dhe jo opioide “te thjeshte”.

Per pasoje , e ardhmja e menaxhimit te dhimbjes ne vendet ne zhvillim dhe ato te zhvilluara do te varet ne disponibilitetin, aksesin dhe perfshirjen e kujdesit paliativ si nje prioritet ne sistemet e kujdesit shendetesor te cdo vendi.

*Menaxhimi i dhimbjes ne vendet me burime te paketa*  ka per synim te kontribuoje ne kete drejtim ne vende ku financimi i ulet i sistemit shendetesor, e perforcon rendesine e menaxhimit te dhimbjes ne kujdesin paliativ .

**Tema 2**

**Pengesa ne Menaxhimin e Dhimbjes ne Vendet ne Zhvillim**

**Pse eshte i veshtire menaxhimi i dhimbjes ne vendet ne zhvillim?**

Ekonomite me te ardhura te pakta dhe te mesme , nganjehere referohen si vendet ne zhvillim, megjithese ka diferenca te medha ne gjendjen e tyre ekonomike, ne zhvillimin,kulturen,popullsine dhe politiken e tyre.

Varferia mbetet sidoqofte nje faktor i perbashket ne gjendjen shendetesore te vendeve ne zhvillim dhe eshte determinanti kryesor i semundshmerise duke ditur qe pjesa me e madhe e popullsise jeton me me pak se 1 $ per fryme ne dite (me poshte do referohet si “breadline”(“*kufiri i bukes*”). Kequshqyerja, infeksionet dhe semundjet parazitare jane te zakonshme , me shifra te larta morbiditeti dhe mortaliteti, vecanarisht ne zonat rurale dhe sidmos ne grate shtatzana dhe tek femijet.

Shumica e vendeve per kete arsye percaktojne dhe implementojne nje “Pakete Shendetesore Baze” PSHB , e cila eshte nje pakete minimale qe perbehet nga sherbime kosto-efektive ne nivelin e shendetit publik dhe nderhyrjet klinike te cilat merren me burimet kryesore te semundshmerise.Keto prioritete shendetesore jane adresuar qe ne vitin 2000 , ne Objektivat Zhvillimore te Mijevjecarit te Ri (OZhM ) te cilat theksojne eleminimin e varferise dhe urise, edukim paresor universal,barazi gjinore,reduktim i mortalitetit foshnjor ,permiresimi i shendetit te gruas,luftimi i HIV/AIDS, Malaries dhe semundjeve te tjera madhore, qendrueshmeri ambientale dhe partneritet global ne funksion te zhvillimit global.

Megjithese semundjet e komunikueshme jane thelbesore , nje tranzicion ne epidemiologjine e semundjeve edhe ne vendet ne zhvillim po verehet tashme dhe semundjet jo te komunikueshme, aksidentet dhe dhuna jane tani po aq te rendesishme sa edhe semundjet e komunikueshme si shkaktare te vdekjes dhe invalidizimit. Shume prej ketyre semundjeve kane dhimbjen si dhoqeruese te tyre (akute apo kronike ) e cila nuk vleresohet dhe trajtohet ne menyren e duhur.

Nderkohe qe ka nje konsensus te pergjithshem se sistemet e forta shendetesore jane celesi per te patur permiresim te gjendjes shendetesore, ka me pak konsensus ne menyren se si mund te arrihet forcimi i sistemeve shendetesore. Ne vende ku mesatarja e te ardhurave eshte poshte “kufirit te bukes”, ka shume pak prioritet vecanarisht problemi i dhimbjes, pasi pjesa me e madhe e njerezve punojne per te fituar sado pak per te mbijetuar pavaresisht problemeve qe mund te kene me dhimbjen.

**A eshte menaxhimi i dhimbjes nje problem ne vendet ne zhvillim?  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Dhimbja eshte problemi me i shpeshte qe i ben pacientet te paraqiten tek profesionistet e shendetesise ne vendet ne zhvillim. Ne nje studim te OBSH-se , dhimbja persistente ishte nje problem shendetesor i raportuar rregullisht tek pacientet ne kujdesin paresor dhe ne menyre te qendrueshme i shoqeruar me semundje psikologjike. Si dhimbja akute dhe kronike, dhimbja nga kanceri dhe dhimbja jo kanceroze, jane te nen trajtuara dhe analgjeziket ka raste qe nuk jane te disponueshem ne spitale rurale.

**Si i perballojne pacientet problemet e lidhura me dhimbjen?**

Zakonisht , perpjekja e pare per menaxhimin e dhimbjes tek keta paciente eshte perdorimi i mjeteve shtepiake, duket perfshire ilacet me origjine bimore dhe ato te paregjistruara “over dhe counter” jashte kontrollit , OTC.

Keto mund te jene analgjezike te thjeshte, medikamente me baze bimore ose medikamente komplementare. Vete-pershkrimet dhe rekomandimet nga praktikuesit jo-mjekesore ( miq, shoke,te aferm, komshinj, tregtaret e patentave mjeksore, dhe praktikuesit mjekesore tradicionale) jane te zakonshme.Rekomandime te tilla mund te jene efektive per nje dhimbje te lehte , te thjeshte, te pakomplikuar, por kur dhimbja eshte e forte dhe e qendrueshme, pacientet paraqiten ne qendren shendetesore ose ne spital si shpresa e fundit.

Ne spitale , pjesa me e madhe e problemeve te lidhura me dhimbjen menaxhohen nga mjeket e pergjithshem , mjeket e familjes ose mjeket specialiste te linjes se pare si ortopedet, traumatologet, kirurget, neurologet apo onkologet. Specialistet e trajtimit te dhimbjes (specialistet e dhimbjes) dhe klinikat e dedikuara te dhimbjes ose skuadrat e dhimbjes akute jane te rralla dhe shpeshhere nuk ekzistojne fare ne vendet ne zhvillim.

E megjithese lehtesimi i dhimbjes eshte e drejte thelbesore e standartit me te larte te shendetit , kjo e drejte thelbesore eshte e veshtire per tu arritur ne vendet ne zhvillim , ku pjesa me e madhe e popullsise jeton ne zonat rurale. Zakonisht , kujdesi shendetesor eshte i ofruar nepermjet nje rrjeti te klinikave shendetesore te vogla – disa prejt te cilave pa doktore dhe pa analgjeziket esenciale.

Por edhe kur doktoret jane te disponueshem , psh ne kirurgji, pacientet e presin dhimbjen si nje pjese e paevitueshme e nderhyrjes kirurgjikale, dhe pervec incidences se larte te dhimbjes se raportuar , prape se prape e vleresojne “lehtesimin e dhimbjes” si te kenaqshme.

**Pse eshte e veshtire per te ofruar nje menaxhim efektiv te dhimbjes?**

1. **Mungesa e njohurive**

Njohurite e papershtatshme ndermjet profesionisteve te shendetit ne vendet ne zhvillim eshte nje prej pengesave kryesore per nje menaxhim adekuat te dhimbjes ne keto vende. Vleresimi gjithperfshires i dhimbjes , perafrimi me shume menyra i trajtimit, jane te mesuara apo te kuptuara keq per aq kohe sa dhimbja vleresohet si nje simptom i nje semundje se sa nje eksperience me komponente fizike, psiko-sociale dhe dimensione te tjera.

Mungesa e trajnimit dhe mitet mund te shkaktojne frike te paarsyshme ne lidhje me efektet anesore te analgjezikeve opioideve dhe besime te gabuara ne lidhje me rrezikun e varesise bile edhe tek te semuret me kancer. Pacientet gjithashtu mund te mos i kuptojne si duhet problemet e tyre shendetesore dhe mund edhe te parashikojne te pasurit e dhimbjes te cilen ata e marrin si dicka qe duhet duruar dhe qe eshte pjese e paevitueshme e semundjes se tyre.Duke qene se edukimi i pershtatshem eshte thelbesor per te gjithe profesionistet e shendetit te perfshire ne trajtimin e dhimbjes edhe puna ne skuader multidisiplinare eshte qendrore per te arritur nje menaxhim te suksesshem te dhimbjes.

Edukimi mbi dhimbjen duhet te perfshihet ne kurrikulat dhe provimet e studenteve te mjekesise dhe infermierise para dhe pas diplomimit dhe gjithashtu te inkorporohet ne kurrikulat e edukimit te vazhdueshem mjeksor. Organizata te ndryshme kane hartuar , perpiluar dhe pergatitur paketa edukative gjithperfshirese per dhimbjen , protokolle dhe udherrefyes per dhimbjen sic eshte edhe SNSD/IASP ([www.iasp-pain.org](http://www.iasp-pain.org)). Megjithate keto mjete edukative duhet te pershtaten qe te jene kosto-efektive dhe te adaptuara sipas kultures se secilit vend.

1. **Sjellje jo te pershtatshme te profesionisteve te shendetit**

Shpesh pacienteve u mohohen analgjeziket e nevojshem per trajtimin e dhimbjes se tyre sepse profesionistet e shendetit qe jane te ngarkuar per te administruar keto medikamente jane shume te zene , nuk jane te interesuar ose refuzojne qe te besojne ne ankesat e pacientit.

1. **Burime te papershtatshme**

Per shkak te mungesave ne stafe, ne pajisje dhe financim , mjetet dhe burimet per trajtimin e dhimbjes jane ne pjesen me te madhe te pamjaftueshme ose plotesisht te papershtatshme ne nje numer vendesh ne zhvillim. Burimet e papershtateshme e bejne te nevojshem organizimin e skuadrave te dhimbjes akute dhe klinikave te dhimbjes kronike te cilat jane mjaft te zhvilluara ne vendet e zhvilluara per te ofruar kontroll efektiv te dhimbjes duke perdorur metoda te bazuara ne evidenca , edukim, keshillim ne rastet me dhimbje te veshtira dhe kerkim shkencor. Ne vendet ne zhvillim , permiresimet ne menaxhimin e dhimbjes akute kryesisht vijne si pasoje e programeve efektive trajnuese, aplikimi i analgjezise multimodale dhe aksesi ne ofrimin e medikamenteve efektive e te besueshme.

1. **Mungesa e analgjezise opioide**

Dhimbja e moderuar dhe e rende kerkojne perdorimin e analgjezikeve opioide sipas shkalles se analgjezise se aprovuar nga OBSH-ja e cila eshte perkrahur edhe nga Federata Boterore e Shoqatave te Anestezise(FBSA). Fatkeqesisht ne shume vende ne zhvillim , frika (opiofobia) ,shqetesimet, dhe mitet ne lidhje me perdorimin e opioideve , jane te fokusuara me shume ne tolerancen, dependencen dhe adiksionin te cilet nuk duhet te veshtiresojne nje perdorim mjekesor te pershtatshem te opioideve.

Ne vitin 1996, Bordi Nderkombetar i Kontrollit te Narkotikeve (BNKN) pergatiti rekomandime te cilat cuan ne pergatitjen e publikimit te manualit udhezues te OBSH-se “Arritje e nje Balance ne Politikat Kombetare te Kontrollit te Opioideve (2000)”. Udhezuesi shpjegon nivelin dhe detyrimin e perdorimit e analegjezikeve opioide per qellime mjeksore.

1. **Mungesa e nje prioriteti kombetar**

Politikat kombetare jane guri i themelit per implementimin e cdo programi shendetesor kombetar dhe politikat ne kete fushe mungojne ne shume prejt vendeve ne zhvillim. Menaxhimi efektiv i dhimbjes mund te arrihet vetem atehere kur qeveria e perfshin trajtimin e dhimbjes ne planin shendetesor kombetar.

Politikberesit dhe rregullatoret , duhet te sigurojne qe ligjet dhe rregullat kombetare te zbatohen , nderkohe qe kontrollojne dhe mbikqyrin perdorimin e opioideve , te mos kufizojne pershkrimin e analgjezikeve opioide ne disfavor te pacienteve me dhimbje dhe ne nevoje per lehtesimin apo eleminimin e dhimbjes. Perafrimi i strategjive shendetesore publike kombetare , me perfshirjen e kujdesit paliativ , eshte me e mira e mundshme per ti transferuar njohurite e deritanishme ne trajtimin e dhimbjes ne aftesi prakitimi te bazuara ne evidenca dhe ne nderhyrje kosto efektive te cilat mund te arrijne cdo pjestar te popullates ne nevoje per lehtesimin e dhimbjes.

**Perfundim**

Dhimbja e patrajtuar shkakton shume vuajtje tek individi qofte i varfer apo i pasur.

Duhen bere te gjitha perpjekjet qe na i mundeson shkenca dhe kushtet , per te bere te mundur menaxhimin efektiv te dhimbjes edhe tek personat qe jetojne nen nivelin e “kufirit te bukes”.

**Tema 3**

**Fiziologjia e Dhimbjes**

Dhimbja nuk eshte vetem nje gjendje e papelqyeshme por gjithashtu nje modalitet i ndjeshem dhe kompleks i cili rezulton thelbesor per mbijetesen tone. Ka raste shume te rralla te njerezve qe nuk ndiejne dhimbje.

Nje rast i rralle i cituar shpesh eshte ai i F.C , e cila nuk shfaqte nje pergjigje normale ndaj dhimbjes pavaresisht demtimit indor. Ajo shpesh godiste majen e gjuhes se saj, digjte veten, nuk levizte fare ne krevat, nuk e levizte dot trupin dhe shfaqte nje mungese ne pergjigjen autonome ndaj stimujve te dhimbjes. Ajo vdiq ne moshen 29 vjec.

Mekanizmat qe ka sistemi nervor per kapjen e stimujve qe kane potencial per te shkaktuar demtim indor jane shume te rendesishem per te nxitur ato procese te sjelljes te cilat na mbrojne ndaj demtimeve aktuale ose te metejshme indore.Kjo realizohet nepermjet reagimit reflektiv ose prej veprimeve parandaluese kundrejt stimujve te cilet mund te shkaktojne demtime indore, sic mund te jene levizjet mekanike te forta, ekstremet e temperaturave, mungesa e oksigjenit dhe ekspozimi ndaj disa kimikateve.

Kjo teme do te mbuloje receptoret neuronale qe i pergjigjen stimujve te ndryshem te dhimbshem, substancave qe mbulojne receptoret, shtigjeve nervore si dhe modulimi i perceptimit te dhimbjes.

Termi *nociceptiv* ( nga latinishtja, *nocere* , “per te demtuar”) i referohet procesit sensor qe aktivizohet dhe dhimbja i referohet perceptimit te nje ndjesie te cilen pacienti e quan dhimbje dhe e pershkruan ne menyra te ndryshme si irrituese,pickuese, djegese, ngrirese, thumbuese, pickuese dhe e padurueshme.

Keto dy aspekte si nocicepsioni dhe dhimbja jane te ndara dhe meqe do te pershkruhen kur te bejme modulimin e dhimbjes, nje person me demtime indore qe ka ndjesi te dhimbshme mund te sillet sikur nuk e ndjen dhimbjen. Nocicepsioni mund te shkaktoje dhimbje e cila mund te vije dhe te shkoje dhe nje individ mund te kete ndjesine e dhimbjes pa nje akvititet nociceptiv te dukshem.

Keto aspekte jane te perfshira ne perkufizimin e IASP,” nje eksperience emocionale dhe ndjesore e papelqyeshme, e shoqeruar me demtime indore aktuale dhe/ose potenciale , ose e pershkuar ne termat e nje demtimi te tille”.

**Fiziologjia e dhimbjes,**

**Nociceptoret dhe transduksioni i stimujeve te dhimbshem.**

Sistemi nervor per nocicepsionin qe alarmon trurin ndaj stimujve sensore te demshem eshte e ndare nga pjesa e sistemit nervor qe informon trurin ne lidhje me stimujt sensore te pademshem.Nociceptoret jane terminacione nervore te paspecializuara , te lira dhe te deminelinizuara, te cilat konvertojne “ percjellin” nje numer stimujsh ne sinjale nervore, te cilat truri i perkthen ne stimuj sensore te dhimbshem.

Trupat e qelizave nervore lokalizohen ne rrenjet e ganglioneve dorsale ose per nervin trigeminal ne ganglionin trigeminal dhe keto dergojne nje dege fibrash nervore ne periferi dhe nje tjeter ne korden spinale dhe trungun cerebral( medula oblongata).

Klasifikimi i nociceptorit(receptori i dhimbjes) bazohet ne klasifikimin e fibrave nervore per te cilat ato jane fije terminale.Ka dy tipe fibrash nervore;(1) me diameter te vogel, qe jane nerva te deminelinizuar qe e transmetojne im pulsin nervor ngadale( 2 m/s = 7.2 km /ore) dhe qe quhen fibra C, dhe ( 2) fibra nervore me diameter te madh, qe jane nerva lehtesisht te mielinizuar qe i transmetojne shpejt impulset nervore( 20 m/s = 72 km/ore) qe quhen fibrat A∂.

Nociceptoret me fibra C, pergjigjen ne menyre polimodale ndaj stimujeve mekanike, termike dhe kimike ndersa nociceptoret me fibra A∂ jane dy llojesh dhe i pergjigjen stimujve mekanike dhe termomekanike.Eshte gjithashtu e njhur tashme qe ndjesia e dhimbjes ndertohet nga dy kategori,njera qe eshte dhimbje e shpejte, qe zgjat pak, e mprehte ( “mbikritike”), dhe tjetra eshte dhimbje e ngadalte, me e vonshme, qe zgjat me shume, e topitur(“protopatik”).

Ky model shpjegohet nga diferenca ne shpejtesine e perhapjes se impulseve nervore ne dy tipat e fijeve nervore te shpjeguara me siper. Ne impulset neuronale te nociceptoreve A∂ me percim te shpejte prodhojne ndjesine e dhimbjes se shpejte , te forte dhe qe zgjat pak ndersa nociceptoret C me fije nervore me percjellje te ngadalte jane pergjegjes per ndjesine e dhimbjes se ngadalte dhe te topitur.

Aktivizimi periferik i nociceptoreve( transduksioni ose percjellja) modulohet nga nje numer substancash kimike te cilat prodhohen dhe clirohen kur kemi te bejme me demtim qelizor periferikv (**tabela 1**).Keta mediatore ndikojne ne nivelin e aktivitetit nervor dhe per pasoje edhe intensitetin e ndjesise se dhimbjes.

Stimulimi i perseritur shkakton ne menyre tipike sensibilizimin e fijeve nervore periferike, duke shkaktuar uljen e pragut te dhimbjes dhe per pasoje dhimbje spontane , nje mekanizem qe mund te perjetohet si hipersensibilitet kutan, psh, ne pjesen e lekures se djegur nga rrezet e diellit.

**Fig 1** : Disa lende kimike clirohen gjate demtimit indor dhe kjo stimulon nociceptoret.Ne vazhdim clirimi i substances-P, se bashku me histaminen shkaktojne vazodilatiacion dhe edeme.

Per pasoje clirimi lokal i kimikateve si substanca P ,shkakton vazodilatacion dhe edeme dhe me pas clirimi i histamines nga mastocitet duke e shtuar me shume vazodilatacion.Ky sinjal kimik kompleks e mbron zonen e demtuar, duke prodhuar sjellje qe e mbajne ate zone larg stimujeve mekanike dhe te tjere.

Nxitja e sherimit dhe mbrojtja kunder infeksionit ndihmohen nga shtimi i qarkullimit te gjakut dhe inflamacioni (“efekti mbrojtes i dhimbjes”).

|  |  |
| --- | --- |
| Tabela 1  Substancat kimike te selektuara te cliruara nga stimuj qe jane te mjaftueshem per te shkaktuar demtim indor. | |
| **Substanca** | **Burimi** |
| Kaliumi | Qelizat e demtuara |
| Serotonia | Trombocitet |
| Bradikinina | Plazma |
| Histamina | Mastocitet |
| Prostaglandinat | Qelizat e demtuara |
| Leukotrienet | Qelizat e demtuara |
| Substanca P | Afernetet e fijeve nervore primare |
|  |  |

Hiperndjeshmeria mund te diagnostikohet duke marre nje histori te mire te semundjes dhe ekzaminim te kujdesshem.Disa gjendje te vecanta mund te verehen:

1. **Allodinia**; dhimbje qe provokohet nga nje stimul qe normalisht nuk shkakton dhimbje, psh dhimbja e shkaktuar nga kemisha tek pacientet me neuralgji postherpetike.
2. **Disestezia**; nje ndjenje jonormale, e papelqyeshme, spontane ose e provokuar( Shenim; disestezia eshte gjithmone e papelqyeshme,ndersa parestezia duhet te mos jete e papelqyeshme, psh ne pacientet me polineuropati diabetike ose ata me mungese te vitamines B 1.
3. **Hiperalgjezia**; nje pergjigje e shtuar nga stimulimet, duke perjashtuar shqisat specifike, psh ndjeshmeri e shtuar kutane ndaj stimujve termike , pa dhimbje.

Me njohurite qe kemi ne lidhje me rruget e dhimbjes dhe mekanizmat sensibilizues, ne mund te ndertojme strategji terapeutike per te ndervepruar ne menyre specifike me mekanizmat e gjenerimit te dhimbjes.

**Rruget qendrore te dhimbjes:**

Rruga spinotalamike dhe ajo trigeminale jane rruget nervore me te medha per transmetimin e dhimbjes dhe informacionin normal te temperatures nga trupi dhe fytyra drejt trurit.Organet visceale kane vetem fije nervore terminale te tipit C dhe per pasoje nuk kemi nje aksion reflektiv nga dhimbja me origjine nga organet.

**Rruga spino-talamike:**

Fijet nervore prej ganglionit te rrenjes dorsale hyjne ne korden spinale nepermjet rrenjes dorsale dhe dergojne dege 1-2 segmente siper dhe poshte korde spinale (trakti dorsolateral i Lissauer)perpara se te hyjne ne lenden gri spinale, ku ato realizojne kontakte (inervojne) me qelizat nervore ne laminen Redex I (zona marginale) dhe lamina II (substanca xhelatinoze).

Fijet nervore A∂, inervojne qelizat ne zonen marginale, ndersa fijet C inervojne kryesisht qelizat ne shtresen me zone xhelatinoze te kordes spinale.Keto qeliza nervore me pas , inervojne qelizat ne nucleus proprius, nje zone tjeter e lendes gri te kordes spinale( shtresat Rexed IV,V dhe VI) te cilat dergojne fije nervore permes fijeve te mesit te medules dhe ato aferente( ne pjesen anterolaterale dhe ventrolaterale te lendes gri te medules spinale) nepermjet medules dhe ponsit dhe inervojne qelizat nervore te lokalizuara ne zona specifike te talamusit.

Kjo perben traktin spinotalamik ose rrugen spinotalamike per transmetimin e informacionit te dhimbjes dhe stimujt termike normale ( < 45 o C).Disfunksioni ne traktin spinotalamik mund te behet vete nje burim dhimbje sic mund te verehet ne rastet me aksidente cerebrovaskulare me dhimbje centrale ( “dhimbja talamike”), ne zonen e paralizes.

**Rruga trigeminale:**

Stimujt e demshem prej zones se faqes, transmetohen ne fijet nervore qe vijne nga qelizat nervore ne ganglionin trigeminal si dhe berthamat (nucleuset) kraniale IIV, IX dhe X. Fijet nervore hyjne ne medulen oblongata dhe zbresin ne medulen spinale ku ato inervojne nje nen-ndarje te kompleksit nuklear trigeminal.

Prej ketu, fijet nervore qe dalin prej ketyre qelizave, kryqezojne linjen e mesme nervore dhe ngjiten per te inervuar qelizat nervore talamike ne anen kontrolaterale. Goditja spontane e ganglionit nervor trigeminal mund te jete edhe etiologjia e “neuralgjise trigeminale” ( megjithese pjesen me te madhe te kohes, demtimi lokal i nervit trigeminal nga lezion traumatik nepermjet arteries cerebelare mund te jete edhe shkaku sic eshte pare nga rezultatet pozitive te kirurgjise me dekomprimim te nervit trigeminal e tipit “Janetta”).

Zona e talamusit qe merr informacion per dhimbjen nga korda spinale dhe berthamat trigeminale eshte gjithashtu zona qe merr informacion edhe nga stimuj sensore normale sic jane prekja dhe presioni.

Nga kjo zone, fijet nervore dergohen ne shtresen siperfaqesore te trurit (zonat kortikale qe merren me informacionin sensor). Ne kete menyre duke patur te dyja edhe informacionin sensor somatik normal edhe informacionin sensor nociceptiv ne te njejten zone kortikale, informacioni ne lidhje me lokalizimin dhe intensitetin e dhimbjes mund te procesohet dhe te duket si “nje ndjenje e dhimbshme e lokalizuar”.

Ky perfaqesim kortikal te trupit sic eshte pershkruar ne “homunculusin e Panfield” mundet gjithashtu te jete nje burim dhimbje. Ne situata te vecanta si psh ne amputacionet e gjymtyreve, perfaqesimi kortikal mund te ndryshoje duke shkaktuar ndjenja te dhimbshme si “dhimbja fantom” dhe ndjenjat jo te dhimbshme (p.sh “fenomenet e teleskopit”).

Duke vleresuar kompleksitetin e rrugeve te dhimbjes, mund te kuptojme edhe veshtiresine ne vleresimin e origjines se dhimbjes tek nje pacient si dhe ne ofrimin e qetesimit te dhimbjes vecanarisht ne dhimbjen kronike.

**Fizpatologjia e dhimbjes:**

**Ndjesia e dhimbjes mund te ndodhe si pasoje e:**

1. Inflamacionit te nervave, p.sh: neuriti temporal.
2. Demtimi i nervave dhe i terminacioneve nervore, me formim cikatricesh, p.sh, demtimi kirurgjikal ose prolapsi diskal.
3. Invadimi i nervave nga ekspansioni i kancerit , p.sh.,pleksopatia brakiale.
4. Demtimi i strukturave te kordes spinale,talamusit ose zonave kortikale te cilat procesojne informacionin mbi dhimbjen, te cilat mund te rezultojne ne dhimbje te veshtire; de-aferentim, p.sh, trauma spinale.
5. Aktivitet nervor anormal ne cirkuitet nervore e cila perceptohet si dhimbje, p.sh., dhimbja fantom me riorganizim kortikal

**Modulimi i perceptimit te dhimbjes:**

Eshte bere e ditur tashme qe ka nje diference midis realitetit objektiv te stimujve te dhimbshem dhe pergjigjes subjektive ndaj ketyre stimujve. Gjate Luftes se Dyte Boterore, Beecher qe ishte nje mjek anestezist, dhe koleget e tij realizuan studimin e pare sistematik te ketij efekti.

Ata zbuluan se ushtaret qe vuanin dhe kishin shume plage ne trup, shpesh perjetonin pak ose aspak dhimbje. Ndarja ndermjet demtimit dhe dhimbjes eshte vene re edhe ne rrethana te tjera sic jane aktivitetet sportive dhe i atribuohen efektit te rethanave ne te cilat ndodh nje demitim i caktuar.

Ekzistenca e ndarjes le te kuptohet qe kemi te bejme me nje mekanizem ne trup qe modulon perceptimin e dhimbjes.Ky mekanizem endogjen i modulimit te dhimbjes mendohet se ofron avantazhin e mbijeteses se shtuar ne te gjitha speciet (Uberlebensvorteil).Tre mekanizma te rendesishem jane pershkruar: inhibimi segmental, sistemi opioid endogen dhe sistemi nervor inhibues descendent.Per me teper strategjive konjitive dhe qe i bejne balle situatave te dhmbshme mund gjithashtu te luajne nje rol te rendesishem ne perceptimin e dhimbjes, sic jane pershkruar ne kapitujt e tjere te ketij libri.

**Inhibimi / frenimi segmental:**

Ne vitin 1965, Melzak dhe Wall , propozuan “Teorine e portes per kontrollin e dhimbjes” e cila eshte modifikuar kohet e fundit, por qe ne esence mbetet e vlefshme. Kjo teori propozon qe transferimi i informacionit permes pikes se kontaktit (sinapsit) ndermjet fijeve nervore A∂ dhe C ( te cilat sjellin informacionin e demtimeve nga periferia) dhe ne qelizat e cornu ( bririt) dorsal te kordes spinale mund te reduktohet ose bllokohet.

Per pasoje perceptimi i dhimbshmerise se stimulit eshte i reduktuar ose nuk ndihet fare. Zhvillimi i stimulimit nervor elektrik transkutan (TENS/SNET) eshte edhe pasoja klinike e ketij fenomeni.

Transmetimi i impulseve nervore permes sinapsit mund te shpjegohet si me poshte: Aktivizimi i fijeve nervore te medha te mielinizuara, (fijet AB) shoqerohet me receptore mekanike me prag te ulet, sic eshte prekja e cila stimulon nje nerv frenues ne korden spinale qe frenon transmetimin sinaptik.Ky eshte nje shpjegim i mundshem se pse e kruajtura ne nje zone te demtuar e redukton ndjesine e dhimbjes.

**Sistemi opioid endogen:**

Pervec teorise se portes per transmetimin e stimujve te dhimbshem, nje sistem tjeter modulon perceptimin e dhimjes.Qe ne vitin 400 p.K, eshte bere e njohur qe opiumi dhe derivatet e tij si morfine, kodeina dhe heroina jane analgjezike te fuqishem dhe ata jane shtylla kryesore e terapise per qetesimin e dhimbjes edhe ne ditet tona.

Ne vitet 60 -70-te , u zbuluan receptoret per derivatet e opiodeve, vecanarisht ne qelizat nervore te lendes gri peri-akueduktale dhe ne medulen ventrale dhe gjithashtu ne korden spinale.Keto gjetje lene te kuptohet qe lende te ndryshme kimike mund te prodhohen nga sistemi nervor dhe mund te sherbejne si ligandet natyrale te ketyre receptoreve.

Tre grupe perberesish endogene ( encefalina, enorfina dhe dinorfina) jane zbuluar dhe sherbejne per tu lidhur me receptoret opioide te cilet referohen si sistemi opioid endogen.Prania e ketij sistemi dhe sistemi modulues descendent i dhimbjes (adrenregjik dhe serotoninergjik), ofrojne nje shpjegim per sistemin e modulimit te dhimbjes interne ndryshushmerine subjektive te dhimbjes.

**Sistemi nervor inhibues descendent:**

Aktiviteti nervor ne nervat descendent nga zonat e trungut cerebral ( lenda gri periakueduktale, medula rostrale) mund te kontrollojne ngjitjen e informacionit te demshem drejt trurit. Serotonina dhe norepinefrina jane transmetuesit kryesore te kesj rruge qe mund te rregullohen ne menyre farmakologjike.

Inhibuesit e rikapjes selektive te serotonines( IRSE-te) dhe antidepresantet triciklike p.sh (amitriptilina) mund te kene efekte analgjezike.

**Dhimbja e referuar:**

Organet viscerale nuk kane ndonje fije nervore A∂, por fijet nervore C, qe e marrin informacionin e dhimjes nga organet viscerale konvergojne ne te njejten zone te kordes spinale( substanca xhelatinoze) aty ku konvergojne fijet nervore somatike prej periferise dhe truri lokalizon ndjenjen e dhimbjes , sikur ato te kishin origjinen nga zonat periferike somatike ne vend te organeve viscerale.

Keshtu dhimbja nga organet e brendshme perceptohet ne nje zone qe nuk eshte zona e dhimbjes, nje dhimbje e tille quhet *dhimbje e referuar.*

**Refleksi autonom spinal:**

Shpesh informacioni i dhimbjes nga organet viscerale aktivizon nervat qe shkaktojne kontraksion te muskujve te skeletit dhe vazodilatacion te eneve te gjakut te lekures, duke shkaktuar nje skuqje te asaj zone te siperfaqes se trupit.

**Konkluzion:**

Stimujt mekanike dhe kimike te cilet aktivizojne receptoret e dhimbjes vazhojne si sinjale nervore te cilat perceptohen si dhimbje nga truri.Kerkimi dhe te kuptuarit e mekanizmit baze te stimujve te dhimshem dhe perceptimet e dhimbjes ofrojne nje shpjegim te arsyeshem per nderhyrjet terapeutike dhe per targete te reja potenciale per zhvillimin e medikamenteve analgjezike.

**Tema 4**

**Faktoret Psikologjike ne Dhimbjen Kronike**

Te gjithe jane familjare me ndjesine e dhimbjes. Ajo zakonisht ndikon ne trup, por eshte gjithashtu e ndikuar nga faktore psikologjike, dhe ajo gjithmone prek dhe ndikon ne ndergjegjen njerezore. Kjo lidhje ndermjet mendjes dhe trupit eshte e ilustruar gjeresisht me ane te shume metaforave dhe simboleve te njohura. Problemi i pazgjidhur dhe konfliktet na kane bere neve te torturojme mendjet tona rreth tyre, dhe termi popullor per zvogelimin e dhimbjes ne gjermanisht (Hexenschuss-goditjet e shtrigave) tregon per besimet mesjetare psikosomatike qe nje burre krenar mund te goditet nga fuqite magjike te shtrigave, duke bere e bere ate te ndjeje dhimbje pikelluese qe e gjymtojne ate. Shume kultura besonin ne fuqite magjike (zakonisht te keqija) qe shkaktojne dhimbje. Keto besime ne fuqite magjike tregojne qe shkaku i dhimbjeve jo gjithmone mund te percaktohej. Ndonjehere strukturat somatike te trupit jane te gjitha normale dhe eshte e pamundur te gjendet ndonje lendim fizik, apo keqfunksionim psikologjik dhe neurologjik qe mund te jene potencialisht burimet e dhimbjes. Besimi ne fuqite magjike i ka rrenjet edhe ne pervojen qe faktoret psikologjike jane po aq te rendesishme per perballimin e dhimbjes sic eshte gjetja e shkakut e dhimbjes fizike. Hulumtimet moderne rreth hapjes qetesuese te pademshme kane konfirmuar faktore te tille psikologjike ne menyra te ndryshme.

Duhet te permendet, megjithate, se teori te caktuara moderne te tilla si legjenda e "diskut te lodhur " e pershkruajne shkakun e vertete te ketyre simptomave vetem ne shume pak raste. Ne me shume se 80% te te gjitha rasteve te dhimbjes se kurrizit, nuk ka asnje diagnoze te qarte organike. Diagnoza per keto raste zakonisht eshte "jo e specifikuar" si dhimbje kurrizi. Duke permbledhur te kunderten, se mungesa e shkaqeve somatike tregon nje etiologji psikologjike, do te jete po aq e gabuar.

Shoqata e Brendshme per Studimin e Dhimbjes (IASP) e ka percaktuar dhimbjen si "pervoje ndijore dhe emocionale te pakendshme te lidhur me demtimin e indeve aktuale apo te mundshme, ose te pershkruara ne aspektin e demtimit ". Ky perkufizim eshte mjaft i dobet, por ai perfshin kompleksitetin e perpunimit te dhimbjes, kundershton perkufizimet e thjeshtezuara se dhimbja eshte thjesht nje ngjarje jo-ciceptive, dhe gjithashtu terheq vemendjen ndaj ndikimeve te ndryshme psikologjike.

Dhimbja eshte shpesh e shoqeruar nga emocione te forta. Ajo eshte perceptuar jo vetem si nje ndjesi qe pershkruhet me fjale te tilla si djegie, urgjente, sembim, apo prerje, por edhe si nje pervoje emocionale (ndjenje) me fjale te tilla si pikelluese, mizore, e tmerrshme dhe torturuese. Lidhja mes dhimbjes dhe ngjyrimit negativ emocional eshte evolucionare. Neveria e organizmave ndaj dhimbjes i ndihmon ata qe shpejt dhe ne menyre efektive te mesojne per te shmangur situata te rrezikshme dhe per te zhvilluar sjellje qe ulin probabilitetin e dhimbjes dhe keshtu demin fizik. Mesimi me i mire ndodh nese ne i kushtojme vemendje dhe nese permbajtja e mesuar eshte e lidhur me ndjenja te forta. Persa i perket dhimbjes akute dhe veçanerisht kur rreziku lind jashte trupit-sjellja e mesuar ne lidhje me shmangien e stimulimit te dhimbjes akute i zvogelon ne menyre dramatike rreziqet shendetesore. Kur eshte fjala per dhimbje kronike, shmangia e aktiviteteve dhe e kontakteve sociale ndikon qe pacienti te reduktoje aktivitetet dhe te fokusohet pothuajse plotesisht tek dhimbja. Kjo tendence te çon ne nje rreth vicioz te dhimbjes, mungese aktiviteti, frike, depresion dhe me shume dhimbje.

**Pacientet shpesh kane nje modele dhimbje somatike**

Ne Mjekesine Perendimore, dhimbja eshte pare shpesh si reagim neurofiziologjik ndaj simulimit te joceciptoreve, intensiteti i te cileve eshte i ngjashem me-ngrohjen deri tek ftohja-te cilat varen nga shkalla e stimulimit. Sa me e forte te jete ngrohja nga soba, aq me e keqe zakonisht vazhdon te jete dhimbja e perceptuar. Si nje proces i thjeshte nervor, megjithate, perdoret vetem per dhimbjet akute ose eksperimentale ne kushte shume te kontrolluara laboratorike qe zgjasin vetem per nje periudhe te shkurter kohe. Per shkak te menyres ne te cilen dhimbja eshte portretizuar ne shkencen popullore, pacientet gjithashtu priren ti permbahen ketyre teorie naive. Kjo çon ne supozime jo te favorshme nga pacientet, te tilla si:

(1) dhimbja gjithmone ka shkaqe somatike dhe ju thjeshte duhet te vazhdoni ti kerkoni ato,

(2) dhimbje pa shkaqe patologjike duhet te jete psikogjenike, dhe

(3) psikogjenik do te thote psikopatologjike.

Mjeket filluan ti merrnin parasysh faktoret psikogjenike si nje faktor kontribues vetem ne qofte se shkaqet e dhimbjes nuk mund te shpjegoheshin me shkaqe te mjaftueshme somatike. Ne keto raste, ata do te thonin, per shembull, se dhimbja eshte "mbivendosur psikologjikisht". Si pasoje, pacienti shqetesohet se ato nuk do te merren seriozisht dhe do te insistojne edhe me shume qe mjeket te shikojne per shkaqe somatike. Keto situata te çojne ne nje dikotomi te padobishme te dhimbjes somatogjenike kunder psikogjenike. Por dhimbja gjithmone konsiston ne te dy faktoret- somatike dhe psikologjike. Keto dikoizime te vjeteruara duhet te adresohen ne kuader te teorise se shenjte te dhimbjes.

**Nderveprimi i faktoreve biologjik, psikologjik dhe sociale**

Nje koncept i plote i dhimbjes per dhimbje kronike eshte kompleks dhe perpiqet te marre ne konsiderate sa me shume faktore te jete e mundur. Terapistet psikologjikisht te orientuar nga dhimbja nuk mund te kete nje qendrim naiv ndaj dhimbjes dhe neglizhues ndaj shkaqeve somatike, sepse perndryshe, pacientet me çrregullime mendore (p.sh. depresion apo ankth) nuk do te merrnin kujdesin somatik qe ata kerkojne. Vetem per shkak se dikush ka çrregullime mendore nuk do te thote se ai ose ajo eshte i imunizuar nga çrregullimet fizike dhe dhimbjes te lidhur me to. Ne anen tjeter, pacientet me simptoma te qarta somatike shpesh nuk marrin kujdesin e duhur psikologjik: dhimbja e lidhur me ankthin dhe depresionin, gjendjet jo te favorshme te semundjes te lidhura me sjelljen, dhe gjendjet psikopatologjike te semundjes mund te lihen pas dore.

Nga nje perspektive psikologjike, supozohet se çrregullimet kronike te dhimbjes jane te shkaktuara nga proceset somatike (patologji fizike) ose nga nivele te konsiderueshme stresi. Mund te jete nje semundje fizike, por edhe nje proces funksional sic eshte reagimi fiziologjik i stresit, ne formen e tensionit te muskujve, hiperaktivitet vegjetativ, si dhe nje rritje ne ndjeshmerine e receptoreve te dhimbjes. Vetem nese çrregullimi perparon ben qe faktoret shkaktues te origjines te behen me pak te rendesishem, nderkohe qe mekanizmat e kronifikuar psikologjike fitojne perparesi. Efektet e simptomave te dhimbjes pastaj mund te behen vete shkak per mbajtjen e simptomave.

Teknikat moderne te imazhit te trurit kane konfirmuar hipotezen psikologjike te dhimbjes dhe kane siguruar bazen per nje permiresim te te kuptuarit se si faktoret psikologjik dhe somatike veprojne se bashku. Sic Chen ka permbledhur, nuk eshte vetem nje qender dhimbjeje qe shoqerohet me dhimbje, por nje matrice nervore e perbere nga te gjitha fushat qe jane te aktivizuar nga perpunimi ndijor, emocional dhe njohes i te dhenave, veçanerisht korteksit kryesor ndijues, insula, gyrus cingulated, gri periaqueduktal, dhe zona ballore kortikale: "Masat e trurit neuro-fiziologjike dhe neuro-hemodinamik te dhimbjes eksperimental, tani mund te kenaqin gjeresisht endrren e psikofiziologjisteve, e cila ishte e paimagjinueshme disa vjet me pare, per modelimin e trupit -tru, tru-mendje, mendje-çeshtje dualitet ne nje interlidhje treshe 3-P : Fizike (stimul energji), psikologjike (aktiviteti i trurit), dhe psikike (perceptimi). Ne mund te parashikojme se identifikimi modular dhe paraqitja e zgjimit-kujdes, motivimi emocional dhe rrjeti i njohjes se perceptimeve nervore te dhimbjes ne tru do te çojne gjithashtu ne kuptime me te thella te mendjes njerezore ". Nje nga rezultatet me te rendesishme te ketij hulumtimi eshte qe ne studime duke perdorur FMRI (rezonancen magnetike funksionale berthamore te imazhit t te trurit), ndjenjat negative si refuzimi dhe humbja qe jane zakonisht te referuara si pervoja te dhimbshme gjithashtu krijojne modele neuronale stimuluese te ngjashme me ato te krijuara nga stimulimi i demshem. Ky konstatim eshte i nje rendesie te madhe klinike, sepse personat e debuar nga shoqeria dhe te traumatizuar jo vetem mund te kene çrregullim stresi post-traumatik (PTSD), por gjithashtu tregojne nivel te larte te dhimbjes qe mund te vazhdoje edhe pas trupi eshte sheruar.

**Terapia psikologjike e dhimbjes**

Nderhyrjet psikologjike luajne nje rol te mire-krijuar ne terapine e dhimbjes. Ata jane nje komponent integruese i kujdesit mjekesor dhe gjithashtu kane qene te perdorura me sukses per paciente me çrregullime somatike. Se bashku me teknikat psiko-terapeutike, ata mund te perdoret si nje alternative apo nje shtese ne procedurat mjekesore dhe kirurgjikale. Pacientet me dhimbje kronike zakonisht kane nevoje per terapi psikologjike, per shkak se faktoret psikologjike luajne rol vendimtar ne vazhdimesine e dhimbjeve dhe jane gjithashtu faktor vendimtar ne mundesimin e kthimit ne pune te pacientit.

Me poshte eshte nje liste e nderhyrjes psikologjike dhe e objektivave te tyre te zakonshme ne terapi. Synimet u referohen si individ dhe terapi ne grup. Nderhyrja mund te perdoret ne kontekstin e terapive te ndryshme dhe kerkon nivele te ndryshme te ekspertizes psikologjike, siç tregohet ne Tabelen 1.Per shkak te fokusit te forte mbi proceset psikike, procese te caktuar te tilla si biofeedbackut, aktivizimet fizike dhe psikologjike jane pritur mire veçanerisht nga shume paciente. Pacientet me dhimbje kronike shpesh ndihen te paafte per te bere diçka ne lidhje me dhimbjen e tyre. Per shkak te deshtimit te shume terapive, ata behen pasive dhe ndihen te pashprese dhe ne depresion. Prandaj, nje qellimi kryesor i terapive te dhimbjes psikologjike eshte qe te ulet ndjenja e pafuqise se pacientit.

Perfshirja aktive e pacientit nuk eshte gjithmone e dobishme, veçanerisht nese pacienti nuk mundet te menaxhoje dhe te ndryshoje ate cfare po ndodh. Kjo mund te ndodhe nese lirimi nga dhimbja shihet si objektivi i vetem i terapise. Nuk eshte e pazakonte qe rezultati zhgenjyes, me friken se mund te ndikoje ne te gjitha fushat e jetes, te behet problemi aktual i pacientit. Nje nga faktoret e "mbrojtjes" kunder depresionit eshte fleksibiliteti i pacientit ne pershtatjen e qellime personale: mungesa e rezultateve te fleksibilitetit con ne dhimbje te forta dhe depresion.

Pranimi nuk eshte i barabarte me doreheqjen, por lejon qe:

• Te mos heqin dore ne luften kunder dhimbjes,

• Nje ballafaqim real i dhimbjes, si dhe

• Interes ne aktivitetet pozitive te perditshme.

Terapite me te rendesishme psikologjike jane te bazuara ne parimet e teorise se te mesuarit dhe kane çuar ne rregullat e meposhtme.

• Te lihet pacienti te gjeje kufijte e tij ne lidhje me aktivitete te tilla si ecja, ulja, ose ngjitja shkalleve, pa asnje rritje te konsiderueshme te dhimbjes.

• Planifikim i perbashket, gradual, sistematik, i rregullt qe rrit percaktimin e qellimeve realiste te perkohshme ("me mire te shkohet ngadale ne drejtimin e duhur se sa shpejt ne drejtim e gabuar").

• Ilaçet duhet te merren ne perputhje me nje plan dhe jo vetem kur jane te nevojshem.

• Gradualisht te perballen me situatat qe krijojne ankth (p.sh. mbajtja e peshave te renda, levizje rrotulluese, apo levizje te papritura).

• Ndryshimet e sjelljes nuk jane te dhene si urdhra te mjekut, por jane te mesuar nepermjet informacioneve te formuluara me kujdes (arsimi).

• Terapia psikologjike eshte e kombinuar me procedurat mjekesore dhe fizioterapeutike.

Ekipet nderdisiplinore, me nje koncept biopsikosocial te trajtimit, nuk bejne dallim ne mes te faktoreve psikologjik dhe somatike, por i trajtojne te dy ne te njejten kohe ne specialitetet e tyre individuale dhe permes konsultimeve me njeri-tjetrin.

**Nderhyrjet e terapise se sjelljes**

Metodat psikologjike te terapise se dhimbjes perpiqen per te ndryshuar sjelljen dhe njohjen e dhimbjes. Proceset e sjelljes jane pershtatur drejt ndryshimeve te sjelljeve te dukshme te tilla si : marrja e ilaçeve dhe perdorimi i sistemit te kujdesit shendetesor, si dhe aspektet e tjera qe kane te bejne me aktivitetet e pergjithshme profesionale, private dhe te kohes se lire. Ata fokusohen veçanerisht ne sjelljet pasive te shmangies, nje sjellje patologjike qe tregon ankthin e shmangies ne aktivitetet fizike dhe sociale. Nje aspekt i rendesishem i kesaj terapie eshte te rriturit e nivelit te aktivitetit. Ky hap eshte i shoqeruar nga inisiativa te gjera qe ndihmojne ne uljen e ankthit dhe rritjen e motivimit per te perfunduar me sukses kete faze. Qellimi i terapise eshte qe te zvogeloje sjelljet pasive dhe te krijoje forma me aktive te sjelljes. Terapia fillon me zhvillimin e nje liste te objektivave qe specifikojne se çfare pacienti deshiron te arrije, p.sh. te jete ne gjendje per te shkuar ne stadium futbollit perseri. Keto objektiva duhet te jene realiste, te prekshme dhe pozitive; objektivat me komplekse me te veshtira duhet te trajtohen me sukses, dhe kushtet jo te favorshme duhet te merren me kujdes ne konsiderate. Nuk ka kuptim te inkurajohet nje pacient qe te kthehet ne pune per shkak te gjendjes ne treg, duke e bere keshtu objektiven te pa-arritshme. Nje objektiv me i mire i terapise mund te jete permiresimi i cilesise se jetes duke e perfshire pacientin ne aktivitetet e kohes se lire. Duke zgjeruar perfshirjen ne aktivitete me shume te ngjare behet i mundur dhe ri-integrimin social (me familjen, miqte dhe bashkepunetoret,). Mbeshtetja qe pacientet marrin ne terapi rrit mundesine qe ata do ti vazhdojne keto aktivitete edhe pas perfundimit te terapise. Shpesh, megjithate, terapistet nuk duhet vetem te inkurajojne aktivitetet, por gjithashtu duhet te planifikojne faza pushimi dhe relaksimi per tu bere siguruar qe pacientet nuk po e lodhin shume veten e tyre.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tabela 1**  **Nderhyrjet psikologjike dhe objektivat e terapise.** | | | |
| Nderhyrjet | Objektivat e terapise | Konteksti I trajtimit | Nevoja per njohurite e duhura psikologjike |
| Pergatitja e pacientit | Edukim, psh zgjerimi i njohurive te pacientit per teorine e dhimbjes (integrimi i aspeketeve psikosociale) | Mjekim i pergjithshem | + |
| Trajtimi mjeksor | Zvogeli I mjekimit, perdorimi I mjekimit te duhur, shmangia e gabimeve | Mjekim i pergjithshem | ++ |
| Trajtimi relaxues | Te mesohet se si relaximi te perdoret per tu perballur me dhimbjen dhe stresin | Psikolog + fizioterapist | + |
| Gjetja e burimeve te optimizmit | Analizimi I burimeve dhe fuqive te pacientit per tu perballur me dhimbjen | Mjekim i pergjithshem | + |
| Sistemimi i aktivitetit | Rritja e niveleve te aktiviteteve (balancimi I pushimit me aktivitete), zvogelimi I frikes, motivimi I pacientit | Mjek + Psikolog/ Psikiater | ++ |
| Dhimbja dhe perballja me te | Permireso aftesite perballuese ndaj dhimbjes | Psikolog/ Psikiater | ++ |
| Perfshirja e personave qe japin ndihme | Perfshirja e personave qe japin ndihme ne arritjen e qellimeve te terapise | Mjekim i pergjithshem | + |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Permiresimi I vetembikqyrjes | Gjetja e nje lidhjeje ndermjet dhimbjes dhe ngjarjeve te brendshme dhe te jashtme, e cila mund te ndihmoje ne gjetjen e menyrave per te perballuar dhimbjen. Analizimi I kushteve qe rrisin dhimbjen dhe ankthin. | Psikolog/ Psikiater | +++ |
| Menaxhimi I stresit | Te mesohet sit e renditen problemet- zgjedhja e mjeteve dhe sit e perballemi me stresin | Psikolog/ Psikiater | +++ |
| Te mesuarit per te shijuar aktivitetet | Perforcimi i aktiviteteve qe pacientit I pelqen te beje | Mjekim i pergjithshem/ fizioterapist | + |
| Komunikimi | Krijimi i komunikimit dhe i bashkeveprimit rreth dhimbjes. | Mjekim i pergjithshem ose Psikolog | + |
| Zhvillimi I perspektivave per te ardhmen | Zhvillimi perspektivave realiste per te ardhmen (profesionale, private) dhe i inisiativave te ndermarra per plane. | Mjekim i pergjithshem | + |
| Terapite e vecanta | | | |
| Ristrukturim I njohjes (konjicionit) | Modifikimi i zmadhimit te gjerave dhe njohjes depresuese | Psikolog/ Psikiater | +++ |
| Reagimet natyrore | Te mesohet si te aktivizohen aftesi te vecanta motorike dhe neurologjike, te mesohet se si te funksionoje me mire vetesistemimi | Psikolog | ++++ |
| Arritjet funksionale | Ruajtja e funksionimit privat dhe profesional, zvogelimi i perceptimeve demtuese dhe veprimeve lidhur me ankthin. | Grup nderdisiplinor: mjek ortoped + psikolog | ++++ |
| Pak (+) deri Shume (+ + + + ) | | | |
|  | | | |

*Strategjite modifikuese njohese-emocionale*, nga ana tjeter, kryesisht kane ne fokus ndryshimin e proceseve te te menduarit (bindjet, qendrimet, pritshmerite, modelet, dhe medimet "automatike").Ata fokusohen ne *mesimin e strategjive dhe mekanizmave* *perballues.* Keto jane disa teknika te cilat u mesojne pacienteve nje grup aftesish njohjeje, te pershtatshme per ti ndihmuar ata te perballen me dhimbjen dhe kufizimet. Pacientet jane te mesuar, per shembull, si te identifikojne mendimet qe shkaktojne dhimbje, si te perceptojne karakteristikat e situates, dhe si te zhvillojne strategji perballuese alternative. Nese pacienteve u jane mesuar teknikat e duhura perballuese, ata jane me te afte per te kontrolluar nje situate, besimi i ri ne aftesite e tyre çon ne nje renie ne ndjenjat e pafuqise, dhe pacientet behen me proaktiv. Nje nga qellimet e terapise eshte qe pacientet te mesojne te monitorojne funksionin e shprehjes se simptomave (zakonisht ata nuk jane te vetedijshem) si dhe te jete ne gjendje per te menaxhuar dhe manipuluar me mire mjedisin e tyre social. Terapia duhet te mesoje aftesite e duhura sociale, per shembull, rreth asaj se si te mbrojne interesat e tyre ne menyre qe te parandalojne sjelljet e dhimbjes te marrin kete funksion (te ashtuquajtur "instrumental").

Analizat funksionale te problemit jane nje tjeter mjet i rendesishem i terapise se sjelljes. Gjate kohes se kesaj analize, pacientet dhe terapistet e tyre ne menyre sistematike mbledhin informacion mbi menyren se si ngjarjet e brendshme apo te jashtme jane te lidhura me pervojen dhe sjelljen e dhimbjes. Ne te njejten kohe, mblidhet informacion i detajuar mbi efektet e dhe funksionet qe kjo sjellje mund te kete (p.sh. ne mjedisin profesional, ose ne marredheniet personale). Duke analizuar keto situata, eshte e mundur te zhvillohet nje pasqyre se si pervoja e dhimbjes eshte e perfshire ne aspektet njohese-emocionale, situacionale, te sjelljes dhe si eshte ruajtur ajo. Kjo analize mund te perdoret per te bere supozime te metejshem ne lidhje me shkakun dhe kushtet e dhimbjeve te pacientit, pasuar nga qellime dhe iniciativa qe mund ta thyejne rrethin e dhimbjes. Veçanerisht e rendesishme per kete analize te ketyre kushteve eshte vete-vezhgimi i pacientit me ndihmen e ditareve te dhimbjes. Analiza mund te jete baze per edukimin e vete pacientit, veçanerisht ne qofte se pershkrimi i pacientit specifikon supozimet e pergjithshme ne lidhje me dhimbje, prognozen dhe trajtimin e tij.

**Edukimi i dhimbjes se pacientit**

Frika nga dhimbja dhe ankthi ne lidhje me te paturit e nje semundje "serioze" jane faktore te rendesishem ne kronifikimin e konceptit te dhimbjes per pacientin. Pasiguria dhe mungesa e shpjegimit jane faktore qe kontribuojne ne shqetesimet e pacientit. Supozimi frikesues ne lidhje me pranine e nje semundjeje te rende ka pasoja negative ne sjellje dhe fillon te nxise sjellje pasive kundrejt dhimbjes. Per te zvogeluar kete pasiguri, pacienti duhet te pajiset me informacione dhe njohuri duke perdorur materiale te shkruara ose grafike, si dhe videot. Eshte veçanerisht e rendesishme qe trajnimi te mos kritikoje konceptin e thjeshte te pacientit per dhimbjen somatike, por me teper te zgjeroje teorite subjektive te pacientit ne lidhje me çrregullimin dhe te hape rruge te reja per pacientin qe te mund te perfshihet ne menyre aktive. Bazuar ne te kuptuarin e informacionit te dhimbjes fiziologjike, psikologjike, mjekesore psikosomatike, dhe menaxhimin e stresit, pacienti duhet te jete ne gjendje per te kuptuar se dhimbja nuk eshte vetem nje fenomen thjesht somatik, por eshte ndikuare dhe nga perceptimi psikologjik (mendimet, vemendja, dhe. edukimi i pacienti eshte nje element i ndjenjave). Materialet informative dhe edukimi i pacientit jane nje shtese e rendesishme lidhur me veprimtarine e terapistit rendesishem terapeutik qe mund te formoje bazen per nderhyrje te tjera. Trajnimi informativ ne menyre te suksesshme u siguron pacienteve burimin qe u duhet per tu bashkuar ne terapi dhe per te caktuar qellimet e terapise.

**Teknikat relaksuese**

Teknikat relaksuese jane nder teknikat me te perdorura ne terapine psikologjike te dhimbjes dhe perbejne nje gur themeli per terapine njohese te sjelljes. Ata jane efektive, sepse u mesojne pacienteve qe ne menyre te qellimshme te prodhojne nje pergjigje relaksimit.Ky eshte nje proces psiko-fiziologjik qe zvogelon stresin dhe dhimbjen. Ushtrimet relaksuese te bera mire mund te luftojne pergjigjet psikologjike afatshkurtra (ne nivel nervor) si dhe parandalojne disa reagime pozitive ndermjet dhimbjes dhe reagimit te stresit, per shembull, me dashje, duke krijuar nje mbeshtetje emocionale pozitive. Nderkohe qe pacientet i mesojne gradualisht keto teknika, ata jane me te afte te njohin tensionet e brendshme, te cilet gjithashtu i bejne ata me te vetedijshem per situatat personale stresuese(ne nivelin njohes). Disa teknika (p.sh. relaksim progresiv i muskujve) shpesh çojne ne perceptim me te mire te trupit ne drejtim te muskujve te tendosur, te cilat mund te ndihmojne ne identifikimin e situata te veshtira. Teknikat relaksuese me te njohura jane relaksim progresiv i muskujve si per Jacobson (PMR), trajnimi autogjenik AT), dhe teknika te tjera si imagjinata, frymemarrja dhe meditimi. Te gjitha keto teknika duhet te praktikohet disa kohe para se te mund te zoterohen. Suksesi i qendrueshem mund te arrihet vetem nepermjet perpjekjeve te zgjatura. Teknikat relaksuese jane me pak te suksesshem ne situata te dhimbjes akute.Kjo eshte arsyeja pse ata perdoren zakonisht ne trajtimin e dhimbjes kronike.

**Biofeedback**

Terapia e biofeedbackut perfshin mesime psikologjike nga matja e komponenteve psikologjike te dhimbjes te tilla si: aktiviteti i muskujve, pergjigjet vaskulare, ose te tjera si zgjimi i sistemit nervor automatik dhe sigurimi i reagime vizuale ose akustike te pacientit. Terapia e biofeedbackut eshte e dobishme per migrenen, dhimbjet koke dhe dhimbjet e kurrizit. Jane perdorur disa metoda te ndryshme per migrenen si teknikat e ngrohjes se dores dhe trajtimet vaskulare (duke caktuar arteriet e perkohshme). Ne teknikat termike apo te ngrohjes se dores se biofeedbackut, pacientet marrin informacion mbi furnizimin me gjak ne nje gisht, zakonisht duke matur temperaturen e lekures me nje mates temperature. Pacientit i kerkohet te rrise furnizimin me gjak ne dore (dhe ne kete menyre reduktohet vasodilatimat ne arteriet e kokes).Keto procese demonstrohen dhe perdoren vetem gjate periudhave pa dhimbje. Se pari, pacienti e praktikon reagimet me ngrohje imagjinare. Pasi kushtet e ushtrimit te jene bere me te veshtira, dhe pacienti mbeshtetet nga reagimet e temperatures, i kerkohet te qendroje i qete ndersa imagjinon nje situate stresuese. Dhe se fundi, pacientit i kerkohet qe te rrise temperaturen e dores, pa ndonje reagim drejtimi, dhe me pas i thuhet nese ai ose ajo ka qene e suksesshme.

Ne (EMG) biofeedbackun elektromiografik per tensionin e dhimbjes se kokes apo dhimbjet e kurrizit, reagimi zakonisht konsiston ne nivele tensioni ne pjesen ballore te kokes, ne muskujt e qafes dhe ne muskujt e mesit dhe kjo eshte perdorur per tu mesuar pacienteve se si te reduktojne tensionin. Pacientet me dhimbje ne aparatin lokomotor gjithashtu mund te praktikojne modele te caktuara te levizjes. Keto modele nuk jane te praktikuara vetem ne pozicione mbeshtetese ose pushuese, por edhe ne pozicione te tjera te trupit dhe gjate veprimtarise psikike dinamike. Eshte e rendesishme qe grupet e muskujve te zgjidhen ne baze te anomalive fiziologjike, ne baze te aktivitetit te muskujve ne siperfaqe (EMG) ose ne baze te parametra fizike diagnostike te tilla si myogeloza aktive. Nje aplikim i veçante eshte nje pajisje portative biofeedbacku qe mund te perdoret nga dita ne dite ne kushte normale.

**Proceset multimodale**

Psikoterapia multimodale e dhimbjes bazohet ne dy supozime:

1) Dhimbja kronike nuk ka shkaqe te identifikueshme ne menyre individuale, por eshte rezultat i shkaqeve te ndryshme dhe i faktoreve ndikues.

2) Nje kombinim i nderhyrjeve te ndryshme terapeutike ka provuar ne menyre te sukseshme trajtimin e dhimbjes kronike (zakonisht crregullime te pavaruara ose specifike te dhimbjes).

Ne nje terapi moderne dhimbjeje, proceset terapeutike zakonisht nuk jane te izoluar, por jane te perdorur ne kontekstin e konceptit te nje cadre. Procesi eshte i perqendruar ne nje reduktim te handicapit (subjektivisht i perceptuar) duke ndryshuar kushtet e pergjithshme te situates se pacientit ne proceset njohese. Keto lloje programesh mund te zbatohet ne perputhje me parime si, p.sh. te gjitha modulet jane perdorur me qellim qe ne patjeter do te prekim fushat me te rendesishme, ose terapisti mund ti perdore diagnozat per te vene se bashku nje plan specifik trajtimi. Metodat e mevonshme duhet te perdoren nese nje diagnoze individuale eshte e mundur. Ne nje mjedis grupi, procesi i standardizuar punon me mire per shkak te dallimeve te pritshme ndermjet pacienteve.

**Programet funksionale te rivendosjes**

Keto programe jane te karakterizuara nga fokusi i tyre i qarte ne mjekesine sportive dhe ne parimet themelore te terapise se sjelljes. Reduktimi i dhimbjes si nje qellim i trajtimit luan nje rol te vogel. Per shkak te te mesuarit kjo teori ka te beje me "zmadhimin e personazheve" qe kane sjellje dhimbjeje, dhimbja vete kryesisht eshte shtyre nga fokusi terapeutik. Keto programe perpiqen per te ndihmuar pacientet te funksionoje perseri ne jeten e tyre private dhe profesionale (rivendosje funksionale). Qellimi kryesor i terapise eshte te zvogeloje efektet subjektive negative te frikes dhe ankthit.

Trajtimi integron, sport, terapi pune, ushtrime fizike, dhe nderhyrjet psikoterapeutike ne nje koncept te pergjithshem te standardizuar. Komponentet e terapise se trupi zakonisht perfshijne nje rritje ne nivelin e pergjithshem te pershtatjes, permiresim te kapacitetit kardiovaskular dhe pulmonar, permiresimin e koordinimit dhe perceptimit ndaj trupit, si dhe permiresimin e kapacitetit perballues ndaj stresit. Nderhyrjet psikoterapeutike perpiqen te ndryshojne efektet emocionale te demshme (terapia antidepresive). Sjellja e paientit eshte e bazuar ne pushim dhe relaksim, pergjate ndryshimit te qendrimeve konjitive ose gjendjeve te ankthit te lidhura me aktivitetet dhe aftesine per te punuar.

Fokusi i kesaj terapie psikologjike (sjelljeve konjitive) eshte i ngjashem me ato te metodave psikologjike te permendura me siper. Terapia eshte shume e fokusuar tek efektet trupore, por efektet psikologjike te trajnimit jane po aq te rendesishme sa c’jane ndryshimet e arritura ne forcimin, qendrueshmerine dhe kordinimin e muskujve. Aktiviteti fizik i vazhdueshem eshte i perfshire qe te:

1. Te zvogeloje levizjet e lidhura me ankthin dhe bllokimet motorike
2. Te ndaloje lidhjen e mesuar ndermjet dhimbjes dhe aktivitetit.
3. Te siguroje trajnimin e nevojshem per te perballuar stresin
4. Te siguroje momente te gezueshme pergjate aplikimit te terapise duke sjelle keshtu pervoja te reja emocionale.

Ky depertim i terapise se te mesuarit tregon qe dhimbja duhet ta humbase funksionin e saj dhe pacientet te jene te afte te menaxhojne sjelljen e tyre kundrejt dhimbjes. Per me teper, e gjithe kjo stervitje fizike nuk mund te ingranohet drejt asaj cfare dhimbja shkakton, apo te kufizohet nga kjo, por te ingranohet drejt qellimive paraprake te personalizuara.

Synimet e planifikuara forcojne pervojen e pacientit rreth menaxhimit te aftesive dhe vete-efikasitetin. Deshtimet ne fillimin e terapsi (psh. nese qellimet jane te paarritshme) mund te zvogelojne motivimin e pacientit. Qellimet fillestare duhen te jene shume te thjeshta. Pergjate terapise duhet ti kushtohet nje vemendje e vecante besimeve te pacientit rreth semundjes dhe frikes se tij ndaj levizjeve. Kjo frike duhet te mbahet shenim ne menyre specifike dhe te zvogelohet gradualisht pergjate procesit te stervitjes duke I imituar.

Stervitja fizike mund te perdoret pergjate trajtimit, por ajo eshte e formuar ne kushte “artificiale” (pacienti ndihet i sigurt ngaqe eshte nen udheheqje dhe levizjet jane te kufizuara), keshtu qe eshte e nevojshme qe kjo stervitje te transferohet ne jeten e perditshme. Si pasoje, aktivitet e jetes se perditshme duhet te inkorporohen ne trajtim sa me shpejt te jete e mundur. Sapo te krijohet lidhja ndermjet dhimbjes se kurrizi

dhe vendit te punes, terapia duhet te shtoje nderhyrjet sociale-terapeutike (rregullimin e aftesive individuale te profilit te tij ose saj sipas kerkesave profesionale [parandalimi I sjelljes]) dhe te ndryshoje treguesit e mjedisit profesional (psh. te transferohet ne vendin e punes [parandalim i kushtezuar]).

**Efektshmeria e terapive te bazuara ne psikologji**

Efikasiviteti i terapise psikologjike te dhimbjes per pacientet me dhimbje kronike eshte mjaftueshem e dokumentuar. Disa studime meta-anlitike kane treguar qe dy nga tre paciente kane mundur te kthehe ne pune pasi kane bere terapine konjitive-te sjelljes se dhimbjes. Teknikat e terapise konjitive-te dhimbjes krahasuar me terapine e bazuar ne mjekim eshte me efektive ne termat e: reduktimit te eksperiences se dhimbjes, permiresimin e aftesive perballuese ndaj dhimbjes, zvogelimin e sjelljeve te dhimbjes dhe rritje te fuksionimit. Terapia e sjelljes nuk eshte vetem nje terapi e njetrajtshme, por konsiston ne disa metoda nderhyrjesh, te cilat jane te ingranuara drejt ndryshimit te qellimeve specifike. Megjithate, ky avantazh shumedimensional eshte gjithshtu dhe nje disavantazh, sepse shpesh here nuk eshte e qarte se cfare lloj permbajtje nevojitet. Efektet e kesaj terapie jane te provuara pa asnje dyshim, por eshte me pak e qarte se pse dhe ne cilat kombinime keto nderhyrje jane efektive.

**Konkluzione**

* Proceset psikogjenike luajne nje rol te rendesishem ne shqyrtimin e informacionit te dhimbjes. Dhimbja prek jo vetem trupin por te gjithe qenien njerezore. Dhimbja behet me e rende nese pacienti nuk di shkakun dhe rendesine e dhmbjes, e cila con ne gjendje ankthi dhe rrit nivelet e dhimbjes.
* Ne termin e crregullimeve kronike, faktore te ndryshem te zhvillimit individual kane nje efekt shtese. Per me teper nje model eksplorues mund te ndihmoje ne percaktimin e trajtimit me te mire terapeutik, i cili ne menyre te barabarte perfshin elementet biologjik (somatik), psikologjik dhe sociale. Ky model nuk fokusohet ne detaje qe nuk mund te identifikohen, por ne te gjithe bashkepevrimin.
* Pacienti ne vetvete eshte nje element aktiv funksional, i rregulluar i procesit vetem nese ai: ka vullnetin te marre pjese ne menyre aktive ne ndryshimet e nevojshme te sjelljes dhe te marre me shume pergjegjesi mbi veten dhe sigurisht mbi semundjen. Rezultati i shume viteve kerkimesh psikologjike, kane siguruar te dhena te rendesishme per kete proces.
* Kjo nuk ka te beje me zevendesimin e terapise mjekesore me ate psikologjike, por si te perdoren te dhenat e specialiteteve te ndryshme ne nje menyre te integruar per te trajtuar kete grup pacientesh ne menyren me te mire te mundshme.
* Nga ana tjeter, pacientet kronike jane te imresionuar nga nderhyrjet mjeksore sic jane operacionet, injeksionet dhe ilacet, te cilat rrisin pritshmerite per nje largim te shpejte te dhimbjes pa nevojen per tu perfshire vete si pacienta. Ne menyre te perseritur, shpresat e medha per sherimin e dhimbjes jane te rritura nga sitemi mjekesor, dhe zakonisht ne menyre te vrullshme nga studime ne terma te gjate.
* As opiumet, as zhvillimi i mjekimeve dhe operacioneve per lloje te ndryshme dhimbjesh nuk kane cuar ne zgjidhjet e pritura per ti dhene fund dhimbjes kronike.

Tema 5

**Ndikimet Etno-Kulturore dhe Seksuale ne Dhimbje**

**Raste studimi**

*Nje pacient 40 vjec mashkull, vjen tek ty per vizite. Ai eshte kinez dhe ka qene ne vendet perendimore per 2 vite. Anglishtja e tij mezi kuptohet. Nderkohe qe ti perpiqesh te mbledhesh informacion rreth dhimbjes se qafes qe e ka sjelle ate tek ti, ai vazhdon te shikoje poshte ne toke dhe shmang kontaktin e syve. A eshte ai i deshperuar apo ai thjesht nuk te respekton ty?*

*Nje grua 25 vjecare me perce dhe veshje tradicionale muslimane eshte sjelle nga burri i saj, duke u ankuar per dhimbje te shperndara ne trup. Ajo nuk ndihet rehat kur ve re qe doktori qe do e vizitoje ate eshte mashkull. Duke qene se eshte doktori i vetem ne dispozicion, si do ta trajtoje ai kete problem?*

*Nje fermer 75 vjec me arsimim fillor, vizitohet tek ti per artrite te renda gjuri. Ai nuk i duron dot trajtimet josteroidale anti-inflamatore dhe refuzon operacionin e gjurit. Dhimbja e tij reagon shume mire ndaj dozave te vogla lehtesuese te morfines. Megjithate ai fillon te kete te perziera dhe i vjen per te vjelle cdo here. Ai fillon te acarohet kur ti i ofron atij Gravol, pasi ti i ke shpjeguar si ta perdore. Pse mendohen se acarohet, dhe si do ta adresoje kete problem?*

*Keto jane probleme klinike te zakonshme te ndeshura nga mjeket e kujdesit paresor, po ashtu dhe dhimbjet klinike jane nje shembull se si kultura dhe backgroundi etnik ndikon ne perceptimin e dhimbjes, shprehjen e saj dhe bashkeveprimin me siguruesit e kujdesit shendetsor. Maryann Bates [1], profesor ne Shkollen e Edukimit dhe tek Zhvillimi Njerezor ne Universitetin e Shtetit te New York, studion paciente me dhimbje nga backgrounde te ndryshme etnike. Bates propozon qe kultura reflekton menyra te modeluara qe njerezit i mesojne se si te mendojne dhe te veprojne ne boten e tyre. Kultura perfshin stilet e te menduarit dhe te sjelljes qe jane te mesuara dhe te ndara brenda strukturave sociale te botes personale. Ne kete kontekst, kultura eshte e ndryshme nga etnia. Etnia i referohet specifikisht ndjesise se perkatesise, ne menyre te vecante grupit shoqeror brenda nje mjedisi te madh kulturor. Anetaret e nje grupi etnik mund te ndajne gjera te perbashketa si feja, gjuha, origjina dhe te tjera.*

**Pse eshte e rendesishme te kuptohen etnia dhe kultura kur behet fjale per diagnozen e dhimbjes dhe menaxhimin e saj?**

Kultura dhe etnia prekin si perceptimin ashtu edhe shprehjen e dhimbjes. Te dyja keto kane qene ne fokus te studimeve qe nga viti 1950. Kerkimet me te rritur binjake mbeshtesin kendveshtrimin qe jane modelet kulturore te dhimbjes dhe jo gjenet tona ato qe percaktojne si ne reagojme. Shembuj se si kultura dhe etnia ndikojne ne perceptimin dhe shprehjen e dhimbjes jane te panumerta, si ne mjedise laboratorike dhe klinike

Ne laboratore, nje studim i hershem klasik e pershkruan formen e nje nxehtesie rrezatuese si te “dhimbshme”, ndersa Evropiano Verioret kete thjesht e quajne “ngrohtesi”. Kur personave me backgrounde te ndryshme etnike u eshte dhene shok elektrik, grate nga Italia e toleruan me pak shokun se sa ato me orgjine cifute dhe amerikanet “e vjeter”. Ne nje tjeter studim eksperimental, kur grave cifute dhe protestante u eshte thene qe grupi i tyre fetar nuk ka performuar mire krahasuar me te tjeret ne nje eksperiment me shok elektrik, vetem grate cifute ishin te afta te toleronin nje nivel me te larte shok-u.

Nga ana tjeter, nje studim klinik me paciente me dhimbje prej 6 grupeve etnike (duke perfshire Amerikanet “e vjeter”, Hispanike, Irlandeze, Italiane, Francezet e Kanadase, dhe paciente Polak), hispaniket shfaqen vecanerisht nivele me te larta dhimbje. Keto paciente ishin te karakterizuar nga nje “external locus of control” (besimi qe ngjarjet e jetes jane jashte kontrollit te personit dhe ne duar te fatit, shansit apo te njerezve te tjere).

Ne nje studim tjeter klinik, pacientet ne nje qender dhimbjesh ne New England, ne SHBA, u krahasuan me ato ne te nje qendre mjeksore me paciente te jashtem ne Puerto Riko. Porto Rikanet (Hispanike ose Latine) ne pergjithesi eksperimentuan nivele me te larta dhimbjeje (duke u krahasuar me studimin tjeter te permendur me lart). Nje zbulim i tille mbeshtet me te vertete besimin qe kulturat latine jane me reaguese ndaj dhimbjes. Megjithate, kur kerkuesit studjuan Puerto Rikanet te cilet kishin imigruar shume vite me pare ne New Englad, SHBA, reagimet e tyre ishin me te ngjashme me ato te grupit te New England se sa me grupin e tyre te origjines. Ky zbulim tregon qe regimet e dhimbjes te grupeve te ndryshme etnike mund te ndryshojne, nderkohe qe ata formohen dhe riformohen nga kultura e grupit ne te cilin ato po jetojne. Studimet me paciente me kancer kane treguar gjithashtu qe hispaniket raportojne nivele dhimbje shume me te renda se Kaukazianet apo Afrikanet e Amerikes.

Nga ana tjeter pacientet hispanik me kancer perdorin besimin fetar si nje burim te fuqishem per te perballuar dhimbjen. Afrikanet e Amerikanes ankohen per me shume dhimbje se Kaukazianet pergjate operacioneve ne zonen e barkut, ndersa Meksianet e Amerikes raportojne me shume dhimbje ne kraheror dhe ne pjesen e siperme te shpines se sa Hispaniket pergjate infarkteve miokardiake. Nje tjeter shembull nga jeta reale se si kultura u jep forme sjelljeve njerezore ndaj situatave me dhimbje eshte fakti qe ne Kine vetem 10% e te rriturve perdorin injeksione anestezike gjate mbushjes se dhembeve krahasuar me 99% te pacienteve ne

Ameriken Veriore. Te gjitha keto studime dhe ky i paraqitur meposhte jane te permbledhura nga Mailis Gagnon dhe Israelson ne librin e tyre shkencor, *Beyond Pain* (Pertej Dhimbjes) .

**A munden ndikimet kulturore te ngrejne dhe te ulin perceptimin e dhimbjes?**

Te shohim anen e kundert, si ndikimet kulturore mund te ulin ne vend qe te rrisin perceptimin ndaj dhimbjes. Ne vende te caktuara te botes si India, Lindja e mesme dhe e larget, Afrika, disa vende te Europes, dhe popullsite e para te Amerikes se Veriut, aftesia per te duruar dhimbjen eshte konsideruar nje prove e aksesit te vecant apo e marredhenies me perendine, nje prove besimi, ose gatishmerie “per tu bere i rritur” gjate “fteses” ose “ritualeve”. Rituale te tilla kane habitur shkencetaret perendimor per shume vite. Nje shembull i ketij rituali eshte fenomeni I “varjes se grepit”, i cili fillimisht eshte praktikuar nga disa besimtare te Skand-es, Zoti i Kataragames ne Sri Lanka. Dr Doreen Browne, nje anestezist anglez, vizitoi Sri Lanken ne vitin 1983 dhe pershkruajti vrojtimet e tij. Roberit shpoheshin me disa grepa ne kurriz dhe objektete e varura terhiqeshin nga kafshet duke shkuar nga nje fshat ne tjetrin per te bekuar femijet dhe te mbjellat. Edhe pse objektet ishin te varura ne trupin e tyre ato nuk provonin dhimbje. Trajnimi i ketyre besimtareve fillon qe ne femijeri dhe ata duken sikur ne menyre graduale zhvillojne aftesi te transferojne gjendje te ndryshme te mendjes qe mund te bllokojne dhimbjen. Dhe me te vertete nje psikiater gjerman, Dr. Larbing me ane te studimeve elektroencefalografike tregoi qe valet e trurit te besimtareve ndryshon gjate te gjitha fazave te procesit. Eshte gjeresisht e ditur qe truri yne leshon vale me frekuenca te ndryshme pergjate aktiviteteve ose gjumit. Rrezet alfa leshohen pergjate aktiviteteve te zakonshme te perditshme, dhe ata jane te shpejta nga 8-13 cikle per cdo sekond. Nje tjeter lloj valesh truri quhen valet theta dhe jane te ngadalta nga 4-7 cikle per sekond dhe ndodhin pergjate gjumit te lehte ose kur individi shkeputet nga realiteti dhe zhytet ne mendime te thella.

Dr. Larbing ishte gjithashtu i magjepsur nga gjerat e mahnitshme qe fakiret bejne dhe ai investigoi nje fakir mongolian 48 vjecar.Ky njeri mund të vare grepa në qafën e tij, te pershkoje gjuhën e tij me një shpatë, ose te shpoje krahët e tij me hala të gjata pa ndonjë tregues të dhimbjes apo dëmtim te mishit të tij. Shkencetari e regjistroi sjelljen e fakirit hap pas hapi pergjate njeres nga shfaqjeve te tij dhe mori gjak nga venat ne krahet dhe leng cerebroshpinor nga kurrizi I tij nepermjet nje “trokitje te lehtë kurrizore” (nje procedure e vecante e cila performohet duke vendosur gjilpera ne pjesen e pasme te shpines, mbi siperfaqen e shtylles kurrizore). Ata gjithashtu regjistruan valet e trurit te fakirit me makine EEG. Pergjate performances se tij, fakiri ishte vezhguar te shikonte me vemendje perpara disa pikave te fiksuara imagjinare dhe nuk i largonte syte per 5 minuta (njerezit normale i pulisin syte e tyre disa here cdo minute). Si nje ceshtje faktesh, fakiri ishte “diku tjeter” ne kohe dhe ne hapsire, i pavetedijshem nga ambjenti perreth. Megjithate, kur ai e mbaronte performancen e tij, ai do te rikthehej shpejt ne nje gjendje normale te vetedijshme. Testimi i gjakut tregoi qe ne fund te mbarimit te shfaqjes nivelet e epinefrines (adrenalina) se fakirit ishin te larta (e ngjashme me adrenalinen e experiencave rrenqethese). Megjithate opiodet e tij endogjene (qetesuesit e vete trupit) nuk ishin prekur. Ne menyre te mahnitshme, fakir nuk ndjeu ndonje dhimbje gjate aktit te tij, por ai u ankua ne menyre te hidhur ndaj infermieres e cila i mori gjak nga krahu pas perfundimit te shfaqjes se tij.

Nje tjeter shembull ekstrem I ndikimeve kulturore ne perceptimin dhe shprehjen e dhimbjes eshte procedura e “shpimit” (shpimi ose birimi I nje vrime) ne Afriken e Lindjes. Pergjate procedures, per nje numer arsyesh deri ne fillim te shekullit te 21-te pacientet nuk merrnin asnje forme analgjezie apo anestezie. Doktori ose daktari (doktori I fisit) priste muskujt e kokes per te zbuluar kockat e kafkes ne vend qe te shponte nje vrime. Shpimet (te dhenat e te cilit madje jane gjetur ne epoken e Neolitit) beheshin per arsye mjeksore, per shembull patologjite intra-kafkore, dhe per arsye mistike. Gjate procedures pacienti qendron I qete, plotesisht I zgjuar, pa ndodnje shenje distresi, dhe mban nje ene qe te mbledhe gjakun qe kullon. Une nuk jam ne dijeni per ndonje studim shkencor qe ka bere kerkime mbi kete fenomen, kaq te tmerrshem per perendimoret, por nuk do te habitesha nese “subjektet” kane perdorur metoda per te ndryshuar gjendje e tyre te mendjes dhe te bllokonin dhimbjen (nje eshte ndryshimi I valeve te trurit qe une pershkruajta me lart dhe tjetra eshte hipnoza).

Sot shkencetaret kane nje kuptim me te mire te gjendjeve te ndryshme te mendjes. Per shembull hipnoza konsiderohet si nje “ndryshim i gjendjes se vetedijes” dhe ka qene e investiguar shume mire me studimet e imazheve (nje metode me te cilen shkencetaret mund te regjistrojne aktivitetin e qelizave te trurit njerezor kur ata jane duke provuar aktivitete te caktuara mendore ose kur ata ndjejne ndjesi te ndryshme). Hipnoza e ben personin me te prirur ndaj sugjerimeve, modifikon si perceptimin dhe kujtesen, dhe mund te prodhoje ndryshime ne funksione qe normalisht nuk jane nen kontrollin e ndergjegjes, sic eshte djersitja ose ndryshimi i presionit te gjakut. Perseri, keto studime jane te permbledhura ne librin shkencor, *Beyond Pain.*

**Si i shpjegojme ne diferencat ne perceptimit dhe shprehjen e dhimbjes ndermjet grupeve etnike?**

Grupet etnike mund te kene perberje te ndryshme gjenetike dhe shfaqin karakteristika te vecanta psikologjike dhe morfologjike (per shembull ne menyren se si droga te caktuara jane te metabolizuara, ose ne enzimat e muskujve pas ushtrimeve). Sidoqofte, diferencat fizike midis njerezve te kulturave te ndryshme jane me pak te rendesishme se sa strukturat e besimeve dhe te sjelljeve qe ndikojne mbi mendimet dhe veprimet e anetareve te nje grupi kulturor/etnik.

Persa i perket kujdesit shendtesor, pacientet kane shpjegime dhe besime te bindura rreth simptomave. Besime te tilla lindin nga bashkeveprimi i backgroundit kulturor, statusit socioekonomik, nivelit te edukimit, dhe gjinise. Jane pikerisht keto besime qe prekin idete e pacientit rreth asaj se cfare po shkon keq me ta dhe cfare duhet ata te presin nga ofruesit e kujdesit shendtesor. Per me teper, menyra se si keto pacientet e raportojne dhimbjen eshte e formuar ne nje shkalle te caktuar nga cfare supozohet te jete norme ne kulturen e tyre. Per shembull, disa grupe etnokulturore i perdorin shprehje te tilla te pranuara ne kulturen e tyre per te pershkruar simptomat fizike te dhimbjes, kur ne realitet ato pershkruajne distresin dhe vuajtjen e tyre emocionale. Kerkimet kane treguar qe pershkrimi i dhimbjes fizike (ne realitet duke reflektuar “dhimbjen emocionale”) eshte me shpesh i ndeshur ne ndodhite stresuese sic eshte emigrimi ne nje vend te ri, ndarja nga familja, ndryshimi tradicional ne rolet gjinore, veshtiresite financiare, dhe depresioni. Ofruesit e shendetit duhet te jene te afte te shquajne qe kultura te ndryshme kane besime dhe qendrime te ndryshme kundrejte: (a) autoritetit, sic eshte mjeku ose personi ne pozicionin e fuqise; (b) kontakti fizik, pergjate ekzaminimit fizik; (c) stilit te komunikimit ne raport me gjuhen verbale dhe joverbale me ane te se ciles njerezit komunikojne ndjenjat e tyre; (d) burrat ose grate e kujdesit shendetsor; dhe (e) shprehjes seksuale apo te ceshtjeve te tjera.

**Cilat jane pasojat e te kuptuarit te diferencave kulturore?**

Eshte treguar qe minoritetete racore dhe etnike jane me shume te rrezikuara per nje vleresim dhe menaxhim me te dobet te dhimbjes akute dhe kronike te lidhura me kancerin. Keto diferenca ne trajtime mund te behen te dukshme nga vete sistemi i kujdesit shendetesor (aftesia per te marre dhe rritur sherbimet) ose nga bashkeveprimi ndermjet pacientit dhe mjekut, si besimet, pritshmerite, dhe paragjykimet nga te dyja anet mund te nderhyjne me kujdes.

Pacientet mund te trajtohen nga mjeke te racave dhe etnive te ndryshme. Diferencat ndermjet pacientit dhe mjekut qe mund te behen “te dukshme” jane: mosha, gjinia, klasa sociale, etnia, raca dhe gjuha. Ndersa ato “te padukshme” jane: qendrimet, besimet, vlerat dhe preferencat [2]. Pasojat e rrezikshme qe dalin nga diferencat etnike midis pacientit dhe mjekut jane treguar ne studime te ndryshme, te cilat kane demonstruar qe paciente te nje etnie te caktuar (Meksikanet e Amerikes, Aziatiket, Afrikanet dhe Hispaniket) ka më pak të ngjarë qe te marrin analgjezine e duhur ne dhomën e emergjencës, ose të përcaktohet sasi te fuqishme drogash qetesuese sic jane opiodet. Sidoqofte, keto diferenca te perbotshme ne administrimin e opiodeve ne vendet jo-te bardha nuk jane vetem per shkak te mjekut/bashkeveprimit te pacientit, por mund te lidhen edhe me sitemet politike. Nje shembull jane fushatat kunder trafikimit te droges ne SHBA, te cilat ndikojne negativisht ne te drejten e perfitimit te opiodeve tek pacientet me kancer ne Meksike. Eshte me te vertet sfiduese te kuptojme diferencat dhe ngjashmerite qe ekzistojne tek njerezit me backgrounde te ndryshme etnokulturore, por njohuri te tilla jane te nevojshme per te permiresuar diagnozat dhe menaxhimin e crregullimeve te dhimbshme.

**Cili eshte ndikimi i gjinise ne perceptimin dhe shprehjen e dhimbjes, dhe ne shfrytezimin e kujdesit shendetesor?**

Ka shume ndryshime ne perceptimin dhe shprehjen e dhimbjes midis meshkujve dhe femrave. Ne teresi ndryshimet midis gjinive mund tu atribuohen faktoreve biologjik, psikologjik dhe sociokulturor, sic eshte familja, vendi i punes, ose mjedisi i pergjithshem kulturor i grupeve (permbledhur nga Mailis Gagnon et al. [4]).

Gjinia femerore eshte e lidhur me nje perdorim me te madh te sherbimeve te kujdesit shendtesor dhe prevalence me te larte te kushteve te caktuara te dhimbjes, kurse kjo shërben si një parashikues veçanërisht i rëndësishem i perceptimit te dhimbjes dhe strategjive perballuese. Studimet e fundit kane treguar qe femrat i perdorin me shume sherbimet e kujdesit shendetesor per te gjitha llojet e gjendjeve te semura krahasuar me meshkujt, dhe jane me te priruar te raportojne dhimbje, simptoma te tjera apo nivele me te larta distresi. Pervec kesaj, femrat ne situata te veshtira socio-ekonomike shfaqin nje rrezik me te larte per dhimbje. Keshtu,si e shpjegojne ne kete fenomen?

Nga kendveshtrimi biologjik, femrat jane me vulnerabel te perjetojne dhimbje, diskriminim me te madh dhimbjeje, dhe shfaqin me pak tolerance ndaj stimulit te dhimbjes se sa meshkujt. Disa studime kane treguar qe hormonet femerore, dhe lekundjet e tyre pergjate fazave te jetes ose pergjate muajve, luajne nje rol thelbesor ne perceptimin e dhimbjes. Per me teper disa faktore gjenetike qe jane unike tek femrat mund te prekin ndjeshmerine e dhimbjes/ose metabolizmin e disa substancave.

Psikologjikisht femrat gjithashtu dallojne nga meshkujt kur behet fjale per strategjite perballuese dhe shprehjen e dhimbjes. Ne nje studim, femrat me artrit raportuan 40% me shume dhimbje, dhe me shume dhimbje te renda se meshkujt, por ato ishin me te afta te pervetesonin strategji perballuese ndaj dhimbjes sic eshte e folura rreth dhimbjes,shprehja e treguesve joverbale sic jane mimikat e fytyres, gjestet sic eshte ferkimi i zonave te dhimbjes, ndjekja e ndihmes shpirterore dhe te pyeturit rreth dhimbjes.Nje nga shpjegimet per diferencat e aftesive perballuese me problemet lidhet me rolin e madh qe kane femrat ne kujdesin ndaj familjes. Besohet se ky rol i tyre, i ben ato te pyesin dhe te kerkojne ndihme per te mbajtur veten dhe familjen e tyre.

Faktoret etnokulturore dhe mjedisore pjesërisht llogarisin dallime në perceptimit dhe raportimit e dhimbjes ose simptoma të tjera. Per shembull, disa studime kane treguar nje perceptim dhe shprehje me te madhe te dhimbjes ne grupet e Azise Jugore (Qendrore, duke perfshire paciente nga Pakistani dhe India) si me poshte:

1. Nje studim i pergjigjeve te dhimbjes termike tek meshkujt e bardhe dhe te shendetshem Britanik dhe te Azise Jugore ka treguar qe nuk ka diferenca psikologjike kur subjektet testohen per perceptimin e te ftohtit dhe te nxehtit. Megjithate Aziatiket Jugore shfaqen prag me te ulet ndaj nxehtesise dhe ne pergjithesi ishin me te ndjeshem ndaj dhimbjes. Autoret e studimit arriten ne perfundimin qe etnia luan nje rol te rendesishem, edhe nese hetuesit nuk ishin plotesisht te sigurt se cfare percaktuesish te etnicitetit ishin te perfshire.
2. Ne Raportin e Vezhgimit te Shendetit te Grave nga Statistikat Kanadeze, i cili studjoi afersisht 100000 familje, perqindja e Aziatikeve Jugore qe raportuan dhimbje kronike ishte shume me e madhe sesa ato te grupeve te tjera etnike mbi 65 vjec ne popullsine e Kanadase (38.2% e meshkujve dhe 55.7% e femrave Aziatike Jugore raportonin dhimbje kronike).

Ne nje studim te gjere nga nje klinike dhimbje Kanadeze, grate paraqiten nivele me te uleta te patologjive fizike pothuajse ne te gjitha grupet (te lindur ne Kanada ose ne vendet e huaja). Afersisht 1 ne 2 gra Aziatike Jugore u klasifikua qe kishte paaftesi ne mungesen e patologjive fizike, perqindja me e larte e te gjithe subgrupeve te femrave. Kerkimet treguan qe ndoshta keto gra ishin derguar nga doktoret e tyre drejt ketyre klinikave me ankesa fizike, ndersa ne realitet ato vuanin nga distresi emocional. Kjo mundet me te vertete te kete kuptim sepse Aziatiko Jugoret perbejne valen me te fundit te emigranteve ne Kanada, e per rrjedhoje stresi i emigrimit mund te jete i konsiderueshem.

**Konsiderata te permbledhura.**

Kerkimet etnokulturore jane ne fillimet e tyre. Williams thekson qe dallimet racore dhe etnike (sic eshte gjuha e folur ne shtepi, vendi i lindjes, raca etj) jane te nevojshme per te dokumentuar pabarazite e dhimbjes ne situatat klinike; planifikimi dhe zbatimi i studimeve te ardhshme per te zbuluar pabarazite; zhvillo dhe vlereso mjetet e vleresimit te dhimbjes qe reflektojne diferencat kulturore, etnike dhe gjuhesore; sqaro rolin etnik te pacientit dhe mjekut ne menaxhimin e dhimbjes; ekzamino diferencat racore dhe kulturore ne perceptimin e dhimbjes, ne besime, qendrime dhe sjellje qe mund te jene nen diferencat e pervojave te dhimbjes dhe kushteve klinike te dhimbjes; zhvillo modele kulturore te ndjeshme per te vleresuar dhe trajtuar dhimbjen dhe metoda per ta perhapur nje informacion te tille; dokumento progresin ndaj eliminimit te pabarazive ne menaxhimin e dhimbjes dhe vlereso rezultatin e menaxhimit te dhimbjes.

* Kerkimet etnokulturore kane veshtiresite e tyre. Per shembull, thjeshte grupimi i Amerikaneve ne te zinj, Hispanike dhe “Amerikane te vjeter” (Anglo-Saksonet e bardhe, familjet e te cileve kane jetuar ne Shtetet e Bashkuara per disa breza), deshton ne vleresimin e diferencave kulturore dhe ekonomike midis njerezve te sjellur ne Amerike 2-3 shekuj me pare dhe emigranteve te koheve te fundit te ardhur nga vende te ndryshme te botes, te cilet mund ta kene adoptuar kulturen e grupit brenda te cilit jane zhvendosur ne shkalle te ndryshme ose jane perzier permes martesave.
* Si rrjedhim, studimet e ardhshme duhet te marrin ne konsiderate faktore te panumert ne menyre qe te reflektojne realitetin kompleks te kultures dhe etnise, dhe ndikimin e tyre jo vetem ne perceptimin dhe shprehjen e dhimbjes por gjithashtu ne shfrytezimin e kujdesit shendetesor dhe ne rezultatet e trajtimit.

**Tema 6**

**Farmakologjia e Analgjezikeve (Duke Perjashtuar Opiodet)**

Klasat e drogave analgjezike te permendura me poshte jane te mundura ne mbare boten dhe jane vazhdimisht te zevendesuara nga kombinime te reja, te cilat shpesh here jane shume te shtrenjta per tu blere nga te gjithe vendet.

Megjithate terapia e dhimbjes nuk ndikohet nga ky kufizim sepse drogat thelbesore qe perfshijne frenuesit cyclooxygenase, drogat antielpileptike, opiatet, opiodet, dhe ketamina jane pothuajse te mundshme ne te gjithe vendet.

Kjo ben qe vlera e ketyre llojeve te reja te kombinuara te analgjezikeve te mbetet e papeshe.

**Rast 1. Zgjedhja e analgjezikut te duhur.**

Kohet e fundit, nje shok i imi po shkonte ne shtepi me biciklete. Rruges ai u godit nga nje makine dhe u rrezua ne toke. Qe nga ai moment, ai vuante nga dhimbja e kraharorit dhe shkoi te vizitohej. Ai mori 10 mg morfine s.c. Ne mesnate ai me telefonoi duke me thene qe dhimbja po rritej, dhe per me teper ai po ndihej keq, kishte te vjella dhe marrje mendesh. Une i sugjerova te merrte 75 mg diclofenac resinate. Ai me telefonoi te nesermen ne mengjes duke me thene qe kishte rene ne gjume menjehere pasi kishte marre diclofenac.

Ky shembull demonstron qe te ashtuquajturat “analgjezike te forte”, sic eshte morfina apo opiode te tjere nuk jane gjithmone efektive. Ne dhimbjet akute te muskujve te skeletit apo ne dhimbjet nga traumat frenuesit cyclooxygenase (COX) mund te jene me te preferuar. Shpesh nje droge si diclofenac (nje aspirin-si nje droge) mund te beje nje pune me te mire.

**Si funksionon diclofenac qe ben pjese ne klasen e COX frenues ?**

Frenuesit e COX frenojne hiperalgjezine periferike dhe qendrore. Si te gjithe analgjeziket e kombinuar qe perdoren zakonisht duke perfshire morfinen (nje opiod), pregabalin (nje antiepileptik), ziconotide (nje lloj kalciumi bllokues kanalesh), frenuest COX shfaqin nje efekt shume te madh ne brinjet shpinore te palces kurrizore (dhe prandaj eshte gabim ti quajme ato “analgjezike periferike”). Krahasuar me klasat e drogave te mesiperme, frenuesit e COX kane nje menyre te dukshme te ndryshme veprimi. kundershtim me cfare ishte besuar me pare, ky grup drogash permban substanca te reja dhe te vjetra duke perfshire acetaminophen/paracetamol, aspirin, dipyrone, ibuprofen, indomethacin dhe piroxicam.

Me fjale te tjera, ky grup permban kombinime te dobeta po ashtu si dhe kombinime me efekt te larte. Ata dallohen nga sjellja e tyre farmako-kinetike si dhe nga disa efekte te padeshiruara te drogave qe nuk jane te lidhura me menyren e veprimit. Per shembull, mbidozat e acetaminophen qojne ne problem serioze te melcise, e cila pothuajse asnjehere nuk trajtohet me ibuprofen.

**Si dallohen farmakokinetikisht (pharmacokinetically) frenuesit e ndryshem te COX ?**

Ky grup drogash e shfaqin analgjezine nepermjet frenimit te prodhimit te prostaglandinave dhe diferencat varen nga karakteristikat farmakokinetike (Tabela 1).

* Disa agjent si acetaminophen, dipyrone dhe metamizoli jane te shperndare ne menyre homogjene pergjate trupit. Ata jane anlgjezike po jo anti-inflamatore.
* Te tjere agjente arrijne nje perqendrim te madh ne indet e irrituara, veshka, muret e stomakut, sistemin e qarkullimit te gjakut dhe melqi. Ata kane nje efekt analgjezik dhe anti irritues, por helmueshmeria gastrointestinale (GI) dhe e veshkave eshte e theksuar (per te gjithe me perjashtim te acetaminophen dhe dipyrone)
* Frenuesit e perzgjedhur COX demonstrojne me pak helmueshmeri GI, mos nderhyrje ne mpiksjen e gjakut dhe me pak detyrim te aspirinave asmatike. Shembuj te kesaj jane acetaminophen, celecoxib, dhe etoricoxib.
* Disa nga keto kombinime absorbohen shpejt dhe disa te tjere me ngadale. Kjo diference eshte e rendesishme nese kerkohet lehtesim i dhimbjes acute.
* Disa kombinime jane te eliminuara shpejt, e disa te tjere me ngadale. Ata te cilet jane te eliminuara shpejt kane nje kohezgjatje te shkurter veprimi dhe keta zakonisht jane shpesh me pak helmues ne doza te vogla. Elimini I ngadalte leviz me zgjatjen e veprimit analgjezik por kjo mund te coje ne efekte anesore te padeshiruara qe perfshijne mbajtjen e ujit apo lengjeve, rritjen e presionit te gjakut, dhe perkeqesimin e pamjaftueshmerive kardiake.

**Keshtu qe, pse une i rekomandova diklofenak shokut tim ne rastin 1 ?**

Arsyet pse une i rekomandova diklofenak shokut tim ishin:

1. Perthithje e shpejte
2. Frenues COX shume i fuqishem, me frenim me te madh te COX-2 sesa COX-1.

Sulmi i shpejt i perthithjes se diklofenak eshte i preferuar ne preparatet diklofenake “normale”, ne te cilat perberesi aktiv eshte shpesh here i dhene ne nje shtrese rezistente acidi. Kjo mund te coje ne vonese te perthithjes dhe per pasoje ne mungese lehtesimi te dhimbjes.

Nga ana tjeter, diklofenac sapo perthithet, eliminohet shpejt me ane te metabolizmit. si rrjedhim, qe te kemi nje efekt te zgjatur, perthithja e ngadalte eshte e nevojshme.

**Rasti 2. Zgjedhja e kombinimit te duhur.**

*Nje burre 71 vjec, ankohet per dhimbje torturuese ne kurriz. Arsyeja ishte metastaze e tumorit kanceroz te prostates, zhvillimi i te cilit nuk ishte plotesisht i kontrolluar. Cdo mbremje pacienti merr nje doze prej 100 mg tramadol te lengshem, i cili nuk e kishte zvogeluar mjaftueshem dhimbjen. Ne deshperim ai shton 3 g (6 tableta) aspirin, dhe pervec shqetesimeve GI, ai gjen rehati.*

*Mjeku trajtues e ndryshon kombinimin dhe keshillon morfine se bashku me naproxen me nje frenues proton te mbushur (PPI). Pacienti ishte i kenaqur me kete terapi.*

**Pse ishte morfina plus naproxenin nje zgjedhje me e mire ?**

Metastazat e tumorit jane te rrethuara nga nje kapsule indi irritues e cila permban shume nociceptor te aktivizuar. Kjo shtrese qelizash inflamatore prodhon shume prostaglandina, te cilat

Nje traume perferike do te shfaqe hiperanalgjezi perferike, e cila rezulton nga nje rritje e detyruar e prostaglandines ne nociceptoret e ndjeshmerise. Hiperanalgjezia qendrore gjithashtu shfaqet nga bllokimi i aktivitetit te interneuroneve per shkak te prodhimit te prostaglandines E2 (PGE2). Pas nje trauma periferike, enzima COX-2 shfaqet ne qelizat e brinjeve shpinore nga cytokines hormonale dhe mesazhet neuronale.

PGE2 aktivizon proteinen kinase A (PKA). Ky aktivizim rezulton ne fosforilizimin e receptorit te glicines e lidhur me kanalet chloride. Kjo, ne fakt zvogelon probabilitetin e hapjes se kanaleve chloride. Ky bllokim i kanaleve chloride zvogelon hiperpolarizimin e neuroneve te dyta dhe prandaj e ben ate me te ngacmueshem ndaj transmetimit te stimulit te glutamateve.

Me fjale te tjera, trauma, inflamacioni, dhe demtimi i indeve aktivizon prodhimin enzimave COX-2 ne qelizat e brinjeve shpinore te palces kurrizore, te cilat reduktojne hiperpolarizimin e neuroneve te dyta dhe kjo lehteson transmetimin e inputeve te lidhura me nociceptoret drejt sistemit nervor qendror, duke cuar ne ndjesine e dhimbjes.

Frenimi i prodhimit te prostaglandinave nga zvogelimi i detyruar i COX-2 normalizon ngacmueshmerine e neuroneve te dyta per glutamantet nga transmetimi i nderhyresve dhe prandaj shfaq nje efekt antihiperanalgjezik.

Ne menyre te ngjashme, edhe ne vendet e traumave apo inflamacioneve perferike COX-2 eshte gjithashtu i detyruar. Ai prodhon prostaglandinen E2 dhe rrit ndjeshmerine e receptoreve TRPV1, duke lejuar keshtu aktivizimin e receptoreve multimodal (nociceptoret) nga temperatura, presioni dhe proteinat. Perseri, bllokimi i prodhimit te prostaglandinave zvogelon hiperalgjezine periferike.

Nese i kthehemi rastit, eshte trauma akute ajo e cila shkaktoi hiperalgjezine ne me pak se nje gjysem ore dhe kjo dhimbje mund te zvogelohet ne menyre efektive nga frenuesit COX. Perhapja shume e gjere e frenuecve COX tregon rendesine e kesaj klase analgjezikesh te kombinuar qe cojne ne hiperalgjezi periferike dhe qendrore. Duke kombinuar frenuesit COX-2 me opiate arrihet nje efekt maksimal. Eshte zgjedhur naproxen sepse eliminohet ngadale dhe ne dozen e duhur eshte i mjaftueshem per nje nate te plote pa dhimbje.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tabela 1  Te dhenat fizikokimike dhe farmakologjike te lehtesuesve jo te perzgjedhur acid te COX | | | | | | |
| Nenklasat Farmakokinetik/ Kimike | PKA | Lidhja Plasma Protein | Biogatishmeria Orale | tmax | t50 | Doze e vetme (Max. Doze Dit) per te Rriturit. |
| Eliminimi I shkurter Gjysem-Jete | | | | | | |
| Aspirin\* (acid acetylsalicylic) | 3.5 (3.0) | 50-70% (~80%) | 50% e varur nga doza (1-5 ore, ne varesia te dozes) | 15 min  (15-16 min) | 15 min | 0.05-1 g (60 g)  (jo ne perdorim) |
| Ibuprofen | 4.4 | 99% | 100% | 0.5-2 ore | 2 ore | 200-800 mg (2.4g) |
| Flurbiprofen | 4.2 | >99% | ~90% | 1.5-3 ore | 2.5-4 (8) ore | 50-100 mg (200mg) |
| Ketoprofen | 5.3 | 99% | 90% | 1-2 ore | 2-4 ore | 25-100 mg (200mg) |
| Diclofenac | 3.9 | 99.7% | 50% ne varesi te dozes | 1-12 ore  E variushme | 1-2 ore | 25-75 mg (150mg) |
| Eliminimi I zgjatur Gjysem-Jete | | | | | | |
| Naproxen | 4.2 | 99% | 90-100% | 2-4 ore | 12-15 ore | 250-500 mg (1.25 g) |
| 6-Methoxy-2-napthyl acetic acid(metabolizues aktiv I nabumetonit) | 4.2 | 99% | 20-50% | 3-6 ore | 20-24 ore | 0.5-1 g (1.5 g) |
| Piroxicam | 5.9 | 99% | 100% | 3-5 ore | 14-160 ore | 20-40 mg; doza fillestare: 40 mg |
| Meloxicam | 4.08 | 99.5% | 89% | 7-8 ore | 20 ore | 7.5-15 mg |
| Aspirina lehteson acidin salicylic (SA) perpara, gjate dhe pas perthithjes. Vlerat ne kllapa I referohen lehtesuesve SA active (te dobet) COX-1/COX-2. | | | | | | |

**Rasti 3: Zgjedhja e anlgjezikeve te tjere pervec opiodeve dhe frenuesve COX.**

*Nje grua 78 vjece, ra nga shkallet e shtepise se saj dhe vuante nga nje ngjeshje e plote e places se kurrizit midis C4 dhe C5. Ajo menjehere u be tetraplegjike. Nderhyrja e shpejte neurokirurgjikale ishte e pamundur per shkakt te zones ku jetonte. Per me teper, nje dite me pare ajo kishte marre aspirine qe permbante nje perzierje analgjezike. Kjo do te thoshte pengim i mpiksjes se gjakut deri ne 5 dite dhe per pasoje rrezik serioz per neurokirurgjine.*

*Ajo mbeti tetraplegjike per 2 vite dhe pastaj zhvilloi nje dhimbje djegese te patrajtueshme ne kembe.*

*Mjekimi i saj standart me dipyrone nuk ishte efektiv. Doza te vogla morfine ishin jo te kenaqshme, por shtimi i gabapentines ne dozat e vogla te morfines bente qe dhimbja te zvogelohej ne menyre te konsiderueshme. Megjithate kjo i shkaktonte gruas gjendje gjumi dhe trullosje gjate gjithe kohes, dhe kjo nuk e lejonte ate te shikonte Tv ashtu sic asaj i pelqente.*

**Si funksionoi gabapentina kunder dhimbjes ?**

Dhimbja neuropatike rezulton nga demtimet e neuroneve. Ajo perfshin nje rritje te problemit terapeutik. Ne dhimbjen post traumatike, antiepileptiket mund te jene nje lloj droge ose morfine. Doza e te dyjave duhet te mbahet relativisht e ulet.Shtimi i frenuesve COX nuk e rrit me tej efektin e ketyre drogave. Megjithate, perderisa ende shumica e qelizave nervore perfshijne kanale sodiume me tension, terapia e perdorimit te ketyre bllokuesve te kanaleve shkakton shume efekte anesore ne sistemin nervor qendror si trullosje, gjendje gjumi, mungese vemendje, dhe mungese vigjilence. Prandaj keto kombinime duhen vendosur me kujdes ne menyre qe te prodhohen efektet terapeutike pa depresionin e papritur CNS.

**A ka opsione per te bllokuar ne menyre me efektive kanalet e kalciumit ?**

Qelizat nervore kane kanale kalciumi te vecanta (N-lloj kanalesh kalciumi) qe luajne nje rol ne komunikimin ndermjet qelizave. Clirimi i glutamate ne nociception nga neuroni i pare per aktivizimin e neuronit te dyte eshte gjithashtu i rregulluar nga nje kanal kalciumi i llojit N. Bllokimi i ketyre kanaleve bllokon edhe hyrjen e kalciumit brenda ne qelizat glutamate, prandaj dhe reduktimi i glutamateve cliron dhe aktivizon receptoret e NMDA-se.

Edhe pse keto tipe N kanalesh jane prezente ne shumicen e qelizave nervore, nje bllokim i pergjithshem nuk do te perputhej me jeten. Por se fundmi eshte gjetur nje helm nga nje kermill deti i quajtur ziconotide, i cili bllokon keto kanale kur drejtohen direkt per ne shtyllen kurrizore dhe efektet e tij anesore jane te tolerueshem.

Fatkeqesisht, administrimi i drogave intrathecale eshte nje opsion shume i sofistikuar dhe i shtrenjte per kontrollin e dhimbjes, dhe deri me sot eshte e praktikuar vetem ne shume pak qendra te specializuara per rastet e vecanta.

**Cfare opsionesh te tjera, me praktike jane te mundshme kur drogat antiepileptike deshtojne ?**

Nje tjeter opsion per trajtimin e dhimbjes ne mjediset klinike eshte perdorimi i katamines, e cila bllokon kanalet e sodiumit te varura nga receptore glatumate NMDA. Receptore te tille nuk jane te limituar ne rruget e dhimbjes, por gjendet kudo te perfshire ne komunikimet neuronale. E per rrjedhoje bllokimi I ketyre kanaleve sodium nuk mund te fokusohet ne mbylljen e rrugeve te dhimbjes.

Me fjale te tjera, nje stimul i dhimbshem con ne nje probabilitet me te madh ne hapjen e ketyre kanaleve, te cilet mund te vleresohen vetem ne pozicionin e hapur nga ketamina, e cila me pas mund ti bllokoje ato. Megjithate veprimi relativisht i ulet i ketamines con ende ne efekte te padeshiruara duke filluar qe nga “udhetimet e keqija” (disforia) deri tek mungesa e vemendjes dhe te menduarit koherent. Kjo ben qe perdorimi i ketamines ne mjediset klinike te jete i kufizuar, vecanerisht analgjeziket qetesues.

Sidoqofte doza te vogla ketamine (<0.2 mg/kg/ore S-ketamine ose <0.4 mg/kg/ore ketamine) mund te jene ndihmuese si “mjekime shpetuese” tek dhimbjet e pakontrolluara. Fatkeqesisht duke qene se disponimi oral eshte i paparashikueshem, mund te perdoret vetem rruga intravenoze.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tabela 2**  **Te dhenat fizikokimike dhe farmakologjike te lehtesuesve jo te perzgjedhur acid te COX-2** | | | | | | | | |
| Nenklasat Farmakokinetik/ Kimike | Raporti COX-1/COX-2 | Lidhja Plasma Protein | VD | Biogatishmeria Orale | tmax | t50 | Metabolizmi Primar (Cytochrome P-450 Enzymes) | Doze e veteme (Max Ditor) per te rriturit. |
| Acetaminophen  (paracetamol) |  | ~20% | ~70L | ~90% | 1 ore | 1-3 ore | Oksidim (direkt sulfation) | 1 g (4 g) |
| Celecoxib | 30 | 91% | 400L | 20-60% | 2-4 ore | 6-12 ore | Oksidimi (CYP2C9,CYP3A4) | 100-200 mg (400 mg) per osteoarthrozat dhe artritin reumatoid. |
| Etirocoxib | 344 | 92% | 120L | 100% | 1 ore | 20-26 ore | Oksidimi I 6’-hydroxymethyl-etorixib( rolin kryesor CYP3A4; roli ndihmes: CYP2C9, CYP2D6, CYP1A2) | 60 mg (60 mg) per osteoartrozat, 90 mg per artritin reumautid, 120 mg (120 mg) per artritet akute te enjtur. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tabela 3**  **Efektet anesore kryesore, bashkeveprimi I droges, dhe kontraditat e frenuesve te COX** | | | | |
| Droga | Reaksioni I kundert I droges \* | | Bashkeveprimi I droges | Kontraditat (Absolute dhe Relative) |
| *Drogat acidike jo te zgjedhura* | | | | |
| Aspirin | Frenimi I grumbullimit te pllakezave te gjakut per ditet, aspirina-detyron asmen, ulcerat dhe gjakrrjedhjen. | | Vitamina K antagoniste | Hiperndjeshmeri I substancave aktive, I paafte per mpiksjen e gjakut, shtazani dhe te gjithe kontraditat e listuara me poshte |
| Diclofenac  Ibuprofen  Indomethcin  Ketoprofen  Ketololac  Naproxen  Meloxicam | Ulcerat GI, dispepsia, rrit BP, ruajtjen e ujit, reaksionet alergjike, marramednjet dhe tringellimat e veshit | | Frenuesit ACE, glucocoticoidet, urinaret, litium, SSRI, ibuprofen: pakesimi I dozave te vogla aspirine cardio-mbrijtese | Azme, rinit akut, pulopus hundor, angiodema, urti-caria reaksione te tjera alergjike pas merrjes se ASA ose NSAID; ulcer peptike aktive ose Gi rjedhje; irritime zorresh, krijimi i shemive ne semundjet e zemres, semundje periferike arteriale dhe semundje cerebrovaskulare, demtime veshkash |
| *Frenuesit e perzgjedhur COX-2 (preferiental)* | | | | |
| Acetaminophen (paracetamol) | | Demtim I melcise | Jo I dukshem | Demtim I melcise nga abuzimi me alkolin |
| Celecoxib | | Reaksione alergjike (sulfonamide) | Bllokim I CYP2D6; bashkeveprim me betabllokuesot | Atheroskleroza te egzistuese te theksuara, demtime veshkash |
| Etoricixib | | Ruajtja e ujit, rritja e presionit te gjakut. | Redukton strogjenin metabolizues | Me celecoxib, plus pamjaftueshme te kontrollit te presionit te gjakut, pamjaftueshmeri kardiake. |
| \*Te gjithe keto droga te permendura jane shume te fuqishme dhe eliminohen ngadale (me perjashtim te ibuprofen) | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tabela 4**  **Te dhenat farmakokinetike te analgjezikekeve monopiod te jo- COX** | | | |
| Lloji (drige) | T50 | Doza e zakonshme | Reaksionet e kunderta |
| *Antiepileptiket* | | | |
| Carbamazepine | ~2 dite | ~0.5 g b.i.d1 | Diplopia, ataxia(aplastik anemi) |
| Gabapentin | ~6 ore | ~1g b.i.d | Spergjumje, trullosje, ataxia, dhimbje koke, dridhje |
| Pregabalin | ~5 ore | ~200 mg b.i.d |
| *Bllokues te receptoreve NMDA Na+-kanaleve* | | | |
| Ketamine | Shpejt, 2~50mg/dite | 0.5 mg/kg/ore | Hipersalivation, hipertension, takikardi, endrra te keqija |
| S+-Ketamine | Racemic, komb. S+-ketamine, dy here aktive |  |
| *Lloj- N Bllokues3 kanalesh Ca* | | | |
| Ziconotide | Administrim i perkohshem intrathecal |  | Shqetesime CNS nga te perzierat deri tek humbja e ndjenjave duke u varur nga doza e helmuese e dhene, granuloma-formim |
| 1Jo evidenca te veshtira per efektet e anlgjezikeve tutje nga nevralgjia tregimenale; nuk rekomenadohen doza per dhimbjen neuropatike  2ketamina eshte shume lipofilike dhe izolohet brenda ne indet dhjamore; futja e vazhdueshme kerkon vemendje  3Vetem per pacientat e deshperuar nese administrimi intrathecal eshte i mundur | | | |

**Perla mencurie**

* Drogat e diskutuara ne kete kapitull lejojne trajtimin e sukseshem te shume kushteve te dhimbjes, por jo te gjithave.
* Duhet te mbahet mend qe prototipet me te rendesishme analgjezikeve jo-opioide jane frenuesit COX, te cilet perfshijne drogat me te perdorura kudo ne bote sepse ata gjithashtu jepen kunder temperatures, irritimeve, dhe shume gjendjeve te tjera shqetesuese duke perfshire dhe migrenen. Per shkak te veprimit te tyre efekti i tyre forcohet. Me fjale te tjera, normalizimi i hiperalgjezise mbaron kur prodhimi i prostaglandinave E2 eshte komplet i shtypur. Rritja e dozes nuk do ta rrise me tej efektin.
* Frenuesit e qendrueshem te COX ne muret vaskulare cojne ne nje bllokim konstant te prodhimit te faktoreve vaso-protektore te prostacyclin (PGI2). Kjo duket te jete arsyeja kryesore e rritjes se incidences se ngjarjeve kardiovaskulare (ataket e zemeres, goditjet, adherosklerozat), kjo e pare nga perdorimi I frenuesve COX duke perfshire acetaminophen (paracetamoli).
* Ende po ti krahasojme efektet e padeshiruara anesore te te te gjithe anlgjezikeve te kombinuar, duke perfshire opioidet, dalim ne konkluzionin qe ata te gjithe kane problemet e tyre. Ato duhet te perdoren ne dhimbjet serioze, dhe jo si nje mjet per te rritur rehatine e perditshme; vetem ne kete menyre ata mund perdoren me nje kuptim dhe jane te justifikuar.

**Tema 7**

**Opiodet ne Mjekesine e Dhimbjes**

**Klasifikimi i opiodeve**

Trajtimi i dhimbjes i arrin shume shpejt limitet e saj.Te gjithe ata qe kane vuajtur nga demtime te renda, nga kolika renale ose biliare, apo qe kane vuajtur nga dhimbja gjate lindjes, nje nderhyrje kirurgjikale ose edhe nje kancer infiltrativ, kane perjetuar dhimbje te tmerrshme, por gjithashtu kane perjetuar nje ndjenje lehtesuese te dhimbjes ne momentin e fillimit te perdorimit te opiodeve.

Ne kundershtim me shume qetesues te tjere, opiodet jane ende drogat anlgjezike me te fuqishme qe jane te afte te kontrollojne gjendjet e renda te dhimbjes. Kjo cilesi e opioideve eshte e njohur qe ne periudhat e hershme te historise njerezore, dhe opiumi , lengu i qumeshtit i thare i lulekuqes *Papaver sommiferum*, eshte mbjelle jo vetem per efektin e tij euforik por gjithashtu dhe per efektin e tij te fuqishem analgjezik.

Ne menyre natyrale kjo bime rritej ne vende te ndryshme Arabike por me pas ne fillim te shek XIV ajo u soll nga tregtaret ne vende te ndryshme te Europes, ne Kine dhe Indi.

Ne ate kohe perdorimi i opiumit per trajtimin e dhimbjes kishte disa kufizime: ai ishte nje asortiment me te pakten 20 alkaloide te ndryshme opiumi (psh. substanca te izoluara nga bimet), me menyra shume te ndryshme veprimi. Overdozat ndodhnin pothuajse shume shpesh duke sjelle efekte anesore te padeshiruara si problemet respiratore dhe perdorimi jo i rregullt i tij rezultonte ne varesi.

Me izolimin e nje alkaloidi te vetem sic eshte morfina nga lengu i lules se kuqe nga farmacisti gjerman Friedrich Wilhelm Sertüner (1806) dhe prezantimi i shiringes prej xhami nga ortopedi francez Charles Pravaz (1844) u be i mundur trajtimi me me pak efekte anesore me ane te kesaj substance unike opiodi.

Sot ne vecojme *opiodet natyrale* si morfina, codeina dhe noscapina nga ato *gjysem sintetike* sic jane hydromorphone, oxycodone, diacetylmorfina (heroine) dhe nga *ato sintetike* si nalbufina, sufentanili dhe remafintanili. Te gjitha keto substanca jane te klasifikuara si opiode, duke perfshire peptidet endogjene si endorfina, enkefalina dhe dynorfin te cilat jane peptide te shkurtra te sekretuara nga sistemi nervor qendror ne momentet e dhimbjes dhe stresit te forte ose te dyjave sebashku.

**Receptoret e opiodeve dhe mekanizmi i veprimit te tyre**

Opiodet e shfaqin efektin e tyre nepermjet lidhjes se receptoreve te opiodit. Keta receptore jane proteina komplekse te futura brenda membranes se qelizave neurone. Keta receptore te opiodeve fillimisht u zbuluan brenda zonave te trurit te lidhura me dhimbjen sic eshte talamusi, zona e trurit te mesem, palca kurrizore, dhe neuroneve ndijuese.

Ne perputhje me kete opiodet prodhojne analgjezi te fuqishme kur jepen sistematikisht (psh nepermjet rrugeve orale, intravenose, nenlekure apo intramuskulore), kurrizore (psh nepermjet rrugeve intrathekale apo epidurale) dhe perferike (psh nepermjet rrugeve intra-artikulare apo tropikale).

Sot njihen tre lloje te ndryshem receptoresh qe jane µ­, δ dhe к. Megjithate receptori me i pershtatshem eshte receptori opiod µ­, pasi pothuajse te gjithe opiodet e perdorur klinikisht i japin efektet e tyre nepermjet aktivizimit te tij. Struktura e tyre tre dimensionale formojne nje xhep brenda membranave te qelizave dhe brenda kesaj membrane opiodet lidhin dhe aktivizojne ngjarje qelizore sinjalizuese te cilat cojne ne zvogelimin e ngacmueshmerise se neuroneve dhe pastaj ne frenim te dhimbjes.

Duke u mbeshtetur ne aftesine e tyre per te iniciuar ngjarje te tille, opiodet jane te ndare ne: opiode te plote agonist (psh fentanyl, sufentanil) qe jane shume te fuqishem dhe kerkojne angazhimin e receptoreve te vegjel per pergjigje maksimale; opiode te pjeshem agonist (psh buprenorfina) qe kerkon angazhimine e receptore me te medhenj per pergjigje te ulet; dhe antagonistet (psh naloxone, naltrexone) qe nuk japin asnje pergjigje.

Perzierja e anagonisteve/antagonisteve (psh pentazocine, nalbuphina, butorphanol) sjellin dy veprime: ata lidhin receptoret к si agonist dhe receptoret µ­ si antagonist.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tabela 1  Lista e opiodeve te ndryshem qe aktivizojne receptoret e opiodeve brenda sistemit nervor qendror | | | |
| Opiod Alkaloide | Opiode Gjysme-sintetik | Opiode Sintetik | Opiod Peptidesh |
| Mophine  Codeine  Thebaine  Noscapine  Papaverine | Hydromorphone  Oxycodone  Diacetylmorphine (heroin)  Etorphine  Naloxone (antagonist)  Naltrexone (antagonist) | Nalbuphine  Levorphanol  Butorphanol  Pentazocine  Methadome  Tramadol  Meperidine  Fentanyl  Alfentamil  Sufentanil  Remifentanil | Endorphin  Enkephalin  Dynorphin |

**Opiodet dhe efektet anesore**

Gjate marrjes per here te pare te opiodeve, pacientet here pas here raportojne efekte anesore akute si trullosje, marrje mendesh, te vjella dhe gjendje te fikti. Megjithate pas disa ditesh keto simptoma zvogelohen dhe nuk nderhyjne ne perdorimin e rregullt te opiodeve.

Duhet qe pacienteve tu jepet doza e duhur e opiodit ne menyre qe te zvogelohen efektet anesore. Vec kesaj trajtimi i simptomave sic jane te vjellat do te sillte zhdukjen e gjendjeve te pakendshme qe ato shkaktojne. Edhe problemet respiratore mund te jene nje problem ne fillim te trajtimit nese nuk jepet doza e duhur e opiodeve ose nese nuk behet nje vleresim I duhur I intensiteitit te dhimbjes.

Eshte e rekomandueshme qe te percaktohet sakte doza e duhur e opiodit, shkalla e intensitetit te dhimbjes dhe ritmi I frymemarrjes. Problet respiratore zakonisht nuk perbejne problem ne aplikimet e zgjatura dhe te rregullta me opiod. Ne fillim te aplikimi te opiodeve duhet treguar kujdes ne rastin e demtimeve konjitive sidomos per personat qe punojne shofere apo me makineri te renda.

Paciente qe trajtohen ne menyre te rregullt me opiode zakonisht nuk kane probleme te tilla, por megjithate pacientet duhen informuar per mundesine e shfaqjes se ketyre efketeve anesore, ne menyre qe nese ndodh nje gje e tille pacienti te mos e shkepuse trajtimin.Nje efekt anesor tipik I opiodeve eshte kapslleku, I cili nuk zvogelohet por vazhdon gjate gjithe trajtimit. Ai mund te coje ne probleme serioze klinike nese nuk trajtohet rregullisht me laksative ose me opiode antagonist oral (shiko me poshte).

**Qetesimi**

Opiodet detyrojne zvogelimin e aktivitetit te sitemit nervor qendror duke quar nga nje gjendje e lehte qetesimi deri ne koma te thelle, dhe kjo varet nga lloji I opiodit te perdorur, doza e tij, rruga e aplikimit dhe kohezgjatja e mjekimit. Ne dozat e duhura klinike, opiodet nuk i kane keto efekte te pastra narkotike, por ato cojne ne nje pakesim te konsiderueshem te perqendrimit maksimal alveolar (MAC) nga perdorimi i anestezikeve per te shkaktuar gjendjen e pavetedijes pergjate procedurave kirurgjikale.

**Ngurtesia e muskujve**

Duke u varur nga doza dhe shpejtesia e aplikimit, opiodet mund te shkaktojne ngurtesi te muskujve, vecanerisht atyre abdominale kryesore dhe ne laring. Ky problem u vu re fillimisht nga demtimet e procesit te frymemarrjes I ndjekur nga hypoxia dhe hiperkarbia. Veshtiresite ne procesin e frymemarrjes mund te trajtohen me ane te relaksimit te muskujve (psh succinylcholine 50-100 mg i.v., i.m)

**Problemet respiratore**

Problemet respiratore jane nje fenomen i zakonshem ne perdorimin klinik te te gjithe opiodeve agoniste µ­. Keto droga ulin ritmin e frymemarrjes, vonojne frymenxjerrjen, dhe i japin shtyse nje ritmi frymemarrjeje te crregullt. Opiodet ulin reagueshmerine per te rritur CO2, duke ngritur hyrjen pCO2 dhe duke ulur pergjigjet e procesit te frymemarrjes.

Shtytja themelore per frymemarrjen gjendet ne qendrat e frymemarrjes ne tru te perbera nga grupe te ndyshme rrjetash neuronale me nje densitet te larte te receptoreve µ­. Kercenimet respiratore mund te trajtohen me percaktime te duhura doze naloxone opiod antagonist me rruge i.v. (psh 0.4-.8-1.2 mg).

**Efektet kunder kolles**

Pervec problemeve respiratore, opiodet i japin fund refleksit te kollitjes, i cili prodhohet nga droga kunder kolles si codeina, noskapina dhe dextromethorphani (psh kodeine 5-10-30mg me rruge orale). Efekti kryesor kunder kolles i opiodeve eshte i rregulluar nga receptoret e opiodeve brenda palces.

**Efektet gastrointestinale**

Efeketet anesore te opiodeve ne sistemin gastrointestinal jane te njohura. Ne pergjithesi opiodet shkaktojne te perziera, gjendje te fikti, ulin levizshmerine gastrointestinale, rrisin perqendrimin rrethor, ulin sekretimin e mukusit gastrointestinal dhe rrisin absorbimin e lengjeve, i cili me pas rezulton ne kapsllek. Pervec kesaj ata shkaktojne zbutjen e spazmave te muskujve te fshikezes se temthit, irritimi te aparatit tretes dhe fshikezes se urines, duke cuar ne rritjen e presionit dhe mbajtjen e urines. Keto efekte gastrointestinale te opiodeve jane kryesisht per shkak te perfshirjes se receptoreve periferik te opiodeve ne sistemin nervor mesenetrik, dhe jane per shkak te hapsires se vogel te receptoreve opiode qendror.

Prandaj dozimi me methylnaltrexone (100-150-300 mg me rruge orale) i cili nuk penetron brenda sistemit nervor qendror, zvogelon ne meyre te sukseshme detyrimin e opiodit ne kapsllek. Megjithate praktika me e zakonshme ne kete rast eshte perdorimi i laksative sic eshte laktuloza (3 x 10 mg deri ne 3 x 40 mg/dite me rruge orale), i cili eshte i detyrueshem pergjate perdorimit kronik te opiodit.

**Pruriti**

Kruarja ndodh zakonisht pas administrimit sistematik me opiode, por ndodh me shume pergjate admistrimit me opiode intrathecale dhe epidurale. Edhe pse kruarjet pergjithesisht mund te jene per shkak te aplikimit te morfines, ato gjithshtu mund te shkaktohen nga clirues te qendrueshem te fentanylit.

Mekanizmi kryesor mendohet te jete ne qender ne menyre qe frenuesit e dhimbjes te mund demaskojne aktivitetin qe ndodhet nen neuronet pruritoreceptive. Opiodet detyrues te kruarjes mund te zbuten ne menyre te sukseshme me naltrexone (6 mg me rruge orale) ose me ane te anlagjezikeve te perzier agonists sic eshte nalbuphina (psh 4 mg i.v.).

**Rruget e administrimit te opiodeve**

**Orale**

Pjesa me e madhe e opiodeve jane lehtesisht te absorbuara nga aparati tretes me nje disponueshmeri orale prej 35 % (psh morfina) deri ne 80% (psh oxycodone). Megjithate ato kalojne nje shkalle te larte (40%-80%) menjehere pas kalimit te pare ne metabolizmin e melcise, ku acidi detyrues glurokonik e ben drogen joaktive dhe gati per tu ekskretuar ne veshka.

Perjashtim ben morfina psh morfine-6-glucuronide, te cilat jane neurotoksike dhe mund te akumulohen pergjate demtime ne veshka dhe mund te shkaktojne efekte anesore serioze sic jane problemet respiratore dhe neurohelmimi.

Opiodet e zakonshme orale jane te mundshme ne dy perbeje galenike, formula e lehtesimit direkt (fillon: brenda 30 min, kohezgjatja: 4-6 ore) dhe formula e lehtesimit te zgjatur (fillimi: 30-60 min, kohezgjatja: 8-12 ore).Ka evidenca paraprake rreth diferencave etnike ne lidhje me metabolizmin e melqise ndaj opiodeve, psh ndermjet Kaukazianeve dhe Afrikaneve.

Tek Afrikanet opiodet shfaqin nje efekt veprimi me te zgjatur se Kaukazianet. Nje pjese e kesaj mund te jete per shkak te nentipeve gjenetike te enzimave cytochrome P-450 te melcise, dhe pjesa tjeter vjen per shkak te menyres se jeteses dhe zakoneve individuale te pacienteve.

**Intra-venoze/intra-muskulare/subkutane**

Keto forma te ndryshme te aplikimit te opiodeve kane te njejtat qellime: te jene te besueshme dhe te pershtatshme, te japin nje efekt te shpejt analgjezik dhe te kapercejne metabolizmin e melcise. Aplikimi intravenoz jep nje feedback te shpejt te efektit analgjezik, ndersa rruget intramuskulare dhe ato nenlekure kane nje vonese prej 15-20 min dhe duhet te jepen me orare fikse per te shmangur luhatjet ne perqendrimin e plazmes.

Rritja e shpejte e opiodit ne perqendrimet e plazmes me ane te aplikimit parental, lehteson dhe kontrollon me mire efektet e opiodit. Megjithate kjo rrit rriskun e nje mbidoze te papritur qe mund te sjelle qetesim, probleme respiratore, hipotension dhe ndalime kardiake.

Pas administrimit parental, faza e pare e opiodit shperndahet brenda sistemit nervor qendror, por ne disa inde dhjamore dhe muskulore kjo faze ndiqet nga nje faze e dyte me e ngadalte rishperndarjeje nga dhjami dhe muskujt drej qarkullimit te gjakut e kjo gje sjell edhe mundesine e shaqjes se disa prej efekteve te opiodeve. Ky fenomen eshte vecanerisht I rendesishem ne rastet e administrimit te perseritur.

**Sublinguale/nazale**

Vetem substanca lipohilike te larta te tilla si fentanyli dhe buprenorfina mund te administrohen me ane te ketyre rrugeve sepse ata depertojne lehtesisht ne mukoze dhe absorbohen lehtesisht nga qarkullimi I gjakut. Koha e fillimit te efektit analgjezik me ane te fentanylit eshte e shpejte (0.05-0.3 mg; 5 min), ndersa ajo e buprenorfines me e ngadalte (0.2-0.4 mg; 30-60 min).

Mirepo kohezgjatja e efektit analgjezik eshte shume me e gjate me buprofen (6-8 ore) se sa me fentanyl (15-45 min). Ne menyre te ngjashme me aplikimet e tjera parenterale, nuk ka metabolizem ne melci.

**Intratekale/epidural**

Opiodet e administruar me ane te rrugeve intrathecale dhe epiduraled futen ne strukturat e sistemit nervor qendror duke u varur nga vetite e tyre kimike. Keshtu, opiodet me pak te jonizuara, me shume lipofilike dhe opiodet e kombinuar si sufentanil, fentanyl ose alfetanil depertojne shume me lehte (800 here) se sa ato qe jane me shume te jonizuar, hidrofilike, dhe te kombinuar sic eshte morfina.

Opiodet lipofilike thithen shpejt jo vetem nga indet nervore por gjithashtu edhe nga dhjami epidural dhe enet. Ndersa sasi te konsiderueshme morfine mbesin brenda lengut clerebroshpinor per nje periudhe te gjate kohe (12-14 ore e lart) dhe transportohen me ane te rrjedhes rostrale drejt qendrave respiratore te trurit te mesem duke shkaktuar keshtu probleme respiratore.

Efektet e opiodeve brenda sistemit nervor qendror jane te percaktuara nga shperndarja e tyre brenda qarkullimit te gjakut dhe jo nga metabolizmi, I cili eshte I paperfillshem. Dozat per morfinen epidurale, per shembull, jane nje doze bolus prej 1.0-3.0 mg, dhe nje doze 3.0-10 mg per 24 ore; per morfinen intrathecale nje doze bolus prej 0.1-0.3 mg, dhe nje 0.3-1.0-5.0 mg per 24 ore.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tabela 2  Dozat ekuianalgjezike te rrugeve te ndryshme ne administrimin e opiodeve. | | |
| Droga | Doza (mg) | Faktori shnderrues |
| Morfine, orale | 30 | 1 |
| Morfine i.v., i.m., s.c. | 10 | 0.3 |
| Morfine, epidurale | 3 | 0.1 |
| Morfine, intrathecale | 0.3 | 0.01 |
| Oxycodone, orale | 20 | 1.5 |
| Hydromorfone, orale | 8 | 3.75 |
| Metadon, oral | 10 | 0.3 |
| Tramadol, oral | 150 | 0.2 |
| Tramadol, i.v. | 100 | 0.1 |
| Meperidine, i.v. | 75 | 0.13 |
| Fentanyl, i.v. | 0.1 | 100 |
| Sufentanil, i.v. | 0.01 | 1000 |
| Buprenorfine, s.l. | 0.3 | 100 |

**Morfina**

Morfina eshte nje opiod i forte µ­ agonist qe rekomandohet ne shkallen e 3-te te shkalles WHO, perdoret zakonisht si reference per te gjithe opiodet e tjere. Ajo mund te aplikohet me te ane te te gjitha rrugeve.

Aktivizimi morfines metabolizon morfinen glucorinide-6 dhe morfinen glucorinide-3 dhe mund te rrise efektet anesore si problemet respiratore dhe neurotoksike (sindromen e ngacmimit: hiperalgjezi, miocloni, epilepsi) vecanerisht kur akumulimi ndodh per shkat te demtimit te funksionit te veshkave. Treguesit kryesor te perdorimit te saj jane per dhimbjen malinje kronike postoperative; sidoqofte ajo perdoret edhe per kushtet e dhimbjeve te renda (psh, dhimbjet e kolitit, dhimbjet e grygeve).

Ne gjendjet e dhimbjes akute, morfina mund te perdoret ne rruge parenterale per nje lehtesim optimal te dhimbjes (psh i.v. boluses mprej 20.5-5 mg morfine). Ne

kete rast perqendrimi I morfines ne plazem duhet te mbahet konstant duke perdorur intervale te rregullta kohore (psh, 6-12 mg i.v. morfine/ore).

Ne kushtet e dhimbjes kronike, dozat ditore te morfines duhet te jepen me ane te nje formule te zgjeruar lehtesuese, dhe dhimbjet depertuese duhet te trajtohenme ane te administrimit te 1/5 se dozes ditore ne nje formule lehtesimi te menjehershme. Keshillohet monitorimi I rregullt I intensitetit te dhimbjes dhe kosumimit te morfines.

**Oxycodone**

Oxycodoni eshte nje opioid i forte oral µ­ agonist qe i perket shkalles se 3-te te shkalles WHO, me fuqi analgjezike 1.5 te morfines. Oxycodoni ka nje biodisponueshmeri orale 60-80%. Ai metabolizohet ne hapa te shumefishte ne metabolizime te ndryshme, ne te cilat oxycodoni eshte me aktivi dhe deri ne 8 here me I fuqishem se morfina.

Oxycodoni ka nje profil terapeutik te ngjashem me morfinen; sidoqofte ai eshte i disponueshem si oral me ane te nje formule te zgjeruar lehtesimi (10-80 mg tableta). Perderisa keto tableta kane nje doza relativisht te larte ato mund te behen pluhur brenda solucioneve ujore.

**Hydromorfone**

Hydromorfoni eshte nje opiod µ­ agonist qe i perket shkalles se 3-te ne shkallen WHO (opiodet e forte) me fuqi analgjezike 4-5 here te fuqise se morfines. Pas aplikimit oral doze e vetme 4 mg fillimi i efektit te analgjezise ndodh pas 30 minutave dhe zgjat deri ne 4-6 ore.

Per shkak te tretshmerise se tij ujore, ai eshte ne dispozicion si formule orale dhe parentale (2 mg/I amp.) qe mund te administrohet me rruge i.v., i.n., s.c. Hydromorfoni eshte gjeresisht i metabolizuar ne melci, me nje metabolizim afersisht deri ne 60% te dozes orale.

Metabolizimi i hydromorfoneve-3-glucoronide mund te shkaktoje efekte neurotoksike (sindromen e ngacmimit: hiperalgjezi, miocloni, epilepsi) njelloj me morfinen-3-glucuronide.

**Methadone**

Metadoni eshte nje receptor opiod µ­ agonist me fuqi analgjezike 0.3 te morfines. Ai eshte gjithashtu antagonist i receptoreve N-methyl-Daspartate (NMDA) dhe mund te jete i avantazhuar ne gjendjet e dhimbjes kronike sic eshte dhimbja neuropathice ne te cilen receptoret e NMDA duken te jene pergjegjes per mbindjeshmerine e dhimbjes se vazhdueshme.

Metadoni eshte nje droge lipofilike me nje depertueshmeri te mire CNS dhe nje biodisponueshmeri (40-80%). Ai gjendet si formule orale (5-40 mg tableta) dhe parentale (levometadone: 5 mg/mL). Metadoni metabolizohet pa metabolizuesit aktiv te enzimave shumefishe te melcise me nje sjellje shume te ndryshueshme, e cila shpjegon dhe luhatjen e tij te gjera (150 ore lart), gje qe e ben shume te veshtire perdorimin e dozave te rregullta per pacientet.

Ne pergjithesi lehtesimi i dhimbjes eshte me mire te mbahet me doze metadoni qe eshte 10% e dozes eqiuanalgjezike te llogaritur nga opiodet

tradicionale. Ekskretimi ndodh pothuajse plotesisht ne fece, gje qe e ben metadonin nje kandidat te mire per pacientet me demtime veshkore. Metadoni ka nje tendence shume te vogel te efekteve euforike dhe prandaj perdoret ne programet e rehabilitimit per personat e varur nga droga.

Per me teper, ka nje nje tolerance te kundert (cross tolerance) jo te plote ndaj opiodeve te tjere. Fatkeqsisht metadoli ka fuqine te filloje Torsades de Points, nje arrhythmi fatale potenciale qe shaktohet nga zgjatja e intervaleve QT ne ECG.

**Tramadol**

Tramadoli eshte nje opiod i dobet, qe i perket shkalles se 2-te ne shkallen WHO. Tramadoli ne vetvete lidh frenuesit e noreepinefrines dhe serotomines, i cili rrit perqendrimin lokal te norepinefrines dhe seratomin duke cuar ne frenim te dhimbjes nenpasuese (subpasuese).

Vec kesaj, nje nga metabolizuesit e tij (MI) lidhet me receptoret e opiodit µ­ i cili nxjerr analgjezine plotesuese. Tramadoli ka nje biodisponueshmeri te larte prej 60% dhe fuqi analgjezike 0.2 te morfines. Qekur perberesi i opiodit eshte i varur ne metabolizmin e melcise te kombinimeve MI, ndryshimet gjenetike mund te vecojne metabolizuesit e varfer nga ato te zgjeruar, si dhe diferencat ne efektet analgjezike respektive.

Tramadoli gjendet si formule orale (50-100-150-200 mg tableta) dhe parentale (50-100 mg). Ashtu si me te gjithe opiodet demtimet e melcise dhe te veshkave mund te qojne ne akumulimin e droges e cila me pas sjell nje risk te madh per problemet respiratore. Per shkak te beshkeveprimeve potenciale, tramadoli nuk duhet te jepet se bashku me frenuesit monamine oksiduese, pasi kombinimi I tyre mund te prodhoje probleme respiratore te renda, hiperpyrexi, ngacmim te sistemit nervor qendror, delir dhe krize.

**Meperidine**

Mepiridina eshte nje opiod µ­ i dobet agonist qe i perket shkalles se 2-te te shkalles WHO me fuqi analgjezike 0.13 te morfines dhe me me veti te rendesishme antikolinergjike dhe analgjezi lokale. Mepiridina shpesh perdoret postoperativisht duke qene se ne efektin e saj analgjezik ka veti kunder te ngjethurave (mornicave).

Mepiridina gjendet si formule orale (50 mg/mL solucion) dhe formule parentale (50-100 mg/2 mL). Ajo metabolizohet ne melci ne normeperdidine per 15-30 ore dhe ka veti neurotoksike domethenese. Meperidina nuk duhet tu jepet pacienteve qe trajtohen me frenues oksidues monoamine (MAOI) duke qene se kombinimi I tyre mund te shkaktoje probleme te renda respiratore, hiperpireksi, ngacmimin e sistemit nervor qendror, delir dhe kriza.

**Fentanyl**

Fentanyli eshte nje opiod i forte µ­ agonist qe i perket shkalles se 3-te te shkalles WHO me fuqi analgjezike 0.13 te morfines.Fentanyli kryesisht gjendet si formule parentale (0.1 mg/2 mL); megjithate ndonjehere perdoret edhe aplikimi sublingual.

Aplikimi nepermjet lekures eshte i perdorur gjeresisht ne vendet industriale, por per shkak te kostos se tij, vonesave ne sistemin e shperndarjes dhe rreziqeve shtese, ai mund te perdoret vetem ne rastet e rralla.Fentanyli metabolizohet ne melci ne metabolizues joaktiv.Aktivizimi i tij i shpejte, fuqia e larte dhe kohezgjatja e shkurter e fentanylit eshte nje avantazh ne percaktimin e dozave dhe ne kontrollin e dhimbjes perioperative. Megjithate perdorimi jo i duhur i tij mund te coje ne luhatje te medha ne perqendrimin e plazmes dhe mund te rrise riskun per varesi psikologjike dhe varesi nga droga.

Administrimi i perseritur me fentanyl per shkak te rishperndarjes nga indet muskulore dhe dhjamore brenda ne qarkullimin e gjakut mund te coje ne akumulimin e droges, duke rritur riskun per probleme respiratore.

**Sufentanil**

Sufentanili eshte nje opiod µ­ shume i forte agonist fuqi analgjezike 0.13 te morfines.Sufentanili eshte e disponueshme si formule parentale (0.25 mg/5 mL) dhe mund te jepet me rruge i.v. (10-100µg buluse) dhe si formule epidurale (fillimisht: 5-10µg, bolus e perseritur: 0.5-1 µg). Per shkak te fuqise se tij shume te larte, sufentanili kryesisht perdoret intraoperativisht.

Duke e krahasuar me fentanylin, ai eshte shume me pak i prirur per te akumuluar droge dhe kjo per shkak te rishperndarjes se ulet te indeve, lidhjes se ulet te proteinave dhe shkalles se larte te metabolizimit ne melci ne metabolizues inaktiv.

**Buprenorfina**

Buprenorfina i perket opiodeve te perzier agonist/antagonist duke lidhur receptoret µ­ me receptoret к­. Ajo ka zakonisht nje aktivizim te ngadalte (45-90 min), vonesa e efektit maksimal (3 ore) dhe nje kohezgjatje te gjate veprimi (8-10 ore). Buprenorfina eshte e disponueshme si formule sublinguale (s.l.) (0.2-0.4 mg kapsula)dhe si formule parentale (0.3 mg/mL).

Metabolizuesit e saj jane joaktive dhe kryesisht ekskretohen nepermjet kanalit te vrerit. Biodisponueshmeria orale eshte 20-30% ndersa biodisponueshmeria sublinguale eshte 30-60%. Per dhimbje akute aplikohet 0.2-0.4 mg s.l. buprenorfine ose 0.15 mg i.v. cdo 4-6 ore. Per shkak te qendrueshmerise dhe kohezgjatjes se gjate te veprimit, buprenorfina perdoret ne terapite zevendesuese per te varurit nga droga (4-32 mg/ditore).

Ne menyre te ngjashme me fentanylin edhe buprenofrina ka nje sistem aplikimi nepermjet lekures. Efektet e buprenofrines ne problemet respiratore kthehen mbrapsht vetem nga doza relativisht te medha dhe te perseritura naloxoni (2-4 mg).

**Naloxone/naltrexone**

Te dyja substancat jane receptore klasike opioid antagoniste me nje preference per receptoret opiod µ­. Naloxone eshte i disponueshem vetem si formule parentale (0.4 mg/1 mL) dhe ka nje aktivizim te shpejte (brenda 5 min) dhe nje kohezgjatje te shkurter veprimi (30-60-90 min). Zakonisht perdoret preoperativisht per te trajtuar mbidozat me opiode dhe duhet qe te administrohet vazhdimisht nen kontroll te rregullt.

Naltrexone gjendet vetem si formule orale (50 mg/ tablete) me nje aktivizim tee vonuar (brenda 60 min) dhe nje kohezgjatje te gjate veprimi (12-24 ore). Naltrexone perdoret zakonisht per te mirembajtjen e trajtimit te te varurve nga alkoli dhe droga.

Te dyja keto substanca mund te mund te pershpejtojne simptomat akute nese nuk perdoren ne menyren e duhur, psh hiperngacmueshmeri, delire, halucinacione, hiperalgjezi, hipertension, takikardi dhe djersitje.

**Perkufizime te pergjithshme**

* Opiodet jane ende shtylla kryesore e menaxhimit te dhimbjes edhe pse jane ne dispozicion pothuajse qe prej 200 viteve. Opiodet jane efektive ne shume paciente postoperative me kancer dhe me dhimbje neuropatike, por shume dhimje jo kanceroze nuk pergjigjen ndaj mjekimit me opiode.
* Edhe pse perdorimi i opioideve shte shume I paragjykuar per shkak te efekteve te tyre anesore dhe abuzimit te mundshem me to, praktikat klinike dhe kerkimet ne keto dekada te fundit kane demonstruar qe mjekimi me opiode si ne terma afatshkurter dhe afatgjate mund te kualifikohet i sigurt.

Nuk ka te dhena rreth ndikimit ne menyra te ndryshme te nje opiodi qe njihet. Si pasoje disponueshmeria, kostot dhe eksperienca personale duhen te jene parimet udheheqese ne zgjedhjen e nje opiodi.

* Duke qene se opioidet, ndryshe nga shumica e medikamenteve, nuk shkaktojne toksicitet organor edhe kur perdoren ne doza te medha apo ne terma afatgjate, dhe per shkak te disa efekteve anesore qe zvogelohen me kalimin e kohes dhe efektet e tjera anesore potenciale qe mund te shmangen nga perdorimi korrekt, ben qe opiodet te mbesin shtylla e menaxhimit te dhimbjes per shumicen e pacienteve per shume vite te ardhshme.

**Tema 8**

**Parimet e Kujdesit Paliativ**

**Cfare eshte kujdesi paliativ ?**

Kujdesi paliativ eshte nje qasje qe permireson cilesine e jetes se pacienteve dhe familjareve per te perballuar problemet e lidhura me semundjen kercenuese permes parandalimit dhe lehtesimit te dhimbjes me ane te identifikimit te hershem, vleresimit, trajtimit te dhimbjes dhe problemeve te tjera fizike, psikosociale dhe shpirterore.

Ky perkufizim i pranuar gjeresisht i OBSH i vitit 2002 perfshin disa ndryshime krahasuar me perkufizimin e vjeter te OBSH ne 1990. Ky perkufizim shpjegon dhe perforcon qasjen e shenjte, e cila mbulon jo vetem simptomat fizike por zgjerohet dhe ne dimensionet e kujdesit per pacientet pasi ata e vuajne semundjen e tyre, me historine e tyre personale, ne mjedisin e tyre aktual dhe ne kontekstin social.

OBSH sjell nje perkufizim te ngjashem rreth kujdesit paliativ per femijet- nje kujdes aktiv total te trupit, mendjes dhe shpirtit te femijes-dhe gjithashtu perfshin dhenien e mbeshtetjes per familjen.

Ai fillon sapo diagnostifikohet semundja dhe vazhdon pavaresisht nese femija nuk e merr trajtimin direkt per semundjen. Kujdesi shendetesor duhet te vleresoje dhe lehtesoje distresin fizik, psikologjik dhe social te femijes. Nje kujdes paliativ efektiv ndaj femijeve kerkon nje qasje te zgjeruar multidisiplinore qe perfshin familjen dhe perdorimin e te gjithe burimeve te mundshme te komunitetit; ai mund te zbatohet me sukses edhe nese burimet jane te limituara. Ai mund te sigurohet ne sherbimet terciare te kujdesit, ne qendrat e zakonshme te shendetit dhe kudo ku femijet e quajne nje vend shtepi.

**Cilat jane parimet e kujdesit paliativ ?**

Kujdesi paliativ eshte nje filozofi e kujdesit qe aplikohet qe nga diagnoza (ose me perpara nese eshte e pershtatshme) deri ne vdekje dhe pastaj gjate periudhes se zise per familjen. Kujdesi paliativ shpesh here eshte pare si i fokusuar vetem ne fund te jetes, dhe ndersa ky eshte nje aspekt i rendesishem i kujdesit paliativ, eshte vetem nje komponent i vazhdimesise se kujdesit qe duhet siguruar.

Ai fokusohet ne nevojat e pacientit dhe familjes se tij. Kujdesi paliativ eshte pergatitja e nje kujdesi gjitheperfshires me pacientin ne qender te ketij kujdesi dhe eshte i varur nga qendrimet, ekspertiza dhe kuptimi. Eshte nje filozofi qe mund te aplikohet kudo permes nje serie aftesish, mjedisesh dhe semundjesh.

OBSH ka skicuar disa parime qe perforcojne furnizimin me kujdes paliativ, duke perfshire qendrimint qe kujdesi paliativ:

* Siguron lehtesimin nga dhimbja dhe nga simptomat e tjera distresuese;
* Konfirmon lidhjen jete-vdekje si nje proces normal;
* Nuk nenkupton as pershpejtimin as shtyrjen e vdekjes;
* Integron aspektet psikologjike dhe shpirterore ne kujdesin per pacientin;
* Ofron nje sistem mbeshtes qe ndihmon pacientet te jetojne ne menyre sa me aktive te jete e mundur deri ne vdekje;
* Ofron nje sistem mbeshtetes qe ndihmon familjen per ti bere balle semundjes dhe periudhes se zise;
* Perdor nje qasje ne grup per te zgjidhur problemet e pacientit dhe te familjes, perfshire edhe keshillimin gjate periudhes se zise nese kerkohet.
* Rrit cilesine e jetes dhe mundet gjithashtu te ndikoje pozitivisht ecurine e semundjes.
* Eshte i aplikueshem qe heret ne ecurine e semundjes se bashku me terapi te tjera qe kane per qellim zgjatjen e jetes sic eshte kimioterapia, rrezatimi ose terapia antiretrovirale, dhe perfshin hulumtimet e nevojitura per nje studim dhe menaxhim me te mire te distresit te nderlikimeve klinike.
* **Si sigurohet kujdesi paliativ ?**
* Kujdesi paliativ mund te sigurohet permes nje game te gjere modelesh dhe mjedisesh, perfshire kujdesin e bazuar ne shtepi, kujdesin e bazuar ne sherbime, shtrimin e pacientit dhe kujdesin ditor. Kujdesi mund te sigurohet ne mjedise specialiste dhe te pergjithshme, dhe duhet, ku eshte e mundur, te integrohet brenda strukturave ekzistuese shendetsore. Koncepti i kujdesit paliativ duhet te pershtatet qe te reflektoje besimet dhe kuturat dhe traditat e zones-te cilat ndryshojne nga nje komuntet ne tjetrin dhe nga nje vend ne tjetrin.
* Kujdesi paliativ eshte holistik dhe gjitheperfshires, prandaj ne menyre ideale ai duhet te jepet nga ekipe multidisiplinare, te cilet duke punuar se bashku percaktojne qellimet dhe planet e kujdesit se bashku me pacientin dhe familjen e tij. Ne shume vende te varfera keto ekipe multidisiplinare perfshijne punonjesit e komuniteit dhe sheruesit tradicional, si dhe infermieret, doktoret dhe profesionist te tjere te kujdesit.
* Infermieret kane nje rol kyc ne pergatitjen e kujdesit paliativ per shkak te disponueshmerise qe kane me keto mjedise me burime te varfra, dhe ato shpesh here jane kordinatoret me ekipet multidisiplinare. Siguruesit e shendetit mund te punojne vetem dhe me pak mbeshtetje nga te tjeret ne zonat rurale. Punonjesit e komunitetit dhe vullnetaret mund tu japin mbeshtetje punonjesve te shendetit duke u trajnuar dhe pastaj mund te ndihmojne ne kujdesin baze mjekesor.
* Ne shume mjedisete varfra punonjesit e komunitetit dhe vullnetaret jane te domosdoshem per ofrimin e kujdesit palliativ, vecanerisht ne ofrimin e mbeshtetjes sociale per pacientet.
* Megjithate, ka disa situata te vecanta ku kerkohet mbeshtetje profesionale nga ekipet. Marrja e vendime etike ne situata komplekse con ne papelqyeshmeri te

pacientit ose familjes dhe situata te tilla kane nevoje per mbeshtetje te tilla. Te punuarit sipas menyres se tyre per profesionistet e kujdesit shendetesor eshte shume e dobishme qe te identifikojne ekipet mbeshtetese per te diskutuar problemet, ndarjen e pergjegjesise ose per te dhene mbeshtetje emocionale. Kjo mbeshtetje i ndihmon ata te vazhdojne punen e tyre ne te mire te pacienteve.

* **Prezantim Rasti**
* *Grace eshte nje vejushe 43-vjece. Bashkeshorti I saj ka vdekur 4 vite me pare nga nje “shkak i panjohur” dhe ajo i ka rritur e vetme dy femijet e saj, 12 dhe 14 vjec. Nje vit me pare ajo vuri re se po ndjente dhimbje gjate urinimit dhe periodat e saj ishin te crregullta dhe kishte hemoragji ne mes te ciklit. Ajo fillimisht nuk kerkoi ndihme mjekesore duke menduar se kjo ishte thjesht pjese e plakjes se saj dhe nga ana kulturore nuk ishte e pershtatshme te diskutoje probleme te ketilla me dike.*
* *Pas 6 muajsh ajo u vizitua tek nje sherues tradicional por nuk ju pergjigj trajtimit, keshtu qe perfundimisht vendosi te vizitohej tek qendra e saj shendetsore duke qene se dhimbja po perkeqesohej. Ajo kishte gjakrrjedhje dhe ishte e paafte te qendronte e paster dhe e lire nga aroma. Nga ekzaminimi ne qendren e saj shendetesore ajo u referua ne qendren kombetare te kancerit, ku u diagnostifikua me tumor ne forme kerpudhe te cervix uteri.*
* *Diagnoza fillestare ishte: faza IV e tumorit kanceroz te qafes se mitres( cervix uteri), i cili ishte perhaput ne limfonoduj , ne pelvis dhe ne melcine e saj. Trajtimi me kirurgji tashme nuk ishte nje opsion dhe kimioterapia nuk ishte e mundur. Asaj ju bene 5 seanca radioterapi paliative ne perpjekje per te ulur dhimbjen dhe gjakrrjedhjen. Ajo kishte humbur peshe ne 6 muajt e fundit dhe po vuante nga lodhja. Duke qene se ajo ishte nje e semure e shtrire, per te u kujdes nje ekip i kujdesit paliativ lokal per shkak te dhimbjeve te forta ne legen dhe ne fund te*

*kurrizit. Trajtimi idhimbjes perfshinte 5 seanca radioterapi paliative dhe ajo filloi me 5 mg morfine orale cdo 4 ore. Kjo doze u rrit gradualisht deri ne 35 mg morfine orale per cdo 4 ore me nje doze shpetimi te keshilluar. Ky regjim u kombinua me 12.5 mg amitriptiline per dhimbjet neuropatike gjate nates, dhe rezultoi me nje lehtesim domethenes te dhimbjes. Asaj gjithashtu ju keshillua nje antiemetik per te perzierat dhe nje laksativ per tu mos u bere kaps nga perdorimi i morfines dhe per te zbutur jashteqitjen e saj me qellim reduktimin e diskomofortit nga shqetesimi i plages ne forme kerpudhe.Me ane te radioterapsie, regjimit te pastrimit dhe perdorimit te metronidazolit lokal , era e keqe u zhduk dhe ajo u ndje me rehat.*

*Duke qene se qendra kombetare e kancerit ndodhej 250 km larg fshatit te saj, ajo donte te kthehej ne shtepi menjehere pas mbarimit te radioterapise dhe kontrollit te dhimbjes. Ajo nuk mund ti perballonte shpenzimet e te ndenjurit ne spital duke qene se kujdesej per dy femijet e saj e vetme. Per me teper ajo ishte e shqetesuar qe femijet nuk do te merrnin kujdesin e duhur pasi dhe mamaja e saj ishte e vjeter. Ajo ishte e vetedijshme per diagnozen e kancerit dhe mjeket ishin te shqetesuar nese ajo mund te kishte HIV duke qene se burri i saj kishte vdekur nga “shkaqe te panjohura”. Per shkak te stigmes se nese ajo do te rezultonte pozitive me HIV dhe per shkak te gjendjes se perparuar te semundjes ajo ngurroi ta bente testin. Ajo vazhdonte te ishte e shqetesuar per femijet dhe nese mamaja e saj do te ishte ne gjendje te kujdesej per to pasi ajo te vdiste. Keto shqetesime Grace i shfaqte ne bisedat rreth ceshtjeve per shendetin e femijeve, te cilet dukeshin se gezonin shendet te plote. Grace ju referua nje ekipi kujdesi te bazuar ne shtepi dhe ajo u keshillua si te mund te vazhdonte te perdorte morfinen orale per te kontrolluar dhimbjen. Ajo u mbeshtet ne shtepi nga ekipi i ndihmes, komuniteti dhe udheheqesit shpirteror deri kur vdiq pas 5 javesh me simptomat nen kontroll dhe pasi kishte zgjidhur problemin e kujdesit te femijeve.*

Ky rast thekson se per cfare sherben kujdesi paliativ. Ai jo vetem qe sherben per menaxhimin e dhimbjes dhe simptomave por edhe menaxhon problemet psikologjike, sociale dhe shpirterore. Ai sherben dhe per kordinimin e kujdesit qe ofron kumunteti pergjate trajektoreve te ndryshme te semundje. Kujdesi paliativ perbehet nga nje ekip pune multidisiplinar qe pershin staf nga fusha te ndryshme kujdesi, sherbime profesionale dhe vullnetare, perfshirjen e ofruesve te ndihmes ne rolin si partnere ne ekip po ashtu si dhe ne rolin ndaj anetareve te familjes te cilet kerkojne kujdes dhe mbeshtetje.

**Sa i rendesishem eshte vleresimi i pacientit?**

Nje vleresimi I plote perpara fillimit te nderhyrjeve te kujdesit palliativ si dhe kontrollet e rregullta te evolimit jane shume te rendesishme per te siguruar lehtesimin e duhur te simptomave dhe distresit, si dhe per te pershatur trajtimin me karakteristikat individuale te pacientit. Vleresimin fillestar deri tek ai I baze fillon me vleresimin e nevojave te pacientit jo vetem per regjimin me droge por gjithashtu dhe per hartimin e nje plani kujdesi paliativ qe pershtat nevojat e pacientit me siatuaten e tij dhe kontekstin. Gjithashtu eshte e rendesishme te vleresohet shkaku I ndonje tjeter dhimbje ose simptome qe mund te provoje pacienti, psh. ndonje infeksion i mundshem, prandaj eshte e rendesishme te trajtohet shkaku ashtu sic eshte menaxhimi I simptomave.

**Cfare duhet te behet per vleresimin baze?**

Nje vleresim baze duhet te perfshije minimalisht disa informacione te caktuara te nxjerra nga nje profesionist i shendetiti dhe duhet te siguroje informacione rreth kontekstit te kujdesit si psh., mosha, gjinia, semundja kryesore, mjedisi kujdestar, terapite (profesionale, tradicionale si dhe ato plotesuese) dhe trajtimet e meparshme. Pershkrimi i mjedisit kujdestar duhet te perfshije se ku jeton personi, nga kush sigurohet kujdesi, sa persona jane ne shtepi, pasqyren e burimeve financiare dhe emocionale si dhe cilat jane nevojat e pacientit e familjes. Nje sociograme mund te ofroje nje pamje te shpejte te lidhjeve familjare, ngjarjeve familjare dhe historise familjare duke perfshire historikun e semundjeve.

**Melanoma**

**Malinje**

Martese 1974 18 vjec

51vjc

58y

1987

Femra

Meshkuj

Paciente

Te vdekur

***Fig. 1.*** Sociograma e nje mjedisi familjar te nje gruaje me melanoma malinje.

Gjate mbledhjes se informacionit rreth kontekstit te kujdesit, vleresimi baze nuk duhet te ndalet vetem tek simptomat fizike por duhet te perfshije disa dimensione: fizike, psikologjike, sociale dhe dificitet apo burimet shpirterore. Shume simptoma si dhimbja, dyspnea (veshtiresia ne frymemarrje), te perzierat, apo lodhja varen me shume ne ndjenja subjektive se sa ne parametra objektiv, dhe si rrjedhoje vetevleresimi i pacientit eshte shume i rendesishem. Vetevleresimi nuk behet duke bere lista te shkurtra simptomash si Pikat e Vleresimit te Simptomave Edmonton (ESAS), i cili perdor shkalle rradhitese numerike (NRS) ose shkalle analoge vizuale (VAS) per te vleresuar intensitetin e simptomave me te rendesishme. Rezultati I pikeve te kujdesit paliativ (POS) eshte nje instrument me I plote qe perpiqet te perfshije te gjithe dimensionet e kujdesit ne 12 pyetjet. Nje version African eshte zhvilluar dhe ka shfaqur efekte te mira ne vendet e varfra. Megjithate, shume paciente me semundje te perparuara dhe me probleme ne funksionin fizik e konjitiv nuk jane ne gjendje te plotesojne madje as nje nje instrument te shkurter vetevleresimi. Vleresimi nga ofruesit e ndihmes ose stafi eshte zakonisht zevendesues i vete vleresimit te pacientit dhe duhet te implementohet per paciente te tille. Vleresimi i ceshtjeve psikologjike, shpirterore dhe sociale mund te jete me kompleks dhe me i kufizuar ne vegla qe bejne te mundur dhenien e ndihmes nga profesionistet. Megjithate edhe vegla te thjeshta, sic eshte FICA mund te perdoren per qellime te tilla per vleresimin e nevojave shpirterore psh, besimi dhe dogmat fetare, rendesia dhe influenca, komuniteti, dhe adresimi i ceshtjeve. Statusi i performances eshte nje parameter i rendesishem sepse parashikon nevojat. Statusi i performances gjithashtu eshte shume i pershtatshem per monitormin dhe evolimin e sherbimeve pasi pershkruan se cilat persona kujdesen per pacientin. Piket e Grupit te Onkologjise Cooperative Lindore (ECOG) eshte nje shkalle kategorizuese e thjeshte me 4 hapa e cila gjithashtu implementohet ne POS (Fig. 2).

|  |
| --- |
| 0 = aktiv i plote, i afte ne performancen para semundjes pa kufizime |
| 1 = i kufizuar ne aktivitete te renda fizike por  I afte te ece dhe te beje pune te lehta, psh., pune shtepie ose zyre, |
| 2 = I afte te levize dhe te kujdeset per veten por I paafte per te bere ndonje aktivitet apo pune.  Qendron ne kembe me shume se 50% te kohes zgjuar. |
| 3 = I afte dhe i limituar vetem ne kujdesin ndaj vetes,  I shtruar ne shtrat ose karrige me shume se 50% te kohes zgjuar. |
| 4 = plotesisht i paafte.  Nuk mund te kujdeset per veten. I shtruar ne shtrat ose karrige gjithe kohen. |

***Fig. 2.*** Shkalla e e Grupit te Onkologjise Cooperative Lindore (ECOG).

**Cfare pasojne vleresimet jane te nevojshme per ri-vleresime?**

Vleresimi eshte nje proces i vazhdueshem, prandaj dhe pas fillimit te trajtimit ri-vleresimet e rregullta jane shume te rendesishme. Duhet te monitorohet cdo efektshmeri e trajtimit te simptomave duke perfshire regjimin me droge, i cili duhet te pershtatet sipas efektshmerise. Pas fazes fillestare dhe lehtesimit te simptomave, duhet te behen ri-vleresime, e duhen pritur edhe perkeqesimet e semundjes. Paciente me kancer apo ato me HIV/AIDS duhet te marrin kujdes paliativ nga profesioniste cdo jave nese eshte e mundur ose te pakten te jene mujore nese situata eshte e qendrueshme. Vleresimet pasuese duhet te jene te shpejta, duhet te perfshijne lista kontrolli te shkurtra simptomash per te monitoruar nese shfaqen simptoma te reja. Menjehere pas kesaj duhet te filloje trajtimi i simptomave te raja. POS mund te berdoret si baze per te bere vleresime te statusit te pacientit. Vleresimi i terapive ta vazhdueshme gjithashtu duhet te behet rregullisht nese duhet ende te perdoren ato doza, duhet ti ndryshojne ato apo terheqja mund te jete e keshillueshme. Megjithate duhet te vihet re qe shpesh drogat qe perdoren per lehtesimin e dhimbjes, dyspnea apo simptoma te tjera duhet te vazhdojne deri ne kohen e vdekjes. Trajtimi i simptomave mund te nderpritet nese trajtimi i semundjes kryesore shkakton simptoma te tjera te mundshme (per shembull, mundesia e infektimit te pacientit me HIV/AIDS).

Ndjekja e pacientit deri ne vdekje dhe vleresimi i pergjithshem i efektshmerise se kujdesit paliativ te dhene, eshte I dobishem per garancine dhe cilesine e qellimeve. Menyra me e thjeshte per ta bere kete eshte te pyesesh dhenesit e ndihmes dhe familjaret pak jave pasi pacienti ka vdekur duke perdorur kategori shkallesh te thjeshta (shume i kenaqur, i pakenaqur, as i kenaqur as i pakenaqur, ose shume i kenaqur).

**Lehtesimi i simptomave**

**Pse eshte kaq i rendesishem lehtesimi i simptomave?**

Menaxhimi i dhimbjes dhe simptomave te tjera eshte nje pjese thelbesore per kujdesin paliativ. Me progresin e semundjes kryesore, shume paciente vuajne nga simptoma fizike dhe psikologjike.Kanceri, HIV/AIDS dhe infeksione te tjera kronike sic eshte tuberkulozi, mund te cojne ne shume simptoma me dhimbje te forta si veshtiresi ne frymemarrje, te perziera, gjendje te fikti apo humbje ekuilibri. Shume paciente me semundje te avancuara vuajne nga lodhja dhe dobesia, te shkaktuara si nga semundja ashtu edhe nga trajtimi. Perballimi me diagnozat dhe prognozat mund te cojne ne distres psikologjik dhe shpirteror, ankth, dhe depresion. Keto simptoma mund te trajtohen, dhe me zbutjen e simptomave mund te ruhet cilesia e jetes.

Pjesa e meposhtme do te jape nje pasqyre te menaxhimit te simptomave me te rendesishme (Tabela 1). Informacione me te detajuara per vleresimin, trajtimin e simptomave dhe fusha te tjera te kujdesit paliativ mund te gjenden ne guidat klinike per te mbeshtetur kujdesin paliativ per HIV/AIDS ne Afriken veri-Sahariane, dhe ne modulin e Menaxhimit te Integrimit te WHO per Kujdesin Paliativ te Semundjeve te te Rriturve.

Menaxhimi I dhimbjes ne kujdesin paliativ ndjek rregullat e menaxhimit te dhimbjes se kancerit, me ane te mjekimeve analgjezike sipas parimeve OBSH. Opiode sic eshte morfina orale jane shtylla e menaxhimit te dhimbjes ne kujdesit paliativ ne vendet me burime-te kufizuara, duke qene se jane relativisht te arsyeshme dhe kujdesi paliativ nuk eshte I mundur pa kete opiod te fuqishem.

**A eshte trajtimi i simptomave te tjera i ngjashem me menaxhimin e dhimbjes?**

Nuk ka mjete te ngjashme me shkallen analgjezike te WHO qe mund te ndihmojne ne trajtimin e simpotmave te tjera, por shume nga parimet e menaxhimit te dhimbjes mund te perdoren per simptoma te tjera. Per shembull, ndryshimi I asaj cfare eshte e ndryshueshme dhe trajtimi I semundjes themelore pa shtimin e simptomave; perdor nderhyje jofarmalogjike drogash - te zevendesueshme ose te vetme si te jene me te pershtatshme; perdor mjekime specifike per llojin e simptomave; dhe adreso distresin psikologjik. Mjekimi per menaxhimin e simptomave duhet te jepet me orare sipas dozave te ndryshme qe jane ne dispozicion dhe me ane te gojes nese eshte e mundur. Kjo menyre e ben me te lehte per njerezit qe ta vazhdojne mjekimin ne shtepi, pasi nuk ka profesioniste te shendetit qe tu bejne atyre injeksione.

**Si duhet ta trajtoni veshtiresite ne frymemarrje (dispnene) ?**

Eshe pse opiodet njihen si shtylla e menaxhimit te dhimbjes, ata jane gjithashtu shume efektive per trajtimin e veshtiresive ne frymemarrje. Me paciente-naiv mund te perdoren opiod si morfine orale (5-10 mg) ose morfine subcutanoze (2.5-5 mg), te cilat do te japin nje efekt te shpejte dhe mund te perdoren aq here sa kerkohet. Ne kete rast mund te perdoren edhe opiod te tjera me dozat e duhura. Pacientet qe tashme marrin opiod per dhimbjet duhet ta rrisin dozen per te lehtesuar veshtiresite. Veshtiresite e vazhdueshme ne fremarrje duhet te trajtohen ne mjekime te vazhdueshme me opiode, duke ndjekur po te njejtat rregulla si tek menaxhimi I dhimbjes per gjetjen e dozes. Problemet ne frymemarrje jane efekte anesore te opiodeve, por kjo nuk bie ne kundershtim me perdorimin e opiodeve per keto veshtiresi. Veshtiresite ne frymemarrje jane ne te shumten e hereve te lidhura me rritjen e CO2 ne gjak, dhe me pak te lidhura me zvogelimin e oksigjenit. Opiodet zvogelojne shtytjet rregulluese te shkaktuara nga nivelet e CO2 , dhe si rrjedhoje pacienti do ta ndjeje me pak nevojen per ajer edhe pse frymemarrja e tij nuk eshte permiresuar. Veshtiresite ne frymemarrje tek pacientet me kancer munden gjithashtu te jene te shkaktuara nga demtime mekanike, per shembull nga rrjedhjet pleurale. Veshtiresite ne frymemarrje mund te jene gjithashtu te lidhura me anemi te renda, te cilat zvogelojne sasine e oksigjenit te transportuar ne gjak, dhe transfuzioni i gjakut mund ti lehtesoje veshtiresite ne frymemarrje tek pacientet me anemi. Ne kete rast okisgjeni do te ishte i dobishem per kontrollin e veshtiresite ne frymemarrje vetem per nje numer te vogel pacientesh; megjithate, nderhyje te tjera nonfarmakologjike mund te ndihmojne, sic eshte ripozicionimi I pacienteve, psh., duke qendruar ne nje pozicion vertikal, pra ne kembe.

Ne pjesen me te madhe te pacienteve, masa te thjeshta sic eshte rehatia, lejojne qarkullimin e lire te ajrit, per shembull duke hapur nje dritare ose duke siguruar ajer qe qarkullon me ane te nje ventilatori. Keto masa jane shume efektive ne trajtimin e veshtiresite ne frymemarrje.

**Si duhet ti trajtoni te perzierat (peshtjellimet)**

Te perzierat dhe te vjellat mund te trajtohen me antiemetike sic eshte metoclopramide ose doza te vogla neuroleptikesh sic eshte haloperiodol. Kortikosteroidet mund te jene me efektive nese simptomat gastrointestinale jane te shkaktuara nga kanceri apo nga irritimet. Ne nderhyrjet qe nuk perdorin droge ben pjese keshillimi ushqyes (keshilla rreth te ngrenit). Akupuntura apo akupresioni I aneve te brendshme te parakrahut (pike akupunture “Neiguan”) eshte shume efektive ne disa paciente , dhe kane provuar qe mund te jene po aq efektive sa drogat e perdorura ne klinika.

**Si duhet ta trajtoni kapsllekun?**

Kapslleku mund te shkaktohet nga manifestimet e semundjes kryesore, nga drogat sic jane opiodet dhe antidepresantet, por ai gjithashtu mund te shkaktohet nga inaktiviteit, nga dieta te varfera me fibra ose nga konsumi I ulet I lengjeve. Trajtimi prophylactik me laksativ duhet te rekomandohet per cdo pacient qe merr rregullisht opiode. Ne kontrast me gjendje te tjera sic eshte qetesimi, I cili raportohet vetem ne ditet e para te trajtimit nga pacientet, kapslleku vazhdon gjate gjithe kohes dhe pacientet nuk zhvillojne dot tolerance ndaj tij. Opiodi periferik antagonist methylnaltrexone ofron nje opsion efektiv dhe selektiv per trajtimin kapsllekut, por kostoja e tij e larte e ben te pamundur perdorimin e tij ne vendet me burime-te varfra. Nderhyrje qe nuk perfshijne perdorimin e droges sic jane rritja e aktivitetit, marrja e sa me shume lengjeve ose ndryshimi I dietes rezultojne shpesh here shume efektive, gjithmone nese keto jane te pershtatshme per gjendjen e pacientit.

**Si duhet te trajtoni lodhjen ?**

Lodhja eshte nje nga simptomat predomuniese tek pacientet me kancer dhe tek ato me semundje te tjera. Duke qene se shpesh here koncepti I lidhjes nuk kuptohet qarte nga pacientet ose nga vete profesionistet e kujdesit shendetsor, eshte e rekomandueshme njihen simptomat e lodhjes dhe dobesise ne vend te fatigue. Megjithate, ka vetem disa nderhyrje per keto simptoma. Trajtimi me erythropoietin, ku eshte I mundur, ka treguar efekte pozitive tek pacientet me kancer, por ne mjediset e kujdesit paliativ me zvogelimin e pritshmerise se jetes duket sikur nuk ka tregues per erythropoitin. Droga si methylphenidate dhe modafinil jane nen shqyrtim. Megjithate mjekimi me efektiv duket te jete dexamethasone ose steroide te tjere. Efektet e tyre priren ta qetesojne dhimbjen brenda pak ditesh ose javesh, keshtu qe steroidet duhet te rezervohen per situata te vecanta, sic jane festimet familjare.

Zvogelimi I mjekimeve te tjera mund ta zvogeloje ne menyre dramatike lodhjen, prandaj pas kesaj kerkohet nje rishikim I regjimit te droges tek pacientet qe kane nje satus te nje performance te zvogeluar, pasi shume nga mjekimet mund te mos jene me te nevojshme. Tek pacientet me anemi te rende, transfuzioni I gjakut eshte nje opsion qe u lodhjen dhe te ndjerit I pafuqishem.

Megjithate, nderhyrjet jo me ane te drogave sic eshte keshillimi, strategjite mbledhese dhe ruajtese te energjise dhe mbajtja e nje axhende te aktiviteteve ditore jane efektive per pjesen me te madhe te pacienteve. Gjithashtu edhe tajnimi fizik e ul lodhjen ne menyre efektive. Trajnimi fizik eshte I mundur edhe per paciente me semundje te avancuar, megjithese ky trajnim duhet ti pershtatet satusit te zvogeluar te performances dhe funksionit konjitiv.

**Si duhet ta trajtoni ankthin dhe depresionin?**

Ankthi dhe depresioni jane nder problemet me te medha psikologjike ne kujdesin paliativ. Pacientet qe perballen me diagnoza te semundjeve te pasherueshme dhe prognoza te kufizuara kane cdo te drejte per tu ndjere ne ankth dhe depresion. Megjithate, keto simptoma mund ta mbingarkojne pacientit dhe mund te kerkohet nje trajtim per te ruajtur cilesine per pjesen e mbetur te jetes.

Ankthi mund te jete me i shpeshte gjate nates, duke prishur gjumin. Ndersa gjate dites ai zakonisht shton lodhjen. Benzodiazepina mund te siguroje nje gjume te mire gjate nates dhe te parandaloje mendime e pafundme. Lorazepami ofron nje profil me nje aktivizim te shpejte dhe me pak dhimbje koke (trullosje) gjate dites. Trajtimi me benzodiazepine mundet gjithashtu te ndihmoje trajtimin e veshtiresive ne frymemarrje dhe simptomave te tjera, te gjitha keto te lidhura me ankthin.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tabela 1  Rendesia e kontrollit te simptomave: mjekimi paresor per simptomat predominante | | | | | | |
| Mjekimi | Doza | | Klasa e drogave | | Komente | |
| *Veshtiresite ne frymamrrje* | | | | | | |
| Morfina | Sipas nevojes, ose 10-30 mg/d fillimisht p.o., e titruar per efekt; max i dozes mund te shkoje deri 600 mg/dite | | Opiod (μ-agonist) | | AE: kapsllek, te perziera, qetesim, demtime konjitive | |
| Hydromorphone | | Sipas nevojes, ose 4-8 mg/d fillimisht p.o., e titruar per efekt; max i dozes mund te shokje 100mg/d | | Opiod (μ-agonist) | | AE: kapsllek, te perziera, qetesim. demtime konjitive |
| Lorazepam | | Sipas nevojes, ose 1-5 mg/d sublingual. | | Benzodiazepine | | Grumbullim me perdorim te perseritur |
| *Sekretime ne rruget respiratore* | | | | | | |
| Hyoscine butylbromine (butylscopolamine) | | Sipas nevojes, ose 20-40 mg/d s.c. (4- ore) | | Droge antimuscarinergjike (veprim periferik) | | Asnje efekt antiemetik |
| Hyoscine hydrobromine (scopolamine) | | Sipas nevojes, 400 μ g s.c. | | Droge antimuscarinergjike (veprim periferik dhe qendror) | | Efekt antiemetik:  AE: qetesim |
| *Te perzierat dhe te vjellat* | | | | | | |
| Metoclopramide | | 30 mg/d; doze e larte: mbi 180mg/d | | 5-HT, antagonist | | Ekstrapiramidal AE: te mos perdoret tek pacientet me bllokime gastrointestinale |
| Haloperiodol | | 2 mg/d deri ne 5 mg/d | | Droge neuroleptike | | Ekstrapiramidal AE |
| *Kapslleku* | | | | | | |
| Macrogol | | 1 qese orale | |  | |  |
| Sodium picosulfate | | 10-40 pika orale | |  | |  |
| Octreotide | | 0.3-0.6 mg/d s.c. | |  | | Redukton ne menyre te efektshme sekrecionet gastrointestinale; e dhene per paciente me bllokime gastrointestinale |
| Methylnaltrexone | | 0.8-1.2 mg/d | | Opiod antagonist (veprim periferik) | | Efektive per opiodet qe rrisin kapsllekun |
| *Lodhje dhe dobesi (pafuqieshmeri)* | | | | | | |
| Dexamethasone | | 12-24 mg/d fillimisht, reduktim hapas pas hapi pas disa ditesh | | Corticosteroid | | Ulcer gastrike, halicinacione, makthe, shtim peshe, efektive vetem per nje kohe te kufizuar |
| *Ankthi* | | | | | | |
| Lorazepam | | 1-5 mg/d | | Benzodiazepine | | AE: efekte paradoksiale |
| Mirtazapine | | 15 mg/d fillimisht, rritje hap pas pas hapi pas 2-3 jave deri ne 45 mg/d | | Antidepresant (SNRI) | | Gjithashtu efektive per trajtimin e atakeve te panikut, pruritus; AE : qetesim, rritje te oreksit, keqfunksionim te melcise |
| *Depresioni* | | | | | | |
| Mirtazapine | | 15 mg/d fillimisht, rritje hap pas pas hapi pas 2-3 jave deri ne 45 mg/d | | Antidepresant (SNRI) | | Gjithashtu efektive per trajtimin ankthit, atakeve te panikut, pruritus; AE : qetesim, rritje te oreksit, keqfunksionim te melcise |
| Methylphenidate | | 5 mg fillimisht ne mengjes, rritje hap pas pas hapi deri ne 30 (40) mg/d | | Stimulant | | AE : shqetesim, pushim, efekte ekstrapiramidale, takikardi, arrhythmia |
| *Shqetesimi, konfuzioni* | | | | | | |
| Haloperiodol | | 2x1 mg, deri ne 20 mg/d | | Droge neuroleptike | | AE: efekte ekstrapiramidale |
| Levomepromazine (methotrimeprazine) | | 25-50 mg, deri ne 200 mg/d | | Droge neuroleptike | | AE: qetesim, efekte antikolinergjike |

Shkurtimet: AE = efekte te kunderta; SNRI = frenuesit reuptake serotonin norepinefrine.

Disa paciente me semundje te perparuara vuajne nga nje depresion i madh dhe kane nevoje per trajtime me antidepresante. Mirtazapina eshte e perfshire ne listen e drogave themelore IAHPC te kujdesit paliativ. Mirtazapina gjithashtu perdoret per ankthin dhe ataket e panikut. Por ka edhe antidepresante te tjere. Frenuesit e perzgjedhur serotonin duhet te jene me te preferuar pasi ata prodhojne me pak efekte anesore krahasuar me antidepresantet e tjere tricyklik. Efekti I terapise me antidepresante kerkon 2-3 jave, dhe trajtimi duhet te filloje me doza te vogla me nje percaktim te dozave hapa pas hapi derisa te jene efektive. Shume paciente me pritshmeri te vogla jetese nuk jetojne dot aq gjate sa te perfitojne nga trajtimi me antidepresante. Per keta paciente trajtimi me methylphenidate eshte nje alternative, duke qene se aktivizimi I tij kerkon vetem pak ore.

Megjithate, shume paciente nuk do te vuajne nga depresioni I madh por nga te ndjerit I brengosur, gje e cila nuk eshte e njejte. Ndjenjat e merzitjes dhe pikellimit mund te jene te pershtatshme dhe mund te ndihmojne ne perballimin e semundjes. Trajtimi me antidepresante per keto paciente mund te pengoje perballimin e semundjes dhe shtoje mbingarkesen efekteve anesore sic eshte kapslleku apo tharja e gojes. Prandaj dhe vendimi per te trajtuar depresionin kerkon nje balance te kujdesshme te efektshmerise dhe efekteve anesore.

**Si duhet ta trajtoni axhitimin dhe konfuzionin?**

Ne fazen e fundit te jetes, shqetesimi dhe konfuzioni jane simptomat me te vazhdueshme qe shkaktojne stres te konsiderueshem jo vetem tek paciente, por edhe te dhenesit e ndihmes dhe stafi. Shkaqet neulorogjike mund te perfshijne kriza, gjakrrjedhje cerebrale ose matastaza truri. Shume droga po ashtu si terheqja e tyre ose alkoli I vazhdueshem mund te coje ne delir. Deliri mund te shkaktohet apo te agravohet edhe nga ethet, temperatura, infeksionet, shqetesimet elektrolite sic eshte hipercalcemia ose dehidratimi. Mjekimi neuroleptik mund te jete i nevojshem, madje dhe me doza te larta si 20-30 mg/dite. Neuroleptike te tjere sic eshte levomepromazine kane veti te tjera qetesuese dhe mund te jene te dobishem tek pacientet me shqetesime te forta. Per pacientet me semundjen e HIV, HIV I lidhur me demtimet e trurit mund te shkaktoje shqetesim dhe konfuzion qe ne fillim te trajektores se semundjes, ndaj edhe simptoma te ngjashme duhet te kontrollohen qe nga fillimi deri ne fund te fazave te jetes.

**Nderhyrjet urgjente**

**Cfare perben nje urgjence ne kujdesin paliativ?**

Acarimi i dhimbjes dhe simptomave te tjera si stresi psikologjik, ankthi dhe paniku mund te cojne ne situata urgjente dhe kerkojne nderhyjen e menjehershme. Ne keto urgjenca nuk duhet qe lehtesimi i menjehershem i simptomave te vonohet per shkak te vleresimit te zgjatur apo diagnozave te ndryshme. Megjithate, ndonjehere procedurat mjekesore te zakonshme ne rastet e urgjences mund te jene te demshme, per shembull kur acarimi i dhimbjes con ne zhvendosjen ne spital, por gjate transportit nuk sigurohet dot nderhyrja analgjezike apo dhe rehatia e duhur.

Urgjencat qe duhet te trajtohen shpejt dhe ne menyren e duhur jane acarimet e simptomave ekzistuese, simptomat e reja qe aktivizohen menjehere apo nderlikimet e rralla sic eshte hemoragjia masive. Trajtimi individual ne planin e kujdesit paliativ duhet te perpiqet ti parashikoje keto urgjenca dhe te siguroje nderhyrjet e duhura. Recetat (ose akoma me mire furnizimi) i ilaceve cliruese per keto urgjenca eshte shume i rendesishem vecanerisht kur profesionistet e shendetit nuk jane ne dispozicion, dhe ndihma duhet te jepet nga stafi ndihmues apo personat e tjere qe kujdesen per pacientin.

**Cfare eshte mjekimi i dhimbjes se papritur apo cilirimit te dhimbjes?**

Mjekimet cliruese duhet te jepen per paciente me semundje te avancuar, ku acarimi i dhimbjes dhe simptomave te tjera eshte i mundshem dhe kur trajtimi i shpejte i ketyre acarimeve eshte i nevojshem. Tek mjekimet cliruese mund te perfshijme droga te ndryshme, por per pjesen me te madhe te pacienteve duhet te perfshije te pakten nje opiod me veprim te shpejte per trajtimin e veshtiresive ne frymemarrje, ankthit dhe dhimbjes. Te tille jane benzodiazepina dhe lorazepam (Tabela 2).

Sekrecionet ne aparatin e frymemarjes mund te cojne ne veshtiresi ne frymemarrje te pacientet qe po vdesin duke shkaktuar distres tek vete ato dhe dhenesit e ndihmes. Drogat antikolinergjike sic eshte hyoscine butylbromide mund te lehtesojne shpejt kete “trokitje te vdekjes”.

Per te gjithe nderhyrjet me droge duhet te merren parasysh rruget e administrimit. Aplikimi oral mund te jete shume I lehte nese nuk eshte e mundur ndihma profesionale, por ne disa paciente kjo rruge nuk eshte e mundur. Opiodet po ashtu si shume lloje te tjera drogash te perdorura ne kujdesin paliativ, mund te injektohen nepermjet lekures duke arritur nje veprim me te shpejte se menyre orale dhe me shume pak rrisqe per nderlikime. Aplikimi intavenoz ofron mundesine per administrimin e bolusave te vogla nese ka ne dispozicion staf te trajnuar.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tabela 2  Rendesia e kontrollit te simptomave : nderhyrjet urgjente | | | | | | |
| Mjekimi | Doza | | Klasa e drogave | | Komente | |
| *Rreziku i mjekimit (i dhene sipas nevojes)* | | | | | | |
| Morfine 10 mg | 10-20 mg orale  10 mg s.c. (ose i.v. ne hapa te vegjel) | | Opiod (μ-agonist) | | Ndikimet : dhimbje, veshtiresi ne frymemarrje | |
| Hydromorfone | 1.3-2.6 mg orale  2-4 mg s.c. | | Opiod (μ-agonist) | | Ndikimet : dhimbje, veshtiresi ne frymemarrje | |
| Hyoscine butylbromine 40 mg | 20 mg s.c. | Droge antimuscarinergjike | | Ndikimet: sekrecione ne rruget respiratore | |
| Lorazepam 1 mg | 1 mg nengjuhe | Benzodiazepine | | Ndikimet: shqetesime, ankth | |
| *Qetesimi paliativ* |
| Midazolam | 3-5 mg/ore s.c., i.v.  Ose 3-5 mg bolus sipas nevojes | Benzodiazepine | | Efkte paradoksale/  Efekte te pamjaftueshme | |

**Cfare duhet te behet ne rastin e hemoragjise masive?**

Kanceri I rritur ne lekure apo ne membranat mukoze mund te coje ne gjakrrjedhje te medha, nese pjesa me e madhe e eneve te gjakut jane keputur. Kjo mund te manifestoje veprime te menjehershem ose me rritjen e intesitetit. Ne gjakrrjedhjet e vogla mund te behet edhe transfuzioni i gjakut. Per disa gjkarrjedhje, mund te administohet benzodiazepine ose morfine subcutanoze por shpesh here efekti i tyre nuk do te zgjase mjaftueshem. Pacientet qe kane hemoragji te madhe, menjehere behen te pavetedijshem dhe vdesin me me pak distres, prandaj trajtimi duhet te drejtohet tek masat qe sigurojne rehati. Duhet te jene ne dispozicion peshqire ose materiale te ngjashme per te mbuluar gjakun.

**Cfare eshte qetesimi paliativ?**

Pacientet te cilet kane distres te forte nga dhimbja, shqetesimet, veshtiresite e frymemarrjes apo simptomave te tjera dhe qe jane rezistent ndaj trajtimit paliativ ose qe nuk u pergjigjen aq shpejt sa duhet nderhyrjeve te duhura, duhet tu ofrohet qetesimi paliativ. Kjo do te thote qe benzodiazepina perdoret per te ulur nivelin e vetedijes derisa distresi te lehtesohet. Megjithate, per disa paciente mjafton edhe nje qetesim i bute. Shpesh here perdoret midozalam intravenoz dhe subcutanoz, duke qene se mund te titrohet me lehtesi.

Duhet te mbahet parasysh qe qetesimi paliativ eshte burimi i fundit qe perdoret ne rast se trajtimet e simptomave kane deshtuar. Perpara fillimit te ketij trajtimi duhet te merret ne konsiderate mundesia per trajtime te tjera, si dhe duhet te qartesohen prioritetet e pacientit. Disa paciente preferojne te vuajne nga simptomat fizike ne vend te humbjes se kapaciettit konjitiv, dhe qetesimi ne keto raste duhet te aplikohet vetem atehere kur pacienti bie dakort.

**Kujdesi psikologjik dhe shpirteror**

**Cilat jane ndikimet e ceshtjeve psikologjike ne kujdesin mjekesor?**

Ceshtjet psikologjike shpesh neglizhohen nga stafi mjekesor edhe pse ato jane shume te rendesishme per shume paciente. Frika rreth progresit te semundjes, rreth vdekjes dhe procesit te vdekjes, rreth problemeve financiare, rreth stigmatizimit si I semure me HIV/AIDS mund ti ndaje pacientet nga familja dhe miqte duke e agravuar me tej ndikimin e simptomave fizike. Ne vendet e varfera, humbja e mbeshtetjes mund te rrezikoje mbijetesen e pacientit po ashtu si dhe te gjithe familjes. Mbeshtetja sociale eshte po aq e rendesishme sic eshte trajtimi mjekesor i simptomave

Shume paciente me semundje kercenuese kane gjithashtu nevoja shpirterore, dhe kjo varet nga mjedisi dhe backgroundi fetar dhe kulturor. Mbeshtetja shpirterore nga dhenesit e ndihmes, stafi mjekesor apo nga udheheqesit fetar mund te vije ne ndihme.

**Si ti komunikojme lajmet e keqija?**

Stafi i kujdesit palitiv duhet te kete aftesi kumunikuese te vecanta. Profesionistet e shendetit duhet te bashkepunojne me stafin dhe vullnetaret qe kujdesen per pacientin dhe te bien dakort rreth regjimit te trajtimit dhe qellimeve te tij. Ata gjithashtu duhet te jene te afte te komunikojne me pacientin dhe anetaret e familjes per temat kryesore, per shembull vendimet etike sic eshte terheqja e trajtimit apo vazhdimi i tij. Modele te vecanta jane ne dispozicion,per shembull modeli SPIKE per dhenien e lajmeve te keqija (Tabela 3).

|  |  |
| --- | --- |
| Tabela 3  Modeli SPIKES per komunikimin e lajmeve te keqija | |
| Mjedisi | Zgjidhe mjedisi per biseden, bisedo ne te njejtin nivel te syve me pacientin, shmang shqetesimet dhe nderprejet, lejo anetaret e familjes te jene te pranishem. |
| Perceptimi | Kontrollo kapaciettin e pacientit, demtimet nga mjekimi apo semundja ose nga bashkeveprimi i pacientit me anetaret e familjes, per shenja verbale dhe jo verbale per perceptimin. |
| Ftesa | Pyet pacientin per nivelin e tij te informacionit, cfare di ai rreth semundjes se tij apo ceshtjes kryesore qe po diskutohet, dhe pyet pacientin sa shume deshiron ai te dije. |
| Njohurite | Infromo pacientin rreth lajmeve te keqija me nje terminologji dhe menyre te qarte. lejoje te beje pyetje dhe jepi aq informacione sa pacienti deshiron te dije. |
| Empati | Ler kohe per reagimet emocionale te pacientit, eksploro reagimet emocionale dhe reago ne menyre empatike. |
| Permbledhje | Siguro nje permbledhje koncize, nese eshte e mundur shkruajeni permbledhjen, dhe ofro nje bisede pasuese nese eshte e mundur. |

**Si e siguroni mbeshtetjen gjate periudhes se zise?**

Mbeshtetja e periudhes se zise eshte nje element i rendesishem i kujdesit paliativ qe ende shpesh here harrohet, i cili nuk duhet te perfundoje me vdekjen e pacientit. Pikellimi dhe humbja jane te shprehura me shume fjale ne gjuhe te ndryshme nga njerez te ndryshem. Eshte e rendesishme gjithashtu qe profesionistet e shendetit te jene ne dijene te ritualeve te pikellimit. Pikellimi nuk prek vetem te afermit por dhe vete pacientin, i cili mban zi dhe pikellohet qe nuk do te kete vete te ardhme, se si do jete e ardhmja e te afermeve te tij apo si do te rriten femijet e tij. Pacientet kane nevoje per mbeshtetje qe te punojne me keto ceshtje dhe te planifikojne te ardhmen per te dashurit e tyre aq sa eshte e mundur.

Shume faktore te ndryshem mund te ndikojne procesin e zise per anetaret e familjes, duke filluar qe nga marredhenia e tyre me personin qe vdes, menyren si vdes, nese ka qene duke perjetuar dhimbje, stigma, praktikat kulturore dhe fetare te zones, tiparet e personaliteit, streset e tjera qe mund te jene duke provuar, dhe mbingarkesa e procesit te te zise nese ata kane humbur shume miq apo te aferm per nje kohe te shkurter. Mbeshtetja e vazhdueshme e procesit te zise duhet tu sigurohet te afermeve si nga stafi i kujdesit palitiv ashtu dhe nga komuniteti i zones dhe sistemet mbeshtetese. Eshte e rendesishme te shquhet nevoja per mbeshtetje ne periudhen e zise dhe mbeshtetja e siguruar duhet te jete e pershtatshme.

**Marrja etike e vendimeve**

Edhe pse udhezimet dhe rekomandimet jane ne dispozicion per shume zona te kontrollit te simptomave, gjenden disa ceshtje ne kujdesin paliativ qe jane te mbushura me nderlikime etike.

**A jane zevendesuesit e lengshem dhe ushqyes te nevojshme nese marrja me rruge orale nuk eshte e mundur?**

Pacientet, dhenesit e ndihmes dhe profesionistet insistojne ne ushqyerjen enterale dhe parenterale ose te pakten zevendesuesit e lengshem nese pacienti nuk eshte me i afte te haje dhe te pije. Nese terapisti nuk e ploteson kete deshire, konsiderohet si johumanne pasi pacienti do vdiste nga uria ose etja. Te ushqyerit shpesh ka nje efekt simbolik per aq kohe sa pacienti eshte i ushqyer, pasi dhenesit e ndihmes do te perceptojne nje shans qe pacieti te permiresohet. Duhet te vihet re qe pacientet me HIV/AIDS apo kancer shpesh here nuk perfitojne nga ushqyerja. Ne shumicen e rasteve nje metabolizem katabolik eshte arsyeja kryesore per tretjen, dhe furnizimi me kalori shtese nuk e ndryshon kete.

**Tema 9**

**A eshte farmakoterapia tradicionale (konvencionale) gjithmone opsioni me i mire per kontrollin e dhimbjes ?**

Te dyja si dhimbja akute dhe dhimbja kronike mund te trajtohen me receta farmaceutike, por ato gjithashtu mund te kontrollohen me ane te terapive plotesuese sic eshte akupuntura, terapite e masazheve, dhe me ane te menyrave te tjera qe jane te diskutuar ne kete leksione .

Cdo vit rreth 9 milion paciente me kancer ne mbare boten, perjetojne dhimbje nga ato me te moderuarat deri tek dhimbjet me te forta ne shumicen e kohes. Rreth 30% e pacienteve te sapo diagnostifkuar dhe rreth 70-90% e pacienteve me semundje te avancuar vuajne nga dhimbje te konsiderueshme.

Dhimbja e perjetuar nga pacientet mund te jete kronike e shkaktuar direkt nga semundja ose nga vete trajtimi i kancerit, ose mund te jete akute sic mund te jete nga nderhyrja kirurgjikale. Dhimbja ne fazat e fundit te semundjes ka karakteristika dhe ceshtje te vecanta. Organizata Boterore e Shendetesise (OBSH) rekomandon perdorimin e analgjezikeve per dhimbjen, duke filluar me drogat nonopiode deri tek opiodet per dhimbjen e forte dhe te vazhdueshme. Por, nderhyrjet farmakolgjike edhe pse efektive, jo gjithmone plotesojne nevojat e pacienteve dhe mund te prodhojne efekte anesoore.

Ata jane gjithashtu edhe te kushtueshme dhe te veshtira per tu perfituar. Keto ceshtje paraqesin nje sfide te madhe per pacientet qe kane nevoje per menaxhimin e dhimbjes ne terma afatgjate, duke I detyruar ata te zgjedhin mes te jetuarit me dhimbjen apo te jetuarit me efektet anesore te padeshiruara. Terapite plotesuese kane nje rol te rendesishem per te luajtur kudo, vecanerisht ne vendet me burime te kufizuara.

dhimbja e pacientit duhet te vleresohet ne baza te rregullta dhe opsionet e trajtimit duhet te modifikohen sipas nevojes per te sigururar nje lehtesim efektiv te dhimbjes.

**A gjenden elemente kyc ne procesin e vleresimit te dhimbjes ?**

Bates (1991) sugjeron qe komponentet kritike te procesit te vleresimit te dhimbjes perfshijne percaktimin e: vendodhjes, pershkrimit, intensitetit, kohezgjatjes, faktoret lehtesues dhe agravues (psh mjekimet e meparshme me bime apo alkolin), faktoret asociativ (psh te perzierat, te vjellat, kapslleku, konfuzioni apo depresioni) te tij, per te siguruar qe dhimbja nuk trajtohet e izoluar dhe ndikimi I saj mbi jeten e pacientit.

Keto komponente jane pergjithesisht te meshiruar ne drejtimin e “PQRST”: *Provokon dhe Lehteson, Cilesia , Zona dhe Perhapja, Rendesa e dhimbjes dhe Koha*. Ne kete drejtim pyetjet me tipike te bera nga ofruesit e kujdesit shendetesor jane:

***P = Provokon dhe Lehteson***

* Cfare e shkakton dhimbjen?
* Cfare e permireson dhimbjen?
* Cfare e perkeqeson dhimbjen?

***Q = Cilesi***

* Si te duket dhimbja?
* A eshte ajo e forte, bezdisese, e vashdueshme, djegese?

***R =Zona dhe Perhapja***

* Ku ndjen dhimbje?
* A e ndjen ate vetem ne nje vend?
* A eshte perhapur ajo? Nese po, ku?
* **Sa shpesh perdoren terapite plotesuese nga pacienti ?**
* Terapite plotesuese lehtesojne dhimbjen dhe simptomat e tjera, sic jane te perzierat dhe te vjellat. Ne rang nderkombetar 7% nga 60% e pacienteve me kancer perdorin terapite plotesuese. Keto terapi perdoren vazhdimisht edhe per dhimbje qe nuk jane te lidhura me kancerin.
* **Si funksionojne terapite plotesuese ?**
* Terapite plotesuese mund te funksionojne nga efekti i analgjezikeve (p.sh akupuntura), nga verimet kunder-irrituese (p.sh barerat mjeksore), ose nga shperqendrimi (p.sh terapia e muzikes) qe te ndikojne perceptimin e dhimbjes, arritjen e relaksit, permiresimin e gjumit, reduktimin e simptomave si te perzierat, te vjellat, neuropatine, ankthin, gjendjet e deshperimit, dhe dhimbjen.
* Keto terapi shpesh here funksionojne te vetme, por gjithashtu mund te perdoren edhe me farmaceutiken, duke bere qe te zvogelohen dozat e e nevojshme e per rrjedhoje zvogelohen edhe kostot dhe efektet anesore. Kur terapite plotesuese punojne ne menyre sinergjike me regjimin farmaceutik te dhimbjes, mund te rritet efektshmeria dhe te ulen kostot.
* **Por ne fakt a funksionojne terapite plotesuese ?**

Cdo kulture pergjate historise dhe ne cdo cep te botes ka perdorur barera per sherim. Disa prej tyre kane treguar se mund te sherojne, ndersa te tjera nuk kane qene te dobishme. Ne te gjitha vendet njerezit perballen me sherimet magjike apo supersticioze. Perdorimi i tyre ka terhequr shume njerez sepse nuk jane te shtrenjta, te mundshme per tu pasur dhe sepse perceptohen si te sigurta dhe efektive per shkak te perceptimit si “natyrale”. Megjithate, kudo ne bote jane pare dy besime te gabuara rreth produkteve “natyrale”: besimi qe sherimet “natyrale” nuk jane te demshme dhe besimi qe sherimi i tyre pergjate dekadave apo shekujve duhet te funksionoje.

Te dy keto mite jane te gabuar. Ky eshte nje problem qe ndodh atehere kur trajtimi I semundjes nuk eshte menaxhuar ne menyren e duhur, dhe pacientet vdesin ose semundja e tyre perkeqesohet duke bere qe ato bien pre e ketyre sherimeve jo te dobishme e duke harxhuar dhe kohe te cmueshme pas tyre.

Eshte e rendesishme per shume arsye qe te behet dallimi ndermjet terapive te bazuara ne fakte dhe atyre qe nuk kane asnje vlere. Premtimet qe nuk jane te bazuara ne fakte vijne nga njerez te paskrupullt dhe ne menyre te qellimshme. Te tille njerez jane gjetur ne shume ane te globit, vecanerisht ne Europen perendimore, Australi dhe SHBA. Ne fillim te shek XXI, OBSH I cilesoi vitet 2001-2010 si dekaden e modernizimit te mjekesise tradicionale Afrikane.

Ne kete menyre Afrika u bashkua me vendet Perendimore, Kinen dhe vendet e tjera te botes qe punuan per modernizimin e praktikes se mjeksesise tradicionale. OBSH I keshilloi vendet Afrikane te vendosnin standarte dhe procese per te drejtat e prones, per kerkimet e barerave per te percaktuar vleren e tyre, te formalizonin dhe trajnonin praktikuesit e mjekesise tradicionale dhe te perballeshin me mashtrimet.

Mashtrimi ne Afrike, si ne shume kontinente te tjera sherben si biznes ku personat vulnerabel qe vuajne nga kanceri, dhimbja apo semundje te tjera bien pre e tyre. Robert. L. Park nga Universiteti I Merilendid ka shkruar per keto mashtrime ne disa publikime, duke perfshire librat e tij *Shkenca Voodoo: Rruga nga Budallalleku deri tek Gabimi*. Ai flet per shtate “Shenjat Paralajmeruese te Shkences dhe Mjekesise False”.

Keta jane:

* A ka filluar ajo ne nje tjeter vend dhe tani eshte perqendruar ne nje pike?

***S = Niveli I dhimbjes (rendesa)***

* Sa e rende apo e forte eshte dhimbja?

***T = Koha (ose e perkohshme)***

* Kur ka filluar dhimbja?
* A eshte ajo e pranishme gjate gjithe kohes?
* A ke me pak dhimbje gjate dites apo nates?
* A ndjen dhimbje kur leviz?
* Sa zgjat dhimbja?

Procesi i pare i vleresimit te pacientit duhet të jetë pjesë përbërëse e një vlerësimi të gjerë gjithëpërfshirës që mund të përfshijë pyetje te tjera shtese si:

* Cila eshte historia e dhimbjes?
* Cila eshte historia e diagnozave te pacientit dhe mjekimet e meparshme?
* A ka ndonje histori te operacioneve apo crregullimeve mjekesore?
* A ka kaluar ai ndonje traume kohet e fundit?
* A ka kaluar ai ndonje semundje zemre, mushkerie apo hipertension?
* A eshte duke marre ndonje mjekim pacienti (psh per te lehtesuar dhimbjen; nese po, a e kane ndihmuar?)
* A ka pacienti ndonje alergji (psh nga mjekimi apo ushqimi)?
* Cili eshte statusi psiokologjik i pacientit (psh depresion, ankth)?
* Cili eshte statusi funksionues i pacientit, perfshire aktivitetet e jetes se perditshme?

**Cfare mund te behet per te siguruar nje proces vleresimi efektiv ?**

1. Zbulimet qe publikohen ne menyre direkte ne media. Integriteti i shkences mbeshtetet tek vullneti i shkencetareve per ti ekspozuar idete dhe gjetjet e reja nga shqyrtimi i kujdesshem i shkencetareve te tjere. Perpjekja per te shmangur rishikimin duke e marre rezultatin e ri direkt nga media, ka shume mundesi qe te kundershtohet nga ekzaminimet e shekncatereve te tjere. Nje firme ushqimi reklamoi ne faqen e nje gazete se kishte hedhur ne treg nje suplement dietik te quajtur Vitamina O, dhe doli qe kjo Vitamine O te ishte uje deti.
2. Zbuluesi mund te thote qe njerez me pushtet po mundohen te pengojne punen e tij. Ai, shpesh mund te pretendoje qe deget kryesore te mjekesise jane pjese e industrise konspirative dhe te qeverise.
3. Efekti shkencor eshte i veshtire per tu zbuluar.
4. Te dhenat jane jane te pabesueshme. Gjeja kryesore qe shkenca moderne ka mesuar nga e shkuara eshte qe te mos u besoje te dhenave te rreme, sepse keto te dhena kane nje efekt emocional te forte dhe i mbajne besimet supersticioze te gjalla ne kohen e shkences. Dhe gjeja me e rendesishme qe shkenca moderne ka mesuar nuk eshte vaksina apo antibiotiku- por eshte eksperimentimi i rastesishem, I cili tregon cfare funksionon dhe cfare nuk funksionon.
5. Zbuluesi thote qe nje besimi eshte i besueshem per shkak se ka zgjatur per shekuj. Gjendet nje mit I vazhdueshem qe kohe me pare, kohe kur asnje nuk e dinte qe gjaku qarkullonte kudo pergjate trupit ose qe bakteret shkaktonin semundje, qe gjysherit tane posedonin barera sherues qe bejne mrekulli dhe qe mjekesia moderne nuk mund ti kuptoje. Ne fakt, shume nga gjerat antike nuk mund te lidhen me rezultatet e studimeve mjeksore.
6. Zbulimi zhvillohet ne izolim. Ne fakt, zbulimet shkencore jane pothuajse gjithmone puna e shume shkencetareve.
7. Zbuluesi ka per qellim te shpjegoje se si funksionojne ligjet e natyres. Nje “Ligji ri i Natyres” ben thirje per te shpjeguar disa rezultate jo te zakonshme, te cilat nuk duhet te bien ne kundershtim me cfare tashme dihet.

Te shtate “shenjat” e permendura me siper dallojne mashtrimin nga terapite e dobishme. Per te identifikuar terapite e dobishme duke perfshire metodat tradicionale dhe plotesuese, shtate shenja te tjera duhen perdorur:

1. Terapia e studjuar duhet te kete treguar se eshte e dobishme per nje problem te caktuar.
2. Studimi perfshin nje metodologji te eksperimentuar tek njerezit, sic eshte eksperimenti i rastesishem.
3. Siguria dhe efikasivitetit te jene te themeluar.
4. Rezulatatet te behen publike ne shtyp nepermjet nje shqyrtimi te detajuar mjekesor.
5. Faktoret e marre nga personat, te jene te standartizuar dhe perberesit aktiv te dokumentohen.
6. Eshte e dobishme, por jo e domosdoshme, te kete informacion rreth mekanizmit te veprimit. Se pari eshte e percaktuar qe dicka te funksionoje, dhe pastaj shpjegohet mekanizmi I tij (si funksionon).
7. Raporti I riskut/perfitimit eshte nje aspekt i rendesishem qe duhet te merret ne konsiderate. Shumica e trapive plotesuese jo-orale kane risk te vogel dhe jane te dobishme.

**Cili eshte hapi i pare ne zgjedhjen e mjekesise plotesuese ?**

Ne perzgjedhjen e nje terapie te posacme tradicionale ose plotesuese, duhet te merren parasysh parapelqimet e pacientit per nje terapi pasive (psh. masazhet ose akupuntura) ose aktive (psh. meditimi apo vete-hipnoza), dhe cila prej tyre eshte me efektive ne lehtesimin e dhimbjes. Mjekesia e barerave duhet te merret ne konsiderate ne termin nese pacienti po perdor ndonje recete mjeksore te tille.

**A do te ishte akupuntura nje zgjedhje e mire ?**

Akupuntura eshte pjese e rendesishme e mjekesise tradicionale kineze dhe e ka origjinen e saj me shume se 2000 vite me pare. Ajo perfshin stimulimin e pikave te caktuara te trupit me ane te gjilperave sterile te disponueshme, ndonjehere duke perdorur nxehtesine, presionin ose elektricitetin per te zmadhuar efektet treapeutike.

Teorite antike nenvizojne qe akupuntura supozon qe “*qi*” (e shqiptuar chee) ose energjia e jetes rrjedh permes meridianeve, te cilet mendohet qe lidhin organet e trupit. Besohej qe semundja shkaktohej nga bllokimi i meridianeve. Mendohej qe akupuntura cliron keto bllokime dhe lejon energjine e jetes (qi) qe te rrjedhe lirshem, e ne kete menyre duke ruajtur shendetin.

Idea e “energjise se jetes” ose “energjise vitale” nuk eshte provuar kurre nga kuptimi shkencor. Ne vend te kesaj, studime psikologjike tregojne qe akupuntura rrit analgjezine dhe aktivizon sistemin nervor qendror.

OBSH e mbeshtet perdorimin e akpuntures se nje nderhyrje efektive per dhimbjet e kurrizit, dhimbjen postoperative, reagimet e kunderta te radioterapise dhe kimioterapise. Konferenca e Konsesusit ne 1997 ne Institutin Kombetar te Shendetit (NIH) ne U.S arriti ne perfundimin qe akupuntura eshte e dobishme ne lehtesimin e dhimbjes, te perzierave dhe osteoartritit.

Qe nga konferenca jane bere kerkime te medha dhe literatura eshte zgjeruar me te dhena per dobishemerine e saj, dhe NIH vazhdon te mbeshtese eksperimentet klinike te akupuntures po ashtu si dhe studimet e mekanizmeve te saj. Keto te dhena te konsiderueshme e mbeshtesin aftesine e akupuntures ne lehtesimin e dhimbjes.

**Po rreth trapise me masazhe ?**

Trapia e masazheve daton mijera vite me pare dhe eshte praktikuar nga kultura kudo ne bote. Ajo perfshin manipulimin, aplikimin e shtypjes, ferkimin, dhe perkedheljen e indeve dhe lekures per te rritur qarkullimin, relaksimin dhe lehtesimin e dhimbjes. Teknika te vecanata dhe shkallet e trysnise mund te variojne ne secilin nga tipet e shumta te terapive te masazheve.

Masazhi Suedez eshte stili me predominant i perdorur ne vendet perendimore. Masazhet sportive, Shiatsu, dhe masazhet e indeve te thella jane menyra qe perfshijne nje trysni ose shtypje me te thelle, ndersa Reiki (terapia e prekjeve te lehta) perfshin prekjen e lehte te trupi me duar. Shkalla e shtypjes e perdorur duhet te regullohet ne ate sasi qe te mos shkaktoje deme ne plage, fraktura. Refleksologjia (masazhi i kembeve, duarve, kokes) eshte vecanerisht i rendesishem per njerezit delikat dhe ato qe po marrin veten nga nderhyrjet kirurgjikale.

Te gjitha llojet e masazheve lehtesojne dhimbjen e muskujve, pasi prekja njerezore eshte ne vetevete e dobishme dhe mund ta zvogeloje dhimbjen. Shume efekte psikologjike te masazheve perfshijne, rritjen e funksionit imun, ul kortizolin dhe epinefrinene, permireson qarkullimin e gjakut dhe limfes. Studimet kane treguar qe efektet e masazheve zvogelojne dhimbjen dhe simptomat e tjera, duke perfshire te perzierat, lodhjen, depresionin, stresin dhe ankthin e lidhur me trajtimin e kancerit.

**Po terapite mendje-trup ?**

Mjeksia mendje-trup perfshin mesimin e pacientit se si te kontrolloje apektet psikologjike per te zvogeluar dhimbjen, ankthin, tensionin dhe friken. Kjo kategori perfshin jogen dhe hipnozen, ku terapisti sugjeron ndryshime ne perceptimin e ndjesise, mendimeve dhe sjelljes.

Lloje te teknikes mendje-trup jane teknikat imagjinare dhe te drejtuara sic eshte teknika relaksuese progresive e muskujve apo kontrolli I thelle I frymemarrjes. Keto terapi mund te mesohen dhe te praktikohen nga pacientete. Trajnimi mund te behen nga terapistet, por trajnimi shpesh here eshte I mundur eshte ne CD.

**Po hipnoza ?**

Hipnoza eshte nje gjendje e vemendjes se fokusuar ose e ndergjegjes se ndryshuar ne te cilen shperqendrimet jane te bllokuara, duke e lejuar keshtu personin te perqendrohet ne menyre te qellimshme ne nje objekt te vecante, kujtese, ndjesi ose problem. Ajo I ndhimon njerezit te relaksohen dhe te behen perceptues ndaj sugjerimeve.

Nje CD e zhvilluar ne Memorial Sloan-Kettering u meson pacienteve vete-hipnozen per te kontrolluar dhimbjen.

Hipnoza eshte studjuar gjeresisht dhe eshte efketive per nje game te gjere simptomash sic jane dhimbja akute dhe kronike, paniku, operacionet, djegiet, crregullimet e stresit post-traumatik (PTSD), sindroma e irritmit te zorreve (IBS), alergjite, disa kushte te caktuara te lekures dhe per te kontrolluar disa zakone te padeshiruara.

Ne vitin 1996, Instituti Kombetar i Shendetit te U.S e gjykoi hipnozen si nje nderhyrje efektive per lehtesimin e dhimbjes nga kanceri apo kushteve te tjera kronike. Kerkimet sugjerojne qe ndjesia analgjezike e hipnozes eshte te pakten pjeserisht nderhyrese ne mekanizmin antinociceptiv te places kurrizore si pergjigje ndaj sugjerimeve hipnotizuese.

Analgjezia hipnotizuese gjithashtu mund te jete e lidhur me meknizmin e trurit i cili prandalon gjendjen e vetedijshmerise ndaj dhimbjes, menjehere pasi nociceptoret arrijne qendrat me te larta nepermjet mekanizmit te trurit. Ajo gjithashtu mund te zvogeloje pjeset e prekura, ndodhta pasi subjekti I ri-interpreton kuptimet te lidhura me ndjesine e dhimbjes.

**Po joga ?**

Joga eshte nje ushtrim fizik dhe mendor qe kombinon qendrimet e trupit dhe meditimin per te qetesuar mendjen, trupin she shpirtin. Praktika perkrah relaksimin dhe qarkullimin e gjakut, duke e mbajtur kurrizin te zhdervjellte dhe muskujt fleksibel. Ndjesite, zakonisht te mbledhura ne grupe te vogla, jane te pershtatura sipas aftesive individuale me ane te klasave medituese per pacientet me kancer apo pacienteve te tjere me dhimbje te forta.

Kombinimi i aspekteve te joges-levizjet e ngadalta, frymemarrja e thelle, meditimi, dhe nderveprimi i grupit- zvogelon perceptimine dhimbjes dhe ndihmon perballimin e dhimbjes. Per shembull, ne nje studim te vogel per grate me kancer gjiri, pjesmarresit raportuan nivele me te uleta te dhimbjes dhe lodhjes disa dite pas praktikimit te joges.

**Po terapia e muzikes ?**

Muzika mund te arrije nivele te thella emocionale, vecanerisht kur lloje te ndryshme muzike kane nje kuptim te vecante per pacientin. Terapia me muzike eshte efektive ne menyre te vecante ne mjedisin e kujdesit paliativ, pasi ajo permireson cilesin e jetes dhe rrit rehatine. Muzika mund te perfshije pjesmarrjen aktive te pacientit sic eshte kendimi, shkrimi I kengeve, luajtja e instrumentave muzikore ose degjimi I saj

Perdorimi I muzikes per te lehtesuar dhimbjen, ankthin dhe depresionin eshte shume e perhapur. Efektet e saj ne intesitetin dhe distresin e lidhur me dhimbjen jane te dokumentuara ne studime.

**A e zvogelojne dhimbjen e kancerit aktivitetet fizike apo ushtrimet ?**

Ushtimet fizike kane treguar shume dobi, dhe avantazhet e ushtrimeve per paciente me dhe pa kancer jane te dokumentuara mire. Pervec zvogelimit te dhimbjes, ushtrimet kane efekte pozitive ne gjendjen emocionale, funksionimin e muskujve, fuknksionimin kardiovaskular dhe pulmonar. Studimet, madje kane treguar qe paciente me kancer ulin edhe simptomat e lodhjes me ane te ushtrimeve.

**Barerat dhe suplemetet e tjere dietike: cfare duhet te merret ne considerate ?**

Barerat jane perdorur ne praktikat mjekesore kudo ne bote. Sot, disa nga farmaceutiket me te fuqishem rrjedhin nga bimet. Barerat dhe bimet mjekesore te kombinuara duhet te shihen si farmaceutike jo te rafiniuar. Ato mund te prodhojne efekte psikologjike dhe nese efekte jane positive ose negative, kjo varet nga situata specifike klinike e pacientit.

Perberesit e ketyre bimeve gjithashtu mund te permbajne elemente te demshem, dhe mund te rezultojne ne efekte te kunderta nga nderhyrjet e ketyre bimeve-droge.Thuhet se shume nga perberesit e barerave lehtesojne dhimbjen. Ne studime eshte gjetur se disa jane te dobishem e ndersa te tjere jo.

**Shqetesimet rreth agjenteve topikal**

**Reaksionet alergjike**

Disa vajra thelbesor te zakonshem, sic eshte caji i pemeve, livando, bergamot, dhe ylang-ylang jane te afta te shkaktojne pezmatime te lekures.

**Perthithja permes lekures e fitoestrogjeneve.**

Shume produkte bimore per lekuren, sic eshte livandoja ose caji nga vaji i pemeve kane efekte estrogjenike te buta. Kur perdoren ne sasi te medha per nje periudhe te gjate, sasi domethenese mund te perthithen permes lekures. Pacientet me kancer qe kane receptor ndjeshmerie ndaj estrogjeneve duhet ta shmangin perdorimin e ketyre produkteve.

**Helmimi i drejtperdrejte mbi lekure**

Disa barera mund te shkaktojne vdekjen e qelizave te indeve te lekures. Bloodroot, i cili permban sanguinarine, eshte nje shembull. Perdorimi topikal i bloodrrot mund te coje ne disa efekte te kunderta te forta, duke perfshire shperfytyrimin. Pacientet duhet te keshillohen mos ta perdorin kete produkt.

**Barerat dhe suplementet e tjere dietike: cfare te perdorim ?**

Shelgu i bardhe (*Salix alba*), e njohur gjithashtu si lekura e shelgut, shelgu i zi dhe shelgu i bardhe, perdoret zakonisht ne Afrike. Perberesit aktive gjendet ne lekuren e tij. Lekura e shelgut permban salicin, pararendesi e aspirines (acetylsalicylic acid). Produktet duhet te standartizohen me doza ditore qe variojne nga 60-120 mg/dite.

Duhet te lajmerohen pacientet qe kane alergji ose qe nuk tolerojne aspirinen apo drogat josteroidale anti-irrituese (NSAIDs). Lekura e shelgut nuk duhet te administrohet tek femijet me temperature pasi jane ne risk per sindromen Reyes’s. Efektet e kunderta jane te ngjashme me ato te para tek aspirina, duke perfshire gjakrrjedhjen gastrointestinale, te perziera dhe te vjella. Lekura e shelgut mund te kete edhe efekte varesie me aspirinen dhe NSAIDs, prandaj nuk duhet te administrohet njekohesisht.

Studimet klinike demonstrojne qe lekura e shelgut ka efikasivitet per trajtimin e dhimbjeve te kurrizit dhe osteoartritit.

Perberesit e Boswellise te cilet perdoren per te trajtuar irritimet, vijne nga rreshira e pemes *Boswellia serrata*. Kontrolli i rastesishem i eksperimenteve tregon qe ajo zvogelon dhimbjen dhe enjtjen ne pikat e bashkimit te gjurit ne luften kunder osteoartritit.

Studimet tek kafshet sugjerojne qe keto efekte mund te vijne nga faktoret shtypes pro-irritues te cytokines. Rizomet corydalis jane studjuar vetem ne nje studim. Tek pacientet humane rezultati tregoi qe pas nje administrimi te vetem, oral te yanhusuo C. ose perberes dahuricae A., dhimbja ulej ne menyre domethenese.

Kthetra e djallit (*Arpagotyphytum procumbens*). Analizat e produkteve te tregtuar shfaqin nje game te gjere te perberesve kimike. Jane raportuar efekte anesore te kufizuara. Nje studim klinik sugjeron qe kthetra e djallit mund te jete e dobishme per trajtimin e osteoartritit te ijeve dhe gjurit.

Henbane (*Hyoscyamus niger*) mund te jete helmuese e madje fatale edhe me doza te vogla. Efektete me te zakonshme tek qeniet njerezore jane halucinacionet, delir dhe gjendje pushimi. Ndersa jane raportuar me pak probleme si takikardia, te vjellat, hipertension. Henbane eshte nje bime helmuese dhe nuk duhet te gelltitet.

Lulja e pasionit (*Passiflora incarnate*) fillimisht eshte perdorur per te trajtuar pagjumesine, ankthin, epilepsine, dhe sindromat terheqese qe shkaktohene nga opiatet apo benzodiazepina. Ajo nuk eshte testuar tek njerezit per kontrollin e dhimbjes.

Kukuta helmuese (*Conium maculatum*) me sa duket eshte perdorur ne vendet e Afrikes per nevralgjine dhe dhimbjen e kancerit, por nuk eshte se ka treguar ndonje efekt per kete qellim. Ne vend te kesaj ne literature gjejme raste ku roli I saj eshte I lidhur me vdekjen.

Prunusi afrikan (*Pygeum africanum*, Rosaceae) eshte nje bime kumbull e gjendur ne Afrike, dhe eshte perdorur gjeresisht ne Europe dhe SHBA per te trajtuar hipertropine e prostates jo te rrezikshme (BPH). Ngrenia e Pygeum africanum nga miu ka treguar ulje te konsidereshme ne incidencen e kancdeerit te prostates, por nuk ka te dhena per kancerin e prostates tek njerezit.

Valeriane (*Valeriana officnalis*) megjithese eshte nje sherues popullor ne Afrike, nuk ka treguar ndonje lehtesim te madh te dhimbjeve.

Verbena (*Verbena officinalis*) eshte studjuar vetem per trajtimin e irritimeve topkale. Aktiviteti i saj topikal analgjezik eshte me i vogel se aktiviteti analgjezik i pomades methyl salicylate.

* Terapite plotesuese ndihmojne ne kujdesin e rrjedhes se pergjithshme te kancerit dhe mund te lehtesojne simptomat fizike e mendore per njerezit qe kane dhimbje apo simptoma te tjera.
* Ata adresojne trupin, mendje, dhe shpirtin e pacientit, si dhe permiresojne cilesine e jetes se pacientit.
* Ata kane nje kosto te ulet minimale dhe te arsyeshme, dhe e lejojne pacientin te zgjedhe trajtimin.
* Rrezja e madhe e risqeve/perfitime sugjeron qe terapite plotesuese mund te luajne nje rol te rendesishem ne rehabilitim fizik dhe emocional te pacientit dhe mund te jene vecanerisht te dobishme ne trajtimin e dhimbjes.
* Perberesit orale duhet qe se pari te percaktohen si te sigurt, pasi disa bime te perdorura per qellime mjekesore nuk jane te dobishme por te rrezikshme; mjeket dhe pacientet duhet te behen me dije per efektet serioze anesore qe mund te prodhojne, madje duke perfshire edhe vdekjen. Barerat mundet gjithashtu te kunder-reagojne ndaj recetave te dhena mjekesore.

**Tema 10**

**Historia e Dhimbjes dhe Vleresimi i Dhimbjes**

Menaxhimi klinik efektiv i dhimbjes kohet e fundit po varet ne saktesine e vleresimit.Kjo thekson vleresimin e gjitheanshem te dhimbjes se pacientit, simptomave te tij, statusit funksionues dhe historise klinike te vleresimit, e te gjitha keto te varuara ne nevojat e paraqitura te pacientit. Vleresime te tilla mbeshteten ne perdorimin e mjeteve vleresuese.

Keto mjete perpiqen te lokalizojne dhe te masin sa e rende dhe sa eshte kohezgjatja e perjetimit te dhimbjes nga ana e pacientit ne nje menyre te besueshme. Dhe me pas kjo sherben per te lehtesuar, stukturuar dhe standartizuar kumunikimin midis pacientit dhe ofruesit te kujdesit shendetesor.

**Si mesoni rreth dhimbjes se pacientit ? Cfare eshte procesi i vleresimit te dhimbjes ?**

Procesi i vleresimit eshte nje proces thelbesor kur niveli i dhimbjes e lejon (psh kur gjendjet klinike nuk kerkojne nderhyrje *te menjehershme*). Procesi i vleresimit eshte nje dialog midis pacientit dhe siguruesit te kujdesit shendetesor qe adreson natyren, vendodhjen, dhe zgjerimin e dhimbjes. Eshte nje proces qe shikon si ndikon dhimbja ne jeten e perditshme te pacientit dhe permbledh te gjithe opsionet e mundshme per trajtimin farmaceutik dhe jofarmaceutik.

**A eshte vleresimin i dhimbjes nje proces i jashtem ?**

Procesi i vleresimit eshte me shume nje proces i vazhdueshem se sa nje proces i izoluar. Duke ndjekur vleresimin fillestar, mund te jepet trajtimi per te menaxhuar dhimbjen. Megjithate eshte e rendesishme qe nderhyrja e trajtimit te behet nepermjet vleresimit te dhimbjes per te percaktuar efektivitetin e tij. Prandaj dhe dhimbja e pacientit duhet te vleresohet ne baza te rregullta dhe opsionet e trajtimit duhet te modifikohen sipas nevojes per te sigururar nje lehtesim efektiv te dhimbjes.

**A gjenden elemente kyc ne procesin e vleresimit te dhimbjes ?**

Bates (1991) sugjeron qe komponentet kritike te procesit te vleresimit te dhimbjes perfshijne percaktimin e: vendodhjes, pershkrimit, intensitetit, kohezgjatjes, faktoret lehtesues dhe agravues (psh mjekimet e meparshme me bime apo alkolin), faktoret asociativ (psh te perzierat, te vjellat, kapslleku, konfuzioni apo depresioni) te tij, per te siguruar qe dhimbja nuk trajtohet e izoluar dhe ndikimi I saj mbi jeten e pacientit.

Keto komponente jane pergjithesisht te meshiruar ne drejtimin e “PQRST”: *Provokon dhe Lehteson, Cilesia , Zona dhe Perhapja, Rendesa e dhimbjes dhe Koha*. Ne kete drejtim pyetjet me tipike te bera nga ofruesit e kujdesit shendetesor jane:

***P = Provokon dhe Lehteson***

* Cfare e shkakton dhimbjen?
* Cfare e permireson dhimbjen?
* Cfare e perkeqeson dhimbjen?

***Q = Cilesi***

* Si te duket dhimbja?
* A eshte ajo e forte, bezdisese, e vashdueshme, djegese?

***R =Zona dhe Perhapja***

* Ku ndjen dhimbje?
* A e ndjen ate vetem ne nje vend?
* A eshte perhapur ajo? Nese po, ku?
* A ka filluar ajo ne nje tjeter vend dhe tani eshte perqendruar ne nje pike?

***S = Niveli I dhimbjes (rendesa)***

* Sa e rende apo e forte eshte dhimbja?

***T = Koha (ose e perkohshme)***

* Kur ka filluar dhimbja?
* A eshte ajo e pranishme gjate gjithe kohes?
* A ke me pak dhimbje gjate dites apo nates?
* A ndjen dhimbje kur leviz?
* Sa zgjat dhimbja?

Procesi i pare i vleresimit te pacientit duhet të jetë pjesë përbërëse e një vlerësimi të gjerë gjithëpërfshirës që mund të përfshijë pyetje te tjera shtese si:

* Cila eshte historia e dhimbjes?
* Cila eshte historia e diagnozave te pacientit dhe mjekimet e meparshme?
* A ka ndonje histori te operacioneve apo crregullimeve mjekesore?
* A ka kaluar ai ndonje traume kohet e fundit?
* A ka kaluar ai ndonje semundje zemre, mushkerie apo hipertension?
* A eshte duke marre ndonje mjekim pacienti (psh per te lehtesuar dhimbjen; nese po, a e kane ndihmuar?)
* A ka pacienti ndonje alergji (psh nga mjekimi apo ushqimi)?
* Cili eshte statusi psiokologjik i pacientit (psh depresion, ankth)?
* Cili eshte statusi funksionues i pacientit, perfshire aktivitetet e jetes se perditshme?

**Cfare mund te behet per te siguruar nje proces vleresimi efektiv ?**

E para, duhet ta pranojmë dhimbjen qe vete pacienti raporton si te sakte dhe si burimin kryesor te informacionit. Dhimbja eshte nje pervoje ne thelb subjektive, dhe shprehja e saj nga ana e pacientit (qe mund te jete verbale ose joverbale) mund te ndikohet nga shume faktore (psh diferencat gjinore, pragu I pranuar I dhimbjes, nivelet e “ankimit” te pranueshme nga kultura, ndjenja e mungeses se shpreses, morali I ulet, aftesite perballuese dhe pershtatese dhe nga kuptimi I pervojes se dhimbjes).

Per pasoje, duhet qe siguruesit e ndihmes ta pranojne pacientin si ekspert te trupit te tij, dhe gjithashtu duhet te pranojne qe disa paciente e ekzagjerojne dhimbjen e tyre. Per me teper, faktet sugjerojne qe raportet e vrojtimeve te ofruesve te kujdesit shendetesor nuk mund te vleresohen si tregues te sakte te dhimbjes se pacientit.

Se dyti, lejojini pacientet ta pershkruajne dhimbjen *me vete fjalet e tyre,* aq sa eshte e mundur brenda nje afati te caktuar kohor. Per pacientet qe nuk ndihen rehat per tu shprehur vete, ofruesi I kujdesit shendetesor mund te jape mostra te fjaleve perkatese te shkruara ne letra prej te cilave pacienti mund te perzgjedhe pershkrimin me te pershtatshem. Qellimi kryesor eshte te degjohet pacienti, me shume sesa te behen supozime dhe vendime potencialisht te gabuara.

Se treti, degjoni ne menyre aktive se cfare thote pacienti. Ofruesi i kujdesit duhet te fokusoje vemendjen tek pacienti, te vezhgoje gjuhen e trupit dhe sjelljen, si dhe te perifrazoje fjalet per tu siguruar qe ajo cfare eshte shprehur eshte kuptuar qarte. Ne takimet qe jane te ngarkuara emocionalisht duhet qe tu kushtohet shume vemendje komunikimeve joverbale.

Se katerti, vendodhja e dhimbjes ne trup duhet te percaktohet duke I treguar pacientit nje foto te trupit (te pakten pjesen perpara dhe pas) (shiko shtojcen 1 per nje shembull te diagrames se trupit) dhe duke i kerkuar atij te tregoje zonat kryesore te dhimbjes dhe te demonstroje perhapjen dhe ndjesine e dhimbjes.

Se pesti, mund te perdoren shkallet e dhimbjes per te percaktuar sa e forte eshte dhimbja e shprehur (shiko me poshte per disa shembuj).

Se gjashti, e ndersa eshte e rendesishme te menaxhohet dhimbja sa me shpejt te jete e mundur, ne procesin e vleresimit ofruesit e kujdesit shendetesor duhet gjithashtu te vendosin diagnozen e dhimbjes dhe ta trajtojne ate nese eshte e mundur, keshtu duke siguruar zgjidhje ne terma afagjate te dhimbjes se pranishme.

**Sa duhet te zgjase nje vleresim ?**

Koha e nevojitur per nje vleresim varjon sipas pacienteve te vecante, problemit te paraqitur dhe kerkesave specifike ne kohen klinike. Per shembull, pacienti mund te kete dhimbje aq te forta saqe eshte i paafte te siguroje informacionin e duhur per te ndertuar historine e dhimbjes. Ne menyre te ngjashme, mund te kete raste kur vleresimi duhet te behet relativisht shpejt, ne menyre qe te sigurohet shpejt menaxhimi efektiv i dhimbjes.

Eshte gjithashtu e rendesishme qe te kujtohet se, ne terma te pergjithshem, eshte *cilesia* e vleresimit te dhimbjes ajo qe con ne menaxhimin efektiv te dhimbjes me shume se *sasia* e kohes se shpenzuar per kete proces.

**A ndryshon vleresimi i dhimbjes nga femijet tek te rinjte ?**

Pergjigja e kesaj pyetje eshte mikse. Nga njeren ane jo, nuk ndryshon, sepse pavarsisht keqkuptimit te meparshem qe femijet nuk perjetojne dhimbje per shkak te sistemit nervor te pazhvilluar, *femijet po ndjejne dhimbje*. Si rrjedhoje, nje proces efektiv vleresimi per femijet eshte po aq i rendesishem sa ai per te rriturit.

Nga ana tjeter po, ai ndryshon, sepse shprehja dhe zbulimi i dhimbjes se femijeve eshte me sfiduese se sa per te rriturit (shiko me poshte).

**A gjendet nje proces vleresimi i vecante per femijet dhe per te rinjte ?**

Specifikat e vleresimit te dhimbjes tek femijet, i kane dhene shkendije qasjes “QUESTT”:

Pyet femijet, prinderit ose kujdestaret e femijeve verbalisht dhe joverbalisht.

*Perdor* shkallet e dhimbjes nese eshte e pershtatshem.

Vlereso ndryshimet psikologjike dhe ndryshimet ne sjellje.

Siguro perfshirjen e prinderve.

Merre ne konsiderate shkakun e dhimbjes.

Ndermerr veprime dhe vlereso rezultatin (Baker dhe Wong 1987).

**Cilat jane sfidat ne vleresimin e dhimbjes tek femijet ?**

Termi “femije” i referohet femijeve te moshave dhe zhvillimeve konjitive qe variojne nga: porsalindurit (0-1 muajsh), foshnjat (0-1 vjec), te vegjelit (1-2 vjec), parashkolloret (3-5 vjec), femijet ne moshen e shkolles 6-12 vjec), dhe adoleshentet (13-18 vjec). Femijet e seciles faze paraqesin sfida te ndryshme per nje vleresim efektiv te dhimbjes.

**Te sapolindurit (0-1 muaj)/neonatet**

Ne kete moshe vezhgimi i sjelljes eshte e vetmja menyre per te vleresuar nje femije. Vezhgimi i sjelljes mund te permblidhet edhe me perfshirjen e prinderve ose kujdestarit, te cilet na keshillojne mbi ate se cfare eshte “normale” dhe “jonormale” ne sjelljen e tij (psh nese femije eshte ose jo zakonisht i tensionuar).

E rendesishme eshte, qe per te gjithe femijet, ofruesit e kujdesit shendetesor duhet te ndjekin udhezime kombetare etike lidhur me pranine e prindit apo kujdestarit ne procesin e vleresimit apo ceshtjeve te lidhura me te. Per me teper, duhet te mbahet mend qe sjellja jo domosdoshmerisht eshte nje tregues i sakte i nivelit te dhimbjes dhe qe mungesa e pergjigjeve te sjelljes (psh shprehjet e fytyres sic eshte te qarit dhe levizjet qe shprehin siklet) nuk eshte gjithmone e barabarte me mungesen e dhimbjes.

**Foshnjat (1 muajsh-1 vjec)**

Ne kete moshe, femijet mund te shfaqin ngurtesi te trupit dhe shprehje fytyre ndaj dhimbjes (psh ulin vetullat dhe I bashkojne se bashku, mbyllin shume fort syte, hapin goje), qajne intensivisht ose me ze te larte, nuk ngushellohen, bashkojne gjunjet me kraherorin, jane te irrituar, nuk pranojne te marrin dicka ne menyre orale ose jane te paafte per te fjetur. Ceshtjet e ngritura per te sapolindurit qendrojne dhe per foshnjat gjithashtu.

**Te vegjelit (1-2 vjec)**

Te vegjelit mund te jene agresiv verbalisht, qajne intensivisht, shfaqin sjellje terheqese, shfaqin rezistence ose jane te paafte per te fjetur. Ndersa te vegjelit jane ende te paafte per te shprehur verbalisht ndjenjat, sjellja e tyre mund ti shprehe keto emocione. Ne kete moshe, gjenerimi i nje vleresimi te sakte te zones dhe ashpersise se dhimbjes, mund te kerkoje perdorimin e lojrave dhe vizatimeve. Ne kete menyre femijeve u ofrohen mjete jo verbale per te shprehur mendimet dhe ndjenjat e tyre. Megjithate, disa femije edhe ne kete moshe jane te afte ta shprehin dhimbjen e tyre duke perdorur nje gjuhe te thjeshte. Ofruesit e kujdesit shendetesor duhet te jene te ndjeshem ndaj zhvillimeve te ketyre diferencave.

**Parashkolloret (3-5 vjec)**

Parashkolloret mund ta verbalizojne intensitetin e dhimbjes se tyre, e shikojne dhimbjen si nje denim, rrahin duart dhe kembet e tyre, perpiqen ti largojne keto stimuj, nuk jane bashkepunues, kane nevoje per kontroll fizik, varen tek prindi apo kujdestari, kerkojne mbeshtetje emocionale (psh perqafime ose puthje) ose nuk arrijne te flene gjume.

Ne kete moshe, ashtu si per femijet shkollor (shiko me poshte), femija duhet te jete i afte ti besoje nje ofruesi kujdesi shendetesor, i cili duhet ta kaperceje rezervimin e mundshem te femijes duke qene se ai perceptohet si i huaj apo nje figure autoritare. Ky qellim mund te arrihet duke e permbledhur vleresimin me nje ritem, gjuhe dhe sjellje te pershtatshme per moshen e femijes (psh duke perdorur pyetje te hapuar dhe te mbyllura qe femija te inkurajohet per te folur se cfare po perjeton dhe ndjen oseduke e mbeshtetur emocionalisht me nje gjuhe te pershtatshme trupi).

**Femijet ne moshen e shkolles (6-12 vjec)**

Femijet shkollor mund ta verbalizojne dhimbjen, te perdorin nje mase objektive per dhimbjen, te ndikohen nga besimet kulturore, te perjetojne makthe te lidhura me dhimbjen, te shfaqin sjellje zvarritese (psh “Prit nje minute” ose “Nuk jam gati”), shfaqin ngurtesi muskulare (psh shtrengojne dhembet, mbledhin duart, mbyllin syte, rrudhin ballin) ose nuk jane ne gjendje te flene gjume. Ne kete moshe, femija mund te mos jete me i rezervuar. Ai ndjen frike te vertete dhe perjeton ankth (psh ata mund ta mohojne pranine e dhimbjes per shkakt te frikes nga pasojat, sic jane gjilperat apo ekzaminimet mjeksesore).

Megjithate, femijet shkollor nga ana konjitive dhe artikuluese jane me te perparuar. Duke qene keshtu, ata jane me kurioze rreth trupit dhe shendetit te tyre dhe ne menyre spontane mund ti bejne pyetje ofruesit e kujdesit shendetesor, te tilla si: “Cfare po ndodh me mua”, “Perse une kam dhimbje stomaku”?

Ata gjithashtu fillojne te kuptojne shkaqet dhe efektet e dhimbjes, e kjo ben te mundur qe ofruesit e kujdesit shendetesor tu japin shpjegime te thjeshta per moshen qe kane (psh “Ti ke dhimbje stomaku sepse ne stomakun tend gjendet nja gunge qe e ben ate te dhembe”). Ata gjithashtu mund te duan te perfshihen vete ne kujdesin e tyre mjekesor.

**Adoleshentet (13-18)**

Adoleshentet mund ta verbalizojne dhimbjen e tyre, ta mohojne dhimbjen ne prani te moshatareve te tyre, kane ndryshime ne gjume dhe oreks, ndikohen nga besimet kulturore, shfaqin tension muskujsh, shfaqin sjellje te terhequra ne prani te familjareve dhe e kane te pamundur te flene gjume.

Ne kete moshe, femija mund te shfaqet relativish jo komunikues dhe mosperfilles. Kjo tendenece mund te kundershtohet pjeserisht nga ofruesit e kujdesit shendetesor duke shprehur interes te vertete se cfare adoleshti ka per te thene, duke shmangur perballjen me ndjenjat negative (te cilat mund te shkaktojne ankth ose shmangie), duke u fokusuar tek biseda me adoleshentin me shume se sa tek problemi (psh duke e pyetur rreth hobeve te tij, familjes, miqve) dhe duke shmangur momentet e paramenduara te heshtjes, te cilat ne pergjithesi rezultojne jo produktive.

Si pasoje e ketij diversiteti permes grupeve te moshave (vecanerisht ne aftesite konjitive te femijeve per te kuptuar se per cfare pyeten dhe aftesive verbale per ta artikuluar ate cfare ndjejne) duhet te gjenden mjete te pershtatshme per vleresimin e dhimbjes per cdo individ. Per me teper, duke qenë se vetem sjellja nuk është domosdoshmërisht tregues i besueshëm i perjetimit te dhimbjes, ndaj dhe veteraportimi ka kufizimet e mundshme. Duhet te perdoret nje shkalle dhimbje e pershtatshme ne lidhje me treguesit psikologjik te dhimbjes qe jane ndryshimet ne presionin e gjakut, ritmin e zemres dhe ne ritmin e frymemarrjes .

**A dallon vleresimi i dhimbjes me te moshuarit ?**

Pacientet e moshuar paraqesin sfida te tjera ne ate qe ata mund te jene nga ana vizuale dhe konjitive vete te sfiduar si demtimet ne te degjuar, ndikimi nga normat ne lidhje me rapotimin e ndjenjave negative (psh nuk duan te duken si nje barre). Pacientet geriartrik (psh pacientet me moshe biologjike te perparuar me semundje te shumefishta-dhe potencialisht-mjekime te shumefishta) jane vecanerisht problematike kur ata kane dementia (cmenduri). Paciente te tille marrin analgjezike te papershtatshem per shkak te paaftesise se tyre per te komunikuar nevojen e tyre per te.

Si pasoje, rregulli kryesor, vecanerisht per pacienet geriartrik, eshte *ti pyesesh per dhimbjen*. Ne mesin e atyre qe kane aftesi konjitive te mjaftueshme per ta shprehur dhimbjen, ofruesit e kujdesit shendetesor duhet ta rrisin numrin e fjaleve pershkruese per ato me demtime vizuale, duke perfshire dhe te afermit ne procesin e vlersimit ku konsiderohet e dobishme, dhe te shmangin ”mbingarkesen mendore” (psh duke diskutuar tema kryesore te shumefishta dhe duke siguruar guida shpjeguese te mjaftueshme ne vleresimin e dhimbjes).

Tek pacientet qe nuk komunikojne, megjithate, vleresimi I shtrirjes se shfaqjes se dhimbjes duhet te mbeshtet kryesisht (psh pershtypjet e fytyres, aktiviteti i perditshem, reagimet emocionale, efekti i ngushellimit) me shume se sa duke mbeshtur mbi shkalle, perdorimi i te cilave kane ne premise ata qe komunikojne .

**Si e masni ju dhimbjen e nje pacienti ?**

Ekziston nje numer mjetesh njedimensional dhe shumedimensional qe ne shkalle te ndryshme mund te perdoren ne jeten e perditshme. Mjetee vleresuese nje dimensionale e thjeshtojne pervojen e dhimbjes duke u fokusuar ne nje aspekt te vecante. Gjithashtu me keto mjete mjedisi klinik merr me pak kohe per tu administruar dhe kerkone me pak funksion konjitiv te pacientit sesa instrumentat shume dimensional.

Shpesh keto mjete kane qene te vlefshme ne mjedise te ndryshme kulturore dhe linguistike. Per me teper, ato zakonisht nuk perdoren ne izolim (psh diagram e trupit mund te perdoret ne lidhje me shkallen treguese te dhimbjes).

Shembuj te instrumentave shumedimensionale qe nuk jane te diskutuara ne kete kapitull, te cilet mund te perdoren per qellime klinike dhe kerkimore perfshijne Pyetesori i Dhimbjes se McGill (ne terma afatshkurter dhe afatgjate); Inventari i Dhimbjeve te Shpejta; Pyetesori i Dhimbjeve te Dartmouth; Inventari shumedimensional i Dhimbjes se Haven-Yale Perendimor; Inventari i Ankthit te State-Trait; Inventari i depresioni te Beck; Shkalla e matjes se Depresionit dhe Vetematjes se tij; Shkalla e Dhimbjeve te Universitetit te Alabames ne Birmingam (UAB); Shkalla e Dhimbjes e te Sapolindurve/Foshnjave dhe Shkalla e Dhimbjes se Spitalit te Femijeve ne Ontarion Lindor).

E rendesishme eshte qe ofruesit e kujdesit shendetesor te zgjedhin instrumentin me te pershtatshem (duke u varur tek qellimet e vleresimit te dhimbjes, dhe vecanerisht pranimit te instrumentit te perdorur), dhe ta perdorin ate vazhdimisht me kalimin e kohes.

Mjetet me te zakonshme te perdorura per vleresimin e dhimbjes ne demtimet konjitive tek te rriturit dhe te moshuarit jane Shkalla Analoge Vizuale (VAS), Shkalla Numerike e Vleresimit (NRS), Shkalla Pershkruese Verbale (VDS). Nje mjet qe eshte vleresuar si i vlefshme ne vendet me burime te varfera eshte APAC (Shoqata Afrikane e Kujdesit Paliativ) dhe Shkalla e Rezultatit Paliativ Afrikan (POS). Nje mjet nder demtimet konjitive tek te rriturit eshte Shkalla e Vleresimit te Dhimbjes ne Dementin e Perparuar (PAINAD).

Mjeti me i zakonshem per vleresimin e dhimbjes se femijeve pervec VAS, NRS, dhe VDS (per disa femije mbi 7 vjec) jane Shkalla e Sjelljeve te Dhimbjes FLACC (psh fytyre, kembe, aktivitet, te qara dhe ngushellim),Shkalla e Prekjes Vizuale (TVP), Shalla e Dhimbjes Renditese te Wong-Baker FACES, dhe Termometri i Dhimbjes. Keto mjete, dhe si jane perdorur ata, jane te dhena me poshte me ane te nje skice duke krahasuar avantazhet dhe disavantazhet e seciles.

**Mjetet e dhimbjes per te rriturit**

1. **Shkalla vizuale analoge (VAS) SVA**

Shkalla VAS e dhimbjes perdor nje vije horizontale 10 cm te gjate, e dhene me pershkrime verbale “Nuk ka dhimbje” dhe “Dhimbja me e rende e imagjinuar”. Ne kete vije pacienti duhet te shenoje ate pjese te vije qe paraqet me mire ose me sakte dhimbjen qe ndjejne (Fig. 1).

Nuk ka Dhimbja me e rende

Dhimbje e imagjinuar

***Fig. 1***. Shkalla vizuale analoge

1. **Shkalla numerike e vleresimit**

Duke perdorur kete shkalle ofruesi I kujdesit shendetesor e pyet pacientin te vleresoje intensitetin e dhimbjes me nje shkalle numerike qe zakonisht varion nga

0 (duke treguar qe nuk ka dhimbje) deri tek 10 (duke treguar dhimbjen me te forte qe mund te imagjinohet).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nuk ka Dhimbja me e rende

Dhimbje e imagjinuar

***Fig. 2*** Shkalla numerike e vleresimit

1. **Shkalla verbale e pershkrimit**

Kur perdorin kete shkalle, ofruesit e kujdesit i pershkruajne pacientit kuptimin e dhimbjes (psh te ndjerit jo rehati, distres, dhe rendesia e ketij perjetimi per pacientin).

Pacientit i kerkohet te zgjedhe ne menyre verbale dhe joverbale nje nga gjashte pershkrimet qe pershkruan me mire dhimbjen dhe intensitetin e perjetuar (psh “nuk ka dhimbje”, “dhimbje e bute”,“dhimbje e moderuar”,“dhimbje e rende”,“dhimbje shume e rende”,“dhimbja me e keqe e mundshme”). Ndonjehere perdoren dhe numra per te lehtesuar regjistrimin e rezultatit (Fig.3).

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nuk ka Dhimbje e bute Dhimbje e moderuar Dhimbje e rende Shume e rende Dhimbje e forte Dhimbje (e bute) (jo rehati) (e tmerrshme) (torturuese)

***Fig. 3*** Shkalla verbale e pershkrimit

1. **Shkalla e Rezultatit Paliativ Afrikan**

APCA Afrikane POS eshte nje rezultat shumedimensional i matur shpejt, vecanerisht per kujdesin paliativ, qe perdor treguesit e niveleve te dhimbjeve te perdoruara nga pacienti, por nuk fokusohet vetem tek dhimbja. Ofruesi i kujdesit shendetesor merr ne interviste pacientin dhe kujdestaret e tij duke perdorur nje shkalle me 10 artikuj mbi katër periudha kohore në një shkallë 0-5 që mund të plotesohet duke përdorur shkallën e dorës. E promovuar nga OBSH, shkalla e dores varion nga nje dore e mbledhur (e cila perfaqesoh “Nuk ka dhimbje”) deri tek gjashte shifrat e zgjeruara (te cilat perfaqesojne “Dhimje e forte”). Versioni pediatrik i APCA eshte duke u zhvilluar.

1. **Shkalla e Vleresimit te Dhimbjes ne Demence te perparuar (PANAID)**

PANAID eshte nje mjet vrojtues i cili vlereson dhimbjen tek pacientet me dementi te perparuar te cilet kane demtime konjitive, dhe te cilet mund te perjetojne me shume dhimbje dhe me te zgjatur per shkak te trajtimit.

Mjeti konsiston ne 5 artikuj (psh frymemarrja, shprehjet e fytyres, gjuha e trupit, shqiptimet negative dhe ngushellimi) dhe secili prej tyre vleresohet ne nje shkalle 3 pikeshe me intensitet 0-2, duke rezultuar ne pike te pergjithshme duke filluar nga 0 (kuptimi qe ska dhimbje) deri tek 10 (kuptimi qe ka dhimbje te forta).

**Artikulli\* 0 1 2 Piket**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Frymemarrja e pavarur nga shqiptimet | Normal | Veshtiresi frymemarrje here pas here  Periudha te shkurtra veshtiresie. | Frymemarrje te rende. Proces te gjate frymemarjjeje. Goditje Cheyne ne frymemarrje. |  |
| Shqiptimet negative | Asnje | Ankesa apo psheretima here pas here. Ligjerata me nivel te ulet dhe negative | Ankesa dhe psheretima me ze. Te qara. |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Shqiptimet negative | Asnje | Ankesa apo psheretima here pas here. Ligjerata me nivel te ulet dhe negative | Ankesa dhe psheretima me ze. Te qara. |  |
| Shprehjet e fytyres | Buzeqeshje ose I pashprehur | I merzitur, frikesuar dhe I vrenjtur | Ngerdheshje fytyre. |  |
| Gjuha e trupit | E relaksuar | I tensionuar dhe I distresuar | I ngurte. Duke goditur dhe levizur para-mbrapa. Grushtet e mbledhura |  |
| Ngushellimi | Nuk ka nevoje per ngushellim | I shperqendruar ose i terhiqet vemendja nga zeri apo prekja. | I pamundur per tu ngushelluar, I shperqendruar. |  |

***Fig. 5***. Shkalla e Vleresimit te Dhimbjes ne Demencen e perparuar.

E perdorur me leje. E drejta e autorit, Elsevier

**Mjetet e dhimbjes se femijeve**

**Femijet poshte 3 vjec**

**1. Shkalla e sjelljes se dhimbjes, FLACC**

Shkalla e Sjelljes se Dhimbjes FLACC (Fig.6.) eshte nje instrument vleresues per paciente te cilet nga ana verbale jane te paafte ta shprehin dhimbjen e tyre. Secila nga 5 shkallet e kategoritve e matura psh *Fytyra; Kembet; Aktiviteti; Te qarat; dhe Ngushellimi*- shenohet me pike nga 0-2, e cili me pas rezulton ne nje totale te pikesh midis 0 dhe 10 (Merkelet al. 1997). Piket mund te grupohen si 0 = I relaksuar dhe rehat; 1-3 = Shqetesim (jo rehati) e bute; 4-6 = Dhimbje e moderuar; 7-10 = Dhimbje/Shqetesime te forta.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DATA/ORA |  |  |  |  |  |  |
| Fytyre  0-Asnje shprehje te vecante ose buzeqeshje  1-Rrudhje vetullash e rastesishme, terheqje dhe jo interest  2-Levizje te rregullta te mjekrres, shtrengim nofullash |  |  |  |  |  |  |
| Kembet  0-Pozicion normal ose te relaksuar  1-Tension, shqetesim  2-Kembet drejte ose duke shkelmuar |  |  |  |  |  |  |
| Aktiviteti  0-Shtrihet me qetesi, pozicion normal, leviz me lehtesi  1-Tension duke levizur para-mbrapa  2-I ngurte ose i terhequr |  |  |  |  |  |  |
| Te qara  0- Nuk ka te qara (zgjuar ose ne gjume)  1-Renkon ose quravitet; ankohet me raste  2-Qan vazhdimisht, bertet, ankohet rregullisht |  |  |  |  |  |  |
| Ngushellimi  0-I kenaqur, i relaksuar  1-Qetesohet nga prekjet e rastesishme, perqafimet apo bisedat, i shperqendruar  2-I veshtire per tu ngushelluar dhe qetesuar |  |  |  |  |  |  |
| PIKET TOTALE |  |  |  |  |  |  |

***Fig. 6***. FLACC (E perdorur me leje). E drejta e autorit 2002, Anetaret e Keshillit te Universitetit te Michiganit.

Perpara se te vendose mbi piket vleresuese, per pacientet qe jane zgjuar, ofruesi I kujdesit shendetesor e vrojton pacientin per te pakten 2-5 minuta, me kembet dhe trupin zbuluar. Pastaj ai e ripozicionon pacientin dhe vrojton aktivitetet duke vleresuar tendosjen dhe ngurtesine e trupit.Nderhyrjet ngushelluese behen nese nevojiten.Per pacientet qe jane ne gjume, ofruesi I kujdesit shendetesor e vrojton per te pakten 5 minuta ose me gjate, me kembet dhe trupin zbuluar. Nese eshte

e mundur, pacienti ripozicionohet dhe ofruesi kujdesit shendetesor e prek per te vleresuar tendosjen dhe ngurtesine e trupit.

**ii) Shkalla e Prekjes Vizuale e Dhimbjes (TVP)**

Shkalla me 10 pika e TVP, e cila perdor prekjen dhe vrojtimin per te vleresuar jo vetem dhimbjen e femijes por gjithashtu edhe ankthin apo shqetesimet qe mund te perjetoje, eshte u bazuar ne kerkimin e shenjave te dhimbjes qe mund te vleresohen si nga te parit ashtu edhe nga prekja e nje femije te semure. Shenjat e dhimbjes dhe te ankthit perfshijne: koken ne menyre asimetrike, shprehjen me fjale te dhimbjes, tensionin e fytyres, duart e mbledhura, kembet e kryqezuara, frymemarrjen jo te rregullt, rritjen dhe rrahjet jo te rregullta te zemres.

Ne vleresimin e pare, ofruesi i kujdesit shendetesor vlereson me 1 pike (kur eshte e pranishme) dhe me 0 (kur nuk eshte e pranishme) permes 10 alternativave per te ngritur nje baze pikesh. Duke u varur nga shkalla e dhimbjes dhe e ankthit, mjekimi jepet *kur eshte i nevojshem*. Pas 20-30 minutave, femija vleresohet edhe nje here tjeter duke perdorur shkallen TVP. Nese nuk ka ndryshime pozitive ne keto shenja, duhet te merret ne konsiderate nje tjeter qasje per menaxhimin e dhimbjes. E rendesishme eshte qe TVP po perdoret ne vendet me burime te kufizuara edhe pse ende nuk eshte e vlefshme ne menyre rigoroze.

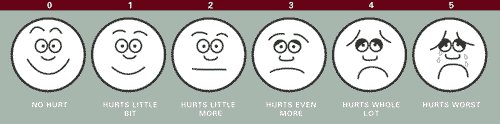
|  |
| --- |
| Piket e prekjes dhe piket vizuale Te pranishme |
| 1. Gishat levizen lart e poshte dhe te tensionuar tek shputat , kycet e kryqezuar fort |
| 2. Kembet shtrengohen se bashku ose kryqezohen duke i shtrenguar fort |
| 3. Nje kembe duke mbrojtur zonat me push |
| 4. Frymemarje jo te rregullt, gjoksi ose me goje/ dhe kercellitje ndermjet brinjeve ose muskujve |
| 5. Rritje te ritmit te zemres ose jo te rregullt |
| 6. Krahet e shtrenguar fort rreth trupit ose te kryqezuar mbi fytyre, kraheror, ose stomak. |
| 7. Grushtet ( e pamundur ose shume e veshtire per ti hapur gishtat) |
| 8. Qafa e pozicionuar ne menyre jo simetrike me shpatullat, shpatullat e terhequra |
| 9. Koka ne menyre jo simetrike |
| 10. Tension ne fytyre (shprehje frike apo tensioni); goje dhe sy te tensionuar ose ne ankth, pamje distresuese |

***Fig. 7***. Shkalla e dhimbjes se Prekjes Vizuale (E perdorur me leje. E drejta e autorit, Dr Rene Albertyn, Shkolla e Shendetit te Femijeve dhe Adoleshenteve, Universiteti i Capes, Afrike e Jugut).

**Femijet mbi 3 vjec**

1. **Shkalla e Vleresimit te Dhimbjes Wong-Baker e FYTYRAVE**

Kjo shkalle (Fig.8) perbehet nga 6 fytyra karikature, me shprehje qe fillojne nga nje buzeqeshje e madhe (qe perfaqeson “ska dhimbje”) deri tek shume e merzitur ose me lot (qe perfaqeson “dhimbje te forte”) (Wilson dhe Hockberry 2008). Secila prej ketyre fytyrave behet ne menyre progresive me e merzitur. Ofruesi I kujdesit shendetesor shenon secilen fytyre me numer dhe perdor fjale per te pershkruar intensitetin e dhimbjes te seciles fytyre, pastaj i kerkon pacientit te zgjedhe njeren nga fytyrat qe pershkruan me mire dhimbjen qe ai ndjen, me ane te numrit qe ka secila fytyre.



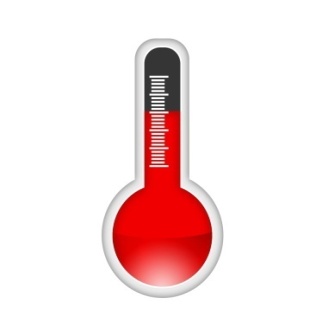
**Femijet mbi 7 vjec**

1. ***Termometri i Dhimbjes***

Ne pershtatje te VDS (Fig. 9), ky mjet vendos nje termometer ne vend te rreshtave me fjale qe pershkruajne nivelet e ndryshme te dhimbjes. Kjo shkalle eshte zhvilluar per pacientet me dhimbje te moderuar deri tek ato me deficite konjitive, ose tek pacientet me veshtiresi verbale ne komunikim, por nje version pasues korrigjues eshte shfaqur gjithashtu praktik ne mesin e te rinjeve (Termomtri Iowa I dhimbjes).

Pacienteve u tregohet mjeti dhe u kerkohet te imagjinojne dhimbjen qe ndjejne, ashtu sic temperatura rritet ne termometer. Pastaj u kerkohet te tregojne intensitetin e dhimbjes se tyre duke duke shenuar termometrin ose duke qarkuar fjalet e duhura perkatese.

Profesionisti i shendetit e dokumenton pershkrimin perkates dhe vlereson ndryshimet ne dhimbje pergjate kohes duke krahasuar pershkrimet e ndryshme te zgjedhur. Disa kerkime I kane konvertuar keto pershkrimet ne pike.



Dhimbja me e forte e mundshme

Dhimbje shume e forte

Dhimbje e forte

Dhimbje e moderuar

Dhimbje e bute

Dhimbje e lehte

Nuk ka dhimbje

***Fig.9***. Termometri I Dhimbjes.(I perdorur me leje.E drejta e Autorit, Dr Keela Herr, PhD, RN, FAAN, Kolegji I Infermierise, Universiteti I Iowa, 2008)

**Raste studimi**

**Rast 1**

*Ti je duke punuar ne nje spital te vogel rural, kur nje vajze 7 vjec sillet nga vellai i saj 13 vjec. Ajo ka AIDS dhe nuk eshte ne nje terapi antiretrovirale. Duket se ajo ka dhimbje. Si e vlereson ti dhimbjen?*

*Pergjigje*: e domosdoshme ne kete rast eshte te kontrollohet dhimbja e pacientit sa me shpejt te jete e mundur; qe te arrihet kjo, ofruesi I kujdesit shendetesor duhet te vleresoje dhimbjen e saj. Per shkak se ajo eshte 7 vjece, duhet te jete i afte ta shprehe me fjale dhimbjen e saj. Prandaj ne kete rast, per te arritur nje vleresim fillestar te zones, perhapjes dhe ashpersise se dhimbjes, mund te perdoren te kombinuara diagrama trupit dhe Shkalla e Vleresimit te Dhimbjes Wong-Baker e FYTYRAVE. Ne varesi se sa e ashper eshte dhimbja, ofruesi i

kujdesit shendetesor nuk mund te jete ne gjendje te beje nje vleresim te plote derisa te menaxhohet dhimbja.

Procesi I vleresimit duhet qe ti nenshtrohet pranimit te saj dhe te perfshije vajzen dhe vellain e saj me te madh. E rendesishme do te ishte edhe eksplorimi i shpejte i historise familjare per te percaktuar nese femija ka ndonje te rritur qe kujdeset per te apo eshte vetem vellai i saj me i madh qe kujdeset i vetem. Nese nuk gjendet shpejt kujdestari i rritur, fillon trajtimi i dhimbjes se vajzes ndersa pritet te vije kujdestari ne menyre qe vajza te ndihet rehat.

**Rast 2**

*Ti je duke punuar ne nje ekip te bazuar ne shtepi, i cili viziton njerezit ne zona rurale. Ti ke arritur ne shtepi dhe gjen nje grua te moshuar ne stadet e fundit Te kancerit, e kerrusur ne krevatin e saj duke qare, e cila ne menyre te vazhdueshme bie ne nje gjendje gjysem te vetedijshme.*

*Si e vlereson dhimbjen e saj ?*

*Pergjigje*: Qe nga sjellja e saj fillestare (duke qare dhe ne pozicion fetusi) duket se ajo ka dhimbje. Ashpersia e kushteve te saj do te thote qe ajo nuk eshte ne gjendje te raportoje dhimbjen as verbalisht, as me diagrame dhe as me shkalle.

Ofruesi i kujdesit shendetesor duhet ta mesoje historine nga personi qe kujdeset per pacientit(duke vleresuar ate qe eshte i pranishem), dhe duke e pyetur ate se cfare e permireson dhe cfare e perkeqeson dhimbjen, sa kohe ka qe perjeton dhimbje, ku mendojne ato se ajo ndjen dhimbje dhe ku mendojne ato se eshte e lokalizuar dhimbja. Ne nje rast te tille duhet te perdoret nje mjet vrojtimi sic eshte PAINAD. Pyetje te tjera shtese duhet te eksplorojne se per sa kohe pacienti ka qendruar ne pozicion te kerrusur dhe duke qare, nese ajo po merr mjekime dhe nese dhimbja po perkeqesohet.Ne gjendje te ndergjegjshme, edhe pse ajo nuk

mund ta shprehe me fjale apo shkalle dhimbjen e saj, ajo mund te shtrengoje doren e ofruesit te kujdesit shendetesor, ose te tunde koken si pergjigje.

Ne ate rast, ofruesi I kujdesit shendetesor duhet ti beje pyetje te tilla pacientit qe marrin pergjigje me “Po” ose “Jo”. Per te siguruar nese pacienti i kuptoi udhezimet i kerkohet te shtrengoje doren nese pergjigja e tij eshte “Po”. Kjo menyre pyetjeje mund te plotesohet me nje ekzaminim te shpejte fizik per te percaktuar se cfare po e shkakton dhimbjen. Si rrjedhim, vleresimi i ofruesit te kujdesit shendetesor do bazohej ne vrojtim, ekzaminim fizik, pyetje te thjeshta dhe nga nje histori sa me gjithperfshirese te personi kujdestar.

**Rast 3**

*Ti je duke punuar ne nje spital rajonal. Nje mama sjell djalin e saj 1 javesh. Ai ka te vjella te njepasnjeshme (nje simptome tipike e stenozes hypertrofike te pilorit te lindur, 1 ne 500 foshnja lind me kete gjendje) dhe do te kete nevoje per operacion.Femija duket i tensionuar dhe i shqetesuar dhe ti dyshon qe ai ka dhimbje.*

*Si e vlereson dhimbjen?*

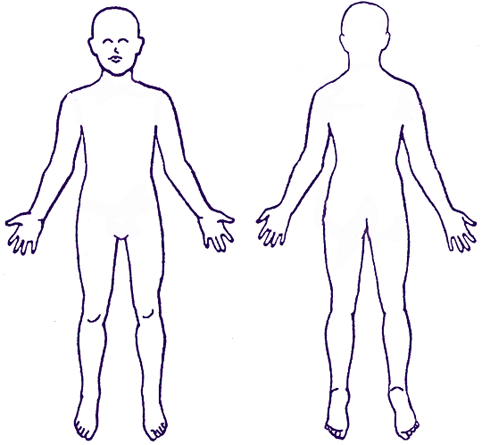
*Pergjigje*: Mund te perdoret shkalla FLACC per te vleresuar dhimbjen e foshnjes. Cfare shprehje ka ne fytyre femija? A eshte ai i shtrire dhe ne pozicion pushues apo ai eshte I tensionuar, duke shkelmuar. A eshte ai I qete apo eshte duke u ngerdheshur apo I ngurte? A eshte ai duke qare apo eshte I pangushellueshem?

Pergjate pikeve FLACC, ofruesi I kujdesit shendetesor duhet te flase me mamane e tij per te percaktuar se sa gjate ndodhet ne kete gjendje, nese ai ka ndonje simptome tjeter, nese ai ka ndonje gjendje mjekesore te njohur, kur ka filluar dhimbja dhe cfare e perkeqeson apo e permireson ate. Ndersa ekziston mundesia qe shkaku kryesor i dhimbjes te jete i trajtueshem (eshte e rendesishme te percaktohet cili eshte shkaku kryesor), eshte kritike te menaxhohet shpejt dhimbja e tij. Kjo me pas e lejon ate te relaksohet me shume dhe e ben me te lehte percaktimin e shkakut te dhimbjes.

**Konkluzione**

* Te kuptohet nevoja per te bere nje vleresim te dhimbjes qe eshte I ndjeshem ndaj karakteristikave individuale te pacientit (psh mosha, aftesite konjitive, shkrim e kendim)
* Nje vleresim te aftesise potenciale per standartizimin e shkalleve vleresuse.
* Vleresimi i dhimbjes nuk eshte nje ushtrim teorik! Cdo pyetje duhet ti siguroje terapistit informacion te rendesishem rreth etioligjise se dhimbjes si dhe hapa per te marre persiper trajtimin e dhimbjes.
* Intensiteti i dhimbjes: pyetjet rreth intensitetin e dhimbjes te ndihmojne ne vleresimin e nevojes per trajtim: 0-3 do te thote qe nuk ka nevoje per ndryshime ne terapi, 4-7 qe analgjeziku duhet te ndryshohet, dhe 8-10 analgjeziku I perdorur duhet te nderrohet menjehere.
* Cilesia e dhimbjes: kjo te ndihmon per te diferencuar etiologjine e dhimbjes (“djegese” “therese” “elekrike” etj do te ishin treguesit e dhimbjes neuropatike; “e merzitshme”, “e dhimbshme” etj do te ishin treguesit e dhimbjes no-ciceptive; dhe “e tmerrshme”, “e padurueshme” etj do te trgonte nje vleresim te emocional te dhimbjes).
* Rritja e dhimbjes: rritja e dhimbjes pas disa levizjeve apo pas nje kohe te caktuar te dites, ju ndihmon te identifikoni etiologjine e dhimbjes (psh, dhimbja per shkak te irritimeve do te jete me e rende heret ne mengjes, ndersa nivele te larta dhimbje mund te sugjerojne dhimbje kronike te nje semundje).
* Zvogelimi i dhimbjes: pozicionet apo situatat ne te cilat dhimbja ulet, jane gjithashtu te rendesishme per vleresimin; psh nese vetem pushimi-pa ndonje strategji tjeter perballuese- konsiderohet I dobishem per pacientin. Ky eshte nje informacion i rendesishem per terapistin, qe dhimbja kronike mund te jete e pranishme dhe mund te jepet ristrukturimi konjitiv . Nje tjeter shembull do te ishte ulja e dhimbjes me ane te levizjeve, ku osteoartriti mund te jete I pranishem.
* Lokalizimi: me shume mundesi pyetja me e rendesishme. Lokalizimi I dhimbjes mund te diferencoje midis etiologjise radicularer dhe nonradiculare te dhimbjes.
* Artikujt e permendur jane vetem tregues te perafert te etiologjive te caktuara. Duhet te ndermerren pyetje te metejshme dhe te behen ekzaminime per te konfirmuar dyshimet.

Kur perdoret diagrama e trupit (tek femijet e barasvlefshme eshte Shkalla Eland e Ngjyrave) , pacienteve u kerkohet te perdorin nje shenues per te percaktuar zonat e dhimbjes duke bere me hije zonat perkatese. Se sa e forte eshte dhimbja mund te percaktohet duke perdorur nje nga instrumentat e vleresimit te dhimbjes per te rriturit (Shtojca 2).



***Fig.*** Diagrama e trupit

**Shkallet e intensitetit te dhimbjes**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Shkalla | Avantazhet | Disavantazhet |
| 1. Fytyra, kembet, aktivitet, te qarat, dhe shkalla e ngushellimit | Ky mjet eshte i dobishem tek femijet e paafte ose te pavullnetshem per te shprehur dhimbjen; eshte i shpejte ne perdorim dhe lehtesisht i riprodhueshem. | Nuk eshte i vlefshme tek femijet me nevoja te vecanta, tek te sapolindurit apo tek femijet me veshtiresi ne frymemarrje. |
| 1. Shkalla e prekjes vizuale te dhimbjes | Ky mjet eshte i dobishem tek femijet qe jane te paafte ose te pavullnetshem per te shprehur dhimbjen; eshte i shpejte ne perdorim dhe lehtesisht i riprodhueshem. | Kerkohen me shume kerkime per ta bere te vlefshem kete mjet ne popullsi dhe mjedise te ndryshme. |
| 1. Shkalla renditese e dhibmjes se Wong-Baker FACES | Ky mjet eshte I thjeshte dhe e shpejte per tu administruar, eshte e lehte te shenohet, nuk kerkon aftesi lexuese apo verbale, nuk ndikohet nga ceshtjet e gjinise ose etnise, dhe siguron tre shkalle ne nje (psh mimiken e fytyres, numrat dhe fjalet). | Ky mjet ndonjehere eshte pershkruar si mates i gjendjes se humorit dhe jo dhimbjes, dhe fytyrat e merzitura apo te qarat nuk kane nje kuptim unvirsal nga kulturat. |
| 1. Termometri I dhimbjes | Ky mjet eshte I thjeshte dhe e shpejte per tu perdorur dhe preferohet ne menyre intuitive nga disa paciente, ne vend te perpjekjes per ta shprehur intensitetin e dhimbjes me numra. | Ndersa kapercimi I disa kufizimeve te VDS duke siguruar nje ilustrim shoqerues te intensitetit te dhimbjes, instrumenti mund te jete problematik tek femijet me probleme konjitive dhe vizuale. |

**Shkallet e intensitetit te dhimbjes tek te rriturit**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Shkalla | | Avantazhet | | Disavantazhet |
| *Konjtivisht I pademtuar* | | | | |
| i. Shkalla vizuale analoge | | Ky mjet eshte I shpejte dhe I lehte per tu administruar, I lehte per tu shenuar dhe krahasuar me klasifikimin e meparshem, perkthehet lehtesisht ne gjuhe te tjera, eshte konsideruar si instrumenti me I mire per te vleresuar ndryshimet ne intensitetin e dhimbjes. | | Mjeti eshte teper I ndjeshem ndaj ndryshimeve ne nivelet e dhimbjes, te cilat mund ta pengojne perdorimin e tij. Disa te rriturve, ky mjet mund tu duket abstrakt per tu perdorur, sidomos atyre me keqfunksione konjitive, pacientet qe nuk flasin anglisht, pacientet postoperatore dhe pacieneteve me paaftesi fizike. |
| ii. Shkalla e klasifikimit numerik | | Ky mjet eshte I shpejte dhe I lehte per tu administruar, I lehte per tu shenuar dhe rezulatet mund te dokumentohen per tu krahasuar me te meparshmet. Perkthehet lehtesisht ne gjuhe te tjera dhe mund te perdoret per te zbuluar efektet e trajtimit.  Mesohet lehtesisht nga pacientet si te perdoret me korrektesi. Ndryshe nga VAS | | Disa paciente jane te paafte ti plotesojne keto mjete ne menyre verbale.  Si rrjedhoje,ka nje ulje te besueshmerise tek pacientet ne moshe te vjeter, pacientet me probleme joverbale dhe atyre konjitivisht te demtuar. |
| ii. Shkalla e klasifikimit numerik | Ky mjet eshte I shpejte dhe I lehte per tu administruar, I lehte per tu shenuar dhe rezulatet mund te dokumentohen per tu krahasuar me te meparshmet. Perkthehet lehtesisht ne gjuhe te tjera dhe mund te perdoret per te zbuluar efektet e trajtimit.  Mesohet lehtesisht nga pacientet si te perdoret me korrektesi. Ndryshe nga VAS | | Disa paciente jane te paafte ti plotesojne keto mjete ne menyre verbale.  Si rrjedhoje,ka nje ulje te besueshmerise tek pacientet ne moshe te vjeter, pacientet me probleme joverbale dhe atyre konjitivisht te demtuar. | |
| iii. Shkalla pershkruese verbale | Ky mjet eshte I shpejte dhe I lehte per tu perdorur, lehtesisht I uptueshem, I ndjeshem ndaj efekteve te trajtimit, dhe preferohet me shume se sa perpjekja per ta shprehur intensitetin e dhimbjes me numra. | | Bazuar ne perdorimin e gjuhes per te pershkruar dhimbjen, mjeti varet tek kuptimi dhe interpretimi I pacientit per pershkruesit; te cilet jane nje sfide ne kultura te ndryshme. Vegla eshte problematike kur perdoret tek pacientet shume te rinj apo shume te vegjel dhe atyre konjitivisht te demtuar. | |
| iv. APCA Shkalla e rezultatit Afrikan paliativ | Ky mjet eshte I shpejte dhe I lehte per tu perdorur, dhe siguron tre shkalle ne nje (psh numrat, fjalet, dhe doren fizike) | | Ky mjet, I cili vetem e adreson dhimbjen, si një fushë të vetme përveç të tjerave që prekin jetën e pacientit, kërkon një shkallë stafi te trajnuar për të siguruar aplikimin e tij te vazhdueshem.kerkimet e metejshme po e bejne kete mjet te vlefshem ne kultura dhe popullesi te ndryshme. | |
| *Konjitivisht I demtuar* | | | | |
| v. Shkalla e vleresimit te dhimbjes tek te semuret me dementi te perparuar | Ky mjet eshte i dobishem ne mesin e te rriturve qe nuk jane ne gjendje ta shprehin dhimbjen e tyre; eshte i shpejte per tu perdorur dhe lehtesiht i riprodhueshem. | | Mbështetet mbi tregues të përafërt të dhimbjes sesa tek vetë raportimi verbal. | |

Shenim: Tabela e mesiperme eshte hartuar nga MC Lafferty dhe Faley (2008).