

University of Business and Technology in Kosovo

UBT Knowledge Center

Theses and Dissertations

Student Work

Winter 11-2019

KUJDESI INFERMIEROR TEK ANOMALITË KONGENITALE TË KOKËS

Zana Zeqiri

Follow this and additional works at: <https://knowledgecenter.ubt-uni.net/etd>



Part of the **Nursing Commons**



Universiteti për Biznes dhe Teknologji
Departamenti për Infermieri

**KUJDESI INFERMIEROR TEK ANOMALITË KONGENITALE TË
KOKËS**

Zana Zeqiri

Nëntor / 2019
Prishtinë



Universiteti për Biznes dhe Teknologji
Departamenti për Infermieri

Punim Diplome
Viti akademik 2016-2017

Zana Zeqiri

**KUJDESI INFERMIEROR TEK ANOMALITË KONGENTALE TË
KOKËS**

Mentori: Prof. Dr. Besnik Elshani

Nëntor /2019

Ky punim është përpiluar dhe dorëzuar në përmbushjen e kërkesave të pjeshme për Shkallën Bachelor

ABSTRAKT

Anomalitë kongjenitale njihen gjithashtu si defekte të lindjes, çrregullime kongjenitale ose keqformime kongjenitale. Anomalitë kongjenitale mund të përcaktohen si anomali strukturore ose funksionale (për shembull, çrregullime metabolike) që ndodhin gjatë jetës intrauterine dhe që mund të identifikohen prenatale, gjatë lindjes, ose ndonjëherë mund të zbulohen vetëm më vonë në foshnjëri, siç janë defektet e dëgjimit.

Me fjalë të thjeshta, kongjenitale i referohet ekzistencës gjatë ose para lindjes. Megjithëse afërsisht 50% e të gjitha anomalive kongjenitale nuk mund të lidhen me një shkak specifik, ekzistojnë disa shkaqe të njohura gjenetike, mjedisore dhe të tjera ose faktorë rreziku. Gjenet luajnë një rol të rëndësishëm në shumë anomali kongjenitale. Kjo mund të jetë nga gjenet e trashëguara që kodojnë një anomali, ose që vijnë nga ndryshime të papritura në gjenet e njohura si mutacione.

Të ardhurat e ulëta mund të jenë një përcaktues indirekt i anomalive kongjenitale, me një frekuencë më të lartë midis familjeve të kufizuara të burimeve dhe vendeve. Vlerësohet se rreth 94% e anomalive të rënda kongjenitale ndodhin në vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme. Një përcaktues indirekt, ky rrezik më i lartë lidhet me një mungesë të mundshme të aksesit në ushqime të mjaftueshme, ushqyese nga gratë shtatzëna, një ekspozim të shtuar ndaj agjentëve ose faktorë të tillë si infeksioni dhe alkooli, ose qasja më e dobët në kujdesin shëndetësor dhe ekzaminim. Faktorët që shpesh shoqërohen me të ardhura më të ulëta mund të shkaktojnë ose rrisin incidencën e një zhvillimi anormal prenatal.

Ekspozimi i nënës ndaj pesticideve të caktuara dhe kimikateve të tjera, si dhe ilaçeve të caktuara, alkoolit, duhanit dhe rrezatimit gjatë shtatzënisë, mund të rrisë rrezikun e prekjes së një fetusit ose foshnjeje të prekur nga anomali kongjenitale. Puna ose jetesa afër, ose në vendet e mbeturinave, shkrirësit ose minierat mund të jetë gjithashtu një faktor rreziku, veçanërisht nëse nëna është e ekspozuar ndaj faktorëve të tjerë të rrezikut mjedisor ose mangësive ushqyese.

Fjalë kyçe: anomali kongjenitale, defektet e lindjes, provat klinike, gratë shtatzëna.

FALENDERIME

Një falënderim i jashtëzakonshëm për prindërit e mi, të cilët më kanë frymëzuar dhe mbështetur gjithmonë. Falënderoj drejtuesin tim shkencor Prof. Dr. Besnik Elshani, për ndihmën profesionale të dhënë gjatë kësaj kohe. Falënderoj kolegët e Departamenti të Infermierisë për inkurajimin në kryerjen e këtij punimi.

Përmbajtja

FJALORI I TERMAVE	5
1. HYRJE	6
1.1 Parathënie	6
2. SHQYRTIM I LITERATURËS	8
2.1 Anomalitë Kongjenitale	8
2.2 Parandalimi anomive kongjenitale	10
2.3 Anomalitë kongjenitale të kokës	12
2.4 Infeksionet kongjenitale	14
2.5 Patogjeneza e hidrocefalisë	15
2.6 Klasifikimi i hidrocefalisë	17
2.7 Hidrocefalia aktive	17
2.8 Hidrocefalia pasive	18
2.9 Simptomat.....	19
2.10 Diagnoza.....	21
2.11 Trajtimi.....	22
2.12 Kujdesi infermieror te pacientët me anomali kongjenitale.....	24
3.DEKLARIMI I PROBLEMIT	28
4.METODOLOGJIA	29
5.DISKUTIME DHE PËRFUNDIME	30
7.REFERENCAT	32

Lista e Figurave

Figura 1: 16

FJALORI I TERMAVE

CFA - Anomalitë kraniofaciale

DMID / NIAID - Institutin Kombëtar të Alergjisë dhe Sëmundjeve Infektive

ICN - Këshilli Ndërkombëtar i Infermierëve

NNA - Shoqatat Kombëtare të Infermierëve

LCS – Lëngu cerebrospinal

1. HYRJE

1.1 Parathënie

Fjala Hidrocefalus rrjedh nga fjala greke Hydros – ujë chephalus – koka që në përkthim do të thotë koka ujore ose uji në tru. Manifestimi i Hidrocefalisë nënkupton rritjen e hpësirës intrakraniale nëpër të cilën qarkullon lëngu cerebrospinal. Rritja e presionit të likuorit shkakton zgjerimin e mureve ventrikulare që ka si pasojë transudacionin e LCS në masën e bardhë periventrikulare si dhe bënë çrregullimin e mbulesës normale epindimale të ventrikujve si dhe degjenerimin e askoneve dhe dëmtimin e neuroneve. Për të penguar këtë sot përdoren (dhe janë përdorur) metoda të shumëta conservative dhe operative (B.Elshani 2013).

Ndonëse koka e foshnjës mund të ketë madhësi normale në lindje ajo gradualisht zmadhohet varësisht nga sasia e lëngut të grumbulluar në të, mund të vërehet:

- Zmadhimi i perimetrit të kokës
- Venat e kokës janë në spikatura dhe më të mëdha
- Sytë e fëmijës mund të kthehen te poshtë ; “ Shenja e perendimit të diellit paraqet rrezikun nga verbërimi apo verbërimin dhe dëmtimin e rëndë të trurit. (B.Elshani 2013).

Ndodh si rezultat i një ose më shumë ngjarje të ndryshme anormale në vende të ndryshme në sistemin nervor qendror. Mund të ketë një sërë pasojash që ndikojnë në cilësinë e jetës së një fëmije dhe familjes (Flis dhe Miksić, 2010; Lužovec dhe Masnik, 2012)..

Gratë shtatzëna janë përjashtuar tradicionalisht nga provat klinike për shkak të rrezikut të mundshëm të dëmtimit të fetusit që mund të shoqërohet me ekspozimin prenatal CT (Joshi 2005). Sidoqoftë, vitet e fundit, është bërë e qartë se përfshirja e grave shtatzëna në provat klinike të produkteve të destinuara për përdorim gjatë shtatëzanisë mund të jetë e justifikueshme shkencërisht (Blehar MC, 2015).

Për të ofruar udhëzime për hetuesit që po regjistrojnë gratë shtatzëna në provat klinike të vaksinave ose ilaçeve antimikrobike, Divizioni i Mikrobiologjisë dhe Sëmundjeve Infektive në

Instituti Kombëtar të Alergjisë dhe Sëmundjeve Infektive (DMID / NIAID), Institutet Kombëtare të Shëndetësisë, organizuan një seri të takime të mbajtura në 2011 dhe 2012 me titull "Përfshirja e grave shtatzëna në provat klinike të vaksinave dhe terapeutikëve." Këto takime çuan në botimin e punimeve, një mbi hartimin e studimit dhe metodat e provave klinike që regjistrojnë gratë shtatzëna dhe tjetri mbi vlerat e referencës për shenjat jetike dhe vlerat laboratorike për gratë shtatzëna (Blehar MC,2015).

Gjatë këtyre takimeve, u diskutua çështja se si të vlerësohen anomalitë kongjenitale që ndodhin tek foshnjat e lindura tek gratë e regjistruara në prova klinike, dhe janë bërë rekomandimet paraprake (Munoz 2013).Një rekomandim ishte të raportohen vetëm anomalitë kryesore kongjenitale si ngjarje të rënda anësore sepse raportimi i anomalive të vogla mund të rezultojë në sinjale të papërshtatshme sigurie.Sidoqoftë, të pranishmit e takimit rekomanduan që gjetjet mbi anomalitë e vogla të dokumentohen dhe që informacioni mbi këto anomali të rishikohet në mënyrë periodike nga ekipi i studimit për të kërkuar ndonjë model që mund të tregojë se agjenti në studim është teratogenic (Munoz 2013).

Është njohur gjithashtu rëndësia e trainimit të personelit të provës klinike në identifikimin dhe raportimin e anomalive të mëdha dhe të vogla kongjenitale. Për të ofruar udhëzime të mëtutjeshme për të studiuar hetuesit, një takim shtesë i sponsorizuar nga DMID / NIAID u mbajti më 27 Shtator 2013 dhe përfshiu një grup pune që u përqëndrua në vlerësimin e anomalive kongjenitale. Anëtarët e grupit të punës përfshinin ekspertë të epidemiologjisë, pediatriisë, gjenetikës, dysmorfologjisë, provave klinike dhe sëmundjeve infektive. Ky artikull përmbledh diskutimet e grupit të punës (Blehar MC,2015).

2. SHQYRTIM I LITERATURËS

2.1 Anomalitë Kongjenitale

Anomalitë kongjenitale janë të njohura edhe si defekte të lindura, çrregullime të lindura ose keqformime kongjenitale. Anomalitë kongjenitale mund të përkufizohen si anomali strukturore ose funksionale (p.sh. çrregullime metabolike) që ndodhin gjatë jetës intrauterine dhe që mund të identifikohen para lindjes, në lindje ose më vonë në jetë. Anomalitë kongjenitale prekin shëndetin e fëmijëve dhe janë shkaqe të rëndësishme të vdekjes, sëmundjeve kronike dhe paaftësisë së shkallëve të ndryshme të fëmijëve në shumë vende. (Anomalite-Kongjenitale).

Të gjitha vendet dhe popullatat e tyre janë të prekura nga anomalitë kongjenitale, por numri i tyre është veçanërisht i lartë në vendet me burime të ulëta dhe të mesme. Defektet e lindura kanë një impakt sinjifikant tek individët, familjet e tyre, shoqëria dhe sistemi i kujdesit shëndetësor. Një numër i konsiderueshëm i defekteve të lindura mund të parandalohen dhe trajtohen me sukses. Rol kyç në parandalimin e tyre luan marrja e acidit folik dhe jodit, vaksinimi dhe kujdesi i duhur gjatë shtatzënisë. Edhe pse aktualisht rreth 50% e të gjitha anomalive kongjenitale nuk mund të lidhen me një arsye të veçantë, ka disa shkaqe të njohura apo faktorë rreziku. Edhe pse të ardhurat e ulëta mund të jetë një përcaktues i tërthortë, anomalitë kongjenitale janë më të shpeshta në mesin e familjeve dhe vendeve me burime të kufizuara. (Anomalite-Kongjenitale).

Është vlerësuar se rreth 94% e anomalive kongjenitale të rënda ndodhin në vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme, ku gratë shpesh nuk kanë qasje në ushqim të mjaftueshëm, mund të kenë rritje të ekspozimit ndaj agjentëve apo faktorëve të tillë si infeksionet dhe alkooli, që nxisin apo rrisin incidencën e zhvillimit të anomalive para lindjes. Për më tepër, moshja e avancuar e nënave rrit rrezikun e anomalive kromozomike, duke përfshirë sindromën Down, ndërkohë që moshja e re e nënës rrit rrezikun e disa anomalive të tjera kongjenitale.

Lidhja e gjakut (kur dy prindërit kanë lidhje gjaku) rrit prevalencën e anomalive të rralla kongjenitale dhe gati dyfishon rrezikun për vdekje të fëmijëve, për paftësi intelektuale dhe anomali të tjera në rrethin e kushërinjve të parë. Disa komunitete të caktuara etnike kanë një prevalencë relativisht të lartë të mutacioneve të rralla gjenetike, të cilat çojnë në një rrezik më të

lartë për anomali kongjenitale. Infeksionet e nënës si sifilizi dhe rubeola janë një shkak i rëndësishëm i anomalive kongjenitale në vendet me të ardhura të ulëta dhe mesatare. Mungesa e jodit, pamjaftueshmëria në folate, obeziteti dhe diabeti janë të lidhura me disa anomali të lindura. Për shembull, pamjaftueshmëria në folate rrit rrezikun e të pasurit një fëmijë me një defekt të tubit neural. Gjithashtu, marrja e tepruar e vitaminës A mund të ndikojë zhvillimin normal të një embrioni ose fetusit. (Anomalite-Kongjenitale).

Ekspozimi i nënës ndaj disa pesticideve dhe kimikateve, ashtu si edhe ndaj disa medikamenteve të caktuara, ndaj alkoolit, duhanit, drogave psikoaktive dhe rrezatimit gjatë periudhës së shtatzënisë, mund të rrisë rrezikun e të pasurit një fëmijë të prekur nga anomalitë kongjenitale. Puna apo jetesa afër grumbullimit të mbeturinave apo shkrirjes së mineraleve, mund të jetë gjithashtu një faktor rreziku, veçanërisht në qoftë se nëna është e ekspozuar ndaj faktorëve të tjerë të rrezikut mjedisor apo mangësive ushqyese. Masat parandaluese të shëndetit publik ulin frekuencën e disa anomalive kongjenitale.

Kujdesi shëndetësor përpara dhe gjatëkonceptimit përfshin praktikat themelore të kujdesit për shëndetin riprodhues, si dhe depistimin e këshillimit gjenetik. Skriminimi/depistimi mund të kryhet gjatë 3 periudhave të listuara më poshtë.

- Depistimi para shtatzënisë mund të jenë i dobishëm për të identifikuar njerëzit në rrezik për sëmundje të veçanta ose në rrezik për përcjelljen e një çrregullimi të fëmijët e tyre. Depistimi përfshin marrjen e historisë familjare dhe depistimin për mbartësit e defektit, dhe është veçanërisht e vlefshme në vendet ku martesat brenda një lidhje gjaku është e zakonshme. (Anomalite-Kongjenitale).

- Depistimi rreth shtatzënisë: Karakteristikat e nënës mund të rrisin rrezikun, prandaj rezultatet e depistimit duhet të përdoren për të ofruar kujdesin e duhur, sipas rrezikut. Kjo mund të përfshijë ekzaminimin e moshave të reja apo të avancuaratë nënave, si dhe depistimin për përdorimin e alkoolit, duhanit apo drogave të tjera psikoaktive. Ekzaminimi me ultratingujt mund të përdoret për depistimin për sindromën Down gjatë tremujorit të parë, si dhe për anomali të rënda të fetusit gjatë tremujorit të dytë. Teste shtesë dhe amniocenteza (analiza e lëngut amniotik) mund të ndihmojnë në zbulimin e defekteve të tubit neural dhe anomalive kromozomale gjatë tremujorit të parë dhe të dytë.

- Depistimi neonatal/pas lindjes përfshin ekzaminimin klinik dhe ekzaminime për sëmundjet e gjakut, të metabolizmit e hormone. Kontrolli për shurdhim dhe defekte të zemrës, si dhe zbulimi i hershëm i anomalive kongenitale, mund të lehtësojë trajtimet që shpëtojnë jetën e parandalojnë përparimin e disa prej aftësive të kufizuara fizike, intelektuale, të shikimit apo të dëgjimit. Në disa vende, foshnjat kontrollohen rutinë për anomali të tiroides ose gjendrave mbi veshkore para se të dalin nga shtëpia e lindjes. Si trajtohen? Disa nga anomalitë e lindura mund të korrigjohen me kirurgji. Trajtimi i hershëm mund të bëhet për fëmijët me probleme funksionale si talasemi, hypothyroidizëm kongenital, etj. (Anomalite-Kongenitale).

2.2 Parandalimi anomive kongenitale

Nëse fëmija ka lindur me ndonjë defekt apo gjendje tjetër shëndetësore, ai mund të ketë nevojë të veçantë në lindje dhe më vonë gjatë jetës. Defektet e lindjes janë gjendje shëndetësore që janë të pranishme në lindje. Ato ndryshojnë formën ose funksionin e një ose më shumë pjesëve të trupit. Defektet e lindjes mund të shkaktojnë probleme në shëndetin e përgjithshëm, se si zhvillohet trupi apo se si trupi punon. Statistikat për Kosovën nuk janë në dispozicion, por për t'ju dhënë një ide të asaj se sa të zakonshme janë, një në 33 foshnje në Shtetet e Bashkuara lind me ndonjë defekt. Aplikimi i përqindjes së njëjtë do të thotë pothuajse 1,000 foshnja të lindura çdo vit në Kosovë kanë ndonjë defekt në lindje (Minette MS 2006).

Dia pika të cilat nënat duhet të kujdesen lidhur me parandalimin e anomine kongenitale:

Të merret të paktën 400 mcg të acidit folik çdo ditë për të paktën një muaj para se të mbesin shtatzënë dhe 600-800 mcg gjatë shtatzënisë. Zakonisht këtë mund gjenjë në vitaminat e paralindjes, por duke kontrolluar dozën. Ushqimet me shumë acid folik përfshijnë disa drithëra të fortifikuara, thjerrëzat dhe fasule/bizele të thata, arra, avokado, perime jeshile (brokoli, spinaq, barishte marule ose rrepë, bamje, lakër Brukseli, dhe shparg) dhe fruta agrume dhe lëng 100%. Konsumimi i mjaftueshëm i acidit folik mund ta zvogëlojë deri në 70% rrezikun që foshnja të ketë një defekt të tubit nervor, siç është spina bifida, si dhe ta zvogëlojë deri në 25% rrezikun që foshnja juaj të ketë të çara në gojë (Action for mother).

Vizita e mjekut Është thelbësore që gjatë shtatzënisë të vizitohet mjeku rregullisht (të paktën katër herë). Ai do të kryej teste të rëndësishme për nënën dhe foshnjën, të cilat do të ndihmojnë në identifikimin e komplikimeve të mundshme, dhe ai gjithashtu mund t'ju tregojë se si të kujdesen më së miri për veten dhe foshnjën tuaj që ende nuk ka lindur gjatë kësaj kohe të rëndësishme (Action for mother).

Shmangia e alkoolit gjatë shtatzënisë Meqë nuk ka një sasi të njohur të alkoolit që është e sigurt për t'u përdorur gjatë shtatzënisë, ekspertët rekomandojnë që të mos të përdoret fare alkool për t'i mbajtur në minimum rreziqet për fëmijën. Rreziqet përfshijnë abortin, lindjen me fryt të vdekur, dhe paftësi të shumta fizike, të sjelljes, dhe intelektuale. Sa më shumë që përdoret, aq më të mëdha janë rreziqet. Pirja e shumtë mund ta shkaktojë sindromin alkoolik të fetusit, e cila shpie në probleme të përjetshme me rritje të dobët, anomali të fytyrës dhe kokës, dhe probleme në të mësuarit dhe sjellje (Action for mother).

Prija active dhe passive e duhanit Ekspozimi ndaj tymit mund të shkaktojë çarje të buzëve/qiellzës dhe rreziqe të tjera siç janë lindja e parakohshme, anomali të ndryshme dhe vdekja e foshnjës (Action for mother).

Parandalimi i infeksionet duke pastruar shpesh duart me sapun dhe alkool, sidomos gjatë përgatitjes dhe duke shmangur takimet me njerëzit që janë të sëmurë. Gjithashtu, ju duhet që në mënyrë aktive të shmangen sëmundjet e transmetueshme seksualisht dhe të trajtohen menjëherë nëse tashmë u janë ekspozuar atyre. Infeksionet mund të shkaktojë një varg të defekteve të lindjes (Action for mother).

Menaxhimi i të gjitha gjendjeve negative shëndetësore, të tilla si, astma, diabeti, tensioni i lartë i gjakut, stresi dhe pesha e madhe. Bisedoni me mjekun/infermierin se si t'i menaxhoni këto para dhe gjatë shtatzënisë. Kjo do ta zvogëlojë rrezikun që ta keni një fëmijë të lindur me një defekt të lindjes ose ndonjë tjetër sëmundje si rezultat i shëndetit të dobët.

Substancat toksike para dhe gjatë shtatzënisë. Kjo vlen edhe për burrat edhe për gratë, pasi kjo mund ta rrisë rrezikun e një vargu të madh të defekteve të lindjes që ndikojnë në shumë aspekte të zhvillimit të foshnjës, duke përfshirë, ndër të tjera, trurin e tij, palcën kurrizore, traktin urinar, zemrën, sistemin nervor.

Shmangia e disa medikamente, duke përfshirë barnat me recetë dhe ato që jepen pa recetë, si dhe produktet dietike ose barishtore. Konsulta me mjekun para shtatëzanisë ose sa më shpejt që të jetë e mundur gjatë shtatëzënisë do të ndihmoj në shëndetin e nënës. Ai mund të jenë në gjendje ta rekomandojë një alternative që është e përshtatshme të jepet gjatë shtatëzënisë.

Konsumimi i 250 mcg jod çdo ditë gjatë shtatëzënisë. Zakonisht, këtë mund ta gjejnë në vitaminat e paralindjes, por duke kontrolluar dozën. Ushqimet me shumë jod përfshijnë kripën e jodizuar, ushqimin e detit dhe produktet e qumështit. Por nuk duhet konsumuar edhe aq shumë. Konsumimi i tepërt apo i pakët i jodit mund ta rrisë rrezikun e çrregullimeve në lidhje me tiroidet, si dhe vonesat mendore (Action for mother).

2.3 Anomalitë kongjenitale të kokës

Anomalitë kraniofaciale (CFA) janë një grup i larmishëm i deformimeve në rritjen e kokës dhe kockave të fytyrës. Anomali është një term mjekësor që do të thotë "parregullsi" ose "i ndryshëm nga normalja". Këto anomali janë të pranishme gjatë lindjes (kongjenitale) dhe ka shumë variacione. Disa janë të butë dhe disa janë të rëndë dhe kanë nevojë për kirurgji. Disa anomali kraniofaciale shoqërohen me anomali diku tjetër në trup, të cilat mund të jenë serioze (Munoz 2013).

çfarë shkakton anomali kranofaciale?

Shumica e profesionistëve mjekësorë pajtohen që nuk ekziston asnjë faktor i vetëm që shkakton këto lloj anomalish. Përkundrazi, ka shumë faktorë që mund të kontribuojnë në zhvillimin e tyre, përfshirë këtu:

Kombinimi i gjeneve. Një fëmijë mund të marrë një kombinim të veçantë të gjen (ëve) nga një ose të dy prindërit. Ose, mund të ketë një ndryshim në gjenet në kohën e konceptimit. Kjo rezulton në një anomali kranofaciale (Munoz 2013).

Mjedisor. Efekti i ekspozimeve mjedisore në zhvillimin e anomalive kranofaciale nuk është kuptuar plotësisht. Sidoqoftë, ekspozimet mjedisore mund të luajnë një rol, veçanërisht në kombinim me anomalitë gjenetike.

Mungesa e acidit folik. Acidi folik është një vitaminë B që gjendet në lëng portokalli, drithëra të fortifikuara të mëngjesit, produkte të pasuruar me drithëra dhe perime me gjethe jeshile. Studimet kanë treguar që gratë që nuk marrin acid folik të mjaftueshëm gjatë shtatëzanisë, ose kanë një dietë që mungon në acidin folik, mund të kenë një rrezik më të lartë për të pasur një foshnjë me anomali të caktuara kongjenitale. Këto përfshijnë buzën e hapur dhe qiellzën e care (Munoz 2013).

Cilat janë llojet më të zakonshme të anomalive kranofokiale?

Disa nga llojet më të zakonshëm të anomalive kranofokiale përfshijnë si më poshtë:

Zgjerohet buzën dhe / ose qiellzën e çarë. Një ndarje që ndodh në buzën ose qiellzën (çatinë e gojës), ose të dy. Buza e thyer dhe qiellza e çarë janë anomalitë kongjenitale më të zakonshme kranofokiale që shihen gjatë lindjes.

Buzë e pastër. Një anomali në të cilën buza nuk formohet plotësisht. Shkalla e buzës së thyer mund të ndryshojë shumë, nga e buta (notimi i buzës) deri tek i rëndë (hapje e madhe nga buza deri në hundë).

Qiellzën e çarë. Ndodh kur çatia e gojës nuk mbyllet plotësisht, duke lënë një hapje që mund të shtrihet në zgavrën e hundës. Ftarja mund të përfshijë secilën anë të qiellzës. Mund të shtrihet nga pjesa e përparme e gojës (qiellzës së fortë) deri në fyt (qiellzë e butë). Përçarja mund të përfshijë gjithashtu buzën (Munoz 2013).

Craniosynostosis. Një gjendje në të cilën qepet (njolla të buta) në kafkën e një foshnje mbyllen shumë herët. Kjo shkakton probleme me rritjen normale të trurit dhe kafkës. Mbyllja e parakohshme e qepjeve mund të shkaktojë që presioni në brendësi të kokës të rritet dhe kocka e kafkës ose e fytyrës të ndryshojë nga një pamje normale, simetrike (Munoz 2013).

Mikrosomia hemifaciale. Një gjendje në të cilën indet në njërin anë të fytyrës janë të pazhvilluara. Kjo më së shumti prek zonat e veshit (aural), gojës (oral) dhe nofullës (mandibular). Ndonjëherë, të dy anët e fytyrës mund të preken dhe mund të përfshijnë kafkën dhe fytyrën. Mikrosomia hemifaciale njihet edhe si sindromi Goldenharar, sindromi i harkut brachial, sindroma facio-auriculo-vertebrale, spektri okulo-auriculo-vertebral ose dysplasia lateral e fytyrës.

Hemangioma. Një hemangioma është një enë gjaku në rritje anormale në lëkurë që mund të jetë e pranishme gjatë lindjes (shenja e kuqe e zbehtë) ose që shfaqet në muajt e parë pas lindjes. Një hemangioma njihet gjithashtu si njolla e verës së portit, hemangioma e luleshtrydheve dhe copëza e salmonit.

Plagiocefalia deformuese (ose e pozicionuar). Një formë e gabuar (asimetrike) e kokës nga presioni i përsëritur në të njëjtën zonë të kokës. Plagiocephaly fjalë për fjalë do të thotë "kokë e zhdrejtë" (nga greqishtja "plagio" për zhdrejtë dhe "cephale" për kokë (Holmes LB, 1987).

2.4 Infeksionet kongjenitale

Infeksionet kongjenitale prekin fetusin e palindur ose foshnjën e porsalindur. Në përgjithësi ato shkaktohen nga viruse që mund të merren nga fëmija në çdo kohë gjatë shtatëzanisë deri në kohën e lindjes. Viruset fillimisht infektojnë nënën e cila më pas mund ta kalojë atë tek fëmija ose direkt përmes placentës ose në kohën e lindjes pasi fëmija kalon nëpër kanalën e lindjes (Neal P. Simon).

Nënat në përgjithësi nuk ndjehen të sëmurë nga viruset. Ndonjëherë ato kanë simptoma të ngjashme me gripin. Edhe nëse nëna dihet të ketë një sëmundje virale gjatë shtatëzanisë, sistemi i saj imunitar mund të parandalojë që virusi të infektojë fetusin ose foshnjën e porsalindur.

Viruset më të zakonshëm që lidhen me infeksionet kongjenitale përfshijnë Cytomegalovirus (CMV), Herpes, Rubeolën (fruthi gjerman), Parvovirus, Varicella (dhenve) dhe Enteroviruse.

Kjo mund të jetë shumë e vështirë fillimisht. Shumica e infeksioneve kongjenitale në fetus dhe foshnja e porsalindur janë krejtësisht të heshtura dhe asimptomatike. Sidoqoftë, disa mund të jenë serioze dhe të shkaktojnë dëme të thella në trup që rezultojnë në defekte të lindjes ose edhe me vdekje. Edhe nëse infeksioni në fillim është i heshtur, ai mund të dëmtojë qetësisht dhe ngadalë trupin, duke shkaktuar probleme mjekësore dhe zhvillimore që shfaqen vetëm muaj apo edhe vite më vonë (Neal P. Simon).

Diagnostifikimi i një infeksioni të lindur ndonjëherë mund të bëhet nga mjeku obstetër ose pediatër, bazuar në simptomat e nënës, gjetjet fizike të foshnjës përpara (me anë të ultrazërit) ose

pas lindjes, si dhe me anë të testeve të gjakut si nëna ashtu edhe fëmija. Ndonjëherë, përkundër një stërvitje të ndërlikuar mjekësore, një infeksion kongjenital nuk mund të provohet.

Kalcifikimet në tru të shoqëruara me dëmtimin e trurit mund të shihen me infeksione CMV. Truri rritet dobët dhe koka më pas shfaqet e vogël (mikrocefali). Mund të ndodhin gjithashtu hidrocefalus ("ujë në tru") dhe hernie të ijëve. Diabeti i sheqerit dhe problemet e zemrës mund të shihen me infeksione kongjenitale të Rubeolës. Infeksionet e përsëritura të syrit dhe lëkurës janë tipike për Herpesin (Neal P. Simon).

Foshnjat me infeksione kongjenitale mund të pësojnë dëme të veçantë në trurin dhe organet shqisore në zhvillim. Efektet pasuese të infeksionit janë mjaft të larmishme, duke rezultuar në një gamë të gjerë të rezultateve të zhvillimit (Neal P. Simon).

Humbja e dëgjimit është paaftësia më e zakonshme e zhvillimit, veçanërisht nga infeksionet CMV dhe Rubeola. Mund të jetë e pranishme gjatë lindjes ose të zhvillohet më vonë në fëmijëri dhe të jetë progresive. Humbja e dëgjimit mund të jetë e vështirë për t'u zbuluar që në foshnjëri.

Dëmtimet e shikimit janë të zakonshme, veçanërisht me infeksionet me Herpes dhe Rubeola. Dëmtimet vijnë nga zhvillimi i kataraktave ose nga shkatërrimi aktual i indeve të syrit.

Mund të ndodhin dëmtime të buta deri të rënda në tru, duke rezultuar në shkallë të ndryshme të prapambetjes mendore, çrregullime të mësimin dhe sjelljes dhe autizmit. Shpesh kërkohet arsim special (Neal P. Simon).

Foshnjat e lindura me një infeksion të dukshëm kongjenital, shpesh do të shfaqin një paaftësi serioze zhvillimore në fillim të jetës. Foshnjat e lindura me infeksione të lindura të heshtura mund të mos shfaqin aftësi të kufizuara për muaj ose vite. Për këtë arsye, është e rëndësishme që të gjithë foshnjat e lindura me infeksione kongjenitale të njohura ose të dyshuara të ndiqen nga afër për të zbuluar shenjat e problemeve të zhvillimit në moshën më të hershme të mundshme. Vizioni i hershëm dhe ekranet e dëgjimit janë veçanërisht të rëndësishme. Ndjekja e shpejtë, ndjekja e hershme do të lejojë futjen e terapive të nevojshme ndërhyrëse në kohën më të shpejtë të mundshme (Neal P. Simon).

2.5 Patogjeneza e hidrocefalisë

Që të kuptohet patogjeneza e hidrocefalisë pas njohjes së anatomisë dhe fiziologjisë së rrjedhjes LCS është e rëndësishme edhe biomekanika dhe patofiziologjia e rritjes së presionit LCS, si dhe mekanizmi i zgjerimit (dilatimit) të ventrikujve trunor. Në kavitetin trunor veprojnë tri sisteme të ndryshme prej të cilave dy janë të lëngshme (gjaku dhe LCS) dhe njëri nga sistemet I cili sillet si masë viskozoelastike (masa trunore) këto tri sisteme gjenden në një balancë të ndërsjellët dhe çdo ndryshim I këtij balance sjell deri te çrregullimi i raportit të sistemit dhe funksionit të SNQ. Bazat biomekanike të hidrocefalusit i ka dhënë Hakim. Ai duke u bazuar në punimet eksperimentale ka vërtetuar së rritja e LCS e cila ndikon në rritjen e ventrikujve trunor provokon kollpas progresiv të venave duke e zvogëluar rrjedhën e gjakut dhe duke shkaktuar hipoksi që do rezultojë me ato atrofi të masës trunore. Koka e zmadhuar e njohur me termin e përmbajtjes së ujit në tru ka zgjuar interesim dhe ka ngjallur spekulime të ndryshme mbi formimin e saj.(B.Elshani 2013).

Shembull:

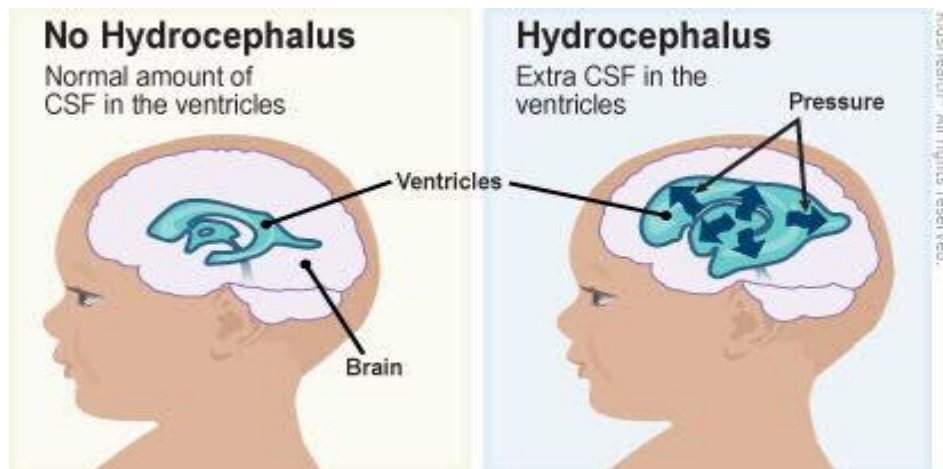


Figura 1: Hydrocephalus

Në mënyrë hipotetike ekzistojnë tri kondikta apo teori të formimit të hidrocefalisë:

- Obstruksioni i rrugëve të likuorit cerebro-spinal
- Mbisekretimi i LCS
- Komprometimi i drenimit venoz cerebral. (B.Elshani 2013).

Teoria e patogjenezës e mbisekretimit të LCS shpejgohet me horoid pleksus papillomat të cilat prodhojnë mbisekretimin e LCS dhe bëjnë që sistemi ventricular të obstrukohet dhe të lajmërohet hidrocefalia.

Komprometimi i drenimit venoz cerebral është teori që shpjegon rritjen e presionit të venave cerebrale që si rezulta jep çrregullimin në absorpcion nga villet arahnoidale dhe shkakton hidrocefalinë.(B.Elshani 2013).

2.6 Klasifikimi i hidrocefalisë

Në bazë të periudhës jetësore të manifestimit mund të jetë:

- Hidrocefali e lindur,
- Hidrocefali e fituar. (B.Elshani 2013).

Në bazë të aspektit anatomik, fiziologjik dhe patofiziologjik dallojmë këtë klasifikim:

Anatomik:

- Hidrocefali e bandshme
- Hidrocefali e jashtme
- Hidrocefali e kombinuar. (B.Elshani 2013).

Morfologjik

- Hidrocefali parciale,
- Hidrocefali komplete (B.Elshani 2013).

Në bazë të kriteriumit funksional – klinik ndahen në:

- Hidrocefali aktive
- Hidrocefali pasive (B.Elshani 2013).

2.7 Hidrocefalia aktive

Hidrocefalia active definohet si rritje vertikulare dhe e hapësirës subarahnoidale për shkak të rritjes së presionit të LCS dhe vjen deri te komprimimi i masës trunore.

Barësisht nga shkak i rritjes së presionit të LCS hidrocefalia ndahet në disa nëngrupe

- Forma hipersekretore
- Forma obstruktive
- Aresorptive (B.Elshani 2013).

Forma hipersekretore e hipocefalisë paraqet sekretimin e shtuar të likvorit cerebrospinal në absorbim normal. Shkak i shpeshtë i hipersekretimit është tumori i plexuesve horoide (Plexus papilloma).

Forma obstruktive e hipocefalisë është forma më e shpeshtë e hidrocefalisë dhe varësisht nga vendi i obstrukcionit mund të lokalizohet në ventikuj në këto nivele: të foramen Monros, në akueduktus Sylvi, në nivel të hapjeve të ventrikulit të katërt. Në nivelin extraventikualr obstrukohet në cisternat bazale dhe hapësirat subarahnoidale. (B.Elshani 2013).

Forma arresorptive e karakterizon zvogëlimi ose bllokimi i absorbionit përkundët prodhimin dhe rrjedhes normale të LCS, mirëpo shkaktarët e ndryshëm bëjnë që LCS të grumbullohet në hapsirat subarahnoidale dhe cisternat bazale dhe shkakton rritjen e ventikujve dhe manifestimin e hipertensionit intracranial. (B.Elshani 2013).

2.8 Hidrocefalia pasive

Edhe pse kemi rritje të ventikujve nuk kemi rritje të presionit të LCS apo ndikimit të ndonjë faktori biokimik por se dilatimi primar i ventikujve dhe hapësirës subarahnoidale paraqitet për shkak të atrofisë së masës trunore që njihet edhe me emrin (hydrocephalus ex vacuo).

Format Klinike të Hidrocefalisë janë format:

- Akute
- Subakute dhe

- Kronike(B.Elshani 2013).

Hidrocefalia akute karakterizohet me një rritje të shpejtë të kokës ndonjëherë te fëmijët 1 cm në ditë. Fontanella nën tension bulbuset të kthyer poshtë (fenomenit I perëndimit të diellit), venat e kokës të theksuara si një disproporcion kranio facial.(B.Elshani 2013).

Simptomat klinike përcillen me kokëdhëmbje, vjellje, staz papilare, sulme epileptike, deri te shenja e inkarcerimit trunor. hidrocefalia subakute – ka formën klinike që mund të manifestohet me muaj por me simptome shumë të lehta se ajo akute.(B.Elshani 2013).

Shumë autorë e përshkruajnë këtë formë klinike si formë ndërmjetëse të formës akute dhe kronika.

Hidrocefalia kronike ka një evaluim të ngadalshëm të pasqyrës klinike që karakterizohet me kokëdhëmbje, harresë, marramenje, çrregullime në ecje, atrofi e nervit optic etj. Te forma kongjenitale të hidrocefalisë gjysma prej tyre nuk nuk përjetojnë fazë akute, deri sa gjysma tjetër jetojnë me sekuela të ndryshme, ku 30% kanë jetë normale intelektuale ndërsa përqindja tjetër ka sekuela të natyrës psikike intelektuale dhe neurologjike me ataksi cerebrale, sindroma spastike etj.(B.Elshani 2013).

2.9 Simptomat

Në këtë sëmundje, shenja dhe simptoma të ndryshme janë ndërthurur. Ato varen nga shpejtësia e zhvillimit sëmundja dhe mosha e pacientit. Ekzaminimi i një fëmije me hidrocefalusai përfshin historinë, vlerësimin e përgjithshëm klinik, inspektimin në shënjestër, palpimin dhe auskultation e kokës dhe shpinë. Gjithmonë matni perimetrin e kokës që krahasohet nga matjet e mëparshme. Rritja e shpejtë e perimetrit të kokës është një shenjë e rëndësishme në vitin e parejeta e foshnjës, për shkak të rritjes më të shpejtë të kokës sesa pjesët e tjera të trupit.

Nëse sëmundja nuk diagnostikohet dhe kurohet menjëherë pas lindjes, koka mund të jetë në rritet dy deri në katër javë me një deri në dy përqindje të vlerave normale (Mandleco dhe Potts, 2007).

Kujdes duhet të ushtrohet edhe kur të ekzaminoni një fëmijë me hidrocefalusneurokraniumi, i cili në rastin e një pjese frontale disproporcionale të madhe dhe të spikatur, tregon përparimin e sëmundjes. Vëmendja tërhiqet edhe nga shpata e madhe që është konveks, i tensionuar dhe pa pulsacione, shkrija vonë. Perplasja përcakton ndodhinëtenxhere e thyer (shenja Macewan). Kjo e fundit ndodh për shkak të dehiscencës së qepjeve kraniale.

Perplasja dëgjohet duke u bërë. Venat e kokës janë të zgjeruara dhe të dukshme përmes lëkurës së hollë, pothuajsh shumica kanë dhimbje koke. (Clayden dhe Lissauer, 2007).

Te fëmijët e vegjël, manifestohet me nervozizëm dhe fëmijët më të rritur e përshkruajnë atë si shpërndarës ose të kufizuar. Mund të ndodhë në okuput, përsyri apo veshi. Dhimbja shfaqet befas, mbase gjatë natës ose në mëngjes pas zgjimit.

Forcohet nga aktiviteti fizik, teshtitja, kollitja, defekimi dhe ndryshimet e shpejta pozicioni i kokës. Të vjellat shfaqen më shpesh në mëngjes. Shfaqet befas padobësitë e mëparshme, pas së cilës dhimbja e kokës zakonisht largohet. Vihet re gjithashtu një fenomen të diellit, që do të thotë se qerpikët e syve po bien poshtë, ka shumë të ngjarë për shkak të presionit të recesionit të tretë të barkushes së tretë mbi dhimbje barku. (Clayden dhe Lissauer, 2007).

Edema e papillës është e pranishme, që shkakton atrofi të nervit optik në hidrocefalus afatgjatë. Rrallë herë e bën këtë personazh ndodh tek fëmijët që nuk kanë pasur ende një shpatë të madhe të shkrire. Megjithatë, është pak më e rrallë

Një shenjë e rëndësishme është lëkundja e kokës përpara dhe mbrapa në një pozicion të drejtë që fëmija mund ai e ndërpret veten për disa çaste. Ekziston edhe një ndjenjë e një hunde të mbushur, një pseudobulbar paralizë, rritje e tonit të muskujve kryesisht në ekstremitet.

Vini re ndryshime të sjelljes, siç janë nervozizmi, apatia, depresioni, lodhja, përgjumje, çrregullime të kujtesës.

Deri në ndryshimet jetësore shenjat ndodhin me një rritje të shpejtë të presionit intrakranial. Ato shfaqen si bradypnea, bradycardia dhe presioni i rritur sistolik i gjakut. Ndërsa rritja intrakraniale vazhdon presioni gjithashtu mund të rezultojë në herniation duke shkaktuar kompresim të ndryshëm. Në ekstrem mund të ndodhë depresion kardiopulmonar.

Në rast të përparimit të ngadaltë hidrocefalus, shenjat klinike mund të shfaqen papritmas, me infeksione virale ose lëndime në kokë (Clayden dhe Lissauer, 2007).

2.10 Diagnoza

Diagnostifikimi i ultrazërit është më i miri për foshnjat dhe fëmijët e vegjël që akoma nuk kanë fontanellet e mbyllura përpara. Përdoret për të konfirmuar ose përjashtuar diagnozën e hidrocefalusit dhe përjashtimi i kushteve të tjera diagnostikuese të ndryshme.

Në të gjithë të posalindurit me rrezik të lartë të pranuar në njësinë e kujdesit intensiv, ekzaminimi i trurit kryhet sa më shpejt të jetë e mundur, zakonisht brenda 24 orëve nga pranimi.

Te foshnjat e parakohshme duhet pasur parasysh se janë në rrezik të lartë për hemorragji cerebrale, gjakderdhje etj.

Pra ultratingulli i trurit kryhet çdo dy deri në tre ditë. Nëse gjendet gjakderdhja e një tjetri, shkalla e tretë ose e katërt, hetimi përsëritet sipas madhësisë dhe shkallës së rritjes së barkusheve. Vlerësohen kushtet patanatomike të trurit, barkusheve dhe të tjerëvetë hapësirave cerebrospinale. (Mandleco dhe Potts, 2007).

Përdorimi i ultrazërit mund të diagnostikojë shkaqet që janë shkaktuar hidrocefalus, zhvillimi i sëmundjes dhe suksesi i trajtimit mund të monitorohen; dhe komplikime të mundshme. Indikacionet për trajtimin kirurgjikal të hidrocefalusit po identifikohen gjithashtu.

Shkalla e hidrocefalusit përcaktohet me matjen e ventrikujve.

Shqyrtimi është i shpejtë, i lehtë, jo-invazive, pa dhimbje dhe e përballueshme. Qetësimi i fëmijëve nuk kërkohet, as nuk është ashtu heqja e nevojshme e foshnjës nga inkubatori, pasi ekzaminimi mund të bëhet në shtrat. (Mandleco dhe Potts, 2007).

Ekzaminimi mund të plotësohet nga një teknikë e vlerësimit të rrjedhës së gjakut Doppler për marrja e të dhënave maksimale të shkallës së rrjedhës ndërmjet sistolit dhe diastolit, mesatarja vlerat e indeksit të rrjedhës dhe rezistencës. Shumica e matjeve kryhen në arteriet e përparme cerebrale dhe arteriet e brendshme karotide. (Mandleco dhe Potts, 2007).

Kur një presion i ngritur intrakranial zbulohet me metodën UZ të diagnostikimit, është për shtesë Diagnoza gjithashtu përdor tomografinë e llogaritur (CT) dhe imazhin e rezonancës magnetike (MR) koka.

Tomografia e llogaritur e kokës tregon strukturat e ndryshuara anatomike në trunë proceset patologjike. Ndryshimet e kockave dhe prania e intracranial janë gjithashtu të dukshme si gjakderdhje, calcifikime dhe çfarëdo tumori ose kisti. Me skanimin e CT pas futjeskullimi i ventrikulit gjithashtu përcakton pozicionin e majës së sistemit të kullimit, uljemadhësia e

ventrikulit në krahasim me imazhin para operacionit, ventrikulit dheglioza e varur. Hetimi është i shkurtër dhe ekspozimi i fëmijës është negativ pra rrezatimi jonizues dhe nevoja për qetësim ose anestezi të foshnjës.(Mandleco dhe Potts, 2007).

Rezonanca magnetike e kokës është metoda më e përdorur hetimore për zbuliminshkaqet e hidrocefalusit, sepse më saktë se CT ajo shfaq anatominë e qendroresistemi nervor. Gjithashtu lejon që truri të shfaqet në aeroplanët e ndryshëm. Vetëm mjaltëhetimi kërkon një pushim të rreptë, gjë që e bën të domosdoshme që fëmija të flejë apo me anestezi. Hetimi është më i gjatë dhe gjithashtu më i kushtueshëm sesa metoda e ekzaminimit CT dhe ultratinguj (Mandleco dhe Potts, 2007).

2.11 Trajtimi

Trajtimi i hidrocefalusit ka për qëllim eliminimin e shkakut të kësaj sëmundje.Nëse kjo nuk është e mundur, trajtimi drejtohet në uljen e prodhimit të lëngut cerebrospinal ose rritja e thithjes së CST (trajtimi jo-kirurgjikal) dhe vendosja e kullimit të tepërt CST (Trajtimi Kirurgjik) (Notersberg, 2009).

Trajtimi jo-kirurgjikal

Pavarësisht nga trajtimi gjithnjë e më i suksesshëm kirurgjikal, me gjithnjë e më pak pas operacionitkomplikimet, trajtimi me ilaçe i hidrocefalusit është ende i rëndësishëm. Përdoretveçanërisht në formën e zhvillimit ngadalë të hidrocefalusit dhe në posthemorhagic.

Në këtë lloj trajtimi, ne përqendrohemi kryesisht nënjë formë medicinale e trajtimit të hidrocefalusit që ndikon në prodhimin e CST dherritje e thithjes së CST. Në veçanti, pesë trajtime konservatore janë të njohurahidrocefalus: izosorbid, acetazolamide dhe furosemide, glicerinë dhe glukozide kardiake.(Notersberg, 2009).

Literatura citon edhe ngjeshjen e kokës, e cila në të kaluarën ka qenë gradualetë braktisur (Watkins, 2003).

Trajtimi alternativ

Punksioni i shpeshtë i mesit përdoret për të ulur presionin intrakranial dhe heqja e qelizave të gjakut të kalbur dhe proteinave të mbetjeve, duke kontribuar kështuithja më e shpejtë e lëngut cerebrospinal.

Me ndihmën e studimeve ndërkombëtare ato janë ekspertët kanë zbuluar se punktimet e shpeshta të mesit ngadalë ngadalësojnë rritjen e barkusheve dhe ajo mbulon kokat por nuk zvogëlon rrezikun e motorit, psikikës apo kombinimit të dështim. Ekziston gjithashtu një rrezik i lartë i infeksionit.

Kullimi i jashtëm i lëngut cerebrospinal kryhet duke futur një kateter në barkushen anësore direkt përmes një shatërvani të madh ose përmes një tuneli lëkure. Lëngu cerebrospinal se kullon gjatë gjithë ditës në interval të specifikuar. Presioni gjithashtu mund të vlerësohet bazuar në lartësinë e nevojshme për kullimin e lëngut cerebrospinal.

Kullimi i jashtëm është kryer, kur perimetri i kokës rritet për më shumë se 2 cm në dy javë, ose kur tejkalon 50. dhe më vonë 90 më shumë. Përqindja e kurbës së rritjes, ose kur veshja cerebrale mbi barkushet është duke u rralluar dhe zgjatur vazhdimisht koka më të mëdha për më shumë se 2 cm në javë dhe zhvillohen shenja të rritjes intrakraniale presioni. (Notersberg, 2009).

Midis 20 dhe 30 ml lëng cerebrospinal për çdo kullon çdo ditë nga kullimi i jashtëmpesha e trupit Lëngu cerebrospinal i rrjedhur është i ngopur me elektrolite dhe proteina, i cili mund të çojë në hiponatremi dhe hipoproteinemi në fillim të kullimit. Humbjet duhet të llogariten dhe zëvendësohen në përputhje me rrethanat. (Notersberg, 2009).

Një ndërlikim më serioz i kullimit të jashtëm të lëngut cerebrospinal është kullimi i bllokuar ose infeksionit sistem që mund të çojë në ventrikulit ose meningjit. Në rast infeksioni është e nevojshme trajtim afatgjatë me antibiotikë dhe zëvendësim i sistemit të kullimit. Komplikime të shumëfishta ato mund ta përkeqësojnë shumë gjendjen e fëmijës.

Trajtimi kirurgjikal

Trajtimi kirurgjik i fëmijëve me hidrocefalus është kompleks dhe kërkues, që do të thotë kjo është bashkëpunimi i pashmangshëm i neurokirurgut, pediatrit, infermierëve, anestezistit dhe bashkëpunëtorë të tjerë shëndetësor. Paqëndrueshmëria gjithashtu kontribuon në kompleksitetin e situatës një fëmijë i ri i cili nuk mund të kontribuojë në trajtimin e tyre.

Kështu është me prindërit kërkohet shumë mirëkuptim dhe angazhim moral, pasi shumica e tyre janë të tillërrethana që janë konfuze dhe jo mjaft kritike, gjë që ndonjëherë u jep atyre disa këshillaato duken të papranueshme ose të kota.

Për shembull, nuk këshillohet që ta puthni ngushtë foshnjënpërqaqimi, përkëdhelja, pasi veprime të tilla rrisin mundësinë e transmetimit stafilokokinfeksione, për një foshnjë të porsalindur me një sistem imuniteti të pazhvilluar, i cili është një rrethanë rënduese për operacionin pasi mund të çojë në infeksionlëngu cerebrospinal dhe më vonë sistemi i kullimit (Sterle, 1997).

Një nga problemet kryesore të neurokirurgjisë është trajtimi i fëmijëve me hidrocefalus. Në përafërsisht 70% e fëmijëve të trajtuar për operacionin hidrocefalus janë të suksesshëm. Trajtimi me hidrocefalus kërkon punë shumë precize nga një neurokirurg që duhet të jetë me përvojë, dhe të vendosni për kohën dhe metodën më të përshtatshme të operacionit, në varësi të gjendjes së sëmundjes.

Trajtimi neurosurgical gjithashtu kërkon zgjedhjen e saktë të sistemit të kullimit, në mënyrë rigorozeaderimi në masat e sigurisë së procedurës kirurgjikale, marrja në konsideratë e endoskopisë e mundshmeteknike dhe konsiderimi i përdorimit të ultrazërit gjatë operacionit.

Qëllimi i operacionit është futja e një sistemi kullimi që dokulloj përgjithmonë dhe në mënyrë të kontrolluar lëngun cerebrospinal nga zona e ndenjtur nëtruri në një zgavër tjetër të trupit.

Futja e sistemit të kullimit është e mundur nëse lëngu cerebrospinal është steril dhe nëse përqendrimi i proteinave në të është më i vogël ose i barabartë me 1 g. Nëse do të ishte përqendrimi i proteinavemë i madh në lëngun cerebrospinal, do të ishte e mundur që grimcat e proteinave të bllokohensistemi kanal përgjatë valvulave te diafragma të sistemit të kullimit (Sterle, 1997).

Shkaku i trajtimit kirurgjikal të hidrocefalusit nuk është vetëm një rritje patogjene e vëllimit të lëngut cerebrospinal në kokë por e gjithë tabloja klinike.(Sterle, 1997).

2.12 Kujdesi infermieror te pacientët me anomali kongenitale

Përgjegjshmëria në kujdesin infermieror është një indikator i ciësisë së shërbimeve e shfaqur si një alternativë e konceptit të satisfaksionit të pacientit. Përgjegjshmëria është një mënyrë e reagimit, ka natyrë subjektive dhe përfshinë njohjen dhe përgjigjen e infermierëve në pritjet e pacientëve gjatë ofrimit të shërbimeve të kujdesit. (Rodrigues 2012) Përgjegjshmëria ka dy dimensione: rrespektin për njerëzit dhe orientimin te pacienti, Rrespekti për njerëzit nënkupton përfshirjen e etikës në bashkëveprimin e pacientëve me shërbimet e shëndetit dhe përbëhet nga dinjiteti, konfidencialiteti, autonomia dhe komunikimi.

Orientimi te pacienti përfshinë kategoritë që ndikojnë në satisfaksionin e pacientit dhe që janë drejtpërdrejtë të lidhura me shërbimet e kujdesit, mbështetjen sociale dhe paisjet në mjedisin shëndetësor. (Gaioso 2007)

Mënyra e përgjigjes (reagimit) i adresohet nivelit të përgjegjshmërisë dhe vlerëson dy aspekte: çfarë ndodh kur një pacient ndërvepron me sistemin shëndetësor dhe si pacienti kupton dhe vlerëson atë që ka ndodhur (Rodrigues 2012).

Është e rëndësishme për të siguruar që sjellja e infermierit është vendim i admirueshëm, si në marrjen e vendimeve ashtu edhe në zbatimin e tyre.

Respekti dhe trajtimi i barabart i pacientëve

Besimi se të gjitha qeniet njerëzore meritojnë respekt dhe trajtim të barabartë është relativisht i ri. Në shumicën e shoqërive, marrëdhënie të pasjellshme dhe të pabarabarta mes individëve dhe grupeve janë konsideruar normale dhe të natyrshme. Një praktikë e tillë ishte skllavëria, e cila në kolonitë evropiane në Shtetet e Bashkuara nuk ishte zhdukur deri në shekullin e XIX, edhe pse e paligjshme, ende ekziston në disa pjesë të botës. (Rodrigues 2012)

Gratë ende përjetojnë mungesën e respektit dhe trajtimit të pabarabartë në shumë vende. Diskriminimi në bazë të racës, moshës, paaftësisë ose orientimit seksual është i përhapur. Sigurisht, mbetet rezistencë e konsiderueshme për pretendimin se ndaj të gjithë njerëzve duhet të sillësh në mënyrë të barabartë. (Rodrigues 2012)

Një nga hapat e parë që janë marrë nga Kombet e Bashkuara ishte përcaktimi i Deklaratës Universale për të Drejtat e Njeriut (1948), neni i parë i së cilës thotë që "Të gjithë njerëzit lindin të lirë dhe të barabartë në dinjitet dhe të drejta".(Rodrigues 2012).

Te infermierët, bashkëndjenja është vlera themelore e profesionit dhe elementi themelor i krijimit të marrëdhënies së mirë me pacientët. Dhembshuria është e bazuar në respektimin e dinjitetit dhe vlerave të pacientit, por shkon edhe më tej se kjo, duke njohur dhe duke iu përgjigjur dobësisë së pacientit për shkak të gjendjes apo paaftësisë (Kohlen H, 2009).

Shumë infermier, veçanërisht ata në sektorin publik, shpesh nuk kanë mundësi për përzgjedhjen e pacientëve që ata trajtojnë. Disa pacientë janë të dhunshëm dhe përbëjnë një kërcënim për sigurinë e infermierit apo personelit tjetër shëndetësor. Të tjerët mund të përshkruhen vetëm si të padurueshëm për shkak të qëndrimeve të tyre dhe sjelljeve antisociale. A kanë hequr dorë pacientët e tillë nga e drejta e tyre për t'u respektuar dhe trajtuar barabartë, apo nga infermieri pritet të ndërmarrë hapa të veçantë, për të krijuar dhe për të ruajtur marrëdhëniet me ta? Ndaj pacientëve të tillë, infermierët duhet të harmonizojnë përgjegjësinë e tyre për veten dhe sigurinë e mirëqenien e stafit të tyre, përveç detyrës së tyre për të promovuar mirëqenien e pacientëve ata duhet të përpiqen për të gjetur mënyra për të përmbushur denjësisht këto dy detyrime (Kohlen H, 2009).

Komunikimi me pacientë

E drejta e pacientëve për të marrë vendime lidhur me kujdesin e tyre shëndetësor ruhet në deklaratat ligjore dhe etike në të gjithë botën. Parimi i përgjithshëm ligjor dhe etik është që duhet të merret miratimi i vlefshëm përpara se të fillohet me procedurën apo terapinë. Ky parim pasqyron të drejtën e pacientëve për të vendosur se çfarë do të ndodh me trupin e tyre, dhe është vlera themelore e praktikës së mirë. Një kusht i domosdoshëm për pëlqimin e informuar është komunikimi i mirë midis infermierit dhe pacientit. Në kohën e sotme komunikimi i infermierit kërkon më shumë. Pacientëve duhet t'u ofrohen të gjitha informatat të cilat u duhen në marrjen e vendimeve personale. Kjo nënkupton përdorimin e një gjuhe të thjeshtë, me vërtetimin dhe arsyetimin e informatave të cilat pacientët i kanë marrë diku tjetër (p.sh. nga një punëtorë tjetër shëndetësor, revistë apo internet), derisa infermierët duhet të jenë të sigurt që pacienti i kupton

cilat janë mundësitë e shërimit dhe ofrimit të kujdesit sikurse çmimet, përparësitë dhe mangësitë e gjithë këtyre (Kohlen H, 2009)

Infermierët duhet të përgjigjen në të gjitha pyetjet, pacientët pyesin dhe duhet të kuptojnë çdo vendim që marrin mjekët dhe infermierët, nëse është e mundur edhe arsytet për të. Për shumicën e njerëzve aftësitë e mira komunikuese nuk janë normale, ato duhet të zhvillohen dhe të bëjnë përpjekje të vazhdueshme të ndërgjegjshme dhe rinovimin e rregullt. Të tre pengesat kryesore për komunikim të mirë midis infermierit dhe pacientit janë dallimet në gjuhë dhe kulturë si dhe dobësimi i komunikimit me pacientin gjatë kujdesit.

Nëse infermieri përcjellë me sukses te pacienti të gjitha informatat, për të cilin ai ka nevojë dhe që dëshiron ta dijë në lidhje me diagnozën, prognozën dhe opsionet e trajtimit, atëherë pacienti do të jetë në gjendje të marrë një vendim të informuar se si të vazhdohet. Edhe pse termi "pëlqim" sugjeron një miratim të procesit, koncepti i pëlqimit të informuar vlen njëlloj për refuzimin e trajtimit dhe zgjedhjen e disa prej metodave alternative. Pëlqimi i qartë jepet gojarisht ose me shkrim. Pëlqimi nënkupton kur një pacient tregon dëshirën për t'iu nënshtruar një procedure apo trajtimi, dhe kjo është e qartë nga sjellja e tij / saj (Kohlen H, 2009).

Kodi etik i Infermierëve

Oda e Infermierëve, Mamive dhe Profesionistëve tjerë shëndetësor të Kosovës në përputhje me kompetencat e veta në vitin 2015 ka miratuar Kodin etik. Me kod etik përcaktohen parimet bazë të sjelljes profesionale, raportit me pacientet, bashkëpunimi me ekip të kujdesit shëndetësor, respektimi i fshehtësisë profesionale, edukimi i vazhdueshëm profesional, mbrojtja e pacienteve nga rreziku, përgjegjësitë që kanë të bëjnë me qëshje Etike dhe marrëdhëniet me infermier, mami dhe profesioniste tjerë shëndetësor. (Oda e Infermierëve, 2015).

Infermierët duhet të veprojnë në mënyrë të qetë dhe të rrisin reputacionin e profesionit të vet. Ata nuk mund të lejojnë që asnje interes të ndikojë në gjykimin e tyre profesional. Duhet të refuzojnë çdo dhuratë apo favor që mund të interpretohet si një përpjekje për të marrë përfitime personale. Infermierët nuk guxojnë të kërkojnë apo të pranojnë të holla nga pacientët apo nga të afërmit e

tyre. Infermierët duhet ta mbrojnë pacientin nga rreziqet eventuale. Duhet të punojnë për zhvillimin e kujdesit infermieror me ekipet e tjera, të cilët kanë përparësi sigurinë dhe shëndetin e pacientit. Në rastet kur kercenohen standardet profesionale, infermierët duhet të njoftojnë personin përgjegjës me raport me shkrim. Nëse ballafaqohen me dilemën profesionale, obligohet të konsultohen me organet përkatëse të OIK-ut, duke patur parasysh gjithmonë në rendin e parë duhet të jetë interesi dhe siguria e pacientit (Oda e Infermierëve, 2015).

Në rastet emergjente, si në punë edhe jashtë orarit të punës, infermierët e kanë për obligim profesional të ofrojnë ndihmën e parë duke llogaritur në kompetencat personale. Infermieret nuk do të bëjnë kërkesa që kanë për qëllim të dëmtojnë dikë. Infermierët duhet të bashkëpunojnë me kolegët e tyre dhe të sillen ndaj tyre ashtu siç do të donin që ata të sillen ndaj saj\tij. Infermierët duhet të kujdesen për dinjitetin e tyre dhe të kolegëve nëpërmjet sjelljeve të cilat shprehin respekt dhe solidaritet gjatë kurimit dhe kujdesit infermieror. Infermierët duhet të shprehin falënderimin ndaj mësuesve, atyre që ua mësuan dituritë dhe shkathtesitë profesionale. Infermierët OIK-un e konsiderojnë bazë profesionale, duke e ruajtur dhe promovuar reputacionin e tij si në profesion ashtu dhe në publikun e gjerë. Infermieri është i obliguar të respektoj të gjitha aktet e përgjithshme dhe vendimet dhe udhëzimet e tjera të OIK-ut dhe të përmbushë të gjitha detyrimet ndaj Odës (Oda e Infermierëve, 2015).

3.DEKLARIMI I PROBLEMIT

Ky studim kishte për qëllim të përcaktojë modelin e anomalive kongjenitale dhe të vlerësojë lidhjen midis anomalive kongjenitale dhe karakteristikave të nënës. Modelet e anomalive kongjenitale mund të ndryshojnë me kalimin e kohës ose sipas vendndodhjes gjeografike, të cilat mund të pasqyrojnë ndërveprime komplekse midis çështjeve mjedisore dhe gjenetike

Shfaqja e lartë e anomalive të sistemit nervor qendror mund të shpjegohet nga mungesa e ushqimeve të fortifikuara me acid folik, marrje shumë e ulët konvencionale e acidit folik, dhe marrja e pamjaftueshme diete e ushqimeve të pasura me acid folik, siç janë perimet. Këto probleme me marrjen e acidit folik ndoshta ishin për shkak të oreksit të dobët dhe të përzier gjatë

shtatëzënisë, dhe kujdesit të dobët antenatal. Një kujdes më i mirë para lindjes mund të ketë lejuar diagnostikimin e këtyre anomalive në një fazë të hershme. Studimet kanë treguar që marrja e përditshme e nënës e acidit folik vetëm ose në formën e shtesave multivitaminë para ngjizjes deri në tremujorin e parë të shtatëzënisë mund të ndihmojë në parandalimin e shfaqjes dhe përsëritjes së defekteve të tubit nervor .

Ekziston një lidhje e rëndësishme midis sëmundjeve mjekësore tek nënat, kryesisht diabeti mellitus dhe lindja e bebeve me anomali kongjenitale. Hulumtimet paraprake kanë krijuar lidhje të qarta midis kontrollit të glicemisë së nënës dhe rrezikut të zhvillimit të anomalive kongjenitale. Në një studim tjetër të realizuar në Egjipt për foshnjat me lindje të gjallë, incidenca e anomalive të vogla kongjenitale tek foshnjat e nënave diabetike ishte 18%, ndërsa incidenca ishte 11% për anomalitë kryesore kongjenitale. Më vonë ishte 4,6 herë më e lartë se në popullsinë e përgjithshme.

Një shkaktar tjetër që vlen të përmandet është pirja e duhanit. Sidoqoftë, ne nuk mund të zbulonim një lidhje statistikisht të rëndësishme midis pirjes së duhanit dhe lindjes së bebeve me anomali kongjenitale.

4.METODOLOGJIA

Për përpilimin e këtij punimi janë përdorur të dhëna sekondare, në kuandër të këtyre të dhënave hynë të dhënat të cilat i kemi përdorur për të kuptuar aspektin teorik të anomalive kongjenitale të kokës dhe trajtimin e pacientit nga ana e infermierit. Këto të dhëna janë marrur 90% nga libra të ndryshëm, publikime shkencore, si dhe 10% në webfaqe të internetit.

5.DISKUTIME DHE PËRFUNDIME

Te dimenzioni i aspektit ndërpersonal përfshinë ofrimin e kujdesit për pacientët me anomali kongenitale në mënyrë miqësore dhe me ngrohtësi, përkushtim, vëmendje dhe dinjitet, ndihmën e pacientëve për të mbështetur ata të sigurojnë individualitetin e tyre dhe të respektojnë vlerat e tyre etike dhe morale, rrepektin për të siguruar privatësinë e pacientëve, ruajtjen e fshehtësisë në lidhje me çështjet që përfshijnë pacientët/familjen dhe diagnozën/trajtimin, kujdesin për pacientët pa asnjë paragjykim apo privilegj.

Identifikimi i pacientëve me emër, ndërsa për pacientët në spital edhe me repartin ku janë të shtrirë, si dhe identifikimin e infermierëve përmes kartelës së identifikimit, të cilat duhet të jenë të dukshme, të lexueshme dhe të përmbajnë foton e tyre. Te ky dimension më së shumti vlerësohet nga ana e infermierëve pjesëmarrës mënyra e ofrimit të kujdesit për pacientë. Autonomia e pacientëve vlerësohet nga infermierët si e drejtë e qasjes së pacientëve në informata që kanë të

bejnë me alternativat e kujdesit infermierore dhe si mundësi e pacientëve për të folur me infermierët në lidhje me kujdesin. Po ashtu edhe sigurimi i autonomisë së pacientëve në vendimmarrje për shëndetin e tyre vlerësohet në kuptim të paisjes së pacientëve me informata e nevojshme.

Komunikimi pacient-infermier është parë në radhë të parë si mundësi e pacientëve për t'u dëgjuar nga infermierët. Për më shumë si e drejtë e pacientit për informata në lidhje me standardet e spitalit, diagnozën, trajtimin dhe objektivat e qarta të kujdesit. Këtu hyn edhe qasja e pacientëve dhe familjarëve në dosjen e pacientit e cila pas daljes nga spitali ruhet po aty. Informimi i pacientit vlerësohet më shumë se aspektet tjera të komunikimit.

Përkrahja sociale për pacientët si një faktor kyq për sukses realizohet në radhë të parë nga lejimi i pacientit për të pranuar vizita nga familja dhe miqtë. Realisht në ambientet spitalore anekënd Kosovës këtë vizita janë edhe të tepruara me numrin e madh të njerëzve të cilët vizitojnë pacientët e tyre.

Një tjetër aspekt i përkrahjes sociale është edhe se pacientët duhet të lejohen të praktikojnë besimet e tyre për sa kohë që ato nuk do të ndërhyjnë në procesin e punës / trajtimit. Pacienti duhet të lejohet për të sjellë ushqim / artikuj ushqimor që nuk ofrohen nga spitali dhe që nuk dëmtojnë trajtimin e tij. Kjo është një praktikë jo e mirë te ne në Kosovë, sepse në mungesë të kushteve për ruajtjen dhe servimin e atyre ushqimeve koston mundësia e kontaminimit të tyre dhe si pasojë vjen deri te helmimi me produkte ushqimore. Kjo e rëndon dhe vështirëson edhe më shumë gjendjen shëndetësore të pacientit.

Pacienti duhet të kenë qasje në radio, TV, gazeta apo lloj tjetër të materialit të leximit për aq kohë sa ato nuk ndërhyjnë në trajtimin e tyre apo shqetësojnë pacientët e tjerë në dhomë. E drejta ligjore për të pasur një kujdestar (të moshuarit, fëmijët, adoleshentët, shtatëzanat) duhet të sigurohet për pacientët, për aq kohë sa lejojnë rregullat e spitalit. Ky aspekt duhet të menaxhohet në onstitucionet tona, sepse në cilësinë e kujdestarit shumë njerëz enden ambienteve spitalore nevojë e panevojë duke rrezikuar kështu përhapjen e infeksioneve spitalore, të cilat kanë pasoja serioze për pacientin, familjen dhe shoqërinë.

Infeksionet spitalore shoqërohen me rritje ditëve ditëve të qëndrimit në spital, me sëmundshmëri, vdekshmëri dhe shpenzime spitalore. Infermierët duhet të identifikojnë vetën e tyre (emrin dhe

profesionin) që në kontaktin e parë me pacientin. Kështu pacienti e ka të qartë se kush janë në ekipin e kujdesit spitalor. Edhe roli / funksioni i infermierit (edukativ, kujdes, menaxherial, mbikqyrës) duhet të jenë të qarta dhe të dukshme për pacientët. Pacientët përveq diagnostikimit dhe trajtimit në spitale ata edhe edukohen në lidhje me shëndetin e tyre në përgjithësi, menaxhimin e gjendjeve shëndetësore pas lëshuarjes nga spitali, kujdesi për stilin e jetës, dieten aktivitetin fizik etj. Kjo ka të bëjë me kujdesin e vazhdueshëm dhe promovimin e shëndetit si një nga mundësitë më të mira për ruajtjen dhe përparimin e shëndetit.

7.REFERENCAT

- Elshani Besnik, *Trajtimet kirurgjik i Hidrocefalisë dhe i dizrafive spinale*, Libri Shkollor, Prishtinë, 2013: 27:31-4
- Lagoy CT, Joshi N, Cragan JD, Rasmussen SA. *Medication use during pregnancy and lactation: an urgent call for public health action*. J Womens Health (Larchmt) 2005
- Shields KE, Lyerly AD. *Exclusion of pregnant women from industry-sponsored clinical trials*. Obstet Gynecol. 2013;122:1077–81
- Blehar MC, Spong C, Grady C, Goldkind SF, Sahin L, Clayton JA. *Enrolling pregnant women: issues in clinical research*. Womens Health Issues. 2013
- Munoz FM, Sheffield JS, Beigi RH, et al. *Research on vaccines during pregnancy: Protocol design and assessment of safety*. Vaccine. 2013;31:4274–9
- Sheffield JS, Munoz FM, Beigi RH, et al. *Research on vaccines during pregnancy: reference values for vital signs and laboratory assessments*. Vaccine. 2013;31:4264–73.
- CDC. *Update on overall prevalence of major birth defects—Atlanta, Georgia, 1978–2005*. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2008;57:1–5
- Biesecker LG, Aase JM, Clericuzio C, Gurrieri F, Temple IK, Toriello H. *Elements of morphology: standard terminology for the hands and feet*. Am J Med Genet A. 2009;149A:93–127

- Hall BD, Graham JM, Jr, Cassidy SB, Opitz JM. *Elements of morphology: standard terminology for the periorbital region*. Am J Med Genet A. 2009;149A:29–39
- Leppig KA, Werler MM, Cann CI, Cook CA, Holmes LB. *Predictive value of minor anomalies. I. Association with major malformations*. J Pediatr. 1987;110:531–7
- Frias JL, Carey JC. *Mild errors of morphogenesis*. Adv Pediatr. 1996;43:27–75
- Preus M, Fraser FC. *Dermatoglyphics and syndromes*. Am J Dis Child. 1972;124:933–43
- Jones KL, Smith DW. Recognition of the fetal alcohol syndrome in early infancy. Lancet. 1973;302:999–1001
- Hanson JW, Myriantopoulos NC, Harvey MA, Smith DW. *Risks to the offspring of women treated with hydantoin anticonvulsants, with emphasis on the fetal hydantoin syndrome*. J Pediatr. 1976;89:662–8
- Jones KL, Carey JC. *The importance of dysmorphology in the identification of new human teratogens*. Am J Med Genet C Semin Med Genet. 2011;157C:188–94
- Marden PM, Smith DW, McDonald MJ. *Congenital anomalies in the newborn infant, including minor variations: a study of 4,412 babies by surface examination for anomalies and buccal smear for sex chromatin*. J Pediatr. 1964;64:357–71
- Mehes K, Mestyan J, Knoch V, Vinceller M. *Minor malformations in the neonate*. Helv Paediatr Acta. 1973;28:477–83
- Merlob P, Papier CM, Klingberg MA, Reisner SH. *Incidence of congenital malformations in the newborn, particularly minor abnormalities*. Prog Clin Biol Res. 1985;163C:51–
- Holmes LB, Kleiner BC, Leppig KA, Cann CI, Munoz A, Polk BF. *Predictive value of minor anomalies: II. Use in cohort studies to identify teratogens*. Teratology. 1987;36:291–7
- Cragan JD, Gilboa SM. *Including prenatal diagnoses in birth defects monitoring: experience of the Metropolitan Atlanta Congenital Defects Program*. Birth Defects Res A Clin Mol Teratol. 2009;85:20–9
- Bosi G, Garani G, Scorrano M, Calzolari E, Party IW. *Temporal variability in birth prevalence of congenital heart defects as recorded by a general birth defects registry*. J Pediatr. 2003;142:690–8
- AnomaliteKongenitale, http://www.ishp.gov.al/wp-content/uploads/2015/04/A_ZH-Anomalite-Kongenitale.pdf, qasur më 05.09.2019
- Action for mother and Children, <https://www.beba-ks.com/Al/problems-for-baby/244/problemet-e-foshnjes/?fbclid=IwAR1AIEUx5oWP8x1iraKfQla7LZa26Nr8KB3czocnc1c9saYqk976st> HTWM, qasur më 07.09.2019
- Oda e Infermierëve, Mamive dhe Profesionistëve tjerë shëndetësor të Kosovës. *Kodi Etik*. 2015.