

UNIVERSITETI I PRISHTINËS  
“HASAN PRISHTINA”  
FAKULTETI I EDUKIMIT FIZIK DHE I SPORTIT



PUNIMI I DIPLOMËS - MASTER

ENDOPROTEZA KOKSO-FEMORALE DHE KINEZITERAPIA

Mentori:  
Dr. Asoc. Dr. Abdulla Elezi

Kandidatja:  
Edona Berbati – Bublaku

Prishtinë, 2021

## **E DREJTA E KOPJIMIT**

### **DEKLARATA E KANDIDATES TË HULUMTIMIT**

**Deklaroj se Universiteti i Prishtinës “Hasab Prishtina”, Fakulteti i Edukimit fizik dhe i sporti, do të ketë të drejtën e ruajtjes, përdorimit dhe shpërndarjes së këtij punimi shkencor për qëllime akademike dhe shkencore.**

**Nënshkrimi i kandidatit:**

## **FALËNDERIMET**

- Mirënjohje të thellë i shprehi familjes time, e cila me përkushtim dhe pa rezerv më mbështeti duke më dhënë kurajo dhe besim për punë.
- Falenderoj dhe shprehi mirënjohjen time për mentoren Prof.Asoc. Dr. Abdulla Elezi, për instruksionet dhe sugjerimet e dobishme në finalizimin e këtij studimi.
- Falenderoj dhe të shprehi mirënjohjen time për mjekët dhe kolegët e mi (fizioterapeutët) që punojnë në Banjën e Kllokotit për ndihmën e ofruar gjatë punës praktike me pacientët e përfshirë në punim.

# PËRMBAJTJA

1. HYRJE .....	5
1.1 Historiku i endoprotezave kokso-femorale .....	8
1.2 Ndërtimi anatomik i kërdhokullave .....	11
1.3 Shkaqet e vendosjes së transplantit kokso-femoral .....	17
1.4 Implantet .....	18
1.5 Procedurat .....	19
2. HULUMTIMET E DERITANISHME .....	20
3. QËLLIMI DHE DETYRAT E PUNIMIT .....	23
4. HIPOTEZAT THEMELORE .....	24
5. METODOLOGJIA E PUNËS .....	25
5.1 Mostra e entitetit .....	25
5.2 Mostra e ndryshoreve.....	25
5.3 Përkujdesi shëndetësor dhe kineziterapia pas endoprotezës kokso-femorale....	29
5.4 Metodat e përpunimit të rezultateve .....	42
6. INTERPRETIMI I REZULTATEVE DHE DISKUTIMI.....	43
6.1 Rezultatet e pacientëve pas ekzaminimit subjektiv me anë të pyetësorit pas tretmanit me fizioterapi me koksartrozë .....	43
6.2 Rezultatet e pacientëve pas ekzaminimit subjektiv me anë të pyetësorit para tretmanit me kineziterapi me endoprotezë kokso-femorale.....	48
6.3 Rezultatet e pacientëve pas ekzaminimit subjektiv me anë të pyetësorit pas tretmanit me kineziterapi me endoprotezë kokso-femorale.....	53
6.4 Dallimi në mes mesatareve aritmetikore te pacientët me endoprotezë kokso- femorale para dhe pas tretmanit me kineziterapi pas ekzaminimit subjektiv me anë të pyetësorit të propozuar nga “Oxford Hip Score”.....	58
6.5 Dallimi në mes mesatareve aritmetikore te pacientët me endoprotezë kokso- femorale dhe Koksartrozë para dhe pas tretmanit me kineziterapi pas ekzaminimit subjektiv me anë të pyetësorit të propozuar nga “Oxford Hip Score”.....	65
6.6 Vërtetimi i hipotezave.....	66
9. PËRFUNDIMI .....	67
10. LITERATURA .....	69

## 1. HYRJE

Koksofemorali është një artikulacion i formuar nga koka femorale me formë të rrumbullakët, dhe nga acetabuli, komponent i legenit që e pranon atë duke formuar një kompleks të ngjashëm me një "topth" të futur brenda një zgavre. Funkcioni i tij kryesor është të mbështesë peshën e trupit si në pozicion statik (në këmbë) ashtu dhe në dinamikë (gjatë ecjes ose vrapimit). Të dyja sipërfaqet janë të veshura me një shtresë të hollë kërci hialin, e cila lejon uljen e forcave të fërkimit midis dy kockave. Në saje të një kapsule fibroze të fuqishme dhe të bollshme, ky artikulacion është i dyti (pas supit) në amplitudën e lëvizjeve që realizon. Në popullsinë e moshuar, më shpesh ndodh një humbje e hapësirës së përbashkët rreth kokës femorale, shenjë kjo e një procesi të lidhur me konsumin artikular. Më rrallë mund të shihen procese të artritit de gjenerativ në mosha të reja gjë që mund t'i atribuohet keq formimeve të lindura të artikulacionit apo sëmundjeve të tilla si nekroza aseptike e kokës femorale, shpesh për shkak të përdorimit të dozave masive të kortizonit për sëmundje sistemike (sëmundje të indit lidhor, sëmundje reumatizmale etj.) Kërdhokulla është ndër nyjet më të rëndësishme në trupin e njeriut. Pa nyjën e kërdhokullës, nuk do të ishim në gjendje të bënim shumicën e lëvizjeve. Kërdhokulla mundëson qëndrimin, ecjen, vrapimin dhe kryerjen e aktiviteteve të ndryshme në jetën e përditshme. Nyja e kërdhokullës formohet nga sipërfaqet artikulare acetabulare dhe kokës femorale si dhe nga indet e buta të cilat bëjnë lidhjen, vaskularizimin, inervimin, forcimin e nyjës si dhe njëkohësisht ndihmojnë në lëvizjet e saj. Zëvendësimi i kërdhokullës është procedurë kirurgjike në të cilën nyja e kërdhokullës zëvendësohet nga një implant protetik. Operimi i zëvendësimit të kërdhokullës mund të jetë zëvendësim total ose si zëvendësim parcial i kërdhokullës. Zëvendësimi total i kërdhokullës nënkupton zëvendësimin me material protetik të dy komponentëve: kokës femorale dhe acetabulumit, ndërsa gjysëm zëvendësimi apo siç njihet ndryshe artroplastika parciale nënkupton vetëm zëvendësimin e komponentës femorale. Ndër shkaktarët më të shpeshtë që shpiten në artroplastikën totale të kërdhokullës është osteoartriti i shkallës së avancuar. Si shkaktarë tjerë mund të jenë edhe: artriti reumatoid, nekroza avaskulare e kokës së femurit, artriti traumatik, protruzioni acetabular, frakturat e rënda të kërdhokullës, tumoret beninjë dhe malinjë të ashtit, artriti i shoqëruar me

sëmundjen Paget, spondiliti ankilozant etj. Qëllimet kryesore të procedurës janë lirimi i dhembjes, përmirësimi i funksionit të nyjës së kërdhokullës dhe rikthimi në aktivitetet e përditshme jetësore. Zëvendësimi i kërdhokullës zakonisht konsiderohet si mundësi e vetme kur dështojnë metodat konservative ose mundësitë e mëparshme të trajtimit kirurgjik ku gjendja e nyjës së kërdhokullës vazhdon të jetë e përkeqësuar, kur ka dhimbje të mëdha dhe kur ka rënie të dukshme në aktivitetet e përditshme jetësore. Në dekadat e fundit, numri i ndërhyrjeve kirurgjikale në sistemin lokomotor gjatë së cilës vendosen implantet është në rritje të vazhdueshme. Parashikimet janë se ky trend nuk do të ndryshojë, por, me kalimin e kohës ky trend shënoj rritje edhe më të madhe të numrit të pacientëve me implantet e vendosura (Hudetz D., 2009). Artroplastika totale e kërdhokullës mund të kryhet në mënyrë të suksesshme te të sëmurët nga moshë më e re 2-4 vjet deri te ata me moshë mbi 80 vjet. Sipas të dhënave të shumë instituteve, moshë që më së shpeshti aplikohet zëvendësimi i nyjës së kërdhokullës është mbi moshën 60 vjeçare. Arsyet më të mëdha janë ndryshimet e mëdha de gjenerative që shprehen në nyje në këtë moshë dhe jetëgjatësia e shkurtër e këtyre protezave që i shtyn mjekët t'i udhëzojnë pacientët të shtyjnë sa më gjatë operimin.

Duke parë rëndësinë dhe suksesin pas zëvendësimit të nyjës së kërdhokullës, kohëve të fundit vërehet një rritje e trendit të këtij operimi në të gjithë botën edhe te moshat e reja. Suksesi i artroplastikës totale të kërdhokullës në ditët e sotme është mjaft i madh. Në përgjithësi mbi 90% janë duke u aplikuar me sukses pa dhimbje dhe pa ndërlikime tjera pas operative. Artroplastika totale e kërdhokullës është njëra prej procedurave ortopedike më të suksesshme që kryhen në ditët e sotme. Për të sëmurët me dhimbje në kërdhokullë për shkak të kushteve të ndryshme, artroplastika totale e kërdhokullës mund ta lirojë dhembjen, ta rikthejë funksionin dhe ta përmirsojë kualitetin e jetës. John Charnley, kirurg-ortopedik britanez, zhvilloi principet themelore të kërdhokullës artificiale dhe shquhet si babai i artroplastikës totale të kërdhokullës. Ai dizajnoi një protezë koksofemorale në mesin e viteve 1960-ta që akoma gjene përdorim edhe sot. Llogaritet se çdo vit në SHBA kryhen mbi 150 mijë raste të artroplastikës totale të kërdhokullës, ndërkaq 500 mijë në mbarë botën. Kërdhokulla normale funksionon si një nyje e ashtuquajtur "topi dhe zgavra". Koka femorale artikulohe me acetabulumin, duke lejuar lëvizje të buta në rrafsh të shumta. Secila gjendje që e prek njërën prej

këtyre strukturave mund të çoj në dëmtimin e nyjës. Kësisoj, kjo mund të shpie në deformim, dhimbje dhe humbje të funksionit. Gjendja më e zakonshme që prek kërdhokullën në këtë mënyrë është osteoartriti. Gjendjet tjera që mund ta afektojnë keq kërdhokullën janë: artriti inflamator (artriti reumatoid, artriti psoriatik, spondilloartropatitë etj.) displazia zhvillimore, çrregullimet fëmijërore të kërdhokullës (sëmundja Leg Calve Perthes, epifizioliza e kokës së femurit etj.) trauma, neoplazmat dhe osteonekroza. Artroplastika totale e kërdhokullës është një procedurë përmes së cilës sipërfaqet artikulare të dëmtuara zëvendësohen me material sintetik, duke liruar kështu dhimbjen dhe duke përmirësuar kinematikën e nyjës dhe funksionin. Çështjet pre operative dhe operative që lidhen me artroplastikën totale të kërdhokullës do të diskutohen në këtë rishqyrtim të temës. Komplikimet intraoperative dhe post operative të artroplastikës totale të kërdhokullës janë të përshkruara shkurtimisht më poshtë dhe janë të paraqitura ndarazi me më shumë detaje. Artroplastika totale e kërdhokullës është një procedurë zgjedhëse dhe duhet të konsiderohet si një opsion në mesin e alternativave tjera. Ky vendim për të vazhduar me artroplastikën totale të kërdhokullës arrihet duke kuptuar rreziqet e mundshme dhe përfitimet. Një kuptim i plotë si i procedurës ashtu edhe i rezultatit të parashikuar është një pjesë e rëndësishme e procesit të marrjes së vendimit. Rezultatet e publikuara të artroplastikës totale të kërdhokullës demonstrojnë rezultate të shkëlqyeshme klinike, funksionale dhe radiografike. Këto rezultate ndryshojnë varësisht nga implanti i përdorur, teknika operative, tipi i fiksimit, biomaterialet, moshë e pacientit dhe shumë faktorë të tjerë. Artroplastika totale e kërdhokullës mund të kryhet në mënyrë të suksesshme te pacientët nga moshë më e re 2-4 deri te ata pacientë me moshë mbi 80 vjet. Megjithatë kandidatët e rinjë dhe aktiv duhet të jenë të vetëdijshëm se zëvendësimi i nyjës mund të dështojë nëse nivelet e aktivitetit nuk janë zvogëluar. Aktivitetet me ndikim, puna fizike, pesha të rënda dhe sportet me intensitet të lartë duhet të shmangen. Në përgjithësi 90 % e artroplastikës totale të kërdhokullës janë duke u aplikuar me sukses, pa dhimbje dhe pa ndërlikime tjera në një kohëzgjatje 10-15 vite post operative. Disa pacientë vazhdojnë me implantin e tyre origjinal edhe pas 25 viteve të përdorimit. Shpresohet që ky shërbim do të rritë edhe më tutje jetëgjatësinë në përdorimin e teknikave bashkëkohore kirurgjike dhe implanteve. Përveç kësaj kënaqësia e pacientit pas kësaj procedure është jashtëzakonisht e lartë.

## 1.1 Historiku i endoprotezave kokso-femorale

Në shumë rrethana, në rastin e artritit senil, artritit post-traumatik, të komprometimit të enëve të gjakut për shkak të një frakture, të nekrozës idiopatike, të displazisë apo artrozës, artikulacioni koksofemoral rezulton kaq shumë i alteruar sa zgjidhja e vetme është një zëvendësim protetik i kokës femorale (hemiarthroplasty) ose kokës dhe komponentit acetabular (arthroplasty). Në mënyrë tipike, implantimi i një proteze, është i nevojshëm kur dhimbja në artikulacion ose e irraduar në ijë dhe kofshë, është e tillë që komprometon aktivitetet e përditshme të pacientit. Gjatë viteve, ka pasur një evolucion të vazhdueshëm në lidhje me materialet e përdorura për komponentët e ndryshëm të protezave si dhe aliazhet midis metaleve të ndryshme që përbëjnë ato<sup>1</sup>.

Për shkak të natyrës dëmtuese të artritit, kirurgët janë përpjekur për më shumë se një shekull për t'i trajtuar me sukses efektet negative të kësaj sëmundje. Ishte e qartë se te shumë njerëz ishte i nevojshëm operimi për të lehtësuar dhimbjet e tmerrshme dhe për të ruajtur lëvizjen e nyjeve. Përpjekjet fillestare për të trajtuar artritin e kërdhokullës ishin disa ndërhyrje si: artrodeza e nyjës, osteotomia dhe debridmani i nyjës. Qëllimi i këtyre ndërhyrjeve në fillim ishte të hiqen depozitat e kalciumit, kërcit të parregullt dhe pjesët tjera inflamuese në përpjekje të përmirësimit të sipërfaqes nyjëtuese. Ka pasur kërkime të mëdha lidhur me materialet të cilat mund të përdoren për t'i kthyer sipërfaqet artikulare në funksion ose të zëvendësojnë nyjën e kërdhokullës. Disa propozime dhe gjykime ishin përdorimi i muskujve, yndyrës, arit, magnezit dhe zinkut por të gjitha u treguan të pasuksesshme. Kirurgët dhe shkencëtarët nuk arrinin të gjenin një material i cili ishte biokompatibil me trupin dhe të ishte i fortë për t'i bërë ballë forcave dhe ngarkesave të cilat bien në nyjën e kërdhokullës.

Në vitin 1925, një kirurg në Boston, Smith-Petersen, prej një pjese të xhamit formoi një zgavër e cila mund të përshtatej mbi kokën e femurit dhe të siguronte një sipërfaqe të re për lëvizje. Derisa xhami nuk mund të përballonte stresin në këmbë kjo metodë nuk mund të vazhdonte më tutje.

Një përmirësim dramatik është bërë në vitin 1936 kur shkencëtarët prodhuan një aliazh në mes të kobaltit dhe kromit i cili ishte pothuajse menjëherë i aplikueshëm për

---

<sup>1</sup> <http://www.ortopediaitaliane.com/protezaK.htm>



ortopedi. Ky metal ishte shumë i fortë dhe rezistent ndaj korozionit dhe ka vazhduar të jetë mjaft i përdorur për proteza të ndryshme që nga ajo kohë. Derisa ky metal i ri mendohej të ishte një sukses i madh, teknika për të krijuar sipërfaqe të reja nyjëtuse prej tij tregoi të jetë jo e kënaqshme. Kjo u bë e qartë sepse lehtësimi i dhimbjeve nuk ishte aq sa shpresohej dhe lëvizja e nyjës së kërdhokullës mbeti e kufizuar për shumë pacientë.

Frederick R. Thompson nga Nju Jorku dhe T. Austin Moore nga Carolina e Jugut, u munduan të gjejnë një zëvendësim për kokën e femurit të dëmtuar te frakturat e rënda dhe gjithashtu te disa raste te artriti I shkallës së avancuar. Ky lloj i zëvendësimit quhej hemiartroplastikë dhe zëvendësohej vetëm koka e femurit kurse acetabulumit nuk përfshihej në këtë intervenim. Proteza përbëhej nga një pjese metalike e cila vendosej në hapësirën e palcës së femurit dhe një koke metalike që përshtatej në zgavrën e kërdhokullës. Edhe pse ky zbulim ishte mjaft popullor gjatë vitit 1950, rezultatet nuk u treguan të jenë të mira. Një numër i madh i pacientëve kishin dhimbje. Rezultati i dëshiruar nuk ishte arritur ende.

Që në fillim të vitit 1938 Dr. Jean Judet dhe vëllai i tij Dr. Robert Judet nga Parisi, u përpoqën të përdorin një material akrilik për të zëvendësuar sipërfaqet artikulare të nyjës së kërdhokullës. Pra, një epokë e re në teknikat e fiksimit kishte filluar.

Në Angli, një kirurg shumë i ri, John Charnley, gjithashtu u përpoq të zgjedhte këto probleme të vazhdueshme. Disa prej mendimeve të tij ishin mjaft të guximshme dhe kreative. Charnley kishte ndjekur metodat efektive për të zëvendësuar kokën e femurit dhe acetabulumin.

Fiksimi i komponentëve mbeti një problem madhor derisa Charnley raportoi për dy zhvillime tjera madhore:

a) Koncepti i artroplastikës së kërdhokullës ku ndërmjet kokës femorale metalike dhe acetabulumit ekziston një fërkim i vogël, dhe

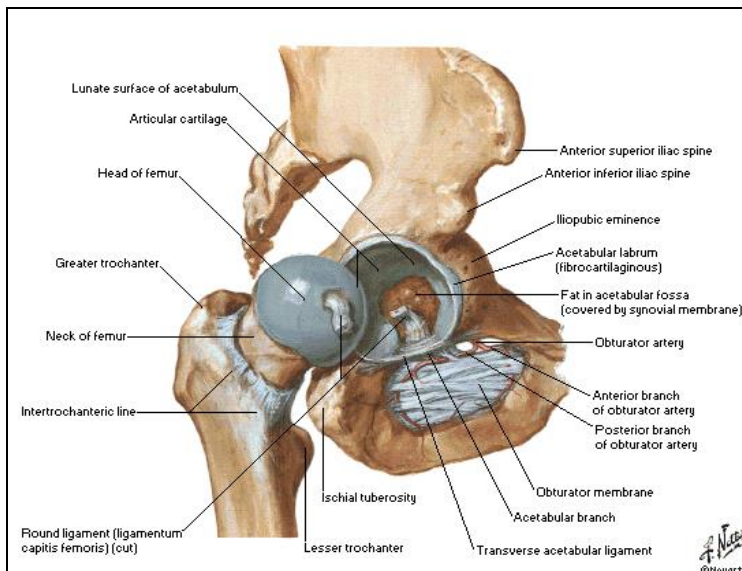
b) Përdorimi i cementit akrilik për ta përmirësuar lidhjen mekanike ndërmjet protezës dhe ashtit.

Së pari, Charnley përdori Teflonin për të zëvendësuar komponentët acetabulare. Megjithatë për shkak të veshjes së tepruar me Teflon së shpejti ai e ndryshoi atë në polietilen me densitet të lartë, i cili me disa modifikime të vogla mbetet edhe sot në përdorim. Përshtatshmëria e zgjedhjes së këtij materiali ishte treguar 96% e suksesshme

në studimin e tij 10 vjeçar. Që nga viti 1961, Charnley rregullisht kryente operime me rezultate të mira. Me mijëra njerëz kishin sukses në lehtësimin e dhembjes së kërdhokullës dhe rezultatet afatgjate parashiheshin qysh më parë. Mbretëresha e Anglisë e fisnikëroi atë për kontributet e tij të shumta. Që prej asaj kohe, shumë kirurgë të kualifikuar kanë përmirësuar konceptet të cilat filluan në Anglinë qendrore. Metodrat e fiksimit dhe teknikat aktuale të cementimit janë në mënyrë të dukshme më të mira. Përpunimet në dizajnin e protezës kanë evoluuar në një pasqyrë më të qartë të njëjës normale të kërdhokullës. Sot, mbi 100 mijë zëvendësime të kërdhokullave kryhen çdo vit në SHBA duke përdorur principet e artroplastikës me fërkim të vogël me një zgavër prej polietileni dhe protezës metalike femorale.

## 1.2 Ndërtimi anatomik i kërdhokullave

Nyja e kërdhokullës formohet nga sipërfaqet artikulare acetabulare dhe kokës femorale si dhe indet e buta të cilat bëjnë lidhjen, vaskularizimin, inervimin, forcimin e nyjës si dhe njëkohësisht ndihmojnë në lëvizjet e saj. Komponenta acetabulare e nyjës së kërdhokullës është në formë konkave e mbuluar me kërc. Pjesa artikulare është në formë të gjysëm hënës (facies lunata), si dhe një pjesë e thellë qendrore e mbushur me ind dhjamor (pulvinar acetabuli) dhe ligamentin teres. Kjo është pjesa më e dobët e acetabulumit në të cilën edhe ndodhin luksacionet qendrore e cila në pjesën e poshtme ndërprehet nga incizuara acetabuli. Mbi të sikur urë kalon ligamentum transversus acetabuli. Përreth acetabulumit ndodhet limbusi mbi të cilin është e vendosur unaza fibro-kartilagjinoze (labrum acetabuli). Koka e femurit është në formë të topit ku 2/3 e saj janë të mbuluara me kërc hialin. Në qendër të kokës ndodhet një pjesë e thelluar (fovea capitis) në të cilën ngjitet ligamentum capitis femoris.



**Fig.1. Anatomia e nyjes së kërdhokullës**

Kapsula artikulare Kapsula e nyjes së kërdhokullës është e fortë, fibroze e cila e mbulon kokën dhe pjesën më të madhe të qafës së femurit. Kapsula artikulare gjegjësisht pjesa fibrotike e saj është e ngjitur (insertuar) në pjesën konkave të nyjes në labium articulare, ndërsa në pjesën e poshtme kapsula është e ngjitur përpara (anterior) në linea intertrochanterica, kurse në pjesën e pasme 1.5 cm mbi crista intertrochanterica.

Membrana sinoviale e mbulon qafën e femurit komplet nga ana e përparme, ndërsa nga ana e pasme vetëm në pjesën e epërme. Membrana sinoviale tajan lëngun sinovial nga i cili ushqehet kërca artikulare si dhe një pjesë e indit subhondral.

Kapsula artikulare përfshinë dhe përbënë disa ligamente të cilat janë të ndara në komponente funksionale dhe anatomike.

Ligamentet kryesore të nyjes së kërdhokullës janë:

*Ligamenti iliofemoral* i cili gjendet në pjesën e përparme të nyjes së kërdhokullës, është ligamenti më i fortë, bënë përforcimin e kapsulës së përparme (anteriore) dhe kufizon extensionin.

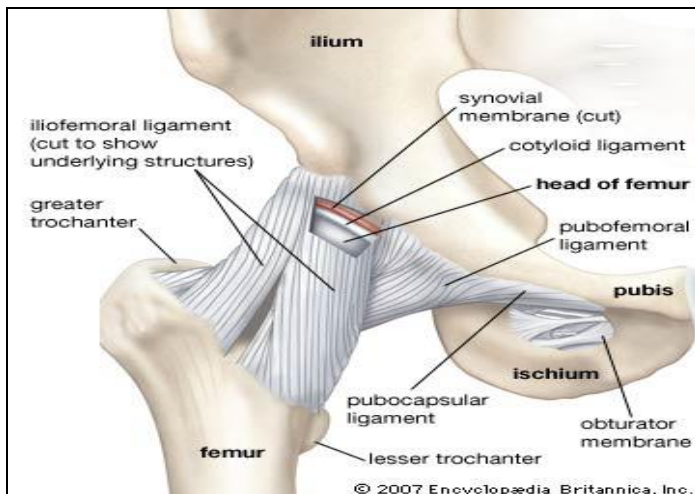
*Ligamenti ischiofemoral* mbështet kapsulën posteriore duke mbështetur gjithashtu pjesën ischiadike të buzës acetabulare dhe duke mbuluar qafën e femurit dhe mandej vazhdon në bazën e trochanterit të madh, si dhe kufizon rrotacionin e brendshëm.

*Ligamenti pubofemoral* e përforcon kapsulën inferiore, si dhe kufizon abduksionin.

*Ligamenti orbicularis* është ligamenti i cili mbështjellë qafën e femurit, ky ligament shërben edhe si lidhës i këtyre ligamenteve tjera që u cekën më lartë.

*Ligamenti teres femoris* është me origjinë nga lig. acetabularis transvers dhe ngjitet në fovea capitis femoris.

Në nyjen e kërdhokullës gjenden edhe 3 bursa ose qese seroze: 1. Bursa iliopektine, 2. Bursa trohanterike, 3. Bursa ischiogluteale



**Fig.2. Ligamentet e nyjes së kërdhokullës**

**Muskujt e nyjes së kërdhokullës, origjina, inserimi, funksioni dhe inervimi:**

*M. Sartorius*: Është muskuli më i gjatë në trupin e njeriut, origjina e tij është nga spina iliaca anterior superior, ndërsa inserohet në margo medialis tuberositas tibiae-pes anserinus.

*M. Rectus femoris*: Ka dy koka: koka e përparme ngjitet në spina iliaca anterior inferior, ndërsa koka reflektuese në luginën e buzës së epërme të acetabulumit, ndërsa poshtë mbështjellë patellën dhe inserohet në tuberositas tibiae.

*MM. Adductor*: mm.adductor longus, brevis dhe magnus janë muskuj të cilët bëjnë kryesisht aduksionin e kërdhokullës. Rrjedhin nga ramuset e kockës pubike dhe poshtë inserohen pranë aponeurozës në linea aspera prej pjesës së epërme të femurit deri në pjesën e poshtme.

*MM. Iliopsoas*: përbëhet prej mm.iliiacus dhe psoas. M.iliiacus rrjedh nga 2/3 të fossa iliaca-s, kufiri i brendshëm i cresta iliaca dhe pjesa e përparme sacroiliake. Ndërsa m.psoas rrjedh nga sipërfaqja e processus transversus dhe kufiri lateral i vertebrave Th12/L5. Inserimi i tyre është në trochanterin e vogël.

*M. Gluteus maximus*: Ka origjinë nga linea glutealis posterior e kockës iliake dhe nga sipërfaqja dorzale e sakrumit. Inserohet në tuberositas glutealis në femur dhe pjesërisht në tractus iliotibialis të fascia late.

*M. Gluteus medius*: Rrjedh nga sipërfaqja e jashtme e kockës iliake, nga cresta iliaca, aponeurosis glutealis, poshtë vijës së përparme gluteale, ndërsa inserimi është në sipërfaqen laterale të trochanterit të madh.

*M. Gluteus minimus*: Origjina e tij është nga sipërfaqja e jashtme e kockës iliake, ndërsa inserimi në kufirin e përparëm të trochanterit të madh.

*M. Tensor fascia lata*: Ka origjinë nga crista iliaca anterior kufiri i përparëm i kësaj kocke, mandej në sipërfaqen e jashtme të spina iliaca anterior superior, pjesa iliotibiale në anën anterolaterale të kofshës, ndërsa inserimi fillon përgjat epikondilit lateral të femurit dhe patelles. Inserohet në tuberculumin e Gerdit – pjesa laterale e tibies.

*M.Quadratus femoris*: Rrjedh nga pjesa e epërme: kufiri i jashtëm i ossis ischi. Ndërsa inserimi: faqja superior e line quadrata.

*M.Obturatorius internus*: Ka origjinë nga sipërfaqja mediale e foramen obduratorium, ndërsa inserimi në pjesën e epërme të trochanterit të madh.

*M.Obturatorius externus*: E ka prejardhjen përreth pjesës mediale të foramen obturatorium, ndërsa inserimi në pjesën e pasme të epërme të trochanterit të madh.

*M.Piriformis*: Origjina nga sipërfaqja e përparme e sakrumit, pjesa aneterolaterale e foramenit sacral mandej vazhdon përgjatë buzës së foramen ischiadicum. Inserimi është në kufirin e epërm të trochanterit të madh.

*M. Gemillus superior et inferior*: Origjina: m.gemillus superior nga spina ischiadica, gemillus inferior nga tuber ischiadicum. Inserimi në sipërfaqen posterolaterale të trochanterit të madh.

*M.Pectineus*: Rrjedh nga sipërfaqja e epërme e kockës pubike, ndërsa inserimi në linea pectinea

*M.Gracillis*: Origjina nga tuberculum pubis dhe pars inferior ossis pubis, 1/2 e simfizës pubike. Inserimi: pes anserinus.

*M.Biceps femoris*: Caput longum ka origjinë nga tuberositas ischi dhe lig. sacrotuberalis, caput brevis nga bursa e linea aspera, pjesa laterale suprakondilare e femurit dhe septum intermuskular lateral. Inserimi: pjesa laterale e kokës së fibullës, kondilli lateral i tibies dhe fascia e thellë në pjesën laterale të kërcirit.

*M.Semitendinosus*: Origjina nga tuberositas ischi. Inserimi - pes anserinus.

*M.Semimembranosus*: Origjina nga tuber ischiadicum. Inserimi - sipërfaqja e pasme e kondillit medial te tibies.

**Hyrje** - Endoproteza totale largon paaftësin e mëdha funksionale dhe estetike që krijon kjo sëmundje de gjenerativë e kërdhokullit. Rezultate e mira funksionale të këtyre ndërhyrjeve varen si nga trajtimi kirurgjik ashtu edhe nga zbatimi i mirë i rehabilitimit

Inervimi - Inervimi i këtij regjioni bëhet nga *n.ischiadicus* në pjesën e pasme, ndërsa pjesa e përparme inervohet nga degët e *n.femoralis* dhe *n.obduratorius*.

**Biomekanika dhe anatomia funksionale** - Ideja për aplikimin e mekanikës në mjekësi është mjaft e vjetër. Galeni është i pari që u mundua të shpjegojë lëvizjen e nyjeve me ndihmën e muskujve. Në bazë të analizave matematikore, Koch ka treguar që çdo pjesë e femurit ka shenja të adaptimit të strukturave të brendshme të kockës në vartësi nga pesha e shpërndarë nga koka e femurit. Struktura e brendshme e kockës është e formuar në atë mënyrë që të sigurojë rezistencë të efektshme për të gjitha streset e brendshme të cilat ndodhin pikërisht nga pesha në kokën e femurit. Kërdhokulla është

nyja më madhe në trupin e njeriut dhe hulumtimet e para biomeanike më të hollësishme kanë filluar në këtë nyje. Përcjellja e peshës, gjegjësisht forcave kompresive të kokës së femurit nga trupi, pason me shpërndarjen e tyre në kokë dhe vazhdon përcjelljen e tyre në qafë dhe mandej në pjesët e poshtme të këmbëve. Pauwells përshkruan tri forca ekzistuese: *kompresive, traktive dhe rreshqitëse*. Këndi që formon koka dhe qafa e femurit në një rrafsh njihet si *këndi i anteversionit* (vija që kalon nëpër qendër të kokës dhe qafës së femurit) në raport me vijën transkondilare të femurit në anën tjetër. Këndi i anteversionit me kalimin e viteve ndryshon, për shembull te i posalinduri është 31 deri në 40°, ndërsa te të rriturit është 10-14°. Te luksacionet kongjenitale të kërdhokullës ky kënd është i rritur (50-60°), si dhe paraqet një indikator të rëndësishëm për trajtimin operator të kësaj patologjie.

Në rastin e implantimit të endoprotezës totale të kërdhokullës vendosja e komponentës femorale dhe rregullimi i anteversionit është kyq, (në këto raste ky kënd duhet të jetë 15°). Veprimi kyq i kokës së endoprotezës është shpërndarja dhe përcjellja e forcave kompresive në trupin e saj, prandaj me rastin e implantimit të komponentës femorale duhet pasur gjitashtu parasysh dy pozicione: Medializimi i pjesës proksimale të femurit (trupit të endoprotezës) do të shkakton mbingarkesë të pjesës laterale të gjurit (pozitë në valgus të gjurit) dhe E kundërta do të ndodhe me lateralizimin e saj (pozitë në varus të gjurit). Në aspektin biomekanik qafa e endoprotezës ka rolin e përcjelljes së peshës e cila vjen nga koka në drejtim të trupit të saj.

Gjatësia e qafës dhe këndi CCD (caput, collum, diaphisae) ka rëndësi të madhe në pozicionimin e trupit të endoprotezës në shtratin e komponentës femorale.

Qafa duhet të jetë e pozicionuar në atë mënyrë që trochanteri i madh të jetë sa më lateral. Në këtë mënyrë rritet trajektorja e muskulaturës laterale (muskujve pelviko trochanterik), me këtë rast zvogëlohet presioni në nyjen e kërdhokullës. Gjatësia mesatare e qafës së endoprotezës është rreth 32 cm, ndërsa me rreze rreth 18mm. Në pjesën laterale të këtij regjioni ndodhet një vrimë me diametër 6mm, ndërsa pjesa e cila ndodhet përreth qafës është më e ekspozuar medialisht dhe shërben për mbështetje me calcar 1 cm mbi trochanter të vogël. Lëvizjet e nyjes së kërdhokullës janë të mundësuar nga muskujt që e rrethojnë kërdhokullën dhe varësisht nga drejtimi i lëvizjes të cilën e mundësojnë

ndahen ne gjashtë grupe: *fleksorë, ekstensorë, adductorë, abduktorë, rotatorë të brendshëm dhe rotatorë të jashtëm.*

**Muskujt që lidhen dhe mundësojnë lëvizjen në nyjen e kërdhokullit Amplitudat e lëvizjes të kërdhokullit (art.coxae) :**

- a) **Muskujt mbledhës ( fleksio) fleksioni 120° – 130°:** 1.m.iliopsoas, 2.m.tensor fasciae latae, 3.m.sartorius, 4.m.rectus femoris, 5.m.pectineus, 6.m.adductor longus, 7.m.adductor brevis, 8.m.gracilis.
- b) **Muskujt shtrirës (ekstensio) ekstenzioni (qëndrimi zero) 0°; deri 10-15°:** 1.m.gluteus maximus, 2.m.adductor magnus, 3.m.biceps femoris, caput longum, 4.m.semitendinosus, 5.m.semimembranosus, 6.m.periformis, 7. m.gluteus medius et minimus.
- c) **Muskujt largues (abductio) abduksioni (me kuka në ekstenzion) 30°- 45°:** 1. m.gluteus maximus, 2. m.gluteus medius, 3. m.gluteus minimus, 4. m.periformis, 5. m.tensor fasciae latae.
- d) **Muskujt afrues aduksioni, hiper aduksioni 20-30°:** 1.m.gluteus maximus, 2.m.adductor magnus, 3.m.adductor longus, 4.m.adductor brevis, 5.m.adductor minimus, 6.m.pectineus, 7.m.gracilis, 8.m.abturatoritius externus, 9.m.iliopsoas, 10.m.biceps femoris, caputlongum,11.m.semitendinosus,12. m. semimebranosus.
- e) **Muskujt rrotullues nga jashtë (rotatio externus) rotacioni i jashtëm (me kuka në fleksion) 40° – 50°:** 1.m.iliopsoas, 2.m.gluteus maximus, 3.m.gluteus medius, 4.m.gluteus minimus, 5.m.periformis, 6.m.abturatorius internus, 7.m.gemelli superior, 8.mm.gemellis inferior, 9.m.quadratus femoris, 10.m.abturatoritius externus, 11.m.sartorius
- f) **Rrotullimi nga brenda (rotatio internus) 30-40°:** 1.m.gluteus medius, 2.m.gluteus minimus, 3.m.tensor fasciae latae, 4.m.adductor magnus.



### 1.3 Shkaqet e vendosjes së transplantit kokso-femoral

Proteza e kërdhokullave bëhet e nevojshme ne rrethanat e mëposhtme:

**1- Osteoartriti:** Artriti degjenerativ kockor prek në mënyrë tipike moshat e mëdha. Ka një evolucion degjenerativ të dy komponentëve artikularë e induktuar nga faktorë rëndues që në shumicën e rasteve lidhen me moshën e avancuar. Individët me forma të avancuara osteoartriti, që nuk i përgjigjen trajtimit me metoda të tjera janë kandidatë të përshtatshëm për artroplastike të kërdhokullave.

**2 – Artriti reumatoid:** Format kronike inflamatore të artritit mund të prekin çdo moshë. Artriti reumatoid juvenil dhe ai adult mund të çojnë në nevojën për protezë.

**3 – Frakturat:** Traumat në individët me osteoporozë shpesh shkaktojnë fraktura të këllkut te pacientët e vjetër dhe që mund të kërkojnë protezë totale ose parciale të këllkut (kokso-femorale).

**4 – Osteonekroza** është vdekja e indit kockor shkaktuar nga bllokimi i qarkullimit të gjakut aty. Artoplastia mund të jetë e përdorshme për trajtimin e kësaj gjendjeje, veçanërisht kur ndodh në pjesë kockore afër artikulationit, si p.sh. koka e femurit.

**5 – Artriti post-traumatik** i shkaktuar nga dëmtimet. Artriti që ndjek një frakturë ose luksacion mund të trajtohet me artoplasti.

**6 – Displazia zhvillimore e këllkut.** Në rastet kur acetabuli (kaviteti në kockën pelvike ku vendoset koka e femurit) është i cekët dhe koka femorale ekspozohet, shpesh rezulton osteoartriti i hershëm. Në këto raste protezimi total mund të jetë zgjidhje.

**7 – Kanceri kockor primar ose metastazat,** kur preket artikulationi artoplastia mund të përdoret për zëvendësimin e tij.

**8 – Deformimi i artikulationit,** disa artikulacione si gjuri duke u deformuar (jashtë ose brenda) shkaktojnë dhimbje dhe kufizim të lëvizshmërisë.

**9 – Artriti psoriatik,** është një formë artriti që prek të sëmurët me psoriazis duke shkaktuar inflamacion të dhimbshëm në artikulationet e dorës.

**Diagnoza:** Radiografitë duhet të kryhen me ngarkesë (në këmbë), dhe në dy projeksione (anteroposterior dhe aksial). Ndonjëherë mund të jetë e dobishme një tomografi aksiale e kompjuterizuar (CT-Skaner) apo rezonanca magnetike (RM).

## 1.4 Implantet

Përderisa ekzistojnë shumë opsione për komponentën acetabulare në artroplastikën primare të kërdhokullës, një masë e madhe e komponenteve acetabulare të përfshira sot janë të *cementuara, poroze dhe modulare*. Në mënyrë tipike, një zgavër metalike hemisferike poroze futet brenda në acetabulum dhe më pastaj vendoset një gropëz artikulare acetabulare brenda zgavrës. Për shumë vite, sipërfaqja ndërartikulare ka qenë një kokë metalike femorale, e cila artikulohej me një gropëz artikulare acetabulare të lëmuar, me polietilen me densitet të lartë. Për shkak të problemeve rreth veshjes dhe grimcave të rezultuara është zhvilluar një sipërfaqe alternative ndërartikulare. Komponentet femorale mund të klasifikohen të cementuara dhe të pa cementuara. Komponenta femorale e pacementuar është implanti që zgjedhet për pacientët e rinjë dhe ndonjë pacient me eshtëra me masë të zhvilluar (sidomos ato me korteks të trashë të femurit dhe kanale me diametër të vogël të femurit). Koka femorale te secila artroplastikë duhet të përshtatet me sipërfaqen artikulare acetabulare. Siç përmendet edhe më sipër, materiale të ndryshme mund të shfrytëzohen për sipërfaqen ndërartikulare. Megjithatë, shumica e artroplastikave totale koksofemorale të bëra sot në mbarë botën përdorin kokën femorale të lëmuar me densitet të lartë të krom kobaltit.



a)



b)

**Fig.5. Proteza totale: a) pamja normale**

**dhe**

**b) pamja radiologjike**

## 1.5 Procedurat

Procedura kirurgjike për artroplastikën totale të kërdhokullës ka pësuar një evolucion prej se ishte paraqitur së pari kjo ndërhyrje. Sot shumica e artroplastikave totale të kërdhokullave kryhen nëpërmjet qasjes posterolaterale, direkte laterale apo anteriore. Gjithashtu janë zhvilluar dhe publikuar edhe teknikat “minimale invasive”.

a) Qasja postero-laterale, b) Qasja laterale dhe c) Qasja antero-laterale

Komplikimet te zëvendësimi total i kërdhokullës ndahen në komplikime të hershme dhe komplikime të vonshme. Komplikimet e hershme ndahen në komplikime intraoperative dhe komplikime post operative.

### **Në komplikimet intraoperative bëjnë pjesë:**

frakturat,

lëndimet e nervit,

lëndimet vaskulare,

hipotensioni arterial gjatë cementimit.

### **Komplikimet post operative përfshijnë:**

infeksioni,

dislokimi,

osteoliza e veshjes,

instabiliteti i protezës,

fraktura periprotetike,

thyerja dhe dështimi i implantit,

mospërputhja e gjatësisë së këmbës,

osifikimi heterotopik dhe

sëmundjet tromboembolike.

Këto komplikime të mundshme janë diskutuar në detaje veçmas. Komplikimet tjera që mund të ndodhin në ndonjë operim të madh, të tilla si ato lidhur me anestezionin, humbja e gjakut, reaksionet e transfuzionit etj. gjithashtu mund të ndodhin gjatë dhe pas artroplastikës së nyjes dhe duhet të diskutohen me pacientin para operimit.

## 2. HULUMTIMET E DERITANISHME

Shumë autorë, mjek fizioterapeut botërorë dhe vendor në ditët e sotme rëndësi të veçantë i kushtojnë hulumtimit të vendosjes së endoprotezave në kërdhokulla dhe aplikimit të kineziterapisë. Do ti përmendim disa nga këto punime.

Shala (2009) në punimin e tij thekson se përcaktimi i shpeshtësisë së lëndimeve në pjesët e seancave stërvitore dhe gjatë lojës, vërtetimi i llojeve dhe shkaktarëve të lëndimeve, lokalizimi i tyre, ndikimi i faktorëve transversal antropometrik në shpeshtësinë e këtyre lëndimeve si dhe rehabilitimi ishte objektivi kryesor i këtij punimi. Për këtë qëllim popullata nga e cila është nxjerrë mostra për hulumtim për këtë punim është definuar si popullatë e lojtarëve të tri aktiviteteve kineziologjike komplekse (futbolli, hendbolli dhe basketbolli) të super ligës Republikane: Në testim janë përfshirë gjithsejtë 135 lojtarë (senior) puna e të cilëve është përcjell gjatë vitit kalendarik 2007/08. Pyetësi është plotësuar duke i pyetur sportistët nga pyetësi së bashku si dhe nga një. Gjithashtu informacionet janë marrur nga incizimet e ndeshjeve si dhe përcjellja e ndeshjeve nga vet autori. Përpunimi i të dhënave tregon se në pjesën e mesme të seancës stërvitore dhe në pjesën e fundit të lojës është shkaktuar numri më i madh i lëndimeve. Nga lëndimet e shkaktuara për nga lloji dominojnë lëndimet më të lehta (pa zvogëlim të aftësisë punuese), Në sportin e futbollit dominojnë lëndimet e ekstremiteteve të poshtme ndërsa tek sporti i hendbollit dhe ai i basketbollit dominojnë lëndimet e ekstremiteteve të epërme. Nga aktivitetet kineziologjike komplekse rrezikshmëri më të lartë nga lëndimet ka loja e futbollit. Parametrat transversal nuk kanë ndikim në zvogëlimin e lëndimeve. Mjekët ose fizioterapeutët duhet të jenë prezent në të gjitha seancat stërvitore si dhe ndeshjet sportive. Shërimi dhe rehabilitimi bashkëkohor janë masat të cilat duhet ndërmarr menjëherë pas çdo lëndimi pa marr parasysh natyrën dhe seriozitetin. Parandalimi i lëndimeve duhet të jetë qëllimi kryesor i trajnerit dhe i gjithë stafit të ekipes.

Nikčević me bp. (2015) theksojnë se në periudhën e hershme të rimëkëmbjes pas goditjes akute cerebrale (GAC), gjatë tre muajve të parë të rehabilitimit, afërsisht 90% e funksioneve motorike të dëmtuara shërohen. Kjo është arsyeja pse në literaturën profesionale, mjekësore mund të gjejmë shumë rekomandime për domosdoshmërinë e

hershme fillimi i rehabilitimit të pacientëve që përjetuan GAC, domethënë, menjëherë pas stabilizimit gjendja e tyre shëndetësore. Rehabilitimi i hershëm i pacientit fillon kur përcaktohet se është pacienti është kardiologjikisht dhe neurologjikisht i qëndrueshëm, dmth. të nesërmen pas GAC në çështjen ishemi. Problemet më të zakonshme shëndetësore të të moshuarve janë: infeksionet, neuropsikiatrike çrregullime, dëmtime të shikimit dhe dëgjimit, sëmundje kardiovaskulare, probleme urinare, çrregullime osteomuskulare, sindroma geriatrike (marrje mendsh, ulcera presioni, kapsllëk, humbje e masës muskulore, dhimbje kronike ..). Komplikimet më të zakonshme në këta pacientë pas GAC janë: tromboza e venave të thella, pneumonia aspirative më shpesh si një ndërlikim i disfagisë, efekti emocional-depresioni, ankthi dhe paqëndrueshmëria, çmenduria, dhimbja për shkak të çekuilibrit muskulo-skeletor, ngurtësia e muskujve për shkak të spazmës, mosfunksionimi i urinës fshikëza e urinës, mosfunksionimi i zorrëve, osteoporozë dhe frakturat, impotencia, afazia. Parimet e hershëm i rehabilitimit pas GAC akute të të moshuarit janë: Mobilizimi i hershëm, qasja individuale dhe ekipi multidisciplinar.

Smiljkovic-Jelic me bp. (2015) thonë se fraktura dhe dislokimi i kërdhokullës është një dëmtim i rëndësishëm shpesh pa aftësues, potencialisht fatal. Është e zakonshme tek të moshuarit për shkak të osteoporozës së rëndë dhe sëmundjeve të tjera shoqëruese. Monitorimi i cilësisë së jetës në pacientët me frakturë të kofshës të trajtuar në mënyrë kirurgjikale. Një grup prej 50 pacientësh të rehabilituar në Institucionin tonë pasi u monitorua luxacioni dhe fraktura e kërdhokullës e trajtuar në mënyrë operative. Ne kemi analizuar gjininë, moshën, profesionin e pacientit, bashkëorbiditetin, shkakun e frakturës dhe lluxacionit. Ata monitoruam cilësinë e jetës duke përdorur pyetësorin SF 36 (i cili përbëhet nga 36 pyetje dhe matën dimensione të shëndetit): para thyerjes ose nxjerrjes, pas mbërritjes në rehabilitim dhe katër muaj pas përfundimit të rehabilitimit. Në hulumtim u përfshin 14 burra dhe 36 gra në grupin prej 50 pacientësh me fraktura dhe dislokimi të kërdhokullave. Moshë mesatare ishte 68 vjeç. Më të zakonshmit ishin pensionistët 60%, sëmundjet e tjera shoqëruese kishin një numër të madh të pacientëve 82%. Shkaku më i zakonshëm i frakturave dhe dislokimi të kërdhokullave ishte rënia, në më shumë se 84% të rasteve. Duke analizuar dhe krahasuar vlerat mesatare të rezultateve të grupeve të pyetjeve SF 36 për të gjitha tetë dimensionet e shëndetit, rezultatet në

arritjen e rehabilitimit kishin vlera më të ulëta krahasuar me gjendjen para frakturës dhe dislokimi të kërdhokullave, dhe katër muaj pas rehabilitimit rezultatet u ngritën në vlerat fillestare për të tetë dimensionet e shëndetit, megjithatë, asnjë rezultat mesatar nuk arriti vlerën e para-dëmtimit. Duke monitoruar dhe analizuar cilësinë e jetës së pacientëve të trajtuar kirurgjikal me fraktura të hipit, shohim se cilësia e jetës me rehabilitim përmirësohet, por nuk arrin vlerat si para dëmtimit. Prandaj, pavarësisht nga të gjitha teknikat moderne operative dhe rezultateve të mira në zgjidhjen e frakturave dislokimeve, për të përmirësuar cilësinë e jetës, është e nevojshme të parandaloni frakturat dhe dislokimet, parandalimin dhe trajtimin e sëmundjeve shoqëruese, edukimin shëndetësor, përfshirjen në kohë në programin e ushtrimeve, luftën kundër rreziqeve mjedisore.

Meqikukiqi, me bp. (2019) theksojnë se në hulumtimin e tyre theksojnë se nyja e gjurit është nyja më e mëdha dhe më komplekse në trupin e njeriut, në kuptimin funksional të gjymtyrëve të poshtme paraqet, lidhjen kyqe që ofron ecje të drejtë. Për shkak të ndërtimit të tij kompleks dhe delikat, i pambrojtur, nuk është rezistent në masë të madhe ndaj faktorëve të shdryshëm të jashtëm dhe të brendshëm. Qëllimi i këtij punimi është vërtetimi i ndikimit të programit të kineziterapisë te sportistët që iu janë nënshtruar operimit të LKA në rikthimin e shkallës së lëvizshmërisë së nyjës së gjurit, perimetrit të kofshës, si dhe forcës muskulare të muskulit të kofshës pas fazave të trajtimit. Në hulumtim janë përfshirë 30 sportist që i janë nënshtruar operacionit pas këputjes të ligamentit crucial anterior. Aplikimi i programit me kineziterapi ka filluar nga momenti kur mjeku ka dhënë leje për trajtim me fizioterapi duke filluar nga faza e parë (iniciale), e tretë (në muajin tretë-tranzitore) deri në fazën e fundit të gjashtë (finale). Nga variablat e aplikuar në këtë punim janë: Forca e muskulit ekstensorë kofshës, gjatë fazës së parë, të dytë dhe të tret, Lakueshmëria në nyjën e gjurit, gjatë fazës së parë, të dytë dhe të tret në fleksion, Lakueshmëria në nyjën e gjurit, gjatë fazës së parë, të dytë dhe të tret në ekstension, Perimetri i kofshës, gjatë fazës së parë, të dytë dhe të tret. Pas përpunimit të rezultateve mund të theksojmë se rezultatet e fituara pas tretmanit me kineziterapi tregojnë se dallimi e fituar është statistikiisht i rëndësishëm në të gjitha ndryshoret e trajtuara pos në rikthimin e plotë të shkallës së lëvizshmërisë së nyjës së gjurit të lënduar në ekstension të plotë. Protokoli i aplikuar i kineziterapisë pas rikonstruktimit të

ligamentit ACL ka dhënë rezultate të mira në rikthimin e funksionalitetit të gjurit të lënduar.

### **3. QËLLIMI DHE DETYRAT E PUNIMIT**

Rikthimi i funksionimit normal të kërdhokulles pas implantit paraqeset një ndër preokupimet kryesore të mjekëve ortoped dhe fizioterapeutëve. Nga përkujdesje dhe aplikimi i proceduarave terapeutike varet niveli shëndetësor, social dhe çka është shumë e rëndësishme niveli i rezultateve shëruese.

**Qëllimi** i këtij punimi është të përcaktohet gjendja subjektive e pacientëve pas vendosjes së iplantit apo endoprotezës kokso-femorale dhe procedurave rehabilituese me fizioterapi. Realizimi i qëllimit të këtij punimi është bërë me anë të pyetësorit sipas “Oxford Hip Score” ku sipas pikëve të fituara në fillim ose para aplikimit të kineziterapisë dhe pas aplikimit të kineziterapisë ku duhet të vërtetohet ndikimi i kineziterapisë

**Detyrat** – Për realizimin e qëllimit të parashtruar, janë parashtruar këto detyra të hulumtimit:

- Të përcaktohet niveli i gjendjes shëndetësore të pacientëve pas endoprotezës kokso-femorale,
- Të përcaktohen dallimi në gjendjen subjektive më mes pacientë me artrozë kokso-femorale dhe atyre pas endoprotezës kokso-femorale,

## 4. HIPOTEZAT THEMELORE

Në bazë të qëllimit, detyrave dhe metodat statistikore për përpunimin e të dhënave do të parashtrihen hipotezat si në vijim:

- **H1.** Presim që do të ketë dallime të rëndësishme statistikore në përcaktimin e nivelit të gjendjes shëndetësore me endoprotezës kokso-femorale pas aplikimit të programit me kineziterapi,
- **H2.** Presim Presim që do të ketë dallime të rëndësishme statistikore mes pacientë me artrozë kokso-femorale dhe atyre pas endoprotezës kokso-femorale pas aplikimit të programit me kineziterapi në gjendjen subjektive të pacientëve.



## 5. METODOLOGJIA E PUNËS

### 5.1 Mostra e entitetit

Entiteti për qëllimet e këtij punimi do të përfshijë popullatën e sëmur të cilët u janë nënshtruar operacionit për zëvendësimin e kokës së femurit (caput femoris) ose endoprotezë kokso-femorale dhe të sëmuarve nga sëmundjet e ndryshme të kërdhokullave. Mostra do të përfshijë 15 pacient me endoprotezë kokso-femorale dhe 15 pacient me artrozë të kërdhokullave të dy gjinive. Pacientët iu kanë përgjigjur pyetësorit me vetdëshirë pas trajtimit 30 ditorë në Banjën e Kllokotit. Hulumtimi është ekzekutuar gjatë periudhës janar - dhjetor 2018/19 dhe 2019/2020.

### 5.2 Mostra e ndryshoreve

Në këtë punim si ndryshore është aplikuar pyetësori “Oxford Hip Score”<sup>2</sup> me 12 pyetje .

#### 1. Pyetësori i aplikuar

Emri i mjekut (or ref) \_\_\_\_\_ Emri i pacientit (or  
ref \_\_\_\_\_

Ju lutem përgjigjuni 12 pyetjeve të mëposhtme me zgjedhje të shumëfishta.

Gjatë 4 javëve të kaluara.....

1. Si do ta përshkruanit dhimbjen qe zakonisht keni në pelvikun tuaj?	5. Sa gjatë keni qenë në gjendje të ecni para se dhimbja juaj të bëhet e rëndë (me ose pa mjetin ndihmës) ?	9. A keni pasur ndonjë vështirësi për të hyrë ose dal nga vetura, ose duke përdorur transportin publik për shkak të kërdhokulla
---	---	---

<sup>2</sup> [http://www.orthopaedicscore.com/scorepages/oxford\\_hip\\_score.htm](http://www.orthopaedicscore.com/scorepages/oxford_hip_score.htm)

					tuaj ?
4	Aspak – Pa dhimbje	4	Pa dhimbje për 30 minuta apo me shumë	4	Pa probleme
3	Shumë të lehtë	3	16 deri 30 minuta	3	Probleme të vogla
2	Të lehtë	2	5 deri 15 minuta	2	Probleme të lehta
1	Mesatare	1	Vetëm rreth shtëpisë	1	Vështirësi të shumta
0	Të rëndë	0	Aspak	0	E pamundur për tu bërë
	2. A keni qenë të shqetësuar nga dhimbja në kërdhokulla tuaj natën në shtrat?		6. A keni qenë në gjendje të kaloni një palë shkallë?		10. A keni pasur problem për të larë apo terur veten, për shkak të kërdhokulla tuaj?
4	Asnjë natë	4	Po, me lehtësi	4	Pa probleme
3	Vetëm 1 ose 2 netë	3	Me pak vështirësi	3	Probleme të vogla
2	Disa netë	2	Me disa vështirësi	2	Probleme të lehta
1	Shumicën e netëve	1	Me shumë vështirësi	1	Vështirësi të shumta
0	Çdo natë	0	Jo, e pamundur	0	E pamundur për tu bërë
	3. A keni pasur ndonjë dhimbje të papritur, të rënda (therrje, mpirje, shtrengim) nga kërdhokulla tuaj të prekur?		7. A keni qenë në gjendje të veshni një palë çorape apo gete?		11. A mund të bëni pazarin e familjes vetëm?
4	Asnjë ditë	4	Po, me lehtësi	4	Pa probleme
3	Vetëm 1 ose 2 ditë	3	Me pak vështirësi	3	Probleme të vogla
2	Disa ditë	2	Me disa vështirësi	2	Probleme të lehta
1	Shumicën e ditëve	1	Me shumë vështirësi	1	Vështirësi të shumta
0	Çdo ditë	0	Jo, e pamundur	0	E pamundur për tu bërë
	4. A keni çaluar kur keni qene duke ecur për shkak të kërdhokulla tuaj ?		8. Pas një racioni te ushqimit (ulur në një tavolinë), sa e dhimbshme ka qenë për ju të ngriteni nga karrigja për shkak të kërdhokulla tuaj?		12. Sa ka ndikuar dhimbja e kërdhokulla tuaj ne punën tuaj të zakonshme, duke përfshirë edhe punët e shtëpisë?
4	Rrallë/asnjëherë	4	Pa dhimbje	4	Aspak
3	Ndonjëherë, apo	3	Pak e dhimbshme	3	Pak

	vetëm në fillim				
2	Shpesh, jo vetëm në fillim	2	Mesatarisht e dhimbshme	2	Mesatarisht
1	Shumicën e kohës	1	Shumë e dhimbshme	1	Shumë
0	Tërë kohën	0	E padurueshme	0	Tërësisht

Klasifikimi sipas pikëve të “Oxford Hip Score”						
0 deri 19 pik e	Mund të tregojë për artrozë të rëndë të pelvikut.. Është shumë e mundshme që të kërkohet një formë e ndërhyrjes kirurgjikale, kontaktoni me mjekun tuaj familjar për një konsultë me një Kirurg Ortoped.					
20 deri 29 pik e	Mund të tregojë për artrozë mesatare kah e rënda. Takoni mjekun familjar për një vlerësim dhe fotografim. Bëni edhe një konsultë me një kirurg ortoped.					
30 deri 39 pik e	Mund të tregojë artrozë të pelvikut nga e lehta deri tek mesatarja. Është mirë të takoni mjekun tuaj familjar për një vlerësim dhe fotografim					
		3. A keni pasur ndonjë dhimbje të papritur, të rënda (therrje, mpirje, shtrengim) nga kërdhokulla tuaj të prekur?		7. A keni qenë në gjendje të veshni një palë çorape apo gete?		11. A mund të bëni pazarin e familjes vetëm?
	4	Asnjë ditë	4	Po, me lehtësi	4	Pa probleme
	3	Vetëm 1 ose 2 ditë	3	Me pak vështirësi	3	Probleme të vogla
	2	Disa ditë	2	Me disa vështirësi	2	Probleme të lehta
	1	Shumicën e ditëve	1	Me shumë vështirësi	1	Vështirësi të shumta
	0	Çdo ditë	0	Jo, e pamundur	0	E pamundur për të bërë
	4. A keni çaluar kur keni qene duke ecur për shkak të		8. Pas një racioni të ushqimit (ulur në një tavolinë), sa e dhimbshme ka qenë për ju të		12. Sa ka ndikuar dhimbja e kërdhokulla tuaj në punën tuaj të	

	kërdhokulla tuaj ?		ngriteni nga karrigja për shkak të kërdhokulla tuaj?		zakonshme, duke përfshirë edhe purët e shtëpisë?		
	4	Rrallë/asnjëherë	4	Pa dhimbje	4	Aspak	
	3	Ndonjëherë, apo vetëm në fillim	3	Pak e dhimbshme	3	Pak	
	2	Shpesh, jo vetëm në fillim	2	Mesatarisht e dhimbshme	2	Mesatarisht	
	1	Shumicën e kohës	1	Shumë e dhimbshme	1	Shumë	
	0	Tërë kohën	0	E padurueshme	0	Tërësisht	
	<p>të mundshëm. Mund të përfitoni nga trajtime jo-kirurgjikale të tilla si ushtrimet, humbja në peshë, dhe / ose medikamente anti-inflamatore.</p>						
40 deri 48 pikë	<p>Mund të tregojë funksionin e kënaqshëm të kyçit. Nuk kërkon ndonjë trajtim formal.</p>						

### 5.3 Përkujdesi shëndetësor dhe kineziterapia pas endoprotezës kokso-femorale

#### **Pas operacionit duhet të vazhdohet me këto proceduar:**

1. Pas procedurës menjëherë pacienti shtrohet në dhomën e zgjimit, derisa t'i dalë anestezia plotësisht (të zgjohet plotësisht).
2. Më pas shtrohet në dhomën ku do të qëndrojë 5-7 ditë.
3. Gjatë qëndrimit në spital jepen instruksione për limitimin e peshëmbajtjes, lëvizjeve dhe aktiviteteve, p.sh. pacientët që bëjnë protezë kokso-femorale instruktohen të mos përkulen përpara ose të mos kryqëzojnë këmbët.
4. Mund të përdoren pajisje për imobilizim artikulacioni (p.sh. splinte ose slinge), bëhen lëvizje të vazhdueshme pasive ose mbi vëzhgimin e fizioterapeutit ose nga pajisje të veçanta që bëjnë lëvizje të ngadalta të artikulacionit kur pacienti është i shtrirë.
5. Medikamentet që jepen:
  - a. *Analgetikët antinflammatorë jo steroidë përshkruhen për dhimbje*
  - b. *Antibiotikë për të parandaluar infeksionin*
  - c. *Antikoagulantë për të parandaluar trombozën e venave të thella si dhe çorape shtrënguese që përmirësojnë qarkullimin dhe ulin rrezikun e trombozave.*
6. Fizioterapia fillohet që ditën 1-2 pas operacionit, në spital dhe vazhdohet në shtëpi.

Pacienti inkurajohet të lëvizë me ndihmën e patericave (për artoplastinë e gjurit dhe këllkut) që ditën 1-2 pas operacionit. Ndërsa plaga operative shërohet, shtohet toleranca ndaj fizioterapisë. Zakonisht fizioterapia mund të vazhdojë me muaj pas artroplastisë.

Pas endoprotezës kokso-femorale pacientët duhet të jenë të informuar me këto këshilla:

Të mos shtohet peshë pas operacionit.

Të mos flihet në anën e operuar ditët e para pas intervenimit si dhe të vihet një jastëk në mes të këmbëve në rast se pacienti shtrihet në anë.

Të bëhet kujdes nëse pacienti ulet në karrige shumë të ulëta, (ngritje e WC-së).

Të jetë i kujdesshëm kur përkulet për të marrë sende nga dyshemeja.

Të evitohet pozicioni "këmbëkryq" apo "këmbë mbi këmbë".

Të kontrollohet periodikisht nga kirurgu ortoped.

## **DITA E PARË**

### **Ushtrimet e para**

Para se të ngritet i sëmuri për herë të parë nga shtrati, është me rëndësi që të bëhen këto ushtrime çdo orë siç vijon. Këto ushtrime ndihmojnë në parandalimin e komplikimeve.

Fillohet me ushtrimet izometrike të ekstremitetit të poshtëm dhe pompat e shputës. Inkurajohet pacienti t'i kryejë këto ushtrime çdo dy orë kur të jetë i zgjuar. Fillojnë transferet shtrat-karrige duke përdorur pajisjen ndihmëse për në karrige në nivel të përshtatshëm. Statusi i bartjes së peshës mvaret nga tipi i protezës së implantuar. Kandidatët nuk janë të detyruar të qëndrojnë në pozitë të shtrembër ulur por mund të ulen në pozitë të drejtë nëse janë të rehatshëm.

Diskutimi i masave paraprake apo kufizimeve të dislokimit post operativ.

#### **Dita e 1-rë Post Operative:**

- Bëhen 3 – 4 frymëmarrje të thella.
- Vazhdohet me ushtrimet izometrike të ekstermitetit të poshtëm duke mbajtur kontraksionin disa sekonda dhe duke përsëritur këtë 10 herë.
- Lëvizen shputat poshtë-lartë 20 herë.
- Inicimi për ushtrimet e ekstremiteteve të sipërme dhe ushtrimet e forcimit të ekstremitetit kontralateral.
- Fillojnë lëvizjet e ndihmuara në një sipërfaqe të nivelizuar duke përdorur pajisje ndihmëse, statusi i bartjes së peshës mvaret nga kualiteti i protezës.
- Fillon planifikimi i rehabilitimit dhe vlerësimi i nevojave në shtëpi.
- Rishikohen masat paraprake apo kufizimet e dislokimit.

#### **Dita e 2-të Post Operative:**

- Rishikimi ushtrimeve izometrike të ekstremitetit të poshtëm dhe pompave të shputës.
- Vazhdojnë në pozitë të shtrirë të bëhen lëvizje aktive të ndihmuara të këmbës së operuar. Lëvizjet janë brenda planit të toleruar të pacientit.

- Bëhen lëvizjet e ndihmuara në një sipërfaqe të niveluar.
- Përforcohen masat paraprake/kufizimet e dislokimit.

### Ushtrimet themelore

Çdo orë:

**1. Me këmbën në pozitë të drejtë, shtrëngohen muskujt në pjesën e përparme të kofshës, duke shtyer gjurin poshtë. Mbahet kontraksioni për 3 sekonda dhe përsëritet 10 herë.**



**2. Në pozitën në shpinë, duhet të rrëshqitet shputa në drejtim të trupit, duke përkulur gjurin dhe kërdhokullën.**



**3. Shtrirë në shpinë në shtrat ushtrime, ngritja e këmbës, lakimi në gju, këmba anash dhe teknik a e zbritjes nga krevati.**



***4. Shtrirë në shpinë, duhet të rrëshqitet këmba anash dhe pastaj të kthehet prapa në pozitën e mëparshme.***



**Pozita gjatë fjetjes**



Gjatë qëndrimit në shtrat pas operimit, pacienti duhet të flejë në shpinë. Megjithatë, nëse nuk është në gjendje ta tolerojë këtë, ai ka mundësi të flejë në krah të anës së pa-operuar me një jastëk ndërmjet këmbëve për mbështetje.

### **Shtrirja dhe ngritja nga shtrati**

Pacienti duhet të shtrihet në shtrat së pari me këmbën e pa operuar. Ulet në skaj të shtratit dhe duhet të shtyjë veten mbrapa duke përdorur duart për t'i ndihmuar mbajtjes së këmbës së operuar në pozitë të drejtë. Kur është në pozitë mjaftë mbrapa për t'i dhënë këmbës së operuar mbështetje të plotë duhet të kthejë shputën përballë shtratit. Nuk duhet harruar për tu ngritur nga shtrati në të njëjtën anë nga këmba e operuar.

### **5. Mënyra e zbritjes nga krevati**



### **Dita e 3-të Postoperative - Rehabilitimi:**

Vazhdimi i programit të plotë të ushtrimeve me theks të veçantë në rritjen e amplitudës së lëvizjes së kërdhokullës dhe forcës muskulare të ekstremitetit të operuar. Fillojnë ushtrimet në pozitën ulur.

Duhet të përmirësohet forma e ecjes dhe duhet dhënë udhëzime për ngjitjen shkallëve.

Rishikohen udhëzimet dhe programi i ushtrimeve në shtëpi me theks të veçantë në dislokimin e kërdhokullës dhe masat paraprake.

Finalizohet plani i rehabilitimit. Të gjithë pacientët kërkojnë një pajisje ndihmëse për lëvizje, një toilet me nivel më të lartë dhe të ndjekë terapinë fizikale.

### **Ushtrimet e domosdoshme**

Ushtrimet e mëposhtme duhet të përsëriten së paku 3 herë gjatë ditës. Është me rëndësi që të vazhdohet me këto ushtrime kur pacienti të kthehet në shtëpi.

### **Ushtrimet e qëndrimit në këmbë**

Derisa bëhen këto ushtrime duhet që pacienti të sigurohet se është kapur për një sipërfaqe të fortë dhe pastaj të shtrëngohen muskujt gluteal së bashku. Kjo i ndihmon atij ta stabilizojë kërdhokullën më mirë. Duhet të bëhen 10 herë për secilën anë dhe të përsëriten 3 herë gjatë ditës.

### **Abduksioni i kërdhokullës në këmbë**

Së pari duhet të sigurohet që kërdhokulla, gjuri dhe shputa janë drejt të hapura. Trupi mbahet drejt. Shtrëngohen muskujt gluteal dhe pastaj me gjurin drejt, ngritet këmba e operuar dhe levizet anash. Ngadal ulet këmba në mënyrë që ajo të kthehet në pozitën e mëparshme në dysheme.

#### ***6. Ushtrime për abduksioni e kërdhokullës në këmbë.***



### **Ekstenzioni i kërdhokullës në këmbë**

Shtrëngohen muskujt e kërdhokullës. Ngritet këmba e operuar ngadal mbrapa. Pacienti duhet të mundohet ta mbajë shpinën dhe këmbën drejt. Mbahet deri në 3-4 sekonda dhe kthehet shputa prap në dysheme.

#### ***7. Ushtrime për ekstensionin e kërdhokullës në këmbë.***



#### ***8. Ushtrime për ecje me mbështetëse: mbështetëset, këmba e operuar këmba e shëndosh.***



## Ulja

Në karrigë, në skajin e shtratit, në toalet, në ulësen e vaskës etj.

### 9. Ushtrime për ulje në karrigë



1. Nëse ulësja është më e ulët se sa gjuri, ajo është shumë e ulët – pacientit i duhet një karrigë tjetër.
2. Pacienti duhet të qëndrojë me shpinë për karrigë.
3. Shputa e këmbës së operuar duhet të mbahet përpara.
4. Duhet të mbështetet ngadalë derisa karrigia të prek pjesën e pasme të kërdhokullës së pa operuar.
5. Duhet ta mbajë mbështetësen me një dorë.
6. Duhet ta rrëshqet këmbën e operuar përpara pasi që ta ketë arritur shpinën me dorën tjetër.
7. Duhet ta mbajë peshën në këmbën e pa operuar, dhe pastaj të ulet në karrigë.

8. Këmbën e operuar duhet ta mbajë drejt.
9. Nuk guxon të rrotullohet të shikojë mbrapa.
10. Gjuri i tij duhet gjithmonë të jetë nën nivelin e kërdhokullës.

### Zbritja shkallëve

**10. Ushtrime për zbritje nga shkallët: vendosen mbështetëset një shkallë më poshtë, pastaj këmba e operuar e ndjekur nga këmba e pa operuar.**



### Ngjitja shkallëve

Duhet filluar me këmbën e pa operuar e ndjekur nga këmba e operuar pastaj mbështetësja.

**10. Ushtrime për ngjitje në shkallë: këmba e pa operuar pastaj vendosen mbështetëset një shkallë më lartë, pastaj këmba e operuar.**



**Banjo**

Duhet siguruar që dysHEMEJA e vaskës të jetë e terur.  
Nuk duhet të laget pjesa e operuar disa ditë pasi të largohen penjët kirurgjik.

### **Në vaskë**

1. Nuk duhet të ngjitet në vaskë
2. Nëse dëshiron ta përdorë vaskën, i nevojitet një ulëse e vaskës.
3. Duhet t'i tërheqë këmbët më lartë që të kalojë skajin e vaskës.
4. Të mbrojnë kërdhokullën, duke u anuar mbrapa.
5. Të ketë kujdes mos t'i ngrit gjunjët mbi nivelin e kërdhokullave.

### **11. Ushtrime për vaskë**



### **Tualeti**

- Të ketë kujdes gjatë uljes.
- T'i shmanget përdredhjes apo përkuljes, t'i mbajë letrat e tualetit në vend të lehtë për t'i kapur apo t'i merr ato më herët.
- Nëse tualeti është shumë i ulët, pacientit mund t'i nevojitet një ulëse e ngritur e tualetit me anësore.

### **Veshja**

Për veshje më të lehtë nevojiten këto mjete ndihmëse:

- Mjeti ndihmës për kapje
- Mjeti ndihmës për mbathje
- Mjeti ndihmës për mbathjen e çorapëve.
- Mbështetësja e duarve.

## **Çorapet**

Ekzistojnë vetëm dy mënyra për mbathjen e çorapëve pas zëvendësimit total të kërdhokullës:

1. Duke përdorur ndihmësin për mbathje, dhe
2. Duke i ndihmuar pacientit ndonjë person afër.

## **Rrobat e brendshme**

1. Duhet të mbajë mjetin ndihmës për kapje dhe mbështetësen afër
2. Të fillojë me krahë duke u ulur në skajin e shtratit apo të karriges.
3. Të vendos rrobat në prehër dhe të përdorë mjetin ndihmës për kapje për t'i ulur ato në dysheme.
4. Derisa akoma i mban rrobat me mjetin ndihmës, së pari duhet ta futë këmbën e operuar. Duhet të sigurohet që këmba është futur komplet në rrobë në mënyrë që të mos rrëzohet.
5. Pastaj, këmba e pa operuar të futet në rroba.
6. Të tërhiqen rrobat sa më shumë që është e mundshme derisa pacienti është ulur.
7. Të qëndrohet në këmbë me mbështetëse dhe të tërhiqen rrobat gjatë rrugës.

Me një dorë të mbahet për mbështetëse dhe me tjetrën t'i tërheq rrobat.

## **Për tu zhveshur duhet:**

1. Të fillojë duke u ngritur, me mbështetëse përpara.
2. Duke e mbajtur me një dorë atë, dorën tjetër duhet ta përdorë për t'i hequr rrobat. Mos të përkulet përpara. Duhet t'i heq rrobat deri në atë masë sa të jetë në gjendje të ulet pa u ulur në to.
3. Të ulet me kujdes në karrige apo shtrat.
4. Të përdorë mjetin ndihmës për kapje për t'i ulur rrobat në dysheme.
5. Së pari të tërhiqen rrobat nga këmba e pa operuar, pastaj nga këmba e operuar.
6. Të përdoret mjete ndihmës për t'i kapur rrobat nga dyshemeja.

## Vozitja

Nuk duhet të vozitet për 6 javë pas operacionit.

### Para se të hyj i sëmuri në veturë

- Të ketë dikë për të lëvizur ulësen sa më mbrapa që është e mundshme.
- Të merret një jastëk i fortë për të ngritur lartësinë e ulëses.

### Ulja në veturë

1. Të qëndrojnë me shpinë për veturë.
2. Të mbahet për veturë dhe në mbështetëse.
3. I sëmuri duhet të ulet ngadalë në ulëse, duke mbajtur këmbën e operuar përpara.
4. Duhet të rrëshqas deri në fund të ulëses.
5. Nëse ulësja nuk është e shtrirë, ajo duhet të shtrihet.
6. Trupi mos të lëvizet dhe mos të përdredhet.
7. Duhet të ndiqen masat paraprake të kërdhokullës.

### 12. Ushtrime për hyrje në auto.



Ushtrimet duhet të vazhdojnë 3 muaj pas operacionit.

Fizioterapeuti është ai i cili e vlerëson se kur pacienti është në gjendje të fillojë të ecë. Fizioterapeuti po ashtu ndihmon atë të ngritet nga shtrati dhe të ecë për disa hapa. Zakonisht kjo ndodh në ditën e parë pas operimit. Terapeuti i tregon atij se sa peshë duhet të lëshojë në këmbën e operuar. Nuk është mirë që ai të qëndrojë ulur për një kohë të gjatë pas operimit por duhet të lëvizë rregullisht dhe t'i ndërrojë pozitat. Shqetësimi i të sëmurit për lëvizje është për tu pritur, por kjo nuk duhet ta ndalojë atë për të vazhduar më

tutje. Është me rëndësi ngadalë të rritet distanca e ecjes ditore duke rritur gjithashtu edhe tolerancën në ushtrime. Ecja është forma më e mirë e ushtrimit që i sëmuri mund ta kryej sidomos pas operimit të kërdhokullës. Kandidatët që lëvizin dhe mbajnë aktivitetin fizik shërohen më shpejtë se ata që e zgjasin pushimin.

Nuk ka ndonjë periudhë kohore specifike ku mund të ndalohej përdorimi i mbështetëseve. Asnjëherë nuk duhet bërë krahasime sepse çdo person rikthehet në ritëm të ndryshëm. Rekomandohet që të mos nxitohet ndalimi i përdorimit të mjeteve ndihmëse të ecjes. Nuk duhet të hiqen mbështetëset derisa i sëmuri të jetë në gjendje të ecë pa çaluar. Fillimisht duhet të provohet të bëhet ecja me vetëm një mbështetëse në krahun e kundërt me këmbën e operuar. Pastaj progredohet ngadalë në një shkop ose ecja pa asnjë mjet ndihmës. Shumica e pacientëve janë në gjendje për të menagjuar ngjitjen dhe zbritjen e shkallëve pas operimit të tyre. Ai duhet të ndihet i lirë për të diskutuar me fizioterapeutin nëse ka ndonjë shqetësim. Fizioterapeuti duhet të praktikojë ngjitjen dhe zbritjen shkallëve para se ai të shkon në shtëpi.

### **Modalitetet e mundshme që përdoren pas artroplastikës totale**

- Rrymat interferente
- Krioterapi
- TENS
- Elektrostimulimi

### **Ushtrimet terapeutike**

- Mobilizimet pasive, aktive dhe aktive të ndihmuara për rritjen e amplitudës së lëvizjes.
- Ushtrimet e zingjirit të mbyllur kinetik.
- Ushtrimet në biçikletën statike – pa rezistencë në lëvizje.
- Ushtrimet e përforcimit të muskujve të këmbës duke përdorur shiritin elastik (terabendin).
- Ushtrimet me orbitrek.
- Hidroterapi



- Zgjatjet e shiritit iliotibial – Zgjatjet në shpinë mund të fillojnë 2 javë pas operacionit, qëndrimi në pozitë vertikale 12 javë pas operacionit.
- Masazha/Lëvizshmëria – mund të fillohet pas tërheqjes së penjëve kirurgjik.

#### **Ushtrimet me rezistencë:**

- Biçikleta e gjymtyrëve të sipërme
- Rivendosja e gjymtyrëve të sipërme dhe të poshtme
- Biçikleta për njëren këmbë – Përdorimi i këmbës jo operative, me rezistencë në lëvizje
- Hidroterapia

#### **Trajnimi i Balancit/Proprioceptionit:**

- Ecja në rresht
- Shkelja me pjesën laterale mbi objekte të ndryshme
- Lëvizja në pengesa
- Aktivitetet e ndërrimit të peshave
- Aktivitetet e zingjirit të mbyllur

#### **Trajnimi i ecjes**

- Sipërfaqja e rrafshët
- Ecja përpara
- Ecja anash
- Ecja mbrapa
- Ecja nëpër sipërfaqe jo të rrafshët

## 5.4 Metodatat e përpunimit të rezultateve

Për ndryshoret e aplikuara, janë llogaritur vlerat e mëposhtme: Nga parametrat themelorë statistikore përshkrues në cilësor dhe sasior është përdorur vlerësimi i rezultateve të fituara: mesatarja aritmetike (Mean), devijimi standard, (Std. Dev.) Dhe gabimi standard (Std. Gabimi), rezultati minimal (Min) dhe ai maksimal (Max) që tregon se nga cili rezultat më i ulët dhe ai më i lartë variojnë rezultatet. Për të vlerësuar rëndësinë statistikore të ndryshimeve

Për rezultatet nga pyetësi do të llogaritet koeficienti i asimetrisë („skjunis”), dhe shkalla e lakimit e majës së kurbës së rezultateve të shpërndara (lartësia e distribucionit) përmes koeficientit të sheshtë ("kurtozis") dhe Koeficienti i variacionit (Kv).

Analiza diskriminative t-testi për grupe të varura me qëllim të vërtetimit të dallimeve të vlerave të variablove në dy fazat e trajtimit.

Rezultatet e fituara do të përpunohen me programin statistikor SPSS 17.0.

## 6. INTERPRETIMI I REZULTATEVE DHE DISKUTIMI

### 6.1 Rezultatet e pacientëve pas ekzaminimit subjektiv me anë të pyetësorit pas tretmanit me fizioterapi me koksartrozë

Në tabelën 1 është paraqitur analiza deskriptive e ndryshoreve të shprehura në 12 pyetje të propozuar nga “Oxford Hip Score” te 15 pacient me Koksartroza pas trajti me 30 ditor me fizioterapi të dy gjinive ku janë të paraqitura vlerat e mesatares aritmetikore, rezultati minimal, rezultati maksimal, devijimi standard, koeficienti i variacionit, parametrat e shpërndarjes ose të asimetrisë (Skewness – asim, asimetri) dhe shkalla e shtrirjes së kulmit të lakores të distribucionit të rezultateve (Kurtosis – konveksitet).

**Tabela 1. Analiza deskriptive e ndryshoreve të shprehura në 12 pyetje të propozuar nga “Oxford Hip Score” te 15 pacient me Koksartroza pas trajti me 30 ditor me fizioterapi**

Pyetësori	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Scewnes	Kurtosis	Kv
P1	15	.00	3.00	1.2667	.88372	.116	-.485	69.77
P2	15	.00	2.00	.6667	.72375	.628	-.654	108.56
P3	15	.00	2.00	.8667	.74322	.227	-.970	85.75
P4	15	.00	2.00	.8000	.77460	.383	-1.117	96.83
P5	15	.00	3.00	1.0000	.84515	.819	.969	84.52
P6	15	.00	2.00	.7333	.70373	.433	-.669	95.97
P7	15	.00	2.00	.9333	.70373	.092	-.669	75.40
P8	15	.00	2.00	1.0667	.70373	-.092	-.669	65.97
P9	15	.00	3.00	1.1333	.91548	.351	-.484	80.78
P10	15	.00	2.00	1.2000	.77460	-.383	-1.117	64.55
P11	15	.00	3.00	1.1333	1.06010	.531	-.791	93.54
P12	15	.00	3.00	1.4667	.83381	-.306	-.226	56.85

Mesatarja e pyetjes se “Si do ta përshkruanit dhimbjen qe zakonisht keni në pelvikun tuaj”? (P1) është Mean= 1.2667. Rezultati minimal (0) dhe ai maksimal (3) i

kësaj pyetje tregon se ekziston një dallim i theksuar në mes pacientëve në këtë pyetje të këtij pyetësi, si dhe një anim i lehtë i rezultateve kah rezultatet më të ulëta, sepse testi i asimetrisë është pozitiv (epikurtik). Pacientët në këtë pyetje paraqiten si grup heterogjen që vërtetohet me anë të koeficientit të variacionit ( $Kv = 69.77$ ). Dallim i theksuar në mes rezultatit minimal dhe atij maksimal, shihet se lakueshmëria dhe konveksiteti i fituar (Skewness dhe Kurtosis) nuk tregojnë një asimetri të theksuar, distribucioni është platokurtike.

Mesatarja e pyetjes se “A keni qenë të shqetësuar nga dhimbja në kërdhokulla tuaj natën në shtrat:?” (P2) është Mean= 0.66. Rezultati minimal (0) dhe ai maksimal (2) i kësaj pyetje tregon se ekziston një dallim i theksuar në mes pacientëve në këtë pyetje të këtij pyetësi, si dhe një anim i lehtë i rezultateve kah rezultatet më të ulëta, sepse testi i asimetrisë është pozitiv (epikurtik). Pacientët në këtë pyetje paraqiten si grup heterogjen që vërtetohet me anë të koeficientit të variacionit ( $Kv = 108.56$ ). Dallim i theksuar në mes rezultatit minimal dhe atij maksimal, shihet se lakueshmëria dhe konveksiteti i fituar (Skewness dhe Kurtosis) nuk tregojnë një asimetri të theksuar, distribucioni është leptokurtic.

Mesatarja e pyetjes se “A keni pasur ndonjë dhimbje të papritur, të rënda (therje, mpirje, shtrëngim) nga kërdhokulla tuaj të prekur?” (P3) është Mean= 0.86. Rezultati minimal (0) dhe ai maksimal (2) i kësaj pyetje tregon se ekziston një dallim i theksuar në mes pacientëve në këtë pyetje të këtij pyetësi, si dhe një anim i lehtë i rezultateve kah rezultatet më të ulëta, sepse testi i asimetrisë është pozitiv (epikurtik). Pacientët në këtë pyetje paraqiten si grup heterogjen që vërtetohet me anë të koeficientit të variacionit ( $Kv = 85.7$ ). Dallim i theksuar në mes rezultatit minimal dhe atij maksimal, shihet se lakueshmëria dhe konveksiteti i fituar (Skewness dhe Kurtosis) nuk tregojnë një asimetri të theksuar, distribucioni është platokurtike.

Mesatarja e pyetjes se “A keni çaluar kur keni qene duke ecur për shkak të kërdhokulla tuaj” ? (P4) është Mean= 0.80. Rezultati minimal (0) dhe ai maksimal (2) i kësaj pyetje tregon se ekziston një dallim i theksuar në mes pacientëve në këtë pyetje të këtij pyetësi, si dhe një anim i lehtë i rezultateve kah rezultatet më të ulëta, sepse testi i asimetrisë është pozitiv (epikurtik). Pacientët në këtë pyetje paraqiten si grup heterogjen që vërtetohet me anë të koeficientit të variacionit ( $Kv = 96.83$ ). Dallim i theksuar në

mes rezultatit minimal dhe atij maksimal, shihet se lakueshmëria dhe konveksiteti i fituar (Skewness dhe Kurtosis) nuk tregojnë një asimetri të theksuar, distribucioni është platokurtike.

Mesatarja e pyetjes se “Sa gjatë keni qenë në gjendje të ecni para se dhimbja juaj të bëhet e rëndë (me ose pa mjetin ndihmës)” ? (P5) është Mean= 1.00. Rezultati minimal (0) dhe ai maksimal (2) i kësaj pyetje tregon se ekziston një dallim i theksuar në mes pacientëve në këtë pyetje të këtij pyetësi, si dhe një anim i lehtë i rezultateve kah rezultatet më të ulëta, sepse testi i asimetrisë është pozitiv (epikurtik). Pacientët në këtë pyetje paraqiten si grup heterogjen që vërtetohet me anë të koeficientit të variacionit ( $Kv = 84.52$ ). Dallim i theksuar në mes rezultatit minimal dhe atij maksimal, shihet se lakueshmëria dhe konveksiteti i fituar (Skewness dhe Kurtosis) nuk tregojnë një asimetri të theksuar, distribucioni është mezokurtik.

Mesatarja e pyetjes se “A keni qenë në gjendje të kaloni një palë shkallë”? (P6) është Mean= 0.73. Rezultati minimal (0) dhe ai maksimal (2) i kësaj pyetje tregon se ekziston një dallim i theksuar në mes pacientëve në këtë pyetje të këtij pyetësi, si dhe një anim i lehtë i rezultateve kah rezultatet më të ulëta, sepse testi i asimetrisë është pozitiv (epikurtik). Pacientët në këtë pyetje paraqiten si grup heterogjen që vërtetohet me anë të koeficientit të variacionit ( $Kv = 95.97$ ). Dallim i theksuar në mes rezultatit minimal dhe atij maksimal, shihet se lakueshmëria dhe konveksiteti i fituar (Skewness dhe Kurtosis) nuk tregojnë një asimetri të theksuar, distribucioni është platokurtik.

Mesatarja e pyetjes se “A keni qenë në gjendje të vishni një palë çorape apo gete”? (P7) është Mean= 0.93. Rezultati minimal (0) dhe ai maksimal (2) i kësaj pyetje tregon se ekziston një dallim i theksuar në mes pacientëve në këtë pyetje të këtij pyetësi, si dhe një anim i lehtë i rezultateve kah rezultatet më të ulëta, sepse testi i asimetrisë është pozitiv (epikurtik). Pacientët në këtë pyetje paraqiten si grup heterogjen që vërtetohet me anë të koeficientit të variacionit ( $Kv = 75.40$ ). Dallim i theksuar në mes rezultatit minimal dhe atij maksimal, shihet se lakueshmëria dhe konveksiteti i fituar (Skewness dhe Kurtosis) nuk tregojnë një asimetri të theksuar, distribucioni është platokurtik.

Mesatarja e pyetjes se “Pas një racioni te ushqimit (ulur në një tavolinë), sa e dhimbshme ka qenë për ju të ngriteni nga karrigia për shkak të kërdhokulla tuaj”? (P8)

është Mean= 0.70. Rezultati minimal (0) dhe ai maksimal (2) i kësaj pyetje tregon se ekziston një dallim i theksuar në mes pacientëve në këtë pyetje të këtij pyetësi, si dhe një anim i lehtë i rezultateve kah rezultatet më të larta, sepse testi i asimetrisë është negative (hipokurtike). Pacientët në këtë pyetje paraqiten si grup heterogjen që vërtetohet me anë të koeficientit të variacionit ( $Kv = 65.97$ ). Dallim i theksuara në mes rezultatit minimal dhe atij maksimal, shihet se lakueshmëria dhe konveksiteti i fituar (Skewness dhe Kurtosis) nuk tregojnë një asimetri të theksuar, distribucioni është platokurtik.

Mesatarja e pyetjes se “A keni pasur ndonjë vështirësi për të hyrë ose dal nga vetura, ose duke përdorur transportin publik për shkak të kërdhokulla tuaj” ? (P9) është Mean= 1.13. Rezultati minimal (0) dhe ai maksimal (3) i kësaj pyetje tregon se ekziston një dallim i theksuar në mes pacientëve në këtë pyetje të këtij pyetësi, si dhe një anim i lehtë i rezultateve kah rezultatet më të ulëta, sepse testi i asimetrisë është pozitiv (epikurtik). Pacientët në këtë pyetje paraqiten si grup heterogjen që vërtetohet me anë të koeficientit të variacionit ( $Kv = 80.78$ ). Dallim i theksuara në mes rezultatit minimal dhe atij maksimal, shihet se lakueshmëria dhe konveksiteti i fituar (Skewness dhe Kurtosis) nuk tregojnë një asimetri të theksuar, distribucioni është platokurtik.

Mesatarja e pyetjes se “A keni pasur problem për të larë apo terur veten, për shkak të kërdhokulla tuaj”? (P10) është Mean= 1.20. Rezultati minimal (0) dhe ai maksimal (2) i kësaj pyetje tregon se ekziston një dallim i theksuar në mes pacientëve në këtë pyetje të këtij pyetësi, si dhe një anim i lehtë i rezultateve kah rezultatet më të larta, sepse testi i asimetrisë është negativ (hipokurtik). Pacientët në këtë pyetje paraqiten si grup heterogjen që vërtetohet me anë të koeficientit të variacionit ( $Kv = 64.55$ ). Dallim i theksuara në mes rezultatit minimal dhe atij maksimal, shihet se lakueshmëria dhe konveksiteti i fituar (Skewness dhe Kurtosis) nuk tregojnë një asimetri të theksuar, distribucioni është platokurtik.

Mesatarja e pyetjes se “A mund të bëni pazarin e familjes vetëm”? (P11) është Mean= 1.13. Rezultati minimal (0) dhe ai maksimal (3) i kësaj pyetje tregon se ekziston një dallim i theksuar në mes pacientëve në këtë pyetje të këtij pyetësi, si dhe një anim i lehtë i rezultateve kah rezultatet më të ulëta, sepse testi i asimetrisë është pozitiv (epikurtik). Pacientët në këtë pyetje paraqiten si grup heterogjen që vërtetohet me anë të

koeficientit të variacionit ( $K_v = 93.54$ ). Dallim i theksuara në mes rezultatit minimal dhe atij maksimal, shihet se lakueshmëria dhe konveksiteti i fituar (Skewness dhe Kurtosis) nuk tregojnë një asimetri të theksuar, distribucioni është platokurtik.

Mesatarja e pyetjes se “Sa ka ndikuar dhimbja e kërdhokulla tuaj ne punën tuaj të zakonshme, duke përfshirë edhe punët e shtëpisë”? (P12) është Mean= 1.46. Rezultati minimal (0) dhe ai maksimal (3) i kësaj pyetje tregon se ekziston një dallim i theksuar në mes pacientëve në këtë pyetje të këtij pyetësi, si dhe një anim i lehtë i rezultateve kah rezultatet më të larta, sepse testi i asimetrisë është negativ (hipokurtik). Pacientët në këtë pyetje paraqiten si grup heterogjen që vërtetohet me anë të koeficientit të variacionit ( $K_v = 56.85$ ). Dallim i theksuara në mes rezultatit minimal dhe atij maksimal, shihet se lakueshmëria dhe konveksiteti i fituar (Skewness dhe Kurtosis) nuk tregojnë një asimetri të theksuar, distribucioni është platokurtik.

## 6.2 Rezultatet e pacientëve pas ekzaminimit subjektiv me anë të pyetësorit para tretmanit me kineziterapi me endoprotezë kokso-femorale

Në tabelën 2 është paraqitur analiza deskriptive e ndryshoreve të shprehura në 12 pyetje të propozuar nga “Oxford Hip Score te 15 pacient me endoprotezë me endoprotezë kokso-femorale para trajtimit 30 ditor me kineziterapi të dy gjinive ku janë të paraqitura vlerat e mesatares aritmetikore, rezultati minimal, rezultati maksimal, devijimi standard, koeficienti i variacionit, parametrat e shpërndarjes ose të asimetrisë (Skewness – asim, asimetri) dhe shkalla e shtrirjes së kulmit të lakores të distribucionit të rezultateve (Kurtosis – konveksitet).

**Tabela 2. Analiza deskriptive e ndryshoreve të shprehura në 12 pyetje të propozuar nga “Oxford Hip Score” te 15 pacient me endoprotezë para trajtimit 30 ditor me fizioterapi**

Pyetësori	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Skewness	Kurtosis	Kv
P1	15	.00	2.00	.7333	.70373	.433	-.669	95.97
P2	15	.00	2.00	.5333	.63994	.802	-.127	120.00
P3	15	.00	2.00	.6667	.72375	.628	-.654	108.56
P4	15	.00	2.00	.8667	.63994	.103	-.127	73.84
P5	15	.00	2.00	.8000	.67612	.256	-.505	84.52
P6	15	.00	2.00	.4000	.63246	1.407	1.264	158.12
P7	15	.00	3.00	1.2000	.77460	.681	1.081	64.55
P8	15	.00	2.00	.9333	.70373	.092	-.669	75.40
P9	15	.00	2.00	1.0000	.75593	.000	-1.077	75.59
P10	15	.00	2.00	.6000	.73679	.841	-.470	122.80
P11	15	.00	3.00	1.0667	.96115	.966	.593	90.10
P12	15	.00	2.00	1.1333	.74322	-.227	-.970	65.58

Mesatarja e pyetjes se “Si do ta përshkruanit dhimbjen qe zakonisht keni në pelvikun tuaj”? (P1) është Mean= 0.73. Rezultati minimal (0) dhe ai maksimal (2) i kësaj pyetje tregon se ekziston një dallim i theksuar në mes pacientëve në këtë pyetje të këtij pyetësori, si dhe një asim i lehtë i rezultateve kah rezultatet më të ulëta, sepse testi i



asimetrisë është pozitiv (epikurtik). Pacientët në këtë pyetje paraqiten si grup heterogjen që vërtetohet me anë të koeficientit të variacionit ( $Kv = 95.97$ ). Dallim i theksuara në mes rezultatit minimal dhe atij maksimal, shihet se lakueshmëria dhe konveksiteti i fituar (Skewness dhe Kurtosis) nuk tregojnë një asimetri të theksuar, distribucioni është platokurtike.

Mesatarja e pyetjes se “A keni qenë të shqetësuar nga dhimbja në kërdhokulla tuaj natën në shtrat:?” (P2) është Mean= 0.53. Rezultati minimal (0) dhe ai maksimal (2) i kësaj pyetje tregon se ekziston një dallim i theksuar në mes pacientëve në këtë pyetje të këtij pyetësi, si dhe një anim i lehtë i rezultateve kah rezultatet më të ulëta, sepse testi i asimetrisë është pozitiv (epikurtik). Pacientët në këtë pyetje paraqiten si grup heterogjen që vërtetohet me anë të koeficientit të variacionit ( $Kv = 120.00$ ). Dallim i theksuara në mes rezultatit minimal dhe atij maksimal, shihet se lakueshmëria dhe konveksiteti i fituar (Skewness dhe Kurtosis) nuk tregojnë një asimetri të theksuar, distribucioni është platokurtike.

Mesatarja e pyetjes se “A keni pasur ndonjë dhimbje të papritur, të rënda (therje, mpirje, shtrëngim) nga kërdhokulla tuaj të prekur?” (P3) është Mean= 0.66. Rezultati minimal (0) dhe ai maksimal (2) i kësaj pyetje tregon se ekziston një dallim i theksuar në mes pacientëve në këtë pyetje të këtij pyetësi, si dhe një anim i lehtë i rezultateve kah rezultatet më të ulëta, sepse testi i asimetrisë është pozitiv (epikurtik). Pacientët në këtë pyetje paraqiten si grup heterogjen që vërtetohet me anë të koeficientit të variacionit ( $Kv = 108.56$ ). Dallim i theksuara në mes rezultatit minimal dhe atij maksimal, shihet se lakueshmëria dhe konveksiteti i fituar (Skewness dhe Kurtosis) nuk tregojnë një asimetri të theksuar, distribucioni është platokurtik.

Mesatarja e pyetjes se “A keni çaluar kur keni qene duke ecur për shkak të kërdhokulla tuaj” ? (P4) është Mean= 0.86. Rezultati minimal (0) dhe ai maksimal (2) i kësaj pyetje tregon se ekziston një dallim i theksuar në mes pacientëve në këtë pyetje të këtij pyetësi, si dhe një anim i lehtë i rezultateve kah rezultatet më të ulëta, sepse testi i asimetrisë është pozitiv (epikurtik). Pacientët në këtë pyetje paraqiten si grup heterogjen që vërtetohet me anë të koeficientit të variacionit ( $Kv = 73.84$ ). Dallim i theksuara në mes rezultatit minimal dhe atij maksimal, shihet se lakueshmëria dhe konveksiteti i fituar

(Skewness dhe Kurtosis) nuk tregojnë një asimetri të theksuar, distribucioni është platokurtik.

Mesatarja e pyetjes se “Sa gjatë keni qenë në gjendje të ecni para se dhimbja juaj të bëhet e rëndë (me ose pa mjetin ndihmës)” ? (P5) është Mean= 0.80. Rezultati minimal (0) dhe ai maksimal (2) i kësaj pyetje tregon se ekziston një dallim i theksuar në mes pacientëve në këtë pyetje të këtij pyetësi, si dhe një anim i lehtë i rezultateve kah rezultatet më të ulëta, sepse testi i asimetrisë është pozitiv (epikurtik). Pacientët në këtë pyetje paraqiten si grup heterogjen që vërtetohet me anë të koeficientit të variacionit ( $Kv = 84.52$ ). Dallim i theksuara në mes rezultatit minimal dhe atij maksimal, shihet se lakueshmëria dhe konveksiteti i fituar (Skewness dhe Kurtosis) nuk tregojnë një asimetri të theksuar, distribucioni është platokurtik.

Mesatarja e pyetjes se “A keni qenë në gjendje të kaloni një palë shkallë”? (P6) është Mean= 0.40. Rezultati minimal (0) dhe ai maksimal (2) i kësaj pyetje tregon se ekziston një dallim i theksuar në mes pacientëve në këtë pyetje të këtij pyetësi, si dhe një anim i lehtë i rezultateve kah rezultatet më të ulëta, sepse testi i asimetrisë është pozitiv (epikurtik). Pacientët në këtë pyetje paraqiten si grup heterogjen që vërtetohet me anë të koeficientit të variacionit ( $Kv = 158.12$ ). Dallim i theksuara në mes rezultatit minimal dhe atij maksimal, shihet se lakueshmëria dhe konveksiteti i fituar (Skewness dhe Kurtosis) tregojnë një asimetri të theksuar, distribucioni është mezokurtike.

Mesatarja e pyetjes se “A keni qenë në gjendje të vishni një palë çorape apo gete”? (P7) është Mean=1.20. Rezultati minimal (0) dhe ai maksimal (3) i kësaj pyetje tregon se ekziston një dallim i theksuar në mes pacientëve në këtë pyetje të këtij pyetësi, si dhe një anim i lehtë i rezultateve kah rezultatet më të ulëta, sepse testi i asimetrisë është pozitiv (epikurtik). Pacientët në këtë pyetje paraqiten si grup heterogjen që vërtetohet me anë të koeficientit të variacionit ( $Kv = 64.55$ ). Dallim i theksuara në mes rezultatit minimal dhe atij maksimal, shihet se lakueshmëria dhe konveksiteti i fituar (Skewness dhe Kurtosis) nuk tregojnë një asimetri të theksuar, distribucioni është mezokurtike.

Mesatarja e pyetjes se “Pas një racioni të ushqimit (ulur në një tavolinë), sa e dhimbshme ka qenë për ju të ngriteni nga karrigia për shkak të kërdhokulla tuaj”? (P8) është Mean= 0.93. Rezultati minimal (0) dhe ai maksimal (2) i kësaj pyetje tregon se

ekziston një dallim i theksuar në mes pacientëve në këtë pyetje të këtij pyetësi, si dhe një anim i lehtë i rezultateve kah rezultatet më të ulëta, sepse testi i asimetrisë është pozitiv (epikurtik). Pacientët në këtë pyetje paraqiten si grup heterogjen që vërtetohet me anë të koeficientit të variacionit ( $Kv = 75.40$ ). Dallim i theksuara në mes rezultatit minimal dhe atij maksimal, shihet se lakueshmëria dhe konveksiteti i fituar (Skewness dhe Kurtosis) nuk tregojnë një asimetri të theksuar, distribucioni është platokurtik.

Mesatarja e pyetjes se “A keni pasur ndonjë vështirësi për të hyrë ose dal nga vetura, ose duke përdorur transportin publik për shkak të kërdhokulla tuaj” ? (P9) është Mean= 1.00. Rezultati minimal (0) dhe ai maksimal (2) i kësaj pyetje tregon se ekziston një dallim i theksuar në mes pacientëve në këtë pyetje të këtij pyetësi, si dhe një anim i lehtë i rezultateve kah rezultatet më të ulëta, sepse testi i asimetrisë është pozitiv (epikurtik). Pacientët në këtë pyetje paraqiten si grup heterogjen që vërtetohet me anë të koeficientit të variacionit ( $Kv = 75.59$ ). Dallim i theksuara në mes rezultatit minimal dhe atij maksimal, shihet se lakueshmëria dhe konveksiteti i fituar (Skewness dhe Kurtosis) nuk tregojnë një asimetri të theksuar, distribucioni është platokurtik.

Mesatarja e pyetjes se “A keni pasur problem për të larë apo terur veten, për shkak të kërdhokulla tuaj”? (P10) është Mean= 0.60. Rezultati minimal (0) dhe ai maksimal (2) i kësaj pyetje tregon se ekziston një dallim i theksuar në mes pacientëve në këtë pyetje të këtij pyetësi, si dhe një anim i lehtë i rezultateve kah rezultatet më të ulëta, sepse testi i asimetrisë është pozitiv epikurtik). Pacientët në këtë pyetje paraqiten si grup heterogjen që vërtetohet me anë të koeficientit të variacionit ( $Kv = 122.80$ ). Dallim i theksuara në mes rezultatit minimal dhe atij maksimal, shihet se lakueshmëria dhe konveksiteti i fituar (Skewness dhe Kurtosis) nuk tregojnë një asimetri të theksuar, distribucioni është platokurtik.

Mesatarja e pyetjes se “A mund të bëni pazarin e familjes vetëm”? (P11) është Mean= 1.06. Rezultati minimal (0) dhe ai maksimal (3) i kësaj pyetje tregon se ekziston një dallim i theksuar në mes pacientëve në këtë pyetje të këtij pyetësi, si dhe një anim i lehtë i rezultateve kah rezultatet më të ulëta, sepse testi i asimetrisë është pozitiv (epikurtik). Pacientët në këtë pyetje paraqiten si grup heterogjen që vërtetohet me anë të koeficientit të variacionit ( $Kv = 90.10$ ). Dallim i theksuara në mes rezultatit minimal

dhe atij maksimal, shihet se lakueshmëria dhe konveksiteti i fituar (Skewness dhe Kurtosis) nuk tregojnë një asimetri të theksuar, distribucioni është mezokurtik.

Mesatarja e pyetjes se “Sa ka ndikuar dhimbja e kërdhokulla tuaj ne punën tuaj të zakonshme, duke përfshirë edhe punët e shtëpisë”? (P12) është Mean= 1.13. Rezultati minimal (0) dhe ai maksimal (2) i kësaj pyetje tregon se ekziston një dallim i theksuar në mes pacientëve në këtë pyetje të këtij pyetësi, si dhe një anim i lehtë i rezultateve kah rezultatet më të larta, sepse testi i asimetrisë është negativ (hipokurtik). Pacientët në këtë pyetje paraqiten si grup heterogjen që vërtetohet me anë të koeficientit të variacionit ( $Kv = 65.58$ ). Dallim i theksuara në mes rezultatit minimal dhe atij maksimal, shihet se lakueshmëria dhe konveksiteti i fituar (Skewness dhe Kurtosis) nuk tregojnë një asimetri të theksuar, distribucioni është platokurtik.

### 6.3 Rezultatet e pacientëve pas ekzaminimit subjektiv me anë të pyetësorit pas tretmanit me kineziterapi me endoprotezë kokso-femorale

Në tabelën 3 është paraqitur analiza deskriptive e ndryshoreve të shprehura në 12 pyetje të propozuar nga “Oxford Hip Score” te 15 pacient me endoprotezë të kërdhokullave pas trajtimit 30 ditor me kineziterapi të dy gjinive ku janë të paraqitura vlerat e mesatares aritmetikore, rezultati minimal, rezultati maksimal, devijimi standard, koeficienti i variacionit, parametrat e shpërndarjes ose të asimetrisë (Skewness – asim, asimetri) dhe shkalla e shtrirjes së kulmit të lakores të distribucionit të rezultateve (Kurtosis – konveksitet).

**Tabela 3. Analiza deskriptive e ndryshoreve të shprehura në 12 pyetje të propozuar nga “Oxford Hip Score” te 15 pacient me endoprotezë pas trajtimit 30 ditor me fizioterapi**

Pyetësori	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Skewness	Kurtosis	Kv
P1	15	2.00	4.00	3.4667	.63994	-.802	-.127	18.46
P2	15	2.00	5.00	3.6000	.73679	-.396	.425	20.47
P3	15	3.00	4.00	3.2667	.45774	1.176	-.734	14.01
P4	15	2.00	4.00	3.5333	.63994	-1.085	.398	18.11
P5	15	3.00	4.00	3.6667	.48795	-.788	-1.615	13.31
P6	15	3.00	4.00	3.7333	.45774	-1.176	-.734	12.26
P7	15	2.00	4.00	3.3333	.61721	-.312	-.404	18.52
P8	15	2.00	4.00	3.4000	.63246	-.547	-.385	18.60
P9	15	2.00	4.00	3.3333	.61721	-.312	-.404	18.52
P10	15	3.00	4.00	3.5333	.51640	-.149	-2.308	14.62
P11	15	3.00	4.00	3.4667	.51640	.149	-2.308	14.90
P12	15	3.00	4.00	3.6000	.50709	-.455	-2.094	14.09

Mesatarja e pyetjes se “Si do ta përshkruanit dhimbjen qe zakonisht keni në pelvikun tuaj”? (P1) është Mean= 3.46. Rezultati minimal (2) dhe ai maksimal (4) i kësaj pyetje tregon se ekziston një dallim i theksuar në mes pacientëve në këtë pyetje të këtij pyetësi, si dhe një anim i lehtë i rezultateve kah rezultatet më të larta, sepse testi i asimetrisë është negative (hipokurtik). Pacientët në këtë pyetje paraqiten si grup mesatarisht homogjen që vërtetohet me anë të koeficientit të variacionit ( $Kv = 18.46$ ). Dallim i theksuara në mes rezultatit minimal dhe atij maksimal, shihet se lakueshmëria dhe konveksiteti i fituar (Skewness dhe Kurtosis) nuk tregojnë një asimetri të theksuar, distribucioni është platokurtike.

Mesatarja e pyetjes se “A keni qenë të shqetësuar nga dhimbja në kërdhokulla tuaj natën në shtrat:?” (P2) është Mean= 3.60. Rezultati minimal (2) dhe ai maksimal (4) i kësaj pyetje tregon se ekziston një dallim i theksuar në mes pacientëve në këtë pyetje të këtij pyetësi, si dhe një anim i lehtë i rezultateve kah rezultatet më të larta, sepse testi i asimetrisë është negative (hipokurtik). Pacientët në këtë pyetje paraqiten si grup heterogjen që vërtetohet me anë të koeficientit të variacionit ( $Kv = 20.47$ ). Dallim i theksuara në mes rezultatit minimal dhe atij maksimal, shihet se lakueshmëria dhe konveksiteti i fituar (Skewness dhe Kurtosis) nuk tregojnë një asimetri të theksuar, distribucioni është mezokurtike.

Mesatarja e pyetjes se “A keni pasur ndonjë dhimbje të papritur, të rënda (therje, mpirje, shtrëngim) nga kërdhokulla tuaj të prekur?” (P3) është Mean= 3.26. Rezultati minimal (3) dhe ai maksimal (4) i kësaj pyetje tregon se ekziston një dallim i theksuar në mes pacientëve në këtë pyetje të këtij pyetësi, si dhe një anim i lehtë i rezultateve kah rezultatet më të ulëta, sepse testi i asimetrisë është pozitiv (epikurtik). Pacientët në këtë pyetje paraqiten si grup homogjen që vërtetohet me anë të koeficientit të variacionit ( $Kv = 14.01$ ). Dallim i theksuara në mes rezultatit minimal dhe atij maksimal, shihet se lakueshmëria dhe konveksiteti i fituar (Skewness dhe Kurtosis) tregojnë një asimetri të theksuar, distribucioni është platokurtik.

Mesatarja e pyetjes se “A keni çaluar kur keni qene duke ecur për shkak të kërdhokulla tuaj” ? (P4) është Mean= 3.53. Rezultati minimal (2) dhe ai maksimal (4) i kësaj pyetje tregon se ekziston një dallim i theksuar në mes pacientëve në këtë pyetje të këtij pyetësi, si dhe një anim i lehtë i rezultateve kah rezultatet më të larta, sepse testi i

asimetrisë është negativ (hipokurtik). Pacientët në këtë pyetje paraqiten si grup mesatarisht homogjen që vërtetohet me anë të koeficientit të variacionit ( $K_v = 18.11$ ). Dallim i theksuara në mes rezultatit minimal dhe atij maksimal, shihet se lakueshmëria dhe konveksiteti i fituar (Skewness dhe Kurtosis) tregojnë një asimetri të theksuar, distribucioni është mezokurtik.

Mesatarja e pyetjes se “Sa gjatë keni qenë në gjendje të ecni para se dhimbja juaj të bëhet e rëndë (me ose pa mjetin ndihmës)” ? (P5) është Mean= 3.66. Rezultati minimal (3) dhe ai maksimal (4) i kësaj pyetje tregon se ekziston një dallim i theksuar në mes pacientëve në këtë pyetje të këtij pyetësi, si dhe një anim i lehtë i rezultateve kah rezultatet më të larta, sepse testi i asimetrisë është negativ (hipokurtik). Pacientët në këtë pyetje paraqiten si grup homogjen që vërtetohet me anë të koeficientit të variacionit ( $K_v = 13.31$ ). Dallim i theksuara në mes rezultatit minimal dhe atij maksimal, shihet se lakueshmëria dhe konveksiteti i fituar (Skewness dhe Kurtosis) nuk tregojnë një asimetri të theksuar, distribucioni është platokurtik.

Mesatarja e pyetjes se “A keni qenë në gjendje të kaloni një palë shkallë”? (P6) është Mean= 3.73. Rezultati minimal (3) dhe ai maksimal (4) i kësaj pyetje tregon se ekziston një dallim i theksuar në mes pacientëve në këtë pyetje të këtij pyetësi, si dhe një anim i lehtë i rezultateve kah rezultatet më të larta, sepse testi i asimetrisë është negativ (hipokurtik). Pacientët në këtë pyetje paraqiten si grup homogjen që vërtetohet me anë të koeficientit të variacionit ( $K_v = 12.26$ ). Dallim i theksuara në mes rezultatit minimal dhe atij maksimal, shihet se lakueshmëria dhe konveksiteti i fituar (Skewness dhe Kurtosis) tregojnë një asimetri të theksuar, distribucioni është platokurtik.

Mesatarja e pyetjes se “A keni qenë në gjendje të vishni një palë çorape apo gete”? (P7) është Mean=3.33. Rezultati minimal (2) dhe ai maksimal (4) i kësaj pyetje tregon se ekziston një dallim i theksuar në mes pacientëve në këtë pyetje të këtij pyetësi, si dhe një anim i lehtë i rezultateve kah rezultatet më të larta, sepse testi i asimetrisë është negativ (hipokurtik). Pacientët në këtë pyetje paraqiten si grup mesatarisht homogjen që vërtetohet me anë të koeficientit të variacionit ( $K_v = 18.52$ ). Dallim i theksuara në mes rezultatit minimal dhe atij maksimal, shihet se lakueshmëria dhe konveksiteti i fituar (Skewness dhe Kurtosis) nuk tregojnë një asimetri të theksuar, distribucioni është platokurtik.

Mesatarja e pyetjes se “Pas një racioni te ushqimit (ulur në një tavolinë), sa e dhimbshme ka qenë për ju të ngriteni nga karrigia për shkak të kërdhokulla tuaj”? (P8) është Mean= 3.40. Rezultati minimal (2) dhe ai maksimal (4) i kësaj pyetje tregon se ekziston një dallim i theksuar në mes pacientëve në këtë pyetje të këtij pyetësi, si dhe një anim i lehtë i rezultateve kah rezultatet më të larta, sepse testi i asimetrisë është negativ (hipokurtik). Pacientët në këtë pyetje paraqiten si grup mesatarisht homogjen që vërtetohet me anë të koeficientit të variacionit ( $Kv = 18.60$ ). Dallim i theksuara në mes rezultatit minimal dhe atij maksimal, shihet se lakueshmëria dhe konveksiteti i fituar (Skewness dhe Kurtosis) nuk tregojnë një asimetri të theksuar, distribucioni është platokurtik.

Mesatarja e pyetjes se “A keni pasur ndonjë vështirësi për të hyrë ose dal nga vetura, ose duke përdorur transportin publik për shkak të kërdhokulla tuaj” ? (P9) është Mean= 3.33. Rezultati minimal (2) dhe ai maksimal (4) i kësaj pyetje tregon se ekziston një dallim i theksuar në këtë pyetje si dhe një anim i lehtë i rezultateve kah rezultatet më të larta, sepse testi i asimetrisë është negativ (hipokurtik). Pacientët në këtë pyetje paraqiten si grup mesatarisht homogjen që vërtetohet me anë të koeficientit të variacionit ( $Kv = 18.52$ ). Dallim i theksuara në mes rezultatit minimal dhe atij maksimal, shihet se lakueshmëria dhe konveksiteti i fituar (Skewness dhe Kurtosis) nuk tregojnë një asimetri të theksuar, distribucioni është platokurtik.

Mesatarja e pyetjes se “A keni pasur problem për të larë apo terur veten, për shkak të kërdhokulla tuaj”? (P10) është Mean= 3.53. Rezultati minimal (3) dhe ai maksimal (4) i kësaj pyetje tregon se ekziston një dallim i theksuar në mes pacientëve në këtë pyetje të këtij pyetësi, si dhe një anim i lehtë i rezultateve kah rezultatet më të larta, sepse testi i asimetrisë është negativ (hipokurtik). Pacientët në këtë pyetje paraqiten si grup homogjen që vërtetohet me anë të koeficientit të variacionit ( $Kv = 14.62$ ). Dallim i theksuara në mes rezultatit minimal dhe atij maksimal, shihet se lakueshmëria dhe konveksiteti i fituar (Skewness dhe Kurtosis) nuk tregojnë një asimetri të theksuar, distribucioni është platokurtik.

Mesatarja e pyetjes se “A mund të bëni pazarin e familjes vetëm”? (P11) është Mean= 3.46. Rezultati minimal (3) dhe ai maksimal (4) i kësaj pyetje tregon se ekziston një dallim i theksuar në mes pacientëve në këtë pyetje të këtij pyetësi, si dhe një anim i



lehtë i rezultateve kah rezultatet më të ulëta, sepse testi i asimetrisë është pozitiv (epikurtik). Pacientët në këtë pyetje paraqiten si grup homogjen që vërtetohet me anë të koeficientit të variacionit ( $K_v = 14.90$ ). Dallim i theksuara në mes rezultatit minimal dhe atij maksimal, shihet se lakueshmëria dhe konveksiteti i fituar (Skewness dhe Kurtosis) nuk tregojnë një asimetri të theksuar, distribucioni është platokurtik.

Mesatarja e pyetjes se “Sa ka ndikuar dhimbja e kërdhokulla tuaj ne punën tuaj të zakonshme, duke përfshirë edhe punët e shtëpisë”? (P12) është Mean= 3.60. Rezultati minimal (3) dhe ai maksimal (4) i kësaj pyetje tregon se ekziston një dallim i theksuar në mes pacientëve në këtë pyetje të këtij pyetësi, si dhe një anim i lehtë i rezultateve kah rezultatet më të larta, sepse testi i asimetrisë është negativ (hipokurtik). Pacientët në këtë pyetje paraqiten si grup homogjen që vërtetohet me anë të koeficientit të variacionit ( $K_v = 14.09$ ). Dallim i theksuara në mes rezultatit minimal dhe atij maksimal, shihet se lakueshmëria dhe konveksiteti i fituar (Skewness dhe Kurtosis) nuk tregojnë një asimetri të theksuar, distribucioni është platokurtik.

#### 6.4 Dallimi në mes mesatareve aritmetikore te pacientët me endoprotezë kokso-femorale para dhe pas tretmanit me kineziterapi pas ekzaminimit subjektiv me anë të pyetësorit të propozuar nga “Oxford Hip Score”

Nga tabela 4 vërejmë se dallimi në mes mesatareve aritmetikore te pacientët me endoprotezë kokso-femorale para dhe pas tretmanit me kineziterapi pas ekzaminimit subjektiv me anë të pyetësorit të propozuar nga “Oxford Hip Score” vërehet tek të gjitha pyetjet e pyetësorit të propozuar nga “Oxford Hip Score” dallimi është statistikisht i rëndësishëm  $p < 0.01$

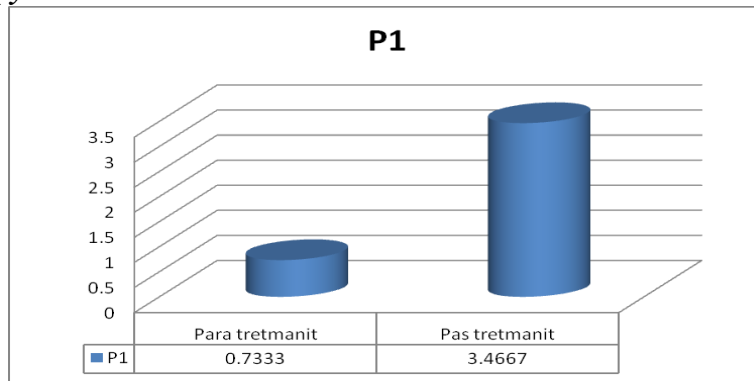
***Tabela 4. Dallimi në mes mesatareve aritmetikore te pacientët me endoprotezë kokso-femorale para dhe pas tretmanit me kineziterapi pas ekzaminimit subjektiv me anë të pyetësorit të propozuar nga “Oxford Hip Score”***

Endoproteza Iniciale - Finale		Paired Differences					t	df	Sig.
		Mean	Std. Dev.	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	P I- P1F	-2.73333	.45774	.11819	-2.98682	-2.47985	-23.127	14	.000
Pair 2	P2I – P2F	-3.06667	.45774	.11819	-3.32015	-2.81318	-25.947	14	.000
Pair 3	P3 I– P3F	-2.60000	.73679	.19024	-3.00802	-2.19198	-13.667	14	.000
Pair 4	P4I – P4F	-2.66667	.81650	.21082	-3.11883	-2.21451	-12.649	14	.000
Pair 5	P5I – P5F	-2.86667	.83381	.21529	-3.32841	-2.40492	-13.315	14	.000
Pair 6	P6I – P6F	-3.33333	.81650	.21082	-3.78549	-2.88117	-15.811	14	.000
Pair 7	P7I – P7F	-2.13333	1.06010	.27372	-2.72040	-1.54627	-7.794	14	.000
Pair 8	P8I – P8F	-2.46667	.91548	.23637	-2.97364	-1.95969	-10.435	14	.000

Pair 9	P9I – P9F	-2.33333	1.04654	.27021	-2.91289	-1.75378	-8.635	14	.000
Pair 10	P10I – P10F	-2.93333	.79881	.20625	-3.37570	-2.49097	-14.222	14	.000
Pair 11	P11I – P11F	-2.40000	.98561	.25448	-2.94581	-1.85419	-9.431	14	.000
Pair 12	P12I – P12F	-2.46667	.63994	.16523	-2.82105	-2.11228	-14.929	14	.000

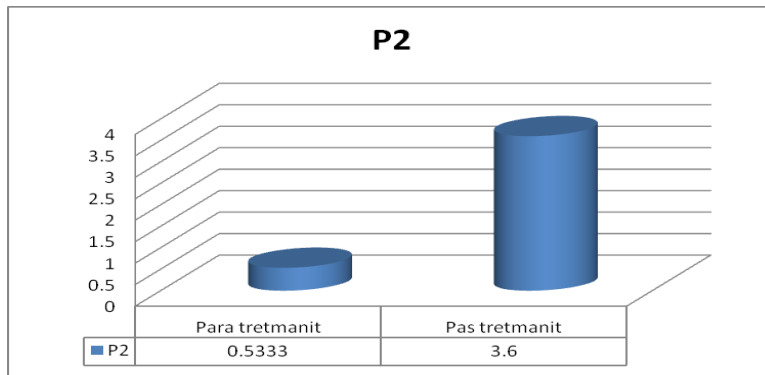
Në pyetjen “Si do ta përshkruanit dhimbjen që zakonisht keni në pelvikun tuaj”? (P1) vërehet një dallim i rëndësishëm statistikor para dhe pas tretmanit me kineziterapi të pacientët me endoprotezë koksofemorale sepse diferenca në mesataren aritmetikore mes pacientëve para dhe pas tretmanit me kineziterapi është Mean Difference = -2,73; t = -23,12; Sig. = 0,000.

**Histogrami 1 . Dallimi në mes mesatareve aritmetikore para dhe pas tretmanit me kineziterapi në pyetësin P1**



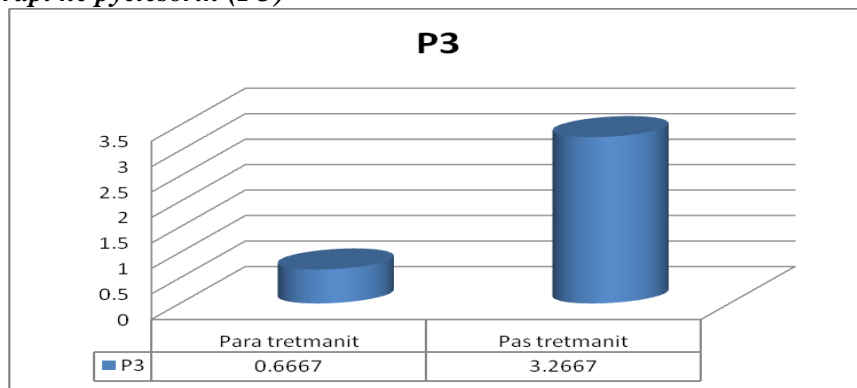
Në pyetjen “A keni qenë të shqetësuar nga dhimbja në kërdhokulla tuaj natën në shtrat:?” (P2) vërehet një dallim i rëndësishëm statistikor para dhe pas tretmanit me kineziterapi të pacientët me endoprotezë koksofemorale sepse diferenca në mesataren aritmetikore mes pacientëve para dhe pas tretmanit me kineziterapi është Mean Difference = -3,06; t = -25,94; Sig. = 0,000.

**Histogrami 2 . Dallimi në mes mesatareve aritmetikore para dhe pas tretmanit me kineziterapi në pyetësin (P2)**



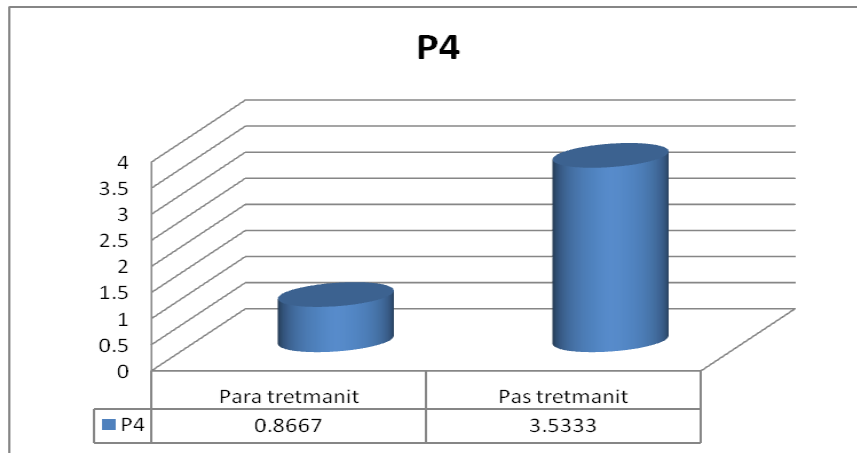
Në pyetjen “A keni pasur ndonjë dhimbje të papritur, të rënda (therje, mpirje, shtrëngim) nga kërdhokulla tuaj të prekur”? (P3) vërehet një dallim i rëndësishëm statistikor para dhe pas tretmanit me kineziterapi te pacientët me endoprotezë koksofemorale sepse diferenca në mesataren aritmetikore mes pacientëve para dhe pas tretmanit me kineziterapi është Mean Difference = -2, 60; t = -13,66; Sig. = 0,000.

**Histogrami 3 . Dallimi në mes mesatareve aritmetikore para dhe pas tretmanit me kineziterapi në pyetësorin (P3)**



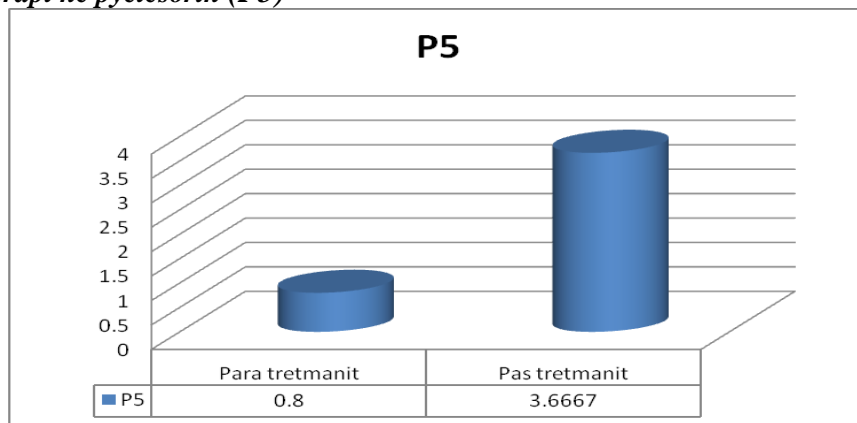
Në pyetjen “A keni çaluar kur keni qene duke ecur për shkak të kërdhokulla tuaj” ? (P4) vërehet një dallim i rëndësishëm statistikor para dhe pas tretmanit me kineziterapi te pacientët me endoprotezë koksofemorale sepse diferenca në mesataren aritmetikore mes pacientëve para dhe pas tretmanit me kineziterapi është Mean Difference = -2, 66; t = -12,64; Sig. = 0,000.

**Histogrami 4 . Dallimi në mes mesatareve aritmetikore para dhe pas tretmanit me kineziterapi në pyetësorin (P4)**



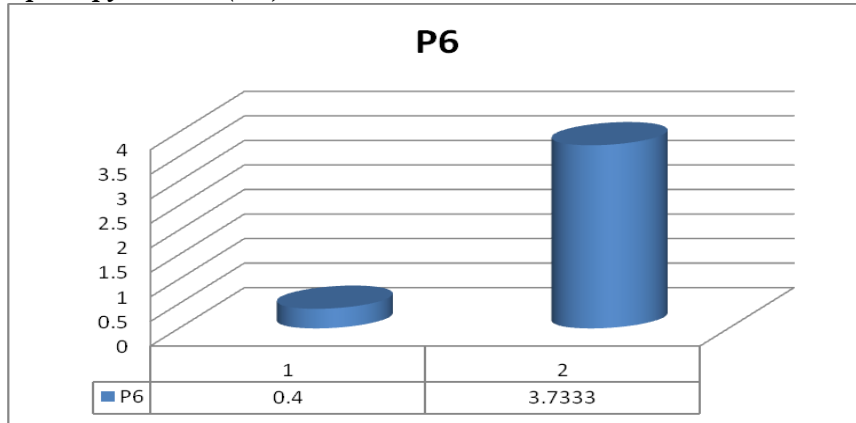
Në pyetjen “Sa gjatë keni qenë në gjendje të ecni para se dhimbja juaj të bëhet e rëndë (me ose pa mjetin ndihmës)” ? (P5) vërehet një dallim i rëndësishëm statistikor para dhe pas tretmanit me kineziterapi te pacientët me endoprotezë koksofemorale sepse diferenca në mesataren aritmetikore mes pacientëve para dhe pas tretmanit me kineziterapi është Mean Difference =-2, 86; t = -13,31; Sig. = 0,000.

***Histogrami 5. Dallimi në mes mesatareve aritmetikore para dhe pas tretmanit me kineziterapi në pyetësorin (P5)***



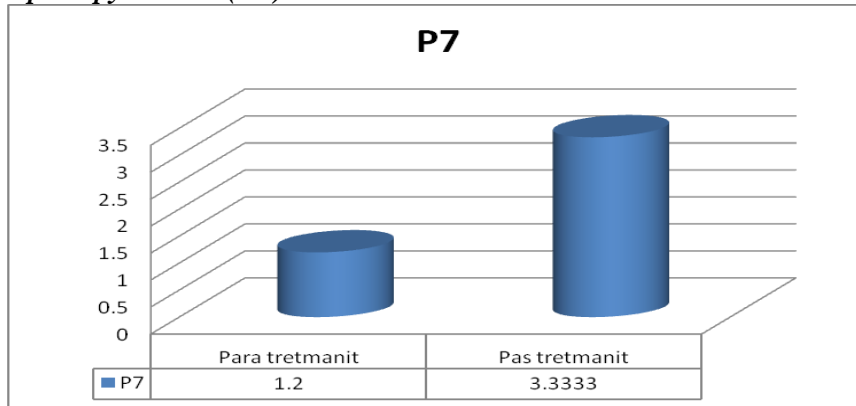
Në pyetjen “A keni qenë në gjendje të kaloni një palë shkallë”? (P6) vërehet një dallim i rëndësishëm statistikor para dhe pas tretmanit me kineziterapi te pacientët me endoprotezë koksofemorale sepse diferenca në mesataren aritmetikore mes pacientëve para dhe pas tretmanit me kineziterapi është Mean Difference =-3, 33; t = -15,81; Sig. = 0,000.

**Histogrami 6. Dallimi në mes mesatareve aritmetikore para dhe pas tretmanit me kineziterapi në pyetësin (P6)**



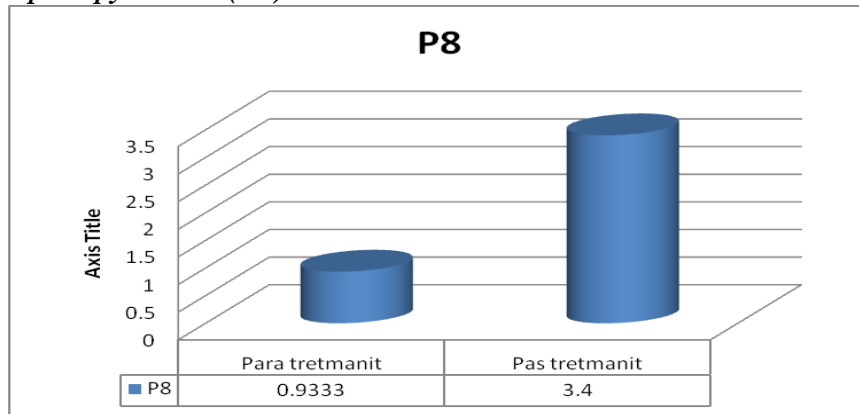
Në pyetjen “A keni qenë në gjendje të vishni një palë çorape apo gete”? (P7) vërehet një dallim i rëndësishëm statistikor para dhe pas tretmanit me kineziterapi te pacientët me endoprotezë koksofemorale sepse diferenca në mesataren aritmetikore mes pacientëve para dhe pas tretmanit me kineziterapi është Mean Difference = -2, 13;  $t = -7,79$ ; Sig. = 0,000.

**Histogrami 7. Dallimi në mes mesatareve aritmetikore para dhe pas tretmanit me kineziterapi në pyetësin (P7)**



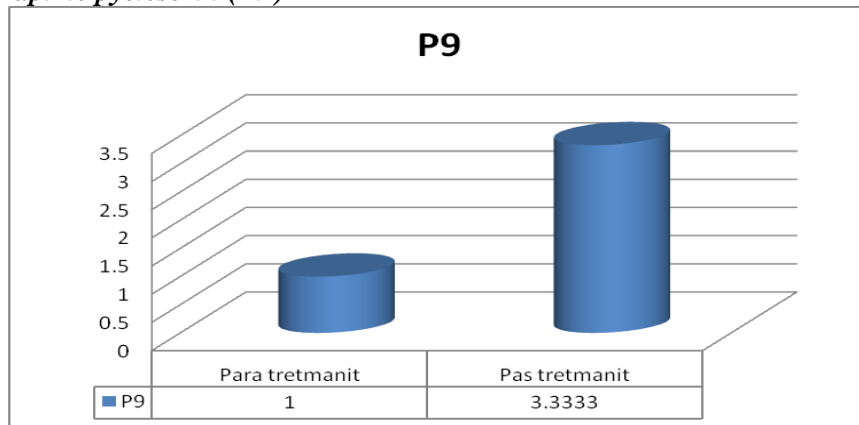
Në pyetjen “Pas një racioni te ushqimit (ulur në një tavolinë), sa e dhimbshme ka qenë për ju të ngriteni nga karrigia për shkak të kërdhokulla tuaj”? (P8) vërehet një dallim i rëndësishëm statistikor para dhe pas tretmanit me kineziterapi te pacientët me endoprotezë koksofemorale sepse diferenca në mesataren aritmetikore mes pacientëve para dhe pas tretmanit me kineziterapi është Mean Difference = -2, 46;  $t = -10,43$ ; Sig. = 0,000.

**Histogrami 8. Dallimi në mes mesatareve aritmetikore para dhe pas tretmanit me kineziterapi në pyetësin (P8)**



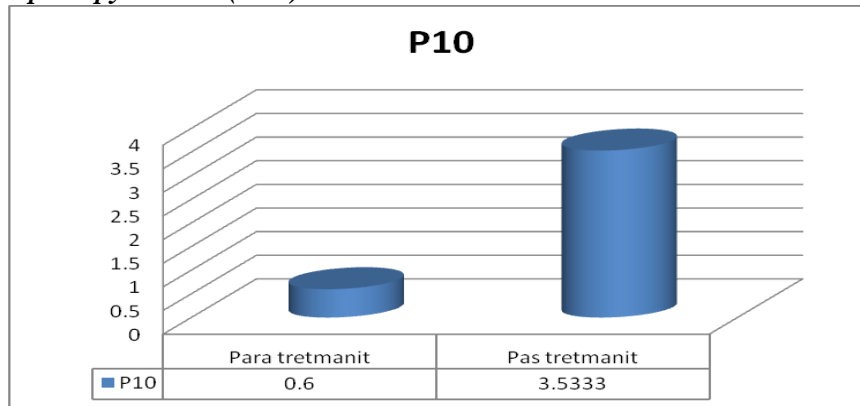
Në pyetjen “A keni pasur ndonjë vështirësi për të hyrë ose dal nga vetura, ose duke përdorur transportin publik për shkak të kërdhokulla tuaj”? (P9) vërehet një dallim i rëndësishëm statistikor para dhe pas tretmanit me kineziterapi te pacientët me endoprotezë koksofemorale sepse diferenca në mesataren aritmetikore mes pacientëve para dhe pas tretmanit me kineziterapi është Mean Difference = -2, 33;  $t = -8,63$ ; Sig. = 0,000.

**Histogrami 9. Dallimi në mes mesatareve aritmetikore para dhe pas tretmanit me kineziterapi në pyetësin (P9)**



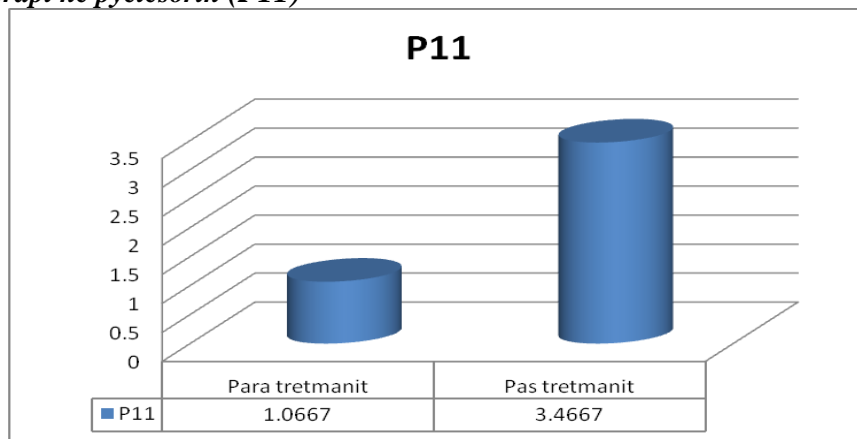
Në pyetjen “A keni pasur problem për të larë apo terur veten, për shkak të kërdhokulla tuaj?” (P10) vërehet një dallim i rëndësishëm statistikor para dhe pas tretmanit me kineziterapi te pacientët me endoprotezë koksofemorale sepse diferenca në mesataren aritmetikore mes pacientëve para dhe pas tretmanit me kineziterapi është Mean Difference = -2, 93;  $t = -14,22$ ; Sig. = 0,000.

**Histogrami 10. Dallimi në mes mesatareve aritmetikore para dhe pas tretmanit me kineziterapi në pyetësin (P10)**



Në pyetjen “A mund të bëni pazarin e familjes vetëm”? (P11) vërehet një dallim i rëndësishëm statistikor para dhe pas tretmanit me kineziterapi te pacientët me endoprotezë koksofemorale sepse diferenca në mesataren aritmetikore mes pacientëve para dhe pas tretmanit me kineziterapi është Mean Difference = -2, 40;  $t = -9,43$ ; Sig. = 0,000.

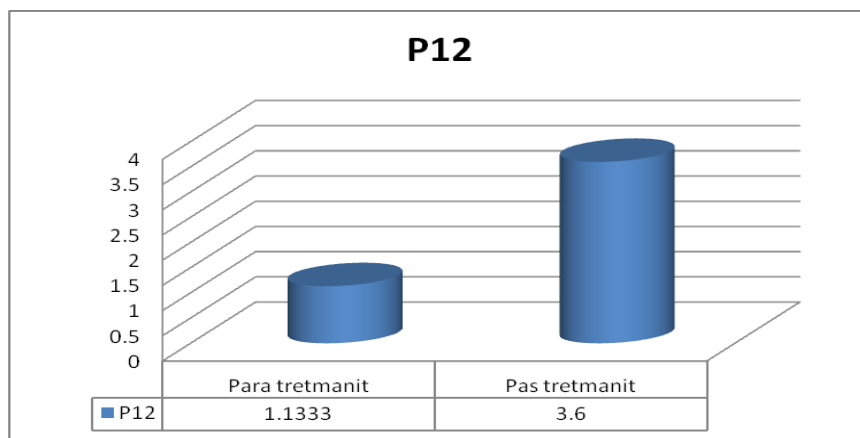
**Histogrami 11. Dallimi në mes mesatareve aritmetikore para dhe pas tretmanit me kineziterapi në pyetësin (P11)**



Në “Sa ka ndikuar dhimbja e kërdhokulla tuaj ne punën tuaj të zakonshme, duke përfshirë edhe punët e shtëpisë”? (P12) vërehet një dallim i rëndësishëm statistikor para dhe pas tretmanit me kineziterapi te pacientët me endoprotezë koksofemorale sepse diferenca në mesataren aritmetikore mes pacientëve para dhe pas tretmanit me kineziterapi është Mean Difference = -2, 46;  $t = -14,92$ ; Sig. = 0,000.

**Histogrami 12. Dallimi në mes mesatareve aritmetikore para dhe pas tretmanit me kineziterapi në pyetësin (P12)**





### 6.5 Dallimi në mes mesatareve aritmetikore te pacientët me endoprotezë kokso-femorale dhe Koksartrozë para dhe pas tretmanit me kineziterapi pas ekzaminimit subjektiv me anë të pyetësorit të propozuar nga “Oxford Hip Score”

Nga tabela 5 vërejmë se dallimi në mes mesatareve aritmetikore te pacientët me endoprotezë kokso-femorale dhe koksartrozë pas tretmanit me kineziterapi pas ekzaminimit subjektiv me anë të pyetësorit të propozuar nga “Oxford Hip Score” është statistikisht i rëndësishëm  $p < 0.01$

**Tabela 5. Dallimi në mes mesatareve aritmetikore te pacientët me endoprotezë kokso-femorale dhe koksartrozë pas tretmanit me kineziterapi pas ekzaminimit subjektiv me anë të pyetësorit të propozuar nga “Oxford Hip Score”**

Endoproteza - Koksartroza		F	Sig.	t	df	Sig.	Mean Diff.e	Std. Error Diff
P1	Equal variances assumed	1.188	.285	-7.809	28	.000	-2.20000	.28172
	Equal variances not assumed			-7.809	25.51	.000	-2.20000	.28172
P2	Equal variances assumed	.005	.945	-11.000	28	.000	-2.93333	.26667
	Equal variances not assumed			-11.000	27.99	.000	-2.93333	.26667
P3	Equal variances assumed	2.175	.151	-10.649	28	.000	-2.40000	.22537
	Equal variances not assumed			-10.649	23.28	.000	-2.40000	.22537
P4	Equal variances assumed	.409	.528	-10.536	28	.000	-2.73333	.25943
	Equal variances not assumed			-10.536	27.03	.000	-2.73333	.25943
P5	Equal variances assumed	.272	.606	-10.583	28	.000	-2.66667	.25198
	Equal variances not assumed			-10.583	22.40	.000	-2.66667	.25198
P6	Equal variances assumed	3.333	.079	-13.840	28	.000	-3.00000	.21676
	Equal variances not assumed			-13.840	24.04	.000	-3.00000	.21676

P7	Equal variances assumed	.062	.805	-9.930	28	.000	-2.40000	.24169
	Equal variances not assumed			-9.930	27.52	.000	-2.40000	.24169
P8	Equal variances assumed	.198	.660	-9.551	28	.000	-2.33333	.24430
	Equal variances not assumed			-9.551	27.687	.000	-2.33333	.24430
P9	Equal variances assumed	1.273	.269	-7.717	28	.000	-2.20000	.28508
	Equal variances not assumed			-7.717	24.54	.000	-2.20000	.28508
P10	Equal variances assumed	1.869	.182	-9.707	28	.000	-2.33333	.24037
	Equal variances not assumed			-9.707	24.39	.000	-2.33333	.24037
P11	Equal variances assumed	4.994	.034	-7.664		.000	-2.33333	.30446
	Equal variances not assumed			-7.664	20.29	.000	-2.33333	.30446
P12	Equal variances assumed	4.181	.050	-8.466	28	.000	-2.13333	.25198
	Equal variances not assumed			-8.466	23.11	.000	-2.13333	.25198

## 6.6 Vërtetimi i hipotezave

Pas përpunimit, interpretimit dhe analizës së rezultateve të këtij hulumtimi mund të konstatohet se në mënyrë të plotë janë realizuar objektivat e parashtruara që në fillim të punimit. Vërtetimi i hipotezave të parashtruara është me sa vijon:

- H1. Hipoteza e parë ku thuhet se Presim se do të ketë dallime të rëndësishme statistikore në përcaktimin e nivelit të gjendjes shëndetësore të pacientëve me endoprotezë para pas aplikimit të programit me kineziterapi është realizuar plotësisht.
- H2. Hipoteza e dytë ku thuhet se Presim se do të ketë dallime të rëndësishme statistikore mes pacientë me artrozë kokso-femorale dhe atyre me endoprotezë kokso-femorale pas aplikimit të programit me kineziterapi në gjendjen subjektive të pacientëve është realizuar plotësisht.

## **9. PËRFUNDIMI**

Në shumë rrethana, në rastin e artritit senil, artritit post-traumatik, të kompromentimit të enëve të gjakut për shkak të një frakture, të nekrozës idiopatike, të displazisë apo artrozës, artikulacioni koksofemoral rezulton kaq shumë i alteruar sa zgjidhja e vetme është një zëvendësim protetik i kokës femorale (hemiarthroplasty) ose kokës dhe komponentit acetabular (arthroplasty). Në mënyrë tipike, impiantimi i një proteze, është i nevojshëm kur dhimbja në artikulacion ose e irraduar në ijë dhe kofshë, është e tillë që kompromenton aktivitetet e përditshme të pacientit. Gjatë viteve, ka pasur një evolucion të vazhdueshëm në lidhje me materialet e përdorura për komponentët e ndryshëm të protezave si dhe aliazhet midis metaleve të ndryshme që përbëjnë ato.

Në ortopedinë moderne, implantimi i një endoproteze të nyjës së kërdhokullës është një nga operacionet më të suksesshme dhe më të shpeshtat me një përqindje të lartë të rimëkëmbjes së plotë. Programi i rehabilitimit është e rëndësishme të fillohet sa më shpejt që të jetë e mundur, nga dita zero nëse pacienti është në gjendje të shëndetshme shëndetësore gjendje pas operacionit. Procedurat e rehabilitimit duhet të jenë të orientuara drejt qëllimit afatshkurtra dhe afatgjata. Afatshkurtër janë vendosja, mirëmbajtja ose rritja e gamës së lëvizjes, mirëmbajtja dhe rritja e forcës dhe

qëndrueshmërisë së muskujve, ndërsa për një kohë të gjatë duhet të përmirësohet koordinimi i lëvizjeve, rritja e shpejtësisë së lëvizjes, përmirësimi i sjelljes dhe pozicionit të trupit, parandalimi dhe korigjimi i deformimeve të ndryshme ose korigjimi i ecjes sepse në shumicën e rasteve ka një ecje “çaluese” për shkak të ngarkesës së pabarabartë të këmbëve. Çdo rast konsiderohet individualisht në lidhje me faktorë të ndryshëm si mosha, shkalla e dëmtimit, lloji i endoprotezës. Zëvendësimi i nyjës së kërdhokullës, e cila mundëson një nyje pa dhimbje dhe funksionale, është njëra prej arritjeve më të mëdha të mjekësisë moderne, me komplikime të rralla dhe pacientë shpesh ata vendosin për këtë lloj të procedurës sepse njeriu modern nuk dëshiron të vuajë dhimbje dhe të ketë kufizime në aktivitetet e përditshme.

Pas endoprotezë kokso-femorale pacienti zakonisht mund të rifillojë disa aktivitete të përditshme pas 1 muaji ose 2 muajsh. Megjithatë në varësi të artikulacionit të trajtuar dhe artroplastikes, funksioni normal mesatarisht mund të arrihet 3-6 muaj pas operacionit. I shëruar plotësisht pacienti quhet pas 9-12 muajsh. Aktivitetet “me ndikim të lartë” duhen evituar, sepse rritet rreziku për të dëmtuar protezën duke rritur stresin në artikulacion.

Pra, endoproteza totale largon paaftësinë e mëdha funksionale dhe estetike që krijon kjo sëmundje de gjenerative e kërdhokullit. Rezultate e mira funksionale të këtyre ndërhyrjeve varen si nga trajtimi kirurgjik ashtu edhe nga zbatimi i mirë të rehabilitimit.

Qëllimi i këtij punimi ishte të përcaktohet gjendja subjektive e pacientëve pas vendosjes së i plantit apo endoprotezës kokso-femorale dhe procedurave rehabilituese me fizioterapi. Realizimi i qëllimit të këtij punimi është bërë me anë të pyetësorit sipas “Oxford Hip Score” ku sipas pikëve të fituara në fillim ose para aplikimit të kineziterapisë dhe pas aplikimit të kineziterapisë ku duhet të vërtetohet ndikimi i kineziterapisë

Entiteti për qëllimet e këtij punimi do të përfshijë popullatën e sëmur e cila ju ja nënshtruar operacionit për zëvendësimin e kokës së femurit (caput femoris) ose endoprotezë kokso-femorale dhe të sëmuarve nga sëmundjet e ndryshme të kërdhokullave. Mostra do të përfshij 15 pacient me endoprotezë kokso-femorale dhe 15 pacient me artrozë të kërdhokullave të dy gjinive. Pacientët iu kanë përgjigjur

pyetësonit me vet dëshirë pas trajtimit 30 ditorë në Banjën e Kllokotit. Hulumtimi është ekzekutuar gjatë periudhës janar - dhjetor 2018/19 dhe 2019/2020. Për qëllimet e këtij punimi është aplikuar analiza e T – testit për grupin e varur.

Rezultatet e fituara sipas pyetësonit “Oxford Hip Score” pas vendosjes së implantit, respektivisht endoprotezës koksofemorale dhe pas tretmanit me kineziterapi me kohëzgjatje prej 30 ditëve tregojnë se është fituar një dallim i rëndësishëm statistikor  $p < 0.01$ .

Gjithashtu rezultatet e fituara sipas pyetësonit “Oxford Hip Score” tek pacientët me endoprotësë koksofemorale pas aplikimit të kineziterapisë prej 30 ditëve dhe pacientëve me koksartrozë pas aplikimit të kineziterapisë prej 30 ditëve është fituar një dallim i rëndësishëm statistikor  $p < 0.01$  në favor të pacientëve me endoprotezë.

## 10. LITERATURA

1. Berger RA. (2004) Mini-incision total hip replacement using an anterolateral approach: technique and results. *Orthop Clin North Am.* 35:143-51.
2. Cheng T, Feng JG, Liu T, Zhang XL. Minimally invasive total hip arthroplasty: a systematic review. *Int Orthop* 2009;33:1473-81.
3. Dawson J, Fitzpatrick R, Carr A, Murray D. (1996) Questionnaire on the perceptions of patients about total hip replacement. *J Bone Joint Surg Br*, 78: 185–190.
4. Field, RE, Cronin MD., Singh, PJ. (2005) The Oxford hip scores for primary and revision hip replacement. *J Bone Joint Surg Br*, 87: 618–622. 10.1302/0301-620X.87B5.15390.
5. Karaiković, M. E., Karaiković, E. E. . (1997) Kineziterapia. Universitet u Sarajevo, Fakultet za fizičku kulturu.
6. Kosinac, Z. (2002). Kineziterapija sustava za kretanje. Sveučilište u Splitu.
7. Kasović, M. (2004) Nova metoda biomehantičkog testiranja dinamičke stabilnosti koljenog zglobova. Magistarski rad, Kineziološki fakultet, Zagrebu: 84-92.
8. Jajić, I. (200). Fizikalna medicina i opća rehabilitacija. Medicinska naklada, Zagreb.
9. Majkić, M. (1998). Klinicka kineziterapija. Inmedia, Zagreb.

10. Manoleva, M. (2013). *Rehabilitimi*. Ministria e arsimit dhe shkencës e republikës së Maqedonisë, Shkup.
11. Medved, R. (1980). *Sportska medicina*. Zagreb: Jugoslovenska medicinska naklada.
12. Meqikukiqi, E., & Meqikukiqi, E. (2019). *Kineziterapia pas ndërhyrjes operative te ligamenti krucial anterior i gjurit*. Punimi i diplomes master, Prishtinë: Fakulteti i Edukimit Fizik dhe i Sportit.
13. Pećina M i sur. *Ortopedija*, Zagreb: Naklada Ljevak, 2004.
14. Pepe-Gajić, O. (2007). *Liječenje pokretom*. Školska knjiga, Zagreb.

## ENDOPROTEZA KOKSO-FEMORALE DHE KINEZITERAPIA

### **Abstrakt**

**Hyrje** - Endoproteza totale largon paaftësin e mëdha funksionale dhe estetike që krijon kjo sëmundje degjenerative e kërdhokullit. Rezultate e mira funksionale të këtyre ndërhyrjeve varen si nga trajtimi kirurgjik ashtu edhe nga zbatimi i mirë i rehabilitimit

**Qëllimi** - Qëllimi i këtij punimi ishte të përcaktohet gjendja subjektive e pacientëve pas vendosjes së iplantit apo endoprotezës kokso-femorale dhe procedurave rehabilituese me fizioterapi. Realizimi i qëllimit të këtij punimi është bërë me anë të pyetësorit ku bëhet klasifikimi sipas pikëve sipas “Oxford Hip Score”.

**Materiali dhe metodat** - Entiteti përfshirë në këtë hulumtim është marr nga popullata e të sëmuarve nga sëmundjet e ndryshme të kërdhokullave dhe atyre me endoprotezë kokso-femorale dhe koksartozë. Mostra ka përfshirë 15 pacient me endoprotezë kokso-femorale dhe 15 pacient me artrozë të kërdhokullave të dy gjinive. Pacientët iu kanë përgjigjur pyetësorit me vet dëshirë pas trajtimit 30 ditorë në Banjën e Kllokotit. Hulumtimi është ekzekutuar gjatë periudhës janar - dhjetor 2018 dhe 2019. Për vërtetimin e dallimit ndërmjet mesatareve aritmetikore te pacientët me endoprotezë kokso-femorale dhe pacientëve me artrozë koksofemorale është aplikuar analiza e T – testit për grupe të varura.

**Rezultati** - Mesatarja aritmetikore e ndryshores-pyetësorin apo mesatareve të pyetësorit “Oxford Hip Score” te pacientët me endoprotezë kokso-femorale para dhe pas programit me kineziterapi si dhe te pacientët me artrozë kokso-femorale pas programit me kineziterapi tregon për një dallim të theksuar në gjendjen subjektive të pacientëve dhe se ky dallim është statistikisht i rëndësishëm në nivel  $p < 0.000$  në favor të pacientëve me endoprotezë koksofemorale pas aplikimit të programit me kineziterapi.

**Konkluzioni** – Hulumtimi tregon se gjendja subjektive e pacientëve me endoprotezë kokso-femorale pas aplikimit të kineziterapisë është përmirësuar dukshëm krahasuar me pacientët me sëmundje de gjenerative-koksartrozë të kërdhokullit të trajtuar me fizioterapi.

**Fjalët kyqe:** Endoproteza kokso-femorale, artroza, pacienti, t-testi.

COXO-FEMORAL ENDOPROTHESIS AND KINESITAPHY

### **Abstrakt**

Introduction - Total endoprosthesis removes the major functional and aesthetic disability created by this degenerative pelvic disease. Good functional results of these interventions depend on both surgical treatment and good implementation of rehabilitation

Purpose - The purpose of this study was to determine the subjective condition of patients after implant placement or cox-femoral endoprosthesis and rehabilitation procedures with physiotherapy. The realization of the purpose of this paper is done through the questionnaire where the classification is done according to points according to "Oxford Hip Score".

Material and methods - The entity included in this research is taken from the population of patients with various diseases of the groin and those with coxo-femoral endoprosthesis and coxarthrosis. The sample included 15 patients with coxo-femoral endoprosthesis and 15 patients with osteoarthritis of both sexes. Patients answered the questionnaire voluntarily after 30 days of treatment in Klllokot Spa. The research was performed during the period January - December 2018 and 2019. To confirm the difference between the arithmetic means in patients with coxofemoral endoprosthesis and

patients with coxofemoral osteoarthritis, the analysis of the T - test for dependent groups was applied.

Result - The arithmetic mean of the variable-questionnaire or the means of the questionnaire "Oxford Hip Score" in patients with coxo-femoral endoprosthesis before and after the kinesitherapy program as well as in patients with coxo-femoral osteoarthritis after the kinesitherapy program shows a marked difference in subjective condition of patients and that this difference is statistically significant at the level of  $p < 0.000$  in favor of patients with coxofemoral endoprosthesis after application of the kinesitherapy program.

Research shows that the subjective condition of patients with coxo-femoral endoprosthesis after the application of kinesitherapy is significantly improved compared to patients with degenerative-coxarthrosis of the groin treated with physiotherapy.  
Keywords: Coxo-femoral endoprosthesis, osteoarthritis, patient, t-test.