

**REPUBLIKA E SHQIPËRISË
UNIVERSITETI I MJEKËSISË I TIRANËS
FAKULTETI I SHKENCAVE MJEKËSORE TEKNIKE
PROGRAMI I STUDIMIT TË DOKTORATURËS**

DISERTACION

I PARAQITUR NGA:

Znj. VALBONA ALLIU

PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE

“DOKTOR”

SPECIALITETI:

INFIRMIERI E PERGJITHSHME

TEMA:

**NDIKIMI I MËNYRËS SË JETESËS TEK KARDIOPATËT
ISKEMIK DHE EDUKIMI I TYRE NË KËNDVËSHTRIMIN
INFIRMIEROR**

MBROHET MË DATË _____ PARA JURISË

1. _____ KRYETAR
2. _____ ANËTAR (OPONENT)
3. _____ ANËTAR (OPONENT)
4. _____ ANËTAR
5. _____ ANËTAR



Infermieristika është një art dhe është bërë për të qënë i tillë . Ajo kërkon një përkushtim të veçantë dhe përgatitje të mëdha .

Ç'është puna e një piktori ose skulptori që krijon në pëlhurën e bardhë ose në mermerin e ftohtë krahasuar me: ç'farë infermierja bën me trupin që jeton,

“Tempullin e Shpirtit të Zotit”?Ajo është një nga artet fin unë doja të thoja -artí më fin.

Florence NIGHTINGALE

FALENDERIME

Në përfundimin me sukses të disertacionit, gjej rastin të shpreh disa falenderime për të gjithë ata që më kanë ndihmuar dhe që më kanë përkrahur në realizimin me përkushtim të këtij studimi.

E shoh të domosdoshme së pari të falenderoj përzemërsisht, Dekanin e Fakultetit Shkencave Mjekësore Teknike Tiranë, Prof. Dr. Petrit Bara, që me eksperiencën me nivel të lartë shkencor dhe me ndihmesën e pakursyer e të vazhdueshme më kanë nxitur në realizimin e këtij studimi.

E them sinqerisht që me ndihmën shkencore të udhëheqësit tim shkencor Prof. Dr. Idriz BALLA Shef i Klinikës së Reanimacionit të Kardiologjisë, dhe me mbështetjen konkrete me këshilla dhe mendime ky punim u realizua.

Falenderoj me mirënjohje kolegët e mi për punën që kemi ndarë së bashku si edhe personelin mjekësor pranë kabinetit të Kardiologjisë në Poliklinikën Nr.10, Tiranë, si edhe një falenderim për drejtoreshë kësaj poliklinike Znj.Rudina BEÇI.

Më së fundi një falenderim të veçantë dhe mirënjohje ia dedikoj familjes sime, prindërve të mi, bashkëshortit tim dhe dy fëmijëve të mi që më nxitën vullnetin për të studiuar e punuar, më mbështetën, më përkrahën dhe s'u lodhën duke më dhënë kohë që të realizoja këtë ëndërr; vazhdimin e karrierës sime në këtë profesion që e dua shumë.



**“REHABILITIMI KARDIAK MË MBAN MUA NË JETË!”
PEGGYW**

PASQYRA E LËNDËS

Faqe

1. HYRJE	
1.1. Konsiderata të përgjithshme.....	XII
1.2. Përkufizim.....	XII
1.3. Historia e rehabilitimit kardiak.....	XII
1.4. Stadet e rehabilitimit kardiak.....	XV
1.5. Si është ndërtuar një program i rehabilitimit kardiak.....	XVII
1.6 Pikat ku mbështetet rehabilitimi kardiak.....	XXII
1.7 Strukturimi i programit të rehabilitimit kardiak sipas fazave të tij.....	XXIII
1.8 Vlerësimi i pacientit.....	XXV
1.8.1 Historiku i pacientit	XXV
1.8.2 Këshillimi i aktivitetit fizik.....	XXVII
1.8.3 Ndërprerja e duhanit.....	XXVII
1.8.4 Këshillimi nutricional.....	XXVII
1.8.5 Menaxhimi i peshës.....	XXVIII
1.8.6 Menaxhimi i yndyrnave.....	XXVIII
1.8.7 Menaxhimi i TA.....	XXVIII
1.8.8 Menaxhimi i diabetit.....	XXVIII
1.8.9 Menaxhimi i problemeve psikosociale dhe profesionale.....	XXX
1.9.1 Konsultimi seksual.....	XXX
1.9.2 Pirja e alkolit.....	XXX
1.10 Përfitimet e rehabilitimit kardiak.....	XXXI
1.11 Rreziqet e rehabilitimit kardiak.....	XXXI
1.12 Kostoja dhe efektiviteti i rehabilitimit kardiak.....	XXXII
1.13 Barrierat për referim në programet e rehabilitimit kardiak.....	XXXII
1.14 Rekomandime.....	XXXIII
1.15 Të identifikosh personin në risk.....	XXXIV
1.16 Komponentët kryesorë të ushtrimeve trajnuese të rehabilitimit kardiak...XXXV	
1.17 Barrierat për pjesëmarrje në programet e rehabilitimit kardiak.....	XXXVII
1.18 Rekomandime për të ulur rrezikun e eventeve kardiake gjatë ushtrimeve në programet e rehabilitimit kardiak.....	XXXVIII
1.19 Qëndrimet klasike në klinikat kardiologjike.....	XXXVII
1.20 Rehabilitimi kardiak: Një koncept në kërkim të identitetit të tij.....	XXXX
1.21 E ardhmja e rehabilitimit kardiak.....	XXXX
2. Qëllimi i studimit.....	1
3. Objektivat e studimit.....	2
4. Materiali dhe metoda.....	3
5. Analiza statistikore.....	12
6. Rezultatet.....	13
7. Diskutime.....	44
8. Konkluzione	54
9. Rekomandime.....	55
10. Bibliografi.....	56

Figurat

Figura nr.1 Vendet që janë pjesëmarrës në programin europian të rehabilitimit	fqI
Figura nr.2 Vendet që nuk janë pjesëmarrës në programin europian të rehabilitimit.....	fqI
Figura nr.3 Stadet e rehabilitimit kardiak.....	fqV
Fig. nr. 4 Faza e parë e rehabilitimit kardiak në kushte spitalore	fqVII
Figura nr.5 Monitorimi i rreptë elektrokardiografik në fazën e parë të rehabilitimit kardiak.....	fqIX
Fig. nr. 6 Rehabilitimi në spital nën ndjekje të vazhdueshme me EKG.....	fqXIII
Figura nr. 7 Zakonet e një ushqyerje të shëndetshme.....	fqXIV
Figura nr. 8 Seancat e këshillimit të pacientëve.....	fqXXIII
Figura nr. 9. Poliklinika nr. 10 në Tiranë, ku u krye studimi ynë.....	fq3
Figura nr. 10 Gjatë plotësimit të pyetësorit me pacientët.....	fq4
Figura nr. 11 Gjatë edukimit të pacientëve.....	fq5
Figura nr. 12 Gjatë procesit të edukimit të pacientëve.....	fq5
Figura nr. 13 Shpërndarja e fletëpalosjeve dhe materialeve të tjera edukative.....	fq7
Figura nr. 14 Gjatë vlerësimit të parametrave truporë.....	fq8
Figura nr. 15 Gjatë leximit të materialeve edukuese.....	fq9
Figura nr. 16 Shpërndarja e vizitave sipas muajve (nr.).....	fq13
Figura nr. 17 Shpërndarja e pacientëve sipas gjinisë.....	fq14
Figura nr.18 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes: “Si do ta përshkruanit peshën tuaj?”	fq15
Figura nr. 19 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes: “A jeni një duhanpirës?”	fq16
Figura nr. 20 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes: “Sa herë në javë kryeni aktivitet fizik?”	fq17
Figura nr. 21 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes: “Ç’farë aktivitetesh kryeni të paktën në 30 minuta?”	fq18
Figura nr. 22 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes: “Si do ta përshkruanit gjendjen tuaj të përgjithshme shëndetësore?”	fq19
Figura nr. 23 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes: “Si do ta përshkruanit gjumin dhe periudhën e pushimit?”	fq20
Figura nr. 24 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes: “Si do ti përshkruanit mardhëniet sociale?”	fq21
Figura nr. 25 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes: “Si do ta përshkruanit sjelljen tuaj në rast reziku?”	fq22
Figura nr.26 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes: “Si do ta përshkruanit komunikimin tuaj me të tjerët?”	fq23
Figura nr.27 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes: “Si do ta përshkruanit sjelljen tuaj seksuale?”	fq24
Figura nr.28 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes: “Përshkruani si e mendoni të ardhmen?”	fq25
Figura nr. 29 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes: “A keni ndonjë prej anëtarëve të familjes tuaj të diagnostikuar me një sëmundje kardiale?”	fq26
Tabela nr.30 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes: “Përshkruani si e respektoni ju një dietë të shëndetshme?”	fq30

- Figura nr.31 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:
 “Cila nga faktorët e mëposhtëm mendoni se mund të vërë dikush në rrezik të lartë të zhvillimin e sëmundjeve kardiovaskulare?
 Dieta të larta në yndyrna të ngopura, kolesterol dhe përdorimi kripës” ...fq32*
- Figura nr.32 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:
 “Cila nga faktorët e mëposhtëm mendoni se mund të vërë dikush në rrezik të lartë të zhvillimin e sëmundjeve kardiovaskulare?
 Inaktiviteti fizik (mungesa e ushtrimit)”fq33*
- Figura nr.33 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:
 “Cila nga faktorët e mëposhtëm mendoni se mund të vërë dikush në rrezik të lartë të zhvillimin e sëmundjeve kardiovaskulare?
 Sëmundshmëria?”fq36*
- Figura nr.34 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:
 “Kur ishte hera e fundit kur keni kontrolluar presionin e gjakut, kolesterolin, glukozën dhe peshën tuaj?”fq39*
- Figura nr.35 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:
 “Kohëve e fundit kur infermiera ju bëri matjet e presionit të gjakut, kolesterolit dhe nivelin e glukozës juaj është”fq43*

Tabelat

<i>Tabela nr. 1 Fazat e rehabilitimit kardiak.....</i>	<i>fq VII</i>
<i>Tabela nr.2 Simptomat prodromale të raportuara nga pacientët gjatë provave ushtrimore (pjesë e rehabilitimit kardiak).....</i>	<i>fq XXIV</i>
<i>Tabela nr. 3 Shpërndarja e pacientëve sipas gjinisë.....</i>	<i>fq14</i>
<i>Tabela nr.4 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes: “Si do ta përshkruanit peshën tuaj?”</i>	<i>fq14</i>
<i>Tabela nr. 5 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes: “A jeni një duhanpirës?”</i>	<i>fq15</i>
<i>Tabela nr. 6 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes: “Nëse ju në të kaluarën keni qenë një duhanpirës, kur e keni ndaluar pirjen e duhanit?”</i>	<i>fq16</i>
<i>Tabela nr. 7 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes: “Sa herë në javë kryeni aktivitet fizik?”</i>	<i>fq17</i>
<i>Tabela nr. 8 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes: “Çfarë aktivitete kryeni të paktën në 30 minuta?”</i>	<i>fq18</i>
<i>Tabela nr.9 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes: “Si do ta përshkruanit gjendjen tuaj të përgjithshme shëndetësore?”</i>	<i>fq19</i>
<i>Tabela nr. 10 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes: “Si do ta përshkruanit gjumin dhe periudhën e pushimit?”</i>	<i>fq20</i>
<i>Tabela nr. 11 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes: “Si do t’i përshkruanit marrdhëniet sociale?”</i>	<i>fq21</i>
<i>Tabela nr. 12 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes: “Si do ta përshkruanit sjelljen tuaj në rast rreziku?”</i>	<i>fq22</i>
<i>Tabela nr. 13 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes: “Si do ta përshkruanit komunikimin tuaj me të tjerët?”</i>	<i>fq23</i>
<i>Tabela nr. 14 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes: “Si do ta përshkruanit sjelljen tuaj seksuale?”</i>	<i>fq24</i>
<i>Tabela nr. 15 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes: “Përshkruani si e mendoni të ardhmen?”</i>	<i>fq25</i>
<i>Tabela nr. 16 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes: “A keni ndonjë prej anëtarëve të familjes tuaj të diagnostikuar me një sëmundje kardiake?”</i>	<i>fq26</i>
<i>Tabela nr. 17 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes: “Përshkruani si e respektoni ju një dietë të shëndetshme?”</i>	<i>fq27</i>
<i>Tabela nr. 18 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes: “Cila nga këto mendoni se janë simptomat e një sulmi në zemër, dhimbje ose siklet në nofulla, qafë, ose prapa”</i>	<i>fq29</i>
<i>Tabela nr. 19 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes: “Cila nga këto mendoni se janë simptomat e një sulmi në zemër, dhimbje ose siklet në nofulla, qafë, ose prapa”</i>	<i>fq29</i>
<i>Tabela nr. 20 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes: “Cila nga këto mendoni se janë simptomat e një sulmi në zemër, dhimbje gjoksi apo paret”</i>	<i>fq30</i>
<i>Tabela nr. 21 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes: “Cila nga këto mendoni se janë simptomat e një sulmi në zemër, dhimbje ose siklet në krahët apo shpatullat”</i>	<i>fq30</i>

- Tabela nr. 22 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:
 “Cila nga këto mendoni se janë simptomat e një sulmi në zemër,
 vështirësi në frymëmarje apo gulcim”fq31
- Tabela nr. 23 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:
 “Cila nga faktorët e mëposhtëm mendoni se mund të vërë dikush në
 rrezik të lartë të zhvillimin e sëmundjeve kardiovaskulare?Dieta të
 larta në yndyrna të ngopura, kolesterol dhe përdorimi kripës” ...fq32
- Tabela nr. 24 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:
 “Cila nga faktorët e mëposhtëm mendoni se mund të vërë dikush në
 rrezik të lartë të zhvillimin e sëmundjeve kardiovaskulare?
 Inaktiviteti fizik (mungesa e ushtrimit)”fq33
- Tabela nr. 25 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:
 “Cila nga faktorët e mëposhtëm mendoni se mund të vërë dikush në
 rrezik të lartë të zhvillimin e sëmundjeve kardiovaskulare?
 Obeziteti?”fq34
- Tabela nr. 26 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:
 “Cila nga faktorët e mëposhtëm mendoni se mund të vërë dikush në
 rrezik të lartë të zhvillimin e sëmundjeve kardiovaskulare? Stresi?”..fq34
- Tabela nr. 27 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:
 “Cila nga faktorët e mëposhtëm mendoni se mund të vërë dikush në
 rrezik të lartë të zhvillimin e sëmundjeve kardiovaskulare? Histori
 positive familjare të sëmundjeve kardiovaskulare?”fq35
- Tabela nr. 28 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:
 “Cila nga faktorët e mëposhtëm mendoni se mund të vërë dikush në
 rrezik të lartë të zhvillimin e sëmundjeve kardiovaskulare? Nivelet e
 kolesterolit LDL të lartë?”fq35
- Tabela nr. 29 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:
 “Cila nga faktorët e mëposhtëm mendoni se mund të vërë dikush në
 rrezik të lartë të zhvillimin e sëmundjeve kardiovaskulare?
 Sëmundshmëria?”fq35
- Tabela nr. 30 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:
 “A keni marrë ndonjë medikament për sëmundjet koronare të
 zemrës?”fq37
- Tabela nr.31 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:
 “A keni marrë ndonjë medikament për hipertension?”fq37
- Tabela nr. 32 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:
 “A keni marrë ndonjë medikament për diabet?”fq37
- Tabela nr.33 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:
 “A keni marrë ndonjë medikament për nivelin e lartë
 të kolesterolit?”fq38
- Tabela nr. 34 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:
 “Kur ishte hera e fundit kur keni kontrolluar presionin e gjakut,
 Kolesterolin, glukozën dhe peshën tuaj?”fq39
- Tabela nr. 35 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:
 “Në qoftë se nëpër poliklinika afrojnë një edukim infermieror a do
 dëshironit të mernit pjesë për parandalimin dhe menaxhimin e
 sëmundjeve kardiovaskulare si matje e presionit të gjakut?”fq40

- Tabela nr. 36 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:
 “Në qoftë se nëpër poliklinika afrojnë një edukim infermieror a do
 dëshironit të mernit pjesë për parandalimin dhe menaxhimin e
 sëmundjeve kardiovaskulare si matje e glukozës në gjak?”fq40*
- Tabela nr.41 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:
 “Në qoftë se nëpër poliklinika afrojnë një edukim infermieror a do
 dëshironit të mernit pjesë për parandalimin dhe menaxhimin e
 sëmundjeve kardiovaskulare si matje e nivelit të
 kolesterolit në gjak?”fq41*
- Tabela nr. 42 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:
 “Në qoftë se nëpër poliklinika afrojnë një edukim infermieror a do
 dëshironit të mernit pjesë për parandalimin dhe menaxhimin e
 sëmundjeve kardiovaskulare si këshilla mbi dietën?”fq41*
- Tabela nr. 43 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:
 “Në qoftë se nëpër poliklinika afrojnë një edukim infermieror a do
 dëshironit të mernit pjesë për parandalimin dhe menaxhimin e
 sëmundjeve kardiovaskulare si këshilla për aktivitetin fizik?”fq41*
- Tabela nr. 44 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:
 “Në qoftë se nëpër poliklinika afrojnë një edukim infermieror a do
 dëshironit të mernit pjesë për parandalimin dhe menaxhimin e
 sëmundjeve kardiovaskulare si këshillat për
 ndërprerjen e duhanit?”fq42*
- Tabela nr. 45 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:
 “Kohët e fundit a rezultoi se presioni i gjakut tuaj është?”43*

1.1 Konsiderata të përgjithshme

Dëshmitë tregojnë se aplikimi i rehabilitimit kardiak pas një event kardiak ndikon pozitivisht në shkallën e aftësisë të pacientit dhe nivelin e cilësisë së jetës së tij dhe luan gjithashtu një rol të rëndësishëm, pozitiv, në përmirësimin e sëmundshmërisë dhe të vdekshmërisë. Rehabilitimi kardiak është një pjesë integrale e kujdesit për pacientët të cilët kanë pësuar infarkt akut të miokardit. Edhe pse në katër dekadat e fundit trajnimi fizik ka marrë një rol të madh në shëndetësi dhe në kujdesin e pacientëve me sëmundje të arterieve koronare, rehabilitimi kardiak nuk përbëhet vetëm nga ushtrimet e rregullta. Ai tashmë është kthyer në një shkollë më vete në trajtimin post event kardiak të pacientit. Rehabilitimi i plotë i zemrës duhet të përfshijë komponentët e mëposhtëm: vlerësimin klinik, optimizimin farmakologjik, trajnimin fizik dhe atë psikologjik, vlerësimin dhe zvogëlimin e faktorëve të rrezikut të sëmundjes koronare, modifikimin e stilit të jetës dhe edukimin e vazhdueshëm. Rehabilitimi i plotë kardiak duhet të kryhet nga një ekip i caktuar (mjek, fizioterapist, infermierë, psikolog, dietetist, punonjës social) menjëherë pas fazës akute të infarktit të miokardit dhe duhet të përmbajë programe të individualizuara dhe të projektuara për statusin fizik, psikologjik, social dhe emocional të pacientit. Modeli modern i rehabilitimit gjithëpërfshirës kardiak duhet të fillojë sa më shpejt të jetë e mundur, të vazhdojë për gjithë kohën që është i nevojshëm dhe të jetë i individualizuar në varësi të gjendjes klinike të pacientëve. Ky punim modest ofron një pasqyrë të rekomandimeve aktuale në lidhje me rehabilitimin kardiak pas infarktit të miokardit dhe zbatimin e tij në klinikë. Ne sjellim këtu një përvojë modeste të aplikimit të njërës nga komponentët e rehabilitimit kardiak, që është ndryshimi i stilit të jetesës, në vendin tonë.

Historiku i rehabilitimit kardiak është i njohur pothuaj në të gjithë botën por ne këtu kemi paraqitur vetëm hartën e Europës dhe kemi paraqitur vendet që janë pjesëmarrës në programin europian të rehabilitimit (fig.1) dhe ato që nuk janë, ku bën pjesë edhe vendi ynë (fig 2).

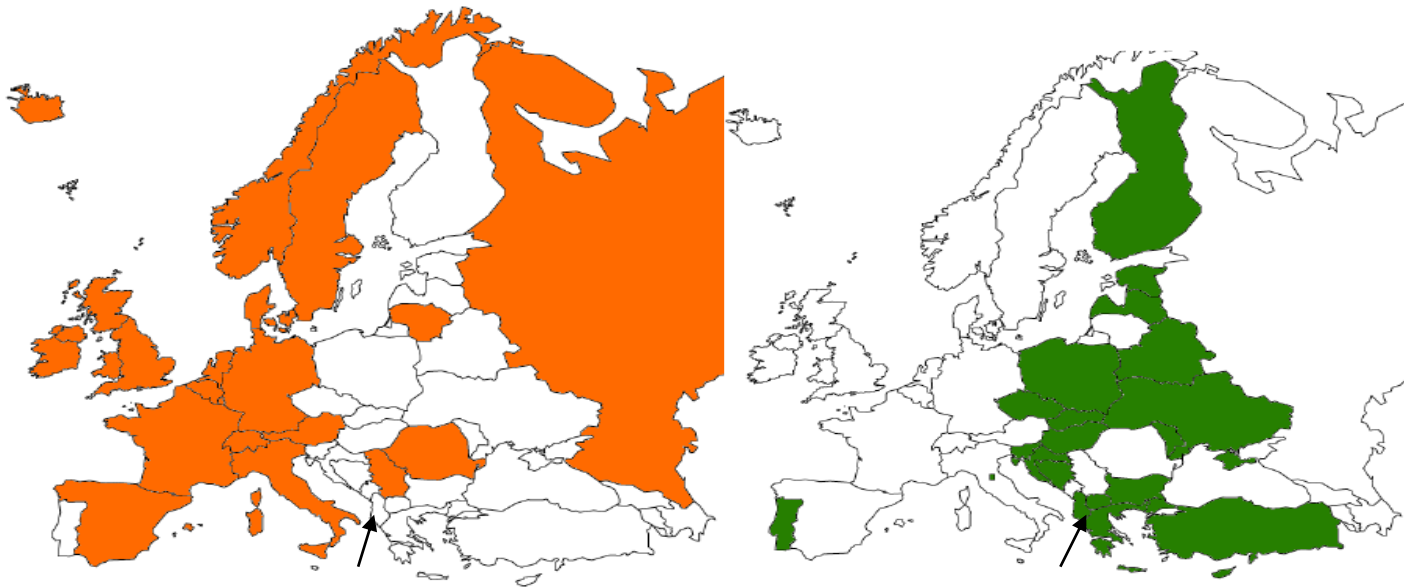


Fig.nr.1 Vendet që janë pjesëmarrës në programin europian të rehabilitimit
Fig.nr. 2 Vendet që nuk janë pjesëmarrës në programin europian të rehabilitimit

1.2 Përkufizim

Organizata Botërore e Shëndetësisë ka përpiluar një përkufizim të rehabilitimit kardiak që përmbledh shumë mirë objektivat e tij. Kështu në vitin 1993 Organizata Botërore e Shëndetësisë dha përkufizimin e mëposhtëm:

“Rehabilitimi kardiak përmbledh shumën e aktiviteteve të nevojshme për të ndikuar pozitivisht ndaj shkakut themelor të sëmundjes si dhe për t’i siguruar pacientëve kushtet më të mira të mundshme fizike, mendore dhe sociale, në mënyrë që ata të mundën me përpjekjet e tyre, që të ruajnë ose të rifillojnë atje ku humbën, një jetë normale nëse është e mundur, në jetën e komunitetit”.

Kështu, rehabilitimi kardiak duhet të jetë shumëdimensional dhe gjithëpërfshirës por në të njëjtën kohë ai duhet që të jetë edhe një program individual^[1].

Një përkufizim tjetër në lidhje me rehabilitimin kardiak e gjejmë tek përkufizimi që jep Instituti i Shëndetit Publik i SHBA-së i cili thekson se programi i rehabilitimit kardiak është përcaktuar si një program që përfshin:

- Vlerësimin mjekësor
- Përshkrimin e ushtrimeve
- Edukimin
- Këshillimin e pacientëve me sëmundje kardiake

1.3 Historia e rehabilitimit kardiak

Sëmundjet kardio-vaskulare janë shkaqet më të shpeshta të vdekjeve në Europë. Kështu vetëm në vitin 2008-të sëmundjet kardio-vaskulare shkaktuan rreth 4.3 milionë vdekje ose rreth 48% të të gjitha vdekjeve të këtij viti^[1]. Kujdesi për pacientët me sëmundje kardio-vaskulare ka ndryshuar rrënjësisht në dekadat e fundit. Me kalimin e viteve mjekët kardiologë filluan të evidentonin gjithnjë e më shumë rreziqet që paraqiste për komplikacione të mëvonshme qëndrimi në shtrat për një kohë të gjatë i pacientëve që kishin kaluar një event kardiak. Kjo mund të quhet dhe si fillim i erës së strukturimit të programeve rehabilituese për pacientët me sëmundje kardio-vaskulare^[2,3].

“Pasoja më e dukshme e aplikimit të këtij programi rehabilitues për të sëmurët kardiakë është ulja e ndjeshme e vdekshmërisë dhe e përsëritjes së problemeve tek pacientët që kanë vuajtur të paktën njëherë nga një event kardio-vaskular”

Rehabilitimi kardiak ka një histori të pasur. Më poshtë do të hedhim një vështrim modest mbi historikun e e tij, nga kohët e lashta e deri më sot.

Megjithëse Galeni deklaroi që në vitin 131 që ushtrimet e “forconin” trupin, do ishte Viseussens ai që në vitin 1665 do të përshkruante qarkullimin koronar dhe në vitin 1679 do të ishte Bonnetus ai që do të dokumentonte që bllokimi i enës koronare do të ishte shkak i vdekjes. Në vitin 1772 Heberden rekomandoi që pacientët e tij “me patollogji kardiake” duhej që të ushtroheshin 30 minuta në ditë dhe në vitin 1789, Lavoisier, kryen eksperimentin e parë psikologjik-kardiovaskular në të cilin matej oksigjeni i konsumuar në 1 minutë në varësi të aktivitetit të pacientit. Në vitin 1800 ishte Heberden ai që përshkroi për herë të parë angina pectoris. Ushtrimet e rregullta dhe ecja përshkruheshin për pacientët kardiak që në vitin 1854 nga Stokes dhe Ortel. Në mesin e viteve 1800 Hilton përshkruajti regjimin e shtratit si metodë rehabilitimi për pacientët me pathollogji kardiake. Rreth fundit të shekullit 19-të, Fick përshkruajti ‘Ekuacionin e Fick’ për hedhjen kardiake dhe në vitin 1896 Eilliam zhvilloi flouroskopin. Në vitin 1916, për herë të parë në historinë botërore, një spital u ndërtua në Angli, vetëm për studimin e sëmundjeve të zemrës.

Vitet 1930-1940 ishin vite të rëndësishme për zhvillimin e rehabilitimit kardiak ashtu sic e shohim në ditët e sotme. Në vitin 1935, Aeronautika Kombëtare dhe Adiministrimi Hapësirës (NASA), u shqetësua rreth efekteve negative të regjimit të shtratit në procesin e shërimit të pacientëve kardiakë dhe publikoi një studim që dokumentonte efektet negative të tij. Në vitin 1938 Bishop publikoi artikullin e parë që inkurajonte ushtrimet për pacientët kardiakë. Fundi i viteve 1940 ishte gjithashtu një periudhë e rëndësishme për kujdesin kardiak dhe rehabilitimin kardiak. Beck, Prichard dhe Feil zbuluan defibrilatorin në vitin 1947 dhe në vitin 1948, Instituti Kombëtar i Zembrës, u bë seksion i Institutit Kombëtar të Shëndetit. Një vit më pas u krijua Kolegji Amerikan i Kardiologjisë. Interesi dhe dokumentimi i të mirave që vinin nga rehabilitimi kardiak filloi të rritej në çdo dekadë pasardhëse. Gjatë kësaj periudhe, puna e Hellerstein dhe Goldston në punën e klasifikimit të njësive, testimi i ushtrimeve kardiovaskulare, vlerësimi i nevojave emocionale dhe sociale të pacientëve dhe prirjet e aftësitë profesionale ishin shumë të rëndësishme. Në vitin 1952, Levine dhe Loën panë mundësinë e ndërhyrjes në trombozën koronare duke lëvizur pacientët nga shtrati në karrige. Në vitin 1952, Neëman zhvilloi një program ecjeje në të cilin pacientët filluan lëvizjen rreth katër javë pas një infarkti miokardi. Në vitet 1952 dhe 1953 Morris dokumentoi lidhjen ndërmjet aktivitetit fizik dhe përmirësimit kardiovaskular. Në vitin 1957, Karvonen publikoi kërkimet e tij mbi efektet e trajnimit mbi ritmin e zembrës.

Pranimi i rehabilitimit kardiak si metodë e rëndësishme për trajtimin dhe parandalimin e pasojave tek të sëmurët kardiovaskularë filloi në vitet 1960. Komblueh dhe Micheal prezantuan programet e tyre të ushtrimeve për pacientët kardiakë në vitin 1961 dhe Cain, Frasher, dhe Stiuelman filluan monitorimin dhe rritjen e intensitetit të aktiviteteve ditore të pacientëve kardiakë nëpërmjet regjistrimeve me EKG. Në vitin 1968, Gottheimer dokumentoi përfitimet e ushtrimeve të rehabilitimit për pacientët kardiakë. Saltin raportoi kërkimet e tij për regjimin e shtratit dhe rezultatet çuan në uljen e performancës kardiovaskulare, të cilat ai i publikoi në vitin 1968. Në 1969, Cantëell dhe Fletcher raportuan mbi komplikacionet kardiovaskulare dhe vdekjen e dy atletëve. Gjetjet e Cantwell dhe Fletcher treguan që shkak i vdekjeve ishte çrregullimi i ritmit (aritmi) ose difekt i lindur i zembrës.

Në vitin 1971, Kaufinan raportoi punën e tij në programet e ecjes për pacientët kardiak në të cilin gjendja e nivelit kardiovaskular të pacientëve u përmirësua nëpërmjet pjesëmarrjes në programin e ecjes dhe në vitin 1972 Shoqata Amerikane e Zembrës publikoi *"Ushtrime dhe Trajnime të Individëve në dukje të Shëndetshëm: Manual për doktorët"*. Në vitin 1973, Wegner dhe kolegët raportuan për programet e rehabilitimit kardiak. Në vitin 1975, Kolegji Amerikan i Sporteve Mjekësore publikoi edicionin e parë të *"Guidës së testeve ushtrimore dhe recetave të ushtrimeve"* dhe gjithashtu në vitin 1975 Shoqata Amerikane e Zembrës publikoi *"Teste Ushtrimore dhe Trajnime të Individëve me Sëmundje të Zembrës ose me Risk të lartë të zhvillimit të tij: Një guidë për doktorët"*. Kolegji Amerikan i Sporteve Mjekësore publikoi protokollet e tij në lidhje me sasinë dhe cilësinë e ushtrimeve për zhvillimin dhe mbajtjen e parametrave normal truporë tek të rriturit e shëndetshëm dhe në vitin 1978 Haskell dokumentoi riskun e ulët të komplikimeve gjatë trajnimeve ushtrimore në pacientët kardiakë.

Në vitin 1980 u realizuan kërkime shtesë për financim dhe programet e kërkimit kardiovaskular filluan të zhvillohen në të gjithë Amerikën e Veriut. Shoqata Amerikane e Rehabilitimit Kardiovaskular dhe Pulmonar u krijua në vitin 1985. Raporti më i rëndësishëm mbi vlerën e ushtrimeve për publikun e përgjithshëm ishte studimi i Paffenbarger i cili dokumentoi që risku i mortalitetit ulej me rritjen e numrit

të ushtrimeve. Në vitin 1988, Komiteti i Politikave Publike të Shëndetit i Kolegjit Amerikan të Doktorëve, publikoi një punim për rehabilitimin kardiak dhe Oldbridge publikoi kërkimet e tij mbi përfitimet nga rehabilitimi kardiopulmonar.

Në vitet 1990 rehabilitimi kardiak u bë gjerësisht i pranueshëm si një shërbim me vlerë.

Vitet 1990-të ishin gjithashtu periudha e një rritje të vazhdueshme dhe u ndihmua nga Shoqata Amerikane e Rehabilitimit Kardiovaskular. Universitetet filluan të ofrojnë programe specializimi të veçanta në edukimin dhe trajnimin e rehabilitimit kardiak dhe profesionistët e shëndetësisë u bënë më të ndërgjegjshëm për nevojën e specializimit të stafit në procesin e rehabilitimit kardiak^[2].

Rehabilitimi fizik është një komponent i rëndësishëm i rehabilitimit të plotë kardiak. Gjate 30 viteve të fundit ka ndodhur një përparim i madh në të menduarit tonë në lidhje me rolin e aktivitetit fizik në pacientët me sëmundje kardiovaskulare. Deri në vitet 1960 kufizimi i lëvizjeve apo regjimi i shtratit konsideroheshin të dobishme për shumicën e pacientëve. Në kontrast me këtë, stërvitja intensive apo e moderuar, aktualisht përdoret jo vetëm për parandalimin e sëmundjeve koronare të zemrës, por edhe si një mjet terapeutik në rastet me infarkt miokardi, ndërhyrjet koronare perkutane, kirurgjine kardiake dhe implantimin e stimuluesve kardiake të përhershme^[3-5].

1.4 Stadet e Rehabilitimit Kardiak

Rehabilitimi kardiak konsiston në fazën e hershme që përfshin stadin e I-rë dhe të II-të dhe në fazën e vonshme që përfshin stadin e III-të (Fig.nr. 3).

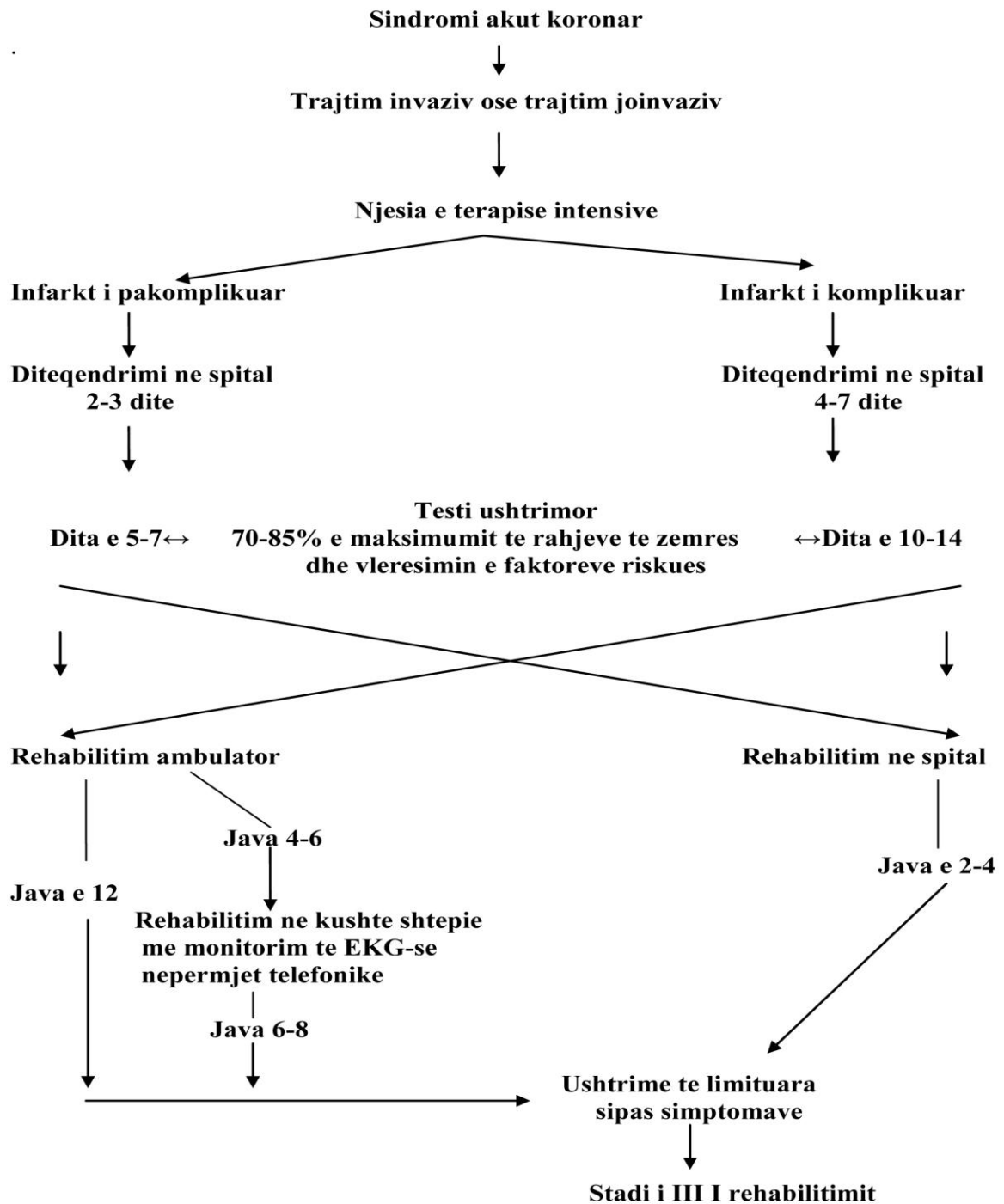


Fig.nr.3 Stadet e rehabilitimit kardiak

Rehabilitimi i hershëm kardiak përfshin dy stade dhe i nënshtrohen të gjithë pacientët që kanë kaluar një sindromë koronare akute ose angina pectoris kronike por duke ju referuar strategjisë së trajtimit, konservative ose invazive.

1.5 Si është ndërtuar një program i rehabilitimit kardiak^[2]

- ✚ Ai duhet që të fillohet me simptomat e para të sëmundjes kardiake.
- ✚ Asnjë lloj kufizimi kohor nuk duhet të vendoset pas një ataku të tillë me pasoja të rënda për pacientin.
- ✚ Rehabilitimi modern kardiak duhet të jetë:
 - I plotë
 - Të fillohet sa më shpejt të jetë e mundur
 - Të jetë i vazhdueshëm
 - Të jetë me stade
 - Të jetë i individualizuar në varësi të gjendjes klinike
 - I pranueshëm për pacientin.
- ✚ Përveç kësaj, rehabilitimi i plotë kardiak, duhet të përfshijë komponentët e mëposhtëm si:
 - ✓ Vlerësimin klinik
 - ✓ Optimizimin e farmakoterapisë
 - ✓ Trajnimin fizik
 - ✓ Rehabilitimin psikosocial
 - ✓ Vlerësimi i faktorëve të rizikut
 - ✓ Reduktimi i faktorëve të rrezikut të sëmundjeve koronare
 - ✓ Modifikimi i mënyrës së jetës
 - ✓ Arsimimi i pacientit
 - ✓ Arsimimi i familjes së tij
- ✚ Kjo kërkon përfshirjen e një ekipi multidisiplinar:
 - Mjekun
 - Fizioterapistin
 - Psikologun
 - Sociologun
 - Nutricionistin

Tradicionalisht rehabilitimi kardiak është i ndarë në tri faza ^[6]. Të gjitha fazat e rehabilitimit kardiak synojnë të lehtësojnë shërimin dhe të parandalojnë sëmundje të mëtejshëm kardiovaskulare. Në tabelën e mëposhtme paraqiten shkurtimisht fazat e rehabilitimit kardiak, në sa vende të Bashkimit Europian ajo ofrohet dhe kohëzgjatja e secilës fazë.

Tabela nr. 1 Fazat e rehabilitimit kardiak

	Kohëzgjatja
Faza e parë (programi spitalor) (zakonisht ofrohet në rreth 15 vende)	≤ 1 javë - ≤2 javë
Faza e dytë (menjëherë pas daljes nga spitali) program për pacientët që kanë dalë nga spitali (zakonisht ofrohet në rreth 16 vende)	3-12 javë ≤ 6 javë ≥ 6 javë
Faza e tretë Programi mbajtës (zakonisht ofrohet në rreth 17 vende)	3-36 javë

Stadi i parë

Stadi i parë i rehabilitimit ose rehabilitimi i hershëm hospitalor fillohet menjëherë pas fazës akute të pathollogjisë kardiake që mund të rrezikojë edhe jetën. Pikat me kryesore të menaxhimit të patollogjisë në këtë stad përfshijnë:

- trajtimin optimal me medikamente farmakologjike për patollogjinë kardiake
- parandalimi i pasojave invalidizuese për pacientin
- pëmirësimi i kapacitetit ushtrimor
- vlerësimi i gjendjes mentale të pacientit
- reduktimi i ankthit
- mbështetja emocionale
- edukimi i pacientit ku përfshihen informacionet bazë për vetë sëmundjen, mënyra e trajtimit dhe si organizohet kujdesi për vetë pacientin
- informacioni që u referohet sëmundjeve koronare të zemrës, faktorët e riskut dhe strategjitë e mundshme për t'i reduktuar ato
- vlerësimi i gjendjes klinike të pacientit dhe përcaktimi se kur duhet të kalojë në stadin e II-të të rehabilitimit.



Fig. nr. 4 Faza e parë e rehabilitimit kardiak në kushte spitalore

Sigurisht që rehabilitimi aktiv fizik varet nga rëndesa e sëmundjes iskemike të zemrës, fakti nëse është i komplikuar apo jo dhe sëmundjeve të tjera shoqëruese. Ai zakonisht fillohet pas 12-48 orëve që pacienti ka qënë në regjim shtrati. Pasi gjendja klinike e pacientit është stabilizuar, kjo ndodh zakonisht pas 2-3 ditësh në rastin e p.sh infarktit të miokardit të pakomplikuar, atëherë nën vëzhgimin e një fizioterapisti të specializuar fillohen ushtrime gradualisht dhe me intensitet që fillon nga më i ulëti dhe që rritet në mënyrë progresive.

✚ Por jo të gjithë pacientët mund të përfshihen në hapin e parë të programit të rehabilitimit kardiak. Më poshtë janë paraqitur kushtet të cilat përbëjnë kundraindikacion absolut:

- Angina pektoris e pa-stabilizuar
- Insuficiencë e dekompesuar kardiake
- Presioni arterial në qetësi gjendet në vlerat: diastoliku >100 mmHg dhe sistoliku > 200 mm Hg
- Sëmundje e valvulave kardiake me tablo të rëndë klinike
- Aritmi komplekse ventrikulare
- Takikardi paroksizmale supraventrikulare në qetësi
- Aritmi komplekse e induktuar nga aktiviteti fizik
- Bllok atrioventrikular i gradës së III-të në pacientët me peismeikër permanent
- Endokardit
- Perikardit
- Emboli arteriale
- Tromboflebit
- Sëmundje të tjera që mund të përkeqësohen gjatë aktiviteti fizik

✚ Por një pjesë e pacientëve mund të paraqitin probleme të ndrrshme gjatë fazës së parë të rehabilitimit kardiak dhe duhet që të ndërpresin vazhdimin e saj. Disa nga këto arsye që na detyrojnë të ndërpresim këtë proces janë:

- Dhimbje gjoksi e tipit koronar
- Dispnea
- Ritmi kardiak që rritet me > 20 rrahje /min
- Ritmi kardiak që ulet me > 10 rrahje/min
- Arritmi kardiake e rëndësishme e provokuar nga ushtrimet
- Ulje e presionit të gjakut me > 10-15 mmHg
- Rritje e menjëhershme e presionit të gjakut >200mmHg për sistolikun dhe >110 mmHg për diastolikun

✚ Dinamika e fazës së parë të rehabilitimit kardiak është si më poshtë:

- Faza e fillimit: përfshin ushtrime që futin në aktivitet grupe muskujsh të vegjël
-ushtrimet e frymëmarrjes
-ushtrimet relaksuese
-ushtrimet dinamike
- Faza e vazhdimit: përfshin ushtrime dinamike që përfshijnë grupe të mëdha muskujsh, ulje, ngritje dhe ecje. Nga dita e 4-6-të pacienti i asistuar nga fizioterapisti lejohet që të tentojë për të ngjitur shkallët

Ushtrimet dinamike janë të rekomanduara që të kryhen që në stadin e parë të rehabilitimit ndërsa ushtrimet të cilat rezultojnë në reagime të tilla të organizmit si p.sh manovra Valsalva nuk janë të këshillueshme. Gjatë ditëve të para të aktivitetit ushtrimor, që janë afër periudhës së ndodhjes të infarktut të miokardit, rehabilitimi kardiak duhet që të kryhet nën një monitorizim të rreptë elektrokardiografik (figura nr. 5).



Figura nr.5 Monitorimi i rreptë elektrokardiografik në fazën e parë të rehabilitimit kardiak

Ritmi kardiak dhe presioni i gjakut duhet që të monitorohen përpara aktivitetit ushtrimor, gjatë pikut të ushtrimeve dhe pas tyre.

Vlerësimi i gjendjes klinike të pacientit dhe kalimi në stadin e II-të të rehabilitimit kardiak është një komponent i rëndësishëm i tij^[4,5].

Kryerja e një testi ushtrimor për të përcaktuar prognozën së bashku me vazhdimin e terapisë së caktuar luajnë një rol të madh në këtë proces. Ky është planifikuar si një test ushtrimor, me kapacitet nën maksimalen, por në praktikë ai zakonisht është i kufizuar nga simptomat klinike pasi shumica e pacientëve janë trajtuar me beta-blokues dhe shpesh nuk janë në gjendje që të kryejnë këto grup ushtrimesh.

Kjo fazë përbëhet nga mobilizimi progresiv i pacientit me aktivitet të qëndrueshëm kardiak deri në nivelin e aktiviteteve të nevojshme për të kryer detyra të thjeshta shtëpiake. Qëndrimi i shkurtër në spital i arritur me ndihmën e kardiologjisë moderne e bën të vështirë për të kryer këto programe të edukimit dhe trajnimit spitalor. Kështu, programet e hershme të rehabilitimit kardiak janë kryesisht të kufizuara në mobilizimin e hershme duke u fokusuar kryesisht këshillimin e shkurtër në lidhje me natyrën e sëmundjes, trajtimin, menaxhimin e faktorëve të rrezikut dhe planifikimin e ndjekjes në të ardhmen e pacientit.

Deri në kohët e fundit kufizimi i stërvitjes dhe aktivitetit fizik pas një eventit kardial akut u imponua vetëm në pacientët me insuficiencë kardiale. Përfshirja në programet e rehabilitimit kardial të pacientëve me insuficiencë kardiale është një ngjarje e kohëve të fundit. Ajo që vuri gurët e themelit në këtë drejtim ishte puna e kryer dhe e botuar nga Sullivan me bashkëpunorë e cila pati një kontribut të madh^[19]. Në grupin e pacientëve me insuficiencë kardiale, që është në fakt një grup me rrezik të lartë, vetëm pacientët me insuficiencë kardiale të qëndrueshme, klasa e II-të dhe e III-të dhe pacientët me insuficiencë kardiale, por pa aritmi komplekse, mund dhe duhet që të referohen për rehabilitim kardial me fokus në ushtrimet fizike^[20].

Pacientët me transplant të zemrës mund të përfitojnë nga trajnimi me ushtrime fizike por kjo duhet që të kryhet në bazë të protokolleve të individualizuara që marrin parasysh karakteristikat e tyre të veçanta fiziologjike^[21]. Ky lloj rehabilitimi kardial, nëpërmjet ushtrimeve fizike tek këta pacientë mund të jetë shumë i dobishëm edhe para transplantit të zemrës për të zbutur ndikimin e forcës së reduktuar dhe anomalitë e muskujve skeletik që janë zhvilluar para se të realizohet transplanti kardial.

Pacientët me sëmundje periferike arteriale gjithashtu mund të përfitojnë nga trajnimi me ushtrime stërvitjeje të individualizuara dhe kjo sepse sëmundjet periferike arteriale shpesh bashkëjetojnë me sëmundjet e arterieve koronare. Gjysma e pacientëve me sëmundje periferike arteriale kanë sëmundje shoqëruese të arterieve koronare dhe një e treta e pacientëve me sëmundje të arterieve koronare dihet se bashkëjetojnë me sëmundje të arterieve periferike^[22]. Pande dhe bashkëpunorë kanë sugjeruar në studimin e tyre se miliona pacientë me sëmundje të arterieve periferike nuk janë duke marrë terapi parandaluese dytësore^[23]. Duke ju referuar këtyre pacientëve dhe komplikacioneve që ata mund të kenë duhet që të kemi parasysh se një program rehabilitimi kardial do të sigurojë që ata të marrin ndërhyrjet e duhura parandaluese.

Stadi i II-të

Stadi i II-të i rehabilitimit kardial mund të kryhet në spital ose në kushte ambulatorë^[10-15]. Tek pacientët që kanë risk të ulët për të bërë komplikacione nga aktiviteti ushtrimor, rehabilitimi kardial mund të kryhet në shtëpi, por nën monitorizimin e rreptë nëpërmjet elektrokardiografisë transtelefonike dhe vëzhgimin e rregullt nga një mjek dhe fizioterapist nga poliklinika apo nga spitali. Stadi i II-të i rehabilitimit kardial duhet filluar sa më shpejt që të jetë e mundur, pas stadi të I-rë të rehabilitimit kardial, që i bie të jetë rreth 2-3 javë pas eventit kardial të ndodhur. Zgjatja e stadi të II-të të rehabilitimit kardial varet nga gjendja klinike e pacientit nëse ajo do të kryhet në spital, zgjat 2-4 javë, nëse do të kryhet në kushte ambulatorë, pra në shtëpi do të zgjasë 4-12 javë. POR, gjithmonë, rehabilitimi kardial në kushte shtëpie do të jetë i monitoruar nëpërmjet elektrokardiografisë transtelefonike deri në javë e 12-të.

Stadi i II-të i rehabilitimit kardial në kushte spitalore është i indikuar që të ndjekë stadin e I-rë të rehabilitimit kardial në rastet kur kushtet social-ekonomike të pacientit shërbejnë si barriera për të realizuar këtë stad të rehabilitimit si p.sh pacientët që jetojnë në kushte sociale të papërshtatshme ose jetojnë në zona që janë shumë larg nga qendra e rehabilitimit kardial dhe është shumë e vështirë për t'i monitoruar. Gjithashtu faza e II-të e rehabilitimit kardial duhet të kryhet në spital për pacientët që janë të moshuar ose për ata me sëmundje bashkëshoqëruese.

Menaxhimi i mirë i kësaj situate sigurisht lidhet me arritjen e objektivave që i janë caktuar pacientit në planin e përgatitur nga stafi mjekësor.

Gjatë kësaj faze të rehabilitimit kardiak është e rëndësishme të dihet se pacientit duhet që t'i jepen informacione edhe në lidhje me ndryshimin e mënyrës së jetesës që ai do të ketë pas këtij eventit kardiak si p.sh ato të lidhura me aktivitetin fizik gjatë ditës, aktivitetin seksual, etj, ndryshime këto që shpesh herë janë të parralizueshme dhe të papranueshme nga ana e pacientit^[4,5,15-20].

✚ Stadi i III-të -- parandalimi dytësor dhe ndryshimi i mënyrës së jetesës

Stadi i III-të i rehabilitimit kardiak do të kryhet në pacientët jashtë spitalit, në shtëpinë ku ata jetojnë ose në një qendër të specializuar vetëm për rehabilitimin kardiak. Në fakt në fokus të studimit tonë qëndron pikërisht ky stad i rehabilitimit kardiak ndaj do të thellohem më shumë në këtë drejtim.

Në fakt kjo është një pikë shumë e preferuar sot edhe në qendrat e specializuara për arsye se ajo e kalon rëndësinë e terapisë së ushtrimeve në atë që quhet strategji prevenuese sekondare e cila merret me menaxhimin e faktorëve riskues që ndikojnë në ecurinë dhe komplikacionet e pacientit dhe që lidhet me mënyrën e jetesës, të ushqyerjes, psikologjike, të sjelljes dhe me faktorët socialë.

Ndërsa rëndësia e ndërhyrjeve primare ka si qëllim që të shtyjë ose të parandalojë fillimin e sëmundjeve kardiovaskulare në rastin e rehabilitimit kardiak qëllimi është që të bëjë parandalimin sekondar i cili mbështetet në zbulimin e hershëm dhe aplikimin në kohë të ndërhyrjeve për të parandaluar progresin e sëmundjes. Këto ndërhyrje përfshijnë:

✚ Edukimin

✚ Konsultimin dhe ndërtimin e strategjive për ndryshimin e mënyrës së jetesës

✚ Modifikimin e faktorëve të riskut

Studimet kanë provuar se strategjitë për zbulimin dhe modifikimin e faktorëve të riskut mund ta pakësojnë, stabilizojnë ose dhe ta zhdukjin progredimin e aterosklerozës dhe të reduktojnë riskun për aksidentet kardiovaskulare.

Në shumicën e protokolleve kardiovaskulare në mbarë botën rehabilitimi kardiovaskular zë vendin e parë në rekomandimet që jepen^[6,7,18,19].

Në fakt ne na vijnë fakte të shumta nga kjo fazë e rehabilitimit kardiak tek pacientët që kanë kaluar një event kardiak. Për herë të parë në vitin 1772, katër vjet pas përshkrimit të tij shumë të saktë të angina pectoris, Heberden raportoi një rast të një pacienti i cili u përmirësua duke punuar në pyje nga një gjysmë ore në ditë. Pavarësisht nga disa të dhëna të mira për aktivitetin fizik, kufizimi i lëvizshmërisë u imponua në pacientët me sëmundje akute koronare e cila kishte çuar shpesh në probleme serioze të pacientit, rënie në cilësitë funksionale të tij, qëndrimi i zgjatur në spital dhe rritje e sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë. Ky qëndrim i pasaktë u përforcua pas përshkrimit të infarkt të miokardit nga Herrick në vitin 1912. Në vitin 1930, pacientët me sëmundje akute koronare u këshilluan për të qëndruar për 6 javë me regjim shtrati. Terapia me qëndrim në karrige u prezantua në vitin 1940^[9]. Në fillim të viteve 1950 filluan ndryshimet e para. Kështu u lejua një shëtitje shumë e shkurtër, çdo ditë 3 deri 5 minuta, 4 javë pas sëmundjes koronare. Gradualisht u pa se aktiviteti fizik i hershëm parandalon shumë nga ndërlikimet e regjimit të shtratit dhe se kjo mënyrë trajtimi nuk e rrit rrezikun e komplikacioneve për pacientët. Pionierë të hershëm të rehabilitimit kardiak si Levine dhe të tjerë përjetuan një opozitë shumë të fortë për të mbrojtur imobilizimin e hershëm të pacientëve. Por të dhënat e grumbulluara në lidhje me përfitimet e shumta të pacientëve që nuk qëndrojnë në shtrat që në ditët e para pas eventit akut kardiak ndihmoi që të bindë edhe skeptikët

më të fortë në aplikimin e stadi të tretë të rehabilitimit kardiak. Në vitin 1953, një studim i realizuar nga Morris dhe bashkëpunorët e tij tregoi se shoferët e autobuzëve në Londër paraqisnin më shumë evente akute koronare në krahasim me shitësit e biletave^[10]. Kjo i atribuohet faktit se shitësit e biletave ishin më aktive duke shkuar lart e poshtë në autobusët me dy kuverta ndërsa shoferët qëndronin gjithë kohën të ulur. Prova të mëtejshme të efekteve dëmtuese të imobilizimit të zgjatur janë siguruar në rastin e trajnimeve të zgjatura të kandidatëve për fluturime në hapësirë^[11].

Në vitin 1968, Saltin dhe bashkëpunorët botuan disa punime të tyre, të cilat edhe pse të vogla sollën një dëshmi shumë të fuqishme për rëndësinë e ushtrimeve fizike dhe efektet e dëmshme të pushimit të zgjatur në krevat^[12]. Veprat e Braunwald, Sarnoff, Sonnenblick, Hellerstein, Naughton dhe shumë të tjerë ndihmuan që të krijohet baza fiziologjike e përfitimeve të stërvitjes dhe që çoi në zhvillimin e programeve të rehabilitimit kardiak si një qasje multidisiplinare për të ndihmuar pacientët kardiovaskulare që të shërohen dhe të optimizojnë statusin e tyre funksional dhe mendor^[13,14].

1.6 Pikat ku mbështetet rehabilitimi kardiak

- Aktivitetin e rregullt fizik i cili përmirëson:
 - kolesterolin
 - trigliceridet
 - redukton gliceminë
 - kontrollon presionin e gjakut.

- Ndikon edhe tek faktorët e riskut që janë të modifikueshëm:
 - ndërprerja e duhanit
 - optimizimi i ilaçeve për tensionin arterial
 - kontrolli i diabetit
 - kontrolli i kolesterolit
 - edukimi terapeutik që thekson rëndësinë e masave për ndryshimin e stilit të jetesës.

Stadi i III-të i rehabilitimit kardiak përfshin edhe ushtrimet fizike të cilat duhet që të lejohen gjatë qëndrimit në shtëpi dhe ato që nuk lejohen.

Më poshtë do të paraqesim aktivitetet e ndryshme jetësore që një pacient që ka kaluar një event akut kardiak, në stadin e tretë të rehabilitimit kardiak, nuk duhet/duhet që të kryejë, duke patur parasysh që duhet të shmangen ushtrimet që shoqërohen me mbajtje fryme.

Aktivitet që lejohen të kryhen janë paraqitur më poshtë:

- Ngritja e peshave të rënda
- Shtyrja e karocës, makinës, etj.
- Ndërimi i rrotave të makinës
- Pastrimi i dëborës
- Hapja e dritareve në makinë ose në tren që kërkon ushtrimin e një force dhe ky aktivitet është i ngjashëm me aktivitetet e tjera të shtytjes
- Mbajtja apo vendosje e perdeve apo aktivitete të tilla të ngjashme
- Të gërmuarit e tokës

Aktivitet që lejohen të kryhen janë paraqitur më poshtë:

- Një nga mënyrat më të thjeshta dhe më të përdorshme nga të gjithë është e ECURA në distanca të ndryshme
- Ngarja e biçikletës
- Volejboli
- Tennis në tavolinë
- Notimi në pishinë ku temperatura e ujit varion nga 27-30°C
- Punimi në kopësht si prerja e barrit, rregullimi i luleve
- Peshkimi etj.

1.7 Strukturimi i rehabilitimit kardiak sipas fazave të tij^[25-50]

Faza e I-rë: Faza e hospitalizimit

Anëtarët e grupit multidisiplinar të rehabilitimit kardiak përfshijnë infermierët, specialistët trajnues, psikologët, terapistët profesionale, dietologët, dhe punojësit saocialë. Rehabilitimi kardiak fillon me një varg ushtrimesh motivuese që fillohen që 24-48 orët e para. Pacientët me rrezik të ulët duhet të inkurajohen duke i vendosur në një karrige pranë shtratit dhe për të filluar kryerjen e aktiviteteve të vetë-kujdesit (rruajtje, higjenën e gojës, banjë). Ata në fillim do të mundohen të ulen, të qëndrojnë ulur dhe të ecin në dhomën e tyre. Më pas ata mund të fillojnë të ecin nëpër koridore dy herë në ditë në distanca të caktuara, vetëm ose të ndihmuar nga dikush tjetër. Duhet pasur kujdes me qëndrimin në normë të zemrës dhe presionit arterial nëpërmjet ndjekjes së vazhdueshme me EKG (fig.nr 6).



Figura nr. 6 Rehabilitimi në spital nën ndjekje të vazhdueshme me EKG

Ecja fillon me 5-10 minuta ecje në ditë dhe ushtrimet trajnuese gradualisht duhet të rriten deri në 30 minuta në ditë. Në planifikimin e punës del nevoja për parandalim të rrishtit nëpërmjet modifikimit të faktorëve të jetesës dhe atyre terapeutike siç është përdorimi i aspirinës dhe beta-blokuesve.

Faza e II-të: Ushtrimet vëzhguese

Pacientët që kanë pasur hospitalizim komplet dhe 2-3 javë qëndrim pa probleme të reja në shtëpi mund të fillojnë fazën e II-të të rehabilitimit kardiak.

Mjekët dhe stafi i rehabilitimit kardiak përgatitin planin e punës me nivelet e ushtrimeve të nevojshme të takimit individual që përputhen me nevojat e pacientit. Plani i punës është individual. Trajnimet në lidhje me ushtrimet planifikohen rreth 3 herë në javë për rehabilitimin e thjeshtë (pra pa komplikacione të tjera).

Vëzhgimi konsiston në vëzhgimin nga një infermiere dhe një specialist ushtrimesh që dinë të përdorin dhe të vlerësojnë EKG-në.

Përveç ushtrimeve në këtë fazë përfshihet edhe këshillimi për mënyrën e re të jetesës, edukimi rreth stresit, menaxhimi i komplikacioneve, ndërprerja e duhanit, të ushqyerit dhe rënia në peshë janë të përfshira në këtë fazë.

Faza e II-të mund të zgjasë 3-6 muaj.

Faza e III-të: Faza e mirëmbajtjes

Faza e III-të e rehabilitimit kardiak është mirëmbajtja si program i dizenuar për të vazhduar gjatë gjithë jetës së pacientit. Në këtë fazë ushtrimet përfshihen 3 herë në javë. Aktivitetet konsistojnë në atë çka pacientët referojnë më së shumti të bëjnë, si p.sh ecja, joga, çiklizmi. Infermjerët vëzhgojnë vazhdimisht këta pacientë.

Vëzhgimi me EKG shpeshherë nuk është i nevojshëm.

Më e rëndësishmja e fazës së III-të është promovimi i zakoneve që lejojnë shëndetshmëri dhe jetesë të këndshme. Në fakt, shumica e pacientëve në këtë fazë bëjnë ushtrime të lehta për komunitetin.

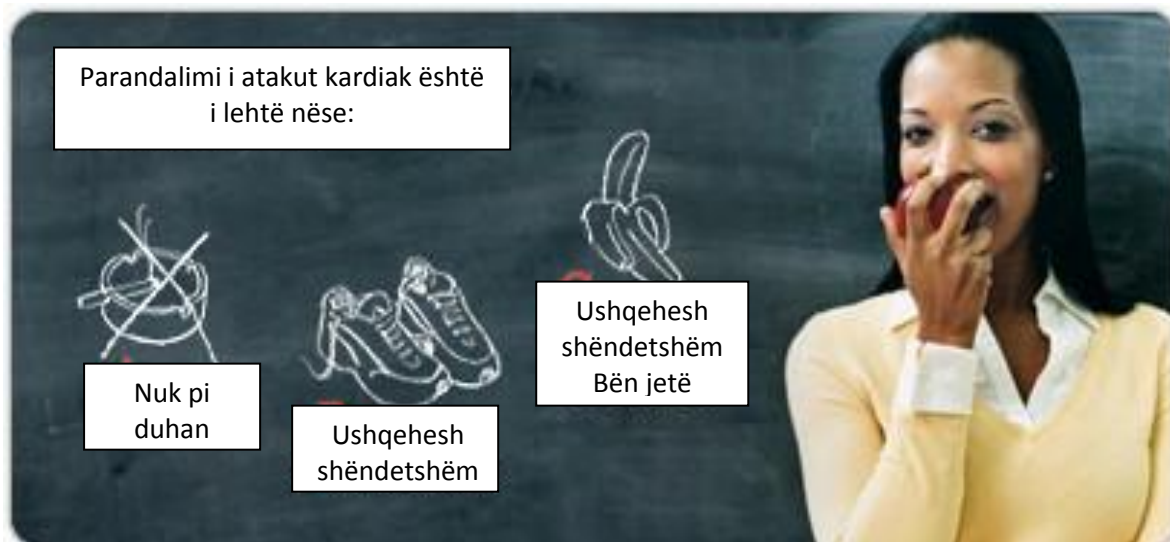


Figura nr.7 Zakonet e një ushqyerje të shëndetshme

1.8 Vlerësimi i pacientit

Para se pacienti t'i nënshtrohet programit të rehabilitimit kardiak duhet që të ndërtohet profili i rrezikut i pacientit. Ky profil duhet që të realizohet me anë të një vlerësimi të plotë fizik dhe mendor i cili duhet bërë në fillimin e programit të rehabilitimit kardiak. Kjo është e rëndësishme sepse duhet që të udhëzohet pacientin, përmes aspekteve të ndryshme të rehabilitimit kardiak, për të plotësuar nevojat e tij individuale dhe për të optimizuar përfitimet e tij nga ky program. E gjitha kjo ka si synim që të sigurojë një mjedis të sigurt për pacientin dhe për të lehtësuar kujdesin për të me rrezik minimal. Ky vlerësim do të ndihmojë që të përcaktohen qëllimet e rehabilitimit kardiak për pacientin.

Para se të ndërtohet një program rehabilitues kardiak duhet që të përpilohen objektivat e programit të cilat janë^[29]:

- ❖ parashikuese
- ❖ diagnostike
- ❖ terapeutike

Në fund të pjesëmarrjes duhet që në mënyrë rutine të kryejmë një vlerësim për të verifikuar nëse qëllimet e programit të rehabilitimit janë përmbushur dhe për të gjetur mënyra për të siguruar një progres të vazhdueshëm të pacientit në terma afatgjatë .

Protokollet e rehabilitimit kardiak duhet të përfshijnë jo vetëm terapinë ushtrimore por duhet të përfshijnë edhe trajnimin në lidhje me durimin, rezistencën si dhe përmirësimin e forcës muskulore nga e cila mund të përfitojnë në kryerjen e aktiviteteve të përditshme jetësore të pacientëve.

Ndërsa shumica e programeve në Amerikën e Veriut janë ambulatorë, programet në qendra të caktuara rehabilitimi janë mjaft të zakonshme në vendet evropiane si Franca apo Gjermania. Kohëzgjatja e programeve ambulatorë ndryshon në varësi të fondeve në dispozicion. Kështu në Shtetet e Bashkuara të Amerikës, pacientët mbulohen nga sigurimi shëndetësor të cilët ofrojnë kurse trajnimi-stërvitje me një shpeshtësi prej tre herë në javë për 8 deri në 12 javë dhe koha zakonisht shkon në një zgjatje prej 45 minutash^[32]. Në Kanada ofrohen programe me kohëzgjatje prej 6 deri në 8 javë. Programet në qendrat e rehabilitimit që janë të ofruara kryesisht në Evropë janë më të shkurtër në kohë por më intensive. Kështu ato kanë një kohëzgjatje nga 3 deri në 4 javë.

Në seancat e programeve të rehabilitimit kardiak pacientët këshillohen për një sërë problemesh që lidhen me mënyrën e re të jetesës.

Për të realizuar këtë duhet patjetër prania e një ekipi multidisiplinar sepse për secilën nga problemet e parashtruara më poshtë këshillimi duhet të jetë në bazë të një plani pune dhe individual.

1.8.1 Historiku i pacientit

- Historia mjekësore: Duhet që të bëhet një vlerësim i saktë i diagnozave mjekësore përpara dhe gjatë atakut kardiak, trajtimet mjekësore dhe procedurat kirurgjikale të kryera. Këtu duhet që të përfshihet edhe vlerësimi i funksionit të ventrikulit të majtë, sëmundjeve shoqëruese të tilla si pathollogjitë e arterieve periferike, pathollogjitë vaskulare cerebrale, pathollogjitë pulmonare, pathollogjitë renale, diabeti mellitus, pathollogjitë e sistemit muskulo-skeletik dhe neuromuskulor, depresioni dhe sëmundje të tjera. Një vëmendje e veçantë gjatë këtij vlerësimi i duhet kushtuar simptomave të pathollogjive të aparatit kardiovaskular, medikamenteve që pacienti përdor duke u përqëndruar edhe

tek doza, shpeshtësia, përshtatshmëria e pacientit me to, koha kur ka bërë vaksinimin e fundit ndaj gripit, ndërtimin e profilit personal të faktorëve të rrezikut kardiovasklular, preferencat e pacientit dhe barrierat që ndikojnë në edukimin e tij.

- Ekzaminimi fizik: Një vend të rëndësishëm duhet të zërë ekzaminimi i sistemit kardiovaskular ku të përfshihen ritmi i pulsit dhe ritmiciteti i tij, presioni i gjakut, auskultacioni kardiak, auskultacioni pulmonar, palpacioni dhe inspeksioni i ekstremiteteve të poshtme për praninë ose jo të edemave dhe prezencën e pulseve arteriale periferike, vendet e plagëve të procedurave kardiake post kirurgjikale, gjendja ortopedike dhe neuromuskulare dhe funksionet njohëse. Duhet që të kemi një ekzaminim elektrokardiografik dhe të vlerësohet statusi shëndetësor i pacientit dhe pritshmëritë e tij për cilësinë e jetës.

Ndërhyrjet

- Duhet që të dokumentohet informacioni që reflekton gjendjen e pacientit dhe na udhëheq drejt përgatitjes së planit të trajtimit i cili na tregon pikat kryeore dhe na ndihmon që të marrim masa për të pakësuar riskun e përsëritjes së atakut kardiak. Para se pacienti të lërë spitalin dhe të shkojë në shtëpi duhet që të jetë përpiluar një plan ndjekjeje i cili do të reflektojë edhe objektivat afatshkurtra dhe afatgjata ku do të na çojë rehabilitimi kardiak.
- Që ky plan të funksionojë dhe të arrijmë objektivat e caktuara duhet që paraprakisht ai të diskutohet me pacientin, me familjarët e tij ose me ata që do të kujdesen për të dhe gjithashtu edhe me mjekun dhe infermieren e qëndrës shëndetësore ku do të ndiqet ky pacient.
- Duke krijuar një grup kujdesjeje për këtë pacient në duhet që të sigurohemi që pacienti është duke marrë dozën e duhur të aspirinës, preparateve që ndikojnë në uljen e lipideve, bllokuesit e receptorëve të angiotenzinës dhe të sigurohemi që pacienti do të vaksinohet çdo vit ndaj gripit.

Pritshmëritë

- Plani i trajtimit të pacientit: Është e rëndësishme që të evidentohet vlerësimi para daljes nga spitali i pacientit dhe objektivat afatshkurtra p.sh për një javë, ose një muaj dhe këto të diskutohen me pacientin, kujdestarët dhe personelin mjekësor që do ta ndjekë.
- Raportimi i përpiktë: Duhet që pacienti të ketë të dokumentuar shumë mirë dozat, kohën dhe shpeshtësinë e marrjes së medikamenteve, kur pacienti ka për të aplikuar vaksinën e gripit dhe të referojë nëse nuk e aplikon vaksinën dhe të raportohen fushat specifike që kërkojnë vëmendje më të madhe dhe monitorim të vazhdueshëm.
- Plani i daljes nga spitali: Në momentin e daljes nga spitali pacienti ka një plan i cili ka të saktësuar objektivat afatshkurtra dhe ato afatgjata dhe planin e punës për realizimin e tyre.

1.8.2 Këshillim i aktivitetit fizik

Aktiviteti i rregullt fizik është treguar të ketë shumë përfitime kardiovaskulare, duke përfshirë humbje peshe, reduktimin e presionit të gjakut, kontrollin e glicemisë dhe përmirësime të profilit të lipideve. Shumica rekomandojnë që ushtrimi duhet të kryhet për një minimum prej 30 minutash në ditë të paktën pesë ditë në javë dhe mundësisht ky aktivitet të jetë i përditshëm, duhet të përfshijë një aktivitet me intensitet të moderuar, aktivitete aerobike të tilla si ecje e shpejtë dhe duhet të plotësohet me një rritje në aktivitetet e përditshme të jetesës (p.sh., duke ecur me pushime të shkurtëra në punë, kopshtari dhe punë shtëpiake)^[27,38,39].

1.8.3 Ndërprerja e duhanit

Ndërprerja e pirjes së duhanit është më e rëndësishmja dhe më me kosto-efektivitet nga të gjitha modifikimet e jetesës që janë rekomanduar për parandalimin e sëmundjeve kardiovaskulare^[41]. Rreziku i përgjithshëm i vdekshmërisë tek duhanpirësit që lëne duhanin ulet me 50% në vitet e para dhe tenton t'i qaset atyre që nuk pinë duhan në rreth 5-15 vitet pas ndërprerjes së pirjes së duhanit^[42]. Megjithatë, ndërprerja e duhanit është shpesh e vështirë pasi varësia nga duhani është një fenomen kompleks që nuk përfshin vetëm varësinë fizike dhe psikologjike por edhe komponentët socialë dhe të sjelljes. Një konsultim i personalizuar me një theks të veçantë në të dy pikat: vetë pirja e duhanit dhe ekspozimi ndaj tymit si një rrezik i dytë duhet që t'u ofrohet këtyre pacientëve dhe familjeve të tyre për të mundësuar dhe konsoliduar ndërprerjen e duhanit. Shumë mjete janë përdorur për ndërprerjen e duhanit dhe ato përfshijnë ndihmën farmakologjike (zëvendësues si nikotina, etj.), këshillim, edukim dhe përkrahje në grup^[43].

1.8.4 Këshillimi nutricional

Qëllimi i këshillimit nutricional në rehabilitimin kardiak bëhet për të ndihmuar pacientët që të kuptojnë ndikimin e ushqimit në shëndetin e njeriut dhe të bëjnë zgjedhje të shëndetshme ushqimore. Për këtë arsye përllogaritja e kalorive ditore dhe informacionet e lidhura me dietën do të përgatiten nga nutricionisti. Rekomandimet janë dhënë për pacientët në veçanti për të përshtatur një dietë individuale sipas profilit të tyre. Kjo është një pjesë sa e rëndësishme po aq e vështirë për t'u realizuar aq sa nutricionistët duhet që të organizojnë edhe seminare për të trajnuar pacientët se si të kenë zakone ushqimore të shëndetshme, duke lexuar recetat dhe demonstruar gatimet. Rekomandime të përgjithshme dietetike për pacientët kardiakë përfshijnë:

- futjen e reduktuar të yndyrave të ngopura (<7% e kalorive në total)
- të kolesterolit (<200 mg / d)
- rritin sasinë e yndyrnave të pasaturuara (rreth 10% e totalit të kalorive)
- të yndyrnave të monosaturuara (20% e kalorive në totale)
- një shpërndarje adekuate të burimeve të kalorive (rreth 50-60% të kalorive totale nga karbohidratet, 15% e kalorive totale nga proteinat dhe 25-35% e kalorive totale nga yndyrnat)
- një sasi më e rritur e fibrave (rreth 20-30 gr/d). Bazuar në studimet e kohëve të fundit në të ushqyerit dhe rolin e saj në sëmundjet kardiovaskulare ka pasur rekomandime specifike për pacientët me sëmundje të zemrës që theksojnë një ndryshim të drejtimit ushqimor ndaj atij me bazë bimore^[26].

Konsultimi nutricional

Vlerësimi

- Duhet që të vlerësohen sasitë totale të kalorive ditore të marra, të yndyrnave të saturuara ose jo, kolesteroli, natriumi dhe përbërësit e tjerë ushqimorë.
- Vlerëso zakonet e ushqyerjes duke përfshirë frutat dhe zarzavatet, drithërat dhe konsumimin e peshkut, numrin e vakteve të plotë dhe vakteve të ndërmjetme, shpeshësia e vakteve të ngrëna jashtë dhe konsumimi i alkolit.
- Është e rëndësishme që të përcaktohen fushat ku duhet bërë ndërhyrja ushqimore që të kontrollohen elementë të tillë si pesha, hipertensioni, diabeti po ashtu edhe insuficienca kardiake, sëmundjet renale dhe sëmundjet e tjera shoqëruese.

Ndërhyrjet

- Duhet që të përcaktohet një mënu e saktë ushqimore që të ketë si objektiv çuarjen brenda limiteve të yndyrnave të saturuara dhe të kolesterolit.
- Është e rëndësishme që të konsultohet pacienti dhe familjarët apo kujdestarët e tij që është e rëndësishme që të arrihet objektivi i mësipërm dhe rruga e arritjes së tij.
- Duhet t'u tregohet mënyra se si do të ndryshojë mënyra e jetesës dhe ushqyerja ditore e pacientit që të arrihet ky objektiv.

Pritshmëritë

- Pacienti e kupton dhe e aplikon dietën.
- Pacienti ka informacion mbi përbërësit jo të mirë që përmban dieta e tij ushqimore, të tilla si kaloritë e tepërta, yndyrnat, kolesteroli etj.
- Ai ka një plan të detajuar për mënyrën ushqimore që duhet të mbajë me qëllim që të arrijë objektivin e caktuar.

1.8.5 Menaxhimi i peshës

Efektet negative të mbipeshës dhe të obezitetit në aktivitetin fizik dhe në ecurinë e hipertensionit, kolesterolit dhe diabetit janë konfirmuar në shumë studime. Matjet antropometrike janë marrë gjatë vizitave në qendrat e rehabilitimit kardiak. Pacientët janë udhëzuar rreth problemeve të peshës dhe metodat që mund të ndihmojnë në arritjen e një peshë të shëndetshme të trupit përmes një kombinimi të marrjes së ulur të kalorive dhe rritjen e harxhimit të tyre^[44]. Të gjitha aspektet e tjera të rehabilitimit kardiak do të kenë gjithashtu një ndikim në përmirësimin dhe mbajtjen stabil të peshës trupore. Shoqata Amerikane e Kardiologjisë ka lëshuar një deklaratë me bazë shkencore në vitin 2011 në lidhje me strategjitë e menaxhimit të peshës tek pacientët që janë në programet e rehabilitimit kardiak^[45]. Objektivat që synohet të arrihen nëpërmjet menxhimit të peshës janë arritja e indeksit të masës trupore në vlera 18,5-24,9 kg/m² dhe perimetër të belit prej < 101cm në meshkuj dhe < 89cm në femra. Ajo që duhet të arrijmë është humbja e peshës në fund të terapisë duhet të jetë një reduktim i peshës trupore me rreth 10%. Më pas vazhdohet me uljen graduale të peshës deri sa të arrijmë atje ku duhet.

Vlerësimi

- Duhet që të matet pesha, gjatësia dhe cirkumferenca e abdomenit. Duhet që të kalkulohet dhe Indeksi i masës trupore-IMT.

Ndërhyrjet

- Duhet që të konsiderohen me risk pacientet që kanë $IMT=25 \text{ kg/m}^2$ dhe /ose perimetrin abdominal tek meshkujt=102 cm dhe tek femrat=88 cm
- Është e rëndësishme që të përcaktohen objektivat afatshkurtra dhe ato afatgjata që do të arrihen në drejtim të menaxhimit të peshës p.sh reduktimi i parametrave fizike me 5%. Për një periudhë prej 6 muajsh.
- Të përcaktohet një dietë e kombinuar me aktivitetin fizik dhe ushtrimor për të arritur objektivin e caktuar.

1.8.6 Menaxhimi i yndyrnave

Hiperkolesterolemia është faktor i rrezikut që zë vendin e parë në faktorët që i atribuohen shkaktarëve të infarktimit të miokardit^[16]. Shumë aspekte të rehabilitimit kardiak do të kontribuojnë edhe për të përmirësuar profilin lipidik të pacientëve. Këto përfshijnë ushtrimet fizike, këshillimin e ushqyerjes dhe menaxhimin e peshës. Trajtimi farmakologjik është shtuar shpesh për të përmirësuar ndryshimet terapeutike të jetës dhe për të arritur objektivat në lidhje me vlerat ku duhet të jetë LDL-kolesteroli^[48].

1.8.7 Menaxhimi i tensionit arterial

Për shumë pacientë në qendrat e rehabilitimit kardiak medikamentet për trajtimin e presionit të lartë të gjakut do të jetë një realitet i ri sepse këto medikamente mund të zbatoheshin vetëm pak javë më parë pikërisht në kohën e ndodhjes së eventit. Gjatë seancave të rehabilitimit kardiak ata do të mësojnë rëndësinë e kontrollit të presionit të gjakut, medikamentet dhe efektet e tyre anësore, masat e ndryshimeve terapeutike në jetën e tyre që do të kenë ndikim në presionin e gjakut. Kuptimi i sëmundjes dhe trajtimi i saj me siguri do të përmirësojë bashkëpunimin e pacientëve për të reduktuar rrezikun e lidhur me presionin e lartë të gjakut^[51].

1.8.8 Menaxhimi i diabetit

Rreth 26 % e pacientëve të përfshirë në programin e rehabilitimit kardiak kanë diabet. Këta pacientë kanë një profil të veçantë, të lartë, të rrezikut kardiovaskular. Pjesa më e madhe, rreth 93 % e tyre do të ketë dhe një tjetër faktor rreziku bashkëshoqerues siç është pirja e duhanit në rreth 16 % të pacientëve, hipertensioni në rreth 54 % të pacientëve, hiperkolesterolemia në rreth 51 % të pacientëve, obeziteti në rreth 40% të pacientëve, etj.^[52]. Edukimi terapeutik është një mjet shumë i rëndësishëm që ndihmon në përmirësimin e kontrollit të diabetit. Për shkak të qasjes multidisiplinare që ka programi i rehabilitimit kardiak dhe përdorimi i mjeteve edukative terapeutike që ky program ofron bën të mundur që të ndihmohet në arritjen e një kontrolli më të mirë të glicemisë. Të dhënat e ofruara nga mjekësia e bazuar në evidencë kanë treguar se kontrolli më i mirë i glicemisë çon në një reduktim të sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë të lidhur me sistemin kardiovaskular^[53]. Ajo që synohet të arrihet është mbajtja e hemoglobinës së glukozuar (HbA1c) në përqëndrimin < 7%.

1.8.9 Menaxhimi i problemeve psikosociale dhe profesionale

Pacientët me sëmundje të zemrës shpesh përballen me probleme psikologjike dhe sociale që mund të ndikojnë në të dy drejtimet si tek sëmundshmëria dhe vdekshmëria. Depresioni, ankthi, dhe refuzimi i gjendjes në të cilën ndodhen haset në rreth 20% e pacientëve me infarkt të miokardit^[54]. Gjatë programit të rehabilitimit kardiak pacientët i nënshtrohen një ekzaminimi të hollësishëm edhe nëpërmjet pyetësorëve për të identifikuar ankthin, depresionin, abuzimin me drogat, problemet sociale familjare apo të problemeve të tjera. Punonjësit socialë të përfshirë në ekipin multidisciplinar në qendrat ku aplikohet programi i rehabilitimit kardiak u japin pacientëve informacionin dhe ndihmën e nevojshme që të planifikojnë kthimin e tyre në punë dhe për një jetë normale. Ajo që duhet patur parasysh në këtë drejtim është fakti që çdo program është individual si në fushën mjekësore, psikologjike dhe në atë sociale dhe studimet kanë treguar përmirësim të rezultateve^[55,56]. Studime të ndryshme kanë treguar mjaft qartë se stresi ishte faktori i tretë më i rëndësishëm nga faktorët e rrezikut për ngjarjet koronare, pas pirjes së duhanit dhe çrregullimit lipidik dhe është parë që rreth 30% e popullatës nën stres rrezikohet që të shfaqë infarkt të miokardit^[16]. Stresi psiko-social ndikon në procesin e sëmundjeve kardiovaskulare përmes rritjes së presionit të gjakut, nivelit të glukozës në gjak, nivelit të lipideve dhe peshës trupore. Ajo gjithashtu nxit përparimin e arteriosklerozës, inflamacionin dhe mosfunksionimin endotelial^[57]. Një nga përfitimet e programit të rehabilitimit kardiak është dhe ulja e nivelit të stresit si rezultat i të gjitha aspekteve që përfshin ky program dhe kjo nga ana e saj ka çuar në uljen e komplikacioneve dhe të vdekshmërisë^[58, 59]. Shumë programe rehabilituese kardiake ofrojnë edhe seminare për menaxhimin e stresit për të ndihmuar pacientët që të identifikojnë, të shmangin dhe të trajtojnë këto situata të vështira^[60]. Prandaj programet e rehabilitimit kardiak janë një mjet i rëndësishëm terapeutik për pacientët në status të ndërlikuar kardiak. Përveç trajnimit ushtrimor, shumë qendra të rehabilitimit kardiak ofrojnë trajnime të tjera si teknika për reduktimin e stresit, duke përfshirë meditim, relaksim, yoga etj.

1.9.1 Konsultimi seksual

Mosfunksionimi seksual është një fenomen i zakonshëm tek pacientët me sëmundje kardiovaskulare. Kjo ndodh për shkak të efekteve anësore të barnave por sidomos të beta-blokuesve, bashkëjetesa e faktorëve të tjerë të rrezikut si diabeti, dislipidemia, pirja e duhanit dhe hipertensioni dhe faktorët psikologjike si depresioni, ankthi dhe frika të shkaktuara nga një sulm në zemër sidomos kur kjo ngjarje ndodh gjatë një raporti seksual. Aktiviteti seksual është një komponent i rëndësishëm i cilësisë së jetës prandaj është e rëndësishme për të siguruar këshillimin seksual për pacientët gjatë seancave të rehabilitimit kardiak^[61].

1.9.2 Pirja e alkoolit

Konsumi i moderuar i alkoolit (1-2 pije në ditë) është i lidhur me reduktimin e sëmundshmërisë kardiovaskulare ndërsa konsumi i shtuar i alkoolit në ditë shkakton rritje të riskut për sëmundje kardiovaskulare^[62]. Modeli dhe sasia e marrjes së alkoolit duket se janë më të rëndësishme se lloji i tij. Shpjegime të mundshme që lidhen me përfitimet nga konsumi i moderuar i alkoolit përfshijnë:

- ✓ rritjen e HDL-ve duke stimuluar prodhimin hepatic
- ✓ reduktimin e niveleve të fibrinogjenit
- ✓ stimulimin e fibrinolizës

- ✓ uljen e inflamacionit
- ✓ ndalimin e aktivizimit të trombociteve^[65-69]

1.10 Perfitimet e rehabilitimit kardiak

Përfitimet e arritura nëpërmjet programit të rehabilitimit kardiak janë rezultat i kombinimit të të gjithë komponentëve të tij.

- *Reduktimi i vdekshmërisë*
Përafërsisht gjysma e reduktimit të vdekshmërisë e arritur nga programi i rehabilitimit kardiak mund t'i atribuohet reduktimit të faktorëve kryesorë të rrezikut ku vendin kryesor e ka veçanërisht pirja e duhanit^[70]. Faktorë të tjerë mund të kontribuojnë gjithashtu në përfitimet që rrjedhin nga përfshirja në programet e rehabilitimit kardiak. Këto përfshijnë:
 - ✓ reduktim në inflamacion
 - ✓ një rënie në serum e proteinës C-reaktive
 - ✓ humbja në peshë
 - ✓ terapi të tjera mjekësore
 - ✓ përmirësimi i funksionit endotelial
 - ✓ një ekuilibër më i favorshëm fibrinolitik^[71]
- *Përmirësimi i cilësisë së jetës*
Përfitime të tjera të rëndësishme të rehabilitimit kardiak përfshijnë ato që lidhen me përmirësimin e cilësisë së jetës. Kjo përfshin:
 - ✓ pakësimin e dhimbjeve të gjoksit
 - ✓ të dispnesë
 - ✓ lodhjes
 - ✓ reduktimin e stresit
 - ✓ përmirësimin e mirëqënies së përgjithshme psiko-sociale

Këto përmirësime janë të lidhura me efektet e dobishme në cilësinë e jetës dhe ecurinë e ngjarjeve kardiovaskulare^[72].

1.11 Reziqet e rehabilitimit kardiak

Në dekadat e fundit programet e rehabilitimit kardiak kanë evoluuar si rezultat i kërkimeve të bazuara në evidenca dhe të kuptuarit e arteriosklerozës dhe roli i faktorëve të rrezikut ka përparuar. Shoqata Amerikane e Kardiologjise në vitin 2007 ka deklaruar, mbështetur mbi të dhëna shkencore, se komplikacionet e mëdha kardiovaskulare (si arresti kardiak, infarkti i miokardit dhe vdekja) tek pacientët që i janë nënshtruar programit të rehabilitimit kardiak janë ngjarje që mund të hasen 1 në 60.000 deri në 80.000 paciente, por kjo është edhe në varësi të orëve ushtrimore të mbikqyrura, të kryera nga pacienti^[79]. Pacientët më të rrezikuar janë ata me probleme ishemie post infarkt të miokardit, me aritmi komplekse ventrikulare të rënda dhe me mosfunksionim të ventrikulit të majtë. Respektimi i indikacioneve dhe kundërindikacioneve të programit të rehabilitimit kardiak dhe vlerësimi i faktorëve të rrezikut janë të rëndësishëm për sigurinë e rehabilitimit kardiak. Në përgjithësi, programet e sotme të rehabilitimit kardiak janë të sigurt dhe tolerohen mirë me një normë shumë të ulët të komplikimeve të mëdha.

1.12 Kostoja dhe efektiviteti i rehabilitimit kardiak

Studimet e fundit tregojnë se rehabilitimi i zemrës nuk është vetëm klinikisht efektiv por edhe me kosto-efektivitet të krahasueshëm me ndërhyrjet e tjera mjekësore të kryera zakonisht në pacientët me sëmundje koronare të zemrës. Vetëm ndërprerja e duhanit ishte më me kosto-efektivitet se sa rehabilitimi kardiak^[80].

1.13 Barrierat për referim dhe pjesëmarrje në programet e rehabilitimit kardiak

Pavarësisht nga përfitimet e saj të provuara shkencërisht, referimet në programet e rehabilitimit kardiak dhe pjesëmarrja në to kanë qenë të ulëta në krahasim me masat e marra. Studimet e mëparshme nga vendet e shumta që kanë aplikuar programet e rehabilitimit kardiak kanë raportuar një normë mesatare referimi prej rreth 30 % në Kanada, Shtetet e Bashkuara dhe Angli dhe rreth 50% në pjesën tjetër të Evropës. Dallimet në politikat e kujdesit shëndetësor dhe sistemet e shpërndarjes midis vendeve mund të shpjegojnë, të paktën pjesërisht, pse është kjo ndryshueshmëri midis vendeve të ndryshme^[83]. Studimet e fundit kanë gjetur se faktorë të ndryshëm shoqërorë, psikologjike, mjekësore dhe demografikë kanë një ndikim në referimin për në programet e rehabilitimit kardiak dhe pjesëmarrjen në to. Këta faktorë përfshijnë:

- ✓ Moshën
- ✓ Gjininë
- ✓ Rekomandimin e mjekëve
- ✓ Besimin e pacientëve për sëmundjen e tyre
- ✓ Shpresa e pacientit tek programi i rehabilitimit kardiak
- ✓ Ndjenja e vetë-efikasitetit, humori dhe mënyra e përballimit^[85,86]

Studimet kanë treguar gjithashtu se ka pabarazi në referimin në programet e rehabilitimit kardiak dhe pjesëmarrjes në to të grupeve të grave, pleqve dhe minoriteteve. Dallimet gjinore kanë treguar se pjesëmarrja e femrave në to është më e ulët se ajo e meshkujve^[85]. Pengesat për pjesëmarrjen e grave në programet e rehabilitimit kardiak përfshijnë mungesën e burimeve financiare, vështirësitë e transportit si dhe mungesën e mbështetjes sociale apo emocionale^[87]. Edhe pse studimet kanë treguar se të moshuarit mund të kenë nevoja më të mëdha për rehabilitim kardiak dhe se ata arrijnë rezultate të shkëlqyera me një rrezik më të ulët të ngjarjeve negative ose komplikacioneve, individët më të vjetër janë më pak të ngjarë të jenë referuar për të marrë pjesë në rehabilitimin kardiak^[74, 88]. Studimet kanë treguar gjithashtu se pakicat racore dhe etnike kanë shkallë më të lartë të sëmundjeve kardiovaskulare dhe faktorëve të rrezikut të lidhura me to por pjesëmarrja në programet e rehabilitimit kardiak është e kufizuar për shkak të mungesës së qasjes në faqet online të programeve, mungesa e mbulimit të sigurimit dhe normat e ulëta të referimit të pacientit^[89-91].

1.14 Rekomandime

Studimet e fundit sugjerojnë se sistemet e referimit dhe edukimi me shumë durim nga ana e mjekëve dhe ofruesit e tjerë të kujdesit shëndetësor në lidhje me përfitimet e rehabilitimit kardiak mund të jenë strategjitë më efektive për të përmirësuar referimin dhe pjesëmarrjen në programet e rehabilitimit kardiak. Miratimi nga ana e mjekut u gjet që të jetë një nga pikat më të forta përcaktuese të pjesëmarrjes në programet e rehabilitimit kardiak^[84]. Edhe pse programet e rehabilitimit kardiak janë drejtuar kryesisht nga kardiologët, përfshirja e mjekëve të kujdesit parësor është menduar për të përmirësuar aksesin dhe mbajtjen afat të gjatë të pjesëmarrjes në program (figura. Nr.7).

Pengesa të tjera të përmendura për pjesëmarrjen e pacientëve në programet e rehabilitimit kardiak janë:

- ✓ sëmundje të tjera shoqëruese
- ✓ vështirësi të transportit

- ✓ distanca nga qendra e rehabilitimit
- ✓ puna
- ✓ vështirësi në lidhje me aktivitetet e grupit
- ✓ mungesa e mirëkuptimit
- ✓ motivimi
- ✓ interesat e pacientit
- ✓ koha në dispozicion^[93].

Përdorimi i teknologjive moderne (internet, telefon dhe mjete të tjera të komunikimit) ofron perspektiva interesante për shpërndarjen dhe zgjerimin e programeve rehabilituese kardiake përtej vendosjes së programeve të mbikëqyrura, të strukturuar dhe të grupuara në bazë grupi që kërkojnë kohë dhe impenjim^[94]. Kohët e fundit një panel këshillues nga Shoqata Amerikane e Kardiologjise lëshuan një deklaratë me rekomandime për rritjen e cilësisë dhe të pjesëmarrjes në programet e rehabilitimit kardiak^[95]. Nëse zbatohet kjo atëherë këto rekomandime me siguri do të bëjnë një ndryshim në jetën e shumë pacientëve kardiake duke u dhënë atyre mundësinë për të përfituar nga programet e rehabilitimit kardiak.



Figura nr. 8 Seancat e këshillimit të pacientëve

Por përvoja mbarë botërore në drejtim të indikacioneve dhe të kundëriindikacioneve të rehabilitimit kardiak tregon se pavarësisht shkaqeve për të cilat pacientët duhet që të mos përfshihen në këtë program, ai grupim i pacientëve i cili duhet kategorishtë që të mos i nënshtrohet rehabilitimit kardiak është vetëm në pjesën aktive-ustrimet fizike të rehabilitimit kardiak, ndërkohë që mund të ndiqen të gjithë komponentët e tjerë të programit. Kështu shumica e pacientëve të referuar për rehabilitim kardiak kanë të drejtë të marrin pjesë në programin rehabilitues^[24].

Që nga ajo kohë është provuar tashmë me të dhëna të pamohueshme se kjo metodë ul morbiditetin dhe mortalitetin post atakut kardiak dhe ka qenë e rekomanduar si një mjet i rëndësishëm terapeutik i kardiologjisë moderne në shumicën e shoqërive kardiovaskulare profesionale.

Në vitet e fundit, si rezultat i një kuptimi më të mirë të historisë natyrore të shumë patologjive kardiake dhe pavarësisht nga përparimet e jashtëzakonshme të mjekësisë, sëmundjet e zemrës vazhdojnë të mbeten “vrasësi numri një” dhe kjo ka çuar në rritjen e interesit që të rinovohet rehabilitimi kardiak.

1.15 Të identifikosh personin në rrezik

Është shumë e vështirë të identifikosh personat që mund të jenë të predispozuar ndaj komplikacione kardiovaskulare të lidhura me ushtrimet. As aftësitë fizike as trajnimet e rregullta fizike, as mungesa e faktorëve të rrezikut koronar nuk të garantojnë mbrojtje kundrejt eventeve fatale gjatë ushtrimeve. Megjithatë dihet që individët pësojnë komplikacione kardiovaskulare fatale ose jofatale gjatë ose menjëherë pas ushtrimeve shpesh kanë simptoma prodromale në javët ose muajt para eventit. Tabela më poshtë përmbledh simptomat prodromale të të raportuara:

Tabela nr.2 Simptomat prodromale të raportuara nga pacientët gjatë provave ushtrimore (pjesë e rehabilitimit kardiak)

- **Dhimbje gjoksi/angina**
- **Rritje e lodhjes**
- **Dhimbje stomaku/djegje gjoksi/simptoma gastrointestinale**
- **Dispne e tepërt**
- **Dhimbje veshi ose qafe**
- **Diskomfort të të përgjithshëm**
- **Infeksione të traktit të sipërm respirator**
- **Marrje mëndsh/palpitatione**
- **Dhimbje e fortë koke**

Është sugjeruar që individët gjatë trajnimit mund të anashkalojnë simptomat prodromale, ndoshta sepse besojnë gabimisht që ushtrimet e tyre dhe aktiviteti fizik u siguron “imunitet” ndaj sëmundjeve kardiake.

Sipas Komitetit Amerikan të Zembrës për ushtrimet, “Risku i ushtrimeve të vështira në popullatën sedentare mund të minimizohet ose të eliminohet me testime paraprake dhe programe ushtrimore të personalizuar”. Megjithëse testi i stresit ushtrimor shpesh rekomandohet për të qënë të sigurt në pjesëmarrjet ushtrimore, disa studime kanë raportuar ECG ushtrimore normale në persona që kanë pësuar komplikacione kardiovaskulare.

1.16 Komponentët kryesorë të ushtrimeve trajnuese janë listuar më poshtë:

- Frekuenca minimale për ushtrimet që vërteton efektin kardiovaskular është 3 herë në javë.
- Pacientët zakonisht duhet të bëjnë 30-60 min për çdo seancë që përmbyll një nxemje të paktën 10 min.
- Intensiteti është përshkruar në raport me normën e zemrës së atij pacienti, pra është individuale.
- Në javët e para janë ushtrimet aerobike dhe më pas përfshihen ushtrimet e forta.
- Sesionet e ushtrimeve mund të fillojnë me 10 min nxemje, gjatë së cilës gjimnastika e lehtë dhe shtrirja e muskujve është kryer për të shmangur lëndimet e muskujve dhe për të sjellë një rritje të normës së zemrës.
- Pas nxemjes kjo ndiqet nga 40 min aeroabi (ecje, joga) dhe finalja 10 minuta shtrirje të muskujve. Pjesa e shtrirjes është mjaft e rëndësishme. Gradualisht kjo pengon aritminë ventrikulare e cila mund të ndodhë tek pacientët me sëmundje koronare dhe nëse ndodh kjo do të bëhet ndërprerja e menjëhershme e ushtrimeve.

1.17 Barrierat ndaj pjesëmarrjes në një program të rehabilitimit kardiak

Rehabilitimi kardiak cilësohet si një modalitet i rëndësishëm terapeutik për pacientët me çrregullime kardiake, ku objektivi i tij është që të optimizojë statusin funksional dhe cilësinë e jetës dhe të parandalojë përkeqësimin e mëtejshëm përmes edukimit, suportit psikosocial, dhe trajnimit fizik. Në thelb rehabilitimi kardiak i mëshon përdorimit të një mënyre jetese të shëndetshme për të përmirësuar statusin e përgjithshëm të pacientit.

Studimet e bazuar në të dhënat shkencore tregojnë që të ndryshuarit e mënyrës së jetesës është një nga metodat më të mira për të pasur një impakt afatgjatë në jetët e pacientëve me event akut kardiak. Por pavarësisht këtyre që thamë rehabilitimi kardiak është pak i përdorur.

Këtë kontrast mund ta shpjegojnë shumë faktorë.

- Një nga faktorët është numri i ulët ose mungesa e programeve rehabilituese.
- Faktori tjetër janë distancat e largëta që pacientëve u duhet të përshkojnë për të arritur tek qendra më e afërt ku aplikohet rehabilitimi kardiak.
- Duhet rritur numri i programeve dhe për pacientë të caktuar që të mundësohet një program në kushte shtëpie.
- Faktori i tretë është sketpizmi i komuniteti mjekësor rreth këtij programi. Ky skepticism rezulton nga të kuptuarit e pamjaftueshëm të mekanizmave të rehabilitimit kardiak. Kjo është një pikë e zgjidhur pjesërisht sepse studimet e ndryshme kanë demonstruar për 15 vite që rehabilitimi përmirëson statusin klinik të pacientëve.
- Trajnimi ushtrimor perceptohet nga shumë persona si i rrezikshëm për këto lloj sëmundjesh. Me një vlerësim të pacientit dhe me mbikqyrje mjekësore rehabilitimi është shumë i sigurt siç është demonstruar nga kërkimet shkencore.
- Një faktor tjetër është mungesa e motivimit nga pacientët. Është më e thjeshtë për pacientin të pranojë një “kurë magjike” sesa të merret me trajnim dhe me ndryshim të dietës. Është e rëndësishme që pacientët të jenë të motivuar për të marrë pjesë në trajtimin e tyre.

- Në këtë periudhë, ku teknologjia dhe barnat e shtrenjta janë aspektet më të vlerësuara, rehabilitimi kardiak duhet të promovohet në komunitetin mjekësor dhe në popullatë sepse ofron mundësimë më të mirë për të ngadalësuar përkeqësimin e sëmundjeve kardiake dhe për të optimizuar cilësinë e jetës.

1.18 Rekomandimet për të ulur incidencën e eventeve kardiovaskulare gjatë periudhës së kryerjes së ushtrimeve

Më poshtë janë paraqitur një listë rekomandimesh për të ulur incidencën e komplikacioneve kardiovaskulare gjatë ushtrimeve (gjatë rehabilitimit kardiak):

- Të theksohen procedurat e duhura të nxehjes dhe ftohjes në ushtrime. Një numër joproporcional eventesh kardiovaskulare janë reportuar gjatë fazave të nxehjes dhe ftohjes. Një nxehje graduale mund të mënjanojë efekte të padëshiruara në sistemin kardiovaskular. Ftohja përmirëson kthimin venoz gjatë ushtrimeve, duke ulur mundësinë e hipotensionit post-ushtrimor.
- Të përdoret monitorim i vazhdueshëm me EKG për pacientë të caktuar. Kohëzgjatja e monitorimit me EKG duhet të jetë e lidhur me stabilitetin kardiak të pacientit. Ngaqë është e vështirë të zbulohet ishemia miokardiale me këtë teknikë, çdo lëvizje e segmentit ST duhet verifikuar.
- Të inkurajohet një intensitet ushtrimor i lehtë deri i moderuar. Sa më i ulët intensiteti aq më pak është mundësia të ndodhin evente kardiovaskulare. Intesiteti më i ulët kompesohet me shpeshtësinë dhe gjatësinë e trajnimeve.
- Të promovohet edukimi i pacientit. Është e rëndësishme që pacientët të dinë ritmin e tyre kardiak, si të masin pulsën saktë, dhe të mësojnë të ndalojnë trajnimin e të kërkojnë këshillë mjekësore nëse kanë ritëm kardiak jonormal, dhimbje gjoksi ose presion, ose marrje mendsh.
- Të theksohen në mënyrë strikte ushtrimet e rekomanduara në vartësi me pulsën. Viktimat e arresteve kardiake janë më të mundshëm të tejkalojnë masën ushtrimore të lejuar për ritmet e tyre përkatëse. Pacientët duhet të këshillohen të ushtrohen me intesitet rreth 10-15 rrahje/min poshtë kufirit maksimal të tyre. Stafit duhet të mbikqyrë persona të tillë që tejkalojnë limitet e ritmeve kardiake të përcaktuara për ta.
- Të modifikohen rregullat rekreative dhe të minimizohet konkurrenca. Shpesh nxitja për aktivitet më të lartë influencohet nga shokët e skuadrës dhe ekspertiza e kundërshtarit. Emocionet në lojë mund të rrisin aktivitetin simpatik dhe nivelet e katekolaminave dhe të ulin kufirin e fibrilacionit ventrikular. Lideri i ushtrimit duhet të minimizojë konkurrencën dhe të modifikojë rregullat e lojës për të ulur konsumimin e energjisë dhe ritmit kardiak.
- Të përshtatet ushtrimi me mjedisin. Pacientët kardiakë mund të ushtrohen të sigurtë në mot të ftohtë, nëse vishen si duhet. Për ata që vuajnë nga angina kur thithin ajër të ftohtë, diskomforti mund të ulët ose të pakësohet duke veshur një maskë që ngroh ajrin e thithur. Kushtet hipertermike janë një rrezik më i lartë për këta persona. Rritjet në temperaturën trupore dhe metabolizëm mund të rezultojnë në kërkesa kardiake joproporcionale. Pacientët e pa aklimatizuar ndaj nxehtësisë dhe që ekspozohen në temperatura më të mëdha se 24°C kanë rritje shtesë në ritmin kardiak prej 1 rrahje/min/°C gjatë ushtrimeve dhe 2-4 rrahje/min/°C kur ka njëhohësisht rritje të lagështirës. Kështu, në mot të ngrohtë ose të lagësht, duhet një ulje e aktiviteti fizik për të mbajtur ritmet kardiake të caktuara.

- Këto strategji, të shoqëruara me teste ushtrimore seriale, mbikqyrje mjekësore, aksesit i një defibrilatorit dhe barërave të emergjencës, dhe një plan aksioni i përgatitur rregullisht për emergjenca kardiake, mund të ndihmojë të ulë vdekshmërinë e terapisë ushtrimore kardiake. Raportimet indikojnë që 90% e personave që pësojnë arrest kardiak në kushte të tilla reanimohen suksesshëm nga stafi infermier të asistuar nga fiziologjist-teknologjistë ushtrimorë dhe shërbimi mjekësor emergjent.
- Megjithatë literatura sugjeron raste të rralla të komplikacioneve kardiake gjatë ushtrimeve, duket se ka një risk të rritur për IM akut dhe arrest kardiak në krahasim me riskun në rastet e tjera. Nga ana tjetër risku i një eventit kardiak duket se ulët në persona që janë ushtrues të rregullt. Në këtë kohë duke konsideruar benefitet dhe risqet e ushtrimeve, kjo e fundit është më e vogël për shumicën e personave, sidomos nëse dikush merret me intesitet ushtrimor të lehtë deri mesatar.

“Vetëm ngrënia nuk i bën mirë njeriut; ai duhet gjithashtu të bëjë ushtrime. Ushqimi dhe ushtrimet punojnë së bashku për të prodhuar shëndetin. është në natyrën e ushtrimeve të konsumojnë materialet, por të ushqimit dhe pijeve të krijojnë mungesa.

Është e nevojshme të dallohet fuqia e ushtrimeve të ndryshme, si të ushtrimeve natyrore dhe artificiale, për të njohur cila nga ato tenton të rrisë apo minimizojë mishin; dhe jo vetëm kjo por dhe të formimit fizik të pacientit; moshën e individëve; situatën e rajonit që banon pacienti”

Hippokrati, 400 B.C.E. (54)

1.19 Qëndrimet klasike në klinikën kardiologjike

Katër qëndrime klasike mund të identifikohen në analizat retrospektive të praktikave për trajtimin e sëmundjeve koronare të zemrës; regjim shtrati; kolltuk; mobilizim i hershëm dhe parandalim sekondar. Secili nga këto opsione konstante ka patur impakt të rëndësishëm në përfaqësimin social të pacientëve kardiak dhe me sëmundje zemre. Në të njëjtën kohë, ata kanë influencuar dhe vazhdojnë të influencojnë, në zhvillimin e praktikës kardiologjike dhe fushën e programeve të rehabilitimit.

- *Regjimi shtrati*

Rregjimi i shtratit kryesisht ka përcaktuar praktikën klinike kardiologjike deri në mesin e shekullit XX. Ajo pasoi në parime shumë të përgjithshme mjekësore në të cilat një organ i sëmurë duhet të qëndrojë në pushim në mënyrë që të shërohet. Në këtë mënyrë, izolimi në shtrat dhe regjimi i zgjatur ishin qendra e trajtimit të viktimave nga ngjarjet kardiake.

"Kur një zemër është e sëmurë, i vetmi aplikim i mundshëm i parimit të regjimit është tentativa e pakësimit të ngarkesës së zemrës. Regjimi në shtrat ka qenë tradicionalisht i konsideruar si i barazvlefshëm si pushimi optimal për zemrën." Në këtë mënyrë, pacientët miokardial ishin të izoluar në shtrat për një periudhë 3-6 javë. Pacientët kardiakë ishin përcaktuar si invalid kronik i izoluar në regjim për ruajtjen e jetës së tyre. Ky përfaqësim shoqëror u ngulit thellë në mendjen e njerëzve dhe madje dhe sot, “njolla” e ngjitur pacientëve me infarkt miokardial rrezikon integritetin e tyre shoqëror dhe profesional.

- Qëndrimi në kolltuk

Observimi klinik i pacientëve me sëmundje zemre, të cilët ishin të izoluar në regjim shtrati bëri që doktorët të pyesnin për efektet terapeutike të regjimit të shtratis të zgjatur për atë kategori pacientësh. Levine dhe Loën observuan një keqësim në gjendjen fizike dhe psikologjike të pacientëve me regjim shtrati. Efektet kryesore negative ishin dobësia, kapsllëku, tromboflebiti, osteoporozë, balanca negative e nitrogjenit, pneumonia hipostatike, atelektaza dhe ankthi psikologjik ndërmjet pacientëve dhe anëtarëve të familjes. Si rezultat, Levine dhe Loën sugjeroi transferimin e pacientëve sa më shpejt të ishte e mundur nga shtrati në kolltuk, duke rënë dakort që pozicioni i të ulurit me këmbët në tokë është më e nevojshme për zemrën dhe përshpejton shërimin. Ky pohim bazohet në një kuptim më të mirë të hemodinamikës kardiake. Megjithatë, ky zhvillim i trajtimit të infarktimit miokardial ka pak influencë në përfaqësimin shoqëror të pacientëve kardial, i cili shikohej si i dobët dhe i papërshtatshëm për përpjekje fizike. Përfaqësimi është kryesisht i përgjegjshëm për një proces sociokulturor që kishte efekt te pacientët sistematikisht të paaftë.

- Mobilizimi i hershëm

Mobilizimi i hershëm është qëndrimi i tretë që gradualisht transformoi spitalet e bazuara në praktikën kardiologjike gjatë viteve 1970. Paradigma rezultoi nga zhvillimi i njohurive të reja në fushën e fiziologjisë humane. Zemra perceptohej përherë e më pak si një organ i izoluar; doktorët njohën që ai ishte kryesisht një muskul që funksionimi i të cilit lidhet ngushtësisht me të gjithë muskujt e tjerë të trupit dhe funksionet pulmonare. Zemra shihej të ishte më e ndjeshme jo vetëm nga efektet e humbjes së tonit të muskujve të strukturës, por gjithashtu të një humbje të fortësisë më të përgjithshme të musklaturës së trupit si i tërë.

Rezistenca për të angazhuar pacientët në aktivitetet e infarktimit miokardial që kërkojnë përpjekje fizike, mund të shpjegohet nga përfaqësuesit e pacientëve të zemrës si delikate.

Megjithatë, një ndryshim i rëndësishëm në përfaqësim është vëzhguar gjatë kësaj periudhe. Gjithnjë e më shumë, në imagjinatën kolektive, infarkti miokardial shoqërohet me punë të vështirë, njerëz të përkushtuar që e shtojnë veten e tyre drejt punës. Ky transformim në përfaqësimin shoqëror të pacientëve të zemrës ishte pjesë e lëvizjes së gjerë në të cilën puna u konsiderua si një vlerë, burim i arritjeve personale dhe shoqërore. Gjithashtu u përforcua idea që pjesa më e madhe e pacientëve mund t'i ktheheshin jetës normale dhe punës. Për t'u siguruar që ato ishin shëruar, ato nxiteshin të ushtroheshin me ecjen gjatë shtrimit në spital. Megjithatë, idetë e reja që po penetronin progresivisht botën e kujdesit ndaj shëndetit çuan në një konflikt me paragjykimet që shoqëronin sëmundjet e zemrës dhe mendimit të vazhdueshëm që këta pacientë ishin të dobët. Rrjedhimisht, vetëm një numër i vogël i programeve të rehabilitimit u krijuan në qendrat e trajtimit gjatë kësaj periudhe, pavarësisht faktit që njohuritë e reja në psikologjinë dhe fiziologjinë njerëzore i mbështeste hapur këtë programe.

- Parandalimi dytësor

Opsioni i katërt rezultoi nga zhvillime të rëndësishme të observuara në fushën e kërkimit epidemiologjik në sëmundjet ishemike të zemrës. Faktorët kryesorë që dyshoheshin të lidhur ngushtësisht me sëmundjet e zemrës ishin moshë, hipertensioni, konsumimi i duhanit dhe kohët e fundit më shumë, diabeti, hiperkolesteroli, dhe mungesa e ushtrimeve. Obeziteti dhe tipi A i personalitetit janë akoma në pyetje si faktorë risku të pavarur.

Opsioni i katërt, që mori fill në mesin e viteve 1980-të, ka patur një efekt vendimtar në zhvillimet e fundit të kardiologjisë klinike. Ajo përforcoi legjitimitetin e rehabilitimit kardiovaskular, efektiviteti i të cilit në zvogëlimin e faktorëve të riskut të caktuar si duhanpirja, kolesterolit i lartë, mungesa e ushtrimeve dhe obeziteti po njihet gjithnjë e më shumë në literaturën shkencore.

Kjo njohuri e re epidemiologjike erdhi në një kohë ku shumë vende të industrializuara filluan të pyesnin për efektivitetin e sistemit të përkujdesjes së shëndetit të tyre, të cilës po i vendosnin gjithnjë e më shumë kufizime të fondeve publike. Kërkimet moderne epidemiologjike i dhanë autoriteteve të shëndetit publik mjetin për të identifikuar më qartë faktorët e riskut për sëmundje të caktuara, për të karakterizuar popullimet me risk të lartë dhe për të verifikuar efektivitetin e strategjive për uljen e incidenteve të sëmundjeve të caktuara. Kontributi i kërkimeve epidemiologjike në zhvillimin e mjekësisë moderne u bë gjithnjë e më shumë përcaktues.

1.20 Rehabilitimi Kardiak: Një koncept në kërkimin për identitetin e tij

Rehabilitimi Kardiak është pjesë e historisë së hershme të biomjekësisë. Përgjatë dy dekadave të fundit, ai ka qenë në proces të përcaktimit të identitetit të tij me vazhdimësinë e kujdesit kardiak.

Për fat të keq, suksesi i hershëm i kësaj disipline nuk përkthehet në një miratim të madh nga komuniteti i kardiologëve të cilët janë të tërhequr nga teknologjitë e reja si ekokardiografia dhe angiografia koronare. Zhvillimi i barnave të reja dhe më të fuqishme si beta-blokuesit, kalcium-blokuesit dhe trombolitikët bënë që të vështirësohej pranimi i rehabilitimit kardiak si një mjet standarti terapeutik aq më tepër që kardiologët janë të fokusuar në rezultate të menjëhershme dhe afat-shkurtëra. Qëllimi përfundimtar është që të përgatitë pacientët që të bëhen të përgjegjshëm dhe të pavarur në trajtimin medikamentoz dhe ndryshimet e jetesës së tyre pas eventit kardiak akut . Së fundi, duke ndihmuar që të menaxhohen problemet psiko-sociale dhe profesionale të pacientëve kardiak shohim një përfitim tjetër të rehabilitimit kardiak. Problemet psikiatrike si ankthi dhe depresioni janë ngjarje mjaft të shpeshta që pasojnë një event kardiak akut dhe janë të lidhura me një sërë ngjarjesh në jetën e përditshme që paraqiten me një kapacitet të ulët në stërvitje, lodhje, një ulje të cilësisë së jetës dhe reduktim të ndjenjës së mirëqenies. Në qendrat e rehabilitimit të zemrës pacientët mësojnë se si të menaxhojnë stresin dhe si të zotërojnë mjete të tjera të vetë- kontrollit të cilat më pas do të ndikojnë në kontrollin e faktorëve të rrezikut. Në këtë mënyrë pacienti përfiton në të dyja drejtimet.

Ajo që ndryshon është edhe stili i jetesës.

Sjellja e shëndetshme është përdorur shpesh si sinonim i stilit të jetës dhe aspekte të jetesës të tilla si pirja e duhanit, zakonet dietike dhe ushtrimet janë të lidhura fort me shëndetin, jetëgjatësinë dhe sëmundjet e zemrës. Ndërhyrja në mënyrën e jetesës, ku përbërësi kryesor është edukimi sistematik në lidhje me teknikat për të ndryshuar sjelljen e shëndetshme, është thelbësore për zbatimin e ndryshimeve në stilin e jetës dhe është një element i rëndësishëm në parandalimin e sëmundjeve të zemrës dhe rehabilitimin kardiak. Grupi rehabilitues kardiak ndërhyr në jetesën e pacientëve për të motivuar dhe për t'i mbështetur ata në ndryshimin e jetesës së tyre afat të gjatë për të përmirësuar shëndetin e tyre të zemrës. Kjo ndërhyrje është e bazuar në njohuritë mbi lidhjen midis sëmundjeve të zemrës dhe pirjes së duhanit, dietës dhe zakoneve ushtrimore.

Ka disa teori se si është themeluar sjellja e shëndetshme, teori të ndryshme kanë dominuar në periudha të ndryshme. Megjithatë asnjëra nga ato teori deri tani nuk ka qenë në gjendje që të shpjegojë plotësisht se si jeta mund të ndryshohet në terma afatgjatë dhe dokumentacioni për efektin e stilit të jetesës është i pakët edhe pse këto teori janë përdorur shpesh. Praktika klinike në njësitë e rehabilitimit kardiak është e bazuar në faktin se mënyra e jetesës ndryshon si rezultat i një bashkëveprimi kompleks midis faktorëve të ndryshëm si sjellja, njohuritë dhe qëndrimet në varësi të njohjes, emocioneve dhe vlerave intelektuale dhe aftësive, motivimin, mjedisin dhe faktorët e tjerë.

Psikologët James O. Prochaska dhe Carlo C. DiClemente kanë zhvilluar ndryshimin në fazat e modelit të jetës , e paraqitur që në vitin 1980, bazuar në një seri vëzhgimesh të njerëzve të cilët kanë pësuar një proces që ndryshoi sjelljen e jetës së tyre të tilla si ndërprerjen e duhanit ose ndalimin e konsumit të alkoolit .

Ky model është i bazuar në faktin se ndryshimi i suksesshëm në mënyrën e jetesës rrallë ndodh spontanisht .

1.21 E ardhmja e rehabilitimit kardiak

Qëllimi kryesor i rehabilitimit kardiak është përmirësimi i cilësisë së jetesës së personit.

Në fushën e rehabilitimit, pacientët përcaktohen si persona me nevoja, ndërsa në fushën e parandalimit dytësor, pacientët shihen si individë me risk të lartë, të targetuar për ndryshim.

Ky dallim është themelor.

- Ç'farë ofron e ardhmja për rehabilitimin kardiak?
- A do të ketë shanse për sukses ky shërbim për pacientët kardiak në vitet më pas?
- A na jep e shkuara informacion që do të na lejojë të parashikojmë rrugën e profesionit tonë në dekadat e ardhshme?
- Opsioni i parandalimit dytësor mundet që në disa mënyra të rrezikojë zhvillimin dhe ndërtimin e programeve të rehabilitimit në vendosjen klinike.

Megjithëse ai mund të gjejë një vend të përshtatshëm në botën e shëndetit publik, ai përplasë me konceptin e kurimit në fushën e mjekësisë. Çështjet e lidhura me debatin midis parandalimit dhe kurimit janë shumë të njohura dhe debati mbi parandalimin dytësor nuk ka përjashtim. Këtu pacientët kardiakë janë përcaktuar si individë me probleme shëndeti -hipertensioni, diabeti, obeziteti, hiperkolesterolemia, ata njihen si persona që kanë zakone të një risku të lartë- duhanpirja, mungesa e ushtrimeve, mbiushqyerja, mosbindje ndaj recetave, varësi nga puna si dhe ato konsiderohen që i përkasin një popullsie me risk të lartë.

Ata përshkruhen gjithashtu si persona që kanë shumë kosto në terma të kujdesjes së shëndetit, shoqërore dhe burimeve financiare. Ky diskutim jo vetëm që i bën pacientët me sëmundje të zemrës të ndjehen fajtorë dhe të heqin dorë nga sensi i iniciativës, por ai fsheh faktin që sëmundjet ishemike të zemrës janë mbi të gjitha sëmundjet e civilizimit, që janë kryesisht rezultat i një stili jetese moderne.

Sipas logjikës së diskutimit mbi parandalimin dytësor, përgjegjësia mbi sëmundjen bie kryesisht në ata që e kanë atë, dhe autoritetet e kujdesit të shëndetit janë të autorizuar të zhvillojnë trajtime strategjike me qëllim që të ndryshojnë zakonet më risk të lartë ndërmjet individëve në popullsitë e identifikuara.

2. QËLLIMI I STUDIMIT

Qëllimi i këtij studimi është që të vlerësojë rolin edukues të infermieres në lidhje me ndryshimin e mënyrës së jetesës të pacientëve që kanë kaluar një event kardiak në parandalimin e komplikacioneve dytësore.

3. OBJEKTIVAT E STUDIMIT

Objektiva I:

Objektivi parësor është që të ndihmojë pacientët që të rifitojnë autonominë dhe që të përmirësojnë aktivitetet e rregullta fizike.

.

Objektiva II:

Objektivi dytësor është që të kontrollojë faktorët e rrezikut që mund të ndryshohen në mënyrën e tyre të jetesës.

.

Objektiva III:

Objektivi tretësor është që të ndihmojë pacientët për të menaxhuar problemet psiko-sociale dhe profesionale të pacientëve kardiale.

Objektivi IV:

Objektivi i katërt është që të vlerësohen njohuritë e pacientëve rreth faktorëve të riskut që shkaktojnë sëmundje kardiale.

4. Materiali dhe metoda

- ✚ **Lloji i studimit**
Studimi është prospektiv
- ✚ **Periudha kohore**
Janar 2014-Dhjetor 2015
- ✚ **Institucioni ku u krye studimi**
Ky studim u krye pranë poliklinikës nr.10 në Tiranë



Figura nr. 9. Poliklinika nr. 10 në Tiranë, ku u krye studimi ynë.

- ✚ **Karakteristikat e pacientëve që u përfshinë në studim**

Indikacionet përgjithësisht të pranuar për rehabilitimin kardiak përfshijnë:

- Infarkti akut i miokardit
- Angina pectoris e qëndrueshme
- Bajpas i koronareve
- Zëvendësim apo riparim i valvulave të zemrës
- Angioplastikë perkutane
- Transplant kardiak



Figura nr. 10 Gjatë plotësimit të pyetësorit me pacientët

✚ Kriteret përjashtuese

Kundëriindikimet përfshijnë

- Angina pectoris e paqëndrueshme
- Insuficienca kardiake e dekompesuar
- Aritmi komplekse ventrikulare
- Hipertension pulmonar arterial më i madhe se 60 mmHg
- Kardiomiopati grave
- Stenozë simptomatike të aortës
- Patologji të pakontrolluara inflamatore ose infektive dhe çdo muskulo-skeletik që ndalon ushtrimin fizik.
- Pacientët që refuzuan të marrin pjesë në studim



Figura nr. 11 Gjatë edukimit të pacientëve



Figura nr. 12 Gjatë procesit të edukimit të pacientëve

Kriteret për ndërprerjen e programit të rehabilitimit kardiak

- Dhimbje gjoksi e tipit koronar
- Dispnea
- Ritmi kardiak që rritet me > 20 rrahje /min
- Ritmi kardiak që ulet me > 10 rrahje/min
- Arritmi kardiak e rëndësishme e provokuar nga ushtrimet
- Ulje e presionit të gjakut me $> 10-15$ mmHg
- Rritje e menjëhershme e presionit të gjakut >200 mmHg për sistolikun dhe >110 mmHg për diastolikun

Lloji i ndërhyrjes

Ky studim mbështetet mbi parimin e edukimit të pacientëve. Shumë studime në të gjithë botën kanë treguar se sa i rëndësishëm është roli i edukimit të pacientëve që kanë kaluar një event kardiak sidomos në ndryshimin e stilit të jetës.

Ashtu sic tregohet edhe në fotografitë më poshtë edukimi i pacientëve dhe familjarëve të tyre në lidhje me rolin pozitiv që ka ndryshimi i stilit të jetesës ka qënë në fokus të studimit tonë.

Kështu pacientëve fillimisht u është sqaruar qëllimi i këtij studimi.

Ata ishin të lirë që të refuzonin pjesëmarrjen në këtë studim.

Pacientët mund të merrnin pjesë vetëm ose së bashku me familjarët që kujdeseshin për ta.

Pacientët njoheshin me pyetëtorin që duhej të plotësonin. Ky pyetësor është përgatitur duke u mbështetur edhe në pyetësorët që janë përdorur në studime të tjera dhe ku është vërtetuar vlera e vërtetesisë së tyre nga ana statistikore^[96-99].



Figura nr. 13 Shpërndarja e fletëpalosjeve dhe materialeve të tjera edukative

✚ Mbledhja e të dhënave

Për të vlerësuar njohuritë e pacientëve që kanë kaluar një event kardiak u përpilua pyetësi i mëposhtëm i cili u plotësua nga pjesëmarrësit para fillimit të programit **rehabilitues –pjesa e edukimit- dhe pas gjashtë muajve.**

Gjatë pjesës edukuese pacientëve dhe familjarëve të tyre ju paraqitën me fletë palosje, material educative, poëer-point se cilat nga zakonet e jetës së përditshme janë më te rezikshmet për pacientët që kanë kaluar një event kardiak. U është shpjeguar se sa e rëndësishme është ndryshimi i mënyrës së jetesës që të mos paraqesin ripërsëritje të eventit kardiak, në lidhje më rikthimin në jetën normale, punën dhe jetën shoqërore



Figura nr. 14 Gjatë vlerësimit të parametrave truporë

Pyetësi

Të dhëna të përgjithshme

- Grupmosha: 30-40 40-50 50-60 >60
- Gjinia: Mashkull Femër
- Gjendja civile: Beqar Martuar Divorcuar Ve
- Niveli arsimor: 8-vjeçare Mesme Lartë
- Profesioni:

Parametrat fizikë

- Gjatësia
- Pesha (kg):
- Si do ta përshkruanit peshën tuaj? Nën peshë Normal Obezë

Vendosni shenjën (√) kutinë më të përshatshme që pasqyron mendimin tuaj:

1. A jeni një duhanpirës?

Po (aktualisht duhanpirës) Jo (kurrë tymosur) (ishduhanpirës)

2. Nëse ju në të kaluarën keni qenë një duhanpirës, kur e keni ndaluar pirjen e duhanit?

* Më pak se 6 muaj më parë 6-12 muajt e fundit më shumë se 12 muaj më parë

3. Sa herë në javë kryeni aktiviteti fizik (ushtrime)?

* 1-2 herë 3-5 herë 5 ose më shumë

4. Çfarë aktivitete kryeni të paktën në 30 minuta:

* ecje vrapim çiklizëm fitnes

5. Si do ta përshkruanit gjendjen tuaj të përgjithshme shëndetësore?

* jo e mirë i lodhur kam këputje e mirë

6. Si do ta përshkruanit gjumin dhe periudhën e pushimit?

* jo i mirë zgjohem shpesh kam palpitatione kam nevojë për qetësues që të fle
 nuk pushoj dot e mirë fle mirë dhe në drekë pushoj çdo ditë

7. Si do ti përshkruanit marrdhëniet sociale?

* jo të mira nervozohem nuk kam durim as me njerëzit e afërt
 të mira kam shoqëri dalim shpesh



Figura nr. 15 Gjatë leximit të materialeve edukuese

8. Si do ti përshkruanit sjelljen tuaj në raste reziku?

- *trembem shumë dhe filloj të dridhem trisohem dhe ndodh që qaj pa shkak
 nuk trembem i përballoj mirë të papriturat nuk u shmangem

9. Si do ti përshkruanit komunikimin me të tjerët?

- *jo të mirë acarohem pa shkak nuk e mbaroj bisedën ndodh që bërtas pa shkak
 e mirë shpesh jam në humor hyj në bised edhe me të panjohur

10. Si do ta përshkruani sjelljen tuaj seksuale?

- *jo të mire s'kam dëshirë e mirë

11. Përshkruani si e mendoni të ardhmen.

- * nuk jam shumë optimist më shqetëson shëndeti të mirë kam plane
shpresoj se gjërat do të rregullohen

12. A keni ndonjë prej anëtarëve të familjes tuaj të diagnostikuar me një sëmundje kardiale (Nëna, babai, motra, vëllai, fëmija i vet) Po Jo

13. Përshkruani si i respektoni ju një dietë të shëndetshëm?

- * konsumoj perime ,fruta të freskëta të reduktojë kripën në dietë dietë me pak kalori
 konsumoj bukë e zezë dhe drithëra konsumoj peshk të paktën 1-2 herë në javë
 konsumoj ushqime të fërguara më pëlqen gatimi me kripë
 më pëlqen embëlsirat midis vakteve

14. Cila nga këto mendoni se janë simptomat e një sulmi në zemër?

- *Dhimbje ose siklet në nofulla, qafë, ose prapa Po Jo Nuk e di
*Ndjeheni i dobët, i trullësuar, ose të fikët Po Jo Nuk e di
*Dhimbje gjoksi ose parehati Po Jo Nuk e di
*Dhimbje ose siklet në krahët apo shpatullat Po Jo Nuk e di
*Vështirësi në frymëmarrje apo gulçim Po Jo Nuk e di

15. Cila nga faktorët e mëposhtëm mendoni se mund të vërë dikush në rrezik të lartë të zhvillimin e sëmundjeve kardiovaskulare?

- *Pirja e duhanit Po Jo Nuk e di
*Dieta të larta në yndyrna të ngopura, kolesterol dhe përdorimi kripës Po Jo Nuk e di
*Inaktiviteti fizik (mungesa e ushtrimit) Po Jo Nuk e di
*Obeziteti Po Jo Nuk e di
*Stresi Po Jo Nuk e di
*Histori pozitive familjare të sëmundjeve kardiovaskulare Po Jo Nuk e di
*Nivelet e kolesterolit LDL të lartë Po Jo Nuk e di
*Hipertensioni Po Jo Nuk e di
*Diabet Po Jo Nuk e di

16. A vuani nga:

- * Sëmundje koronare të zemrës Po Jo
- *Hipertension Po Jo
- *Diabet Po Jo
- *Niveli i lartë kolesterolit Po Jo

17. A keni marrë ndonjë medikament për ?

- * Sëmundje koronare të zemrës Po Jo
- *Hipertension Po Jo
- *Diabet Po Jo
- *Niveli i lartë kolesterolit Po Jo

18. Kohëve e fundit kur infermiera ju bëri matjet e presionit të gjakut ,kolesterolit dhe nivelin e glukozës ju rezultoi se:

- *Presioni gjakut i juaj është: I lartë I ulët Normal Nuk e di
- * Niveli i kolesterolit i juaj është: I lartë I ulët Normal Nuk e di
- * Niveli juaj i glukozës është: I lartë I ulët Normal Nuk e di

19. Kur ishte hera e fundit kur keni kontrolluar presionin e gjakut, kolesterolin, glukozën tuaj dhe peshën?

- Kontrolluar brenda 1-3 muajve të fundit
- Kontrolluar brenda 4-6 muajve të fundit
- Kontrolluar brenda 7-12 muajve të fundit
- Kontrolluar më shumë se 1 vit
- Asnjëherë nuk është kontrolluar më parë
- Nuk e di

20. Në qoftë se nëpër poliklinika afrojnë një edukim infermieror a do dëshironit të mernit pjesë për parandalimin dhe menaxhimin e sëmundjeve kardiovaskulare si:

- * Matje presionit të gjakut Po Jo Nuk e di
- *Matja e glukozës në gjak Po Jo Nuk e di
- *Matja e nivelit të kolesterolit në gjak Po Jo Nuk e di
- *Këshilla mbi dietën Po Jo Nuk e di
- *Këshilla për aktivitet fizik Po Jo Nuk e di
- *Këshilla për ndërprerjen e duhanit Po Jo Nuk e di

Pacientët u siguruan se të gjitha të dhënat që do të plotësohen jo vetëm janë anonime por dhe do të mbrohet e drejta e pacientit dhe nuk lejohet që të merret informacion nga persona të tjerë.

Ky studim u realizua nëpërmjet mbështetjes së madhe të personelit të poliklinikës Nr. 10 duke filluar nga Drejtoresha dhe stafi mjek-infermieror në kabinetet e kardiologjisë.

5. Analiza statistikore

Procedurat statistikore të përdorura në analizën e të dhënave përshkruhen me hollësi më poshtë:

- Për variablet kategorike (nominale dhe/ose ordinale), u raportuan frekuencat (numrat absolutë) dhe përqindjet përkatëse.
- Për variablet numerike, u raportuan mesataret aritmetike \pm deviacionet standarte përkatëse (për të dhënat që i nënshtroheshin shpërndarjes normale), si dhe mediana dhe largësia interkuartile (në rastet kur shpërndarja e të dhënave nuk ishte normale).
- Testi Ëilcoxon rank test u përdor për të analizuar diferencat para dhe pas ndërhyrjes (për të dhëna jo parametrike – ordinale).
- Në të gjitha rastet, u konsideruan si statistikisht sinjifikante (të përfillshme) vlerat e $P \leq 0.05$.

E gjithë analiza statistikore u krye nëpërmjet Paketës Statistikore për Shkencat Sociale, versioni 20.0 (*SPSS – Statistical Package for Social Sciences Inc., Chicago, IL, USA*).

6. REZULTATET E STUDIMIT

Në Poliklinikën nr. 10 vizitohen gjatë një viti rreth 9000-10000 pacientë kardiakë në vit.
Në figurën nr. 16 paraqiten rastet e vizitave sipas muajve për periudhën Janar-Dhjetor 2015.
Në këtë poliklinikë vizitat tek mjeku kardiolog kryhen një herë në muaj nga pacientët që kanë kaluar një event kardiak dhe një herë në tre muaj për pacientët me probleme të tjera kardiake

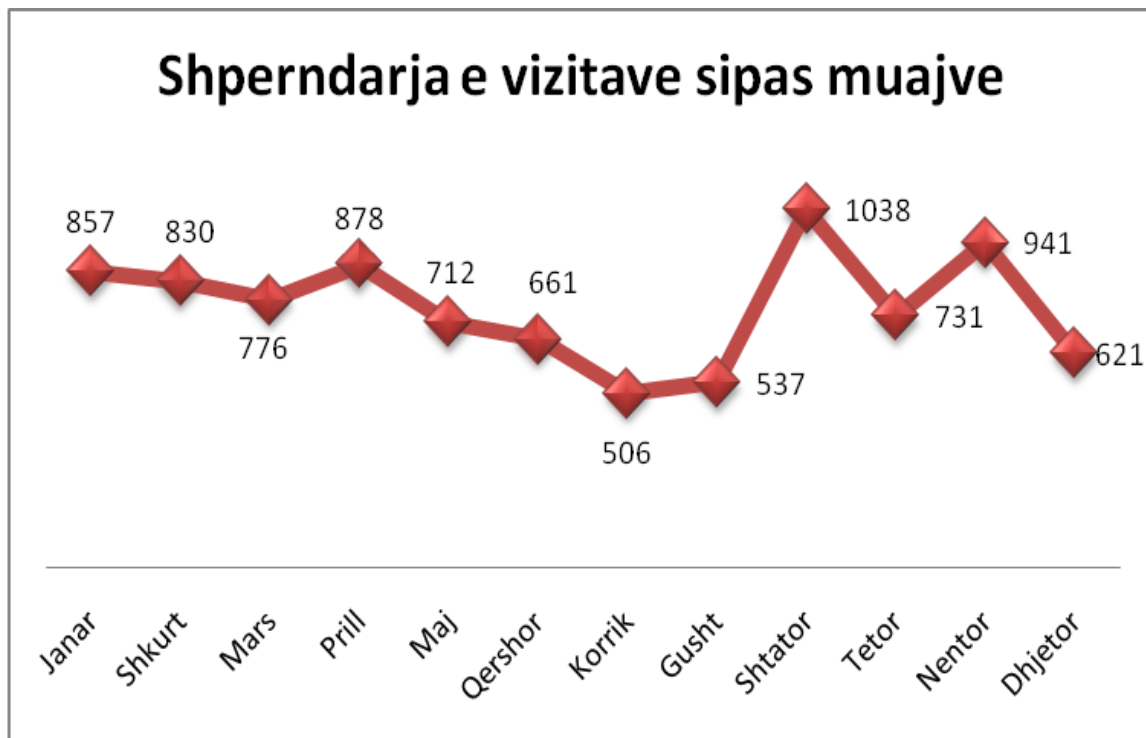


Figura nr. 16 Shpërndarja e vizitave sipas muajve (nr.)

6.1 Shpërndarja e rasteve sipas gjinisë

Tabela nr. 3 Shpërndarja e rasteve sipas gjinisë

Gjinia	Nr i rasteve	Përqindja
f	45	32.6
m	93	67.4
Total	138	100.0



Figura nr.17 Shpërndarja e pacientëve sipas gjinisë

6.2 Si do ta përshkruanit peshën tuaj? □ Nën peshë □ Normal □ Obezë

Tabela nr.4 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:
“Si do ta përshkruanit peshën tuaj?”

Si do ta përshkruanit peshën tuaj?		
Pesha	Para ndërhyrjes	Pas ndërhyrjes
	Nr. (%)	Nr. (%)
Nën peshë	12 (8.7)	12 (8.7)
Normal	87 (63.0)	87 (63.0)
Obezë	39 (28.3)	39 (28.3)
Total	138 (100.0)	138 (100.0)

Nuk ka diferencë statistikisht të rëndësishme në lidhje me **peshën** para dhe pas ndërhyrjes (Wilcoxon ranks test, p=1.000).

Gjatësia mesatare e të intervistuarve ishte 1.69+0.07m (varion nga 1.50-1.85m) dhe pesha mesatare ishte 76.86+8.32 kg (varion nga 56-97 kg).

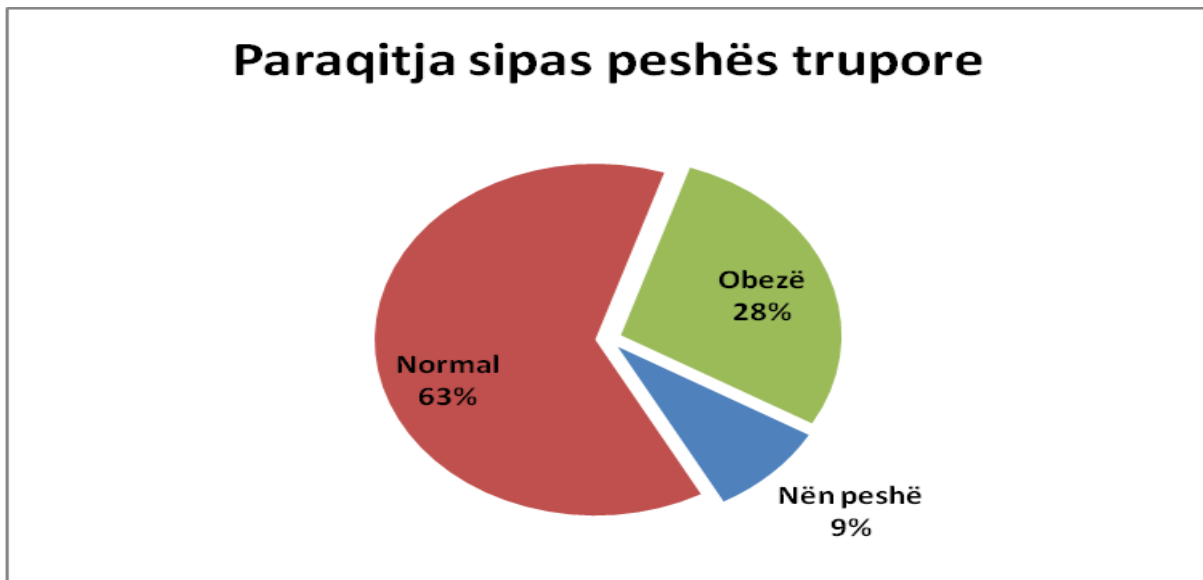


Figura nr.18 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes: “Si do ta përshkruanit peshën tuaj?”

6.3 A jeni një duhanpirës?

Po (aktualisht duhanpirës) Jo (kurrë tymosur) (ishduhanpirës)

Tabela nr. 5 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes: “A jeni një duhanpirës?”

A jeni një duhanpirës				
Duhanpirja	Para ndërhyrjes nr (%)	Perqindja	Pas ndërhyrjes nr (%)	Perqindja
po	5	3.6	1	.7
Jo (kurrë tymosur)	82	59.4	82	59.4
ish	51	37.0	55	38.9
Total	138	100.0	138	100.0

Ka diferencë statistikisht të rëndësishme në lidhje me **duhanpirjen** para dhe pas ndërhyrjes (Wilcoxon ranks test=2.121, p=0.034)

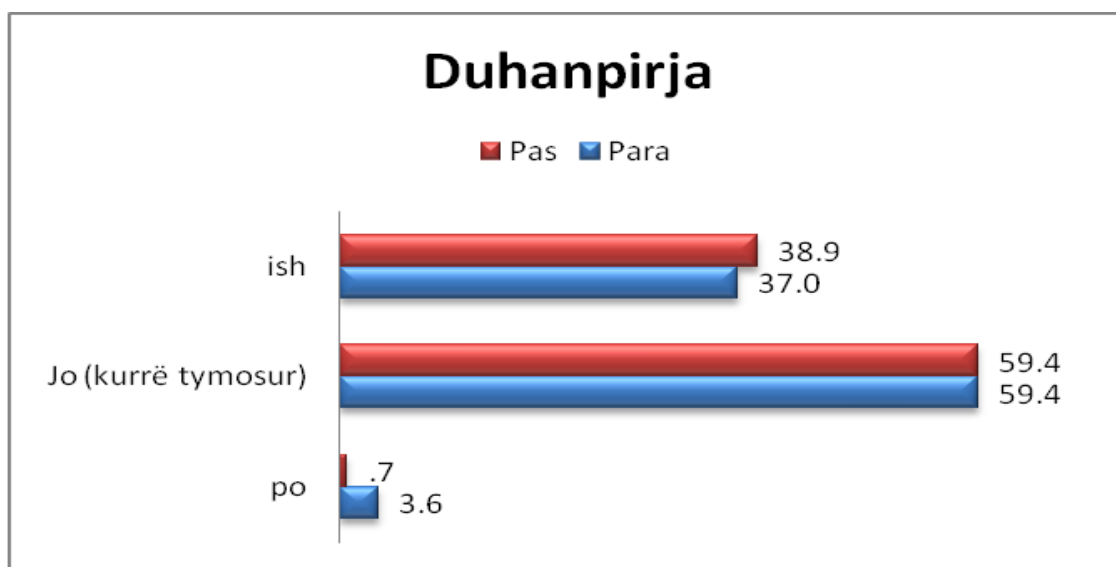


Figura nr. 19 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes: “A jeni një duhanpirës?”

6.4 Nëse ju në të kaluarën keni qenë një duhanpirës, kur e keni ndaluar pirjen e duhanit?

- Më pak se 6 muaj më parë 6-12 muajt e fundit më shumë se 12 muaj më parë

Tabela nr. 6 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:

“Nëse ju në të kaluarën keni qenë një duhanpirës, kur e keni ndaluar pirjen e duhanit?”

Nëse ju në të kaluarën keni qenë një duhanpirës, kur e keni ndaluar pirjen e duhanit?				
	Para ndërhyrjes nr.	Përqindja (%)	Pas ndërhyrjes nr.	Përqindja (%)
Më pak se 6 muaj më parë	3	2.2	5	3.6
6-12 muajt e fundit	14	10.1	4	2.9
më shumë se 12 muaj më parë	36	26.1	49	35.5
Nuk raportojne	85	61.6	80	58.0
Total	138	100.0	138	100.0

Ka diferencë statistikisht të rëndësishme në lidhje me **kohën e lënies së duhanit**, para dhe pas ndërhyrjes (Wilcoxon ranks test=3.638, $p < 0.001$)

6.5 Sa herë në javë kryeni aktiviteti fizik (ushtrime)?

□ 1-2 herë □ 3-5 herë □ 5 ose më shumë

Tabela nr. 7 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:
“Sa herë në javë kryeni aktivitet fizik?”

Sa herë në javë kryeni aktiviteti fizik (ushtrime)				
	Para ndërhyrjes nr	Përqindja (%)	Pas ndërhyrjes nr	Përqindja (%)
1-2 herë	65	47.1	104	75.4
3-5 herë	23	16.7	26	18.8
5 ose më shumë	4	2.9	4	2.9
asnjëherë	46	33.3	4	2.9
Total	138	100	138	100.0

Ka diferencë statistikisht të rëndësishme në shpeshtësinë e kryerjes së aktivitetit fizik, para dhe pas ndërhyrjes (Wilcoxon ranks test=6.367, $p < 0.001$)

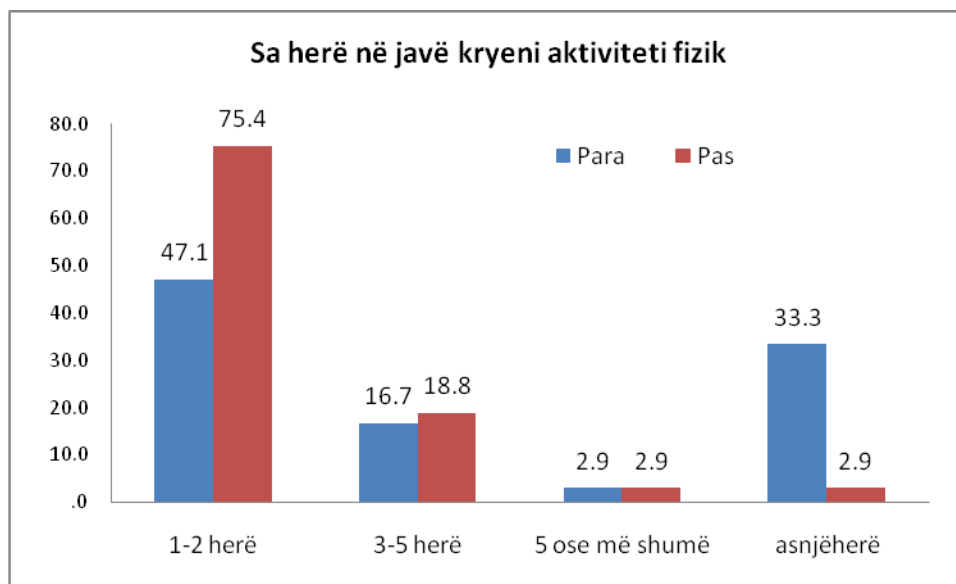


Figura nr. 20 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:
“Sa herë në javë kryeni aktivitet fizik?”

6.6 Ç'farë aktivitësh kryeni të paktën në 30 minuta:

ecje vrapim çiklizëm fitnes

Tabela nr. 8 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:
“Ç'farë aktivitësh kryeni të paktën në 30 minuta?”

Çfarë aktivitësh kryeni të paktën në 30 minuta				
	Para ndërhyrjes Nr.	Përqindja (%)	Pas ndërhyrjes Nr.	Përqindja (%)
ecje	54	39.1	69	50.0
vrapim	1	.7	2	1.4
fitnes	4	2.9	3	2.2
çiklizëm	0		1	.7
nuk raportohet	79	57.24638	63	45.6
Totali	138	100	138	100.0

Ka diferencë statistikisht të rëndësishme në **lojin e aktivitetit fizik**, para dhe pas ndërhyrjes (Wilcoxon ranks test=4.268, $p < 0.001$).

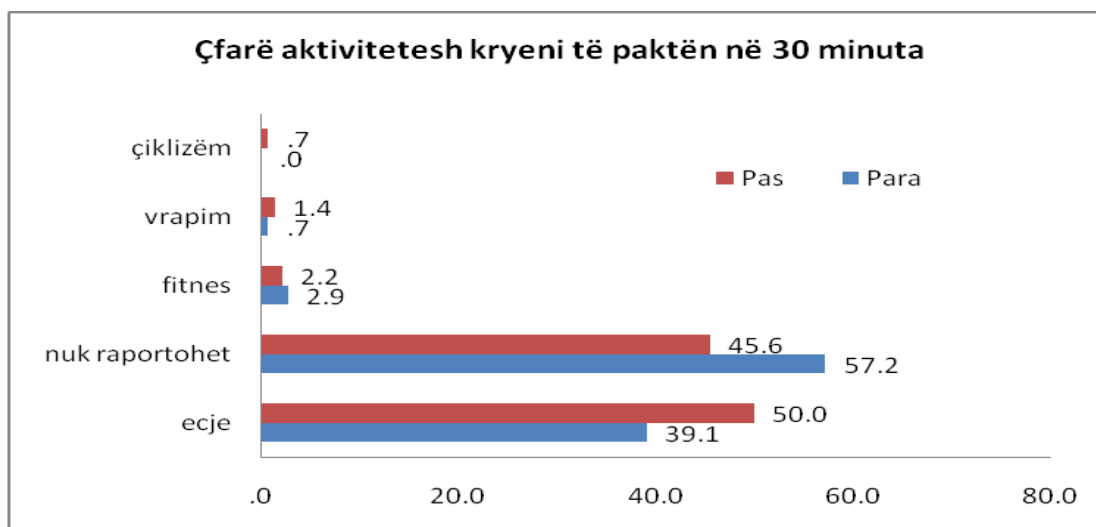


Figura nr. 21 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:
“Ç'farë aktivitësh kryeni të paktën në 30 minuta?”

6.7 Si do ta përshkruanit gjendjen tuaj të përgjithshme shëndetësore?

jo e mirë i lodhur kam këputje e mirë

Tabela nr.9 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:

“Si do ta përshkruanit gjendjen tuaj të përgjithshme shëndetësore?”

Si do ta përshkruanit gjendjen tuaj të përgjithshme shëndetësore				
	Para ndërhyrjes Nr.	Përqindja (%)	Pas ndërhyrjes Nr.	Përqindja (%)
jo e mirë	33	23.9	17	12.3
i lodhur	18	13.0	15	10.9
kam këputje	45	32.6	9	6.5
e mirë	24	17.4	92	66.7
nuk raportohet	18	13	5	3.6
Total	138	100	138	100.0

Ka diferencë statistikisht të rëndësishme në **gjendjen shëndetësore**, para dhe pas ndërhyrjes (Wilcoxon ranks test=3.009, p=0.003).

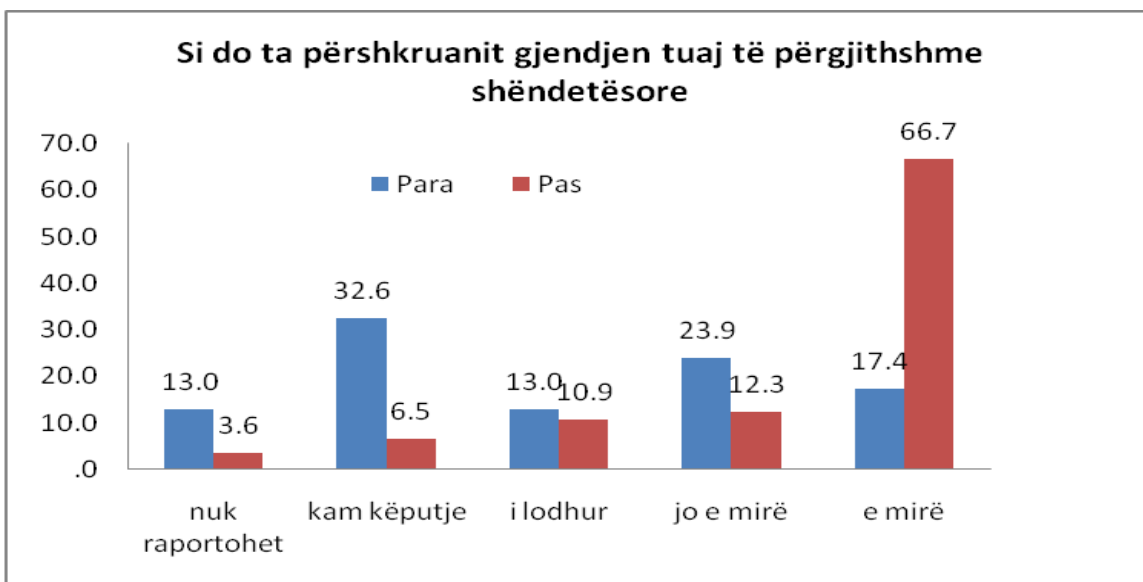


Figura nr. 22 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:

“Si do ta përshkruanit gjendjen tuaj të përgjithshme shëndetësore?”

6.8 Si do ta përshkruanit gjumin dhe periudhën e pushimit?

- jo i mirë zgjohem shpesh kam palpitatione kam nevojë për qetësues që të fle
 nuk pushoj dot e mirë fle mirë dhe në drekë pushoj çdo ditë

Tabela nr. 10 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:
 “Si do ta përshkruanit gjumin dhe periudhën e pushimit?”

Si do ta përshkruanit gjumin dhe periudhën e pushimit?				
	Para ndërhyrjes Nr.	Përqindja (%)	Pas ndërhyrjes Nr.	Përqindja (%)
jo i mirë	15	10.9	6	4.3
zgjohem shpesh	15	10.9	0	0
kam palpitatione	4	2.9	0	0
kam nevojë për qetësues që të fle	14	10.1	1	.7
nuk pushoj dot	37	26.8	30	21.7
e mirë	19	13.8	54	39.1
fle mirë dhe në drekë pushoj çdo ditë	26	18.8	47	34.1
nuk raportohet	8	5.8	-	-
Total	138	100	138	100.0

Ka diferencë statistikiisht të rëndësishme në **perceptimin e periudhës së pushimit**, para dhe pas ndërhyrjes (Wilcoxon ranks test=4.258, $p < 0.001$).

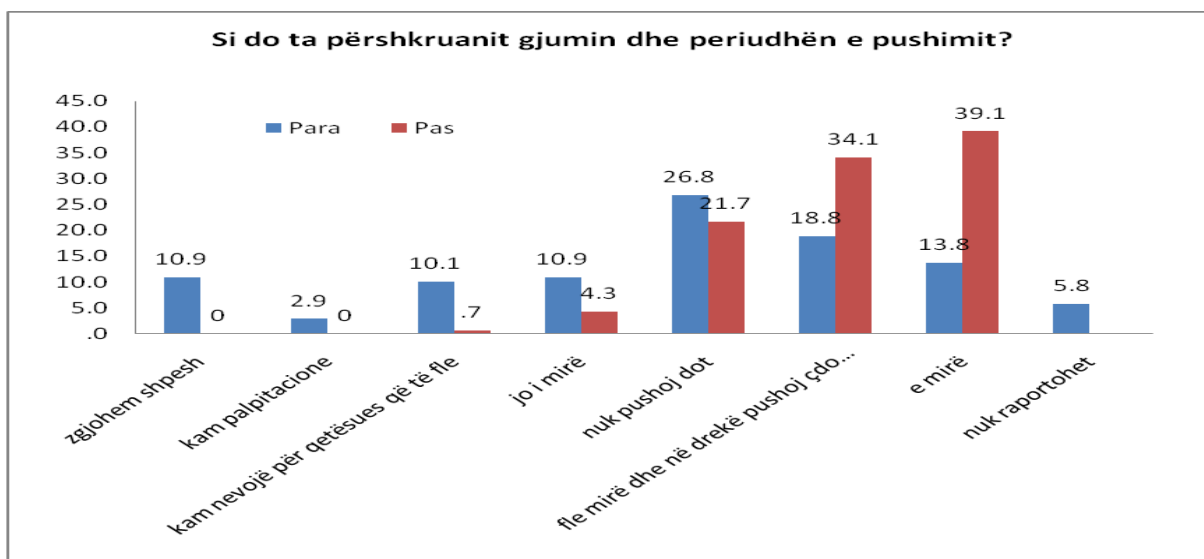


Figura nr.23 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:
 “Si do ta përshkruanit gjumin dhe periudhën e pushimit?”

6.9 Si do t'i përshkruanit marrdhëniet sociale?

- jo të mira nervozohem nuk kam durim as me njerëzit e afërt
 të mira kam shoqëri dalim shpesh

Tabela nr. 11 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:
 “Si do t'i përshkruanit marrdhëniet sociale?”

Si do ti përshkruanit marrdhëniet sociale?				
	Para ndërhyrjes nr.	Përqindja (%)	Pas ndërhyrjes nr.	Përqindja (%)
jo të mira	19	13.8	5	3.6
nervozohem	17	12.3	1	.7
nuk kam durim as me njerëzit e afërt	8	5.8	1	.7
të mira	53	38.4	105	76.2
kam shoqëri	19	13.8	12	8.7
dalim shpesh	11	8.0	11	8.0
nuk raportohet	11	8	4	2.8
Total	138	100.0	138	100.0

Ka diferencë statistikisht të rëndësishme në **perceptimin e marrëdhënieve sociale**, para dhe pas ndërhyrjes (Wilcoxon ranks test=2.233, p=0.026).

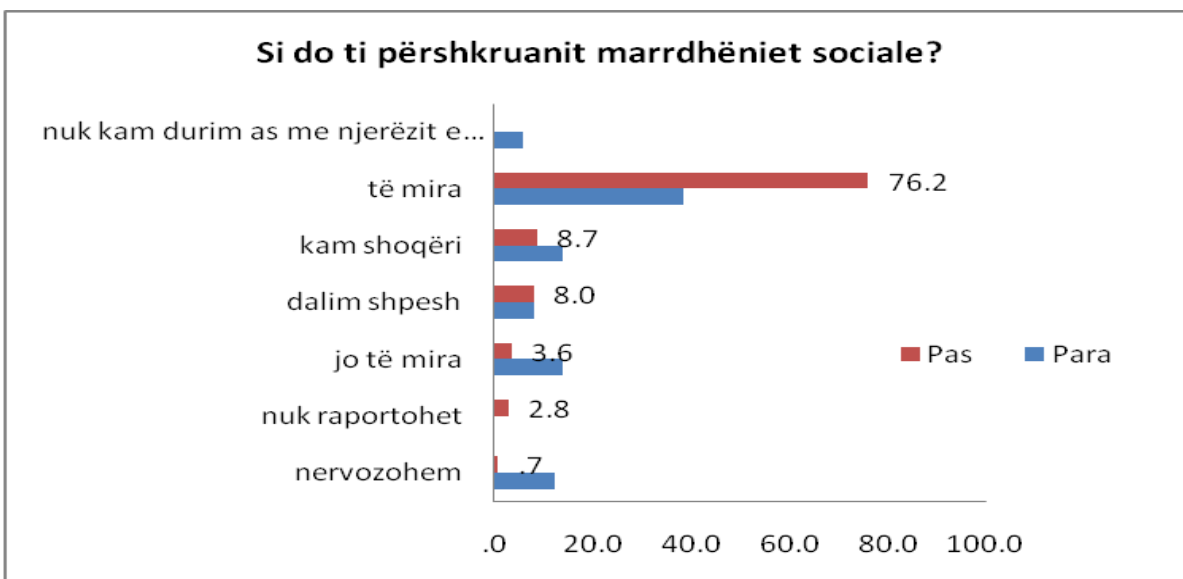


Figura nr.24 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:
 “Si do t'i përshkruanit marrdhëniet sociale?”

6.10 Si do ta përshkruanit sjelljen tuaj në raste rreziku?

- trembem shumë dhe filloj të dridhem trishtohem dhe ndodh që qaj pa shkak
 nuk trembem i përballoj mirë të papriturat nuk u shmangem

Tabela nr. 12 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:
 “Si do ta përshkruanit sjelljen tuaj në rast rreziku?”

Si do ti përshkruanit sjelljen tuaj në rast rreziku?				
Sjellja	Para ndërhyrjes nr.	Përqindja (%)	Pas ndërhyrjes nr.	Përqindja (%)
trembem shumë dhe filloj të dridhem	17	12.3	1	.7
trishtohem dhe ndodh që qaj pa shkak	14	10.1	0	0
nuk trembem	51	37.0	95	68.8
i përballoj mirë të papriturat	26	18.8	21	15.2
nuk u shmangem	27	19.6	19	13.8
nuk raportohet	3	2.1	2	1.4
Total	138	100.0	138	100.0

Ka diferencë statistikisht të rëndësishme në **perceptimin e sjelljes në rast rreziku**, para dhe pas ndërhyrjes (Wilcoxon ranks test=7.133, $p < 0.001$).

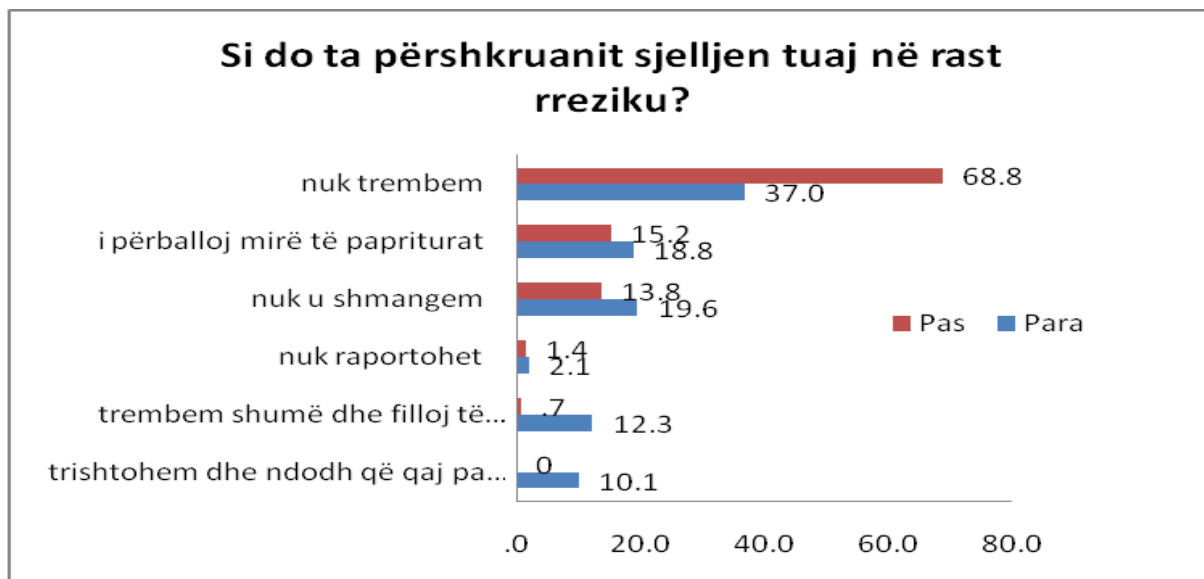


Figura nr.25 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:
 “Si do ta përshkruanit sjelljen tuaj në rast rreziku?”

6.11 Si do t'i përshkruanit komunikimin me të tjerët?

- jo të mirë acarohem pa shkak nuk e mbaroj bisedën ndodh që bërtas pa shkak
 e mirë shpesh jam në humor hyj në bised edhe me të panjohur

Tabela nr. 13 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:
 “Si do ta përshkruanit komunikimin tuaj me të tjerët?”

Si do ti përshkruanit komunikimin me të tjerët?				
Komunikimi	Para ndërhyrjes nr.	Përqindja (%)	Pas ndërhyrjes nr.	Përqindja (%)
jo të mirë	11	8.0	1	.7
acarohem pa shkak	10	7.2	0	0
nuk e mbaroj bisedën	9	6.5	0	0
ndodh që bërtas pa shkak	4	2.9	0	0
e mirë	54	39.1	111	80.4
shpesh jam në humor	18	13.0	11	8.0
hyj në bised edhe me të panjohur	20	14.49275	13	9.4
nuk raportohet	12	8.7	2	1.4
Total	138	100	138	100.0

Ka diferencë statistikisht të rëndësishme në perceptimin e **komunikimit me të tjerët**, para dhe pas ndërhyrjes (Wilcoxon ranks test=5.112, $p < 0.001$).

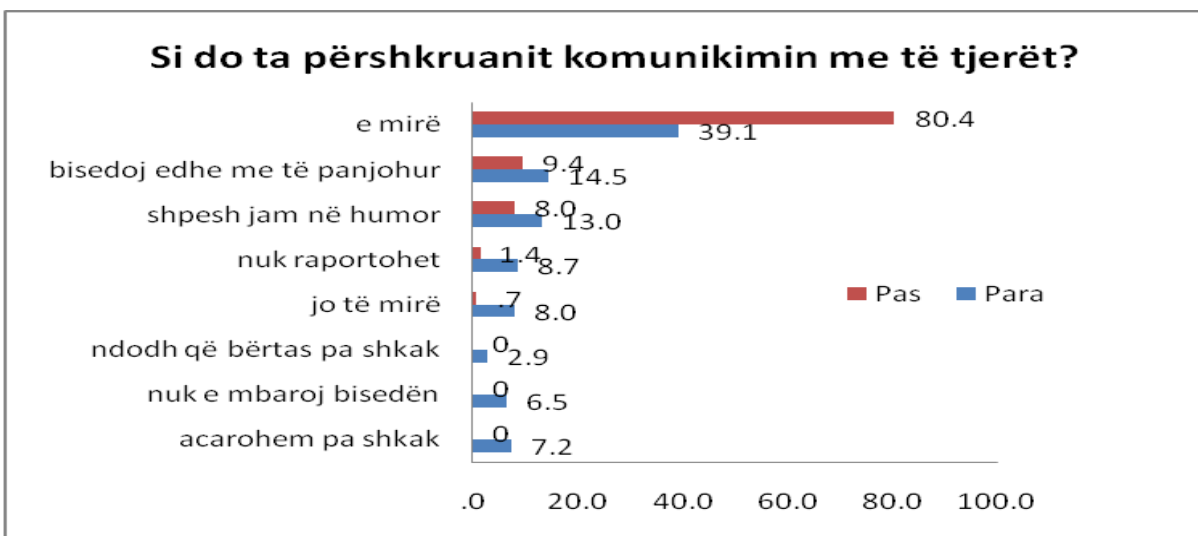


Figura nr.26 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:
 “Si do ta përshkruanit komunikimin tuaj me të tjerët?”

6.12 Si do ta përshkruani sjelljen tuaj seksuale?

jo të mire s'kam dëshirë e mirë

Tabela nr. 14 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:
“Si do ta përshkruanit sjelljen tuaj seksuale?”

Si do ta përshkruani sjelljen tuaj seksuale?				
	Para ndërhyrjes nr.	Përqindja (%)	Pas ndërhyrjes nr.	Përqindja (%)
jo të mire	14	10.1	8	5.8
s'kam dëshirë	26	18.8	21	15.2
e mirë	98	71.0	109	79.0
Total	138	100.0	138	100.0

Ka diference statistikisht te rëndesishme në **perceptimin e sjelljes seksuale**, para dhe pas ndërhyrjes (Wilcoxon ranks test=3.017, p=0.003).

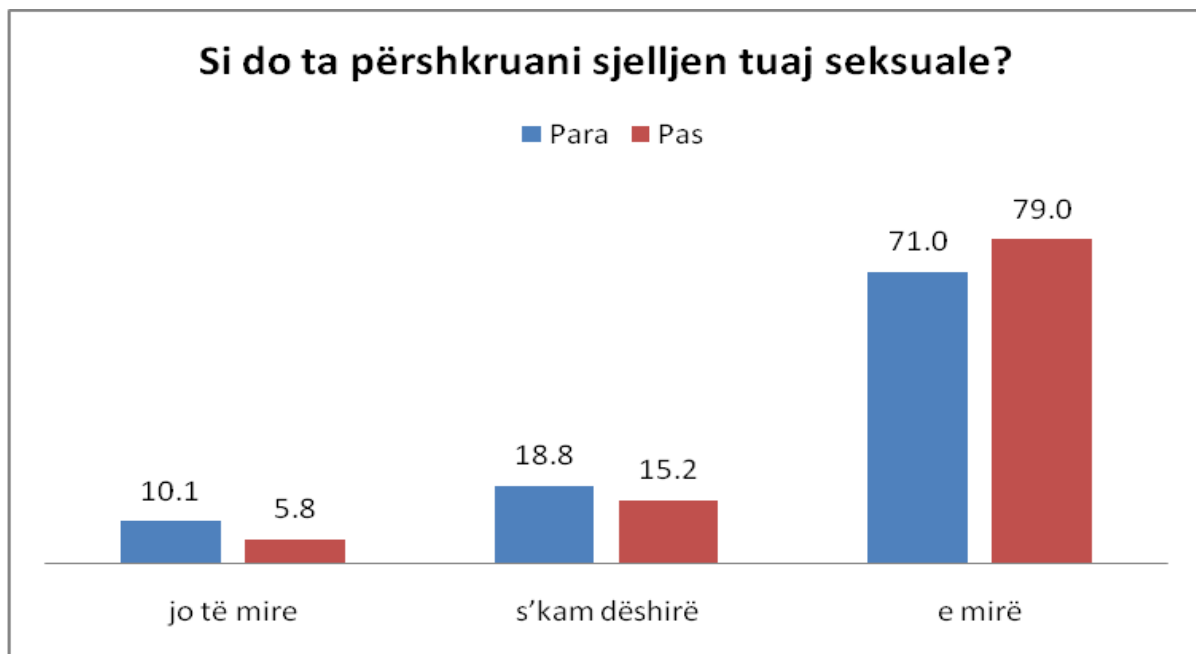


Figura nr.27 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:
“Si do ta përshkruanit sjelljen tuaj seksuale?”

6.13 **Përshkruani si e mendoni të ardhmen.**

- nuk jam shumë optimist më shqetëson shëndeti të mirë kam plane
 shpresoj se gjërat do të rregullohen

Tabela nr. 15 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:
 “Përshkruani si e mendoni të ardhmen?”

Përshkruani si e mendoni të ardhmen				
	Para ndërhyrjes nr.	Përqindja (%)	Pas ndërhyrjes nr.	Përqindja (%)
nuk jam shumë optimist	27	19.6	24	17.4
më shqetëson shëndeti	54	39.1	0	0
të mirë	14	10.1	63	45.7
kam plane	18	13.0	19	13.8
shpresoj se gjërat do të rregullohen	12	8.7	32	23.2
Nuk raportohet	13	9.4	0	0
Total	138	100.0	138	100.0

Ka diference statistikisht te rëndesishme në **perceptimin e sjelljes në rast rreziku**, para dhe pas ndërhyrjes (Wilcoxon ranks test=6.570, $p < 0.001$).

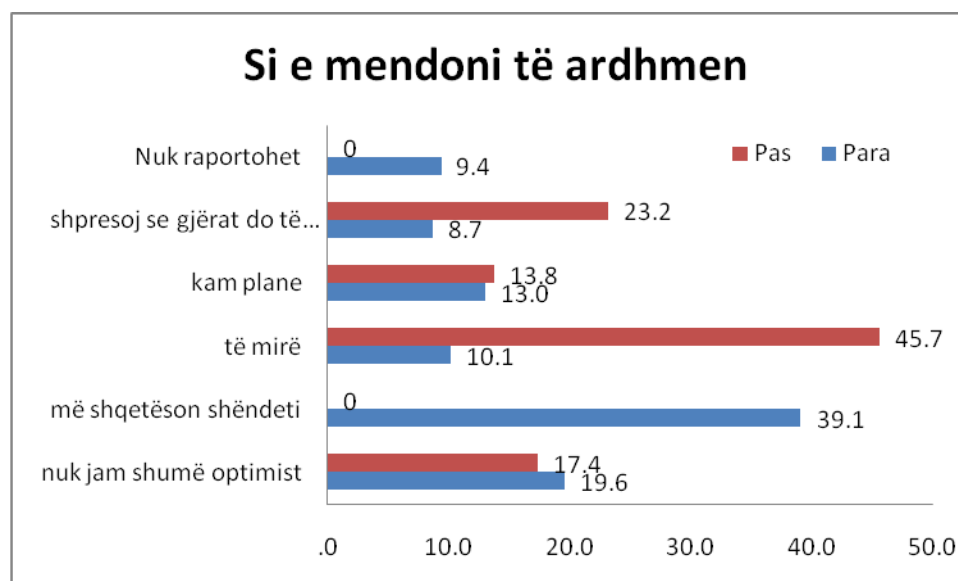


Figura nr.28 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:
 “Përshkruani si e mendoni të ardhmen?”

6.14 **A keni ndonjë prej anëtarëve të familjes tuaj të diagnostikuar me një sëmundje kardiake?**

(Nëna, babai, motra, vëllai, fëmija i vet)

Po Jo

Tabela nr. 16 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:

“A keni ndonjë prej anëtarëve të familjes tuaj të diagnostikuar me një sëmundje kardiake?”

A keni ndonjë prej anëtarëve të familjes tuaj të diagnostikuar me një sëmundje kardiake				
	Para ndërhyrjes nr (%)	Përqindja	Pas ndërhyrjes nr (%)	Përqindja
po	124	89.9	124	89.9
jo	14	10.1	14	10.1
Total	138	100.0	138	100.0

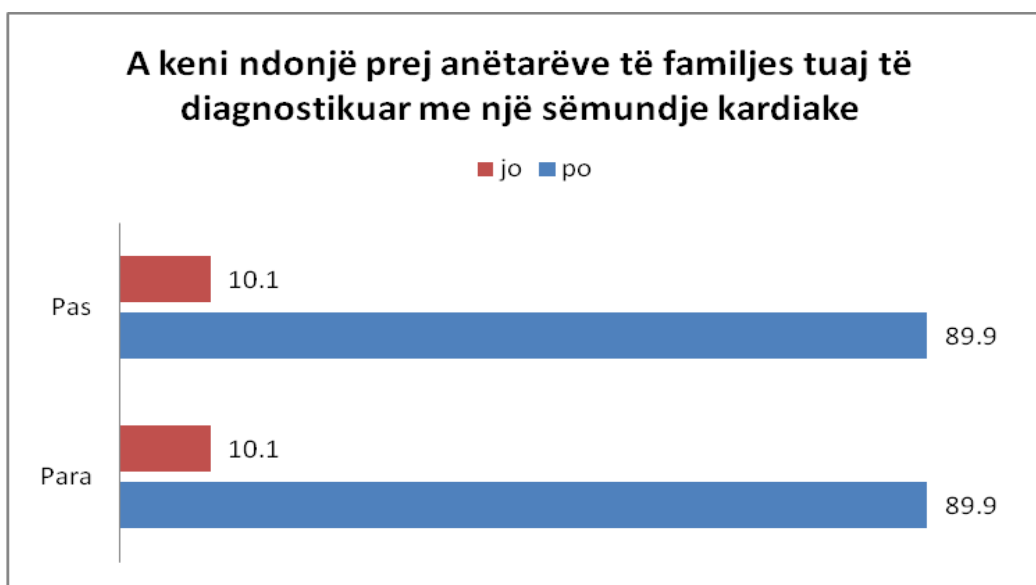


Figura nr. 29 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:

“A keni ndonjë prej anëtarëve të familjes tuaj të diagnostikuar me një sëmundje kardiake?”

6.15 **Përshkruani si i respektoni ju një dietë të shëndetshëm?**

- konsumoj perime ,fruta të freskëta të reduktojë kripën në dietë dietë me pak kalori
 konsumoj bukë e zezë dhe drithëra konsumoj peshk të paktën 1-2 herë në javë
 konsumoj ushqime të fërguara më pëlqen gatimi me kripë
 më pëlqen embëlsirat midis vakteve

Tabela nr.17 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:

“Përshkruani si e respektoni ju një dietë të shëndetshme?”

Përshkruani si i respektoni ju një dietë të shëndetshme?				
	Para ndërhyrjes nr.	Përqindja (%)	Pas ndërhyrjes nr.	Përqindja (%)
konsumoj perime ,fruta të freskëta	2	1.4	16	11.6
konsumoj bukë e zezë dhe drithëra	13	9.4	15	10.9
konsumoj ushqime të fërguara	7	5.1	1	.7
më pëlqen embëlsirat midis vakteve	13	9.4	0	0
reduktojë kripën në dietë	10	7.2	14	10.1
dietë me pak kalori	8	5.8	0	0
konsumoj peshk të paktën 1-2 herë në javë	6	4.3	2	1.4
më pëlqen gatimi me kripë	13	9.4	0	0
nuk raportohet	66	47.8	90	65.2
Total	138	100.0	138	100

Ka diference statistikisht te rëndesishme në **perceptimin se si i respektojnë një dietë të shëndetshme**, para dhe pas ndërhyrjes (Wilkoxon ranks test=7.133, p<0.001).

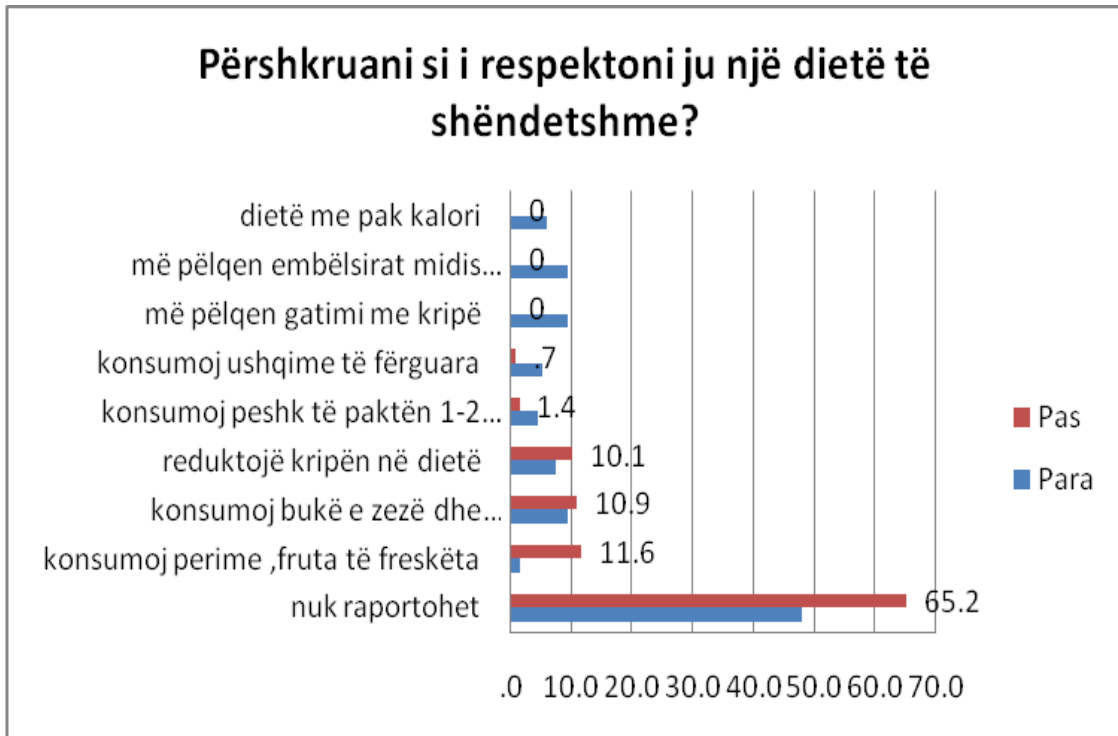


Figura nr.30 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:
 “Përshkruani si e respektoni ju një dietë të shëndetshme?”

6.16 ***Cila nga këto mendoni se janë simptomat e një sulmi në zemër?***

Dhimbje ose siklet në nofulla, qafë, ose prapa	<input type="checkbox"/> Po	<input type="checkbox"/> Jo	<input type="checkbox"/> Nuk e di
Ndjeheni i dobët, i trullosur, ose të fikët	<input type="checkbox"/> Po	<input type="checkbox"/> Jo	<input type="checkbox"/> Nuk e di
Dhimbje gjoksi ose parehati	<input type="checkbox"/> Po	<input type="checkbox"/> Jo	<input type="checkbox"/> Nuk e di
Dhimbje ose siklet në krahët apo shpatullat	<input type="checkbox"/> Po	<input type="checkbox"/> Jo	<input type="checkbox"/> Nuk e di
Vështirësi në frymëmarrje apo gulçim	<input type="checkbox"/> Po	<input type="checkbox"/> Jo	<input type="checkbox"/> Nuk e di

*Tabela nr. 18 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:
“Cila nga këto mendoni se janë simptomat e një sulmi në zemër,
dhimbje ose siklet në nofulla, qafë, ose prapa”*

Dhimbje ose siklet në nofulla, qafë, ose prapa				
	Para ndërhyrjes nr.	Përqindja (%)	Pas ndërhyrjes nr.	Përqindja (%)
po	78	56.5	136	98.6
jo	32	23.2	1	.7
nuk e di	28	20.3	1	.7
Total	137	99.3	138	100.0

Ka diference statistisike te rendesishme në **perceptimin e dhimbjes ose sikletit në nofulla, qafë, ose prapa**, para dhe pas ndërhyrjes (Wilkoxon ranks test=7.488, p<0.001).

*Tabela nr. 19 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:
“Cila nga këto mendoni se janë simptomat e një sulmi në zemër,
dhimbje ose siklet në nofulla, qafë, ose prapa”*

Ndjeheni i dobët, i trullosur, ose të fikët				
	Para ndërhyrjes nr.	Përqindja (%)	Pas ndërhyrjes nr.	Përqindja (%)
po	91	65.9	138	100.0
jo	37	26.8	0	0
nuk e di	10	7.2	0	0
Total	138	100.0	138	100

Ka diference statistisike te rendesishme në perceptimin **Ndjeheni i dobët, i trullosur, ose të fikët**, para dhe pas ndërhyrjes (Wilkoxon ranks test=6.710, p<0.001).

Tabela nr. 20 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:
 “Cila nga këto mendoni se janë simptomat e një sulmi në zemër,
 dhimbje gjoksi apo paresthizi”

Dhimbje gjoksi ose paresthizi				
	Para ndërhyrjes nr.	Përqindja (%)	Pas ndërhyrjes nr.	Përqindja (%)
po	125	90.6	138	100.0
jo	13	9.4	0	0
Total	138	100.0	138	100

Ka diferencë statistikisht të rëndësishme në perceptimin e dhimbjes së gjoksit ose paresthizës, para dhe pas ndërhyrjes (Wilcoxon ranks test=7.002, $p<0.001$).

Tabela nr. 21 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:
 “Cila nga këto mendoni se janë simptomat e një sulmi në zemër,
 dhimbje ose siklet në krahët apo shpatullat”

Dhimbje ose siklet në krahët apo shpatullat				
	Para ndërhyrjes nr.	Përqindja (%)	Pas ndërhyrjes nr.	Përqindja (%)
po	104	75.4	138	100.0
jo	25	18.1	0	0
nuk e di	9	6.5	0	0
Total	138	100.0	138	100

Ka diferencë statistikisht të rëndësishme në perceptimin e dhimbjes ose siklet në krahët apo shpatullat, para dhe pas ndërhyrjes (Wilcoxon ranks test=5.569, $p<0.001$).

Tabela nr. 22 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:
 “Cila nga këto mendoni se janë simptomat e një sulmi në zemër,
 vështirësi në frymëmarrje apo gulçim”

Vështirësi në frymëmarrje apo gulçim				
	Para ndërhyrjes nr.	Përqindja (%)	Pas ndërhyrjes nr.	Përqindja (%)
po	96	69.6	138	100.0
jo	32	23.2	0	0
nuk e di	10	7.2	0	0
Total	138	100.0	138	100.0

Ka diference statistikisht te rëndësishme në perceptimin e **Vështirësi në frymëmarrje apo gulçim**, para dhe pas ndërhyrjes (Wilcoxon ranks test=6.326, $p < 0.001$).

6.17 **Cila nga faktorët e mëposhtëm mendoni se mund të vërë dikush në rrezik të lartë të zhvillimin e sëmundjeve kardiovaskulare?**

- Pirja e duhanit Po Jo Nuk e di
 Dieta të larta në yndyrna të ngopura, kolesterol dhe përdorimi kripës Po Jo Nuk e di
 Inaktiviteti fizik (mungesa e ushtrimit) Po Jo Nuk e di
 Obeziteti Po Jo Nuk e di
 Stresi Po Jo Nuk e di
 Histori pozitive familjare të sëmundjeve kardiovaskulare Po Jo Nuk e di
 Nivelet e kolesterolit LDL të lartë Po Jo Nuk e di
 Hipertensioni Po Jo Nuk e di
 Diabet Po Jo Nuk e di

Tabela nr. 23 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:

“Cila nga faktorët e mëposhtëm mendoni se mund të vërë dikush në rrezik të lartë të zhvillimin e sëmundjeve kardiovaskulare?
 Dieta të larta në yndyrna të ngopura, kolesterol dhe përdorimi kripës”

Dieta tëpasura në yndyrna të ngopura, kolesterol dhe përdorimi kripës				
	Para ndërhyrjes nr.	Përqindja (%)	Pas ndërhyrjes nr.	Përqindja (%)
po	133	96.4	138	100.0
jo	3	2.2	0	0
nuk e di	2	1.4	0	0
Total	138	100.0	138	100.0

Ka diference statsikisht te rëndesishme në përdorimin e **dietes të pasuara në yndyrna të ngopura, kolesterol dhe përdorimi kripës** , para dhe pas ndërhyrjes (Wilcoxon ranks test=2.070, p=0.038).

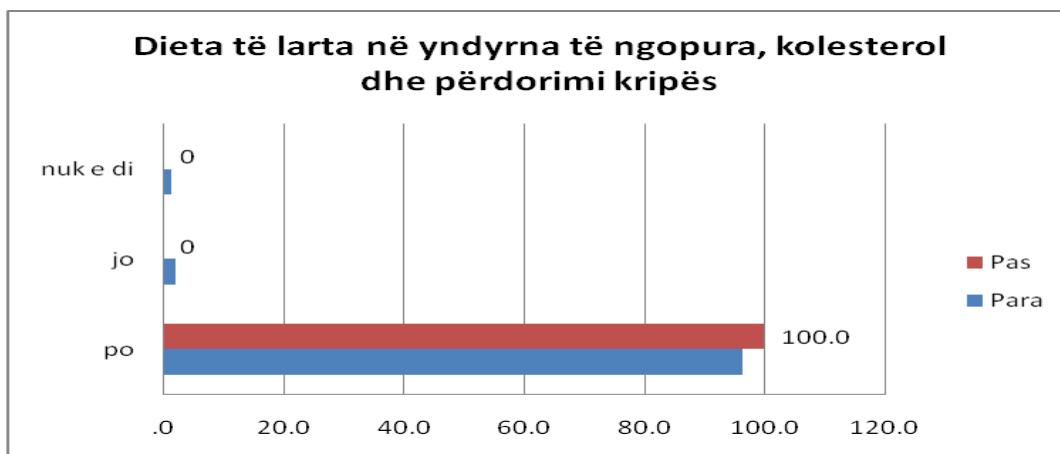


Figura nr.31 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:

“Cila nga faktorët e mëposhtëm mendoni se mund të vërë dikush në rrezik të lartë të zhvillimin e sëmundjeve kardiovaskulare?
 Dieta të larta në yndyrna të ngopura, kolesterol dhe përdorimi kripës”

Tabela nr. 24 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:

“Cila nga faktorët e mëposhtëm mendoni se mund të vërë dikush në rrezik të lartë të zhvillimin e sëmundjeve kardiovaskulare?
Inaktiviteti fizik (mungesa e ushtrimit)”

Inaktiviteti fizik (mungesa e ushtrimit)				
	Para ndërhyrjes nr.	Përqindja (%)	Pas ndërhyrjes nr.	Përqindja (%)
po	99	71.7	138	100.0
jo	25	18.1	0	0
nuk e di	14	10.1	0	0
Total	138	100.0	138	100.0

Ka diference statistikisht te rëndesishme në **inaktiviteti fizik (mungesa e ushtrimit)**, para dhe pas ndërhyrjes (Wilcoxon rank test=5.657, $p < 0.001$).

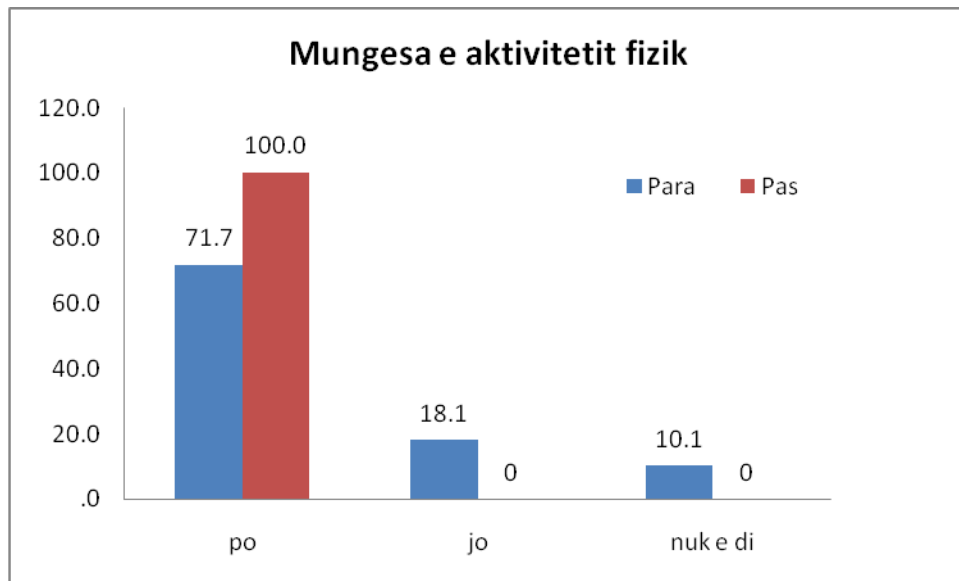


Figura nr.32 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:

“Cila nga faktorët e mëposhtëm mendoni se mund të vërë dikush në rrezik të lartë të zhvillimin e sëmundjeve kardiovaskulare?
Inaktiviteti fizik (mungesa e ushtrimit)”

Tabela nr. 25 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:

“Cila nga faktorët e mëposhtëm mendoni se mund të vërë dikush në rrezik të lartë të zhvillimit të sëmundjeve kardiovaskulare? Obeziteti?”

Obeziteti				
	Para ndërhyrjes nr.	Përqindja (%)	Pas ndërhyrjes nr.	Përqindja (%)
po	135	97.8	138	100.0
jo	3	2.2	0	0
Total	138	100.0	138	100.0

Nuk ka diferencë statistikisht të rëndësishme në lidhje me **perceptimin e obezitetit**, para dhe pas ndërhyrjes (Wilcoxon rank test=1.732 p=0.083).

Tabela nr. 26 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:

“Cila nga faktorët e mëposhtëm mendoni se mund të vërë dikush në rrezik të lartë të zhvillimit të sëmundjeve kardiovaskulare? Stresi?”

Stresi				
	Para ndërhyrjes nr.	Përqindja (%)	Pas ndërhyrjes nr.	Përqindja (%)
po	131	94.9	138	100.0
jo	4	2.9	0	0
nuk e di	3	2.2	0	0
Total	138	100.0	138	100.0

Ka diferencë statistikisht të rëndësishme në lidhje me **perceptimin e stresit**, para dhe pas ndërhyrjes (Wilcoxon rank test=2.428 p=0.015).

Tabela nr. 27 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:

“Cila nga faktorët e mëposhtëm mendoni se mund të vërë dikush në rrezik të lartë të zhvillimit të sëmundjeve kardiovaskulare? Histori pozitive familjare të sëmundjeve kardiovaskulare?”

Histori pozitive familjare të sëmundjeve kardiovaskulare				
	Para ndërhyrjes nr.	Përqindja (%)	Pas ndërhyrjes nr.	Përqindja (%)
po	66	47.8	137	99.3
jo	26	18.8		
nuk e di	46	33.3	1	.7
Total	138	100.0	138	100.0

Tabela nr. 28 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:

“Cila nga faktorët e mëposhtëm mendoni se mund të vërë dikush në rrezik të lartë të zhvillimit të sëmundjeve kardiovaskulare? Nivelet e kolesterolit LDL të lartë?”

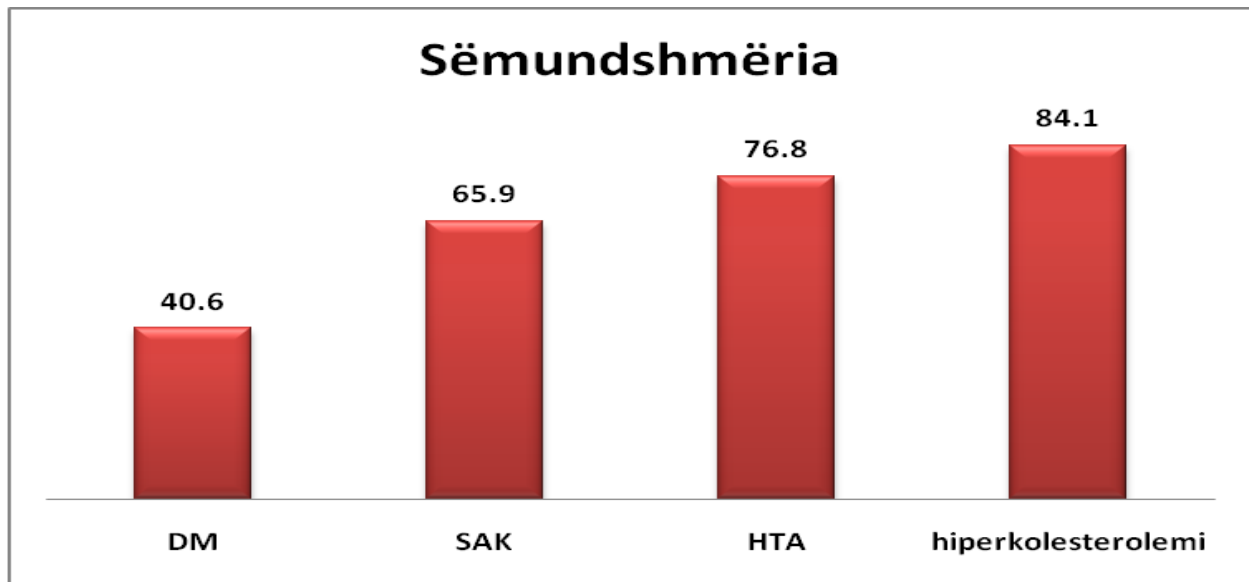
Nivelet e kolesterolit LDL të lartë				
	Para ndërhyrjes nr.	Përqindja (%)	Pas ndërhyrjes nr.	Përqindja (%)
po	121	87.7	137	99.3
jo	8	5.8	1	0.7
nuk e di	9	6.5	0	0
Total	138	100.0	138	100.0

Ka diference statistisikisht të rëndësishme në lidhje me **nivelet e larta të LDL kolesterolit**, para dhe pas ndërhyrjes (Wilcoxon rank test=3.624 p<0.001).

Tabela nr. 29 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:

“Cila nga faktorët e mëposhtëm mendoni se mund të vërë dikush në rrezik të lartë të zhvillimit të sëmundjeve kardiovaskulare? Sëmundshmëria?”

Sëmundshmëria		
Sëmundjet	Nr	(%)
SAK	91	65.9
HTA	106	76.8
DM	56	40.6
hiperkolesterolemi	116	84.1



*Figura nr.33 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:
“Cila nga faktorët e mëposhtëm mendoni se mund të vërë dikush në rrezik të lartë të zhvillimit të sëmundjeve kardiovaskulare? Sëmundshmëria?”*

6.17 **A keni marrë ndonjë medikament për?**

Sëmundje koronare të zemrës Po Jo

Hipertension Po Jo

Diabet Po Jo

Niveli i lartë kolesterolit Po Jo

Tabela nr. 30 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:

“A keni marrë ndonjë medikament për sëmundjet koronare të zemrës?”

A keni marrë ndonjë medikament për Sëmundje koronare të zemrës				
	Para ndërhyrjes nr.	Përqindja (%)	Pas ndërhyrjes nr.	Përqindja (%)
po	91	65.9	91	65.9
jo	47	34.1	47	34.1
Total	138	100.0	138	100.0

Tabela nr.31 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:

“A keni marrë ndonjë medikament për hipertension?”

A keni marrë ndonjë medikament për Hipertension				
	Para ndërhyrjes nr.	Përqindja (%)	Pas ndërhyrjes nr.	Përqindja (%)
po	102	73.9	106	76.8
jo	36	26.1	32	23.2
Total	138	100.0	138	100.0

Tabela nr. 32 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:

“A keni marrë ndonjë medikament për diabet?”

A keni marrë ndonjë medikament për Diabet				
	Para ndërhyrjes nr.	Përqindja (%)	Pas ndërhyrjes nr.	Përqindja (%)
po	56	40.6	56	40.6
jo	82	59.4	82	59.4
Total	138	100.0	138	100.0

*Tabela nr.33 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:
 “A keni marrë ndonjë medikament për nivelin e lartë të kolesterolit?”*

A keni marrë ndonjë medikament për Niveli i lartë kolesterolit				
	Para ndërhyrjes nr.	Përqindja (%)	Pas ndërhyrjes nr.	Përqindja (%)
po	106	76.8	116	84.1
jo	32	23.2	22	15.9
Total	138	100.0	138	100.0

6.18 **Kur ishte hera e fundit kur keni kontrolluar presionin e gjakut, kolesterolin, glukozën tuaj dhe peshën?**

- Kontrolluar brenda 1-3 muajve të fundit
- Kontrolluar brenda 4-6 muajve të fundit
- Kontrolluar brenda 7-12 muajve të fundit
- Kontrolluar më shumë se 1 vit
- Asnjëherë nuk është kontrolluar më parë
- Nuk e di

Tabela nr. 34 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:

“Kur ishte hera e fundit kur keni kontrolluar presionin e gjakut, kolesterolin, glukozën dhe peshën tuaj?”

Kur ishte hera e fundit kur keni kontrolluar presionin e gjakut, kolesterolin , glukozën tuaj				
	Para ndërhyrjes nr.	Përqindja (%)	Pas ndërhyrjes nr.	Përqindja (%)
Kontrolluar brenda 1-3 muajve të fundit	30	21.7	48	34.8
lluar brenda 4-6 muajve të fundit	55	39.9	34	24.6
Kontrolluar brenda 7-12 muajve të fundit	37	26.8	56	40.6
Kontrolluar më shumë se 1 vit	9	6.5	0	0
njëherë nuk është kontrolluar më parë	5	3.6	0	0
Nuk e di	2	1.4	0	0
Total	138	100.0	138	100.0

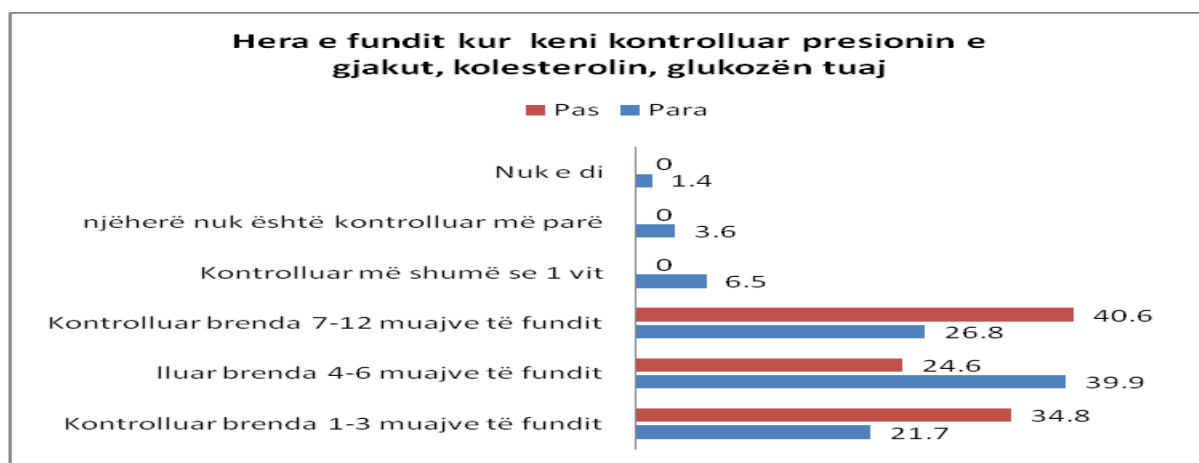


Figura nr. 34 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:

“Kur ishte hera e fundit kur keni kontrolluar presionin e gjakut, kolesterolin, glukozën dhe peshën tuaj?”

6.19 Në qoftë se nëpër poliklinika afrojnë një edukim infermieror a do dëshironit të mernit pjesë për parandalimin dhe menaxhimin e sëmundjeve kardiovaskulare si:

Matje presionit të gjakut	<input type="checkbox"/> Po	<input type="checkbox"/> Jo	<input type="checkbox"/> Nuk e di
Matja e glukozës në gjak	<input type="checkbox"/> Po	<input type="checkbox"/> Jo	<input type="checkbox"/> Nuk e di
Matja e nivelit të kolesterolit në gjak	<input type="checkbox"/> Po	<input type="checkbox"/> Jo	<input type="checkbox"/> Nuk e di
Këshilla mbi dietën	<input type="checkbox"/> Po	<input type="checkbox"/> Jo	<input type="checkbox"/> Nuk e di
Këshilla për aktivitet fizik	<input type="checkbox"/> Po	<input type="checkbox"/> Jo	<input type="checkbox"/> Nuk e di
Këshilla për ndërprerjen e duhanit	<input type="checkbox"/> Po	<input type="checkbox"/> Jo	<input type="checkbox"/> Nuk e di

Tabela nr. 35 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:

“Në qoftë se nëpër poliklinika afrojnë një edukim infermieror a do dëshironit të mernit pjesë për parandalimin dhe menaxhimin e sëmundjeve kardiovaskulare si matje e presionit të gjakut?”

Matje presionit të gjakut				
	Para ndërhyrjes nr.	Përqindja (%)	Pas ndërhyrjes nr.	Përqindja (%)
po	136	98.6	138	100.0
jo	2	1.4		
Total	138	100.0	138	100.0

Tabela nr. 36 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:

“Në qoftë se nëpër poliklinika afrojnë një edukim infermieror a do dëshironit të mernit pjesë për parandalimin dhe menaxhimin e sëmundjeve kardiovaskulare si matje e glukozës në gjak?”

Matja e glukozës në gjak				
	Para ndërhyrjes nr.	Përqindja (%)	Pas ndërhyrjes nr.	Përqindja (%)
po	137	99.3	138	100.0
jo	1	.7		
Total	138	100.0	138	100.0

Tabela nr.41 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:

“Në qoftë se nëpër poliklinika afrojnë një edukim infermieror a do dëshironit të mernit pjesë për parandalimin dhe menaxhimin e sëmundjeve kardiovaskulare si matje e nivelit të kolesterolit në gjak?”

Matja e nivelit të kolesterolit në gjak				
	Para ndërhyrjes nr.	Përqindja (%)	Pas ndërhyrjes nr.	Përqindja (%)
po	137	99.3	138	100.0
jo	1	.7		
Total	138	100.0	138	100.0

Tabela nr. 42 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:

“Në qoftë se nëpër poliklinika afrojnë një edukim infermieror a do dëshironit të mernit pjesë për parandalimin dhe menaxhimin e sëmundjeve kardiovaskulare si këshilla mbi dietën?”

Këshilla mbi dietën				
	Para ndërhyrjes nr.	Përqindja (%)	Pas ndërhyrjes nr .	Përqindja (%)
po	133	96.4	138	100.0
jo	5	3.6		
Total	138	100.0	138	100.0

Tabela nr. 43 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:

“Në qoftë se nëpër poliklinika afrojnë një edukim infermieror a do dëshironit të mernit pjesë për parandalimin dhe menaxhimin e sëmundjeve kardiovaskulare si këshilla për aktivitetin fizik?”

Këshilla për aktivitet fizik				
	Para ndërhyrjes nr.	Përqindja (%)	Pas ndërhyrjes nr.	Përqindja (%)
po	127	92.0	138	100.0
jo	8	5.8	0	0
nuk e di	3	2.1	0	0
Total	138	100.0	138	100.0

Tabela nr. 44 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:

“Në qoftë se nëpër poliklinika afrojnë një edukim infermieror a do dëshironit të mernit pjesë për parandalimin dhe menaxhimin e sëmundjeve kardiovaskulare si këshillat për ndërprerjen e duhanit?”

Këshilla për ndërprerjen e duhanit				
	Para ndërhyrjes nr.	Përqindja (%)	Pas ndërhyrjes nr.	Përqindja (%)
po	128	92.8	138	100.0
jo	8	5.8	0	0
nuk e di	2	1.4	0	0
Total	138	100.0	138	100.0

6.20 **Kohëve e fundit kur infermiera ju bëri matjet e presionit të gjakut ,kolesterolit dhe nivelin e glukozës ju rezultoi se:**

Presioni gjakut i juaj është: I lartë I ulët Normal Nuk e di
 Niveli i kolesterolit i juaj është: I lartë I ulët Normal Nuk e di
 Niveli juaj i glukozës është: I lartë I ulët Normal Nuk e di

Tabela nr. 45 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:
 “Kohët e fundit a rezultoi se presioni i gjakut tuaj është?”

Koheve te fundit a rezultoi se Presioni gjakut i juaj është				
	Para ndërhyrjes nr.	Përqindja (%)	Pas ndërhyrjes nr.	Përqindja (%)
i larte	77	55.8	31	22.5
i ulet	9	6.5	1	.7
normal	42	30.4	106	76.8
nuk e di	10	7.2	0	0
Total	138	100.0	138	100.0

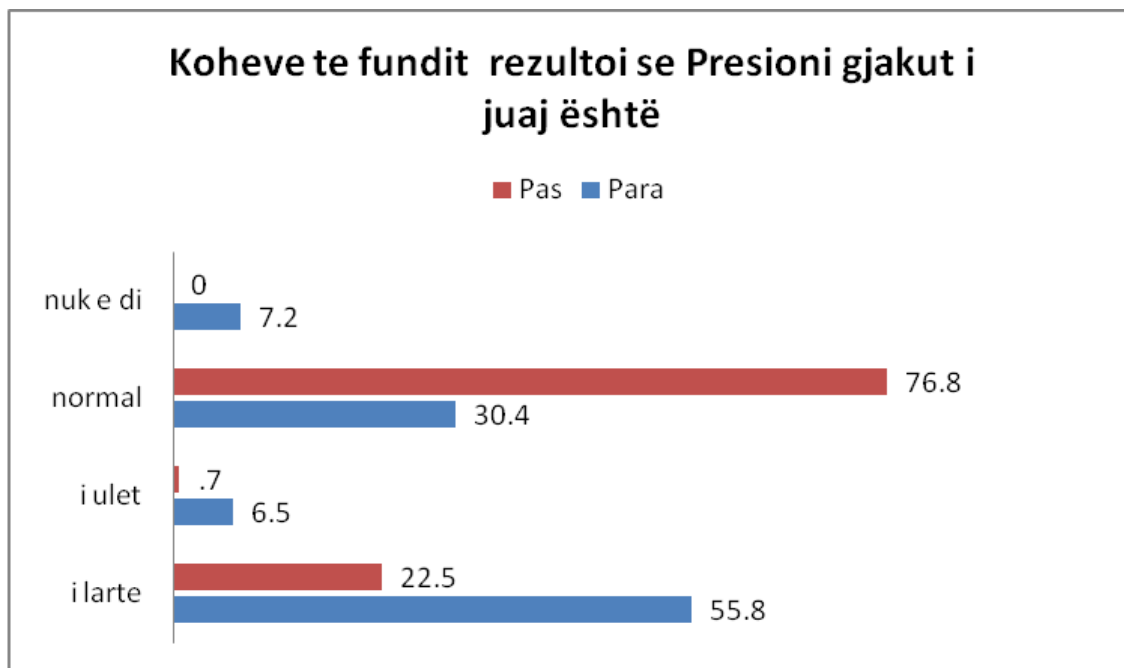


Figura nr.35 Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjes së pyetjes:
 “Kohëve e fundit kur infermiera ju bëri matjet e presionit të gjakut ,kolesterolit dhe nivelin e glukozës juaj është”

7. Diskutim

Pse është koha për të bërë një studim të tillë ?

Ndikimi pozitiv i aktiviteteve të rregullta fizike dhe ndryshimit të mënyrës së jetesës mbi përsëritjen, shfaqjen e komplikacioneve apo vdekshmërinë pas infarktit të miokardit është konfirmuar nga shumë studime parandaluese^[15,16].

Ekzistojnë dallime në ofrimin dhe organizimin e rehabilitimit kardial në vende të ndryshme që kanë të bëjnë me politikat shëndetësore të secilit vend. Vende të ndryshme ndajnë burime të ndryshme në rehabilitimin kardial . Natyrisht, vendet me një nivel më të ardhura më të larta janë më shumë gjasa për të vënë më shumë burime në rehabilitimin kardial . Indikacione për rehabilitimin kardial mund , pra, të ndryshojnë midis vendeve^[21-31].

Deri kohët e fundit kufizimi i stërvitjes u imponua në pacientët me infarkt në zemër. Përfshirja e insuficiencës kardiake në programet e rehabilitimit kardial në kohët e fundit dhe puna e Sullivan pati një kontribut të madh në këtë drejtim^[20].

Në vendin tonë rehabilitimi kardial si një proces rutinë tek pacientët që kanë kaluar një event kardial nuk kryhet dhe mesa dimë ky është studimi i parë që kryhet për këtë qëllim në vendin tonë.

Shpresojmë se rezultatet, konkluzionet dhe rekomandimet që do të dalin nga ky studim të shërbejnë si një nxitje për të ardhmen për të përgatitur dhe më pas për të zbatuar në praktikën e përditshme të programeve të rehabilitimit tek pacientët që kanë kaluar një event kardial.

Poliklinika nr. 10 në Tiranë është një qendër e cila e rëndësishme me Tiranë e cila ofron shërbimin e saj për një pjesë të rëndësishme të popullsisë në këtë qytet.

Në këtë poliklinikë ofrohet shërbimi parësor për kontrollin rutinë të pacientëve kardialë dhe të specialiteteve të tjera. Ketu shërbimi ofrohet në dy turne, paradite dhe mbasdite duke mbuluar një numër të madh vizitash.

Në ndryshim nga vendet e tjera, në vendin tonë këto 25 vitet e fundit kanë ndodhur ndryshime të rëndësishme të lidhura me mënyrën e jetesës. Kështu ka një kalim nga jeta aktive në atë sedentare, një shtim të stresit në punë dhe në jetën e përditshme, ndryshim në mënyrën se si ushqehemi dhe me çfarë ushqehemi, në drejtim të pirjes së duhanit, të alkolit, të drogës etj.

Të gjitha këto nga ana tjetër nuk janë shoqëruar me rritje të infomimit të pacientëve apo dhe me edukimin e tyre. Kjo nuk ndodh as me pacientët që kalojnë një event kardial gjatë qëndrimit në spital apo më pas në vizitat rutinë në poliklinikë, cdo informacion rrotullohet vetëm rreth sëmundjes dhe mjekimeve.

Sëmundjet kardiovaskulare mbeten shkak i lartë i vdekshmërisë në të gjithë botën.

- Kështu në Angli ato janë shkak i rreth 1/3 së vdekjeve në totalin e përgjithshëm.
- Në Shqipëri janë afërsisht 140 mijë shqiptarë që vuajnë nga sindromi i insuficiencës kardiake. Çdo vit shtohen rreth 3.360 raste. Insuficienca kardiake e zemrës zhvillohet për shkak të sëmundjes së arterieve koronare, presionit të lartë të gjakut, sëmundjeve valvulare të zemrës apo defekteve të lindura në zemër të cilat shkaktojnë mbingarkesë të punës së zemrës.
Sindromi i insuficiencës kardiake është shndërruar në shqetësim në të gjitha sistemet shëndetësore të botës. Në vendin tonë kryesisht prek moshat e rritura por nuk përjashtohen edhe të rinjtë të cilët vuajnë nga probleme të ndryshme të zemrës.
- Në Shtetet e Bashkuara të Amerikës kemi gjithashtu një numër të madh pacientësh që vdesin si rezultat i sëmundjeve kardiake duke zënë rreth 40% të vdekjeve në total.

✚ Studimet e fundit kanë treguar se rreth 80% e pacientëve që vuajnë nga sëmundjet kardiovaskulare kanë këta faktorë të riskut si duhan pirja, crregullimet e yndyrnave, hipertensioni, diabeti dhe obeziteti^[100-103].

Në fakt studimet rreth këtyre faktorëve kanë filluar që shumë herët, rreth vitit 1958. Kështu në Shtetet e Bashkuara të Amerikës ju nënshtruan studimit rreth 12 763 burra të moshës 40 deri 59 vjet që u ekzaminuan për faktorët e rrezikut për sëmundje koronare të zemrës. Personat që u përfshinë në këtë studim ishin kishin prejardhje nga vende të ndryshme të botës dhe përkatësisht nga Shtetet e Bashkuara, Finlanda, Holanda, Italia, Greqia, ish-Jugosllavia dhe Japonia. Përveç ekzaminimit fizik u mblodh informacion edhe mbi faktorët biologjikë të rrezikut si p.sh., niveli i kolesterolit në serum, presioni i gjakut dhe matjet antropometrike dhe gjithashtu edhe ekzaminimi elektrokardiografik (EKG). Në pyetësorët që u përdorën për të mbledhur të dhënat u morr edhe informacioni mbi mënyrën e jetesës dhe një mëny ushqimore një javore. Sondazhet e mëpasshme për të mbledhur të dhëna mbi faktorët e rrezikut u përsëritën me pot ë njëjtin grup pacientësh pas 5, 10 vjetësh dhe të dhënat u mblodhën për një periudhë 25 vjecare me të njëjtin grup pacientësh duke i ndjekur dhe monitoruar ata në vazhdimësi. Gjatë kësaj periudhe studimi, 25 vjecare, vdiqën rreth 6000 pjesëmarrës dhe nga këta për shkak të sëmundjes koronare të zemrës vdiqën rreth 1500 pjesëmarrës.

Të gjitha të dhënat dietike janë mbledhur dhe janë standardizuar në vitin 1986 dhe janë përmbledhur në 16 groups të mëdha të ushqimit. Rreth viteve 1960-të, konsumi i qumështit, i patates , i gjalpjit dhe produktet e sheqerit ishin shumë të larta në Finlandë. Një model i ngjashëm, por më i ulët konsumi është vërejtur në Holandë. Konsumi i frutave, mishit dhe ëmbëlsirave ishte i lartë në Shtetet e Bashkuara. Konsumi i drithërave dhe verës ishte i lartë në Itali dhe konsumi i bukës ishte i lartë në ish-Jugosllavi. Në Greqi , konsumi i vajit të ullirit dhe frutave ishte i lartë dhe dieta Japoneze ishte e karakterizuar nga një konsum i lartë i peshkut, orizit dhe produkteve të sojës. Përbërësit ushqimorë të secilës dietë u analizuan dhe u përpunuan në një laborator qëndror në vitin 1987. Në këtë mënyrë, informacioni i marrë në këtë mënyrë dhe i lidhur më karakteristikat e dietës nga vendet e ndryshme hodhën dritë mbi fakte shumë

interesante që do të shërbenin në të ardhmen për të hedhur dritë mbi faktorët e riskut të sëmundjeve kardiale.

Një tjetër studim ndërkombëtar që ka hetuar marrëdhëniet ndër-kulturore në mes faktorëve të jetesës si p.sh., pirja e duhanit, faktorët biologjikë të rrezikut (p.sh., niveli i kolesterolit në gjak, tensioni i gjakut dhe indeksi i masës trupore) dhe sëmundje koronare të zemrës është ai i kryer nga Organizata Botërore e Shëndetësisë. Në këtë projekt janë përfshirë burra të moshës 55-64 vjeçare nga shtatë vende të ndryshme me qëllim që të krahasohen edhe ndryshimet kulturore të mënyrës së ushqyerjes. Ky studim nxorri në pah se janë pikërisht këto faktorë shumë të rëndësishëm si pirja e duhanit, niveli i kolesterolit në gjak, tensioni arterial dhe indeksi i masës trupore që kanë një lidhje shumë të rëndësishme rreziku me sëmundjet koronare të zemrës.

Kështu në studimet e ndryshme është parë se tek pacientët që nuk kanë asnjë nga këta faktorët e riskut, në moshën rreth 50 vjeçare, kanë mundësi shumë të ulëta për të zhvilluar sëmundje kardiale. Kështu ky risk shkon në më pak se 5% për femrat dhe në më pak se 8% për meshkujt^[104]. Nëse do ti studiojmë këto faktorë më në vecanti do të shohim se ata janë të gjithë të ndikueshëm dhe të ndryshueshëm nga mënyra e ushqyerjes dhe ndryshimi i stilit të jetës.

Është menduar për një kohë të gjatë se ndërhyrjet dietetike dhe të jetesës janë të rëndësishme vetëm për parandalimin parësor. Megjithatë, rezultatet e studimeve kanë treguar se kemi një reduktim të rëndësishëm të rrezikut për sëmundje kardiale nëse do të kemi një ndryshim në dietë dhe në mënyrën e jetesës^[140-147]. Gjithashtu këto studime treguan se hipertensioni arterial dhe niveli i kolesterolit në gjak janë të lidhura në mënyrë statistikisht të rëndësishme me rritjen e riskut për sëmundje kardiale kornike si tek personat që kanë vuajtur nga sëmundje kardiale dhe po ashtu edhe tek personat e shëndoshë. Një nga dallimet mes pacientëve kardiale dhe personave pa sëmundje koronare është se rreziku absolut tek pacientët kardiale është dukshëm më i lartë se për personat pa sëmundje koronare të mëparshme por fuqia e këtyre faktorëve të rrezikut është i ngjashëm tek të dy grupet^[147-150].

Ekziston një nevojë e madhe për të optimizuar faktorët e dietës dhe të jetesës tek personat me rrezikshmëri të lartë dhe tek pacientët kardiale. Megjithatë, nuk është e lehtë për të ndjekur një dietë të shëndetshme dhe një mënyrë jetese, madje edhe për pacientët kardiale, siç mund të tregohet nga rezultatet e EUROASPIRE. Në vitin 1995 -1996 dhe 1999- 2000 , janë intervistuar rreth ≈3500 pacientë kardiale nga 9 vende evropiane . Gjatë kësaj periudhe 4 - vjeçare, prevalenca e duhanpirësve midis pacientëve kardiale u rrit nga 19% në 21%. Prevalenca e obezitetit është rritur nga 25% në 33% dhe prevalenca e diabetit, të raportuar, është rritur nga 18% në 22% . Këto rritje kanë ndodhur pavarësisht këshillave të dhëna shpesh për një mënyrë jetese të shëndetshme dhe dietë të shëndetshme. Një nga arsytet për këto rezultate zhgënjyese mund të jetë mungesa e një mesazhi të qartë dhe të thjeshtë për të gjithë popullatën^[150-155].

Në përputhje me raportin e task force të Shoqërisë Evropiane të Kardiologjisë mbi "*Parandalimin e sëmundjeve koronare të zemrës në praktikën klinike*", udhëzimet dietetike të Shoqatës Amerikane të Zemrës, Programi i Edukimit Kombëtar ndaj Kolesterolit dhe konkluzionet e arritura në krahasimet ndërkombëtare të vdekshmërisë, kanë dhënë rekomandimet më të rëndësishme për faktorë e jetesës në lidhje me përfitimet e mundshme shëndetësore dhe që janë si më poshtë : Mos pini duhan, Në qoftë se ju përdorni alkool, përdoreni me kujdes në mënyrë të moderuar, Të jeni aktiv, mesatarisht të

fuqishëm fizikisht (p.sh. , ecje të shpejtë , ngarje bicikete, ose kopshtari) të paktën 30 minuta çdo ditë . Rekomandimet më të rëndësishme për dietën janë si më poshtë : Mbani një ekuilibër të energjisë , të mbahet një indeks i masës trupore nën 25 kg / m² . Konsumoni < 10% të energjisë nga yndyrna të ngopura. Konsumoni < 2 % të energjisë nga yndyrnat trans. Hani peshk të paktën një herë në javë. Hani ≥400 g perime dhe fruta në ditë. Kufizoni konsumin e kripë për < 6 g / d. Në qoftë se këto rekomandime janë ndjekur atëherë sëmundjet koronare të zemrës mund të eliminohen në masë të madhe në popullsinë e moshës < 70 vjecare dhe duke zbatuar këto rekomandime të moshës së mesme do të kemi kosto më të ulëta vjetore për kujdesin mjekësor për këto moshë^[156-163]. Edhe në studimin tonë ne pamë se faktorët e e riskut që ne përmendëm më lart ishin të pranishëm tek pacientët të cilët kishin kaluar një event kardiak.

Shoqata Amerikane e Zemrës në vitin 2006 botoi rekomandimet e saj në lidhje me dietën dhe mënyrën e jetesës me qëllim reduktimin e marrjeve energjike dhe kalorive të tepërta dhe shtimin në një dietë të ekuilibruar të ushqimeve të tilla si peshku, perimet, frutat dhe uljen e sasisë së ushqimeve të pasura në yndyrna, kalori dhe sasinë e kripës në to^[105-106].

Ajo që rekomandohet më shumë si dietë ushqimore është dieta "Mesdhetare"^[107].

Studime të shumta epidemiologjike në njerëz me dhe pa sëmundje kardiovaskulare të dokumentuar kanë identifikuar nivele të ulëta të aktivitetit fizik si faktorë të pavarur të rrezikut për të gjitha rastet vdekshmëri kardiovaskulare.

Një meta analizë e studim kohëve të fundit që morri në shqyrtim rreth 33 studime dhe me rreth 883,372 pjesëmarrës raportuan një ulje të rrezikut të vdekshmërisë kardiovaskulare në rreth 35% të pjesëmarrësve, tek të dyja gjinitë në mënyrë të ngjashme^[116]. Këto të dhëna tregojnë se pacientët të cilët zakonisht qëndrojnë ulur duhet të këshillohen që të bëhen fizikisht më aktiv dhe / ose të arsyeshme duke filluar një program për stërvitje, duke rritur aktivitetin e jetesës, ose të dyja, në mënyrë që të lëvizin ata nga të paktën të arsyeshme, më pak aktiv, sidomos tek grupi i atyre që janë "me rrezik të lartë".

Sipas një sondazhi telefonik të rreth 153.000 burrave dhe grave në Shtetet e Bashkuara, vetëm 3% të përbahen në katër karakteristikat e jetesës të shëndetshme, duke përfshirë mos pirjen e duhanit, duke ruajtur një peshë normale të trupit, duke ngrënë sasi të adekuate ditore të frutave dhe perimeve dhe që ushtroheshin rregullisht^[119].

- ✚ Edhe pse mjekët dhe profesionistët e shëndetit kanë mundësi për të këshilluar në mnëyrë të rregullt pacientët që kanë kaluar një event kardiak në lidhje me modelet e tyre të jetesës, shumë pak ose aspak prej këtyre punonjësve të shëndetit kanë trajnim ose aftësi të nevojshme për promovimin e shëndetit, veçanërisht aplikimi i teorisë dhe praktikës të sjelljes. Pavarësisht nga përfitimet e njohura shumë mirë të aktivitetit të rregullt fizik dhe të ndryshimeve në dietë në lidhje me zvogëlimin e rrezikut kardiovaskular, në praktikën e përditshme më pak se gjysma e të gjithë pacientëve raportojnë se janë këshilluar në lidhje me një ose të dyja këto praktika të jetesës gjatë vizitës së tyre më të fundit, nga mjeku ose infermierja^[108].

Ndryshimet e jetesës të tilla si ndërprerja e duhanit, rritja e aktivitetit fizik, konsumi i moderuar i alkoolit, janë të lidhura me zvogëlimin e vdekshmërisë, (20% deri në 45%), përmasat e këtij rezultati janë të ngjashme me ose më të mëdha se ajo e vërejtur nga trajtimi me aspirina me dozë të ulët, beta-blokues dhe frenuesit e enzimës konvertuese të angiotenzinës^[121].

✚ Gjasat që pacientët të angazhohen në një sjellje të caktuar jetese është i varur nga një numër i madh faktorësh si p.sh faktorët socio-ekonomikë dhe kulturorë ku duhet që të përfshihet dhe ajo që ata presin nga efektet, kostot ekonomike dhe pasojat e nryshimit të sjelljes në lidhje me qëllimet dhe objektivat që pacientët i kanë vënë vetes.

Studimet e sjelljes kanë treguar se ndryshimi i jetesës nuk është gjithmonë i lehtë dhe i pranuar gjerësisht. Ai shpesh është karakterizuar nga lëvizje të shpejta dhe ndryshime të shpejta dhe jo ndryshime graduale, të ngadalta që zgjasin në kohë. Për fat të keq, shumë njerëz besojnë se ndryshimi i jetesës është një "të gjitha ose asgjë" fenomen. Ndryahimet në sjelljet shëndetësore që lehtësojnë reduktimin e rrezikut kardiovaskular është i ngjashëm me drejtimin e një maratonë, jo një sprint. Kështu, pacientët duhet të këshillohen që të mos preokupohen në lidhje me një pikë të veçantë në garë. Sekret i fundit i suksesit është në një fjalë: këmbëngulja^[125,126].

✚ Në studimin tonë u vu re se gjatë kryrjes së pre-testit njohuritë e pacientëve në lidhje me dietën e shëndetshme ishin të varfëra. Këtu sigurisht që ndërhyjnë edhe faktorët ekonomikë ose edhe niveli arsimor por duhet që në radhë të parë të dihet dhe më pas të kemi mundësi që të ndryshojmë.

Pasi u sqaruan parimet e një ushqyerje të shëndetshme dhe se si mund të aplikohet ajo në jetën e përditshme të secilit pacient u pa se në post-testin e kryer rreth 6 muaj pas kësaj pacientët jo vetëm kishin ndryshuar qëndrimin e tyre ndaj menyrës së ushqyerjes dhe kishin përmirësuar njohuritë e tyre por gjithashtu kishin krijuar edhe dieta personale të ndikuara sigurisht edhe nga faktorët ekonomikë dhe zakonorë personalë.

Duke qënë që në këto biseda edukuese ishin të pranishëm edhe familjarë që kujdeseshin për pacientët me sëmundje kardiace apo pas një eventit kardiak kjo bëri që të ndryshojë edhe menyrën e ushqyerjes së të gjithë familjes, megjithëse kjo nuk ishte në fokus të studimit tonë.

Këto ndryshime janë edhe më të lehta pasi duke qënë vend mesdhetar ne e kemi ë të lehtë që të aplikojmë kuzhinën mesdhetare pasi zotërojmë në natyrë të gjithë përbërësit e kësaj diete edhe për vetë specifikat e vendit tonë .

Por tek pacientët që jetonin vetëm ose janë në moshë sigurisht ndryshimi i menyrës së ushqyerjes nuk rezultoi i suksesshëm. Prandaj në këto raste do të ishte e nevojshme që për këtë kategori të kishim nga një kujdestar i cili do të kujdesej për ndryshimet në menyrën e ushqyerjes.

✚ Një pikë e rëndësishme që ndikon në rritjen e numrit të pacientëve me sëmundje kardiovaskulare është edhe pirja e duhanit. Në këtë futen jo vetëm ata që bëjnë pirje aktive të duhanit por edhe ata që ndikohen pasivisht ngaky fenomen. Në fakt në periudhën që ne po bënim studimin e mësipërm korreloi me fuqizimin nga ana e shtetit të zbatimit të ligjit kombëtar për ndalimin e pirjes së duhanit në ambiente publike.

Kjo fushtë sigurisht në radhë të parë ndikoi në ata persona që i nënështroheshin pirjes pasive të duhanit por nga ana tjetër gjithashtu reduktoi numrin e pacientëve që pinin duhan ose uli numrin e cigareve të pira gjatë ditës.

Rezultatet e studimit nga pre-testi në post-test treguan një ndryshim të rëndësishëm në reduktimin e pacientëve që pinin duhan dhe kjo sigurisht ndikon në cilësinë e jetës dhe përmirësimin e sëmundjes tek këta pacientë.

Ulje e rezikut për sëmundje kardiake ose ndërlikime të tyre nga stopimi apo reduktimi i pirjes së duhanit është vërtetuar edhe nga studime të ndryshme të kryera në të gjitha vendet e botës.

Dy meta- analiza te studimeve në grup kanë studiuar ndërprerjen e duhanit. Kohëzgjatja e ndjekjes së pacientëve gjatë këtij studimi shkonte nga 2 deri në 20 vjet. Të gjitha studimet e përfshira në mënyrë të vazhdueshme kanë treguar një efekt mbrojtës të ndërprerjes së duhanit tek pacientët që vuajnë nga sëmundjet kardiake apo tek pacientët që kanë kaluar një event kardiak. Kështu më poshtë po listojmë disa nga këto studime sigurisht më të rëndësishmit si nga rezultatet dhe nga numri i pacientëve të përfshirë në studim. Kështu Wilson^[127] dhe bashkëpunorë kanë kryer një studim,meta- analizë, te rreth 12 studimeve tek pacientët me infarkt miokardi dhe gjeti një ulje të vdekshmërisë 0.54 (95 % CI , 0.46 në 0.62), për ata që kanë lënë duhanin . Critchley dhe Capewell^[128] kanë publikuar një meta-analizë të 20 studimeve në pacientët me infarkt miokardi raportuan një RR pool prej 0.64 (95 % CI , 0.58 për 0.71) . Gjysma e studimeve të ishin të njëjta si në analizën e parë. Në bazë të këtyre 2 meta- analizave u arrit në konkluzionin që ulja ose stopimi i pirjes së duhanit ka një ndikim në rreth 35% të vdekshmërisë tek pacientët me sëmundje kardiake.

Duke u nisur edhe nga këto rezultate që janë të mbështetura në mjekësinë e bazuar në evidencë del që rezultatet e studimit tonë që tregojnë se kemi një reduktim të rëndësishmë në pirjen e duhanit tek pacientët e përfshirë në studimin tonë. Kjo gjithashtu është e shoqëruar edhe me sensibilizim jo vetëm të pacientit por edhe me sensibilizim të familjarëve dhe kjo con në reduktim të uljes së duhanit edhe tek pjesa e shëndetshme e popullatës.

Këto studime dhe rezultatet e tyre janë paraqitur në tabelën e mëposhtme

Faktorët që ndikojnë në ndryshimin e mënyrës së jetesës	Studime të randomizuara të kontrolluara RR (95% CI)	Studime kohorte,prospektive , RR (95% CI)
Ndërprerja e duhanit		Critchley,* 2003, 0.64 (0.58–0.71) Wilson,* 2000, 0.54 (0.46–0.62)
Aktiviteti fizik	Brown,* 2003, 0.76 (0.59–0.98)	
Konsumimi i moderuar i alkolit		Cooper, 2000, 0.85 (0.75–0.97) Shaper, 2000, 1.05 (0.78–1.42) Muntwyler, 1998, 0.72 (0.58–0.89) Thun, 1997, 0.8 (0.8–0.9) Doll, 1994, 0.79 (0.69–0.91) Pooled estimate: 0.80 (0.78–0.83) [†]
Faktorët ushqyes		
Reduktimi i yndyrnave të ngopura	Burr, 1989, 1.0 (0.77–1.30)	Erkkila, 2003, 0.64 (0.46–0.88)
	Woodhill, 1978, 1.49 (0.92–2.43)	
	Morris, 1968, 0.88 (0.53–1.47)	
	Leren, 1966, 0.75 (0.50–1.12)	
	Pooled (4 studies): 0.98 (0.81–1.18) [§]	
	Pooled (2 studies) [‡] : 0.79 (0.58–1.09) [†]	
Konsumimi i rregullt i peshkut	Burr, 2003, 1.15 (0.96–1.36)	Barzi, 2003, 0.81 (0.69–0.94)
	GISSI, 1999, 0.79 (0.66–0.93)	Erkkila, 2003, 0.50 (0.20–1.28)
	Burr, 1989, 0.71 (0.54–0.93)	
	Pooled (3 studies): 0.88 (0.69–1.11) [§]	Pooled estimate: 0.80 (0.69–0.93) [†]
	Pooled (2 studies) : 0.77 (0.66–0.89) [†]	
Faktorët e kombinuar		
Faktorët e kombinuar të dietës	Singh, 2002, 0.63 (0.38–1.06)	Barzi, 2003, 0.51 (0.44–0.59)

Lorgeril, 1999, 0.44 (0.21–0.94)
Singh, 1992, 0.55 (0.34–0.75)
Pooled estimate: 0.55 (0.41–0.74) [†]

- ✚ Ne kemi gjetur studime që tregojnë ndikimin direkt të aktivitetit fizik mbi vdekshmërinë në pacientët me sëmundje kardiake ose tek ata që kanë kaluar një event kardiak. Efekti i pjesëmarrjes në një program të strukturuar stërvitje pas një ngjarje kardiake në drejtim të sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë është vlerësuar në disa studime të tipit të meta-analizë^[129-133].

Ndryshimi i vdekshmërisë dhe sëmundshmërisë ishte i rëndësishëm dhe ndryshonin në mes të 20% dhe 25%. Në këto meta-analiza ku u përfshinë studime që përfshinin programe stërvitje rehabilitimi dhe këtu përfshihen ndërhyrje edukative dhe psiko-sociale. Në këto studime janë përfshirë rreth 2585 pacientë. Ndërhyrjet stërvitore ndryshonin shumë nga ushtrimet në palestër, me bazë ushtrimet aerobike dy herë në javë, për 4 javë dhe me ndërhyrjet ushtrimore që zgjasin për 30 muaj me qëndrime spitalore. Ndjekja e këtyre pacientëve varionte nga 6-60 muaj. Studimi tregoi një efekt të rëndësishëm të dobishëm të programit ushtrimor. Efekti në të gjithë-shkaqet e vdekshmërisë është vlerësuar si reduktim i rëndësishëm i rrezikut ≈25% (RR, 0.76; 95% CI, 0.59-0.98).

Në studimin tonë u pa se në të dhënat që u morrën nga pre-testi pacientët kryenin një aktivitet minimal fizik gjatë ditës, bënë një jetë sedentare dhe kjo ka ndikuar në shfaqjen e eventit kardiak. Por me e rëndësishme ishte edhe mungesa e informacionit që këta pacientë apo familjarët e tyre kishin në lidhje me rëndësinë e aktivitetit fizik në parandalimin dhe përmirësimin e jetës së tyre pasi kishin kaluar një event kardiak. Pas edukimit dhe informacionit të rëndësishëm që u është dhënë pacienteëve në post-testin që u krye pas 6 muajsh rezultatet ishin të rëndësishme nga ana statistikore përsa i përket kohës së kryerjes së aktivitetit fizik, çdo ditë.

- ✚ Në rreth 5 studime janë vlerësuar efektet e konsumimit të alkolit në sëmundjet kardiovaskulare^[134-138]. Këto studime kanë treguar se ka një ndikim të rëndësishëm që shkon deri në rreth 15-25% ulja e sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë nga sëmundjet kardiake tek ata që nuk pinë alkol krahasuar me ata që konsumojnë alkol. Këto studime janë të rëndësishme dhe po ashtu edhe rezultatet e tyre pasi janë studime që i kanë ndjekur pacientët për rreth 15 vjet dhe ndryshimi ka qënë i rëndësishëm RR 0.80 [p 0.53. 95% CI, 0.78-0.83].

Në studimin tonë në pjesën e pretestit ku morrëm informacion mbi njohuritë e pacientëve në lidhje me konsumimin e alkolit dhe ndikimin e tij në sëmundshmërinë dhe vdekshmërinë nga sëmundjet kardiake u pa se pacientët kishin një lloj informacione apo njohuri në lidhje me këtë fenomen. Por ajo që ishte e rëndësishme ishte ndarja midis të pirit të moderuar dhe atij të tepruar e cila në jetën e përditshme është e vështirë që të ndahet dhe aq më tepër vartësia nga alkoli dhe mundësia e shkëputjes prej tij.

✚ Kontrolli i peshës trupore dhe ndikimi i saj në sëmundjet kardiake është një problem i njohur dhe i studiuar shumë mirë^[139]. Studimet në lidhje me këtë problem janë fokusuar gjithashtu në ndryshimet e peshës trupore dhe sidomos obezitetit sipas gjinisë pasi për shkak të ndryshimeve fiziologjike kemi parametra të ndryshëm midis femrave dhe meshkujve

Edhe në studimin tonë ishte një pikë e rëndësishme menaxhimi i peshës trupore dhe ndikimi i saj në cilësinë e jetës së pacientëve pas eventit kardiak. Por e ndërlidhur me ndryshimin në mënyrën e ushqyerjes dhe atë të aktivitetit fizik kjo sjell ndryshime dhe ne peshën trupore dhe ne pamë që pas 6 muajsh kishim ndryshime të rëndësishme në peshën trupore të pacientëve.

Në studimet e ndryshme të përmendura më lart paraqitet se vetëm me ndryshimin e stilit të jetesës shohim se kemi një reduktim të vdekshmërisë si në popullatën normale dhe në atë me sëmundje kardiovaskulare sic duket në tabelën e mëposhtme.

Rekomandimet	Reduktimi i riskut për vdekshmëri nga sëmundjet kardiovaskulare tek pacientët me sëmundje kardiovaskulare	Reduktimi i riskut për vdekshmëri nga sëmundjet kardiovaskulare tek pacientët e popullatës normale
Ndërprerja e duhanit	35%	50%
Aktiviteti fizik	25%	20%–30%
Konsumi i alkolit i moderuar	20%	15%
Kombinimi i ndryshimeve në dietën ushqimore	45%	15%–40%

Në studimin tonë nuk u vlerësua vdekshmëria nga sëmundjet kardiovaskulare por të dhënat që vijnë nga mjekësia e bazuar në evidencë janë të mjaftueshme për të vërtetuar rolin e padiskutueshëm që ka ndryshimi në mënyrën e jetesës në cilësinë e jetës së pacientëve që kanë kaluar një event kardiak dhe në pakësimin e komplikacioneve të tyre.

✚ Sigurisht një nga elementët e pyetësorit që vlerësonte njohuritë e pacientëve ishte edhe fakti nëse ata kishin kryer ekzaminime më parë në lidhje me hipertensionin, diabetin, yndyrnat etj., faktorë që ndikojnë në mënyrë të rëndësishme në sëmundjet kardiovaskulare. Ndryshimi në përgjigjet pre dhe post test ishte shumë i ndryshueshëm në drejtimin pozitiv.

Ajo që duhet theksuar ër këtë grup moshë që ne kishim përfshirë në studim është edhe futja e ekzaminimeve bazë falas të realizuara nga MSH e cila patjetër do të ndihmojë në evidentimin e patologjive të ndryshme por sidomos ato që kanë ndikim në sëmundjet kardiovaskulare.

Ndjekja në dinamikë e diabetit, hipertensionit, nivelit të kolesterolit dhe të yndyrnave të tjera është një nga gurët themelorë të ndjekjes së një pacienti pas një eventit kardiak. Ndryshimi i mënyrës së jetesës nëpërmjet faktorëve që ne përmendëm dhe edukimi i pacientëve për një jetë më aktive con në një kontroll më të mirë edhe të këtyre pathollogjive.

- ✚ Ajo që vihet re në studimet e ndryshme të kryera në lidhje me ndikimin që ka një event kardiak në jetën e përditshme të pacientit, në aktivitetin e tij, në mardhënien seksuale, gjumin, perceptimin për jetën, mardhëniet në familje, shoqëri dhe punë etj kanë treguar se është një ndikim negativ^[100-125].

Një pjesë e këtyre ndryshimeve që pëson pacienti pas eventit kardiak janë të vështira që të pranohen, si p.sh., frika për të kryer mardhënie seksuale sidomos nëse eventit kardiak ka ndodhur gjatë një mardhënie seksuale, apo të vështira për tu kuptuar si stresi dhe pasiguria për jetën kur sot në një botë të mbushur plot me pasiguri të tilla kjo është shumë e pranishme edhe tek personat që nuk vuajnë nga pathollogji kardiake.

Ajo që theksohet në të gjitha studimet dhe protokollet në lidhje me rehabilitimin kardiak është se vetëm një ekip multidisiplinar mund dhe duhet që të kryejë programin e rehabilitimit tek një pacient pas një eventit kardiak. Këtu një rol të rëndësishëm luan psikologu i ekipit.

Në studimin tonë në lidhje me këto pika duhet të pranojmë që nuk dimë nëse rezultatet e pre dhe post testit ishin reale pasi komplekset për të folur për elementë kaq intimë mund ti kenë bërë pacientët që të mos përgjigjen realisht për gjendjen e tyre. Në fakt që në fillim që ne ideuam bashkë me udhëheqësin këtë studim e menduam se nuk do të ishte e lehtë dhe reale që pacientët të përgjigjeshin realisht për këto pyetje dhe prandaj vendosëm që pyetësi si para dhe pas 6 muajsh të ishte anonim, por numri i pakët i pacientëve në momentin e kryerjes se bashkëbisedimit mund tju ketë induktuar një ndroje.

- ✚ Një pikë tjetër shumë e rëndësishme ka të bëjë edhe me pjesën ekonomike, pra me kosto-efektivitetin e kësaj metode. Të gjitha studimet e kanë patur në focus të tyre pikërisht kosto-efektivitetin e kësaj metode, pra të edukimit të pacientëve për të ndryshuar mënyrën e tyre të jetesës kanë treguar se ky shpenzim është gati zero krahasuar me metodat farmakologjike dhe terapitë medikamentoze. Po kështu edhe komplikacionet apo përsëritja e eventit kardiak kanë qënë shumë herë më të ulëta.

Duke ju referuar pozicionit ekonomik të vendit tonë mendojmë se kjo metodë me kosto shumë të ulët financiare dhe me efektivitet jashtëzakonisht të madh për pacientët që kanë kaluar një event kardiak, për pacientët kardiakë, për familjarët e tyre dhe për gjithë shoqërinë është shumë e rëndësishme që të aplikohet sa më shpejt në praktikën tonë klinike dhe jo vetëm në Tiranë por në të gjithë vendin.

8. KONKLUZIONE

- Rehabilitimi kardial përmirëson shëndetin dhe të ardhmen e pacientëve që kanë kaluar një event kardial.
- Përkundër dëshmimeve të përfitimeve të saj, rehabilitimi kardial aplikohet shumë pak në praktikën klinike.
- Programet e rehabilitimit kardial duhet të jenë individuale dhe të përshtatura me nevojat e pacientit.
- Programet e rehabilitimit kardial duhet që të aplikohen nga profesionistë të shëndetit që janë të trajnuar për të ofruar një shërbim të tillë mjekësor.
- Programet e rehabilitimit kardial kërkojnë një ekip multidisiplinar për të qënë të suksesshëm.
- Programet e rehabilitimit kardial janë shumë kosto-efektive në drejtim të përmirësimit të jetës dhe të ardhmes së pacientëve që kanë kaluar një event kardial.

9. REKOMANDIME

- ✚ Përpilimi i protokolleve kombëtare për aplikimin e rehabilitimit kardial në të gjitha fazat, si gjatë qëndrimit në spital të pacientit dhe më pas në kushte ambulatorë.
- ✚ Të përgatiten grupet multifunksionale pranë poliklinikave të cdo qyteti dhe sidomos në Tiranë ku është përqëndruar edhe numri më i madh i popullatës për të shërbyer pacientëve që kanë kaluar një event kardial me cilësi, profesionalizëm dhe në kohën e duhur.
- ✚ Të përpilohet programi i futjes së rehabilitimit kardial dhe përgatitjes së profesionistëve në Fakultetin e Shkencave Mjekësore.
- ✚ Në mënyrë që të përfitojnë më shumë pacientë nga ky mjet kosto-efektiv duhet që të përmirësohet referimi dhe pjesëmarrja në programet e rehabilitimit kardial duke marrë parasysh profilin e pacientëve .

10.BIBLIOGRAFI

1. World Health Organization: Rehabilitation of patients with cardiovascular disease: Report of a WHO expert committee. *WHO Technical Report Series, 1964*; 270.
2. Piotrowicz R, Dylewicz P, Jegier A. Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna. *Folia Cardiol, 2004*; 11: (suppl. A): A1–A48.
3. Ades PA. Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease. *N Engl J Med, 2001*; 345: 892–902.
4. Fletcher GF, Balady GJ, Ezra A et al. Exercise standards for testing and training. A statement for Healthcare professionals from the American Heart Association. *Circulation, 2001*; 104: 1694–1740.
5. Thomas RJ, King M, Lui K, et al. AACVPR/ACC/AHA 2007 performance measures on cardiac rehabilitation for referral to and delivery of cardiac rehabilitation/secondary prevention services. *J Cardiopulm Rehabil Prev 2007*; 27:260-90.
6. Giannuzzi P, Saner H, Björnstad H, et al. Secondary prevention through cardiac rehabilitation: position paper of the Working Group on Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J 2003*; 24:1273-8.
7. AHA; ACC; National Heart, Lung, and Blood Institute, et al. AHA/ACC guidelines for secondary prevention for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2006 update endorsed by the National Heart, Lung, and Blood Institute. *J Am Coll Cardiol 2006*; 47:2130-9.
8. Piepoli MF, Corrà U, Benzer W, et al. Secondary prevention through cardiac rehabilitation: from knowledge to implementation. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil 2010*; 17:1-17.
9. Levine SA, Lown B. The “chair” treatment of acute thrombosis. *Trans Assoc Am Physicians 1951*; 64:316-27.
10. Morris JN, Heady JA. Mortality in relation to the physical activity of work: a preliminary note on experience in middle age. *Br J Ind Med 1953*; 10:245-54.
11. Cardus D. Effects of 10 days recumbency on the response to the bicycle ergometer test. *Aerosp Med 1966*; 37:993-9.
12. Saltin B, Blomqvist G, Mitchell JH, et al. Response to exercise after bed rest and after training. *Circulation 1968*; 38:VIII1-78.
13. Bethell HJ. Cardiac rehabilitation: from Hellerstein to the millennium. *Int J Clin Pract 2000*; 54:92-7.
14. Naughton J, Lategola MT, Shanbour K. A physical rehabilitation program for cardiac patients: a progress report. *Am J Med Sci 1966*; 252:545-53.
15. Wannamethee SG, Shaper AG, Walker M. Physical activity and mortality in older men with diagnosed coronary heart disease. *Circulation 2000*; 102:1358-63.
16. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet 2004*; 364:937-52.
17. Broustet JP, Monpère C. [Cooperative survey of the results of coronary surgery during cardiac rehabilitation]. *Arch Mal Coeur Vaiss 1994*; 87:1267-73.

18. Stewart KJ, Badenhop D, Brubaker PH, et al. Cardiac rehabilitation following percutaneous revascularization, heart transplant, heart valve surgery, and for chronic heart failure. *Chest* **2003**; 123:2104-11.
19. Sullivan MJ, Higginbotham MB, Cobb FR. Exercise training in patients with severe left ventricular dysfunction. Hemodynamic and metabolic effects. *Circulation* **1988**; 78:506-15.
20. Zwisler AD, Soja AM, Rasmussen S, et al. Hospital-based comprehensive cardiac rehabilitation versus usual care among patients with congestive heart failure, ischemic heart disease, or high risk of ischemic heart disease: 12-month results of a randomized clinical trial. *Am Heart J* **2008**; 155:1106-13.
21. Ueno A, Tomizawa Y. Cardiac rehabilitation and artificial heart devices. *J Artif Organs* **2009**; 12:90-7.
22. Scrutinio D, Giannuzzi P. Comorbidity in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery: impact on outcome and implications for cardiac rehabilitation. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* **2008**; 15:379-85.
23. Pande RL, Perlstein TS, Beckman JA, et al. Secondary prevention and mortality in peripheral artery disease: National Health and Nutrition Examination Study, 1999 to 2004. *Circulation* **2011**; 124:17-23.
24. Naughton J. Exercise training for patients with coronary artery disease. Cardiac rehabilitation revisited. *Sports Med* **1992**; 14:304-19.
25. Squires RW, Gau GT, Miller TD, et al. Cardiovascular rehabilitation: status, 1990. *Mayo Clin Proc* **1990**; 65:731-55.
26. Balady GJ, Williams MA, Ades PA, et al. Core components of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs: 2007 update: a scientific statement from the American Heart Association Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention Committee, the Council on Clinical Cardiology; the Councils on Cardiovascular Nursing, Epidemiology and Prevention, and Nutrition, Physical Activity, and Metabolism; and the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. *Circulation* **2007**; 115:2675-82.
27. Smith SC Jr, Benjamin EJ, Bonow RO, et al. AHA/ACCF secondary prevention and risk reduction therapy for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2011 update: a guideline from the American Heart Association and American College of Cardiology Foundation. *Circulation* **2011**; 124:2458-73.
28. American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation; American College of Cardiology Foundation; American Heart Association Task Force on Performance Measures (Writing Committee to Develop Clinical Performance Measures for Cardiac Rehabilitation), et al. AACVPR/ACCF/AHA 2010 Update: Performance Measures on Cardiac Rehabilitation for Referral to Cardiac Rehabilitation/Secondary Prevention Services Endorsed by the American College of Chest Physicians, the American College of Sports Medicine, the American Physical Therapy Association, the Canadian Association of Cardiac Rehabilitation, the Clinical Exercise Physiology Association, the European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, the Inter-American Heart Foundation, the National Association of Clinical Nurse Specialists, the Preventive Cardiovascular Nurses Association, and the Society of Thoracic Surgeons. *J Am Coll Cardiol* **2010**; 56:1159-67.

29. Mendes M. [Patient assessment before initiating a cardiac rehabilitation program after an acute myocardial infarct--the role of the stress test]. *Rev Port Cardiol* **1995**; 14:553-8.
30. Myers J, Prakash M, Froelicher V, et al. Exercise capacity and mortality among men referred for exercise testing. *N Engl J Med* **2002**; 346:793-801.
31. Jolly MA, Brennan DM, Cho L. Impact of exercise on heart rate recovery. *Circulation* **2011**; 124:1520-6.
32. Lavie CJ, Milani RV. Cardiac rehabilitation and exercise training in secondary coronary heart disease prevention. *Prog Cardiovasc Dis* **2011**; 53:397-403.
33. Rognmo Ø, Hetland E, Helgerud J, et al. High intensity aerobic interval exercise is superior to moderate intensity exercise for increasing aerobic capacity in patients with coronary artery disease. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* **2004**; 11:216-22.
34. Warburton DE, McKenzie DC, Haykowsky MJ, et al. Effectiveness of highintensity interval training for the rehabilitation of patients with coronary artery disease. *Am J Cardiol* **2005**; 95:1080-4.
35. Wisløff U, Støylen A, Loennechen JP, et al. Superior cardiovascular effect of aerobic interval training versus moderate continuous training in heart failure patients: a randomized study. *Circulation* **2007**; 115:3086-94.
36. Ades PA, Savage PD, Harvey-Berino J. The treatment of obesity in cardiac rehabilitation. *J Cardiopulm Rehabil Prev* **2010**; 30:289-98.
37. Clark AM, Hartling L, Vandermeer B, et al. Meta-analysis: secondary prevention programs for patients with coronary artery disease. *Ann Intern Med* **2005**; 143:659-72.
38. Artinian NT, Fletcher GF, Mozaffarian D, et al. Interventions to promote physical activity and dietary lifestyle changes for cardiovascular risk factor reduction in adults: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* **2010**; 122:406-41.
39. Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: full text. Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* **2007**; 14:S1-113.
40. Sattelmair J, Pertman J, Ding EL, et al. Dose response between physical activity and risk of coronary heart disease: a meta-analysis. *Circulation* **2011**; 124:789-95.
41. Critchley JA, Capewell S. Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease: a systematic review. *JAMA* **2003**; 290:86-97.
42. Mohiuddin SM, Mooss AN, Hunter CB, et al. Intensive smoking cessation intervention reduces mortality in high-risk smokers with cardiovascular disease. *Chest* **2007**; 131:446-52.
43. Brennan A. Efficacy of cardiac rehabilitation 2: Smoking and behaviour modification. *Br J Nurs* **1997**; 6:737-40.
44. Allison TG. Improving weight loss in cardiac rehabilitation. *Circulation* **2009**; 119:2650-2.
45. Rao G, Burke LE, Spring BJ, et al. New and emerging weight management strategies for busy ambulatory settings: a scientific statement from the American Heart Association endorsed by the Society of Behavioral Medicine. *Circulation* **2011**; 124:1182-203.
46. Yusuf S, Lonn E, Bosch J. Lipid lowering for primary prevention. *Lancet* **2009**; 373:1152-5.

47. EUROASPIRE I and II Group; European Action on Secondary Prevention by Intervention to Reduce Events. Clinical reality of coronary prevention guidelines: a comparison of EUROASPIRE I and II in nine countries. EUROASPIRE I and II Group. European Action on Secondary Prevention by Intervention to Reduce Events. *Lancet* **2001**; 357:995-1001.
48. Carroll S, Tsakirides C, Hobkirk J, et al. Differential improvements in lipid profiles and Framingham recurrent risk score in patients with and without diabetes mellitus undergoing long-term cardiac rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil* **2011**; 92:1382-7.
49. Hedner T, Hansson L, Jern S. What is happening to blood pressure? *Blood Press* **1996**; 5:132-3.
50. Zanchetti A. What blood pressure levels should be treated? *Clin Investig* **1992**; 70:S2-6.
51. Aldana SG, Whitmer WR, Greenlaw R, et al. Cardiovascular risk reductions associated with aggressive lifestyle modification and cardiac rehabilitation. *Heart Lung* **2003**; 32:374-82.
52. Romon I, Fosse S, Eschwège E, et al. Prevalence of macrovascular complications and cardiovascular risk factors in people treated for diabetes and living in France: the ENTRED study 2001. *Diabetes Metab* **2008**; 34:140-7.
53. Banzer JA, Maguire TE, Kennedy CM, et al. Results of cardiac rehabilitation in patients with diabetes mellitus. *Am J Cardiol* **2004**; 93:81-4.
54. Milani RV, Lavie CJ, Cassidy MM. Effects of cardiac rehabilitation and exercise training programs on depression in patients after major coronary events. *Am Heart J* **1996**; 132:726-32.
55. Denollet J, Brutsaert DL. Enhancing emotional well-being by comprehensive rehabilitation in patients with coronary heart disease. *Eur Heart J* **1995**; 16:1070-8.
56. Lavie CJ, Milani RV. Cardiac rehabilitation, exercise training, and psychosocial risk factors. *J Am Coll Cardiol* **2006**; 47:212.
57. Ranjit N, Diez-Roux AV, Shea S, et al. Psychosocial factors and inflammation in the multi-ethnic study of atherosclerosis. *Arch Intern Med* **2007**; 167:174-81.
58. Milani RV, Lavie CJ. Impact of cardiac rehabilitation on depression and its associated mortality. *Am J Med* **2007**; 120:799-806.
59. Lavie CJ, Milani RV. Cardiac rehabilitation and exercise training in secondary coronary heart disease prevention. *Prog Cardiovasc Dis* **2011**; 53:397-403.
60. Collins JA, Rice VH. Effects of relaxation intervention in phase II cardiac rehabilitation: replication and extension. *Heart Lung* **1997**; 26:31-44.
61. Mitchell ME. Sexual counseling in cardiac rehabilitation. *J Rehabil* **1982**; 48:15-8.
62. Di Castelnuovo A, Costanzo S, Bagnardi V, et al. Alcohol dosing and total mortality in men and women: an updated meta-analysis of 34 prospective studies. *Arch Intern Med* **2006**; 166:2437-45.
63. Iestra JA, Kromhout D, van der Schouw YT, et al. Effect size estimates of lifestyle and dietary changes on all-cause mortality in coronary artery disease patients: a systematic review. *Circulation* **2005**; 112:924-34.
64. Costanzo S, Di Castelnuovo A, Donati MB, et al. Alcohol consumption and mortality in patients with cardiovascular disease: a meta-analysis. *J Am Coll Cardiol* **2010**; 55:1339-47.

65. Suh I, Shaten BJ, Cutler JA, et al. Alcohol use and mortality from coronary heart disease: the role of high-density lipoprotein cholesterol. The Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. *Ann Intern Med* 1992; 116:881-7.
66. Folsom AR, Wu KK, Davis CE, et al. Population correlates of plasma fibrinogen and factor VII, putative cardiovascular risk factors. *Atherosclerosis* 1991; 91:191-205.
67. Mukamal KJ, Jadhav PP, D'Agostino RB, et al. Alcohol consumption and hemostatic factors: analysis of the Framingham Offspring cohort. *Circulation* 2001; 104:1367-73.
68. Albert MA, Glynn RJ, Ridker PM. Alcohol consumption and plasma concentration of C-reactive protein. *Circulation* 2003; 107:443-7.
69. Lacoste L, Hung J, Lam JY. Acute and delayed antithrombotic effects of alcohol in humans. *Am J Cardiol* 2001; 87:82-5.
70. Taylor RS, Unal B, Critchley JA, et al. Mortality reductions in patients receiving exercise-based cardiac rehabilitation: how much can be attributed to cardiovascular risk factor improvements? *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2006; 13:369-74.
71. Milani RV, Lavie CJ, Mehra MR. Reduction in C-reactive protein through cardiac rehabilitation and exercise training. *J Am Coll Cardiol* 2004; 43:1056-61.
72. Maines TY, Lavie CJ, Milani RV, et al. Effects of cardiac rehabilitation and exercise programs on exercise capacity, coronary risk factors, behavior, and quality of life in patients with coronary artery disease. *South Med J* 1997; 90:43-9.
73. Taylor RS, Brown A, Ebrahim S, et al. Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Med* 2004; 116:682-92.
74. Hammill BG, Curtis LH, Schulman KA, et al. Relationship between cardiac rehabilitation and long-term risks of death and myocardial infarction among elderly Medicare beneficiaries. *Circulation* 2010; 121:63-70.
75. McKelvie RS, Teo KK, Roberts R, et al. Effects of exercise training in patients with heart failure: the Exercise Rehabilitation Trial (EXERT). *Am Heart J* 2002; 144:23-30.
76. Piepoli MF, Davos C, Francis DP, et al. Exercise training meta-analysis of trials in patients with chronic heart failure (ExTraMATCH). *BMJ* 2004; 328:189.
77. O'Connor CM, Whellan DJ, Lee KL, et al. Efficacy and safety of exercise training in patients with chronic heart failure: HF-ACTION randomized controlled trial. *JAMA* 2009; 301:1439-50.
78. Pavy B, Iliou MC, Meurin P, et al. Safety of exercise training for cardiac patients: results of the French registry of complications during cardiac rehabilitation. *Arch Intern Med* 2006; 166:2329-34.
79. Thompson PD, Franklin BA, Balady GJ, et al. Exercise and acute cardiovascular events placing the risks into perspective: a scientific statement from the American Heart Association Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism and the Council on Clinical Cardiology. *Circulation* 2007; 115:2358-68.
80. Ades PA, Pashkow FJ, Nestor JR, et al. Cost-effectiveness of cardiac rehabilitation after myocardial infarction. *J Cardiopulm Rehabil* 1997; 17:222-31.
81. Levin LA, Perk J, Hedbäck B. Cardiac rehabilitation--a cost analysis. *J Intern Med* 1991; 230:427-34.
82. Oldridge N, Furlong W, Feeny D, et al. Economic evaluation of cardiac rehabilitation soon after acute myocardial infarction. *Am J Cardiol* 1993; 72:154-61.

83. Aragam KG, Moscucci M, Smith DE, et al. Trends and disparities in referral to cardiac rehabilitation after percutaneous coronary intervention. *Am Heart J* 2011; 161:544-51.e2.
84. Brown TM, Hernandez AF, Bittner V, et al. Predictors of cardiac rehabilitation referral in coronary artery disease patients: findings from the American Heart Association's Get With The Guidelines Program. *J Am Coll Cardiol* 2009; 54:515-21.
85. Yohannes AM, Yalfani A, Doherty P, et al. Predictors of drop-out from an outpatient cardiac rehabilitation programme. *Clin Rehabil* 2007; 21:222-9.
86. French DP, Cooper A, Weinman J. Illness perceptions predict attendance at cardiac rehabilitation following acute myocardial infarction: a systematic review with meta-analysis. *J Psychosom Res* 2006; 61:757-67
87. Sanderson BK, Bittner V. Women in cardiac rehabilitation: outcomes and identifying risk for dropout. *Am Heart J* 2005; 150:1052-8.
88. Ferrara N, Corbi G, Bosimini E, et al. Cardiac rehabilitation in the elderly: patient selection and outcomes. *Am J Geriatr Cardiol* 2006; 15:22-7.
89. Mazzini MJ, Stevens GR, Whalen D, et al. Effect of an American Heart Association Get With the Guidelines program-based clinical pathway on referral and enrollment into cardiac rehabilitation after acute myocardial infarction. *Am J Cardiol* 2008; 101:1084-7.
90. Gregory PC, LaVeist TA, Simpson C. Racial disparities in access to cardiac rehabilitation. *Am J Phys Med Rehabil* 2006; 85:705-10.
91. Sanderson BK, Mirza S, Fry R, et al. Secondary prevention outcomes among black and white cardiac rehabilitation patients. *Am Heart J* 2007; 153:980-6.
92. Jolly K, Lip GY, Taylor RS, et al. The Birmingham Rehabilitation Uptake Maximisation study (BRUM): a randomised controlled trial comparing home-based with centre-based cardiac rehabilitation. *Heart* 2009; 95:36-42
93. Everett B, Salamonson Y, Zecchin R, et al. Reframing the dilemma of poor attendance at cardiac rehabilitation: an exploration of ambivalence and the decisional balance. *J Clin Nurs* 2009; 18:1842-9.
94. Ades PA, Pashkow FJ, Fletcher G, et al. A controlled trial of cardiac rehabilitation in the home setting using electrocardiographic and voice transtelephonic monitoring. *Am Heart J* 2000; 139:543-8.
95. Balady GJ, Ades PA, Bittner VA, et al. Referral, enrollment, and delivery of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs at clinical centers and beyond: a presidential advisory from the american heart association. *Circulation* 2011; 124:2951-60.
96. Potvin L, Richard L, Edwards AC. Knowledge of cardiovascular disease risk factors among the Canadian population: relationships with indicators of socioeconomic status. *CMAJ* 2000;162(9 Suppl):S5-11.
97. Bani IA, Hashim TJ. Knowledge of nutrition and coronary heart disease in Riyadh, Saudi Arabia. *J Community Health* 1999;24:467-73.
98. Mukattash TL, Shara M, Jarab AS, Al-Azzam SI, Almaaytah A, Al Hamarneh YN: Public knowledge and awareness of cardiovascular disease and its risk factors: a cross-sectional study of 1000 Jordanians. *Int J Pharm Pract* 2012, 20:367-376.
99. Khan MS, Jafary FH, Jafar TH, Faruqui AM, Rasool SI, Hatcher J, et al. Knowledge of modifiable risk factors of heart disease among patients with acute myocardial infarction in Karachi, Pakistan: a cross sectional study. *BMC Cardiovascular Disorders* 2006;6:18.

100. Ford ES, Ajani UA, Croft JB, et al. Explaining the decrease in U.S. deaths from coronary disease, 1980-2000. *N Engl J Med* 2007;356:2388-2398.
101. Franklin BA. Coronary revascularization and medical management of coronary artery disease: changing paradigms and perceptions. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2006;13:669-673.
102. Yusuf S, Hawken S, Ôunpuu S, et al. on behalf of the INTERHEART Study Investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004;364:937-952.
103. Khot UN, Khot MB, Bajzer CT, et al. Prevalence of conventional risk factors in patients with coronary heart disease. *JAMA* 2003;290:898-904.
104. Greenland P, Knoll MD, Stamler J, et al. Major risk factors as antecedents of fatal and nonfatal coronary heart disease events. *JAMA* 2003;290:891-897.
105. Lloyd-Jones DM, Leip EP, Larson MG, et al. Prediction of lifetime risk for cardiovascular disease by risk factor burden at 50 years of age. *Circulation* 2006;113:791-798.
106. Pearson TA, Blair SN, Daniels SR, et al. AHA guidelines for primary prevention of cardiovascular disease and stroke: 2002 update: consensus panel guide to comprehensive risk reduction for adult patients without coronary or other atherosclerotic vascular diseases. *Circulation* 2002;106:388-391.
107. Franklin BA, Vanhecke TE. Counseling patients to make cardioprotective lifestyle changes: strategies for success. *Prev Cardiol* 2008;11:50-55.
108. Lichtenstein AH, Appel LJ, Brands M, et al. Summary of American Heart Association diet and lifestyle recommendations revision 2006. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2006;26:2186-2191.
109. Mente A, de Koning L, Shannon HS, Anand SS. A systematic review of the evidence supporting a causal link between dietary factors and coronary heart disease. *Arch Intern Med* 2009;169:659-669.
110. Bibbins-Domingo K, Chertow GM, Coxson PG, et al. Projected effect of dietary salt reductions on future cardiovascular disease. *N Engl J Med* 2010;362:590-599.
111. Psota TL, Gebauer SK, Kris-Etherton P. Dietary omega-3 fatty acid intake and cardiovascular risk. *Am J Cardiol* 2006;98[suppl]:3i-18i.
112. Kris-Etherton PM, Harris WS, Appel LJ, AHA Nutrition Committee. Omega-3 fatty acids and cardiovascular disease: new recommendations from the American Heart Association. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2003;23:151-152.
113. Wang C, Harris HS, Chung M, et al. n-3 Fatty acids from fish or fish-oil supplements, but not α -linolenic acid, benefit cardiovascular disease outcomes in primary- and secondary-prevention studies: a systematic review. *Am J Clin Nutr* 2006;84:5-17.
114. Williams PT. Physical fitness and activity as separate heart disease risk factors: a meta-analysis. *Med Sci Sports Exerc* 2001;33:754-761.
115. Nocon M, Hiemann T, Müller-Riemenschneider F, et al. Association of physical activity with all-cause and cardiovascular mortality: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2008;15:239-246.
116. Kodama S, Aaito K, Tanaka S, et al. Cardiorespiratory fitness as a quantitative predictor of all-cause mortality and cardiovascular events in healthy men and women. *JAMA* 2009;301:2024-2035.

117. Franklin BA, McCullough PA. Cardiorespiratory fitness: An independent and additive marker of risk stratification and health outcomes. *Mayo Clin Proc* 2009;84(9):776-779.
118. Reeves MJ, Rafferty AP. Healthy lifestyle characteristics among adults in the United State, 2000. *Arch Intern Med* 2005;165:854-857.
119. Franklin BA, Kahn JK, Gordon NF, Bonow RF. A cardioprotective "polypill"? Independent and additive benefits of lifestyle modification. *Am J Cardiol* 2004;94:162-166.
120. Iestra JA, Kromhout D, van der Schouw YT, et al. Effect size estimates of lifestyle and dietary changes on all-cause mortality in coronary artery disease patients: A systematic review. *Circulation* 2005;112:924-934.
121. Sdringola S, Nakagawa K, Nakagawa Y, et al. Combined intense lifestyle and pharmacologic lipid treatment further reduce coronary events and myocardial perfusion abnormalities compared with usual-care cholesterol-lowering drugs in coronary artery disease. *J Am Coll Cardiol* 2003;41:263-272.
122. Chan SY, Mancini J, Burns S, et al. Dietary measures and exercise training contribute to improvement of endothelial function and atherosclerosis even in patients given intensive pharmacologic therapy. *J Cardiopulm Rehabil* 2006;26:288-293.
123. Daubenmier J, Weidner G, Sumner M, et al. The contribution of changes in diet, exercise, and stress management to changes in coronary risk in women and men in the Multisite Cardiac Lifestyle Intervention Program. *Ann Behav Med* 2007;33:57-68.
124. Hyman DJ, Pavlik VN, Taylor WC, et al. Simultaneous vs. sequential counseling for multiple behavior change. *Arch Intern Med* 2007;167:1152-1158.
125. Artinian NT, Fletcher GJ, Mozaffarian D, et al. on behalf of the American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular and Stroke Nursing. Interventions to promote physical activity and dietary lifestyle changes for cardiovascular risk factor reduction in adults: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2010.
126. Lloyd-Jones DM, Hong Y, Labarthe D, et al. on behalf of the American Heart Association Strategic Planning Task Force and Statistics Committee. Defining and setting national goals for cardiovascular health promotion and disease reduction. The American Heart Association's strategic impact goal through 2020 and beyond. *Circulation* 2010;121:586-613.
127. Wilson K, Gibson N, Willan A, Cook D. Effect of smoking cessation on mortality after myocardial infarction: meta-analysis of cohort studies. *Arch Intern Med.* 2000; 160: 939–944
128. Critchley JA, Capewell S. Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease: a systematic review. *JAMA.* 2003; 290: 86–97.
129. Oldridge NB, Guyatt GH, Fischer ME, Rimm AA. Cardiac rehabilitation after myocardial infarction: combined experience of randomized clinical trials. *JAMA.* 1988; 260: 945–950.
130. O'Connor GT, Buring JE, Yusuf S, Goldhaber SZ, Olmstead EM, Paffenbarger RS Jr, Hennekens CH. An overview of randomized trials of rehabilitation with exercise after myocardial infarction. *Circulation.* 1989; 80: 234–244.

131. Jolliffe JA, Rees K, Taylor RS, Thompson D, Oldridge N, Ebrahim S. Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease. **Cochrane Database Syst Rev.** **2001**; CD001800.
132. Brown A, Taylor R, Noorani H, Stone J, Skidmore B. Exercise-Based Cardiac Rehabilitation Programs for Coronary Artery Disease: A Systematic Clinical and Economic Review. Ottawa, Canada: Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA); 2003. Technology report.
133. Taylor RS, Brown A, Ebrahim S, Jolliffe J, Noorani H, Rees K, Skidmore B, Stone JA, Thompson DR, Oldridge N. Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Med.* **2004**; 116: 682–692.
134. Cooper HA, Exner DV, Domanski MJ. Light-to-moderate alcohol consumption and prognosis in patients with left ventricular systolic dysfunction. *J Am Coll Cardiol.* **2000**; 35: 1753–1759.
135. Shaper AG, Wannamethee SG. Alcohol intake and mortality in middle aged men with diagnosed coronary heart disease. *Heart.* **2000**; 83: 394–399.
136. Muntwyler J, Hennekens CH, Buring JE, Gaziano JM. Mortality and light to moderate alcohol consumption after myocardial infarction. *Lancet.* **1998**; 352: 1882–1885.
137. Thun MJ, Peto R, Lopez AD, Monaco JH, Henley SJ, Heath CW Jr, Doll R. Alcohol consumption and mortality among middle-aged and elderly U.S. adults. *N Engl J Med.* **1997**; 337: 1705–1714.
138. Doll R, Peto R, Hall E, Wheatley K, Gray R. Mortality in relation to consumption of alcohol: 13 years' observations on male British doctors. *BMJ.* **1994**; 309: 911–918.
139. Burr ML, Ashfield-Watt PA, Dunstan FD, Fehily AM, Breay P, Ashton T, Zotos PC, Haboubi NA, Elwood PC. Lack of benefit of dietary advice to men with angina: results of a controlled trial. *Eur J Clin Nutr.* **2003**; 57: 193–200
140. Hjermann I, Velve Byre K, Holme I, et al. Effects of diet and smoking intervention on the incidence of coronary heart disease. *Lancet.* **1981**; 2:1303–1310.
141. Burt A, Thornley P, Illingworth D, et al. Stopping smoking after myocardial infarction. *Lancet.* **1974**; 1: 304–306.
142. Truswell AS. Review of dietary intervention studies: effect on coronary events and mortality. *Aust NZ J Med.* **1994**; 24: 98–106.
143. Burr ML, Fehily AM, Gilbert JF, et al. Effects of changes in fat, fish and fibre intakes on death and myocardial re-infarction: Diet And Re-infarction Trial (DART). *Lancet.* **1989**; 2: 757–761.
144. De Logeril M, Salen P, Martin JL, et al. Mediterranean diet, traditional risk factors and the rate of cardiovascular complications after myocardial infarction: final report of the Lyon Diet Heart Study. *Circulation.* **1999**; 99:779–785.
145. Keys A, Anderson JT, Grande F. Serum cholesterol response to changes in diet, IV: particular saturated fatty acids in the diet. *Metabolism.* **1965**; 14:776–786.
146. Shepherd J, Cobbe SM, Ford I, et al, for the West of Scotland Coronary Prevention Study Group. Prevention of coronary heart disease with pravastatin in men with hypercholesterolemia. *N Engl J Med.* **1995**; 333: 1301–1307.

147. Ebrahim S, Davey Smith G, McGabe C, et al. What role for statins? A review and economic model. *Health Technol Assess.* **1999**; 3: i-iv, 1–91.
148. Kris-Etherton P, Eckel RH, Howard BV, et al. Lyon Diet Heart Study: benefits of a Mediterranean-lifestyle, National Cholesterol Education Program/American Heart Association Step I dietary pattern on cardiovascular disease. *Circulation.* **2001**; 103: 1823–1825.
149. Collins R, Peto R, MacMahon S, et al. Blood pressure, stroke and coronary heart disease, part 2: short-term reductions in blood pressure: overview of randomized drug trials in their epidemiological context. *Lancet.* **1990**; 335:827–838.
150. Appel LJ, Moore TJ, Obarzanek E, et al, for the DASH Collaborative Research Group. A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. *N Engl J Med.* **1997**; 336: 1117–1124.
151. Kromhout D, for the INTERSALT Cooperative Research Group. INTERSALT: an international study of electrolyte excretion and blood pressure: results for 24 hour urinary sodium and potassium excretion. *Br Med J.* **1988**; 297: 319–328.
152. Kesteloot H. Epidemiological studies on the relationship between sodium, potassium, calcium and magnesium and arterial blood pressure. *J Cardiovasc Pharmacol.* **1984**; 6: S192–S196.
153. Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, et al, for the DASH-Sodium Collaborative Research Group. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. *N Engl J Med.* **2001**; 334: 3–10.
154. Ornish D, Scherwitz LW, Billings JH, et al. Intensive lifestyle changes for reversal of coronary heart disease. *JAMA.* **1998**; 280: 2001–2007.
Robertson RM, Smaha L. Can a Mediterranean-style diet reduce heart disease? *Circulation.* **2001**; 103: 1821–1822.
155. Manson JE, Hu FB, Rich-Edwards JW, et al. A prospective study of walking as compared with vigorous exercise in the prevention of coronary heart disease in women. *N Engl J Med.* **1999**; 341: 650–658.
156. Pekkanen J, Linn S, Heiss G, et al. Ten-year mortality from cardiovascular disease in relation to cholesterol level among men with and without preexisting cardiovascular disease. *N Engl J Med.* **1990**; 322: 1700–1707.
157. Browner WS, Hulley SB. Effect of risk status on treatment criteria: implications for hypertension trials. *Hypertension.* **1989**; 13 (suppl 1): 151–156.
158. EUROASPIRE I and II Group. Clinical reality of coronary prevention guidelines: a comparison of EUROASPIRE I and II in nine countries. *Lancet.* **2001**; 357: 995–1001.
159. Wood D, DeBacker G, Faergeman O, et al. Task force report: prevention of coronary heart disease in clinical practice. *Eur Heart J.* **1998**; 19: 1434–1503.
160. AHA Scientific Statement. AHA dietary guidelines: revision 2000: a statement for healthcare professionals from the Nutrition Committee of the American Heart Association. *Circulation.* **2000**; 102: 2284–2299.

161. Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adults Treatment Panel III). Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP). *JAMA*.**2001**; 285: 2486–2497.
162. Kesteloot H. Nutrition and health. *Eur Heart J*. **1992**; 13: 120–128.
163. Daviglius ML, Liu K, Greenland P, et al. Benefit of a favorable cardiovascular risk-factor profile in middle age with respect to Medicare costs. *N Engl J Med*.**1998**; 339: 1122–1129.