

UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË

REPUBLIKA E SHQIPËRISË  
UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË  
FAKULTETI I SHKENCAVE MJEKËSORE TEKNIKE

## **DISERTACION**

PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE  
**DOKTOR**

**TEMA: “MENAXHIMI INFERMIEROR NË REGJIONIN  
E PEJËS PËR PARANDALIMIN E SËMUNDJES SE  
TENSIONIT ARTERIAL”**

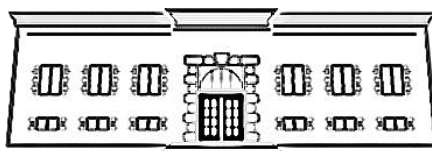
Kandidati:

**BESARTA PELAJ**

Udhëheqës shkencor:

**Prof. Dr. IDRIZ BALLA**

Tiranë 2021



UNIVERSITETI I MJEKESISE, TIRANE  
REPUBLIKA E SHQIPËRISË  
UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË  
FAKULTETI I SHKENCAVE MJEKËSORE TEKNIKE

## DISERTACION

*I*

*PARAQITUR NGA*  
**BESARTA PELAJ**

PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE  
**DOKTOR**

**TEMA: “MENAXHIMI INFERMIEROR NË REGJIONIN E PEJËS PËR  
PARANDALIMIN E SËMUNDJES SE TENSIONIT ARTERIAL”**

Udhëheqës shkencor:  
**Prof. Dr. IDRIZ BALLA**

Mbrohet përpara jurisë me Dt. 28/01/2021

1. Prof. Asoc. Ilirjana Zekja (Kryetare)
2. Prof. Asoc. Floreta Kurti (Oponent)
3. Prof. Dr. Xheladin Çeka (Oponent)
4. Prof. Dr. Petrit Bara (Anëtar)
5. Prof. Asoc. Mira Ziçishti (Anëtar)

Tiranë 2021

## PËRMBAJTJA:

Pasqyra e tabelave.....	IV
Pasqyra e grafikëve.....	V
Fotot.....	V
Shkurtime.....	VI
Në vend të Parathënies .....	VII
I.Hyrje.....	VIII
I.I. Historiku	
I.II. Qarkullimi i gjakut	
I.III. Etiologjia	
I.IV. Ecuria natyrale dhe rreziku kardiovaskular	
I.V. Roli i trashëgimisë	
II. Të dhëna demografike dhe epidemiologjike.....	XIV
II.I. Patologjia dhe fiziopatologjia	
II.II. Diagnostikimi	
II.III. Metodika e matjes së presionit arterial	
III. Si ta parandalojmë hipertensionin .....	XX
III.I. Si ta parandalojmë hipotensionin	
III.II. Mjekimi	
III.III. Menaxhimi i hipertensionit arterial	
1. Qëllimi i punimit.....	1
2. Materiali dhe metoda.....	3
3. Procedura dhe metodat.....	4
4. Kriteret e futjes në hulumtim.....	5
4. 1. Kriteret e shmangies nga hulumtimi	
4. 2. Mënyra e vlerësimit të pacientëve të cilët i kemi këshilluar dhe përcjellur gjendjen e tyre për një vit e gjysmë çdo muaj	
4. 3. Analiza statistikore	
5. Rezultatet.....	7
6. Diskutim.....	42
7. Përfundime.....	55
8. Rekomandime.....	57
9. Referencat.....	59
10. Shtojca.....	71
11. Autobiografia.....	81
12. Abstrakt.....	82
13. Summary.....	83

## Pasqyra e tabelave

Tabela I.1.	Faktorët e riskut.....	X
Tabela I.2.	Klasifikimi i presionit arterial të gjakut.....	XII
Tabela II. 1.	Diagnoza e hipertensionit.....	XVI
Tabela II. 2.	Ekzaminimet laboratorike.....	XVII
Tabela III.1.	Agjentët antihipertensivë të linjës së parë.....	XXI
Tabela IV.1.	Përfitimet nga modifikimi i stilit të jetës.....	XXIII
Tabela. 5.1.	Pacientët e paraqitur me HTA në Spitalin Regjional të Pejës dhe Ambulancën Specialistike nga Viti 2014-2017 sipas moshës, gjinisë, dhe vendbanimit.....	8
Tabela 5. 2.	Paraqitja e pacientëve në QKMF Pejë me hipertension dhe hipotension për vitet 2014-2017 sipas gjinisë. ....	10
Tabela 5. 3.	Paraqitja e pacientëve QKMF Istog me hipertension dhe hipotension për vitet 2014-2017 sipas gjinisë .....	10
Tabela 5.4.	Paraqitja e pacienteve QKMF Deçan me hipertension dhe hipotension për vitet 2014-2017 sipas gjinisë.....	12
Tabela 5. 5.	Menaxhimi i kujdesit infermior në momentin e pranimit të pacientëve në Njesinë Koronare dhe Interno të Spitalit Rajonal të Pejës. ....	13
Tabela 5. 6.	Perceptimi i infermierëve lidhur me informimin dhe edukimin e pacientëve në spital të Pejës.....	14
Tabela. 5. 7	Menaxhimi i kujdesit infermior te pacientët me HTA.....	15
Tabela 5. 8.	Satisfaksioni i pacientëve ndaj kujdesit infermior në spital. ....	17
Tabela 5. 9.	Perceptimi i pacientëve lidhur me informimin dhe edukimin nga infermierët.....	18
Tabela 5. 10.	Opinionin e pacientëve në qasjen e parë me infermierin në Njesinë Koronare dhe të Internos.....	21
Tabela 5. 11.	Rezultatet e përgjigjeve nga infermierë dhe pacientë, lidhur me njohuritë rreth faktorëve të rrezikut.....	22
Tabela 5. 12.	Përgjigjet nga infermierët dhe pacientët, që lidhen me njohuritë rreth faktorëve të rrezikut dhe medikamenteve të zakonshme që përdoren për HTA.....	27
Tabela 5.13.	Numri i pacienteve në janar të vitit 2017, të cilët janë vizituar në Ambulancën Specialistike në Pejë.....	28
Tabela 5. 14.	Përgjigjet e pacientëve në ditën e parë të fillimit të vizitave dhe marjes së këshillave për menaxhimin dhe parandalimin e HTA.....	29
Tabela 5. 15.	Rezultatet e përgjigjeve për ushqyeshmerinë, aktivitetin fizike dhe menaxhimin e HTA.....	30
Tabela 5. 16.	Përgjigjet e pacientëve në ditën e fundit të këshillimit.....	31
Tabela 5. 17.	Rezultatet e përgjigjeve nga pyetësi i dytë për ushqyerjen, aktivitetet fizike dhe kolesterolin.....	32
Tabela 5. 18.	Rezultatet e përgjigjeve nga pacientët mbi faktorët e riskut dhe menaxhimin e tyre.....	33

## Pasqyra e grafikëve

Grafiku 5.1.	Tregon numrin e pacientëve me HTA gjatë vitit 2014 në Spitalin e Pejës dhe Ambulancën Specialistike të Pejës.....	7
Grafiku 5.2.	Paraqitja e pacientëve me HTA sipas muajve në vitin 2015 në Spitalin e Pejës dhe Ambulancën Specialistike në Pejë.....	7
Grafiku 5.3.	Paraqitja e pacientëve me HTA sipas muajve në vitin 2016 në Spitalin e Pejës dhe Ambulancën Specialistike në Pejë.....	7
Grafiku 5.4.	Paraqitja e pacientëve me HTA sipas muajve në vitin 2016 në Spitalin e Pejës dhe Ambulancën Specialistike në Pejë.....	8
Grafiku 5.5.	Pacientët e paraqitur me HTA në Spitalin Regjional të Pejës dhe Ambulancën Specialistike nga viti 2014-2017, sipas moshës.....	9
Grafiku 5.6.	Vendbanimi i pacientëve me HTA në Spitalin Regjional të Pejës dhe Ambulancën Specialistike nga viti 2014-2017.....	9
Grafiku 5.7.	Paraqitja e pacientëve me hipotension për vitet 2014-2017 sipas gjinisë në QKMF Istog.....	11
Grafiku 5.8.	Paraqitja e pacientëve me hipertension për vitet 2014-2017 sipas gjinisë në QKMF Istog.....	11
Grafiku 5.9.	Përgjigjet e pacientëve lidhur me informimin dhe edukimin nga infermierët....	19
Grafiku 5.10.	Përgjigjet e pacientëve: Gjatë qëndrimit në Spital a keni marrë informata të mjaftueshme për modifikimin e faktorëve të rrezikut?.....	19
Grafiku 5.11.	Përgjigjet e pacientëve: Gjatë qëndrimit në Spital a keni marrë informata të mjaftueshme për barnat që do t'i përdorni?.....	20
Grafiku 5.12.	Tregon sa herë janë shtruar pacientët në Spital për shkak të hipertensionit?.....	20
Grafiku 5.13.	Jep rezultatet e përgjigjeve nga infermierët dhe pacientët, lidhur me atë se kush duhet t'i jap informata pacientit lidhur me sëmundjen .....	23
Grafiku 5.14.	Jep rezultatet e përgjigjeve nga infermierët, sa herë e bëjnë matjen e shtypjes së gjakut te pacientët.....	24
Grafiku 5.15.	Jep rezultatet e përgjigjeve nga pacientët sa herë matet shtypja e gjakut nga infermierët gjatë qëndrimit të tyre në Spital.....	24
Grafiku 5.16.	Jep rezultatet e përgjigjeve nga pacientët: Cilat janë faktorët që ndikojnë në kontrollin e shtypjes së gjakut .....	25
Grafiku 5.17.	Kush ndihmon në menaxhimin e stresit, përgjigjja e infermierëve dhe pacientëve.....	25
Grafiku 5.18.	Numri i pacientëve i paraqitur në Ambulancën Specialistike në Pejë gjatë vitit 2017 në bazë të gjinisë .....	28
Grafiku 5.19.	Numri i pacientëve i paraqitur në Ambulancën Specialistike në Pejë gjatë vitit 2017 në bazë të gjinisë .....	28
Grafiku 5.20.	Menaxhimi i kujdesit infermior te pacientet me HTA.....	34
Grafiku 5.21.	Praktikat e mira te kujdesit infermior .....	35
Grafiku 5.22.	Satisfaksioni i pacientëve ndaj kujdesit infermior në spital.....	36
Grafiku 5.23.	Menaxhimi i kujdesit infermior.....	37
Grafiku 5.24.	Suksesi i dhënies së këshillave dhe vizitat e rregullta në menaxhimin e hipertensionit arterial.....	41
<b>Fotot</b>		
Foto 6.1	Komuna e Pejës.....	43
Foto 6.2	Spitali Rajonal i Pejës .....	44

## **Shkurtime**

ESH - European School of Haematology

ESC - European Society of Cardiology

HTA - Hipertensioni Arterial

INC - Indian Nursing Council (Organizata Indiane e Trajnimit të Infermierëve)

ISKSH - Instituti i Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor

TA - Tensioni Arterial

TAD - Tension Arterial Diastolic

SR - Spitali Rajonal

QKMF - Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare

NIHLB - Institutin Nacional të Zembrës Mushkërive dhe Gjakut

SHBA - Shtetet e Bashkuara të Amerikës

QSUT - Qendra Spitalore Universitare e Tiranës

SKV - Sëmundjet e Sistemit Kardiovaskular

TAD - Tensioni Arterial Diastolik

TAS - Tensioni Arterial Sistolik

SAK - Sëmundjet Arteries Kardiovaskolare

HVM - Hipertrofia e Ventrikulit të Majtë

IKK - Insuficienca Kardiake Kongjестive

IAM - Infarkti Akut i Miokardit

AP - Angina Pectoris

GRA - Gluko-Cortikoid Remediable Aldosteronism

AME - Apparent Mineralocorticoid Excess

PA - Presioni Arterial

IR - Insuficienca Renale

IMC - Indeksi i Masës Trupore

VM - Ventrikuli i Majtë

IRK - Insuficienca Renale Kronike

### ***Në vend të Parathënies***

*Me konsideratën më të lartë falënderoj mentorin, Prof. Dr. Idriz Balla, për ndihmën shumë të çmuar, qëndrimin inkurajues gjatë udhëheqjes së këtij punimi si dhe për gatishmërinë e tij të përhershme që të transmetojë tek unë sa më shumë nga profesionalizmi i tij, saktësia intelektuale dhe njohuritë shkencore më bashkëkohore.*

*Falenderoj familjen time për mbështetjen dhe kurajon për të përfunduar me sukses, dhe të marr Gradën Shkencore "DOKTOR".*

*Në veçanti falenderoj prindërit e mi të cilët më ndihmuan shumë me përkrahjen e tyre maksimale duke më ofruar ngrohtësi dhe qetësi shpirtërore gjatë punës sime shkencore, si dhe duke më dhënë motiv të vazhdoj tutje pa asnjë lodhje.*

## I. Hyrja

Presioni i gjakut i referohet forcës së ushtruar nga gjaku që qarkullon në muret e enëve të gjakut, dhe përbën një nga shënjat kryesore jetike. “Organizata Botërore e Shëndetësisë ka përcaktuar parandalimin dhe kontrollin e tensionit arterial apo “presionit të gjakut” më qëllim sensibilizimit dhe popullatës, si dhe të gjithë ofruesve të shërbimeve shëndetësore, për rëndësinë dhe mundësitë reale që ekzistojnë për parandalimin e hipertensionit arterial dhe pasojave që lidhen me të<sup>1</sup>”.

Në vitin 2012, Asambleja e Përgjithshme e OBSH, vëndosi të adaptojë objektivin e reduktimit me 25% të vdekjeve të parakohshme nga sëmundjet jo të komunikueshme deri në vitin 2025<sup>1,2</sup>. Në Shtetet e Bashkuara, është llogaritur se rreth 72 milionë njerëz kanë hipertension<sup>2</sup>. Në të gjithë botën, hipertensioni mund të ndikojë deri në 1 miliard njerëz dhe të jetë përgjegjës për përafërsisht 7.1 milion vdekje në vit<sup>1,2,3</sup>. Hipertensioni është faktori më i rëndësishëm i rrezikut për vdekje të parakohshme në mbarë botën<sup>3</sup>.

Sipas të dhënave të ISKSH, për sëmundjet kronike shpenzohen rreth 55 milion \$ në vit. Vetëm për hipertensionin arterial shpenzohet 22 % e rimbursimeve.

Në dakordim me Institutin Nacional të Zembrës Mushkërive dhe Gjakut të SHBA-ve (NIHLB), HTA për të rritur definohet atëherë kur shtypja e gjakut është mbi: 130 mm Hg shtypje sistolike dhe mbi 80 mm Hg shtypja diastolike apo më e lartë<sup>4</sup>.

Në një rekomandim tjetër të Institutit Nacional të Zembrës Mushkërive dhe Gjakut të SHBA-ve (NIHLB), për hipertensionin në vitin 2003, shtohet shtypja e re e gjakut që kategorizohet si prehipertension: 120-139 mm Hg shtypja sistolike dhe: 80-89 mm Hg shtypja diastolike<sup>3,4</sup>.

Rreth 90 - 95% të njerëzve me shtypje të lartë të gjakut nuk i dihet shkaku i vërtetë për hipertension, por kjo ndërlidhet me shumë faktorë të rrezikut: pirjen e duhanit, historinë familjare, mbipeshën (obezitetin), konsumimin e alkoolit, jetën inaktive (pasive), stresin, ushqimin që konsumohet, sëmundjet e veshkave, sëmundjet e sistemit endokrin-hormonet, ngushtimin e arterieve koronare.

Hipertensioni arterial në shumicën e rasteve nuk ka simptoma dhe quhet si vrasës i heshtur. Simtomat e hipertensionit janë: dhimbje koke, zhurmë në veshë, lodhje, vështirësi në frymëmarrje, rrahje të parregullta të zembrës, dhimbje të forta në gjoks, gjakderdhje nga hunda. Hipotensioni ndodh kur zemra nuk ka fuqi të mjaftueshme të punojë për të hedhur në trup sasinë e domosdoshme të gjakut të nevojshëm. Shtypje e ulët e gjakut konsiderohet ajo shtypje e cila është më pak se 90 - 60 mmHg.

Përgjithësisht vlerat normale të presionit arterial konsiderohen 130/85 mm Hg e deri 140/90 mm Hg (njësia matëse është mm Hg, milimetra shtyllës së zhivës). Por shumë njerëz kanë një jetë normale edhe kur presioni bie nën këto shifra. Nëse shfaqet hipotension atëherë do të takohen marramendje, konfuzitet në kokë (trulllosje) dhe në disa raste edhe alivanosje. Kur shtypja e gjakut është e ulët atëherë mund të ndodhë mungesë e gjakut për të dërguar në arteriet koronare. Në këtë rast pacienti mund të ketë dhimbje gjoksi (angina) e deri tek infarkti i zembrës. Njihen shumë shkaktarë të cilët shkaktojnë hipotensionin si: dehidrimi, problemet hormonale, reaksionet alergjike-nafilaksa, nausea, të vjellja, diarea, temperatura e lartë, dëmtimi i veshkave, gjakderdhjet e ndryshme, tumorët etj.



## I.I. Historiku

Të kuptuarit modern të sistemit kardiovaskular filloi me punën e mjekut William Harvey (1578- 1657), i cili e përshkroi qarkullimin e gjakut në librin e tij ‘‘DE MOTU CORDIS’’. Kleriku Anglez Stephen Hales bëri matjen e parë të presionit të gjakut të publikuar në 1733. Përshkrimet e Hipertensionit si një sëmundje vinin ndër të tjera nga Thomas i Riu në 1808 dhe veçanërisht Richard Bright në vitin 1836. Raporti i parë i presionit të lartë të gjakut për një person pa prova të sëmundjes së veshkave është bërë nga Frederick Akbar Mahomed (1849-1884). Megjithatë Hipertensionit si entitet klinik u njoh në vitin 1896 me shpikjen e manzhetës më bazë sphygmomanometër nga Scipione Riva - Rocci në 1896. Kjo lejoi matjen e presionit të gjakut në klinikë. Në 1905, Nikolai Korotkoff përmirsoi teknikën duke përshkruar tingujt Korotkoff, që dëgjohen kur arteria auskultohet me stetoskop, ndërkohë që mansheta sphygmomanometrit shfryhet<sup>5</sup>.

Historikisht trajtimi për atë që u quajt sëmundje e pulsit të vështirë, konsistonte në zvoglimin e sasisë së gjakut me anë të gjakderdhjes, apo zbatimit të Leches. Kjo u mbështetet nga Perandori i Verdhë i Kines Cornelius Celsus, Galeni, dhe Hipokrati. Në shekujt e 19 dhe 20 para se të bëhej trajtimi efektiv farmakologjik për tension arterial u bënë të mundur, tre modalitetet e trajtimit të përdorëshin, të gjitha me efekte anësore të shumta: kufizim i rreptë i natriumit, simpatektomia (të larguarit kirurgjikal e një pjese të sistemit nervor simpatik) dhe terapia pirogjene.

Kimikati i parë për hipertension thiocyanate natriumi, është përdorur në vitin 1990, por kishte shumë efekte anësore dhe ishte i papëlqyeshëm. Disa agjentë të tjerë u zhvilluan pas Luftës së Dytë Botërore, që qenë më të përdorshëm dhe të efekteve të arsyeshme, qenë Tetramethylammonium Chloride dhe derivati i saj Hexamethonium, Hydralazine dhe Reserpine.

Një arritje e madhe që zbulimi i agjenteve të parë të mirëtoleruar nga goja. I pari ishte Klorotiazid, diuretik thiazidik i parë dhe zhvilluar nga antibiotiku sulfanilamid, i cili erdhi në dispozicion në vitin 1958. Më pas beta bllokuesit, bllokuesit e kanaleve të kalciumit, frenuesit e enzimës së konvertimit të angiotenzinës, bllokuesit e receptorëve të ockers angiotenzinës dhe frenuesit e reninës janë zhvilluar si agjentë antihipertenzive.

## I.II. Qarkullimi i gjakut

Sistemi i qarkullimit të gjakut përbëhet nga zemra dhe enët e gjakut të cilat janë: arteriet, venat dhe kapilaret. Funkzioni kryesor i sistemit të qarkullimit të gjakut është furnizimi më gjak i të gjithë organizmit. Zemra ka formën e një koni muskolor më madhesi të grushtit të dorës. Mbështillet nga një cipë e hollë që quhet perikard. Ndodhet në zgavrën e krahërorit midis mushkërive. Baza e zemrës ndodhet në anën e djathtë, ndersa maja në të majtë. Zemra është e ndarë vertikalisht në dy pjesë që nuk mund të komunikojnë me njëra tjetrën, dhe secila prej tyre është e ndarë në dy zgavra: e sipërme dhe e poshtme. Tkurrjet e zemrës quhen sistola dhe lëshimi diastola. Zemra përbëhet nga tri shtresa (endokardi, miokardi, perikardi) dhe ndahet në anën e djathtë dhe anën e majtë. Si ana e majtë ashtu edhe e djathtë e zemrës ndahet në dy pjesë: një barkushe (ventrikuj) edhe një atrium (veshëzë). Gjaku hyn në zemer në veshëza dhe del prej zemrës nga barkushat.

Qarkullimi i madh fillon më barkushen e majtë dhe del nga zemra me arterien më të madhe që quhet aorta. Ky qarkullim përfundon më veshëzen e djathtë të zemrës me anë të venës zgavrore të poshtme. Nëpërmjet rrethit të madh të qarkullimit të gjakut sigurohet furnizimi i të gjitha qelizave të organizmit me oksigjen, lëndë ushqimore dhe largimi nga ato të dioksidit të karbonit dhe lëndëve të tjera të panevojshme.

Qarkullimi i vogël fillon me arterien mushkërore, që del nga barkushja e djathtë dhe përfundon në mushkri. Arteria mushkërore dhe aorta në vendin ku dalin nga zemra, janë të paisura më kllapa, të cilat nuk e lejojnë kthimin e gjakut përseri në zemer.

### I.III. Etiologjia

HTA ndahet në primar (prek zakonisht moshën mbi 40 vjeç) dhe atë sekondar që prek diku rreth 10 % të popullsisë, zakonisht si pasojë e ndonje sëmundje tjetër. Në 95-97% të njerëzve me shtypje të lartë të gjakut nuk dihet shkaku i vërtet për hipertension<sup>6</sup>.

Tabela I.1. Faktorët e riskut.

<b>Faktorët e riskut të pamodifikueshëm</b>
1) Moshë: vazat humbasin fleksibilitetin e tyre me moshën
2) Etniciteti: hipertensioni është më i rëndë dhe zhvillohet në moshë më të reja tek Afro-Amerikanët
3) Seksi: Meshkujt $\geq 55$ , Femrat $\geq 65$ , si dhe pas menopauzës rreziku është i lartë
4) Histori familjare
<b>Faktorët e modifikueshëm</b>
1) Obeziteti B.M.I. $\geq 30$ Kg/m <sup>2</sup>
2) Mungesa e aktivitetit fizik: rrisin gjasat për tension të lartë të gjakut, sëmundje të vazave dhe të zemrës, insult cerebral dhe për obezitet
3) Duhanpirja: mund të dëmtojë enët e gjakut
4) Sasia e tepër e kripës në dietë: shkakton retension të lëngjeve
5) Sasi e pakët e vitaminës D në dietë: frenon sistemin renin-angiotensin-aldosteron dhe përmirësimin e disfunktionit endotelial
6) Sasi e tepër e alkoolit
7) Stresi
8) Dieta e pashëndetshme dhe stili i jetës
<b>Pacientët me rrezik të lartë për të shfaqur komplikacione kardiovaskulare</b>
1) Obeziteti central: perimetri abdominal tek meshkujt $\geq 102$ cm, dhe tek femrat $\geq 88$ cm
2) Dislipidemia: TC $> 4.9$ mmol/L, LDL $> 3.0$ mmol/L, TG $> 1.7$ mmol/L, HDL: meshkujt $< 1.0$ mmol/L, femrat $< 1.2$ mmol/L
3) Diabeti mellitus: glukoza esëll $\geq 7.0$ mmol/L, glukoza postprandiale $> 11.0$ mmol/L.
4) Sëmundje renale kronike: GFR $< 30$ mL/min/1.73m <sup>2</sup> , proteinuria $> 300$ mg/24h

Shkaqet e HTA malinj nuk janë shumë të qarta. Nuk dihet p.sh.: pse një i sëmurë me HTA me vlera të larta bën dëmtim më të shpejtë të organeve vitale dhe një tjetër jo. Pse në një rast dëmtohet kryesisht truri dhe në një tjetër zemra?

HTA malinj (emergjenca) nuk është një ndodhi e shpeshtë. Në SHBA, ku ky problem është studiuar, ai ndodh në rreth 1% të të sëmurëve me HTA kronik<sup>3</sup>. Më së shumti,

emergjenca HTA ndodh në të sëmuret me HTA dytësor, si në rastin e stenoze së arteries renale, feokromocitomës, koatacionit të aortës, hiperaldosteronizmit parësor dhe hiper e hipotiroidizmit. Shkaqe të tjera të mundshme janë ndërlikimet e shtatzanisë, përdorimi i kokainës, përdorimi i MAO inhibitorëve, i kontraktivëve oralë, lënia e mënjëhershme e alkoolit, lënia e mënjëhershme e betablokuesve dhe lënia e mënjëhershme e alfa stimuluesve<sup>3,4</sup>.

Njihen edhe një numër faktorësh predispozues, më të rëndësishmit midis të cilëve janë duhanpirja, raca, insuficienca renale, toksikozat e barrës dhe mosha e re. Ndryshe nga incidenca e HTA, e cila rritet me rritjen e moshës, të rinjtë janë në rrezik më të madh për të bërë emergjenca dhe urgjenca HTA se sa të moshuarit. Mosha mesatare e prekjes nga HTA malinj është 40 vjeç, meshkujt më shumë se femrat<sup>3,4</sup>.

Shkaqe të tjera të HTA: medikamentoz, përdorimi i drogës (kokaina, amphetaminat), obeziteti, koartacioni i aortës, disfunksioni i hipofizes, tiroides dhe paratiroides, diabeti mellitus, shtatzania, çrregullime neurologjike, apnea obstruktive e gjumit.

Ka edhe shkaqe të tjera që janë mjaft më të rralla si në rastet e patologjive hereditare renale ose në deficitet enzimatike si: deficiti i 11 beta Hydroxilazës, 17 alfa Hydroxilazes etj.

Klasifikimi HTA gravidar klasifikohet në 4 tipe

1. Hipertension kronik
2. Preklampsi e mbivendosur mbi një HTA kronik
3. Preeklampsi-eklampsi
4. Hipertensioni gravidar.

#### **I.IV. Ecuria natyrale e HTA dhe rreziku kardiovaskular**

HTA është një faktor i rëndësishëm rreziku, i cili nëpërmjet një seri ngjarjesh fispatologjike, çon në manifestime të rëndësishme klinike të sëmundjeve të ndryshme kardiovaskulare, duke kontribuar ndjeshëm në rritjen e morbozitetit dhe mortalitetit të popullatës nga këto sëmundje. HTA llogaritet si shkaktar për rreth 7.1 milion vdekje në vit (12.8% e totalit të vdekjeve), në të gjithë botën, si dhe shkaktar, po ashtu, i rreth 64.3 milion të paafteve për punë për vite-jetë (4.4% e totalit). Interesant është se ky rrezik i lartë i HTA nuk shfaqet vetëm kur ai haset në shifra shumë të larta, por shfaqet në disa përmasa edhe në shifrat e ashtuquajtura “normal i lartë”, pra jo shumë të larta (TAS 130-140 mm Hg dhe TAD 85-90 mm HG), sidomos në kontigjente të sëmuresh me vaskulopati paraprake për shkaqe të ndryshme (diabet etj), duke rritur incidencën e ngjarjeve të pafavorëshme kardiovaskulare në >12% për 10 vjet, në krahasim më shifrat optimale të TA (burrë 55 vjeç, me TAS=160 mm Hg, pa faktorë të tjerë rreziku, ka 13.7% risk për evente vaskulare në 10 vjet, ndersa një burrë 55 vjeç, me TAS 160 mm Hg, më të gjithë faktorët e rrezikut: dislipidemi, intolerancë nga glukozja, duhan, hipertrofi të VM, ka 59.5% risk për evente vaskulare në 10 vjet)<sup>4,5,6</sup>. Po ashtu, HTA shoqërohet shpesh edhe me sëmundje të tjera kardiovaskulare tek i njëjti subjekt dhe rreziku prej tij avancoon shumë në vartësi nga ky bashkëveprim. Nga sëmundjet bashkëshoqëruese që shumëfishojnë rrezikun e HTA mund të përmenden: sëmundjet e zemrës: - HVM - AP ose IAM i kaluar - revaskularizim koronar - IKK nefropatitë, cerebropatitë, vaskulopatitë periferike, retinopatitë<sup>7</sup>, etj.

Tabela I.2. Klasifikimi i presionit arterial të gjakut.

Kategoritë e presionit të gjakut	Sistolik (mm Hg)		Diastolik (mm Hg)
<b>Ideal</b>	<b>Më pak se 120</b>	<b>dhe</b>	<b>Më pak se 80</b>
<b>Normal</b>	<b>120-129</b>	<b>dhe/ose</b>	<b>80-84</b>
<b>Prehipertension</b>	<b>130-139</b>	<b>dhe/ose</b>	<b>85-89</b>
<b>Hipertension-i lehtë-stadi 1</b>	<b>140-159</b>	<b>dhe/ose</b>	<b>90-99</b>
<b>Hipertension-moderuar-stadi 2</b>	<b>160-179</b>	<b>dhe/ose</b>	<b>100-109</b>
<b>Hipertension-severe-stadi 3</b>	<b>Mbi ose 180</b>	<b>dhe/ose</b>	<b>Mbi ose 110</b>
<b>Hipertension i izoluar sistolik</b>	<b>Mbi ose 140</b>	<b>dhe</b>	<b>Më pak se 90</b>

Komplikacionet: hipertensioni shkakton dëmtime të organeve jetësore dhe gjithashtu shkakton probleme serioze të shëndetit si sëmundja e arterieve koronare, insulti cerebral, ose insuficienca renale. Mungesa e trajtimit për gjatë viteve mund të shkaktojë dëmtim të organeve vitale, kriza hipertensive dhe të sjellë komplikacione serioze.

Në një HTA të patrajtuar: 50% vdesin nga SAK, ose insuficienca kardiake, 33% vdesin nga insulti cerebral, 10-15% vdesin nga insuficienca renale. Vdekja akute nga HTA më shumë vjen nga insulti cerebral apo SAK. Ata që kanë HTA me rritje të shpejtë, me shumë vdesin nga IRK. Po ashtu edhe ata me HTA + diabet, sidomos kur shfaqet proteinuria, me shumë vdesin nga IR. Forma biologjike e agresivitetit të HTA ndryshon sipas individit, në vartësi të dëmtimit vaskular që realizon. Kjo përcaktohet nga ekzaminimet periodike të syrit, zemrës dhe veshkës, që nuk duhen neglizhuar në asnjë rast gjatë ndjekjes mjekësore të një të sëmurit me HTA<sup>8</sup>. Ekzaminimi i “fundusit të syrit” është mjete më i thjeshtë për zbulimin e dëmtimeve vaskulare<sup>9</sup>.

Në vartësi të këtyre ndryshimeve mund të rezultojë: Stadi i I-rë: ngushtim i lumenit arteriolar, Stadi i II-të: skleroza dhe/ose trashja e murit arteriolar që shihet si mbivendosje arteriovenoze, Stadi i III-të: raptura e vazave të vogla, që sjell hemorragji dhe eksudat, shprehje e HTA progresiv, Stadi i IV-të: shfaqje e edemës papilare. Stadi III-të dhe e IV-të flasin për një formë malinj të përshpejtuar biologjike të HTA dhe korrelohet me një risk të lartë për SAK<sup>10</sup>.

HTA e vë nën presion permanent VM (rritje e pasngarkesës së VM), gjë që çon në hipertrofi dhe rritje të rigiditetit të tij. Dëmtimi vaskular në HTA vërehet edhe në përshpejtimin e shfaqjes së aterosklerozes koronare. Rritja e kërkesës për O<sub>2</sub> nga HVM dhe ulja e ofertës për O<sub>2</sub> nga ateroskleroza koronare, çojnë në rritjen e incidencës së infarktit akut të miokardit, hipertrofisë së ventrikulit të majtë (HVM), insuficiencë kardiake kongjестive (IKK), komplikacione renale dhe komplikacione cerebrale. HTA e përshpejton rënien konjiktive me kalimin e moshës. HTA, sidomos ai sistolik, është shkaktari kryesor i insulteve cerebrale, si ato iskemike ashtu dhe hemorragjike. Edhe lezionet cerebrale të lëndës së bardhë janë të pranishme në 41% të pacientëve më HTA të moshës së mesme. Atrofia e trurit gjendet shumë më e pranishme tek të moshuarit me HTA, se sa tek normotensivët<sup>8</sup>.

Hipertensioni (HTA) malinj është një sindrom kompleks i papërcaktuar qartë. Sipas udhërrëfyesit për mjekimin e HTA të ESH dhe ESC 2007, HTA malinj konsiderohet një ngritje e skajshme e presionit të gjakut, sidomos një ngritje e TA diastolik >140 mm Hg, ose edhe më pak, por të shoqëruar me dëmtime vaskulare që mund të manifestohen në mënyrë të

veçantë me hemoragji retinale, eksudate dhe/ose papilledemë <sup>4</sup> Në rastet kur mungojnë ndryshimet retinale specifike, një gjendje e tillë është quajtur HTA i akseleruar. Me atë çfarë është kuptuar si HTA malinj, HTA i akseleruar ose krizë hipertensive, JNC 7 nënkupton 2 gjendje të veçanta që i emërton EMERGENCE dhe URGJENCE HIPERTENSIVE. Këto janë dy gjendje të ndryshme dhe nuk janë njësoj të rrezikshme.

Emergjenca hipertensive karakterizohet nga rritja e TA > 180/110 mm Hg, e ndërlikuar kjo me keqfunksionim, në nisje ose në zhvillim, të organit shenjë të HTA. Emergjenca e HTA kërkon ndërhyrje të menjëhershme për uljen e TA, jo medoemos deri në nivele normale, për të parandaluar ose për të kufizuar dëmtimin e organit shenjë, siç është encefalopatia hipertensive, hemoragjia intracerebrale, infarkti akut i miokardit, insuficiencia akute ventrikulare e majtë me edemë mushkërore, angina e kraharorit e paqëndrueshme, disekimi i aortës, insuficiencia akute renale dhe eklampsia. Emergjenca hipertensive mjekohet në spital.

Urgjenca hipertensive nga ana tjetër, është një gjendje që karakterizohet nga ngritja e tepruar e TA e pa shoqëruar me keqfunksionimin progresiv të organit shenjë. Një ngritje e tillë e TA mund të jetë mbi nivelin e HTA të gradës II dhe mund të shoqërohet me epistaxis, dhimbje koke të fortë, dispne, edema ose anksozitet të rëndë, kriza paniku. Në të vërtetë shumica e këtyre pacientëve janë ose të pamjekuar ose të mjekuar jo si duhet. Ata mund të mjekohen në shtëpi me barna per os (nga goja), por duhen ndjekur çdo 2-3 ditë gjatë javës së parë. Ka edhe një kategori tjetër të sëmurësh, të cilët paraqiten me TA mbi nivelin e HTA të gradës III, por pa ankime. Këta nuk mund të klasifikohen si krizë HTA (emergjencë ose urgjencë), pasi ata nuk paraqesin shfaqje të dëmtimit progresiv të organeve shenjë, por janë gjithsesi në rrezik për të zhvilluar dëmtime të tilla në qoftë se lihen pa u mjekuar si duhet <sup>10</sup>.

#### **I.V. Roli trashëgimisë**

Variacionet e presionit arterial që përcaktohen nga gjenet quhen edhe “presioni i trashëguar i gjakut”. Ndonëse nuk i njohim shkaqet e rritjes së presionit arterial, kjo nuk është tërësisht e vërtetë. Në fakt ka disa elementë të njohur që kanë një rol në këtë proces.

Nderkohë që ka një bashkëveprim midis faktorëve gjenetikë e ambjentalë që influencojnë fenotipet intermediare si ato që kontrollojnë aktivitetin e sistemit nervor simpatik, sistemin renin-angiotensin-aldosteron dhe renin-kalikreinë, apo faktorët që lidhen me endotelin, të cilët nga ana e tyre ndikojnë mbi elemente të tjerë si: eliminimi i Natriumit, reaktiviteti vaskular dhe kontraktiviteti kardiak <sup>10,11</sup>. Natyrisht evidentimi i gjeneve që kontribuojnë në zhvillimin e HTA është me të vërtetë i komplikuar sepse të dy fenotipet që mbajnë presionin, pra debitin kardiak dhe rezistencën vaskulare, kontrollohen nga fenotipe të shumta intermediare, të cilat nga ana e tyre kontrollohen nga faktorë të tjerë të shumë kompleks, madje edhe nga vetë presioni arterial. Studimet në familje sugjerojnë se profili i presionit të gjakut brenda familjeve ka një ngjashmëri të madhe në pacientët e prindërve e fëmijëve biologjik e në nivel të njejtë me binjakët heterozigotë krahasuar me nivelin e pacientëve në familjët mes prindërve e fëmijëve të adaptuar. Në të vërtetë studimet në grupet familjare kanë treguar se variojnë nga 25% deri në 65% në binjakët homozigotë. Mutacionet në disa gjene, në të paktën 10 të tillë, kanë treguar se influencojnë në ngritjen ose uljen e presionit nëpërmjet disa rrugëve të përbashkëta patogjenike që shkaktojnë eliminim të shtuar ose të ulur të Natriumit e ujit <sup>11</sup>.

Sot njihen gjenet përgjegjëse për hipertensionin e shkaktuar në sindromen e GRA (Gluko-

kortikoid remediable Aldosteronism), Liddle's sindrom dhe sindroma (AME) Apparent Mineralocorticoid Excess. Mjaft punime që po realizohen këto kohë tentojnë të identifikojnë gjene të tjerë përgjegjës. Polimorfizmi dhe mutacionet në gjenet që kodojnë angiotenzinën, enzimën e konversionit, receptorët B2 adrenergjik, proteinën G faktorin natriuretik atrial dhe receptorët e insulinës janë disa nga fushat ku punohet sot për njohjen e rolit të gjenetikës në HTA e megjithë rezultatet, duket se mbetet ende shumë rrugë për të arritur rezultate bindëse<sup>12</sup>.

## **II. Të dhëna demografike dhe epidemiologjike**

Tensioni arterial i lartë i atakon më shumë moshat e vjetra dhe më pak ato të reja, ndersa tensioni arterial i ulët i atakon më shumë moshat e reja sesa ato të vjetra. Popullata 65 vjeç e më shumë në SHBA ka tendencë të rritet nga 12.4% (35 milion) në 2000 që ishte, në 19.6% (71 milion) në 2030, dhe 82 milion në 2050. Numri i njerëzve mbi 80 vjeç nga 9.3 milion në 2000, dyfishohet në 19.3 milion në 2030 dhe do të trefishohet në 2050. E njëjta tendencë vihet re në popullatën botërore me një popullsi mbi 65 vjeç në rreth 12% në 2030 dhe 20% në 2050<sup>13,14</sup>.

Rritja e numrit të moshuarve do të shoqërohet me rritjen e morbozitetit dhe mortalitetit nga sëmundjet kardiovaskulare dhe kërkon një qëndrim më agresiv ndaj mjekimit që është treguar efektiv në të moshuarit. Studime të shumta tregojnë reduktimin e morbozitetit dhe mortalitetit nga trajtimi i hipertensionit arterial (HTA). Sa më shumë jetojnë njerëzit, aq më shumë mund të ndeshet hipertensioni, sidomos ai sistolik. Hipertensioni ndodh në 1/2 deri 2/3 e popullatës mbi 65 vjeç. Profili i kësaj sëmundje në pacientët e moshuar është i ndryshëm nga ai i pacientëve të rinj. Presioni sistolik dhe jo ai diastolik rritet me moshën dhe është një prediktor i fuqishëm i ngjarjeve kardiovaskulare, sidomos tek gratë. Shumica e të moshuarve kanë hipertension sistolik (>140/ MBI 90 mmHg)<sup>14</sup>.

### **II.I. Patologjia dhe fiziopatologjia**

Hipertensioni arterial përbën një nga shkaqet madhore të morbiditetit dhe mortalitetit, për faktin se prania e tij lidhet me disa sëmundje serioze si sëmundja e arterieve koronare, sëmundjet cerebrovaskulare, atheroskleroza, sëmundjet renale, dislipidemia, diabeti, obeziteti dhe sindroma metabolike<sup>6-12</sup>. Përpara se të analizohet patofiziologjia e hipertensionit, duhet të kuptohet se si vazat kontrollojnë tensionin e gjakut, cilët mekanizma dhe cilët faktorë luajnë një rol të rëndësishëm në mbajtjen e tensionit të lartë të gjakut. Presioni i gjakut është i rëndësishëm në mbajtjen e qarkullimit sistemik, përmes së cilit transferon oksigjenin dhe nutrientët në muskuj dhe organet vitale.

Presioni i gjakut është produkti i hedhjes kardiake dhe rezistencës periferike totale.

Presioni i gjakut = volumi kardiak x rezistenca periferike totale.

Volumi kardiak varet nga: volumi hedhës, i cili përbën volumin e gjakut të hedhur gjatë sistolës dhe frekuenca kardiake që përfaqëson rrahjet e zemrës për minute.

Kontraktimi kardiak, i cili është i barabartë me forcën e kontraktimit gjatë systolës. Rezistenca periferike totale, shfaqet në arteriola dhe përfaqëson rezistencën kryesore të vazave të gjakut. Ndikohet nga struktura dhe ndryshimet morfologjike të murit të vazës si sipërfaqja, gjatësia dhe lëmueshmëria. Arteriolat rregullojnë rezistencën, e quajtur pas



ngarkesa, ndaj kësaj rezistence gjaku hidhet nga zemra gjatë sistolës. Nga ana tjetër venat rregullojnë gjakun venoz që kthehet në zemër, e quajtur para ngarkesa. Ndaj mund të kuptohet, që çdo ndryshim në këta faktorë, ka efekt direkt në presionin e gjakut <sup>15</sup>.

Rregullimi endogjen i presionit arterial të gjakut realizohet nga veprimi i këtyre mekanizmave kryesore: 1) Sistemi renin-angiotensin-aldosteron 2) Sistemi nervor autonom - mekanizat e refleksit baroreceptor.

Fiziopatologjia e HTA malinj nuk është kuptuar ende aq mirë. Por është e qartë se kjo formë klinike e HTA karakterizohet nga prishja e vetërregullimit të qarkullimit lokal si rrjedhojë e presionit të lartë e të qëndrueshëm që ushtrohet mbi muret e arterieve të ekspozuara ndaj tij.

Në studimet patologjike është gjetur se në muret e arteriolave dhe të arterieve të vogla ka një proliferim miointimal dhe nekrozë fibrinoide. Këto mendohet të jenë ndryshimet përgjegjëse për dëmtimin e organeve shenjë. Këto mbajnë të ngritur rezistencën arteriale, e cila është faktori kryesor i mbajtjes së TA në nivele të larta. Rëndësia e ndryshimeve proliferative shkon paralelisht me kohëzgjatjen e ekspozimit ndaj niveleve të lartë të TA. Hapat fillestarë në procesin e HTA malinjanë rritja e rezistencës vaskulare sistemike dhe prishja e vetërregullimit normal të qarkullimit lokal. Kjo çon në dëmtimin endovaskular dhe nekrozën fibrinoide në arteriolat. Nëse ky cikël nuk ndërpritet spontanisht, do të ecë drejt ciklit të iskemisë, depozitimit të trombociteve dhe prishjes së mëtejshme të vetërregullimit lokal të qarkullimit. Në sistemin nervor qendror, me ngritjen e presionit arterial përtej caktit të tolerueshëm, barriera hematocefalike dëmtohet dhe materiali fibrinoid depozitohet në enët cerebrale. Kjo çon në ngushtimin e lumenit të tyre duke nxitur kështu zgjerimin e enëve përreth në përpjekje për të ruajtur përfuzionimin e trurit. Mirëpo kjo çon në edemë të tij dhe mikrohemoragji. Në kushte normale në personat me TA normal qarkullimi cerebral mbahet konstant në sajë të përgjigjes vazokonstruktoresh ndaj rritjeve të presionit arterial mesatar në një gjerësi prej 60 deri 120 mm Hg. Në personat me HTA, qarkullimi cerebral mbahet konstant në një diapason presioni arterial mesatar prej 110 deri 180 mm Hg për shkak të trashjes së murit të arterieve cerebrale. Kur presioni arterial mesatarë ngritet mbi caktin e sipërm të vetërregullimit lokal të qarkullimit, nisin çrregullime të tjera fiziopatologjike të mëtejshme, të cilat bëhen shkak për zhvillimin e encefalopatisë cerebrale. Megjithatë mbetet e paqartë, pse të disa të sëmurë me HTA në nivele shumë të larta nuk bëjnë encefalopati.

## **II.II. Diagnostikimi**

Diagnostikimi i HTA mbështetet në anamnezën, paraqitjen klinike dhe ekzaminimin fizik. Anamneza: pyetjet duhet të sqarojnë praninë dhe vjetërsinë e HTA, mënyrën se si është mjekuar, praninë e sëmundjeve shoqëruese, si ato të veshkave, koartacioni i aortës, sëmundjet e tiroides, ose të mbiveshkores.

Qëllimi kryesor i diagnozës dhe trajtimit të hipertensionit arterial është të rrisë kualitetin e jetës dhe të ulë rrezikun kardiovaskular, cerebrovaskular dhe komplikacionet renale.

Pyetje sqaruese duhen bërë gjithashtu për përdorimin e drogave të ndaluara, përdorimin e alkoolit, përdorimin e betablokuesve. Femrat duhen pyetur për shtatzaninë e mundshme. Është shumë e rëndësishme të shihen edhe barnat në përdorim, paraqitja në Urgjencën Mjekësore. Ankimet më të zakonshme me të cilat paraqiten këta të sëmurë, janë: dhimbje të kraharorit

27%, dispnea 22 %, deficit neurologjik 21 %. Midis ankimeve kardiake më të shumtat kanë të bëjnë me anginën e kraharorit të paqëndrueshme, infarkt të miokardit dhe edemën mushkërore akute. Ankimet neurologjike kanë të bëjnë me infarkt, ose hemoragjinë cerebrale (dhimbje koke okcipitale, vjellje, konfuzion mendor, konvulsione dhe retinopati me edemë papilare). Ankime të tjera mund të jenë ato që lidhen me ndërprerjen e drogave si kokaina ose barnave si MAO inhibitorët, kontrceptivët oralë, betablokuesit, ose alfastimuluesit si klonidina, si dhe nga lënia e menjëhershme e alkoolit. Ankimet nga sëmundjet e veshkave mund të lidhen me oligurinë, ose shfaqje të tjera të insuficiencës renale.

Tabela II. 1. Diagnoza e hipertensionit.

<b>1) Matja e presionit arterial dhe konfirmimi i vlerave dhe diagnoza e hipertensionit.</b>
<b>2) Shiko për karakteristika që mund të sugjerojnë për hipertension sekondar</b>
<b>3) Vlerësimi i rrezikut kardiovaskular, dëmtimi i organeve target dhe ekzistencës së sëmundjeve të tjera</b>
<b>4) Merr anamnezën familjare dhe personale të pacientit, pyet për ekzaminimet laboratorike, fizike që mund të ndihmojnë për diagnozën e sëmundjes</b>

Disa pacientë mund të shfaqin tipe specifike të hipertensionit të njohura si: hipertensioni i bluzave të bardha dhe hipertensioni i maskuar. Hipertensioni i bluzave të bardha përfaqëson vlera të larta të tensionit, kur maten tek zyra e mjekut dhe vlera normale jashtë zyrës së mjekut. Ndërsa pacientët me hipertension të maskuar kanë vlera normale të tensionit tek zyra e mjekut dhe vlera të rritura jashtë saj. Diagnoza është shumë e rëndësishme, sepse njohja e së cilës ndihmon në parandalimin e dëmtimeve organore.

Në ditët e sotme, mund të realizohet matja e tensionit të gjakut në 24 orë në rrugë ambulatorë dhe të bëhet vetmonitorimi i tensionit arterial, që krijon mundësinë e identifikimit të pacientëve me subtype të ndryshme të hipertensionit. Vlera prognostike e këtyre dy matjeve është e njëjtë për të gjitha moshat dhe sekset dhe mund të thuhet që është shtesë në matjet në qendrat shëndetësore. Disa pacientë nuk kanë përmirësim të hipertensionit nga modifikimi i stilit të jetës dhe trajtimit me medikamente. Kjo gjëndje njihet si hipertension rezistent.

Shumë faktorë kontribuojnë dhe e bëjnë tensionin e gjakut rezistent ndaj trajtimit si: matja e papërshtatshme e tensionit, marrja e tepërt e natriumit, terapia diuretike e papërshtatshme, terapia me medikamente të papërshtatshme, dëmtime të organit shenjë, marrja e tepërt e alkoolit, dhe shkaqe të tjera primare dhe sekondare<sup>16,17</sup>.

Historia familjare për hipertension tregon për predispozicion gjenetik dhe luan rol të rëndësishëm në diagnozë. Prania e poliurisë, hematurisë, polidipsisë, dhimbjes së gjoksit, dispnesë, dhimbjes së kokës etj., gjithashtu mund të ndihmojnë në diagnozë.

Diagnoza e hipertensionit duhet të bazohet në të paktën 3 matje të ndryshme dhe në varësi të rastit të ndara nga 2 ose më shumë vizita të mjeku.

Ekzaminimi fizik dhe laboratorik mund të ndihmojnë në identifikimin e shkaqeve sekondare të hipertensionit, në identifikimin e prezencës së sëmundjeve të tjera dhe nëse ka dëmtime të organit shenjë.



Tabela II. 2. Ekzaminimet laboratorike.

Analizat	Arsyeja e kryerjes
1) UN në gjak, kreatinina, acidi urik, elektrolitët, GFR, proteinuria, raporti albumin/kreatinë, Echo renale, analiza e urinës	Vlerësimi i funksionit renal
2) Analiza speciale për hormonet e gjëndrës adrenale dhe tiroides, kalciumi në serum, Kalium, Natrium	Vlerësohet funksioni i sistemit endokrin
3) Hematokriti, hemoglobin, homocisteina kardiovaskular dhe hs-CRP	Siguron përcaktim të rrezikut të përmirësuar
4) Glukoza esëll, HDL, LDL, TG dhe dislipidemisë kolesterolit total	Vlerësojnë lidhjen e diabetit, dhe arteriosklerozës
5) Elektrokardiograma, echo e zembrës, si dhe ose grafi pulmoni, MRI	Shikohet për zmadhim kardiak atak kardiak, aritmi, hipertrofi të murit të zembrës, ishemi dhe fibrilacion atrial
6) Echo Doppler, MRI-angiografi	Shikohet rrjedha e gjakut përmes arteries dhe stenoza renale
7) Ekzaminimi i syve	Shikohet për dëmtime si kapja e hemorragjisë ose edemës okulare
8) CT dhe RMI e kokës	Realizohet tek pacientët me simptoma neurologjike, disfunkcion mental

Tensioni arterial u ulur (hipotensioni) diagnostifikohet me matje të tensionit dhe në bazë të simptomave: marramendje, lodhje, molisje, nganjeherë alivanosje etj.

Ekzaminimi fizik duhet të jetë i plotë, por vëmendja duhet të përqëndrohet në radhë të parë në sistemin KV, në SNQ dhe në retinë, sidomos të HTA.

Sistemi KV: TA duhet matur në të dy krahët dhe po të dyshohet koartacioni i aortës edhe në këmbët. Dëgjohen arteriet karotike për zhurma. Preket prekordiumi për konstatimin e qëndrueshmërisë së rrahjeve të zembrës. Dëgjohet zemra për praninë e zhurmave, ose tonit IV. Vlerësohet prania ose gjendja e kongestionit mushkëror dhe atij sistematik.

Sistemi nervor qendror bëhet një ekzaminim i plotë neurologjik për të lokalizuar shenjat neurologjike. Shenjat fokale kanë të bëjnë me infarktin cerebral, hemoragjinë ose praninë e ndonjë mase tumorale.

Diagnoza diferenciale para së gjithash duhet vendosur se kemi të bëjmë me një EMERGJENCE apo URGJENCE HTA, jo vetëm të vlerave të larta të TA, por dhe mbi bazën e pranisë ose jo të shfaqjeve të prishjes funksionale progresive të organit shenjë.

Së dyti, gjendja duhet dalluar nga HTA dytësor, nga masat intrakraniale, traumat e kokës, epilepsia, vaskuliti cerebral nga sëmundjet e indit konjunktiv, si lupusi, si dhe nga anksoziteti akut dhe krizat e panikut.

### II.III. Metodika e matjes së presionit arterial.

Shembulli i matjes së parë të presionit arterial (PA), daton në vitin 1733 dhe është kryer nga mjeku veteriner Anglez Reverend Stephen Hales, i cili shpenzoi shumë vite të jetës së tij duke regjistruar presionin arterial në kafshë.

Në vitin 1847 u regjistrua për herë të parë matja e presionit arterial në njerëz nga Carl Ludwig, i cili realizoi një matje intra arteriale. Matja joinvazive e presionit arterial në njerëz u krye për herë të parë në vitin 1855 nga mjeku Karl Vierald, i cili përdori një manshetë që mund të fryhej për të komprimuar arterien.

Ishte Scipione Riva-Rocci i cili përdori për herë të parë sphygmomanometrin me zhivë për të matur PA, që ishte prototipi i sphygmomanometrit me zhivë modern.

Në 1905 Nikolai Korotkoff përdori i pari metodën auskultatore për matjen e PA, e cila ishte më e besueshme se teknikat palpatores të përdorura më parë. Në këtë mënyrë teknika Korotkoff u bë një praktikë standarte për matjen e PA. ABC e HTA është matja e PA. Matja e sigurt e PA është shumë e rëndësishme për zbulimin, vlerësimin dhe trajtimin e HTA<sup>18</sup>.

Sipas rekomandimeve të ESH procedurat për matjen e PA përmbledhen si më poshtë<sup>18,19</sup>: shmangni pirjen e duhanit, marrjen e kafeinës, apo ushqimit 30 minuta para matjes së tensionit. Matja duhet të fillojë 5 minuta pasi jeni qetësuar, duhet të uleni, të ndjeheni të qetë, jo duke folur dhe me krahët e zhveshur e të mbështetur në nivelin e zemrës.

Këmbët duhet të jenë në dysheme, tensioni i gjakut duhet të matet në disa kushte të caktuara, si në pozicionin shtrirë, në shpinë dhe në këmbë. Madhësia e manshetës për matjen e tensionit duhet të rrethojë të paktën 80% të krahut për të bërë matje të saktë. Matjet duhet të merren nga një instrument i kalibruar dhe i vlerësuar kohët e fundit.

Duhet të regjistrohen të dy presionet e gjakut të matura (sistoliku dhe diastoliku), si dhe krahu i përdorur gjatë matjes. Shfaqja e tingullit të parë përcakton presionin sistolik të gjakut, dhe zhdukja e tingullit përcakton presionin diastolik të gjakut.

Duhen mesatarisht dy apo më shumë matje e lexime të ndara nga 2 minuta. Në qoftë se leximet ndryshojnë nga 5 mm Hg ose më shumë, duhet të bëhen lexime shtesë.

“Pacienti duhet të ulet për disa minuta në një karrike, në një dhomë të qetë, përpara fillimit të matjes së PA”. Pacienti duhet të mos ketë pirë duhan ose kafe, të mos ketë kryer sforcim fizik rreth 30-60’ përpara se të matet PA.

Matja duhet bërë pas 10' përshtatje me temperaturën e dhomës, ku bëhet matja e tij. Preferohet krahu i djathtë për matjen, i cili duhet të jetë i relaksuar, i zbuluar dhe i mbështetur, në nivelin e zemrës. Pozicioni i duhur është vital për marrjen e leximeve të sakta të PA.

Matja korrekte e PA kërkon përdorimin e një manshete standarte (12-13 cm të gjatë dhe 35 cm të gjerë), pasi një prej faktorëve më të rëndësishëm që influencon në sigurinë e leximeve të PA është madhësia e manshetës. Në rastet e personave obezë, ose të hollë mund të përdoret një manshetë më e madhe ose më e vogël. Për fëmijët përdoren mansheta më të vogla .

Aparati duhet të vendoset në nivelin e zemrës. - Këmbana e stetoskopit duhet të vendoset lehtësisht mbi pulsën e arteries brakiale, proksimalisht dhe medialisht fossa cubitalis dhe poshtë buzës së poshtme të manshetës (d.m.th.: 2 cm mbi fossa cubitalis). Mansheta duhet të fryhet deri 30 mm Hg mbi TAS të palpueshëm dhe të shfryhet me një ritëm 2-3 mm Hg/sek. Përdorimi i fazës I dhe V (zhdukjes) të toneve Korotkoff rekomandohet për identifikimin e PAS dhe PAD, respektivisht matja e PA duhet të bëhet në të dy krahët në vizitën e parë për të zbuluar diferencat e mundëshme, pasojë e sëmundjes vaskulare periferike.

Në personat e moshuar, diabetikë dhe në gjendje të tjera në të cilat dyshohet ose është i shpeshtë hipotensioni ortostatik, matja e PA duhet bërë pas 1' dhe 5' drejtqëndrimi, nëpërmjet palpimit të pulsit bëhet matja e frekuencës (së paku 30' pas matje së dytë në pozicionin ulur). Matja automatike 24 orëshe e presionit arterial, për realizimin e matjes automatike të PA, bëhet me disa monitorë automatikë, plotësisht të vlefshëm, të besueshëm dhe të sigurtë. Matja automatike e PA e lejon pacientin të bëjë jetën e tij normale. Matjet e PA të marra çdo 15-20' rregjistrohen për 24-48 orë. Për këtë qëllim përdoren zakonisht monitorët oshilometrik dhe monitorët auskultatorë, me ose pa ECG, të cilët japin rezultate të shkëlqyeshme. Ata japin informacion për mesataren e PA gjatë 24 orëve si edhe për vlerat mesatare të tij në periudha të caktuara të kohës, si gjatë mëngjesit, ditës ose natës. Në përgjithësi, vlerat ambulatorë të PA gjatë ditës (kohës zgjuar) janë më të ulura se vlerat klinike, 10- 20% më të larta se ato gjatë natës (gjumit) dhe sigurojnë ngarkesën e matjeve të PAS dhe PAD.

Vetëmatja e PA në shtëpi nuk mund të japë informacion të gjerë mbi vlerat e tij në jetën e përditshme, siç jepet nga monitorimi ambulator i PA. Megjithatë kjo matje mund të japë informacion mbi vlerat e PA në ditë të ndryshme në një situatë të lidhur ngushtë me atë të jetës së përditshme. Sipas ESC dhe ESH guidelines 2007, kur këshillohet vetë- matja e PA në shtëpi duhen patur parasysh disa parime: <sup>17,20,21</sup> - rekomandimi i përdorimit të aparatit të përshtatshëm për matjen e PA (aparatis e kyçit të dorës). Kur përdoret një aparat i tillë gjatë matjes, pacienti duhet të mbajë krahun në nivelin e zemrës - preferimi i aparateve gjysëmautomatike më shpesh se i atyre me zhivë, për të shmangur vështirësitë e pozura nga domosdoshmëria e edukimit të pacientit për mënyrën e përdorimit të tij dhe gabimet e lidhura më problemët e dëgjimit tek të moshuarit- instruktimi i pacientit për të realizuar matjet në pozicionin ndenjor, pas disa minutash qetësie, duke preferuar mëngjesin dhe darkën për matje. Pacienti duhet informuar për faktin që vlerat mund të ndryshojnë ndërmjet matjeve për shkak të variacioneve spontane të vlerave të PA. Shmangia e kërkesës për një numër të shtuar matjesh dhe sigurimi i pacientit që matjet në këto periudha të ditës, para marrjes së mjekimit, vlejnjë për të pasur informacion për zgjatjen e efekteve të mjekimit. Duhet kujtuar që sikurse edhe për PA ambulator, pacientit i duhet dhënë udhëzime të qarta mbi nevojën për t'u paraqitur tek mjeku me dokumentacionin e duhur të vlerave të matura të PA dhe për të shmangur vetëndryshimet e regjimit të mjekimit. Vetëmatja e PA në shtëpi ka vlerë klinike dhe rëndësia prognostike e tij tashmë është demonstruar.

Këto matje duhet të inkurajohen për të: marrë më shumë informacion mbi efektin ulës të mjekimit të PA dhe mbi mbulimin terapeutik gjatë intervalit kohor dozë-dozë, për të përmirësuar lidhjen e pacientit me mjekimin - kur ka dyshime mbi vërtetësinë teknike, kushtet ambientale të të dhënave të PA ambulator. Vetëmatja e PA në shtëpi nuk duhet këshilluar kurdoherë që ai shkakton ankth për pacientin, shkakton vetë-modifikime të regjimit të mjekimit.

### **III. Si ta parandalojmë hipertensionin**

Për të evituar shfaqjen e një hipertensionin arterial esencial, është e rekomandueshme të mos pihet duhan, të kufizohet konsumimi i alkolit, ushqyerja në mënyrë të ekuilibruar, të konsumohen frutat, perimet, produktet e qumeshtit, produktet e detit me tepër se mish, yndyrmat vegjetale. Të evitohen ushqimet industriale dhe pijet që përmbajnë kafeinë. Të kufizohet përdorimi i kripës, të praktikohet aktivitet fizik rregullisht (të paktën 30 minuta ecje në ditë), të mbahet Indeksi i Masës Trupore (IMC) nën 25. Vizitat me kohë të mjeku familjar për kontrollim e TA sidomos kur ka faktorët predispozues për këtë sëmundje.

Ndryshe nga sëmundjet e tjera, si dhimbja e kokës ose dhimbjet e trupit, hipertensionin nuk ka simptoma, prandaj ai është quajtur vrasës i heshtur. Çdo njëri mund të bëjë diçka për të parandaluar dhe kontrolluar rritjen e presionit të gjakut duke shmangur kështu rrezikun e mundshëm për hipertension.

Çfarë mund të bëjmë? Presioni i lartë i gjakut është njëkohësisht i parandalueshëm. Shumë njerëz me presionin e lartë të gjakut shpesh pyesin veten nëse mund të bëjnë diçka për të ulur presionin e gjakut, përveçse duke marrë medikamente. Në fakt ka disa ndryshime që një person mund të bëjë dhe të cilat mund të reduktojnë presionin e gjakut. Në disa njerëz ndryshimet e mënyrës së jetesës mund të zëvendësojnë medikamentet dhe në shumë të tjerë mund të çojnë në reduktim të marrjes së dozës së medikamenteve të nevojshme për të kontrolluar presionin e lartë të gjakut.

Disa nga ndryshimet e mënyrës së jetesës do të parandalojnë rritjen e tensionit të gjakut, dhe shumica e tyre do të zvogëlojë rrezikun për të patur një krizë në zemër ose një goditje në tru. E rëndësishme është që këto ndryshime të bëhen në konsultim me mjekun, në mënyrë që ilaçet të mund të rregullohen në mënyrë të përshtatshme pasi ndryshimet janë individuale<sup>22,23</sup>.

Si ta ulni tensionin me ushqim? Nëse dëshironi ta ulni tensionin tuaj më ushqim, atëherë gjithësesi hani shumë pemë dhe perime, sipas mundësisë të freskëta dhe nga të gjitha ngjyrat. Në mënyrën tuaj ditore përfshini peshkun, vajin e farave të lirit, lëngun e boronicës së kuqe dhe selinos, uthullën e mollës, shalqirin, vajin e ullirit, drithërat integrale dhe kastravecët.

Reduktoni konsumin e kripës: doza e rekomanduar ditore përbën një lugë çaji kripë, prandaj mos e teproni.

#### **III.I. Si ta parandalojmë hipotensionin**

Të ndërrohet stili i jetesës, të merren dozat e medikamenteve sipas përshtatshmit të mjekut dhe sipas edukimit në bazë të vlerave të TA. Ushqimi të jetë adekuat për hipotension, të merren fruta, pemë dhe peime, produktet e qumeshtit, produktet e detit dhe të mishit; yndyrat dhe kripat të përdoren me masë normale. Të mbahet Indeksi i Masës Trupore (IMC).

Si ta ngritni shtypjen? Deri të hipotensionin mund të vijë gjatë terapisë me ilaçe të caktuara, dhe në këtë rast duhet të ndërpritet trajtimi nën mbikëqyrjen e mjekut. Për dallim nga hipertensionin, personat me hipotension duhen ta rrisin konsumin e kripës, ndërsa mjeku mund të përcaktojë sasinë e saktë të cilën nuk duhet ta kapërceni. Po ashtu rekomandohet konsumi më i madh i ujit dhe kafeinës për të parandaluar dehidrimin. Në disa raste rekomandohen

ilaçet me të cilat rritet vëllimi i gjakut dhe në këtë mënyrë rritet shtypja ose ilaçet që kufizojnë zgjerimin e enëve të gjakut.

### III.II. Mjekimi

Fillimisht në mjekimin e një hipertoniaku që paraqitet për herë të parë tek mjeku, preferohen doza të vogla të medikamenteve të zgjedhur. Zgjedhja e medikamentit fillestar: sipas studimeve të mëparshme, si preferencë e parë për mjekimin e HTA mund të zgjidhet cilido prej medikamenteve, që i përkasin njërës nga klasave të diuretikeve, ACE-feruesve, Ca-blokuesve, ARB apo B-blokuesve. Midis tyre, më i preferuari për fillimin e mjekimit rekomandohet diuretiku në dozë të vogël dhe më pas, sipas nevojës, janë bashkangjitur një nga një medikamentet e klasave të tjera.

Tabela III.1. Agjentët antihipertensivë të linjës së parë.

Agjentët antihipertensivë të linjës së parë
1) Antagonistët e $\beta$ -adrenoreceptorëve (beta-blokues)
2) Diuretikut (sidomos thiazidikut, diuretikut e ansës, diuretikut ruajtës të K <sup>+</sup> )
3) Blokuesit e kanaleve të kalciumit
4) ACE- inhibitorët e enzimës konvertuese të angiotensinës
5) Blokuesit e receptorëve të angiotensinës II
6) Inhibitorët direkt të reninës (aliskiren)
7) Agjentë të tjerë antihipertensivë
Blokuesit e $\alpha$ 1-adrenoreceptor, vazodilatator qëndror dhe vazodilatator me veprim direkt

Pacientët me emergjencë të HTA duhen dërguar urgjentisht në spital, ku të fillohet menjëherë mjekimi parenteral nën monitorim të aktivitetit kardiak e duke bërë vlerësimet neurologjike e renale. Pikësnyimi i mjekimit është ulja e TA mesatar në masën jo më shumë se 25% brenda minutash ose 1 orë. Më pas nëse gjendja është e qëndrueshme, mund të tentohet ulja e mëtejshme e TA deri në 160/110-100 mm Hg brenda 2 deri 6 orësh.

Duhet shmangur me doemos ulja e tepruar e TA për të mos përkeqësuar perfuzionimin e organit shenjë të dëmtuar. Është e kuptueshme që terapia duhet zgjedhur në pajtim me organin shenjë të dëmtuar dhe me sëmundjet bashkë ekzistuese.

Pacientët me URGJENCE të HTA mund të mjekohen në shtëpi. Nuk është e detyrueshme që ata të shtrohen në spital. Ata mund të përfitojnë nga përdorimi i barnave hipotensive me veprim të shkurtër. Pikësnyimi i mjekimit është ulja e TA deri në masën 25% të TA mesatar brenda 24 orësh, si dhe korrigjimi i mjekimit të mëparshëm, ose fillimi i mjekimit në qoftë se ai ka qenë i pamjekuar. Një i sëmurë i tillë duhet rishikuar brenda 3-5 ditësh për të rishikuar mjekimin nëse del e nevojshme. Pacientët me dëmtim të organeve shenjë duhet drejtuar për konsultim të specialistët përkatës.

Dieta: të sëmurët më emergjencë të HTA nuk duhet të hanë deri sa të stabilizohet TA. Për mbajtjen e ekuilibrit hidrik mund të përdoret solucioni fiziologjik. Më pas ata duhet t'i nënshtrohen

dietës me kufizimin e kripës dhe sipas rastit edhe për rënien në peshë. Aktiviteti tek të sëmurët me emergjencë HTA duhet të mbahet në regjim shtrati deri sa të stabilizohet TA. Më pas ata mund të dalin nga spitali dhe të rimarrin aktivitetin e tyre.

Barnat për mjekimin e emergjencës HTA: deri më sot nuk ka një studim klinik që të sigurojë prova për efektshmërinë e krahasueshme të barnave të ndryshme në mjekimin e emergjencës së HTA. Barnat zgjidhen mbi bazën e shpejtësisë së veprimit dhe lehtësisë së përdorimit të tyre, rrethanave të veçanta dhe organit me dëmtim akut.

Nikardipina është shumë popullore për shkak të lehtësisë së madhe në përdorimin e saj. Përfuzionimi mund të fillohet me 2.5 mg/orë. Doza mund të përsëritet pas çdo 15-20 minutash deri në dozën maksimale të rekomandueshme. Nikardipina vlen për të kufizuar qofë iskeminë e miokardit qoftë atë cerebrale<sup>10,24,25,26</sup>.

Nitroglicerina është veçanërisht e vlefshme në emergjencat që shoqërohen me iskemi të miokardit. Veprimi i saj është i shpejtë dhe i shkurtër. Përfuzionimi mund të fillohet me 1-2 mg/orë dhe mund të rritet çdo 3-5 minuta.

Enalapriili- Perfuzionimi fillohet me 1.25 mg dhe mund të përsëritet çdo 6 orë. Veprimi i tij fillon brenda 30 minutash. Është veçanërisht i përshtatshëm në prani të insuficiencës kardiake kongjestive.

Esmololi fillon të veprojë brenda 1-5 minutash dhe efekti i tij zgjat 15-30 minuta. Mund të fillohet me një bolus i/v prej 500 mikrogram/kg peshë trupore, dozë e cila mund të përsëritet pas 5 minutash. Alternativë është edhe pefuzionimi me 50-100 mikrogram/kg/min.

Mënyra më e mirë për të parandaluar përsëritjen e krizave hipertensive është rrënjësia te pacientët e nevojës së domosdoshme të një regjimi kundër hipertensionit (mënyra e shëndetshme e ushqyerjes, mënjanimi i teprimit me alkoolin, mospirja e duhanit, aktiviteti i rregullt fizik, mënjanimi i mbipeshës e obezitetit, si dhe rrënjësia e domosdoshmërisë së mjekimit të rregullt me medikamente të HTA)<sup>27</sup>.

Njëkohësisht duhet siguruar një ndjekje mjekësore e afërt e këtyre të sëmurëve për të vlerësuar ecurinë e sëmundjes, efektshmërinë e mjekimit të dhënë dhe veprimet e mundshme anësore të barnave që ai është duke marrë. Veç këtyre pacientit duhet t'i mësohen edhe shenjat ose ankimet që lidhen me sëmundjen, shfaqja e të cilave duhet t'i kujtojnë atij se duhet të kërkojë pa vonesë ndihmën mjekësore. Ai duhet të mësohet të njohë edhe dozimin e barnave që merr dhe të njohë veprimet e tyre anësore ose të padëshirueshme.

**KONKLUZION: “Mjekimi i HTA është një “art” që nuk drejtohet ndaj hipertensionit, por ndaj hipertonicitetit, duke marrë parasysh të gjitha veçoritë shoqëruese tek i sëmurit. Që ai të jetë i suksesshëm kërkohet eksperiencia e mjekut, edukimi i të sëmurit, bashkëpunimi i ngushtë midis tyre”.**

Rregullimi i tensionit arterial varet nga aktiviteti i qendrave vazomotorë që ndodhen në tru dhe nga shumë substanca të tjera në organizëm.

Kur për çfarëdo lloj arsye tensioni arterial ulet, në veshkë prodhohet renina që duke vepruar

mbi angiotensinogjenin, e transformon atë në angiotenzinë. Kjo e fundit ka rol enëngushtues dhe shkakton ngritje tetensioni arterial. Angiotenzina gjithashtu rrit prodhimin e aldosteronit nga gjendrat mbiveshkore; aldosteroni mban jonet Na<sup>+</sup> dhe thith ujë gjatë filtrimit të urinës në veshka. Si pasojë e ujit të thithur, rritet volumi i gjakut që kontribuon në rritjen e presionit arterial. Edhe adrenalina, noradrenalina, kortikosteroidet, hormonet e tiroides (T3 dhe T4) kanë efekt hipertensiv.

#### IV. Menaxhimi i hipertensionit arterial

Menaxhimi i hipertensionit arterial mund të arrihet nga modifikimi i stilit të jetës, ose nga barnat, ose të dyja. Një faktor tjetër i rëndësishëm për parandalimin dhe trajtimin e hipertensionit është edhe aktivizimi i pacientit. Modifikimi i stilit të jetës luan një rol të rëndësishëm në mjekimin e hipertensionit, por nuk duhet vonuar fillimi medikamentoz tek pacientët me rrezik të lartë <sup>28</sup>:

Tabela IV.1. Përfitimet nga modifikimi i stilit të jetës.

Përfitimet nga modifikimi i stilit të jetës
1) Redukton TA tek pacientët që janë nën terapi medikamentoze
2) Lejon reduktimin e dozës të terapisë antihipertensive
3) Kontrollon dhe parandalon në mënyrë shumë efektive rreziqet e tjera kardiovaskulare
4) Rrit efektin e barnave antihipertensivë
5) Vonon ose parandalon shfaqjen e hipertensionit tek pacientët jo-hipertensivë
6) Vonon ose parandalon fillimin farmakologjik tek pacientët hipertensivë në stadin I
7) Redukton koston e farmakoterapisë
8) Përmirëson tërë profilin lipidik dhe të glukozës në gjak
9) Siguron kontroll të përgjithshëm terapeutik më të mirë

Modifikimi i stilit të jetesës dhe të ushqimit indikohet tek të gjithë hipertonicët, si masë e parë e mjekimit. Reduktimi i marrjes së kripës deri në 5-6g/ditë, reduktimi i prirjes së alkoolit 20-30g ethanol/ditë për meshkujt dhe 10-20g ethanol/ditë për femrat, konsumi i tepërt i perimeve, frutave dhe produkteve me përmbajtje të ulët yndyrnash, reduktimi i peshës trupore BMI < 25 kg /m<sup>2</sup> dhe perimetri i barkut tek meshkuj <102cm dhe tek gratë <88cm, rritja e aktivitetit fizik të paktën 30 min, ushtrime aerobike, 5-7 ditë/javë, ndërprerja e duhanit, menaxhimi i stresit përmes teknikave relaksuese, për pacientët ku stresi përbën një faktor kontribues për hipertension <sup>29</sup>.

Ato mund të ulin TA, apo deri të stopojnë sëmundjen e hipertensionit arterial. Po ashtu ato edhe vetëm mund të ulin mjaft morbiditetin dhe mortalitetin që vjen si pasojë e komplikacioneve kardiovaskulare të HTA.

Ndërprerja e duhanit: efekti i duhanit mbi TA është i drejtpërdrejtë për rritjen e tij dhe ndërprerja e duhanit e heq këtë influencë negative mbi TA.

Reduktimi i peshës: shtimi në peshë edhe në përmasa të vogla, ka një influencë të rëndësishme



mbi HTA. Gratë me indeks mase (BMI) 24 bëjnë HTA 2 herë më shumë se ato më BMI 21, për 18 vjet. Në shumicën e njerëzve, rritja e peshës realizohet nëpërmjet depozitimit të dhjavit në pjesën e poshtme të trupit (sindromi metabolik). Ky obezitet i poshtëm është një faktor më vete, rrezik për HTA. Po ashtu, ai influencën edhe mbi apnenë obstruktive të gjumit, e cila, më vete, ka një influencë në mbajtjen e një TA të qëndrueshëm. Edhe uljet e lehta në peshë kanë një influencë të rëndësishme mbi reduktimin e TA. Kështu, vetëm ulja prej 1 kg e peshës, mund të çojë në një rënie të TA prej 1.6/1.3 mm Hg.

Aktiviteti fizik: rritja e aktivitetit fizik mund të çojë në uljen e peshës, por mund të influencojë si në mos shfaqjen për herë të parë të HTA, ashtu edhe të diabetit apo të secilës nga sëmundjet kardiovaskulare<sup>29,30</sup>.

Ushtrimet aerobike sjellin uljen e TA gjatë kryerjes se tyre, me një efekt që mund të zgjasë edhe më pas gjatë ditës. Ulja e TA është më e madhe sa më të gjata janë ushtrimet aerobike, por nuk influencohet nga intensifikimi i tyre.

Reduktimi i marrjes së kripës në ushqim: modeli i kripur i dietës së vendeve të zhvilluara është akuzuar si shkak i zhvillimit të HTA në shoqëri. Sidoqoftë, është vërtetuar se pakësimi i kripës tek hipertonicët, sjell përfitime të qarta në reduktimin e shifrave të TA. Vetëm ulja e 78 mmol/24 orë kripë solli rënie të TA më 5.0/2.7 mmHg, tek hipertonicët, dhe 2.0/1.0 mmHg tek normotensivët. Raporti i sasisë së reduktimit të kripës me shifrat e TA është linear tek hipertonicët. Sa më pak kripë konsumohet, aq më shumë ulen shifrat e TA. Megjithatë, sipas studimeve, ulja e kripës për 6 muaj më 33 mmol/24 orë solli vetëm një reduktim të TA me 1.1/0.6 mmHg<sup>30</sup>. Jo të gjithë të sëmurët i përgjigjen mirë reduktimit të kripës për uljen e shifrave të TA. Nganjëherë, reduktimi i tepruar i kripës, mund të jetë edhe kundërproduktiv, nëpërmjetë stimulimit të tepruar të aktivitetit të sistemit nervor simpatik, apo sistemit reninë angiotenzinë, që mund të kundërballancojnë efektet përfituese nga ky reduktim. Kështu, restriksioni i kripës është i rëndësishëm për mos shfaqjen e HTA dhe ka njëfarë influence për mjekimin e kësaj sëmundje.

Sidoqofte, në këtë drejtim, mund të jepen disa këshilla:

- mos shto kripë në gjellë dhe mos përdor kripën e tavolinës
- evito ushqimet në “fast-food”
- evito antiacidet me përmbajtje Na
- kur nuk mund të evitosh nevojën e shijes për kripë gjelle, përdor kripë kaliumi, që ka shije të njejtë.

Shtimi i sasisë së kaliumit dhe kalciumit në ushqim: kaliumi është parë se sjell një ulje të shifrave të TA më një mesatare 3.1/2 mm Hg, sidomos tek negrit dhe tek ata që përdorin shumë kripë. Sidoqoftë, marrja e tepërt e tij mund të shkaktojë probleme të tjera të hiperkalemisë dhe duhet përdorur me kujdes vetëm atëherë kur ka tendencë për hipokalemi. Edhe marrja në ushqim e kalciumit sjell ulje të TA me 1.44/0.84 mm Hg. Megjithatë, marrja e tepërt e tij mund të sjellë rritjen e incidencës së nefrolithiazës dhe pasoja të tjera të padëshirueshme.

Roli i kafesë: efekti i kafesë, mbi rritjen e shifrave të TA, nuk duket aq i madh sa ç’ekziston në legjendën popullore. Përdorimi i theksuar i saj sigurisht mund të influencojë edhe negativisht në shifrat e TA. Kështu në metanalizën e 11 studimeve, u gjet se përdorimi i 5 filxhanave kafe në ditë solli një rritje të TA vetëm prej 2.4/1.2 mm Hg. Përdorimi i reduktuar i kafesë ditore



(1-2 kafe në ditë) nuk duket të ketë ndonjë influencë të rëndësishme mbi TA<sup>31</sup>.

Përdorimi i alkoolit: ka një efekt me dy drejtime në lidhje me HTA. Doza të vogla të tij sjellin parandalimin e HTA, ndersa dozat mesatare, apo të larta ditore kanë një efekt negativ për rritjen e shifrave të TA. Sipas studimeve, doza përfituese është MBI, 2 porcione nga 12 ml për burrat dhe 1 porcion 12 ml për gratë, që çon në uljen e incidencës së HTA me 14% dhe rritjen e kësaj incidence me 31% kur tejkalohen këto doza<sup>31</sup>.

Si përfundim, mund të thuhet se nga modifikimi i stilit të jetesës dhe ushqyerjes mund të përfitohet mjaft për uljen e TA. Konkretisht, nga reduktimi i peshës prej 10 kg mund të përfitohet një ulje 5-10 mmHg e TA, nga adaptimi në vakte të fraksionuara të ushqimit, një ulje prej 8-14 mm Hg, nga rritja e aktivitetit fizik: 2-8 mm Hg dhe nga rregullimi i konsumit të alkoolit, një ulje prej 2-4 mm Hg (gjithmonë kur flasim për TAS)<sup>31,32</sup>.

Ndërpreja e medikamenteve: si rregull, sjell ringritjen e TA në 80% të rasteve dhe vetëm në 20% e të sëmureve mund të ruhen nivelet e mëparshme të TA pas ndërprejes. Duke ditur se më sa vështirësi arrihet niveli i duhur i uljes së TA, nuk rekomandohet në asnjë mënyrë ndërpreja e terapisë antihipertensive, me përjashtim të rasteve kur medikamentet japin efekte anesore<sup>32,33,34</sup>.

HTA rezistent: ka disa raste kur HTA është rezistent ndaj mjekimit. Kjo do të thotë kur TAD nuk zbret nën 90 mm Hg, me gjithë përdorimin e mbi 3 medikamenteve. Kjo situatë mund të vijë kur i sëmuri nuk i merr rregullisht ilaçet. Po ashtu ajo përseritet në rastet kur, nga matjet që kryhen gjatë vizitës mjekësore, shifrat e TA mund të jenë më të larta, për shkak të emocioneve të veçanta (ndryshe nga jeta reale, shifrat rezultojnë të larta, pavarësisht nga mjekimi).

Në mungesë të insuficiencës kardiake shoqëruese, HTA nuk shton aspak rreziqet kardiovaskulare të kirurgjisë. Megjithatë, rekomandohet që para interventit HTA të kontrollohet mirë nëpërmjet mjekimit, për të reduktuar rrezikun e iskemisë së miokardit. Përdorimi i B- bllokuesve rekomandohet, sidomos para intubimit dhe veçanerisht në kirurgjinë vaskulare.

Menaxhimi i TA arrihet me anë të edukimit për vetëmenaxhimin e TA, dhe dhënies së këshillave për monitorimin e TA në shtëpi, (matjen e TA në mënyrë të duhur duke iu treguar edhe për gabimet e mundëshme që mund të ndodhin gjatë matjes). Njoftimin me simptomat dhe në raste të shfaqjes së tyre të mësohet pacienti kur të vetëintervenoj dhe si të intervenoj, si dhe kur duhet të paraqitet të mjeku.

Të njoftohet pacienti me faktorët e rrezikut dhe të këshillohet për menxhimin e komplikimeve që paraqet hipertensioni.

Pacienti duhet të ketë njohuri për vizitat e rregullta dhe rëndësinë e tyre si dhe për ekzaminimet e HTA, nëse deshirojmë të kemi menaxhim të suksesshëm të TA.

## **1. Qëllimi i punimit**

Gjatë kryerjes së këtij studimi, patëm si qëllim të studiojmë:

1. Treguesit për menaxhimin dhe komplikimet që mund të ndodhin nga hipertensioni arterial.
2. Identifikimin e praktikave më të mira për përmirësimin e cilësisë së kujdesit infermieror te pacientët me tension arterial.
3. Krahasimin dhe analizimin e satisfaksionit të pacienteve ndaj shërbimeve infermiere sipas moshës, gjinisë dhe vend-banimit.
4. Përdorimin e një pyetësori standard të infermierët e SR- në Pejë, fokusuar në Repartin e Internistik, dhe në njësinë koronare në rolin e infermierëve në menaxhimin e pacientëve me hipertension dhe hipotension; si dhe aftësinë e tyre për edukimin e këtyre pacienteve.
5. Vlerësimin e satisfaksionit të pacienteve ndaj shërbimeve infermiere dhe marrjes së këshillave për sëmundjen e HTA gjatë qëndrimit të tyre në spital.
6. Vlerësimin e njohurive dhe të edukimit të pacienteve për vetëdijësimin e tyre për ndërrimin e stilit të jetesës dhe vetëmenaxhimin ndaj sëmundjeve të TA.

Formulimi i nën-problemeve:

Nën-problemi 1: parandalimi dhe treguesit për menaxhimin dhe komplikimet që mund të ndodhin nga HTA.

Nën-problemi 2: identifikimi i praktikave më të mira për përmirësimin e cilësisë së kujdesit infermieror tek pacientët me tension arterial; roli i punës individuale dhe ekipore për menaxhimin e TA.

Nën-problemi 3: krahasimi dhe analizimi i satisfaksionit të pacientëve ndaj shërbimeve infermiere për parandalimin dhe mjekimin e hipertensionit arterial dhe hipotensionit arterial.

Nën-problemi 4: përdorimi i një pyetësori standard të infermierët në SR- në Pejë, fokusuar në Repartin e Internistik, dhe në njësinë koronare në rolin e infermierëve në menaxhimin e pacienteve me hipertension dhe hipotension; si dhe aftësia e tyre për edukimin e këtyre pacientëve, për parandalimin e komplikimeve të shkaktuara nga TA.

Nën-problemi 5: satisfaksioni i pacientëve ndaj shërbimeve infermiere dhe marrjes së këshillave për sëmundjen e tensionit arterial gjatë qëndrimit të tyre në spital, dhe gjatë vizitave në Ambulancën Specialistike.

Nën-problemi 6: njohuritë dhe edukimi i pacientëve për vetëdijësimin e tyre për ndërrimin e stilit të jetesës dhe vetëmenaxhimin ndaj sëmundjeve të TA.

## **Hipotezat kryesore**

Hipoteza 1. Menaxhimi i kujdesit infermieror dhe perceptimi i infermierëve lidhur me informimin dhe edukimin e pacientëve në menaxhimin e kujdesit infermieror te pacientët me HTA.

Hipoteza 2. Për të identifikuar praktikat më të mira të përmirësimit të kujdesit infermieror si në kujdesin primar ashtu dhe në atë sekondar për TA; edukimi dhe vlerësimi i pacienteve me hipertension në Regjionin e Dukagjinit.

Hipoteza 3. Perceptimi i pacientëve ndaj shërbimeve shëndetësore është indikator potencial i menaxhimit adekuat dhe cilësor i stafit infermieror dhe opinioni pacientëve në qasjen e parë me infermierët.

Hipoteza 4. Përdorimi i një pyetësoi gjysmë të strukturuar me qëllim të identifikimit të rolit të infermierëve në menaxhimin e pacientëve me sëmundje të tensionit arterial dhe edukimi për parandalimin e komplikimeve të hipertensionit arterial.

Hipoteza 5. Përmbajtja e këshillave të marra nga infermierët është tregues i rëndësishëm dhe i vlefshëm për cilësinë e kujdesit dhe performancës spitalore dhe ndikon pozitivisht në njohjen e faktorëve të rrezikut dhe menaxhimin e sëmundjes së HTA.

Hipoteza 6. Parandalimi dhe vetmenaxhimi i të sëmurëve me tension arterial me qëllim të vetëdijësimit të popullatës në ndërrimin e stilit të jetës.

Krahasueshmeria e pacientëve të cilët marrin edukimin për vetëmenaxhimin e HTA gjatë vizitave dhe atyre të cilët nuk kanë njohuri të mjaftueshme për vetëmenaxhim të HTA, dhe njohuritë e fituara në bazë të gjinisë dhe moshës në menaxhimin HTA.

### **Hipotezat alternative**

Hipoteza 1: Praktikantët e mira të kujdesit infermieror si udhëzimi përmes broshurave, përcaktimi i terapisë së duhur dhe përkrahja spitalore, kanë ndikim pozitiv në kënaqshmërinë e pacientëve për menaxhimin e sëmundjes së hipertensionit arterial në Regjionin e Pejës.

Hipoteza 2: Perceptimi i pacientëve lidhur me informimin, edukimin dhe menaxhimin e HTA nga ana e infermierëve dhe opinioni i tyre në qasjen e parë me infermierët, kanë ndikim pozitiv në satisfaksionin e pacientëve ndaj kujdesit infermieror në spital.

Hipoteza 3: Edukimi për ruajtjen nga faktorët e riskut tek pacientët ndikon pozitivisht në menaxhimin e kujdesit infermieror të pacientëve me HTA, dhe parandalimin e komplikimeve.

Hipoteza 4: Përmbajtja e këshillave të marra nga infermierët ndikon pozitivisht në njohjen e faktorëve të rrezikut dhe menaxhimin e sëmundjes së HTA-s.

## **2. Materiali dhe metoda**

Ky hulumtim është i llojit cross-sectional dhe case-control, që zhvillohet në tri pjesë. Ky hulumtim është bazuar në një hulumtim të përafërt të realizuar në SHBA nga autori Schlesinger, L.A., and J.L. Heskett, dhe një hulumtim të realizuar në Spitalin Kirurgjik në Karaçi (CHK) nga Press Ganey Associates. 2005 “Physician and Patient Satisfaction”. Unpublished re-search report, dhe nga hulumtimet për “The Role of Nurses in Hospital Quality Improvement” (Roli i infermierëve në përmirësimin e kualitetit spitalor), nga autorët Debra A. Draper, Laurie E. Felland, dhe hulumtimin: Nurse Staffing and Quality of Patient Care nga autorët: Beth A. Collins Sharp, Ph.D.R.N. nga The Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), through its Evidence-Based Practice Centers (EPCs).

Pra, për realizimin e këtij punimi është përdorur edhe metoda parçiale e hulumtimit që është realizuar përmes pyetësorëve të përgatitur dhe të ndarë në 3 faza të hulumtimit dhe retrospektive nga statistikat e marra nga protokollat e Spitalit Rajonal të Pejës dhe QKMF në Pejë, Istog dhe Deçan.

### **3. Procedura dhe metodat**

Jam drejtuar me kërkesë zyrtare Drejtorit të Spitalit Rajonal në Pejë, dhe drejtoreve të QKMF, Pejë, Istog, Deçan, dhe i kam informuar për qëllimin e këtij hulumtimi.

Marrja e të dhënave nga protokollat e spitaleve dhe ambulancave për numrin e pacientëve gjatë viteve 2014-2017, sipas muajve të vitit, gjinisë, moshës dhe vënd banimit. Këto të dhëna merren nga protokollat e Spitalit të Pejës, QKMF në Pejë, Istog dhe Deçan.

• Plotësimi i pyetësorëve në QKMF në Pejë, në S.R të Pejës dhe në komunitet është realizuar nga unë te secili pacient, ku mesatarja e kohëzgjatjes së pyetësorëve është 15-25 minuta te një pacient.

- Të dhënat nga pyetësoret janë përpunuar më metoda statistikore exell dhe SPSS.
- Rezultatet e fituara janë krahasuar me të dhënat nga literatura bashkohore.
- Gjithashtu janë nxjerë konkluzionet dhe rekomandimet e nevojshme nga ky hulumtim.

#### **4. Kriteret e futjes në hulumtim**

Në hulumtim janë futur infermierët që kanë punuar në Spitalin e Pejës (ata të Repartit të Njësisë Koronare dhe Internos, dhe infermierët e ambulancave) dhe pacientët e moshave të ndryshme të cilët janë pranuar në spital dhe ata që kanë bërë vizita nëpër ambulanca dhe janë diagnostikuar me hipertension arterial, ose hipotension arterial gjatë viteve 2014 - 2017. 100 pacientë të cilët janë lajmëruar me HTA në muajin janar 2017 në Ambulancën Specialistike të Spitalit të Pejës, të cilët janë monitoruar deri në maj të vitit 2018, duke i takuar çdo muaj në Ambulancën Specialistike.

##### **4.1. Kriteret e shmangjes nga hulumtimi**

Pacientët të cilët nuk janë pranuar në spital për shkak të HTA, dhe infermierët të cilët nuk kanë punuar në repartet ku trajtohet TA, si dhe gjatë muajit janar të vitit 2017 ata të cilët nuk janë lajmëruar për shkak të HTA në Ambulancën Specialistike.

##### **4.2. Mënyra e vlerësimit të pacienteve të këshilluar dhe përcjellur gjendjen e tyre për një vit e gjysmë, çdo muaj**

Në vizitën e parë dhe të fundit, nga të gjithë pacientët, janë plotësuar pyetësorët, nga të cilët kemi marrë rezultatet e arritjes së suksesit për menaxhimin dhe parandalimin e komplikimeve që sjell HTA.

Janë ekzaminuar klinikisht dhe janë trajtuar nga i njëjti mjek dhe i njëjti infermier për një vit e gjysmë. Nga unë janë edukuar për menaxhimin e TA dhe sëmundjet e tjera të cilat e shoqërojnë HTA, duke ju dhënë këshilla në formë të shkruar (broshura, slajde, fletushka, postera), dhe janë edukuar për parandalimin e komplikimeve që sjell HTA, si dhe për zhvillimin e një jetese të sukseshme dhe aktive duke përmisuar dhe ndryshuar stilin e jetës.

Duke u bazuar në gjendjen individuale të pacientëve, janë monitorur shenjat vitale, janë përcjellë a po i zbatojnë këshillat e marra për shmangien nga veset e këqia, ndërrimin e stilit të jetesës, parandalimin e faktorëve të riskut, dhe përmisimin e rezultateve të analizave laboratorike dhe ekzaminimeve të tjera.

Rezultatet e të gjitha ekzaminimeve janë krahasuar për secilën vizitë. Në bazë të këtyre rezultateve është caktuar edhe edukimi për secilin pacient, dhe terapia medikamentoze nga ana e mjekut dhe në çdo vizitë janë njoftuar dhe edukuar për mënyrën e ekzaminimeve të nevojshme për vizitën e radhës.

Gjatë kësaj kohe individualisht janë mësuar pacientet për matjen e TA në mënyrë të drejtë, dhe vetëmenaxhimin e HTA sipas gjendjes dhe vlerave të TA, mënyrën e ushyeshmërisë, për secilin racion brenda ditës sa të kenë kalori, dhe llogaritjen e BMI: sasia e kalorive ditore të llogaritet në bazë të BMI, si dhe aktivitetet fizike në bazë të moshës, gjendjes së pacientit dhe duke u bazuar edhe në sëmundjet tjera jo vetëm në HTA. I njoftuam pacientet për rrezikun gjatë aktiviteteve fizike si: hipoglikemia për pacientët me terapi insulinike dhe sulfanilure: imediate, e vonëshme, hiperglikemia dhe ketoza, ngjarjet kardiovaskulare: precipitim i anginës, aritmi kardiake, vdekje; nëse ekziston neuropatia: dëmtim i indeve të buta, dëmtim i nyjeve; nëse ekziston retinopatia gjakderdhje në corpus vitrosum etj.

Ushqimi duhet të jetë i ekuilibruar: Rekomandohen 55% karbohidrate (rekomandohen mbi 30% fibra dietale, ndërsa të shmangen karbohidratet e thjeshta dhe të koncentruara), 30-35% lipide, prej tyre vetëm 1/3 të ngopura, < 300 mg/ditë kolesterol, ndërsa përparësi iu jipet yndyrëve të pangopura (me origjinë bimore dhe të peshkut), dhe 15-20% proteina, më shumë se gjysma duhet të jenë me origjinë shtazore që të sigurohen aminoacidet esenciale.

Vlera totale ditore e kalorive duhet të ndahet në sa më shumë vakte: 5, prej të cilëve duhet të jenë: 3 vakte kryesore dhe 2 vakte të ndërmjetme.

Të shmangen ushqimet e fërguara, mishi me dhjamë, gjalpi, kajmaku, djathi i yndyrshëm, sallamet, pashtetat, majoneza, çipsat, lajthitë etj. Mëlmesat vetëm natyrale dhe të freskëta, pijet nuk duhet të përmbajnë sheqer: uji, uji i gazuar, limonada, dhe çaji; rekomandohen minimumi 1-1.5 l/ditë. Është mirë që perimet të merren në formë sallatash ose të ziera.

Pacientët kryesisht kanë pasur peshë normale me gjatësinë e trupit.

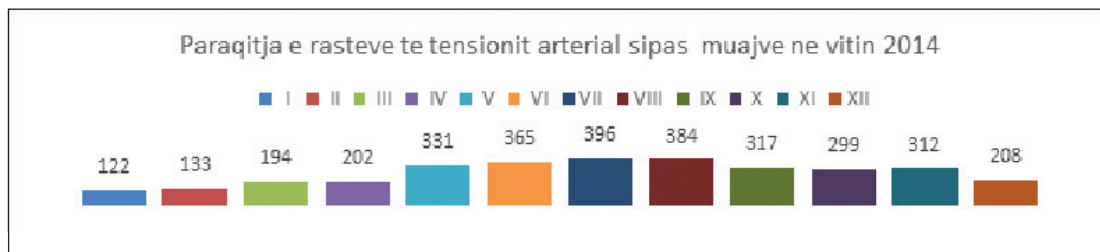
Të gjithë pacientet janë informuar dhe janë pajtuar për mënyrën dhe qëllimin e hulumtimit.

### **4.3. Analiza statistikore**

Për analizimin e të dhënave është përdorur programi Excel dhe SPSS, kurse për testimin e të dhënave janë përdorur të analizat deskriptive dhe për vërtetimin e hipotezave është përdorur korelacioni bivariate (pearson corelation), partial corelation, independent sample t-test dhe anova one way.

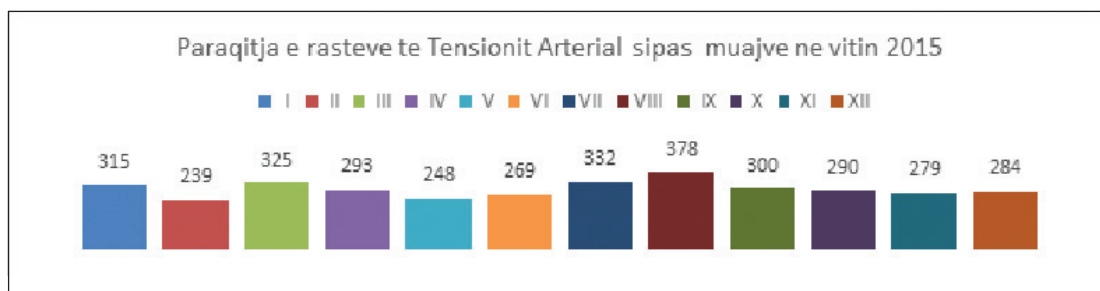
## 5. Rezultatet

Karakteristikat e përgjithshme e të ekzaminuarve të përfshirë në hulumtim: në pjesen e parë të hulumtimit janë përfshirë pacientët me HTA: të dhënat për Spitalin e Pejës, QKMF në Pejë, Istog dhe Deçan. Paraqitja e rasteve të HTA sipas muajve nga viti 2014- 2017 të shtrirë në Spitalin e Pejës dhe vizitat në Ambulancën Specialistike në Pejë.



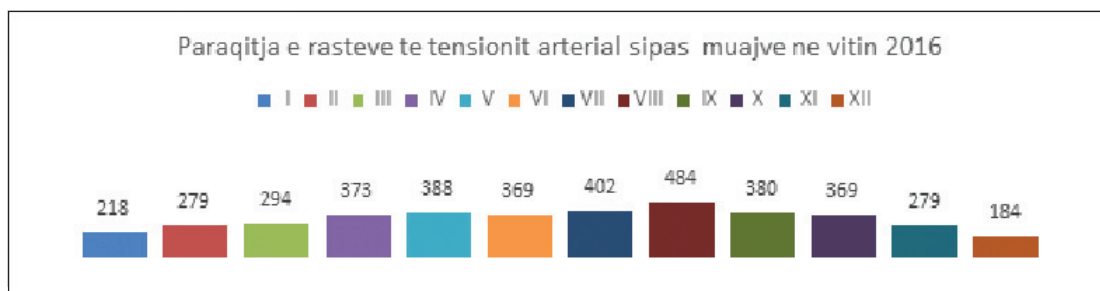
Grafiku 5.1. Tregon numrin e pacientëve me HTA gjatë vitit 2014 në Spitalin e Pejës dhe Ambulancën Specialistike të Pejës.

Nga numri i përgjithshëm 3263 në muajin korrik kishte 396 pacientë me HTA në Spitalin e Pejës dhe Ambulancën Specialistike në Pejë gjatë vitit 2014, dhe më së paku kishte në muajin janar me 122 pacientë.



Grafiku 5. 2. Paraqitja e pacientëve me HTA sipas muajve në vitin 2015 në Spitalin e Pejës dhe Ambulancën Specialistike në Pejë.

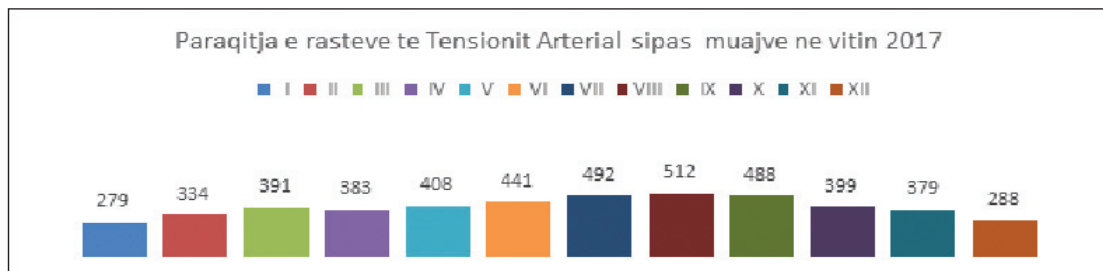
Nga 3642 pacientë të paraqitur në vitin 2015, në muajin Gusht u paraqiten më së shumti me numër 378 pacientë, dhe më së paku u paraqiten në muajin shkurt 239 pacientë.



Grafiku 5. 3. Paraqitja e pacientëve me HTA sipas muajve në vitin 2016 në Spitalin e Pejës dhe Ambulancën Specialistike në Pejë.

Nga gjithsej 4019 pacient të paraqitur me HTA në vitin 2016, në muaji Gusht u paraqiten më së shumti me nr. 484 pacienta, dhe me se paku u paraqiten me muajin Dhjetor 184 pacienta.





Grafiku 5. 4. Paraqitja e pacienteve me HTA sipas muajve ne vitin 2017 ne Spitalin e Pejës dhe Ambulanten Specialistike ne Peje.

Nga 4794 paciente per vitin 2017 ne Spitalin e Pejës dhe Ambulancën Specialistike me se shumti kishte te paraqitur ne gusht me 512 raste, dhe me se paku ne janar me 279 raste.

Tabela. 5.1. Pacientet e paraqitur me HTA në Spitalin Regjional të Pejës dhe Ambulancën Specialistike nga Viti 2014-2017 sipas moshës, gjinisë, dhe vendbanimit.

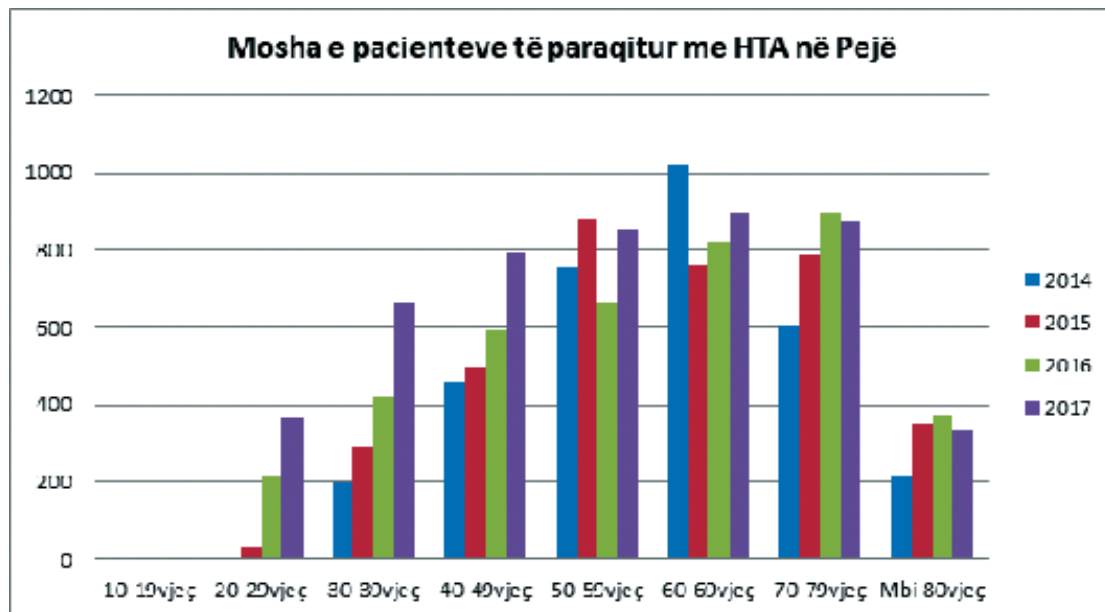
Viti	2014	2015	2016	2017
Mosha				
10-19 vjeç	2	0	0	2
20-29 vjeç	8	28	212	370
30-39 vjeç	198	293	418	668
40-49 vjeç	460	499	595	793
50-59 vjeç	760	884	668	855
60-69 vjeç	1021	764	821	895
70-79 vjeç	602	792	894	873
Mbi 80 vjeç	212	352	374	338
Gjithsej	3263	3642	4019	4794
Vendbanimi				
Qytet	1875 (57.46%)	2000 (60%)	1998 (49.72%)	2434 (50.77%)
Fshat	1388 (42.54%)	1642 (40%)	2020 (50.28%)	2360 (49.23%)
Gjinia				
--				
Meshkuj	1799 (55.13%)	1818 (49.92%)	3982 (66.79%)	2390 (49.85%)
Femra	1464 (44.87%)	1824 (50.08%)	1980 (33.21%)	2404 (50.15%)

**2014:** Mosha më e prekur nga HTA ka qenë 60-69 vjeç, me 1021 pacientë dhe mosha më pak e prekur për këto vite ka qenë mosha 10-19 vjeç me 2 pacientë, mosha 20-29 vjeç me 8 pacientë. Nga numri i përgjithshëm 3263, meshkuj ishin 55.13% ndërsa femra 44.87%, në qytet jetuan 57.46% dhe në fshat jetuan 42.54%.

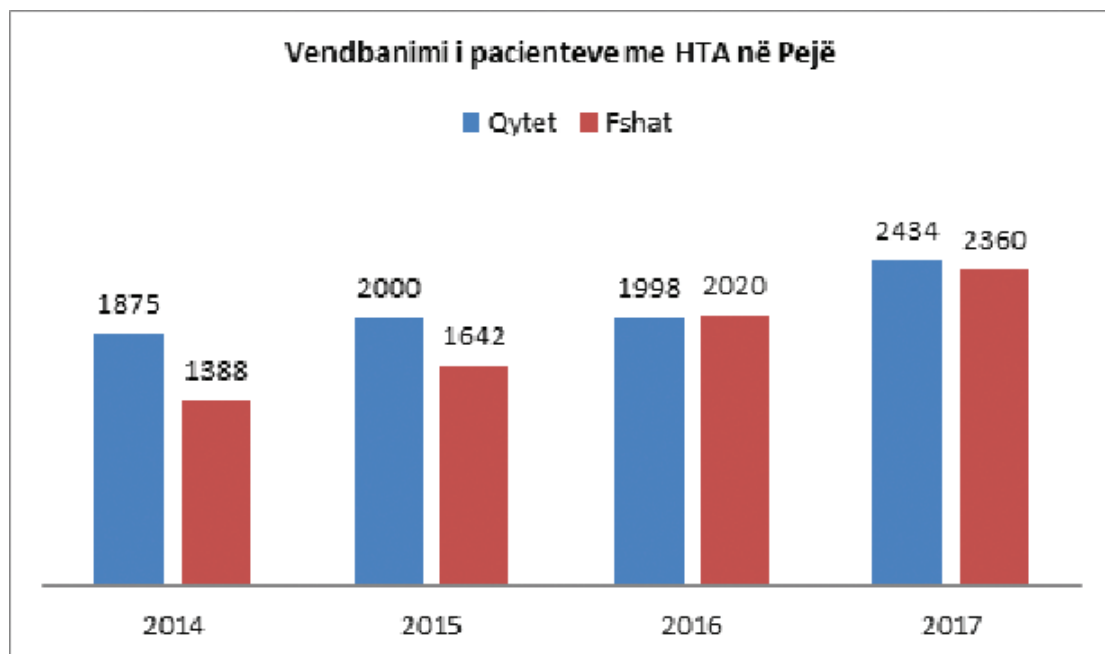
**2015:** Mosha më e prekur ishte mosha 50-59 vjeç me 884 raste, nuk kishte asnjë rast nga mosha 10-19 vjeç, nga 20-29 vjeç ishin 28 raste. Nga numri i përgjithshëm 3642, meshkuj ishin 49.92%, ndërsa femra 50.8%, në qytet jetuan 60% dhe në fshat jetuan 40% e rasteve.

**2016:** Mosha më e prekur ishte mosha 70-79 vjeç me 894 raste, nuk kishte asnjë rast nga mosha 10-19 vjeç, nga 20-29 vjeç ishin 212 raste. Nga 4019 raste, meshkuj ishin 66.79%, ndërsa femra 33.21%, në qytet jetuan 49.72%, ndërsa në fshat jetuan 50.28% e rasteve.

**2017:** mosha më e prekur ishte mosha 60-69 vjeç me 895 raste, nga mosha 10-19 vjeç kishte më së pakti raste me numër 2; nga 20-29 vjeç ishin 370 raste. Nga numri i përgjithshëm 4019, meshkuj ishin 49.85 %, ndërsa femra 50.15% , në qytet jetuan 50.27%, ndersa në fshat jetuan 49.23 % e rasteve.



Grafiku 5.5. Pacientët e paraqitur me HTA në Spitalin Regjional të Pejës dhe Ambulancën Specialistike nga viti 2014-2017, sipas moshës.



Grafiku 5.6. Vendbanimi i pacientëve me HTA në Spitalin Regjional të Pejës dhe Ambulancën Specialistike nga viti 2014-2017.

Tabela 5. 2. Paraqitja e pacientëve në QKMF Pejë me hipertension dhe hipotension për vitet 2014-2017 sipas gjinisë.

Viti	2014	2015	2016	2017
Hipotension				
Meshkuj	13 (42%)	4 (30%)	8 (36%)	14 (40%)
Femra	15 (58%)	13 (70%)	14 (64%)	16 (60%)
Hipertension				
Meshkuj	150 (40%)	101 (68%)	95 (50%)	148 (51%)
Femra	200 (60%)	88 (32%)	95 (50%)	140 (49%)

Në Qendrën Kryesore të Mjekësisë Familjare në Pejë në vitin 2014 kishte gjithsej 383, prej tyre 350 ishin me hipertension arterial, prej të cilave 60% ishin femra dhe 40% ishin meshkuj, nga 383 pacientë me HTA ishin 32 transferë për në Spitalin Rajonal në Pejë. Ndersa kishte 33 raste me hipotension arterial, femra 58% dhe 42% meshkuj.

Në vitin 2015 Qendrën Kryesore të Mjekësisë Familjare në Pejë kishte 206 raste gjithsej nga ky numër 189 raste, me hipertension arterial, prej të cilëve 32% ishin femra dhe 68% meshkuj. Nga 189 raste me HTA, u benë 10 transfere për në Spitalin Rajonal të Pejës. Kishte dhe 17 raste me hipotension arterial, femra 30% dhe 70% meshkuj.

Në vitin 2016 në Qendrën Kryesore të Mjekësisë Familjare në Pejë kishte 212 raste, 190 raste me hipertension arterial, prej të cilave 50% ishin femra dhe 50% meshkuj. Ishin 22 transferë për në Spitalin Rajonal të Pejës. Kishte 22 raste me hipotension arterial, femra 64% dhe 36% meshkuj.

Në vitin 2017 në Qendrën Kryesore të Mjekësisë Familjare në Pejë kishte 318 pacientë, nga ky numër, 288 raste, ishin me hipertension arterial, prej të cilave 49% ishin femra dhe 51% meshkuj. Ishin 28 transferë për në Spitalin Rajonal të Pejës. Kishte 30 raste me hipotension arterial, femra 60% dhe 40% meshkuj.

Tabela 5. 3. Paraqitja e pacientëve QKMF Istog me hipertension dhe hipotension për vitet 2014-2017 sipas gjinisë.

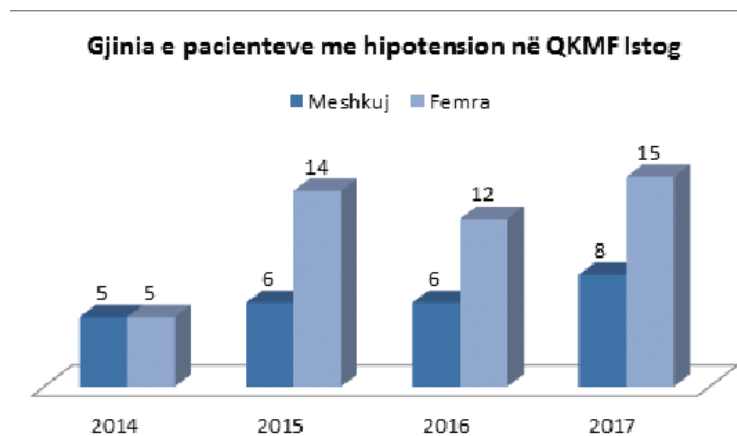
Viti	2014	2015	2016	2017
Hipotension				
Meshkuj	5 (50%)	6 (30%)	6 (63%)	8 (35%)
Femra	5 (50%)	14 (70%)	12 (67%)	15 (65%)
Hipertension				
Meshkuj	96 (46.15%)	84 (49%)	126 (53%)	130 (52%)
Femra	112 (53.85%)	87 (51%)	110 (45%)	120 (48%)

Në vitin 2014 në Qendrën Kryesore të Mjekësisë Familjare në Istog kishte gjithsej 218 raste, nga këto me hipertension arterial ishin 208 raste, prej tyre 112 femra ose 53.85% dhe 96 meshkuj, ose 46.15%. Ndërsa 10 raste ishin me hipotension arterial, femra 5 dhe 5 meshkuj. Dhe transferë për trajtim në Spitalin Rajonal të Pejës ishin 18 raste.

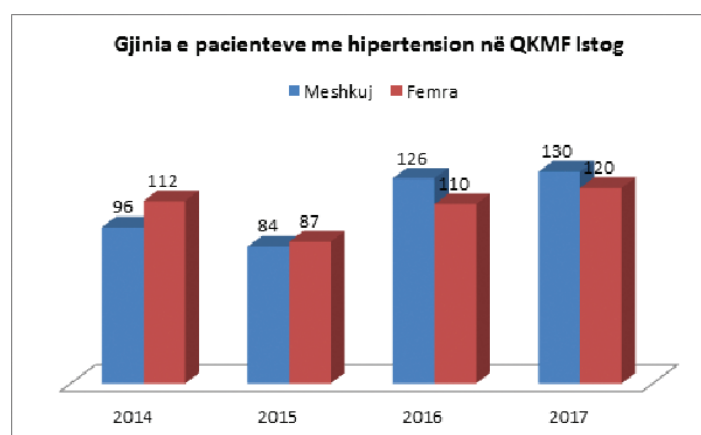
Në vitin 2015 në Qendrën Kryesore të Mjekësisë Familjare në Istog gjithsej ishin 191 raste, me HTA kishte 171 raste, prej tyre femra 51% dhe meshkuj 49%, transferë për trajtim në Pejë ishin 22 raste. Nga numri i përgjithshëm 20 raste me hipotension arterial, femra 70% dhe 30% meshkuj.

Në vitin 2016 në Qendrën Kryesore të Mjekësisë Familjare në Istog kishte 254 raste nga këto 236 raste, me hipertension arterial, prej të cilave 110 ishin femra 47% dhe 53% meshkuj, 14 transfere për në Spitalin Rajonal në Pejë. Dhe nga numri i përgjithshëm 18 raste me hipotension arterial, femra 67% dhe 33% meshkuj.

Në vitin 2017 në Qendrën Kryesore të Mjekësisë Familjare në Istog kishte 272 raste, nga këto 250 raste, me hipertension arterial, prej të cilëve 48% ishin femra dhe 52% meshkuj; 28 transferë për në Spitalin Rajonal në Pejë. Kishte dhe 23 raste me hipotension arterial, femra 65% dhe 35% meshkuj.



*Grafiku 5.7. Paraqitja e pacientëve me hipotension për vitet 2014-2017 sipas gjinisë në QKMF Istog*



*Grafiku 5.8. Paraqitja e pacientëve me hipertension për vitet 2014-2017 sipas gjinisë në QKMF Istog*

Tabela 5.4. Paraqitja e pacienteve QKMF Deçan me hipertension dhe hipotension për vitet 2014-2017 sipas gjinisë.

Viti	2014	2015	2016	2017
Hipotension				
Meshkuj	7 (54%)	1 (20%)	8 (36%)	5 (25%)
Femra	6 (46%)	4 (80%)	14 (64%)	15 (75%)
Hipertension				
Meshkuj	94 (48%)	101 (52%)	78 (53%)	148 (51%)
Femra	103 (52%)	92 (48%)	70 (47%)	136 (49%)

Në Qendrën Kryesore të Mjekësisë Familjare në Deçan në vitin 2014 kishte gjithsej 197 raste me hipertension arterial, prej të cilave 52% ishin femra dhe 48% ishin meshkuj. Nga 197 pacient me HTA ishin 5 transferë për në Spitalin Rajonal në Pejë. Ndersa kishte 13 raste me hipotension arterial, femra 46% dhe 54% meshkuj.

Në vitin 2015 nga 198 raste gjithsej, me HTA ishin 193 raste, 52% meshkuj, femra 48%, ndersa me hipotension 5 raste, 1 mashkull (20%) dhe 4 femra (80%).

Në vitin 2016 në Qendrën Kryesore të Mjekësisë Familjare në Deçan kishte 170 raste, 148 raste me hipertension arterial: 47% ishin femra dhe 53% meshkuj. Ishin 18 transferë për në Spitalin Rajonal të Pejës. Kishte 22 raste me hipotension arterial, femra 64% dhe 36% meshkuj.

Në vitin 2017 në Qendrën Kryesore të Mjekësisë Familjare në Deçan kishte 304 pacientë, nga ky numër 284 raste, me hipertension arterial, prej të cilave 49% ishin femra dhe 51% meshkuj. Ishin 32 transferë për në Spitalin Rajonal të Pejës. Kishte 20 raste me hipotension arterial, femra 75% dhe 25% meshkuj.

#### Rezultatet nga pyetsori për menaxhimin dhe edukimin e sëmundjes së TA

Në pjesën e parë të pyetsorit janë përgjigjur 100 infermierë të Spitalit Rajonal të Pejës, dhe në pjesën e dytë janë shtuar edhe 10 infermierë nga Ambulanca e Pejës, 10 infermierë nga Ambulanca e Istogut, dhe 10 nga Ambulanca e Deçanit. Në pyetsorin për pacientët janë përgjigjur 300 pacientë të shtruar në Spitalin Rajonal të Pejës. Dhe në pyetsorin e pacientëve të cilët u vizituan në Ambulancën Specialistike në Pejë u përgjigjën 100 pacientë dhe dallonin pyetsoret.

U përgjigjen gjithsej 100 infermierë, nga këta: meshkuj 20 dhe femra 80, të cilët punonin në spital. Nga këta, 40 ishin me Bachelor të Infermieristikë dhe 60 me Shkollë të Mesme të Mjekësisë, të cilët punonin në spital, ndërsa nga QKMF - Pejë, Istog dhe Deçan 10 infermierë ishin me Bachelor dhe 20 me Shkollë të Mesme. Moshë e infermierëve të testuar: nga 20-29 vjeç ishin 12 infermierë që i janë përgjigjur pyetsorit, nga 30-39 vjeç ishin 38 infermierë, 40-49 vjeç ishin 33, dhe mbi moshën 50 vjeç ishin 17 infermierë.

Testuam 300 pacientë: prej tyre 150 femra dhe 150 meshkuj. Moshë e pacientëve të testuar: nga moshë 20-34 vjeç ishin 75, nga moshë 35-49 vjeç ishin 92 pacientë, nga moshë 50-64 ishin 100 pacient dhe mbi 70 vjeç ishin 33 pacientë.

## 5.1. Rezultatet deskriptive - infermierët

### Menaxhimi i kujdesit infermieror në momentin e pranimit të pacientëve në Njësinë Koronare dhe Interno të Spitalit Rajonal të Pejës.

Tabela 5. 5. Menaxhimi i kujdesit infermieror në momentin e pranimit të pacientëve në Njësinë Koronare dhe Interno të Spitalit Rajonal të Pejës.

A e pyetni pacientin për kohën e simptomave të para?	N	%
Po	61	61.00%
Jo	39	39.00%
A e evidentoni kohën e pranimit të pacientit?	N	%
Po	72	65.00%
Jo	38	35.00%
A evidentoni simptomat e pacientit në pranim dhe gjatë hospitalizimit?	N	%
Po	48	48.00%
Jo	52	52.00%
A evidentoni shenjat vitale të pacientit në pranim dhe gjatë hospitalizimit?	N	%
Po	100	100.00%
Jo	0	00.00%
A e pyetni pacientin për sëmundjen e më parëshme?	N	%
Po	72	72.00%
Jo	28	28.00%
A e pyetni pacientin për faktorët e rrezikut të sëmundjes së HTA?	N	%
Po	20	20.00%
Jo	80	80.00%

Në grupin e pyetjeve shohim se 61% e infermierëve i pyesin pacientët për simptomat e para, kurse 65% e tyre i evidentojnë kohën e pranimit të pacientëve. Afër 48% e infermierëve shprehen se i evidentojnë simptomat e pacientëve në pranim dhe gjatë hospitalizimit, kurse 100% e tyre shprehen se i evidentojnë shenjat vitale të pacientëve në pranim dhe gjatë hospitalizimit. Rreth 72% e infermierëve shprehen se i pyesin pacientët për sëmundjen e mëparshme dhe se vetëm 20% e infermierëve shprehen se i pyesin pacientët për faktorët e rrezikut të sëmundjes së HTA-s.

## Përceptimi i infermierëve lidhur me informimin dhe edukimin e pacientëve në spital të Pejës

Tabela 5. 6. Përceptimi i infermierëve lidhur me informimin dhe edukimin e pacientëve në spital të Pejës.

<b>A mendoni se pacienti, gjatë qëndrimit në spital merr informata të mjaftueshme për sëmundjen e tij/saj?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Po</b>	31	31%
<b>Jo</b>	69	69%
<b>A mendoni se pacienti, gjatë qëndrimit në spital merr informata të mjaftueshme për modifikimin e faktorëve të rrezikut?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Po</b>	25	25%
<b>Jo</b>	75	75%
<b>A mendoni se pacienti, gjatë qëndrimit në spital merr informata të mjaftueshme për barnat që do të përdorë?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Po</b>	98	98%
<b>Jo</b>	2	2%
<b>A mendoni se pacienti, gjatë qëndrimit në spital merr informata për aktivitetet e përditëshme pas daljes nga spitali dhe për kufizimet eventuale?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Po</b>	75	75%
<b>Jo</b>	25	25%
<b>A mendoni se pacienti, gjatë qëndrimit në spital merr informata të mjaftueshme për ekzaminimet diagnostike të cilave u nënshtrohet, apo që mund t'u nënshtrohet?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Po</b>	80	80%
<b>Jo</b>	20	20%
<b>A mendoni se pacienti, gjatë qëndrimit në spital merr informata të mjaftueshme për mundësitë e parandalimit dhe shërimit të sëmundjes HTA?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Po</b>	76	75%
<b>Jo</b>	24	25%
<b>Gjatë qëndrimit në spital a i tregoni pacientit për simptomat e HTA dhe komplikimet që shkakton kjo sëmundje ?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Po</b>	43	43%
<b>Jo</b>	57	57%
<b>Gjatë qëndrimit në spital a e edukoni pacientin për mënyren e ushqyerjes dhe ndryshimit të stilit të jetesës?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Po</b>	55	55%
<b>Jo</b>	44	44%

Sa i përket përceptimit të infermierëve në lidhje me informimin dhe edukimin e pacientëve, shohim se 31% e infermierëve mendojnë se gjatë qëndrimit në spital pacientët marrin informata të mjaftueshme për sëmundjen e tyre, kurse vetëm 25% mendojnë se ata marrin informata për modifikimin e faktorëve të rrezikut. Rreth 98% e infermierëve mendojnë se pacientët marrin informata të mjaftueshme për përdorimin e barnave, kurse 75% e infermierëve thonë se gjatë

qëndrimin të pacientëve në spital ata marrin informata për aktivitetet e përditshme pas daljes nga spitali dhe për kufizimet eventuale. Sa i përket informatave për ekzaminimin diagnostik të pacientëve, 80% e infermierëve thonë se ata marrin informata të mjaftueshme, kurse 76% e tyre thonë se pacientët gjatë qëndrimit në spital marrin informata të mjaftueshme për mundësitë e parandalimit dhe shërimit të sëmundjes së HTA-s. 43% e infermiereve gjatë qëndrimit në spital i tregojnë pacientit për simptomat e HTA dhe komplikimet që shkakton kjo sëmundje dhe 55% e infermierëve thonë se gjatë qëndrimit në spital edukohet pacienti për mënyrën e ushqyerjes dhe ndryshimit të stilit të jetesës.

## Menaxhimi i kujdesit infermieror te pacientët me HTA

Tabela. 5. 7 Menaxhimi i kujdesit infermieror te pacientët me HTA.

A keni broshura informative për pacientet me shtypje të larte të gjakut?	N	%
Po	0	0.00%
Jo	100	100%
<b>A mendoni se infermieri, përveç ngarkesave të tjera të punës që ka në repart, duhet marrë edhe me edukim të pacientit?</b>		
Po	90	90%
Jo	10	10%
<b>A mendoni se duhet formuar klube të pacientëve që merren me edukimin dhe përkrahjen e pacientëve pas sëmundjeve internistike?</b>		
Po	60	60%
Jo	40	40%
<b>A mendoni se ushqimet e shpejta (fastfood) e rrisin shtypjen e gjakut?</b>		
Po	68	68%
Jo	32	32%
<b>Ushqimi a duhet të përmbajë më pak kripë?</b>		
Po	100	100%
Jo	0	0%
<b>A duhet të kenë paciente me HTA mes-vakte të pasura me pemë çdo ditë?</b>		
Po	50	50%
Jo	50	50%
<b>A ndikon ushqimi në shtypjen e gjakut?</b>		
Po	100	100%
Jo	0	0%
<b>A duhet zgjedhur qumësht që ka më pak yndyrë dhe a preferohet zgjedhja e ushqimeve me më pak kalori?</b>		
	N	%



<b>Po</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>
<b>Jo</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>Hudhra ndihmon në kontrollin e shtypjes së gjakut?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Po</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>
<b>Jo</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>A duhet informuar secilin pacient duhanpirës për dëmin që shkakton konsumimi i duhanit?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Po</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>
<b>Jo</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>

Sa i përket menaxhimit të HTA-s nga infermierët e Spitalit Rajonal të Pejës, 100% e tyre shprehen se nuk kanë ndonjë broshurë për pacientë të cilën ata do të kishin pasur mundësi të informoheshin për shtypjen e lartë të gjakut, kurse 90% e infermierëve mendojnë përkundër punës së tyre, duhet të merren edhe me edukimin e pacientëve në lidhje me sëmundjen e HTA-s. Rreth 60% e infermierëve mendojnë se duhet formuar klube të pacientëve që merren me edukimin edhe përkrahjen e pacientëve pas sëmundjeve internistike. Si faktorë që ndikojnë në shtypjen e gjakut, 68% e infermierëve thonë se janë ushqimet e shpejta (fastfood), 100% ushqimi që përmban kirpë, kurse 50% shprehen se pacientët me HTA- duhet të kenë mes- vakte të pasura me pemë dhe perime çdo ditë. Shohim se 100% e infermierëve shprehen se ushqimi ka ndikim në shtypjen e gjakut, duhet zgjedhur qumësht me pak yndyrë dhe ushqime me më pak kalori. Gjithashtu, 100% e infermierëve shprehen se hudhra ndihmon në kontrollimin e shtypjes së gjakut, kurse konsumimi i duhanit është faktor që ndikon në përkeqësimin e shtypjes së gjakut.

## **Rezultatet deskriptive - pacientët**

### **Satisfaksioni i pacientëve ndaj kujdesit infermieror në spital**

Tani do të flasim për kënaqësinë e pacientëve në lidhje me kujdesin infermieror në spital, ku janë përfshirë në hulumtim 300 pacientë. Nga rezultatet e hulumtimit shohim se 10% e pacientëve janë pyetur nga infermierët në lidhje me simptomat e para të sëmundjes, kurse 90 % nuk janë pyetur fare. Mbi 69% e pacientëve thonë se e dinë datën e shtrimit në spital, kurse 29.9 % jo. Kuptojmë se mbi 79% e pacientëve kanë pasur ankesa apo dobësi, vështirësi në frymëmarrje, zhurmë në veshë gjatë hospitalizimit, kurse 90 % shprehen se shtyja arteriale është matur gjatë hospitalizimit të tyre në spital. Rreth 33% e pacientëve thonë se janë pyetur nga infermierët në lidhje me sëmundjet e më parshme, kurse 29.2% e tyre thonë se janë pyetur edhe për faktorët e rrezikut së sëmundjes kornare dhe HTA.

Tabela 5. 8. Satisfaksioni i pacientëve ndaj kujdesit infermieror në spital.

<b>A ju ka pyetur infermieri për kohën e simptomave të para?</b>	N	%
Po	30	10%
Jo	270	90%
<b>A e dini kohën e pranimit në spital?</b>	N	%
Po	210	69%
Jo	90	29%
<b>A keni pas ankesa dobësi, vështirësi në frymëmarrje, zhurmë në veshë gjatë hospitalizimit?</b>	N	%
Po	240	79.7%
Jo	60	19.3%
<b>A është matë shtypja arteriale gjatë hospitalizimit?</b>	N	%
Po	270	90%
Jo	30	10%
<b>A ju ka pyetur infermieri për sëmundjet e mëparëshme?</b>	N	%
Po	100	33.2%
Jo	200	66.8%
<b>A ju ka pyetur infermieri për faktorët e rrezikut të sëmundjes kornare dhe HTA?</b>	N	%
Po	88	29.2%
Jo	212	70.8%

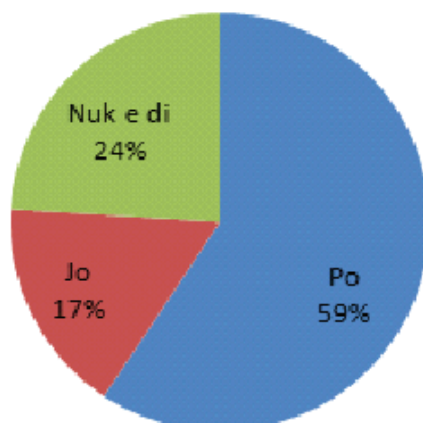
### **Perceptimi i pacientëve lidhur me informimin dhe edukimin nga infermierët**

Shohim se mbi 59% e pacientëve kanë marrë informata për sëmundjen e tyre gjatë qëndrimit në spital, 16.7% jo dhe 24% thonë se nuk e kanë ditur. Sa i përket modifikimit të faktorëve të rrezikut që kanosen nga kjo sëmundjes, vetëm 41.7% e pacientëve kanë marrë informata në spital, 83.3% e tyre thonë se kanë marrë informata të mjaftueshme për përdorimin e barnave që atyre ju duhen. Rreth 50% e pacientëve thonë se kanë marrë informata të mjaftueshme për aktivitetet e përditshme pas daljes nga spitali dhe për kufizimet eventuale. Vetëm 33.3% e pacientëve kanë marrë informata për ekzaminimet diagnostike të cilave u janë nënshtuar dhe që mund të nënshtrohen në të ardhmen, kurse 56.7% e pacientëve gjatë qëndrimit në spital, kanë marrë informata të mjaftueshme për mundësitë e parandalimit dhe shërimit të sëmundjeve të HTA-s, shihet se 100 pacientë apo 33.3% janë shtruar 1 herë në spital, 23.3% ose 70 pacientë janë shtruar 2 herë dhe 43.3% janë shtruar më shumë se tri herë për shkak të hipertensionit arterial.

Tabela 5. 9. Perceptimi i pacientëve lidhur me informimin dhe edukimin nga infermierët.

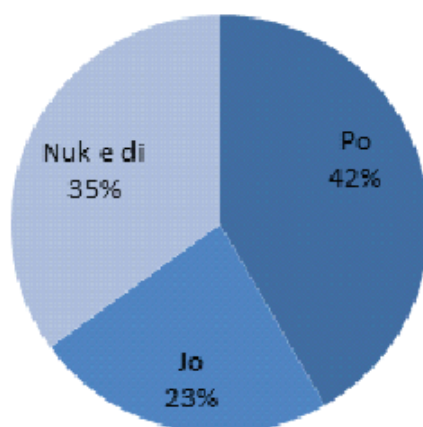
Gjatë qëndrimit në spital, a keni marrë informata të mjaftueshme për sëmundjen tuaj?	N	%
Po	178	59.3
Jo	50	16.7
Nuk e di	72	24.0
Gjatë qëndrimit në spital, a keni marrë informata të mjaftueshme për modifikimin e faktorëve të rrezikut?	N	%
Po	125	41.7
Jo	70	23.3
Nuk e di	105	35.0
Gjatë qëndrimit në spital, a keni marrë informata të mjaftueshme për barnat që do t'i përdorni?	N	%
Po	250	83.3
Nuk e di	50	16.7
Gjatë qëndrimit në spital, a keni marrë informata për aktivitetet e përditshme pas daljes nga spitali dhe për kufizimet eventuale?	N	%
Po	150	50.0
Jo	79	26.3
Nuk e di	71	23.7
Gjatë qëndrimit në spital, a keni marrë informata të mjaftueshme për ekzaminimet diagnostike të cilave u nënshtruat dhe që mund t'u nënshtroheni?	N	%
Po	100	33.3
Jo	50	16.7
Nuk e di	150	50.0
Gjatë qëndrimit në spital, a keni marrë informata të mjaftueshme për mundësitë e parandalimit dhe shërimit të sëmundjeve të TA?	N	%
Po	170	56.7
Jo	31	10.3
Nuk e di	99	33.0
Sa herë jeni shtruar në spital për shkak të hipertensionit arterial?	N	%
1 herë	100	33.3%
2 herë	70	23.3%
Mbi 3 herë	130	43.3%

**Gjatë qëndrimit në spital, a keni marrë informata të mjaftueshme për sëmundjen tuaj?**



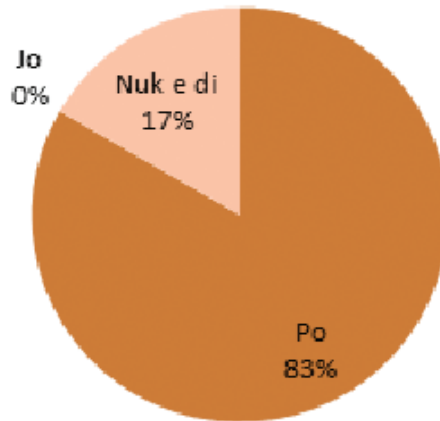
*Grafiku 5.9. Përgjigjet e pacientëve lidhur me informimin dhe edukimin nga infermierët.*

**Gjatë qëndrimit në spital, a keni marrë informata të mjaftueshme për modifikimin e faktorëve të rrezikut?**



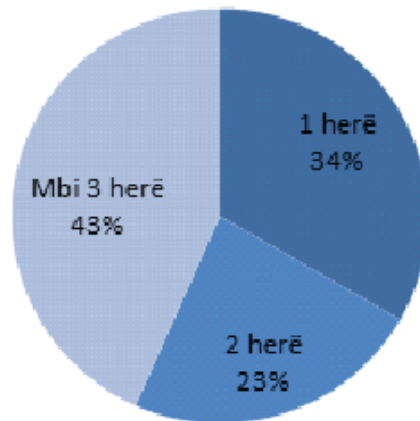
*Grafiku 5.10. Përgjigjet e pacientëve: Gjatë qëndrimit në Spital a keni marrë informata të mjaftueshme për modifikimin e faktorëve të rrezikut?*

**Gjatë qëndrimit në spital, a keni marrë informata të mjaftueshme për barnat që do t'i përdorni?**



*Grafiku 5.11. Përgjigjet e pacientëve: Gjatë qëndrimit në Spital a keni marrë informata të mjaftueshme për barnat që do t'i përdorni?*

**Sa herë jeni shtruar në spital për shkak të hipertensionit arterial?**



*Grafiku 5.12. Tregon sa herë janë shtruar pacientët në Spital për shkak të hipertensionit?*

## Opinionimi i pacientëve në qasjen e parë me infermierin në Njësinë Koronare dhe të Internos

Shohim se 100% e pacientëve janë shprehur se nuk kanë marrë ndonjëherë broshura informative nga infermierët për sëmundjen e HTA. Mbi 83% e pacientëve pajtohen se infermierët përveç punës së tyre të përditshme, duhet të merren edhe me edukimin e pacientëve në lidhje me sëmundjen e HTA-s. Sa i përket klubeve të pacientëve për edukimin e tyre dhe përkrahjen, rreth 53% pacientëve shprehen se do të ishte e nevojshme të krijohet ky klub, 45.7% e tyre thonë se konsumimi i duhanit është faktor i cili ndikon në shtypjen e gjaku, kurse 33.3% e tyre kanë mendim të kundërt, dhe se 62% e pacientëve shprehen se konsumimi i alkoolit ndikon në shtypjen e gjakut.

Tabela 5. 10. Opinionimi i pacientëve në qasjen e parë me infermierin në Njësinë Koronare dhe të Internos.

A keni marrë broshura informative nga infermierët për HTA?	N	%
Jo	300	100.0
A mendoni se infermieri, përveç ngarkesave tjera të punës që ka në njësi koronare, duhet marrë edhe me edukim të pacientëve?	N	%
Po	250	83.3
Nuk e di	50	16.7
A mendoni se duhet formuar klube të pacientëve që merren me edukimin dhe përkrahjen e pacientëve pas sëmundjeve internistike?	N	%
Po	160	53.3
Jo	129	43.0
Nuk e di	11	3.7
A ndikon konsumimi i duhanit në shtypjen e gjakut?	N	%
Po	137	45.7
Jo	93	31.0
Nuk e di	70	23.3
Duhani shmang oreksin e tepërt dhe konsumimi i duhanit nuk shkakton ngritjen e shtypjes së gjakut?	N	%
Po	100	33.3
Jo	122	40.7
Nuk e di	78	26.0
Konsumimi i alkoolit ndikon në shtypjen e gjakut?	N	%
Po	186	62.0
Jo	55	18.3
Nuk e di	59	19.7

## Analiza krahasuese

### Pyetjet për infermierë dhe pacientë, lidhur me njohuritë rreth faktorëve të rrezikut

Nga rezultatet e mëposhtme shohim se tek pyetja se kush duhet dhënë informata pacientit lidhur me sëmundjen, shohim se 30% e infermierëve kanë thënë se duhet vetë infermierët të japin këtë informacion, kurse 70% e tyre mendojnë se kjo informatë duhet të rrjedhë nga mjeku, dhe asnjë nuk tha që duhet vetë pacienti duhet interesuar. Në anën tjetër, pacientët kanë një mendim relativisht të ndarë në dy grupe, ku 53.3% thonë se këtë informacion duhet ta japë infermieri, kurse 46.7% mjeku dhe asnjë nuk tha që duhet të japë informata anëtari i familjes.

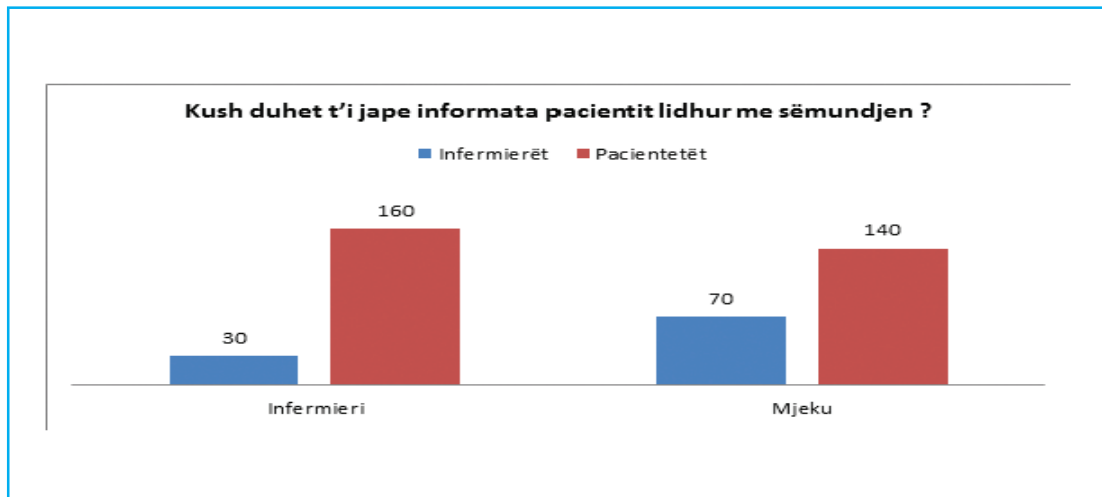
Sa i përket pyetjes se sa herë bëhet matja e shtypjes së gjakut tek pacientët, 20% e infermierëve shprehen se e bëjnë dy herë gjatë ndërrimit të turnit, 15% me kërkesë të pacientit dhe 12% e tyre me kërkesë të mjekut, dhe 53% e infermierëve thonë nuk e bëj sepse e bën vetë mjeku.

Tabela 5. 11. Rezultatet e pergjigjive nga infermierë dhe pacientë, lidhur me njohuritë rreth faktorëve të rrezikut.

Kush duhet t'i japë informata pacientit lidhur me sëmundjen?	Infermierët		Pacientët	
Infermieri	30	30.0 %	160	53.3%
Mjeku	70	70.0%	140	46.7%
Matjen e shtypjes së gjakut e bën?	Infermierët		Pacientët	
Dy herë gjatë ndërrimit/turnit tim	20	20.0%	15	5.0%
Një herë gjatë ndërrimit/turnit tim	\	\	10	3.3%
Me kërkesë të pacientit	15	15.0%	120	40.0%
Me kërkesë të mjekut	12	12.0%	60	20.0%
Nuk e bëj sepse e bën vetë mjeku	53	53%	95	31.7%
Në kontrollin e shtypjes së gjakut ndikojnë këta faktorë?	Infermierët		Pacientët	
Ushqimi	/	/	54	18.0%
Veset si duhani dhe alkooli	/	/	39	13.0%
Aktiviteti fizik	/	/	50	16.7%
Menaxhimi i stresit dhe përdorimi i rregullt i barnave	/	/	40	13.3%
Të gjitha më lart	100	100.0%	117	39.0%
Për menaxhimin e stresit ndihmojnë?	Infermierët		Pacientët	
Dëgjimi i muzikës qetësuse	13	13	50	16.7%
Shprehja e ndjenjave duke qarë	4	4.0%	57	19.0%
Shprehja e ndjenjave duke qeshur	7	7 %	21	7.0%
Shoqëria me njerëzit që dinë të bëjnë humor	40	40 %	70	23.3%
Konsumimi i vazhdueshëm i duhanit	\	\	28	9.3%
Zgjedhja e problemeve duke punuar, dhe dhe ushtrimet për qetësimin e muskujve	36	36.0%	74	24.7%

Pacientët kanë mendim më ndryshe për këtë aspekt në raport me infermierët, ku 5% e tyre shprehen se atyre i`u matet shtypja e gjakut dy herë gjatë ndërrimit të turnit të infermierëve, 3.3% thonë se vetëm një herë gjatë ndërrimit të turnit të infermierëve, 40% e pacientëve thonë se shtypja i`u matet vetëm kur ka kërkesë prej tyre, 20% kur kërkon mjeku dhe 31.7% thonë se nuk e bëjnë matjen e shtypjes infermierët, sepse këtë e bëjnë mjekët. 100% e infermierëve theksojnë se faktorë kryesorë që ndikojnë në shtypjet e lartë të gjakut janë ushqimi, veset si duhani dhe alkooli, aktiviteti fizik dhe menaxhimi i stresit dhe përdorimi i rregullt i barnave. Kurse pacientët kanë mendime përafërsisht të njëjta, ku 18% medojnë se është ushqimi, 13% thonë se janë veset si duhani dhe alkooli, 16.7% thonë se janë aktivitetet fizike, 13.3% menaxhimi i stresit dhe përdorimi i rregullt i barnave dhe 39% mendojnë të gjitha së bashku.

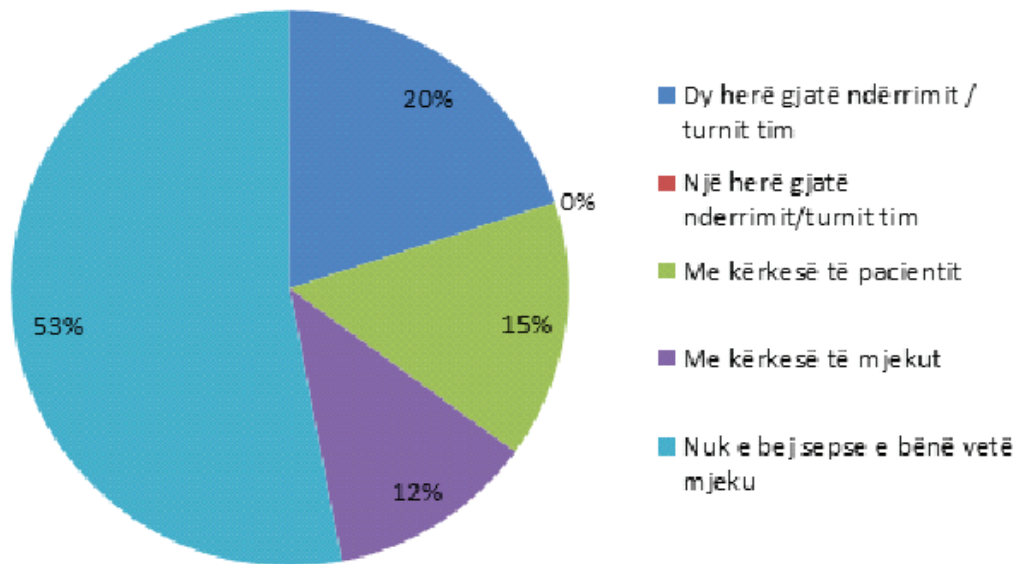
Faktorë që ndikojnë në menaxhimin e stresit sipas infermierëve: 13% thonë se janë dëgjimi i muzikës qetësuese, 4% është shprehja e ndjenjave duke qarë, 7% është shprehja e ndjenjave duke qeshur, 40% janë shoqëria me njerëzit që dinë të bëjnë humor dhe 36.% janë zgjedhja e problemeve duke punuar dhe ushtrimet për qetësimin e muskujve. Pacientët kanë relativisht mendime të njëjta në këtë aspekt, ku 16.7% thonë se si faktor për menaxhimin e stresit është dëgjimi i muzikës qetësuese, 19% shprehja e ndjenjave duke qarë, 7% shprehja e ndjenjave duke qeshur, 23.3% shoqëria me njerëzit që dinë të bëjnë humor, 9.3% konsumimi i vazhdueshëm i duhanit dhe 24.7% është zgjedhja e problemeve duke punuar dhe ushtrimet për qetësimin e muskujve.



*Grafiku 5.13. Jep rezultatet e pergjigjeve nga infermierët dhe pacientët, lidhur me atë se kush duhet t'i jap informata pacientit lidhur me sëmundjen*

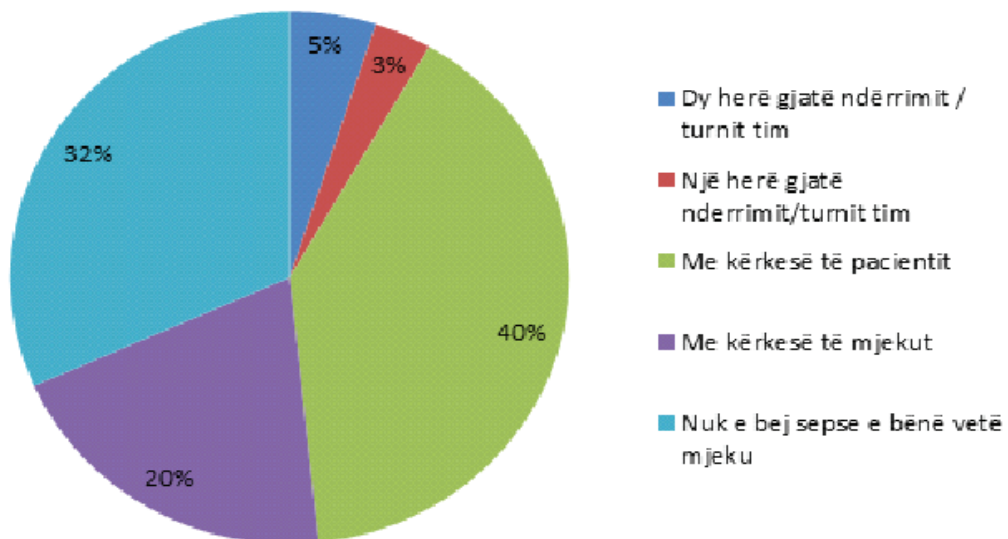


### Infermierët: Matjen e shtypjes së gjakut e bënë ?

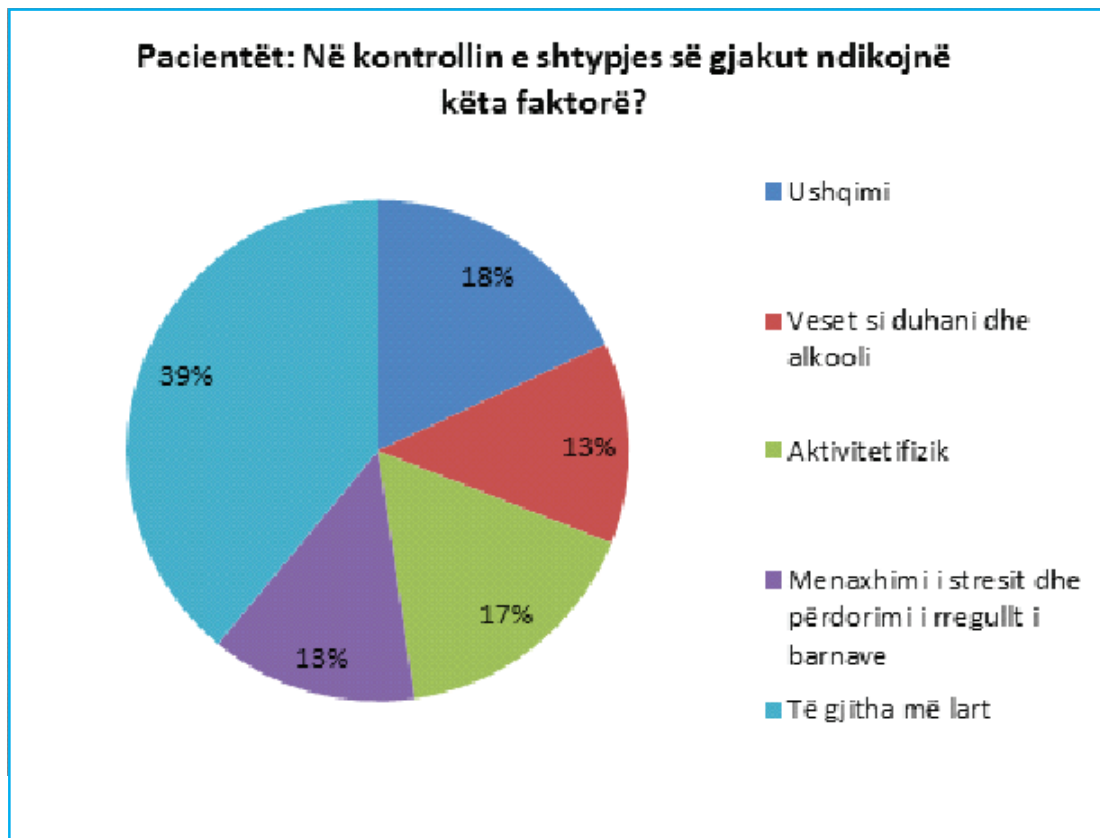


Grafiku 5.14. Jep rezultatet e pergjigjeve nga infermierët, sa herë e bëjnë matjen e shtypjes së gjakut te pacientët

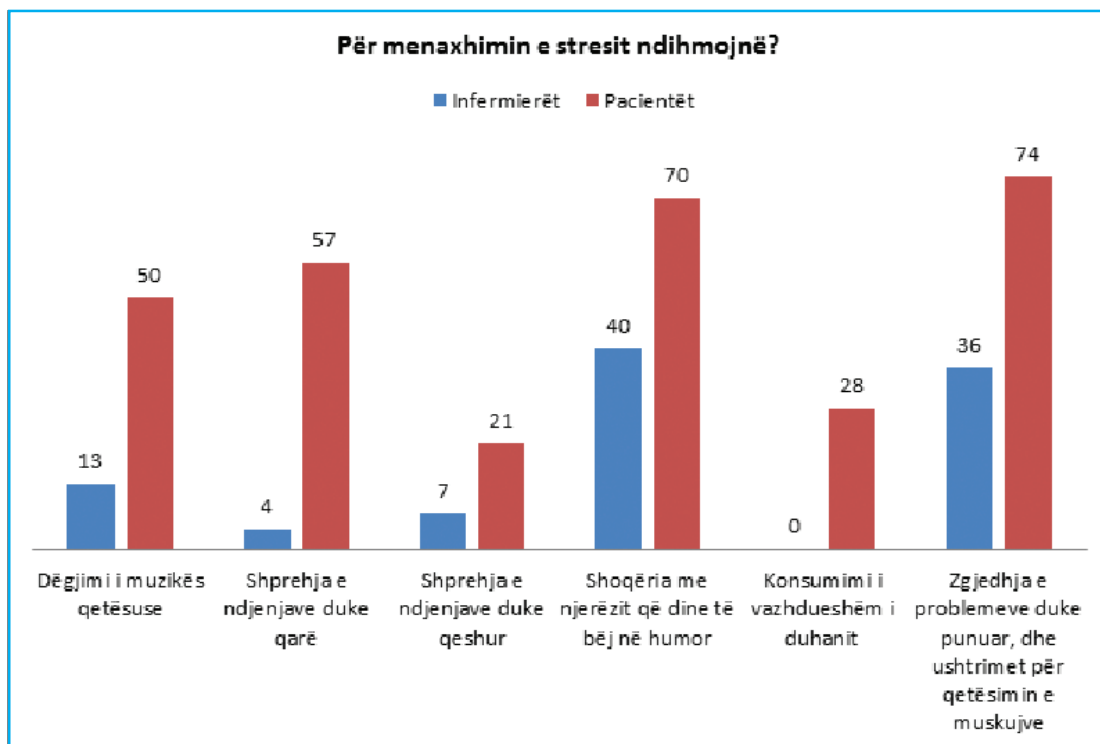
### Pacientët: Matjen e shtypjes së gjakut e bënë ?



Grafiku 5.15. Jep rezultatet e pergjigjeve nga pacientët sa herë matet shtypja e gjakut nga infermierët gjatë qëndrimit të tyre në Spital



*Grafiku 5.16. Jep rezultatet e pergjigjeve nga pacientët: Cilat janë faktorët që ndikojnë në kontrollin e shtypjes së gjakut*



*Grafiku 5.17. Kush ndihmon në menaxhimin e stresit, përgjigjja e infermierëve dhe pacientëve*

Ky pyetsorë është bërë për 130 infermierë, ku përveç atyre 100 që punonin në Spitalin Rajonal të Pejës, iu shtuan edhe 30 infermierë të QKMF të qytetit (10 infermierë nga QKMF e Deçanit, 10 infermierë nga QKMF e Istogut, dhe 10 infermierë nga QKMF e Pejës).

**Pyetjet për infermierët dhe pacientët, që lidhen me njohuritë rreth faktorëve të rrezikut dhe medikamenteve të zakonshme që përdoren për HTA (rrumbullakso 1, 2 e më shumë në pyetjen e 5, 7, 8).**

Sa i përket menaxhimit të barnave antihipertensive, infermierët të gjithë njëzëri shprehen se barnat kundër shtypjes së lartë të gjakut duhet përdorur vetëm sipas udhëzimeve të mjekut, duhet të ruhen në vende të veçanta, duhet kontrolluar afatin e tyre dhe nëse pas barnave nuk ndihet mirë pacienti në shtëpi, duhet thirrur urgjenca ose lajmëruar institucioni më i afërt mjekësor. Kurse pacientët kanë mendime të tjera, ku në rastin e parë 30% e pacienteve shprehen se ata duhet të përdorin barnat vetëm kur ata nuk janë mirë, me udhëzim të mjekut, 23.3% thonë se duhet të ruhen në vende të veçanta dhe 100% thonë se duhet kontrolluar afati i përdorimit.

Sa i përket sesioneve këshilluese, 7.7% e infermierëve shprehen se po, te çdo pacient bëj sesione këshilluese individuale, 49.2% PO, kur kam kohë të lirë, 39.2% JO, sepse nuk kemi hapësirë për edukim shëndetësor të pacientëve dhe 3.8% jo, sepse nuk e kam atë njohuri, kurse 68% e pacientëve shprehen se marrin sesione këshilluese individuale dhe 12% jo, sepse infermierët nuk kanë hapësirë për edukim shëndetësor të pacientëve. 20% e pacienteve potencojnë jo, sepse nuk e kanë atë njohuri. Infermierët theksojnë se faktorët e rrezikut të sëmundjes që nuk mund të modifikohen janë trashëgimia ku 100% e infermierëve e paraqesin si faktor kryesor, 53.8% thonë se gjinia është faktor, 100% të tjerë e paraqesin moshën, kurse 88.5% e pacientëve e paraqesin trashëguese sëmundjen e hipertensionit, 29.6% gjininë, 85% thonë moshë dhe 11.1% nuk kanë informacione. Kurse faktorë që modifikohen, 76.92% e infermierëve e shohin si faktor duhanin, 86% dieta, stresi, 53,8% kolesterolin dhe 49.6% HDL e ulët. Kurse 100% e paientëve e shohin si faktor të riparueshëm duhanin, 53% dieta, stresi, 40% kolesterolin dhe 29% HDL të ulët. Infermierët thonë se 2 orë në ditë pa marrë parasysh moshën, e pacientët duhet të ketë aktivitete fizike personi me HTA. Për këtë mendojnë 2.3% e infermierëve, së paku 30 minuta në ditë mendojnë 28.5% e infermierëve, 30 minuta të moshuarit dhe deri në 2 orë të rinjët mendojnë rreth 69.2% e infermierëve. Kurse 10% e pacientët thonë se 2 orë në ditë pa marrë parasysh moshën, 53.3% thonë të paktën 30 minuta, 11.7% 1 deri 2 orë pa marrë parasysh moshën dhe 25% thonë se 30 minuta të moshuarit dhe deri në 1 orë të rinjët. Tek ushqimi, 100% e infermierëve thonë se pacientët me HTA duhet të ushqehen me sa më pak kripë dhe yndyrna dhe me shumë pemë dhe perime të ziera, kurse pacientët 83.33% e tyre thonë duhen ushqime me më pak kripë dhe yndyrna, 8% ushqime të ëmbla dhe njelmëta sa më pak dhe 12% sa më pak ushqime të shpejta.

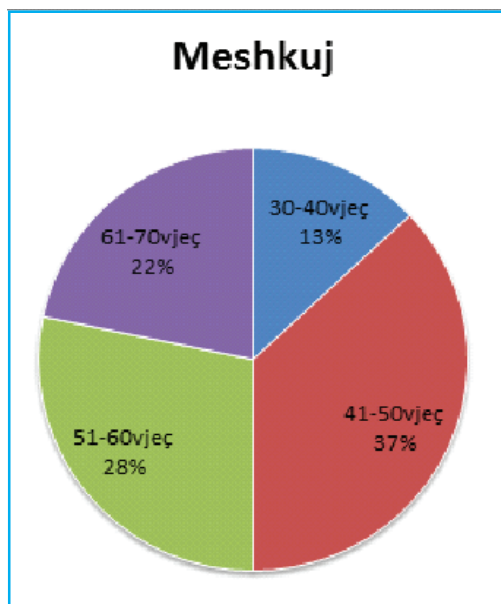
Tabela 5. 12. Përgjigjet nga infermierët dhe pacientët, që lidhen me njohuritë rreth faktorëve të rrezikut dhe medikamenteve të zakonshme që përdoren për HTA.

<b>Menaxhimi i barnave antihipertensivë</b>	<b>Infermierët</b>		<b>Pacientët</b>	
Rekomandoi pacienteve që barnat t'i përdorin vetëm kur nuk janë mire	/	/	10	30%
Barnat kundër shtypjes së lartë të gjakut duhen përdorur vetëm sipas udhëzimeve të mjekut	130	100%	300	100.0%
Rekomandoi ëvend të veçantë për ruajtjen e barnave	130	100%	70	23.3%
Para përdorimit të barnave zakonisht duhet kontrolluar afati i përdorimit	130	100%	300	100.0%
Nëse pas marrjes së barnave nuk ndihet mirë pacienti në shtëpi duhet të thërrasë urgjencën ose të lajmrojë në institucionin më të afërt mjekësor	130	100%	300	100%
<b>A praktikoni sesione këshilluese për pacientët me shtypje të lartë gjaku?</b>	<b>Infermierët</b>		<b>Pacientët</b>	
Po, te çdo pacient bej sesione këshilluese individuale	10	7.7%	\	\
Po, kur kam kohë të lirë	64	49.2%	157	68 %
Jo, sepse nuk kemi hapësirë për edukim shendetësore të pacientëve	51	39.2%	47	12 %
Jo, sepse nuk i kam ato njohuri	5	3.8	96	20.0%
<b>Cilët janë faktorët e riskut të sëmundjes së HTA që nuk mund të modifikohen?</b>	<b>Infermierët</b>		<b>Pacientët</b>	
Trashëgimia	130	100.0%	239	88.5%
Gjinia	70	53.8%	80	29.6%
Mosha	130	100.0%	270	85.0%
Nuk kam informata	/	/	30	11.1%
<b>Cilët janë faktorët e riskut të sëmundjes së HTA që mund të modifikohen?</b>	<b>Infermierët</b>		<b>Pacientët</b>	
Pirja e duhanit	100	76.9%	300	100.0%
Dieta, stresi	110	86.0%	160	53.0%
Kolesteroli total	70	53%	120	40.0%
HDL i ulët	64	49.6%	87	29.0%
<b>Sa aktivitete fizik duhet të ketë pacienti me HTA gjatë ditës?</b>	<b>Infermierët</b>		<b>Pacientët</b>	
2 orë në ditë pa marrë parasysh moshën e pacientit	3	2.3%	30	10.0%
Së paku 30 minuta	37	28.5%	160	53.3%
1 deri në 2 orë pa marrë parasysh moshën	\	\	35	11.7%
30 minuta të moshuarit dhe deri në 2 orë të rinjtë	90	69.2%	75	25.0%
<b>Si duhet të ushqehet pacienti me HTA?</b>	<b>Infermierët</b>		<b>Pacientët</b>	
Ushqim me sa më pakë kripë, dhe yndyrë, sa më shumë pemë si dhe perime të ziera	130	100.0%	250	83.33%
Ushqime të ëmbla dhe të njelbta	/	/	/	/
Ushqime të shpejtë	/	/	20	8.0%
Ushqim me kripë, yndyrë dhe melmesa	/	/	30	12.0%

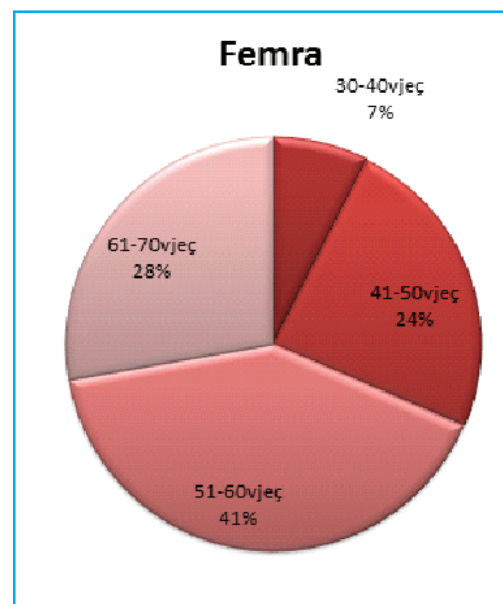
Tabela 5.13. Numri i pacienteve në janar të vitit 2017, të cilët janë vizituar në Ambulancën Specialistike në Pejë.

<b>Meshkuj</b>		
30-40 vjeç	6	6.00%
41-50 vjeç	17	17.00%
51-60 vjeç	13	13.00%
61-70 vjeç	10	10.00%
Gjithsej	46	46.00%
<b>Femra</b>		
	N	%
30-40 vjeç	4	4.00%
41-50 vjeç	13	13.00%
51-60 vjeç	22	22.00%
61-70 vjeç	15	15.00%
	54	54.00%

Siç shihet ne tabelen 5.13, në janar të vitit 2017 kemi marrë 100 pacientë të cilët janë vizituar në Ambulancën Specialistike të Spitalit të Pejës dhe janë percjellur nga mjeku specialist i Internos dhe nga unë kanë marrë edukimin për vetë menaxhimin e sëmundjes së tyre, dhe parandalimin e komplikimeve deri në maj 2018. Në hulumtim morrën pjesë 100 pacientë, gjithsej 46% mashkuj e 54 % femra.



*Grafiku 5.18. Numri i pacientëve i paraqitur në Ambulancën Specialistike në Pejë gjatë vitit 2017 në bazë të gjinisë*



*Grafiku 5.19. Numri i pacientëve i paraqitur në Ambulancën Specialistike në Pejë gjatë vitit 2017 në bazë të gjinisë*

Tabela 5. 14. Pergjigjet e pacientëve, në ditën e parë të fillimit të vizitave dhe marrjes së këshillave për menaxhimin dhe parandalimin e HTA

<b>1. A keni marrë këshilla ndonjëherë nga profesionistët shëndetësor, për menaxhimin e HTA?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
PO	10	10.00%
JO	90	90.00%
<b>2. A e merrni terapinë me rregull?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
PO	89	89.00%
JO	11	11.00%
<b>3. A dini të matni tensionin arterial?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
PO	35	35.00%
JO	65	65%
<b>4. A dini sa është tensioni normal?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
PO	73	73.00%
JO	27	27.00%
<b>5. A ju është bërë ECG në çdo vizitë?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
PO	41	41.00%
JO	59	59.00%
<b>6. A e dini sa është kolesterol normal dhe vlerat normale të sheqerit në gjak?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
PO	22	22.00%
JO	78	78.00%
<b>7. A keni njohuri për menaxhimin e sëmundjes së HTA dhe parandalimin e komplikimeve?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
PO	10	10.00%
JO	90	90.00%
<b>8. A e dini si llogaritet BMI (indeksi i masës trupore)?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
PO	3	3.00%
JO	97	97.00%
<b>9. A dini cilët janë faktorët e rrezikut të TA?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
PO	2	2.00%
JO	70	70.00%
<b>disa faktor jo të gjithë</b>	<b>28</b>	<b>28.00%</b>

Në takimin e parë me pacientë ju kemi shpërndarë një pyetësor me 13 pyetje dhe nga rezultatet e mara shihet se kanë pak informata për HTA.

Siç shihet nga kjo tabelë 90% e të anketuarëve nuk kishin marrë asnjëherë këshilla nga profesionistët shëndetësorë për menaxhimin e HTA. Prej tyre, 89 % e merrnin rregullisht terapinë; 65% nuk dinin të masnin tensionin arterial, ndonëse 73 % e tyre e dinin sa është tensioni normal. Të anketuarit gjithashtu refuzojnë që 59% e tyre nuk iu është bërë ECG në çdo vizitë, 78% nuk i dinin vlerat normale të kolesterolit në gjak, 90 % nuk kishin njohuri mbi menaxhimin e HTA, 97% nuk dinin të matnin BMI dhe 70% e tyre nuk i dinin faktorët e rrezikut të TA.

Tabela 5. 15. Rezultatet e përgjigjieve për ushqyeshmerinë, aktivitetin fizike dhe menaxhimin e HTA.

<b>10. Sa herë ushqeheni brenda ditës?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Mar 3 herë ushqim dhe 2 herë pemë dhe perime brenda ditës	40	<b>40 %</b>
Marr 2 herë ushqim dhe 3 herë pemë dhe perime brenda ditës	30	<b>30 %</b>
Marr 3 herë ushqim dhe asnjëherë pemë dhe perime brenda ditës	30	<b>30 %</b>
<b>11. Gjatë ushqyshmerisë, a bëni minimizimin ose heqjen e kripës nga ushqimi, yndyrave dhe melmesave të ndryshme, si dhe heqjen e ushqimit të shpejtë (fast food)?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Po	60	60.00%
Ndonjëherë	15	15.0%
Jo	15	15.0%
Asnjëherë	10	10.0%
<b>12. A dini të veproni dhe ta menaxhoni vetë hipertensionin nëse nuk është ndonjë krizë hipertenzive pa lajmruar mjekun?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Po	20	20.0%
Jo	40	40.0%
Nuk kam provuar	25	25.0%
Nuk më ka ndodh	15	15.0%
<b>13. Sa kohë shpenzoni brenda ditës për aktivitete fizike?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>10 – 20 minuta</b>	<b>18</b>	<b>18.0%</b>
<b>30-45 minuta</b>	<b>10</b>	<b>10.0%</b>
<b>1-2 orë</b>	<b>5</b>	<b>5.0%</b>
<b>Nuk bëj aktivitete fizike</b>	<b>67</b>	<b>67%</b>

Në pyetjen sa herë ushqeheni brenda ditës, 40% e pacienteve pohuan se marrin 3 herë ushqim dhe 2 herë pemë dhe perime brenda ditës, 30% marrin 2 herë ushqim dhe 3 herë pemë dhe perime brenda ditës dhe 30% marrin 3 herë ushqim dhe asnjëherë pemë dhe perime brenda ditës.

Në pyetjen gjatë ushqyshmerisë a bëni minimizimin ose heqjen e kripës nga ushqimi, yndyrave dhe melmesave të ndryshme, si dhe heqjen e ushqimit të shpejtë: 60% e pacientëve u përgjigjën Po, 15% u përgjigjën ndonjëherë, 15 % u përgjigjën Jo, dhe 10% u përgjigjën asnjëherë.

Në pyetjen a dini të veproni dhe ta menaxhoni vetë hipertensionin nëse nuk është ndonjë krizë hipertenzive pa lajmruar mjekun: 40% e pacientëve u përgjigjën Jo, 20% u përgjigjën Po, 25% e pacientëve u përgjigjën që nuk kanë provuar dhe 15% e pacientëve u përgjigjën që nuk më ka ndodhur asnjëherë.

Në pyetjen sa kohë shpenzoni brenda ditës për aktivitete fizike: 67% e pacientëve u përgjigjën nuk bëj aktivitete fizike, 18% u përgjigjën që bëjnë aktivitete fizike 10-20 minuta, 10% e pacientëve u përgjigjën që bëjnë aktivitetet fizike 30-45 minuta, dhe 5% u përgjigjën që bëjnë aktivitete fizike 1-2 orë.

Tabela 5. 16. Përgjigjet e pacientëve në ditën e fundit të keshillimit.

Sa ka pasur sukses dhënja e këshillave dhe vizitat e rregullta në menaxhimin e hipertensionit arteria?	N	%
5% - 10%	0	0.00%
20% - 50%	0	0.00%
50% - 80%	2	2.00%
80% - 100%	93	93.00%
Nuk jam përmbajtur këshillave aq sa duhet	5	5.00%
A jeni paisur më broshura dhe mjete të tjera të informimit gjatë vizitave që keni pasur gjatë këtyre 1vite e gjysmë?	N	%
Po	95	95.00%
Jo	0	0.00%
Nuk e di	5	5.00%
A dini cilat janë vlerat normale të parametrave vital?	N	%
Po	100	100.00%
Jo	0	0.00%
Gjatë vizitave për këto 1,5vite sa herë keni bërë analizat laboratorike?	N	%
Sipas nevojë	73	73.00%
Çdo 3 muaj	20	20.00%
Çdo 6 muaj	7	7.00%
A ju është bërë ECG në gjdo vizitë?	N	%
Po	100	100.00%
Jo	0	0.00%
A keni semundje tjera përveç HTA?	N	%
Po	65	65.00%
Jo	35	35.00%
Sa herë ju ka ndërruar terapia gjatë këtyre 1vite e gjysmë?	N	%
Asnjëherë	30	30.00%
1 herë	52	52.00%
2 herë	18	18.00%
3 herë	0	0.00%
4 herë	0	0.00%
A merrni terapinë me kohë të caktuar?	N	%
Po	93	93.00%

Referuar tabelës 5.16, shihet se këshillat kanë pasur sukses shumë të madh, ku pas një viti e gjysmë, pacientët ishin në gjendje të menaxhonin semundjen e tyre, 93% janë përgjigjur se kanë arritur 80-100% sukses. 95% e tyre janë pajisur e broshura, 5% nuk e dinë për broshura. 100% e tyre i njohin vlerat normale të parametrave vitale. Mbi 73% e pacientëve kanë bërë analiza laboratorike sipas nevojës, 20% çdo 3 muaj dhe 7% çdo 6 muaj. Gjatë çdo vizite, pacientëve u është bërë ECG, ku 65% e tyre kanë sëmundje të tjera përveç HTA-s dhe 35% nuk kanë. 30% të pacientëve nuk u është ndërruar terapia, 52% të tyre u është ndërruar 1 herë, 18% 2 herë, kurse 93% thonë se e marrin terapinë me kohë, kurse arsyetimi i 7% të pacientëve që nuk marrin terapinë është mungesa e kohës dhe harresa.



Tabela 5. 17. Rezultatet e përgjigjeve nga pyetësi i dytë për ushqyerjen, aktivitetet fizike dhe kolesterolin.

<b>Sa herë ushqeheni brenda ditës?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Marr 3 herë ushqim dhe 2 herë pemë dhe perime brenda ditës	45	<b>45.5%</b>
Marr 2 herë ushqim dhe 3 herë pemë dhe perime brenda ditës	55	<b>55.0%</b>
Marr 5 herë ushqim dhe asnjëherë pemë dhe perime brenda ditës	0	<b>0.0%</b>
<b>A ju përmbaheni këshillave të marra gjatë vizitave për ushqyeshmerinë si minimizimin ose heqjen e kripës nga ushqimi, yndyrave dhe melmesave të ndryshme, si dhe heqjen e ushqimit të shpejtë (fast food)?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Po	94	94.0%
Ndonjëherë	5	5.0%
o	0	0.0%
Asnjëherë	1	1.0%
<b>Pse nuk ju përmbaheni këshillave për ushqyeshmërinë?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sepse nuk e përgadis unë ushqimin	3	3.0%
Sepse nuk e përgadit ushqimin bashkëshortja ime	3	3.0%
<b>Sa kohë shpenzoni brenda ditës për aktivitete fizike?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
10 – 20 minuta	23	23.0%
30-45 minuta	50	50.0%
1-2 orë	27	27.0%
<b>A e dini si llogaritet BMI (indeksi i masës trupor)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Po</b>	<b>100</b>	<b>100.00%</b>
<b>Jo</b>	\	\
<b>A e dini sa është kolesterol normal dhe vlerat normale të sheqerit në gjak?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Po</b>	<b>100</b>	<b>100.00%</b>
<b>Jo</b>	\	\

Referuar tabelës 5.17, kanë marrë 3 herë ushqim dhe 2 herë pemë dhe perime brenda ditës përgjigjen 45% e pacienteve, kurse 55% marrin 2 herë ushqim dhe 3 herë pemë dhe perime brenda ditës. Shohim se 94% e pacientëve u përmbahen këshillave të marra gjatë vizitave për ushqyeshmërinë, 5% ndonjëherë dhe 1% asnjëherë. 3% e pacientëve nuk përgatisin vetë ushqimin dhe 3% të tjerëve nuk u përgadit bashkëshortja. 23% e pacienëve kalojnë 10-20 minuta aktivitete fizike, 50% 30-45 minuta në ditë, 27% 1-2 orë në ditë. 100% e pacienteve dinë ta bëjnë llogaritjen e masës trupore pas marrjes së këshillave, dhe 100% e pacientëve u përgjigjen që e dinë sa është kolesterol normal dhe vlerat normale të sheqerit në gjak.

Tabela 5. 18. Rezultatet e pergjigjeve nga pacientet mbi faktorët e riskut dhe menaxhimin e tyre.

<b>A keni konsumuar duhan me parë?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Po	65	65.0%
Jo	35	35.0%
<b>A konsumoni tani duhan?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Po	46	46.0%
Jo	48	48.0%
Ndonjëherë	6	6.0%
<b>A keni konsumuar alkool në të kaluarën?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Po	15	15.0%
Jo	68	68.0%
Ndonjëherë	17	17.0%
<b>A konsumoni tani alkool?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Po	5	5.0%
Jo	85	85.0%
Ndonjëherë	10	10.0%
<b>A keni mësuar për parandalimin e HTA si dhe parandalimin e komplikimeve që sjellë kjo sëmundje?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Po	100	100.0%
Jo	0	0.0%
Nuk e di	0	0.0%
<b>A keni mësuar për faktorët e rrezikut dhe menaxhimin e tyre ?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Po	100	100.0%
Jo	0	0.0%
Nuk e di	0	0.0%
<b>Sa herë jeni shtruar në spital për shkak të HTA nga koha që ju është paraqitur hipertensioni e deri sa keni filluar vizitat dhe këshillat tek ne?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Asnjëherë	33	33.0%
1 herë	49	49.0%
2 herë	12	12.0%
3 herë	6	6.0%
<b>Sa herë jeni shtruar në spital për shkak të HTA nga koha që keni filluar të beni vizitat dhe të merrni këshillat nga ne?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Asnjëherë	<b>96</b>	<b>96.0%</b>
1 herë	<b>4</b>	<b>4.0%</b>
2 herë	<b>0</b>	<b>0.0%</b>
3 herë	<b>0</b>	<b>0.0%</b>
<b>A dini të veproni dhe ta menaxhoni vetë hipertensionin nese nuk është ndonje krizë hipertenzive pa u lajmruar te mjeku?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Po	86	86.0%
Jo	0	0.0%
Nuk e kam provuar	5	5.0%

Siç shihet në tabelen 5.18, me pas 65% e pacientëve kanë konsumuar duhan më parë, kurse tani konsumojnë 46%, ndërsa 15% e tyre kanë konsumuar alkool më parë, kurse tani ka rënë në 5%, çka tregon se vizitat e rregullta kanë ndikim pozitiv. Kuptojmë se 100% e pacientëve kanë mësuar për parandalimin e sëmundjes së HTA-s dhe faktorëve të rrezikut. Nga rezultatet del se 33% e pacientëve nuk janë shtruar asnjëherë në spital, 49% e tyre: 1 herë, 12% e tyre 2 here dhe 6% e tyre: 3 herë, kurse pas këshillave shohim se 96% e pacientëve asnjëherë nuk janë shtruar në spital, kurse 4% vetëm 1 herë. 86% e tyre dinë të veprojnë dhe menaxhojnë sëmundjen e HTA-s dhe 100% e tyre ndihen më mirë pas këtyre këshillave.

## Vërtetimi i hipotezave

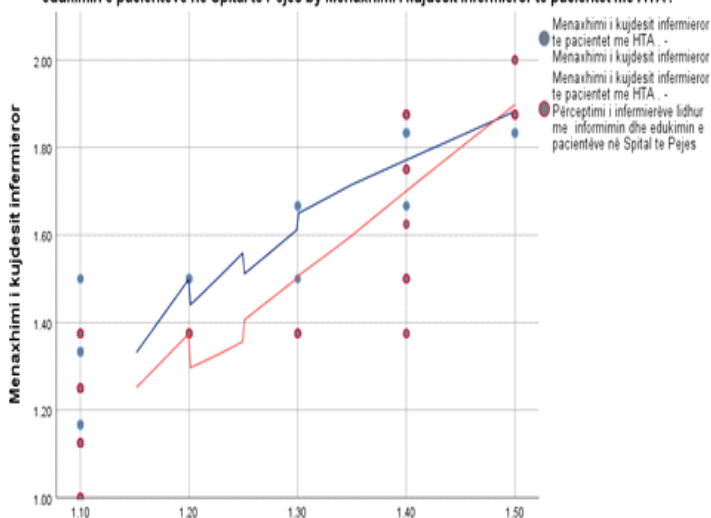
Hipoteza 1. Menaxhimi i kujdesit infermieror dhe perceptimi i infermierëve lidhur me informimin dhe edukimin e pacientve kanë ndikim pozitiv në menaxhimin e kujdesit infermieror të pacientët me HTA. Për të analizuar hipotezën e, kam përdorur korelacionin Partial (Pearson Correlation). Variabla të ndërlidhura të pavarura janë menaxhimi i kujdesit infermieror dhe perceptimi i infermierëve lidhur me informimin dhe edukimin e pacientëve në spital dhe variabël e varur është menaxhimi i kujdesit infermieror të pacientëve me HTA.

### Correlations

Control Variables			Menaxhimi i kujdesit infermieror	Përceptimi i infermierëve lidhur me informimin dhe edukimin e pacientëve në Spital të Pejës
Menaxhimi i kujdesit infermieror të pacientet me HTA .	Menaxhimi i kujdesit infermieror	Correlation	1.000	0.625
		Significance (2-tailed)	.	0.000
		Df	0	97
Përceptimi i infermierëve lidhur me informimin dhe edukimin e pacientëve në Spital të Pejës	Përceptimi i infermierëve lidhur me informimin dhe edukimin e pacientëve në Spital të Pejës	Correlation	0.625	1.000
		Significance (2-tailed)	0.000	.
		Df	97	0

Nga rezultatet e mësipërme shohim se menaxhimi dhe perceptimi i infermierëve lidhur me informimin e pacientëve me HTA ka ndikim pozitiv ( $\rho=0.625^{**}$ ,  $p \text{ value}=0.000<.01\%$ ) në menaxhimin e kujdesit infermieror të pacientët me HTA që nënkupton se statistiksht ka ndërlidhje pozitive dhe pranojmë hipotezën se menaxhimi i kujdesit infermieror dhe perceptimi i infermierëve lidhur me informimin dhe edukimin e pacientve kanë ndikim pozitiv në menaxhimin e kujdesit infermieror të pacientët me HTA.

Simple Scatter of Menaxhimi i kujdesit infermieror, of Përceptimi i infermierëve lidhur me informimin dhe edukimin e pacientëve në Spital të Pejës by Menaxhimi i kujdesit infermieror të pacientet me HTA .



GRAFIKU 5.20 Menaxhimi i kujdesit infermieror të pacientet me HTA .

Hipoteza 2. Për të identifikuar praktikat më të mira të kujdesit infermieror si në kujdesin primar dhe sekondar për TA edukimi, vleresim i pacienteve me HTA, kanë ndikim pozitiv në kënaqshmërinë e pacientëve dhe menaxhimin e sëmundjes së hipertensionit arterial në regjionin e Dukagjinit dhe në Kosovë.

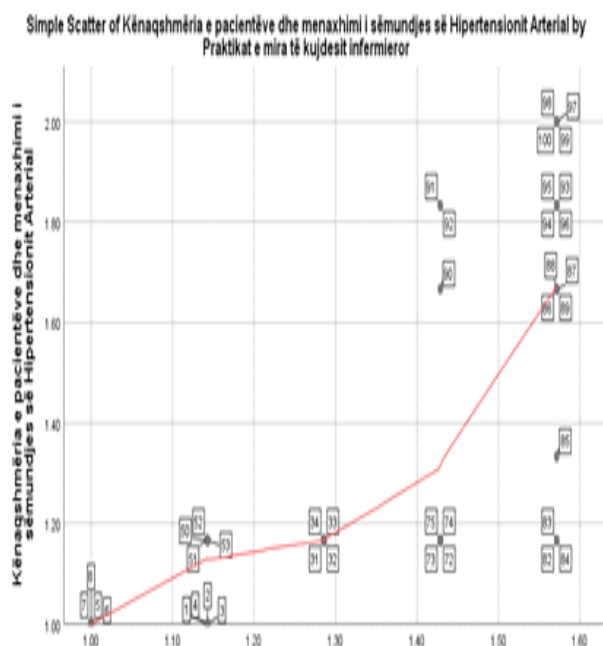
Për vërtetimin e hipotezës së mësipërme kam përdorur korelacionin Bivariate (Pearson correlation), ku variabël e pavarur janë praktikat e mira të kujdesit infermieror, kurse e varur është kënaqshmëria e pacientëve dhe menaxhimi i sëmundjes së hipertensionit arterial.

### Correlations

		Praktikat e mira të kujdesit infermieror	Kënaqshmëria e pacientëve dhe menaxhimi i sëmundjes së hipertensionit arterial
Praktikat e mira të kujdesit infermieror	Pearson Correlation	1	0.767**
	Sig. (2-tailed)		0.000
	N	100	100
Kënaqshmëria e pacientëve dhe menaxhimi i sëmundjes së hipertensionit arterial	Pearson Correlation	0.767**	1
	Sig. (2-tailed)	0.000	
	N	100	100

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Nga rezultatet e mësipërme shohim se në mes të praktikave të mira të kujdesit infermieror kemi korelacion pozitiv ( $\rho = .767^{**}$ ,  $p \text{ value} = .000 < 0.1\%$ ) dhe kënaqshmërisë së pacientëve dhe menaxhimit të sëmundjes së hipertensionit arterial, që i bie se statistikisht kemi ndikim pozitiv të praktikave të mira të kujdesit infermieror dhe kënaqshmërisë së pacientëve. Pra, sa më shumë praktika pozitive dhe kujdes infermieror, do të kemi një nivel shumë të lartë të kënaqshmërisë së pacientëve dhe një menaxhim pozitiv të sëmundjes së hipertensionit arterial. Ne pranojmë hipotezën se praktikat e mira të kujdesit infermieror si: udhëzimi përmes broshurave, përcaktimi i terapisë së duhur dhe përkrahja infermiore, kanë ndikim pozitiv në kënaqshmërinë e pacientëve



GRAFIKU 5.21 Praktikat e mira të kujdesit infermieror

dhe menaxhimin e sëmundjes së hipertensionit arterial në Regjionin e Pejës por edhe në tërë Kosovën.

Hipoteza 3. Perceptimi i pacientëve ndaj shërbimeve shëndetësore është indikator potencial i menaxhimit adekuat dhe cilësor lidhur me menaxhimin e HTA nga ana e infermierëve dhe opinioni i tyre në qasjen e parë me infermierët, kanë ndikim pozitiv në satisfaksionin e pacientëve ndaj kujdesit infermieror në spital.

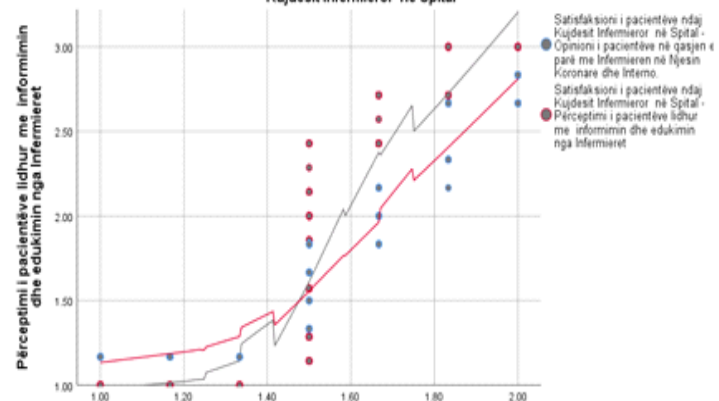
Për të matur nëse satisfaksioni i pacientëve ndaj kujdesit infermieror në spital varet nga perceptimi dhe opinioni i pacientëve në qasjen e parë me infermierin në Njësinë Koronare dhe Interno, kemi përdorur korelacinin Partial. Variabël e pavarur është perceptimi dhe opinioni i pacientëve, kurse e varur është satisfaksioni i pacientëve me kujdesin infermieror në spital.

### Correlations

Control Variables			Përceptimi i pacientëve lidhur me informimin dhe edukimin nga Infermierët	Opinionin i pacientëve në qasjen e parë me Infermierin në Njësinë Koronare dhe Interno.
Satisfaksioni i pacientëve ndaj kujdesit infermieror në spital	Përceptimi i pacientëve lidhur me informimin dhe edukimin nga infermierët	Correlation	1.000	0.850
		Significance (2-tailed)	.	0.000
		df	0	297
Opinionin i pacientëve në qasjen e parë me infermierin në Njësinë Koronare dhe Interno.		Correlation	0.850	1.000
		Significance (2-tailed)	0.000	.
		df	297	0

Nga rezultatet e mësipërme shohim se ndërlidhja e perceptimit të pacientëve lidhur me informimin dhe edukimin nga infermierët dhe opinioni i pacientëve në qasjen e parë me infermierin në Njësinë Koronare dhe Interno ka ndikim pozitiv ( $\rho = .850^{**}$ ,  $p \text{ value} = .000 < 0.1\%$ ) me satisfaksionin e pacientëve ndaj kujdesit infermieror

Simple Scatter of Përceptimi i pacientëve lidhur me informimin dhe edukimin nga Infermierët, of Opinionin i pacientëve në qasjen e parë me Infermierin në Njësinë Koronare dhe Interno. by Satisfaksioni i pacientëve ndaj Kujdesit Infermieror në Spital



GRAFIKU 5.22 Satisfaksioni i pacientëve ndaj Kujdesit Infermieror në Spital

në spital. Pra, në pranojmë hipotezën dhe themi se perceptimi i pacientëve lidhur me menaxhimin e HTA nga ana e infermierëve dhe opinioni i tyre në qasjen e parë me infermirët, kanë ndikim pozitiv statistikisht signifikante në satisfaksionin e pacientëve ndaj kujdesit infermieror në spital.

Hipoteza 4. Përdorimi i një pyetësori gjysmë të strukturuar me qëllim të identifikimit të infermierët në menaxhimin e pacientëve me sëmundje të tensionit arterial dhe edukimi për parandalimin komplikimeve të hipertensionit arterial.

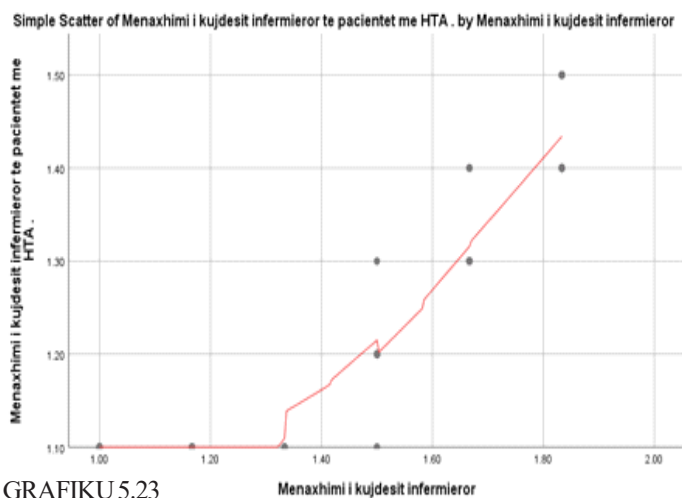
Për të matur ndikimin e kujdesit infermieror në ruajtjen e pacientëve dhe ndikimin që ka kjo në menaxhimin e kujdesit infermieror të pacientëve me HTA, dhe parandalimin e komplikimeve nga kjo sëmundje, kam përdorur korelacionin Bivariate (Pearson correlation), ku variabël e pavarur është edukimi për ruajtjen e pacientëve dhe e varur është menaxhimi i kujdesit infermieror të pacientëve me HTA.

### Correlations

		Edukimi për ruajtjen e pacientëve	Menaxhimi i kujdesit infermieror të pacientët me HTA .
Edukimi për ruajtjen e pacientëve	Pearson Correlation	1	0.913**
	Sig. (2-tailed)		0.000
	N	100	100
Menaxhimi i kujdesit infermieror të pacientët me HTA .	Pearson Correlation	0.913**	1
	Sig. (2-tailed)	0.000	
	N	100	100

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Nga rezultatet e mësipërme shohim se në mes të edukimit për ruajtjen e shëndetit të pacientëve kemi korelacion pozitiv ( $\rho=0.913^{**}$ ,  $p\text{ value}=0.000 < 0.1\%$ ) dhe menaxhimin të kujdesit infermieror të pacientëve me HTA. Pra, pranojmë hipotezën se edukimi për ruajtjen e pacientëve ndikon statistikisht pozitivisht në menaxhimin e kujdesit infermieror të pacientëve me HTA.



Hipoteza 5: Përmbajtja e këshillave të marra nga infermierët është tregues i rëndësishëm dhe i vlefshëm për cilësinë e kujdesit dhe performancës spitalore dhe ndikon pozitivisht në njohjen e faktorëve të rrezikut dhe menaxhimin e sëmundjes së HTA.

Për të analizuar nëse përmbajtja e këshillave të marra nga infermierët ndikon pozitivisht në njohjen e faktorëve të rrezikut dhe menaxhimin e sëmundjes së HTA-s, kam bërë analizën korelacionare Bivariate (Pearson corelation) në mes të përmbajtjes së këshillave të marra dhe mësimit të faktorëve të rrezikut dhe menxhimin e tyre për parandalimin e HTA.

#### Correlations

		Përmbajtja e këshillave marra nga spitali	e A keni mësuar për Faktorët e rrezikut dhe menaxhimin e tyre ?
Përmbajtja e këshillave të marra nga spitali	Pearson Correlation	1	0.410**
	Sig. (2-tailed)		0.000
	N	100	100
A keni mësuar për Faktorët e rrezikut dhe menaxhimin e tyre ?	Pearson Correlation	0.410**	1
	Sig. (2-tailed)	0.000	
	N	100	100

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Nga rezultatet e mësipërme shohim se kemi një korelacion pozitiv në mes të përmbajtjes së këshillave të marra nga spitali ( $\rho= .410^{**}$ , p value -  $.000 < 0.1\%$ ) dhe mësimit të faktoreve të rrezikut dhe menaxhimin e tyre. Pra, në pranojme hipotezën se përmbajtja e këshillave të marra nga spitali ndikon statistikisht pozitivisht në njohjen e faktorëve të rrezikut dhe menaxhimin e sëmundjes së HTA-s.

Hipoteza 6. Parandalimit dhe vetmenaxhimi i të sëmuarve me tension arterial me qëllim të vetëdijësimit të popullatës në ndërrimin e stilit të jetës (dieta, aktivitetet fizike, marrja e terapisë me rregull dhe me kohë, menaxhimi i sëmundjes për parandalimin e komplikimeve). Krahasueshmëria e pacienteve të cilët marrin edukimin për vetëmenaxhimin e HTA gjatë vizitave dhe atyre të cilët nuk kanë njohuri të mjaftueshme për vetëmenaxhim të HTA.

#### Njohuritë e fituara në bazë të gjinisë dhe moshës në menaxhimin e HTA

Nga kjo hipoteze del sa ka dallime të mëdha në mes të pacienteve të cilët kanë marrë këshilla gjatë vizitave çdo muaj në Ambulancën Specialistike të Pejës, ku 100% e pacientëve i njohin faktorët e rrezikut, dinë ta menaxhojnë sëmundjen, dhe të parandalojnë komplikimet, ju përmbahen këshillave të ushqimit dhe aktiviteteve fizike në bazë të sëmundjeve dhe moshës, ka korelacion pozitiv në mes të përmbajtjes së këshillave të mara gjatë vizitave.

Ndërsa ka korelacion negativ për mosdhënien e këshillave dhe tek mungesa e njohurive për vetmenaxhim të HTA.

Ekzistojnë dallime të rëndësishme signifikante në mes të gjinisë mashkullore dhe femërore, sa i përket njohurive të përfituara në lidhje me menaxhimin e hipertensionit arterial.

Për të matur dallimin në mes gjinisë mashkullore dhe femërore, sa i përket asaj se kanë arritur të marrin këshilla nga vizitat e rregullta në menaxhimin e hipertensionit arterial, por edhe për t' i përgjigjur pyetjes kam përdorur testin Independent Sample T-test. Nga rezultatet e mëposhtme shohim se tek meshkujt kemi mesatare prej 3.96 dhe devijim standard = 0.20, kurse tek femrat mesatarja është 4.09 dhe devijimi standard 0.29, ku nga kjo kuptojmë se femrat kanë arritur të marrin më shumë informata dhe të kenë sukses më shumë gjatë vizitave të rregullta.

*Group Statistics*

	Gjinia	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Sa ka pasur sukses dhënja e këshillave dhe vizitat e rregullta në menaxhimin e hipertensionit arteria?	Mashkull	46	3.96	0.206	0.030
	Femër	54	4.09	0.293	0.040

Nga rezultatet e mëposhtme shohim se testi F i rëndësisë statistkore është 3.805, testi t=-2.716, kurse p value =.008 që nënkupton se statistikisht kemi dallime të rëndësishme signifikante në mes të gjinisë mashkullore dhe femërore sa i përket njohurive të përfituara në lidhje me menaxhimin e hipertensionit arterial. Pra, pranojmë hipotezën se ekzistojnë dallime të rëndësishme signifikante në mes të gjinisë mashkullore dhe femërore sa i përket njohurive të përfituara në lidhje me menaxhimin e hipertensionit arterial.



*Independent Samples Test*

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Sa ka pasur sukses dhënja e këshillave dhe vizitat e rregullta në menaxhimin e hipertensionit arterial?	Equal variances assumed	3.805	0.054	-2.643	98	0.010	-0.136	0.051	-0.238	0.034
	Equal variances not assumed			-2.716	94.844	0.008	-0.136	0.050	-0.236	0.037

Hipoteza 6.1. Ekzistojnë dallime të rëndësishme signifikante në mes të grupmohave sa i përket njohurive të përfituara në lidhje me menaxhimin e hipertensionit arterial.

Për të gjetur dallimin në mes të moshës dhe njohurive të përfituara gjatë vizitave të rregullta në lidhje me menaxhimin e hipertensionit arterial, kam përdorur Anova One Way. Më poshtë shohim dallimet në mes të grupmohave, ku grupmosha 30-40 vjeç kanë mesatare prej 3.80 dhe devijim standard 0.42, grupmosha 41-50 vjeç kanë mesatare prej 4 dhe devijim standard prej .000, grupmosha 51-60 vjeç kanë mesatare prej 4 dhe devijim standard prej .000 dhe grupmosha 61-70 vjeç kanë mesatare prej 4.21 dhe devijim standard prej 0.41. Nga kjo kuptojmë se grupmoshat më të vjetra kanë arritur njohuri më shumë se sa grupmoshat e reja.

*Descriptives*

Sa ka pasur sukses dhënja e këshillave dhe vizitat e rregullta në menaxhimin e Hipertensionit Arterial?

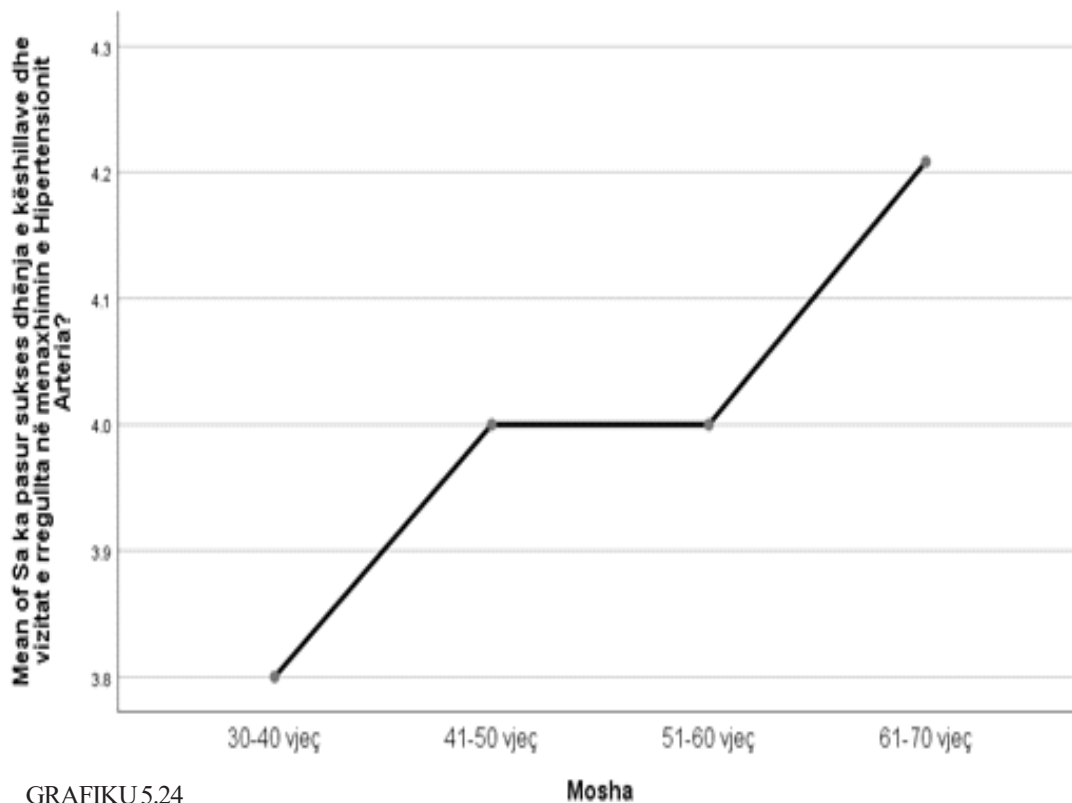
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
30-40 vjeç	10	3.80	0.422	0.133	3.50	4.10	3	4
41-50 vjeç	30	4.00	0.000	0.000	4.00	4.00	4	4
51-60 vjeç	36	4.00	0.000	0.000	4.00	4.00	4	4
61-70 vjeç	24	4.21	0.415	0.085	4.03	4.38	4	5
Total	100	4.03	0.264	0.026	3.98	4.08	3	5

Nga rezultatet e mëposhtme shohim se testi F i rëndësisë statistikore është 7.782, shkallë të lirisë prej 99 rastesh dhe signifikante prej .000 që nënkupton se ka dallime signifikante në mes të grupmoshave dhe marrjes së njohurive në lidhje me menaxhimin e hipertensionit arterial. Pra, në pranojmë hipotezën se dallime signifikante në mes të grupmoshave dhe marrjes së njohurive në lidhje me menaxhimin e hipertensionit arterial.

#### ANOVA

Sa ka pasur sukses dhënja e këshillave dhe vizitat e rregullta në menaxhimin e hipertensionit arterial?

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1.352	3	0.451	7.782	0.000
Within Groups	5.558	96	0.058		
Total	6.910	99			



GRAFIKU 5.24

Grafiku 5.9. Suksesi i dhënies së këshillave dhe vizitat e rregullta në menaxhimin e hipertensionit arterial.

## 6. Diskutim

Me shume se nje ne tre te rritur ne mbare boten kanë tension te larte te gjakut, ose rreth 1.8 miliarde njerez kane hipertension. Gati 50% e ketyre njerezve nuk jane ne dijeni te gjendjes se tyre. Por edhe ata te cilet jane te vetedijshem, gjysma e tyre nuk marrin ndonje veprim per te kontrolluar presionin e gjakut, duke ndryshuar menyren e jeteses, apo perdorimin e medikamenteve. Kështu 75% e popullsisë se botes qe jane me hipertension jane ne rrezik dhe jane kandidatë potencialë per semundje te zemres, goditje ne tru, semundje te veshkave ose vdekje te papritur<sup>[35]</sup>.

Perqindja e presionit te larte te gjakut rritet me moshen, gje qe do te thote se: presioni i larte i gjakut tek njerezit e moshes 20-30 vjec' takohet ne masen 1 ne 10. Presioni i larte i gjakut të njerezit e moshes 50 vjec' takohet ne masen 5 ne 10, ose nje ne dy njerez<sup>[36]</sup>.

Komplikimet e presionit te larte te gjakut llogariten me shume se 9 milione vdekje ne mbare boten cdo vit. Kjo perfshin 51% te vdekjeve per shkak te goditjes ne tru dhe 45% te vdekjeve per shkak te semundjeve koronare te zemres<sup>[36, 37, 38]</sup>.

Ne vëndin tone, Kosovë, hipertensionit takohet ne 36% te grupmohave 25 vjec' e siper. Të burrat e grupmohave 25 vjec' e siper takohet ne rreth 40%, dhe te grate e grupmohave 25 vjeç e siper ne rreth 32% (OBSH, World Health Statistics, 2014). Gjithashtu, 80% e femrave dhe 90% e meshkujve me hipertension nuk ishin te vetedijshem per gjendjen e tyre (ADHS, 2010)<sup>[39]</sup>. Sipas vleresimeve te GBD 2010, niveli i pergjithshem i vdekshmerise qe i atribuohet tensionit te larte te gjakut ne Shqiperi ka patur nje rritje domethenese gjate njezet viteve te fundit, nga 27% qe ishte ne vitin 1990 ka shkuar ne 35% ne vitin 2010<sup>[39, 40]</sup>.

Qëllimi i rehabilitimit kardiak dhe HTA është që të përmirësohet kapaciteti fizik dhe psikik i pacientit duke stabilizuar, ndaluar apo edhe kthyer prapa progresin e sëmundjes koronare. Për të arritur këtë pacienti duhet të qartësojë pyetjet rreth sëmundjes<sup>41</sup>. Nuk duhet të ketë mëdyshje rreth aktivitetit fizik dhe dobisë që sjellë. Planifikimi i dietës dhe konsumimit të artikujve ushqimor janë pjesë e edukimit. Është po ashtu i domosdoshëm edhe edukimi dhe përkrahja lidhur me modifikimin e faktorëve të rrezikut: duhani, hipertensionit arterial, diabeti, kolesterolit i lartë, obeziteti, aktiviteti i pamjaftueshëm fizik<sup>[42]</sup>.

Sipas Institutit Kombëtar të Shëndetësisë Publike në Kosovë (IKShPK), numri i përgjithshëm i rasteve të raportuara me sëmundje hipertensive për tri vitet paraprake (2013-2015) në kujdesin parësor shëndetësor është 290816 pacientë. Sa i përket kujdesit dytësor shëndetësor për këtë periudhë, numri i rasteve të raportuara me këtë sëmundje është 63836. Ndërsa në nivelin tretësor shëndetësor, ashtu si edhe pritet, numri është më i vogël, me gjithsej 9639 të raportuar me sëmundje hipertensive për periudhën e marrë në studim. Kjo tregon se rastet me këtë sëmundje fillimisht lajmërohen në nivelin parësor shëndetësor, qendrat e mjekësisë familjare, ku trajtohet me sukses shumica e tyre. Rastet më rezistente dhe që menaxhohen më me vështirësi, udhëzohen për në sistemin shëndetësor dytësor dhe vetëm një numr i vogël i rasteve udhëzohet për në nivelin tretësor shëndetësor<sup>43</sup>. Vlen të theksohet se kjo nuk ndodh gjithmonë në Rajonin e Pejës, sepse jo të gjithë pacientët me HTA lajmërohen në nivelin primar, ata drejtohen edhe në nivelin sekondar direkt. Sa i përket gjinisë, për të tre vitet 2013-2015 dhe për të tre nivelet e kujdesit

shëndetësor ka dominim të gjinisë femërore<sup>43</sup>. Kurse në punimin tonë nga viti 2014-2017 ka ngritje të lehtë, ku dominonin gjinia mashkullore, me luhatje ndër vite<sup>43</sup>.

Edukimi nënkupton edhe informata për barna, mënyrën e marrjes së tyre, për dobinë dhe efektet e mundshme<sup>[44]</sup>.

Mund të përfundohet se rezultatet e studimit ngritën disa çështje të rëndësishme e në rradhë të parë edukimin e pa mjaftueshëm të pacientëve të hospitalizuar lidhur me TA. Njëkohësisht, del në pah kërkesa e kohës rreth domosdoshmërisë së ekzistencës së një protokollit, që do të përfshinte edukimin e pacientëve në këtë fazë vulnerabël të luftës kundër sëmundjes.

Karakteristikë e përgjithshme e pozitës së Pejës është se ajo shtrihet në skajin Veri-perëndimorë të Luginës së Dukagjinit. Peja shtrihet në Luginën e Lumëbardhit rrethuar me Alpet Shqiptare<sup>(45)</sup>. Qyteti i Pejës gjëndet në lartësi mbi detare 505-520. Ky qytet ngritët në fushën e rrafshit të Dukagjinit dhe rrëzë bjeshkëve të larta.



**Foto. 6. 1. Komuna e Pejës**

Peja qendër regjionale e Dukagjinit verior. Dendësia e popullsisë është e madhe me rreth 300 banorë/Km<sup>2</sup>. Nataliteti është 34, kurse mortaliteti 7.

Peja është qendër e një regjioni të gjërë me afro 1.500 km<sup>2</sup>, kurse Peja me fshatrat e saj ka 603 Km<sup>2</sup>. Më 2003 qyteti kishte një popullsi prej 81.800 banor, kurse si komunë në tërësi kishte rreth 160.000 banorë. Brenda kufijve administrativ të Komunës së Pejës ka 97 vendbanime të organizuara në 28 bashkësi territoriale.

Komuna e Pejës kufizohet me: Istogun, Klinën, Deçanin dhe Gjakovën. Kurse me Komunën e Plavës, Beranës dhe Rozhajës kufizohet me Malin e Zi. Në anën tjetër, kufizohet me Republikën e Shqipërisë.<sup>(45)</sup> Rajoni i Pejës, përbëhet nga këto komuna: Peja, Deçani, Klina, Gjakova dhe Istogu. Spitali Rajonal është i vetmi Spital i përgjithshëm i nivelit sekondar në Pejë dhe është i vendosur në pjesën perëndimore të qytetit.<sup>(45)</sup>



**Foto. 6.2. Spitali Rajonal i Pejës**

Ky spital ka një traditë të pandërprerë deri me tani, prej 93 vitesh. Me 27 reparte dhe njësi, 433 shtretër, 11 ambulanca specialitike dhe 7 shërbime diagnostike; merr pjesë në rrjetën Kosovare të Mbrojtjes Shëndetësore duke mbuluar 5 qytete me 400000 banorë.

I shpjeguar gjithë sa më sipër, për të lehtësuar diskutimin vijues.

Statusi i infermierëve në të kaluarën në Kosovë ishte i ulët në krahasim me profesionistët e tjerë shëndetësor. Kjo reflektohet edhe në këtë punim nga përgjigjet e analizuara të infermierëve që paraqesin mungesën e standardeve dhe njohurive për të menaxhimin e mirëfilltë të kujdesit infermior të pacientëve me HTA. Roli i infermierëve ishte që t'u asistojnë mjekëve dhe të zbatojnë udhëzimet e tyre. Problematika me të cilën ballafaqohen infermierët, reflektohen edhe në hulumtimin e realizuar nga ne, me qëllim të kujdesit infermior për pacientët me HTA.

Edukimi i qytetarëve lidhur me sëmundjen është detyrë parësore e punëtorëve shëndetësor<sup>43,44,45</sup>, por kjo është e kuptueshme dhe për t'u kuptuar, duhet të bëhet ngritja profesionale e infermierëve duke u shkolluar.

Infermierët e profilizuar, siç janë ata që punojnë në njësinë koronare, kanë për detyrë që të informojnë pacientin mbi sëmundjen, me mënyrën e shërimit dhe parandalimit të ndërlikimeve, për të realizuar këtë, infermierët duhet të jenë vazhdimisht në procesin e edukimit profesional që do të mundësonte siguri dhe saktësi në informatat që i transmetohen pacientëve mbi sëmundjen.

Përmes pyetësorit është nxjerrë një pasqyrë e njohurive të infermierëve në menaxhimin e rasteve të kujdesit infermior me fokus në edukimin e pacientëve lidhur me sëmundjen të cilën e kanë preokupim profesional. Pyetësorët kanë filluar me pyetjen rreth momentit më kritik, fillimit të simptomave të para. Këto të dhëna janë shumë të rëndësishme dhe përcaktojnë

mënyrën e qasjes terapeutike. Pra, me të dhënat që janë të domosdoshme janë të evidentuara të dhëna të tilla. Një gjë e tillë ngre domosdoshmërinë e pyetësorit i cili do të duhet të plotësohet nga infermieri/ja në kuadër të “përpunimit” të pacientit.

Nëpërmes këtij pyetësori të plotësuar shihet se infermierët nuk kanë informata të mjaftueshme për sëmundjen dhe për modifikimin e faktorëve të rrezikut. Pra paraqitet nevoja për edukim të vazhdueshëm dhe për ekzistencën e infermierit së specializuar për edukim të pacientëve. Informimi i infermierëve rreth faktorëve të rrezikut është poashtu pak i pa vendosur. Nga ana tjetër, është e qartë se kujdesi infermieror duhet që përveç intervenimeve të përfshijë edhe edukimin e evidentuar. Kjo na jep të drejtë të mendojmë se infermieri/ja nuk merr rol aktiv në diagnostikimin dhe terapinë e pacientit me TA.

Në hulumtimin tonë ka rezultuar se në kohën më të nxehtë ka pasur më shumë pacientë me HTA, nga ku mund të nxjerrim si përfundim që kjo ndodh për shkak të pasivitetit të pacienteve, mos aktiviteti fizik, ajrit, daljes në diell, ushqimit të shpejtë etj. Gjithashtu ka rezultuar se pacientët me HTA më shumë kanë jetuar në qytete se sa në fshatra. Për nga gjinia për këto vite rezulton se nuk ka ndonjë ndryshim të madh nërmyet meshkujve dhe femrave, me një mbizotrim të lehtë të meshkujve. Këto të dhëna përputhen me literaturën dhe hulumtime të tjera të përafërta të vendeve të ndryshme dhe përputhen me të dhënat hulumtimore realizuar në SHBA nga studentët e Mjekësisë (JLUMHS MAY 2012 2012; Vol 11: Nr 02 113-SHBA)<sup>46</sup>.

Në vitin 2014 u vizituan 3263 pacientë me HTA në Spitalin Rajonal të Pejës dhe ambulance specialiste në Pejë. Në vitin 2015 pati një rritje të lehtë, ku numri i pacientëve me HTA ishte 3642, në vitin 2016 u paraqitën 4019 pacientë me HTA, në vitin 2017 u paraqit një numër më i lartë pacientësh me HTA, 4794 në Spitalin Rajonal të Pejës dhe ambulancën specialiste, gjë që shohim rritje të numrit të pacientëve me HTA. Për këto 4 vite në hulumtimin tonë doli se muajt korrik dhe gusht janë muajt me numrin më të madh të pacientëve që kërkojnë ndihmën mjekësore për trajtimin e HTA, ndërsa muajt dhjetor, janar dhe shkurt ishin muajt me një numër më të vogël të pacientëve. Për këto 4 vite ishin 15718 pacientë që kërkojnë ndihmën mjekësore për HTA vetëm në Spitalin Rajonal të Pejës, dhe ambulancës specialiste në Pejë, ku moshën më të paku e prekur ishte nga moshën 10-19 vjeç me 4 pacientë për 4 vite dhe moshën më të madhe e prekur 50-59 vjeç dhe më së shumti e prekur moshën nga 60-69 vjeç. Ndërsa sipas IKPSHK, sa i përket kujdesit dytësor shëndetësor në periudhën 2013-2015, numri i rasteve të raportuara me këtë sëmundje është 63 836 për tërë Kosovën<sup>43</sup>, gjë që numri i rasteve me HTA për 4 vite në Spitalin e Pejës ishte mjaft i madh.

Në Qendrën Kryesore të Mjekësisë familjare në Pejë nga viti 2014 – 2017 u vizituan 1119 pacientë, prej tyre 1017 pacient ishin me HTA dhe 102 pacientë me hipotension arterial. Vlenë të përmendet se pacientët të cilët kanë kërkuar ndihmë në QKMF ishin të regjistruar vetëm të qytetit me HTA, meshkuj ishin 50.7% dhe femra 49.3%, që tregon se sëmundja e HTA nuk ka ndonjë dallim të madh në mes të dy gjinive.

Dhe pacientët me Hipotension, 60% ishin femra dhe 40% ishin meshkuj për këto 4 vite. Nga numri i përgjithshëm prej 1119, vetëm 93 pacientë u transferuan në Spitalin Rajonal të Pejës për trajtim të mëtejshëm.



Në Istog nga viti 2014-2017 kërkuan ndihmën mjekësore për trajtim të TA 935 pacientë, nga këta me HTA ishin 865 pacientë prej të cilëve 82 pacientë u transferuan për në Spitalin Rajonal të Pejës, sikurse në QKMF në Pejë ashtu edhe në Istog dominuan femrat me Hipotenson Arterial, në dy vitet e para dominuan gjinia femrore 52% me HTA, ndërsa dy të fundit më shumë dominon gjinia mashkullore me 51% me HTA.

Në QKMF Deçan për vitet 2014-2017, kishte gjithsej 893 raste, me HTA ishin 828 pacientë dhe me hipotenson ishin 65 pacientë; transfertë për trajtim të mëtejshëm në Spitalin Rajonal në Pejë ishin 60 pacinetë. Me Hipotension, dominonin femrat, ndërsa me HTA ishte numri i përafërt meshkuj: femra.

Nga rezultatet e pyetësorit për menaxhimin dhe edukimin e sëmundjes së TA ku u pergjigjen gjithesej 100 infermierë nga Spitali dhe 30 nga QKMF dhe QMF, 80% ishin femra nga infermieret që iu pergjigjen pyetësorit dhe 20% meshkuj. Prej tyre 40% kishin mbaruar studimet për infermierë në programin Bachelor dhe 60% ishin me shkollë të mesme. Nga rezultatet descriptive të infermierëve, kuptojmë se infermierët e Rajonit të Pejës kanë nevojë të kenë më shumë edukim të vazhdueshëm, ose trajnime për TA arterial dhe sëmundje të tjera të brendshme, çka dallohet në pyetjen e parë: a e pyetni pacientin për kohën e simptomave të para? Kësaj pyetje, 61% e infermiereve u pergjigjën po, i pyesim, ndërsa 39% u pergjigjen jo, me arsyetimin që nuk ka nevojë që infermieri të dijë për kohën dhe mënyrën e simptomave, vetëm nëse do kishin punuar në Njesinë Koronare ose në Kardiologji ka nevojë të pyetet pacienti, sepse ka më shumë urgjenca në ato dy reparte.

Te evidentimi i pacientëve shohim se 65% e infermierëve e evidentojnë kohën e pranimit të pacientëve. Afër 48% e infermierëve shprehen se i evidentojnë simptomat e pacientëve në pranim dhe gjatë hospitalizimit, të tjerët nuk i evidentojnë, sepse nuk ka kartela të evidencës. Kurse 100% e tyre shprehen se i evidentojnë shenjat vitale të pacientëve në pranim dhe gjatë hospitalizimit, të cilat bëhen në listën e temperaturës së pacientit. Rreth 72% e infermierëve shprehen se i pyesin pacientët për sëmundjen e mëparshme dhe se vetëm 20% e infermierëve shprehen se i pyesin pacientët për faktorët e rrezikut të sëmundjes së HTA-s. Të tjerët arsyetohen që kjo nuk bëhet nga infermierët, por duhet të bëhet nga ana e mjekut. Përsa i përket perceptimit të infermierëve në lidhje me informimin dhe edukimin e pacientëve, shohim se 31% e infermierëve mendojnë se gjatë qëndrimit në spital pacientët marrin informata të mjaftueshme për sëmundjen e tyre, dhe 69% mendojnë që nuk marrin mjaftueshëm informata. Vetëm 25% mendojnë se ata marrin informata për modifikimin e faktorëve të rrezikut. Vlen të diskutohet se edhe infermieret e dijnë që mungon informimi i pacientit por nuk bëhet.

Rreth 98% e infermierëve mendojnë se pacientët marrin informata të mjaftueshme për përdorimin e barnave, kurse 75% e infermierëve thonë se gjatë qëndrimit të pacientëve në spital ata marrin informata për aktivitetet e përditshme pas daljes nga spitali. Sa i përket informatave për ekzaminimin diagnostik të pacientëve, 80% e infermierëve thonë se ata marrin informata të mjaftueshme, kurse 76% thonë se pacientët gjatë qëndrimit në spital marrin informata të mjaftueshme për mundësitë e parandalimit dhe trajtimit të sëmundjes së HTA-s. Dhe kjo jep rezultatet pozitive të larta, për përmirësimin e gjendjes shëndetësore të pacientit.

Nga të pyeturit, 43% e infermierëve pohojnë se gjatë qëndrimit në Spital i tregojmë pacientit për simptomat e HTA dhe komplikimet që shkakton kjo sëmundje, ndërsa 57% e tyre thonë se kjo është kopetencë e mjekut.

Sa i përket menaxhimit të HTA-s nga Infermierët e Spitalit Rajonal te Pejës, 100% u shprehën se nuk kanë ndonjë broshurë për pacientë të cilën ata do të kishin pasur mundësi të informoheshin për presionin e lartë të gjakut, kurse 90% e infermierëve mendojnë përkundër punës së tyre, duhet të merren edhe me edukimin e pacientëve në lidhje me sëmundjen e HTA. Rreth 60% e infermierëve mendojnë se duhet formuar klube të pacientëve që merren me edukimin edhe përkrahjen e pacientëve pas sëmundjeve internistike. Si faktorë që ndikojnë në presionin e gjakut, 68% e infermierëve thonë se janë ushqimet e shpejta (fastfood), 100% ushqimi që përmban kripë, kurse 50% shprehen se pacientët me HTA duhet të kenë mes-shujta të pasura me pemë dhe perime çdo ditë. Shohim se 100% e infermierëve shprehen se ushqimi ka ndikim në presionin e gjakut, duhet zgjedhur qumësht me pak yndyrë dhe ushqime me më pak kalori. Gjithashtu, 100% e infermierëve shprehen se hudhra ndihmon në kontrollimin e presionit të gjakut, kurse konsumimi i duhanit është faktor që ndikon në përkeqësimin e presionit të gjakut.

Ne lidhje me kënaqësinë e pacientëve me kujdesin infermior në spital, ku janë përfshirë në hulumtim 300 pacientë, gjatë hulumtimit ka rezultuar se 10.3% e pacientëve janë pyetur nga infermierët në lidhje me simptomat e para të sëmundjes, kurse 89.7% nuk janë pyetur fare.

Kuptojmë se mbi 79% e pacientëve kanë pasur ankesa apo mundim, vështirësi në frymëmarrje, zhurmë në veshë gjatë hospitalizimit, dhe shprehin kënaqësi për kujdesin infermior. Kurse 89.7% e tyre shprehen se presioni arterial është matur gjatë shtrimit të tyre në spital, dhe pjesa e tjetër thonë që nuk është matur rregullisht. Rreth 33% e pacientëve thonë se janë pyetur nga infermierët në lidhje me sëmundjet e mëparshme, kurse 29.2% e tyre thonë se janë pyetur edhe për faktorët e rrezikut të sëmundjes koronare dhe HTA dhe 70.8% thonë se nuk janë pyetur, çka tregon qartë se me kujdesin infermior pacientet janë të kënaqur, por nuk janë të kënaqur me interesimin e infermierëve për sëmundjen e tyre në lidhje me parashtrimin e pyetjeve për simptomat dhe faktorët e rrishtit etj.

Duke analizuar perceptimin e pacientëve lidhur me informimin dhe edukimin nga infermierët, shihet se mbi 59.3% e pacientëve kanë marrë informata për sëmundjen e tyre gjatë qëndrimit në spital, 16.7% nuk kanë marrë dhe 24% thonë se nuk e kanë ditur a kanë marrë a jo informata. Sa i përket modifikimit të faktorëve të rrezikut që kanosen nga kjo sëmundje, vetëm 41.7% e pacientëve kanë marrë informata në spital, 83.3% thonë se kanë marrë informata të mjaftueshme për përdorimin e barnave që atyre ju duhen. Rreth 50% e pacientëve thonë se kanë marrë informata të mjaftueshme për aktivitetet e përditshme pas daljes nga spitali. Vetëm 33.3% e pacientëve kanë marrë informata për ekzaminimet diagnostike të cilave u janë nënshtuar dhe që mund t'i nënshtrohen në të ardhmen, kurse 56.7% e pacientëve gjatë qëndrimit në spital, kanë marrë informata të mjaftueshme për mundësitë e parandalimit dhe shërimit të sëmundjeve të HTA-s. Shihet gjithashtu se 100 pacientë, apo 33.3% e tyre janë shtruar një herë në spital, 70 pacientë, apo 23.3% e tyre janë shtruar 2 herë në spital dhe 43.3% janë shtruar më shumë se tri herë në spital për shkak të hipertensionit arterial. Kjo na bën të kuptojmë se pacientët kanë një kujdes të mirë infermior gjatë qëndrimit në spital, por nuk kanë informim për edukimin dhe menaxhimin e kësaj sëmundje, duke e analizuar edhe me përgjigjet e pacienteve të cilët i kemi monitoruar për një vit e gjysmë, ku gjatë monitorimit dhe këshillimit asnjëherë nuk është hospitalizuar asnjë nga ata pacientë, sepse gjatë kësaj kohe i këshillonim dhe trajtonim në mënyrën më profesionale.



Shohim se 100% e pacientëve janë shprehur se nuk kanë marrë ndonjëherë broshura informative nga infermierët për sëmundjen e HTA-s. Mbi 83% e pacientëve pajtohen se infermierët përveç punës së tyre të përditshme, duhet të merren edhe me edukimin e pacientëve në lidhje me sëmundjen e HTA, të tjerët mendojnë që kjo nuk është punë e infermierit. Sa i përket klubeve të pacientëve për edukimin e tyre dhe përkrahjen, rreth 53% e pacientëve shprehen se do të ishte e nevojshme të krijohet ky klub, 45.7% e tyre thonë se konsumimi i duhanit është faktor i cili ndikon në presionin e gjakut, kurse 33.3% e tyre kanë mendim të kundërt, dhe se 62% e pacientëve shprehen se konsumimi i alkoolit ndikon në presionin e gjakut. Nga rezultatet e fituara për pacientin dhe infermierin nga pyetja se kush duhet me i dhënë informata pacientit lidhur me sëmundjen, shohim se 30% e infermierëve kanë thënë se duhet vetë infermierët të japin këtë informacion, kurse 70% e tyre mendojnë se kjo informatë duhet të jepet nga mjeku, dhe asnjë nuk thanë që vetë pacienti duhet interesuar. Këtu vlen të diskutohet që infermieri për të ditur kopetencën e tij dhe t'i mbrojë ato duhet të ketë shkollim më së paku Bachelor.

Nga ana tjetër, pacientët kanë një mendim relativisht të ndarë në dy grupe, ku 53.3% e tyre thonë se këtë informacion duhet ta jep infermieri, kurse 46.7% mjeku dhe asnjë nuk tha që duhet të jepë informata anëtari i familjes. Vlen të diskutohet se edhe pacientët në vendin tonë kanë mendimin në disa raste që infermieri nuk ka kompetenca të tjera përveç dhënies së terapisë. Sa i përket pyetjes se sa herë bëhet matja e presionit të gjakut të pacientët, 20% e infermierëve shprehen se e bëjnë dy herë gjatë ndërrimit të turnit, (të gjithë që punonin në Njesinë Koronare), 5% me kërkesë të pacientit, 12% e tyre me kërkesë të mjekut, dhe 53% e infermiereve thonë nuk e bëjnë sepse e bëjnë vetë mjeku.

Pacientët kanë mendim më ndryshe për këtë aspekt në raport me infermierët. Ku 5% e tyre shprehen se atyre i'u matet presioni i gjakut dy herë gjatë ndërrimit të turnit të infermierëve, 3.3% thonë se u matet presioni i gjakut vetëm një herë gjatë ndërrimit të turnit të infermierëve, 40% e pacientëve thonë se presioni i'u matet vetëm kur ka kërkesë prej tyre, 20% kur kërkon mjeku dhe 31.7% thonë se nuk e bëjnë matjen e presionit infermierët sepse këtë e bëjnë mjekët.

Të gjithë (100%) e infermierët theksojnë se faktorë kryesorë që ndikojnë në presionin e lartë të gjakut janë ushqimi, veset si: duhani dhe alkooli, aktiviteti fizik dhe menaxhimi i stresit dhe mos përdorimi i rregullt i barnave. Pacientët kanë mendime përafërsisht të njëjta, ku 18% e tyre mendojnë se është ushqimi, 13% thonë se janë veset si: duhani dhe alkooli, 16.7% thonë se janë aktivitetet fizike, 13.3% menaxhimi i stresit dhe mos përdorimi i rregullt i barnave dhe 39% mendojnë të gjitha së bashku.

Faktorë që ndikojnë në menaxhimin e stresit sipas infermierëve janë: 40% shoqëria me njerëzit që dine të bëjnë humor dhe shëtitja, 36% janë zgjedhja e problemeve duke punuar dhe ushtrimet për qetësimin e muskujve, dhe pjesa tjetër nuk kanë pasur përgjigje të sakta. Pacientët kanë relativisht mendime të njëjta në këtë aspekt.

Sa i përket menaxhimit të barnave antihypertensive, infermierët të gjithë shprehen se barnat kundër presionit të larë të gjakut duhen përdorur vetëm sipas udhëzimeve të mjekut, duhet të ruhen në vende të veçanta, duhet kontrolluar afati i tyre dhe nëse pas barnave nuk ndihet mirë pacienti në shtëpi, duhet të thirret urgjenca ose të lajmërohet në institucionin më të afërt mjekësor. Ndërsa pacientët kanë mendime të tjera: ku në rastin e parë, 30% e pacienteve

shprehen se ata duhet t'i përdorin barnat vetëm kur nuk janë mirë, më udhëzim të mjekut, 23.3% thonë se duhet të ruhen në vende të veçanta dhe 100% thonë se duhet kontrolluar afati i përdorimit.

Sa i përket sesioneve këshilluese, 7.7% e infermierëve shprehen po, çdo pacienti i duhen bërë sesione këshilluese individuale, 49.2% po, nëse kemi kohë të lirë, 39.2% jo, sepse nuk kemi hapësirë për edukim shëndetësorë të pacientëve dhe 3.8% jo, sepse nuk e kemi njohuri, kurse 68% e pacientëve shprehen se marrin sesione këshilluese individuale (sepse i pyes infermierët vazhdimisht dhe kërkoj nga ata) dhe 12% jo, sepse infermierët nuk kanë hapësirë për edukim shëndetësorë të pacientëve. Kjo tregon se disa pacientë e kanë të ditur që nuk ekzistojnë kushtet ose hapsirat për edukimin e pacientit.

Gjithashtu gjatë kohës kur ishim duke përcjellur gjendjen e pacienteve dhe duke ju ofruar edukimin për menaxhimin e TA, shohim se nga ata 100 pacient të cilët ishin paraqitur në ambulancën specialistike të Spitalit të Pejës, në pyetsorin e parë në bazë të përgjigjive së tyre, kanë fare pak informata për menaxhimin e sëmundjes dhe njohje të faktoreve të rrishtit dhe parandalimit të tyre, gjithashtu edhe të numrit të vogël të cilët dinin pak për sëmundjen iu mungonte praktikimi i asaj që thonin.

Në muajin janar të vitit 2017 u paraqiten për vizitë me HTA 100 pacientë, të cilët u bënë pjesë e hulumtimit tonë. Nga ky numër, më shumë ishin femra, me 54%, se sa meshkuj, me 46%. Dhe këta pacientë u testuan me dy pyetesorë, ku pyetsorin e parë e realizuam në takimin e parë me pacientët dhe pyetsorin e dytë e realizuam në javën e fundit, pasi perfunduam këshillimin e pacientëve dhe monitoruam gjendjen e tyre për një vit e gjysmë Ngritja e vetëdijes së pacientëve me anë të edukimit për monitorimin dhe vetëmenaxhimin e TA, me medikamente ose pa medikamente dhe me ndërrimin e stilit të jetesës, arrin 100% rezultate pozitive. Por në vendin tonë kjo nuk është duke ndodhur, këtë e vërteton edhe ky hulumtim, ku duke u bazuar në përgjigjen e pacientëve për pyetjen: a keni marrë këshilla ndonjëherë nga profesionistët shëndetësor, për menaxhimin e HTA, në pyetsorin para marrjes së këshillave, 10 % e pacientëve u përgjigjën po, dhe 90% u përgjigjën jo. Ndërsa në pyetsorin e fundit, përgjigjet qenë: 95% po dhe 5% nuk e dinin, sepse thonë që nuk i shfletojnë në shtëpi, veçsa marrin informacione tek ne. Gjithashtu për vetëmenaxhimin e sëmundjes së tyre në pyetsorin e dytë janë përgjigjur 93%, që dëjnë ta bëjnë menaxhimin e sëmundjes së tyre.

Në përgjigjet e pyetsorit të parë, 89% e pacientëve deklaruan se merrnin terapinë me rregull dhe 11 % nuk e merrnin terapinë me rregull. Në pyetsorin e parë, 35% e pacientëve pohuan se nuk dinin ta matnin vetë TA, kurse 65% dinin. Pas këshillimit, 100 % e pacienteve e bënin matjen e HTA në mënyrë profesionale. Në pyetsorin e parë, 73% e pacientëve u përgjigjën se dinin sa është TA normal, 27% nuk kishin këtë njohuri; pas marrjes së këshillave, 100 % e pacienteve i dinin të gjitha vlerat e TA. Në përgjigjet e pyetsorit të parë, 59% e pacienteve pohuan se nuk iu është bërë EKG në çdo vizitë, dhe 41% që iu është bërë EKG. Në pyetsorin e dytë, u përgjigjën se të gjithëve iu matën çdo herë të gjitha parametrat vital dhe ju bëhet edhe EKG.

Në pyetsorin e parë në pyetjen për vlerat normale të kolesterolit dhe sheqerit në gjak, 22% u përgjigjën që kanë njohuri. Në pyetsorin e dytë 100% e tyre i kanë këto njohuri.

Në pyetjen për matjen e indeksit të masës trupore, 3% dinin ta llogaritnin, ndërsa 97% nuk dinin. Në pyetsorin e dytë, 100% e pacientëve përgjigjen që e dinë këtë llogaritje.

Në pyetsorin e parë faktorët e rrezikut i dinin 2% e pacientëve, 28% e pacientëve i dinin disa nga faktorët e rrezikut, dhe 70% nuk i kishin keto njohuri. Në pyetsorin e dytë i dinin 100% e pacientëve të gjithë faktorët e rrishtit modifikues dhe jo modifikues.

Në pyetsorin e parë gjatë ushqyshmërisë: A bëni minimizimin ose heqjen e kripës nga ushqimi, yndyrave dhe melmesave të ndryshme, si dhe heqjen e ushqimit të shpejtë? 60% e pacientëve u përgjigjen po, 15% u përgjigjen ndonjëherë, 15% u përgjigjen jo, dhe 10% u përgjigjen asnjëherë. Ndërsa në pyetsorin e dytë u përgjigjen 94% po, vetëm 5% u përgjigjen ndonjëherë (kur kanë HTA) dhe 1% u përgjigjen asnjëherë.

Në pyetsorin e parë pyetjes: A dini të veproni dhe ta menaxhoni vetë Hipertensionin nese nuk është ndonje krizë hipertensive pa u lajmëruar te mjeku? 40% e pacientëve u përgjigjen jo, 20% u përgjigjen po, 25% e pacientëve u përgjigjen që nuk kanë provuar dhe 15% e tyre u përgjigjen se nuk u ka ndodhur asnjëherë. Në pyetsorin e dytë, 100% e pacientëve u përgjigjen se e kanë këtë aftësi.

Vlen të diskutohet se gjatë kohës së realizimit të edukimit te pacientët që i kishim për hulumtim, të gjithë pacientët ndërruan stilin e jetesës, ishin të gjithë të kënaqur që merrnin informata për trajtimin dhe menaxhimin e sëmundjes dhe ata jepnin maksimumin për t'u përmbajtur rregullave të rekomanduara; të gjithë ata që ishin më të shëndetshëm filluan fitnesin dhe na lajmëronin gjatë tërë kohës se sa kanë mbajtur çdo ditë fitnes dhe cilat nga ushtrimet kanë aplikuar; ndërsa ata që nuk mundën të shkojnë në fitnes ecnin së paku 30 minuta në ditë. Në fillim kur realizuam pyetsorin e parë theksuan se shumica nuk merren me aktivitete fizike. Prej tyre, 10% e pacientëve thonë po, merrem me aktivitete fizike; ndërsa 90% thonë jo. Pacientët nuk dinin për vlerat normale të kolesterolit, mënyrën e drejtë të ushqyshmërisë dhe aktiviteteve fizike, parandalimin e faktorëve të rrishtit dhe menaxhimin e TA. Të gjitha i mësuam gjatë kësaj kohe gjatë së cilës u realizua punimi.

Këshillat shihet se kanë patur sukses shumë të madh, ku pas një vitit e gjysmë, pacientët ishin në gjendje të menaxhimit të sëmundjes së tyre, 93% janë përgjigjur se kanë arritur 80-100% sukses. Prej tyre 95% janë pajisur me broshura, 5% nuk dijnë për këto broshura (ishin të moshave të vjetra dhe thonin se nuk i shfletonin broshurat në shtëpi, vetëm çka kuptonin gjatë këshillimit me ne); 100% e tyre i njihnin vlerat normale të parametrave vitale. Mbi 70% e pacientëve kanë bërë analiza laboratorike sipas nevojës, 20% çdo 3 muaj dhe 7% çdo 6 muaj. Gjatë çdo vizite, pacientëve u është bërë EKG, ku 65% e tyre kanë sëmundje të tjera përveç HTA-s dhe 35% nuk kanë. 30% të pacientëve nuk u është ndërruar terapia, 52% të tyre u është ndërruar 1 herë, 18% 2 herë, kurse 93% thonë se e marrin terapinë me kohë, bëjnë llogaritjen e BMI si dhe percjellin vlerat e secilit ekzaminin të nevojshëm në lidhje me sëmundjen e tyre, janë larguar nga veset e këqija etj.

Në hulumtim kanë marrë pjesë gjithsej 130 infermierë nga spitali rajonal i Pejës dhe ambulancave, kurse në pjesën e parë të hulumtimit ishin 300 pacientë dhe pjesën tjetër të hulumtimit 100 pacientë të cilët ishin vizituar rregullisht duke i'u dhënë këshilla për mjekimin e HTA-s. Nga rezultatet shohim se infermierët kanë një qasje relativisht pozitive ndaj pacientëve, mundohen t'u ndihmojnë pacientëve në menaxhimin e HTA-s edhe përkundër

punës së përditshme që ata kanë. Në anën tjetër shihet se ka mungesë të kushteve të kujdesit edukativ ndaj pacientëve dhe për këtë duhet kushtuar rëndësi institucionale. Në fazën e parë pacientët ndihen se nuk janë edhe shumë të mbrojtur ashtu siç duhet nga ana e institucioneve shëndetësore në aspektin e edukimit të tyre. Në fazën e tretë, ku janë përfshirë 100 pacientë, shohim se ka ndryshime drastike të qasjes së infermierëve dhe perceptimit të tyre për institucionet shëndetësore. Ata kanë marrë këshilla të rregullta për mbrojtjen e tyre nga HTA dhe kjo ka ndikuar që ata të jenë të kënaqur me këto veprime institucionale. Kjo tregon se një qasje më profesionale ka ndikim në përmirësimin e shëndetit të qytetarëve dhe kjo duhet vazhduar.

Nga analizat e hipotezave kam ardhur në përfundim se menaxhimi i kujdesit infermieror dhe perceptimi i infermierëve lidhur me informimin dhe edukimin e pacientëve kanë ndikim pozitiv në menaxhimin e kujdesit infermieror të pacientëve me HTA, kjo e vërtetuar përmes korelacionit ( $\rho=0.625^{**}$ , vlera e  $p=0.000$ ).

Rezultatet e hipotezës së dytë paraqesin se praktikat e mira të kujdesit infermieror si udhëzimi përmes broshurave, përcaktimi i terapisë së duhur dhe përkrahja spitalore kanë ndikim pozitiv në kënaqshmërinë e pacientëve dhe menaxhimin e sëmundjes së Hipertensionit arterial me korelacion ( $\rho=0.767^{**}$ , vlera e  $p=0.000$ ).

Në hipotezën e tretë vërtetojmë se perceptimi i pacientëve lidhur me informimin dhe edukimin nga ana e infermiereve dhe opinioni i tyre në qasjen e parë me infermirët, kanë ndikim pozitiv statistikisht significant në satisfaksionin e pacientëve ndaj kujdesit infermieror në spital ( $\rho=0.850^{**}$ , vlera e  $p=0.000$ ).

Ndërsa në hipotezën e katërt shohim se në mes të edukimit për ruajtjen e shëndetit të pacientëve kemi korelacion pozitiv ( $\rho=0.913^{**}$ , vlera e  $p=0.000 < 0.1\%$ ) dhe menaxhimin e kujdesit infermieror të pacientëve me HTA.

Në hipotezën e pestë vërtetojmë se përmbajtja e këshillave të marra nga spitali ndikon statistikisht pozitivisht në njohjen e faktorëve të rrezikut dhe menaxhimin e sëmundjes së HTA-s ( $\rho=0.410^{**}$ ,  $p \text{ value} = .000$ ).

Në hipotezën e gjashtë dhe gjashtë.1, shohim se statistikisht kemi dallime të rëndësishme signifikante në mes të gjinisë mashkullore dhe femërore sa i përket njohurive të përfituara në lidhje me menaxhimin e hipertensionit arterial dhe gjithashtu ka dallime signifikante në mes të grupmoshave dhe marrjes së njohurive në lidhje me menaxhimin e hipertensionit arterial, dhe stilit të jetesës ka rëndësi të madhe në menaxhimin e TA.

Hipertensioni është çrregullimi kardiovaskular më i përhapur, që prek 20% deri 50% të popullsisë së rritur në vendet e zhvilluara. Hipertensioni arterial është një faktor kryesor rreziku për sëmundjet kardiovaskulare dhe vdekjen. Të dhënat epidemiologjike kanë treguar se kontrolli i hipertensionit arrihet vetëm në një përqindje të vogël të pacientëve me hipertension. Gjetjet nga projekti i Organizatës Botërore të Shëndetit Monitorimi i Tendencave dhe Përcaktuesve të Sëmundjeve Kardiovaskulare (MONICA) treguan një mbizotërim jashtëzakonisht të lartë (rreth 65%) të hipertensionit në Evropianët Lindorë<sup>47</sup>. Sidoqoftë, nuk ka asnjë dallim midis shkallës së suksesit në kontrollin e hipertensionit kur krahasohet popullsia e Evropës Lindore dhe Perëndimore. Diagnostikimi i hipertensionit varet nga vetëdija

e popullatës për rreziqet e hipertensionit dhe ndërhyrjet mjekësore që synojnë zbulimin e tensionit të lartë të gjakut, madje edhe tek pacientët asimptomatikë. Pajtueshmëria mjekësore me udhëzimet për trajtimin e hipertensionit është e ndryshueshme në të gjithë Evropën Lindore. Prevalenca e hipertensionit rritet me moshën, dhe administrimi i hipertensionit tek të moshuarit është një problem i rëndësishëm. Trajtimi i hipertensionit kërkon një qasje gjithëpërfshirëse ndaj pacientit në lidhje me rrezikun kardiovaskular dhe individualizimin e terapisë hipertensionale (48).

Martinović and co., në studimin e tyre gjetën që prevalenca e CH ishte 10.4% pa dallime midis djemve dhe vajzave. Regresioni i shumëfishtë zbuloi se shanset për hipertension të fëmijëve u ulën me 10% për çdo vit të moshës. Nga ana tjetër, mjedisi rural dhe mbipësia e fëmijëve rritën shanset e hipertensionit përkatësisht me 38% dhe 68%. Hipertension u gjet në një nga dhjetë nxënës të shkollës malazeze, pa dallime gjinore. Obeziteti dhe zonat rurale mund të jenë jo të favorëshme ndaj presionit të gjakut të fëmijëve (49).

Të dhënat e lidhura me pacientët nga kujdesi parësor që tregojnë një nëntrajtim të presionit të gjakut dhe dislipidemisë në diabetin tip 2, janë mjaftë të disponueshme në praktikën klinike, ndërsa rezultatet nga studimet e bazuara në popullatë janë të pakta. Një ndikim i konsiderueshëm i dislipidemisë në kontrollin e presionit të gjakut të pacientët me diabet tip 2, është vërejtur në studimin pasues të kryer në Republikën e Maqedonisë së Veriut (49,50). Në një vënd të vogël si Republika e Maqedonisë së Veriut (me një popullsi prej rreth 2.000.000, veçanërisht në rajonin perëndimor me afërsisht 1/2 të popullsisë së përgjithshme), ky studim nënvizon mungesën e konsiderueshme të vetëdijes dhe menaxhimit e pamjaftueshëm të më të rëndësishmëve të parandalueshëm dhe faktorët e rrezikut kardiovaskular të trajtueshëm (hipertensionit dhe dislipidemia). Këto gjetje ofrojnë një shpjegim të mundshëm të shkallës së vdekshmërisë kardiovaskulare në mënyrë të qëndrueshme, pavarësisht përparimit dhe aksesit klinik dhe terapeutik. Përveç masave aktuale të parandalimit me bazë spitalore dhe kontrollit farmaceutik, fushatave të edukimit masiv, ndërhyrjeve në stilin e jetës etj., theksi duhet t' i kushtohet rolit të mjekut të familjes si ofruer i shëndetit të kujdesit parësor (50). Në një hulumtim të bërë në SHBA theksohet se monitorimi i pacientëve me anë të telefonatave ka dhënë rezultate mjaft të mira për rregullimin e Hta në shtëpi me anë të këshillimit dhe ndërhyrjeve të vogla në raste të ngritjes së lehtë të TA ose rënjes së TA<sup>51</sup>.

Hashani V., e ba., në studimin e tyre të kryer në popullatën e rritur në Kosovë, gjetën që në përgjithësi, përhapja e hipertensionit ishte 33.6% (38.9% në meshkuj kundrejt 28.8% tek gratë). Në modelet logjistike të pa rregulluara, kishte prova të një shoqërimi pozitiv dhe domethënës të hipertensionit me gjininë mashkullore, vendbanimin urban, statusin civil të pamartuar, papunësinë dhe pensionin, dhe një nivel më të ulët të të ardhurave. Pas rregullimit me shumë ndryshime, “parashikuesit” domethënës të hipertensionit ishin gjinia mashkullore, papunësia dhe një nivel më i ulët i të ardhurave. Gjetjet tona tregojnë një përhapje relativisht të lartë të hipertensionit në popullatën e rritur të Kosovës pas luftës, veçanërisht në mesin e burrave dhe grupeve më të pafavorshme socio-ekonomike. Profesionistët e kujdesit shëndetësor dhe politikëbërësit në Kosovë duhet të jenë të vetëdijshëm për barrën e lartë të sëmundshmërisë dhe rezultateve të lidhura me vdekshmërinë që lidhen me hipertensionin (51).

Në një studim të kryer në Mal të Zi, në mesin e të rriturve, 41.7% kishin hipertension,



40.0% kishin hiperkolesterolemi, 52.7% kishin hipertrigliceridemi, 15.1% e të rriturve ishin të shëndoshë dhe 40.0% ishin mbipeshë. Kjo do të thotë që 55.1% e të rriturve në Mal të Zi (46.7% e grave dhe 64.2% e burrave) kanë një formë të peshës së tepruar të trupit, që është një fakt shqetësues. I njëjti hulumtim tregoi se në vitin 2008, në moshën 7-19 vjeç, 21.2% e fëmijëve dhe adoleshentëve kanë një masë të tepruar të trupit. Vetëm një përqindje e vogël, 11.5% kryejnë rregullisht aktivitet fizik. Një studim i vitit 2008 mbi statusin shëndetësor të popullatës së Malit të Zi tregon se në mesin e popullatës së rritur ka konsum të pamjaftueshëm të perimeve dhe frutave të freskëta (47.4% e të rriturve konsumojnë perime të freskëta çdo ditë dhe 39.4% të frutave të freskëta). Një situatë e ngjashme ekziston tek të rinjtë (41.5% konsumojnë çdo ditë perime të freskëta dhe 33.4% të frutave të freskëta). Nga ana tjetër, konsumi i përditshëm i ëmbëlsirave dhe pijeve joalkoolike të ëmbla është i konsiderueshëm i lartë<sup>(52)</sup>.

Në përgjithësi, prevalenca e hipertensionit (presioni i gjakut = 140 dhe/ose 90 mm Hg, ose trajtimi i njohur hipertensiv i njohur me marrjen e hipertensionit) ishte 31.8% (36.6% dhe 27.4% përkatësisht tek burrat dhe gratë). Prevalenca e standardizuar e moshës së hipertensionit (e rregulluar me popullsinë e rritur të Tiranës) ishte 30.2% (interualet e besimit 99% 29.8% në 30.6%) te burrat dhe 22.7% (22.3% në 23.1%) te gratë. Burrat ishin dukshëm më të predispozuar të ishin hipertensivë sesa gratë (vlera  $p = 0.001$ ). Nga ata që ishin diagnostikuar me hipertension, 87% po merrnin terapi anti-hipertensive dhe më shumë se gjysma e tyre (52%) ishin kontrolluar në mënyrë adekuate. Prevalenca e hipertensionit u rrit me moshën në rritje dhe ishte më e zakonshme tek obezët në të dy gjinitë. Ndërsa përhapja e hipertensionit përputhej me atë në vendet e tjera të industrializuara dhe ato në tranzicion, kombinimi i hipertensionit me faktorë të tjerë të rrezikut kardiovaskular ishte mjaft më i zakonshëm. Këto gjetje japin dëshmi të reja të rëndësishme mbi mbizotërimin e hipertensionit dhe shoqërimin e tij me faktorë të tjerë të rrezikut kardiovaskular në Shqipëri. Shqipëria është në një gjendje tranzicioni të shpejtë, me prova që faktorët e rrezikut për sëmundjet jo ngjitëse tashmë janë rritur ndjeshëm gjatë dy dekadave të fundit. Këto gjetje ofrojnë një bazë unike, kundër së cilës mund të krahasohet ndryshimi i ardhshëm<sup>(53)</sup>.

Në studimet e konsultuara, Hipertensioni ishte dukshëm më i lartë te burrat (27.3%) sesa gratë (20.0%) dhe u rrit ndjeshëm me moshën. Efekti i dëmshëm i peshës së tepërt dhe mbipeshës në hipertension ishte më i fortë tek gratë sesa tek burrat dhe ky efekt u rrit me moshën, veçanërisht te gratë. Pirja e duhanit dhe alkooli ishin faktorë rreziku për hipertensionin te burrat, por jo edhe te gratë. Edukimi pati një efekt mbrojtës për hipertensionin te gratë por jo te burrat<sup>(52,53, 54)</sup>.

Vlen të theksohet që punimi yne është në përputhshmëri me të dhënat e hulumtimeve të ndryshme të bëra neper në vende të ndryshme. Por ashtu sikurse në vendin tonë edhe në vendet e tjera, mungojnë studimet e përgatitjes specifike të infermierëve dhe mbrojtjes rregullatore të NCD. Mungesa e infermierëve të përfshirë në studimet e ndërhyrjes te hipertensioni është në kontrast të ashpër me mbështetjen e bollshme për një qasje integrale të kujdesit parësor. Ekziston një mbështetje e përtërirë dhe përqëndrimi në infermierët që të jenë në gjendje të kontribuojnë në masën më të plotë të arsimimit të tyre (ICN, n.d.; WHO, 2018)<sup>55</sup>.

Në një provë kontrolli të rastit të ndërhyrjeve të drejtuara nga infermierët për hipertension në Kinë, presioni i gjakut të pacientëve në grupin e studimit u ul ndjeshëm në krahasim me

ata të grupit të kontrollit. Në uljen e TA ndikoi edukimi dhe këshillimi infermieror<sup>56</sup>; kjo ka përputhshmëri të plotë me hulumtimin tonë.

Hipertensioni është një nga sëmundjet më të përhapura në botë dhe është një faktor kryesor rreziku për: goditje në tru, infarkt të miokardit, sëmundje vaskulare dhe sëmundje kronike të veshkave. Hipertensioni klasifikohet si hipertension primar ose thelbësor, i cili mbulon 90-95% të rasteve, në këtë rast nuk ka ndonjë shkak të dukshëm, të identifikueshëm dhe të kurueshëm, por jemi të sigurt që ndikon në moshën, trashëgiminë (faktorët e jetesës), stilin e jetës, mbipeshën. Raporti Botëror i Shëndetit 2002, referon për 972 milion njerëz që po jetonin me hipertension global, dhe ky numër do të përshkallëzohet në më shumë se 1.56 miliardë deri në vitin 2025<sup>57</sup>.

Hulumtimet e ndryshme zbuluan se hipertensioni arterial është një sëmundje e kontrollueshme. Hipertensioni i pakontrolluar ka pasoja të rënda përfshirë goditjen, sëmundjen koronare të zemrës, dështimin e zemrës dhe sëmundjet e veshkave. Sipas IKSHP në Kosovë vuajnë 77% e popullatës nga presioni i lartë i gjakut<sup>58</sup>

Bazuar në një analizë të bashkuar të të dhënave të disponueshme kombëtare dhe rajonale, Kearney et al., raportuan se numri i vlerësuar i të rriturve me hipertension në vitin 2000, ishte 972 milion në të gjithë botën. Ata më tej treguan se numri i vlerësuar i hipertonicëve në vendet në zhvillim e tejkaloi numrin e këtyre të sëmurëve të vendeve të zhvilluara me gati dyfish (639 milion në vendet në zhvillim përkundrajt 333 milion në vendet e zhvilluara). Raporti thotë se përhapja e përgjithshme e hipertensionit në vitin 2000 vlerësohej të ishte 26.4% e popullsisë në botë (26.6% meshkuj dhe 26.1% femra)<sup>59</sup>. E dhënë kjo që ka përputhshmëri me hulumtin tonë.

Të gjitha keto hulumtime e konsultuara nga ana jonë, tregojnë se rezultatet e hulumtimeve të vendeve të rajonit kanë përputhshmëri me rezultatet e hulumtimit tonë, duke përfshirë: mangësitë e edukimit të pacientëve për vetëmenaxhimin e Hta, mangsitë në edukimin dhe trajnimin të infemiervë, mungesën e dijes së pacientit për sëmundjejn e Hta. Rezultate të përafërta deri thujse të njëjta janë marrë në studimin tonë, krahasimisht me burimet bibliografike të konsultuara për rolin në shfaqjen e sëmundjes hipertonicë të: vendbanimit, moshës, gjinisë, kushteve social-ekonomike, shkollimit.

## 7. Përfundime

1. Gjatë këtij hulumtimi, vijm në përfundim se edukimi dhe menaxhimi për HTA është shumë i rëndësishem për reduktimin e ndërlikimeve të tij. Është dëshmuar se pacientet kanë pak njohuri lidhur me sëmundjen dhe faktorët e rrezikut të kësaj sëmundje dhe për aktivitetet që duhet ndërmarrë për të luftuar sëmundjen. Gjatë qëndrimit në spital, pacientët nuk marrin informata të mjaftueshme për elementët e prevencës sekondare të sëmundjeve koronare dhe TA, si formë më efikase dhe më e lirë të parandalimit të komplikimeve të mundshme, kontrollit të sëmundjes, uljes të vdekshmërisë dhe uljes të invaliditetit.

2. Profesionistët shëndetësorë kanë nevojë për trajnim të mëtejshëm për sëmundjet e sistemit kardiovaskular, dhe pacientet kanë nevojë që të kenë qendra të posaçme për edukim, dhe mjete informuese të mjaftueshme. Programet e edukimit përmirësojnë kujdesin, reduktojnë ri-hospitalizimin dhe rrisin cilësinë e jetës dhe gjendjen funksionale të pacientëve me sëmundje të HTA dhe sëmundjeve koronare, si dhe ulin shkallën e vdekshmërisë nga HTA.

3. Me ngritjen profesionale të infermierëve duke u shkolluar dhe ndjekur trajnime të ndryshme në vazhdimësi dhe furnizimin me pajisje dhe mjete të informimit, do të bëhej ngritja e nivelit të tyre dhe mundësia e marrjes së kompetencave që iu takojnë, duke saktësuar kompetencat e infermierit, përfshirë edukimin e pacientëve për sëmundjet e ndryshme, sepse gjatë këtij hulumtimi u vërejt se kishte mendime të ndryshme të infermierëve të cilët nxorrën në pah që nuk kanë njohuri të mjaftueshme për kompetencat e tyre.

4. Në kohën më të nxehta ka më shumë pacientë me HTA, gjithashtu pacientët me HTA më shumë kanë jetuar në qytete se sa në fshatra, dhe si përfundim mund të nxjerrim se kjo ndodh për shkak të pasivitetit të pacientëve, stresit, të nxehtit (ajrit të ndotur) dhe ushqimit të shpejtë si dhe mos menaxhimit të tensionit arterial.

5. Për nga gjinia për këto vite rezulton se nuk ka ndonjë ndryshim të madh, me një mbizotërim të meshkujve. Programet edukative dhe menaxhuese ndikojnë në mbijetesën dhe mos përsëritjen e TA dhe sëmundjeve të tjera. Nga tri Qkmf në Pejë Istog dhe Deçan numri më i vogël i pacientëve me HTA ishte në Deçan, ku dominuan femrat në raport me meshkujt, në Istog dy vite dominuan femrat me një ngritje të lehtë në raport me meshkujt, ndërsa në vitin e fundit dominuan meshkujt. Ndërsa numri më i madh i pacientëve të paraqitur me HTA ishte në Qkmf në Pejë dhe dominuan me një ngritje shumë të lehtë meshkujt. Me këtë vijmë në përfundim se në vendet ku pacientët u merrnin me aktivitete fizike, punonin punë fushe dhe dilnin në bjeshke, siç benin komuna e Deçanit dhe Istogut, kishte më pak pacientë me HTA. Mirpo është edhe pjesa tjetër e cila duhet të mendohet se vendasit e Deçanit nuk merrnin gjithëherë ndihmën në QMF në Deçan, por ndodhte që të vinin direkt në ambulancë specialiste në Pejë. Nga kjo vijm në përfundim që ende nuk është e ngritur vetëdija e pacientit se ku duhet të merret ndihma mjekësore së pari dhe kalohet niveli primar dhe kërkohet ndihma në nivelin sekondar.

6. Me përkrahjen e pacientëve, me edukimin e tyre për sëmundjen dhe me praktikimin e të gjitha masave të nevojshme për vetëmenaxhimin e sëmundjes dhe terapinë e saktë, me vizita të rregullta dhe ekzaminime të nevojshme dhe ndryshimin e stilit të jetesës, 100% e tyre ngritën vetëdijen për parandalimin e sëmundjeve, komplikimeve dhe për të realizuar jetesën e shëndetshme.



7. Pacientët kanë një kujdes të mirë infermieror gjatë qëndrimit në spital, por nuk kanë informim për edukimin dhe menaxhimin e kësaj sëmundje, duke e analizuar edhe me përgjigjet e pacientëve të monitoruar për një vitë e gjysmë, ku gjatë monitorimit dhe këshillimit asnjëherë nuk është hospitalizuar asnjë nga ata pacientë, sepse kanë marrë informata të mjaftueshme për vetemenaxhimin e TA, këshilla për ndyshimin e stilit të jetesës, dhe monitorimin shenjave vitale. Infermierët kanë një qasje relativisht pozitive ndaj pacientëve, mundohen t'u ndihmojnë atyre në menaxhimin e HTA edhe përkundër punës së përditshme që ata kanë. Në anën tjetër shihet se ka mungesë të kushteve të kujdesit edukativ dhe për këtë duhet kushtuar rëndësi institucionale. Kjo tregon se një qasje më profesionale ka ndikim në përmirësimin e shëndetit të qytetarëve dhe kjo duhet vazhduar. Femrat kanë arritur të marrin më shumë informata gjatë vizitave të rregullta dhe të fitojnë më shumë njohuri në lidhje me menaxhimin e HTA dhe moshat më të vjetra kanë arritur rezultat më të madh të njohurive gjatë seancave të monitorimit dhe këshillimit, çka na bën të kuptojmë se ishin më të kujdesshëm se sa moshat më të reja, për arsye se kishin edhe sëmundje të tjera.

8. As kujdesi i mjekut nuk është maksimal. Me ngritjen e njohurive të profesionistëve shëndetësore me anë të trajnimeve, furnizimin me paisje për këshillim dhe mjete të tjera informuese, monitorimin e gjendjes së pacientit dhe informimin për vetemenaxhimin Ta, do të përmiresohen të gjitha mangësitë, të cilat janë prezente tani në vendin tonë. Prandaj konkludojmë se duhet të merren parasysh shqyrtimi për hipertension sekondar në:

- a) pacientë me hipertension të hershëm (<30 vjeç) në veçanti në mungesë të faktorëve të rrezikut të hipertensionit (mbipesha, sindroma metabolike, historia familjare etj.),
- b) ata me hipertension rezistent,
- c) individët me përkeqësim të papritur të kontrollit të PB,
- d) urgjencë hipertensive dhe emergjencë,
- e) ata që paraqesin me probabilitet të lartë të hipertensionit sekondar bazuar në të dhëna të forta klinike.

9. Në pacientët me hipertension rezistent, hetimet për hipertension sekondar zakonisht duhet të paraprihen nga përjashtimi i hipertensionit pseudo-resistent dhe hipertensionit të shkaktuar nga ilaçet/substancat. Kontrolli bazë për hipertensionin sekondar duhet të përfshijë një vlerësim të plotë të historisë së sëmundjes, ekzaminimin fizik, treguesve biokimikë themelore të gjakut (përfshirë natriumin në serum, kaliumin, GFR, TSH) dhe analizën e urinës; hetime të mëtejshme për hipertensionin sekondar, në rast mosvendosje diagnostike: biokimi shtesë, imazheri etj.

## 8. Rekomandime

Nëse nuk ka menaxhim adekuat të kujdesit infermieror në menaxhimin e rasteve të pacientëve në Njësinë Koronare dhe nëse mungon edukimi shëndetësor i pacientëve nga infermierët, atëherë do të duhej të zhvillohej një plan i veprimit për përmirësim dhe ai plan duhet të përmbajë çështjet si:

1. Edukimi e stafit infermieror në menaxhimin e kujdesit infermieror për TA, dhe hapja e qendrave educative.
2. Ngritja e nivelit intelektual të stafit infermieror me ane të shkollimit (Fakultet Infermieror).
3. Ngritja e nivelit të njohurive të infermierëve lidhur me sëmundjet koronare dhe domosdoshmërinë e edukimit të pacientëve në nivelin primar dhe sekondar shëndetësor.
4. Angazhimi i përgjithshëm i stafit për monitorimin dhe këshillimin e pacientëve me HTA.
5. Marrja si mostër e ndonjë spitali që rezulton me nivel të lartë të menaxhimit adekuat të kujdesit infermieror të pacientëve me HTA.
6. Trajnimi i vazhdueshëm i punëtorëve shëndetësor për ofrimin e kujdesit shëndetësor ndaj pacientëve me HTA, dhe Skv.
7. Domosdoshmëria e ngritjes së standardeve higjienike në institucionet shëndetësore.
8. Rritja e vetëdijes në raport të komunikimit mjek-infermier-pacient.
9. Kodi etik i mirësjelljes të jetë pjesë përbërëse e punëtorëve shëndetësor.
10. Angazhim i përgjithshëm nga stafi menaxherial në avancimin e stafit infermieror.
11. Kënaqësia e pacientëve me shërbime shëndetësore të jetë indikator i rëndësishëm që pasqyron rezultatet e personelit dhe të spitalit.
12. Krijimi i protokolleve për kompensim, të pacientëve, ose familjarëve të tyre, në rastet e shqetësimeve apo pasojave të shkaktuara nga moskujdesi profesional i punëtorëve shëndetësor.
13. Krijimi i hapësirave rekreative në kuadër të klinikës, i paisur edhe me broshura dhe mjete të tjera për pacientët me qëndrim më të gjatë kohor në klinikë.
14. Pajisja e menysë ushqimore të pacientëve me ushqim dietal sipas natyrës së sëmundjeve të pacientëve.
15. Organizimi i aktiviteteve periodike në kuadër të edukimit të vazhdueshëm lidhur me edukimin e pacientëve që nga momenti i pranimit në njësi koronare.

16. Insistimi në dokumentimin e aktiviteteve dhe vlerësimin periodik të veprimeve të kryera nga infermierët.
17. Caktimi i infermierit/es së specializuar për edukim në kuadër të Njësisë Koronare.
18. Protokoli i menaxhimit të pacientëve, në kuadër të cilit do të përfshihet edhe obligimi i edukimit dhe informimit të pacientit.
19. Shpërndarja e informatave të mjaftueshme rreth sëmundjes dhe luftimit të saj, përmes fletushkave dhe posterëve të ndryshëm informues.
20. Nevojës së formimit të klubeve për pacientët, pas fazës së HTA.
21. Të merret një anamnezë mjekësore gjithëpërfshirëse dhe ekzaminim fizik në të gjithë pacientët me hipertension për të verifikuar diagnozën, për të zbuluar shkaktarët e hipertensionit sekondar, regjistrimin e faktorëve të rrezikut kardiovaskular dhe të evidentohet SKV.
22. Të gjithë pacientët hipertensivë t'i nënshtrohen palpimit të pulsit në gjendje qetësie (pushimi) të bëhet EKG për të përcaktuar frekuencën e zemrës dhe për të kërkuar aritmitë, veçanërisht fibriliacionin atrial.
23. Të mundësohet monitorimi i Ta nga shtëpia me anë të telefonatave.
24. Të kushtohet rëndësi të veçantë ushqyeshmërisë, aktivitetit fizik dhe eliminimit të veseve të keqja.
25. Të edukohen pacientët në atë mënyrë që të mesojë monitorimin dhe menaxhimin e gjendjes së tyre, e cila mund të vetëmenaxhohet në shtëpi pa u lajmëruar nëpër qendra shëndetësore, të dijë të dallojë emergjencat dhe urgjencat e Hta.
26. Organizimi i punës në ekip për të mësuar pacientin se si të kujdeset për veten dhe si të mënjanojë rreziqet dhe pasojat duke patur parasysh “14 Nevojat e Virginia Henderson”
27. Gjatë dhënies së instruksioneve për marrjen e barnave, mësohet për rëndësinë e përcjelljes mjekësore, pjesëmarrjes në programet e rehabilitimit, informimit rreth mënyrave të zvogëlimit të rrezikut të krizës hipertensive, nga infarkti apo ç'rregullimet e tjera të sistemit kardiovaskular.
28. Të merret parasysh referimi për hetime dhe menaxhim të mëtejshëm të hipertensionit sekondar të dyshuar në një qendër të specializuar me qasje në ekspertizën e duhur.

## 9. Referencat:

1. Peter B, Michael B, Massimo V, Bobby V. A Global Perspective on Blood Pressure Treatment and Control in a Referred Cohort of Hypertensive Patients. *The Journal of Clinical Hypertension*. 2010; 12,666-677.
2. Robert N, Robin G, Kyle P, Julie E. Attitudes and Practices of Resident Physicians Regarding Hypertension in the Inpatient Setting. *The Journal of Clinical Hypertension*. 2010; 12; 698-705.
3. Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation and the Society for Academic Emergency Medicine. *J Am Coll Cardiol*.
4. [http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartAttack/SymptomsDiagnosisofHeartAttack/Angina-Chest-Pain\\_UCM\\_450308\\_Article.jsp](http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartAttack/SymptomsDiagnosisofHeartAttack/Angina-Chest-Pain_UCM_450308_Article.jsp).
5. [Nurseslabs.com/angina-pectoris-nursing-management/4 Angina Pectoris \(Coronary Artery Disease\) Nursing Care Plans](http://nurseslabs.com/angina-pectoris-nursing-management/4-Angina-Pectoris-(Coronary-Artery-Disease)-Nursing-Care-Plans).
6. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/patientinstructions/000089.htm>
7. Anderson JL, Adams CD, Antman EM, Bridges CR, Califf RM, Casey DE Jr, et al. ACC/ AHA 2007 guidelines for the management of patients with unstable angina/ non-ST-Elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology.
8. Cole T & Glass R. 2004. Learning Associated with Participation in Journal-Based Continuing Medical Education. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. Volume 24, pp 205-212.
9. <http://www.acr.org/guidelines> Wang J, Staessen J, Franklin S, Fagard R, Gueyffier F. Systolic and diastolic blood pressure lowering as determinants of cardiovascular outcome. *Hypertension*. 2005;45:907-13.
10. Siebens K, Moons P, Geest SD, Miljoen H, Drew BJ, Vrints C. The role of nurses in a chest pain unit. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2007;6(4):265-72.
11. *Iranian Journal of Critical Care Nursing*, Winter 2012, Volume 4, Issue 4, Pages: 169 - 176.
12. Zakerimoghadam M, Aliasgharpor M. Critical nursing care in ccu, icu, dialysis. Second, editor tehran: Andishe rafie. 2004.p.28-30.
13. Beyea SC, Slattery MJ. Evidence-based practice in nursing a guide to successful implementation. [cited available from: [www.hcmarketplace.com](http://www.hcmarketplace.com)]. 2006.
14. Ghazvin medical university. Evidence based. Ghazvin. [cited 2011 5/29/2011]. Available from: [vct.qums.unv.behdasht.gov.ir](http://vct.qums.unv.behdasht.gov.ir).

15. Hommersom A, Lucus PJF, Vanbommel P. checking the quality of clinical guidelines using automated reasoning tools. Cambridge University Press. 2008;8 (5&6):611-41.
16. Ting HH, Rihal CS, Gersh BJ, Haro LH, Bjerke CM, Lennon RJ, et al. Regional systems of care to optimize timeliness of reperfusion therapy for stlevation myocardial infarction: The mayo clinic STEMI protocol. *Circulation*. 2007;116 (7):729-36.
17. Stamler J, Stamler R, Neaton J. Blood pressure, systolic and diastolic, and cardiovascular risks.U.S. population data. *Arch 4. Intern Med*. 1993;153:598-615.
18. Stanley JM, Hoiting T, Burton D, Harris J, Norman L. Implementing innovation through educationpractice partnerships. *Nurs Outlook*. 2007; 55:67-73.
19. Schmidt NA, Brown JM. Evidence-based practice for nurses Canada: Janes and Bartlett. 2009. p.5-30.
20. Oliveria S, Chen R, McCarthy B, Davis C, Hill M. Hypertension knowledge, awareness, and atti- tudes in a hypertensive population. *J Gen Intern Med* 2005; 20: 219-25.
21. Cheng S, Lichman H, Amatruda M, Smith L, Mat- tera A, Roumanis A, et;al. Knowl- edge of blood pressure levels and targets in patients with coronary artery disease in the USA, *Journal of Human*.
22. Naveeda K, Nausheen H, Rabia A, Mobeen I. Knowledge and perceptions of phy- sicians about Evidence Based Management of hypertension in acute ischemic stroke pa- tients. *Rawal Med J* 2010;35:51-53.
23. Hypertension. 2005; 19, 769-774.19. Safdar S, Omair A, Faisal U, Hasan H. Preva- lence of Hypertension in a low income settlement of Karachi, Pakistan.
24. Hemmelgarn BR, McAllister FA, Myers MG, et al. 2005 The 2005 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of 62 hypertension: part 1-blood pressure measurement, diagnosis, and assessment of risk. *Can J Cardiol* 21:645-656.
25. Stewart PM, Corrie JE, Shackleton CH, Edwards CR. 1988 Syndrome of apparent mineralocorticoid excess. A defect in the cortisol-cortisone shuttle. *J Clin Invest* 82:340-349.
26. [http://hyper.ahajournals.org/cgi/reprint/ Hypertension](http://hyper.ahajournals.org/cgi/reprint/Hypertension) published online Feb 11, 2008.
27. Vasan R, Larson M, Leip E, Evans J. Impact of high-normal blood pressure on the risk of cardio- vascular disease. *N Engl J Med*. 2001; 345:1291- 7.
28. Terry D, Pencina M, Vasan R, Murabito J. Cardio- vascular risk factors predictive for survival and morbidity-free 6. Survival in the oldest-old Fram- ingham Heart Study participants. *J Am Geriatr Soc*. 2005; 53:1944-50.

29. <http://www.acr.org/guidelines> Wang J, Staessen J, Franklin S, Fagard R, Gueyffier F. Systolic and diastolic blood pressure lowering as determinants of cardiovascular outcome. *Hypertension*. 2005;45:907-13.
30. Sharon B, Ermeg L., Marion R, Sean A, Evelyn R, Michael E, et al. Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension in the Jackson Heart Study.
31. Fields LE, Burt VL, Cutler JA, Hughes J, Roccella EJ, Sorlie P. 2004 The burden of adult hypertension in the United States 1999 to 2000: a rising tide. *Hypertension* 44(4):398-404.
32. Susan A, Roland S, Bruce D, Catherine, Martha N. Hypertension Knowledge, Awareness, and Attitudes in a Hypertensive Population. *J Gen Intern Med*. 2005; 20: 219-225.
33. Vasani R, Larson M, Leip E, Evans J. Impact of high-normal blood pressure on the risk of cardiovascular disease. *N Engl J Med*. 2001; 345:1291-7.
34. Terry D, Pencina M, Vasani R, Murabito J. Cardiovascular risk factors predictive for survival and morbidity-free 6. Survival in the oldest-old Framingham Heart Study participants. *J Am Geriatr Soc*. 2005; 53:1944-50.
35. Motahedian Tabrizi E, Najafi Mehri S, Samiei S, Einollahi B, Babaei G. Effect of programmed nursing care in prevention of hemodialysis complications. *Critical Care Nurs*. 2009;2 (2):55-9.
36. Koh SS, Manias E, Hutchinson AM, Donath S, Johnston L. Nurses' perceived barriers to the implementation of a fall prevention clinical practice guideline in Singapore hospitals. *BMC Health Serv Res*. 2008;18;8 (105):1-10.
37. Chobanian A, Bakris G, Black H, Cushman W, Green L, Izzo J, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *JAMA* 2003; 289: 2560.
38. Anthony J, Lauren W, Madeline M, Philip D. High Blood Pressure Knowledge Among Primary Care Patients with Known Hypertension: A North Carolina Family Medicine Research Network (NC-FM-RN) Study. *The Journal of the American Board of Family Medicine*. 2008; 21: 300-308.
39. The performance of public health-care systems in South-East Europe. *World Health Statistics* 2014 World Health Organization.
40. [www.worldhypertensionleague.org](http://www.worldhypertensionleague.org) - Reporti Shendetesori Kombetar
41. [http://www.nhlbi.nih.gov/about/nhbpep/nhbp\\_pd.htm](http://www.nhlbi.nih.gov/about/nhbpep/nhbp_pd.htm). Klein R J, Schoenborn CA. National Heart Lung and Blood Institute. National High Blood Pressure Education Program. Accessed on 1.9.2010.
42. Chobanian A, Bakris G, Black H, Cushman W. The seventh report of the joint national

committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure: the JNC 7 report. JAMA. 2003 21; 289:2560-72.

43. [msh.rks-gov.net > uploads > 2013/11](http://msh.rks-gov.net/uploads/2013/11)

44. Naveeda K, Nausheen H, Rabia A, Mobeen I. Knowledge and perceptions of physicians about Evidence Based Management of hypertension in acute ischemic stroke patients. Rawal Med J 2010; 35:51-53.

45. Mulatero P, Milan A, Fallo F, et al. 2006 Comparison of confirmatory tests for the diagnosis of primary aldosteronism. J Clin Endocrinol Metab 91(7):2618-23.

46. [www.Medicine.Unich.edu](http://www.Medicine.Unich.edu) > glosdu CRA- Medical school.

47. Stowasser M, Gordon RD. 2000 Primary aldosteronism: learning from the study (of familial varieties). J Hypertension 18:1165-1176

48. Rritja dhe rënia e hipertensionit: Mësimet e nxjerra nga Evropa Lindore Agata Bielecka-Dabrowa, Wilbert S. Aronow, Jacek Rysz & Maciej Banach Current Cardiovascular Risk Reports volume 5, pages 174-179 (2011).

49. Hipertensioni dhe ndërlidhja midis nxënësve të shkollës malazeze, një studim ndërseksional. Martinovic M1, Belojevic G2, Evans GW3, Kavaric N4, Asanin B5, Pantovic S6, Jaksic M7, Boljevic J8.

50. Ndikimi i dislipidemisë në kontrollin e hipertensionit arterial tek diabetikët tip 2 në rajonin perëndimor të Republikës së Maqedonisë. Jani Y1, Kamberi A1, Ferati F2, Rexhepi A2, Pocesta B3, Orovcane N4, Lala D5, Polisi G6, Iseni M7, Mirto A8, Zeqiri A9.

51. [www.Curbellmedical.com](http://www.Curbellmedical.com), and [www.Springer.com](http://www.Springer.com).

52. Përcaktuesit socio-ekonomikë të hipertensionit në popullatën e rritur të Kosovës në tranzicion. Valdet Hashani 1,2, Jolanda Hyska 3, Enver Roshi 3.

53. Epidemiologjia e hipertensionit dhe faktorët e rrezikut kardiovaskular të shoqëruar në një vend në tranzicion: një studim i bazuar në popullatë në qytetin e Tiranës, Shqipëri. L. Shapo, J. Pomerleau, M McKee.

54. Prevalence and correlates of hypertension in a transitional South-Eastern European population: results from the albanian demographic and health survey. Elizana Petrela, Genc Burazeri, Fatjona Pupuleku, Edmond Zaimi, And Mizanur Rahman.

55. World Health Organization (WHO). (2018). *Nursing now*. Retrieved

56. from <https://www.who.int/mediacentre/events/2018/nursing-now/en/>.

57. World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. World Health Organization, Geneva, 2002.



58. Instituti Kombëtar i Shëndetit Publik, në Kosovë- <https://www.evropaelire.org>.
59. PM, Whelton M, Reynolds K, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: Analysis of worldwide data. *Lancet* 2005;365:217-23, Nursing Care Plan for Hypertension Nurse Buff, August 28,2019.
60. Albinfo. Ch. Ksovarët, të sëmurë nga hipertensionit. E mundshme në: <https://www.albinfo.ch/kosovaret-te-semure-nga-hipertensionit>. (Qasja e fundit: 29 prill, 2019).
61. ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension B Williams, G Mancia, W Spiering, E Agabiti Rosei... - *European heart journal*, 2018.
62. [www.shendetesia.gov.al › uploads › 2018/12/udhërrëfyes per diagnozen dhe mjekimin e hipertensionit](http://www.shendetesia.gov.al/uploads/2018/12/udhërrëfyes_per_diagnozen_dhe_mjekimin_e_hipertensionit).
63. [www.shendetesia.gov.al › uploads › 2018/02](http://www.shendetesia.gov.al/uploads/2018/02).
64. [www.miaclinic.al › articles › Janar 2020](http://www.miaclinic.al/articles/Janar_2020).
65. Rafiei S, Abdollahzadeh S, Ghajarzadeh M, Habibollahi P, Fayazbaksh A. The effect of introducing evidence based medicine on critical appraisal skills of medical students. *Iranian J Med Educ*. 2008;8 (1):149-53. [persian]
66. Sherry CS, Adams MJ, Berlin L, Fajardo LL, Gazelle GS, Haseman DB, et al. ACR practice guideline for communication of diagnostic imaging findings. *Journal* [seria on the Internet]. 2011 28.
67. Vasan RS, Evans JC, Larson MG, et al. 2004 Serum aldosterone and the incidence of hypertension in nonhypertensive persons. *N Engl J Med* 351:33-41.
68. Ulick S, Blumenfeld JD, Atlas SA, et al. 1992. The unique steroidogenesis of the aldosteronoma in the differential diagnosis of primary aldosteronism. *J Clin Endocrinol Metab* 76:873-878.
69. Bosworth H, Olsen M, Grubber J. Two self JLUMHS MAY-AUGUST 2012; Vol 11: No. 02 115 .
70. Hypertension Knowledge management interventions to improve hypertension control: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2009;151:687-95.
71. Jonas J, Nangia V, Matin A, Joshi P, Ughade S. Prevalence, awareness, control, and associations of arterial hypertension in a rural central India population: the Central India Eye and Medical Study. *Am J Hypertens* 2010; 23:347-50.
72. Lande M, Adams H, Falkner B. Parental assessment of executive function and internalizing and externalizing behavior in primary hypertension after anti-hypertensive therapy. *J. Pediatr.* 2010;157:114-9.

73. 1166 *Journal of Hypertension* 2007, Vol 25 No 6.
74. Mancia G, Grassi G. European, American and British Guidelines: similarities and differences. In: Black HR, Elliott WJ, editors. *Hypertension. A companion to Braunwald's Heart diseases*. Amsterdam: Saunders-Elsevier; 2007. pp. 571–575. RV
75. World Health Organization (WHO) / International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. *J Hypertens* 2003; 21:1983–1992. GL
76. Kastarinen M, Antikainen R, Peltonen M, Laatikainen T, Barengo NC, Jula A, Salomaa V, Jousilahti P, Nissinen A, Vartiainen E, Tuomilehto J. Prevalence, awareness and treatment of hypertension in Finland during 1982–2007. *J Hypertension*, 2009; 27:1552–1559.
77. Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren M, Albus C, Benlian P, Boysen G, Cifkova R, Deaton C, Ebrahim S, Fisher M, Germano G, Hobbs R, Hoes A, Karadeniz S, Mezzani A, Prescott E, Ryden L, Scherer M, Syvanne M, Scholte Op Reimer WJ, Vrints C, Wood D, Zamorano JL, Zannad F, European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012): The Fifth 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) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur Heart J* 2012; 33:1635–1701.
78. Sehestedt T, Jeppesen J, Hansen TW, Rasmussen S, Wachtell K, Ibsen H, Torp-Pedersen C, Olsen MH. Thresholds for pulse wave velocity, urine albumin creatinine ratio and left ventricular mass index using SCORE, Framingham and ESH/ESC risk charts. *J Hypertens* 2012; 30:1928–1936.
79. Volpe M, Battistoni A, Tocci G, Agabiti Rosei E, Catapano AL, Coppo R, del Prato S, Gentile S, Mannarino E, Novo S, Prisco D, Mancia G. Cardiovascular risk assessment beyond systemic coronary risk estimation: a role for organ damage markers. *J Hypertens* 2012; 30:1056–1064.
80. O'Brien E, Parati G, Stergiou G, Asmar R, Beilin L, Bilo G, Clement D, de la Sierra A, de Leeuw P, Dolan E, Fagard R, Graves J, Head G, Imai Y, Kario K, Lurbe EMallion J-M, Mancia G, Mengden T, Myers M, Ogedegbe G, Ohkubo T, Omboni S, Palatini P, Redon J, Ruilope LL, Shennan A, Staessen JA, van Montfrans G, Verdecchia P, Waeber B, Wang J, Zanchetti A, Zhang Y, on behalf of the European Society of Hypertension Working Group on Blood Pressure Monitoring. European Society of Hypertension position paper on ambulatory blood pressure monitoring. *J Hypertens* 2013; in press.
81. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, Clement DL, Coca A, de Simone G, Dominiczak A, et al.. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the Management Of Arterial Hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension. *J Hypertens*. 2018; 36:1953–2041. [Crossref](#) [Medline](#) [Google Scholar](#).

82. Litchfield WR, New MI, Coolidge C, et al. 1997 Evaluation of the dexamethasone suppression test for the diagnosis of glucocorticoid-remediable aldosteronism. *J. Clin Endocrinol Metab* 82:3570-3573.
83. Grim CE, Weinberger MH. 1980 Familial, dexamethasone-suppressible, normokalemic hyperaldosteronism. *Pediatrics* 65:597-604. (62. Lafferty AR, Torpy DJ, Stowasser M, Taymans SE, Lin JP, Huggard P, Gordon) RD, Stratakis CA. 2000 A novel genetic locus for low renin hypertension: familial hyperaldosteronism type II maps to chromosome 7p22. *J Med Genet* 37:831-835.
84. Stowasser M, Gordon RD. 2006 Aldosterone assays: an urgent need for improvement. *Clin Chem* 52:1640-1642.
85. Schirpenbach C, Seiler L, Maser-Gluth C, et al. 2006 Automated chemiluminescence-immunoassay for aldosterone during dynamic testing: comparison to radioimmunoassay with and without extraction steps. *Clin Chem* 52:1749-1755.
86. Kratzsch J, Hahnel D, Koch CA. Salt suppression test in individuals from age 20 to 65 (German dissertation, Hahnel D).
87. Weinberger MH, Fineberg NS. 1993 The diagnosis of primary aldosteronism and separation of two major subtypes. *Arch Int Med* 153:2125-2129.
88. Young WF. 2002 Primary aldosteronism. *Ann NY Acad Sci* 970:61-76.
89. Meyer A, Brabant G, Behrend M. 2005 Long-term follow-up after adrenalectomy for primary aldosteronism. *World J Surg* 29:155-159.
90. Rossi GP. 2006 Surgically correctable hypertension caused by primary aldosteronism. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 20:385-400.
91. Magni P, Motta M. 2005 Aldosterone receptor antagonists: biology and novel therapeutic applications. *Curr Hypertens Rep* 7:206-211.
92. Gordon RD, Laragh JH, Funder JW. 2005 Low renin hypertensive states: perspectives, unsolved problems, future research. *Trends Endocrinol Metab* 16:108-113.
93. Karagiannis A, Tziomalos K, Kakafika A, et al. 2006 Eplerenone relieves spironolactone-induced painful gynecomastia in a patient with primary aldosteronism. *Nephrol Dial Transplant Oct*.
94. Catena C, Lapenna R, Baroselli S, et al. 2006 Insulin sensitivity in patients with primary aldosteronism: a follow-up study. *J Clin Endocrinol Metab* 91:3457-3463.
95. Koch CA, Vortmeyer AO, Zhuang Z, Brouwers FM, Pacak K. 2002 New insights into the genetics of familial chromaffin cell tumors. *Ann NY Acad Sci* 970:11-28.

96. Neumann HPH, et al. 2002 Germline mutations in nonsyndromic pheochromocytoma. *N Engl J Med* 346:1486-1488.
97. Koch CA, Pacak K, Chrousos GP. 2002 The molecular pathogenesis of hereditary and sporadic adrenocortical and adrenomedullary tumors. *J Clin Endocrinol Metab* 87 (12):5367-84
98. Lenders JW, Eisenhofer G, Mannelli M, Pacak K. 2005 Pheochromocytoma. *Lancet* 366:665-675.
99. Reisch N, Peczkowska M, Januszewicz A, Neumann HPH. 2006 Pheochromocytoma: presentation, diagnosis, and treatment. *J Hypertens* 24:2331-2339.
100. Eisenhofer G, Walther MM, Huynh TT, et al. 2001 Pheochromocytomas in von Hippel-Lindau syndrome and multiple endocrine neoplasia type 2 display distinct biochemical and clinical phenotypes. *J Clin Endocrinol Metab* 86:1999-2008.
101. Agarwal A, Gupta S, Mishra AK, et al. 2005 Normotensive pheochromocytoma: institutional experience. *World J Surg* 29:1185-1188.
102. Funder JW, Carey RM, Mantero F, Murad MH, Reincke M, Shibata H, Stowasser M, Young WF, Jr. The management of primary aldosteronism: case detection, diagnosis, and treatment: An Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2016; 101:1889–1916.
103. Manolis AA, Manolis TA, Melita H, Manolis AS. Eplerenone versus spironolactone in resistant hypertension: an efficacy and/or cost or just a men's issue? *Curr Hypertens Rep*. 2019; 21:22.
104. Krieger EM, Drager LF, Giorgi DMA, Pereira AC, Barreto-Filho JAS, Nogueira AR, Mill JG, Lotufo PA, Amodeo C, Batista MC, et al., ReHOT Investigators. Spironolactone versus clonidine as a fourth-drug therapy for resistant hypertension: The ReHOT Randomized Study (Resistant Hypertension Optimal Treatment). *Hypertension*. 2018; 71:681–690.
105. Sinnott SJ, Tomlinson LA, Root AA, Mathur R, Mansfield KE, Smeeth L, Douglas IJ. Comparative effectiveness of fourth-line anti-hypertensive agents in resistant hypertension: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Prev Cardiol*. 2017; 24:228–238.
106. Nazarzadeh M, Pinho-Gomes AC, Rahimi K. Resistant hypertension in times of changing definitions and treatment recommendations. *Heart*. 2019; 105:96–97.
107. Siwek M, Woron J, Gorostowicz A, Wordliczek J. Adverse effects of interactions between antipsychotics and medications used in the treatment of cardiovascular disorders. *Pharmacol Rep*. 2020; doi: 10.1007/s43440-020-00058-6. [Epub ahead of print].
108. Patten SB, Williams JV, Lavorato DH, Campbell NR, Eliasziw M, Campbell TS. Major depression as a risk factor for high blood pressure: epidemiologic evidence from a national longitudinal study. *Psychosom Med*. 2009; 71:273–279

109. Ikdahl E, Wibetoe G, Rollefstad S, Salberg A, Bergsmark K, Kvien TK, Olsen IC, Soldal DM, Bakland G, Lexberg A, Fevang BTS, Gulseth HC, Haugeberg G, Semb AG. Guideline recommended treatment to targets of cardiovascular risk is inadequate in patients with inflammatory joint diseases. *Int J Cardiol*. 2019
110. Agca R, Heslinga SC, Rollefstad S, Heslinga M, McInnes IB, Peters MJ, Kvien TK, Dougados M, Radner H, Atzeni F, et al.. EULAR recommendations for cardiovascular disease risk management in patients with rheumatoid arthritis and other forms of inflammatory joint disorders: 2015/2016 update. *Ann Rheum Dis*. 2017; 76:17–28
111. Arnett DK, Blumenthal RS, Albert MA, Buroker AB, Goldberger ZD, Hahn EJ, Himmelfarb CD, Khera A, Lloyd-Jones D, McEvoy JW, et al.. 2019 ACC/AHA guideline on the primary prevention of cardiovascular disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on clinical practice guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2019; 74:1376–1414.
112. Farsang C, Kiss I, Tykarski A, Narkiewicz K. Treatment of hypertension in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *European Society of Hypertension Scientific Newsletter*. 2016;
113. Drawz PE, Alper AB, Anderson AH, Brecklin CS, Charleston J, Chen J, Deo R, Fischer MJ, He J, Hsu CY, et al.. Masked hypertension and elevated nighttime blood pressure in CKD: prevalence and association with target organ damage. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2016
114. American Public Health Association, 2002–2004. Reducing sodium content in the American diet. *Association News*, 2002, 5–6 (<http://www.apha.org/legislative/policy/2002-4-sodium.pdf>).
115. Cutler JA, Stamler J. Prevention of hypertension. In: Izzo JL Jr, Black HR, eds. *Hypertension primer: the essentials of high blood pressure: basic science, population science, and clinical management*, 3rd edition. Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, 2003.
116. Saha S, et al. The art and science of incorporating cost-effectiveness into evidence-based recommendations for clinical preventive services. *American Journal of Preventive Medicine*, 2001, 2003 Suppl):36–43.
117. Angell M. *The truth about the drug companies. How they deceive us and what to do about it*. New York, Random House, 2004.
118. Myers MG et al. Fixed low-dose combination therapy in hypertension – a dose response study of perindopril and indapamide. *Journal of Hypertension*, 2000, 18:317–325.
119. Quinkler M, Oelkers W, Diederich S. 2000 In vivo measurement of renal 11 $\beta$ hydroxysteroid dehydrogenase type 2 activity. *J Clin Endocrinol Metab* 85:4921-4922.

120. Geller DS, Farhi A, Pinkerton N, et al. 2000 Activating mineralocorticoid receptor mutation in hypertension exacerbated by pregnancy. *Science* 289:119-123.
121. Liddle GW, Bledsoe T, Coppage WS Jr. 1963 A familial renal disorder simulating primary aldosteronism but with negligible aldosterone secretion. *Trans Assoc Am Physicians* 76:199-213.
122. Gordon RD, Geddes RA, Pawsey CG, Oâ•TMHalloran MW. 1970 Hypertension and severe hyperkalemia associated with suppression of renin and aldosterone and completely reversed by dietary sodium restriction. *Australas Ann Med* 19:287- Geller DS. 2005 Mineralocorticoid resistance. *Clin Endocrinol* 62:513-520.
123. Klemm SA, Gordon RD, Tunny TJ, Thompson RE 1991 The syndrome of hypertension and hyperkalemia with normal GFR (Gordonâ TMs syndrome): is there increased proximal sodiumreabsorption *Clin Invest Med* 14:551-558.
124. Wilson FH, Disse-Nicodeme S, Choate KA, et al. 2001 Human hypertension caused by mutations in WNK kinases. *Science* 293:11-14.
125. Mansfield TA, Simon DB, Farfel Z, et al. 1997 Multilocus linkage of familial hyperkalemia and hypertension, pseudohypoaldosteronism type II, to chromosomes 1q31-42 and 17p-q21. *Nat Genet* 16:202-205.
126. Kahle KT, Wilson FH, Leng Q, et al. 2003 WNK4 regulates the balance between renal NaCl reabsorption and K secretion. *Nat Genet* 35:372-376.
127. Xie J, Craig L, Cobb MH, Huang CL. 2006 Role of with-no-lysine (K) kinases in the pathogenesis of GordonâTMs syndrome. *Pediatr Nephrol* 21(9):1231-6.
128. Tobin MD, Raleigh SM, Newhouse S, et al. 2005 Association of WNK1 gene polymorphisms and haplotypes with ambulatory blood pressure in the general population. *Circulation* 112:3423-3429.
129. Wofford MR, King DS, Harrel TK. 2006 Drug-induced metabolic syndrome. *J Clin Hypertens* 8:114-119.
130. Haffner SM, Ruilope L, Dahlof B, et al. 2006 Metabolic syndrome, new onset diabetes, and new end points in cardiovascular trials. *J Cardiovasc Pharmacol* 47:469-475.
131. Saad MF, Rewers M, Selby J, et al. Insulin resistance and hypertension: the insulin resistance atherosclerosis study. *Hypertension* 43:1324-1331.
132. Ferrannini E, Buzzigoli G, Bonadonna R, et al. 1987 Insulin resistance in essential hypertension. *N Engl J Med* 317:350-357.
133. Wofford MR, Hall JE. 2004 Pathophysiology and treatment of obesity hypertension. *Curr Pharm Des* 10:3621-3637.



134. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R. Prospective Studies Collaboration. Age - specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet*. 2002 Dec 14;360:1903-13.
135. Wang J, Staessen J, Franklin S, Fagard R, Gueyffier F. Systolic and diastolic blood pressure lower - ing as determinants of cardiovascular outcome. *Hypertension*. 2005;45:907-13.
136. Chobanian A, Bakris G, Black H Cushman W. The seventh report of the joint national 66 committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure: the JNC 7 21;289:2560-72.
137. Unger N, Pitt C, Schmidt IL, et al. 2006 Diagnostic value of various biochemical param- eters for the diagnosis of pheochromocytoma in patients with adrenal mass. *Eur J Endocrinol* 154:409 -417.
138. Miehle K, Kratzsch J, Lenders JW, Kluge R, Paschke R, Koch CA. 2005 Adrenal incidentaloma diagnosed as pheochromocytoma by plasma chromogranin A and plasma metanephrines. *J Endocrinol Invest* 28:1040-1042.
139. Grossrubatscher E, Dalino P, Vignati F, et al. 2006 The role of chromogranin A in the management of patients with pheochromocytoma. *Clin Endocrinol* 65:287-293.
140. Giovanella L, Squin N, Ghelfo A, Ceriani L. 2006 Chromogranin A immunoradiometric assay in diagnosis of pheochromocytoma: comparison with plasma metanephrines and 123I- MIBG scan. *Q J Nucl Med Mol Imaging* 50:344-347.
141. Koch CA, Rodbard JS, Brouwers FM, Eisenhofer G, Pacak K. 2003 Hypotension in a woman with a metastatic dopamine-secreting carotid body tumor. *Endocr ( Pract)* 9:310-314.
142. Zachmann M, Tassinari D, Prader A. 1983 Clinical and biochemical variability of congenital adrenal hyperplasia due to 11beta-hydroxylase deficiency. *J Endocrinol Metab* 56:222-229.
143. New MI, Geller DS, Fallo F, Wilson RC. 2005 Monogenic low rennin hypertension. *Trends Endocrinol Metab* 16:92-97.
144. Wong SL, Shu SG, Tsai CR. 2006 Seventeen alpha-hydroxylase deficiency. *J Formos Med Assoc* 105:177-181.
145. Costa-Santos M, Kater CE, Auchus RJ, et al. 2004 Two prevalent CYP17 mutations and genotype-phenotype correlations in 24 Brazilian patients with 17- hydroxylase deficiency. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 89:49-60.
146. Lavery GG, Ronconi V, Draper N, et al. 2003 Late-onset apparent mineralocorticoid excess caused by novel compound heterozygous mutations in the HSD11B2 gene. *Hypertension* 42:123-129.



147. Carvajal CA, Gonzales AA, Romero DG, Gonzales A, et al. 2003 Two homozygous mutations in the 11 beta-hydroxysteroid dehydrogenase type 2 gene( in a case of apparent mineralocorticoid excess. *J Clin Endocrinol Metab* 88:2501- 2507.

148. Palermo M, Quinkler M, Stewart PM. 2004 Apparent mineralocorticoid excess syndrome: an overview. *Arq Bras Endocrinol Metab* 48:687-696.

149. Benjamin EJ, Muntner P, Alonso A, Bittencourt MS, Callaway CW, Carson AP, Chamberlain AM, Chang AR, Cheng S, Das SR, et al., American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics-2019 update: a report From the American Heart Association. *Circulation*. 2019; 139:e56–e528. [LinkGoogle Scholar](#)

150. Arver-Carr ME, Powe NR, Eberhardt MS, LaVeist TA, Kington RS, Coresh J, Brancati FL. Excess risk of chronic kidney disease among African-American versus white subjects in the United States: a population-based study of potential explanatory factors. *J Am Soc Nephrol*. 2002; 13:2363–2370.

151. Van den Born BH, Lip GYH, Brguljan-Hitij J, Cremer A, Segura J, Morales E, Mahfoud F, Amraoui F, Persu A, Kahan T, Agabiti Rosei E, de Simone G, Gosse P, Williams B. ESC Council on hypertension position document on the management of hypertensive emergencies. *Eur Heart J Cardiovasc Pharmacother*. 2019; 5:37–46

152. Rolnik DL, Wright D, Poon LC, O’Gorman N, Syngelaki A, de Paco Matallana C, Akolekar R, Cicero S, Janga D, Singh M, et al.. Aspirin versus placebo in pregnancies at high risk for preterm preeclampsia. *N Engl J Med*. 2017; 377:613–622.

153. Regitz-Zagrosek V, Roos-Hesselink JW, Bauersachs J, Blomström-Lundqvist C, Cífková R, De Bonis M, Iung B, Johnson MR, Kintscher U, Kranke P, et al., ESC Scientific Document Group. 2018 ESC Guidelines for the management of cardiovascular diseases during pregnancy: the Task Force for the Management of Cardiovascular Diseases during Pregnancy of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2018; 39:3165–3241.

154. Rimoldi SF, Scherrer U, Messerli FH. Secondary arterial hypertension: when, who, and how to screen *Eur Heart J*. 2014; 35:1245–125

155. Gornik HL, Persu A, Adlam D, Aparicio LS, Azizi M, Boulanger M, Bruno RM, De Leeuw P, Fendrikova-Mahlay N, Froehlich J, et al.. First international consensus on the diagnosis and management of fibromuscular dysplasia. *J Hypertens*. 2019; 37:229–25

## 10. Shtojca

### PYETESORI I REALIZUAR TEK INFERMIERETMENAXHIMI I KUJDESIT INFERMIEROR NE MOMENTIN E PRANIMIT TE PACIENTEVE NE NJESINE KORONARE

1. Infermier 1) Pacient
2. Gjinia a) Mashkull b) Femër
3. Vendbanimi a) Qytet b) Fshat
4. Shkollimi a) Shkollim i ulët, b) Shkollim i mesëm c) Shkollim i lartë

Nr	Pyetja për infermier	Po	%	Jo	%
1.	A e pyetni pacientin për kohën e simptomave të para?				
2.	A e evidentoni kohën e pranimit të pacientit?				
3.	A evidentoni simptomat e pacientit në pranim dhe gjate hospitalizimit?				
4.	A evidentoni shenjat vitale të pacientit në pranim dhe gjatë hospitalizimit?				
5.	A e pyetni pacientin për sëmundjen e mëparëshme?				
6.	A e pyetni pacientin për faktorët e rrezikut të sëmundjes se HTA?				

### Satisfaksioni i pacientëve ndaj kujdesit infermieror në spital

Nr	Pyetja për pacient	Po	%	Jo	%	Nuk e di	%
1	A ju ka pyetur infermieri në njësi koronare për kohën e simptomave të para?						
2	A e dini kohën e pranimit në spital?						
3	A keni pas ankesa (dhembje, mundim, frymezenje, ushtimë ne veshë) gjatë hospitalizimit?						
4	A është mat shtypja arteriale gjatë hospitalizimit?						
5	A ju ka pyetur infermieri për sëmundjet e mëparëshme?						
6	A ju ka pyetur infermieri për faktorët e rrezikut të sëmundjes koronare dhe HTA?						

### Përceptimi i infermierëve lidhur me informimin dhe edukimin e pacientëve në Spitalin e Pejës

Nr	Pyetja për infermier	Po	%	Jo	%
7	A mendoni se pacienti, gjtë qëndrimit në spital merr informata të mjaftueshme për sëmundjen e tij/saj?				
8	A mendoni se pacienti, gjtë qëndrimit në spital merr informata të mjaftueshme për modifikimin e faktorëve të rrezikut?				
9	A mendoni se pacienti, gjtë qëndrimit në Spital merr informata të mjaftueshme për barnat që do të përdorë?				
10	A mendoni se pacienti, gjatë qëndrimit në spital merr informata për aktivitetet e përditëshme pas daljes nga spitali dhe për kufizimet eventuale?				
11	A mendoni se pacienti, gjtë qëndrimit në spital merr informata të mjaftueshme për ekzaminimet diagnostike të cilave u nënshtrohet, apo që mund t'u nënshtrohet?				
12	A mendoni se pacienti, gjatë qëndrimit në spital merr informata të mjaftueshme për mundësit e shërimit të sëmundjes se HTA?				
13	Gjatë qëndrimit në spital a i tregoni pacientit për simptomat e HTA dhe komplikimet që shkakton kjo sëmundje ?				
14	Gjatë qëndrimit në spital a e edukoni pacientin për mënyrën e ushqyerjes dhe ndryshimit të stilit të jetesës?				

## Përceptimi i pacientëve lidhur me informimin dhe edukimin nga infermierët

Nr	Pyetja për pacient	Po	%	Jo	%	Nuk e di	%
7	Gjatë qëndrimit në spital, a keni marr informata të mjaftueshme për sëmundjen tuaj?						
8	Gjatë qëndrimit në spital, a keni marr informata të mjaftueshme për modifikimin e faktorëve të rrezikut?						
9	Gjatë qëndrimit në spital, a keni marr informata të mjaftueshme për barnat që do t'i përdorni?						
10	Gjatë qëndrimit në spital, a keni marr informata për aktivitetet e përditshme pas lëshimit nga spitali dhe për kufizimet eventuale?						
11	Gjatë qëndrimit në spital, a keni marr informata të mjaftueshme për ekzaminimet diagnostike të cilave u nënshtruat dhe që mund t'u nënshtroheni?						
12	Gjatë qëndrimit në njësi koronare, a keni marr informata të mjaftueshme për mundësitë e shërimit të sëmundjeve të TA?						
13	Sa herë jeni shtruar në spital për shkak të hipertensionit arterial ?						

## Menaxhimi i kujdesit infermieror të pacientëve me Hipertension

Nr	Pyetja për infermier	Po	%	Jo	%
14	A keni broshura informative për pacientët me shtypje të lartë të gjakut?				
15	A mendoni se infermieri, pas ngarkesave të tjera të punës që ka në njësi koronare, duhet marrë edhe me edukim të pacientit?				
16	A mendoni se duhet formuar klube të pacientëve që merren me edukimin dhe përkrahjen e pacientëve pas sëmundjeve internistike (IAM, AP etj.)?				
17	A mendoni se ushqimet e shpejta (fastfood) e rrisin shtypjen e gjakut?				
18	Ushqimi a duhet të përmbajë më pak kripë?				
20	A duhet të kenë pacientët me HTA Mes-shujta të pasura me pemë çdo ditë?				
21	A duhet zgjedhur qumësht që ka më pak yndyrë dhe a preferohet zgjedhja e ushqimeve me më pak kalori?				
22	A dihet huda e kontrollit të shtypjes së gjakut?				
23	A duhet informuar secili pacient duhanpirës për dëmin që shkakton konsumimi i duhanit?				

## Opinionet e pacientëve në qasjen e parë me infermierin në njësinë koronare

Nr	Pyetja për pacient	Po	%	Jo	%	Nuk e di	%
1	A keni marrë broshura informative nga infermierët për TA?						
2	A mendoni se infermieri, pas ngarkesave të tjera të punës që ka në njësi koronare, duhet marrë edhe me edukim të pacientëve?						
3	A mendoni se duhen formuar klube të pacientëve që merren me edukimin dhe përkrahjen e pacientëve pas sëmundjeve internistike?						
4	A ndikon konsumimi i duhanit në shtypjen e gjakut?						
5	Duhani shpesh shkakton oreksin e tepërt						
6	Konsumimi i duhanit nuk shkakton ngritjen e shtypjes së gjakut						
7	Konsumimi i alkoolit ndikon në shtypjen e gjakut?						

## Pyetjet për infermier dhe pacientë, lidhur me njohurit rreth faktorëve të rrezikut

Nr	Pyetjet	Infermier			Pacient		
		Përgjegje	Nr	%	Përgjegje	Nr	%
1	Kush duhet t'ia jape informatat pacientit lidhur me sëmundjen?	Anëtar i familjes			Anëtar i familjes		
		Infermieri			Infermieri		
		Mjeku			Mjeku		
		Pacienti vetëduhet interesuar			Pacienti vetë duhet interesuar		
<b>Nr</b>	<b>Pyetja</b>	<b>Infermieri</b>			<b>Pacienti</b>		
2	Matjen e shtypjes së gjakut te pacientët e bej?	<b>Përgjegje</b>	<b>Nr</b>	<b>%</b>	<b>Përgjegje</b>	<b>Nr</b>	<b>%</b>
		Dy herë gjatë ndërrimit/turnit tim			Dy herë gjatë ditës në shtëpi		
		Një herë gjatë ndërrimit/turnit tim			Një herë gjatë ditës në shtëpi		
		Me kërkesë të pacientit			Në bazë të gjendjes që kam		
		Me kërkesë të mjekut			Nuk e bëjnë sepse e bën mjeku gjatë kontrollit		
		Nuk e bëj sepse e bën vetë mjeku			Nuk e bëj sepse e bëjnë anëtarët e familjes		
<b>Nr</b>	<b>Pyetje</b>	<b>Infermier</b>			<b>Pacient</b>		
3	Në kontrollin e shtypjes së gjakut ndikojnë këta faktorë	<b>Përgjegje</b>	<b>Nr</b>	<b>%</b>	<b>Përgjegje</b>	<b>Nr</b>	<b>%</b>
		Ushqimi			Ushqimi		
		Veset si: pirja e duhanit dhe alkoolit			Veset si: pirja e duhanit dhe alkoolit		
		Aktiviteti fizik			Aktiviteti fizik		
		Menaxhimi i stresit dhe përdorimi i rregullt i barnave			Menaxhimi i stresit dhe përdorimi i rregullt i barnave		
		Të gjitha më lart			Të gjitha më lart		

Nr	Pyetja	Infermier			Pacient		
		Përgjegje	Nr	%	Përgjegje	Nr	%
4	Për menaxhimin e stresit ndihmojnë	Dëgjimi i muzikës qetësue			Dëgjimi i muzikës qetësuese		
		Shprehja e ndjenjave duke qarë			Shprehja e ndjenjave duke qarë		
		Shprehja e ndjenjave duke qeshur			Shprehja e ndjenjave duke qeshur		
		Shoqëria me njerëzit që dinë të bëjnë humor, dhe dalja			Shoqëria me njerëzit që dinë të bëjnë humor dhe dalja		
		Konsumimi i vazhdueshëm i duhanit			Konsumimi i vazhdueshëm i duhanit		
		Mbyllja në vetmi, stresi nuk shkakton ngritjen e shtypjes së gjakut			Mbyllja në vetmi, stresi nuk shkakton ngritjen e shtypjes së gjakut		
		Zgjedhja e problemeve duke punuar, dhe ushtrimet për qetësimin e muskujve			Zgjedhja e problemeve duke punuar dhe ushtrimet për qetësimin e muskujve		

**Pyetjet për infermierët dhe pacientët, që lidhen me njohuritë rreth faktorëve të rrezikut dhe medikamenteve të zakonshme që përdoren për HTA (rrumbullakso 1, 2 e më shumë në pyetjen e 5, 7, 8).**

Nr	Pyetja	Infermier			Pacient		
		Përgjegje	Nr	%	Përgjegje	Nr	%
5	Menaxhimi i barnave antihipertensive	Rekomandoj pacientëve që barnat t'i përdorin vetëm kur nuk janë mirë			Kam mësuar nga infermierët që barnat për TA t'i përdori vetëm kur nuk janë mirë		
		Barnat kundër shtypjes së lartë të gjakut duhen përdorur vetëm sipas udhëzimeve të mjekut			Barnat kundër shtypjes së lartë të gjakut duhen përdorur vetëm sipas udhëzimeve të mjekut		
		Ju rekomandoj pacientëve vend të veçantë për ruajtjen e barnave			Kemi mësuar që duhet vend i veçantë për ruajtjen e barnave		
		Para përdorimit të barnave zakonisht duhet kontrolluar afati i përdorimit			Para përdorimit të barnave zakonisht duhet kontrolluar afati i përdorimit		
		Nëse pas marrjes së barnave nuk ndihet mirë pacienti në shtëpi duhet të thërrasë urgjencën ose të lajmërohet në institucionin më të afërt mjekësor			Nëse pas marrjes së barnave nuk ndiheni mirë në shtëpi duhet të thërras urgjencën ose të lajmëroheni në institucionin më të afërt mjekësor		

Nr	Pyetja	Infermier			Pacient		
		Përgjegje	Nr	%	Përgjegje	Nr	%
6	A praktikoni sesione këshilluese për pacientët me shtypje të lartë të gjakut?	Po, te çdo pacient bëj sesione këshilluese individuale,			Po, gjatë qëndrimit në spital ka pasur sesione këshilluese individuale,		
		Po, kur kam kohë të lirë,			Po kur ka pasur kohë infermierja		
		Po, sesione në grupe në orare të rregullta			Po, sesione në grupe në orare të rregullta		
		Jo, sepse nuk kemi hapësirë për edukim shëndetësor të pacientëve			Jo, sepse nuk kemi hapësirë për edukim shëndetësor të pacientëve		
		Jo, sepse ka rezistencë nga të tjerët (udhëheqësi, mjeku)			Jo, sepse ka rezistencë nga të tjerët		
		Jo, sepse nuk e kam atë njohuri			Jo, sepse nuk e kam atë njohuri infermierja		
Nr	Pyetja	Infermier			Pacient		
7	Cilët janë faktorët e rrezikut të sëmundjes së TA që nuk mund të modifikohen?	Përgjegje	Nr	%	Përgjegje	Nr	%
		Trashëgimia			Trashëgimia		
		Gjinia			Gjinia		
		Mosha			Mosha		
		Nuk kam informata			Nuk kam informata		
Nr	Pyetja	Infermier			Pacient		
8	Cilët janë faktorët e rrezikut të sëmundjes së TA që mund të modifikohen?	Përgjegje	Nr	%	Përgjegje	Nr	%
		Pirja e duhanit			Pirja e duhanit		
		Hipertensioni			Hipertensioni		
		Kolesteroli total			Kolesteroli total		
		HDL i ulët			HDL i ulët		
Nr	Pyetja	Infermier			Pacient		
9	Sa duhet të ketë pacienti me HTA aktivitete fizike gjatë ditës?	Përgjegje	Nr	%	Përgjegje	Nr	%
		2 orë në ditë pa marrë parasysh moshën e pacientit			2 orë në ditë pa marrë parasysh moshën e pacientit		
		Së paku 30 minuta			Së paku 30 minuta		
		1 deri në 2 orë pa marrë parasysh moshën			1 deri në 2 orë pa marrë parasysh moshën		
		30 minuta të moshuarit dhe deri në 2 orë të rinjtë			30 minuta të moshuarit dhe deri në 2 orë të rinjtë		

Nr	Pyetja	Infermier			Pacient		
		Përgjegje	Nr	%	Përgjegje	Nr	%
10	Si duhet të ushqehet pacienti me HTA?	Ushqim me sa më pak kripë, dhe yndyrë. Sa më shumë pemë si dhe perime të ziera			Ushqim me sa më pak kripë, dhe yndyrë. Sa më shumë pemë si dhe perime të ziera		
		Ushqime të ëmbla dhe të njelbta			Ushqime të ëmbla dhe të njelbta		
		Ushqim të shpejtë			Ushqim të shpejtë		
		Ushqim me kripë dhe yndyrë si dhe melmesa			Ushqim me kripë, yndyrë si dhe melmesa		

### Pyetjet për pacientet ne takimin e parë pasi formuam grupin per marrjen e edukimit për menaxhimin e HTA. (01.02.2017)

- A keni marrë këshilla ndonjëherë nga profesionistet shendetësor, për menaxhimin e HTA?
  - Po
  - Jo
- A merrni terapinë me rregull?
  - Po
  - Jo
- A dini te matni tensionin arterial?
  - Po
  - Jo
- A dini sa është tensioni normal?
  - Po
  - Jo
- Sa herë ushqeheni brenda ditës?
  - Marr 3 herë ushqim dhe 2 herë pemë dhe perime brenda ditës
  - Marr 2 herë ushqim dhe 3 herë pemë dhe perime brenda ditës
  - Marr 5 herë ushqim dhe asnje herë pemë dhe perime brenda ditës
  - Marr 3 herë ushqim dhe 2 herë pemë dhe perime brenda ditës
- Gjatë ushqyshmerisë a bëni: minimizimin ose heqjen e kripës nga ushqimi, yndyrave dhe melmesave të ndryshme, si dhe heqjen e ushqimit te shpejtë (fast food)?
  - Po
  - Ndonjëherë
  - Jo
  - Asnjëherë



7. A e dini sa është kolesterolit normal dhe vlerat normale të sheqerit në gjak?

- a) Po
- b) Jo

8. Sa kohë shpenzoni brenda ditës për aktivitete fizike?

- a) 10- 20 minuta
- b) 30- 45 minuta
- c) 1- 2 orë
- d) Ansjë minut

9. A keni njohuri për menaxhimin e sëmundjes së HTA dhe parandalimin e komplikimeve?

- a) kam njohuri te mjaftueshme,
- b) kam njohuri te pakta,
- c) nuk kam njohuri aspak

10. A dini cilët janë faktorët e rrezikut të TA?

- a) Po
- b) Jo
- c) Di disa nga faktorët

11. A dini të veproni dhe ta menaxhoni vetë hipertensionin nese nuk është ndonje krizë hipertensive pa u lajmeruar te mjeku?

- a) Po
- b) Jo
- c) Nuk kam provuar
- d) Nuk më ka ndodh

12. A e dini si llogaritet BMI (indeksi i masës trupor)

- a) Po
- b) Jo

### **Pyetsori për pacientet pas marrjes së keshillave edhe edukimit për 1 vit e gjysmë:**

1. Sa ka pasur sukses dhënja e këshillave dhe vizitat e rregullta në menaxhimin e Hipertensionit Arteria?

- a) 5-10%
- b) 20-50%
- c) 50-80%
- d) 80-100%
- e) Nuk jam përmbajtur këshillave aq sa duhet

2. A jeni paisur me broshura dhe mjete të tjera të informimit gjatë vizitave që keni pasur gjatë këtyre dy viteve?

- a. Po
- b. Jo
- c. Nuk e di

3. A dini cilat janë vlerat normale të parametrave vital?

- a) Po
- b) Jo

4. Gjatë vizitave për këto 2 vite sa herë keni bërë analizat laboratorike?

- a. Sipas nevojës
- b. Çdo 3 muaj
- c. Çdo 6 muaj

5. A ju është bërë EKG në çdo vizitë?

- a) Po
- b) Jo

6. A keni sëmundje të tjera përveç HTA?

- a) Po
- b) Jo

7. Sa herë ju ka nderruar terapia gjatë këtyre 2 viteve?

- a) Asnjëherë
- b) Një herë
- c) Dy herë
- d) Tre herë
- e) Katër herë e më shumë

8. A merrni terapinë me kohë të caktuar?

- a) Po
- b) Jo

9. Pse nuk e merrni terapinë me kohë të caktuar?

- a) Nuk kam kohë
- b) I harroj
- c) Nuk mi jep me kohe kujdestari im

10. Sa herë ushqeheni brenda ditës?

- a) Marrë 3 herë ushqim dhe 2 herë pemë dhe perime brenda ditës
- b) Marrë 2 herë ushqim dhe 3 herë pemë dhe perime brenda ditës
- c) Marrë 5 herë ushqim dhe asnjë herë pemë dhe perime brenda ditës

11. A ju përmbaheni këshillave të marra gjatë vizitave, ne lidhje me ushqyeshmërinë si: minimizimin ose heqjen e kripës nga ushqimi, yndyrave dhe melmesave të ndryshme, si dhe heqjen e ushqimit të shpejtë (fast food)?

- a) Po
- b) Ndonjëherë
- c) Jo
- d) Asnjëherë

12. Pse nuk iu përmbaheni këshillave për ushqyeshmërinë?

- a) Sepse nuk e përgatit unë ushqimin

b) Sepse nuk e përgatite ushqimin bashkëshortja ime

13. Sa kohë shpenzoni brenda ditës për aktivitete fizike?

- a) 10- 20 minuta
- b) 30- 45 minuta
- c) 1- 2 orë
- d) Asnjë minut

14. A keni konsumuar duhan më parë?

- a) Po
- b) Jo

15. A konsumoni tani duhan?

- a) Po
- b) Jo
- c) Ndonjëherë

16. A keni konsumuar alkool në të kaluaren?

- a) Po
- b) Jo
- c) Ndonjëherë

17. A konsumoni tani alkool?

- a) Po
- b) Jo
- c) Ndonjëherë

18. A keni mësuar për parandalimin e HTA si dhe parandalimin e komplikimeve që sjellë kjo sëmundje?

- a) Po
- b) Jo
- c) Nuk e di

19. A keni mësuar për faktorët e rrezikut dhe menaxhimin e tyre?

- a) Po
- b) Jo
- c) Nuk e di

20. Sa herë jeni shtruar në spital për shkak të HTA nga koha që ju është paraqitur hipertensioni e deri sa keni filluar vizitat dhe këshillat tek ne?

- a) Asnjëherë
- b) 1 herë
- c) 2 herë
- d) 3 herë e më shumë

21. Sa herë jeni shtruar në spital për shkak të HTA nga koha që keni filluar të bëni vizitat dhe të merrni këshillat nga ne?

- a. Asnjëherë
- b. 1 herë
- c. 2 herë
- d. 3 herë e më shumë

22. A dini të veproni dhe ta menaxhoni vetë hipertensionin nëse nuk është ndonjë krizë hipertensive pa u lajmëruar te Mjeku?

- a) Po
- b) Jo
- c) Nuk kam provuar
- d) Nuk më ka ndodh

23. A jeni ndier më mirë gjatë këtyre dy viteve që po menaxhoni stilin e jetesës ndryshe nga e kaluara?

- a) a.Po
- b) b. Jo
- c) Nuk kam verejtur ndonjë ndryshim

## **11. Autobiografia**

BESARTA (FAHRI) PELAJ e lindur më 11 .05.1985 në Pejë.

### **Shkollimi:**

Arsimin fillor e mbarova në shkollën Filllore “Lidhja e Pejës”, kurse Shkollën e Mesme të Mjekësisë “Ramiz Sadiku” në Pejë.

- Fakultetin e Mjekësisë, në Degën e Infermierisë, pranë Universitetit të Prishtinës e kam mbaruar në vitin 2008, ku mora titullin Bachelor i Infermierisë.
- Në vitin 2011 kam regjistruar studimet posdiplomike Master në Universitetin e Prishtinës, Fakultetin Ekonomik.
- Në vitin 2010\11 kam regjistruar studimet posdiplomike Master dhe kam diplomuar në vitin 2012\13 në Universitetin Kristal, Fakultetin e Shkencave Mjekësore, Menaxhim shendetesor.
- Në vitin 2012\13 kam regjistruar studimet posdiplomike Master dhe kam diplomuar në vitin 2014 në Universitetin e Kristal, Fakultetin e Shkencave Mjekësore - Shëndet Publik.
- Në vitin 2016-2017 kam regjistruar studimet posdiplomike Master dhe kam diplomuar në vitin 2018 në Universitetin Iliria, Prishtinë, në Menaxhim Spitalor.
- Kam marrë pjesë në shumë seminare, simpoziume, kongrese shkencore dhe trajnime profesionale.

### **Përvoja e punës:**

Që nga viti 2009 punoj në Spitalin Rajonal në Pejë.

- Në vitet 2011-2016 kam punuar si Asistente e angazhuar në Universitetin Publik “Hasan Prishtina”, Fakulteti i Mjekësisë.
- Në vitet 2016, asistente në Universitetin Publik të Gjakovës - Fakultetin e Mjekësisë, dhe vazhdoj të punoj.
- Prej vitit 2013 në Universitetin e Shkencave Mjekësore “Rezonanca” jam Ligjëruese në lëndët: Geriatria dhe kujdesi për të moshuarit, Kujdes Internistik, dhe Etikë Infermiere.

## Abstrakt

Menaxhimi dhe trajtimi i tensionit arterial është zhvilluar në kohët e fundit, është përqëndruar në mobilizimin fizik të pacientit që ka të bëjë me këshillimin dhe eliminimin e komplikimeve.

**Qëllimi i punimi:** Identifikimi i praktikave për përmirësimin e cilësisë së kujdesit infermieror te pacientët me TA. Metodologjia: Ky hulumtim është i llojit cross-sectional dhe case-control, që zhvillohet në tri pjesë. Për analizimin e të dhënave është përdorur programi Excel dhe SPSS.

**Rezultatet:** Menaxhimi dhe perceptimi i infermierëve lidhur me informimin e pacientëve me HTA ka ndikim pozitiv në menaxhimin e kujdesit infermieror te pacientët me HTA. Në fazën e parë të punimit, ekziston mungesa e trajnimeve të personelit infermieror për menagjimin e TA, dhe mungesa e dhënies së informatave të mjaftueshme për pacientët. Në fazën e fundit të punimit paraqiten praktikatat e mira të kujdesit infermieror si: udhëzimi përmes broshurave, përcaktimi i terapisë së duhur dhe përkrahja infermierore, kanë ndikim pozitiv në kënaqshmërinë e pacientëve dhe menaxhimin e sëmundjes së HTA në Regjionin e Pejës. Ekzistojnë dallime të konsiderueshme midis pacientëve që marrin këshillim gjatë vizitave çdo muaj në Ambulancën Specialistike në Pejë dhe atyre që deri atëherë nuk kanë marrë. Gratë kanë qenë në gjendje të marrin më shumë informacion dhe të kenë më shumë sukses në vizitat e rregullta, grupmoshat e moshuara kanë arritur më shumë njohuri sesa grupmoshat më të reja.

**Diskutim:** Problemet me të cilat janë ballafaquar infermierët me herët, reflektojnë edhe në hulumtimin e realizuar me qëllim të kujdesit infermieror për pacientët me HTA. Edukimi i qytetarëve lidhur me sëmundjen është detyrë parësore e punëtorëve shëndetësorë.

**Përfundimi:** Edukimi dhe menaxhimi për sëmundje e HTA-së është shumë i rëndësishëm për reduktimin e komplikimeve që paraqet kjo sëmundje.

**Fjalët kyçe:** Tensioni arterial, Spitali Rajonal në Pejë, Qendra kryesore e mjekësisë familjare, Deçan, Istog.

## Abstract

Management and treatment of arterial tension has recently been developed, focusing on the physical mobilization of the patient related to advising and eliminating complications.

**Purpose of the paper:** Indicators for management and complications that may occur from HTA. Methodology: This research is of a cross-sectional and case-control type, conducted in three parts. Excel and SPSS were used for data analysis.

**Results:** Management and perception of nurses about informing patients with HTA has a positive impact in the management of nursing care of patients with HTA. Good nursing care practices such as brochure guidance, appropriate therapy designation and nursing support have a positive impact on patient satisfaction and HTA disease management in the Peja/Pec Region, but also throughout Kosovo. The interconnection of perceptions about nursing information and education and patient opinion on the first approach to nursing in the Coronary and Interno Unit has a positive impact with patients' satisfaction with hospital nursing care, and between patient health education we found a positive correlation and patient care management of patients with HTA. There are significant differences between patients who receive counseling during visits every month to the Specialist Outpatient Clinic in Peja. Women have been able to obtain more information and succeed more on regular visits, older age groups have achieved more knowledge than younger age groups.

**Discussion:** Educating citizens about the disease is a primary task of health workers, but this is understandable and to understand the professional development of nurses through education.

**Key words:** Blood pressure, Peja Regional Hospital, Main Family Health Center, Deçan and Istog.