



UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË

REPUBLIKA E SHQIPËRISË

UNIVERSITETI I TIRANËS

FAKULTETI I SHKENCAVE MJEKËSORE TEKNIKE

DISERTACION

PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE

”DOKTOR”

TEMA: MENAXHIMI INFERMIEROR NË REGJIONIN E
PRISHTINËS SI VLERË NË MJEKIMIN E SËMUNDJEVE TË
ZEMRËS

Udhëheqës Shkencor:

Prof. Ass. Edmond Zaimi

Disertante:

Elvana Podvorica

Tiranë 2021

LISTA E PËRMBAJTJES

| | |
|--|----|
| KAPITULLI I-rë | 1 |
| I.HYRJA..... | 1 |
| 1. Të dhënat e përgjithshme të problemit | 1 |
| 1.1.Shqyrtimi i literaturës..... | 2 |
| 1.2. Patofiziologjia e pamjaftueshmërisë së zemrës | 3 |
| Figura 1. Faktorët që e atakojnë debitin kardiak | 3 |
| Figura 2. Mekanizmat e pamjaftueshmërisë së zemrës, për shkak të uljes së forcës si pompë. | 4 |
| Figure 3. Mekanizmat e pamjaftueshmërisë së zemrës, për shkak të çrregullimit të ralaksimit ventricular | 5 |
| KAPITULLI II-të | 6 |
| Epidemiologjia e sëmundjeve të zemrës | 6 |
| Faktorët e rrezikut të sëmundja iskemike e zemrës | 7 |
| Figura 4: Faktorët e rrezikut që mund të modifikohen | 8 |
| Fig.5. Pesë faktorët e rrezikut që do shtjellohen në trajtimin e pacientëve me SZ-së..... | 9 |
| 2.1. Hipertensioni..... | 9 |
| Tab.1. Hipertensioni arterial (Heart Foundation 2016) | 10 |
| 2.2. Diabeti Mellitus i tipit 2..... | 10 |
| Tab.2. Kriteret për diagnostikimin e Diabetit Mellitus dhe para diabetit [38]..... | 11 |
| 2.3. Hiperlipidemia | 12 |
| Tabela 3. Klasifikimi i dislipidemisë [42] | 13 |
| Tab.4. Klasifikimi i niveleve të kolesterolit dhe triglicerideve [42] | 13 |
| Vlerësimi i statusit të rrezikut: | 14 |
| Tabela 5. Individët në rrezik shumë të lartë dhe të lartë, zhvillimin e ngjarjeve të ardhshme koronare [42]..... | 14 |
| Tabela 6. Nivelet e synuara të kolesterolit LDL në katër rreziqet | 15 |
| 2.4. Smoking (pirja e duhanit) | 15 |
| 2.5. Aktiviteti fizik | 16 |
| KAPITULLI III-të | 17 |
| 3.1.Udhëzuesit (Guidelines) e SZ | 17 |
| 3.2 Edukimi i pacientëve gjatë hospitalizimit, rihospitalizimit dhe lëshimit nga spitali | 18 |
| 3.3.Strategjitë efektive në edukimin e pacientëve | 20 |
| 3.4.Edukimi i pacientëve dhe teknikat edukative | 22 |
| 3.5.Infermierja si edukatore..... | 22 |
| 3.6.Njohja e Infermierëve për sëmundjet e zemrës..... | 23 |
| 3.7.Modelet Teorike dhe ndryshimi i sjelljeve | 25 |

| | |
|--|----|
| 3.7.1. Modeli i fazave të ndryshimit (Transtheoretical) | 25 |
| Tabela 7. <i>MODELI I FAZAVE TË NDRYSHIMIT Stages of Change Model</i> | 26 |
| 3.7.2. Modeli vendimëmarrës i bilancuar | 27 |
| 3.7.3. Modeli i Vetë-efikasitetit | 28 |
| 3.7.4. Modeli i vetë-kujdesit dhe vetë-menaxhimit | 28 |
| 3.7.4. Intervenimet / Strategjitë për Ndryshim | 29 |
| 3.7.4.1. Konceptet teorike | 29 |
| KAPITULLI I IV-të | 31 |
| 5.1. QËLLIMI I PUNIMIT | |
| 5.2. METODOLOGJIA | 32 |
| 5.3. Mostër / Site..... | 32 |
| Zhvillimi i ndërhyrjeve educative | 33 |
| Skema 2. Shembulli i Modelit Logjik | 33 |
| Tabela 8. Përmbajtja dhe objektivat: Ndërhyrjet edukative të SZ-së..... | 34 |
| Instrumentet dhe matjet..... | 35 |
| Analiza e të dhënave | 36 |
| REZULTATET | 37 |
| 4.1. Kapitulli I-rë, të dhënat e përgjithshme për të sëmurët e anketuar..... | 38 |
| Tabela. 1. Shpërndarja e respondentëve sipas gjinisë | 38 |
| Tabela 2. Shpërndarja e respondentëve sipas vendbanimit | 38 |
| Grafikoni 1. Struktura e pacientëve sipas vendbanimit | 38 |
| Tabela 3. Shpërndarja e respondentëve sipas grup-moshës | 39 |
| Tabela 4. Shpërndarja e respondentëve sipas nivelit të edukimit | 39 |
| Tabela 5. Shpërndarja e respondentëve sipas statusit martesor..... | 39 |
| Tabela 6. Shpërndarja e respondentëve sipas përkatësisë fetare | 40 |
| Tabela 7. Shpërndarja e respondentëve sipas profesionit | 40 |
| Tabela 8. Shpërndarja e respondentëve sipas gjendjes ekonomike | 40 |
| Kapitulli i II-të, tabela 9. Indeksi i masës trupore | 41 |
| Tabela 10. Presioni i gjakut mmHg (sistolik/diastolik) | 41 |
| Tabela 11. Glikemia esëll - pre test dhe post test | 42 |
| Grafikoni 2. Glikemia në esëll..... | 42 |
| Tabela 12. HbA1c | 43 |
| Grafikoni 3. HbA1c..... | 43 |
| Tabela 13. Niveli i kolesterolit në gjak | 44 |
| Grafikoni 4. Niveli i kolesterolit në gjak..... | 44 |
| Tabela 14. Niveli i HDL kolesterolit në gjak | 45 |
| Grafikoni.5. Niveli i HDL-së Kolesterolit në gjak | 45 |

| | |
|---|----|
| Tabela 15. Niveli i LDL kolesterolit në gjak..... | 46 |
| Grafikoni 6. Niveli i LDL-së kolesterolit në gjak..... | 46 |
| Tabela 16. Niveli i triglicerideve në gjak | 47 |
| Grafikoni 7. Niveli i triglicerideve në gjak | 47 |
| Tabela 17. Niveli i aktivitetit përveç obligimeve ditore | 48 |
| Tabela 18. Pirja e duhanit..... | 48 |
| Tabela 19. Nga 24% e respondentëve që ndërprejnë duhanin..... | 49 |
| Tabela 20. Pirja sistematike e alkoolit | 49 |
| Tabela 21. Vdekjet e papritura në familje nga aksidentet kardiovaskulare | 49 |
| Tabela 22. Numri i personave me vdekje aksidentale kardiovaskulare në familje | 50 |
| Grafikoni 8. Numri personave me vdekje aksidentale kardiovaskulare në familje | 50 |
| Tabela 23. Diagnostikimi i pacientëve | 51 |
| Tabela 24. Vlerësimi i gjendjes shëndetësore | 52 |
| Tabela 25. A keni ndonjë njohuri lidhur për diabetin | 52 |
| Tabela 26. Nga 53% e respondentëve burimi nga janë informuar për diabetin ishin | 52 |
| Tabela 27. A keni qenë më herët i diagnostikuar me Diabetin Mellitus? | 53 |
| Tabela 29. A jeni mjekuar rregullisht për Diabetin Mellitus | 54 |
| Tabela 30. A kryeni në mënyrë sistematike përditshme aktivitet fizike? | 54 |
| Tabela 31. Lloji i aktivitetit fizik | 54 |
| Tabela 32. Kohëzgjatja e aktivitetit fizik të përditshëm | 55 |
| Tabela 34. A keni njohuri lidhur me ndikimin e nutricionit në sëmundjet iskemike të zemrës | 55 |
| Tabela 35. Nga 17 persona që pohuan po, u analizuan burimet nga i kan marrë informatat për ndikimin e nutricionit në sëmundjet e zemrës | 56 |
| Tabela 36. Lloji i yndyrës që ju e konsumoni çdo ditë? | 57 |
| Tabela 37. A keni pasur vlera të larta të HTA? | 57 |
| Tabela 38. A ke marrë mjekim sistematik për HTA? | 58 |
| Tabela 39. A keni pasë vlera të larta të Kolesterolit në gjak? | 58 |
| Tabela 40. Nga 44 respondentë, koha kur e keni kuptuar se keni vlera të larta të kolesterolit në gjak? | 58 |
| Tabela 41. A jeni mjekuar rregullisht për kolesterol?..... | 59 |
| Tabela 42. A e përdorni në mënyrë sistematike tabletën Aspirin (Mini aspirinën)? | 59 |
| Tabela 43 Tableta e Aspirinës është bari i cili? pre test dhe post test | 59 |
| Tabela 44. Prej sa kohe e përdorni Aspirinën?..... | 60 |
| Tabela 45. A keni vazhduar në mënyrë sistematike përdorimin e medikamenteve të rekomanduara nga Mjeku? | 60 |
| Kapitulli i III-të, tabela 46. Aktivitetet fizike dhe niveli i Kolesterolit në gjak..... | 61 |

Bookmark not defined.

| | |
|--|-----------|
| Tabela 47. Gjinia dhe niveli i kolesterolit në gjak? | 61 |
| Tabela 48. Gjinia dhe pirja e duhanit? | 62 |
| Tabela 49. Gjinia dhe presioni i gjakut (sistolik/diastolik)? | 62 |
| Tabela 50. Grup-mosha dhe presioni i gjakut (sistolik/diastolik)? | 63 |
| Tabela 51. Aktivitet fizike dhe HDL Kolesterolit? | 64 |
| Tabela 52. Aktivitet fizike dhe LDL Kolesterolit? | 64 |
| Tabela 53. Gjinia dhe Indeksi i masës trupore? | 65 |
| Tabela 54. Grup-mosha dhe indeksi i masës trupore? | 65 |
| Tabela 55. Edukimi dhe njohuritë për diabetin? | 66 |
| Tabela 56. Gjinia dhe njohuritë për diabetin? | 67 |
| Tabela 57. Gjinia dhe lloji i yndyrave të konsumuara? | 67 |
| Tabela 58. Edukimi dhe lloji i yndyrave të konsumuara? | 68 |
| Tabela 59. Lloji i yndyrave të konsumuara dhe niveli i yndyrës HDL? | 68 |
| Tabela 60. Lloji i yndyrave të konsumuara dhe niveli i yndyrës LDL? | 69 |
| Dallimet ndërmjet matjes initiale dhe finale për të dhënat kuantitative | 69 |
| Tabela 61. Dallimet ndërmjet matjes initiale dhe finale | 70 |
| DISKUTIMI | 71 |
| Tabela 62. Shkalla e vdekshmërisë të pacientët me dështim të zemrës në periudha të ndryshme kohore | 71 |
| PËRFUNDIMI | 79 |
| PROPOZIMI I MASAVE | 82 |
| 4. <i>Edukimi i pacientëve gjatë pranimit, ripranimit dhe lëshimit nga spitali</i> | 82 |
| 5. <i>Përdorimi i strategjive efektive në edukimin e pacientëve</i> | 82 |
| 6. <i>Roli i Infermierjes edukatore</i> | 83 |
| 7. <i>Dinamika e jetës dhe menaxhimi i stresit</i> | 83 |
| REFERENCAT | 84 |
| ANEXI 1 – Zona e gjelbërt, verdhë dhe e kuqe | 93 |
| ANEXI 2: Intervistimi Motivues | 94 |
| ANEXI 3. Letër Informativë..... | 100 |
| ANEXI 4. PYETËSORI | 101 |
| ANEXI 5. DITA BOTËRORE E ZEMRËS 2017 | 103 |
| ANEXI 6. 31 MAJI DITA BOTËRORE KUNDËR DUHANIT | 105 |
| ANEXI 8 - PESHË E SHËNDETSHME, PRESION ARTERIAL I SHËNDETSHËM!..... | 109 |
| ANEXI 9 - 14 NËNTORI DITA NDËRKOMËTARE E DIABETIT MELLITUS..... | 112 |

LISTA E TABELAVE

| | |
|--|----|
| KAPITULLI II-të | 21 |
| Tab.1. Hipertensioni arterial (Heart Foundation 2016) | 21 |
| Tab.2. Kriteret për diagnostikimin e Diabetit Mellitus dhe para diabetit [38]..... | 22 |
| Tab. 3. Klasifikimi i dislipidemisë [42]..... | 24 |
| Tab.4. Klasifikimi i niveleve të kolesterolit dhe triglicerideve [42] | 24 |
| Tab. 5. Individët në rrezik shumë të lartë dhe të lartë, zhvillimin e ngjarjeve të ardhshme koronare [42]..... | 27 |
| Tab. 6. Nivelet e synuara të kolesterolit LDL në katër rreziqet | 28 |
| Tab. 7. <i>MODELI I FAZAVE TË NDRYSHIMIT Stages of Change Model</i> | 43 |
| Tab. 8. Përmbajtja dhe objektivat: Ndërhyrjet edukative të SZ-së | 52 |
| REZULTATET | 57 |
| Tab. 1. Shpërndarja e respondentëve sipas gjinisë | 57 |
| Tab. 2. Shpërndarja e respondentëve sipas vendbanimit | 57 |
| Tab. 3. Shpërndarja e respondentëve sipas grup-moshës..... | 58 |
| Tab. 4. Shpërndarja e respondentëve sipas nivelit të edukimit | 58 |
| Tab. 5. Shpërndarja e respondentëve sipas statusit martesor | 59 |
| Tab. 6. Shpërndarja e respondentëve sipas përkatësisë fetare..... | 59 |
| Tab. 7. Shpërndarja e respondentëve sipas profesionit | 60 |
| Tab. 8. Shpërndarja e respondentëve sipas gjendjes ekonomike..... | 60 |
| Tab. 9. Indeksi i masës trupore | 61 |
| Tab. 10. Presioni i gjakut mmHg (sistolik/diastolik)..... | 61 |
| Tab. 11. Glikemia esëll - pre test dhe post test..... | 62 |
| Tab. 12. HbA1c..... | 63 |
| Tab. 13. Niveli i kolesterolit në gjak..... | 64 |
| Tab. 14. Niveli i HDL kolesterolit në gjak | 65 |
| Tab. 15. Niveli i LDL kolesterolit në gjak | 66 |
| Tab. 16. Niveli i triglicerideve në gjak | 67 |
| Tab. 17. Niveli i aktivitetit përveç obligimeve ditore | 68 |
| Tab. 18. Pirja e duhanit | 68 |
| Tab. 19. Nga 24% e respondentëve që ndërprejnë duhanin | 69 |
| Tab. 20. Pirja sistematike e alkoolit | 69 |
| Tab. 21. Vdekjet e papritura në familje nga aksidentet kardiovaskulare | 70 |
| Tab. 22. Numri i personave me vdekje aksidentale kardiovaskulare në familje..... | 70 |
| Tab. 23. Diagnostikimi i pacientëve | 72 |
| Tab. 24. Vlerësimi i gjendjes shëndetësore | 73 |

| | |
|---|----|
| Tab. 25. A keni ndonjë njohuri lidhur për diabetin | 73 |
| Tab. 26. Nga 53% e respondentëve burimi nga janë informuar për diabetin ishin | 74 |
| Tab. 27. A keni qenë më herët i diagnostikuar me Diabetin Mellitus?..... | 74 |
| Tab. 28. Nga 26 Pacient me DM kohëzgjatja e diagnostikimit me diabet | 75 |
| Tab. 29. A jeni mjekuar rregullisht për Diabetin Mellitus | 75 |
| Tab. 30. A kryeni në mënyrë sistematike përditshme aktivitet fizike?..... | 76 |
| Tab. 31. Lloji i aktivitetit fizik..... | 76 |
| Tab. 32. Kohëzgjatja e aktivitetit fizik të përditshëm | 77 |
| Tab. 33. Çka ju pengon ose kufizon që të merreni me ushtrime | 77 |
| Tab. 34. A keni njohuri lidhur me ndikimin e nutricionit në sëmundjet iskemike të zemrës | 78 |
| Tab. 35. Nga 17 persona që pohuan po, u analizuan burimet nga i kan marrë informatat për ndikimin e nutricionit në sëmundjet e zemrës | 79 |
| Tab. 36. Lloji i yndyrës që ju e konsumoni çdo ditë? | 79 |
| Tab. 37. A keni pasur vlera të larta të HTA?..... | 80 |
| Tab. 38. A ke marrë mjekim sistematik për HTA?..... | 80 |
| Tab. 39. A keni pasë vlera të larta të Kolesterolit në gjak?..... | 81 |
| Tab. 40. Nga 44 respondentë, koha kur e keni kuptuar se keni vlera të larta të kolesterolit në gjak? | 81 |
| Tab. 41. A jeni mjekuar rregullisht për kolesterol? | 82 |
| Tab. 42. A e përdorni në mënyrë sistematike tabletën Aspirin (Mini aspirinën)?..... | 82 |
| Tab. 43 Tableta e Aspirinës është bari i cili? pre test dhe post test | 83 |
| Tab. 44. Prej sa kohe e përdorni Aspirinën? | 83 |
| Tab. 45. A keni vazhduar në mënyrë sistematike përdorimin e medikamenteve të rekomanduara nga Mjeku? | 84 |
| Tab. 46. Aktivitetet fizike dhe niveli i Kolesterolit në gjak..... | 85 |
| Tab. 47. Gjinia dhe niveli i kolesterolit në gjak?..... | 85 |
| Tab. 48. Gjinia dhe pirja e duhanit?..... | 86 |
| Tab. 49. Gjinia dhe presioni i gjakut (sistolik/diastolik)?..... | 87 |
| Tab. 50. Grup-mosha dhe presioni i gjakut (sistolik/diastolik)? | 88 |
| Tab. 51. Aktivitet fizike dhe HDL Kolesterolit? | 89 |
| Tab. 52. Aktivitet fizike dhe LDL Kolesterolit?..... | 89 |
| Tab. 53. Gjinia dhe Indeksi i masës trupore? | 90 |
| Tab. 54. Grup-mosha dhe indeksi i masës trupore?..... | 91 |
| Tab. 55. Edukimi dhe njohuritë për diabetin? | 92 |
| Tab. 56. Gjinia dhe njohuritë për diabetin?..... | 93 |
| Tab. 57. Gjinia dhe lloji i yndyrave të konsumuara? | 93 |
| Tab. 58. Edukimi dhe lloji i yndyrave të konsumuara? | 94 |

| | |
|---|-----------|
| Tab. 59. Lloji i yndyrave të konsumuara dhe niveli i yndyrës HDL? | 95 |
| Tab. 60. Lloji i yndyrave të konsumuara dhe niveli i yndyrës LDL? | 95 |
| Tab. 61. Dallimet ndërmjet matjes initiale dhe finale | 96 |
| <u>Tabela 62. Shkalla e vdekshmërisë te pacientët me dështim të zemrës në periudha të ndryshme kohore</u> | <u>97</u> |

LISTA E FIGURAVE

| | |
|---|----|
| Fig. 1. Faktorët që e atakojnë debitin kardiak | 13 |
| Fig. 2. Mekanizmat e pamjaftueshmërisë së zemrës, për shkak të uljes së forcës si pompë. | 14 |
| Fig. 3. Mekanizmat e pamjaftueshmërisë së zemrës, për shkak të çrregullimit të ralaksimit ventricular | 15 |
| Fig. 4: Faktorët e rrezikut që mund të modifikohen | 19 |
| Fig.4.1. Pesë faktorët e rrezikut që do shtjellohen në trajtimin e pacientëve me SZ-së | 19 |
| Fig.5. Niveli i HDL-së Kolesterolit në gjak | 20 |

LISTA E GRAFIKONËVE

| | |
|--|-----------|
| <u>Grafikoni 1. Struktura e pacientëve sipas vendbanimit</u> | <u>57</u> |
| <u>Grafikoni 2. Glikemia në esëll.....</u> | <u>62</u> |
| <u>Grafikoni 3. HbA1c.....</u> | <u>63</u> |
| <u>Grafikoni 4. Niveli i kolesterolit në gjak.....</u> | <u>64</u> |
| <u>Grafikoni.5. Niveli i HDL-së Kolesterolit në gjak</u> | <u>65</u> |
| <u>Grafikoni 6. Niveli i LDL-së kolesterolit në gjak.....</u> | <u>66</u> |
| <u>Grafikoni 7. Niveli i triglicerideve në gjak</u> | <u>67</u> |
| <u>Grafikoni 8. Numri personave me vdekje aksidentale kardiovaskulare në familje</u> | <u>71</u> |

SHKURTESAT

| | |
|-------|---|
| ACC | American College of Cardiology |
| AHA | American Heart Association |
| SZ | Sëmundjet e Zembrës |
| HFSA | Heart Failure Society of America |
| JCAHO | Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations |
| GDM | Diabeti Mellitus Gestacional |
| SAK | Sëmundjet e Arterieve Koronare |
| SOC | Stages of Change Model |
| IMT | Indeksi i Masës Trupore |
| MLHF | Minnesota Living with heart Failure |
| CAD | Coronary Artery Disease |
| T1DM | Tipi 1 i Diabetit Mellitus |
| T2DM | Tipi 2 i Diabetit Mellitus |
| LVEF | Fraksion i ejeksionit i ventrikulit të majtë) |
| CNS | Clinical Nurse Specialist |

DEKLARATA E ORIGJINALITETIT

Unë, **ELVANA PODVORICA**, deklaroj se:

(1) Ky punim i doktoraturës përfaqëson punën time origjinale, përveç rasteve të citimeve dhe referencave; dhe

(2) Ky punim nuk është përdorur më parë si punim apo projekt në këtë Fakultet apo në Universitete/Kolegje/Institucione të tjera.

FALËNDERIM

Dashuria e juaj e pakushtë e hyjnore, sakrifica e përkushtimi ishin dhe mbeten përherë frymzimi i pashterrshëm i imi në kërkim të dijes andaj, këtë DISERTACION jua kushtoj juve dy prindërve: BABAI DHE NËNA ime, çdo e arritur e imja është falë edukatës, përkushtimit dhe përkrahjes morale që më dhuroni çdo ditë.

*Motivimi dhe burimi i energjisë sime që të mos ndalem asnjëherë
ngërthehet në tre emra:*

Musa's: Një bashkëshort që ndërtoj platformën familjare për të mundësuar këtë kërkim shkencor. Të falemnderit për përkrahjen e paskajshme e debatet kolegjiale.

Eldit e Yllit:

Fanerve që me bëjnë dritë në rrugtimin jëtësor.

E juaja Elvana

REZYME

Hyrje: Barra e sëmundjeve të zemrës si sëmundje kronike gjithnjë e më shumë kërkon që pacientët të marrin më shumë përgjegjësi për vetë-menaxhimin e tyre. Edukimi i pacientëve është thelbësor për sëmundjet e zemrës.

Materiali dhe metoda: Një studim pothuajse eksperimental u realizua në Ambulancën Specialistike të Kardiologjisë D&D në Prishtinë të 100 pacientëve. Edukimi ambulator u implementua për të vlerësuar efektivitetin mbi ndërgjegjësimin dhe stilin e jetesës, ku u përdor dizajni pre-test dhe post-test pa grup kontrolli. Një matje e plotë klinike dhe laboratorike para dhe pas edukimit të pacientëve (Dita e parë ishte pre-testi, pastaj fillimi i aktiviteteve edukative në ditën e 30-të, 60-të dhe 90-të, kurse ditën e 120 ishte post-testi). Rezultati klinik ishte aktiviteti fizik, indeksi i masës trupore, presioni i gjakut, lipidi dhe profili diabetik. Pyetësi i strukturuar para testimit (vlefshmëria, besueshmëria dhe testimi pilot) u përdor për mbledhjen e të dhënave.

Rezultatet: Në ditën e 90-të pacientët që iu nënshtruan programit edukativ, rezultuan në uljen: BMI ($p < 0.001$), niveli glicemik ($p < 0.001$), HbCA1 ($p = 0.02$), profili i lipideve (kolesterol, trigliceride dhe LDL-C, $p < 0.001$). HDL-C u rritë ($p = 0,01$) Aktiviteti fizik u përmirësua ndjeshëm: aktiviteti total dhe aktiviteti ditor u rritën ($(p < 0,001)$ $p = 0,002$).

Përfundim: Edukimi i pacientëve përmirësoi kontrollin glikemik dhe lipidik, BMI dhe aktivitetin fizik te pacientët me sëmundje iskemike të zemrës.

Fjalët kyçe: edukimi i pacientëve, sëmundje të zemrës, rezultati klinik.

ABSTRACT

Introduction: The burden of heart diseases as chronic illness increasingly requires patients to assume more responsibility for their self-management. Patients' education is essential of heart diseases.

Material and Method: A quasi experimental study was conducted in Specialist Cardiology Ambulance D&D in Pristina among 100 patients. Ambulatory nurse education was implemented to assess the effectiveness on awareness on lifestyle where pre-test and post-test design without control group was used. A complete clinical and laboratory measurement before and after patient education (The first day was the pre-test, then the start of educational activities on the 30th, 60th and 90th day, and the 120th day was the post-test). The clinical outcome was physical activity, body mass index, blood pressure, lipid and diabetic profile. The pre-post tested (validity, reliability and pilot testing) structured questionnaire was used for data collection.

Results: On the 90th day the patients underwent the educational program, the following indices were decreased: BMI ($p < 0.001$), glycemic level ($p < 0.001$), HbCA1 ($p = 0.02$), lipid profile (cholesterol, triglycerides and LDL-C, $p < 0.001$ for all). HDL-C was increased ($p = 0.01$) In addition, physical activity was significantly improved: total activity and daily activity were increased ($(p < 0.001)$ and $p = 0.002$, respectively).

Conclusion: The ambulatory nurse education improves glycemic and lipidic control, BMI and physical activity in patients with ischemic heart disease.

Key words: patients' education, ischemic heart disease, clinical outcome.

KAPITULLI I-rë

I. HYRJA

1. Të dhënat e përgjithshme të problemit

Sipas American College of Cardiology (ACC) dhe American Heart Association (AHA), Sëmudjet e Zembrës (SZ) prekin 1 milion amerikanë, me 670.000 raste të diagnostikuara çdo vit (ACC / AHA, 2013). [1] Sëmudjet e zembrës janë arsyeja kryesore për më shumë se një milion hospitalizime në vit (Ermis & Melander, 2012)[2].

Sipas European Heart Journal (2014) 5.7 milionë procedura të pacientëve evropianë janë me rrezik të lartë të ndërlikimeve kardiovaskulare. Për vendet e BE-së: të paktën 167.000 komplikime kardiake janë për shkak të procedurave kirurgjikale jo kardiake, nga të cilat 19.000 prej tyre janë kërcënuese për jetën.[3]

Sipas OBSH-së, sëmundjet kardiovaskulare dhe insulti cerebrovascular janë shkaktarë të vdekjeve të rreth 17.5 milionë njerëzve në vit, që është gati një e treta e të gjitha vdekjeve. Këta dy shkaktarë priten që në vitin 2030 të jenë fatalë për rreth 24 milion njerëz në vit. [4]

Një analizë e realizuar nga (AHA, 2013) popullsia e Shteteve të Bashkuara (ShBA) po plaket prandaj shpenzimet e SIZ-së parashikohen të jenë më shumë se dyfish në 20 vitet e ardhshme, nga 31 miliardë në vitin 2012 në 70 miliardë në vitin 2030 (AHA, 2013).[5] Sëmudjet e zembrës karakterizohen me shërim të gjatë, mungesa të shpeshta nga puna, të përcjellura edhe me paftësi punuese dhe me përqindje të lartë të invaliditetit. Rehabilitimi i tyre është i ngadalshëm, i përcjellur me recidive të shpeshta. Vetëm brenda 30 ditëve menaxhimi i pacientëve me SIZ kushton 17.4 miliardë në vitin 2004 (Jencks, Williams, & Coleman, 2009). [6] Në mbarë botën mesatarisht 16 femra në minutë vdesin nga sëmundjet e zembrës, rreth 400 milionë të rritur janë obezë dhe 1.6 milionë janë me mbipeshë. Rreth 20% të SIZ shkaktohen nga marrja e zvogëluar e sasisë së pemëve dhe perimeve dhe 40% nga konsumimi i duhanit.[7]

Instituti për Përmirësimin e Kujdesit Shëndetësor (IHI- Institute for Health Care Improvement) në partneritet me American College of Cardiology (ACC) inicioi një program të quajtur *Iniciativa për Spitalin në Shtëpi* (H2H- *Hospital to Home Initiative*), misioni i të cilit ishte reduktimi i ripranimit të pacientëve në spitale dhe përmirësimi i trajtimit në shtëpi (IHI, 2011). Qëllimi ishte reduktimi i rasteve të ripranimit pacientëve me SIZ deri në 2012, megjithatë rastet e ripranimit vazhdojnë të rriten. Në fakt, normat kombëtare të ripranimit i afrohen 25% ndërsa praktika më e mirë është 16% (Ermis & Melander, 2012). [2]

Edhe pse ka pasur përparime në zbulimin dhe terapitë për menaxhimin e SIZ, ajo ende edhe sot mbetet një sfidë kryesore e menaxhimit të kujdesit shëndetësor. Sigurimi i udhëzimeve të individualizuara duke përfshirë që pacientët duhet të pajtohen me rregullat e marrjes së barnave, vizitat e rregullta dhe edukimi i pacientëve rreth shenjave të hershme dhe simptomave të përkeqësimit të SZ do të çojë në rezultate të përmirësuar klinike (Silow-Carroll, Edwards, & Lashbrook, 2011). [8] Ofruesit e kujdesit shëndetësor duhet të përdorin një qasje multidisiplinare në edukimin dhe përgatitjen e pacientëve, bazuar në udhëzimet e publikuara nga American Heart Association (ACC), American Heart Association (AHA) dhe Heart Failure Society of America (HFSA). Objektivat kryesore janë të ngadalësojnë progresin e kësaj sëmundjeje kronike, të rrisin cilësinë e jetës, të ulin komplikimet potenciale të sëmundjes dhe të ulin vdekshmërinë.

Udhëzimet e AHA / ACC (2011) theksojnë rëndësinë e edukimit të pacientëve në planifikimin e jetës së përditshme në të jetuarit me sëmundje, me fokus në nivelin e aktivitetit, dietën, pajtimin e barnave, monitorimin e peshës me qëllim të identifikimi të simptomave të rrezikshme dhe menaxhimin e këtyre simptomave (AHA, 2013). [9, 1] Udhëzimet e fundit nga HFSA theksojnë rëndësinë e edukimit dhe rekomandojnë që pacientët të marrin materiale edukative si pjesë e standardit të kujdesit.

Sipas Joint Commission National Quality kërkohet që pacientët me SIZ kur lirohen nga spitalet duhet të marrin me vete materiale edukative dhe udhëzime me shkrim mbi nivelin e aktivitetit, dietën, mënyrën e marrjes së barnave, monitorimin e peshës dhe menaxhimin e simptomave (The Joint Commission [JCAHO], 2010). [10]

Që nga viti 2011, masat e performancës nga spitalet janë raportuar publikisht me theks në rëndësinë e krijimit të shkëmbimit të materialeve edukative edhe përmes postës për pacientët me SZ. (Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ], 2013). [11]

Infermieret janë përballur me edukimin e pacientëve me SZ-së dhe menaxhimin e vetë-kujdesit. Edukimi i pacientëve me SIZ i siguar nga infermieret mund të jetë kyç në reduktimin e rihospitalizimit dhe në këtë mënyrë të shpenzimeve të kujdesit shëndetësor. Ky edukim mund të definohet si proces i përmirësimit të njohurive dhe shkathtësive për të ndikuar në qëndrimet dhe sjelljet e nevojshme për të ruajtur ose përmirësuar shëndetin (Rankin & Stallings, 2001). [12] Edukimi i pacientëve me fokus në menaxhimin e vetë-kujdesit mund të ndikojë pozitivisht në modifikimet e jetesës, siç është dieta, IMT (Indeksi i Masës Trupore), aktiviteti fizik mund të përmirësojë cilësinë e jetës (Paul, 2008). [13]

Megjithatë, infermierja me një edukim bazë nuk mund të edukojë në mënyrë efektive pacientët me SZ-së (Albert, 2013). [14] Qëllimi i këtij hulumtimi ishte rritja e njohurive të infermierëve në lidhje me sëmundjet e zemrës në mënyrë që të mund të ofrojnë edukim efektiv për pacientët me SZ-së para lirim të pacientëve nga institucioni shëndetësor.

Një pjesë e detyrës së infermierëve në sigurimin dhe menaxhimin e kujdesit për pacientët është të jenë në gjendje të dijë se çfarë janë SIZ-së dhe të identifikojnë simptomat tek pacientët të cilët janë në rrezik të dështimit të zemrës dhe, së bashku me anëtarët e tjerë të ekipit shumë profesional, të ofrojnë kujdesin adekuat të nevojshëm tek pacienti. Në dhënien e nevojave të domosdoshme të kujdesit shëndetësor, infermierja pritet gjithashtu të motivojë dhe t'u japë shpresë këtyre pacientëve. (Pierce et al 2009, 884). [15]

1.1.Shqyrtimi i literaturës

Kërkimi i literaturës u krye përmes bazave të të dhënave CINAHL, EBSCO, dhe PubMed, British Nursing Index si dhe kërkimet e bibliografive të listave referuese të artikujve përkatës.

Fjalë kyçe të hulumtuara ishin Sëmundjet e Zemrës (SZ), udhëzuesit e SZ, infermierja si edukator, dhënia e instruksioneve të pacientëve me sëmundje të zemrës, praktikat më të mira në menaxhimin e pacientëve me sëmundje të zemrës dhe njohuritë e infermierëve lidhur me edukimin e pacientëve me SZ. Informata shtesë janë marrë nga artikujt e botuar të cituara si referenca ose uebfaqe të edukimit qeveritar si JCAHO dhe Agjencia për Kujdesin Shëndetësor

dhe Cilësinë e Kërkimit. (AHRQ - Agency for Healthcare and Research Quality). Shumica e informatave të cituara u botua më pak se 10 vjet më parë.

1.2.Patofiziologjia e pamjaftueshmërisë së zemrës

Sasia normale e gjakut të pompuar nga zemra njihet si debiti kardiak, i cili është prodhim i vëllimit goditës dhe frekuencës kardiake dhe vlera normale është 4-8 L/min. [16] Në anën tjetër, faktorë të ndryshëm si forca kontraktuese ventrikulare dhe relaksimi ventrikular kanë rëndësi kyçe (Figura 1). Vëllimi goditës i zemrës, paraqet sasinë hedhëse të gjakut për frekuencë kardiake dhe zakonisht është 1cc/kg ose 60-70 ml/min. [17] Vëllimi goditës i zemrës varet nga tre faktor kryesor: parangarkesa, që nënkupton tendosjen e miofibrileve në fund të diastolës; parangarkesa, që paraqet rezistencën të cilën duhet ta tejkalojë ventrikuli për të pompuar gjakun; dhe kontraktiliteti që paraqet forcën inotrope pavarësisht parangarkesës ose postngarkesës. [18]

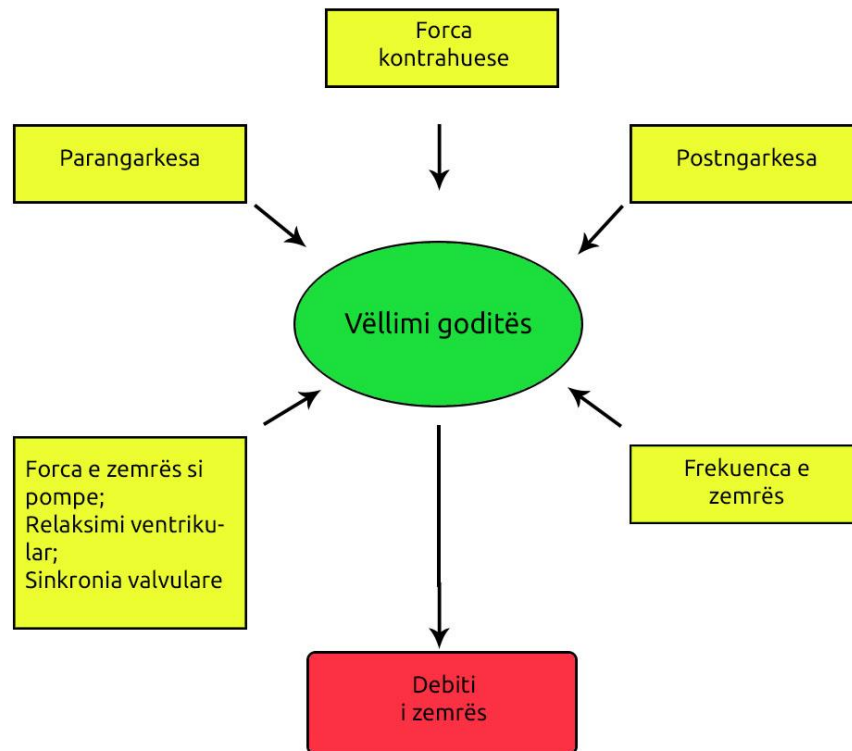


Figura 1. Faktorët që e atakojnë debitin kardiak

Pamjaftueshmëria e zemrës është një sindrome klinike që vjen si rezultat i paaftësisë së zemrës për të pompuar mjaftueshëm gjak dhe për të siguruar mjaftueshëm nevojat metabolike të organizmit. Kjo gjendje vjen si rezultat i dobësisë së forcës si pompë dhe/ose çrregullimit të relaksimit ventrikular.[19] Dobësimi i forcës si pompë shpie në kthim retrograde të gjakut në atriumin e majtë dhe në mushkëri, duke rritur kështu sasinë e lëngut në intersticium (kongjestion mushkëror), që shpie në frymëzënie (Figura 2).

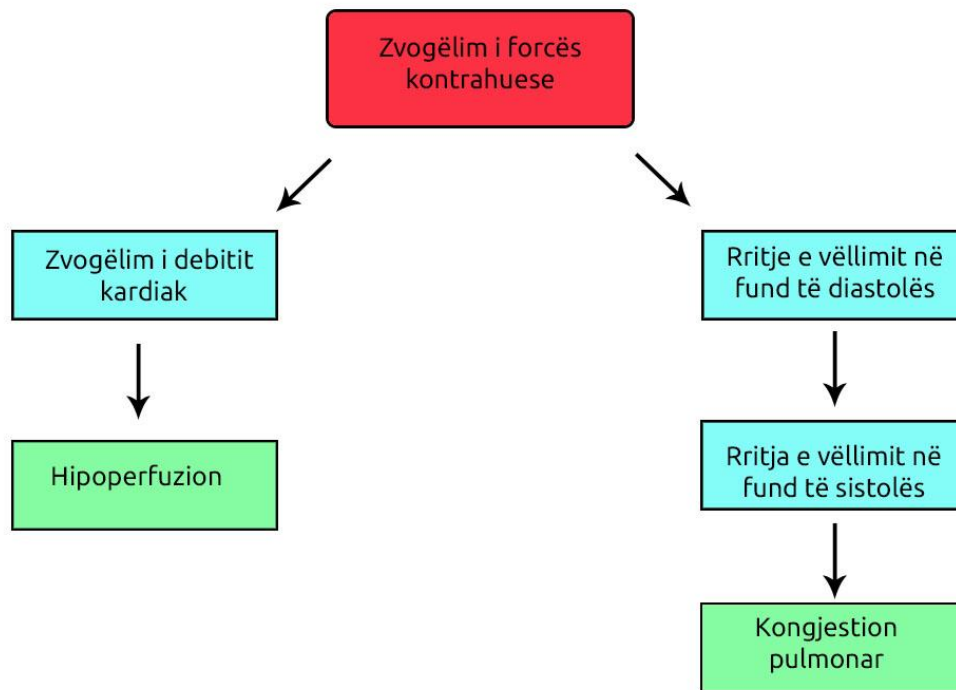


Figura 2. Mekanizmat e pamjaftueshmërisë së zezrës, për shkak të uljes së forcës si pompë.

Po ashtu, çrregullimi i relaksimit ventrikular (Figura 3) shpie në vështirësi në mbushje ventrikulare dhe rritje të presionit në atriumin e majtë, që rezulton me kthim të gjakut nga atrium i majtë dhe vv. pulmonare, më pas në mushkëri, gjendje që shpie në kongjestion pulmonar. [19, 20] Në anën tjetër si rezultat i zvogëlimit të debitit kardiak, rezulton me pa aftësi për të siguruar nevojat metabolike dhe nutritive të organizmit. [21]

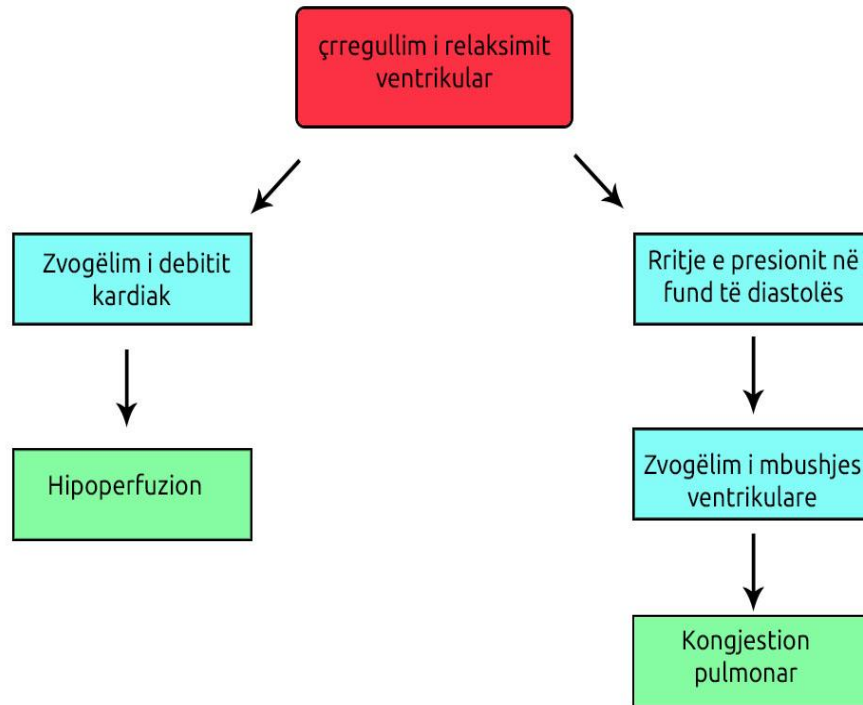


Figure 3. Mekanizmat e pamjaftueshmërisë së zemrës, për shkak të çrregullimit të relaksimit ventrikular

Sëmundjet e ndryshme fajtoresh që shpesh shpërndihen në pamjaftueshmëri të zemrës janë të shumta si: sëmundja e arterieve koronare, hipertensioni arterial, sëmundjet valvulare, kardiomiopati, sëmundjet metabolike dhe gjenetike etj. [22]

KAPITULLI II-të

Epidemiologjia e sëmundjeve të zemrës

Sëmundjet e zemrës ndikojnë në rreth 5.7 milionë amerikanë të të gjitha moshave dhe rezultojnë në hospitalizime më shumë se të gjitha format e kombinuara të kancerit (AHA, 2011).[9] Përqindjet e hospitalizimeve të pacientëve me SZ nën moshën 65 vjeçare janë rritur nga 23% në vitin 2000 në 29% në vitin 2010 (Hall, Levant, & De Frances, 2012).[23] Megjithatë ka pasur përparime në zbulimin e terapisë, SZ-së sot mbeten një problem i madh në sistemin e kujdesit shëndetësor, me hospitalizime dhe rihospitalizime të vazhdueshme. Sëmundjet e zemrës tani konsiderohen të jenë në përmasa epidemike tek njerëzit më të mëdhenj se 65 vjeç, me sëmundje dhe vdekshmëri të rritur dhe kosto më të larta të kujdesit shëndetësor (Roger, 2013).[24] Me më shumë se 670.000 raste të reja të SZ të diagnostikuara çdo vit, kjo sëmundje përbën 34% të vdekjeve të sistemit kardiovaskular dhe është sëmundja kardiale më e shpejtë në rritje, duke ndikuar 2% të popullsisë sonë (AHA, 2011).[9] Ekziston rreziku i zhvillimit të SZ-së në jetën e një personi, me një prevalencë prej mbi 5.8 milionë amerikanëve dhe më shumë se 23 milionë në mbarë botën (Bui et al, 2011). [25] Rritja e prevalencës mund të lidhet edhe me plakjen e popullatës. Incidenca më e lartë raportohet tek zezakët, hispanikët dhe emigrantët nga vendet në zhvillim, të cilat lidhen drejtpërdrejt me incidencën më të lartë të hipertensionit dhe diabetit (AHA, 2011). [9] Kjo, nga ana tjetër, mund të lidhet me kujdesin shëndetësor minimal ose mungesën e kujdesit shëndetësor parandalues për sëmundjet e zakonshme si hipertensioni, diabeti dhe sëmundja iskemike të zemrës në vende të tjera (Bui et al., 2011) [25]

Menaxhimi i sëmundjeve të zemrës

Strategjia primare e menaxhimit të SZ është të zvogëlojë morbiditetin dhe mortalitetin, të parandalojë komplikimet për të përmirësuar rezultatet klinike (Kalogiru, Lambrinou, Middleton, & Sourtzi, 2012).[26] Trajtimi bazohet në simptoma dhe fokusohet në uljen e ngarkesës së punës në zemër. Të dyja si ACC dhe AHA kanë publikuar Masat e Performancës Klinike Spitalore (Hospital Clinical Performance Measures) për pacientët me SZ-së të cilët përfshijnë udhëzimet e dhënies së medikamenteve, vlerësimin e funksionit sistolik ventrikular të majtë, inhibitorët e enzimës konvertuese të angiotenzinës, antagonistin e receptorit të angiotenzinës, ndërprerjen e pirjes së duhanit dhe terapinë antikoaguluese nëse është e pranishme edhe fibrilacioni atrial (Bonow, Bennett, & Casey, 2005).[27] Pacientët me SZ-së duhet të trajtohen në fazën e parë të sëmundjes, andaj duhet sa më shpejt t'i kushtohet vëmendje faktorëve të rrezikut për dobësi të zemrës, të tilla si: *trajtimi i tensionit të lartë të gjakut, sëmundjes së sheqerit, nivelit të lartë të yndyrave në gjak me qëllim zbulimit të hershëm në çrregullimit funksionit të ventrikulave*. Gjatë një funksioni të dëmtuar të ventrikulit të majtë që ndodh te disa pacientë me infarkt akut të miokardit, dëmtim të valvuleve dhe kështu me radhë, të trajtohen në mënyrë adekuate për ta shmangur dobësimin e zemrës. Në qoftë se te këta pacientë zhvillohet dobësia e zemrës rekomandohen:

- *Masa të përgjithshme – zvogëlim i peshës trupore, aktiviteti fizik, konsum i vogël i kripës, kufizimi i alkoolit, ndërprerja e pirjes së duhanit, ushqim dietal (me kalori të vogla, pa acide yndyrore të ngopura, e pasur me pemë dhe perime, peshk).*

- *Barnat që përdoren në rutinë* - Pacientët me pamjaftueshmëri të zezës duhet mjekuar me barna të kombinuara nga këto katër lloje: diuretikë, ACE-inhibitor, beta bllokator adrenergjik dhe digitalis. (Ermis & Melander, 2012). [2] Oksigjeni përdoret për menaxhimin simptomatik. Nitratet nxisin një rritje të prodhimit kardial të pacientët me SZ-së duke shkaktuar një reduktim në ngarkesën e majtë ventrikulare (Breidhardt et al., 2009). [28]
- Diuretikët janë jashtëzakonisht të rëndësishme në atë se rrisin sekretimin e urinimit, duke rezultuar në uljen e mbajtjes së lëngjeve, sidomos në mushkëritë dhe ekstremitetet e poshtme, si dhe uljen e ngarkesës së punës kardiake.(Gardetto & Carroll, 2007).[29]
- Beta bllokatorët janë një nga barërat e para që përdoren për të reduktuar (ri-lodhjen), ulin rrezikun e vdekjes së papritur dhe përmirësojnë funksionin e ventrikulit të majtë duke ngadalësuar ritmin e zezës dhe duke ulur ngarkesën në zemër (Ermis & Melander, 2012). [2]

Faktorët e rrezikut të sëmundjeve iskemike të zezës

Disa prej faktorëve të rrezikut, organizmi i njeriut u ekspozohet që nga mosha më e re. Kështu, sëmundjet shfaqen si rezultat i veprimit shumëvjeçar të faktorëve të rrezikut, që akumulohen dhe veprojnë në zemër ose në organe të caktuara.

Faktor rreziku është çdo karakteristikë që rritë besueshmërinë se diçka do të ndodhë. Kjo vlen edhe për sëmundjen iskemike. Disa faktorë rrisin besueshmërinë se do të zhvillohet sëmundja iskemike e zezës e shprehur si infarkt i miokardit, si angina pectoris apo vdekje e papritur. Disa nga këta faktorë mund të modifikohen, të tjerët jo. Nëse janë prezentë këta faktorë rreziku, nuk do të thotë se do të zhvillohet sëmundja, por në anën tjetër mungesa e tyre nuk jep garancë të plotë se nuk do të sëmurëmi. Përkundër këtij fakti, duhet njohur faktorët e rrezikut dhe duhet modifikuar stili i jetës, ashtu që të reduktohet besueshmëria se do të sëmurëmi nga sëmundja iskemike e zezës. Faktorë rreziku të pamodifikueshëm janë ata në të cilët nuk mund të ndikojmë. Trashëgimia (herediteti), mosha dhe gjinia janë faktorë të tillë kur është fjala për sëmundjen koronare. Nëse kemi në familje të ngushtë (nëna, babai, motra, vëllai) dikë që ka apo ka pasur sëmundje koronare para moshës 55 vjeçare, rritet rreziku për paraqitjen e sëmundjes e sidomos kur kombinohet së paku me një apo me dy faktorë të stilit të jetës. Para menopauzës, femrat janë më pak të rrezikuara nga sëmundja koronare në krahasim me meshkujt. Hormonet e femrave, në rend të parë estrogeni mund të jenë një nga faktorët që e "mbrojnë" femrën nga kjo sëmundje. Duhani e redukton nivelin e estrogenit në gjak dhe shpejton menopauzën, me këtë rrit rrezikun e femrës që të ballafaqohet me sëmundjen koronare. Disa nga faktorët e rrezikut që mund të modifikohen janë shtypja e lartë e gjakut, niveli i lartë i kolesterolit në gjak, sëmundja e sheqerit, pirja e duhanit, pesha e tepërt. Modifikimi i faktorëve të rrezikut nuk e shëron sëmundjen koronare, por bën parandalimin e shfaqjes së saj dhe komplikimeve potenciale.

Stili i jetës është mënyra e jetesës e cila identifikohet me modele të sjelljes të cilat varen nga bashkëveprimi i karakteristikave personale të individit, stilit të jetesës dhe kushtet ekonomike e sociale. Mënyra e jetës së individit, e karakterizuar me identifikimin e modelit të sjelljes, mund të ketë efekt të thellë në shëndetin e individit dhe në shëndetin e të tjerëve. Nëse shëndeti do të përmirësohet me mundësinë që i jepet individit për ta ndryshuar mënyrën e

jetës, veprimi nuk duhet t'i drejtohet vetëm individit por edhe shoqërisë dhe kushteve të jetës të cilat do të bashkëveprojnë duke dhënë si fryt vazhdimin e stilit të mirë të jetës.

Është me rëndësi të përmendet, se nuk ekziston ndonjë mënyrë e jetës "optimale" e cila do t'i përshkruante të gjithë njerëzit. Çdo individ duhet të jetë i gatshëm dhe të jetë i aftë të investojë për shëndetin dhe cilësinë e jetës së tij në mënyrë të vazhdueshme.

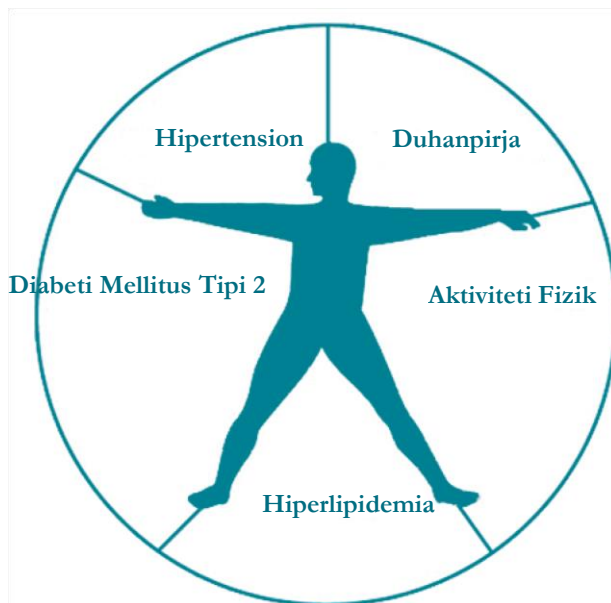
Gjatë dekadave të fundit sëmundja iskemike e zezrës është studiuar në mënyrë intenzive dhe ekziston një pamje e qartë e etiologjisë multifaktoriale që nënkupton ndikimin e stilit të jetës në sëmundjen iskemike të zezrës.



Figura 4: Faktorët e rrezikut që mund të modifikohen

Faktorët që kanë të bëjnë me mënyrën e jetës, që kontribuojnë në favorizimin e faktorëve të rrezikut, janë përgjegjës në më shumë se 80% të patologjive kardiovaskulare që mund të reduktohen duke ndryshuar stilin e jetës. Disa nga faktorët më me ndikim në paraqitjen e sëmundjes iskemike të zezrës do të përshkruhen në vazhdim.

Fig.5. Pesë faktorët e rrezikut që do shtjellohen në trajtimin e pacientëve me SIZ-



2.1. Hipertensioni

Hipertensioni tani është identifikuar të jetë një nga faktorët kryesorë që shkaktojnë mosfunksionim diastolik në zemër (Angeja & Grossman 2003; Baker 2002; and Connolly 2000). [30.31.32]

Hipertensioni arterial është faktor madhor rreziku dhe më i shpeshti për zhvillimin e sëmundjeve iskemike. Hulumtimet kanë treguar se personat me hipertension kanë një risk prej 3 deri 5 herë më të madh për zhvillimin e kësaj sëmundje. Tek njerëzit mbi moshën 45 vjeçare, hipertensioni është faktori kryesor i rrezikut për zhvillimin e infarktut akut të miokardit, megjithatë rreziku për zhvillimin e tij, në të gjithë grupmoshat, rritet me rritjen e presionit arterial. Janë shumë faktorë që ndikojnë në paraqitjen e tij si trashëgimia, obeziteti, jeta e vështirë, stresi, konsumi i shtuar i duhanit, yndyrave dhe alkoolit. Prandaj për parandalimin e paraqitjes së hipertensionit duhet të fillojmë që në stadet e hershme duke krijuar qëndrime pozitive për një stil të shëndoshë të jetës. [33]

Fondacioni Heart and Stroke i Ontarios, vlerëson se më shumë se 2.4 milionë ose 22% e Ontarianëve kanë hipertension. [34] Më të predispozuar për t'u prekur nga kjo sëmundje janë meshkujt e moshës prej 45-50 vjeç dhe femrat e moshës 50-55 vjeçare. Te femrat kjo lidhet me hyrjen në periudhën e menopauzës dhe çrregullimet hormonale karakteristike të kësaj periudhe, ndërsa te burrat me çrregullimet që pësojnë enët e gjakut. Enët e gjakut humbasin elasticitetin, ngushtohen, kështu nisnin problemet me tensionin e gjakut. Kohët e fundit po vihet re se hipertensioni po shfaqet dhe te moshat e reja. Arsyeja për këtë duhet kërkuar te trashëgimia, dhe stili i jetës, aktiviteti i ulët fizik, duhani, mbipeshja dhe regjimi ushqimor me kalori të tepërta pa vlera ushqimore.

Tab.1. Hipertensioni arterial (Heart Foundation 2016) [35]

Klasifikimi klinik i nivelit tensionit të gjakut te të rriturit

| Kategoria | SYSTOLIK | DIASTOLIK |
|--|-----------|-----------|
| Optimal | <120 | <80 |
| Normal | 120 - 129 | 80 - 84 |
| Më e lartë se normalja | 130 - 139 | 85 - 89 |
| Niveli 1 (Hipertensioni i Butë) | 140 - 159 | 90 - 99 |
| - Nëngrupi: kufiri | 140 - 149 | 90 - 94 |
| Niveli 2 (Hipertensioni i Moderuar) | 160 - 179 | 100 - 109 |
| Niveli 3 (Hipertensioni i Rëndë) | ≥180 | ≥110 |
| Hipertensioni sistolik i izoluar (ISH) | >140 | < 90 |

2.2. Diabeti Mellitus i tipit 2

Diabeti mellitus (DM) dyfishon rrezikun e zhvillimit të SZ. Një studim Framing zbuloi se meshkujt me diabet kanë dy herë dhe gratë pesë herë, gjasat për të zhvilluar dështimin e zemrës sesa homologët e tyre jo diabetikë (Maxwell & Jenkins 2011).[36]

Diabeti mellitus është një sëmundje e shkaktuar nga mungesa absolute ose relative e insulinës që rezulton në hiperglicemi. Tipi 1 DM (T1DM) është për shkak të mungesës së sekretimit të insulinës që nuk rezulton nga rezistenca e insulinës, ndërsa lloji i DM 2 (T2DM) është për shkak të rezistencës së insulinës që eventualisht mund të rezultojë në mungesë të sekrecioneve të insulinës. Ekzistojnë disa kritere për të diagnostikuar T2DM dhe prediabetin bazuar në nivelet e biomarkerëve.

Në Tabelën 2 përshkruhet klasifikimi i nivelit normal, prediabetit dhe Diabetit Mellitus. Prediabeti është një gjendje ku nivelet e glukozës në gjak janë më të larta se normale, por pacienti nuk i plotëson kriteret për DM. [37]

Tab.2. Kriteret për diagnostikimin e Diabetit Mellitus dhe para diabetit [38]

| Statusi | Plazma e glukozës para ushqimit ^{1,2} ose Hemoglobulina A1c ³ |
|-------------------------|---|
| Diabeti Mellitus | FPG \geq 126 mg/dL (7.0 mmol/L) në dy rastet |
| | Ose |
| | HbA1c \geq 6.5% me konfirmimin e FPG \geq 126 mg/dL (7.0 mmol/L) |
| | Ose |
| | HbA1c \geq 7.0% në dy rastet |
| Prediabeti | FPG \geq 100 mg/dL and $<$ 126 mg/dL në dy rastet |
| | Ose |
| | HbA1c \geq 5.7% dhe FPG \geq 100 mg/dL dhe $<$ 126 mg/dL (7.0 mmol/L) |
| | Ose |
| | 2-hr plasma glucose 140-199 mg/dL (7.8-11.0 mmol/L) (IGT) |
| Normal | FPG $<$ 100 mg/dL HbA1c $<$ 5.7% |

Shkurtesat: dL: deciliter; FPG: Plazma e glukozës para ushqimit; HbA1c: hemoglobina A1c; hr: ora; IGT: impaired glucose tolerance; L: liter; mg: milligram; mmol: millimole

¹ Para ushqimit kuptohet mos konsumimi i ushqimit apo ndonjë kalorie për të paktën 8 orë.

² FPG është analizë që preferohet për diagnostikim, por secila prej tyre është e pranueshme. Në mungesë të hiperglikemisë së qartë me dekompenzim akut metabolike, një nga këto dy teste duhet të bëhet në ditë të ndryshme.

³ Përdorimi i një metodologjie klinike laboratorike (jo pikë-përkujdesjeje) e standardizuar sipas Programit të Standardizimit Kombëtar të Glycohemoglobinës (NGSP)

Pacientët me një ose më shumë nga faktorët e rrezikut vijues janë në rrezik më të lartë për T2DM:

- Mosha \geq 45 vjet
- Historia familjare (i/e afërm i shkallës së parë me DM)
- Anëtar i një popullsie me popullsi të lartë (p.sh., amerikanët, amerikanët afrikanë, amerikanët hispanikë, amerikanët aziatikë)
- Prediabeti (HbA1c \geq 5.7% [39 mmol / mol], glukozë në gjak para ushqimit 100-125 mg / dl IGT [39], ose IFG në testimet e mëparshme) [39]
- Hipertension (presioni i gjakut \geq 140/90 mmHg ose në terapi për hipertension) [39]

- Niveli i kolesterolit lipoproteinave i densitetit të lartë (HDL-C) <35 mg / dL (0.90 mmol / L) dhe / ose një triglicerid (TG) > 250 mg / dL (2,82 mmol / L) [39]
- Historia e sëmundjeve kardiovaskulare (CVD)[39]
- Mbipeshja (indeksi i masës trupore [BMI] ≥ 25 kg / m² ose ≥ 23 kg / m² në amerikanët aziatikë) [39]
- Gratë me Sindromin Ovary Polycystic (PCOS) [39]
- Historia e GDM ose historia e lindjes së foshnjave që peshojnë > 9 lbs (rreth 4 kg) [39]
- Mosaktiviteti fizik / stili i jetesës i ulur
- Pacientët që përdorin antipsikotikë ose statina

2.3. Hiperlipidemia

Niveli i rritur i kolesterolit dhe acideve yndyrore të lira është një faktor tjetër shumë i rrezikshëm për paraqitjen e sëmundjes iskemike të zemrës. Në përgjithësi, një ulje në vlerat e kolesterolit total çon në zvogëlimin prej 2-3% të rrezikut të zhvillimit të sëmundjeve të arterieve koronare.[40]

Hiperlipidemia është dukuria e rritjes së nivelit të lipideve në gjak që favorizon procesin e aterosklerozës. Kolesterolit është një komponent normal i organizmit tonë, por bëhet faktor rreziku për shëndetin kur niveli i tij në gjak kalon kufirin normal. Kolesterolit udhëton në gjak i lidhur me një proteinë, ky kombinim kolesterol-proteinë formon një kompleks që quhet lipoproteinë. Lipoproteinat klasifikohen si:

- Lipoproteinat me densitet të ultë (LDL): që quhen edhe kolesterol i “keq”, favorizojnë depozitimin e shtresave të kolesterolit në muret e arterieve. Sa më i madh përqendrimi i LDL-ve në gjak, aq më e madhe do të jetë mundësia për të pasur sëmundje të zemrës;
- Lipoproteinat me densitet të lartë (HDL): që quhen edhe kolesterol i “mirë”, ndihmojnë organizmin në eliminimin e kolesterolit të keq në gjak. Sa më shumë HDL aq më mirë. Në qoftë se niveli i HDL në gjak është i ulur, mundësia për të pasur sëmundje të zemrës është më e madhe. Lipoproteinat me densitet shumë të ulët (VLDL): janë të ngjashme me LDL. Trigliceridet janë një lloj tjetër yndyrash që transportohen në gjak nëpërmjet VLDL-së. Kaloritë e tepërta, alkooli dhe sheqeri konvertohen në trigliceride dhe ruhen në qelizat dhjamore të organizmit. Për të parandaluar ndonjë rrezik që mund të sjellë kolesteroli në zemër është e mjaftueshme të bëhen analizat e gjakut.[41]

Tabela 3. Klasifikimi i dislipidemisë [42]

| Tipi i Dislipidemisë | Rritja e Përqendrimit | |
|--------------------------------|-----------------------|--|
| | Lipoprotein | Serum Lipid |
| Hypercholesterolemia | LDL | TC & LDL cholesterol* |
| Mixed (Kombinuar) Dyslipidemia | LDL & VLDL | TC, LDL cholesterol* & TG (1.7-4.5mmol/L [150-399mg/dL]) |
| Hypertriglyceridemia | VLDL | TG (1.7-4.5mmol/L [150-399mg/dL]) |
| Hypertriglyceridemia e Rëndë | Chylomicrons | TG (≥ 4.5 mmol/L [400mg/dL]) |

* $LDL\ cholesterol\ (mmol/L) = TC - (HDL\ cholesterol + TG/2.2)$

Tab.4. Klasifikimi i niveleve të kolesterolit dhe triglicerideve [42]

| Matja në mmol/L (mg/dL) | Klasifikimi |
|--------------------------|----------------|
| Kolesteroli Total | |
| < 5.2 (200) | I dëshirueshëm |
| 5.2- 6.1 (200-239) | Kufiri i lartë |
| ≥ 6.2 (240) | I lartë |
| LDL Cholesterol | |
| < 2.6 (100) | Optimal |
| 2.6-3.3 (100-129) | I dëshirueshëm |
| 3.4- 4.0 (130-159) | Kufiri i lartë |
| 4.1- 4.8 (160-189) | I lartë |
| ≥ 4.9 (190) | Shumë i lartë |
| HDL Cholesterol | |
| < 1.0 (40) | I Ulët |
| 1.0-1.5 (40-59) | I dëshirueshëm |
| ≥ 1.6 (60) | Optimal |
| Triglyceride | |
| < 1.7 (150) | Optimal |
| 1.7-2.2 (150-199) | I dëshirueshëm |
| 2.3- 4.4 (200-399) | I lartë |
| ≥ 4.5 (400) | Shumë i lartë |

Vlerësimi i statusit të rrezikut:

Një parim bazë në parandalimin e SAK (Sëmundjet e Arterieve Koronare) është se intensiteti i rrezikut bie në marrjen e rregullt të terapisë dhe duhet të përshtatet me stilin e jetesës së personit dhe vetëdijesimi i personit për eliminimin e faktorëve tjerë rrezikues.

Si i tillë, hapi i parë që duhet marrë është vlerësimin e statusit të rrezikut të individit dhe caktimin e individëve një nga katër kategoritë e rrezikut. Këto janë:

1. Rreziku shumë i lartë
2. Rreziku i lartë
3. Rreziku i ndërmjetëm
4. Rreziku i ulët
- 5.

Faktorët e rrezikut që merren parasysh në vlerësimin e statusit të rrezikut

Faktorët vijues merren parasysh gjatë vlerësimit të statusit të rrezikut si: moshë, gjinia, etniciteti, pirja e duhanit, HTA, diabeti mellitus, sëmundje kronike të veshkave, prania e SAK, cerebrovascular, sëmundjet aterosklerotik ose sëmundje arteriale periferike.

Vlerësimi i statusit të rrezikut për një individ

Hapat e mëposhtëm merren për nivelin e rrezikut (Tabela 4)

Hapi 1

Identifikoni individët të cilët kategorizohen në grupe të caktuara nga grupi pa rrezik deri te grupet me rrezik të lartë (Tabela 5).

Tabela 5. Individët në rrezik shumë të lartë dhe të lartë, zhvillimi i ngjarjeve të ardhshme koronare [42]

| Niveli i rrezikut | Paraqitja klinike e individëve |
|------------------------------|---|
| Rreziku shumë i lartë | <p>(1) Individë me SAK të përcaktuar, Aterosklerotikë, sëmundjet cerebrovaskulare, aneurizmi aortal ose sëmundje periferike të arteries</p> <p>(2) Individët me diabet mellitus me Sëmundje kronike të veshkave</p> <p>(3) Individët me hypercholesterolemia familjare i cili duhet të dyshohet në pacientët me nivel të ulët në dendësinë e kolesterolit lipoprotein (kolesteroli LDL) > 4.9mmol / L (190mg / dL)</p> |
| Rreziku i lartë | <p>(1) Individë me sëmundje të veshkave të moderuara deri ato të rënda.</p> <p>(2) Individët me diabet mellitus pa praninë e SAK, sëmundjet cerebrovaskulare, sëmundjet aterosklerotike, aneurizëm aortik, sëmundje e arterieve periferike ose sëmundje kronike të veshkave.</p> |

Bazuar në statusin e rrezikut të sëmundjeve kardiovaskulare në periudhën e 10 vjetëve të ardhshme, statusi i rrezikut të individit klasifikohet si vijon:

1. > 20% rrezik i lartë
2. 10-20% rrezik i ndërmjetëm
3. < 10% rrezik i ulët

Tabela 6. Nivelet e synuara të kolesterolit LDL në katër rreziqet
Kategori të grupeve

| Kategorizimi i grupeve të rrezikut | Targeti i Niveleve të LDL kolesterol |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| Grupi me rrezik shumë të lartë | < 2.1 mmol/L (80 mg/dL) |
| Grupi me rrezik të lartë | < 2.6 mmol/L (100 mg/dL) |
| Grupi me rrezik të ndërmjetëm | < 3.4 mmol/L (130 mg/dL) |
| Grup me rrezik të ulët | < 4.1 mmol/L (160 mg/dL) |

Ndryshimet e duhura të jetesës janë një pjesë integrale e menaxhimit të dislipidemisë. Shkaktarët që ndikojnë në rritjen e vlerave të kolesterolit në gjak janë, mosaktiviteti fizik, konsumimi i duhanit, mbipesha dhe diabeti, kryesisht faktorët që kanë të bëjnë me mënyrën e jetesës dhe që të gjitha e rrisin rrezikun e sëmundjeve të zemrës. [43]

2.4. Smocking (pirja e duhanit)

Pacientët që pinë duhan duhet të këshillohen që të ndalojnë pirjen e duhanit menjëherë. Duhanit njihet si një nga faktorët kryesorë në dëmet arteosklerotike të vazave që sjellë ngushtimin e enëve të gjakut dhe si pasojë sëmundjen iskemike të zemrës, dëmtim të sistemit nervor qendror si edhe të shumë organeve të tjera.[44] Rreziku ndaj sëmundjeve të zemrës është më i lartë në duhanpirësit aktivë dhe që konsumimi i duhanit është për një periudhë të gjatë. Shumica e dëmtimeve dhe mosfunksionimit të endotelit në arteriet periferike dhe koronare mund të jenë rezultat i pirjes së duhanit (Tonstada & Johnstonb 2006, 508).[45] Ndërprerja e duhanit ulë rrezikun e sëmundjeve të zemrës. [46] Monoksidi i duhanit, një nga përbërësit e tymit pakëson oksigjenin në gjak, ndërkohë që nikotina, një nga përbërësit e duhanit, shton punën e zemrës dhe të dyja shpejtojnë formimin e trombit që ngushton dhe bllokton enët koronare. Sipas OBSH-së më tepër se gjysma e banorëve meshkuj të rruzullit tokësor pinë cigare, rreth një e katërta e femrave dhe pirja direkte ose indirekte e cigareve është shkak i vdekjes së afër 20% banorëve në botë. Është vërtetuar se sëmundjet iskemike janë të pranishme 2 deri 3 herë më shumë tek personat që konsumojnë duhan në krahasim me ata që nuk e konsumojnë. Tek ata që pinë 20 cigare në ditë ky rrezik trefishohet kurse rreziku për vdekje të papritur pesëfishohet.[47]

2.5. Aktiviteti fizik

Efektet fiziologjik të aktivitetit fizik konsistojnë në përmirësimin e qarkullimit dhe vaskularizimit të muskullit të zemrës. Gjithnjë e më shumë po argumentohet se sëmundja është më e rrallë te personat që merren me aktivitete të rregullta sesa te personat jo-aktivë fizikisht. Mosaktiviteti fizik dyfishon mundësinë e vuajtjes nga sëmundjet iskemike të zemrës. Më tepër se 2 milionë vdekje në vit shkaktohen në mënyrë direkte si pasojë e tij. Ky faktor shton rrezikun e paraqitjes së shtypjes së lartë të gjakut për një të tretën respektivisht për gjysmë më tepër për paraqitjen e sëmundjes së sheqerit. [48]

Personat me dislipidemi duhet të ecin 150 deri në 300 minuta në javë (~ 30 deri 60 minuta në ditë) me intensitet mesatar, aktivitete aerobik prej 5 deri në 7 ditë gjatë javës. [49, 50]

Sipas të dhënave shkencore duke ushtruar aktivitet fizik vetëm disa orë në ditë, përfshirë edhe aktivitetet aerobike, do të zvogëlohej shfaqja e problemeve të SIZ. Komentet e Dr. Hall janë të bazuara në 25 vjet studime, në bashkëpunim me kolegun e tij Dr. Laurel B. Yates në Brigham, të cilët testuan 2357 meshkuj të cilët ishin të shëndetshëm dhe u vëzhguan deri në moshën 72-vjeçare, kurse 970 meshkuj të cilët jetuan deri në moshën 90 vjeçare kishin këtë stil të jetës: nuk pinin duhan, nuk konsumonin alkoolin në masë të tepruar, kishin marrë masa parandaluese ndaj diabetit, obezitetit dhe tensionit të lartë të gjakut si dhe ushtronin vazhdimisht. Theksohet se aktiviteti fizik është një faktor pozitiv në jetëgjatësinë e njeriut pa dallim gjinie. Shumë njerëz kanë një gjendje fizike të mirë dhe zemër të shëndetshme pikërisht sepse merren me aktivitete fizike. [51]

KAPITULLI III-të

3.1.Udhëzuesit (Guidelines) e SZ

Udhëzimet e AHA / ACC (2013) fokusohen në rëndësinë e organizimit të planifikimit që përfshin nivelin e aktiviteteve, dietën, dhënien e medikamenteve dhe mënyrën e përdorimit të medikamenteve (koha, sasia, rruga), monitorimin e peshës dhe vetë-menaxhimin, vetë-kujdesi i sëmundjes në rast përkeqësimit të gjendjes shëndetësore. Sipas Joint Commission National Quality Performance Measures, obligojnë pacientët me SZ-së kur lirohen nga spitali duhet të marrin edhe materiale edukative dhe udhëzime me shkrim për nivelin e aktivitetit, dietën, mënyrën e përdorimit të medikamenteve, monitorimin e peshës dhe çfarë të bëjnë nëse simptomat keqësohen (JCAHO, 2010). [52]

Që nga viti 2011, masat e performancës së spitalit janë raportuar publikisht dhe caktimi i terminëve të pacientëve me SZ dhe infermieres specialiste janë në rritje me qëllim fokusimit në minimizimin e faktorëve të riskut janë shtuar në listën e rekomandimeve për masat e performancës (AHRQ, 2013). [53] Një përmbledhje e shkurtër e secilës fushë të përmbajtjes do të paraqitet më tutje.

Niveli i aktivitetit fizik- Për të zvogëluar rihospitalizimin e pacientëve me SZ dhe për të përmirësuar kujdesin ambulator, është e rëndësishme rritja e aktiviteteve të toleruara fizike. Efekti fiziologjik i aktivitetit fizik konsiston në përmirësimin e qarkullimit dhe vaskularizimit të muskullit të zemrës. Gjithnjë e më shumë po argumentohet se sëmundja është më e rrallë te personat që merren me aktivitete të rregullta sesa tek personat jo-aktivë fizikisht. Mosaktiviteti fizik dyfishon mundësinë e vuajtjes nga sëmundjet iskemike të zemrës. Më tepër se 2 milionë vdekje në vit shkaktohen në mënyrë direkte si pasojë e tij. Ky faktor shton rrezikun e paraqitjes së shtypjes së lartë të gjakut për një të tretën respektivisht për gjysmë më tepër për paraqitjen e sëmundjes së sheqerit (AHA, 2011). [9]

Udhëzimet sipas Joint Commission National Quality Performance Measures kërkojnë që pacientët me SZ-së pas lirimimit nga spitali me vete duhet të marrin me shkrim për nivelin e aktiviteteve fizike që ata duhet dhe mundë t'i bëjnë (JCAHO, 2010). [10] Duhet të ketë rekomandime nga infermierja edukatore pas lirimimit nga spitali se çfarë lloj aktiviteteve individuale janë në gjendje të bëjnë, sa kohë lejohen aktivitetet fizike dhe cilat ndryshime fiziologjike mund të vërehen me rritjen e aktivitetit. Theksohet se aktiviteti fizik është një faktor pozitiv në jetëgjatësinë e njeriut pa dallim gjinie. Shumë njerëz kanë një gjendje fizike të mirë dhe zemër të shëndetshme pikërisht sepse merren me aktivitete fizike (AHA, 2011). [9]

Dieta- Rritja e natriumit në ushqim, zakonisht i njohur si kripë, e bën trupin të mbajë lëngun, prandaj rekomandohet që njerëzit me SZ-së të hanë më pak prej tyre (Purcell & Fletcher, 2012). [54] Rritja e tepërt e sodiut dietik është një shkak i zakonshëm i hospitalizimeve dhe simptomave përkeqësuese për pacientët me SZ-së (AHA, 2011).[9] Prej 90% e amerikanëve janë në rrezik për hipertension gjatë jetës së tyre, AHA për të gjithë sugjeron zvogëlimin e marrjes së natriumit nën 1200 mg në ditë. Njerëzit me SZ duhet të edukohen dhe këshillohen

që marrja e kripës të kufizohet në 2000 mg në ditë (Lainscak et al., 2011).[55] Ata duhet të këshillohen se si t'i lexojnë etiketat e ushqimit në mënyrë korrekte dhe si të identifikojnë përmbajtjen e sodiumit që përshkruhet në secilën etiketë ushqimore (AHA, 2011).[9]

Rezultatet pozitive shihen kur njerëzit me SZ-së i përmbahen dietës së ulët të sodiumit, të demonstruar me zvogëlimin e edemës, rregullimi i frymëmarrjes, ulja e hospitalizimeve dhe kanë më shumë energji. Kjo duhet të përshkruhet në hollësi tek pacientët me SZ kur edukohen pacientët për rëndësinë e aplikimit të dietës së kufizuar me sodium (Welsh et al., 2010).[56]

Dhënia e medikamenteve - Sipas AHA (2011), është e domosdoshme që njerëzit me SZ-së të edukohen rreth medikamenteve të SZ-së, duke përfshirë emrin dhe arsyen kryesore për mjekimin, caktimin e dozimit, efektet anësore dhe çfarë të bëjnë nëse ka një dozë të humbur. Pasi pacientët t'i lexojnë udhëzimet pas marrjes së edukimit ndihmon në vlerësimin e shkathtësisë së pacientit dhe pamjaftueshmërinë e mundshme. Një fushë tjetër gjatë shqyrtimit të recetave fokusohet edhe në edukimin e pacientëve për shikimin e afatit kohor përdorimit të barnave (AHA).[9]

Menaxhimi i peshës – Për të menaxhuar më mirë shëndetin e pacientëve me SZ-ë, rutinë ditore e tyre duhet të jetë matja e peshës çdo ditë, në mëngjes para ngrënies dhe në mbrëmje pas zbrazjes së fshikëzës urinare. Ata duhet të kuptojnë konceptin e një monitorimi të peshës ditore, sa krahasohet pesha e sotme me peshën "e thatë" dhe veprimet që duhen marrë kur rritet pesha. Njerëzit me SZ-së duhet të raportojnë çdo fitim të shpejtë të peshës prej më shumë se 300 gr në një ose dy ditë gjatë marrjes së ushqimit rutinë ose 200 gr brenda natës tek ofruesi i kujdesit shëndetësor të tyre (Purcell & Fletcher, 2012).[54]

Simptomat që duhet raportuar - Pacientët me SZ-së duhet të jenë të vetëdijshëm për simptoma të veçanta që duhet treguar menjëherë dhe lajmëruar infermieren apo mjekun ose shkuarja në spital. Shembuj të shenjave dhe simptomave paralajmëruese do të përfshijnë gulçim, kollitje të vazhdueshme ose wheezing, edema në këmbët, duart, stomaku, ulje e tolerancës së pasivitetit, mungesë e oreksit dhe e nauzesë (AHA, 2011). [9]

Një instrument ose burim që është përdorë në këtë punimi gjatë seancave edukative të pacientëve me SZ-së është një faqe **Red – Yellow - Green** Congestive Heart Failure Tool. *(Anexi 1) Ky orientues i pacientëve me SZ është përdorimi dhe kodimi i simptomave të rrezikshme për të udhëzuar pacientët në menaxhimin e simptomave dhe duhet të rishikohen së bashku me pacientët para se pacienti të lirohet nga spitali.

Menaxhimi i simptomave ndahet në zona të **gjelbra** ("të gjitha të qarta"), **të verdha** ("kujdes") dhe të **kuqe** ("gatishmëri mjekësore"). Secila nga këto zona i siguron pacientit shenja dhe simptoma të SZ-së, mënyrat për të menaxhuar gjendjen e tyre dhe orientojnë se kur të kërkojnë ndihmë emergjente (AHRQ, 2013). [53]

3.2. Edukimi i pacientëve gjatë hospitalizimit, rihospitalizimit dhe lëshimit nga spitali

Hulumtimet tregojnë se sëmundja iskemike e zemrës, si pjesë e sëmundjeve kardiovaskulare, gjithnjë e më tepër vjen si pasojë e veprimit të shumë faktorëve gjenetikë dhe biologjikë edhe nga një stil jo i shëndetshëm i jetës, veprimi i faktorëve socialë dhe ambientalë si dhe zhvillimi i sistemit shëndetësor. Popullata e vendeve në zhvillim, posaçërisht ajo produktive,

për shkak të ndryshimit të stilit të jetesës karakterizohet me rritjen e incidencës së këtyre sëmundjeve. Hulumtimet tregojnë gjithashtu se rritja e njohurive për stilin e jetesës ndikon në zvogëlimin e kësaj sëmundjeje, menaxhimi i pacientëve me sëmundje të zemrës është recidive andaj mund të kenë pranime të përsëritura (Ermis & Melander, 2012).[2]

Edukimi i pacientëve me SZ-së i ofruar nga ofruesit e kujdesit shëndetësor është një komponentë e rëndësishme në parandalimin e rihospitalizimeve (JCAHO, 2010). [10]

Disa nga faktorët e rrezikut që mund të modifikohen janë shtypja e lartë e gjakut, niveli i lartë i kolesterolit në gjak, sëmundja e sheqerit, pirja e duhanit, pesha e tepërt. Modifikimi i faktorëve të rrezikut nuk e shëron sëmundjen koronare, por bën parandalimin e komplikimeve potenciale. Stili i jetës është mënyra e jetesës e cila identifikohet me modele të sjelljes të cilat varen nga bashkëveprimi i karakteristikave personale të individit, bashkëveprimi shoqëror dhe kushtet sociale ekonomike. Mënyra e jetës së individit, e karakterizuar me identifikimin e modelit të sjelljes, mund të ketë efekt të thellë në shëndetin e individit dhe në shëndetin e të tjerëve. Nëse shëndeti do të përmirësohet me mundësinë që i jepet individit për ta ndryshuar mënyrën e jetës, veprimi nuk duhet të i drejtohet vetëm individit por edhe shoqërisë dhe kushteve të jetës të cilat do të bashkëveprojnë duke dhënë si fryt vazhdimin e stilit të mirë të jetesës. Është me rëndësi të përmendet, se nuk ekziston ndonjë mënyrë e jetës "optimale" e cila do t'i përshkruante të gjithë njerëzit. Çdo individ duhet të jetë i gatshëm dhe të jetë i aftë të investojë për shëndetin dhe cilësinë e jetës së tij në mënyrë të vazhdueshme. [57] Qëllimi është të ofrohet edukim adekuat pacientëve në menaxhimin e sëmundjes dhe mënyrën e të jetuarit me sëmundje, realizimi i seancave edukative kanë për qëllim në nxitjen e pacientëve në ndryshimin e sjelljeve të favorshme për të përmirësuar menaxhimin e SZ-së. Seancat edukative e pacientëve në mënyrë individuale fokusohen duke përfshirë pajtimin e barnave, caktimin e takimeve të seancave pasuese dhe paralajmërimin e pacientëve rreth shenjave dhe simptomave të përkeqësimit ka qenë një mënyrë e përdorur nga disa spitale për të përmirësuar rezultatet klinike dhe duke ulur numrin e rihospitalizimit (Silow-Carroll et al., 2011). [58]

Krahasimi i edukimit të ofruar nga infermierja specialiste para lëshimit të pacientit nga spitali dhe edukimit tradicional u krahasuan se cili program edukativ do të jepte më shumë përmirësime në rezultatet klinike te pacientët me SZ-së.

Në një hulumtim ku totali i pacientëve të hulumtuar ishin 223 pacientë, kjo mostër u nda në dy nivele edukimit, Grupi i I-rë (n=116) ishte grupi i kontrollit që u realizua edukimi tradicional dhe Gr.II-të (n=107) ishte grupi me ndërhyrje edukative që e udhëhiqte infermierja kardiak-e edukative. Një orë mësimore që udhëheqte *infermierja edukative* përbëhej nga edukimi rreth rëndësisë së kripës, niveli i ulët i sodiumit gjatë ushqimit, kufizimi i lëngjeve, shkaqet e SZ-së, dhe rëndësinë e marrjes së medikamenteve të veçanta dhe në rast harresës apo neglizhimit të marrjes së terapisë, udhëzimet rreth menaxhimit në vet-kujdes dhe vetë-menaxhim. Subjektet u ndoqën në ditët e 1-rë, 30-ta, 90-ta dhe 180-ta pas dhënies së informatave (seancave edukative), gjatë kësaj kohe u administrua pyetësori Minnesota Living with Heart Failure. Njëqind e tetëdhjetë ditë ishte përfundimi i studimit për të vlerësuar numrin e ditëve që pacientët u shtruan në spital ose vdiqën gjatë asaj periudhe. Rezultatet treguan një incidencë më të ulët të hospitalizimeve dhe vdekjeve te pacientët të cilët kanë marrë ndërhyrje edukative nga infermierja edukative (n = 107) në krahasim me grupin e kontrollit (n = 116) të cilët kanë marrë edukimin tradicional (p = 0.009). Pacientët që u edukuan nga infermierja edukatore

kishin më pak hospitalizime dhe më pak shanse për të vdekur me rezultate më të mira klinike ($p = 0.018$).

McAlister, Stewary, Ferrua dhe McMurray (2004) vlerësuan, përmes një shqyrtimi sistematik të 29 testeve të kontrollit të rastësishëm, nëse strategjitë multidisiplinare përdorshin për të përmirësuar rezultatet e pacientëve me SZ me rrezik të lartë ishin të suksesshëm. Të dhënat në këtë studim u gjetën duke kërkuar baza elektronike të të dhënave, bibliografitë dhe kontaktet me ekspertët e SZ-së. Kriteret e përzgjedhjes përfshinin studimet që duhej të raportonin për ndikimin e vdekshmërisë ose të hospitalizimeve të pacientëve me SZ-së. Ekipet multidisiplinare që ofrojnë ndjekjen e specializuar kanë qenë të lidhur me një rrezik të reduktuar të vdekshmërisë (RR 0, 75 CI 0, 59 deri në 0, 96). Strategjia e parë ishte që përmes telefonit u konsultuan me mjekun në rast të përkeqësimit të gjendjes shëndetësore në menaxhimin e simptomave ka pasur një reduktim të hospitalizimeve (RR 0.75, 95% CI 0.57 deri në 0.99), por nuk kishte ulje të vdekshmërisë (CI 0.67 deri 1.29). Gjashtë nga 19 gjykimet gjetën reduktime të konsiderueshme ($p = 0.36$) në të paktën një hospitalizim. Rezultatet e këtij meta-analiza përfunduan se kishte një reduktim prej 27% të hospitalizimeve të pacientëve me SZ-së për shkak të përdorimit të strategjive multidisiplinare. [59] Në spitalin John Hopkins dhe John Hopkins Bayview Medical Center, u realizua një hulumtim prospektiv i rastësishëm i cili përfshinte 200 histori të pacientëve të hospitalizuar me SZ-së, klasës së III / IV të cilët ishin në rrezik të lartë për rihospitalizime (Kasper et al., 2002). [60] Qëllimi i studimit ishte reduktimi i hospitalizimeve, rihospitalizimeve dhe vdekjes për shkak të SZ-së, duke përdorur një qasje multidisiplinare ambulatorie. Moshë mesatare e subjekteve ishte 63.5 vjet dhe të gjithë kishin LVEF (Fraksion i ejeksionit i ventrikulit të majtë) <40%; të gjitha subjektet ishin në rreziqe të larta për rihospitalizime në spitale për shkak të moshës së tyre dhe FE (Fraksionit i ejeksionit) të ulët. Grupi me ndërhyrje u hartua për të përmirësuar trajtimin, pamjaftueshmërinë e pacientit, në analizimin e rezultateve gjatë një periudhe gjashtë mujore. Grupi i ndërhyrjes përbëhej nga një koordinator infermiere telefonike, infermiere SZ-së, kardiolog, dhe QKMF (Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare). Grupi i cili nuk u intervistua u kujdes vetëm nga Mjekësia Familjare. E dhënë kryesore nga ky hulumtim ishte analizimi i vdekshmërisë nga çdo shkak dhe numri i përgjithshëm i pranimeve pacientëve me SZ-së. Të dhënat u vlerësuan duke përdorur T-testin dhe statistikat e rendit Wilcoxon. Të gjeturat kanë vërejtur se ka pasur 59 pranime spitalore pacientëve me SZ-së në mesin e 35 pacientëve në grupin jointervistues dhe 43 pranime në mesin e 26 pacientëve në grupin e intervenimit ($p = 0,09$). Në grupin e intervenimit, ka pasur më pak pranime në përgjithësi ($p = 0.03$). Rezultatet e studimit përfunduan se një qasje multidisiplinare që përdorë monitorimin e shpeshtë, edukimin e pacientit dhe ndërveprimin e ngushtë me mjekun familjar mund të zvogëlojë përkeqësimet e gjendjes shëndetësore, vdekshmërinë dhe të përmirësojë cilësinë e jetesës të pacientët me SZ-së.

3.3.Strategjitë efektive në edukimin e pacientëve

Në një rishikim sistematik të testeve të kontrolluara të randomizuara të kryer në periudhën kohore 1998-2008, Boyde, Turner, Thompson dhe Stewart (2011) [61] vlerësuan zbatimin e ndërhyrjeve edukative te pacientët me SZ-së dhe efektivitetin e tyre. Janë vlerësuar gjithsej 19 studime që përfshinë gjithsej 2,686 pacientë. Një sërë intervenimesh edukative u analizuan në këtë hulumtim duke përfshirë: një infermier me një pacient, seancat me pacientë kanë zgjatur nga një deri në dy orë e gjysmë; përdorimi i ekipeve multidisiplinare; përdorimi i edukatorëve shëndetësorë për pacientët; Një sesion tre orësh për të edukuar infermierët dhe mjekët rreth

mënyrave për të edukuar pacientët e tyre me SZ-së; edukimin pasues, duke përfshirë dhënien e broshurave për udhëzimet që duhet ndjekur; dhënia e videove në shtëpi; ose realizimi i telefonatave më të shpeshta. Një komponent i matur në këto ndërhyrje edukative ishte për të vlerësuar efektivitetin e këtyre strategjive dhe efektin që ata do të kishin në rezultatet e pacientit si: rihospitalizimet, cilësinë e jetës dhe normat e rihospitalizimit. Në tetë studime, njohuritë e pacientëve me SZ-së u vlerësuan dhe në 12 studime tjera si cilësia e jetës u raportua duke përdorur një shumëllojshmëri pyetësorësh si Minnesota Living with Heart Failure (MLHF). Nga 19 teoritë e praktikave të trajtuar si adekuate, vetëm shtatë nga 19 teoricienët e përdorur u implementuan në praktikë. Rezultatet e këtij shqyrtimi sistematik treguan se mësimi verbal është gjetur se është më pak efektiv dhe nevojitet të plotësohet me përfundime të tjera edukative për të qenë të suksesshme. Në studimet që maten njohuritë, është demonstruar përmirësimi i vazhdueshëm i njohurive, ndonëse është vërejtur se nuk mund të ketë një ndryshim korrespondues në sjelljen e vetë-kujdesit dhe vetë-menaxhimit. Nga 12 studimet që matën cilësinë e jetës duke përdorur MLHF, vetëm dy kanë raportuar përmirësim në rezultatet pas një ndërhyrje edukative.

Në 13 nga studimet, numri i rihospitalizimeve u matën me katër studime që shfaqin një rënie të ndjeshme të rihospitalizimeve pas ndërhyrjeve edukative. Në përfundim, ky rishikim tregoi se edukimi verbal i pacientëve me SZ-së është më pak efektiv. Nuk kishte përfundime të qarta lidhur me atë se cila ishte ndërhyrja më e mirë për shkak të ndryshimeve në ndërhyrjet edukative dhe rezultateve të matura. Një studim cilësor nga Britz & Dunn (2010) shqyrtoi nëse kishte mangësi të vetë-kujdesit dhe tregues të cilësisë së jetës në mesin e pacientëve me SZ-së në kohën e trajtimit nga kujdesi ambulator. Studimi përshkruan ekzaminimin e marrëdhënieve të pacientëve me SZ-së krahasuar cilësinë e jetës dhe vetë-kujdesin e tyre. Nga 30 pacientë të hulumtuar, 19 meshkuj dhe 11 femra, plotësuan një pyetësor me 22 pika që analizonte vetë-kujdesin për mirëmbajtjen, menaxhimi i vetë-kujdesit dhe vetëbesimin. Cilësia e jetës është matur duke përdorur pyetësorin e MLHF. Rezultatet treguan se femrat në studim ishin më të prirë për të menaxhuar dhe mbajtur simptomat e SZ-së dhe vetë-kujdesin më të mirë krahasuar me gjininë mashkullore ($p < 0.05$), dhe pjesëmarrësit më të vjetër kishin më shumë besim në vetë-kujdesin e tyre ($p < 0.5$). [62] Sipas autorëve, studimi në përgjithësi tregoi se personat që kishin më shumë besim në trajtimin e nevojave të tyre individuale të vetë-kujdesit kishin cilësi më të lartë shëndetësore më të mëdha sesa ata që ishin më pak të sigurt ($p < 0.01$).

Jaarsma et al. (2013) kryen një analizë dytësore dhe grumbulluan të dhëna nga 5964 pacientë me SZ-së nga 15 vende të ndryshme duke përdorur Indeksën e Vetë-kujdesit dhe shkallën e Sjelljes së Vetëkujdesit. Studimi përshkruan ekzaminimin nëse pacientët kishin njohuri rreth pesë sjelljeve të vetë-kujdesit, të identifikuar si: *kufizime në marrjen e kripës, aktivitetin fizik, peshimin e rregullt, shpeshësia e gripit dhe njohjen e medikamenteve*. Të dhënat u analizuan duke përdorur statistika përshkruese. Autorët përcaktuan se kishte ndryshueshmëri në rezultatet e fituara në varësi të vendit. Në 50% të të anketuarve, aktivitetet fizike dhe njohuritë rreth peshimit të rregullt mungonin. Menaxhimi i gripit, kufizimet në dietë dhe njohuritë e vetë-kujdesit ishin gjithashtu të varfra dhe të ndryshme sipas vendit të studiuar. Studiuesit arritën në përfundimin se të gjitha vendet kishin nevojë për klinika për të përmirësuar në fushën e sigurimit të edukimit cilësor që lidhet me sjelljet e vetë-kujdesit tek pacientët me SZ-së. Jaarsma et al. deklaruan se edukimi i pacientit potencialisht mund të jetë efektiv në promovimin e vetëkujdesjes dhe parandalimin e rihospitalizimeve. Autorët gjithashtu i atribuuan pabarazinë në sjelljen e vetë-

kujdesit për mungesën e qasjes në kujdesin mjekësor, mungesën e disponueshmërisë për programet edukative, dallimet kulturore dhe zakonet dietike bazuar edhe në besimet fetare.[63]

Një studim i kryer nga Van der Wal et al. (2006) shqyrtuan pamjaftueshmërinë dhe faktorët e lidhur në një grup prej 501 pacientëve me SZ-së në Evropë. Ky grup përbëhej nga pacientë simptomatikë me SZ-së në Holandë të hospitalizuar periudhën kohore në mes të nëntorit 2002 dhe shkurtit 2005. Qëllimi i studimit ishte të përcaktojë variablat që kanë të bëjnë me pamjaftueshmërinë. U përdor një përkufizim i pamjaftueshmërisë nga Organizata Botërore e Shëndetësisë (WHO), kjo është shkalla në të cilën sjelljet e pacientit korrespondojnë me rekomandimet e dakorduara nga një ofrues i kujdesit shëndetësor. Studimi cilësor vlerësoi faktorët që lidhen me pajtueshmërinë duke përfshirë njohuritë aktuale të pacientëve për SZ-së dhe trajtimi i tyre.

Modeli i besimit Shëndetësor (The Health Belief Model) është përdorur si një teori në këtë studim për të ndihmuar në shpjegimin e sjelljeve shëndetësore të individëve me SZ-së. Pamjaftueshmëria është matur duke përdorur Revised HF Compliance Questionnaire. Pyetëtori identifikoi sjellje të rëndësishme shëndetësore duke përfshirë mbajtjen e takimeve, peshimin e përditshëm, stërvitjen, medikamentet, dietën e kufizuar të natriumit dhe kufizimin e lëngjeve. Problemi më i rëndësishëm i vërejtur për ata që u përfshinë në studim ka qenë te etja, neglizhenca me barnat dhe matja e peshës ditore. Pacientët kishin vështirësi me përdorimin e diuretikëve për shkak rritjes së frekuencës së urinimit gjatë natës. Autorët vunë në dukje një deficit të njohurive që lidhet jo vetëm me peshën e përditshme dhe kufizimin e lëngjeve, por edhe për regjimin dhe trajtimin e simptomave të SZ-së. Studiuesit arritën në përfundimin se është një sfidë për të edukuar njerëzit në sjellje të shëndetshme për të reduktuar pengesat. Gjetja e variablave që lidhen me pacientët me SZ-së që janë në përputhje me vetë-kujdesin e tyre është më e rëndësishme për ofruesit e kujdesit shëndetësor për të edukuar dhe integruar strategjitë për të përmirësuar përputhshmërinë. Autorët rekomanduan një ndryshim të besimeve të pacientit nëpërmjet edukimit dhe këshillimit nga ofruesit e kujdesit shëndetësor.

3.4. Edukimi i pacientëve dhe teknikat edukative

Infermieret specialiste të SZ-së dhe ekipet multidisiplinare kanë potencial për të përmirësuar rezultatet dhe cilësinë e jetës nëse përdoren në mënyrë efektive në procesin e edukimit. Phillips, Kern, Singa, Shepperd dhe Rubin (2011) vlerësuan efektivitetin e dhënies së informatave gjithëpërfshirëse plus mbështetjen e pacientëve për normat e rihospitalizimit për të rriturit me SZ-së (mosha mesatare > 55 vjet). Qëllimi i meta-analizës ishte vlerësimi i rezultateve të përmirësuar shëndetësore për pacientët me SZ-së dhe reduktimi i rihospitalizimit. U përdor një shqyrtim i gjerë i 18 studimeve me të dhëna nga tetë vende. Të gjitha studimet vlerësuan efikasitetin e planifikimit të dhënies së informatave gjithëpërfshirës para lirimit nga spitali. Mbështetja pas dhënies së informatave ndryshoi nga studimi. Shqyrtimi tregoi se vdekshmëria me të gjitha shkaqet ishte më e ulët ($p = 0.6$) dhe cilësia e jetës u përmirësua nga niveli bazë prej 25.7% në pacientët e randomizuar në një ndërhyrje të përshtatur. Planifikimi gjithëpërfshirës i dhënies adekuate të informatave dhe përkrahja pas dhënies së informatave u shoqëruan në një reduktim prej 25% në normat e rihospitalizimit dhe një rënie prej 13% në vdekshmërinë me të gjitha shkaqet. Rezultatet e studimeve treguan rëndësinë e edukimit, mënyrën e dhënies së informatave dhe ndjekjen e pacientëve me SZ-së në parandalimin e frekuencës së rihospitalizimeve.

3.5. Infermierja si edukatore

Edukimi i pacientëve të siguar nga infermierët ka qenë gjithmonë një komponent kyç në planin gjithëpërfshirës të kujdesit për pacientët me SZ-së. Një infermiere kardiake e udhëhequr, nga evidence based practice (përvoja e bazuar në praktikë) dhe klasat edukative, që u ofrohet personave me SZ-së, është treguar të përmirësojë rezultatet (Paul, 2008). [13]

Në rishikimin e literaturës, Pali identifikoi një sërë strategjish edukative si të dobishme kur infermierja edukative ofron edukim për pacientët me SZ-së. Edukimi i pacientëve me SZ-së duhet të përfshijë udhëzimet e rekomanduara bazuar në dëshmi dhe të adresojë nevojat e vetë-kujdesit. Dëshmitë tregojnë se pacientët të cilët janë të edukuar para lëshimit nga spitali kanë më pak përkeqësime dhe ulin morbiditetin dhe vdekshmërinë (Paul). [13] U shqyrtuan strategjitë e përdorura për nxitjen e rezultateve pozitive si dhe pengesat që bllokojnë pacientët me SZ-së duke u pajtuar me vetë-kujdesin. Sapo identifikohen barrierat, infermieret si edukatore mund të përshtatin metodat e përdorura. Shembujt e pengesave që lidhen me mospërputhjen me vetë-kujdesin përfshijnë: regjimet komplekse të mjekimit; dëmtime njohëse; mësime dhe papërshtatshme nga infermierët; mungesa e motivimit dhe mos aplikimi i dietave adekuate ose rritja e marrjes së lëngjeve. Infermieret janë përgjegjëse për të edukuar pacientët, familjet dhe infermierët e tjerë rreth udhëzimeve të SZ-së. Autori vuri në dukje se metodat e mësimit edukative të infermierëve ndryshojnë, por përdorimi konsistent i strategjive të bazuara në evidencë do të përmirësojë rezultatet (Paul, 2008) [13] Infermierët gjithashtu duhet të kenë njohuri për informacionin që ata i japin dhe edukojnë pacientët me SZ-së.

Programet e edukimit të pacientëve të siguruara nga infermierët për menaxhimin e vetëkujdesit në shtëpi lidhur me SZ-së kanë treguar të jenë efektive në uljen e rihospitalizimit (Stromberg, 2005). [64] Stromberg shqyrtoi programet e menaxhimit të pacientëve me SZ-së që u përqendruan në EDUKIMIN si një komponent kyç në reduktimin e rihospitalizimeve.

Sipas Stromberg, përkeqësimet e pacientëve me SZ-së mund të shkaktohen nga dështimi i pacientëve për t'iu nënshtruar trajtimit mjekësor, duke përfshirë regjimin e dietës, pamundësinë për të kryer sjellje vetë-kontrolli, duke përfshirë simptoma të përkeqësuar dhe dështimin për të ndërmarrë veprime për të parandaluar përkeqësimin e mëtejshëm. Njohuritë e mangëta si dhe mungesa e njohurive mund të kontribuojnë në probleme; Për shembull, një person mund të dijë t'i regjistrojë peshat ditore por nuk e kupton që shtimi i peshës është një tregues i një problemi. Autori arriti në përfundimin se edukimi infermior në lidhje me SZ-së është i rëndësishëm për aftësinë e pacientit për tu aftësuar për vetë-kujdesin si një komponentë esenciale në minimizimin e rihospitalizimeve dhe përkeqësimit të gjendjes shëndetësore të tyre. Strategjitë edukative duhet të jenë të dizajnuara për pacientët me SZ-së, dhe infermierët duhet të vlerësojnë nivelin e mirëkuptimit të pacientëve dhe ndërhyrjet e mundshme infermiore në përputhje me rrethanat e pacientit duke u bazuar në nivelin e njohurive, statusit social, ekonomik. [64]

3.6. Njohja e Infermierëve për sëmundjet e zemrës

Komisioni i Përbashkët (The Joint Commission) lejojë infermierët që të edukojnë pacientët me SZ-së para lëshimit të pacientëve nga spitali, për sa kohë, çfarë mësohet dhe sa informata po ofrohen nuk janë studiuar. Hulumtimi shqyrtonte njohuritë e infermierëve për SZ-së.

Sipas Hart, Spiva dhe Kimble (2011), infermieret janë përballë edukimit të pacientëve dhe duhet të kenë njohuri dhe aftësi për të edukuar pacientët në mënyrë adekuate rreth menaxhimit simptomave të SZ-së. Autorët zhvilluan një studim dy-pjesësh psikomotor jo-eksperimental të projektimit që krahasoi karakteristikat psikometrike „Njohuritë e Infermierëve bazuar në principet e edukimit të pacientëve me SZ-së nga Albert et al. (2002) për të testuar sërish besueshmërinë e një sondazhi të rishikuar. Qëllimi ishte të identifikohesh se cili pyetësor do të ishte më i dobishëm në identifikimin e mangësive të njohurive të infermierëve në mësimdhënien e aftësive menaxhuese të pacientëve me SZ-së. Sondazhet identifikojnë parimet e vetë-menaxhimit të SZ-së që infermieret duhet të kenë njohuri, duke përfshirë dietën, pacientët që peshojnë vetë, njohja e simptomave të rrezikshme në rast të përkeqësimit, pajtimi me medikamente dhe marrja e tyre dhe rëndësia e aktiviteteve fizike. Një total prej 74 infermierësh përfunduan dy versione të pyetësorit “Njohuritë e Infermierëve bazuar në principet e edukimit të pacientëve me SZ-së” (*Nurse’s Knowledge of Heart Failure Education Principles survey*). Rezultatet arritën në përfundimin se infermierët kishin njohuri për rëndësinë e njerëzve asimptomatikë që vazhduan peshën e përditshme, por kishin më pak njohuri se si të këshillonin njerëzit asimptomatikë rreth vetë menaxhimit dhe vetëkujdesit të tyre në rast të paraqitjeve të simptomave, ngritja e vetëdijes se neglizhimi i simptomave të lehta mundë të sjellë deri në vdekje. Sondazhi i rishikuar është gjetur më i dobishëm në identifikimin e mangësive në njohuritë e infermierëve rreth menaxhimit të pacientëve me SZ-së si monitorimi i peshave të përditshme dhe marramendjes. [65]

Në një studim të Delaney, Apostolidis, Lachapelle, & Fortinsky (2011), hulumtuesit vlerësuan njohuritë e infermierëve të kujdesit në shtëpi për tema të edukimit bazë në menaxhimin e pacientëve me SZ-së. Qëllimi i studimit ishte vlerësimi i nevojave edukative të infermierëve të kujdesit në shtëpi në ofrimin e edukimit të pacientëve me SZ-së. Janë përfshirë 94 infermiere nga katër agjenci të kujdesit në shtëpi të përfshira në studim, të cilat reflektojnë një normë përgjigjeje prej 57%. Pyetësori përbëhet nga 20 pyetje bazuar pyetësorin nga Albert et al. (2002), Njohuritë e Infermierëve në menaxhimin e pacientëve me SZ-së. Pyetjet e individualizuara brenda secilës temë u analizuan me vlerësim të lartë ose të ulët. Rezultatet treguan se infermieret e kujdesit në shtëpi kishin një nivel të njohurive prej 78.9% të parimeve të edukimit të pacientëve me SZ-së. Infermieret rezultuan me njohuri më të ulëta lidhur me hipotensionin asimptomatik, monitorimin e peshës ditore dhe marramendjen e përkohshme të pacientët me SZ-së. Përgjigjet korrekte për pyetjet e anketës individuale shkonin nga 24.5% -100%. Në përgjithësi, rezultatet sugjerojnë që infermierët e kujdesit në shtëpi mund të mos kenë njohuri për edukimin e bazuar në evidencë në menaxhimin e pacientëve me SZ-së dhe se ka nevojë për programe edukimi për të rritur njohuritë e infermierëve në menaxhimin e tyre. [66]

Mungesa e njohurive të infermierëve në lidhje me vetë-menaxhimin e pacientëve me SZ-së mund të ndikojë në aftësinë e tyre për t’i dhënë udhëzimet e duhura në mënyrë adekuate. Në një studim eksplorues të kryer nga Mahramus et al. (2013), një grup studiuesish specialistë të infermierisë vlerësuan njohuritë e infermierëve për SZ-së në tri ambiente të kujdesit parësor: një spital edukativ; spitalin e komunitetit; dhe një agjenci e kujdesit shëndetësor në ShBA në juglindje. Gjithsej 160 infermierë të regjistruar u anketuan për të marrë pjesë në anketim në një faqe në internet për të përfunduar një vlerësim të njohurive të SZ-së. Nga 160 infermiere të anketuara, 108 infermieret në të vërtetë arritën në vendin e testimit dhe 98 përfunduan testin e njohurive për SZ-së. Hulumtimi gjithashtu përdori njohurinë e infermiereve të Studimit të Parimeve të edukimit lidhur me SZ-së të zhvilluar nga Albert dhe të tjerët. (2002).

Njohuritë e infermierëve lidhur me parimet e menaxhimit të vetë-kujdesit ishin të ulëta, me një rezultat mesatar prej 71%; Rezultati kalimtar ishte 85%. Nga 98 infermieret që përfunduan testin, vetëm nëntë morën rezultatin kalimtar. Tre pikat në studim ishin: (njohuri rreth medikamenteve, menaxhimi i shenjave dhe simptomave, monitorimi i peshës) janë përgjigjur gabimisht më shumë se 75% të anketuarve. Infermieret që punonin në një mjedis të kujdesit akut kishin rezultate mesatarisht më të larta (72.9) sesa infermierja e kujdesit në shtëpi (70.4), megjithatë kishte mungesë të njohurive të SZ-së nga të gjithë infermieret e regjistruar. Rezultatet treguan se infermierët vazhdojnë të mos kenë njohuri për parimet e menaxhimit të vetë-kujdesit të SZ-së. Sipas hulumtuesve, forcimi i njohurive të infermierëve për SZ-së është e domosdoshme dhe CNS (*Clinical Nurse Specialist*) mund të sigurojë edukim të bazuar në evidencë për të rritur njohuritë e infermierëve për vetë-menaxhimin e kësaj sëmundjeje kronike. [67]

Siç është demonstruar përmes këtij rishikimi të literaturës, duket se ekziston një deficit i njohurive të infermierëve në lidhje me parimet kyçe që duhet t'u mësohen pacientëve me SZ-së rreth vetë-menaxhimit të plotë të simptomave dhe stilit të jetesës. Literatura e gjerë ka shqyrtuar mënyrat për të reduktuar rihospitalizimet nëpërmjet edukimit të pacientëve, por ka pasur shumë më pak literaturë për të eksploruar njohuritë e infermierëve rreth menaxhimit të SZ-së. Qëllimi i këtij rishikimit të materialit është rritja e njohurive të infermierëve lidhur me edukimin e pacientëve me SZ-së që t'u ofrohet pacientëve para lirimit nga kujdesi akut.

Njohuritë në lidhje me llojet e trajtimit farmakologjik është përshkruar të shërbejë si drejtim për praktikë, dhe për të ndihmuar në edukimin e klientit dhe familjes. Një udhëzues i bazuar në praktikë të mirë gjithashtu ofron një përzgjedhje të teorive se infermieret mund t'i përdorin për të lehtësuar ndryshimet në sjelljen e klientëve. [68]

3.7. Modelet Teorike dhe ndryshimi i sjelljeve

Modelet teorike sigurojnë bazën për përzgjedhjen e ndërhyrjeve infermirore për të mbështetur sjelljet e njerëzve që mund të ndryshojnë te sëmundjet kronike. Modelet në vijim janë përzgjedhur teoritë se infermieret mund të përdorin për të lehtësuar ndryshimin e sjelljeve dhe për të promovuar njëherit për të respektuar klientët me sëmundje kronike.

3.7.1. Modeli i fazave të ndryshimit (Transtheoretical)

Modeli Transtheoretical gjithashtu iu referua Modelit të fazës së ndryshimit (SOC- Stages of Change Model), ku ju ofron infermiereve një kornizë për zgjedhjen e ndërhyrjeve që korrespondojnë me secilin nga fazat përmes të cilit individët (pacientët) përparojnë si ata të ndryshojnë sjelljet. [69, 70, 71]

Fazat e ndryshimit janë:

1. Vetëdijesimi i përgjithshëm - pa marrë parasysh ndryshimin e sjelljes në 6 muajt e ardhshëm.
2. Meditimi - duke pasur parasysh ndryshimin e sjelljes në 6 muajt e ardhshëm.
3. Përgatitja - planifikimin e ndryshimit në sjelljen gjatë 30 ditëve të ardhshme.
4. Aksioni (Veprimet) - sjellja ndryshon

5. Mirëmbajtja - ndryshim i suksesshëm në sjellje për të paktën 6 muaj.

6. Rikthimi – rifillimi i aktiviteteve rutinë, ndryshimi i stilit të jetës në procesin e aktiviteteve të përditshme.

Tabela 7. MODELI I FAZAVE TË NDRYSHIMIT Stages of Change Model [72, 69, 73, 74]

| Faza e ndryshimit | Karakteristikat | Qëllimi | Teknika |
|------------------------------------|--|---|--|
| Vetëdijesimi i përgjithshëm | <ul style="list-style-type: none"> ■ Nuk janë në dijeni ose nuk duan të ndryshojnë. ■ Nuk është menduar për të bërë një ndryshim në 6 muajt e ardhshëm. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Për të ndihmuar klientit të mendojnë seriozisht për të bërë një ndryshim. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Vlerësimi i mungesës së gatishmërisë. ■ Sqaroni: Vendimi është i tyre. ■ Nxitja në ri-vlerësimin e sjelljes aktuale. ■ Nxitja e vetë-eksplorimit, jo të veprimit. ■ Shpjegoni dhe të personalizoni rrezikun. |
| Meditimi | <ul style="list-style-type: none"> ■ Ambivalent rreth ndryshimit: ■ Duke menduar për të bërë një ndryshim brenda 6 muajve. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Për të ndihmuar lëvizjen e klientit drejt një vendimi për të ndryshuar sjelljen. ■ Për të ndihmuar klientit të ndjehen më të sigurt. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Vërtetoni mungesën e gatishmërisë. ■ Sqaroni: Vendimi është i tyre. ■ Nxitja e vlerësimit të mirat dhe të këqijat e ndryshimit të sjelljes. ■ Identifikimi dhe të rehat e promovimit, rezultatet e pritshme pozitive. |
| Përgatitja | <ul style="list-style-type: none"> ■ Disa eksperiencia me ndryshimin dhe jeni duke u përpjekur për të ndryshuar: "Testi mi në ujërat" ■ Planifikimi për të vepruar brenda 1 muaji. ■ A të caktojë një datë për të filluar | <ul style="list-style-type: none"> ■ Për të ndihmuar klientit të përgatiten për veprim dhe të parashikojnë pozitivisht një "Datë të fillimit." | <ul style="list-style-type: none"> ■ Identifikojnë dhe të ndihmojnë në zgjidhjen e problemeve: pengesa. ■ Ndihmë klientit të identifikojë mbështetje sociale. ■ Verifikoni se klienti ka aftësitë për ndryshimin e sjelljes. ■ Nxitja në hapa të vogël |

| | | | |
|--------------------|---|--|--|
| | <p>ndryshimin e sjelljes.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Kanë bërë një përpjekje 24 orë për të ndryshuar në 12 muajt e fundit. | | <p>fillestar.</p> |
| Veprimi | <ul style="list-style-type: none"> ■ Praktikuar sjellje të reja brenda 6 muajve të fundit dhe janë në mënyrë aktive duke aplikuar aftësitë për ndryshimin e sjelljes. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Për të ndihmuar klientit për të ruajtur ndryshimin e sjelljes dhe të marrin veten nga rifillimi. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Fokusimi në sinjalet e ristrukturimit dhe mbështetje sociale. ■ Rritë vetë-efikasitetin për trajtimin me pengesa. ■ Ndjenjat luftarake për humbjen dhe përsërisin përfitimet afat-gjata. |
| Mirëmbajtja | <ul style="list-style-type: none"> ■ Ka vazhduar angazhimin për të mbështetur sjellje të re, dhe të integruar këtë sjellje në rutinën e përditshme. ■ Pas-6 muajve. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Për t'i ndihmuar klientit për të mbajtur sjellje të re për një jetë. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Planifikoni për mbështetje pasuese ■ Përforcimi i shpërblimeve të brendshme. ■ Diskutoni përbalimin me rikthim. |
| Rikthim | <ul style="list-style-type: none"> ■ Rifillimi i sjelljeve të vjetra. ■ Një ngjarje normale në procesin e bërjes së ndryshimeve në sjellje. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Për të ndihmuar klientit të njohin se çdo përpjekje e tyre ofron mundësi të reja për të mësuar aftësi dhe teknika të reja për të ndihmuar ata të jenë të suksesshme në përpjekjet e tyre për të ardhmen. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Vlerësimi shkas për rikthim. ■ Vlerësimi, motivimin dhe pengesat. ■ Plani i strategjive përballuese më të fortë. |

“Fazat e ndryshimit për të përshkruar gatishmërinë e klientit për të ndryshuar. Modeli SOC (Stages of Change Model) është e dobishme për të kuptuar dhe parashikuar ndryshimin e qëllimshëm të sjelljeve. Shumica e pacientëve në një kohë ose në një tjetër mund të bëjnë gabime të paqëllimta në marrjen e medikamenteve të tyre për shkak të harresës apo keqkuptimit në marrjen e udhëzimeve. Megjithatë, jo-aderimi me qëllim është një problem i madh” [75]

3.7.2. Modeli vendimmarrës i balancuar

Modeli vendimmarrës i balancuar nga Horne dhe Weinman (1999) është një kornizë që tregon se inkorporimi i pacientit në mjekimi është e lidhur me perceptimet e një klienti të domosdoshmërisë (përfitimet e perceptuara apo të mirat) e medikamenteve / modalitet e trajtimit dhe shqetësimet (rreziqeve të perceptuara apo të këqijat) në lidhje me efektet e mundshme negative dhe mënyrën në të cilën një individ balancon këto rreziqe të perceptuara (shqetësimet). Vendimmarrja e qëndrueshme konsiston në identifikimin pro dhe kundër e ndryshimeve aktuale / të sjelljes së propozuar. Hulumtimet kanë krijuar një "marrëdhënie karakteristike ndërmjet SOC-it dhe Modelit vendimmarrës së bilancuar" [75]

Klientët zhvillojnë perceptimin e tyre të trajtimit të bazuar në modelin se si e kuptojnë sëmundjen e tyre, si dhe vlerësimin e efektit të trajtimit në krahasim me pritshmëritë / përvojat e tyre të mëparshme. "Modeli i sëmundjes së klientëve" përbëhet nga besimet në lidhje me etiologjinë, perceptimin e simptomave, kohëzgjatjen e mundshme dhe pasojat personale. Domosdoshmëria e një trajtimi mund të ndikohet nga këto besime. "Hulumtimet ekzistuese të pacientëve besimet rreth sëmundjes dhe medikamentet tregojnë vlerën e një qasjeje të integruar, e cila u drejtohet pacientëve perceptimet e trajtimit si dhe përdorimi i tyre në praktikë. Domosdoshmëria-shqetësimet udhëzojnë ofrimin e një metode për të konceptualizuar besimet e duhura që duhet të adresohen. Pacientët duhet të pajisen me një arsyetim të qartë për nevojën e një trajtimi të veçantë që është në harmoni me modelin e tyre të sëmundjes. Për më tepër, duhet vënë në pah shqetësimet e tyre specifike dhe të adresohen" [76]

3.7.3. Modeli i Vetë-efikasitetit

Vetë-efikasiteti është bindja e një individi që ai ose ajo është në gjendje të merret me një problem specifik. Rezultatet e ulëta të vetë-efikasitetit në shmangien e ndryshimit të sjelljes, ndërsa, të larta të vetë-efikasitetit nxit ndryshime në sjellje [77]

Bandura (1977) i specifikojë katër burime të informacionit nëpërmjet të cilave pritjet e modelit të vetë-efikasitetit janë mësuar dhe me të cilat ata mund të modifikohen. Këto burime të informacionit janë:

1. Arritjet e performancës, që është, përvojat e kryerjes me sukses rreth sjelljeve në fjalë;
2. Mësimi i deleguar ose modelimi;
3. Bindjet verbale, për shembull, inkurajimi dhe mbështetje nga të tjerët; dhe
4. Zgjidhimi fiziologjik, për shembull, ankthi në lidhje me sjelljen. [78, 77]

3.7.4. Modeli i vetë-kujdesit dhe vetë-menaxhimit

Modeli i Vetë-kujdesit dhe vetë-menaxhimit është situatë specifike, përfshin zotësinë për të vepruar dhe për të bërë zgjedhje, ndikohet nga njohuritë, aftësitë, vlerat, motivimin dhe efikasitetit dhe fokusohet në aspektet e kujdesit shëndetësor nën kontrollin e individit.

Teoria e deficitit të vetë-kujdesit përcakton tri role kryesore për infermieret:

- a. Për të kompensuar pa-aftësinë e një personi për të mundësuar vetë-kujdesin;
- b. Për të punuar së bashku me klientin për të përmbushur nevojat e kujdesit shëndetësor të atij / saj dhe
- c. Për të mbështetur dhe për të edukuar klientin në të jetuarit me sëmundje dhe mënyrën e të mësuarit për të kryer vetë vetë-kujdesin e tij / saj përballë sëmundjes. Ky është roli kyç në lehtësimin aderimin e klientit për ruajtjen e vetë-kujdesit.

3.7.4. Intervenimet / Strategjitë për Ndryshim

Përveç modeleve dhe teorive të diskutuara më lart, ka ndërhyrje që infermieret mund të përdorin për të lehtësuar ndryshimin e sjelljes në klientët e tyre. Disa shembuj përfshijnë:

■ **Intervistimi motivues** - drejton në mënyrë sistematike klientin drejt motivimit për ndryshim; ofron këshilla dhe reagime kur është e përshtatshme; përdor selektivisht reflektimin empatik për të përforcuar procese të caktuara; dhe kërkon të nxjerrë dhe të plotësojë mospërputhjet e klientit për sjelljen e tyre të gabuar për të rritur motivimin për të ndryshuar (Botelho & Skinner, 1995).[79] *Anexi 2 jep detaje lidhur me intervistimin motivues dhe shembuj të zbatimit të këtyre parimeve.*

■ **Strategjitë e sjelljes** – vëzhgimi i sjelljeve të ndryshuara të tilla si thjeshtimi i regjimeve mjekësore, përdorimi i doseteve etj.

3.7.4.1. Konceptet teorike

Teoria e vetë-efikasitetit nga Albert Bandura ishte koncepti teorik i zgjedhur për këtë studim. Besimi në vetë-efikasitetin ishte besimi në efektivitetin e kryerjes së detyrave ose në prodhimin e një efekti. Një pritshmëri e efikasitetit ishte bindja se mund të realizojë me sukses sjelljen e nevojshme për të parë rezultatet. Parimi bazë i teorisë së vetë-efikasitetit nënkupton që njerëzit kanë më shumë gjasa të angazhohen në një aktivitet të caktuar nëse ata e perceptojnë se do të jenë kompetentë në aktivitet. Vetë-efikasiteti siguron themelet për motivimin e njerëzve, ndjenjën e mirëqenies dhe të arritjeve personale. Sipas Bandura (1977). [78] njerëzit me këto ndjenja të arritjes personale bëhen më aktive në përpjekjet e tyre për të arritur qëllimet dhe për të parë rezultate. Vetë-efikasiteti buron nga 4 burime: arritjet e performancës, përvojat e ndryshme, bindjet verbale dhe gjendja fiziologjike. Arritjet e performancës janë burimet më me ndikim në vetë-efikasitetit, sepse ato rrjedhin nga përvojat personale dhe sukseset (Bandura).

Vetë-efikasiteti është i rëndësishëm për pacientin dhe edukatorët. Aspektet teorike gjithashtu mund të përdoren për infermieret në edukimin e pacientëve rreth SZ-së. Infermieret duhet të kenë bindjen ose vetë-efikasitetin që ata mund të jenë të suksesshëm në mësimin e pacientëve rreth mënyrës së dhënies të udhëzimeve duke përmirësuar menaxhimin e vetë-kujdesit të pacientit.

Është e rëndësishme që infermierët, si edukatorë, të ndihen të motivuar për të ndihmuar pacientët me SZ-së që të arrijnë rezultate pozitive që do të përmirësojnë cilësinë e jetës së tyre. Infermieret të cilët kanë një efikasitet më të lartë mësimor krijojnë eksperiencë në lidhje me udhëzimet e SZ-së dhe të kushtojnë më shumë kohë edukative për pacientët që rezultojnë në pajtueshmëri më të

mirë për pacientin. Infermierja me kualifikim më të lartë do të vendosë vendosmërinë dhe motivimin në edukimin e tyre për pacientin. Mosarritja e suksesit dhe njohuritë e dobëta e pacientëve duke u ripranuar brenda 30 ditëve nuk është një opsion për një infermiere me një vetë-efikasitet të fortë. Duke e rritur njohurinë e infermierës rreth SZ-së, studiuesit shpresojnë që infermierët të ndihen kompetentë dhe të vendosur në suksesin e edukimit të pacientëve për udhëzimet e vetë-menaxhimit dhe menaxhimin e vetë-kujdesit.

Albert et al. (2002) realizoi një studim për të vlerësuar njohuritë e infermierëve rreth parimeve të vetë-menaxhimit të pacientëve me SZ-së duke përdorur teorinë e vetë-efikasitetit. Para se infermieret të fillojnë në praktikë duhet të zotërojnë aftësi dhe koncepte teorike që kanë rezultuar të suksesshme në vet-efikasitet, infermieret duhet të kenë një kuptim të edukimit të SZ-së që të kenë sukses. Në studim, teoria e vetë-efikasitetit është përdorur në lidhje me rritjen e njohurive, sjelljes dhe motivimit të infermierëve në edukimin e pacientëve me SZ-së. Rezultatet e njohurive të infermierëve për edukimin vetë-menaxhues të SZ-së mund të ndikohen nga vetë-efikasiteti i infermierëve. Nëse infermierët e kontrollojnë vetë-efikasitetin, infermierët do të kenë zotërimin e informacionit që ata po edukojnë pacientët me SZ-së (Albert et al.). [80] Studimi arriti në përfundimin se infermierët nuk ishin duke u edukuar siç duhet në parimet e vetë-menaxhimit. Para zbatimit të programeve të edukimit të SZ-së është e rëndësishme të vlerësohen njohuritë e infermierëve për parimet e edukimit dhe infermierët duhet të marrin informacion të saktë për SZ-së në mënyrë që të edukojnë pacientët në mënyrë efektive (Albert et al.)

KAPITULLI I IV-të

5.1.QËLLIMI I PUNIMIT

Qëllimi kryesor i punimit ishte vlerësimi i njohurive të pacientëve të diagnostikuar me sëmundje të zemrës në regjionin e Prishtinës lidhur me menaxhimin e faktorëve të riskut.

Posaçërisht u analizuan:

- Kushtet socialo mjekësore dhe faktorët tjerë prezent tek të sëmurët si gjinia, mosha, kushtet ekonomike, ngarkesat psikike, si dhe faktorët tjerë të pamodifikuar që ndikojnë në dëmtimin e vazave koronare:
- Faktorët e rrezikut, si faktorë të modifikuar, të stilit të jetesës, që në mënyrë të tërthortë dhe në bashkëveprim me ndonjërin nga faktorët kryesorë të rrezikut, përshpejtojnë manifestimin klinik të sëmundjeve iskemike të zemrës:
- Vlerësimi i njohurive të pacientëve të diagnostikuar me sëmundje të zemrës në vet-menaxhimin dhe vetë kujdesin e faktorëve të riskut si: hipertensioni arterial, duhan pirja, diabeti mellitus i tipit 2, hiperlipidemia dhe aktiviteti fizik, ku kriteret e përjashtimit ishin pacientët e diagnostikuar me sëmundje tjera kronike:

HIPOTEZA 1:

- Sa do të arrijë infermierja një edukim adekuat lidhur me menaxhimin e vet-kujdesit të pacientëve me sëmundje koronare duke u fokusuar në faktorët e ndryshueshëm të riskut.

HIPOTEZA 2:

- Pas përfundimit të seancave edukative a do të përmirësohet HbA1c te 100 pacientët e diagnostikuar me sëmundje të zemrës.

HIPOTEZA 3:

- Pas përfundimit të seancave edukative a do të përmirësohet IMT te 100 pacientët e diagnostikuar me sëmundje të zemrës.

HIPOTEZA 4:

- Pas përfundimit të seancave edukative a do të përmirësohet Kolesterolin, HDL, LDL dhe Trigliceridet te 100 pacientët e diagnostikuar me sëmundje të zemrës.

HIPOTEZA 5:

- Pas përfundimit të seancave edukative a do të rritet niveli i Aktivitetit Fizik te 100 pacientët e diagnostikuar me sëmundje të zemrës.

5.2. METODOLOGJIA

Për studimin dhe realizimin e punimit është përdorur metoda prospektive, metoda quasi experimental dhe metoda parçiale e hulumtimit që është realizuar përmes pyetësorit të përgatitur për këtë qëllim i marrë nga hulumtimet ndërkombëtare të ngjashme të kryera në shumë shtete tjera, i përshtatur për këtë qëllim.

Pyetësi përmbante 30 pyetje me rëndësi prioritare për hulumtimin e kësaj problematike.

Dizajni i këtij studimi ishte një zhvillim pothuajse eksperimental i programit me një pretest, ndërhyrje dhe pos test. Ndërhyrja ishte realizimi i pri-testit ditën e 1-rë, pastaj fillimi i aktiviteteve seancave edukative ditën 30-të, 60-të dhe 90-të, kurse ditën e 120-të realizimi i post-testit. Te respondentët Pre dhe Post testi u përdor pyetësi i njëjtë.

5.3. Mostër / Site

Pjesëmarrësit ishin një mostër komoditeti e përbërë nga 100 pacientë të diagnostikuar me sëmundje koronare që janë duke u trajtuar në Ordinancën Specialistike D&D në Prishtinë. Përzgjedhja e mostrës ishte e randomizuar duke u fokusuar pacientët e regjionit të Prishtinës. Kriteret e përfshirjes përbëheshin pacientët e diagnostikuar me sëmundje të zemrës kurse kriteret e përjashtimit përbëheshin pacientët e diagnostikuar me sëmundje tjera kronike.

Procedurat

Para fillimit të projektit, gjithsesi mora miratimin nga Drejtori i Ordinancës Specialistike Kardiologjike D&D.

Një *letër informative* e përpiluar enkas për njohjen e studimit pacientëve (*Anexi 3*) që përshkruan studimin, qëllimin dhe procedurën u dërgua në të gjitha pikat ku pacientët kanë qasje në ordinancë. Pacientët u njoftuan për qëllimin e studimit, procedurat, dhe se nuk ka rreziqe për ta, përveçse pjesëmarrja e tyre në hulumtim do të arrijnë në ngritjen e njohurive të tyre për vet-menaxhim dhe vetë-kujdes adekuat në të kuptuarit dhe të jetuarit me sëmundje të zemrës. Pacientët u njoftuan se pjesëmarrja e tyre ishte vullnetare dhe nuk do të ndikonte në trajtimin e tyre të mëtuajtshëm nëse ata vendosin të mos marrin pjesë.

Pas çdo takimi me pacientin në realizimin e pre-testit (*Anexi 4*) edhe një herë secilit participant iu dha një kopje e letrës informative të përgatitur nga unë. Pacientëve iu kërkua ta rishikonin letrën dhe iu rikujtua se pjesëmarrja ishte vullnetare dhe se ata mund të tërhiqeshin në çdo kohë. Po ashtu u njoftuan se në përfundim të seancave edukative, ata përsëri do të anketoheshin për të përfunduar një post-test (*Anexi 4*), e cila ishte identike me provën ose pyetësin paraprak.

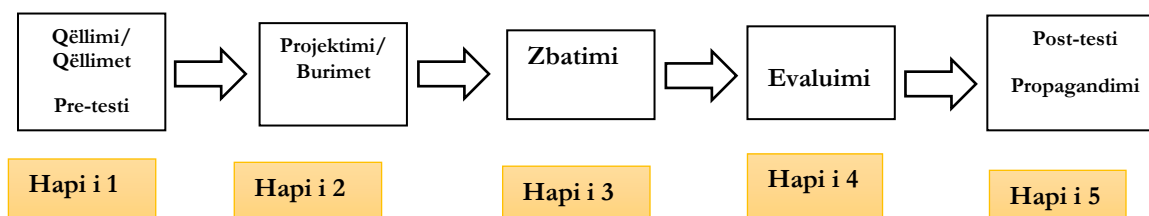
Salla ku u anketuan pacientët dhe u mbajtën seancat edukative ishte hartuar dhe dizajnuar enkas për qëllime edukative, të udhëhequra nga rishikimi i literaturës dhe përfshiu udhëzimet e faktorëve të riskut duke u bazuar edhe nga direktivat globale të OBSH-së si edhe përdorimi i broshurave që ju ofroheshin pacientëve për ti lexuar: 29 Shtatori Dita Botërore e Zemrës 2017 (*Anexi 5*), 31 Maji Dita Botërore kundër duhanit 2017 (*Anexi 6*), 10 Maji Dita Botërore e Promovimit të aktivitetit fizik (*Anexi 7*), 17 Maji Dita Botërore e Hipertensionit (*Anexi 8*), 14

Nëntori Dita Botërore e Diabetit (*Anexi 9*), si dhe duke marrë në konsideratë parimet e përfshira në udhëzuesit e bazuara në praktikën më të mira për trajtimin e pacientëve me SZ-së [81] gjatë mbajtjes së seancave edukative me pacientë.

Kohëzgjatja e seancave edukative me pacientë varionin nga 45-90 minuta, duke përdorur metodën individuale. Kohëzgjatja e realizimit Pre- dhe Pos-testit variojë nga 15-25 minuta.

Zhvillimi i ndërhyrjeve edukative

Zhvillimi i programit edukativ në menaxhimin e pacientëve me SZ-së, përdorimi i teknikave terapeutike, edukative që nxisin ndryshimin e stilit të jetesës dhe zhvillojnë njohuritë e pacientëve në mënyrat e të jetuarit me sëmundje është zhvilluar dhe zbatuar duke përdorur Modelin Logjik të Fondacionit W. K. Kellogg për Zhvillimin e Programit (Udhëzues për Zhvillimin e Modelit Logjik, 2004). [82] Modeli i logjikës është një kornizë që dokumenton qëllimet e programit ose të shërbimit, objektivat e ndërlidhura dhe të matshme për të arritur qëllimet, aktivitetet e ndërlidhura për arritjen e objektivave, masat relative të performancës dhe rezultatet individuale.



Skema 2. Shembulli i Modelit Logjik

Hapi i parë. Qëllimi- Ky hap përcakton qëllimin e përgjithshëm të programit, i cili ishte edukimi i pacientëve në njësinë studimore lidhur me njohuritë e pacientëve për vet-menaxhim dhe vetë-kujdes të faktorët e modifikueshëm të sëmundjeve të zemrës. Para zhvillimit të programit, u krye një vlerësim i fokusuar i nevojave.

Hapi i dytë. Dizajni / Burimet - Dizajni dhe burimet përfshijnë burimet njerëzore, financiare dhe organizative që ky hulumtim kishte në dispozicion për të drejtuar drejt implementimit. Burimi më i rëndësishëm i nevojshëm për të filluar ndërhyrjen edukative ishte disponueshmëria kohore e pacientëve në njësinë e studimit për të marrë pjesë në seancat edukative.

Hapi i tretë. Zbatimi - Zbatimi është plani i menaxhimit që më ndihmoi për të identifikuar dhe mbledhur të dhënat e nevojshme për të monitoruar zhvillimin e këtij hulumtimi. Ky plan u lancoi pasi pacientët përfunduan pre-testin paraprak. Ndërhyrja përbëhej nga një program edukimi prej 1-2 orësh që u zhvillua duke përdorur udhëzimet më të fundit të bazuara në evidencë dhe të udhëhequr nga broshura, modelet e vetë-kujdesit dhe vetë-menaxhimit në të jetuarit me sëmundje të zemrës që u ofrohet pacientëve në kohën e pranimit dhe menaxhimit seancave edukative. Në Tabelën më poshtë, do ilustrohen përmbajtja dhe objektivat e programit.

Tabela 8. Përmbajtja dhe objektivat: Ndërhyrjet edukative të SZ-së

| Përmbajtja | Objektivat |
|---|--|
| <p>I. Çka janë sëmundjet e Zembrës? Shenjat dhe simptomat e përbashkëta</p> | <p>Pacientët do ta kuptojnë se si ndikon në funksionin e zembrës sëmundja, shenjat dhe simptomat e përbashkëta të sëmundjeve të zembrës. INFORMIMI</p> |
| <p>II. Kufizimet e dietës dhe alkoolit për pacientët me SZ-së.</p> | <p>Infermierja do ta vetëdisonë pacientin për kufizimet e dietës dhe alkoolit për pacientët me SZ-së. DEMONSTRIMI</p> |
| <p>III. Rëndësia e peshimit të përditshëm të pacientëve me SZ-së.</p> <ul style="list-style-type: none"> - IMT (Indeksi i Masës Trupore) - Aktivitetet fizike, lloji i A.F. - Dislipidemia | <p>Infermierja do të informojë pacientin për rëndësinë e peshimit të përditshëm dhe përkeqësimin e simptomave me SZ-së. VEPRIMI</p> |
| <p>IV. Shenjat dhe simptomat e përkeqësimit të sëmundjeve të zembrës.</p> | <p>Infermierja t’ja shpjegojë shenjat dhe simptomat përkeqësuese të sëmundjeve të zembrës. VEPRIMI</p> |
| <p>V. Medikamentet për sëmundjet e zembrës dhe çfarë duhet të dinë pacientët.</p> | <p>Infermierja do të ketë dijeni për medikamentet e SZ-së dhe çfarë duhet të dinë pacientët. VEPRIMI</p> |
| <p>VI. Rëndësia e aktivitetit për pacientët me SZ-së.</p> | <p>Infermierja do të njohë rëndësinë e pacientëve me SZ-së që të jenë aktivë. VEPRIMI</p> |
| <p>VII. Informatat elementare pacientëve me SZ-së: dieta, niveli i aktivitetit, medikamentet, shenjat dhe simptomat përkeqësuese, ndjekja e aplikacionit.</p> | <p>Vetëdijesimit pacientëve lidhur me menaxhimin e gjendjeve alarmante. VEPRIMI</p> |

Hapi i katërt. Vlerësimi: Sipas Kellogg Logic Model Development Guide (2004) [82], sukcesi i një programi mbështetet në atë se si dhe pse një program mund të zgjidhë një problem të caktuar ose gjeneron mundësi të reja. Hulumtimet e shumta që përdorën këtë model, përfundimi i të gjeturave korrespondonte me ndryshime konkrete shumë të rëndësishme dhe konkrete të

pacientëve me ndryshimin e stilit të jetesës me qëllim minimizimit faktorëve të modifikueshëm që janë faktorë kryesorë në komplikimet eventuale të pacientët e diagnostikuar me pamjaftueshmëri të zemrës.

Infermierëve që e zbatonin këtë model iu kërkua që të kryejnë një sondazh para dhe posttest, infermierët u pyetën nëse ato konsideronin se programi i edukimit ishte i dobishëm për ta në kuptimin se çfarë të edukonte pacientët me SZ-së para lirimit nga spitali.

Hapi i pestë. Shpërndarja: Rezultatet e fituara gjatë këtij hulumtimi do t'u shpërndahen të gjithë infermierëve, përgjegjësit relevantë dhe në pikat tjera relevante që stimulojnë infermierët në ndryshimin e praktikës lidhur me para përgatitjen e pacientëve para lirimit nga spitali, apo gjatë trajtimit ambullantorik në të jetuarit dhe kuptuarit me S.Z-së.

Instrumentet dhe matjet

Përpilimi dhe dizajnimi i pyetësorit i përbërë nga nëntë pika relevante nga A- I, duke përmbledhur të gjitha pyetjet hulumtuese lidhur me njohuritë, ndikimin e faktorëve të riskut të modifikueshëm dhe jo të modifikueshëm dhe njohuritë e pacientëve me stilin e jetesës në të jetuarit me sëmundje të zemrës.

Pyetësi përbëhet gjithsej nga 30 pyetje, Anexi 4.

Pika A, përfshin të dhënat demografike të respondentëve.

Pika B, përfshin Ekzaminimin klinik të pacientëve si IMT (Indexi i Masës Trupore). Tensioni Arterial (Sistolik dhe Diastolik), Glikemia në esull, Hemoglobina e glukonizuar HbA_{1c}, Kolesterolin, HDL, LDL dhe trygliceridet.

Pika C, përfshin faktorët e riskut të modifikueshëm si: Aktiviteti fizik, duhan pirja dhe përdorimi i alkoolit, këto pyetje janë të bazuara në Healthy Heart Questionnaire (HHQ-GP-1)

Pika D, përfshin pyetjet analitike të respondentëve lidhur me ndikimin e faktorëve të riskut jashtë kontrollës sonë si moshë, gjinia, karakteri hereditar i sëmundjeve kardiake.

Pika E, përfshin gjendjen e përgjithshme shëndetësore e dhënë subjektive e pacientit.

Pika F, përfshinë njohuritë e pacientëve lidhur me diabetin mellitus, pyetje të marra nga pyetësi Diabetes Self-Management Questionnaire dhe Sample Questionnaire Diabetes.

Pika G, përfshinë njohuritë e pacientëve lidhur me aktivitetin fizik, pyetje të marra nga pyetësi Healthy Heart Questionnaire (HHQ-GP-1)

Pika H, përfshinë njohuritë e pacientëve lidhur me nutricionin, pyetje të marra nga pyetësi Healthy Heart Questionnaire (HHQ-GP-1), Sample Questionnaire Diabetes (SDQ) dhe

Pika I, përfshinë njohuritë e pacientëve lidhur me përdorimin e medikamenteve duke u fokusuar në përdorimin e mini aspirinës si bari prevenues i problemeve kardiale.

Analiza e të dhënave

Statistikat përshkruese u kryen në variabla studimi dhe u krahasuan rezultatet e para dhe pas testit.

Analizimi i të dhënave u fitua me programin SPSS 21, u analizuan parametrat statistikor, frekuenca, përqindja, minimumi, maksimumi, mesatarja, DS, Correlacioni, t-testi, $p < 0.001$ dhe $p < 0.005$.

REZULTATET

Për të pasur një pasqyrë sa më reale për problematikën e shqyrtuar, të dhënat e fituara dhe të përpunuara janë prezantuar në tre kapituj.

- **Në kapitullin e parë** janë paraqitur të dhënat e përgjithshme mbi të sëmurët e anketuar sipas kritereve të caktuara për hulumtim, për të njohur se në ç'masë mostra është reprezentative.
- **Kapitulli i dytë** paraqet rezultatet që kanë të bëjnë me historinë familjare të të sëmurëve dhe faktorëve të rrezikut që kanë të bëjnë me stilin e jetës.
- **Kurse në kapitullin e tretë** janë paraqitur rezultatet e grupit kontroll duke bërë krahasimin e tyre në periudhën kohore 120 ditësh në pre dhe post-testin e realizimit të ndërhyrjeve edukative.

4.1. Kapitulli I-rë, të dhënat e përgjithshme për të sëmurët e anketuar

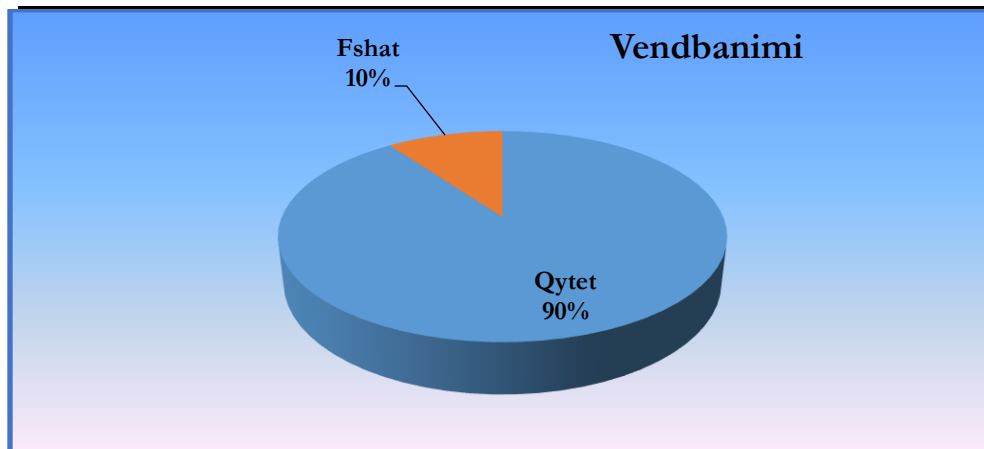
Tabela 1. Shpërndarja e respondentëve sipas gjinisë

| | Frekuenca | Përqindja |
|----------------|-----------|-------------|
| Femra | 48 | 48.0 |
| Meshkuj | 52 | 52.0 |
| Total | 100 | 100.0 |

Nga tabelat 1-7 janë paraqitur të dhënat demografike të respondentëve: gjinia, vendbanimi, grupmosha, statusi martesor, edukimi, profesioni dhe përkatësia fetare. Sipas gjinisë nga numri i përgjithshëm i të sëmurëve 48 raste ose 48% të respondentëve i përkasin gjinisë femërore, kurse 52 raste ose 52% gjinisë mashkullore.

Tabela 2. Shpërndarja e respondentëve sipas vendbanimit

| | Frekuenca | Përqindja |
|--------------|-----------|-------------|
| Qytet | 90 | 90.0 |
| Fshat | 10 | 10.0 |
| Total | 100 | 100.0 |



Grafikoni 1. Struktura e pacientëve sipas vendbanimit

Sa i përket vendbanimit (Tabela 2 dhe Fig.1), pjesa dërmuese e respondentëve 90% kanë qenë nga qyteti kurse vetëm 10% nga fshati.

Tabela 3. Shpërndarja e respondentëve sipas grup-moshës

| | Frekuenca | Përqindja |
|------------------------|-----------|-------------|
| 25-35 Vjeç | 2 | 2.0 |
| 36-45 Vjeç | 13 | 13.0 |
| 46-55 Vjeç | 12 | 12.0 |
| 56-65 Vjeç | 14 | 14.0 |
| Mbi >65 Vjeç | 59 | 59.0 |
| Total | 100 | 100.0 |

Sa i përket grup-moshës (Tabela 3), më së paku ka pasur nën moshën 35 vjeçare (2%), ndërkohë që ndërmjet moshës 36 deri 45 vjeç kanë qenë 13%, 46-55 vjeç ishin me 12%, vlera të përafërta rezultuan edhe në grup-moshën 56-65 vjeç me 14%, kurse 59% kanë qenë më të vjetër se 65 vjeç.

Tabela 4. Shpërndarja e respondentëve sipas nivelit të edukimit

| | Frekuenca | Përqindja |
|--------------------|-----------|-------------|
| Analfabet | 16 | 16.0 |
| Arsim Bazik | 61 | 61.0 |
| Universitar | 23 | 23.0 |
| Total | 100 | 100.0 |

Nga 100 respondentë të hulumtuar 16% e respondentëve kanë qenë të pashkolluar (Tabela 4), 61% kanë pasur arsimimin bazik, kurse 23% kanë qenë me arsimim universitar.

Tabela 5. Shpërndarja e respondentëve sipas statusit martesor

| | Frekuenca | Përqindja |
|----------------|-----------|-------------|
| Beqar | 5 | 5.0 |
| Martuar | 87 | 87.0 |
| Ndarë | 4 | 4.0 |
| I/E ve | 4 | 4.0 |
| Total | 100 | 100.0 |

Prej 100 të anketuarve përqindja më e madhe e të sëmurëve kanë qenë të martuar 87% kurse të ndarë apo të ve kanë qenë nga 4% dhe 5% prej tyre ishin beqar. (Tabela 5).

Tabela 6. Shpërndarja e respondentëve sipas përkatësisë fetare

| | Frekuenca | Përqindja |
|-----------------|------------------|------------------|
| Mysliman | 99 | 99.0 |
| Katolik | 1 | 1.0 |
| Total | 100 | 100.0 |

Sa i përket përkatësisë fetare (Tabela 6), 99% kanë qenë myslimanë, kurse vetëm një person është deklaruar si katolik e nga komunitetet tjera nuk ka pasur asnjë përfaqësues.

Tabela 7. Shpërndarja e respondentëve sipas profesionit

| | Frekuenca | Përqindja |
|-------------------|------------------|------------------|
| Bujk | 10 | 10.0 |
| Ndërmarrës | 23 | 23.0 |
| Nëpunës | 27 | 27.0 |
| Pa punë | 4 | 4.0 |
| Amvise | 36 | 36.0 |
| Total | 100 | 100.0 |

Sa i përket profesioneve të respondentëve (Tabela 7), 10% e tyre janë bujq, 23% ndërmarrës, nëpunës kanë qenë 27%, vetëm 4 respondentë kanë qenë të papunë, kurse 36% kanë qenë amvise.

Tabela 8. Shpërndarja e respondentëve sipas gjendjes ekonomike

| | Frekuenca | Përqindja |
|-----------------------------|------------------|------------------|
| Pa asistencë sociale | 2 | 2.0 |
| Punësuar | 23 | 23.0 |
| Pa-punësuar | 16 | 16.0 |
| Pensionist | 59 | 59.0 |
| Total | 100 | 100.0 |

Lidhur me gjendjen ekonomike të respondentëve (Tabela 8), 2% janë me asistencë sociale, 23% të punësuar, 16% të papunë, kurse pjesa më e madhe 59% kanë qenë të pensionuar.

Kapitulli i II-të, tabela 9. Indeksi i masës trupore

| | Pre test | | Post test | |
|----------------------|-----------|-------------|-------------|-------------|
| | Frekuenca | Përqindja | Frekuenca | Përqindja |
| Peshë normale | 23 | 23.0 | 23.0 | 23.0 |
| Mbipeshë | 44 | 44.0 | 44.0 | 67.0 |
| Obez | 33 | 33.0 | 33.0 | 100.0 |
| Total | 100 | 100.0 | 100.0 | |

p =.206

Në tabelën 9 janë dhënë frekuencat dhe përqindjet e indeksit të masës trupore. Rezultatet janë identike si para ashtu edhe pas ritestimit. 23% janë persona me peshë normale, 44% kanë mbipeshë, kurse 33% janë persona obez.

Tabela 10. Presioni i gjakut mmHg (sistolik/diastolik)

| | Pre test | | Post test | |
|--|-----------|-------------|-----------|-------------|
| | Frekuenca | Përqindja | Frekuenca | Përqindja |
| Optimale <120/80mmHg | 34 | 34.0 | 37 | 37.0 |
| Normal 120-129/80-84 mmHg | 22 | 22.0 | 20 | 20.0 |
| Mbi-normale 130-139/80-89 mmHg | 14 | 14.0 | 22 | 22.0 |
| Niveli i HTA i butë 140-159/90-99 mmHg | 24 | 24.0 | 13 | 13.0 |
| Niveli i 2-të HTA i moderuar 160-179/100-109 mmHg | 6 | 6.0 | 8 | 8.0 |
| Total | 100 | 100.0 | 100 | 100.0 |

p = .00

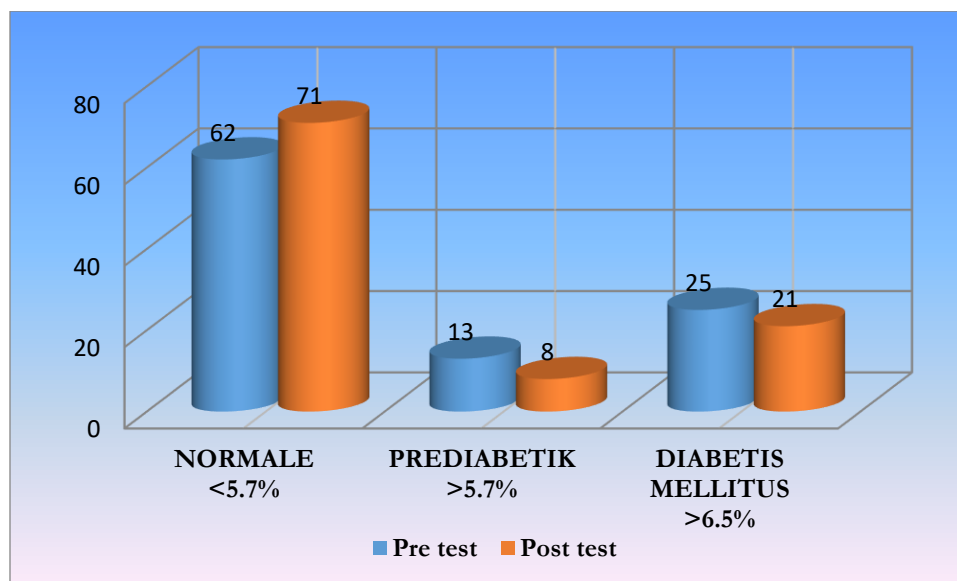
Në tabelën 10 janë paraqitur rezultatet lidhur me shtypjen e gjakut për respondentët. Në para test 34% e respondentëve janë me shtypje optimale (120/80 mm Hg), 22% janë me shtypje në kufijtë normalë (120-129/80-84 mm Hg), 4% janë me shtypje mbi normale (130-139/80-84), 24% janë me nivel të të parë (140-159/90-99mm Hg) të HTA, kurse 6% janë me vlera të nivelit të dytë HTA apo nivel i moderuar (160-179/100-109mm Hg). Në post test, vlen të theksohet se ka pasur një ndryshim pozitiv, përkatësisht kemi zbritje nga niveli 1 parë HTA në nivelin në kufijtë mbi normalë (130-139/8089mm Hg), kurse efekti i seancave edukative theksohet dukshëm në uljen e

pacientëve në nivelin e 1 HTA i butë (140-159/90-99 mmHg), ku në matjen iniciale kishin 24 pacientë kurse në post-test ky numër u ul dukshëm vetëm në 13 raste ose 13%.

Tabela 11. Glikemia esull - pre test dhe post test

| | Pre test | | Post test | |
|----------------------------|-----------|-------------|-----------|-------------|
| | Frekuenca | Përqindja | Frekuenca | Përqindja |
| Normal <6.1 | 62 | 62.0 | 71 | 71.0 |
| Prediabetik 6.1-6.9 | 13 | 13.0 | 8 | 8.0 |
| Diabetik >7 | 25 | 25.0 | 21 | 21.0 |
| Total | 100 | 100.0 | 100 | 100.0 |

p = .02



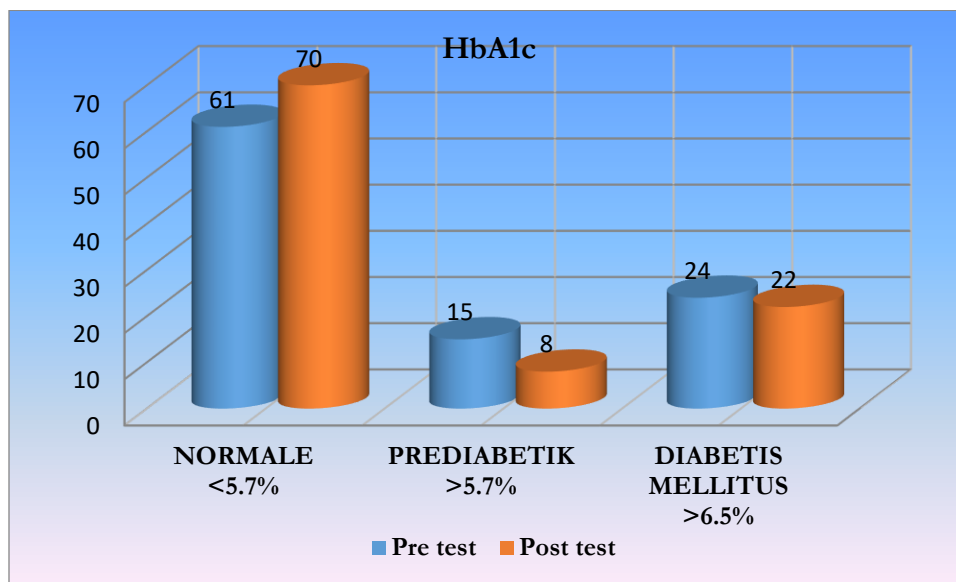
Grafikoni 2. Glikemia në esull

Në tabelën 11 dhe Graf.2. shihen të dhënat e respondentëve për nivelin e glikemisë në gjendjen esull para dhe pas testit. Në paratest 62% e respondentëve kanë pasur nivel normal të sheqerit në gjak (<6.1 mg/l), 13% janë në nivelin e prediabetikëve (6.1-.6.9mg/l), kurse 25% nga numri total i respondentëve i takojnë grupit të personave diabetik (>7 mg/l). Rezultatet e pas testit tregojnë një përmirësim të vlerave të sheqerit në gjak nga niveli prediabetik në nivelet normale, sigurisht këtu ka ardhur në shprehje edukimi i respondentëve dhe ngritja e vetëdijes së tyre për kujdes më të shtuar pasi në këtë fazë ende është e mundur të kthehen vlerat në gjendje normale, gjë që nuk mund të thuhet edhe për rikthim të ndjeshëm diabetikëve në nivelin e paradiabetikëve.

Tabela 12. HbA1c

| | Pre test | | Post test | |
|-----------------------------------|-----------|-------------|-----------|-------------|
| | Frekuenca | Përqindja | Frekuenca | Përqindja |
| Normale <5.7% | 61 | 61.0 | 70 | 70.0 |
| Prediabetik >5.7% | 15 | 15.0 | 8 | 8.0 |
| Diabetis mellitus >6.5% | 24 | 24.0 | 22 | 22.0 |
| Total | 100 | 100.0 | 100 | 100.0 |

p= .04

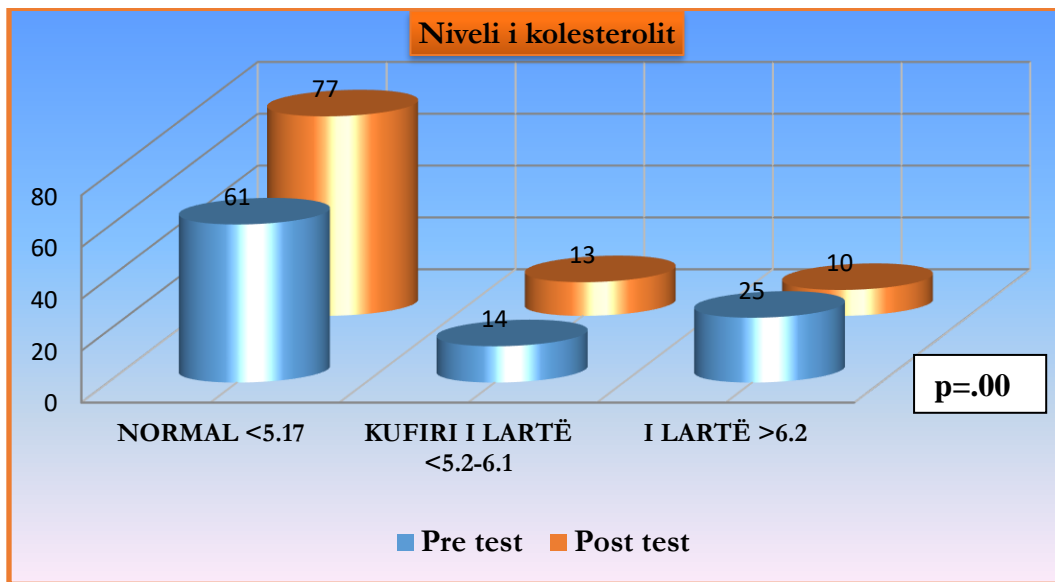
**Grafikoni 3. HbA1c**

Në tabelën 12 dhe grafikonin 3 janë dhënë vlerat e hemoglobinës së respondentëve. Vlerat e fituara tregojnë se edukimi i pacientëve ka rezultuar në ndryshimin e vlerave në përmirësimin e gjendjes aktuale ku stadin e Prediabetikëve në Pre test ishin 15% e respondentëve kurse në Post test kemi uljen e theksuar të stadii Prediabetik me 8%, Glikemia në vlerat Normale rezultoi me 61% (Pre-test) 70 % (Post-test) dhe Diabetis Mellitus 24% (Pre-test) 22% (Post-test).

Tabela 13. Niveli i kolesterolit në gjak

| | Pre test | | Post test | |
|-----------------------------------|-----------|-------------|-----------|-------------|
| | Frekuenca | Përqindja | Frekuenca | Përqindja |
| Normal <5.17 | 61 | 61.0 | 77 | 77.0 |
| Kufiri i lartë <5.2-6.1 | 14 | 14.0 | 13 | 13.0 |
| I lartë >6.2 | 25 | 25.0 | 10 | 10.0 |
| Total | 100 | 100.0 | 100 | 100 |

p = .00



Grafikoni 4. Niveli i kolesterolit në gjak

Në tabelën 13 dhe Fig.4. janë dhënë rezultatet e pretestit dhe pastestit për vlerat e kolesterolit në gjak. Mbi 61% e respondentëve janë me vlera normale të kolesterolit në gjak, 14% janë me vlera në kufij të nivelit të lartë (5.2-6.1), kurse 25% i kanë vlerat e larta të kolesterolit në gjak mbi 6.2. Në matjen e përsëritur, vërehet efekti i vetëdijesimit të respondentëve ku 77% të respondentëve kanë vlera normale të kolesterolit në gjak, numri i atyre që ndodhen në kufij të lartë nuk ka ndryshuar, kurse është zvogëluar për 15% numri i personave me vlera të larta të kolesterolit në gjak.

Tabela 14. Niveli i HDL kolesterolit në gjak

| | Pre test | | Post test | |
|----------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | Frekuenca | Përqindja | Frekuenca | Përqindja |
| I ulët <1.0 | 7 | 7.0 | 22 | 22.0 |
| I dëshiruar 1.0-1.5 | 47 | 47.0 | 59 | 59.0 |
| Optimal >1.6 | 8 | 8.0 | 3 | 3.0 |
| I lartë >1.7 | 38 | 38.0 | 16 | 16.0 |
| Total | 100 | 100.0 | 100 | 100.0 |

p= .00

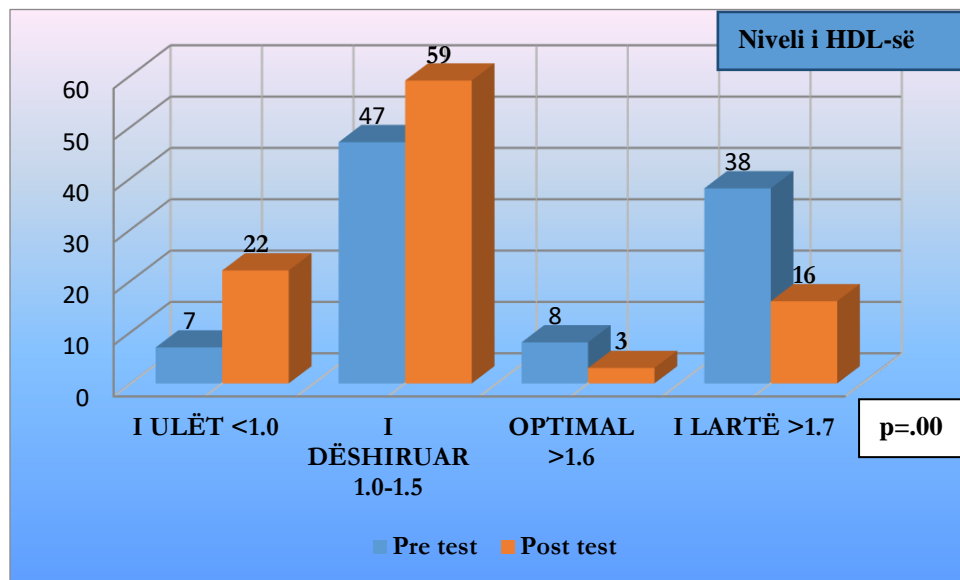


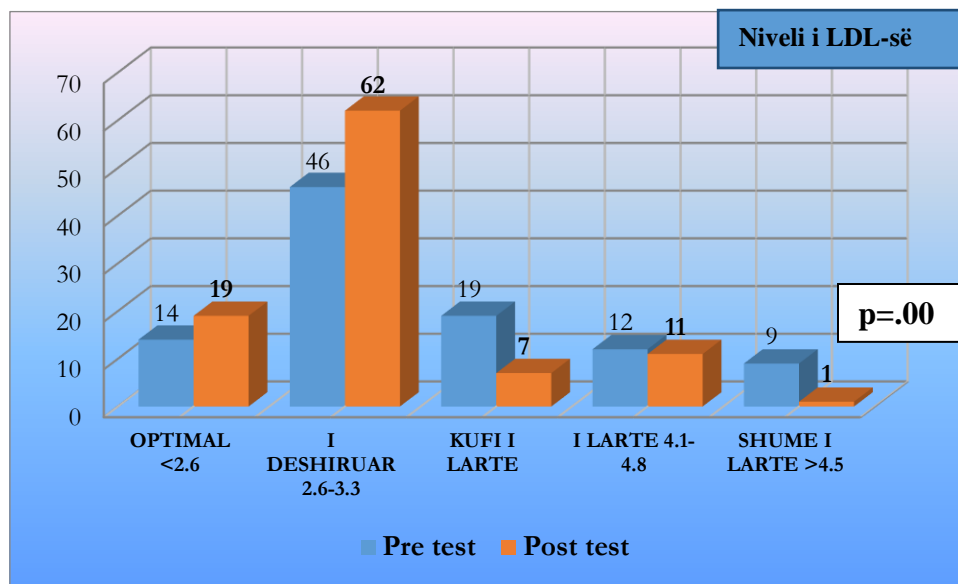
Fig.5. Niveli i HDL-së Kolesterolit në gjak

Sa i përket nivelit të yndyrës së mirë HDL (Tabela 14 dhe Graf. 5) i vogël është numri i personave me nivel të ulët (7% përkatësisht 22% në Pre-test), I dëshiruar (47% përkatësisht 59% në Post-test) shihet Vetëdijesimi i pacientëve lidhur me stilin e jetesës si aktivitetet fizike, ushqimi kurse numri më i madh i tyre kurse nivelin optimal rezultuan me (8% përkatësisht 3% në Pre-test) kanë vlerat e dëshiruara të HDL, kurse në modalitetin e lartë (38% përkatësisht 16% në Pre-test) i respondentëve kanë vlera optimale të HDL-së. Vërehet një përmirësimi i dukshëm i vlerave të HDL në matjen e dytë, ku është rritur dukshëm numri i personave me HDL të ulët për 5% dhe atyre me nivel të dëshiruar për 12%, dhe është zvogëluar numri i personave me vlera të larta të HDL për 22%. Këto dallime janë edhe statistikisht të rëndësishme në nivelin **p=.01**.

Tabela 15. Niveli i LDL kolesterolit në gjak

| | Pre test | | Post test | |
|------------------------------|-----------|-------------|-----------|-------------|
| | Frekuenca | Përqindja | Frekuenca | Përqindja |
| Optimal <2.6 | 14 | 14.0 | 19 | 19.0 |
| I dëshiruar 2.6-3.3 | 46 | 46.0 | 62 | 62.0 |
| Kufi i lartë 3.4- 4.0 | 19 | 19.0 | 7 | 7.0 |
| I lartë 4.1-4.8 | 12 | 12.0 | 11 | 11.0 |
| Shumë i lartë >4.5 | 9 | 9.0 | 1 | 1.0 |
| Total | 100 | 100.0 | 100 | 100.0 |

p=.00



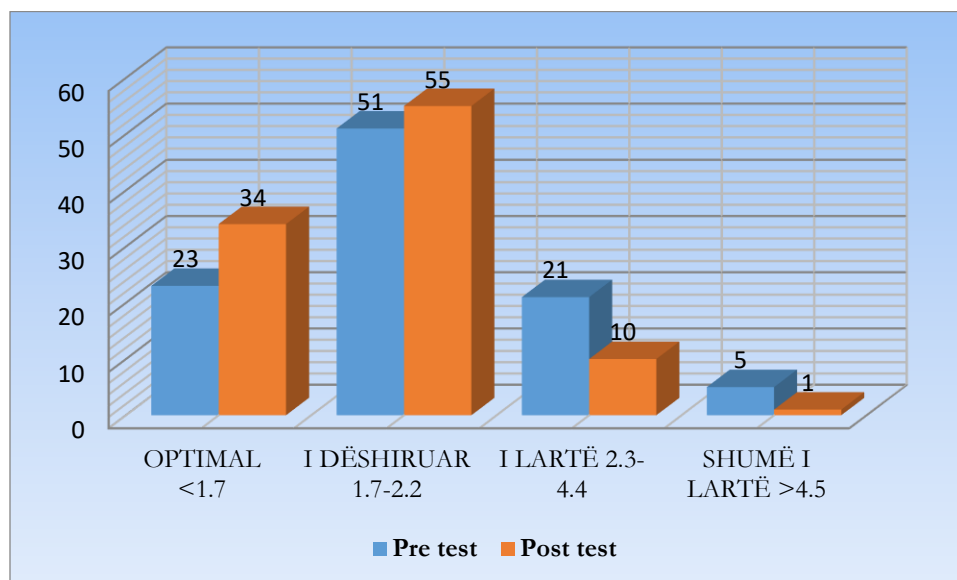
Grafikoni 6. Niveli i LDL-së kolesterolit në gjak

Sa i përket nivelit të yndyrës së LDL (Tabela 15 dhe Fig.6) numri i personave me nivel optimal rezultoi me (14% pre-test përkatësisht 19% në post-test), i dëshiruar (46% pre-test përkatësisht 62% në post-test), kufiri i lartë (19% pre-test përkatësisht 7% në post-test), i lartë (12% pre-test përkatësisht 11% në post-test) dhe shumë i lartë (9% pre-test përkatësisht 1% në post-test). Vërehet një përmirësim i dukshëm i vlerave të HDL në matjen e dytë, ku është rritur dukshëm numri i personave me LDL të ulët për 5% dhe atyre me nivel të dëshiruar për 12%, dhe është zvogëluar numri i personave me vlera të larta të HDL për 22%. Këto dallime janë edhe statistikisht të rëndësishme në nivelin **p=.01**. Pas kalimit të periudhës 4 mujore të edukimit, vërehet një përmirësim i dukshëm i vlerave të LDL, ku krejtësisht është zhdukur numri i personave me vlera të larta, kurse është rritur numri i personave në nivelin e dëshiruar me 62%.

Tabela 16. Niveli i triglicerideve në gjak

| | Pre test | | Post test | |
|------------------------------|-----------|-------------|-----------|-------------|
| | Frekuenca | Përqindja | Frekuenca | Përqindja |
| Optimal <1.7 | 23 | 23.0 | 34 | 34.0 |
| I dëshiruar 1.7-2.2 | 51 | 51.0 | 55 | 55.0 |
| I lartë 2.3-4.4 | 21 | 21.0 | 10 | 10.0 |
| Shumë i lartë >4.5 | 5 | 5.0 | 1 | 1.0 |
| Total | 100 | 100.0 | 100 | 100.0 |

p= .00



Grafikoni 7. Niveli i triglicerideve në gjak

Në tabelën 16 dhe Graf. 7. janë dhënë vlerat e nivelit të triglicerideve të respondentëve në testimin e parë dhe të dytë. Vlera e fituar pas matjes së parë tregon që 23% e të testuarve kanë vlera optimale të triglicerideve në gjak (<1.7 mg/l), mbi gjysma e respondentëve kanë vlera të dëshiruara (1,7-2.2mg/l), 21% kanë vlera të larta (2.3-4.4 mg/l), kurse vetëm 5% kanë vlera shumë të larta të triglicerideve në gjak (>4.5 mg/l). Në matjen e dytë, vërehet qartë se kemi përmirësim të vlerave të triglicerideve në gjak. Tridhjetë e katër për qind e personave kanë 34% të vlerave optimale, 55% janë brenda kufijve të vlerave të dëshiruara, 10% kanë vlera të larta dhe vetëm një i testuar ka vlera shumë të larta, andaj këto vlera mund të thuhet se janë përmirësuar dukshëm pas trajtimit 4 mujor të edukimit të personave të trajtuar.

Tabela 17. Niveli i aktivitetit përveç obligimeve ditore

| | Pre test | | Post test | |
|--|-----------|-------------|-----------|-------------|
| | Frekuenca | Përqindja | Frekuenca | Përqindja |
| Aktive 5 km në ditë | 19 | 19.0 | 38 | 38.0 |
| Mesatarisht aktive 2-5 km në ditë | 46 | 46.0 | 57 | 57.0 |
| Pasive < 2 km në ditë | 35 | 35.0 | 5 | 5.0 |
| Total | 100 | 100.0 | 100 | 100.0 |

p= .00

Personat e trajtuar, përveç tjerash, kanë arritur përmirësim të rezultateve pas dy matjeve duke i kushtuar më shumë kujdes praktikimit të aktivitete lëvizore (Tabela 17). Kështu kemi një përmirësim të dyfishtë (nga 19% në 38%) të aktiviteteve lëvizore ditore në krahasim me matjen e parë. Pesëdhjetë e shtatë për qind e personave janë mesatarisht aktiv (kalojnë 2.5 km lëvizje në ditë), dhe vetëm 5% e respondentëve e kalojnë ditën në mënyrë pasive, me më pak se 2 km në ditë.

Tabela 18. Pirja e duhanit

| | Pre test | | Post testi | |
|--------------------|-----------|-----------|------------|-----------|
| | Frekuenca | Përqindja | Frekuenca | Përqindja |
| Jo | 45 | 45.0 | 46 | 46.0 |
| Po | 31 | 31.0 | 25 | 25.0 |
| E ndërprerë | 24 | 24.0 | 25 | 25.0 |
| Total | 100 | 100.0 | 96 | 96.0 |

p=.32

Sa i përket pirjes së duhanit (tabela 18) duket se respondentët vështirë heqin dorë nga kjo shprehi jo e mirë. Nuk ka dallim ndërmjet të dy matjeve. Kështu mbi 45% e personave nuk konsumojnë duhan, mbi 31% e konsumojnë rregullisht, kurse mbi 24% e kanë ndërprerë duhanin, kurse 4% e personave nuk janë deklaruar fare.

Tabela 19. Nga 24% e respondentëve që ndërprejnë duhanin

| | Pre test | | Post test | |
|----------------------|-----------|-------------|-----------|-------------|
| | Frekuenca | Përqindja | Frekuenca | Përqindja |
| Para një viti | 1 | 1.0 | 9 | 9.0 |
| > 1 vit | 23 | 23.0 | 19 | 19.0 |
| Total | 24 | 24.0 | 28 | 28.0 |

p=.16

Nga 24% e respondentëve që deklaruan se e kanë ndërprerë duhanin, shumica prej tyre 23% e kishin ndërprerë > 1 vit, kurse vetëm 1% deklaruan para një viti, pas seancave edukative 4% e respondentëve ndërprejnë pirjen e duhanit ku shihet në post-test prej 28% e tyre pohuan se e kanë ndërprerë.

Tabela 20. Pirja sistematike e alkoolit

| | Pre test | | Post test | |
|--------------|------------|--------------|-----------|-------------|
| | Frekuenca | Përqindja | Frekuenca | Përqindja |
| Jo | 92 | 92.0 | 90 | 90.0 |
| Po | 8 | 8.0 | 9 | 9.0 |
| Total | 100 | 100.0 | 99 | 99.0 |

p= .32

Sa i përket konsumimit të alkoolit (Tabela 20) shohim se grupi i personave të trajtuar i përkasin një popullate që nuk abuzojnë me alkool, përkatësisht vetëm 8% e tyre e konsumojnë atë. Kjo mund të jetë e kuptueshme pasi më herët e kemi parë që përkatësia e të trajtuarve është myslimane, komunitet ky që normalisht e kanë të ndaluar konsumimin e alkoolit.

Tabela 21. Vdekjet e pa pritura në familje nga aksidentet kardiovaskulare

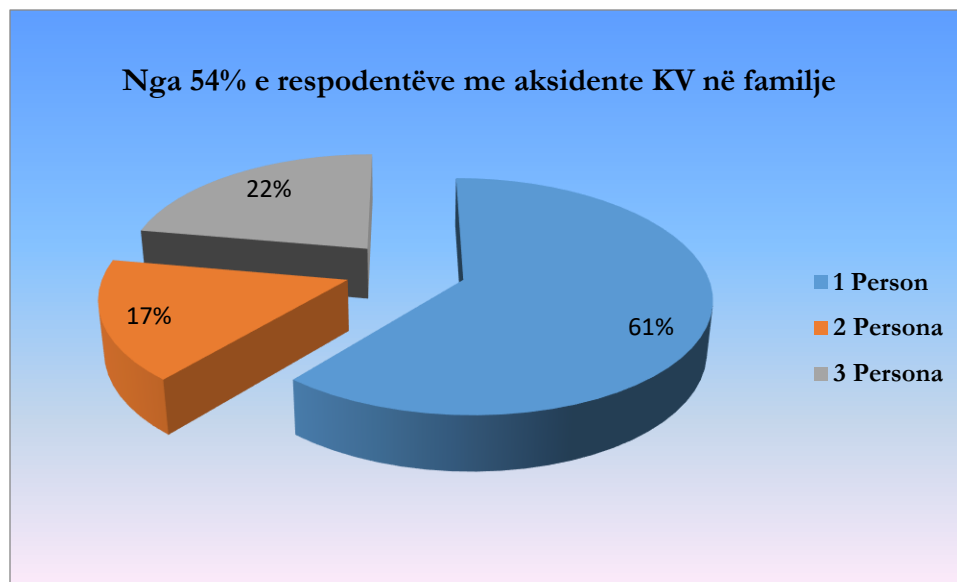
| | Pre test | | Post test | |
|--------------|------------|--------------|------------|--------------|
| | Frekuenca | Përqindja | Frekuenca | Përqindja |
| Jo | 46 | 46.0 | 46 | 46.0 |
| Po | 54 | 54.0 | 54 | 54.0 |
| Total | 100 | 100.0 | 100 | 100.0 |

Më pak se 50% e respondentëve janë deklaruar se nuk kanë pasur vdekje aksidentale kardiovaskulare në familje (Tabela 21), kurse 54% e tyre kanë deklaruar se dikush nga familjarët ka pasur vdekje të kësaj natyre.

Tabela 22. Numri i personave me vdekje aksidentale kardiovaskulare në familje
Pre test Post test

| | Frekuenca | Përqindja | Frekuenca | Përqindja |
|-----------------------------|-----------|-------------|-----------|-------------|
| 1 Person | 33 | 33.0 | 33 | 33.0 |
| 2 Persona | 9 | 9.0 | 9 | 9.0 |
| 3 Persona | 12 | 12.0 | 12 | 12.0 |
| Total | 54 | 54.0 | 54 | 54.0 |
| Jo të atakuar nga SK | | 46.0 | 46 | 46.0 |
| | Total | 100.0 | | 100.0 |

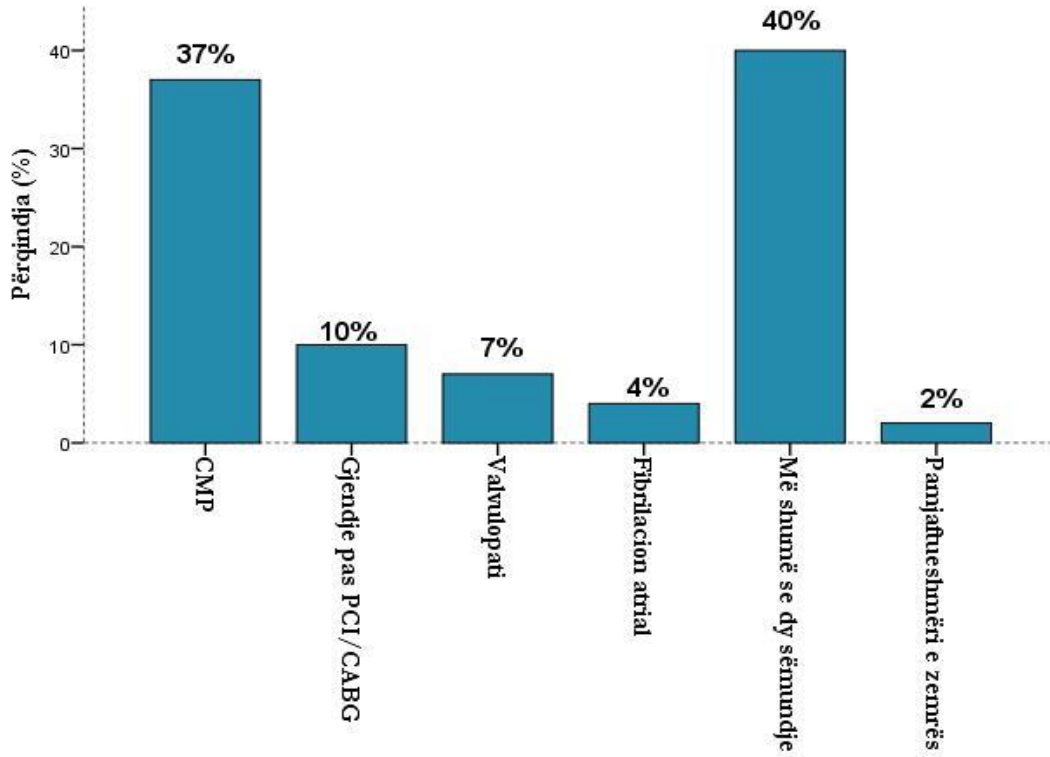
p= 1.00



Grafikoni 8. Numri personave me vdekje aksidentale kardiovaskulare në familje

Nga 100 pacientë të hulumtuar 54 prej tyre ishin atakuar me vdekje aksidentale kardiovaskulare (Tabela 22 dhe Graf.8), një person të vdekur në familje kanë pasur 33% e respondentëve, dy persona të vdekur në familje kanë pasur 9%, kurse 3 persona të vdekur në familje nga problemet kardiovaskulare kanë pasur 12% e të trajtuarve.

Tabela 23. Diagnostikimi i pacientëve



Lidhur me numrin e sëmundjeve të diagnostikuara për 100 respondentët në këtë punim, 40% e respondentëve kanë qenë me dy sëmundje, 37% rezultuan me CMP, kurse 10% ishin në gjendjen pas PCI/CABG.

Tabela 24. Vlerësimi i gjendjes shëndetësore

| | Pre test | | Post test | |
|------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | Frekuenca | Përqindja | Frekuenca | Përqindja |
| Pa ankesa | 29 | 29.0 | 42 | 42.0 |
| Me ankesa | 71 | 71.0 | 58 | 58.0 |
| Total | 100 | 100.0 | 100 | 100.0 |

p =.00

Gjatë vlerësimit të gjendjes shëndetësore të respondentëve (Tabela 24) 29% e tyre janë deklaruar se janë pa ankesa, kurse 71% e tyre kanë ankesa të ndryshme shëndetësore. Pas periudhës së seancave edukative duket që ankesat e respondentëve për gjendjen e tyre shëndetësore janë zvogëluar, përkatësisht është rritur numri i personave pa ankesa shëndetësore për 13%.

Tabela 25. A keni ndonjë njohuri lidhur për diabetin

| | Pre test | | Post test | |
|-------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | Frekuenca | Përqindja | Frekuenca | Përqindja |
| PO | 53 | 53.0 | 95 | 95.0 |
| JO | 47 | 47.0 | 5 | 5.0 |
| Total | 100 | 100.0 | 100 | 100.0 |

p =.00

Personat e trajtuar në këtë punim, mesatarisht kanë qenë të informuar për sëmundjen e diabetit (Tabela 25). Kështu 53% e tyre kanë deklaruar se kanë njohuri për diabetin, kurse 43% nuk kanë informata të tilla. Pasi kanë kaluar trajtimin 4 mujor të edukimit, në testimin e dytë 95% e tyre kanë deklaruar se kanë njohuri për këtë sëmundje, kurse vetëm 5% edhe më tej kanë nevojë për edukim të mëtejshëm.

Tabela 26. Nga 53% e respondentëve burimi nga janë informuar për diabetin ishin

| | Pre test | | Post test | |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | Frekuenca | Përqindja | Frekuenca | Përqindja |
| Personeli mjekësor | 17 | 17.0 | 100 | 100.0 |
| 2. Mediat e informacionit (broshurat, programet edukative) | 36 | 36.0 | - | - |
| Total | 53 | 53.0 | 100 | 100.0 |

p =.00

Personat e trajtuar pas matjes së parë janë deklaruar se informatata lidhur me sëmundjen e sheqerit (Tabela 26) i kanë marrë më pak nga personeli mjekësor (17%) e shumë më tepër nga mjetet e informimit, broshurat e ndryshme dhe nga programet edukative. Ndërkaq, pasi kanë kaluar nëpër programin e edukimit 95% e respondentëve kanë deklaruar se tanimë veç janë mirë të informuar për diabetin dhe se informatat i kanë marrë të gjitha nga personeli mjekësor.

Tabela 27. A keni qenë më herët i diagnostikuar me Diabetin Mellitus?

| | Pre test | | Post test | |
|--------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | Frekuenca | Përqindja | Frekuenca | Përqindja |
| Po | 26 | 26.0 | 26 | 26.0 |
| Jo | 74 | 74.0 | 74 | 74.0 |
| Total | 100 | 100.0 | 100 | 100.0 |

p= 1.00

Lidhur me diagnostikimin me sëmundjen e diabetit, rezultatet tregojnë (Tabela 27) se njëzet e gjashtë për qind e të trajtuarve kanë qenë të diagnostikuar me diabet, kurse 74% kanë dhënë përgjigje negative që nënkupton se ata nuk lëngojnë nga kjo sëmundje.

Tabela 28. Nga 26 Pacient me DM kohëzgjatja e diagnostikimit me diabet

| | Pre test | | Post test | |
|--------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | Frekuenca | Përqindja | Frekuenca | Përqindja |
| Nën 5 vjet | 10 | 10.0 | 10 | 10.0 |
| Nën 10 vjet | 8 | 8.0 | 8 | 8.0 |
| Nën 20 vjet | 8 | 8.0 | 8 | 8.0 |
| Total | 26 | 26.0 | 26 | 26.0 |

Dhjetë për qind e personave të prekur nga diabeti kanë më pak se 5 vjet që janë diagnostikuar me diabet, 8% më pak se 10 vjet, poashtu 8% kanë më pak se 20 vjet që kur janë diagnostikuar me sëmundjen e diabetit (Tabela 28).

Tabela 29. A jeni mjekuar rregullisht për Diabetin Mellitus

| | Pre test | | Post test | |
|-------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | Frekuenca | Përqindja | Frekuenca | Përqindja |
| Po | 25 | 25.0 | 26 | 26.0 |
| Jo | 75 | 75.0 | 74 | 74.0 |
| Total | 100 | 100.0 | 100 | 100.0 |

p= .32

Lidhur me pyetjen se a kanë marrë trajtim të rregullt për diabet (Tabela 29) 25% e tyre janë deklaruar pozitivisht, kurse 75% e tyre kanë dhënë përgjigje negative, që në total del se vetëm njëri nga të trajtuarit nuk ka marrë mjekim të rregullt.

Tabela 30. A kryeni në mënyrë sistematike përditshme aktivitete fizike?

| | Pre test | | Post test | |
|-------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | Frekuenca | Përqindja | Frekuenca | Përqindja |
| PO | 26 | 26.0 | 39 | 39.0 |
| JO | 74 | 74.0 | 61 | 61.0 |
| Total | 100 | 100.0 | 100 | 100.0 |

p=.00

Pjesa dërmuese e të trajtuarve nuk kryejnë aktivitete të përditshme fizike (Tabela 30), kurse 26% e tyre bëjnë ndonjë aktivitet fizik në baza ditore. Pas seancave edukative të respondentëve shihet ndërgjegjësimi i tyre duke u rritur pjesëmarrja e tyre në aktivitete fizike sistematike për 13%, por ende mbetet i lartë numri i atyre që nuk praktikojnë aktivitete fizike sistematike andaj kanë nevojë për më tepër trajtime përmes të cilave do të ngritej vetëdija e tyre lidhur me rëndësinë e aktiviteteve fizike në parandalimin dhe trajtimin e sëmundjeve të ndryshme.

Tabela 31. Lloji i aktivitetit fizik

| | Frekuenca | Përqindja | Frekuenca | Përqindja |
|---------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Ecje | 93 | 93.0 | 96 | 96.0 |
| Ushtrime në shtëpi | 1 | 1.0 | 3 | 3.0 |
| Asnjë | 6 | 6.0 | 1 | 1.0 |
| Total | 100 | 100.0 | 100 | 100.0 |

p= .08

Aktiviteti më i shpeshtë fizik që e kryejnë respondentët është ecja (Tabela 31), ku 93% e tyre ecin, një person ushtron në shtëpi, kurse vetëm 6% nuk bëjnë asnjë lloj aktiviteti fizik, por ky raport ka ndërruar pas trajtimit 4 mujor dhe pothuaj të gjithë respondentët kryejnë ndonjë

aktivitet fizik gjatë ditës, kryesisht ecin (96%) e nëse nuk mund të ecin atëherë ushtrojnë në shtëpi (3%).

Tabela 32. Kohëzgjatja e aktivitetit fizik të përditshëm

| | Pre test | | Post test | |
|---------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | Frekuenca | Përqindja | Frekuenca | Përqindja |
| >20 min | 33 | 33.0 | 65 | 65.0 |
| <20 min | 60 | 60.0 | 35 | 35.0 |
| Pa aktivitet | 7 | 7.0 | | |
| Total | 100 | 100.0 | 100 | 100.0 |

$p=.00$

Lidhur me kohëzgjatjen e aktivitetit fizik që bëjnë respondentët çdo ditë (Tabela 32), 33% e tyre kalojnë më pak se 20 minuta në ditë me aktivitet fizik, 60% e tyre bëjnë ndonjë aktivitet fizik më gjatë se 20 minuta, kurse 7% nuk kryejnë asnjë aktivitet fizik gjatë ditës. Pasi e kanë kaluar programin e edukimit, 50% më shumë e personave kanë ecur, së paku 20 minuta në ditë, kurse 35% më shumë se 20 minuta në ditë dhe nuk ka asnjë person që nuk bën ndonjë aktivitet fizik gjatë ditës që është një tregues i mirë i ndikimit të edukimit që e kanë marrë në një periudhë kohore prej 120 ditësh.

Tabela 33. Çka ju pengon ose kufizon që të merreni me ushtrime

| | Pre test | | Post test | |
|--------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | Frekuenca | Përqindja | Frekuenca | Përqindja |
| Probleme me këmbë | 35 | 35.0 | 37 | 37.0 |
| Dhimbje gjoksi | 13 | 13.0 | 9 | 9.0 |
| Frymëzënie | 11 | 11.0 | 12 | 12.0 |
| Obeziteti | 11 | 11.0 | 13 | 13.0 |
| Zakoni | 18 | 18.0 | 13 | 13.0 |
| Asnjë | 12 | 12.0 | 16 | 16.0 |
| Total | 100 | 100.0 | 100 | 100.0 |

$p=.82$

Lidhur me pengesat që kanë respondentët për tu marrë me aktivitete fizike (Tabela 33), 35% e tyre si shkak kanë përmendur problemin me këmbët, 13% me dhimbje gjoksi, nga 11% janë ankuar për frymë zënie përkatësisht pasi janë obezë, 18% e kanë problem të ushtrojnë për shkak të adeteve, kurse 12% nuk kanë përmendur asnjë pengesë për të ushtruar, kurse në post-test shihet se ka arritur efekti i seancave edukative duke i vetëdijësuar pjesëmarrësit se dhimbja në gjoks evitohet pas uljes së intensitetit të ushtrimeve fizike ku ky fenomen u zvogëluar prej 4% në

post-test, prej 5% e respondentëve e zvogëluar arsyeën e marrjes së ushtrimeve fizike si rezultat i zakonit, 13% prej tyre në post-test pohuan se obeziteti ishte shkaku i mos realizimit të aktiviteteve fizike ngase u vetëdijesuan se menaxhimi i peshës është faktori më relevant në menaxhimin e sëmundjes dhe trajtimin adekuat në të jetuarit me sëmundje të zemrës.

Tabela 34. A keni njohuri lidhur me ndikimin e nutricionit në sëmundjet iskemike të zemrës

| | Pre test | | Post test | |
|--------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | Frekuenca | Përqindja | Frekuenca | Përqindja |
| Po | 17 | 17.0 | 100 | 100.0 |
| Jo | 83 | 83.0 | 0 | 0 |
| Total | 100 | 100.0 | 100 | 100 |

$p=.00$

Nga tabela 34 shihet se vetëm 17% e respondentëve janë deklaruar se kanë informata lidhur me ndikimin e të ushqyerit në sëmundjet iskemike të zemrës. Ky raport ndërroi në mënyrë drastike pasi respondentët kanë marrë edukimin e nevojshëm dhe në fund të atij programi ata janë deklaruar 100% se kanë informata të tilla.

Tabela 35. Nga 17 persona që pohuan po, u analizuan burimet nga i kanë marrë informatat për ndikimin e nutricionit në sëmundjet e zemrës

| | Pre test | | Post test | |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | Frekuenca | Përqindja | Frekuenca | Përqindja |
| Personeli mjekësor | 4 | 4.0 | 100 | 100.0 |
| Mediat e Informacionit (broshurat, emisionet edukative TV) | 13 | 13.0 | 0 | 0 |
| Total | 17 | 17.0 | 100 | 100 |

$p=.00$

Tabela 35 tregon informatat lidhur me ndikimin e ushqyerit në sëmundjet iskemike të zemrës. Vetëm 4% janë të informuar nga personeli mjekësor, kurse 13% e tyre nga mjetet e ndryshme të informimit. Pas tretmanit disa mujor nga personeli mjekësor, 100% e respondentëve kanë deklaruar se janë mirë të informuar rreth rëndësisë dhe ndikimit e të ushqyerit në sëmundjet e zemrës.

Tabela 36. Lloji i yndyrës që ju e konsumoni çdo ditë?

| | Pre test | | Post test | |
|-------------------------------------|-----------|-----------|------------|--------------|
| | Frekuenca | Përqindja | Frekuenca | Përqindja |
| Produktet me yndyrë bimore | 24 | 24.0 | 100 | 100.0 |
| Produktet me yndyrë shtazore | 76 | 76.0 | | |
| Total | 100 | 100.0 | | |

p=.00

Në tabelën 36 shihen rezultatet se cilat lloje të yndyrave i përdorin më shumë respondentët e këtij punimi. Para trajtimit ata kanë deklaruar se përdorin kryesisht (76%) yndyra shtazore, kurse vetëm 24% e tyre janë më të kujdesshëm dhe përdorin yndyra me bazë bimore. Kjo përqindje e rezultateve të fituara justifikohet edhe me (tbl.34) ku pacientët tanë janë të panjoftuar me ndikimin e ushqimit në të jetuarit me sëmundje të zemrës, pas seancave edukative të gjithë respondentët kanë deklaruar se për të mirën e shëndetit të tyre i kanë braktisur yndyrat shtazore dhe vazhdojnë të konsumojnë vetëm ato bimore. Ky është rezultati konkret i rëndësisë dhe nevojës së pacientëve ngase instrumenti orientues i pacientit është infermierja ku ka rolin kyç në edukimin e pacientëve për vetë-menaxhim dhe vetë-kujdes në të jetuarit me sëmundje.

Tabela 37. A keni pasur vlera të larta të HTA?

| | Pre test | | Post test | |
|--------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | Frekuenca | Përqindja | Frekuenca | Përqindja |
| Po | 80 | 80.0 | 78 | 78.0 |
| Jo | 20 | 20.0 | 22 | 22.0 |
| Total | 100 | 100.0 | 100 | 100.0 |

p =.32

Lidhur me pyetjen se a keni pasur vlera të larta të HTA-së (Tabela 37), shumica e respondentëve (80%) kanë deklaruar se kanë pasur vlera të larta të HTA, kurse 20% janë përgjigjur negativisht.

Tabela 38. A ke marrë mjekim sistematik për HTA?

| | Pre test | | Post test | |
|--------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | Frekuenca | Përqindja | Frekuenca | Përqindja |
| Po | 81 | 81.0 | 78 | 78.0 |
| Jo | 19 | 19.0 | 22 | 22.0 |
| Total | 100 | 100.0 | 100 | 100.0 |

p=.08

Të gjithë respondentët me vlera të larta të HTA (81%) kanë marrë mjekim sistematik, kurse të tjerët nuk kanë pasur nevojë të marrin (19%) pasi nuk kanë lënguar nga kjo sëmundje (Tabela 38).

Tabela 39. A keni pasur vlera të larta të Kolesterolit në gjak?

| | Pre test | | Post test | |
|-------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | Frekuenca | Përqindja | Frekuenca | Përqindja |
| Po | 44 | 44.0 | 44 | 44.0 |
| Jo | 56 | 56.0 | 56 | 56.0 |
| Total | 100 | 100.0 | 100 | 100.0 |

p= 1.00

Lidhur me pyetjen a kanë pasur vlera të larta të kolesterolit në gjak (Tabela 39), 44% e respondentëve kanë dhënë përgjigje pohuese, kurse 56% e tyre janë përgjigjur negativisht.

Tabela 40. Nga 44 respondentë, koha kur e keni kuptuar se keni vlera të larta të kolesterolit në gjak?

| | Pre test | | Post test | |
|--------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | Frekuenca | Përqindja | Frekuenca | Përqindja |
| Nën 5 vjet | 28 | 28.0 | 31 | 31.0 |
| Nën 10 vjet | 12 | 12.0 | 12 | 12.0 |
| Nën 20 vjet | 4 | 4.0 | 2 | 2.0 |
| Total | 44 | 44.0 | 45 | 45.0 |

p=.16

Rezultatet nga tabela 39 tregojnë se shumica e respondentëve e kanë kuptuar për prezencën e lartë të kolesterolit në gjakun e tyre dhe ajo kohë është më pak se 5 vjet, 12% e tyre e dinë për këtë problem më pak se 10 vjet, kurse vetëm 4% e tyre janë koshient për prezencën e vlerës së lartë të kolesterolit në gjak para më pak se 20 vjet.

Tabela 41. A jeni mjekuar rregullisht për kolesterol?

| | Pre test | | Post test | |
|--------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | Frekuenca | Përqindja | Frekuenca | Përqindja |
| Po | 43 | 43.0 | 43 | 43.0 |
| Jo | 57 | 57.0 | 57 | 57.0 |
| Total | 100 | 100.0 | 100 | 100.0 |

p= 1.00

Lidhur me pyetjen se a kanë marrë mjekim të rregullt për kolesterol (Tabela 41), 43% e respondentëve janë përgjigjur pozitivisht, kurse 57% e tyre e kanë mohuar një gjë të tillë.

Tabela 42. A e përdorni në mënyrë sistematike tabletën Aspirin (Mini aspirinën)?

| | Pre test | | Post test | |
|--------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | Frekuenca | Përqindja | Frekuenca | Përqindja |
| Po | 82 | 82.0 | 83 | 83.0 |
| Jo | 18 | 18.0 | 17 | 17.0 |
| Total | 100 | 100.0 | 100 | 100.0 |

p=.56

Aspirina duket të jetë medikamenti më i përhapur te të gjithë respondentët pasi 82% e tyre kanë deklaruar se e marrin atë në mënyrë sistematike, kurse 18% kanë dhënë përgjigje negative (Tabela 42).

Tabela 43 Tableta e Aspirinës është bari i cili? pre test dhe post test

| | Pre test | | Post test | |
|-----------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | Frekuenca | Përqindja | Frekuenca | Përqindja |
| Shëron sëmundjen | 73 | 73.0 | 9 | 9.0 |
| Parandalon sëmundjen | 20 | 20.0 | 91 | 91 |
| Nuk e di | 7 | 7.0 | | |
| Total | 100 | 100.0 | 100 | 100.0 |

p=.00

Pas përfundimit seancave edukative shumica e respondentëve e dinë se Aspirina (Tabela 43) është një medikament që ka efekt parandalues për sëmundjet e jo shërues, kurse 73% e respondentëve në matjen initiale e kanë menduar të kundërtën, përkatësisht mendojnë se Aspirina është bar shërues 73%.

Tabela 44. Prej sa kohe e përdorni Aspirinën?

| | Pre test | | Post test | |
|----------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | Frekuenca | Përqindja | Frekuenca | Përqindja |
| Nën 5 vjet | 35 | 35.0 | 39 | 39.0 |
| Nën 10 vjet | 29 | 29.0 | 30 | 30.0 |
| Nën 20 vjet | 17 | 17.0 | 14 | 14.0 |
| Nuk e përdori | 19 | 19.0 | 17 | 17.0 |
| Total | 100 | 100.0 | 100 | 100.0 |

p=.05

Lidhur me kohëzgjatjen e përdorimit të Aspirinës (Tabela 44), 35% e respondentëve janë përgjigjur se e përdorin për më pak se 5 vjet, 29% e tyre thonë se e përdorin më pak se 10 vjet, 17% e përdorin më pak se 20 vjet, kurse 19% e personave nuk e përdorin fare Aspirinën.

Tabela 45. A keni vazhduar në mënyrë sistematike përdorimin e medikamenteve të rekomanduara nga Mjeku?

| | Pre test | | Post test | |
|--------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | Frekuenca | Përqindja | Frekuenca | Përqindja |
| Po | 89 | 89.0 | 100 | 100.0 |
| Jo | 11 | 11.0 | 0 | 0 |
| Total | 100 | 100.0 | 100.0 | |

p=.00

Pjesa dërrmuese e respondentëve kanë deklaruar se i kanë respektuar rekomandimet e mjekut për përdorimin e medikamenteve, kurse vetëm 11% e tyre kanë qenë më pak të përpiktë në marrjen e terapisë së caktuar nga mjeku (Tabela 45). Por, edhe këta të fundit e kanë ndërruar qasjen e tyre ndaj përdorimit të barërave të rekomanduara nga mjeku, pasi kanë marrë këshillat e duhura gjatë seancave edukative, dhe se në rast harresës ç'farë veprimesh duhet ndërmeren me qëllim që marrja e terapisë është vitale dhe e pa diskutueshme te pacientët me sëmundje të zemrës.

Kapitulli i III-të, tabela 46. Aktivitetet fizike dhe niveli i kolesterolit në gjak

| | | Kolesteroli | | | Total |
|---|----|----------------------------|---|----------------------------|-------------------|
| | | NORMAL <5.17 | KUFIRI I LARTË <5.2-6.1 | I LARTË >6.2 | |
| A kryeni në mënyrë sistematike përditshme aktivitet fizike? | PO | 15 57.7% | 6 23.1% | 5 19.2% | 26 100.0 % |
| | JO | 46 62.2% | 8 10.8% | 20 27.0% | 74 100.0 % |
| Total | | 61 61.0% | 14 14.0% | 25 25.0% | 100 100.0 % |

(Chi-square=2.599, sig=.273)

Në tabelën 46 janë dhënë rezultatet e asociacionit ndërmjet kryerjes së aktiviteteve fizike dhe nivelit të kolesterolit në gjak. Në bazë të rezultatet e prezantuara nuk është vërtetuar se aktiviteti fizik është përcaktues për nivelin e kolesterolit në gjak për mostrën e respondentëve të këtij punimi (Chi-square=2.599, sig=.273).

Tabela 47. Gjinia dhe niveli i kolesterolit në gjak?

| | | Kolesteroli | | | Total |
|---------------|---------|----------------------------|---|----------------------------|---------------|
| | | NORMAL <5.17 | KUFIRI I LARTË <5.2-6.1 | I LARTË >6.2 | |
| Gjinia | FEMRA | 26 54.2% | 7 14.6% | 15 31.3% | 48 100.0% |
| | MESHKUJ | 35 67.3% | 7 13.5% | 10 19.2% | 52 100.0% |
| Total | | 61 61.0% | 14 14.0% | 25 25.0% | 100 100.0% |

(Chi-square=2.171, sig=.338)

Tabela 47 tregon rezultatet e ndikimit të gjinisë në nivelin e kolesterolit në gjak të respondentëve. Në bazë të vlerës së testit Hi katror dhe nivelit të besueshmërisë së tij (Chi-square=2.171, sig=.338) shihet se nuk ka ndërlidhje ndërmjet këtyre dy parametrave.

Tabela 48. Gjinia dhe pirja e duhanit?

| | | Pirja e duhanit | | | |
|--------|---------|-----------------|-------|-------------|--------|
| | | Jo | Po | E ndërprerë | Total |
| Gjinia | Femra | 33 | 12 | 3 | 48 |
| | | 68.8% | 25.0% | 6.3% | 100.0% |
| | Meshkuj | 12 | 19 | 21 | 52 |
| | | 23.1% | 36.5% | 40.4% | 100.0% |
| Total | | 45 | 31 | 24 | 100 |
| | | 45.0% | 31.0% | 24.0% | 100.0% |

(Chi-square=24.760, sig=.000)

Në tabelën 48 janë dhënë rezultatet e hi katrorit për të vërtetuar asociacionin ndërmjet gjinisë dhe pirjes së duhanit. Në bazë të rezultateve nga tabela shihet se 68 % e femrave nuk pinë duhan kurse 25% po. Ndërkaq shumica e meshkujve apo 36% e tyre konsumojnë duhan kurse vetëm 23% nuk pinë, që dmth se meshkujt janë konsumues më të mëdhenj të duhanit (Chi-square=24.760, sig=.000).

Tabela 49. Gjinia dhe presioni i gjakut (sistolik/diastolik)?

| | | Presioni i gjakut (sistolik/diastolik) | | | | | |
|--------|---------|--|-------------------------------------|--|--|--|-------|
| | | Optimale <120/80 mmHg | Normal 120-129/ 80-84 mmHg | Mbi- normale 130-139/ 80-89 mmHg | Niveli 1 HTA i butë 140-159/ 90-99 mmHg | Niveli 2 HTA i moderuar 160-179/ 100-109 mmHg | Total |
| Gjinia | Femra | 9 | 8 | 8 | 17 | 6 | 48 |
| | | 18.8% | 16.7% | 16.7% | 35.4% | 12.5% | 100 |
| | Meshkuj | 25 | 14 | 6 | 7 | 0 | 52 |
| | | 48.1% | 26.9% | 11.5% | 13.5% | 0.0% | 100 |
| Total | | 34 | 22 | 14 | 24 | 6 | 100 |
| | | 34.0% | 22.0% | 14.0% | 24.0% | 6.0% | 100 |

(Chi-square=19.489, sig=.001)

Në tabelën 49 janë dhënë rezultatet që tregojnë se a është shtypja e gjakut e ndërlidhur me gjininë.

Rezultatet nga tabela vërtetojnë se shtypja e gjakut ka lidhje me gjininë (Chi-square=19.489, sig=.001) përkatësisht femrat janë më shumë të prira për tension të lartë se meshkujt. Kështu vetëm 18.8% e femrave kanë shtypje në kuadër të vlerave optimale (<120/80Hg), kurse te meshkujt kjo shifër është dyfish më e madhe 48.1%. Vlerat normale të shtypjes së gjakut i kanë vetëm 16.7% e femrave dhe 26.9% e meshkujve, kurse vlerat mbinormale (130-139/80-89Hg) i kanë përafërsisht të njëjta (16.7% femrat dhe 11.5% meshkujt) të dyja gjinitë. Sa i përket nivelit të parë HTA (140-159/90-99Hg) 35.4% e femrave janë në vlerat e cekura, kurse meshkujt vetëm 13.5%. Edhe te niveli i dytë i HTA, 12.5% i kanë femrat kurse nuk ka asnjë respondent mashkull në këtë nivel të vlerave.

Tabela 50. Grup-mosha dhe presioni i gjakut (sistolik/diastolik)?

| | | Presioni i gjakut (sistolik/diastolik) | | | | | |
|------------------------|----------------------------|--|------------------------------------|---|--|--|-------|
| | | OPTIMA LE <120/80 Hg | NORMA L 120- 129/80- 84Hg | MBINO RMALE 130- 139/80- 89Hg | NIVELI 1 HTA I BUTË 140- 159/90- 99Hg | NIVELI 2 HTA I MODER UAR 160- 179/100- 109Hg | Total |
| Grup- mosha | 25-35 VJEÇ | - | - | 1 | 1 | - | 2 |
| | | - | - | 50.0% | 50.0% | - | 100 |
| | 36-45 VJEÇ | 6 | 4 | 1 | 2 | - | 13 |
| | | 46.2% | 30.8% | 7.7% | 15.4% | - | 100 |
| | 46-55 VJEÇ | 5 | 4 | 1 | 2 | - | 12 |
| | 41.7% | 33.3% | 8.3% | 16.7% | - | 100 | |
| | 56-65 VJEÇ | 3 | 3 | 2 | 5 | 1 | 14 |
| | | 21.4% | 21.4% | 14.3% | 35.7% | 7.1% | 100 |
| | MBI >65 VJEÇ | 20 | 11 | 9 | 14 | 5 | 59 |
| | | 33.9% | 18.6% | 15.3% | 23.7% | 8.5% | 100 |
| Total | | 34 | 22 | 14 | 24 | 6 | 100 |
| | | 34.0% | 22.0% | 14.0% | 24.0% | 6.0% | 100 |

(Chi-square-10.85, sig=.818)

Derisa tensioni arterial kishte lidhje me gjininë, sa i përket tensionit arterial dhe grup-moshës së respondentëve (tabela 50) nuk është fituar ndonjë lidhshmëri e rëndësishme statistikore (Chi-square=10.85, sig=.818). Edhe pse logjikisht është pritur se do të ketë dallime, megjithatë ka munguar një vërtetim i tillë ndoshta edhe për arsyen se ka pak respondentë të grup-moshave të reja.

Tabela 51. Aktivitet fizike dhe HDL Kolesterolit?

| | | HDL Kolesterol | | | | Total |
|-----------------------------|-----------|----------------|-------------------|--------------|--------------|-------|
| | | I ulët <1.0 | I dëshiruar 0-1.5 | Optimal >1.6 | I lartë >1.7 | |
| 17. Aktivitet fizike | PO | 3 | 14 | 3 | 6 | 26 |
| | | 11.5% | 53.8% | 11.5% | 23.1% | 100 |
| | JO | 4 | 33 | 5 | 32 | 74 |
| | | 5.4% | 44.6% | 6.8% | 43.2% | 100 |
| Total | 7 | 47 | 8 | 38 | 100 | |
| | | 7.0% | 47.0% | 8.0% | 38.0% | 100 |

(Chi-square=3.993, sig=.262)

Sipas rezultateve nga tabela 51, po ashtu nuk është gjetur ndonjë asociacion ndërmjet aktivitetit fizik dhe vlerave të yndyrës së mirë (HDL). Edhe pse vërehet një përqindje më e lartë e personave që nuk praktikojnë aktivitete fizike dhe kanë vlera të larta të HDL-së, megjithatë statistikisht nuk janë të rëndësishme. (Chi-square=3.993, sig=.262).

Tabela 52. Aktivitet fizike dhe LDL Kolesterolit?

| | | LDL Kolesterol | | | | | Total |
|-------------------------|-----------|----------------|---------------------|--------------|-----------------|--------------------|-------|
| | | Optimal <2.6 | I dëshiruar 2.6-3.3 | Kufi i lartë | I lartë 4.1-4.8 | Shumë i lartë >4.5 | |
| Aktivitet fizike | PO | 5 | 16 | - | 2 | 3 | 26 |
| | | 19.2% | 61.5% | - | 7.7% | 11.5% | 100 |
| | JO | 9 | 30 | 19 | 10 | 6 | 74 |
| | | 12.2% | 40.5% | 25.7% | 13.5% | 8.1% | 100 |
| Total | | 46 | 19 | 12 | 9 | 100 | |
| | | 46.0% | 19.0% | 12.0% | 9.0% | 100 | |

(Chi-square=10.001, si=.040)

Asociacione të rëndësishme statistikore janë vërtetuar ndërmjet aktivitetit fizik dhe vlerave të larta të LDL (Chi-square=10.001, si=.040). Nga tabela 52 shihet se nuk ka dallime të mëdha sa i përket vlerave në kufijtë normalë, por dukshëm vlera më të larta kanë respondentët që nuk praktikojnë aktivitete fizike (25.7% e tyre-në kufij të lartë) në krahasim me ata që janë më aktivë fizikisht (asnjëri nuk ka vlera në kufij të lartë të LDL-së). Ky pra, është një tregues i qartë që flet për rëndësinë e aktivitetit fizik për mirëmbajtjen e vlerave normale të yndyrës së keqe në gjak.

Tabela 53. Gjinia dhe Indeksi i masës trupore?

| | | Indeksi i masës trupore | | | Total |
|---------------|----------------|-------------------------|----------|-------|-------|
| | | Peshë normale | Mbipeshë | Obez | |
| Gjinia | Femra | 4 | 23 | 21 | 48 |
| | | 8.3% | 47.9% | 43.8% | 100 |
| | Meshkuj | 19 | 21 | 12 | 52 |
| | | 36.5% | 40.4% | 23.1% | 100 |
| Total | | 23 | 44 | 33 | 100 |
| | | 23.0% | 44.0% | 33.0% | 100 |

(Chi-square=12.188, sig=002)

Në tabelën 53 shihet se gjinia luan rol në vlerat e indeksit të masës trupore (Chi-square=12.188, sig=002). Kështu vetëm 8.3% e respondentëve femra kanë peshë normale për dallim nga meshkujt që janë 36.5%. Sa i përket mbipeshës, janë pothuaj njësoj të dyja gjinitë, kurse dallimi më i theksuar është te obeziteti, ku 43.8% e femrave janë të shëndosha kurse te meshkujt vetëm 23.1%.

Tabela 54. Grup-mosha dhe indeksi i masës trupore?

| | | Indeksi i masës trupore | | | |
|------------|--------------|-------------------------|----------|--------|-------|
| | | Peshë normale | Mbipeshë | Obez | Total |
| Grup-mosha | 25-35 vjeç | - | - | 2 | 2 |
| | | - | - | 100.0% | 100 |
| | 36-45 vjeç | 2 | 6 | 5 | 13 |
| | | 15.4% | 46.2% | 38.5% | 100 |
| | 46-55 vjeç | 4 | 4 | 4 | 12 |
| | | 33.3% | 33.3% | 33.3% | 100 |
| | 56-65 vjeç | 3 | 3 | 8 | 14 |
| | 21.4% | 21.4% | 57.1% | 100 | |
| | Mbi >65 vjeç | 14 | 31 | 14 | 59 |
| | | 23.7% | 52.5% | 23.7% | 100 |
| | Total | 23 | 44 | 33 | 100 |
| | | 23.0% | 44.0% | 33.0% | 100 |

(Chi-square=12.025, sig=.150)

Nga tabela 54 shihet se indeksi i masës trupore nuk ka ndonjë lidhshmëri me grup-moshën (Chi-square=12.025, sig=.150), natyrisht edhe këtu duhet përmendur faktin që grupmoshat më të reja kanë numër shumë të vogël të respondentëve të përfshirë në këtë punim. Edhe pse vërehet se numri i personave me mbipeshë dhe me obezitet është më i shprehur te personat e grup-moshës mbi 65 vjeçare, megjithatë statistikisht kjo nuk është e rëndësishme.

Tabela 55. Edukimi dhe njohuritë për diabetin?

| | | Njohuritë për diabetin | | Total |
|--------------|---------------|------------------------|-------------|---------------|
| | | Po | Jo | |
| Edukimi | Analfabet | 3 18.8% | 13 81.3% | 16 100.0% |
| | Arsimim bazik | 36 59.0% | 25 41.0% | 61 100.0% |
| | Universitar | 14 60.9% | 9 39.1% | 23 100.0% |
| Total | | 53 53.0% | 47 47.0% | 100 100.0% |

(Chi-square=8.933, sig=.011)

Lidhur me informimin rreth sëmundjes së diabetit (tabela 55), është vërtetuar se niveli i edukimit të respondentëve është statistikisht i rëndësishëm (Chi-square=8.993, sig=011). Shumica e personave të pa arsimuar 81.3% e tyre nuk janë të informuar për diabetin, po ashtu i lartë është edhe numri i personave me arsimim bazik 41% dhe është pothuaj i njëjtë përqindjen e personave me arsimim universitar (39.1%), sepse pritet që kjo shtresë e popullatës të ketë informata të plota për sëmundjen e diabetit.

Tabela 56. Gjinia dhe njohuritë për diabetin?

| | | Njohuritë për diabetin | | Total |
|--------------|---------|------------------------|-------------|------------|
| | | PO | JO | |
| Gjinia | Femra | 25 52.1% | 23 47.9% | 48 100 |
| | Meshkuj | 28 53.8% | 24 46.2% | 52 100 |
| Total | | 53 53.0% | 47 47.0% | 100 100 |

(Chi-square=.031, sig=.860)

Gjinia e respondentëve të këtij punimi (Tabela 56) nuk ka ndonjë rëndësi të madhe (Chi-square=.031, sig=.860) për të qenë të informuar lidhur me sëmundjen e diabetit. Pothuaj se identik është përqindja e personave të të dy gjinive lidhur me informatat që i posedojnë për sëmundjen e diabetit.

Tabela 57. Gjinia dhe lloji i yndyrave të konsumuara?

| | | Produktet me yndyrë bimore | Produktet me yndyrë shtazore | Total |
|---------------|----------------|-----------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Gjinia | Femra | 8 16.7% | 40 83.3% | 48 100.0% |
| | Meshkuj | 16 30.8% | 36 69.2% | 52 100.0% |
| Total | | 24 24.0% | 76 76.0% | 100 100.0% |

(Chi-square=2.722, sig=.099)

Roli i gjinisë në llojin e yndyrave të konsumuara (tabela 57) po ashtu nuk ka rëndësi të madhe statistikore (Chi-square=2.722, sig=.099).

Tabela 58. Edukimi dhe lloji i yndyrave të konsumuara?

| | | Konsumimi i yndyrave | | |
|----------------|----------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| | | Produktet me yndyrë bimore | Produktet me yndyrë shtazore | Total |
| Edukimi | Analfabet | 2 12.5% | 14 87.5% | 16 100 |
| | Arsimim bazik | 16 26.2% | 45 73.8% | 61 100 |
| | Universitar | 6 26.1% | 17 73.9% | 23 100 |
| | Total | 24 24.0% | 76 76.0% | 100 100 |

(Chi-square=1.381, sig=.501)

Në tabelën 58 janë dhënë rezultatet që tregojnë për përdorimin e llojit të yndyrave të respondentëve. A janë yndyrat e përdorura me prejardhje bimore apo shtazore, nuk është i rëndësishëm niveli i edukimit të respondentëve (Chi-square=1.381, sig=.501).

Tabela 59. Lloji i yndyrave të konsumuara dhe niveli i yndyrës HDL?

| | Yndyrat dhe HDL Kolesterolit | | | | Total |
|-------------------------------------|------------------------------|------------------------|--------------|-----------------|--------------|
| | I ulët <1.0 | I dëshiruar 1.0-1.5 | Optimal >1.6 | I lartë >1.7 | |
| Produktet me yndyrë bimore | 1 4.2% | 13 54.2% | - | 10 41.7% | 24 100.0% |
| Produktet me yndyrë shtazore | 6 7.9% | 34 44.7% | 8 10.5% | 28 36.8% | 76 100.0% |
| Total | 7 7.0% | 7 7.0% | 47 47.0% | 8 8.0% | 38 38.0% |

(Chi-square=3.345, sig=.341)

Në tabelën 59 janë paraqitur rezultatet lidhur me atë se a ka ndonjë asociacion ndërmjet përdorimit të yndyrës me prejardhje bimore apo shtazore dhe është fituar se nuk ka asociacione të tilla (Chi-square=3.345, sig=.341).

Tabela 60. Lloji i yndyrave të konsumuara dhe niveli i yndyrës LDL?

| | Yndyrat dhe LDL Kolesterolit | | | | | Total |
|-------------------------------------|------------------------------|------------------------|-----------------|--------------------|-----------------------|-----------|
| | Optimal <2.6 | I dëshiruar 2.6-3.3 | Kufi i lartë | I lartë 4.1-4.8 | Shumë i lartë >4.5 | |
| Produktet me yndyrë bimore | 4 16.7% | 12 50.0% | 3 12.5% | 3 12.5% | 2 8.3% | 24 100 |
| Produktet me yndyrë shtazore | 10 13.2% | 34 44.7% | 16 21.1% | 9 11.8% | 7 9.2% | 76 100 |
| Total | 14 14.0% | 14 14.0% | 46 46.0% | 19 19.0% | 12 12.0% | 9 9.0% |

(Chi-square=.995, sig=.911)

Në tabelën 60 janë paraqitur rezultatet lidhur me ekzistimin e ndonjë asociacioni ndërmjet përdorimit të yndyrës me prejardhje bimore apo shtazore dhe nivelit të yndyrës së keqe (LDL) dhe është fituar se nuk ka asociacione të tilla (Chi-square=.995, sig=.911).

Dallimet ndërmjet matjes initiale dhe finale për të dhënat kuantitative

Tabela 61. Dallimet ndërmjet matjes initiale dhe finale

| Variablat | Para edukimit | Pas edukimit | t-test | P-value |
|----------------------|---------------|--------------|--------|----------|
| | Mean, SD | Mean, SD | | |
| IMT | 29.01±5.46 | 27.72±4.71 | 5.999 | < 0.0001 |
| TAS | 130.50±16.61 | 131.00±14.89 | -0.466 | 0.642 |
| TAD | 82.45±8.86 | 82.10±7.69 | 0.579 | 0.564 |
| GLIKEMIA | 6.50±2.15 | 6.02±1.63 | 4.157 | < 0.0001 |
| HbA1c | 6.23±2.06 | 5.72±1.44 | 4.036 | < 0.0001 |
| KOLESTEROLI | 5.37±1.61 | 4.58±0.96 | 6.404 | < 0.0001 |
| HDL | 1.89±0.96 | 1.49±0.65 | 6.142 | < 0.0001 |
| LDL | 3.27±1.01 | 2.73±0.72 | 8.03 | < 0.0001 |
| TRIGLICERIDET | 2.08±1.13 | 1.66±0.73 | 3.658 | < 0.0001 |

Dallimet ndërmjet matjes initiale dhe asaj finale për të dhënat kuantitative janë vërtetuar përmes metodës së Testit T për grupe të varura. Nga tabela shihet se janë vërtetuar dallime të rëndësishme statistikore dhe atë në nivelin e rëndësisë sig=.01, për 7 ndryshore: indeksi i masës trupore, glikemia në gjendjen esull, HbA1c, niveli i kolesterolit në gjak, niveli i yndyrës së mirë (HDL), niveli i yndyrës së keqe (LDL) dhe niveli i triglicerideve. Të gjitha dallimet (tabela 61) e vërtetuara janë në favor të matjes finale që është tregues i përmirësimit të vlerave të ndryshoreve të trajtuara. Ky përmirësim mund t'i atribuohet, efektit të programit edukativ të aplikuar me respondentët. Dallime nuk ka pasur vetëm te ndryshorja shtypja e gjakut, si te shtypja sistolike (sig=.64) ashtu edhe ajo diastolike (sig=.56).

DISKUTIMI

Dështimi i zemrës (HF) është një sindrom klinik, i cili po bëhet një problemi kryesor i shëndetit publik në dekadat e fundit, për shkak të rritjes së prevalencës, sidomos në vendet e zhvilluara [83, 84]. Rritja e prevalencës është kryesisht për shkak të zgjatjes së jetëgjatësisë së popullsisë së përgjithshme në këto vende [84, 85] si dhe jetëgjatësia e rritur e pacientëve me SZ-së. Jetëgjatësia është zgjatur te pacientët me SZ-së, kryesisht për shkak të përmirësimit të trajtimit farmakologjik dhe jo-farmakologjik [86]. Etiologjia e SZ-së është e ndryshme në vende të ndryshme dhe popullata të ndryshme, por në ditët e sotme hipertensioni arterial dhe sëmundja e arteries koronare (CAD) janë faktorë mbizotërues etiologjikë [87]. Shumë studime kanë adresuar trendet në vdekshmërinë dhe mbijetesën e pacientëve me SZ-së krahasuar periudha të ndryshme kohore në vendet të ndryshme (Tabela 62). Bazuar në Studimin e Zemrës nga Framingham, norma e vdekshmërisë pas diagnozës me SZ-së në ShBA ishte rreth 10% në 30 ditë, 20-30% në 1 vit dhe 45-60% gjatë 5 viteve të ndjekjes [88].

Tabela 62. Shkalla e vdekshmërisë te pacientët me dështim të zemrës në periudha të ndryshme kohore

| Studimi | Nr. pacientëve | Periudha kohore | Mortaliteti | P |
|-------------------|----------------|-----------------|------------------------|--------------------------------|
| Levy et al. [89] | 1075 | 1950 –1959 | 1 vitë, M: 30%, F: 28% | 0.01, për M 0.02, për F |
| | | | 5 vite, M: 70%, F: 57% | |
| | | 1990 - 1999 | 1 vitë, M: 28%, F: 24% | |
| | | | 5 vite, M: 57%, F: 45% | |
| Roger et al. [90] | 4537 | 1979 -1984 | 1 vitë, M: 30%, F: 20% | <0.001, për M <0.001, për F |
| | | | 5 vite, M: 65%, F: 51% | |
| | | 1996-2000 | 1 vitë, M: 21%, F: 17% | |
| | | | 5 vite, M: 50%, F: 46% | |
| Loh et al. [86] | 2507 | 1993 –1998 | 1 vitë, 20.6% | 0.04, për 1 v 0.02, për 3 v |
| | | | 3 vite, 36.4 % | |
| | | 2005 - 2010 | 1 vitë, 17.8% | |
| | | | 3 vite, 31.5% | |
| Mehta et al. [91] | 948 | 1995 –1997 | 6 muaj, 22% | <0.001 |
| | | | 6 muaj, 16% | |

| | | | | | |
|------------------------|--|------|-------------|------------------------------------|--------------|
| | Based cohort) | | 2004 - 2005 | | |
| Laribi et al. [92] | Seven European Countries (Population Based cohort) | | 1987 | 54.2/100 000 | <0.001 |
| | | | 2008 | 32.6/100 000 | |
| Gomez-Soto et al. [93] | Framingham criteria HUPR, Spain | 4793 | 2000 | 1 vitë, M: 34.8/100 F: 27.0/100 | <0.05, për M |
| | | | 2007 | 1 vitë, M: 33.4/100 F: 23.7/100 | <0.05, for F |

Rëndësia e infermierëve në edukimin e pacientëve me sëmundje të zemrës shihet edhe nga fakti se shumë herët është analizuar dhe veçuar nga hulumtues të ndryshëm kështu që është bërë objekt i shumë studimeve [94].

Te gjeturat: Në hulumtimin tonë kanë rezultuar të gjeturat si: ka dominuar moshën më të vjetër dhe më të frekuentuar ka qenë gjinia mashkullore si dhe pjesa urbane ishte më e atakuar me SZ-së. Pas tri seancave edukative kishte përmirësime shumë të rëndësishme dhe sinjifikante të treguesve shëndetësorë dhe gjendjes shëndetësore të të sëmurëve si: ulje e peshës trupore tek obezet dhe përmirësim të vlerave të glikemisë dhe lipidogrames (kolesterolit total, triglicerideve, LDL dhe HDL), ndërsa nuk kishte dallim sinjifikant në vlera të tensionit arterial.

Interpretimi i te gjeturave: Ngjashëm me vendet tjera, morbiditeti i të sëmurëve me sëmundje të zemrës tek të sëmurit tanë dominonte në grup-moshat mbi 65vjeç (59%) dhe ishte më i vogël nën moshën 35 vjeç (2%). [95, 96]. Më pare studimet kanë treguar se shkalla e vdekshmërisë te pacientët me SZ-së është e varur nga moshën dhe rritet në mënyrë progresive me avancimin e moshës [32-35]. Po ashtu në studimet e vendeve tjera, rezultuan se moshën mesatare e pacientëve që vdiqën nga SZ-së u rrit në dekadën e fundit: nga 70 ± 9 vjet, para viteve 1980, deri në 81 ± 9 vite pas vitit 1980 [97]. Saczynski et al. [98] arritën në përfundim se normat e vdekshmërisë u rritën nga 3% në pacientët më të rinj se 65 vjet në 8.2% në ato më të vjetër se 75 vjet. Përveç kësaj, studimi i Wong et al. [99], gjithashtu tregoi se shkalla e vdekshmërisë rritet duke u rritur moshën e pacientëve. Në këtë studim, vdekshmëria 3-vjeçare e pacientëve me SZ-së u rrit paralelisht me moshën e pacientëve nga koha e pranimit të tyre për simptomat e SZ-së: 12% (për grupmoshën 20-39 vjeç), 13% (për grupmoshën 40-49 vjeç), 13% (për grupmoshën 50-59 vjeç), 19% (për grupmoshën 60-69 vjeç) dhe 31% (për grupmoshën ≥ 70 vjeç).

Shumë hulumtime kanë treguar se sëmundja iskemike e zemrës prek më shumë meshkujt se femrat. Edhe në hulumtimin tonë gjinia më e prezantuar ishte gjinia mashkullore me dallim të lehtë sinjifikant me 52%.

Për më tepër, disa studime treguan se vdekshmëria ishte e ndryshme në pacientët meshkuj vs femra me SZ-së [90, 100-103]. Në studimin nga Rathore et al. [101], shkalla e vdekshmërisë ishte më e ulët te pacientët femra se sa te pacientët meshkuj në ShBA me SZ-së gjatë periudhës kohore 1998 dhe 1999. Në këtë studim, vdekshmëria 30-ditore ishte 9.2%, te pacientët femra kundrejt 11.4% te pacientët meshkuj ($P < 0.001$). Në mënyrë të ngjashme, vdekshmëria 1-vjeçare ishte 36.2% në femra kundrejt 43.0% në meshkuj ($p < 0.001$). Studimi i kohortës nga Vaartjes et al. [38], e cila u bazua në regjistrin kombëtar të kauzës së vdekjes, tregoi se rreziku i

vdekshmërisë për SZ është më i lartë tek meshkujt sesa te gratë. Rreziku njëvjeçar i vdekshmërisë ishte 17% në meshkuj dhe 14% në gratë më të reja se 55 vjet, dhe 58% në meshkuj dhe 49% në gratë më të vjetra se 85 vjet. Megjithatë, rreziku i vdekshmërisë 5-vjeçare në Kosovë këta pacientë nuk ndryshonin midis gjinive. Të dhënat e pakta epidemiologjike kanë treguar se shkalla e vdekshmërisë te pacientët me SZ-së nuk ndryshojnë sipas gjinisë [102, 104].

Trendet në vdekshmërinë kardiovaskulare në të gjithë Evropën tregojnë ndryshime të rëndësishme gjeografike dhe një kuptim i këtyre tendencave ka një rol qendror në shëndetin publik global. Një trend i përgjithshëm për reduktimin e vdekshmërisë së sëmundjeve të zemrës ishemike u vu re, më i theksuari në Evropën Perëndimore (> 60% për Holandën, Mbretërinë e Bashkuar dhe Irlandën) për të dy gjinitë 1980-1999. Vendet e Evropës Lindore, Rumania, Kroacia dhe Sllovakia, kishte reduktime modeste të vdekshmërisë. Kohët e fundit (2009), Lituania kishte vdekshmërinë më të lartë për meshkujt dhe femrat (respektivisht 318.1 / 100 000 dhe 166.1 / 100 000), pasuar nga Letonia dhe Sllovakia. Franca kishte vdekshmërinë më të ulët: 39.8 / 100 000 për meshkujt dhe 14.7 / 100 000 për femrat. [105]

Përsa i përket vendbanimit pjesa më e madhe e të sëmurëve ishin nga qyteti me 90%, ngjashëm edhe me shumë punime të tjera kanë rezultuar me të gjeturat e njëjta, [106].

Edhe në punime tjera të ngjashme ku janë analizuar të sëmurët me SKZ është vërejtur se sëmundja është më e shpeshtë tek personat që jetojnë në qytet, urbanizimi është shoqëruar nga një rritje në normën e sëmundjeve koronare të zemrës. Ky trend ka shkuar paralel me një rritje të konsumit të ushqimit të përpunuar, që mund të jetë për shkak të stilit tjetër të jetës i cili rezulton me aktivitet të zvogëluar fizik, ushqim joadekuat, mbingarkim psikik të përcjellë me pakënaqësi, me përjetim gjithnjë e më të madh të streseve si dhe migrim të shtuar. Për të shqyrtuar nëse një trend i ngjashëm është duke u zhvilluar në Indinë veriore, prevalenca dhe faktorët e rrezikut për sëmundjet koronare të zemrës janë krahasuar në komunitetet rurale, gjysmë-urbane dhe urbane. Prevalenca e sëmundjeve koronare të zemrës në qytet, në krahasim me fshatrat ishte më e lartë [HR: 1.9 (95% CI, 1.1-3.2) vs HR 4.9 (95% CI: 2.9-8.2)] [106].

Sipas profesionit pjesëmarrje më të lartë kanë treguar grupi i amviseve me 36%, pastaj nëpunësit me 27 %, ndërmarrësit me 23%, pa punësit me 4% dhe bujqit me 10%. Sipas disa studimeve kanë ardhur në përfundim se probabiliteti i SKZ rritet te ata persona të cilët kanë orë pune në orët e gjata të punës (d.m.th. 35-40, 41-48, 49-54 dhe ≥ 55 orë /javë). [107, 108, 109],

Ngjashëm me vendet tjera, karakteri hereditar dhe kardiomiopatië janë potencialisht vdekjeprurëse dhe janë klinikisht dhe gjenetikisht heterogjene, duke përfshirë të paktën 90 gjene. Nga ky punim në periudhën kohore 10 vjeçare të pacientëve kinez të Hong Kongut erdhën në përfundim se interpretimi i saktë i gjetjeve gjenetike është i vështirë dhe kërkon ekspertizë dhe përvojë. [110]

Nga të anketuarit 54% e të sëmurëve kanë deklaruar se kanë pasur vdekje të papritura në familje nga aksidentet kardiovaskulare, kurse nga 54% prej tyre 33% e tyre pohuan se janë atakuar me vdekjen e një personit në familje, 12% me nga 3 persona dhe 9% pohuan se kishin pasur aksidente që kishin përfunduar me vdekje 2 persona në familje. Sipas një studimi të bërë [110] sa i përket prezencës së SIZ në familje janë fituar të dhëna të përafërta ku 46% e të anketuarve të sëmurë nga kjo sëmundje kanë deklaruar se kanë në familje të ngushtë të sëmurë nga kjo sëmundje.

Bazuar në 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension, prevalenca globale e hipertensionit u vlerësua të jetë 1.13 miliardë në vitin 2015 [111], me një mbizotërim prej mbi 150 milionë në Evropën Qendrore dhe Lindore. Prevalenca e përgjithshme e hipertensionit në të rriturit është rreth 30- 45% [11], me një mbizotërim global të standardeve të moshës dhe gjinisë, për vitin 2015 [111].

Në punimin tonë 14% e respondentëve rezultuan me HTA Mbi-normale 130-139/80-89 mmHg (8% F/11.5% M), 24 % prej tyre kishin Nivelin 1 HTA i butë 140-159/90-99 mmHg (16.7% F/11.5% M) respektivisht Nivelin 2 HTA moderuar 160-179/100-109 mmHg kishin vetëm 6% (6%M) me dallim sinjifikantë sipas moshës ($p < 0.001$), kurse sa i përket grup-moshës mbi 40% e respondentëve ishin mbi moshën 56 vjeçare. Nga ky punim konkludojmë se gjinia më e atakuar me HTA ishte gjinia femërore, ku rezultate të ndryshme kanë gjetur punimet tjera ku mbizotëron gjinia femërore [112], kurse sa i përket grup-moshës mundësia e paraqitjes HTA rritet me rritjen e moshës që u vërtetua edhe në këtë punim dhe të dhëna të ngjashme u gjetën edhe në vende tjera. [112]. Po ashtu nga hulumtimet tjera në vende të ndryshme e vërtetuan se HTA është një kontribuues esencial i mundësisë së paraqitjes së sëmundjeve të zemrës këtë e pohuan edhe studimi i realizuar në Copenhagen General Population Study 2003-2014, ku 60% e respondentëve nga një mostër prej 103860 pacientëve rezultuan me HTA [113].

Ky mbizotërim i lartë i hipertensionit është konsistent në të gjithë botën, pavarësisht nga statusi i të ardhurave, që është më i ulët, vendeve me të ardhura të mesme dhe të larta. [114] Probabiliteti i hipertensionit rritet me avancimin e moshës, me një përhapje prej më shumë se 60% tek njerëzit e moshës më shumë se 60 vjet [114]. Ndërsa moshë e popullsisë, kur kombinohet me stilin e jetesës së ulët dhe mos minimizimin e faktorëve të riskut, dhe rritjen e peshës së trupit, prevalenca e hipertensionit në mbarë botën do të vazhdojë të rritet. Është vlerësuar se numri i njerëzve me hipertension do të rritet me 15-20% deri në vitin 2025, duke arritur afro 1.5 miliardë [115].

Se rëndësia e seancave edukative e pacientëve me SZ nga infermierja është e vërtetuar edhe në punimin tonë ku nga 100 respondentë Pre-test (62% kishin vlera normale të glikemisë, 25% prej tyre ishin me DM >7 mmol/dl, kurse 13% ishin në grupin e Pre-diabetikëve 6.1-6.9 mmol/dl), derisa i njëjti grup pas përfundimit seancave edukative nga infermierja përmirësuan dukshëm nivelin e glikemisë së pacientëve në esull ku në Post-test te i njëjti grup fituam rezultate (71% kishin vlera normale të glikemisë, 21% prej tyre ishin me DM >7 mmol/dl, kurse 8% ishin në grupin e Pre-diabetikëve 6.1-6.9 mmol/dl), me dallim sinjifikantë $p < 0.001$.

Metoda e mësimdhënies së pacientëve për të menaxhuar diabetin e tyre është i njohur si edukimi i vetë-menaxhimit të diabetit (DSME).[14] Një edukim në vetë-menaxhim është treguar i rëndësishëm për të ndihmuar pacientët me DMT2 për të arritur vetëdijen dhe kontrollin e gjendjes së tyre. [116, 113]

Këto rezultate janë në pajtim me gjetjet e mëparshme në të cilat orët e shtuara të angazhimit dhe kujdesit parësor në kombinim me DSME përmirësuan ndjeshëm kontrollin e glycemis në diabetikët e tipit 2, (117) Një meta-analizë zbuloi se Kujdesi mjekësor krijoi një përmirësim klinikisht të rëndësishëm në kontrollin e niveleve të glukozës në gjak. [116]

Po ashtu në punimin tim u vërtetua **HIPOTEZA 2**. HbA1c në pre-test e pacientëve rezultoi me: Pre-test (61% ishin në vlera normale $<5.7\%$, Prediabetik $>5.7\%$ ishin 15% e pacientëve, 24% ishin në diabet mellitus $>6.5\%$), efekti përmirësues i seancave edukative nga 100

pacientë që ju realizuan seancat edukative vërehen përmirësime të dukshme ku rezultuan me Post-test (70% ishin në vlera normale <5.7%, Prediabetik >5.7% ishin 8% e pacientëve, 22% ishin në diabet mellitus >6.5%) me dallim sinjifikantë me $p < 0.001$. Domosdoshmëria e edukimit të pacientëve me SZ është e pa diskutueshme dhe vihen në pah përmirësime të dukshme në të jetuarit dhe të kuptuarit me sëmundje.

Të gjeturat e hulumtimeve në vende të tjera e vërtetojnë këtu ku gjet përmirësime të dukshme përmirësimit të HbA1c e pacientëve pas përfundimit seancave edukative nga infermieret e kualifikuara. [118, 119, 120, 113]

Ngjashëm me hulumtime të metodës së njëjtë në vende të tjera u pa se pas 6 muajsh, HbA1c, glikemia në esull te pacientët që ju nënshtroheshin seancave edukative ishin më të favorshme në grupin eksperimental krahasuar me grupin e kontrollit ($P < 0.05$). Vlerat e aderencës së sjelljes së vetë-kujdesit të dietës së shëndetshme ($P = 0.001$), aktiviteti fizik ($P = 0.043$), vetë-monitorimi i glukozës në gjak ($P < 0.001$) dhe reduktimi i faktorëve të riskut ($P < 0.001$) janë rritur dukshëm në grupin eksperimental krahasuar me grupin e kontrollit. [118]

Po ashtu në punimin tim u vërtetua **HIPOTEZA 3**. nga 100 pacientë që ju nënshtroan seancave edukative shumica prej tyre 44% rezultuan me mbipeshë 25-29.9, 33% ishin obez mbi 30 dhe me peshë normale 18.5 – 24.9 ishin 23% .

Se sa është nevoja dhe rëndësia e infermieres në edukimin e pacientëve me SZ nga u vërtetua me të dhëna konkrete në punimin tonë ku nga 100 responentë Pre-test niveli i kolesterolit në gjak ishte: (61% e pacientëve ishin në kufijtë normal <5.7 mmol/dl, 14% kufiri i lartë <5.2-6.1 mmol/dl dhe 25% i lartë >6.2 mmol/dl), pas përfundimit seancave edukative me vetëdijesimin e pacientëve me ndryshim stilit të jetesës fituam ndryshime shumë të rëndësishme ku në post test i njëjti grup i intervenimit rezultuan me Post-test (77% e pacientëve ishin në kufijtë normal <5.7 mmol/dl, 13% kufiri i lartë <5.2-6.1 mmol/dl dhe 10% i lartë >6.2 mmol/dl), me dallim sinjifikantë $P < 0.001$. U dëshmuua edhe **HIPOTEZA 4**.

Po ashtu në punimin tim analizuam edhe ndikimin e gjinisë te koesteroli ku gjinia femërore ka predispozita më të mëdha të kufirit të lartë dhe të lartë të kolesterolit me gjininë mashkullore. Gjinia femërore vs mashkullore rezultuan me (F/ 15%, M/10% kufiri i lartë >6.2 mmol/dl/), pa dallime sinjifikante $p < 0.338$.

Po ashtu u analizuan edhe niveli i HDL, LDL dhe triglicerdieve pre dhe post test.

HDL, pre vs post-test rezultoi me: (7% / 2% i ulët mmol/L $p < 0.001$), (47% / 59% i dëshiruar mmol/L $p < 0.001$), (8% / 3% optimal mmol/L $p < 0.001$) dhe (38% / 16% i lartë >1.7 mmol/L $p < 0.001$) me dallim sinjifikantë mes matjes iniciale dhe asaj finale $p < 0.001$. Mesatarja e HDL-së në të gjeturat tona rezultoi me 1.89 në Pre-test dhe 1.49 në pos test, SD: Pre-test 0.96 dhe post-test 0.65. U dëshmuua edhe **HIPOTEZA 4**.

LDL, pre vs post-test rezultojnë: (14% / 19% optimal <2.6 mmol/L, 46% / 62% i dëshiruar 2.6-3.3 mmol/L, 19% / 7% kufi i lartë, 12% / 11% i lartë 4.1-4.8 mmol/L, 9% / 1% shumë i lartë >4.5 mmol/L). Mesatarja e LDL-së në të gjeturat tona rezultoi me 3.27 në Pre-test dhe 2.73 në pos test, SD: Pre-test 1.01 dhe post-test 0.72. U dëshmuua edhe **HIPOTEZA 4**.

Triglicerditet: pre vs post-test rezultoi me: (23% / 34% optimal <1.7 mmol/L, 51% / 55% i dëshiruar 1.7-2.2. mmol/L, 21% / 10% i lartë 2.3-4.4 mmol/L, 5% / 1% shumë i lartë >4.5

mmol/L). Mesatarja e Triglicerideve në të gjeturat tona rezultoi me 2.08 në Pre-test dhe 1.66 në post test, SD: Pre-test 1.13 dhe post-test 0.73. U dëshmuar edhe **HIPOTEZA 4**.

Në të gjeturat e hulumtimeve tjera po ashtu janë gjetur të dhëna të ngjashme ku në një punim të realizuar nga Copenhagen General Population study 203-2014 mostra e së cilës ishte në analizë të 103860 grave iu matën vlerat e lipidogramës, kolesterolit, HDL, LDL dhe trigliceridet kishte rezultuar me: mesatarja e lipidogramës analizuar kuadër klasifikimit të niveleve të kolesterolit dhe triglicerideve me: **HDL** mmol/L rezultoi me: (<1 ishte 1.9 mesatarja, 1-1.99 ishte 1.6, 2-2.99 me 1.3, 3-3.99 me 1.1, 4-4.99 me 1.0 dhe ≥ 5 me 0.9). **LDL** mmol/L rezultoi me: (<1 ishte 2.9 mesatarja, 1-1.99 ishte 3.3, 2-2.99 me 3.5, 3-3.99 me 3.4, 4-4.99 me 3.6 dhe ≥ 5 me 3.3). **Trigliceriditet** mmol/L (<1 ishte 0.8 mesatarja, 1-1.99 ishte 1.4, 2-2.99 me 2.4, 3-3.99 me 3.4, 4-4.99 me 4.4 dhe ≥ 5 me 5.9) [113], po ashtu edhe në një punim të realizuar me fokus pacientët e DMT2 nga infermieret prakticionere arritën në përfundime se niveli i LDL -C ishte në 71% e pacientëve që kishin lidhje direkte me DM2, dhe u trajtuan me seanca edukative dhe arritën në përfundime se këtyre pacientëve iu nevojitet trajtimi me statina dhe iu rekomanduan në 92.6% prej tyre menaxhimi i stilit të jetesës [121], mirëpo në hulumtimin tonë nga 100 pacientë të analizuar analizuam edhe llojin e yndyrës që pacientët konsumojnë çdo ditë dhe fituam të dhëna: Pre-test rezultoi se shumica e pacientëve konsumonin produkte me yndyrë shtazore pre 76% me $p < 0.001$, dhe vetëm 24% prej tyre konsumonin produkte me yndyrë bimore $p < 0.001$, pas përfundimit seancave edukative pacientët u vetëdijesuan se në të jetuarit me sëmundje të zëmrës duhet t'i kushtohet rendësi e veçantë ushqimit dhe në post-test rezultoi ku 100% e të sëmurëve ndryshuan stilin e jetesës në këtë pikë jashtëzakonisht të rëndësishme me $p < 0.001$, me dallim sinjifikantë në mes matjes iniciale dhe asaj finale $p < 0.001$. Për më tepër nga hulumtimi ynë gjet edhe një ndërlidhje në mes të kolesterolit dhe aktiviteteve fizike, ku pacientët që iu nënshtruan regjimit të aktiviteteve fizike çdo ditë rezultuan me ulje të vlerave të kolesterolit nga kufiri i sipërm i lartë (<5.2-6.1 mmol/L) me 23.1% dhe nivelin i lartë (>6.2 mmol/L) me 19.2%, ndërsa pacientët që nuk iu nënshtruan regjimit të aktiviteteve fizike të përditshme, nuk kishte ndryshim të kënaqshëm të këtyre vlerave, ku më shumë se 39% e tyre rezultuan të ishin në kufi të lartë të kolesterolit.

Për më tepër, ne analizuam edhe ndikimin e aktivitetit fizik në vlerat e HDL-së ku rezultuan se personat që kryejnë aktivitete fizike kanë probabilitetin më të madh të vlerave të ulëta 11.5% të HDL-së, të dëshiruara 53.8%, kurse pacientët që nuk kishin aktivitet fizike këto vlera ishin dukshëm të rritura ku 43.2% prej tyre ishin me vlera të larta.

Të gjeturat tona korrespondojnë me të gjeturat e hulumtimeve të tjera. Ngjashëm Zwald et al, kishte analizuar prevalencën e HDL-së dhe lidhshmërinë me aktivitetin fizik, ku kishte parë që vlerat ishin dukshëm të rritura te personat që nuk kryejnë aktivitete fizike krahasuar me ata që kryejnë aktivitete fizike (21% vs 17.7%, respektivisht) [122]. Poashtu në punimin tonë analizuam edhe stilin e jetesës lidhur me përdorimin e produkteve me yndyrë bimore dhe atyre shtazore me një ndërlidhje eventuale me interpretimin e nivelit të HDL dhe LDL, nga kjo gjetëm një të dhënë shumë të rëndësishme që pacientët që konsumonin produkte me yndyrë bimore kishin vlera më të larta të HDL-së në (nivelin e dëshiruar 1.0-1.5 mmol/L) me 54.2% përkundër atyre pacientëve që konsumonin produkte me yndyrë shtazore kjo vlerë rezultoi me 44.7%. LDL-ja te pacientët që konsumonin produkte me yndyrë bimore në (nivelin e dëshiruar

1.0-1.5 mmol/L) rezultoi me 50% përkundër atyre pacientëve që konsumonin produkte me yndyrë shtazore kjo vlerë rezultoi me 44.7%. Këtu vihet në pah rëndësia e seancave edukative të pacientëve lidhur me ndryshimin konkret në stilin e jetesës në minimizimin e faktorëve të modifikueshëm që kontribuojnë në sëmundjet kardiale ngase në matjen finale e pacientëve lidhur me llojin e yndyrës që ata e konsumonin çdo ditë në Pre-test rezultoi me 24% përdornin produkte me yndyrë bimore dhe 76% produkte me yndyrë shtazore këto të dhëna shumë të rëndësishme ndryshuan në post-test ku 100% e respondentëve pohuan se përdornin produkte me yndyrë bimore, $p < 0.001$, dhe me dallim të rëndësishëm sinjifikant mes matjes initiale dhe asaj finale $p < 0.001$.

Të gjeturat e punimit tim e vërtetuan **HIPOTEZËN 5**, lidhur me nivelin e aktivitetit të 100 pacientëve analizuar rezultatet në pre dhe post-test rezultuan se: (19% v.s. 38% $p < 0.001$) ishin aktive 5 km në ditë, (46% v.s. 57% $p < 0.001$) ishin mesatarisht aktivë 2-5 km/ditë dhe pasivë (35% v.s. 5% $p < 0.001$) me dallim të rëndësishëm sinjifikant $p < 0.001$ mes matjes initiale dhe asaj finale, si rezultat i këtyre ndryshime në stilin e jetesës sa i përket ecjes dhe ushtrimeve fizike rutine fituam ndryshime relevante edhe në IMT në mes matjes initiale dhe asaj finale me: Mesatarja: 29.01 ± 27.72 , DS: 5.46 ± 4.71 , R: .922 dhe $p < 0.001$ respektivisht.

Të gjeturat tona korrespondojnë me të gjeturat e hulumtimeve tjera. Ngjashëm Gradidge PJ et al, kishte analizuar obesitetin me një grup kontrollë dhe intervenues nga 115 gra të punësuar në Universitetin e Vendës, 49 nga to ishin në grupin intrvues ku ecën në palestrën universitare për 30 minuta 3 ditë/javë, pas 12 javëve ecje ndryshime të mëdha në IMT në grupin e intervenimit ishin 32.1 ± 6.61 me $p < 0.95$, përderisa në grupin kontrollë rezultoi me 31 ± 6.57 [123, 124].

Po ashtu të dhëna të ngjashme që rezultuan me uljen IMT korrespondojnë edhe me të gjeturat e punimit sipas Li YC, që udhëheqte një program i ashtuquajtur "The China Motivational Healthy Walking Program in 2016" ku përzgjedhi 12368 persona në hulumtim nga 139 zona të ndryshme. Ndërhyrja në këtë grup ishte 100 ditësh. Hapat mesatarë ditorë efektivë dhe përqindja e përmbushjes së ecjes së vazhdueshme në ditë u përdorën si tregues kryesorë në këtë studim. Pas ndërhyrjes 100-ditore, të gjitha variablat e rezultateve janë ulur ndjeshëm. Për çdo 1000 hapa shtesë në ditë, subjektet kishin ulje shtesë në BMI prej 0.023 kg / m (2) [β (95% CI): -0.023 (-0.030, -0.017)], në perimetrin e belit prej 0.046 cm [β (95% CI): -0.046 (-0.071, -0.020)], dhe gjasat për t'u bërë mbipeshë ose obezitet ishin 0.97 herë [OR (95% CI): 0.97 (0.95, 0.98)] krahasuar me periudhën para ndërhyrjes. Me 1 000 hapa efektiv në ditë, diferenca midis bazës dhe pikës përfundimtare u rrit me 0.028 kg / m (2) [β (95% CI): -0.028 (-0.035, -0.020)] në BMI dhe 0.062 cm [95% CI): -0.062 (-0.091, -0.033)] në perimetrin e belit. Mundësia e përparimit në mbipeshë ose obezitet ishte 0,97 herë [OR (95% CI): 0,97 (0,95, 0,98)] ajo e para-ndërhyrjes dhe gjasat për t'u bërë obeziteti qendror ishin 0,98 herë [OR (95% CI) 0,98 (0,96, 0,99)] atë të para-ndërhyrjes. Krahasuar me subjektet me përqindje të ulët të përmbushjes së ecjes së vazhdueshme në ditë, ata me nivel të lartë do të kishin një ulje shtesë në BMI me 0.150 kg / m (2) [β (95% CI): -0.150 (-0.22, -0.079)], në perimetrin e belit me 0.340 cm [β (95% CI): -0.340 (-0.620, -0.064)] dhe gjasat për t'u bërë mbipeshë ose obezitet uleshin në 0.74 herë më të ulët se grupi i ulët [OR (95% CI): 0.74 (0.62, 0.89)] dhe gjasat për t'u bërë obeziteti qendror u zvogëluan në 0.78 herë në atë të grupit të ulët (OR (95% CI): 0.78 (0.68, 0.91)).[125].

Konkluzioni; seancat edukative kishin përmirësuar në mënyrë sinjifikante parametrat IMT, vlerat e glikemisë, lipidogramës po ashtu kishin përmirësuar edhe kualitetin e jetës. Andaj, seancat edukative duhet të jenë rutinore në praktikën infermierore të këtyre të sëmurëve.

Rëndësia klinike: edukimi i pacientëve është i domosdoshëm dhe jep rezultate direkte te pacientët me përmirësime të parametrave konkretë si obesiteti, dyslipidemia dhe ndryshimi i stilit të jetesës në fokus të kuptuarit e pacientëve në të jetuarit me sëmundje të zemrës. Mënyra urbane e jetesës po çon në një rritje të prevalencës së faktorëve të njohur të rrezikut, si dhe shkallën e sëmundjes koronare të zemrës. Përpjekjet për të ruajtur stilin e shëndetshëm të jetesës janë të nevojshme për të parandaluar një epidemi të sëmundjes koronare të zemrës në vendet në zhvillim. Gjetjet e rëndësishme të hulumtimeve, modeleve dhe udhërrëfyesve më të rinj sugjerojnë rëndësinë e zhvillimit të programeve të edukimit të pacientëve që janë të përqendruara në përmirësimin e njohurive dhe sjelljeve të vetë-kujdesit për pacientët me pamjaftueshmëri të zemrës. Infermierët janë të kualifikuar në mënyrë unike për të zbatuar programe të tilla që mund të përmirësojnë rezultatet shëndetësore dhe duhet të akomodojnë rekomandimet e bazuara në dëshmi për cilësimet e praktikave globale.

PËRFUNDIMI

Në bazë të të dhënave të paraqitura në hulumtim, mund të nxirren këto përfundime:

- Në grupin e ndërhyrjeve edukative janë të përfshirë 100 pacientë të trajtuar në ambulancën specialiste D&D, kriter i përfshirjes në hulumtim ishte diagnostikimi me sëmundje të zemrës, u përjashtonin pacientët që nuk ishin të dignostikuar me SZ-së.
- Sipas gjinisë nga numri i përgjithshëm i të sëmurëve 48 raste ose 48% të respondentëve i përkasin gjinisë femërore, kurse 52 raste ose 52% gjinisë mashkullore.
- Sa i përket vendbanimit, pjesa dërmuese e respondentëve 90% kanë qenë nga qyteti kurse vetëm 10% ishin nga fshati.
- Sa i përket grup-moshës, më së paku ka pasur nën moshën 35 vjeçare (2%), ndërkaq ndërmjet moshës 36 deri 45 vjeç kanë qenë 13%, 46-55 vjeç ishin me 12%, vlera të përafërta rezultuan edhe në grup-moshën 56-65vjeç me 14%, kurse 59% kanë qenë më të vjetër se 65 vjeç.
- Nga 100 respondentëve të hulumtuar 16% e respondentëve kanë qenë të pashkolluar, 61% kanë pasur arsimimin bazik, kurse 23% kanë qenë me arsimim universitar.
- Prej 100 të anketuarve përqindja më e madhe e të sëmurëve kanë qenë të martuar 87% kurse të ndarë apo të ve kanë qenë nga 4% dhe 5% prej tyre ishin beqar.
- Sa i përket përkatësisë fetare, 99% kanë qenë myslimanë, kurse vetëm një person është deklaruar si katolik e nga komunitetet tjera nuk ka pasur asnjë përfaqësues.
- Profesionet e respondentëve, 10% e tyre janë bujq, 23% ndërmarrës, nëpunës kanë qenë 27%, vetëm 4 respondentë kanë qenë të papunë, kurse 36% kanë qenë amvise.
- Statusi ekonomik i respondentëve, 2% janë me asistencë sociale, 23% të punësuar, 16% të papunë, kurse pjesa më e madhe 59% kanë qenë të pensionuar.
- Sa i përket TAS v.s. TAD, në post test, vlen të theksohet se ka pasur një ndryshim pozitiv, përkatësisht kemi zbritje nga niveli 1 parë HTA në nivelin në kufijtë mbi normalë (130-139/8089mm Hg), kurse efekti i seancave edukative theksohet dukshëm në uljen e pacientëve në nivelin e 1 HTA i butë (140-159/90-99 mmHg), ku në matjen initiale kishin 24 pacientë kurse në post-test ky numër u ul dukshëm vetëm në 13 raste ose 13%.
- Sa i përket Glikemisë në esull fituam rezultate si: në paratest 62% e respondentëve kanë pasur nivel normal të sheqerit në gjak (<6.1 mg/l), 13% janë në nivelin e prediabetikëve (6.1-6.9mg/l), kurse 25% nga numri total i respondentëve i takojnë grupit të personave diabetik (>7 mg/l).
- Rezultatet e pretestit dhe pastestit për vlerat e kolesterolit në gjak fituam të dhëna shumë të rëndësishme në matjen e përsëritur, vërehet efekti i vetëdijesimit të respondentëve ku 77% të respondentëve kanë vlera normale të kolesterolit në gjak, numri i atyre që ndodhen në kufij të lartë nuk ka ndryshuar, kurse është zvogëluar për 15% numri i personave me vlera të larta të kolesterolit në gjak.
- Sa i përket nivelit të yndyrës së mirë HDL-së, vërehet një përmirësimi i dukshëm i vlerave të HDL në matjen e dytë, ku është rritur dukshëm numri i personave me HDL të ulët për 5% dhe atyre me nivel të dëshiruar për 12%, dhe është zvogëluar numri i

personave me vlera të larta të HDL për 22%. Këto dallime janë edhe statistikisht të rëndësishme në nivelin **p=.01**.

- Sa i përket nivelit të yndyrës së LDL mes matjes iniciale dhe asaj finale fituam rezultate statistikisht të rëndësishme në nivelin **p=.01**. Pas kalimit të periudhës 4 mujore të edukimit, vërehet një përmirësim i dukshëm i vlerave të LDL, ku krejtësisht është zhdukur numri i personave me vlera të larta, kurse është rritur numri i personave në nivelin e dëshiruar me 62%.
- Vlerat e nivelit të triglicerideve të respondentëve në testimin e parë dhe të dytë. Në matjen e dytë, vërehet qartë se kemi përmirësim të vlerave të triglicerideve në gjak.
- Aktivitetet fizike rezultuan me një përmirësim të dyfishtë (nga 19% në 38%) të aktiviteteve lëvizore ditore në krahasim me matjen e parë. Pesëdhjetë e shtatë për qind e personave janë mesatarisht aktiv (kalojnë 2.5 km lëvizje në ditë), dhe vetëm 5% e respondentëve e kalojnë ditën në mënyrë pasive, me më pak se 2 km në ditë.
- Më pak se 50% e respondentëve janë deklaruar se nuk kanë pasur vdekje aksidentale kardiovaskulare në familje, kurse 54% e tyre kanë deklaruar se dikush nga familjarët ka pasur vdekje të kësaj natyre.
- Nga 100 pacientë të hulumtuar 54 prej tyre ishin atakuar me vdekje aksidentale kardiovaskulare, një person të vdekur në familje kanë pasur 33% e respondentëve, dy persona të vdekur në familje kanë pasur 9%, kurse 3 persona të vdekur në familje nga problemet kardiovaskulare kanë pasur 12% e të trajtuarve.
- Sa i përket DMT2, rezultatet tregojnë se njëzet e gjashtë për qind e të trajtuarve kanë qenë të diagnostikuar me diabet, kurse 74% kanë dhënë përgjigje negative që nënkupton se ata nuk lëngojnë nga kjo sëmundje.
- Lidhur me pyetjen se a kanë marrë trajtim të rregullt për diabet 25% e tyre janë deklaruar pozitivisht, kurse 75% e tyre kanë dhënë përgjigje negative, që në total del se vetëm njëri nga të trajtuarit nuk ka marrë mjekim të rregullt, respektivisht.
- Pjesa dërmuese e të trajtuarve nuk kryejnë aktivitete të përditshme fizike, kurse 26% e tyre bëjnë ndonjë aktivitet fizik në baza ditore. Pas seancave edukative të respondentëve shihet ndërgjegjësimi i tyre duke u rritur pjesëmarrja e tyre në aktivitete fizike sistematike për 13%, por ende mbetet i lartë numri i atyre që nuk praktikojnë aktivitete fizike sistematike.
- Aktiviteti më i shpeshtë fizik që e kryejnë respondentët është ecja, ku 93% e tyre ecin, një person ushtron në shtëpi, kurse vetëm 6% nuk bëjnë asnjë lloj aktiviteti fizik, por ky raport ka ndërruar pas trajtimit 4 mujor dhe pothuaj të gjithë respondentët kryejnë ndonjë aktivitet fizik gjatë ditës, kryesisht ecin (96%) e nëse nuk mund të ecin atëherë ushtrojnë në shtëpi (3%).
- Vetëm 17% e respondentëve janë deklaruar se kanë informata lidhur me ndikimin e të ushqyerit në sëmundjet iskemike të zemrës. Ky raport ndërroi në mënyrë drastike pasi respondentët kanë marrë edukimin e nevojshëm dhe në fund të atij programi ata janë deklaruar 100% se kanë informata të tilla.
- Sa i përket llojit të yndyrave që i përdornin më shumë respondentët e këtij punimi, para trajtimit ata kanë deklaruar se përdorin kryesisht (76%) yndyra shtazore, kurse vetëm 24% e tyre janë më të kujdesshëm dhe përdorin yndyra me bazë bimore kurse një të dhënë shumë të rëndësishme fituam në post-test ku 100% e respondentëve u vetëdijesuan dhe filluan t'i konsumonin produktet më origjinë bimore.

- Lidhur me pyetjen se a keni pasur vlera të larta të HTA-së, shumica e respondentëve (80%) kanë deklaruar se kanë pasur vlera të larta të HTA, kurse 20% janë përgjigjur negativisht.
- Aspirina duket të jetë medikamenti më i përhapur te të gjithë respondentët pasi 82% e tyre kanë deklaruar se e marrin atë në mënyrë sistematike, kurse 18% kanë dhënë përgjigje negative.
- 68 % e femrave nuk pinë duhan kurse 25% po. Ndërkaq shumica e meshkujve apo 36% e tyre konsumojnë duhan kurse vetëm 23% nuk pinë, që dmth se meshkujt janë konsumues më të mëdhenj të duhanit (Chi-square=24.760, sig=.000).
- Shtypja e gjakut ka lidhje me gjininë (Chi-square=19.489, sig=.001) përkatësisht femrat janë më shumë të prira për tension të lartë se meshkujt.
- Edhe pse vërehet një përqindje më e lartë e personave që nuk praktikojnë aktivitete fizike dhe kanë vlera të larta të HDL-së, megjithatë statistikisht nuk janë të rëndësishme. (Chi-square=3.993, sig=.262).
- Asociacione të rëndësishme statistikore janë vërtetuar ndërmjet aktivitetit fizik dhe vlerave të larta të LDL (Chi-square=10.001, sig=.040). Nga tabela 52 shihet se nuk ka dallime të mëdha sa i përket vlerave në kufijtë normalë, por dukshëm vlera më të larta kanë respondentët që nuk praktikojnë aktivitete fizike (25.7% e tyre në kufij të lartë) në krahasim me ata që janë më aktiv fizikisht (asnjëri nuk ka vlera në kufij të lartë të LDL-së).
- Dallimet ndërmjet matjes initiale dhe asaj finale për të dhënat kuantitative janë vërtetuar përmes metodës së Testit T për grupe të varura.
- Dallime të rëndësishme statistikore dhe atë në nivelin e rëndësisë $p < 0.01$, për 7 ndryshore: indeksi i masës trupore, glikemia në gjendjen esull, HbA1c, niveli i kolesterolit në gjak, niveli i yndyrës së mirë (HDL), niveli i yndyrës së keqe (LDL) dhe niveli i triglicerideve.
- Të gjitha dallimet (tabela 61) e vërtetuara janë në favor të matjes finale që është tregues i përmirësimit të vlerave të ndryshoreve të trajtuara. Ky përmirësim mund t'i atribuohet, efektit të programit edukativ të aplikuar me respondentët. Dallime nuk ka pasur vetëm te ndryshorja shtypja e gjakut, si te shtypja sistolike (sig=.64) ashtu edhe ajo diastolike (sig=.56).

Rezultatet e hulumtimit dëshmojnë se sëmundja iskemike e zezës është shumë komplekse, përshpejtohet nga veprimi i shumë faktorëve të stilit të jetës që ndikojnë dhe janë përgjegjës në më shumë se 80% të patologjive të kësaj lëmie.

Është me rëndësi të ceket se këta faktorë mund të reduktohen me angazhimin e vet individit dhe shoqërisë duke ndryshuar stilin e jetës, ndryshim ky që në disa raste kërkon kohë dhe motivim.

PROPOZIMI I MASAVE

Përvojat e hulumtuesve të vendeve të zhvilluara shpjegojnë strategji të ndryshme për tejkalimin e këtyre situatave ose së paku mbajtjen në kontroll të kësaj gjendjeje, për të parandaluar lajmërimin e sëmundjes iskemike të zemrës ose komplikimeve të saj, që është një sfidë e vazhdueshme për të ardhmen e shëndetësisë Kosovare.

1. Zvogëlimi i morbiditetit dhe mortalitetit

Strategjia primare e menaxhimit të SZ është të zvogëlojë morbiditetin dhe mortalitetin, të parandalojë komplikimet për të përmirësuar rezultatet klinike. Sëmundjet e zemrës karakterizohen me shërim të gjatë, mungesa të shpeshta nga puna, të përcjella edhe me pa-aftësi punuese dhe me përqindje të lartë të invaliditetit. Rehabilitimi i tyre është i ngadalshëm, i përcjellur me recidive të shpeshta.

2. Përdorimi i modeleve efikase nga infermierët

Aplikimi i modelit Transtheoretical, modeli Stage Change of Model, Modeli i vetë-menaxhimit dhe vetë-kujdesit me qëllim vetëdijesimin të pacientëve në marrjen e medikamenteve dhe mënyra e përdorimit të medikamenteve (koha, sasia, rruga), monitorimin e peshës dhe vetë-menaxhimi, vetë-kujdesi i sëmundjes në rast përkeqësimit të gjendjes shëndetësore.

3. Detektimi i hershëm dhe depistimi i faktorëve të rrezikut

Pacientët me SZ-së duhet të trajtohen në fazën e parë të sëmundjes. Për atë duhet sa më shpejt t'i kushtohet vëmendje faktorëve të rrezikut për dobësi të zemrës, të tilla si: *trajtimi i tensionit të lartë të gjakut, sëmundjes së sheqerit, nivelit të lartë të yndyrave në gjak, zvogëlim i peshës trupore, aktiviteti fizik, konsum i vogël i kripës, kufizimi i alkoolit, ndërprerja e pirjes së duhanit, ushqimi dietal.*

4. Edukimi i pacientëve gjatë pranimit, ripranimit dhe lëshimit nga spitali

Disa nga faktorët e rrezikut që mund të modifikohen janë shtypja e lartë e gjakut, niveli i lartë i kolesterolit në gjak, sëmundja e sheqerit, pirja e duhanit, pesha e tepërt. Modifikimi i faktorëve të rrezikut nuk e shëron sëmundjen koronare, por bën parandalimin e shfaqjes së saj dhe pasojave që i jep. Stili i jetës është mënyra e jetesës e cila identifikohet me modele të sjelljes të cilat varen nga bashkëveprimi i karakteristikave personale të individit, bashkëveprimi shoqëror dhe kushtet social ekonomike. Mënyra e jetës së individit, e karakterizuar me identifikimin e modelit të sjelljes, mund të ketë efekt të thellë në shëndetin e individit dhe në shëndetin e të tjerëve.

5. Përdorimi i strategjive efektive në edukimin e pacientëve

Infermieret specialiste të SZ-së dhe ekipet multidisiplinare kanë potencial për të përmirësuar rezultatet dhe cilësinë e jetës nëse përdoren në mënyrë efektive në procesin e edukimit.

6. Roli i Infermieres edukatore

Edukimi i pacientëve të siguar nga infermierët ka qenë gjithmonë një komponent kyç në planin gjithëpërfshirës të kujdesit për pacientët me SZ-së. Infermieret janë të kualifikuara në mënyrë unike për të zbatuar programe të tilla që mund të përmirësojnë rezultatet shëndetësore dhe duhet të akomodojnë rekomandimet e bazuara në dëshmi për cilësimet e praktikave globale.

7. Dinamika e jetës dhe menaxhimi i stresit

Mënyra urbane e jetesës po çon në një rritje të prevalencës së faktorëve të njohur të rrezikut, si dhe shkallën e sëmundjes koronare të zemrës. Përpjekjet për të ruajtur stilin e jetës së shëndetshme janë të nevojshme për të parandaluar një epidemi të sëmundjes koronare të zemrës në vendet në zhvillim.

8. Vetëdijesimi i pacientëve në të jetuarit dhe të kuptuarit me sëmundje të zemrës

Gjetjet sugjerojnë rëndësinë e zhvillimit të programeve të edukimit të pacientëve që janë të përqendruara në përmirësimin e njohurive dhe sjelljeve të vetë-kujdesit për pacientët me dështim të zemrës. Infermieret janë të kualifikuara në mënyrë unike për të zbatuar programe të tilla që mund të përmirësojnë rezultatet shëndetësore dhe duhet të akomodojnë rekomandimet e bazuara në dëshmi për cilësimet e praktikave globale.

9. Vetëdijesimi i popullatës në parandalimin e sëmundjeve të zemrës

Përdorimi i metodave edukativo-shëndetësore për ngritjen e vetëdijes së popullatës lidhur me veprimin e dëmshëm të faktorëve të rrezikut. Rëndësi të posaçme ka që njohuritë të jepen qysh nga shkolla fillore në mënyrë sistematike.

Mass mediat poashtu kanë një rol të rëndësishëm në edukimin e popullatës për mënyrën e stilit të jetës duke emituar programe arsimore lidhur me masat e parandalimit të SIZ.

Organizimi i simpoziumeve, kongreseve, takimeve dhe hulumtimeve në nivel kombëtar ku diskutohet e prezantohet kjo problematikë nga aspekti preventiv dhe kurativ.

Shënimi i ditës botërore të zemrës, e diela e fundit e muajit shtator, ditë e cila shënohet në shumë vende të botës ku popullata përmes aktiviteteve të ndryshme informohet dhe vetëdijësohet për parandalimin e përhapjes së kësaj sëmundje. Për herë të parë kjo ditë është shënuar në vitin 2007 në Kosovë.

REFERENCAT

1. American College of Cardiology and the American Heart Association (2013). ACC/AHA update guideline for management of heart failure. Retrieved from <http://newsroom.heart.org/news/acc-aha-update-guideline-for-management-ofheart-failure>
2. Ermis, A., & Melander, S. (2012). Minimize admissions for heart failure. *Clinical Advisor*, 7, 23-30.
3. Steen Dalby Kristensen., et alii 2014 ESC/ESA Guidelines on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management.
4. World Health Organisation, report 2004.
5. American Heart Association (2013). Costs to treat heart failure expected to more than double by 2030. Retrieved from <http://newsroom.heart.org/news/costs-to-treatheart-failure-expected-to-more-han-double->
6. Jencks, S. F., Williams, M. V., & Coleman, E. A. (2009). Rehospitalizations among patients in the Medicare Fee-for Service Program. *The New England Journal of Medicine*, 360, 1418-1428.
7. World Heart Federation, report. 2006.
8. Silow-Carroll, S., Edwards, J., & Lashbrook, A. (2011). Reducing hospital readmissions: Lessons from top-performing hospitals [Synthesis Report from the Common Wealth Fund]. : .
9. American Heart Association (2011). Get with the guidelines: Heart failure enhanced heart failure patient education prior to hospital discharge. Retrieved from <http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/CIRCULATIONAHA.109.192064>
10. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2010). Joint Commission National Quality Performance Measures Retrieved from <https://manual.jointcommission.org/releases/archive/TJC2010B/MIF0028.html> Nonpharmacologic management and health care maintenance in patients with chronic heart failure. *Journal of Cardiac Failure*, 16, e61-e72.
11. Agency for Healthcare Research and Quality (2013). Transitional care interventions to prevent heart failure readmissions. Retrieved from www.effectivehealthcare.ahrq.gov .
12. Rankin, S. H., & Stallings, K. D. (2001). Patient education: Principles and practice (4th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott, William's & Wilkins.
13. Paul, S. (2008). Hospital discharge education for patients with heart failure: What really works and what is the evidence? *Critical Care Nurse*, 28(2), 66-82.
14. Albert, N. (2013, May). Parallel paths to improve heart failure outcomes: Evidence matters. *American Association of Critical-Care Nurses*, 22, 186.
15. Pierce, D. J., Dalton; Duke, K., Spaniol, J.R., 2009.Heart Failure guidelines and implications for surgically treating Heart Failure[Online article] *Journal of American Organisation Of Registered Nurses* 06,874-875.[Ref:1July 2014] Available in the Ebsco Cinahl database. Registration required.
16. RE Klabunde *Cardiovascular physiology concepts* (2nd ed.). Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia (2012).
17. DE Mohrman, LJ Heller *Cardiovascular physiology*. McGraw-Hill, New York (2010).

18. LS Lilly, the faculty of the Harvard Medical School Pathophysiology of heart disease: a collaborative project of medical students and faculty. (5th ed.), Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore (2011).
19. Kemp CD, Conte JV. The pathophysiology of heart failure. *Cardiovasc Pathol.* 2012; 21: 365-71.
20. Westerhof N, O'Rourke MF. Haemodynamic basis for the development of left ventricular failure in systolic hypertension and for its logical therapy. *J Hypertens.* 1995; 13: 943-52.
21. Lee CS, Tkacs NC. Current concepts of neurohormonal activation in heart failure: mediators and mechanisms. *AACN Adv Crit Care.* 2008; 19: 364-85.
22. Ziaieian B, Fonarow GC. Epidemiology and aetiology of heart failure. *Nat Rev Cardiol.* 2016; 13: 368-78.
23. Hall, M. J., Levant, S., & DeFrances, C. J. (2012). Hospitalizations for Congested Heart Failure: United States, 2000-2010 [Issue brief]. Hyattsville, MD.: Centers for Disease Control and Prevention.
24. Roger, V. L. (2013, March 6). Heart failure compendium: Epidemiology of heart failure. *Circulation Research American Heart Association Journals*, 113, 646-659.
25. Bui, A. L., Horwich, T. B., & Fonarow, G. C. (2011). Epidemiology and risk profile of heart failure. *National Review Cardiology*, 8(30-41).
26. Kalogiru, F., Lambrinou, E., Middleton, N., & Sourtzi, P. (2012). Cypriot nurses' knowledge of heart failure self-management principles. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 12(2), 159-166.
27. Bonow, R. O., Bennett, S., & Casey, Jr., D. E. (2005). ACC/AHA clinical performance measures for adults with heart failure. *Journal of American College of Cardiology*, 46, 1144 -1178.
28. Breidthardt, T., Noveanu, M., Potocki, M., Reichlin, T., Egli, P., Hartwiger, S., ... Mueller, C. (2009). Impact on high-dose nitrate strategy on cardiac stress in acute heart failure: A pilot study. *Journal of Internal Medicine*, 267, 322-330.
29. Gardetto, N. J., & Carroll, K. C. (2007). Management strategies to meet the core heart failure measures for acute decompensated heart failure. *Critical Care Nurse Q*, 30, 307-320.
30. Angeja, B. G., & Grossman, W. 2003. Evaluation and management of diastolic heart failure. *Circulation*, 107, 659–663. [Ref:3 August 2014]. Available in the Ebsco, Cinahl database. Registration required.
31. Baker, D.W. 2002. Prevention of heart failure [online article] *Journal of Cardiac Failure*, 8(5), 333-345. [Ref:1December 2014] Available in the Pubmed database Registration required.
32. Connolly, K. 2000. New directions in heart failure management. [online article] *The Nurse Practitioner*, 25(7), 23–41. [Ref 04 November 2014] Available in the Pubmed database. Registration required.
33. Pickering, T., Hall, J., Appel, L., Falkener, B., Graves, J., Hill, M. et al. (2005). Recommendations for blood pressure measurement in humans and experimental animals part 1: Blood pressure measurement in humans (AHA Scientific Statement). *Hypertension*, 45(1), 142-161.

34. Terry Cote. Nursing Management of Hypertension. Nursing Best Practice Guideline. October 2005 Pg. 27.
35. Craig Anderson., Leonard Arnolda et alii “Guideline for the diagnosis and management of hypertension in adults. 2016. Pg. 12.
36. Maxwell, C.B., & Jenkins, A.T., 2011. Drug-induced heart failure [online article]. American Society of Health-Systems. Pharmacists, [online article] 68 (1) 1791. [Ref:01 September 2014] Available in the Ebsco Cinahl data base. Registration required.
37. MedlinePlus. Prediabetes. 2016; <https://medlineplus.gov/prediabetes.html>. Accessed July 18, 2016.
38. Herman WH, Ma Y, Uwaifo G, et al. Differences in A1C by race and ethnicity among patients with impaired glucose tolerance in the Diabetes Prevention Program. *Diabetes Care*. 2007;30 (10):2453-2457.
39. U.S. Department of Veteran Affairs, Department of Defense. Guideline for guidelines. Veterans Health Administration, Office of Quality & Performance, Evidence Review Subgroup; Revised April 10, 2013.
40. Di Angelantonio E, Sarwar N, Perry P, Kaptoge S, Ray KK, Thompson A, et al. Major lipids, apolipoproteins, and risk of vascular disease. *JAMA*. 2009 Nov 11; 302(18):1993-2000
41. National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) final report. *Circulation*. 2002 Dec 17; 106(25):3143-421.
42. MOH Clinical Practice Guidelines. “Lipids” December 2016. Pg. 22.
43. Stampfer MJ, Hu FB, Manson JE, Rimm EB, Willett WC. Primary prevention of coronary heart disease in women through diet and lifestyle. *New Engl J Med*. 2000; 343(1):16-22.
44. Craig WY, Palomaki GE, Haddow JE. Cigarette smoking and serum lipid and lipoprotein concentrations: an analysis of published data. *BMJ*. 1989; 298(6676):784-8
45. Tonstada, S. & Johnston, A.J., 2006. Cardiovascular risks associated with smoking: [online article] *Journal of European Society of Cardiology*: Vol 13 (4) [Ref. 21 January 2006] Available in the Wiley database. Registration not required.
46. Doll R, Peto R, Boreham J, and Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years’ observations on male British doctors. *BMJ*. 2004; 328(7455):1519.
47. WHO. Tobacco Free Initiative: Tobacco freesports, play it clean. Geneva ; WHO; 2002
48. Risk estimation and the prevention of cardiovascular disease, *SIGN* (2007).
49. Kodama S, Tanaka S, Saito K, Shu M, Sone Y, Onitake F, et al. Effect of aerobic exercise training on serum levels of high-density lipoprotein cholesterol: a meta-analysis. *Arch Intern Med*. 2007; 167(10):999-1008.
50. Kelley GA, Kelley KS, Roberts S, Haskell W. Comparison of aerobic exercise, diet or both on lipids and lipoproteins in adults: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Nutr*. 2012; 31(2):156-67
51. Hu G, Tuomilehto J, Borodulin K, et al; The joint associations of occupational, commuting, and leisure-time physical activity, and the Framingham risk score on the

- 10-year risk of coronary heart disease. *Eur Heart J*. 2007 Feb; 28(4):492-8. Epub 2007 Jan 22.
52. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2010). Joint Commission National Quality Performance Measures Retrieved from <https://manual.jointcommission.org/releases/archive/TJC2010B/MIF0028.html>
 53. Agency for Healthcare Research and Quality (2013). Transitional care interventions to prevent heart failure readmissions. Retrieved from www.effectivehealthcare.ahrq.gov
 54. Purcell, J.A., & Fletcher, B.J. (2012). *A stronger pump*. Atlanta, GA: Pritchett & Hull Associates INC.
 55. Lainscak, M., Blue, L., Clark, A., Dickstein, K., Ekman, I., McDonagh, T., ... Jaarsma, T. (2011) Self-care management of heart failure: Practical recommendations from the Patient Care Committee of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *European Journal of Heart Failure*, 13(115-126), 115126.
 56. Welsh, D., Marcinek, R., Abshire, D., Lennie, T., Biddle, M., Bentley, B., & Moser, D. (2010). Theory-based low-sodium diet education for heart failure patients. *Home Health Nurse*, 28, 432-433.
 57. American College of Cardiology and the American Heart Association (2013). ACC/AHA update guideline for management of heart failure. Retrieved from <http://newsroom.heart.org/news/acc-aha-update-guideline-for-management-ofheart-failure>
 58. Silow-Carroll, S., Edwards, J., & Lashbrook, A. (2011). Reducing hospital readmissions: Lessons from top-performing hospitals [Synthesis Report from the Common Wealth Fund].
 59. McAlister, F. A., Stewart, S., Ferrua, S., & McMurray, J. J. (2004). Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for readmission. *Journal of the American College of Cardiology*, 44, 810-819.
 60. Kasper, E., Gerstenblith, G., Hefter, G., Van Anden, E., Brinker, J. A., Thiermann, D. R., ... Gottlieb, S. H. (2002, February 6). A randomized trial of the efficacy of multidisciplinary care in heart failure outpatients at high risk of hospital readmissions. *Journal of the American College of Cardiology*, 39, 471-480.
 61. Boyde, M., Turner, C., Thompson, D., & Stewart, S. (2011). Educational interventions for patients with heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 26(4), E27E35.
 62. Britz, J., & Dunn, K. (2010). Self-care quality of life among patients with heart failure. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 22, 480-487.
 63. Jaarsma, T., Stromberg, A., Ben Gal, T., Cameron, J., Driscoll, A., Duengen, H., Riegel, B. (2013). Comparison of self-care behaviors of heart failure patients in 15 countries worldwide. *Patient Education and Counseling*, 92, 114-120.
 64. Stromberg, A. (2005). The crucial role of patient education in heart failure. *The European Journal of Heart Failure*, 7, 363-369.

65. Hart, P. L., Spiva, L., & Kimble, L. (2011). Nurses' knowledge of heart failure education principles, survey: a psychometric study. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 30203028.
66. Delaney, C., Apostolidis, B., Lachapelle, L., & Fortinsky, R. (2011). Home care nurses' knowledge evidence-based education topics for management of heart failure. *Heart & Lung*, 40, 285-292.
67. Mahramus, T. L., Penoyer, D. A., Sole, M. L., Wilson, D., Chamberlain, L., & Warrington, W. (2013). Clinical nurse specialist assessment of nurses' knowledge of heart failure. *Clinical Nurse Specialist*, 198-204.
68. NURSING BEST PRACTICE GUIDELINES PROGRAM, RNAO (Registered Nurse's Association of Ontario). 2009. Pg. 25 – 42.
69. Prochaska, J. & DiClemente, C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative Model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395.
70. Prochaska, J. & Velicer, W. (1997). The Transtheoretical Model of health behaviour change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38-48.
71. Prochaska, J., Velicer, W., Rossi, J., Goldstein, M., Marcus, B., Rakowski, W. et al. (1994). Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology*, 13(1), 39-46.
72. Canadian Council on Smoking and Health (2003). Guide your patients to a smoke-free future: A program of the Canadian Council on Smoking and Health. Ottawa, Ontario: Canadian Council on Smoking and Health.
73. UCLA Centre for Human Nutrition (2004). Prochaska and DiClemente's Stages of Change Model. Retrieved [Electronic Version] from: http://www.cellinteractive.com/ucla/physician_ed/stages_change.html
74. University of Toronto Department of Family & Community Medicine (2000). Project CREATE: Smoking cessation module. (Vol 3). Toronto, Ontario: Project CREATE
75. World Health Organization (2003). Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Geneva: World Health Organization. Pg.142.
76. Horne, R. & Weinman, J. (1999). Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(6), 555-567. Pg. 493.
77. Betz, N. & Hackett, G. (1998). Manual for the occupational self-efficacy scale. Retrieved [Electronic Version] from <http://seamonkey.ed.asu.edu/~gail/occse1.htm>.
78. Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. New York: General Learning Press.
79. Botelho, R. J. & Skinner, H. (1995). Motivating change in health behavior. Implications for health promotion and disease prevention. *Primary Care*, 22(4), 565-589.
80. Albert, N. M., Collier, S., Sumondi, V., Wilkinson, S., Hammel, J. P., Vopat, L., ... Bittel, B. (2002). Nurses' knowledge of heart failure education principles. *Heart & Lung*, 31, 102-112.
81. 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines.
82. W.K.Kellogg Foundation. (2004, January). Logic model development guide [Guideline Model]. Retrieved from W. K. Kellogg Foundation website:

- <http://www.wkkf.org> Welsh, D., Marcinek, R., Abshire, D., Lennie, T., Biddle, M.,
83. Roger VL. Epidemiology of heart failure. *Circ Res* 2013; 113: 646-59.
 84. Bui AL, Horwich TB, Fonarow GC. Epidemiology and risk profile of heart failure. *Nat Rev Cardiol* 2011; 8: 30-41.
 85. Mosterd A, Hoes AW. Clinical epidemiology of heart failure. *Heart* 2007; 93: 1137-46. [
 86. Loh JC, Creaser J, Rourke DA, Livingston N, Harrison TK, Vandenberg E, et al. Temporal trends in treatment and outcomes for advanced heart failure with reduced ejection fraction from 1993-2010: findings from a university referral center. *Circ Heart Fail* 2013; 6: 411-9.
 87. Lee DS, Gona P, Vasan RS, Larson MG, Benjamin EJ, Wang TJ, et al. Relation of disease etiology and risk factors to heart failure with preserved or reduced ejection fraction. *Circulation* 2009; 119: 3070-7.
 88. Levy D, Kenchaiah S, Larson MG, Benjamin EJ, Kupka MJ, Ho KK, et al. Long-term trends in the incidence of and survival with heart failure. *N Engl J Med* 2002; 347: 1397-402.
 89. Schaufelberger M, Swedberg K, Koster M, Rosen M, Rosengren A. Decreasing one-year mortality and hospitalization rates for heart failure in Sweden; Data from the Swedish Hospital Discharge Registry 1988 to 2000. *Eur Heart J* 2004; 25: 300-7.
 90. Roger VL, Weston SA, Redfield MM, Hellermann-Homan JP, Killian J, Yawn BP, et al. Trends in heart failure incidence and survival in a community-based population. *JAMA* 2004; 292: 344-50.
 91. Mehta PA, Dubrey SW, McIntyre HF, Walker DM, Hardman SM, Sutton GC, et al. Improving survival in the 6 months after diagnosis of heart failure in the past decade: population-based data from the UK. *Heart* 2009; 95: 1851-6.
 92. Laribi S, Aouba A, Nikolaou M, Lassus J, Cohen-Solal A, Plaisance P, et al. Trends in death attributed to heart failure over the past two decades in Europe. *Eur J Heart Fail* 2012; 14: 234-9.
 93. Gomez-Soto FM, Andrey JL, Garcia-Egido AA, Escobar MA, Romero SP, Garcia-Arjona R, et al. Incidence and mortality of heart failure: a community-based study. *Int J Cardiol* 2011; 151: 40-5.
 94. Bondiani AL, Zanolla L, Vassanelli C. Nurse educational activity on non-prescription therapies in patients with chronic heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2007 Dec; 6(4):314-20. Epub 2007 May 18.
 95. Armas Rojas N, Dobell E, Lacey B, Varona-Pérez P³, Burrett JA², Lorenzo-Vázquez E et al. Burden of hypertension and associated risks for cardiovascular mortality in Cuba: a prospective cohort study. *Lancet Public Health*. 2019 Jan 22. pii: S2468-2667(18)30210-X.
 96. Yan Y, Liu J, Zhao X, Cheng H, Huang G, Hou D, Mi J. Cardiovascular Health in Urban Chinese Children and Adolescents. *Ann Med*. 2019 Feb 8:1-23.
 97. Lee DS, Gona P, Albano I, Larson MG, Benjamin EJ, Levy D, et al. A systematic assessment of causes of death after heart failure onset in the community: impact of age at death, time period, and left ventricular systolic dysfunction. *Circ Heart Fail* 2011; 4: 36-43.
 98. Saczynski JS, Darling CE, Spencer FA, Lessard D, Gore JM, Goldberg RJ. Clinical features, treatment practices, and hospital and long-term outcomes of older patients

- hospitalized with decompensated heart failure: The Worcester Heart Failure Study. *J Am Geriatr Soc* 2009; 57: 1587-94.
99. Wong CM, Hawkins NM, Jhund PS, MacDonald MR, Solomon SD, Granger CB, et al. Clinical characteristics and outcomes of young and very young adults with heart failure: The CHARM programme (Candesartan in Heart Failure Assessment of Reduction in Mortality and Morbidity). *J Am Coll Cardiol* 2013; 62: 1845-54.
 100. Parashar S, Katz R, Smith NL, Arnold AM, Vaccarino V, Wenger NK, et al. Race, gender, and mortality in adults > or =65 years of age with incident heart failure (from the Cardiovascular Health Study). *Am J Cardiol* 2009; 103: 1120-7.
 101. Rathore SS, Foody JM, Wang Y, Herrin J, Masoudi FA, Havranek EP, et al. Sex, quality of care, and outcomes of elderly patients hospitalized with heart failure: findings from the National Heart Failure Project. *Am Heart J* 2005; 149: 121-8.
 102. Vaartjes I, Hoes AW, Reitsma JB, de Bruin A, Grobbee DE, Mosterd A, et al. Age- and gender-specific risk of death after first hospitalization for heart failure. *BMC Public Health* 2010; 10: 637.
 103. Jimenez-Navarro MF, Ramirez-Marrero MA, Anguita-Sanchez M, Castillo JC. Influence of gender on long-term prognosis of patients with chronic heart failure seen in heart failure clinics. *Clin Cardiol* 2010; 33: 13-8.
 104. Sakata Y, Miyata S, Nochioka K, Miura M, Takada T, Tadaki S, et al. Gender differences in clinical characteristics, treatment and long-term outcome in patients with stage C/D heart failure in Japan. Report from the CHART-2 study. *Circ J* 2014; 78: 428-35.
 105. Hartley A, Marshall DC, Saliccioli JD, Sikkell MB, Maruthappu M, Shalhoub J. Trends in Mortality From Ischemic Heart Disease and Cerebrovascular Disease in Europe: 1980 to 2009. *Circulation*. 2016 May 17;133(20):1916-26. pii: CIRCULATIONAHA.115.018931.
 106. Kumar R, Singh MC, Singh MC, Ahlawat SK, Thakur JS, Srivastava A, et al. Urbanization and coronary heart disease: a study of urban-rural differences in northern India. *Indian Heart J*. 2006 Mar-Apr;58(2):126-30.
 107. A. Descatha, G. Sembajwe, M. Baer, F. Boccuni, C. Diecco, C. Duret, et al. WHO/ILO work-related burden of disease and injury: protocol for systematic reviews of exposure to long working hours and of the effect of exposure to long working hours on stroke *Environ. Int.*, 19 (2018), pp. 366-378
 108. L. Godderis, J. Bakusic, E. Boonen, E. Delvaux, I.D. Ivanov, M.-C. Lambrechts, et al WHO/ILO work-related burden of disease and injury: protocol for systematic reviews of exposure to long working hours and of the effect of exposure to long working hours on alcohol use and alcohol use disorder *Environ. Int.*, 120 (2018), pp. 22-33
 109. R.F. Rugulies, E. Ando, J.L. Ayuso Mateos, M. Bonafede, M. Cabello Salmerón, C. Di Tecco, D. Nico, Q.V. Durand-Moreau, J. Gao, H. Eguchi, I.D. Ivanov, S. Iavicoli, F. Pega, A.M. Prüss-Üstün, B.M. et al WHO/ILO work-related burden of disease and injury: Protocol for systematic reviews of exposure to long working hours and of the effect of exposure to long working hours on depression. *Environ. Int.* (2018), 10.1016/j.envint.2018.11.011
 110. Mak CM, Chen SP, Mok NS, Siu WK, Lee HH, Ching CK, Genetic basis of channelopathies and cardiomyopathies in Hong Kong Chinese patients: a 10-year

- regional laboratory experience. pii. hkmj176870 Hong Kong Med J. 2018 Aug;24(4):340-349
111. NCD Risk Factor Collaboration. Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19.1 million participants. *Lancet* 2017; 389:37–55.
 112. Kim HC, Kang DR. Sex differences in hypertension prevalence and control: Analysis of the 2010-2014 Korea National Health and Nutrition Examination Survey. *PLoS One*. 2017 May 25;12(5):e0178334.
 113. Varbo A, Nordestgaard BG. Nonfasting Triglycerides, Low-Density Lipoprotein Cholesterol, and Heart Failure Risk: Two Cohort Studies of 113 554 Individuals. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. 2018 Feb;38(2):464-472
 114. Chow CK, Teo KK, Rangarajan S, Islam S, Gupta R, Avezum A, et al., PURE Study Investigators. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in rural and urban communities in high-, middle-, and low-income countries. *JAMA* 2013; 310:959–968.
 115. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet* 2005; 365:217–223.
 116. Chryala CA, Sherr D, Lipman RD. Diabetes self-management education for adults with type 2 diabetes mellitus: a systematic review of the effect on glycemic control. *Patient Educ Couns*. 2016;99(6):926-943.
 117. Ferguson S, Swan M, Smaldone A. Does diabetes self-management education in conjunction with primary care improve glycemic control in Hispanic patients? A systematic review and meta-analysis. *Diabetes Educ*. 2015;41(4):472-484.
 118. Ji H, Chen R, Huang Y, Li W, Shi C, Zhou J. Effect of simulation education and case management on glycemic control in type 2 diabetes. *Diabetes Metab Res Rev*. 2018 Dec 5:e3112.
 119. Whitehouse CR, Sharts-Hopko NC, Smeltzer SC, Horowitz DA. Supporting Transitions in Care for Older Adults With Type 2 Diabetes Mellitus and Obesity. *Res Gerontol Nurs*. 2018 Mar 1;11(2):71-81.
 120. Odnoletkova I, Ramaekers D, Nobels F, Goderis G, Aertgeerts B, Annemans L. Delivering Diabetes Education through Nurse-Led Telecoaching. Cost-Effectiveness Analysis. *PLoS One*. 2016 Oct 11;11(10):e0163997
 121. Gray K, Romboli JE. Low-density lipoprotein cholesterol control rates in the type-2 diabetic patient population within independent nurse practitioner settings. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2013 Aug;25(8):424-30.
 122. Zwald ML, Akinbami LJ, Fakhouri TH, Fryar CD. Prevalence of Low High-density Lipoprotein Cholesterol Among Adults, by Physical Activity: United States, 2011-2014. *NCHS Data Brief*. 2017 Mar;(276):1-8.
 123. Gradidge PJ, Golele PN. Walking as feasible means of effecting positive changes in BMI, waist, and blood pressure in black South African women. *Afr Health Sci*. 2018 Dec;18(4):917-921.
 124. Carlson JA, Remigio-Baker RA, Anderson CA, Adams MA, Norman GJ, Kerr J. Walking mediates associations between neighborhood activity supportiveness and BMI in the Women's Health Initiative San Diego cohort. *Health Place*. 2016 Mar;38:48-53.

125. Li YC, Zhao YF, Yang XZ, Li ZX, Jiang W. [Effects of short-term intervention of walking on body mass index, waist circumference, and related indicators of working population]. *Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi*. 2019 Feb 6;53(2):212-217.
126. Miller, W. & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: The Guilford Press.
127. Botelho, R. J. & Skinner, H. (1995). Motivating change in health behavior. Implications for health promotion and disease prevention. *Primary Care*, 22(4), 565-589.
128. Berger, B. A. (2004a). Assessing and interviewing patients for meaningful behavioral change. Part 1. *The Case Manager*, 15(5), 46-50.
129. Berger, B. A. (2004b). Assessing and interviewing patients for meaningful behavioral change. Part 2. *The Case Manager*, 15(6), 58-62.
130. Moyers, T. (2000). New perspectives of motivation and change. In D. B. Cooper (Ed.), *Alcohol Use*. (pp. 151-160). Abingdon, UK: Radcliff Medical Press.
131. Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122-147.

ANEXI 1 – Zona e gjelbërtë, verdhë dhe e kuqe

| | |
|--|--|
| <p>Zona e Gjelbërtë</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nuk ka frymëzënje • Nuk ka ënjtje • Asnjë shtim në peshë • Asnjë dhimbje gjoksi • Asnjë rënie në aftësinë tuaj për të ruajtur nivelin tuaj të aktivitetit | <p>Mjetet e Zonës së gjelbërtë:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Simptomat tuaja janë nën kontroll • Vazhdoni të merrni medikamentet tuaja sipas ordinatave • Vazhdoni matjen e peshës ditore • Ndiqni dietën e kripës së ulët • Mbani të gjitha terminet me mjekun |
| <p>Zona e verdhë: Kujdes</p> <p>Nëse keni ndonjë nga shenjat dhe simptomat e mëposhtme:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fitimin e peshës mbi 300gr mbrenda 2 ditëve • Kollë e shtuar • Rritja e ënjtjes • Rritja e frymëmarrjes me aktivitet • Rritja e numrit të jastëkëve të nevojshëm • Çdo gjë tjetër e pazakontë që ju shqetëson • Telefononi Mjekun ose infermieren nëse jeni në këtë zonë | <p>Mjetet e zonës së verdhë:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Simptomat tuaja mund të tregojnë se keni nevojë për një rishikim të barnave tuaja • Thirrni mjekun tuaj, infermieren kardiake ose infermieren e shëndetit në shtëpi. <p>Emri: _____</p> <p>Numri: _____</p> <p>Instruksonet: _____</p> |

ANEXI 2: Intervistimi Motivues

Intervistimi motivues është një stërvitje e përqendruar, e orientuar kah qëllimi i klientit, për të nxitur ndryshimin e sjelljes duke ndihmuar klientët të eksplorojnë dhe zgjidhin rrugën e duhur (Miller & Rollnick, 1991, Rollnick & Miller, 1995). [126] Për të rritur motivimin dhe ndryshimin, intervistimi motivues, nëpërmjet një vlerësimi të procesit të ndryshimit, sistematikisht drejton klientin drejt motivimit për ndryshim; Ofron këshilla dhe reagime aty ku është e përshtatshme, në mënyrë selektive përdor reflektim empatik për të përforcuar procese të caktuara dhe kërkon të nxjerrë dhe të plotësojë mospërputhjet e klientit për sjelljet e tyre jo të mira. Intervistimi motivues është lehtësues dhe jo shtrëngues ka tentative sfiduese por jo konfrontuese. Strategjitë mbështesin klientin përmes procesit të ndryshimit duke nxitur vetë-reflektimin, në vend të argumenteve ndërmjet praktikuesit dhe klientit (Botelho & Skinner, 1995). [127]

Duke kërkuar një metodë për të lehtësuar ndryshimin e sjelljes në klientët me abuzimin e substancave, psikologët William Miller dhe Stephen Rollnick zhvilluan intervistimin motivues. Ndryshimi i sjelljes duhet të negociohet, jo të diktohet. Mjekët e kujdesit shëndetësor nuk motivojnë klientët, por vlerësojnë motivimin dhe aplikojnë shkathtësitë dhe strategjitë e duhura për të adresuar gatishmërinë për të ndryshuar. Kjo pikë është kritike. Klientët ndryshojnë në gatishmërinë e tyre për të ndryshuar një sjellje (p.sh., marrin medikamente, bëjnë ndryshime të jetesës) dhe duhet të vlerësohen për të përcaktuar se sa të përgatitur janë për të bërë atë që është e nevojshme për të integruar ndryshimin në jetën e tyre. Sa e rëndësishme mendojnë se ndryshimet janë? A janë ata të sigurt se mund ta bëjnë këtë? Do të kenë nevojë për ndihmë? A i kuptojnë përfitimet nga ndryshimi? Çfarë pengesash e perceptojnë ata? Si do t'i zvogëlojnë ato? Duke vlerësuar shkallën e gatishmërisë, infermieret mund të zgjedhin shkathtësi specifike të komunikimit dhe strategji të përshtatshme për të lehtësuar ndryshimin. Kjo është esenca e intervistimit motivues (Berger, 2004 a, b). [128, 129] Roli i infermieres është të kuptojë dhe të pranojë, në mënyrë jo-gjyquese, nevojat dhe shqetësimet e klientëve dhe të mos jetë këmbëngulëse duke u përpjekur t'i flasë ato brenda ose jashtë këtyre sjelljeve. Kjo do të krijojë një atmosferë të favorshme dhe mbështetëse për ndryshimin - problemet gjykohen në zgjedhjen e tyre, jo njerëzit.

Intervistimi motivues, i dizajnuar për të marrë 3-5 minuta në seancë, është një qasje psikosociale ose socio-sjellëse ndaj kujdesit të klientit që është në kontrast me qasjen tradicionale biomjekësore. Modeli psikosocial është në qendër të klientit dhe thekson që nevojat dhe shqetësimet e klientit duhet të adresohen në mënyrë adekuate; Përndryshe, mund të ndodhë mosrespektimi. Pyetja nëse ka pyetje apo shqetësime që klienti mund të ketë për sëmundjen ose trajtimet është një mënyrë pozitive për të vlerësuar këtë mundësi. Modeli psikosocial gjithashtu sheh takimin ndërmjet klientit dhe ofruesit të kujdesit shëndetësor si një takim i ekspertëve. Infermierja ose ofruesit e tjerë të kujdesit shëndetësor mund të jenë një ekspert për menaxhimin e sëmundjeve, por klientët janë ekspertë për veten dhe se si do të ndikohen nga ndryshimet e propozuara në jetën e tyre. Është vendimi i klientit (me të dhëna nga ofruesit e kujdesit shëndetësor) për të zgjedhur sjellje të shëndetshme ose jo të shëndetshme. Klientët menaxhojnë sëmundjen e tyre, jo infermieret. Megjithatë, infermierët mund të krijojnë një mjedis përmes kujdesit, informatave të mjaftueshme dhe të kuptuarit për të përmirësuar shansin që klienti do ta menaxhojë sëmundjen e tyre në mënyrë efektive (Berger, 2004 a, b). [128, 129]

Ndryshimi dhe rezistenca janë anët e kundërta të monedhës së njëjtë. Ndryshimi shpesh ngjall rezistencën sepse ndryshimi në thelb e vë në dyshim motivimin dhe aftësinë e tij për të bërë atë që është e nevojshme. Nëse janë pro të ndryshimit tejkalojnë barrierat, klientët do të bëjnë ndryshimin. Nga ana tjetër, ambivalenca vret ndryshimet. Kur njerëzit janë ambivalent, nuk bëjnë asgjë. Të mirat dhe të këqijat e ndryshimit duken të njëjta. Disa shembuj të paqartësisë janë: klienti dyshon se barnat në të vërtetë do të reagojnë; Ata janë të paqartë se çfarë duhet të bëjnë; Ose nëse dyshojnë se kanë aftësitë e nevojshme. Rezistenca është informacion dhe siguron njohuri për atë që personi mendon dhe ndjen: "Duhet ta shqyrtoj këtë dhe të shoh nëse funksionon për mua." Hulumtimi dhe kuptimi i asaj që është thënë me klientin, jo bindje apo kritika, janë çelësat në Menaxhimin e rezistencës. Nëse infermieret përpiqen të lëvizin njerëzit shumë shpejt drejt një ndryshimi të sjelljes, ata do të kundërshtojnë dhe do të rezistojnë. Një përgjigje e përshtatshme për një klient i cili tregon se nuk dëshiron të marrë medikamentet do të ishte: "Çfarë ju shqetëson më shumë për marrjen e këtij medikamenti?" Në këtë mënyrë klienti mund të shpjegojë arsyetimin e tyre dhe infermierja mund t'i drejtohet posaçërisht / Shqetësimet e saj.

Fryma e intervistimit motivues është bashkëpunimi, evokimi dhe autonomia. Profesionistët shëndetësorë që përdorin këtë qasje dëshirojnë një marrëdhënie me klientin në të cilën ata mund të bashkëpunojnë në qëllimet e dakorduara në mënyrë reciproke. Pyetjeve u kërkohet të përcaktojnë dhe kuptojnë rezistencën ose ambivalencën e klientit - klienti i di përgjigjet, jo ofruesi i kujdesit shëndetësor. Përveç kësaj, klientët duhet të bëjnë zgjedhje të informuara. Nuk mjafton thjesht të jap informata. Duhet të vlerësohet se klienti ka kuptuar informacionin, e di se si ta përdorë atë, dhe ka një ndjenjë të vetë-efikasitetit ose besimit në aftësinë e tyre për të bërë atë që është e nevojshme. Kjo përfshin vlerësimin e kuptimit të klientit për sëmundjen dhe trajtimin e tij.

Si funksionon intervistimi motivues?

Intervistimi motivues përdor procesin e përgjithshëm të nxjerrjes së ofertës. Infermierja nxjerr informacion nga klientët për të kuptuar më mirë se kush janë dhe çfarë ata tashmë e dinë për sëmundjen dhe ndërhyrjet e saj të menaxhimit. Kjo është bërë për të lehtësuar lëvizjen e klientëve përpara se me e realizuar planin e trajtimit. Pastaj, infermierët nxjerrin informacion përsëri për të kontrolluar shqetësimet ose pyetjet që rezultojnë nga informacioni i ri.

Intervistimi motivues përdor pesë parime ose teknikat e këshillimit për të vlerësuar dhe krijuar motivimin te klientit (Berger, 2004a, b; Miller & Rollnick, 1991; Smith, Heckemeyer, Kraft & Mason, 1997). [128, 129]

1. Shprehja e empatisë - Empatia përcaktohet si "aftësia e ofruesit për të pasqyruar me saktësi atë që klienti thotë" (Moyers, 2000, f.155). [130] Empatia është një identifikim objektiv me gjendjen emocionale të personit tjetër (jo përvoja e tij) - infermierët identifikohen me ndikimin e klientit (emocionet), jo me përvojën. Empatia duke iu përgjigjur, nëpërmjet dëgjimit aktiv, ndihmon në identifikimin dhe kuptimin e rezistencës dhe arsyeve për sjellje jo të shëndetshme (ose jo-aderence). Për shembull, klienti juaj pi duhan dhe ju jeni duke e këshilluar që të lë. Ju e pyetni atë që ai pëlqen për pirjen e duhanit, dhe ai thotë se e relakson atë. Në vend të krijimit të mbrojtjes duke pyetur, "A nuk mund të mendoni për ndonjë gjë tjetër për t'u çlodhur?" Ju thoni

empatisht: "Do të ishte e vështirë të heqësh dorë nga diçka që ishte zbutëse". Si rezultat, klienti ju sheh si avokat, Dhe është në një pozicion më të mirë për të dëgjuar atë që keni për të thënë.

2. Shmangni argumentet - Duke shmangur argumentet, klienti ka më shumë gjasa të shohë ofruesin e kujdesit shëndetësor si në anën e tij / saj. Është e rëndësishme të theksohet se intervistimi motivues është konfrontues; Megjithatë, nuk duhet të jetë argumentues apo gjykues. Për shembull, "zonja Jones, unë shoh se ju keni marrë mbushjet tuaja çdo 40 ditë apo më shumë, por ju merrni vetëm një furnizim 30-ditor. A mund të më thoni se çfarë ka ndodhur? "Gjithashtu, duhet të theksohet se ndjenjat që një klient mund të shprehin (p.sh., frika apo shqetësimi) nuk janë të diskutueshme por reale për klientin.

3. Zhvillimi i mospërputhjes (disonancës) - Krijimi i disonancës mund të arrihet në dy mënyra kryesore. Qëllimi është që të nxjerrë nga klienti ato aspekte të jetës së tij ose të saj që janë të rëndësishme, por që mund të kompromentohen për shkak të sjelljes. Për shembull, klienti mund të thotë se ai ose ajo gëzon duke shkuar në bar dhe duke pirë me miqtë e tij ose të saj për shumicën e fundjavës, dhe se si ai ose ajo e urren marrjen e medikamenteve sidomos ata që nuk e bëjnë atë të ndjehen mirë. Në fjalinë e ardhshme, ai ose ajo mund të shtojë se meqë ai ose ajo u diagnostikua si me tension të lartë, ai ose ajo është shumë i brengosur për shkak të goditjes. Ofruesi i kujdesit shëndetësor duhet të kuptojë se çfarë është e rëndësishme për klientin në aspektin e qëllimeve afatshkurtra dhe afatgjata. Pyetni klientin për ndryshimet pro dhe kundër që janë të nevojshme dhe më pas dëgjoni me kujdes për mospërputhjet që lejojnë krijimin e disonancës. Mos harroni, disonancën po motivon. Ne zhvillojmë mospërputhje duke përsëritur pro dhe kundër siç thuhet nga klienti. Pastaj, pyetni klientin për të diskutuar qëllimet e tij ose të saj në lidhje me trajtimin. Për shembull, thuani: "Çfarë doni të ndodh si rezultat i marrjes së këtij medikamenti për presionin tuaj të gjakut?" Vendosija e këtij qëllimi është kritike. Kjo jo vetëm që jep ilaçe një qëllim të caktuar, por gjithashtu na lejon të pyesim klientët rreth sjelljeve që nuk e mbështesin qëllimin.

4. Krijimi i rezistencës – Injorimi i elementeve antagonistë në komentet e klientit në mënyrë që të përqendrohet në çështjet themelore të rëndësishme. Për shembull, klienti thotë: "Shikoni, nuk kam pasur ndonjë problem të vërtetë me duhanin deri tani, prandaj mos u shqetëso për këtë." Në vend që ta refuzoni këtë koment duke thënë: "Nëse vazhdoni të pini duhan, unë mund t'ju siguroj Ju do të keni pasoja të mëdha, "ofruesi i kujdesit shëndetësor mund të rrokulliset me rezistencën e shprehur duke thënë: " Shpresoj që shëndeti juaj të vazhdojë të qëndrojë në atë mënyrë. Unë do të doja që ju të merrni në konsideratë shëndetin e mushkërive tuaja, sepse fazat e hershme të kancerit dhe sëmundjeve të mushkërive mund të mos kenë simptoma. Në këtë mënyrë, ju mund të merrni një vendim më të mirë se sa të pini duhani. Unë jam i shqetësuar se pirja e duhanit favorizon sëmundjet e zemrës në të ardhmen. Megjithatë, vendimi për të pirë duhan ose për të lënë duhanin është i juaji. "Mos i përmbushni rezistencën me konfrontimin, por në vend të kësaj përdorni reflektimin për të krijuar disonancë. Kjo i lejon klientit të dëgjojë informacion pa u dënuar. Në fund, vendimi i takon klientit.

5. Përkrahja e vetë-efikasitetit - Besimi i një personi në mundësinë e ndryshimit (Bandura, 1977, 1982) [78, 131] është një motivues i rëndësishëm. Klientët, bazuar në aftësitë e tyre dhe burimet dhe pikat e forta që ata posedojnë, duhet të inkurajohen nga ofruesi i kujdesit shëndetësor. Pyetje të tilla si: "Çfarë ka punuar më parë?" Ose "Çfarë mendoni se ju ndihmoi të keni sukses herën e fundit?" Ofrojnë informata të vlefshme për pikat e forta të klientit. Shqyrtoni sukseset e mëparshme (ose dështimet) dhe ofroni mbështetje të vërtetë për sukseset. Është e rëndësishme të vërehen jo vetëm ndryshimet aktuale në sjellje, por edhe të parashikohen ndryshime, të shprehura në mënyrë pozitive.

Klienti duhet të jetë në gjendje të imagjinojë se suksesi është një mundësi para se të përpiqet të ndryshojë.

Kur përdoret Intervistimin Motivues, ekzistojnë pesë aftësi të përgjithshme që duhet të përdoren

- 1. Kërkimi i pyetjeve të hapura:** Kërkimi i pyetjeve në mënyrë të tillë që klienti të inkurajohet të bëjë shumicën e bisedave. Disa shembuj: "Çfarë ju shqetëson për shëndetin tuaj?" Ose "Çfarë është ajo që ju pëlqen për pirjen e duhanit" ose "Çfarë arsyesh mund të keni për të mos e lënë duhanin?" Ose "Më tregoni për vështirësitë që hasni kur përpiqeni të mbushni Receta ". Miller dhe Rollnick (1991) [126] nuk rekomandojnë të kërkojnë më shumë se tre pyetje me radhë. Pyetja për pyetjet e hapura përcakton skenën për dëgjimin reflektues, pohimet dhe përmbledhjen.
- 2. Dëgjimi reflektues:** Si një aftësi themelore në intervistimin motivues, dëgjimi reflektues është i dobishëm për të adresuar rezistencën. Reflektimet mund të jenë të thjeshta "ju ndiheni të trishtuar" për më shumë ndërlikime, "Duket sikur ju jeni të shqetësuar se çfarë pirja e duhanit të gjitha këto vite mund të kenë bërë për shëndetin tuaj të përgjithshëm." Deklaratat reflektuese, qoftë të thjeshta, të përforcuara ose të dyanshme, i tregojnë klientit se ke dëgjuar atë që ai ose ajo është duke thënë dhe i inkurajon ata që të eksplorojnë ndjenjat e tyre. Reflektimi i thjeshtë pranon mendimet, ndjenjat dhe pozicionet e klientit në mënyrë neutrale.

Jane: Vetëm për shkak se unë jam vonë duke marrë recetat e mia, unë nuk mund të besoj se ju do të numëroni pilulat e mia sa herë që unë vij. A është kjo vetëm për shkak se unë harroj për të sjellë shishet e mia me mua? A nuk keni gjëra më të rëndësishme për kohën tuaj?

Infermierja (reflektim i thjeshtë): Ju keni një kohë të vështirë të kuptoni pse duhet ta bëjmë këtë, apo jo?

Jane: Po po, dua të them, mos më keq, e di se është e rëndësishme që recetat e mia të mbushen me kohë.

Infermierja është mbështjellë me rezistencë dhe le të kuptojë klienti se shqetësimet e saj janë dëgjuar. Mundësia është e hapur për eksplorim.

Jane: *Vetëm për shkak se unë jam vonë duke marrë recetat e mia, unë nuk mund të besoj se ju do të numëroni pilulat e mia sa herë që unë vij. A është kjo vetëm për shkak se unë harroj të sjellë me vete shishet e mia? A nuk keni gjëra më të rëndësishme për kohën tuaj?*

Infermierja: *(reflektim i përforcuar): Ju po mendoni se ne nuk ju besojmë.*

Jane: *Po po, unë marr pilulat e mia çdo ditë dhe vetëm për shkak se nuk e kam marrë recetën e mbushur me kohë, nuk është e nevojshme të shkoni në këto gjatësi. Kjo më bën të ndihem keq. Unë nuk jam një dembel. E di që është e rëndësishme që recetat e mia të mbushen me kohë.*

Jane nuk është e lumtur dhe po e pranon se është e rëndësishme që të plotësohen recetat. Ambivalenca është krijuar.

Jane: *Vetëm për shkak se unë jam vonë duke marrë recetat e mia, unë nuk mund të besoj se ju do të numëroni pilulat e mia sa herë që unë vij. A është kjo vetëm për shkak se unë harroj të sjellë me vete shishet e mia? A nuk keni gjëra më të rëndësishme për kohën tuaj?*

Infermierja: *(reflektim i dyanshëm): Në njërën anë, ju e dini se duhet të merrni recetat tuaja të mbushura me kohë, por nga ana tjetër keni vështirësi duke bërë kështu.*

Jane: *Po po, e di. Unë e di që unë duhet të marr medikamente e tensionit arterial në mënyrë që të mos kem ndonjë goditje apo probleme të tjera, por është vërtet e vështirë për mua që të shkoj në farmaci meqë nuk vozis, thjesht nuk kam mjaft Para për të paguar medikamentet.*

Jane ka pranuar se ajo ka vështirësi në përtëritjen e recetave të saj, por ka shikuar në pamjen më të madhe, pra ajo nuk dëshiron të ketë një goditje.

Rezistenca është informacion dhe reflektimi është i dobishëm për të eksploruar ku del nga rezistenca dhe pse është atje.

- 3. Konfirmimet:** Mbështetja për atë që klienti thotë duhet të ndodhë shpesh gjatë bisedës. Duke lavdëruar ose komplimentuar dhe duke eksploruar sukseset e kaluara ndihmojnë për të ndërtuar një marrëdhënie terapeutike. Për shembull, "Me të gjitha problemet që keni pasur kohët e fundit Jane, me të vërtetë e vlerësoj se keni qenë në gjendje të vini në emërim sot".
- 4. Përmbledhja ose ripërsëritja e fjalëve:** Ripërsëritja tërheq informacionin së bashku në mënyrë që klienti të mund të reflektojë mbi të. Duke ripërsëritur, ju tregoni klientit se ju keni qenë duke dëgjuar dhe janë të hapura për të eksploruar situatën më tej.

Infermierja: Jane, e kuptoj se sa e vështirë duhet të jetë të shkoj në farmaci kur nuk ke një makinë. Duhet të jetë e vështirë të provosh të shkosh në një rrugë me autobus kur nuk e keni afër. Gjithashtu, fakti që ne kemi pasur një dimër aq të vështirë duhet ta bëjmë këtë

edhe më të vështirë. Ju më keni përmendur se sa krenar që jeni 84 vjeç dhe ende jetoni në mënyrë të pavarur dhe unë duhet ta pranoj se kjo është një cilësi e mrekullueshme. Është e admirueshme që të jeni në gjendje të bëni gjithçka për veten tuaj. Por, nga ana tjetër, dëgjoj që më thoni që nuk doni të përfundoni si nëna juaj, e paralizuar për shkak të goditjes. Ju më keni thënë se ky është frika juaj më e madhe. Unë e di, nga bisedat tona shumë, që ju të kuptoni se sa e rëndësishme është të mbani tensionin arterial nën kontroll të mirë. Ju jeni të shqetësuar dhe ndërsa flasim, ndihem sikur ju keni hyrë në një dilemë. Përmbledhë pikat kryesore të intervistës, të shkuara dhe të tashme. Ambivalenca është e qartë dhe reflektimi në fund inkurajon klientin që të trajtojë ambivalencën (nëse do të vazhdojë të luftojë për të marrë recetat e saj të mbushura ose të kërkojë ndihmë nga dikush).

5. **Deklaratat e vetë-motivimit:** Klientët duhet të jenë përgjegjës për ndryshimin dhe të motivuar për të pranuar ambivalencën kur ndryshimi është duke u shqyrtuar dhe të vendosë fazën për dialog. Klienti argumenton pro dhe kundër për ndryshimin e sjelljes dhe ofruesi i kujdesit shëndetësor merr njohuri në ndjenjat dhe vlerat e klientit teksa dëgjon argumentin.
6. **Përshtypje të personalizuara:** Kjo mund të bëhet në baza një-në-një ose nëpërmjet përdorimit të mjeteve të standardizuara; Për shembull, një tabelë që tregon ndryshimin e tensionit arterial drejt niveleve të synuara kur klienti i përmbahet qëllimeve të vendosura në një vizitë të mëparshme. Feedback nuk duhet të jetë konfrontuese me klientin. Në vend të kësaj, të dhënat do të bëjnë konfrontimin nëse klienti nuk është ndjekur.

ANEXI 3. Letër Informative

Juve ju kërkohet të merrni pjesë në një studim hulumtimi të quajtur “**Menaxhimi infermieror në regjionin e Prishtinës, si vlerë në mjekimin e sëmundjeve të zemrës**”.

Edukimi i pacientëve lidhur me modifikimin e faktorëve të riskut në vetë-menaxhim dhe vet-kujdes i pacientëve me sëmundje të zemrës dhe analizimi i matjes së efekteve të një ndërhyrje edukative infermierore në njohuritë e pacientëve do të vlerësohen. Nëse pajtoheni të merrni pjesë në këtë hulumtim, do t'ju kërkohet të plotësoni një pyetësor të dizajnuar enkas për relevancën e këtij qëllimi që përbëhet nga 30 pyetje. Pastaj do t'ju kërkohet të merrni pjesë në pesë seanca edukative kohëzgjatja e senacave edukative do zgjasin nga 1-2 orë që do t'ju ofrohet lidhur me Vetdijesimin e juaj në ndikimin e faktorëve të riskut me qëllim modifikimit faktorëve të modifikueshëm në të jetuarit dhe të kuptuarit e pacientëve me sëmundje të zemrës, dita 1-20 (mesatarja çdo ditë nga 5 pacientë të anketuar) do jetë (realizimi i Pre-testit) dita 30-të, 60-të, 90-të, (seancat edukative) dhe ditës 120-140-së (realizimi i Post-testit), gjatë kohës e cila ju përshtatet juve. Pijet dhe gjërat tjera freskuese do të furnizohen nga studiuesi, pasi seancat edukative do të mundë të realizohen nga ora 08:00 – 19:00 varësisht nga mundësia dhe koha e juaj. Pas ndjekjes së seancave edukative, atëherë ju kërkohet që përsëri të merrni pyetësorin e njëjtë që përbëhet nga 30 pyetje.

Nuk ka pyetje që ju shkaktojnë shqetësim dhe nuk ka rreziqe të identifikuar për pjesëmarrje. Pjesëmarrja juaj në projektin e kërkimit është tërësisht vullnetar. Nëse nuk doni të merrni pjesë, ju jeni të lirë të tërhiqeni çdo sekondë nga pjesa hulumtuese. Pjesëmarrja juaj mund të rrisë njohuritë tuaja në lidhje me menaxhimin e sëmundjes së zemrës. As para ose pas testit nuk do t'ju identifikojë individualisht. Pas përfundimit të testit, siguroheni që informatat tuaj do shërbejnë vetëm për të arriturat e mia akademike, dhe se opinionet e tuaja nuk do publikohen me emër apo ndonjë inicial tjetër.

Nëse keni ndonjë ankesë për këtë studim ose dëshironi më shumë fakte rreth rregullave për studime kërkimore, ose të drejtat e njerëzve që marrin pjesë në studimet kërkimore, ju mund të potenconi dhe do ju sigurojmë informata të mjaftueshme lidhur me respektimin e aspekteve morale dhe etike të hulumtimeve shkencore.

Nëse keni ndonjë pyetje në lidhje me këtë hulumtim ose testin, ju mund të kontaktoni me Unë: Msc. Elvana Podvorica PhD.Cand. Numri kontaktues: Tel: Mobile +38344 508/487

Zyre 038 545-455

ose në elvana.podvorica@hotmail.com ose elvana.podvorica@uni-pr.edu

Ju gjithashtu mund të kontaktoni mentorin e fakultetit, Prof. Dr. Isuf Kalo në kaloisuf@gmail.com dhe ikalo@hotmail.com

Me respekt:

Elvana Podvorica

ANEXI 4. PYETËSORI

A. TË DHËNAT E PËRGJITHSHME

Emri&Mbiemri: _____ Data: ____/____/____

Adresa: _____ Vendbanimi: Fashat Qytet

Gjinia: Femër Mashkull Telefoni: (____) _____ Profesioni: _____

Grup-mosha: 25-35 vjeç 36-45 vjeç 46-55 vjeç 56-65 vjeç > 65 vjeç

Edukimi: Analfabet Me arsim bazal Universitar

Statusi Martesor: Beqar/e Martuar Ndarë Vejë

Përkatësia fetare: Mysliman Krishter Jo praktikantë

Profesioni: Bujqësi Ndërmarrje Punë në zyre

Gjendja ekonomike: Ka asistencë sociale Nuk ka asistencë sociale Punësuar

Pa punësuar Pensionerë

B. EKZAMINIMI KLINIK

1. Masa Trupore: _____ kilogram Gjatësia: _____ metra

Indeksi i Masës Trupore: Pesha kg/Gjatësia ²m _____

IMT Kategoritë: Nëneshë = < 18.5 Mbiepeshë = 25-29.9
 Pesha normale = 18.5 – 24.9 I/E Shëndoshë (obez) = mbi 30

2. Presioni i gjakut _____ / _____ mmHg (sistolik/diastolik)

3. Glikemia esull _____ mmol/L

4. HbA_{1c} _____

5. Kolesterolit _____ mg/dL _____ mmol/dL

6. HDL _____ mg/dL _____ mmol/dL

7. LDL _____ mg/dL _____ mmol/Dl

C. FAKTORËT E RISKUT

8. Stili i jetës: 6.a. Personi përveç obligimeve ditore lëviz në mënyrë?

Aktive – mbi 5 km në ditë Mesatarisht aktive – 2-5 km/ditë Pasive – më pak se 2 km/ditë

9. Pirja e duhanit: Jo Po E ndërprerë

9.a. E ndërprerë: Para 1 viti > se 1 vitë

10. Pirja sistematike e alkoolit: Jo Po

D. FAKTORËT E RISKUT JASHTË KONTROLLËS SONË

11. A ka pasur vdekje të pa pritura në familje nga aksidentet kardiovaskulare?

Jo Po

- Nëse Po, Numri i tyre: 1 Person 2 Persona 3 Persona

E. HISTORIA PERSONALE E SHËNDETIT

12. Ju lutem tregoni më poshtë cilat kushte kronike i keni?

Diabeti i tipit 1

Diabeti i tipit 2

HTA

Sëmundjet e Arterieve Koronare

Obesitet

13. Vlerësimi i gjendjes suaj shëndetësore: Pa ankesa

Me ankesa

F. NJOHURITË E JUAJA LIDHUR ME DIABETIN

14. A keni ndonjë njohuri lidhur për diabetin? Po Jo
 - Nëse Po, Nga i keni marrë informatat? Personeli Mjekësor
 Mediat e Informacionit (Broshurat, programet edukative)
15. A keni qenë më herët i diagnostikuar me Diabetin Mellitus?
 Po Jo
 - Nëse Po: Më pak se 5 vite Më pak se 10 vite Më pak se 20 vite
16. A jeni mjekuar rregullisht për Diabetin Mellitus? Po Jo

G. NJOHURITË E JUAJA LIDHUR ME AKTIVITETIN FIZIK

17. A kryeni në mënyrë sistematike përditshme aktivitet fizike? Po Jo
18. Kush është lloji i aktivitetit fizik? Ecje Vrapim
 Ushtrime në shtëpi Ushtrime fitness
19. Ajo që përshkruan më mire aktivitetin tuaj të përditshëm fizik? > 20 min < 20 min
20. Listoni çdo pengesë fizike që ju pengon ose ju kufizon nga stërvitja? Probleme me këmbë Dhimbje gjoksi
 Frymëzënje Obeziteti Zakoni

H. NJOHURITË E JUAJA LIDHUR ME NUTRICIONIN

21. A keni njohuri lidhur me ndikimin e nutricionit në Sëmundjet Iskemike të Zemrës?
 Po Jo
 - Në qoftë se Po, Në çrregullim i keni marrë?
 Personeli Mjekësor Mediat e Informacionit (Broshurat, programet edukative)
22. Konsumimi i Yndyrave. Trego llojin e yndyrës që ju e konsumoni çdo ditë?
 Produktet me yndyrë bimore si: Vaj pa kolesterol, vaji i ullirit, margarina
 Produktet me yndyrë shtazore si: dhjama, gjalpa, majonezi, vaji me kolesterol
23. A keni pasur vlera të larta të HTA? Po Jo
24. A ke marrë mjekim sistematik për HTA? Po Jo
25. A keni pasur vlera të larta të Kolesterolit në gjak? Po Jo
 - Në qoftë se Po, qysh kur e dine: Më pak se 5 vite Më pak se 10 vite < 20 vite
26. A ke marrë mjekim sistematik për Kolesterol? Po Jo

I. NJOHURITË E JUAJA LIDHUR ME MEDIKAMENTET

27. A e përdorni në mënyrë sistematike tbl. Aspirin (Mimi aspirinen)?
 Po Jo
28. Tableta Aspirina është bari i cili? Shëron sëmundjen Parandalon sëmundjen
29. Prej sa kohe e përdorni Aspirinen? Më pak se 5 vite Më pak se 10 vite Më pak se 20 vite
30. A keni vazhduar në mënyrë sistematike përdorimin e medikamenteve të rekomanduara nga Mjeku?
 Po Jo

ANEXI 5. DITA BOTËRORE E ZEMRËS 2017



Edukimi dhe Promovimi Shëndetësor në Kosovë added a new photo.

September 29, 2017 · 🌐

Ndryshime të vogla për një zemër të shëndoshë

Sëmundjet e zemrës janë vrasësi numër një në botë. Çdo vit nga këto sëmundje kemi 17.5 milionë vdekje të parakohshme, deri në vitin 2030 ky numër pritet të rritet në 23 milionë.

Lajm i mirë është se shumë sëmundje të zemrës mund të parandalohen duke bërë vetëm disa ndryshime të vogla ditore si:

- ushqimi i shëndetshëm
- aktiviteti fizik
- mos përfja e duhanit

Njihni rreziqet

Kujdesi ndaj zemrës fillon duke kuptuar rreziqet të cilat mund ti parandaloni, vizitoni profesionistët e kujdesit shëndetësor dhe mbari nën kontroll:

- Shtypjen e gjakut
- Nivelin e kolesterolit
- Nivelin e sheqerit
- Peshën trupore

www.worldheartday.org
#worldheartday
@worldheartfed

Reflektu fuqi...

Dita Botërore e Zemrës është platforma më e madhe botërore e Federatës Botërore të Zemrës dhe e botës për ngritjen e vetëdijes për sëmundjet kardiovaskulare (SKV). Kjo ditë edhe te ne si në shumë vende të botës shënohet me 29 shtator në çdo vit.

Anëtarët dhe partnerët e Federatës Botërore të Zemrës, këtë ditë e shënojnë me organizime të aktiviteteve të ndryshme si: ecje, vrapime, ngjarje sportive, koncerte si dhe biseda me popullatë.

Fuqizoni zemrën tuaj.

Aktivizoni zemrën tuaj.

Duaje zemrën tuaj.

reflektu fuqi

Përshtatur nga Institut i Shëndetit Publik të Kosovës:



Përkrahur nga AQH:



Dita Botërore e Zemrës

NË ZEMRË TË SHËNDËTIT

reflektu fuqi



29 Shtator

Bëhu frymëzim për miliona njerëz në mbarë botën që të fillojnë me ndryshime të vogla për një zemër të shëndoshë.

#worldheartday



FEDERATA BOTËRORE E ZEMRËS®



Edukimi dhe Promovimi Shëndetësor në Kosovë added a new photo.

September 29, 2017 · 🌐

fuqizoni zemrën tuaj

Të ushqyerit e shëndetshëm i siguron zemrës energjinë e nevojshme për një jetë cilësore.

- Konsumoni ushqim të pasur me fruta dhe perime.
- Reduktoni pijet me sheqer dhe të gazuara në vend të tyre, zgjidhni ujë ose lëngje pa sheqer.
- Zëvendësoni gjërat e ëmbla, me fruta të freskëta si një alternativë e shëndetshme.
- Zvogëlioni mamjen e kripës në më pak se pesë gram në ditë.
- Përgatitni vetë ushqim të shëndetshëm për shkollë apo për punë.
- Mbani sasinë e alkoolit që pini brenda udhëzimeve të rekomanduara.

Mbani nën kontroll nivelin e glukozës në gjak

Niveli i lartë i sheqerit, apo glukozës në gjak mund të jetë tregues i diabetit. Sëmundjet kardiovaskulare përbëjnë 50% të të gjitha vdekjeve të rjerëzimit me diabet, ndaj nëse ajo nuk diagnostifikohet apo nuk trajtohet me kohë mund të rrisë rrezikun e sëmundjeve dhe sulmit të zemrës.

aktivizoni zemrën tuaj

Aktiviteti fizik redukton rrezikun për sëmundje të zemrës dhe bën të ndihani mirë.

- Përpunimi të kryeni të paktën 30 minuta aktivitet fizik 5 herë në javë.
- Të gjitha lëvizjet si lojë, ecja, punët e shtëpisë dhe kërcimi kanë rëndësi.
- Bëhu më aktiv gjatë ditës, përdorni shkallët, ecni apo përdorni biçikletën në vend të makinës.
- Ushtroni me miqtë dhe familjen, do të jeni më të motivuar dhe është më argëtueset!
- Para se të vendosni për të filluar ushtrimet, ju duhet të konsultoheni me një profesionist të kujdesit shëndetësor.

Mbani nën kontroll shtypjen e gjakut

Shtypja e lartë e gjakut është faktori kryesor i rrezikut për sëmundjet kardiovaskulare. Ai është quajtur ndryshe "vrasës i heshtur", pasi zakonisht nuk ka shenja paralajmëruese apo simptoma.

duaje zemrën tuaj

Lënia e duhanit është një ndër gjërat kryesore që ju mund të bëni për të përmirësuar shëndetin e zemrës tuaj.

- Brenda dy vjetëve pasi keni lënë duhanin, rreziku për sëmundje të zemrës zvogëlohet ndjeshëm.
- Brenda 15 viteve rreziku për Sëmundjet kardiovaskulare është i njëjtë me atë të një jo-duhanpirësi.
- Ekspozimi ndaj tymit të duhanit është gjithashtu një shkak për sëmundjet e zemrës të jo-duhanpirës.
- Pra, duke lënë duhanin ju nuk do të përmirësoni vetëm shëndetin tuaj, por edhe atë të njerëzve që ju rrethojnë.
- Nëse keni probleme rreth lënies së duhanit, kërkoni këshilla profesionale se si ta lini atë.

Mbani nën kontroll kolesterolin dhe peshën trupore

Niveli i lartë i kolesterolit në gjak është shkak i rreth 4 milionit vdekjeve çdo vit në botë. Prandaj ju duhet të kontaktoni mjekun tuaj në mënyrë që të masni nivelin tuaj të kolesterolit në gjak, peshën tuaj dhe Indeksën e Masës Trupore (IMT).

reflektu fuqi

 Dita Botërore e Zemrës
NË ZEMRË TË SHËNDETTIT

www.worldheartday.org
@worldheartday
#worldheartday

29 shtator 2017
Dita Botërore e Zemrës

 INSTITUTI I SHËNDETTIT PUBLIK

Në Zemër të Shëndetit

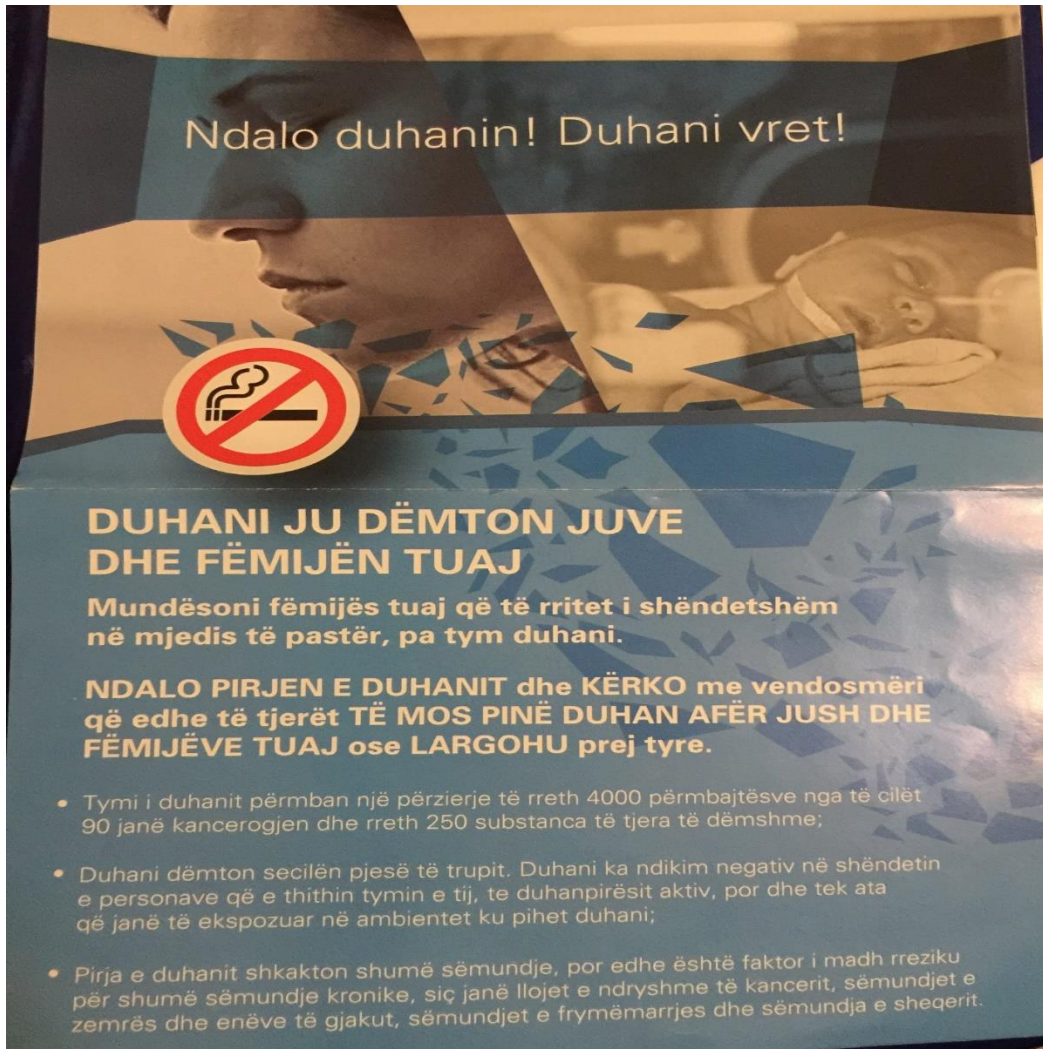
**Fuqizo jetën tënde, Duaje zemrën tënde,
Ji aktiv, Ushqehu mirë
Koha për të lënë duhanin**

Zemra jote fuqizon gjithë trupin.

Ajo të lejon të duash, të qeshësh dhe të jetosh jetën plotësisht.
Për të mbajtur zemrën sa më të shëndetshme, duhet të bësh disa ndryshime të thjeshta në jetën e përditshme.

Duaje zemrën dhe fuqizo jetën tënde!

ANEXI 6. 31 MAJI DITA BOTËRORE KUNDËR DUHANIT



Ndalo duhanin! Duhani vret!

DUHANI JU DËMTON JUVE DHE FËMIJËN TUAJ

Mundësoni fëmijës tuaj që të rritet i shëndetshëm në mjedis të pastër, pa tym duhani.

NDALO PIRJEN E DUHANIT dhe KËRKO me vendosmëri që edhe të tjerët TË MOS PINË DUHAN AFËR JUSH DHE FËMIJËVE TUAJ ose LARGOHU prej tyre.

- Tymi i duhanit përmban një përzierje të rreth 4000 përbajtësve nga të cilët 90 janë kancerogjen dhe rreth 250 substanca të tjera të dëmshme;
- Duhani dëmton secilën pjesë të trupit. Duhani ka ndikim negativ në shëndetin e personave që e thithin tymin e tij, të duhanpirësit aktiv, por dhe tek ata që janë të ekspozuar në ambientet ku pihet duhani;
- Pirja e duhanit shkakton shumë sëmundje, por edhe është faktor i madh rreziku për shumë sëmundje kronike, siç janë llojet e ndryshme të kancerit, sëmundjet e zëmrës dhe enëve të gjakut, sëmundjet e frymëmarrjes dhe sëmundja e sheqerit.

A pini duhan?

Fëmijët e nënave që pinë duhan kanë rrezik më të madh që:

- Të lindin me peshë të ulët;
- Të pësojnë nga sindromi i vdekjes së papritur të foshnjës;
- Të jenë obez (me mbipeshë) gjatë fëmijërisë.

A pinë duhan dikush tjetër afër juve?

Ekspozimi i fëmijës në ambientet ku pihet duhani e vendos atë në rrezik për:

- Sindromin e vdekjes së papritur të foshnjës;
- Infeksionet akute të rrugëve të frymëmarrjes;
- Problemet me vesh;
- Astmë më të rëndë.

Është vërtetuar se thithja pasive e tymit të duhanit ndikon poashtu në zhvillimin e pllakave yndyrore, në sëmundjet koronare të zemrës dhe mund të shoqërohet me ngecje në zhvillim.

PIRJA E DUHANIT VRET

Mundësoni fëmijës suaj që të rritet i shëndetshëm në mjedis të pastër dhe pa tym duhani.

Për më shumë informata, kontaktoni kujdestarin tuaj shëndetësor.

unicef 

 World Health Organization



 INSTITUTE SHËNDETIT PUBLIK

DUHANI DËMTON ZEMRËN

Zgjidhni shëndetin, jo duhanin

31 MAJ: DITA BOTËRORE PA DUHAN #joduhaniit

ANEXI 7.

10 MAJI DITA BOTËRORE E PROMOVIMIT TË AKTIVITETIT FIZIK



10 Maj

Dita Botërore e Promovimit të Aktivitetit Fizik

INSTITUTI I SHËNDETËSIAE

“Bëhu Aktiv - Mbro Shëndetin Tënd”

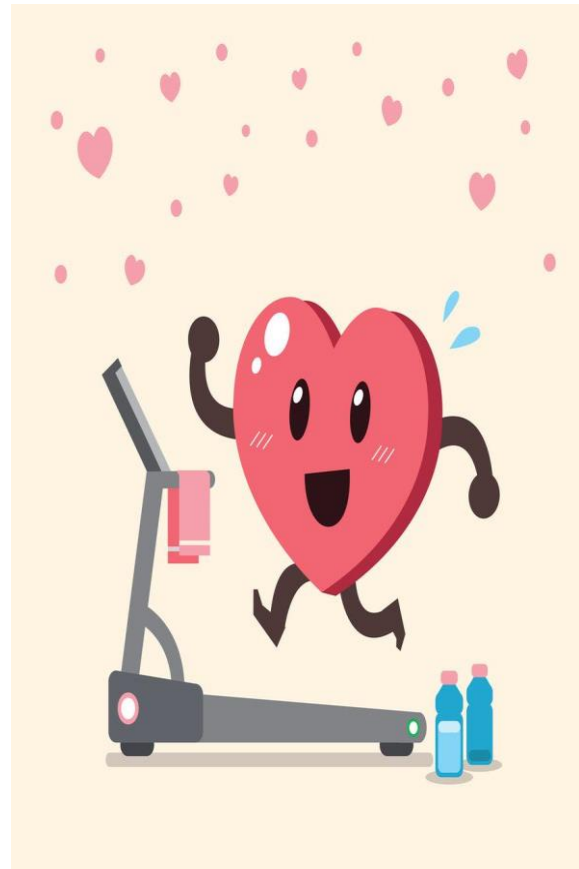
Objektivat kryesore të aktiviteteve kombëtare janë:

Rritja e vëmendjes së publikut të gjerë për rëndësinë dhe përfitimet që sjell në aktiviteti fizik, kryesisht në parandalimin e sëmundjeve jo të transmetueshme.

Promovimi i përfitimeve që sjell aktiviteti fizik duke dhënë informacion për praktikat më të shëndetshme.
Rritja e pjesëmarrjes së popullatës së gjerë në aktivitete fizike duke shfrytëzuar mundësitë e mundshme (gjatë kohës së lirë, transportit, punës)

Promovimi i sjelljeve dhe stili e një jete të shëndetshme; adresimi i problemeve që lidhen me shëndetin nëpërmjet sportit dhe aktivitetit fizik të tilla si: mospërdorimi i duhanit, shëndetshme, reduktimi i dhunës, stresit dhe izolimit social.

**KUSH S'KA KOHË PËR
USHTRIME, KA KOHË
PËR SËMUNDJE**



ANEXI 8 - PESHË E SHËNDETSHME, PRESION ARTERIAL I SHËNDETSHËM!



Dita ndërkombëtare e hipertensionit është vendosur me qëllim që të ndërgjegjësojë mbi infarktën e parandalueshëm, sëmundjet e zehrës dhe veshkave të shkaktuara nga presioni i lartë arterial dhe t'i komunikojë publikut informacione mbi parandalimin, zbulimin dhe trajtimin e tyre.

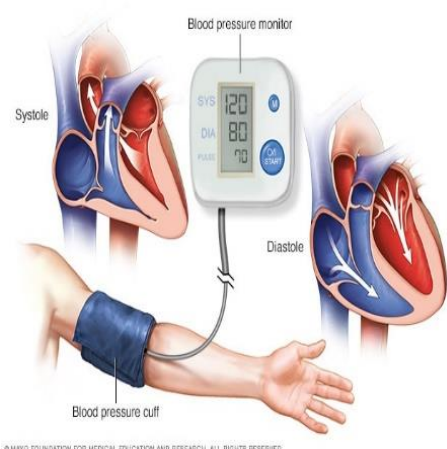
Çdo vit, në 17 Maj organizohet Dita Botërore e Hipertensionit.

PRESIONI I LARTË ARTERIAL ËSHTË NJË EPIDEMI GLOBALE

Mbi 1.5 miliardë njerëz vuajnë nga presioni i lartë arterial (ose hipertensionit) në të gjithë botën. Hipertensionit është faktori me kryesor i riskut për sëmundjet e zehrës, infarktën, sëmundjet e veshkave dhe diabetin.

PËR TË SHMANGUR PRESIONIN E LARTË ARTERIAL....KONTROLLOJENI ATË!

Masni vazhdimisht presionin tuaj arterial. Nëse është i lartë, drejtoheni tek mjeku ose infermiera për një kontroll të plotë. Nëse jeni duke marrë mjekime aktualisht, siguroheni që t'i merrni ato rregullisht dhe konsultoheni me mjekun ose infermieren tuaj për mënyrat se si mund të bini në peshë.



ÇFARË ËSHTË HIPERTENSIONI?

Hipertensionit njihet zakonisht si Presioni i Lartë i Gjakut. Ai është një gjendje shëndetësore kronike në të cilën presioni i gjakut qëndron i rritur. Hipertensionit nuk ka simptoma specifike dhe quhet "vrasësi i heshtur".

PSE DUHET TË KUJDESEM PËR HIPERTENSIONIN? Rreth 7 milionë njerëz vdesin çdo vit në të gjithë botën për shkak të presionit të lartë arterial.



Ç'LIDHJE KA PESHA IME ME HIPERTENSIONIN?

Të qënurit mbi peshë mund të çojë në hipertension, i cili më pas mund të çojë në infarkt, insufiçencë kardiake, aneurizëm, diabet të tipit 2, forma të ndryshme të kancerit dhe insufiçencë renale - sëmundje këto që mund të jenë të gjitha fatale. Kështu, nëse i kushtoni vëmendje peshës suaj, kjo mund t'ju ndihmojë të

keni një shëndet më të mirë në përgjithësi.

PESHA

Të qënurit mbi peshë është një shqetësim i ditës në të gjithë botën. Mbi 1 Miliardë të rritur në të gjithë botën janë mbi peshë, nga të cilët rreth 300 milionë janë obezë.

Mbi peshë kërcënues potencial i shumë sëmundjeve kronike



Në pjesë të caktuara të botës, epidemia e obezitetit është në rritje; gjë që i atribuohet përgjithësisht globalizimit. Ndërsa njerëzit lëvizin jashtë zonave rurale në drejtim të atyre urbane, ata përshtaten shpesh me stilin perëndimor të jetës. Në vend të punës në fushë, sot njerëzit punojnë gjithnjë e më shumë në tavolina, me orë të zgjatura pune dhe stres në rritje.



Kjo çon në një stil jete mjaft të zënë ku njerëzit nuk lëvizin shumë dhe kanë "uri" për kohë të lirë. Në mënyrë që të hanë shpejt ata shkojnë në restorante, marrin ushqime të shpejta apo ushqime të paketuara që kanë nivel të lartë të yndyrave të saturuara, shumë

kripë dhe sheqer. Rezultati është një numër gjithnjë në rritje i njerëzve mbi peshë dhe atyre obezë.

HIPERTENSIONI
Një stil jete i shëndetshëm ka efekte parandaluese.
Ndryshoni stilin tuaj të jetës për të ulur rrezikun për hipertension.

- Shmangni ushqimet e përpunuara
- Ulni konsumin e kripës
- Jini aktivë
- Ruani një peshë trupore të shëndetshme

MAJI MUAJIT TË MATJES
NJË MATJE E THJESHTË
SHPËTON JETËN
A e dini se?
Presioni i lartë i gjakut është faktor kontribues Nr.1 për vdekshmërinë në mbarë botën
10 milionë vetëm ½ jetë humbasin çdo vit si pasojë e presionit të lartë të gjakut
e njerëzve që kanë presion të lartë të gjakut e dinë që vuajnë nga hipertensioni

Kontrolloni FALAS presionin e gjakut gjatë MAJIT MUAJIT TË MATJES
1 - 31 Maj

#kontrollotensionin
www.maymeasure.com

ANEXI 9 - 14 NËNTORI DITA NDËRKOMBËTARE E DIABETIT MELLITUS

Është koha të kthejmë tërë vëmendjen kah Diabeti prandaj:

Të behën kontrollet rutine një herë në vit nga secili individ me diabet!
Kur dyshojmë, kemi faktor rreziku apo shenja të Diabetit atëherë:

Të matet glikemia jo vetëm esëll por dhe 2 orë pas ushqimit apo në cilëndo kohe të ditës.

Personat me Diabet të bëjnë HbA1C (HbA1C është hemoglobina e glukozuar e cila na jep të dhëna se si ka qenë përqindja mesatare e glukozës ne 3 muajt paraprak)të paktën 2 herë në vite në rast se nuk arrijn vlerat e dëshiruara të glikemisë-

Për çdo simptomë të lartpërmendur, dyshim në diabet apo glikemi që ka tejkaluar vlerat referente ju lutemi te paraqiteni te mjeku Endokrinolog-Diabetolog



**14 nëntori
Dita Botërore e
DIABETIT**



Ju mund ta parandaloni diabetin

Ndryshimi i stilit të jetesës mund të ndihmojë në parandalimin e diabetit



Organizata Botërore e Shëndetësisë vlerëson se diabeti po kthehet në "pandemi" globale, dhe ka përlogarit se prej rreth 5% të popullsisë së botës

ÇKA ËSHTË DIABETI?

Diabeti është një sëmundje kronike që karakterizohet me rritjen e nivelit të sheqerit-glukozës në gjak si pasojë e çrregullimit të prodhimit të insulinës në organizëm. Insulina është një hormon që kontrollon sasinë e sheqerit-glukozës në gjak.

Ekzistojnë tri lloje të diabetit:

- Tipi 1 i diabetit (diagnostikohet zakonisht te fëmijët dhe adoleshentët)
- Tipi 2 i diabetit (zakonisht paraqitet në moshat e rritura, po paraqitet edhe tek fëmijët)
- Diabeti i shtatzënisë (mund te paraqitet gjatë shtatzënisë)

KUSH MUND TË PREKET NGA DIABETI?

Diabeti mund ta prekë çdo njeri.

Por, faktorët e rrezikut që favorizojnë shfaqjen e diabetit janë:

- Trashëgimia, apo personat me histori familjarë.
- Moshat mbi 40 vjeç.
- Obeziteti dhe mbipeshësia.
- Mungesa e aktivitetit fizik.
- Ushqyerja jo e shëndetshme.
- Sasia e lartë e kolesterolit në gjak.
- Tensioni i lartë i gjakut.
- Duhanpirja
- Gratë me diabet gjatë barrës apo që kanë lindur fëmijë me peshë të madhe.



Cilat janë shenjat e diabetit?

- Etje e shtuar dhe tharje gojës
- Urinim i shpeshtë dhe në sasi të madhe ditën dhe natën
- Shtim oreksi, por që shoqërohet me humbje peshe
- Dhimbje stomaku dhe lodhje më tepër se zakonisht
- Shikim i mjegulluar dhe mungesë e theksuar e përqendrimit
- Mpirje e duarve ose e këmbëve

Është e rëndësishme që të njiheni me shenjat e diabetit edhe pse ato ndonjëherë mund të mungojnë. Diabeti mund të shfaqet pa u vënë re në heshtje për një kohë të gjatë pa simptoma.

Të bëhen kontrollet rutinë një herë në vit nga secili individ me diabet.



Komplikimet që mund ti shkaktoj Diabeti

Nëse nuk trajtohet ose mbikëqyret mirë, diabeti mund të rezultojë në një shumëllojshmëri të komplikimeve, duke përfshirë:

- Sëmundje të zemrës.
- Sëmundje të veshkave.
- Sëmundje syri.
- Dëme nervore dhe vaskulare.
- Probleme me këmbët, gjegjësisht gangrena që shpie edhe deri te amputimi i këmbës.
- Probleme me ereksion (impotenca).

A mund të parandalohej diabeti? PO, diabetin mund ta parandalojmë, nëse merren parasysh disa këshilla;

- Mbatja e peshës nën kontroll;
- Aktiviteti fizikë 30 minuta të paktën në 5 ditë të javës;
- Zvogëlimi i sasisë së yndyrave në ushqim, sidomos ato shtazore;
- Përdorimi i ushqimeve të pasura me pemë dhe perime
- Kontrollimi i tensionit te gjakut;
- Mokosumimi i duhanit dhe alkoolit.

Ndryshimi i stilit të jetesës mund të ndihmojë në parandalimin e diabetit

REZYME

Hyrje: Barra e sëmundjeve të zemrës si sëmundje kronike gjithnjë e më shumë kërkon që pacientët të marrin më shumë përgjegjësi për vetë-menaxhimin e tyre. Edukimi i pacientëve është thelbësor për sëmundjet e zemrës.

Materiali dhe metoda: Një studim pothuajse eksperimental u realizua në Ambulancën Specialistike të Kardiologjisë D&D në Prishtinë të 100 pacientëve. Edukimi ambulator u implementua për të vlerësuar efektivitetin mbi ndërgjegjësimin dhe stilin e jetesës, ku u përdor dizajni pre-test dhe post-test pa grup kontrolli. Një matje e plotë klinike dhe laboratorike para dhe pas edukimit të pacientëve (Dita e parë ishte pre-testi, pastaj fillimi i aktiviteteve edukative në ditën e 30-të, 60-të dhe 90-të, kurse ditën e 120 ishte post-testi). Rezultati klinik ishte aktiviteti fizik, indeksi i masës trupore, presioni i gjakut, lipidi dhe profili diabetik. Pyetësi i strukturuar para testimit (vlefshmëria, besueshmëria dhe testimi pilot) u përdor për mbledhjen e të dhënave.

Rezultatet: Në ditën e 90-të pacientët që iu nënshtruan programit edukativ, rezultuan në uljen: BMI ($p < 0.001$), niveli glicemik ($p < 0.001$), HbCA1 ($p = 0.02$), profili i lipideve (kolesterol, trigliceride dhe LDL-C, $p < 0.001$). HDL-C u rritë ($p = 0,01$) Aktiviteti fizik u përmirësua ndjeshëm: aktiviteti total dhe aktiviteti ditor u rritën ($p < 0,001$) $p = 0,002$).

Përfundim: Edukimi i pacientëve përmirësoi kontrollin glikemik dhe lipidik, BMI dhe aktivitetin fizik te pacientët me sëmundje iskemike të zemrës.

Fjalët kyçe: edukimi i pacientëve, sëmundjet iskemike të zemrës, rezultati klinik.

ABSTRACT

Introduction: The burden of heart diseases as chronic illness increasingly requires patients to assume more responsibility for their self-management. Patients' education is essential of heart diseases.

Material and Method: A quasi experimental study was conducted in Specialist Cardiology Ambulance D&D in Pristina among 100 patients. Ambulatory nurse education was implemented to assess the effectiveness on awareness on lifestyle where pre-test and post-test design without control group was used. A complete clinical and laboratory measurement before and after patient education (The first day was the pre-test, then the start of educational activities on the 30th, 60th and 90th day, and the 120th day was the post-test). The clinical outcome was physical activity, body mass index, blood pressure, lipid and diabetic profile. The pre-post tested (validity, reliability and pilot testing) structured questionnaire was used for data collection.

Results: On the 90th day the patients underwent the educational program, the following indices were decreased: BMI ($p < 0.001$), glycemic level ($p < 0.001$), HbCA1 ($p = 0.02$), lipid profile (cholesterol, triglycerides and LDL-C, $p < 0.001$ for all). HDL-C was increased ($p = 0.01$) In addition, physical activity was significantly improved: total activity and daily activity were increased ($p < 0.001$) and $p = 0.002$, respectively).

Conclusion: The ambulatory nurse education improves glycemic and lipidic control, BMI and physical activity in patients with ischemic heart disease.

Key words: patients' education, ischemic heart disease, clinical outcome.