

University for Business and Technology in Kosovo

**UBT Knowledge Center**

---

Theses and Dissertations

Student Work

---

Winter 2-2021

## **Rekomandimet E Inferimerit Në Permirësimin e Faktorëve Të Riskut Për Sëmundje Të Arterieve Koronare**

Blerinë Zejnullahu

*University for Business and Technology - UBT*

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



Part of the [Nursing Commons](#)

---

### **Recommended Citation**

Zejnullahu, Blerinë, "Rekomandimet E Inferimerit Në Permirësimin e Faktorëve Të Riskut Për Sëmundje Të Arterieve Koronare" (2021). *Theses and Dissertations*. 2176.

<https://knowledgecenter.ubt-uni.net/etd/2176>

This Thesis is brought to you for free and open access by the Student Work at UBT Knowledge Center. It has been accepted for inclusion in Theses and Dissertations by an authorized administrator of UBT Knowledge Center. For more information, please contact [knowledge.center@ubt-uni.net](mailto:knowledge.center@ubt-uni.net).



Kolegji UBT  
Fakulteti i Infermierisë

**REKOMANDIMET E INFERIMERIT NË PERMIRËSIMIN E  
FAKTORËVE TË RISKUT PËR SËMUNDJE TË ARTERIEVE  
KORONARE**  
Shkalla Bachelor

Blerinë Zejnullahu

Shkurt / 2021  
Prishtinë



Kolegji UBT  
Fakulteti i Infermierisë

Punim Diplome

Blerinë Zejnullahu

**REKOMANDIMET E INFERIMERIT NË PERMIRËSIMIN E  
FAKTORËVE TË RISKUT PËR SËMUNDJE TË ARTERIEVE  
KORONARE**

Dr. Pranvera Ibrahim, MD, PHD

Shkurt/2021

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

## ABSTRAKT

Sëmundjet kardiovaskulare janë shkaku kryesor i aftësisë së kufizuar globalisht dhe pavarësisht përparimeve në kujdesin klinik dhe mjekësinë, vazhdojnë të jenë shkaku kryesor i sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë. Më shumë se gjysma e të rriturve kanë të paktën 1 faktor rreziku të sëmundjes koronare të zemrës (SAK) dhe gati një e katërta kanë leziona të përparuara aterosklerotike. Shkalla e aterosklerozës është e lidhur drejtpërdrejt me numrin e faktorëve të rrezikut. Zbulimi i hershëm është thelbësor për të identifikuar individët në rrezik dhe për të promovuar ndryshimet e stilit të jetës përpara se të ndodhë përparimi i sëmundjes. Pavarësisht nga prania e faktorëve të rrezikut dhe ndryshimeve patologjike, vlerësimi i rrezikut dhe përpjekjet për parandalimin e sëmundjes mungojnë në këtë grupmoshë. Ky rishikim ofron dëshmi patologjike së bashku me të dhënat aktuale të prevalencës së faktorit të rrezikut për të demonstruar nevojën për zbulimin e hershëm. 80 përqind e sëmundjes së zemrës është e parandalueshme përmes dietës dhe stilit të jetës, dhe të rriturit e rinj janë objektiva ideal për përpjekjet parandaluese, sepse ata janë në procesin e krijimit të zakoneve të jetesës. Ky rishikim synon të përcaktojë nevojën për një kontroll të shtuar, vlerësimin e rrezikut, edukimin dhe menaxhimin tek të rriturit. Këtu duhet të përfshihet vlerësimi i të gjithë faktorëve të rrezikut për SAK dhe zakonet e stilit të jetës (dietë, stërvitje dhe pirja e duhanit), presionin e gjakut, glikemine dhe indeksin e masës trupore. Pjesa e parë e këtij artikulli do të rishikojë patofiziologjinë dhe faktorët e rrezikut të sëmundjes së arterieve koronare të zemrës. Pjesa e dytë do të tregojë për preventimin e sëmundjes, rëndësinë që ze, për kontrollimin e kolesterolit, masat dietike, aktivitetin fizik, menaxhimin e hipertensionit, promovimin e nderprerjes së duhanit, kontrollimi i diabetit si dhe do të tregojmë për trajtimin në pergjithësi të SAK, rekomandimet e infermierit në përmirësimin e rrishtit kardiovaskular, rehabilitimin kardiak dhe edukimin e pacientëve për vetë-kujdes. Për më tepër qëllimi i hulumtimit është përcaktimi i rasteve me sëmundje të arterieve koronare si dhe shkalla e mortalitetit në disa vende të Bashkimit Europian si: Slovenia, Kroacia, Hungaria dhe Rumania. Në hulumtim janë përfshirë faktorët e rrishtit që kanë shkaktuar sëmundjen, shkalla e morbiditetit dhe e mortalitetit. Të dhënat për këto shtete janë grumbulluar përmes databazes Eurostat. Për nga ana e mortalitetit dhe e morbiditetit shteti

Slovenisë ka një numër të vogël të rasteve në krahasim me vendët e tjera.

## **FALENDERIME**

“Edukimi është gjëja më e mirë që një baba mund t’i jep fëmijës së tij – Muhamedi a.s.”

“Krejt çka unë jam, ose shpresoj të bëhem, i detyrohem engjullit Nënë – Lincoln.”

Falenderoj dhe u jam mirënjohëse përjetësisht dy personave më të veçantë në jetën time të cilët ishin afër meje në çdo hap të jetës sime duke më ofruar mbështetje të pa kusht emocionale dhe financiare.

Falenderoj babain tim, Adem Zejnullahun dhe nënën time, Florie Zejnullahun të cilët besuan dhe më përkrahën në çdo sukses timin

Një falenderim tjetër të përzemërt ia dedikoj vëllaut tim dhe motrës sime që janë inspirimi im dhe shtypa ime kryesore e rrugëtimit tim të pa ndalur drejtë dijës.

Falenderim i veçantë shkon për mentoren Prof. Pranvera Ibrahimin, MD, PHD për ndihmën profesionale dhe këshillat e dhëna.

Falenderoj edhe shoqërinë time për këshillat dhe përkrahjen e vazhdueshme, jam me fat që janë pjesë e jetës sime. Së fundmi, dua të falenderoj të gjithë stafin e Kolegjit UBT për kontributin e tyre në mësimdhënie dhe në përgatitjen e gjeneratave të reja profesionale.

## **PERMBAJTJA**

ABSTRAKT .....	i
FALENDERIME .....	ii
PERMBAJTJA.....	iii
LISTA E FIGURAVE.....	iv
LISTA E TABELAVE.....	iv
FJALORI I TERMAVE.....	vi
1 HYRJE .....	1
2 SHQYRTIMI I LITERATURËS .....	3
2.1 Sëmundjet Kardiovaskulare .....	3
2.1.1 Etiologjia.....	5
2.1.2 Patofiziologjia e sëmundjeve të arterieve koronare .....	6
2.1.3 Pasqyra Klinike .....	7
2.1.4 Faktorët e riskut .....	9
2.1.5 Prevenca .....	10
2.1.6 Kontrollimi i çregullimeve të kolesterolit.....	11
2.1.7 Masat Dietetike .....	13
2.1.8 Aktiviteti fizik.....	16
2.1.9 Medikamentet .....	17
2.1.10 Promovimi i ndërprerjes së duhanit .....	18
2.1.11 Menaxhimi i Hipertenisonit .....	19
2.1.12 Kontrollimi i diabetit.....	20
2.1.13 Gjinia.....	21
2.2 Trajtimi në pergjithësi i sëmundjeve të arterieve koronare.....	23
2.2.1 Rehabilitimi kardiak.....	25
2.2.2 Kujdesi i Vazhdueshëm .....	29
3 DEKLARIMI I PROBLEMIT DHE QËLLIMI I HULUMTIMIT .....	30
4 METODOLOGJIA .....	30

5	PREZANTIMI DHE ANALIZA E REZULTATEVE.....	32
6	KONKLUZIONE DHE REKOMANDIME .....	42
7	REFERENCAT.....	43

## LISTA E FIGURAVE

Figure 1	Faktorët e rrezikut për sëmundjen koronare (Adapted from Boudi, 2014).....	2
Figure 2	Progresioni patofiziologjik i aterosklerozes(Adaptuar nga Biblioteka Kombëtare e Mjekësië e SH.B.A) .....	6
Figure 3	Zonat e mundshme të dhimbjes gjatë një sulmi në zemër.....	8
Figure 4	Prevenimi i SAK(Adaptuar nga qendrat per kontrollin dhe parandalimin e sëmundjeve) .....	11
Figure 5	Adaptuar nga ‘‘American College of Cardiology’’ .....	13
Figure 6	Sjelljet e synuara shëndetësore për rehabilitimin kardiak. Adaptuar nga ‘‘American College of Cardiology’’ .....	27
Figure 7	Sëmundjet e arterieve koronare, periudha 2014, grupmosha 55-64 vjeç .....	41

## LISTA E TABELAVE

Table 1	Përmbajtja ushqyese e dietës terapeutike (TLC) .....	14
Table 2.	Menaxhimi i Hipertensionit. (Adaptuar nga Çendrat për Kontrollin dhe Parandalimin e sëmundjeve të zemrës).....	20
Table 3	Faktorët e riskut në bazë të gjinisë tek grupmosha 55-64 vjeç në shtetin e Sllovenisë (2014).....	33
Table 4	Faktorët e riskut në bazë të gjinisë tek grupmosha mbi 65 vjeç në shtetin e Sllovenisë (2014).....	33
Table 5	Sëmundjet e zemrës në bazë të gjinisë tek grupmosha 55-64 vjeç në shtetin e Sllovenisë (2014) .....	34
Table 6	Faktorët e riskut në bazë të gjinisë tek grupmosha 55-64 vjeç në shtetin e Kroacisë (2014).....	34
Table 7	Faktorët e riskut në bazë të gjinisë tek grupmosha mbi 65 vjeç në shtetin e Kroacisë (2014).....	35

Table 8 Sëmundjet e zemrës në bazë të gjinisë tek grupmosha 55-64 vjeç në shtetin e Kroacisë (2014).....	35
Table 9 . Faktorët e riskut në bazë të gjinisë tek grupmosha 55-64 vjeç në shtetin e Hungarisë (2014).....	36
Table 10 Faktorët e riskut në bazë të gjinisë tek grupmosha mbi 65 vjeç në shtetin e Hungarisë (2014).....	36
Table 11 Sëmundjet e zemrës në bazë të gjinisë tek grupmosha 55-64 vjeç në shtetin e Hungarisë (2014).....	37
Table 12 . Faktorët e riskut në bazë të gjinisë tek grupmosha 55-64 vjeç në shtetin e Rumanisë (2014).....	38
Table 13 Faktorët e riskut në bazë të gjinisë tek grupmosha mbi 65 vjeç në shtetin e Rumanisë (2014).....	38
Table 14 Sëmundjet e zemrës në bazë të gjinisë tek grupmosha 55-64 vjeç në shtetin e Rumanisë (2014).....	39
Table 15 Shkalla e vdekshmer isë gjatë viteve 2001 – 2010 për sëmundje të arterieve koronare .....	40



## **FJALORI I TERMAVE**

SKV: sëmundjet kardiovaskulare

SAK: sëmundja e arterieve koronare

AS: atherosklerosë

HTA: hipertensioni arterial

ACS: sindroma akute koronare

MI: infarkti akut i miokardit

Dispepsia: dhimbje abdominale ose djegie e kufizuar në pjesën e sipërme të barkut

LDL: lipoproteina me dendësi të vogël ose kolesterol i keq

HDL: lipoproteina me dendësi të madhe ose kolesterol i mire

PCI: ndërhyrje koronare perkutane

CABG: bajpas arterie koronare

BMI: indeksi i mases trupore

Vazospazem: shtrengim ose ngushtim i pa pritur i një arterie koronare

TLC: është një program trajtimi që nënkupton "Ndryshimet e jetesës terapeutike". Ky program ndihmon në zvogëlimin e kolesterolit LDL përmes një plani të ngrënies me yndyrë të ulët.

HT: terapia hormonale

# 1 HYRJE

Sëmundjet kardiovaskulare vazhdojnë të jenë shkaku kryesor i vdekshmërisë edhe përkundër avancimeve që janë berë në kujdesin shëndetsor.

Sëmundjet kardiovaskulare (SKV) po rriten konsiderueshëm me një vlerësim prej 12 milion njerëzve që vdesin çdo vit, kryesisht në vendet në zhvillim (Organizata Botërore e Shëndetit, 2013). Në Amerikë është një numer i madh i njerëzve që kanë një ose më shumë lloje të sëmundjes kardiovaskulare përfshirë sëmundjen e arterieve koronare, hipertensionin (tensionin e lartë të gjakut), pamjaftueshmërinë e zemrës, sulmin në tru dhe defekte të lindura kardiovaskulare.

Edhe pse prevalenca e SKV është shumë e lartë, shfaqja e saj është e parandalushme dhe kjo është një përparësi për shëndetin publik. Sëmundja Kardiovaskulare manifestohet klinikisht kryesisht në moshën e mesme dhe të shtyer, pas ekspozimit shumëvjeçar ndaj stilit jo të shëndetshëm të jetës, ku hynë një dietë e varfër nutritive, pasiviteti fizik, pirja e duhanit dhe faktorët e tjerë të rrezikut si (presioni i lartë i gjakut, hiperkolesterolemia, diabeti dhe mbipesha). Ndërsa një barrë të madhe për shëndetin po e zë edhe sëmundja e arterieve koronare (sëmundja ishemike e zemrës). Sëmundja e arterieve koronare - e njohur si SAK - prek më shumë se 15 milion të rritur në Amerikë, duke e bërë atë llojin më të zakonshëm të sëmundjeve të zemrës. Gjithashtu SAK është shkaku kryesor i vdekjes tek burrat dhe gratë në Shtetet e Bashkuara.

Kjo ndodhë kur arteriet koronare - të cilat veprojnë si linja ushqyese për të furnizuar zemrën me gjak - dëmtohen ose sëmuren. Cili është fajtori kryesor? Një grumbullim i yndyrës dhe kolesterolit në muret e brendshme të arterieve që është proces patologjik dhe quhet atherosklerozë. Ndërsa kjo ndodhë, arteriet mund të ngushtohen ose të bllokohen. SAK zakonisht zhvillohet me dekada, kështu që shumë njerëz as që e dinë se e kanë atë derisa të fillojë të shkaktojë simptoma.

"Megjithëse nuk mund t'i zgjidhni prindërit tuaj për të ndryshuar rrezikun tuaj gjenetik për sëmundje të zemrës - dhe mosha juaj është ajo që është - ekzistojnë shumë faktorë rreziku për sëmundjet e zemrës që mund t'i ndryshoni për të ndihmuar në mbrojtjen e vetes. Bisedoni me ekipin tuaj të kujdesit shëndetësor, çfarë është e drejtë për ju "-Dr. Martha Gulati.

Shkaku më i shpeshtë i sëmundjeve të arterieve koronare (95%) është ateroskleroza (akumulim jo normal i lipideve). Faktorët e rrezikut të SAK janë ndarë në jo të modifikueshëm dhe të modifikueshëm (Levy 1981). Faktorët e rrezikut jo të modifikueshëm përfshijnë: moshën, gjininë mashkull dhe historinë familjare të cilat nuk mund të ndryshohen. Sipas Shoqatës Amerikane të Zembrës [AHA] (2009), faktorët e rrezikut të modifikueshëm që mund të ndryshohen nga ndërhyrjet mjekësore dhe mënyra e jetesës janë: hipertensioni arterial (HTA), hiperkolesterolemia, pasiviteti fizik, diabeti, mbipesha, dhe pirja e duhanit. Mora et al. (2007) deklaroi se ndryshimet në faktorët e rrezikut të modifikueshëm përbëjnë afërsisht 60% të uljes së rrezikut.

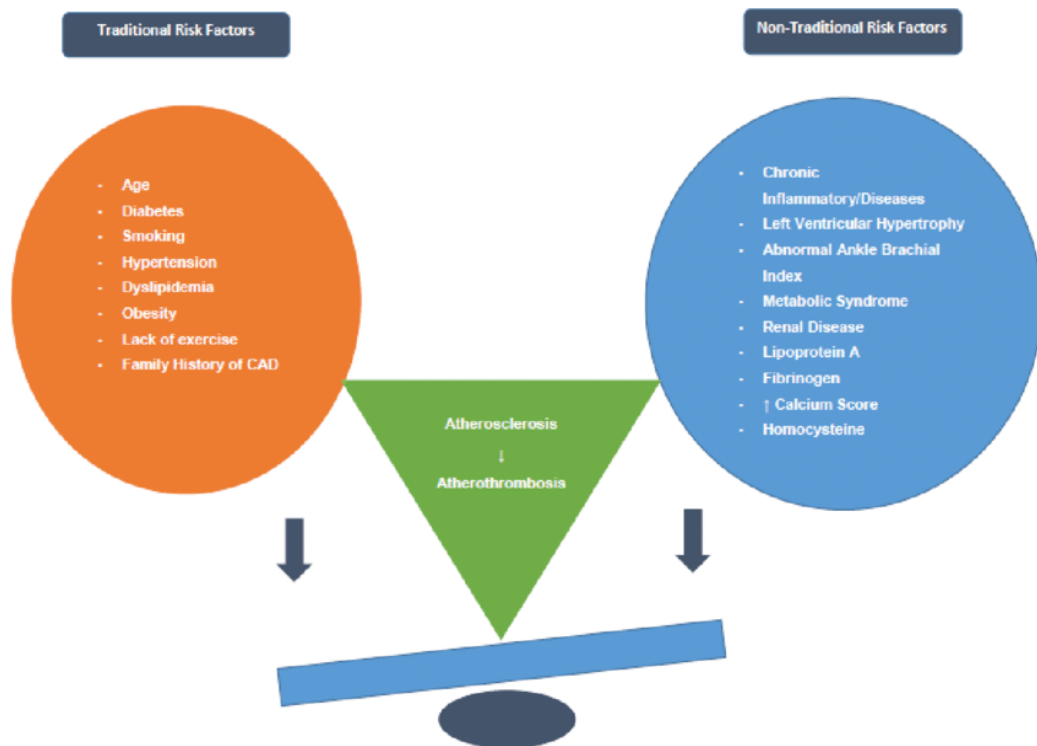


Figure 1 Faktorët e rrezikut për sëmundjen koronare (Adapted from Boudi, 2014).

Katër faktorë rreziku të modifikueshëm —hiperkolesterolemia, përdorimi i duhanit,

hipertensioni, diabeti janë përmendur si faktorët kryesorë të rrezikut për SAK dhe ndërlikimet e tij. Si rezultat, ata marrin shumë vëmendje në programet e promovimit të shëndetit.

Bërja e ndryshimeve në stilin e jetës. Adoptimi i zakoneve të reja si p.sh

- Miratimi i një plani të shëndetshëm për zemrën
- Rritja e aktivitetit fizik
- Arritja në një peshë të shëndetshme të trupit
- Menaxhimi i stresit
- Kontrollimi i kolesterolit
- Ndërprerja e përdorimit të duhanit

Të gjitha këto janë thelbësore për faktorët zvogëlues të rrezikut kardiovaskular.

## **2 SHQYRTIMI I LITERATURËS**

### **2.1 Sëmundjet Kardiovaskulare**

Termi sëmundje kardiovaskulare i referohet çdo çrregullimi të zemrës dhe enëve të gjakut, përfshirë hipertensionin, sëmundjen e arterieve koronare (SAK), kardiake, sëmundje cerebrovaskulare, sëmundje valvulare të zemrës, kardiomiopati, sëmundje vaskulare periferike dhe anomalitë kongjenitale të zemrës.

Në nivel global, sëmundjet kardiovaskulare janë shkaku numër një i vdekjes dhe parashikohen të mbeten të tilla. Vlerësohet se 17 milion njerëz vdiqën nga sëmundja kardiovaskulare në 2005, që përfaqëson 30% të të gjitha vdekjeve globale. Rreth 80% nga këto vdekje kanë ndodhur në vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme. Në bazë të vazhdimit të tendencave aktuale, deri në

vitin 2030 rreth 23.6 milion njerëz do të vdesin nga sëmundja kardiovaskulare (kryesisht nga sulmet në zemër dhe goditjet në tru (World Health Organization).

Sëmundja Kardiovaskulare paraqet një barrë të konsiderueshme për shëndetin publik pothuajse në mënyrë të barabartë tek burrat dhe gratë e të gjitha grupeve racore dhe etnike.

Shkaqet kryesore të sëmundjes kardiovaskulare janë përdorimi i duhanit, pasiviteti fizik, dhe një dietë jo e shëndetshme. Sëmundjet kardiovaskulare prekin shumë njerëz në moshën e mesme, në të dyzetat ose pesëdhjetat e tyre, pasi që më shumë dihet për epidemiologjinë të sëmundjes koronare midis burrave të tillë sesa ata të cilët janë më të rinj ose më të vjetër, ose gra të çdo moshe.

Sëmundja e arterieve koronare (SAK) është forma më e zakonshme e sëmundjes së zemrës. Infermieret duhet të njohin manifestime të ndryshme të gjendjeve të arterieve koronare dhe metoda të bazuara në prova për vlerësimin, parandalimin, dhe trajtimin e këtyre çregullimeve. Sëmundja e arterieve koronare (sëmundja ishemike e zemrës) është dëmtim i miokardit i shkaktuar nga disbalanci mes qarkullimit koronar (furnizimi me oksigjen) dhe nevojave të miokardit për oksigjen për shkak të ndryshimeve në qarkullimin koronar.

Qarkullimi i gjakut në zemër vë nga arteriet koronare të djathta dhe të majta, të cilat sigurojnë gjak në anët përkatëse të zemrës.

Nëse zemra humb aftësinë e saj pompuese qoftë për pak minuta, qarkullimi i gjakut nëpër enët e gjakut ndalet, dhe jeta e personit vihet në rrezik.

Janë identifikuar faktorët e rrezikut që përkeqsojnë zhvillimin e sëmundjes së arterieve koronare. Disa faktorë të rrezikut të modifikueshëm ku mund ti eliminojmë dhe të ndërhyjmë për të zvogëluar rrezikun e sëmundjes, ku përfshihet stili i jetesës, mënyra e të jetuarit, mënyra e të ushqyerit, aktiviteti fizik, duhanpirja, hipertensioni, hiperlipidemia dhe faktorë të tjerë ku mund të përfshihet diabeti tip 2, obeziteti, jeta pasive dhe terapia hormonale.

Këta faktorë mbeten të diskutueshëm në rolin e kontributit në sëmundjen e arterieve koronare. Faktorët e rrezikut jo të modifikueshëm nuk mund të ndryshohen dhe përfshijnë moshën, të qenit mashkull dhe më i ri se 70 vjeç, predispozicioni gjenetik dhe diabeti tip 1.

Ne mund të ulim mundësinë për të marrë sëmundje të zemrës nëse heqim një faktor rreziku p.sh nëse braktisim duhanin. Për fat të mirë, zgjedhjet ushqimore të shëndetshme mund të bëjnë një ndryshim të madh për shëndetin tonë.

### **2.1.1 Etiologjia**

Sëmundja e arterieve koronare mendohet se fillon me dëmtimin e shtresës së brendshme të një arterie koronare, ndonjëherë edhe në fëmijëri. Dëmi mund të shkaktohet nga faktorë të ndryshëm, përfshirë:

- Pirja e duhanit
- Presioni i lartë i gjakut
- Niveli i lartë i kolesterolit në gjak
- Diabeti ose rezistenca ndaj insulinës
- Jeta sedentare

Pasi dëmtohet muri i brendshëm i një arterie, depozitat yndyrore (pllaka) të bëra nga kolesteroli dhe produkte të tjera të mbetjeve qelizore prirën të mblidhen në vendin e dëmtimit. Ky proces quhet aterosklerozë. Nëse sipërfaqja e pllakës prishet ose këputet, qelizat e gjakut të quajtura trombocite grumbullohen së bashku në vend për të provuar të riparojnë arteriet. Ky grumbull mund të bllokojë arteriet, duke çuar në një sulm në zemër.

## 2.1.2 Patofiziologjia e sëmundjeve të arterieve koronare

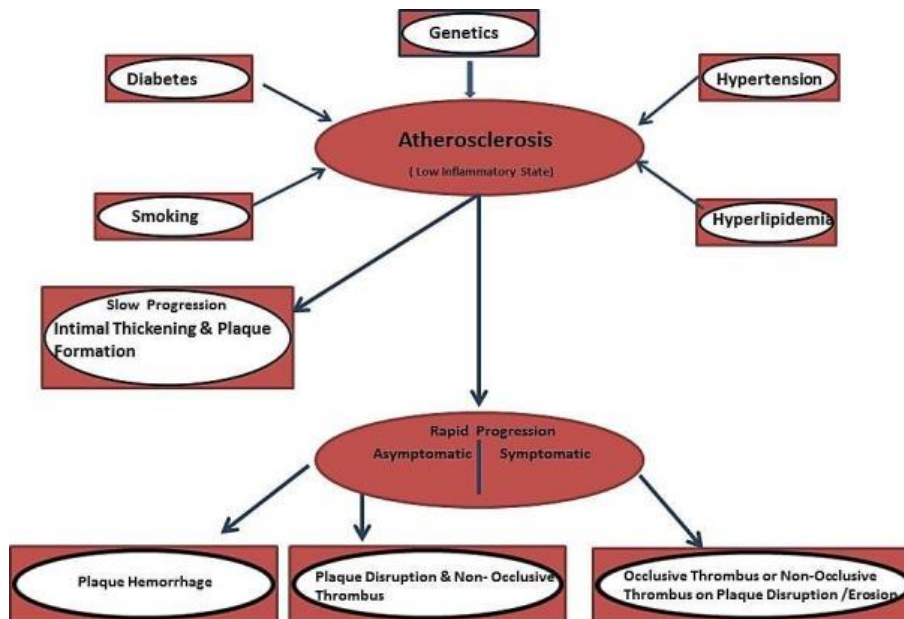


Figure 2 Progresioni patofiziologjik i ateriosklerozës (Adaptuar nga Bibloteka Kombëtare e Mjekësië e SH.B.A)

Diagrami që tregon faktorët e rrezikut dhe përparimin e ateriosklerozës.

Mekanizmat themelore patofiziologjike për këto sindroma fillojnë me procesin e ateriosklerozës, e cila zhvillohet dhe përparon për dekada para se të ndodhë event i akut. Ateriosklerozë mund të përshkruhet si një gjendje inflamatorë ndërmjet tunica intima dhe media të arterieve me madhësi të mesme, që përshpejtohet nga faktorët e njohur të rrezikut, siç janë presioni i lartë i gjakut, kolesteroli i lartë, pirja e duhanit, diabeti dhe gjenetika.

Ateriosklerozë fillon me futjen e kolesterolit lipoproteinë me densitet të ulët (LDL) në hapësirën nën-endoteliale, e cila mund të ndryshohet dhe oksidohet nga agjentë të ndryshëm.

Grimcat LDL të oksiduara / të modifikuara janë toksike për qelizat endoteliale dhe progresin e nxitësve të procesit ateriosklerotik. Depozitat e quajtura pllaka mund të formohen. Këto depozita

të quajtura atheroma ose pllaka mund të ngushtojnë ose bllokojnë arteriet për arsye se me kalimin e kohës në enët e gjakut pllaka fillon të fryhet dhe e ben të vështirë qarkullimin e gjakut. Kështu për pak kohë, gjaku mund të rrjedhë duke mos paraqitur ndonjë problem. Por me kalimin e kohës, kësaj pllake i duhen dekada që të ndërtohet në nivelin klinikisht të konsiderueshëm, kjo do të thotë, kur ju të keni filluar që të ndjeni simptoma. Me kalimin e kohës kjo vazhdon të rritet, dhe pastaj fillojnë të paraqiten disa probleme. Një pllakë e rupturuar tërheq trombocitet dhe shkakton formimin e trombit. Një tromb mund të pengojë rrjedhën e gjakut, duke çuar në sindromën akute koronare (ACS) e cila mund të rezultojë me një infarkt akut të miokardit (IM). Kur ndodh një IM, një pjesë e muskujve të zemrës nuk merr më qarkullim të gjakut dhe bëhet nekrotike.

Megjithëse sëmundja e zemrës shkaktohet më shpesh nga ateroskleroza e arterieve koronare, fenomene të tjera gjithashtu mund të ulin qarkullimin e gjakut në zemër. Shembuj të tillë përfshijnë vazospazmin (shtrëngim ose ngushtim i papritur) e një arterie koronare dhe hipotensioni i theksuar.

### **2.1.3 Pasqyra Klinike**

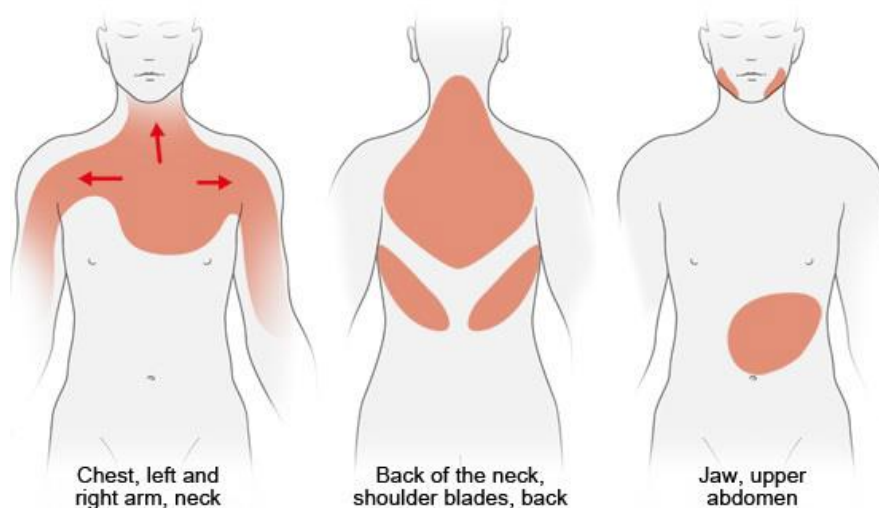
Sëmundja e arterieve koronare (SAK) jap simptoma dhe komplikime në varësi të vendndodhjes dhe shkallës së ngushtimit të lumenit arterial, formimit të trombit dhe pengimit të qarkullimit të gjakut në miokard. Kjo pengesë e qarkullimit të gjakut është zakonisht progresive, duke shkaktuar një furnizim joadekuat të gjakut që privon qelizat e muskujve kardiak ndaj oksigjenit të nevojshëm për mbijetesën e tyre. Gjendja njihet si ishemia.

Simptomat e SAK mund të variojnë nga gulçimi deri tek dhimbja në gjoks me intensitet të ndryshëm. Kjo lloj dhimbje në gjoks quhet angina. Zakonisht shoqërohet me një ndjenjë shtrëngimi ose ankthi, dhe mund të shtrihet në krahët, pjesën e prapme të qafës, shpinën, pjesën e sipërme të barkut ose nofullën. Këto simptoma shkaktohen më shpesh nga aktiviteti fizik sepse atëherë muskuli i zemrës ka nevojë për më shumë oksigjen. Ato ndodhin nëse shumë pak gjak derdhet nëpër arteriet koronare. Nëse ulja e furnizimit me gjak është e kohëzgjatur, me kohëzgjatje të mjaftueshme, ose të dyja, mund të rezultojnë dëme të pakthyeshme dhe vdekje të qelizave të miokardit. Me kalimin e kohës, miokardi i



dëmtuar në mënyrë të pakthyeshme pëson degjenerim dhe zëvendësohet me ind fibrotik, duke shkaktuar shkallë të ndryshme të mosfunksionimit të miokardit. Dëmtimi i dukshëm i miokardit mund të rezultojë në dalje vazhdimisht të ulët kardiake dhe pamjaftueshmëri të zemrës kur zemra nuk mund të mbështesë nevojat e trupit për gjak. Një rënie në furnizimin me gjak nga SAK madje mund të bëjë që zemra të ndalojë papritur rrahjet (vdekje e papritur kardiake).

Manifestimi më i zakonshëm i ishemi së miokardit është fillimi i dhimbjes në gjoks. Sidoqoftë, studimi klasik epidemiologjik i njerëzve në Framingham, Massachusetts, tregoi se afro 15% e burrave dhe grave që kishin ngjarje koronare, të cilat përfshinin anginë të paqëndrueshme, IM ose ngjarje të papritura të vdekjes kardiake, ishin totalisht asimptomatike para ngjarjes koronare (Kannel, 1986). Pacientët me ishemi të miokardit mund të paraqiten në një departament urgjence ose klinikë me një shumëllojshmëri të simptomave të ndryshme nga dhimbjet në gjoks. Disa ankohen për shqetësime epigastrike dhe dhimbje që rrezatojnë në nofull ose krahun e majtë. Pacientët të cilët janë më të moshuar ose kanë histori diabeti ose insuficiencë të zemrës mund të raportojnë gulçim. Shumë gra janë zbuluar se kanë simptoma atipike, duke përfshirë dispepsi, nauze, palpitation dhe mpirje (Mbingarkesë, 2009). Simptomat prodromale mund të shfaqen (d.m.th., angina deri disa orë në ditë para episodit akut), ose një ngjarje kryesore kardiake mund të jetë indikacioni i parë i aterosklerozës koronare.



*Figure 3 Zonat e mundshme të dhimbjes gjatë një sulmi në zemër*

#### 2.1.4 Faktorët e riskut

Një faktorë rreziku është " një aspekt i sjelljes personale ose stilit të jetës, një ekspozimi mjedisor, ose një karakteristikë e lindur ose e trashëguar, e cila në bazë të provave epidemiologjike është e njohur se shoqërohet me " ndodhjen e sëmundjes.

Rreth gjysma e të gjithë amerikanëve (47%) kanë të paktën 1 nga 3 faktorët kryesorë të rrezikut për sëmundjen e zemrës si: presionin e lartë të gjakut, nivelin e lartë të kolesterolit në gjak dhe pirjen e duhanit.

Disa faktorë rreziku quhen të modifikueshëm, sepse mund të bësh diçka për ta. Ka faktorë të tjerë rreziku, të quajtur jo të modifikueshëm, të cilat nuk mund t'i ndryshosh. Sidoqoftë, shumë faktorë rreziku jo të modifikueshëm mund të kontrollohen dhe efekti i tyre të zvogëlohet duke bërë ndryshime në stilin e jetës.

Faktorët e rrezikut të modifikueshëm përfshijnë:

- Pirja e duhanit
- Tensioni i lartë
- Diabeti
- Pasiviteti fizik
- Obeziteti
- Koleseroli i lartë i gjakut

Faktorët e rrezikut jo të modifikueshëm janë:

- Historia familjare e SAK (shkalla e parë e afërm me sëmundje kardiovaskulare në moshën 55 vjeç ose më e re për burrat dhe në moshën 65 vjeç ose më e re për gratë)
- Rritja e moshës (më shumë se 45 vjeç për burrat; më shumë se 55 vjeç për gratë)
- Gjinia (burrat zhvillojnë CAD në një moshë më të hershme se gratë)
- Prejardhja etnike (incidenca më e lartë e sëmundjeve të zemrës në Afrikanë-Amerikanë sesa në Kaukazin).

Përparësi është se mund të ndërmarrësh hapa për të ulur rrezikun duke ndryshuar faktorët që mund të kontrollohen.

### 2.1.5 Prevenca

Parandalimi i sëmundjes së arterieve koronare ka të bëjë kryesisht me kontrollin e faktorëve të rrezikut. "Në mënyrë ideale, zakonet e parandalimit fillojnë herët, por ato mbeten të rëndësishme gjatë gjithë jetës," thotë Bill McEvoy, MBBCh, i Qendrës Johns Hopkins Ciccarone për Parandalimin e Sëmundjeve të Zembrës. Asnjëherë nuk është vonë për të bërë ndryshime, megjithëse sa më parë në jetë e bëni këtë, aq më i madh është avantazhi.

Do të ishte një shqetësim i madh për t'u thënë njerëzve se ata janë në rrezik të lartë pa u mësuar atyre masat parandaluese. Ekzaminimi është vetëm hapi i parë në një program parandalues të integruar, duke identifikuar njerëz ose grupe njerëzish që janë në rrezik të lartë për SAK dhe duke edukuar pacientët dhe komunitetin në lidhje me njohjen dhe parandalimin e SAK. Të paktën 80% e vdekjeve të parakohshme nga zemra, sëmundja, dhe goditja mund të shmangen përmes një diete të shëndetshme, aktivitet fizik i rregullt dhe shmangia e tymit të duhanit. Hapat e mençur për të ndërmarrë:

- Lini duhanin - ose më mirë akoma, mos filloni kurrë. Pirja e duhanit konsiderohet një nga faktorët kryesorë të rrezikut për sulmin në zemër. Gjithashtu rri larg nga duhanprijat pasive. Nëse një anëtar i familjes është një duhanpirës, ndihmojeni atë të gjejë mënyra për të lënë atë.
- Hani më pak nga ushqimet që shtojnë problemet e zembrës, dhe më shumë nga ushqimet që mbrojnë zemrën. Synoni për një plan ngrënie që është me sasi të ulët të yndyrave të ngopura dhe sasi më të lartë në yndyrnat e pangopura, që gjenden në vajin e ullirit dhe peshqit, me sasi të lartë të fibrave, dhe nivel të ulët të kripës e sheqerit.
- Bëhuni më aktiv dhe qëndroni aktiv gjatë gjithë jetës. Një synim i mirë është të paktën 150 minuta (2.5 orë) stërvitje e moderuar çdo javë, ose 75 minuta (1.25 orë) ushtrime të fuqishme aerobike çdo javë. Ose synoni të jeni aktiv për 30 minuta në ditë, në shumicën e ditëve të javës.
- Mbajeni peshën tuaj brenda intervalit normal të Indeksit Të Masës Trupore (BMI). Nëse jeni mbipeshë, humbja e vetëm 5 përqind deri në 10 përqind të peshës suaj aktuale do të ulë rrezikun për të zhvilluar sëmundje të arterieve koronare.
- Menaxhimi i stresit tuaj. Disa stresa janë të pashmangshme në jetë.

Do të jeni më të shëndetshëm nga zemra nëse mund ta ngarkoni stresin në mënyrat që ju pëlqejnë dhe që janë të mira për ju, siç janë stërvitja, meditimi dhe relaksimi me miqtë, thotë BillMcEvoy.



Figure 4 Prevenimi i SAK(Adaptuar nga qendrat per kontrollin dhe parandalimin e sëmundjeve)

### 2.1.6 Kontrollimi i çregullimeve të kolesterolit

Metabolizmi i yndyrnave dihet se është një kontribues i rëndësishëm në zhvillimin e sëmundjeve të zemrës. Katër elemente të metabolizmit të yndyrës - kolesterolit total, LDL, HDL dhe trigliceridet - dihet se ndihmojnë në zhvillimin e sëmundjes. Studimet e fundit klinike kanë demonstruar që uljet e niveleve të lipoproteinës me densitet të ulët (LDL) ulin ndjeshëm rrezikun për sëmundje koronare të zemrës. Këto të dhëna konfirmojnë linja të tjera të evidencës që nivele të larta të LDL janë një faktor kritik. Yndyrnat, të cilat janë të tretshme në ujë, janë të mbyllura në lipoproteina të tretshme në ujë që lejojnë që ato të transportohen brenda sistemit të qarkullimit të gjakut. Lipoproteinat e ndryshme kategorizohen nga përmbajtja e tyre e proteinave, e cila matet në densitet. Dendësia rritet kur ka më shumë proteina. Kolesterolit përpunohet nga trakti gastrointestinal (GI) në globulat lipoproteine të quajtura chilomicrone. Këto përpunohen nga mëlçia si lipoproteina. Ky është një proces fiziologjik i domosdoshëm për formimin e

membranave qelizore të bazuara në lipoproteinë dhe proceseve të tjera të rëndësishme metabolike. Kur prodhohet një tepriçë e LDL, grimcat LDL lidhen për receptorët në endotelin arterial. Këtu, makrofagët fagocitojnë ato, duke kontribuar në formimin e pllakës. Të gjithë të rriturit 20 vjeç dhe më të vjetër duhet të bëjnë një profil të lipideve (kolesterol total, LDL, HDL dhe trigliceride) të paktën një herë në 5 vjet, dhe më shpesh nëse profili është jonormal. Pacientët që kanë pasur një ngjarje akute (p.sh., IM), një ndërhyrje koronare perkutane (PCI), ose një bajpas arterie koronar (CABG) kërkojnë vlerësimin e nivelit të tyre të kolesterolit LDL brenda disa muajve nga ngjarja ose procedura, sepse nivelet e LDL mund të jetë i ulët menjëherë pas ngjarjes apo procedurës akute. Më pas, lipidet duhet të monitorohen çdo 6 javë derisa të arrihet niveli i dëshiruar dhe pastaj çdo 4 deri në 6 muaj. HDL njihet si kolesterol i mirë sepse transporton lipoproteina të tjera si LDL në mëlçi, ku ato mund të degradohen dhe ekskretohen. Për shkak të kësaj, një nivel i lartë i HDL është një faktor i fortë negativ i rrezikut për sëmundjet e zemrës (d.m.th. ai mbron nga sëmundjet e zemrës). Triglicerina përbëhet nga acide yndyrore dhe transportohet përmes gjakut nga një lipoproteinë. Edhe pse një nivel i ngritur i triglicerideve (më shumë se 200 mg / dL) mund të jetë me origjinë gjenetike, ai gjithashtu mund të shkaktohet nga mbipesha, pasiviteti fizik, teprimi konsumimit të alkoolit, dieta me karbohidrate të larta, diabeti, sëmundja e veshkave dhe ilaçe të caktuara, siç janë kontraktivët oralë dhe kortikosteroidet. Sidoqoftë, disa masa shtesë do të kërkohen për të marginalizuar sëmundjen koronare të zemrës. Anomalitë e tjera të lipoproteinës dhe faktorët e tjerë të rrezikut, p.sh. pirja e duhanit, hipertensioni dhe diabeti mellitus, duhet të kontrollohen për të marrë përfitimin e plotë të terapisë për uljen e LDL.

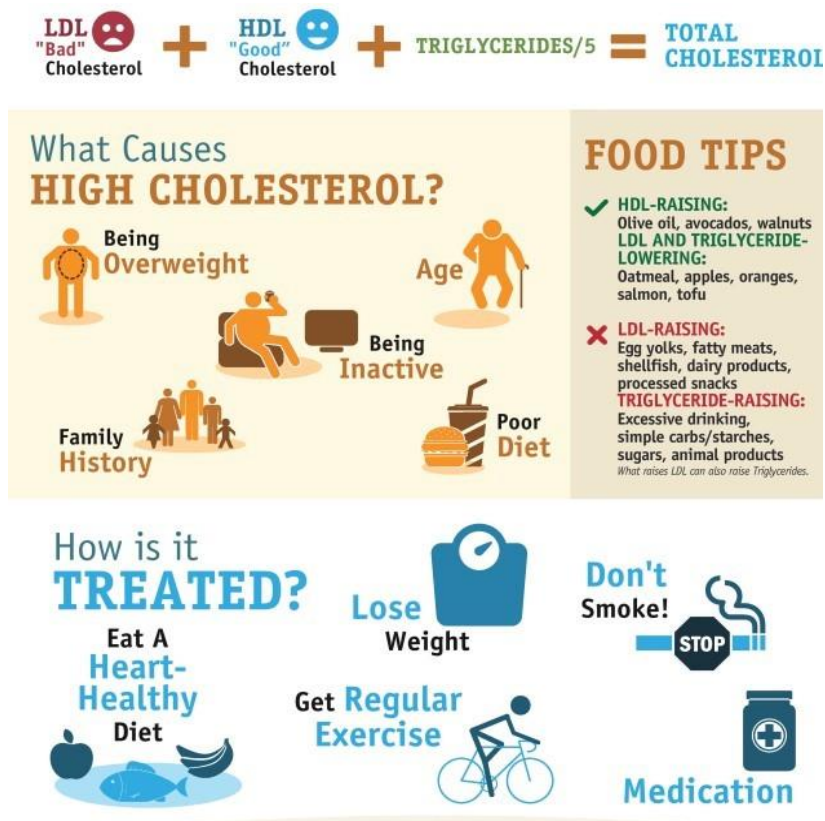


Figure 5 Adaptuar nga "American College of Cardiology"

### 2.1.7 Masat Dietetike

Ulja e rrezikut te personat pa SAK të evidentuar ose simptoma klinike të SAK quhet parandalim parësor. Disa faktorë kryesorë të rrezikut për SAK do të mbeten fikse ndërsa të tjerët, veçanërisht dieta, mund të përmirësohen përmes ushqyerjes së shëndetshme. Hulumtimet e fundit kanë vërtetuar se një mënyrë jetese e papërshtatshme, përfshirë ushqimin e dobët, mund të jetë një kontribues i madh në zhvillimin e aterosklerozës në shoqërinë perëndimore. Kjo sugjeron atëherë, që SAK mund të jetë e parandalueshme nëse do të adaptohej një mënyrë jetese e përshtatshme. Tabela 1 jep rekomandime të dietës Terapeutike Changes of Life (TLC), dietë me sasi të ulët yndyre të ngopur dhe sasi të lartë fibrash të tretshme (ICSI, 2011a).

Këto rekomandime të përgjithshme mund të duhet të rregullohen për pacientin individual që ka nevoja të tjera ushqyese, siç është pacienti që ka diabet. Për më tepër, referimi tek një dietolog mund të ndihmojë pacientin të ndjekë dietën e duhur TLC. Rekomandime të tjera TLC përfshijnë humbjen e peshës, ndërprerjen e përdorimit të duhanit dhe rritjen e aktivitetit fizik.

*Table 1 Përmbajtja ushqyese e dietës terapeutike (TLC)*

Nutrientet	Rekomandimet
Kalorit totale	Numri i kalorive të konsumuara dhe djegura për të mbajtur një peshë të shëndetshme.
1. Yndyra e ngopur	Më pak se 7% e kalorive totale ne ditë
2. Yndyra shumë e pangopur	Deri në 10% të kalorive totale në ditë
3. Yndyra e pangopur	Deri në 20% të kalorive totale në ditë
4. Karbohidratet	50% deri 60% të kalorive totale ditore
5. Fibra e tretshme	Minimum 5 – 19 g në ditë
6. Kolesterolit	Më pakë se 200 mg në ditë

Dieta mesdhetare, një tjetër dietë që promovon perime dhe peshk dhe kufizon mishin e kuq, gjithashtu raportohet se ul vdekshmërinë nga sëmundjet kardiovaskulare (Miller, Stone, Ballantyne, et al., 2011). Njerëzit që adoptojnë dieta të rrepta vegjetariane ulin në mënyrë të konsiderueshme lipidet e gjakut, glukozën në gjak, indeksin e masës trupore dhe presionin e gjakut. Sidoqoftë, programet dietike shumë intensive si ato mund të mos jenë të pranueshme për të gjithë pacientët që kanë nevojë të modifikojnë faktorët e rrezikut. Shumë burime janë në dispozicion për të ndihmuar njerëzit në kontrollin e niveleve të tyre të kolesterolit. Instituti Kombëtar i Zembrës, Mushkërive dhe Gjakut (NHLBI) dhe Programi i tij Kombëtar i Arsimit të Kolesterolit (NCEP), Shoqata Amerikane e Zembrës (AHA), dhe Shoqata Amerikane e Diabeteve (ADA). Librat e gatimit dhe recetat që përfshijnë përmbajtjen ushqimore të ushqimeve mund të përfshihen si burime për pacientët. Kontrolli dietetik është bërë më i lehtë sepse prodhuesit e ushqimit u kërkohet të japin të dhëna ushqyese në etiketat e produkteve.

Nuk është vetëm se sa shumë peshoni, por edhe ku mbani peshën tuaj të tepërt. Njerëzit që grumbullojnë yndyrën rreth barkut kanë një rrezik më të lartë për të pasur sëmundje të zembrës dhe diabet sesa ata që e mbajnë atë rreth ijeve të tyre.

Ngrënia e të paktën pesë servirjeve me fruta dhe perime në ditë, dhe kufizimi i konsumit tuaj të kripës në më pak se një lugë çaji në ditë, gjithashtu ndihmon për të parandaluar sulmet në zemër (World Health Organization). Për të mbajtur një peshë trupore ideale, bëni aktivitet të rregullt fizik dhe hani një dietë të shëndetshme.



### **2.1.8 Aktiviteti fizik**

Mungesa e stërvitjes gjithashtu shoqërohet me sëmundjen e arterieve koronare dhe është një prej faktorëve të saj të rrezikut. Aktiviteti fizik i rregullt, i moderuar rrit nivelin e HDL dhe ul nivelin e triglicerideve, duke ulur incidencën e ngjarjeve koronare dhe duke zvogëluar rrezikun e përgjithshëm të vdekshmërisë. Qëllimi për shumicën e të rriturve është të përfshihen në veprimtari aerobike të moderuar me të paktën 150 minuta në javë ose aktivitet aerobik me intensitet të fuqishëm të paktën 75 minuta në javë, ose një kombinim ekuivalent (Schoenborn & Stommel, 2011). Infermierja ndihmon pacientin për të vendosur qëllime realiste për aktivitetin fizik. Për shembull, pacientët joaktiv mund të fillojnë me aktivitet që zgjat 3 minuta, siç është parkimi më larg nga një ndërtesë për të rritur kohën e përditshme të ecjes.

Për veprimtari të qëndrueshme, pacientët duhet të fillojnë me një periudhë 5-minutëshe të ngrohjes para shtrirjes për të përgatitur trupin për stërvitje. Ata duhet ta përfundojnë stërvitjen me një periudhë 5- minuta, minutë në të cilën gradualisht zvogëlojnë intensitetin e aktivitetit për të parandaluar një ulje të papritur të daljes kardiake. Pacientët duhet të udhëzohen që të përfshihen në një aktivitet ose aktivitete të ndryshme që u interesojnë atyre për të mbajtur motivimin. Kur moti është i nxehtë dhe i lagësht, pacientët duhet të ushtrojnë gjatë mëngjesit të hershëm, ose në ambiente të mbyllura, dhe të veshin rroba të përshtatshme. Kur moti është i ftohtë, ata duhet të veshen me rroba adekuate për motin dhe të veshin një kapele. Infermierja gjithashtu mund të sugjerojë ecjen në dyqane të mëdha ose qendra tregtare në mot me shi.

Pacientët duhet të ndalojnë çdo aktivitet nëse shfaqin dhimbje në gjoks, gulçim të pazakontë, marramendje, djersitje të tepërt dhe vjellje.

### 2.1.9 Medikamentet

Nëse vetëm dieta nuk mund të normalizoj nivelin e kolesterolit në serum, medikamentet mund të kenë një efekt sinergjik me dietën e përshkruar dhe nivelin e kolesterolit të kontrolluar. Ilaçet për uljen e lipideve mund të zvogëlojnë vdekshmërinë e SAK në pacientët me nivele të lipideve të ngritura dhe në pacientët në rrezik me nivele normale të lipideve (ICSI, 2011a).

Ilaçet që njerëzit mund të marrin për të zvogëluar rrezikun ose ndikimin e SAK përfshijnë:

Beta-blokuesit: Një mjek mund të përshkruajë beta-blokues për të ulur presionin e gjakut dhe rrahjet e zemrës, veçanërisht në mesin e njerëzve që tashmë kanë pasur një sulm në zemër.

Nitroglicerinë tableta: Këto zgjerojnë arteriet dhe zvogëlojnë kërkesën e zemrës për gjak, si dhe qetësojnë dhimbjet në gjoks. Frenuesit e enzimës konvertuese të angiotenzinës: Këto ulin presionin e gjakut dhe ndihmojnë në ngadalësimin ose ndalimin e përparimit të SAK.

Blokuesit e kanalit të kalciumit: Këto zgjerojnë arteriet koronare, duke përmirësuar rrjedhën e gjakut në zemër dhe ulin hipertensionin. Statins: Këto mund të kenë një ndikim pozitiv në rezultatet e SAK. Një përmbledhje e vitit 2019 zbuloi se megjithëse marrja e statinave nuk mund të zvogëlojë rrezikun e përgjithshëm të vdekjes nga SAK, ato mund të parandalojnë zhvillimin dhe të zvogëlojnë rrezikun e sulmeve jo fatale në zemër. Sidoqoftë, ato mund të mos jenë efektive për njerëzit me çrregullime të kolesterolit siç është hiperlipidemia. Inferimeret tani rekomandojnë të përqëndroheni në strategjitë e jetesës, të tilla si të miratoni një dietë të shëndetshme dhe të merrni rregullisht ushtrime të moderuara deri në intensitet. Këto strategji mund të zvogëlojnë rrezikun e aterosklerozës.

( Duke pasur presion të lartë të gjakut të pazbuluar ose të patrajtuar ose kolesterol të lartë mund të çojë në një sulm në zemër pa shkaktuar ndonjë simptomë paraprake. Sigurohuni që të vizitoni rregullisht një mjek dhe të kërkoni teste të rregullta gjaku. Edhe ata që e konsiderojnë veten të shëndetshëm mund të kenë kolesterol të lartë dhe nuk e njohin atë ).

Debra Sullivan, PhD, MSN, RN, CNE, CO

### 2.1.10 Promovimi i ndërprerjes së duhanit

Pirja e duhanit është ndoshta shkaku më i parandalueshëm i njohur i SAK sot, duke çuar në më shumë vdekje nga SAK sesa nga kanceri i mushkërive ose sëmundja kronike obstruktive pulmonare ( Glantz,1991). Rreziku i SAK rritet me numrin e cigareve të duhanit, kohëzgjatjen më të gjatë të pirjes së duhanit dhe moshën më të re në fillimin e pirjes së duhanit (Jensen,1991; Slone,1978). Pirja e duhanit kontribuon në zhvillimin dhe ashpërsinë e SAK në të paktën tre mënyra:

- Acidi nikotinic në duhan shkakton lëshimin e katekolaminave, të cilat rrisin rrahjet e zemrës dhe presionin e gjakut (McCance et al., 2010). Acidi nikotinic gjithashtu mund të shkaktojë që arteriet koronare të shtrëngojnë. Këto efekte çojnë në një rrezik të rritur për SAK dhe vdekje e papritur kardiake.
- Pirja e duhanit mund të rrisë oksidimin e LDL, duke dëmtuar endotelin vaskular (Porth, 2011). Kjo rrit ngjitjen e trombociteve dhe çon në një probabilitet më të lartë të formimit të trombit.
- Tymi i duhanit rrit nivelin e monoksidit të karbonit në gjak dhe zvogëlon furnizimin e oksigjenit në miokard (Porth, 2011). Hemoglobina, komponenti oksigjenues i gjakut, kombinohet më lehtë me monoksid karboni sesa me oksigjenin dhe kështu mund të rezultojë në ishemi të miokardit dhe zvogëlim të kontraktilitetit. Një person me rrezik të shtuar për sëmundje të zemrës inkurajohet të ndalojë përdorimin e duhanit përmes çfarëdo mënyre të mundshme: programe edukative, këshillime, motivime të vazhdueshme dhe mesazhe përforcuese, grupe mbështetëse dhe ilaçe. Disa njerëz kanë gjetur terapi plotësuese (p.sh., akupunkturë, hipnozë) të cilat janë të dobishme. Njerëzit që ndalojnë pirjen e duhanit zvogëlojnë rrezikun e tyre të sëmundjeve të zemrës brenda vitit të parë, dhe rreziku vazhdon të bjerë për aq kohë sa ata nuk përmbahen nga pirja e duhanit (Office of the Surgeon General US, 2010)

Përdorimi i ilaçeve të tilla si copa e nikotinës (NicoDerm CQ, Habitrol), varenicline (Chantix), ose bupropion (Zyban) mund të ndihmojnë në ndalimin e përdorimit të duhanit (Administrata e Ushqimit dhe Barnave e SH.B.A., 2010). Produktet që përmbajnë nikotinë kanë disa nga të njëjtat zgjedhje si pirja e duhanit: lëshimi i katekolaminës (rritja e rrahjeve të zemrës dhe presionit të gjakut) dhe aderimi i rritur i trombociteve. Këto ilaçe duhet të përdoren për një kohë të shkurtër dhe në dozat më të ulta efektive. Ekspozimi ndaj tymit të duhanpirësve të tjerë (tymi

pasiv ose i dorës së dytë) besohet se shkakton sëmundje të zemrës te jo-duhanpirësit (Office of the Surgeon General US, 2010). Përdorimi i kontraktivëve oral nga gratë që pinë duhan është i padukshëm, sepse këto ilaçe rrisin ndjeshëm rrezikun e SAK dhe vdekjes së papritur kardiake.

### **2.1.11 Menaxhimi i Hipertenisonit**

Hipertensionit përcaktohet si matje e presionit të gjakut që tejkalon në mënyrë të përsëritur 140/90 mm Hg. Rreziku i sëmundjes kardiovaskulare rritet me rritjen e presionit të gjakut, dhe njerëzit me presion të gjakut më të madh se 120/80 mm Hg konsiderohen prehypertensivë dhe në rrezik (ICSI, 2011b). Hipertensionit rrit punën e barkushes së majtë, e cila duhet të pompojë më shumë për të nxjerrë gjak në arteriet. Me kalimin e kohës, ngarkesa e shtuar bën që zemra të zmadhohet dhe të trashët (d.m.th., hipertrofia) dhe përfundimisht mund të çojë në dështim. Përparsia është se me ndryshimet në dietë dhe stilin e jetës, presioni i lartë i gjakut mund të kontrollohet dhe ulet në një nivel të shëndetshëm.

Hipertensionit ndikon në mënyrë të barabartë te burrat dhe gratë në të gjitha grupet socio-ekonomike. Nëse nuk mjekohet, hipertensionit është një shkak kryesor për goditje në tru, sëmundje koronare të zemrës dhe dështim të veshkave, si dhe kushte të tjera. Diagnostifikohet lehtë, dhe në shumicën e rasteve të kontrolluara me lehtësi, hipertensionit shpesh është i dyshimtë ose trajtohet jo si duhet. Sipas Institutit Kombëtar të Zemrës, Mushkërive dhe Gjakut, rreth 25% e amerikanëve të rritur vuajnë nga presioni i lartë i gjakut. Rezultatet e sondazhit kombëtar kroat të kryer në 1997 në një mostër prej 5840 personash të të dy gjinive, të moshës 18-65 vjeç, treguan se rreth 28% të rritur ishin hipertensivë (BP > 140/90 mm Hg), me një prevalencë dukshëm më të madhe të regjistruar tek burrat (32%) sesa tek gratë (24%).

Qëllimi i terapisë antihipertensive duhet të jetë individual në mënyrë që të zgjedh përfitimet dhe të minimizojë rrezikun për secilin pacient. Ilaçet antihipertensive duhet të jepen fillimisht në doza relativisht të ulëta për të shmangur uljen e presionit të gjakut. Lajmi Sëmundjeve (CDC) dhe Zyra Ekzekutive e Shëndetit dhe Shërbimeve Njerëzore (EOHHS)

Table 2. Menaxhimi i Hipertensionit. (Adaptuar nga Çendrat për Kontrollin dhe Parandalimin e sëmundjeve të zemrës)



- Ilaçe antihipertensive
- Monitorim i rregullt i presionit të gjakut
- Mbani një peshë të shëndetshme
- Hani një dietë të shëndetshme
- Ushtrime

### 2.1.12 Kontrollimi i diabetit

Diabeti dihet se shpejton zhvillimin e sëmundjeve të zemrës. Për shumë pacientë me diabet, sëmundja kardiovaskulare identifikohet si shkaku i vdekjes (ICSI, 2012a). Hiperglicemia nxit

dislipideminë, rritjen e grumbullimit të trombociteve dhe funksionin e qelizave të kuqe të gjakut të ndryshuar, të cilat mund të çojnë në formimin e trombit. Këto ndryshime metabolike mund të dëmtojnë vazodilimin e varur nga qeliza endoteliale dhe funksionin e muskujve të lëmuar, duke promovuar zhvillimin e aterosklerozës. Trajtimi me insulinë, metforminë (Glukofag) dhe ndërhyrje të tjera terapeutike që ulin nivelin e glukozës plazmatike mund të çojnë në funksionim të endotelit dhe rezultateve të përmirësuar të pacientit. Përafërsisht 17 milion njerëz në Shtetet e Bashkuara kanë diabet, më shumë se 5% e të rriturve kanë diabet tip 2, dhe përhapja e diabetit po rritet me shpejtësi (Howard 2002)

Shoqata Amerikane e Zemrës e konsideron diabetin si një nga shtatë faktorët kryesorë të rrezikshëm të kontrollueshëm për sëmundjet kardiovaskulare.

Megjithëse menaxhimi i diabetit është përqendruar tradicionalisht kryesisht në kontrollin e glikemisë, ekziston një njohje në rritje se ndërhyrjet që synojnë parandalimin e sëmundjeve kardiovaskulare, përfshirë inekuacionet e sjelljes dhe farmakoterapinë që synojnë trajtimin e mbikëqyrjes / mbipeshes, hipertensionit, çrregullimeve të lipideve dhe gjendjeve protrombotike, janë thelbësore në parandalimin e komplikimeve kardiovaskulare në mesin e atyre me diabet (Diabetes Control and Complications, 1993; Gaede, 2003; Grundy, 2002).

Ndryshimet e stilit të jetës, si humbja e peshës, ushqimi i shëndetshëm dhe përfshirja në aktivitet fizik të rregullt, të moderuar, mund të zvogëlojnë përparimin e diabetit tip 2 dhe kontrollin e diabetit tip 1. Ato gjithashtu mund të minimizojnë faktorë të tjerë rreziku, siç janë presioni i lartë i gjakut, kolesterolit në gjak dhe madje edhe sulmet në zemër.

Diabeti mund të menaxhohet me sukses duke i monitoruar hapat në vijim :

- Niveli i sheqerit në gjak
- Niveli i LDL-së në gjak
- Presioni i gjakut dhe Pësia

### **2.1.13 Gjinia**

Sëmundja e zemrës është njohur prej kohësh si një shkak i sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë tek burrat, por nuk ka qenë aq e njohur dhe trajtuar me lehtësi tek gratë deri vonë. Ngjarjet kardiovaskulare tek gratë ndodhin mesatarisht 10 vjet më vonë në jetë sesa ato tek burrat; në

gratë më të vjetra se 75 vjeç, incidenca e SAK është afërsisht e barabartë me atë të burrat (Roger et al., 2011). Gratë gjithashtu kanë tendencë të kenë një incidencë më të lartë të komplikimeve nga sëmundjet kardiovaskulare dhe një vdekshmëri më të lartë.

Për më tepër, gratë kanë tendencë të mos i njohin simptomat e SAK qysh herët, dhe ato presin më gjatë për të raportuar simptomat e tyre dhe të kërkojnë ndihmë mjekësore (Mbikëqyrja, 2009). Diferenca në moshë midis grave dhe burrave të diagnostikuar rishtazi me SAK ishte menduar tradicionalisht të jetë e lidhur me estrogenin. Menopauza tani njihet si një moment historik në procesin e plakjes, gjatë së cilës faktorët e rrezikut priren të grumbullohen.

Sëmundja kardiovaskulare mund të zhvillohet mirë gjatë kohës së menopauzës, megjithë efektet e supozuara mbrojtëse të estrogenit (Mosca, Benjamin, Berra, et al., 2011). Edhe pse terapia hormonale (HT) (e përmendur më parë si terapi për zëvendësimin e hormoneve) për grate në menopauzë dikur u promovua si terapi parandaluese për SAK, hulumtimi nuk e mbështet HT si një mënyrë efektive parandaluese. HT zvogëlon simptomat e menopauzës dhe rrezikun e frakturave të kockave të lidhura me osteoporozën; sidoqoftë, ajo gjithashtu është shoqëruar me një incidencë të rritur të SAK, kancerin e gjirit, trombozë të venave të thella, goditje në tru dhe emboli pulmonare. Udhëzimet aktuale nuk e rekomandojnë HT për parandalimin parësor ose sekondar të SAK. Sidoqoftë, gratë reagojnë mirë ndaj masave të tjera parandaluese, siç është administrimi i lipideve në serum (Mosca et al., 2011). Në të kaluarën, gratë që ndoshta kishin ngjarje vaskulare koronare kishin më pak të ngjarë se burrat që të referoheshin për procedura diagnostike të arterieve koronare, siç janë kateterizimi i zemrës ose trajtimi me ndërhyrje invazive (p.sh., PCI). Sidoqoftë, si rezultat i një edukimi më të mirë të profesionistëve të kujdesit shëndetësor dhe publikut të gjerë, diferencat gjinore tani kanë më pak ndikim në diagnozën dhe trajtimin. Përkundër kësaj, kur krahasohen me burrat, gratë vazhdojnë të kenë rezultate më të dobëta, me rritje të sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë pas ngjarjeve dhe ndërhyrjeve koronare (Parry, Watt-Watson, Hodnett, et al., 2010). Gratë gjithashtu kanë rezultate më të dobëta në lidhje me lehtësimin e simptomave. Këto ndryshime mund të vijnë për shkak të moshës më të vjetër, kushteve të shoqëruara, arterieve koronare më të vogla. Për më tepër, gratë kanë tendencë të mos i njohin simptomat e SAK qysh herët, dhe ato presin më gjatë për të raportuar simptomat e tyre dhe të kërkojnë ndihmë mjekësore.

## 2.2 Trajtimi në pergjithësi i sëmundjeve të arterieve koronare

"Trajtimet funksionojnë më mirë herët," thotë (Seth Martin M.D., M.H.S of the Johns Hopkins Ciccarone Center for the Prevention of Heart Disease) për këtë arsye identifikimi dhe ndërhyrja e hershme janë kaq të rëndësishme. Qëllimet kryesore të trajtimit të SAK janë lehtësimi i simptomave dhe parandalimi i komplikimeve. Në varësi të statusit dhe qëllimeve tuaja shëndetësore, ekzistojnë tre qasje kryesore për trajtimin e sëmundjeve të zemrës:

- Ndryshimet e stilit të trajtimi për të parandaluar problemet e mëtutjeshme - domethënë, modifikoni shumë faktorë që janë nën kontrollin tuaj, si dieta, stërvitja, stresi dhe ndalimi i pirjes së duhanit. Gjithashtu, ekzistojnë një numër i ilaçeve të ndryshme që mund të parandalojnë komplikimet dhe të rritin jetëgjatësinë. Mund të përshkruhen ilaçe për të menaxhuar faktorët e rrezikut për sëmundjen e arterieve koronare, të tilla si presioni i lartë i gjakut, kolesterolit i lartë, prediabeti dhe diabeti. Këto përfshijnë si më poshtë :

- Doza të ulëta të acidit acetilsalicilik ilaçe si "Aspirin") për të parandaluar mpiksjen e gjakut
- Statinat për të mbrojtur enët e gjakut
- Beta bllokues për të zvogëluar tendosjen në zemër (veçanërisht në njerëzit me insuficiencë të zemrës ose presion të lartë të gjakut)

Procedurat për të ndihmuar në hapjen e enëve të gjakut. Disa lloje të ndryshme të operacioneve (zakonisht ambulator) mund të bëhen për të riparuar dëmtimet e arterieve. Kjo përfshin :

- Angioplastikë koronare. Një "tullumbace" futet në arterie përmes një kateteri (një tub i gjatë, i ngushë, fleksibël) dhe pastaj fryhet për të zgjeruar kalimin nëpër arterie. Në mënyrë tipike është futur gjithashtu një stent — një tub rrjetë teli e cila formon një skelë rreth tullumbace për të mbajtur arteriet të hapura.

- Atherectomy
- Kirurgji anashkaluese e arterieve koronare (ose shartim bajpas arterie koronar).

### **Rekomandimet e infermierit në përmirësimin e riskut kardiovaskular**

Për shkak të rëndësisë së tyre, faktorët e rrezikut të sëmundjes së arteries koronare diskutohen nga perspektiva e modeleve të zgjedhura shëndetësore funksionale. Infermierët janë në një pozicion unik për të diagnostikuar dhe trajtuar përgjigjet njerëzore ndaj problemeve shëndetësore aktuale ose të mundshme. Meqenëse faktorët e rrezikut kardiak përcaktohen si përgjigje të



sjelljes ndaj një stili jetese të përshtatur, rekomandimet për infermierinë në fushat e praktikës, arsimin dhe hulumtimin janë të drejtuara drejt ndikimit të ndryshimit të sjelljes. Sa më shpejt që mund të bëni ndryshime pozitive për të mbështetur shëndetin e zemrës suaj, aq më mirë. Marrja e hapave parandalues ul rrezikun e zhvillimit me SKV dhe gjithashtu përmireson shëndetin dhe mirëqenien tuaj të përgjithshme. Çfarë do të thotë të “udhëheqësh një mënyrë jetese të shëndetshme”?

Nëse hani një dietë ushqyese, merrni aktivitet të rregullt fizik, mbani një peshë të shëndetshme dhe ndaloni pirjen e duhanit, do të ndihmoni për të mbajtur zemrën tuaj të shëndetshme. Por bërja e vetëm një ose dy nga këto zakone nuk është e mjaftueshme për të mbrojtur zemrën tuaj. Për ta mbajtur zemrën tuaj të fortë dhe të shëndetshme, është thelbësore të adoptoni dhe praktikoni të katër zakonet e jetesës.

Një zemër e shëndetshme ka nevojë për një dietë të shëndetshme.

- Zgjidhni një larmi frutash dhe perimesh çdo ditë
- Zgjidhni një dietë me përmbajtje të ulët të yndyrave të ngopura, yndyrës së tepërt dhe kolesterolit
- Zgjidhni ushqime që janë me pak sheqer e kripe të shtuar
- Synoni për një peshë të shëndetshme
- Jini aktiv fizikisht shumicën e ditëve

Nëse keni presion të lartë të gjakut ose parahipertension, mund të ndiqni një plan të ngrënies të quajtur DASH. DASH nënkupton "Qasje Dietike për të Ndaluar Hipertensionin", dhe plani i të ngrënit thekson fruta, perime, ushqime me kokrra të plota dhe produkte qumështi me pak yndyrë, është i pasur me magnez, kalium, kalcium, proteinë dhe fibra, por me pak yndyrë të ngopur, yndyrë trans, yndyrë totale dhe kolesterol. Kufizon mishin e kuq, ëmbëlsirat dhe pijet me sheqerna të shtuar (The National Heart, Lung, and Blood Institute). TLC është një program trajtimi që nënkupton "Ndryshimet e jetesës terapeutike". Ky program ndihmon në zvogëlimin e kolesterolit LDL përmes një plani të ngrënies me yndyrë të ulët. Programi thekson gjithashtu aktivitetin e rregullt fizik dhe kontrollin e peshës. (Dallimi kryesor midis ngrënies TLC dhe DASH është që plani TLC i kushton më shumë rëndësi uljes së yndyrës së ngopur dhe trans-yndyrës për të ulur nivelin e kolesterolit në gjak). Për planifikimin dhe përgaditjen e vakteve ushqyese mund të duhet përpjekje shtesë, por përfitimet shëndetësore janë të mëdha.

Nëse jeni mbipeshë, heqja e kileve mund të zvogëlojë shanset tuaja për të zhvilluar sëmundje të zemrës në disa mënyra. Së pari, humbja e peshës do të ulë drejtpërdrejt rrezikun. Së dyti, humbja e peshës mund të ndihmojë në uljen e një numri faktorësh të tjerë të rrezikut për sëmundjet e zemrës, si dhe të ulni rrezikun për kushte të tjera serioze. Humbja e peshës mund të ndihmojë në kontrollin e diabetit, si dhe të zvogëlojë tensionin e lartë dhe kolesterolin e lartë në gjak. Arritja e një peshe të shëndetshme gjithashtu mund të ju ndihmojë të flini më mirë, të përjetoni më pak dhimbje nga artriti dhe të keni më shumë energji për të marrë pjesë në aktivitete që ju pëlqeni. Aktiviteti fizik i rregullt është një mënyrë e fuqishme për të zvogëluar rrezikun e sëmundjes së zemrës. Gjithashtu ka një mori përfitimesh të tjera shëndetësore. Mund të ndihmojë në parandalimin e kancerit të gjirit, mitrës dhe zorrës së trashë. Qëndrimi aktiv gjithashtu forcon mushkëritë, tonifikon muskujt, mban nyjet në gjendje të mirë, përmirëson ekuilibrin dhe mund të ngadalësojë humbjen e kockave. Ndihmon gjithashtu që shumë njerëz të flenë më mirë, të ndjehen më pak të dëshpëruar, të përballen më mirë me stresin dhe ankthin dhe në përgjithësi të ndjehen më të qetë dhe energjikë. Kur bëhet fjalë për shëndetin e zemrës, ajo që është mirë për ju është e mirë për të gjithë familjen tuaj, përfshirë anëtarët e saj më të rinj. Tani e dimë se dy të tretat e adoleshentëve kanë të paktën një faktor rreziku për sëmundje të zemrës, nga mbipeshja deri tek presioni i pashëndetshëm i gjakut dhe nivelet e kolesterolit. Edhe më shqetësuese, rreth një milion adoleshentë amerikanë kanë sindromën metabolike, që është një grup faktorësh rreziku që rrit shumë rrezikun e një sulmi të mëvonshëm në zemër. Ne ia kemi borxh fëmijëve dhe nipërve tanë që t'i ndihmojmë ata të zhvillojnë zakone të shëndetshme në zemër - dhe aq më herët aq më mirë.

### **2.2.1 Rehabilitimi kardiak**

Hulumtimet kanë zbuluar që programet e rehabilitimit kardiak mund të zvogëlojnë rrezikun e vdekjes nga sëmundjet e zemrës dhe të zvogëlojnë rrezikun e problemeve të zemrës në të ardhmen. Shoqata Amerikane e Zemrës dhe Kolegji Amerikan i Kardiologjisë rekomandojnë programe të rehabilitimit kardiak. Rehabilitimi kardiak nuk ndryshon të kaluarën tuaj, por mund t'ju ndihmojë të përmirësoni të ardhmen e zemrës suaj. Rehabilitimi kardiak është për pacientët që janë duke u përmirësuar pas problemeve të zemrës ose operacionit. Rehabilitimi kardiak mund të ndihmojë në parandalimin e një sulmi tjetër në zemër, ndoshta më serioz dhe mund t'ju

ndihmojë të ndërtoni zakone të shëndetshme nga zemra. Një element kryesor i rehabilitimit kardiak është edukimi i vetvetes: menaxhimi i faktorëve të rrezikut, ndaloni përdorimin e duhanit, bëni një zgjedhje të shëndetshme ushqyese, zvogëlimi i stresit, aktiviteti fizik e shumë të tjera. Rehabilitimi kardiak mund të përmirësojë gjendjen tuaj kardiovaskulare përmes aktivitetit fizik Filloni me aktivitete me ndikim të ulët që kanë një rrezik më të vogël lëndimesh, siç janë ecja, çiklizmi, kanotazhet, vrapimi dhe aktivitete të tjera. Zakonisht ushtroni të paktën tri herë në javë. Ju gjithashtu mund të bëni ushtrime për forcimin e muskujve, të tilla si ngritja e peshave ose ushtrime të tjera të trajnimit të rezistencës, dy ose tre herë në javë për të rritur aftësinë tuaj muskulore. Mos u shqetësoni nëse nuk keni ushtruar kurrë më parë. Vazhdoni me një ritëm të rehatshëm dhe të sigurt të programit.

Mbështetja; Përshtatja ndaj një problemi serioz shëndetësor shpesh kërkon kohë. Ju mund të ndjeheni të dëshpëruar ose të shqetësuar, të humbni kontaktin me sistemin tuaj të mbështetjes sociale ose duhet të ndaloni së punuari për disa javë. Nëse jeni në depresion, mos e injoroni. Depresioni mund ta bëjë programin tuaj të rehabilitimit kardiak më të vështirë, dhe ai mund të ndikojë në marrëdhëniet tuaja dhe fushat e tjera të jetës dhe shëndetit tuaj. Këshillimi mund t'ju ndihmojë të mësoni mënyra të shëndetshme për të përballuar depresionin dhe ndjenjat e tjera. Terapia profesionale mund t'ju mësojë aftësi të reja për t'ju ndihmuar të ktheheni në punë. Ndërsa bëheni më të fortë dhe mësoni se si të menaxhoni gjendjen tuaj, me siguri do të ktheheni në një rutinë normale, së bashku me dietën tuaj të re dhe zakonet e stërvitjes. Ndërsa bëheni më të fortë dhe mësoni se si të menaxhoni gjendjen tuaj, me siguri do të ktheheni në një rutinë normale, së bashku me dietën tuaj të re dhe zakonet e stërvitjes. Është e rëndësishme të dini se shanset tuaja për të pasur një program të suksesshëm të rehabilitimit kardiak qëndrojnë kryesisht me ju. Sa më shumë i përkushtuar të ndiqni rekomandimet e programit tuaj, aq më mirë do të bëni. Ndërsa bëheni më të fortë dhe mësoni se si të menaxhoni gjendjen tuaj, me siguri do të ktheheni në një

rutine normale, së bashku me dietën tuaj.



*Figure 6 Sjelljet e synuara shëndetësore për rehabilitimin kardiak. Adaptuar nga "American College of Cardiology"*

### **2.2.3 Edukimi i pacientëve për vetë-kujdes**

Mënyra më efektive për të rritur probabilitetin që pacienti të zbatojë një regjim të vetë-kujdesit pas shkarkimit është identifikimi i përparësive të pacientit, sigurimi i një edukimi adekuat për jetën e shëndetshme të zemrës dhe lehtësimi i përfshirjes së pacientit në një program të rehabilitimit kardiak (Hall & Lorenc, 2010). Pjesëmarrja e pacientëve në zhvillimin e një programi të individualizuar rrit potencialin për një plan efektiv të trajtimit.

Për të zgjatur dhe përmirësuar cilësinë e jetës, një pacient që ka pasur një ngjarje koronare duhet të bëjë rregullime jetese për të promovuar një jetë të shëndetshme nga zemra. Duke pasur parasysh këtë, infermierja dhe pacienti zhvillojnë një program për të ndihmuar në arritjen e rezultateve të dëshiruara. Përshtatja në një gjendje kardiake është një proces i vazhdueshëm dhe zakonisht kërkon disa modifikime të mënyrës së jetesës. Edukoni pacientët të bëjnë modifikimet specifike të mëposhtme:

- Shmangni çdo aktivitet që prodhon dhimbje në gjoks, dispne ekstreme ose lodhje të panevojshme.
- Shmangni ekstreme të nxehtit dhe të ftohtit dhe ecjen kundër erës.
- Humbje e peshës, nëse tregohet.

- Ndaloni pirjen e duhanit dhe përdorimin e duhanit; shmangni tymin e dorës së dytë.
- Zhvilloni modele të ngrënies së shëndetshme për zemren
- Modifikoni ushqimet për tu përafruar me Ndryshimet e Jetesës Terapeutike (TLC) ose të tjera dieta të rekomanduara.
- Respektoni regjimin mjekësor, veçanërisht në marrjen e medikamenteve.
- Ndiqni rekomandime që sigurojnë që presioni i gjakut dhe glukoza në gjak janë në kontroll.
- Ndjekni aktivitete që lehtësojnë dhe ulin stresin.
- Miratimi i një program aktiviteti

Për më tepër, pacienti duhet të ndërmarrë një program të strukturuar aktiviteti dhe ushtrime për rehabilitim afatgjatë. Këshilloni pacientët që:

- Angazhimi në një regjim të kondicionimit fizik me një rritje graduale të kohëzgjatjes së aktivitetit dhe më pas një rritje graduale të intensitetit të aktivitetit.
- Të regjistroheni në një program të rehabilitimit kardiak.
- Ecni çdo ditë, duke rritur distancën dhe kohën siç përcaktohet.
- Monitoroni shkallën e pulsit gjatë aktivitetit fizik.
- Shmangni ushtrimet fizike menjëherë pas vaktit.
- Aktiviteti alternative me periudhat e pushimit (një lodhje është normale dhe pritet gjatë konvulsionit).
- Merrni pjesë në një program të përditshëm të ushtrimeve që zhvillohet në një program të stërvitjes së rregullt për një jetë të tërë.

#### Menaxhimi i simptomave

Pacienti duhet të mësojë të njohë dhe të ndërmarrë veprime të duhura për simptoma të përsëritura. Sigurohuni që pacientët të dinë të bëjnë keto:

- Telefononi 112 nëse presioni ose dhimbja në gjoks (ose simptomat prodromale) nuk lehtësohet brenda 15 minutave duke marrë 3 tableta nitroglicerinë në intervalet 5-minuta.
- Kontaktoni mjekun nëse ndodh ndonjë nga sa vijon: gulçim, ligështim, rrahje zemre e ngadaltë ose e shpejtë, ënjtje e këmbëve dhe kyçeve të këmbëve.

### 2.2.2 Kujdesi i Vazhdueshëm

Shumë njerëz nuk e zbulojnë se kanë SAK derisa të shfaqet një ndërlikim siç është sulmi në zemër ose angina. Këto komplikime mund të shfaqen si dhimbje në gjoks që zgjasin disa minuta, si dhe presion i pakëndshëm në gjoks. Nëse një anëtar i familjes vuan nga dhimbje në gjoks, është thelbësore që ajo të kontrollohet nga një mjek. Pacientët mund të kontrollojnë SAK në mënyrën se si ata jetojnë jetën e tyre të përditshme. Udhëzimi dhe edukimi nga terapistët fizikë dhe profesional mund të ndihmojnë pacientët nëse nevojiten modifikime në aktivitetet e jetës së përditshme, me qëllim parandalimin e simptomave ishemike. Ecja, ngjitja e shkallëve, pastrimi dhe ngritja, të gjitha mund të bëhen në një mënyrë të këndshme. Larja, mbajtja dhe ngritja duhet të bëhet me më pak sende. Pacientët kardiak duhet të mësojnë të japin më shumë kohë për secilën detyrë. Në varësi të gjendjes së pacientit dhe disponueshmërisë së ndihmës familjare, mund të tregohet një kërkesë për kujdesin në shtëpi. Infermierja e kujdesit shtëpiak ndihmon pacientin me caktimin dhe mbajtjen e takimeve pasuese dhe respektimin e regjimit të rekomanduar të rehabilitimit kardiak. Pacienti mund të ketë nevojë për kujtesë në lidhje me monitorimin vijues, përfshirë testimin laboratorik periodik, si dhe vlerësimin e vazhdueshëm të statusit kardiak. Për më tepër, infermierja e kujdesit shtëpiak monitoron pacientin për respektimin ndaj kufizimeve dietike dhe ilaçeve të përshkruara. Nëse pacienti është duke marrë oksigjen në shtëpi, infermierja siguron që pacienti po përdor oksigjenin siç përshkruhet dhe se janë mbajtur masat e duhura të sigurisë në shtëpi. Anëtarët e familjes kanë një rol kryesor në mbështetjen e individëve me SAK. Profesionistët mjekësorë mund të theksojnë rëndësinë e ndryshimeve në stilin e jetës, por është bashkëshorti / partneri dhe anëtarët e familjes që kanë mundësinë të ndikojnë rregullisht në zgjedhjet e një individi. Fatkeqësisht, familja mund të ndihet gjithashtu përgjegjës indirekt për shëndetin e personit i cili mund të bëjë presion në marrëdhënie. Kujdesi për mirëqenien e një personi është i rëndësishëm. Duke pasur sa më shumë njohuri për SAK, e vendos një individ dhe familjen e tyre në pozitën më të mirë për të menaxhuar sëmundjen që shkon përpara. Ndoshta nevoja më e rëndësishme e kujdesit afatgjatë për individët me SAK është mbështetja që u duhen për t'i ndihmuar ata të bëjnë ndryshime në stilin e jetës që do të parandalojnë që gjendja e tyre të përkeqësohet. Bërja e ndryshimeve në stilin e jetës mund të ndihmojë që procesi të bëhet i lehtë për anëtarët e familjes tuaj.

### **3 DEKLARIMI I PROBLEMIT DHE QËLLIMI I HULUMTIMIT**

Klinika e Kardiologjisë – QKUK është e vetmja klinikë terciare në Kosovë, ku bën pranimin dhe trajtimin e shumicës së rasteve me SAK (sëmundjen e arterieve koronare). Sëmundja e arterieve koronare është forma më e zakonshme e sëmundjeve të zemres dhe konsiderohet shkaku numër një i mortalitetit në nivel global. Mënyra e organizimit për diagnostikimin në trajtimin e këtyre rasteve ka paraqitur problem në shumë vende të botës, të cilat nuk kanë pasur njësi apo qendra të SAK. Kosova, si vend në zhvillim, ballafaqohet me probleme të njëjta organizimi të kujdesit ndaj pacientëve me SAK, ku ndër tjerash hyn edhe mungesa e stafit të mjaftueshëm infermioror dhe trajnimit gjegjës për menaxhimin e SAK.

Çëllimi kryesor i këtij punimi ka qenë analizimi i numrit dhe karakteristikave kryesore demografike dhe klinike të pacientëve me sëmundje kardiovaskulare në një qendër spitalore në Kosovë si dhe analizimi i përkeqësimit të këtyre rasteve në raport me kapacitetin e stafit infermioror ekzistencial të qendrës spitalore për përkujdesje ndaj këtyre pacientëve.

### **4 METODOLOGJIA**

Në pamundësi të realizimit të një hulumtimi të mirëfilltë në Klinikën e e Kardiologjisë – QKUK apo edhe në Qendren Kryesore Të Mjekësisë Familjare në Lipjan për numrin dhe karakteristikat e pacientëve me sëmundje të arterieve koronare, për shkak të pandemisë COVID – 19, unë kam hulumtuar në databazën Eurostat. Hulumtimi është bërë në vendet e Bashkimit Evropian që me vonë të bejmë një krahasim me vendin tonë dhe të kemi një rezultat. Eurostat (Zyra Evropiane e Statistikave) është një Drejtori e Përgjithshme e Komisionit Evropian që ndodhet në lagjen Kirchberg të qytetit të Luksemburgut. Përgjegjësitë e saj kryesore janë të ofrojnë informacion statistikor për institucionet e Bashkimit Evropian (BE) dhe të promovojnë harmonizimin e metodave statistikore në vendet anëtare të saj dhe kandidatët për pranim, si dhe vendet e EFTA-s.

Kriteret e përfshirjes në këtë studim janë vendet si: Sllovenia, Rumania, Kroacia, dhe Hungaria, në periudhën kohore 2014.

Të dhënat demografike janë marrë për të gjithë pacientët, duke përfshirë moshën (55- 64 vjeç dhe mbi 65 vjeç, gjininë në total (femra dhe meshkuj), dhe nivelin e edukimit.

Meqenëse faktorët e rrishtit për sëmundje të arterive koronare luajnë rol mjaft të rëndësishëm, ata duhet të kontrollohen për gjatë gjithë jetës në mënyrë që të bëhet parandalimi i sëmundjeve kardiovaskulare. Në këtë studim kemi hulumtuar mbi statistikën e pacienteve për BMI (indeksi i masës trupore), duhanpirjes, aktivitetit fizik, shtypjes së gjakut, kontrollimi kolesterolit, kontrollimi i sheqerit në gjak si dhe përqindjen e sëmundjeve të arterieve koronare dhe vdekshmërinë në këto shtete.

Të dhënat janë prezantuar si proporcione (% e pacientëve).



## 5 PREZANTIMI DHE ANALIZA E REZULTATEVE

Ne kemi përfshirë vendet e Bashkimit Europian (BE-së), si Sllovenia, Kroacia, Hungaria dhe Rumania. Moshë mesatare e popullsisë është 55-64 vjeç dhe mbi 65 vjeç për femra dhe meshkuj. Tabelat më poshtë tregojnë mbi faktorët e riskut në bazë të gjinisë për secilin shtet. Në shtetin e Sllovenisë tek femrat e moshave 55-64 vjeç, dominon matja e shtypjes së gjakut si faktor rreziku me (75.8%), në vitet në vazhdim ky numër shkon në rënie duke dominuar meshkujt me (81.3%). Sëmundja e arterieve koronare në shtetin e Sllovenisë është e pranishme më shumë tek meshkujt (5.3%), gjithashtu tension të lartë të gjakut kanë më shumë meshkujt (43.3%) dhe më shumë kanë të pranishëm diabetin (14.8%) (Tabela 3, 4 dhe 5).

Në shtetin e Kroacisë, grupmosha 55-65-4 vjeç tek meshkujt faktor rreziku më i theksuar është shtypja e gjakut (69.8%) si dhe kolesteroli në gjak (64.2%) po ashtu duhanpirës janë meshkujt me (28.9%) ky numër dallon tek moshë mbi 65 vjeç ku femrat dominojnë me tension të lartë (76.4%) dhe me kolesterol në gjak (70.2%). Sëmundjet e arterieve koronare prijnë me (7.0%) tek femrat dhe me tension të lartë (41.3%) që dominon poashtu tek femrat (Tabela 4, 5 dhe 6). Në shtetin e Hungarisë, tek femrat e grupmoshës 55-64 vjeç më dominuese është shtypja e lartë e gjakut (83.2%), sheqeri (72.4%) dhe kolesteroli (71.2%), ndërkajë tek moshë mbi 65 vjeç këto shifra shkojnë në rritje për femrat. Sëmundjet e arterieve koronare dominojnë tek meshkujt me (8.9%) (Tabela 9, 10 dhe 11).

Në shtetin e Rumanisë, tek femrat e grupmoshës 55-64 vjeç si faktor rreziku më shumë dominon shtypja e lartë e gjakut (63.6%), sheqeri (52.4%), kolesteroli (51.4%), gjithashtu duhanpirës janë më shumë meshkujt (32.8%). Ndërkajë tek moshë mbi 65 vjeç këto shifra shkojnë në rritje për femrat. Sëmundjet e arterieve koronare janë të pranishme më shumë tek femrat (6.9%) gjithashtu dhe tensionin i lartë i gjakut (Tabela 12, 13, dhe 14).

*Table 3 Faktorët e riskut në bazë të gjinisë tek grupmosha 55-64 vjeç në shtetin e Sllovenisë (2014).*

Faktori i riskut	Femra	Meshkuj	Total
Obezë	24.9%	33.9%	30.3%
Duhanpirës	19.4%	19.3%	19.3%
Aktiviteti fizik aerobik dhe muskolor	15.5%	12.5%	13.7%*
Matja e kolesterolit në gjak	62.7%	59.8%	61.0
Matja e sheqerit në gjak	63.2%	62.5%	62.8%
Matja e shtypjes së gjakut	75.8%	74.8%	75.2%

*Table 4 Faktorët e riskut në bazë të gjinisë tek grupmosha mbi 65 vjeç në shtetin e Sllovenisë (2014).*

Faktori i riskut	Femra	Meshkuj	Total
Obezë	16.6%	26.2%	21.8%
Duhanpirës	5.3%	7.5%	6.5%
Aktiviteti fizik aerobik dhe muskolor	11.2%	11.2%	11.2%
Matja e kolesterolit në gjak	69.7%	69.1%	69.4%
Matja e sheqerit në gjak	71.2%	71.9%	71.6%

Matja e shtypjes së gjakut	80.1%	81.3%	80.8%
----------------------------	-------	-------	-------

*Table 5 Sëmundjet e zemrës në bazë të gjinisë tek grupmosha 55-64 vjeç në shtetin e Sllovenisë (2014)*

Sëmundjet e zemrës	Femra	Meshkuj	Total
Sëmundja e arterieve koronare	2.6%	5.3%	3.9%
Sulmi në zemër	0.7%	4.1%	2.4%
Tensioni i lartë	35.5%	43.3%	39.4%
Diabeti	8.7%	14.8%	11.8%

*Table 6 Faktorët e riskut në bazë të gjinisë tek grupmosha 55-64 vjeç në shtetin e Kroacisë (2014).*

Faktori i riskut	Femra	Meshkuj	Total
Obezë	24.5%	25.9%	25.2%
Duhanpirës	21.7%	28.9%	25.5%
Aktiviteti fizik aerobik dhe muskolor	1.8%	0.3%	1.0%
Matja e kolesterolit në gjak	61.5%	64.2%	62.9%
Matja e sheqerit në gjak	60.9%	62.5%	61.7%
Matja e shypjes së gjakut	67.6%	69.8%	68.8%

*Table 7 Faktorët e riskut në bazë të gjinisë tek grupmosha mbi 65 vjeç në shtetin e Kroacisë (2014).*

Faktori i riskut	Femra	Meshkuj	Total
Obezë	23.05	22.5%	22.7%
Duhanpirës	10.9%	12.2%	11.6%
Aktiviteti fizik aerobik dhe muskolor	0.6%	0.7%	0.6%
Matja e kolesterolit në gjak	70.2%	69.2%	69.7%
Matja e sheqerit në gjak	73.5%	67.4%	70.5%
Matja e shtypjes së gjakut	76.4%	75.7%	76.0%

*Table 8 Sëmundjet e zezrës në bazë të gjinisë tek grupmosha 55-64 vjeç në shtetin e Kroacisë (2014).*

Sëmundjet e zezrës	Femra	Meshkuj	Total
Sëmundjet e arterieve koronare	7.0%	6.9%	6.9%
Sulmi në zemër	1.9%	3.7%	2.7%
Tensioni i lartë	41.3%	38.2%	39.8%
Diabeti	11.2%	15.7%	13.3%

*Table 9 . Faktorët e riskut në bazë të gjinisë tek grupmosha 55-64 vjeç në shtetin e Hungarisë (2014).*

Faktori i riskut	Femra	Meshkuj	Total
Obezë	30.0%	34.2%	32.1%
Duhanpirës	26.3%	29.7%	28.1%
Aktiviteti fizik aerobik dhe muskolor	1.9%	6.1%	4.0%
Matja e kolesterolit në gjak	71.2%	62.7%	66.9%
Matja e sheqerit në gjak	72.4%	64.9%	68.6%
Matja e shtypjes së gjakut	83.2%	79.7%	81.4%

*Table 10 Faktorët e riskut në bazë të gjinisë tek grupmosha mbi 65 vjeç në shtetin e Hungarisë (2014).*

Faktori i riskut	Femra	Meshkuj	Total
Obezë	25.7%	29.6%	
Duhanpirës	10.4%	17.2%	
Aktiviteti fizik aerobik dhe muskolor	3.8%	2.7%	3.3%

Matja e kolesterolit në gjak	77.2%	73.9%	75.8%
Matja e sheqerit në gjak	76.9%	75.9%	27.4%
Matja e shtypjes së gjakut	86.1%	84.4%	13.3%

*Table 11 Sëmundjet e zemrës në bazë të gjinisë tek grupmosha 55-64 vjeç në shtetin e Hungarisë (2014).*

Sëmundjet e zemrës	Femra	Meshkuj	Total
Sëmundjet e arterieve koronare	6.6%	8.9%	7.7%
Sulmi në zemër	2.9%	3.5%	3.2%
Tensioni i lartë	55.6%	55.3%	55.5%
Diabeti	10.4%	17.7	13.7%

*Table 12 . Faktorët e riskut në bazë të gjinisë tek grupmosha 55-64 vjeç në shtetin e Rumanisë (2014).*

Faktori i riskut	Femra	Meshkuj	Total
Obezë	14.1%	13.2%	13.6%
Duhanpirës	5.5%	32.8%	19.6%
Aktiviteti fizik aerobik dhe muskolor	0.1%	0.1%	0.1%
Matja e kolesterolit në gjak	51.4%	40.5%	45.8%
Matja e sheqerit në gjak	52.4%	41.4%	46.7%
Matja e shtypjes së gjakut	63.6%	53.3%	58.3%

*Table 13 Faktorët e riskut në bazë të gjinisë tek grupmosha mbi 65 vjeç në shtetin e Rumanisë (2014).*

Faktori i riskut	Femra	Meshkuj	Total
Obezë	19.3%	13.3%	16.0%
Duhanpirës	1.7%	15.3%	9.1%
Aktiviteti fizik aerobik dhe muskolor	0.1%	0.0%	0.1%
Matja e kolesterolit në gjak	66.5%	54.6%	60.0%

Matja e sheqerit në gjak	67.7%	54.5%	60.5%
Matja e shtypjes së gjakut	78.6%	69.9%	73.9%

*Table 14 Sëmundjet e zemrës në bazë të gjinisë tek grupmosha 55-64 vjeç në shtetin e Rumanisë (2014).*

Sëmundjet e zemrës	Femra	Meshkuj	Total
Sëmundjet e arterieve koronare	6.9%	4.9%	6.0%
Sulmi në zemër	1.2%	2.2%	1.7%
Tensioni i lartë	33.1%	24.2%	28.9%
Diabeti	8.9%	8.6%	8.7%



Table 15 Shkalla e vdekshmerisë gjatë viteve 2001 – 2010 për sëmundje të arterieve koronare



UNIT Number  
 SEX Total  
 AGE From 55 to 59 years  
 ICD10 Ischaemic heart diseases (coronary heart disease (CHD))

GEO/TIME	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Croatia	355	365	359	318	387	396	376	378	364	430
Hungary	1,382	1,286	1,413	1,400	1,599	1,592	1,517	1,423	1,566	1,593
Romania	2,543	2,493	2,563	2,529	2,621	2,694	2,764	2,803	2,690	2,608
Slovenia	111	91	85	102	77	106	88	125	105	94

Rumania vazhdon të ketë një vdekshmëri të madhe të sëmundjeve të arterieve koronare. Tek grupmosha e pacientëve 55-59 vjeç, prej vitit 2001 me një shifër prej (2.543) të vdekjeve duke pasuar rritje në vitet 2007, 2008 deri në 2010 me (2,608) vdekje. Pas Rumanisë vjen Hungaria me një shifër prej (1,382) të vdekjeve duke u rritur gjatë viteve 2005 deri me 2010 në (1,593) vdekje. Pastaj vjen Kroacia me një shifër më të vogël të vdekjeve, ku gjatë vitit 2001 janë regjistruar (355) vdekje duke pasuar rritje në vitet në

vijim deri në 2010 me (430) vdekje. Krejt në fund vjen shteti i Sllovenisë me një numër shumë më të vogël të vdekshmërisë ku gjatë vitit 2001 janë regjistruar (111) vdekje duke pësuar rënie gjatë viteve, për fatë të mirë deri me 2010 ku janë regjistruar vetëm (94) vdekje (Tabela 15).

Në figurën 7 mësojmë se sëmundja e arterieve koronare është paraqitur më shumë në shtetin e Hungarisë tek grupmosha 55-64 vjeç me një përqindje prej (7.7%) të sëmundjes, ku (8.9%) janë meshkuj dhe (6.6%) femra. Një rënie të numrit të sëmundjeve vërejmë tek shteti i Kroacisë (6.9%) ku 7.0% janë femra dhe (6.0%) meshkuj. Po ashtu shteti i Rumanisë ka një përqindje prej (6%) të sëmundjeve të arterieve koronare, ku (6.9%) janë femra dhe (4.9%) meshkuj. Dhe krejt në fund e kemi shtetin e Sllovenisë ku shohim një përqindje të vogël të sëmundjeve rreth (3.9%) në krahasim me shtetet e tjera, ku (2.6%) janë femra dhe (5.3%) meshkuj.

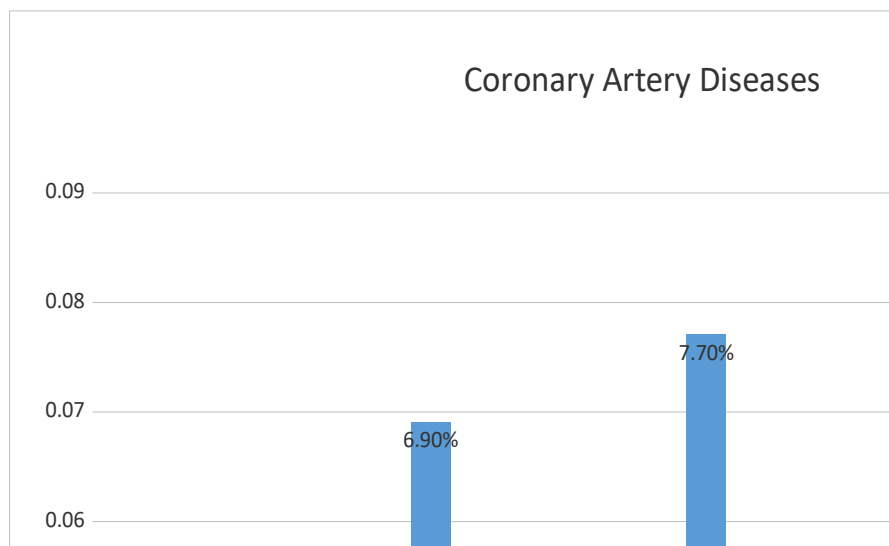


Figure 7 Sëmundjet e arterieve koronare, periudha 2014, grupmosha 55-64 vjeç

## 6 KONKLUZIONE DHE REKOMANDIME

Në këtë studim të realizuar përmes Eurostat databazës kemi mësuar se sa janë të pranishëm faktorët e riskut tek personat e moshës 55-64 vjeç dhe mbi 65 vjeç si të meshkujt ashtu edhe të femrat, sëmundshmerinë dhe vdekshmerinë e personave të katër vendeve të Bashkimit Europian. Popullsia e Sllovenisë është treguar më e kujdesshme kundrejt shumë faktorëve të riskut për sëmundje kardiovaskulare në krahasim me vendet e tjera që kanë rrezik më të lartë. Gjithsej me sëmundje të arterieve koronare kanë qenë (3.9%) kurse 94 të vdekur gjatë vitit 2010.

Tensioni i lartë i gjakut është paraqitur më shumë tek meshkujt (43.3%) gjithashtu duhanpirës janë më shumë meshkujt (7.5%) dhe me diabet kanë rezultuar (14.8%) meshkujt. Sipas të dhënave statistikore të vdekshmërisë që janë marrur në hulumtim del se Rumania ka një numër të madh të vdekjeve përgjatë viteve 2001 – 2010 në krahasim me vendet e tjera me 2,608 vdekje në vitin 2010. Me sëmundje të zemrës të personat e moshës 55-64 vjeç janë paraqitur (6.0%) e popullsisë. Si faktorë rreziku më i theksuar është tensioni i lartë i gjakut tek femrat (33.1%) dhe diabeti po ashtu i cili prek më shumë femrat (8.9%).

Shkalla e mortalitetit nga sëmundjet kardiovaskulare është e lidhur ngushtë me praninë e faktorëve të riskut për këto sëmundje. Vendet e rajonit, si Sllovenia të cilat kanë kontrolluar më mirë faktorët e riskut për sëmundje kardiovaskulare kanë pasur një mortalitet më të ulët nga këto sëmundje.

Menaxhimi i duhur i faktorëve të modifikueshëm të riskut për sëmundje kardiovaskulare është çelës në parandalimin e këtyre sëmundjeve. Trajnimi i mirë i stafit shëndetësor, sidomos infermierëve në rolin e këtyre faktorëve në parandalim të sëmundjeve KV është kyç në zvogëlimin e sëmundshmerisë dhe mortalitetit nga këto sëmundje.

**REFERENCAT**

Aouizerat, B American Heart Association Lesion. Atherosclerosis. (5<sup>th</sup> ed)  
Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

American Heart Association (AHA). (2016) Cardiac Rehabilitation.  
Margolis, B, M.D Director.

Berra, K., Miller, H. N, Jennings, C. (2011) Nurse-Based Models for Cardiovascular  
Disease Prevention (From Research to Clinical Practice) Journal of Cardiovascular Nursing.

Cunningham, S. Hypertension (Database for Management and Management of High BP)  
Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

deWit, S. C., Stromberg, H. K., Dallred, C. V., Elsevier.com. Medical-Surgical Nursing.  
Care of patients with Coronary artery disease and Cardiac Surgery.

Epstein, F. H, M.D. Ahajournals.org. Coronary Heart Disease Epidemiology Revisited,  
Clinical and community Aspects.

Ebrahim, Sh., Smith, G. D., McCabe, Ch., et al. (Quality in Health Care 1998;7:232 - 239)  
Cholesterol and coronary heart disease: Screening and treatment.

Fair, J. M and Berra, K. A., Lipid Menagement and Coronary Heart Disease.  
Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Greene, Ch. M PhD and Fernandez, L.M PhD. (2007) The role of nutrition in the prevention  
of coronary heart disease in women of the developed world. Department of Nutritional  
Sciences, University of Connecticut, Storrs, CT , USA.

Guide to long-term care for coronary artery disease.  
<https://www.familyassets.com/coronary-artery-disease>

Johns Hopkins Medicine. Coronary Artery Disease: Prevention, Treatment and Research  
<https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/coronary-artery-disease-prevention-treatment-and-research>

Journal of Physical Activity Nutrition and Rehabilitation . (2017) Coronary Heart Disease; Pathophysiology and Risk Factors.

Newton, K. M., and Froelicher, E. S. Coronary Heart Disease Risk Factors (Cigarette Smoking). (5<sup>th</sup> ed) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Division for Heart Disease and Stroke Prevention. (Coronary Artery Disease) .  
<https://www.cdc.gov/aging/publications/coronary-heart-disease-brief.html>

Parkosewich, A.J, DNSc, RN. Assessment of Cardiovascular Function. (13<sup>th</sup> ed) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Persons reporting a chronic disease, by disease, sex, age and country of birth. Self-reported screening of cardiovascular diseases and diabetes risks by sex, age and educational attainment level (hlth\_ehis\_pa2e) <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.

Regmi, M.R., Author (ResearchGate.net) Coronary Artery Disease Prevention.

Rees, J.P, Pattison, J. and Williams, G. (2007) 100 Cases in Clinical Medicine (second edition) Section 1: Systems- related cases Cardiology

Sullivan, D. PhD, MSN and Felman, A. (2019) What to know about coronary heart disease. Medicine News Today.

Weitman, K, MSN, RN. Management of Patients with Coronary Vascular Disorders. (13<sup>th</sup>ed) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

World Health Organization (WHO) 2017 Cardiovascular Diseases, Key Facts  
[https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))