

University for Business and Technology in Kosovo

UBT Knowledge Center

Theses and Dissertations

Student Work

Winter 1-2021

HIPERTENSIONI DHE ROLI INFERMIEROR

Fitore Gashi

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

Gashi, Fitore, "HIPERTENSIONI DHE ROLI INFERMIEROR" (2021). *Theses and Dissertations*. 2205.
<https://knowledgecenter.ubt-uni.net/etd/2205>

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.



Kolegji UBT

Fakulteti i Infermierisë

HIPERTENSIONI DHE ROLI INFERMIEROR

Shkalla Bachelor

Fitore Gashi

Janar, 2021 / Prishtinë



Kolegji UBT
Fakulteti i Infermierisë

Punim Diplome

Viti akademik 2017-2018

Fitore Gashi
HIPERTENSIONI DHE ROLI INFERMIEROR

Mentori: Prof. Ilir Ahmetgjekaj

Janar/ 2021

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

ABSTRAKT

Hyrje: Hipertensioni arterial (HTA) është një problem shëndetësor global. Duke u bazuar në të dhënat e Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSH), përafërsisht 40% e të rinjve me moshë 25 vjet e më lartë ishin diagnostikuar me hipertension në vitin 2008.

Qëllimi i punimit: Qëllimi i punimit është analizimi i të dhënave statistikore për numrin e pacientëve me hipertension të trajtuar në Spitalin e Përgjithshëm të Prizrenit nga muaji Janar deri në muajin Tetor të vitit 2020.

Metodologjia: Punimi është i llojit retrospektiv. Të dhënat e pacienteve janë marrë nga protokollet e Klinikës Interne në Spitalin e Përgjithshëm të Prizrenit me lejen e komitetit etik. Në kuadër të dhënave bëjnë pjesë: moshë, gjinia, vendbanimi, ditët e hospitalizimit dhe skema e trajtimit. Rezultatet janë analizuar përmes programeve kompjuterike si SPSS.

Rezultatet: Në periudhën Janar – Tetor të vitit 2020, janë trajtuar gjithsej 169 pacient me hipertension arterial në Spitalin e Përgjithshëm në Prizren. Muaji me më së shumti raste ishte muaji Shkurt me gjithsej 35 raste (20.7%), pasuar nga muaji Janar me 31 raste (18.3%). Prej 169 pacienteve të trajtuar në Spitalin e Përgjithshëm të Prizrenit, 66 prej tyre ishin të gjinisë mashkullore (39.1%), kurse 103 prej tyre ishin të gjinisë femërore (60.9%). Moshë mesatare e personave të trajtuar për hipertension arterial \pm DV ishte 65.52 ± 13.58 vjeç. Grup – moshë me më së shumti raste ishte ajo 60+ vjeç me 119 raste apo 70.4%. Shuma totale e ditëve të hospitalizuara është 722 për periudhën Janar – Tetor të vitit 2020. Ditët mesatare të hospitalizimit \pm DS janë 4.27 ± 2.63 ditë. Shumica e pacienteve të hospitalizuar në Spitalin e Përgjithshëm të Prizrenit janë trajtuar me kombinimin në mes Diuretikëve + ACE-Inhibitorëve, respektivisht 67 raste (39.6%).

Përfundim: Si përfundim Hipertensioni arterial përbën një sfidë për stafin e kujdesit shëndetësor, për buxhetin e shtetit dhe për atë familjar. Në gjatë hulumtimit tonë nuk arritëm të gjejmë dallime në mes gjinive dhe grup – moshave në raport me ditët e hospitalizimit.

Fjalët kyçe: Hipertensioni Arterial, Kujdesi infermieror, Hospitalizimi, Diuretikët, ACE-Inhibitor.

MIRËNJOHJE/FALËNDERIME

Nuk mund ta harrojë ditën kur fillova të studioja Infermierin, isha aq e lumtur se do të bëhesha një infermiere e denjë në punën time dhe një vajzë që nga fëmijëria kam ëndërruar t'i ndihmoj njerëzve në nevojë dhe tani që po i shkruaj këto fjalë jam pothuajse në finalizimin e studimeve të mia dhe nuk mundë ta përshkruajë se sa e lumtur që jam.

Por, padyshim që kam edhe shumë persona për të falënderuar që më përkrahën në rrugëtimin tim, në fillim dua t'i falënderojë familjen time që ishin pran meje vazhdimisht dhe nuk reshtën asnjëherë së më besuari mua që unë mund t'ia dilja, dhe falë tyre ia dola dhe jam këtu ku jam sot.

Dua të falënderoj edhe shoqërinë time që çdo ditë më zbukuruan me prezencën e tyre, dhe gjatë këtyre viteve u bënë njerëz të rëndësishëm në jetën time.

Gjithashtu dua ta falënderojë edhe mentorin tim Prof. Dr. Ilir Ahmetgjakaj për mbështetjen dhe kontributin e dhënë gjatë finalizimit të temës së diplomës.

PËRMBAJTJA

ABSTRAKT	I
LISTA E GRAFIKONEVE	IV
LISTA E TABELAVE	IV
FJALORI I TERMAVE	V
1 HYRJE	1
2 SHQYRTIMI I LITERATURËS	2
2.1 Definicioni	2
2.2 Etiologjia	3
2.3 Klasifikimi	3
2.4 Stadet e hipertensionit	4
2.5 Patofiziologjia	5
2.6 Komplikimet e hipertensionit	7
2.7 Ndikimi i hipertensionit në jetën e përditshme	9
2.8 Mënyrat e trajtimit të hipertensionit	11
2.9 Kujdesi infermieror te pacientët me hipertension	16
3. DEKLARIMI I PROBLEMIT	20
4. METODOLOGJIA	21
5. REZULTATET DHE DISKUTIMI	22
6. PËRFUNDIME DHE REKOMANDIME	29
7. REFERENCAT	30

LISTA E GRAFIKONEVE

Grafikoni 5.1 Raporti i Meshkujve dhe Femrave me hipertension gjatë muajve Janar – Tetor 2020.	23
Grafikoni 5.2 Ndarja sipas grup – moshave e rasteve me HTA, Janar – Tetor 2020.	24
Grafikoni 5.3 Ndarja e rasteve sipas Komunave (vendbanimit), Janar – Tetor, 2020	25
Grafikoni 5.4 Ndarja e rasteve sipas ditëve të hospitalizimit, Janar – Tetor, 2020	26
Grafikoni 5.5 Skemat e trajtimit të përdorura te pacientet e hospitalizuar, Janar – Tetor, 2020	27

LISTA E TABELAVE

Tabela 5.1 Numri i rasteve me hipertension arterial i ndarë sipas muajve në vitin 2020	22
Tabela 5.2 Numri i rasteve me hipertension arterial i ndarë sipas gjinisë, Janar – Tetor 2020	23
Tabela 5.3 Numri i rasteve me hipertension arterial i ndarë sipas grup-moshave, Janar – Tetor 2020	24
Tabela 5.4 Numri i rasteve me hipertension arterial i ndarë sipas vendbanimit, Janar – Tetor 2020	25
Tabela 5.5 Numri i rasteve me hipertension arterial i ndarë sipas ditëve të hospitalizimit, Janar – Tetor 2020	26
Tabela 5.6 Skemat e trajtimit të pacientëve të hospitalizuar me hipertension , Janar – Tetor 2020	27
Tabela 5.7 Dallimi në mes mesatareve të gjinisë dhe të ditëve të hospitalizimit të pacienteve me HTA.	28
Tabela 5.8 Krahasimi mes grup – moshave dhe ditëve të hospitalizimit (ANOVA)	28

FJALORI I TERMAVE

HTA - Hipertensioni arterial.

OBSH - Organizata Botërore e Shëndetësisë.

JNC - America's Joint National Committee (JNC) on the prevention,
detection,evaluation, and treatment of high blood pressure.

SHBA - Shtetet e Bashkuara të Amerikës.

HBP - High Blood Pressure.

1 HYRJE

Hipertensioni arterial (HTA) është një problem shëndetësor global. Duke u bazuar në të dhënat e Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSH), përafërsisht 40% e të rinjve me moshë 25 vjet e më lartë ishin diagnostikuar me hipertension në vitin 2008. Numri i njerëzve të prekur nga hipertensioni është rritur nga 600 milionë sa ishte në vitin 1980 në një miliardë në vitin 2008, dhe parashikohet që të arrijë shifrën prej 1.56 miliardë të prekur në vitin 2025. Hipertensioni arterial është një problem madhor, duke shkaktuar 45% të vdekjeve nga sëmundjet e zemrës dhe 51% të vdekjeve nga goditja në tru (World Health Organization).

Hipertensioni ka një vend të veçantë në shëndetin e popullatës dhe kujdesin shëndetësor sepse është shkaku kryesor i sëmundjeve kardiovaskulare. Pa parandalim dhe kontroll efektiv, presioni i ngritur i gjakut rrit ndjeshëm rrezikun e goditjes në tru, infarkt të miokardit, sëmundjeve kronike të veshkave, insuficiencë (pamjaftueshmëri) të zemrës, demencë, insuficiencë të veshkave dhe verbim. Ekziston një nevojë urgjente për palët e interesuara, përfshirë individët dhe familjet, në të gjithë sistemin shëndetësor, studiuesit dhe vendimmarrësit, që të punojnë në mënyrë bashkëpunuese për përmirësimin e parandalimit, depistimit (screening) dhe zbulimit, diagnozës dhe vlerësimit, ndërgjegjësimit, trajtimit dhe aderimit të barnave, menaxhimit dhe kontrollit për personat me rrezik të lartë për hipertension. Përmbushja e kësaj nevoje do të ndihmojë në uljen e barrës së sëmundjeve të lidhura me hipertensionin, parandalimin e komplikimeve dhe zvogëlimin e nevojës për shtrimin në spital, ndërhyrjet e kushtueshme dhe vdekjet e parakohshme (Kuate Defo B me bashk., 2018).

2 SHQYRTIMI I LITERATURËS

2.1 Definicioni

Për të kuptuar hipertensionin ose presionin e lartë të gjakut, është shumë e rëndësishme të kuptojmë se çfarë nënkuptojmë me shtypje të gjakut. Gjaku bartet nga zemra në të gjitha pjesët e trupit përmes enëve të gjakut. Sa herë që zemra rrah, ajo pompon gjakun në enë. Shtypja e gjakut (tensioni arterial) krijohet nga forca që ushtron gjaku në murin e enëve (arterieve) pasi pompohet nga zemra. Ka mjaft shumë përkufizime të hipertensionit në literaturë. Sidoqoftë, përkufizimet e propozuara nga Instituti Kombëtar i Zembrës, Mushkërive dhe Gjakut (National Heart, Lung, and Blood Institute - NHLBI) në Raportin e Shtatë të Komitetit të Përbashkët Kombëtar për Parandalimin, Detektimin, Vlerësimin dhe Trajtimin e Presionit të Lartë të Gjakut (The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure - JNC 7) dhe përkufizimi i Organizatës Botërore të Shëndetësisë janë definicionet më të përdorura. JNC 7 dhe OBSH japin përkufizime adekuate të cilat kanë përdorim të gjerë përreth tërë botës, për të kuptuar domethënien e hipertensionit. Sipas OBSH në përkufizimin e vitit 2013, hipertensioni definohet si shtypje sistolike e gjakut prej 140 mmHg ose më shumë, shtypja diastolike e gjakut prej 90 mmHg ose më shumë. Komiteti (JNC) në raportin e shtatë të saj ka propozuar një definicion tjetër të hipertensionit. Ky përkufizim mund të jetë më i qartë se përkufizimi i OBSH-së për shkak të klasifikimit të tensionit të gjakut. Sipas JNC 7, hipertensioni përcaktohet si niveli shtypjes sistolike të gjakut prej 140 mmHg ose më shumë dhe shtypjes diastolike të gjakut prej 90 mmHg ose më shumë. JNC 7 përcaktoi shtypjen normale të gjakut si një shtypje sistolike më të vogël se 120 mmHg dhe shtypje diastolike të gjakut më të vogël se 80 mmHg. Zona midis shtypjes sistolike prej 120-139 mmHg dhe shtypjes diastolike 80-89 mmHg është përcaktuar si "prehipertension". Është e rëndësishme të theksohet se diagnoza e hipertensionit bazohet në mesataren e dy apo më shumë matjeve në mënyrën e duhur, dhe leximin adekuat të shtypjes arteriale në dy apo më shumë vizita mjekësore (JNC 7, 2003).

Presioni i gjakut është një masë e forcës që ushtron qarkullimi i gjakut në muret e arterieve kryesore. Vala e presionit transmetohet tek arteriet me secilën rrahje të zembrës, dhe këto ndjehen lehtësisht si puls - shtypje më e lartë (shtypja sistolike) krijohet kur zemra kontraktohet, dhe shtypje më e ulët (shtypja diastolike) matet atëherë kur zemra mbushet. Njësia standarde për matjen e

presionit të gjakut është mmHg (milimetra të shtyllës së zhivës), i cili mund të aplikohet në shtypjen sistolike të gjakut, presionin diastolik, ose për matjet alternative siç janë presioni arterial mesatar dhe presioni i pulsit (Lloyd-Jones DM, 1999).

2.2 Etiologjia

Edhe pse hipertensioni mund të shfaqet si proces sekondar me prejardhje nga procese tjera primare patologjike, më shumë se 90% e pacientëve kanë hipertension esencial (hipertension pa shkaktarë të identifikueshëm). Një histori familjare pozitive rritë gjasat që një individ të zhvillojë hipertension. Prevalenca e hipertensionit rritet me rritjen e moshës por zvogëlohet me rritjen e edukimit dhe rritjen e të ardhurave. Personat me diabet, obezitet janë më të rrezikuar për të shfaqur hipertension sesa ata pa këto gjendje shoqëruese. Po ashtu edhe faktorët e ambientit, jeta me stres, marrja e tepërt e natriumit, duhanpirja, mund të rrisin edhe më shumë gjasat për paraqitjen e hipertensionit tek individit (Karen Whalen, 2019).

2.3 Klasifikimi

Hipertensioni në përgjithësi ndahet në dy kategori të mëdha, ato janë hipertensioni primar (esencial) dhe hipertensioni sekondar.

2.3.1 Hipertensioni primar (esencial)

Hipertensioni parësor është lloji më i zakonshëm i hipertensionit dhe përfaqëson 90-95% të të gjitha rasteve të hipertensionit. Mekanizmi adekuat për të shpjeguar hipertensionin primar është i panjohur dhe ende nuk është identifikuar ndonjë shkak i veçantë specifik. Sidoqoftë, disa faktorë gjenetikë dhe mjedisor mund të kontribuojnë në këtë fenomen. Patogjeneza e saj besohet të jetë ndërveprimi midis faktorëve gjenetik dhe faktorëve të mjedisit ose të mënyrës së jetesës. Më tej, faktorët mjedisor dhe mënyra e jetesës janë identifikuar për të shpjeguar një presion të ngritur të gjakut dhe këtu përfshihet rritja e konsumit të natriumit, alkoolit dhe të ushqimit kalorik, stresi dhe pasiviteti fizik. Hipertensioni primar nuk ka ndonjë shkak të caktuar, ose etiologji të qartë të identifikueshme, gjë kjo që e dallon nga hipertensioni sekondar, në të cilin kemi faktorë të identifikueshëm që shkaktojnë rritjen e shtypjes arteriale (Chobanian, A. me bashk., 2003).

2.3.2 Hipertensioni sekondar

Përafërsisht 5-10% përqind të rasteve të hipertensionit janë me shkaqe të identifikueshme, duke kryesuar sëmundjet e veshkave që konsiderohen të jenë kontribuuesi më i zakonshëm, me pjesëmarrje 2.5-6% të të gjithë shkaktarëve të hipertensionit sekondar. Shkaqe tjera të hipertensionit sekondar përfshijnë; problemet me sistemin endokrin, siç është sindroma Cushing, hipertiroidizmi, hipotiroidizmi, akromegalia, hiperaldosteronizmi, hiperparatiroidizmi dhe feokromocitoma. Po ashtu si shkaktarë të hipertensionit sekondar llogaritet edhe obeziteti, apnea e gjumit dhe shtatzënia, barëra të caktuara me recetë, produktet e ndryshme bimore dhe substancat ilegale (O'Brien me bashk. 2007).

2.4 Stadet e hipertensionit

Definicioni i hipertensionit i sjellur nga JNC 7 jep informata të qarta për hipertensionin, dhe në të përfshinë klasifikimin e hipertensionit duke u bazuar në shtypjen e gjakut të lexuar për moshat e rritura më të mëdha se 18 vjeç, dhe ndahet në stade të veçanta të cilat janë:

Normal: Shtypja sistolike më e vogël se 120 mmHg dhe shtypja diastolike më e vogël se 80 mmHg

Pre-hipertension: Shtypja sistolike e gjakut 120-139 mmHg dhe shtypja diastolike 80-89 mmHg

Hipertensioni i gradës së parë: Shtypja sistolike 140-159 mmHg, shtypja diastolike 90-99 mmHg

Hipertensioni i gradës së dytë: Shtypja sistolike 160 mmHg ose më lartë, shtypja diastolike 100 mmHg e më lartë.

Nga kjo kuptojmë se hipertension tek adultët llogaritet atëherë kur shtypja sistolike dhe diastolike e gjakut janë më të larta se 139/89 mmHg. Kur shtypja sistolike e gjakut është 120-139 mmHg dhe shtypja diastolike 80-89 mmHg, kjo gjendje njihet si prehipertension, dhe këta individ është mirë të përfshihen në aktivitetet e ndryshme të lidhura me promovimin e shëndetit, të marrin informata dhe të jenë të gatshëm për kontrollimin e shtypjes së gjakut. Trajtimi në çdo stad të hipertensionit varet edhe nga gjendjet tjera shoqëruese të hipertensionit. Këtu përfshihet infarkti i miokardit, gjendja e miokardit pas infarktut, diabeti, sëmundjet kronike të veshkave, rreziku i lartë për sëmundje koronare të zemrës, ose parandalimi i sulmit rekurrent. Është e rëndësishme të tregohet se JNC 7 ka fut në përdorim termin e ri “pre-hipertension”, që përdoret për individët me shtypje sistolike 120-139 mmHg dhe shtypje diastolike 80-89 mmHg. Qëllimi i klasifikimit të ri është që të identifikojë individët në rrezik për të zhvilluar hipertension arterial, dhe për të ju ndihmuar stafit

mjekësor që ofrojnë kujdes shëndetësor për intervenime të hershme duke dhënë këshilla për të modifikuar sjelljet e pacientëve pre-hipertensivë (JNC 7, 2003).

2.5 Patofiziologjia

Patogjeneza e hipertensionit primar është multifaktoriale dhe shumë kompleks. Faktorë të shumtë modulojnë tensionin e gjakut për perfuzion adekuat të indeve dhe përfshijnë ndërmjetës hormonal, reaktivitetin vaskular, vëllimin qarkullues të gjakut, kalibrin vaskular, viskoziteti i gjakut, debiti kardiak, elasticiteti i enëve të gjakut dhe stimulimi nervor. Një patogjenezë e mundshme e hipertensionit esencjal është propozuar në të cilin faktorë të shumtë, përfshirë predispozicionin gjenetik, marrja e tepërt e kripës me ushqim dhe niveli i hormoneve adrenergjike, mund të bashkëveprojnë për të shkaktuar shtypje të lartë arteriale të gjakut. Edhe pse gjenetika duket se kontribuon në hipertensionin esencjal, megjithatë një mekanizëm ekzakt ende nuk është krijuar për të kuptuar patogjenezën e hipertensionit primar (Eckman, M. me bashk. 2013). Mekanizmat patofiziologjikë të hipertensionit janë si më poshtë:

2.5.1 Faktorët gjenetikë

Hipertensionin primar është një kompleks multifaktorial, me karakteristika të përcaktuara gjenetike në 30 deri 50% të rasteve me shtypje të lartë arteriale. Rreth 50% e pacientëve me histori familjare pozitive për tension të lartë të gjakut ose histori të vdekjes së parakohshme në familje rrezikojnë më shumë për të zhvilluar hipertension. Identifikimi i saktë i hipertensionit dhe gjeneve nuk është ende i qartë për shkak të natyrës multifaktoriale të sëmundjes dhe pranisë së shumë rrugëve patogjenetike. Gjenet kryesore që shkaktojnë hipertension primar akoma nuk janë përcaktuar. Edhe pse një numër i gjeneve dhe faktorëve mjedisor janë lidhur me zhvillimin e hipertensionit primar me shumë gjasë në zhvillimin e hipertensionit kontribuojnë shumë gjene në çdo individ të caktuar. Është shumë e vështirë që me saktësi të determinojmë kontributin relativ të secilit prej këtyre gjeneve. Megjithatë, faktorët gjenetikë ndoshta luajnë një rol në ndryshimet e parametrave të ndryshëm fiziologjikë që janë identifikuar në pacientët hipertensivë (O'Brien me bashk. 2007).

2.5.2 Debiti kardiak dhe rezistenca periferike

Rregullimi i presionit normal të gjakut është një proces i ndërlikuar dhe është produkt i debitit kardiak dhe rezistencës vaskulare periferike. Balansi ndërmjet debitit kardiak dhe rezistencës vaskulare periferike është themelore në mbajtjen e shtypjes normale të gjakut. Debiti kardiak është vëllimi i gjakut që qarkullon në qarkullimin sistematik apo qarkullimin pulmonar për një minutë. Një rritje në debitin kardiak pa rënie të rezistencës periferike vaskulare do të rrisë vëllimin e gjakut arterial dhe po ashtu do të rrisë shtypjen e gjakut arterial. Rezistenca periferike përcaktohet nga gjatësia e enëve të gjakut, nga viskoziteti i gjakut dhe nga diametri i enës së gjakut. Pjesa më e madhe e pacientëve me hipertension primar kanë rezistencë vaskulare periferike të rritur dhe debit kardiak normal. Debiti kardiak mund të rritet në stadet e hershme të hipertensionit primar, dhe më pastaj fillon ngadalë të rritet edhe rezistenca periferike në mënyrë që të mbajë perfuzionin normal të indeve. Duke përparuar hipertensioni, funksioni i ventrikulit të majtë dëmtohet, me këtë rast debiti kardiak bie dhe shtypja arteriale mbahet nga rritja e rezistencës vaskulare periferike (Beevers, D., 2007).

2.5.3 Renine-Angiotenzine-Aldosteron

Sistemi renine-angiotenzine-aldosteron është sistemi kryesor i cili merr pjesë në kontrollimin e shtypjes së gjakut. Renina sekretohet nga aparati jukstaglomerular i veshkave në përgjigje të hipoperfuzionit të veshkave, të marrjes së zvogëluar të kripës, ose si përgjigje e stimulimit nga sistemi nervor simpatik. Renina është përgjegjëse për konvertimin e angiotenzinogjenit në angiotenzinë I. Angiotenzina I më pastaj transformohet në angiotenzinë II nga enzimi konvertues i angiotenzinës (Angiotensin Convertin Enzyme - ACE). Angiotenzina II është një vazokonstriktor potent, dhe kështu ndikon në rritjen e presionit të gjakut. Po ashtu angiotenzina II mund të shkaktoj disa probleme të njëjta të cilat i shkakton hipertensioni, sikurse janë hipertrofia e ventrikulit të majtë dhe formimin e pllakave aterosklerotike në enët e gjakut. Angiotenzina II përveç tjerash stimulon zonën glomerulosa të gjëndrave mbiveshkore për të prodhuar dhe për të liruar aldosteronin, i cili mëtutje ndikon në rritjen e shtypjes së gjakut duke rritur absorbimin e natriumit në veshka. Megjithatë, sistemi renine-angiotenzine nuk është përgjegjësi direkt për rritjen e shtypjes së gjakut në hipertensionin primar. Shumë pacientë me hipertension kanë nivele të ulta qarkulluese të reninës dhe angiotenzinës II. Në këta pacientë, barnat të cilat bllokojnë sistemin renine-angiotenzine-aldosteron janë më pak efektive (Beevers, D., 2007).

2.5.4 Sistemi nervor autonom

Sistemi nervor autonom është një faktorë tjetër që kontribuon në zhvillimin e hipertensionit. Ka një rol të rëndësishëm në mbajtjen e shtypjes normale të gjakut sepse stimulimi i sistemit nervor autonom shkakton që të dyja, edhe konstrikcionin edhe dilatimin arteriolar. Sistemi nervor autonom është ndërmjetës i cili rregullon shtypjen e gjakut në periudha afatshkurta në përgjigje të stresit dhe aktivitetit fizik (Beever, D., 2007).

2.6 Komplikimet e hipertensionit

Komplikimet e hipertensionit vijnë si rezultat i shtypjes së rritur të vazhdueshme. Kjo paraqet një faktorë rreziku mjaft të lartë për paraqitjen e komplikimeve në organet vitale siç janë: zemra, truri, veshkat, enët e gjakut dhe syri. Komplikimet madhore përfshijnë:

2.6.1 Komplikimet kardiake të hipertensionit

Hipertensioni është faktori i rrezikut më i rëndësishmi për sëmundjet kardiovaskulare premature dhe përgjegjëse për 47% për të gjitha sëmundjet ishemike të zemrës botërisht. Shtypja e rritur e gjakut e zgjatur në kohë dhe e pakontrolluar mund të qoj në ndryshime të strukturës së muskulit të miokardit, vaskulaturës koronare (enët me të cilat zemra furnizohet me gjak), dhe mund të prekë edhe sistemin konduktiv të zemrës, duke shkaktuar kështu hipertrofi të ventrikulit të majtë. Ndër komplikimet tjera numërojmë sëmundjen e arterieve koronare, disfunkcionin sistolik dhe diastolik të miokardit, e cila klinikisht manifestohet si anginë ose infarkt i miokardit. Rritja e madhësisë së muskulit të zemrës rrit shpenzimin e oksigjenit, dhe dëmton kontraktilitetin e zemrës, duke rezultuar në dështim sistolik të zemrës. Sëmundja aterosklerotike e arterieve koronare si dhe dëmtimi mikrovaskular, aritmitë kardiake, shpesh shihen si komplikime kardiake të hipertensionit. Hipertrofia e ventrikulit të majtë te pacientët me tension të rritur të gjakut mund të jetë shkak i vdekjeve të papritura, dhe shkak i goditjeve në tru. Në pacientët hipertensivë, abnormalitetet e funksionit diastolik, të cilat rangohen nga sëmundje asimptomatike të zemrës deri në infarktin e zemrës, janë po ashtu të shpeshta. Disfunkcionit diastolik është një pasojë e hershme e hipertensionit, dhe kjo gjendje përkeqësohet edhe më shumë kur paraqiten hipertrofia e ventrikulit të majtë dhe ishemia (Lawes, C. M. me bashk., 2008).

2.6.2 Komplikimet cerebrale të hipertensionit

Shtypja e gjakut është një determinantë e fuqishme e rrezikut për goditjen ishemike të trurit dhe për hemorragjinë intrakraniale. Në fakt, hipertensioni që është prezent për një kohë të gjatë mund të manifestohet si sulm hemorragjik, atero-embolik ose si encefalopati. Edhe shtypja sistolike dhe ajo diastolike që të dyja janë të dëmshme; një shtypje diastolike më e lartë se 100 mmHg dhe një shtypje sistolike më e lartë se 160 mmHg janë të lidhura me incidencë signifikante të goditjes në tru. Hipertensioni numërohet si shkaku i paraqitjes së 54% të të gjitha goditjeve në tru në tërë botën. Mundësitë për shfaqjen e goditjes në tru rriten me rritjen e shtypjes sistolike të gjakut tek individët me moshë mbi 65 vjet. Zhvillimi i aterosklerozës dhe hipertensionit i prek arteriet, kështu që zvogëlimi i qarkullimit të gjakut në tru, apo raptura e enëve të dobëta të gjakut, që të dyja mund të rezultojnë në goditje. Sulmi hemorragjik në tru ndikon në rritjen e morbiditetit dhe mortalitetit (Rigaud, A. S. me bashk. 2000).

2.6.3 Komplikimet renale të hipertensionit

Hipertensioni është përgjegjës për komplikimet renale, dhe kjo gjendje është e lidhur me shtypjen sistolike të gjakut. Komplikimet e hipertensionit përfshijnë dëmtimet parenkimale, skleroza e nefroneve, arterioskleroza renale, pamjaftueshmëria e veshkave apo edhe infarkti i tyre. Shenjat e hershme të komplikimeve renale përfshijnë paraqitjen e mikroalbuminurisë, në 10-15% të individëve me hipertension primar. Lezionet aterosklerotike, dhe lezionet vaskulare tjera të lidhura me hipertension, në veshkë parësisht prekin arteriolat pre-glomerulare (arteriolat aferente), duke shkaktuar kështu ndryshime ishemike në glomerul dhe në strukturat pas glomerulare. Pasi të dëmtohen glomerulet atëherë mundësohet kalimi i molekulave të mëdha të proteinave nëpër kapilarët glomerular dhe paraqitja e tyre në urinë. Paraqitja e proteinave në urinë (proteinuria) tregon për rritjen e permeabilitetit të glomerulave dhe është shenjë e hershme e dëmtimit të veshkave nga hipertensioni. Nëse nuk intervenohet në kontrollimin e shtypjes së rritur të gjakut, atëherë paraqiten dëmtime të vazhdueshme të veshkave, derisa të arrihen stadet e fundit të dëmtimit të tyre (Lawes, C. M. me bashk., 2008).

2.6.4 Komplikimet retinale të hipertensionit

Retinopatia hipertensive është një komplikim që lidhet me humbjen e të pamurit, karakterizohet me ndryshime vaskulare në retinë dukë përfshirë këtu ndryshimet në refleksin ndaj dritës, hemorragjinë retinale, edemën retinale, dhe kufiri i paqartë i diskut optik. Kur shtypja e gjakut

rritet, qarkullimi retinal reagon. Vazospazmi dhe rritja e tonusit arteriolar të retinës për arsye të përshtatjes së qarkullimit në retinë, si pjesë e auto-rregullimit në retinë, janë shenjat e para që shihen në fillim. Rritja e vazhdueshme e shtypjes së gjakut dëmton barrierën gjak-retinë duke shkaktuar kështu nekrozën e muskujve të lëmuar dhe ishemi retinale. Këto ndryshime në retinë manifestohen si mikroaneurisma, hemorragji, dhe të ashtuquajturat “njolla pambuku” në retinë (cotton-wool spots). Ateroskleroza që vije si rezultat i hipertensionit është një faktorë tjetër që kontribuon në dëmtimin retinal, duke shkaktuar shkolitje të retinës dhe verbim. Komplikimet e hipertensionit, të tilla si infarkti i miokardit, goditja në tru, insuficienca renale, dhe retinopatia hipertensive japin efekte serioze në jetën e pacientit, familjes dhe komunitetit.

2.7 Ndikimi i hipertensionit në jetën e përditshme

Hipertensioni është faktori më i rëndësishëm i rrezikut për paraqitjen e sëmundjeve kardiovaskulare, dhe është shkaktar i 54% të të gjitha goditjeve në tru si dhe 47% e të gjitha sëmundjeve ishemike të zemrës botërisht. Komplikimet e hipertensionit janë përgjegjëse për 9.4 milionë vdekje çdo vit. Në Shtetet e Bashkuara të Amerikës (SHBA), 77.9 milionë banorë, që i bie 1 në çdo 3 të rritur kanë hipertension dhe ky hipertension kontribuon përafërsisht në 1000 vdekje për ditë, por kjo gjendje është e preveneushme, dhe numri më i lartë i pacientëve është në shtetet e zhvilluara. Këto pasoja shkatërruese të hipertensionit kanë ndikim tek individ, familja, sistemi i kujdesit shëndetësor dhe kombi në tërësi (Lawes, C. M. me bashk., 2008).

2.7.1 Ndikimi i hipertensionit në individ

Për arsye se nuk ka simptoma që lidhen direkt me hipertension, hipertensioni konsiderohet si "vrasës i heshtur". Njerëzit shpesh nuk kërkojnë kujdes shëndetësor, duke lënë kështu sëmundjen e tyre të pa detektuar dhe të pa trajtuar. E mëpastaj, kur komplikimet veqse janë paraqitur tek atëherë bëhet e dijshe gjendja e pacientit. Prezenca e hipertensionit shkakton probleme serioze duke prekur kualitetin e jetës së individëve të prekur nga kjo sëmundje. Komplikimet madhore të lidhura për hipertensionin përfshijnë; sëmundjen koronare të zemrës, goditjen në tru, infarktin e miokardit, sëmundjen kronike të veshkave, probleme me të pamurit si dhe sëmundje vaskulare periferike. Rreziku i shfaqjes së sëmundjes koronare të zemrës dhe goditjes në tru rritet në moshat mbi 60 vjet, dhe është faktor signifikant për mortalitet. Hipertensioni mesatar deri në të moderuar,

nëse nuk trajtohet, lidhet me rrezikun e paraqitjes së pllakave aterosklerotike në 30% të njerëzve, dhe me dëmtim të organeve në 50% të njerëzve, 8-10 vite pas fillimit të sëmundjes. Vdekja nga sëmundja ishemike e zemrës dhe nga goditja në tru rritet progresivisht me rritjen e shtypjes së gjakut. Për çdo 20 mmHg të rritur në shtypjen sistolike, dhe për çdo 10 mmHg të shtypjes diastolike mbi 115/75 mmHg, shkalla e vdekshmërisë nga sëmundja ishemike e zemrës dhe goditja në tru dyfishohet. Hipertensioni ndikon në punën e individit, aktivitetet e tyre ditore, dhe në kualitetin e jetës, shpeshherë edhe duke rezultuar në të ardhura të ulta për jetesë, dhe status të ultë socio-ekonomik (JNC 7, 2003).

2.7.2 Ndikimi në familje

Hipertensioni arterial është përgjegjës për rritjen e numrit të rasteve me insuficiencë veshkore dhe komplikime tjera. Trajtimi i komplikimeve të hipertensionit zakonisht është i kushtueshëm dhe kërkon terapi afatgjate sikurse është p.sh. dializa, për të siguruar një jetesë të qëndrueshme edhe pse me zvogëlim të kualitetit të jetës. Trajtimi afatgjatë dhe i kushtueshëm rezulton në shpenzimin e buxhetit individual mirëpo prek edhe buxhetin e shtetit. Ndikimi i hipertensionit qon në vdekjet premature, paaftësi për punë, përçarje personale dhe në familje, humbje të të ardhurave, dhe rritje të shpenzimeve nga kujdesi shëndetësor që i ofrohet. Familjet janë në përballje direkte me shpenzimet e larta për të mbuluar kujdesin shëndetësor, dhe kjo shpesh dërgon me dhjetëra milionë njerëz në varfëri. Hipertensioni si sëmundje kronike kërkon trajtim afatgjatë, e që kjo do të thotë shpenzime më të mëdha për tërë familjen për ti ofruar kujdes shëndetësor individit të prekur. Kujdesi për pacientin me komplikime të hipertensionit veqse do të shtojë barrën për familje, për arsye që ata vazhdimisht janë të ekspozuar stesit dhe ndikimeve tjera në shëndetin e tyre nga personi i sëmure, shpesh duke rrezikuar jetët e tyre (Gaziano, T. 2008).

2.7.3 Ndikimi në sistemin shëndetësor

Menaxhimi i hipertensionit dhe komplikimeve të tij, është një barrë financiare për pacientin, familjen dhe sistemin shëndetësor në shumë shtete. Këto kosto zakonisht mbulohe nga individët, shteti dhe sektori privat. Më tutje, hipertensioni shpesh është i ndërlidhur me gjendje tjera komorbide, gjë që shton edhe më shumë koston e trajtimit. Kostot direkte dhe indirekte të hipertensionit në SHBA llogariten të jenë më shumë se 93.5 miliardë dollarë për vitë, dhe se 17% e të gjitha shpenzimeve për shëndet i atribuohen sëmundjeve kardiovaskulare, dhe goditjes në tru çdo vit. Pas gjithë kësaj, kuptojmë që trajtimi i hipertensionit arterial është mjaft i kushtueshëm.

Prandaj menaxhimi i hershëm i shtypjes së rritur të gjakut, duke participuar në promovimin e shëndetit bëhet një hap shumë i rëndësishëm në parandalimin e komplikimeve, dhe me këtë zvogëlohet edhe barra dhe ndikimi negativ për individin, familjen dhe komunitetin (Gaziano, T. 2008).

2.8 Mënyrat e trajtimit të hipertensionit

Jo të gjithë pacientët e diagnostikuar me hipertension kanë nevojë për barna. Individët me rrezik mesatar në të lartë për të zhvilluar komplikime kardiovaskulare kanë nevojë për një ose më shumë barna esenciale për të ulur shtypjen e tyre të gjakut. Sikurse në rekomandimet e JNC 7 (2003), menaxhimi i hipertensionit përfshinë trajtimin farmakologjik dhe jo-farmakologjik.

2.8.1 Trajtimi farmakologjik

Menaxhimi farmakologjik i hipertensionit duke marrë barnat e përshkruara është me rëndësi të lartë në kontrollimin e shtypjes së gjakut tek individët hipertensivë. Individët duhet të përdorin medikamentet e tyre në bazë të rekomandimeve të ofruesit të kujdesit shëndetësor, dhe duhet në mënyrë të rregullt të përcjellin tensionin e tyre arterial. Të gjitha medikamentet anti-hipertensive kanë mekanizmin e tyre të veçantë të veprimit me të cilin ndikojnë në shtypjen e gjakut. Ato ndikojnë në shtypjen e gjakut duke rritur ekskretimin e natriumit dhe ujit dhe duke reduktuar debitin kardiak. Medikamentet e marra rregullisht kontrollojnë shtypjen e lartë të gjakut si dhe reduktojnë komplikimet e hipertensionit arterial. Menaxhimi farmakologjik përfshinë një numër të barnave, të cilat janë në dispozicion për përdorim të trajtimit të hipertensionit. Janë shtatë grupe madhore të barnave antihipertenzive të cilat përdoren për trajtimin e hipertensionit dhe janë të klasifikuara si më poshtë:

- Diuretikët tiazid përdoren si monoterapi, apo si terapi adjuvante duke u kombinuar me agjentët tjerë antihipertenzivë. Diuretikët tiazid inhibojnë reabsorbimin e natriumit dhe klorit më së shumti në tubulat distal të veshkave. Përdorimi afatgjatë i diuretikëve tiazid mund të dërgojë në hiponatremi. Këto barna po ashtu rritin ekskretimin e kaliumit dhe bikarbonatit, zvogëlojnë ekskretimin e kalciumit dhe retencionin e acidit urik. Tiazidet nuk ndikojnë në shtypjen normale të gjakut. Diuretikët tiazid janë të lirë, lehtë të përdorueshëm, mund të ipen një herë në ditë, janë të efektshëm dhe janë terapia e zgjedhjes për të moshuarit. Megjithatë, shumica e barnave të këtij

grupi përmbajnë grupin sulfoamid, dhe duhet të kemi kujdes në përdorimin e këtyre barnave në individët alergjik në sulfoamide.

- Beta bllokatorët përdoren atëherë kur pacientët kanë edhe gjendje shoqëruese si insuficiencë kardiake, infarkt të miokardit, dhe te pacientët me diabet. Ky grup i barnave në përgjithësi nuk përdoret si linjë e parë për trajtimin e hipertensionit. Ky grup i barnave duhet të përdoret me shumë kujdes te pacientët me astmë ose me sëmundje të rëndë obstruktive pulmonare kronike. Doza duhet të zvogëlohet ngadalë, pasi që zvogëlimi i menjëhershëm rezulton në ekzacerbimin e angjinës, dhe në disa raste është raportuar edhe infarkti i miokardit (Beavers, D., 2007).

- Bllokatorët e kanaleve të kalciumit lidhen për kanalet e tipit L në shtresën e muskujve të lëmuar të enëve të gjakut, dhe kjo jep vazodilatim duke zvogëluar rezistencën periferike dhe shtypjen e gjakut njëkohësisht. Janë efektive si monoterapi te pacientët e racës së zezë dhe në pacientët e moshuar. Bllokatorët jo-dihidropiridinë të kanaleve të kalciumit, sikurse janë Verapamili dhe Diltiazemi lidhen në kanalet e kalciumit të tipit L në nyjën sinoatriale dhe atrioventrikulare, duke ushtruar efekt kështu edhe në miokard edhe në enë të gjakut (Beavers, D., 2007).

- Inhibitorët e enzimës konvertuese të angiotenzinës (ACE inhibitorët) janë trajtimi i zgjedhjes në pacientët me hipertension, sëmundje kronike të veshkave dhe proteinuri. ACE inhibitorët zvogëlojnë morbiditetin dhe mortalitetin në pacientët me insuficiencë kardiake, në pacientët me infarkt të miokardit, dhe në pacientët me sëmundje renale proteinurike. ACE inhibitorët parësisht veprojnë duke supresuar sistemin renine-angiotenzine-aldosteron. Këto bllokojnë konvertimin e angiotenzinës I në angiotenzinën II, dhe po ashtu ndalojnë degradimin e bradikininës duke bllokuar enzimën përkatës. Akumulimi i bradikininës është propozuar si faktor etiologjik për paraqitjen e efekteve anësore të ACE inhibitorëve si kollitja dhe angioedema. Përdorimi së bashku i ACE inhibitorëve dhe diuretikëve tiazid jep efekt aditiv në zvogëlimin e shtypjes së gjakut, dhe nëse ACE inhibitorët përdoren së bashku me suplemente të kaliumit apo me diuretikët kursyes të kaliumit paraqitet rreziku i paraqitjes së hiperkalemisë. Monitorimi i kujdesshëm i nivelit të kaliumit në serum indikohet te përdorimi i njëkohshëm i këtyre preparateve (Beavers, D., 2007).

- Antagonistët e receptorëve angiotenzinë II apo bllokatorët e receptorëve të angiotenzinës (ARBs) përdoren te pacientët të cilët nuk mund të tolerojnë ACE inhibitorët. ARBs në mënyrë kompetitive bllokojnë lidhjen e angiotenzinës II në receptorët tip I të angiotenzinës, duke reduktuar efektet e angiotenzinës II siç janë vazokonstrukcioni, mbajtja e natriumit, dhe lirimi i aldosteronit. Nëse

terapia me një bllokator të receptorëve të angiotenzinës nuk është i mjaftueshëm, shtimi i një diuretiku duhet të merret në konsideratë (Beevers, D., 2007).

- Alfa-blokatorët në përgjithësi nuk rekomandohen si monoterapi fillestare. Ky grup i barnave në mënyrë selektive bllokon receptorët post-sinaptik alfa 1-adrenergjik, dhe dilatonë arteriolat dhe venat, duke zvogëluar kështu shtypjen e gjakut. Këto barna mund të kombinohen me barna tjera antihipertensive. Efektet anësorë më të shpeshta që shihen në përdorimin e këtyre barnave janë marramendja, kokëdhembja, përgjumja, dhe hipotensioni ortostatik (Beevers, D., 2007).

- Vazodilatorët veprojnë direkt në muskujt e murit të arterieve, duke prevenuar ngushtimin e tyre. Vazodilatorët relaksojnë enët e gjakut duke përmirësuar qarkullimin e gjakut, dhe kështu zvogëlojnë presionin e gjakut (Beevers, D., 2007).

2.8.2 Trajtimi jo farmakologjik

Përderisa shkalla e të prekurve nga hipertensioni vije duke u rritur vazhdimisht, promovimi shëndetësor luan rol kyq në ndaljen e këtij trendi të rritjes globale të hipertensionit. Studimet kanë treguar që personat e prekur nga hipertensioni mund të bëjnë ndryshime në stilin e jetesës së tyre, dhe kështu të ndikojnë në zvogëlimin e shtypjes së lartë të gjakut si dhe komplikimeve kardiovaskulare. JNC 7, Asociacioni Amerikan i Zembrës (AHA) dhe OBSH rekomandojnë modifikimet në stilin e jetës të cilat kanë ndikim pozitiv në zvogëlimin e tensionit të lartë të gjakut si dhe zvogëlimin e rreziqeve kardiovaskulare. Këtu përfshihen:

- Aktiviteti fizik: Aktiviteti i rregullt fizik ka shumë përfitime shëndetësore, duke përfshirë këtu uljen e rrezikut për sëmundje kardiovaskulare, për obezitet dhe diabet. Ushtrimet e rregullta ndihmojnë në kontrollin e peshës trupore si dhe luajnë rol kyq në humbjen e peshës. Rrit forcën muskulare dhe forcën e eshtrave, zvogëlon yndyrat e organizmit, dhe jep një gjendje të mirë psikologjike. Duke u bazuar në studimet dhe rekomandimet nga Qendra e kontrollimit të sëmundjes dhe Prevenimit (CDC), sugjerohet që njerëzit të merren me aktivitet fizik me intensitet mesatar 30 minuta në ditë, në shumicën e ditëve të javës. Disa studime kanë treguar se marrja me aktivitet fizik 30 minuta në ditë mund të zvogëlojë shtypjen sistolike të gjakut për 4-9 mmHg. Ushtrimet e rregullta aerobike me kohëzgjatje 30-60 minuta dhe reduktimi i konsumimit të kripës me ushqim mund të zvogëlojnë shtypjen sistolike të gjakut në mesatare prej 5 mmHg dhe shtypjen diastolike të gjakut me mesatarisht 4 mmHg. Ngjashmërisht, në kontrollin e randomizuar të kryer nga Lee, Arthur, Avis në vitin 2007 te pacientët me hipertension, treguan se pacientët të cilët kane

ndjekur rekomandimet e aktiviteteve fizike nga ofruesit e kujdesit shëndetësor të tyre, kanë zvogëluar shtypjen sistolike të gjakut për 15.4 mmHg (Lee, L., Arthur me bashk. 2007). Po ashtu Fagard në vitin 2005 në studimin e tij mbi efektet e ushtrimeve në shtypjen e gjakut, gjeti se ka një reduktim të shtypjes sistolike të gjakut për 3.6 mmHg, dhe shtypjes diastolike të gjakut për 2.7 mmHg. Pacientët me hipertension, të cilët merren me aktivitete të rregullta fizike, mund të kontrollojnë shtypjen arteriale. (Fagard, 2005)

- Ushqyeshmëria: Ushqyeshmëria përfshinë selektimin dhe konsumimin e ushqimeve esenciale për shëndetin, dhe mirëqenien e plotë në mënyrën e duhur. Një plan i shëndetshëm i ushqimit mund të ul rrezikun për paraqitjen e shtypjes së lartë arteriale si dhe zvogëlon atë nëse ajo është e lartë. Pasi që shtypja e gjakut ndikohet nga niveli i kaliumit dhe magnezit, një dietë e shëndetshme me kalium, magnez, dhe marrje të lipideve janë esenciale për të ndihmuar pacientët të menaxhojnë tensionin e tyre të gjakut dhe të prevenojnë komplikimet. Testet në lidhje me Qasjen dietike për të ndaluar hipertensionin, demonstuan efektin e ushqimit në zvogëlimin e tensionit të lartë të gjakut. Dieta në këtë studim inkurajon për marrjen e sasive më të mëdha të pemëve dhe perimeve, të cilat sigurojnë sasi të mjaftueshme të kaliumit, magnezit dhe fibra. Dieta po ashtu konsiston në marrjen e zvogëluar të produkteve të qumështit me yndyrë, marrjen e zvogëluar të ushqimeve që përmbajnë yndyra të ngopura, kolesterol, dhe përafërsisht marrjen e 2.4 gramëve natrium ose 6 gramëve klorur natriumi për ditë. Dieta e propozuar nga DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) ishte më së shumti efektive në njerëzit me pre hipertension dhe hipertension të moderuar. Kjo dietë rekomandohet për pacientët me hipertension. Studimet kanë treguar që dieta e propozuar nga DASH ndikon në zvogëlimin e tensionit të pacientët hipertenzivë dhe atë mesatarisht 11 mmHg në shtypjen sistolike të gjakut, dhe 5.5 mmHg në shtypjen diastolike të gjakut.

- Humbja e peshës: Një prej modifikime kryesore të stilit të jetës për të gjitha sëmundjet është reduktimi i peshës. Nëse Indeksi i masës trupore (BMI) është më i lartë se 25, njeriu konsiderohet mbipeshë, ndërsa nëse është më i lartë se 30 konsiderohet obez. Studimet kanë treguar se të qenurit mbipeshë ose obez predisponon individin për shumë sëmundje kronike sikurse janë diabeti tip 2, hipertensionin, kolesterolin i rritur në gjak, sëmundje kardiovaskulare, goditja në tru dhe shumë sëmundje tjera. Rekomandimet aktuale janë që pesha të mbahet në nivele të normales, një BMI në mes 18.5 dhe 24.9, që të reduktojmë rrezikun e paraqitjes së sëmundjeve kardiovaskulare dhe sëmundjeve tjera. Humbja e peshës së tepërt jo vetëm që ndihmon në normalizimin e shtypjes së

gjakut duke ulur tendosjen e zemrës, por ajo gjithashtu ul nivelet e kolesterolit në gjak. Bazuar në hulumtime, reduktimi i peshës për 5-10 kg dhe ruajtja e një BMI nën 25, mund të ul shtypjen sistolike të gjakut për 5-20 mmHg. Një dietë mirë e balancuar është po ashtu e rëndësishme në humbjen e peshës dhe prevenimin e obezitetit

- Ndërprerja e duhanpirjes: Duhanpirja e rëndë dhe kronike është e lidhur me hipertensionin dhe pacientët duhet të këshillohen fuqimisht për të lënë duhanin. Presioni i gjakut rritet në mënyrë akute gjatë pirjes së duhanit dhe ka efekt negativ në sistemin kardiovaskular. Njerëzit të cilët ndërprejnë pirjen e duhanit reduktojnë rrezikun për komplikime kardiovaskulare për 50% pas 1 viti që ata lënë duhanpirjen. Pirja e duhanit shkakton përgjigje të menjëhershme në zemër dhe enët e gjakut minuta pas tymosjes së duhanit, ajo rrit edhe frekuencën kardiace. Pjesërisht këto efekte i atribuohen nikotinës e cila stimulon organizmin të prodhoj adrenaline, duke rritur kështu frekuencën e zemrës dhe tensionin e gjakut.

- Kufizimi i konsumimit të alkoolit: Kufizimi i konsumit të alkoolit është një tjetër modifikim i stilit të jetës. Përdorimi i dozave të larta të alkoolit ka efekt në shtypjen e gjakut i cili varet nga doza e konsumuar, edhe te njerëzit hipertensiv edhe tek ata normotensiv. Në bazë të JNC 7, pacientët hipertensivë duhet të kufizojnë përdorimin e alkoolit jo më shumë se 30 mililitra (mls), ekuivalente me dy pije për ditë për meshkuj, dhe jo më shumë se 15 mls për gjininë femërore. Pacientët hipertensivë të cilët janë konsumues kronik dhe të rëndë të alkoolit kanë më shumë gjasë të jenë rezistent në terapinë antihipertensive. Kështu që mënyra e vetme për të ulur shtypjen e gjakut në këtë grup të njerëzve është reduktimi apo ndalja e përdorimit të alkoolit. Megjithatë, ende ka konflikt sa i përket përdorimit të alkoolit, në krahasimin e dëmeve dhe të përfitimeve shëndetësore. Shumica e hulumtimeve shprehen se kufizimi i konsumit të alkoolit në jo më shumë se dy pije në ditë për meshkujt dhe 1 pije në ditë tek gratë, është e pranueshme. Reduktimi i shtypjes sistolike të gjakut për 2-4 mmHg është treguar si rezultat i kufizimit të konsumit të alkoolit.

- Menaxhimi i stresit: Edhe pse mekanizmat e saktë që lidhin reaksionin e stresit dhe rrezikun kardiovaskular ende nuk është përcaktuar, është e qartë se stresi mund të ndikojë përkohësisht në presionin e gjakut. Stresi është i lidhur me manifestimin e hipertensionit, sëmundjeve kardiovaskulare, sindromave metabolike, obezitetit, dhe mbireagimit emocional. Më pastaj ajo ushqen 50% të rasteve me depresion duke penguar boshtin hipotalamus-hipofizë-gjëndër adrenale dhe rrit nivelin e kortizolit. Është e rëndësishme që të menaxhojmë stresin në mënyrë të duhur që

të evitojmë komplikimet. Duke u bazuar në përkufizimin e Walker dhe Hill-Polerecky, menaxhimi i stresit do të thotë identifikimi dhe mobilizimi i të gjitha burimeve psikologjike dhe fizike që me efikasitet të kontrollojmë ngarkesën që përballemi me të. Në mënyrë të ngjashme, menaxhimi i stresit i referohet sjelljeve ose aktiviteteve që ndihmojnë individët të largojnë stresin me pushim dhe gjumë të mjaftueshëm, dhe duke manifestuar në mënyrë adekuate emocionet, qoftë duke i menaxhuar vet ose duke i ndarë me të tjerët. Pacientët me hipertension përballen me ndryshime fizike, psikike dhe sociale kur ata i prek sëmundja e hipertensionit apo komplikimet e tij. Kështu që rol kyq në menaxhimin e hipertensionit luan edhe mbështetja që duhet dhënë familja dhe shoqëria një individi me hipertension. Është e nevojshme të praktikohen rrugë të ndryshme relaksimi për të menaxhuar stresin. Studimi i kryer nga Kaushik dhe kolegët gjeti se teknikat e menaxhimit të stresit sikurse relaksimi i mendjes dhe frymëmarrja e ngadalshme dhe e thellë rezultoi në rënie të shtypjes sistolike dhe diastolike të gjakut.

2.9 Kujdesi infermieror te pacientët me hipertension

Kujdesi infermieror për të sëmurin hipertensiv përfshin disa shkallë të ndryshme si; vlerësimin infermieror, diagnozën infermiore dhe ndërhyrjen infermiore.

2.9.1 Vlerësimi infermieror

Kur merret informacioni mbi historinë e sëmundjes, infermieri merr në konsideratë faktorët rrishtues të hipertensionit, historitë familjare në lidhje me HTA-në, marrjen e një diete me kalori, ushqimet me përmbajtje Natrium dhe Kalium, pirjen e alkoolit dhe ushqimet e përditshme që konsumon pacienti.

Infermieri vlerëson historitë e mëparshme apo të momentit për sa i përket sëmundjeve kardiovaskulare dhe renale, si dhe medikamentet e fundit të administruara.

Kur bëhet diagnostifikimi i pacientit me hipertension shumë prej tyre nuk paraqesin simptoma. Megjithatë ata mund të përjetojnë dhimbje koke, marramendje, zbehje si rezultat i ngritjes së presionit të gjakut. (P. I., 2005)

Infermieri siguron matjen e presionit të gjakut në të dyja krahët e pacientit. Merren 2-3 matje për çdo pacient dhe një mesatare vlerësohet si vlerë e tensionit. Vlerësimi fizik është i nevojshëm në diagnostifikimin e disa kushteve që shkaktojnë hipertension sekondar. Prezenca e zhurmave abdominale është tipike në pacientët me sëmundje renovaskulare.

2.9.2 Diagnoza infermierore

Diagnozat infermierore janë të rëndësishme por gjithashtu edhe sipërfaqësore.

Infermieri për të sëmurët me HTA mund të vendosë diagnoza të tilla si:

- Mungesë njohurish lidhur me marrëdhëniet midis regjimit terapeutik dhe procesit të sëmundjes.
- Ndryshime në perfuzionet e indeve lidhur me zvogëlimin e rrjedhjes së gjakut.
- Ndryshime në ushqyerje.
- Pamundësi individuale për tu përshtatur lidhur me efektet e sëmundjes kronike dhe ndryshimeve kryesore në mënyrën e jetesës. (Kario K., 2009)

2.9.3 Ndërhyrja infermierore

2.9.3.1 Rritja e njohurive për menaxhimin e sëmundjes

Për pacientët me hipertension esencial, infermieri në fillim rekomandon modifikimet e mëposhtme në mënyrën e jetesës:

- a) Kufizimin e natriumit,
- b) Rënie në peshë,
- c) Modifikime në marrjen e sasisë së alkoolit,
- d) Ushtrime,
- e) Teknika relaksuese,
- f) Shmangien e pirjes së duhanit.

Këto modifikime janë cilësuar si themelore në kontrollin e hipertensionit. Nëse modifikimet janë të pasuksesshme mjeku sugjeron përdorimin e medikamenteve antihipertensive. (Bimi I., 2015)

2.9.3.2 Këshillat dhe ndërhyrjet shtëpiake

- Të ia përshkruajmë natyrën e sëmundjes dhe qëllimin e procedurës dhe trajtimin e hipertensionit.
- Shpjegojmë rëndësinë e një mjedisi të qetë dhe terapeutik.
- Ti tregojmë rëndësinë e mbajtjes së një peshë të qëndrueshme.
- Ti tregojmë nevojën për dietë të ulët në kalori.
- Ti tregojmë rëndësinë e shmangies dhe lodhjes në aktivitete.

- Ti shpjegojmë nevojën për të shmangur kapsllëkun në lëvizjen e zorrëve.
- Ti shpjegojmë si të konsumojë lëngjet e duhura, shuma e lejuar, kufizimet e tilla si kafe, çaj, alkool etj.
- Ti shpjegojmë simptomat e komplikimeve të raportuara nga mjeku p.sh dhimbje koke, marramendje, të vjellura shikim të dobët etj.
- Flasim për medikamentet që duhet ti përdorë: emrin, dozën, kohën e përdorimit, qëllimet.
- Efektet anësore dhe efektet toksike. (Boshnjaku A., 2002)

Dhe shpjegojmë nevojën për tu larguar nga përdorimet e ilaçeve pa përshkrimin e mjekut.

2.9.3.3 Qëllimet e ndërhyrjeve:

- Të pakësohen ankesat e pacientit.
- Të zbatohet dieta e rregullt.
- Të zbatohet terapia në mënyrë të drejtë.
- Ulja e tensionit.
- Të nxisim familjarët që së bashku me punë të arrijmë më të mirën për të sëmurin.

2.9.4 Rezultate e pritura

- Pacienti është i informuar për ecurinë e sëmundjes.
- Është arritur pakësimi i ankesave.
- Pacienti fillon të zbatojë dietat me përpikëri (kufizimin e kripës, shmangien e pirjes së duhanit kafeinës si dhe pijeve alkoolike).
- Përmirësimi i aftësive së pacientit për të kuptuar situatën në të cilën është.
- Është aplikuar terapia sipas udhëzimeve të mjekut.
- Gjendja e pacientit është përmirësuar dhe familjarët janë mësuar me këtë gjendje. (Hundozi D. 2000)

2.9.5 Mospajtimi me regjimin terapeutik

Qëllimi është që pacienti të pranojë regjimin terapeutik, për të minimizuar rrezikun për dëmtim të organeve. Pacientët të cilët kanë nevojë për trajtim medikamentoz për të kontrolluar

hipertensionin, kanë nevojë për të administruar medikamente. Shpesh pacientët e ndërpresin administrimin e barnave antihipertensive për vetë faktin se ata nuk kanë simptoma hipertensive. Pacientët gjithashtu mendojnë se nëse presioni i gjakut është kthyer në vlera normale përmes administrimit të antihipertensivëve nuk është e nevojshme ti përdorin këto medikamente për një kohë të gjatë.

Pacientët mund të ndalojnë së marri antihipertensivët për shkak të efekteve anësore dhe kostove të tyre. (Tonja A, 2004)

Infermieri dhe individ i moshuar duhet të diskutojnë qëllimet e terapisë, duke përfshirë edhe efekte anësore të trajtimit individual për të ndihmuar atë që të identifikojë problemet kryesore. Pacientët të cilët nuk miratojnë trajtimin me antihipertensiv, janë në rrezik të madh për dëmtim të organeve dhe krizës hipertensive.

2.9.6 Përgatitja dhe edukimi shëndetësor në shtëpi

Nëse është e mundur pacienti duhet të ketë në shtëpi një aparat tensioni për të matur tensionin arterial në mënyrë të rregullt dhe periodike. Infermieri e vlerëson aftësinë e të moshuarit për të mësuar si të masë TA. Nëse pacienti nuk mund ta masë vetë TA atëherë një pjesëtar i familjes instruktohet se si ta kryejë këtë procedurë. (Xhaferaj I. 2005).

3. DEKLARIMI I PROBLEMIT

Sëmundjet kardiovaskulare përbëjnë shkaktarin kryesor të vdekjeve në mbar botën. Hipertensioni është shkaktari më i shpeshtë i vdekjeve të parakohshme, me mundësi parandalimi, gjë që ka rezultuar në rritjen e numrit të hulumtimeve rreth prevalencës, trajtimit, kontrollit dhe parandalimit të hipertensionit. Përmes rishikimit të literaturës dhe interpretimit të studimeve të shumta në këtë punim tentohet të paraqiten këto probleme dhe të analizohen në detaje. Hipertensioni arterial është shumë prezent edhe te pacientet tanë në Kosove, dhe shumë shqetësuese është shumë prej personave vuajnë nga hipertensioni dhe ata ende nuk e dinë këtë për shkak të neglizhencës personale.

Si qëllim primar primarë i këtij punimi është prezantimi i hipertensionit arterial si sëmundje, duke përfshirë etiologjinë e sëmundjes, patogjenezën, manifestimin klinik, trajtimin dhe kujdesin infermieror ndaj pacientëve me hipertension arterial.

Pos kësaj, qëllim i punimit është edhe analizimi i të dhënave statistikore për numrin e pacientëve me hipertension të trajtuar në Spitalin e Përgjithshëm të Prizrenit nga muaji Janar deri në muajin Tetor të vitit 2020.

4. METODOLOGJIA

Për të realizuar këtë punim është përdorur kjo metodologji studimi:

- Rishqyrtim i literaturës (secondary research) – i cili është përdorur për të studiuar konceptet teorike rreth hipertensionit arterial. Për këtë janë përdorur artikuj studimorë, libra nga botimet më të ndryshme nga botues vendas dhe të jashtëm.

- Studim retrospektiv përmes raportimit të numrit të pacienteve me hipertension arterial të trajtuar në Spitalin e Përgjithshëm të Prizrenit nga muaji Janar deri në muajin Tetor të vitit 2020.

- Përshkrimi i të dhënave demografike të pacienteve (gjinisë, moshës, vendbanimit), ditët e hospitalizimit dhe mënyrën e trajtimit.

Të dhënat janë marrë nga protokollet dhe fletëlëshimet e pacienteve të trajtuar në Spitalin e Përgjithshëm të Prizrenit nga muaji Janar deri në muajin Tetor të vitit 2020, me lejen e komitetit etik. Të dhënat e marra do të përdorën vetëm për këtë qellim dhe do të mbeten konfidenciale.

Hipotezat zero:

Nuk ka dallime signifikante në mesataret e ditëve të hospitalizimit në mes meshkujve dhe femrave.

Nuk a dallime signifikante në mesataret e ditëve të hospitalizimit ndërmjet grup – moshave.

5. REZULTATET DHE DISKUTIMI

Tabela 5.1 Numri i rasteve me hipertension arterial i ndarë sipas muajve në vitin 2020

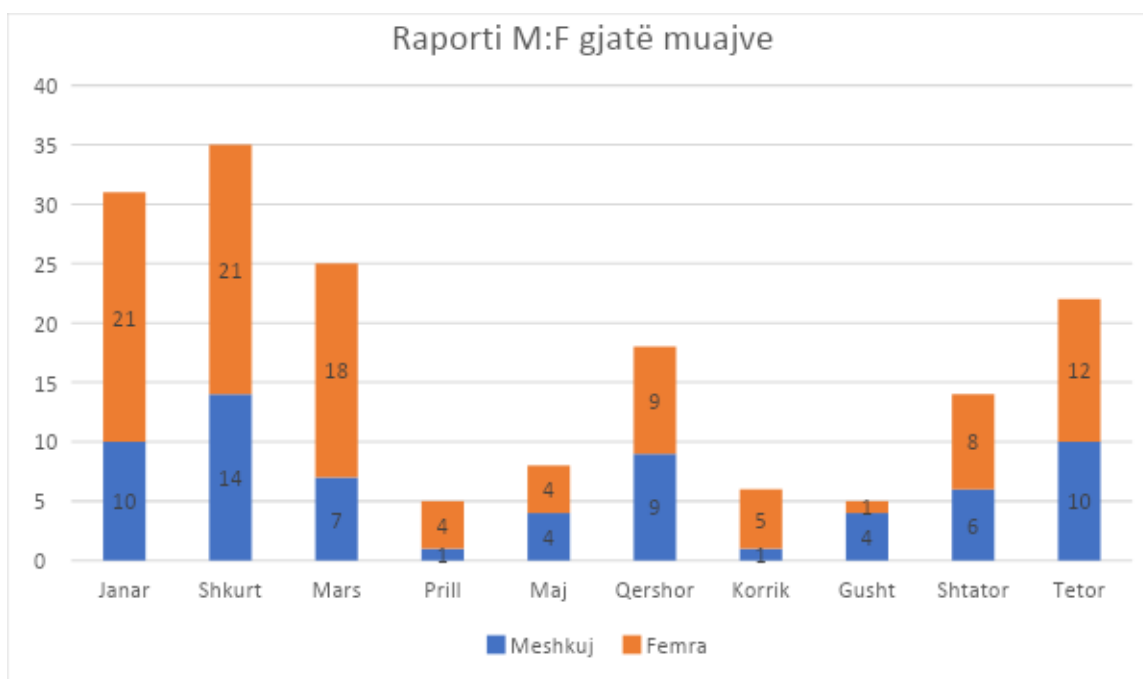
Muajt/2020	Frekuenca	Përqindja %
Janar	31	18.3
Shkurt	35	20.7
Mars	25	14.8
Prill	5	3.0
Maj	8	4.7
Qershor	18	10.7
Korrik	6	3.6
Gusht	5	3.0
Shtator	14	8.3
Tetor	22	13.0
Total	169	100.0

Duket u bazuar në të dhënat e tabelës 5.1, vërejmë se numri i pacienteve nëpër muaj gjatë vitit 2020 është i ndryshëm. Kjo ka ndodh për arsye se gjatë muajve Prill dhe Maj në Kosovë filloj rritja e numrit të rasteve të infektuara me COVID-19, dhe kjo gjë me siguri i ka frikësuar edhe pacientet me hipertension arterial që të kërkojnë ndihme shëndetësore në spitalet e Republikës së Kosovës, prandaj në këta dy muaj (Prill dhe Maj) e poashtu edhe në muajin Gusht dhe Korrik kemi numrin më të vogël të pacienteve me hipertension të trajtuar në Spital. Në periudhën Janar – Tetor të vitit 2020, janë trajtuar gjithsej 169 pacient me hipertension arterial në Spitalin e Përgjithshëm në Prizren. Pasi që pacientet me Hipertension Arterial kanë probleme më shpesh në muajt e ftohtë, ku një gjë e tillë është vërejtur edhe te pacientet tanë. Muaji me më së shumti raste ishte muaji Shkurt me gjithsej 35 raste (20.7%), pasuar nga muaji Janar me 31 raste (18.3%). Me siguri numër i ngjashëm i rasteve do të ishte edhe në muajt Nëntor dhe Dhjetor, ndërsa vërehet një tendence rritje të rasteve në muajin Tetor, 22 raste (13%). Gjatë muajve të nxehtë pacientet me hipertension kanë më rrallë probleme, ku vërehet edhe te rezultatet tona. Muajt Qershor, Korrik, Gusht kanë nga 18, 6, 5 raste apo 10.7%, 3.6%, 3% respektivisht.

Tabela 5.2 Numri i rasteve me hipertension arterial i ndarë sipas gjinisë, Janar – Tetor 2020

Gjinia	Frekuenca	Përqindja %
Mashkull	66	39.1
Femër	103	60.9
Totali	169	100.0

Prej 169 pacienteve të trajtuar në Spitalin e Përgjithshëm të Prizrenit, 66 prej tyre ishin të gjinisë mashkullore (39.1%), kurse 103 prej tyre ishin të gjinisë femërore (60.9%). Pothuajse në të gjithë muajt e analizuar raporti Meshkuj:Femra ishte më i vogël se 1 ($M:F < 1$), përveç në muajt Maj dhe Qershor ku raporti $M:F = 1$, ndërsa në muajin Gusht raporti $M:F > 1$. Raporti Meshkuj:Femra për muajin Janar ishte 10:21; për muajin Shkurt ishte 14:21; për muajin Mars ishte 7:18; për muajin Prill ishte 1:4; për muajin Maj ishte 4:4; për muajin Qershor ishte përsëri i barabartë, 9:9; për muajin Korrik ishte 1:5; ndërsa për muajin Gusht raporti Meshkuj:Femra ishte më i madh se 1, 4:1; për muajin Shtator raporti $M:F$ ishte 6:8; dhe për muajin Tetor raporti $M:F$ ishte 10:12 (Këto rezultate janë paraqitur edhe në mënyrë grafike, Grafikoni 5.1).



Grafikoni 5.1 Raporti i Meshkujve dhe Femrave me hipertension gjatë muajve Janar – Tetor 2020.

Tabela 5.3 Numri i rasteve me hipertension arterial i ndarë sipas grup-moshave, Janar – Tetor 2020

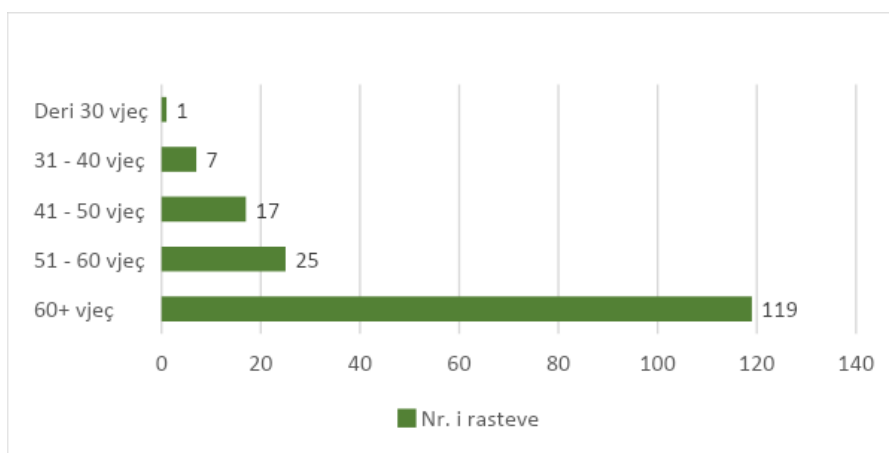
Grup - moshat	Frekuenca	Përqindja %
Deri 30 vjeç	1	0.6
31 - 40 vjeç	7	4.1
41 - 50 vjeç	17	10.1

51 - 60 vjeç	25	14.8
60+ vjeç	119	70.4
Total	169	100.0

Hipertensioni arterial është sëmundje e cila i prek kryesisht moshat e shtyra, e shumë rrallë moshat e reja. Shumica e personave janë mbi 60 vjeç. Të dhëna të ngjashme kemi fituar edhe në hulumtimin tonë.

Mosha minimale me hipertension ishte 20 vjeç, kurse ajo maksimale ishte 94 vjeç. Mosha mesatare e personave të trajtuar për hipertension arterial \pm DV ishte 65.52 ± 13.58 vjeç.

Grup – mosha me më së shumti raste ishte ajo 60+ vjeç me 119 raste apo 70.4%. Të gjeturat tona përputhën me literaturën ndërkombëtare. Grup – mosha e dytë për nga numri i rasteve ishte ajo 51 – 60 vjeç me 25 raste apo 14.8%. Grup – mosha 41 – 50 vjeç kishte 17 raste apo 10.1%. Grup – mosha 31 – 40 vjeç kishte vetëm 7 raste apo 4.1%, ndërsa vetëm një pacient ishte i moshës 20 vjeçare, 0.6% (Grafikoni 5.2).



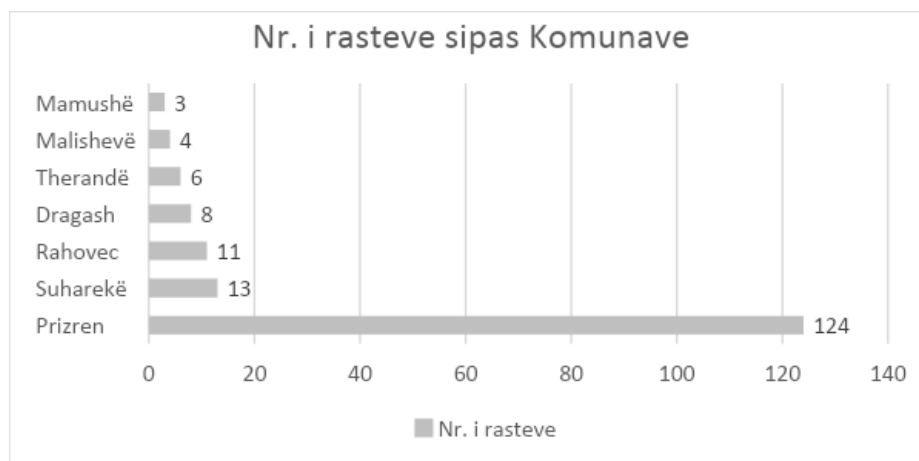
Grafikoni 5.2 Ndarja sipas grup – moshave e rasteve me HTA, Janar – Tetor 2020.

Tabela 5.4 Numri i rasteve me hipertension arterial i ndarë sipas vendbanimit, Janar – Tetor 2020

Komuna	Frekuenca	Përqindja %
Dragash	8	4.7
Malishevë	4	2.4
Mamushë	3	1.8
Prizren	124	73.4
Rahovec	11	6.5
Suharekë	13	7.7
Therandë	6	3.6
Total	169	100.0

Bazuar në tabelën 5.4, vërejmë se Komuna me më së shumti raste me hipertension arterial të trajtuara në Spitalin e Përgjithshëm të Prizrenit është vetë Prizreni me 124 raste apo 73.4%. Pashohet nga Komuna e Suharekës me 13 raste apo 7.7%, pastaj nga Komuna e Rahovecit me 11 raste apo 6.5%. Komuna e Dragashit kishte 8 raste apo 4.7%. Komuna e Therandës kishte 6 raste apo 3.6%. Komuna e Malishevës kishte 4 raste apo 2.4%, dhe në fund Komuna e Mamushës kishte vetëm 3 raste apo 1.8%. (Grafikoni 5.3).

Prej Komunave të lartcekura, vetëm Komuna e Prizreni posedon Spital të përgjithshëm gjë që e shpjegon edhe numrin e lart të pacienteve në këtë Komunë, ndërsa Komunitat tjera nuk posedojnë një spital të tillë.



Grafikoni 5.3 Ndarja e rasteve sipas Komunave (vendbanimit), Janar – Tetor, 2020

Tabela 5.5 Numri i rasteve me hipertension arterial i ndarë sipas ditëve të hospitalizimit, Janar – Tetor 2020

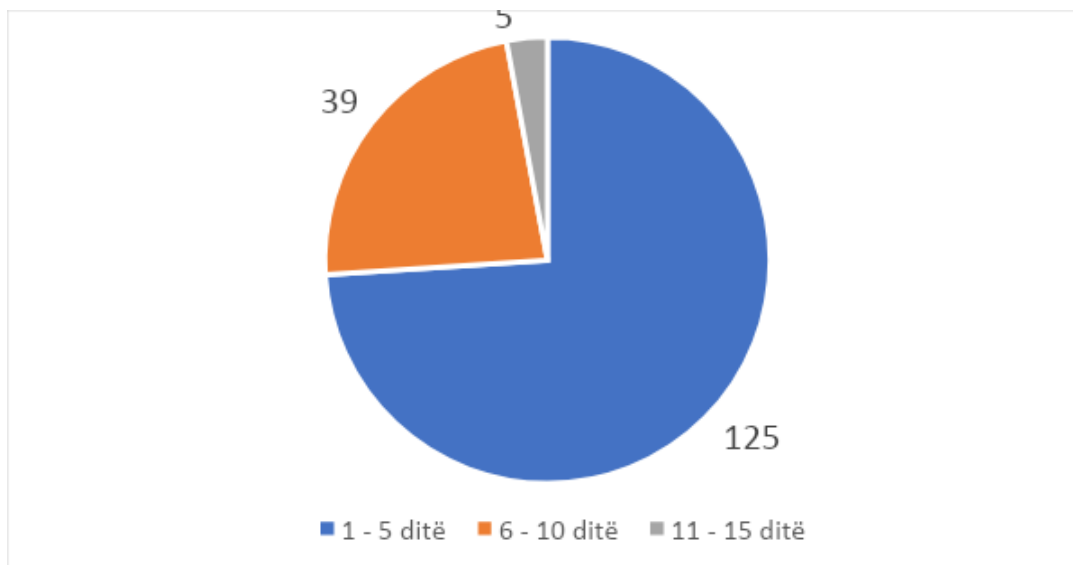
Ditët e Hospitalizimit	Frekuenca	Përqindja %
1 – 5 ditë	125	74.0
6 – 10 ditë	39	23.1
11 – 15 ditë	5	3.0
Totali	169	100.0

Numri i ditëve të hospitalizimit ndryshon në varësi të ashpërsisë së sëmundjes apo edhe pranisë së sëmundjeve të tjera bashkëshoqëruese që rëndojnë gjendjen. Ditët e hospitalizimit të pacienteve me hipertension arterial në Spitalin e Përgjithshëm në Prizren sillen nga 1 ditë minimumi deri në 15 ditë maksimumi. Shuma totale e ditëve të hospitalizuara është 722 për periudhën Janar – Tetor

të vitit 2020. Ditët mesatare të hospitalizimit \pm DS janë 4.27 ± 2.63 ditë. Shumica e pacienteve bëjnë pjesë në grupin 1 – 5 ditë hospitalizim, respektivisht 125 raste (74%). Një numër i konsiderueshëm i pacientëve kanë pasur nevojë për më shumë ditë trajtimi, 39 pacient bëjnë pjesë në grupin 6 – 10 ditë trajtim në klinikë (23.1%). Kurse, një numër i vogël i pacienteve kishin nevojë më shumë se 10 ditë hospitalizim, respektivisht 5 pacient bëjnë pjesë në grupin 11 – 15 ditë (3%) (Grafikoni 5.4).

Grafikoni 5.4 Ndarja e rasteve sipas ditëve të hospitalizimit, Janar – Tetor, 2020

Tabela 5.6 Skemat e trajtimit të pacientëve të hospitalizuar me hipertension , Janar – Tetor 2020

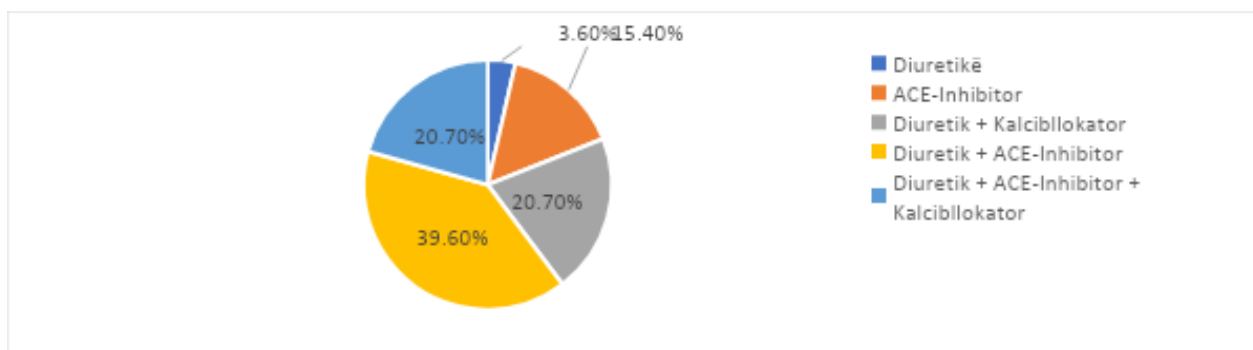


Skema e trajtimit të pacientëve	Frekuenca	Përqindja %
Diuretik	6	3.6
ACE-Inhibitor	26	15.4
Diuretik + Kalciblllokator	35	20.7
Diuretik + ACE-Inhibitor	67	39.6
Diuretik + ACE-Inhibitor + Kalciblllokator	35	20.7
Total	169	100.0

Në varësi të shkallës së hipertensionit arterial bëhet edhe trajtimi i tyre. Si terapi e rendit të parë konsiderohen Diuretikët, ACE-Inhibitorët, Kalciblllokatorët (Antagonistët e Kalciumit), ose Beta – Blllokatorët, etj. Shkallët më të rënda të hipertensionit kërkojnë edhe rritje të dozave të barnave dhe kombinime të tyre. Kombinimet që mund të përdoren janë Diuretikët + Kalciblllokatorët,

Diuretikët + ACE-Inhibitorët, dhe në shkallë më të rënd mund të shtojmë edhe barin e tretë dhe të katërt, siç është kombinimi Diuretik + ACE-Inhibitor + Kalcibllikator.

Shumica e pacienteve të hospitalizuar në Spitalin e Përgjithshëm të Prizrenit janë trajtuar me kombinimin në mes Diuretikëve + ACE-Inhibitorëve, respektivisht 67 raste (39.6%). 35 pacient kishin nevojë edhe për barin e tretë, pra kombinimin mes Diuretikëve + ACE-Inhibitorëve + Kalcibllikatorve, (20.7%). Poashtu 35 pacient kishin nevojë për terapi kombinuese në mes Diuretikëve dhe Kalcibllikatorëve për menaxhimin adekuat të hipertensionit, (20.7%). 26 pacient u trajtuan me monoterapi, më saktë me ACE-Inhibitorë (15.4%), kurse 6 pacient u trajtuan vetëm me Diuretikë, (3.6%) (Grafikoni 5.5).



Grafikoni 5.5 Skemat e trajtimit të përdorura te pacientet e hospitalizuar, Janar – Tetor, 2020

Tabela 5.7 Dallimi në mes mesatareve të gjinisë dhe të ditëve të hospitalizimit të pacienteve me HTA.

	Gjinia	N	Mesatarja	DS	t-test	Vlera p
Ditët e hospitalizimit	Meshkuj	66	3.83	2.377	-1.746	0.083
	Femra	103	4.55	2.757		

Bazuar në tabelën 5.7 kemi ardhur në konkludime se nuk kemi arritur të përjashtojmë hipotezën zero pasi që vlera e p-së është më e madhe se vlera e α (0.05).

Nuk ka dallime signifikante në ditët e hospitalizimit në mes meshkujve dhe femrave në nivelin e signifikancës 0.05, ku vlera e t – statistikës = -1.746 dhe vlera e p=0.083.

Tabela 5.8 Krahasimi mes grup – moshave dhe ditëve të hospitalizimit (ANOVA)

Grup-mosha	N	Mesatarja	DS	Anova (F)	Vlera p
------------	---	-----------	----	-----------	---------

Stresi ¹	Deri 30 vjeç	1	5	-	0.566	0.687
	31 - 40 vjeç	7	3.43	2.440		
	41 - 50 vjeç	17	4.47	3.502		
	51 – 60 vjeç	25	3.72	2.424		
	60+ vjeç	119	4.40	2.526		

Bazuar në tabelën 5.8 kemi ardhur në konkludime se nuk kemi arritur të përjashtojmë hipotezën zero pasi që vlera e p-së është më e madhe se vlera e α (0.05).

Nuk ka dallime signifikante në mesataren e ditëve të hospitalizimit ndërmjet grup – moshave në nivelin e signifikancës 0.05, ku vlera statistikore $F = 0.566$ dhe vlera $p = 0.687$.

6. PËRFUNDIME DHE REKOMANDIME

Nga të dhënat e punimit mund të konkludojmë se:

- ❖ Hipertensioni arterial përbënë një sfidë për stafin e kujdesit shëndetësor, për buxhetin e shtetit dhe për atë familjar.
- ❖ Në periudhën Janar – Tetor të vitit 2020, janë trajtuar gjithsej 169 pacient me hipertension arterial në Spitalin e Përgjithshëm në Prizren.
- ❖ Muaji me më së shumti raste ishte muaji Shkurt me gjithsej 35 raste (20.7%), pasuar nga muaji Janar me 31 raste (18.3%).
- ❖ Prej 169 pacienteve të trajtuar në Spitalin e Përgjithshëm të Prizrenit, 66 prej tyre ishin të gjinisë mashkullore (39.1%), kurse 103 prej tyre ishin të gjinisë femërore (60.9%).
- ❖ Moshë mesatare e personave të trajtuar për hipertension arterial \pm DV ishte 65.52 ± 13.58 vjeç.
- ❖ Grup – moshë me më së shumti raste ishte ajo 60+ vjeç me 119 raste apo 70.4%.
- ❖ Komuna me më së shumti raste me hipertension arterial të trajtuara në Spitalin e Përgjithshëm të Prizrenit është vetë Prizreni me 124 raste apo 73.4%.
- ❖ Shuma totale e ditëve të hospitalizuara është 722 për periudhën Janar – Tetor të vitit 2020.
- ❖ Ditët mesatare të hospitalizimit \pm DS janë 4.27 ± 2.63 ditë.
- ❖ Shumica e pacienteve bëjnë pjesë në grupin 1 – 5 ditë hospitalizim, respektivisht 125 raste (74%).
- ❖ Shumica e pacienteve të hospitalizuar në Spitalin e Përgjithshëm të Prizrenit janë trajtuar me kombinimin në mes Diuretikëve + ACE-Inhibitorëve, respektivisht 67 raste (39.6%).
- ❖ Nuk ka dallime signifikante në ditët e hospitalizimit në mes meshkujve dhe femrave në nivelin e signifikancës 0.05.
- ❖ Nuk ka dallime signifikante në mesataren e ditëve të hospitalizimit ndërmjet grup – moshave në nivelin e signifikancës 0.05.

Në bazë të konkludimeve, vijnë këto rekomandime:

- Për shkak të situatës së krijuar nga pandemia me COVID-19, duhet ndërmarrë masa shtesë mbrojtëse për pacientet me Hipertension Arterial pasi që ata janë kategorikisht të rrezikuar.
- Sigurimi i kontroleve sistematike të pacienteve me Hipertension Arterial.

- Edukimi i pacienteve për menaxhimin adekuat të hipertensionit, përmes marrjes me rregull të barnave, mbajtjes së dietës sidomos kujdesi ndaj ushqimeve të kriposura, etj.

7. REFERENCAT

1. World Health Organization [WHO]. (2013). A global brief on hypertension, Silent killer, global public health crisis: World Health Day, 2013.
2. Kuate Defo B, Mbanya JC, Tardif JC, Ekundayo O, Perreault S, Potvin L, Cote R, Kengne AP, Choukem SP, Assah F, Kingue S, Richard L, Pongou R, Frohlich K, Saji J, Fournier P, Sobngwi E, Ridde V, Dubé MP, De Denus S, Mbacham W, Lafrance JP, Nsagha DS, Mampuya W, Dzudie A, Cloutier L, Zarowsky C, Tanya A, Ndom P, Hatem M, Rey E, Roy L, Borgès Da Silva R, Dagenais C, Todem D, Weladji R, Mbanya D, Emami E, Njoumemi Z, Monnais L, Dubois CA. Diagnosis, Prevalence, Awareness, Treatment, Prevention, and Control of Hypertension in Cameroon: Protocol for a Systematic Review and Meta-Analysis of Clinic-Based and Community-Based Studies
3. Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure [JNC 7]. (2003). American heart association.
4. Lloyd-Jones DM, Evans JC, Larson MG, O'Donnell CJ, Levy D (1999) Differential impact of systolic and diastolic blood pressure level on JNC-VI staging. Joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *Hypertension*, **34**:381–385.
5. Karen Whalen; Carinda Field; Rajan Radhakrishnan. Lippincott Illustrated Reviews: Pharmacology. Seventh Edition. 2019. Wolters Kluwer Philadelphia. pg 604
6. Chobanian, A., Bakris, G. L., Black, H. R., Cushman, W. C., Green, L. A., Izzo, J. L. J., Jones, D.W., Materson, B. J., Oparil, S., Wright, J. T. J., & Roccella, E. J. (2003). Seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure: The JNC 7 report. *Journal of the American Medical Association*, *42*, 1206-1252.
7. O'Brien, E., Beevers, D. G., & Lip, G. Y. H. (2007). *ABC of hypertension*. London: BMJ Books.
8. Eckman, M., & Kirk, K. (2013). *Pathophysiology: Made incredibly easy* (5th ed.). Philadelphia: Woltrrs Kluwer Health

9. Huether, S., & McCance, E. (2012). *Understanding pathophysiology* (5th ed.). St. Louis: Mosby
10. Beevers, D., Lip, G., & O' Brien, E. (2007). *ABC of hypertension* (5th ed.). Massachusetts: Blackwell.
11. Lawes, C. M., Vander, S., & Rodgers, A. (2008). International society of hypertension. Global burden of blood pressure related disease. *The Lancet*, 371(9623), 1513-1518.
12. Rigaud, A. S., Seux, M. L., Staessen, J. A., Birkenhager, W. H., & Forette, F. (2000). Cerebral complications of hypertension. *Journal of Human Hypertension*, 14, 605-616.
13. Gaziano, T. A. (2008). Economic burden and the cost-effectiveness of treatment of cardiovascular diseases in Africa. *Heart*, 94, 140-144
14. Lee, L., Arthur, A., & Avis, M. (2007). Evaluating a community-based walking intervention for hypertensive older people in Taiwan: A randomized controlled trial. *Journal of Preventive Medicine*, 44, 160-166.
15. Bimi, I. (2015). *Infermieria e geriatrisë*. Durrës.
16. Boshnjaku, A. (2002). *Infermieria*. Prishtinë.
17. E, P. I. (2005). *Infermieristika në specialitete*. Tiranë.
18. Hundozi, D. (2000). *Kujdesi shëndetësor*. Prishtinë.
19. Kario, K. (2009). *Hypertension*. London, England.
20. Tonja A, P. A. (2004). *Bazat e infermieristikës së përgjithshme*. Tiranë.
21. Xhaferraj, I. B. (n.d.). *Geriatria dhe Kujdesi infermieror*. 2005.