

UNIVERSITETI “FEHMI AGANI” GJAKOVË

FAKULTETI I MJEKËSISË

DREJTIMI: INFERMIERI



PUNIM DIPLOME

**HIPERTENSIONI ARTERIAL, LLOJET, KLASIFIKIMI
DHE PRINCIPET E TRAJTIMIT**

Punoi: Fjorella Malushaj

Mentori: Prof. Ass. Dr. Dardan Koçinaj

Gjakovë, Dhjetor 2016

Punimi është bërë në Universitetin e Gjakovës, Fakulteti i Mjekësisë, Drejtimi Infermieri në bashkëpunim me Spitalin Rajonal “Isa Grezda” në Gjakovë, reparti i Internos.

Mentori i kësaj teme është Prof. Ass. Dr. Dardan Koçinaj.

Punimi përfshinë:

36 Faqe

8 Tabela

2 Figura

3 Grafikone

DEKLARATA:

Unë si studente e Fakultetit të Mjekësisë në Universitetin e Gjakovës “Fehmi Agani”, kam punuar me mjaft përkushtim këtë punim dhe deklaroj se kjo Temë e Diplomës është punimi im origjinal dhe se gjithë literaturën dhe burimet e tjera që i kam shfrytëzuar gjatë punimit janë të listuara në referenca dhe plotësisht të cituara.

FALËNDERIME:

Fillimisht falënderoj familjen time për mbështetjen dhe kurajon e vazhdueshme gjatë studimeve.

Falënderoj të gjithë profesorët dhe stafin akademik të Universitetit të Gjakovës.

Falënderoj stafin e repartit të internos në Spitalin Rajonal “Isa Grezda” në Gjakovë të cilët me ndihmuan rreth gjetjes së të dhënave statistikore.

Faleminderit Prof. Ass. Dr. Dardan Koçinaj i cili ishte udhëheqës i kësaj teme, për punën e palodhshme duke më sqaruar çdo gjë rreth paqartësive gjatë përgaditjes së kësaj teme.

PËRMBAJTJA:

1. ABSTRAKTI	7
2. HYRJE	8
2.1. Fiziologjia e presionit arterial	9
2.2. Matja e presionit arterial	10
2.3. Epidemiologjia	12
2.4. Hipertensioni arterial (HTA)	13
2.5. Hipertensioni esencial	14
2.6. Hipertensioni sekondar	15
2.7. Faktorët e rrezikut dhe simptomat	16
2.8. Pasojat patologjike të hipertensionit	17
2.9. Diagnoza dhe vlerësimi i pacientit	18
2.10. Trajtimi	19
2.11. Plani i kujdesit infermieror	22
2.12. Vlersimi fillestar	22
2.13. Diagnoza infermiore	22
2.14. Planifikimi infermieror	23
2.15. Zbatimi infermieror	24
2.16. Vlerësimi përfundimtar	24
2.17. Rekomandimet infermiore	24
3. QËLLIMI I PUNIMIT	25
4. METODOLOGJIA (Materialet dhe Metodat)	26
5. REZULTATET	27
6. DISKUTIMI	31
7. PËRFUNDIMI	32
8. A. REZYME	33
B. SUMMARY	34
9. REFERENCAT	35
10. CV e shkurtër e kandidatit	36

SHKURTESAT:

TA- Tensioni arterial

HTA- Hipertensioni arterial

EKG- Elektrokardiogram

EKO- Ekokardiografia

OBSH- Organizata Botërore e Shëndetësisë

AHA- American Heart Association (Asociacioni Amerikan i Zemres)

NHANES- National Health and Nutrition Examination Survey (Vëzhgimi i Egzaminimit Kombëtar të Shëndetit dhe Ushqimit)

IMT- Indeksi i Masës Trupore

DASH- Dietary Approaches to Stop Hypertension (Qasjet Dietike për të Ndaluar Hipertensionin)

Lista e figurave:

Fig.1. Përcaktuesit e presionit arterial

Fig.2. Procedura e matjes së TA

Lista e tabelave:

Tabela 1. Klasifikimi i presionit të gjakut

Tabela 2. Shkaqet e hipertensionit sekondar

Tabela 3. Modifikimet e stilit të jetës për menaxhimin e hipertensionit

Tabela 3. Struktura e pacientëve me hipertension arterial sipas gjinisë në repartin e Internos

Tabela 4. Ndarja e pacientëve me hipertension arterial sipas grupmoshave

Tabela 5. Shpërndarja e hipertensionit arterial sipas vendbanimit

Tabela 6. Struktura e ditë qëndrimit në spital, te pacientët me hipertension arterial

Tabela 7. Struktura e pacientëve me hipertension arterial sipas muajve të vitit

Lista e grafikoneve:

Grafikoni 1. Shpërndarja e hipertensionit arterial sipas vendbanimit

Grafikoni 2. Struktura e ditë qëndrimit në spital, te pacientët me hipertension arterial

Grafikoni 3. Paraqitja grafike e hipertensionit sipas muajve të vitit.

1. ABSTRAKTI

Punimi është bërë në Universitetin e Gjakovës, Fakulteti i Mjekësisë, drejtimi Infermieri, në bashkëpunim me Spitalin Rajonal “Isa Grezda” në Gjakovë.

Përmes këtij punimi janë vlerësuar të dhënat statistikore për hipertensionin arterial, gjatë një periudhe kohore të caktuar.

Mentori i kësaj teme është Prof. Ass. Dr. Dardan Koçinaj.

Punimi përmban gjithsej 36 faqe, 8 tabela, 2 figura, 3 grafikone.

2. HYRJJE

Presioni i gjakut paraqet shtypjen që bën gjaku në muret e enëve të gjakut. Vlerat normale të presionit të gjakut janë 120/80 mmHg.

Faktorët e rrezikut që ndikojnë në rritjen e shtypjes së gjakut mund të jenë: trashëgimia, mosha, gjinia, obeziteti, stresi, jeta inaktive, konsumimi i alkoolit etj.

Hipertensioni paraqet shtypjen e lartë të gjakut mbi vlerat 140/90 mmHg. Presioni i lartë i gjakut është ndër faktorët kryesorë të rrezikut të sëmundjeve kardiovaskulare dhe mund të shkaktojë dëmtim të enëve të gjakut dhe dëmtim të organeve.¹

Disa nga shenjat që shoqërojnë hipertension janë: kokëdhembje, marrëmendje, zhurmë në vesh, nervozizëm, çrregullime të gjumit, etj.

Hipertensioni arterial ndahet në dy grupe kryesore: hipertensioni esencial dhe hipertensioni sekondar apo dytësor.

Hipertensioni esencial i cili përfshinë përqindjen më të lartë të sëmurëve hipertensiv, shkak i të cilit në të shumtën e rasteve nuk dihet, mendohet të jetë pasojë e faktorëve gjenetik ose pasojë e ndërveprimit të faktorëve mjedisorë.

Ndërsa hipertensioni sekondar ka një përqindje më të vogël të sëmurëve hipertensiv në krahasim me hipertensionin esencial, shkak i të cilit mund të jetë ndonjë sëmundje (renale).

Zbulimi i hershëm i hipertensionit, diagnostifikimi dhe mjekimi janë shumë të rëndësishëm në shmangien e komplikimeve (që mund të sjell shtypja e lartë e gjakut), nga të cilat mund të përmendim: goditje në tru, goditje në zemër, dëmtim të veshkëve etj.

¹ Kumar V, Abbas A, Fausto N, Mitchell R. Basic Pathology ROBBINS. Tiranë. 2010: 252-256.

2.1. FIZIOLOGJIA E PRESIONIT ARTERIAL

Presioni arterial është forca me të cilën zemra pompon gjakun në muret e enëve të gjakut, me qëllim që të furnizojë me gjak dhe oksigjen të gjithë organizmin (organet dhe indet), duke siguruar si përshembull funksionin e rregullt të trurit, filtrimin në veshka. Mekanizmat të cilet mbajnë në kontroll presionin e gjakut janë: debiti kardiak, rezistenca periferike, vëllimi intravaskular, sistemi nervor autonom, sistemi reninë-angiotenzinë-aldosteron, kalibri vaskular dhe komplanca e arterieve të rezistences.



Figura I- Percaktuesit e presionit arterial

Rezistenca e enës së gjakut dëshmon për ndryshimet funksionale dhe anatomike të murit të arteries dhe mund të rritet me trashjen e murit arterial.² Shtypja e gjakut matet me milimetër të shtyllës së zhivës (mmHg), ku zakonisht lexohen dy vlera: vlera e parë është shtypja sistolike, e cila krijohet kur zemra kontrahohet dhe vlera tjetër është shtypja diastolike, e cila krijohet kur zemra relaksohet. Shtypja e gjakut në sistolë paraqitet në arterie 0.1-0.2 sekondash prej fillimit të sistoles dhe shfaqet me vlera normale prej 120-140 mmHg. Shtypja e gjakut në diastolë paraqitet në arterie, në fund të diastoles së ventrikujve, në lartësi prej 60-80 mmHg.³

Tabela I – Klasifikimi i presionit të gjakut

Klasifikimi i presionit te gjakut	Sistolik, mmHg	Diastolik, mmHg
Normal	<120	<80
Prehipertension	120-139	80-89
Hipertension i stadit 1	140-159	90-99
Hipertension i stadit 2	≥160	≥100
Hipertension sistolik i izoluar	≥140	<90

⁴ Burimi: u përshtat nga Chobanian dhe bashkëautorët, Parimet e mjekësisë interne Harrison.

² Fauci A, Braunwald E, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson L, Loscalzo J. Parimet e mjekësisë interne HARRISON. Prishtinë. 2013: 1549-1562.

³ Shala M, Lenjani B. Kujdesi shëndetësor për klasen e II të shkollës së mesme të mjekësisë. Prishtinë. 2001: 32-36.

2.2. MATJA E PRESIONIT TE GJAKUT

Para se të bëhet matja e presionit arterial pacienti duhet të ulet dhe të rrijë në qetësi për 5 minuta ndërsa nëse pacienti ka kryer aktivitet fizik duhet të pushojë 15-20 minuta. Qendra e manzhetës duhet të jetë në nivelin e zemrës, gjerësia e manzhetës duhet të jetë 40% e perimetrit të krahut dhe gjatësia e pjesës së manzhetës që fryhet duhet të rrethojë 80% të perimetrit të krahut. Stetoskopi na mundëson që të dëgjojmë tingujt e pulsit dhe manometri për të vizualizuar vlerat e presionit arterial. Krahu në të cilin do të bëhet matja duhet të jetë i zhveshur. Vendoset manzheta dhe stetoskopi në krahun e pacientit, fryhet manzheta deri kur arrihet presioni i duhur dhe pastaj lirohet valvula dhe manzheta shfryhet ngadalë (2 mmHg/s). Presioni sistolik është i pari që dëgjohet nga të pakten dy “goditje” të rregullta të tingujve të Korotkoff-it, ndërsa presioni diastolik është pika në të cilën dëgjohet tingulli i fundit i rregullt i Korotkoff-it.

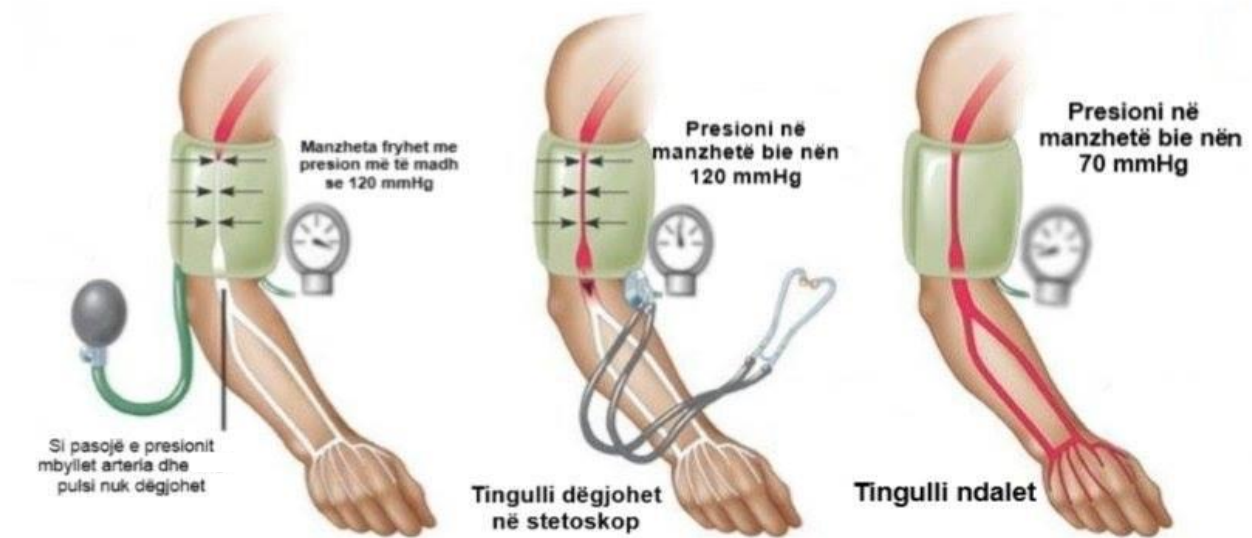


Figura II.Procedura e matjes së TA

Holter monitorimi

Monitorët ambulator përdorin tekniken oshilometrike dhe janë të automatizuar për të bërë matje 15- 30 minuta për një periudhë 24 orë.⁵

Burimi: <https://singaporeosteopathy.com/2015/05/31/what-is-blood-pressure/>

⁵ Fauci A, Braunwald E, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson L, Loscalzo J. Parimet e mjeksisë interne HARRISON. Prishtinë. 2013: 1549-1562.

Monitorimi ambulator i presionit të gjakut është i rezervuar për pacientët të cilët dyshohet se vuajnë nga hipertensioni i bluzave të bardha dhe nuk përdoret në rutinë gjatë praktikës klinike. Raporti i Shtatë i Komitetit Kombëtar të Përbashkët për Parandalimin, Zbulimin, Vlerësimin dhe Trajtimin e Presionit të Lartë të Gjakut ka rekomanduar monitorimin ambulator për rezistencen ndaj trajtimit, hipotensioni ortostatik, insuficiencen e sistemit nervor autonom dhe hipertensionit episodik.⁶

Monitorimi në shtëpi i presionit arterial nënkupton matjen e presionit arterial nga vetë pacienti ose ndonjë antarë i familjes. Për vlerësim diagnostik është e nevojshme matja e presionit arterial çdo ditë së paku 3, 4 deri në 7 ditë, në mëngjes dhe në mbrëmje. Presioni arterial duhet të matet në një dhomë të qetë, në pozicionin ulur, ku shpina dhe krahu janë pozicionuar mirë, pas 5 minutash qëndrimi në qetësi dhe duke bërë dy matje për çdo rast, të kryera në distancë 12 minuta nga njëra-tjetra. Pas çdo matje rezultatet raportohen në një ditar të standardizuar. Presioni i matur në shtëpi është mesatarja e këtyre matjeve, me përjashtim të ditës së parë të monitorimit. Në këtë mënyrë sigurohen matje për periudha më të gjata dhe ndryshueshmëri të presionit arterial ditë pas dite. Presioni arterial i matur në klinikë është zakonisht më e lartë se presioni arterial i matur jashtë klinikës, që mund t'i referohet shqetësimit, ankthit ose përgjigjes së kushtëzuar ndaj situatës jo të zakonshme.⁷

Hipertensioni nga bluzat e bardha Afërsisht 15-20% e pacientëve me hipertension të stadi të parë, duke u bazuar në matjet e presionit të gjakut në zyrat e vizitës, kanë një mesatare të vlerave të presionit të matura në mënyrë ambulatorë më të ulët se 135/85 mmHg. Ky fenomen mund të shoqërohet me rritjen e rrezikut për dëmtimin e organeve, gjithashtu ka një rrezik të lartë për të zhvilluar hipertension të zgjatur.⁸

⁶ Fauci A, Braunwald E, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson L, Loscalzo J. Parimet e mjekësisë interne HARRISON. Prishtinë. 2013: 1549-1562.

⁷ Goda A, Simoni L, Tase M, Nelaj E, Ylli A, Hysi G, Çomo A, Sotiri E, Marku N, Bulo A, Refatllari E, Ylli A, Xinxo S, Shuperka R, Toçi E, Rrumbullaku L, Pulliqi P, Çollaku A, Hunda M, Gjoshi A, Vaso A, Panci L, Cenko F, Bejta G. Të shëndetshëm jemi të gjithë të barabartë. Udhëzuesi për kontrollin mjekësor bazë për shtetasit e grupmoshave 40-65 vjeç. Tiranë. 2013: 179-200.

⁸ Fauci A, Braunwald E, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson L, Loscalzo J. Parimet e mjekësisë interne HARRISON. Prishtinë. 2013: 1549-1562.

2.3. EPIDEMIOLOGJIA

Ritmi i rritjes së presionit të gjakut lidhur me moshën dhe prevalencën e hipertensionit ndryshon nëpërmjet shteteve dhe popullatave të ndryshme brenda të njejtit shtet. Është vlerësuar se hipertensioni shkakton një përqindje të madhe të vdekjeve në të gjithë botën. Te fëmijët dhe adoleshentët, presioni i gjakut lidhet me rritjen dhe maturimin. Në Shtetet e Bashkuara të Amerikës vlera mesatare e presionit sistolik të gjakut është më e lartë për meshkujt sesa për femrat gjatë periudhës së hershme, ndërsa ritmi i rritjes së presionit të gjakut në lidhje me moshën është më i shpejtë të femrat. Tek të rriturit presioni i gjakut lidhur me moshën rritet në mënyrë progresive tek femrat deri në moshën 55 vjeç, dhe më pas ka tendencë të zvogëlohet. Sipas rezultateve të Vëzhgimit të Egzaminuar Kombëtar të Shëndetit dhe Ushqimit (NHANES) në Shtetet e Bashkuara, 28.7 % e të rriturve ose afërsisht 58.4 milionë individë kanë hipertension. Prevalenca e hipertensionit është 33.5 % te zezakët, 28.9% te të bardhët dhe 20.7 % të meksikanoamerikanëve. Prevalenca e hipertensionit tek individët e moshës mbi 60 vjeç është 65.4 %. Të dhënat e kohëve të fundit sygjerojnë se prevalenca e hipertensionit në Shtetet e Bashkuara të Amerikës mund të jetë duke u rritur, si pasojë e rritjes së obezitetit. Prevalenca e hipertensionit dhe shkalla e vdekshmërisë nga insulti janë më të larta në rajonin e juglindjes së Shteteve të Bashkuara të Amerikës se sa në rajonet tjera. Në ndryshimin e prevalencës së hipertensionit ndikojnë këta faktorë: faktorët ambiental, faktorët gjenetik, obeziteti, mbipesha, marrja e tepërt e kripes, konsumimi i alkoolit, stresi psikosocial etj.⁹

Indeksi i masës trupore është tregues i rëndësishëm në hulumtimin e mbipeshës dhe obezitetit. Llogaritja e indeksit të masës trupore:

IMT= peshë (kg)/ lartësi² (m)

IMT <18.5	→	Nënpeshë
IMT 18.50- 24.99	→	Peshë normale
IMT 25.00- 29.99	→	Mbipeshë
IMT 30.00- 34.99	→	Obezitet
IMT 35.00- 39.99	→	Obezitet i shkallës së dytë
IMT ≥40	→	Obezitet i shkallës së tretë¹⁰

⁹ Fauci A, Braunwald E, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson L, Loscalzo J. Parimet e mjekësisë interne HARRISON. Prishtinë. 2013: 1549-1562.

¹⁰ Pollozhani A, Kendrovski V, Koçubovski M, Krasniqi- Hoxha S. Ekologjia humane me higjenë. 120-121.

2.4. HIPERTENSIONI ARTERIAL

Hipertensioni është ndër faktorët më të rëndësishëm të rrezikut të sëmundjeve kardiovaskulare duke përfshirë: sëmundjen koronare të zemrës, insuficiencën kardiake kongjестive, insultin ishëmik dhe hemorragjik cerebrovaskular, insuficiencën renale dhe sëmundjet e arterieve periferike. Hipertensioni paraqet rritjen e presionit sistolik ≥ 140 mmHg dhe presionit diastolik ≥ 90 mmHg.¹¹ Presioni sistolik është më i rëndësishëm në përcaktimin e rrezikut kardiovaskular.¹² Sipas OBSH-së hipertensioni përcaktohet kur presioni arterial kalon shifren 160/90 mmHg, i matur dhe i gjetur në këto vlera 3-4 herë gjatë një periudhe 1-2 javore.¹³

Tipet e hipertensionit janë: tipi sistolik, tipi konvergjent dhe tipi divergjent.

Tipi sistolik i cili karakterizohet me rritjen maksimale të shtypjes sistolike dhe shtypja diastolike nuk ndryshon (p.sh. te ndryshimet ose te proceset arterioskloreitike).

Tipi konvergjent i cili karakterizohet me rritjen e të dyja shtypjeve, sistolike dhe asaj diastolike dhe diferencat mes tyre janë të vogla (renale).

Tipi divergjent i cili paraqitet me rritjen e shtypjes sistolike dhe zvogëlimin e shtypjes diastolike dhe diferencat mes këtyre shtypjeve janë të mëdha (Hipertireoza, insuficiensa e aortës).¹⁴

Hipertensioni shoqërohet me dy forma të sëmundjeve të enëve të vogla të gjakut: arterioskleroza hialine dhe arterioskleroza hiperplastike.

Arterioskleroza hialine- Kur lumeni ngushtohet si rezultat i hialinizimit të murit vaskular.

Arterioskleroza hiperplastike- Karakterizohet me lëkurë “si qepë”, trashje të murit të arteriolave dhe ngushtim të lumenit.¹⁵

¹¹ Peka E, Neçaj L, Rustami E, Bego D, Imami- Lelçaj A, Dervishi A, Zanaj V dhe Mane V. Infermieristika në specialitete. Tiranë. 2005: 42-45.

¹² Kummar V, Abbas A, Fausto N, Mitchell R. Basic Patology ROBBINS. Tiranë. 2010: 252-256.

¹³ Zallari K. Parime të geriartrisë dhe të gerontologjisë. Tiranë. 2008: 61-62.

¹⁴ Shala M, Lenjani B. Kujdesi shëndetësor për klasen e II të shkollës së mesme të mjekësisë. Prishtinë 2001: 32-36.

¹⁵ Alija L. Bazat patologjike të sëmundjeve. Siena (Itali). 2014: 24-27.

Hipertensioni ndahet në:

1. Hipertension esencial (të cilit i referohemi edhe si hipertension primar ose idiopatik) dhe
2. Hipertension sekondar.

2.5. HIPERTENSIONI ESENCIAL

Hipertensioni esencial- është forma më e shpeshtë e hipertensionit duke përfshirë kështu 80-95% të të gjitha rasteve me hipertension.

Hipertensioni esencial mund të jetë i trashëguar apo pasojë e ndonjë ndërveprimi ndërmjet faktorëve gjenetik dhe faktorëve mjedisorë. Shpeshtësia e hipertensionit esencial rritet me moshën, duke mos i përjashtuar edhe personat e rinjë të cilët kanë vlera relativisht të larta të presionit arterial dhe janë në rrezik të lartë për shfaqjen e hipertensionit.

Elementet bazë të hipertensionit esencial janë ndryshimet në hemostazen e natriumit dhe ndryshimet në tonusin e enëve të gjakut, ose në strukturën e saj.¹⁶

Renina plazmatike vepron në zvogëlimin e prodhimit të natriumit, prandaj prodhimi i pakësuar i natriumit shkakton rritje të detyrueshme të lëngjeve dhe debitit kardiak, si pasojë e vazokonstriksionit funksional përfundon me rezistencë të shtuar dhe me trashje të përhershme strukturale të enëve të gjakut rezistente.

Te pacientët me hipertension esencial vërehet lidhja midis aldosteronit dhe presionit të gjakut, duke krijuar kështu mundësinë që rritja e aldosteronit të ndikojë në hipertension.

Preparati antihipertenziv që përdoret te hipertensionit esencial dhe te disa pacientë me hipertension “rezistent ndaj medikamenteve”, mund të jetë spironolaktoni (antagonist i aldosteronit).¹⁷

¹⁶ Kummar V, Abbas A, Fausto N, Mitchell R. Basic Patology ROBINSS. Tiranë. 2010: 252-256.

¹⁷ Fauci A, Braunwald E, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson L, Loscalzo J. Parimet e mjeksisë interne. HARRISON. Prishtinë. 2013: 1549-1562.

2.6. HIPERTENSIONI SEKONDAR

Hipertensioni sekondar- përfshin një pjesë më të vogël të pacientëve hipertensiv të cilët mund të identifikohen me një çrregullim specifik bazë, që shkakton rritjen e presionit të gjakut. Shkaqet kryesore të hipertensionit sekondar janë: renale, endokrine, kardiovaskulare dhe neurologjike.

Tabela II- Shkaqet e hipertensionit sekondar

RENALE	<ul style="list-style-type: none"> • Glomerulonefriti akut, Stenoza e arteries renale, • Sëmundjet renale kronike, Vaskuliti renal, • Sëmundja polikistike, Tumoret që prodhojnë reninë
ENDOKRINE	<ul style="list-style-type: none"> • Hiperfunksioni adrenokortikal, Hormonet ekzogjene, • Hipertiroidizmi, Hipotiroidizmi, • Feokromocitoma, Akromegalia.
KARDIOVASKULARE	<ul style="list-style-type: none"> • Koraktacioni i aortes, Poliarteritis nodosa, • Vëllimi intravaskular i rritur, Debiti kardiak i rritur, • Ngurtësi i aortës.
NEUROLOGJIKE	<ul style="list-style-type: none"> • Psikogjene • Presioni intrakranial i rritur, Apnea e gjumit, • Stresi akut, duke përfshirë kirurgjinë.

Burimi: Adhami J, Resuli B, Cocoli H, K.SH.M. Bodinaku K, Klinika dhe mjekimi i sëmundjeve të brendshme, Tiranë

Hipertensionit renovaskular- I cili shfaqet si rezultat i bllokimit të plotë ose të pjesërisht të arteries renale që furnizon veshken. Përsonat më të rrezikuar nga hipertensionit renovaskular janë të moshuarit me arteriosklerozë dhe pacientët me displazi fibromuskulare. Hipertensionit renovaskular karakterizohet nga niveli i lartë i angiotenzinës II (e cila rritë rezistencen periferike) dhe aldosteronit (i cili e rritë hedhjen kardiake).

Koarktacioni i aortes- Është rezultat i një defekti kongjenital në atë nivel, ku kanali arterial bashkohet me aorten desidente, pengon rrjedhjen aortale dhe shkakton rritje të presionit arterial proksimalisht koarktacionit, që ka si pasojë diferenca të rëndësishme të pulsit dhe presionit arterial në mes të anësive të sipërme dhe të poshtme. Për shkak të uljes së fluksit të gjakut në veshka, aktivizohet sistemi reninë angitenzinë, i cili shoqërohet me rritje të volumit të gjakut dhe rritjen presionit arterial. **Apnea e gjumit-** Është një çrregullim që paraqitet gjatë periudhes së gjumit, me ndërprerje të menjëhershme dhe të shkurtër të frymëmarrjes, e cila paraqitet më tepër tek përsonat obezë, te pacientët rezistent ndaj medikamenteve dhe tek ata me anamnezë për gërrhitje.¹⁸

¹⁸ Fauci A, Braunwald E, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson L, Loscalzo J. Parimet e mjekësisë interne HARRISON. Prishtinë. 2013: 1549-1562.

2.7. FAKTORET E RREZIKUT DHE SIMPTOMAT

Rritja e presionit arterial në raport me moshën është mjaft e shprehur, faktorët e rrezikut që ndikojnë në shfaqjen e hipertensionit arterial janë:

- Aktiviteti fizik i kufizuar,
- Dieta, ushqimi me produkte shtazore,
- Historia familjare,
- Obiziteti,
- Mbipesha,
- Konsumimi i alkoolit,
- Konsumimi i duhanit,
- Stresi,
- Sëmundjet e veshkëve,
- Sëmundjet e sistemit endokrin,
- Ngushtimi i arterieve koronare.¹⁹

Hipertensioni mund të zbulohet rastësisht gjatë ekzaminimeve të pacientët, pasi që shumicën e rasteve hipertensioni prezanton pa simptoma të dukshme dhe zbulohet atëherë kur kanë filluar të shfaqen komplikimet që shkakton shtypja e lartë e gjakut e patrajtuar.²⁰

Rrjedhja e sëmundjes mund të përfshijë tre stadi:

Stadi i parë- karakterizohet me rritje të moderuar të presionit arterial. Pacienti ankohet për dhimbje të kokës në regjionin oksipital në mëngjes, e cila mund të shoqërohet me marrëmendje, zhurmë në veshë, këputje trupore, nervozitet, palpitacione, çrregullime të gjumit etj.

Stadi i dytë- karakterizohet me rritje të qëndrueshme të vlerave të presionit arterial, ku përveç shenjave që përmendëm në stadin e parë, të sëmurët mund të paraqesin dispne sforcimi apo dhimbje perkordiale.

Stadi i tretë- karakterizohet me shfaqjen e ndërlikimeve në organe (zemër, sy, tru, veshka).²¹

¹⁹ Zallari K. Parime të geriatriisë dhe të gerontologjisë. Tiranë. 2008: 61-62.

²⁰ Simonovska-Hentu L. Mjekësia interne dhe pediatria me kujdes viti III. Shkup. 2010: 42-44.

²¹ Adhami J, Resuli B, Cocoli H, K.SH.M. Bodinaku K. Klinika dhe mjekimi i sëmundjeve të brendshme. Tiranë. 1990: 44-46.

2.8. PASOJAT PATOLOGJIKE TE HIPERTENSIONIT

Organet të cilat dëmtohen më së shpeshti nga shtypja e lartë e gjakut janë: zemra, truri, veshka dhe arteriet periferike.

Disa nga pasojat patologjike të hipertensionit janë:

Sëmundja iskemike e zemrës- Arteroskleroza e koronareve, e cila shfaqet me të gjitha shkallët e sëmundjes iskemike të zemrës nga angina pectoris deri në infarkt të miokardit.

Insuficiencia kardiake kongjeste- e cila është si pasojë e mbingarkesës së zgjatur të ventrikulit të majtë nga shifrat e larta të tensionit arterial dhe dëmtimit arterioskloretik të strukturave të zemrës.

Astma kardiake dhe edema pulmonare akute- që janë pasojë e “dorëzimit” të ventrikulit të majtë, e shkaktuar nga vlerat e larta dhe të qëndrueshme të tensionit arterial.

Insuficiencia renale- si pasojë e arteriosklerozes dhe arteriolosklerozes (nefrosklerozes).

Encefalopatia hipertensive ose kriza hipertensive- e cila shfaqet me ndryshimet e personalitetit, konfuzion mendor, dhimbje të forta koke, nauze, vjellje, konvulziona që mund të përfundojnë me komë. Vlerat e tensionit arterial të krizës hipertensive janë: mbi 220-240 mmHg për shtypjen sistolike dhe mbi 120-130 mmHg për shtypjen diastolike.²²

Retinopatia hipertensive- vlerësimi i retinopatisë hipertensive nëpërmjet fundoskopisë ka rëndësi prognostike të pacientët hipertensivë. Retinopatia e gradës III dhe retinopatia e gradës IV janë tregues të retinopatisë së rëndë hipertensive, me një vlerë të lartë parashikuese për vdekshmërinë. Retinopatia e gradës I dhe retinopatia e gradës II tregojnë stadi të hershme të retinopatisë hipertensive.²³

²² Adhami J, Resuli B, Cocoli H, K.SH.M. Bodinaku K. Klinika dhe mjekimi i sëmundjeve të brendshme. Tiranë. 1990: 44-46.

²³ Goda A, Simoni L, Tase M, Nelaj E, Ylli A, Hysi G, Çomo A, Sotiri E, Marku N, Bulo A, Refatllari E, Ylli A, Xinxo S, Shuperka R, Toçi E, Rrumbullaku L, Pulliqi P, Çollaku A, Hunda M, Gjoshi A, Vaso A, Panci L, Cenko F, Bejta G. Të shëndetshëm jemi të gjithë të barabartë. Udhëzuesi për kontrollin mjekësor bazë për shtetasit e grupmoshave 40-65 vjeç. Tiranë. 2013: 179-200.

2.9. DIAGNOZA DHE VLERËSIMI I PACIENTIT

Vlerësimi fillestar i pacientit duhet të konfirmojë diagnozen e hipertensionit, të zbulojë shkaqet e hipertensionit sekondar, të vlerësojë rrezikun kardiovaskular, dëmtimin e organeve dhe sëmundjet klinike bashkë ekzistuese.²⁴ Ky vlerësim duhet të përfshijë: anamnezen, ekzaminimin fizik, monitorimin e TA, kuadrin hematologjik, EKG, ekzaminimin e fundus oculi, EKO e zemres etj.²⁵

Holter monitorimi- Monitorimi ambulator për periudha të caktuara (24 orë) indikohet kur dyshohet për aritmi dhe episode të mundshme iskemike.²⁶

Arteriografia renale: Është metoda më e sigurt për të demonstruar natyrën dhe lokalizimin anatomik të lezioneve vaskulare renale, gjë që është e rëndësishme për patogjenezen e hipertensionit nefro- vaskular.²⁷ Është procedurë invazive, e cila përdoret në ato raste kur kërkohet informacion më i detajuar për enët e gjakut.²⁸ Pacienti përgaditet një ditë para se të bëhet inçizimi. Në fillim bëhet testi i tejndjeshmërisë në jod. Ditën kur bëhet inçizimi trakti digjestiv duhet të jetë i zbrazët. Pacienti shoqërohet deri tek vendi ku bëhet inçizimi. Mjeti i kontrastit injektohet përmes arteries femoralis, pas injektimit të kontrastit mund të bëhet inçizimi. Pas kryerjes së intervenimit pacienti transferohet në dhomën e kujdesit intensiv, dhe personeli mjekësorë përcjell gjendjen e pacientit.²⁹

EKO Doppler: Ekzaminimi me ultratinguj i arterieve karotide ka për qëllim zbulimin e hipertrofisë vaskulare ose aterosklerozës asimptomatike, sidomos tek të moshuarit. Shpejtësia e valës së pulsit karotide-femoral duhet të merret në konsideratë për të zbuluar ngurtësinë e arterieve të mëdha.³⁰

²⁴ Goda A, Simoni L, Tase M, Nelaj E, Ylli A, Hysi G, Çomo A, Sotiri E, Marku N, Bulo A, Refatllari E, Ylli A, Xinxo S, Shuperka R, Toçi E, Rrumbullaku L, Pulliqi P, Çollaku A, Hunda M, Gjoshi A, Vaso A, Panci L, Cenko F, Bejta G. Të shëndetshëm jemi të gjithë të barabartë. Udhëzuesi për kontrollin mjekësor bazë për shtetasit e grupmoshave 40-65 vjeç. Tiranë. 2013: 179-200.

²⁵ Zallari K, Parime të geriartrisë dhe të gerontologjisë, Tiranë 2008: 61-62.

²⁶ Fauci A, Braunwald E, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson L, Loscalzo J. Parimet e mjekësisë interne HARRISON. Prishtinë. 2013: 1549-1562.

²⁷ Gjata A. Kirurgjia për Infermierinë Vol. II. Tiranë. 2015: 10

²⁸ <http://www.spitaliamerikan.com/publikime/revista-vital-2013-05.pdf>. 2013:2

²⁹ Shala M, Lenjani B. Kujdesi shëndetësor për klasen e II të shkollës së mesme të mjekësisë. Prishtinë. 2001.

³⁰ Goda A, Simoni L, Tase M, Nelaj E, Ylli A, Hysi G, Çomo A, Sotiri E, Marku N, Bulo A, Refatllari E, Ylli A, Xinxo S, Shuperka R, Toçi E, Rrumbullaku L, Pulliqi P, Çollaku A, Hunda M, Gjoshi A, Vaso A, Panci L, Cenko F, Bejta G. Të shëndetshëm jemi të gjithë të barabartë. Udhëzuesi për kontrollin mjekësor bazë për shtetasit e grupmoshave 40-65 vjeç. Tiranë. 2013: 179-200.

Aplikimi i ultratingullit ekzaminon kalueshmërinë dhe dinamikën e mureve të enëve të gjakut (arterieve), gjë që është shumë me rëndësi për diagnozë, prognozë të sëmundjes, përcjelljen dhe terapinë e saj.³¹

EKG:

Rekomandohet të të gjithë pacientët hipertensivë për të zbuluar hipertrofinë e ventrikulit të majtë, dilatacion të atriumit të majtë, aritmi apo sëmundje shoqëruese të zemrës.

Ekzaminime të tjera:

Matja e kreatininës në serum dhe vlerësimi i filtrimit glomerular, vlerësimi i proteinave rekomandohet tek të gjithë pacientët hipertensivë.

Te pacientët hipertensivë me rënie të aftësive konjitive mund të merret në konsideratë imazheria e trurit me rezonancë magnetike ose tomografia e kompjuterizuar, për të zbuluar infarkte të heshtura të trurit, infarkte lakunare, mikrohemorragji dhe leziona të lëndës së bardhë.³²

2.10. TRAJTIMI

Qëllimi i trajtimit të hipertensionit arterial është të arrihet deri te zvogëlimi i shtypjes së lartë të gjakut dhe në këtë mënyrë t'iu shmangemi komplikimeve që mund të shfaqen.³³ Para fillimit të trajtimit farmakologjik të hipertensionit rekomandohet që të fillohet me trajtimin fillestar të hipertensionit.

TRAJTIMI FILLESTAR

Sipas AHA (American Heart Association) te pacientët me presion arterial sistolik nga 130-139 mmHg ose presion diastolik nga 80-89 mmHg, trajtimi fillestar konsiston në metoda jo farmakologjike.³⁴

³¹ Shala M, Lenjani B. Kujdesi shëndetësor për klasën e II të shkollës së mesme të mjekësisë. Prishtinë. 2001: 32-36.

³² Goda A, Simoni L, Tase M, Nelaj E, Ylli A, Hysi G, Çomo A, Sotiri E, Marku N, Bullo A, Refatllari E, Ylli A, Xinxo S, Shuperka R, Toçi E, Rrumbullaku L, Pulliqi P, Çollaku A, Hunda M, Gjoshi A, Vaso A, Panci L, Cenko F, Bejta G. Të shëndetshëm jemi të gjithë të barabartë. Udhëzuesi për kontrollin mjekësor bazë për shtetasit e grupmoshave 40-65 vjeç. Tiranë. 2013: 179-200.

³³ Peka E, Neçaj L, Rustami E, Bego D, Imami- Lelçaj A, Dervishi A, Zanjaj V, Mane V. Infermieristika në specialitete. Tiranë. 2005:42-45.

³⁴ Goda A, Simoni L, Tase M, Nelaj E, Ylli A, Hysi G, Çomo A, Sotiri E, Marku N, Bullo A, Refatllari E, Ylli A, Xinxo S, Shuperka R, Toçi E, Rrumbullaku L, Pulliqi P, Çollaku A, Hunda M, Gjoshi A, Vaso A, Panci L, Cenko F, Bejta G. Të shëndetshëm jemi të gjithë të barabartë. Udhëzuesi për kontrollin mjekësor bazë për shtetasit e grupmoshave 40-65 vjeç. Tiranë. 2013: 179-200.

Trajtimi fillestar- përfshinë: përshtatjen me stilin e jetës, teknikat e relaksimit, ushtrimet e rregullta trupore, shtimin e kaliumit në dietë, menjanimi i tensionit psikik dhe lodhjeve të tepërta, dietë të shëndetshme, etj.³⁵

Tabela 3. Modifikimet e stilit të jetës për menaxhimin e hipertensionit

Reduktimi i peshës	Arritja dhe majtja e IMT <25kg/m²
Kufizimi i kripës në dietë	<6g kripë/ditë
Adapto planin dietik të tipit DASH	Dietë e pasur me fruta, perime dhe produkte të qumështit me pak yndyrë, me reduktim të sasisë totale të yndyrave, si dhe përmbajtjeve të ngopura.
Vetëpërbajtja në përdorimin e alkoolit	Për ata që konsumojnë alkool ≤2 gota në ditë për meshkuj, ≤1 gotë në ditë për femra
Aktiviteti i rregullt fizik	Aktiviteti i rregullt, përshembull ecje e shpejtë 30 min/ditë

BURIMI: Fauci A, Braunwald E, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson L, Loscalzo J. Parimet e mjekësisë interne HARRISON. Prishtinë. 2013: 1549-1562.

TRAJTIMI FARMAKOLOGJIK

Terapia medikamentoze ndryshon dhe nuk është e njëjtë për të gjithë pacientët hipertensiv dhe varet nga mosha, sëmundja dhe vlerat e presionit të gjakut. Terapia në fillim duhet të startojë me doza më të ulëta për të moshuarit dhe për kombinimet e zgjedhura të preparateve antihipertensive.³⁶ Trajtimi farmakologjik përbëhet nga medikamente të cilat e ulin presionin diastolik mesatarisht 5-10 mmHg dhe presionin sistolik 15-20 mmHg.

Grupet kryesore të medikamenteve antihipertensive janë:

DIURITIKËT: Këto barna në tubulat e veshkëve pengojnë rithithjen e natriumit dhe të sasisë së duhur të klorit dhe ujit. Disa nga barnat e këtij grupi janë: *Hidroklortiazidi* (50-100 mg në ditë), *Furosemidi* (40-160 mg në ditë), *Spirolaktioni* (25-300 mg në ditë), *Triamtereni* (100-120 mg në ditë).

³⁵ Simonovska-Hentu L. Mjekësia interne dhe pediatria me kujdes viti III. Shkup. 2010: 42-44.

³⁶ Fauci A, Braunwald E, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson L, Loscalzo J. Parimet e mjekësisë interne HARRISON. Prishtinë. 2013: 1549-1562.

BETA BLOKUESIT: Të cilët veprojnë duke e zvogëluar frekuencën e zemrës, vëllimin minutor dhe forcën tkurrëse të zemrës ndërsa rrisin rezistencën vaskulare periferike. Këtu bëjnë pjesë: *Propranololi* (40-600 mg në ditë), *Metoprololi* (200-400 mg në ditë) etj,

VAZODILATATORËT: Veprimi i substancave vazodilatatore mbështetet në normalizimin e çrregullimeve hemodinamike që shkaktohen nga rritja e rezistencës vaskulare periferike. Këtu bëjnë pjesë: *Dihidralazina* (50-30 mg në ditë), *Minoxidili* (5-40 mg në ditë).

FRENUESIT E SISTEMIT SIMPATIK: Në këtë grup bëjnë pjesë: *Rezerpina* (0.10-0.25 mg), *Aldometi* (500-300 mg në ditë) dhe *Ganetidina* (10-20 mg në ditë).

ANTAGONISTET E KALCIUMIT: Te cilët veprojnë direkt në muret e arterieve duke i dilatuar ato. Në këtë grup bëjnë pjesë këto medikamente: *Adalati* (300-400 mg në ditë), *Nifedipina*, *Diltiazem*, *Verapamil*, etj.

FRENUESIT E ENZIMËS SHËNDËRRUESE: Në këtë grup bëjnë pjesë: *Kaptoprili* (25-450 mg në ditë), i cili e bllokon kthimin e angiotencinës I në angiotencinë II, *Enalapril*, *Lisinopril*.

MJEKIMI TE ECEFALOPATIA HIPERTENSIVE: Kriza hipertensive kërkon trajtim të menjëhershëm, përndryshe mund të ndërlikohet me aksidente vaskulare kardiake apo cerebrale dhe insuficiensë kardiake akute. Medikamentet që përdoren janë: *Nitroprusi*, *Nikardipina*, *Labetaloli*.³⁷

MJEKIMI I HIPERTENSIONIT RENOVASKULAR: Vendosja e stentit është trajtimi fillestar i zgjedhur për këta pacientë, mund të bëhet edhe rivaskularizimi kirurgjikal nëse vendosja e stentit nuk është e suksesshme ose nëse lezioni vaskular nuk është i ndryshueshëm.

MJEKIMI I KOARKTACIONIT TË AORTËS: Opsionet terapeutike përfshijnë riparimin kirurgjikal ose angioplastikën me balon, me ose pa vendosje të një stenti intravaskular.

MJEKIMI I FEOKROMOCITOMËS: Trajtimi përfundimtar i feokromocitomës është ekscizioni kirurgjikal, i cili çon në kurimin e plotë tek afërsisht 90% e pacientëve. ³⁸

³⁷ Adhami J, Resuli B, Cocoli H, K.SH.M. Bodinaku K. Klinika dhe mjekimi i sëmundjeve të brendshme. Tiranë. 1990:44-46.

³⁸ Fauci A, Braunwald E, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson L, Loscalzo J. Parimet e mjekësisë interne HARRISON. Prishtinë. 2013: 1549-1562.

2.11. PLANI I KUJDESIT INFERMIEROR

Kujdesi infermieror synon përmirësimin e shëndetit dhe ka për qëllim mbajtjen e shtypjes së gjakut në kufinj të vlerave normale. Plani i kujdesit infermieror konsiston në: vlerësimin fillestar, diagnozën infermiere, planifikimin infermieror, zbatimin infermieror dhe vlerësimin përfundimtar.

2.12. VLERËSIMI FILLESTAR

Vlerësimi fillestar është faza në cilën bëhet mbledhja dhe vlerësimi i të dhënave objektive, subjektive, aktuale dhe historike. Gjatë mbledhjes së të dhënave, infermieri duhet të ketë parasysh edhe faktorë të tjerë që mund të ndikojnë në gjendjen shëndetësore të pacientit, si faktorët fizik, psikologjik dhe socioekonomik.

2.13. DIAGNOZA INFERMIERORE

Qëllimi i diagnozës infermiere është hartimi dhe zhvillimi i një plani kujdesi individual, në mënyrë të tillë që pacienti dhe familja e tij të mund të përshtaten me ndryshimet që rezultojnë nga problemet shëndetësore.³⁹

Gjatë analizimit të të dhënave të pacientit, infermiera përcakton këtë diagnozë infermiere te pacientët me hipertension:

- Mungesë e njohurive për procesin e sëmundjes dhe procedurat e trajtimit;
- Lodhje si pasojë e ndryshimeve të metabolizmit në organizëm;
- Kokëdhimbje si pasojë e rritjes së presionit cerebrovaskular;
- Ndryshimet në përfuzionin e indeve si pasojë e zvogëlimit të rrjedhjes së gjakut;
- Mospajtimi në lidhje me efektet anësore të medikamenteve;
- Pamundësi individuale për tu përshtatur si pasojë e sëmundjes dhe ndryshimeve në mënyrën e jetës;⁴⁰

³⁹ Kika E, Pirushi R, Alliu V. Bazat e infermieristikës. Tiranë. 2007: 106-124.

⁴⁰ Peka E, Neçaj L, Rustami E, Bego D, Imami-Lelçaj A, Dervishi A, Zanaj V dhe Mane V. Infermieristika në specialitete. Tiranë. 2005: 42-45.

2.14. PLANIFIKIMI INFERMIEROR

Planifikimi infermieror është faza në të cilën bëhet përcaktimi i prioriteteve sipas nevojave të pacientit në bazë të cilave pastaj bëhet përzgjedhja e ndërhyrjeve infermierore.

Përcaktimi i prioriteteve infermierore te pacientet hipertensivë:

- Vlerësimi i përgjithshëm i gjendjes së pacientit;
- Njohja dhe kuptimi i menaxhimit të hipertensionit;
- Pranimi i regjimit terapeutik;
- Eliminimi i faktorëve të rrezikut;
- Aplikimi i terapisë tek pacienti sipas përshkrimit të mjekut;
- Ofrimi i kujdesit adekuat me qëllim të permirsimit të shtypjes së lartë të gjakut;
- Sigurimi i ushqimit të shëndetshëm;
- Sigurimi i një ambienti të pastër dhe të qetë për pacientin;
- Monitorimi i efekteve anësore;

Ndërhyrjet infermierore janë ato veprime të cilat i kryen infermieria për të monitoruar gjendjen shëndetsore, për të parandaluar, kontrolluar ose zgjidhur një problem dhe për të ndihmuar në kryerjen e aktiviteteve të përditshme.⁴¹ Ndërhyrjet infermierore te pacientët me hipertension përfshijnë:

- Rritja e njohurive për trajtimin e sëmundjes;
- Monitorimi i shtypjes së gjakut në mënyrë periodike;
- Administrimi i terapisë me rregull sipas përshkrimit të mjekut;
- Dokumentimi në listën e pacientit për të gjitha veprimet e ndërmarrura;
- Eliminimi i faktorëve të rrezikut;
- Identifikimi i efekteve anësore të mundshme;
- Sigurimi i ambientit të pastër dhe komod për pacientin;
- Modifikimi në marrjen e sasisë së alkoolit dhe duhanit;
- Inkurajimi i pacientit për rënien në peshë;
- Informimi i mjekut në rast të përkeqësimit të gjendjes së pacientit;⁴²

⁴¹ Kika E, Pirushi R, Alliu V. Bazat e infermieristikës. Tiranë. 2007: 106-124.

⁴² Peka E, Neçaj L, Rustami E, Bego D, Imami- Lelçaj A, Dervishi A, Zana V dhe Mane V. Infermieristika në specialitete. Tiranë. 2005: 42-45

2.15. ZBATIMI INFERMIEROR

Zbatimi infermieror është faza në të cilën infermieria fillon zbatimin e kujdesit infermieror me qëllim që të arrihet niveli optimal i gjendjes shëndetësore të pacientit.⁴³

2.16. VLERËSIMI PËRFUNDIMTAR

Në këtë fazë bëhet rishikimi i planit të kujdesit infermieror për të parë se sa efektive kanë qenë veprimet që janë ndërmarrur.

2.17. REKOMANDIMET INFERMIERORE

Rekomandimet infermierore mund të themi se janë përmbledhje e disa këshillave rreth sëmundjes përkatëse dhe të cilave duhet të ju përmbahet pacienti.

Disa nga rekomandimet infermierore për pacientët me hipertension janë:

- ❖ Vizitat e rregullta tek mjeku;
- ❖ Edukimi i pacientit për menaxhimin e drejtë të terapisë farmakologjike;
- ❖ Të mos bëj asnjë ndryshim, përgjysmim apo ndërprerje të terapisë pa u konsultuar me mjekun;
- ❖ Edukimi i pacientit rreth teknikave të monitorimit të shtypjes së gjakut në shtëpi;
- ❖ Këshillohet pacienti që të krijojë një listë me vlerat e TA sa herë që ka matur në shtëpi dhe të raportojë tek mjeku;
- ❖ Informohet pacienti për identifikimin e faktorëve të stilit të jetës të cilët mund të ndihmojnë në menaxhimin e hipertensionit;
- ❖ Këshillimi i pacientit për menaxhimin e situatave stresuese;
- ❖ Dieta me më pak yndyra dhe me më shumë fruta;
- ❖ Kufizimi i kripës në ushqim;
- ❖ Eleminimi i alkoolit dhe i duhanit;
- ❖ Këshillohet pacienti për rënje në peshë;
- ❖ Të lajmërohet tek mjeku në rast të përkeqësimit të gjendjes shëndetësore.

⁴³ Kika E, Pirushi R, Alliu V. Bazat e infermieristikës. Tiranë. 2007: 106-124.

3. QËLLIMI I PUNIMIT

Qëllimi i këtij punimi është që të bëhet vlerësimi i karakteristikave epidemiologjike të pacientëve me hipertension arterial të cilet janë trajtuar në repartin e Internos në Spitalin Rajonal “Isa Grezda” në Gjakovë. Më poshtë janë paraqitur objektivat kryesore të realizimit të këtij punimi:

- ❖ Vlerësimi i të dhënave të pacientëve me HTA sipas gjinisë;
- ❖ Vlerësimi i të dhënave të pacientëve me HTA sipas moshës;
- ❖ Vlerësimi i të dhënave të pacientëve me HTA sipas vendbanimit;
- ❖ Vlerësimi i të dhënave të pacientëve me HTA sipas kohëzgjatjes së hospitalizimit;
- ❖ Vlerësimi i të dhënave të pacientëve me HTA sipas muajve të vitit;

4. METODOLOGJIA (MATERIALET DHE METODAT)

Burimi kryesorë i të dhënave për realizimin e këtij vlerësimi të pacientët me hipertension kanë qenë protokollet në repartin e Internos në Spitalin “Isa Grezda” në Gjakovë, në periudhën kohore Janar-Tetor 2016. Metoda e grumbullimit të të dhënave është e tipit retrospektiv. Të gjitha të dhënat statistikore të shfrytëzuara për realizimin e këtij studimi janë të lejuara nga drejtori i Spitalit Rajonal “Isa Grezda” në Gjakovë. Paraqitja e të gjitha të dhënave të analizuar është bërë përmes tabelave dhe grafikoneve me numër absolut dhe duke llogaritur strukturën.

5. REZULTATET

Të dhënat statistikore që disponon reparti i Internos në kuadër të Spitalit Rajonal “Isa Grezda” në Gjakovë për hipertensionin arterial sipas gjinisë janë paraqitur në tabelen 4.

Tabela 4. Struktura e pacientëve me hipertension arterial sipas gjinisë

Gjinia	Numri	Përqindja
<i>Femër</i>	<i>323</i>	<i>74.39%</i>
<i>Mashkull</i>	<i>110</i>	<i>25.40%</i>
<i>Gjithsej</i>	<i>433</i>	<i>100%</i>

Pjesa më e madhe e pacientëve me hipertension arterial gjatë periudhes Janar- Tetor 2016 ishin të gjinisë femrore me 323 raste ose 74.39%, kurse pjesa tjetër i takonte gjinisë mashkullore me 110 raste ose 25.40% (Tabela 4).

Në tabelën 5 është paraqitur ndarja e pacientëve me hipertension arterial në bazë të grupmoshave.

Tabela 5. Ndarja e pacientëve me hipertension arterial sipas grupmoshave

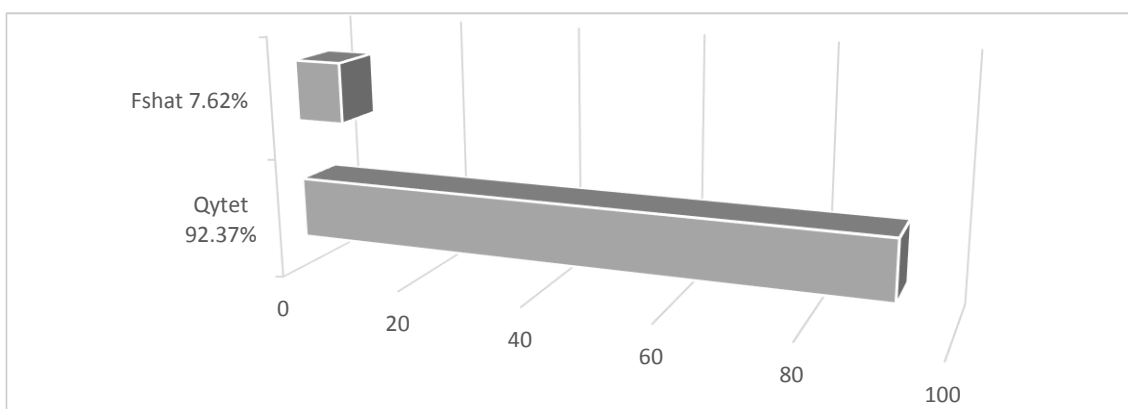
Mosha	Numri	%
<i>35-45 vjeç</i>	<i>14 Pacientë</i>	<i>3.47%</i>
<i>46-65 vjeç</i>	<i>148 Pacientë</i>	<i>34.25%</i>
<i>Mbi 65 vjeç</i>	<i>259 Pacientë</i>	<i>59.95%</i>

Grupmosha më e prekur me HTA është ajo mbi 65 vjeç duke numëruar gjithsej 259 raste apo 59.95%, duke lënë pas grupmoshen 46-65 vjeç me 148 raste apo 34.25%, ndërsa numri më i vogël i rasteve i takon grupmoshes 35-45 vjeç me 14 raste apo 3.47% (Tabela 5).

Në repartin e Internos në kuadër të Spitalit Rajonal “Isa Grezda” në Gjakovë, gjatë periudhes kohore Janar- Tetor 2016, janë trajtuar gjithsej 433 raste me hipertension arterial, 400 prej të cilave ishin me vendbanim në qytet dhe 33 raste me vendbanim në fshat (Tabela 6).

Tabela 6. Shpërndarja e hipertensionit arterial sipas vendbanimit

Vendbanimi	Numri	Përqindja %
<i>Qytet</i>	400	92.37%
<i>Fshat</i>	33	7.62%
<i>Gjithsej</i>	433	100 %



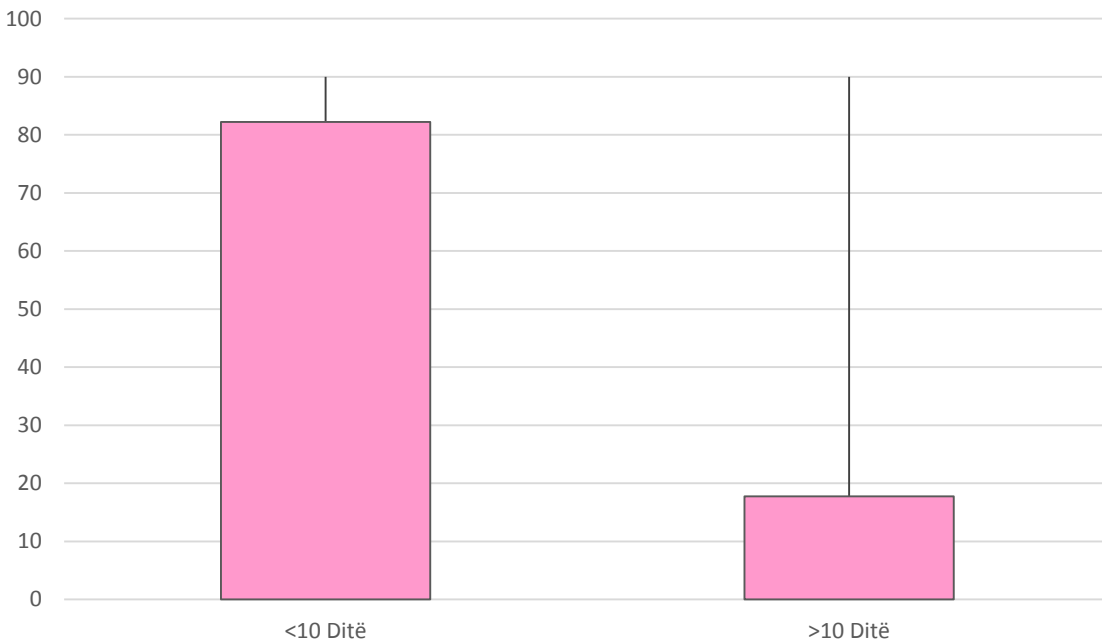
Grafikoni 1. Shpërndarja e hipertensionit arterial sipas vendbanimit

Ashtu siq u tregua edhe në tabelen më sipër pjesa më e madhe e pacientëve ishin me vendbanim në qytet 94.37%, kurse një pjesë e vogël ishin me vendbanim në fshat 7.62%. Kjo edhe mund të spjegohet me faktin se të sëmurët me vendbanim në qytet kanë qasje më të lehtë në spital, ata për probleme shëndetësore lajmërohen menjëherë në Spital, përderisa në rrethina pjesa më e madhe e të sëmurve mund të trajtohen në Kujdesin Parësor Shëndetësor (Grafikoni 1).

Më tej janë paraqitur të dhënat statistikore lidhur me kohëzgjatjen e qëndrimit në spital të pacientëve me hipertension arterial (Tabela 7 dhe Grafikoni 2).

Tabela 7. Struktura e ditëqëndrimit në spital te pacientët me hipertension arterial

Ditët e hospitalizimit	Nr. i pacientëve	Përqindja
<10 Ditë	356	82.21%
>10 Ditë	77	17.78%
Gjithsej	433	100%



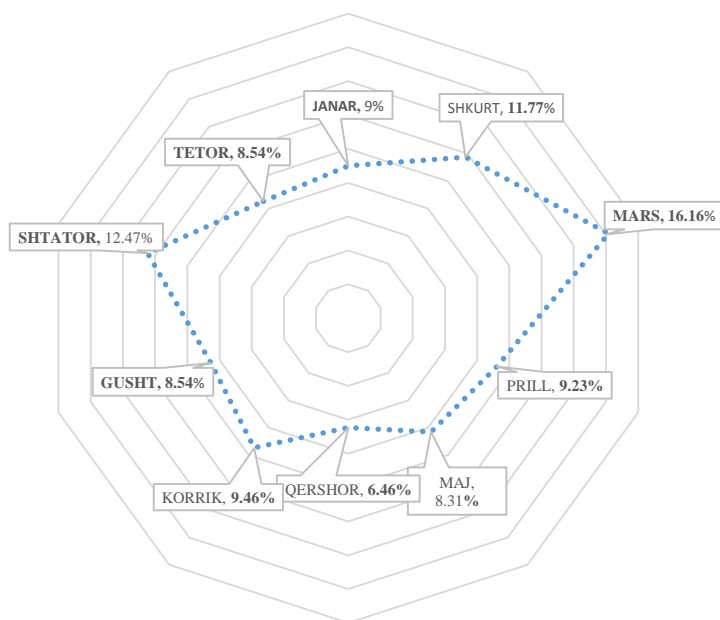
Grafikoni 2. Struktura e ditëqëndrimit në spital te pacientët me hipertension arterial

Sipas këtyre të dhënave shihet se pjesa më e madhe e pacientëve respektivisht 356 pacientë apo 82.21% kanë qëndruar më pak se 10 ditë të hospitalizuar, kurse një pjesë më e vogël e pacietëve 77 pacientë apo 17.78% kanë qëndruar më shumë se 10 ditë të hospitalizuar, kjo me siguri për faktin se te shumica e pacientëve rregullohen vlerat e TA brenda disa ditëve.

Në tabelën 8 dhe grafikonin 3 janë paraqitur të dhënat për numrin e pacientëve me hipertension arterial gjatë muajve të vitit, duke filluar nga Janari i vitit 2016 deri në Tetor të vitit 2016.

Tabela 8. Struktura e pacientëve me hipertension arterial sipas muajve të vitit

Muaji	Numri	Përqindja %
Janar	39	9%
Shkurt	51	11.77%
Mars	70	16.16%
Prill	40	9.23%
Maj	36	8.31%
Qershor	28	6.46%
Korrik	41	9.46%
Gusht	37	8.54%
Shtator	54	12.47%
Tetor	37	8.54%



Grafikoni 3. Paraqitja grafike e hipertensionit arterial sipas muajve të vitit

Këto të dhëna na tregojnë se muaji Mars ka pasur numrin më të lartë të rasteve me HTA, gjithsej 70 raste ose 16.16%, ndërsa muaji Qershor kishte numrin më të vogël të rasteve me HTA, gjithsej 28 raste apo 6.46%, e cila mund të spjegohet me efektin e ndërrimeve klimatike në vlerat e TA.

6. DISKUTIMI

Karakteristikat epidemiologjike të të moshuarit me HTA në Pekin (Kinë) tregojnë se gjinia më e prekur me hipertension në vitet 2000 (71.8%), 2004 (63.8%), 2007 (61.4%) ishte gjinia femrore, moshë më e prekur ishte ajo mbi 65 vjeç në vitet 2002 (59%), 2003 (80%), 2005 (60.2%), ndërsa sipas vendbanimit në vitet 2000 (70.6%), 2004 (62.7%) rastet më të shpeshta me hipertension ishin me vendbanim në fshat, kurse në vitin 2007 (58.6%) numri më i madh i rasteve me hipertension ishin me vendbanim në qytet.⁴⁴

Këto statistika për sa i përket moshës dhe gjinisë janë në përputhje me statistikat tona, ku moshë më e prekur me HTA është moshë mbi 65 vjeç dhe gjinia më e prekur është ajo femrore, ndërsa sipas vendbanimit kemi joperputhshmëri sa i takon viteve 2000 dhe 2004 ku në Pekin dominonin fshatrat, kurse sipas studimit tonë që konsiston në vlerësimin e numrit të rasteve me hipertension në repartin e Internos në kuadër të Spitalit Rajonal “Isa Grezda” në Gjakovë, në periudhë kohore Janar-Tetorë 2016, pjesa më e madhe e pacientëve ishin me vendbanim në qytete.

⁴⁴ Ma L, Zhao X, Tang Z, Li Y, Sun F, Diao L, Ge G, Feng M, Wang J. Epidemiological Characteristics of Hypertension in the Elderly in Beijing, China.

7. PËRFUNDIMI

Për periudhën e analizuar u vërejt se mosha e shtyer dominonte në numrin e të hospitalizuarve me hipertension arterial, duke treguar kështu se mosha ka një rol me rëndësi në shfaqjen e hipertensionit.

Gjinia më e atakuar me hipertension rezulton të jetë gjinia femrore.

Pjesa më e madhe e pacientëve ishin me vendbanim në qytet, që mund të spjegohet me faktin se të sëmurët me vendbanim në qytet kanë qasje më të lehtë në Spital, perderisa të sëmuret me vendbanim në fshat trajtohen më parë në Qendrat e Mjekësisë Familjare.

Rreth 80% e pacientëve kanë qëndruar më pak se 10 ditë të hospitalizuar, kjo për faktin se shumica e pacientëve vijnë të dignozifikuar dhe me një terapi bazë, dhe vlerat e TA rregullohen brenda disa ditëve.

Numri më i lartë i pacientëve të hospitalizuar me HTA është në muajin Mars, duket ende periudhë që organizmin e gjen të pa përgatitur në ndikim të kushteve atmosferike.

8. A. REZYME

Hipertensioni është rritja e presionit të gjakut mbi 140/90 mmHg dhe paraqet faktorin kryesorë të rrezikut të sëmundjeve kardiovaskulare, prandaj zbulimi i hershëm dhe trajtimi i tij mund të parandalojnë shfaqjen e komplikimeve që rezultojnë nga HTA i pa trajtuar.

Përmes këtij punimi është bërë vlerësimi i karakteristikave epidemiologjike (moshës, gjinisë, vendbanimit, kohëzgjatjes së hospitalizimit, muajve më të frekuentuar të vitit) të pacientët hipertensiv në repartin e Internos në Spitalin Rajonal të Gjakovës, gjatë një periudhe të caktuar kohore duke përdorur metodën retrospektive të grumbullimit të të dhënave.

Rezultatet e fituara tregojnë se gjinia më e prekur me HTA është gjinia femrore me grupmoshën mbi 65 vjeç. Qyteti ishte vendbanimi me numrin më të lartë të rasteve me HTA që mund ti referohet qasjes më të lehtë të pacientëve në Spital. Mbi 80% e pacientëve kanë qenë të hospitalizuar më pak se 10 ditë dhe kjo tregon se trajtimi i tyre ka rezultuar me rregullimin e vlerave të TA për një kohë më të shkurtër, kurse muaji i frekuentuar me numrin më të lartë të rasteve me hipertension ishte muaji Mars.

Fjalët kyçe: Hipertensionimi arterial, Hospitalizimi.

B. SUMMARY

Hypertension is the increase of blood pressure above 140/90 mmHg and represents the risk factor for cardiovascular diseases, so early detection and treatment can prevent its occurrence of complications resulting from HTA untreated.

From this work is an assessment of the epidemiological characteristics (age, gender, location, duration of hospitalization, months of the year) hypertensive patients in internos Department at the Regional Hospital of Gjakova, over a period of time using the method retrospective of data collection.

Those results show that the gender most affected by HTA is female gender with age over 65 years. The city was the highest number of cases because they go for the first control in their near center of medicine. Over 80% of patients were hospitalized less than 10 days and this shows that treatment resulted in adjusting the values of HTA for a shorter time, while month I attended with the highest number of cases with hypertension was month March.

Keywords: Arterial hypertension, Hospitalization.

9. REFERENCAT:

Fauci A, Braunwald E, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson L, Loscalzo J. Parimet e mjekësisë interne HARRISON. Prishtinë. 2013: 1549-1562.

Shala M, Lenjani B. Kujdesi shëndetësor për klasen e II të shkollës së mesme të mjekësisë. Prishtinë. 2001: 32-36.

Zallari K. Parime të geriatriisë dhe të gerontologjisë. Tiranë. 2008: 61-62.

Simonovska-Hentu L. Mjekësia interne dhe pediatria me kujdes viti III. Shkup. 2010: 42-44.

Goda A, Simoni L, Tase M, Nelaj E, Ylli A, Hysi G, Çomo A, Sotiri E, Marku N, Bulo A, Refatllari E, Ylli A, Xinxo S, Shuperka R, Toçi E, Rrumbullaku L, Pulliqi P, Çollaku A, Hunda M, Gjoshi A, Vaso A, Panci L, Cenko F, Bejta G. Të shëndetshëm jemi të gjithë të barabartë. Udhëzuesi për kontrollin mjekësor bazë për shtetasit e grupmoshave 40-65 vjeç. Tiranë. 2013: 179-200.

Adhami J, Resuli B, Cocoli H, K.SH.M. Bodinaku K. Klinika dhe mjekimi i sëmundjeve të brendshme. Tiranë. 1990: 44-46.

Kumar V, Abbas A, Fausto N, Mitchell R. Basic Pathology ROBBINS. Tiranë. 2010: 252-256.

Alija L. Bazat patologjike të sëmundjeve. Siena (Itali). 2014: 24-27.

Peka E, Neçaj L, Rustami E, Bego D, Imami- Lelçaj A, Dervishi A, Zanaj V dhe Mane V. Infermieristika në specialitete. Tiranë. 2005: 42-45.

<http://www.spitaliamerikan.com/publikime/revista-vital-2013-05.pdf>. 2013: 20.

Gjata A. Kirurgjia për Infermierinë Vol. II. Tiranë. 2015: 10.

Ma L, Zhao X, Tang Z, Li Y, Sun F, Diao L, Ge G, Feng M, Wang J. Epidemiological Characteristics of Hypertension in the Elderly in Beijing, China.

Kika E, Pirushi R, Alliu V. Bazat e infermieristikës. Tiranë. 2007: 106-124.

Pollozhani A, Kendrovski V, Koçubovski M, Krasniqi- Hoxha S. Ekologjia humane me higjenë. 120-121.

10. CV e shkurtër e kandidatit

Fjorella Malushaj ka lindur më 01.08.1993 në Gjakovë, me Kombësi Shqipëtare dhe Shtetësi Kosovare, jeton në fshatin Skivjan në komunën e Gjakovës.

Shkollën e mesme të lartë e mbaroi në Shkollën e Mesme të Mjekësisë “Hysni Zajmi” Gjakovë në vitin 2013.

Shkollimin universitar e filloi në vitin 2013 në Universitetin e Gjakovës “Fehmi Agani”, Fakulteti i Mjekësisë, Drejtimi Infermieri.

Ishte pjesmarrëse në aktivitetet që janë mbajtur për nder të ditës ndërkombëtare të Infermieris, 12 Maj 2016.