



**UNIVERSITETI "ISMAIL QEMALI" VLORË
FAKULTETI I SHËNDETIT
DEPARTAMENTI I INFERMIERISË**

TEMË DIPLOME

**NJOHURI, SJELLJE DHE KONTROLLI I RISKUT
KARDIOVASKULAR TEK PACIENTET ME AVC NE
SPITALIN RAJONAL TE VLORES. IMPLIKIME PER
KUJDESIN PARANDALUES.**

Master shkencor: Infermieri e Përgjithshme

DIPLOMANTI

Bule CAKA

UDHEHEQES SHKENCOR

Dr. Rezarta LALO

TETOR, 2020

DEKLARATË

Deklaroj se teza e titulluar “*Njohuri, sjellje dhe kontrolli i riskut kardiovaskular tek pacientet me AVC ne Spitalin Rajonal te Vlores. Implikime per kujdesin parandalues*” është puna ime origjinale dhe të gjitha të ardhurat e përdorura për realizimin e kësaj teze janë kontributi im personal.

FIRMA:

DATË: ___/___/2020

Bule CAKA

FALENDERIME

Dëshiroj të shpreh mirënjohje dhe falenderim për të gjithë personat që më kanë ndihmuar dhe kanë kontribuar në realizimin e këtij punimi, për suportin dhe besimin e tyre.

Në shenjë respekti për mbështetjen dhe ndihmën e vlefshme për mua, falenderoj Udhëheqësen Shkencore **Dr. Rezarta Lalo (Petani)**.

Falenderoj Stafin Drejtues dhe Këshillin e Etikës të Universitetit të Vlorës për mundësinë dhe lejen etike në realizimin e këtij punimi.

Falenderoj Stafin Drejtues dhe Këshillin e Etikës të Spitalit Rajonal të rrethit të Vlorës për mundësinë dhe lejen etike në realizimin e këtij punimi.

Dëshiroj të falënderoj të gjithë pacientët që morën pjesë në studim si edhe koleget e mia të stafit infermieror të shërbimit të patologjise te Spitalit Rajonal te rrethit të Vlorës për bashkëpunimin në realizimin e studimit për seriozitetin, gadishmërinë e tyre për të më ndihmuar në plotësimin e pyetësorëve.

Një falënderim të veçantë e kam për Znj Alberta Breshanaj, që realizoi përpunimin statistikor të rezultateve të këtij studimi.

Falënderoj të gjithë miqtë e mi për mbështetjen dhe inkurajimin në rrugëtimin e gjatë dhe të rëndësishëm të edukimit tim ne studimet Master i Shkencave.

FALEMINDERIT TË GJITHËVE!

DEDIKIM

Këtë punim ia dedikoj familjes time të shtrenjtë që kanë qenë dhe janë frymëzim dhe mbështetje në çdo hap të jetës dhe punës sime, për mbështetjen, mirëkuptimin dhe kohën e privuar për realizimin me sukses të këtij punimi.

JU FALEMINDERIT PERZEMËRSISHT!

PËRMBAJTJA

1. SHKURTIME.....	iv
2. LISTA E TABELAVE.....	v
3. LISTA E GRAFIKËVE.....	vi
4. ABSTRAKT.....	9
5. HYRJE	10
5.1 Identifikimi i Problemit dhe Rëndësia e Studimit	10
6. PERMBLEDHJE E LITERATURES.....	12
6.1	2
6.2	2
6.3	3
6.4	4
6.4.1	4
6.4.2	7
6.4.3	7
7. PREZANTIMI I STUDIMIT.....	13
7.1 Qëllimi, objektivat dhe hipotezat e studimit.....	13
7.2 Metodologjia.....	13
8. REZULTATET	16
9. DISKUTIMI.....	37
10.KONKLUZIONET.....	41
11.REKOMANDIMET.....	42
12.REFERENCAT.....	43

1. SHKURTIME

- TC - Total Cholesterol
- HPLS II - Health Promoting Life Style Profile II, Profili II per Promovimin e Shendetit
ne lidhje me stilin e jetes
- FRS - Framingham Risk Score, Rezultati i Riskut Framingham
- CVD - Cardiovascular Disease, Semundja kardiovaskulare
- OR - Odds Ratio, probabiliteti i gjasave
- AVC - Aksidentet Vaskulare Cerebrale
- LDL
- HDL
- HTA
- BMI
- BE - Bashkimi European
- .

2. LISTA E TABELAVE

3. LISTA E GRAFIKËVE

4. ABSTRAKT

Hyrje: Tranzicioni epidemiologjik qe po kalon Shqiperia si vend ne zhvillim ka perfshire ndryshime ne stilin e jetes me impakt ne incidencen e strotkut dhe riskun e mortalitetit prej tij. Per shkak te plakjes se popullsisë dhe disa faktoreve te rrezikut ka nje trend ne rritje te perhapjes se tij. Nje nga arsyt kryesore eshte mungesa e njohurive te pacienteve qe mund ti pengoje ata te kontrollojne modelin e sjelljeve dhe praktikave te vet-menaxhimit. Qellimi i ketij studimi eshte te vleresoje njohurite, sjelljet qe lidhen me shendetin dhe riskun kardiovaskular si evidence per kujdesin parandalues tek pacientet me strok ne rrethin e Vlores.

Metodologjia: Eshte nje studim cross-seksional i realizuar ne Sherbimin Patologjik te Spitalit Rajonal te rrethit të Vlorës gjate periudhes mars-gusht 2020. Sampli perfshin te gjithe pacientet e hospitalizuar me strok sipas kriterave perfshirese dhe perjashtuese. Si instrument mates kane sherbyer Testi i njohurive per Strok, Shkalla Framingham e riskut kardiovaskular (FRS) dhe Profil II per Promovimin e Shendetit ne lidhje me stilin e jetes (HPLP II). Eshte perdorur programi statistikor SPSS-23 qe perfshin analizen ANOVA dhe te regresionit logjistik per vlerat e $p < 0.05$.

Rezultatet: Moshja mesatare e pacienteve eshte 65.9 ± 9.04 . 93% e tyre kane pesuar strok ishemik. Mbi 65% e pacienteve vuajne nga diabeti dhe 47% nga hipertensioni. 31% e tyre kane risk te larte per hyperlipidemi (mes e $TC = 179 \pm 28.5$). 51% e pacienteve nuk kane njohuri te mira per strok (mes. $= 10.3 \pm 5.3$). 84% prej tyre kishin risk te larte kardiovaskular (FRS = 19.5 ± 0.53). Risku CVD shoqerohej statistikisht me sjelljet e menaxhimit te stresit ($p = 0.008$; OR=2.15; CI=95%). Ka nje lidhje te rendesishme statistikore te sjelljeve me njohurite per strok ($p = 0.035$; OR=0.45; CI=95%).

Konkluzione: Pacientet me strok kane pamjaftueshmeri njohurish lidhur me shenjat paralajmeruese dhe sjelljet parandaluese, elemente kyc qe duhen inkorporuar ne programet informuese. Zbatimi i strategjive te reja parandaluese me nje qasje nderdisiplinore me pacientin ne qender duhet te jete sfide e re ne te ardhmen, vecanerisht ne grupet e targetuara qe konsiderohen me nivel te ulet arsimor dhe socio-ekonomik me prirje tek me te moshuarit.

Fjalet kyc: strok ishemik, njohuri per strok, sjellje risikoze, risk kardiovaskular, pacient i shtruar, spitali i Vlores.

5. HYRJE

5.1 Identifikimi i Problemit dhe Rëndësia e Studimit

Goditja ne tru eshte nje ngjarje vaskulare neurologjike qe shkakton demtim akut te sistemit nervor qendror. Goditja ne tru ose stroku është shkak i dytë kryesor i vdekjes pas sëmundjeve kardiovaskulare dhe është gjithashtu shkak i dytë kryesor i aftësisë së kufizuar pas depresionit (OECD 2018). Në të gjithë vendet e BE-së, rreth 610 000 ngjarje goditje ndodhen në vitin 2015 dhe numri pritet të rritet me një të tretën deri në vitin 2035 për shkak të plakjes së popullsisë dhe rritjes së disa faktorëve të rrezikut (King's College London, 2017). Ekzistojnë faktorë të ndryshëm rreziku jo të modifikueshëm dhe të modifikueshëm, përgjegjës për shfaqjen e goditjes në tru. Faktorët e rrezikut jo të modifikueshëm për goditje në tru përfshijnë moshën, seksin, racën, përkatësinë etnike, familjen dhe historinë mjekësore dhe një histori të mëparshme të goditjes (Bergman 2011). Studimi i Interstroke zbuloi se 90% e rrezikut të shfaqjes së goditjes i atribuohet dhjetë faktorëve të rrezikut të modifikueshëm: hipertensioni, statusi aktual i pirjes së duhanit, dieta, aktiviteti fizik, diabeti mellitus, marrja e alkoolit, stresi psikosocial dhe depresioni, shkaqe kardiake, dhe raporti i apolipoproteinave B me A (O'Donnell et al. 2010). Ndërsa fokusi i parandalimit parësor është parandalimi i ndodhjes së një goditje në tru, fokusi i parandalimit sekondar po përpiqet të zbulojë sëmundjen sa më herët dhe të parandalojë që ajo të përkeqësohet (HealthLink BC 2016). Parandalimi sekondar në goditje mund të arrihet duke adoptuar një metodë klinike të bazuar në mënyrë individuale për zvogëlimin e rrezikut të ngjarjeve vaskulare të përsëritura në të mbijetuarit nga goditja dhe individët me rrezik të lartë duke adresuar faktorët e rrezikut të modifikueshëm për goditjen në tru (Wein et al. 2018).

Studimet e fundit sugjerojnë që Shqipëria, një vend ish komunist dhe ne zhvillim në rajonin e SEE (South East Europe), aktualisht po kalon një tranzicion të shpejtë epidemiologjik duke përfshirë ndryshime drastike në stilin e jetës/faktorët e sjelljes. Sipas të dhënave më të fundit të OBSH-së të publikuara në 2017, vdekjet e goditjeve në tru në Shqipëri arritën në 4,675 ose 24,15% të vdekjeve totale. Shkalla e vdekjes e rregulluar nga mosha është 105,31 për 100,000 e popullsisë, i cili perben nje shqetesim serioz per profesionistet e shendetit ne kete vend ne tranzicion (Krishnamurthi 2020). Sidoqoftë, informacioni mbi ngarkesën e saktë të sëmundjeve cerebrovaskulare për Shqipërinë është i pakët. Në veçanti, ka shumë pak raporte shkencore që informojnë për incidencën dhe përhapjen e këtyre kushteve në popullatën adulte shqiptare (Gjorgji 2016), perfshire edhe ate te qytetit te Vlores. I vetmi studim, bazuar ne njohurite tona, i realizuar ne vitin 2017 ne qytetin e Vlores tregoi se risku per strok ishte relativisht i larte ne 24% te pjesemarresve ne studim qe lidhej statistikisht me vlerat e larta te hipertensionit, diabetit dhe vecanerisht tek meshkujt me aritmi te zemres (Kamberi 2017).

Ekzistojnë informacione të pakta për lidhjen midis njohurive për goditjen në tru, sjelljeve të ndryshme të lidhura me shëndetin, dhe variablave socio-demografike që duhen hulumtuar pasi

këto njohuri do të ndihmojnë për të ndriçuar të kuptuarit tonë për ndikimin që kanë këta faktorë në rrezikun e goditjes tek pacientet ne rrethin e Vlores. Për më tepër, do të ishte e rëndësishme të përcaktohet se si njohuritë dhe sjelljet shëndetësore ndikojnë në rrezikun e sëmundjeve kardiovaskulare. Njohuritë e marra në këto aspekte të ndryshme mund të ndihmojnë në zbatimin ose forcimin e strategjive aktuale për të nxitur modifikimin e sjelljeve për uljen e rrezikut për strok ne rrethin e Vlores.

6. PËRMBLEDHJE E LITERATURËS

6.1

7. PREZANTIMI I STUDIMIT

7.1. QËLLIMI DHE OBJEKTIVAT

Qëllimi i studimit

Te vleresohen njohurite, sjelljet qe lidhen me shendetin dhe risku i semundjes kardiovaskulare si evidence per kujdesin parandalues tek pacientet me strok ne rrethin e Vlores.

Objektivi i Pergjithshem

Te vleresohen parashikuesit e sjelljeve qe lidhen me shendetin dhe te percaktohet se si njohurite dhe sjelljet influencojne riksun e semundjes kardiovaskulare tek pacientet me strok te hospitalizuar ne Spitalin Rajonal te Vlores.

Objektivat specifike

- 1) Vleresimi i karakteristikave demografike tek pacientet me strok ne Spitalin Rajonal te Vlores.
- 2) Vleresimi i riskut per semundje kardiovaskulare te pjesemarresve.
- 3) Vleresimi i njohurive per strok te pjesemarresve.
- 4) Vleresimi i sjelljeve qe lidhen me shendetin te pacienteve me strok pjesemarres ne studim.
- 5) Vleresimi i lidhjes midis njohurive per strok, sjelljeve qe lidhen me shendetin dhe riskut per semundje kardiovaskulare.

Hipoteza e Studimit

Niveli i njohurive të goditjes në tru do të shoqërohet në mënyrë të pavarur me sjelljet e lidhura me shëndetin dhe rrezikun kardiovaskular pas goditjes në tru.

7.2. METODOLOGJIA

7.2.1 Lloji i studimit, vendi, periudha, sampli, kriteret e perfshirjes

Eshte nje studim cross-seksional i realizuar ne Sherbimin Patologjik te Spitalit Rajonal te rrethit të Vlorës gjate periudhes mars-gusht 2020. Perzgjedhja e samplit eshte percaktuar sipas kriterëve perfshirese dhe perjashtuese. *Kriteret e perfshirjes* jane te gjithe pacientet e shtruar ne kete sherbim te diagnostikuar me strok nepermjet rezonances magnetike (MRI) ose skanerit (tomografi e kompjuterizuar TC scan), mbi moshen 18 vjec dhe me shenja te stabilizuara neurologjike (rezultati i ekzaminimit te gjendjes mendore më shume se 21) dhe qe pranuan te marrin pjese ne studim.

Kritere perjashtuese janë pacientët me hemoragji subaraknoidale, afazi të rëndë, demence dhe semundje bashkeshoqeruese në gjendje të rëndë.

7.2.2 Instrumenti i mbledhjes së të dhënave

Per te vleresuar anamnezen e kaluar mjekesore, trajtimin medikamentoz dhe te dhena mbi profilin e lipideve dhe glukozes kam perdorur informacion nga kartelat mjekesore. Me ndihmen e infermieres se turnit kemi bere matjet e tensionit arterial dhe antropometrike per percaktimin e indeksit te mases trupore BMI.

Per te vleresuar nivelin e njohurive per strok te pjesemarresve ne studim, kemi perdorur pyetesorin e validizuar **Test i Njohurive per Strok** i adaptuar nga nje studim i realizuar nga Sowtali et al. Pyetesori vlereson njohurite mbi faktoret riskante, simptomat, masat parandaluese dhe trajtimin e strotut. Pika e prerë për nivelin e njohurive të mira ishte 50% e 20 pyetjeve.

Per vleresimin e sjelljeve qe lidhen me shendetin ne kemi perzgjedhur 3 nga 6 konstruktet e pyetesorit **Profil II per Promovimin e Shendetit** ne lidhje me stilin e jetes (HPLP II), nje shkalle me vet-raportim per te vleresuar: aktivitetin fizik, ushqyerjen dhe menaxhimin e stresit (Walker et al. 1995). Pacientëve iu kërkua të reflektojnë mbi aktivitetet e tyre javën e fundit para goditjes në tru duke përdorur një shkallë Likert me 4 pikë, me rezultate më të larta që tregojnë sjellje më të mira shëndetësore.

Per te vleresuar semundjet bashkeshoqeruese kemi perdorur **Indeksin e FunkSIONIT te Komorbiditetit** (Groll et al., 2005). Çdo komorbiditet në indeks vleresohet në mënyrë të barabartë: 1 pike nëse është i pranishëm, 0 nëse nuk është i pranishëm. Rezultati përfundimtar është shuma e të gjitha kushteve që formojnë një variabel rendor nga 0 deri në 18 pike. Një rezultat më i lartë përfaqëson një komorbiditet më të keq qe merret nga shuma e përgjigjeve "po".

Gjithashtu pyetesori permban edhe **informacion socio-demografik** i mbledhur nga vet-raportimi i pjesemarresve.

Per te vleresuar rrezikun e semundjes kardiovaskulare ne perdorem **Rezultatin e Rrezikut Framingham**. Ky rezultat i mirë-validizuar konsideron moshën, seksin, statusin e pirjes së duhanit, diabetin dhe faktorët e rrezikut kardio-metabolik për goditjen në tru si HDL, kolesterolit total dhe presioni sistolik i gjakut, si dhe trajtimin farmakologjik (Zomer et al. 2011; Chia et al. 2015).

7.2.3 Analiza statistikore e të dhënave

Te dhenat jane perpunuar me programin statistikor SPSS-23. Per treguesit socio/demografike, nivelin e njohurive per strok, profilin klinik dhe sjelljet e lidhura me shendetin, ne kemi perdorur analize deskriptive.

Per *variabla te vazhduar* te vleresuar me pike (Njohurite, Sjelljet, Risku, etj) eshte llogaritur mesatare, minimum, maksimum dhe devijimi standart, ndersa per *variablat kategori* jane llogaritur frekuencat dhe perqindjet.

Per te pasqyruar variablat jane perdorur tabelat dhe grafiket. Per te treguar lidhjen midis tyre jane ndertuar tabelat e kryqezuara. Per te treguar ndryshimet e rendesishme ne vlerat e variablit te varur sipas niveleve te nje variabli te pavaruar eshte perdorur probabiliteti Hi-katror, vlera $p < 0.05$ tregon per ndryshime te rendesishme statistikore. Gjithashtu per *variablat sasimore* eshte perdorur ANOVA (analize e variaces). Aty ku eshte verejtur ndryshim i rendesishem statistikor, analiza ka vazhduar me tej nepermjet *analizes regressive*. Per variablat cilesore eshte perdorur Regresioni logistic ku jane analizuar probabilitetet e krahasuara (OR), kurse per variablat sasimore eshte perdorur regresioni i thjeshte linear.

Per te vleresuar lidhjen midis njohurive per stroke dhe faktoreve socio/demografike ne percaktuam nivelin e njohurive si variabel i varur dhe karakteristikat socio-demografike si variabla te pavaruar. Per te vleresuar faktoret qe ndikojne ne sjelljet lidhur me shendetin ne percaktuam karakteristikat socio/demografike, komorbiditetin dhe nivelin e njohurive si variabla te pavaruar, ndersa sjelljet e lidhura me shendetin si variabel i varur.

Per te identifikuar parashikuesit potenciale te riskut kardiovaskular ne analizuam lidhjen midis riskut kardiovaskular (variabel i varur) dhe variablave sjelljet e lidhura me shendetin dhe niveli i njohurive per strok (variabla te pavarur).

7.3 KONSIDERATAT ETIKE

Per realizimin e ketij studimi, fillimisht kam bere nje kerkese per leje etike prane Dekanatit te Fakultetit te Shendetit qe me pas iu dergua zyrtarisht Drejtorise se Spitalit Rajonal te rrethit te Vlores. Kam informuar Shefin e repartit te patologjise si edhe infermieret e sherbimit per realizimin e studimit dhe kam kerkuar bashkepunimin e tyre per mbledhjen e te dhenave. Te gjitha aspektet e ketij studimi jane realizuar ne perputhje me Deklaraten e Helsinkit per standartet etike. Bazuar ne konsideratat etike, ne informuam pjesemarresit per qellimin e studimit, privatesine dhe konfidencialitetin duke i siguruar qe pyetesori ishte anonim dhe te dhenat nuk do te jene te identifikueshme. Nje konsent (pelqim) i informuar oral (me goje) u sigurua prej te gjithe pjesemarresve.

Studimi u aprovua nga bordi i etikes se Fakultetit te Shendetit ne Universitetin e Vlores "Ismail Qemali", Nr prot. date dhe Drejtoria e Spitalit Rajonal te rrethit te Vlores, Nr prot. date perpara fillimit te studimit.

8. REZULTATET

8.1 PARAQITJA DESKRIPTIVE E VARIABLAVE

Ne kete seksion do te pershkruajme paraqitjen deskriptive te variablave ne lidhje me: karakteristikat socio-demografike, profilin klinik, komorbiditetin e mundshem si edhe vleresimin e nivelit te njohurive dhe sjelljeve te lidhura me shendetin. Gjithashtu do te identifikojme parashikuesit potenciale te riskut kardiovaskulare dhe te sjelljeve te lidhura me shendetin te cilet do ti nenshtrohen analizes se regresionit te paraqitur ne seksionin tjeter.

Ne studim jane marre 150 paciente me AVC. Pacientet jane analizuar sipas faktoreve socio-demografike (Tabela 1).

Tabela 1. Shperndarja e pacienteve sipas treguesit sociodemografike.

Treguesit Socio-demografike		Nr (n= 150)	Perqindje %
Mosha	Deri 50 vjec	8	5.3
	51-60 vjec	34	22.7
	61-70 vjec	57	38.0
	Mbi 70 vjec	51	34.0
Gjinia	Femer	54	36.0
	Mashkull	96	64.0
Statusi Civil	Divorcuar	1	0.7
	I Ve	12	8.0
	Martuar	137	91.3
Arsimi	8 vjecar	103	68.7
	E mesme e pergj	39	26.0
	Arsim Profesional	6	4.0
	Bachelor	2	1.3
Me ke jeton	Me dike	140	93.3
	Vetem	10	6.7
Vendbanimi	Fshat	52	34.7
	Qytet	98	65.3
Niveli ekonomik	I ulet	63	42.0
	Mesatar	86	57.3
	I larte	1	0.7

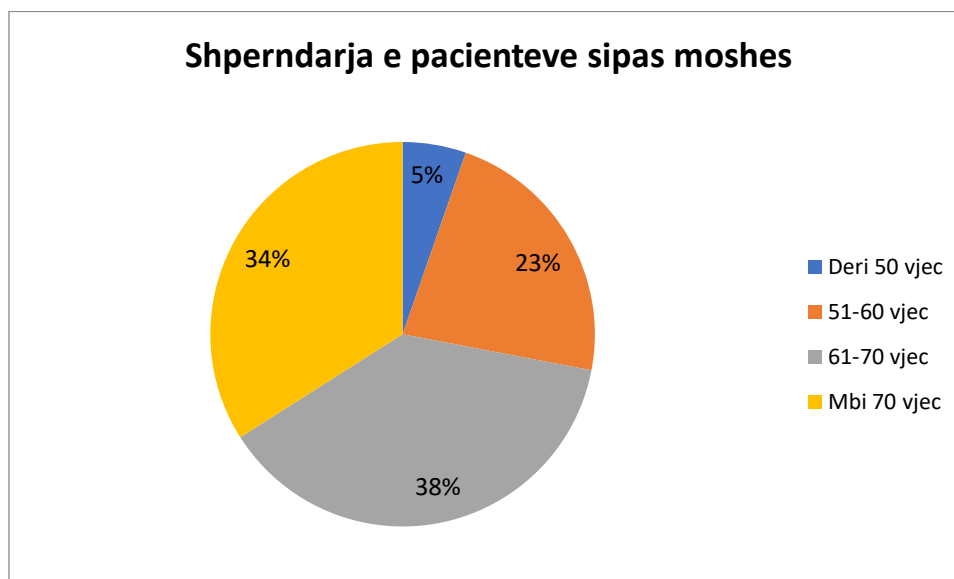
1. Mosha

Pacientet jane te grupuar ne 4 grupe, sipas moshes se tyre. Mosha mesatare eshte 65.9 vjec, Mosha minimale = 42 vjec, Maximale =84 vjec dhe Dev Standart = 9.04 vjet. (Tabela 2)

Mosha	Minimum	Maximum	Mesatarja	Dev. standart
	42.0	84.0	65.920	9.0387

Pjesa me e madhe e pacienteve me semundje kronike jane te grupmoshes 61-70 vjec (38% e pacienteve. Rreth 34 % jane te grupmoshes mbi 70 vjec, 23 % jane te grupmoshes 51-60 vjec, 5% te grupmoshes deri 50 vjec .

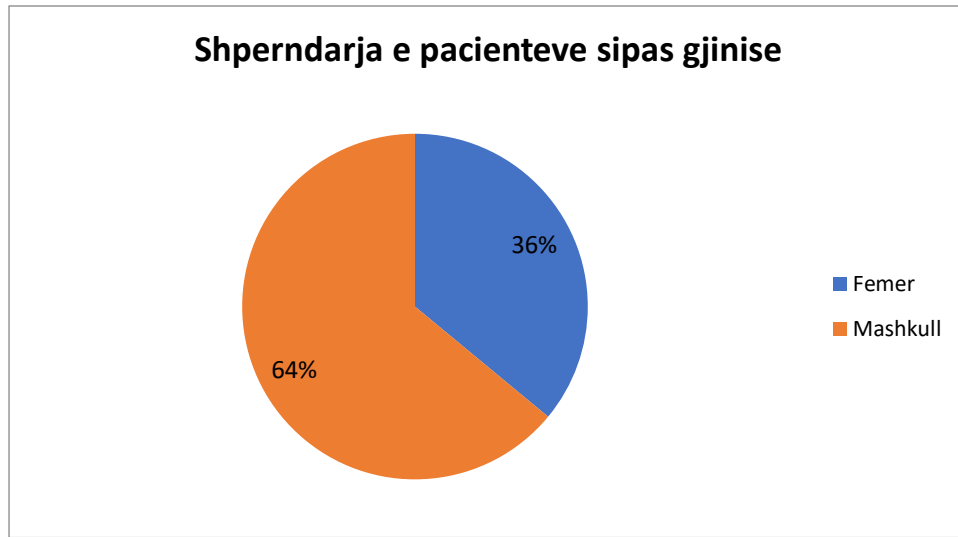
Grafiku 1



2. Gjinia

64 % e pacienteve ne studim jane meshkuj. Grafiku i meposhtem (grafiku 2) paraqet ndarjen e pacienteve sipas gjinise.

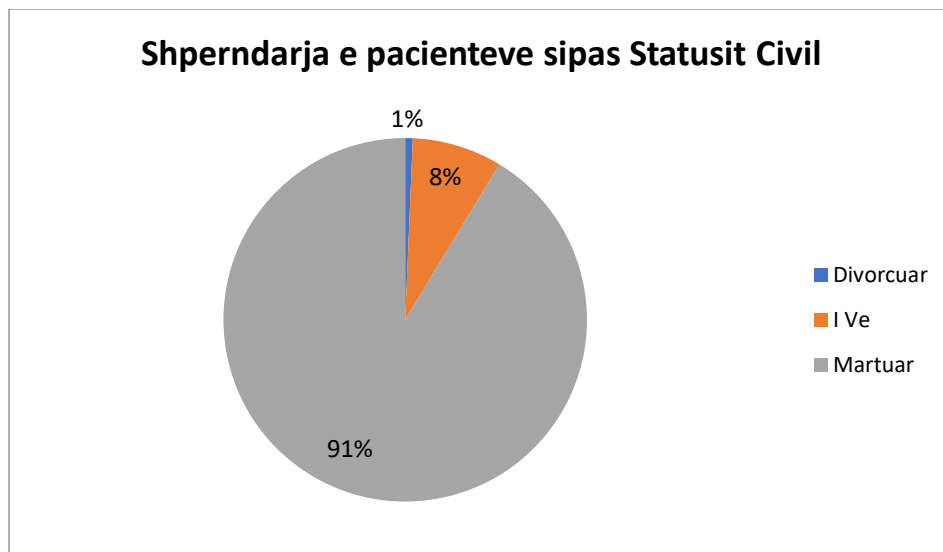
Grafiku 2



3. Statusi Civil.

Sipas statusit civil pacientet jane klasifikuar ne 4 kategori (i martuar, i divorcuar , i/e ve, beqar). Pjesa me e madhe e pacienteve, rreth 91% jane te martuar, 8 % te ve dhe 1% te divorcuar. Grafiku 3 pasqyron shperndarjen e pacienteve sipas statusit civil.

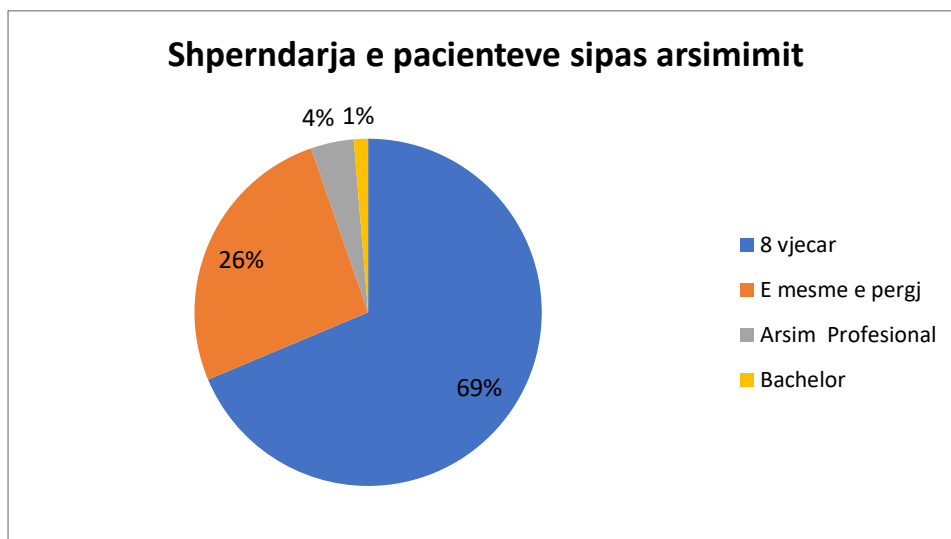
Grafiku 3



4. Arsimimi.

Lidhur me arsimimin jane ndertuar 6 kategori (arsim 8/9 vjecar, shkolle e mesme, shkolle profesionale, Bachelor, Master dhe doktorature). Pjesa me e madhe e pacienteve jane me arsim 8 vjecar 69%, me arsim te mesem 26%, arsim te mesem professional 4% dhe bachelor 1%. Grafiku 4 pasqyron kete klasifikim.

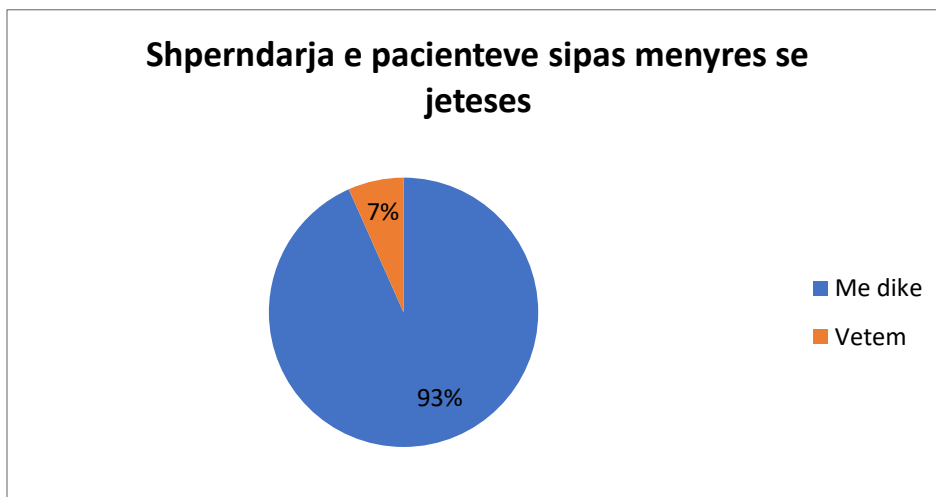
Grafiku 4



5. Me ke jeton pacienti.

Nga te dhenat shihet se 93% e pacienteve jetojne “Me dike” dhe vetem 7% jetojne “Vetem”.

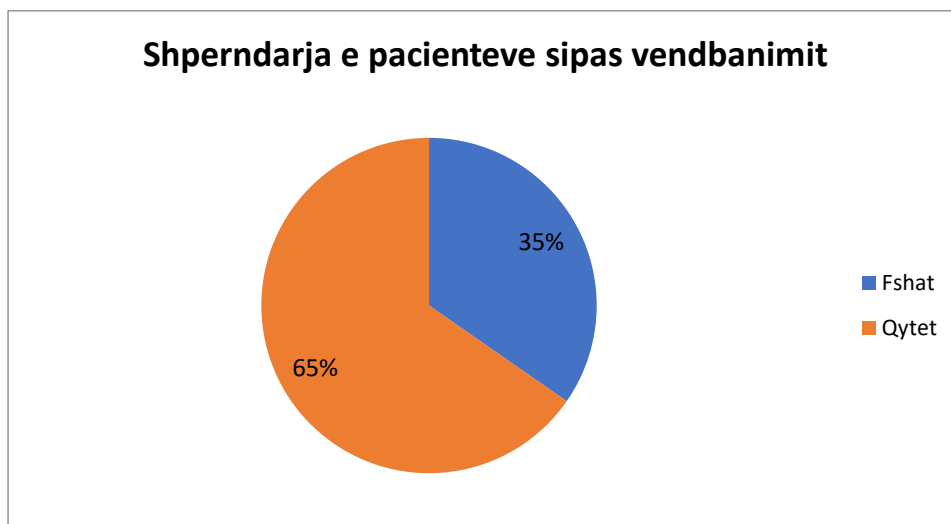
Grafiku 5



6. Vendbanimi

Sipas vendbanimit pacientet jane klasifikuar ne dy kategori (Me banim ne fshat dhe ne qytet). Pjesa me e madhe e pacienteve, rreth 65% jane me vendbanim ne qytet dhe 35% ne fshat. Grafiku 6 pasqyron shperndarjen sipas vendbanimit.

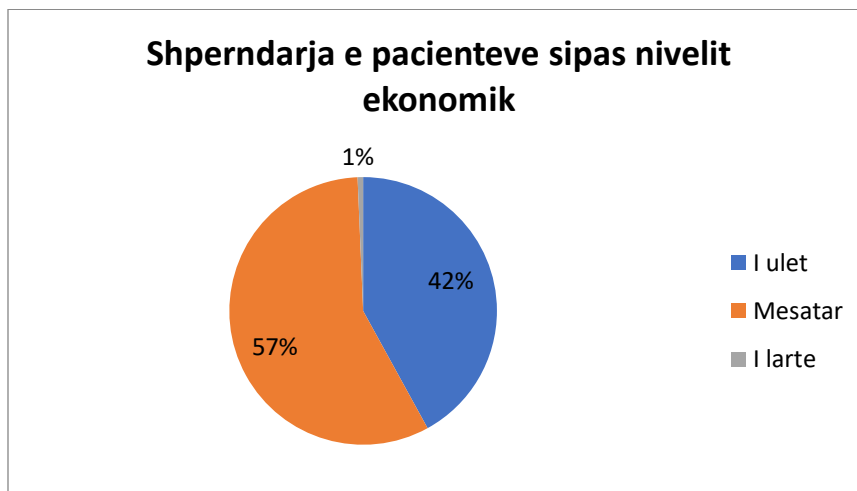
Grafiku 6



7. Niveli ekonomik

Sipas nivelit ekonomik jane ndertuar 3 kategori klasifikimi (nivel i larte, mesatar dhe i ulet ekonomik). Rreth 57% e pacienteve kane nivel ekonomik mesatar, 42% kane nivel ekonomik te ulet dhe vetem 1% nivel te larte. Grafiku 7 pasqyron kete shperndarje.

Grafiku 7

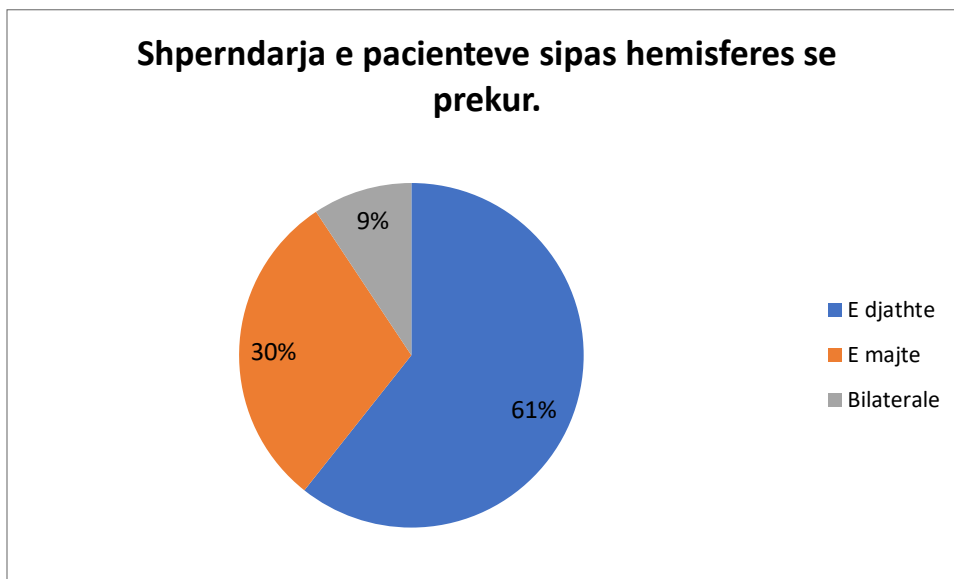


Pacientet janë klasifikuar edhe sipas llojit të AVC, hemisferës së prekur dhe trajtimit spitalor. Nga të dhënat e tabelës 3, shihet se pjesa më e madhe e pacientëve kanë pësuar *strok ishëmik* (93%) dhe vetëm rreth 7% prej tyre strok nga hemorragjia intracerebrale, 61%, janë prekur në hemisferën e djathtë, 30% në hemisferën e majtë dhe 9% bilaterale. Sipas trajtimit spitalor, 1% kanë bërë tPA (aktivase), 3% thrombectomy dhe pjesa më e madhe e pacientëve kanë patur trajtime të tjera spitalore.

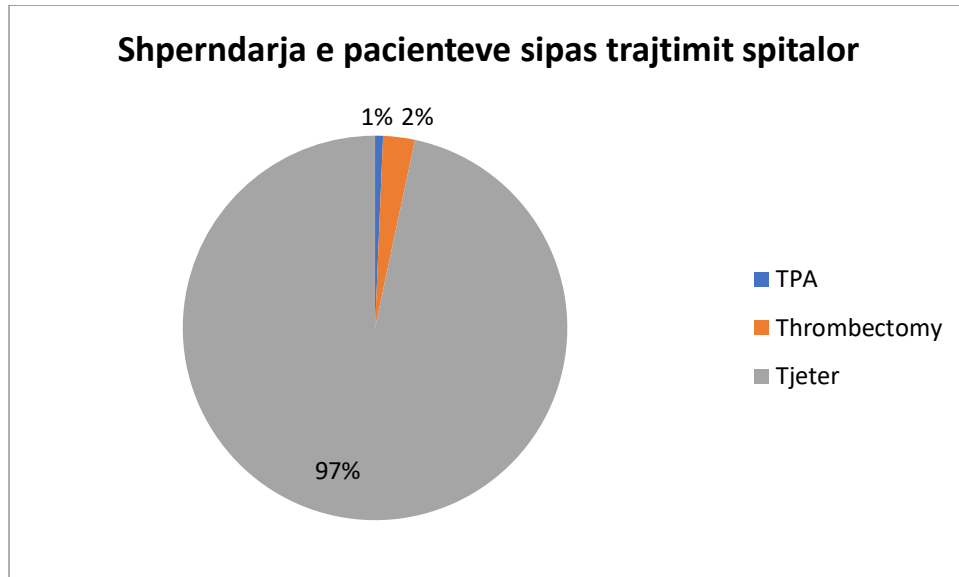
Tabela 3: Shpërndarja e pacientëve sipas hemisferës së prekur dhe trajtimit spitalor.

Treguesi		Numri	%
Lloji i AVC	Ishëmik	140	93.4
	Hemorragjik (intracerebral)	10	6.6
Hemisfera e prekur	E djathtë	91	60.7
	E majtë	45	30.0
	Bilaterale	14	9.4
Trajtimi spitalor	tPA	1	0.7
	Thrombectomy	4	2.7
	Tjeter	145	96.6
Totali		150	100.0

Grafiku 8



Grafiku 9



Pjesa II: Historia mjeksore e pacienteve sipas karteles .

Eshte formuar nga 8 opsione (Tabela 4) .

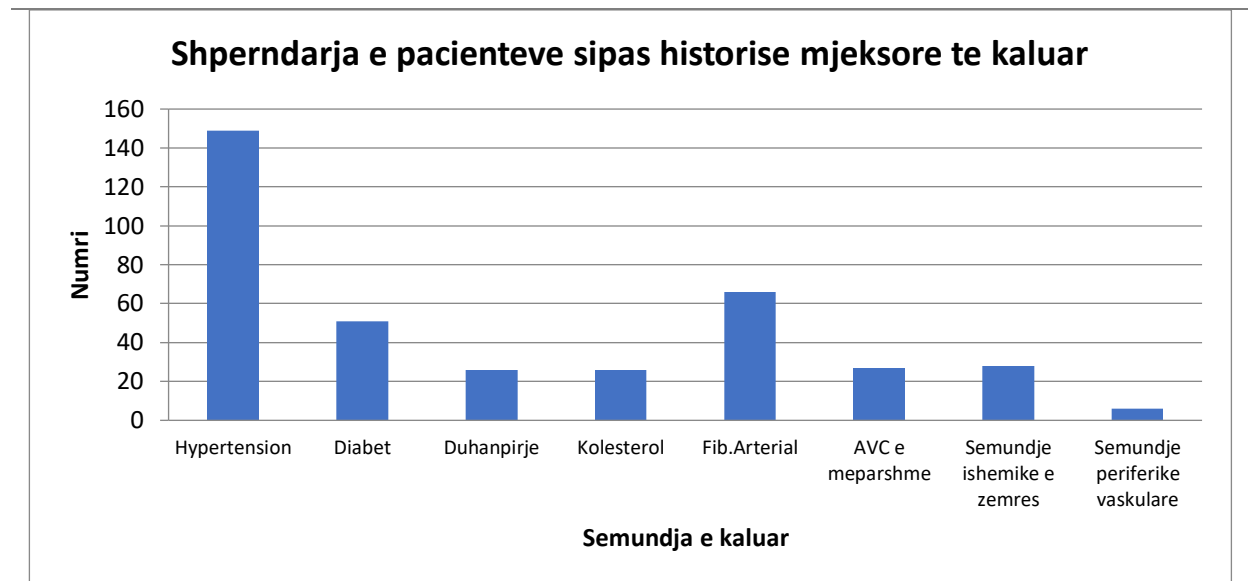
Tabela 4: Historia mjeksore e pacienteve.

Histori mjeksore e kaluar	Numri	%
Hypertension	149	99.3
Diabet	51	34
Duhanpirje	26	17.3
Kolesterol	26	17.3
Fibroze Arteriale	66	44
AVC e meparshme	27	18
Semundje ishemike e zemres	28	18.7
Semundje periferike vaskulare	6	4

Nga tabela shihet se 99% e pacienteve kane patur histori mjeksore me Hypertension 44% e pacienteve kane patur histori mjeksore me fibroze arteriale. 34% e pacienteve kane vuajtur nga diabeti, 19% nga semundjet ishemike te zemres, 18% nga AVC te meparshme, 17% e pacienteve

kane qene duhanpires si dhe kane patur probleme me kolesterolin dhe 4% kane patur semundje periferike vaskulare.

Grafiku 10



III. Indeksi i funksionit te komorbiditetit

Kjo pjese e pyetesorit ka 18 opsione per te cilat pacienti ka nenvizuar semundjen qe e shoqeron. Nga te dhenat eshte ndertuar tabela 5.

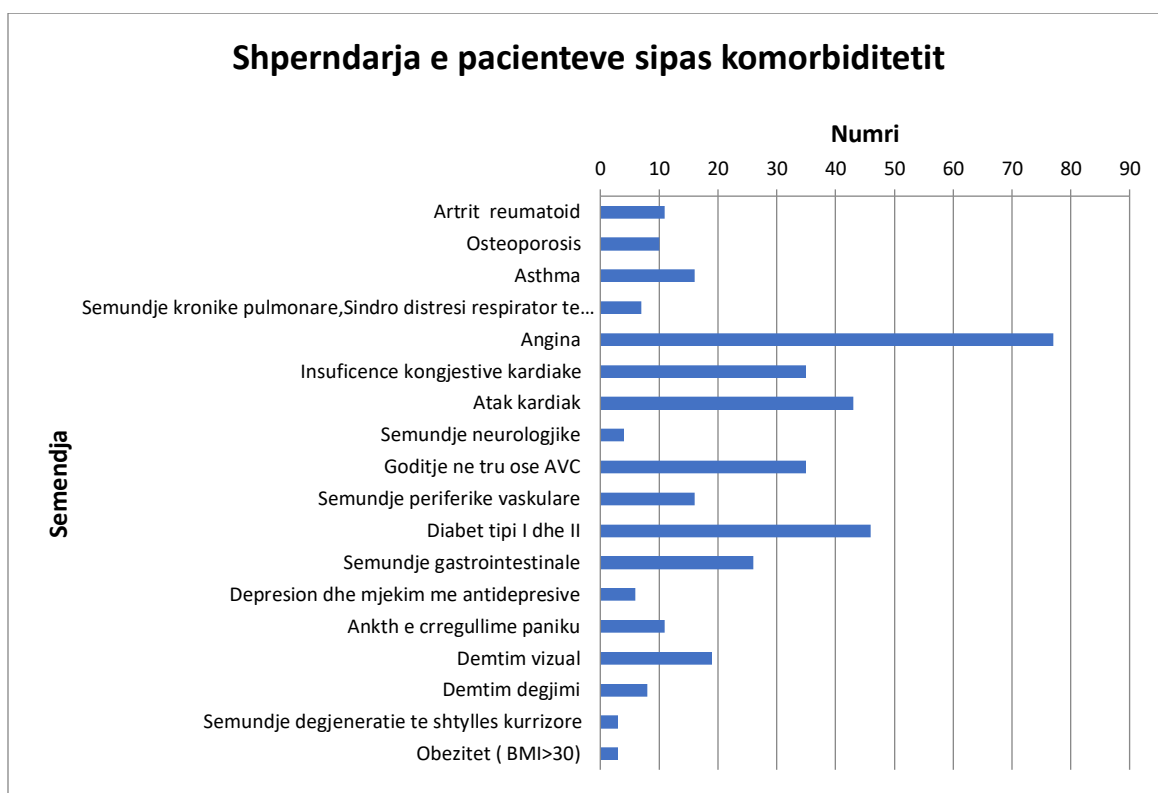
Tabela 5: Te dhenat e pacienteve lidhur me komorbiditetin.

Nr	Komorbiditeti	Numri	%
1	Artrit reumatoid	11	6.5
2	Osteoporosis	10	5.9
3	Asthma	16	9.4
4	Semundje kronike pulmonare, Sindromi i distresit respirator te fituar, emfizema	7	4.1
5	Angina	77	45.3
6	Insuficience kongjestive kardiake	35	20.6
7	Atak kardiak	43	25.3
8	Semundje neurologjike	4	2.4
9	Goditje ne tru ose AVC	35	20.6
10	Semundje periferike vaskulare	16	9.4
11	Diabet tipi I dhe II	46	27.1
12	Semundje gastrointestinale	26	15.3

13	Depresion dhe mjekim me antidepresive	6	3.5
14	Ankth e crregullime paniku	11	6.5
15	Demt看 vizual	19	11.2
16	Demt看 degjimi	8	4.7
17	Semundje degjeneratie te shtylles kurrizore	3	1.8
18	Obezitet (BMI>30)	3	1.8

Nga tabela shihet se pjesa me e madhe e pacienteve, 45% vuajne nga angina, 27% nga diabeti i tipit I dhe II, 25% kane kaluar atak kardiak, 21% kane kaluar goditje ne tru dhe po 21% kane insuficience kardiake. 15% e pacienteve vuajne nga semundje gastrointestinale, 11% kane demtim vizual dhe 9% kane semundje periferike vaskulare. Gjithashtu, 9% e pacienteve vuajne nga asthma. 7% vuajne nga artriti rheumatoid ose nga ankthi ose crregullime paniku si dhe 6% nga osteoporoza.

Grafiku 11



Sipas numrit te semundjeve shoqeruese jepen te dhenat ne tabelen 6. Nga tabela shihet se 45% e pacienteve kane 3 ose me shume semundje shoqeruese.

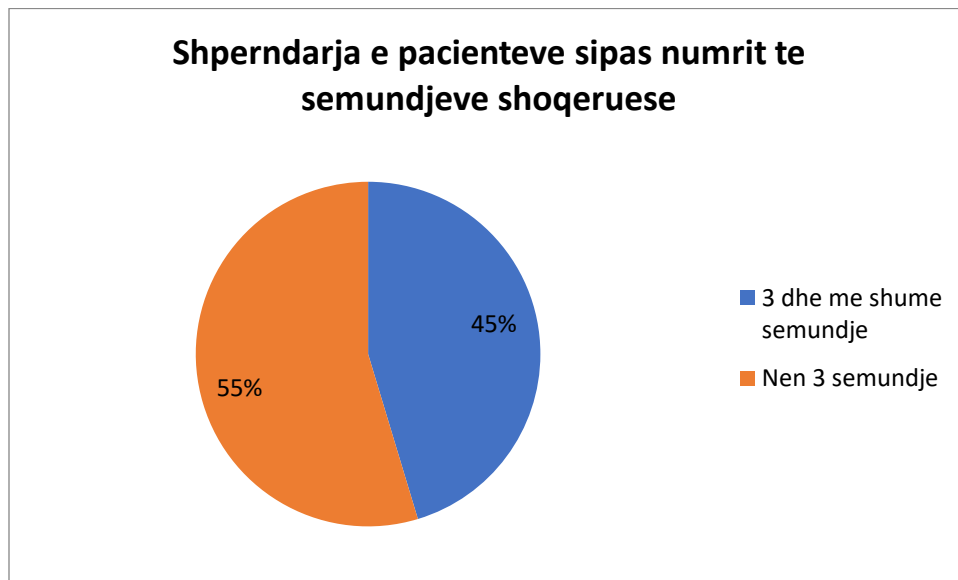
Tabela 6: Pacientet sipas indeksit te komorbiditetit

Komorbiditeti	Numri	%
3 dhe me shume semundje	68	45.3
Nen 3 semundje	82	54.7
Total	150	100

Me poshte paraqiten te dhenat pershkruese mbi numrin e semundjeve shoqeruese: Mesatarja e numrit te semundjeve shoqeruese eshte 2.5, Min=0, Max=8 dhe Devijimi standart=1.63

Tabela 7: Vleresimi i mesatares se pikeve ne lidhje me komorbiditetin					
	N	Minimum	Maximum	Mesatare	Devijimi standart
Komorbiditeti	150	0	8	2.5	1.63

Grafiku 13



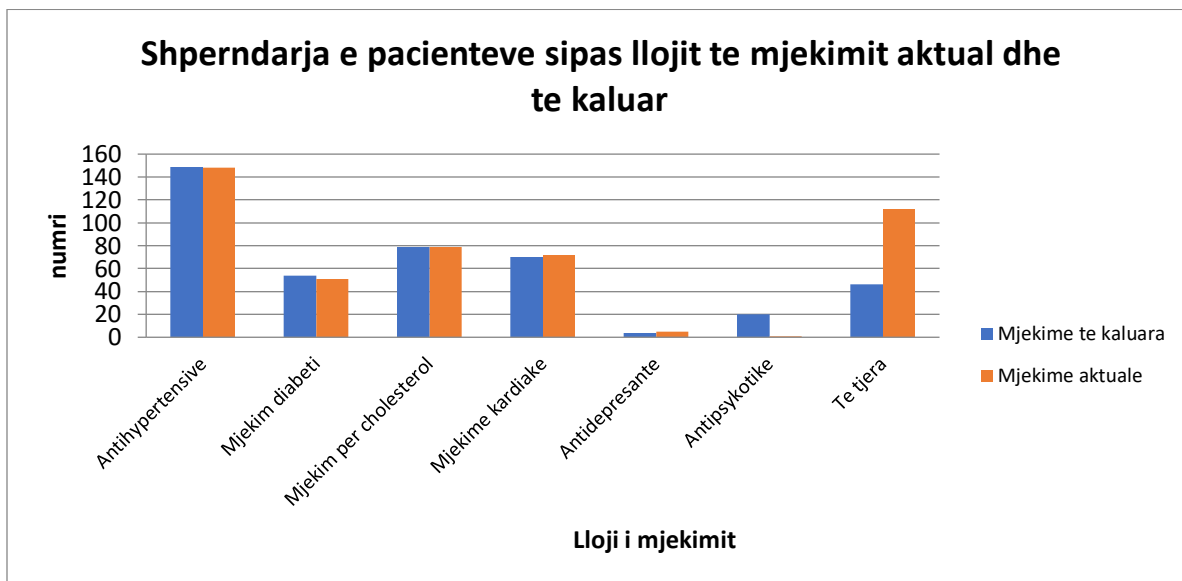
IV. Profili mjeksor i pacientit

Ne kete pjese jane 2 rubrika qe kane te bejne me mjekimet aktuale dhe mjekimet e kaluara te pacientit. Tabela 8 paraqet rezultatet e vrojtimit ne lidhje me profilin mjeksor te pacientit.

Tabela 8: Shperndarja e pacienteve sipas llojit te mjekimit.

Mjekime aktuale	Numri	%
Antihypertensive	148	98.7%
Mjekim diabeti	51	34.0%
Mjekim per kolesterol	79	52.7%
Mjekime kardiake	72	48.0%
Antidepresante	5	3.3%
Antipsykotike	1	0.7%
Te tjera	112	74.7%
Mjekime te kaluara		
Antihypertensive	149	99.3%
Mjekim diabeti	54	36.0%
Mjekim per kolesterol	79	52.7%
Mjekime kardiake	70	46.7%
Antidepresante	4	2.7%
Antipsykotike	20	13.3%
Te tjera	46	30.7%

Grafiku 14



Mbi 99% e pacienteve kane marre ne te kaluaren antihypertensive dhe vazhdojne te marrin aktualisht. 53 % e pacieneve marrin mjekim per uljen e kolesterolit qe i kane marre edhe ne te kaluaren. 48% marrin mjekime kardiake dhe 34 % mjekime per diabetin. 3% marrin antidepresante dhe 1% antipsykotike. Gjithashtu, 74% e pacienteve jane shprehur se marrin mjekime te tjera. Nga krahasimi i te dhenave shihet se aktualisht eshte pakesuar marrja e antipsykotikeve me 12% dhe eshte rritur marrja e mjekimeve “te tjera” me 45%.

V. Testimi

Ne lidhje me ekzaminimet e gjakut jane analizuar:

A) Testi i gjakut nepermjet:

- Profilit te lipideve (LDL,HDL,Cholesterol, Triglyceride)
- Glukoze (Glukoza e shpejte, Hb e glukozuar, %)

Tabela 9: Profili riskoz i pacienteve me strok sipas te dhenave nga ekzaminimet e gjakut.

Profili Riskoz i pacientit	Ne risk te larte		Femra	
	Numri	%	Numri	%
Glukoze e shpejte				
Diabet (mbi 126 ml/dl)	107	71.30%	33	30.84
Hb e glukozuar				
Diabet (mbi 6.5%)	97	64.70%	32	32.99
TC				
240 e me shume	46	30.70%	17	36.96
HDL				
Nen 35	44	29.30%	19	43.18
LDL				
Mbi 160	31	20.70%	11	35.48
Triglyceride				
Mbi 200	24	16%	10	41.67

Tabela 9.1: Vleresimi i pikezuar i treguesve te gjakut

Testi i gjakut	N	Minimum	Maximum	Mesatarja	Devijimi standart
LDL kolesterol	150	104	200	140.1	23.8
HDL kolesterol	150	29	170	40.4	15.4
Cholesterol Total (TC)	150	135	406	208.9	54.3
Triglyceride	150	52	380	165.5	63.5
Glukoze e shpejte	150	70	525	178.1	89.0
Hb e glukozuar,%	150	5.5	14	8.5	12.8

Sipas analizes se treguesve sipas gjinise se pacientit verehet se :

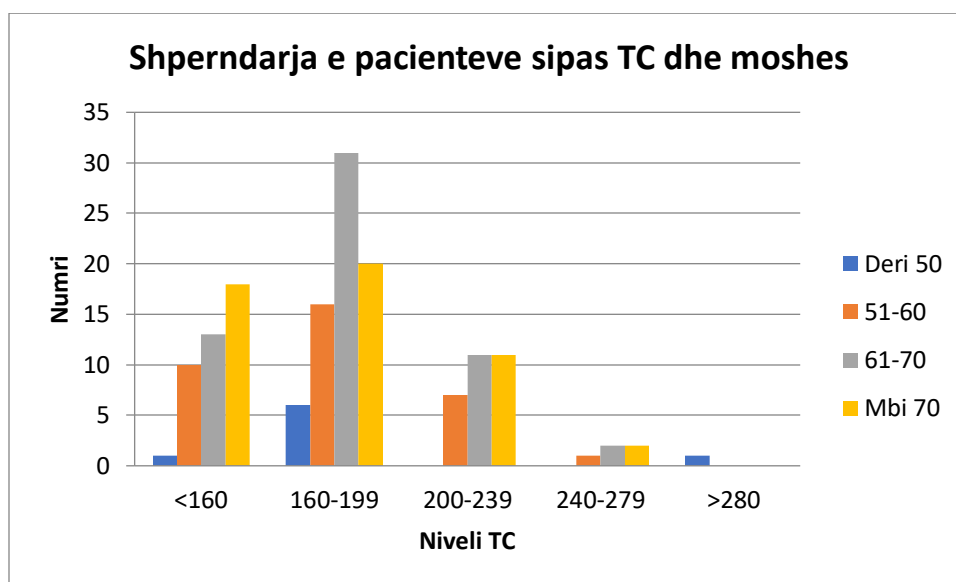
Tabela 10: Mesataret e treguesve te matur sipas gjinise						
Gjinia		LDL	HDL	TA Systolik	Cigare	TC
Femer		140.259	39.185	165.167	0.444	179.44
Mashkull	Mean	139.969	41.042	163.823	2.583	181.01

Rezultatet e mesiperme tregojne nje profil riskoz te shendetit te pacienteve me strok. Mbi 65% e pacienteve duket se vuajne nga diabeti bazuar ne vlerat e glukozes ne gjak, rreth 31% e tyre jane ne risk te larte per hyperlipidemi. Mesatarja e TC te femrat eshte 179.44 ± 28.5 dhe te meshkujt 181.01 ± 33.4 . Mesatarja e LDL te femrat eshte 140.3 ± 23.9 dhe te meshkujt 139.9 ± 23.8 . Mesatarja e HDL te femrat eshte 39.2 ± 11.1 dhe te meshkujt 41.0 ± 17.4 . Nuk ka ndryshime te rendesishme statistikore midis tyre ($p > 0.05$).

Nga krahasimi i mesatareve te treguesve sipas moshes se pacientit ka rezultuar:

Pacientet mbi 61 vjec (61-70 dhe mbi 70 vjec), kane patur nivel me te larte te kolesterolit total (TC) ne krahasim me grupmoshat e tjera ($p = 0.017$). Keshtu, 76% e atyre me kolesterol mbi 200 jane te moshes mbi 61 vjec.

Grafiku 15



B) Kompozicioni trupor nepermjet:

- Peshes (kg)
- Gjatesise (m)
- Indeksi i mases trupore (BMI) ne kg/m^2

Te dhenat jepen ne tabelen 11. Shohim se vlera mesatare e BMI tek popullata jone eshte 27.2 ± 3.16 .

Tabela 11: Vleresimi i kompozicionit trupor te pjesemarresve

Kompozicioni trupor	N	Minimum	Maximum	Mesatare	Devijimi standart
Pesha	150	65	160	80.8	9.47
Gjatesia	150	1.6	1.84	1.72	0.04
BMI	150	22.9	56.7	27.2	3.16

Krahasimi sipas gjinise (F=0.323 kundrejt F kritike=0.523) ANOVA gje qe tregon se nuk ka ndryshime te rendesishme statistikore midis dy gjinive. Nga krahasimi del se BMI mesatare te femrat eshte 26.9 ± 4.6 . BMI te meshkujt eshte 27.3 ± 2.0 , gje qe tregon nje tendence per *mbipeshe*. Gjithashtu rezultatet treguan se 7.3% e pacienteve e kane vleren e BMI=30 qe tregon se kemi nje perqindje te pacienteve *obeze*.

Tabela 12: Lidhja e BMI me gjinine

Gjinia	Mean	N	Std. Deviation
Femer	26.980	54	4.5674
Mashkull	27.286	96	2.0086
Total	27.176	150	3.1646

Krahasimi sipas moshes (F=1.7 kundrejt F kritike=0,55) ANOVA gje qe tregon se ka ndryshim te rendesishem statistikor midis grupmoshave lidhur me BMI. Nga krahasimi i mesatares se BMI sipas grupmoshes verehet se grupmosha qe ka *BMI me te larte eshte deri ne 50 vjec, dhe me te ulet mbi 70 vjec*.

Tabela 13: Lidhja e BMI me moshen

Mosha	Mesatare	N	Std. Deviation
51-60	27.646	34	1.9389
61-70	27.201	57	4.4082
Deri 50	29.051	8	2.5479
Mbi 70	26.541	51	1.8882
Total	27.176	150	3.1646

C) Presioni i gjakut nepermjet

- TA systolik
- TA diastolik

Te dhenat jepen ne tabelen 14.

Tabela 14: Vleresimi i profilit riskoz per hipertension te pacienteve me strok

Hipertensioni	Nr	%	Femra	
			Nr	%
Stadi II (Mbi 140/90)	70	46.7	27	38.57
Krize (Mbi 180)	38	25.3	14	36.84

Tabela 14.1: Vleresimi i presionit te gjakut sipas mesatares se pikezuar

Presioni i gjakut	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
TA Systolik	150	90	230	164.307	27.0619
Diastolik	150	9	120	90.389	12.2611

Rezultatet e mesiperme tregojne se rreth 47% e pacienteve konsiderohen hipertensive, ku 39% prej tyre jane femra, kurse rreth 25% kane patur krize hipertensive. Mesatarja e Presionit Systolik tek femrat eshte 165.2 ± 27.0 dhe te meshkujt 163.8 ± 27.2 .

Nuk jane verejtur ndryshime te rendesishme statistikore ne nivelin e TA Systolik sipas gjinise.

Kjo e llogaritur nepermjet analizes ANOVA ($F=0.085 < F_{\text{kritike}}=0.771$). Nuk jane verejtur ndryshime te rendesishme statistikore ne nivelin e TA Systolik sipas grupmoshes. Nga ANOVA eshte llogaritur ($F=0.066 < F_{\text{kritike}}=0.978$).

Tabela 15: Presioni Systolik dhe Diastolik sipas gjinise dhe moshes

Faktoret	Presioni Systolik			Presioni Diastolik		
	Mean	Std. Deviation	ANOVA (F)	Mean	Std. Deviation	ANOVA (F)
Gjinia			0.085<0.771			1.01>0.319
Femer	165.167	27.0051		91.722	11.0016	
Mashkull	163.823	27.2234		89.632	12.9171	
Mosha			0.066<0.978			0.544<0.877
51-60	90.000	8.7004		51-60	8.7004	
61-70	89.193	14.5620		61-70	14.5620	
Deri 50	92.000	9.5169		Deri 50	9.5169	
Mbi 70	91.760	11.9873		Mbi 70	11.9873	

Mesatarja e Presionit Diastolik tek femrat eshte 91.7 ± 11.0 dhe te meshkujt 89.8 ± 12.9 . Tek femrat ky presion eshte me i larte ($F=1.01 > F_{\text{kritike}}=0.319$). Nuk ka ndryshime te rendesishme statistikore ne nivelin e presionit Diastolik sipas grupmoshave ($F=0.544 < F_{\text{kritike}}=0.877$).

D) Duhanpirja nepermjet:

- Nese kane pire duhan ne 7 ditet e fundit.
- Numri i cigareve ne dite.

E) Konsumi i alkoolit nepermjet:

- Nese kane pire alkool ne 7 ditet e fundit.
- Numri i pijeve ne dite.

Te dhenat jepen ne tabelen 16.

Tabela 16

Duhanpirja dhe konsumi i alkoolit	Numri	%
Kane pire cigare ne 7 ditet e fundit.	70	46.6
Kane pire alkool ne 7 ditet e fundit.	47	31.3

Sipas numrit te cigareve dhe pijeve ne dite nga Tabela 17 shihet se mesatarja ditore e numrit te cigareve eshte 12 cigare, me min=5 dhe max=25, Dev.standart=5.7 cigare. Mesatarja e numrit te cigareve ne dite te femrat eshte 0.44 ± 1.07 dhe te meshkujt 2.6 ± 1.9 . Pacientet qe konsumojne me shume cigare jane ata te grupmoshes 51-60 vjec, nga te cilet 68% pijne duhan ($p=0.014$).

Grafiku 16

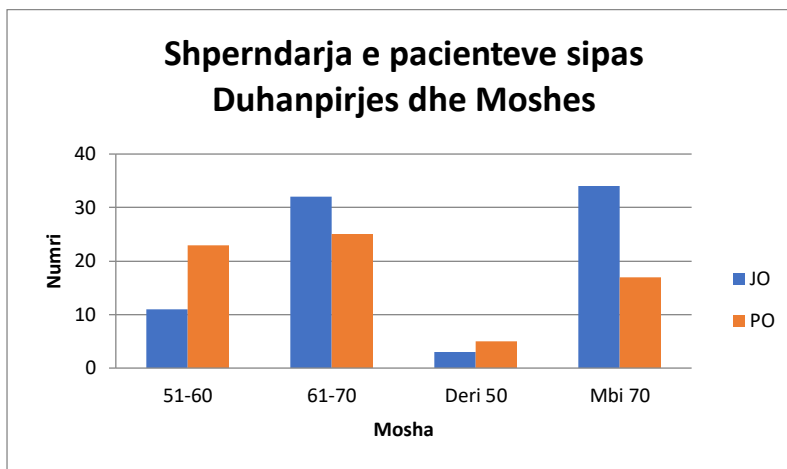


Tabela 17: Vleresimi i numrit te cigareve dhe pijeve alkolike ne dite

Numri i cigareve dhe pijeve ne dite	N	Minimum	Maximum	Mesatarja	Dev.Standart
Numri i cigareve ne dite	70	5	25	11.67	5.67
Numri i pijeve ne dite	47	1	10	3.57	1.67

Mesatarja ditore e pijeve eshte afersisht 4 me Min=1 dhe Max =10, Dev.Standart=1.7 pije.
 Mesatarja ditore e cigareve eshte afersisht 12 me Min=5 dhe Max= 25, Dev. Stand= 5.7 cigare.

VI. NJOHURITE MBI AVC

Njohurite jane vleresuar nepermjet 20 pyetjeve me nga 5 alternativa pergjigjeje. Vleresohet vetem pergjigja e sakte me 1 pike. Totali i pikeve mund te levize nga 0 ne 20 pike.

Per vleresimin e njohurive eshte bere klasifikimi i meposhtem:

Te mira – kur jane fituar mbi 50% e pikeve (mbi 10 pike)

Jo te mira - kur jane marre nen 50% e pikeve (deri ne 10 pike).

Tabela 18: Shperndarja e pacienteve sipas pergjigjeve per pyetjet qe lidhen me njohurite e tyre mbi AVC

Pyetjet per testimin e Njohurive te pacienteve per AVC	Pergjigje e sakte (N,%)	Total (N,%)
Lloji me i zakonshem i AVC ndodh kur:	64 (42.7%)	150 (100%)
Cila nga arsytet dyfishon riskun e AVC?	86 (57.3%)	150 (100%)
Nje lloj i parregullt i rrahjeve te zemres i njohur si fibrilacion atrial (AF) si ndikon ne riskun e AVC.	50 (33.3%)	150 (100%)
Cila grupmoshe eshte me shume ne risk per AVC	102 (68%)	150 (100%)
Shenjat paralajmeruese te nje sulmi te perkohshem ishemik (TIA) zhduken:	55 (36.2%)	150 (100%)
Cila eshte shenja paralajmeruese e AVC?	63 (42%)	150 (100%)
Qellimi kryesor i reabilitimit per dike qe ka patur AVC?	81 (54%)	150 (100%)
Marrja e aspirines ndihmon ne parandalimin e goditjes ne tru	106 (70.7%)	150 (100%)
Jeni ne risk per AVC nese:(disa faktore)	92 (61.3%)	150 (100%)
Pasi keni kaluar nje sulm ishemik kalimtar (TIA) ju rrezikoni ose jo) per:	92 (61.3%)	150 (100%)
Kirurgjia ndonjehere mund te ndihmoje per parandalimin e nje goditjeje tjeter nepermjet:	96 (64%)	150 (100%)
Cila metode eshte e vlefshme per njerezit qe kane patur AVC/	73 (48.7%)	150 (100%)
Nje nga faktoret me te medhenj te riskut per AVC eshte:	98 (65.3%)	150 (100%)
Sa shqiptare preken nga AVC	33 (22%)	150 (100%)
Nese ju pini alkool me teprice ju keni:	67 (44.7%)	150(100%)
Cila nga sa vijon eshte papaftesi fizike e shkaktuar nga goditja ne tru?	80 (53.3%)	150(100%)
Per te pakesuar riskun e AVC ju:	75 (50.0%)	150(100%)
Pirja e 20 cigareve ne dite rrit riskun per goditje?	44 (29.3%)	150 (100%)
Nese dikush ka goditje ne tru, kur duhet te telefonoje per ambulancen?	101 (67.3%)	150 (100%)
Rehabilitimi mund te ndihmoje dike qe ka vuajtur:	80 (53.3%)	150 (100%)

Nga analiza e te dhenave te tabelës se mesiperme verëhet se pacientet me se shumti kanë dhënë përgjigje të sakta lidhur me : përdorimin e aspirinës në parandalimin e goditjes nëpërmjet ndalimit të formimit të mpiksjes së gjakut (71% kanë dhënë përgjigje të sakta); moshës që është me shumë në rishikim (68%); kushteve kur duhet të njoftohet me ambulancë në rastin e një goditjeje në tru (67%); njohjen e presionit të lartë të gjakut si një nga faktorët me të mëdhenj të rishikut (65%); ndihmesën e kirurgjisë në rastet e goditjes në tru (64%); njohjen e obezitetit si një faktor i madh në rishikim për AVC (61%); njohjen e pasjes së një ataku me të madh pas një sulmi ishëmik kalimtar (61%).

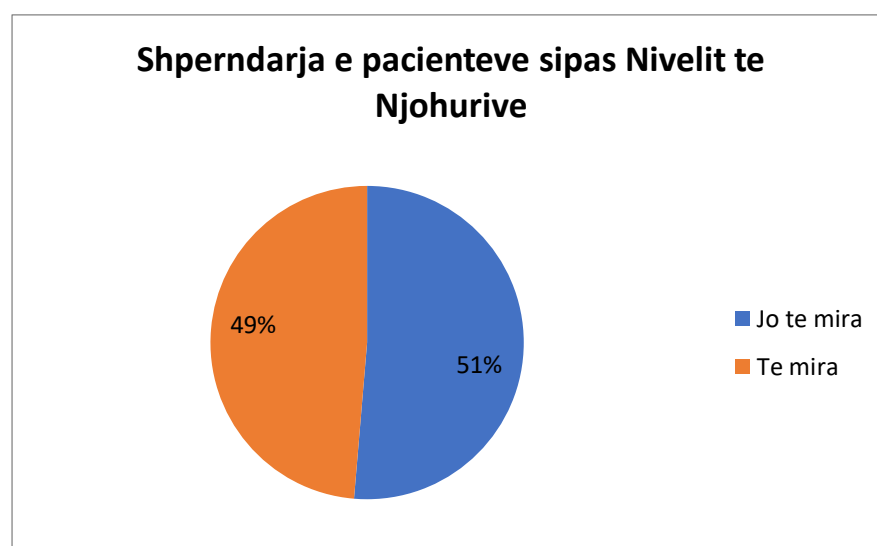
Gjithashtu, shihet se nuk është i mjaftueshëm informacioni që ata kanë lidhur me: Përhapjen në Shqipëri të AVC (22% janë përgjigjur saktë); Ndikimin e duhanit në rishikim për AVC (29% saktë); Njohurine për fibrilacionin arterial (AF) që rrit 5 herë rishikim për AVC (33% saktë) etj.

Tabela 19: Shpërndarja e pacientëve sipas nivelit të njohurive mbi AVC.

Niveli i njohurive		Numri	%
Variablat	Jo të mira	77	51.3
	Të mira	73	48.7
	Total	150	100.0

Nga tabela shihet se sipas klasifikimit të mesipërme, rreth 49% e pacientëve kanë njohuri të mira për AVC dhe 51% jo të mira.

Grafiku 17



Nga analiza e pikeve të arritura sipas njohurive, pikët mesatare të njohurive janë Mes=10.3 pike, Min=0 pike, Max=20 pike dhe Devijimi standart=5.3 pike, gjë që tregon një nivel mesatar të njohurive për strok tek pjesëmarrësit.

Tabela 20					
Njohurite per AVC	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Piket	150	0	20	10.247	5.3155

Tabela 21: Lidhja midis njohurive dhe faktoreve socio-demografike

Treguesit socio-demografike		Niveli i njohurive		Total	p
		Jo te mira	Te mira		
Moshë	51-60	17	18	35	0.611
	61-70	32	25	57	
	Deri 50	5	3	8	
	Mbi 70	23	27	50	
Gjinia	Femer	29	25	54	0.663
	Mashkull	48	48	96	
Statusi civil	Divorcuar	1	0	1	0.562
	I Ve	6	6	12	
	Martuar	70	67	137	
Arsimimi	8 vjecar	56	47	103	0.457
	Bachelor	1	1	2	
	Mesme e pergj	16	23	39	
	Profesional	4	2	6	
Me ke jeton	Me dike	70	70	140	0.407
	Vetem	7	3	10	
Vendbanimi	Fshat	27	25	52	0.916
	Qytet	50	48	98	
Niveli ekonomik	I larte	0	1	1	0.193
	I ulet	37	26	63	
	Mesatar	40	46	86	

Nga tabela vërehet se nuk janë vërejtur ndryshime të rëndësishme statistikore në nivelin e njohurive mbi AVC sipas treguesve të ndryshëm socio-demografikë. Këto e vërejtme të vlerat e probabilitetit të shpërndarjes Hi-katror ($p > 0.05$).

VII. Sjelljet lidhur me shëndetin.

Cdo përgjigje është vlerësuar me pike nga 4-32 (aktiviteti fizik dhe menaxhimi i stresit) dhe nga 4-36 pike (ushqyerja). Piket totale mund të arrijnë nga 12 deri në 100 pike.

Nga llogaritja e pikeve të sjelljeve të orientuara ndaj shëndetit, kemi:

Sjelljet ndaj shendetit	N	Minimum	Maximum	Mesatarja	Std. Deviation
Piket e vleresimit	150	25	100	54.67	13.3469

Mesatarja e pikeve te sjelljeve eshte 54.67 pike, Min=25 pike, Max=100 pike dhe Dev.Standart=13.35 pike.

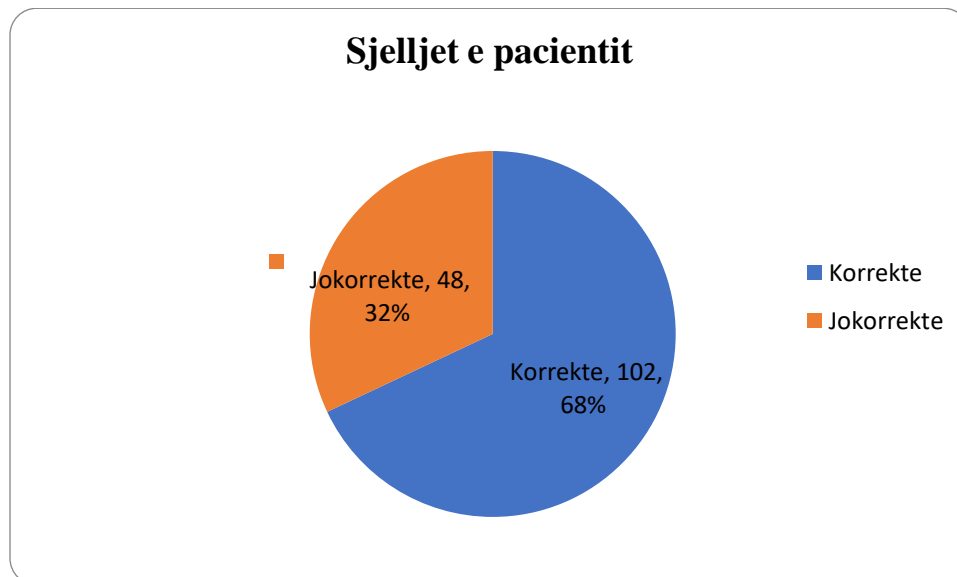
Duke klasifikuar sjelljet ne dy kategori kemi klasifikimin e meposhtem:

12 - 50 pike=Sjellje Jokorrekte

50 - 100 pike=Sjellje Korrekte

Variablat		Numri	%
Klasifikimi i sjelljeve	Korrekte	102	68.0
	Jokorrekte	48	32.0
	Total	150	100.00

Grafiku 18



Nga grafiku shihet se 68% e pacienteve kane sjellje korrekte dhe 32% jokorrekte.

Parashikuesit e sjelljeve qe lidhen me shendetin

Bazuar ne literature ne vleresuar ndikimin e faktoreve socio-demografike dhe njohurive per strok ne sjelljet e pacienteve ndaj shendetit.

Tabela 24: Vleresimi i lidhjes midis sjelljeve ndaj shendetit dhe njohurive te pacienteve per strokun					
Sjelljet ndaj shendetit		Njohurite mbi AVC		Total	Vlera e p
		Jo te mira	Te mira		
Klasifikimi	Korrekte	46	56	102	0.035
	Jokorrekte	31	17	48	
Total		77	73	150	

Eshte verejtur ndryshim i rendesishem statistikor ne lidhjen midis sjelljeve ndaj shendetit dhe njohurive te pacienteve lidhur me semundjen strok ($p= 0.035$). Keshtu, nga tabela verehet se pjesa me e madhe e pacienteve me sjellje korrekte (55%) kane njohuri me te mira per AVC.

Tabela 25: Vleresimi i lidhjes midis sjelljes ndaj shendetit dhe faktoreve socio-demografike		
Treguesit socio-demografike	Sjelljet ndaj shendetit	ANOVA F kritike
Mosha	F=3.544	0.016
Gjinia	F=0.493	0.478
Arsimimi	F=2.137	0.098
Me ke jeton	F=1.099	0.298
Niveli ekonomik	F=1.525	0.221

Nga tabela e mesiperme shohim se ka ndryshim te rendesishem statistikor ne lidhjen midis sjelljeve dhe gjinise se pjesemarresve. Vihet re se meshkujt kane pike me te larta mesatare ne sjelljen ndaj semundjes (Mes=55.3±13.1) ne krahasim me femrat (Mes=53.6±13.8). Nga analiza ANOVA kemi $F=0.493 > 0.478$.

Eshte verejtur ndryshim i rendesishem ne sjelljet e pacienteve sipas moshes. Keshtu **grupmosha 51-60 vjec kane pike mesatare me te larta ne sjelljen ndaj semundjes** (Mes=60.3±11.8) ne krahasim me kategorite e tjera. Nga analiza ANOVA kemi $F=3.544 > 0.016$.

Eshte verejtur ndryshim i rendesishem ne sjelljet e pacienteve sipas arsimit. Keshtu **pacientet me Bachelor kane pike me te larta ne sjelljet ndaj semundjes** (Mes=76.5±0.71) ne krahasim me kategorite e tjera. Nga analiza ANOVA kemi $F=2.137 > 0.098$.

Eshte verejtur ndryshim i rendesishem ne sjelljet e pacienteve sipas faktit se me ke jetojne. Keshtu pacientet qe **jetojne me dike kane pike me te larta ne sjelljet** ndaj shendetit (Mes=55±13.1) ne krahasim me ata qe banojne vetem (Mes=50±13.3). Nga analiza ANOVA kemi $F=1.099 > 0.298$.

Eshte verejtur ndryshim i rendesishem ne sjelljet e pacienteve sipas nivelit ekonomik. Keshtu pacientet **me nivel te larte ekonomik kane pike me te larta ne sjelljet** ndaj shendetit (Mes=77±0.01) ne krahasim me kategorite e tjera. Nga analiza ANOVA kemi $F=1.525 > 0.221$.

Me poshte kemi analizuar **sjelljet ndaj shendetit** sipas 3 konstrakteve perberes te pyetesorit (HPLP II) qe kane te bejne me deklaratat e pacienteve ne lidhje me menyren e jeteses dhe zakoneve personale gjate javes para goditjes.

1. Sjelljet qe lidhen me aktivitetin fizik
2. Sjelljet lidhur me ushqyerjen
3. Sjelljet qe lidhen me menaxhimin e stresit

Sjelljet qe lidhen me aktivitetin fizik

Per aktivitetin fizik jane bere 8 pyetje, per per te cilat pacienti mund te pergjigjet ne nje nga 4 alternativa te vleresuara me pike. (Asnjehere=1, Ndonjehere=2, Shpeshhere=3, Rregullisht=4). Piket totale variojne nga 8 deri ne 32 pike (Tabela 22). Deri ne 16 pike sjellja konsiderohet jokorrekte ne lidhje me aktivitetin fizik dhe 16 pike dhe mbi 16 pike sjellja konsiderohet korrekte (Tabela 23).

Tabela 26: Pergjigjet e pacienteve lidhur me aktivitetin fizik.

Sjellja lidhur me aktivitetin fizik.		Asnjehere	Ndonjehere	Shpesh	Rutine	Total
Ndiqni nje program te planifikuar ushtrimesh?	Numri	54	56	27	13	150
	%	36	37.3	18	8.7	100
Ushtroni me force per 20 ose me shume min te pakten 3 here ne jave (ecje, biciklele vallezim, aeroabi, shkalle)	Numri	55	61	21	13	150
	%	36.7	40.7	14	8.7	100
Mermi pjese ne aktivitet fizik te lehte ose moderuar 30-40 min per 5 ose me shume here ne jave?	Numri	43	60	34	13	150
	%	28.7	40	22.7	8.7	100
Mermi pjese ne aktivitet fizik ne kohen e lire (not, vallezim, biciklele)?	Numri	44	68	25	13	150
	%	29.3	45.3	16.7	8.7	100
Beni ushtrime shtrirjeje te pakten 3 here ne jave?	Numri	55	55	22	18	150
	%	36.7	36.7	14.7	12	100
Kontrolloni pulsin kur ushtroheni?	Numri	48	64	24	14	150
	%	32.0	42.7	16.0	9.3	100
Beni stervitje gjate aktiviteteteve ditore (ecje, shkalle, parkim larg destinacionit)?	Numri	38	47	49	16	150
	%	25.3	31.3	32.7	10.7	100
Arrini te kapni rrahjet e zemres kur ushtroheni?	Numri	45	63	23	19	150
	%	30	42	15.3	12.7	100

Sipas tabelës 26, vetëm 27% e pacienteve kanë një program të planifikuar ushtrimesh (Shpesh ose Rutine); 23% e pacienteve ushtrohen për 20 min ose më shumë për 3 here në javë (Shpesh

ose Rutine); 31% marrin pjese ne aktivitet fizik 30-40 minuta ne 5 dite te javes (Shpesh ose rutine); 25% bejne aktivitet fizik ne kohen e lire (not, vallezim, biciklete), Shpesh ose Rutine; 27% bejne ushtrime shtrirjeje te pakten 3 here ne jave (Shpesh ose Rutine); 43% bejne stervitje gjate aktiviteteve ditore (Shpesh ose Rutine); 28% arrijne te kapin rrahjet e zemres gjate stervitjes (Shpesh ose Rutine); 25% arrijne te kontrollojne pulsine gjate stervitjes (Shpesh ose Rutine).

Grafiku 19

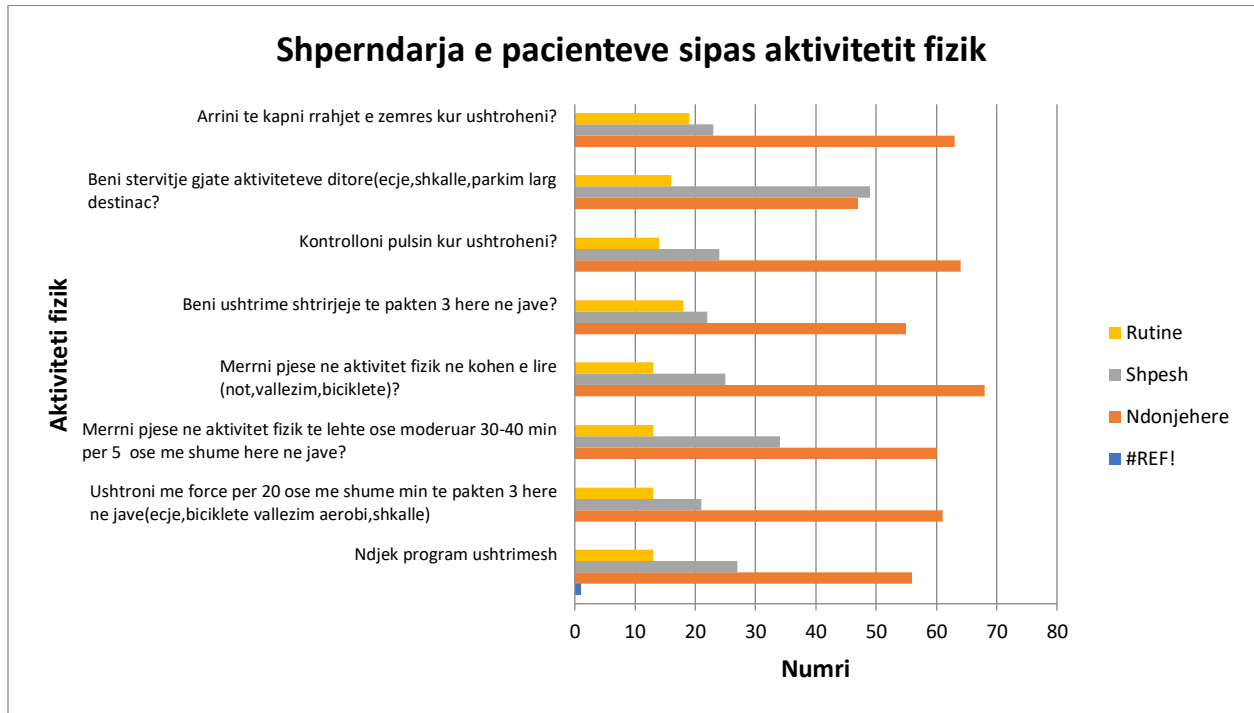


Tabela 27: Shperndarja e pacienteve sipas sjelljeve qe lidhen me aktivitetin fizik.

Sjelljet lidhur me aktivitetin fizik	Numri	%
Korrekte	98	65.3
Jokorrekte	52	34.7
Total	150	100.0

Sipas tabelës 27 mbi 65% e pacienteve kane sjellje korrekte lidhur me aktivitetin fizik ne sherbim te shendetit te tyre, por 35% kane sjellje jokorrekte.

Grafiku 20



Tabela 28: Vleresimi i mesatares se pikeve ne lidhje me aktivitetet fizike

Aktiviteti fizik	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Piket	150	8	32	16.5	5.4

Nga analiza e pikeve ne kete pjese eshte llogaritur qe Mesatarja e pikeve =16.5 pike, Min=8 pike, Max=32 pike dhe Dev. standart=5.4 pike.

Tabela 29: Analiza e lidhjes se sjelljeve ndaj aktivitetit fizik te pacienteve dhe faktoreve socio-demografike

Treguesit socio-demografike		Sjelljet ndaj aktivitetit fizik		Total	p
		Korrekte	Jo korrekte		
Mosha	Deri 50	6	2	8	
	51-60	29	6	35	0.037
	61-70	34	23	57	
	Mbi 70	29	21	50	
Gjinia	Femer	35	19	54	0.92
	Mashkull	63	33	96	
Statusi civil	Divorcuar	0	1	1	0.487
	I Ve	8	4	12	
	Martuar	90	47	137	
Arsimimi	8 vjecar	67	36	103	0.633
	Bachelor	2	0	2	

	Mesme	26	13	39	
	Profesional	3	3	6	
Me ke jeton	Me dike	94	46	140	0.231
	Vetem	4	6	10	
Vendbanimi	Fshat	34	18	52	0.992
	Qytet	64	34	98	
Niveli ekonomik	I larte	1	0	1	0.719
	I ulet	40	23	63	
	Mesatar	57	29	86	

Nga analiza e lidhjes se sjelljeve ndaj aktivitetit fizik te pacienteve dhe faktoreve socio-demografike (tabela 29) kemi verejtur se ka lidhje te rendesishme statistikore midis sjelljeve ndaj aktivitetit fizik dhe moshes se pacienteve ($p=0.037$ pra, $p<0.05$). Keshtu, *moshat më të reja kane patur sjellje më korrekte ndaj aktivitetit fizik ne sherbim te shendetit te tyre. 75% e pacienteve te grupmoshes deri 50 vjec kishin sjellje korrekte, 82% e pacienteve te grupmoshes 51-60 vjec manifestojne sjellje korrekte ne lidhje me aktivitetin fizik.*

Nuk jane verejtur ndryshime te rendesishme statistikore ne lidhjen midis sjelljeve ndaj aktivitetit fizik she treguesve te tjere socio-demografike ($p>0.05$).

Sjelljet lidhur me ushqyerjen

Per ushqyerjen jane bere 9 pyetje, per per te cilat pacienti mund te pergjigjet ne nje nga 4 alternativa te vleresuara me pike (Asnjehere=1, Ndonjehere=2, Shpeshhere=3, Rregullisht=4)

Piket totale variojne nga 9 deri ne 36 pike (Tabela 26).

Deri ne 18 pike sjellja konsiderohet jokorrekte ne lidhje me ushqyerjen dhe mbi 18 pike sjellja konsiderohet korrekte (Tabela 30).

Tabela 30: Pergjigjet e pacienteve lidhur me ushqyerjen.

Sjelljet lidhur me ushqyerjen		Asnjehere	Ndonjehere	Shpesh	Rutine	Total
Zgjidhni nje diete me pak yndyre ,yndyre te ngopur dhe kolesterol?	Numri	28	76	33	13	150
	%	18.6	50.7	22.0	8.7	100
Kufizoni perdormin e embelsirave ose ushqimet me sheqer?	Numri	18	75	33	24	150
	%	12.0	50	22.0	16.0	100
Hani 6-11 racione buke, drithera, oriz, makarona cdo dite?	Numri	47	71	22	10	150
	%	31.3	47.3	14.7	6.7	100
Hani 2-4 racione fruta cdo dite?	Numri	17	74	45	14	150
	%	11.4	49.3	30.0	9.3	100
	Numri	18	80	37	15	150

Hani 3-5 racione perime cdo dite?	%	12.0	53.3	24.7	10.0	100
Hani 2-3 racione qumesht, kos, djath cdo dite?	Numri	23	79	31	17	150
	%	15.3	52.7	20.7	11.3	100
Hani vetem 2-3 sherbime nga grupi i mishit, shpendeve, peshqve, fasuleve, veze, arra?	Numri	20	75	42	13	150
	%	13.3	50	28	8.7	100
Lexoni etiketat e lendeve ushqyese dhe yndyren e kripen ne ushqimet e paketuara?	Numri	27	71	33	19	150
	%	18	47.3	22	12.7	100
Hani mengjes?	Numri	15	68	52	15	150
	%	10	45.3	34.7	10	100

Sipas tabelës së mësipërme, 31% e pacientëve kanë zgjedhur një dietë me pak yndyrë; 38% e pacientëve kufizojnë embelsirat dhe ushqimet me sheqer; 21% marrin 6-11 racione buke, drithera cdo dite; 39% hane 2-4 racione fruta ne dite; 35% hane 3-5 racione perime ne dite; 32% hane 2-3 racione djathe ,qumesht, kos ne dite; 37% marrin 2-3 sherbime nga grupi i mishit, peshkut, shpendeve, fasule te thata, veze dhe arra; 35% lexojne etiketat e ushqimeve te paketuara; 45% hane mengjes (Shpesh ose Rutine).

Grafiku 21

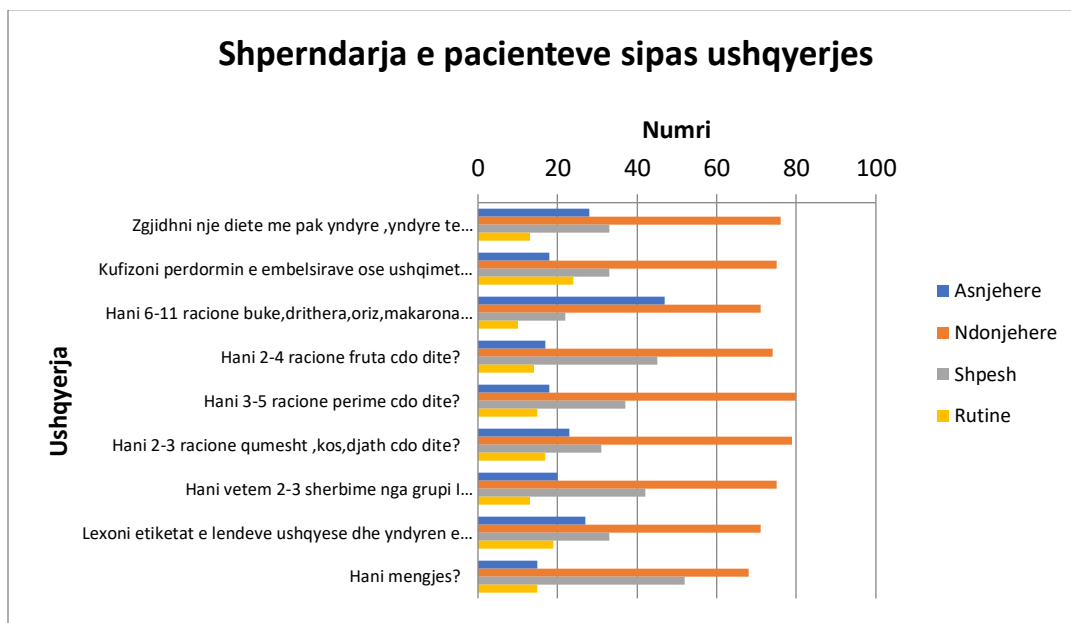


Tabela 31: Vleresimi i nivelit te sjelljeve lidhur me ushqyerjen

Sjelljet lidhur me ushqyerjen		Numri	%
Variabla	Korrekte	119	79.3
	Jokorrekte	31	20.7
Total		150	100.0

Sipas tabelës 31 **mbi 79% e pacientëve kanë sjellje korrekte lidhur me ushqyerjen** në shërbim të shëndetit të tyre, por 21% kanë sjellje jokorrekte.

Nga analiza e pikeve për këto konstrukte është llogaritur që Mesatarja e pikeve =20.6 pike, Min=9 pike, Max=36 pike dhe Dev.standart=4.5 pike

Tabela 32: Vlerësimi i mesatares së pikeve në lidhje me ushqimin					
Ushqimi	N	Minimu m	Maximum	Mesatare	Std. Deviation
Piket	150	9.0	36.0	20.62	4.48

Nga analiza e lidhjes së sjelljeve ndaj ushqyerjes së pacientëve dhe faktoreve socio-demografike (Tabela 33) kemi vërejtur se ka lidhje të rëndësishme statistikore midis sjelljeve ndaj ushqyerjes dhe moshës së pacientëve ($p=0.006$ pra, $p<0.05$).

Kështu, *moshat më të reja kanë patur sjellje me korrekte ndaj ushqyerjes së tyre*. Grupmosha deri 50 vjeç 88% me sjellje korrekte, 51-60 vjeç në 94% të rasteve kanë sjellje korrekte ndaj ushqyerjes. Nuk janë vërejtur ndryshime të rëndësishme statistikore midis sjelljeve ndaj ushqyerjes dhe treguesve të tjerë socio-demografike ($p>0.05$).

Tabela 33: Lidhja e sjelljeve ndaj ushqyerjes me faktorët socio-demografike

Treguesit socio-demografike		Sjelljet ndaj ushqyerjes		Total	p
		Korrekte	Jo korrekte		
Moshë	Deri 50	7	1	8	
	51-60	33	2	35	0.006
	61-70	45	12	57	
	Mbi 70	34	16	50	
Gjinia	Femer	35	19	54	0.294
	Mashkull	63	33	96	
Statusi civil	Divorcuar	0	1	1	0.215
	I Ve	9	3	12	
	Martuar	110	27	137	
Arsimimi	8 vjeçar	79	24	103	0.642
	Bachelor	2	0	2	
	Mesme e përgj	33	6	39	
	Profesional	5	1	6	
Me kë jeton	Me dike	113	27	140	0.164
	Vetem	6	4	10	
Vendbanimi	Fshat	39	13	52	0.398
	Qytet	80	18	98	

Niveli ekonomik	I larte	1	0	1	0.425
	I ulet	47	16	63	
	Mesatar	71	15	86	

Sjelljet qe lidhen me menaxhimin e stresit

Per menaxhimin e stresit jane bere 8 pyetje, per per te cilat pacienti mund te pergjigjet ne nje nga 4 alternativat e vleresuara me pike (Asnjehere=1, Ndonjehere=2, Shpeshhere=3, Rregullisht=4). Piket totale variojne nga 8 deri ne 32 pike (Tabela 30).

Deri ne 16 pike sjellja konsiderohet jokorrekte ne lidhje me menaxhimin e stresit dhe mbi 16 pike sjellja konsiderohet korrekte (Tabela 34).

Tabela 34: Shperndarja e pacienteve sipas sjelljeve qe lidhen me menaxhimin e stresit.

Sjellja lidhur me Menaxhimin e stresit		Asnjehere	Ndonjehere	Shpesh	Rutine	Total
Flini mjaftueshem?	Numri	22	64	44	20	150
	%	14.7	42.7	29.3	13.3	100
Shpenzoni ca kohe per relaks cdo dite?	Numri	31	65	40	14	150
	%	20.7	43.3	26.7	9.3	100
Pranoni ato gjera ne jeten tuaj qe ju nuk mund t'i ndryshoni?	Numri	27	79	26	18	150
	%	18.0	52.7	17.3	12.0	100
Perqendrohuni ne mendime te kendshme gjate gjumit?	Numri	34	69	33	14	150
	%	22.7	46.0	22.0	9.3	100
Perdorni metoda specifike per te kontrolluar stresin tuaj?	Numri	41	66	19	24	150
	%	27.3	44.0	12.7	16.0	100
Balanconi kohen tuaj midis punes dhe lojes	Numri	35	72	27	16	150
	%	23.3	48.0	18.0	10.7	100
Pratikoni relaksin ose meditimin per 15-20 min ne dite?	Numri	48	57	28	17	150
	%	32.0	38.0	18.7	11.3	100
Sterviti veten per te perballuar lodhjen?	Numri	43	77	16	14	150
	%	28.7	51.3	10.7	9.3	100

Sipas Tabeles 34, vetem 43% e pacienteve flene mjaftueshem; 36% e pacienteve shpenzojne kohe per relaks ne dite; 29% pranojne gjerat qe nuk mund t'i ndryshojne; 31% perqendrohen ne mendime te kendshme gjate gjumit; 29% perdorin metoda specifike per te kontrolluar stresin; 29% balancojne kohen pune-loje; 30% praktikojne relaksin dhe meditimin 15-20 min ne dite; 20% stervitin veten per te perballuar lodhjen (shpesh ose rutine).

Grafiku 22

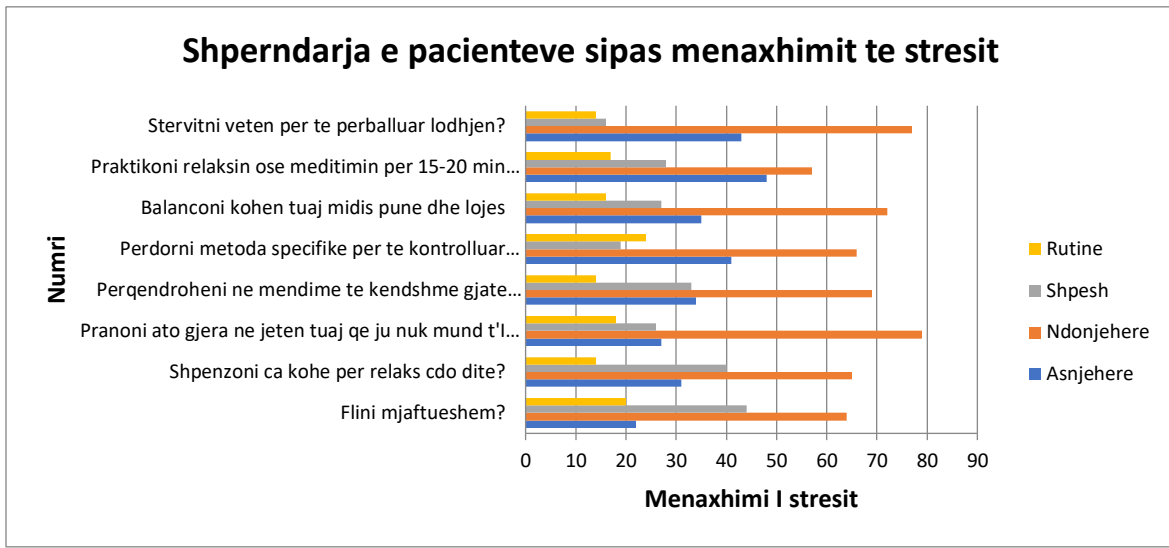


Tabela 35: Vleresimi i nivelit te menaxhimit te stresit

Sjelljet qe lidhen me menaxhimin e stresit	Numri	%
Korrekte	108	72.0
Jokorrekte	42	28.0
Total	150	100.0

Sipas tabelës 35 rreth 72% e pacientëve kanë sjellje korrekte lidhur me menaxhimin e stresit në shërbim të shëndetit të tyre, por 28% kanë sjellje jokorrekte.

Tabela 35.1: Vleresimi i mesatës së pikeve të variablit “menaxhimi i stresit”

Menaxhimi i stresit	N	Minimum	Maximum	Mesatare	Std. Deviation
Piket	150	8.0	32.0	17.50	5.11

Nga analiza e pikeve në këto pjesë është llogaritur që mesatarja e pikeve = 17.5 pike, Min=8 pike, Max=32 pike dhe Dev. standart= 5.1 pike.

Tabela 36: Lidhja e menaxhimit te stresit me faktoret socio-demografike:

Faktoret socio-demografike		Menaxhimi i stresit		Total	p
		Korrekte	Jo korrekte		
Moshë	Deri 50	6	2	8	
	51-60	31	4	35	0.033
	61-70	38	19	57	
	Mbi 70	33	17	50	
Gjinia	Femer	41	13	54	0.455
	Mashkull	67	29	96	
Statusi civil	Divorcuar	0	1	1	0.333
	I Ve	8	4	12	
	Martuar	100	37	137	
Arsimimi	8 vjecar	74	29	103	0.834
	Bachelor	2	0	2	
	Mesme e pergj	28	11	39	
	Profesional	4	2	6	
Me ke jeton	Me dike	103	37	140	0.231
	Vetem	5	5	10	
Vendbanimi	Fshat	36	16	52	0.582
	Qytet	72	26	98	
Niveli ekonomik	I larte	1	0	1	0.74
	I ulet	44	19	63	
	Mesatar	63	23	86	

Nga analiza e lidhjes se menaxhimit te stresit te pacienteve dhe faktoreve socio-demografike (tabela 36) kemi verejtur se ka lidhje e rendesishme statistikore midis menaxhimit te stresit dhe moshes se pacienteve ($p=0.033 < 0.05$).

Keshtu, moshat me te reja kane patur sjellje me korrekte ndaj menaxhimit te stresit. Ne grupmoshen deri 50 vjec, 75% e sjelljeve ne lidhje me menaxhimin e stresit jane korrekte, ne grupmoshen 51-60 vjec ne 88% te rasteve sjelljet jane korrekte. Nuk jane verejtur ndryshime te rendesishme statistikore ne menaxhimin e stresit sipas treguesve te tjere socio-demografike ($p > 0.05$).

VIII. Vleresimi i riskut per semundjen kardio-vaskulare CVD

Per llogaritjen e riskut eshte perdorur FRS (Framingham Risc Score). Mesatarja e pikeve te Riskut eshte 19.5 pike, Min=9 pike dhe Max=26 pike, Devijimi standart=3.2 pike. Intervali i besimit 95% per mesataren e pikeve eshte $\{19.5 \pm 0.53\}$

Tabela 37: Mesatarja e pikeve te riskut CVD

Mesatarja	19.52
Devijimi standart	3.29
Varianca	10.86
Minimum	9
Maximum	26
Intervali (95.0%)	0.53

Nga piket e llogaritura eshte kaluar ne llogaritjen e riskut CVD (10 vjet) ne %, sipas FRS sipas te cilit :

<20 % tregon per risk te larte AVC

10-19% tregon per risk Mesatar

<10 % tregon per risk te ulet

Nga llogaritja e riskut me kete metode kemi te dhenat e meposhtme per pacientet (Tabele 34).

Niveli i riskut		Numri	%
Variablat	I larte	126	84.0
	Mesatar	20	13.3
	I ulet	4	2.7
	Total	150	100.00

Nga tabela 38, verehet se 84% e pacienteve kane risk te larte per CVD dhe 13% risk mesatar.

Vleresimi i faktoreve qe influencojne riskun per semundjen kardiovaskulare tek pacientet me AVC

Tabela 39, paraqet lidhjen midis riskut per CVD dhe faktoreve te tille si njohurite mbi AVC, sjelljet ne lidhje me shendetin (aktiviteti fizik, ushqyerja, menaxhimi i stresit).

Tabela 39: Parashikuesit e riskut CVD

Faktoret		Risku CVD			Total	p
		I larte	Mesatar	I ulet		
Njohurite niveli	Jo te mira	66	8	3	77	0.371
	Te mira	60	12	1	73	
Sjelljet	Korrekte	83	17	2	102	0.173
	Jokorrekte	43	3	2	48	

Aktiviteti niveli	Korrekt	78	17	3	98	0.120
	Jokorrekt	48	3	1	52	
Ushqimi niveli	Korrekt	99	18	2	119	0.171
	Jokorrekt	27	2	2	31	
Menaxhim Stresi	Korrekt	86	20	2	108	0.008
	Jokorrekt	40	0	2	42	

Nga tabela shohim se ka ndryshime te rendesishme statistikore ne lidhjen midis variablave “risku CVD” dhe “menaxhimi i stresit” $p=0.008$, pra $p<0.05$ qe tregon se ndryshimi nuk eshte rastesor. Kjo do te thote se pacientet me sjellje “jo korrekte” ne menaxhimin e stresit, 95% e tyre kane rezultuar me risk te larte per CVD.

Nuk eshte verejtur ndryshim i rendesishem statistikor ne riskun per CVD te pacientet me nivel te ndryshem njohurish per AVC ($p=0.371$), me sjellje te ndryshme mbi aktivitetin fizik ($p=0.120$) dhe me sjellje te ndryshme ndaj ushqyerjes ($p=0.171$).

8.2 PARAQITJA ANALITIKE E VARIABLAVE

Eshte perdorur analiza e regresionit per te pasqyruar lidhjen midis variablave me ndryshime te rendesishme statistikore ku $p < 0.05$.

Tabela 40: Analiza e regresionit per parashikuesit e sjelljeve qe lidhen me shendetin

Sjelljet / Faktoret	OR	95% Interval besimi	
Mosha			
Deri 50 vjec	2.276	0.418	12.378
51-60 vjec	4.4	1.466	13.205
61-70 vjec	1.517	0.695	3.314
Mbi 70 vjec	Ref		
Gjinia			
Femer	0.909	0.446	1.852
Mashkull	Ref		
Arsimimi			
I mesem i pergjithshem	1.254	0.558	2.818
Profesional	1.05	0.094	2.571
8 vjecar	Ref		
Me ke jeton			
Jeton me dike	2.256	0.621	8.199
Jeton vetem	Ref		
Niveli ekonomik			
Mesatar	1.0849	0.422	1.708
I ulet	Ref		
Njohurite mbi AVC	Sjelljet (OR)	95% Interval besimi	
	Korrekte		
Te mira	Ref		
Jo te mira	0.450	0.222	0.915

Rezultatet ne tabelen e mesiperme tregojne se *moshat më të reja kane sjellje më korrekte ndaj semundes AVC*.

OR (mosha 50-60/mbi 70)=3.332 gje qe tregon se pacientet e kesaj grupmoshe kane probabilitet 3.3 here me te larte per te patur sjellje korrekte se grupmosha mbi 70.

OR (mosha 61-70/mbi 70)=1.517 tregon se pacientet e kesaj grupmoshe kane probabilitet 1.5 here me te larte se mbi 70 vjec per te patur sjellje korrekte ndaj shendetit.

Meshkujt kane patur sjellje më korrekte ndaj semundes AVC.

OR (Femra/Meshkuj)=0.909 gje qe tregon se pacientet femra kane probabilitet 91% e probabilitetit qe kane meshkujt per te patur sjellje korrekte.

Personat qe jetojne me dike tjeter kane sjellje më korrekte qe lidhen me shendetin.

OR (me dike/vetem)=2.256 tregon se pacientet e kesaj kategorie kane probabilitet 2.3 here me te larte per te patur sjellje korrekte ndaj shendetit se pacientet qe jetojne vetem

Pacientet me nivel ekonomik me te larte kane sjellje më korrekte qe lidhen me shendetin.

OR (nivel mesatar/i ulet)=1.085 tregon se pacientet me nivel mesatar ekonomik kane probabilitet 1.09 here me te larte per te patur sjellje korrekte se pacientet me nivel ekonomik te ulet.

Pacientet me nivel arsimor te mesem kane sjellje më korrekte qe lidhen me shendetin.

OR (e mesme/8 vjecare)=1.254 tregon se pacientet me shkolle te mesme te pergjithshme kane probabilitet 1.2 here më të larte per te patur sjellje korrekte krahasuar me ata me nivel arsimor më të ulët.

Pacientet me njohuri më të mira kane sjellje më korrekte qe lidhen me shendetin.

Nga analiza e lidhjes midis sjelljeve qe lidhen me shendetin dhe njohurive mbi semundjen jane verejtur ndryshime te rendesishme statistikore ($p=0.035$) gje qe ben te mundur te zbatojme analizen regresive. Nga kjo analize kemi OR (njohuri jo te mira/te mira)=0.450 qe tregon se pacientet me njohuri jo te mira mbi AVC kane probabilitet 55% me te ulet se ata me njohuri te mira per te patur sjellje korrekte ndaj shendetit.

Tabela 41: Analiza e regresionit per parashikuesit e riskut CVD

Risku per AVC	Sjelljet qe lidhen me menaxhimin e stresit (OR)	95% Interval besimi	
	Korrekte		
I larte	2.150	0.292	5.816
Mesatar	2.522	0.123	7.234
I ulet	Ref		

Pacientet me sjellje jo korrekte ndaj menaxhimit te stresit kane risk më të larte per CVD

Nga analiza regresive e lidhjes midis riskut per CVD dhe menaxhimit te stresit eshte llogaritur:

OR (menaxhim jokorrekt/korrekt)=2.152 tregon se pacientet me sjellje jo korrekte ndaj menaxhimit te stresit kane probabilitet 2 here me te larte per risk te larte CVD sesa ata me sjellje korrekte.

OR (menaxhim jokorrekt/korrekt)=2.522 tregon se pacientet me sjellje jo korrekte ndaj menaxhimit te stresit kane probabilitet 2.5 here me te larte per risk mesatar CVD sesa ata me sjellje korrekte.

9. DISKUTIMI

Profili riskoz i pacienteve me strok, pjesemarrës në studim

Nje profil riskoz është dicka që rrit shancet e individit për zhvillimin e strotkut ose goditjes në tru (O'Donnell 2010). Ndonjëherë risku është rezultat i stilit të jetës që zgjedh individit si duhanpirja, ndërsa herë të tjera risku është si pasojë e faktoreve të pamodifikueshëm si psh mosha (Avan 2019). Gjithashtu, faktori riskant lidhet edhe me llojin e strotkut. Studimet kanë treguar se obeziteti shoqërohet me riskun kardiovaskular që shkakton strotkun ishemik, kurse hipertensioni është i lidhur me të dy tipet, strotkun ishemik dhe hemorragjik (Ariseqi 2018; Dar 2019; Camara 2020; Lee 2014; Onabajo 2015; Gan 2017). Prandaj analiza e profilit riskoz është e rëndësishme për reduktimin e incidencës së goditjes në tru. Ky informacion mbështetet edhe nga rezultatet e studimit aktual. Incidenca më e lartë e strotkut u gjet kryesisht tek grupmoshat mbi 61 vjeç, të gjinise mashkull dhe me nivel të ulët socio-ekonomik. Disa studime kanë treguar se rritja e incidencës shoqërohet me rritjen e moshës (Gan 2016; Avan 2019), por disa të tjera kanë zbuluar incidence të rritur edhe në moshat më të reja (CSN and HSFC, 2010). Përsa i përket faktoreve të tjera demografike të lartpërmendur gjetjet tona përputhen me studime të mëparshme të realizuara në Shqipëri dhe vende të tjera (Gjorgji 2016, Lee 2014, Gan 2016) që konfirmojnë se meshkujt dhe pacientet me nivel më të ulët socio-ekonomik janë më të prirur për strok. Sipas studimeve kjo mund të interpretohet me efektin mbrojtës të estrogenit në qarkullimin cerebral tek femrat (Krause 2006) dhe ndikimin negativ të faktoreve riskante si duhanpirja, sëmundjet ishemike të zemrës që janë më prevalente tek meshkujt (Wiszniewska 2011). Këto rezultate sugjerojnë ndërmarrjen e studimeve në të ardhmen për të investiguar më mirë mekanizmat biologjike të strotkut sipas gjinise. Në ngjashmëri me studime të tjera, gjetjet tona treguan se diabeti mellitus, hipertensioni dhe hiperlipidemia ishin tregues të rëndësishëm të profilit riskoz të pacienteve me strok me një prevalencë të lartë kryesisht tek moshat mbi 60 vjeç gje që sugjerojnë nevojën urgjente për kontrollin e hershëm të gjakut për profilin e yndyrnave dhe përmirësimin e trajtimit të pacienteve me hipertension dhe diabet (Dar 2019, Yaghi 2015, Hankey 2013, Wan 2014).

Më interes ishin rezultatet e matjes së BMI të pacienteve me strok që treguan se shumica e pjesëmarrësve ishin mbipeshë dhe në një përqindje të konsiderueshme obezë. Globalisht obeziteti është konsideruar si faktor me impakt në shkallën e mortalitetit të strotkut dhe sigurisht që rezultatet e studimit tonë janë alarmante përsa i përket ekspozimit ndaj riskut dhe në të njëjtën linjë me studime të tjera (Gan 2016, Oesch 2017).

Vitet e fundit, shumë studime kanë eksploruar influencën e duhanpirjes (Pan 2019) dhe përdorimit të alkolit (Avan 2019, Boehme 2018) në prevalencën e strotkut. Kjo reflektohet edhe në rezultatet e këtij studimi ku vihet re vecanerisht numri i lartë i cigareve dhe pijeve në ditë perkatesisht 11.6 ± 5.6 dhe 3.5 ± 1.6 .

Vleresimi i nivelit te njohurive per strok te pjesemarresve ne studim

Perpara se tromboliza te behet norme e trajtimit te strokut, adaptimi i sjelljeve parandaluese qe burojne nga njohurite konsiderohet nje element kyc ne reduktimin e incidences se kesaj semundje. Shume studime kane zbuluar se pacientet nuk perfitojne trajtimin e hershem efikas per shkak te mungeses se njohurive (Eshah 2013, Onabajo 2015, Dar 2019). Ky studim zbuloi pikerisht pamjaftueshmerine e njohurive te pacienteve te shtruar me strok ne disa fusha qe lidhen kryesisht me njohjen e shenjave paralajmeruese te strokut, sjelljeve parandaluese per pakesimin e riskut. Pacientet gjithashtu nuk njohin te gjitha metodat e trajtimit, si psh rehabilitimin gje qe eshte ne kundershtim me nje studim te kryer nga Sowtali et al., por kishin njesoj njohuri te pakta ne lidhje me shkallen epidemiologjike te kesaj semundje ne vendin tone. Ne menyre te ngjashme me studime te tjera, pacientet njohin mire hipertensionin si nje shkaktar potencial i strokut (Onabajo 2015, Meira 2018), por nuk njohin mjaftueshem se fibrilacioni atrial eshte nje faktor riskoz me i ashper per shkaktimin e strokut. Ne kundershtim me nje studim te fundit te realizuar ne nje spital universitar ne nje province te Spanjes, pacientet pjesemarres raportuan se kerkojne ndihme ne situata emergjente duke njoftuar psh nje ambulance, gje qe nuk u gjet e mjaftueshme ne studimin e mesiperm (Cámara 2020). Interesant ishte fakti qe pacientet kishin njohuri te pakta per ndikimin e duhanit ne riskun per strok, faktor i cili eshte identifikuar si riskoz ne nje perqindje me te larte ne studime te tjera (Eshah 2013, Dar 2019). Vlen te theksohet se ndonese shumica e pacienteve kane njohuri te mira ne lidhje me obezitetin si faktor riskant i strokut ata jane konsideruar si mbipeshe dhe obeze bazuar ne vlerat e BMI. Ne kundershtim me gjetjet tona, obeziteti u identifikua si faktor risku ne nje numer te kufizuar pjesemarresish ne nje studim te kryer nga Cámara ne Spanje. Ky aspekt duhet te merret ne konsiderate ne parandalimin primar dhe sekondar te rasteve te reja duke terhequr vemendjen e profesionisteve te kujdesit shendetesor ne lidhje me edukimin e sjelljeve te shendetshme.

Studimi yne u fokusua edhe ne influencen e faktoreve socio-demografike ne nivelin e njohurive, por nuk gjeti asnje ndryshim te rendesishem statistikor, i cili eshte ne kundershtim me shumicen e studimeve te meparshme. Ne nje studim te realizuar nga Moreno et al., u zbulua se individet qe vinin nga zonat urbane te moshes me pak se 65 vjec dhe me nivel me te larte arsimor kishin njohuri me te mira per strok (Moreno 2015). Po ashtu ne nje studim tjeter u evidentua se pacientet me te rinj se 50 vjec, te punesuar dhe me nivel arsimor me te larte ishin me te prirur per te patur njohuri te mira ne lidhje me strokun (Arisegi 2018).

Parashikuesit e sjelljeve qe lidhen me shendetin e pacienteve me strok

Pacientet me strok raportuan nje nivel mesatar te sjelljeve te shendetshme me lidhje te rendesishme statistikore me faktoret socio-demografike dhe nivelin e njohurive per strok. Pacientet nen moshen 60 vjec me nivel me te larte arsimor dhe socio-ekonomik si edhe ata qe jetojne me dike manifestonin sjellje me te shendetshme. Suprizues ishte fakti qe meshkujt manifestonin sjellje me te shendetshme se femrat. Bazuar ne studime eshte verejtur se ka diferenca tek sjelljet e shendetit sipas karakteristikave socio-demografike. Ne kundershtim me gjetjet tona Parappilly et al., 2019

zbuloi se me rritjen e moshes pacientet deklarorin sjellje me te mira ndaj shendetit, ndersa ne nje studim tjetër i realizuar nga Kang et al., 2010 u gjet se pacientet me te moshuar dhe me nivel arsimor me te larte manifestonin sjellje me te mira ndaj shendetit. Nderkohe qe Wan et al., zbuloi se subjektet femra kishin sjellje me te mira. Kjo larmi gjetjesh sugjeron se perpjekjet edukuese duhet te targetohen ne grupet me te ekspozuara ndaj riskut. Per me teper studimi yne siguron evidence edhe per nenkategorite e sjelljeve ndaj shendetit te perzgjedhura si me te lidhura me vet-efikasitetin. Gjetjet treguan se nenkategoria e ushtrimeve fizike kishte rezultate me te ulta (mes. 16.5 ± 5.4) e ndjekur nga menaxhimi i stresit (17.5 ± 5.11) dhe ushqyerja (20.6 ± 4.48) me piket mesatare me te larta. Ne ngjashmeri me studimin tone, Jiang et al., 2014 zbuloi se kategoria e ushtrimeve fizike kishte rezultat me te ulet, kurse ne nje studim tjetër pacientet hipertensive me strok deklarorin sjellje me te shendetshme ne lidhje me ushqyerjen me pike mesatare me te larta (Wan et al., 2014). Keto rezultate sigurojne implikim te rendesishem ne praktiken klinike per motivimin e metejshe me pacienteve ne permiresimin e sjelljeve ndaj shendetit. Pervec kesaj, studimi zbuloi nje shoqerim pozitiv te sjelljeve me njohurite per strok [$p=0.035$; $OR= 0.45 (0.22-0.91)$], duke treguar se pacientet me njohuri me te mira ishin me te prirur per sjellje te shendetshme. Ky rezultat perputhet me gjetjet e raportuara nga Wan et al., 2014.

Parashikuesit e riskut te semundjes kardiovaskulare CVD

Bazuar ne njohurite tona me te mira, ky eshte studimi i pare qe vlereson riskun e semundjes kardiovaskulare duke perdorur shkallen Framingham ne Shqiperi. Nje rishikim sistematik i literatures konfirmon se vleresimi i riskut kardiovaskular tek pacientet me strok ka treguar se ka impakt pozitiv ne parandalimin primar dhe sekondar (Arboix, 2015). Sic u shpjegua edhe ne seksionin e rezultateve, mesatarja FRS (19.5 ± 0.53) eshte konsideruar e larte dhe sipas rezultateve, 84% e pacienteve me strok kishin risk te larte per CVD. Ne analizen e regresionit per te vleresuar parashikuesit e riskut CVD u gjet lidhje e rendesishme vetem me nenkategorine e menaxhimit te stresit te sjelljeve ndaj shendetit. Niveli i njohurive te pacienteve me strok nuk ndikonte ne shkallen e riskut kardiovaskular, gjetje e ngjashme me nje studim te realizuar nga Parappilly et al., 2019. Sipas studimit te lartpermendur risku kardiovaskular lidhej statistikisht vetem me nenkategorine e aktivitetit fizik te sjelljeve te shendetit, qe do te thote se pacientet qe angazhoheshin ne aktivite fizike kishin risk te ulet ndaj CVD duke treguar perfitimet e perfshirjes se aktivitetit fizik ne programet parandaluese. E kunderta ndodh ne gjetjet tona qe sugjerojne nevojën urgjente te perfshirjes se aktiviteve fizike apo ushqyerjes se shendetshme ne programet e reja edukuese dhe sherbimeve ne te ardhmen si edhe efektin e tyre ne permiresimin e riskut kardiovaskular tek pacientet me strok.

9.1 PËRPARËSITË DHE KUFIZIMET E STUDIMIT

Ky studim permban disa **kufizime**.

Ne studjuam paciente te shtruar ne repartin e patologjise me nje nivel te moderuar te strotkut, keshtu qe rezultatet tona nuk jane gjeneralizuar tek pacientet pre-strok apo tek ata qe dalin nga spitali.

Natyra cross-seksionale e studimit na kufizon per te shpjeguar efektet shkakesore te shoqeimit midis variablave.

Presioni i gjakut eshte matur gjate diteqendrimeve ne spital dhe nuk perfaqeson vleren pre-strok dhe dhenia e medikamenteve mund te kete kontribuar ne vleren e vertete te tij. Megjithate, per te llogaritur riskun CVD ne kemi marre ne konsiderate listen e mjekimeve te kaluara.

Disa vleresime qe perdorin matjet me vet-raportim mund te jene te prirur per bias.

Pavaresisht ketyre kufizimeve, studimi ka si **perparesi** perdorimin e mjeteve te standartizuara me vlefshmeri dhe besueshmeri te testuar ne studime te tjera.

Gjithashtu, shfrytezimi i te dhenave klinike nga kartela dhe ekzaminimet e kompjuterizuara si scanner konsiderohet nje tjeter perparesi dhe force e studimit. Kryerja e matjeve antropometrike dhe presionit arterial nga infermiere profesioniste i japin me shume vlere fuqise se studimit.

Megjithate ne besojme se ky studim do të sigurojë një kuptim gjithëpërfshirës të statusit aktual të njohurive, praktikave të sjelljeve shëndetësore, rrezikut të sëmundjeve kardiovaskulare për ndjekjen e programeve të parandalimit primar dhe sekondar, dhe në fund rolin e infermierëve në mbështetjen e të mbijetuarve nga goditja për parandalimin e saj. Gjetjet do t'u japin profesionisteve te shendetit, krijuesve të politikave disa njohuri në hartimin, zbatimin dhe vlerësimin e programeve të reja të bazuara në prova, të nxitura nga rezultatet, për parandalimin e goditjes në tru

10. KONKLUZIONE

1. Bazuar ne matjet klinike dhe antropometrike, diabeti mellitus, hipertensioni dhe hyperlipidemia ishin tregues te rendesishem te profilit riskoz te pacienteve me strok. Abuzimi me duhanin, alkolin dhe te qenurit mbipeshe u konsideruan komponente qe perforconin kete profil.
2. Pacientet me strok ne Spitalin Rajonal te Vlores kane nivel mesatar te njohurive per strok me pamjaftueshmeri ne disa fusha qe lidhen kryesisht me shenjat paralajmeruese dhe sjelljet parandaluese, elemente kyc qe duhen inkorporuar ne programet informuese.
3. Niveli i njohurive nuk kishte ndikim ne riskun kardiovaskular, por ne sjelljet qe lidhen me shendetin, gje qe verteton pjeserisht hipotezen e ngritur ne fillim te studimit.
4. Pacientet me strok qe kishin njohuri me te mira, me moshe me te re, te gjinise mashkull, me nivel me te larte arsimor dhe socio-ekonomik deklarorin sjellje me te shendetshme.
5. Vet-menaxhimi i mire i stresit tregoi rezultat me te mire te riskut kardiovaskular bazuar ne shkallen FRS.

11. REKOMANDIME

- 1) Infermieret duhet të jene lider ne perpjekjet per te rritur ndergjegjesimin e komunitetit rreth faktoreve riskante cerebrovaskulare dhe pasojave te tyre ne shendet.
- 2) Duhet te dizenjohen programe edukuese qe te ndihmojne njerezit te adoptojne stil jete me te shendetshem me impakt ne pakesimin e riskut per strok dhe semundjet e tjera kardiovaskulare. Këto përfshijnë uljen e marrjes së kripës, ndërprerjen e duhanit, zvogëlimin e konsumit të alkoolit, rritjen e aktivitetit fizik, kontrollin e peshës së tepërt trupore dhe zvogëlimin e konsumit të yndyrave të ngopura. Si pasojë, një ndërhyrje gjithëpërfshirëse është e nevojshme pasi do të lehtësojë zvogëlimin e faktorëve të rrezikut të strotut në mënyrë efektive.
- 3) Implementimi i programeve te reja informuese ne nje qasje multimodale duhet te jete sfiduese per rritjen e njohurive te pacienteve me strok, vecanerisht ne grupet e targetuara te konsideruara me nivel te ulet arsimor dhe socio-ekonomik.
- 4) Për të rritur ndërgjegjësimin e përgjithshëm të komunitetit rreth goditjes në tru dhe faktorëve te tij të rrezikut, institucionet shëndetësore duhet të kenë një partneritet me institucionet kryesore mediatike dhe shoqatat kombetare te promovimit te shendetit.
- 5) Së fundmi, një qasje ndërdisiplinore, e përqendruar tek pacienti dhe familja për të hartuar përpjekjet e parandalimit të goditjes në tru mund të konsiderohet në të ardhmen për përfshirjen e të mbijetuareve me goditje në tru, individëve me rrezik të lartë, dhe kujdestarëve te tyre.

12. REFERENCA

1. OECD/EU (2018), Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en.
2. King's College London (2017), The burden of stroke in Europe: The challenge for policy makers, Stroke Alliance for Europe, London, www.strokeeurope.eu/downloads/The_Burden_of_Stroke_in_Europe_-_Challenges_for_policy_makers.pdf.
3. Bergman D. Preventing recurrent cerebrovascular events in patients with stroke or transient ischemic attack: the current data. *J Am Acad Nurse Pract.* 2011 Dec;23(12):659-66. doi: 10.1111/j.1745-7599.2011.00650.x. Epub 2011 Jul 22. PMID: 22145656.
4. www.HealthLinkBC.ca.
5. Wein T, Lindsay MP, Côté R, et al. Canadian stroke best practice recommendations: Secondary prevention of stroke, sixth edition practice guidelines, update 2017. *International Journal of Stroke.* 2018;13(4):420-443. doi:10.1177/1747493017743062
6. Krishnamurthi RV, Ikeda T, Feigin VL. Global, Regional and Country-Specific Burden of Ischaemic Stroke, Intracerebral Haemorrhage and Subarachnoid Haemorrhage: A Systematic Analysis of the Global Burden of Disease Study 2017. *Neuroepidemiology.* 2020;54(2):171-179. doi: 10.1159/000506396. Epub 2020 Feb 20. PMID: 32079017.
7. Gjorgji P, Kruja J. Trends and demographic characteristics of hemorrhagic stroke in Albania during the period 2004-2015 (Original research). *SEEJPH* 2016, posted: 26 July 2016. DOI 10.4119/UNIBI/SEEJP-2016-123.
8. Gjorgji P, Kruja J. Ischemic stroke during the period 2004-2015 in transitional Albania. *Management in health*, vol 20, no 2 (2016).
9. Kamberi F, Sinaj E. Assessment for Stroke Risk- Suggestions from a Pilot Study. Conference: 12th LUMEN International Scientific Conference – RSACVP2019. [Frist-Draft Working-papers LUMEN RSACVP2019.pdf](#)
10. Sowtali, Harith, Mohamed, Mohd Yusoff. Stroke Knowledge Level among Stroke Patients Admitted to Hospital Raja Perempuan Zainab II, Kelantan, Malaysia. *J Exp Stroke Transl Med.* 2016 March. Online access at www.jestm.com.
11. Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The Health-Promoting Lifestyle Profile: Development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, 36(2), 76-81
12. Zomer E, Owen A, Magliano DJ, Liew D, Reid C. Validation of two Framingham cardiovascular risk prediction algorithms in an Australian population: the 'old' versus the 'new' Framingham equation. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation.* 2011;18(1):115-120. doi:10.1097/HJR.0b013e32833ace24
13. Chia YC, Gray SY, Ching SM, Lim HM, Chinna K. Validation of the Framingham general cardiovascular risk score in a multiethnic Asian population: a retrospective cohort study. *BMJ Open.* 2015;5(5):e007324.
14. Groll DL, To T, Bombardier C, Wright JG. The development of a comorbidity index with physical function as the outcome. *J Clin Epidemiol.* 2005 Jun;58(6):595-602. doi: 10.1016/j.jclinepi.2004.10.018. PMID: 15878473.

15. Avan A, Digaleh H, Di Napoli M. et al. Socioeconomic status and stroke incidence, prevalence, mortality, and worldwide burden: an ecological analysis from the Global Burden of Disease Study 2017. *BMC Med* 17, 191 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1397-3>
16. Arisegi SA, Awosan KJ, Oche MO, Sabir AA, Ibrahim MT. Knowledge and practices related to stroke prevention among hypertensive and diabetic patients attending Specialist Hospital, Sokoto, Nigeria. *Pan Afr Med J.* 2018 Jan 22;29:63. doi: 10.11604/pamj.2018.29.63.13252. PMID: 29875944; PMCID: PMC5987157.
17. Dar NZ, Khan SA, Ahmad A, Maqsood S. Awareness of Stroke and Health-seeking Practices among Hypertensive Patients in a Tertiary Care Hospital: A Cross-sectional Survey. *Cureus.* 2019 May 28;11(5):e4774. doi: 10.7759/cureus.4774. PMID: 31367493; PMCID: PMC6666879.
18. Soto-Cámara R, González-Bernal JJ, González-Santos J, Aguilar-Parra JM, Trigueros R, López-Liria R. Knowledge on Signs and Risk Factors in Stroke Patients. *J Clin Med.* 2020 Aug 7;9(8):2557. doi: 10.3390/jcm9082557. PMID: 32784554; PMCID: PMC7463706.
19. Lee HR, Ham OK, Lee YW, Cho I, Oh HS, Rha JH. Knowledge, health-promoting behaviors, and biological risks of recurrent stroke among stroke patients in Korea. *Jpn J Nurs Sci.* 2014 Apr;11(2):112-20. doi: 10.1111/jjns.12013. Epub 2013 Mar 26. PMID: 24698647.
20. Onabajo GV, Mshelia JY, Abubakar U, Majidadi RW, Aliyu HN, Gujba FK, Ali MU and Masta MA. Knowledge of Stroke Risk Factors among Individuals Diagnosed with Hypertension and Diabetes : A Hospital-based Survey. *British Journal of Medicine & Medical Research* 10(6): 1-8, 2015. DOI: 10.9734/BJMMR/2015/19865.
21. Gan Y, Wu J, Zhang S, Li L, Yin X, Gong Y, Herath C, Mkandawire N, Zhou Y, Song X, Zeng X, Li W, Liu Q, Shu C, Wang Z, Lu Z. Prevalence and risk factors associated with stroke in middle-aged and older Chinese: A community-based cross-sectional study. *Sci Rep.* 2017 Aug 25;7(1):9501. doi: 10.1038/s41598-017-09849-z. Erratum in: *Sci Rep.* 2018 Mar 9;8(1):4563. PMID: 28842623; PMCID: PMC5572736.
22. Ramírez-Moreno JM, Alonso-González R, Peral Pacheco D, Millán-Nuñez MV, Roa-Montero A, Constantino-Silva AB, Aguirre-Sánchez JJ. Effect of socioeconomic level on knowledge of stroke in the general population: A social inequality gradient. *Neurologia.* 2016 Jan-Feb;31(1):24-32. English, Spanish. doi: 10.1016/j.nrl.2014.06.004. Epub 2014 Aug 12. PMID: 25124671.
23. Wan LH, Zhao J, Zhang XP, Deng SF, Li L, He SZ, Ruan HF. Stroke prevention knowledge and prestroke health behaviors among hypertensive stroke patients in mainland China. *J Cardiovasc Nurs.* 2014 Mar-Apr;29(2):E1-9. doi: 10.1097/JCN.0b013e31827f0ab5. PMID: 23388703.
24. Pan B, Jin X, Jun L, Qiu S, Zheng Q, Pan M. The relationship between smoking and stroke: A meta-analysis. *Medicine (Baltimore).* 2019;98(12):e14872. doi:10.1097/MD.00000000000014872
25. O'Donnell, M.J., Xavier, D., Liu, L., Zhang, H., Chin, S.L., Rao-Melacini, P., Yusuf, S. (2010). Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke 22 in countries (the INTERSTROKE study): A case-control study. *Lancet* 376(9735), 112-123. doi:10.1016/S0140-6736(10)60834-3.

26. Heart and Stroke Foundation of Canada (2010). The heart of the matter. Retrieved from <http://www.heartandstroke.com/atf/cf/%7B99452D8B-E7F1-4BD6-A57DB136CE6C95BF%7D/Atrial-fibrillation-the-heart-of-the-matter-en.pdf>
27. Canadian Stroke Network. (2011). The quality of stroke care in Canada. Retrieved from <http://www.canadianstrokenetwork.ca/wp-content/uploads/2011/06/QoSC-EN1.pdf>
28. Krause, D. N., Duckles, S. P. & Pelligrino, D. A. Influence of sex steroid hormones on cerebrovascular function. *J Appl Physiol* (1985) 101, 1252–1261 (2006).
29. Wiszniewska, M., Niewada, M. & Czlonkowska, A. Sex differences in risk factor distribution, severity, and outcome of ischemic stroke. *Acta Clin Croat* 50, 21–28 (2011).
30. Hankey, G. J. et al. Rates and predictors of risk of stroke and its subtypes in diabetes: a prospective observational study. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry* 84, 281–287 (2013).
31. Yaghi S, Elkind MS. Lipids and Cerebrovascular Disease: Research and Practice. *Stroke*. 2015 Nov;46(11):3322-8. doi: 10.1161/STROKEAHA.115.011164. Epub 2015 Oct 8. PMID: 26451029; PMCID: PMC4624572.
32. Oesch L, Tatlisumak T, Arnold M, Sarikaya H (2017) Obesity paradox in stroke – Myth or reality? A systematic review. *PLoS ONE* 12 (3): e0171334. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171334>
33. Meira F, Magalhães D, da Silva LS, Mendonça E Silva AC, Silva GS. Knowledge about Stroke in Belo Horizonte, Brazil: A Community-Based Study Using an Innovative Video Approach. *Cerebrovasc Dis Extra*. 2018;8(2):60-69. doi: 10.1159/000488400. Epub 2018 May 22. PMID: 29788007; PMCID: PMC6006611.
34. Parappilly BP, Field TS, Mortenson WB, Sakakibara BM, Eng JJ. Determinants Influencing the Prestroke Health Behaviors and Cardiovascular Disease Risk of Stroke Patients: A Cross-Sectional Study. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2019 Jun;28(6):1509-1518. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2019.03.015. Epub 2019 Mar 29. PMID: 30935811.
35. Arboix A. Cardiovascular risk factors for acute stroke: Risk profiles in the different subtypes of ischemic stroke. *World J Clin Cases*. 2015 May 16;3(5):418-29. doi: 10.12998/wjcc.v3.i5.418. PMID: 25984516; PMCID: PMC4419105.
36. Jiang SS, Shen LP, Ruan HF, Li L, Gao LL, Wan LH. Family function and health behaviours of stroke survivors, *International Journal of Nursing Sciences* (2014), doi:10.1016/j.ijnss.2014.05.024.
37. Kang Y, Yang IS, Kim N. Correlates of health behaviors in patients with coronary artery disease. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*. 2010 Mar;4(1):45-55. doi: 10.1016/S1976-1317(10)60005-9. PMID: 25030792.
38. Eshah NF. Knowledge of stroke and cerebrovascular risk factors among Jordanian adults. *J Neurosci Nurs*. 2013 Oct;45(5):E13-9. doi: 10.1097/JNN.0b013e31829db99f. PMID: 24025473.
39. Boehme AK, Esenwa C, Elkind MS. Stroke Risk Factors, Genetics, and Prevention. *Circ Res*. 2017 Feb 3;120(3):472-495. doi: 10.1161/CIRCRESAHA.116.308398. PMID: 28154098; PMCID: PMC5321635.