

UNIVERSITETI I GJAKOVËS "FEHMI AGANI"

FAKULTETI I MJEKËSISË

DEGA INFERMIERI



PUNIM DIPLOME

Mentori:

Prof.ass Ilirjane Raça Bunjaku

Kandidatja:

Arijana Daci

Gjakovë, Tetor 2017

UNIVERSITETI I GJAKOVËS "FEHMI AGANI"

FAKULTETI I MJEKËSISË

DEGA INFERMIERI



PUNIM DIPLOME

Kujdesi infermieror tek pacientët me depresion

Mentori:

Prof.ass Ilirjane Raça Bunjaku

Kandidatja:

Arijana Daci

Gjakovë, Tetor 2017

Deklarat studentore

Unë, kandidatja Arijana Daci, studente e Universitetit të Gjakovës, Fakulteti i mjekësisë , Dega infermieri, deklarojë se këtë temë të cilën kam zgjedhur është punuar me një pergjegjësi të madhe , dhe punimi im është origjinal.

Si dhe gjithashtu desha të theksojë që materiali është i mar nga librat përkatëse të mjekësisë.

Falenderimet

Unë desha të shpreh falenderimet e mia për të gjithë ata të cilët luajnë rol të rëndësishëm në studimin tim.

Falenderoj Zotin për gjithëqka që kam arritur deri këtu.

Falenderoj Familjen time për mbështetjen që më japin gjithmonë në qdo aspekt, si dhe shoqëria e cila është afër meje gjithmonë.

Falenderoj Profesorët dhe stafin udhëheqës te Universitetit të Gjakovës , posaqërisht falenderoj Profesoreshën Ilirjana Raqa Bunjaku e cila më përkushtim të madh përcolli punën time dhe me udhëzime te mirëfillta, bëri që punimi imë të përfundoj me sukses.

Jam plotësishtë e bindur që pa ndihmën e Zotit, përkrahjen e Familjes dhe ju përgjegjës te stafit të lart përmendur nuk do kisha arritur këtu ku jam sot, u jam falenderuese përherë.

Përmbajtja

Abstrakti.....7

Hyrje.....8

Kapitulli I:

1.Depresioni.....9

1.1.Epidemiologjia.....12

1.2.Depresioni madhor dhe diagnoza çrregullimit.....13

1.3.Simptomat depresionit.....14

1.4.Dhimbjet trupore gjatë depresionit.....15

Kapitulli II

2.Llojet e depresionit.....16

2.1.Çrregullimet biopolare.....17

2.1.1.Diagnoza diferenciale e sëmundjës biopolare.....18

2.1.2.Trajtimi i sëmundjës biopolare.....17

2.2.Shkakëtarët e depresionit.....19

2.3.Depresioni pas lindjes.....20

2.4.Depresioni tek adoleshentët.....21

2.5.Klasifikimi i sëmundjës.....22

2.6.Këshillat parandaluese.....23

Kapitulli III

3.Trajtimi.....24

3.1.Terapia kongitive e sjelljes.....	25
3.1.1.Sistemi analitik i sjelljes kognitive të psikoterapisë.....	26
3.1.2.Trajtimi i depresionit nëpërmjet aktivimit të sjelljes.....	26
3.2.Psikoterapia.....	27
3.2.1.Psikoterapia ndërpersonale.....	28
3.3.Terapia e dritës.....	28
3.4.Medikamentet.....	29
3.5.Qëndrimi në spital.....	30
3.6.Bashkëjetesa me njerëz depresiv.....	30
3.7.Përkrahja nga familja dhe shoqëria.....	31

Kapitulli IV

4. Qëllimi i punimit dhe objektivat.....	32
4.1. Materiali dhe metodologjia.....	32
4.2. Rast Studimi.....	33
4.3. Kujdesi infermieror tek pacientët me depresion.....	36
4.4. Rezyme.....	38
4.5. Përfundimi.....	39
4.6. Rekomandimet.....	40
4.7. Referencat.....	41
4.8. CV.....	42

Abstrakti

Arsyeja pse e mora këtë temë për studim është fakti sepse ka shumë njerëz të cilët prekën nga kjo sëmundje. E rëndësishme është që gjatë studimit të kësaj sëmundje ne mësojmë më shumë informata rreth depresionit. Ky punim tregon se si duhet të kujdesemi për pacientët me depresion, çfarë është depresioni, llojet e tij, si fitohet, cilët janë shkaktarët, ti informojmë pacientët të jenë të kujdeshëm, të kenë sa më shumë njohuri rreth depresionit.

Qellimi jonë si infermier është të ju sigurojmë pacientëve të ndihen sa më mirë, më komod, të ndihen sa më të sigurt. Infermieret duhet të jenë gjithmonë në gjendje gadishëmerije për të ju ofruar ndihmë pacientëve, të bëjnë një punë të palodhshme, të sillen mirë me ta si në anën profesionale ashtut edhe në anën morale.

Mentori im është : Prof.ass Ilirjane Raça Bunjaku Dr.sci

Punimi përfshinë: 40 faqe, 8 figura.

Abstract

The reason I choose this topic is because there is a majority of people touched by this illness.

Its important that during the study of this disease we also have the chance to get more information about depression.

This paper work shows how to care for depressed patients, what depression is, its kind, how you get it, what are the causes, to inform patients to be careful and get more knowledge about depression.

Our goal as a nurse is to make sure that patients are feeling comfortable and safe. Nurses should always be able to offer help to patients, to do tireless work and also to behave well both professionally and on the moral side.

My mentor is: Prof.ass Ilirjane Raçe Dr.sci

The paper includes: 40 pages, 8 figures.

Hyrje

Ky punim diplome i hartuar dhe i sistemuar në këtë mënyrë është rezultat i një pune të gjatë të parreshtur kërkimore dhe shkencore në analizimin rreth sëmundjes së depresionit. Ky punim është kryer në kuader të metodologjisë hulumtuese mbi depresionin, dhe ata të cilët janë prekur nga kjo sëmundje, si dhe mënyra e mbrojtjes dhe shërimit nga depresioni. Gjithashtu nga ky punim mund të mësojmë edhe më shumë rreth depresionit, dhe të kemi kujdes më shumë ndaj pacientëve.

Depresioni është një sëmundje shpirtërore e cila shkakton humbjen e energjisë, ndjenjën e pikëllimit, humbjen e interesimit për të bërë ndonjë aktivitet ditor.

Kapitulli I

1. Depresioni

Depresioni është një ndër sëmundjet psikike më shqetësuese dhe shumë e përhapur në botë. Kjo sëmundje mund të prek shumë persona në qoftëse nuk diagnostifikohen menjëherë. Depresioni mund të jetë në mënyrë të lehtë, gjë që shkakëton mërzitje për sa i përket gjendjes shpirtërore dhe mund të jetë në mënyrë të rënd, të përkeqësuar, që në disa raste mund të kërcenojë jetë tuaj. Zakonishtë rreth 20% e njerëzve do të përjetojnë sëmundjen depresive në një moment të caktuar të jetës së tyre, ndërsa rreth 6% përjetojnë një formë sëmundjeje më të rëndë.

Depresioni është sëmundje që shumë herë është e rëndë, por që mund të kurohet. Ai nuk është një gjendje e mërzitjes normale, nuk është një gabim njerëzor dhe as një mungesë vullneti. Zhvillimet në vitet e fundit tregojnë që depresioni mund të trajtohet, e rëndesishme është terapia afatgjatë dhe e specializuar me barna mjekësore dhe psikoterapeutike të depresionit, e cila çon në shërimin e plotë. Pacienteve që nuk u janë larguar plotësisht simptomat, në 80% të rasteve vuajnë nga rikthimi i sëmundjes. Gjatë kësaj terapie mbrojtëse për parandalimin e rikthimit të sëmundjes, pacientët shoqërohen minimumi për gjashtë muaj pas rishfaqjes së simptomave të sëmundjes. Sa më shpesh të jenë shfaqur fazat depresive në të kaluarën dhe sa më të rënda të kenë qenë ato, aq edhe më e domesdoshme është një terapi afatgjatë. Kjo do të thotë që gjatë kohës së terapisë mbrojtëse pacientët shoqërohen jashtë në aspektin terapeutik.

Depresioni, është një veprim deprimues ose një gjendje e të qenurit i dëshpëruar, një gjendje e të qenurit i trishtuar, një çrregullim psikoneurotik ose psikotik, i karakterizuar veçanërisht nga trishtimi, mosaktiviteti, vështirësia për të menduar dhe për t'u përqendruar, nga një rritje ose ulje e konsiderueshme e oreksit dhe e kohës së fjetjes, nga ndjenjat e hidhërimit dhe të mungesës së shpresës, ndonjëherë nga mendimet për vetëvrasje ose nga një përpjekje për të bërë vetëvrasje.



Fig.1 Depresioni

Nga depresioni po thuhet se e gjithë jeta preket, si të menduarit , trupi, marrëdhëniet seksuale e shumë tjera. Pavarësisht rëndësisë së tij të madhe, depresioni shpesh nuk njihet ose nuk trajtohet në mënyrë të pamjaftueshme. Kjo shkakton vuajtje të mëdha dhe humbje të cilësisë së jetës për personat e prekur dhe të afërmit e tyre. Në vitet e shkuara ka ekzistuar i qartë mendimi se depresioni është një sëmundje kronike si pasojë e stresit, dhe si rrjedhojë ka lindur edhe përcaktimi “stres-depresion”. Ai është një faktor rreziku për shfaqjen e sëmundjeve të tjera masive të rrezikshme si infarkti i zemrës, apopleksia, osteoporozja dhe diabeti. Një depresion që nuk trajtohet mund të shkaktojë shkurtimin e jetëgjatësisë.

Pra depresioni është një gjendje shpirtërore që shkakton humbjen e energjisë, shtimin e ndjenjës së pikëllimit, nervozimin dhe humbjen e interesimit për të bërë ndonjë aktivitet ditor. Thuhet se është një çekulibër kimik, dhe mund të shprehet nga ndonjë ambient i caktuar rrethues, gjenetik ose nga gjendjet mjekësore.

Depresioni shoqërohet me një çrregullim të metabolizmit të disa substancave në tru. Përqendrimi i substancave transmetuese të neuroneve (serotonina, noradrenalina, dopamina) del jashtë ekuilibrit. Shkaku është zakonisht një hiperaktivizim i sistemit të hormoneve të stresit. Nëse nuk trajtohet, ky hiperaktivitet mund të çojë gjithashtu në sëmundje të tjera, si tensioni i lartë i gjakut dhe sëmundjet e tjera të treguara më lartë si (infarkti i zemrës, apopleksia, diabeti dhe osteoporozja).

Depresionet shpesh shoqërohen me dhimbje trupore të vazhdueshme, si për shembull dhimbje të stomakut të zorrëve, dhimbje të kokës, të poshtme të barkut ose dhimbje të shpinës.

Depresionet mund të shërohen , për trajtimin e tyre kanë dispozicion forma të ndryshme të provuara të psikoterapisë, medikamente që përmirsojnë gjendjen shpirtërore (antidepresivët), ushtrimet e asimiluara të stresit, teknikat e relaksimit dhe substancat tjera mjekësore.

Për shkak të shpeshtësisë së sëmundjeve depresive, njohja e mundësive të trajtimit dhe të ndihmës është e një rëndësie të madhe jo vetëm për mjekët e çdo specialiteti, por gjithashtu edhe për popullsinë e gjerë. Është e rëndësishme të dini sa më shumë rreth kësaj sëmundje sepse mund të ju ndihmojë nese në rrethin tuaj, apo tek të afërmit keni ndonjë person të prekur nga depresioni. Kjo sëmundje mund të prek në çdo lloj moshe. Duhet të trajtohet menjëherë pas zbulimit të kësaj sëmundje.

1

¹ Psikiatria dhe Neurologjia ,depresioni fq 1125, parathenie nga Ralp N.Warton
https://www.google.com/search?q=depresioni&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjpsPqfzYfXAhWsCcAKHSQSCPMQ_AUICygC&biw=1366&bih=662#imgrc=kZBbSiagjG1hFM:

1.1 Epidemiologjia

Psikopatologjia e depresionit është përshkruar për shekuj më rradhë nga shkrimtarët dhe poetët. Incedenca e depresionit u rrit gradualisht në gjithë botën, nuk dihet qartë se përse ka ndodhur kjo, si dhe nuk duket se është rezultat i ndonjë diagnoze më të ndjeshme. Të dhënat nuk janë kufizuar vetëm të vetëvrasja por përfshijnë popullatat në të gjitha shoqëritë e industrializuara, ku statistikat janë të besueshme. Nuk dihet se çfarë lloj shkalle e rritjes lidhet me stresin te kulturat e ndryshme , apo me problemet sociale, gjenetikën, dietën ose sëmundjen kronike. Gjithashtu, duket e pamundur për të përcaktuar rolin e alkoolit, të drogave ose të problemeve familjare që përfshijnë divorcin, emigracionin ose trazirat politike.

Depresioni quhet ‘ ftohja e zakonshme e psikiatrisë ’, për sa i përket incidencës, por shkalla e vetëvrasjes e bën atë kërcënues. Aspektet e shëndetit publik të sëmundjes depressive madhore janë gjithëpërfshirëse, si dhe përcaktojnë nevojat për kujdesin e pacientit dhe për zhvillimin e programeve për të parandaluar vetëvrasjen.

Depresioni madhor është shkaku kryesor i paaftësisë në Shtetet e Bashkuara të Amerikës e më gjerë. Depresioni prek një në çdo 33 fëmijë dhe një në çdo tetë adoleshentë, sipas Shoqatës Kombëtare për Shëndetin Mendor.

Incidenca e depresionit është dy herë më e lartë te gratë sesa te burrat dhe përpjekjet për vetëvrasje janë më të shumta tek gratë, por shkalla e vdekshmërisë nga vetëvrasja është më e lartë për burrat.

Prevalenca gjatë gjithë jetës në popullsinë e Shteteve të Bashkuara të Amerikës mund të jetë rreth 12% për gratë dhe 5% për burrat.



Fig.2 Vetëvrasje

1.2 Depresioni madhor dhe diagnoza e çrregullimit (MDD)

Depresioni madhor është shkaku kryesor i paaftësisë në Shtetet e Bashkuara të Amerikës e më gjerë. Depresioni prek një në qdo 33 fëmijë dhe një në qdo tetë adoleshentë, sipas shoqatës kombëtare për Shendetin Mendor. Depresioni madhor zakonisht fillon në moshën e pjekurisë së hershme, por epizodet e depresionit të madh mund të shfaqen në çdo moshë duke përfshirë edhe fëmijërinë. Një epizod mund të zgjasë te pakten gjashtë muaj, por mund të shkojë edhe një vit por edhe më tepër.

Kritert për diagnozën e depresionit jepen në manualin statistikor dhe diagnostik të çrregullimeve mendore (DSM-IV), prej nëntë kritereve për MDD, pesë prej tyre duhet të jenë të pranishme, për të paktën dy javë:

1. Humori i ulët, po thuajse çdo ditë
2. Ulje e interesit ose e kënaqësisë, pothuajse në të gjitha aktivitetet
3. Rënie në peshë, pa mbajtur dietë, (5% ose më shumë e peshës trupore)
4. Çrregullimet e gjumit – pagjumësi ose hipersomni
5. Lodhje ose humbje e energjisë pothuajse çdo ditë
6. Axitimi ose vonesa (ngadalësimi i aktivitetit fizik, i të folurit dhe i të menduarit)
7. Ndjenja të vazhdueshme të të qenit i pavlefshëm ose faji i tepërt apo i pavend
8. Ulje e kapacitetit për tu përqendruar ose për tu mar vendime
9. Mendime të herëpashershme për vdekjen, për vetëvrasje

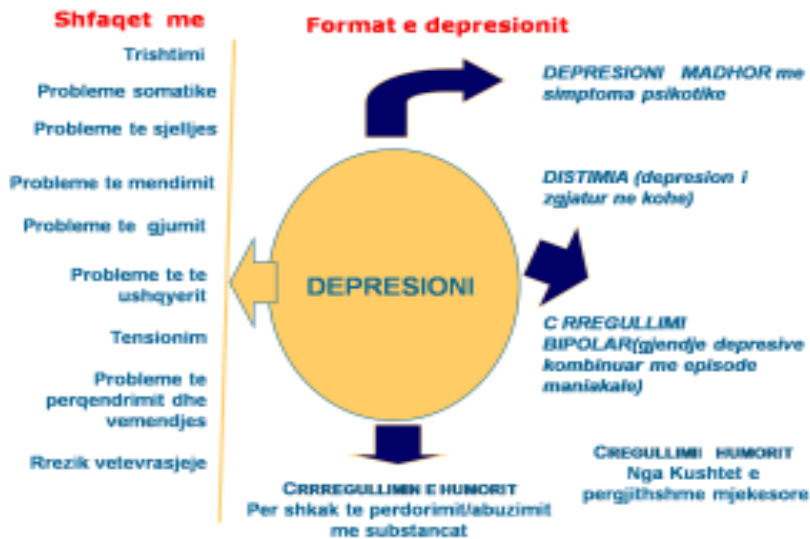
Diagnoza e çrregullimit të depresionit madhor (MDD) zakonisht nuk është e vështirë të përcaktohet. Është e rëndësishme të sigurohemi se episodi nuk është përshpejtuar nga një gjendje mjekësore paraegzistuese. Diagnoza më e rëndësishme diferenciale është dallimi ndërmjet depresionit njëpolar ndaj atij bipolar. Zakonisht, depresioni biopolar ka një fillim më të hershëm, risk më të lartë për të bërë vetëvrasje, anamnezë familjare të të afërmeve të prekur në mënyrë të ngjajshme dhe epizode më të shpeshta të sëmundjes. Çrregullimet distimike, e personalitetit depresiv, afektive sezonale,

depressioni kronik, depressioni atipik dhe depressioni i fshehtë janë gjendje më të lehta që plotësojnë më pak se sa nëntë kritere. Shumë individë me depresion të lehtë ose mesatar nuk janë përshkrues të mirë, për këtë konfirmimi nga njerëzit e afërt ose nga familjarët është shpesh i nevojshëm.

1.3 Simptomat e Depresionit

Depresionit ndikon në mënyra të ndryshme tek njerëzit. Mund të shkaktojë një numër të madh të simptomave, të cilat mund të jenë emocionale, fizike si dhe motivacionale. Disa prej tyre janë këto:

- të ndjehen keq shpirtërisht në shumicën e kohës
- të kenë mërzë, ndjenjë urrejtje, të jenë gjithmonë nën tension
- ndjenjë e fajësisë, pashpresë dhe pavlerës
- mendime të shkreta dhe pesimiste
- kanë vështirësi të koncentrohen apo të marrin vendime
- humbje e apetitit , shtimë apo humbje të paqellimshme të peshës
- ndryshim në zakonet e fjetjes si p.sh vështërsia për të fjetur, zgjimi herët ose fjetja e tejzgjatur
- nuk kënaqen me aktivitetet
- pinë më shumë se zakonisht duhan, alkool dhe përdorin droga të tjera
- kanë ndjenjë të qenit të lodhur gjithmonë
- kanë ose kryejnë akte të vetëlëndimit apo vetëvrasjes



1.4 Dhimbjet trupore gjatë depresionit

Depresioni shfaqet shpesh me dhimbje trupore, të cilat kryesisht janë mjaftë resistente. Këtu bëjnë pjesë dhimbjet e kokës, të qafës, të kryqeve, dhimbjet në krahë dhe këmbë, ndjenja shtypjeje në hapësirën e krahërorit, ndjenja se nuk mund të marr frymë tërësisht (e cila shpesh përjetohet sikur të ishte një gur i rëndë në gjoks), dhimbje të paqarta në zemër, vështirësi në tretje (ose në formë të diaresë ose kapsllëkut), mundim me dhimbje në pjesën e lukthit dhe gjendje e dhimbjeve me ngërçe në bark. Pacientët shumë herë mendojnë se bëhet fjalë vetëm për vuajtje trupore të thjeshta, sepse gjatë analizave mjekësore nuk mund të vertetohet ndonjë diagnoz e sëmundjes trupore. Prandja në raste të tilla mund të themi se janë depresione të maskuara, sepse fshehën pas simptomave trupore.



Fig.3 Dhimbje koke



Fig.4 Ngushtim në frymëmarrje



Fig.5 Dhimbjet e qafës, krahut

Kapitulli II

2. Llojet e depresionit

-**Depresioni i rëndë** ka shenja aq të rënda sa zgjatin gjashtë muaj a më shumë nëse nuk trajtohet dhe prek thujse çdo aspekt të jetës së pacientit.

-**Çrregullimi bipolar** njihet edhe si çrregullimi maniako-depresiv. Pacientët kalojnë në gjendje emocionale ekstreme që lëkundet sa te krizat e gjata të hiperaktivitetit të theksuar (mania) te rënia dërrmuese emocionale (depresioni).

-**Distimia** ndonëse nuk e kufizon pacientin aq shumë sa depresioni i rëndë, ka simptoma depressive që ia bëjnë të vështirë atij të zhvillojë aktivitetet normalisht. Disa mund të kalojnë edhe periudha depresioni të rëndë.

-**Depresioni paslindjes** është gjendje emocionale që prek shumë nëna pas lindjes.

-**Çrregullimi emocional stinor** ka shumë të ngjarë të jetë pasojë e mungesës së dritës së diellit në vjeshtë dhe në dimër. Zakonisht qetësohet në pranverë e në verë.

Ka një mori llojesh të depresionit , ku përfshihen edhe këto lloje:

-depresioni i dyfishtë – një sëmundje e cila ndodhë kur një person me depresion kronik përjeton një episod të depresionit të madh.

-depresioni sekondar – një depresion që zhvillohet pas paraqitjes së sëmundjeve të caktuara si sulmi në tru , sëmundja e Parkinsonit (që depresioni shfaqet tek të këta të sëmur rreth 25%), ose AIDS-s , ose pas problemeve psikiatrike, si skizofrenia, sëmundja e panikut ose bulumia.

-depresioni kronik – rezistent ndaj mjekimit, kjo është sëmundje e cila zgjat për rreth një vit dhe është shumë vështirë të m,jekohet me antidepressivë dhe barna psikofarmakologjike dhe psikoterapi tjetër.

-depresioni i maskuar – një depresion i cili është fsheh prapa ankesave fizike për të cilin asnjë shkakëtar organik nuk mund të gjendet.

2.1 Çrregullimi biopolar

Të flasim pak më gjersishtë për çrregullimin biopolar pasi që ndikon shumë në depresion.

Çrregullimet biopolare ndahen në çrregullimin biopolar të Tipit I dhe të Tipit II. Në rastin e çrregullimit të Tipit I, pacienti ka një rregullim të qartë maniakal ose maniakal psikotik, përveç çrregullimeve depressive madhore. Në rastin e Tipit II, pacienti ka një episod hipomaniakal me një ose më shumë episode depressive madhore. Për hipomaninë , e cila është gjendje më pak e rëndë sesa mania, jepet më poshtë përkufizimi zyrtar.

Sipas DSM-IV , **mania** përkufizohët si një humor i theksuar ose i irritueshëm, që zgjatë të paktën një javë, dhe gjithëashtu si shfaqja e disa simptomave të mëposhtme:

-vetëvlersimi i tepruar ose ndjenja e madhështisë

-ulja e nevojës për të fjetur (3orë ose më pak në 24orë)

-të qenët i shpërqendruar

-mendimet e nxitura

-rritja e theksuar e pjesëmarrjës në aktivitete të shumta, etj.

Ndërsa **hipomania** përcaktohet nga këto kritere:

- një periudhë e veçantë e humorit të theksuar ose të irritueshëm i cili zgjat të paktën gjatë katër ditëve.
- gjatë çrregullimit të humorit pacientët vazhdojnë të kenë : vetëvlersimin e tepruar, ulja e nevojës për gjumë, të folurit më shumë se zakonishtë,
- çrregullimi i humorit dhe ndryshimi në funksionim
- shoqërohet me ndryshim të qartë, i cili nuk e karakterizon pacientin , kur ai nuk është simptomatik

2.1.1 Diagnoza diferenciale e sëmundjës biopolare

Çrregullimi afektiv sezonal është një çrregullim i humorit, i cili lidhet me ndryshimin më të madh sezonal të dritës. Ai është një çrregullim afektiv madhor, në të cilin shfaqet depresioni, gjatë vjeshtës ose dimrit, për të paktën dy vite radhazi, me lehtësim të simptomave në pranverë ose në verë. Mund të trajtohet me efikasitet te disa individë vetëm me dritën e ambientit. Shkallët e remisimit janë të ndryshme, ndërsa disa pacientë preferojnë mjeksimin. Gjithashtu, ka prej atyre, të cilët reagojnë ndaj dritës së ndezur, të cilët nuk preken në mënyrë sezonale.

2.1.2 Trajtimi i sëmundjës biopolare

Trajtimi i episodeve maniakal bipolar tip i filloi me përdorimin e litiumit në vitet 60 të shekullit të kaluar ,si trajtimi i zgjedhur, dhe është preparati që ka përdorimin më të gjerë si terapi mbajtëse. Litiumi ka qenë trajtimi i preferuar i çrregullimit bipolar për më shumë se 50 vjet. Efektshmëria e tij për parandalimin e vetëvrasjes është e pakrahasueshëm,dhe ai vazhdon të jetë shumë i rëndësishm për trajtimin dhe profilaksinë. Grupi Ndërkombëtar për Studimin e Litiumit bëri studimin për një grup pacientësh nga katër shtete, për më shumë se shtatë vjet; përqindja e vetëvrasjes ishte 1.5 përqind, për 1 000 pacientë në vit, në krahasim me ata që e ndërprejnë përdorimin e

litiumit, të cilët kishin një shkallë ishte 7.1 përqind, për 1 000 pacientë në vit. Në një rishikim tjetër të 22 studimeve, nga viti 1974 deri në vitin 1988, shkalla e vetëvrasjes ishte shtatë herë më e ulët për pacientët, të cilët marrin trajtim afatgjatë me litium. Nga një studim tjetër i 310 pacientëve u zbulua se shkalla e të gjitha akteve të vetëvrasjes u rrit afërsisht 14 herë, pas ndërprerjes së terapisë me litium, veçanërisht brenda 12 mujave të parë.

Terapia ndikohet nga ndryshimet në simptomat e MDD bipolar dhe njëpolar, kur mund të ketë më shumë simptoma somatike, dhe gjithashtu mund të mbizotërojë hipersomnia më shumë sesa pagjumësia. Terapia medikamentoze ka më shumë gjasa të mos ketë sukses, nëse abuzimi i njëkohshëm me substanca shoqërohet nga mbështetja sociale e pamjftueshme. Shkalla e vetëvrasjeve të sëmundja bipolare është më e lartë se të çdo sëmundje tjetër psikiatrike; ajo është përgjegjëse për vdekjen e 10 deri 15 përqind të pacientëve, si dhe egziston një risk 15 herë më i lartë për vetëvrasje sesa popullsia e përgjithshme. Edhe olazapina (Zyprexa), edhe risperidoni (Risperdal), po ashtu edhe ziprasidoni (Geodon), mund të jetë shumë të dobishëm, por mungojnë studimet afatgjata për litiumin dhe valproatin. Olanzapina dhe risperidoni provokojnë shtimin në peshë, diabetin ose hiperkolesteroleminë. Risperidoni mund të shkaktojë parkinsonizmin ose diskinezinë tardive.

2.2 Shkakëtarët e depresionit

Depresionin nuk e ka vetëm një shkaktar, shkaqët e depresionit mund të ndryshojnë nga një person në tjetrin. Disa prej tyre mund të jenë si përvojat traumatike, si për shembull sulmet fizike dhe dhunimi mund të shkaktojnë depresion. Gjithashtu mund ta shkaktojë edhe humbja e një personi të dashur, mund të shkaktojë edhe stresi i tepërt, si dhe disa gra e përjetojnë stresin gjatë periudhës së lindjes së fëmijës (depresion posnatal). Gjithashtu përdorimi i shpeshtë i alkoolit ose drogës mund të ju shpjerë në depresion, ndërsa mendimet negative bëhen automatike dhe janë të vështira të përballohen.

Depresioni mund të jetë pjesë e sëmundjes, siç është çrregullimi biopolar, në të cilin personi përjeton ndryshime humori ekstreme pa asnjë arsye, të qenit shumë në qejf ose mund të depresionuar.

Depresioni mund të mos lidhet me ndonjë shkak të jashtëm, por lidhet me një çekuliber kimik në tru (depression endogjen). Ndonjëherë personi mund të ndikohet aq shumë sa që përjeton simptoma të psikozës dhe mund të jetë në gjendje që të dallojë atë është e vertetë.

2.3 Depresioni pas lindjes

Është shumë e rëndësishme për qdo nënë që pas lindjes të këtë gjendje normale sikur se e kishte më parë, por në shumicën e rasteve mund të shfaqen komplikacione që lindja e një fëmije mund të shoqërohet me shfaqjen e simptomave psikopatologjike tek nëna e tij. Ndryshimi emocional pas lindjes tek gratë është shumë i zakonshëm, shpesh shpërthejnë në të lotë kryesishtë prej gëzimit, por gjendja e cila mund të ndodhë shpeshë tek nënat është depresioni paslindjes (postpartum). Zakonisht depresioni pas lindjes i prek nënat rreth tre ditë pas lindjes.

Depresioni pas lindjes mund të zgjasë deri një vit. Kjo më shumë mund të vihet re nga mungesa e kënaqësisë për fëmijën, por edhe nga ndjenja të forta faji dhe vënje faji vetës, stres i fortë i shoqëruar me ndjenjë paaftësie, shpeshë duke qarë, abstenim nga gjërat e zakonshme të kënaqësisë dhe interesit, përfshir seksin, lodhjen mendore dhe dëshirën për të qëndruar në shtrat.

Ka shumë raste nga të cilat mund të ndikojnë në shfaqjen e depresionit që dikush i përballon më lehtë ndersa dikush më vështirë. Faktori biologjik i cili shoqërohet me çrregullime hormonale që përjeton trupi i gruas gjatë lindjes së fëmijës, veçanërishtë me ndryshimet e forta të niveleve të progesteronit. Ndryshimet tjera mund të vijnë edhe si pasojë e problemeve narcistike , që këto probleme ose trauma mund të jenë pasojat e çdo ndryshimi fizik.

Gjithashtu gratë pas lindjes mund të hasen edhe në ndryshime tjera sikur se menaxhimin e punëve të përditshme, përgjegjësit tjera.

Ka shumë raste që lindja e fëmijës koincidon me një humbje, që tek nëna mund të ndikojë shumë kjo humbje e fëmijës. Mund të këtë edhe probleme tjera sikur problemet mendore, vështirësitë financiare, problemet bashkërtore të gjitha këto mund të ndikojnë negativishtë tek nëna.

Sigurisht që çdo gjë do ishte më e lehtë për fëmijën dhe për të gjithë familjen kur depresioni i paslindjes diagnostifikohet dhe trajtohet në kohë. Anëtarët e familjes prandaj mund ta motivojnë nënën të konsultohet me një specialistë të shëndetit mendor.



Fig.6 Depresioni tek Nënën pas lindjes

2.4 Depresioni tek adoleshentët

Depresioni është një shqetësim nga një trishtim i vazhdueshëm që zgjatë prej muajsh apo edhe vitësh. Mund të shfaqet në çfarë do llojë moshe gjatë jetës. Zakonisht depresioni shpesh ndodhë si pasojë e stresit të madh, humbja e një njeriu të dashur, edhe fëmijët edhe adoleshentët janë të predispozuar të vuajnë nga depresioni.

Në moshën e pubertetit numri i fëmijëve depresivë rritet si rrjedhojë e ndryshimeve dhe zhvillimeve hormonale., ndërsa në moshën e adoleshencës vajzat kanë shumë mundësi për të vuajtur nga depresioni në krahasim me meshkujtë. Femrat janë më të predispozuar se meshkujtë për të vuajtur nga gjendja depresive.

Shfaqja e sjelljes depresive te fëmijët normalisht zgjatë nga 6-9muaj deri edhe në disa vjet. Kur një fëmijë vuan nga depresioni ka rezultate jo të mira në shkollë, shfaq vështirësi në marrëdhënie me miqtë dhe familjarët, është i trembur dhe në ankth, si dhe i rrezikuar nga vetëvrasja.

Është e rëndësishme të diagnostifikohet sa më herët depresioni dhe të mjekohet, egzistojnë dy trajtime për fëmijët që shfaqin ankth dhe depresion, është psikoterapia dhe terapia me anë të ilaçeve. Psikoterapia shërben për rastët kur shfaqja e shenjave të depresionit është e lehtë. Ndërsa në rastet kur depresioni është më shqetësues duhet ti

drejtohemis terapis me anë të ilaçeve. Është e rëndësishme që prindërit të bisedojnë me fëmijët, dhe të mos i neglizhojnë terapinë, dhe duhet të jenë sa më të qetë, të bisedojnë me fëmijët e tyre në mënyrën sa më të mirë.



Fig.7 Depresioni tek adoleshentët

2.5 Klasifikimi i sëmundjës

Klasifikimi i depresionit është i domosdoshëm për përcaktimin e etiologjisë dhe patogjenezës së depresionit, mundëson shërimin e suksesshëm të sindromave të ndryshëm të depresionit, mundëson një evolucion të sigurt të shërimit afektiv, zgjedhje të terapisë dhe të metodave të ndryshme të shërimit.

Shumica e autorëve e bëjnë ndarjen e depresioneve në disa grupe themelore: në depresione ENDOGJENE dhe depresione EKZOGJENE. Nga fjala “endogjen” kuptojmë se shkaqet e sëmundjës janë të mbrendshme siç janë : trashëgimia dhe sëmundjet e organeve të mbrendshme. Me depresion ekzogjen kuptojmë se shkaqet janë: sociale, psikologjike e të tjera. Ndërsa në depresionet endogjene bëjnë pjesë : psikoza maniake-depresive dhe melankolia envultative.

Fazat e depresionit të psikoze maniake-depresive mund të manifestohen në formë të depresionit të rrejshëm, si dhe depresion i rëndë në raste të rralla.

Në pasqyren klinike dominojnë këto simptoma: në jetën afektive të pacientit dominon disponimi depresiv, me pikëllim dhe disponim të pamotivuar, mungesë gëzimi , pesimizëm, etj. Shkaqët për këtë disponim janë me prejardhje endogjene dhe nuk janë të

lidhura me asnjë ngjarje ose traume. Pra pacienti tërhiqet menjëherë nga shoqëria, bëhet i pavullnetshëm, nuk kontakton me rrethin, largohet nga fëmijët, pamja e fytyrës i ndryshon, duket i lodhur, si dhe të gjitha funksionet jetësore i ka të zvogëluara : humb apetitin, refuzon ushqimin, nuk merr as lëngje, buzët i ka të thata, etj.

2.6 Këshillat parandaluese

Të kesh mbeshtetje që të duhet luan rol të rëndësishëm në largimin e mjegullës së depresionit dhe mbajtjen larg saj. Ndoshta mund të jetë e vështirë që të mëposhtni depresionin vetëm por me ndihmën e të tjerëve do të bëhet më e lehtë. Sidoqoftë izolimi dhe vetmia e keqësojnë depresionin dhe më shumë, pra është e rëndësishme të mbani marrëdhënie të afërta dhe aktivitet sociale për tu shëruar nga depresioni.

Është e rëndësishme të ktheheni nga anëtarët e familjës, nga shokët/shoqët e besueshëm, ndaje atë që po përjeton me një rrezit që do dhe ju beson, kërko ndihmë dhe përkrahje që të nevojitet nga ata.

Provo të meresh me aktivitete sociale edhe nese nuk të pelqen. Nese deshironi të shërohesh nga depresioni duhet të kujdeseni më shumë për vetveten, të bëni gjërat që ju pelqejnë më shumë, të mereni me ndonjë kreativitet përmes muzikës, artit apo shkrimit, të dilni të shetisni , të mereni me ndonjë sport, të rri sa më shumë me shoqëri etj.

Gjithëashtu mundohuni të krijoni veti të shëndetshme të të jetuarit si psh:

-mundohu të bëshë 8 orë gjumë- sepse depresioni përfshinë probleme me gjumë, je apo nuk je duke fjetur shumë apo më pak gjëndja shpirtërore e juaj vuan. Bëni një orarë të mirë të gjumit.

-dil në rreze të diellit çdo ditë- mungesa e dritës së diellit mund të përkeqsoj depresionin, bëj një shëtitje të shkurtër jashtë në natyrë, pi një kafe apo dreko jashtë, ulu në ndonjë park, rri në ajër të pastër.

-praktiko teknikat e relaksimit- një praktikë lehtësuese ditore mund të ju ndihëmojë të lirohesh nga simptomat e depresionit, zvoglojë stresin dhe ngrit ndjenjat e gëzimit dhe mirëqenjes, provoni yoga, frymëmarrje të thellë, relaksim progresiv të muskujve, meditim apo edhe masazh.

Depresionin mund ta luftoshë më së shumti duke menaxhuar stresin, sepse stresi jo vetëm që e zgjat dhe e keqëson depresionin por gjithashtu edhe mund ta nxis atë. Pra duhet të gjeni faktorët që ju stresojnë më shumë dhe të mundoheni ta largoni sa më shumë, siç janë mbingarkesa në punë, marrëdhënjet përkrahëse, problemet shëndetsore etj, pra duhet të mundoheni ti shmangni sa më shumë.

2

Kapitulli III

3. Trajtimi

Në mungesë të një teorie kohërente për patogjenezën, trajtimi i sindromave depressive ndryshon në shkallë të lartë dhe efektet afatgjata ende nuk janë përcaktuar. Regjimet e ndryshme me medikamente, të vetme ose me psikoterapinë, po vlerësohen aktualisht. Ka diskutime për përfitimet e medikamenteve antidepressive specifike si monoterapi, por shkalla e përgjithshme e përgjigjes është afërsisht 80 përqind. Anamneza familjare e përgjigjes së dobishme të medikamenteve, ose e përgjigjes së mëparshme ndaj një mjekimi, ndikon në përzgjedhje. Përfitime e antidepressivëve triciklikë (TCA) janë thelbësore, por efektet anësore mund të ndërhyjnë në përdorimin afatgjatë, frenuesit selektivë të rikapjes të serotoninës (SSRI) kanë efekte anësore fillestare të pakta, por mund ta humbasin efektshmërinë me kalimin e kohës, ose mund të kenë efekte anësore seksuale të padëshiruara te 3 deri 25 përqind e pacientëve. Sensitiviteti i dozës ndaj TCA-ve ndryshon deri në 30-fish, SSRI-të kanë një spektër më të ngushtë, por ende janë të konsiderueshme. Si rrjedhim, e mira është që pjesa më të madhe e mjekimeve të fillohet me një dozë të ultë dhe ajo të rritet gradualisht. Për përfitim të plotë mund të duhen deri në tri javë ose më gjatë. Për shkak se studimet terapeutike të kontrolluara të psikoterapisë janë shumë të vështira që të kryhen, nuk është e mundur të krahasojmë përfitimet e marra nga forma të ndryshme, si përfitimet nga teknika kongitive, teknika ndërpersonale, teknika e strukturuar, teknika mbështetëse dhe ajo emocionale. Terapitë kongitive dhe ndërpersonale mund të shërojnë

² [prof.dr.Muhamet Halitaj,Psikiater Pejë \[www.who.int/depression/en\]\(http://www.who.int/depression/en\)](http://prof.dr.MuhametHalitaj.PsikiaterPeje.www.who.int/depression/en)

depressionin e lehtë. Lehtësimit simptomatik me anë të trajtimit mund të mos rezultojë në përmirësim shoqëruar të funksionit psiko-social, i cili mund të vonohet. Përsëritjet shfaqen deri te 20 % e pacientëve për gjashtë muaj dhe mbi 30% për një vit. Nuk ka konsensus për një qëllim të qartë përfundimtar për trajtimin e depresionit; në këtë rast duhet të bazohemi të gjykimi i mjekut ose të shkallët e vlerësimit. Një periudhë asimptomatike, nga katër deri në gjashtë javë, është periudha minimale, dhe kjo parashikon se nuk do të ketë përsëritje të episodit të parë. Megjithatë, trajtimi i episodit depresiv madhor mund të vazhdojë për të paktën gjashtë muaj, veçanërisht kur faktorët stresues, që ndikojnë te pacientët, vazhdojnë të ekzistojnë në mjedisin ku jeton pacienti. Depresioni madhor është shpesh rezistent dhe nuk ka bioshënues për drejtimin e trajtimit.

3.1 Terapia kognitive e sjelljes

Terapia kognitive e sjelljes bazohet në supozimet se mendimet dhe sjelljet të keq përshtatura mësohen nga ekperiencia dhe se mund të modifikohen/ndryshohen nëpërmjet eksperiencave korigjuese. Terapia kognitive e sjelljes është një terapi afatshkurtër, e orientuar nga qëllimi dhe e fokusuar ndaj asaj që ndodh në kohën e tashme, e projektuar të modifikojë mendimet jo-funksionale “mediatojn” marrëdhënien midis ndodhive stresuese të jetës dhe depresionit. Më konkretisht, ato që janë vulnerabël/të ndjeshëm ndaj mendimeve vetë-referuese negative depressive dhe këtyre paragjukimeve fikse që shkaktojnë automatizma mendorë të shtrembëra, të cilat shkaktojnë efekte dhe sjellje depressive. Efikasiteti i terapisë kognitive të sjelljes është i dokumentuar mirë.

3.1.1 Sistemi analitik i sjelljes kognitive të Psikoterapisë

Sistemi analitik i sjelljes Kognitive të Psikoterapisë (CRASP) është një psikoterapi e integruar, "manualizuar" dhe me kohë të limituar, e zhvilluar për të trajtuar depresionin kronik. Kjo terapi kombinon elemente të sjelljes, të njohjes, ndërpersonale dhe të psikoterapisë psikodinamike. Qëllimet kryesore të CRAPS-it përfshijnë ndihmesën që u jepet pacientëve për të ndryshuar modelet e tyre të përballjes së problemeve, përmirësimin e aftësive të tyre ndërpersonale, të kuptojnë pasojat e sjelljes së tyre dhe të ndërveprojnë shoqërisht në mënyrë më efektive me të tjerë. Kjo përfaqësojë ngjason me terapi të tjera kognitive dhe të sjellurit sepse është e strukturuar shumë mirë, fokusohet në mësimin e aftësive për të zgjidhur problemet dhe përdor rregullisht caktimin e detyrave të shtëpisë.

3.1.2 Trajtimi i depresionit nëpërmjet aktivizimit të sjelljes

Trajtimi i depresionit nëpërmjet aktivizimit të sjelljes është projektuar për të rritur në mënyrë graduale sjellje të tillë ndërkohë që i ulen vlera përforcuese të sjelljeve depresive. Në këtë model, aktiviteti në rritje perceptohet si një shenjë paralajmruese e nevojshme për reduktimin e sjelljes depresive të dukshme dhe të fshehtë. Si rrjedhim, aktivizimi i hapur/dukshëm, është mekanizmi i parë drejt ndryshimit. Çështet e veçanta që kanë të bëjnë me këtë terapi janë ndryshimet ambientale negative të cilat rezultojnë në një rënie të përgjithshme të përforcuesve të disponueshëm, parritshmëria e përforcuesve dhe një rënie të përgjithshme të përforcuesve potencialë për shkak të efekteve ndërhyrëse të ndryshoreve të tjera. Procesi i terapisë konsiston në vlerësimin e nivelit të aktivitetit aktual, në ndërtimin e një hierarchie aktiviteti, analizimi i aktivitetit javor duke përdorur logot e sjelljes dhe duke vlerësuar progresin. Qëllimi i trajtimit nuk është perfeksionizmi (që do të thotë, përfundimi i çdo aktiviteti çdo ditë), por vendosja dhe arritja e qëllimeve të arsyeshme.

Trajtimi psikologjik i kombinuar me mjekimet antidepressive ka një përqindje përmirësimi më të lartë se trajtimi vetëm me mjekime (odds ratio [OR] 1.86: 95% confidence interval [CI], 1.38 deri në 2.52).

Trajtimi i kombinuar solli gjithashtu edhe një rënie të dukshme në lënien e shkollës (OR, 0.59: 95% confidence interval, 0.39 deri n 137 0.88) kur terapia zgjaste më shumë se 12 javë (Pampallona e bshkp., 2004).

3.2 Psiko-terapia

Trajtimi i depresionit duhet të përfshijë gjithmonë psikoterapi. Në mënyrë ideale kjo çon në një raport të ndryshuar me stresin dhe në korigjimin e vlersimeve individuale negative dhe në shfrytëzimin e ngjarjeve personale jetësore plot stres. Aktualisht në proceset psikoterapeutike po egzaminohen dhe po shfrytëzohen më së miri me efikasitetin e tyre terapia e sjelljes (VT) dhe psikoterapia ndërpersonale (IPT). Gjithashtu ato zvogëlojnë rrezikun e rikthimit të sëmundjës për një kohë të gjatë dhe përdoren me një rezultat shumë të mirë si në trajtimin ambulator, ashtut edhe në trajtimin spitalor. Në këto procese moderne terapeutike, thelbi i trajtimit qëndron para së gjithash në gjetjen e zgjidhjeve dhe në mobilizimin e burimeve, dhe jo vetëm në kërkimin e konflikteve dhe të shkaqeve të vjetra, si dhe të veprimtarisë me mangësi.

Ndjenat, mendimet dhe veprimet tona influencojnë vazhdimisht në mënyrë reciproke dhe ndikojnë gjithashtu edhe në funksionet tona trupore. Prandaj, nëpërmjet kësaj mënyre gjendja e ulët shpirtërore bie edhe më shumë nga mendimet negative, gjithashtu tërheqja sociale, e cila është shpesh pasojë e natyrshme e gjendjes së keqe shëndetësore, përforcon gjithashtu mendimet dhe ndjenjat e pakëndeshme. Kjo krijon një stres të ri, i cili përforcon edhe më shumë këtë rreth vicioz në të cilin futen rregullisht njëzërit e semurë me depresion. Trajtimi psikoterapeutik ofron pikënisje për shkëputjen nga ky rreth vicioz i depresionit. Shpesh është e rëndësishme që në mbështetjen terapeutike të fillohet përsëri me aktivitete, të cilat përmirsojnë gjendjen shpirtërore. Në gjendje depresioni nuk është e mundur që t'ia dal i vetëm. Gjithashtu, është i rëndësishëm të njihet sesi në gjendje depresioni situatat e caktuara nxisin pothuajse automatikisht ndjenja dhe mendime të përcaktuara negative. Të menduarit tipik depresiv është i njëanshëm dhe i deformuar negativisht. Në të njëjtën kohë, depresioni detyron që gjithçka të shihet përmes një pikëpamje të errët dhe të pa prespektivë. Psikoterapia ndihmon që të largohet sërish më ngadalë kjo lloj pikëpamje.

3.2.1 Psikoterapia ndërpersonale (IPT)

Psikoterapia ndërpersonale fillimishtë u projektua si një trajtim me kohë të limituar për depresionin e mesomoshës. Ajo përqendrohet tek pikëllimi, paqartësia e rolit, tranzicionet e rolit dhe deficitet ndërpersonale. Kjo formë trajtimi mund të jetë veçanërisht efektive për pacientët në moshë madhore “më të madhe” të cilë mund të jenë duke eksperimentuar ndryshime “të rolit”, izolim shoqëror/nga shoqëria, humbje dhe karakteristika pamundësie të depresionit të moshës së madhe. Provat/testet e kontrolluara kanë treguar se IPT e vetme apo e kombinuar me mjekime është efektive në të gjitha fazat e trajtimit. Kohëzgjatja e zakonshme e terapisë është 20 seanca. Efekteviteti i IPT-së në kujdesin primar është demonstruar.

3.3 Terapia e dritës

Çrregullimi emocional sezonal është një nëntip i depresionit të rëndë, i cili ndodh gjatë muajve të dimrit në gjerësi veriore. Mund të kurohet në mënyrë efikase me antidepressivë ose me terapinë e dritës. Terapia e dritës rrit kohëzgjatjen e ekspozimit ndaj dritës ditore nëpërmjet dritës artificiale, e cila përdoret në fillim apo fund të periudhave të dritës së diellit në mëngjesë apo në mbrëmje. Rritja e ekspozimit funksional ndaj dritës së ditës mbi një bazë konsistente gjatë muajve të dimrit çon drejt ndryshimit të hormoneve, të cilat ndihmojnë në parandalimin apo trajtimin e SAD. Kutitë e dritës duhet të sigurojnë energjinë dritore të mjaftueshme për të përseritur dritën e ditës dhe janë më shumë efikase kur përdoren në mëngjes përpara se të lindë dielli. Efektet anësore përfshijnë insomnian dhe shumë rrallë, maninë.

3

³ Traktati I Mjekësisë së familjes, Robert E. Rakel, fq 1394 Neurologjia e merit, Ralph N. W harton

3.4 Medikamentet antidepressive specifike

Medikamentet antidepressive (Tabela 159.2) klasifikohen sipas strukturës molekulare ose sipas efekteve mbi neurotransmetuesit. Triciklikët, frenuesit e Mono Amino Oksidaza (MAOIs= monomine oxidase inhibitors) dhe litiumi u futën në përdorim në vitët 60 të shekullit të kaluar. Gjatë dy dhjetëvjeçarëve të kaluar frenuesit selektivë të rikapjes së serotoninës (SSRI) janë përhapur shumë: gjashtë prej tyre disponohen edhe aktualisht: fluoksetina, sertralina, paroksetina, fluvoksamina, citaloprami dhe escitaloprami. Sigurisht që ata nuk janë aq përzgjedhës, siç sugjerohet nga skema e klasifikimit, dhe të gjitha ndikojnë në metabolizimin e dopaminës dhe të norepinefrinës, si dhe në kinetikën e medikamenteve të tjera disa kanë aktivitet antitrombocitar. Reaksionet ndodhin me të gjitha medikamentet antidepressive. Përparësitë e supozuara të SSRI-ve të reja ndaj medikamenteve të mëparshme mbeten të paqarta. Ka afekte anësore më të pakta, por ndërpreja e terapisë është më e rrallë të studimet afatshkurtra dhe duhet të bëhen studime më afatgjata, veçanërisht të të moshuarit.

Një efekt tjetër anësor është shtimi në peshë, që vihet re të 5 deri në 10 përqind të pacientëve. Sërish zgjedhjet janë të pakta, shtimi i një program ushtrimor, shtimi i një mjekimi ndihmës ose ndryshimi i mjekimit.

Litiumi mund të përdoret në kombinim me të gjitha SSRI-të. Monitorimi i niveleve të litiumit është thelbësor, veçanërisht të gjashtë javët e para të trajtimit. Pastaj, monitorimi mujor, tremujor ose dy herë në vit është i mjaftueshëm, vetëm nëse ka ndryshime të konsiderueshme në peshë.

Medikamentet më të reja antidepressive ende po studiohen. Lamotrigina (Lamictal) mund të ketë një rol të veçantë, në rastin kur depresioni shoqërohet me çrregullime biopolare. Lamotridina është përdorur si një medikament antipileptik, por gjithashtu ka edhe përfitime antidepressive.

3.5 Qendrimi në spital

Në rastët kur pacientët janë me depresion të rënd është më mirë që ata të shtrihen në spital, sepse mund të ju ofroj mbrojtje dhe siguri që ofrohet nga reparti psikiatrik në spital. Spitali mund të ju ofroj ambient të sigurt dhe përkrahës nese jeni në gjendje shqetësimi dhe ndoshta të ndjehëni të rehatshëm të keni njerëz të tjerë rreth jush dhe ta dini që dikush kujdesët për ju. Megjithatë mund të jetë edhe shqetësuese ambienti spitalor, si p.sh aty nuk mund të jeni vetëm në një repart, duhet ti përmbaheni rregullave të repartit që ndoshta nuk ju përshtaten, dhe mund të ndjeheni të shqetësuar nga sjelljet e pacientëve tjerë. Pra në shumicën e rastëve pacientët janë të detyruar të shtrihen në spital, sepse është më mirë për shëndetin e tyre, sigurin e tyre dhe të tjerëve, për mjekimin e tyre që të kenë më lehtë për të mëposhtur sëmundjen e depresionit. Në rastët kur pacientët duhet të përdorin terapi dhe nuk kanë askendë të kujdesën për ta dhe janë në gjendje të rënd aq sa nuk mund të kujdesën për vetën, nuk përdorin terapin, nuk ushqehen si duhet, nuk kanë siguri për demët që mund ti shkakëtojnë vetës apo të tjerëve pra është më mirë që të shtrihen në spital, të trajtohen në mënyren e duhur.

3.6 Bashkëjetesa me pacientët depresivë

Të jetuarit me dikë që vuan nga depresioni mund të jetë e vështirë, por duhet munduar që tju ndihëmojmë, dhe të ju japim këshilla. Pacientët depresivë janë njerëz të sëmurë, por që sëmundja e tyre duhet të trajtohet, dhe të sherohet, është e rëndesishme që këta pacientë të trajtohen menjëherë tek mjeku, që të jetë edhe shërimi me i sigurt. Tek këta pacientë duhet të kemi kujdes sepse kanë sipmtoma të ndryshme, këta pacient duhet ndihmuar që të kenë sa më lehtë të tejkalojn depresionin. Duhet pasur parasysh se këta pacientë nuk mund të marrin vendime, gjatë sëmundjës ata nuk duhet detyruar për marrjen e vendimeve sepse pas shërimit mund të pendohen, duhet ofruar sa më shumë përkrahje, duke komunikuar sa më shumë me ta, duke ju ndihëmuar në qdo mënyr, si në dhënjën e terapisë, që të ushqehen me rregull, te flejnë me rregull, të bëjnë ushtrime të rregullta, të ja largojmë mendimet negative dhe të përqendrohën në gjërat pozitive. Nese ata mendojnë të lëndojnë vetën, ose kanë tentuar të bëjnë vetëvrasje, mos i lëni të vetëm, duhet kërkuar ndihmë nga shërbimet emergjente ose profesionistët shëndetsorë. Nese është në gjendje të rënd pacienti atëherë më mirë është të shtrihet në spital. Në këto raste

tek bashkëjetesa me këta pacientë mund të jetë më e vështirë, por duhet ndihëmuar dhe duhet kujdesur për ta në mënyren më të mirë, por gjithëashtu duhet pasur kujdes edhe për vetën , dhe duhet të i gjeni kohë vetës të relaksoheni dhe të merreni me ndonjë aktivitet që ju pelqenë, në menyrë që të mos keni ndonjë pasojë më vonë.

3.7 Përkrahja nga familja dhe shoqëria

Njerëzit që janë në depresion shpesh tërheqen nga shoqëria dhe familja e tyre, në vend se ti pyesin ata për ndihmë dhe përkrahje. Sepse atyre ju nevojitet shumë ndihma nga rrethi i ngusht. E rëndesishme është që të bindin personin me depresion që të kërkojë tretmane përkatëse për shkrimin e sëmundjes. Natyra e depresionit ju bënë të ndjeheni të gjorë, të vetmuar, pa shpresë dhe pa vlerë, kjo gjë e ndalon pacientin të kërkojë ndihmë. Për personin me depresion duhet të kujdeseni shumë, të jeni të durueshëm, edhe pse është e vështirë ndihma rreth tyre. Duhet te tregoheni të dashur dhe duhet të kujdeseni për ata duke i dëgjuar me simpati, duke e çmuar personin apo thjeshtë duke kaluar kohë me ta. Ju mund ti ndihëmoni atyre duke e inkurajuar ata të flasin për ndjenjat e tyre dhe duke menduar të gjeni mënyra se çka mund të bëjnë ata, ose çka mund të ndryshojnë që të përballojnë depresionin. Nese ata nuk kujdesën për nevojat e tyre fizike, ju duhet të i ndihmoni atyre duke ju blerë gjërat që ju duhen, pregaditni ushqim dhe të pastroni për ata nese keni mundësi. Ose ju duhet të inkurajoni ata të bëjnë këto punë. Kur e përkrahni ndonjë shok/të afërm ju duhet të mundoheni të mos i fajsoni ata për ndjenjat e depresionit ose të ju thuan atyre të ” kontrollojnë vetën”. Ata me siguri e fajsojnë vetëveten kështu që kritikata mund ti bëjnë ata të ndjehën më shumë në depresion. Lavdatat janë më efektive se sa kritikata, komunikimi me ta ka shumë rëndesi. Ju duhet të i përkujtoni ata që është e mundshme që situata e tyre të përmirsohet, por kjo duhet të bëhet në mënyrë të kujdeshme dhe të dashur. Mundohuni që ti ndani përgjegjësitë për përkrahje të ndonjë shok, shoqe ose të afërm me sa më shumë njerëz që është e mundur. Mundohuni ti gjeni ata persona me të cilët ju mund ta shprehi zhgënjimin tuaj. Mund të ketë ndonjë grup lokal për njerëzit në situatën tuaj.

4

⁴ <http://www.stetoskopi.com/node/145>

Kapitulli IV

4. Qëllimi dhe objektivat e punimit

Qëllimi i punimit të kësaj teme është arsyeja se rastet me depresion po rriten çdo ditë e më shumë dhe është thuhet shkaktari më i shpeshtë i vetëvrasjeve.

Ky punim ka për qëllim që pacientët me sëmundjen e depresionit duhet të trajtohen me kohë, të aplikojnë terapinë e duhur, kujdesi infermieror të jetë sa më adekuat, dhe të mundohemi të japim sa më shumë kshilla të parandalojmë rritjen e vetëvrasjeve.

Objektivat

1. Klasifikimi i shkakëtarve
2. Klasifikimi i simptomave
3. Llojet e depresionit
4. Trajtimi
5. Rasti i pacientit me depresion

4.1. Materiali dhe Metodologjia

Hulumtimi përbëhet nga dy komponentave:

- Rishqyrtimi i literaturës në lidhje me sëmundjen e depresionit
- Rast studimi i realizuar në spitalin rajonal të Pejës

Për realizimin e këtij punimi janë përdorur literaturat e mjekësisë për depresionin, ndërsa për realizimin e këtij studimi është marrë në spitalin rajonal të Pejës, në repartin psikiatrik, ku është pyetur një pacientë për sëmundjen e tij të depresionit.

4.2. Rast Studimi

Në rastin tim të studimit fatmirësishtë një pacientë nuk ngurrojë të bashkpunonte me mua për të më dhënë informata rreth jetës së tij. Pacienti është pyetur rreth të dhënave personale, rreth sëmundjës së tij, kuptohet që pacienti nuk pranon sakt se çfarë sëmundje ka, por për të qenë më i sigurt duhet pyetur doktorët kujdestar apo infermierët e atij reparti.

Të dhënat personale të pacientit

Emri: S

Mbiemi: K

Data e lindjës: 24.05.1970

Vendi i lindjës: Pejë

Vendbanimi: Turjakë

Statusi: I martuar

Fëmijët: 3 fëmijë, 2 djemë dhe 1vajzë

Anëtarët tjerë të familjës: 3 motra dhe 1 vëlla, ndërsa prindërit i kishin vdekur.

Profesioni: Bujk

Të dhënat rreth sëmundjës së pacientit

Sëmundja: Depresioni

Simptomat: Dhimbje koke tërë kohën, ushqim i parregulltë, gjumi i parregulltë, mendime jo të mira,

Shkakëtarët: stresi, kushtet financiare, nervoza e tepërt, problemet jetësore, alkooli tejmase,

I hospitalizuar: 2 javë

Reparti: Psikiatrikë

Terapia: FluOksitin 20mg, 2x1

Amitriptiline 25mg

Diazepam 5mg, 10mg

Biseda me Pacientin

Sipas përgjigjeve të pacientit ai ankohej vetëm nga dhimbje koke dhe dhimbje gjoksi, pacienti refuzon sëmundjen e tij të depresionit. Pacienti gjithëashtu e ceku se vuan nga dhimbja e kokës që dhjetë vite më parë. Pacienti tregojë se gjatë jetës ka punuar shumë në punë të fushës, se kushtët financiare nuk i ka të mira, dhe ky rast e ka bërë atë më shumë stres dhe shumë i nervozuar, dhe se ka konsumuar shumë alkool. Dhimbjen e kokës e ka pasur vazhdimishtë dhe nuk është kontrolluar tek mjekët për këtë ankesë.

Pacienti në fjalë ishte vetëm në spital dhe familjarët nuk kujdesen aq sa duhet për të, ai kishte dy javë i shtrir në spital, dhe ka filluar trajtimin për sëmundjen e depresionit. Pacienti tha se ishte dhe shumë i ftohur në mushkëri. Gjatë gjithë kohës pacienti nuk fle si duhet, nuk ha si duhet, refuzon sëmundjen, ndonjëherë refuzon edhe terapinë ta përdor.

Pas trajtimit të tij kishin filluar dhimbjet e kokës të paksohën, dinte mirë të fliste për vetën, mbante mend mirë, ishte në dijeni se çfarë benë. Gjumi kishte filluar të rregullohej, ushqimin kishte filluar të hajë në orar, dhe ishte më i qetë, jo shumë i nervozuar dhe nuk kishte shumë stres si dhe kishte filluar të përdorë terapinë e dhënë nga infermieret e repartit psikiatrik. Pacienti kishte filluar të mendojë pozitivishtë sa i përket sëmundjes sepse e ndjente vetë më mirë se qdoherë.

Pacienti ishte në gjendje të mirë kur është bërë studimi. I pyetur se sa ka pas ndikim sëmundja e tij në shoqëri dhe familje, ai ceku se shoqëria ishte larguar nga ai, nuk e kishin përkrahur, e as ndihmuar atë që të përballojë sëmundjen siç duhet, ishte larguar nga rrethi tek i cili qëndronte gjithmonë, familja e tij ishte afër gjatë këtyre viteve që ka filluar sëmundja, por më vonë kishin filluar të jenë të padurueshëm ndaj tij, dhe nuk i

kanë ndihmuar aq sa ka nevojë qdo pacientë depresivë. Kjo ka ndikuar shumë keq tek pacienti dhe ka vështirësuar shkrimin nga kjo sëmundje. Pacienti shumë herë ka ndër vetën i vetmuar, se nuk është normal si njerëzit të tjerë, dhe se të gjithë e shikojnë atë si i çmendur, dhe kjo ka ndikuar në psikikën e pacientin.

Gjithashtu pacienti ceku se shumë herë ka provuar të bejë vetvrasje, ka përdorur hapa të tepërt , ka pirë detergjente, si dhe ka qëndruar në vende të errta dhe larg të gjithëve. Dhimbja e kokës për të ishte shumë shqetësuese dhe e bënte atë të jetë më agresivë, dhe shumë të nervozuar. Ai ishte i gëzuar me faktin që tani kishte filluar të ndihej më mirë, të jetë më i qetë, më i rahatshëm, më i sigurt dhe i vetdijshëm për gjerat që i benë. Ai mendonte që sëmundja e depresionit ishte shëruar dhe refuzonte që tani ka sëmundje të tillë, thjesht një dhimbje koke.

Pacienti kishte fituar vetbesim në vete se dëshiron ti kthehet jetës normale, se ende ka shpresa se mund të shërohet nga kjo sëmundje dhe se mund të jetë normal si të gjithë njerëzit normal, ti kthehet shoqërisë , familjës dhe punës, dhe tha se nuk do të konsumonte më alkool, sepse kishte mësuar se është shumë i dëmshëm për shëndetin dhe sidomos ndikon keq në sëmundjen e tij dhe shkaktonë dhimbje koke.

Gjithashtu ishte shumë i kënaqur nga kujdesi i infermierëve në atë repartë, tha se kujdeseshin shumë mirë për të, i ndihmonin dhe e respektonin, komunikimin me të, me qenë se komunikimi tek keta pacient ka shumë rëndësi dhe ju ndihmonë shumë.

4.3. Kujdesi infermieror tek pacientët me depresion

Kujdesi infermieror tek çdo pacientë është i njëjtë, por tek rastet psiqike duhet të jetë më i veçantë dhe i kujdesshëm. Tek këta pacientë duhet të jemi shumë të sjellshëm, dhe sa më të komunikueshëm, sepse komunikimi me këta paciente është i rëndësishëm sepse ju ndihmonë shumë, dhe ata mund të shprehën lirshëm për qdo gjë që ju nevojitet atyre.

Para siç e dim të gjithë se depresioni është një sëmundje shumë e përhapur në terë botën, dhe shumë shqetësuese. Depresioni karakterizohet me dëshperim të vazhdueshëm dhe humbje të interesimit për aktivitet që zakonisht i pelqeni, që shoqerohet me paaftësi, humbje të energjisë, ndryshime në gjumë, ushqim, pasiguri, agresivitet, ndjenjë faji dhe shumë herë mendime negative si vetëvrasje dhe lendime tjera.

Nese pacientët kanë depresion të rëndë është e rëndësishme që të shtrihen në spital dhe të trajtohen në mënyren më të mirë.

Roli i infermiereve është i rëndësishëm tek këta pacientë sepse ndonjëher nuk janë janë të aftë të kujdesën për veten e tyre, dhe mund të shkaktojnë probleme të ndryshme.

Infermierët duhet të percillin pacientët gjatë dhënjes së terapisë, sepse ka shumë raste që pacientët e refuzojnë terapinë dhe duhet përcjellur derisa të aplikojnë terapinë, sepse ata mund të na mashtrojnë duke thenë që po i pin por në të kundertën ata i fshehin ilaqet nën gjuhë, tek dhëmbet, ose nëpër gjepa apo nën shtrat vetëm për të mos përdorur terapinë.

Gjithashtu ka pacientë që refuzojnë edhe ushqimin, ose nuk janë në gjendje të ushqehen vetëm. Ndonjëherë duhet të ju ndihmojmë të ushqehen, si dhe duhet treguar atyre se sa ka rëndësi ushqimi i rregulltë, gjumi i rregulltë, në sëmundjen e tyre, si dhe ju ndihmonë në forcimin e tyre.

Duhet gjithashtu të kujdesemi edhe për veshëmbathjen e pacientit, higjienën e pacientit, sepse pacientët depresivë në shumicën e rasteve nuk ju kushtojnë rëndësi ketyre gjërave, nuk kujdesën për pastërtin e tyre, për veshjen e tyre dhe në këto raste infermieret duhet ndihmuar gjithmonë pacientët të jenë të gatshëm në çdo moment.

Ndonjëherë është shumë mirë të organizohemi si grup për të biseduar me pacientët, për të ju treguar qdo gjë në lidhje me sëmundjen e tyre, për ti këshilluar aq sa të kenë mundësi, duke komunikuar lirshëm me ta, duke ju treguar se terapia ju ndihmonë në

shkrimin e sëmundjes, në lehtësimin e dhimbjes së kokës dhe qdo dhimbje tjetër, të ushqehën rregullisht, të flen rahatshëm si dhe për qdo gjë që kanë nevojë ata.

Infermierët gjithmonë duhet të jenë të gatshëm 24/7 h, për qdo kerkesë të pacientit , duke ju shprehur ndihmë gjithmonë. Duke qenë sa më të qetë me pacientë, duke ju ofruar atyre besim sa më të madh dhe siguri.



Fig.8 Biseda me pacientin

4.4.Rezume

Punimi i diplomes me titullin “Kujdesi infermieror tek pacientët me depresion” është hartuar në 4 kapituj, 42 faqe si dhe figura në lidhje me sëmundjen e depresionit.

Në kapitullin e parë të këtijë punimi sqarojmë se ç’farë është depresioni, cilat janë simptomat më të shpeshta, dhimbjet trupore si dhe për depresionin madhor.

Në kapitullin e dytë flasim për llojet e depresionit në përgjethsi, cilët janë shkakëtares më të shpeshtë, si dhe depresionin pas lindjes dhe në adoleshencë, si dhe këshillat parandaluese.

Në kapitullin e tretë flasim për trajtimin, medikamentët, psikoterapinë, qëndrimi I këtyre pacientëve në spital si dhe për bashkjetesën me këta pacientë.

Në kapitullin e katertë bëhet fjalë për rast studimin e realizuar tek një pacientë, si dhe kujdesin infermieror ndaj tyre.

Summary

The graduation thesis titled "Nursing Care in Depressed Patients" was drafted in 4 chapters, 42 pages, and figures related to depression disease.

-In the first chapter of this paper we explain what depression is, what are the most common symptoms, bodily pains and major depression.

-In the second chapter we talk about the types of depression in general, who are the most common causes, and postpartum depression and in adolescence, and as well preventive counseling.

-In the third chapter we talk about treatment, medication, psychotherapy, stay of these patients in hospital, and coexistence with these patients.

-The fourth chapter deals with the case study conducted in a patient and the nursing care of them.

4.5.Përfundimi

Synimi i këtijë punimi është të tregojë se çka është depresioni, cili është kujdesi i përshtatshëm për këta pacient, si duhet shoqëria, rrethi familjarë të sillen me këta pacient.

Në bazë rast studimi të pacientit të shtrirë në Spitalin Rajonal të Pejës, mësuam më shumë rreth kësaj sëmundje mbi të gjitha mënyrëm e komunikimit e influencuar nga konceptet dhe ndjenjat duke zhvilluar empati në relacionin infermier-pacient. U cek se një person me depresion pëson një sërë ndryshimesh në gjendjen e vet shpirtërore që lidhen me emocionet, motivacionet, mendimet, personalitetin e tij, të cilat reflektojnë menjëherë në sjelljet dhe reagimet e tij si ndaj sëmundjes ndaj të afërmeve, mjekut e infermierit, e sidomos në infermierin që është në kontaktë të pandërprerë, gjatë 24 orëve të shërbimit të tij.

Andaj si përfundim kemi arritur se në këtë ballafaqimin e gjatë, në varësi të ecurisë së sëmundjes dhe gjendjes shëndetsore, infermieri duhet të dijë që të çmojë dhe të vlersojë drejt çdoherë dhe në çdo rrethanë se i sëmuri pothuajse gjithmonë ka të drejtë dhe infermieri duhet të përpiqet maksimum, për ti dhenë atij jo vetëm ndihmën e duhur mjekësore, por edhe ndihmën morale e shëndetsore, për të cilën kanevojë aq shumë.

4.6. Rekomandimet

- Infermierët të kenë njohuri më shumë rreth shëndeti mendor, rreth depresionit
- Edukimi dhe përgaditja e profesionistëve të shëndetit mendor luan rol të rëndësishëm tek pacienët depresivë
- Të kenë aftësi për të vlerësuar nevojat e pacientëve
- Ti njohin përvojat personale të pacientëve depresivë
- Të ju ofrojnë mbështetje gjdo herë
- Të sillen sa më mirë me depresivët, të komunikojmë, të ju ofrojmë siguri dhe besim tek ne
- Ti trajtojmë ata me respekt dhe mos të lejojmë të ndihen sikur se nuk janë normal si të gjithë njerëzit
- Të mos hezitojmë të ofrojmë ndihmë kur është fjala për pjesëmarrjen, stresim ose ndonjë gjë tjetër
- Të flasin hapur për sëmundjen e tyre të depresionit, mos të fshehët prej marres ose turpit, sepse ka njerëz të cilët besojnë se është e trupshme dhe ka nevojë për tu fshehur
- Të ju tregojnë se duhet trajtuar kjo sëmundje dhe që do ishte më e lehtë dhe për ata pacientë.

Referencat

1. Neurologjia, Redaktuar nga Lewis P. Rowland - fq 1130-1131
2. Psikiatri dhe Neurologjia, çrregullimet e humorit, Depresioni fq 1125 – Parathenie nga Ralph N. Wharton
3. Psikologjia 2007, Prof.dr. Pajazit Nushi- Prof.dr. Neki Juniku fq 207-208
4. Prof.dr. Muhamet Halitaj, psikiatër Pejë www.who.int/depression/en
5. Prof.dr Ilir Grezda, Gjakovë
6. Psikologjia, Etika Mjekësore, Gjergji M. Aleksi, Pirro Prifti, Vetima Murzaku, depresioni madhor fq 175-176
7. Traktati i Mjekësisë së familjes, Robert E. Rakel,MD –fq 1394 Neurologjia e Merrit, Ralph N. Wharton
8. Burimi:
https://www.google.com/search?q=DEPRESIONI&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwiti9jezu7WAhXpD8AKHSSODm8Q_AUICvgC&biw=1366&bih=662#imgrc=16Eb9AnRHO_ZiM:
9. Burimi:
https://www.google.com/search?biw=1366&bih=662&tbm=isch&sa=1&q=D EPRESIONI+dhimbjettrupore&oq=DEPRESIONI+dhimbjettrupore&gs_l=psy-ab.3...220422.226415.0.226652.16.16.0.0.0.180.1980.0j13.13.0....0...1.1.64.psy-ab..3.3.508...0i30k1j0i24k1.0.T5YAtQ-x90I#imgrc=
10. Burimi:
https://www.google.com/search?biw=1366&bih=662&tbm=isch&sa=1&q=d epresioni+pas+lindjes&oq=depresioni+pas&gs_l=psy-ab.1.0.0i24k1i4.1152570.1153483.0.1154869.4.4.0.0.0.204.349.0j1j1.2.0....0..1.1.64.psy-ab..2.2.347....0.pHPtKOneGrE#imgrc=xFw8SNDagQaoyM:
11. Burimi:
https://www.google.com/search?biw=1366&bih=662&tbm=isch&sa=1&q=d epresioni+tek+adoleshentet&oq=depresioni+tek+ado&gs_l=psy-ab.1.0.0i24k1.27088.37343.0.38729.20.18.1.0.0.818.4057.0j1j2j3j1j2j1.10.0..0...1.1.64.psy-ab..11.9.3170...0i30k1.0.ADWFfqcIgv8#imgrc=jhKGC3hBzoa_3M:
12. <http://www.stetoskopi.com/node/145>

Biografi e shkurtër e kandidatës (CV)

Informatat personale:	
Emri dhe Mbiemri	Arijana Daci
Datëlindja	02.08.1995
Gjinia	Femër
Nr.personal	0208995278014
Të dhënat kontaktuese	
Nr. Tel:	+38649567772
Adresa	Banjë e Pejës
Emaili	arianadaci@gmail.com
Të dhënat e kualifikimit	
Shkolla e mesme e lartë	Shkolla e Mjekësisë “Raim Sadiku” Pejë
Universiteti	Universiteti i Gjakovës “Fehmi Agani”
Fakulteti	Fakulteti i Mjekësisë
Programi	Infermieri
Statusi	E rregullt
Nr. ID	140306128