



Infermieria e familjes në popullata specifike

GERIARTRI & PSIKIATRI

Cikël Leksionesh

Edicioni i parë

Flora Zyberaj

Fatjona Kamberi

2022

Hartimi dhe publikimi i këtij moduli u mundësua nga “Shëndet për të Gjithë” (HAP), një projekt i Agjencisë Zvicerane për Zhvillim dhe Bashkëpunim SDC, në kuadër të mbështetjes për masterin profesional “Infermieri Familje”.

Mendimet dhe opinionet e shprehura janë të autorëve dhe nuk përfaqësojnë domosdoshmërisht opinionin zyrtar të SDC ose HAP.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

**Agjencia Zvicerane për Zhvillim
dhe Bashkëpunim SDC**



Tabela e përmbajtjes

1. PROCESI NORMAL DHE PATOLOGJIK I MOSHIMIT	5
2. NDRYSHIMI MIDIS MOSHIMIT PARËSOR DHE DYTËSOR	18
3. SINDROMAT GERIATRIKE	31
4. VLERËSIMI I SITUATËS SOCIALE DHE MJEDISORE TË NJË PERSONI TË MOSHUAR DHE FAMILJES SË TIJ	42
5. VLERËSIMI I AKTIVITETEVE (TË RËNDËSISHME) TË JETËS SË PËRDITSHME, LËVIZSHMËRISË DHE USHQYERJES.....	53
6. LLOJE TË NDRYSHME TË DEMENCËS: SHENJAT, SIMPTOMAT, PARANDALIMI DHE TRAJTIMI	65
7. DEPRESIONI: SHENJAT, SIMPTOMAT, PARANDALIMI DHE TRAJTIMI.....	74
8. DELIRI: SHENJAT, SIMPTOMAT, PARANDALIMI DHE TRAJTIMI	84
9. DALLIMI MIDIS DEMENCËS, DEPRESIONIT DHE DELIRIT	93
10. SHËNDETI FAMILJAR NË MOSHËN E MESME DHE TË THYER.....	102
11. TEORIA E SISTEMEVE FAMILJARE.....	111
12. ROLET E KUJDESTARËVE NË FAMILJE.....	126
13. ROLI I INFERMIERIT NË VLERËSIMIN DHE MBËSHTETJEN E KUJDESTARËVE TË FAMILJES.....	138
14. DISKUTIMI I RASTIT TË FAMILJES BROWN	147
15. KUJDESI PALIATIV DHE AI NË FUND TË JETËS.....	151
16. VLERËSIMI DHE NDËRHYRJA E PRAKTIKËS SË INFERMIERISË SË FAMILJES DUKE PËRDORUR SHEMBULLIN E FAMILJES JONES.....	159
17. PËRMBLEDHJE E ÇRREGULLIMEVE KRYESORE PSIKIATRIKE	169
18. PËRMBLEDHJE, PREVALENCA NË SHQIPËRI DHE KARAKTERISTIKAT KRYESORE TË GRUPEVE KRYESORE TË ÇRREGULLIMEVE MENDORE: ÇRREGULLIME TË HUMORIT, ÇRREGULLIME TË PERSONALITETIT, ÇRREGULLIME ANKTHI, ÇRREGULLIME PSIKOTIKE, ÇRREGULLIME TË TË NGRËNIT, PTSD DHE ÇRREGULLIME TË ABUZIMIT ME SUBSTANCA	175
19. LEGJISLACIONI SHQIPTAR PËR PRANIMIN, IZOLIMIN DHE KUFIZIMIN E PAVULLNETSHËM	188
20. VETËVRASJA. FAKTE NGA KONTEKSTI I KUJDESIT SHËNDETËSOR SHQIPTAR....	197
21. REFERIMI DHE NDJEKJA	203
22. ABUZIMI ME SUBSTANCAT	212
23. ABUZIMI ME SUBSTANCAT:FAKTE NGA KONTEKSTI I KUJDESIT SHËNDETËSOR SHQIPTAR.....	223
24. SHENJAT QË DUHEN KËRKUAR	228
25. PSIKOZA	236

26. FAKTE NGA KONTEKSTI I KUJDESIT SHËNDETËSOR SHQIPTAR	243
27. SHENJAT QË DUHEN KËRKUAR DHE NDËRHYRJET INFERMIERORE NE PSIKOZA	252
28. REFERIMI DHE NDJEKJA-PSIKOZA	262
29. PESHA E KUJDESIT NË FAMILJE, NDRYSHIMI NË ROLIN E SAJ	272
30. FËMIJËT ME NJË ANËTAR TË FAMILJES ME SËMUNDJE TË SHËNDETIT MENDOR	278

Procesi normal dhe patologjik i moshimit

Objektivat

Në fund të këtij leksioni, studentët do të jenë në gjendje të:

- Përcaktojnë disa terma të rëndësishëm që lidhen me infermierinë dhe procesin e plakjes
- Identifikojnë ndryshimet normale fiziologjike të zakonshme të moshimit
- Identifikojnë paraqitjen klinike dhe ndërhyrjet infermierore për çrregullimet patologjike të zakonshme të moshimit

Përkufizimet

Gerontologjia është termi i gjerë gjithëpërfshirës multidisciplinar i përdorur për të përcaktuar studimin e plakjes dhe/ose moshimin [1]. Kjo përfshin aspektet biopsikosociale të plakjes. Nën ombrellën e gerontologjisë janë disa nënfusha duke përfshirë geriatri, gerontologjinë sociale, geropsikologjinë, gerofarmaceutikën, infermierinë gerontologjike dhe infermierinë e rehabilitimit gerontologjik etj. Geriatria shpesh përdoret si një term i përgjithshëm në lidhje me të moshuarit, por në mënyrë specifike i referohet kujdesit mjekësor të të moshuarve. Kjo është arsyeja pse shumë revista dhe tekste të infermierisë kanë zgjedhur të përdorin termin infermieri gerontologjike kundrejt infermierisë geriatrike [2].

Gerontologjia sociale ka të bëjë kryesisht me aspektet sociale të plakjes kundrejt asaj biologjike ose psikologjike.

Geropsikologjia i referohet specialistëve në psikiatri, njohuritë, ekspertiza dhe praktika e të cilëve janë me popullatën e moshuar.

Gerofarmaceutika, e quajtur edhe gerofarmakologjia, është një degë unike në të cilën farmacistët marrin trajnim të veçantë në geriatri.

Infermiera e rehabilitimit gerontologjik kombinon ekspertizën në infermierinë gerontologjike me konceptet dhe praktikën rehabilituese. Infermierët që punojnë në rehabilitimin gerontologjik shpesh kujdesen për të moshuarit me sëmundje kronike dhe kufizime funksionale afatgjata si goditja në tru, dëmtimi i kokës, skleroza e shumëfishtë, Parkinson dhe sëmundje të tjera neurologjike, dëmtimi i shtyllës kurrizore, artriti, zëvendësimet e kyçeve dhe amputimet. Qëllimi i infermierisë rehabilituese gerontologjike është të ndihmojë të moshuarit me devijime të tilla shëndetësore për të rifituar dhe ruajtur nivelin më të lartë të funksionit dhe pavarësisë së mundshme duke parandaluar komplikimet dhe për të përmirësuar jetën.

Rolet e infermierisë gerontologjike janë:

- Ofruesi i Kujdesit
- Edukator
- Menaxher
- Avokat kujdesi
- Hulumtues [2]

Mjediset e Kujdesit

Infermierët gerontologjikë ushtrojnë praktikë në shumë mjedise. Të rriturit mbi 65 vjeç përbëjnë 48% të pacientëve të shtruar në spital, 80% të pacientëve të kujdesit në shtëpi dhe 90% të atyre në shtëpi pleqsh/azile [3]

Çfarë është pleqëria dhe kush e përcakton pleqërinë?

Për qëllime statistikore dhe administrative publike, pleqëria shpesh përkufizohet si mosha 60-65 vjeç ose më e vjetër.

Mosha e vjetër ka një përkufizim të dyfishtë. Është faza e fundit në proceset e jetës së një individi dhe është një grupmoshë ose brez që përfshin një segment të anëtarëve më të vjetër të një popullsie.

Nuk ka asnjë moshë të pranuar botërisht që të konsiderohet e vjetër mes ose brenda shoqërive. Aspektet sociale të pleqërisë ndikohen nga lidhja e efekteve fiziologjike të plakjes dhe përvojave kolektive dhe vlerave të përbashkëta të atij brezi me organizimin e veçantë të shoqërisë në të cilën ai ekziston. Shpesh ekzistojnë mospërputhje se çfarë moshe një shoqëri mund të konsiderojë të vjetër dhe cilët anëtarë në atë shoqëri të asaj moshe e lart mund t'i konsiderojnë të moshuar. Për më tepër, biologët nuk janë dakord për ekzistencën e një shkaku biologjik të natyrshëm për plakjen. Megjithatë, në shumicën e vendeve perëndimore bashkëkohore, 60 ose 65 vjeç është mosha e përshtatshmërisë për pensionin dhe programet sociale të pleqërisë [4].

Në Republikën e Shqipërisë personat e siguruar kanë të drejtë për pension pleqërie të plotë në moshën 65 vjeç burrat dhe 60 vjeç gratë pasi të kenë plotësuar 35 vjet sigurim [5]. Në Shqipëri në vitin 1979, përqindja e popullsisë 80 vjeç e lart përbënte 17.8% të popullsisë të të moshuarve 65 vjeç e lart dhe vetëm 0.9% të të gjithë popullsisë. Të vjetrit më të moshuar, persona 80 vjeç e lart llogariten rreth 58 mijë në vitin 2011, duke përbërë 2% të të gjithë popullsisë. Ky grup i moshës më të vjetër është segmenti me rritjen më të shpejtë të popullsisë të të moshuarve. Deri në vitin 2031, numri i këtij grupi do të jetë rreth 2.2 herë i vitit 2011 dhe do të përbëjë rreth 4.6% të të gjithë popullsisë. Projektionet e popullsisë sugjerojnë që përqindja e popullsisë së vjetër më të moshuar në të gjithë popullsinë e vjetër (65+) pritet që të rritet duke arritur 31% ose 9% të të gjithë popullsisë në vitin 2060. Numri në rritje i të vjetërve më të moshuar është rezultat i drejtpërdrejtë i jetëgjatësisë në rritje, e cila është vënë re gjatë dekadave të mëparshme dhe që mendohet se do të vazhdojë në dekadat e ardhshme.

Të dhënat e Eurostat tregojnë që meshkujt në Bashkimin Europian kalojnë përafërsisht 79% të gjithë jetës së tyre në shëndet të mirë pra në mungesë të kufizimeve fizike,

sëmundjeve kronike ose shëndetit mendor. Për gratë, kjo përqindje është më e ulët, 74%. 23% e popullsisë të të moshuarve 65 vjeç e lart vuan nga aftësia e kufizuar, dhe 42% e më të moshuarve, të moshës 80 vjeç e lart vuan nga aftësia e kufizuar [6].

Ndryshimet normale fiziologjike të zakonshme të moshimit

Ndryshimet normale të plakjes nganjëherë konsiderohen si të pashmangshme dhe të pakthyeshme. Megjithatë, ka një ndryshueshmëri të madhe në këto ndryshime të lidhura me moshën. Vetëm për shkak se një individ po përparon në vite, nuk mund të supozohet se ai do t'i nënshtrohet ndryshimeve specifike. Për shembull, ndërsa shumë të moshuar kanë lëkurë të rrudhosur dhe flokë gri, ka shumë të tjerë me lëkurë pa rrudha dhe flokë biondë, të errët ose të kuq; disa të rritur kanë qëndrim të përkulur, të tjerë kanë qëndrim perfekt. Plakja individuale ndikohet nga shumë faktorë që janë të parandalueshëm dhe të kthyeshëm.

Prejardhja kulturore gjithashtu luan një rol të rëndësishëm në mënyrën se si një person plaket. Për shembull, njerëzit me lëkurë më të errët mund të kenë më shumë mbrojtje natyrale kundër diellit dhe, në këtë mënyrë, mund të rrudhen më pak se ata me lëkurë më të hapur. Është pranuar përgjithësisht se ndryshimet biologjike të plakjes fillojnë të shfaqen zakonisht në dekadën e tretë të jetës, me vijim linear, rënie deri në vdekje. Diferencimi i ndryshimeve normale të plakjes nga ndryshimet patologjike të plakjes është një pjesë e rëndësishme e kujdesit shëndetësor për të rriturit e moshuar. Është gjithashtu e një rëndësie kritike që infermierët të kuptojnë ndryshimet normale fiziologjike që lidhen me plakjen. Kujdesi shëndetësor mund të ofrohet në një mënyrë më efikase dhe efektive nëse profesionistët shëndetësorë mund të njohin dhe tu japin përparësi se cilat probleme do të përfitojnë nga ndërhyrja dhe cilat jo.

Më poshtë janë paraqitur të gjitha ndryshimet që ndodhin natyrshëm në çdo sistem të trupit të të rriturve të moshuar, Tabela 1-1 [7].

Tabela 1-1 Ndryshimet normale të plakjes

Sistemi	Ndryshimi normal i plakjes
Sistemi kardiovaskular	• Zemra bëhet më e madhe dhe zë një hapësirë më të madhe brenda gjoksit. • Reduktimi i masës muskulore funksionale të zemrës. • Zvogëlimi i sasisë së gjakut që pompohet në të gjithë sistemin e qarkullimit të gjakut. • Më shumë tinguj të rastësishëm të zemrës S4. • Kontraksione dhe aritmi të parakohshme. • Rrjedha e gjakut është më e ngadaltë (plagët shërohen më ngadalë dhe ndikojnë në metabolizmin e ilaçeve dhe shpërndarjen). • Presioni i ulët diastolik. • Rritje e presionit të pulsit

Sistemi vaskular periferik	• Rritja e rezistencës vaskulare periferike (gjaku e ka të vështirë të kthehet në zemër dhe në mushkëri). • Valvulat në vena nuk funksionojnë në mënyrë efikase dhe formojnë edemë (jo patologjike).
Sistemi i frymëmarrjes	• Zvogëlimi i kapacitetit jetësor të frymëmarrjes. • Mushkëritë humbasin elasticitetin. • Humbja e ujit dhe e kalciumit në kocka shkakton ngurtësimin e kafazit të krahavorit. • Zvogëlimi i sasisë së sistemit ciliar. • Ulje e refleksit të kollës.
Sistemi integruar (lëkura)	• Lëkura është e thatë dhe humbet elasticitetin (rrudhat). • Gjëndrat e djersës pakësohen, gjë që çon në më pak djersitje. • Yndyra nënlëkurore dhe shtresat muskulore fillojnë të pakësohen; më pak mbushje, mavijosen më lehtë. • Thatësi. • Çarjet e lëkurës. • Thonjtë e duarve dhe të këmbëve bëhen të trasha dhe të brishtë. • Flokët bëhen gri, të holla dhe të dobta. • Qimet e fytyrës tek femrat. • Zvogëlimi i qimeve të trupit tek meshkujt dhe femrat.
Sistemi gastrointestinal	• Mishrat e dhëmbëve të inflamuar. • Sëmundja periodontale. • Dhëmbët e ndjeshëm. • Humbja e dhëmbëve. • Ulja e peristaltikës së ezofagut. • Ulja e lëvizshmërisë së zorrëve, prodhimi i acidit gastrik dhe përthithja e lëndëve ushqyese. • Vështirësi në eliminimin e mbetjeve (kapsllëk). • Rrjedhje e pavullnetshme e jashtëqitjes së lëngshme (mosmbajtje fekale).
Sistemi urinar	• Veshkat përjetojnë një humbje të nefroneve dhe glomeruleve. • Zvogëlohet toni dhe vëllimi i fshikëzës. • Inkontinencë (jo një ndryshim normal, por ndodh si përgjigje).
Sistemi muskuloskeletor	• Ulje e masës totale të muskujve dhe kockave. • Njësitë muskulore që kombinohen për të formuar grupet e muskujve zvogëlohen.
Sistemi Seksual/Riprodhues	• Ulje e testosteronit tek meshkujt dhe estrogenit, progesteronit dhe androgjenit tek femrat. Gratë: • Zhdukja folikulare në vezore.

	• Indi natyral i gjirit zëvendësohet nga indi dhjamor. • Labia tkurret. • Ulja e lubrifikimit vaginal dhe shkurtimi dhe ngushtimi i vaginës. • Forca e tkurrjes orgazmike zvogëlohet dhe faza orgazmike zvogëlohet. Burra: • Rritja e kohës së nevojshme për ereksione dhe ejakulim.
Shqisat	Sytë • Zvogëlimi i mprehtësisë së shikimit. • Aftësia e bebëzës për t'u ngushtuar në përgjigje të stimujve zvogëlohet. • Shikimi periferik bie. • Thjerrëza e syrit shpesh bëhet e verdhë. • Arcus senilis. Veshët • Rritja e sasisë së cerumenit të fortë. Shijimi dhe nuhatja • 30% e shqisave të shijes zvogëlohen.
Sistemi Neurologjik	• Pështja totale e trurit zvogëlohet. • Zhvendosja e proporcionit të lëndës gri në atë të bardhë. • Humbja e neuroneve. • Rritja e numrit të pllakave senile. • Rrjedhja e gjakut në trurin e vogël zvogëlohet.

Paraqitja klinike dhe ndërhyrjet për çrregullimet patologjike të zakonshme të moshimit

Më poshtë do të paraqiten secila prej gjendjeve akute dhe kronike të zakonshme tek të rriturit e moshuar me konsideratat specifike të kujdesit për këtë popullatë.

ÇRREGULLIMET MUSKULO-SKELETOR: Përfshijnë Osteoartritin dhe Osteoporozën.

Osteoartriti (OA) është një nga çrregullimet kronike më të zakonshme që shihet tek të moshuarit dhe është shkaku numër një i dhimbjes. OA mund të jetë një çrregullim primar, ose një çrregullim dytësor, që rezulton nga një anomali, lëndim ose procedurë anatomike e mëparshme, ose nga faktorët e profesionit. Vlerësimi infermieror për OA përfshin vlerësimin e dhimbjes si simptomë prezantuese për shumicën e pacientëve dhe ekzaminimi radiografik i kyçeve mund të ndihmojë në diagnostikimin dhe stadifikimin e OA.

Osteoporoza është një nga sëmundjet kronike më të zakonshme të moshës madhore. Fiziologjikisht, osteoporoza rezulton nga një demineralizimi i kockës dhe evidentohet

nga një ulje e masës dhe densitetit të skeletit. Një teori e etiologjisë së osteoporozës rezulton nga ndryshimet e lidhura me moshën në sintezën e vitaminës C që rezulton në uljen e përthithjes së kalciumit. Zonat më të zakonshme të humbjes së kockave janë vertebrat, radiusi distal dhe femuri proksimal. Ndërhyrjet infermiore për parandalimin e osteoporozës përfshijnë inkurajimin e dietave të pasura me kalcium dhe një program ushtrimesh të rregullta fizike [7-10].

ÇRREGULLIME KARDIOVASKULARE DHE TË FRYMËMARRJES: Përfshijnë Hipertensionin, Dështimi kongjestiv i zemrës, Angina dhe infarkti i miokardit (IM), Sëmundjet obstruktive të rrugëve ajrore, dhe Aksidentet vaskulare cerebrale (goditje në tru).

Hipertensioni (HTA), ose presioni i lartë i gjakut, rezulton nga shumë faktorë rreziku të pandryshueshëm dhe të modifikueshëm dhe sjellje të stilit të jetesës, dhe është një faktor rreziku serioz për zhvillimin e shumë llojeve të sëmundjeve kardiovaskulare dhe renale. Kështu, parandalimi dhe trajtimi i HTA në të rriturit e moshuar është thelbësor për të ruajtur shëndetin dhe funksionin në mesin e popullatës së moshuar. Hipertensioni konsiderohet një vrasës i heshtur, sepse nuk ka shenja dhe simptoma. Ndërsa disa të moshuar përfshijnë dhimbje koke nga presioni i lartë i gjakut, të moshuarit me këtë çrregullim mund të mos jenë në dijeni të tij nëse nuk marrin një lexim të sigurt të presionit të gjakut. Në fakt, afërsisht një e treta e njerëzve me HTA nuk janë në dijeni se e kanë atë. Udhëzimet përcaktojnë hipertensionin e fazës I si një presion gjaku 140/90 ose më lart, i matur në tre matje të veçanta. Është e rëndësishme që të moshuarit t'i nënshtrohen kontroleve të rregullta të presionit të gjakut dhe, nëse janë me hipertension, të ndjekin udhëzimet e mjekëve të tyre. Është e rëndësishme të theksohet se një nga efektet anësore kryesore të medikamenteve që përdoren për trajtimin e HTA është impotencia. Si rezultat i këtij efekti anësor, shumë meshkuj ndalojnë marrjen e ilaçeve. Është e rëndësishme që infermierët të vlerësojnë këtë efekt anësor që ndodh shpesh dhe të përcaktojnë ndikimin e tij në pajtueshmërinë me mjekimin.

Dështimi kongjestiv i zemrës (DKZ) është një gjendje mjekësore kronike që shfaqet më shpesh kur njerëzit plaken. DKZ është një sëmundje e shumëanshme e përkeqësuar nga ndryshimet normale në zemër që shoqërojnë plakjen. Shumë sëmundje rezultojnë në DKZ, por raportohet se shkaqet më të zakonshme janë sëmundja e arterieve koronare, hipertensioni dhe diabeti, ku 7 nga çdo 10 persona që paraqiten me DKZ kanë një diagnozë të mëparshme të hipertensionit. Prezantimi tipik i DKZ është zhvillimi i papritur i frymëmarrjes së shkurtër (dyspnea) me sforcim. Lodhja dhe dobësia janë të zakonshme. Infermierët luajnë një rol të rëndësishëm dhe gjithëpërfshirës kur kujdesen për të moshuarit me DKZ. Roli i parë i infermierëve është të identifikojnë simptomat e hershme të DKZ. Infermierët që trajtojnë pacientë të moshuar ka të ngjarë të përballen me këtë sëmundje dhe duhet të jenë të vetëdijshëm për shenjat dhe simptomat e saj dhe se si ato shfaqen tek të rriturit më të moshuar. Menaxhimi i faktorëve që do të ulin ripranimet në spitale është roli tjetër i infermierëve. Duke vepruar kështu, progresi i sëmundjes do të minimizohet duke rezultuar në një cilësi maksimale të jetës. Infermierët duhet të edukojnë klientët për vetëkujdesin dhe administrimin e ilaçeve dhe të përfshijnë klientët në kujdesin e tyre. Infermierët mund

të jenë të dobishëm në trajtimin e DKZ duke ndihmuar të moshuarit në rënie peshe për klientët obezë, kufizime të natriumit, periudha të alternuara të aktivitetit dhe pushimit me shmangie të niveleve të aktivitetit që përkeqësojnë simptomat, dhe terapi të përshtatshme me ilaçe. Megjithëse ushtrimet fizike intensive duhet të shmangen, ushtrimet e moderuara deri në tolerancë duhet të inkurajohen.

Angina dhe infarkti i miokardit (IM): janë çrregullime të zakonshme të zemrës tek të rriturit. Është vlerësuar se angina shfaqet në afërsisht 13.1% të të rriturve të moshuar. Një sërë faktorësh mund të precipitojnë anginë dhe IM tek të rriturit; më e shpeshta prej të cilave është sëmundja e arterieve koronare. Shkaqe të tjera të IM përfshijnë trombozën koronare, mbylljen koronare dhe spazmën koronare. Angina vjen nga mungesa e furnizimit me oksigjen në muskulin e zemrës për shkak të një rrjedhjeje të reduktuar të gjakut rreth enëve të gjakut të zemrës. Është simptoma më e zakonshme e ishemiisë së miokardit dhe haset zakonisht tek të moshuarit me sëmundje të arterieve koronare. Paraqitja klasike klinike e IM, pavarësisht nga gjinia, është dhimbja. Të rriturit e moshuar mund të mos shfaqin shenja normale të IM, të cilat përfshijnë: (a) dhimbje dërrmuese, rrezatuese në gjoks; (b) lëkurë gri, ose cianotike; (c) diaforezë; (d) ankth i rëndë; (e) nauze dhe të vjella; dhe (f) lemza. Infermieret luajnë një rol të rëndësishëm dhe gjithëpërfshirës kur kujdesen për të rriturit e moshuar me IM. Roli i parë i infermierëve është të identifikojnë simptomat e hershme të anginës dhe IM. Të dyja këto sëmundje mund të shfaqen si dhimbje, kështu që ankesat e dhimbjes duhet të konsiderohen seriozisht dhe të zbatohet vlerësimi i duhur. Pasi të vërtetohen ankesat e dhimbjes, simptomat e mëtejshme të anginës dhe IM duhet të vlerësohet në lidhje me ekipin ndërdisiplinor duke përdorur EKG dhe vlerësimin e enzimave kardiake. IM-të janë një urgjencë mjekësore dhe duhet të menaxhohen në përputhje me rrethanat. Terapia me ilaçe për anginë kronike zakonisht përfshin aplikimin e përditshëm të njollave të nitroglicerines (Nitrodisc, Nitro-Dur) për të rritur perfuzionin në enët kardiake. Klientët me anginë kronike zakonisht inkurajohen të mbajnë me vete pilulat nëngjuhë të nitroglicerines (Nitrostat, Nitrolingual). Është e nevojshme mësimdhënia e duhur në lidhje me aplikimin e medikamenteve dhe administrimin e nitroglicerines nëngjuhë. Klientët duhet të mësohen të heqin copëzën dhe të pastrojnë zonën përpara se të aplikojnë copëzën tjetër. Nitroglicerina nëngjuhë duhet të vendoset nëngjuhë dhe të lihet të shpërndahet. Medikamentet për uljen e lipideve, të njohura gjerësisht si statina, janë shpesh efektive në reduktimin e mbylljes së mëtejshme të enëve të gjakut të zemrës.

Sëmundjet obstruktive të rrugëve ajrore: Grupi i sëmundjeve obstruktive të rrugëve të frymëmarrjes renditet si shkaku i katërt kryesor i vdekjeve, me një shkallë në rritje të vdekshmërisë, veçanërisht në mesin e të rriturve të moshuar që vazhdojnë të pinë duhan. Tre sëmundjet kryesore obstruktive të rrugëve të frymëmarrjes që gjenden kryesisht tek të moshuarit përfshijnë bronkitin kronik, astmën dhe emfizemën, të cilat së bashku formojnë sëmundjet pulmonare obstruktive kronike (SPOK). Ndërsa të tre sëmundjet kanë procese patologjike të dallueshme, të gjitha ato rezultojnë në vështirësi në frymëmarrje dhe, kur nuk trajtohen, mund të përshkallëzohen në urgjencë mjekësore. Bronkiti kronik shkaktohet nga inflamimi i rrugëve të frymëmarrjes dhe rezulton në edemë dhe zhvillimin e pështymës, e cila tenton ta bëjë

frymëmarrjen shumë të vështirë dhe në disa raste të pamundur. Astma manifestohet me shfaqjen e bronkospazmës, edemës së mukozës dhe prodhimit të sasive të mëdha të pështymës. SPOKU mund të rezultojë nga disa faktorë, si ndotja e ajrit, edhe pse duhani vazhdon të jetë shkaku numër një. Rrjedhimisht, është e rëndësishme që infermierët të kryejnë një historik të pirjes së duhanit ose ekspozimit të zgjatur ndaj tymit të dorës së dytë dhe histori të simptomave të SPOK nga klientët. Ndërhyrjet infermiore për SPOK ndryshojnë sipas sëmundjes, por qëllimet e të gjitha terapive të sëmundjes janë të ruajnë rrugët e frymëmarrjes të pastra. Infermiera dhe menaxhimi i sugjeruar janë të ngjashëm në të gjitha sëmundjet. Mësimdhënia në lidhje me përdorimin e oksigjenit është një rol i rëndësishëm infermior; shpesh nevojitet urdhërimi dhe demonstrimi i aplikimit të kanjulës së hundës, si dhe udhëzimeve në lidhje me funksionimin e bombulave. Trajtimi i astmës dhe emfizemës aktualisht shpesh përfshin administrimin e barnave steroide. Këto barna mund të thithen ose të administrohen nga goja. Efektet anësore të këtyre barnave përfshijnë çrregullime të lëkurës dhe ndërhyrje hormonale. Bronkodilatorët e thithur, si beta-agonistët ose teofilinat, janë gjithashtu trajtime të zakonshme për sëmundjet obstruktive pulmonare. Mësimdhënia në lidhje me përdorimin e inhalatorëve është shpesh e nevojshme pasi këto janë metoda e preferuar e administrimit të medikamenteve në sëmundjet obstruktive të rrugëve të ajrit.

Aksidentet vaskulare cerebrale, të njohura zakonisht si goditje në tru, janë ndër shkaktarët kryesorë të paaftësisë kronike. Rreziku i goditjes në tru rritet ndjeshëm me moshën. Faktorët e rrezikut për zhvillimin e goditjes në tru janë të ngjashëm me ata të sëmundjeve të tjera kardiovaskulare. Të dy faktorët e rrezikut të modifikueshëm dhe jo-modifikueshëm përbëjnë shkallën e lartë të goditjes në tru tek të rriturit e moshuar. Pirja e duhanit, obeziteti, diabeti dhe hipertensioni janë ndër faktorët kryesorë të rrezikut të modifikueshëm. Goditjet në tru shkaktohen nga tre procese të dallueshme patologjike që rrjedhin nga faktorët e rrezikut për sëmundjen. Një hemorragji rezulton kur një enë gjaku në tru çahet dhe një pjesë e indit të trurit vdes. Embolitë ose mpiksjet që formohen në një zonë të trupit gjithashtu mund të udhëtojnë në tru dhe të shkaktojnë vdekjen e trurit. Së fundi, arteriet karotide, të cilat bartin gjakun e oksigjenuar në tru, mund të bllokohet duke parandaluar rrjedhjen e gjakut dhe duke rezultuar në vdekjen e indeve. Shpesh të moshuarit me dhe pa faktorë rreziku për sëmundjen përfshijnë "goditje të vogla" ose goditje paralajmëruese, të quajtura sulme ishemike kalimtare (TIA). TIA manifestohet me mungesë të vetëdijes për një periudhë të shkurtër kohore që zgjat nga 20 minuta deri në 24 orë dhe ka potencialin të shkaktojë humbje të rrjedhjes së gjakut në tru. Rrjedhimisht, raportet e TIA-ve duhet të shoqërohen me një vlerësim të plotë dhe identifikimin e faktorëve të rrezikut dhe simptomatologjisë për goditjen në tru. Përveç kësaj, një plan kujdesi për të parandaluar shfaqjen e goditjeve në tru duhet të zbatohet menjëherë. Goditjet në tru mund të parandalohen më së miri duke zbatuar ndërhyrje infermiore për të reduktuar faktorët e rrezikut, si obeziteti dhe hipertensioni. Dieta dhe menaxhimi i të ushqyerit, stërvitja dhe reduktimi i peshës janë strategjitë kryesore parandaluese që kanë qenë efektive në reduktimin e rrezikut të goditjes në tru. Menaxhimi i presionit të gjakut me këto strategji, si dhe medikamentet me recetë, gjithashtu redukton ndjeshëm rrezikun e goditjes në tru. Kur paraqiten simptomat e një goditjeje, zakonisht kryhet një

tomografi e kompjuterizuar (CT) ose angiografi karotide ose cerebrale dhe identifikohet shkaku i simptomave. Kujdesi infermieror për pacientët me goditje në tru fokusohet në stabilizimin e klientit dhe rehabilitimin në nivelin më të lartë funksional të mundshëm [7-10].

Diabeti Mellitus: Diabeti mellitus (DM) është një sëmundje kronike mjekësore që manifestohet nga një rritje e niveleve të glukozës në gjak. DM është një sëmundje e përhapur tek të moshuarit, e manifestuar nga ndryshime në prodhimin dhe përdorimin e insulinës. Në të rriturit e moshuar, nivelet e ngritura të glukozës në gjak, vijnë nga disponueshmëria e ndryshuar e insulinës. Kjo lidhet me defektet në veprimin dhe/ose prodhimin e insulinës. DM e tipit 2 zakonisht shfaqet gjatë moshës madhore dhe njihet si DM e të rriturve. Diabeti dhe sëmundjet e zemrës shpesh shoqërohen me obezitetin dhe kolesterolin e lartë për të formuar atë që zakonisht njihet si sindroma dismetabolike kardiovaskulare. Kjo sindromë përfshin një grup simptomash duke përfshirë dislipideminë, hipertensionin, hipergliceminë, hiperinsulineminë dhe mosfunksionimin e endotelit. Diabeti rrit rrezikun e komplikacioneve kardiovaskulare sepse mund të shkaktojë ndryshime vaskulare. Ndërhyrjet infermiore për diabetin duhet të fillojnë me një vlerësim të plotë të aftësisë funksionale, shëndetit fizik, mbështetjes sociale, mbështetjes financiare dhe synimeve të trajtimit të të rriturve të moshuar. Lloji i terapisë duhet t'u përshtatet nevojave dhe çështjeve individuale të klientit. Qëllimet e përgjithshme synojnë reduktimin e faktorëve të rrezikut kardiovaskular, ndërprerjen e duhanit, stërvitjen, kontrollin e duhur të peshës dhe kontrollin e hipertensionit. Dieta dhe stërvitja janë dy opsione të rëndësishme terapeutike ndërkohë që ushtrimi është i dobishëm në rritjen e ndjeshmërisë ndaj insulinës. Qëllimet terapeutike për të rriturit e moshuar me DM fokusohen në kontrollin e glukozës në gjak. Kjo mund të arrihet me kufizimin e karbohidrateve, dieta diabetike dhe humbje peshe dhe stërvitje, si dhe me menaxhimin e sëmundjes me medikamente hipoglicemike orale dhe insulinë kur është e nevojshme. Gjatë edukimit të të moshuar me DM, është e rëndësishme të theksohet se medikamentet mund të prodhojnë episode hipoglicemie. Rrjedhimisht, të moshuarit duhet të inkurajohen të mbajnë gjithmonë me vete mjete shpëtimi ose një karamele me sheqer për t'i marrë në rast se ndihen të dobët ose të trullosur nga hipoglicemia. Është gjithashtu e rëndësishme t'i mësoni pacientët se si të monitorojnë përditë sheqerin e tyre në gjak [7-10].

SËMUNDJET INFEKTIVE: Në grupin e sëmundjeve infektive të të moshuarve bëjnë pjesë gripi, pneumonia, dhe sëmundjet seksualisht të transmetueshme.

Gripi ose influenza është një sëmundje virale ngjitëse që shpesh infekton popullatën në muajt e dimrit. Gripi është shpesh vetëm një sëmundje e lehtë tek fëmijët dhe të rriturit e shëndetshëm, duke shfaqur simptoma të tilla si ethe, dhimbje të fytit, kollë të thatë, dhimbje koke dhe dhimbje muskujsh. Të moshuarit kanë më shumë gjasa të zhvillojnë komplikime kërcënuese për jetën nga gripi, të tilla si ndryshime në statusin mendor, dehidratim, pneumoni, lodhje ekstreme dhe vdekje. Virusi i gripit përhapet përmes pikave në ajër kur dikush i infektuar me virus kollitet ose teshtin. Viruset përhapen shpejt nga një person te tjetri, veçanërisht në vendet ku ka një grumbullim të madh njerëzish. Bartësit e virusit të influencës mund ta përhapin sëmundjen edhe

para se të fillojnë të përjetojnë simptoma. Ngjashëm me pneumoninë dhe sëmundjet e tjera akute dhe kronike, të moshuarit mund të shfaqin simptoma të gripit ndryshe nga homologët e tyre më të rinj. Simptomat klasike të kollës, kongjestionit, nauzesë dhe të vjellave mund të mungojnë ose t'i atribuohen proceseve të tjera të sëmundjes. Të rriturit e moshuar me grip mund të paraqesin konfuzion akut ose delir. Rrjedhimisht, duhet të merren anamneza të kujdesshme për të dalluar simptomat e gripit nga sëmundje të tjera, si demenca kronike, depresioni ose psikoza. Nëse klienti ka konfuzion kronik ose demencë, prania e gripit mund të shkaktojë përkeqësim të gjendjes fillestare njohëse dhe funksionale. Vlerësimi i simptomave të gripit është thelbësor kur vlerësohen klientët e moshuar, veçanërisht gjatë sezoneve me incidencë të lartë. Pasi një i rritur i moshuar zhvillon gripin, ndërhyrjet infermiore përfshijnë sigurimin që klienti të pushojë shumë, si dhe të ruajë ushqimin dhe hidratimin. Shpesh është i nevojshëm edhe trajtimi simptomatik i sëmundjes me reduktues të temperaturës, si acetaminofeni ose ibuprofeni dhe supresantët e kollës. Për shkak se gripi mund të zhvillohet shpejt në pneumoni në popullatën e moshuar, vlerësimi vigjilent dhe trajtimi i simptomave është i domosdoshëm. Vaksinimi mbetet metoda më e përdorur për parandalimin dhe reduktimin e ndikimit të gripit. Vaksinimi kërkohet çdo vit, sepse viruset e gripit ndryshojnë vazhdimisht dhe në mënyrë të paparashikueshme. Vaksina kërkon afërsisht 2-3 javë për të dhënë efekt.

Pneumonia. Edhe pse pneumonia është një shqetësim serioz shëndetësor për të gjitha popullatat, ajo është një problem thelbësor për të rriturit e moshuar. Simptomat e infeksionit ndryshojnë me moshën, duke rezultuar në diagnozën dhe trajtimin e vonuar të pneumonisë tek të moshuarit. Këta faktorë kontribuojnë shumë në rritjen e shkallës së vdekshmërisë së sëmundjes tek të moshuarit. Vonesa ndodh sepse pneumonia ka një shumëllojshmëri të gjerë të paraqitjeve. Simptomat tradicionale përfshijnë kollën, temperaturën dhe dispnenë. Pështyma purulente dhe dhimbja pleuritike e gjoksit shpesh mungojnë ose janë të vështira për t'u vlerësuar tek të moshuarit, por shumica përjetojnë konfuzion ose delir, aftësi të ndryshuara funksionale dhe/ose dekompensim të sëmundjeve të tjera. Këto simptoma janë shpesh të pranishme, së bashku me simptomat atipike, por jo në të gjitha rastet. Ethet dhe të dridhurat që lidhen me sëmundjet infektive, si pneumonia, shpesh zëvendësohen me konfuzion dhe ulje të statusit funksional të të rriturit e moshuar. Vlerësimi infermior dhe menaxhimi i pneumonisë bazohet në vlerësimin e sëmundjes si dhe identifikimi i shkaktarit të infeksionit. Të rriturit e moshuar me pneumoni mund të trajtohen në shtëpi ose brenda një mjedisi të kujdesit akut ose afatgjatë, për sa kohë që menaxhimi i simptomave është adekuat në këto mjedise. Për të rriturit e moshuar që kanë nevojë për antibiotikë intravenozë dhe terapi të shpeshta të frymëmarrjes, ose për të moshuarit me një histori të rezultateve të dobëta nga pneumonia dhe sëmundje të tjera, është i nevojshëm shtrimi në spital. Ndërhyrjet infermiore për trajtimin e pneumonisë përfshijnë administrimin e medikamenteve që synojnë të shkatërrojnë virusin shkaktar. Përveç kësaj, dietat me hiper proteinike dhe marrja e shtuar e lëngjeve janë të nevojshme për të rritur imunitetin dhe për të siguruar hidratim të mjaftueshëm dhe për sekretimin e pastër. Indikohet trajtimi i temperaturës me acetaminofen ose antipiretikë të tjerë. Mund të jetë gjithashtu e nevojshme terapia e frymëmarrjes, si drenazhi postural dhe goditjet. Klientët duhet të vlerësohen shpesh për përparimin e

simptomave. Komplikimet që kërkojnë ndjekje dhe/ose terapi të mëtejshme përfshijnë (a) dispne, (b) përkeqësim të kollës, (c) fillimin ose përkeqësimin e të dridhurave, (d) ethet që ndodhin më shumë se 48 orë pas fillimit të terapisë me ilaçe, ose (e) intolerancës ndaj medikamenteve.

Sëmundjet seksualisht të transmetueshme: Ndërkohë që ofruesit e kujdesit shëndetësor kane gjithnjë e më shumë njohuri për sa i përket nevojave unike të të moshuarve, seksualiteti i kësaj popullate ka vazhduar të mbetet kryesisht i panjohur. Rrjedhimisht, infermierët shpesh e injorojnë seksualitetin e të moshuarve gjatë vlerësimeve, duke supozuar se ky aspekt i funksionimit njerëzor nuk është më i zbatueshëm. Mundësia që të rriturit e moshuar të kontraktjnë sëmundje seksualisht të transmetueshme, si klamidia, gonorea, HIV ose hepatiti, shpesh nuk merret parasysh. Pavarësisht miteve të përhapura, aktiviteti seksual midis të moshuarve ndodh shpesh dhe është në rritje thjesht sepse aktualisht ka shumë më të moshuar dhe më të shëndetshëm se kurrë më parë. Infermieret duhet të përfshijnë një histori seksuale në vlerësimet shëndetësore të të gjithë të moshuarve. Vlerësimet seksuale janë sfiduese si për infermierin, e cila shpeshherë nuk ka njohuritë apo përvojë në lidhje me seksualitetin tek të moshuarit, ashtu edhe për të rriturit e moshuar, të cilët mund të mos jenë të qetë për të diskutuar mbi cilësinë seksuale me ofruesit e kujdesit shëndetësor. Mungesa e përvojës dhe përvoja e përgjithshme me seksualitetin midis ofruesve të kujdesit shëndetësor i pengon profesionistët geriatrikë të vlerësojnë dhe menaxhojnë nevojat seksuale të të rriturve të moshuar. Në rastin e shumicës së të rriturve të moshuar, veçanërisht atyre nga kultura të caktuara, seksualiteti nuk diskutohet hapur. Disa të rritur mund të hezitojnë t'i shprehin me fjalë ndjenjat e tyre nga frika se mos konsiderohen si të këqij ose të shthurur. Vlerësimi i seksualitetit të një të moshuari duhet të bëhet në një zonë të qetë që i siguron klientit privatësinë e nevojshme. Krijimi i një marrëdhënie besimi ndërmjet ofruesit të kujdesit shëndetësor dhe klientit është thelbësor. Infermierja duhet të respektojë besimet dhe praktikat seksuale të të rriturve dhe të parandalojë mendimet ose komentet gjykuese. Pyetjet e duhura të historisë në lidhje me seksualitetin përfshijnë (a) numrin dhe historinë e tij të partnerëve, (b) praktikat seksuale, (c) shenjat dhe simptomat fizike të problemeve seksuale, (d) nivelin e kënaqësisë me seksualitetin aktual dhe (e) përdorimi i mbrojtjes dhe masave paraprake. Infermierja duhet të ofrojë edukim mbi praktikat e seksit të sigurt për të gjithë të moshuarit seksualisht aktivë, duke përfshirë përdorimin e prezervativëve. Testimi diagnostik për të përjashtuar infeksionin mund të përfshijë testimin e spermës dhe kulturave vaginale. Nëse sëmundje seksualisht të transmetueshme, HIV ose hepatiti diagnostikohen tek të moshuarit, fillon terapia e duhur me medikamente. Infermierët duhet të ofrojnë sipas nevojës mësimdhënie dhe administrim medikamentesh. Përveç kësaj, diagnoza e këtyre sëmundjeve ofron një mundësi për t'u mësuar të moshuarve praktikën e seksit të sigurt, gjë që është thelbësore për të parandaluar ose përsëritur infeksionin e mëtejshëm [7-10].

KANCERI: Ndërsa prania e kancerit shihet në të gjitha popullatat, incidenca dhe prevalenca e kancerit është në disproporcion me popullatën. Të rriturit e moshuar

gjithashtu kanë më shumë gjasa të diagnostikohen me kancer në një fazë të avancuar kur kanceri është më pak i përshtatshëm për trajtim dhe rritja e sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë ka më shumë gjasa. Diagnoza e kancerit dhe vdekshmëria janë shumë të lidhura me faktorë të tillë si raca dhe statusi socio-ekonomik. Infermierët luajnë një rol të rëndësishëm në vlerësimin dhe menaxhimin e kancerit. Për sa i përket parandalimit parësor, infermierët duhet të edukojnë, këshillojnë dhe inkurajojnë klientët që të përfshihen në aktivitete të parandalimit të kancerit, të tilla si përdorimi i kremrave kundër diellit, ndërprerja e duhanit, ushqimi i mirë dhe ushtrimet fizike. Strategjitë dytësore të parandalimit të tilla si vetëkontrolli i gjirit, mamografia dhe ekzaminimet e kancerit të prostatës dhe kancerit të lëkurës, duhet të rekomandohen dhe të ndiqen për të përcaktuar pajtueshmërisë. Sigurimi i mbështetjes dhe informacionit gjatë procesit të diagnostikimit është thelbësor në marrjen e vendimeve për trajtimin. Menaxhimi i dhimbjes është një tjetër rol i rëndësishëm i infermierëve në menaxhimin e të moshuarve me kancer. Medikamente të përbashkëta kundër dhimbjeve, të tilla si medikamentet kundër depresionit, antikonvulsantët dhe anksiolitikët mund të jenë gjithashtu të dobishëm në uljen farmakologjike të dhimbjes tek të moshuarit. Infermierët duhet gjithashtu të administrojnë rrezatim dhe kimioterapeutikë dhe të menaxhojnë efektet anësore të vështira të këtyre trajtimeve, të cilat përfshijnë të përziera, të vjella, lodhje dhe ndryshime në imazhin trupor [7-10].

SËMUNDJA E PARKINSONIT: Sëmundja e Parkinsonit (SP) është një nga çrregullimet neurodegenerative më të zakonshme që prek popullatën e moshuar. Sëmundja e Parkinsonit prek më shumë meshkujt sesa femrat. SP ka një natyrë të ngadaltë dhe degeneruese që rezulton nga vdekja e neuroneve që prodhojnë dopaminë në tru. Dopamina është kimikati kritik përgjegjës për lëvizjen dhe ekuilibrin e trupit. Ajo ekziston në ekuilibër me një tjetër transmetues kimik, acetilkolinën, e cila nuk shkatërrohet nga sëmundja. Kur nivelet e acetilkolinës tejkalojnë nivelet e dopaminës, shfaqen simptomat e sëmundjes së Parkinsonit. Nuk ka shënues klinik objektivë për SP. Shenjat dhe simptomat e sëmundjes zakonisht e sjellin klientin në mjedisin e kujdesit shëndetësor, ku kryhet një vlerësim i plotë shëndetësor. Diagnoza e SP më së shpeshti përcaktohet nga prania e tre shenjave motorike: dridhja, ngurtësia dhe bradikinesia. Për SP nuk ka trajtim specifik. Prandaj, menaxhimi i simptomave është fokusi kryesor i kujdesit infermieror. Është e domosdoshme të bëhet një diagnozë e hershme por e saktë në mënyrë që të përcaktohet një kurs i duhur trajtimi. Terapia fizike dhe profesionale mund të ndihmojë ata me një ecje të përzier, duke u fokusuar në aftësitë e ekuilibrit të klientit dhe duke ofruar pajisje ndihmëse aty ku është e mundur. Terapia ushqimore është gjithashtu thelbësore kur kujdeseni për pacientin me Parkinson. Imobiliteti është një kontribues kryesor në kapsllëk dhe, për rrjedhojë, është e rëndësishme të vlerësohen nevojat dietike të klientëve me SP për të parandaluar kapsllëkun e rëndë. Ushtrimi është gjithashtu jashtëzakonisht terapeutik për klientët me SP duke përmirësuar lëvizshmërinë, fleksibilitetin, qëndrimin, ekuilibrin dhe funksionin e përgjithshëm, si dhe duke ulur rrezikun e rënies në lidhje me sëmundjen [7-10].



Referenca

1. "Gerontology." *Merriam-Webster.com Dictionary*, Merriam-Webster, <https://www.merriam-webster.com/dictionary/gerontology>. Accessed 15 Jan. 2022.
2. Kristen L. Mauk. *Gerontological Nursing Competencies for Care*. 2006 by Jones and Bartlett Publishers, Inc. ISBN-13 978-0-7637-2843-4.
3. <http://www.geronurseonline.org/>
4. Britannica, The Editors of Encyclopaedia. "old age". *Encyclopedia Britannica*, 7 Dec. 2018, <https://www.britannica.com/science/old-age>. Accessed 15 January 2022.
5. LIGJ Nr.7703, datë 11.5.1993. <http://www.issh.gov.al/wp-content/uploads/2014/05/Kapitulli-1.pdf>
6. INSTAT. *Mplakja e Popullsisë: Situata e të moshuarve në Shqipëri*. Nëntor 2015.
7. Meredith Wallace. *Essentials of Gerontological Nursing*. 2008 Springer Publishing Company, LLC. ISBN-13: 978-0-8261-2052-6.
8. Benner P., Sutphen M., Leonard V., Day L. 2010. *Educating nurses: A call for radical transformation*. San Francisco, CA. Jossey-Bass
9. Gladyshev TV, Gladyshev VN. A Disease or Not a Disease? Aging As a Pathology. *Trends Mol Med*. 2016;22(12):995-996.
10. Shilpa Amarya, Kalyani Singh and Manisha Sabharwal (July 4th 2018). Ageing Process and Physiological Changes, Gerontology, Grazia D'Onofrio, Antonio Greco and Daniele Sancarolo, IntechOpen, DOI: 10.5772/intechopen.76249. Available from: <https://www.intechopen.com/chapters/60564>

Ndryshimi midis moshimit parësor dhe dytësor

Objektivat

Në fund të këtij leksioni, studentët do të jenë në gjendje të:

- Kuptojnë ndryshimet midis plakjes parësore dhe plakjes dytësore
- Njohin efektet e moshimit parësor dhe dytësor dhe mënyra për të promovuar plakjen e shëndetshme
- Diskutojnë 12 mitet e moshimit

Shkaqet e moshimit (parësor dhe dytësor)

Shkaqet e moshimit mund të kategorizohen si parësore dhe dytësore. Plakja parësore nuk i atribuohet një shkaku specifik dhe i referohet shumës aktuale të pritshme të ndryshimeve, fiziologjike, gjenetike dhe molekulare, që ndodhin me kalimin e kohës nga fekondimi deri në vdekje (lëvizje të ngadalta, rënie të shikimit dhe dëgjimit, paaftësia për t'u përshtatur me stresin, ulje e rezistencës ndaj infeksioneve dhe të tjera). Shkaqet e rënduara të plakjes (moshimit) mund të quhen si shkaqe dytësore. Për shembull, proceset dytësore të plakjes vijnë nga sëmundjet degjenerative (të përmendura më lart) dhe praktikatat e dobëta shëndetësore (mungesa e aktivitetit fizik, pirja e duhanit, ngrënia e tepërt e yndyrës dhe forma të tjera të vetë-dëmtimit) [1].

Çfarë është plakja parësore dhe plakja dytësore?

Plakja parësore, e njohur edhe si plakja normale, i referohet jetëgjatësisë maksimale të një specie. Ky proces i plakjes nuk ndikohet nga faktorët e stilit të jetesës si stresi, pirja e duhanit dhe dieta. Për njerëzit, jetëgjatësia maksimale është 125 vjet. Plakja parësore gjithashtu mund të lidhet me moshën kronologjike - në thelb moshën e njeriut në vite kalendarike. Ashtu si plakja parësore, edhe mosha kronologjike e njeriut nuk ndikohet nga faktorë të jashtëm.

Plakja dytësore i referohet jetëgjatësisë së një popullsie ose sasisë së kohës që pritët të jetojë një individ. Ndikohet nga gjenetika dhe faktorët mjedisorë [2]. Në Shqipëri, në vitin 2020 jetëgjatësia e pritët në lindje u vlerësua 75,2 vjeç për meshkujt dhe 79,6 vjeç për femrat [3].

Një mënyrë tjetër për të parë plakjen dytësore është përmes moshës biologjike, e njohur edhe si mosha e perceptuar. Mosha biologjike mund të jetë më e ulët se mosha kronologjike. Me fjalë të tjera, një individ duket më i ri dhe më i shëndetshëm se moshatarët e së njëjtës moshë. Plakja parësore mendohet si numri maksimal i viteve që mund të jetojë një individ ndërsa plakja dytësore përfaqëson faktorët e rrezikut që

pengojnë individin të arrijë jetëgjatësinë maksimale. Këta faktorë rreziku janë zakonisht në formën e sëmundjeve ose aftësive të kufizuara që janë rezultat i një stili jetese jo të shëndetshëm [2]

Përkufizime

Plakja parësore janë ndryshimet që lidhen me plakjen normale që janë të pashmangshme dhe të shkaktuara nga faktorë të brendshëm biologjikë ose gjenetikë. Shembujt përfshijnë humbjen e melaninës, e cila shkakton thinjjen e flokëve dhe uljen e elasticitetit të lëkurës. Megjithatë, disa procese të lidhura me moshën përshpejtohen nga ndikimet mjedisore, duke e bërë dallimin midis plakjes parësore dhe asaj dytësore të pasaktë [4]

Plakja dytësore janë ndryshimet për shkak të plakjes biologjike, por të përshpejtuara nga paaftësitë që rezultojnë nga sëmundjet ose të shkaktuara nga faktorë të jashtëm, si stresi, trauma, mënyra e jetesës dhe mjedisi. Plakja dytësore shpesh dallohet nga plakja parësore, e cila rregullohet nga procese të lindura dhe të lidhura me moshën, edhe pse ky dallimi nuk është shumë i saktë [4].

Efektet e moshimit parësor

Moshimi parësor është humbja e pashmangshme e funksionit që ndodh pavarësisht se çfarë bëjnë njerëzit. Meqenëse moshimi parësor është i lidhur me një grumbullim të dëmtimit qelizor me kalimin e kohës, ai çon në:

- Një sistem imunitar të dobësuar
- Humbje elasticitetit dhe qëndrueshmërisë së lëkurës
- Rritja e linjave të holla dhe rrudhave
- Rënia e flokëve dhe thinja e flokëve
- Një rënie në funksionet njohëse
- Dëgjimi dhe shikimi i dëmtuar
- Aftësia e zvogëluar për të përballuar stresin
- Humbje e masës muskulore dhe densitetit kockor
- Rrahje më të ngadalta të zemrës

Fatkeqësisht, asgjë nuk është demonstruar për të ngadalësuar apo përmbysur procesin parësor të plakjes tek njerëzit; në vend të kësaj, faktorët që dihet se ndikojnë në jetëgjatësinë e bëjnë këtë me ndikimin e tyre në zhvillimin e sëmundjes, e cila është pjesë e plakjes dytësore [2].

Efektet e moshimit dytësor

Moshimi dytësor është humbja e funksionit e përshpejtuar nga mënyra e jetesës dhe faktorë të tjerë. Proceset dytësore të plakjes shpesh lidhen me sëmundje dhe paaftësi si:

- Sëmundja e Alzheimerit
- Artriti
- Kanceri
- Sëmundjet kardiovaskulare
- Diabeti
- Format e vetëdëmtimit
- Sëmundja e veshkave
- Sëmundjet e mushkërive
- Goditjet

Proceset dytësore të plakjes vijnë nga sëmundjet dhe praktikat e dobëta shëndetësore (p.sh. sedentarizmi, mbipesha, duhani dhe forma të tjera të vetëdëmtimit) dhe shpesh janë të parandalueshme, qoftë përmes zgjedhjes së stilit të jetesës apo mjekësisë parandaluese. Është ky lloj i plakjes që ne mund të ndikojmë më shumë.

Pra, kur flasim për parandalimin dytësor të plakjes, po flasim për mjekësinë parandaluese. Këto janë teknika dhe trajtime mjekësore që synojnë të parandalojnë sëmundjet para fillimit të tyre, në vend që t'i shërojnë ato.

Moshimi parësor paraqet rënien e ngadaltë të qelizave dhe indeve. Nga ana tjetër, plakja dytësore është e lidhur më drejtpërdrejt me zhvillimin e sëmundjeve kronike si rezultat i faktorëve të jashtëm. Megjithatë, të dy proceset e plakjes nuk janë plotësisht të pavarura nga njëri-tjetri. Në fakt, efektet e plakjes normale mund të ndikojnë në plakjen dytësore dhe anasjelltas.

A mund të parandalohet apo të kthehet plakja?

Meqenëse plakja parësore është shkaktuar nga përkeqësimi i ngadaltë i strukturës dhe funksionit qelizor, ajo nuk mund të parandalohet ose të kthehet. Megjithatë, ndikimet e disa ndryshimeve të lidhura me moshën të shkaktuara nga plakja parësore mund të pakësohen duke adoptuar praktika të shëndetshme. Për shembull, humbja graduale e densitetit të kockave mund të menaxhohet përmes aktivitetit fizik.

Anasjelltas, procesi dytësor i plakjes është kryesisht për shkak të një përzierjeje të faktorëve mjedisorë dhe zgjedhjeve të stilit të jetesës. Duke u bërë më të shëndetshëm dhe më aktivë, shumica e sëmundjeve kronike si sëmundjet e zemrës dhe presioni i lartë i gjakut mund të parandalohen. Disa kushte shëndetësore si obeziteti dhe rënia e flokëve mund të ndryshohen edhe me ndryshime dietike dhe trajtime [2].

Mënyra për të promovuar plakjen e shëndetshme

Me rritjen e jetëgjatësisë, sjellja individuale do të ketë pasoja të rëndësishme për plakjen e shëndetshme, si fizikisht ashtu edhe njohës. Edhe inovacionet teknologjike dhe qasjet e reja ndaj kujdesit shëndetësor mund të lehtësojnë plakjen e shëndetshme në mënyra të larmishme. Elementët thelbësorë si të moshimit parësor dhe dytësor janë tashmë të njohur. Sfidat e madhe është t'i detyrosh njerëzit t'i bëjnë ato. Meqenëse jo më shumë se 25 për qind e shëndetit dhe jetëgjatësisë varet nga gjenet, 75 për qind tjetër varet nga vetë njerëzit. Në një fushatë të shëndetit publik për të promovuar

plakjen e shëndetshme. tashmë janë identifikuar shtatë hapa Katër të parat kanë të bëjnë me shëndetin fizik, duke inkurajuar njerëzit që (1) të qëndrojnë fizikisht aktivë, (2) të ndryshojnë dietën e tyre duke reduktuar marrjen e kalorive dhe duke shtuar fruta dhe perime, (3) të moderojnë përdorimin e alkoolit dhe (4) të ndërpresin përdorimin e duhanit. Hapat e tjerë nxisin shëndetin kognitiv: (5) krijimi dhe mbajtja e sistemeve mbështetëse dhe miqësive të ngushta, (6) menaxhimi i stresit dhe (7) vazhdimi i kërkimit të kuptimit dhe mbajtjes së një sensi qëllimi.

Me jetëgjatësi më të madhe dhe përmirësime në shëndetin fizik dhe kognitiv, njerëzit mund dhe duhet të punojnë më gjatë. Kjo do të ketë një ndikim pozitiv në shëndetin e individëve dhe do të reduktojë kostot e Sigurimeve Shoqërore. Të moshuarit gjithashtu mund të punojnë vullnetarë, duke u ofruar shërbime të tjerëve. Të rëndësishme në këtë drejtim janë dhe disa strategji të politikave publike si: taksimi i pijeve të gazuara, tatimi i alkoolit dhe rregullimi i mëtejshëm i konsumit të duhanit, siguri shëndetësor universal dhe një lëvizje kombëtare për promovim të aktivitetit fizik, të krijuar përmes përpjekjeve të përbashkëta të qeverive, fondacioneve private, korporatave dhe grupeve lobuese për të inkurajuar njerëzit të ecin së bashku, duke përdorur pedometrat për të monitoruar performancën dhe për të marrë reagime. Një lëvizje që e vendos ecjen si një praktikë argëtuese, të shpeshtë dhe të përbashkët mund të ketë një ndikim të jashtëzakonshëm në plakjen e shëndetshme [5].

Mënyrat për të promovuar plakjen e shëndetshme përfshijnë:

- Kufizimi i kalorive
- Mbrojtje nga dielli
- Rutinë kundër plakjes së lëkurës
- Shmangni zakonet e pashëndetshme
- Aktiviteti fizik
- Kontrollat shëndetësore
- Meditimi dhe pozitivitet [2]

6 këshilla për plakje të shëndetshme [6]

1

Hani & Pini Shëndetshëm

Bëni zgjedhje të shëndetshme -
si frutat, perimet,
drithërat, mish pa dhjamë,
produktet e qumështit me pak yndyrë,
dhe uji.



2

Lëvizni më shumë, uluni më pak

Të qenit aktiv gjatë gjithë ditës mund t'ju ndihmojë të parandaloni, vononi dhe menaxhoni sëmundje kronike; përmirësuar ekuilibrin dhe qëndrueshmërinë; zvogëloni rrezikun e rënies; dhe përmirëson shëndetin e trurit.

Synimi është për aktivitet fizik të moderuar, si ecja, të paktën 150 minuta në javë (22-30 minuta në ditë) dhe aktivitet për forcimin e muskujve, si blerja e ushqimeve, të paktën 2 ditë në javë.



3

Mos përdorni duhan

Nëse përdorni duhan, hidhni hapin e parë drejt ndërprerjes.



4

Kryeni kontrolle të rregullta

Vizitoni mjekun për shërbime parandaluese, jo vetëm kur jeni i sëmurë. Kjo mund të parandalojë sëmundjen ose ta zbulojë atë herët, kur trajtimi është më efektiv.



5

Njihni historinë tuaj familjare

Ndani historinë tuaj shëndetësore familjare me mjekun, i cili mund t'ju ndihmojë të hapat për të parandaluar sëmundjet kronike ose t'i zbuloni ato herët.



6

Jini të vetëdijshëm për ndryshimet në shëndetin e trurit

Truri i të gjithëve ndryshon me kalimin e moshës, por demenca nuk është

një pjesë normale e plakjes. Vizitoni mjekun nëse keni pyetje në lidhje me kujtesën ose shëndetin e trurit.



12 mitet e moshimit [7]

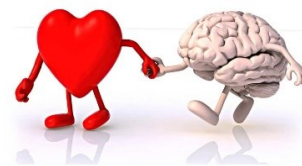
Më poshtë janë trajtuar 12 mite që lidhen me moshimin:

1. Njerëzit duhet të presin të përkeqësohen mendërisht dhe fizikisht.
2. Shumica e të moshuarve kanë nevojë të ngjashme.
3. Kreativiteti dhe dhënia e kontributit është vetëm për të rinjtë.
4. Përvoja e të moshuarve ka pak rëndësi në shoqërinë moderne.
5. Shumë të moshuar duan të lihen në paqe dhe qetësi.
6. Shtretërit spitalorë dhe infermierët janë çështja kryesore.
7. Sigurimi për të moshuarit u merr burimet të rinjve.
8. Shpenzimet në kujdes për të moshuarit janë humbje burimesh.
9. Të moshuarit nuk janë të përshtatshëm për vendet moderne të punës.
10. Ju nuk mund t'i mësoni një qeni të vjetër truket e reja.
11. Të moshuarit presin të lihen mënjatë.
12. Gjërat do ecin vetë.

Miti 1

Njerëzit duhet të presin që të përkeqësohen mendërisht dhe fizikisht.

Ndoshta miti më i konsoliduar është se përkeqësimi mendor dhe fizik janë të pashmangshëm.



Deri diku kjo është e vërtetë. Njerëzit përjetojnë konsum ndërsa rriten, por pjesa më e madhe e rënies së fuqisë në pleqëri mund të rezultojë kryesisht nga njerëzit që presin të bien dhe se si shoqëria e percepton rolin e njerëzve të moshuar.

Rritja e aktivitetit fizik dhe përmirësimi i dietës mund të trajtojë në mënyrë efektive shumë nga problemet që shpesh lidhen me moshën e vjetër, si ndryshimet në:

- Masa e dobët trupore (muskulare).
- Forca
- Shkalla e metabolizmit bazal

- Yndyra trupore
- Kapaciteti aerobik
- Presioni i gjakut
- Toleranca e sheqerit në gjak
- Dendësia e kockave
- Rregullimi i temperaturës së trupit.

Përballja me shumë probleme të dukshme nuk kërkon teknologji të lartë të shtrenjtë. Ato mund të kompensohen në mënyra të thjeshta dhe praktike.

- Dehidrimi kronik është shkaku kryesor i plakjes së parandalueshme. Të pish më shumë ujë është zgjidhja.
- Tonifikimi i muskujve është i rëndësishëm për vitalitetin e përgjithshëm. Në fakt, pjesa më e madhe e forcës së muskujve mund të ruhet deri në moshën e vjetër.
- Ndjenja e qëllimit ndihmon në forcimin e mirëqenies mendore.
- Rrjetet sociale, ata me të cilët ndajmë gëzimet dhe problemet tona, dhe me të cilët japim dhe marrim mbështetje, janë jetike për shëndetin dhe mirëqenien tonë, veçanërisht kur rritemi.
- Një dietë e shëndetshme duhet të jetë e ekuilibruar dhe e kënaqshme psikologjikisht.
- Nuk është kurrë vonë për të lënë duhanin, dhe
- Kujdesi i duhur shëndetësor.

Miti 2

Shumica e të moshuarve kanë nevoja të ngjashme.

Kjo thjesht nuk është e vërtetë. Ashtu si me shumicën e gjërave, një madhësi nuk i përshtatet të gjithave.

Disa njerëz priren t'u referohen "njerëzve të moshuar" ose "të moshuarve" sikur të jenë një grup homogjen me karakteristika të ngjashme dhe nevoja të ngjashme. Termi "njerëz të moshuar" preferohet të tregojë ndryshimin e vazhdueshëm të plakjes.

Mosha ka pak të bëjë me atë që shkruhet në certifikatën e lindjes dhe mund të përcaktohet në mënyra të ndryshme:

- mosha kronologjike, siç përcaktohet në kalendar;
- mosha biologjike, e përcaktuar në terma të shenjave kritike të jetës dhe proceseve qelizore; dhe
- mosha psikologjike: aq i vjetër sa ndiheni.



Të moshuarit kanë nevoja të ndryshme, veçanërisht duke pasur parasysh dallimet sipas gjinisë, përkatësisë etnike dhe kulturës. Infermierët duhet t'i njohin këto dallime dhe t'i trajtojnë ato.



Miti 3

Kreativiteti dhe dhënia e kontributit është vetëm për të rinjtë.

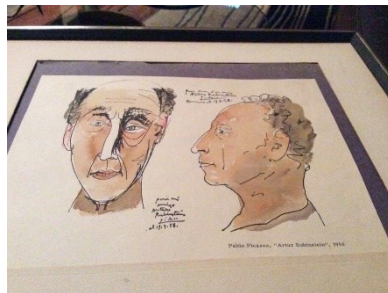
Miti se krijimtaria dhe jeta produktive janë vetëm për të rinjtë është këmbëngulës. Imponimi i moshës së pensionit të detyrueshëm dhe lidhja e krijimtarisë dhe kontributit të shoqërisë me produktivitetin ekonomik e kanë krijuar kryesisht këtë mit.

Sistemet e sigurimeve shoqërore duhet të negociojnë kohëzgjatjen e kohës që njerëzit duhet të punojnë dhe të bëjnë kontribute sigurimi për të marrë një pension pleqërie. Megjithatë, moshat e detyrueshme të daljes në pension kanë krijuar barriera krejtësisht artificiale. Të moshuarit vazhdojnë të luajnë role të rëndësishme gjatë gjithë jetës së tyre, për shembull:

- si kujdestarë të partnerëve dhe të afërmeve të moshuar; si gjyshër;
- si furnizues të mbështetjes psikologjike dhe ndonjëherë financiare për familjen;
- në punën vullnetare, ku një rol të madh luajnë pensionistët;
- si pronarë shtëpish dhe konsumatorë;
- në kulturë dhe fe, të cilat nuk njohin barriera moshe; si transmetues të traditës dhe përvojës dhe me njohuritë, aftësitë dhe urtësinë e tyre.

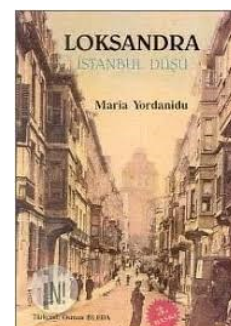
Nuk ka kufi moshe për talentin dhe kreativitetin.

Michelangelo Buonarroti projektoi Bazilikën e Shën Pjetrit në Romë kur ishte mbi 70 vjeç dhe ishte ende duke punuar kur vdiq në moshën 89-vjeçare.



Pablo Picasso pikturonte dhe Arthur Rubinstein luante piano në mosha të ngjashme.

Maria Lordanidou, librat e njohur të së cilës u përshtatën si seri televizive në Greqi dhe vazhdojnë të kënaqin shikuesit, filloi të shkruajë Loxandra, bazuar në jetën e gjyshes së saj, pasi ajo mbushi 60 vjeç.



Miti 4

Përvoja e të moshuarve ka pak rëndësi në shoqërinë moderne.

Bota e sotme është shumë e ndryshme nga ajo në të cilën janë rritur të moshuarit. Ndryshe nga gjyshërit e tyre, fëmijët komunikojnë përmes telefonave celularë dhe internetit. Dy vjeçarët përdorin me lehtësi telekomandën e një video player.

Disa të moshuar gjithashtu kënaqen duke lundruar në internet, por kjo mund të mos jetë ajo ku përvoja e tyre është më e rëndësishme. Profesionistët dhe zejtarët në pension kanë përvojë për të ndarë që nuk mund të merret lehtësisht nga librat. Organizatat joqeveritare që mbështesin vendet me të ardhura të ulëta përdorin shpesh ekspertizën e njerëzve të tillë: pse jo edhe ne?

Njerëzit e moshuar ndoshta kanë më shumë kohë dhe durim sesa prindërit e stresuar që punojnë për t'i ndihmuar fëmijët të lexojnë dhe të shkruajnë dhe t'u mësojnë të rinjve aftësitë dhe gëzimet e gatimit dhe kopshtarisë dhe të punëve artizanale të tilla si thurja, të cilat në masë të madhe janë duke u zhdukur.

Miti 5

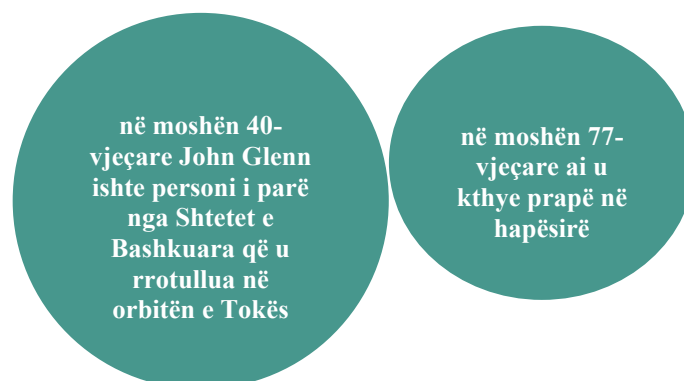
Shumë të moshuar duan të lihen në paqe dhe qetësi.

Disa të moshuar presin që të kenë më shumë kohë për të lexuar dhe thjesht për t'u çlodhur, veçanërisht kur kanë edhe bashkëshortin për të ndarë këtë qetësi. Megjithatë, duke u dhënë mundësinë, të moshuarit nuk tërhiqen apo shpëputen nga ndërveprimi social. Hulumtimet në aktivitetet e kohës së lirë gjatë gjithë jetës tregojnë se frekuenca e aktiviteteve që zhvillohen në shtëpi duket e barabartë për të gjitha grupmoshat e të rriturve.

- Qendrat komunitare, qoftë për të moshuarit ose në lidhje me programe të ngjashme për moshat e tjera, mund dhe sigurojnë një mjedis të përshtatshëm për një shumëllojshmëri të gjerë aktiviteteve sociale.

Traditat kulturore dhe, në disa vende, traditat fetare luajnë një rol të fortë në ruajtjen e identiteteve lokale përballë një mentaliteti të përhapur të ushqimit të shpejtë. Të moshuarit mund të luajnë një rol vendimtar në transmetimin e traditave të tilla.

**Duke u dhënë mundësinë,
Kërkimi për aventura mbetet.**



Miti 6

Shtretërit spitalorë dhe infermierët janë çështja kryesore.

Të moshuarit duhet të qëndrojnë në formë dhe të pavarur për aq kohë sa të jetë e mundur, të mbështetur nga politika që prekin të gjithë sektorët për të ndikuar në përcaktuesit e shëndetit të tyre. Ata kanë nevojë për të ardhura të përshtatshme, strehim, akses në të gjitha llojet e shërbimeve shëndetësore, sociale dhe kulturore dhe rrjete të forta sociale për të përmirësuar cilësinë e jetës së tyre. Ata kanë nevojë për mundësi për të vazhduar kontributin në të gjitha aspektet e shoqërisë, pa kufizime diskriminuese për moshën.

Të moshuarit përdorin në mënyrë disproporcionale shtretërit dhe infermierët spitalorë dhe shumë do të vazhdojnë të kenë nevojë për to, por hulumtimet tregojnë se kjo shpesh është e papërshtatshme dhe e kotë. Theksi në rritje për mbajtjen e të moshuarve në shtëpitë e tyre kërkon zhvendosjen e burimeve nga mjediset akute në shërbime më parandaluese në komunitet.

Kur të moshuarit kanë nevojë për kujdes, familjet janë ende ofruesit kryesorë, duke përfshirë vetë të moshuarit që kujdesen për bashkëshortët ose të afërmit e tjerë. Studimet në të gjithë Evropën kanë treguar shtrirjen dhe shumëllojshmërinë e kujdesit nga kujdestarë të tillë, por edhe nevojën e tyre për mbështetje që ata të vazhdojnë në këtë detyrë thelbësore pa dëmtuar jetën dhe shëndetin e tyre.

- Shërbimet shëndetësore duhet të përshtaten më afër nevojave specifike të të moshuarve.
- Kujdesi për kujdestarët është një prioritet urgjent dhe kërkon më shumë mendim imagjinar dhe njohje të rolit të tyre si partnerë të barabartë.
- Përvoja e të moshuarve që marrin kujdes shëndetësor mund të përdoret për të këshilluar për t'i bërë shërbimet e kujdesit shëndetësor më efektive dhe më të përgjegjshme ndaj nevojave të tyre.

Miti 7

Sigurimi për të moshuarit u merr burimet të rinjve.

Ky është një **keqkuptim**. Nga shumë ndryshime të nevojshme për të përmirësuar cilësinë e jetës së të moshuarve përfitojnë të gjitha grupmoshat. Merrni si shembull masat e sigurisë: kalimet e sigurta në rrugët e ngarkuara shpëtojnë jetë në çdo moshë. Ndriçimi më i mirë në rrugë dhe në shtëpi zvogëlon rrezikun e rënies për të gjithë.

Investimi në rregullime mjaft të thjeshta në shtëpi, si objektet e banjës dhe dorezat mbështetëse të aksesueshme lehtësisht, mund të zvogëlojë gjithashtu aksidentet që janë të dhimbshme, të shtrenjta për t'u trajtuar dhe mund të rezultojnë në vdekshmëri të lartë tek të moshuarit. Pajisjet më të sigurta të gatimit do të mbronin fëmijët e vegjël si dhe gjyshërit e tyre.

Hapësirat e gjelbra për ushtrime të sigurta dhe relaks janë në dobi të të gjithë komunitetit

Miti 8

Shpenzimet në kujdes për të moshuarit janë humbje burimesh.

Kjo thjesht **nuk është e vërtetë**. Shpenzimi për shërbime të përshtatshme për të moshuarit mund të kursejë para. Për shembull, njerëzit mund të mbahen të lëvizshëm dhe aktivë në rrjetet e tyre sociale, duke reduktuar nevojën e tyre për kujdes shtesë, nëse shumica relativisht të vogla parash shpenzohen për:

- sigurimi i syzeve, aparateve të dëgjimit dhe mjeteve ndihmëse për të ecur
- sigurimin e përdorimit korrekt të barnave
- ofrimi i këshillave për dietën dhe ushtrimin fizik.

Miti 9

Të moshuarit nuk janë të përshtatshëm për vendet moderne të punës.

Ku dhe si punojnë njerëzit ndikon në shëndetin e tyre dhe në numrin e viteve që ata ndihen të aftë për të punuar.

Atletët profesionistë, për shembull, mund të kenë nevojë të ndryshojnë karrierën në moshën 35 vjeçare, ndërsa shkrimtarët thjesht vazhdojnë të shkruajnë.

Njerëzit që bëjnë punë të sforcuara dhe të përsëritura mund të kenë më shumë vështirësi për të vazhduar punën me rritjen e moshës, ndërsa njerëzit e vetëpunësuar, si ata në bujqësi, të cilët rregullojnë orarin e tyre, mund të vazhdojnë të ngrenë, të ngjiten dhe të përkulen për aq kohë sa ndihen mirë.

Institucionalizimi i daljes në pension dhe nevojat e perceptuara të politikës ekonomike përforcojnë pjesërisht keqkuptimin në lidhje me të moshuarit dhe vendin e punës. Vendosja e moshës së pensionit ka pak të bëjë me kapacitetin e punës. Çështje të tilla si luhatja e perceptuar në mundësitë e punësimit për të rinjtë dhe të moshuarit, politikat afatgjata për ristrukturimin e ekonomisë që prekin sektorët që punësojnë një numër të madh të moshuarish, nevojat e të moshuarve të paaftë për të punuar dhe presioni nga sindikatat, të gjitha ndikojnë në rregullat formale të daljes në pension.

Studimet e sjelljes së punëtorëve të moshuar kanë treguar se segmente të veçanta të rritjes mendore mund të përforcohen në të vërtetë ndërsa njerëzit rriten:

- të menduarit strategjik
- shqyrtimi dhe menaxhimi i çështjeve
- paraqitja e bazave logjike të vendimeve
- duke marrë një perspektivë gjithëpërfshirëse.

Miti 10

Ju nuk mund t'i mësoni një qeni të vjetër truket e reja.

Kjo thënie e njohur është një tjetër mit i plakjes. Studimet tregojnë se njerëzit e moshuar janë shpesh më shumë të motivuar dhe më këmbëngulës se sa homologët e tyre më të rinj në kurset e trajnimit. Kur grupmoshat e përziera mësojnë së bashku, jo vetëm që të moshuarit mund të jenë studentë më të mirë, por prania e tyre shpesh i motivon të rinjtë të përpiqen më shumë.

Miti 11

Të moshuarit presin të lihen mënjatë.

Të moshuarit janë shumë më të informuar se në të kaluarën. Ata janë shumë më të vetëdijshëm se si mund të përmirësohet shëndeti dhe cilësia e jetës së tyre. Ata janë gjithashtu një grup në rritje dhe gjithnjë e më i zëshëm. Duke pasur mundësinë për të shprehur mendimet dhe këshillat e tyre, të moshuarit mund të japin kontribute të vlefshme dhe ndonjëherë befasuese në vendimmarrjen në lidhje me promovimin e shëndetit dhe mirëqenies në komunitetin e tyre.

Një mënyrë për ta arritur këtë ka qenë përfshirja e të moshuarve në organet vendimmarrëse të komunitetit.

Miti 12

Gjërat do ecin vetë.

Ndoshta një nga mitet më të rrezikshme nga të gjithë është se, duke i lënë në rrjedhën e tyre, gjërat funksionojnë gjithmonë.

Në këtë botë moderne, ndryshimi vjen me shpejtësi. Njëzet vjet nga tani, shoqëria do të duket krejt ndryshe në shumë aspekte. Situata, kapaciteti, aspiratat dhe nevojat e të moshuarve duhet të diskutohen hapur në forume në të cilat të moshuarit, duke përfshirë edhe ata më të rrezikuarit, mund të shprehin mendimet e tyre.

Referenca

1. Kolovou GD, Kolovou V, Mavrogeni S. We are ageing. *Biomed Res Int*. 2014;2014:808307.
2. <https://yora.com/blogs/journal/primary-aging>
3. <http://www.instat.gov.al/al/statistikat-n%C3%AB-shkolla/popullsia-e-shqip%C3%ABris%C3%AB/>
4. APA Dictionary of Psychology. <https://dictionary.apa.org/>. Accessed 15 January 2022.
5. National Research Council (US) Center for Economic, Governance, and International Studies. Grand Challenges of Our Aging Society: Workshop Summary. Washington (DC): National Academies Press (US); 2010. 3, Enhancing Healthy Aging. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK220195/>
6. 6 Tips for Healthy Aging. Centers for Disease Control and Prevention National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. <https://www.cdc.gov/chronicdisease/resources/infographic/healthy-aging.htm>
7. WHO. Demystifying the myths of ageing, 2008. ISBN 978 92 890 4282 6.

Sindromat geriatrike

Objektivat

Në fund të këtij leksioni, studentët do të jenë në gjendje të:

- Njohin dhe përshkruajnë sindromat geriatrike
- Njohin masat parandaluese dhe menaxhimin e sindromave geriatrike

Këndvështrim i përgjithshëm

Sindromat geriatrike janë gjendje multifaktoriale që janë të përhapura tek të rriturit e moshuar. Sindromat geriatrike besohet se zhvillohen kur një individ përjeton dëmtime të akumuluar në sisteme të shumta që komprometojnë aftësinë e tyre kompensuese. Këto situata quhen sindroma për të theksuar se manifestimet e kombinuara lidhen me një numër të madh faktorësh. Sindromat geriatrike janë të vështira për t'u kuptuar për shkak të kompleksitetit të faktorëve të shumtë dhe efektet sinergjike të faktorëve të ndryshëm të rrezikut. Sindromat geriatrike të tilla si dobësia, deliri, mosmbajtja e urinës, marramendja, rëniet, problemet e gjumit, kequshqyerja, dhimbja, vetë-neglizhenca janë shumëfaktorale dhe shoqërohen me sëmundshmëri të konsiderueshme dhe rezultate të dobëta në praktikën klinike. Ato janë shumë të përhapura tek të moshuarit, veçanërisht te të moshuarit e dobët [1].

Sindromat geriatrike përfshijnë 6 gjendjet e mëposhtme:

Rrëzimet



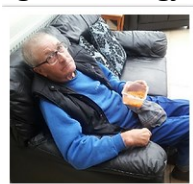
Inkontinenca urinare



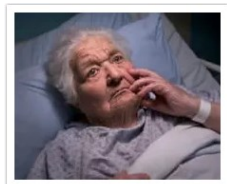
Ulcerat e Presionit



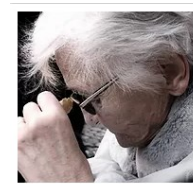
Çrregullimet e gjumit



Deliri



Dementia



Çfarë është një sindromë geriatrike?

Konceptualizimi i sindromave geriatrike ka evoluar me kalimin e kohës [2]. Në terma të përgjithshëm, një "sindromë" është përkufizuar si "një grup shenjash dhe simptomash që ndodhin së bashku dhe karakterizojnë një anomali të veçantë"[3] ose "përmbledhja e simptomave dhe shenjave të lidhura me çdo proces morbid dhe që përbëjnë së bashku fotografinë e sëmundjes"[4]. Në përdorimin aktual mjekësor, një sindromë i referohet një modeli simptomash dhe shenjash me një shkak të vetëm themelor që mund të mos jetë ende i njohur [5]. Sindromat geriatrike, nga ana tjetër, i referohen "gjendjeve shëndetësore multifaktoriale që ndodhin kur efektet e akumuluar të dëmtimeve në sisteme të shumta e bëjnë një person [të moshuar] të prekshëm ndaj sfidave të situatës". Përdorimi geriatrik i termit "sindromë" thekson shkaktimin e shumëfishtë të një manifestimi të unifikuar [6], Figura 3-1 [8].

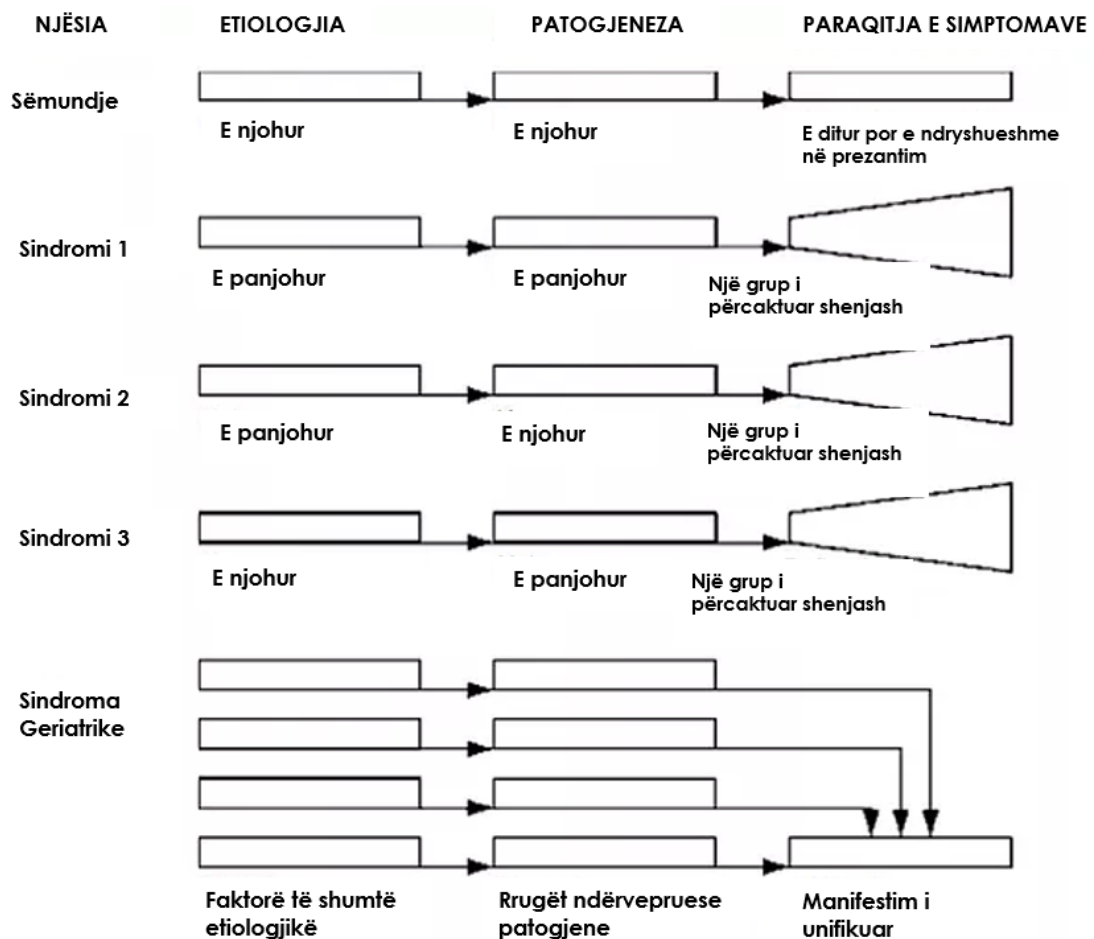


Figura 3-1. Sindromi Geriatrik

Në fokus të këtij leksioni do të jenë rrëzimet, inkontinenca urinare, ulcerat e presionit dhe çrregullimet e gjumit pasi deliri dhe demenca do të trajtohen si tema më vete.

Rrëzimet

Rrëzimet apo rënia është e zakonshme tek të moshuarit, ku 30% e atyre mbi 65 vjeç dhe 50% e atyre mbi 80 vjeç bien të paktën një herë në vit. Studimi retrospektiv i kryer në Shqipëri evidentoi se moshë mesatare e personave me frakturë ishte më shumë se 60 vjeç dhe shkaktarët kryesor të tyre ishin rrëzimet, rëshkitja dhe dëmtimi i shikimit [9]. Sipas udhëzimit NICE [10] rekomandohet që të moshuarit të pyeten në mënyrë rutinore nëse kanë rënë vitin e kaluar. Sipas udhëzimit rekomandohet kryerja e një vlerësimi multifaktorial i rrezikut për të gjithë individët e moshës 65 vjeç e lart që paraqesin:

- Kërkesë për kujdes mjekësor pas rënies
- Dy ose më shumë rënie në 12 muajt e fundit
- Vështirësi në ecje ose ekuilibër

Vlerësimi

Një vlerësim multifaktorial duhet të përfshijë elementët e mëposhtëm:

1) Merrni detaje të rënies

- Si ke rënë? Çfarë ndodhi saktësisht?
- Sa rënie keni pasur vitin e kaluar?

Kjo ndihmon për të bërë dallimin midis një rënieje të njëpasnjëshme dhe rënies së përsëritur. Rënia e parë ndonjëherë, ose një rritje në frekuencën e rënies, mund të tregojë një sëmundje akute.

- A jeni rrëzuar ndonjëherë ose "sapo keni rënë" pa paralajmërim?

Kujdes nga pacienti që thotë "Duhet të jem penguar". A e kujtojnë ata të vërtetën se si u penguan? Njerëzit e moshuar me ose pa dëmtime njohëse mund të përpiqen dhe të jenë të dobishëm duke thënë këtë, por infermieri duhet të vlerësojë faktorët e tyre të rrezikut. Merrni parasysh mundësinë e sinkopës ose afër sinkopës që shkakton rënie që janë të pashpjegueshme.

- Keni marramendje nëse ngriheni shpejt? A e ndjeni ndonjëherë dhomën duke u rrotulluar? Ndihehi të paqëndrueshëm apo të çekuilibruar?

Merrni parasysh mundësinë e sinkopës ose afër sinkopës që shkakton rënie që janë të pashpjegueshme. Gjendje të tilla si hipotensioni ortostatik ose ato që shkaktojnë vertigo mund të kontribuojnë në rënie.

- A duhet të nxitoni për të shkuar në tualet?

Të moshuarit me fshikëz tepër aktive ose mosmbajtje urinare do të nxisin të shkojnë në tualet, duke i vënë ata në rrezik më të madh për të rënë.

2) Merrni parasysh ndikimin e sëmundjeve shoqëruese dhe rishikoni medikamentet

Të moshuarit mund të kenë sëmundje të shumta shoqëruese për të cilat mund të marrin trajtim që mund të rrisë rrezikun e rënies, p.sh. Anti-hipertensivë, antikoagulantë, psikotropikë.

Një qasje pragmatike duhet të adoptohet në këto rrethana, duke marrë parasysh përfitimin e trajtimit aktual ose të synuar, dëmin e mundshëm nga vazhdimi ose ndërprerja e mjekimit dhe preferencat dhe qëllimet e vetë pacientit.

Reduktimi dhe ndërprerja e mjekimit duhet të merret parasysh për të moshuarit me rënie, veçanërisht nëse ata janë të dobët me sëmundje të shumta. Tek të moshuarit me polifarmaci rekomandohen kriteret STOPP/START.

3) Kryeni një ekzaminim fizik duke u fokusuar tek:

- Shikimi
- Ritmi dhe ritmi i zemrës
- Forca e muskujve
- Dëmtimi neurologjik
- Ekzaminimi i gjurit
- Ndjesia periferike
- Këmbët/këpucët

Duhet të kryhet një EKG rutinë. Nëse rrëzimet janë të pashpjegueshme ose mund të jenë në përputhje me sinkopën. Njerëzit e moshuar që jetojnë në komunitet me një histori të rënies të përsëritura dhe/ose një deficit ekuilibri dhe ecjeje kanë më shumë gjasa të përfitojnë nga referimi për trajnime profesionale të forcës dhe ekuilibrit.

4) Matni presionin e gjakut në qëndrim dhe në këmbë

Hipotensioni ortostatik mund të testohet duke i kërkuar pacientit të shtrihet për 5 minuta; më pas, presioni i gjakut mund të kontrollohet në shpinë, menjëherë në këmbë dhe përsëri në 1 minutë dhe 3 minuta. Zakonisht përcaktohet nga një rënie e presionit të gjakut sistolik prej të paktën 20 mm Hg ose në presionin diastolik të gjakut prej të paktën 10 mm Hg. Pacientët që qëndrojnë në shtrat për periudha të gjata kohore mund të kushtëzohen nga gjendja dhe mund të zhvillojnë intolerancë ortostatike. Hipotensioni pas ngrënies mund të ndodhë për shkak të vazodilatimit splanik pas ngrënies.

5) Kryeni një test "Çohu dhe shko"

6) Vlerësimi i rreziqeve në shtëpi

Kjo mund të identifikojë rreziqet e zakonshme si qilimat e lirshëm, ambjentet me ndriçim shumë të ulët ose të zbehtë, ose të identifikojë pajisjet e nevojshme të sigurisë si parruket ose shinat kapëse [11].

Inkontinenca urinare

Inkontinenca urinare- Simptoma e mosmbajtjes së urinës (IU) është raporti i humbjes së pavullnetshme të urinës, e mjaftueshme për të qenë një shqetësim, ndërsa shenja e IU është vërejtur nga rrjedhje urinare. Problemet e kontrollit të fshikëzës janë të zakonshme.

Në varësi të cilësimeve, deri në dy të tretat e të rriturve të moshuar përjetojnë IU dhe prevalenca rritet me moshën. Simptomat shqetësuese të traktit urinar të poshtëm mund të shfaqen deri në 30% të meshkujve më të vjetër se 65 vjeç ndërkohë që prevalenca e nikturisë tek meshkujt e moshuar është rreth 78% [12,13]. Sëmundjet shoqëruese që ndikojnë në kontinencë janë diabeti, sëmundjet respiratore,

insuficiencia kardiake kongjeste, apnea në gjumë dhe sëmundet artikulare degenerative. Edhe medikamente të caktuara kontribuojnë në IU.

Vlerësimi i pacientit duhet të përfshijë:

Historikun:

Historia klinike duhet të përfshijë:

- Kohëzgjatja e fillimit dhe ashpërsia e simptomave të traktit të poshtëm urinar,
- Një vlerësim subjektiv i shkallës së shqetësimit të lidhur me simptomat, dhe
- Pyetje specifike rreth urgjencës dhe rrjedhjes së urinës.

Simptomat mund të ndahen në probleme me ruajtjen ose zbrazjen.

Pyetet pacienti për:

- Dhimbje, dizuri dhe hematuri - këto simptoma kanë nevojë për rishikim urgjent.
- Simptomat urinare gjatë fëmijërisë - për shembull enureza e natës.
- Funkcioni dhe shpeshtësia e zorrëve – kapsllëku mund të çojë në mosmbajtje.
- Simptomat sistemike dhe ato simptoma që mund të shoqërohen me sëmundje që predispozojnë një pacient për mosmbajtje urinare p.sh. diabetit.
- Sëmundjet shoqëruese (SPOK, Diabet Mellitus) dhe procedurat e mëparshme kirurgjikale, veçanërisht ato në ose rreth legenit.
- Historia obstetrike dhe gjinekologjike.
- Mjekimi. Shumë ilaçe mund të përkeqësojnë mosmbajtjen e urinës.

Mjetet e vlerësimit:

- Pavarësisht nëse dyshohet se IU është kalimtare apo e vendosur, rekomandohet mbajtja e një ditari të fshikëzës për mbledhjen e informacionit si vlerësimit.
- Ditarët e fshikëzës duhet të mbledhin të dhënat e mëposhtme: episodet e IU, aktivitetet e lidhura gjatë episodeve të IU, kohët dhe vëllimet e zbrazjeve, marrja e lëngjeve, përdorimi i produktit absorbues dhe episodet e lëvizjes së zorrëve
- Ditari i fshikëzës konsiderohet një mjet i rëndësishëm për të mbledhur të dhëna historike thelbësore për diagnozën dhe menaxhimin e IU. Një ditar 7-ditor i fshikëzës është një mjet i besueshëm por edhe sfidues për t'u marrë në mjediset klinike për shkak të kohëzgjatjes së tij; mbajtja e një ditari tre-ditor ose dy-ditor është më praktik.
- Ditarët ose regjistrimet e fshikëzës, vazhdojnë të jenë mjeti standard për vlerësimin e modeleve të episodeve të IU. Ndërsa ditari i fshikëzës kërkon testimin e vlefshmërisë në popullata të ndryshme, shkurtësia dhe aftësia e tij për t'u vetëadministruar janë pikat e forta për përdorim në mjediset klinike.

Ekzaminimi:

Sistemi kardio-vaskular	- shikoni për shenja të sëmundjes kronike kardiorespiratore
Njohja	- testimi i aftësive njohëse

Neurologjik	- vlerësoni ecjen, kontrolloni përkuljen e gishtave të këmbës dhe ndjesinë perineale, ndjesinë e shputës dhe aspektin e pasmë të kofshës
Abdomeni	- palponi për masat ose veshkat e zmadhuara, palpacion dhe goditje për një fshikëz të zgjeruar.
Ekzaminimi Dixhital Rektal	- duhet të kryhet në të gjithë pacientët për të vlerësuar tonin anal, praninë e kapsllëkut ose masës rektal dhe për të vlerësuar madhësinë e prostatës tek meshkujt.
Vaginale	- Inspektimi mund të zbulojë atrofi vaginale ose prolapsi. Forca e muskujve të dyshemesë së legenit mund të vlerësohet gjatë një ekzaminimi vaginal

Egzaminimet fillestare:

- Grafiku i frekuencës / vëllimit
- Urinaliza
- Testet e gjakut, Kalcium, Glukozë

Referimi i specialistit: Referojini pacientët me sa vijon:

- hematuria
- prolaps
- dhimbje të lidhura me urinimin
- dyshimi për kancer të prostatës
- merrni parasysh rekomandimin nëse nuk ka përmirësim me agonist antikolinergjik ose beta 3

Menaxhimi i Përgjithshëm: Diagnostikimi dhe menaxhimi i shkaqeve të kthyeshme / shkaktuesit e mosmbajtjes së urinës: deliri, lëvizshmëria e kufizuar, kapsllëku, infeksionet urinare, medikamente, atrofia vaginale, diabeti, sëmundjet kronike të veshkave [14].

Ulcerat e Presionit

Një ulçerë presioni përkufizohet nga European Pressure Ulcer Advisory Panel si një zonë e dëmtimit të lokalizuar të lëkurës dhe indit themelor të shkaktuar nga presioni, prerja ose fërkimi, ose një kombinim i tyre. Ulcerat e presionit shkaktohen nga një prishje lokale e indeve të buta si rezultat i ngjeshjes midis një ngritjeje kockore dhe një sipërfaqeje të jashtme. Zakonisht zhvillohen në gjysmën e poshtme të trupit: dy të tretat rreth legenit dhe një e treta në gjymtyrët e poshtme ku ulçerat e thembrave janë më të zakonshme. Të moshuarit janë grupi më i mundshëm për të pasur ulçera presioni; kjo është veçanërisht e vërtetë për ata mbi 70 vjeç. Ulcerat e presionit te individët e moshuar mund të shkaktojnë sëmundshmëri dhe vdekshmëri të

konsiderueshme dhe janë një barrë e madhe ekonomike për sistemin e kujdesit shëndetësor.

Braden Scale [15] është mjeti më i përdorur për vlerësimin e rrezikut të zhvillimit të ulcerave nga presioni. Parandalimi duhet të jetë objektivi përfundimtar i kujdesit për ulcerat e presionit dhe kërkon një kuptim të patofiziologjisë që çon në ulcerat e presionit dhe mjetet për reduktimin e faktorëve të rrezikut të brendshëm dhe të jashtëm.

Manifestimet klinike mund të jenë të vogla në fazat e hershme dhe njohja e hershme kërkon një prag të ulët dyshimi. Ekzaminimi klinik shpesh nënvlerëson shkallën e përfshirjes së indeve të thella dhe gjetjet e tij janë të pamjaftueshme për zbulimin e osteomielitit shoqërues.

Të dhënat mikrobiologjike, nëse merren nga biopsia e indeve të thella, janë të dobishme për drejtimin e terapisë antimikrobale, por ato janë të pamjaftueshme si kriteri i vetëm për diagnostikimin e infeksionit.

Studimet imazherike, si tomografia e kompjuterizuar dhe rezonanca magnetike, janë të dobishme, por biopsia e kockave dhe vlerësimi histopatologjik mbeten "standardi i artë" për zbulimin e osteomielitit.

Qëllimet e trajtimit të ulcerave të presionit duhet të jenë zgjidhja e infeksionit, promovimi i shërimit të plagëve dhe vendosja e një kontrolli efektiv të infeksionit.

Parandalimi

Çelësat e parandalimit janë identifikimi i pacientëve në rrezik, përmirësimi i shëndetit të përgjithshëm, minimizimi i forcave të jashtme dhe promovimi i programeve edukative për ulcerat e presionit tek kujdestarët.

Në këtë drejtim, rëndësia e kujdesit cilësor infermieror në parandalimin e ulçerës nga presioni nuk mund të mbitheksohet.

Incidenca e ulcerave të presionit në një institucion të kujdesit afatgjatë është shpesh një masë e drejtpërdrejtë e cilësisë së kujdesit infermieror të ofruar, veçanërisht në vëmendjen e përpiktë që i kushtohet pozicionimit të kujdesshëm dhe kthimit të shpeshtë të pacientit të shtrirë në shtrat. Aftësia për të minimizuar 4 faktorët e jashtëm të rrezikut (presioni, fërkimi, shtypja dhe lagështia) është thelbësore për këtë strategji parandaluese. Presioni mund të reduktohet nëpërmjet pozicionimit dhe rrotullimit të kujdesshëm.

Fërkimi dhe shtypja mund të shmangen duke mos i tërhequr pacientët mbi shtretërit e tyre dhe duke i kushtuar vëmendje pozicionimit të tyre.

Lagështia zakonisht është rezultat i mosmbajtjes së urinës; Inkontinenca duhet të trajtohet, nëse është e mundur, ose efektet e saj duhet të reduktohen me përdorimin e jastëkëve absorbues [16]. Roli i infermierit në menaxhimin e plagëve të presionit është thelbësor si në bazat e kujdesit të plagëve kronike, si dhe në përdorimin e teknologjive dhe zbatimin e praktikave më të mira gjatë gjithë procesit të kujdesit, për t'i ofruar pacientit kujdes të sigurt dhe cilësor. Por një rishqyrtim literature për kujdesin e plagëve kronike përfshirë dhe ato nga presioni në Shqipëri nuk evidentoi asnjë artikull në lidhje me kujdesin infermieror për plagët nga presioni [17].

Çrregullimet e gjumit

Gjumi normal organizohet në faza të ndryshme që qarkullojnë gjatë gjithë natës. Studimet polisomnografike i kanë klasifikuar fazat e gjumit me lëvizje të shpejtë të syve (REM) dhe në gjumë jo-REM. Gjumi REM (dmth., gjumi paradoksal i desinkronizuar) është faza e gjumit gjatë së cilës toni i muskujve zvogëlohet ndjeshëm. Kjo fazë shoqërohet me shpërthime të shikimit të ndërlidhur dhe ëndërrimit. Sasi relative të gjumit REM ruhen deri në pleqëri ekstreme, kur ato tregojnë një rënie.

Gjumi jo-REM ndahet në 4 faza:

Fazat 1 dhe 2 përbëjnë gjumin e lehtë, dhe fazat 3 dhe 4 quhen gjumë i thellë ose gjumë me valë të ngadalta.

Me plakjen, ndodh një rritje në kohëzgjatjen e gjumit të fazës 1 dhe një rritje në numrin e ndërrimeve në fazën 1 të gjumit.

Fazat 3 dhe 4 zvogëlohen dukshëm me moshën. Në pleqëri ekstreme (>90 vjeç), fazat 3 dhe 4 mund të zhduken plotësisht.

Megjithatë, disa studime kanë zbuluar se gratë e moshuara priren të kenë gjumë normal ose madje të rritur të fazës 3, ndërsa burrat kanë gjumë normal ose të reduktuar të fazës 3.

Përkufizimet

Koha në shtrat. Individët e moshuar kalojnë më shumë kohë të shtrirë në shtrat gjatë natës pa fjetur ose pa u përpjekur të flenë. Ata gjithashtu përdorin shtratin për pushim dhe dremitje gjatë ditës.

Periudha totale e gjumit. Periudha totale e gjumit i referohet kohës nga fillimi i gjumit deri në zgjimin përfundimtar nga periudha kryesore e gjumit të ditës. Periudha totale e gjumit rritet me moshën për shkak të rritjes së numrit të zgjimeve.

Koha totale e gjumit. Koha totale e gjumit i referohet periudhës totale të gjumit minus kohën e kaluar zgjuar gjatë periudhës së gjumit. Studimet kanë gjetur se koha totale e gjumit është ose e reduktuar ose e pandryshuar në popullatën e moshuar.

Vonesa e gjumit. Latenca e gjumit është koha nga vendimi për të fjetur deri në fillimin e gjumit. Studimet kanë gjetur ndryshueshmëri të konsiderueshme tek individët. Tek femrat, vonesa e gjumit ka qenë e lidhur me rritjen e moshës dhe përdorimin e drogave hipnotike, të cilat do të ulnin vonesën e gjumit.

Zgjimi pas fillimit të gjumit. Fillimi i zgjimit pas gjumit është koha e kaluar zgjuar nga fillimi i gjumit deri në zgjimin përfundimtar. Një rritje ndodh në kohën e kaluar zgjuar pas fillimit të gjumit në popullatën e moshuar. Dhimbja, këmbët e shqetësuara dhe dispnea janë identifikuar gjithashtu si faktorë në zgjimin gjatë gjumit.

Efikasiteti i gjumit. Efikasiteti i gjumit është raporti i kohës totale të gjumit me kohën e natës në shtrat. Shumica e studimeve kanë gjetur se efikasiteti i gjumit është ulur në popullatën e moshuar.

Çrregullimet e gjumit përfshijnë:

Çrregullime primare të gjumit. Çrregullimet primare më të shpeshta të gjumit tek të moshuarit janë pagjumësia, frymëmarrje e çrregulluar e gjumit, këmbët e shqetësuara dhe çrregullimi i sjelljes së gjumit REM.

Pagjumësia. Pagjumësia përkufizohet si një vështirësi në fillimin ose mbajtjen e gjumit.

Frymëmarrje e Çrregulluar e Gjumit. Frymëmarrja e çrregulluar e gjumit i referohet një spektri çrregullimesh: nga gërhitja deri te apnea.

Sindroma e këmbëve të shqetësuara dhe lëvizjet periodike të gjymtyrëve në gjumë. Sindroma e këmbëve të qeta karakterizohet nga disestezia e këmbëve që rezulton në dëshirën për të lëvizur. Kjo ndodh kur është e relaksuar, dhe është më e shpeshtë në mbrëmje dhe gjatë natës.

Çrregullim i sjelljes së gjumit me lëvizjen e shpejtë të syve. Çrregullimi i sjelljes së gjumit me lëvizjen e shpejtë të syve rezulton nga mungesa e atonisë normale të muskujve që është një tipar i gjumit REM.

Menaxhimi

Kur vlerësohet një pacient, identifikohen dhe trajtohen çrregullimet primare të gjumit, rishikohen medikamentet dhe gjendjet e tjera mjekësore që kontribuojnë.

Edukimi i pacientit mbi ndryshimet e lidhura me moshën dhe gjumin dhe higjienën e mirë të gjumit mund të jetë trajtimi adekuat për shumë të rritur të moshuar. Nëse historia fillestare dhe gjetjet e ekzaminimit fizik nuk zbulojnë një shkak serioz themelor, një provë e higjienës së përmirësuar të gjumit është qasja fillestare më e mirë.

Masat e zakonshme të rekomanduara përfshijnë si më poshtë:

- Mbani një kohë të rregullt zgjimi
- Mbani një kohë të rregullt gjumi
- Zvogëloni ose eliminoni dremitjet gjatë ditës
- Ushtroni çdo ditë, por jo menjëherë para gjumit
- Përdoreni shtratin vetëm për gjumë
- Mos lexoni apo shikoni televizor në shtrat
- Mos e përdorni kohën e gjumit si kohë shqetësimi
- Shmangni vaktet e rënda para gjumit
- Kufizoni ose eliminoni alkoolin, kafeinën dhe nikotinën para gjumit
- Mbani një periudhë rutinë të përgatitjes për shtrat (p.sh. larja, larja e dhëmbëve)
- Kontrolloni mjedisin e natës me një temperaturë të rehatshme, qetësi dhe errësirë.
- Vishni rroba të rehatshme dhe të lirshme në shtrat
- Nëse nuk mund të flini brenda 30 minutave, ngrihuni nga shtrati dhe kryeni një aktivitet qetësues, si të dëgjoni muzikë të lehtë ose lexoni, por shmangni ekspozimin ndaj dritës së fortë gjatë këtyre kohëve.
- Merrni ekspozimin e duhur ndaj dritës së diellit gjatë ditës

- Shmangni dremitjet gjatë ditës; shpjegimi i pacientit se dremitjet e ditës ulin gjumin e natës është i dobishëm

Njerëzit që janë mbipeshë dhe zakonisht gërhijnë me zë të lartë mund të ndihmohen nga humbja e peshës.

Të gjithë njerëzit që gërhijnë me zë të lartë duhet të përmbahen nga përdorimi i alkoolit ose qetësuesit e tjerë përpara se të shkojnë në shtrat. Ata gjithashtu duhet të marrin masa për të shmangur gjumin në shpinë (p.sh., duke ngjitur një top tenisi në pjesën e pasme të mbulesës së tyre).

Në mungesë të apnesë së gjumit, kushtet që kontribuojnë, të tilla si alergjitë, patologjitë e hundës ose zmadhimi i nazofaringit, duhet të kërkohen dhe të menaxhohen në mënyrë adekuate me spërkatje kortikoide intranazale ose të vlerësohen nga një specialist i veshit, hundës dhe fytit.

Nëse problemi i gjumit është dytësor pas një problemi mjekësor, trajtoni problemin parësor dhe jo problemin e gjumit.

Polisomnografia indikohet kur dyshohet për çrregullime primare të gjumit si apnea në gjumë ose lëvizje periodike të gjymtyrëve në gjumë.

Mund të indikohet konsultimi me specialistët e duhur, në varësi të shkaqeve themelore të çrregullimit të gjumit, të tilla si konsulta psikiatrike për depresion të rëndë dhe konsultim pulmonar ose kirurgjik për apne obstruktive të gjumit. Psikologët mund të ofrojnë terapi njohëse-sjellëse për pagjumësinë [18].



**PRAKTIKA INFERMIERORE E
BAZUAR NË EVIDENCË**



**ksploroni Uebin për instrumenta vlerësues të
Çrregullimeve të gjumit.**

Referenca

1. Eyigor S. Geriatric syndromes. Turk J Phys Med Rehab, 2009;55(Suppl 2):57-61.
2. Flacker JM. What is a geriatric syndrome anyway? J Am Geriatr Soc 2003;51:574–576.
3. Merriam-Webster Online Dictionary Available at www.m-w.com. Accessed on January 22, 2022.
4. Stedman's Medical Dictionary. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2006.
5. Olde Rikkert MG, Rigaud AS, van Hoeyweghen RJ et al. Geriatric syndromes: Medical misnomer or progress in geriatrics? Neth J Med 2003;61:83–87.
6. Tinetti ME, Inouye SK, Gill TM et al. Shared risk factors for falls, incontinence, and functional dependence. Unifying the approach to geriatric syndromes. JAMA 1995;273:1348–1353.
7. Geriatric Syndromes: Clinical, Research, and Policy Implications of a Core F.
8. Geriatric Concept. Sharon : K. Inouye, MD, MPH, Stephanie Studenski, MD, Mary E. Tinetti, MD, and George A. Kuchel, MD. JAGS 55:780–791, 2007.
9. Kamberi, K. Çelaj. (2020). Accurate Documentation of Fractures: An Important Element in Designing Cost-Effective Care Plans and Prevention. World Congress on osteoporosis, osteoarthritis and musculoskeletal diseases. Virtual congress. August 20-22, 2020
10. Falls in older people: assessing risk and prevention Clinical guideline [CG161] Published: 12 June 2013.
11. <https://www.cgakit.com/falls---more>
12. NICE. Urinary incontinence: the management of urinary incontinence in women. Clinical Guideline 171. (NICE, 2013).
13. NICE. Management of lower urinary tract symptoms in men. Clinical guideline CG97 (Nice, 2010).
14. <https://www.cgakit.com/urinary-incont----more>
15. https://www.in.gov/health/files/Braden_Scale.pdf
16. <https://www.cgakit.com/pressure-ulcers>
17. Fatjona Kamberi, Jerina Çelaj, Yllka Stramarko. Chronic Wounds Care and Management by Nurses in Albania-Future Challenges from a Review Study. International Conference: Care of Pressure and Venous Ulcers in Simulation Environment, November 08, 2019. ISBN: 978—9949-7395-3.0. Tallinn Health Care College, Estonia.
18. <https://www.cgakit.com/sleep-disorders>

Vlerësimi i situatës sociale dhe mjedisore të një personi të moshuar dhe familjes së tij

Objektivat

Në fund të këtij leksioni, studentët do të jenë në gjendje të:

- Njohin dhe përshkruajnë elementet e vlerësimit social dhe mjedisor të një personi të moshuar dhe familjes së tij
- Njohin strategji kujdesi për menaxhim

Vlerësimi social dhe mjedisor-vështrim i përgjithshëm

Vlerësimet sociale dhe mjedisore si pjesë e Vlerësimit Gjithëpërfshirës Geriatrik janë të rëndësishme pasi ato i shtojnë kontekstin komponentëve të tjerë të vlerësimit. Të kuptosh se çfarë vlere ka një vlerësim mjedisor, duhet të kuptohet gjithashtu se si funksionon personi brenda atij mjedisi. Po kështu rrethanat sociale dhe financiare kanë një ndikim të drejtpërdrejtë në mirëqenien fizike dhe mendore. Në këtë leksion do të shqyrtojmë të dy vlerësimet si pjesë e Vlerësimit Gjithëpërfshirës Geriatrik brenda kujdesit parësor lehtësisht të adaptueshme edhe në kontekstin e kujdesit infermieror në familje, duke përfshirë pyetjet që duhen bërë dhe hapat që duhen ndërmarrë [1].

Vlerësimi social dhe mjedisor

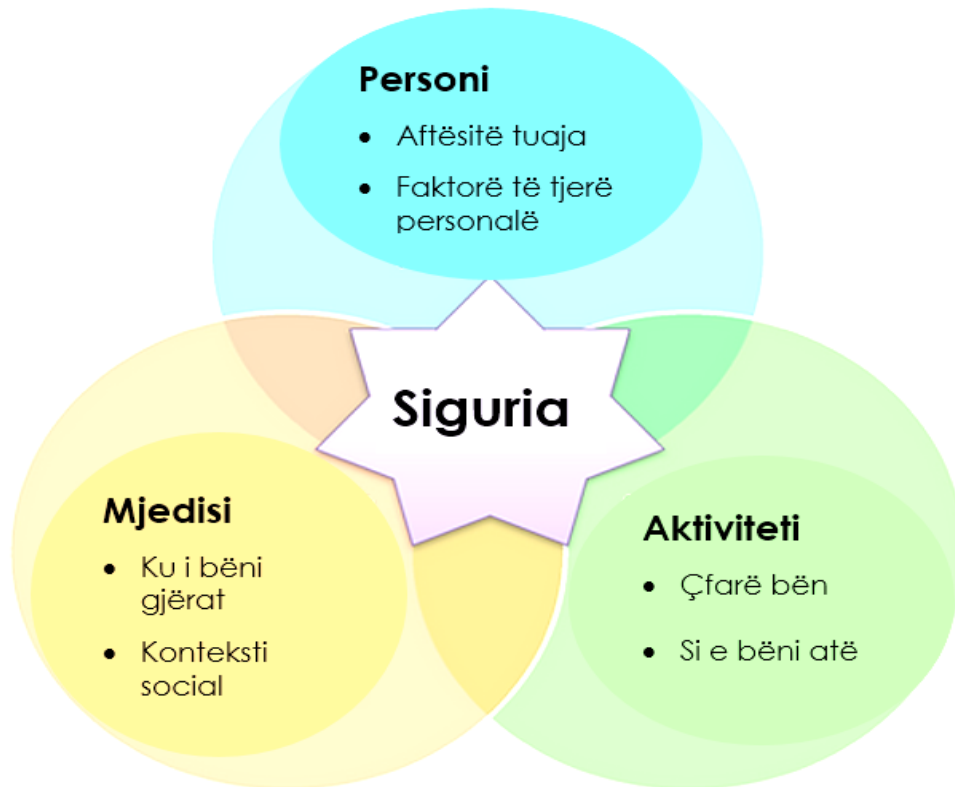
Rrethanat sociale dhe financiare kanë një ndikim të drejtpërdrejtë në mirëqenien fizike dhe mendore. Ato ndikojnë në aftësinë dhe prirjen e pacientëve për t'u pajtuar me këshillat mjekësore dhe shpeshtësinë e frekuentimit në kujdesin parësor dhe urgjencën mjekësore. Shumica e konsultimeve të kujdesit shëndetësor bëhen jashtë shtëpisë së pacientit dhe pa praninë e të afërmeve ose kujdestarëve joformalë. Është me rëndësi jetike që profesionistët e kujdesit shëndetësor të jenë të vetëdijshëm për situatën sociale të pacientit dhe strukturat mbështetëse, në mënyrë që të përshtatin sa më mirë këshillat dhe mbështetjen e tyre [2]. Vlerësimi Social ka qenë historikisht fusha e punonjësve socialë. Profesionistët e kujdesit shëndetësor janë prirur të bëjnë disa pyetje të thjeshta dhe të vazhdojnë përpara. Sa shpesh ju si infermier keni parë një histori sociale që përmban një fjalë "i martuar"? Profesionistët e kujdesit duhet të jenë më të ndërgjegjshëm për rrethanat sociale të pacientëve dhe efektet që ata kanë në mirëqenien e tyre mendore dhe fizike, respektimin e këshillave dhe shpeshtësinë e kontakteve me shërbimet shëndetësore. Mjekët e përgjithshëm janë të kufizuar nga koha dhe mund të mos jenë personat më të përshtatshëm për të krahasuar informacionin shoqëror dhe financiar të një pacienti. Kjo mund të bëhet lehtësisht nga

vetë pacienti, një kujdestar i mirëinformuar, një infermiere ose ndihmës i kujdesit shëndetësor ose në të vërtetë një punonjës social që punon si pjesë e ekipit multidisciplinar [2]. Është e rëndësishme të vlerësohen zonat e rrezikut brenda vendbanimit të të rriturve. 95% e rënies tek të moshuarit ndodhin brenda dhe rreth shtëpisë, shumica në dhomën e gjumit ose në banjë. Për shembull, ndriçimi i banjës është shpesh i pamjaftueshëm, dhe rreth zonave të vaskës dhe tualetit nuk ka shiritat e duhur të dorës [3]. Faktorët socialë, ekonomikë dhe mjedisorë kontribuojnë në shërimin e pacientëve pas daljes së tyre nga spitali [4]. Shembuj të tjerë të rreziqeve të jashtme të sigurisë mjedisore përfshijnë kafshët shtëpiake nëpër këmbë, grumbujt e letrave dhe sendeve personale, dyshemetë e dëmtuara ose mungesën e riparimeve në shtëpi dhe kordonët zgjatues që paraqesin rreziqe lëvizshmërie në vendkalimet e zakonshme. Identifikimi i rreziqeve të tilla dhe zbatimi i një plani modifikimi mjedisor mund të zvogëlojë ndjeshëm rrezikun brenda shtëpisë për personat e moshuar.

Faktorët e brendshëm për të moshuarin individual gjithashtu rrisin kërcënimin e lëndimit. Rënia e shikimit, ekuilibri, perceptimi shqisor dhe koha e reagimit rrisin rrezikun për rënie. Ulja e forcës dhe lëvizshmërisë kërcënon gjithashtu ekuilibrin.

Polifarmacia është një problem i zakonshëm në mesin e të moshuarve, që rezulton në nikturi ose marramendje. Efektet anësore të ilaçeve ose ndërveprimet me ilaçet, së bashku me konfuzionin e shtuar, shpesh shoqërohen me rritjen e moshës dhe rrisin shumë mundësinë e rënies.

Këto probleme janë shembuj të faktorëve të lindur që mund të kërcënojnë ndjenjën e sigurisë, duke e vendosur një person në një rrezik të shtuar për rënie.



Faktorët njohës të vendimmarrjes, të tilla si të qenit i vetëdijshëm për kafshët shtëpiake ose mbajtja e një bastuni kur dalin nga banja nga ana e të moshuarve, konsiderohen gjithashtu faktorë të brendshëm. Vlerësimi i rreziqeve të brendshme dhe mësimi i klientëve se si të ruajnë një mjedis të sigurt dhe të shëndetshëm janë thelbësore për çdo infermiere që punon brenda mjedisit të shtëpisë.

Individët duhet të vlerësohen për një histori rënieje, duke përfshirë rëniet e afërta dhe rëniet aktuale të mëparshme, veçanërisht në shtëpi. Një histori pozitive e rënies e vendos një të rritur të moshuar në rrezik dukshëm më të lartë për rënie të mëvonshme. Rishikimi i rrethanave të rreziqeve të mëparshme mund të jetë i dobishëm në edukimin e të moshuarve rreth metodave për të shmangur rëniet në të ardhmen dhe mund të zvogëlojë rrezikun [5].

Një nivel i caktuar rreziku brenda shtëpisë mund të llogaritet duke vlerësuar sjelljen e një të rrituri të moshuar atje. Masat paraprake personale mund të minimizojnë rrezikun dhe efektet e shkaktuara nga rreziqet ekzistuese. Për shembull, një telefon duhet të jetë i disponueshëm për akses të lehtë, me numra urgjence dhe numra të tjerë thelbësorë, duke përfshirë numrin e shtëpisë së fqinjit më të afër.

Është e rëndësishme që i moshuari të dijë se si të telefonojë dhe kujt duhet t'i bëhet thirrjet e urgjencës; prandaj, të gjithë numrat e rëndësishëm të telefonit duhet të shfaqen me shkrim të madh dhe të lexueshëm.

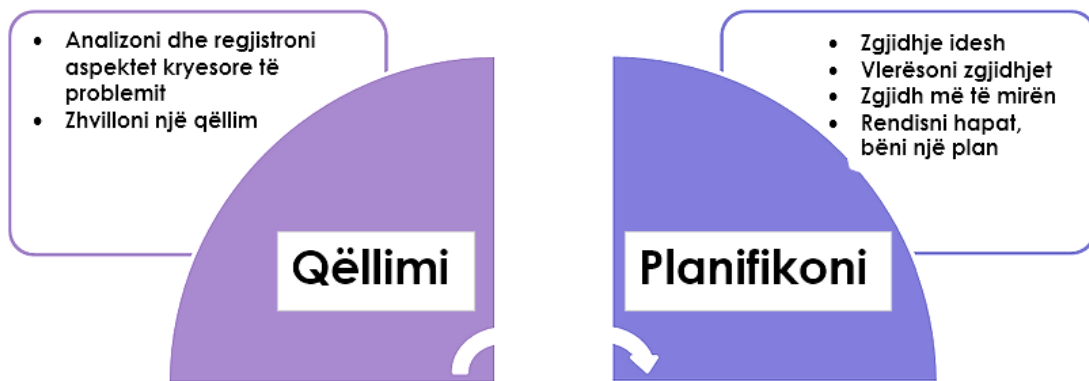
Të rriturit e moshuar me burime të kufizuara shpesh përdorin soba me dru për të ngrohur shtëpinë dhe për të kursyer para. Ky dhe burime të tjera të nxehtësisë që lëshojnë monoksid karboni mund të jenë mjaft të rrezikshme. Ventilimi brenda shtëpisë duhet të kontrollohet rregullisht dhe duhet të vlerësohet prania e monoksidit të karbonit. Gjithashtu, temperatura e ambientit të shtëpisë duhet të kontrollohet gjatë një periudhe 24-orëshe.

Një kohë e zakonshme në të cilën rëniet ndodhin tek të moshuarit është nata, duke rezultuar në ekspozim të mundshëm ndaj hipotermisë gjatë muajve të dimrit sidomos në rajonet e ftohta.

Përveç kësaj, furnizimet e ndihmës së parë duhet të jenë të disponueshme brenda çdo shtëpie dhe çdo person i moshuar duhet të udhëzohet për teknikat e ndihmës së parë emergjente.

Një listë e të gjitha medikamenteve aktuale duhet të mbahet lehtësisht e disponueshme dhe e identifikueshme që një ekip i përgjigjes së urgjencës ta gjejë.

Lëvizja e trupit të lidhur me lëvizshmërinë dhe aktivitetet e jetës së përditshme mund të rrisë në masë të madhe rrezikun e rënies tek të moshuarit me ekuilibër, forcë, gamë të lëvizjes dhe lëkundje posturale të komprometuar. Për këtë duhet vlerësuar edhe përdorimi i masave paraprake personale gjatë lëvizjes.

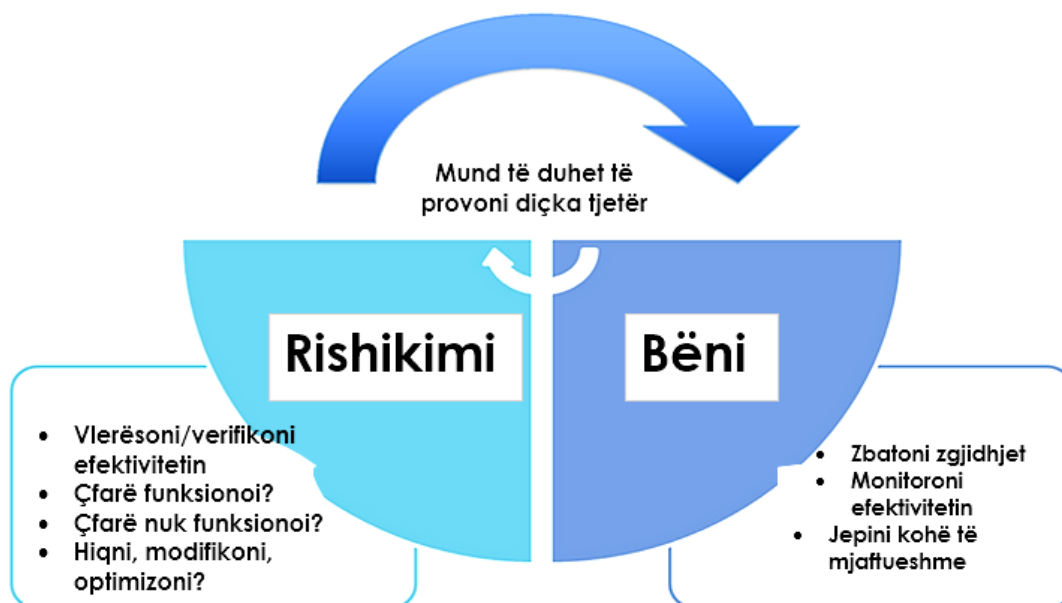


Ndërhyrjet stërvitore të shoqëruara nga edukimi rreth masave paraprake personale që përdorin metoda për të përmirësuar mekanikën e trupit dhe për të rritur lëvizshmërinë e sigurt mund të reduktojnë shumë rrezikun e lidhur me sjelljen [6].

Shtëpia duhet të vlerësohet me kujdes për rreziqet elektrike dhe zjarrit. Shumë pleq që jetojnë në shtëpitë e tyre me të ardhura fikse nuk mund të përballojnë riparimet e shtëpisë, duke i vënë ata në rrezik zjarri.

Një plan shpëtimi nga zjarri nga çdo dhomë në shtëpi duhet të formulohet dhe praktikohet nga të rriturit që jetojnë në shtëpi, veçanërisht klientët me lëvizshmëri të kufizuar. Në çdo shtëpi duhet të disponohen detektorë tymi dhe fikse zjarri funksionale dhe duhet të hartohet një plan për t'i kontrolluar ato rregullisht.

Nëse ka një zjarrfikës, klienti duhet të mësohet ta përdorë atë. Çdo person i moshuar duhet të ketë një plan për t'iu përgjigjur fatkeqësive që janë të realizueshme për atë zonë gjeografike si përmytjet, tërmetet, era me furtunë etj. Vlerësimi i sigurisë në shtëpi përfshin gjithashtu nivelin e rrezikut për krimin në shtëpi. Është e rëndësishme të përcaktohet nëse klienti ka qenë ndonjëherë viktimë e krimit dhe nëse ai ose ajo ka frikë të jetë viktimë apo jo. Ky vlerësim përfshin mashtrimin dhe format e paprekshme të krimit përveç traumës fizike. Frika nga krimi, me ose pa rrezik, shpesh çon në izolim social dhe ulje të cilësisë së jetës [7].



Vlerësimi social

"Modeli i pyetjeve" i vlerësimit social, ku shtrohen një sërë pyetjesh të paracaktuara, ka qenë qasja e zakonshme ndaj vlerësimit social nga profesionistët e kujdesit shëndetësor.

"Modeli i Shkëmbimit" është përdorur gjithnjë e më shumë nga organizatat e kujdesit. Modeli i Shkëmbimit, thekson rëndësinë e pavarësisë dhe cilësisë së jetës gjatë përcaktimit të nevojave dhe si rrjedhim është një aktivitet i përqendruar te personi.

Vlerësimi social thekson se profesionistët e kujdesit duhet të:

- Kryejnë një vlerësim të kujtqo që duket se kërkon kujdes dhe mbështetje, pavarësisht nga përshtatshmëria e tyre e mundshme për kujdesin e financuar nga shteti
- Përqendrojnë vlerësimin në nevojat e personit dhe mënyrën se si ato ndikojnë në mirëqenien e tyre dhe rezultatet që duan të arrijnë
- Përfshijnë personin në vlerësim dhe, sipas rastit, kujdestarin e tij ose dikë tjetër që ata autorizojnë
- Sigurojnë akses tek një avokat i pavarur për të mbështetur përfshirjen e personit në vlerësim nëse kërkohet
- Konsiderojnë gjëra të tjera përveç shërbimeve të kujdesit që mund të kontribuojnë në rezultatet e dëshiruara (p.sh. shërbimet parandaluese, mbështetja e komunitetit)
- Përdorin pragun e ri minimal kombëtar për të gjykuar përshtatshmërinë për kujdesin dhe mbështetjen e financuar nga publiku [8].

Mënyra për kujdesin dhe mbështetjen sociale

Për njerëzit me humbje të konsiderueshme të kapacitetit të brendshëm, dinjiteti është shpesh i mundur vetëm me kujdes, mbështetje dhe ndihmë nga të tjerët. Disponueshmëria e kujdesit dhe mbështetjes sociale është thelbësore për të siguruar një jetë dinjitoze dhe kuptimplotë. Kujdesi dhe mbështetja sociale përfshin jo vetëm ndihmën me aktivitetet e jetës së përditshme dhe kujdesin personal, por gjithashtu lehtësimin e aksesit në objektet dhe shërbimet publike të komunitetit, reduktimin e izolimit dhe vetmisë, ndihmën për sigurinë financiare, sigurimin e një vendi të përshtatshëm për të jetuar, lirinë nga ngacmimet dhe abuzimet, dhe pjesëmarrja në aktivitete që i japin kuptim jetës. Pyetjet për të vlerësuar nevojat e kujdesit social dhe mbështetjes mund të ndryshojnë sipas situatave. Nëse personi i moshuar ka rënie të kujtesës, pyetje rreth aktiviteteve të jetës së përditshme dhe financave mund të kërkojnë më mirë nga dikush që e njeh mirë personin, si p.sh. një anëtar i familjes, kujdestar ose mik.

PIKAT KRYESORE

Aftësia e reduktuar funksionale është e zakonshme në mesin e të moshuarve, veçanërisht në mesin e atyre me aftësi të kufizuara të brendshme, por nuk është e pashmangshme.

Punonjësit shëndetësorë të komunitetit mund të kontrollojnë humbjet e aftësive funksionale me një pyetësor të thjeshtë.

Ndërhyrjet e përshtatura me prioritetet e një të moshuari mund të përmirësojnë aftësinë funksionale.

Ndërhyrjet efektive përfshijnë ato për të përmirësuar kapacitetin e brendshëm, aftësinë funksionale dhe ofrimin e kujdesit dhe mbështetjes sociale.

☐ Kur nevojitet referim te specialist?

Punonjësit shëndetësorë duhet të dinë se kujt duhet t'i referohen të moshuarit për një vlerësim të specializuar. Protokollet do të ndryshojnë në varësi të disponueshmërisë. Një kryetar fshati, drejtor shkolle ose drejtues i një grupi besimi janë shembuj të njerëzve që mund të jenë të përshtatshëm në vend të një punonjësi social në disa mjedise. Duke pasur parasysh se kujdesi social i integruar dhe mbështetja kërkon mbështetjen e dimensioneve të shumëfishta, takimet e rregullta për të nxitur besimin midis specialistëve dhe shërbimeve janë të rëndësishme. Më poshtë janë shembuj të fushave të ekspertizës së specialistëve të ndryshëm të përfshirë në kujdesin për të moshuarit.

- Kushtet e jetesës: shërbime strehimi, punonjës social, terapist pune.
- Financat: punonjës social, shërbime këshillimore përfituese.

☐ Shenja vëzhguese për abuzim të mundshëm ndaj të moshuarve

1. SJELLJA E PERSONIT TË MOSHUAR

- Duket se ka frikë nga një i afërm ose një kujdestar profesionist.
- Nuk dëshiron të përgjigjet kur pyetet, ose shikon me ankth tek kujdestari/i afërmi përpara se të përgjigjet.
- Sjellja ndryshon kur kujdestari/i afërmi hyn ose del nga dhoma.
- I referohet kujdestarit në terma të tillë si "vullnet i fortë" ose shpesh "i lodhur" ose "i keq me temperament", ose duke u bërë nervoz / shumë i shqetësuar / shumë i stresuar / humbet durimin shumë lehtë.
- Tregon respekt të ekzagjeruar ose të skajshëm për kujdestarin

2. SJELLJA E KUJDESTARIT/TË AFËRMIT

- Pengon ose parandalon profesionistin dhe të moshuarin të flasin privatisht, ose vazhdon të gjejë arsye për të ndërprerë fundin e intervistës së vlerësimit (për shembull duke hyrë në dhomë në mënyrë të përsëritur).
- Këmbëngul t'u përgjigjet pyetjeve që në vend të kësaj i drejtohen të moshuarit.
- Vendos pengesa në rrugën e dhënies së ndihmës në shtëpi për të moshuarin.
- Demonstron një nivel të lartë pakënaqësie për t'u kujdesur për të moshuarin.
- Përpjekjet për të bindur praktikuesit se personi i moshuar është "i çmendur" ose se personi nuk e di se çfarë po thotë për shkak të konfuzionit, kur nuk është kështu.
- Është armiqësor, i lodhur ose i paduruar gjatë intervistës dhe personit të moshuar

3. ABUZIM FIZIK

- Prerje, djegie, mavijosje dhe gërvishtje.
- Lëndimet që nuk përputhen me shpjegimin e dhënë për to.
- Lëndime që nuk ka gjasa të kenë ndodhur rastësisht.
- Lëndimet dhe plagët në vende të fshehura.
- Mavijosje që ka formën e gishtave nga trajtimi i ashpër (shpesh pjesa e sipërme e krahëve).
- Lëndimet në zonat e mbrojtura, p.sh. nënsqetullat.
- Lëndimet e patrajtuara.
- Lëndimet e shumta në faza të ndryshme të shërimit.
- Mospërdorimi ose mbipërdorimi i barnave.

VLERËSIMI DHE MENAXHIMI I NEVOJAVE PËR MBËSHTETJE SOCIALE

PYETJE

1. A e keni të vështirë të lëvizni brenda shtëpisë?
2. A keni vështirësi në përdorimin e tualetit?
3. A e keni të vështirë të visheni?
4. A keni vështirësi në përdorimin e vaskës apo të dushit?
5. A e keni të vështirë të kujdeseni për pamjen tuaj personale?
6. A e keni të vështirë të ushqeni veten?
7. A keni probleme me akomodimin, vendin ku jetoni?
8. A keni probleme me financat tuaja?
9. A ndihesh i vetmuar?
10. A je në gjendje të ndjekësh interesat e kohës së lirë si vullnetarë duke mbështetur aktivitetet edukative ose shpirtërore të familjes suaj që janë të rëndësishme për ju?
11. Vlerësoni rrezikun e abuzimit me të moshuarit.

Informacioni vëzhgues i bazuar në sjelljen e personit të moshuar, sjelljen e kujdestarëve ose të afërmeve të tyre, ose nga shenjat e abuzimit fizik duhet të përdoret për të identifikuar abuzimin e mundshëm.

Gjashtë pyetjet e para përdoren për të vlerësuar nëse një person ka arritur në pikën që nuk mund të kujdeset më për veten pa ndihmën e të tjerëve. Një person i moshuar me humbje të konsiderueshme të kapacitetit të brendshëm do të përfitonte shumë nga nga ky vlerësim. Nëse përgjigjia e këtyre pyetjeve është “Po” atëherë duhet ofruar:

NDIHMË ME KUJDESIN SHOQËROR (ASISTENCA PERSONALE)

- Vlerësoni dhe modifikoni mjedisin fizik për të kompensuar humbjen e kapacitetit të brendshëm, për të përmirësuar lëvizshmërinë dhe për të parandaluar rëniet
- Merrni parasysh përdorimin e teknologjive ndihmëse, ndihmave dhe përshtatjeve
- Vlerësoni mbështetjen nga bashkëshorti, familja ose kujdestarët e tjerë të papaguar dhe përfshini një vlerësim të nevojave të kujdestarit
- Rishikoni nevojat për mbështetje nga punonjësit e kujdesit me pagesë

- Kujdestarët dhe shërbimet duhet të jenë të disponueshme, të tilla si kujdesi në shtëpi, kujdesi ditor, shtëpia e pleqve

Nëse për Pyetjen 7 përgjigjia është “Po” atëherë gjatë vlerësimit duhet të bëni pyetje plotësuese - A keni shqetësime për shkak të:

1. Sigurisë së zones ku jetoni?
2. Gjendjes së shtëpisë tuaj?
3. Vendndodhjes së shtëpisë tuaj?
4. Kostove të banimit?
5. Riparimit dhe mirëmbajtjes së shtëpisë tuaj?
6. A arrini të jetoni të pavarur aty ku jeni?

Nëse edhe këto pyetje kanë përgjigjen **Po** atëherë duhet të merren parasysh:

- përshtatjet në shtëpi
- akomodim alternativ
- referojuni mirëqenies sociale ose komunitetit
- programet e strehimit ose ekzistuese
- rrjetet mbështetëse

Nëse për Pyetjen 8 përgjigjia është **Po** atëherë gjatë vlerësimit duhet të bëni pyetje plotësuese:

1. Në përgjithësi, si funksionojnë financat tuaja në fund të muajit?
2. Sa jeni në gjendje të menaxhoni paratë tuaja dhe ekonominë?
3. Dëshironi këshilla rreth shtesave apo përfitimeve financiare?

Nëse edhe këto pyetje kanë përgjigjen **Po** atëherë duhet të merren parasysh:

- referim për këshilla financiare të specializuara
- këshilla për delegimin e vendimmarrjes financiare me mbrojtjen nga abuzimi financiar

Nëse për Pyetjen 9 përgjigjia është **Po**, Rishikoni mënyrat për të përmirësuar:

- lidhje të ngushta sociale (bashkëshorti, familja, miqtë, kafshët shtëpiake)
- përdorimi i burimeve të komunitetit lokal (klubet, grupet e besimit, qendrat ditore, sportet, koha e lirë, arsimi)
- mundësi për të kontribuar (vullnetarizëm, punësim)
- lidhje duke përdorur teknologjinë e komunikimit

Nëse për Pyetjen 10 përgjigjia është **Jo**, bëni pyetje plotësuese për të identifikuar pengesat: Ju nuk jeni në gjendje të ndiqni... për shkak të: kostoja, distanca, transporti, mungesa e mundësive, të tjera? [9].

Referenca

1. 4. CGA in Primary Care Settings: Functional and social assessment. British Geriatrics Society. 28 January 2019. <https://www.bgs.org.uk/resources/4-cga-in-primary-care-settings-functional-and-social-assessment>
2. Comprehensive Geriatric Assessment Toolkit for Primary Care Practitioners. British Geriatrics Society. Improving Healthcare for Older people. Website www.bgs.org.uk.
3. Tideiksaar R. Falls among the elderly: a community prevention program. *Am J Public Health*. 1992;82(6):892-893.
4. Irani E, Hirschman KB, Cacchione PZ, Bowles KH. The Role of Social, Economic, and Physical Environmental Factors in Care Planning for Home Health Care Recipients. *Res Gerontol Nurs*. 2020;13(3):130-137.
5. Close J, Ellis M, Hooper R, Glucksman E, Jackson S, Swift C. Prevention of falls in the elderly trial (PROFET): a randomised controlled trial. *Lancet*. 1999;353(9147):93-97.
6. Mecagni C, Smith JP, Roberts KE, O'Sullivan SB. Balance and ankle range of motion in community-dwelling women aged 64 to 87 years: a correlational study. *Phys Ther*. 2000;80(10):1004-1011.
7. <https://www.cgakit.com/enviro--ass---more>
8. <https://www.cgakit.com/social-assessment>
9. World Health Organization. Handbook. Guidance on person-centred assessment and pathways in primary care, 2019. WHO/FWC/ALC/19.1

Vlerësimi i aktiviteteve (të rëndësishme) të jetës së përditshme, lëvizshmërisë dhe ushqyerjes

Objektivat

Në fund të këtij leksioni, studentët do të jenë në gjendje të:

- Njohin dhe përshkruajnë elementet e vlerësimit të aktiviteteve të jetës së përditshme dhe lëvizshmërisë në personat e moshuar
- Njohin dhe përshkruajnë elementet e vlerësimit të ushqyerjes në personat e moshuar dhe strategji kujdesi për menaxhim

Vlerësimi funksional -vështrim i përgjithshëm

Vlerësimet funksionale të jetës së përditshme, lëvizshmëria dhe ushqyerja si pjesë e Vlerësimit Gjithëpërfshirës Geriatrik janë të rëndësishme pasi ato i shtojnë kontekstin komponentëve të tjerë të vlerësimit. Në këtë leksion do të shqyrtojmë të dy vlerësimet si pjesë e Vlerësimit Gjithëpërfshirës Geriatrik brenda kujdesit parësor lehtësisht të adaptueshme edhe në kontekstin e kujdesit infermieror në familje, duke përfshirë pyetjet që duhen bërë dhe hapat që duhen ndërmarrë për menaxhim infermieror efikas [1].

Vlerësimi funksional

Vlerësimi funksional mund të përfshijë faktorë të shumtë si lëvizshmëria, aktivitetet e jetës së përditshme dhe aftësia për të bashkëvepruar me teknologjitë e përdorura për kujdesin e telekomanduar. Një faktor tjetër që ndikon në funksion është humbja e ndjeshmërisë, pasi dikush me shikim ose dëgjim të dobët mund të jetë akoma po aq funksional sa kushdo tjetër, por me strategji shumë të ndryshme përballimi.

Në vlerësimin fillestar mund të duket sikur aftësia funksionale e këtij personi është zvogëluar, por në realitet është ndryshe [2].

Vlerësimi funksional dhe trajektoret shoqëruese mund të informojnë gjithashtu vendimet dhe opsionet e trajtimit jashtë një Vlerësimi Gjithëpërfshirës Geriatrik të plotë. Edhe pse vlerësimi gjithëpërfshirës geriatrik është modeli më i plotë i kërkimit për ofrimin e kujdesit shëndetësor për pacientët e moshuar të dobët ai gjen pak aplikim nga profesionistët e kujdesit që nuk janë të lidhur drejtpërdrejtë me të moshuarit [3].

Për shembull, aftësia për të hartuar aftësinë funksionale në kushtet e një rënie progresive mund të ndihmojë vendimet rreth kirurgjisë ortopedike zgjedhore. Po kështu, humbja e papritur e funksionit mund të tregojë sëmundje akute dhe udhëzues drejt hetimit dhe menaxhimit aktiv; një humbje e ngadaltë e funksionit mund ta drejtojë pacientin drejt një mjedisi më mbështetës të kujdesit. Ekzistojnë dy komponentë të një vlerësimi funksional:

- 1) Çfarë mund dhe çfarë bën personi në të vërtetë?
- 2) Sa ka ndryshuar kohët e fundit?

I pari nga këta komponentë mund të jetë relativisht i lehtë: thjesht duhet të bëhen pyetjet pasi edhe mjetet të cilat ofrojnë udhëzime për aktivitetet e nevojshme janë të disponueshme për profesionistët e kujdesit shëndetësor [2].

1) Mjetet për vlerësimin funksional

Infermierët, punonjësit socialë, fizioterapistët dhe terapistët profesionistë duhet të njohin dhe përdorin Indeksin Barthel si një mjet të vlerësimit funksional te personat e moshuar. Megjithatë ka ekzistuar që nga vitet 1960, Indeksi Barthel ka mbetur relativisht i pandryshuar; nuk është kompleks dhe është e lehtësisht i kuptueshëm në rezultate. Veçanërisht e dobishme është aftësia për të hartuar një trajektore duke përdorur Barthel, pasi rezultatet bazë mund të regjistrohen dhe rivlerësimi është relativisht i shpejtë pasi profesionistët e kujdesit janë familjarizuar mirë me mjetin. Ekziston një barazi e mirë midis vetë-raporteve të pacientëve, vlerësimit profesional dhe opinionit të familjes. Duke pasur parasysh përdorimin e tij të gjerë, thjeshtësinë dhe aksesueshmërinë, ai aktualisht mbetet ndoshta një nga mjetet më të dobishme të vlerësimit funksional te të moshuarit. Indeksi Barthel (IB) mat shkallën në të cilën dikush mund të funksionojë në mënyrë të pavarur dhe të ketë lëvizshmëri në aktivitetet e tyre të jetesës së përditshme, p.sh. të ushqyerit, larja, rregullimi, veshja, kontrolli i zorrëve, kontrolli i fshikëzës, tualeti, transferimi i karriges, lëvizja dhe ngjitje e shkallëve. Indeksi tregon gjithashtu nevojën për ndihmë në kujdes dhe është një instrument që përdoret gjerësisht për vlerësimin e paaftësisë funksionale. Indeksi u zhvillua për përdorim në pacientët rehabilitues me goditje në tru dhe çrregullime të tjera neuromuskulare ose muskulo-skeletore, por mund të përdoret gjithashtu edhe për pacientët onkologjikë. Indeksi Barthel u zhvillua fillimisht nga Mahoney dhe Barthel në 1965 dhe më vonë u modifikua nga Collin, Eade, Davies dhe Horne në 1988. Versioni original ka 10 pyetje dhe i referohet 10 kategorive të mëposhtme: ushqyerja, larja, rregullimi, veshja, kontrolli i zorrëve, kontrolli i fshikëzës, tualeti, transferimi i karrigeve, lëvizshmëria dhe ngjitja e shkallëve. Pyetjet peshohen sipas nivelit të kujdesit infermior të kërkuar dhe vlerësohen në lidhje me faktin nëse individët mund të kryejnë aktivitete në mënyrë të pavarur, me një farë asistence, ose janë të varur (vlerësuar si 10, 5 ose 0) [4]. Një nga problemet me Barthel është i ashtuquajti efekti i tavanit. Kjo do të thotë se për shkak se mat funksionin shumë bazë për sa i përket jetës së përditshme, njeriu mund të shënojë mjaft mirë në Barthel dhe megjithatë të jetë ende mjaft i varur nga të tjerët për jetën e përditshme - për shembull gatimi, lavanderi, pastrimi dhe pazari [2].

Mjete të tjera të vlerësimit funksional përfshijnë *Nottingham Extended Activities of Daily Living Scale* (Shkalla e Aktiviteteve të Zgjeruara të Nottinghamit të Jetës Ditore), e cila pyet për ato komponentë të funksionit që mundësojnë pjesëmarrjen sociale, dhe Testi Timed Up and Go (TUGT) mund të jetë gjithashtu një tregues i mirë funksioni, duke kombinuar një vlerësim të aftësisë fizike - të jesh në gjendje me të vërtetë "të ngrihesh dhe të shkosh". Ky është gjithashtu një test i njohjes që lidhet veçanërisht me ndjekjen e udhëzimeve dhe zbatimin e tyre me sukses [2].

2) Vlerësimi i shkallës kohore të ndryshimit

Shumica e këtyre testeve mbështeten në njohjen e vlerësuesit se çfarë po ndodhte më parë për të matur çdo rënie ose përmirësim. Ndërsa mbështeten në këtë faktor, testet nuk janë paraqitur për të regjistruar dhe shfaqur këtë. Nëse të dhënat e mëparshme nuk janë të disponueshme, ia vlen të pyesni gjithmonë "si ka ndryshuar kjo javët e fundit?" Pacienti ose kujdestari i tyre kryesor do të nxitet, në mënyrë të hapur, për të elaboruar. Kjo do t'i shtojë thellësi asaj që ju vlerësoni dhe do të ndihmojë më mirë vendimmarrjen dhe planifikimin. Njohja e mirë e pacientit mund të jetë testi më efektiv i funksionit, dhe mjeku i përgjithshëm dhe stafi infermieror i bazuar në komunitet kanë avantazhin e ndërveprimit me pacientët jashtë zonave klinike tradicionale. Është venë re se ndryshimet në aftësinë funksionale lindin, shpesh në periudha më të gjata kohore. Një pacient mund të ndalojë drejtimin e makinës një vit, të ndalojë së ecuri për në operacion një vit tjetër dhe brenda pak vitesh mund të jetë i mbyllur në shtëpi. Identifikimi i këtyre ndryshimeve hapash dhe kuptimi i shkaqeve multifaktoriale është një pjesë jetike e sfidës së Vlerësimit Gjithëpërfshirës Geriatrik. Provat na tregojnë se ndërhyrja në këto momente ndryshimesh hapash mund të ndihmojë në ngadalësimin e humbjes së funksionit dhe me terapitë e duhura, ushtrimet dhe vendosjen e qëllimeve, ne mund të shohim një ndryshim dhe në fund pacienti mund të rifitojë disa funksione fizike [2].

Vlerësimi i funksionit ditor është vendimtar për të identifikuar rënien funksionale sepse reflekton pasojat e problemeve shëndetësore. Për më tepër, statusi funksional ofron informacion thelbësor në lidhje me prognozën dhe trajektoren e ardhshme funksionale [5]. Identifikimi i hershëm i vështirësive funksionale dhe kërkimi i etiologjisë janë hapat e parë drejt ndërhyrjeve për të parandaluar humbjen e mëtejshme të funksionit, rivendosjen e funksionit dhe adresimin e nevojave që rezultojnë për mbështetje ose kujdes personal [6]. Statusi funksional vlerësohet si një vështirësi ose dëmtim në Aktivitetin Ditor Jetësor bazë dhe instrumental, siç detajohet në tabelën 4-1. Aktivitetet Ditore Jetësore instrumentale janë aktivitete më komplekse që kërkojnë kapacitet më të lartë neuropsikologjik sesa vetë-mirëmbajtje fizike. Prandaj ato zakonisht preken para Aktiviteteve Ditore Jetësore bazë [7].

Tabela 4-1

Përshkrimi i aktiviteteve bazë dhe instrumentale të jetës së përditshme

Aktivitetet themelore të jetës së përditshme përfshijnë sa vijon	Aktivitetet instrumentale të jetës së përditshme përfshijnë sa vijon
• Larje • Veshja • Tualeti • Transferimi (nga krevat/karrige) • Kontinenca (fshikëza, zorrët) • Ushqimi	• Përdorni telefonin • Përdorni transportin publik • Bëni pazare ushqimore • Përgatitja e vakteve • Trajtoni vetë mjekimin • Trajtoni financat • Bëni mirëmbajtjen e shtëpisë • Bëni lavanderi

Vështirësitë funksionale në Aktivitetet Ditore Jetësore instrumentale janë të lidhura fort me funksionin kognitiv. Për shembull, fillimi i dëmtimit në katër Aktivitetet Ditore Jetësore instrumentale (përdorimi i telefonit, përdorimi i transportit publik, përdorimi i medikamenteve të veta dhe trajtimi i financave) është treguar të jetë i lidhur me një 4 (kur një Aktivitetet Ditore Jetësor instrumental është e dëmtuar) në 10 (me 3 ose 4 Aktivitetet Ditore Jetësore të dëmtuara) herë më të larta shanset për t'u diagnostikuar me demencë në 12 muajt e ardhshëm [8]. Për shkak se një vlerësim i plotë i Aktiviteteve Ditore Jetësore bazë dhe instrumental mund të jetë i vështirë gjatë një takimi klinik, një pyetje e parë e përgjithshme në lidhje me fillimin e vështirësive në kryerjen e këtyre detyrave mund të jetë e dobishme [9].

Mënyra kujdesi për të përmirësuar lëvizshmërinë [10]

Lëvizshmëria është një faktor vendimtar për një plakje të shëndetshme. Është e rëndësishme për ruajtjen e autonomisë dhe parandalimin e varësisë nga kujdesi. Aftësia trupore e një personi për të lëvizur nga një vend në tjetrin quhet aftësia lëvizëse. Shumë të moshuar dhe familjet e tyre e pranojnë humbjen e kapacitetit lokomotor dhe dhimbjen e shoqëruar si të pashmangshme edhe pse, ka strategji efektive për të përmirësuar dhe ruajtur lëvizshmërinë në moshën më të madhe

PIKAT KRYESORE

- ✓ Lëvizshmëria e kufizuar është e zakonshme tek të moshuarit, por jo e pashmangshme.
- ✓ Punonjësit e kujdesit shëndetësor në nivel komuniteti mund të kontrollojnë lëvizshmëri e kufizuar me teste të thjeshta.
- ✓ Një program ushtrimesh të rregullta, i përshtatur për individin, kapacitetet dhe nevojat, është qasja më e rëndësishme për të përmirësuar ose ruajtur kapacitetin lokomotor.

- ✓ Përshtatja e mjedisit dhe përdorimi i pajisjeve ndihmëse janë mënyra të mira për të ruajtur lëvizshmërinë pavarësisht nga reduktimi i kapacitetit lokomotor.

☐ **Ushtrimi multimodal**

Një program ushtrimesh multimodale për njerëzit me lëvizshmëri të kufizuar kombinon stërvitjen dhe stërvitjen e kryqëzuar me theks në grupet kryesore të muskujve të shpinës, kofshës, barkut dhe trupit të poshtëm. Një program ushtrimesh multimodale duhet të përshtatet për t'iu përshtatur kapaciteteve dhe nevojave individuale. Një program ushtrimesh multimodale për njerëzit me lëvizshmëri të kufizuar mund të përfshijë:

- Stërvitja e forcës/rezistencës, e cila kërkon që muskujt të punojnë nën ngarkesë, duke përdorur pesha, shirita rezistence ose ushtrime të peshës trupore si squats, dhe ushtrime ulur;
- stërvitje aerobike/kardiovaskulare, si p.sh. ecja e shpejtë ose çiklizmi që rrit rrahjet e zemrës derisa personit të marrë pak frymë, por mund të mbajë një bisedë;
- Trajnimi i ekuilibrit, i cili sfidon sistemin e ekuilibrit, duke përfshirë ushtrimet statike dhe dinamike; mund të përparojë në sipërfaqe të ndryshme dhe me sy hapur dhe mbyllur; shembujt janë qëndrimi me një këmbë në një kohë dhe ecja nga thembra te këmbët në një vijë të drejtë; dhe
- Trajnimi i fleksibilitetit, i cili përmirëson shtrirjen e indeve të buta, si muskujt, dhe gamën e lëvizjes së kyçeve; shembujt janë shtrirja dhe ushtrime të tjera joga dhe Pilates



**PRAKTIKA INFERMIERORE E
BAZUAR NË EVIDENCË:**



ksploroni Uebin:

<http://www.vivifrail.com/resources>

Projekti Vivifrail ofron një udhëzues praktik për zhvillimin e një programi ushtrimesh të përshtatura.

Siguria e ushtrimeve. Para se të jepni këshilla për ushtrimet ose planifikoni një program ushtrimesh, pyesni për kushtet shëndetësore që do të ndikonin në kohën ose intensitetin e aktivitetit.

Nëse personi i përgjigjet po ndonjëherë nga pyetjet e mëposhtme, një profesionist i kualifikuar shëndetësor duhet të zhvillojë një program ushtrimesh të përshtatur.

- A keni pasur dhimbje gjoksi kur jeni në pushim?
- A keni pasur një atak në zemër gjatë gjashtë muajve të fundit?
- A ju ka rënë të fikët apo keni humbur vetëdijen?
- A keni rënë në 12 muajt e fundit?
- A keni thyer një kockë në muajin e fundit?
- A ju merret fryma duke bërë aktivitete të zakonshme ditore në shtëpi, si për shembull të vishesh?
- A keni një sëmundje të kyçeve ose muskujve që kufizon ushtrimin?
- A ju ka thënë një ofrues i kujdesit shëndetësor që të kufizoni ushtrimet?

☐ **Mbështetje për Vetëmenaxhim**

Menaxhimi i kufizimeve. Aty ku dhimbja kufizon lëvizshmërinë, ritmi i aktivitetit fizik në pjesë të menaxhueshme të kohës dhe rritja ngadalë e detyrave fizike ndihmon në ndërtimin e elasticitetit të trupit dhe menaxhimin e dhimbjes. Për njerëzit me lëvizshmëri të reduktuar rëndë, stërvitjet në shtrat ose ulur në një karrige mund të jenë një pikënisje. Për njerëzit me kufizime në njohje, si demenca, një program i thjeshtë dhe më pak i strukturuar ushtrimesh mund të jetë më i përshtatshëm. Mbështetja për vetë-menaxhimin rrit respektimin dhe përfitimet e një programi ushtrimesh multimodal. Njerëzit, me kufizime të lehta të lëvizshmërisë mund të ushtrohen në shtëpi dhe në komunitet. Njerëzit me kufizime më të rënda të lëvizshmërisë mund të kenë nevojë për mbikëqyrje dhe udhëzime gjatë stërvitjes.



**PRAKTIKA INFERMIERORE E
BAZUAR NË EVIDENCË:**



ksploroni Uebin:

<http://www.who.int/ageing/health-systems/mAgeing>

Manuali i OBSH-së për shëndetin celular për plakjen (mAgeing) shpjegon se si një aplikacion i telefonit celular mund të plotësojë kujdesin rutinë të profesionistëve të kujdesit shëndetësor duke mbështetur vetëkujdesin dhe vetë-menaxhimin.

☐ **POLIFARMACIA dhe lëvizshmëria**

Disa barna mund të dëmtojnë lëvizshmërinë ose të ndërhyjnë në ekuilibër, por ndonjëherë janë të panevojshme ose joefektive për një person të caktuar. Këto përfshijnë, por nuk kufizohen në, sa vijon:

- antikonvulsantët

- benzodiazepinat
- hipnotikë jobenzodiazepinikë
- ilaçet kundër depresionit triciklik
- frenues selektiv i rimarrjes së serotoninës
- medikamente kundër depresionit
- antipsikotikë
- opioidet.

Eliminimi i medikamenteve të panevojshme dhe joefektive si dhe medikamenteve me efekt dyfishues redukton polifarmacinë. Nëse keni dyshime nëse një mjekim mund të ndërpritet në mënyrë të sigurtë, referojuni një specialisti të duhur.

☐ **DHIMBJA dhe lëvizshmëria**

Vlerësoni dhimbjen. Dhimbja e fortë e lidhur me lëvizjen mund të kufizojë apo edhe të parandalojë ushtrimin. Është e dobishme të vlerësohet ashpërsia e dhimbjes në lidhje me lëvizshmërinë, si për të ndihmuar në hartimin e një programi ushtrimesh ashtu edhe për menaxhimin e dhimbjes. Infermierët e familjes mund të përdorin inventarin e shkurtër të dhimbjes:

https://www.aci.health.nsw.gov.au/data/assets/pdf_file/0015/212910/Brief_Pain_Inventor_Final.pdf

Menaxhoni dhimbjen. Kushtet muskuloskeletore që dëmtojnë lëvizshmërinë shpesh përfshijnë dhimbje të vazhdueshme. Sidoqoftë, një shkak specifik biologjik i dhimbjes së vazhdueshme rrallë mund të gjendet. Prandaj, një qasje e praktikës më të mirë për menaxhimin e dhimbjes trajton faktorë të shumtë që mund të lidhen me dhimbjen - faktorë fizikë (si forca e muskujve, diapazoni i lëvizjes dhe qëndrueshmëria), mirëqenia psikologjike, ushqimi dhe gjumi. Aty ku dhimbja është një pengesë e rëndësishme për lëvizjen dhe aktivitetin, një profesionist shëndetësor me njohuri të specializuara për menaxhimin e dhimbjes duhet të zhvillojë planin e menaxhimit të dhimbjes.

Ndërhyrjet për dhimbje përfshijnë:

- Vetëmenaxhimin
- ushtrime dhe aktivitete të tjera fizike
- medikamente që variojnë nga paracetamoli dhe medikamente josterioide anti-inflamatore dhe opioide
- terapi manuale si masazhi, manipulimi i kyçeve dhe mobilizimi i përbashkët
- terapi psikologjike dhe terapi kognitive të sjelljes
- akupunkturë
- injeksione kurrizore/injeksione epidurale
- denervimi me radiofrekuencë.

Vlerësimi i ushqyerjes

Nënpesha (BMI <20 kg/m²) është tipike e pranishme në 10-40% të pacientëve të shtruar në spital, por rreziku i kequshqyerjes është edhe më i madh.

Në popullatën e përgjithshme, vlerësohet se një në shtatë subjekte të moshës 65 vjeç e lart ka një rrezik mesatar ose të lartë të kequshqyerjes, por prevalenca është më e

lartë në subjektet që janë të institucionalizuar sesa ata që jetojnë falas (dmth. që jetojnë në shtëpitë e tyre). Studimi njëmuor për vlerësimin e gjendjes ushqyese të pacientëve të moshuar të shtruar në një spital rajonal në Shqipëri evidentoi se 22.39% e pacientëve meshkuj shprehën një rënie të rëndë të marrjes së ushqimit gjatë 3 muajve të fundit për shkak të humbjes së oreksit, problemeve me tretjen dhe vështirësive në përthypje ose gëlltitje ndërsa 48.39% e pacientëve femra raportuan një rënie të moderuar. Ndërkohë që 50% e pacientëve të moshuar në studim raportuan se ishin në gjendje të ngriheshin nga shtrati/karrigia, por nuk dilnin jashtë. Ndërkohë që depistimi dhe njohja e hershme e simptomave të kequshqyerjes në pacientët e moshuar të shtruar në spital edhe pse është shumë e rëndësishme për shërimin e tyre dhe cilësinë e jetës së tyre është një proces i nënvleftësuar nga profesionistët e kujdesit shëndetësor të të gjitha niveleve [10].

Progresi drejt kequshqyerjes është shpesh i fshehtë dhe shpesh i pazbuluar, duke bërë që kequshqyerja të mos njihet dhe trajtohet në mënyrë të pamjaftueshme.

Ajo çon në sëmundje, vonon shërimin, rrit vizitat tek mjeku i përgjithshëm dhe rrit shpeshtësinë dhe kohëzgjatjen e qëndrimit në spital.

Ndërsa kequshqyerja nuk është një shoqërues natyral i plakjes, të rriturit e moshuar janë në rrezik për kequshqyerje për shkak të faktorëve të rrezikut fiziologjik, psikologjik, social, dietik dhe mjedisor.

Konsideratat aleate

Çështjet e lidhura përfshijnë vlerësimin e shëndetit oral (përfshirë protezat), funksionin e tiroides, marrjen e alkoolit dhe modeli i jashtëqitjes, pasi kapsllëku mund të çojë në ulje të oreksit.

Njerëzit e moshuar kanë më shumë gjasa të kenë mungesë të B12 ose folatit për shkak të dietës, keqpërthithjes ose inflamacionit kronik dhe mund të jetë e vështirë për t'u zbuluar klinikisht.

Gjithashtu me vlerë janë vlerësimi i disponimit (humbja e oreksit si shënues i depresionit) dhe njohja/funksioni (paftësia për të përgatitur ose për të marrë një dietë adekuate). Humbja e oreksit mund të jetë gjithashtu një tipar i demencës, por përgjithësisht vetëm në fazat shumë të vonshme. Nëse demenca nuk është e rëndë, një ndryshim në oreks ka më shumë gjasa të jetë një shënues i një sëmundjeje akute, simptomave të sjelljes/psikologjike të demencës ose një problemi sistemik të padiagnostikuar (p.sh. kapsllëk ose malinje).

Ushqimi është shumë më i mirë se suplementet: ai është i plotë nga pikëpamja ushqyese (përmban proteina, karbohidrate, yndyrna dhe të gjitha vitaminat dhe mineralet që na nevojiten), ofron larmi shumë më të madhe dhe ka shije më të këndshme.

Asnjëherë mos përdorni suplementet si burim i vetëm ushqimi. Pacientët gjithashtu duhet të hanë ushqim.

Plotësimi oral i proteinave dhe energjisë rezulton në shtim në peshë dhe gjithashtu mund të përmirësojë pak mbijetesën tek njerëzit e moshuar të kequshqyer.

Barnat për të stimuluar oreksin nuk kanë gjasa të jenë efektive.

Vendimet për të ushqyerit suplementar në pacientët që nuk mund ta marrin këtë nga goja (dmth. me ushqim me tub enteral) janë komplekse dhe duhet të merren me konsultim ndërmjet mjekut të përgjithshëm, dietologut, dhe kirurgut. Efektet e rritjes së të ushqyerit të detyruar mund të jenë të papërfillshme (dhe ndoshta të dëmshme) në dobësinë e avancuar dhe demencën [11].

☐ **Udhëzime praktike për të ndihmuar të moshuarit me të ushqyerit**

Individët e moshuar vazhdojnë të plaken, zakonet ushqimore bëhen më të rëndësishme dhe jetike për shëndetin e tyre të përgjithshëm se kurrë më parë. Kur të moshuarit hanë vakte ushqyese, ata mund të kenë mendje të mprehtë dhe vigjilencë, të rrisin nivelet e tyre të energjisë dhe të rrisin jetëgjatësinë e tyre të përgjithshme.

1. Krijoni një menu të shëndetshme që përmban ushqime që një i moshuar duhet të hajë.

Një person i moshuar duhet të hajë ushqime që janë të pasura me vitamina dhe lëndë ushqyese, veçanërisht nëse ata shpenzojnë më pak energji në baza ditore dhe nuk kërkojnë një konsum të lartë kalorish.

Dieta e të moshuarve duhet të përfshijë një shumëllojshmëri ushqimesh nga piramida ushqimore që përfshijnë fruta, perime, drithëra dhe ushqime të pasura me proteina dhe kalcium; të tilla si ton, fasule, arra, vezë, qumësht, kos dhe djathë.

2. Vendosni një orar të shëndetshëm, të përditshëm të të ushqyerit.

Ngrënia e ushqimeve të shëndetshme dhe ushqyese gjatë ditës mund të ndihmojë në ruajtjen e niveleve të larta të energjisë dhe metabolizmit të një personi të moshuar. Verifikoni që një i moshuar ha mëngjes, drekë dhe darkë çdo ditë pa anashkaluar asnjë nga këto vakte. Lejoni një të moshuar që të hajë ushqime me përmbajtje të lartë ushqimore ndërmjet vakteve kryesore; të tilla si fruta, bajame, rrush të thatë, gjizë ose gjalpë kikiriku, në vend të patatinave, ëmbëlsirave dhe llojeve të tjera të ushqimeve të padëshiruara.

3. Përcaktoni sfidat shëndetësore me të cilat mund të përballët një individ i moshuar.

Disa individë të moshuar mund të humbasin ndjenjën e shijes ose oreksin për shkak të barnave me recetë, dhe disa gjendje mjekësore do të ndikojnë në tretjen, përthithjen dhe eliminimin e disa ushqimeve dhe lëndëve ushqyese. Merrni parasysh gjendjen mjekësore të individit dhe medikamentet në përcaktimin e ushqimeve që duhet dhe nuk duhet të përdoren.

4. Merrni suplementet ose pajisjet e nevojshme për të përballuar sfidat e një personi të moshuar.

Këto suplemente mund të përmirësojnë potencialisht përvojën e të ngrënit të një personi të moshuar, veçanërisht nëse sfidat shëndetësore i bëjnë të vështira disa detyra të të ngrënit. Përdorni një blender për t'i kthyer frutat në smoothie ose për të gatuar perime me avull nëse një i moshuar ka vështirësi të përtypë disa fruta dhe perime si mollët ose brokoli. Blini aromatizues që janë më të ushqyeshëm sesa sheqernat e përpunuara ose kripa e tryezës për të përmirësuar aromën e ushqimeve; të tilla si vaj ulliri, hudhër, salcë soje, barishte dhe erëza.

5. Organizoni që një i moshuar të hajë vakte me njerëz të tjerë.

Në shumicën e rasteve, individët e moshuar do t'i shijojnë vaktet e tyre më shumë dhe do të bëhen më të

ndërgjegjshëm për shëndetin kur mund të hanë vakte me miqtë, familjen dhe shoqërinë.

Regjistroni një të moshuar në një program ushqimi për të moshuarit ose në qendër të kujdesit ditor të të rriturve për t'i siguruar atyre shoqëri gjatë orëve të vakteve.

6. Proveni receta ose vakte të reja për të mbajtur një të moshuar të interesuar për të ushqyerit. Kjo mund të parandalojë që një individ i moshuar të mërzhitet duke ngrënë ose të humbasë oreksin në disa pjata që hanë në mënyrë të përsëritur. Pyetni një të moshuar për llojet e vakteve që do të donin të provonin, më pas kujdesuni që vaktet të gatohen duke përdorur përbërës ushqyes ose metoda të shëndetshme gatimi.

7. Verifikoni që personi i moshuar të ketë akses në vakte të shëndetshme gjatë gjithë kohës. Në rast se një person i moshuar është i palëvizshëm ose i kufizuar në shtëpitë e tij, mund të lind nevoja për të rregulluar shpërndarjen e ushqimit ose për të punësuar një shtëpiake për të përgatitur vaktet.

8. Krijoni një ambient argëtues dhe të këndshëm ushqimi për një të moshuar. Një i moshuar mund të jetë më i prirur për të ngrënë nëse i pëlqen atmosfera dhe mjedisi. Për shembull, luani muzikën e tyre të preferuar gjatë vakteve ose në kushte të mira moti hani jashtë [12].

Mënyra kujdesi për të përmirësuar ushqyerjen

PIKAT KRYESORE

- Punonjësit e kujdesit shëndetësorë parësor mund të bëjnë lehtësisht një vlerësim fillestar të gjendjes ushqimore. Kjo duhet të jetë pjesë e çdo vlerësimi të shëndetit të një personi të moshuar. Një vlerësim i plotë i statusit të të ushqyerit kërkon njohuri të specializuara dhe ndonjëherë edhe analiza gjaku.
- Si ushqimi joadekuat, ashtu edhe më pak aktivitet fizik çojnë në humbje të masës dhe forcës muskulore. Një dietë e ekuilibruar në sasi të mjaftueshme zakonisht siguron vitaminat dhe mineralet e nevojshme për njerëzit e moshuar, por mungesat e vitaminave D dhe B12 janë të zakonshme.
- Kequshqyerja shpesh çon në humbje peshe - por jo gjithmonë. Masa yndyrore mund të zëvendësojë masën muskulore, duke e lënë peshën të pandryshuar.
- Një aspekt tjetër i kequshqyerjes është edhe obeziteti.

☐ **VLERËSIMI I STATUSIT USHQIMOR**

Shumica e mjeteve të vlerësimit të të ushqyerit pyesin për:

- marrja e ushqimit dhe e lëngjeve
- humbje peshe kohët e fundit
- lëvizshmëri
- stresi psikologjik i kohëve të fundit ose sëmundje akute
- probleme psikologjike
- situata e jetesës.

Gjithashtu, ata regjistrojnë:

- peshë

- gjatësia
- Indeksi i masës trupore (BMI – pesha në kg/gjatësi në m²)
- perimetri i krahut dhe pulpës së këmbës.

PËRBËRJA E MASËS TRUPORE DHE PLAKJA

Zakonisht pas moshës rreth 70 vjeç, masa muskulore mund të ulet, me efekte të rëndësishme dhe potencialisht të dëmshme në vitalitet. Si ushqimi joadekuat ashtu edhe ushtrimi fizik joadekuat çojnë në humbje të masës dhe forcës muskulore.

Në të njëjtën kohë, masa e yndyrës mund të rritet. Pesha e trupit mund të ulet, ose mund të mbetet e njëjtë, duke maskuar këto ndryshime të mundshme të dëmshme. Prandaj, **një person i kequshqyer mund të ketë humbur indet e rëndësishme të trupit të dobët dhe të ketë ende një BMI në intervalin e pranuar apo edhe mbipeshë.** Një jo-specialist i trajnuar mund të vlerësojë me besueshmëri funksionin e muskujve, dhe si rrjedhojë kequshqyerjen e proteinave, me një mjet të tillë si një dinamometër dore për të matur forcën e kapjes.



Ky mjet mat sesi një person mund ta shtyp veglën me një dorë. Forca e ulët e kapjes së dorës tregon nevojën për stërvitje dhe një dietë ushqimore që përfshin më shumë proteina.



PRAKTIKA INFERMIERORE E BAZUAR NË EVIDENCË:



ksploroni Uebin:

(<https://www.dads.state.tx.us/providers/AAA/Forms/standardized/NRA.pdf>)

https://www.bapen.org.uk/pdfs/must/must_full.pdf

<http://www.lghtmalnutrition.eu/toolNits/summary-screening-tools>

Mjete në dispozicion për të ndihmuar në vlerësimin e gjendjes ushqimore te të moshuarit.

Referenca

1. 4. CGA in Primary Care Settings: Functional and social assessment. British Geriatrics Society. 28 January 2019. <https://www.bgs.org.uk/resources/4-cga-in-primary-care-settings-functional-and-social-assessment>
2. Comprehensive Geriatric Assessment Toolkit for Primary Care Practitioners. British Geriatrics Society. Improving Healthcare for Older people. Website www.bgs.org.uk.
3. Welsh TJ, Gordon AL, Gladman JR. Comprehensive geriatric assessment--a guide for the non-specialist. *Int J Clin Pract*. 2014;68(3):290-293.
4. Mahoney FI, Barthel D. "Functional evaluation: the Barthel Index." *Maryland State Medical Journal* 1965;14:56-61. Used with permission.
5. Disentangling the disabling process: insights from the precipitating events project. Gill TM. *Gerontologist*. 2014 Aug; 54(4):533-49.
6. Seematter-Bagnoud L, Büla C. Brief assessments and screening for geriatric conditions in older primary care patients: a pragmatic approach. *Public Health Rev*. 2018;39:8. Published 2018 May 1.
7. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Lawton MP, Brody EM. *Gerontologist*. 1969 Autumn; 9(3):179-86.
8. Functional impairment in instrumental activities of daily living: an early clinical sign of dementia? Barberger-Gateau P, Fabrigoule C, Helmer C, Rouch I, Dartigues JF. *J Am Geriatr Soc*. 1999 Apr; 47(4):456-62.
9. "It's MAGIC"--development of a manageable geriatric assessment for general practice use. Barkhausen T, Junius-Walker U, Hummers-Pradier E, Mueller CA, Theile G. *BMC Fam Pract*. 2015 Jan 22; 16():4.
10. Fatjona Kamberi, Vjollca Ndreu, Enkeleda Sinaj. Nutritional Status Assessment in Elderly Patients by Health Care Professionals - an Important Factor Affecting Disability and Quality of Life. *BULETINI SHKENCOR*. Numri 4, Volumi 2, 2021 ISSN 2310-6719. Universiteti "Ismail Qemali" Vlorë.
11. World Health Organization. Handbook. Guidance on person-centred assessment and pathways in primary care, 2019. WHO/FWC/ALC/19.1.
12. <https://www.cgakit.com/m3--nutrition-assessment>

Lloje të ndryshme të demencës: shenjat, simptomat, parandalimi dhe trajtimi

Objektivat

Në fund të këtij leksioni, studentët do të jenë në gjendje të:

- Njohin dhe të përshkruajnë llojet e ndryshme të demencës
- Njohin shenjat dhe simptomat e demencës
- Përshkruajnë masat parandaluese të demencës dhe trajtimin

Demenca - Informacion i përgjithshëm

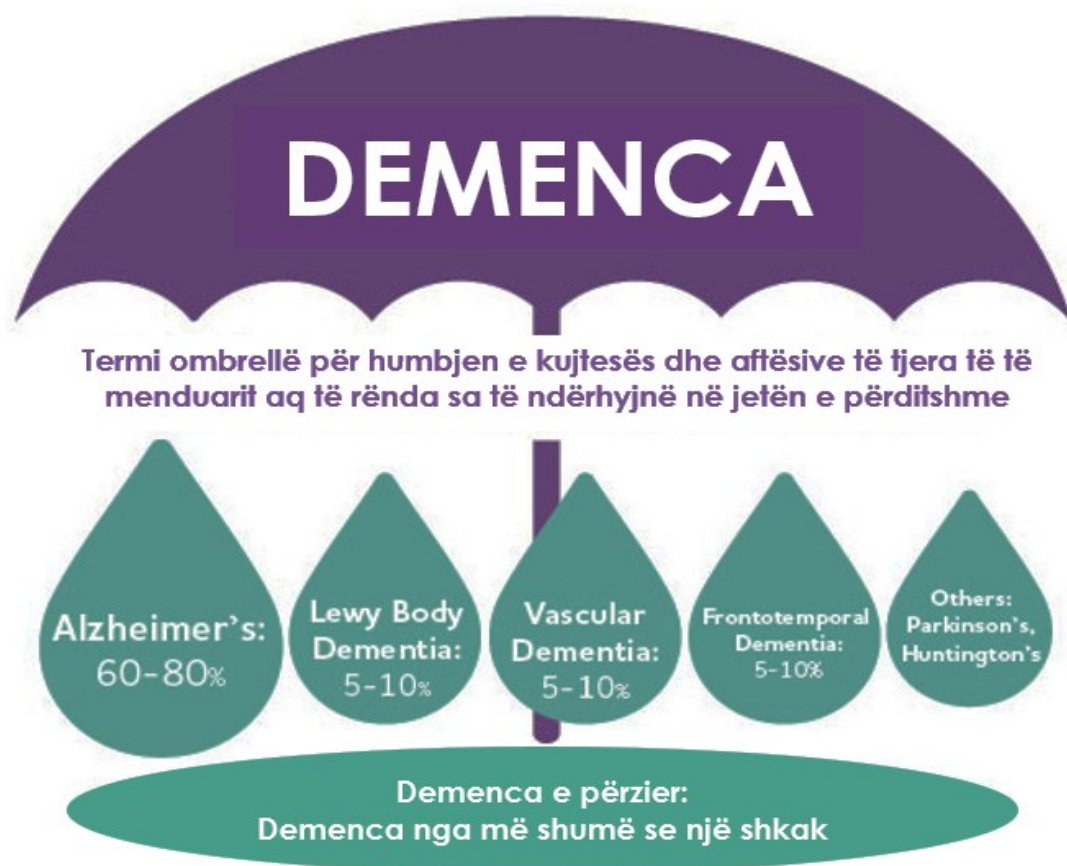
Demenca është humbja e funksionit kognitiv - të menduarit, të kujtuarit dhe arsyetimit - në një masë të tillë që ndërhyr në jetën dhe aktivitetet e përditshme të një personi. Disa njerëz me demencë nuk mund të kontrollojnë emocionet e tyre dhe personaliteti i tyre mund të ndryshojë. Demenca varion në ashpërsi nga faza më e lehtë, kur sapo ka filluar të ndikojë në funksionimin e një personi, deri në fazën më të rëndë, kur personi duhet të varet plotësisht nga të tjerët për aktivitetet bazë të jetesës. Demenca është më e zakonshme ndërsa njerëzit rriten (rreth një e treta e të gjithë njerëzve të moshës 85 vjeç ose më të vjetër mund të kenë një formë të demencës) por nuk është një pjesë normale e plakjes. Shumë njerëz jetojnë deri në të 90-at e tyre e më tej pa asnjë shenjë të demencës [1].

Demenca quhet edhe çrregullim i madh neurokognitiv. Ajo nuk është një sëmundje. Në vend të kësaj, është një grup simptomash të shkaktuara nga sëmundje të tjera. Rreth 5% -8% e të rriturve mbi 65 vjeç kanë një formë të demencës. Kjo përqindje dyfishohet çdo 5 vjet pas moshës 65 vjeç. Gjysma e njerëzve në të 80 -at e tyre kanë disa demenca. Sëmundja Alzheimer është shkaku më i zakonshëm i demencës. Midis 60% -80% të njerëzve me demencë kanë Alzheimer. Simptomat e demencës mund të përmirësohen me trajtimin, por shumë nga sëmundjet që shkaktojnë demencë nuk janë të shërueshme [2]. Ekzistojnë disa forma të ndryshme të demencës, duke përfshirë sëmundjen e Alzheimerit. Simptomat e një personi mund të ndryshojnë në varësi të llojit.

Llojet e Demencës

Forma e mëposhtme të demencës janë pjesërisht të menaxhueshme, por nuk janë të kthyeshme:

- Sëmundja e Alzheimerit
- Demenca vaskulare
- Demenca nga sëmundja e Parkinsonit dhe çrregullime të ngjashme
- Demenca me trupat Lewy
- Demenca frontotemporale (sëmundja e Pick)
- Sëmundja Creutzfeldt-Jakob



Në bazë të asaj pjese të trurit të prekur, Demenca mund të ndahet në dy grupe:

- **Demencat kortikale** ndodhin për shkak të problemeve në korteksin cerebral, shtresa e jashtme e trurit. Ata luajnë një rol kritik në kujtesën dhe gjuhën. Njerëzit me këto lloje të demencës zakonisht kanë humbje të rëndë të kujtesës dhe nuk mund të mbajnë mend fjalët ose të kuptojnë gjuhën. Alzheimer dhe sëmundja Creutzfeldt-Jakob janë dy forma të demencës kortikale.
- **Demencat nënkortikale** ndodhin për shkak të problemeve në pjesët e trurit nën korteks. Njerëzit me demenca subkortikale kanë tendencë të tregojnë ndryshime në shpejtësinë e tyre të të menduarit dhe aftësinë për të filluar aktivitete. Zakonisht, njerëzit me demencë nënkortikale nuk kanë probleme në harresë dhe gjuhë. Sëmundja e Parkinsonit, sëmundja e Huntingtonit dhe HIV mund të shkaktojnë këto lloje të demencës.

Disa lloje të demencës prekin të dy pjesët e trurit. Për shembull, demenca e trupave Lewy është kortikale dhe nënkortikale.

Demenca nuk është konfuzion ose harresë e përkohshme që mund të rezultojë nga një infeksion që shërohet pa trajtim. Mund të vijë gjithashtu nga një sëmundje themelore ose efekte anësore të ilaçeve. Demenca zakonisht përkeqësohet me kalimin e kohës.

Shkaqet e demencës

Shkaqet më të zakonshme të demencës përfshijnë:

- Sëmundjet neurologjike degjenerative. Kjo përfshin:
 - Sëmundja e Alzheimerit
 - Sëmundja e Parkinsonit
 - Sëmundja e Huntingtonit
 - Disa lloje të sklerozës së shumëfishtë.

Këto sëmundje përkeqësohen me kalimin e kohës.

- Çrregullimet vaskulare. Këto kushte ndikojnë në qarkullimin e gjakut në tru.
 - Lëndimet traumatike të trurit të shkaktuara nga aksidentet në makinë, rrëzimet, tronditjet, etj.
 - Infeksionet e sistemit nervor qendror. Këto përfshijnë meningjitin, HIV dhe sëmundjen Creutzfeldt-Jakob.
 - Përdorimi i alkoolit ose drogës për një kohë të gjatë.
 - Disa lloje të hidrocefalusit, një grumbullim i lëngjeve në tru.

Disa shkaqe të kthyeshme të demencës përfshijnë:

- Çrregullimi i përdorimit të alkoolit ose substancave
- Tumoret
- Hematoma subdurale, mpiksje gjaku në mbulesën e jashtme të trurit
- Hidrocefalusi me presion normal, një grumbullim i lëngjeve në tru
- Çrregullime metabolike siç është mungesa e vitaminës B12
- Nivele të ulëta të hormoneve tiroide, të quajtura hipotiroidizëm
- Sheqeri i ulët në gjak, i quajtur hipoglicemi
- Çrregullimet neurokognitive të lidhura me HIV [2].

Shenjat dhe Simptomat e Demencës

Llojet e ndryshme të demencës mund të prekin njerëzit në mënyra të ndryshme, dhe secili do të përjetojë simptoma në mënyrën e vet. Megjithatë, ka disa simptoma të hershme të zakonshme që mund të shfaqen pak kohë përpara një diagnoze të demencës. **Kjo përfshin:**

- humbje kujtese
- vështirësi në përqendrim
- vështirësi në kryerjen e detyrave të njohura ditore, si p.sh. ngatërrimi për ndryshimin e duhur gjatë blerjeve
- duke luftuar për të ndjekur një bisedë ose për të gjetur fjalën e duhur

- duke u hutuar për kohën dhe vendin
- ndryshimet e humorit

Këto simptoma janë shpesh të lehta dhe mund të përkeqësohen gradualisht. Shpesh quhet "dëmtim i lehtë njohës" pasi simptomat nuk janë mjaft të rënda për t'u diagnostikuar si demencë. Në disa njerëz, këto simptoma do të mbeten të njëjta dhe nuk do të përkeqësohen. Por disa njerëz me "dëmtim i lehtë njohës" do të vazhdojnë të zhvillojnë demencë. Demenca nuk është një pjesë e natyrshme e plakjes. Kjo është arsyeja pse është e rëndësishme që një person të konsultohet sa më shpejt me një mjek të përgjithshëm nëse shfaq problemet të kujtesës ose simptoma të tjera.

Simptoma specifike për sëmundjen e Alzheimerit

Shkaku më i zakonshëm i demencës është sëmundja e Alzheimerit. Simptomat e zakonshme të sëmundjes së Alzheimerit përfshijnë:

- problemet e kujtesës, të tilla si harresa e rregullt e ngjarjeve të fundit, emrat dhe fytyrat që bëjnë pyetje në mënyrë të përsëritur
- rritja e vështirësive me detyrat dhe aktivitetet që kërkojnë organizim dhe planifikim
- duke u hutuar në mjedise të panjohura, vështirësi në gjetjen e fjalëve të duhura
- vështirësi me numrat dhe/ose trajtimin e parave në dyqane
- duke u bërë më të tërhequr ose të shqetësuar [3].

Simptoma specifike për demencën vaskulare

Demencia vaskulare është shkaku i dytë më i zakonshëm i demencës, pas Alzheimerit. Disa njerëz kanë demencë vaskulare dhe sëmundje Alzheimer, që shpesh quhet "demencë e përzier". Simptomat e demencës vaskulare janë të ngjashme me sëmundjen e Alzheimerit, megjithëse humbja e kujtesës mund të mos jetë aq e dukshme në fazat e hershme. Simptomat ndonjëherë mund të zhvillohen papritur dhe shpejt përkeqësohen, por ato gjithashtu mund të zhvillohen gradualisht gjatë shumë muajve ose viteve. Simptomat specifike mund të përfshijnë:

- Simptoma të ngjashme me goditjen në tru: duke përfshirë dobësinë e muskujve ose paralizën e përkohshme në njërën anë të trupit (këto simptoma kërkojnë kujdes urgjent mjekësor)
- probleme me lëvizjen – vështirësi në ecje ose ndryshim në mënyrën e ecjes së një personi
- probleme të të menduarit – vështirësi me vëmendjen, planifikimin dhe arsyetimin
- ndryshimet e humorit - depresion dhe një tendencë për t'u bërë më emocional [4].

Simptomat specifike të demencës me trupat Lewy
Demenca me trupa Lewy ka shumë nga simptomat e sëmundjes së Alzheimerit dhe njerëzit me këtë gjendje zakonisht përjetojnë gjithashtu: ▪ periudhat e të qenit vigjilent ose të përgjumur, ose nivelet e luhatshme të konfuzionit ▪ halucinacione vizuale (duke parë gjëra që nuk janë aty) ▪ duke u bërë më të ngadalshëm në lëvizjet e tyre fizike ▪ rënie të përsëritura dhe të fikët ▪ çrregullime të gjumit [5].
Simptomat specifike për demencën frontotemporale
Megjithëse sëmundja e Alzheimerit është ende lloji më i zakonshëm i demencës tek njerëzit nën 65 vjeç, një përqindje më e lartë e njerëzve në këtë grupmoshë mund të zhvillojnë demencë frontotemporale sesa njerëzit e moshuar. Shumica e rasteve diagnostikohen te moshat 45-65 vjeç. Simptomat e hershme të demencës frontotemporale mund të përfshijnë: ▪ ndryshimet e personalitetit – zvogëlimi i ndjeshmërisë ndaj ndjenjave të të tjerëve, duke i bërë njerëzit të duken të ftohtë dhe pa ndjenja ▪ mungesa e ndërgjegjësimit shoqëror - duke bërë shaka të papërshtatshme ose duke treguar mungesë takti, megjithëse disa njerëz mund të bëhen shumë të tërhequr dhe apatikë ▪ probleme gjuhësore – vështirësi për të gjetur fjalët e duhura ose për t'i kuptuar ato ▪ duke u bërë obsesive – të tilla si zhvillimi i modës për ushqime të pazakonta, ngrënia e tepërt dhe pirja e alkoolit [6]
Simptomat në fazat e mëvonshme të demencës
Ndërsa demenca përparon, humbja e kujtesës dhe vështirësitë në komunikim shpesh bëhen të rënda. Në fazat e mëvonshme, personi ka të ngjarë të neglizhojë shëndetin e tij dhe të kërkojë kujdes dhe vëmendje të vazhdueshme. Simptomat më të zakonshme të demencës së avancuar përfshijnë: ▪ probleme me kujtesën – njerëzit mund të mos njohin familjen dhe miqtë e ngushtë, ose të mos kujtojnë se ku jetojnë ose ku janë ▪ problemet e komunikimit – disa njerëz përfundimisht mund të humbasin aftësinë për të folur fare. Përdorimi i mjeteve joverbale të komunikimit, si shprehjet e fytyrës, prekja dhe gjestet, mund të ndihmojnë ▪ problemet e lëvizshmërisë – shumë njerëz bëhen më pak të aftë të lëvizin pa ndihmë. Disa mund të bëhen të paaftë për të ecur dhe të kenë nevojë për një karrige me rrota ose të kufizohen në shtrat ▪ probleme të sjelljes – një numër i konsiderueshëm njerëzish do të zhvillojnë ato që njihen si "simptoma të sjelljes dhe psikologjike të demencës". Këto mund të përfshijnë axhitim të shtuar, simptoma depresive, ankth, bredhje, agresion, ose ndonjëherë halucinacione

- mosmbajtja e urinës është e zakonshme në fazat e mëvonshme të demencës dhe disa njerëz do të përjetojnë gjithashtu inkontinencë fekale
- problemet me oreksin dhe humbjen e peshës janë të dyja të zakonshme në demencën e avancuar. Shumë njerëz kanë probleme me ngrënien ose gjëllitjen, dhe kjo mund të çojë në mbytje, infeksione pulmonare dhe probleme të tjera [7].

Masat parandaluese të demencës dhe trajtimi

Demenca është e vështirë të parandalohet, sepse shpesh nuk dihet se çfarë e shkakton atë. Por njerëzit që kanë demencë të shkaktuar nga goditje në tru mund të jenë në gjendje të parandalojnë rëniet e ardhshme duke ulur rrezikun e sëmundjeve të zemrës dhe goditjes në tru. Edhe nëse individit nuk i ka këto rreziqe të njohura, shëndeti i përgjithshëm mund të përfitojë nga këto strategji:

- Mos pi duhan.
- Qëndroni në një peshë të shëndetshme.
- Bëni shumë ushtrime.
- Ha ushqim të shëndetshëm.
- Menaxhoni problemet shëndetësore duke përfshirë diabetin, presionin e lartë të gjakut dhe kolesterolin e lartë.
- Qëndroni vigjilent mendërisht duke mësuar hobe të rinj, duke lexuar ose zgjidhur fjalëkryqe.
- Qëndroni të përfshirë në shoqëri. Merrni pjesë në aktivitetet e komunitetit, kishën ose grupet mbështetëse.
- Nëse mjeku rekomandon, merrni aspirinë.

Si trajtohet demenca?

Ilaçet mund të ngadalësojnë demencën, por nuk e kurojnë atë. Ato mund të ndihmojnë në përmirësimin e funksionit mendor, humorit ose sjelljes. Mirëqenia është qëllimi i pjesës më të madhe të kujdesit ndaj demencës. Njerëzit me demencë kanë probleme dhe simptoma komplekse në shumë fusha. Ndërhyrjet duhet të individualizohen dhe të marrin në konsideratë personin në tërësi, si dhe kujdestarët e familjes së tyre. Po grumbullohen dëshmi për efektivitetin, të paktën në afat të shkurtër, të ndërhyrjeve psikosociale të përshtatura për nevojat e pacientit, për të menaxhuar simptomat neuropsikiatrike. Ndërhyrjet e bazuara në prova për kujdestarët mund të zvogëlojnë simptomat e depresionit dhe ankthit me kalimin e viteve dhe të jenë me kosto efektive. Mbajtja e njerëzve me demencë të shëndetshëm fizikisht është e rëndësishme për njohjen e tyre. Njerëzit me demencë kanë më shumë probleme shëndetësore fizike se të tjerët të së njëjtës moshë, por shpesh marrin më pak kujdes shëndetësor në komunitet dhe e kanë veçanërisht të vështirë për të aksesuar dhe organizuar kujdesin. Njerëzit me demencë kanë më shumë shtrime në spital se të moshuarit e tjerë, duke përfshirë sëmundjet që janë potencialisht të menaxhueshme në shtëpi. Ata kanë vdekur në mënyrë disproporcionale në epideminë e COVID-19. Shtrimet në spital janë shqetësuese dhe shoqërohen me rezultate të dobëta dhe kosto të larta. Profesionistët e kujdesit shëndetësor duhet të marrin në konsideratë demencën tek njerëzit e

moshuar pa demencë të njohur, të cilët kanë shtrime të shpeshta ose që zhvillojnë delir. Deliri është i zakonshëm tek njerëzit me demencë dhe kontribuon në rënien njohëse. Në spital, kujdesi duhet të përfshijë stimulimin e duhur ndijor, sigurimin e marrjes së lëngjeve dhe shmangien e infeksioneve duke zvogëluar edhe incidencën e delirit [8].

Pika kyçe

- Tre janë faktorët e rinj të rrezikut të modifikueshëm për demencën.
 - Provat e reja mbështesin shtimin e tre faktorëve të rrezikut të modifikueshëm—konsumimi i tepërt i alkoolit, lëndimi i kokës dhe ndotja e ajrit—në modelin për parandalimin, ndërhyrjen dhe kujdesin e demencës me nëntë faktorë (më pak edukim, hipertension, dëmtim të dëgjimit, duhani, obeziteti, depresioni, pasiviteti fizik, diabeti dhe kontaktet e rralla sociale).
 - Modifikimi i 12 faktorëve të rrezikut mund të parandalojë ose vonojë deri në 40% të demencës.
 - Jini ambicioz për parandalimin
 - Parandalimi ka të bëjë me politikat dhe individët. Kontributet në rrezikun dhe zbutjen e demencës fillojnë herët dhe vazhdojnë gjatë gjithë jetës, kështu që kurrë nuk është shumë herët ose tepër vonë. Këto veprime kërkojnë programe të shëndetit publik dhe ndërhyrje individuale të përshtatura. Përveç strategjive të popullsisë, politika duhet të adresojë grupet me rrezik të lartë për të rritur aktivitetin social, njohës dhe fizik; dhe shëndetin e enëve të gjakut.
 - Veprime specifike për faktorët e rrezikut gjatë gjithë jetës.
 - Trajtoni paparazinë dhe mbron njerëzit me demencë.
 - Shumë faktorë rreziku grumbullohen rreth paparazive, të cilat ndodhin veçanërisht në grupet etnike zezake, aziatike dhe pakicë dhe në popullatat e cënueshme. Trajtimi i këtyre faktorëve do të përfshijë jo vetëm promovimin e shëndetit, por edhe veprimet shoqërore për të përmirësuar rrethanat në të cilat njerëzit jetojnë jetën e tyre. Shembujt përfshijnë krijimin e mjediseve që kanë si normë aktivitetin fizik, zvogëlimin e profilit të presionit të gjakut në popullatë që rritet me kalimin e moshës nëpërmjet modeleve më të mira të të ushqyerit dhe reduktimin e ekspozimit të mundshëm të tepërt ndaj zhurmës.
 - Demenca po rritet më shumë në vendet me të ardhura të ulëta dhe me të ardhura mesatare sesa në vendet me të ardhura të larta, për shkak të plakjes së popullsisë dhe frekuencës më të lartë të faktorëve të rrezikut potencialisht të modifikueshëm. Ndërhyrjet parandaluese mund të japin reduktimet më të mëdha të demencës në këto vende.
- Për personat me demencë, rekomandimet janë:
- Sigurimi i kujdesit holistik pas diagnostikimit
 - Kujdesi pas diagnostikimit për njerëzit me demencë duhet të trajtojë shëndetin fizik dhe mendor, kujdesin social dhe mbështetjen. Shumica e njerëzve me demencë kanë sëmundje të tjera dhe mund të luftojnë për t'u kujdesur për shëndetin e tyre dhe kjo mund të rezultojë në hospitalizime potencialisht të parandalueshme.
 - Menaxhimi i simptomave neuropsikiatrike

- Ndërhyrjet specifike me shumë komponentë ulin simptomat neuropsikiatrike të njerëzit me demencë dhe janë trajtimet e zgjedhura. Barnat psikotrope shpesh janë joefektive dhe mund të kenë efekte të rënda negative.
- Kujdesi për kujdestarët e familjes
- Ndërhyrjet specifike për kujdestarët e familjes kanë efekte afatgjata në simptomat e depresionit dhe ankthit, rrisin cilësinë e jetës, janë me kosto efektive dhe mund të kursejnë para.



**PRAKTIKA INFERMIERORE E
BAZUAR NË EVIDENCË:**



ksploroni Uebin

<https://www.alz.org/>

Shoqata e Alzheimerit mund t'ju ndihmojë të mësoni më shumë rreth sëmundjes së Alzheimerit dhe demencave të tjera.

Referenca

1. Basics of Alzheimer's disease and Dementia.
<https://www.nia.nih.gov/health/alzheimers/basics>. Accessed 17 January 2022.
2. <https://www.webmd.com/alzheimers/types-dementia>
3. Alzheimer's disease. Last reviewed: 05 July 2021.
<https://www.nhs.uk/conditions/alzheimers-disease/>
4. Vascular dementia. Last reviewed: 05 March 2020.
<https://www.nhs.uk/conditions/vascular-dementia/>
5. Dementia with Lewy bodies. Last reviewed: 09 December 2019.
<https://www.nhs.uk/conditions/dementia-with-lewy-bodies/>
6. Frontotemporal dementia. Last reviewed: 16 January 2020.
<https://www.nhs.uk/conditions/frontotemporal-dementia/>
7. <https://www.nhs.uk/conditions/dementia/symptoms/>. Accessed 17 January 2022.
8. Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet*. 2020;396(10248):413-446.

Depresioni: shenjat, simptomat, parandalimi dhe trajtimi

Objektivat

Në fund të këtij leksioni, studentët do të jenë në gjendje të:

- Njohin dhe të përshkruajnë depresionin dhe tipet
- Njohin shenjat dhe simptomat e depresionit
- Përshkruajnë masat parandaluese të depresionit dhe trajtimin

Depresioni - Informacion i përgjithshëm

Depresioni prek miliona njerëz në mbarë botën dhe është shkaku kryesor i paaftësisë. Ai është edhe shkaktari kryesor i vetëvrasjeve [1]. Depresioni është një çrregullim kompleks i humorit që shfaqet me ndryshime negative në emocione, të menduarit, sjelljen dhe shëndetin fizik. Simptomat mbizotëruese të depresionit janë humbja e interesit dhe energjisë së përgjithshme si dhe pamundësia për të ndjerë kënaqësi. Një person me depresion është i shkëputur nga jeta shoqërore dhe ndërveprimi me të tjerët. Apatia ndaj punës, shkollës, marrëdhënieve, përgjegjësisë dhe objektivave të përgjithshme ndikon negativisht te njeriu dhe familja. Kostoja ekonomike është evidente për sa i përket kohës së humbur, reduktimit të produktivitetit dhe kujdesit shëndetësor [2]. Edhe pse depresioni është më pak i përhapur tek të rriturit e moshuar sesa tek të rriturit më të rinj, shihet se mund të ketë pasoja serioze. Të rriturit e moshuar me depresion kanë më pak gjasa të mbështesin simptomat afektive dhe kanë më shumë gjasa të shfaqin ndryshime njohëse, simptoma somatike dhe humbje të interesit [3]. Studimet e shëndetit mendor të bazuara në komunitet kanë zbuluar se në varësi të situatave kulturore prevalenca e çrregullimeve depressive në popullatën e moshuar të botës varion nga 10% në 20% [4]. Një studim zbuloi se mosha dhe numri i marrjes së ilaçeve tek njerëzit e moshuar janë të lidhur pozitivisht me depresionin, ndërsa aktivitetet fizike lidhen negativisht me depresionin [5]. Përveç kësaj, 20 vitet e fundit sugjerojnë se në krahasim me të rriturit më të rinj depresioni nuk është më i zakonshëm dhe nuk shkaktohet nga faktorë psikologjikë. Depresioni në jetën e vonë tregon simptomatik të ndryshme me prevalencën e simptomave somatike. Depresioni në të rriturit e moshuar shoqërohet me një ecuri më kronike, e cila ka të ngjarë të moderohet nga sëmundjet bashkëshoqëruese [6]. Depresioni mund të jetë një reagim ndaj ngjarjeve që janë të zakonshme tek të moshuarit (p.sh. humbja e një personi të dashur, zhvillimi i një sëmundjeje, pranimi në kujdesin afatgjatë) [7]. Përafërsisht 35 për qind e njerëzve që jetojnë në kujdes afatgjatë kanë depresion [7]. Edhe pse depresioni është i zakonshëm tek të moshuarit, ai nuk është një pjesë normale e plakjes [8].

Përkufizimi i Depresionit

Termi "depresioni" nuk është një term specifik për një gjendje të vetme diagnostikuese. Çrregullimet depressive në përgjithësi përbëhen nga çrregullimi i madh depresiv, distimia dhe depresioni i vogël, por jo kushte të tjera që përfshijnë tipare depressive, siç është çrregullimi bipolar. Shoqata Amerikane e Psikiatrisë specifikon kriteret diagnostikuese për çrregullimet e ndryshme depressive, secila prej të cilave kërkon një numër minimal simptomash për të qenë të pranishme, shqetësuese ose me dëmtim të konsiderueshëm, Tabela 7-1[7].

Tabela 7-1. Çrregullimet primare të depresionit, kriteret për të rriturit

Diagnoza Depressive	Simptomat
<i>Episodi i madh Depresiv:</i> - 5 ose më shumë simptoma depressive për ≥ 2 javë - Duhet të ketë humor të dëshpëruar ose humbje të interesit/kënaqësisë - Simptomat duhet të shkaktojnë shqetësim ose dëmtim të konsiderueshëm - Nuk ka sjellje maniakale apo hipomaniakale <i>Episodi i vogël Depresiv:</i> - 2–4 simptoma depressive për ≥ 2 javë - Duhet të ketë ose humor të dëshpëruar ose humbje të interesit ose kënaqësisë - Simptomat duhet të shkaktojnë shqetësim ose dëmtim të konsiderueshëm - Nuk ka sjellje maniakale apo hipomaniakale	1. Humor depresiv 2. Interesi ose kënaqësia e reduktuar dukshëm në shumicën ose të gjitha aktivitetet 3. Humbje e konsiderueshme në peshë (ose oreks i dobët) ose shtim në peshë 4. Pagjumësia ose hipersomnia 5. Prapambetja psikomotorë 6. Lodhje ose humbje energjie 7. Ndjenjat e pavlefshmërisë ose fajit të tepruar ose të papërshtatshëm 8. Aftësia e zvogëluar për të menduar ose përqendruar, ose pavendosmëri 9. Mendimet e përsëritura të vdekjes (jo vetëm frika nga vdekja), ose idetë, plani ose tentativa për vetëvrasje
<i>Çrregullimi Distimik</i> - Humor depresiv për shumicën e kohës për të paktën dy vjet - Prania e 2 ose më shumë simptomave të distimisë - Asnjëherë pa simptoma për 2 muaj ose më shumë gjatë periudhës 2 vjeçare	1. Humbje e konsiderueshme në peshë (ose oreks i dobët) ose shtim në peshë 2. Pagjumësia ose hipersomnia 3. Lodhje ose humbje energjie 4. Vetëvlerësim i ulët 5. Aftësia e zvogëluar për të menduar ose përqendruar, ose pavendosmëri 6. Ndjenjat e mungesës së shpresës

- Simptomat duhet të shkaktojnë shqetësim ose dëmtim të rëndësishëm klinik - Nuk ka çrregullime të mëdha depresive në dy vitet e para, pa episode maniakale, hipomaniakale ose të përziera.	
--	--

Shenjat dhe simptomat e depresionit

Megjithëse depresioni mund të ndodhë vetëm një herë gjatë jetës së një individi, njerëzit zakonisht kanë episode të shumta. Gjatë këtyre episodeve, simptomat shfaqen shumicën e ditës, pothuajse çdo ditë dhe mund të përfshijnë:

- Ndjenjat e trishtimit, qarje, zbrazëtisë ose mungesës së shpresës
- Shpërthime zemërimi, nervozizëm ose zhgënjim, edhe për çështje të vogla
- Humbje interesi ose kënaqësie në shumicën ose të gjitha aktivitetet normale, të tilla si seksi, hobi ose sportet
- Çrregullime të gjumit, duke përfshirë pagjumësinë ose gjumin e tepërt
- Lodhje dhe mungesë energjie, kështu që edhe detyrat e vogla kërkojnë përpjekje shtesë
- Ulje e oreksit dhe humbje peshe ose rritje e dëshirës për ushqim dhe shtim në peshë
- Ankh, axhitim ose shqetësim
- Ngadalësimi i të menduarit, të folurit ose lëvizjeve të trupit
- Ndjenjat e pavlefshmërisë ose fajit, fiksimi në dështimet e së kaluarës ose vetëfajësimi
- Probleme me të menduarit, përqendrimin, marrjen e vendimeve dhe kujtimin e gjërave
- Mendime të shpeshta ose të përsëritura të vdekjes, mendime vetëvrasëse, përpjekje për vetëvrasje ose vetëvrasje
- Probleme fizike të pashpjegueshme, të tilla si dhimbje shpine ose dhimbje koke

Për shumë njerëz me depresion, simptomat zakonisht janë mjaftueshëm të rënda për të shkaktuar probleme të dukshme në aktivitetet e përditshme, si puna, shkolla, aktivitetet sociale ose marrëdhëniet me të tjerët. Disa njerëz mund të ndihen përgjithësisht të mjerë ose të pakënaqur pa e ditur vërtet pse [8].

Simptomat e depresionit tek fëmijët dhe adoleshentët

Shenjat dhe simptomat e zakonshme të depresionit tek fëmijët dhe adoleshentët janë të ngjashme me ato të të rriturve, por mund të ketë disa dallime.

- Tek fëmijët më të vegjël, simptomat e depresionit mund të përfshijnë trishtim, nervozizëm, ngjitje, shqetësim, dhimbje, refuzim për të shkuar në shkollë ose nëneshë.
- Në adoleshencë, simptomat mund të përfshijnë trishtim, nervozizëm, ndjenjë negative dhe të pavlerë, zemërim, performancë të dobët ose frekuentim të dobët në shkollë, ndjesi të keqkuptuar dhe jashtëzakonisht të ndjeshme, përdorimin e drogave rekreative ose alkoolit, ngrënies ose fjetjes së tepërt, dëmtim të vetvetes, humbje interesi në aktivitetet normale dhe shmangia e ndërveprimit social.

Simptomat e depresionit tek të moshuarit

Depresioni nuk është një pjesë normale e rritjes së moshës dhe nuk duhet marrë kurrë lehtë. Për fat të keq, depresioni shpesh kalon i padiagnostikuar dhe i patrajtuar tek të rriturit e moshuar dhe ata mund të ndihen ngurrues për të kërkuar ndihmë. Simptomat e depresionit mund të jenë të ndryshme ose më pak të dukshme tek të moshuarit, si p.sh.

- Vështirësitë e kujtesës ose ndryshimet e personalitetit
- Dhimbje fizike ose dhimbje
- Lodhja, humbja e oreksit, problemet e gjumit ose humbja e interesit për seksin - jo e shkaktuar nga një gjendje mjekësore ose mjekim
- Shpesh dëshiron të qëndrojnë në shtëpi, në vend që të dalin për t'u shoqëruar ose për të bërë gjëra të reja
- Mendimi ose ndjenja vetëvrasëse, veçanërisht të meshkujt e moshuar [10].

Faktoret e rrezikut

Depresioni shpesh fillon në adoleshencë, 20 ose 30 vjec, por mund të ndodhë në çdo moshë. Më shumë gra sesa burra diagnostikohen me depresion, por kjo mund të jetë pjesërisht për shkak se gratë kanë më shumë gjasa të kërkojnë trajtim.

Faktorët që duket se rrisin rrezikun e zhvillimit ose nxitjes së depresionit përfshijnë:

- Disa tipare të personalitetit, të tilla si vetëvlerësimi i ulët dhe të qenit shumë i varur, vetëkritik ose pesimist
- Ngjarjet traumatike ose stresuese, të tilla si abuzimi fizik ose seksual, vdekja ose humbja e një të dashuri, një marrëdhënie e vështirë ose probleme financiare
- Të afërm gjaku me një histori depresioni, çrregullimi bipolar, alkoolizëm ose vetëvrasje
- Të jesh lezbike, homoseksual, biseksual ose transgjinnor, ose të kesh ndryshime në zhvillimin e organeve gjenitale që nuk janë qartësisht mashkull apo femër (interseks) në një situatë jo mbështetëse
- Historia e çrregullimeve të tjera të shëndetit mendor, të tilla si çrregullimi i ankthit, çrregullimet e të ngrënies ose çrregullimi i stresit post-traumatik
- Abuzimi me alkoolin ose drogat rekreative

- Sëmundje serioze ose kronike, duke përfshirë kancerin, goditjen në tru, dhimbje kronike ose sëmundje të zemrës
- Disa medikamente, të tilla si disa medikamente për presionin e lartë të gjakut ose pilula gjumi (bisedoni me mjekun përpara se të ndaloni ndonjë mjekim) [10].

Komplikacionet e depresionit

Depresioni është një çrregullim serioz që mund të ketë pasoja të tmerrshme për individin dhe familjen. Depresioni shpesh përkeqësohet nëse nuk trajtohet, duke rezultuar në probleme emocionale, të sjelljes dhe shëndetësore që prekin çdo fushë të jetës.

Shembuj të komplikacioneve të lidhura me depresionin përfshijnë:

- Pësia e tepërt ose mbipësia, të cilat mund të çojnë në sëmundje të zemrës dhe diabet
- Dhimbje ose sëmundje fizike
- Përdorimi i alkoolit ose drogës
- Ankthi, çrregullimi i panikut ose fobi sociale
- Konfliktet familjare, vështirësitë në marrëdhënie dhe problemet e punës ose të shkollës
- Izolim social
- Ndjenjat vetëvrasëse, tentativat për vetëvrasje ose vetëvrasje
- Vetëgjymtimi, si prerja
- Vdekja e parakohshme nga gjendjet mjekësore [10].

Masat parandaluese të depresionit dhe trajtimi

Parandalimi mund të ofrojë mundësi të reja për të reduktuar barrën e sëmundjeve të çrregullimeve depresive. Një raport i Institutit të Mjekësisë e përkufizonte parandalimin si çdo ndërhyrje që synon parandalimin e shfaqjes së rasteve të reja të çrregullimeve mendore tek personat që nuk plotësojnë ende kriteret për një çrregullim të tillë [11]. Parandalimi mund të drejtohet ndaj të gjithë popullatës (parandalimi universal), grupet me rrezik të lartë (parandalimi selektiv), ose ato me simptoma subsindromale (parandalimi i treguar). Më shumë se 30 prova të rastësishme kanë treguar se ndërhyrjet parandaluese mund të zvogëlojnë incidencën e episodeve të reja të çrregullimit depresiv madhor me rreth 25% dhe deri në 50% kur ndërhyrjet parandaluese ofrohen në formatin e kujdesit të shkallëzuar [12]. Metodatat me efektivitet të provuar përfshijnë edukimin, ndërhyrje psikoterapeutike, farmakologjike, të stilit të jetesës dhe ushqimit [13].

Për shkak të rritjes së jetëgjatësisë në shumicën e vendeve evropiane, barra e depresionit do të zhvendoset në mënyrë progresive drejt grupmoshave më të vjetra. Depresioni në jetën e mëvonshme shoqërohet me përdorimin e tepruar të kujdesit shëndetësor dhe kosto të larta ekonomike shoqëruese. Ofrimi i kujdesit adekuat për të moshuarit është një nga sfidat kryesore me të cilat përballen sistemet shëndetësore evropiane, pasi vetëm një pakicë e të moshuarve marrin trajtim adekuat për

depresionin. Ky boshllëk trajtimi duhet të adresohet dhe disa ndërhyrje parandaluese ndihmojnë për të kapërcyer këtë hendek. Këtu mund të argumentohet se shumë të moshuar vizitojnë rregullisht mjekun e tyre të përgjithshëm, duke ofruar një mundësi të mjaftueshme për t'i angazhuar ata në ndërhyrjet parandaluese. Përveç kësaj, shtëpitë e kujdesit dhe shtëpitë e pleqve ofrojnë një mjedis ku është e lehtë nga pikëpamja logjistike të kontaktosh shumë njerëz të moshuar që rrezikojnë të bien në depresion. Duhet të theksohet gjithashtu se të moshuarit përfaqësojnë grupin me rritje më të shpejtë të përdoruesve të rinj të internetit – duke lejuar ofrimin në shkallë të gjerë të ndërhyrjeve parandaluese të shëndetit elektronik [14].

Ndërhyrjet: □ Kujdesi i shkallëzuar në kujdesin parësor dhe shtëpitë rezidenciale për të moshuarit me simptoma depresive nën pragun është treguar të jetë veçanërisht efektiv në reduktimin e incidencës së depresionit. Qasjet parandaluese të kujdesit me hapa konsistojnë në ofrimin e njëpasnjëshme të pritjes vigjilente, vetë-ndihmës së drejtuar, trajtimit të zgjidhjes së problemeve të udhëhequr nga terapisti dhe referimit të një mjek i përgjithshëm për trajtim farmaceutik [15].

Trajtimi për depresionin

Llojet e ndryshme të depresionit kërkojnë trajtim të ndryshëm. Simptomat e lehta mund të lehtësohen nga:

- duke mësuar për gjendjen
- ndryshimet e stilit të jetesës (si ushtrimet e rregullta fizike)
- terapi psikologjike e ofruar nga një profesionist i shëndetit mendor ose nëpërmjet terapive elektronike në internet.

Për depresionin e moderuar deri në më të rëndë, ka të ngjarë të kërkojnë trajtime mjekësore, në kombinim me këto trajtime të tjera.

- Trajtimi për depresionin duhet të fillojë me vizitën tek mjeku i familjes për të diskutuar simptomat dhe opsionet e trajtimit. Mjeku i familjes mund të kërkojë plotësimin një pyetësor kontrolli ose kryerjen e disa analizave për të përjashtuar gjendje të tjera shëndetësore.
- Mjeku i familjes mund të referojë pacientin te një psikolog, punonjës social, këshilltar ose psikiatër.

Opsionet e tjera të trajtimit përfshijnë:

- qendra shëndetësore të komunitetit lokal
- shërbimi lokal i triazhit të shërbimit të shëndetit mendor – ata mund të japin këshilla për spitalin me një departament psikiatrik me staf të disponueshëm për vlerësimet e shëndetit mendor.

Trajtime psikologjike për depresionin

Trajtimet psikologjike (të njohura edhe si terapitë e të folurit) janë gjetur të jenë një mënyrë efektive për të trajtuar depresionin. Ato mund të ndihmojnë në ndryshimin e modeleve të të menduarit dhe në përmirësimin e aftësive përballuese, në mënyrë që individët të jenë më të pajisur për të përballuar streset dhe konfliktet e jetës.

Përveç mbështetjes për rikuperimin nga depresioni, terapitë psikologjike mund të ndihmojnë në identifikimin dhe ndryshimin e mendimeve dhe sjelljet e padobishme.

Ekzistojnë disa lloje të ndryshme trajtimesh psikologjike duke përfshirë:

- terapi konjitive e sjelljes
- terapi ndërpersonale
- terapia e sjelljes
- terapia konjitive e bazuar në ndërgjegje

Terapia konjitive e sjelljes është një nga terapitë psikologjike më të përdorura. Ai i ndihmon njerëzit me depresion të monitorojnë dhe ndryshojnë modelet negative të të menduarit dhe të përmirësojnë aftësitë e tyre përballuese, në mënyrë që të jenë më të pajisur për t'u përballur me streset dhe konfliktet e jetës.

Medikamente kundër depresionit

Trajtimi kryesor mjekësor për depresionin është mjekimi antidepressiv. Ilaçet kundër depresionit mund të përshkruhen, së bashku me trajtimet psikologjike, kur një person përjeton një episod të moderuar deri në të rëndë të depresionit. Ndonjëherë, ilaçet kundër depresionit përshkruhen kur trajtimet e tjera nuk kanë qenë të suksesshme ose kur trajtimet psikologjike nuk janë të mundshme për shkak të ashpërsisë së gjendjes ose mungesës së aksesit në trajtim.

Njerëzit me forma më të rënda të depresionit (çrregullim bipolar dhe psikozë) në përgjithësi duhet të trajtohen me ilaçe. Kjo mund të përfshijë një ose një kombinim të stabilizuesve të humorit, barnave antipsikotike dhe ilaçet kundër depresionit.

Ka shumë lloje të antidepressantëve. Marrja e një vendimi se cili antidepressant është më i miri për një person mund të jetë kompleks. Vendimi merret në konsultim me mjekun, pas vlerësimit dhe shqyrtimit të kujdesshëm. Ilaçet kundër depresionit duan të paktën dy javë përpara se të fillojnë të ndihmojnë, dhe mund të duhet gjithashtu pak kohë që mjeku të gjejë mjekimin dhe dozën më të përshtatshme.

Ilaçet kundër depresionit mund t'i bëjnë njerëzit të ndihen më mirë, por ata nuk do të ndryshojnë personalitetin e tyre ose nuk do t'i bëjnë ata të ndihen të lumtur gjatë gjithë kohës. Ashtu si me çdo mjekim tjetër, disa njerëz do të përjetojnë disa efekte anësore. Efektet anësore të zakonshme, në varësi të ilaçit që merret, përfshijnë:

- të përziera
- dhimbje koke
- ankthi
- djersitje
- marramendje
- axhitim
- shtim në peshë
- gojë e thatë
- vështirësi seksuale

Disa nga këto simptoma mund të jenë afatëshkurtër, por njerëzit që përjetojnë ndonjë nga këto simptoma duhet t'i tregojnë mjekut të tyre, pasi ka mënyra për t'i minimizuar ato. Mundësia e shfaqjes së një efekti anësor të veçantë ndryshon midis njerëzve dhe ilaçeve. Kohëzgjatja e kohës për të cilën një person duhet të marrë ilaçet kundër

depresionit varet nga ashpërsia e gjendjes dhe mënyra se si i përgjigjen trajtimit. Ilaçet kundër depresionit janë të sigurt, efektiv dhe nuk shkaktojnë varësi. Ndërprerja e mjekimit duhet të bëhet vetëm gradualisht, me rekomandimin e mjekut dhe nën mbikëqyrje. Çdo person duhet të gjejë trajtimin që është i duhuri për të. Vetëm për shkak se një trajtim është treguar se funksionon shkencërisht nuk do të thotë se do të funksionojë njësoj mirë për çdo person. Disa njerëz do të kenë komplikime, do të përjetojnë efekte anësore ose do të zbulojnë se trajtimi nuk përputhet me stilin e tyre të jetesës. Mund të duhet kohë dhe durim për të gjetur një trajtim që funksionon.

Depresioni - përballimi dhe shërimi

Ndërsa trajtimi psikologjik dhe mjekësor mund të ndihmojë në shërimin e një personi, ka shumë mënyra të tjera që njerëzit mund të ndihmojnë veten për t'u përmirësuar dhe për të qëndruar mirë.

Qëndrimi aktiv

Kur një person është me depresion, mund të mos kënaqet me aktivitetet që dikur i ka dashur. Ai gjithashtu mund të mendojë se nuk do të kënaqet me diçka, por, kur e bën atë, në fakt ai e shijon më shumë nga sa priste.

Nëse personi me depresion nuk provon aktivitete, ai redukton numrin e gjërave që mund ta ndihmojnë të përballojë depresionin. Për të rritur sasinë e aktiviteteve që i pëlqejnë, mund të:

- rendisi aktivitetet që ka shijuar më parë – duke përfshirë sa më shumë të jetë e mundur
- planifikimi i një nga këto aktiviteteve çdo ditë
- rritje e sasisë së kohës në dispozicion për aktivitetet që i pëlqejnë
- pas një aktiviteti, mendoni ose shkruani atë që ju pëlqeu në të
- bisedoni me të tjerët për aktivitetet që u pëlqejnë [16].

Arsyetimi për depistimin e depresionit

Ekzaminimi masiv në kujdesin parësor mund të ndihmojë klinikistët të identifikojnë rastet e pa diagnostikuara të depresionit dhe të fillojnë trajtimin e duhur. Për më tepër, depistimi mund të ndihmojë profesionistët e kujdesit të identifikojnë pacientët më herët në rrjedhën e tyre të depresionit. Në të dyja këto raste, supozohet se kujdesi i zakonshëm ofron trajtim efektiv dhe se trajtimi i këtyre pacientëve do të përmirësonte depresionin e tyre dhe do të lehtësonte vuajtjet e tyre më shpejt ose më shumë sesa nëse nuk do të ishin ekzaminuar. Ndryshe nga testet e tjera depistuese, depistimi i të gjithë pacientëve për depresion, përfshirë ata të identifikuar më parë si depresion, mund të jetë i dobishëm pasi mund të ndihmojë në identifikimin e pacientëve të trajtuar në mënyrë joefektive, trajtimi i të cilëve ka nevojë për modifikim [7].

Instrumentet e depistimit të depresionit

Studimet kanë zbuluar se ka instrumente të besueshme dhe të vlefshme të depistimit të depresionit për të rriturit. Instrumentet e depistimit në përgjithësi demonstruan

ndjeshmëri prej 80 deri në 90 përqind dhe specifike prej 70 deri në 85 përqind. Edhe pse është e qartë se instrumentet e depistimit nuk janë të mjaftueshme për diagnostikimin e depresionit, ato tregojnë nevojën për një ndjekje më të detajuar nga një klinikist për të përcaktuar nëse personi i plotëson kriteret diagnostike për një çrregullim depresiv, për të eksploruar shkaqe të tjera të mundshme për depresionin (si hipotiroidizmi ose përdorimi i medikamenteve ose substancave), dhe vlerësimi për çrregullime psikiatrike bashkë-ekzistuese [7].

Referenca

1. WHO, 2016. Depression. Fact sheet, Reviewed April 2016.
2. Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, et al. Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. *PLoS Med.* 2013;10(11):e1001547.
3. Fiske A, Wetherell JL, Gatz M. Depression in older adults. *Annu Rev Clin Psychol.* 2009;5:363-89.
4. Rangaswamy SM. Geneva, Switzerland: The World Health Organization; 2001. World Health Report: Mental Health: New understanding New Hope.
5. Dao ATM, Nguyen VT, Nguyen HV, Nguyen LTK. Factors Associated with Depression among the Elderly Living in Urban Vietnam. *Biomed Res Int.* 2018;2018:2370284.
6. Haigh EAP, Bogucki OE, Sigmon ST, Blazer DG. Depression Among Older Adults: A 20-Year Update on Five Common Myths and Misconceptions. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2018;26(1):107-122.
7. O'Connor EA, Whitlock EP, Gaynes B, et al. Screening for Depression in Adults and Older Adults in Primary Care: An Updated Systematic Review [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2009 Dec. (Evidence Syntheses, No. 75.) Depression, Adults in Primary Care. Revision date: March 2016 / Seventeenth Edition
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
9. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/depression/symptoms-causes/syc-20356007>
10. Institute of Medicine, Committee on Prevention of Mental Disorders, Division of Biobehavioral Science and Mental Disorders. *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research.* National Academy Press; Washington, DC: 1994.
11. Prevention of major depression. Muñoz RF, Cuijpers P, Smit F, Barrera AZ, Leykin Y. *Annu Rev Clin Psychol.* 2010; 6():181-212.
12. Cuijpers P, Beekman AT, Reynolds CF 3rd. Preventing depression: a global priority [published correction appears in JAMA. 2012 Jun 6;307(21):2259]. *JAMA.* 2012;307(10):1033-1034.
13. World Health Organization 2016. Preventing depression in the WHO European Region.
14. Van 't Veer-Tazelaar PA, van Marwijk HWJ, van Oppen P, van Hout HPJ, van der Horst HE, Cuijpers P, Smit F, Beekman ATF. Stepped-care prevention of anxiety and depression in late life: a randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry* 2009;66:297-304.
15. <https://www.betterhealth.vic.gov.au/health/conditionsandtreatments/depression-treatment-and-management>

Deliri: shenjat, simptomat, parandalimi dhe trajtimi

Objektivat

Në fund të këtij leksioni, studentët do të jenë në gjendje të:

- Njohin dhe të përshkruajnë delirin
- Njohin shenjat dhe simptomat e delirit
- Përshkruajnë masat parandaluese të delirit dhe trajtimin

Deliri - Informacion i përgjithshëm

Deliri është një shqetësim serioz në aftësitë mendore që rezulton në të menduarit konfuz dhe reduktim të ndërgjegjësimit për mjedisin. Fillimi i delirit është zakonisht i shpejtë - brenda disa orësh ose disa ditësh. Deliri shpesh mund të gjurmohet në një ose më shumë faktorë kontribues, të tilla si një sëmundje e rëndë ose kronike, ndryshime në ekuilibrin metabolik (siç është natriumi i ulët), mjekimi, infeksioni, operacioni ose intoksikimi ose tërheqja nga alkooli ose droga. Për shkak se simptomat e delirit dhe demencës mund të jenë të ngjashme, informacioni i një anëtari të familjes ose kujdestarit mund të jetë i rëndësishëm për të bërë një diagnozë të saktë.

Simptomat

Shenjat dhe simptomat e delirit zakonisht fillojnë pas disa orësh ose disa ditësh. Ato shpesh luhaten gjatë ditës dhe mund të ketë periudha pa simptoma. Simptomat priren të përkeqësohen gjatë natës kur është errësirë dhe gjërat duken më pak të njohura. Shenjat dhe simptomat primare përfshijnë si më poshtë.

Ndërgjegjësimi i reduktuar për mjedisin

Kjo mund të rezultojë në:

- Pamundësi për të qëndruar i fokusuar në një temë ose për të ndërruar tema
- Të mbërthehesh në një ide në vend që t'u përgjigjesh pyetjeve ose bisedave
- Të shpërqendroheni lehtësisht nga gjërat e parëndësishme
- Duke qenë i tërhequr, me pak ose aspak aktivitet ose pak reagim ndaj mjedisit

Aftësi të dobëta të të menduarit (dëmtim kognitiv)

Kjo mund të shfaqet si:

- Kujtesa e dobët, veçanërisht për ngjarjet e fundit
- Çorientimi - për shembull, duke mos ditur se ku jeni ose kush jeni
- Vështirësi për të folur ose për të kujtuar fjalët
- Fjalimi rrëqethës ose i pakuptimtë
- Probleme me të kuptuarit e të folurit
- Vështirësi në lexim ose shkrim

Ndryshimet e sjelljes

Këto mund të përfshijnë:

- Shikimi i gjërave që nuk ekzistojnë (halucinacione)
- Shqetësim, agjitacion ose sjellje luftarake
- Thirrje, rënkim ose tinguj të tjerë
- Të qenit i qetë dhe i tërhequr - veçanërisht te të rriturit
- Ngadalësimi i lëvizjes ose letargjia
- Zakonet e shqetësuara të gjumit
- Kthimi i ciklit gjumë-zgjim natë-ditë

Çrregullime emocionale

Këto mund të shfaqen si:

- Ankth, frikë apo paranojë
- Depresioni
- Nervozizëm ose zemërim
- Një ndjenjë e ndjenjës së ngazëllimit (euforia)
- Apatia
- Ndryshime të shpejta dhe të paparashikueshme të humorit
- Ndryshimet e personalitetit

Llojet e delirit

Ekspertët kanë identifikuar tre lloje deliri:

- Deliri hiperaktiv. Ndoshta lloji më i lehtë i njohur, ky mund të përfshijë shqetësim (për shembull, ritmin), axhitim, ndryshime të shpejta të humorit ose halucinacione dhe refuzim për të bashkëpunuar për kujdes.
- Deliri hipoaktiv. Kjo mund të përfshijë pasivitet ose aktivitet të reduktuar motorik, plogështi, përgjumje jonormale ose të duket i habitur.
- Deliri i përzier. Kjo përfshin si shenjat dhe simptomat hiperaktive dhe hipoaktive. Personi mund të kalojë shpejt përpara dhe me radhë nga gjendjet hiperaktive në hipoaktive.

Shkaqet e delirit

Deliri ndodh kur dërgimi dhe marrja normale e sinjaleve në tru dëmtohet. Ky dëmtim ka shumë të ngjarë të shkaktohet nga një kombinim faktorësh që e bëjnë trurin të prekshëm dhe shkaktojnë një mosfunksionim në aktivitetin e trurit. Deliri mund të ketë një shkak të vetëm ose më shumë se një shkak, si një kombinim i një gjendjeje mjekësore dhe toksicitetit të drogës. Ndonjëherë nuk mund të identifikohet asnjë shkak.

Shkaqet e mundshme përfshijnë:

- Medikamente të caktuara ose toksiteti i drogës
- Intoksikimi ose tërheqja nga alkooli ose droga

Një gjendje mjekësore, si një goditje në tru, sulm në zemër, përkeqësim i sëmundjes së mushkërive ose mëlçisë, ose një dëmtim nga një rënie

- Pabarazitë metabolike, të tilla si natriumi i ulët ose kalciumi i ulët
- Sëmundje e rëndë, kronike ose terminale
- Ethe dhe infeksion akut, veçanërisht te fëmijët
- Infeksioni i traktit urinar, pneumonia ose gripi, veçanërisht te të moshuarit
- Ekspozimi ndaj një toksine, si monoksidi i karbonit, cianidi ose helme të tjera
- Kequshqyerja ose dehidratimi
- Privimi i gjumit ose shqetësimi i rëndë emocional
- Dhimbje
- Kirurgji ose procedura të tjera mjekësore që përfshijnë anestezi

Disa medikamente ose kombinime medikamentesh mund të shkaktojnë delir, duke përfshirë disa lloje të:

- Medikamenteve kundër dhimbjeve
- Ilaçeve të gjumit
- Medikamenteve për çrregullimet e humorit, të tilla si ankthi dhe depresioni
- Medikamenteve kundër alergjive (antihistaminik)
- Medikamenteve për astmën
- Barnave steroide të quajtura kortikosteroide
- Ilaçeve për sëmundjen e Parkinsonit
- Barnave për trajtimin e spazmave ose konvulsioneve

Faktorët e rrezikut

Çdo gjendje që rezulton në një qëndrim në spital, veçanërisht në kujdesin intensiv ose pas operacionit, rrit rrezikun e delirit, ashtu si të qenit banor në një shtëpi pleqsh. Deliri është më i zakonshëm tek të moshuarit. Shembuj të kushteve të tjera që rrisin rrezikun e deliriumit përfshijnë:

- Çrregullime të trurit si demenca, goditja në tru ose sëmundja e Parkinsonit
- Episodet e mëparshme të delirit
- Dëmtimi i shikimit ose i dëgjimit
- Prania e problemeve të shumta mjekësore

Komplikacionet

Deliri mund të zgjasë vetëm disa orë ose deri në disa javë ose muaj. Nëse trajtohen çështjet që kontribuojnë në delir, koha e rikuperimit është shpesh më e shkurtër. Shkalla e rikuperimit varet deri diku nga gjendja shëndetësore dhe mendore para fillimit të delirit. Njerëzit me demenca, për shembull, mund të përjetojnë një rënie të përgjithshme të konsiderueshme në aftësitë e kujtesës dhe të menduarit. Njerëzit me shëndet më të mirë kanë më shumë gjasa të shërohen plotësisht. Njerëzit me sëmundje të tjera serioze, kronike ose terminale mund të mos rifitojnë nivelet e aftësive të menduarit ose funksionimit që kishin përpara fillimit të delirit. Deliri te njerëzit e sëmurë rëndë ka gjithashtu më shumë gjasa të çojë në:

- Rënie të përgjithshme të shëndetit
- Shërim i dobët nga operacioni
- Nevoja për kujdes institucional
- Rritja e rrezikut të vdekjes

Ndërhyrjet për të parandaluar delirin

Qasja më e suksesshme për parandalimin e delirit është identifikimi i faktorëve të rrezikut që mund të shkaktojnë një episod. Mjediset spitalore paraqesin një sfidë të veçantë - ndryshimet e shpeshta të dhomës, procedurat invazive, zhurmat e larta, ndriçimi i dobët dhe mungesa e dritës natyrale dhe gjumit mund të përkeqësojnë konfuzionin. Provat tregojnë se disa strategji si - promovimi i zakoneve të mira të gjumit, ndihma e personit të qëndrojnë i qetë dhe i orientuar mirë dhe ndihma në parandalimin e problemeve mjekësore ose komplikimeve të tjera - mund të ndihmojnë në parandalimin ose reduktimin e ashpërsisë së delirit [1]. Ndërhyrjet për të parandaluar delirin përfshijnë:

Sigurohuni që njerëzit në rrezik të delirit të kujdesen nga një ekip profesionistësh të kujdesit shëndetësor që janë të njohur për personin në rrezik. Shmangni lëvizjen e njerëzve brenda dhe ndërmjet reparteve ose dhomave, shtëpisë, përveç rasteve kur është absolutisht e nevojshme.

Hartoni një paketë të përshtatur ndërhyrjeje me shumë komponentë:

Brenda 24 orëve nga pranimi, vlerësoni njerëzit në rrezik për faktorët klinik që kontribuojnë në delir.

Bazuar në rezultatet e këtij vlerësimi, ofroni një ndërhyrje shumëkomponente të përshtatur për nevojat individuale të personit dhe mjedisin e kujdesit.

Paketa e përshtatur e ndërhyrjes me shumë komponentë duhet të zbatohet nga një ekip multidisiplinar i trajnuar dhe kompetent në parandalimin e delirit.

Trajtoni dëmtimin kognitiv dhe/ose çorientimin duke:

- siguruar ndriçim të përshtatshëm dhe sinjalistikë të qartë; një orë (konsideroni sigurimin e një ore 24-orëshe në kujdesin kritik) dhe një kalendar duhet gjithashtu të jenë lehtësisht të dukshme për personin në rrezik
- folur me personin për t'i riorientuar duke i shpjeguar se ku janë, kush janë dhe cili është roli juaj
- prezantuar aktivitete stimuluese njohëse (për shembull, kujtimet)
- lehtësuar vizita të rregullta nga familja dhe miqtë.

Trajtoni dehidratimin dhe/ose kapsllëkun duke:

- sigurimi i marrjes adekuate të lëngjeve për të parandaluar dehidratimin duke e inkurajuar personin të pijë – merrni parasysh ofrimin e lëngjeve nënllëkurë ose intravenoze nëse është e nevojshme
- duke marrë këshilla nëse është e nevojshme gjatë menaxhimit të ekuilibrit të lëngjeve të njerëzit me sëmundje shoqëruese (për shembull, dështimi i zemrës ose sëmundje kronike të veshkave).

Vlerësoni për hipoksi dhe optimizoni ngopjen e oksigjenit nëse është e nevojshme, sipas rastit klinik.

Adresoni infeksionin duke:

- kërkuar dhe trajtuar infeksionin
- shmangur kateterizimin e panevojshëm
- zbatuar procedurat e kontrollit të infeksionit në përputhje me udhëzuesit e miratuar për infeksionet e lidhura me kujdesin shëndetësor.

Trajtoni palëvizshmërinë ose lëvizjen e kufizuar nëpërmjet veprimeve të mëposhtme:

- Inkurajoni njerëzit që:
 - Të mobilizohen menjëherë pas operacionit
 - Të ecin (siguroni mjete të përshtatshme për ecje nëse është e nevojshme – këto duhet të jenë të aksesueshme në çdo kohë).
- Inkurajoni të gjithë njerëzit, duke përfshirë ata që nuk janë në gjendje të ecin, të kryejnë ushtrime aktive me diapazonin e lëvizjes.
- Adresoni dhimbjen duke:
 - vlerësuar dhimbjen
 - kërkuar shenja joverbale të dhimbjes, veçanërisht tek ata me vështirësi në komunikim (për shembull, njerëzit me vështirësi në të mësuar ose demencë, ose njerëz në një ventilator ose që kanë një trakeostomi)
 - filluar dhe rishikuar menaxhimin e duhur të dhimbjes në çdo person tek i cili identifikohet ose dyshohet dhimbja.

Kryeni një rishikim të ilaçeve për njerëzit që marrin shumë ilaçe, duke marrë parasysh llojin dhe numrin e medikamenteve.

Adresoni kequshqyerjen duke:

- ndjekur këshillat e dhëna për të ushqyerit në udhëzuesit e miratuar për mbështetjen e të ushqyerit për të rriturit
- nëse njerëzit kanë proteza, duke u siguruar që ato të përshtaten siç duhet.

Adresoni dëmtimet shqisore duke:

- zgjidhur çdo shkak të kthyeshëm të dëmtimit, siç është dylli i veshit i prekur
- siguruar që aparatet dëgjimore dhe vizuale të jenë të disponueshme dhe të përdoren nga njerëzit që kanë nevojë për to, dhe se ato janë në gjendje të mirë pune.
- Promovuar modele të mira gjumi dhe higjienë të gjumit duke:
 - shmangur procedurave infermierore ose mjekësore gjatë orëve të gjumit, nëse është e mundur
 - caktuar orare të mjekimit për të shmangur shqetësimin e gjumit
 - reduktuar zhurmën në minimum gjatë periudhave të gjumit.

Treguesit e delirit: vëzhgimet ditore	Diagnoza (vlerësimi klinik nga specialisti)
Vëzhgoni, të paktën çdo ditë, të gjithë njerëzit në spital ose kujdes afatgjatë për ndryshimet e fundit (brenda orëve ose ditëve) ose luhatjet në sjelljen e zakonshme. Këto mund të raportohen nga personi në rrezik, ose një kujdestar ose i afërm. Nëse ndonjë prej këtyre ndryshimeve të sjelljes është i pranishëm, një profesionist i kujdesit shëndetësor i cili është i trajnuar dhe kompetent në diagnostikimin e delirit duhet të kryejë një vlerësim klinik për të konfirmuar diagnozën.	Nëse identifikohen tregues të delirit, duhet të kryhet një vlerësim klinik bazuar në kriteret e Manualit Diagnostik dhe Statistikor të Çrregullimeve Mendore ose në metodën e shkurtër të vlerësimit të konfuzionit për të konfirmuar diagnozën. Vlerësimin duhet ta kryejë një profesionist i kujdesit shëndetësor i cili është i trajnuar dhe kompetent në diagnostikimin e delirit. Nëse ka vështirësi në dallimin midis diagnozave të delirit, demencës ose delirit të mbivendosur mbi demencën, së pari duhet trajtuar deliri. Sigurohuni që diagnoza e delirit të dokumentohet si në kartelën spitalore të personit ashtu edhe në kartelën e kujdesit shëndetësor parësor.

Trajtimi i delirit

Menaxhimi fillestar

Tek njerëzit e diagnostikuar me delir, identifikoni dhe menaxhoni shkakun e mundshëm themelor ose kombinimin e shkaqeve.

Siguroni komunikim dhe riorientim efektiv (për shembull duke shpjeguar se ku është personi, kush është dhe cili është roli juaj) dhe siguroni siguri për njerëzit e diagnostikuar me delir. Merrni parasysh përfshirjen e familjes, miqve dhe kujdestarëve për të ndihmuar me këtë. Siguroni një mjedis të përshtatshëm për kujdesjeje.

Njerëzit e dëshpëruar

Nëse një person me delir është i shqetësuar ose konsiderohet si një rrezik për veten ose të tjerët, fillimisht përdorni teknika verbale dhe joverbale për të normalizuar situatën. Shqetësimi mund të jetë më pak i dukshëm te njerëzit me delir hipoaktiv, të cilët ende mund të shqetësohen nga, për shembull, simptoma psikotike.

Nëse një person me delir është i shqetësuar ose konsiderohet si rrezik për veten ose të tjerët dhe teknikat e çpërshkallëzimit verbal dhe joverbal janë të paefektshme ose të papërshtatshme, merret parasysh dhënia afatshkurtër (zakonisht për 1 javë ose më pak) e haloperidol. Fillohet me dozën më të ulët klinikisht të përshtatshme dhe titrohet me kujdes sipas simptomave [2].

Përdorni barna antipsikotike me kujdes ose aspak për njerëzit me gjendje të tilla si sëmundja e Parkinsonit ose demenca me trupa Lewy [3].

Nëse deliri nuk zgjidhet

Për njerëzit tek të cilët deliri nuk zgjidhet:

- Rivlerësoni për shkaqet themelore.
- Ndiqni dhe vlerësoni për demenca të mundshme [4].

Një grua 91-vjeçare me njohuri minimale të gjuhës angleze u shtrua në njësinë e kujdesit intensiv për një përkeqësim të sëmundjes kronike obstruktive pulmonare. Pesë ditë më parë, ajo kishte vizituar urgjencën për dhimbje në shpatull dhe iu dha acetaminofen me kodeinë. Vajza e pacientes raportoi se nëna e saj nuk respektoi regjimin e saj të inhalatorit të sëmundjes kronike obstruktive pulmonare për shkak të përgjumjes së shkaktuar nga kodeina. Në njësinë e kujdesit intensiv, fillimisht u ndalua ushqimi oral dhe lëngjet dhe pacientes iu dha levofloxacin (Levaquin), metilprednizolon, trajtime me nebulizator dhe ranitidinë (Zantac). Gjatë natës, ajo kishte mosmbajtje urinare, gjë që nxiti vendosjen e një kateteri dhe fillimin e tolterodinës (Detrol) për spazmën e fshikëzës. Të nesërmen në mëngjes, familja e saj erdhi ta vizitonte në spital dhe e gjeti atë në një gjendje ankthi, duke u luhatur nga rrëmuja e lehtë në uljen e papritur deri në shtrirje anash në krevat. Ajo kishte theksuar pavëmendje dhe nuk ishte në gjendje të ndiqte udhëzimet ose të vazhdonte bisedën. Ajo ishte e hutuar për vendndodhjen e saj dhe pretendoi se stafi i spitalit e kishte sulmuar [5].

Çfarë duhet të merret parasysh: Treguesit e delirit: në prezantim

- Në prezantim, vlerësoni njerëzit në rrezik për ndryshimet e fundit (brenda orëve ose ditëve) ose luhatjet në sjellje. Këto mund të raportohen nga personi në rrezik, ose një kujdestar ose i afërm. Jini veçanërisht vigjilentë për sjelljet që tregojnë deliri hipoaktiv (i shënuar*). Këto ndryshime të sjelljes mund të ndikojnë:
- Funksioni njohës: për shembull, përqendrim i përkeqësuar*, reagime të ngadalta*, konfuzion.
- Perceptimi: për shembull, halucinacione vizuale ose dëgjimore.
- Funksioni fizik: për shembull, lëvizshmëri e reduktuar*, reduktim i lëvizjes*, shqetësim, axhitim, ndryshime në oreks*, shqetësim i gjumit.
- Sjellja sociale: për shembull, mungesa e bashkëpunimit me kërkesa të arsyeshme, tërheqja*, ose ndryshime në komunikim, humor dhe/ose qëndrim.
- Nëse ndonjë prej këtyre ndryshimeve të sjelljes është i pranishëm, një profesionist i kujdesit shëndetësor i cili është i trajnuar dhe kompetent në diagnostikimin e delirit duhet të kryejë një vlerësim klinik për të konfirmuar diagnozën [2]

Referenca

1. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/delirium/symptoms-causes/syc-20371386>
2. Delirium: prevention, diagnosis and management. Clinical guideline [CG103]. Published: 28 July 2010. Last updated: 14 March 2019
3. Parkinson's disease in adults. NICE guideline [NG71]. Published: 19 July 2017.
4. Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers. NICE guideline [NG97]. Published: 20 June 2018.
5. <https://www.rcn.org.uk/clinical-topics/older-people/delirium>

Dallimi midis demencës, depresionit dhe delirit

Objektivat

Në fund të këtij leksioni, studentët do të jenë në gjendje të:

- Bëjnë dallimin midis demencës, depresionit dhe delirit
- Njohin shenjat dhe simptomat e depresionit
- Përshkruajnë masat parandaluese të depresionit dhe trajtimin

Diferencimi i demencës, depresionit dhe delirit

Pacientët e moshuar janë në rrezik të lartë të dëmtimeve njohëse dhe humorit si depresioni, deliri dhe demenca. Deliri është një shkak akut, kalimtar dhe i kthyeshëm i mosfunksionimit të trurit, i shkaktuar zakonisht nga një ose më shumë faktorë precipitues, duke përfshirë infeksionin, medikamentet, dhimbjen dhe dehidratimin. Demenca është zakonisht delikate në fillimin e saj dhe mund të mos njihet derisa të ketë prekur një ose më shumë fusha konjitive. Depresioni karakterizohet nga humor i ulët, humbja e interesit ose kënaqësisë në shumicën e aktiviteteve, shqetësimi i gjumit, ankthi dhe tërheqja sociale.

Deliri, demenca dhe depresioni kanë karakteristika të mbivendosura dhe pacientët mund të përjetojnë më shumë se një nga këto gjendje në të njëjtën kohë. Është thelbësore të bëhet dallimi midis këtyre kushteve, veçanërisht nëse deliri është i pranishëm, sepse ky është një urgjencë mjekësore akute që kërkon vlerësim dhe menaxhim të shpejtë. Infermierët në mjediset ambulatorie dhe spitalore mund të kenë një rol të rëndësishëm në identifikimin, vlerësimin dhe menaxhimin e pacientëve me demencë, delir dhe depresion [1].

Demenca

Shenja dhe simptoma

Demenca është çrregullimi më i zakonshëm i njohjes dhe karakterizohet nga një rënie në një ose më shumë prej tyre këto fusha njohëse [2]:

- Kujtesa (kujtimet në distancë kundrejt kujtimeve të fundit)
- Gjuha (tërheqja e fjalëve, të kuptuarit)
- Mësimi i aftësive të reja (duke ndjekur udhëzimet lineare, me aftësi për të përsëritur aftësitë)
- Funkcioni ekzekutiv (aftësia për të bërë pazar, për të larë rroba, për të shkruar një diçka)
- Vëmendje komplekse (përfundimi i detyrave me shumë hapa)

- Njohja sociale (duke kujtuar lidhjet familjare, emrat)
- Aftësitë perceptive-motorike (veshja, larja)

Rënia e funksionit nuk duhet t'i atribuohet sëmundjeve të tjera organike, nuk duhet të jetë për shkak të një episodi deliri dhe duhet të jetë mjaft i rëndë që të ndërhyjë në pavarësinë ose funksionimin e përditshëm.

Sindromat e demencës

Ndërsa shumica (60-80%) e rasteve të demencës janë të lidhura me sëmundjen Alzheimer (SA), sindromat e tjera kryesore të demencës përfshijnë

- Demenca me trupat Lewy
- Demenca frontotemporale
- Demenca vaskulare (multi-infarkt)
- Sëmundja e Parkinsonit me demencë

Sindromat më pak të zakonshme që mund të shfaqen me demencë janë:

- Demenca e lidhur me alkoolin
- Paraliza mbinukleare progresive
- Sëmundja Huntington
- Sëmundja Creutzfeldt-Jakob

Shpesh, demenca ka më shumë se një shkak ose faktorë kontribues dhe pacienti i moshuar mund të vuajë gjithashtu nga sëmundje të tjera mjekësore ose sëmundje shoqëruese që përkeqësojnë rrjedhën dhe përparimin e demencës së tyre.

Paraqitja Klinike

Hollësitë e demencës mund të jenë të vështira për t'u zbuluar gjatë praktikës rutinë klinike. Shpesh vlerësimet më të mira vijnë nga familja ose kujdestarët e përfshirë në jetën e përditshme të pacientit. Familja ose kujdestarët do t'u ofrojnë klinikistëve një vështrim të shkurtër në bazën historike të pacientit dhe gjendjen aktuale të funksionit kognitiv në lidhje me:

- Si pacienti është në gjendje të mbajë informacione të reja
- Sjellja dhe mënyra se si pacienti menaxhon situatat e reja
- Aftësitë gjuhësore
- Orientimi në vend dhe aftësitë hapësinore, si humbja në vende të njohura
- Aftësitë e arsytimit dhe mënyra se si pacienti menaxhon ngjarjet e papritura

Diagnoza

Për diagnozën përfundimtare të demencës kërkohet një vlerësim gjithëpërfshirës nga një neurolog ose neuropsikiatër. Vlerësimi do të përfshijë historinë klinike (të marra veçmas nga pacienti dhe kujdestari), ekzaminimin fizik, testimin kognitiv, neuroimazhimin dhe vlerësimin metabolik [3].

Deliri

Në kontrast të plotë me fillimin tinëzar dhe gradual të demencës, deliri është një ndryshim akut që shpesh shoqërohet me pavëmendje, konfuzion dhe/ose një turbullim të shqisave [2] dhe duhet të konsiderohet një urgjencë mjekësore. Deliri është një sindromë komplekse neuropsikiatrike e cila tenton të zhvillohet gjatë një periudhe prej orëve ose ditëve dhe mund të luhatet gjatë gjithë ditës [4].

Shenjat dhe simptomat mund të përfshijnë:

- Pamundësia për t'u fokusuar, për të mbajtur vëmendjen ose për të zhvendosur vëmendjen midis detyrave
- Hipervigjilencë
- Axitim dhe shqetësim
- Dridhja
- Halucinacione (vizuale, dëgjimore, prekëse)
- Përgjumje, ulje e statusit mendor, hipoaktivitet

Deliri mund të precipitohet nga:

- Efektet anësore të anestezisë, mjekimit ose ndërveprimeve të medikamenteve
- Intoksikimi me mjekimin e përshkruar për shkak të dozave të grumbulluara
- Infeksione, të tilla si sepsë, pneumoni ose infeksione të traktit urinar
- Dehidratim
- Pabarazitë e elektroliteve, duke përfshirë hipogliceminë
- Çrregullime metabolike duke përfshirë hipokseminë dhe hiperkarbinë
- Çrregullime të gjumit, pagjumësi për shkak të shtrimit në spital
- Imobilizimi, ndryshimi i mjedisit të kujdesit, mungesa e pajisjeve të zakonshme ndihmëse për mobilizim
- Dëmtime shqisore, mungesë syze apo aparate dëgjimi në dispozicion

Trajtimi dhe Menaxhimi

Shmangia e delirit tek të moshuarit është qasja më e mirë. Masat parandaluese përfshijnë shmangien e faktorëve të njohur për precipitim të episodeve, të tilla si polifarmacia dhe dehidratimi, dhe promovimi i ndërgjegjësimit të situatës në pacientët e shtruar në spital. Kur deliri është i pranishëm, objektivi kryesor është identifikimi i faktorit (ve) nxitës dhe ofrimi i trajtimit përfundimtar. Ndërsa kujdeseni për pacientin me deliri akut, masat jofarmakologjike ofrojnë opsionet më të sigurta të kujdesit duke lejuar që shkaku kryesor të zgjidhet. Sigurimi i një mjedisi mbështetës dhe restaurues, në lidhje me orët e gjumit, kufizimi i mbingarkesës ndijore dhe krijimi i një ambienti të ngjashëm me shtëpinë, dihet se zvogëlon incidencën dhe kohëzgjatjen e delirit në pacientët me rrezik më të lartë.

Ndërhyrjet jofarmakologjike

- Ndryshimi i mjedisit të pacientit, zvogëlimi i zhurmës së ambientit, përmirësimi i ndriçimit.

- Sigurimi i shpeshtë përmes prekjës dhe riorientimit verbal.
- Përdorimi i personelit të njohur ose familjes për të qetësuar dhe vëzhguar pacientin.
- Nuk miraton dhe as sfiduese halucinacione apo deluzione.

Rekomandohet që të shmangen kufizimet fizike, pasi ato kontribuojnë në rezultate të dobëta fizike (aspiratë, humbje lëvizshmërie, ulçera presioni), kohëzgjatje të zgjatur të delirit dhe nuk janë provuar të jenë efektive [4].

Ndërhyrjet farmakologjike

Kur deliri manifestohet nga sjellje përçarëse, veçanërisht agjitacion, kontrolli i simptomave mund të jetë i nevojshëm për të lejuar vlerësimin dhe trajtimin. Mund të garantohet një provë e medikamenteve psikotrope si haloperidol, quetiapine, risperidone dhe olanzapine. Përgjithësisht u kërkohet të përdorin dozën më të ulët të mundshme të agjentit farmakologjik me veprim më të shkurtër të disponueshëm. Benzodiazepinat duhet të shmangen për shkak të tendencës së tyre për të përkeqësuar konfuzionin dhe delirin [5].

Depresioni

Depresioni mund të paraqitet si një faktor konfuz kur ekzaminohen pacientët e moshuar që vuajnë nga rënia kognitive. Pacientët e moshuar me depresion shpesh do të jenë në gjendje të vetë-raportojnë se po përjetojnë probleme me kujtesën dhe mund të bëjnë përpjekje të dobëta për të kryer provime njohëse, duke thënë "Unë thjesht nuk mund ta bëj këtë" [2]. Depresioni mund të prekë këdo, dhe të moshuarit nuk bëjnë përjashtim. Ata me demencë fillestare mund të vuajnë gjithashtu nga depresioni, dhe për këtë arsye rekomandohet që profesionitët e shëndetit të kontrollojnë për depresion tek të moshuarit, pasi është një gjendje shoqëruese e trajtueshme/rikthyeshme që mund të kontribuojë në demencë dhe rënie njohëse.

Shenjat dhe simptomat mund të përfshijnë:

- Ulje e përqendrimit ose hapësirës së vëmendjes
- Gjykimi i dëmtuar
- Humbje e kujtesës e vetë-raportuar
- Ndjenjat e mungesës së shpresës, shpesh më keq në mëngjes
- Gjumi i dëmtuar

Sindromat Depresive

- Reagimet patologjike të pikëllimit (humbja e bashkëshortit)
- Depresioni i madh ose i vogël
- Çrregullim distimik

Një studim i kryer në Shqipëri evidentoi se simptomat e depresionit shfaqen më shpesh te pacientët e moshuar të shtruar në spital me sëmundje kronike. Ata kërkojnë një kohë më të gjatë rehabilitimi, e cila ndikon edhe në qëndrimin ditor në spital [6].

Konsiderata të veçanta

Familja ose kujdestarët e atyre që vuajnë nga demenca mund të kenë nevojë gjithashtu për mbështetje, veçanërisht gjatë një sëmundjeje akute ose një periudhe të kombinuar deliri. Të shohësh një të dashur në delir akut mund t'i lërë kujdestarët të ndihen të frustruar, të frikësuar dhe të varfëruar. Kini parasysh se delirit mund të duhen javë ose muaj për t'u zgjidhur plotësisht, dhe kjo do të kërkojë kujdes për të vazhduar në mjedise të tjera më pak akute. Komunikimi me familjen, ekipin e kujdesit dhe objektet e parashikuara të kujdesit afatgjatë duhet të përfshijnë detaje rreth statusit mendor të pacientit dhe nevojave njohëse.

Shkalla të larta të delirit dhe depresionit raportohen te njerëzit me demencë, kështu që këto kushte mund të bashkëekzistojnë dhe secila duhet të adresohet. Demenca dhe depresioni janë gjithashtu faktorë rreziku për delirin [7]. Është e rëndësishme të diferencohet deliri nga Demenca me Trupat Lewy. Këto kushte mund të duken identike, megjithatë, haloperidol, i cili ndonjëherë mund të përdoret për të menaxhuar simptomat e delirit, mund të shkaktojë shqetësime të rënda të lëvizjes (si spazma ose ngurtësi) dhe madje mund të jetë fatale për disa pacientë me Demenca me Trupat Lewy. Prania e parkinsonizmit ndihmon në diferencimin e Demenca me Trupat Lewy nga deliri [8].

Diagnoza diferenciale - depresioni, deliri dhe demenca [3].

Krahasimi i demencës, delirit dhe depresionit			
	Demenca	Delirium	Depresioni
Fillimi dhe kohëzgjatja	• Fillim i ngadaltë dhe i fshehtë • Përkeqësimi është progresiv me kalimin e kohës • E përhershme	• Fillimi i papritur – me orë ose ditë • Kohëzgjatja – orë deri në më pak se një muaj, por mund të jetë më e gjatë • Tiparet klinike të luhatshme • Zakonisht i kthyeshtë me trajtimin e shkakut themelor	• Ndryshimi i fundit i humorit vazhdon të paktën për të paktën dy javë - mund të përkohet me ndryshimet e jetës; mund të zgjasë me muaj ose vite • Zakonisht i kthyeshtë me trajtim
Aktiviteti psikomotor	• Përhumbja/kërkimi për dalje	• Delir hiperaktiv: agjitacion, shqetësim, halucinacione	• Zakonisht tërhiqet

	• I shqetësuar • Tërhequr (mund të lidhet me bashkëekzistimin e depresionit)	• Delir hipoaktiv: i përgjumur, i ngadalshëm • Të përziera: tipare të alternuara të sa më sipër	• Apatia • Mund të përfshijë axhitim
Vëmendja	• Në përgjithësi normale	• Dëmtim ose luhatje, vështirësi në ndjekjen e bisedës	• Mund të duket i dëmtuar
Humori	• Depresioni mund të jetë i pranishëm në demencën e hershme	• Emocione të luhatshme, për shembull: zemërim, shpërthime lotësh, frikë	• Humor në depresion • Mungesa e interesit ose kënaqësisë në aktivitetet e zakonshme • Ndryshim në oreks (rritje ose ulje)
Të menduarit dhe të folurit	• Vështirësi me rrjedhshmërinë e fjalëve, rikthimin e fjalëve, dhe abstraksioni	• I çorganizuar, i shtrembëruar, i fragmentuar, jokoherent	• E paprekur; tema të pafuqisë dhe mungesës së shpresës të pranishme

Shkaqet e depresionit tek personat me demencë

Depresioni është shoqëruar me një rrezik në rritje të demencës në pleqëri, por mekanizmat që qëndrojnë në themel të kësaj lidhjeje nuk janë kuptuar mirë. Janë propozuar disa mekanizma të mundshëm: (1) depresioni është një prodrom* i demencës, (2) depresioni zvogëlon pragu e demencës dhe (3) depresioni çon në dëmtimin e sistemeve nervore, veçanërisht të hipokampusit, i cili kontribuon në zhvillimin e demencës [9].

Historia e depresionit në të kaluarën ose gjatë gjithë jetës është e njohur për të rritur rrezikun e zhvillimit të sëmundjes Alzheimer dhe demencës vaskulare. Kjo është e vërtetë edhe kur depresioni ka ndodhur më shumë se 10 vjet para fillimit të demencës. Një histori depresioni pothuajse dyfishon rrezikun e zhvillimit të demencës. Kjo

konfirmohet më tej nga një studim që tregoi rritje të pllakës dhe formimit të lëmimit në hipokampusin e pacientëve me Alzheimer që kishin një histori të depresionit gjatë gjithë jetës. Dëmtimi i zgjatur i hipokampusit për shkak të hiperkortizolemisë** të lidhur me depresionin është propozuar për të mbështetur këtë gjetje [10].

Edhe faktorët vaskularë mund të luajnë rol në depresion dhe demencë. Sëmundjet cerebrovaskulare, hipertensioni, diabeti dhe faktorë të tjerë vaskularë mund të shkaktojnë dëmtime njohëse dhe depression [10].

*Prodrome: një simptomë e hershme që mund të tregojë praninë e një sëmundjeje.

**Hiperkortizolemia: nivele jonormale, të larta të kortizolit qarkullues, shpesh i shkaktuar nga stresi dhe që çon në një përgjigje "lufto ose ik".

Depresioni kundrejt pikëllimit/ hidhërimit

Diagnoza e demencës mund të shkaktojë pikëllim lidhur me humbjet aktuale ose të parashikuara të lidhura me diagnozën e demencës [11]. Mbështetja e mirë pas diagnozës fillestare i ndihmon njerëzit të përshtaten dhe ofron mundësi për të zhvilluar reagime përballuese.

Hidhërimi, si depresioni, mund të shkaktojë simptoma fizike si gulçim, dhimbje koke, lodhje, ndjenjë rëndeje dhe mungesë energjie. Simptomat psikologjike të lidhura me pikëllimin përfshijnë depresionin klinik, hipokondrinë, ankthin, pagjumësinë dhe pamundësinë për të marrë kënaqësi nga aktivitetet normale të përditshme. Këto çështje mund të çojnë në sjellje vetë-shkatërruese, të tilla si abuzimi me alkoolin ose drogën.

Dhimbja shpesh shoqërohet me humbjet e shumta të përjetuara nga një person me demencë:

- Humbja e forcës dhe aftësive fizike
- Konfuzion i shtuar
- Humbja e të ardhurave dhe kursimeve
- Humbja e sigurimit shëndetësor
- Ndryshimet në strehim dhe pasuri personale, duke përfshirë humbjen e kafshëve shtëpiake
- Humbja e vetë-mjaftueshmërisë, privatësisë dhe vetëvlerësimit
- Ndryshimet në kontaktet dhe rolet shoqërore

Shfaqja e demencës tek një mik, bashkëshort ose i afërm mund të shkaktojë pikëllimin e anëtarëve të familjes dhe kujdestarëve për shkak të:

- Humbjes së shoqërimit
- Humbjes së të ardhurave
- Humbjes së privatësisë dhe kohës së lirë
- Ndryshimeve në rolet shoqërore
- Ndryshimeve në rutinë

Në fazën e hershme të demencës, këshillimi, vlerësimi i kushteve shoqëruese, informacioni rreth demencës, trajnimi i kujdestarit dhe zhvillimi i një plani kujdesi mund të ndihmojnë një person të përballet me pikëllimin. Fatkeqësisht, këto burime shpesh mungojnë. Në fazat e mëvonshme, zhvendosja e një personi të dashur në një shtëpi kujdesi mund të jetë shkaku i pikëllimit dhe humbjes së madhe për njerëzit me demencë dhe për kujdestarët e tyre. Njerëzit me demencë të sapo pranuar në një institucion shpesh janë të çorientuar dhe të çorganizuar në mjedisin e tyre të ri dhe ndjejnë pikëllim për shkak të humbjes së kontrollit mbi jetën e tyre [11]. Kur vdes një person i dashur, anëtarët e familjes dhe veçanërisht bashkëshortët, përjetojnë një periudhë pikëllimi të mprehtë që përfshin përgjithësisht mendime ndërhyrëse, shqetësime të forta emocionale dhe tërheqje nga aktivitetet normale të përditshme. Kur një bashkëshort vdes, përveç pikëllimit, rreth 28% e bashkëshortëve të mbijetuar përjetojnë depresion të madh. Kjo periudhë, së bashku me pikëllimin kronik që pason, mund të ndryshojë në kohëzgjatje dhe intensitet nga individ në individ dhe shpesh i ngjan depresionit klinik [12].

Referenca

1. Differentiating Delirium, Dementia, and Depression. February 2021
www.nursingcenter.com
2. Larson, E. (2019, May 3). Evaluation of cognitive impairment and dementia. UpToDate. <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-cognitive-impairment-and-dementia>
3. Dening KH. Differentiating between dementia, delirium and depression in older people. *Nurs Stand*. 2019;35(1):43-50.
4. Paulo M, Scruth EA, Jacoby SR. Dementia and Delirium in the Elderly Hospitalized Patient: Delirium Is a Medical Emergency. *Clin Nurse Spec*. 2017;31(2):66-69.
5. Francis, J. & Young, G. (2020, February 11). Diagnosis of delirium and confusional states. UpToDate.
<https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-delirium-and-confusional-state>
6. Vjollca Ndreu, Fatjona Kamberi .(2021). Depression a common condition in older hospitalized chronic patients-a transversal study. *Medical & Clinical Research* 6(9): 692-697.
7. <https://www.health.vic.gov.au/patient-care/differential-diagnosis-depression-delirium-and-dementia>
8. Gore, R.L., E.R. Vardy, and J.T. O'Brien, *Delirium and dementia with Lewy bodies: distinct diagnoses or part of the same spectrum?* J Neurol Neurosurg Psychiatry, 2014. 23.
9. Olazarán J, Trincado R, Bermejo-Pareja F. Cumulative effect of depression on dementia risk. *Int J Alzheimers Dis*. 2013;2013:457175.
10. Muliya KP, Varghese M. The complex relationship between depression and dementia. *Ann Indian Acad Neurol*. 2010;13(Suppl 2):S69-S73.
11. Vroomen, J.M., Bosmans, J.E., van Hout, H.P. *et al*. Reviewing the definition of crisis in dementia care. *BMC Geriatr* 13, 10 (2013).
12. Monk TH, Pfoff MK, Zarotney JR. Depression in the spousally bereaved elderly: correlations with subjective sleep measures. *Depress Res Treat*. 2013;2013:409538.

Shëndeti familjar në moshën e mesme dhe të thyer

Objektivat

Në fund të këtij leksioni, studentët do të jenë në gjendje të:

- Njohin rëndësinë e shëndetit familjar në moshë e mesme dhe të thyer
- Njohin elementët e listës kontrolluese të shëndetit familjar për të rriturit
- Njohin rolin dhe dinamikën e familjes në jetën e një të moshuari

Shëndeti familjar-Informacion i përgjithshëm

Vlerësimi i shëndetit aktual dhe të kaluar të familjes së një klienti është i rëndësishëm sepse sëmundjet ndonjëherë kanë një komponent gjenetik. Këto të dhëna ofrojnë një profil rreziku për kushtet e trashëguara. Ndërsa është e rëndësishme të kuptohet rreziku dhe gjasat e sëmundjes bazuar në shëndetin e familjes, këta faktorë nuk përcaktojnë shëndetin dhe mirëqenien. Ndonjëherë profesionistët e kujdesit shëndetësorë hartojnë gjenograme për të dokumentuar këtë informacion siç ilustrohet në Figurën 10-2, [1]. Për të hartuar gjenograme ka mënyra të ndryshme ilustrimi është një nga këta shembuj.

Infermierëve si profesionist kujdesi do ju duhet të bëjnë pyetje që nxjerrin informacion në lidhje me gjendjen shëndetësore, moshën dhe nëse është e aplikueshme, shkakun e vdekjes dhe moshën në momentin e vdekjes së të afërmeve të gjakut (prindërit, gjyshërit, vëllezërit e motrat, fëmijët, mbesat, nipërit). Pyetjet për të bërë përfshijnë:

- Më tregoni për shëndetin e të afërmeve tuaj të gjakut.
- A kanë ndonjë sëmundje kronike ose akute (p.sh., kardiake, kancer, probleme të shëndetit mendor)?
- A ka vdekur ndonjë nga të afërmit tuaj të gjakut?
- Nëse po, a e dini shkakun e vdekjes?
- Dhe në çfarë moshe vdiqën?

Ju gjithashtu dëshironi të vlerësoni gjendjen shëndetësore të të afërmeve pa lidhje gjaku dhe individëve me të cilët klientët kanë pasur takime të afërta ose me të cilët jetojnë; kjo mund të jetë një pjesë e rëndësishme e vlerësimit veçanërisht për sa i përket sëmundjeve ngjitëse (d.m.th., sëmundjet e përhapura përmes ajrit, ushqimit, kontaktit fizik, sipërfaqeve të kontaminuara dhe pickimit të insekteve dhe kafshëve). Pyetjet për të bërë përfshijnë:

- Më tregoni për gjendjen shëndetësore të atyre me të cilët jetoni.
- A ka qenë dikush i sëmurë kohët e fundit?
- Nëse po, a e dini shkakun?
- Çfarë simptomash kanë pasur?
- A keni qenë pranë dikujt tjetër që ka qenë i sëmurë kohët e fundit (p.sh., në punë, në shkollë, në një vend që përfshin një takim të ngushtë si zyrrë)?

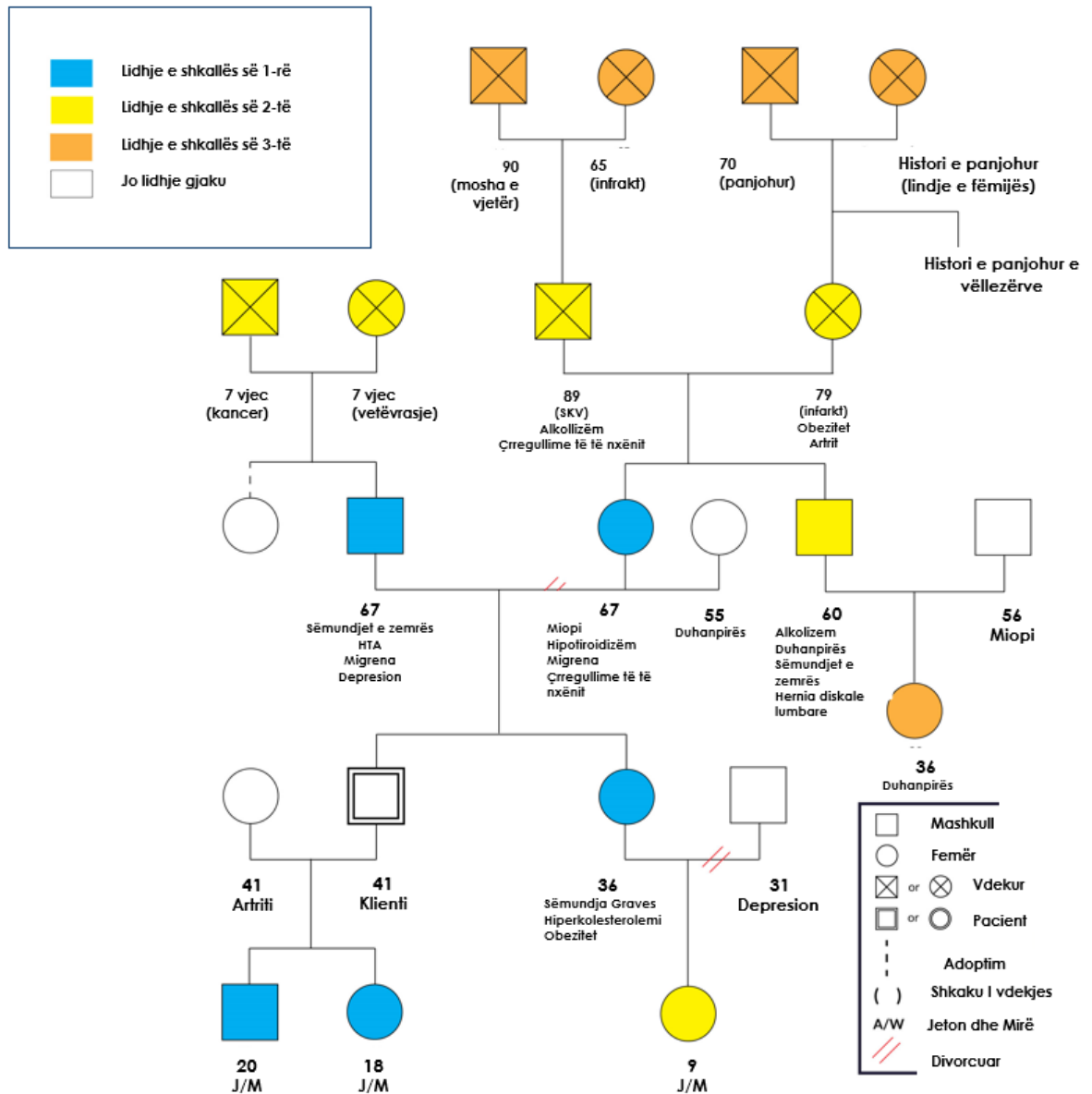


Figura 10-2. Një gjenogram për një klient 41 vjeç

Lista kontrolluese e historisë së shëndetit familjar: Të rriturit

- **Klienti duhet të flas për familjen e tij.** Të shkruaj emrat e të afërmeve të gjakut që duhet të përfshij në historikun e tij familjar. Të afërmit më të rëndësishëm që duhet të përfshihen në historinë shëndetësore familjare janë prindërit, vëllezërit, motrat dhe fëmijët. Më pas, mund të përfshihen gjyshërit, xhaxhallarët dhe hallat, mbesat dhe nipat, dhe gjysmë vëllezërit dhe gjysmë motrat.
- **Bëni pyetje.** Për të mësuar rreth rrezikut të klientit tuj për sëmundje kronike, pyesni të afërmit e tij se cilat nga këto sëmundje kanë pasur dhe kur janë diagnostikuar. Pyetjet mund të përfshijnë
 - A keni ndonjë sëmundje kronike, si sëmundje të zemrës ose diabeti, ose gjendje shëndetësore si presioni i lartë i gjakut ose kolesterolit i lartë?
 - A keni pasur ndonjë sëmundje tjetër serioze, si kanceri ose goditje në tru?
 - Sa vjeç ishit kur u diagnostikua secila nga këto sëmundje dhe gjendje shëndetësore?
 - Cila është prejardhja e familjes tuaj - nga cilat vende erdhën paraardhësit tuaj dhe u vendosën këtu?
 - Për të afërmit që kanë vdekur, sigurohuni që të pyesni për shkakun dhe moshën e vdekjes.
- **Dokumentoni informacionin.** Shkruani këtë informacion dhe sigurohuni që ta përditësoni herë pas here.
- **Ndani informacionin e historisë së shëndetit familjar** me mjekun dhe anëtarët e tjerë të familjes. Historia e shëndetit familjar të klientit mund t'ju japë një ide për rrezikun tuaj për sëmundje kronike si kanceri, sëmundjet e zemrës dhe diabeti, por nuk është i vetmi faktor që duhet marrë parasysh. Nëse jeni të shqetësuar për sëmundjet që janë të zakonshme për familjen e klientit tuaj, bisedoni me mjekun e familjes në vizitën e ardhshme. Një mjek familje mund të vlerësojë të gjithë faktorët që mund të ndikojnë në rrezikun e disa sëmundjeve, duke përfshirë historinë e shëndetit familjar, dhe mund të rekomandojë mënyra për të reduktuar këtë rrezik.
- **Veproni sipas historisë së shëndetit familjar të klientit tuaj.** Të kesh një histori shëndetësore familjare të një sëmundjeje nuk do të thotë që klienti ose anëtarët e familjes do të sëmuren patjetër me atë sëmundje. Është e rëndësishme që klienti të flasi me mjekun e familjes për hapat që mund të ndërmarri për të ulur shanset për t'u prekur nga kjo sëmundje [2].

Sëmundjet kronike të anëtarëve të familjes mund të jenë të rëndësishme për shëndetin tuaj
Të kesh një ose më shumë anëtarë të familjes me një sëmundje kronike mund t'ju bëjë më shumë gjasa që ta merrni vetë atë sëmundje. Zbuloni se çfarë do të thotë kjo për ju nëse keni një histori shëndetësore familjare ▪ Kanceri i gjirit ose i vezoreve ▪ Kanceri kolorektal (kolorektal). ▪ Sëmundjet e zemrës ▪ Diabeti ▪ Osteoporoza (një gjendje mjekësore që shkakton dobësimin e kockave dhe më shumë gjasa për t'u thyer)

A e njihni Vanesën?

Vanesa, 35 vjec, sapo mbaroi ecjen me vajzën e saj dhe ndihet shkëlqyeshëm. Këto shëtitje tani janë pjesë e rutinës së tyre të përditshme dhe ofruesi i saj i kujdesit shëndetësor i thotë se nuk do të ketë nevojë për ilaçe për të mbajtur në kontroll diabetin e saj në të ardhmen.



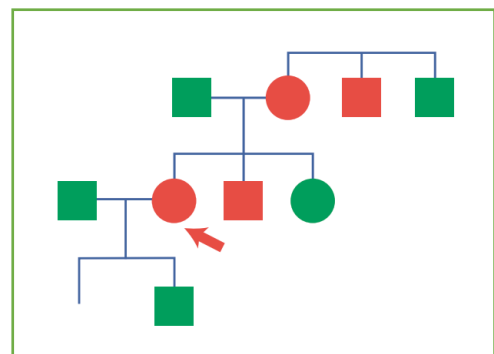
Por për një ofrues të kujdesit shëndetësor parësor, këndvështrimi i Vanesës mund të mos ketë qenë aq i mirë. Shumë shpesh, diabeti mbetet i padiagnostikuar për vite me rradhë, ndërsa sheqeri i lartë në gjak sulmon në heshtje organet e cenueshme si p.sh. sytë, veshkat dhe zemra. Në kohën kur shfaqen simptomat, dëmtimi i organeve tashmë ka ndodhur.

Për fat të mirë për Vanesën, ofruesi i saj i kujdesit shëndetësor e pyeti për historinë e saj familjare në kohën e fundit dhe zbuloi se nëna, xhaxhai dhe vëllai i saj të gjithë kishin diabet në mesin e të 40-tave. Sheqeri i Vanesës në gjak esëll ishte në rangun e diabetikëve.

Një vit më vonë, falë ndryshimeve në dietë dhe stërvitje, nivelet e sheqerit në gjak të Vanesës janë pothuajse normale dhe ajo po ndihmon pjesën tjetër të familjes të adoptojë një mënyrë jetese të shëndetshme [3].

**Herën tjetër që do takoni një "Vanesa",
gjeni kohë për të kryer një vlerësim
të plotë të historikut familjar.**

**Ajo - dhe familja e saj –
do t'ju falënderojnë.**



Rëndësia e familjes në jetën e një të moshuari

Vetmia është një problem me të cilin shumë të rritur përballen në moshën e tyre të vjetër, duke i vënë ata në një rrezik më të lartë të zhvillimit të gjendjeve shëndetësore të lidhura me moshën, si dhe depresioni. Megjithatë, ndërveprimet e rregullta me anëtarët e familjes së tyre mund të rrisin shëndetin mendor, fizik dhe emocional të të

rriturve. Më poshtë janë disa nga arsyet kryesore pse familja është e rëndësishme në jetën e një të moshuari.

☐ **Ofron shoqëri**

Marrëdhëniet e forta me fëmijët, nipërit dhe anëtarët e tjerë të familjes mund t'i ndihmojnë të moshuarit të marrin ndërveprimin njerëzor që dëshirojnë. Familja duhet të bëjë përpjekje për të vizituar të dashurin e moshuar sa më shpesh të jetë e mundur dhe ta telefonojë atë disa herë në javë. Mbështetja emocionale mund të parandalojë shumë nga sfidat e sjelljes që përjetojnë të moshuarit. Në vend që të përdorin metoda të dëmshme të menaxhimit të çështjeve emocionale, të moshuarit mund të diskutojnë situatat me familjet e tyre dhe të fitojnë perspektivë më të qartë.

☐ **Forcon kujtesën**

Ndërveprimi me familjen mund t'u sigurojë të moshuarve stimulim të trurit. I moshuari do të duhet të përdorë aftësitë e të menduarit kritik kur shkon në ekskursione sociale me fëmijët dhe nipërit e tij ose të saj, gjë që është e dobishme në parandalimin e demencës dhe sëmundjes së Alzheimerit. Ndërsa merr pjesë në biseda dhe aktivitete me familjen, i moshuari mund të përdorë kujtesën e tij afatshkurtër dhe afatgjatë, të rrisë fjalorin e tij ose të saj dhe të kujtojë kujtimet e kaluara duke krijuar të reja.

Nëse personi i moshuar ka filluar të përjetojë funksion të zvogëluar të kujtesës, një kujdestar profesionist me trajnim dhe ekspertizë në metodat e stimulimit njohës mund të jetë një pasuri e jashtëzakonshme. Profesionistët e kujdesit në shtëpi mund të jenë një ndihmë e mrekullueshme për të moshuarit. Pavarësisht nëse kanë nevojë për mbikëqyrje gjatë gjithë kohës ose thjesht kanë nevojë për ndihmë me ushtrimet dhe detyrat shtëpiake disa ditë në javë, të moshuarit mund të gëzojnë një cilësi më të lartë jete me ndihmën e kujdestarëve të besuar në shtëpi.

☐ **Rrit aktivitetin fizik**

Inaktiviteti është një çështje serioze shëndetësore për të moshuarit, por familjet, duke theksuar rëndësinë e ushtrimit dhe zakonet e tjera të shëndetshme, mund të rrisin cilësinë e tyre të jetës. Dalja nga shtëpia për të kryer punë, për të bërë shëtitje dhe për të kryer forma të tjera ushtrimesh mund të përmirësojë shëndetin e zemrës, të forcojë kockat, të parandalojë obezitetin dhe të ulë rrezikun e disa llojeve të kancerit.

Nëse familja zakonisht e ndihmon personin e moshuar të ushtrohet, por herë pas here kanë nevojë për një pushim, punësimi i një kujdestari në shtëpi për të marrë përsipër është një opsion i shkëlqyeshëm. Profesionistët e kujdesit familjar mund t'i ndihmojnë të moshuarit me një gamë të gjerë detyrash të përditshme, duke u ofruar kujdestarëve të familjes mundësinë që të fokusohen në përgjegjësi të tjera personale ose të bëjnë një pushim për të parandaluar raskapitjen. Pavarësisht nëse është për disa orë në ditë ose disa ditë në javë, kujdesi për pushim është zgjidhja perfekte për kujdestarët e familjes që ndihen të mbingarkuar.

☐ **Nxit ndjenjën e përkatësisë**

Teksa vërejnë që aftësitë e tyre njohëse zvogëlohen ndërsa plaken, të moshuarit mund të zemërohen, të inatosen dhe dëshpërohen. Ata gjithashtu mund të ndihen sikur nuk kanë vlerë dhe të izolojnë nga shoqëria. Megjithatë, të pasurit e familjes përreth mund t'u japë të moshuarve një ndjenjë përkatësie, pavarësisht nga shëndeti i tyre aktual. Ata do të rrethohen nga njerëz që i duan dhe vlerësojnë mendimet dhe mençurinë e tyre, duke u dhënë atyre forcën dhe motivimin për të jetuar një mënyrë jetese të shëndetshme. Familja duhet të përfshijë familjarin e moshuar në angazhime të rëndësishme dhe të kërkojë këshillën e tij ose të saj për ngjarjet e ardhshme. Mbajtja e familjarit të moshuar të angazhuar në aktivitete të qëllimshme mund të rrisë vetëvlerësimin e tij ose të saj.

☐ **Ndihmon me tranzicionin e kujdesit**

Nëse një person i moshuar merr kujdes në shtëpi, familja mund të sigurojë që preferencat e tij/saj të respektohen. Nëse ai ose ajo preferon të hajë dhe të lahë në orare të caktuara, anëtarët e familjes mund ta ndajnë këtë informacion me kujdestarin. Familjarët, gjithashtu duhet të ndajnë edhe mospëlqimet dhe zakonet e të moshuarit me kujdestarin për të lehtësuar tranzicionin e kujdestarisë. Profesionistët e kujdesit në shtëpi do të punojnë me familjen për të siguruar që familjari i moshuar të jetë i lumtur dhe të marrë kujdes të cilësisë së lartë [4].

Dinamika Familjare dhe Shëndeti

Dinamika familjare ndikon ndjeshëm në shëndet në mënyra pozitive dhe negative. Të kesh një familje të ngushtë dhe mbështetëse ofron mbështetje emocionale, mirëqenie ekonomike dhe rrit shëndetin e përgjithshëm. Megjithatë, e kundërta është gjithashtu e vërtetë. Kur jeta familjare karakterizohet nga stresi dhe konflikti, shëndeti i anëtarëve të familjes priret të ndikohet negativisht.

☐ **Aspekte pozitive të dinamikës dhe shëndetit të familjes**

Mbështetja sociale e familjes është një nga mënyrat kryesore që familja ndikon pozitivisht në shëndet. Marrëdhëniet shoqërore, të tilla si ato që gjenden në familjet e ngushta, janë demonstruar se zvogëlojnë gjasat e shfaqjes së sëmundjeve kronike, paafësisë, sëmundjeve mendore dhe vdekjes. Martesa në veçanti është studiuar në mënyrën se si ndikon në shëndet. Martesa mendohet se mbron mirëqenien duke ofruar shoqëri, mbështetje emocionale dhe siguri ekonomike. Martesa lidhet me shëndetin fizik, mirëqenien psikologjike dhe vdekshmërinë e ulët. Një studim zbuloi se kontrolli ose marrja parasysh e çdo faktori tjetër rreziku për vdekjen që ne njohim, duke përfshirë statusin e shëndetit fizik, normat e të gjitha shkaqeve vdekshmëria është dy herë më e lartë sesa të pamartuarve sesa të martuarit." Një studim tjetër zbuloi se «në përgjithësi, martesa prodhon një përmirësim neto në shmangien e fillimit të sëmundjes, që quhet parandalim parësor.

Një person nuk duhet të jetë i martuar për të marrë përfitimet shëndetësore nga familja. Studimet kanë konfirmuar gjithashtu se mbështetja sociale nga prindërit, miqtë dhe të afërmit ka efekte pozitive, veçanërisht në shëndetin mendor. Studimet e grupit kanë konfirmuar efektet e drejtpërdrejta të dobishme të formave të ndryshme të mbështetjes sociale në shëndetin mendor global, incidencën e simptomave depresive, shërimin nga një episod depresiv unipolar, shqetësimin psikologjik, tendosjen psikologjike, simptomat fizike dhe të gjitha shkaqet e vdekshmërisë. Integrimi social dhe mbështetja sociale, si martesë, kanë efekte mbrojtëse në reduktimin e rreziqeve të vdekshmërisë. Për shembull, «ata që raportojnë nivele më të larta mbështetjeje nga miqtë e ngushtë dhe familja shfaqin rrahje më të ulëta të zemrës dhe presionin sistolik të gjakut, kolesterol më të ulët në serum dhe funksion më të lartë imunitar». Kështu, të dhënat e disponueshme ofrojnë prova për të mbështetur idenë se mjedisi social ose situata familjare e dikujt "indikohet për të ndikuar në parametra të rëndësishëm fiziologjikë, duke përfshirë funksionimin neuroendokrin, imunitar dhe kardiovaskular".

☐ **Aspekte negative të dinamikës dhe shëndetit të familjes**

Megjithëse marrëdhëniet e mira familjare dhe mbështetja sociale shërbejnë si faktorë mbrojtës kundër rreziqeve të vdekshmërisë dhe përmirësojnë shëndetin e përgjithshëm, studimet kanë treguar se jo të gjitha marrëdhëniet familjare ndikojnë pozitivisht në shëndet. Ndërveprimet familjare problematike dhe jo mbështetëse kanë një ndikim negativ në shëndetin. "Ka prova në rritje se marrëdhëniet me cilësi të dobët mund të dëmtojnë shëndetin fizik dhe mendor. Në të vërtetë, personat në martesë të palumtura shfaqin shëndet fizik dhe mendor më të keq se personat e pamartuar." Më tej, martesat e karakterizuara nga një ndarje e pabarabartë e vendimmarrjes dhe pushtetit shoqërohen me zhvillimin e niveleve të larta depresioni nga ana e të dy bashkëshortëve.

☐ **Pengimi i grave nga akseset në kujdesin shëndetësor**

Dinamika e fuqisë familjare dhe rolet gjinore mund të kenë një ndikim negativ në shëndetin e një gruaje dhe aftësinë e saj për të kërkuar kujdes shëndetësor. Në shumë kultura, që një grua të ketë akses në kujdesin shëndetësor, ajo duhet të marrë leje nga burri, babai ose vjehrra dhe duhet të shoqërohet nga një mashkull në takimet e saj. "Studiuesit kanë vërejtur se pabarazitë gjinore luajnë një rol – në shumë kultura – në aftësinë e grave për të marrë kujdesin e nevojshëm mjekësor për shqetësimet e shëndetit seksual dhe riprodhues, kanë pranuar se dinamika e familjes, përveç burimeve institucionale, është një pjesë kyçe në praktikën e trajtimit të pabarabartë.

☐ **Dinamika e Familjes dhe Fëmijët**

Familjet e karakterizuara nga konflikti, zemërimi dhe agresioni kanë efekte veçanërisht negative tek fëmijët. Abuzimi fizik dhe neglizhenca përfaqësojnë kërcënime të menjëhershme për shëndetin e fëmijëve. Për më tepër, "fakti që sistemet fiziologjike dhe neuroendokrine në zhvillim të fëmijëve duhet të përshtaten në mënyrë të

përsëritur me rrethanat kërcënuese dhe stresuese të krijuara nga këto mjedise, rrit gjasat e disrregullimeve biologjike që mund të kontribuojnë në një grumbullim të ngarkesës alostatike, domethënë, plakjes fiziologjike të parakohshme të organizmit që rrit vulnerabilitetin ndaj sëmundjeve kronike dhe vdekshmërisë së hershme në moshën madhore.” Fëmijët që rriten në familje të rrezikshme kanë gjithashtu veçanërisht gjasa të shfaqin sjellje të rrezikshme si pirja e duhanit, abuzimi me alkoolin dhe abuzimi me drogën. “Zemërimi dhe agresioni janë agjentë shumë të dëmshëm në një mjedis familjar. Kushtet që variojnë nga jeta me prindër irritues dhe grindavec deri tek ekspozimi ndaj dhunës dhe abuzimit në shtëpi tregojnë lidhje me probleme të shëndetit mendor dhe fizik në fëmijëri, me efekte të qëndrueshme në vitet e të rriturve.

☐ **Fëmijët si kujdestarë**

Familja gjithashtu mund të ketë një ndikim negativ te fëmijët nëse sëmundja e një prindi ose e një anëtarë të familjes rezulton që një fëmijë të marrë rolin e kujdestarit. Kur një fëmijë vepron si kujdestar, ai/ajo shpesh mungon në shkollë dhe shpesh duhet të marrë përsipër përgjegjësitë personale dhe shtëpiake që prindërit e tij/saj nuk janë më në gjendje t'i kryejnë. Disa kujdestarë fëmijë bëjnë gjithçka që bëjnë kujdestarët e rritur të familjes, duke përfshirë dhënien e injeksioneve dhe medikamenteve, për të cilat ata shpesh nuk janë të trajnuar për t'i bërë, gjë që mund të rrezikojë zhvillimin e tyre edukativ, social dhe emocional.

☐ **Fëmijët si përkthyes mjekësorë**

Shpesh, kur një familje zhvendoset në një vend të ri, fëmijët do të mësojnë të flasin gjuhën e re më mirë dhe më shpejt se prindërit e tyre. Për këtë arsye, prindërit dhe anëtarët e moshuar të familjes priren t'i përdorin fëmijët e tyre si përkthyes mjekësorë, pasi ata vetë nuk do të ishin në gjendje të komunikojnë me ofruesit e kujdesit shëndetësor. Megjithatë, është shumë e rëndësishme që prindërit apo anëtarët e tjerë të familjes të mos i vendosin fëmijët e tyre në këto situata. Së pari, është veçanërisht stresuese dhe madje e frikshme për një fëmijë të vogël të interpretojë, sepse fëmijëve zakonisht u mungon sofistikimi i gjuhës për të qenë në gjendje të përcjellin informacione të ndërlikuara dhe mund të mbingarkohen nga detyrimi për të përcjellë informacion të ngarkuar emocionalisht. Përveç kësaj, dinamika familjare e hierarkisë dhe besimet kulturore mund të ndërhyjnë në aftësinë e një fëmije për të interpretuar mirë. Një pacient mund të mos dëshirojë të flasë për simptoma të sikletshme, ose çështje që lidhen me tema të vështira përpara një fëmije. Kjo mund të jetë e dëmshme për të gjitha palët e përfshira. Përdorimi i papërshtatshëm i përkthyesve joprofesionistë mund të rrezikojë cilësinë e kujdesit. Fëmijët nuk kanë fjalorin mjekësor ose njohuritë shëndetësore për të kuptuar plotësisht dhe për të komunikuar me saktësi me të afërmin e tyre të sëmurë ose me anëtarët e tjerë të familjes. Ata mund të jenë të turpëruar ose të mbingarkuar nga nevoja për të bërë pyetje të ndjeshme ose për të transmetuar lajme të këqija. Së fundi, kur fëmijët përdoren si përkthyes, dinamika e fuqisë së familjes ndryshon. Fëmija që vepron si përkthyes ka një fuqi të madhe, e cila shtyp autoritetin e prindërve dhe përmbys strukturën tradicionale të pushtetit familjar [5].

Referenca

1. https://ecampusontario.pressbooks.pub/healthassessment/chapter/family-health/via_@pressbooks
2. Family Health History for Adults. Office of the Associate Director for Science (OADS) , Genomics & Precision Health. November 24, 2020.
https://www.cdc.gov/genomics/famhistory/famhist_adults.htm
3. https://www.cdc.gov/genomics/famhistory/famhist_case_studies.htm
4. ANDY RATANA. The Importance of Family in a Senior's Life. MAY 20, 2019.
5. Module 1: Family Dynamics and Health. <http://www.uniteforsight.org/gender-power/module1>

Teoria e sistemeve familjare

Objektivat

Në fund të këtij leksioni, studentët do të jenë në gjendje të:

- **Përshkruajnë teorinë e sistemeve familjare dhe përkufizime**
- **Njohin dhe përshkruajnë konceptet e teorisë së sistemeve familjare**

Historiku i Teorisë së Sistemeve Familjare

Mjeku psikiatër dhe teoricieni, Murray Bowen, ia kushtoi jetën "kauzës njerëzore" dhe prodhoi një teori të re të jashtëzakonshme të sjelljes njerëzore të quajtur Teoria e Sistemeve Familjare, ose Teoria e Bowen. Kjo teori ka potencialin të zëvendësojë pjesën më të madhe të teorisë freudiane dhe të ndryshojë rrënjësisht qasjet e trajtimit, jo vetëm në psikiatri, por në të gjithë mjekësinë. Aplikimet e mundshme të Teorisë së Sistemeve Familjare shtrihen përtej familjes njerëzore në grupe jo familjare, duke përfshirë organizatat e mëdha dhe shoqërinë në tërësi.

I ndikuar nga përvoja e tij e luftës si oficer i përgjithshëm mjekësor në ushtri nga 1941 – 1945, Dr. Bowen vendosi të specializohej në psikiatri dhe filloi trajnimin e tij zyrtar në psikiatri në vitin 1946 në klinikën Menninger në Topeka, Kansas. Pas trajnimit, ai qëndroi atje deri në vitin 1954. Ndërsa ishte mjek rezident në Menninger, Bowen kuptoi se teoria freudiane, teoria mbizotëruese në psikiatri në atë kohë, bazohej në subjektivitetin njerëzor – atë që thonë pacientët dhe çfarë kuptimi interpretues japin analistët e tyre. Bowen arriti të besonte se, pavarësisht nga kompleksiteti dhe çudirat e ekzistencës njerëzore, studimi i sjelljes njerëzore mund të ishte më objektiv. Nga viti 1954 deri në 1959, ai kreu kërkime mbi familjet me një anëtar skizofren në Institutin Kombëtar të Shëndetit Mendor në Rockville, Maryland. Ai vazhdoi kërkimet familjare dhe dha mësim në Departamentin e Psikiatrisë të Shkollës së Mjekësisë të Universitetit Georgetown në Uashington, D.C., nga viti 1959 deri në vdekjen e tij në tetor të vitit 1990. Dr. Bowen ishte profesor klinik i Psikiatrisë dhe Drejtor i Qendrës Familjare të Universitetit Georgetown.

Gjatë karrierës së tij 40 vjeçare, Dr. Bowen zhvilloi një teori të re si dhe një metodë të re psikoterapie bazuar në teorinë e tij. Si teoria ashtu edhe terapia janë një largim rrënjësor nga praktika konvencionale.

Premisa themelore e teorisë Bowen që e diferencon atë nga teoria tradicionale psikoterapeutike është kjo: familja është një njësi emocionale dhe çdo ndryshim në funksionimin emocional të një anëtarit të familjes/njesisë emocionale kompensohet në

mënyrë të parashikueshme dhe automatikisht nga ndryshimet në funksionimin emocional të anëtarëve të tjerë të asaj familjeje/njësie emocionale. Për Bowen familja, jo individ siç mendohej më parë nga psikologjia tradicionale, ishte njësia bazë e funksionimit emocional. (Ju lutemi vini re se fjala "emocion" në termin "njësi emocionale" është sinonim i instinktit, jo i ndjenjës.)

Ky parim ka dy implikime të rëndësishme: 1) funksionimi emocional i çdo anëtari të familjes luan një rol në shfaqjen e sëmundjeve mjekësore, psikiatrike ose sociale në një anëtar të familjes dhe 2) trajtimi nuk duhet t'i drejtohet personit simptomatik.

Mos nevoja për të drejtuar trajtimin te personi simptomatik solli një fleksibilitet të ri në situata të vështira klinike - për shembull, ato ku personi simptomatik ose refuzoi terapinë ose shkoi në terapi vetëm nën presionin e familjes. Rrjedhimisht, nëse një anëtar i një familjeje mund të ndryshojë funksionimin e tij/saj emocional, me kusht që ai/ajo të jetë i pranishëm dhe të llogaritet brenda familjes, e gjithë familja do të përmirësojë funksionimin e saj në përgjigje të aftësisë së atij personi për të ndryshuar. Kjo duhet ta ndihmojë studentin të kuptojë se "terapia familjare" nuk do të thotë domosdoshmërisht seanca këshillimi me të gjithë familjen e pranishme. Përkundrazi, "terapia familjare" është këshillim i bazuar në një mënyrë të menduarit që koncepton një reciprocitet në funksionimin midis anëtarëve të familjes. Prandaj, terapia familjare është më së shpeshti një marrëdhënie midis një terapisti familjar dhe një anëtari të familjes që dëshiron të ndryshojë nivelin e tij/saj të funksionimit në familje.

Mbi këtë bazë, Bowen zhvilloi tetë parime që ilustruan teorinë e tij: 1) diferencimi i vetvetes, 2) trekëndëshi, 3) procesi emocional i familjes bërthamore, 4) procesi i projeksionit të familjes, 5) procesi i transmetimit shumë brezash, 6) pozicioni i vëllaut, 7) ndërprerja emocionale dhe 8) proceset emocionale në shoqëri.

Për shkak se gjuha tradicionale teorike nuk i përshkruan në mënyrë adekuate këto vëzhgime, Bowen vizatoi diagrame familjare. Këto diagrame ose "pemë familjare" u treguan të paçmueshme sepse 1) ndihmuan që lojtarët të qëndronin drejt, 2) hartuan fakte të rëndësishme familjare, 3) dhanë një pamje të qartë të modeleve komplekse të familjes 4) ndihmuan terapistin dhe klientin në hipotezën se si një problemi klinik lidhej me kontekstin familjar dhe me mënyrën se si problemi dhe konteksti evoluon me kalimin e kohës, dhe 5) lehtësuan sistemet e të menduarit për terapistin dhe pacientin. Praktika e vizatimit të diagrameve familjare u zhvillua në një mjet uniform terapeutik nga Monica McGoldrick në botimin e saj historik *Genograms in Family Assessment*. Më pas, gjenogrami është bërë një simbol i teorisë së sistemeve familjare [1].

Hyrje në Tetë Konceptet

Teoria e sistemeve të familjes Bowen është një teori e sjelljes njerëzore që e shikon familjen si një njësi emocionale dhe përdor të menduarit sistemor për të përshkruar ndërveprimet komplekse të njësisë. Është natyra e një familjeje që anëtarët e saj janë të lidhur intensivisht emocionalisht. Shpesh njerëzit ndihen të larguar ose të shkëputur nga familjet e tyre, por kjo është më shumë ndjenjë sesa fakt. Familjet ndikojnë aq thellë në mendimet, ndjenjat dhe veprimet e anëtarëve të tyre sa që shpesh duket sikur njerëzit jetojnë nën të njëjtën "lëkurë emocionale". Njerëzit kërkojnë vëmendjen,

miratimin dhe mbështetjen e njëri-tjetrit dhe reagojnë ndaj nevojave, pritshmërive dhe shqetësimeve të njëri-tjetrit. Kjo lidhje dhe reaktivitet e bëjnë funksionimin e anëtarëve të familjes të ndërvarur. Një ndryshim në funksionimin e një personi pasohet në mënyrë të parashikueshme nga ndryshime reciproke në funksionimin e të tjerëve. Familjet ndryshojnë disi në shkallën e tyre të ndërvarësisë, por ajo është gjithmonë e pranishme në një farë mase.

Kjo ndërvarësi emocionale me sa duket ka evoluar për të promovuar kohezivitetin dhe bashkëpunimin që familjet kërkojnë për të mbrojtur, strehuar dhe ushqyer anëtarët e tyre. Megjithatë, tensioni i shtuar mund të intensifikojë këto procese që nxisin unitetin dhe punën në grup, dhe kjo mund të çojë në probleme. Kur anëtarët e familjes shqetësohen, ankthi i tyre mund të përshkallëzohet duke u përhapur në mënyrë infektive midis tyre. Ndërsa ankthi rritet, lidhja emocionale e anëtarëve të familjes bëhet më stresuese sesa ngushëlluese. Përfundimisht, një ose më shumë anëtarë ndihen të mbingarkuar, të izoluar ose jashtë kontrollit. Këta anëtarë janë njerëzit që akomodojnë më shumë për të reduktuar tensionin tek të tjerët. Është një ndërveprim reciprok. Për shembull, një person merr shumë përgjegjësi për shqetësimin e të tjerëve në lidhje me pritshmëritë e tyre jorealiste prej tij, ose një person heq dorë nga kontrolli i tepërt i të menduarit dhe vendimmarrjes së tij në marrëdhënie, duke i thënë me ankth të tjerëve se çfarë të bëjë. Ai që bën më të mirën, fjalë për fjalë "thith" ankthin e sistemit dhe kështu është anëtari i familjes më i prekshëm ndaj problemeve të tilla si depresioni, alkoolizmi, aferat ose sëmundjet fizike.

Dr. Murray Bowen, një psikiatër, filloi këtë teori dhe tetë konceptet e saj të ndërlidhura. Ai formuloi teorinë duke përdorur të menduarit sistematik për të integruar njohuritë e njeriut si produkt i evolucionit me njohuritë nga kërkimet familjare. Një supozim thelbësor është se një sistem emocional që ka evoluar gjatë disa miliardë viteve rregullon sistemet e marrëdhënieve njerëzore. Njerëzit kanë një "tru që mendon", gjuhë, një psikologji dhe kulturë komplekse, por ata ende bëjnë të gjitha gjërat e zakonshme që bëjnë format e tjera të jetës. Sistemi emocional ndikon në shumicën e aktiviteteve njerëzore dhe është forca kryesore lëvizëse në zhvillimin e problemeve klinike. Njohuria se si funksionon sistemi emocional në familje, punë dhe sisteme shoqërore ofron mundësi të reja, më efektive për zgjidhjen e problemeve në secilën prej këtyre fushave [2].

Përkufizime nga Teoria Bowen

Diferencimi i vetvetes:

"Aftësia për të qenë në kontakt emocional me të tjerët, por ende autonome në funksionimin e vet emocional është thelbi i konceptit të diferencimit.

"Diferencimi është produkt i një mënyre të menduari që përkthehet në një mënyrë të qenurit....Ndryshime të tilla reflektohen në aftësinë për të qenë në kontakt emocional me një problem të vështirë, të ngarkuar emocionalisht dhe për të mos u ndjerë i detyruar të predikojë për atë që të tjerët "duhet" bëni, mos nxitoni për të "rregulluar" problemin dhe mos pretendoni të jeni të shkëputur duke u izoluar emocionalisht".

Ndërprerje emocionale:

"Koncepti i ndërprerjes emocionale i referohet fenomenit të distancimit emocional, pavarësisht nëse ndërprerja merr formën e mekanizmave të brendshëm ose distancimin fizik."

"Ndërprerja emocionale është një proces i natyrshëm. Në një nivel të thjeshtë njerëzit flasin për nevojën për hapësirë personale...si një mjet për të "shpjeguar" shmangien e tyre ndaj të tjerëve. Distanca duket se është valvula e sigurisë së sistemit emocional. Megjithatë, në të njëjtën kohë distanca i lë njerëzit të prirur për afërsi....Sa më shumë që një individ përdor kufirin për të menaxhuar lidhjen me prindërit dhe familjen origjinale, aq më e madhe është cenueshmëria e tij/saj ndaj proceseve të forta emocionale në marrëdhëniet aktuale."

Lidhja emocionale e pazgjidhur

Gjithkush ka një shkallë të lidhjes së pazgjidhur me familjen e tij ose të saj origjinale, por njerëzit e diferencuar mirë kanë shumë më tepër zgjidhje sesa njerëzit më pak të diferencuar. Një lidhje e pazgjidhur mund të marrë shumë forma. Për shembull, (1) një person ndihet më shumë si një fëmijë kur është në shtëpi dhe kërkon nga prindërit e tij që të marrin vendime për të që ai mund t'i marrë vetë, ose (2) një person ndihet fajtor kur është në kontakt më të prindërit dhe se ai duhet të zgjidhë konfliktet ose shqetësimet e tyre, ose (3) një person ndihet i tërbuar që prindërit e tij nuk duket se e kuptojnë ose nuk e miratojnë atë. Një lidhje e pazgjidhur lidhet me papjekurinë e prindërve dhe fëmijës së rritur, por njerëzit zakonisht fajësojnë veten ose të tjerët për problemet.

Procesi i projektimit të familjes:

"Shkalla e varësisë nga marrëdhënia e një fëmije është produkt i ekuilibrit të veçantë të forcave që nxisin dhe minojnë ndarjen emocionale të fëmijës nga familja.....Kur një prind dhe një fëmijë funksionojnë në mënyra që minojnë ndarjen, ankthi dhe mosdiferencimi i brezit prindëror i transmetohet brezit të ardhshëm".

"Përqendrimi intensiv i fëmijës, i cili mund të jetë pozitiv ose negativ, paraqet sfida të rëndësishme zhvillimore për të riun, ndërsa ata funksionojnë në reagim ndaj të tjerëve. Kjo u lë atyre me pak hapësirë të frymëmarrjes emocionale për t'u rritur në të menduarit, ndjenjën dhe veprimin për veten e tyre."

Ankthi i sistemeve:

"Kur zgjohet, sistemi emocional i individit në ankth tenton të kapërcejë sistemin njohës dhe sjellja bëhet gjithnjë e më automatike..... Ndërsa tensioni ose ankthi rritet, manifestimet e bashkimit dhe humbjes së individualitetit rriten."

Sistemi Emocional:

(Ndryshe nga ndjenjat dhe sistemet intelektuale; E zakonshme për të gjitha format e jetës; një proces automatik)

“Ekzistenca e një fushe emocionale familjare është produkt i një procesi marrëdhëniesh të drejtuar emocionalisht që është i pranishëm në të gjitha familjet.... Ky proces emocional rezulton në zënë e njerëzve pozicione të ndryshme funksionale në një familje.”

Sistemi Emocional i Familjes**Bërthamore:**

Përgjigje: Konflikti në çift; B: Sëmundja në një bashkëshort; C: Projektimi i problemit mbi 1 ose më shumë fëmijë.

"Shkalla në të cilën mosdiferencimi i një sistemi familjar bërthamor është zhytur në një marrëdhënie ose në funksionimin e dobët të një personi është shkalla në të cilën marrëdhëniet e tjera dhe njerëzit e tjerë mbrohen nga mosfunksionimi."

Pozicionet e vëllezërve:

Bazuar në profilet e pozicionit të vëllait apo motrës së Walter Toman (1961)

“Teza bazë e Toman-it është se karakteristikat e rëndësishme të personalitetit përshtaten me pozicionin e vëllait ose motrës në të cilën një person është rritur.....Shkalla në të cilën një profil personaliteti përshtatet me normalen ofron një mënyrë për të kuptuar nivelin e diferencimit dhe drejtimin e procesit të projeksionit brez pas brezi.”

Përcaktimi i Vetes:

Një person ... mundet, nëpërmjet një procesi gradual të të mësuarit që shndërrohet në veprim, të bëhet më shumë vetvetja në familjen e tij/saj dhe në sistemet e tjera të marrëdhënieve. Ky proces ndryshimi është quajtur "përcaktimi i vetvetes" sepse ndërmerren veprime të dukshme ndaj të cilave të tjerët përgjigjen. Një ndryshim në nivelin bazë mund të arrihet gjatë marrëdhënies me të tjerët emocionalisht të rëndësishëm, por jo kur të tjerët shmangen ose kur veprimet e dikujt prishin një marrëdhënie.

“Nëse një terapist reagon ndaj ankthit të një familjeje duke u thënë njerëzve se çfarë të bëjnë, burimet e familjes shpejt do të zhyten në ujë. Nëse një terapist nuk reagon, por thjesht ndihmon një familje të përcaktojë natyrën e problemit me të cilin përballet (veçanërisht procesi i marrëdhënies që e krijon dhe e përforcon atë), burimet e familjes do të rishfaqen”.

Tetë konceptet e teorisë Bowen janë:

- 1) Trekëndëshat
- 2) Diferencimi i Vetes
- 3) Sistemi Emocional i Familjes Bërthamore
- 4) Procesi i projektimit të familjes
- 5) Procesi i Transmetimit Shumëgjenerativ
- 6) Ndërprerje emocionale
- 7) Pozicioni i vëllaut
- 8) Procesi Emocional Shoqëror

1) Trekëndëshat

Një trekëndësh është një sistem marrëdhëniesh me tre persona. Konsiderohet si blloku ndërtues ose "molekula" e sistemeve më të mëdha emocionale, sepse një trekëndësh është sistemi më i vogël i marrëdhënieve të qëndrueshme. Një sistem me dy persona është i paqëndrueshëm sepse toleron pak tension përpara se të përfshijë një person të tretë. Një trekëndësh mund të përmbajë shumë më tepër tension pa përfshirë një person tjetër, sepse tensioni mund të zhvendoset rreth tre marrëdhënieve. Nëse tensioni është shumë i lartë për një trekëndësh, ai përhapet në një seri trekëndëshash "të ndërthurur". Përhapja e tensionit mund të stabilizojë një sistem, por asgjë nuk zgjidhet.

Veprimet e njerëzve në një trekëndësh pasqyrojnë përpjekjet e tyre për të siguruar lidhjet e tyre emocionale me të tjerët të rëndësishëm, reagimet e tyre ndaj intensitetit të tepërt në lidhjet dhe marrjen e anës së tyre në konfliktet e të tjerëve. Në mënyrë paradoksale, ndërsa një trekëndësh është më i qëndrueshëm se një diadë, një trekëndësh krijon një person të çuditshëm jashtë, gjë që është një pozicion i vështirë për t'u toleruar nga individët. Ankthi i krijuar nga të qenit ose duke parashikuar të qenit personi i çuditshëm është një forcë e fuqishme në trekëndësja.

Modelet në një trekëndësh ndryshojnë me rritjen e tensionit. Në periudha të qeta, dy njerëz janë të qetë "të brendshëm" dhe personi i tretë është një "i huaj" i pakëndshëm. Të brendshmet e përjashtojnë në mënyrë aktive të huajin, dhe i huaji mund të ndihet i refuzuar dhe të punojë për t'u afruar me njërin prej tyre. Dikush është gjithmonë i pakëndshëm në një trekëndësh dhe kërkon ndryshim. Të brendshëm e forcojnë lidhjen e tyre duke zgjedhur njëri-tjetrin në preferencë ndaj të huajit më pak të dëshirueshëm. Nëse tensioni i butë deri në mesatar zhvillohet midis të brendshmëve, ai më i pakëndshëm do t'i afrohet të huajit. Një nga të brendshmet origjinale tani bëhet i huaji i ri, dhe i huaji origjinal tani është një i brendshëm. I huaji i ri do të bëjë lëvizje të parashikueshme për të rikthyer afërsinë me një nga personat e brendshëm. Në nivele të moderuara tensioni, trekëndëshat zakonisht kanë një anë në konflikt dhe dy anë harmonike. Konflikti nuk është i natyrshëm në marrëdhënien në të cilën ekziston, por pasqyron funksionimin e përgjithshëm të trekëndëshit.

Në një nivel të lartë tensioni, pozicioni i jashtëm bëhet më i dëshirueshëm. Nëse shpërthen konflikte të rënda midis të brendshmëve, njëri i brendshëm zgjedh pozicionin e jashtëm duke e bërë të huajin aktual të luftojë me tjetrin. Nëse insajderi i

manovrimit është i suksesshëm, ai fiton pozicionin më të rehatshëm të shikimit të dy njerëzve të tjerë që luftojnë. Kur tensioni dhe konflikti ulen, i huaji do të përpiket të rifitojë një pozicion të brendshëm.

Trekëndëshat kontribuojnë ndjeshëm në zhvillimin e problemeve klinike. Për shembull, shtyrja nga një pozicion brenda në një pozicion të jashtëm mund të shkaktojë një depresion ose ndoshta edhe një sëmundje fizike, ose dy prindër që fokusohen intensivisht në atë që nuk është në rregull me një fëmijë mund të shkaktojë rebelim serioz të fëmijës.

2) Diferencimi i Vetes

Familjet dhe grupet e tjera shoqërore ndikojnë shumë në mënyrën se si njerëzit mendojnë, ndihen dhe veprojnë, por individët ndryshojnë në ndjeshmërinë e tyre ndaj "të menduarit në grup" dhe grupet ndryshojnë në sasinë e presionit që ushtrojnë për konformitet. Këto dallime midis individëve dhe midis grupeve pasqyrojnë dallimet në nivelet e diferencimit të vetvetes nga njerëzit. Sa më pak i zhvilluar "vetja" e një personi, aq më shumë ndikim kanë të tjerët në funksionimin e tij dhe aq më shumë ai përpiket të kontrollojë, në mënyrë aktive ose pasive, funksionimin e të tjerëve. Blloqet bazë të ndërtimit të një "uni" janë të lindura, por marrëdhëniet familjare të një individi gjatë fëmijërisë dhe adoleshencës kryesisht përcaktojnë se sa "vetja" zhvillohet ai. Pasi të vendoset, niveli i "vetes" rrallë ndryshon nëse një person nuk bën një përpjekje të strukturuar dhe afatgjatë për ta ndryshuar atë. Njerëzit me një "vet" të dobët të diferencuar varen aq shumë nga pranimi dhe miratimi i të tjerëve, sa që ose i përshtatin shpejt ato që mendojnë, thonë dhe bëjnë për të kënaqur të tjerët ose shpallin në mënyrë dogmatike se si duhet të jenë të tjerët dhe i bëjnë presion që të përshtaten. Ngacmuesit varen nga miratimi dhe pranimi po aq sa kameleonët, por dhunuesit i shtojnë të tjerët të pajtohen me ta në vend të të tjerëve. Mosmarrëveshja kërcënon një ngacmues po aq sa kërcënon një kameleon. Një rebele ekstreme është gjithashtu një person i diferencuar dobët, por ajo pretendon të jetë një "vetja" duke kundërshtuar në mënyrë rutine pozicionet e të tjerëve. Një person me një "vet" të diferencuar mirë e njeh varësinë e tij realiste nga të tjerët, por ai mund të qëndrojë i qetë dhe mjaft i qartë përballë konfliktit, kritikës dhe refuzimit për të dalluar mendimin e rrënjësor në një vlerësim të kujdesshëm të fakteve nga të menduarit e turbullt. nga emocionaliteti. Parimet e fituara me mendime ndihmojnë në drejtimin e vendimmarrjes për çështje të rëndësishme familjare dhe sociale, duke e bërë atë më pak në mëshirën e ndjenjave të momentit. Ajo që ajo vendos dhe ajo që thotë përputhet me atë që bën. Ai mund të veprojë me vetëmohim, por veprimi i tij në interesin më të mirë të grupit është një zgjedhje e menduar, jo një përgjigje ndaj presioneve të marrëdhënieve. I sigurt në të menduarit e tij, ai mund të mbështesë pikëpamjet e të tjerëve pa qenë dishepull ose të refuzojë pikëpamjet e të tjerëve pa polarizuar dallimet. Ai e përkufizon veten pa qenë shtytës dhe përballet me presionin për t'u dorëzuar pa u dashuruar. Çdo shoqëri njerëzore ka njerëzit e saj të diferencuar mirë, njerëzit me diferencim të dobët dhe njerëz në shkallë të ndryshme midis këtyre ekstremeve. Për rrjedhojë, familjet dhe grupet e tjera në një shoqëri ndryshojnë në intensitetin e ndërvarësisë së tyre emocionale në varësi të niveleve të diferencimit të anëtarëve të tyre. Sa më intensive

të jetë ndërvlarësia, aq më pak një grup ka aftësi për t'u përshtatur ndaj ngjarjeve potencialisht stresuese pa një përshkallëzim të theksuar të ankthit kronik. Të gjithë janë subjekt i problemeve në punë dhe në jetën personale, por njerëzit dhe familjet më pak të diferencuara kanë vulnerabilitet më të madh ndaj periudhave të ankthit kronik të shtuar, gjë që kontribuon që ata të kenë një pjesë joproporcionale të problemeve më serioze të shoqërisë.

3) Sistemi Emocional i Familjes Bërthamore

Koncepti i procesit emocional të familjes bërthamore përshkruan katër modele bazë të marrëdhënieve që rregullojnë se ku zhvillohen problemet në një familje. Qëndrimet dhe besimet e njerëzve në lidhje me marrëdhëniet luajnë një rol në modelet, por forcat që i drejtojnë ato janë pjesë e sistemit emocional. Modelet funksionojnë në konfigurime të paprekura, me një prind, njerë dhe konfigurime të tjera të familjes bërthamore.

Problemet ose simptomat klinike zakonisht zhvillohen gjatë periudhave të tensionit familjar të rritur dhe të zgjatur. Niveli i tensionit varet nga stresi me të cilin përballet një familje, nga mënyra se si një familje përshtatet me stresin dhe nga lidhja e familjes me familjen e gjerë dhe rrjetet sociale. Tensioni rrit aktivitetin e një ose më shumë prej katër modeleve të marrëdhënieve. Se ku zhvillohen simptomat varet se cilat modele janë më aktive. Sa më i lartë të jetë tensioni, aq më shumë mundësi që simptomat të jenë të rënda dhe që disa njerëz të jenë simptomatikë.

→ Katër modelet bazë të marrëdhënieve janë:

Konflikti martesor – Ndërsa tensioni familjar rritet dhe bashkëshortët bëhen më të shqetësuar, secili bashkëshort e shkarkon ankthin e tij ose të saj në marrëdhënien martesore. Secili fokusohet në atë që nuk shkon me tjetrin, përpjeket të kontrollojë tjetrin dhe i reziston përpjekjeve të tjetrit për kontroll.

Mosfunksionimi i një bashkëshorti – Njëri bashkëshort i bën presion tjetrit të mendojë dhe të veprojë në mënyra të caktuara, dhe tjetri i nënshtrohet presionit. Të dy bashkëshortët akomodohen për të ruajtur harmoninë, por njëri bën më shumë. Ndërveprimi është i rehatshëm për të dy njerëzit deri në një pikë, por nëse tensioni familjar rritet më tej, bashkëshorti vartës mund të japë aq shumë vetëkontroll sa ankthi i tij ose i saj rritet ndjeshëm. Nëse janë të pranishëm faktorë të tjerë të nevojshëm, ankthi nxit zhvillimin e një mosfunksionimi psikiatrik, mjekësor ose social.

Dëmtimi i një ose më shumë fëmijëve – Bashkëshortët fokusojnë ankthet e tyre tek një ose më shumë nga fëmijët e tyre. Ata shqetësohen së tepërmi dhe zakonisht kanë një pikëpamje të idealizuar ose negative për fëmijën. Sa më shumë që prindërit fokusohen tek fëmija, aq më shumë fëmija fokusohet tek ata. Ai është më reagues se vëllezërit e motrat e tij ndaj qëndrimeve, nevojave dhe pritshmërive të prindërve. Procesi zvogëlon diferencimin e fëmijës nga familja dhe e bën atë të pambrojtur ndaj veprimeve ose përvetësimit të tensioneve familjare. Ankthi i fëmijës mund të dëmtojë performancën e tij në shkollë, marrëdhëniet shoqërore dhe madje edhe shëndetin e tij.

Distanca emocionale - Ky model është i lidhur vazhdimisht me të tjerët. Njerëzit distancohen nga njëri-tjetri për të reduktuar intensitetin e marrëdhënies, por rrezikojnë të bëhen shumë të izoluar.

Modelet bazë të marrëdhënieve rezultojnë në tensionet familjare që pushojnë në pjesë të caktuara të familjes. Sa më shumë ankth të thithë një person ose një marrëdhënie, aq më pak duhet të thithin njerëzit e tjerë. Kjo do të thotë që disa anëtarë të familjes e ruajnë funksionimin e tyre në kurriz të të tjerëve. Njerëzit nuk duan të lëndojnë njëri-tjetrin, por kur ankthi dikton sjelljen kronike, dikush zakonisht vuan për të.

4) Procesi i projektimit të familjes

Procesi i projekcionit të familjes përshkruan mënyrën kryesore se si prindërit i transmetojnë problemet e tyre emocionale tek një fëmijë. Procesi i projekcionit mund të dëmtojë funksionimin e një ose më shumë fëmijëve dhe të rrisë cenueshmërinë e tyre ndaj simptomave klinike. Fëmijët trashëgojnë shumë lloje problemesh (si dhe pikat e forta) përmes marrëdhënieve me prindërit e tyre, por problemet që trashëgojnë që më së shumti ndikojnë në jetën e tyre janë ndjeshmëritë e marrëdhënieve si rritja e nevojave për vëmendje dhe miratim, vështirësia në përballimin e pritshmërive, tendenca për të fajësuar veten ose të tjerët, duke u ndjerë përgjegjës për lumturinë e të tjerëve ose që të tjerët janë përgjegjës për lumturinë e dikujt dhe duke vepruar në mënyrë impulsive për të lehtësuar ankthin e momentit në vend që të tolerosh ankthin dhe të veprosh me mendime. Nëse procesi i projekcionit është mjaft intensiv, fëmija zhvillon ndjeshmëri më të forta në marrëdhënie sesa prindërit e tij. Ndjeshmëritë rrisin cenueshmërinë e personit ndaj simptomave duke nxitur sjellje që përshkallëzojnë ankthin kronik në një sistem marrëdhëniesh.

Procesi i projekcionit ndjek tre hapa:

- (1) prindi fokusohet te një fëmijë nga frika se diçka nuk shkon me fëmijën;
- (2) prindi e interpreton sjelljen e fëmijës si konfirmim të frikës; dhe
- (3) prindi e trajton fëmijën sikur diçka nuk është me të vërtetë me fëmijën.

Këto hapa të skanimit, diagnostikimit dhe trajtimit fillojnë në fillim të jetës së fëmijës dhe vazhdojnë. Frika dhe perceptimet e prindërve i japin formë zhvillimit dhe sjelljes së fëmijës, saqë ajo rritet për të mishëruar frikën dhe perceptimet e tyre. Një arsye pse procesi i projekcionit është një profeci vetëpërmbushëse është se prindërit përpiqen të "ndreqin" problemin që kanë diagnostikuar tek fëmija. Për shembull, duke e perceptuar një fëmijë me vetëbesim të ulët, prindërit përpiqen vazhdimisht ta afirmojnë fëmijën dhe vetëvlerësimi i fëmijës rritet në varësi të afirmimit të tyre.

Prindërit shpesh mendojnë se nuk i kanë dhënë dashuri, vëmendje ose mbështetje të mjaftueshme një fëmije që shfaq probleme. Përkundrazi, ata kanë investuar më shumë kohë, energji dhe shqetësim për këtë fëmijë sesa për vëllezërit e motrat e saj. Vëllezërit e motrat më pak të përfshirë në procesin e projekcionit të familjes kanë një marrëdhënie më të pjekur dhe të bazuar në realitet me prindërit e tyre. Kjo nxit zhvillimin e vëllezërve dhe motrave në njerëz më pak nevojtarë, më pak reagues dhe më të orientuar drejt qëllimeve. Të dy prindërit marrin pjesë në mënyrë të barabartë në procesin e projekcionit të familjes, por në mënyra të ndryshme. Nëse nëna është

kujdestarja kryesore, ajo është më e prirur se babai ndaj përfshirjes së tepruar emocionale me një ose më shumë nga fëmijët. Babai zakonisht zë pozicionin e jashtëm në trekëndëshin prindëror, me përjashtim të periudhave të tensionit të shtuar në marrëdhënien nënë-fëmijë. Të dy prindërit janë të pasigurt për veten e tyre në marrëdhënien me fëmijën, por zakonisht njëri prind vepron i sigurt për veten e tij dhe prindi tjetër ecën përpara. Intensiteti i procesit të projeksionit nuk lidhet me sasinë e kohës që prindërit kalojnë me një fëmijë.

5) Procesi i Transmetimit Shumëgjenerativ

Koncepti i procesit të transmetimit me shumë gjenerata përshkruan se si ndryshimet e vogla në nivelet e diferencimit midis prindërve dhe pasardhësve të tyre çojnë gjatë shumë brezave në dallime të theksuara në diferencim midis anëtarëve të një familjeje të gjerë. Informacioni që krijon këto dallime transmetohet nëpër breza përmes marrëdhënieve. Transmetimi ndodh në disa nivele të ndërlidhura, duke filluar nga mësimi dhe mësimi i vetëdijshëm i informacionit deri te programimi automatik dhe i pavetëdijshëm i reagimeve dhe sjelljeve emocionale. Informacioni i transmetuar në mënyrë relacionale dhe gjenetike ndërvepron për të formuar "veten" e një individi. Kombinimi i prindërve që formësojnë në mënyrë aktive zhvillimin e pasardhësve të tyre, pasardhësve që reagojnë në mënyrë të natyrshme ndaj disponimit, qëndrimeve dhe veprimeve të prindërve të tyre dhe periudhës së gjatë të varësisë së pasardhësve njerëzorë rezultojnë në zhvillimin e niveleve të diferencimit të njerëzve të ngjashëm me ata të prindërve të tyre. Megjithatë, modelet e marrëdhënieve të sistemeve emocionale të familjes bërthamore shpesh rezultojnë që të paktën një anëtar i një grupi vëlla apo vëlla të zhvillojë pak më shumë "vetë" dhe një anëtar tjetër të zhvillojë pak më pak "vetë" sesa prindërit.

Njerëzit zgjedhin në mënyrë të parashikueshme bashkëshortë me nivele të diferencimit të vetvetes që përputhen me të tyren. Prandaj, nëse niveli i "vetes" së një pasardhësi është më i lartë se i prindërve dhe i një tjetri është më i ulët, martesë e një pasardhësi është më e diferencuar dhe martesë e tjetrit është më pak e diferencuar se martesë e prindërve. Nëse secili pasardhës ka një fëmijë që është më i diferencuar dhe një fëmijë që është më pak i diferencuar se ai vetë, një linjë tre brezash bëhet gradualisht më e diferencuar (fëmija më i diferencuar i pasardhësve më të diferencuar) dhe një linjë bëhet gradualisht më pak e diferencuar (më pak fëmija i diferencuar i pasardhësve më pak të diferencuar). Ndërsa këto procese përsëriten gjatë brezave të shumtë, dallimet midis linjave familjare bëhen gjithnjë e më të theksuara.

Niveli i diferencimit të vetes mund të ndikojë në jetëgjatësinë, stabilitetin martesor, riprodhimin, shëndetin, arritjet arsimore dhe sukseset profesionale. Ky ndikim i diferencimit në funksionimin e përgjithshëm të jetës shpjegon ndryshimin e theksuar që zakonisht ekziston në jetën e anëtarëve të një familjeje shumë brezash. Njerëzit shumë të diferencuar kanë familje bërthamore jashtëzakonisht të qëndrueshme dhe kontribuojnë shumë në shoqëri. Njerëzit me diferencim të dobët kanë jetë personale kaotike dhe varen shumë nga të tjerët për t'i mbështetur ata. Një implikim kryesor i konceptit të shumë brezave është se rrënjët e problemeve më të rënda njerëzore, si

dhe të niveleve më të larta të përshtatjes njerëzore, janë të thella brezash. Procesi i transmetimit me shumë gjenerata jo vetëm që programon nivelet e zhvillimit të njerëzve "vetë", por edhe mënyrën se si njerëzit ndërveprojnë me të tjerët. Të dy llojet e programimit ndikojnë në zgjedhjen e bashkëshortit. Për shembull, nëse një familje e programon dikë që të lidhet intensivisht me të tjerët dhe të funksionojë në mënyrë të pafuqishme dhe të pavendosur, ai ka të ngjarë të zgjedhë një bashkëshort që jo vetëm i lidhet me të njëjtin intensitet, por edhe i drejton të tjerët dhe merr vendime për ta.

6) Ndërprerje emocionale

Koncepti i ndërprerjes emocionale përshkruan se si njerëzit menaxhojnë çështjet e tyre emocionale të pazgjidhura me prindërit, vëllezërit e motrat dhe anëtarët e tjerë të familjes duke reduktuar ose ndërprerë plotësisht kontaktin emocional me ta. Kontakti emocional mund të reduktohet duke u larguar nga familja dhe rrallë duke shkuar në shtëpi, ose mund të reduktohet duke qëndruar në kontakt fizik me familjen, por duke shmangur çështjet e ndjeshme. Marrëdhëniet mund të duken "më të mira" nëse njerëzit ndërpresin menaxhimin e tyre, por problemet janë të fjetura, jo të zgjidhura. Kur njerëzit ulin tensionet e ndërveprimeve familjare duke ndërprerë, ata rrezikojnë t'i bëjnë marrëdhëniet e tyre të reja shumë të rëndësishme. Për shembull, sa më shumë që një burrë shkëputet nga familja e tij e origjinës, aq më shumë shikon nga bashkëshortja, fëmijët dhe miqtë e tij për të plotësuar nevojat e tij. Kjo e bën atë të pambrojtur ndaj presionit ndaj tyre që të jenë mënyra të caktuara për të ose për të përmbushur pritshmëritë e tyre prej tij nga frika se mos rrezikojnë marrëdhëniet. Marrëdhëniet e reja zakonisht janë të qeta në fillim, por modelet që njerëzit janë përpjekur t'i shpëtojnë përfundimisht shfaqen dhe gjenerojnë tensione. Njerëzit që janë të shkëputur mund të përpiqen të stabilizojnë marrëdhëniet e tyre intime duke krijuar "familje" zëvendësuese në marrëdhëniet sociale dhe të punës.

Gjithkush ka një shkallë të lidhjes së pazgjidhur me familjen e tij ose të saj origjinale, por njerëzit e diferencuar mirë kanë shumë më tepër zgjidhje sesa njerëzit më pak të diferencuar. Një lidhje e pazgjidhur mund të marrë shumë forma. Për shembull, (1) një person ndihet më shumë si një fëmijë kur është në shtëpi dhe kërkon nga prindërit e tij që të marrin vendime për të që ai mund t'i marrë vetë, ose (2) një person ndihet fajtor kur është në kontakt me të prindërit dhe mendon se duhet të zgjidhë konfliktet ose shqetësimet e tyre, ose (3) një person ndihet i tërbuar që prindërit e tij nuk duket se e kuptojnë ose nuk e miratojnë atë. Një lidhje e pazgjidhur lidhet me papjekurinë e prindërve dhe të fëmijës së rritur, por njerëzit zakonisht fajësojnë veten ose të tjerët për problemet.

Njerëzit shpesh presin me padurim të shkojnë në shtëpi, duke shpresuar se gjërat do të jenë ndryshe, por ndërveprimet e vjetra zakonisht shfaqen brenda disa orësh. Kjo mund të marrë formën e harmonisë sipërfaqësore me rryma të fuqishme emocionale, ose mund të përkeqësohet në të bërtitura ndeshje dhe histerikë. Si personi ashtu edhe familja e tij mund të ndihen të rraskapitur edhe pas një vizite të shkurtër. Mund të jetë më e lehtë për prindërit nëse një fëmijë i rritur mban distancën e saj. Ata bëhen aq të shqetësuar dhe reagues kur ajo është në shtëpi, saqë lehtësohen kur ajo largohet.

Vëllezërit e motrat e një anëtarit shumë të shkëputur shpesh tërbohen kur ai është në shtëpi, duke e fajësuar atë për mërzitjen e prindërve. Njerëzit nuk duan që të jetë kështu, por ndjeshmëria e të gjitha palëve përjashton kontaktin e rehatshëm.

7) Pozicioni i vëllait/motrës

Teoria e Bowen përfshin kërkimin e psikologut Walter Toman si një bazë për konceptin e saj të pozicionit të vëllait/motrës. Bowen vëzhgoi ndikimin e pozitës së vëllait ose motrës në zhvillimin dhe sjelljen në kërkimin e familjes së tij. Megjithatë, ai e gjeti punën e Tomanit aq të plotë dhe në përputhje me idetë e tij, sa që e përfshiu atë në teorinë e tij. Ideja bazë është që njerëzit që rriten në të njëjtin pozicion si vëllai ose motra kanë në mënyrë të parashikueshme karakteristika të rëndësishme të përbashkëta. Për shembull, fëmijët më të mëdhenj priren të jenë në pozicione drejtuese dhe fëmijët më të vegjël shpesh preferojnë të jenë ndjekës. Karakteristikat e një pozicioni nuk janë "më të mira" se ato të një pozicioni tjetër, por janë plotësuese. Për shembull, një shef që është fëmija më i madh mund të punojë jashtëzakonisht mirë me një asistent të parë që është fëmija më i vogël. Fëmijët më të vegjël mund të pëlqejnë të jenë në krye, por stili i tyre i udhëheqjes zakonisht ndryshon nga stili i të moshuarve.

Hulumtimi i Toman tregoi se pozicionet e bashkëshortëve si motra apo motra ndikojnë në mundësinë e divorcit të tyre. Për shembull, nëse një vëlla më i madh i një motre më të vogël martohet me një motër më të vogël të një vëllai më të madh, ka më pak mundësi për divorc sesa nëse një vëlla më i madh i një vëllai martohet me një motër më të madhe të një motre. Pozicionet e vëllezërve ose të gradave janë plotësuese në rastin e parë dhe secili bashkëshort është i njohur me jetën me dikë të seksit të kundërt. Megjithatë, në rastin e dytë, pozitat në gradë nuk janë plotësuese dhe asnjëri nga bashkëshortët nuk është rritur me një pjesëtar të seksit të kundërt. Një vëlla më i madh i një vëllai dhe një motër më e madhe e një motre janë të prirur të luftojnë se kush është në krye; dy fëmijët më të vegjël janë të prirur të luftojnë se kush te kush mund të mbështetet.

Njerëzit me të njëjtin pozicion si vëllai apo motra, natyrisht, shfaqin dallime të dukshme në funksionim. Koncepti i diferencimit mund të shpjegojë disa nga ndryshimet. Për shembull, në vend që të jetë rehat me përgjegjësinë dhe udhëheqjen, një fëmijë më i madh i cili është i fokusuar me ankth mund të rritet në mënyrë të dukshme të pavendosur dhe shumë reagues ndaj pritshmërive. Rrjedhimisht, vëllai i tij më i vogël mund të bëhet "më i moshuari funksional", duke mbushur një boshllëk në sistemin e familjes. Ai është fëmija kronologjikisht më i vogël, por zhvillon më shumë karakteristika të fëmijës më të madh se vëllai i tij më i madh. Një fëmijë më i vogël i cili është i përqendruar me ankth mund të bëhet një person jashtëzakonisht i pafuqishëm dhe kërkues. Në të kundërt, dy fëmijët më të vegjël të pjekur mund të bashkëpunojnë jashtëzakonisht efektivisht në një martesë dhe të jenë në rrezik shumë të ulët për divorc.

Fëmijët e mesëm shfaqin karakteristikat funksionale të dy pozicioneve të vëllezërve. Për shembull, nëse një vajzë ka një vëlla më të madh dhe një motër më të vogël, ajo zakonisht ka disa nga karakteristikat e një motre më të vogël të një vëllai dhe një motre më të madhe të një motre. Pozicionet e vëllezërve apo motrave të prindërve të një

personi janë gjithashtu të rëndësishme për t'u marrë parasysh. Një fëmijë më i madh, prindërit e të cilit janë të dy më të vegjël, ndeshet me një grup të ndryshëm pritshmërisht prindërore sesa një fëmijë më i madh, prindërit e të cilit janë të dy më të mëdhenjtë.

8) Procesi Emocional Shoqëror

Çdo koncept në teorinë e Bowen-it zbatohet për grupe të tilla jofamiljare si puna dhe organizatat shoqërore. Koncepti i procesit emocional shoqëror përshkruan se si sistemi emocional rregullon sjelljen në të gjitha shoqëritë. Forcat kulturore janë të rëndësishme në mënyrën se si funksionon një shoqëri, por janë të pamjaftueshme për të shpjeguar zbatimin dhe rrjedhën se sa mirë përshtaten shoqëritë ndaj sfidave me të cilat përballen. E dhëna e parë e Bowen-it për paralelet midis funksionimit emocional familjar dhe shoqëror erdhi nga vëzhgimi i familjeve me delikuentë të mitur. Prindërit në familje të tilla u japin fëmijëve mesazhin: “Ne ju duam pavarësisht se çfarë bëni”. Pavarësisht leksioneve të pasionuara për përgjegjësinë dhe ndonjëherë dënimet e ashpra, prindërit i dorëzohen fëmijës më shumë se sa mbajnë linjën. Fëmija rebelohet kundër prindërve dhe e ndjen me mjeshtëri pasigurinë e tyre në pozicionet e tyre. Fëmija ndihet i kontrolluar dhe gënjen për të rrethuar prindërit. Ai është indiferent ndaj ndëshkimeve të tyre. Prindërit janë kryesisht të paefektshëm në kontrollin e fëmijës. Bowen pa që gjatë viteve 1960 gjykatat u bënë më shumë si prindër të delikuentëve. Shumë në sistemin e gjykatave për të mitur e konsideronin delikuentin një viktimë të prindërve të këqij. Ata u përpoqën ta kuptonin atë dhe shpesh reduktuan pasojat e veprimeve të tij, duke shpresuar të ndryshonin sjelljen e tij. Nëse delikuenti bëhej një shkelës i shpeshtë, sistemi ligjor, ashtu si prindërit, shprehte zhgënjimin e tij dhe vendoste dënime të ashpra. Njohja e një ndryshimi në këtë institucion shoqëror e bëri Bowen të vërejë ndryshime të ngjashme në të tjerët, si shkollat dhe qeveritë. Spiralja në rënie në familjet që kanë të bëjnë me delikuencën është një regres në funksionim i nxitur nga ankthi. Në një regresion, njerëzit veprojnë për të lehtësuar ankthin e momentit në vend që të veprojnë në parim dhe të kenë një këndvështrim afatgjatë. Një model regresiv filloi të shpalosej në shoqëri pas Luftës së Dytë Botërore. Ajo u përkeqësua gjatë viteve 1950 dhe u intensifikua me shpejtësi në vitet 1960. "Simptomat" e regresionit shoqëror përfshijnë një rritje të krimit dhe dhunës, një shkallë në rritje të divorcit, një qëndrim më kontestues, një polarizim më të madh midis grupeve racore, vendimmarrje më pak parimore nga drejtuesit, rritje të abuzimit me drogën dhe falimentimeve, dhe një fokus në të drejtat mbi përgjegjësitë. Shoqëritë njerëzore i nënshtrohen periudhave të regresionit dhe përparimit gjatë historive të tyre. Regresioni aktual duket se ushqehet nga ankthi i lidhur me faktorë të tillë si popullsia në shpërthim, një ndjenjë e kufijve në rënie dhe shterimi i burimeve natyrore. Bowen parashikoi që njerëzit do të përballeshin në mënyrë simptomatike me krizat që rriteshin nga regresioni derisa të detyroheshin të trajtonin ankthin që e ushqente atë. Ai parashikoi se një krizë e madhe përfundimtare do të vinte në mesin e shekullit të njëzet e një dhe se lloji i njeriut që do të mbijetonte do të ishte ai që mund të jetonte në harmoni më të mirë me natyrën [3].



**PRAKTIKA INFERMIERORE E
BAZUAR NË EVIDENCË:**



ksploroni Uebin:

<https://www.thebowencenter.org/core-concepts-diagrams>

**Zbuloni shembuj konkret të 8 koncepteve të
teorisë Bowen**

Referenca

1. Wayne F. Regina. Applying Family Systems Theory to Mediation: A Practitioner's Guide Paperback – November 10, 2011.
2. <https://www.thefsi.com.au/definitions-bowen-theory/>
3. <https://www.thebowencenter.org/core-concepts-diagrams>

Rolet e kujdestarëve në familje

Objektivat

Në fund të këtij leksioni, studentët do të jenë në gjendje të:

- Njohin dhe përshkruajnë kujdesin familjar
- Njohin rolin e kujdestarit të familjes, përgjegjësitë dhe këshilla për kujdes

Bazat e kujdesit familjar

Ndërsa jetëgjatësia rritet, trajtimet mjekësore përparojnë dhe një numër në rritje i njerëzve jetojnë me sëmundje dhe paaftësi kronike, gjithnjë e më shumë prej nesh e gjejmë veten duke u kujdesur për një të dashur në shtëpi. Pavarësisht nëse kujdeseni për një prind të moshuar, një bashkëshort me aftësi të kufizuara ose kujdeseni për një fëmijë me një sëmundje fizike ose mendore, kujdesi për një anëtar të familjes në nevojë është një akt dashamirësie, dashurie dhe besnikërie. Ditë pas dite, ju i dhuronit të dashurit tuaj kujdesin dhe vëmendjen tuaj, duke përmirësuar cilësinë e jetës së tyre, edhe nëse ata nuk janë në gjendje të shprehin mirënjohjen e tyre.

Pavarësisht nga rrethanat tuaja të veçanta, të qenit kujdestar i familjes është një rol sfidues dhe ka të ngjarë që nuk jeni trajnuar për të ndërmarrë. Dhe si shumë kujdestarë të familjes, ndoshta nuk e keni parashikuar kurrë këtë situatë. Sidoqoftë, nuk duhet të jesh ekspert i infermierisë, superhero ose shenjtor në mënyrë që të jesh një kujdestar i mirë i familjes. Me ndihmën dhe mbështetjen e duhur, ju mund të ofroni kujdes të dashur dhe efektiv pa pasur nevojë të sakrifikoni veten në këtë proces. Dhe kjo mund ta bëjë kujdesin familjar një përvojë më shpërblyese – si për ju ashtu edhe për të dashurin tuaj [1].

Çfarë është një kujdestar?

Një kujdestar është një person që ofron ndihmën e nevojshme për një të dashur të moshuar ose të sëmurë. Kujdestarët mund të ofrojnë mbështetje emocionale, ndihmë fizike, ndihmë financiare dhe shumë lloje të tjera të kujdesit. Pavarësisht nga situata, ka disa udhëzime që duhen marrë parasysh nga një kujdestar kur kujdeset për një mik apo të afërm të rritur:

☐ **Personi për të cilin kujdeseni është i rritur.**

Ai ose ajo ka të drejtë të marrë vendime për jetën e tij ose të saj. Ju duhet ta respektoni këtë të drejtë, përveç nëse i dashuri juaj e ka humbur aftësinë për të marrë vendime ose mund t'i vërë të tjerët në rrezik nëpërmjet sjelljes së tij ose të saj.

☐ **Sa herë që është e mundur, ofroni zgjedhje.**

Aftësia për të bërë zgjedhje është një liri bazë, prandaj jepni zgjedhje sa herë që të jetë e mundur: nga vendi ku të jetoni deri te cilat drithëra për të ngrënë në mëngjes e deri tek çfarë të vishni. Zgjedhjet na mundësojnë të shprehemi. Ndërsa opsionet e të dashurit tuaj bëhen më të kufizuara, përmes humbjeve shëndetësore, kufizimeve financiare ose humbjeve sociale, ju duhet të punoni më shumë për të ofruar zgjedhje.

☐ **Bëni vetëm ato gjëra që i dashuri juaj nuk mund t'i bëjë.**

Kujdestarët shpesh marrin përsipër kur nuk duhet. Nëse i dashuri juaj është ende i aftë të kryejë disa aktivitete, të tilla si pagesa e faturave ose gatimi i vakteve, atëherë inkurajojeni atë ta bëjë këtë. Të ndihmosh të dashurin tënd të mbajë një ndjenjë pavarësie, do ta bëjë atë të ndihet më mirë për të qenë në një situatë të marrjes së kujdesit.

☐ **Sigurohuni që të bëni atë që premtoni të bëni.**

Shumë marrës të kujdesit e kanë të vështirë emocionalisht të varen nga të tjerët dhe shumë shqetësohen për të qenë një barrë. Pra, me gjithë këto ndjenja të përziera, i dashuri juaj do të duhet të jetë në gjendje të mbështetet tek ju. Bëje atë që premtton. Mos harroni se i dashuri juaj ka nevojë për ju, edhe nëse ai ose ajo nuk e thotë këtë.

☐ **Kujdesu për veten.**

Kjo mund të duket e qartë, por kujdestarët shpesh e lodhin veten duke u përpjekur të përballojnë përgjegjësitë e kujdesit në krye të rutinave normale të përditshme. Sigurimi i kujdesit për një të dashur ndërkohë që mbani një punë, mund të çojë në rraskapitje. Nëse jeni të rraskapitur, ka më shumë gjasa të merrni vendime të këqija ose të hiqni zhgënjimet tuaja ndaj të dashurit tuaj. Pra, kujdesuni për veten; Merrni kohë për të bërë gjëra që ju pëlqejnë, edhe nëse kjo do të thotë t'i thoni jo të dashurit tuaj. Kujdestarët që freskohen mund të jenë aty për një kohë të gjatë.

☐ **Familja juaj është burimi i parë.**

Mund të ketë rryma të thella emocionale kur një i dashur sëmurët. Disa anëtarë të familjes do të duan të bëjnë gjithçka, ndërsa të tjerët do të bëjnë shumë pak nëse nuk u kërkohet. Megjithatë, bashkëshortët, vëllezërit dhe motrat, fëmijët dhe të afërmit e tjerë mund të bëjnë shumë për të lehtësuar barrën tuaj të kujdesit [2].

Roli i kujdestarit të familjes

Kujdestar i familjes është çdo anëtar i familjes, partneri ose mik i cili, rregullisht dhe pa pagesë, ofron mbështetje ose kujdes për një person të moshuar që ka një problem

shëndetësor të rëndësishëm ose të vazhdueshëm ose humbje të autonomisë. Shpesh ky rol merret natyrshëm dhe shumica e kujdestarëve familjarë nuk e konsiderojnë veten të tillë. Ata konsiderojnë se kujdesi i rregullt që i bëjnë të moshuarit është pjesë e rolit të tyre si partnere, vajzë, bir, motër, vëlla etj. MEGJITHTË, kur ka një humbje të konsiderueshme të autonomisë, ky rol përfaqëson një grup të konsiderueshëm përgjegjësish që kërkojnë rregullime në nivele personale, familjare, sociale dhe të punës. Për më tepër, rrallëherë është një rol që merret në një afat të shkurtër: 89% e kujdestarëve familjarë ofrojnë kujdes për më shumë se një vit dhe 50% e bëjnë këtë për më shumë se 4 vjet [3].

Cila është përgjegjësia e kujdestarëve familjarë?

Kur të rriturit e moshuar nuk janë më të aftë për funksionim të pavarur, të afërmit ndërhyjnë. Anëtarët e familjes që shërbejnë si kujdestar kryesor për prindërit e moshuar njihen si kujdestarë të familjes. Këta individë janë të ngarkuar për kryerjen e pesë detyrave kryesore që ndikojnë në jetën e përditshme të të moshuarve.

Kërkesa për kujdestarët e familjes mund të çojë në stres të rëndë emocional, veçanërisht kur anëtari i familjes kujdeset me kohë të plotë për një të afërm me demencë të avancuar. Jo të gjithë kujdestarët e familjes janë të përshtatshëm për t'u kujdesur, duke e bërë të rëndësishme marrjen në konsideratë të ndihmës shtesë nga agjencitë e kujdesit në shtëpi.

Kujdestarët e familjes kanë role të shumta kur kujdesen për një të rritur të moshuar. Kujdestarët mund të fillojnë të ndihmojnë një prind me ndërprerje dhe më pas të përparojnë drejt përgjegjësi më të mëdha pasi i moshuari bëhet më i dobët, i dëmtuar njohës, i pa aftë ose i sëmurë me kancer të avancuar, Parkinson ose çmenduri.

Kujdestari i familjes mund të vërejë se një i dashur ka probleme me aktivitetet rutinë, të tilla si balancimi i llogarive. Ndihma minimale në këtë pikë është e nevojshme. Nga ana tjetër, një kujdestar i familjes mund të marrë papritmas detyrat e kujdesit kur i moshuari i nënshtrohet një frakturë të kullkut ose goditjes në tru.

Rrjedhimisht, përgjegjësitë e një kujdestari familjar varen nga shtrirja dhe natyra e mbështetjes së nevojshme. Vlen të përmendet se niveli i detyrave të kujdesit mund të rritet dhe të ulët. Një pacient me goditje në tru mund të kërkojë mbështetje intensive në fillim; dhe, ndërsa i moshuari rifiton funksionin, kujdesi gradualisht zvogëlohet.

Përgjegjësia #1: Asistencë me aktivitetet e jetesës së përditshme

Shumica e kujdestarëve të familjes, ofrojnë një sërë mbështetjeje thelbësore me detyrat rutinë të jetës. Ndihma me aktivitetet e jetesës së përditshme dhe aktivitetet instrumentale të jetesës së përditshme, si menaxhimi i financave, lavanderi, punët e shtëpisë, mirëmbajtja e shtëpisë, pagesat e faturave, transporti dhe përgatitja e vakteve, janë detyra të pritshme të kujdestarëve familjarë.

Të moshuarit gjithashtu kërkojnë ndihmë me detyrat e vetë-kujdesit, të tilla si larja, pastrimi, tualeti dhe veshja. Pak më pak se 20 përqind e kujdestarëve të familjes ofrojnë ndihmë me detyrat e vetë-kujdesit çdo ditë ose shumicën e ditëve. Kujdestarët

e familjes ndihmojnë marrësit e kujdesit me menaxhimin e ilaçeve dhe takimet me mjekun.

Përgjegjësia #2: Mbështetje Emocionale dhe Sociale

Ndryshimet emocionale në marrësin e kujdesit mund të zhvillohen gradualisht, ndërsa dobësia rritet ose simptomat e rënies njohëse fillojnë të shfaqen. Kështu ndikohet marrëdhënia me një kujdestar familjar. Anasjelltas, ndikimi emocional në marrëdhënie mund të ndryshojë papritur në rast të një krize të paparashikuar shëndetësore.

Ofrimi i mbështetjes emocionale për një individ të moshuar që ka pësuar një goditje, për shembull, do të jetë aspekti që kërkon më shumë kohë në rolin e kujdesit. Periudhat e depresionit ose trishtimit të të moshuarit, ndjenjat e pavlefshmërisë, vetmisë, ankthit dhe shqetësimit kërkojnë mbështetje të fortë emocionale.

Përgjegjësia #3: Detyrat mjekësore

Kujdestari i familjes do të kryejë detyra të thjeshta të kujdesit shëndetësor në shtëpi. Medikamentet mund të administrohen jo vetëm nga goja, por edhe me arna, injeksione dhe intravenoze. Në rastet e sëmundjes së rëndë, kujdestari i familjes do të menaxhojë pajisjet, të tilla si tubat e ushqimit ose kateterët.

Menaxhimi i simptomave dhe monitorimi i gjendjes së të moshuarit janë përgjegjësitë e kujdestarit familjar. Kujdestari do të menaxhojë ethet, dehidratimin, delirin dhe regjimet komplekse të mjekimit. Procedurat praktike, si pompat e infuzionit dhe kujdesi për plagët, janë gjithashtu gjithnjë e më shumë në fushën e kujdestarëve familjarë.

Përgjegjësia #4: Koordinimi i Kujdesit

Kujdestarët e familjes do ta gjejnë veten duke bërë takime me mjekun për marrësit e kujdesit të tyre të moshuar. Kujdestarët shoqërojnë të moshuarin në zyrën e mjekut, flasin me mjekun dhe porosisin medikamente me recetë. Ata gjithashtu ndryshojnë ose trajtojnë ndryshe sigurimin mjekësor të të moshuarit.

Si avokatë, kujdestari i familjes është përgjegjës për identifikimin dhe sigurimin e burimeve për të lehtësuar kujdesin shëndetësor të të moshuarve.

Përgjegjësia #5: Vendimmarrja

Të moshuarit me dëmtim të lehtë kognitiv kanë aftësinë për të shprehur dëshirat e tyre. Kur rënia kognitive është e rëndë, kujdestari i familjes do të jetë përgjegjës për marrjen e vendimeve në emër të të moshuarit. Individët e dobët mund të kërkojnë ndihmën e kujdestarëve të familjes për të ekzekutuar vendimet e tyre.

Disa aspekte ndikojnë në vendimmarrje. Këto përfshijnë vlerat, preferencat, aftësitë, qëllimet dhe perceptimet e të moshuarit dhe kujdestarit të familjes. Kujdestarët dhe marrësit e kujdesit mund të mos pajtohen gjithmonë. Për mbështetje, të dyja palët mund të përdorin testamentet e jetesës, autorizimin dhe marrëveshjet e kujdesit personal.

Marrja e vendimeve për kujdesin shëndetësor është thelbësore. Një prind i moshuar që është në gjendje kognitive të marrë vendime, por refuzon kujdesin mjekësor, rrezikon vdekjen. Në raste të tilla, kujdestari familjar nuk është përgjegjës ose përgjegjës për vdekjen e të moshuarit, pasi i moshuari ka të drejtë të marrë vendime mjekësore, sado të pamenduara.

Mos harroni, kujdestari i familjes që merr rolin e kujdestarit është përgjegjës për shëndetin e të moshuarit. Kjo krijon një detyrë përkujdesjeje. Nëse i moshuari në moshë kërkon ndërhyrje mjekësore, por kujdestari familjar nuk ofron kujdes, do të konsiderohet shkelje e detyrës së kujdesit.

Kur aftësitë vendimmarrëse humbasin, shumica e të moshuarve preferojnë të përfshijnë kujdestarët e familjes si vendimmarrës zëvendësues. Në raste të tjera, vendimet merren pasi një kujdestar është caktuar me autorizim, udhëzim paraparak ose kur gjykatat caktojnë zyrtarisht një kujdestar.

Kujdestarët e familjes marrin përsipër një përgjegjësi të madhe kur kujdesen për një prind ose të afërm të moshuar. Kërkesa për kohën e tyre, burimet financiare dhe emocionet mund të jetë stresuese për shumicën [4]

I ri në kujdesin familjar?

Mësoni sa më shumë që të mundeni për sëmundjen ose paaftësinë e anëtarit të familjes tuaj dhe si të kujdeseni për të. Sa më shumë të dini, aq më pak ankth do të ndjeni për rolin tuaj të ri dhe aq më efektiv do të jeni.

Kërkoni kujdestarë të tjerë. Ju ndihmon të dini se nuk jeni vetëm. Është ngushëlluese të japësh dhe të marrësh mbështetje nga të tjerët që e kuptojnë saktësisht se çfarë po kaloni.

Besojini instinkteve tuaja. Mbani mend, ju e njihni më së miri anëtarin e familjes tuaj. Mos e injoroni atë që ju thonë mjekët dhe specialistët, por dëgjoni edhe zorrët tuaja.

Inkurajoni pavarësinë e të dashurit tuaj. Të kujdesesh nuk do të thotë të bësh gjithçka për të dashurin tënd. Jini të hapur ndaj teknologjive dhe strategjive që lejojnë anëtarin e familjes tuaj të mbetet sa më i pavarur.

Njihni kufijtë tuaj. Jini realistë se sa nga koha juaj dhe nga vetja mund të jepni. Vendosni kufij të qartë dhe komunikojini ato kufizime mjekëve, anëtarëve të familjes dhe njerëzve të tjerë të përfshirë [1]

Shumica e kujdestarëve të familjes përjetojnë një akumulim stresi në lidhje me rolin e tyre. Ata mund të duhet të jenë përgjegjës për detyrat e përditshme si ndihma e personit me nevoja mjekësore, tualeti, veshja, ngrënia dhe marrja e medikamenteve; si dhe detyra të tilla si larja e rrobave, pazaret ushqimore, pastrimi i shtëpisë, përgatitja e vakteve, trajtimi i financave dhe çështjeve ligjore, koordinimi i kujdesit shëndetësor në shtëpi, organizimi i takimeve dhe transportit, etj... Përveç këtyre përgjegjësi,

kujdestari i familjes është gjithmonë i shqetësuar për mirëqenien dhe sigurinë e përgjithshme të personit dhe ofron mbështetje emocionale rregullisht. Ky përfshirje e vazhdueshme psikologjike dhe fizike mund të jetë rraskapitëse dhe përfundimisht mund të çojë në ankth, depresion ose burnout. Për t'u siguruar që ata mund të vazhdojnë ta kryejnë këtë rol në afat të gjatë, është thelbësore që kujdestarët të kujdesen edhe për veten e tyre. Është e rëndësishme që kujdestarët e familjes të kuptojnë se roli i tyre kërkon shumë, se nevojat e tyre janë po aq të rëndësishme sa ato të personit për të cilin kujdesen dhe se mund të kenë nevojë të vendosin kufij ose të kërkojnë ndihmë. Është shumë e vështirë ta realizosh këtë rol vetëm. Fatkeqësisht, ndjenjat e fajit, të dështimit, të mosbërjes sa duhet, të pafuqisë etj. shpesh i pengojnë kujdestarët të jenë në gjendje të kërkojnë ndihmë [5].

Shenjat dhe simptomat e stresit dhe “burnout” të kujdestarit

Të mësosh të njohësh shenjat e stresit dhe të burnout nga kujdestari është e rëndësishme, kështu që mund të marrësh masa të menjëhershme për të parandaluar që gjërat të përkeqësohen dhe të filloni të përmirësoni situatën si për ju ashtu edhe për personin për të cilin kujdeseni.

Shenjat dhe simptomat e zakonshme të stresit të kujdestarit

- Ankth, depresion, nervozizëm.
- Ndjeheni i lodhur dhe i rënduar.
- Vështirësi për të fjetur.
- Reagimi i tepëruar ndaj shqetësimeve të vogla.
- Probleme të reja ose të përkeqësuar shëndetësore.
- Probleme me përqendrimin.
- Ndjeheni gjithnjë e më të pakënaqur.
- Pirja e alkoolit, pirja e duhanit ose ngrënia më shumë.
- Neglizhimi i përgjegjësive.
- Reduktimi i aktiviteteve të kohës së lirë.

Shenjat dhe simptomat e zakonshme të “burnout” të kujdestarit

- Ju keni shumë më pak energji se sa keni pasur dikur.
- Duket sikur ju kapni çdo ftohje ose grip që po ndodh.
- Jeni vazhdimisht të rraskapitur, edhe pas gjumit ose pushimit.
- Ju i neglizhoni nevojat tuaja, sepse jeni shumë i zënë ose nuk ju intereson më.
- Jeta juaj sillet rreth kujdesit, por ju jep pak kënaqësi.
- Ju keni probleme për t'u çlodhur, edhe kur ndihma është e disponueshme.
- Jeni gjithnjë e më të padurueshëm dhe nervoz me personin për të cilin kujdeseni.
- Ndiheni të pafuqishëm dhe të pashpresë [5].

Këshilla #1 për kujdesin ndaj familjes: Pranoni ndjenjat tuaja

Kujdesi mund të shkaktojë një mori emocionesh të vështira, duke përfshirë zemërimin, frikën, pakënaqësinë, fajin, pafuqinë dhe pikëllimin. Është e rëndësishme të pranoni dhe pranoni atë që po ndjeni, si të mira ashtu edhe të këqija. Mos e rrahni veten për

dyshimet dhe dyshimet tuaja. Të kesh këto ndjenja nuk do të thotë që nuk e do anëtarin e familjes tënde – ato thjesht do të thotë se je njeri. Edhe kur e kuptoni pse po ndiheni ashtu siç ndiheni, mund të jetë akoma shqetësuese. Për t'u marrë me ndjenjat tuaja, është e rëndësishme të flisni për to. Mos i mbani të mbyllura emocionet tuaja. Gjeni të paktën një person të cilit i besoni, dikë që do t'ju dëgjojë pa ndërprerje apo gjykim.

Këshillë #2: Gjeni mbështetjen e kujdestarit

Edhe nëse jeni kujdestari kryesor i familjes, nuk mund të bëni gjithçka vetë. Kjo është veçanërisht e vërtetë nëse kujdeseni nga një distancë (më shumë se një orë me makinë nga anëtar i familjes). Ju do të keni nevojë për ndihmë nga miqtë, vëllezërit e motrat dhe anëtarët e tjerë të familjes, si dhe nga profesionistët e shëndetit. Nëse nuk merrni mbështetjen që ju nevojitet, do të dorëzoheni shpejt - gjë që do të komprometojë aftësinë tuaj për të ofruar kujdes.

Por, përpara se të kërkonti ndihmë, duhet të keni një kuptim të qartë të nevojave të anëtarëve të familjes suaj. Merrni pak kohë për të renditur të gjitha detyrat e kujdesit të kërkuara, duke e bërë atë sa më specifike që të jetë e mundur. Më pas përcaktoni se cilat aktivitete jeni në gjendje të kryeni (të jeni realistë në lidhje me aftësitë tuaja dhe kohën që keni në dispozicion). Detyrat e mbetura në listë janë ato që do t'ju duhet t'u kërkonti të tjerëve t'ju ndihmojnë.

Kërkoni ndihmë nga familja dhe miqtë

Nuk është gjithmonë e lehtë të kërkosht ndihmë, edhe kur ke shumë nevojë për të. Ndoshta keni frikë t'u impononi të tjerëve ose jeni të shqetësuar se kërkesa juaj do të refuzohet. Por nëse thjesht i bëni të njohura nevojat tuaja, mund të befasoheni nga gatishmëria e të tjerëve për t'u paraqitur. Shumë herë, miqtë dhe anëtarët e familjes duan të ndihmojnë, por nuk e dinë se si. Bëjeni më të lehtë për ta duke:

- lënë mënjane kohë për të folur personalisht me personin.
- parë listën e nevojave për përkujdesje që keni hartuar.
- vënë në dukje fushat në të cilat ata mund të shërbejnë (ndoshta vëllai juaj është i mirë në kërkime në internet, ose shoku juaj është një ekspert financiar).
- Pyetur personin nëse dëshiron të ndihmojë, dhe nëse po, në çfarë mënyre.
- U siguruar që personi të kuptojë se çfarë do të ishte më e dobishme si për ju ashtu edhe për personin për të cilin do të kujdeset

Vende të tjera ku mund të drejtoheni për mbështetjen e kujdestarit përfshijnë:

- Kisha, xhami ose një vend tjetër adhurimi juaj.
- Grupet mbështetëse të kujdestarëve në një spital lokal ose në internet.
- Një terapist, punonjës social ose këshilltar.
- Organizatat kombëtare të kujdesit.
- Organizata specifike për sëmundjen ose paaftësinë e anëtarit të familjes suaj

[1]

Këshilla #3: Lidhuni vërtet me të dashurin tuaj

Pablo Casals, violonçelisti me famë botërore, tha: "Kapaciteti për t'u kujdesur është gjëja që i jep jetës rëndësinë e saj më të thellë". Kur trajtohet në mënyrën e duhur, kujdesi për një të dashur mund të sjellë kuptim dhe kënaqësi - si për ju, kujdestarin, ashtu edhe për personin për të cilin kujdeseni. Qëndrimi i qetë dhe i relaksuar dhe marrja e kohës çdo ditë për t'u lidhur vërtet me personin për të cilin kujdeseni, mund të lëshojë hormone që rrisin disponimin tuaj, reduktojnë stresin dhe shkaktojnë ndryshime biologjike që përmirësojnë shëndetin tuaj fizik. Dhe ka të njëjtin efekt edhe tek i dashuri juaj.

Edhe nëse personi për të cilin kujdeseni nuk mund të komunikojë më verbalisht, është e rëndësishme t'i kushtoni një kohë të shkurtër çdo ditë për t'u fokusuar plotësisht tek ai ose ajo. Shmangni të gjitha shpërqendrimet - si televizori, celulari dhe kompjuteri - bëni kontakt me sy (nëse është e mundur), mbani dorën e personit ose përkëdhelni faqen e tij dhe flisni me një ton zëri të qetë dhe qetësues. Kur lidheni në këtë mënyrë, do të përjetoni një proces që ul stresin dhe mbështet mirëqenien fizike dhe emocionale - për të dy - dhe do të përjetoni "rëndësinë më të thellë" për të cilën flet Casals.

Këshilla #4: Kujdesuni për nevojat tuaja

Nëse jeni të hutuar, burnout ose të mbingarkuar nga përditshmëria e kujdesit, ka të ngjarë ta keni të vështirë të lidheni me personin për të cilin kujdeseni. Kjo është arsyeja pse është jetike që ju të mos harroni për nevojat tuaja ndërsa jeni duke u kujdesur për të dashurin tuaj. Kujdestarët gjithashtu kanë nevojë për kujdes.

▪ Nevojat emocionale të kujdestarëve të familjes

Merrni kohë për t'u çlodhur çdo ditë dhe mësoni se si të menaxhoni veten dhe të hiqni stresin kur filloni të ndiheni të mbingarkuar. Siç u shpjegua më lart, një mënyrë për ta arritur këtë është të lidheni vërtet me personin për të cilin kujdeseni. Nëse kjo nuk është e mundur, përdorni shqisat tuaja për të lehtësuar në mënyrë efektive stresin në këtë moment dhe kthehuni në një gjendje të ekuilibruar.

Flisni me dikë për të kuptuar situatën tuaj dhe ndjenjat tuaja për të. Nuk ka mënyrë më të mirë për të lehtësuar stresin sesa të kaloni kohë ballë për ballë me dikë që kujdeset për ju.

Mbani një ditar. Disa njerëz e kanë të dobishme të shkruajnë mendimet dhe ndjenjat e tyre për t'i ndihmuar ata t'i shohin gjërat më qartë.

Ushqeni shpirtin tuaj. Lutuni, meditoni ose bëni një aktivitet tjetër që ju bën të ndiheni pjesë e diçkaje më të madhe. Mundohuni të gjeni kuptim si në jetën tuaj ashtu edhe në rolin tuaj si kujdestar.

Kini kujdes për shenjat e depresionit, ankthit ose burnout dhe kërkoni ndihmë profesionale nëse është e nevojshme

▪ Nevojat sociale dhe rekreative të kujdestarëve familjarë

Qëndroni social. Bëjeni prioritet vizitën rregullisht me njerëz të tjerë. Ruani marrëdhëniet tuaja të ngushta. Mos e lini veten të izoloheni.

Bëni gjëra që ju pëlqejnë. E qeshura dhe gëzimi mund t'ju ndihmojnë të vazhdoni kur përballeni me sprova, stres dhe dhimbje.

Ruani ekuilibrin në jetën tuaj. Mos hiqni dorë nga aktivitetet që janë të rëndësishme për ju, si puna apo hobi juaj.

Jepini vetes një pushim. Bëni pushime të rregullta nga kujdesi dhe jepini vetes një pushim të zgjatur të paktën një herë në javë.

Gjeni një komunitet. Bashkohuni ose rivendosni lidhjen tuaj me një grup fetar, klub shoqëror ose organizatë qytetare. Sa më i gjerë rrjeti juaj i mbështetjes, aq më mirë.

▪ Nevojat fizike të kujdestarëve familjarë

Ushtrihu rregullisht. Mundohuni të bëni të paktën 30 minuta stërvitje, tre herë në javë. Ushtrimi është një mënyrë e shkëlqyer për të lehtësuar stresin dhe për të rritur energjinë tuaj. Pra, përpikuni të lëvizni, edhe nëse jeni të lodhur.

Hani siç duhet. Trupat e ushqyer mirë janë më të përgatitur për të përballuar stresin dhe për të kaluar ditët e ngarkuara. Mbani energjinë tuaj dhe mendjen tuaj të pastër duke ngrënë vakte ushqyese në intervale të rregullta gjatë gjithë ditës.

Shmangni alkoolin dhe drogën. Mund të jetë joshëse t'i drejtoheni substancave për t'u shpëtuar kur jeta ndihet e madhe, por ato lehtë mund të komprometojnë cilësinë e kujdesit tuaj. Në vend të kësaj, përpikuni t'i trajtoni problemet kokë më kokë dhe me një mendje të qartë.

Flini mjaftueshëm gjumë. Synoni për mesatarisht tetë orë gjumë të fortë dhe të pandërprerë çdo natë. Përndryshe, niveli juaj i energjisë, produktiviteti dhe aftësia për të trajtuar stresin do të vuajnë.

Vazhdoni me kujdesin tuaj shëndetësor. Shkoni te mjeku dhe dentisti në orar dhe vazhdoni me recetat tuaja ose terapinë mjekësore. Si kujdestar, ju duhet të qëndroni sa më të fortë dhe të shëndetshëm.

Këshilla #5: Përfitoni nga shërbimet komunitare

Shumica e komuniteteve kanë shërbime për të ndihmuar kujdestarët. Në varësi të vendit ku jetoni, kostoja mund të bazohet në aftësinë tuaj për të paguar ose të mbuluar nga sigurimi i marrësit të kujdesit ose shërbimi juaj shëndetësor. Shërbimet që mund të jenë të disponueshme në komunitetin tuaj përfshijnë qendrat e kujdesit ditor për të rriturit, ndihmësit shëndetësorë në shtëpi, ushqimet e ofruara në shtëpi, kujdesin e afatit, shërbimet e transportit dhe infermierinë e kualifikuar.

Shërbimet e kujdestarit në komunitetin tuaj. Telefononi qendrën tuaj lokale të të moshuarve, shërbimin e informacionit dhe referimit të qarkut, shërbimet e familjes ose njësinë e punës sociale në spital për sugjerime kontakti. Grupet e avokimit për sëmundjen ose paaftësinë e të dashurit tuaj mund të jenë gjithashtu në gjendje të rekomandojnë shërbime lokale.

Mbështetje e kujdestarit për veteranët. Nëse marrësi juaj i kujdesit është veteran, ai mund të kualifikohet për shërbime shtesë mbështetëse. Në SHBA, për shembull, mbulimi i kujdesit shëndetësor në shtëpi, mbështetja financiare, kujdesi në shtëpi pleqsh dhe përfitimet e kujdesit ditor për të rritur janë shpesh të disponueshme. Kjo

ndihmë mund të marrë formën e kontrolleve në telefon, vizitave në shtëpi ose transportit.

Shërbimet e transportit në komunitet. Shumë komunitete ofrojnë shërbime transporti falas ose me kosto të ulët për udhëtime për në dhe nga takimet mjekësore, kujdesin ditor, qendrat e të moshuarve dhe qendrat tregtare.

Kujdesi ditor për të rriturit. Nëse i dashuri juaj i moshuar është mjaft mirë, merrni parasysh mundësinë e kujdesit ditor të të rriturve. Një qendër e kujdesit ditor të të rriturve mund t'ju sigurojë pushimet e nevojshme gjatë ditës ose javës, dhe të dashurit tuaj me disa devijime dhe aktivitete të vlefshme.

Shërbimet e kujdesit personal. Ndiurma me aktivitetet e jetës së përditshme, si veshja, larja, ushqimi ose përgatitja e vaktit mund të ofrohet nga ndihmësit e kujdesit në shtëpi, shoqëruesit e punësuar, ndihmësit e certifikuar të infermierëve ose ndihmësit shëndetësorë në shtëpi. Ndiurma e kujdesit në shtëpi mund të ofrojë gjithashtu ndihmë të kufizuar me detyra të tilla si marrja e presionit të gjakut ose ofrimi i kujtesës së ilaçeve.

Shërbimet e kujdesit shëndetësor. Disa shërbime të kujdesit shëndetësor mund të ofrohen në shtëpi nga profesionistë të trajnuar si terapistë fizikë ose profesionistë, punonjës socialë ose infermierë shëndetësorë në shtëpi. Kontrolloni me sigurimin ose shërbimin tuaj shëndetësor për të parë se çfarë lloj mbulimi është i disponueshëm. Kujdesi për bujtinë mund të ofrohet edhe në shtëpi.

Programet e vakteve. I dashuri juaj mund të kualifikohet për të ofruar ushqime të nxehta në shtëpi nga programe të caktuara. Organizatat fetare dhe të tjera lokale ndonjëherë ofrojnë dreka dhe shoqërim falas për të sëmurët dhe të moshuarit.

Këshilla #6: Siguroni kujdes në distancë

Shumë njerëz marrin rolin e kujdestarit të caktuar për një anëtar të familjes - shpesh një i afërm ose vëlla ose vëlla më i madh - ndërsa jetojnë më shumë se një orë udhëtim larg. Përpjekja për të menaxhuar kujdesin e një personi të dashur nga distanca mund të shtojë ndjenjat e fajit dhe ankthit dhe të paraqesë shumë pengesa të tjera. Por ka hapa që mund të ndërmerrni për t'u përgatitur për urgjencat e kujdesit dhe për të lehtësuar barrën e përgjegjësisë.

Vendosni një sistem alarmi për të dashurin tuaj. Për shkak të distancës mes jush, nuk do të jeni në gjendje t'i përgjigjeni në kohë një emergjence kërcënuese për jetën, ndaj abonohuni në një sistem elektronik alarmi. I dashuri juaj e vesh pajisjen e vogël dhe mund ta përdorë atë për të thirrur ndihmë të menjëhershme.

Menaxhoni takimet me mjekun. Mundohuni të planifikoni të gjitha takimet mjekësore së bashku, në një kohë kur do të jeni në zonë. Gjeni kohën për t'u njohur me mjekët e të dashurit tuaj dhe organizoni që të jeni të përditësuar për të gjitha çështjet mjekësore

nëpërmjet telefonit kur nuk jeni në zonë. Të afërmit tuaj mund të kenë nevojë të nënshkruajnë një njoftim privatësie për t'u mundësuar mjekëve të tyre ta bëjnë këtë.

Përdorni një menaxher rasti. Disa spitale ose plane sigurimesh mund të caktojnë menaxherët e rasteve për të koordinuar kujdesin e të dashurit tuaj, për të monitoruar përparimin e tyre, për të menaxhuar faturimin dhe për të komunikuar me familjen.

Hetoni shërbimet lokale. Kur nuk jeni aty, përpiquni të gjeni shërbime lokale që mund të ofrojnë shërbime të ndihmës në shtëpi, të ofrojnë ushqime ose të ofrojnë transport lokal për të dashurin tuaj. Një menaxher i kujdesit geriatrik mund të ofrojë një sërë shërbimesh për kujdestarët në distanca të gjata, duke përfshirë ofrimin dhe monitorimin e ndihmës në shtëpi për të afërmin tuaj.

Programoni komunikim të rregullt me të dashurin tuaj. Një email i përditshëm, një mesazh me tekst ose një telefonatë e shpejtë mund t'i bëjë të ditur të afërmit tuaj se nuk janë harruar dhe t'ju japin paqe mendore.

Organizoni kontrolle telefonike nga një grup fetar lokal, qendër e lartë ose organizatë tjetër publike ose jofitimprurëse. Këto shërbime ofrojnë telefonata të paracaktuara për të rriturit e lidhur në shtëpi për të reduktuar izolimin e tyre dhe për të monitoruar mirëqenien e tyre [1].

Referenca

1. Melinda Smith, M.A., Jeanne Segal, Ph.D., and Lawrence Robinson. Family Caregiving. October 2020.
2. FamilyCare America, Inc. Adapted from the DOD Caregiver's Guide developed by the United States Department of Defense, 2019.
3. Jessica Smith .The Role of the Family Caregiver. <https://www.homecareassistancemontreal.ca/role-of-the-family-caregiver.html> Accessed online on 25 January 2022.
4. Committee on Family Caregiving for Older Adults; Board on Health Care Services; Health and Medicine Division; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Schulz R, Eden J, editors. Families Caring for an Aging America. Washington (DC): National Academies Press (US); 2016 Nov 8. 3, Family Caregiving Roles and Impacts. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK396398/>
5. Melinda Smith, M.A.Caregiver Stress and Burnout. Last updated: November 2021.

Roli i infermierit në vlerësimin dhe mbështetjen e kujdestarëve të familjes

Objektivat

Në fund të këtij leksioni, studentët do të jenë në gjendje të:

- Njohin dhe bëjnë dallimin midis infermierit dhe kujdestarit të familjes
- Njohin ndërhyrjet infermierore për vlerësimin dhe mbështetjen e kujdestarëve të familjes

Infermierët dhe kujdestarët e familjes-panoramë e përgjithshme

Në mënyrë ideale, infermierët duhet të përfshihen në mbikëqyrjen e kujdesit bazë të dhënë në shtëpi. Infermierët janë të trajnuar për të ofruar kujdes të plotë ndaj pacientëve përfshirë dhe vëmendjen ndaj mjedisit të tyre. Megjithatë, profesionistët shëndetësorë zakonisht e përqendrojnë vëmendjen e tyre te pacienti pa marrë parasysh faktin e egzistencës së problemeve edhe në mjedisin e tij/saj familjar. Në shumë raste ata nuk janë të vetëdijshëm as për çështjet familjare që këta pacientë mund të kenë [1]. Kur vlerësohen nevojat e pacientit, duhet të përcaktohen edhe nevojat e pjesës tjetër të familjes dhe të mbështetet anëtari më i prekur i familjes, zakonisht kujdestari kryesor. Domosdoshmëria e punës me familjen bëhet e qartë në shumë mënyra. Për shembull, ekipi shëndetësor është i ngarkuar me detyrën e parandalimit. Ata duhet të përdorin vizitat në shtëpi për të eksploruar mjedisin familjar, për të përcaktuar ndikimin e ofrimit të kujdesit në familje dhe për të zbuluar herët burnout të kujdestarëve. Ekipi duhet të mbështesë familjen, të diskutojë sëmundjen dhe prognozën e saj, të drejtojë kujdesin e pacientit dhe të lidhë familjen me mbështetjen e disponueshme në rrjetet sociale [2]. Vetëm kohët e fundit kujdestarët informalë janë njohur si agjentë shëndetësorë me të cilët infermierët është thelbësore të punojnë në mënyrë bashkëpunuese dhe të koordinuar. Kujdesi joformal është bërë objekt hulumtimi dhe analize në mesin e profesionistëve shëndetësorë, veçanërisht në dekadën e kaluar. Zhvillimet më të rëndësishme kanë qenë në fushat e infermierisë geriatrike, kujdesit paliativ, pacientëve sëmundje terminale dhe pacientëve me Alzheimer [3, 4]. Në spitalet greke, është një praktikë e zakonshme përdorimi i punës së papaguar të anëtarëve të familjes për të kompensuar mungesat e infermierisë dhe stafi i konsideron të nevojshme kontribute të tilla [5]. Në mënyrë që infermierët (dhe profesionistët e tjerë shëndetësorë) të zhvillojnë një interes më të madh për trajnimin, mbështetjen dhe shërbimet e parandalimit të kujdestarit, duhet të njihet rëndësia e punës së kujdestarit, pasojat e saj, rreziqet dhe roli i mbikëqyrjes infermierore. Mënyra

në të cilën këto dy grupe – infermierët dhe kujdestarët – e shohin dhe vlerësojnë njëri-tjetrin është një faktor vendimtar në formimin e pritshmërive për marrëdhënien e tyre [1]. Studimet kanë treguar se Infermierët kanë njohuri empirike për kujdesin informal dhe rëndësinë e tij. Imazhi mbizotërues i kujdestarit në mesin e infermierëve është ai i një grupe të moshuar që punon e izoluar, duke sakrifikuar veten e saj. Rolet e saj të vetme janë punët e shtëpisë dhe kujdesi ndaj të tjerëve. Megjithatë, Infermierët kanë një pikëpamje përgjithësisht pozitive për kujdestarët informalë. Ata vlerësojnë përpjekjet personale dhe gatishmërinë e tyre për të shërbyer. Aktivitetet më të zakonshme të kryera nga infermierët për kujdestarët janë dhënia e informacionit, trajnimi për kujdesin në shtëpi dhe dhënia e këshillave për marrëdhëniet me pacientin. Por, puna me kujdestarët nuk njihet në mënyrë specifike brenda protokolleve diagnostikuese dhe terapeutike të infermierisë. Qëndrimet dhe aktivitetet e infermierëve me kujdestarët ndikohen nga mungesa e kohës, ngarkesa në spital dhe organizimi, dhe modelet e ndryshme të kujdesit shëndetësor (modeli tradicional biomjekësor kundrejt modelit të kujdesit gjithëpërfshirës të orientuar nga komuniteti). Ndërveprimi me kujdestarët favorizohet duke punuar në shtëpi me familjet. Infermierët duan trajnime specifike dhe punë ekipore në mënyrë që të përmirësojnë kujdesin e tyre. Për më tepër, ata propozojnë që dokumentacioni infermior të sistemohet në mënyrë të tillë që të sigurojë prova me shkrim të veprimeve të tyre me kujdestarët pasi kjo do ta bënte më të lehtë kujdesin pasues [1]. Ndërkohë që studimt e fundit sugjerojnë se teknologjia rrit njohuritë, komunikimin online dhe marrëdhëniet ndërmjet infermierëve dhe kujdestarëve duke kontribuar në njohuritë për balancimin e marrëdhënies infermier-kujdestar [6].

Kujdestari i familjes përkufizohet si një person që ofron kujdes të drejtpërdrejtë (si për fëmijët, të moshuarit ose të sëmurët kronikë) [7] kurse Infermiera përfshin kujdesin autonom dhe bashkëpunues të individëve të të gjitha moshave, familjeve, grupeve dhe komuniteteve, të sëmurë ose të mirë dhe në të gjitha mjediset. Infermiera përfshin promovimin e shëndetit, parandalimin e sëmundjeve dhe kujdesin për njerëzit e sëmurë, me aftësi të kufizuara dhe që vdesin. Avokimi, promovimi i një mjedisi të sigurt, kërkimi, pjesëmarrja në formësimin e politikave shëndetësore dhe në menaxhimin e pacientëve dhe sistemeve shëndetësore, si dhe edukimi janë gjithashtu role kyçe të infermierisë [8]. Nisur nga këto përkufizime kujdestari është përgjegjës për ekzekutimin e veprimeve nga më të ndryshmet që do të përfitojnë mirëqenien e personit që varet nga kujdesi, duke siguruar mirëmbajtjen e nevojave bazë dhe duke përmirësuar cilësinë e jetës së tij/saj si anëtar i një grupi individësh kryesisht të lidhur emocionalisht. Për kujdestarin, përballja me situatën e sëmundjes së një të afërmi bëhet e vështirë, veçanërisht kur kjo sëmundje shoqëron pasoja që e bëjnë përdoruesin të varur nga kujdesi i vazhdueshëm. Këto ndryshime bëhen edhe më të dhimbshme kur kujdestari, me pak ose aspak njohuri, duhet të kujdeset për dikë që i mungon kujdesi specifik/i veçantë. Në këtë kuptim, infermierët sjellin në thelb të punës së tyre kujdesin që përfshin edukimin shëndetësor, nëpërmjet praktikës edukative të rregulluar me ligj. Gjatë zhvillimit të praktikës edukative, infermiera, si edukatore, duhet të ketë parasysh dy aspekte të rëndësishme të përfshira në këtë proces: mësimdhënien/të nxëniet; edukatori dhe nxënësi, i cili, në studimin aktual, identifikohet në figurën e kujdestarit. Këto janë të ndërvarura dhe gjenerues të një cikli të vazhdueshëm, dialogues dhe

transformues, në mënyrë që të mund të arrihen ndryshimet e sjelljes së treshes së edukatorit, përdoruesit dhe kujdestarit [9].

Kujdestarët si klientë

Për shekuj me radhë, anëtarët e familjes kanë ofruar kujdes dhe mbështetje për njëritjetrin gjatë kohëve të sëmundjes. Çfarë e bën një anëtar të familjes një "kujdestar të familjes"? Cilët janë këta kujdestarë familjarë, çfarë bëjnë dhe çfarë dëmi hasin? Kujdestarët shpenzojnë një sasi të konsiderueshme kohe duke ndërvepruar me marrësit e tyre të kujdesit, ndërkohë që ofrojnë kujdes në një gamë të gjerë aktivitetsh. Infermierët kanë një pikëpamje të kufizuar për këtë ndërveprim. Kujdesi mund të zgjasë për një periudhë të shkurtër të kujdesit post-akut, veçanërisht pas një shtrimi në spital, deri në më shumë se 40 vjet kujdes të vazhdueshëm për një person me nevoja kronike të kujdesit. Mesatarisht, kujdestarët informalë i kushtojnë 4.3 vjet kësaj pune [10]. Shumica e studiuesve në fushën e kujdesit konceptojnë kujdesin që kujdestarët e familjes japin si ndihmë me aktivitetet e jetës së përditshme dhe aktivitetet instrumentale të jetesës së përditshme. Por këto koncepte nuk e kapin në mënyrë adekuate kompleksitetin dhe stresin e përkujdesjes. Ndhma me larjen nuk përfshin larjen e një personi që po i reziston banjës. Ndhma me medikamente nuk kap në mënyrë adekuate telashet e administrimit të ilaçeve, veçanërisht kur marrësi i kujdesit po merr medikamente të shumta disa herë në ditë, duke përfshirë injeksione, inhalatorë, pika në sy dhe tableta të grimcuara. Nevoja për të marrë vendime në emër të anëtarëve të familjes që nuk janë në gjendje ta bëjnë këtë është stresuese, pasi kjo është në kundërshtim me rolin normal të kujdestarëve dhe ata janë të shqetësuar nëse këto vendime janë të sakta. Mbikëqyrja e njerëzve me demencë dhe vëzhgimi i shenjave të hershme të problemeve, siç janë efektet anësore të ilaçeve, janë përgjegjësi serioze pasi kujdestarët e familjes shpesh nuk janë në gjendje të interpretojnë kuptimin ose urgjencën. Teknologjia mjekësore që tani është pjesë e kujdesit në shtëpi për çdo lloj ndihme nuk është as pjesë e masave për aktivitetet e jetës së përditshme dhe aktivitetet instrumentale të jetesës së përditshme. Të qenit përgjegjës për procedurat mjekësore dhe infermiore si menaxhimi i kateterëve urinar, kujdesi i lëkurës rreth një kateteri intravenoz periferik, ushqyerja me tub gastrostomie dhe ventilatorët është ankth provokues për studentin fillestar të infermierisë, por që tashmë po bëhet kujdesi rutinë i ofruar nga kujdestarët e familjes për personat me sëmundje kronike që jetojnë në shtëpi [11-14]. Për shkak të njohurive dhe aftësive të pamjaftueshme, kujdestarët e familjes mund të jenë të panjohur me llojin e kujdesit që duhet të ofrojnë ose sasinë e kujdesit të nevojshëm. Kujdestarët e familjes mund të mos e dinë se kur kanë nevojë për burimet e komunitetit dhe më pas mund të mos dinë se si t'i qasen dhe t'i përdorin më së miri burimet e disponueshme [15]. Si rezultat, kujdestarët shpesh neglizhojnë nevojat e tyre të kujdesit shëndetësor për të ndihmuar anëtarët e familjes së tyre, duke shkaktuar përkeqësim në shëndetin dhe mirëqenien e kujdestarit [16–18]. Mungesa e vëmendjes së qartë të profesionistëve shëndetësorë ndaj kujdestarëve është një hendek serioz në kujdesin shëndetësor në dritën e më shumë se dy dekadave të hulumtimit që dokumenton rreziqet e mundshme të kujdesit familjar. Kujdestarët janë vetë pacientë të fshehur,

me pasoja serioze të pafavorshme për shëndetin fizik dhe mendor nga puna e tyre kërkuese fizike dhe emocionale si kujdestare dhe vëmendje e reduktuar ndaj shëndetit dhe kujdesit të tyre shëndetësor [19]. Në përgjithësi midis kujdestarëve janë raportuar rënie të shëndetit fizik dhe vdekje të parakohshme. Kujdestarët që përpiqen të balancojnë kujdesin me aktivitetet e tyre të tjera, si puna, familja dhe koha e lirë, mund ta kenë të vështirë të përqendrohen në aspektet pozitive të përkujdesjes dhe shpesh përjetojnë më shumë reagime negative, të tilla si një ndjenjë e shtuar e barrës. Barra e kujdestarit dhe simptomat depresive janë rezultatet më të zakonshme negative të ofrimit të kujdesit për të moshuarit dhe të sëmurët kronikë në mesin e kujdestarëve të familjes. Kujdestarët me kalimin e kohës mund të pësojnë luhatje të rënda në modelet e gjumit, të cilat mund të ndikojnë në depresion dhe të përkeqësojnë simptomat e sëmundjeve kronike. Menaxhimi i dhimbjes është një problem i pazgjidhshëm për kujdestarët që rezulton në shqetësim të konsiderueshëm të kujdestarit, pasi kujdestarët ndihmojnë me strategjitë jofarmakologjike dhe farmakologjike të menaxhimit të dhimbjes [20]. Po pavarësisht kësaj kujdestarët marrin shumë pak ndihmë nga profesionistët e kujdesit shëndetësor në menaxhimin e detyrave të tyre dhe kërkesat emocionale të kujdesit. Ndër sfidat më të mëdha për kujdestarët e familjes është ndërveprimi me infermierët dhe profesionistët e tjerë në mjedisin spitalor, dhe më pas në kujdesin në shtëpi, pasi pacienti del nga spitali [21].

Ndërhyrjet infermiere për vlerësimin dhe mbështetjen e kujdestarëve të familjes

Literatura ofron dëshmi thelbësore që kujdestarët janë pacientë të fshehur që kanë nevojë për mbrojtje nga dëmtimi fizik dhe emocional. Ndërhyrjet e drejtuara te kujdestari i familjes duhet të kenë dy qëllime. Së pari, ndërhyrjet mund të mbështesin kujdestarin si klient, duke reduktuar drejtpërdrejt shqetësimin e kujdestarit dhe ndikimin e përgjithshëm në shëndetin dhe mirëqenien e tyre. Në këtë qasje të ndërhyrjes, kujdestari është marrësi i përfitimit të drejtpërdrejtë dhe pacienti përfiton vetëm në mënyrë dytësore. Së dyti, ndërhyrjet mund të synojnë të ndihmojnë që kujdestari të bëhet më kompetent dhe më i sigurt, duke ofruar kujdes të sigurt dhe efektiv për pacientin, i cili mund të zvogëlojë në mënyrë indirekte shqetësimin e kujdestarit duke reduktuar ngarkesën e tyre ose duke rritur ndjenjën e sigurisë dhe kontrollit [19].

→ Ndërhyrjet për të reduktuar barrën dhe shqetësimin

- Ndërhyrjet me shumë komponentë, në vend të ndërhyrjeve të vetme si grupet mbështetëse ose edukimi, reduktojnë ndjeshëm barrën dhe shqetësimin e kujdestarit. Ndërhyrjet e tjera që synojnë kujdestarët individualë kanë rezultuar më efektive në përmirësimin e mirëqenies së kujdestarit sesa ndërhyrjet në grup, megjithëse ndërhyrjet në grup kanë rezultuar më efektive në përmirësimin e simptomave të marrësit të kujdesit.
- Seancat gjithëpërfshirëse të këshillimit për bashkëshortët që kujdesen për një person me demencë ndihmojnë në reduktimin e depresionit.

- Këshillimi ka rezultuar efektiv në përmirësimin e cilësisë së jetës për kujdestarët e të mbijetuarve nga infarkti.
- Edhe një telefonatë e thjeshtë mund të jetë efektive për të ndihmuar kujdestarin si klient. Studimet gjetën një reduktim të papritur të barrës dhe shqetësimit për kujdestarët që merrnin thirrje telefonike miqësore, mbështetëse shoqërore që ofronte pak kohë nga përkujdesja, edhe pa trajnime për aftësitë e kujdestarit në shtëpi. Vizitat në shtëpi dhe mbështetja e zgjeruar sociale gjithashtu mund të ndihmojnë në reduktimin e depresionit të kujdestarit.

→ **Ndërhyrjet për të përmirësuar kompetencën dhe besimin**

- Studimi qw hetoi cilësinë e jetës së kujdestarëve të familjes që morën një ndërhyrje të kujdesit në shtëpi që përbëhej nga një koordinator infermiere specialiste, një shërbim telefonik 24-orësh infermiere me akses në një ekip të kujdesit në shtëpi, një dosje bashkëpunuese të kujdesit në shtëpi dhe dosjen e rastit dhe protokollet e kujdesit. Dosja e kujdesit u përdor për të ndihmuar në komunikimin dhe koordinimin ndërmjet kujdestarëve dhe profesionistëve shëndetësorë. Dosja përfshinte listat e kujdestarëve të pacientit, raportet e daljes nga spitali, raportet e transferimit të rasteve në shtëpi të pleqve, listat e mjekimeve dhe raportet multidisciplinare. Nga këto raporte, u zhvilluan qasje specifike të ndërhyrjes së pacientit. Ndërhyrja përmirësoi ndjeshëm cilësinë e jetës së kujdestarit në 1 javë dhe 4 javë pas daljes së pacientit nga spitali [22].

Mësimi i kujdestarëve se si të menaxhojnë problemet specifike të pacientit mund të përmirësojë mirëqenien e kujdestarit. Për shembull, pamundësia për të fjetur natën është një problem serioz për kujdestarët e personave me sëmundjen Alzheimer, pasi kujdestarët lodhen dhe rraskapiten, gjë që mund të ketë një efekt negativ si në shëndetin fizik ashtu edhe në atë emocional të kujdestarit. Duke u mësuar atyre se si të përmirësojnë pagjumësinë e natës së anëtarëve të familjes së tyre përmes shëtitjeve të përditshme dhe ekspozimit ndaj dritës, mund të përmirësojë kohën e gjumit si për kujdestarin ashtu edhe për marrësin e kujdesit [23].

→ **Ndërhyrjet për Kujdestarët si Ofrues kujdesi**

- Ndërhyrjet e krijuara për të ndihmuar kujdestarin që të bëhet një ofrues më kompetent dhe më i sigurt janë të rëndësishme për të siguruar që pacienti të marrë kujdes të sigurt dhe efektiv. Këto ndërhyrje synojnë: parandalimin e abuzimit dhe neglizhencës dhe përmirësimin e njohurive dhe aftësive të kujdestarit; mbështetjen e kujdestarëve me identifikimin e hershëm të problemeve të pacientit dhe menaxhimin e kujdesit ndaj pacientit; zhvillimi i trajnimit të aftësive psikomotorike për administrimin e sigurt të barnave dhe përdorimin e pajisjeve; dhe rritja e aftësive emocionale dhe përbaluese për t'u marrë me zemërimin dhe zhgënjimin e kujdestarit. Në këto situata, ndërhyrjet, të tilla si luajtja e roleve dhe provat, janë krijuar për të ndihmuar kujdestarin të kuptojë më mirë se si të komunikojë me marrësin e kujdesit dhe të menaxhojë

reagimet negative, ose ta largojë marrësin e kujdesit nga një situatë e rrezikshme kujdesi. Një fokus në të parën mund të ndihmojë në parandalimin e të dytës. Të gjitha këto ndërhyrje mund të forcojnë kompetencën e kujdestarëve dhe të zvogëlojnë dëmin ndaj pacientëve nën kujdesin e tyre.

Kujdestarët kërkojnë njohuri, aftësi dhe gjykim për të kryer detyrat e kujdesit për pacientët dhe hulumtimi ka treguar se kujdestarët që ndihen të përgatitur për të ofruar kujdes (dmth. kanë njohuritë dhe aftësitë e nevojshme) kanë më pak barrë.¹⁵ Ofrimi i kujdesit merr parasysh dimensionet e mëposhtme: (a) natyra e detyrave; (b) shpeshësinë me të cilën kryhen detyrat; (c) orët e kujdesit të ofruar çdo ditë; (d) aftësitë, njohuritë dhe aftësitë e kujdestarëve për të kryer detyrat; (e) masën në të cilën detyrat mund të bëhen rutinë, dhe në këtë mënyrë të përfshihen në oraret ditore; dhe (f) mbështetjen e marrë nga anëtarët e tjerë të familjes. Kujdesi për pacientët varion nga ofrimi i kujdesit të drejtpërdrejtë, kryerja e detyrave komplekse monitoruese (p.sh. monitorimi i sheqerit në gjak, titrimi i dozave narkotike për dhimbje), interpretimi i simptomave të pacientit (p.sh., përcaktimi i nivelit të temperaturës për t'i raportuar një ofruesi të kujdesit shëndetësor), ndihma në vendimmarrje, dhe duke ofruar mbështetje dhe rehati emocionale. Çdo lloj përfshirje kërkon aftësi dhe njohuri të ndryshme, kapacitete organizative (p.sh., marrja e shërbimeve të nevojshme komunitare ose porositja e karriges më të mirë me rrota), kërkesat për role dhe fuqitë sociale dhe psikologjike nga anëtarët e familjes [24-25].

- Ka disa dëshmi se ndërhyrjet e krijuara për të përmirësuar detyrat specifike të kujdesit janë të dobishme për kujdestarët. Për shembull, një studim ekzaminoi ndikimin e edukimit të dhimbjes tek kujdestarët e familjes që po ofronin kujdes për pacientët e moshuar me kancer. Programi i edukimit të dhimbjes përfshinte vlerësimin e dhimbjes, ndërhyrjet farmakologjike dhe ndërhyrjet jofarmakologjike. Programi i edukimit të dhimbjes ndihmoi në përmirësimin e njohurive dhe qëndrimeve të kujdestarëve për menaxhimin e dhimbjes së anëtarëve të familjes së tyre. Studiues të tjerë kanë gjetur se ndërhyrjet për të ndërtuar aftësi në përgjithësi dhe aftësi për zgjidhjen e problemeve ndihmojnë kujdestarët e personave me sëmundjen Alzheimer duke ulur sjelljen negative tek ata për të cilët kujdesen. Ndërhyrjet javore telefonike për të ndihmuar kujdestarët e të mbijetuarve nga infarkti në zgjidhjen e problemeve çuan në uljen e depresionit [26-27].
- Një shembull tjetër i trajnimit specifik zbuloi se ndërhyrjet e iniciuara nga infermierët për të mësuar të rriturit e moshuar dhe kujdestarët e tyre rreth administrimit të sigurt të ilaçeve rezultuan në përmirësime të rëndësishme në aftësinë për të emërtuar saktë medikamentet e përshkruara dhe oraret e administrimit të tyre. Kjo bazë njohurish është thelbësore për kompetencën e kujdestarit dhe sigurinë e pacientit [28].

➔ Ndërhyrjet psiko-edukative

Shumica e studimeve të ndërhyrjes për kujdestarët kanë përdorur një ndërhyrje psiko-edukative. Ndërhyrja thekson se ofrimi i informacionit është një qasje

psikologjike/këshilluese për të ulur shqetësimin e kujdestarit. Edhe pse nuk shpjegohen si të tilla, këto ndërhyrje synojnë t'i trajtojnë kujdestarët si klientë dhe si ofrues.

Një provë klinike e rastësishme e krijuar për të testuar efektet e një ndërhyrjeje psiko-edukative për kujdestarët dhe pacientët me kancer të sapo diagnostikuar, të cilët kishin filluar së fundmi kimioterapinë, pati një efekt pozitiv në reduktimin e depresionit të kujdestarit. Katër muaj pas ndjekjes së një programi edukimi për kancerin e kujdestarit psiko-edukativ që trajtonte menaxhimin e simptomave, mbështetjen psikosociale dhe identifikimin e burimeve, numri i kujdestarëve që raportuan se ishin të informuar mirë dhe të sigurt për kujdesin u rrit.

Trajnimi i kujdestarëve në një mjedis të kujdesit parësor shumëfaktor rreth mënyrave specifike për të menaxhuar shqetësimet e sjelljes duket premtues. Ndërhyrjet e menaxhimit të depresionit ulën zemërimin, armiqësinë dhe depresionin dhe përmirësoi ndjenjën e kontrollit të kujdestarit të familjes [29-30].

Referenca

1. Delicado Useros MV, Candel Parra E, Alfaro Espín A, López Máñez M, & García Borge C. Interacción de enfermería y cuidadoras informales de personas dependientes. *Atención Primaria*. 2004; 33(4):193-199.
2. María Victoria, Delicado Useros, Antonia Alfaro Espín, Eduardo Candel Parra and Ana Barnés Martínez. Family Caregivers: Nurses' Perceptions and Attitudes. Volume 6, Number 3, March 2012.
3. Elliott LK, Bami H, Gelkopf MJ, Yee RC, Feldman BM, Goh YI. Patient and caregiver engagement in research: factors that influence co-enrollment in research. *Pediatr Rheumatol Online J*. 2019;17(1):85. Published 2019 Dec 21.
4. Ashrafizadeh H, Gheibizadeh M, Rassouli M, Hajibabae F, Rostami S. Explain the Experience of Family Caregivers Regarding Care of Alzheimer's Patients: A Qualitative Study. *Front Psychol*. 2021;12:699959. Published 2021 Jun 24.
5. Sapountzi-Krepia D, Raftopoulos V, Psychogiou M, et al. Dimensions of informal care in Greece: the family's contribution to the care of patients hospitalized in an oncology hospital. *J Clin Nurs*. 2008;17(10):1287-1294.
6. Solli, H., Hvalvik, S. Nurses striving to provide caregiver with excellent support and care at a distance: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* **19**, 893 (2019).
7. "Caregiver." *Merriam-Webster.com Dictionary*, Merriam-Webster, <https://www.merriam-webster.com/dictionary/caregiver>. Accessed 26 Jan. 2022.
8. <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>
9. Paula, S. F. de, Gehlen, M. H., Ventura, J., Zamberlan, C., Rangel, R. F., & Siqueira, H. C. H. de. (2017). &Carregiver's perception about learning for home care. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, 39(2), 149-156.
10. Donelan K, Hill CA, Hoffman C, et al. Challenged to care: Informal caregivers in a changing health system. *Health Aff*. 2002;21:222–31.
11. Reinhard SC. The work of caregiving: What do ADLs and IADLs tell us? In: Levine C, editor. Family caregivers on the job: Moving beyond ADLs and IADLs. New York: United Hospital Fund; 2004.
12. Sloane PD, Rader J, Barrick AL, et al. Bathing persons with dementia. *Gerontologist*. 1995 Oct;35:672–8.
13. Travis SS, Bethea LS, Winn P. Medication administration hassles reported by caregivers of dependent elderly persons. *J Gerontol*. 2000;55A(7):M412–7.
14. Levine C, Reinhard SC, Feinburg LF, et al. Family caregivers on the job: Moving beyond ADLs and IADLs. *Generations*. 2003–2004 Winter;17–23.
15. Given B, Given CW, Stommel M, et al. Predictors of use of secondary carers used by the elderly following hospital discharge. *J Aging Health*. 1994;6(3):353–76.
16. Given C, Stommel M, Given B, et al. The influence of the cancer patient's symptoms, functional states on patient's depression and family caregiver's reaction and depression. *Health Psychol*. 1993;12(4):277–85.
17. Jepson C, McCorkle R, Adler D, et al. Effects of home care on caregivers' psychological status. *J Nurs Scholarsh*. 1999;31(2):115–20.
18. Schulz R, Beach SR. Caregiving as a risk factor for mortality: The caregiver health effects study. *JAMA*. 1999;282:2215–9.

19. Reinhard SC, Given B, Petlick NH, et al. Supporting Family Caregivers in Providing Care. In: Hughes RG, editor. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 Apr. Chapter 14. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2665/>
20. Ferrell BR, Ferrell BA, Rhiner M, et al. Family factors influencing cancer pain management. *Postgrad Med J*. 1991;67(Suppl 2):64–9.
21. Levine C. *Rough crossings: Family caregivers' odysseys through the health care system*. New York: United Hospital Fund of New York; 1998.
22. Smeenk FW, de Witte LP, van Haastregt JC, et al. Transmural care of terminal cancer patients: Effects on the quality of life of direct caregivers. *Nurs Res*. 1998;7(3):129–36.
23. McCurry SM, Gibbons LE, Logsdon RG, et al. Nighttime insomnia treatment and education for Alzheimer's disease: A randomized, controlled trial. *JAGS*. 2005;53:609–18.
24. Barg F, Pasacreta J, Nuamah R, et al. A description of a psychoeducational intervention for family caregivers of cancer patients. *J Fam Nurs*. 1998;4:394–413.
25. Stommel M, Given BA, Given C, et al. The impact of frequency of care activities on the division of labor between primary caregivers and other care providers. *Res Aging*. 1995;17:412–433.
26. Gitlin L, Hauk W, Dennis M, et al. Maintenance of effects of the home environmental skill-building program for family caregivers of individuals with AD and related disorders. *J Geron*. 2005;60:368–74.
27. Grant JS, Elliott TR, Weaver M, et al. Telephone intervention with family caregivers of stroke survivors after rehabilitation. *Stroke*. 2002;33(8):2060–5.
28. Griffiths R, Johnson M, Piper M. A nursing intervention for the quality use of medicines by elderly community clients. *Nurs Pract*. 2004;10:166.
29. Kozachik S, Given C, Given B, et al. Improving depressive symptoms among caregivers of patients with cancer: Results of a randomized clinical trial. *Oncol Nurs Forum*. 2001;28:1149–57.
30. Pasacreta JV, McCorkle R. Cancer care: Impact of interventions on caregiver outcomes. *Annu Rev Nurs Res*. 2000;18:127–48.

Diskutimi i rastit të familjes Brown

Objektivat

Në fund të këtij leksioni, studentët do të jenë në gjendje të:

- Nxisin mendimin kritik për ndërhyrjet infermierore në familje nëpërmjet diskutimit të një studimi rasti konkret

Rast Studimi i Familjes Brown

Studimi i mëposhtëm i rastit u shfaq në paketën Fakte mbi Shërbimet Intensive të Ruajtjes së Familjes që u shkrua dhe u prodhua nga Fondacioni Edna McConnell Clark në 1994.

Rasti përfshin një familje në të cilën një fëmijë rrezikohej të shtrohej në spital psikiatrik.

Diskutim Rast studimi

Familja Brown
Buffalo, Nju Jork

Në moshën 11-vjeçare, Sam Brown dogji garazhin e fqinjit të tij dhe u dërgua në një strukturë rezidenciale rinore në veri të Nju Jorkut. Dy vjet më vonë ai u kthye në shtëpi. Rregullimi nuk ishte i lehtë. Sam po zihej vazhdimisht me dy vëllezërit e tij më të vegjël dhe nëna e tyre e kishte të vështirë t'i trajtonte ata. Babai i Semit punonte natën dhe hezitonte t'i disiplinonte fëmijët, nga frika se ai do të humbiste durimin.

Me të tre djemtë në shtëpi nga shkolla për pushimet verore, tensionet në shtëpi u shtuan. Një pasdite, ndërsa luanin jashtë, Semi dhe vëllai i tij nëntë vjeçar, Frenku, u futën në një betejë të dhunshme. Kur Sam filloi ta mbyste Frankun, një fqinj thirri policinë. Sam, i shoqëruar nga nëna e tij, u dërgua nga policia në urgjencën psikiatrike të Qendrës Mjekësore të Qarkut Erie.

Spitali thirri një punonjës nga Programi i Ndërhyrjes së Krizave në Shtëpi në Spitalin e Përgjithshëm Buffalo, i cili punon me fëmijë nga 5 deri në 18 vjeç. Punonjësja e programit, e trajnuar për infermierinë psikiatrike, e çoi Semin dhe nënën e tij, Anën, në shtëpi dhe u kthye të nesërmen në mëngjes për të filluar punën me familjen. Gjatë një periudhe gjashtë javore, punonjësja kaloi pothuajse çdo ditë me familjen dhe ishte në gjendje të vëzhgonte nga afër sjelljen e tyre. Zbulimi i tij i parë ishte se Sam nuk ishte gjithmonë nxitësi i përleshjeve me vëllezërit e tij. Frank, djali i mesëm, shpesh fillonte një përleshje dhe më pas i ankohej nënës së tij se fajin e kishte Sam.

Ndërsa Sam ishte larg, Frank kishte marrë rolin e "djalit të parë" dhe ishte i mërzhitur për heqjen dorë nga ky status tek vëllai i tij më i madh. Punonjësja e bëri Anën të vetëdijshme se Franku po e ushqente shpesh Semin dhe se ajo duhej ta drejtonte disiplinën e saj ndaj të tre djemve dhe jo vetëm ndaj djalit të saj më të madh.

Punonjësja e këshilloi Anën në shtëpi dhe gjatë bisedave të shpeshta telefonike. Ata punuan për të ndërtuar besimin e saj në aftësitë e saj prindërore dhe aftësinë e saj për të marrë përgjegjësinë kur shpërtheu një sherr mes djemve të saj. "Ana kishte aftësi të mira prindërore," kujton punonjësja. "Ajo që i nevojitej ishte shumë siguri se ajo mund të përballonte fëmijët."

Me ndihmën e punonjësës, Anne dhe bashkëshorti i saj, Raymond, hartuan grafikët e sjelljes për të identifikuar disa gjëra që donin që djemtë e tyre të bënin, të tilla si të shkonin në shtrat në kohë dhe të shkonin më mirë. Çdo javë, djemtë shpërbleheshin me yje dhe pikë për atë që kishin arritur, ose ndëshkoheshin me orar të hershëm të gjumit ose pa televizor kur nuk ndiqnin rregullat e familjes. Ndonjëherë punonjësja i nxirrte djemtë për darkë ose një ditë në park. Përfundimisht, punonjësja mundi t'ia transferonte këtë përgjegjësi prindërve, veçanërisht Raymond, i cili u inkurajua të kalonte më shumë kohë cilësore me djemtë e tij.

Punonjësja e rastit u përqendrua në ndihmën e të dy prindërve për të ndërtuar vetëvlerësimin e tyre. Ana telefononte shpesh për problemet në shtëpi. "Ajo do të vinte panik nëse djemtë vazhdonin të ziheshin ose refuzonin ta dëgjonin", tha punonjësi i çështjes. "Unë do t'i jepja siguri se ishte në rregull. që ajo të bënte disa gjëra për të disiplinuar fëmijët, si p.sh. ndarja e tyre nga njëri-tjetri derisa gjërat të ftoheshin."

Anne i kishte menaxhuar djemtë vetë dhe kishte nevojë për më shumë mbështetje nga burri i saj, por mungesa e besimit të tij e kishte mbajtur atë të papërfshirë. "Raymond kishte një imazh negativ për veten e tij, mendoj se ndoshta unë isha një nga njerëzit e parë që e dëgjova vërtet atë që ai kishte për të thënë. Ai kujdesej shumë për familjen e tij; ai thjesht duhej të dinte se ai ishte i nevojshëm dhe se ai dhe gruaja e tij duhej të punonin së bashku."

Djemtë më të vegjël reagueshan mirë ndaj grafikëve të sjelljes. Sam e kishte ende të vështirë të kontrollonte durimin dhe marrejt vesh, por ai punoi shumë dhe tregoi pak përmirësim. Kur shkolla u rihap, tensionet në shtëpi u lehtësuan dhe disa muaj pas përfundimit të këshillimit, familja ishte ende bashkë dhe shkonte mirë. U bënë marrëveshje me agjenci të tjera për të bashkërenduar shërbimet sociale shtesë për të cilat familja kishte ende nevojë, si p.sh. një program edukimi special për Sam, përfitime të mirëqenies dhe ndihmë shtesë për punësim.

"Kur fillova këtë çështje, kisha disa dyshime nëse do të isha i suksesshëm," kujton këshilltarja. "Sam po luante dhe po luftonte shumë. Isha gati ta ktheja në spital disa

herë. Duke punuar me Anne, Raymond dhe djemtë si familje, ne arritëm t'i bashkonim të gjithë. Ajo që u bë kritike për përparimin e Sam ishte duke i dhënë atij mesazhin se ai nuk do të largohej më, pavarësisht se çfarë bënte. Ai mund t'i ketë vënë në provë duke u sjellë keq; ai thjesht donte të sigurohej që ata vërtet e donin atë pranë.” [1].

Organizimi i diskutimit- Të mësuarit me raste studimore

Qëllimi 1: Të mësuarit me raste studimore

Të lejohen studentët të zbatojnë atë që kanë mësuar në një simulim të jetës reale.

Pjesa 1:

Në vend që të bëhen rekomandime në grupe të vogla, studentët do të punojnë individualisht për të shkruar rekomandime duke përdorur udhëzimet e lektorit.

Pjesa 2:

Në çifte, studentët duhet të vlerësojnë nëse secili prej rekomandimeve të lektorit është i bazuar në fakte dhe i fokusuar tek studimi i rastit. Pastaj në grupin e madh, ndani disa nga rekomandimet e secilit grup dhe i diskutoni se si mund t'i përmirësoni ato

Pjesa 3: Jepni pyetjet përmbledhëse dhe i diskutoni ato me të gjithë klasën. Adresoni çdo pyetje tjetër që studentët mund të kenë në lidhje me rastin.

Qëllimi 2: Transferimi i aftësive nga rastet studimore

Për t'u dhënë studentëve një mundësi për të rishikuar aftësitë dhe njohuritë e mësuara përmes aktiviteteve të studimit të rastit dhe për të zbuluar mënyra se si këto aftësi dhe njohuri shkojnë përtej rrethanave specifike të rastit specific.

Shënim: Rastet studimore mund të kenë në fokus familje specifike, grupmosha dhe rrethana; megjithatë, aftësitë dhe njohuritë që keni aplikuar në këto raste do të jenë të transferueshme në situata të tjera. Në grupe të vogla, studentët mund të përdorin grafikun e mëposhtëm për të përshkruar shkurtimisht se si aftësitë që keni përdorur gjatë punës në diskutimin e një rast studimi do të transferohen në rrethana të tjera si në një rast studimi që mund të përfshijë shumë vëllezër e motra, nevoja serioze të shëndetit mendor nga ana e fëmijës, familjarëve, kujdesi për nevojat e shëndetit fizik të një fëmije tendencë për dhunë apo përdorim të substancave, etj [2].

	E gjelbër	E kaltër	Portokalli	Kafe
Mirëqenia e Fëmijëve Ligjet				
Kompetenca kulturore				
Aftesi komunikimi				
Puna me Fëmijët dhe Familjet				

Referenca

1. Priscilla Martens, Executive Director, National Family Preservation Network. June 25, 2014. <https://www.intensivefamilypreservation.org/brown-family-case-study/>
2. National CASA. Session 4 Handouts. Facilitator Manual Flex-Learning Edition.

Kujdesi paliativ dhe ai në fund të jetës

Objektivat

Në fund të këtij leksioni, studentët do të jenë në gjendje të:

- Njohin përkufizimet e kujdesit paliativ dhe kujdesit në fund të jetës dhe komponentët e tyre
- Listojnë praktikatat thelbësore në kujdesin paliativ

Përkufizimi i Organizatës Botërore të Shëndetësisë për Kujdesin Paliativ

Kujdesi paliativ është një qasje që përmirëson cilësinë e jetës së pacientëve dhe familjeve të tyre që përballen me problemin e lidhur me sëmundjet kërcënuese për jetën, nëpërmjet parandalimit dhe lehtësimit të vuajtjeve me anë të identifikimit të hershëm dhe vlerësimit dhe trajtimit të patëmetë të dhimbjes dhe problemeve të tjera, fizike, psikosociale dhe shpirtërore. Kujdesi paliativ:

- siguron lehtësim nga dhimbjet dhe simptomat e tjera shqetësuese;
- pohon jetën dhe e konsideron vdekjen si një proces normal;
- nuk synon as ta shpejtojë dhe as ta shtyjë vdekjen;
- integron aspektet psikologjike dhe shpirtërore të kujdesit ndaj pacientit;
- ofron një sistem mbështetës për të ndihmuar pacientët të jetojnë sa më aktivisht të jetë e mundur deri në vdekje;
- ofron një sistem mbështetës për të ndihmuar familjen të përballojë sëmundjen e pacientëve dhe në humbjen e tyre;
- përdor një qasje ekipore për të adresuar nevojat e pacientëve dhe familjeve të tyre, duke përfshirë këshillimin për humbjen, nëse tregohet;
- do të përmirësojë cilësinë e jetës dhe gjithashtu mund të ndikojë pozitivisht në rrjedhën e sëmundjes;
- është i zbatueshëm në fillim të rrjedhës së sëmundjes, në lidhje me terapi të tjera që synojnë të zgjasin jetën, si kimioterapia ose terapia me rrezatim, dhe përfshin ato hetime të nevojshme për të kuptuar dhe menaxhuar më mirë komplikimet klinike shqetësuese [1].

Përkufizimi i bazuar në konsensus për kujdesin paliativ [2]

Një nga sfidat në zbatimin e kujdesit paliativ ka qenë mungesa e konsensusit se çfarë është kujdesi paliativ, kur duhet të aplikohet, ndaj kujt dhe nga kush. Termat "kujdes paliativ" dhe "kujdes bujtinash/shtwpi" janë përdorur për shumë vite, me interpretime të ndryshme dhe disa organizata të kujdesit paliativ kanë miratuar përkufizimet e tyre. Përkufizimi aktual i OBSH-së për kujdesin paliativ për të rriturit u zhvillua në vitin 2002 dhe paraqet shumë sfida, kufizon kujdesin paliativ në problemet që lidhen me sëmundjet kërcënuese për jetën, në vend të nevojës së pacientëve me sëmundje të rënda, kronike dhe komplekse. Përkufizimi për fëmijët është edhe më i vjetër (1998) dhe paraqet sfida të ngjashme.

Në vitin 2017, Komisioni Lancet për Aksesin Global në Kujdesin Paliativ dhe Lehtësimin e Dhimbjeve publikoi raportin "Zbutjen e humnerës së aksesit në kujdesin paliativ dhe lehtësimin e dhimbjes - Një imperativ i mbulimit shëndetësor universal [3]" dhe zhvilloi një kornizë për të matur barrën globale të lidhura me vuajtjet serioze të lidhura me shëndetin, duke gjeneruar bazën e provave për të adresuar këtë barrë. Barra globale e lidhur me vuajtjet serioze të lidhura me shëndetin, e vlerësuar bazohej në 20 gjendje ose sëmundje, shumë prej të cilave janë akute (si kequshqyerja, pesha e ulët e lindjes, ethet hemorragjike, lëndimet, helmimet, etj.) dhe mund të jenë kalimtare nëse trajtohen në mënyrë adekuate dhe në kohë. Kjo qasje e re nga Komisioni rezultoi në një koncept edhe më të gjerë të kujdesit paliativ dhe, Komisioni rekomandoi që përkufizimi i OBSH-së të rishikohej për të përfshirë përparimet e sistemit shëndetësor dhe mjediset me të ardhura të ulëta ku profesionistët shëndetësor shpesh kanë detyrën e vështirë për t'u kujdesur për pacientët pa ilaçe, pajisje ose trajnime të nevojshme.

Pas rekomandimit të Komisionit Lancet dhe si një organizatë në marrëdhënie formale me OBSH-në, IAHPHC ([International Association for Hospice & Palliative Care](http://www.iahpch.org)) hartoi, zhvilloi dhe zbatoi një projekt për të rishikuar dhe miratuar, bazuar në konsensus, një përkufizim të ri për kujdesin paliativ.

Përkufizimi i ri përbëhet nga dy seksione dhe ndjek një strukturë të ngjashme me atë të OBSH-së: një deklaratë hyrëse koncize dhe një listë përbërësish në pikat kryesore. Një pjesë e tretë u shtua pasi pjesëmarrësit sugjeruan shtimin e një grupi rekomandimesh për qeveritë.

Kujdesi paliativ—Përkufizimi i ri

Kujdesi paliativ është kujdesi holistik aktiv i individëve në të gjitha moshat me sëmundje të lidhura me vuajtjet serioze të lidhura me shëndetin (vuajtja është e lidhur me shëndetin kur shoqërohet me sëmundje ose lëndime të çfarëdo lloji. Vuajtjet e lidhura me shëndetin janë serioze kur nuk mund të lehtësohen pa ndërhyrje mjekësore dhe kur komprometojnë gjendjen fizike, funksionimi social, shpirtëror dhe/ose emocional. E disponueshme nga <http://pallipedia.org/serious-health-related-suffering-shs/>) për shkak të sëmundjes së rëndë (sëmundja e rëndë është një gjendje që mbart një rrezik të lartë vdekshmërie, negativisht ndikon në cilësinë e jetës dhe funksionin e përditshëm dhe/ose është i rëndë në simptoma, trajtime ose stres të kujdestarit. E disponueshme nga <http://pallipedia.org/serious-illness/>) dhe veçanërisht për ato afër fundit të jetës. Ai synon të përmirësojë cilësinë e jetës së pacientëve, familjeve të tyre dhe kujdestarëve të tyre.

Kujdesi paliativ:

- Përfshin parandalimin, identifikimin e hershëm, vlerësimin gjithëpërfshirës dhe menaxhimin e çështjeve fizike, duke përfshirë dhimbjen dhe simptomat e tjera shqetësuese, shqetësimin psikologjik, shqetësimin shpirtëror dhe nevojat sociale. Sa herë që është e mundur, këto ndërhyrje duhet të bazohen në prova.
- Ofron mbështetje për të ndihmuar pacientët të jetojnë sa më plotësisht të jetë e mundur deri në vdekje duke lehtësuar komunikimin efektiv, duke i ndihmuar ata dhe familjet e tyre të përcaktojnë qëllimet e kujdesit
- Zbatohet gjatë gjithë rrjedhës së një sëmundjeje, sipas nevojave të pacientit
- Ofrohet në lidhje me terapitë modifikuese të sëmundjes sa herë që nevojitet
- Mund të ndikojë pozitivisht në rrjedhën e sëmundjes
- Nuk synon as të shpejtojë dhe as ta shtyjë vdekjen, pohon jetën dhe e njeh vdekjen si një proces natyror
- Ofron mbështetje për familjen dhe kujdestarët gjatë sëmundjes së pacientëve dhe në humbjen e tyre
- Ofrohet duke njohur dhe respektuar vlerat dhe besimet kulturore të pacientit dhe familjes
- Zbatohet në të gjitha mjediset e kujdesit shëndetësor (vendbanimi dhe institucionet) dhe në të gjitha nivelet (primar në terciar)
- Mund të ofrohet nga profesionistë me trajnim bazë për kujdesin paliativ
- Kërkon kujdes paliativ të specializuar me një ekip shumëprofesional për referimin e rasteve komplekse

Për të arritur integrimin e kujdesit paliativ, qeveritë duhet:

- Miratojnë politika dhe norma adekuate që përfshijnë kujdesin paliativ në ligjet shëndetësore, programet kombëtare shëndetësore dhe buxhetet kombëtare shëndetësore
- Sigurojnë që planet e sigurimit të integrojnë kujdesin paliativ si një komponent të programeve
- Sigurojnë akses në barnat dhe teknologjitë thelbësore për lehtësimin e dhimbjeve dhe kujdesin paliativ, duke përfshirë formulimet pediatrike
- Sigurojnë që kujdesi paliativ të jetë pjesë e të gjitha shërbimeve shëndetësore (nga programet shëndetësore të komunitetit te spitalet), që të gjithë të vlerësohen dhe që i gjithë personeli të mund të sigurojë kujdes paliativ bazë me ekipe specialistike të disponueshme për referim dhe konsultim
- Sigurimi i aksesit në kujdes paliativ adekuat për grupet vulnerabël, duke përfshirë fëmijët dhe personat e moshuar
- Angazhohen me universitetet, akademinë dhe spitalet universitare për të përfshirë kërkimin për kujdesin paliativ dhe trajnimin për kujdesin paliativ si një komponent integral i edukimit të vazhdueshëm, duke përfshirë arsimin bazë, të mesëm, të specializuar dhe të vazhdueshëm [3].

Lista e praktikave thelbësore për profesionistët e shëndetit në kujdesin paliativ

Lista e praktikave thelbësore në kujdesin paliativ mund të ndihmojë në përcaktimin e kujdesit paliativ parësor të përshtatshëm dhe në përmirësimin e cilësisë së kujdesit të ofruar globalisht [4], Tabela 15-1.

Tabela 15-1. Lista e praktikave thelbësore në kujdesin paliativ

Identifikoni, vlerësoni, diagnostikoni, trajtoni dhe aplikoni masat e trajtimit dhe zgjidhjes për:
Nevojat për kujdes fizik:
Dhimbje (të gjitha llojet)
Probleme të frymëmarrjes (dispne, kollë)
Probleme gastrointestinale (kapsllëk, të përziera, të vjella, gojë të thatë, mukozit, diarre)
Delir
Plagë, ulçera, skuqje të lëkurës dhe lezione të lëkurës
Pagjumësia
Nevojat për kujdes psikologjik / emocional / shpirtëror:
Nevojat për kujdes fizik:
Lodhja
Anoreksia
Anemia
Përgjumje ose qetësim
Djersitje
Nevojat për kujdes psikologjik / emocional / shpirtëror:
Nevojat shpirtërore dhe shqetësimi ekzistencial
Depresioni
Probleme të pikëllimit dhe humbjes së familjes / kujdestarëve
Të tjera:
Çështjet e planifikimit dhe koordinimit të kujdesit:
Identifikoni burimet dhe mbështetjen e disponueshme dhe zhvilloni dhe zbatoni një plan kujdesi bazuar në nevojat e pacientit.
Siguroni kujdes në ditët/javët e fundit të jetës
Identifikoni, vlerësoni dhe zbatoni zgjidhje për të lehtësuar disponueshmërinë dhe aksesin në medikamente (me theksim në opioidet)
Identifikoni nevojat psikosociale / shpirtërore të vetes dhe profesionistëve të tjerë të përfshirë në kujdes
Problemet e komunikimit:
Komunikoni me pacientin, familjen dhe kujdestarët për diagnozën, prognozën*, gjendjen, trajtimin, simptomat dhe menaxhimin e tyre dhe çështjet e kujdesit për ditët/javët e fundit.

Identifikoni dhe vendosni prioritete me pacientin dhe kujdestarët
Siguroni informacion dhe udhëzime për pacientët dhe kujdestarët sipas burimeve në dispozicion. Sensibilizoni profesionistët dhe punonjësit e tjerë të kujdesit shëndetësor për kujdesin paliativ.

* **Shënim:** Përcaktimi i prognozës dhe shpërndarja e sigurt e këtij informacioni kërkon trajnim dhe njohuri të përshtatshme.

Kujdesi në fund të jetës

Kujdesi për fundin e jetës është mbështetje për njerëzit që janë në muajt apo vitet e fundit të jetës së tyre.

Kujdesi për fundin e jetës duhet të ndihmojë njerëzit të jetojnë sa më mirë deri sa të vdesin dhe të vdesin me dinjitet. Personat që ofrojnë kujdesin në fund të jetës duhet të pyesin personin për dëshirat dhe preferencat e tij dhe t'i marrin parasysh këto ndërsa punojnë me atë për të planifikuar kujdesin e tij. Ata gjithashtu duhet të mbështesin familjen, kujdestarët ose njerëzit e tjerë që janë të rëndësishëm për personin.

Personi ka të drejtë të shpreh dëshirat e tij/saj se ku do të dëshironte të merrte kujdes dhe ku dëshironte të vdiste. Kujdesi në fund të jetës mund të merret në shtëpi, ose në shtëpi kujdesi, azile ose spitale, në varësi të nevojave dhe preferencave të personit.

Njerëzit që po i afrohen fundit të jetës kanë të drejtë për një kujdes të cilësisë së lartë, kudo që ata kujdesen.

Kush ofron kujdes në fund të jetës?

Profesionistë të ndryshëm shëndetësorë dhe të kujdesit social mund të përfshihen në kujdesin në fund të jetës, në varësi të nevojave të personit. Për shembull, mjekët dhe infermierët e spitalit, mjeku i përgjithshëm, infermierët e komunitetit, stafi i shtëpisë së kujdesit, azileve dhe këshilltarët mund të përfshihen të gjithë, si dhe personeli i kujdesit social, kapelanët (të të gjitha besimeve ose të asnjërit), fizioterapistët, terapistë profesionistë ose terapistë plotësues.

Mjeku i përgjithshëm ka përgjegjësinë e përgjithshme për kujdesin e personit në fund të jetës. Infermieret e komunitetit zakonisht kryejnë vizita në shtëpi dhe familja dhe miqtë mund të përfshihen ngushtë gjithashtu në kujdesin në fund të jetës.

Kujdesi në fund të jetës përfshin kujdesin paliativ. Kujdesi paliativ nuk është vetëm për fundin e jetës – një person mund të marrë kujdes paliativ më herët në sëmundjen e tij, ndërkohë që është ende duke marrë terapi të tjera për të trajtuar gjendjen e tij shëndetësore.

Shumë profesionistë të kujdesit shëndetësor ofrojnë kujdes paliativ si pjesë e punës së tyre. Një shembull është kujdesi që merrin nga mjeku i përgjithshëm ose infermieret e komunitetit.

Disa njerëz kanë nevojë për kujdes shtesë të specializuar paliativ. Kjo mund të ofrohet nga konsulentë të trajnuar në mjekësinë paliative, infermiere të specializuara të kujdesit paliativ, ose specialistë profesionistë ose fizioterapistë.

Kur fillon kujdesi për fundin e jetës?

Kujdesi për fundin e jetës duhet të fillojë kur personi e ka nevojë dhe mund të zgjasë disa ditë, ose me muaj ose vite. Njerëzit në shumë situata të ndryshme mund të përfitojnë nga kujdesi në fund të jetës. Disa prej tyre mund të pritet të vdesin brenda orëve ose ditëve të ardhshme. Të tjerët marrin kujdesin në fund të jetës për shumë muaj. Njerëzit konsiderohen se po i afrohen fundit të jetës kur ata kanë gjasa të vdesin brenda 12 muajve të ardhshëm, megjithëse kjo nuk është gjithmonë e mundur të parashikohet. Këtu përfshihen njerëzit vdekja e të cilëve është e afërt, si dhe njerëzit që:

- kanë një sëmundje të avancuar të pashërueshme, të tilla si kanceri, demenca ose sëmundja e neuroneve motorike,
- janë përgjithësisht të dobët dhe kanë sëmundje bashkëekzistuese që do të thotë se ata pritet të vdesin brenda 12 muajve,
- kanë sëmundje ekzistuese nëse rrezikojnë të vdesin nga një krizë e papritur në sëmundjen e tyre,
- kanë një gjendje akute kërcënuese për jetën e shkaktuar nga një ngjarje e papritur katastrofike, si një aksident ose goditje në tru [5].

5 prioritete për kujdesin në fund të jetës

Ekspertët kanë rënë dakord se ka 5 prioritete të rëndësishme për kujdesin dhe mbështetjen që personi dhe kujdestarët mund të prisin të marrin në ditët dhe orët e fundit të jetës.

- Personi duhet të vizitohet rregullisht nga një mjek dhe nëse ai beson se personi do të vdes shumë shpejt, duhet t'ja shpjegojnë këtë atij dhe njerëzve të afërt.
- Stafi i përfshirë në kujdesin në fund të jetës duhet të flasë me ndjeshmëri dhe sinqeritet me personin dhe me njerëzit afër tij.
- Personi dhe njerëzit afër tij duhet të përfshihen në vendimet se si trajtohen dhe kujdesin, nëse kjo është ajo që dëshirohet.
- Nevojat e familjes dhe të njerëzve të tjerë pranë personit në fund të jetës duhet të plotësohen sa më shumë që të jetë e mundur.
- Një plan individual kujdesi duhet të bihet dakord me personin dhe të jepet me dhembshuri.

Çdo moment ka rëndësi përshkruan kujdesin e përqendruar te personi nga këndvështrimi i dikujt që i afrohet fundit të jetës, Figura 15-1 [6].

Qëllimet dhe
cilësia e jetës dhe
vdekjes sime

Njerëzit që janë të
rëndësishëm për
mua

Kujdesi i koordinuar i përqendruar tek personi afër fundit të jetës

“Unë mund ta bëj fazën e fundit të jetës sime sa më mirë që të jetë e mundur, sepse të gjithë punojnë së bashku me besim, ndershmëri dhe në mënyrë të vazhdueshme për të ndihmuar mua dhe njerëzit që janë të rëndësishëm për mua, duke përfshirë kujdestarin(ët) e mi”

Diskutime dhe
planifikime të
sinqerta

Nevojat fizike,
emocionale,
shpirtërore dhe
praktike janë
plotësuar

Mbështetje të
përgjegjshme
dhe në kohë

Referenca

1. World Health Organization. Definition of Palliative Care.
<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
2. <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/>
3. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, et al, on behalf of the Lancet Commission on Global Access to Palliative Care and Pain Relief Study Group. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. Lancet 2017; published online Oct 12.
4. De Lima L, Bennett MI, Murray SA, Hudson P, Doyle D, Bruera E, Granda-Cameron C, Strasser F, Downing J, Wenk R. International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC) List of Essential Practices in Palliative Care. J Pain Palliat Care Pharmacother. 2012 Jun;26(2):118-22.
5. NHS. What end of life care involves. Page last reviewed: 20 June 2018
Next review due: 20 June 2021. <https://www.nhs.uk/conditions/end-of-life-care/what-it-involves-and-when-it-starts/>
6. Every moment counts (PDF, 1.79Mb). Published March 2015. National Voices registered charity no. 1057711.
http://www.nationalvoices.org.uk/sites/default/files/public/publications/every_moment_counts.pdf

Vlerësimi dhe ndërhyrja e praktikës së infermierisë së familjes duke përdorur shembullin e familjes Jones

Objektivat

Në fund të këtij leksioni, studentët do të jenë në gjendje të:

- Të kuptojnë vlerësimin dhe ndërhyrjet e praktikës infermierore në Familjet në kujdesin paliativ dhe në fund të jetës nëpërmjet prezantimit dhe diskutimit të një shembulli konkret

Prezantimi I rastit

VENDI: Spital i kujdesit akut

OBJEKTIVAT INFERMIERORE: Puna me familjen për t'i ndihmuar ata në përgatitje për daljen nga spitali që është planifikuar të ndodhë në 2 ditët e ardhshme

PJESËTARËT E FAMILJES – Figura 16-1

Familja Jones është një familje bërthamë.

- ◆ Robert: 48 vjeç; babai, inxhinier softuerësh, ka punuar me kohë të plotë
- ◆ Linda: 43 vjeç; nëna, shtëpiake që rri në shtëpi, ka sklerozë të shumëfishtë progressive (sklerozë multiple), e cila kohët e fundit është përkeqësuar ndjeshëm
- ◆ Amy: 19 vjeç; fëmija më i madh, vajzë, studente në universitet në qytetin 180 milje larg shtëpisë
- ◆ Katie: 13 vjeç; fëmija i mesëm, vajza, klasa e gjashtë, konsiderohet një nxënëse e mirë
- ◆ Travis: 4 vjeç; fëmija më i vogël, filloi të frekuentonte një kopësht parashkollor gjithëditor për shkak të sëmundjes së nënës së tij

HISTORIKU FAMILJAR I FAMILJES JONES

Linda u diagnostikua me sklerozë të shumëfishtë (MS) në moshën 30-vjeçare kur Katie ishte 3 muajshe. Shtatzënia shpesh maskon simptomat e sklerozës së shumëfishtë (MS); prandaj një grua shtatzënë e cila zhvillon MS gjatë shtatzënisë do të shfaqë simptoma pas lindjes së fëmijës. Pasi u diagnostikua me MS Linda kishte nën kontroll përparimin e ngadaltë të sëmundjes së saj. Travis ishte një shtatzëni surprizë për Lindën në moshën 39-vjeçare, por ai është përshkruar si "një bekim". Linda dhe Roberti janë Baptistë të devotshëm, por ata diskutuan edhe abortin duke pasur parasysh faktin se Sëmundja e Lindës mund të përparojë ndjeshëm pas lindjes së Travis. Besimi dhe bindjet e tyre personale nuk e mbështetën abortin. Ata morën vendimin për të vazhduar me shtatzëninë e Lindës duke ditur rreziqet, që mund të ndodhnin duke përkeqësuar dhe përshpejtuar MS-në e saj. Linda kishte një shtatzëni të pakomplikuar me Travis. Ajo u ndje mirë deri 3 muaj pas lindjes së Travis kur ajo vuri në dukje një rikthim të rëndësishëm të MS. Gjatë 4 viteve të fundit, Linda ka përjetuar zhvillimin e rikthimeve progresive të MS-së, e cila është sëmundje progresive që nga fillimi i saj me rikthime të qarta akute pa shërim të plota pas çdo rikthimi. Periudhat ndërmjet rikthimeve të saj karakterizohen nga një progresion i vazhdueshëm i sëmundjes. Për shkak të dobësisë së saj në rritje, Robert dhe Linda kanë probleme seksuale me ulje të dëshirës seksuale dhe marrëdhënie të dhimbshme për Lindën. Të dy po përjetojnë stres në rolet dhe marrëdhëniet e tyre martesore. Aktualisht Linda ka pasur një rikthim të rëndë të MS-së. Ajo është shtruar në spital për pneumoni dytësore nga aspirimi. Ajo ka dobësi në të gjitha gjymtyrët, zvarritje të këmbës së majtë, dhe rritje të ataksisë. Linda do të dali nga spitali me një karrige me rrota (kjo është e re pasi ajo ka përdorur një bastun deri më tani para shtrimit në spital). Ajo ka dobësi të muskujve të qafës dhe nuk mund ta mbajë kokën lart për periudha të gjata. Ajo ka vështirësi në gjëllitje, e cila ndoshta ishte shkak i aspirimit të saj. Ajo ka mpirje dhe ndjesi shpimi gjilpërash të këmbët dhe gjymtyrët e saj. Ajo ka dhimbje të forta me përkulje të qafës e saj. Shikimi i saj është i paqartë. Ajo përjeton vertigo nganjëherë dhe ka tringëllime periodike në veshë. Kapsllëku është një problem i vazhdueshëm së bashku me mbajtjen e urinës që shkakton infeksione periodike të traktit urinar.

SIGURIMI SHËNDETSOR

Roberti merr sigurim shëndetësor përmes punës së tij që mbulon të gjithë familjen. Të shtruarat në spital mbulohen 80/20, kështu që ata duhet të paguajnë 20% të faturave të tyre. Edhe pse Roberti është i punësuar me kohë të plotë, kjo shton rëndë barrën financiare të familjes.

Roberti ka ndarë me infermierët se nuk e di nëse ai duhet të marrë javën e fundit të pushimeve kur gruaja e tij vjen në shtëpi, apo nëse ai duhet ta kursejë për një kohë kur gjendja e saj të përkeqësohet. Roberti punon për një kompani që ofron leje familjare, por ai duhet të marrë leje pa pagesë.

PJESËTARËT E FAMILJES

Roberti raporton se është vazhdimisht i lodhur nga kujdesi për gruan dhe fëmijët e tij, si dhe punon me kohë të plotë. Ai i kërkoj mjekut ilaçe për ta ndihmuar të flinte dhe uljen e ankthit të tij. Ai tha se ka frikë se mund të mos e dëgjojë Lindën natën kur ajo ka nevojë për ndihmë. Ai është i hapur që nëna e tij të transferohet për të ndihmuar në kujdesin për Lindën dhe fëmijët. Filloi seancat e këshillimit me pastorin në kishën e tyre.

Amy është studente e vitit të parë në një universitet që është 180 milje larg qytetit. Nëna e saj është krenare për Amy që studion në kolegji me një bursë të plotë. Amy po ecen mire

me kurset e saj, por fundjavave udhëton në shtëpi për të ndihmuar familjen dhe nënën e saj. Amy po mendon të heqë dorë nga bursa e saj për të transferuar studimet në një kolegji afër shtëpisë. Ajo nuk u ka treguar prindërve për këtë ide ende.

Katie është në klasën e gjashtë. Ajo është zakonisht një nxënëse e mirë, por dëftesa e saj e fundit tregonte se ajo ka marrë notë të ulta në shumicën e lëndëve. Katie është e qetë. Ajo ndaloj së patur miq në shtëpinë e saj rreth 6 muaj më parë kur nëna e saj filloi të kishte më shumë ataksi dhe ngatërrim të të folurit. Linda dikur ka qenë shumë e përfshirë në shkollën e Katie, por nuk është më e përfshirë për shkak të sëmundjes së saj. Katie është përfshirë në grupin e Vajzave Scouts dhe grupi i të rinjve në kishë.

Travis sapo filloi të shkonte në parashkollor 2 muaj më parë për gjysmë dite për shkak të sëmundjes së nënës së tij. Ky kalim në parashkollor ka qenë i vështirë për Travis sepse ai ka qenë në shtëpi me kohë të plotë me Lindën derisa sëmundja e saj u përkeqësua. Ai është i shëndetshëm dhe zhvillimi është në përputhje me moshën e tij.

Prindërit e Lindës jetojnë në të njëjtin qytet. Prindërit e saj, Tom dhe Sally, të dy punojnë me kohë të plotë dhe nuk janë në gjendje të ndihmojnë. Nëna e ve e Robertit, Elise, jeton e vetme në shtëpinë e saj rreth 30 minuta jashtë qytetit dhe ofroi të transferohej në shtëpinë e Johnes për të ndihmuar me kujdesin për Lindën dhe familjen.

PLANET PËR DALJEN NGA SPITALI: Linda do të dali nga spitali në shtëpi për 2 ditë.

Familjet në kujdesin paliativ dhe në fund të jetës -vazhdim i shembullit të familjes Jones

Familja Jones u prezantua në fillim të leksionit dhe vazhdon prezantimi i këtij rasti familjar për të demonstruar punën me një familje që ka një anëtar që ka nevojë për kujdes në fund të jetës. Ju kujtohet se Linda, nëna e familjes, jetonte me sklerozë të shumëfishtë (MS) prej 13 vitesh. Në fillim të sëmundjes, Linda përjetoj rikthime ku simptomat e saj përkeqësoheshin, por këto u pasuan nga periudha qetësie ku ajo u rikuperua në "normalitet". Por që nga lindja e Travis, rikthimet e saj ishin bërë më të shpeshta dhe megjithëse simptomat e saj ndonjëherë përmirësoheshin pak, gjendja e saj po përkeqësohej vazhdimisht

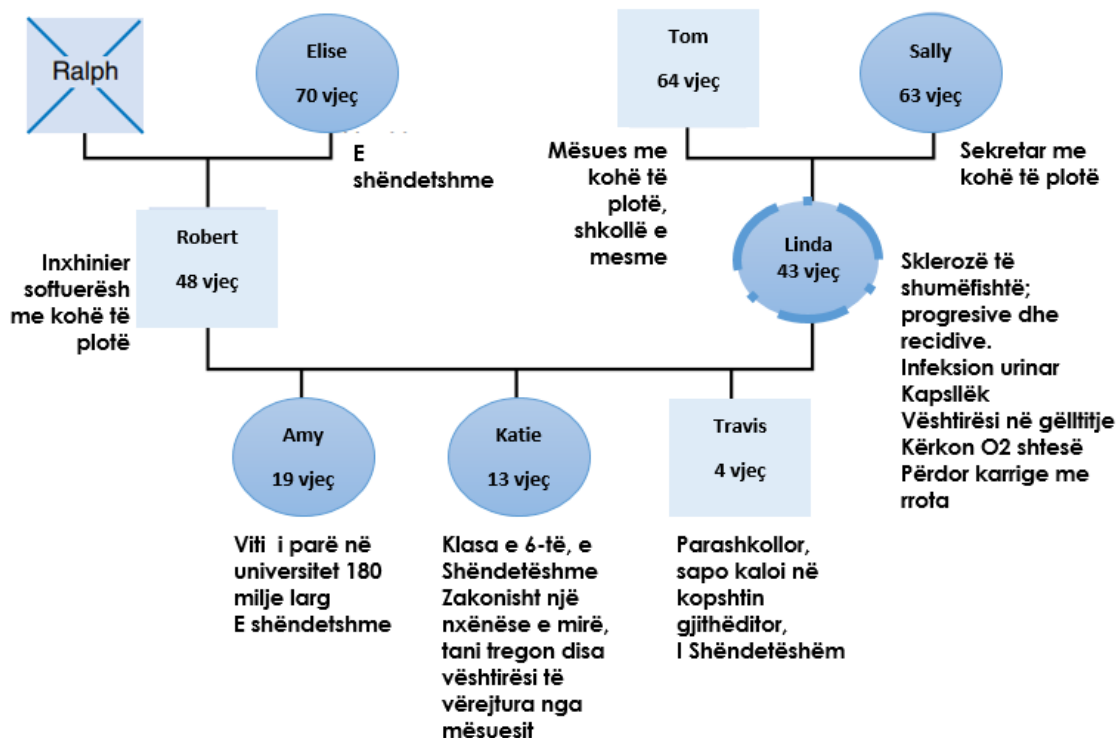


Figura 16-1. Gjeogrami i familjes Jones

Para daljes së Lindës nga spitali ku ajo ishte trajtuar me antibiotikë për pneumoni pas aspirimit, infermierja kryesore, Katerina, nisi një takim familjar me Lindën, Robertin dhe mjekun e Lindës. Katerina kishte vënë re lodhjen e Robertit dhe pyetje të përsëritura nëse Linda ishte vërtetë gati të kthehej në shtëpi. Katerina kishte vënë re gjithashtu hezitimin e Lindës për të marrë medikamente (veçanërisht për dhimbjen), vendosmërinë e saj për të ecur me bastun pavarësisht paqëndrueshmërisë serioze dhe heshtjen e thelluar mes burrit dhe gruas. Katerina e filloi bisedën duke pyetur Lindën dhe Robertin për të kuptuarit e tyre për MS në këtë pikë.

Linda u përgjigj shpejt, duke thënë se pneumonia ishte me të vërtetë një problem i pazakontë "një herë" dhe megjithëse e kishte rikthyer atë, nuk do të kalonte shumë kohë që ajo të ishte përsëri në këmbë. Roberti u shqetësua me zë të lartë se dukej se gjërat po përkeqësoheshin në mënyrë progresive. Ai ishte i shqetësuar se si Linda do t'ia dilte e vetme në shtëpi në mëngjes dhe me Travisin pasdite kur të kthehej nga parashkollori. Duke vënë re ndryshimin në perspektivë, Katerina pranoi se mund të shihte se si mund të kishte dallime sepse MS është, në të vërtetë, një sëmundje "e ndërlikuar" që është e vështirë të parashikohet.

Ajo i kërkoi Lindës dhe Robertit të mendonin se si ishin gjërat një vit më parë dhe çfarë kishte ndodhur gjatë vitit të kaluar. Të dy vunë re se shtrimet në spital ishin

bërë më të shpeshta, shërimet ishin më të vështira dhe në përgjithësi, Linda nuk po shkonte aq mirë.

Mjeku, Dr. Brooks, i cili kishte dëgjuar qetësisht, vuri në dukje se, megjithëse MS ishte shpesh një sëmundje e paparashikueshme, dukej se MS e Lindës kishte ndryshuar në një lloj sëmundjeje të ndryshme nga ajo që kishte qenë në fillim. Ai ra dakord se tani MS po përparonte më në mënyrë të qëndrueshme dhe se dukej se gjërat po përkeqësoheshin më shpejt. Linda tha se mund ta shihte këtë, por vazhdoi të shpresonte se situata do të kthehej.

Më pas Katerina pyeti se cilat ishin qëllimet e familjes për kujdesin. Linda u përgjigj shpejt: "Qetësi - Unë dua falje të plotë." Roberti ishte më i ngadalshëm për t'u përgjigjur. Ai tha: "Jam shumë i lodhur dhe më dhemb shumë të shoh ty duke vuajtur. Unë dua që ju të jeni rehat, të mos keni dhimbje, t'i shijoni fëmijët në vend që t'i përplasni...." Linda tha: "Thjesht po përpiqem kaq shumë të kthehem në normalitet. Gjithmonë kam menduar se një karrige me rrota do të ishte fundi për mua. Dhe unë jam shumë i lodhur." Katerina pranoi se MS shpesh krijon lodhje në shumë anëtarë të familjes dhe pyeti veten se cili nga fëmijët mund të preket më shumë.

Linda dhe Roberti ranë dakord se nga fëmijët, Katie vuante më shumë nga lodhja. Ajo filloi të bënte shumicën e punëve të Lindës në shtëpi, ishte duke përgatitur darkën dhe duke u kujdesur për Travis. Shpesh ajo zgjohej vonë natën duke punuar për detyrat e shtëpisë, por kishte filluar rënien në mësim dhe për këtë ajo kishte qarë shumë. Linda shqetësohej se Amy ishte gjithashtu e lodhur pasi kalonte shumë kohë në shtëpi gjatë fundjavave për t'u kujdesur për familjen.

Dr. Brooks ndërhyri në këtë pikë duke thënë se qëllimi i tyre kryesor për kujdesin gjatë këtij shtrimi në spital kishte qenë të kuronin pneumoninë. Ai vuri në dukje se, megjithëse ishin të suksesshëm, ata nuk kishin qenë në gjendje ta ndihmonin Lindën drejt një qetësimi. Ai theksoi se me ndryshimin në MS, dukej se shpresa për qetësim mund të mos jetë e mundur. Më pas ai pyeti: "Nëse gjërat vazhdojnë ashtu siç po shkojnë, ku mendoni se do të jeni pas gjashtë muajsh?" Linda filloi të qante dhe tha se po mendonte se mund të mos ishte gjallë. Pneumonia e frikësoi atë dhe ajo ishte e frikësuar se mund të mbytej përsëri nga aspirimi, kështu që ajo kishte pakësuar atë që hante dhe pinte. Roberti ishte i shqetësuar se si mund të vazhdonte të punonte me kohë të plotë duke mbështetur familjen dhe gjithashtu të kujdesej për Lindën në shtëpi, veçanërisht pasi dukej se kishte kaq pak që ai bënte sa ishte "e duhura" për Lindën.

Katerina u përgjigj se MS "e re" po krijonte qartë sfida për familjen dhe pyeste veten nëse ishte koha për të zhvendosur fokusin e kujdesit më shumë drejt komoditetit dhe cilësisë së jetës për të gjithë anëtarët e familjes, ndërsa në të njëjtën kohë punonte për të parandaluar problemet të tilla si aspirimi.

Ajo shpjegoi se ndërsa sëmundja bëhet më kërkuese, nevojiten mbështetje shtesë. Ajo shpjegoi gjithashtu se ndërsa sëmundja bëhet ndërhyrëse, duhet t'i kushtohet vëmendje asaj që është më e rëndësishme për të jetuar mirë për të gjithë anëtarët e familjes. Linda po lodhej në këtë pikë dhe e kishte shumë të vështirë të mbante

kokën lart, kështu që Katerina e pyeti nëse mund të caktonte një takim tjetër. Roberti dhe Linda ranë dakord me gatishmëri, duke thënë se e dinin se duhej të flisnin për këto gjëra, por thjesht nuk dinin se si.

Katerina u kërkoi atyre të bënin disa detyra shtëpie: të identifikonin secili shqetësimin e tyre më të madh, si dhe atë që ishte më e rëndësishme për të jetuar mirë në këtë kohë. Atyre iu kërkua ta zbulonin këtë edhe nga fëmijët dhe u caktua një takim për të nesërmen. Dr. Brooks i bëri të ditur se donte të fliste me ta për preferencat e Lindës për kujdesin me pneumoninë. Të nesërmen, Linda, Roberti, Katerina dhe Dr. Brooks u takuan përsëri. Linda e filloi bisedën, duke thënë se kishte bërë shumë kërkime shpirtërore dhe se ishte më e shqetësuar se vuante nga dhimbjet e pakontrollueshme dhe se ishte një barrë për familjen e saj. Ajo po pyeste nëse ndoshta nuk duhej të shkonte në shtëpi, por duhet të dërgohej në një institucion kujdesi. Roberti ishte më i shqetësuar se mos lodhej së tepërmi dhe nuk mund të mbështeste Lindën dhe fëmijët siç donte. Ata kishin pasur një bisedë tre-kahëshe me secilin nga fëmijët mbrëmjen e fundit. Amy ishte më e shqetësuar se nëna e saj do të vdiste dhe ajo u bëri të ditur prindërve se po planifikonte të linte universitetin për t'u kthyer në shtëpi. Katie ishte më e shqetësuar nga mungesa e miqve pasi miqtë e saj nuk e përfshinin më në aktivitetet e tyre. Travis i mungonte nëna e tij dhe donte që ajo të ishte në gjendje t'i lexonte histori dhe të luante më shumë me të. Gjërat që ishin më të rëndësishme për cilësinë e jetës së Lindës ishin zvogëlimi i dhimbjes së saj, vazhdimi i Amy-t në universitet, përfshirja më shumë në jetën e përditshme të Katie-t dhe Travis-it, mundësia për të ndjekur një shërbim në kishën e saj në baza javore dhe rilidhja me Robert.

Ajo tha se shpresa e saj më e madhe ishte të qëndronte në shtëpi sa më gjatë që të ishte e mundur. Roberti donte të flinte, të shkonte në punë pa u shqetësuar vazhdimisht për Lindën dhe të lidhej sërish me Lindën. Edhe ai e donte atë sa më gjatë në shtëpi. Të dy Linda dhe Roberti ranë dakord që ata të jetonin mirë, kishin nevojë për më shumë ndihmë në shtëpinë e tyre. U diskutuan opsione, duke përfshirë mundësinë që Elise (nëna e Robertit) të lëvizte për të ndihmuar dhe qëndrimi të shkurtra të paraplanifikuara në banesë për pushim. Linda nuk donte që Elise të bënte kujdesin e saj personal, kështu që përsëri u diskutuan opsionet. Dr. Brooks dhe familja zhvilluan një plan sistematik për trajtimin e dhimbjes. Gjatë procesit të vlerësimit, ai mësoi se Linda po refuzonte medikamentet e saj sepse ishte e shqetësuar se ato po kontribuonin në nervozizmin e saj me Robertin dhe fëmijët. Ai ishte në gjendje të siguronte se nuk ishte kështu; në fakt, dhimbja e saj e pakontrolluar kishte më shumë gjasa një ndikim të madh negativ.

Ata krijuan një plan për medikamente kundër dhimbjeve me veprim të gjatë, në mënyrë që Roberti të mund të flinte gjatë gjithë natës.

U konsultua me një mjek në lidhje me mënyrën e menaxhimit të problemeve të uljes dhe u caktua një vlerësim në shtëpi nga fizioterapisti i ekipit të kujdesit, në mënyrë që lëvizshmëria e Lindës të mund të maksimizohet në mënyrë të sigurt.

Si Katerina ashtu edhe Dr. Brooks lavdëruan Lindën dhe Robertin për dashurinë e thellë që panë mes çiftit dhe se sa efektivë ishin ata në zgjidhjen e problemeve, duke i zgjidhur sistematikisht çështjet e tyre deri në arritjen e një rezultati të kënaqshëm reciprok. Së fundi, Dr. Brooks ngriti temën se cilat do të ishin preferencat e Lindës për kujdesin nëse ajo do të përjetonte përsëri zhvillimin e pneumonisë. Ai shpjegoi se kjo ishte një mundësi reale sepse muskujt e frymëmarrjes së Lindës po dobësoheshin. Dr. Brooks e kuptoi që Linda dhe Roberti donin shtëpinë e tyre sa më gjatë që të ishte e mundur, kështu që ai ishte kurioz nëse ajo do të dëshironte të shkonte në spital për t'u trajtuar me antibiotikë intravenozë siç kishte bërë gjatë këtij shtrimi në spital. Linda tha se kjo do të ishte preferenca e saj, veçanërisht nëse do të mund të shkonte përsëri në shtëpi pas trajtimit. Dr. Brooks shpjegoi se ndërsa muskujt e saj dobësohen, ajo mund të ketë nevojë për ndihmën e aparatit të frymëmarrjes (ventilatorit) për t'i dhënë antibiotikut kohë për të punuar kundër infeksionit dhe pyeti nëse ajo do ta dëshironte atë. Linda nuk ishte e sigurt se cila do të ishte preferenca e saj në këtë situatë, por ajo e kishte shumë të qartë se nuk donte të "mbahej e gjallë në një makinë".

Ajo dhe Roberti donin më shumë kohë për të diskutuar këtë pyetje dhe donin të konsultoheshin me pastorin e tyre, kështu që ata ranë dakord të vazhdonin bisedën në takimin e ardhshëm te mjeku. Robert dhe Linda ranë dakord të vizitonin bujtinë lokale për të eksploruar mundësitë e pushimit, si dhe kujdesin në fund të jetës, nëse qëndrimi në shtëpi ishte shumë i vështirë.

Tre javë më vonë në takimin e planifikuar me Dr. Brooks, Linda e la të kuptonte se shumë gjëra po shkonin më mirë me Elise në shtëpi dhe vizitat në shtëpi nga Katerina dhe një ndihmës i kujdesit personal. Amy kishte rënë dakord të qëndronte në kolegji me premtimin nga prindërit e saj se do t'i thuhej menjëherë nëse Linda do të kishte ndryshime në shëndet. Të gjithë anëtarët e familjes ndiheshin më pak të lodhur. Linda deklaroi se nuk ishte gati të linte Robertin dhe fëmijët, por ishte në dilemë për përdorimin e një ventilatori nëse do të përjetonte zhvillimin e pneumonisë. Ajo vazhdoi të shqetësohej se ajo mund të mbahej e gjallë në makinë dhe për këtë ajo nuk do të jetonte. Dr. Brooks shpjegoi se, nëse është e nevojshme, një mundësi ishte një provë e kufizuar në kohë e ventilatorit për të përcaktuar nëse antibiotikët do të funksiononin. Linda dhe Roberti ranë dakord. Ky ishte një diskutim i vështirë dhe Linda shprehu shqetësimin për humbjen e pavarësisë dhe pikëllimin e saj të thellë për mundësinë e lënies së fëmijëve të saj.

Ajo pranoi se lëvizte mes dëshpërimit dhe zemërimit, dhe që të dyja ia vështirësonin shijimin e ditëve të saj. Ky ishte informacion i ri për Robertin, i cili e kishte vënë re se ajo po mundohej, por gjërat do të funksiononin me kalimin e kohës. Nëpërmjet vlerësimit, u bë e qartë se Linda po përjetonte depresion. Ajo pranoi të provonte një ilaç kundër depresionit dhe të bashkohej me një grup lokal mbështetës për MS.

Tetë muaj më vonë

Linda përjetoi ethe, kongestion dhe gulçim pas aspirimit. Filluan administrimin e antibiotikëve dhe menaxhimi i simptomave u maksimizua për të lehtësuar dhimbjen, gulçimin, ethet dhe kapsllëkun. Linda herë pas here kishte periudha akute të gulçimit, ku shqetësohej se mund të mos ishte në gjendje të merrte frymë më. Frika shërbeu për ta përkeqësuar pakësimin e frymëmarrjes, kështu që infermierja vizitore i tregoi Lindës dhe familjes se si ta ngadalësonin dhe thellonin frymëmarrjen duke marrë frymë me vetëdije së bashku.

Dr. Brooks bëri një vizitë në shtëpi dhe e pyeti Lindën për pranimin në spital. Kur ai nuk mund të siguronte se ajo do të dilte nga ventilatori, Linda nuk pranoi, duke thënë se donte të qëndronte me familjen e saj. Roberti ra dakord. Një takim familjar me Katerina dhe Dr. Brooks u mbajt në shtratin e Lindës për të diskutuar se çfarë do të përjetonte familja nëse pneumonia përparonte. U zhvillua një ecomap (*Një EcoMap është një paraqitje grafike që tregon të gjitha sistemet që luajnë rol në jetën e një individi*) e familjes dhe u rritën shërbimet mbështetëse me vizita më të shpeshta nga infermierja, ndihmësi i kujdesit dhe miqtë (veçanërisht nga grupi mbështetës i Lindës). U diskutua një lëvizje në bujtinë, por të gjithë ranë dakord se shtëpia ishte vendi më e mirë për Lindën dhe se vdekja në shtëpi ishte preferenca e tyre. Linda u angazhua kokë më kokë me secilin prej fëmijëve të saj. Ata folën për kujtimet e tyre më të mira së bashku, atë që donin më shumë tek njëri-tjetri dhe shpresat dhe ëndrrat e tyre për të ardhmen ndërsa fëmijët rriten. Roberti mori pjesë duke incizuar bisedat. Secilit fëmijë iu dha një ditar dhe së bashku me Lindën, ata vizatuan figura, shkruan shënime dhe mblodhën kujtime për të kapur këto biseda. Ajo organizoi dhurata për ditëlindjet e tyre dhe për Krishtlindjet në vitin e ardhshëm. Nuk ishte se e dinte se po vdiste, por ishte inkurajuar të planifikonte për më të keqen dhe të shpresonte për më të mirën, të bënte gjërat që duheshin bërë. Familja kishte marrë të njëjtin inkurajim, kështu që të gjithë kishin mundur të kalonin kohë të veçantë me Lindën gjatë muajve të fundit. Linda vdiq e rrethuar nga familja e saj.

GJASHTË MUAJ MË VONË

Katerina vizitoi familjen 6 javë pas vdekjes së Lindës dhe gjeti se ata po e menaxhonin mirë situatën. Fotot e Lindës ishin kudo. Elise vazhdoi të jetonte me familjen dhe ata menduan se ky ishte plani më i mirë për momentin. Roberti kishte marrë pak kohë nga puna për të qenë me fëmijët pas vdekjes së Lindës, por menjëherë pas stabilizimit të gjendjes të gjithë u kthyen në punë dhe në shkollë. Amy ende vinte në shtëpi për fundjavë. Roberti, Amy dhe Katie folën për ndjenjën e tyre se kishin bërë më të mirën që mundën për të nderuar preferencat e Lindës. Ata u ngushëlluan me faktin se ajo vdiq në shtëpi. Ata shënuan 1-vjetorin e vdekjes së Lindës me një vizitë në varrin e saj, duke marrë lule dhe një fotografi që Travis kishte vizatuar nënën e tij. Anëtarët e familjes morën mbështetje nga burime të ndryshme: njëri-tjetri, miqtë, pastori i tyre dhe disa nga njerëzit nga grupi mbështetës i MS që vazhduan të vizitonin. Fëmijët vazhduan të lexojnë dhe rilexojnë letrat që Linda kishte shkruar; për Travisin kjo ishte pjesë e ritualit të tij para gjumit. Ata ishin të trishtuar dhe disa ditë ishin më të mira se të tjerat; ata kishin ndjenjën se pesha e pikëllimit të tyre po ngrihej.

PËRMBLEDHJE

Infermierët janë në një pozicion unik për të ndihmuar familjet të menaxhojnë jetën e tyre kur një i dashur ka një sëmundje terminale ose përballet me një vdekje akute ose të papritur. Sigurimi i kujdesit paliativ dhe infermieror në fund të jetës ndërsa shoqëroni një familje gjatë kësaj periudhe intensive është një privilegj që nuk duhet marrë lehtë. Rëndësia e marrëdhënies infermiere-familje në arritjen e rezultateve pozitive nuk mund të mbivlerësohet; kjo marrëdhënie mund të bëjë dallimin midis një familjeje që ka kujtime të mira për vdekjen e të dashurit të tyre dhe një familjeje e cila përjeton vuajtje të zgjatur për shkak të një përvoje negative. Komunikimi i hapur dhe i besueshëm, mbështetja fizike, psikologjike dhe shpirtërore, si dhe respektimi i të drejtës së familjeve për të marrë vendimet e tyre, si dhe mbështetja për të lehtësuar këto vendime, janë komponentë thelbësorë të kujdesit cilësor paliativ dhe në fund të jetës. Është një privilegj për infermierët të kesh mundësinë unike për të krijuar marrëdhënie të ngushta me personin që po vdes dhe familjen e tyre, për të bërë një ndryshim në këtë moment në jetën e familjes dhe për të mësuar nga njerëzit.

Shënim: Shembulli i familjes Jones është marrë nga libri: FAMILY HEALTH CARE NURSING Theory, Practice and Research 4th Edition. Joanna Roëe Kaakinen . . . [et at.], 2010. F. A. Davis Company.

Përmbledhje e çrregullimeve kryesore psikiatrike

Objektivat

Në fund të këtij leksioni, studentët do të jenë në gjendje të:

- Përkufizojnë çrregullimet kryesore psikiatrike
- Njohin dhe listojnë çrregullimet kryesore psikiatrike
- Njohin rëndësinë e praktikës së bazuar në evidencë për infermierin e shëndetit mendor

Përkufizime

Çrregullim mendor:

- Çdo gjendje e karakterizuar nga shqetësime njohëse dhe emocionale, sjellje jonormale, funksionim të dëmtuar ose ndonjë kombinim i tyre. Çrregullime të tilla nuk mund të llogariten vetëm nga rrethanat mjedisore dhe mund të përfshijnë faktorë fiziologjikë, gjenetikë, kimikë, socialë dhe të tjerë. Klasifikimet specifike të çrregullimeve mendore janë përpunuar në Manualin Diagnostik dhe Statistikor të Çrregullimeve Mendore të Shoqatës Amerikane të Psikiatrisë dhe në Klasifikimin Ndërkombëtar të Sëmundjeve të Organizatës Botërore të Shëndetësisë. Quket edhe sëmundje mendore; çrregullim psikiatrik; sëmundje psikiatrike; çrregullim psikologjik [1].

Çrregullime psikiatrike:

- Çrregullimet psikiatrike janë mosfunksionime të sjelljes, emocionale ose njohëse që nuk kontrollohen lehtësisht nga individ dhe lidhen me shqetësime ose dëmtime klinike të rëndësishme në një ose më shumë fusha, duke përfshirë funksionimin social, profesional dhe ndërpersonal. Përgjigja e sjelljes dhe emocionale është përtej një përgjigjeje të pritshme kulturore ndaj stresorëve dhe humbjeve të zakonshme të jetës. Ndërsa shumë gjendje të çrregullta shkelin normat sociale të një shoqërie të caktuar, devijimi social në vetvete nuk është kriter i mjaftueshëm për përcaktimin e çrregullimit mendor [2]

Sëmundje mendore:

- Mosfunksionim psikologjik dhe disekuilibër emocional i karakterizuar nga shqetësime të pranishme klinike të rëndësishme dhe dëmtime në funksionimin e sjelljes, emocionale ose njohëse. Simptomat ose sindroma duhet të shkojnë përtej një reagimi të pritur kulturalisht ndaj stresorëve dhe

humbjeve të zakonshme të jetës dhe nuk mund të identifikohen thjesht nga devijimi shoqëror [3].

Çrregullimet psikiatrike- Faktet kryesore

- Ka shumë çrregullime të ndryshme mendore, me paraqitje të ndryshme. Ato përgjithësisht karakterizohen nga një kombinim i mendimeve, perceptimeve, emocioneve, sjelljeve dhe marrëdhënieve jonormale me të tjerët.
- Çrregullimet mendore përfshijnë: depresionin, çrregullimin bipolar, skizofreninë dhe psikozat e tjera, demencën dhe çrregullimet e zhvillimit duke përfshirë autizmin.
- Ka strategji efektive për parandalimin e çrregullimeve mendore si depresioni.
- Ekzistojnë trajtime efektive për çrregullimet mendore dhe mënyra për të lehtësuar vuajtjet e shkaktuara prej tyre.
- Qasja në kujdesin shëndetësor dhe shërbimet sociale të afta për të ofruar trajtim dhe mbështetje sociale është thelbësore.

Barra e çrregullimeve mendore vazhdon të rritet me ndikime të rëndësishme në shëndet dhe pasoja të mëdha sociale, të drejtat e njeriut dhe ekonomike në të gjitha vendet e botës [4].

Kush rrezikohet nga çrregullimet mendore?

Përcaktuesit e shëndetit mendor dhe çrregullimeve mendore përfshijnë jo vetëm atributet individuale si aftësia për të menaxhuar mendimet, emocionet, sjelljet dhe ndërveprimet e dikujt me të tjerët, por edhe faktorë social, kulturor, ekonomik, politik dhe mjedisor si politikat kombëtare, mbrojtja sociale, standardet të jetesës, kushteve të punës dhe mbështetjes së komunitetit.

Stresi, gjenetika, ushqimi, infeksionet perinatale dhe ekspozimi ndaj rreziqeve mjedisore janë gjithashtu faktorë që kontribuojnë në çrregullimet mendore [4].

Shëndet dhe mbështetje

Sistemet shëndetësore ende nuk i janë përgjigjur në mënyrë adekuate barrës së çrregullimeve mendore. Si pasojë, hendeuku midis nevojës për trajtim dhe ofrimit të tij është i gjerë në të gjithë botën. Në vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme, midis 76% dhe 85% e njerëzve me çrregullime mendore nuk marrin asnjë trajtim për çrregullimin e tyre [5].

Një problem tjetër i ndërlikuar është cilësia e dobët e kujdesit për shumë prej atyre që marrin trajtim.

Përveç mbështetjes nga shërbimet e kujdesit shëndetësor, njerëzit me sëmundje mendore kërkojnë mbështetje dhe kujdes social. Ata shpesh kanë nevojë për ndihmë në qasjen në programe arsimore që i përshtaten nevojave të tyre, dhe në gjetjen e punësimit dhe strehimit që u mundëson atyre të jetojnë dhe të jenë aktivë në komunitetet e tyre lokale [4].

Individët me çrregullime mendore kanë një jetëgjatësi të reduktuar prej 10-15 vjetësh në krahasim me popullatën e përgjithshme. Ndërhyrjet e hershme në fillimin e parë të çrregullimeve mendore mund të përmirësojnë disa rezultate shëndetësore. Parandalimi i indikuar parësor në ata me rrezik të lartë klinik ka potencialin të ndryshojë rrjedhën e çrregullimit dhe të përmirësojë rezultatet. Për shembull, të rinjtë me simptoma të zbutura për psikozë dhe dëmtime funksionale grumbullojnë disa faktorë rreziku dhe kanë një probabilitet 25% për të zhvilluar çrregullimin gjatë 3 viteve. Kujdesi klinik për këta individë zbatohet në mënyrë tipike në shërbimet klinike të specializuara dhe ka potencialin të vonojë ose pengojë kalimin në psikozë. Qasjet parandaluese të synuara përfshijnë programe depistimi në individë asimptomatikë që kanë faktorë rreziku të rëndësishëm për çrregullime të caktuara psikiatrike (parandalimi selektiv parësor) ose fushata të shëndetit publik në popullatën e përgjithshme (parandalimi parësor universal). Deri më sot, këto nisma janë pilotuar kryesisht për të rinjtë me çrregullime të rënda mendore në zhvillim. Një qasje e mëtejshme plotësuese është promovimi i shëndetit të mirë mendor, në krahasim me parandalimin e çrregullimeve mendore [6]

Çrregullimet kryesore psikiatrike

Ndërsa ka një numër të madh të çrregullimeve psikiatrike të diagnostikueshme, ato priren të bien në disa kategori të ndryshme: çrregullime ankthi, çrregullime të humorit, çrregullime psikotike, çrregullime të personalitetit, çrregullime të të ngrënit dhe çrregullime të lidhura me demencën. Disa nga çrregullimet më të zakonshme brenda këtyre kategorive (dhe një përshkrim shumë i shkurtër i karakteristikave të lidhura) përfshijnë:

- Çrregullim i përgjithësuar i ankthit – i karakterizuar nga shqetësimi i tepruar, i vazhdueshëm dhe jorealist për gjërat e përditshme.
- Çrregullimi i stresit post-traumatik – karakterizohet nga mendime dhe ndjenja të forta, shqetësuese që lidhen me një përvojë traumatike shumë kohë pas përfundimit të përvojës.
- Çrregullimi i madh depresiv – karakterizohet nga disponimi i vazhdueshëm i ulët dhe humbja e energjisë dhe entuziazmit.
- Çrregullimi bipolar – karakterizohet nga ndryshime ekstreme në humor, energji dhe nivel aktiviteti.
- Skizofrenia - karakterizohet nga mendime dhe përvoja që janë jashtë lidhjes me realitetin, duke përfshirë halucinacione dhe deluzione.
- Çrregullimi skizoafektiv – karakterizohet nga një kombinim i halucinacioneve ose simptomave deluzionale të kombinuara me një çrregullim humori, si depresioni ose çrregullimi bipolar.

- Çrregullimi i personalitetit kufitar - karakterizohet nga marrëdhënie të stuhishme ndërpersonale dhe veprime të paparashikueshme dhe vetë-shkatërruese.
- Çrregullimi i personalitetit narcisist - karakterizohet nga një ndjenjë e ekzagjeruar e rëndësisë së vetvetes.
- Anoreksi nervosa - karakterizohet nga një mbivlerësim ekstrem i formës dhe peshës, shpesh i shoqëruar nga ushtrime të tepërta ose kufizime ushqimore.
- Çrregullimi i ngrënies së tepërt – karakterizohet nga episode të përsëritura të ngrënies së sasive të tepërta të ushqimit, shpesh deri në pikën e parehatisë, si dhe nga një humbje e kontrollit dhe ndjenja e turpit të shoqëruara me episodet.

Simptomat e çrregullimeve të mësipërme ndryshojnë nga personi në person dhe mund të jenë të lehta ose ekstreme. Shumë njerëz që kërkojnë trajtim për çrregullime psikiatrike janë në gjendje të menaxhojnë simptomat e tyre dhe të jetojnë jetë të shëndetshme dhe produktive.

Trajtimi i çrregullimeve psikiatrike

Nuk ka asnjë trajtim që i përshtatet të gjithëve për çrregullimet e shëndetit mendor. Edhe dy persona me të njëjtin çrregullim mund të gjejnë sukses me trajtime krejtësisht të ndryshme. Disa njerëz përjetojnë lehtësim me trajtimin e parë që provojnë. Të tjerët mund të provojnë disa kombinime të ndryshme trajtimesh përpara se të gjejnë atë që funksionon më mirë për ta. Megjithatë, në përgjithësi, trajtimi për çrregullimet psikiatrike është më efektiv kur përfshin një kombinim të:

- Medikamenteve për të trajtuar çekuilibrat kimikë në tru
- Psikoterapia për të ndihmuar në forcimin e mekanizmave të përballimit, krijimin e marrëdhënieve dhe ndërtimin e vetëvlerësimit
- Praktikat e një stili jetese të shëndetshëm për të rritur mirëqenien psikologjike dhe fizike [7].

Rëndësia e praktikës së bazuar në evidencë për infermierin e shëndetit mendor

Duket inkurajues fakti që infermierët e shëndetit mendor po fillojnë të pranojnë dhe përdorin lloje të tjera provash/evidencash/dëshmish përveçse të kenë një besnikëri të verbër ndaj qasjes empiriste. Kjo duhet të ketë një efekt të fuqishëm në identifikimin e një grupi provash që ka rëndësi të veçantë për ata njerëz që kanë nevojë për kujdes shëndetësor mendor. Shumica e infermierëve të shëndetit mendor kanë një dëshirë të sigurtë për t'u ofruar individëve, familjeve dhe komuniteteve standardin më të lartë të mundshëm të kujdesit brenda burimeve të disponueshme. Do të ishte humbje kohe dhe përpjekjesh për të zbatuar kujdesin që nuk bazohej në provat më të mira të disponueshme. Do të ishte gjithashtu joefikase, joefektive dhe mundësisht e dëmshme për ata që marrin një kujdes të tillë infermior. Është e rëndësishme të bëhet dallimi midis llojeve të ndryshme të evidencave. Infermierët duhet jenë të vetëdijshëm se i ashtuquajti 'standard i artë' mund të zbatohet për qasje të tjera

përveç studimeve eksperimentale. Për shembull, nëse një psikiatër do të donte të testonte efektivitetin e një ilaçi të ri ose aktivitetin biokimik në çrregullimin bipolar, atëherë studimi ekperimental-provat e kontrolluara nuk do të ishte standardi i artë.

Megjithatë, nëse ai do të donte të dinte se si është të jetosh me një person që ka një çrregullim bipolar ose përjeton një diagnozë të tillë, atëherë në raste të tilla një qasje fenomenologjike do të ishte standardi i artë.

Është gjithashtu e rëndësishme që infermieret që kujdesen për persona me çrregullime mendore të kujtojmë përkufizimin e McKibbon et al. për infermierinë e bazuar në evidencë, *ku pikëpamjet e pacientëve dhe përvoja e infermierëve janë burime të rëndësishme provash*. E ardhmja e shëndetit mendor në përgjithësi dhe e infermierisë së shëndetit mendor në veçanti bazohet në besimin e publikut në gjykimet dhe praktikat infermierore. Prandaj, çdo infermier i shëndetit mendor ka përgjegjësi dhe detyrë të kërkojë provat më të mira të disponueshme për të informuar praktikën e tyre. Dëshmi të tilla do të ndryshojnë me kohën dhe rrethanat dhe për këtë arsye kërkimi është i vazhdueshëm [8].

Referenca

1. APA Dictionary of Psychology. <https://dictionary.apa.org/mental-disorder>
2. Elleker D., O'Neill M. (2014) Psychiatric Disorders. In: Michalos A.C. (eds) Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research. Springer, Dordrecht. https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5_2303
3. Sorochan J., O'Neill M. (2014) Mental Illness. In: Michalos A.C. (eds) Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research. Springer, Dordrecht. https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5_1791
4. World Health Organization. Mental disorders. Fact sheets. 28 November 2019. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
5. Wang et al., (2007). Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. The Lancet.
6. Solmi, M., Radua, J., Olivola, M. *et al.* Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Mol Psychiatry* (2021).
7. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Common Mental Health Disorders: Identification and Pathways to Care. Leicester (UK): British Psychological Society (UK); 2011. (NICE Clinical Guidelines, No. 123.) 2, COMMON MENTAL HEALTH DISORDERS. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK92254/>
8. Phil Barker. Psychiatric and Mental Health Nursing-The craft of caring. Second edition. 2009 Edward Arnold (Publishers) Ltd.

Përmbledhje, prevalenca në Shqipëri dhe karakteristikat kryesore të grupeve kryesore të çrregullimeve mendore: çrregullime të humorit, çrregullime të personalitetit, çrregullime ankthi, çrregullime psikotike, çrregullime të të ngrënit, PTSD dhe çrregullime të abuzimit me substanca

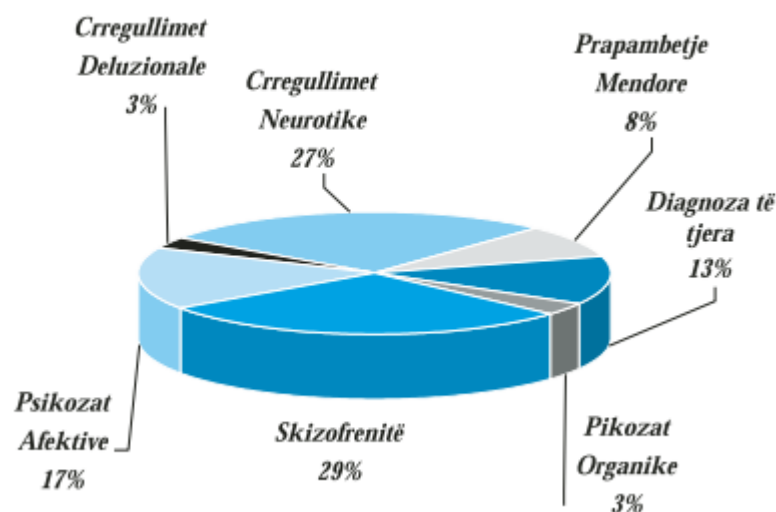
Objektivat

Në fund të këtij leksioni, studentët do të jenë në gjendje të:

- Njohin prevalencën e grupeve kryesore kryesore të çrregullimeve mendore në Shqipëri
- Njohin karakteristikat kryesore të grupeve kryesore të çrregullimeve mendore

Prevalenca e grupeve kryesore kryesore të çrregullimeve mendore në Shqipëri

Grafiku i mëposhtëm pasqyron shpërndarjen e shtrimeve gjatë vitit 1999 në Shqipëri, sipas diagnozave (ICD-9) [1]; këto të dhëna janë të raportuara nga Ministria e Shëndetësisë.



Shumë studime tregojnë qartë, që orientimi i madh me bazë spitalore është më pak i efektshëm sesa kujdesi i shëndetit mendor komunitar dhe veçse zhvillon kronicizimin e sëmundjes. Në vitin 2000, në Spitalet Psikiatrike (Elbasan e Vlorë) u shtruan 952 pacientë, më shumë se gjysma e të cilëve me prejardhje nga rrethet e tjera. Kohëzgjatja mesatare e ditështrimit (LoS) ishte 165.5 ditë (124.8 në Elbasan dhe 212.9 në Vlorë). Okupimi i shtratit ishte shumë i ulët (63.5%), duke sugjeruar kështu se përdorimi i burimeve është shumë larg së qeni kost-efektiv. Kostot për ditë shtrimi variojnë nga rreth 7 USD (Vlorë) në 23 USD (Tiranë); kostot e personelit janë rreth 50% e kostos totale dhe kostot e ushqimit radhiten të dytat në të dy spitalet e marrë në vlerësim. Nuk ka ende në Shqipëri rrjet shërbimesh tërësore sociale. Ato pak shërbime që funksionojnë aktualisht në Shqipëri për plotësim të nevojave sociale të personave me probleme të shëndetit mendor, nuk janë mbështetur në një perspektivë afatgjatë sepse: a) janë financiarisht të mbështetura nga fonde të jashtme, duke ofruar qëndrueshmëri të brishtë. b) janë gati ekskluzivisht të ngritura në Tiranë, pra thuajse të pashfrytëzueshme nga pjesa tjetër e popullatës së vendit [2].

Çrregullime të humorit

Çrregullimi i humorit është një klasë e shëndetit mendor që profesionistët e shëndetit përdorin për të përshkruar gjerësisht të gjitha llojet e depresionit dhe çrregullimeve bipolare. Fëmijët, adoleshentët dhe të rriturit mund të kenë çrregullime të humorit. Megjithatë, fëmijët dhe adoleshentët nuk kanë gjithmonë të njëjtat simptoma si të rriturit. Është më e vështirë të diagnostikosh çrregullimet e humorit tek fëmijët, sepse ata nuk janë gjithmonë në gjendje të shprehin se si ndihen. Terapia, medikamentet kundër depresionit dhe mbështetja dhe vetë-kujdesi mund të ndihmojnë në trajtimin e çrregullimeve të humorit.

Llojet e ndryshme të çrregullimeve të humorit

Llojet më të zakonshme të çrregullimeve të humorit janë:

Depresioni i madh. Të kesh më pak interes për aktivitetet e zakonshme, të ndihesh i trishtuar ose i pashpresë dhe simptoma të tjera për të paktën 2 javë mund të tregojnë depresion.

Distimi. Ky është një humor kronik, i ulët, depresion ose nervoz që zgjat të paktën 2 vjet.

Çrregullimi bipolar. Kjo është një gjendje në të cilën një person ka periudha depresioni të alternuara me periudha mani ose humor të ngritur.

Çrregullimi i humorit i lidhur me një gjendje tjetër shëndetësore. Shumë sëmundje mjekësore (përfshirë kancerin, lëndimet, infeksionet dhe sëmundjet kronike) mund të shkaktojnë simptoma të depresionit.

Çrregullim i humorit i shkaktuar nga substanca. Simptomat e depresionit që janë për shkak të efekteve të ilaçeve, abuzimit me drogën, alkoolizmit, ekspozimit ndaj toksinave ose formave të tjera të trajtimit.

Simptomat e çrregullimeve të humorit

Në varësi të moshës dhe llojit të çrregullimit të humorit, një person mund të ketë simptoma të ndryshme të depresionit. Më poshtë janë simptomat më të zakonshme të një çrregullimi të humorit:

- Humor i vazhdueshëm i trishtuar, i shqetësuar ose "bosh".
- Ndjeheni të pashpresë ose të pafuqishëm
- Duke pasur vetëbesim të ulët
- Ndjeheni i papërshtatshëm ose i pavlerë
- Faji i tepruar
- Përsëritja e mendimeve të vdekjes ose vetëvrasjes, dëshira për të vdekur ose përpjekje për vetëvrasje (Shënim: Njerëzit me këtë simptomë duhet të trajtohen menjëherë!)
- Humbja e interesit për aktivitetet e zakonshme ose aktivitetet që dikur kënaqeshin, duke përfshirë seksin
- Probleme në marrëdhënie
- Probleme me gjumin ose gjumin shumë
- Ndryshimet në oreks dhe/ose peshë
- Energji e zvogëluar
- Probleme me përqendrimin
- Një rënie në aftësinë për të marrë vendime
- Ankesa të shpeshta fizike (për shembull, dhimbje koke, stomaku ose lodhje) që nuk përmirësohen me trajtimin
- Ikja ose kërcënimet për ikje nga shtëpia
- Shumë i ndjeshëm ndaj dështimit ose refuzimit
- Nervozizëm, armiqësi ose agresion

Çrregullimet e humorit janë një çrregullim i vërtetë mjekësor. Një psikiatër ose një profesionist tjetër i shëndetit mendor zakonisht diagnostikon çrregullime të humorit përmes një historie të plotë mjekësore dhe vlerësimit psikiatrik. Çrregullimet e humorit shpesh mund të trajtohen me sukses. Trajtimi mund të përfshijë: Medikamente kundër depresionit dhe stabilizimit të humorit; Psikoterapia; Terapia familjare; Terapi të tjera, të tilla si terapia elektrokonvulsive dhe stimulimi transkranial.

Familjet luajnë një rol jetik mbështetës në çdo proces trajtimi. Kur diagnostikohen dhe trajtohen saktë, njerëzit me çrregullime të humorit mund të jetojnë jetë të qëndrueshme, produktive dhe të shëndetshme. Aktualisht, nuk ka mënyra për të parandaluar ose zvogëluar incidencën e çrregullimeve të humorit. Megjithatë, diagnoza dhe trajtimi i hershëm mund të zvogëlojë ashpërsinë e simptomave, të përmirësojë rritjen dhe zhvillimin normal të personit dhe të përmirësojë cilësinë e jetës së njerëzve me çrregullime të humorit [3].

Çrregullime të personalitetit

Çrregullimet e personalitetit janë modele afatgjata të sjelljes dhe përvojave të brendshme që ndryshojnë ndjeshëm nga ajo që pritet. Modeli i përvojës dhe sjelljes fillon në adoleshencën e vonë ose në moshë madhore të hershme dhe shkakton shqetësim ose probleme në funksionim. Çrregullimi i personalitetit është një mënyrë e të menduarit, ndjenjës dhe sjelljes që devijon nga pritshmëritë e kulturës, shkakton shqetësime ose probleme në funksionim dhe zgjat me kalimin e kohës [2]. Ekzistojnë 10 lloje specifike të çrregullimeve të personalitetit. Pa trajtim, çrregullimet e personalitetit mund të jenë afatë gjata. Çrregullimet e personalitetit prekin të paktën dy nga këto fusha:

- Mënyra e të menduarit për veten dhe të tjerët
- Mënyra e reagimit emocional
- Mënyra e lidhjes me njerëzit e tjerë
- Mënyra e kontrollit të sjelljes së dikujt

Llojet e Çrregullimeve të Personalitetit

Çrregullimi i personalitetit antisocial: një model i shpërfilljes ose shkeljes së të drejtave të të tjerëve. Një person me çrregullim të personalitetit antisocial mund të mos jetë në përputhje me normat shoqërore, mund të gënjejë ose mashtrojë vazhdimisht të tjerët ose mund të veprojë në mënyrë impulsive.

Çrregullimi shmangës i personalitetit: një model i ndrojtjes ekstreme, ndjenjave të papërshtatshmërisë dhe ndjeshmërisë ekstreme ndaj kritikave. Njerëzit me çrregullim të personalitetit shmangës mund të mos jenë të gatshëm të përfshihen me njerëz, përveç nëse janë të sigurt se janë të pëlqyer, të preokupuar për t'u kritikuar ose refuzuar, ose mund ta shohin veten si jo mjaftueshëm të mirë ose të paaftë socialisht.

Çrregullimi i personalitetit kufitar: një model i paqëndrueshmërisë në marrëdhëniet personale, emocione intensive, vetë-imazh i dobët dhe impulsivitet. Një person me çrregullim të personalitetit kufitar mund të bëjë përpjekje të mëdha për të shmangur braktisjen, të ketë tentativa të përsëritura për vetëvrasje, të shfaqë zemërim intensiv të papërshtatshëm ose të ketë ndjenja të vazhdueshme të zbrazëtisë.

Çrregullimi i personalitetit të varur: një model i nevojës për t'u kujdesur dhe sjellje e nënshtruar dhe ngjitëse. Njerëzit me çrregullim të personalitetit të varur mund të kenë vështirësi në marrjen e vendimeve të përditshme pa siguri nga të tjerët ose mund të ndihen të pakëndshëm ose të pafuqishëm kur janë vetëm për shkak të frikës së pamundësisë për t'u kujdesur për veten.

Çrregullimi i personalitetit histrionik: një model i emocioneve të tepërta dhe kërkimit të vëmendjes. Njerëzit me çrregullim të personalitetit histrionik mund të ndjehen të pakëndshëm kur nuk janë në qendër të vëmendjes, mund të përdorin pamjen fizike për të tërhequr vëmendjen te vetja ose të kenë emocione të zhvendosura me shpejtësi ose të ekzagjeruara.

Çrregullimi i personalitetit narcisist: një model i nevojës për admirim dhe mungesë ndjeshmërie për të tjerët. Një person me çrregullim të personalitetit narcisist mund të ketë një ndjenjë madhështore të rëndësisë së vetvetes, një ndjenjë të së drejtës, të përfitojë nga të tjerët ose të mos ketë ndjeshmëri.

Çrregullimi i personalitetit obsesiv-kompulsiv: një model i preokupimit me rregullsinë, përsosmërinë dhe kontrollin. Një person me çrregullim të personalitetit obsesiv-kompulsiv mund të jetë tepër i përqendruar në detaje ose orare, mund të punojë së tepërmi duke mos lënë kohë për kohën e lirë ose miqtë, ose mund të jetë i papërkulur në moralin dhe vlerat e tyre.

Çrregullimi i personalitetit paranojak: një model për të qenë dyshues ndaj të tjerëve dhe për t'i parë ata si të poshtër ose keqdashës. Njerëzit me çrregullim të personalitetit paranojak shpesh supozojnë se njerëzit do t'i dëmtojnë ose do t'i mashtrojnë dhe nuk u besojnë të tjerëve ose nuk bëhen të afërt me ta.

Çrregullimi i personalitetit skizoid: të qenit i shkëputur nga marrëdhëniet shoqërore dhe shprehja e pak emocioneve. Një person me çrregullim të personalitetit skizoid zakonisht nuk kërkon marrëdhënie të ngushta, zgjedh të jetë vetëm dhe duket se nuk kujdeset për lavdërimet ose kritikën nga të tjerët.

Çrregullimi i personalitetit skizotip: një model i të qenit shumë i pakëndshëm në marrëdhënie të ngushta, të menduarit të shtrembëruar dhe sjellje të çuditshme. Një person me çrregullim të personalitetit skizotip mund të ketë besime të çuditshme ose sjellje ose të folur të çuditshme ose të çuditshme ose mund të ketë ankth të tepruar social.

Diagnoza e një çrregullimi të personalitetit kërkon që një profesionist i shëndetit mendor të shikojë modelet afatgjata të funksionimit dhe simptomave. Diagnoza zakonisht bëhet tek individët 18 vjeç ose më të vjetër. Njerëzit nën 18 vjeç zakonisht nuk diagnostikohen me çrregullime të personalitetit sepse personalitetet e tyre janë ende në zhvillim. Disa njerëz me çrregullime të personalitetit mund të mos njohin një problem. Gjithashtu, njerëzit mund të kenë më shumë se një çrregullim personaliteti.

Trajtimi

Disa lloje të psikoterapisë janë efektive për trajtimin e çrregullimeve të personalitetit. Psikoterapia mund të ndihmojë një person të kuptojë efektet e sjelljes së tij tek të tjerët dhe të mësojë të menaxhojë ose të përballojë simptomat dhe të reduktojë sjelljet që shkaktojnë probleme me funksionimin dhe marrëdhëniet. Llojet e përdorura zakonisht të psikoterapisë përfshijnë:

- Terapia psikoanalitike/psikodinamike
- Terapia e sjelljes dialektike
- Terapia konjitive e sjelljes
- Terapia në grup
- Psikoedukimi (duke mësuar individin dhe anëtarët e familjes për sëmundjen, trajtimin dhe mënyrat e përballimit)

Nuk ka medikamente posaçërisht për trajtimin e çrregullimeve të personalitetit. Megjithatë, mjekimet, të tilla si medikamente kundër depresionit, ilaçet kundër ankthit ose ilaçet për stabilizimin e humorit, mund të jenë të dobishme në trajtimin e disa simptomave. Përveç pjesëmarrjes aktive në një plan trajtimi, për njerëzit me çrregullime të personalitetit disa strategji të vetë-kujdesit dhe përballimit mund të jenë të dobishme.

- **Mësoni rreth gjendjes.** Njohuria dhe të kuptuarit mund të ndihmojnë në fuqizimin dhe motivimin.

- **Bëhuni aktiv.** Aktiviteti fizik dhe ushtrimet mund të ndihmojnë në menaxhimin e shumë simptomave, të tilla si depresioni, stresi dhe ankthi.
- **Shmangni drogën dhe alkoolin.** Alkooli dhe drogat ilegale mund të përkeqësojnë simptomat ose të ndërveprojnë me medikamente.
- **Merrni kujdes mjekësor rutinë.** Mos neglizhoni kontrollet apo kujdesin e rregullt nga mjeku juaj i familjes.
- **Bashkohuni me një grup mbështetës** të të tjerëve me çrregullime të personalitetit.
- **Shkruani në një ditar** për të shprehur emocionet tuaja.
- **Provoni teknikat e relaksimit** dhe menaxhimit të stresit si joga dhe meditimi.
- **Qëndroni të lidhur me familjen** dhe miqtë; shmangni izolimin.

Anëtarët e familjes mund të jenë të rëndësishëm në rimëkëmbjen e një individi dhe mund të punojnë me ofruesin e kujdesit shëndetësor të individit në mënyrat më efektive për të ndihmuar dhe mbështetur. Por të kesh një anëtar të familjes me çrregullim të personalitetit mund të jetë gjithashtu shqetësuese dhe stresuese. Anëtarët e familjes mund të përfitojnë nga biseda me një ofrues të shëndetit mendor i cili mund të ndihmojë në përbalimin e vështirësive [4].

Çrregullime ankthi

Ankthi është një reagim normal ndaj stresit dhe mund të jetë i dobishëm në disa situata. Mund të na paralajmërojë për rreziqet dhe të na ndihmojë të përgatitemi dhe t'i kushtojmë vëmendje. Çrregullimet e ankthit ndryshojnë nga ndjenjat normale të nervozizmit ose ankthit dhe përfshijnë frikë ose ankth të tepruar. Çrregullimet e ankthit janë më të zakonshmet e çrregullimeve mendore dhe prekin pothuajse 30% të të rriturve në një moment të jetës së tyre. Por çrregullimet e ankthit janë të trajtueshme dhe një sërë trajtimesh efektive janë në dispozicion. Trajtimi ndihmon shumicën e njerëzve të bëjnë jetë normale produktive.

Ankthi i referohet parashikimit të një shqetësimi të ardhshëm dhe lidhet më shumë me tensionin e muskujve dhe sjelljen e shmangies.

Frika është një përgjigje emocionale ndaj një kërcënimi të menjëhershëm dhe lidhet më shumë me një reagim luftarak ose arratisjeje - ose qëndrimi për të luftuar ose largimi për t'i shpëtuar rrezikut.

Çrregullimet e ankthit mund t'i bëjnë njerëzit të përpiqen të shmangin situatat që shkaktojnë ose përkeqësojnë simptomat e tyre. Performanca e punës, puna në shkollë dhe marrëdhëniet personale mund të ndikohen. Në përgjithësi, që një person të diagnostikohet me një çrregullim ankthi, frika ose ankthi duhet:

- Jetë jashtë proporcionit me situatën ose të papërshtatshëm për moshën
- Pengojnë aftësinë për të funksionuar normalisht

Ekzistojnë disa lloje të çrregullimeve të ankthit, duke përfshirë:

Çrregullimin e ankthit të përgjithësuar. Çrregullimi i përgjithësuar i ankthit përfshin shqetësim të vazhdueshëm dhe të tepruar që ndërhyr në aktivitetet e përditshme. Ky shqetësim dhe tension i vazhdueshëm mund të shoqërohet me simptoma fizike, të tilla si shqetësimi, ndjenja e lodhjes ose lodhja e lehtë, vështirësi në përqendrim, tension i muskujve ose probleme me gjumin. Shpesh shqetësimet përqendrohen në gjërat e

përditshme si përgjegjësitë e punës, shëndeti i familjes ose çështje të vogla si punët, riparimet e makinave ose takimet.

Çrregullimin e panikut. Simptoma kryesore e çrregullimit të panikut është sulmet e përsëritura të panikut, një kombinim dërmues i shqetësimit fizik dhe psikologjik. Gjatë një sulmi disa nga këto simptoma shfaqen të kombinuara:

- Palpitacione, rrahje zemre ose rrahje të shpejta të zemrës
- Djersitje
- Dridhje ose dridhje
- Ndjenja e gulçimit ose ndjesi mbytjeje
- Dhimbje gjoksi
- Ndjenja e marrje mendsh, kokëfortësie ose të fikët
- Ndjenja e mbytjes
- Mpirje ose ndjesi shpimi gjilpërash
- Të dridhura ose ndezje të nxehta
- Nauze ose dhimbje barku
- Ndjeheni i shkëputur
- Frika nga humbja e kontrollit
- Frika nga vdekja

Për shkak se simptomat janë kaq të rënda, shumë njerëz që përjetojnë një sulm paniku mund të besojnë se kanë një atak në zemër ose sëmundje të tjera kërcënuese për jetën. Ata mund të shkojnë në një departament të urgjencës spitalore. Mund të priten sulme paniku, të tilla si një përgjigje ndaj një objekti të frikshëm, ose të papritura, me sa duket, që ndodhin pa asnjë arsye.

Fobitë specifike. Një fobi specifike është frika e tepruar dhe e vazhdueshme ndaj një objekti, situatë ose aktiviteti specifik që në përgjithësi nuk është i dëmshëm. Pacientët e dinë se frika e tyre është e tepruar, por ata nuk mund ta kapërcejnë atë. Këto frika shkaktojnë shqetësime të tilla sa që disa njerëz shkojnë në gjasa ekstreme për të shmangur atë që kanë frikë. Shembujt janë të folurit publik, frika nga fluturimi ose frika nga merimangat.

Agorafobia. Agorafobia është frika për të qenë në situata ku ikja mund të jetë e vështirë ose e sikletshme, ose ndihma mund të mos jetë e disponueshme në rast të simptomave të panikut. Frika është jashtë proporcionit me situatën aktuale dhe zgjat në përgjithësi gjashtë muaj ose më shumë dhe shkakton probleme në funksionim. Një person me agorafobi e përjeton këtë frikë në dy ose më shumë nga situatat e mëposhtme:

- Përdorimi i transportit publik
- Të qenit në hapësira të hapura
- Duke qenë në vende të mbyllura
- Qëndrimi në radhë ose në një turmë
- Të jesh vetëm jashtë shtëpisë

Çrregullimi i ankthit social. Një person me çrregullim ankthi social ka ankth dhe parehati të konsiderueshme për të qenë i zënë ngushtë, i poshtëruar, i refuzuar ose i përçmuar në ndërveprimet sociale. Njerëzit me këtë çrregullim do të përpiqen të shmangin situatën ose ta durojnë atë me ankth të madh. Shembuj të zakonshëm janë frika ekstreme nga të folurit në publik, takimi me njerëz të rinj ose ngrënia/ pirja në

publik. Frika ose ankthi shkakton probleme me funksionimin e përditshëm dhe zgjat të paktën gjashtë muaj.

Çrregullimi i ankthit të ndarjes. Një person me çrregullim ankthi ndaj ndarjes është tepër i frikësuar ose i shqetësuar për ndarjen nga ata me të cilët ai ose ajo është i lidhur. Ndjenja është përtej asaj që është e përshtatshme për moshën e personit, vazhdon (të paktën katër javë tek fëmijët dhe gjashtë muaj tek të rriturit) dhe shkakton probleme në funksionim. Një person me çrregullim ankthi ndaj ndarjes mund të jetë vazhdimisht i shqetësuar për humbjen e personit më të afërt me të, mund të hezitojë ose të refuzojë të dalë ose të flejë larg shtëpisë ose pa atë person, ose mund të përjetojë makthe për ndarjen. Simptomat fizike të shqetësimit shpesh zhvillohen në fëmijëri, por simptomat mund të mbartin edhe në moshën madhore.

Diagnoza dhe trajtimi

Nëse diagnostikohet një çrregullim ankthi, një profesionist i shëndetit mendor mund të punojë me ju për të gjetur trajtimin më të mirë. Fatkeqësisht, shumë njerëz me çrregullime ankthi nuk kërkojnë ndihmë. Ata nuk e kuptojnë se kanë një sëmundje për të cilën ka trajtime efektive. Megjithatë çdo çrregullim ankthi ka karakteristika unike, shumica i përgjigjen mirë dy llojeve të trajtimit: psikoterapisë ose "terapisë së bisedës" dhe medikamenteve. Këto trajtime mund të jepen të vetme ose të kombinuara. Medikamentet më të përdorura janë medikamentet kundër ankthit (përgjithësisht të përshkruara vetëm për një periudhë të shkurtër kohe) dhe medikamentet kundër depresionit. Beta-blokuesit, të përdorur për sëmundjet e zemrës, ndonjëherë përdoren për të kontrolluar simptomat fizike të ankthit. Ka një sërë gjërash që njerëzit bëjnë për të ndihmuar në përballimin e simptomave të çrregullimeve të ankthit dhe për ta bërë trajtimin më efektiv. Teknikat e menaxhimit të stresit dhe meditimi mund të jenë të dobishme. Grupet mbështetëse (personale ose online) mund të ofrojnë një mundësi për të ndarë përvojat dhe strategjitë e përballimit [5].

Çrregullime psikotike

Personat me çrregullime psikotike humbin kontaktin me realitetin dhe përjetojnë një sërë simptomash ekstreme që zakonisht përfshijnë:

- Halucinacione - dëgjimi ose shikimi i gjërave që nuk janë reale, si zërat
- Iluzione - të besosh gjëra që nuk janë të vërteta

Megjithatë, këto simptoma mund të shfaqen tek njerëzit me probleme të tjera shëndetësore, duke përfshirë çrregullimin bipolar, demencën, çrregullimet e abuzimit me substancat ose tumoret e trurit.

Çrregullimet psikotike përfshijnë: Skizofreninë.

Skizofrenia është një çrregullim i rëndë, i përjetshëm i trurit. Njerëzit që e kanë atë mund të dëgjojnë zëra, të shohin gjëra që nuk janë aty ose të besojnë se të tjerët po lexojnë ose kontrollojnë mendjet e tyre. Tek meshkujt, simptomat zakonisht fillojnë në fund të adoleshencës dhe në fillim të viteve 20. Ato përfshijnë halucinacione, ose

shikimin e gjërave, dhe deluzione të tilla si dëgjimi i zërave. Për gratë, ato fillojnë nga mesi i viteve 20 deri në fillim të viteve 30. Simptoma të tjera përfshijnë:

- Mendime ose perceptime të pazakonta
- Çrregullime të lëvizjes
- Vështirësi për të folur dhe për të shprehur emocione
- Probleme me vëmendjen, kujtesën dhe organizimin

Askush nuk është i sigurt se çfarë e shkakton skizofreninë, por komponenti gjenetik dhe kimia e trurit ndoshta luajnë një rol. Ilaçet mund të lehtësojnë shumë nga simptomat, por mund të duhen disa përpjekje përpara se të gjendet ilaçi i duhur. Me trajtim, shumë njerëz përmirësohen mjaftueshëm për të bërë një jetë të kënaqshme [6].

Çrregullime të të ngrënit

Çrregullimet e të ngrënit janë kushte të sjelljes të karakterizuara nga shqetësime të rënda dhe të vazhdueshme në sjelljet e të ngrënit dhe mendimet dhe emocionet shqetësuese të shoqëruara. Mund të jenë gjendje shumë serioze që ndikojnë në funksionin fizik, psikologjik dhe social. Llojet e çrregullimeve të të ngrënit përfshijnë anoreksi nervosa, bulimia nervore, çrregullim të ngrënies së tepërt, çrregullim shmangës të marrjes së ushqimit kufizues, çrregullime të tjera të specifikuara të të ushqyerit dhe të ngrënit, pica dhe çrregullime të përtypjes.

Të marra së bashku, çrregullimet e të ngrënit prekin deri në 5% të popullsisë, më shpesh zhvillohen në adoleshencë dhe në moshë madhore të re. Disa, veçanërisht anoreksia nervore dhe bulimia nervore janë më të zakonshme tek gratë, por të gjitha ato mund të ndodhin në çdo moshë dhe të prekin çdo gjini. Çrregullimet e të ngrënit shpesh shoqërohen me preokupime me ushqimin, peshën ose formën ose me ankthin për të ngrënit ose me pasojat e ngrënies së disa ushqimeve. Sjelljet që lidhen me çrregullimet e të ngrënit, duke përfshirë ushqimin kufizues ose shmangien e disa ushqimeve, të ngrënit e tepruar, pastrimin me të vjella ose keqpërdorimin e laksativëve ose ushtrimet kompulsive. Këto sjellje mund të nxiten në mënyra që duken të ngjashme me një varësi.

Çrregullimet e të ngrënit shpesh ndodhin me çrregullime të tjera psikiatrike, më të zakonshmet me çrregullimet e humorit dhe ankthit, çrregullimet obsesive-kompulsive dhe problemet e abuzimit me alkoolin dhe drogën. Provat sugjerojnë se gjenet dhe trashëgimia luajnë një rol në arsyen pse disa njerëz janë në rrezik më të lartë për një çrregullim të të ngrënit, por këto çrregullime mund të prekin edhe ata që nuk kanë histori familjare të gjendjes. Trajtimi duhet të adresojë komplikime psikologjike, të sjelljes, ushqimore dhe të tjera mjekësore. Kjo e fundit mund të përfshijë pasoja të kequshqyerjes ose të sjelljeve pastruese, duke përfshirë problemet e zembrës dhe gastrointestinale, si dhe kushte të tjera potencialisht fatale. Ambivalenca ndaj trajtimit, mohimi i një problemi me ushqimin dhe peshën, ose ankthi për ndryshimin e modeleve të të ngrënit nuk është i pazakontë. Megjithatë, me kujdesin e duhur mjekësor, ata me çrregullime të të ngrënit mund të rifillojnë zakonet e shëndetshme të të ngrënit dhe të rikuperojnë shëndetin e tyre emocional dhe psikologjik [7].

Çrregullimi i stresit posttraumatik (PTSD)

Çrregullimi i stresit posttraumatik (PTSD) është një çrregullim psikiatrik që mund të ndodhë te njerëzit që kanë përjetuar ose dëshmuar një ngjarje traumatike si një

fatkeqësi natyrore, pandemia, një aksident serioz, një akt terrorist, luftë/luftim ose përdhunim ose që janë kërcënuar me vdekje, dhunë seksuale ose lëndime të rënda.

PTSD është njohur me shumë emra në të kaluarën, si "shoku i predhave" gjatë viteve të Luftës së Parë Botërore dhe "lodhja nga lufta" pas Luftës së Dytë Botërore, por PTSD nuk ndodh vetëm me veteranët e luftës. PTSD mund të ndodhë në të gjithë njerëzit e çdo etnie, kombësie ose kulture, dhe në çdo moshë dhe profesion [7]. Simptomat e PTSD ndahen në katër kategori dhe simptomat specifike mund të ndryshojnë në ashpërsi. **Ndërhyrja:** Mendime ndërhyrëse si kujtime të përsëritura, të pavullnetshme; ëndrra shqetësuese; ose rikthimet e ngjarjes traumatike. Rikthimet mund të jenë aq të gjalla sa njerëzit mendojnë se po e rrijtojnë përvojën traumatike ose po e shohin atë para syve të tyre.

Shmangia: Shmangia e kujtimeve të ngjarjes traumatike mund të përfshijë shmangien e njerëzve, vendeve, aktiviteteve, objekteve dhe situatave që mund të shkaktojnë kujtime shqetësuese. Njerëzit mund të përpiqen të shmangin kujtimin ose të menduarit për ngjarjen traumatike. Ata mund të rezistojnë të flasin për atë që ka ndodhur ose si ndihen për të.

Ndryshimet në njohje dhe humor: Pamundësia për të kujtuar aspekte të rëndësishme të ngjarjes traumatike, mendime dhe ndjenja negative që çojnë në besime të vazhdueshme dhe të shtrembëruara për veten ose të tjerët (p.sh., "Unë jam i keq", "Askush nuk mund t'i besohet"); mendime të shtrembëruara për shkakun ose pasojat e ngjarjes që çojnë në fajësimin e gabuar të vetes ose të tjetrit; frikë e vazhdueshme, tmerr, zemërim, faj ose turp; shumë më pak interes për aktivitetet e pëlqyera më parë; ndjenja e shkëputur ose e larguar nga të tjerët; ose të paaftë për të përjetuar emocione pozitive (një zbrazëti lumturie ose kënaqësie).

Ndryshimet në zgjimin dhe reaktivitetin: Simptomat e zgjimit dhe reaktive mund të përfshijnë të qenit nervoz dhe shpërthime zemërimi; sjellje të pamatur ose në mënyrë vetëshkatërruese; të qenit tepër vigjilent ndaj rrethinës në një mënyrë dyshuese; duke u trembur lehtësisht; ose keni probleme me përqendrimin ose gjumin [9].

Shumë njerëz që janë të ekspozuar ndaj një ngjarjeje traumatike përjetojnë simptoma të ngjashme me ato të përshkruara më sipër në ditët pas ngjarjes. Sidoqoftë, që një person të diagnostikohet me PTSD, simptomat duhet të zgjasin më shumë se një muaj dhe duhet të shkaktojnë shqetësime ose probleme të konsiderueshme në funksionimin e përditshëm të individit. Shumë individë zhvillojnë simptoma brenda tre muajve nga trauma, por simptomat mund të shfaqen më vonë dhe shpesh vazhdojnë për muaj e nganjëherë edhe vite. PTSD shpesh ndodh me kushte të tjera të lidhura, si depresioni, përdorimi i substancave, problemet e kujtesës dhe probleme të tjera të shëndetit fizik dhe mendor. Pandemia e COVID-19 evidentoi se ky çrregullim psikiatrik është i pranishëm në popullatën në përgjithësi [10, 11] edhe në mesin e personelit shëndetësor përfshirë atë shqipëtar [12,13,14].

Çrregullime të abuzimit me substance

Çrregullimi i përdorimit të substancave është një gjendje komplekse në të cilën ka përdorim të pakontrolluar të një substance pavarësisht nga pasojat e dëmshme. Njerëzit me çrregullimi i përdorimit të substancave kanë një përqendrim intensiv në

përdorimin e një substance të caktuar si alkooli, duhani ose droga të paligjshme, deri në pikën ku aftësia e personit për të funksionuar në jetën e përditshme dëmtohet. Njerëzit vazhdojnë të përdorin substancën edhe kur e dinë se ajo po shkakton ose do të shkaktojë probleme. Çrregullimi i përdorimit të substancave më të rënda quhen ndonjëherë varësi. **Njerëzit mund të zhvillojnë një varësi ndaj:**

- Alkooli
- Marihuana
- PCP, LSD dhe halucinogjenë të tjerë
- Inhalantët, si p.sh. holluesit e bojës dhe ngjitësit
- Vrasës kundër dhimbjeve opioid, të tilla si kodeina dhe oksikodoni, heroina
- Qetësues, hipnotikë dhe anksiolitikë (ilaçe kundër ankthit si qetësues)
- Kokaina, metamfetamina dhe stimulantë të tjerë
- Duhani

Simptomat e çrregullimit të përdorimit të substancave grupohen në katër kategori:

- **Kontroll i dëmtuar:** një mall ose dëshirë e fortë për të përdorur substancën; dëshira ose përpjekjet e dështuara për të reduktuar ose kontrolluar përdorimin e substancave
- **Problemet sociale:** përdorimi i substancave shkakton dështimin për të përfunduar detyrat kryesore në punë, shkollë ose shtëpi; aktivitetet sociale, të punës ose të kohës së lirë hiqen ose shkurtohen për shkak të përdorimit të substancave
- **Përdorimi i rrezikshëm:** substanca përdoret në mjedise të rrezikshme; përdorimi i vazhdueshëm pavarësisht problemeve të njohura
- **Efektet e drogës:** toleranca (nevoja për sasi më të mëdha për të marrë të njëjtin efekt); simptomat e tërheqjes (të ndryshme për secilën substancë)

Ekzistojnë trajtime efektive për çrregullimet e përdorimit të substancave. Hapi i parë është njohja e problemit. Procesi i rikuperimit mund të vonohet kur një personi nuk është i vetëdijshëm për përdorimin problematik të substancave. Megjithatë ndërhyrjet nga miqtë dhe familja e shqetësuar shpesh nxisin trajtimin e shpejtë, vetë-referimet janë gjithmonë të mirëpritura dhe të inkurajuara. Një profesionist mjekësor duhet të kryejë një vlerësim zyrtar të simptomave për të identifikuar nëse një çrregullim i përdorimit të substancave është i pranishëm. Të gjithë pacientët mund të përfitojnë nga trajtimi, pavarësisht nëse çrregullimi është i lehtë, i moderuar ose i rëndë. Për shkak se çrregullimet e përdorimit të substancave ndikojnë në shumë aspekte të jetës së një personi, shpesh kërkohen lloje të shumta trajtimi. Për shumicën, një kombinim i ilaçeve dhe terapisë individuale ose grupe është më efektive. Qasjet e trajtimit që trajtojnë situatën specifike të një individi dhe çdo problem mjekësor, psikiatrik dhe social të njëkohshëm, janë optimale për të çuar në një rikuperim të qëndrueshëm.

Medikamentet përdoren për të kontrolluar dëshirat për drogë, për të lehtësuar simptomat e tërheqjes dhe për të parandaluar rikthimet. Psikoterapia mund t'i ndihmojë individët me çrregullimet e përdorimit të substancave të kuptojnë më mirë sjelljen dhe motivimet e tyre, të zhvillojnë vetëbesim më të lartë, të përballen me stresin dhe të adresojnë probleme të tjera psikiatrike. Plani i rimëkëmbjes së një personi është unik për nevojat specifike të personit dhe mund të përfshijë strategji jashtë trajtimit formal. Këto mund të përfshijnë:

- Hospitalizimi për menaxhimin e tërheqjes mjekësore (detoksifikimi)

-
- Komunitete terapeutike (mjedise shumë të kontrolluara, pa drogë) ose shtëpi esëll
 - Menaxhimi i mjekimeve ambulatorë dhe psikoterapia
 - Programe intensive ambulatorë
 - Trajtim rezidencial (“rehab”)
 - Shumë njerëz mendojnë se grupet e ndihmës reciproke janë të dobishme (Alkoolikë Anonimë, Narkotikë Anonimë, Rimëkëmbja SMART)
 - Grupet e vetë-ndihmës që përfshijnë anëtarët e familjes (Grupet e familjes) [12].

Referenca

1. https://shendetesia.gov.al/wp-content/uploads/2018/03/Diagnoza_ICD10.pdf
 2. .DOKUMENTI POLITIK DHE PLANI I VEPRIMIT PER ZHVILLIMIN E SHERBIMEVE TE SHENDETIT MENDOR NE SHQIPERI KOMITETI DREJTUES KOMBETAR PER SHENDETIN MENDOR. https://shendetesia.gov.al/wp-content/uploads/2018/03/Politika_dhe_Plani_i_Veprimit_te_Sh.M_2005-2010.pdf
 3. Mood Disorders. Johns Hopkins Medicine, 2022.
 4. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). American Psychiatric Association. (2013).
 5. American Psychiatric Association. What are Personality Disorders? Rachel Robitz, M.D. November 2018.
 6. American Psychiatric Association. Anxiety Disorders. Review By: Philip R. Muskin, June 2021.
 7. Psychotic Disorders. Last Updated: 08/23/2017. <https://www.mentalhealth.gov/what-to-look-for/psychotic-disorders>
 8. American Psychiatric Association. Review By Angela Guarda, March 2021.
 9. American Psychiatric Association. Help With Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) Reviewed Felix Torres, August 2020
 10. Kamberi F, Jaho J, Mechili EA, Sinaj E, Skendo H. Effect of Covid-19 pandemic on mental health among Albanian people residing in the country and abroad - Implications for mental care. *Arch Psychiatr Nurs*. 2020;34(6):507-512.
 11. Mechili EA, Saliq A, Kamberi F, et al. Is the mental health of young students and their family members affected during the quarantine period? Evidence from the COVID-19 pandemic in Albania. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2021;28(3):317-325.
 12. Htay MNN, Marzo RR, AlRifai A, et al. Immediate impact of COVID-19 on mental health and its associated factors among healthcare workers: A global perspective across 31 countries. *J Glob Health*. 2020;10(2):020381.
 13. Htay MNN, Marzo RR, Bahari R, et al. How healthcare workers are coping with mental health challenges during COVID-19 pandemic? - A cross-sectional multi-countries study. *Clin Epidemiol Glob Health*. 2021;11:100759.
 14. Kamberi F, Sinaj E, Jaho J, et al. Impact of COVID-19 pandemic on mental health, risk perception and coping strategies among health care workers in Albania - evidence that needs attention. *Clin Epidemiol Glob Health*. 2021;12:100824.
- American Psychiatric Association. Addiction and Substance Use Disorders. Review By Hector Colon-Rivera, M.D., CMRO, Alëna Balasanova, M.D. December 2020.

Legjislacioni shqiptar për pranimin, izolimin dhe kufizimin e pavullnetshëm

Objektivat

Në fund të këtij leksioni, studentët do të jenë në gjendje të:

- Njohin Legjislacioni shqiptar për shëndetin mendor përfshirë pranimin, izolimin dhe kufizimin e pavullnetshme

Legjislacioni shqiptar për shëndetin mendor

Legjislacionin shqiptar për shëndetin mendor përfshin:

LIGJIN Nr. 44/2012 PËR SHËNDETIN MENDOR. Ky ligj ka për qëllim mbrojtjen dhe promovimin e shëndetit mendor, parandalimin e problemeve që lidhen më të, garantimin e të drejtave dhe përmirësimin e cilësisë së jetës për personat me çrregullime të shëndetit mendor.

Ky ligj përcakton procedurën dhe kushtet për mbrojtjen e shëndetit mendor, nëpërmjet sigurimit të kujdesit shëndetësor, sigurimit të një mjedisi social të përshtatshëm për personat me çrregullime të shëndetit mendor dhe nëpërmjet politikave parandaluese për mbrojtjen e shëndetit mendor.

Ligji përfshin:

- KREU I DISPOZITA TË PËRGJITHSHME
- KREU II SHËRBIMET E SHËNDETIT MENDOR
- KREU III SHËRBIMET E SHËNDETIT MENDOR PËR FËMIJËT DHE ADOLESHENTËT
- KREU IV NDËRGJEGJËSIMI NË LIDHJE ME ÇRREGULLIMET MENDORE
- KREU V TRAJTIMI NË SHËRBIMET E SHËNDETIT MENDOR TË SPECIALIZUAR ME SHTRITËR

Pranimi, izolimi dhe kufizimi i pavullnetshëm është pjesë e KREU V të këtij ligji si vijon:

KREU V

TRAJTIMI NË SHËRBIMET E SHËNDETIT MENDOR TË SPECIALIZUAR ME SHTRITËR

Neni 19

Trajtimi i vullnetshëm

1. Personi me çrregullime të shëndetit mendor merr trajtim të vullnetshëm në shërbimin e shëndetit mendor të specializuar me shtretër, pas lëshimit të miratimit me shkrim nga ana e tij, me kusht informimi paraprak. Miratimin për të miturit ose personat me zotësi të kufizuar për të vepruar e lëshon kujdestari ose përfaqësuesi i tyre ligjor.
2. Miratimi i informuar sigurohet nëpërmjet diskutimit me pacientin për natyrën dhe qëllimin e ndërhyrjes terapeutike të propozuar dhe/ose përdorimin e formularit tip të miratimit të informuar, të miratuar nga Ministri i Shëndetësisë. Përmbajtja e diskutimit dhe formulari i miratimit të informuar janë pjesë e kartelës klinike të pacientit. Pacienti firmos për dhënien e miratimit si në kartelë, ash tu edhe në formularin e miratimit të informuar.
3. Personi me çrregullime të shëndetit mendor referohet për në shërbimin e shëndetit mendor të specializuar me shtretër, pasi ka kryer ekzaminimin paraprak nga mjeku në shërbimet komunitare ose shërbimet ambulatorë të specializuara.
4. Personi me çrregullime të shëndetit mendor, kujdestari ose përfaqësuesi i tij ligjor kanë të drejtë të kërkojnë ndërprerjen, refuzimin apo të ankohen për trajtimin në çdo moment të procesit, gjë e cila mund të kundërshtohet vetëm kur përmbushen kriteret për trajtim të pavullnetshëm.
5. Trajtimi i vullnetshëm i një personi me çrregullime të shëndetit mendor në shërbimin e shëndetit mendor të specializuar me shtretër nuk mund të shërbejë për asnjë rast, për qëllim të shqyrtimit të aftësisë për punë.

Neni 20

Trajtimi i pavullnetshëm

1. Subjekt i trajtimit të pavullnetshëm është personi, i cili shtrohet në mënyrë të pavullnetshme në shërbimet e shëndetit mendor të specializuar me shtretër, ose pasi është shtruar në mënyrë të vullnetshme mbahet në mënyrë të pavullnetshme, sipas përcaktimit të mjekut specialist.
2. Personi me çrregullime të shëndetit mendor trajtohet në mënyrë të pavullnetshme, në rast se plotësohen këto kushte njëkohësisht:
 - a) kur ka një çrregullim të rëndë mendor, që kufizon aftësinë e tij për të kuptuar ose kontrolluar sjelljen e tij; dhe

b) pa trajtimin e pavullnetshëm personi rrezikon jetën shëndetin ose sigurinë e vetes ose të tjerëve; dhe

c) janë shteruar mundësitë ekzistuese për trajtimin shëndetësor në komunitet dhe mjekimi i nevojshëm jepet vetëm nëpërmjet shtrimit në shërbimet e shëndetit mendor të specializuar me shtretër, në përputhje me parimet e alternativës sa më pak kufizuese.

3. Vendimi për trajtim të pavullnetshëm të një personi merret nga mjeku specialist vetëm pasi të ketë kryer personalisht ekzaminimin e tij. Personi i sëmurë, familjarët e tij të afërt ose kujdestari ligjor gëzojnë të drejtën të informohen për shkaqet e marrjes së këtij vendimi dhe për të drejtat që pacienti gëzon në këtë gjendje.

4. Trajtimi i pavullnetshëm i një personi me çrregullime të shëndetit mendor në shërbimin e shëndetit mendor të specializuar me shtretër nuk mund të shërbejë për asnjë rast për qëllim të shqyrtimit të aftësisë për punë.

5. Procedurat e trajtimit dhe të informimit të pacientit e personave të tjerë të interesuar pasqyrohen në kartelën klinike, e cila miratohet nga Ministri i Shëndetësisë.

Neni 21

Të drejtat e personit që i nënshtrohet trajtimit të pavullnetshëm

1. Pacientit, që i nënshtrohet trajtimit të pavullnetshëm, i shpjegohen me shkrim brenda 48 orëve arsyet e trajtimit të pavullnetshëm, si dhe informohet për të drejtat dhe detyrimet e tij.

2. Pacienti, gjatë veprimeve të shtrimit të pavullnetshëm, përfaqësohet personalisht dhe, në rast se gjendja shëndetësore nuk e lejon, nëpërmjet përfaqësuesit ligjor.

3. Pacientit, që i nënshtrohet trajtimit të pavullnetshëm, i garantohet mbrojtje e interesave të tij për të gjitha veprimet procedurale që kanë lidhje me të.

4. Ndaj vendimit për trajtim të pavullnetshëm mund të bëhet ankim në gjykatë, sipas legjislacionit në fuqi.

Neni 22

Procedura për shtrimin në shërbimet e shëndetit mendor të specializuar me shtretër për personat që kanë nevojë për trajtim të pavullnetshëm

1. Personi i gjendur në rrethanat e parashikuara në nenin 20 të këtij ligji, dërgohet në shërbimin e shëndetit mendor të specializuar me shtretër nga personeli mjekësor i shërbimeve të urgjencës, një person i afërt i tij ose nga çdo nëpunës apo person tjetër që vihet në dijeni për gjendjen e tij shëndetësore.

2. Policia e Shtetit, me kërkesë të personelit mjekësor, e ndihmon atë gjatë kryerjes së vizitave mjekësore dhe transferimit të personit në shërbimin e shëndetit mendor të specializuar me shtretër, si dhe garanton mbrojtjen e përkohshme të pronës së tij. Në rastet kur mungon ndihma e menjëhershme e personelit mjekësor, Policia e Shtetit detyrohet të shoqërojë personin, në prani të familjarëve ose të të afërmeve të tjerë, në shërbimin e urgjencës mjekësore më të afërt.

3. Mjeku në shërbimin e shëndetit mendor të specializuar me shtretër, që vendos për trajtimin e pavullnetshëm të personit, informon menjëherë personelin mjekësor ose policor që e ka shoqëruar, familjarët dhe personat e tjerë që e shoqërojnë, si dhe përfaqësuesin ligjor, nëse është i pranishëm. Personi gëzon të drejtën të komunikojë me personat pranë tij apo përfaqësuesin e tij ligjor.

4. Mjeku në shërbimin e shëndetit mendor të specializuar me shtretër, që vendos për trajtimin e pavullnetshëm, përshkruan në mënyrë të hollësishme në kartelën mjekësore të gjitha procedurat e ndjekura dhe siguron njoftimin e shefit të shërbimit për shtrimin e pavullnetshëm, brenda 24 orëve.

Neni 23

Rivlerësimi i trajtimit të pavullnetshëm

1. Shefi i shërbimit, jo më vonë se 24 orë nga vendosja në trajtim të pavullnetshëm, urdhëron me shkrim në kartelën mjekësore rivlerësimin e gjendjes shëndetësore të personit të shtruar në mënyrë të pavullnetshme. Rivlerësimi kryhet nga personeli mjekësor që nuk ka marrë pjesë në procedurën fillestare të shtrimit dhe trajtimit të pavullnetshëm.

2. Pas rivlerësimit të gjendjes shëndetësore, personeli mjekësor plotëson kartelën mjekësore me të gjitha shënimet e nevojshme dhe referon pranë shefit të shërbimit nëse trajtimi i pavullnetshëm është i bazuar apo i pabazuar, ose kanë rënë shkaqet që personi të mbahet në kushte të tilla.

3. Në rast se pas rivlerësimit, shefi i shërbimit konstaton se kanë rënë shkaqet që personi të mbahet në kushte trajtimi të pavullnetshëm, urdhëron nxjerrjen e menjëhershme të personit nga trajtimi i pavullnetshëm. Vendimi i shefit të shërbimit dhe arsyet e tij shënohen në mënyrë të hollësishme në kartelën mjekësore.

4. Në rast se pas rivlerësimit, shefi i shërbimit konstaton se nuk kanë rënë shkaqet që personi të mbahet në kushte trajtimi të pavullnetshëm, personi vazhdon të marrë trajtimin e pavullnetshëm në këtë shërbim. Pas këtij vendimi, brenda 48 orëve, titullari i institucionit, ku ofrohet shërbimi i shëndetit mendor të specializuar me shtretër, referuar nga shefi i shërbimit, i drejtohet gjykatës së rrethit gjyqësor për të vlerësuar procedurën e kryer. Një kopje e kërkesës u vihet në dispozicion pacientit, një familjari të afërt dhe/ose përfaqësuesit të tij ligjor.

Neni 24

Trajtimi i pavullnetshëm me vendim gjykatë

1. Gjyqtari i vetëm e shqyrton kërkesën e paraqitur nga titullari i institucionit, ku ofrohet shërbimi i shëndetit mendor të specializuar me shtretër, për vlerësimin e trajtimit të pavullnetshëm, jo më vonë se 48 orë nga paraqitja e saj.
2. Vendimi i gjyqtarit të vetëm zbatohet menjëherë nga shërbimi i specializuar i shëndetit mendor me shtretër.
3. Në çdo çast, kur kanë rënë shkaqet shëndetësore që çuan në shtrim të pavullnetshëm, titullari i institucionit, ku ofrohet shërbimi i shëndetit mendor të specializuar me shtretër, familjarët ose përfaqësuesi ligjor parashtrojnë në gjykatën kompetente kërkesën për revokimin e vendimit të gjykatës.

Neni 25

Trajtime të veçanta mjekësore dhe kirurgjikale

1. Çdo trajtim mjekësor dhe kirurgjikal, përfshirë dhe terapinë elektrokonvulsive të personat me çrregullime të shëndetit mendor, zbatohet, në çdo rast, në interes të nevojave shëndetësore të pacientit, duke i informuar dhe marrë miratimin e pacientit ose të përfaqësuesit të tij ligjor.
2. Terapia elektrokonvulsive zbatohet pas miratimit të informuar të vetë pacientit ose përfaqësuesit të tij ligjor, sipas protokolleve të miratuara me urdhër nga Ministri i Shëndetësisë. Terapia elektrokonvulsive nuk zbatohet te minorenët.
3. Rregullat e etikës profesionale, në bazë të të cilave kryhen procedurat mjekësore dhe kirurgjikale, zbatohen dhe në personat me çrregullime të shëndetit mendor.

Neni 26

Kërkimet shkencore dhe mjekësore

1. Kërkimet shkencore dhe mjekësore ndaj personave me çrregullime të shëndetit mendor ndërmerren vetëm pasi të jetë marrë miratimi i informuar nga këta pacientë.
2. Kërkimet shkencore dhe mjekësore nuk zbatohen ndaj personave me çrregullime të shëndetit mendor, që janë duke marrë trajtim të pavullnetshëm në shërbimin e shëndetit mendor të specializuar me shtretër dhe personave që nuk kanë zotësi për të vepruar.

Neni 27

Kufizimi fizik

1. Kufizimi fizik i personave me çrregullime të shëndetit mendor zbatohet në institucionet e shëndetit mendor të specializuar me shtretër dhe përfshin, sipas protokollit përkatës, elementet e mëposhtme:

- a) mbajtjen me forcë të personit;
- b) përdorimin e detyruar të medikamenteve;
- c) imobilizimin; ç) izolimin.

2. Kufizimi fizik zbatohet për periudha të shkurtra kohore me objektiva të qartë, sipas protokolleve të miratuara me urdhër të Ministrit të Shëndetësisë. Pacienti duhet të informohet për kufizimin fizik. Të gjitha procedurat e ndjekura për realizimin e kufizimit fizik dhe arsyet e ndërmarrjes së tyre përshkruhen në mënyrë të hollësishme në kartelën e pacientit, kur kufizimi ndodh në një shërbim të shëndetit mendor të specializuar me shtretër, apo në dokumentacionin zyrtar/epikrizën që shoqëron pacientin drejt shërbimit të shëndetit mendor të specializuar me shtretër, kur elemente të kufizimit fizik zbatohen në ambiente të tjera, sipas protokolleve përkatëse.

3. Gjatë kufizimit fizik, kontakti i stafit të shërbimit të shëndetit mendor të specializuar me shtretër me personin, subjekt i kufizimit fizik, duhet të jetë aktiv dhe i vazhdueshëm, që shkon përtej monitorimit rutinë, sipas protokolleve të miratuara me urdhër të Ministrit të Shëndetësisë.

4. Ndalohet përdorimi i kufizimit fizik, si mjet ndëshkimi ose si mjet më lehtësues për stafin e shërbimit.

5. Kufizimi fizik zbatohet në kushtet kur: a) autorizohet nga mjeku psikiatër me shkrim; b) kryhet në formën më pak kufizuese/shtrënguese, që ofron siguri dhe kontroll të sjelljes agresive të pacientit;

c) forca e përdorur është në përpjesëtim të drejtë me rrezikun e perceptuar;

ç) shërbimi i shëndetit mendor i specializuar me shtretër ka infrastrukturën e nevojshme për të zbatuar në mënyrë sa më të sigurt kufizimin fizik, sipas standardeve të miratuara nga Ministri i Shëndetësisë.

6. Në çdo shërbim të shëndetit mendor të specializuar me shtretër, ku zbatohet kufizimi fizik, të dhënat, për çdo rast, dokumentohen në një regjistër të veçantë, përveç dokumentimit të hollësishëm në kartelën klinike të pacientit.

7. Familjarët e pacientëve dhe/ose përfaqësuesit e tyre ligjorë duhet të informohen sa më parë, kur pacienti është apo bëhet subjekt i kufizimit fizik [1].

Përvec Ligjit 'Për Shëndetin Mendor' dhe Akteve Nënligjore të këtij ligji [2] Shqipëria ka hartuar një sërë dokumentesh rregullatorë për shëndetin mendor përfshirë zhvillimin dhe mbështetjen sociale si më poshtë:

Shëndeti mendor në politikat lidhur me sigurimet dhe mbështetjen sociale. Në Shqipëri të sëmurët mendorë kanë të drejtën të përfitojnë nga skemat e invaliditetit, kur kapacitetet e tyre për punë preken nga sëmundja. Sidoqoftë, kriteret për të përfituar nga këto përfitime speciale janë shumë strikte dhe të papërshtatshme për shoqërinë e re shqiptare. Për këtë arsye një numër i rëndësishëm i të sëmurve mendorë që kanë jetuar përkohësisht jashtë vendit janë lënë pa asnjë ndihmë financiare kur ata kanë nevojë tepër të madhe për të. Gjithashtu, specialistët e sektorit të shëndetësisë që punojnë në shërbimet e lidhura me shëndetin mendor dhe kujdesin shëndetësor parësor e konsiderojnë rregulloren aktuale për mbrojtjen sociale të personave me aftësi të kufizuar mendore shumë të padrejtë. Ka shumë persona që vetëm për shkak të faktit që kanë qenë të paafte dhe janë diagnostikuar vonë në jetë, humbasin që të gjithë përfitimet sociale, përfshi rimbursimin e medikamenteve, megjithë gjendjen e rënduar të sëmundjes së tyre. Të sëmurët mendorë si të gjithë pacientët e sëmurë kanë të drejtë të përfitojnë nga medikamentet falas ose të rimbursuara pjesërisht. Lista e rishikuar e barnave bazë përmban të paktën një medikament psikotrop për çdo kategori psikofarmakologjike të tilla si antipsikotikët, antianksiolitikët, antidepressantët dhe rregulluesit e humorit. Përfitimet nga ky rregull janë shumë të vogla sepse vetëm rreth 20 medikamente mbulohen dhe përpjesëtimi i mbuluar nga skema është gjithashtu i vogël. Në skemën e re të ISKSH-së mbulohen edhe disa lloje neuroleptikësh të rinj, por ende nuk janë përfshirë në të gjenerata e re e antidepressivëve.

Shëndeti mendor në strategjitë e integruara të shëndetit. Ministria e Shëndetësisë ka miratuar në vitin 2002 një strategji kombëtare 10 vjeçare me qëllim përmirësimin e shëndetit dhe parandalimin e sëmundjeve, në të cilën shëndeti mendor i popullatës vendoset mes 5 prioritetëve shëndetësorë në vend.

Dokumenti Politik për Zhvillimin e Shërbimeve të Shëndetit Mendor. Dokumenti Politik për Zhvillimin e Shërbimeve të Shëndetit Mendor është hartuar në vitin 2003 me mbështetjen e OBSH-së. Ai përmban udhëzimet kryesore dhe rekomandimet që duhet të ndjekë procesi i reformës, prioritetet, objektivat dhe fushat kyçe që duhet të reformohen. Ky proces reformues synonte që të transformonte shërbimet e Shëndetit Mendor nga shërbime të centralizuara me shtretër në shërbime me bazë komunitare, duke kryer decentralizimin e shërbimeve dhe deinstitutionalizimin e pacientëve me probleme të Shëndetit Mendor.

Plani i Veprimit për Zhvillimin e Shërbimeve të Shëndetit Mendor. Për të siguruar vazhdimësinë e reformës dhe implementimin e objektivave të identifikuar në Dokumentin Politik, Ministria e Shëndetësisë me mbështetjen e OBSH hartoi dhe

miratoi në vitin 2005 Planin e Veprimit për Zhvillimin e Shërbimeve të Shëndetit Mendor për vitet 2005 – 2009 . Në këtë plan veprimi u parashikuan aktivitete konkrete të ndara në tre periudha kohore: urgjente, afatshkurtra dhe afatmesme, të cilat parashikonin ndërhyrje të fokusuara në fazën e parë në katër zona të lidhura me spitalet aktuale psikiatrike (zonat prioritare), ndërtimin e shërbimeve komunitare atje dhe kalimin e pacientëve të shtruar prej një kohë të gjatë në spitale pranë këtyre shërbimeve. Përgjegjësia për përmbushjen e aktiviteteve të përshkruara në këtë dokument ishte jo vetëm e Ministrisë së Shëndetësisë, por edhe e Ministrisë së Punës dhe Çështjeve Sociale, pushtetit vendor dhe grupeve të shoqërisë civile.

Rregullorja e Shërbimeve të Shëndetit Mendor. Në zbatim të reformës, në maj të vitit 2007, Ministria e Shëndetësisë miratoi Rregulloren e Shërbimeve të Shëndetit Mendor. Në këtë rregullore përcaktohet roli/ funksionet dhe qasjet që përdor Ministria e Shëndetësisë në zbatimin e reformës së shëndetit mendor në përputhje me politikën e shëndetit mendor të miratuar në vitin 2003. Në rregullore përcaktohen edhe mënyra e funksionimit të qendrave komunitare të shëndetit mendor, shërbimit psikiatrik me shtretër, strukturave rezidenciale, qendrave ditore, shërbimeve për fëmijë dhe adoleshentë, si dhe përcaktohen në mënyrë të detajuar procedurat e lidhura me shtrimet e pavullnetshme, ekspertizat psikiatriko-ligjore dhe mbështetjen ekonomike e sociale [3].



**PRAKTIKA INFERMIERORE E
BAZUAR NË EVIDENCË:**



**ksploroni Uebin për përditësime në lidhje me
Legjislacionin shqiptar për Shëndetin mendor**

Referenca

1. LIGJIN Nr. 44/2012 PËR SHËNDETIN MENDOR. <https://shendetesia.gov.al/wp-content/uploads/2018/06/9-1.pdf>
2. PAKETA E AKTEVE NËNLIGJORE TË MBËSHTETURA NË LIGJIN NR. 44/2012 “PËR SHËNDETIN MENDOR”. Ministria e Shëndetësisë dhe Fondacioni Shoqëria e Hapur për Shqipërinë - SOROS.
https://www.osfa.al/sites/default/files/paketa_e_akteve_nen_ligjore_per_shendetin_mendor_2012.pdf
3. VLERËSIMI I NEVOJAVE TË KUJDESIT PËR SHËNDETIN MENDOR NË NIVEL KOMBËTAR. DHJETOR 2011.Fondacioni Shoqëria e hapur për Shqipërinë.
https://www.osfa.al/sites/default/files/vleresimi_i_nevoja_per_kujdesin_e_shendetit_mendor_ne_shqiperi_2011.pdf

Vetëvrasja. Fakte nga konteksti i kujdesit shëndetësor shqiptar

Objektivat

Në fund të këtij leksioni, studentët do të jenë në gjendje të:

- Njohin fakte dhe shifra për vetëvrasjen në nivel global dhe Shqipëri
- Njohin masat e parandalimit dhe kontrollit

Përkufizime

Vetëvrasja përkufizohet si vdekja e shkaktuar nga sjellja dëmtuese e vetë-drejtuar me qëllimin për të vdekur si rezultat i sjelljes.

Një tentativë për vetëvrasje është një sjellje jo fatale, e vetë-drejtuar, potencialisht dëmtuese me qëllimin për të vdekur si rezultat i sjelljes. Një përpjekje për vetëvrasje mund të mos rezultojë në lëndim.

Ideja vetëvrasëse i referohet të menduarit, konsiderimit ose planifikimit të vetëvrasjes [1].

Vetëvrasja-Fakte dhe Shifra

- Më shumë se 700 000 njerëz vdesin për shkak të vetëvrasjes çdo vit.
- Për çdo vetëvrasje ka shumë më tepër njerëz që tentojnë të bëjnë vetëvrasje. Një përpjekje e mëparshme për vetëvrasje është faktori i vetëm më i rëndësishëm i rrezikut për vetëvrasje në popullatën e përgjithshme.
- Vetëvrasja është shkaku i katërt kryesor i vdekjes tek moshat 15-19 vjeç.
- 77% e vetëvrasjeve globale ndodhin në vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme.
- Gëlltitja e pesticideve, varja dhe armët e zjarrit janë ndër metodat më të zakonshme të vetëvrasjes në botë.

Çdo vit 703 000 njerëz vrasin vetën dhe ka shumë më tepër njerëz që tentojnë vetëvrasje. Çdo vetëvrasje është një tragjedi që prek familjet, komunitetet dhe vende të tëra dhe ka efekte afatgjata te njerëzit. Vetëvrasja ndodh gjatë gjithë jetëgjatësisë dhe ishte shkaku i katërt kryesor i vdekjes midis 15-29 vjeçarëve në mbarë botën në vitin 2019. Vetëvrasja nuk ndodh vetëm në vendet me të ardhura të larta, por është një fenomen global në të gjitha rajonet e botës. Në fakt, mbi 77% e vetëvrasjeve globale kanë ndodhur në vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme në vitin 2019. Vetëvrasja është një problem serioz i shëndetit publik; megjithatë, vetëvrasjet janë të parandalueshme nëse ndërhyrhet në kohë. Që përgjigjet kombëtare të jenë efektive,

nevojitet një strategji gjithëpërfshirëse multisektoriale për parandalimin e vetëvrasjeve.

Kush është në rrezik?

Ndërsa lidhja midis vetëvrasjes dhe çrregullimeve mendore (në veçanti, depresionit dhe çrregullimeve të përdorimit të alkoolit) është e vendosur mirë në vendet me të ardhura të larta, shumë vetëvrasje ndodhin në mënyrë impulsive në momente krize me një ndarje në aftësinë për të përballuar streset e jetës, të tilla si probleme financiare, shkëputje të marrëdhënieve ose dhimbje dhe sëmundje kronike. Për më tepër, përjetimi i konfliktit, fatkeqësisë, dhunës, abuzimit ose humbjes dhe ndjenja e izolimit janë të lidhura fort me sjelljen vetëvrasëse. Normat e vetëvrasjeve janë gjithashtu të larta në mesin e grupeve të cënueshme që përjetojnë diskriminim, si refugjatët dhe migrantët; popujt indigjenë; persona lezbike, gay, biseksualë, transgjinjorë, interseks (LGBTI); dhe të burgosurve. Faktori më i fortë i rrezikut për vetëvrasje është një përpjekje e mëparshme për vetëvrasje.

Metodat e vetëvrasjes

Është vlerësuar se rreth 20% e vetëvrasjeve globale janë për shkak të vetëhelmimit me pesticide, shumica e të cilave ndodhin në zonat bujqësore rurale në vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme. Metoda të tjera të zakonshme të vetëvrasjes janë varja dhe armët e zjarrit. Njohja e metodave më të përdorura të vetëvrasjes është e rëndësishme për hartimin e strategjive parandaluese që janë treguar efektive, si kufizimi i aksesit në mjetet e vetëvrasjes.

Parandalimi dhe kontrolli

Vetëvrasjet janë të parandalueshme. Ka një sërë masash që mund të merren në nivel popullsie, nënpopullsie dhe individuale për të parandaluar vetëvrasjen dhe tentativat për vetëvrasje. Jeto JETËN, qasja e OBSH-së për parandalimin e vetëvrasjeve, rekomandon ndërhyrjet kryesore efektive të bazuara në evidenca:

- kufizoni aksesin në mjetet e vetëvrasjes (p.sh. pesticide, armë zjarri, medikamente të caktuara);
- ndërveprojnë me mediat për raportim të përgjegjshëm të vetëvrasjes;
- nxitja e aftësive jetësore socio-emocionale tek adoleshentët;
- identifikojnë, vlerësojnë, menaxhojnë dhe ndjekin herët këdo që është i prekur nga sjelljet vetëvrasëse.,

Këto duhet të shkojnë parallel me shtyllat themelore të mëposhtme: analiza e situatës, bashkëpunimi shumësektorial, rritja e ndërgjegjësimit, ngritja e kapaciteteve, financimi, mbikëqyrja dhe monitorimi dhe vlerësimi.

Përpjekjet për parandalimin e vetëvrasjeve kërkojnë koordinim dhe bashkëpunim midis sektorëve të shumtë të shoqërisë, duke përfshirë sektorin e shëndetësisë dhe sektorë të tjerë si arsimi, puna, bujqësia, biznesi, drejtësia, ligji, mbrojtja, politika dhe media. Këto përpjekje duhet të jenë gjithëpërfshirëse dhe të integruara pasi asnjë qasje e vetme e vetme nuk mund të ndikojë në një çështje kaq komplekse sa vetëvrasja.

Sfidat dhe pengesat përfshijnë Stigmën dhe tabutë si dhe Cilësinë e të dhënave

Stigma, veçanërisht rreth çrregullimeve mendore dhe vetëvrasjes, nënkupton që shumë njerëz që mendojnë të marrin jetën e tyre ose që kanë tentuar vetëvrasjen nuk po kërkojnë ndihmë dhe për këtë arsye nuk po marrin ndihmën që u nevojitet. Parandalimi i vetëvrasjes nuk është adresuar në mënyrë adekuate për shkak të mungesës së ndërgjegjësimit për vetëvrasjen si një problem madhor i shëndetit publik dhe tabu në shumë shoqëri për ta diskutuar hapur. Deri më sot, vetëm disa vende e kanë përfshirë parandalimin e vetëvrasjeve ndër prioritetet e tyre shëndetësore dhe vetëm 38 vende raportojnë se kanë një strategji kombëtare për parandalimin e vetëvrasjeve. Rritja e ndërgjegjësimit të komunitetit dhe thyerja e tabusë është e rëndësishme që vendet të bëjnë përpërim në parandalimin e vetëvrasjeve.

Cilësia e të dhënave

Në nivel global, disponueshmëria dhe cilësia e të dhënave për vetëvrasjen dhe tentativat për vetëvrasje është e dobët. Vetëm rreth 80 shtete anëtare të OBSH – së kanë të dhëna të regjistrimit jetësor me cilësi të mirë që mund të përdoren drejtpërdrejt për të vlerësuar shkallën e vetëvrasjeve. Ky problem i të dhënave të vdekshmërisë me cilësi të dobët nuk është unik për vetëvrasjen, por duke pasur parasysh ndjeshmërinë e vetëvrasjes - dhe paligjshmërinë e sjelljes vetëvrasëse në disa vende - ka të ngjarë që nën-raportimi dhe keqklasifikimi të jenë probleme më të mëdha për vetëvrasjen sesa për shumicën e shkaqeve të tjera të vdekjes.

Përmirësimi i mbikëqyrjes dhe monitorimit të tentativave për vetëvrasje dhe vetëvrasje kërkohet për strategjitë efektive të parandalimit të vetëvrasjeve. Ndryshimet ndërkombëtare në modelet e vetëvrasjeve dhe ndryshimet në shkallët, karakteristikat dhe metodat e vetëvrasjes, nxjerrin në pah nevojën që çdo vend të përmirësojë gjithëpërfshirjen, cilësinë dhe kohën e duhur të të dhënave të lidhura me vetëvrasjen. Kjo përfshin regjistrimin jetik të vetëvrasjes, regjistrat e bazuar në spital të tentativave për vetëvrasje dhe anketat përfaqësuese kombëtare që mbledhin informacion rreth tentativave të vetë-raportuara për vetëvrasje [2].

Vetëvrasja-Fakte nga konteksti shqiptar

Sipas INSTAT në vitin 2020 në Shqipëri është rritur numri i vetëvrasjeve. Rritja e numrit të vetëvrasjeve në Shqipëri u atribuohet faktorëve ekonomikë dhe socialë. Teksa niveli i tyre vijon të jetë tre herë më i lartë se sa vrasjet, ekspertët e fushës psikologjike bëjnë thirrje për ndërtimin e mekanizmave që të parandalojnë sjelljen vetëvrasëse, e cila ka ndikim ekonomik dhe social të konsiderueshëm. Vetëvrasja është një nga fenomenet më të dhimbshme të shoqërisë. Në Shqipëri vijojmë të flasim për shifra të larta. INSTAT raportoi se numri i vetëvrasjeve, në vitin 2020, në total ka qenë 215, nga 216 një vit më parë. Shifrat flasin sërish për një numër të konsiderueshëm, si dhe një raport 3-fish më të lartë se sa vrasjet në Shqipëri. Tentativat për marrjen e jetës në vitin 2020 kanë pasur nivelin më të lartë të tre viteve të fundit, përkatësisht 129 raste të raportuara dhe gjithashtu, mendohen edhe dhjetëra të tjera të paraportuara. Vetëvrasjet dhe përpjekjet për vetëvrasje kanë një dëm të jashtëzakonshëm emocional për familjet dhe miqtë e atyre që humbën jetën, si dhe për të mbijetuarit e përpjekjeve. Dikush që ka humbur një të dashur nga vetëvrasja konsiderohet si i mbijetuar. Këta individë shpesh përjetojnë hidhërim të fortë dhe kompleks, që mund të shoqërohet me ndjenja faji. Të mbijetuarit e vetëvrasjes kanë rrezik më të lartë ta përsërisin këtë veprim. Gjatë

pandemisë, stresi, ankthi e më pas depresioni kanë qenë në rritje të vazhdueshme, faktorë që kanë çuar në një sjellje vetëvrasëse të pakthyeshme. Vitin e kaluar, u shtua një faktor stresant i fuqishëm, ai i COVID-19; në vitet pararendës kanë qenë arsyet e të gjithë kohërave, ai ekonomik është thelbësor, si dhe konfliktet brenda familjes. Ekziston gjithashtu një kosto ekonomike e lidhur me vetëvrasjen, I referohemi koston mjekësore dhe të humbjes së punës. Sipas Qendrës Për parandalimin dhe kontrollin e sëmundjeve në SHBA, vetëvrasja dhe përpjekjet për vetëvrasje i kushtojnë shoqërisë rreth 70 miliardë dollarë. Kostoja mesatare e vetëm një vetëvrasjeje është gati 1.5 milionë dollarë. Vlerësimi kombinon shpenzimet mjekësore dhe kostot për shkak të humbjes së punës. Programet e parandalimit të vetëvrasjeve, veçanërisht ato që përqendrohen në ndërtimin e rezistencës së komunitetit pas një vetëvrasjeje, mund të ndihmojnë në uljen e kostove ekonomike dhe emocionale [3]. Shkalla e vetëvrasjeve në Shqipëri sipas të dhënave të Organizatës Botërore të Shëndetësisë për grupmoshën 15-19 vjec për të dyja gjinitë për 2019 ishte 2.45% për 100 000 banorë, 2.72% për meshkujt dhe 2.17% për femrat. Për grupmoshat 15-29 vjec shkalla e vetëvrasjeve ishte 4.25% për të dyja gjinitë, dhe 4.55% për meshkujt dhe 3.93% për femrat. Grupmosha 30-49 vjec për vitin 2019 për 100 000 banorë për të dyja gjinitë ishte 4.15%, dhe 6.97% për meshkujt dhe 1.17% për femrat [4]. Në përgjithësi, shkallët e vetëvrasjeve rriten me moshën. Shkalla mes njerëzve nga 60 vjet e më sipër janë tre herë më të larta se shkalla ndërmjet njerëzve me moshë nga 15 deri 29 vjeç. Megjithatë numrat absolut janë më të lartë tek personat me moshë ndër 45 vjec. Edhe pse femrat janë më shumë të nënshtruar ndaj mendimeve vetëvrasëse, shkallët e vetëvrasjes janë më të larta mes meshkujve. Mesatarisht, ka 3 vetëvrasje meshkujsh përkundrejt një të femrave, edhe pse në pjesë të Azisë, proporcioni është më i ngushtë. Mendimet dhe tentimet për vetëvrasje janë shumë të zakonshme mes njerëzve të rinjë. Proporcioni i tentimeve dhe vetëvrasjeve të kryera mes njerëzve ndër moshën 25 vjeç mund të arrijnë edhe deri në 100-200:1. Përgjithësisht, rreth 10% e personave të cilët provojnë të vetëvriten, në fund e arrijnë këtë gjë [2].

Faktorët e rrezikut për vetëvrasje

Ndodhi të ndryshme stresi ose rrethana mund ti sjellin njerëzit në rrezik të zmadhuar për vetëlëndim, duke përfshirë edhe humbjen e të dashurve, konflikte ndërpersonale me familjen ose shokët dhe probleme me ligjin ose punën. Por, për të vepruar si faktor të përshpejtuar për vetëvrasje ato duhet patjetër ti shërbejnë dikujt i cili është i mbidisponuar ose në mënyrë tjetër veçanërisht i thyeshëm për vetëlëndim.

Faktor të mbidisponueshmërisë janë:

- Keqpërdorimi i alkoolit dhe drogës,
- Histori e keqtrajtimit fizik apo seksual gjatë fëmijërisë,
- Izolim social,
- Probleme psiqike si probleme të prishjes së disponimit, shizofreni dhe ndjenjë e përgjithshme e humbjes së shpresës.

Faktorë tjerë të rëndësishëm përfshijnë:

- Të pasurit qasje ndaj mjeteve për vrasje (më së shpeshti revole, medikamente, dhe helme bujqësore),

- Sëmundje fizike veçanërisht ata të cilët janë të sëmurë ose invalidizuar,
- Tentim i mëparshëm për vetëvrasje.

Mundësinë për vetëvrasje e zmadhojnë edhe disa faktor të caktuar social dhe të mjedisit. Për shembull, shkallët e vetëvrasjes janë më të larta gjatë kohës së recesionit ekonomik dhe në periudha të papunësisë së lartë. Ato janë më të larta edhe në periudha të dezintegrimit social, jostabilitetit politik dhe kolapsit shoqëror [5].

Referenca

1. <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/suicide>
2. World Health Organization. Fact sheets. Suicide. 17 June 2021.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
3. INSTAT – rritet numri i vetëvrasjeve në vitin 2020. July 26, 2021.
<https://informim.al/instat-rritet-numri-i-vetevrasjeve-ne-vitin-2020/>
4. Suicide rates. Last updated 16.07.2021.
<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mental-health/suicide-rates>
5. https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/fact_sheets/en/selfdirected_alb.pdf

Objektivat

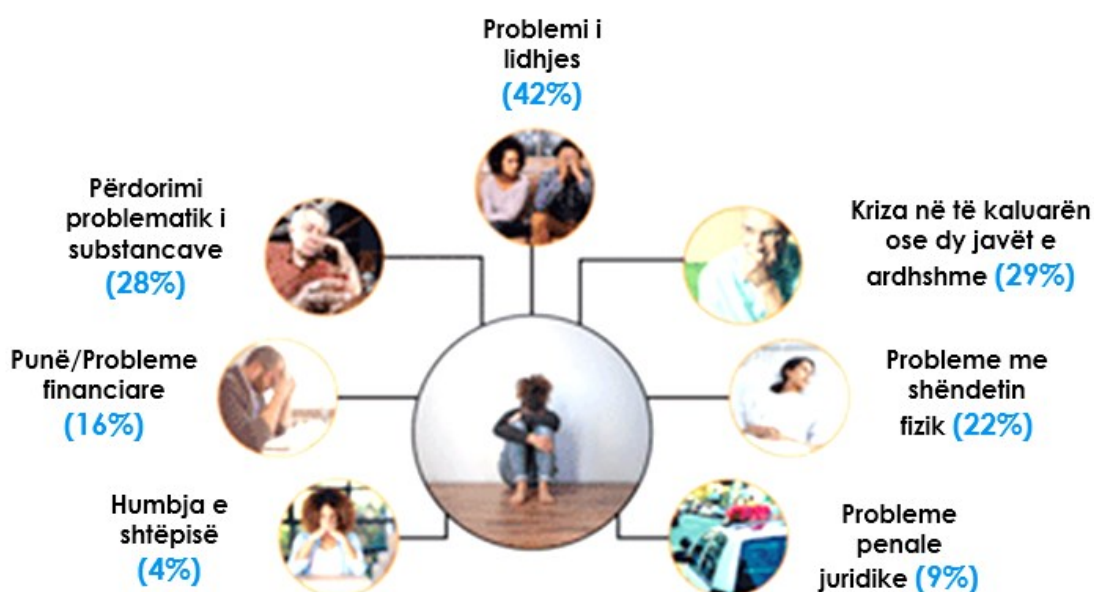
Në fund të këtij leksioni, studentët do të jenë në gjendje të:

- Njohin faktorët e rrezikut dhe shenjat paralajmëruese për referim dhe ndjekje
- Mësojnë elementët e ekzaminimit për rrezikun e vetëvrasjes dhe mjetet ekzaminuese
- Njohin referimet sipas nivelit të rrezikut

Faktorët e rrezikut dhe Shenjat paralajmëruese

Shumë faktorë rreziku kontribuojnë në vetvrasje në mesin e të cilëve me dhe pa problem mendore të njohura, Figura 21-1 [1].

Figura 21-1. Faktorët që kontribuojnë në vetëvrasje



Faktorët e rrezikut janë karakteristika, attribute ose ekspozime brenda një individi që rrisin gjasat për të zhvilluar një sëmundje ose dëmtim [2].

Shenjat paralajmëruese të vetëvrasjes janë tregues të ideve dhe sjelljeve vetëvrasëse që vërehen ose i raportohen një tjetri dhe tregojnë rrezik për vetëvrasje brenda minutave, orëve ose ditëve [3]. Midis këtyre faktorëve të ndryshëm të rrezikut, dallohen tre: sëmundja mendore, abuzimi me substancat dhe probleme mjekësore.

Shenjat paralajmëruese mund të jenë akute dhe urgjente ose thjesht paralajmërues për shqetësim. Rreth 80% e njerëzve që tentojnë të bëjnë vetëvrasje shfaqin disa shenja paralajmëruese. Njohja dhe referimi në kohë i shenjave paralajmëruese mund të ndihmojë ofruesit e kujdesit shëndetësor, familjen dhe miqtë të ndërmarrin veprime përpara se mendimi vetëvrasës të kthehet në veprim [4].

Në përgjithësi, shenjat paralajmëruese të vetëvrasjes mund të përfshijnë:

- Ankth, axhitim, pagjumësi, luhatje humori
- Paqëllim, mungesë shprese, ndjenja se nuk ka arsye për të jetuar
- Tërbim, zemërim ose agresion
- Pamaturia, përfshirja në aktivitete të rrezikshme
- Rritja e abuzimit me alkoolin ose drogën
- Tërheqja nga familja dhe miqtë
- Ndjenja e bllokuar

Disa shenja paralajmëruese të sjelljes kërkojnë vëmendje të menjëhershme. Prania e një ose më shumë prej këtyre sjelljeve është një tregues i fortë se referimi është jashtëzakonisht i nevojshëm:

1. Komunikimi i mendimit vetëvrasës verbalisht ose me shkrim, veçanërisht nëse kjo është e pazakontë ose e lidhur me një krizë ose humbje personale
2. Kërkimi i aksesit në mjete vdekjeprurëse si armë zjarri ose medikamente, dhe
3. Demonstrimi i sjelljeve përgatitore si rregullimi i punëve

Për të rinjtë rreziku i rritur është shoqëruar me:

- Histori familjare e vetëvrasjes
- Historia e depresionit
- Probleme të shëndetit mendor
- Burgosja
- Qasje e lehtë në mjetet vdekjeprurëse
- Përdorimi i alkoolit dhe drogës
- Ekspozimi ndaj sjelljeve të mëparshme vetëvrasëse nga të tjerët
- Humbja e strehimit

Individët në një rrezik më të madh për vetëvrasje të përfunduar janë gjetur të jenë:

- Mashkull
- Moshuar
- Impulsive
- Duke pasur shumë sëmundje fizike
- Përpjekjet e mëparshme për vetëvrasje
- Sëmundje psikiatrike
- Historia e dhunës
- Histori familjare e vetëvrasjes

Klientët e pranuar për trajtim spitalor në institucione të specializuara të shëndetit mendor kanë një rrezik 50 deri në 200 herë më të lartë të vetëvrasjes në krahasim me

popullsinë në përgjithësi. Në pacientët psikiatrikë, janë identifikuar një sërë faktorësh rreziku për vetëvrasje:

- Përpjekjet e mëparshme për vetëvrasje
- Vetëdëmtimi i qëllimshëm
- Histori familjare e vetëvrasjes
- Ide për vetëvrasje
- Depresioni, pashpresa
- Agjitacion
- Probleme sociale ose të marrëdhënieve

Studimet kanë raportuar faktorë rreziku shtesë si halucinacionet komanduese, deluzione, çrregullime mendore përveç depresionit, sëmundje fizike bashkëekzistuese, histori familjare të sëmundjeve mendore, shtrime të shumta në trajtim spitalor, shkarkim të paplanifikuar dhe recetë të antidepressantëve [5].

Megjithëse një pjesë e madhe e vetëvrasjeve mund të shmangen me trajtim efektiv të çrregullimeve mendore, 50% deri në 75% e atyre në nevojë marrin trajtim joadekuat. Mosnjohja e kushteve mendore kufizon seriozisht potencialin për të identifikuar dhe trajtuar siç duhet individët në rrezik për vetëvrasje [6].

Ekzaminimi për rrezikun e vetëvrasjes

Për shkak se vetëvrasja është jashtëzakonisht e rrallë në krahasim me faktorët e rrezikut shoqëruar, parashikimi se kush mund të jetë në rrezik është jashtëzakonisht i vështirë. Megjithatë, ofruesit e kujdesit shëndetësor duhet të jenë të vetëdijshëm për shenjat paralajmëruese dhe faktorët e rrezikut dhe të jenë të përgatitur për të kontrolluar, referuar dhe dokumentuar rrezikun e vetëvrasjes. Ekzaminimi nga profesionistët e kujdesit shëndetësor merr një rëndësi të veçantë sepse vlerësohet se 75% e individëve që vdesin nga vetëvrasja janë në kontakt me një mjek të kujdesit parësor në vitin para vdekjes së tyre dhe gati 45% brenda një muaji nga vdekja e tyre [7]. Ekzaminimi për ide dhe sjellje vetëvrasëse mund të sigurojë që ata që kërkojnë shërbime të marrin ndihmën që u nevojitet.

Ekzaminimi për rrezikun e vetëvrasjes në një mjedis klinikë ose komuniteti (si p.sh. një farmaci ambulatorë) kërkon një qasje të kujdesshme dhe jo-gjykyese. Qëllimi i përgjithshëm është të identifikohen njerëzit që kanë mendime për vetëdëmtim, por nuk kanë formuluar ende një plan ose nuk kanë vepruar sipas këtyre mendimeve. Nëse skenari tregon rrezik të shtuar, përgatituni të bëni një referim të menjëhershëm, duke u siguruar që klienti juaj të kalojë në mënyrë të sigurt nga vendi i ekzaminimit në pikën e shërbimit aktual.

Çdo ofrues i kujdesit shëndetësor në çdo mjedis mund të thirret të pyesë një klient për vetëvrasjen. Për shkak se kjo nuk është e lehtë, rekomandohet që ofruesit të përdorin një mjet të thjeshtë kontrolli dhe të praktikojnë pyetjet derisa të ndihen rehat duke udhëhequr një klient përmes një skenari vetëvrasjeje. Të kuptuarit se kur nevojitet një referim është një pjesë kritike e skenarit - kushdo që mendohet se është në rrezik për

vetëvrasje duhet të referohet. Që ekzaminimi të jetë efektiv, ofruesit e kujdesit shëndetësor duhet:

- Përdorin një mjet të thjeshtë kontrolli.
- Praktikojnë pyetjet para kohe.
- Kuptojnë shenjat paralajmëruese të vetëvrasjes, faktorët e rrezikut dhe faktorët mbrojtës.
- Jinë empatik dhe jogjykues.
- Kuptojnë se si qëndrimet e tyre ndikojnë te klientët.
- Kontrollonjë që takimet e referimit të mbahen.
- Koordinojnë shërbimet me ofruesit e shëndetit mendor, praktikuesit e tjerë dhe anëtarët e familjes [8].

Edhe diçka aq e thjeshtë sa është një pyetësor ose një mjet i shpejtë ekzaminimi me dy pyetje mund të identifikojë individë me rrezik të lartë, të cilët përndryshe nuk mund të identifikohen.

Mjetet e Screening/ekzaminimit

Sipas Joint Commission, të gjithë pacientët duhet të kontrollohen për ide vetëvrasëse, duke përdorur një mjet të shkurtër, të standardizuar, të bazuar në evidence [9].

Mjetet e ekzaminimit përfshijnë:

Emërtimi i mjetit në shqip	Emërtimi i mjetit në anglisht
▪ Pyetësori i shëndetit të pacientit 2 (PHQ2)	▪ Patient Health Questionnaire 2 (PHQ2)
▪ Pyetësori i shëndetit të pacientit (PHQ9)	▪ Patient Health Questionnaire (PHQ9)
▪ Ekzaminimi i vetëvrasjes së Kolumbisë	▪ Columbia Suicide Screen
▪ Ekzaminimi i sigurisë së pacientit EDSAFE i Rrjetit të Mjekësisë Urgjente	▪ Emergency Medicine Network's EDSAFE Patient Safety Screener
▪ Pyetësori i sjelljeve vetëvrasëse – i rishikuar (SBQ-R)	▪ Suicide Behaviors Questionnaire– Revised (SBQ-R)

Nga të gjitha mjetet ekzaminuese të cituara më sipër në kujdesin shëndetësor shqiptar pyetësori (PHQ9) është ai që ka përdorimin më të gjerë. Ai është përkthyer dhe validizuar në gjuhën shqipe dhe përdoret për të vlerësuar shëndetin mendor të popullatës si pjesë e Kontrollit Mjekësor Bazë për Qytetarët Shqiptarë – Check-up. Ky pyetësor është përdorur edhe në studime të ndryshme për të vlerësuar statusin mendor të popullatës shqiptare gjatë periudhës së pandemisë COVID-19 [9-10].

Nëse një klient del pozitiv për rrezikun e vetëvrasjes, standardi i kujdesit i vendosur nga Joint Commission kërkon një vlerësim të plotë të rrezikut të vetëvrasjes. Për të përcaktuar kursin e duhur të trajtimit për një klient të përcaktuar se është në rrezik për

vetëvrasje, ose duhet bërë një vlerësim më i plotë ose klienti duhet referuar për shqyrtim dhe vlerësim dytësor [8].

Një klient në krizë akute vetëvrasëse duhet të mbahet në një mjedis të sigurt të kujdesit shëndetësor nën vëzhgimin një për një. Mos i lini këta klientë vetëm. Siguroni akses të menjëhershëm në kujdes përmes një departamenti të urgjencës, njësisë psikiatrike spitalore, qendrës së komunitetit. Kontrolloni këta klientë dhe vizitorët e tyre për mjete që mund të përdoren për të bërë një tentativë vetëvrasjeje ose për të dëmtuar të tjerët. Mbajini ato larg pikave të ankorimit për t'u varur dhe materialeve që mund të përdoren për vetëlëndim. Disa mjete specifike vdekjeprurëse që janë lehtësisht të disponueshme në spitalet e përgjithshme dhe që janë përdorur në vetëvrasje përfshijnë: litarët e ziles, fashat, çarçafët, rripat e mbajtjes, qeset plastike, tuba elastikë dhe tuba oksigjeni.

Për klientët që shfaqen pozitivë për ide vetëvrasëse dhe mohojnë ose minimizojnë rrezikun e vetëvrasjes ose refuzojnë trajtimin, duhet marr informacion konfirmues duke kërkuar lejen e pacientit për të kontaktuar miqtë, familjen ose ofruesit e trajtimit ambulator. Nëse klienti refuzon pëlqimin, legjislacioni për shëndetin mendor e lejon që një klinikist të bëjë këto kontakte pa lejen e pacientit kur klinikisti beson se klienti mund të jetë një rrezik për veten ose të tjerët.

Për klientët me rrezik më të ulët të vetëvrasjes, duhet të bëhen referime dhe lidhje personale dhe të drejtpërdrejta me personelin e kujdesit shëndetësor parësor dhe ofruesit e tjerë për kujdesin pasues brenda një jave nga vlerësimi fillestar, në vend që t'i lihet pacientit që të bëjë takimin [8].

Referimi

Çdo ofrues me një detyrë etike për të vlerësuar sigurinë e klientit mund të fillojë procesin e referimit; megjithatë rezultati varet nga ofruesit me ekspertizën ligjore dhe mjekësore të kërkuar. Nëse klientët referohen për shtrimin në spital dhe pranojnë të shtrohen në spital, ata duhet të vendosen në mjedisin më pak kufizues.

Në rrethana ekstreme, nëse një klient gjykohet se plotëson kriteret si "rrezik për veten", mund të inicohet një proces ligjor ku një klient mund të mbahet kundër dëshirës së tij ose të saj në një objekt të mbyllur deri në 72 orë. Gjatë kësaj kohe përfundon një vlerësim më i plotë mjekësor dhe fillon menaxhimi i mjekimit dhe strategjitë e tjera të sigurisë.

Të gjitha organizatat shëndetësore dhe të sjelljes duhet të kenë politika dhe procedura specifike të shkruara të fokusuara në zbulimin dhe reagimin ndaj personave që paraqiten për kujdes me rrezik vetëvrasjeje. Stafi duhet të trajnohet se si të përdorë politikat dhe procedurat, me përditësime të rregullta (p.sh. vjetore) të planifikuara. Ekzaminimi dhe referimi janë të ndryshëm për çdo person dhe çdo situatë. Megjithëse shpesh mungojnë, shërbimet e specializuara janë thelbësore – veçanërisht në situata të cenueshmërisë unike, siç janë krizat vetëvrasëse. Kur rreziku i vetëvrasjes dhe

vetëdëmtimit është akut, shërbimet duhet të ofrohen në një mënyrë të dhembshur që nderon dinjitetin njerëzor të një personi [11].

Nëse jeni duke u kujdesur për klientë (ose po u ofroni medikamente klientëve) të cilët kohët e fundit janë përpjekur të dëmtojnë veten, mbani në mend se periodha pas daljes nga një departament urgjence ose reparti akut psikiatrik është një kohë me rrezik të lartë kur shërbimet mbështetëse janë kritike. Gjatë kësaj kohe, një klient ka të ngjarë të kontaktojë me shumë ofrues të shërbimeve ambulatorë të cilët nuk kanë akses të lehtë në shërbimet psikiatrike. Për këtë arsye, është e domosdoshme që çdo organizatë ose agjenci të ketë politika dhe procedura të vendosura që përshkruajnë se çfarë duhet bërë nëse një skenar tregon se një klient është në rrezik të vetëdëmtimit.

Referimet sipas nivelit të rrezikut

Tabela e mëposhtme paraqet referimin e pacientëve për rrezik për vetëcrasje sipas nivelit të rrezikut [12].

Niveli i rrezikut dhe veprimi i duhur në kujdesin parësor			
Rreziku i tentativës për vetëvrasje	Treguesit e rrezikut të vetëvrasjes	Faktorët kontribues [†]	Veprimi fillestar bazuar në nivelin e rrezikut
Rrezik akut i lartë	Ide ose mendime të vazhdueshme vetëvrasëse Synim i fortë për të vepruar ose planifikuar I paaftë për të kontrolluar impulsin ose Përpjekja e fundit për vetëvrasje ose sjellje përgatitore^{††}	Gjendje akute e çrregullimit mendor ose simptoma akute psikiatrike Ngjarje akute precipituese Faktorët e pamjaftueshëm mbrojtës	Mbani kontrollin e drejtpërdrejtë vëzhgues të pacientit Kufizoni aksesin ndaj mjeteve vdekjeprurëse Transferimi i menjëhershëm me shoqërim në ambientet e kujdesit Urgjent/ për shtrimin në spital
Rreziku akut i ndërmjetëm	Idetë ose mendimet aktuale për vetëvrasje Asnjë qëllim për të vepruar	Ekzistenca e shenjave paralajmëruese ose faktorëve të rrezikut^{†††} dhe Faktorë të kufizuar mbrojtës	Referojuni ofruesit të Shëndetit të Sjelljes për vlerësim dhe ndërhyrje të plotë Kontaktoni ofruesin e

	Në gjendje të kontrollojë impulsin Asnjë përpjekje e fundit ose sjellje përgatitore ose provë akti		Shëndetit të Sjelljes për të përcaktuar saktësinë e referimit Kufizoni aksesin ndaj mjeteve vdekjeprurëse
Rrezik akut i ulët	Idetë ose mendimet e fundit vetëvrasëse Asnjë qëllim për të vepruar apo planifikuar Në gjendje të kontrollojë impulsin Asnjë planifikim apo provim i një akti vetëvrasës Asnjë përpjekje e mëparshme	Ekzistenca e faktorëve mbrojtës dhe Faktorë të kufizuar rreziku	Merrni parasysh konsultimin me Shëndetin e Sjelljes për të përcaktuar: Nevoja për referim Mjekimi Trajtoni problemet e paraqitura Adresoni çështjet e sigurisë Kujdesi për dokumentet dhe arsyetimi për veprim

Shënim:

†Modifikues që rrisin nivelin e rrezikut për vetëvrasje të çdo niveli të përcaktuar:

Gjendja e akute e përdorimit të substancave: Historia e abuzimit me alkoolin ose substancat shoqërohet me gjykim të dëmtuar dhe mund të rrisë ashpërsinë e vetëvrasjes dhe rrezikun për akt vetëvrasës

Qasja në mjete: (armë zjarri, medikamente) mund të rrisë rrezikun për akt vetëvrasës

Ekzistenca e faktorëve të shumtë të rrezikut ose shenjave paralajmëruese ose mungesa e faktit mbrojtës

††Dëshmitë e shenjave paralajmëruese të sjelljes vetëvrasëse në kontekstin e mohimit të ideimit duhet të kërkojnë shqetësim (p.sh., meditimi i planit me mohim të mendimeve ose ideimit).

Burimet e referimit

Ofruesit e kujdesit shëndetësor duhet të jenë të njohur me agjencitë e komunitetit, organizatat e shëndetit mendor, shërbimet e larta, grupet mbështetëse dhe programet e mbështetjes së bashkëmoshatarëve dhe kolegëve. Këto programe nxisin ndjenjën e lidhjes dhe përkatësisë dhe ofrojnë shërbime të nevojshme kritike, duke përfshirë punësimin dhe ndihmën profesionale, ndihmën për strehimin dhe ndërveprimet sociale që nuk janë të fokusuara në sëmundje. Bashkëpunimi, dhe komunikimi janë komponentë kritikë të referimit dhe shërimit të pacientit [6].

Trajnimi i njohjes dhe referimit - i quajtur gjithashtu trajnimi i portierëve - luan një rol kritik në parandalimin e vetëvrasjeve. Ai u mëson edukatorëve, trajnerëve, klerikëve, si dhe reaguesve të urgjencës, ofruesve të kujdesit parësor dhe urgjencës, farmacistëve, profesionistëve shëndetësorë aleatë përfshirë infermierët dhe të tjerëve në komunitet se si të identifikojnë dhe referojnë njerëzit që mund të jenë në rrezik të vetëvrasjes [3].

Referenca

1. CDC's National Vital Statistics System. Public Domain. Original (larger) image is at this URL: <https://www.cdc.gov/vitalsigns/suicide/>
2. World Health Organization (WHO). (2018). Risk Factors. World Health Organization (WHO). (2014). Preventing Suicide: A global Imperative.
3. Washington State Department of Health (WSDOH). (2016). Washington State Suicide Prevention Plan.
4. Fosse R, Ryberg W, Carlsson MK, Hammer J. (2017). Predictors of suicide in the patient population admitted to a locked-door psychiatric acute ward. *PLoS ONE* 12(3): e0173958.
5. Department of Veterans Affairs/Department of Defense (DVA/DOD). (2013). Clinical Practice Guideline for Assessment and Management of Patients at Risk for Suicide.
6. Health and Human Services (HHS). (2012). Office of the Surgeon General and National Action Alliance for Suicide Prevention. 2012 National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action. Washington, DC.
7. Center for Substance Abuse Treatment (CSAT). (2015). *Addressing Suicidal Thoughts and Behaviors in Substance Abuse Treatment*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 50. HHS Publication No. (SMA) 154381. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
8. Joint Commission, The. (2016). Sentinel Event Alert. Detecting and Treating Suicide Ideation in All Settings.
9. Kamberi F, Jaho J, Mechili EA, Sinaj E, Skendo H. Effect of Covid-19 pandemic on mental health among Albanian people residing in the country and abroad - Implications for mental care. *Arch Psychiatr Nurs*. 2020;34(6):507-512.
10. Mechili EA, Saliq A, Kamberi F, et al. Is the mental health of young students and their family members affected during the quarantine period? Evidence from the COVID-19 pandemic in Albania. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2021;28(3):317-325.
11. Liljedahl SI, Helleman M, Daukantaitė D, et al. (2017). A standardized crisis management model for self-harming and suicidal individuals with three or more diagnostic criteria of borderline personality disorder: The Brief Admission Skåne randomized controlled trial protocol (BASRCT). *BMC Psychiatry* 17:220.
12. Department of Veterans Affairs/Department of Defense (DVA/DOD). (2013). Clinical Practice Guideline for Assessment and Management of Patients at Risk for Suicide.

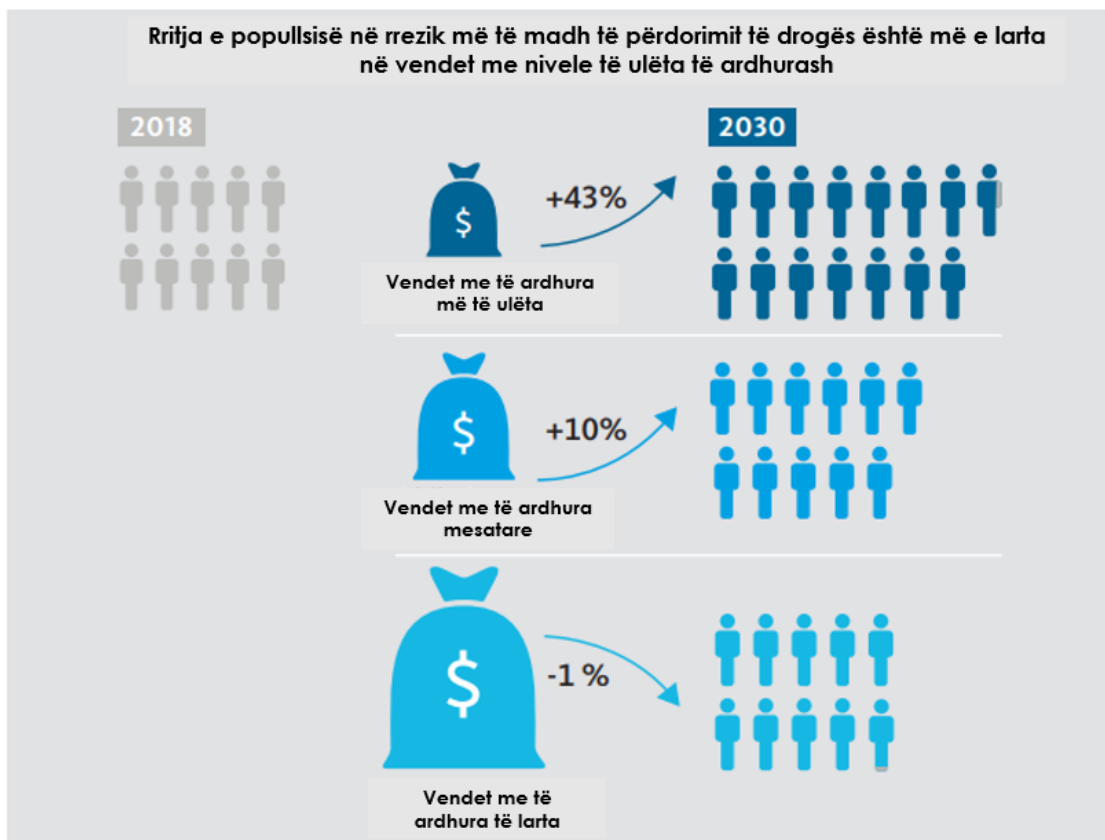
Objektivat

Në fund të këtij leksioni, studentët do të jenë në gjendje të:

- **Marrin informacion të përgjithshëm për abuzimin me substancat dhe ndikimin e tyre**
- **Njohin efektin e abuzimit me substancat në shëndetin mendor**
- **Njohin ndërhyrjet e hershme, trajtimin dhe menaxhimin e çrregullimeve të përdorimit të substancave**

Informacion i përgjithshëm dhe ndikimi

Abuzimi i substancave - që përfshin drogën, alkoolin ose të dyja - shoqërohet me një sërë kushtesh shkatërruese sociale, duke përfshirë ndërprerjet familjare, problemet financiare, produktivitetin e humbur, dështimin në shkollë, dhunën në familje, abuzimin e fëmijëve dhe krimin. Për më tepër, si qëndrimet sociale ashtu edhe rregullimet ligjore ndaj konsumit të alkoolit dhe drogave të paligjshme e bëjnë abuzimin me substancat një nga çështjet më komplekse të shëndetit publik [1]. Sipas vlerësimeve të fundit globale, rreth 5.5 për qind e popullsisë së moshës 15 deri në 64 vjeç kanë përdorur drogë të paktën një herë në vitin e kaluar, ndërsa 36.3 milionë njerëz, ose 13 për qind e numrit total të personave që përdorin drogë, vuajnë nga çrregullimet e përdorimit të drogës. Në nivel global, vlerësohet se mbi 11 milionë njerëz injektojnë drogë, gjysma e të cilëve jetojnë me hepatitin C. Opioidet vazhdojnë të përbëjnë barrën më të madhe të sëmundjes që i atribuohet përdorimit të drogës. Dy opioidet farmaceutike që përdoren më së shpeshti për të trajtuar njerëzit me çrregullime të përdorimit të opioideve, metadoni dhe buprenorfina, janë bërë gjithnjë e më të aksesueshme gjatë dy dekadave të fundit. Sasia e disponueshme për përdorim mjekësor është rritur gjashtëfish që nga viti 1999, nga 557 milionë doza ditore në 3,317 milionë deri në vitin 2019, duke treguar se trajtimi farmakologjik i bazuar në shkencë është më i disponueshëm tani se në të kaluarën [2]. Studimet kanë treguar se faktorët themelorë ndikojnë në përdorimin e drogës dhe shtrirjen e saj në popullatë. Tendencat në përdorimin e drogës përcaktohen nga një mori faktorësh që lidhen me karakteristikat individuale, familjare, komunitare dhe mjedisore, si dhe nga ndikimi i politikave kombëtare dhe lokale dhe ofrimit të shërbimeve [3]. Rritja më e fortë e popullsisë, dhe rrjedhimisht e numrit të parashikuar të njerëzve që përdorin drogë, do të ndodhë në vendet me të ardhura më të ulëta (një rritje e tillë parashikohet të kalojë 40 për qind gjatë periudhës 2018-2030), ndërkohë që vendet në rajonet më të zhvilluara, veçanërisht në Evropë, ka të ngjarë të shohin një rënie të numrit të njerëzve që përdorin drogë deri në vitin 2030 [4].



Pasojat e abuzimit me substancat duke përdorur dëshmitë në dispozicion është parë se kanë ndikim në fusha parësore -shëndetin, sigurinë publike, krimin, produktivitetin dhe qeverisjen. Efektet e abuzimit me drogën në këto fusha varen nga një mori ndërlikimesh brenda dhe jashtë këtyre zonave, duke përfshirë faktorë të tjerë si p.sh., strukturat sociale, vlerat kulturore dhe politikat e qeverisë [5].

A. Ndikimi në shëndet

Shëndeti i një personi ndikohet shumë nga abuzimi me substancat. Abuzimi me substancat kontribuon në një sërë rezultatesh negative shëndetësore dhe probleme të shëndetit publik, duke përfshirë:

- Sëmundjet kardiovaskulare
- Komplikimet e shtatzënisë
- Shtatzë në adoleshencë
- Virusi i mungesës së imunitetit të njeriut/sindroma e mungesës së imunitetit të fituar (HIV/AIDS)
- Sëmundjet seksualisht të transmetueshme (SST)
- Dhunë në familje
- Abuzim femije
- Aksidente automobilistike
- Vrasje
- Vetëvrasje [6].

Për shembull, të dhënat tregojnë se:

- Përdorimi i kokainës, MDMA (ekstazi), amfetaminave dhe steroideve janë lidhur me funksionimin jonormal kardiovaskular, duke filluar nga rrahjet jonormale të zemrës deri tek ataku në zemër [7].
- Përafërsisht një e katërta e rasteve të SIDA-s në Shtetet e Bashkuara kanë ardhur nga përdorimi i drogës me injeksion [8].
- Më shumë se gjysma e të gjithë njerëzve të arrestuar në Shtetet e Bashkuara, duke përfshirë për vrasje, sulme dhe vjedhje, rezultojnë pozitivë për droga të paligjshme [9].
- Ekspozimi prenatal i drogës mund të rezultojë në lindje të parakohshme, abort, peshë të ulët të lindjes dhe një sërë problemesh të sjelljes dhe njohjes [10].

Ekonomikisht, kjo manifestohet në kostot e parandalimit dhe trajtimit, kostot e kujdesit shëndetësor dhe spitalit, rritja e sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë [11].

B. Ndikimi në sigurinë publike

Përtej kostove shëndetësore, njerëzit nën ndikimin e drogës paraqesin rreziqe dhe kosto të mëdha sigurie për njerëzit përreth tyre dhe mjedisin. Për shembull, aksidentet e drejtimit të automjeteve të shkaktuara nga droga janë shfaqur si një kërcënim i madh global në vitet e fundit. Përveç kësaj, është shfaqur një ndërgjegjësim më i madh për ndikimet në mjedis të kultivimit, prodhimit dhe ambalazhimit të drogave të paligjshme [5].

C. Marrëdhënia me krimin

Një gjeneratë kërkimesh ka përcaktuar tre lidhje kryesore midis drogës dhe krimit. Lidhja e parë drogë/krim lidhet me dhunën që mund të shoqërohet me vetë përdorimin e drogës: krimi psikofarmakologjik. Krimi i kryer nën ndikimin e drogës është një problem madhor në mbarë botën. Lidhja e dytë drogë/krim është krimi ekonomik-kompulsiv. Është rezultat i përfshirjes së përdoruesve të drogës në krim për të mbështetur konsumimin dhe varësinë e tyre nga droga. Lidhja e tretë është krimi sistematik: dhuna që ndodh, për shembull, si rezultat i mosmarrëveshjeve për "terrenin e drogës" ose "përleshjet midis përdoruesve dhe shitësve për marrëveshjet e prishura" [5].

D. Ndikimi në produktivitet

Një kosto tjetër e abuzimit me drogën që përmendet është humbja e produktivitetit që mund të ndodhë kur përdoruesit e drogës janë nën ndikimin e drogës ose janë duke përjetuar pasojat e përdorimit të tyre të drogës (p.sh. gjatë trajtimit, burgosjes ose spitalit). Studimet kanë vënë në dhjetëra miliarda dollarë kostot e produktivitetit të humbur që përballohen nga punëdhënësit. Gjatë trajtimit ose kur janë të burgosur, përdoruesit e drogës mund të mos jenë në gjendje të marrin pjesë në punë, arsim ose trajnim, duke shtuar humbjen ekonomike, përveç kostos së trajtimit ose burgosjes. Duhet të theksohet se këto kosto produktiviteti do të jenë më të ulëta nëse mundësitë e punësimit janë tashmë të pakta në tërësi. Në Evropë në vitin 2010, 56 për qind e pacientëve që hynin në programet e trajtimit të drogës ishin të papunë dhe kjo përqindje ka ardhur duke u rritur [5].

E. Ndikimi në qeverisje

Gjurmuesit e drogës në vende të gjithë botës korruptojnë zyrtarë në të gjitha nivelet e zbatimit të ligjit dhe qeverisë në mënyrë që të vazhdojnë aktivitetet e tyre kriminale të papenguar. Si rezultat, qytetarët në zonat e prekura jetojnë me institucione të komprometuar të zbatimit të ligjit. Sot, kjo shihet në kontinente të ndryshme, ku kultivimi i paligjshëm i bimës së kanabisit, lulekuqes së opiumit vazhdon i shfrenuar, duke rezultuar në institucione qeveritare më pak të qëndrueshme dhe korrupsion të zyrtarëve qeveritarë [12].

F. Ndikimi në popullata specifike

Fëmijët: Ekspozimi para lindjes ndaj drogës mund të rezultojë në një sërë çrregullimesh emocionale, psikologjike dhe fizike. Fëmijët e ekspozuar ndaj drogave të paligjshme pas lindjes mund të kenë probleme të rëndësishme që kërkojnë kujdes shtesë, duke rezultuar në shpenzime personale dhe kosto për shoqërinë. Fëmijët e ekspozuar ndaj drogave janë në një rrezik dukshëm më të lartë të abuzimit fizik dhe seksual, si dhe neglizhencës dhe kanë shkallë më të lartë të ankthit, depresionit, delikuentës dhe problemeve me edukimin dhe vëmendjen.

Prindërit që abuzojnë me drogën kanë më shumë gjasa të jetojnë në shtëpi në të cilat të afërmit, miqtë dhe të huajt përdorin gjithashtu drogë, duke i ekspozuar fëmijët ndaj dëmtimeve të mundshme emocionale dhe fizike. Përveç kësaj, fëmijët që duhet të largohen nga mjedise të tilla kanë më shumë gjasa të përfshihen në krim, përdorim droge dhe delikuentë.

Abuzimi me drogën është një shqetësim i veçantë për fëmijët e rrugës në mbarë botën. Studimet tregojnë se fëmijët e rrugës që përdorin drogë kishin më shumë gjasa të ishin abuzuar nga prindërit e tyre, të kishin një histori arrestimesh dhe të merreshin me punë seksuale, duke i ekspozuar ndaj sëmundjeve seksualisht të transmetueshme.

Abuzimi me drogën prek edhe fëmijët në zonat e konfliktit. Në disa rajone, droga përdoret si një instrument për të përfshirë dhe mbajtur fëmijët dhe të rinjtë si fëmijë ushtarë në luftëra civile, konflikte të armatosura dhe konflikte rajonale dhe në aktivitete terroriste. Këta fëmijë dhe të rinj mund të bëhen subjekt i abuzimit fizik dhe seksual, problemeve psikologjike, varësisë dhe pasojave të tjera të dëmshme.

Gratë: Dallimet gjinore janë identifikuar si përcaktues të rëndësishëm në fillimin e sjelljeve të varura, duke përfshirë abuzimin me drogën. Gratë janë shumë të prekura nga pasoja të veçanta të abuzimit me drogën, të tilla si sëmundjet seksualisht të transmetueshme dhe pasojat e dhunës në familje, përveç që kanë më shumë gjasa të preken nga krimi i favorizuar nga droga.

Popullatat me të ardhura të ulëta: Abuzimi me drogën dhe varfëria janë të lidhura në shumë mënyra. Abuzimi me drogën mund të ndodhë për të lehtësuar stresin e lidhur me varfërinë, tendosjen kronike sociale dhe ngjarje të tjera të vështira. Në lagjet më të varfra, ka më pak akses në sistemet mbështetëse, kujdesin shëndetësor dhe organizatat e komunitetit. Për më tepër, marrëdhënia midis drogës dhe varfërisë mund të funksionojë gjithashtu në drejtim të kundërt: abuzimi me drogën mund të zvogëlojë

të ardhurat e përdoruesve, duke çuar në mungesë kujdesi për familjen dhe të dashurit dhe përgjegjësi të tjera [5].

G. Politikat alternative

Disa kanë argumentuar se alternativat ndaj sistemit aktual të kontrollit do të rezultonin në kosto më të ulëta. Ata argumentojnë se kostot e zbatimit që rezultojnë nga regjimi aktual ndërkombëtar i kontrollit të drogës, jo vetë drogat, janë burimi i shumicës së kostove. Nëse substancat e kontrolluara aktualisht do të rregulloheshin siç është alkooli në shumë vende, më shumë njerëz do t'i përdornin ato dhe do të bëheshin të varur, duke rezultuar në pasoja më të pafavorshme [5].

Abuzimi me substancat dhe efekti i tyre në shëndetin mendor

Shumë individë që zhvillojnë çrregullime të përdorimit të substancave diagnostikohen gjithashtu me çrregullime mendore, dhe anasjelltas. Të dhënat tregojnë shkallë të lartë të çrregullimeve të përdorimit të substancave shoqëruese dhe çrregullimeve të ankthit - të cilat përfshijnë çrregullimin e ankthit të përgjithësuar, çrregullimin e panikut dhe çrregullimin e stresit post-traumatik [13-17]. Çrregullimet e përdorimit të substancave gjithashtu -ndodhin në prevalencë të lartë me çrregullime mendore, si depresioni dhe çrregullimi bipolar, çrregullimi i hiperaktivitetit të deficitit të vëmendjes (ADHD), sëmundjet psikotike, çrregullimi i personalitetit kufitar, dhe çrregullimi i personalitetit antisocial. Pacientët me skizofreni kanë norma më të larta të çrregullimeve të përdorimit të alkoolit, duhanit dhe drogës sesa popullata e përgjithshme [18].

Tre rrugë kryesore mund të kontribuojnë në komorbiditetin midis çrregullimeve të përdorimit të substancave dhe sëmundjeve mendore

- Faktorët e zakonshëm të rrezikut mund të kontribuojnë si në sëmundjet mendore ashtu edhe në përdorimin e substancave dhe varësinë.

Si çrregullimet e përdorimit të substancave ashtu edhe sëmundjet e tjera mendore shkaktohen nga faktorë të mbivendosur siç janë dobësitë gjenetike dhe epigjenetike, çështje me zona të ngjashme të trurit, dhe ndikimet mjedisore si ekspozimi i hershëm ndaj stresit ose traumës.

- Sëmundjet mendore mund të kontribuojnë në përdorimin e substancave dhe varësinë.

Disa çrregullime mendore janë faktorë rreziku të përcaktuar për zhvillimin e një çrregullimi të përdorimit të substancave. Zakonisht hipotezohet se individët me çrregullime mendore të rënda, të lehta apo edhe subklinike mund të përdorin drogë si një formë vetë-mjekimi. Edhe pse disa barna mund të përkohësisht zvogëlojnë simptomat e një sëmundjeje mendore, ato gjithashtu mund të përkeqësojnë simptomat, si në mënyrë akute ashtu edhe në afat të gjatë. Për shembull, provat sugjerojnë se periudhat e përdorimit të kokainës mund të përkeqësojnë simptomat e çrregullimit bipolar dhe të kontribuojnë në përparimin e kësaj sëmundjeje.

- Përdorimi i substancave dhe varësia mund të kontribuojnë në zhvillimin e sëmundjeve mendore.

Përdorimi i substancave mund të çojë në ndryshime në disa nga të njëjtat zona të trurit që ndërpriten në çrregullime të tjera mendore, si skizofrenia, ankthi, humori ose çrregullimet e kontrollit të impulsit. Përdorimi i drogës që i paraprin simptomave të para të një sëmundjeje mendore mund të prodhojnë ndryshime në strukturën dhe funksionin e trurit që nxisin një predispozitë themelore për të zhvilluar atë sëmundje mendore [18].

Ndërhyrja e hershme, trajtimi dhe menaxhimi i çrregullimeve të përdorimit të substancave

Çrregullimi i përdorimit të substancave është një sëmundje mjekësore e karakterizuar nga dëmtime klinike të rëndësishme në shëndetin, funksionin social dhe kontrollin vullnetar mbi përdorimin e substancave [19]. Një spektër strategjik dhe shërbimesh efektive janë në dispozicion për të identifikuar, trajtuar dhe menaxhuar problemet e përdorimit të substancave dhe çrregullimet e përdorimit të substancave. Hulumtimet tregojnë se mënyra më efektive për të ndihmuar dikë me një problem të përdorimit të substancave, i cili mund të jetë në rrezik për zhvillimin e një çrregullimi të përdorimit të substancave është të ndërhyhet herët, përpara se gjendja të përparojë. Me këtë njohje, kontrolli për keqpërdorimin e substancave po ofrohet gjithnjë e më shumë në mjediset e kujdesit shëndetësor të përgjithshëm, në mënyrë që problemet e shfaqura të mund të zbulohen dhe të ofrohet ndërhyrja e hershme nëse është e nevojshme. Shtimi i shërbimeve për të trajtuar problemet dhe çrregullimet e përdorimit të substancave në kujdesin shëndetësor të zakonshëm ka zgjeruar vazhdimësinë e kujdesit dhe përfshin një sërë ilaçesh efektive, të bazuara në prova, terapi të sjelljes dhe shërbime mbështetëse [20].

Terma kyç

Trajtimi i çrregullimeve të përdorimit të substancave. Një shërbim ose grup shërbimesh që mund të përfshijnë mjekim, këshillim dhe shërbime të tjera mbështetëse të krijuara për t'i mundësuar një individ të reduktojë ose eliminojë përdorimin e alkoolit dhe/ose drogave të tjera, të adresojë problemet e lidhura me shëndetin fizik ose mendor dhe t'i kthejë pacientit aftësinë maksimale funksionale [21].

Vazhdimësia e Kujdesit. Një sistem i integruar kujdesi që drejton dhe gjurmon një person me kalimin e kohës përmes një sërë shërbimesh shëndetësore të përshtatshme për nevojat e individit. Një vazhdimësi kujdesi mund të përfshijë parandalimin, ndërhyrjen e hershme, trajtimin, kujdesin e vazhdueshëm dhe mbështetjen e rikuperimit [22].

Ndërhyrja e hershme, për trajtimin e problemeve të keqpërdorimit të substancave ose çrregullimeve të lehta dhe për të ndihmuar në parandalimin e çrregullimeve më të rënda të përdorimit të substancave.

Shërbimet e ndërhyrjes së hershme mund të ofrohen në një sërë mjedisesh (p.sh., klinika shkollore, zyra të kujdesit parësor, klinika të shëndetit mendor) për njerëzit që kanë përdorim problematik ose çrregullime të lehta të përdorimit të substancave. Këto

shërbime zakonisht ofrohen kur një individ paraqitet për një shërbim tjetër, gjendja ose shërbimi social ka nevojë dhe nuk po kërkon trajtim për një çrregullim të përdorimit të substancave. Qëllimet e ndërhyrjes së hershme janë të reduktojnë dëmet që lidhen me keqpërdorimin e substancave, të reduktojnë sjelljet e rrezikshme përpara se ato të çojnë në lëndime, për të përmirësuar funksionin shëndetësor dhe social dhe për të parandaluar përparimin në një çrregullim dhe nevojën e mëvonshme për shërbime të çrregullimeve të përdorimit të substancave. Ndërhyrja e hershme konsiston në ofrimin e informacionit në lidhje me rreziqet e përdorimit të substancave, nivelet normale ose të sigurta të përdorimit dhe strategjitë për të lënë ose reduktuar përdorimin dhe sjelljet e rrezikut të lidhura me përdorimin, dhe lehtësimin e fillimit dhe angazhimit të pacientit në trajtim kur është e nevojshme. Shërbimet e ndërhyrjes së hershme mund të konsiderohen si urë lidhëse ndërmjet shërbimeve të parandalimit dhe trajtimit. Për individët me keqpërdorim më serioz të substancave, ndërhyrja në këto mjedise mund të shërbejë si një mekanizëm për t'i përfshirë ata në trajtim [20].

Ndërhyrja e hershme duhet t'u ofrohet si adoleshentëve ashtu edhe të rriturve të cilët janë në rrezik ose shfaqin shenja të keqpërdorimit të substancave ose një çrregullimi të lehtë të përdorimit të substancave. Një grup që zakonisht ka nevojë për ndërhyrje të hershme janë njerëzit që konsumojnë pije të tepërta: njerëzit që kanë konsumuar të paktën 5 (për meshkuj) ose 4 (për femra) pije në një rast të vetëm të paktën një herë në 30 ditët e fundit.

Grupet e tjera që ka të ngjarë të përfitojnë nga ndërhyrja e hershme janë njerëzit që përdorin substanca gjatë drejtimit të automjetit dhe gratë që përdorin substanca gjatë shtatzënisë.

Pavarësisht nga substanca, hapi i parë drejt ndërhyrjes së hershme është ekzaminimi për të identifikuar sjelljet që e vënë individin në rrezik për dëmtim ose për zhvillimin e një çrregullimi të përdorimit të substancave. Një qasje e strukturuar për ofrimin e ndërhyrjes së hershme për njerëzit që shfaqin shenja të keqpërdorimit të substancave dhe/ose shenja të hershme të një çrregullimi të përdorimit të substancave është përmes ekzaminimit dhe ndërhyrjes së shkurtër. Aktualisht profesionistët e kujdesit kanë në dispozicion një numër të konsiderueshëm mjetesh për depistimin e përdorimit të substancave, si përdoren dhe për cilat grupmosha [23].

Ndërhyrjet e shkurtra (ose këshilla të shkurtra) variojnë nga këshillimi joformal deri te terapitë e strukturuar. Ato shpesh përfshijnë reagime ndaj individit në lidhje me nivelin e tyre të përdorimit në lidhje me kufijtë e sigurt, si dhe këshilla për të ndihmuar individin në vendimmarrje. Intervistimi motivues (IM) është një stil këshillimi i përqendruar te klienti që trajton ambivalencën e një personi ndaj ndryshimit. Një këshilltar përdor një qasje bisedore për të ndihmuar klientin e tyre të zbulojë interesin e tyre për të ndryshuar sjelljen e tyre duke përdorur substanca. Këshilltari i kërkon klientit të shprehë dëshirën e tij për ndryshim dhe çdo ambivalencë që mund të ketë dhe më pas fillon të punojë me klientin në një plan për të ndryshuar sjelljen e tij dhe për të marrë një angazhim për procesin e ndryshimit [24].

Shtimi i referimit në trajtim kur është e nevojshme. Kur problemi i përdorimit të substancave të një individi plotëson kriteret për një çrregullim të përdorimit të substancave dhe/ose kur ndërhyrjet e shkurtra nuk sjellin ndryshim, mund të jetë e

nevojshme të motivohet pacienti që të përfshihet në trajtim të specializuar. Ky quhet Screening, Ndërhyrje e Shkurtër dhe Referim për Trajtim. Në raste të tilla, ofruesi i kujdesit bën një referim për një vlerësim klinik të ndjekur nga një plan trajtimi klinik i zhvilluar me individin, i cili është përshtatur për të përmbushur nevojat e personit. Proceset efektive të referimit duhet të përfshijnë strategji për të motivuar pacientët që të pranojnë referimin. Megjithëse komponentët e shqyrtimit dhe të ndërhyrjes së shkurtër të Screening, Ndërhyrje e Shkurtër dhe Referim për Trajtim janë të njëjta me ndërhyrjet e shkurtra, referimi në trajtim ndihmon individin të aksesojë, të zgjedhë dhe të eksplorojë pengesat në trajtimin e çrregullimeve të përdorimit të substancave [25]

Parimet dhe Qëllimet e Trajtimit

Trajtimi mund të ndodhë në një sërë mjedisesh, por shumica e trajtimeve për çrregullimet e përdorimit të substancave është ofruar tradicionalisht në programet e specializuara të trajtimit të çrregullimeve të përdorimit të substancave. Për këtë arsye, shumica e kërkimeve janë kryer brenda këtyre mjedisve specialiteti, Tabela 22-1, [26].

Tabela 22-1. Parimet e trajtimit efektiv për çrregullimet e përdorimit të substancave

Parimet e trajtimit efektiv për të rriturit

1. Varësia është një sëmundje komplekse, por e trajtueshme që ndikon në funksionin dhe sjelljen e trurit.
2. Asnjë trajtim i vetëm nuk është i përshtatshëm për të gjithë.
3. Trajtimi duhet të jetë i disponueshëm.
4. Trajtimi efektiv kujdeset për nevojat e shumta të individit, jo vetëm abuzimin e tij ose të saj me drogën.
5. Qëndrimi në trajtim për një periudhë të mjaftueshme kohore është kritike.
6. Terapitë e sjelljes - duke përfshirë këshillimin individual, familjar ose grupor - janë format më të përdorura të trajtimit të abuzimit me drogën.
7. Medikamentet janë një element i rëndësishëm i trajtimit për shumë pacientë, veçanërisht kur kombinohen me këshillim dhe terapi të tjera të sjelljes.
8. Plani i trajtimit dhe i shërbimeve të një individi duhet të vlerësohet vazhdimisht dhe të modifikohet sipas nevojës për të siguruar që ai plotëson nevojat e tij/saj në ndryshim.
9. Shumë individë të varur nga droga kanë edhe çrregullime të tjera mendore.
10. Detoksifikimi i ndihmuar nga mjekësia është vetëm faza e parë e trajtimit të varësisë dhe në vetvete ndikon pak në ndryshimin e abuzimit afatgjatë të drogës.
11. Trajtimi nuk duhet të jetë vullnetar që të jetë efektiv.
12. Përdorimi i drogës gjatë trajtimit duhet të monitorohet në mënyrë të vazhdueshme, pasi ndodhin gabime gjatë trajtimit.
13. Programet e trajtimit duhet të testojnë pacientët për praninë e HIV/AIDS, hepatitit B dhe C, tuberkulozit dhe sëmundjeve të tjera infektive, të ofrojnë këshillim për reduktimin e rrezikut dhe të lidhin pacientët me trajtimin nëse është e nevojshme.

Medikamentet dhe trajtimi i asistuar me ilaçe

Të përshkruara në këtë mënyrë, medikamentet për çrregullimet e përdorimit të substancave janë në një farë mënyre si insulina për pacientët me diabet. Këto

medikamente përfshijnë trajtimin e asistuar me mjekim për çrregullimet e përdorimit të opioideve dhe për çrregullimet e përdorimit të alkoolit, Tabela 22-2, [20].

Tabela 22-2. **Medikamentet dhe trajtimi i asistuar me ilaçe për çrregullimet e përdorimit të substancave**

Trajtimi i asistuar me mjekim për çrregullimet e përdorimit të opioideve	Trajtimi i asistuar me mjekim për çrregullimet e përdorimit të alkoolit
Për trajtimin e çrregullimeve të përdorimit të opioideve përdoren zakonisht tre medikamente: metadoni, buprenorfina dhe naltreksoni. Metadoni është një agonist sintetik opioid që është përdorur për të trajtuar simptomat e tërheqjes nga heroina dhe opioidet e tjera. Ai përdoret gjithashtu në trajtimin e pacientëve me dhimbje kronike, të forta si një alternativë terapeutike ndaj sulfatit të morfinës dhe analgjezikëve të tjerë opioidë. Buprenorfina është në dispozicion si një tabletë nëngjuhësore dhe një film sublingual ose bukal. Përvoja klinike dhe protokollet kërkimore tregojnë se fillimi dhe stabilizimi i buprenorfinës gjatë periudhës së induksionit është një pjesë e rëndësishme e trajtimit të suksesshëm për individët me çrregullim të përdorimit të opioideve. Buprenorfina mund të përshkruhet vetëm ose si një ilaç i kombinuar që përfshin naloksonin, një ilaç antagonist opioid Naltreksoni është një antagonist opioid që lidhet me receptorët opioid dhe bllokon aktivizimin e tyre; nuk prodhon efekte të ngjashme me opioidet dhe nuk mund të abuzohet. Ai parandalon që opioidet e tjerë të lidhen me receptorët e opioideve në mënyrë që të kenë pak ose aspak efekt. Naltreksoni vjen në dy formulime: oral dhe injeksion me çlirim të zgjatur.	Një numër faktorësh duhet të merren parasysh në përcaktimin e nevojës për mjekim kur trajtohet një individ për një çrregullim të përdorimit të alkoolit, si motivimi i pacientit për trajtim, potenciali për rikthim dhe ashpërsia e kushteve bashkëekzistuese. Disulfirami është një medikament që pengon zbrërthimin normal të acetaldehidit i cili prodhohet nga metabolizmi i alkoolit, duke rritur kështu me shpejtësi acetaldehidin në gjak i cili prodhon një përgjigje aversive. Kështu, pasi disulfirami merret nga goja, çdo alkool i konsumuar rezulton në grumbullim të shpejtë të acetaldehidit dhe rezulton një reagim negativ ose sëmundje. Naltreksoni është antagonist i opioideve që përdoret për të trajtuar çrregullimin e përdorimit të opioideve. Për shkak se bllokun disa receptorë opioidë, naltreksoni kundërshton disa nga aspektet e këndshme të pirjes. Acamprosati është një medikament që normalizon ndryshimet neurokimike të lidhura me alkoolin në sistemet e glutamatit të trurit dhe në këtë mënyrë redukton simptomat e dëshirës që mund të nxisin një rikthim të pijes patologjike.

Referenca

1. National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health. Understanding drug abuse and addiction. NIDA InfoFacts. Bethesda, MD; 2011. p.1. Available from <http://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/understanding-drug-abuse...>
2. World Drug Report 2021 (United Nations publication, Sales No. E.21.XI.8).
3. World Drug Reports, in particular UNODC, World Drug Report 2020, booklet 4, Cross-Cutting Issues: Evolving Trends and New Challenges (United Nations publication, 2020).
4. UNODC estimates, based on responses to the annual report questionnaire; and United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, World Population Prospects: Revision 2019.
5. INCB REPORT 2013. Chapter I. Economic consequences of drug abuse.
6. <https://www.healthypeople.gov/2020/leading-health-indicators/2020-lhi-topics/Substance-Abuse>
7. National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health. Cardiovascular effects. Medical Consequences of Drug Abuse. Bethesda, MD: 2011. Available from <http://www.drugabuse.gov/consequences/cardiovascular>
8. National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health. Drug abuse and the link to HIV/AIDS and other infectious diseases. NIDA InfoFacts. Bethesda, MD: 2011. p.2.
9. Office of National Drug Control Policy. 2010 Annual Report: Arrestee Drug Abuse Monitoring Program II. Washington, DC; 2011. p.xii. Available from <https://obamawhitehouse.archives.gov/sites/default/files/ondcp/policy-an..>
10. National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health. Prenatal effects. Medical Consequences of Drug Abuse. Bethesda, MD. Available from <http://drugabuse.gov/consequences/prenatal>
11. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); Office of the Surgeon General (US). Facing Addiction in America: The Surgeon General's Report on Alcohol, Drugs, and Health [Internet]. Washington (DC): US Department of Health and Human Services; 2016 Nov. CHAPTER 1, INTRODUCTION AND OVERVIEW OF THE REPORT. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK424860/>
12. E/INCB/2010/1.
13. Magidson JF, Liu S-M, Lejuez CW, Blanco C. Comparison of the Course of Substance Use Disorders among Individuals With and Without Generalized Anxiety Disorder in a Nationally Representative Sample. J Psychiatr Res. 2012;46(5):659-666.
14. Conway KP, Compton W, Stinson FS, Grant BF. Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. J Clin Psychiatry. 2006;67(2):247-257.
15. Brady KT, Haynes LF, Hartwell KJ, Killeen TK. Substance use disorders and anxiety: a treatment challenge for social workers. Soc Work Public Health. 2013;28(3-4):407-423.

16. Wolitzky-Taylor K, Operskalski JT, Ries R, Craske MG, Roy-Byrne P. Understanding and treating comorbid anxiety disorders in substance users: review and future directions. *J Addict Med*. 2011;5(4):233-247.
17. Torrens M, Gilchrist G, Domingo-Salvany A, psyCoBarcelona Group. Psychiatric comorbidity in illicit drug users: substance-induced versus independent disorders. *Drug Alcohol Depend*. 2011;113(2-3):147-156.
18. NIDA. Why is there comorbidity between substance use disorders and mental illnesses? National Institute on Drug Abuse website. <https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/common-comorbidities-substance-use-disorders/why-there-comorbidity-between-substance-use-disorders-mental-illnesses>. April 13, 2021 Accessed January 19, 2022.
19. Medina J. Symptoms of substance use disorders (Revised for DSM-5). 2015.
20. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); Office of the Surgeon General (US). Facing Addiction in America: The Surgeon General's Report on Alcohol, Drugs, and Health [Internet]. Washington (DC): US Department of Health and Human Services; 2016 Nov. CHAPTER 4, EARLY INTERVENTION, TREATMENT, AND MANAGEMENT OF SUBSTANCE USE DISORDERS.
21. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Behavioral health treatments and services. 2015.
22. Evashwick C. Creating the continuum of care. *Health Matrix*. 1988;7(1):30–39.
23. National Institute on Drug Abuse, (2015).
24. Center for Substance Abuse Treatment. Brief interventions and brief therapies for substance abuse. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 1999. (Treatment improvement protocol (TIP) series, No. 34). (HHS Publication No (SMA) 12-3952)
25. National Quality Forum. Evidence-based treatment practices for substance use disorders: Workshop proceedings. NQFWP-06-05. Washington, DC: National Quality Forum; 2005.
26. National Institute on Drug Abuse, (2012).

Abuzimi me substancat: Fakte nga konteksti i kujdesit shëndetësor shqiptar

Objektivat

Në fund të këtij leksioni, studentët do të jenë në gjendje të:

- **Marrin informacion të përgjithshëm për abuzimin e substancave në Shqipëri dhe fakte nga konteksti i kujdesit shëndetësor**

Abuzimi me substancat - Prevalenca dhe tendencat

Anketa e parë e përgjithshme e popullsisë mbi përdorimin e substancave u krye në Shqipëri në vitin 2014 me një kampion prej 3 975 personash të moshës 15 deri në 64 vjeç. Rezultatet treguan se kanabisi është substanca kryesore e paligjshme e konsumuar; rreth 1 në 10 të rritur të moshës 15 deri në 64 vjeç në Shqipëri kanë përdorur kanabis të paktën një herë gjatë jetës së tyre, ndërsa rreth gjysma e tyre e kanë përdorur atë vitin e fundit. Kokaina është droga ilegale e dytë më e përdorur në mesin e popullatës së përgjithshme të rritur, e ndjekur nga 3, 4-metilendioksi-Nmetilamfetamina (MDMA/ekstazi) (4,7 % dhe 1 % respektivisht). Përdorimi i drogave të paligjshme është më i zakonshëm tek të rinjtë. Kështu, 7,9 % e moshave 15 deri në 34 vjeç raportuan përdorimin e kanabisit dhe 3,6 % raportuan përdorimin e kokainës. Rreth 4,1 % e të anketuarve në këtë grupmoshë kishin përdorur kanabis dhe 1,4 % kishin përdorur kokainë në muajin e fundit.

Meshkujt raportuan përdorimin e të gjitha substancave të paligjshme më shpesh sesa femrat. Për shumicën e substancave, prevalenca e raportuar ishte pothuajse 10 herë më e lartë tek meshkujt se femrat, me përjashtim të MDMA, për të cilën prevalenca gjatë gjithë jetës ishte vetëm rreth katër herë më e lartë tek meshkujt sesa femrat. Në përgjithësi, përdorimi i substancave ishte më i përhapur në zonat urbane.

Të dhënat për përdorimin e drogës në mesin e nxënësve 15 deri në 16 vjeç raportohen nga Projekti i Shkollës Evropiane për Alkoolin dhe Drogat e Tjera (ESPAD). Studimi është kryer në Shqipëri në vitet 2011 dhe 2015. Rezultatet nga studimi tregojnë se, në kuadër të ESPAD, studentët shqiptarë kanë zakone të moderuara të përdorimit të substancave krahasuar me studentët në 35 vendet e tjera ku është kryer studimi. Në vitin 2015, prevalenca e përdorimit gjatë gjithë jetës së kanabisit te studentët shqiptarë ishte 7%, që është më pak se gjysma e mesatares së ESPAD (16%), ndërsa normat e përdorimit gjatë gjithë jetës së drogave të paligjshme përveç kanabisit (6%) dhe e substancave të reja psikoaktive (4%) ishin relativisht afër mesatares ESPAD (5% dhe 4% respektivisht).

Kokaina dhe MDMA ishin drogat e radhës më të përdorura pas kanabisit, megjithëse me norma dukshëm më të ulëta. Analiza afatgjatë tregon një rritje të përdorimit të çdo droge të paligjshme tek nxënësit shqiptarë 15 deri në 16 vjeç që nga viti 2011 (8% në 2011 dhe 10% në 2015), dhe në veçanti të kanabisit (4% në 2011 dhe 7% në 2015).

Rezultatet e studimit të sjelljes shëndetësore tek fëmijët e moshës shkollore mes nxënësve 15-vjeçarë i zbatuar në Shqipëri në vitet 2009/10 dhe 2013/14 vërtetojnë konstatimin e ESPAD se adoleshentët shqiptarë eksperimentojnë me kanabis; megjithatë, vazhdimësia e përdorimit duket të jetë e ulët [1]

Abuzimi me substancat – Fokusi i kujdesit shëndetësor shqiptar

Kujdesi shëndetësor për abuzimin nga substancat përfshin ndërhyrje të fokusuara në parandalim, zvogëlim të dëmtimit dhe trajtim.

☐ **Parandalimi**

Strategjia Kombëtare Shqiptare për Drogën (2012-2016) [2] I dha prioritet parandalimit të drogës dhe I orientoi aktivitetet në këtë fushë drejt ndërgjegjësimit nëpërmjet medias, zbatimit të programeve 224pecial në shkolla dhe aktiviteteve parandaluese me bazë komunitare. Parandalimi I drogës është I përfshirë në detyrat dhe aktivitetet e disa ministrive dhe institucioneve, si Ministria e Arsimit dhe Sportit, Ministria e Shëndetësisë dhe Instituti I Shëndetit Publik.

☐ **Ndërhyrjet parandaluese**

Ndërhyrjet parandaluese përfshijnë një gamë të gjerë qasjesh, të cilat janë plotësuese. Strategjitë universale synojnë popullata të tëra; parandalimi selektiv synon grupet e cenueshme që mund të jenë në rrezik më të madh të zhvillimit të problemeve të përdorimit të drogës; dhe parandalimi i treguar fokusohet tek individët me rrezik.

Aktivitetet universale të parandalimit të drogës zbatohen kryesisht në mjediset e shkollave nën përgjegjësinë e Ministrisë së Arsimit dhe Sportit dhe në bashkëpunim të ngushtë me Institutin e Shëndetit Publik. Një kurrikulë e detyrueshme "Shkathtësitë e jetës dhe aftësitë për karrierë" është futur në shkollat e mesme që nga viti 2010. Kjo kurrikulë ka një seksion të veçantë për parandalimin e përdorimit të drogës dhe alkoolit. Zyra e Kombeve të Bashkuara për Drogën dhe Krimin mbështeti Ministrinë e Arsimit për të nisur programin "Forcimi i familjes", i cili është një program trajnimi i aftësive familjare i bazuar në prova për të parandaluar përdorimin e drogës, HIV/AIDS-in dhe krimin dhe delikuencën midis të rinjve, duke forcuar dhe përmirësuar kapacitetin e familjeve për t'u kujdesur më mirë për fëmijët.

Në vitin 2011, programi u pilotua në 16 shkolla në Tiranë dhe Shkodër. Psikologët e shkollave, të cilët janë kryesisht të disponueshëm në shkollat e zonave urbane, kanë për detyrë identifikimin e hershëm të nxënësve me probleme me përdorimin e substancave. Departamentet rajonale të arsimit, departamentet e shëndetit publik, autoritetet lokale dhe OJQ-të kontribuojnë në programet e parandalimit të drogës në shkolla; megjithatë, këto aktivitete mbeten sporadike.

Në vitet 2011 dhe 2012, Policia e Qarkut Tiranë, në bashkëpunim me Drejtorinë Arsimore Rajonale të Tiranës dhe me mbështetjen e Programit Ndërkombëtar të Asistencës për Trajnimin e Hetimeve Kriminale, Gardës Kombëtare të Nju Xhersit dhe Ambasadës Amerikane në Tiranë, zbatuan projektin “Edukimi dhe ndërgjegjësimi i të rinjve dhe reduktimi i kërkesës për drogë dhe substancave të tjera të dëmshme”. Projekti u fokusua në shkollat fillore dhe të mesme. Projekti pilot tregoi rezultate pozitive në lidhje me ndërgjegjësimin e audiencës për drogat; Kështu, në prill 2012, Ministria e Arsimit dhe Sportit dhe Ministria e Brendshme (Policia e Shtetit Shqiptar) nënshkruan një marrëveshje për shtrirjen e këtij projekti në të gjitha qytetet e Shqipërisë.

Aktivitetet selektive parandaluese kryhen kryesisht nga OJF, si Aksion Plus dhe Stop AIDS. Ndërhyrjet selektive parandaluese ofrohen zakonisht së bashku me programet e reduktimit të dëmit, duke synuar grupet me rrezik të lartë si braktisja e shkollës, studentët që dështojnë akademikisht, etj. Qasjet e përdorura përfshijnë leksione, diskutime në grup, prezantim të rasteve dhe prezantim të përfundimeve të ushtrimeve kryhet nga një grup pune. Ndërkohë që në Shqipëri nuk disponohet asnjë informacion në lidhje me aktivitetet parandaluese të treguara.

☐ **Reduktimi i dëmit**

Reduktimi i dëmit është një nga katër shtyllat kryesore të Strategjisë Kombëtare kundër Drogës 2012-16 dhe do të vazhdon të jetë një tregues i rëndësishëm në Strategjinë e re Kombëtare kundër Drogës 2017-2021. Në kontekstin shqiptar, reduktimi i dëmit përfshin një gamë të gjerë masash, duke përfshirë shërbimet e trajtimit dhe veprime të tjera për të reduktuar pasojat e dëmshme shëndetësore që lidhen me abuzimin me drogën, dhe çon drejt riintegrit social të përdoruesve të drogës.

Reduktimi i dëmit filloi në Shqipëri në 1995 me sigurimin e gjilpërave dhe shiringave të pastra, edukimin e bashkëmoshatarëve, informacionin dhe këshillimin, mbështetjen mjekësore bazë dhe mbështetjen psikosociale për përdoruesit e drogës. Aktivitetet për reduktimin e dëmit kryhen nga OJQ-të (Aksion Plus, Stop AIDS dhe Qendra Emanuel), si dhe nga programi kombëtar publik i qendrave vullnetare të këshillimit dhe testimit për HIV/AIDS dhe infeksionet seksualisht të transmetueshme.

Ndërhyrjet për reduktimin e dëmit

Shërbimet e gjilpërave dhe shiringave ofrohen vetëm në kryeqytet, Tiranë. Një ekip i lëvizshëm informues operohet gjithashtu në Tiranë nga Stop AIDS, duke arritur përdoruesit dhe grupe të tjera me rrezik të lartë në vendet e tyre kryesore të grumbullimit në qytet. Përveç gjilpërave dhe shiringave, shërbimet ofrojnë prezervativë, dezinfektues, materiale informacioni dhe edukative, si dhe ndihmë sociale dhe psikologjike. Deri në fund të vitit 2010, gjithsej 4 050 përdorues kishin përfituar nga programet e shkëmbimit gjilpëra. Vaksinimi kundër hepatitit B për të sapolindurit ka qenë i disponueshëm që nga viti 1994. Instituti i Shëndetit Publik herë pas here ofron vaksinime kundër hepatitit B për përdoruesit e substancave,

☐ **Trajtimi**

Disponueshmëria e trajtimit mbetet mjaft e kufizuar në Shqipëri dhe fokusi kryesor i tij është trajtimi i zëvendësimit të opioideve me metadon. Trajtimi me buprenorfinë, trajtimi me ndihmën e heroinës, duke përfshirë, si prova, morfinë me çlirim të ngadalte dhe trajtimin e kombinimit buprenorfinë/nalokson nuk janë ende të disponueshme. Detoksifikimi, përfshirë medikamentet bazë të domosdoshme, nuk mbulohet nga agjencia kombëtare e sigurimeve shëndetësore. Ndërhyrjet psikosociale janë rrallë të disponueshme.

Sistemi shqiptar i trajtimit të drogës ka një qendër të specializuar të trajtimit të drogës, Shërbimin e Adiktologjisë dhe Toksikologjisë Klinike të QSUT-së. QSUT ka 12 shtretër të dedikuar për klientët me probleme të përdorimit të substancave.

Ky shërbim mbulon të gjithë vendin, ofron kryesisht trajtim detoksifikues dhe mbidozimi, si dhe shërben si njësi spitalore spitalore dhe ambulatorie. Gjithashtu dy qendra jofitimprurëse dhe jopublike ofrojnë trajtim për përdoruesit e drogës. Aksion Plus ofron trajtimin e mirëmbajtjes me metadon (MMT) në gjashtë qendra (nga të cilat një në Tiranë dhe të tjerat janë jashtë kryeqytetit). Qendra terapeutike e OJQ-së 'Emanuel' ofron trajtim afatgjatë rezidencial, por që ka ndërprerë trajtimin rezidencial për shkak të mungesës së financimit.

Shërbimi i Urgjencës Polivalente i QSUT ofron trajtim në rastet e intoksikimit akut me medikamente. Shërbimet e shëndetit mendor nuk ofrojnë trajtim droge, me përjashtim të atyre që kanë një problem tjetër psikiatrik krahas përdorimit problematik të drogës (pacientë me diagnozë të dyfishtë). Mjekët e përgjithshëm dhe shërbimet e kujdesit shëndetësor parësor nuk janë të përfshirë në trajtimin e drogës. Në vitin 2015 u organizuan disa trajnime mbi trajtimin e drogës për mjekët e përgjithshëm dhe stafin tjetër nga qendrat shëndetësore parësore për të rritur ndërgjegjësimin e tyre për mjetet dhe teknikat e vlerësimit për intervistimin motivues të pacientëve me probleme të përdorimit të substancave.

Metadoni u regjistrua në Shqipëri në vitin 2005. MMT-ja sigurohet nëpërmjet mbështetjes financiare nga Fondi Global për Luftën kundër SIDA-s, Tuberkulozit dhe Malaries dhe është pa pagesë për klientët në qendrat Aksion Plus. Ndërkohë, metadoni i ofruar nga Shërbimi i Adiktologjisë dhe Toksikologjisë Klinike të QSUT-së nuk është as pa pagesë dhe as nuk rimbursohet nga Agjencia Kombëtare e Sigurimeve Shëndetësore dhe përdoret vetëm për qëllime detoksifikimi.

☐ Sigurimi i trajtimit

Nga afërsisht 1 130 klientë të trajtimit të drogës në Shqipëri në vitin 2015, tre të katërtat u trajtuan në kushte ambulatorie. OJQ-të janë ofruesit kryesorë të trajtimit ambulator, kryesisht MMT. Nuk ka një sistem të përbashkët të mbledhjes së të dhënave për trajtimin e drogës në Shqipëri dhe institucionet e trajtimit raportojnë klientët e tyre veçmas. Të dhënat e disponueshme nga QSUT tregojnë se numri i personave që hyjnë në trajtim nga droga në objekt ka rënë që nga viti 2008, kur u trajtuan 856 klientë. QSUT raporton se gjithsej 473 klientë iu nënshtruan trajtimit të drogës gjatë vitit 2015. Numri i klientëve për herë të parë varioi ndjeshëm midis 2008 dhe 2015, me një nivel të ulët prej 41 të raportuar në 2008 dhe një maksimum prej 218 të raportuar në 2009. Në 2015, 150 klientët e rinj hyjnë në trajtim. Duke pasur parasysh faktin se qendra mbetet

i vetmi institucion i specializuar për trajtimin e drogës në vend, klientët e trajtimit përfaqësojnë pothuajse të gjitha qarqet e Shqipërisë; megjithatë, afër tre të katërtat e klientëve janë nga Tirana.

Për sa i përket llojit të drogës së përdorur nga klientët që hyjnë në trajtim, një rënie në përqindjen e kërkesave për trajtim për përdorim opioid u regjistrua midis 2006 dhe 2012 (nga 71,3 % në 28,6 %). Megjithatë, përqindja e kërkesave për trajtim të lidhur me opioidet u rrit nga viti 2013 në 2015. Në vitin 2015, rreth 4 në 10 klientë iu nënshtruan trajtimit për shkak të përdorimit primar të opioideve. Kërkesat për trajtim për shkak të përdorimit të kokainës janë rritur vitet e fundit dhe në vitin 2015 kokaina ishte substanca e dytë primare më e përhapur midis të gjitha kërkesave për trajtim, me një të tretën e të gjitha hyrjeve në trajtim të lidhura me të. Përqindja e atyre që kërkojnë ndihmë për shkak të përdorimit të kanabisit është rritur gradualisht gjithashtu nga viti 2006 e tutje, me rreth të katërtën e hyrjeve në trajtim të lidhura me kanabisin në vitin 2015. Të dhënat e disponueshme tregojnë gjithashtu një rritje të qëndrueshme të përdorimit të shumë drogave në mesin e aplikantëve të trajtimit.

Numri i përgjithshëm kumulativ i klientëve që u regjistruan në MMT pa pagesë të ofruar përmes Aksion Plus nga qershori 2005 deri në fund të 2015 ishte 915, përfshirë ata në burgje. Rritja e disponueshmërisë së MMT konsiderohet një arsye e besueshme për reduktimin e numrit të klientëve të mjekimit në Shërbimin e Adiktologjisë dhe Toksikologjisë Klinike [1].

26 Qershor Dita Ndërkombëtare e Luftës ndaj Abuzimit dhe Trafikimit të Drogave

Kjo ditë është caktuar nga Kombet e Bashkuara për t'u kujtuar vendeve anëtare të OKB-së që të ndërmarrin masa për parandalimin e prodhimit, tregtimit, trafikimit ilegal, përdorimit dhe abuzimit të drogave në vendet respektive, si dhe ofrimin e ndërhyrjeve trajtuese dhe përkujdesëse të bazuara në evidenca dhe në respektim të të drejtave të njeriut.

Parandalimi dhe trajtimi është i mundur. Njerëzit që kanë problem për shkak të abuzimit dhe varësisë nga substancat psikoaktive duhet të kontaktojnë me mjekun e familjes, dhe bashkë me të dhe profesionistët e tjerë të kujdesit shëndetësor të shqyrtojnë mundësitë e dhënies së ndihmës profesionale.

Referenca

1. Albania National Drug Report 2017.
2. STRATEGJIA KOMBETARE KUNDER DROGES 2012-2016.

Shenjat që duhen kërkuar

Objektivat

Në fund të këtij leksioni, studentët do të jenë në gjendje të:

- **Njohin shenjat paralajmëruese dhe të varësisë të abuzimit me llojet e ndryshme të substancave**

Vështrim i përgjithshëm

Varësia nga substancat, e quajtur edhe çrregullimi i përdorimit të substancave, është një sëmundje që prek trurin dhe sjelljen e një personi dhe çon në paaftësinë për të kontrolluar përdorimin e një droge ose medikamenti të ligjshëm ose të paligjshëm. Substancat si alkooli, marihuana dhe nikotina gjithashtu konsiderohen drogë.

Varësia nga droga mund të fillojë me përdorimin eksperimental të një droge rekreative në situata sociale dhe, për disa njerëz, përdorimi i drogës bëhet më i shpeshtë. Për të tjerët, veçanërisht me opioidet, varësia ndaj drogës fillon me ekspozimin ndaj medikamenteve të përshkruara ose marrjen e medikamenteve nga një mik ose i afërm të cilit i është dhënë ilaçi.

Rreziku i varësisë dhe sa shpejt një individ bëhet i varur ndryshon nga droga. Disa barna, të tilla si qetësuesit opioidë, kanë një rrezik më të lartë dhe shkaktojnë varësi më shpejt se të tjerët. Përpjekjet për të ndaluar përdorimin e drogës mund të shkaktojnë dëshira intensive dhe bëjnë që individët të ndihen të sëmurë fizikisht (simptomat e tërheqjes).

Simptomat

Simptomat ose sjelljet e varësisë nga droga përfshijnë, ndër të tjera:

- Ndjenja se duhet ta përdorni ilaçin rregullisht - çdo ditë ose edhe disa herë në ditë
- Të kesh nxitje të forta për ilaçin që bllokoi çdo mendim tjetër
- Me kalimin e kohës, nevojitet më shumë ilaç për të marrë të njëjtin efekt
- Marrja e sasive më të mëdha të barit për një periudhë më të gjatë kohore nga sa keni menduar
- Sigurohuni që mbani një furnizim të barit
- Shpenzimi i parave për ilaçin, edhe pse nuk mund ta përballoni atë
- Mospërmblidhja e detyrimeve dhe përgjegjësisë të punës, ose reduktimi i aktiviteteve sociale ose rekreative për shkak të përdorimit të drogës

- Vazhdimi i përdorimit të drogës, edhe pse dihet se po shkakton probleme në jetë ose po shkakton dëm fizik ose psikologjik
- Bërja e gjërave për të marrë drogën që normalisht nuk do t'i bënin, si për shembull vjedhja
- Drejtimi i makinës ose kryerja e aktiviteteve të tjera të rrezikshme nën ndikimin e drogës
- Kalon një pjesë të mirë të kohës për marrjen e drogës, përdorimin e drogës ose shërimin nga efektet e drogës
- Dështimi në përpjekjet për të ndaluar përdorimin e drogës
- Përjetimi i simptomave të tërheqjes kur përpiqen të ndalojnë marrjen e drogës

Njohja e përdorimit jo të shëndetshëm të drogës në anëtarët e familjes

Ndonjëherë është e vështirë të dallosh humorin ose ankthin normal të adoleshencës nga shenjat e përdorimit të drogës. Indikacionet e mundshme që adoleshenti ose një anëtar tjetër i familjes po përdor drogë përfshijnë:

- **Probleme në shkollë ose punë** - mungesa e shpeshtë në shkollë ose punë, një mosinteresim i papritur për aktivitetet e shkollës ose puna, ose një rënie në notat ose performanca e punës
- **Çështjet e shëndetit fizik** - mungesë energjie dhe motivimi, humbje ose shtim në peshë, ose skuqje të syve
- **Pamja e lënë pas dore** - mungesa e interesit për veshje, kujdes ose pamje
- **Ndryshimet në sjellje** - përpjekje të ekzagjeruara për të ndaluar anëtarët e familjes të hyjnë në dhomën e tij ose të saj ose të jenë të fshehtë se ku shkon ai ose ajo me miqtë; ose ndryshime drastike në sjellje dhe në marrëdhëniet me familjen dhe miqtë
- **Çështjet e parave** - kërkesa të papritura për para pa një shpjegim të arsyeshëm; ose zbulimi se paratë mungojnë ose janë vjedhur ose se sendet janë zhdukur nga shtëpia, duke treguar se ndoshta janë duke u shitur për të mbështetur përdorimin e drogës

Njohja e shenjave të përdorimit të substancave ose intoksikimit

Shenjat dhe simptomat e përdorimit të drogës ose intoksikimit mund të ndryshojnë, në varësi të llojit të drogës. Më poshtë janë paraqitur disa shembuj.

☐ **Marihuana, hashishi dhe substanca të tjera që përmbajnë kanabis**

Njerëzit përdorin kanabis duke pirë duhan, duke ngrënë ose duke thithur një formë të avulluar të drogës. Kanabisi shpesh paraprin ose përdoret së bashku me substanca të tjera, si alkooli ose drogat ilegale, dhe shpesh është droga e parë e provuar.

Shenjat dhe simptomat e përdorimit rishtaz mund të përfshijnë:

- Një ndjenjë euforie ose ndjenjë "të lartë"
- Një ndjenjë e rritur e perceptimit vizual, dëgjimor dhe shijes
- Rritja e presionit të gjakut dhe rrahjeve të zemrës
- Sy të kuq

- Gojë e thatë
- Koordinim i zvogëluar
- Vështirësi për t'u përqendruar ose kujtuar
- Koha e ngadalësuar e reagimit
- Ankthi ose të menduarit paranojak
- Erë kanabisi në rroba ose në majat e gishtave të verdhë
- Dëshirat e ekzagjeruara për ushqime të caktuara në periodha të pazakonta

Përdorimi afatgjatë (kronik) shpesh shoqërohet me:

- Ulje e mprehtësisë mendore
- Performanca e dobët në shkollë ose në punë
- Reduktim në numrin e miqve dhe interesave

☐ **K2, Erëza dhe kripëra për banjë**

Dy grupe drogash sintetike - kanabinoidet sintetike dhe katinonet e zëvendësuara ose sintetike - janë të paligjshme në shumicën e shteteve. Efektet e këtyre barnave mund të jenë të rrezikshme dhe të paparashikueshme, pasi nuk ka kontroll të cilësisë dhe disa përbërës mund të mos dihen. Kanabinoidet sintetike, të quajtura gjithashtu K2 ose Erëza, spërkaten në barishte të thata dhe më pas tymosen, por mund të përgatiten edhe si çaj bimor. Pavarësisht pretendimeve të prodhuesve, këto janë komponime kimike dhe jo produkte "natyrale" ose të padëmshme. Këto barna mund të prodhojnë një ndjenjë "të lartë" të ngjashëm me marihuanën dhe janë bërë një alternativë popullore, por e rrezikshme. Shenjat dhe simptomat e përdorimit rishtaz mund të përfshijnë:

- Një ndjenjë euforie ose ndjenjë "të lartë"
- Humor i ngritur
- Një ndjenjë e ndryshuar e perceptimit vizual, dëgjimor dhe shijes
- Ankth ose agjitacion ekstrem
- Paranoja
- Halucinacionet
- Rritje të rrahjeve të zemrës dhe presionit të gjakut ose sulm në zemër
- Të vjella
- Konfuzion

Katinonet e zëvendësuara, të quajtura edhe "kripërat e banjës", janë substanca që ndryshojnë mendjen (psikoaktive) të ngjashme me amfetaminat si ekstazia (MDMA) dhe kokaina. Paketimet shpesh etiketohen si produkte të tjera për të shmangur zbulimin.

Pavarësisht emrit, këto nuk janë produkte të banjës siç janë kripërat Epsom. Katinonet e zëvendësuara mund të hahen, të gërhiten, të thithen ose të injektohen dhe krijojnë shumë varësi. Këto barna mund të shkaktojnë intoksikim të rëndë, i cili rezulton në efekte të rrezikshme shëndetësore apo edhe vdekje. Shenjat dhe simptomat e përdorimit rishtaz mund të përfshijnë:

- Eufori
- Shoqërueshmëri e rritur

- Rritja e energjisë dhe axhitimit
- Rritja e dëshirës seksuale
- Rritje të rrahjeve të zemrës dhe presionit të gjakut
- Probleme me të menduarit qartë
- Humbja e kontrollit të muskujve
- Paranoja
- Sulmet e panikut
- Halucinacionet
- Deliri
- Sjellje psikotike dhe e dhunshme

☐ **Barbituratet, benzodiazepinat dhe hipnotikët**

Barbituratet, benzodiazepinat dhe hipnotikët janë depresantë të sistemit nervor qendror që jepen me recetë. Ato shpesh përdoren dhe keqpërdoren në kërkim të ndjenjës së relaksimit ose dëshirës për të "fikur" ose harruar mendimet ose ndjenjat e lidhura me stresin.

- Barbituratet. Shembujt përfshijnë fenobarbitalin dhe sekobarbitalin (Seconal).
- Benzodiazepinat. Shembujt përfshijnë qetësues, si diazepam (Valium), alprazolam (Xanax), lorazepam (Ativan), clonazepam (Klonopin) dhe klordiazepoksid (Librium).
- Hipnotikët. Shembujt përfshijnë medikamente gjumi me recetë si zolpidem (Ambien, Intermezzo, të tjerë) dhe zaleplon (Sonata).

Shenjat dhe simptomat e përdorimit rishtaz mund të përfshijnë:

- Përgjumje
- Fjalimi i paqartë
- Mungesa e koordinimit
- Nervozizëm ose ndryshime në humor
- Probleme me përqendrimin ose të menduarit qartë
- Probleme me memorien
- Lëvizjet e pavullnetshme të syve
- Mungesa e frenimit
- Ngadalësimi i frymëmarrjes dhe presioni i ulët i gjakut
- Rënie apo aksidente
- Marramendje.

☐ **Meta, kokaina dhe stimulues të tjerë**

Stimuluesit përfshijnë amfetaminat, met (metamfetaminën), kokainën, metilfenidatin (Ritalin, Concerta, të tjerë) dhe amfetamin-dekstroamfetaminën (Adderall, Adderall XR, të tjerë). Ato shpesh përdoren dhe keqpërdoren në kërkim të një ndjenje "të lartë", ose për të rritur energjinë, për të përmirësuar performancën në punë ose shkollë, ose për të humbur peshë ose për të kontrolluar oreksin. Shenjat dhe simptomat e përdorimit të fundit mund të përfshijnë:

- Ndjenja e ngazëllimit dhe besimi i tepërt

- Rritja e vigjilencës
- Rritja e energjisë dhe shqetësimi
- Ndryshime në sjellje ose agresion
- Fjalimi i shpejtë ose i zhurmshëm
- Pupilat e zgjeruara
- Konfuzion, deluzione dhe halucinacione
- Nervozizëm, ankth ose paranojë
- Ndryshimet në ritmin e zemrës, presionin e gjakut dhe temperaturën e trupit
- Nauze ose të vjella me humbje peshe
- Gjikimi i dëmtuar
- Kongjestioni i hundës dhe dëmtimi i mukozës së hundës (nëse thithen)
- Plagët e gojës, sëmundjet e mishrave të dhëmbëve dhe prishja e dhëmbëve nga droga e duhanit
- Pagjumësia
- Depresioni ndërsa efekti i ilaçit largohet

☐ **Droga e klubit**

Drogat e klubit përdoren zakonisht në klube, koncerte dhe ahengje. Shembujt përfshijnë ekstazën ose molly (MDMA), acidin gama-hidroksibutirik (GHB), flunitrazepam (Rohypnol - e quajtur gjithashtu roofie) dhe ketaminë. Këto barna nuk janë të gjitha në të njëjtën kategori, por ato ndajnë disa efekte dhe rreziqe të ngjashme, duke përfshirë efektet e dëmshme afatgjata.

Për shkak se GHB dhe flunitrazepam mund të shkaktojnë qetësim, relaksim të muskujve, konfuzion dhe humbje të kujtesës, potenciali për sjellje të pahijshme seksuale ose sulm seksual lidhet me përdorimin e këtyre barnave. Shenjat dhe simptomat e përdorimit mund të përfshijnë:

- Halucinacionet
- Paranoja
- Pupilat e zgjeruara
- Të dridhura dhe djersitje
- Dridhje e pavullnetshme (dridhje)
- Ndryshimet e sjelljes
- Ngërçe muskulore dhe shtrëngim i dhëmbëve
- Relaksim i muskujve, koordinim i dobët ose probleme në lëvizje
- Frenimet e reduktuara
- Ndjenja e rritur ose e ndryshuar e të parit, zërit dhe shijes
- Gjykim i dobët
- Probleme me kujtesën ose humbje të kujtesës
- Vetëdija e reduktuar
- Rritje ose ulje të rrahjeve të zemrës dhe presionit të gjakut

☐ **Halucinogjenët**

Përdorimi i halucinogjenëve mund të prodhojë shenja dhe simptoma të ndryshme, në varësi të drogës. Halucinogjenët më të zakonshëm janë dietilamid i acidit lisergjik (LSD) dhe fenciklidina (PCP).

Përdorimi i LSD mund të shkaktojë:

- Halucinacionet
- Perceptimi i reduktuar shumë i realitetit, për shembull, interpretimi i të dhënave nga një prej shqisave tuaja si një tjetër, si dëgjimi i ngjyrave
- Sjellje impulsive
- Ndryshime të shpejta në emocione
- Ndryshime të përhershme mendore në perceptim
- Rrahje të shpejta të zemrës dhe presion të lartë të gjakut
- Dridhjet
- Rikthime, një ripërjetim i halucinacioneve - edhe vite më vonë

Përdorimi i PCP mund të shkaktojë:

- Ndjenja e të qenit i ndarë nga trupi dhe mjedisi juaj
- Halucinacionet
- Probleme me koordinimin dhe lëvizjen
- Sjellje agresive, ndoshta e dhunshme
- Lëvizjet e pavullnetshme të syve
- Mungesa e ndjesisë së dhimbjes
- Rritja e presionit të gjakut dhe ritmit të zemrës
- Probleme me të menduarit dhe kujtesën
- Probleme në të folur
- Gjykimi i dëmtuar
- Intoleranca ndaj zhurmës së lartë
- Ndonjëherë konvulsione ose koma

☐ **Inhalantët**

Shenjat dhe simptomat e përdorimit të inhalantëve ndryshojnë, në varësi të substancës. Disa substanca të thithura zakonisht përfshijnë ngjitësin, holluesit e bojës, lëngun korrigjues, benzinën, lëngjet e pastrimit dhe produktet aerosol shtëpiake. Për shkak të natyrës toksike të këtyre substancave, përdoruesit mund të zhvillojnë dëmtim të trurit ose vdekje të papritur. Shenjat dhe simptomat e përdorimit mund të përfshijnë:

- Posedimi i një substance inhalatore pa një shpjegim të arsyeshëm
- Euforia e shkurtër ose dehja
- Inhibimi i zvogëluar
- Luftarak ose luftarak
- Marramendje
- Nauze ose të vjella
- Lëvizjet e pavullnetshme të syve
- Duket i dehur me të folur të paqartë, lëvizje të ngadalta dhe koordinim të dobët
- Rrahje të parregullta të zemrës
- Dridhjet

- Erë e vazhdueshme e materialit thithës
- Skuqje rreth hundës dhe gojës

☐ **Qetësues opioidë**

Opioidet janë barna narkotike dhe qetësuese të prodhuara nga opiumi ose të prodhuara në mënyrë sintetike. Kjo klasë drogash përfshin, ndër të tjera, heroinën, morfinën, kodeinën, metadonin dhe oksikodonin. E quajtur ndryshe "epidemia e opioideve", varësia ndaj ilaçeve kundër dhimbjeve me recetë opioidësh ka arritur një shkallë alarmante në të gjithë botën. Disa njerëz që kanë përdorur opioidë për një periudhë të gjatë kohore gjatë trajtimit mund të kenë nevojë për zëvendësim të përkohshëm ose afatgjatë të ilaçeve të përshkruara nga mjeku.

Shenjat dhe simptomat e përdorimit dhe varësisë nga narkotikët mund të përfshijnë:

- Ndjenja e reduktuar e dhimbjes
- Axhitim, përgjumje ose qetësim
- Fjalimi i paqartë
- Probleme me vëmendjen dhe kujtesën
- Zvogëlim të pupilave
- Mungesa e vetëdijes ose mosvëmendja ndaj njerëzve dhe gjërave përreth
- Probleme me koordinimin
- Depresioni
- Konfuzion
- Kapsllëk
- Rrjedhja e hundës ose plagët e hundës (nëse thithen)
- Shenjat e gjilpërave (nëse injektohet drogë)

☐ **Alkooli**

Shembuj: Birrë, verë, pije të përziera. Shenjat dhe simptomat e përdorimit dhe varësisë nga alkooli mund të përfshijnë

- Siluetë e një gruaje që mban kokën
- Pirja e të miturve dhe/ose pirja e tepërt.
- Nevojë për sasi më të mëdha alkooli për të arritur efektet e dëshiruara ose për të funksionuar "normalisht".
- Pirja e më shumë alkoolit për të hequr qafe ose për të lehtësuar simptomat e tërheqjes nga alkooli.
- Përpjekjet për të ndaluar ose kufizuar pirjen janë të pasuksesshme
- Një sasi e madhe kohe e nevojshme për t'u rikuperuar nga efektet e alkoolit.
- Kalojnë shumë kohë duke menduar për pijen e radhës.
- Të pish vetëm ose të përpiqesh të fshehësh modelet e të pirit.
- Ndërprerja e përdorimit shkakton simptoma të tërheqjes si nauze, luhatje humori, nervozizëm, dridhje, paaftësi për të fjetur dhe sëmundje të përgjithshme.
- Shfaqja e zemërimit kur merret në pyetje për modelet e dikujt për të pirë.
- Të veprosh sikur pirja të jetë më e rëndësishme se miqtë dhe familja; duke u izoluar nga sistemi i mbështetjes sociale.
- Shqetësim ose stresim nëse një mbledhje shoqërore nuk përfshin alkool.

- Vazhdimi i pirjes pavarësisht nga vështirësitë negative fizike apo psikologjike.
- Pirja e shpeshtë ose e tepërt, e cila mund të përfshijë ndërprerje gjatë pirjes.
- Duke bërë justifikime për të vazhduar pirjen dhe/ose të pirit në kohë ose vende të papranueshme

Referenca

Mayo Clinic, 2022. Drug addiction (substance use disorder).

<https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/drug-addiction/symptoms-causes/syc-20365112>

Objektivat

Në fund të këtij leksioni, studentët do të jenë në gjendje të:

- **Kuptojnë çfarë janë psikozat**
- **Njohin shenjat dhe simptomat e psikozës**
- **Njohin rolin e infermierit në menaxhimin e psikozës**

Çfarë është psikoza?

Fjala psikozë përdoret për të përshkruar gjendjet që prekin mendjen, ku ka pasur një humbje të kontaktit me realitetin. Kur dikush sëmuret në këtë mënyrë, quhet episod psikotik. Gjatë një periudhe psikoze, mendimet dhe perceptimet e një personi shqetësohen dhe individ mund të ketë vështirësi të kuptojë se çfarë është e vërtetë dhe çfarë jo. Psikoza mund të prekë njerëz nga të gjitha sferat e jetës. Psikoza shpesh fillon kur një person është në fund të adoleshencës deri në mesin e të njëzetave.

Shenjat dhe simptomat e psikozës

Në mënyrë tipike, një person do të shfaqë ndryshime në sjelljen e tij ose të saj përpara se të zhvillohet psikoza. Shenjat paralajmëruese të sjelljes për psikozë përfshijnë:

- Rënie e papritur e notave ose e performancës së punës
- Probleme të reja për të menduar qartë ose për t'u përqendruar
- Dyshim, ide paranojake ose shqetësim me të tjerët
- Tërheqja shoqërore, duke kaluar shumë më tepër kohë vetëm se zakonisht
- Ide të reja të pazakonta, tepër intensive, ndjenja të çuditshme ose pa ndjenja fare
- Rënie në kujdesin për veten ose higjienën personale
- Vështirësi për të dalluar realitetin nga fantazia
- Të folur të ngatërruar ose probleme në komunikim

Simptomat e psikozës përfshijnë deluzione (besime të rreme) dhe halucinacione (duke parë ose dëgjuar gjëra që të tjerët nuk i shohin ose dëgjojnë). Simptoma të tjera përfshijnë fjalimin dhe sjelljen jokoherente ose të pakuptimta që janë të papërshtatshme për situatën. Një person në një episod psikotik gjithashtu mund të

përrjetojë depresion, ankth, probleme me gjumin, tërheqje sociale, mungesë motivimi dhe vështirësi në funksionim në përgjithësi.

Çfarë e shkakton psikozën?

Nuk ka një shkak specifik të psikozës. Psikoza mund të jetë një simptomë e një sëmundjeje mendore, si skizofrenia ose çrregullimi bipolar. Megjithatë, një person mund të përrjetojë psikozë dhe të mos diagnostikohet kurrë me skizofreni ose ndonjë çrregullim tjetër mendor. Ka shkaqe të tjera, si privimi i gjumit, gjendjet e përgjithshme mjekësore, disa medikamente me recetë dhe keqpërdorimi i alkoolit ose drogave të tjera, si marihuana. Një sëmundje mendore, si skizofrenia, zakonisht diagnostikohet duke përjashtuar të gjitha këto shkaqe të tjera të psikozës. Për të marrë një vlerësim të plotë dhe diagnozë të saktë, personat e dyshuar për psikoza duhet të vizitohen nga profesionist të kualifikuar të kujdesit shëndetësor (siç është një psikolog, psikiatër ose punonjës social) [1].

Roli i infermierit në menaxhimin e psikozës

Fenomeni i njohur si psikozë është pjesë e disa sëmundjeve të rënda mendore, duke përfshirë skizofreninë dhe çrregullimin afektiv bipolar. Simptomat karakteristike si halucinacionet, deluzionet dhe paranoja paraqesin vështirësi të mëdha për pacientët, familjet dhe miqtë e tyre. Njerëzit që bëhen psikotikë i racionalizojnë përvojat e tyre në mënyra të veçanta. Episodi i parë ose i vetëm i psikozës ka më shumë gjasa të ndodhë midis moshës 18 dhe 28 vjeç. Një përvojë psikotike është e çuditshme nga përkufizimi, duke u paraqitur njerëzve ndjesi dhe mendime të pazakonta. Ata ka të ngjarë të ndihen të veçuar nga familja dhe bashkëmoshatarët e tyre, kështu që ata mund të kenë perceptimin e të qenit të zgjedhur ose të persekutuar posaçërisht. Nuk ka asnjë reagim tipik. Ata mund të ndihen të shqetësuar, të dëshpëruar ose të ndritur.

Një mënyrë që familjet, kujdestarët ose miqtë të kuptojnë sëmundjen është duke menduar për përvojat në një vazhdimësi nga 'normaliteti' në 'psikozë'. Çdokush ka potencialin të lëvizë përgjatë kësaj vazhdimësie. Privimi shqisor, privimi i gjumit ose përdorimi i drogës mund të nxisin gjendje psikotike te individë të shëndetshëm mendërisht. Njerëzit zakonisht përrjetojnë përvoja të tipit psikotik në jetën e përditshme, të tilla si dëgjimi i emrave të tyre kur askush nuk e ka bërë këtë ose duke besuar se po ndiqen kur nuk ka prova për këtë. Mund të argumentohet se besimet e forta fetare ose politike janë të ngjashme me iluzionet pasi ato janë të vështira për t'u ndryshuar. Pranimi se përvojat janë në një vazhdimësi shëndetësor-sëmundjeje ofron një pamje realiste të psikozës si një përvojë kalimtare dhe në thelb njerëzore [2].

Marrja e kuptimit të përvojave

Njerëzit që janë kapur në një botë psikotike mund të mos e pranojnë këtë pikëpamje. Reagimi më i natyrshëm kur përballemi me një përvojë alternative të realitetit është të përrpiqesh t'i japësh kuptim duke përdorur burime personale, të tilla si përvojat e kaluara, kultura ose këndvështrimi personal i dikujt për jetën. Kjo shpjegon pse njerëzit

që dëgjojnë zëra që u thonë atyre se çfarë të bëjnë, mund t'i atribuojnë këto zëra një fuqi më të lartë. Megjithatë, kjo përforcon autoritetin e zërit dhe pafuqinë e individit kundër tij. Terapitë njohëse dhe të sjelljes synojnë të modifikojnë besimet, mendimet dhe sjelljen e individit në psikozë. Terapisti punon në bashkëpunim me pacientin për të zbuluar strukturën e psikozës së tij ose të saj. Ka prova të forta që kjo qasje i ndihmon njerëzit të kuptojnë përvojat e tyre. Kjo terapi është ndërtuar mbi një marrëdhënie besimi, mungesa e së cilës mund të jetë një pengesë serioze për një punë të tillë terapeutike [3].

Besimi dhe aleanca

Askush nuk e vlerëson të thuhet se janë të sëmurë mendorë, se kanë keqkuptuar atë që po ndodh dhe se duhet t'i kthehen realitetit konsensual. Është fyese dhe e pabesueshme për shumicën prej nesh të imagjinojmë se i jepet një diagnozë psikiatrike si skizofrenia. Për më tepër, disa njerëz preferojnë botën e tyre psikotike ose kanë investuar shumë kohë dhe emocione në të. Të fitosh besimin e njerëzve që besohet se janë psikotikë kërkon aftësi dhe ndjeshmëri të madhe. Kjo përkthehet në dëgjimin e historisë së tyre, 'hyrjen brenda botës së tyre' dhe pranimin pse ata kanë besime të veçanta. Burgosja në spital dhe mjekimi i detyrueshëm rrallë nxisin besimin ose respektin reciprok.

Dëgjimi i tregimeve të njerëzve psikotikë mund të zbulojë se si ata i kanë kuptuar përvojat e pazakonta. Sfidat e buta të tilla si 'si mund të jetë kjo? ose 'si e dini?' mund të nxisë reflektimin mbi ngjarjet e fundit. Diskutimi i një supozimi kryesor që ata kanë bërë mund të zbulojë hipoteza alternative. Njerëzit që besojnë se shtëpia e tyre është përgjuar sepse telefoni nuk funksionon, mund të pyeten nëse kanë thirrur një inxhinier. Në këtë mënyrë një "kthesë e gabuar" në të menduarit e një personi mund të identifikohet në një mënyrë jo kërcënuese.

Psikoza zakonisht trajtohet me ilaçe antipsikotike nëse vazhdon për më shumë se disa ditë. Infermierët nuk e përshkruajnë një mjekim të tillë, por e administrojnë atë, duke paraqitur një kërcënim të mundshëm për aleancën terapeutike nëse njerëzit nuk janë të gatshëm të marrin mjekimin. Besimi bazë ndërmjet pacientëve dhe infermierëve ndihmon marrjen e mjekimit. Mund të ndihmojë gjithashtu nëse pacienti ka njëfarë ndikimi mbi dozën ose datën e fillimit. Diskutimi i të mirat dhe të këqijat e mjekimit është thelbësor.

Është shumë më mirë që pacientët të bëjnë një zgjedhje të informuar për të marrë mjekim sesa të detyrohen. "Pajtueshmëria" me mjekimin sugjeron nënshtrimin tek një autoritet. "Aleanca" ose "përputhja" sugjerojnë partneritet dhe ndarje të pushtetit.

Hulumtimet sugjerojnë se dy të tretat e njerëzve shërohen plotësisht nga psikoza, megjithëse gjysma e tyre përjetojnë episode të mëtejshme. Ndërsa njerëzit shërohen dhe rifitojnë një pjesë të ndjenjës së tyre të njohur për veten, angazhimi i tyre me profesionistët duhet të përmirësohet [4].

Psikozë integruese

Herët a vonë, njerëzit që kanë përjetuar psikozë kërkojnë të kuptojnë përvojën. Infermierët kanë një rol kyç për t'i ndihmuar ata që ta bëjnë këtë. Nëse shërbimet psikiatrike janë përfshirë në kujdesin e pacientëve, është e mundur që atyre t'u propozohet një model 'mjekësor' ose sëmundjeje, me të cilin ata do të ftohen të bien dakord. Roli i infermieres në këtë kohë është të ndihmojë njerëzit të kuptojnë se ku përshtaten mjekimi dhe biokimia në shpjegimin e psikozës. Por modeli mjekësor nuk është domosdoshmërisht modeli "i duhur" dhe shpjegimet psikosociale të shëndetit dhe sëmundjes mund të jenë më të këndshme dhe të përshtatshme.

Njerëzit mund të zgjedhin të përmbajnë ose të integrojnë një përvojë psikotike në përvojën e tyre të jetës. Mbajtja e përvojës është një mënyrë për ta refuzuar atë dhe për të zgjedhur të mos nxirret asnjë përfitim prej saj. Kjo ka më shumë gjasa nëse pacientët besojnë se kanë një gjendje stigmatizuese, por kanë pak ndikim në manifestimin e saj, përveç marrjes së medikamenteve. Njerëzit që zgjedhin të përmbajnë përvojat e tyre mund të kenë më shumë gjasa të rishfaqen pasi nuk kanë kërkuar të kuptojnë dhe kontrollojnë psikozën.

Integrimi i psikozës në personalitetin e dikujt është më sfidues dhe ndoshta më i shëndetshëm. Përvoja psikotike vërtetohet në mënyrë implicite dhe njerëzit mund të mësojnë të ruhen nga episodet e mëvonshme duke ekzaminuar dhe duke qenë të vetëdijshëm për shenjat paralajmëruese të rikthimit. Nuk ka turp apo stigmë. Psikoza shihet si pjesë e një vazhdimësie [5].

Stresi dhe vulnerabiliteti

Disa mendimtarë bashkëkohorë besojnë se psikoza është rezultat i një ndërveprimi midis komponentëve të cënueshmërisë themelore dhe stresit mjedisor. Cënueshmëria individuale mund të përfaqësohet nga një prirje gjenetike.

Rreziku i zhvillimit të psikozës rritet në raport me afërsinë e marrëdhënies biologjike me një anëtar të familjes me një çrregullim psikotik. Ekspozimi ndaj infeksioneve virale rreth komplikimeve të lindjes dhe lindjes mund të rrisë cënueshmërinë. Një mjedis familjar i trazuar rëndë mund t'i bëjë njerëzit më të prekshëm [6].

Të gjithë kanë potencialin të bëhen psikotikë. Stresi mjedisor luan një rol kyç, pavarësisht nëse ka apo jo një cënueshmëri. Shumë njerëz përmendin stresin si shkaktarin e episodit të tyre psikotik. Stresi akut mund të krijohet nga ngjarjet e jetës ose krizat, të tilla si largimi nga shtëpia, fillimi i kolegjit ose marrja e drogës. Ngjarjet e jetës që konsiderohen si stresuese nga individit mund të veprojnë si shkaktarë [7].

Rrethanat e jetesës së një personi mund të jenë një burim kronik i stresit mjedisor. Të jetosh në qytet ose të jesh një emigrant i gjeneratës së dytë mund të jetë faktorë stresi, ndërkohë që atmosfera emocionale në shtëpi mund të ndikojë nëse një individ kalon në psikozë [8]. Dihet se komentet kritike, armiqësia dhe përfshirja e tepërt emocionale janë të rëndësishme në nxitjen e një rikthimi ose fillimin e parë.

Një model stresi dhe cenueshmërie mund të zbatohet në rrethanat e një personi dhe të përdoret për të krijuar një kornizë individuale shpjeguese për t'iu përgjigjur pyetjes: 'Pse unë?' Një model i tillë mund të përdoret gjithashtu për të ndihmuar njerëzit të lundrojnë në rrugën e tyre përmes psikozës, duke integruar përvojën, njohjen e shkaktarëve dhe faktorëve mbrojtës kundër episodeve të mëtejshme. Kur hulumtimi zbatohet për situatën e një individi, ai mund të jetë fuqizues. Një eksplorim realist i psikozës mund të jetë shkatërrues dhe ekziston një rrezik proporcionalisht i lartë i vetëvrasjes midis të rinjve të diagnostikuar si psikotikë. Ndjeshmëria, mbështetja dhe siguri i hapësirës emocionale për reflektim janë thelbësore kur kujdeseni për njerëzit që po shërohen [9].

Si trajtohet psikoza?

Studimet kanë treguar se është e zakonshme që një person të ketë simptoma psikotike për më shumë se një vit përpara se të marrë trajtim. Reduktimi i kësaj kohëzgjatjeje të psikozës së patrajtuar është kritike sepse trajtimi i hershëm shpesh nënkupton një shërim më të mirë. Një psikolog, psikiatër ose punonjës social i kualifikuar do të jetë në gjendje të bëjë një diagnozë dhe të ndihmojë në zhvillimin e një plani trajtimi.

Njerëzit me psikozë mund të sillen në mënyra konfuze dhe të paparashikueshme dhe mund të bëhen kërcënues ose të dhunshëm. Megjithatë, njerëzit me simptoma psikotike kanë më shumë gjasa të dëmtojnë veten sesa dikë tjetër. Nëse vëreni këto ndryshime në sjellje dhe ato fillojnë të intensifikohen ose nuk largohen, është e rëndësishme të kërkohet ndihmë [1].

Hulumtimet mbështesin një shumëllojshmëri trajtimesh për psikozën e hershme, veçanërisht kujdesin e koordinuar të specialitetit. Iniciativa kërkimore, Rimëkëmbja pas një Episodi Fillestar të Skizofrenisë (RAISE) [10] studioi trajtimet e koordinuara të kujdesit special dhe mënyrat më të mira për të ndërhyrë pasi njerëzit fillojnë të përjetojnë simptoma psikotike dhe për t'i ndihmuar ata të kthehen në rrugën drejt një jete produktive dhe të pavarur. Kujdesi i koordinuar i specialitetit përfshin komponentët e mëposhtëm:

- ☐ **Psikoterapia individuale ose grupe** zakonisht bazohet në parimet e terapisë së sjelljes njohëse. Kjo terapi është përshtatur për nevojat e çdo pacienti dhe thekson trajnimin e elasticitetit, menaxhimin e sëmundjes dhe mirëqenies, dhe ndërtimin e aftësive përballuese.
- ☐ **Mbështetja dhe edukimi i familjes** i mësojnë anëtarët e familjes për psikozën, përballimin, komunikimin dhe aftësitë e zgjidhjes së problemeve. Anëtarët e familjes që janë të informuar dhe të përfshirë janë më të përgatitur për të ndihmuar të dashurit gjatë procesit të rimëkëmbjes.
- ☐ **Menaxhimi i ilaçeve** (i quajtur edhe farmakoterapia) ndihmon në reduktimin e simptomave të psikozës. Zgjedhja dhe dozimi i barnave u përshtaten pacientëve me psikozë të hershme dhe nevojave të tyre individuale. Ashtu si të gjitha medikamentet, barnat antipsikotike kanë rreziqe dhe përfitime. Pacientët

duhet të flasin me ofruesit e tyre të kujdesit shëndetësor për efektet anësore, kostot e ilaçeve dhe preferencat e dozimit (pilula ditore ose injeksion mujor).

- ☐ **Shërbimet e mbështetura të punësimit dhe arsimit** i ndihmojnë pacientët të kthehen në punë ose në shkollë dhe të arrijnë qëllimet e tyre personale. Theksi vihet në vendosjen e shpejtë në një mjedis pune ose shkolle, të kombinuara me stërvitje dhe mbështetje, për të siguruar sukses.
- ☐ **Menaxhimi i rastit** i ndihmon pacientët në zgjidhjen e problemeve. Menaxheri i rastit mund të ofrojë zgjidhje për të adresuar problemet praktike dhe për të koordinuar shërbimet sociale në fusha të shumta nevojash.

Individët me psikozë duhet të përfshihen në planifikimin e trajtimit të tyre. Nevojat dhe qëllimet e tyre duhet të drejtojnë programet e tyre të trajtimit, të cilat do t'i ndihmojnë ata të qëndrojnë të angazhuar gjatë gjithë procesit të rimëkëmbjes. Profesionisti i shëndetit mendor duhet të jetë i trajnuar për trajtimin e psikozës dhe ta bëjë pacientin të ndihet rehat [1].

Simptomat psikotike tek të moshuarit

Simptomat psikotike shfaqen tek të moshuarit në katër situata klinike: çrregullimi i humorit (ose depresioni ose mania), skizofrenia (ose fillimi i hershëm ose i vonë), demenca dhe deliri. Me rritjen e shpeshtësisë së sëmundjeve shoqëruese me moshën, profesionistët e kujdesit do të hasin kombinime komplekse të çrregullimeve (p.sh. demencë e ndërlikuar nga deliri, ose skizofreni e komplikuar nga demenca). Zbërthimi i këtyre prezantimeve kërkon një njohuri të mirë të historisë së pacientit, një ekzaminim kompetent të gjendjes mendore dhe punë të përshtatshme mjekësore, Tabela 25-1.

Tabela 25-1. Simptomat psikotike më të zakonshme në kushte të ndryshme dhe trajtimi i tyre standard mjekësor		
Situata klinike	Simptomat psikotike	Medikamente
Depresioni	Iluzione nihiliste, vetëdenigruese dhe somatike	ECT, antidepresivë, antipsikotikë
Mania	Iluzione madhështore	Antipsikotikë, stabilizues të humorit
Skizofrenia	Iluzione të çuditshme, halucinacione dëgjimore, formë e çrregullt e mendimit	Antipsikotikët
Demenca	Iluzione të papërpunuara; halucinacione komplekse vizuale në demenca e trupit Leëy	Antipsikotikët (shmangni antipsikotikët tipikë në demencën e trupit Leëy, përdorni frenuesit e kolinesterazës)
Deliri	Halucinacione të thjeshta vizuale	Antipsikotikë nëse është e nevojshme

Njohja e plotë me historinë mjekësore dhe psikiatrike të pacientit, njohja e kujdestarëve të familjes së pacientit dhe konsultimi i rregullt me punonjësit e shëndetit mendor ndihmon shumë në menaxhimin e simptomave psikotike tek të moshuarit. Ndryshimet në gjendjen mendore dhe sjelljen duhet të hetohen shpejt dhe në mënyrë gjithëpërfshirëse për të parandaluar përkeqësimin. Është e domosdoshme të ruhet shëndeti mendor dhe fizik i pacientit për të ruajtur pavarësinë e tyre [11].

Referenca

1. UNDERSTANDING PSYCHOSIS. From the NATIONAL INSTITUTE of MENTAL HEALTH. NIH Publication No. 20-MH-8110. <https://www.nimh.nih.gov/>
2. <https://www.nursingtimes.net/roles/mental-health-nurses/the-nurses-role-in-managing-psychosis-24-09-2002/>
3. Drury V, Birchwood M, Cochrane R. Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: A controlled trial: 3. Five-year follow-up. *British Journal of Psychiatry*. 2000;177(1):8-14.
4. Shepherd M, Watt D, Falloon I, Smeeton N. The natural history of schizophrenia: a five-year follow-up study of outcome and prediction in a representative sample of schizophrenics. *Psychol Med Monogr Suppl*. 1989;15:1-46.
5. "Schizophrenia: Treatment Process and Outcome—by Thomas H. McGlashan, M.D., and Christopher J. Keats, M.D.; Washington, D.C., American Psychiatric Press, 1989, 207 pages, \$31." *Psychiatric Services*, 41(4), pp. 458–459.
6. Tienari, P., Wynne, L. C., Moring, J., Lahti, I., et al. (1994). The Finnish adoptive family study of schizophrenia: Implications for family research. *The British Journal of Psychiatry*, 164(Suppl 23), 20–26.
7. Norman, R. M., & Malla, A. K. (1993). Stressful life events and schizophrenia: II. Conceptual and methodological issues. *The British Journal of Psychiatry*, 162, 166–174.
8. Bebbington P, Kuipers L. The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia: an aggregate analysis [published correction appears in *Psychol Med* 1995 Jan;25(1):215]. *Psychol Med*. 1994;24(3):707-718.
9. Appleby L, Shaw J, Amos T, et al. Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey. *BMJ*. 1999;318(7193):1235-1239.
10. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/raise/what-is-raise>
11. Daniel O'Connor. Psychotic symptoms in the elderly. Assessment and management. Reprinted from Australian Family Physician Vol. 35, No. 3, March 2006.

Fakte nga konteksti i kujdesit shëndetësor shqiptar

Objektivat

Në fund të këtij leksioni, studentët do të jenë në gjendje të:

- Njohin fakte dhe statistika nga konteksti i kujdesit shëndetësor shqiptar

KUJDESI SHËNDETËSOR MENDOR NË SHQIPËRI

Shëndeti mendor është pjesë përbërëse e Kujdesit Shëndetësor Parësor (KShP). Ky shërbim asiston individë me probleme të shëndetit mendor dhe ndihmon në përmirësimin e gjendjes shoqërore (që është përcaktuese e shëndetit jo të mirë mendor) të pacientëve dhe familjeve të tyre. Mbështetja e dhënë në kujdesin parësor, është pjesë e kujdesit gjithëpërfshirës të shëndetit mendor, ashtu si dhe pjesë thelbësore e kujdesit shëndetësor në përgjithësi.

Kujdesi për shëndetin mendor i ofruar nga Qendrat Shëndetësore (QSH) duhet të synojë që individët të kthehen në gjendjen e tyre të plotë funksionale, duke identifikuar dhe manaxhuar problemet e shëndetit mendor. Shërbimet duhet të ofrohen në dy nivele: • Ndërhyrje të frontit të parë, që ofrohen si pjesë e kujdesit të përgjithshëm shëndetësor; • Kujdes të shëndetit mendor (identifikimi, diagnostikimi, trajtimi, referimi), që ofrohet ngapunonjë të kualifikuar të KShP.

Në KShP kryhet njohja dhe ndjekja e problemeve të zakonshme mendore si:

- Depresioni;
- Ankthi;
- Ataket akute të panikut;
- Identifikimi dhe referimi i psikozës (skizofrenia), trajtimi dhe ndjekja e gjendjeve më të lehta;
- Çrregullimet nga përdorimi i alkoolit dhe drogave;
- Problemet e gjumit;
- Lodhja kronike;
- Ankesa të pashpjeguara somatike.

Pjesë e kujdesit është dhe Kujdesi parandalues dhe edukimi i pacientit/familjes si:

- Depistimi dhe zbulimi i hershëm i çrregullimeve mendore;
- Dhënia e informacionit dhe edukimi rreth kujdesit mendor;

- Dhënia e informacionit dhe edukimi rreth trajtimit të sëmundjeve mendore;
- Dhënia e informacionit dhe edukimi për përballimin e sëmundjes.

Në kuadrin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor për probleme mendore personeli shëndetësor si mjek familje dhe infermier duhet të kenë disa aftësi për të menaxhuar me efikasitet çdo problem mendor të paraqitur. Aftësitë e personelit të QSh përfshijnë:

Mjeku i familjes duhet të jetë i aftë të:

Infermierja e familjes duhet të jetë e aftë të:

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Krijojë një marrëdhënie të qëndrueshme besimi me pacientët e shëndetit mendor dhe familjet e tyre duke respektuar ndryshimet në gjini; | <ul style="list-style-type: none"> - Ofrojë këshillim bazë mbi problemet mendore për pacientët dhe familjet e tyre, duke respektuar ndryshimet në gjini; |
| <ul style="list-style-type: none"> - Vlerësojë faktorët e riskut për shëndetin mendor në zonën e tij (gjendja ekonomike, problemet sociale, papunësia, vetmia, emigracioni, etj); | <ul style="list-style-type: none"> - Informojë, këshillojë, ndërgjegjësojë pacientët dhe familjet e tyre mbi shëndetin mendor; |
| <ul style="list-style-type: none"> - Nëpërmjet komunikimit, të ofrojë mbështetje bazë emocionale, nxisë shprehjen e emocioneve pozitiv, inkurajojë pacientin në shprehjen e ndjenjave e besimeve të tij; | <ul style="list-style-type: none"> - Njohë dhe pranojë ndjenjat, besimet apo interpretimet e pacientit; |
| <ul style="list-style-type: none"> - Ofrojë këshillim dhe informacion në mënyrë të kuptueshme e të qartë, duke marrëparasysh nivelin kulturor të pacientit; | <ul style="list-style-type: none"> - Krijojë mjedis të përshtatshëm për pacientin duke shmangur izolimin/stigmatizimin; |
| <ul style="list-style-type: none"> - Ofrojë shërbim në shtëpi për pacientë kronikë në gjendje të stabilizuar (vlerësim në vazhdimësi i gjendjes mendore, vlerësim i riakutizimeve dhe këshillim); | <ul style="list-style-type: none"> - Plotësojë saktë dokumentacionin në QSh. |
| <ul style="list-style-type: none"> - Njohë dhe pranojë ndjenjat, besimet apo interpretimet e pacientit | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Marrë anamnezën dhe të kryejë ekzaminimin fizik për të përcaktuar saktë diagnozën e problemeve më të zakonshme mendore akute dhe kronike; | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Përdorë instrumentat ekzistuese, që lejojnë vlerësimin dhe diagnostikimin | |

e çrregullimeve mendore në shëndet
parësor;

- Njohë simptomat e shenjat e
psikozës akute, manisë,
çrregullimeve bipolare, etj;
- Dallojë gjendjet shëndetësore
mendore të trajtueshme në qendrën
shëndetësorenga gjendjet
shëndetësore mendore serioze;
- Zhvillojë dhe zbatojë një plan të
përshtatshëm për ndjekjen e
problemeveshëndetësore mendore
akute dhe kronike;
- Zhvillojë dhe zbatojë një program të
përshtatshëm depistimi për
depresionin;
- Plotësojë saktë dokumentacionin në
QSh.

Referimet e rekomanduara përfshijnë:

Pacienti i rritur referohet kur:

- Shpreh synime vetëvrasëse, ka patur një përpjekje vetëvrasëse të freskët, osekur ekziston rreziku për dëmtim të vetes dhe të të tjerëve;
- Shkalla e paaftësisë nga çrregullimi mendor është e tillë që ai/ajo është i/epaafte të dalë nga shtëpia apo të përmbushë detyrat e jetës së përditshme;
- Është i moshuar, konfuz dhe paraqitja e historisë nga ai është e paqartë;
- Shfaqen çrregullime theksuara, p.sh rënie apo shtim i theksuar në peshë, dëmtim fizik i theksuar nga konsumimi i alkoolit, shenja të theksuara të izolimit shoqëror, etj;
- Diagnoza nuk është e qartë dhe nevojitet konfirmimi i saj;
- Gjendja fizike e pacientit është kompromentuar rëndë;
- Nevojitet mjekim i specifik medikamentoz (si psh, clozapinë ose litium);
- Trajtimi kërkon shtrim në spital ose masa intensive si psh, ndaj armiqësisë së theksuar, agresivitetit ose përpjekjeve vrasëse;
- Ekziston bashkë-sëmundshmëri me çrregullime të tjera fizike e mendore;
- Kemi të bëjme me: psikoza akute; mani; çrregullime bipolare; çrregullimeobsesivekompulsive; depresion, atake anthi e paniku që nuk përgjigjen ndajmjekimit te provuar; depresion, që nuk kalon mbas 6 muajve terapi.

Fëmijët dhe adoleshentët referohen kur:

- Paraqesin shenja të qëllimeve vetëvrasëse;
- Vlerësimi nuk mund të realizohet në kushtet e kujdesit parësor, psh, simptomapsikotike, ADHD (Çrregullim Hiperaktiv me Deficit të Vëmendjes), etj;
- Nevojitet mjekim dhe trajtim, që nuk realizohet në kushtet e kujdesit parësor (çrregullim depresiv tek fëmija, çrregullim i rëndë obsesiv - kompulsiv)
- Shkalla e paaftësisë është e tillë që personi nuk mund të shkojë në shkollë apotë takojë shokët dhe miqtë;
- Shfaqen shenja të neglizhimit ose abuzimit;
- Kanë dështuar përpjekjet e mëparshme të KShP.

Shërbimet në komunitet përfshijnë:

- Programe ndërgjegjësimi të komunitetit në lidhje mbi problemet e shëndetit mendor;
- QSh bashkëpunon me organizma të tjera në komunitet (pushtet lokal, institucione fetare, OJF, etj) për të siguruar mbështetje për pacientët me probleme të shëndetit mendor;
- Stafi punon me familjet e pacientëve, grupe në komunitet dhe ne institucione duke zhvilluar një plan të qartë për rehabilitimin e pacientëve;
- Mbrojtja dhe e të drejtave të pacientëve me sëmundje mendore [1].

Niveli i Shërbimeve të Shëndetit Mendor

Shërbimet e Shëndetit Mendor (SHM) në Kujdesin Shëndetësor Parësor (KShP) ofrohen nga mjekët e familjes (MF) dhe infermierët që punojnë pranë tyre. Ky shërbim është në nivel shumë sipërfaqësor si pasojë e njohurive shumë të pakta të tyre në fushën e SHM. MF referojnë që nuk kanë kapacitetet e duhura por edhe kohën e mjaftueshme që të ofrojnë shërbime të SHM ashtu siç iu kërkon paketa e shërbimeve bazë të KShP.

Është shtuar dukshëm numri i shërbimeve komunitare të SHM duke sjellë dhe zhvendosjen e burimeve financiare dhe njerëzore nga shërbimet e centralizuara spitalore në ato me bazë komunitare.

Shpërndarja gjeografike e shërbimeve komunitare ka ndjekur kryesisht shpërndarjen e shërbimeve spitalore duke u bazuar në “zonat prioritare”, gjë që nuk ka sjellë rritje të dukshme të aksesit nga pikëpamja gjeografike e popullsisë, pavarësisht se ka sjellë një ndryshim të dukshëm si në sasinë ashtu dhe në cilësinë e shërbimeve për zonat e tyre të mbulimit.

Është përmirësuar infrastruktura e shërbimeve ekzistuese të SHM, por kanë filluar të shihen shenjat e para të ridegradimit si pasojë e mungesës së ndërhyrjeve mirëmbajtëse.

Numri i shërbimeve jo – publike (OJF) në fushën e SHM është mjaft i vogël, i përqendruar kryesisht në Tiranë dhe roli i tyre është i pafuqishëm për të ndikuar në përpilimin e politikave, monitorimin dhe vlerësimin e shërbimeve.

Raporti i burimeve komunitare me ato spitalore ka lëvizur në favor të shërbimeve komunitare si në burimet financiare ashtu dhe në ato njerëzore [2].

Rekomandime për shërbimet:

Të fuqizohet roli i Mjekut të Familjes dhe stafit infermieror që punon me ta si pikë kyç e identifikimit, diagnostikimit, trajtimit ose referimit të problematikave të shëndetit mendor të popullatës.

T'i kushtohet më shumë vëmendje ndërhyrjeve promovuese dhe parandaluese pasi kjo gjë ka rezultate shumë pozitive në uljen e barrës të shërbimeve në nivelet e tjera, të cilat për momentin nuk kanë kapacitetet dhe përhapjen e nevojshme për të mbuluar me shërbime të gjithë popullsinë.

Të mbështetet kompletimi i rrjetit të integruar të shërbimeve në zonat prioritare me shërbime komunitare, si dhe të fillojë ngritja e këtyre rrjeteve në gjithë rajonet e vendit për të mundësuar aksesin më të mirë të popullatës në kujdes të shëndetit mendor.

Të ngrihen sa më parë pavionet me shtretër akutë të psikiatrisë në spitalet rajonale për të ulur barrën e shërbimeve psikiatrike me shtretër dhe për të evituar efektet e hospitalizimit në to.

T'i jepet me shumë rëndësi ngritjes së shërbimeve që ofrojnë mundësi rehabilitimi psikosocial dhe integrimi për pacientët që kanë qëndruar për vite në institucionet psikiatrike [2].

Niveli i Burimeve Njerëzore

- Nevojitet zgjerimi i stafit me profesionistë të rinj, duke e kthyer kështu në një ekip multidisiplinar të përbërë jo vetëm nga mjekë dhe infermierë, por dhe nga psikologë, punonjës socialë, terapistë okupacionalë, por dhe ngritja e shërbimeve të reja me bazë komunitare të panjohura më parë, është reflektuar në rolet e panjohura që profesionistët duhet të mbulojnë në këto shërbime, të fokusuara jo vetëm tek trajtimi por dhe te parandalimi dhe riaftësimi.
- Në shumicën e shërbimeve dhe nivele të shërbimit mungojnë përshkrimet e rolit dhe të kompetencave bazë që duhet të zotërojnë profesionistët që punojnë në këto shërbime.
- Ende vërehen kualifikime të pamjaftueshme në nivel universitar dhe pasuniversitar, qoftë për mjekët dhe infermierët, por dhe për psikologët, punonjësit socialë, etj, në fushën e shëndetit mendor.
- Ka pasur një rritje të numrit të specializantëve në psikiatri, si dhe për herë të parë janë specializuar psikiatër për fëmijët dhe adoleshentët.
- Vështirësia e punës në këtë fushë nuk njihet dhe vlerësohet në të gjitha nivelet e shërbimit, duke sjellë për pasojë mungesën e supervizimit, burn-out dhe motivim të ulët të stafit.

- Identifikohen mungesa në trajnime të edukimit në vazhdim për këto kategori, sidomos të fokusuar në rolet e reja dhe fuqizimin e ekipeve multidisciplinare [2].

Rekomandime për Burimet Njerëzore:

- Të rritet numri i profesionistëve që punojnë në shërbimet e shëndetit mendor për të mbuluar nevojat e popullsisë për kujdes të specializuar, si dhe një shpërndarje më e mirë e këtyre burimeve në përgjigje të nevojës për përmirësimin e aksesit.
- Të hartohen përshkrimet e roleve dhe përgjegjësi për të gjithë profesionistët e shërbimeve të shëndetit mendor, mungesa e të cilave përveç problemeve që sjell në ndarjen e detyrave mes anëtarëve të ekipeve multidisciplinare dhe mosstandardizimit të shërbimit të ofruar nga institucione të ngjashme, kanë për pasojë dhe vështirësitë në monitorimin e cilësisë dhe efikasitetit të këtyre shërbimeve.
- Të pasurohen kurrikulat universitare të mjekësisë dhe infermierisë, por dhe profesionistëve të tjerë, me module të shëndetit mendor, me fokus të veçantë në shëndetin mendor komunitar.
- Të sigurohet zhvillimi i vazhdueshëm profesional i stafit të punësuar në shërbimet e shëndetit mendor, në mbështetje të roleve të reja profesionale dhe të praktikave më të mira multidisciplinare të bazuara në të dhëna dhe me fokus të veçantë në të drejtat e pacientit.
- Të trajnohen mjekët e familjes, infermierët që punojnë pranë tyre, por dhe të gjithë profesionistët e tjerë të shëndetësisë dhe sektorëve të tillë, si arsimit, shërbimeve sociale, etj, mbi çështjet e shëndetit mendor, si dhe promovimin e shëndetit mendor pozitiv për të gjithë popullatën [2].

Statistika për Shëndetin Mendor në Shqipëri

Tabela 1. Të dhëna krahasuese nga spitalet dhe pavionet psikiatrike për vitin 2010

Spitali	Nr i Shtreterve	Xhiro e Shtratit	Ditëqendrimi mesatar	Shfrytëzimi i shtratit
Tiranë	100	JD	JD	JD
Vlorë	240	2.82	102.8	289.99
Elbasan	310*	JD	JD	JD
Shkodër	35	14.7	16.1	260.5
Shpjegime JD – Jo e Disponueshme	Numri i shtretërve në vitin 2010. Në Elbasan edhe pse kapaciteti zyrtar është 310 janë përdorur në raste të veçanta deri në 340 shtretër	Xhiro e shtratit llogaritet duke pjesëtuar numrin total të daljeve nga spitali me numrin total të shtretërve në spital	Ditëqendrimi mesatar llogaritet duke pjesëtuar ditëqendrimin e përgjithshëm në spital të të gjithë pacientëve me numrin e tyre.	Shfrytëzimi i shtratit llogaritet duke pjesëtuar ditëqendrimin e përgjithshëm me numrin total të shtretërve X 365

Tabela 2. Të dhëna krahasuese ndër vite për spitalin e Vlorës dhe atë të Shkodrës

Vitet	Nr. i shtretërve		Xhiro e Shtratit		Ditëqendrimi Mesatar		Shfrytëzimi	
	Vlorë	Shkodër	Vlorë	Shkodër	Vlorë	Shkodër	Vlorë	Shkodër
2000	280	110	2.6	4.8	149.6	60.1	390.3	289.8
2001	280	110	1.46	3.9	317.7	74.4	464.6	287.5
2002	280	110	2.04	4.1	59.96	63.2	122.6	257.5
2003	280	110	1.94	4.2	189.8	64.8	369.4	271.2
2004	280	110	1.35	3.8	272	63.3	367.2	243.6
2005	240	90	1.56	6.1	208.4	59.9	32.65	293.1
2006	240	90	1.48	8.3	230.7	42.1	342.2	313.4
2007	240	90	1.46	8.5	372.34	43.1	546.1	329.1
2008	200	90	0.79	7.3	359.76	19	525.06	120.6
2009	200	90	1.76	7.2	249.51	24.5	439.77	163.6
2010	200	35	2.82	14.7	102.8	16.1	289.99	260.5

Shpjegime

Ulja e numrit të shtretërve nuk i dedikohet vetëm kalimit të disa pacientëve në shtëpitë e mbështetura por edhe përpjekjes për të ulur numrin e shtrimeve të papërshtatshme.

Numri i madh i pacientëve kronikë në spitalin e Vlorës bën që xhiro e shtratit në këtë spital të jetë mjaft i vogël. E njëjta gjë vlen pak a shumë edhe në Shkodër deri në vitin 2009, kur të gjithë shtretërit kronikë u mbyllën.

Po i njëjti shpjegim si për xhiron e shtatit vlen edhe për ditëqendrimin mesatar.

Tabela 3. Rrjeti i Shërbimeve të SHM në 4 zonat prioritare

Shërbimet e shëndetit mendor
Rajoni i Tiranës
• Klinika Universitare Psikiatrike / Qendra Spitalore "Nënë Tereza" • Shërbimi psikiatrik për fëmijë dhe adoleshentë • 3 Qendra Komunitare të Shëndetit Mendor (QKSHM) • Qendra Kombëtare e Mirërritjes, Zhvillimit dhe Rehabilitimit të Fëmijëve • Dy shtëpi të mbështetura • 2 Qendra Ditore të organizuara nga OJQ: "Alternativa" dhe "Fountain House"
Rajoni i Elbasanit
• Spitali Psikiatrik (duke përfshirë edhe qendër ditore për pacientët e spitalit) • Shtëpi e Mbështetur për 10 persona në Elbasan • Shtëpi e Mbështetur për 12 persona në Cërrik • Aktiviteti që gjeneron të ardhura, Ndërmarrja Sociale "Së bashku" • Qendër Komunitare e Shëndetit Mendor në Elbasan • Qendër Komunitare e Shëndetit Mendor në Korçë • Qendër Komunitare e Shëndetit Mendor në Gramsh
Rajoni i Vlorës
• Spitali Psikiatrik • Qendër Komunitare e Shëndetit Mendor në Vlorë • Tre shtëpi të mbështetur për 34 persona gjithsej • Qendër Komunitare e Shëndetit Mendor në Berat • Aktivitet që gjeneron të ardhura - Serë
Rajoni i Shkodrës
• Pavion psikiatrik në Spitalin e Përgjithshëm të Shkodrës • Qendër Komunitare e Shëndetit Mendor në Shkodër • Katër shtëpi të mbështetura për 52 persona gjithsej

Referenca

1. PAKETA BAZË E SHËRBIMEVE NË KUJDESHIN SHËNDETËSOR PARËSOR, 2018. Republika e Shqipërisë. Ministria e Shëndetësisë. https://shendetesia.gov.al/wp-content/uploads/2018/02/Paketa_e_rishikuar_e_miraturar.pdf
2. VLERËSIMI I NEVOJAVE TË KUJDESHIT PËR SHËNDETIN MENDOR NË NIVEL KOMBËTAR, DHJETOR 2011. Fondacioni Shoqëria e Hapur për Shqipërinë. https://www.osfa.al/sites/default/files/vleresimi_i_nevoja_per_kujdesin_e_shendetit_mendor_ne_shqiperi_2011.pdf

Shenjat që duhen kërkuar dhe ndërhyrjet infermierore ne psikoza

Objektivat

Në fund të këtij leksioni, studentët do të jenë në gjendje të:

- Njohin shenjat e hershme të psikozës te fëmijët dhe të rinjtë dhe menaxhimin infermieror
- Njohin shenjat e hershme të psikozës te adultët parandalimin dhe menaxhimin infermieror

Psikoza dhe skizofrenia tek fëmijët dhe të rinjtë: njohja dhe menaxhimi

☐ Simptomat, prezantimi dhe modelet

Psikoza dhe diagnoza specifike e skizofrenisë tek fëmijët dhe të rinjtë përfaqësojnë një çrregullim të madh psikiatrik, ose grup çrregullimesh, të karakterizuara nga simptoma psikotike që ndryshojnë perceptimin, mendimet, disponimin dhe sjelljen e fëmijës ose të riut. Simptomat e psikozës zakonisht ndahen në 'simptoma pozitive', duke përfshirë halucinacione (perceptim në mungesë të ndonjë stimuli) dhe deluzione (besime të fiksuara ose të rreme), dhe 'simptoma negative' (të tilla si apatia emocionale, mungesa e dëshirës, varfëria, e të folurit, tërheqja sociale dhe vetë-neglizhimi). Fëmijët dhe të rinjtë që zhvillojnë psikozë do të kenë kombinimin e tyre unik të simptomave dhe përvojave, modeli i saktë i të cilave do të ndikohet nga rrethanat dhe faza e tyre e zhvillimit [1].

Në mënyrë tipike, në psikozën dhe skizofreninë me fillimin e fëmijëve dhe adoleshentëve, ekziston një periudhë prodromale e karakterizuar nga një përkeqësim i funksionit personal, i cili mund të pasojë një periudhë akute stresi, një përvojë shqetësuese ose sëmundje fizike [2]. Periudha prodromale përfshin simptoma negative si problemet e përqendrimit dhe kujtesës, sjellje dhe ide të pazakonta ose jo karakteristike, përvoja të pazakonta, përvoja perceptuese të çuditshme, komunikim dhe afekt i shqetësuar, tërheqje sociale, apati dhe reduktim të interesit për aktivitetet e përditshme. Kjo periudhë mund të zgjasë deri në 1 vit dhe të ndikojë negativisht në performancën e shkollës. Modeli tinëzar i fillimit mund të vonojë diagnozën e psikozës dhe skizofrenisë tek fëmijët [3]. Periudha prodromale zakonisht pasohet nga një episod akut i shënuar nga simptoma pozitive të halucinacioneve dhe deluzioneve, si dhe

çrregullime të sjelljes. Këto simptoma zakonisht shoqërohen me axhitim dhe shqetësim, Një gamë e gjerë përvojash perceptuese anormale mund të ndodhin në fillimin e një episodi psikoze që çon në një ndjenjë frike ose mëdyshjeje, e cila mund të përbëjë një humor deluzional dhe të lajmërojë një episod të plotë psikotik. Këto përvoja anormale mund të përfshijnë ndjenjën se vendet dhe njerëzit e njohur dhe reagimet e tyre kanë ndryshuar në një farë mënyre delikate. Këto përvoja mund të rezultojnë nga një ndarje midis perceptimit dhe kujtesës (për vendet dhe njerëzit e njohur) dhe reagimet afektive të lidhura (duke u dhënë rëndësi këtyre perceptimeve). Këto përvoja mund të jenë të frikshme, konfuze dhe shqetësuese për fëmijën ose të riun. Për shembull, një fëmijë ose i ri në fillimin e sëmundjes mund të studiojë reflektimin e tyre në pasqyrë për orë të tëra sepse duket çuditërisht i panjohur, t'i atribuojë keq qëllimet kërcënuese një komenti të padëmshëm ose t'i përjetojë anëtarët e familjes ose miqtë si të panjohur, duke çuar në një deluzion dytësor. besimi se ata janë zëvendësuar nga dyshe ose të huaj. Në përmbledhje, disa dukuri klinike në psikozë dhe skizofreni mund të kuptohen në termat e humbjes së kontekstualizimit normal dhe koordinimit të përpunimit kognitiv dhe emocional. Pas zgjidhjes së episodit akut, zakonisht pas ndërhyrjeve farmakologjike dhe psikologjike, simptomat pozitive zvogëlohen dhe zhduken për shumë fëmijë dhe të rinj, megjithëse një sërë simptomash negative mund të mbeten. Kjo fazë, e cila mund të zgjasë me vite, mund të ndërpritet nga episode akute të përsëritura që mund të kenë nevojë për ndërhyrje shtesë. Simptomat e vazhdueshme duket të jenë veçanërisht të zakonshme kur gjendja fillon të fëmijët para adoleshencës [4].

Vitet e fundit ka pasur një theks në rritje në zbulimin dhe ndërhyrjen e hershme në mënyrë që të vonojë ose të parandalojë fillimin e psikozës dhe skizofrenisë. Ky fokus në ndërhyrjen dhe parandalimin shumë të hershëm ka nxitur një interes për identifikimin dhe potencialisht ndërhyrjen në të ashtuquajturat 'gjendje mendore në rrezik' (ose prodrome) të cilat mund t'i paraprijnë fillimit të çrregullimit. Gjendjet mendore në rrezik ose me 'rrezik ultra të lartë' karakterizohen nga sjellja e kërkimit të ndihmës dhe prania e simptomave psikotike pozitive të zbutura (nënklinike), simptoma të shkurtra psikotike intermitente të kufizuara ose një kombinim i treguesve të rrezikut gjenetik, siç është prania e çrregullimit skizotipit, me përkeqësim funksional të kohëve të fundit. Edhe pse rreziku për shfaqjen e skizofrenisë gjatë një periudhe 12-mujore duket se është rritur tek këta fëmijë dhe të rinj (ndërmjet një në pesë deri në një në dhjetë mund të pritët të zhvillojë një çrregullim skizofrenik), ai mbetet rasti që parashikimi i skizofrenisë bazuar në gjendjet mendore në rrezik ose me rrezik ultra të lartë është modest duke qenë se shumica e të identifikuarve nuk bëhen psikotikë. Për më tepër, shumica e fëmijëve dhe të rinjve të identifikuar me gjendje mendore në rrezik kanë një përzierje problemesh të tjera të shëndetit mendor (për shembull, depresioni, ankthi, çrregullimet e përdorimit të substancave ose çrregullimi i personalitetit në zhvillim) që kërkojnë një sërë ndërhyrjesh të synuara. Për më tepër, përdorimi i mundshëm i një etikete klinike që përcjell një rrezik të ardhshëm të psikozës ose skizofrenisë ngre çështje etike dhe mund të perceptohet në vetvete si

stigmatizuese. Mund të ndodhë që gjendjet mendore në rrezik ose me rrezik ultra të lartë të shihen më mirë si një dimension dhe jo një kategori diagnostikuese, duke përfshirë në njërin ekstrem fëmijët dhe të rinjtë me simptoma jo specifike dhe në tjetrin ata në majë të psikozës. Së fundi, duke pasur parasysh shkallën e ulët të kalimit në psikozë, çdo ndërhyrje e përdorur duhet të përfitojë (dhe jo të dëmtojë) shumicën e fëmijëve dhe të rinjve (fals pozitiv) që nuk zhvillojnë psikozë [1]. Dëmtimet e lidhura me psikozën dhe skizofreninë përfshijnë pasojat e të jetuarit me simptoma psikotike paaftësie, efektet negative të trajtimeve të drogës dhe shëndetit të dobët fizik dhe stigmën. Dëmtimi mund të ndikojë në zhvillimin dhe funksionimin psikologjik, social dhe arsimor të një fëmije ose të riu. Ndërsa rreth një e pesta e fëmijëve dhe të rinjve me skizofreni kanë një rezultat të mirë vetëm me dëmtime të lehta, në ekstremin tjetër rreth një e treta janë të dëmtuar rëndë që kërkojnë mbështetje intensive sociale dhe psikiatrike [5]. Fillimi i skizofrenisë në fëmijëri dhe adoleshencë rezulton në dëmtime më të mëdha sesa kur skizofrenia shfaqet për herë të parë në moshën madhore. Kjo është pjesërisht sepse natyra e çrregullimit është më e rëndë tek fëmijët dhe të rinjtë, por edhe sepse shfaqja e skizofrenisë gjatë fëmijërisë prish zhvillimin social dhe njohës. Funksionimi social, në veçanti aftësia për të krijuar miqësi dhe marrëdhënie dashurie, duket të jetë shumë e dëmtuar në skizofreninë e hershme. Dëmtimi që prek familjet mund të jetë gjithashtu i konsiderueshëm, duke krijuar shqetësim dhe disharmon në ndërveprimet dhe marrëdhëniet sociale. Për të rriturit e rinj, dëmtimi vërehet edhe në jetën e tyre të punës. Meqenëse fëmijët dhe të rinjtë me psikozë dhe skizofreni kanë dëmtime më të mëdha njohëse, psikologjike dhe sociale, njohja dhe ndërhyrja e hershme është thelbësore [1].

Çështje për prindërit dhe kujdestarët

Meqenëse shumë fëmijë dhe të rinj të cilëve u ofrohet trajtim për psikozën dhe skizofreninë do të jenë ende nën kujdesin e drejtpërdrejtë të prindërve ose kujdestarëve, është e rëndësishme të merret parasysh zhvillimi i trajtimeve dhe proceseve vendimmarrëse që përfshijnë prindërit dhe kujdestarët sa më shumë që të jetë e mundur. Megjithatë, në të njëjtën kohë, përdoruesit e rinj të shërbimeve do të kenë nevojë gjithashtu për mundësi për diskutim konfidencial të shqetësimeve të tyre, pasi disa prej tyre mund të lidhen drejtpërdrejt me vështirësitë me anëtarët e familjes ose kujdestarët.

Ndërsa zhvillon strategjinë më të përshtatshme dhe efektive të ndërhyrjes për psikozën dhe skizofreninë me fëmijët dhe të rinjtë, është e rëndësishme të mbani mend se kjo grupmoshë, si dhe prindërit ose kujdestarët e tyre, mund të kenë prioritete dhe preferenca të ndryshme për trajtim sesa përdoruesit më të vjetër të shërbimit. Kjo përfshin adresimin e detyrave normale të zhvillimit të adoleshencës me të rinjtë, prindërit dhe kujdestarët e tyre, si dhe menaxhimin e çrregullimit psikotik. Është gjithashtu e rëndësishme të merret parasysh me kujdes efektiviteti dhe siguria e trajtimeve të veçanta që janë zhvilluar për të rriturit kur rekomandohen trajtime të ngjashme për fëmijët dhe të rinjtë, dhe për t'u ofruar përdoruesve të shërbimit dhe

prindërve ose kujdestarëve të tyre informacion të plotë në lidhje me kostot dhe përfitimet relative të çdo trajtimi të rekomanduar (për shembull, efektet anësore afatgjata të antipsikotikëve kundrejt reduktimit të mundshëm afatshkurtër të shqetësimit psikologjik) [6].

Ndërhyrjet që synojnë parandalimin, vonimin ose përmirësimin e psikozës

Kur personat në rrezik janë identifikuar, lind pyetja se çfarë mund të bëhet në mënyrë efektive për të parandaluar, vonuar ose përmirësuar psikozën. Ndërhyrjet kanë synuar të arrijnë një ose më shumë nga rezultatet e mëposhtme: të parandalojnë, vonojnë ose përmirësojnë shkallët e kalimit në psikozë; për të reduktuar ashpërsinë e simptomave psikotike; për të reduktuar shqetësimin dhe mosfunksionimin emocional; dhe për të përmirësuar cilësinë e jetës. Qasjet terapeutike të identifikuara përfshijnë metodat e mëposhtme terapeutike:

- Ndërhyrjet farmakologjike:
 - olanzapine
 - risperidone
- Ndërhyrjet dietike:
 - acidet yndyrore omega-3
- Ndërhyrjet psikologjike:
 - terapi njohëse e sjelljes
 - terapi psikologjike e integruar
 - këshillim mbështetës.

NDËRHYRJET PSIKOLOGJIKE DHE PSIKOSOCIALE

Synimet e ndërhyrjes psikologjike dhe psikosociale tek fëmijët dhe të rinjtë me psikozë dhe skizofreni janë të shumta. Ndërhyrjet duhet të përfshijnë ato që përmirësojnë simptomat, por edhe ato që trajtojnë cenueshmërinë dhe janë të përfshira në proceset e zhvillimit të adoleshentëve. Qëllimet do të përfshijnë: reduktimin e shqetësimit të lidhur me simptomat e psikozës; promovimi i rimëkëmbjes sociale dhe arsimore; reduktimin e depresionit dhe ankthit social; dhe parandalimin e rikthimit. Reduktimi i cenueshmërisë dhe promovimi i qëndrueshmërisë do të kërkojë reduktimin e keqpërdorimit të kanabisit, promovimin e stabilitetit social dhe mbështetjen e familjes, dhe trajtimin e pasojave të abuzimit dhe neglizhencës, duke përfshirë formimin e lidhjes.

Terapitë psikologjike dhe ndërhyrjet psikosociale të mëposhtme janë më të përdorshmet:

Terapitë e artit. Terapitë e artit janë ndërhyrje komplekse që kombinojnë teknikat psikoterapeutike me aktivitete që synojnë promovimin e shprehjes krijuese. Në të gjitha terapitë e artit:

- procesi krijues përdoret për të lehtësuar vetë-shprehjen brenda një kornize specifike terapeutike

- forma estetike përdoret për të 'përmbajtur' dhe për t'i dhënë kuptim përvojës së personit
- mediumi artistik përdoret si urë për dialogun verbal dhe zhvillimin psikologjik të bazuar në njohuri, nëse është e përshtatshme
- qëllimi është t'i mundësohet individit të përjetojë veten ndryshe dhe të zhvillojë mënyra të reja të marrëdhënieve me të tjerët.

Terapia konjitive e sjelljes. U përkufizua si një ndërhyrje psikologjike diskrete ku përdoruesit e shërbimit:

- vendosin lidhje midis mendimeve, ndjenjave ose veprimeve të tyre në lidhje me simptomat aktuale ose të kaluara dhe/ose funksionimin, dhe
- rivlerësojnë perceptimet, besimet ose arsyetimin e tyre në lidhje me simptomat e synuara.

Një komponent tjetër i ndërhyrjes duhet të përfshijë sa vijon:

- përdoruesit e shërbimit që monitorojnë mendimet, ndjenjat ose sjelljet e tyre në lidhje me simptomat ose përsëritjen e simptomave, dhe/ose
- promovimi i mënyrave alternative për të përballuar simptomat e synuara dhe/ose
- reduktimin e shqetësimit dhe/ose
- përmirësimin e funksionimit.

Ndërhyrja e familjes. Ndërhyrja e familjes është përkufizuar si ndërhyrje psikologjike diskrete ku:

- Seancat familjare kanë një funksion specifik mbështetës, edukativ ose trajtimi dhe përmbajnë të paktën një nga komponentët e mëposhtëm:
 - puna e zgjidhjes së problemeve/menaxhimit të krizës
 - ndërhyrja me përdoruesin e identifikuar të shërbimit.

Trajtim i specializuar si zakonisht. Janë shërbime të specializuara të shëndetit mendor që synojnë të adresojnë nevojat e njerëzve të moshës 15 deri në 25 vjeç me çrregullime psikotike të shfaqura [7].

NDËRHYRJET FARMAKOLOGJIKE

Ilaçet antipsikotike janë parë prej kohësh duke luajtur një rol integral në trajtimin dhe menaxhimin e psikozës dhe skizofrenisë tek fëmijët dhe të rinjtë [8].

NJOHJA, PUNËSIMI DHE EDUKIMI

Arsimi, trajnimi dhe punësimi janë komponentë thelbësorë të tranzicionit të çdo fëmije dhe të riu në moshën madhore, duke rritur vetëvlerësimin, duke lehtësuar përfshirjen sociale dhe duke ofruar mundësi për t'u përfshirë në aktivitete kuptimplota dhe shpërblyese në një mënyrë të strukturuar. Megjithatë, simptomat e psikozës dhe skizofrenisë, si dhe trajtimi me medikamente antipsikotike, mund të ndërhyjnë në

aftësinë e një fëmije ose të të riut për të vazhduar ndjekjen dhe përfshirjen në këto aktivitete dhe, në terma afatgjatë, funksionin e tyre njohës. Disa ndërhyrje që janë përpjekur të përmirësojnë funksionin njohës, si terapia përmirësuese njohëse, janë përdorur për të rritur angazhimin dhe performancën në arsim dhe punë. Terapia përmirësuese njohëse është përkufizuar si:

- një procedurë e identifikuar që fokusohet në mënyrë specifike në proceset bazë njohëse, të tilla si vëmendja, kujtesa e punës dhe funksioni ekzekutiv, ose
- duke pasur synimin specifik për të sjellë një përmirësim në njohjen sociale, dhe
- duke pasur synimin specifik për të sjellë një përmirësim në nivelin e performancës në atë funksion të specifikuar njohës ose funksione të tjera, duke përfshirë aftësitë e përditshme të jetesës, arsimore, sociale ose profesionale [9].

Psikoza dhe skizofrenia tek të rriturit: parandalimi dhe menaxhimi

Ky seksion mbulon trajtimin dhe menaxhimin e psikozës dhe skizofrenisë dhe çrregullimeve të lidhura me të në të rriturit (18 vjeç e lart) me fillimin para 60 vjetësh. Termi 'psikozë' përdoret në këtë seksion për t'iu referuar grupit të çrregullimeve psikotike që përfshin skizofreninë, çrregullimin skizoafektiv, çrregullimin skizofreniform dhe çrregullimin delusional. Psikoza dhe diagnoza specifike e skizofrenisë përfaqësojnë një çrregullim të madh psikiatrik (ose grup çrregullimesh) në të cilin perceptimi, mendimet, disponimi dhe sjellja e një personi ndryshojnë ndjeshëm. Simptomat e psikozës dhe skizofrenisë zakonisht ndahen në 'simptome pozitive', duke përfshirë halucinacione (perceptim në mungesë të ndonjë stimuli) dhe deluzione (besime të fiksuara ose të rreme), dhe 'simptoma negative' (si apatia emocionale, mungesa e dëshirës, varfëria e të folurit, tërheqja sociale dhe vetë-neglizhimi). Çdo person do të ketë një kombinim unik të simptomave dhe përvojave. Në mënyrë tipike ka një periudhë prodromale, e cila i paraprin një episodi të parë të psikozës dhe mund të zgjasë nga disa ditë deri në rreth 18 muaj. Periudha prodromale shpesh karakterizohet nga një përkeqësim i funksionimit personal. Ndryshimet përfshijnë shfaqjen e simptomave psikotike kalimtare (me kohëzgjatje të shkurtër) dhe/ose të zbutur (me intensitet më të ulët), probleme të kujtesës dhe përqendrimit, sjellje dhe ide të pazakonta, komunikim dhe afekt të shqetësuar dhe tërheqje sociale, apati dhe reduktim të interesit për aktivitetet e përditshme. Periudha prodromale zakonisht pasohet nga një episod akut i karakterizuar nga halucinacione, deluzione dhe çrregullime të sjelljes, të shoqëruara zakonisht me agjitacion dhe shqetësim. Pas zgjidhjes së episodit akut, zakonisht pas ndërhyrjeve farmakologjike, psikologjike dhe ndërhyrjeve të tjera, simptomat zvogëlohen dhe shpesh zhduken për shumë njerëz, megjithëse ndonjëherë një numër simptomash negative mbeten. Kjo fazë, e cila mund të zgjasë për shumë vite, mund të ndërpritet nga episode akute të përsëritura që mund të kenë nevojë për ndërhyrje shtesë farmakologjike, psikologjike dhe të tjera, si në episodet e mëparshme. Edhe pse ky është një model i zakonshëm, rrjedha e skizofrenisë ndryshon në mënyrë të konsiderueshme. Disa njerëz mund të kenë simptoma pozitive shumë shkurt; të tjerët mund t'i përjetojnë ato për shumë vite. Të

tjerët nuk kanë periudhë prodromale, çrregullimi fillon papritur me një episod akut. Gjatë gjithë jetës, rreth 1% e popullsisë do të zhvillojë psikozë dhe skizofreni. Simptomat e para priren të fillojnë në moshën e rritur, në një kohë kur një person zakonisht do të kalonte drejt një jetese të pavarur, por mund të ndodhin në çdo moshë. Simptomat dhe sjellja e lidhur me psikozën dhe skizofreninë mund të kenë një ndikim shqetësues tek individ, familja dhe miqtë. Psikoza dhe skizofrenia shoqërohen me stigmë të konsiderueshme, frikë dhe mirëkuptim të kufizuar publik. Vitet e para pas fillimit mund të jenë veçanërisht shqetësuese dhe kaotike, dhe ekziston një rrezik më i lartë për vetëvrasje. Pasi përfundon një episod akut, shpesh ka probleme të tjera si përjashtimi social, me mundësi të reduktuara për t'u rikthyer në punë ose studime dhe probleme në krijimin e marrëdhënieve të reja. Në dekadën e fundit, ka pasur një theks të ri në shërbimet për zbulimin dhe ndërhyrjen e hershme, dhe një fokus në rikuperimin afatgjatë dhe promovimin e zgjedhjeve të njerëzve për menaxhimin e gjendjes së tyre. Ka prova që shumica e njerëzve do të shërohen, megjithëse disa do të kenë vështirësi të vazhdueshme ose do të mbeten të pambrojtur ndaj episodeve të ardhshme. Jo të gjithë do të pranojnë ndihmë nga shërbimet ligjore. Në terma afatgjatë, shumica e njerëzve do të gjejnë mënyra për të menaxhuar problemet akute dhe për të kompensuar çdo vështirësi të mbetur. Kujdestarët, të afërmit dhe miqtë e njerëzve me psikozë dhe skizofreni janë të rëndësishëm si në procesin e vlerësimit dhe angazhimit, ashtu edhe në ofrimin e suksesshëm afatgjatë të trajtimeve efektive. Ky udhëzues përdor termin 'kujdestar' për t'u zbatuar për të gjithë ata që kanë kontakte të rregullta të ngushta me njerëz me psikozë dhe skizofreni, duke përfshirë avokatët, miqtë ose anëtarët e familjes, megjithëse disa anëtarë të familjes mund të zgjedhin të mos jenë kujdestarë.

Psikoza dhe skizofrenia zakonisht lidhen me një sërë kushtesh të tjera, si depresioni, ankthi, çrregullimi i stresit post-traumatik, çrregullimi i personalitetit dhe keqpërdorimi i substancave.

Parandalimi i psikozës

Nëse një person konsiderohet të jetë në rrezik të shtuar të zhvillimit të psikozës:

- ofrojnë terapi individuale konjitive të sjelljes me ose pa ndërhyrje familjare, dhe
- ofroni ndërhyrje të rekomanduara të miratiara për njerëzit me ndonjë nga çrregullimet e ankthit, depresionit, çrregullimit të personalitetit të shfaqur ose keqpërdorimit të substancave.

Episodi i parë i psikozës

- Ndërhyrja e hershme në shërbimet e psikozës duhet të jetë e aksesueshme për të gjithë njerëzit me episodin e parë ose paraqitjen e parë të psikozës, pavarësisht nga moshë e personit ose kohëzgjatja e psikozës së patrajtuar.
- Vlerësoni për çrregullimin e stresit post-traumatik dhe reagime të tjera ndaj traumës, sepse njerëzit me psikozë ose skizofreni ka të ngjarë të kenë përjetuar

ngjarje të mëparshme negative ose trauma të lidhura me zhvillimin e psikozës ose si rezultat i vetë psikozës.

- Zgjedhja e mjekimit antipsikotik duhet të bëhet nga përdoruesi i shërbimit dhe profesionisti i kujdesit shëndetësor së bashku, duke marrë parasysh pikëpamjet e kujdestarit nëse përdoruesi i shërbimit është dakord. Jepni informacion dhe diskutoni përfitimet e mundshme dhe efektet anësore të mundshme të secilit ilaç, duke përfshirë:
 - metabolike (duke përfshirë shtimin në peshë dhe diabetin)
 - ekstrapiramidale (duke përfshirë akathisinë, diskinezinë dhe distoninë)
 - kardiovaskulare (përfshirë zgjatjen e intervalit QT)
 - hormonale (përfshirë rritjen e prolaktinës plazmatike)
 - të tjera (përfshirë përvojat e pakëndshme subjektive).
- Mos filloni mjekim të rregullt të kombinuar antipsikotik, me përjashtim të periudhave të shkurtra (për shembull, kur ndryshoni ilaçin).

Episodet e mëvonshme akute të psikozës ose skizofrenisë dhe referimi në krizë

- Ofroni terapi konjitive të sjelljes për të gjithë njerëzit me psikozë ose skizofreni. Kjo mund të fillohet ose gjatë fazës akute ose më vonë.
- Ofroni ndërhyrje familjare për të gjitha familjet e personave me psikozë ose skizofreni që jetojnë ose janë në kontakt të ngushtë me përdoruesin e shërbimit. Kjo mund të fillohet ose gjatë fazës akute ose më vonë.

Promovimi i rimëkëmbjes dhe kujdesit të mundshëm në të ardhmen

- Mjekët e përgjithshëm dhe profesionistët e tjerë të kujdesit shëndetësor parësor duhet të monitorojnë shëndetin fizik të njerëzve me psikozë ose skizofreni kur përgjegjësia për monitorimin transferohet nga kujdesi dytësor, dhe më pas të paktën çdo vit. Kontrolli shëndetësor duhet të jetë gjithëpërfshirës, duke u fokusuar në problemet e shëndetit fizik që janë të zakonshme tek njerëzit me psikozë dhe skizofreni. Kontrolli duhet ti referohet edhe udhëzimeve për monitorimin e sëmundjeve kardiovaskulare, diabetit, obezitetit dhe sëmundjeve të frymëmarrjes. Një kopje e rezultateve duhet t'i dërgohet koordinatorit të kujdesit dhe psikiatrit dhe të vendoset në shënimet e kujdesit dytësor.
- Ofroni clozapine për njerëzit me skizofreni, sëmundja e të cilëve nuk i është përgjigjur siç duhet trajtimit, pavarësisht përdorimit të njëpasnjëshëm të dozave adekuate të të paktën 2 barnave të ndryshme antipsikotike. Të paktën 1 prej barnave duhet të jetë një antipsikotik i gjeneratës së dytë jo-clozapine.
- Ofroni programe punësimi të mbështetura për njerëzit me psikozë ose skizofreni që dëshirojnë të gjejnë ose të kthehen në punë. Merrni parasysh aktivitete të tjera profesionale ose arsimore, duke përfshirë trajnimin paraprofesional, për

njerëzit që nuk janë në gjendje të punojnë ose nuk kanë sukses në gjetjen e punësimit.

Ndërhyrjet farmakologjike

Për njerëzit me një përkeqësim akut ose përsëritje të psikozës ose skizofrenisë, ofroni ilaçe antipsikotike orale ose rishikoni ilaçet ekzistuese. Zgjedhja e medikamentit duhet të ndikohet nga të njëjtat kritere të rekomanduara për fillimin e trajtimit.

Punësimi, arsimimi dhe aktivitetet profesionale

Ofroni programe punësimi të mbështetura për njerëzit me psikozë ose skizofreni që dëshirojnë të gjejnë ose të kthehen në punë. Merrni parasysh aktivitete të tjera profesionale ose arsimore, duke përfshirë trajnimin paraprofesional, për njerëzit që nuk janë në gjendje të punojnë ose nuk kanë sukses në gjetjen e punësimit. Shërbimet e shëndetit mendor duhet të punojnë në partneritet me palët e interesuara lokale, duke përfshirë ata që përfaqësojnë grupet etnike, për t'u mundësuar njerëzve me probleme të shëndetit mendor, duke përfshirë psikozën ose skizofreninë, të qëndrojnë në punë ose arsim dhe të kenë akses në punësim të ri (duke përfshirë vetëpunësimin), mundësitë vullnetare dhe arsimore.

Dokumentoni në mënyrë rutinore aktivitetet e ditës të njerëzve me psikozë ose skizofreni në planet e tyre të kujdesit, duke përfshirë rezultatet profesionale [10].

Referenca

1. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). *Psychosis and Schizophrenia in Children and Young People: Recognition and Management*. Leicester (UK): British Psychological Society; 2013.
2. Garralda ME. Psychotic children with hallucinations. *The British Journal of Psychiatry*. 1984;145:74–77.
3. Werry J, McClellan JM, Andrews L, et al. Clinical features and outcome of child and adolescent schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 1994;20:619–630.
4. Eggers C, Bunk D. The long-term course of childhood-onset schizophrenia: a 42-year follow-up. *Schizophrenia Bulletin*. 1997;23:105–117.
5. Hollis C. Adult outcomes of child and adolescent onset schizophrenia: diagnostic stability and predictive validity. *The American Journal of Psychiatry*. 2000;157:1652–1659.
6. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). *Psychosis and Schizophrenia in Children and Young People: Recognition and Management*. Leicester (UK): British Psychological Society; 2013. (NICE Clinical Guidelines, No. 155.) 2, PSYCHOSIS AND SCHIZOPHRENIA IN CHILDREN AND YOUNG PEOPLE. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK327747/>
7. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). *Psychosis and Schizophrenia in Children and Young People: Recognition and Management*. Leicester (UK): British Psychological Society; 2013. (NICE Clinical Guidelines, No. 155.) 6, PSYCHOLOGICAL AND PSYCHOSOCIAL INTERVENTIONS. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK327734/>
8. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). *Psychosis and Schizophrenia in Children and Young People: Recognition and Management*. Leicester (UK): British Psychological Society; 2013. (NICE Clinical Guidelines, No. 155.) 7, PHARMACOLOGICAL INTERVENTIONS. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK327739/>
9. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). *Psychosis and Schizophrenia in Children and Young People: Recognition and Management*. Leicester (UK): British Psychological Society; 2013. (NICE Clinical Guidelines, No. 155.) 8, COGNITION, EMPLOYMENT AND EDUCATION. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK327740/>
10. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. Clinical guideline [CG178]. Published: 12 February 2014. Last updated: 01 March 2014.

Referimi dhe ndjekja-Psikoza

Objektivat

Në fund të këtij leksioni, studentët do të jenë në gjendje të:

- Njohin pyetjet që duhet të bejnë profesionistët e shëndetit për të referuar në kohë dhe ndjekje në vazhdimësi personat me psikoza
- Njohin standardet e cilësisë për psikozën dhe skizofreninë tek të rriturit
- Njohin protokollin e Kujdesit për Diagnostikimin dhe Trajtimin e Skizofrenisë në Shqipëri-Referimi i hershëm dhe ndjekja në vazhdimësi

Pyetje për referim dhe ndjekje

Kur një pacient zbulon një përvojë të mundshme të ngjashme me psikozën, pyetjet vijuese mund të ndihmojnë për të përcaktuar hapin e duhur vijues:

1. Si është PËRVOJA?

Njerëzit që përjetojnë simptoma të rrezikut të psikozës ose psikozës kanë vështirësi të përcaktojnë se çfarë është e vërtetë dhe çfarë jo. Për të kuptuar këto simptoma, është e rëndësishme të kuptoni natyrën e përvojave të tyre dhe se si ata po i interpretojnë përvojat e tyre. A bie përvoja ose sjellja jashtë kufijve të asaj që do të konsiderohej tipike për kontekstin zhvillimor, social/kulturor ose diagnostik/mjekësor të të riut? Kufizimet në aftësitë njohëse dhe shprehëse shpesh mund të ngatërrojnë të kuptuarit tonë për përvojën e një të riu. Të rinjtë mund të luftojnë për të përcjellë në mënyrë adekuate ndryshime delikate ose abstrakte në procesin ose përmbajtjen e të menduarit, ose të thonë diçka që tingëllon psikotike kur nuk është. Përdorni pyetje të buta dhe sipas nevojës referojuni vlerësimit të specializuar të shëndetit mendor.

Pyetjet që mund të bëni:

- Më trego më shumë për atë përvojë.
- Çfarë mendoni për këtë?
- Pse mendoni se po ndodh kjo?
- Si kështu?

2. A i NDIKON ata?

Ndërsa testimi i realitetit të një personi lëkundet, përvojat e tyre si psikotike mund të fillojnë të ndikojnë në funksionimin e tyre. Një përvojë mund të tërheqë vëmendjen e tyre në një mënyrë që është e vështirë për t'u hedhur poshtë, ose një mendim mund të bëhet "ngjites" ose i vështirë për t'u shpërfillur. Ndikimi mund të jetë i sjelljes, si p.sh. veshja e kufjeve për të bllokuar halucinacionet dëgjimore ose shmangia e situatave që i frikësojnë ata, ose emocionale, duke përfshirë ndjenjën e konfuzionit, të irrituar ose ndryshe të shqetësuar. Si ndikimet e sjelljes ashtu edhe ato emocionale sugjerojnë se përvoja po bëhet më bindëse ose e vështirë për t'u kontrolluar. Në shumë raste, të rinjtë mund të mohojnë ose minimizojnë faktin që një përvojë po ndikon tek ata. Përgjigjet e vëzhguara të sjelljes dhe/ose emocionale duhet të merren parasysh në vlerësimin nëse kjo është me të vërtetë e vërtetë.

Pyetjet që mund të bëni:

- Çfarë bëni kur kjo ndodh?
- A keni bërë ndonjëherë diçka ndryshe për shkak të saj?
- Si ndiheni kur kjo ndodh?
- A ju shqetëson ndonjëherë? Si kështu?
- A shqetësoheni ndonjëherë se [kjo është e vërtetë/do të përkeqësohet/do të humbisni gjurmët nëse është e vërtetë apo jo]?

3. A është PERSËRITUR apo PËRPARON?

Duke marrë parasysh nëse një përvojë është pjesë e një çrregullimi në zhvillim, ne kërkojmë modele. Përvojat që ndodhin në mënyrë të përsëritur, ose që po "rriten", janë më shqetësuese sesa një përvojë e vetme, kalimtare. Simptomat e përsëritura, madje edhe të gjata, që tregojnë se një person ka probleme me testimin e realitetit, kërkojnë vëmendje nga një klinikist i trajnuar i shëndetit mendor. Fillimi i simptomave të reja sugjeron një ndryshim në gjendjen mendore të një të riu dhe një ndryshim nga niveli bazë i shëndetit mendor/funksional. Në mënyrë të ngjashme, simptomat që janë përkeqësuar me kalimin e kohës sugjerojnë një shqetësim klinik më të ngutshëm. Simptomat konsiderohen të përkeqësuar kur: 1) janë rritur në frekuencë, intensitet ose kohëzgjatje, 2) kanë filluar t'i shkaktojnë të riut më shumë shqetësim, 3) kanë filluar të ndikojnë në sjelljen/funksionimin e të riut dhe/ose 4) është bërë më e vështirë për të riun të përcaktojë se simptoma në fund të fundit nuk është reale [1].

Pyetjet që mund të bëni:

- Sa shpesh po ndodh kjo?
- Keni ndonjë përvojë tjetër si kjo?
- A duket se po ndodh më shumë tani se më parë?
- Kur keni filluar për herë të parë të keni këtë përvojë?
- A ka ndryshuar fare me kalimin e kohës? (për shembull, duke u bërë më intensiv ose më i vështirë për t'u larguar)
- A ka ndodhur më shpesh apo ju shqetëson më shumë se më parë?

A mund të jetë ky Depresion? Ankth? Çrregullimi i hiperaktivitetit të deficitit të vëmendjes?

Mbani psikozën të diferencuar – kërkoni konsultim nëse ka ndonjë dyshim. Zbulimi i hershëm i psikozës dhe sëmundjeve të rënda mendore, gjerësisht, është i ndërlikuar nga një sërë faktorësh:

SË PARI, simptomat psikotike dhe të ngjashme me ato psikotike janë shumë më të zakonshme se çrregullimet psikotike, veçanërisht tek fëmijët dhe adoleshentët. Ata shpesh kërkojnë vlerësim të specializuar dhe kohë për të gjykuar rëndësinë e tyre si tregues të rrezikut për një çrregullim të ardhshëm.

SË DYTË, prezantimet e simptomave evoluojnë me kalimin e kohës, kështu që ajo që në fillim mund të duket si një çrregullim ankthi mund të shfaqet përfundimisht si skizofreni. Në mënyrë të ngjashme, përvojat psikotike dhe të ngjashme me ato psikotike mund të jenë të shkurtra dhe të vazhdueshme ose të përhershme, fillimisht duke sugjeruar një psikozë akute të afërt ose çrregullim psikotik, por me kalimin e kohës duke u kuptuar më mirë si, për shembull, paniku, ose psikoza e shkaktuar nga substanca.

SË TRETË, megjithëse ka disa simptoma të hershme shumë të zakonshme të çrregullimeve të mëdha psikotike, rrjedha e hershme e skizofrenisë dhe çrregullimeve të lidhura me to është mjaft e ndryshme. Në shumicën e të rinjve, simptomat akute psikotike paraprihen nga simptoma "negative" ose "jospesifikë" të tilla si motivimi, sfidat me vëmendjen dhe të mësuarit dhe tërheqjen sociale. Vetëm një nëngrup i të rinjve që zhvillojnë sëmundje të mëdha mendore përjetojnë simptoma psikotike në mungesë të simptomave negative ose jo specifike.

SË KATËRTË, duhet të pritët komorbiditeti. Përveç vlerësimit të dallimeve "dhe/ose", klinikistët duhet të marrin në konsideratë mundësitë "të dyja/dhe". Të rinjtë mund të kenë si stress post traumatik ashtu edhe skizofreni, si çrregullim të përdorimit të kanabisit ashtu edhe çrregullim bipolar I. Në shumë raste, një çrregullim mund të rrisë rrezikun e një çrregullimi të mëvonshëm ose komorbid.

Pavarësisht disa prej këtyre sfidave, profesionistët e kujdesit duhet të mbajnë mend se simptomat psikotike dhe të ngjashme me ato psikotike shoqërohen me rrezik më të lartë për rezultate të dobëta funksionale, duke përfshirë vetëvrasjen. Paqartësia diagnostike dhe pasiguria për ecurinë e ardhshme klinike janë pjesë e zbulimit të hershëm dhe nuk janë shkak për mosveprim.

Pyetjet e mëposhtme mund të jenë të dobishme:

- Sa e qëndrueshme është përvoja e personit me gamën e përvojave të konsideruara tipike për një çrregullim të caktuar?
- A i përshkruan individi përvojat e tij në mënyra që sugjerojnë një shpërndarje nga një çrregullim i gjatë?
- Cila është marrëdhënia kohore midis grupimeve të ndryshme të simptomave? Për shembull, a shfaqen simptomat vetëm në kontekstin e një stresi të rëndësishëm ose përdorimit të substancave? A ka mospërputhje me kalimin e kohës? A ka ndonjë shembull të njërit në mungesë të tjetrit?

Standardi i cilësisë për psikozën dhe skizofreninë tek të rriturit

Standardi i cilësisë NICE (QS) 80 mbi Psikozën dhe skizofreninë tek të rriturit u botua në shkurt 2015. Ai mbulon trajtimin dhe menaxhimin e psikozës dhe skizofrenisë tek të rriturit e moshës 18-60 vjeç në kujdesin parësor, dytësor dhe komunitar. Tetë deklaratat e cilësisë duhet të sjellin përmirësime në trajtim dhe rezultate më të mira, duke përfshirë:

- Zvogëlimin e vdekshmërisë së parakohshme
- rritjen e normave të punësimit dhe të profesionit
- rritjen e përdorimit të ekipeve për zgjidhjen e krizave dhe trajtimin në shtëpi dhe zvogëlim të shtrimeve në spital
- të përmirësojë përvojën e përdoruesve të shërbimeve për shërbimet e shëndetit mendor.

Megjithëse shumica e deklaratave lidhen kryesisht me shërbimet e specializuara të shëndetit mendor, mjekët e përgjithshëm dhe shërbimet e kujdesit parësor luajnë një rol kyç në njohjen dhe referimin e personave që zhvillojnë psikozë dhe në përmirësimin e shëndetit fizik të njerëzve me psikozë dhe skizofreni [2].

Referimi për ndërhyrjen e hershme në shërbimet e psikozës - deklarata 1

Ndërhyrja e hershme në shërbimet e psikozës është treguar se përmirëson rezultatin pas një episodi të parë të psikozës; megjithatë, edhe në zonat ku ka ndërhyrje të

hershme në ekipet e psikozës, mund të ketë një vonesë të gjatë nga referimi në një shërbim të shëndetit mendor dhe fillimi si mjekim antipsikotik ashtu edhe një paketë trajtimi gjithëpërfshirës.

Shumë njerëz me një episod të parë të psikozës (ose familjet e tyre) fillimisht kërkojnë ndihmë duke shkuar te mjeku i tyre i përgjithshëm. Mund të jetë e vështirë të bëhet dallimi midis njerëzve që kanë një 'gjendje mendore të rrezikuar' dhe janë në rrezik të shtuar të zhvillimit të psikozës në të ardhmen, dhe atyre që kanë zhvilluar tashmë psikozë. Megjithatë dallimi midis këtyre dy grupeve është i rëndësishëm (pasi trajtimi i kërkuar është i ndryshëm), dallimi në kujdesin parësor mund të mos jetë thelbësor pasi të dy grupet e njerëzve do të përfitojnë nga një vlerësim dhe trajtim i specializuar në një ekip të shëndetit mendor.

Nëse mjekët e përgjithshëm e njohin psikozën herët dhe i drejtohen urgjentisht një shërbimi të specializuar të shëndetit mendor duke theksuar mundësinë e psikozës, atëherë vonesat në vlerësim dhe trajtim mund të reduktohen. Referimi në këtë mënyrë mund të çojë gjithashtu në shtigje të përmirësuara drejt kujdesit, ulje të shkallës së shtrimit në spital dhe përmirësimin e rezultateve afatgjata.

Terapi konjitive e sjelljes - deklarata 2

Terapia konjitive e sjelljes për psikozën është një formë specifike e Terapisë konjitive të sjelljes për trajtimin e psikozës. Është treguar se zvogëlon normat e shtrimit në spital, kohëzgjatjen e qëndrimit në spital, ashpërsinë e simptomave dhe depresionin. Edhe pse terapia konjitive e sjelljes për psikozën rekomandohet për të gjithë njerëzit me psikozë dhe në të gjitha fazat e sëmundjes, aksesit në trajtim është i kufizuar në shumë fusha.

Ndërhyrja e familjes - deklarata 3

Ndërhyrja familjare është një trajtim psikologjik për njerëzit me psikozë dhe familjet dhe kujdestarët e tyre. Ekziston një bazë e fortë e provave që daton që nga vitet 1960 dhe ndërhyrja familjare dihet se redukton normat e rikthimit dhe ripranimit; megjithatë, pavarësisht nga këto dëshmi dhe rekomandime në udhëzimet e NICE që nga viti 2002, ajo shpesh nuk është e disponueshme. Ndërhyrja familjare duhet të përfshijë të paktën 10 seanca të planifikuara, të kryera gjatë 3-12 muajve.

Trajtimi me klozapinë - deklarata 4

Megjithatë mjekët e përgjithshëm këshillohen që të mos fillojnë trajtimin antipsikotik pa përfshirjen e një psikiatri, ekziston një bazë e mirë e provave që barnat antipsikotike janë efektive në trajtimin e episodeve akute psikotike dhe parandalimin e rikthimit. Antipsikotikët konvencionalë janë të dobishëm për shumicën e njerëzve me psikoza, megjithatë, një pjesë e konsiderueshme e njerëzve me skizofreni nuk reagojnë mirë ose nuk janë në gjendje t'i tolerojnë këto. Ka prova të mira që klozapina është ilaçi më efektiv për njerëzit me skizofreni rezistente ndaj trajtimit por shpesh ka një vonesë midis zhvillimit të rezistencës ndaj trajtimit dhe një prove të klozapinës.

Trajtimi me klopazinë mund të shoqërohet me agranulocitozë dhe për këtë arsye mund të përshkruhet vetëm nga specialisti; pacientët që marrin klopazinë kërkojnë monitorim të rregullt të formulës së plotë të gjakut. Pacientët që zhvillojnë neutropeni duhet të ndërpresin marrjen e klopazinës, megjithëse në disa rrethana mund të jetë e mundur që ata të fillojnë ta marrin atë përsëri.

Programet mbështetëse të punësimit - deklarata 5

Normat e punësimit në mesin e njerëzve me psikozë dhe skizofreni janë shumë të ulëta. Për njerëzit që dëshirojnë të gjejnë punë, skemat që mbështesin punësimin janë gjetur se çojnë në norma më të larta punësimi sesa ndërhyrjet e tjera; megjithatë disponueshmëria e programeve që mbështesin punësimin është e kufizuar.

Vlerësimi i shëndetit fizik - deklarata 6

Njerëzit me psikozë kanë një jetëgjatësi deri në 20 vjet më pak se popullata e përgjithshme, me një pjesë të madhe të vdekshmërisë për shkak të sëmundjeve kardiovaskulare. Rreth 10% e njerëzve me skizofreni kanë diabet të tipit 2 (d.m.th. të paktën dyfishi i rrezikut krahasuar me popullatën e përgjithshme).

Rekomandohet vlerësimi vjetor i shëndetit fizik për të provuar dhe reduktuar vdekshmërinë e tepërt edhe pse një studim i trajtimit të njerëzve me skizofreni zbuloi se megjithëse shumica e pacientëve raportuan se ishin të kënaqur me kujdesin e tyre shëndetësor fizik, gjetjet anormale në kontrollet shëndetësore nuk u vepruan gjithmonë: për shembull, vetëm 54% e njerëzve me rritje të glukozës në gjak dhe 20% e atyre me dislipidemi kishin marrë një ndërhyrje të përshtatshme.

Udhëzuesi më i fundit NICE dhe standardi i cilësisë rekomandojnë që shërbimet e shëndetit mendor të kryejnë monitorim specifik për njerëzit që fillojnë trajtimin me barna antipsikotike dhe që njerëzit me psikozë të kenë një rishikim vjetor të shëndetit fizik në kujdesin parësor.

Vlerësimi vjetor i shëndetit fizik i kryer në kujdesin parësor duhet të përfshijë vlerësimin e stilit të jetesës dhe duhet të përfshijë:

- peshën
- perimetrin e belit
- pulsën dhe presionin e gjakut
- nivelet e glukozës në gjak esëll, HbA1c dhe lipideve në gjak
- shëndetin e përgjithshëm fizik.

Promovimi i ushqimit të shëndetshëm, aktivitetit fizik dhe lënia e duhanit - deklarata 7

Normat e obezitetit dhe diabetit të tipit 2 janë më të larta te njerëzit me psikozë ose skizofreni sesa në popullatën e përgjithshme dhe kjo, së bashku me një shkallë më të

lartë të pirjes së duhanit, ka të ngjarë të kontribuojë në uljen e jetëgjatësisë. Megjithëse një pjesë e rritjes së obezitetit mund të shoqërohet me trajtimin me ilaçe antipsikotike, faktorët e stilit të jetesës luajnë një rol të rëndësishëm. Njerëzit me psikozë shpesh kanë një mënyrë jetese më të ulur dhe dietë të varfër. Programet e kombinuara të ushqimit të shëndetshëm dhe aktivitetit fizik mund të ndihmojnë në promovimin e humbjes së peshës.

Rreth 60% e njerëzve me psikozë pinë duhan dhe shumica duan ndërpresin ose ta rrallojnë. Zëvendësimi i nikotinës dhe trajtimi me bupropion dhe vareniklinë është treguar të jetë efektiv për njerëzit me psikozë. Megjithëse ndalimi i pirjes së duhanit nuk shoqërohet me një rritje të simptomave psikotike, simptomat neuropsikiatrike janë raportuar me përdorimin e bupropionit dhe vareniklinës dhe kështu përdorimi i tyre duhet të shoqërohet me monitorimin e duhur.

Edukimi dhe mbështetja e fokusuar te kujdestari-deklarata 8

Kujdesi për një person me psikozë mund të jetë një burim stresi dhe mund të ketë një ndikim të rëndësishëm në cilësinë e jetës së kujdestarit. Edukimi dhe programet mbështetëse të fokusuara te kujdestari janë treguar se përmirësojnë rezultatet për kujdestarët. Këto programe ndryshojnë nga ndërhyrja familjare pasi ato janë të fokusuara në nevojat e kujdestarit dhe synojnë të përmirësojnë rezultatet për kujdestarët dhe jo për personin me psikozë; ato mund të ndihmojnë gjithashtu kujdestarët që të jenë në gjendje të identifikojnë simptomat shqetësuese [3].

Protokolli i Kujdesit për Diagnostikimin dhe Trajtimin e Skizofrenisë në Shqipëri-Referimi dhe Ndjekja [4]

HARTA E RRUGËS VENDIMMARRËSE

☐ Episodi i parë i Skizofrenisë

Përgjithësisht njerëzit takohen me shpesh me mjekët e familjes. Simptomat mund të përfshijnë ndryshime në afekt (ankth, depresion ose iritabilitet), konjicion (ulje e përqëndrimit dhe kujtesës), përmbajtjen e mendimeve (psh., preokupim për idetë e reja), gjendjen fizike (çrregullim i gjumit, humbje energjisë), tërheqje sociale dhe dëmtim i shumë roleve të funksionimit. Mund të thuhet se një pjesë e këtyre simptomave mund të jenë prezente, por nuk plotësojnë kriteret e skizofrenisë. Sidoqoftë, personat që paraqiten me këto lloj simptomash në kujdesin primar duhet të vlerësohen me kujdes më qëllim referimin sa më të shpejtë te strukturat e ndërhyrjeve të hershme, e nëse diagnoza e skizofrenisë dyshohet atëherë pacienti i referohet mjekut psikiatër të shërbimeve të kujdesit dytësor apo në qendrat e kujdesit shëndetësor mendor. Simptomatika e lehtë mund të menaxhohet në strukturat e shërbimeve jo spitalore të shëndetit mendor, ndërsa kur prezantohen simptoma fluide, pozitive (halucinacione dhe deluzione, probleme të rënda të sjelljes, të cilat na sugjerojnë për një episod akut të skizofrenisë atëherë i referohet strukturave spitalore. Personi që do të paraqitet në kujdesin primar, në kohën kur ai manifeston një episod

akut të skizofrenisë, në këtë moment është thelbësore për punonjësit e kujdesit primar të kontaktojnë me të afërmit për të organizuar mënyrën e ndihmës, me shpresën që pacienti të pranojë referimin për te specialisti i kujdesit sekondar. Nëse është e nevojshme duhet menduar për të filluar mjekimin me antipsikotikun përpara se të dërgohet te shërbimet e kujdesit sekondar (mund të bëhet edhe nga mjeku i përgjithshëm). Por, për tu realizuar një gjë të tillë duhet që mjeku i përgjithshëm të trajnohet, për të fituar kompetencën e nevojshme në menaxhimin e trajtimit farmakologjik të skizofrenisë. Kur një person paraqitet në një stad të rëndë e që kërkon referimin në Shërbimet spitalore, atëherë kërkohet bashkëpunim me mjekët e kujdesit sekondar, në respekt të procedurave ligjore për shtrimin e vullnetshëm ose të pavullnetshëm (shih Ligjin e Shëndetit Mendor, Mars 1996, në kapitullin për shtrimin e pavullnetshëm)

□ Menaxhimi i skizofrenisë në kujdesin primar

Personat e diagnostikuar me skizofreni dhe që menaxhohen nga kujdesi primar duhet të vlerësohen rregullisht për shëndetin fizik dhe nevojat e tyre sociale.

Kur mjekët e kujdesit primar do të duhet të referojnë një përdorues në profesionistët e shërbimeve të shëndetit mendor në kujdesin sekondar duhet të kenë parasysh çështjet e mëposhtme:

▣ Historinë e kaluar: të dhëna për përgjigje të mirë ndaj një trajtimi specifik pa përjetuar efekte të padëshirueshme dhe konsiderohet i sigurtë për tu menaxhuar në kujdesin primar, referimi në kujdesin sekondar mund të mos jetë gjithmonë i nevojshëm. ▣ Statusin prezent mendor

□ Transferimi në rrjete të ndryshme shërbimesh.

Në rast të pamundësisë për ta menaxhuar rastin në qendrën përkatëse të kujdesit primar merret parasysh referimi në një shërbim tjetër i cili ka burime më të përshtatshme për të zgjidhur problematikën. Përzgjedhja e shërbimit bëhet në varësi të mundësisë reale (psh. në qendrën e kujdesit shëndetësor mendor të zonës përkatëse të mbulimit ose direkt në spital). Bashkëpunimi me qendrat e tjera është mjaft i rëndësishëm. Në radhë të parë dhënia e informacionit të detajuar për rrugën që duhet të ndjekë dhe pastaj arsyet pse duhet transferuar në një shërbim tjetër duhen dhënë si për pacientin dhe familjarët e tij ashtu edhe për stafin e shërbimit pritës.

□ Referimi i hershëm

Menjëherë pas prezantimit për herë të parë të një pacienti me skizofreni apo dyshime për këtë duhet bërë referimi në qendrën komunitare të zonës përkatëse të mbulimit, ose te mjeku specialist i rrethit. Pasi bëhet vlerësimi prej këtej mund të referohet në një qendër tjetër ose në spital. Gjithmonë duhet pasur parasysh se çdo referim duhet bërë me sqarimet përkatëse në formën e detajuar.

Pasi bëhet vlerësimi i plotë nga ekipi multidisciplinar i qendrës së kujdesit shëndetësor mendor dhe përcaktohet një plan trajtimi një raport i dërgohet mjekut të shërbimit primar nga është referuar pacienti. Në planin e trajtimit duhet të përfshihet dhe një modul për menaxhimin e një episodi krize bazuar në vlerësimin e plotë të riskut për një episod të tillë. Në këtë plan përcaktohet roli i secilit prej ofruesve të kujdesit dhe

identifikohen mënyrat kyçe të zgjidhjes së situatës së krizës apo të krizës që vlerësohet se do të shfaqet së shpejti.

☐ **Trajtimi i hershëm**

Trajtimi me antipsikotikë kërkon një lloj eksperiencë dhe mund të fillohet dhe nga mjeku i familjes, por në të shumtën e rasteve rekomandohet të fillohet nga një psikiatër. Sidoqoftë për fillimin e antipsikotikëve duhen ndjekur hapat e vlerësimit dhe fillimit të përshkruara më sipër në këtë protokoll dhe në udhërrëfyesin klinik.

PROMOVIMI DHE NDJEKJA E ECURISË

Çdo mjek familje duhet të monitorojë ecurinë e gjendjes së një të sëmuri me skizofreni. Ndjekja përfshin si gjendjen e sëmundjes bazë ashtu edhe ndjekjen e shëndetit fizik të pacientit sidomos sistemin kardiovaskuar dhe depistimin për çrregullime të metabolizmit të glukozës pasi këta pacientë kanë risk më të lartë se popullata e përgjithshme. Gjithmonë duhet referuar për trajtimin përkatës dhe duhet të kihet parasysh se mjekimi aktual mund të ketë nevojë për ndryshime. Nëse një person i diagnostikuar me skizofreni paraqitet me simptoma që sugjerojnë një rikthim të sëmundjes duhet ndjekur rruga e trajtimit të krizës. Gjithashtu edhe nëse vërehet:

- ☐ Përgjigje e pamjaftueshme ndaj trajtimit
- ☐ Aderencë jo e mirë me mjekimin
- ☐ Efekte anësore të patolerueshme
- ☐ Përdorim abuziv i substancave
- ☐ Rrezik për jetën e vet dhe të tjerëve

Në raste të tjera mund të referohet në konsulta vlerësuese për rishikim të mjekimit për arsye efektesh anësore ose përgjigje e pamjaftueshme deri në rezistencë ndaj mjekimit ose kur vlerësohet se ka nevojë për trajtim psikologjik. Kur një pacient me skizofreni planifikon të ndërrojë vendbanimin ose të kalojë në një zonë tjetër mbulimi duhet të referohet edhe historia e plotë e sëmundjes dhe planet e trajtimit në të gjitha shërbimet shoqëruese.

Referenca

1. 2019 PsychosisScreening.org. Informational tool produced by the Center for Early Detection, Assessment, and Response to Risk (CEDAR) in conjunction with Boston Children's Hospital (BCH) Psychiatry & Adolescent Medicine, the Massachusetts Child Psychiatry Access Project (MCPAP) and the Prevention Collaborative. This work was funded by the Sydney R. Baer, Jr. Foundation, the Massachusetts Department of Mental Health, and the Beth Israel Deaconess Medical Center and Harvard Medical School Departments of Psychiatry.
2. NICE. *Psychosis and schizophrenia in adults*. Quality Standard 80. NICE, 2015. Available at: www.nice.org.uk/guidance/qs80
3. Jonathan Mitchell. People who are at risk of psychosis need urgent referral. 1 June 2015. <https://www.guidelinesinpractice.co.uk/mental-health/people-who-are-at-risk-of-psychosis-need-urgent-referral/352628.article>
4. Protokolli i Kujdesit për Diagnostikimin dhe Trajtimin e Skizofrenisë. DATA E PUBLIKIMIT DHJETOR 2010. DATA E RISHIKIMIT: MARS 2018. <https://shendetesia.gov.al/wp-content/uploads/2018/12/Protokoll-TRAJTIMI-I-SKIZOFRENISE.pdf>

Pesha e kujdesit në familje, ndryshimi në rolin e saj

Objektivat

Në fund të këtij leksioni, studentët do të jenë në gjendje të:

- Njohin dimensionet e kujdesit në familje
- Njohin dhe përshkruajnë natyrën e ndërhyrjeve në infermierinë familjare
- Njohin dhe përshkruajnë rolet dhe funksionet e familjes

DIMENSIONET E KUJDESIT NË FAMILJE

Për familjen nuk ekziston një përkufizim i pranuar botërisht, tani më shumë se kurrë, përkufizimi tradicional i familjes po sfidohet nga shumë faktorë. Familja është një fjalë që krijon imazhe të ndryshme për secilin dhe në grup, dhe me kalimin e kohës fjala familje ka evoluar në kuptimin e saj. Përkufizimet ndryshojnë sipas disiplinës, për shembull:

- Ligjore: marrëdhëniet nëpërmjet lidhjeve të gjakut, birësimit, kujdestarisë ose martesës
- Biologjike: rrjete biologjike gjenetike midis njerëzve
- Sociologjike: grupe njerëzish që jetojnë së bashku
- Psikologjike: grupe me lidhje të forta emocionale

Teoricienët e hershëm të shkencave sociale të familjes në shkrimet e tyre (miratuan përkufizimin tradicional të mëposhtëm:

“Familja është një grup personash të bashkuar me lidhje martesë, gjaku ose birësimi, që përbëjnë një familje të vetme; bashkëveprimin dhe komunikimin me njëri-tjetrin në rolet e tyre shoqërore përkatëse të bashkëshortit dhe gruas, nënës dhe babait, djalit dhe vajzës, vëllait dhe motrës; dhe krijimin dhe ruajtjen e një kulture të përbashkët” [1].

Përkufizimi për familjen i gjetur si më i përshtatshëm për kujdesin në familje është si më poshtë:

“Familja i referohet dy ose më shumë individëve që varen nga njëri-tjetri për mbështetje emocionale, fizike dhe ekonomike. Anëtarët e familjes janë të vetëpërcaktuar” [2].

Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSH) e përkufizon shëndetin si "një gjendje e mirëqenies së plotë fizike, mendore dhe sociale dhe jo thjesht mungesë e sëmundjes ose dobësisë" (OBSH, 1948). Kjo është në përputhje me modelin biopsikosocial të shëndetit, i cili merr në konsideratë faktorët fiziologjikë, psikologjikë dhe socialë në shëndet dhe sëmundje, si dhe ndërveprimet ndërmjet këtyre faktorëve. Ai ndryshon nga modeli tradicional mjekësor, i cili e përkufizon shëndetin si mungesë sëmundjeje ose sëmundjeje dhe thekson rolin e diagnostikimit dhe ndërhyrjes klinike. Përkufizimi i OBSH-së e lidh shëndetin në mënyrë eksplicite me mirëqenien dhe e koncepton shëndetin si një të drejtë njerëzore që kërkon burime fizike dhe sociale për t'u arritur dhe ruajtur. "Mirëqenia" i referohet një gjendjeje pozitive dhe jo neutrale, duke e inkadruar shëndetin si një aspiratë pozitive. Ky përkufizim u përshtat nga statuti i Otavës i vitit 1986, i cili përshkruan shëndetin si "një burim për jetën e përditshme, jo si objekt jetese". Nga ky këndvështrim, shëndeti është një mjet për të jetuar mirë, gjë që nxjerr në pah lidhjen midis shëndetit dhe pjesëmarrjes në shoqëri [3].

Termi shëndet i familjes shpesh përdoret në mënyrë të ndërsjellë me termat funksionim familjar, familje të shëndetshme ose shëndet familjar. Për disa, shëndeti i familjes është përbërësi i shëndetit fizik të anëtarëve individual të familjes, sepse është e pamundur të bëhet një deklaratë e vetme për shëndetin fizik të familjes si një entitet i vetëm.

Përkufizimi i shëndetit familjar është si më poshtë:

“Shëndeti i familjes është një gjendje dinamike e ndryshimit të mirëqenies, e cila përfshin faktorët biologjikë, psikologjikë, shpirtërorë, sociologjikë dhe kulturorë të anëtarëve individualë dhe të gjithë sistemit të familjes” [2].

Fusha e specializuar e kujdesit shëndetësor infermieror familjar ka qenë duke u zhvilluar që nga fillimi i viteve 1980. Përkufizimi për kujdesin infermieror në familje i miratuar dhe që përdoret gjerësisht në literaturë është si më poshtë:

“Procesi i sigurimit të nevojave shëndetësore të familjeve që janë në objektin e praktikës infermirore. Ky kujdes infermieror mund të synojë familjen si kontekst, familjen në tërësi, familjen si sistem ose familjen si përbërës të shoqërisë” [2].

NATYRA E NDËRHYRJEVE NË INFERMIERINË FAMILJARE

Dhjetë ndërhyrje të dallueshme për infermieret e familjes theksojnë natyrën e tyre të shumëllojshme të marrëdhënies midis shëndetit të familjes dhe shëndetit të anëtarëve individual:

1. Kujdesi për familjen ka të bëjë me përvojën e familjes në kohë. Ai merr në konsideratë historinë dhe të ardhmen e grupit të familjes.
2. Infermiera familjare merr parasysh komunitetin dhe kontekstin kulturor të grupit. Familja inkurajohet të marrë nga dhe t'i japë burime komunitetit.
3. Infermiera familjare i konsideron marrëdhëniet midis dhe ndërmjet anëtarëve të familjes dhe pranon se, në disa raste, të gjithë anëtarët individualë dhe grupi i familjes nuk do të arrijnë shëndet maksimal në të njëjtën kohë.
4. Infermiera familjare u drejtohet familjeve, anëtarët e të cilave janë të shëndetshëm dhe të sëmurë. Shëndeti i familjes nuk indekskohet nga shkalla e shëndetit ose sëmundjes individuale.
5. Infermiera familjare shpesh ofrohet në mjedise ku individët kanë probleme fiziologjike ose psikologjike. Së bashku me kompetencën në trajtimin e problemeve shëndetësore individuale, infermieret e familjes duhet të njohin reciprocitetin midis shëndetit të anëtarëve të familjes individuale dhe shëndetit kolektiv brenda familjes.
6. Sistemi familjar ndikohet nga çdo ndryshim në anëtarët e saj. Prandaj, kur kujdeset për individë në shëndet dhe sëmundje, infermierja duhet të zgjedhë nëse do të kujdeset për familjen. Shëndeti individual dhe ai kolektiv janë të ndërthurur dhe do të ndikohen nga çdo kujdes infermieror i dhënë.
7. Infermiera familjare kërkon që infermieri të manipulojë mjedisin për të rritur gjasat e ndërveprimit familjar. Megjithatë, mungesa e anëtarëve të familjes nuk e pengon infermierin të ofrojë kujdesin familjar.
8. Infermieri i familjes pranon se personi në një familje që është më simptomatik mund të ndryshojë me kalimin e kohës; kjo do të thotë se edhe fokusi i vëmendjes së infermierit do të ndryshojë me kalimin e kohës.
9. Infermiera familjare fokusohet në pikat e forta të anëtarëve individualë të familjes dhe grupit të familjes për të nxitur mbështetjen dhe rritjen e tyre reciproke.
10. Infermierët e familjes duhet të përcaktojnë me familjen se cilët persona përbëjnë familjen dhe ku do të vendosin energjitë e tyre terapeutike [3].

QASJET NDAJ INFERMIERISE FAMILJARE

Katër qasje të ndryshme ndaj kujdesit janë të natyrshme në infermierinë familjare: (1) familja si kontekst për zhvillimin individual, (2) familja si klient, (3) familja si sistem dhe (4) familja si një komponent i shoqërisë.

(1) Familja si kontekst për zhvillimin individual. Qasja e parë ndaj kujdesit infermieror familjar fokusohet në vlerësimin dhe kujdesin e një klienti individual në të cilin familja është konteksti. Ky është fokusi tradicional i infermierisë, në të cilin individi është në plan të parë dhe familja është sfond. Familja shërben si kontekst për individin si burim ose stresues për shëndetin dhe sëmundjen e tij. Shumica e teorieve

ose modeleve ekzistuese të infermierisë fillimisht u konceptuan duke përdorur individin si fokus. Etiketat alternative për këtë qasje janë të përqendruara në familje ose me qëndër familjen.

(2) **Familja si klient.** Qasja e dytë për kujdesin infermior familjar përqendrohet në vlerësimin e të gjithë anëtarëve të familjes; familja si klient është fokusi i kujdesit. Në këtë qasje, të gjithë anëtarët e familjes janë në plan të parë dhe individët nuk përjashtojnë të gjithë reciprokisht. Familja shihet si shuma e anëtarëve individualë të familjes dhe fokusi përqendrohet në secilin individ. Çdo person vlerësohet dhe kujdesi shëndetësor ofrohet për të gjithë anëtarët e familjes. Megjithatë, njësia familjare nuk është domosdoshmërisht konsiderata kryesore në ofrimin e kujdesit. Mjekët e familjes japin shtysë për këtë qasje ndaj kujdesit familjar në mjediset e komunitetit, por edhe infermierët janë gjithashtu të përfshirë në këtë qasje. Kjo qasje zakonisht shihet në kujdesin shëndetësor parësor.

(3) **Familja si sistem.** Qasja e tretë ndaj kujdesit fokusohet te familja si sistem. Fokusi është te familja si klient, dhe familja shihet si një sistem ndërveprues në të cilin e tëra është më shumë se shuma e pjesëve të saj. Me fjalë të tjera, ndërveprimet ndërmjet anëtarëve të familjes do të jenë objektiv për ndërhyrjet infermiore, të cilat rrjedhin nga vlerësimi i familjes në tërësi. Qasja e sistemit të infermierisë familjare fokusohet tek individ dhe familja njëkohësisht. Theksi vihet në ndërveprimet ndërmjet anëtarëve të familjes.

(4) **Familja si një komponent i shoqërisë.** Qasja e katërt ndaj kujdesit e shikon familjen si një komponent të shoqërisë, në të cilën familja shihet si një nga institucionet e shumta në shoqëri, e ngjashme me institucionet shëndetësore, arsimore, fetare ose ekonomike. Familja është një njësi bazë ose parësore e shoqërisë dhe është pjesë e sistemit më të madh të shoqërisë. Familja në tërësi ndërvepron me institucione të tjera për të marrë, shkëmbyer ose dhënë komunikim dhe shërbime [3].

Funksionet e Familjes

Një perspektivë funksionale ka të bëjë me mënyrën se si familjet u shërbejnë anëtarëve të tyre. Një mënyrë për të përshkruar aspektin funksional të familjes është ta shohësh njësinë si të përbërë nga persona intimë, ndërveprues dhe të ndërvuar që ndajnë disa vlera, qëllime, burime, përgjegjësi, vendime dhe përkushtim me kalimin e kohës.

Funksionimi i familjes është përshkruar si *"proceset individuale dhe bashkëpunuese të përdorura nga personat në zhvillim për të angazhuar në mënyrë dinamike njëri-tjetrin dhe mjediset e tyre të ndryshme gjatë rrjedhës së jetës"*.

Pesë funksione familjare të identifikuar janë: riprodhues, socializim, afektiv, ekonomik dhe kujdes shëndetësor.

FUNKSIONET E KUJDESIT SHËNDETËSOR TË FAMILJES

Anëtarët e familjes shpesh shërbejnë si ofrues të kujdesit parësor shëndetësor për familjet e tyre. Individët kërkojnë rregullisht shërbime nga një sërë profesionistësh të kujdesit shëndetësor, por është brenda familjes që udhëzimet shëndetësore ndiqen ose shpërfillen. Anëtarët e familjes priren të jenë kujdestarët kryesorë dhe burimet e

mbështetjes për individët gjatë shëndetit dhe sëmundjes. Familjet ndikojnë në mirëqenien, parandalimin, kujdesin ndaj sëmundjeve, kujdesin e lidhur me sëmundjet kronike dhe kujdesin rehabilitues. Kujdesi i fokusuar në familje nënkupton që kur një individ i vetëm është objektivi i kujdesit, e gjithë familja shihet ende si njësi e kujdesit. Funkcionet e kujdesit shëndetësor të familjes përfshijnë shumë aspekte të jetës familjare. Anëtarët e familjes kanë ide të ndryshme për shëndetin dhe sëmundjen dhe shpesh këto ide nuk diskutohen brenda familjeve derisa të shfaqen probleme. Disponueshmëria dhe kostoja e sigurimit të kujdesit shëndetësor është një shqetësim për shumë familje, por shumë familjeve u mungon qartësia se çfarë mbulohet dhe çfarë nuk mbulohet derisa të hasin një problem. Sjelljet e stilit të jetesës, të tilla si dieta e shëndetshme, ushtrimet e rregullta, alkooli dhe përdorimi i duhanit, janë fusha që anëtarët e familjes mund të mos i lidhin me rezultatet e shëndetit dhe sëmundjes. Reduktimi i rrezikut, ruajtja e shëndetit, rehabilitimi dhe kujdesi janë fusha ku familjet shpesh kanë nevojë për informacion dhe ndihmë.

ROLET E FAMILJES

Brenda familjes, pavarësisht nga struktura, çdo pozicion familjar ka një sërë rolesh të bashkangjitura dhe secili rol shoqërohet me pritshmëri. Një rishikim i literaturës familjare identifikoi tetë role të lidhura me pozicionin e bashkëshortit/partnerit:

- Ofruesi
- Kujdestare e shtëpisë
- Kujdesi për fëmijët
- Socializimi
- Seksual
- Terapeutike
- Rekreative
- Lidhja farefisnore

Rolet shtesë që prekin familjen janë ato të kujdestarit të familjes dhe roli i sëmurë që merr personi gjatë sëmundjes. Tradicionalisht, roli i ofruesit u është caktuar burrave, ndërsa gratë kanë marrë përsipër kujdestaren e shtëpisë, kujdesin ndaj fëmijëve dhe detyra të tjera të kujdesit. Megjithatë, me ndryshimet shoqërore dhe ndryshimet në strukturën e familjes, zbatimi tradicional i këtyre roleve nuk është më i zbatueshëm për shumë familje.

Familjet organizohen sipas roleve gjinore brezit dhe vendndodhjes në familje, për shembull, fëmija i mesëm, nëna, babai, njerka, mbesa dhe gjyshi. Qëndrimi ka ndryshuar disi në lidhje me zbatimin e ngurtë të rolit gjinor (kush bën çfarë), por hulumtimet tregojnë se, në realitet, pak ndryshim ka ndodhur dhe shumica e familjeve mbeten të bazuara në gjini. Për shembull, 70% e të gjitha nënave punojnë, dhe gratë vazhdojnë të sigurojnë 80% të kujdesit për fëmijët dhe detyrimet shtëpiake. Burrat marrin pjesë dhe bëjnë më shumë në shtëpi dhe me kujdesin ndaj fëmijëve në familje se kurrë më parë, por kjo përgjegjësi ende mbetet kryesisht tek gratë.

Në çdo familje, anëtarët duhet të vendosin se si do të ndahen puna dhe përgjegjësitë. Rolet negocohen, caktohen, delegohen, supozohen. Ndarja e punës brenda shtëpisë së familjes ndodh kur anëtarë të ndryshëm marrin role dhe ndërsa familjet ndryshojnë me kalimin e kohës dhe gjatë ciklit jetësor të familjes. Për shembull, anëtarët e familjes

mund të bëhen të paaftë për të kryer rolet e tyre dhe familja duhet të rikonfigurojë ndarjen e roleve pas vdekjes së anëtarëve të familjes.

Familjet sot

Sot, familjet nuk mund të ndahen nga sistemi më i madh, pjesë e të cilit janë dhe as nuk mund të ndahen nga e kaluara e tyre historike. Disa njerëz argumentojnë se familjet janë në gjendje të tmerrshme. Njerëz të tjerë përshëndesin ndryshimet që vazhdojnë të ndodhin në familje dhe miratojnë diversitetin dhe opsionet që adresojnë nevojat moderne. Ashtu si disa familje të së shkuarës dhe të tashmes bëjnë sjellje që janë shkatërruese për individët dhe institucionet e tjera sociale, ka familje të së shkuarës dhe të së tashmes që ofrojnë mjedise të shëndetshme. Struktura, funksioni dhe proceset e familjeve kanë ndryshuar, por familja do të vazhdojë të mbijetojë dhe të lulëzojë. Familja është në fakt, njësia më këmbëngulëse në shoqëri [4].

Referenca

1. Kirkpatrick C. BURGESS, ERNEST W., and HARVEY J. LOCKE. The Family. Pp. xv, 800. Neë York: American Book Co., 1945. \$4.25. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*. 1946;245(1):218-219.
2. Hanson, Shirley May Harmon. "Family health care nursing: an introduction." *Family health care nursing: Theory, practice and research* (2005): 3-37.
3. <https://www.healthknowledge.org.uk/public-health-textbook/medical-sociology-policy-economics/4a-concepts-health-illness/section2/activity3>
4. Family Health Care Nursing Theory, Practice and Research 4th Edition. Joanna Rowe Kaakinen . . . [et at.], 2010. F. A. Davis Company.

Fëmijët me një anëtar të familjes me sëmundje të shëndetit mendor

Objektivat

Në fund të këtij leksioni, studentët do të jenë në gjendje të:

- Njohin ndikimin e sëmundjeve mendore në familje
- Njohin dhe përshkruajnë vështirësitë e zakonshme që hasin fëmijët me një anëtar të familjes me sëmundje të shëndetit mendor
- Aftësohen me strategji të dobishme të vlefshme për fëmijët për përballimin e sëmundjeve mendore në familje

SËMUNDJET MENDORE NË FAMILJE

Sëmundjet mendore tek prindërit paraqesin rrezik për fëmijët në familje. Këta fëmijë kanë një rrezik më të lartë për të zhvilluar sëmundje mendore sesa fëmijët e tjerë. Kur të dy prindërit janë të sëmurë mendërisht, mundësia është edhe më e madhe që fëmija të sëmuret mendërisht. Rreziku është veçanërisht i fortë kur një prind ka një ose më shumë nga këto sëmundje mendore: Çrregullim bipolar, një çrregullim ankthi, skizofreni, alkoolizëm ose abuzim me drogë të tjera, ose depresion. Rreziku mund të trashëgohet nga prindërit edhe nëpërmjet gjeneve. Një mjedis familjar jo konsistent dhe i paparashikueshëm gjithashtu kontribuon në sëmundjet psikiatrike të fëmijët. Sëmundja mendore e një prindi mund të shkaktojë stres në martesë dhe të ndikojë në aftësitë prindërore të çiftit, gjë që mund të dëmtojë fëmijën. [1].

Rritja në çdo familje mund të jetë sfiduese ndonjëherë. Megjithatë, shpesh ka çështje unike kur një anëtar i familjes ose anëtarët e familjes kanë një sëmundje mendore. Anëtarët e këtyre familjeve shpesh duhet të përballen me paqëndrueshmëri ose paparashikueshmëri. Shpesh ka konfuzion në rolet familjare. Për shembull, fëmijët ose anëtarët e tjerë të familjes mund të duhet të marrin përsipër shumë nga përgjegjësitë e prindërve, të tilla si kujdesi për vëllezërit e motrat më të vegjël ose menaxhimi i detyrave shtëpiake që zakonisht menaxhohen nga prindërit. Ata madje mund të kenë përgjegjësinë për t'u kujdesur për nevojat emocionale ose fizike të prindërve të tyre. Fëmijët ose anëtarët e tjerë të familjes në këto situata nuk marrin gjithmonë kujdesin që u nevojitet. Përveç kësaj, individët që kanë një anëtar të familjes me një sëmundje mendore mund të ndihen të turpëruar të flasin për situatën e tyre me të tjerët dhe për pasojë mund të tërhiqen nga të afërmit ose miqtë që mund t'i ndihmojnë ose t'i mbështesin. Shpesh ata mund të kenë vështirësi për të njohur dhe shprehur nevojat e

tyre ndaj të tjerëve dhe madje edhe vetes. Si rezultat, këta individë shpesh ndihen të izoluar dhe të vetmuar.

Vështirësitë e zakonshme

Individët që përballen me sëmundje kronike dhe të rënda mendore në familje mund të përjetojnë edhe vështirësi të tjera jashtë marrëdhënieve të tyre familjare. Këto mund të përfshijnë:

VËSHTIRËSITË E MARRËDHËNIEVE

- Vështirësi në marrëdhënie dhe përjetimi i ndjenjave të izolimit.
- Vështirësi në fillimin e marrëdhënieve romantike dhe miqësive.
- Vështirësi në ruajtjen e marrëdhënieve romantike dhe miqësive.
- Vështirësi për të besuar veten dhe të tjerët.
- Vështirësi në balancimin e nivelit të intimitetit (varësi e tepruar ose shmangie e tepruar).
- Vështirësi për të balancuar kujdesin për veten dhe kujdesin për të tjerët.
- Vështirësi në vendosjen dhe zbatimin e kufijve të shëndetshëm me të tjerët.

VËSHTIRËSITË EMOCIONALE

- Faji
- Zemërimi apo pakënaqësia
- Turp apo siklet
- Depresioni
- Pafuqia
- Lodhje
- Frika për të trashëguar sëmundjen mendore të një anëtarit të familjes
- Frika nga zbulimi nga të tjerët, duke përfshirë partnerin dhe miqtë e dikujt

VËSHTIRËSITË SJELLJES

- Shpërthime zemërimi ose zemërim i ndrydhur.
- Pamundësia për t'u përballur me jetën nëse nuk është kaotike ose në krizë.
- Tepër përgjegjës ose i papërgjegjshëm në shumë fusha të jetës si angazhimet, paratë, alkooli, marrëdhëniet, etj.
- Mendimet, qëndrimet dhe sjelljet vetëshkatërruese të tilla si “Nevojat e mia nuk kanë rëndësi; nuk vlej shumë; Nuk ka vlerë të provosh.”
- Temat vetëshkatërruese që përfshijnë një tendencë për të barazuar arritjet me vlerën si person, të tilla si: “Ndoshta mund të kem rëndësi nëse mund të shkëlqej në diçka, të jem i përsosur në shkollë, në punën time ose në marrëdhëniet e mia. Por nëse dështoj, jam i pavlerë dhe është e tmerrshme.”
- Nëse fëmija është duke përjetuar ndonjë nga këto vështirësi, do të thotë që ai nuk është vetëm. Është e dobishme që fëmija të kuptoj se këto modele

marrëdhëniesh, ndjenjash dhe sjelljesh e kanë ndihmuar të përballet dhe të mbijetoj deri tani, dhe gjatë viteve më të pambrojtura të fëmijërisë, ato madje kanë shërbyer si një funksion përbalues. Megjithatë, është gjithashtu kritike të pranoni se ato mund të mos jenë më të dobishme dhe funksionale në periudhën e fëmijërisë. Njohja nga ana e fëmijës se këto vështirësi mund të kufizojnë zgjedhjet të jetës si i rritur është një hap i parë i rëndësishëm drejt zhvillimit të mënyrave të reja, shpërblyese dhe funksionale për të përmirësuar cilësinë e jetës së tyre dhe për t'u lidhur më mirë me të tjerët [2].

PËRBALLIMI I SËMUNDJEVE MENDORE NË FAMILJE

Disa faktorë mbrojtës që mund të ulin rrezikun për fëmijët përfshijnë:

- Të dinë se prindërit e tyre janë të sëmurë dhe se ata nuk janë fajtorë
- Ndihmë dhe mbështetje nga anëtarët e familjes
- Një ambient i qëndrueshëm në shtëpi
- Psikoterapi për fëmijën dhe prindërit
- Ndjenja e të qenit i dashur nga prindi i sëmurë
- Një personalitet natyral i qëndrueshëm tek fëmija
- Vetëvlerësim pozitiv
- Forca e brendshme dhe aftësi të mira përbaluese tek fëmija
- Një marrëdhënie e fortë me një të rritur të shëndetshëm
- Miqësi, marrëdhënie pozitive me bashkëmoshatarët
- Interesimi dhe suksesi në shkollë
- Interesat e shëndetshme jashtë shtëpisë për fëmijën
- Ndihmë nga jashtë familjes për të përmirësuar mjedisin familjar (për shembull, psikoterapia martesore ose klasa prindërimi) [1]

Disa prindër dhe kujdestarë me probleme të shëndetit mendor mund të kenë nevojë për mbështetje për të përballuar rutinat e jetës së përditshme, të tilla si punët e shtëpisë, orari i ushqimit, gjumi, shoqërimi i fëmijëve në shkollë dhe marrja e fëmijëve në takime mjekësore dhe dentare. Ata gjithashtu mund ta kenë më të vështirë të:

- kontrollojnë disponimin dhe emocionet e tyre rreth fëmijëve të tyre
- njohin dhe u përgjigjen nevojave fizike dhe emocionale të fëmijëve
- angazhohen në shoqëri me fëmijët e tyre
- vendosin dhe ruajnë kufijtë e sigurt dhe të përshtatshëm dhe menaxhojnë sjelljen e fëmijëve të tyre.

Nëse prindërit nuk marrin mbështetjen që u nevojitet nga familja, miqtë, fqinjët dhe/ose profesionistët, këto sfida mund të përshkallëzohen. Në raste ekstreme, fëmijët mund të përjetojnë abuzim dhe/ose neglizhencë.

Foshnjat dhe fëmijët e vegjël mbështeten te prindërit dhe kujdestarët e tyre për t'u dhënë atyre kujdesin e ngrohtë dhe edukues që u nevojitet për t'u rritur.

Nëse prindërit përjetojnë probleme të shëndetit mendor në shtatzëni ose në vitin e parë të jetës së foshnjës, kjo mund të ndikojë në mënyrën se si ata janë në gjendje të lidhen dhe të kujdesen për fëmijën e tyre. Kjo mund të ketë një ndikim në zhvillimin intelektual, emocional, social dhe psikologjik të fëmijës. Kjo do të thotë se është e rëndësishme që praktikuesit e kujdesit të jenë në gjendje të kuptojnë nëse një prind ose kujdestar i ri po lufton me shëndetin e tyre mendor dhe t'i ndihmojë ata të kenë mbështetjen e duhur.

Shumë fëmijë prindërit e të cilëve kanë probleme të shëndetit mendor nuk përjetojnë asnjë efekt negativ. Por nëse prindërit nuk po marrin mbështetjen e duhur për t'u kujdesur për familjen e tyre, kjo mund të ketë ndikim në mirëqenien e fëmijëve të tyre. Shenjat që një fëmijë mund të ketë nevojë për mbështetje shtesë përfshijnë:

- duke u shqetësuar për gjendjen e prindërve ose kujdestarit të tyre
- duke marrë një rol për kujdesës për prindërit dhe anëtarët e tjerë të familjes
- duke vënë nevojat e familjes së tyre mbi nevojat e tyre
- duke pasur ndjenja negative për gjendjen e prindërve të tyre
- e kanë të vështirë të bëjnë miq, të ndihen të izoluar ose të ngacmohen
- nuk ndihen në gjendje të flasin me prindërit e tyre ose me një të rritur tjetër të besuar për shqetësimet e tyre

Nëse një prind ka probleme të rënda të shëndetit mendor, fëmijëve mund t'u duhet të përballen me situata të frikshme dhe shqetësuese si:

- duke u ndarë nga prindërit e tyre, ose për shkak se prindërit duhet të shkojnë në spital dhe/ose sepse fëmija është marrë në kujdes
- një prind që tenton t'i marrë jetën
- një prind që shfaq sjellje jashtëzakonisht të paqëndrueshme.

Nëse këto gjëra ndodhin, është e rëndësishme të merret në konsideratë se si kjo ka ndikuar në mirëqenien e të gjithëve në familje dhe çfarë mbështetje mund të jepet.

Stigma

Ndonjëherë familjet përjetojnë stigmë lidhur me problemet e shëndetit mendor. Kjo mund ta bëjë më të vështirë për prindërit dhe fëmijët e tyre që të shoqërohen, të flasin dhe të kërkojnë mbështetje. Prindërit dhe familjet e tyre mund të përjetojnë diskriminim nga të tjerët dhe kjo mund të shfaqet me vetëdije ose pa vetëdije. Për shembull, prindërit mund ta kenë më të vështirë të gjejnë punë ose të kenë akses në shërbimet mbështetëse. Disa fëmijë prindërit e të cilëve kanë probleme të shëndetit mendor raportojnë se janë ngacmuar. Profesionistët kanë një rol të rëndësishëm për të luajtur në rritjen e ndërgjegjësimit për problemet e shëndetit mendor, duke ndërmarrë veprime për të trajtuar diskriminimin dhe duke u siguruar që familjet të marrin mbështetjen që u nevojitet.

Faktorët e rrezikut dhe vulnerabilitetit

Të gjitha familjet përjetojnë sfida herë pas here. Kjo nuk do të thotë që fëmijët janë në rrezik më të madh të abuzimit. Por kur problemet rriten, mund të jetë më e

vështirë për prindërit që të përballen – veçanërisht nëse janë të izoluar ose nuk kanë mbështetje. Rreziqet për fëmijët janë më të mëdha kur problemet e shëndetit mendor të prindërve ekzistojnë krahas abuzimit në familje dhe keqpërdorimit të substancave prindërore

Vlerësimi

Ndikimi i problemeve të shëndetit mendor të prindërve ndryshon sipas natyrës së gjendjes së secilit prind, shëndetit të fëmijës së tyre dhe fazës së zhvillimit, si dhe marrëdhënieve me anëtarët e tjerë të familjes.

Profesionistët e kujdesit shëndetësor duhet të vlerësojnë nëse problemet e shëndetit mendor të prindit ose kujdestarit paraqesin rrezik për sigurinë dhe mirëqenien e fëmijës së tyre dhe nëse këto rreziqe mund të zbuten me mbështetjen e duhur. Ata gjithashtu duhet të marrin parasysh nëse ka ndonjë faktor mbrojtës që do të rrisë qëndrueshmërinë e përgjithshme të familjes, për shembull nëse prindi ose kujdestari tashmë po marrin mbështetje efektive nga shërbimet e shëndetit mendor.

Profesionistët e kujdesit duhet të bëjnë një vlerësim holistik i cili merr parasysh:

- mirëqenien dhe zhvillimin e fëmijës
- mendimet dhe ndjenjat e fëmijës
- ndikimi i çdo prindërimi të përditshëm në shëndetin mendor të prindit ose kujdestarit
- aftësia e prindit ose e kujdestarit për të përmbushur nevojat e fëmijës
- nëse fëmija ka marrë një rol kujdesi
- historia e prindit ose kujdestarit, historia mjekësore dhe rrethanat aktuale
- mendimet dhe ndjenjat e prindërve për kujdesin për fëmijën e tyre
- pikëpamjet e kolegëve të agjencive të tjera që janë të përfshirë me familjen, si mësuesit
- nëse prindi ose kujdestari ka mbështetje nga një prind ose i afërm tjetër, ose nëse ata po përballen vetëm me prindërimin.

Ata gjithashtu duhet të marrin parasysh faktorë më të gjerë që mund ta bëjnë më të vështirë përballimin e prindit ose kujdestarit. Kjo përfshin:

- keqpërdorimi i substancave
- abuzimi në familje
- vështirësi financiare
- problemet e strehimit
- problemet e marrëdhënieve

- izolim social.

Kërcënime për vetëvrasje ose kërcënime për të vrarë një partner ose fëmijë duhet të merren seriozisht duke marrë masa të menjëhershme për t'i mbajtur fëmijët të sigurt [3].

Profesionistët mjekësorë, të shëndetit mendor ose të shërbimeve sociale që punojnë me të rriturit me sëmundje mendore duhet të pyesin për fëmijët dhe adoleshentët, veçanërisht për shëndetin e tyre mendor dhe zhvillimin emocional. Nëse ka shqetësime ose pyetje serioze në lidhje me një fëmijë, mund të jetë e dobishme kryerja e një vlerësimi nga një profesionist i kualifikuar i shëndetit mendor. Trajtimi psikiatrik individual ose familjar mund të ndihmojë një fëmijë drejt zhvillimit të shëndetshëm, pavarësisht nga prania e sëmundjes psikiatrike të prindërve. Psikiatri i fëmijëve dhe adoleshentëve mund të ndihmojë familjen të punojë me elementët pozitivë në shtëpi dhe pikat e forta natyrore të fëmijës. Me trajtimin, familja mund të mësojë mënyra për të pakësuar efektet e sëmundjes mendore të prindit tek fëmija. Fatkeqësisht, familjet, profesionistët dhe shoqëria shpesh i kushtojnë vëmendjen më të madhe prindit të sëmurë mendor dhe i injorojnë fëmijët në familje. Sigurimi i më shumë vëmendjes dhe mbështetjes për fëmijët e një prindi të sëmurë psikiatrik është një konsideratë e rëndësishme kur trajtohet prindi [1].

Prioriteti i nevojave të fëmijëve

Kushdo që punon me prindërit ose kujdestarët që kanë probleme të shëndetit mendor duhet të përqendrohet në mirëqenien e fëmijëve të tyre.

Avokim dhe mentorim

- Fëmijëve duhet t'u jepet akses tek një mentor dhe/ose avokat, me të cilin mund të flasim për shëndetin mendor të prindërve ose kujdestarit të tyre dhe që mund t'i ndihmojë të dëgjohen pikëpamjet e tyre.
- Fëmijët kanë nevojë për dikë që mund të kontaktojnë për mbështetje nëse kanë nevojë, veçanërisht nëse ka një urgjencë.
- Kini parasysh se fëmijët mund të jenë të kujdesshëm në lidhje me ofrimin e terapisë ose këshillimit. Në varësi të përvojave të prindërve të tyre, ata mund të kenë lidhje negative me këtë lloj mbështetjeje. Ata gjithashtu mund të kenë frikë nga zhvillimi i problemeve të shëndetit mendor dhe mendojnë se referimi te një këshilltar është një shenjë e sëmundjes mendore [4].

Mbështetja e bashkëmoshatarëve

Fëmijët prindërit e të cilëve kanë probleme të shëndetit mendor duhet të kenë mundësinë të ndërveprojnë me fëmijë të tjerë në situata të ngjashme. Kjo u lejon atyre të ofrojnë dhe të marrin mbështetje. Rrjetet e suksesshme të mbështetjes së bashkëmoshatarëve mund të kenë një ndikim pozitiv në mirëqenien dhe qëndrueshmërinë e fëmijëve në:

- rritjen e vetëbesimit
- përmirësimi i të kuptuarit të çështjeve të shëndetit mendor të prindërve
- mësimdhënien e aftësive të komunikimit dhe përballimit [5].

Fuqizimi i fëmijëve

Fëmijët dhe të rinjtë duhet të luajnë një rol pozitiv dhe të kontribuojnë në vendimet për kujdesin e prindërve ose kujdestarit të tyre. Fëmijët duan të përfshihen në ndërhyrje për të mbështetur prindërit e tyre dhe ata duan që pikëpamjet e tyre të merren seriozisht [4].

- Dhënia e fëmijëve dhe të rinjve informacion të saktë dhe të përshtatshëm për problemet e shëndetit mendor mund të adresojë çdo keqkuptim ose frikë që mund të kenë dhe mund t'u japë atyre gjuhën për të shprehur veten.
- Lejimi i fëmijëve dhe të rinjve të distancohen nga emocionet dhe sjelljet e prindërve ose kujdestarit të tyre, mund t'u mundësojë atyre të zhvillojnë të menduarit dhe emocionet e tyre.
- Shpjegimi i vështirësive të shëndetit mendor të prindit ose kujdestarit mund të jetë një platformë për diskutime më të gjera rreth marrëdhënieve dhe emocioneve në përgjithësi.

Edukimi i fëmijëve për problemet e shëndetit mendor të prindërve mund të ketë një sërë përfitimesh duke përfshirë:

- rritja e qëndrueshmërisë së fëmijës
- duke sfiduar keqkuptimet e fëmijës për shëndetin mendor
- duke rritur mirëkuptimin dhe ndjeshmërinë e fëmijës për prindin ose kujdestarin e tyre
- përmirësimin e komunikimit ndërmjet prindit ose kujdestarit dhe fëmijës

Duke folur hapur

Është jetike për të ndërtuar marrëdhënie të sigurt dhe të besueshme me fëmijët, në mënyrë që ata të mund të flasin hapur për çdo problem që po përjetojnë. Kjo përfshin mësimin e fëmijëve se çfarë është abuzimi dhe si mund të marrin ndihmë.

Mbështetja e familjes

Anëtarët e familjes mund të hezitojnë të diskutojnë shëndetin mendor me njëri-tjetrin. Mungesa e komunikimit mund të rezultojë në keqkuptime dhe mund t'i bëjë fëmijët të ndihen të shqetësuar ose vetëm. Ndërhyrjet që inkurajojnë familjet të komunikojnë me njëra-tjetrën mund t'i ndihmojnë të gjithë të kuptojnë ndikimin e problemeve të shëndetit mendor.

Familjet mund të përfitojnë nga takimi dhe shkëmbimi i përvojave me familjet e tjera. Kjo mund të:

- parandalimi i rikthimeve
- zvogëlojnë ndjenjat e izolimit dhe stigmës

- ofrojnë mënyra pozitive për të ndërvepruar me njëri-tjetrin
- mbështesin diskutimin më të hapur për shëndetin mendor në të gjithë familjen e gjerë

Disa ndërhyrje i ndihmojnë anëtarët e familjes të hartojnë dhe zbatojnë plane 'me qëndrueshmëri të mirë'. Kjo mund të përfshijë:

- vendosjen e shenjave në shërbime të tjera të dobishme
- vendosjen e qëllimeve
- zhvillimi i aftësive për zgjidhjen e problemeve
- duke ofruar këshilla për menaxhimin e stresit
- njohja e shenjave të hershme të një rikthimi [6-7]

Monitorimi i progresit

Profesionistët e kujdesit duhet të kenë një fokus në mirëqenien e fëmijës. Ata duhet të monitorojnë dhe rishikojnë progresin e fëmijëve gjatë gjithë periudhës së ndërhyrjes dhe të përgjigjen në mënyrë të përshtatshme.

Referenca

1. Mental Illness in Families. No. 39; Updated March 2015.
2. Coping with Mental Illness in the Family. Retrieved From: <https://counselingcenter.illinois.edu/brochures/coping-mental-illness-family>
3. Cleaver, Hedy et al. "Children's Needs - Parenting Capacity: Child Abuse, Parental Mental Illness, Learning Disability, Substance Misuse, and Domestic Violence." 2nd edition, 2011.
4. Cooklin A. Promoting children's resilience to parental mental illness: engaging the child's thinking. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2013;19(3):229-240.
5. <https://www.rcpsych.ac.uk/improving-care/campaigning-for-better-mental-health-policy/college-reports/2011-2013-college-reports>
6. Gladstone BM, Boydell KM, Seeman MV, McKeever PD. Children's experiences of parental mental illness: a literature review. *Early Interv Psychiatry*. 2011;5(4):271-289.
7. Afzelius M, Plantin L, Östman M. Families living with parental mental illness and their experiences of family interventions. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2018;25(2):69-77.