

TRENDI NË INCINDENCËN E RASTEVE TË DIAGNOSTIKUARA ME PROBLEME TË SHËNDETIT MENDOR NË SHKODËR GJATË VITEVE 2005-2015

Kilda Gusha (Çela)

Dorëzuar
Universitetit Europian të Tiranës
Shkollës Doktorale

Në përmbushje të detyrimeve të programit të Doktoratës në
Shkenca Sociale, me profil Psikologji, për marrjen e gradës shkencore
“Doktor”

Udhëheqës shkencor: Prof.Asoc.Dr. Voltisa Lama

Numri i fjalëve: 59.100

Tirane, Qershor 2018

Deklaratë e autorësisë

Unë Kilda Gusha, nëpërmjet deklaratës së autorësisë deklaroj me përgjegjësi se, studimi është vetëm punë autentike e imja dhe nuk përmban plagjiaturë.

Ky punim nuk është botuar apo prezantuar asnjëherë më parë, përpara ndonjë institucioni tjetër për vlerësim.

Punimi nuk përmban materiale të shkruara nga ndonjë person tjetër, përveç rasteve të cituara apo të referuara.

© Të gjitha te drejtat e rezervuara autorit. Ndalohet me cdo kusht shumëfishimi pjesërisht apo i plote apo edhe përdorimi dixhital përveç rasteve të cituara.

Deklaruese

Kilda GUSHA

FALENDERIME

Së pari, dua të falenderoj udhëheqësen e këtij punimi doktorature, Prof. Asoc. Dr. Voltisa Lama (PhD), për mbështetjen e pakursyer dhe dhënien e vazhdueshme të sugjerimeve tepër të vlefshme në të gjitha fazat e këtij studimi. I jam mirënjohëse për profesionalizmin, besimin, durimin, komunikimin dhe gadishmërinë e shfaqur gjatë gjithë fazave të punimit.

Falenderime dhe mirënjohje e veçantë shkon për mikeshën time Erjona Abazaj (PhD), pa të cilën sot ndoshta, nuk do isha këtu me këtë prezantim.

Mirënjohje pa fund për gjithë stafin psikosocial, zyrën e statistikave dhe në veçanti për Dr. Valdet Hoxha dhe Dr. Gjon Preçi të cilët mundësuan furnizimin me informacion të vyer, i cili shërbeu për përpunimin statistikor, analizimin dhe nxjerrjen e konkluzioneve mbi individët me probleme të shëndetit mendor.

Nuk mund të harroj familjen time, së cilës i dedikohet i gjithë studimi, për përkrahjen, motivimin dhe mbështetjen financiare.

Përmbajtja e lëndës	Faqe
Lista e shkurtimeve	vi
Lista e figurave	viii
Lista e tabelave	ix
Lista e grafikëve	xi
Abstrakti	xii
Hyrje	xvi
Qëllimi i studimit	xviii
KAPITULLI I: KONCEPTI I SHËNDETIT MENDOR	1
1.1 Përkufizimi i shëndetit mendor	1
1.2 Historia e problemeve mendore në botë	3
1.3 Historia e problemeve mendore në vendin tonë	8
1.4 Të dhënat epidemiologjike të çrregullimeve mendore në botë	14
1.5 Faktorët e riskut për problemet e shëndetit mendor.	21
1.6 Etiologjia trashëgimore	22
1.7 Etiologjia biologjike	29
1.8 Klasifikimi i çrregullimeve të Shëndetit Mendor sipas DSM-V dhe ICD-10	33
KAPITULLI II: ÇRREGULLIMET MENDORE MË TË SHPESHTA; TABLLO KLINIKE, SHKAQET, TRAJTIMI	40
2.1 Depresioni	41
2.2 Çrregullime të personalitetit	50

2.3 Vetëvrasja (Suicidi)	60
2.4 Skizofrenia dhe psikozat e tjera	67
2.6 Demenca	72
2.6 Çrregullimet e zhvillimit, përfshirë autizmin	87
KAPITULLI III: SHËRBIMET E SHËNDETIT MENDOR	90
3.1 Roli i shërbimeve të kujdesit mendor	90
3.2 Roli i psikologut	92
3.3 Shërbimet e shëndetit mendor. Organizimi i Shëndetit Mendor në Shkodër	96
KAPITULLI IV: Metodologjia	104
4.1 Popullata dhe kampioni	104
4.2 Kriteret përfshirëse në këtë studim	106
4.3 Kriteret përjashtuese të studimit	106
4.4 Analiza sasiore e të dhënave	106
4.5 Aspekte etike të punimit	107
4.6 Kufizimet dhe vështirësitë	108
KAPITULLI V: REZULTATET	109
5.1 Të dhënat e përgjithshme të popullatës së analizuar	109
5.2 Të dhënat e përgjithshme të sëmundshmërisë	125
5.3 Analiza e korrelacioneve statistikore ndërmjet faktorëve të riskut dhe shëndetit mendor (Regresioni logjistik)	131

KAPITULLI VI: DISKUTIMET	135
KONKULUZIONE	167
REKOMANDIME	170
BIBLIOGRAFIA	172
SHTOJCA	215

LISTA E SHKURTIMEVE

PMSH	Probleme të Shëndetit Mendor
OBSH	Organizata Botërore e Shëndetësisë
WHO	World Health Organisation
APA	American Psychiatric Association
USA	United States of Amerika
DMS-IV	Manuali Diagnostik i Sëmundjeve IV
DMS-V	Manuali Diagnostik i Sëmundjeve V
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
ÇP	Çrregullime të personalitetit
SA	Sëmundja Alzheimerit
ÇSA	Çrregullimet e spektrit të autizmit
SHSHMSH	Shërbim i Shëndetit Mendor me Shtretër
SHSHMK	Shërbimi i Shëndetit Mendor Komunitar
DSHM	Drejtoria e Shëndetit Mendor
SHM	Shëndet Mendor
BE	Bashkimi Evropian
DALY`s	Disability adjusted life-year
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10 th revision
NIH	National Institute of Health

ISHP	Instituti Shëndetit Publik
MSH	Ministria e Shëndetësisë
PET	Positron Emission Tomography
SHBA	Shtetet e Bashkuara të Amerikës

LISTA E FIGURAVE

Faqe

Figura1.1 Një pacient me probleme të shëndetit mendor i lidhur me strait-jacket pas murit	4
Figura1.2. Ngarkesa botërore e llojeve të ndryshme të PSHM	15
Figura 1.3 Prevalenca e çrregullimeve mendore në fëmijët nën 19 vjeç	19
Figura 1.4 Harta e çrregullimeve mendore në botë	20
Figure 1.5 Digramë për faktorët që kontribuojnë në shëndetin mendor dhe mirëqënien e gjithësecilit	24
Figura 1.6 Roli thelbësor i proceseve psikologjike	28
Figura 1.7 Tejçimi i informacionit nëpërmjet sinapseve	31
Figura 1.8 Paraqitje skematike e faktorëve të riskut që kontribuojnë në PSHM	33
Figura 2.1 Llojet e problemeve të shëndetit mendor më të hasura	41
Figura 2.2 Harta e prevalencës të rasteve të diagnostikuara me depresion klinikisht	42
Figura 2.3 The Nightmare	72
Figura 2. 4 Pjesët më të mëdha të trurit kanë një ose më shumë funksione specifike	75
Figura 2.5 Çrregullimet psikologjike dhe ato të sjelljes që ndodhin në pacientët me dementia	85
Figura 3.1 Pamje satelitore e pozicionit gjeografik të Shkodrës	96
Figura 3.2 Pamje nga qyteti i Shkodrës	96
Figura 3.3 Sistemet e integruara të shëndetit mendor në vend	98
Figura 2.4 Numri i rasteve me Probleme të Shëndetit Mendor të marra në secilin shërbim	105

LISTA E TABELAVE	Faqe
Tabela 1.1 Përcaktuesit e shëndetit mendor	25
Tabela 2.1 Kuadri konceptual zhvillimor për shkelësit me rrezik të lartë me ÇP	55
Tabela 2.2 Një model integrimi i efekteve bio-psiko-social të një gjendje stresi-diateze për sjelljet e vetëvrasjes	62
Tabela 3.1 Të dhënat e përgjithshme lidhur me organizmin e mbarëvatjes së PSHM në Shkoder	103
Tabela 4.1 Numri i rasteve me Probleme të Shëndetit Mendor të marra në secilin shërbim	105
Tabela 5.1 Të dhënat e përgjithshme demografike të popullatës	111
Tabela 5.2 Të dhënat e tjera të popullatës	112
Tabela 5.3 Pacientët e ekzaminuar me PSHM-or në vite në SHSHMSH dhe QKSHM si, dhe incidenca e tyre	113
Tabela 5.4 Numri i rasteve dhe incidenca bazuar në ndarjen sipas gjinisë në të dy qendrat	115
Tabela 5.5 Numri i rasteve sipas ndarjes zonale urban/rural në vitet 2005-2015, për të dy qendrat	117
Tabela 5.6 Incidenca e PSHM bazuar në etnicitet	118
Tabela 5.7 Incidenca e PSHM bazuar në besimin fetar	118
Tabela 5.8 Numri i rasteve të trajtuara në SHSHSMSH sipas grupmoshave në vitet 2005-2015	120
Tabela 5.9 Numri i rasteve të trajtuara në QKSHM sipas grupmoshave në vitet 2010-2015	121
Tabela 5.10 Numri i rasteve me PSHM bazuar në nivelin arsimor	121

Tabela 5.11 Numri i rasteve me PSHM bazuar në të ardhurat mujore familjare	122
Tabela 5.12 Numri i rasteve me PSHM bazuar në marrëdhënin punësim ose jo	122
Tabela 5.13 Herediteti familjar	123
Tabela 5.14 Prevalenca e sëmundshmërisë sipas ICD 10	125
Tabela 5.15 Ndarja e sëmundjeve sipas gjinisë për SHSHMSH	127
Tabela 5.16 Ndarja e sëmundjeve sipas gjinisë për QKSHM	127
Tabela 5.17 Ndarja e rasteve sipas vendbanimit bazuar në klasifikimin e sëmundjeve sipas ICD-10	128
Tabela 5.18 Ndarja e sëmundshmërisë sipas klasifikimit ICD 10 në SHSHMSH	129
Tabela 5.19 Ndarja e sëmundshmërisë sipas klasifikimit ICD 10 në QKSHM	130
Tabela 5.20 Faktorët e riskut për problemet mendore. Regresioni logjistik	131
Tabela 5.21 Faktorët e riskut për problemet mendore. Regresioni logjistik (vazhdim)	132
Tabela 5.22 Faktorët e riskut për problemet mendore. Regresioni logjistik (vazhdim)	133

LISTA E GRAFIKËVE	Faqe
Grafiku 5.1 Raporti i rasteve spitalore përkundrejt atyre komunitare	109
Grafiku 5.2 Incidenca e PSHM nga viti 2005-2015	113
Grafiku 5.3 Numri i rasteve me PSHM nga viti 2005-2015 në SHSHMSH	113
Grafiku 5.4 Numri i rasteve me PSHM nga viti 2010-2015 në QKSHM	114
Grafiku 5.5 Ndarja sipas gjinisë dhe incidenca	115
Grafiku 5.6 Ndarja sipas zonave të banimit	116
Grafiku 5.7 Përqindja e rasteve të trajtuara bazuar në ndarjen zonale urban/rural	116
Grafiku 5.8 Ndarja sipas grup-moshës në dy qendrat e trajtimit	119
Grafiku 5.9 Përqindja e rasteve me histori familjare të mëparëshme ose jo të PSHM	123
Grafiku 5.10 Shpërndarja e rasteve sipas diagnozës klinike në SHSHMSH	126
Grafiku 5.11 Shpërndarja e rasteve sipas diagnozës klinike ICD 10 në QKSHM	126
Grafiku 5.12 Ndarja e rasteve sipas gjinisë bazuar në klasifikimin e sëmundjeve sipas ICD-10	127
Grafiku 5.13 Ndarja e sëmundshmërisë sipas ndarjes zonale urbane/rurale	128
Grafiku 5.14 Numri total i rasteve sipas grupmoshave në popullatën e marrë në studim dhe sëmundshmërisë	129

Abstrakti: Ky studim fokusohet në problemet e shëndetit mendor në rrethin e Shkodrës dhe përfshin periudhën e viteve 2005 deri në 2015. Studimi ka si, qëllim të vlerësojë incidencën e këtyre problemeve përgjatë kësaj periudhe kohore. Pyetja kërkimore është shpërndarja e problemeve të shëndetit mendor, sipas diagnozave përkatëse dhe si, janë korrelacionet e problemeve mentale në raport me faktorët e tjerë, si, mosha, gjinia, vendbanimi, etj.

Metoda: Ky është një studim epidemiologjik retrospektiv i popullatës rrethin e Shkodrës, në Shqipëri. Kampioni i studimit përfshin pacientët e hospitalizuar dhe jo vetëm, me probleme të shëndetit mendor, nga 0-65+ për dekadën 2005-2015. Të dhënat klinike të marra nga regjistrat e Spitalit Psikiatrik dhe Qendrës Komunitare të Shkodrës janë përdorur për të përcaktuar problematikat e shëndetit mendor në këtë punim.

Rezultati: Incidenca e problemeve të shëndetit mendor në Qarkun Shkodër rezultoi, 3786.2 pacientë për 100.000 banorë. Në këtë studim, u analizuan 7620 pacientë me PSHM, nga të cilët 3,336, ose 43.8%, i përkisnin gjinisë femërore dhe 4,284, ose 56.2%, i përkisnin gjinisë mashkullore. Mosha mesatare rezultoi të jetë 43 ± 4 vjeç. Me vendbanim në zonat rurale ishin 53.44% e pacientëve, me një incidencë 1918.43 pacientë për 100.000 banorë dhe 46.56% ishin me vendbanim në zonat urbane, me incidencë 1460 pacientë për 100.000 banorë. Trendi i sëmundjeve mendore është në rritje nga viti në vit. Prevalencë më të lartë në këtë studim rezultoi, skizofrenia me 2,884 pacientë ose 45.87%. Më shumë se, 765 e pacientëve, ose 12.16%, kanë raportuar një histori me çrregullime depresive gjatë jetës së tyre; 739 ose 9.17% kanë raportuar çrregullimet afektive si dhe 477, ose 7.6% kanë raportuar vonesë mendore; ndërsa çrregullimet e personalitetit, përdorimi i drogave dhe etilizmi, respektivisht me 3.56% dhe 2.67% etj. Depresioni, ishte i vetmi çrregullim më i hasur në popullatë.

Femrat kishin më shumë gjasa për të vuajtur nga çrregullimet e humorit, ankthit dhe çrregullimet depressive krahasuar me burrat, ndërkohë që burrat kishin më shumë gjasa të vuanin nga çrregullimet e abuzimit me alkoolin dhe drogat. Për sa ju përket faktorëve të riskut që ndikojnë drejtpërsëdrejti në PSHM, mund të themi se, në këtë studim për shumicën prej tyre u gjet një lidhje e fortë sinjifikante për CI 95% vlera e p rezultoi < 0.05 .

Konkluzioni: Çrregullimi mendor më i hasur ishte skizofrenia, pasi shumica e pacientëve të analizuar në këtë punim, i përkisnin rasteve të të sëmurëve të trajtuar në spitalin psikiatrik. Këta probleme ishin më të hasura tek femrat, pacientët që jetonin në zonat rurale dhe të papunët. Moshat e reja dhe ato aktive, shfaqnin gjithashtu problematika të çrregullimeve mendore që tregonin një moshë më të hershme të fillimit të çrregullimeve të humorit, ankthit dhe të alkoolit.

Abstract

This study was focused to mental health problems in the district of Shkodra during the periods 2005 to 2015. The study aims was to evaluate the incidence of these problems over this period of time. The research question was find the distribution of mental health problems (according to the relevant diagnosis) and to evaluate the correlations of mental problems in relation to risk factors (like age, gender, place of residence, etc.).

Method: This was a retrospective epidemiological study for Shkodra city, in Albania. The study population comprised all hospitalized patients and not only, with mental problems from 0 until to 65+ years old (n=7,620) for one decade (January 2005 - December 2015). The clinical records from psychiatric hospital and Community Center of Shkodra city were used for the detection of common mental disorders.

Results: Incidence (per 100.000 residents) of mental disorder in this study resulted to be 3786.2 persons. Out of the 7620 patients records ku 3,336 (43.8%) were female and 4,284 (56.2%), were male. The average age was 43 ± 4 . From rural areas were 53.44% of patients with Incidence 1918.43 patients per 100,000 residents and 46.56% for urban areas with Incidence 1460 patients per 100,000 residents. Trend of mental disorders is growing year-by-year. The most prevalent mental disorder in this study was Schizophrenia with 2,884 (45.87%) patients. More than 765 (12.16%) patients reported a lifetime history of depressive disorders, 739 (9.17) affective disorders and 477 (7.6%) mental retardation. Personality disorders and any alcohol or drugs disorders were 3.56% and 2.67% respectively. Major depression and specific phobia were the most common single mental disorders. Women were more likely to suffer from mood, anxiety and depressive disorders as men, while men were more likely to suffer alcohol and drugs abuse disorders.

Conclusion: Mental disorders were more frequent in this study with predominance of Schizophrenia because the most patients were from Psychiatric hospital where those patients treated. Those problems were more common in female, in patients that live in rural area and unemployed persons. Young people and active age people were also more likely to have mental disorders that indicating an early age of onset for mood, anxiety and alcohol disorders.

HYRJE

Problemet e shëndetit mendor janë kontribuesit më të rëndësishëm të ngarkesës së sëmundshmërisë dhe paaftësisë kudo në botë. Evidencat e impaktit global të sëmundjeve mendore po rritet ndjeshëm në nivelin global. Pesë nga dhjetë shkaktarët kryesorë të paaftësisë në botë vijnë si pasojë e problemeve të shëndetit mendor. Ato hasen si, në vendet me të ardhura të ulëta ashtu dhe në ata me të ardhura të larta, në mosha të ndryshme, gjini dhe nivele sociale dhe kulturore të ndryshëm. Parashikohet që sipas të gjitha gjasave, e ardhmja do të na sjellë një rritje dramatike të problemeve të shëndetit mendor.

OBSH-ja përcakton shëndetin mendor si, "një gjendje mirëqenieje në të cilën çdo individ e kupton potencialin e vet, mund të përballojë streset normale të jetës, të mund të punojë në mënyrë produktive dhe të frytshme dhe të jetë në gjendje të japë një kontribut për komunitetin e saj ose të tij". Çrregullimet mendore nga ana tjetër janë një term mjaft i gjerë dhe karakterizohen nga një kombinim i mendimeve të shqetësura, emocioneve, sjelljes dhe marrëdhënieve me të tjerët. Kjo përfshin ankthin, depresionin, skizofreninë dhe abuzimin e substancave.

Përkufizimi i gjerë dhe vështirësitë që hasen në diagnozën e problematikave e bën paksa të vështirë vlerësimin e një prevalence të saktë, por duhet të jetë një çështje e rëndësishme shëndetësore në mbarë botën edhe përhapja e përhjetshme e ndonjë çrregullimi DSM-V, (APA, 2013), që në nivel global është vlerësuar të jetë rreth 18%-36%.

Barra e çrregullimeve të shëndetit mendor në shëndet dhe produktivitet është nënvlerësuar. Në vendet e Evropës prevalence e çrregullimeve mendore në individët e moshës aktive është 20%, ndërsa në Amerikë 40 milion persona kanë disa tipa të çrregullimeve mendore, dhe rreth 4-5 milion e tyre konsiderohen si, të sëmurë seriozë mendor. Çrregullime depressive paraqiten si, problemi më i zakonshëm mendor tek adultët.

Prevalenca e jetës së çrregullimeve të ankthit dhe çrregullimeve të humorit, vlerësohet respektivisht 10-17% dhe 8-18%. Kur vlerësohet prevalenca e kohës së jetës, ka dallime të mëdha midis vendeve të ndryshme dhe shifrat janë duke filluar nga 18-55%. Shkalla më e ulët në studim gjendet në shtetin afrikan të Nigerisë, një vend me të ardhura të mesme. Vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme zakonisht raportojnë shifra më të ulëta, por duhet të kihet parasysh që mund të ketë mosraportime të rastit ose mungesë të fondeve për studime dhe trajtime të kësaj natyre (Patel et. al, 2007).

Përherë e më tepër po vihet theksi mbi rolin e psikologut në ndihmesën dhe menaxhimin e rasteve me probleme. Ndihma e parë psikologjike si, dhe mbështetja që ata mund të ofrojnë për personat të cilët po kalojnë një periudhë të vështirë të shëndetit mendor, luajnë një rol kryesor në kalimin e këtyre situatave. Investimi në ndihmën e parë psikologjike, për të gjithë ata persona të cilët janë në rrezik akut për shkak të një krize apo një gjendjeje të vështirë, bën pjesë në politikat apo planet shëndetësore afatgjata të shumë vendeve. Është shumë e rëndësishme që, kur individi ka nevojë për ndihmë të parë psikologjike, të marrë një mbështetje të avancuar në kontekst të shëndetit mendor ashtu edhe të shërbimeve sociale.

Edhe shteti shqiptar ka implementuar në të gjithë vendin disa plane dhe strategji lidhur me shëndetin mendor dhe trajtimin e çdo individi të cilit i nevojitet ndihma në rastet e problematikave. Plani i implementimit të riorganizimit të shërbimeve të shëndetit mendor si në mbarë vendin, ashtu edhe në Shkodër, ndjek parimet themelore dhe qëllimet e Politikës dhe Planit të Veprimit për Zhvillimin e Shërbimeve të Shëndetit Mendor në Shqipëri, ku Shkodra, konsiderohet si, një nga zonat me prioritet. Kjo është arsyeja që unë kam marrë për të studiuar dhe analizuar se, si paraqitet situata e probleme të shëndetit mendor në Qarkun Shkodër dhe si, kanë evoluar përgjatë 10 viteve të fundit problemet e shëndetit mendor të diagnostikuar në këtë zonë.

PYETJA KËRKIMORE

Pyetja kërkimore I: Cili është trendi kohor i problemeve të shëndetit mendor në Shkodër përgjatë viteve 2005-2015?

Pyetje kërkimore II: Cila është shpërndarja e problemeve të shëndetit mendor (sipas diagnozave përkatëse)?

Pyetje kërkimore III: si, lidhen problemet mentale me faktorët demografikë (mosha, gjinia, vendbanimi, etj)?

QËLLIMI I STUDIMIT

Evidentimi i prevalencës dhe incidencës së problemeve të shëndetit mendor në Qarkun Shkodër përgjatë viteve 2005-2015. Gjetja e lidhjeve ndërmjet këtyre problemeve dhe faktorëve demografikë si dhe ecuria e trendit të tyre.

OBJEKTIVAT E STUDIMIT

1. Të paraqesë një tablo teorike të problemeve të shëndetit mendor në përgjithësi, me fokus në historikun e Spitalit Psikiatrik Shkodër dhe qendrave komunitare në vazhdim.
2. Matja e incidencës së problemeve të diagnostikuara të shëndetit mendor dhe pasqyrimi i trendit në kohë (si ndryshon incidenca nga viti në vit dhe a vjen në pakësim, gjendje të njëjtë apo shtim të problemeve mentale të diagnostikuara).
3. Pasqyrimi i prevalencës së diagnozave të ndryshme.
4. Korrelacioni i problemeve mendore me faktorët demografikë si, mosha, gjinia, vendbanimi etj.

KAPITULLI I

1. KONCEPTI I SHËNDETIT MENDOR

1.1 Përkufizimi i Shëndetit Mendor

Problemet e shëndetit mendor janë gjendje që nuk përmbushin kriteret për sëmundje por ndikojnë në cilësinë dhe vazhdimësinë normale të jetës së përditshme. Ato janë vështirësi emocionale dhe psikologjike të individit, që mund të ndodhin si, pasojë e streseve rrethimore ose të vazhdueshme apo dhe të një reflektimi të ekuilibrave ndërmjet individit dhe ambientit ku ai jeton (WHO, 2005). Në ditët e sotme, shëndeti nuk shikohet vetëm në aspektin “e mungesës së një sëmundjeje ose paaftësie”, por shikohet më së shumti si, “një gjendje mirëqenieje e plotë fizike, mendore dhe sociale”. Ky përkufizim e zgjeron në mënyrë të dukshme konceptin e shëndetit mendor, i cili nuk duhet të përkufizohet në mënyrë kufizuese si, mungesë e çrregullimeve mendore, por duhet të përkufizohet në një këndvështrim pozitiv dhe gjithëpërfshirës (WHO, 1985).

Sipas Organizatës Botërore të Shëndetësisë, shëndeti mendor është përkufizuar si, “një gjendje mirëqenieje në të cilën individi është i ndërgjegjshëm për aftësitë e tij, arrin të përballë me shqetësimet e jetës së përditshme, është produktiv dhe frutdhënës në punën e tij, dhe është i aftë që të japë kontributin e tij në komunitetin ku jeton” (WHO, 2001). Problemet e shëndetit mendor zakonisht shoqërohen me shqetësime të rëndësishme në aktivitetet sociale, profesionale ose aktivitete të tjera të rëndësishme. Në shumë raste, duket se, ka një vazhdimësi ndërmjet problemeve të shëndetit mendor dhe çrregullimeve mendore, duke e bërë diagnozën edhe më komplekse (CDC, 2011).

Çrregullimet mendore të quajtura gjithashtu sëmundje mendore (NIH, 2016) ose çrregullime psikiatrike, janë shenja, ankesa dhe kondita të referuara nga personi dhe që vlerësohen nga profesionisti i shëndetit mendor.

Këta çrregullime mund të shkaktojnë vuajtje ose një aftësi të dobët të një mirëfunksionimi të jetës. Ata shfaqen në aftësitë njohëse të një individi, rregullimin e emocioneve ose sjelljen që reflekton (pasqyron), një mosfunksionim në proceset psikologjike, biologjike ose proceset e zhvillimit të cilat bazohen në funksionin mendor (Maisel, 2013).

Karakteristika të tilla mund të jenë të vazhdueshme, relapuese dhe remituese, ose mund të ndodhin si një episod i vetëm. Në përgjithësi ata karakterizohen nga një kombinim i mendimeve, perceptimeve, emocioneve, sjelljeve dhe marrëdhënieve jonormale me të tjerët të cilët influencohen nga faktorë të ndryshëm në kontekstin lokal (Patel et.al, 2007).

Këta raste pasi vlerësohen nga ana e profesionistit të shëndetit mendor, klasifikohen dhe përfundojnë me diagnostikimin e një çrregullimi që ndikon në funksionin njohës dhe emocional të individit. Janë përshkruar shumë çrregullime, me shenja dhe simptoma që ndryshojnë shumë midis çrregullimeve specifike. Tek çrregullimet mendore mund të përmendim çrregullimet e humorit (depresionin), çrregullimet psikike etj (Cohen et. Al, 2008; WHO, 2015; WHO, 2016).

Kudo në botë ka strategji efektive për parandalimin e problemeve mendore si, depresioni apo problematika të tjera. Gjenden dhe trajtime efektive për këta çrregullime dhe mënyra për të lehtësuar vuajtjet e shkaktuara prej tyre. Qasja pranë kujdesit shëndetësor dhe shërbimeve sociale të aftë për të trajtuar, mbështetur dhe menaxhuar këto problematika, është çelësi i suksesit të trajtimit me sukses të rasteve.

Barra e problematikave dhe çrregullimeve mendore vazhdon të rritet me një impakt të rëndësishëm në shëndetin dhe të drejtat sociale, njerëzore si dhe ekonomike në të gjitha vendet e botës (Demyttenaere et. al, 2004).

Për këtë arsye, gjithmonë e më shumë po theksohet fakti se, shëndeti mendor është një themel për mirëqenien dhe funksionimin efikas të individit dhe komunitetit në tërësi, ndaj dhe Organizata Botërore e Shëndetësisë dhe organizata të tjera ndërkombëtare e identifikojnë përmirësimin e shëndetit mendor si, një preokupim parësor si, për vendet dhe njerëzit me të ardhura të ulëta dhe të mesme, ashtu dhe ato të pasura (WHO, 2005; WHO, 2009).

1.2 Historia e problemeve mendore në botë

Referimet mbi problemet apo çrregullimet mendore, në shkrimet e hershme egjiptiane, indiane, greke dhe romake tregojnë se, mjekët dhe filozofët që vizualizonin problemet e sjelljes njerëzore i konsideronin problemet mendore si, pasqyrim të pakënaqësisë së zotave ose si provë që këta persona posedonin demonë. Vetëm pak prej këtyre mjekëve dhe filozofëve e kuptuan se, individët që shfaqnin probleme mendore duhet të trajtoheshin në mënyrë humane dhe jo të dëboheshin, dënoheshin apo të mundoheshin t'i çlironin nga shpirti i keq (Gibbons et. al 2017; Daisy, 2013; Mervat, 1987).

Megjithatë, disa shkrimtarë grekë si, p.sh. Hipokrati (të cilët lulëzuan rreth viteve 400 para Krishtit B.C), të cilët merreshin me fushën e mjekësisë, i konsideronin problemet mendore si, sëmundje të cilat duhej të kuptoheshin si një marrëdhënie e fiziologjisë së trazuar (Pilgrim, 2007; Hinshaw, 2007). Ai dhe pasuesit e tij theksuan shkaqet natyrore të ndodhjes së PSHM-or me anë të vëzhgimit klinik dhe patologjisë së trurit.

Më vonë, këta shkrimtarë grekë, aplikuan metodën që u praktikua në Romën perandorake, ku përshkrimi për trajtimin e sëmundjeve mendore përfshinte një mjedis dhe punë të qetë, si, dhe aplikuan përdorimin e drogave të tilla si, “nxehhtësia purgative”.

Gjatë periudhës së lashtësisë, për shumicën e njerëzve me psikozë, janë përkujdesur familjet e tyre, ndërsa për ata që mendohej se, ishin të rrezikshëm për veten apo për të tjerët, u mbajtën të mbyllur në shtëpi nga të afërmit ose nga kujdestarët (Gibson, 2017; Hinshaë, 2007).



Figura 1.1 Një pacient me probleme të shëndetit mendor i lidhur me strait - jacket pas murit dhe me këmbë të futura në fuçi. Fotografi e kryer nga E. Tritschler, 1908

<http://catalogue.wellcomelibrary.org>

Në Evropë, gjatë epokës së mesjetës së hershme, mendimi primitiv lidhur me sëmundjet mendore u rishfaq përsëri, ku arti i magjisë dhe demonologjia (të besuarit tek demonët) u kërkuar për të shpjeguar simptomat dhe sjelljet e njerëzve me psikozë (Safavi-Abbasi et. al, 2007; Laffey, 2003; Kroll&Bachrach 1984; Geoffrey, 2002; Delgado 2010; Douglas 2012; Hecker 1374; Bartholomew&Goode 2000; Roffe, David&Roffe, Christine 1995). Disa nga ata që konsideroheshin si, të çmendur u çuan për përkujdesje në urdhrat fetarë, të cilët ofruan kujdes për të sëmurët në përgjithësi. Evropianët nuk u bazuan në traditën empirike greke, e cila ishte pothuajse shkencore në fushën e mjekësisë. Vetëm myslimanët arabë arritën të zbatonin traditën empirike greke.

Ata krijuan azile për të sëmurët mendorë në Lindjen e Mesme qysh në shekullin e 8-të (Youssef, Hanafy A and Youssef, Fatma A, 1996; Haque, 2004; Martin-Araguz et. al, 2004; Millon 2004).

Në përgjithësi, në Evropën mesjetare duket se, të sëmurëve mendorë iu është lejuar liria e plotë, me kusht që ata të mos konsideroheshin si, të rrezikshëm. Ndërtimi i spitalit të parë në Evropë, kushtuar tërësisht kujdesit të të sëmurëve mendorë ndoshta, ka ndodhur në Valencia, (Spanjë), në vitet 1407-1409, edhe pse është thënë edhe për një spital të themeluar më parë në Granada gjatë viteve 1366-1367 (Gibbons et. al 2017; Laffey, 2003; Martin-Araguz et. al 2002).

Prej shekullit të 17-të, në Evropë kishte një tendencë në rritje për të izoluar nga pjesa tjetër e shoqërisë njerëzit me sjellje të devijuara, duke përfshirë edhe ata me probleme mendore. Kështu që këta persona u kufizuan së bashku me ata me aftësi të kufizuara, endacakët dhe kriminelët. Ata që konsideroheshin të dhunshëm shpesh ishin të lidhur me zinxhirë në muret e burgjeve dhe trajtoheshin në mënyrë barbare dhe çnjerëzore (Laffey, 2003; Bartholomew&Goode, 2000; Roffe, David&Roffe, Christine 1995; Youssef, Hanafy A and Youssef, Fatma A, 1996; Millon, 2004; Kroll&Bachrach,1982; Schoeneman, 1977).

Në shekujt e 17-të dhe 18-të, zhvillimi i mjekësisë evropiane dhe rritja e metodave empirike të hetimeve mjekësore-shkencore u shoqëruan me një përmirësim të dukshëm të qëndrimeve publike ndaj të sëmurëve mendor. Deri në fund të shekullit të 18-të, shqetësimi dhe interesimi për kujdesin e të sëmurëve mendorë ishte bërë mjaft i madh në mesin e njerëzve të arsimuar të Evropës dhe Amerikës së Veriut duke i detyruar edhe qeveritë e këtyre vendeve të merrnin masa dhe të vepronin në trajtimin e këtyre rasteve (Kroll&Bachrach, 1982; Schoeneman, 1977).

Pas Revolucionit Francez, mjekja Philippe Pinel u ngarkua në drejtimin e spitalit për të sëmurët mendorë në Paris. Nën mbikëqyrjen e Pinel u prezantua një qasje krejtësisht e re për kujdesin e pacientëve mendorë. Zinxhirët dhe prangat u hoqën, burgjet u zëvendësuan në dhoma me diell si, dhe pacientëve iu lejua gjithashtu të kryenin stërvitje në ambientet e spitaleve.

Reformatorë të tjerë të lidhur me qasjen dhe trajtimin e pacientëve me PSHM, mund të përmendim laikun britanik William Tuke, i cili themeloi në 1796 qendrën York Retreat për kujdesin e të sëmurëve mendorë human dhe mjekun Vincenzo Chiarugi, i cili publikoi në 1788 një regjiment humanitar për spitalin e tij në Firence. Gjatë shekujve 16-17-të, shumë terma u bënë të njohura për çrregullimet mendore dhe gjetën rrugën e tyre në përdorimin e përditshëm (Gibbons, 2017; Kroll&Bachrach, 1982; Schoeneman, 1977; Wright, 1997; Crossley, 2006; Dalby, 1997; Stompe et. al, 2006; Bedlam, 2003; Walsh, 1907; Dalby, 1993).

Deri në fund të shekullit të 17-të dhe gjatë periudhës së iluminizmit, çmenduria u pa gjithnjë e më shumë si, një fenomen fizik organik, pa lidhje me shpirtin apo përgjegjësitë morale. Kujdesi për azil shpesh ishte mjaft i ashpër dhe i trajtonte njerëzit si kafshë të egra, por në fund të shekullit të 18-të një lëvizje morale e trajtimit të këtyre të sëmurëve u zhvillua gradualisht. Para shekullit të 19-të, përshkrimet e qarta për disa prej sindromave ishin të rralla.

Gjatë shekullit të 19-të, industrializimi dhe rritja e popullsisë çuan në një zgjerim masiv të numrit dhe madhësisë së azileve për personat me probleme shëndetësore mendore në çdo vend perëndimor. Nga autoritete të ndryshme janë zhvilluar mjaft skema klasifikimi dhe kushte diagnostikuese. Termi psikiatri u shfaq për herë të parë në vitin 1808, ndonëse mbikëqyrësit mjekësorë njiheshin ende të njohur si, alienistë (Gibbons, 2017; Geoffrey, 2002; Crossley, 2006 Dalby, 1997; Stompe et. al, 2006).

Në mesin e shekullit të 19-të Dorothea Dix udhëhoqi një fushatë për të rritur ndërgjegjësimin e publikut lidhur me kushtet çnjerëzore që mbizotëronin në spitalet mendore amerikane. Përpjekjet e saj çuan në reforma të gjera si, në Shtetet e Bashkuara ashtu edhe në vendet e tjera (Gibbons, 2017; Torrey1988; Heinrichs, 2003; ANA, 2006; Harris, 2004). Në shekullin e 20-të shihet zhvillimi i psikoanalizës. Klasifikimi i Kraepelin fitoi popullaritet, duke përfshirë ndarjen e çrregullimeve të humorit nga ajo që më vonë do të quhej skizofreni (Berrios&Porter, 1995).

Në fillim të shekullit të 20-të, drejtuesit e azileve kërkuan të përmirësonin imazhin dhe gjendjen mjekësore të profesionit të tyre. Të burgosurit e azilit po referoheshin gjithnjë e më shumë si, "pacientë" dhe azilet u emëruan si, spitale (Geoffrey, 2002). Në Shtetet e Bashkuara, një lëvizje e quajtur "Higjiena Mendore", mori një hov të madh në fillim të shekullit të 19-të dhe gjatë shekullit të 20-të. Ata synonin "Parandalimin e Sëmundjeve Mendore" nëpërmjet metodave klinike dhe ato të shëndetit publik (Wallace, 2007). Termi "shëndeti mendor" gjatë këtij shekulli u bë më popullor. Psikologjia klinike dhe puna sociale u zhvilluan si, profesione, krahas psikiatrisë (Kavles, 1999).

Gjatë shekullit të 21-të, sidomos gjatë fillimit të tij, nga ana e shumë studiuesve veçanërisht nga ana e hulumtuesve të Research Agenda (APA, 2013), u propozua domosdoshmëria për një rishikim radikal të koncepteve ekzistuese, lidhur me problemet mendore si, dhe nevoja e një revolucioni radikal shkencor në taksonominë psikiatrike (Aragona, 2009).

1.3 Historia e problemeve mendore në vendin tonë

Të dhënat lidhur me trajtimin dhe ndjekjen e problematikave të shëndetit mendor për vendin tonë në kohët më të hershme janë të pakta. Prapambetja dhe analfabetizmi, si, pasojë e sundimit otoman, ndikuan në zhvillimin e dobët ekonomik-shoqëror të vendit. Ashtu si, degët e tjera të fushës së mjekësisë edhe fusha e psikiatrisë dhe problemeve që ajo trajton, për shumë kohë ishin të pazhvilluara. Të sëmurët të cilët kishin shfaqur probleme të shëndetit mendor, shpesh herë i mbanin të mbyllur në shtëpi ose i linin të lirë, të endeshin rrugëve pa pasur asnjë ndihmesë ose përkrahje.

Shoqëria shqiptare e ndodhur nën sistemin feudal, i konsideronte të sëmurët me problem të shëndetit mendor (apo ndryshe psikike) si, individë të prekur nga xhindet. Këto bestytini iu lejonin personave të ndryshëm, kryesisht ata që praktikonin fenë, të krijojnë një mister rreth tyre duke u paraqitur si, shëronjës në sytë e popullit. Ata me anë të veprimeve apo nuskave arrinin të gënjenin popullin se, ishin në gjendje të shëronin këta individë nëpërmjet largimit të hijeve dhe xhindeve tek të sëmurët (Vehbiu, Polimeri&Pikuli, 1985).

Në këtë kohë disa manastire (si p.sh Manastiri i Shën Vlashit, i Pepelit, i Ardenicës, Zvërnecit, Shën Joanit ose Kisha e Shinait) njiheshin si, strehëza në të cilat grumbulloheshin të sëmurët nga krahina të ndryshme të vendit, me shpresë se, do të shëroheshin nga çrregullimet mendore ose sëmundje të tjera. Në disa prej këtyre strehëzave, aplikoheshin dhe mbajtja dhe lidhja me pranga e individëve më të dhunshëm, tek të cilët aplikoheshin metoda mjaft shtrënguese. Kjo gjendje ka vazhduar deri në fillim të shekullit të 20-të. Përpjekjet e para për ngritjen e një spitali psikiatrik i cili do të trajtonte rastet problematike dhe do i kuronte ata janë bërë nga mjeku Sezai Çomo, intelektual me pikëpamje përparimtare dhe humanitare. Me këmbënguljen e tij, ai arriti të hapë spitalin e parë psikiatrik në Vlorë në vitin 1921. Ky spital ishte mjaft i vogël dhe kishte vetëm 20 shtretër gjithsej. Kjo gjë sillte dhe mos trajtimin e të gjitha rasteve me PSHM në vend.

Statusi i këtij spitali mbeti më shumë në stadin e izolimit të individëve me problematika të shëndetit mendor të cilët shfaqnin rrezikshmëri të lartë për veten dhe të tjerët sesa në stadin kurativ të këtyre individëve (Vehbiu, Polimeri&Pikuli, 1985; Shehi, 1973).

Vite më vonë, kirurgu i njohur Fahri Rushiti, dha kontributin e tij të madh në përmirësimin e kushteve të të sëmurëve mendor. Kështu në vitin 1929 u hapën dy godina të reja dhe numri i shtretërve arriti në 80 shtretër. Për herë të parë në këtë vit, në spital u shtruan dhe femrat si, dhe u vu në zbatim metoda e mjekimit me piroterapi dhe abscese fiksimi.

Në vitin 1931 pranë këtij spitali mjeku Ali Mihali (patolog) kontribuoi në mirë organizimin e shërbimit të psikiatrisë të Spitalit të Vlorës si, dhe futi në trajtimin e të sëmurëve metoda mjekimi dhe barna për të qetësuar ata. Po në këtë vit kapaciteti i këtij spitali arriti në 180 shtretër (Shehi, 1973).

Një kontribut të madh për Spitalin e Vlorës ka dhënë prof. Xhavit Gjata. Ai rriti cilësinë e shërbimit psikiatrik si, dhe ka bërë përshkrime shkencore të të sëmurëve psikikë duke i diagnostikuar dhe mjekuar në bazë të kriterëve shkencore. Prof. Gjata vuri në funksionim ergoterapinë dhe mjekimin bashkëkohorë të të sëmurëve. Një rol të madh prof. Gjata pati dhe me futjen e shërbimit të lirë, ku pacientët e sëmurë psikik duhet të trajtoheshin nga ana e shoqërisë ashtu si, çdo sëmundje tjetër. Në kohën e luftës italo-greke, në vitet 1940 të sëmurët psikikë u transferuan në Shkodër ku u vendosën në një ndërtesë në kushte të papërshtatshme.

Pas luftës së dytë botërore në vitin 1945, shërbimit të psikiatrisë iu kushtua një vëmendje e veçantë. Kështu në Janar 1948 në Spitalin e Përgjithshëm të Tiranës, u krijua një repart psikiatrik me 32 shtretër (Vehbiu, Polimeri&Pikuli, 1985).

Më pas, me krijimin e Fakultetit të Mjekësisë në vitin 1952 në Tiranë, u krijuan mundësitë reale të rritjes së numrit të mjekëve, duke çuar kështu në rritjen e vazhdueshme të kujdesit ndaj këtyre të sëmurëve. Në vitin 1956 në Tiranë u ngrit klinika psikiatrike me kapacitet 100 shtretër, e cila u bë qendër e specializimit dhe kualifikimit të specialitetit të psikiatrisë në të gjithë vendin.

Ngritja e klinikës ishte një kurorëzim i suksesshëm i mundit dhe përpjekjeve të personelit mjekësor të kryer në vite në ndihmë të sëmurëve mendorë (Vehbiu, Polimeri&Pikuli, 1985; Gjata, Dibra&Vehbiu 1972).

Themeluesi dhe shefi i parë i saj që, pa mëdyshje, mund të quhet “Babai i Psikiatrisë Shqiptare” ishte Prof. Xhavit Gjata. Ai u përpoq t’i japë këtij problemi një fizionomi të pranueshme shkencore, veçanërisht në frymën e psikiatrisë së shkollës franceze. Si, një mjeshtër i intervistës psikiatrike, Profesor Gjata me natyralizëm dhe lehtësi futej në skutat e fshehta të mendimit të pacientit psikik dhe në këtë mënyrë mund të themi se, u bë shembulli më i spikatur i mësuesit, pedagogut e shkencëtarit të shquar për gjithë periudhën 50 vjeçare. Fusha e tij e preferuar ishte depresioni dhe çrregullimet afektive, ku edhe kontributi pedagogjik, klinik e kërkimor është mjaft i shquar.

Në nëntor të 1963 në Elbasan, u përrua spitali psikiatrik me kapacitet 320 shtretër. Numri i shtretërve pranë këtij spitali u rrit ndjeshëm, deri në 500 shtretër, pas mbylljes së spitalit psikiatrik të Durrësit (Vehbiu, Polimeri&Pikuli, 1985; Gjata, Dibra&Vehbiu 1972).

Në vitin 1974, një tjetër figurë e rëndësishme e psikiatrisë shqiptare drejton klinikën; ai ishte Prof. Ulvi Vehbiu që me seriozitetin dhe punën e tij sistematike diti të sintetizojë mendimet me recente dhe t’i vërë ato në shërbim të formimit të studentëve dhe mjekëve të rinj në fushën e psikiatrisë (Gjata&Vehbiu, 1974).

Prof. Vehbiu u thellua gjithmonë e më shumë në problemet e psikiatrisë së të rriturve dhe shkallë-shkallë rriti dhe thelloi mendimin shkencor e pedagogjik derisa, u shndërrua vetiu si, figura qendrore e zhvillimit dhe përparimit të psikiatërve të asaj periudhe. Gjithmonë serioz e këmbëngulës në punë, i thellë në mendime e sistematik, ai diti të sintetizojë mendimet më recente që u shfaqën në fushën e psikiatrisë, në mënyrë të veçantë në njohjen dhe trajtimin e skizofrenisë, ku kontributi i tij në psikiatrinë shqiptare është i konsiderueshëm.

Në vitin 1978 fillon nga puna spitali universitar neuro-psikiatrik në Tiranë, me 100 shtretër për neurologjinë dhe 100 shtretër për psikiatrinë. Drejtori i parë i këtij spitali ishte Dr. Nestor Polimeri, një psikiatër i talentuar dhe vizionar që dha një kontribut të çmuar në njohjen e thellë e të gjithanshme të çrregullimeve afektive dhe në mënyrë të veçantë në konfigurimin e plotë të depresionit endogjen unipolar, të trajtimit të depresionit madhor veç të tjerash me “sleep deprivation”, të përdorimit me sukses të stabilizuesve të humorit dhe të inicimit të rehabilitimit mediko-psikosocial.

Dr. Polimeri arriti të fusë disa prej metodave të reja të studimit, veçanërisht në fushën e çrregullimeve afektive. Në vitin 1980 fillon nga puna, brenda klinikës së psikiatrisë, reparti i psikiatrisë së fëmijëve dhe adoleshentëve si, njësi e parë klinike dhe shkencore që shërbeu për njohjen dhe trajtimin e çrregullimeve psikologjike dhe psikiatrike të fëmijëve dhe adoleshentëve dhe njëkohësisht për formimin e studentëve dhe mjekëve të rinj specialist (Gjata dhe bashkëpunëtorët, 1984). Gjatë këtyre viteve në vend u hapën dhe disa qendra të trajtimit të fëmijëve me problem mendore. Këto qendra u hapën kryesisht në qytetet Shkodër, Berat, Tiranë dhe Korçë. Gjithashtu këtyre fëmijëve iu ofruan dhe shkolla të veçanta ku ata të arsimoheshin. Fillimisht këto shkolla u hapën në Tiranë dhe Durrës dhe në vitin 1984 u hapën dhe tre shkolla të tjera në Elbasan, Vlorë dhe Shkodër (Gjata dhe bashkëpunëtorët, 1984).

Spitali Psikiatrik i Shkodrës u hap pas vitit 1984 me një kapacitet të numrit të shtretërve rreth 250 shtretër. Të gjitha këto spitale apo qendra të trajtimit dhe kurimit të pacientëve me probleme mendore mundësuan një mënyrë më efikase të rehabilitimit të tyre si, dhe një qasje më të mirë të shoqërisë ndaj të afërmeve të tyre (Gjata dhe bashkëpunëtorët, 1984).

Drejtuesi i repartit psikiatrik të fëmijëve dhe më vonë i klinikës së psikiatrikës së fëmijëve u bë Prof. Anastas Suli. Në vitin 1993 ai mori drejtimin e gjithë shërbimit të psikiatrikës. Së bashku me stafin dhe me mbështetjen e Ministrisë së Shëndetësisë si, dhe me ndihmën e Organizatës Botërore të Shëndetësisë, ai u bë iniciatori i orientimit të shëndetit mendor drejt një sistemi modern komunitar të balancuar, ku shërbimet të afrohen sa më pranë pacientit dhe familjes duke tentuar të respektohen në maksimum të drejtat e njeriut.

Modeli terapeutik i “minimizimit të simptomatikës” duhej zëvendësuar me modelin e “maksimalizimit të potencialeve”. Spitali psikiatrik s’mund të ishte vend i qëndrimeve afatgjata të pacientëve rezidenciale kronikë, si, një histori që duhej përmbyllur për t’i lënë vendin trajtimeve rehabilituese komunitare.

Këto figura kanë dhënë gjithashtu një kontribut të dukshëm në fushën akademike e veçanërisht në përgatitjen e studentëve të fakultetit të mjekësisë dhe të specializantëve të psikiatrikës.

Klinika Universitare (e më pas Shërbimi Spitalor Universitar) i shërbeu tërësisht detyrave që u shtruan përpara saj: a-përgatitja e studentëve të mjekësisë me bagazhin e nevojshëm teorik dhe praktik në lidhje me çrregullimet më të shpeshta psikike që takohen në praktikën e përditshme, dhe trajtimi i tyre, b-diagnostikimi dhe trajtimi i suksesshëm i pacientëve me çrregullime mendore që shtroheshin në klinikë, si, dhe c-nxitja e studimeve kërkimore-shkencore në disa nga fushat e psikiatrikës së përgjithshme.

Klinika u bë njësia bazë ku diskutoheshin me dëshirë e pasion problemet teorike dhe praktike të fushës së psikiatrisë. Mësimdhënia zinte një vend kryesor në aktivitetin e klinikës dhe në këtë drejtim duhet thënë se, ajo zhvillohej me rigorozitet e seriozitet të madh. Nëpërmjet saj pedagogët përpiqeshin ti mësonin studentëve sindromat kryesore dhe mënyrat e trajtimit të tyre. Në këtë drejtim duhet të theksojmë se, mësimdhënia e lëndës së psikiatrisë studentëve të mjekësisë, rezidentëve të psikiatrisë, sikundër dhe psikiatria shqiptare në përgjithësi është udhëhequr deri në fillimet e lëvizjes demokratike vetëm nga modeli mjekësor, duke iu shmangur në mënyrë tendencioze, për shkaqe politike që tashmë dihen, modeleve psikodinamike, kognitive apo humaniste, gjë që duhet të pohojmë se, ka lënë një boshllëk i cili duhet të korrigjohet sa më shpejt që të jetë e mundur.

Psikoanaliza u drejtua drejt punës së Pavlovit e cila është paraqitur si, e vetmja bazë shkencore e pranueshme e psikiatrisë duke u përcaktuar si, patologji e funksioneve më të larta nervore. Është pikërisht kjo arsyeja pse sot psikiatria shqiptare ndihet mirë në orientimin biologjik, por nuk ka të njëjtën frymëmarrje në modelet psikoterapeutike e veçanërisht në atë psikodinamik.

Përmbajtjet e programeve në vite kanë pasqyruar kohën kur ato janë zhvilluar, por duhet të theksohet se, në ditët e sotme po i jepet gjithmonë e më shumë rëndësi sistemit të shëndetit mendor komunitar. Specialistët gjithmonë e më tepër po përgatiten që të jenë në gjendje të punojnë me efikasitet në mjedise të shërbimit parësor dhe komunitar.

Gjatë viteve të fundit janë ndërtuar dhe implementuar paketa të shumta trajnimesh për mjekët psikiatër apo të familjes mbi kujdesin komunitar. Janë hartuar dhe po zbatohen ligjet e shëndetit mendor si dhe po aplikohen parime të psikofarmakologjisë moderne dhe rehabilitimin psiko-social.

1.4 Të dhënat epidemiologjike të çrregullimeve mendore në botë

Problemet dhe çrregullimet mendore janë sëmundjet më prevalente dhe më të gjymtuara për sa i përket raportimeve të sakta; Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSh) në 2001 ka raportuar se, afërsisht 450 milion njerëz kudo në botë vuajnë nga ndonjë formë e çrregullimeve mendore ose gjendje të trurit të tyre dhe se, një në katërta e njerëzve i plotësojnë kriteret në një pikë të jetës së tyre nga sëmundjet mendore (WHO, 2001; WHO, 2000; Sherer 2002; Ormel et. al, 2008).

Të dhënat statistikore të ofruara nga vende të ndryshme të botës pasqyrojnë faktin se, pesë nga problemet më të rënda shëndetësore janë të lidhura me çrregullimet mendore (Murray&Lopez, 1990; Farhoudian, 2007).

Çrregullimet mendore (duke përfshirë këtu dhe përdorimin e substancave të ndryshme) shkaktuan afërsisht 7.4% të barrës globale të sëmundjeve për vitin 2010 (<http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/1578755.stm>).

Barra globale e problemeve mendore po rritet kudo në botë. Në mes të viteve 1990 dhe 2010 përqindja e të gjithë barrës së sëmundjes që i atribuohet problemeve mendore u rrit nga 5.4% në 7.4%.

Kjo rritje ju detyrohet ndryshimeve demografike që ndodhin kryesisht në vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme, me rritjen e popullsisë dhe ndryshimin e strukturës së moshës (Whiteford et. al, 2013).

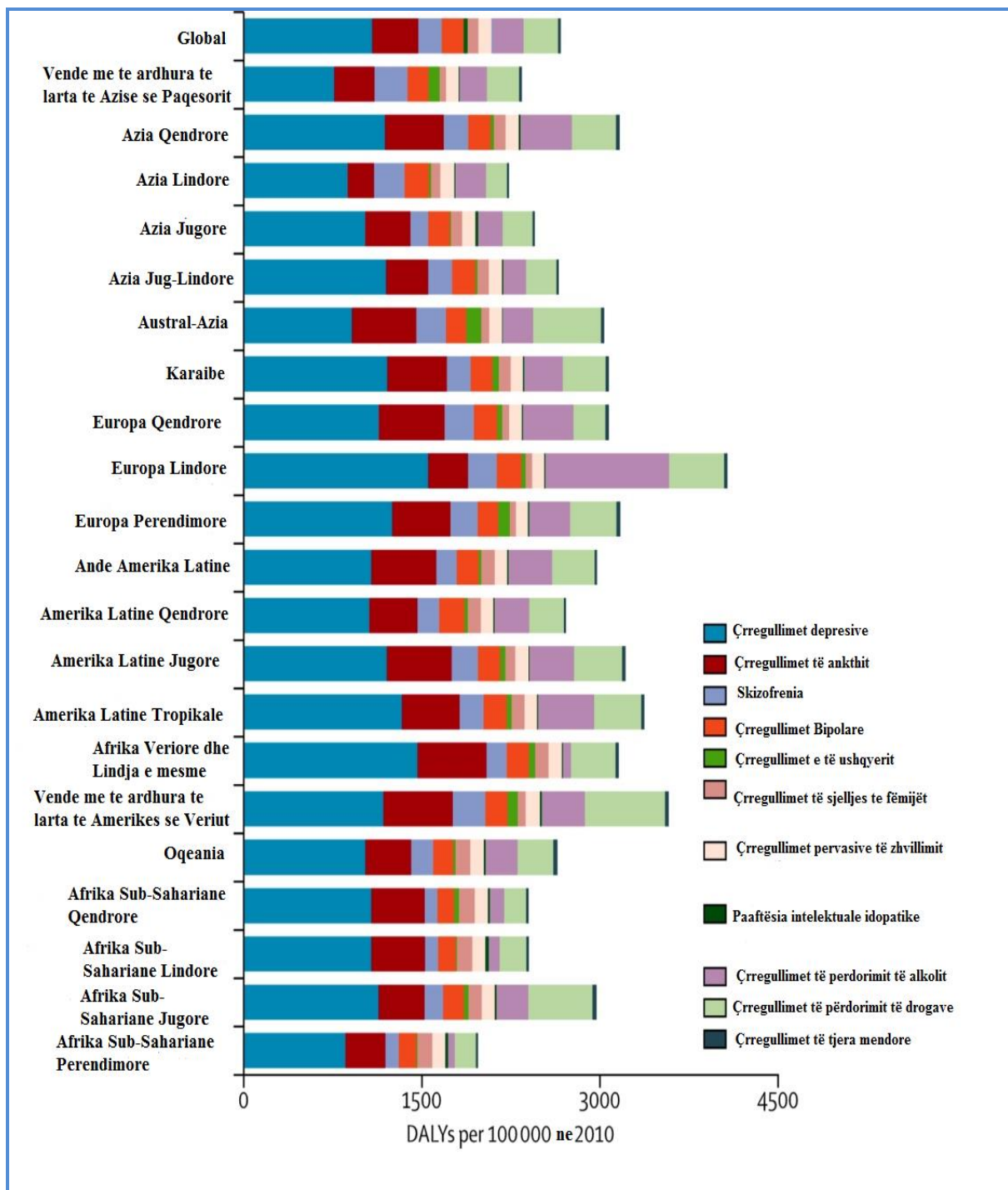


Figura 1.2 Ngarkesa botërore e llojeve të ndryshme të problemeve të shëndetit mendor

(Whiteford et. al, 2013)

Prevalenca e problemeve mendore në Evropë

Sipas OBSH, për vitet 2000-2012, rreth 27% e popullatës adulte (mosha 18-65 vjeç) të komuniteteve të Bashkimit Evropian (BE), kryesisht Islandës, Norvegjisë dhe Zvicrës kanë përjetuar të paktën një nga problemet e shëndetit mendor (ku përfshiheshin problemet që lindin me përdorimin e substancave të ndryshme, psikozat, depresionin, ankthin dhe çrregullimet e të ngrënit). Këto shifra përfaqësojnë një numër të madh njerëzish rreth 83 milionë njerëz që preken me probleme të shëndetit mendor. Megjithatë, edhe këto shifra e nënvlerësojnë shkallën e problemit, pasi në këto të dhëna vetëm një numër i kufizuar i çrregullimeve janë përfshirë dhe nuk janë paraqitur të dhëna për personat mbi moshën 65 vjeçare, që janë një grup në rrezik të veçantë lidhur me këto probleme (WHO, 2014). Raporti i gjasave për gratë, janë dukshëm më të larta krahasuar me burrat (Abas&Brodhead, 1997), përveç rasteve kur këto çrregullime kanë ndodhur si, pasojë e përdorimit të substancave (burrat: 5.6%, gratë 1.3%), dhe çrregullimet psikotike (kanë vlerësime pothuajse identike).

Raporti i përgjithshëm është 33.2% për gratë kundrejt 21.7% për burrat. Këto shifra gjithashtu nuk arrijnë të kapin kompleksitetin e problemeve me të cilat përballen shumë njerëz. Afërsisht 32% e të prekurve paraqesin një çrregullim mendor shtesë, 18% paraqesin dy, ndërsa 14% e tyre kishin tre ose më shumë lloje të problemeve mendore (WHO, 2014).

Paaftësia e shprehur në vite jetë e personave me aftësi të kufizuara

(Disability-adjusted life-years (DALYs))

Çrregullimet neuropsikiatrike janë shkaku i tretë kryesor lidhur me paaftësinë e shprehur në vite jete për personat me aftësi të kufizuara në Evropë dhe zënë një barrë sëmundshmërie të popullatës rreth 15.2%, e renditur kjo pas sëmundjeve kardiovaskulare me 26.6% të popullatës dhe tumoret malinje (kancer) 15.4% të popullatës (WHO, 2014).

Të gjitha kushtet e listuara më sipër janë sëmundje jo të transmetueshme. Ato përbëjnë 81.3% të barrës së sëmundjes në rajonin Evropian, pasuar nga lëndime që përbëjnë 10.2%. Tre nga 15 sëmundjet më të rëndësishme përgjegjëse për paaftësinë e shprehur në vite jete janë çrregullimet e shëndetit mendor:

- ✓ Çrregullimet unipolare depresive janë shkaku i tretë i DALYs (3.8% i të gjitha DALYs);
- ✓ Çrregullimet e përdorimit të alkoolit janë shkaku i gjashtë kryesor i DALYs (2.9% i të gjitha DALYs);
- ✓ Sëmundja e Alzheimerit dhe demenca të tjera janë shkaku kryesor i DALYs (1.9% i të gjitha DALYs) (Whiteford et. al, 2013).

Vitet e jetuara me aftësi të kufizuara (DAYLs).

Çrregullimet mendore janë deri më tani kontribuesi më i madh i kushteve kronike që prekin popullsinë e Evropës. Sipas të dhënave më të fundit në dispozicion (2012), çrregullimet nevropsikiatrike janë shkaku i parë për DAYLs në Evropë, duke përbërë 36.1% të atyre që i atribuohen të gjitha shkaqeve (WHO, 2014).

- ✓ Çrregullimi unipolar depresiv zë vetëm në 11% të të gjitha DAYLs, duke e bërë atë gjendjen kronike kryesore në Evropë.
- ✓ Çrregullimet e lidhura me alkoolin renditen të tretat në Evropë, duke përbërë 6.4% të të gjitha DAYLs.
- ✓ Çrregullimet e ankthit renditen të gjashtat, duke përbërë 4% të të gjitha DAYLs.
- ✓ Sëmundja e Alzheimer dhe dementia tjera renditen të nëntat, duke përbërë 3% të totalit.
- ✓ Migrena renditet e 11 me 2.7%, skizofrenia renditet e 15-ta me 1.8% dhe çrregullimi bipolar renditet i 17-ti me 1.6% të totalit (WHO, 2014).

Në një studim ndër evropian i kryer gjatë vitit 2004 ka përshkruar që afërsisht 1 në 4 persona kanë raportuar kritere të takimit në një pikë të jetës së tyre për një nga PSHM; (Abas&Brodhead, 1997) ku përfshihen çrregullime të humorit në 13.9%, çrregullimet e ankthit 13.6% ose çrregullimet e alkoolit 5.2%. Përafërsisht një në dhjetë persona plotësojnë kriteret e PSHM-or brenda një periudhe 12-mujore. Gratë dhe të rinjtë e të dy gjinive paraqesin më shumë raste të çrregullimeve mendore (Alonso et.al, 2004). Një rishikim i 27 studimeve gjatë vitit 2005 ka gjetur se, 27% e evropianëve të rritur janë të prekur me të paktën një çrregullim mendor gjatë 12 muajve të fundit dhe se, çrregullimet më të shpeshta ishin çrregullime të lidhura me ankthin, depresionin dhe çrregullime të varësisë ndaj substancave dhe somatoformë (Wittchen&Jacobi, 2005; De Hert et.a, 2011).

Të dhënat mbi problemet mendore në Shtetet e Bashkuara të Amerikës

Bazuar në sondazhet e kryera nga dy institucione të ndryshme në Shtetet e Bashkuara të Amerikës (USA) [Epidemiological Catchment Area (ECA) survey dhe subsequent National Comorbidity Survey (NCS)], gjatë viteve 2000-2003, gati gjysma e amerikanëve (46.4%) raportuan kritere të takimit në një pikë të jetës së tyre me problem të shëndetit mendor ose një çrregullim mendor gjendje ankthi. Sipas një studimi të kryer nga Kessler dhe bashkëpunëtorët e tij, 28.8% e individëve shfaqnin probleme të shëndetit mendor të lidhura me ankthin, 20.8% çrregullim të humorit, 24.8% çrregullim të impulsit dhe 14.6% çrregullime të përdorimit të substancave. Këta çrregullime për gjysmën e të intervistuarve kishin filluar nga mosha 14 vjeçare dhe për 3/4 e tyre deri në moshën 24 vjeçare (Kessler et. al, 2005). Ndërsa studime të tjera raportojnë se, rreth një e katërta (26.2%) plotësojnë kriteret për çrregullime të ndryshme, për çrregullimet e ankthit 18.1%; çrregullimet e humorit 9.5%; çrregullime e kontrollit të emocioneve (negative dhe pozitive) 8.9%, si, dhe çrregullime të përdorimit të substancave 3.8% (NIMS, 2006).

Një pakicë e konsiderueshme (23%) plotësuan kriteret për më shumë se, dy çrregullime. Ndër to, 22.3% e rasteve janë klasifikuar si, serioze, 37.3% janë të moderuara dhe 40.4% janë të lehta (Kessler et. al, 2005; NIMS, 2006).

Njerëzit që vuajnë nga çrregullime mendore pritët të vdesin 20 vjet më të rinj krahasuar me të tjerët. Shkaku i kësaj mund të jetë shkalla më e madhe e vetëvrasjeve si dhe prevalenca e madhe e sëmundjeve kronike. Shifrat e prevalencës së përgjithshme të çrregullimeve mendore në mesin e adoleshentëve ndryshojnë në studime të ndryshme, por gjithsesi ato duket të jenë pothuajse të ngjashme me prevalencën popullatës në tërësi (WHO, 2016).

Por, kur është fjala për DALY-s, përqindja më e madhe mund të shihet tek njerëzit e moshës 10-29 vjeç. Kjo mund të shpjegohet me faktin se, gjysma e të gjitha çrregullimeve mendore fillojnë para moshës 14 vjeçare dhe vetëvrasja është shkaku më i zakonshëm i vdekjes në mesin e adoleshentëve dhe të rinjve si, edhe mungesa e sëmundjeve të tjera të zakonshme për këtë grupmoshë (Whiteford et.al, 2010; WHO, 2014).

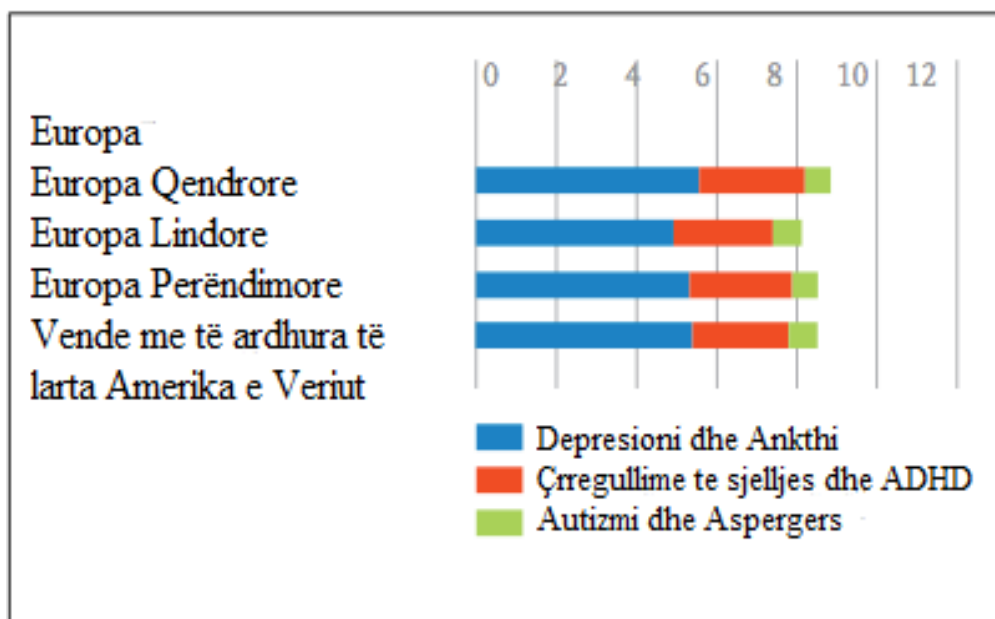


Figura 1.3 Prevalenca çrregullimeve mendore në fëmijët nën 19 vjeç (WHO, 2016)

Në mesin e dhjetë kushteve që shkaktojnë më shumë DALYs në grupmoshën 15-19 vjeç, pesë prej diagnozave kategorizohen direkt si, çrregullime mendore (si p.sh. çrregullime unipolare depressive, skizofrenia, çrregullime bipolare, përdorimi i alkoolit dhe çrregullime si, pasojë e një paniku). Ndër dhjetë shkaqet e tjera, dhuna së bashku me lëndimet e vetë shkaktoara, janë të lidhura ngushtë me shëndetin mendor (WHO, 2016; Kurihara et. Al, 2006; Lawrence, Hancock&Kisely, 2013; Osby et. al, 2001).

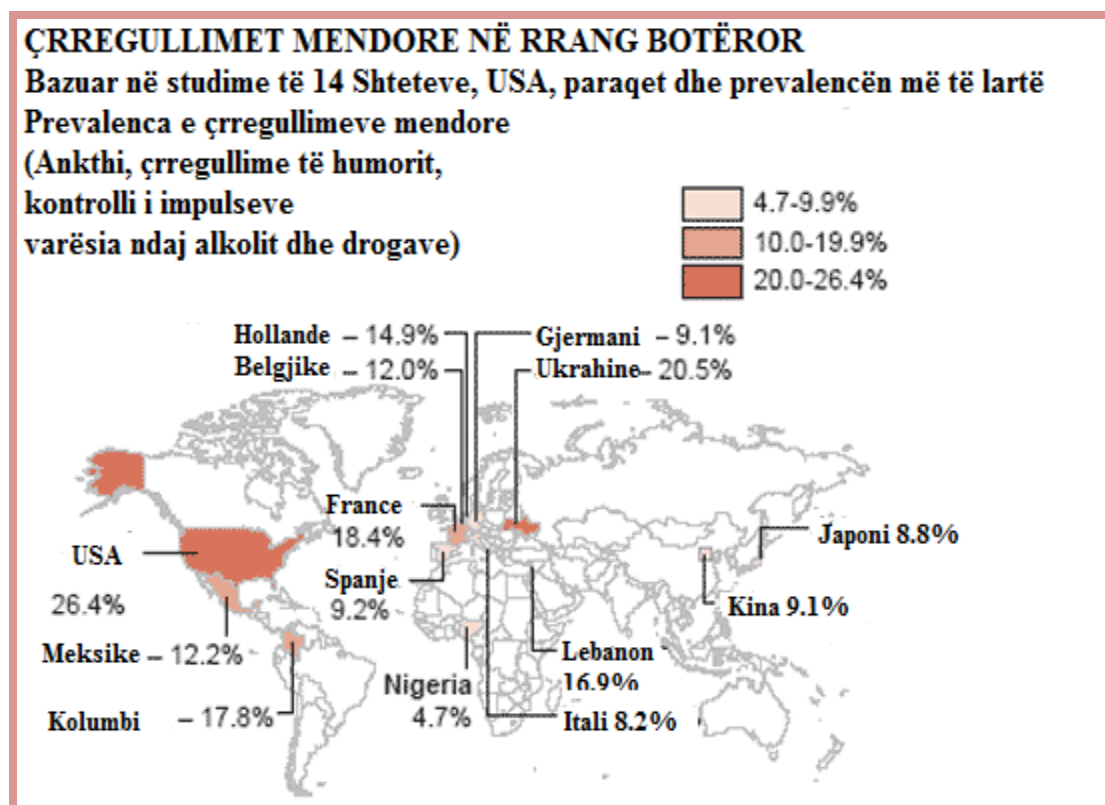


Figura 1.4 Harta e çrregullimeve mendore në botë

(http://www.nbcnews.com/id/5111202/ns/health-mental_health/t/global-study-finds-mental-illness-widespread/#.wUe6SJKGPIU, 2012)

1.5 Faktorët e riskut për problemet shëndetit mendor

Shumë shpesh etiologjia ose shkaku i një lloji të veçantë të problemeve mendore është i panjohur ose mund të kuptohet vetëm në një masë shumë të kufizuar (Andrews et. al, 2017). Mirëqenia mendore ose psikologjike ndikohet jo vetëm nga karakteristikat apo atributet individuale, të tilla si, aftësia për të menaxhuar mendimet, emocionet, sjelljet dhe ndërveprimet e tyre me të tjerët, por edhe nga faktorët socialë, kulturorë, ekonomikë, politikë dhe mjedisorë, siç janë politikat kombëtare, të jetesës, kushtet e punës dhe mbështetja e komunitetit. Stresi, gjenetika, ushqimi, infeksionet perinatale dhe ekspozimi ndaj rreziqeve mjedisore janë gjithashtu faktorë që kontribuojnë në problemet dhe çrregullimet mendore (**figura 1.5**) (Burmeister, 2006; Catherine et.al, 2012; Abrahams&Geschwind, 2008).

Situata është e ndërlikuar nga fakti se, një çrregullim mendor si, skizofrenia mund të shkaktohet nga një kombinim dhe ndërveprim i disa faktorëve, duke përfshirë një predispozitë gjenetike të mundshme për zhvillimin e sëmundjes, një mungesë ekuilibri biokimik të supozuar në tru dhe/ose një jetesë stresuese, ngjarje të cilat ndihmojnë për të precipituar fillimin aktual të sëmundjes (Sartorius et. al, 1972). Mbizotërimi i këtyre dhe faktorëve të tjerë në skizofreni varion ndoshta nga personi në person. Një bashkëveprim i ngjashëm kompleks i faktorëve konstitucional, zhvillimor dhe social mund të ndikojnë në formimin e çrregullimeve të humorit dhe ankthit (Andrews et. al, 2017).

Asnjë teori e shkakësore nuk mund të shpjegojë të gjitha çrregullimet mendore apo edhe atë të një lloji të caktuar (Schinnar, 1990). Për më tepër, i njëjti lloj çrregullimi mund të ketë shkaqe të ndryshme tek persona të ndryshëm: p.sh. një çrregullim obsesiv-kompulsiv mund të ketë origjinën e tij në një zhbalancim biokimik, në një konflikt emocional të pandërgjegjshëm, në proceset e të mësuarit në mënyrë të gabuar ose nga një kombinim i tyre.

Fakti që qasjet terapeutike krejtësisht të ndryshme mund të sjellin përmirësime të barabarta në pacientë të ndryshëm me të njëjtin lloj çrregullimi, nënvizon natyrën komplekse dhe të paqartë të shkaqeve të sëmundjeve mendore. Qasjet kryesore teorike dhe kërkimore për shkakun e çrregullimeve mendore trajtohen më poshtë (Andrews et. al, 2017).

1.6. Etiologjia trashëgimore

Modeli ekzistues për të kuptuar shëndetin mendor dhe çrregullimet mendore thekson ndërveprimin e faktorëve socialë, mjedisorë dhe gjenetikë gjatë gjithë jetës. Studiues të ndryshëm kanë identifikuar faktorët që ndikojnë drejtpërsëdrejti në shëndetin mendor të cilët janë:

- ✓ Faktorët e rrezikut, të cilat janë predispozues në individë të ndryshëm për të shfaqur sëmundje mendore,
- ✓ Faktorë mbrojtës, të cilët i mbrojnë ata nga zhvillimi i çrregullimeve mendore.

Studiuesit tani e dinë se, parandalimi i çrregullimeve mendore, emocionale dhe të sjelljes (mental, emotional, and behavioural MEB) është ndër disiplinë e qenësishme e cila bazohet në një sërë strategjish të ndryshme (National Research Council and Institute of Medicine, 2009).

a) Atributet dhe sjelljet individuale: Lidhen me aftësitë e lindura dhe të mësuara tek një person për t'u marrë me mendimet dhe ndjenjat dhe për ta menaxhuar atë në jetën e përditshme ("inteligjenca emocionale"). Ato lidhen gjithashtu me aftësinë për të kontribuar në marrëdhëniet sociale dhe shoqërore si. p.sh. duke marrë pjesë në aktivitete sociale, duke marrë përgjegjësi ose duke respektuar pikëpamjet e të tjerëve ("inteligjenca sociale") etj.

Gjendja e shëndetit mendor e një individi mund të ndikohet gjithashtu nga faktorët gjenetik dhe biologjik; p.sh. individët që kanë lindur me anomali kromozomale (p.sh. sindromi i Down-it) apo aftësia e kufizuar intelektuale e shkaktuar nga ekspozimi prenatal ndaj alkoolit ose privimit të oksigjenit në lindje janë më të prirur për të shfaqur probleme me PSHM-or.

b) Kushtet sociale dhe ekonomike: Kapaciteti i një individi për t'u zhvilluar dhe lulëzuar është thellësisht i ndikuar drejtpërsëdrejti nga mjedisi i tyre shoqëror, duke përfshirë mundësinë e tyre për t'u angazhuar pozitivisht me anëtarët e familjes, miqtë apo kolegët dhe të fitojnë një jetesë për veten dhe familjet e tyre dhe gjithashtu, në rrethanat socio-ekonomike në të cilat ata gjejnë veten. Mundësitë e kufizuara apo të humbura për të fituar një arsim dhe të ardhura më të mira janë faktorët socio-ekonomikë më të rëndësishëm.

c) Faktorët mjedisorë: Përfshijnë një mjedis më të gjerë socio-kulturor dhe gjeopolitik ku njerëzit jetojnë. Këta faktorë kanë një ndikim të madh në gjendjen e shëndetit mendor të një individi, familjes ose komunitetit, duke përfshirë këtu; nivelet e qasjes në artikujt dhe shërbimet bazë (ujë, shërbime shëndetësore bazë, njohja dhe zbatimet e ligjit) (Rosa, 2010), besimet kulturore që mbizotërojnë, qëndrimet ose praktikrat, si, dhe politikat sociale dhe ekonomike të formuara dhe të aplikuara në nivel kombëtar. Një shembull karakteristik i kësaj është kriza financiare globale, e cila në vazhdim pritet të ketë pasoja të rëndësishme të shëndetit mendor, duke përfshirë shkallën e rritur të vetëvrasjes dhe përdorimit të dëmshëm të alkoolit (Daniels, 2006). Diskriminimi, pabarazia shoqërore ose gjinore dhe konflikti janë shembuj të përcaktuesve strukturorë negativë të mirëqenies mendore. Është e rëndësishme të theksohet se, këto faktorë të ndryshëm ndërveprojnë me njëri-tjetrin në një mënyrë dinamike dhe se, ata mund të punojnë për/ose kundër një gjendje të shëndetit mendor tek një individ i caktuar (Abrahams&Geschwind, 2008; Drew et.al, 2011).

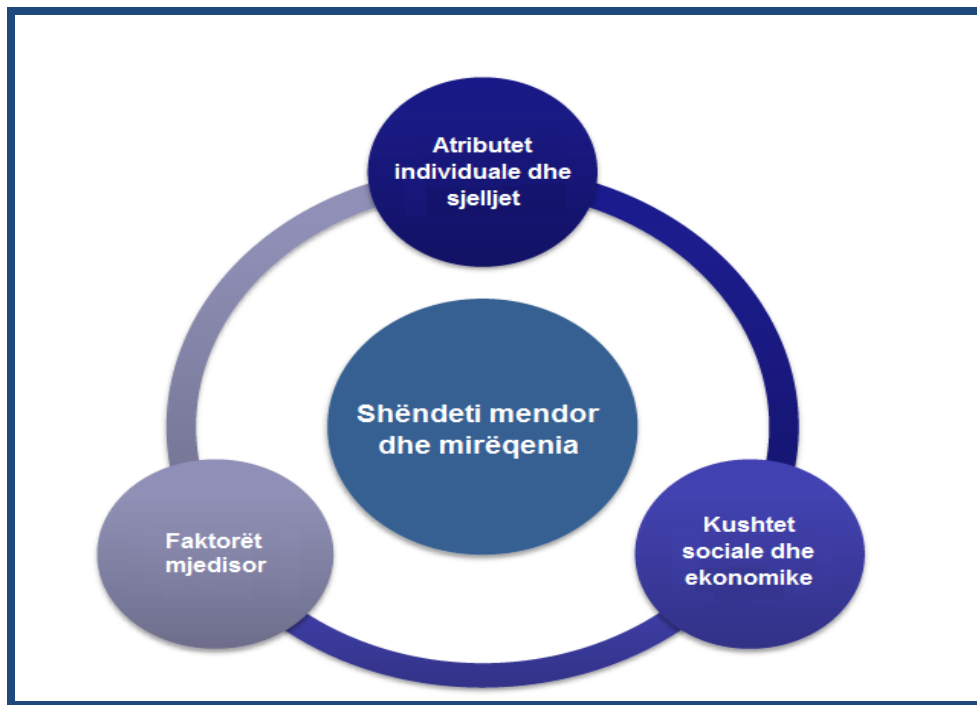


Figure 1.5 Diagramë për faktorët që kontribuojnë në shëndetin mendor dhe mirëqënien e gjithësecilit

(Abrahams&Geschwind, 2008)

Tabela 1 pasqyron në mënyrë të ilustruar faktorët që mund të kërcënojnë ose mbrojnë shëndetin mendor. Për shembull, niveli i vetëvlerësimit të një individi mund të rritet ose zvogëlohet në varësi nga mbështetja sociale ose siguria ekonomike në nivel të ekonomisë familjare, gjë që mund të ndikohet nga shtrirja e stabilitetit politik, drejtësisë sociale apo rritjes ekonomike të një vendi (Abrahams&Geschwind, 2008).

Tabela 1.1 Përcaktuesit e shëndetit mendor

Niveli	Faktorët Negativ	Faktorët Mbrojtës
Kontributi individual	Nivel i ulët i vetëvlerësimit Papjekuri emocionale / konjektive Vështirësi në komunikim Sëmundje mjeksore, përdorimi i substancave (drogave)	Vetëvlerësim, besim Aftësi për të zgjidhur problemet dhe mënaxhimmi i streseve ose ngjarjeve negative Aftësi komunikimi Shëndet i mirë, fitnes
Rrethanat sociale	Vetmia, dëshpërimi Mospërfillje, konflikt familjar Ekspozim ndaj abuzimit / dhunës Të ardhura të ulëta dhe varfëri Vështirësi ose dështim në shkollim Strese në punë, papunësi	Suport social nga familja dhe shoqëria Prindër të mirë / ndërveprim familjar Siguri fizike dhe mbrojtje Siguri ekonomike Arritje në shkollim Kënaqësi dhe sukses në punë
Faktorët mjedisor	Akses të vogël në shërbimet bazë Padrejtësi dhe diskriminim Pabarazi gjinore dhe sociale Ekspozim ndaj luftrave dhe katastrofave	Barazi në akseset për shërbimet bazë Drejtësi sociale, tolerancë, integritet Barazi sociale dhe gjinore Siguri fizike dhe mbrojtje

Rreziqe të tjera që ndikojnë në çdo grup moshë

Përveç rreziqeve që zakonisht shfaqen apo paraqiten në pika të ndryshme gjatë jetës, ekzistojnë kërcënime të tjera potenciale për shëndetin mendor që mund të ndikojnë tek personat në çdo moshë ose fazë të jetës së tyre, pavarësisht nga konteksti më i gjerë socio-kulturor dhe gjeopolitik në të cilat ata lindin dhe/ose brenda të cilave ato ekzistojnë.

Meqenëse edhe karakteristikat më themelore socio-demografike të individëve janë përshtatur me normat ose zakonet shoqërore, gjinia, grupimi etnik ose vendi i banimit mund të ndikojnë në shanset e tyre për të zhvilluar një gjendje të shëndetit mendor. Racizmi ose diskriminimi ndaj një grupi të caktuar në shoqëri, për shembull, ngre ekspozimin e grupit ndaj përjashtimit social dhe vështirësive ekonomike, duke i vendosur kështu ata në një rrezik më të lartë të stresit, ankthit dhe çrregullimeve të tjera mendore.

Në mënyrë të ngjashme, përcaktimi i rolit shoqëror i grave në shumë shoqëri i ekspozon ato në strese më të mëdha, të cilat, së bashku me faktorë të tjerë, duke përfshirë dhunën dhe abuzimin familjar, çon në rritje më të larta të depresionit dhe ankthit.

Në të kundërt, çrregullimet e përdorimit të substancave janë më të zakonshme tek meshkujt, të ndikuar këto pjesërisht nga qëndrimet ose normat e shoqërisë. Personat e ekspozuar ndaj dhunës, konfliktet e armatosura dhe fatkeqësitë natyrore paraqesin një grup më të prekshëm dhe me një rrezik dukshëm të rritur të shqetësimit dhe morbiditetit psikologjik, të cilat shfaqen forcërisht nga ngjarje të tilla (prej të cilëve pothuajse gjysma janë fëmijë dhe adoleshentë) (Reed et. al, 2012).

Varfëria dhe kushtet shoqëruese të papunësisë, niveli i ulët arsimor, privimi dhe mungesa e strehimit janë tregues të fortë për sëmundjen mendore. Këto kushte të pafavorshme mbizotërojnë në popullatën e shumë vendeve të pasura e të varfra. Sëmundjet mendore dhe varfëria konsiderohen të ndërveprojnë në një cikël negativ; pra jo vetëm që rreziku i sëmundjeve mendore në mesin e njerëzve që jetojnë në varfëri është më i lartë, por po kështu edhe gjasat që ata që jetojnë me sëmundje mendore kanë tendencë të të mbeten në varfëri (Lund et. al, 2011; Patel et. al, 2010). Për këtë arsye, si, të varfrit ashtu edhe njerëzit me çrregullime mendore përbëjnë grupe vulnerable të cilët kërkojnë një mbrojtje dhe asistencë sociale dhe financiare (World Health Organisation, 2008a; World Health Organisation, 2010a).

Rreziqet dhe dobësitë e personave me çrregullime mendore

Ndërsa fokusi deri më tani ka qenë në rreziqet për shëndetin mendor ndërmjet grupe të ndryshme moshore ose shoqërore, është me vlerë të theksohet se, ata që vazhdojnë të përjetojnë një çrregullim mendor paraqesin karakteristikat e tyre të rreziqeve apo të dobësive. Ashtu siç është përmendur, një rrezik i tillë në rritje është varfëria, për shkak të vështirësive që njerëzit me çrregullime mendore mund të kenë në sigurimin ose ruajtjen e punës dhe të ardhurave. Kështu që një shëndet mendor i keq vepron si faktor rreziku, për rritjen e papunësisë, rritjes së borxhit dhe varfërisë.

I njëjti argument zbatohet dhe për diskriminimin, abuzimin e të drejtave të njeriut, viktimizimin e dhunshëm dhe përjashtimin social, të cilat ka më shumë gjasa të përjetojnë nga njerëzit me probleme të shëndetit mendor sesa ato në popullatën në tërësi.

Në terma të shëndetit, shfaqja ose prania e një çrregullimi mendor ngre mundësinë e paafësisë dhe vdekshmërisë së parakohshme nga sëmundjet e tjera, duke përfshirë sëmundjet kardiovaskulare, diabetin, HIV/AIDS dhe kushtet e tjera kronike (Prince et. al, 2007). Ngjarjet më të larta se ato të pritura të këtyre sëmundjeve tek personat me çrregullimet mendore mund t'i atribuohen një sërë faktorësh, duke përfshirë neglizhimin e përgjithshëm të shëndetit të tyre fizik (nga vetvetja, familjet ose ofruesit e kujdesit shëndetësor), shkallën e lartë të përdorimit të substancave psikoaktive në këtë popullsi, zvogëlimin e aktivitetit fizik, dietën jo të shëndetshme dhe në shumë raste si, pasojë e efektet anësore të ilaçeve. Rezultatet e shëndetit për personat me gjendje mendore dhe fizike komorbide janë dukshëm më të këqija, për shkak të sjelljes së zvogëluar të shëndetit, respektimit dhe ndjekjes së këtyre rasteve.

Së bashku me vetëvrasjen, këto sëmundje kronike prodhojnë një nivel premature të vdekshmërisë shumë më të lartë se popullata e përgjithshme; ku për vendet nordike ky **gap** i vdekshmërisë është vënë në 20 vjet për meshkujt dhe 15 për femrat (Wahlbeck et. al, 2011). Nga ana tjetër, njerëzit me çrregullime mendore kanë një jetëgjatësi dukshëm të reduktuar dhe kjo është shpjeguar pjesërisht si, pasojë e ngjarjeve fatale të lidhura drejtpërdrejt me një diagnozë të shëndetit mendor (duke përfshirë këtu dhe vetëvrasjen). Figura paraqet në mënyrë skematike një rishikim të faktorëve të riskut të cilët kontribuojnë në shëndetin mendor përgjatë gjithë jetës.

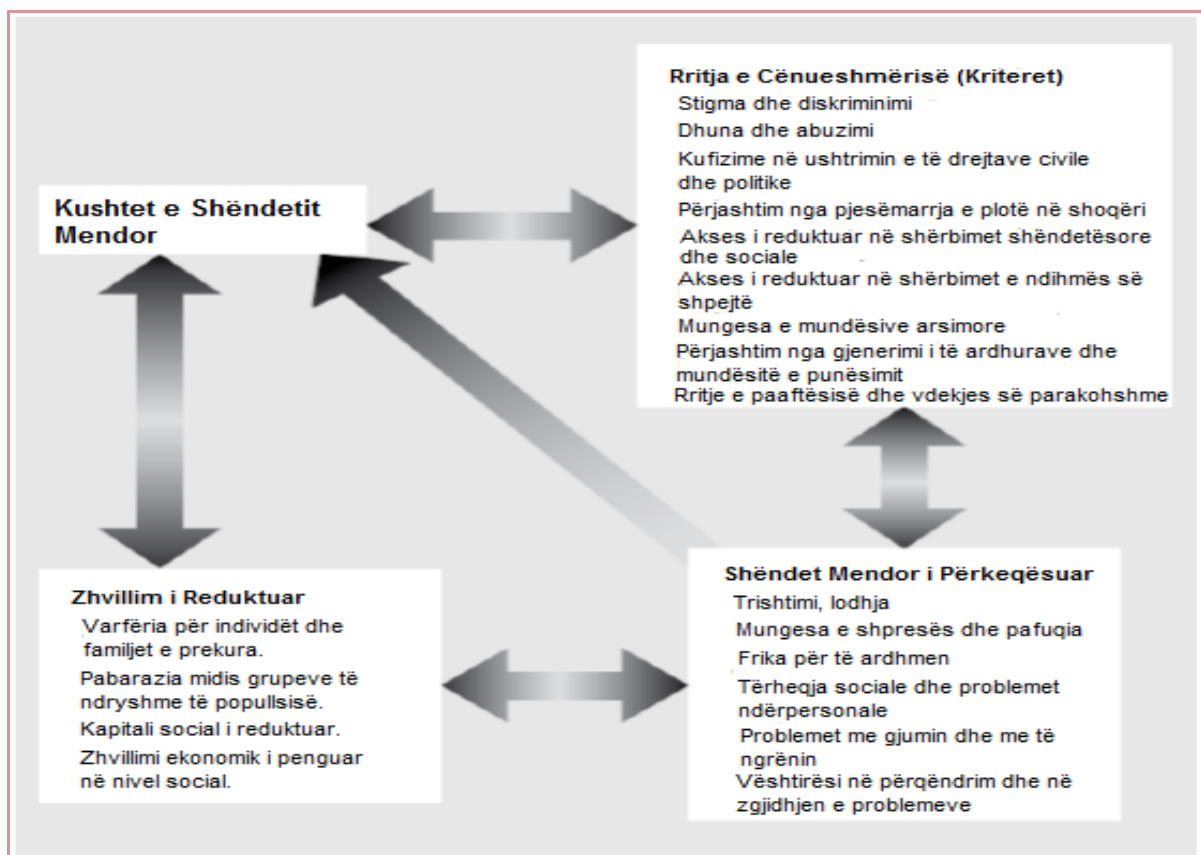


Figura 1.6 Roli thelbësor i proceseve psikologjike (WHO, 2010)

1.7 Etiologjia Biologjike

Shpjegimet biologjike të sëmundjeve mendore zakonisht përfshin shpjegimet gjenetike, biokimike, neuropatologjike ose një kombinim të tyre

http://www.WHO.int/mental_health/mhgap/risks_to_mental_health_EN_27_08_12.pdf).

Shpjegimet gjenetike

Studimi i shkaqeve gjenetike të çrregullimeve mendore përfshin analizën laboratorike të gjenomit njerëzor si, dhe analizën statistikore të frekuencës së shfaqjes së një çrregullimi të veçantë midis individëve që ndajnë gjene të përbashkëta – (p.sh gjenet në anëtarët e familjes dhe sidomos ato të binjakët) (Andrews et. al, 2017).

Studimet (analizat statistikore të frekuencës) mbi rrezikun familjar krahasojnë frekuencën e vëzhguar të shfaqjes së një sëmundjeje mendore në të afërmit e afërm të pacientit me frekuencën e saj në popullatën e përgjithshme. Të afërmit e parë (prindërit, vëllezërit e motrat dhe fëmijët) ndajnë me pacientin 50 për qind të materialit të tyre gjenetik dhe kur shkalla e këtyre sëmundjeve në këta të afërm është më e lartë nga sa pritej, na tregon një faktor gjenetik të mundshëm (Insel & Collins, 2003; Bearden et. al, 2004). Sipas raportimeve kjo është e mundshme për shkak të kompleksitetit të ndërveprimeve ndërmjet gjeneve, ngjarjeve mjedisore dhe zhvillimit të hershëm (Kas et.al, 2007), ose nevojës për strategji të reja kërkimore (Kirmayer & Swartz, 2013; Silove et.al, 2008).

Studimet kanë treguar se, shumë kushte janë poligjenike. Kjo nënkupton se, ekzistojnë shumë gjene të dëmtuara dhe jo vetëm ato që janë përgjegjëse për një çrregullim. Skizofrenia dhe Alzheimer janë dy shembuj të çrregullimeve mendore trashëgimore. Studime të tilla kanë treguar një rol të qartë për faktorët gjenetikë në shkakun e skizofrenisë.

Kur një prind zbulohet se, ka një çrregullim, probabiliteti i fëmijëve të atij personi në zhvillimin e skizofrenisë është të paktën 10 herë më i lartë (një probabilitet rreziku 12%) krahasuar me fëmijët e popullatës së përgjithshme (me probabilitet rreziku 1%). Nëse të dy prindërit kanë skizofreni, probabiliteti i fëmijëve të tyre për zhvillimin e çrregullimit është diku 35-65%. Nëse një anëtar i një pjese të binjakeve vëllazërore zhvillon skizofreninë edhe binjaku tjetër ka rreth 12 % shans për të zhvilluar këtë çrregullim (Mimmack et. al, 2002; Middleton et. al, 2002).

Shpjegime të rolit të proceseve biokimike në çrregullimet mendore

Nëse një sëmundje mendore shkaktohet nga një anomali biokimike, investigimi i trurit në vendin ku ndodh çekuilibri biokimik duhet të pasqyrojë diferenca të qarta neurokimike krahasuar me gjendjen normale e tij. Në praktikën e përditshme, një qasje e tillë e thjeshtë has në vështirësi praktike, metodologjike dhe etike. Gjatë jetës truri i njeriut nuk është lehtësisht i kapshëm për investigimin e drejtpërdrejtë, ndërsa truri i një njeriu të vdekur i nënshtrohet ndryshimeve kimike, por, gjetjet e anomalive në lëngun cerebrospinal, gjak ose urinë mund të mos kenë lidhje me problemin e një zhbalancimi biokimik të supozuar në tru.

Është mjaft e vështirë për të studiuar sëmundjet mendore tek njeriu duke përdorur kafshët laboratorike si, analoge, kjo për shkak se, çrregullimet mendore ose nuk ndodhin ose nuk janë të njohura në kafshë. Edhe kur janë gjetur anomali biokimike tek personat me çrregullime mendore, është e vështirë të dihet nëse ato janë shkakut ose rezultati i sëmundjes, i trajtimit të tij apo i pasojave të tjera (Andrews et. al, 2017).

Në lidhje me zbulimin e biokimisë që ndodh në çrregullimet e humorit, skizofrenisë dhe disa prej llojeve të demencës në ditët e sotme është bërë përparim. Medikamente të caktuara kanë treguar se, kanë efekte të dobishme në sëmundjet mendore.

Medikamentet kundra depresionit, antipsikotike dhe antiankth mendohet se, arrijnë rezultatet e tyre terapeutike nëpërmjet inhibimit selektiv ose rritjes së sasisë, si, edhe veprimit ose shkatërrimit të neurotransmetuesve në tru. Neurotransmetuesit janë një grup i agjentëve kimikë që çlirohen nga neuronet (qelizat nervore) për të stimuluar neuronet fqinjë, duke lejuar që impulset të kalohen nga një qelizë në tjetrën në të gjithë sistemin nervor. Neurotransmetuesit luajnë një rol kyç në transmetimin e impulseve nervore nëpërmjet *cleft synaptic* që ekziston në mes të neuroneve. Lirimi i neurotransmetuesve të tillë stimulohet nga aktiviteti elektrik i qelizës. Norepinefrina, dopamina, acetilkolina dhe serotonina janë neurotransmetuesit kryesorë.

Disa neurotransmetues nxisin ose aktivizojnë neuronet, ndërsa disa të tjerë veprojnë si, substanca frenuese. Përqendrimet më të ulëta ose më të larta të neurotransmetuesve në vende të caktuara në tru mendohet se, ndryshojnë aktivitetet sinaptike të neuroneve, duke çuar në fund të fundit në çrregullimet e gjendjes shpirtërore, emocioneve ose çrregullime të ndryshme mendore (Andrews et. al, 2017; Peter Kinderman, 2005; Bethesda, 2007; APA, 1994).

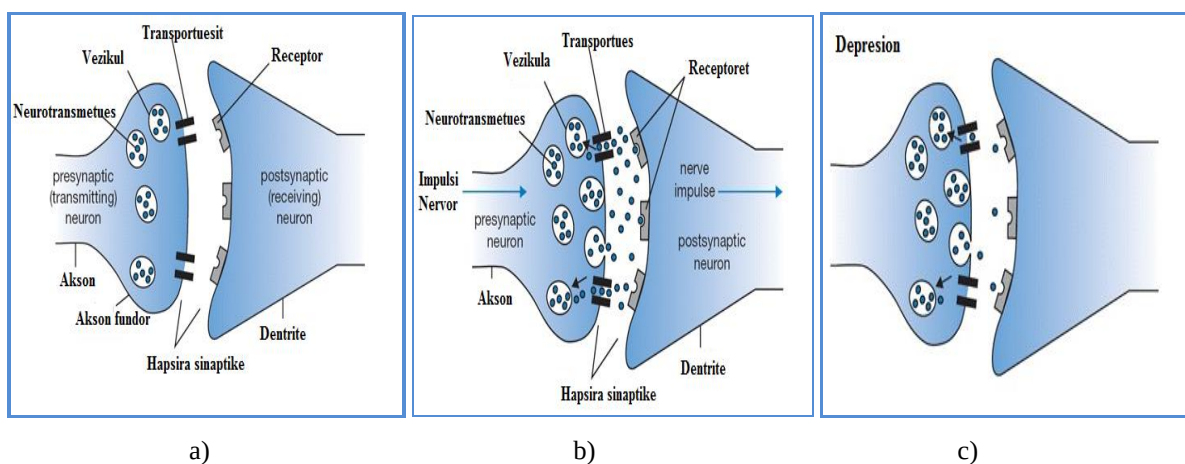


Figura 1.7 Tejçimi i informacionit nëpërmjet sinapseve

- Diagram i një sinapsi
- Neuronet çlirojnë informacionin e tyre duke përdorur si, sinjalin elektrik ashtu dhe atë kimik në tejçimin e mesazheve me një proces që quhet neurotransmetues (APA, 1994),
- Transportimi parë p.sh. në njerëz të cilët kanë depresion, e tejçojnë më pak serotonin në hapësirën sinaptike (cikël i vogël), krahasuar me njerëzit pa depresion.

Shpjegime Neuropatologjike

Në të kaluarën, studimi postmortum i trurit zbuloi informacione mbi të cilin u bazuan përparime të mëdha në kuptimin e etiologjisë së çrregullimeve neurologjike dhe disa mendore, duke çuar formulimin e postulateve të psikiatrit gjerman Wilhelm Griesinger (1817–1868) ku: "*Të gjitha sëmundjet mendore janë sëmundje të trurit*" (Thomas Szasz, 2006).

Aplikimi i parimeve të patologjisë ndaj paralizës së përgjithshme, një nga kushtet më të zakonshme të hasura në spitalet me problemeve mendore në fund të shekullit të 19-të, rezultoi në zbulimin se, kjo gjë kishte ndodhur nga një formë e neurosifilizit ku shkaktar kryesor i infeksionit ishte bakteri spirochete *Treponema pallidum*. Ekzaminimi i trurit të pacientëve me forma të tjera të demencës ka dhënë informacion të dobishëm në lidhje me shkaqet e tjera të këtij sindromi - për shembull, sëmundja Alzheimer dhe arterioskleroza (Andrews et. al, 2017).

Identifikimi i anomalive të fushave specifike të trurit kanë ndihmuar në kuptimin e disa funksioneve mendore jo normale, siç janë çrregullimet e kujtesës dhe çrregullimet e të folurit. Përparimet e fundit në teknikat neuro-imazherike kanë zgjeruar aftësinë për të hetuar anomalitë e trurit në pacientët me një shumëllojshmëri të gjerë të sëmundjeve mendore, duke eliminuar nevojën për studime pas vdekjes (Andrews et. al, 2017).

Tabela e mëposhtme paraqet një përmbledhje skematike të të gjitha problematikave që rrezikojnë shëndetin mendor të një individi gjatë të gjithë kursit të jetës.

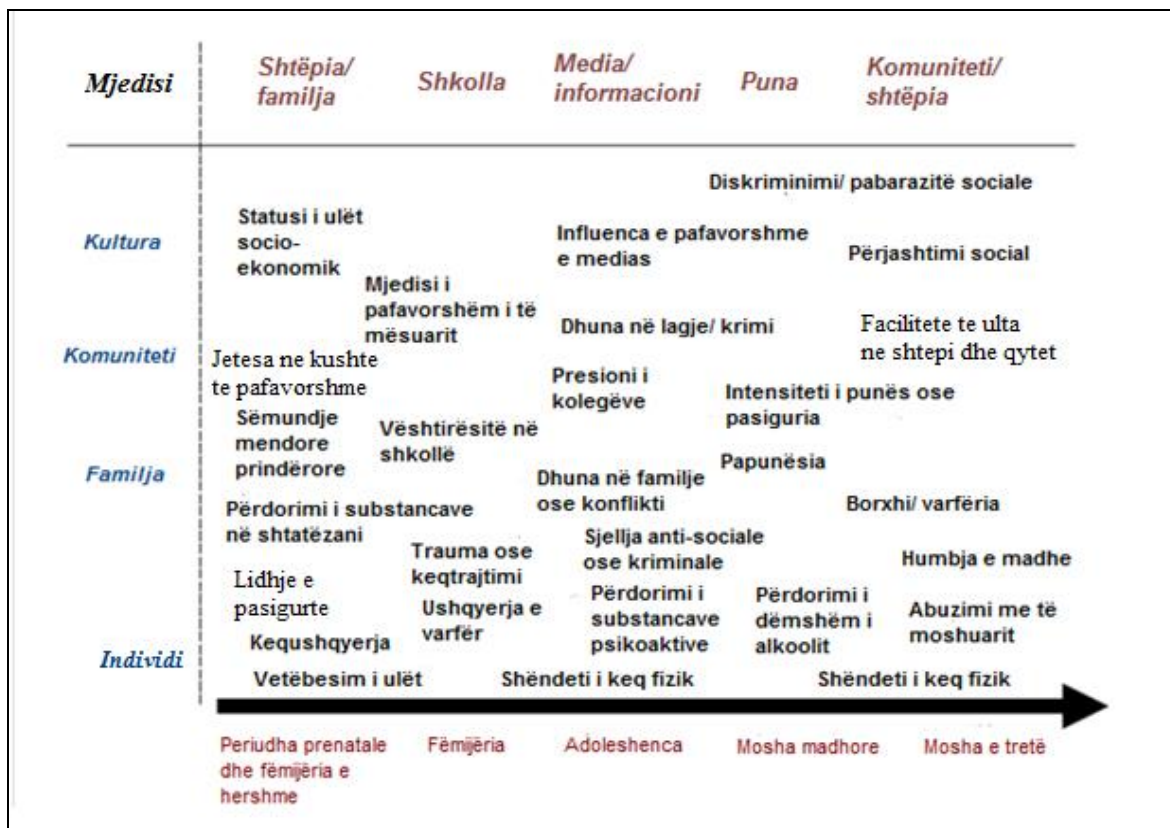


Figura 1.9 Paraqitje skematike e faktorëve të riskut përgjatë kursit të jetës

1.8 Klasifikimi i Çrregullimeve të Shëndetit Mendor sipas DMS-V dhe ICD-10

Manuali diagnostik dhe statistik i sëmundjeve mendore (DSM) siguron gjuhën standarde me të cilën klinikistët, kërkuesit dhe zyrtarët e shëndetit publik komunikojnë mes tyre në Shtetet e Bashkuara të Amerikës për sëmundjet mendore (Reginer et. a, 2010; APA, 2013). Edicioni në përdorim DSM-V, i rishikuar është publikuar në Maj 2013, duke bërë rishikimin e parë madhor të kriterëve diagnostike si, dhe të klasifikimit që prej DSM-IV në 1994 (APA, 1994). Nga ana tjetër, Organizata Botërore e Shëndetësisë (WHO) ka ofruar një sistem të sajën për klasifikimin e Sëmundjeve Mendore. Kapitulli-V i Klasifikimit Ndërkombëtar i Sëmundjeve (ICD), po përdoret gjerësisht në përmbushjen e statistikave nacionale dhe ato ndërkombëtare.

Pas afro një dekadë konsultimi ndërmjet hartuesve të DSM-IV nga ana e Shoqatës Amerikane e Psikiatrisë (APA) dhe hartuesve të ICD-10 nga OBSH-ja, u arrit një marrëveshje bashkëpunimi ndërmjet Institutit Kombëtar të Shëndetit Mendor dhe OBSH-së lidhur me problematikat e hasura deri tani në Sëmundjet e Shëndetit Mendor (Sartorius, 2001).

Por, varianti zyrtar i ICD përmban vetëm një përkufizim të shkurtër për çdo çrregullim. Për këtë arsye Departamenti i Shëndetit Mendor të OBSH-së arriti në një marrëveshje me APA-n për të publikuar kriteret diagnostike që përdoren për kërkimet shkencore të ngjashme me ato të DSM-IV, si, dhe për përshkrimet më të përgjithshme klinike dhe udhëzimet diagnostike si, pjesë e klasifikimit ICD të çrregullimeve mendore dhe ato të sjelljes (WHO, 1992; WHO, 1993; WHO, 1993; Leidenluft, 2011). Duke pasur kritere të ngjashme por të ndara për kërkimet shkencore, raportimet e bëra rezultuan në një konvergjencë të madhe ndërkombëtare të praktikës klinike të komunikimit dhe hulumtimit mbi çrregullimet mendore edhe pse në dukje dallimet ishin të vogla.

Kriteret diagnostike për hulumtimatin kanë prodhuar disa dallime në normat e prevalencës dhe korrelacionet e çrregullimeve mendore. (First&Pincus, 1999; Andrews; Slade&Peters, 1999; Zeanah&Gleason, 2010; Zisook et. al, 2012). Bazuar në këtë përvojë, variantet më të fundit të DSM-V dhe ICD-10, ofruan një mundësi të mëtjshme që kjo fushë jo vetëm të avancojë në drejtim të përdorimit diagnostik dhe vlefshmërisë, por edhe për të rritur pajtueshmërinë me udhëzimet klinike të ICD në komunitetin psikiatrik global (Darrel; Emily& David Kupfer, 2013).

Detajet lidhur me zhvillimin e hulumtimeve dhe proceseve të shqyrtimit dhe aprovimit për DSM-V janë përshkruar nga autorë të ndryshëm (Regier et. al, 2013; APA, 2013; Clarke; Narrow;&Regier, 2013; Regier et. al, 2013; Narrow et.al, 2013).

Manuali diagnostik DSM-V u ndërtua me qëllim të adresimit të kufizimeve të dhëna nga DSM-IV, duke integruar të dhënat më të fundit shkencore dhe klinike mbi bazën empirike të çrregullimeve psikiatrike (Darrel; Emily& David Kupfer, 2013).

Prioriteti i këtij ndryshimi madhor ishte sigurimi i një kujdesi më të mirë për pacientët në këtë proces si, edhe përmirësimi i përdorshmërisë për klinikët dhe studiuesit. Nëpërmjet kontributit të, më shumë se 400 ekspertëve nga 13 vende, që përfaqësojnë disiplina të psikiatrisë, psikologjisë, neurologjisë, pediatriisë, kujdesit parësor, epidemiologjisë, metodologjisë kërkimore dhe statistikave, u zhvillua një seri prej 13 konferencash ndërkombëtare kërkimore nga viti 2003 deri në vitin 2008, me bashkëpunimin e shumë faktorëve të interesuar si, p.sh. 1) OBSH-së për Shëndetin Mendor dhe Abuzimin e Substancave; 2) Institutin Kombëtar të Shëndetit (NIH) së bashku me Institutin Psikiatrik Amerikan për Kërkime dhe Edukim në bazë të një marrëveshje bashkëpunimi pesëvjeçar; 3) kërkuesit e APA (Reginer, 2013).

Pas kësaj një sërë Monografish u botuan lidhur me konsideratat e shëndetit publik në diagnozën dhe klasifikimin psikiatrik në USA dhe ndërkombëtarisht (Saxena, 2012), si, edhe me diskutime eksplicite të implikimeve kulturore të vlerësimit të nozologjive, duke përfshirë ndikimet kulturore në shprehjen e ankthit dhe depresionit (Goldberg et. al, 2010), klasifikimin e çrregullimeve psikotike në vendet perëndimore dhe jo perëndimore (Tamminga et.al, 2009) dhe faktorët socio-kulturore që lidhen me sindromat somatike (Dimsdale et. al, 2006). Monografitë shtesë të zhvilluara sipas kësaj marrëveshje bashkëpunimi u përdorën nga grupet specifike të punës përgjegjëse për çrregullimet përkatëse që ata mbulonin (Widiger et. al, 2006; Saunders et. al, 2007; Sunderland et. al, 2007; Helzer et. al, 2008; Andrews et. al, 2009; Hollander et. al, 2010; Darrel; Emily& David Kupfer, 2013).

Shumë njerëz kanë probleme të shëndetit mendor kohë pas kohe. Por një problem në shëndetin mendor bëhet një sëmundje mendore kur shenjat dhe simptomat e vazhdueshme shkaktojnë stres të shpeshtë dhe ndikojnë në aftësitë e të funksionuarit (Office of the Surgeon General; Center for Mental Health Services; National Institute of Mental Health, 1999).

Një sëmundje mendore mund të bëjë një individ fatkeq dhe mund të shkaktojë probleme në jetën e tij të përditshme, si, në shkollë, në punë ose në marrëdhënie me të tjerët.

Shembuj të sëmundjeve mendore përfshijnë depresionin, çrregullimet e ankthit, skizofreninë, çrregullimet e të ngrënit etj (Merck Manual, 2015).

Më poshtë po paraqesim në mënyrë të shkurtuar diagnozat më të shpeshta që lidhen me tipat kryesore të problemeve të shëndetit mendor.

- ✓ **Çrregullime në zhvillimet neurologjike.** Këtu përfshihen një gamë e gjërë problemesh që fillojnë zakonisht që në fëmijëri dhe shpesh para moshës shkollore. Përfshihen këtu çrregullime të spektrit të autizmit, ADHD dhe çrregullimet e të mësuarit.
- ✓ **Spektri i Skizofrenisë dhe çrregullime psikotike.** Çrregullimet psikotike shkaktojnë shkëputje nga realiteti si, deluzionet, halucinacionet dhe çorganizimet e të menduarit dhe të folurit. Më e spikatura është skizofrenia, megjithatë, ka dhe çrregullime të tjera që kanë si, simptomë shkëputjen nga realiteti.
- ✓ **Çrregullimet Bipolare dhe të lidhura me të.** Këtu përfshihen disa çrregullime që alternohen me njëra tjetrën si, episode të manisë (periudhë e një aktiviteti të shtuar, energjik) dhe depresioni.
- ✓ **Depresioni.** Këtu përfshihen çrregullime që ndikojnë në emocione, në nivelin e trishtimit dhe lumturisë dhe kjo mund të pengojë aktivitetin ditor, p.sh., depresioni madhor dhe çrregullimet premenstruale disforike.

- ✓ **Çrregullimet e lidhura me ankthin.** Ankthi është një emocion që karakterizohet nga parashikimi i një fatkeqësie i shoqëruar me shqetësime të tepruara. Këtu përfshihen sjellje që synojnë të shmangin situatat e ankthit. Gjithashtu, këtu përfshihen çrregullimet e përgjithshme të ankthit, paniku dhe fobitë.
- ✓ **Çrregullimet obsesive-kompulsive.** Ky çrregullim, ka të bëjë me shqetësimin, obsesionin dhe veprimet apo mendimet e përsëritura. Këtu përfshihen çrregullimet obstruktive-kompulsive, çrregullimet të grumbullimit të sendeve, shkulja e flokëve (trichotillomania), larja e duarve shpesh herë etj.
- ✓ **Trauma dhe çrregullimet e stresit të lidhura me të.** Janë çrregullime të përshtatshmërisë, në të cilat një person ka vështirësi të përballimit gjatë apo pas një ngjarjeje jetësore stresuese. Këtu përfshihen çrregullimet e stresit post traumatik post-traumatik stres disorder (PTSD) dhe çrregullimet akute të stresit.
- ✓ **Çrregullimet disociative.** Në këto çrregullime kemi shpëputje të sensit të vetvetes, ku futen çrregullimet disociative të identitetit dhe amnesia disociative.
- ✓ **Simptomat somatike dhe çrregullimet e lidhura me të.** Personat me këtë çrregullime mund të kenë simptoma fizike pa shkaqe të qarta mjekësore, por këto çrregullime janë të lidhura me shqetësime të rëndësishme dhe dëmtime. Ky çrregullim përfshin simptomat somatike që më parë njiheshin si, hipokondriazis (hypochondriasis), dhe çrregullime të stisura.
- ✓ **Çrregullimet të ushqyerjes.** Këtu përfshihen çrregullime si, anoreksia nervore dhe çrregullimet e mbingrënies.
- ✓ **Çrregullime të ekstretimit.** Këto çrregullime kanë lidhje me eliminimin e papërshtatshëm të urinës apo të jashtëqitjes aksidentalisht ose qëllimisht. Lagia e shtratit (eneureza) është shembull tipik i këtij çrregullimi.

- ✓ **Çrregullime të gjumit dhe të zgjimit.** Këtu përfshihen çrregullime të rënda të gjumit që kërkojnë kujdes apo konsultim mjekësor si, insomnia (pagjumësia), sindromi i i këmbëve të shqetësuara.
- ✓ **Disfunksioni seksual.** Këtu përfshihen çrregullimet të përgjigjes seksuale, si, ejakulimi prematur apo çrregullime të orgazmës femërore.
- ✓ **Disforia gjinore.** Kjo i referohet shqetësimit që shfaq një person për të qenë pjesë e një seksi tjetër.
- ✓ **Çrregullimi i përçimit dhe kontrollit të impulsive.** Këto çrregullime përfshijnë probleme me emocionet dhe sjelljet vetëkontrolluese si, kleptomania ose çrregullimi i shpërthimit të herë pas hershëm.
- ✓ **Çrregullime të varësisë ndaj substancave.** Këtu përfshihen probleme të lidhura me përdorimin e tepruar të alkoolit, kafeinës, cigareve dhe drogave. Këtu futen gjithashtu dhe çrregullimet e lidhura me kumarin.
- ✓ **Çrregullimet neurokonjitive.** Ky çrregullim ndikon në aftësinë e të menduarit dhe arsyetuarit. Problemet konjitive përfshijnë delirin, si, dhe gjendje apo sëmundje si, pasojë e dëmtimeve traumatike të trurit apo sëmundjet Alzheimer.
- ✓ **Çrregullimet e personalitetit.** Përfshin instabilitetin emocional dhe një sjellje të pashëndetshme e cila shkakton problem në jetën dhe marrëdhëniet e personit. si, shembull përmendim vetëkufizimi, dhe çrregullimet antisociale dhe narciziste të personalitetit (narcissistic personality disorders).
- ✓ **Çrregullime parafilike.** Ky çrregullim përfshin prirjen seksuale për t'i shkaktuar shqetësim apo dëm personit tjetër. Shembuj të kësaj janë çrregullime seksuale si, sadizmi dhe pedofilia.

- ✓ **Çrregullime të tjera mendore.** Në këtë klasë përfshihen çrregullimet mendore si, pasojë e rrethanave shëndetësore ose që nuk plotësojnë kriteret për tu klasifikuar në çrregullimet e mësipërme (APA, 2013; <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/mental-illness/basics/definition/con-20033813>).

KAPITULLI II

2. ÇRREGULLIMET MENDORE MË TË SHPESHTA; TABLLO KLINIKE, SHKAQET, TRAJTIMI

Manuali diagnostik DSM-V zhvilloi një bazë të vlefshme lidhur me, organizimin dhe klasifikimin e çrregullimeve mendore. Duke përdorur një grup më të zgjeruar të "kritereve të vlefshmërisë", krahasuar me ato të propozuara fillimisht nga Robins dhe Guze në vitin 1970 (Robins&Guze, 1970), u zhvilluan një sërë analizash dhe botimesh lidhur me këto problematika, të cilat u publikuan në mjaft revista psikiatrike ndërkombëtare (Andrews et. al, 2000; Sachdev et. al, 2009; Andrews et. al, 2009; Carpenter et. al, 2009; Goldberg et. al, 2009; Krueger&South, 2009; Goldberg; Andrews&Hobbs, 2009; Wittchen; Beesdo&Gloster, 2009; Darrel; Emily and David Kupfer, 2013).

DSM-V pasqyron një grumbullim më të gjerë midis grupeve të kategorive diagnostike, me ato që tentojnë të kenë tipare të ngjashme të personalitetit para-morbid dhe/ose bashkëjetojnë të vendosen afërsisht me njëri-tjetrin, përfshirë çrregullimet neuro-zhvillimore, skizofreninë dhe çrregullime të tjera psikotike (Owen; Craddock&Jablensky, 2007; Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics Consortium, 2013; Stein et. al, 2010; Krueger, 1999; Darrel; Emily and David Kupfer, 2013).

Problemet e shëndetit mendor më të shpeshta që hasen kudo në botë dhe vendin tonë janë depresioni, skizofrenia, demenca, autizmi etj. Më poshtë do të shtjellojmë më gjerësisht disa nga këto çrregullime.

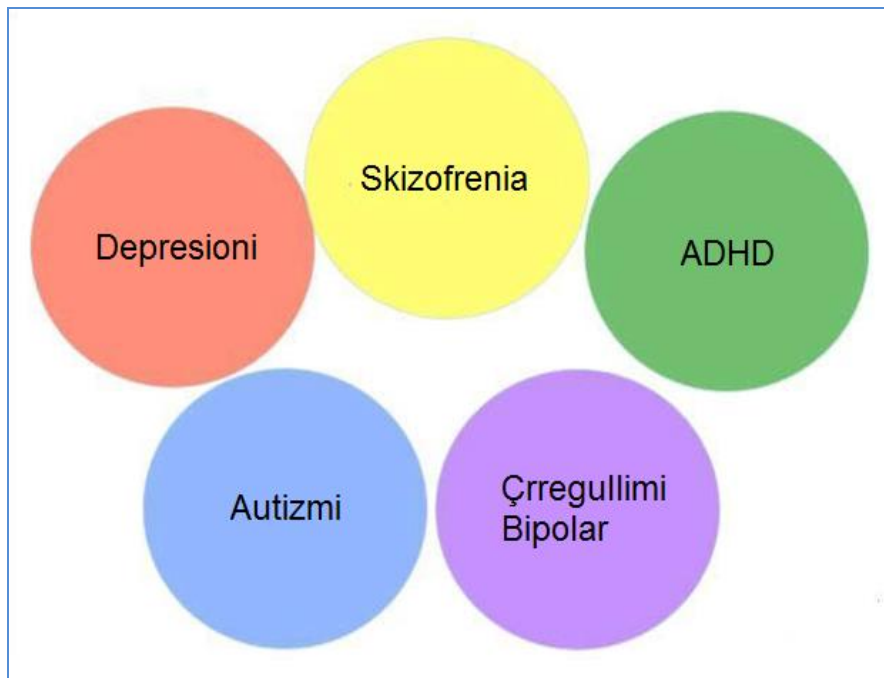


Figura 2.1 Llojet e problemeve të shëndetit mendor më të hasura në botë

2.1 Depresioni

Depresioni është një çrregullim mendor serioz, mjaft i zakonshëm, i lidhur me një funksionim të zvogëluar në cilësisë së jetës, morbiditetit mjekësor dhe vdekshmërisë (Spijker et. al, 2004; Üstün et. al, 2000). Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSH) e ka renditur depresionin në vendin e katërt të shkaktarëve kryesor, të aftësive të kufizuara në të gjithë botën (Murray&Lopez, 1996) dhe mendohet që, deri në vitin 2020, ky do të jetë shkak i dytë kryesor (Murray&Lopez, 1996). Megjithëse një informacion i drejtpërdrejtë mbi prevalencën dhe korrelacionet e depresionit nuk ekzistojnë për shumicën e vendeve, të dhënat e disponueshme të rishikuara tregojnë se, ekziston një ndryshueshmëri e gjerë në vlerësimet e prevalencës, të lidhura këto edhe me aspekte të tjera të epidemiologjisë përshkruese (Kessler & Bromet, 2013).

Globalisht, janë vlerësuar rreth 300 milion njerëz që preken nga depresioni, ku më të prekura janë gratë krahasuar me burrat (WHO, 2017).

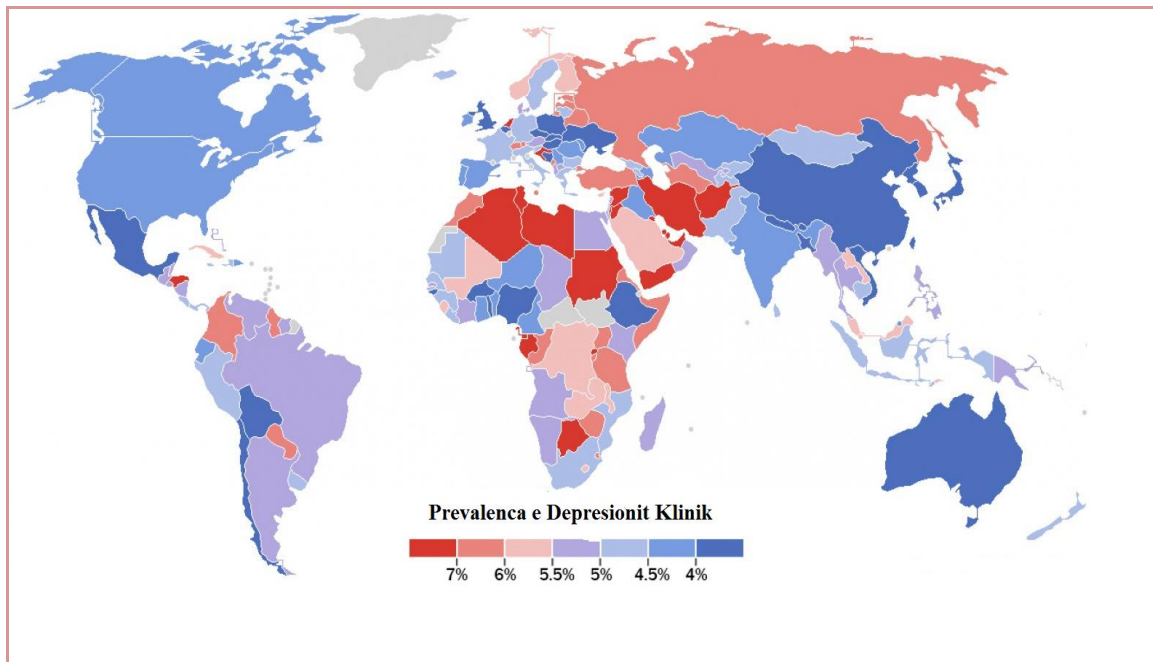


Figura 2.2 Harta e prevalencës së rasteve të diagnostikuara klinikisht me depresion

(Dewey, 2013)

Figura e mësipërme tregon përqindjen e popullsisë kudo në botë të diagnostikuar klinikisht me depresion. Në këtë publikim të kryer nga Caitlin Dewey, janë përdorur të dhëna mbi prevalencën, incidencën dhe kohëzgjatjen e depresionit në mënyrë që të përcaktohet barra shëndetësore sociale dhe publike e këtij çrregullimi në mbarë botën. Në këtë studim u gjet që globalisht, depresioni është shkaku i dytë kryesor i aftësisë së kufizuar, dhe me pak më shumë se, 4 për qind të popullsisë së botës është e diagnostikuar me të (Dewey, 2013)

Simptomat dhe llojet e depresionit

Depresioni është diçka më shumë se, të ndjerit vetëm gjatë një gjendje të keqe apo ndjenje të trishtuar. Gjithkush përjeton këto ndjenja në raste të caktuara në jetë, por kjo jo domosdoshmërisht përbën depresion. Depresioni në fakt nuk është një sëmundje e vetme. Ekzistojnë tre lloje kryesore të çrregullimeve depressive (National Institute of Mental Health. Depression, 2000b; National Institute of Mental Health, 2001c) të cilat janë:

1. Çrregullime të mëdha depressive (Commission on Behavioural and Social Sciences Education&National Research Council, 2000),
2. Dysthymia, dhe;
3. Çrregullimi bipolar (depresioni maniakal) (Suppes et. al, 2005).

1. Çrregullime të mëdha depressive

Disa nga simptomat e depresionit janë të zakonshme gjatë një humori ose gjendjeje jo të mirë. Çrregullimi i madh depresiv diagnostikohet kur një person ka pesë ose më shumë simptoma gati çdo ditë për një periudhë dy javore (National Institute of Mental Health, 2001c).

Depresioni karakterizohet nga;

- ✓ gjendje trishtimi,
- ✓ humbje e interesit ose kënaqësisë,
- ✓ ndjenja e fajit ose vetëvlerësimi i ulët,
- ✓ çrregullime të gjumit ose të ngrënies,
- ✓ ngadalësim fizik ose agjitacion

- ✓ humbje të energjive dhe ndjesisë së lodhjes
- ✓ përqendrim i dobët
- ✓ mendime të përsëritura të vdekjes ose vetëvrasjes.

Kur njerëzit janë të prekur nga depresioni, jeta e tyre kalon në vështirësi të mëdha pasi: ata kanë vështirësi të kryejnë punët e tyre të përditshme ose të shkuarit në shkollë si, dhe nuk janë të interesuar për aktivitetet normale familjare dhe sociale. Tek të rriturit një episod i patrajtuar i depresionit mund të zgjasë deri në 9 muaj. Të paktën gjysma e njerëzve që kanë përjetuar një episod të depresionit të madh do të shfaqin një tjetër episod të depresionit në një pike tjetër të jetës së tyre (Department of Health and Human Services, 2000).

Tek fëmijët, depresioni zgjat nga shtatë deri në nëntë muaj dhe simptomat janë të ngjashme me ato të të rriturve (Department of Health and Human Services, 2000).

Simptomat në fëmijë përfshijnë;

- ✓ trishtim,
- ✓ humbja e interesit në aktivitetet që ata përdorin për tu argëtuar,
- ✓ vetëkritika,
- ✓ ndjesia që ata nuk janë të pëlqyer apo të dëshiruar nga të tjerët,
- ✓ mungesë shprese për të ardhmen,
- ✓ mendime lidhur me vetëvrasjen,
- ✓ nervozizëm,
- ✓ ndjenjë të pasigurisë,
- ✓ probleme me përqendrimin, dhe
- ✓ mungesë të energjisë.

Fëmijët dhe adoleshentët me depresion në krahasim me të rriturit, kanë më shumë gjasa të kenë simptoma të lidhura me ankthin dhe dhimbjet (dhimbje të stomakut dhe dhimbje koke të përgjithshme). Shumica e fëmijëve dhe adoleshentëve që kanë një çrregullim të madh depresiv kanë gjithashtu një tjetër sëmundje mendore si, p.sh një çrregullim ankthi, sjellje antisociale apo përçarëse, ose një çrregullim abuzimi me substanca të ndryshme. Këta fëmijë janë më të prirur të kryejnë vetëvrasje krahasuar me fëmijët të cilët nuk paraqesin këto lloj simptomash. Edhe në këtë rast episodet e depresionit përsëriten si, tek të rriturit (Department of Health and Human Services, 2000).

Të sëmurët gjithashtu mund të kenë ankesa të shumëfishta fizike pa ndonjë shkak fizik të dukshëm. Depresioni mund të jetë i gjatë ose i vazhdueshëm, duke dëmtuar ndjeshëm aftësinë e njerëzve për të punuar në punë ose në shkollë dhe për t'u përballur me jetën e përditshme.

2. Dysthymia

Kjo sëmundje është më pak më e rëndë se, çrregullimet e mëdha depresive si, dhe është më kronike. Dysthymia, që është një gjendje humori e depresionuar së bashku me të paktën dy simptoma të tjera të depresionit, zgjat për të paktën një vit tek fëmijët ose adoleshentët dhe dy vjet tek të rriturit (National Institute of Mental Health, 2000a.). Këto simptoma mund të mos shfaqen si, paaftësi por ato i mbajnë njerëzit e prekur nga një funksionim i mirë i jetës ose të ndjerit mirë me veten dhe të tjerët.

Dysthymia shpesh fillon në fëmijëri, gjatë adoleshencës, ose në një moshë më madhore (National Institute of Mental Health, 2001a). Dysthymia e patrajtuar mesatarisht, zgjat katër vjet tek fëmijët dhe adoleshentët (Department of Health and Human Services, 2000; National Institute of Mental Health, 2000a).

3. Çrregullimi bipolar afektiv

Lloj i tretë i çrregullimit depresiv është çrregullimi bipolar, i quajtur edhe depresioni maniakal. Ky çrregullim prek rreth 60 milionë njerëz në mbarë botën. Zakonisht përbëhet nga episode maniake dhe depressive të ndara ndërmjet tyre nga periudha normale të gjendjes shpirtërore. Episodet maniake përfshijnë gjendje shpirtërore ose humor të nervozuar ose të ngritur mbi normalen, një aktivitet ditor mbi normalen, tension në të folur, vetëvlerësim të ekzagjeruar dhe një nevojë mjaft të vogël për gjumë. Njerëzit që kanë sulme të tipit maniak, por që nuk përjetojnë episode depressive, klasifikohen gjithashtu si, çrregullim bipolar (Dewey, 2013, Agosti&Stewart, 2008). Për trajtimin e fazës akute të çrregullimeve bipolare si, dhe parandalimin e rikthimit të kësaj gjendje janë në dispozicion trajtime efektive. Këto janë medikamente të cilat stabilizojnë gjendjen shpirtërore. Mbështetja psiko-sociale është një komponent mjaft i rëndësishëm i trajtimit të kësaj kategorie.

Gjatë periudhës së çrregullimeve bipolare, personi është i shoqëruar gjithashtu me tre ose më shumë nga simptomat e mëposhtme:

- ✓ vetëbesim i tepruar apo ekzagjeruar,
- ✓ mungesa për nevojat e gjumit,
- ✓ rritja e nivelit të bisedës,
- ✓ mendime për të garuar,
- ✓ çoroditje,
- ✓ hiperaktivitet me një qëllim të caktuar ose axhitim fizik,
- ✓ përfshirje e tepruar në aktivitete argëtuese që kanë një potencial të lartë që mund të çojnë në pasoja të dhimbshme (National Institute of Mental Health, 2001c).

Gjatë kësaj faze, adoleshentët mund të përfshihen në sjellje të rrezikshme ose të pakujdesshme, siç është drejtimi i automjeteve me shpejtësi ose seks i pasigurt (Bethesda, 2007). Çrregullimi bipolar shpesh fillon gjatë adoleshencës ose moshës madhore. Të rriturit me çrregullime bipolare shpesh kanë episode të qarta të manisë dhe depresionit, me periudha të manisë çdo dy deri në katër vjet. Fëmijët dhe adoleshentët me çrregullime bipolare, mund të kalojnë cikle të shpejta shumë herë brenda një dite, ndërmjet depresionit dhe manisë (Bethesda, 2007; National Institute of Mental Health, 2001e).

Çrregullimi bipolar në të rinjtë mund të jetë i vështirë për t'u dalluar nga sëmundjet e tjera mendore, kjo pasi shpesh simptomat mbivendosen me ato të sëmundjeve të tjera mendore si, sindromi hiperaktiv me mungesë përqendrimi **attention deficit hyperactivity disorder** (ADHD), çrregullim të sjelljes, ose çrregullime opozitare kundërshtuese.

Etiologjia e Çrregullimeve Depresive

Depresioni, ashtu siç sëmundjet e tjera mendore, ndoshta shkaktohet nga një kombinim i faktorëve biologjik, mjedisor dhe social, por shkaqet e sakta ende nuk janë të njohura. Për vite të tëra, shkencëtarët mendonin se, nivelet e ulëta të neurotransmetuesve të caktuar (si serotonina, dopamina, ose norepinefrina) në tru shkaktojnë depresionin. Në ditët e sotme gjithmonë e më shumë, shkencëtarët po besojnë se, ndërveprimi i faktorëve që çojnë në depresion janë shumë më komplekse. Nga studimet familjare është parë se, shkaqet gjenetike luajnë një rol të rëndësishëm në këtë depresion. Të dhënat tregojnë se, 20-50% e fëmijëve dhe adoleshentëve me depresion kanë një histori familjare lidhur me depresionin si, edhe fëmijët e prindërve në depresion janë tre herë më shumë të riskuar të zhvillojnë depresion krahasuar me fëmijë, prindërit e të cilëve nuk paraqesin depresion (Bethesda, 2007; Department of Health and Human services, 2000).

Funksioni jonormal i endokrinës, posaçërisht i hypotalamusit ose i hipofizës, mund të luajë një rol në shkaktimin e depresionit (Department of Health and Human Services, 2000).

Faktorë të tjerë të riskut për çrregullimet depressive tek të rinjtë përfshijnë:

- ✓ stresi,
- ✓ pirja e duhanit,
- ✓ humbja e një prej prindërve,
- ✓ prishja apo ndarja e një marrëdhënieje romantike,
- ✓ çrregullime të vëmendjes,
- ✓ çrregullime të të mësuarit,
- ✓ abuzimi,
- ✓ neglizhimi, dhe
- ✓ trauma të tjera përfshirë dhe përjetimin e një fatkeqësie natyrore (Department of Health and Human Services, 2000).

Shkencëtarët kanë studiuar ndryshimet e ndodhura në tru, si, pasojë e çrregullime depressive. Studimet e imazheve nëpërmjet PET (Positron Emission Tomography) kanë treguar se, aktiviteti i trurit në zona të caktuara zvogëlohet ndjeshëm në një individ me depresion, ndërsa aktivitetet në rajonet e tjera të trurit janë rritur krahasuar me të njëjtin individ pas një trajtimi të suksesshëm (George, 1993). Imazhet e PET kanë treguar gjithashtu se, pacientët me depresion kanë potencial lidhës më të ulët të receptorëve neurotransmetues në disa nga zonat e trurit (Yatham et. al, 2000). Shkencëtarët duke parë ndryshimet në trurin e pacientëve bipolarë kanë gjetur zvogëlimin e madhësisë së cerebellum (pjesa e trurit që rregullon ekuilibrin dhe lëvizjet e kontrolluara), ndryshimet në metabolizmin e disa

përbërjeve kimike, si, edhe një rënie në aktivitetin e rajoneve specifike të trurit (korteksit prefrontal) gjatë fazës së depresionit (Stoll et. al, 2000).

Mënyrat e trajtimi të depresionit

Programet e parandalimit kanë treguar një reduktim të depresionit, si, për fëmijët (p.sh. përmes mbrojtjes dhe mbështetjes psikologjike pas abuzimit fizik dhe seksual) ashtu edhe për të rriturit (p.sh. nëpërmjet ndihmës psikosociale pas fatkeqësive dhe konflikteve të ndryshme).

Ekzistojnë gjithashtu trajtime efektive të cilat kanë një efekt pozitiv. Një depresion i lehtë deri në atë të moderuar mund të trajtohet në mënyrë efektive me terapitë e bashkëbisedimit, të njohura si, terapia e sjelljeve njohëse ose psikoterapia. Psikoterapia i ndihmon pacientët të mësojnë mënyra më efektive për t'u marrë dhe menaxhuar problemet e jetës së tyre. Këto terapi përfshijnë zakonisht 6 deri në 20 takime javore. Këto programe trajtimi duhet të rishikohen nëse nuk ka përmirësim të simptomave brenda tre apo katër muajve nga fillimi i trajtimit (Department of Health and Human Services, 2000).

Mënyra më e mirë e trajtimit për shumë njerëz është një kombinim i medikamenteve dhe psikoterapisë (National Institute of Mental Health, 2000b). Antidepresantët mund të jetë një formë efektive e trajtimit për depresionin e moderuar dhe të rëndë, por ato nuk rekomandohen të aplikohen në rastet e një depresioni të lehtë. Ata gjithashtu, nuk mund të përdoren për trajtimin e depresionit tek fëmijët dhe tek trajtimi i adoleshentëve.

Rastet kur antidepresantët mund të përdoren tek fëmijët apo adoleshentët, janë vetëm kur trajtimi me metodat alternative nuk ka qenë efektiv, por gjithashtu edhe në këtë rast ato duhet të përdoren me shumë kujdes (Bethesda, 2007).

Menaxhimi i depresionit duhet të përfshijë gjithashtu aspekte psiko-sociale, të cilat përfshijnë identifikimin e faktorëve të stresit, siç janë problemet financiare, vështirësitë në punë, abuzimin fizik ose mendor dhe burimet e mbështetëse si, p.sh. anëtarët e familjes dhe miqtë. Mirëmbajtja ose riaktivizimi i rrjeteve sociale dhe aktiviteteve sociale është i rëndësishëm (Bethesda, 2007; Lima et. Al, 1996).

2.2. Çrregullimet e personalitetit

Termi “personalitet” i referohet karakteristikave të qëndrueshme të një individi të cilat shfaqen në mënyrat e sjelljes në një varg të gjerë rrethanash. Personaliteti mund të mendohet se, përbëhet prej karakteristikave më të kufizuara të njohura si, tipare. Ekuilibri ndërmjet këtyre tipareve përcakton dhe personalitetin, p.sh. personi mund të jetë i kujdesshëm, i vëmendshëm dhe i besueshëm (tipar obsesiv) i shoqërueshëm dhe miqësor (tipar shoqëror) por gjithashtu lehtësisht i provokueshëm ndaj zemërimit (tipar agresiv) (Gelder; Gath and Mayou, 1994).

Shumica e personaliteteve kanë një përzierje të tillë të tipareve kontradiktore. Nganjëherë ndodh që një tipar dominon personalitetin, kështu që personaliteti emërohet në bazë të tiparit dominant. Kufiri ndërmjet personalitetit normal dhe çrregullimit të personalitetit është vështirë të përcaktohet. Kjo pasi nuk gjendet një masë e besueshme dhe e vlefshme për aspektet e personalitetit që të jetë e rëndësishme për praktikën klinike. Në vend të kësaj përdoret një kriter i thjeshtë: “thuhet se, personaliteti çrregullohet kur ai bën të vuajë personin vetë ose njerëzit e tjerë”. Çrregullime të Personalitetit (ÇP) mendohet të jenë ndërtuar nga një model kompleks i tipareve psikologjike të rrënjosura më herët (Millon, 2004).

Këto tipare konsiderohen si, çrregullime kur bëhen jo fleksible, të papërshtatshme, shkaktojnë dëme të konsiderueshme dhe janë të vazhdueshme (APA, 2000). Sistemet kryesore të klasifikimit diagnostik që përshkruajnë ÇP janë Manuali diagnostik dhe statistikor i çrregullimeve mendore (DSM-V; APA, 2013) dhe Klasifikimi Ndërkombëtar i Sëmundjeve 10 (ICD-10; [OBSh], 1992). ICD-10 e përkufizon ÇP -në si, “një shqetësim të rëndë në gjendjen logjike të karakterit dhe tendencat e sjelljes individuale, të cilat zakonisht përfshijnë disa fusha të personalitetit dhe janë gjithmonë të shoqëruara me ndërprerje të konsiderueshme personale dhe shoqërore”.

DSM-V e përkufizon ÇP-në, si, “një model të përhershëm të përvojës dhe sjelljes së brendshme që devijon dukshëm nga pritjet kulturore të individit. Është i përhapur dhe jo fleksibël, ka shfaqje gjatë adoleshencës ose në moshë të rritur, është e qëndrueshme me kalimin e kohës dhe shoqërohet me shqetësim apo dëmtim (APA, 2000)”.

Në vitin 2013, përkufizimi lidhur me ÇP ka ndryshuar në klasifikimin DSM-V. Në këtë klasifikim “individi duhet të demonstrojë një nivel të lartë dëmtimi në të dy fushat e funksionimit, përfshirë veten (ndjenjën e identitetit dhe vetëdrejtësinë) dhe ndërpersonale (ndjeshmëri dhe intimitet). Ky kriter i ri për diagnozën ndihmon kuptimin e situatave ku ÇP mund të paraqitet (APA, 2013). Në DSM-IV ÇP janë të shumta dhe të organizuara në tre grupe. Çdo çrregullim përbëhet nga një kombinim unik i qëndrimeve, emocioneve dhe sjelljeve. Në grupin I ndërfuten çrregullime që konsiderohen të çuditshme ose ekscentrike; grupi II përfshin çrregullime emocionale dramatike, ose çrregullimet e parregullta dhe në grupi III janë çrregullime anksoze ose çrregullime të lidhura me frikën.

Në DSM-V, një numër i çrregullimeve dhe klasifikimeve të grupeve vartëse kanë ndryshuar. Çrregullimet antisociale, të shmangies, të kufirit, narcisistike, obsesive-kompulsive dhe ai skizotipik mbeten në ÇP-it.

Ky sistem i ri diagnostikues ka miratuar një model të ri dimensional-kategorik hibrid ku ÇP përafrohen me tipare të veçanta të personalitetit si, dhe me nivelet e dëmtimit. Pavarësisht nga numri i madh i kriterëve përcaktues të ÇP, ato nuk i shterojnë diversitetet e ÇP me një popullatë klinike (Krueger, Skodol, Livesley, Shrout&Huang, 2007).

Kjo qasje e re akomodon më së miri heterogjenitetin e të dy niveleve të funksionimit të personalitetit dhe tipareve patologjike brenda llojeve të ÇP.

Edhe pse janë bërë këto ndryshime mjaft të rëndësishme të klasifikimit dhe të trajtimit të ÇP ajo mbetet akoma një shqetësim problematik, jo vetëm për ata që paraqesin vështirësi në funksionimin e këtyre fushave, por edhe të ofruesve të shërbimeve (APA, 1994; APA, 2013; Greenberg; Szmucker; and Tantan, 1986; WHO, 1992; Kaplan and Sadock, 1989).

Etiologjia e çrregullimeve të personalitetit

Ndodhja ose shfaqja e një ÇP është kuptuar si, produkt i cili ka ndodhur nga faktorët e ndryshëm biologjik, psikologjik dhe ata social (Alëin et al., 2006). Konceptet që lidhen me temperamentet e ndryshme me lindjen e një individi si, dhe me disa elemente të personalitetit që i karakterizon ata, mund të trashëgohen. Këto rrisin vulnerabilitetin e një individi për zhvillimin e personalitetit të çrregulluar, duke formuar kështu argumentin biologjik (Paris, 1996). Në shfaqjen e ÇP kontribuojnë gjithashtu edhe faktorët socialë dhe mjedisorë. Studiues të ndryshëm kanë paraqitur shembuj lidhur me eksperiencat individuale që janë të lidhura drejtpërsëdrejti me ÇP.

Si eksperiencia të hasura përmendim eksperiencat e hershme negative, si, p.sh. neglizhimi ose abuzimi (Lieb, Zanari, Schmahl, Linehan&Bohus, 2004; Luntz&Widom, 1994; Paris, 1996).

Johnson, dhe bashkëpunëtorët e tij (1999) raportuan se, individët që përjetojnë abuzim dhe neglizhim gjatë fëmijërisë, kanë katër herë më shumë gjasa të takojnë ÇP në moshë të rritur krahasuar me ata që nuk i përjetojnë këto ngjarje të padëshirueshme. Një teori se, pse keqtrajtimi ndoshta është i lidhur me ÇP, është teoria e bashkëngjitjes (lidhjes) (Boëby, 1988). Kjo teori është e lidhur me cilësinë dhe llojin e bashkëngjitjeve që bëjnë njerëzit kur rriten. Adler (1985) dhe Paris (1996), mendojnë se, përmbushja e nevojave të individit gjatë fëmijërisë nga ana e nënës ose kujdestarit kryesor kanë një ndikim në llojin dhe shkallën e vështirësive të personalitetit të gjithsecilit (Adler, 1985, Paris, 1996). Literatura e deritanishme paraqet se, keqtrajtimi ose ekspozimi ndaj përvojave të padëshirueshme në fëmijëri mund të ketë ndikime afatgjata dhe të dëmshme në funksionimin e personalitetit të individit (Johnson et al., 1999). Gjithashtu ÇP shoqërohet më së shumti me krijimin e lidhjeve të dobëta dhe të vështira prindërore, me mungesën e dashurisë (neglizhimit), disiplinës/kufijve (nën kontrollin) dhe autonominë (mbi-kontrollin) (Paris, 1996; Johnson et.al, 2001).

Faktorët që ndikojnë në çrregullimet e personalitetit

Shkaku i çrregullimeve të personalitetit mendohet të jetë kombinimi i faktorëve gjenetikë dhe ambienta të hershëm, por të dhënat mungojnë. Faktorët gjenetikë duket se, luajnë një rol në shkaqet e çrregullimit të personalitetit antishoqëror. Rrjedhimisht, fëmijët e prindërve me këtë çrregullim paraqesin një shkallë më të madhe sjellje antishoqërore, krahasuar me fëmijët e prindërve të llojeve të tjera të personalitetit. Personalitet antishoqërorë hasen më tepër në fëmijët e adoptuar sesa në fëmijët biologjik.

Binjakët identikë kanë një shkallë përputhje deri 60% për sjellje kriminale, krahasuar me binjakët dyzigotik që e kanë shkallën e përputhjes 15%. Ndonëse sjelljet kriminale kanë shumë shkaqe, ky konstatim mund të pasqyrojë përputhjen e personalitetit antishoqëror.

Edhe pse një diagnozë e ÇP nuk përcakton përfshirjen në një sjellje kriminale, në burgje janë gjetur një numër i lartë me ÇP (Singleton, Meltzer, Gatward, Coid&Deasy, 1998) dhe është propozuar që shkelësit me ÇP mund të kenë rrezikshmërinë më të lartë të kryerjes së krimeve të rënda (Blackburn, 2000).

Hare (1996), Stalenheim dhe Von Knorring (1998) raportojnë një korrelacion të lartë midis ÇP dhe problemeve mjeko-ligjore. Një kornizë lidhur me kuptimin dhe zhvillimin e faktorëve të rrezikut të ÇP është paraqitur nga Coid në punimin e vet në vitin 2003. Ai paraqiti një model të përbërë nga katër faza për të ndihmuar të kuptuarit të ÇP kryesisht për shkelësit me rrezik të lartë (tabela 2.1). Ky model supozon se, me përparimin e katër fazave, kemi një rritje të sjelljeve antisociale dhe një ashpërsi të ÇP.

Katër fazat fillojnë me atë që quhet “fëmijëri” dhe më pas kemi një përparim përgjatë moshës së mesme të jetës. Faktorët biologjikë si, p.sh. temperament, i kombinuar me faktorë mjedisorë ose social (si p.sh. varfëria) konsiderohet të kontribuojnë në fazat më të hershme të zhvillimit të ÇP në një popullatë me rrezik të lartë.

Ekspozimi ndaj abuzimeve, problematikave familjare, ndikimeve të punëdhënësve apo kolegëve dhe kriminalitetit konsiderohet të përkeqësojë zhvillimin drejt ÇP.

Rreth moshës së rritur të hershme, faktorët si, abuzimi i substancave, çrregullimet e Boshtit të I, arritje të dobëta të punës dhe jetesa në ambientet kriminale çojnë në rrugën drejt zhvillimit të ÇP.

Tabela 2.1 Kuadri konceptual zhvillimor për shkelësit me rrezik të lartë me ÇP

Stadi	Mosha	Faktorët e riskut
A	Fëmijëria	Gjenetik
	Temperamenti	Prenatal
	Çrregullimi kundërshtues sfidues	Ambienti familjar
	ADHD	Funksioni i SNQ, IQ
	Çrregullime të sjelljes	Varfëria, Strehimi
B	Fëmijëria e vonë/Adoleshenca	Faktor mbrojtës të pakët
	Përshkallzim i kriminalitetit	Abuzim fizik / seksual
	Probleme me bashkëmoshatarët	Familje e ndarë / kriminalitet
	Çrregullime të sjelljes dhe humorit	Ndikim i fqinjëve, bashkëmoshatarëve apo shkollës
	Keqpërshtatje psiko-seksuale	
C	Mosha e rritur e hershme	Modele të vendosura nga faktorë të hershëm dhe të mbështetura nga: - Subkulturë kriminale - Burgosje - Izolim social - Qëndrim kundër rregullave - Mungesë alternativash dhe aftësish
	Kriminalitet i qëndrueshëm	
	Stil jete kriminale / gjithëanëshmëri	
	Keqpërdorim i substancave (alkool ose droga)	
	Arritje e dobët në punë	
	Vështirësi në marrëdhënie	
	Shmangie seksuale	
	Shfaqje hierarkie të çrregullta të boshtit të I	
D	Mosha e mesme	
	Karrierë kriminale	
	Psikopati	
	Çrregullime multiple të boshtit të I	
	Sjellje antisocial të përsëritura	
	Institucionalizim në ambiente të sigurisë	

Tipet e çrregullimit të personalitetit

Është me mjaft rëndësi njohja e tipave të ndryshëm të çrregullimeve të personalitetit, pasi ata mund të shkaktojnë probleme të konsiderueshme për pacientin, familjen si, dhe për personat e tjerë ku ata punojnë e jetojnë. Mendohet se, prevalenca e ÇP të personalitetit antisocial është në intervalin 20-30 individë për 1000 banorë (Gelder; Gath and Mayou, 1994; Kaplan and Sadock, 1989).

Më poshtë po paraqesim disa nga tipet e ÇP:

Çrregullimi i personalitetit obsesiv

Njerëzit me këtë çrregullim duken pa humor, sëmuren me lehtësi ndërsa të tjerët kënaqin veten, moralizojnë me opinionet e tyre, janë këmbëngulës në qëndrimet e tyre dhe dorështrënguar. Janë të pavendosur, vonojnë marrjen e vendimeve, kërkojnë gjithmonë e më shumë shpjegime dhe më pas shqetësohen se, vendimi i tyre ishte i gabuar. Janë të ndjeshëm ndaj kritikës dhe nuk interesohen si, duhet për opinionin e të tjerëve etj (Kaplan&Sadock, 1989).

Çrregullimi i personalitetit histerik

Njerëzit me këtë çrregullim vazhdimisht duket se, luajnë një rol, ndërkohë që janë të paaftë për të qenë vetvetja. Shpesh ata nuk kuptojnë se, njerëzit e tjerë mund të çojnë deri në fund pretendimet e tyre. Kënaqen me të renë, kërkojnë pa pushim përvoja të reja, entuziazmi u shuhet shpejt dhe me lehtësi mërzen dhe mbesin të pakënaqur. Shpesh janë bosh, pa konsideratë dhe kërkues. Përdorin “kërcënime” emocionale, skena zemërimi dhe përpjekje suicide për të detyruar të tjerët të veprojnë në përputhje me dëshirat e tyre (APA, 1994; Greenberg; Szmucker;&Tantan, 1986; WHO, 1992; Kaplan and Sadock, 1989).

Çrregullimi i personalitetit paranoid

Njerëzit me këtë çrregullim janë dyshues dhe të ndjeshëm prandaj dhe është e vështirë të ndihmohen. Ata nuk ju besojnë të tjerëve dhe dyshojnë për motivet e tyre. Janë të lëkundur, të irrituar, debatues dhe kokëfortë. Nuk krijojnë miqësi me lehtësi, pasi janë të prirur për skena xhelozie në marrëdhëniet e tyre seksuale. Shpesh janë të fshehtë, dredhues dhe pa humor.

Çrregullime të personalitetit afektiv

Njerëzit me këto çrregullime kanë anomali të humorit për gjithë jetën. Disa prej tyre janë vazhdimisht të deprimuar (çrregullim i personalitetit depresiv), të tjerët janë vazhdimisht të gëzuar (çrregullim i personalitetit hipertermik) dhe disa alternojnë ndërmjet depresionit dhe gëzimit (çrregullimi i personalitetit ciklotimik ose cikloid). Këto çrregullime të personalitetit janë të vështira të dallohen nga çrregullimet depressive rekurente, çrregullime maniakale dhe çrregullimet maniako-depressive dhe mund të jenë etiologjikisht të lidhura me to.

Njerëzit me *çrregullim të personalitetit depresiv*, vazhdimisht janë të trishtuar dhe pesimist dhe kanë pak aftësi për argëtim. Mërziten pa vend, humbasin në mendime e vuajtjeve dhe mund të jenë të irrituar.

Njerëzit me *çrregullim të personalitetit hipertermik*, vazhdimisht janë të gëzuar, optimist dhe luftojnë me zell për të jetuar. Disa prej tyre tregojnë gjykim të dobët dhe marrin vendime të paarsyeshme.

Njerëzit me *çrregullim të personalitetit cikloid*, alternohen ndërmjet gjendjeve depressive dhe hipertermike të përshkruara më sipër. Kjo paqëndrueshmëri e humorit mund të jetë pa avantazh për personin (APA, 1994; Greenberg; Szmucker; and Tantan, 1986; WHO,1992; Kaplan and Sadock, 1989).

Çrregullime të personalitetit antishoqëror (disocial)

Ky lloj personaliteti ndonjëherë njihet si, psikopatik (term i cili nuk përdoret pasi është një term nënvlerësues). Shumica e njerëzve me këtë çrregullim u shkaktojnë vuajtje njerëzve të tjerë.

Çrregullime të personalitetit schizoid

Njerëzit me këtë çrregullim janë emocionalisht të ftohtë, të vetëmjaftueshëm dhe të shkëputur. Ata janë introspektiv dhe mund të kenë komplekse me fantazi. Termi schizoid në fillim u përdor për arsye të ngjashmërisë së supozuar ndërmjet personalitetit dhe skizofrenisë por që nuk kanë asnjë lidhje etiologjike. Njerëzit me skizofreni janë të shkëputur, nuk bëjnë miqësi intime ose marrëdhënie seksuale dhe si, rregull nuk martohen. Shfaqin pak interes për opinionin e të tjerëve dhe ndjekin një ecuri të vetmuar gjatë gjithë jetës. Kur ky çrregullim është ekstrem personi është i ftohtë, zemërgur dhe i pandjeshëm (Lora et. al, 2012).

Çrregullime të personalitetit skizotipik

Këta janë njerëzit ekscentrik, dyshues dhe nganjëherë kanë ide të çuditshme ose ide të referencës. Të folurit e tyre mund të jenë abstrakt dhe i vagët. Afektet mund të mos përshtaten me rrethanat. Mendohet se, ky lloj personaliteti lidhet me skizofreninë, por kjo lidhje nuk është e sigurt.

Çrregullime të personalitetit impulsiv

Ky term përdoret nga ICD-10 për njerëzit të cilët nuk kontrollojnë emocionet e tyre në mënyrë të mjaftueshme dhe janë subjekt i shpërthimeve të papërmbajtura, të befasishme të violencës ose të sjelljeve kërcënuese veçanërisht si, përgjigje ndaj kritikës së bërë nga njerëz të tjerë.

Ndryshe nga personaliteti antisocial të cilët gjithashtu shfaqin shpërthime, këtyre personave nuk ju mungon faji ose nuk kanë problem në marrëdhënie me të tjerët (APA, 1994; Greenberg; Szmucker; and Tantan, 1986; WHO, 1992; Kaplan and Sadock, 1989).

Çrregullime të personalitetit anksioz (shmangës)

Ky term përdoret për njerëzit që vazhdimisht janë anksioz, që shqetësohen me lehtësi kur janë në shoqëri me të tjerët dhe kanë frikë mosaprovimin dhe kritikën. Ata shpesh janë timid dhe të kujdesshëm rreth përvojave të reja. Ata ju shmangen kërkesave të reja si, p.sh marrjes së përgjegjësisë të reja në punë (Hollifield et.al, 1990).

Çrregullime të personalitetit varës

Këta njerëz kanë formën më ekstreme të karakteristikave të përshkruara të personalitetit varës. Ata përgjithësisht janë me vullnet të dobët dhe ju bëjnë lëshime në mënyrë pasive dëshirave të njerëzve të tjerë. Disa prej tyre i realizojnë qëllimet duke i bindur njerëzit t'i ndihmojnë, ndërsa protestojnë për paaftësinë e tyre. Në rast se, ata martohen mund të përkrahen nga bashkëshorti, kanë besim në vetvete, braktisin klasën shoqërore dhe mbesin të papunë për një periudhë të gjatë.

Çrregullime të personalitetit narcisistik

Narcissismi është vetëadmirimi i sëmurë. Njerëzit me këtë tip çrregullimi kanë ndjenjën e madhërishme të rëndësisë vetjake dhe preokupohen me fantazitë e sukseseve, pushtetit dhe mendjemprehtësisë intelektuale. Kërkojnë me çdo kusht vëmendje, shfrytëzojnë të tjerët dhe kërkojnë favore duke mos i kthyer ato. Kjo kategori superpozohet me çrregullimet e personalitetit histerik dhe çrregullimet e personalitetit antishoqëror.

Çrregullime të personalitetit kufitar

Ky term i referohet personalitetit që në disa mënyra është patologjik duke përfshirë paaftësinë për të formuar marrëdhënie të qëndrueshme, ndjenjën e vazhdueshme të mërzitjes, sjelljet dëmtuese si: shpenzime të paarsyeshme, kumar i pakontrolluar ose vjedhje, gjendje shpirtërore të ndryshueshme, shpërthimet e pamotivuara të zemërimit, pasigurinë për identitetin personal dhe kërcënimet ose veprimet suicidal të përsëritura. Kjo kategori superpozohet me çrregullimet e personalitetit histerik, narcistik dhe antishoqëror.

Çrregullime të personalitetit pasiv - agresiv

Ky term përdoret për njerëz që u përgjigjen kërkesave me vonesë, qëndrim duarkryq, kokëfortësi, paaftësi të qëllimshme, shkujdesje të stimuluar dhe kritik të paarsyeshëm ndaj njerëzve me autoritet (APA, 1994; Greenberg; Szmucker; and Tantan, 1986; WHO, 1992; Kaplan and Sadock, 1989).

2.3 Vetëvrasja (Suicide)

“Ekziston vetëm një problem serioz i vërtetë filozofik, dhe kjo është vetëvrasja”

(Camus 1991)

Vetëvrasja përcaktohet si, vetëmarrja e qëllimshme e jetës. Para fundit të shekullit të 19-të, në shumë vende perëndimore vetëvrasja njihet ligjërisht si një veprim kriminal. Pas viteve 2000, ndodhja e një vetëvrasje konsiderohet më së shumti si, një emergjencë psikiatrike me një impakt madhor në Shëndetin Publik (Ridout, 1962). Vetëvrasja është një veprim i paramenduar i një personi e cila sjellë si pasojë humbjen e jetës së vet, në mënyrë që t'i shpëtojë një situatë që sipas gjykimit të tij është e pazgjidhshme.

Ky veprim i kryer nga ana e këtyre personave shpesh konsiderohet si veprim egoist, pasi kryerja e këtij akti prek familjarët, të afërmit dhe shoqërinë në përgjithësi.

Vetëvrasja është një fenomen shumë kompleks, shumë funksional dhe është rezultat i ndërveprimit të disa faktorëve biologjik, psikologjik, social dhe kulturor (Curphey, 1961; Mamoru, 1961; Jackson, 1957; Litman, 1967; Shneidman, 1961; Shneidman&Farberow, 1969; Durkheim, 1897).

Në një koncept apo rrugë të zakonshme, akti vetëvrasës është fundi i një progresi dinamik. Shkaqet e sjelljes suicidale janë komplekse dhe përfshihen shumë faktorë të ndryshëm, (siç përshkruhet në modelin e stresit-diatezës tabela e mëposhtme) në të cilin edhe baza gjenetike apo ekspozimi ndaj stresit psikologjik (faktor mjedisor), gjatë fëmijërisë dhe në moshë të rritur, kontribuojnë në sjelljet përfundimtare e personit duke i çuar shpesh herë ata drejt procesit vetëvrasës (Voros. 2010).

Të gjithë aspektet integruese të fenomenit vetëvrasës, duhet te shikohen me rëndësi sepse nuk ka “rrugë të artë” për të kuptuar ose parandaluar vetëvrasjen. Aktualisht vetëvrasja përbën një veprim të përçmuar duke u konsideruar si, një akt paradoksal dhe traumatizues. Ky veprim quhet një mohim i ligjit biologjik apo krim ndaj natyrës pasi mohon instinktin e konservimit në fjalë të tjera mohon vazhdimësinë e jetës. Kryerja e këtyre akteve vetëvrasëse po rritet kudo në botë, duke bërë një shqetësim për njerëzimin dhe shoqërinë. Suicidi konsiderohet një veprim me një kontekst të caktuar ligjor, ndonëse individi që e kryen nuk dënohet me ligj, por gjithsesi diskutimet apo dilemat që ngrihen nuk janë të pakta në këndvështrimin e këtij akti jo human. Shumica e vetëvrasjeve nuk rezultojnë me vdekje. Shumë prej këtyre akteve janë përpjekje për ndihmë nga ana e individëve duke shpresuar në shpëtimin e tyre. Megjithëse shkalla e vetëvrasjes po zvogëlohet në mbarë botën, vetëvrasja është ende një shqetësim i madh shëndetësor në nivel global.

Në botë afërsisht 1 milion njerëz kryejnë vetëvrasje çdo vit dhe 10-20 herë më shumë kryejnë përpjekje për vetëvrasje. Në Evropë ka rreth 150.000 vetëvrasje të përfunduara në një vit me mbizotërim të gjinisë mashkull (4/5 prej tyre janë meshkuj). Afërsisht 1 milion njerëz në Evropë bëjnë përpjekje për vetëvrasje (kryesisht femrat) (Voros. 2010).

Tabela 2.2 Një model integrimi i efekteve bio-psiko-social të një gjendje stresi-diateze për sjelljet e vetëvrasjes

Lloji i problemit	Biologjik	Social	Psikologjik
Stresi	- Çrregullimet mendore (si psh, episode të depresionit madhor, çrregullimet psikotike), - Çrregullimet e lehonisë (postpartum), - Medikamentet (steroidet, interferoni), - Abuzimet (alkooli, drogat, nikotina).	- Migracioni, emigrimi - Krizat sociale dhe ndryshimet ekonomike, - Ndryshime të roleve sociale - Ndryshime financiare, - Humbje të vendit të punës, etj.	- Evente negative aktuale të të jetuarit - Situata stresuese - Kriza emocionale - Divorc, apo humbje, - Pikëllim, etj
Diatez	- Depresion në familje - Histori familjare me vetëvrasje - Çrregullime mendore - Disfunksion të sistemit serotonin	- Mjedisi kulturor dhe social në të cilin jeton, - Efektet trans-gjeneruese - Transmetimi social, etj.	- Background familjar - Shqetësime ose situata që kanë ndikuar në zhvillimin e personalitetit - Abuzim ndaj të miturit, i neglizhuar etj.

Shkaqet e vetëvrasjes

Vetëvrasja është një akt kompleks që paraqet rezultatin përfundimtar të një kombinimi të faktorëve në çdo individ (Bergler, 1946; Halbwachs, 1930). Këta faktorë përfshijnë dobësitë biologjike, historinë e jetës, okupimin, rrethanat shoqërore të tanishme dhe disponueshmërinë e mjeteve për vetëvrasje.

Ndërsa këta faktorë nuk "shkaktojnë" vetëvrasje në kuptimin e ngushtë, disa njerëz janë në rrezik më të madh për vetëvrasje sesa të tjerët.

Faktorët e rrezikut për vetëvrasje përfshijnë:

- ✓ Gjinia Mashkull (Dublin, 1963)
- ✓ Moshat e vjetra, kryesisht mbi 75 vjeç (Dublin, 1963; Appelbaum, 1963)
- ✓ Histori familjare të mëparshme vetëvrasjesh apo tentativash vetëvrasjesh,
- ✓ Abuzime të ndryshme gjatë fëmijërisë.
- ✓ Ndodhi të ngjashme të mëparshme ose një vend referimi që lidhet me vetëvrasjet
- ✓ Predikimi i vetëvrasjes nga sekte të ndryshme vetëvrasje (Dublin, 1963)
- ✓ Humbje të personave të dashur, ndodhia e divorcit, humbje e punës, faliment i një aktiviteti ekonomik, tronditje nga një diagnozë mjekësore etj (Gahma, 1943; Dublin, 1963; Stengel, 1956; Stengel&Cook, 1958).
- ✓ Ndikimi i diagnozave specifike si; personat të cilët janë diagnostikuar për herë të parë nga sëmundja e imndefiçencës humane SIDA, personat të cilët vuajnë nga sëmundja e Parkinson-it, sëmundjet kardiovaskulare (Farberow et. al, 1966), apo ata që diagnostikohen me lloje të ndryshme kanceri, paraqesin një rrezik në rritje të vetëvrasjes (Farberow et. al, 1963; Shneidman et. al, 1962; Gengerelli&Kirkner, 1954).
- ✓ Ndikimi i vendit të punës si; punësimi në repartet e zjarrfikësve, forcat e rendit, ushtarakët, stomatologët, mjekët ose profesione të tjera, ku puna krijon stresa të vazhdueshme dhe të larta.
- ✓ Posedimi i një arme zjarri në ambientet ku jetohej. Kjo konsiderohet dhe si, metoda më e zakonshme e kryerjes së vetëvrasjes nga gjinia femër dhe mashkull në shekullin e 21-

të. Në vitin 2001 rreth 55% e vetëvrasjeve të kryera në SHBA, janë kryer me armë zjarri.

- ✓ Përdoruesit dhe abuzuesit e alkoolit dhe drogave të ndryshme. Kjo pasi këto substanca ndikojnë drejtpërsëdrejti në ndryshimin e gjendjes së humorit duke çuar në vetëvrasje. Këto substance dobësojnë kontrollin impulsive të personave abuzues (Shneidman&Farberow 1957a; Tuckman et al. 1959).
- ✓ Prezenca e sëmundjeve të ndryshme mendore (psikiatrike). Prezenca e sëmundjeve mendore luan një rol të madh në kryerjen e vetëvrasjes. Shumë prej këtyre individëve vuajnë nga sëmundje mendore nga më të lehtat deri në më komplikuarat. Në Amerikë, 90% e njerëzve që kryejnë vetëvrasje kanë një sëmundje të rëndësishme mendore. Pasja e depresionit madhor kryesisht tek të moshuarit përbën 60% të rasteve me vetëvrasje (Menninger, 1938). Më pas renditen njerëzit të cilët vuajnë nga skizofrenia (Farberow, 1961), alkoolizmi, abuzimi i substancave, çrregullimi personal, epilepsia etj (<http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/suicide>).

Sjelljet suicidale

Në përgjithësi, pak persona nga kontigjenti i atyre që bëjnë suicide nuk japin shenja apo sinjale paralajmërimi përpara kryerjes së aktit. Disa nga këta persona i fshehin mjaft mirë shqetësimet, planet apo mënyrat e kryerjes së vetëvrasjes. Shumë të tjerë i shprehin mjaft qartë këto sjellje dhe disa herë në mënyrë të vazhdueshme edhe pse në shumicën e rasteve anashkalohen nga të tjerët ose nuk merren seriozisht nga të afërmit, miqtë, kolegët apo personat që punojnë e jetojnë me ta. Ka nga ata që veprojnë në mënyrë impulsive duke shfrytëzuar momente të ndryshme që favorizojnë dëshirat e tyre për vetëvrasjen.

Karakteristikat e personit vetëvrasës shpesh herë nuk janë të vështira për t'u identifikuar pas fillimit të procesit. Shumica e atyre që konsiderojnë të vetëflijohen identifikohen në bazë të tendencave të komunikimit si, me sjellje apo dhe të shprehurit të mendimeve të tyre, përpara ndodhjes së ndonjë veprimi specifik.

Në përgjithësi një person tipik vetëvrasës paraqet tre aspekte kryesore motivuese të cilat kontribuojnë më së shumti në aktin e vetëvrasjes të cilat janë:

- 1) Ndjenja e të qënurit barrë për të tjerët;
- 2) Një ndjenjë e thellë e vetmisë, tjetërsimit dhe izolimit;
- 3) Një ndjenjë e theksuar guximi (Joiner, 2005; Joiner et al, 2005).

Të tre këto parakushte janë prezent, tek të gjithë personat që tentojnë apo kryejnë vetëvrasjen. Sipas Joiner dhe bashkëpunëtorëve të tij, dhimbjet psikologjike dhe një ndjenjë e humbjes së shpresës korrespondojnë afërsisht me konceptet e dëshpërimit dhe tjetërsimit si, dhe kontribuojnë në përmbajtjen e shumë prej ideve lidhur me vetëvrasjen. Këto janë parakushte të nevojshme por jo të mjaftueshme për një akt vetëvrasjeje. Tek personat të cilët janë të frikësuar nga vdekja si, dhe veprimet e pasojat e aktiviteteve që ky akt krijon, akti i vetëvrasjes nuk ka gjasa të realizohet (Hawton, 2005)

Përveç karakteristikave të lart përmendura një individ mund të shfaqë dhe shenja të tjera. Duhet të kihet parasysh që individi mund të shfaqë një, disa ose të gjitha karakteristikat e poshtë shënuara:

- ✓ Ndjenja të theksuara të ankthit ose tensioni të pambështetura në argumente, depresion, zemërim ose fajësi;
- ✓ Ndjenjë e kaosit dhe çorganizimit me pamundësi për të rivendosur rendin;
- ✓ Ndryshimet e humorit, për shembull, nga axhitimi në apati ose tërheqje;

- ✓ Ndjenjat e lodhjes fizike ose psikologjike, ose të dyja;
- ✓ Shqetësime fizike, të tilla si, pagjumësia, anoreksia, psychasthenia dhe simptoma psikosomatike.
- ✓ Ndjenjat e mungesës së shpresës dhe të pafuqisë, kotësisë dhe papërshtatshmërisë për të trajtuar problemet;
- ✓ Një mbivendosje ndjenjash dhe dëshirash, qofshin këto të ndërgjegjshme ose të pavetëdijshme ose kombinim i të dyjave, për të jetuar dhe për të vdekur të cilat janë të pranishme në të njëjtën kohë;
- ✓ Kufizim i njohës, pamundësia për të parë alternativat si, edhe kufizim i potencialeve;
- ✓ Humbja e interesit për aktivitete të zakonshme, të tilla si, gjinia, hobi dhe puna (<http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/suicide>).

Studime të ndryshme kanë treguar se, më shumë se, 50% e personave kanë kryer një vizitë mjekësore për shkak të problemeve mendore, përpara se të kenë kryer vetëvrasjen (Dorpat&Ripley 1960; Motto&Greene 1958; Robins et al. 1959; Shneidman&Farberow 1961).

Mjeku, psikologu apo punonjësit e tjerë të Shëndetit Publik të cilët merren me trajtimin dhe kujdesin e personave me problem mendore duhet të tregojnë një kujdes të veçantë të gjithë atyre rasteve të cilët konsultohen me ta, lidhur me kryerjen e vetëvrasjes ose pas një orvatje vetëvrasëse. Personelit shëndetësor (kryesisht mjekut) i del si, detyrë të vlerësojë potencialin e pacientit për të vepruar në bazë të mendimeve që ata shprehin gjatë vizitës.

Ky vlerësim duhet të bazohet në disa informacione bazë si, p.sh.

- ✓ Historia e pacientit, ku duhet të përfshihet një histori apo përpjekjeve e mëparshme e aktit të vetëvrasjes ose një histori familjare vetëvrasje.
- ✓ Gjatë një interviste klinike mjeku duhet të pyesë pacientin nëse po mendon aktualisht për një akt vetëvrasje; nëse ata kanë bërë aktualisht plane për ta bërë këtë; nëse kanë menduar për mjetet me të cilën kërkojnë ta kryejnë atë; dhe atë që ata mendojnë se, vetëvrasja e tyre do të arrijë. Zakonisht këto pyetje ndihmojnë personelin e shëndetit mendor që të analizojë një vlerësim lidhur mbi gjendjen e pacientit dhe seriozitetin e qëllimeve të tij.
- ✓ A gjendet një shënim vetëvrasës, nëse ekziston diku.
- ✓ Informacion nga ana e miqve, të afërmeve ose personat e parë që mund ta kenë shoqëruar pacientin.
- ✓ Reagimi instinktiv i mjekut ndaj sjelljes së pacientit, pamjes, tonit të zërit dhe faktorëve të tjerë të ngjashëm (<http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/suicide>).
- ✓ Testet psikiatrike të vetë-administruara, të cilat aplikohen për njerëzit për depresion dhe ata që kanë ide vetëvrasëse. Testet më të zakonshme janë Beck Depression Inventory (BDI), Pyetësi i skrinimit të Depresionit dhe Shkalla e Vlerësimit të Depresionit sipas Hamilton (Hamilton, 1960; Bech, 1996; Williams et. al, 1988; Berrios and Bulbena, 1990).

2.4 Skizofrenia dhe psikozat e tjera

Skizofrenia është një çrregullim mendor i rëndë, që prek rreth 21 milionë njerëz (ose 1% të popullatës) në mbarë botën dhe rreth 2.2 milion të rritur në SHBA. Burrat dhe gratë janë të prekur nga ky çrregullim në mënyrë të barabartë (Bethesda, 2007; National Institute of Mental Health, 2001a; National Institute of Mental Health, 2001h; Jablensky et. Al, 1992).

Psikozat, duke përfshirë këtu dhe skizofreninë, karakterizohen nga shtrembërime të menduarit, të perceptuarit, të emocioneve, të folurit, ndjenjës ndaj vetes dhe sjelljes.

Përvojat psikotike të zakonshme përfshijnë halucinacione; dëgjim, shikim ose ndjesi të gjërave që nuk janë të pranishme si, dhe iluzione si, besime ose dyshime të rreme që zotërohen në mënyrë të vendosur edhe kur të dhënat flasin për gjëra të kundërta. Çrregullimi tek njerëzit e prekur, mund ta bëjë të vështirë të punuarit ose të studiuarit normalisht.

Sëmundja zakonisht shfaqet tek të rinjtë në adoleshencë ose rreth të njëzetave. Janë raportuar zhvillime të skizofrenisë për fëmijë mbi moshën pesëvjeçare por gjithsesi këto mbeten raste mjaft të rralla të shfaqjes (National Institute of Mental Health, 1999b).

Tek fëmijët, kjo sëmundje zakonisht zhvillohet gradualisht dhe shpesh paraprihet nga vonesa në zhvillim e fëmijës kryesisht në zhvillimin motorik ose të folurit.

Skizofrenia gjatë fëmijërisë është më e vështirë për t'u trajtuar dhe ka një prognozë më pak të favorshme krahasuar me format që shfaqen tek të rriturit.

Simptomat e skizofrenisë

Për skizofreninë ekzistojnë shumë mite dhe ide të gabuara. Skizofrenia nuk është një personalitet i shumëfishtë ose i ndarë, si, dhe individët me këtë sëmundje, nuk janë vazhdimisht jokoherent ose psikotikë (Teferra et. al, 2011).

Megjithëse mediat shpesh përshkruajnë individë me skizofreni si, të dhunshëm, kur në realitet, shumë pak njerëz të prekur janë të rrezikshëm për të tjerët. Në fakt, individët me skizofreninë kanë më shumë gjasa të jenë viktima të dhunës sesa vetë dhunës (National Institute of Mental Health, 2001h).

Skizofrenia shfaq simptoma të rënda. Një diagnozë e saktë për skizofreninë kërkon që pacienti të ketë së paku dy nga simptomat e mëposhtme të pranishme në një pjesë të konsiderueshme për një periudhë një muajore:

- ✓ Deluzionet (besime të rreme të tilla si, komplotet, kontrolli i mendjes, ose persekutimi);
- ✓ Halucinacione (zërat zakonisht kritikojnë ose komentojnë sjelljen e personit);
- ✓ Të folurit në mënyrë të çorganizuar (i pakuptueshëm ose i vështirë për t'u kuptuar);
- ✓ Sjellje shumë të çorganizuar ose kaotike dhe
- ✓ Simptoma negative të tilla si, emocione monotone, mungesë e shprehjeve të fytyrës dhe moskujdesja ndaj nevojave bazë të vetëkujdesjes siç janë, larja dhe të ngrënit (APA, 2000).

Sidoqoftë, prania e njëres prej dy simptomave të para është e mjaftueshme për të diagnostikuar skizofreninë nëse deluzionet janë veçanërisht e çuditshme ose nëse halucinimet përbëhen nga një ose më shumë zëra që sigurojnë një koment të vazhdueshëm të sjelljes ose mendimeve të personit.

Dekursi i skizofrenisë ndryshon shumë nga një individ në tjetrin. Shumica e njerëzve që përjetojnë skizofreni për të paktën një herë, pësojnë episode psikotike të përsëritura pas episodit të tyre të parë (National Institute of Mental Health, 2001h).

Përsëritjet janë periudha me më intensitet të simptomave të sëmundjes (halucinacione dhe deluzione). Gjatë periudhës së qetësisë, simptomat negative të lidhura me emocion ose kujdesin personal janë ende të pranishme. Rreth 10 për qind e pacientëve mbeten të sëmurë rëndë për periudha të gjata kohore dhe nuk arrijnë të kthehen në gjendjen e mëparshme të funksionimit normal mendor. Disa studime afatgjata kanë raportuar që një e treta deri në një gjysmë e njerëzve me skizofreni, përmirësohen dukshëm ose madje shërohen tërësisht nga kjo sëmundje (Commission on Behavioural and Social Sciences Education & National Research Council, 2000).

Shkaqet e skizofrenisë

Shkencëtarë dhe studiues të ndryshëm janë duke punuar ende lidhur me shkaqet kryesore të shkaktimit të Skizofrenisë. Ashtu si, sëmundjet e tjera mendore, faktorët gjenetik dhe ata mjedisor ka shumë gjasa të ndërveprojnë në shkaktimin e sëmundjes. Disa studime sugjerojnë se, një çekuilibër i sistemeve neurotransmetues kimik të trurit, duke përfshirë dopaminën, GABA, glutamate dhe sistemet neurotransmetuese të norepinefrinës, përfshihen në zhvillimin e skizofrenisë (National Institute of Mental Health. Schizophrenia. 1999; Pearlson, 2000).

Studimet familjare, dhe sidomos studimi i binjakëve mbështesin idenë se, gjenetika luan një rol të rëndësishëm në sëmundje. Është raportuar që fëmijët e njerëzve me skizofreni kanë 13 herë më shumë gjasa për të zhvilluar sëmundjen ndërsa binjakët identikë kanë 48 herë më shumë krahasuar me njerëzit në popullatën e përgjithshme (Dewey, 2013). Shkencëtarët vazhdojnë të shohin gjene që mund të luajnë një rol sinjifikant në shkaktimin e skizofrenisë. Një gjen i interesuar për shkencëtarët që studiojnë skizofreninë kodon një enzimë që shkatërron dopaminën në sinaps (Egan et. al, 2001).

Hetimet për të konfirmuar rolin e këtij dhe gjeneve të tjera janë në vazhdim. Studimet imazherike kanë zbuluar dallime në strukturën dhe funksionin e trurit në individët me skizofreni krahasuar me individët e grup kontrollit. Studimet e imazherisë së trurit tregojnë se, të rinjtë që kanë skizofreni kanë disa dallime strukturore në trurin e tyre në krahasim me individët që nuk kanë skizofreni.

Këto ndryshime përfshijnë një reduktim të vëllimit total të trurit (pjesa e sipërme e trurit, e cila është e ndarë në dy gjysma), një sasi të reduktuar të lëndës gri (indeti që përbëjnë shumicën e trurit dhe përbëhet kryesisht nga trupat e qelizave neuron dhe dendritet), zgjerimi i ventrikulave të trurit (kavitetet ose hapësirat në tru që janë të mbushura me lëng cerebrospinal) dhe anomalitë e tjera (Rapoport et. al, 1997; Rapoport et.al, 2001; Soëll et.al, 2000).

Një grup studiuesish përdorën MRI për të analizuar në mënyrë periodike trurin e adoleshentëve me skizofreni në fillimi të fëmijërisë dhe një grup kontrolli të me moshë të njëjtë për një periudhë pesëvjeçare. Ata zbuluan se, adoleshentët me skizofreni e humbasin katër herë sasinë e neuroneve në një rajon të caktuar të trurit krahasuar me humbjen që ndodh në adoleshentët e grupit të kontrollit (Thompson et. al, 2001).

Mënyrat e trajtimit të Skizofrenisë

Stigma dhe diskriminimi mund të rezultojnë në një mungesë qasjeje në shërbimet shëndetësore dhe ato sociale. Për më tepër, njerëzit me psikoza paraqiten me një rrezik të lartë të ekspozimit ndaj shkeljeve të të drejtave të njeriut, siç mund të jetë burgimi për një periudhë afatgjate në institucione të ndryshme.

Skizofrenia ashtu siç e përmendëm edhe më sipër fillon zakonisht në adoleshencën e vonë ose në moshën e rritur të hershme. Trajtimet me barna dhe ndihmesat psiko-sociale janë mjaft efektive. Me një trajtim të përshtatshëm dhe mbështetje sociale, njerëzit e prekur mund të shkojnë drejt një jetë produktive, si, edhe të integrohen në shoqëri. Lehtësimi dhe ndihmesa në stilin e jetesës, strehimi dhe punësimi i siguruar mund të shërbejë si, një bazë nga e cila njerëzit me çrregullime të rënda mendore, duke përfshirë skizofreninë, mund të arrijnë drejt një shërimi, meqenëse ata shpesh përballen me vështirësi në gjetjen ose mbajtjen e punës ose mundësive për strehim.



Figura 2.3 *The Nightmare* (1781)

(by Henry Fuseli depicts the sense of fear and ...)

<http://catalogue.wellcomelibrary.org/record=b1177914>

2.5 Demenca

Në mbarë botën, 47.5 milionë njerëz kanë Demencë. Demenca përshkruan një sindrom klinik dhe zakonisht ka një natyrë kronike ose progresive në të cilën shfaqen përkeqësime të funksioneve njohëse (d.m.th. aftësia për të përpunuar mendimin) përtej asaj që mund të pritet nga plakja normale duke çuar në dëmtime të aktiviteteve gjatë jetesës së përditshme. Ajo ndikon në kujtesën, mendimin, orientimin, kuptimin, llogaritjen, aftësinë e të mësuarit, komunikimit dhe gjykimit. Dëmtimi i funksionit njohës shoqërohet herë pas here nga një përkeqësim i kontrollit emocional, sjelljes shoqërore ose motivimit (Bethesda, 2007).

Sëmundja Alzheimer është nëntipi më i zakonshëm i demencës, i ndjekur nga demenca vaskulare, demenca e përzier, dhe demenca në trupat Lewy.

Për shkak se, popullsia globale po plaket me shpejtësi, demenca është bërë një shqetësim mbarë global (Preinice et. al, 2014). Këto sëmundje i ngarkojnë një barrë të konsiderueshme individëve dhe familjeve të tyre, si, dhe kujdesit shëndetësor dhe atij të kujdesit social. Deri në vitin 2050 parashikohet të preken nga demenca rreth 135 milionë njerëz në mbarë botën. Në vitin 2010, kostoja globale e kujdesit të demencës u vlerësua në 604 miliardë dollarë (£396bn; €548bn) dhe vlerësohet të rritet deri në 1triliard \$ deri në vitin 2030 (Prince et. al, 2014). Nga të gjitha sëmundjet kronike, demenca është një nga kontribuesit më të rëndësishëm në varësisë dhe aftësisë së kufizuar (Prince et. al, 2014; Iliffe et. al, 2009).

Mungesa e një kurimi, apo e një besimi profesional se, asgjë nuk mund të bëhet, kanë kontribuar në vonesat për diagnozën (Iliffe et. al, 2009). Megjithatë, të dhënat në rritje po tregojnë se, demenca mund të jetë e parandalueshme (Prince et. al, 2014; Matthews et. al 2013), duke rritur fokusin ndërkombëtar drejt diagnozës dhe ndërhyrjes së hershme (Prince et. al, 2011).

Sëmundja Alzheimer dhe Demenca

Sëmundja e Alzheimer (SA) është një sëmundje progresive degjenerative e trurit nga e cila nuk ka shërim. Kjo sëmundje dalëngadalë prek qelizat nervore në të gjitha pjesët e lëvores së trurit si, dhe të disa strukturave përreth, duke dëmtuar aftësitë e një personi për të menaxhuar emocionet, për të njohur gabimet dhe modelet, për të koordinuar lëvizjet si, dhe për të kujtuar moment dhe veprime në kohë të ndryshme. Ndryshimet në tru mund të fillojnë të shfaqen më shumë se, 20 vjet përpara se të shfaqjes së simptomave. Në sëmundjen Alzheimer, këto ndryshime konjitive dëmtojnë aftësitë e individit për të kryer funksionet bazike trupore (p.sh. të ecurit dhe qëllitja) (Alzheimer's Association, 2012). Në fund të fundit, një person me SA humbet kujtesën dhe shumë funksione të tjera mendore (ADAPT Research Group; Lyketsos; Breitner et. al, 2007; Albert et. al, 2011; Alzheimer's Association, 2012).

Sëmundja Alzheimer është shkaku i gjashtë kryesor i vdekjeve në Shtetet e Bashkuara dhe shkaku i pestë kryesor në mesin e personave të moshës 65 vjeç e sipër (Xu et. al, 2010).

Vlerësimet aktuale raportojnë se, 1 në 8 persona mbi 65 vjeç dhe në total rreth 5.4 milion amerikanëve të moshuar kanë sëmundjen e Alzheimerit (Alzheimer's Association, 2012, Hebert et. al, 2003). Në vitet 2050, ky numër pritet të rritet duke arritur dyfishin e rasteve të raportuara deri tani si, pasojë e rritjes së moshës mbi moshën 65 vjeç të popullsisë së Amerikës (Babu Sandilyan&Denning, 2015; Hodges, 2007).

Sëmundja e Alzheimerit është shkaku më i zakonshëm i demencës tek njerëzit e moshës 65 vjeç e lart. Demenca është humbje e ndjeshme e funksioneve konjektive siç janë kujtesa, gjykimi, vëmendja dhe mendimi abstrakt, ndryshimet negative të sjelljes dhe pamundësia e të menduarit qartësisht (Davignus et. al, 2010; De Meyer et. al, 2010).

Ka anomali të trurit që janë shenjat dalluese të procesit të sëmundjes Alzheimer:

Formimi i Pllakave (**Plaques**). Një proteinë e quajtur beta-amiloid grumbullohet dhe formon grumbuj ngjitës të pllakës amiloide ndërmjet qelizave nervore (neuronet). Nivelet e larta të beta-amiloidës shoqërohen me nivele të reduktuara të neurotransmetuesit acetilkolinë. Acetilkolina është pjesë e sistemit kolinergik, dhe është i rëndësishëm për kujtesën dhe të mësuarit. Ai shkatërrohet progresivisht në Sëmundjen Alzheimer (Yang; Rieves and Ganley, 2012).

Grumbujt (**Tangles**). Grumbujt neurofibrilar janë mbetjet e dëmtuara të makrotubulave, të cilat janë struktura mbështetëse që lejon rrjedhjen e ushqyesve përmes neuroneve. Një tipar kyç i këtyre grumbujve të fibrave është një formë jonormale e proteinës tau, e cila në versionin e saj normal ndihmon ruajtjen e neuroneve të shëndetshme.

Humbja e lidhjeve ndërmjet qelizave nervore. Formimi i Tangleve dhe pllakave i çojnë neuronet drejt humbjes së lidhjeve të tyre me njëri-tjetrin duke ju shkaktuar vdekjen qelizore. Ndërsa neuronet vdesin, indet e trurit zvogëlohen (do të kemi atrofi) (Ballard et. al, 2011; Bateman et. al, 2011; Birks and Grimley Evans, 2009).

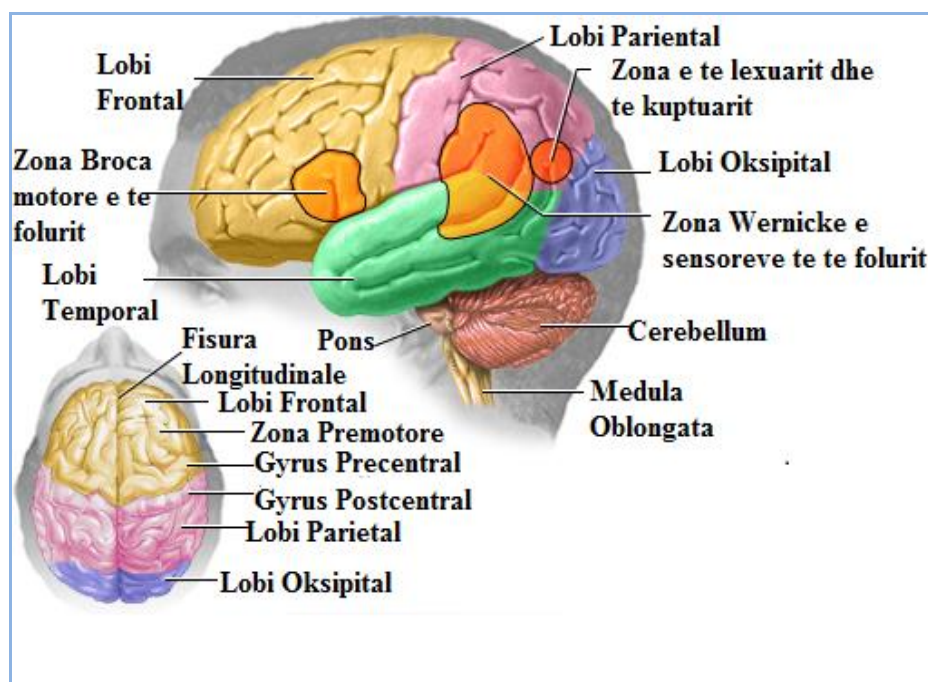


Figura 2. 4 Pamje e pjesëve funksionale të trurit
(Pjesët më të madha të trurit kanë një ose më shumë funksione specifike)

Fazat e Sëmundjes Alzheimer

Megjithëse nuk është gjetur asnjë trajtim për shërimin e Alzheimer-it, shkencëtarët po bëjnë përpertime në të kuptuarit më të mirë të sëmundjes dhe në atë se si, ajo përparon. Në vitin 2011, Instituti Kombëtar i Aging-Alzheimer's në Amerikë dhe Shoqata Alzheimer nxorën kriteret e azhurnuara për përcaktimin dhe diagnostikimin e sëmundjes Alzheimer (Albert et. al, 2011; Alzheimer's Association, 2012). Kriteret e reja të Alzheimer kalojnë në tre faza:

Paraklinike. Në këtë fazë, ndryshimet e trurit duke përfshirë grumbullimin e amyloid dhe shpërndarja e qelizave nervore po fillojnë të ndodhin, por simptomat nuk janë ende të dukshme. Studiuesit po studiojnë teste të ndryshme për biomarkuesit për të kuptuar më mirë se, çfarë do të thonë këto ndryshime dhe çfarë lloj rreziku mund të paraqesin për progresin ndaj demencës së Alzheimer-it (.Au et. Al, 2006; Ayalon et. al, 2006; Sperling et. al, 2011).

Dëmtime konjektive të moderuara. Këto dëmtime janë bërë evidente si, pasojë e simptomave dhe problemeve të kujtesës, por ato nuk janë mjaft të rënda për të ndërhyrë në funksionimin ose pavarësinë e një personi. Njerëzit me këto dëmtime mund ose nuk mund të vazhdojnë të zhvillojnë demencën dhe Alzheimer-it. Testet e biomarkerëve për të identifikuar më mirë këtë fazë janë duke u zhvilluar (Isaac; Quinn and Tabet, 2008).

Demenca e Alzheimer. Kjo fazë përfshin spektrin e ashpërsisë së demencës nga e butë në të rëndë. Simptomat janë të dukshme dhe gradualisht janë bërë më të avancuara gjatë muajve apo viteve. Në këtë stad ato janë mjaft të rëndësishëm për të ndikuar në aftësitë e përditshme funksionale. Simptoma më tipike është humbja e kujtesës, veçanërisht mësimi dhe tërheqja e informacioneve të fundit. Simptoma të tjera mund të përfshijnë vështirësi në gjetjen e fjalëve, identifikimin dhe gjetjen e objekteve dhe fytyrave, dhe problemet me gjykimin dhe arsyetimin (Iverson et.al, 2010; Jack and Albert, 2011; Knopfman, 2007;

Lautenschlager et. al, 2008; Mayeux, 2010; McKhann et. al, 2011; Querfurth and LaFerla, 2011).

Shkaqet e Alzheimer-it

Mendohet se, shkaqet që çojnë në shfaqjen e Alzheimer-it mund të jenë kombinim i faktorëve gjenetik dhe mjedisor.

Faktorët Mjedisor

Studiues të ndryshëm kanë studiuar faktorë të ndryshëm mjedisorë që mund të luajnë rol në sëmundjen e Alzheimer-it ose që shkaktojnë procesin e sëmundjes tek njerëzit që kanë një ndjeshmëri gjenetike. Disa studime kanë sugjeruar një lidhje ndërmjet dëmtimeve serioze të kokës në moshë të rritur dhe zhvillimit të Alzheimer-it. Është duke u marrë parasysh dhe ndikimi që mund të ketë një nivel arsimor i ulët, i cili mund të ulë nivelin mendor, aktivitetin dhe stimulimin e neuroneve. Deri më tani, nuk ka të dhëna se infeksionet, metalet ose toksinat industriale mund të shkaktojnë sëmundjen e Alzheimerit-it.

Faktorët gjenetikë

Gjenetika mendohet se, luan një rol në shfaqjen e Alzheimer-it të hershëm, e cila paraqet një formë të rrallë që zakonisht ka një histori familjare tek personat që prek (Mayeux, 2010). Studime të ndryshme po kryhen lidhur dhe me Alzheimer-it që shfaqet me vonesë e cila përfaqëson dhe formën më të zakonshme të kësaj sëmundje. Gjeni apolipoprotein E (ApoE) lidhet drejtpërsëdrejti me sëmundjen e Alzheimer-it të vonshëm. Nga ana tjetër vetëm një përqindje e vogël njerëzish e kanë formën e ApoE që rrit rrezikun e Alzheimer-it të vonshëm. Për këtë arsye po shikohet mundësia e përfshirjes së gjeneve të tjera ose kombinimeve të tyre (Seshadri et. al, 2010).

Faktorët e riskut

Sëmundja e Alzheimer-it është shkaku i pestë kryesor i vdekjes tek të rriturit amerikanë në moshën 65 vjeç e lart. Në mbarë botën mendohet se, janë me miliona njerëz të prekur nga kjo sëmundje dhe më shumë se, 5 milionë amerikanë (Durga et. al, 2007).

Raca dhe Etnia

Si popujt që kanë një rrezik më të lartë të pasjes së sëmundjes Alzheimer, janë afro-amerikanët dhe hispanikët (njerëzit që flasin spanjisht, latino-amerikanët). Të bardhët nuk janë në rrezik të madh për zhvillimin e sëmundjes krahasuar me dy popujt e mësipërm. Ky ndryshim i madh që vihet re mund të jetë nga gjendja shëndetësore siç janë presioni i lartë i gjakut dhe diabeti, të cilat shoqërohen me rrezikun më të lartë për Alzheimer (Regan et. al, 2006; Au et. al, 2006).

Gjinia

Sipas Shoqatës së Alzheimer-it, gjasat që një grua të preket nga kjo sëmundje janë më të larta krahasuar me meshkujt. Kjo mendohet se, vjen nga tendenca në rritje e jetëgjatësisë së grave kundrejt meshkujve (Alzheimer's Association, 2012).

Mosha

Për sëmundjen e Alzheimer-it faktori kryesor i rrezikut është mosha. Konstatimi i Alzheimer-it në popullatën me moshë të re është më pak e zakonshme. Sipas Shoqatës së Alzheimer-it në SHBA, një në 8 persona të moshës 65 vjeç e lart kanë sëmundjen e Alzheimer-it. Numri i rasteve të sëmundjes Alzheimer dyfishohet çdo 5 vjet pas moshës 65 vjeç. Rreth 6% e njerëzve të moshës 65-74 vjeç kanë Alzheimer dhe pothuajse gjysma (45%) e njerëzve të moshës 85 vjeç e lart kanë sëmundjen.

Mendohet se afërsisht 200,000 amerikanë të cilët janë ë moshë më të vegjël se 65 vjeç kanë filluar shfaqjen e sëmundjes së Alzheimer-it (Alzheimer's Association, 2012; De Meyer et. al, 2010; Durga et. al, 2007).

Mënyra e jetesës

Mjaft studime kanë vlerësuar se, shumë substanca të ndryshme mund të ndikojnë në parandalimin e sëmundjes Alzheimer, por ende kanë është gjetur ndonjë dobi e drejtpërdrejtë. si, substancat më të rëndësishme të këtyre studimeve mund të përmendim; medikamente jo steroide anti-inflamatore (NSAID), droga statine, terapi zëvendësuese të estrogjenit, plotësim të acidit folik, vitaminë E, shtesa të vajit të peshkut dhe medikamente bimore si, ginko biloba (Snitz et. al, 2009; Bateman et. al, 2012; Birks et. al, 2009; Daviglus et. al, 2010; Gu et. al, 2010; Issac, Quinn and Tabet, 2008; Quinn et. al, 2010).

Ndryshime të stilit të të jetuarit mund të ndihmojnë në parandalimin e sëmundjes Alzheimer:

- ✓ ***Të qëndruarit aktivisht mendorisht.*** Për këtë rekomandohet pjesëmarrja në aktivitete dhe angazhime intelektuale (të tilla si, të mësuarit e një gjuhe të re ose plotësimi i puzzles apo fjalëkryqeve). Këto mund të ndihmojnë në uljen e rrezikut të sëmundjes Alzheimer.
- ✓ ***Të qëndruarit aktiv fizikisht.*** Rekomandohet të kemi një aktivitetet fizik të rregullt ose të paktën më intensitetit të moderuar të cilat mund të ndihmojnë në ruajtjen e funksionit njohës.
- ✓ ***Të qëndruarit aktiv në shoqëri.*** Lidhjet, kontaktet dhe marrëdhëniet personale që krijojmë me personat të tjerë mund të ndihmojnë në mbrojtjen kundër sëmundjes së Alzheimer-it.

✓ **Konsumimi i një diete të shëndetëshme për organizimin dhe veçanërisht për zemrën.** Përderisa nuk janë gjetur faktorë të veçantë ushqyese për të parandaluar sëmundjen e Alzheimer-it, një dietë e ulët në yndyrna dhe kolesterol është mjaft e shëndetshme për zemrën dhe trurin. Duhet të zëvendësohen yndyrnat e ngopura dhe acidet transyndyrore me yndyrna të pangopura nga vajrat e bimëve dhe peshkut. Acidet yndyrore omega-3 të vajit të peshkut, të cilat përmbajnë acidin docosahexaenoic (DHA) dhe acid eicosapentaenoic (EPA) janë një burim i shkëlqyer i yndyrës. E rëndësishme është ngrënia e shumë frutave dhe perime me ngjyrë të errët, të cilat janë burimi më i mirë për vitamina antioksiduese dhe lëndë ushqyese të tjera. Ushqimet mesdhetare janë një shembull i një diete të shëndetshme për të ngrënë dhe përfshijnë shumë nga këto rekomandime.

✓ **Mbajtja e një peshe të shëndetshme.** Shëndoshja apo dhjamosja e trupit, çon në një mënyrë jetese më të ulur dhe mund të rrisë rrezikun e sëmundjes Alzheimer. Ajo gjithashtu rrit rrezikun për sëmundjet e zemrës dhe të metabolizmit që mund të shoqërohen me zhvillimin e sëmundjes Alzheimer (Lautenschlager et. al, 2008; Quinn et. al, 2010; Scarmeas et. al, 2009; Sofi et. al, 2008; Yang, Rieves&Ganley, 2012).

Sëmundjet e zemrës dhe të enëve të gjakut

Studiuesit po analizojnë nëse sëmundjet që prekin zemrën dhe enët e gjakut mund të rrisin rrezikun e sëmundjes Alzheimer. Këto kushte përfshijnë presionin e lartë të gjakut, nivelet e kolesterolit jo të shëndetshëm dhe diabetin e tipit 2. Ka disa dëshmi se, kontrolli i këtyre kushteve mund të ndihmojë në parandalimin e sëmundjes së Alzheimer-it (Regan et. al, 2006; Scarmeas et. al, 2009; Schneider et. al, 2011; Sofi et. Al, 2008; Snitz et. al, 2009; Au et. al, 2006).

Historia familjare

Njerëzit të cilët kanë një histori familjare të mëparshme të sëmundjes së Alzheimer-it, paraqesin janë në rrezik më të lartë se mesatarja e kësaj sëmundje.

Simptomat e Demencës

Dementia është një gjendje mendore që paraqitet si, një koleksion shenjash dhe simptomash. Këto shenja dhe simptoma mund të mos jenë të dukshme gjatë fazave të hershme, por ka të ngjarë të përkeqësohen gradualisht me progresin e ndryshimeve që ndodhin në tru. Mund të ketë një ndryshim të gjerë të shenjave dhe simptomave të demencës, në varësi të rajoneve specifike të trurit të prekur, fazave të sëmundjes, rrethanave personale dhe shëndeti personal të përgjithshëm të personit të prekur. Të kuptuarit mirë të simptomave të demencës dhe një qasje e mirë e personit është e nevojshme për të siguruar një kujdes të duhur për individin me demencë (Taler&Phillips, 2008).

Tiparet klinike të demencës zakonisht kategorizohen në dy grupe: 1) simptomat njohëse (cognitive), 2) ato jo-njohëse.

Simptomat njohëse të demencës

Ndër simptomat njohëse, problemet me kujtesën janë tipike për shumicën e formave të demencës, por gjithashtu mbizotërojnë problemet me funksionimin të folurit dhe zbatuese. Simptoma njohëse të demencës përfshijnë amnezia, afazia ose dysphasia, apraxia ose dyspraxia, agnosia dhe sindromi dyexecutive frontal (Kipps&Hodges, 2013).

Kujtesa - amnezia

Defiçiti kryesor në sëmundjen Alzheimer është vështirësia në mësimin e informacionit të ri. Kjo gjë shkakton dëmtime të memories që është tipari klasik i sëmundjes Alzheimer dhe zakonisht është ndër problemet më të hershme që lindin. Harresa është një përvojë normale tek personat në moshën e tretë, por nëse problemi është i rëndë dhe përkeqësohet me kalimin e kohës, kjo nënkupton më shumë një problem me shëndetin mendor sesa një plakje tipike (Babu, Sandilyan&Denning, 2015).

Të folurit - aphasia

Mungesat e të folurit janë të dukshme edhe gjatë fazave të hershme të sëmundjes Alzheimer ku zakonisht përfshihet vështirësi në gjetjen e fjalëve dhe personi përpiqet që të gjejë fjalën e duhur për të përfunduar fjalinë.

Ky mund të jetë gjithashtu një tipar i hershëm, veçanërisht në problemin e të folurit, në varësi nga zonat e përfshira të trurit. Afazia shprehëse (ose nominale) është kur njerëzit nuk mund të gjejnë emrin e objekteve apo njerëzve. Problemet hasen fillimisht me gjëra të rralla dhe më vonë kjo shtrihet në gjëra të përbashkëta. Ata përdorin perifrazimin si, një rrugë e ndërmjetme për të shpjeguar diçka pasi ata nuk mund të gjejnë fjalën e drejtë (Taler&Phillips, 2008).

Veprimet - apraxia

Apraxia është paaftësia për të kryer veprime komplekse për shembull, zbërthimi i kopsave të një këmishë, pavarësisht ndërgjegjes së zakonshëm ndijore, sistemit muskulo-skeletik dhe koordinimi. Kjo është si, rezultat i dështimit të funksioneve më të larta të trurit që drejtojnë këto veprime (Kipps&Hodges, 2013).

Apraxia që ndodh gjatë procesit të veshjes- individi harron renditjen e veprimeve të nevojshme për tu veshur, si, dhe paraqet një paafësi për të orientuar pjesë të trupit gjatë veshjes.

Apraxia e idealizimit – humbje perceptimi të qëllimit të një objekti, p.sh. përdorimi i anës së sheshtë të krehrit për të krehur flokët.

Apraxia ideomotore - ndarja ndërmjet idesë për një veprim dhe ekzekutimit të saj, p.sh. kur individit i kërkohet të thotë me lëvizjen e dorës mirupafshim, ai e di lëvizjen që do të sjellë këtë veprim por nuk është në gjendje ta kryejë atë.

Apraxia ndërtimore - pamundësia për të vendosur gjërat në lidhje me njëra-tjetrën, p.sh. të formojë një figurë tre-dimensionale (Kipps&Hodges, 2013).

Njohje e informacionit ndjesor - Agnosia

Agnosia është pamundësia për të interpretuar informacion nga një sistem ndijor i paprekur. Agnosia vizuale është ajo ku një person nuk arrin t'i njohë objektet pavarësisht se, nuk ka problem t'i shohë ato. Ata mund të dështojnë në njohjen e objekteve të zakonshme shtëpiake, p.sh. ata mund të identifikojnë gabim kazanin e plehrave duke e ngatërruar me tualetin ose të gabojnë në njohjen e ibrikut të çajit me një kazan.

Pamundësia për të njohur fytyrat, duke përfshirë edhe vetveten, quhet prosopagnosia. Njerëzit me këtë gjendje mund të mos identifikojnë anëtarët e tyre të familjes ose të keqidentifikojnë imazhin e tyre në pasqyrë - kjo njihet si, shenja pasqyrë.

Të pamundurit për të njohur objektet ndikon në aktivitetet e përditshme, siç është përdorimi i televizionit, telefonit ose mikrovalës. Në fazat më të avancuara, pamundësia për të njohur anëtarët e familjes mund të rezultojë në marrëdhënie të tendosura, gjë që ndikon në gjendjen dhe sjelljen e personit (Kipps&Hodges, 2013).

Kujdesi dhe përqendrimi

Njerëzit me demencë shpesh herë kanë probleme edhe në fazat e hershme, në ruajtjen e vëmendjes gjatë kryerjes së detyrave, veçanërisht atyre që kërkojnë përqendrim për një periudhë më të gjatë kohore. Kujdestarët shpesh njerëzit me demencë i përshkruajnë si, të paaftë për t'u përqendruar, lehtësisht të hutuar, ose ngatërrojnë detyrat që më parë ishin lehtësisht të kryera. Simptoma të tilla paraqesin implikime të mëdha tek personat që janë në marrëdhënie pune.

Sindromi Dysexecutiv

Sindromi Dysexecutiv reflekton probleme në rajonet frontal të trurit si, dhe lidhjet e tyre funksionale. Kjo shkakton probleme me planifikimin, zgjidhjen e problemeve dhe kryerjen e veprimeve në një rend të caktuar, p.sh. veprimet për të bërë një filxhan çaj. Njerëzit në këtë gjendje kanë përqendrim të dobët dhe nuk mund të lëvizin lehtësisht nga një detyrë në tjetrën, gjë që rezulton me përsëritjen e njëkohshme të fjalës ose veprimit (vazhdimësi). Ata kanë vështirësi në frenimin e veprimeve të tyre dhe një mungesë të motivimit (apatisë). Të gjitha këto mund të perceptohen si, sjellje sfiduese dhe mund të rrisin barrën ndaj kujdestarëve (Taler&Phillips, 2008; Kipps&Hodges, 2013).

Mendimi, gjykimi dhe aftësia mendore

Aftësia për të menduar logjikisht dhe për të bërë zgjedhje dhe vendime mund të ndikohet në mënyra të ndryshme nga demenca. Nëse dikush ka dëmtime të memories, është mjaft e vështirë për ta që të mbajnë ose përdorin informacionin rreth gjendjes së tyre aktuale dhe ngjarjeve të fundit. Mendimi mund të ndikohet nga një ngadalësim i përgjithshëm i proceseve njohëse si, në sëmundja e Parkinson-it, edhe pse kjo mund të ndodhë në çdo formë të demecës. Sindromi Dysexecutive ka të ngjarë të çojë në gabime të gjykit (Higher Education for Dementia Network, 2013).

Simptomat jo-njohëse janë një term i përgjithshëm për një grup problematikash që përfshijnë çrregullime të humorit, simptoma psikotike dhe ndryshime të tjera në sjellje (Denning&Sandilyan, 2015). Në vlerësimin dhe menaxhimin e çdo rasti të suspektuar për demencë është e rëndësishme të shikohen shkaqet thelbësore të simptomave dhe të përpiqemi të kuptojmë perspektivën e individit me demencë, kjo pasi sjellja e tyre mund të jetë duke komunikuar një mesazh të rëndësishëm (Denning&Sandilyan, 2015).

Simptomat jo-njohëse

Simptomat jo-njohëse të demencës ju referohen shqetësimeve psikologjike dhe sjelljeve të hasura në demencë. Këto shqetësime lindin nga një shumëllojshmëri faktorësh, ku përfshihen efektet e drejtpërdrejta të demencës në tru, tiparet e personalitetit premorbid të personit, rrethanat shoqërore dhe shkaqet mjedisore. Çrregullimet psikologjike dhe të sjelljes të investiguara në demencë mund të jepen në tre kategori: simptomat psikologjike, të sjelljes dhe ato biologjike (Figura 2.5).

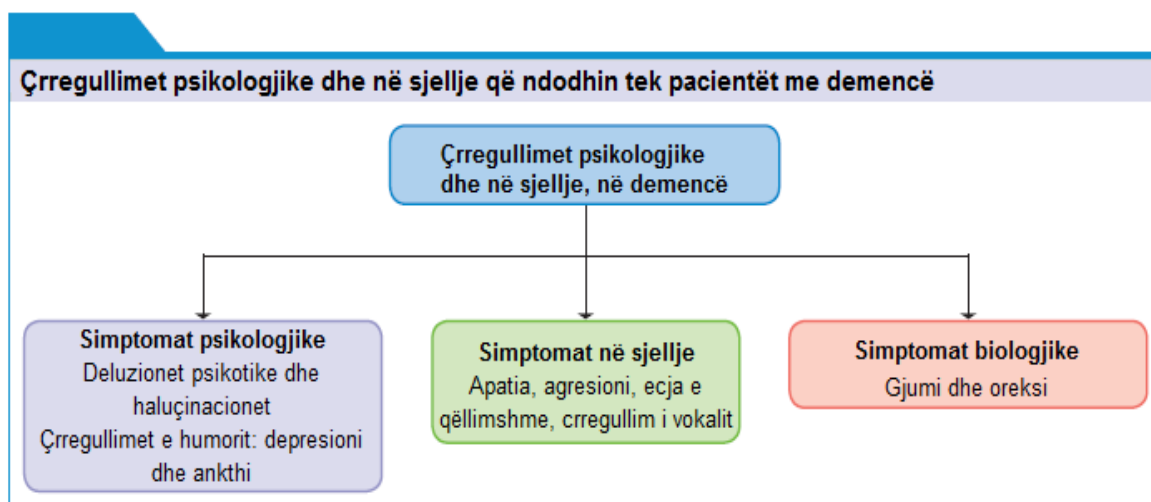


Figura 2.5 Çrregullimet psikologjike dhe ato të sjelljes që ndodhin tek pacientët me demencë
(Margallo-Lana et. al, 2001)

Simptomat jo-njohëse janë të zakonshme në të gjitha fazat e demencës, por bëhen më problematike dhe më persistente me rritjen e ashpërsisë së demencës. Ato hasen deri në 79% të pacientëve që jetojnë në shtëpitë e kujdesit të moshës së tretë që vuajnë nga demenca (Margallo-Lana et. al, 2001).

Mënyrat e trajtimit të demencës

Demenca është shkaktuar nga një shumëllojshmëri e sëmundjeve dhe lëndimeve që prekin trurin, siç është sëmundja Alzheimer ose goditja. Ndërsa demenca përparon, ekziston një ndërveprim kompleks midis shëndetit mendor dhe atij fizik. Shëndeti fizik është i rëndësishëm gjatë gjithë kohës së demencës dhe personat që kujdesen për njerëzit me demencë duhet të jenë të aftë të vlerësojnë dhe nevojat e shëndetit fizik (Higher Education for Dementia Network, 2013).

Pjesa më e madhe e personave me demencë i përkasin individëve të moshës së pensionit për këtë arsye ka më shumë gjasa që ata të kenë disa nga sëmundjet fizike që ndodhin në jetën e mëvonshme, ku përfshihen sëmundjet kardiovaskulare, respiratore, artritin, problemet me ekuilibrin dhe dëmtimin ndijor (Forsyth, 2013).

Përveç kësaj, disa lloje të demencës janë të lidhura me probleme të veçanta fizike. Demenca vaskulare pothuajse gjithmonë shoqërohet me tregues të tjerë të sëmundjes vaskulare, p.sh. hipertensioni, sëmundjet ishemike të zemrës ose sëmundjet arteriale periferike. Demenca e shkaktuar nga sëmundja e trupit Lewy përgjithësisht shoqërohet nga çrregullime motorike, zakonisht ngadalësia dhe ngurtësia muskulare dhe nëse dridhje nuk janë të dukshme.

Medikamentet për trajtimin e sëmundjeve fizike mund të kontribuojnë në dëmtime të mëtejshme njohëse, sidomos barnat me veti anticholinergic siç janë disa antidepressantë ose medikamente të përdorura për problemet urinare. Nëse njerëzit me demencë janë pranuar në spital, ata kanë më shumë gjasa të bëhen të çorientuar ose të zhvillojnë delirium.

Ata shpesh kanë kohëzgjatje më të madhe të trajtimit dhe shanset e tyre për t'u rikthyer në shtëpitë e tyre janë më të ulëta sesa për dikë që nuk ka demencë (Hogg, 2013; Baumeister, 2012).

Njerëzit me demencë ndonjëherë nuk iu ofrohet trajtim me qëllime parandaluese siç janë vaksinat, për sëmundje të tilla si, infeksionet ose kanceri (Farmer, 2001). Programet e trajtimit të kancerit në këto raste mund të konsiderohen të papërshtatshme (Torke et. al, 2013).

Në demencën e avancuar, problemet fizike që lidhen me dobësinë bëhen më të dukshme. Këto përfshijnë palëvizshmërinë, mungesën e mospërmbajtjes dhe dysphagia. Kombinimi i problemeve të tilla mund të çojë në një mos funksionim normal të rrugëve të frymëmarrjes dhe pneumoni, të cilat një shkak i zakonshëm i vdekjeve në pacientët me demencë.

Megjithëse nuk ka trajtim aktualisht në dispozicion për të kuruar demencën ose për të ndryshuar kursin e saj progresiv, shumë trajtime janë në faza të ndryshme të sprovave klinike. Megjithatë, shumë mund të bëhet për të mbështetur dhe përmirësuar jetën e njerëzve me demencë, për kujdestarët dhe familjet e tyre (Bethesda, 2007).

2.6 Çrregullimet e zhvillimit, përfshirë autizmin

Problemi me zhvillimin shërben si, një term përmbledhës i cili mbulon aftësitë e kufizuara intelektuale dhe çrregullime zhvillimore të përhapura përfshirë këtu dhe autizmin. Paaftësitë zhvillimore janë gjendje që karakterizohen nga dëmtime fizike, njohëse, psikologjike, ndijore, adaptuese dhe/ose komunikative, të manifestuara gjatë zhvillimit të një individi. Përafërsisht 17% e individëve në SHBA të moshës 18 vjeç dhe më të rinj kanë problem me paaftësi zhvillimore dhe për shumicën e fëmijëve shkak i gjendjes së tyre është i panjohur (Rice et. al, 2004).

Problemet dhe çrregullimet zhvillimore zakonisht fillojnë të shfaqen gjatë fëmijërisë, por tendenca e tyre është më së shumti e shprehur në moshën e rritur, duke shkaktuar kështu dëmtime apo vonesa në funksionet që lidhen me maturimin e sistemit nervor qendror.

Ato në përgjithësi ndjekin një kurs të qëndrueshëm në vend të periudhave të remisimit dhe relapsit që karakterizojnë shumë nga problemet dhe çrregullimet e tjera mendore (Bethesda, 2007). Paaftësia intelektuale karakterizohet nga dëmtime të aftësive në fusha të shumfishta zhvillimore siç janë funksionimi kognitiv dhe sjellja adaptive. Inteligjenca e ulët zvogëlon aftësinë për t'u përshtatur me kërkesat e përditshme të jetës (Salvador Carulla et. al, 2011).

Ndër problematikat zhvillimore më të hasura dhe me interes të veçantë është Autizmi. Kjo sëmundje është një gjendje zhvillimore neurologjike (neurodevelopmental) e karakterizuar nga dëmtime në ndërveprimet shoqërore, të komunikimit, modele të kufizuara, të përsëritura dhe stereotipike të sjelljes që shfaqen zakonisht në vitet e para të jetës (Volkmar et. al, 2005). Individi i cili është autik, pasqyron një gamë të ngushtë interesash dhe aktiviteteve që janë unike për individin dhe kryhen në mënyrë të përsëritur (Bethesda, 2007; Lord et. al, 2012). Njerëzit me këto çrregullime herë pas here shfaqin një shkallë të aftësisë së kufizuar intelektuale.

Çrregullimet e spektrit të Autizmit (ÇSA), zakonisht i referohen të tre nëntipeve të çrregullimeve zhvillimore më të përhapura të cilat janë; 1) Çrregullime të autizmit, 2) çrregullime të Aspergerit dhe 3) çrregullim pervasiv të zhvillimit (Volkmar et. al, 2005).

Përveç zonave kryesore të dëmtimit të sferave sociale, të komunikimit dhe të sjelljes, njerëzit me ÇSA shpesh shfaqin problematika të ndryshme, siç janë aftësi e kufizuar intelektuale, gjendje krize, gjendje psikiatrike (si p.sh. çrregullimi të vëmendjes/çrregullim hiperaktiv, ankth (ADHD) etj), probleme gastrointestinale si, edhe shqetësime të gjumit. Në mënyrë tipike, autizmi shfaqet nga koha kur një fëmijë është tre vjeç dhe vazhdon përgjatë jetës (Volkmar et. al, 2005; Levy et. al, 2010; Frick&Moffitt, 2010).

Megjithatë, ekziston ndryshueshmëria në modelin dhe ashpërsinë e simptomave dhe në kohën e diagnozës (Centers for Disease Control and Prevention, 2008; WHO, 2011). Individët të cilët vuajnë nga ÇSA paraqesin variacione të shumta gjenetike, ku përfshihen mutacione të rralla të gjeneve, fshirje ose dyfishime kromozomale, dhe diferenca të metilimit. Abrahams dhe Geschwind në studimin e tyre kanë paraqitur se, mutacioni gjenetik specifik mund të identifikohet në rreth 10 deri në 15% të njerëzve me ÇSA (Abrahams&Geschwind, 2008).

Këta mutacione kanë tendencë të implikohen me kushte të tjera (p.sh. ADHD, pa aftësi intelektuale), megjithëse ka shumë gjasa të ndërveprime të shumta dhe komplekse si, gjenetike ashtu edhe mjedisore. Informacioni rreth këtyre ndryshimeve dhe bashkëveprimeve është shumë i pakët, pasi informacioni rreth asaj që çfarë e predispozon një fëmijë që të ketë një ÇSA, apo çfarë mund ta rrisë rrezikun dhe që rrezikon një fëmijë të çojë atë në zhvillimin e një ÇSA është shumë i vakët (Centers for Disease Control and Prevention, 2011; Abrahams&Geschwind, 2008; National Research Council and Institute of Medicine, 2009; Gale et.al, 2012).

Më parë autizmi mendohej të ishte një problem mendor i rrallë, por numri i fëmijëve që marrin shërbime për një ÇSA është rritur në mënyrë dramatike në dekadën e fundit. Shqetësimet për rritjen e problemeve zhvillimore dhe sidomos ata me ÇSA, për shkaqet e tyre dhe kostot e larta të ndërhyrjes kanë theksuar nevojën për monitorim sistematik të shëndetit publik (Rice et. al, 2004). Përfshirja e familjes në kujdesin e njerëzve me probleme zhvillimore është shumë e rëndësishme. Njohja e asaj që çfarë shkakton tek njerëzit e prekur si, shqetësimi ashtu dhe mirëqenia janë elemente të rëndësishme të kujdesit. Struktura për rutinat e përditshme siç është gjetja e mjediseve më të përshtatshme, ndihmon në parandalimin e stresit të panevojshëm. Kjo ndihmon gjithashtu në vendosjen e një kohe të rregullt për të ngrënë, për të luajtur, për të mësuar, si, dhe përshtatja me të tjerët duke fjetur në mjedise të përbashkëta.

Përkujdesja e rregullt nga ana e shërbimeve shëndetësore dhe kujdestarët e tyre si, për fëmijët dhe të rriturit me probleme zhvillimore duhet të jetë e vazhdueshme. Komuniteti në përgjithësi ka një rol të rëndësishëm në respektimin e të drejtave dhe nevojave të personave me aftësi të kufizuara (Bethesda, 2007).

KAPITULL III

3. SHËRBIME TË SHËNDETIT MENDOR

3.1 Roli i shërbimeve të kujdesit mendor

Shkaqet lidhur me problemet dhe çrregullimet mendore shpesh janë të paqarta. Teoritë e ndryshme lidhur me këto problematika mund të përfshijnë gjetje nga një sërë fushash. Probleme me shëndetin mendor zakonisht përcaktohen nga një kombinim se, si një individ mund të sillet, ndjejë, perceptojë apo mendojë (National Research Council and Institute of Medicine, 2009), të cilat mund të shoqërohet me rajone të veçanta ose funksione të trurit, shpesh në një kontekst social. Një çrregullim mendor është një aspekt i shëndetit mendor. Procesi me të cilin kushtet dhe vështirësitë vijnë për t'u definuar dhe trajtuar si, kushte dhe probleme mjekësore, dhe kështu vijnë nën autoritetin e mjekëve dhe profesionistëve të tjerë shëndetësorë, njihet si, mjekimi ose patologizimi.

Shërbimet janë të bazuara në spitalet psikiatrike ose në komunitet, dhe vlerësimet kryhen nga psikiatër, psikologë dhe punonjës socialë klinikë, duke përdorur metoda të ndryshme, ose duke u mbështetur në vëzhgimin dhe marrjen në pyetje të individit. Trajtimet ofrohen nga profesionistë të ndryshëm të shëndetit mendor. Psikoterapia dhe medikamentet psikiatrike janë dy mundësi kryesore të trajtimit. Trajtime të tjera përfshijnë ndërhyrjet sociale, mbështetjen e kolegëve, dhe vetëndihma.

Sistemet shëndetësore ende nuk iu janë përgjigjur në mënyrë adekuate barrës së problemeve dhe çrregullimeve mendore. si, pasojë, hendeku që është krijuar ndërmjet nevojës për trajtim dhe ofrimit të tij është bërë mjaft i gjerë në mbarë botën. Në vendet me të ardhura të ulëta dhe mesatare, 76% deri në 85% e njerëzve me problem dhe çrregullime mendore nuk marrin trajtim për gjendjen e tyre.

Ndërsa në vendet me të ardhura të larta, kjo përqindje ulet ndjeshëm dhe arrin në nivelet 35% deri në 50% e njerëzve me këto problematika.

Një problem tjetër që haset në trajtimet e këtyre rasteve është dhe cilësia e dobët e kujdesit për shumë nga ata që marrin trajtim. Përveç mbështetjes nga shërbimet e kujdesit shëndetësor, njerëzit me sëmundje mendore kërkojnë mbështetje dhe kujdes shoqëror. Ata shpesh kanë nevojë për ndihmë në qasjen në programet arsimore të cilat u përshtaten nevojave të tyre dhe në gjetjen e punësimit dhe strehimit që t'iu mundësojnë atyre të jetojnë dhe të jenë aktivë në komunitetet e tyre lokale (Bethesda, 2007).

Njohja dhe të mirëkuptuarit të kushteve të shëndetit mendor kanë pësuar një ndryshim drastik përgjatë shekujve, apo kulturave të ndryshme (Ormel et al, 1994), por gjithsesi ngelen ende ndryshime për sa i përket përkufizimit, vlerësimit dhe klasifikimit, edhe pse kriteret standarde janë përdorur gjerësisht. Në shumë raste, duket se, ka një vazhdimësi midis problemeve të shëndetit mendor dhe sëmundjeve mendore, duke e bërë diagnozën edhe më komplekse (Centers for Disease Control and Prevention, 2011). Sipas Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSh), më shumë se një e treta e njerëzve në shumicën e shteteve raportojnë probleme gjatë një periudhe kohore (plotësojnë kriteret për diagnozën e një ose më shumë llojeve të zakonshme të çrregullimeve mendore) (WHO, 2011). Shëndeti mendor mund të definohet si, mungesë e çrregullimit mendor.

Në një pakicë të rasteve mund të ketë ndalim ose trajtim të pavullnetshëm. Programet e parandalimit kanë treguar se, reduktojnë depresionin (National Research Council and Institute of Medicine, 2009; Vorcaro et. al, 2001). Besimet kulturore dhe fetare, si, dhe normat shoqërore, duhet të merren parasysh gjatë marrjes së një diagnoze (Patel et. al, 2007).

Çrregullime të zakonshme mendore përfshijnë depresionin, i cili prek rreth 400 milionë njerëz, çmenduria që prek rreth 35 milionë njerëz dhe skizofrenia, e cila prek rreth 21 milionë njerëz globalisht.

Stigma dhe diskriminimi mund t'i shtojnë vuajtjeve dhe paaftësive të shoqëruara me çrregullime mendore, duke çuar në lëvizje të ndryshme shoqërore që përpiqen të rrisin kuptueshmërinë dhe të sfidojnë përjashtimin social (WHO, 2017).

1.2 Roli i psikologut

Ka shumë çrregullime të ndryshme mendore të cilat paraqiten me tablo klinike të ndryshme. Një diagnozë e sëmundjeve mendore rrallë është e thjeshtë dhe e drejtpërdrejtë për t'u vendosur. Nuk ka teste fiziologjike të pagabueshme që përcaktojnë nëse, një person ka një sëmundje mendore. Diagnoza kërkon që profesionistët e kualifikuar të kujdesit shëndetësor të identifikojnë disa simptoma specifike që personi ekspozon. Në përgjithësi ato karakterizohen nga një kombinim i mendimeve, perceptimeve, emocioneve, sjelljeve dhe marrëdhënieve jonormale me të tjerët (Ludermir, 2001). Çdo sëmundje mendore ka shenja dhe simptoma karakteristike që lidhen me mosfunksionimin biologjik themelor. Barra e çrregullimeve mendore vazhdon të rritet me një impakt të rëndësishëm në shëndetin dhe të drejtat sociale, njerëzore si, dhe ekonomike në të gjitha vendet e botës (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/2017>).

Kudo në botë ka strategji efektive për parandalimin e çrregullimeve mendore si, p.sh. depresionin. Ka gjithashtu dhe trajtime efektive për këto çrregullimeve si, dhe mënyra për të lehtësuar vuajtjet e shkaktuara prej tyre.

Qasja pranë kujdesit shëndetësor dhe shërbimeve sociale të afta për të trajtuar, mbështetur dhe menaxhuar këto çrregullime është çelësi i suksesit.

Shpesh herë njerëzit vuajnë apo shfaqin një apo më shumë nga problematikat e shëndetit mendor duke i bërë këto raste mjaft komplekse. Aftësitë e psikologëve në diagnozën dhe trajtimin diferencial ndihmojnë në zgjidhjen dhe menaxhimin e këtyre rasteve komplekse.

Psikologët janë pjesë përbërëse dhe e pandarë e armatës së punonjësve të shëndetësisë. Ata janë profesionistë të trajnuar me aftësi unike në analizën, hulumtimin, vlerësimin, praktikën e shëndetit të sjelljes, kuptimin neuropsikologjik të sjelljes, trajtimin e sjelljes bazuar në prova dhe praktikën e mjekësisë së sjelljes, dinamikën e grupeve dhe sistemet që janë me rëndësi kritike në trajtimin e nevojave të kujdesit shëndetësor të të gjitha moshave në nevojë (APA, 1998; APA, 2005). Ata janë profesionistë të kualifikuar të shëndetësisë të specializuar në shëndetin mendor ku testimi dhe vlerësimi është fusha unike e ekspertizës për ata. Gjithashtu ata kryejnë vlerësime të aftësive njohëse, aftësisë vendimmarrëse, psikopatologjisë, personalitetit, mirëqenies emocionale, funksionimit të përditshëm, sjelljes dhe përshtatjes së personit dhe mjedisit. Vlerësimet psikologjike ofrojnë informacion kyç për diagnozën diferenciale të psiko-patologjisë (p.sh. demencës, depresionit, ankthit dhe deliriumit) (APA, 2008; <http://www.apa.org/pi/aging/programs/integrated-health-care-report.pdf>).

Përparimet në hulumtimin psikologjik, mjekësor dhe fiziologjik kanë çuar në një mënyrë të re të menduarit rreth shëndetit dhe sëmundjes. Kjo reflektohet në modelin biopsihosocial që shikon shëndetin dhe sëmundjen si, produkt i një kombinimi faktorësh, duke përfshirë karakteristikat biologjike (p.sh. predisponimi gjenetik), faktorët e sjelljes (p.sh. stili i jetës, stresi, besimet shëndetësore) dhe kushtet sociale (p.sh. ndikimet kulturore, marrëdhëniet dhe përkrahja sociale) (Mumford et. al, 1996, Mumford et. al, 1997).

Ky konceptualizim i shëndetit dhe sëmundjes ka shumë përfitime shkencore dhe praktike. Në krye të kësaj liste është fakti se, njerëzit mund të zvogëlojnë rrezikun e zhvillimit të problemeve të mëdha mjekësore. Ata mund të marrin trajtim më efektiv dhe të ulin koston e kujdesit shëndetësor kur kërkojnë trajtim nga një ekip ndërdisiplinor, duke përfshirë ofruesit e shëndetit të sjelljes (Saeed, 2005).

Në përgjithësi, modeli biopsikosocial reflekton besimin se, faktorët biologjikë, psikologjik dhe social ndërveprojnë në një mënyrë të ndërvarur ose sistematike për të ruajtur shëndetin ose për të shkaktuar sëmundje (Smith, 1995). Kjo qasje është bërë universale dhe është miratuar dhe miratuar nga Organizata Botërore e Shëndetësisë (Saeed, 2005; WHO, 2002). Për shkak se, sjellja luan një rol jetësor në shëndetin mendor dhe fizik, shëndeti i sjelljes po bëhet një gur themeli në praktikën bio-psikosociale.

Cassidy përshkroi mënyrën se, si sjellja mund të ndikojë pozitivisht ose negativisht në trup duke deklaruar se, stilet e jetesës, ngjarjet e jetës dhe sjelljet e këqija lidhen drejtpërdrejt me shëndetin dhe sëmundjen; mënyra se si mendojmë për ngjarjet përcakton reagimin tonë ndaj tyre në zhvillimin e sjelljeve të shëndetshme ose jo të shëndetshme dhe ndryshimeve në sjellje. Qëndrimet ndaj shëndetit përcaktojnë nëse dëgjojmë ose nuk dëgjojmë këshilla nga profesionistët e shëndetësisë dhe personaliteti i një personi mund ta predispozojë trupin për disa disfunksione të caktuara (Cassidy, 1999).

Psikologjia si, shkencë e sjelljes dhe proceseve mendore thekson trajnimin dhe njohuritë rreth aspekteve të tilla (p.sh. zhvillimi gjatë jetëgjatësisë, të mësuarit, motivet, përvojat, emocionet, njohuritë, sjelljet shoqërore dhe qëndrimet, personaliteti etj). Për më tepër, ajo përpiqet të kuptojë se, si ndikojnë faktorët biologjikë, sjellja dhe faktorët socialë në shëndetin dhe sëmundjen.

Kështu, psikologët si, ofruesit e shëndetit të sjelljes luajnë një rol të madh në kuptimin se, si ndikojnë faktorët biologjikë, sjellja dhe sociale në shëndetin dhe sëmundjen. Ata janë të pajisur me aftësi dhe njohuri për të kuptuar se, si proceset themelore të sjelljes dhe njohjes (p.sh. njohuri, emocion, motivim, zhvillim, personalitet, ndërveprim social dhe kulturor) e përgatisin trupin për të zhvilluar disfunksionet.

Ata janë të trajnuar, nga ana tjetër, që të kuptojnë se, si ndryshohen këto funksione të sjelljes dhe njohjes, faktorët që kontribuojnë në ndryshimin e tyre dhe mënyra se, si këto diagnoza diagnostikohen dhe trajtohen. Në trajtimin e problemeve të tilla, ata janë gjithashtu të trajnuar dhe të aftë për të përdorur disa teknika psikologjike, psikodiagnostike dhe psikoterapeutike që ndihmojnë dhe ndikojnë në aftësitë e individëve për të funksionuar në mjedise dhe role të ndryshme. Përveç kësaj, ata ndihmojnë njerëzit të modifikojnë sjelljen dhe stilin e tyre të jetesës në mënyrë që të parandalojnë dhe të rimëkëmben nga problemet shëndetësore (APA, 1996; Saeed, 2005).

Psikologët ndihmojnë individët që janë në fazat e hershme të demencës për të ndërtuar strategji përballuese dhe për të zvogëluar stresin e tyre përmes psikoterapisë dhe grupeve mbështetëse psikoedukative. Strategjitë e trajnimit të kujtesës shpesh ndihmojnë për të optimizuar aftësitë njohëse të paprekura (Abrahams&Geschwind, 2008).

Psikologët gjithashtu vlerësojnë aftësitë e një personi sesa është i aftë për t'u kujdesur vetë ndaj shëndetit ose vendime ligjore. Ata gjithashtu ndihmojnë në zhvillimit e instrumenteve që përdoren për të vlerësuar kapacitetet e moshës së pleqërisë (Daniels, 2006).

Psikologët iu mësojnë strategjitë e sjelljes dhe mjedisit kujdestarëve që merren me personat me probleme të shëndetit mendor për t'u ambientuar me këto lloj sjelljesh të zakonshme të personave të sëmurë (APA, 2013).

1.3 Shërbimet e Shëndetit Mendor në vend. Organizimi i Shëndetit Mendor në Shkodër

Shkodra, është qytet dhe bashki e cila ndodhet në anën veriperëndimore të Shqipërisë. Referuar pozitës gjeografike, Shkodra shtrihet për rreth 872.71 km² në njën hidrografike pranë liqenit me të njëjtin emër si, dhe lumenjtë Drin, Bunë dhe Kir. Ajo shtrihet në një ultësi të "mbrojtur" nga liqeni, me Alpet Shqiptare në lindje dhe Deti Adriatik në perëndim. Shkodra përfaqëson një ndër qytetet më të rëndësishme të Shqipërisë (figurat 3.1 dhe 3.2).

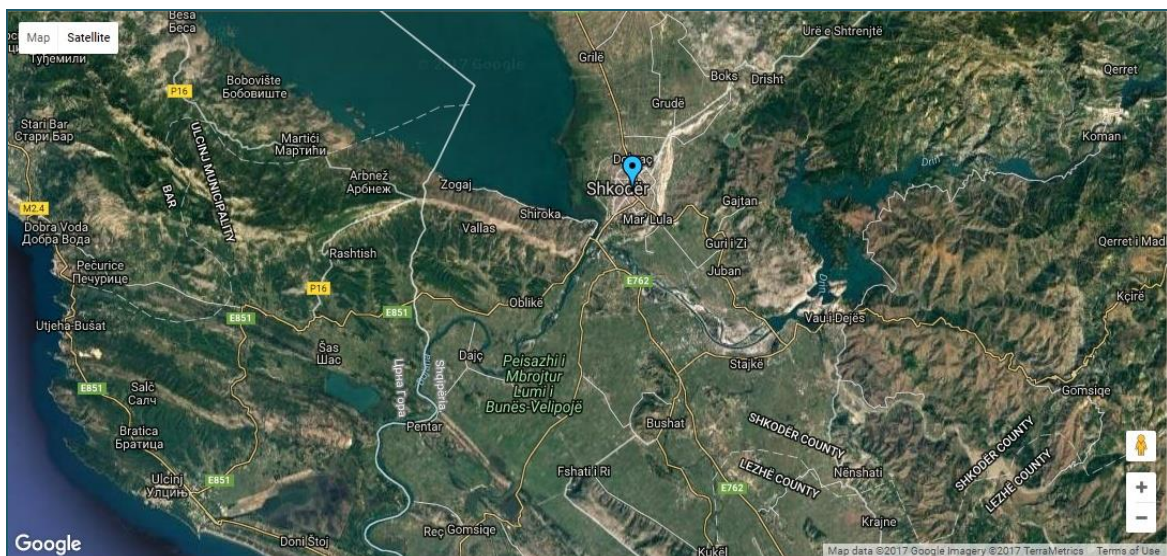


Figura 3.1 Pamje satelitore e pozitës gjeografike të Shkodrës



Figura 3.2 Pamje nga qyteti i Shkodrës

Ajo është qendra e rrethit dhe qarkut me të njëjtin emër dhe përfaqëson një prej qyteteve më të hershme të Shqipërisë me një histori banimi mijëvjeçare. Ky rreth është çmuar në kohëra të ndryshme si, një me rëndësi gjeostrategjike prej afërsisë mes maleve, liqenit, detit dhe rrugëve me rëndësi të Ballkanit Perëndimor.

Të dhënat demografike të Shkodrës: Për sa i përket numrit të popullsisë, rrethi i Shkodrës renditet i katërti në vend. Bazuar në të dhënat e Institutit të Statistikave (INSTAT) dhe Censurit të vitit 2011 (është një raportim në të cilin bazohen të gjitha të dhënat epidemiologjike në vend) ky rreth numëron rreth 211,998 banorë (www.instat.gov.al; Census, 2011). Për sa i përket etnicitetit, rreth 197,357 banorë janë me etni shqiptare, 694 janë egjiptian, 282 janë malazes dhe 13,665 nuk e deklarojnë etnicitetin e tyre. Qyteti i Shkodrës paraqet dhe një nga qendrat më kryesore të islamizmit dhe katolicizmit. Bazuar po në të dhënat e INSTAT, katolikët përbëjnë 47% të popullatës, myslimanët (përfshirë këtu dhe bektashinjtë) përbëjnë 45% të banorëve, 1.5% janë kristianë jokatolik, 0.14% janë ateist, dhe 0.31% janë besimtar pa një përcaktim të saktë (Norris, 1993; www.instat.gov.al).

Plan Veprimi për Zhvillimin e Shërbimeve të Shëndetit Mendor në Shqipëri 2013-2022, i hartuar nga ana e Ministrisë së Shëndetësisë ka përcaktuar sistemet e integruara të shëndetit mendor në vend (Paketa- e- akteve- nënligjore-për-shëndetin-mendor-2012.pdf). Floëchart i mëposhtëm paraqet shpërndarjen e sistemeve të integruara të shëndetit mendor në Shqipëri.

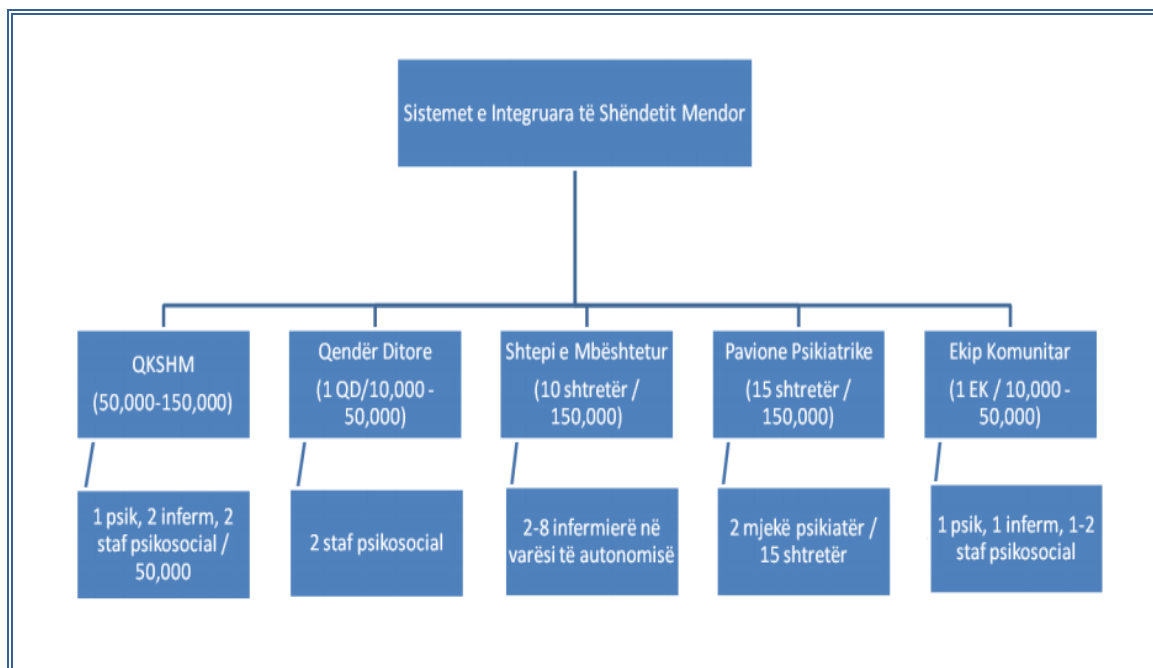


Figura 3.3 Sistemet e integruara të shëndetit mendor në vend

Plani i implementimit të riorganizimit të shërbimeve të Shëndetit Mendor në Shkodër ka ndjekur parimet themelore dhe qëllimet e Politikës dhe Planit të Veprimit për Zhvillimin e Shërbimeve të Shëndetit Mendor në Shqipëri ku Shkodra konsiderohet si, një nga zonat prioritare. Ky plan veprimi është në përputhje me të gjithë kuadrin ligjor dhe nën ligjor ekzistues si, dhe Konventat dhe Dokumentet ndërkombëtare të nënshkruara nga Shqipëria siç janë:

1. Ligji 8092 "Për Shëndetin Mendor" 1996
2. Rregullorja e Shërbimeve të Shëndetit Mendor, Prill 2007
3. Rregullore e përbashkët e Institutit të Sigurimeve Shoqërore dhe Ministrisë së Shëndetësisë, datë 30/05/2005
4. Rekomandimi 2004/10 i Këshillit të Evropës
5. Deklarata Universale e OKB për të Drejtat e Njeriut
6. Konventa Evropiane për të drejtat e njeriut (reference).

Gjithashtu në këtë plan është përcaktuar qartë dhe sistemi i organizmit dhe funksionit të çdo strukture (tabela 3.1).

Shërbimi me Shtretër ofron si, shërbim të saj:

- ✓ Observimin dhe dhënien e ndihmës së parë vetëm në rastet për të cilat nuk është e mundur të zbatohen ndërhyrjet shëndetësore jashtëspitalore; trajtim në kushtet e shtrimit në spital, të vullnetshëm ose të pavullnetshëm. Këto procedura kryhen në marrëveshje me Shërbimin komunitar të zonës ose me kërkesën e këtij të fundit;
- ✓ Konsulencë psikiatrike në përgjigje të kërkesave që vijnë nga urgjenca e spitaleve të përgjithshme ose të kërkesave që vijnë nga reparte të tjera spitalore, të cilët nuk mund t'i drejtohen Qendrave Komunitare të Shëndetit Mendor.

Shërbimi Psikiatrik me Shtretër ka si, detyrë të bashkëpunojë në mënyrë të vazhdueshme me Qendrën Komunitare të Shëndetit Mendor si, përgjegjëse e shëndetit mendor të popullatës në ngarkim, për menaxhimin e shtrimeve të zonës së vet dhe për rimarrjen në ngarkim të rastit sapo të bëhet e mundur. Shtrimi në spital bëhet në vazhdimësi të ndërhyrjeve komunitare siç parashikohet në kreun IV të Ligjit 8092 “Për Shëndetin Mendor”, nenet 25-38.

SHSHMK ka në varësi të saj Qendrën Komunitare të Shëndetit Mendor (QKSHM) dhe katër Shtëpi të mbështetura. “Shtëpia Mimoza” është një nga qendrat kryesore të Shtëpive të Mbështetura e cila është një strukturë rezidenciale ku banojnë 10 gra të cilat më parë kanë jetuar në pavionin psikiatrik. Që prej Nëntorit 2009 janë ngritur dhe 3 struktura të tjera rezidenciale (Shtëpia 1, Shtëpia 2 dhe Shtëpia 3) me nga 14 shtretër secila (28 burra dhe 14 gra).

Qendra Komunitare e Shëndetit Mendor ofron si, shërbim të saj:

- ✓ Koordinimin e aktiviteteve me shërbime të tjera shëndetësore dhe shoqërore të sistemit tonë shëndetësor dhe të shërbimit social. Në përputhje me objektivat dhe standardet e funksionimit të Shërbimeve të Shëndetit Mendor, QKSHM-së i është dhënë autonomia funksionale në zonën përkatëse të mbulimit.
- ✓ Ushtron aktivitetet parandalues, kurues dhe rehabilitues në një zonë mbulimi me një popullatë që varion nga 50,000 – 150,000 banorë dhe koordinon aktivitetin e saj me shërbimet e kujdesit shëndetësor parësor dhe shërbimet sociale.
- ✓ Ushtron funksionet e saj duke u dhënë përparësi personave me sëmundje të rëndë mendore, kryesisht skizofrenia dhe çrregullimet afektive.

QKSHM-ja u përgjigjet nevojave për shërbime multi-disiplinare të shëndetit mendor si, më poshtë:

- a. Identifikim i rastit dhe diktim i hershëm i sëmundjes;
- b. Vlerësim i situatës shëndetësore dhe social-ekonomike;
- c. Diagnostikim kompleks i çrregullimeve mendore dhe i rrethanave të tjera shëndetësore;
- d. Vlerësim i nevojave individuale për mbështetje dhe ndërhyrje të mëtejshme;
- e. Mjekim me barna dhe trajtim psikologjik;
- f. Rehabilitim psiko-social.

Shërbimi psikiatrik i Drejtorisë së Shëndetit Publik në Shkodër bën ndjekjen e të gjitha problematikave lidhur me shëndetin mendor. Pranë saj është ngritur në 2010 Qendra Komunitare e Shëndetit mendor e cila ka në varësi të saj katër Shtëpi të Mbështetura.

Ato kanë një kapacitet të trajtimit të tyre deri në 52 pacientë. Ndërtimi i shtëpive mbështetëse ka qenë pjesë e Dokumentit Politik dhe Planit të Veprimit për Zhvillimin e Shërbimeve të Shëndetit Mendor në Shqipëri. Në këto shtëpi rehabilitimi dhe kurimi me një kapacitet prej 12 -16 personash secila është bërë i mundur sistemimi i 40 pacientëve rezidentë kronikë që kanë qëndruar në shërbimin psikiatrik të Shkodrës.

“Jetesa në komunitet në strehimin e mbështetur siguron përmirësime të mëdha në cilësinë e jetesës dhe ndihmon në rikrijimin e rrjeteve sociale më natyrale për të sëmurët mendor. Këta pacientë jetojnë së bashku në strehimin e mbështetur në mënyrë për të shmangur trans institucionalizimin”

Strehimi i mbështetur nuk shërben vetëm si, strehëz për shumë nga pacientët e institucionalizuar aktualisht, por gjithashtu është një strukturë tranzicioni për pacientët, që në rastin më të mirë i çon ata drejt një jete të pavarur, ose drejt jetesës me asistencën më të vogël të mundshme. Janë afro 43 persona të cilët më parë kanë qëndruar rezident në Psikiatrikun e spitalit rajonal të Shkodrës dhe tashmë kanë një vendqëndrim të ri me një personel në dispozicion. Investimi për ndërtimin e 3 shtëpive Mimoza kap shifrën e afro 50 milionë lekëve.

Me anë të ngritjes dhe menaxhimit të këtyre shtëpive “kalojmë nga një kujdes i vjetruar që i mban të sëmurët nëpër spitale në qendra të tilla të cilat bëjnë të mundur të integrohen dhe njëkohësisht të kenë mundësi të socializohen. Trajtimi i zgjatur nëpër spitale ka rezultuar sipas Organizatës Botërore të Shëndetësisë, një strategji jo normale. Ky investim është shumë i rëndësishëm, dhe është në rrugën e duhur pasi plotëson atë kuadër reformash lidhur me shëndetin mendor. Sipas Ministrisë të Shëndetësisë, këta persona janë trajtuar nga psikologë në mënyrë për të qenë gati për formën e re në të cilën do të jetojnë në shtëpitë e reja.

Gjithashtu, në zbatim të Planit të Veprimit për Zhvillimin e Shërbimeve të Shëndetit Mendor në Shqipëri, për fuqizimin e shërbimeve komunitare të shëndetit mendor në qytetin e Shkodrës, si, dhe për të përmirësuar cilësinë e shërbimit dhe përdorimin më eficient të burimeve në strukturat është parashikuar dhe ngritja e një Qendre Komunitare të Shëndetit Mendor (QKSHM) në shërbim të popullatës që mbulon Poliklinika e Shkodrës, rikonstruksioni i së cilës tashmë ka përfunduar.

Si të kujdesemi për personin me probleme të shëndetit mendor dhe si, mund të sigurojmë trajtimin më të mirë të mundshëm për këta persona? Kjo është pyetja që shpesh bëhet më shpesh. Tashmë shumë përgjigje mund të gjenden në qendrën komunitare të shëndetit mendor. Në Shqipëri “Psikiatria ishte e orientuar në spital, ndërkohë me ngritjen e këtyre qendrave në gjithë vendin, ajo po hyn në trendin e dhënies së shërbimit të shëndetit mendor në komunitet”. Qendra komunitare e shëndetit mendor në Shkodër, ofron shërbime multidisiplinare me një staf prej 20 personash, 4 mjek, 8 infermierë dhe 8 psikologë dhe punonjës social duke mbuluar në të gjithë qarkun nëpërmjet aktiviteteve parandaluese kuruese dhe rehabilituese (tabela 2.1). Kjo nisëm synon që në një të ardhme të afërt të zëvendësohet sistemi i vjetër tradicional spitalor me metodat bashkëkohore të vendeve të zhvilluara.

Tabela 3.1 Të dhënat e përgjithshme lidhur me organizmin e mbarëvatjes së PSHM në Shkoder

Qarku	Rrethi	Popullsia	Pavionet psikiatrike pranë spitaleve rajonalë		QKSHM		Ekipet Komunitare		Qendra Ditore		Shtëpi të Mbështetura	
			Shtretër	Stafi	Nr	Stafi Psik/inf/s.ps	Nr	Stafi Psik/inf/s.ps	Nr	Stafi Psik/inf/s.ps	Shtretër	Stafi
Shkodër	Shkodër M. madhe Pukë	225,549	25	4 psik	1	4/8/8					18	4
		166,050							4	8		
		35,591					1	1/1/1	1	2		
		23,908					1	1/1/1	1	2		

KAPITULLI IV

4. METODOLOGJIA

4.1 Popullata dhe Kampioni

Ky **Projektit Doktorat** paraqet një studim epidemiologjik retrospektiv, i cili hulumton rastet e diagnostikuara me probleme të shëndetit mendor në Shkodër, gjatë periudhes 2005-2015. Shkodra, ka një popullsi rreth 166,050 banorë (zona urbane dhe ajo rurale kanë respektivisht 85.798 dhe 99.597). Në këtë rreth trajtohen pacientë nga zona të ndryshme të veriut të cilët diagnostikohen dhe trajtohen pranë Qendrës Komunitare të Shëndetit Mendor (QKSHM), shërbimi shëndetit mendor me shtretër (Psikiatra), shërbimi me shtreter në “Shtëpitë e Mbështetura” si, edhe qendrat ditore.

Bazuar në rëndësinë gjithmonë e në rritje që po i jepet Problemeve të Shëndetit Mendor (PSHM) dhe mënyrës së organizimit të tij, ***mbledhja e të dhënave është bazuar në analizën arkivore të pacientëve me probleme mendore të cilët janë:*** 1) trajtuar pranë Psikiatrisë dhe shtëpive mbështetëse ose 2) që janë trajtuar në mënyrë ambulatorie pranë qendrave të sipërpërmendura për periudhën 2005-2015 në qytetin e Shkodrës.

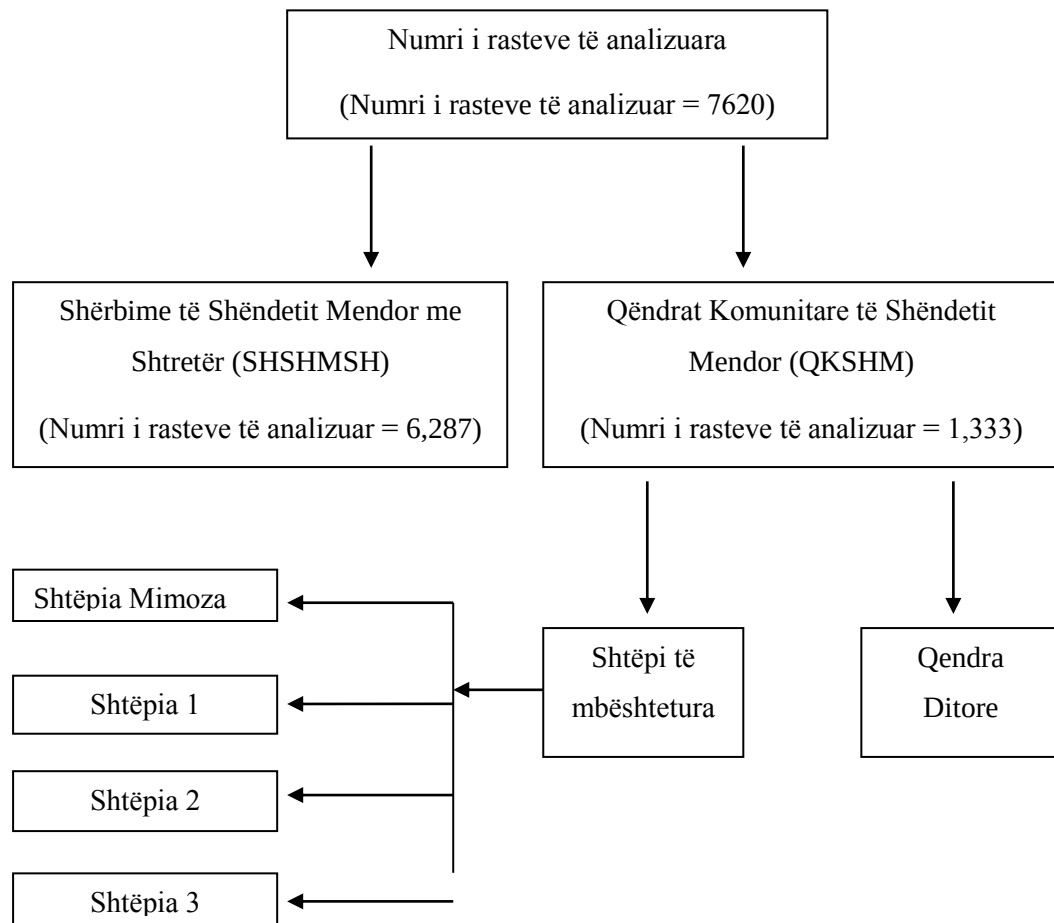
Të dhënat janë përftuar nga;

- a) regjistri i të dhënave pranë Qendrës Komunitare të Shëndetit Mendor;
- b) regjistri i Shtëpive të mbështetura;
- c) regjistri i Qendrës ditore; dhe
- d) regjistri i Shërbime të shëndetit mendor me shtretër.

**Për çdo pacient të vlerësuar me probleme të shëndetit mendor ambulatorikisht bëhet regjistrim i detyrueshëm nga mjeku psikiater në spitale apo qendër. Për çdo pacient të shtruar në spital hapet një karteletë e cila depozitohet në zyren e statistikave të spitalit.*

Kampioni i studimit përbëhet nga **7620** pacientë të diagnostikuar me probleme të shëndetit mendor. Ky numër total është marrë në shërbimin spitalor psikiatrik dhe QKSHM. Më poshtë detajohet numri i rasteve të marra në secilinshërbim (shiko tabelën 4.1).

Tabela 4.1 Numri i rasteve me Probleme të Shëndetit Mendor të marra në secilinshërbim



4.2 Kriteret përfshirëse në këtë studim

Individët:

- Femrat dhe Meshkuj të cilët janë të diagnostikuar me një nga problemet e shëndetit mendor. Individët e kartelizuar marrë nga file mjekesore në vitet 2005 - 2015.

Të gjithë individët nga mosha 0 - 65+ vjeç, të cilët janë diagnostikuar me një nga PSHM-or.

- Të gjithë individët që ishin rezident të Qarkut Shkodër dhe trajtoheshin për kujdes të PSHM-or duke ndjekur hap pas hapi ecurinë e sëmundjes së tyre pranë këtyre qendrave shëndetësore.

4.3 Kriteret përjashtuese të studimit

Individët:

- Të cilët kanë diagnozë dalje pa probleme të shëndetit mendor.

4.4 Analiza Sasiore e të dhënave

Të dhënat nga kartelat u hodhën në database SPSS. Në analizën statistikore të të dhënave të përftuara u përfshinë disa variabla të cilët u përkufizuan si, mëposhtë:

Mosha, në analizën e të dhënave u konsiderua si, variabël sasiore i vazhdueshëm vazhdueshëm janë testuar nga Eëald χ^2 test.

Gjinia, në analizën e të dhënave u konsiderua si, një variabël binary (femër/mashkull)

Diagnoza e Çrregullimeve Mendor, në analizën e të dhënave u konsiderua si, një variabël diskret, nominal.

U krye analiza deksriptive: Mesatarja, frekuenca, dhe përqindja është dhënë për çdo të dhënë.

U realizua korrelacioni për të parë lidhjen midis variablave: Mosha–diagnoza; Venbanimi–diagnoza; Etniciteti–diagnoza; Besimi fetar–diagnoza; Niveli arsimor–diagnoza; Punësimi–diagnoza; Të ardhurat mujore–diagnoza dhe Herediteti familjar–diagnoza. Chi-Square test dhe Fisher exact test, janë përdorur për të krahasuar proporcionin si, dhe për testuar lidhjen e variablave demografik dhe faktorëve të riskut dhe diganozës të sipërpërmendura. Krahasimet ndërmjet variablave të vazhdueshëm janë analizuar duke përdorur testet jo-parametrike (Mann-Whitney, t-test).

Paraqitja e të dhënave u krye më anë të tabelave dhe figurave të shoqëruara me shpjegimin përkatës. Vlerat më të vogla se, 0.05 janë konsideruara statistikisht sinjifikative dhe regresioni logjistik për odds ratio 95% CI është përdorur për të përcaktuar lidhjen ndërmjet faktorëve të riskut.

Paketa statistikore SPSS version 20.0 u përdor për analizimin e të dhënave të marra.

4.5 Aspekte Etike të punimit

Për sa i përket aspektit etik të këtij punimi mund të themi që të dy shefat e shërbimit (me shtretër Psikiatrik dhe Shërbimit Komunitar të Shëndetit Mendor), janë informuar për qëllimin e studimit dhe arsyen për të cilin po zhvillohej ky studim. Pjesëmarrësit u siguruan se, do të ruhej anonimiteti dhe konfidencialiteti si, parime bazë të etikës në një kërkim shkencor.

Procesi i vendosjes së marrëdhënies në studim u krye në dy forma;

Së pari u vendos një kontakt shpjegimi me dy përfaqësuesit e sektorëve të shërbimeve për sqarimin dhe detajimin e procesit.

Së dyti u realizua tërheqja e kartelave të personave me probleme të shëndetit mendor gjatë viteve 2005-2015 në arshiven e Spitalit Psikiatrik dhe QKSHM, Shkodër.

Asnjë e dhënë e identifikimit personal nuk është publikuar dhe të gjitha të dhënat janë përdorur vetëm për efekt studimi.

Të gjitha të dhënat ruhen me përgjegjshmëri të plotë dhe nuk do përdoren për asnjë qëllim tjetër që nuk ka lidhje me këtë studim.

Në shtojcën në fund gjendet leja e institucionit e cila verteton marrjen e këtyre të dhënave në rrugë zyrtare.

4.6 Kufizimet dhe vështirësitë

Pavarësisht përparësisë si, studim i parë në Shqipëri lidhur me problematikat e Shëndetit Mendor, në dijeninë time me këtë temë, ai paraqet disa kufizime:

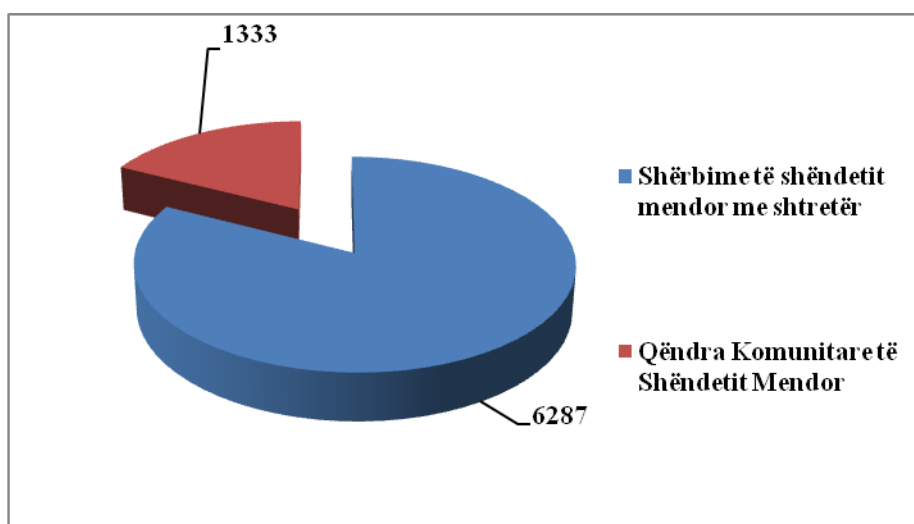
- ✓ Numri i vogël i kartelave kufizon përgjithësimin e të dhënave
- ✓ Mungesa e protokolleve e trajtimit të sëmundjeve mendore në DSHP.
- ✓ Sistemi i dobët referimi në SHM
- ✓ Mungesa e bashkëveprimt midis KSHP dhe shërbimeve të specializuara.

KAPITULLI V

5. REZULTATET

5.1 Të dhënat e përgjithshme të popullatës së analizuar

Problemet me shëndetin mendor janë të shumta në mbarë vendin. Në rrethin e Shkodrës gjenden disa qendra të diagnostikimit, trajtimit dhe menaxhimit të pacientëve të cilët shfaqin Probleme të Shëndetit Mendor. Të gjithë pacientët diagnostikohen dhe trajtohen pranë Shërbimit të Shëndetit Mendor me Shtretër (SHSHMSH) dhe pranë Qendrave Komunitare të Shëndetit Mendor (QKSHM). Kampioni i studimit përbëhet nga **7620** pacientë të diagnostikuar me probleme të shëndetit mendor të cilët janë trajtuar pranë këtyre dy qendrave të kujdesit të shëndetit mendor përgjatë viteve 2005-2015. Ashtu siç është pasqyruar dhe në tabelën 4.1 (shiko tek materialet dhe metoda) pacientët e QKSHM përfshijnë pacientët të cilët marrin trajtim pranë kësaj qendre si, dhe ata të cilët trajtohen pranë Shtëpive të Mbështetura dhe Qendrës ditore. Grafiku i mëposhtëm paraqet numrin total të rasteve sipas qendrave të kujdesit mendor.



Grafiku 5.1 Raporti i rasteve spitalore përkundrejt atyre komunitare

Tabelat 5.1 dhe 5.2 paraqesin të dhënat e përgjithshme demografike të pacientëve të marrë në studim nga viti 2005 -2015 për SHSHMSH dhe nga 2010-2015 për QKSHM. si, variabla demografik kemi marrë kryesisht të dhënat për vendbanimin, ndarjen zonale (rurale/urbane), gjininë (femra/meshkuj), grupmoshat, etnicitetin dhe grupet fetare.

Popullata e Shkodrës paraqet një shumëllojshmëri etnicitetesh dhe grupimesh fetare. Duke qënë se, popullata me etnecitet egjiptian në përgjithësi, paraqitet me një nivel më të ulët socio-ekonomik apo higjeno-sanitar, është menduar të analizohet se si etniciteti i popullatave me nivele të ndryshme socio-ekonomike ndikon në PSHM.

Grupimet fetare si, variabla janë marrë në shqyrtim për të parë PSHM-or të lidhura kryesisht me etilizmin në secilin grupim fetar. Kjo pasi popullata që i përket grupimit mysliman sipas fesë së tyre e kanë të ndaluar konsumimin e pijeve alkoolike apo drogave të ndryshme. Kjo analizë variabli do të nxjerrë në pah pikërisht popullatat që kanë më shumë probleme me etilizmin të klasifikuar sipas ICD-10 në F10-F19.

Tabela 5.1 Të dhënat e përgjithshme demografike të popullatës

Të dhënat e përgjithshme demografike të popullatës	Numri i rasteve	Përqindja e rasteve
Numri total i rasteve 7620		
Numri i rasteve të trajtuar në QKSHM	1,333	17.5%
Numri i rasteve të trajtuar në QKSHM	6,287	82.5%
Vendbanimi (225549 banorë sipas CENSUS 2011)		
Shkodër	6,139	80.57%
Pukë	86	10.7%
Malësi e madhe	566	7.43%
Tjetër	99	1.30%
Zona e banimit		
Rurale	4,327	56.8%
Urbane	3,293	43.2%
Gjinia		
Femra	3,085	40.5%
Meshkuj	4,535	59.5%
Grupmosha		
Mosha mesatare 43 ± 4		
0-14 vjeç	68	0.90%
15-24 vjeç	417	5.48%
25-44 vjeç	3,334	43.85%
45-64 vjeç	3,385	44.43%
+65 vjeç	409	5.37%
Etnia		
Shqiptare	7,415	97.3%
Egjiptiane	55	0.73%
Malazeze	26	0.35%
I pa deklaruar	124	1.63%
Grupimet Fetare		
Katolik	4,070	53.42%
Mysliman dhe bektashinj	3,394	44.54%
Kristian jo-katolik	34	0.45%
Ateist	15	0.20%
Besimtar pa përcaktim të saktë	38	0.50%
Mungojnë të dhënat	69	0.91%

Tabela 5.2 paraqet të dhënat e tjera demografike të popullatës që lidhen me nivelin arsimor, të ardhurat mujore familjare, punësimin dhe hereditetin familjar. Herediteti familjar sipas shumë studimeve të kryera (të përmendura në pjesën teorike) lidhet shumë me shfaqjen e PSHM-or tek pasardhësit. Vlen të theksojmë se, çdo e dhënë gjendet në kartelën e çdo pacienti.

Tabela 5.2 Të dhënat e tjera të popullatës

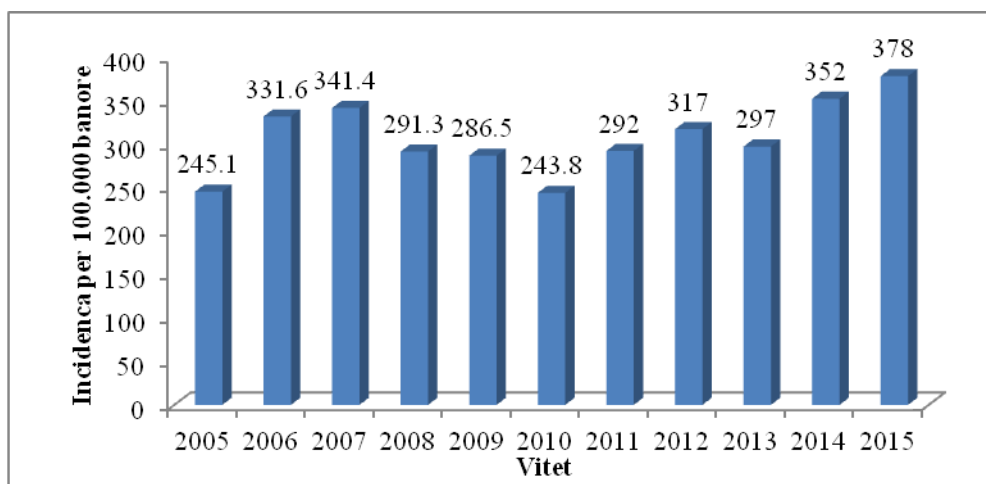
Të dhënat e përgjithshme të tjera të popullatës	Numri i rasteve	Përqindja e rasteve
Niveli arsimor		
Pa arsim	91	1.19 %
Arsim Fillor	157	2.06 %
Arsim 8-9 Vjeçar	492	6.45 %
Arsim i mesëm	5,181	68 %
Arsim i lartë	1,699	22.3 %
Të ardhurat mujore		
Pa të ardhura	34	0.44 %
Ndihmë sociale	267	3.5 %
100-200 mije lek në muaj	2,349	30.8 %
200-400 mije lek në muaj	2,612	34.29 %
400-600 mije lek në muaj	1,583	20.77 %
>600 mije lek në muaj	775	10.2 %
Punësimi		
Të punësuar	3,423	44.9 %
Pa punë	2,670	35.04 %
Pensionist	970	12.73 %
Kopshte dhe shkolla	557	7.3 %
Herediteti familjar		
Histori të mëparshme familjare	2,699	35.42 %
Pa histori familjare	4,921	64.58 %

Tabela e mëposhtme paraqet trendin e këtyre problemeve dhe numrin e rasteve të trajtuar në SHSHMSH dhe QKSHM. Analizimi i të dhënave lidhur me incidencën e PSHM-or në Shkodër është bazuar mbi numrin e popullatës sipas Censurit të vitit 2011. Incidenca e përgjatë këtyre viteve rezultoi 3378.42 persona me PSHM-or për 100.000 banorë.

Tabela 5.3 Pacientët e ekzaminuar me PSHM-or ndër vite në SHSHMSH dhe QKSHM si, dhe incidenca e tyre

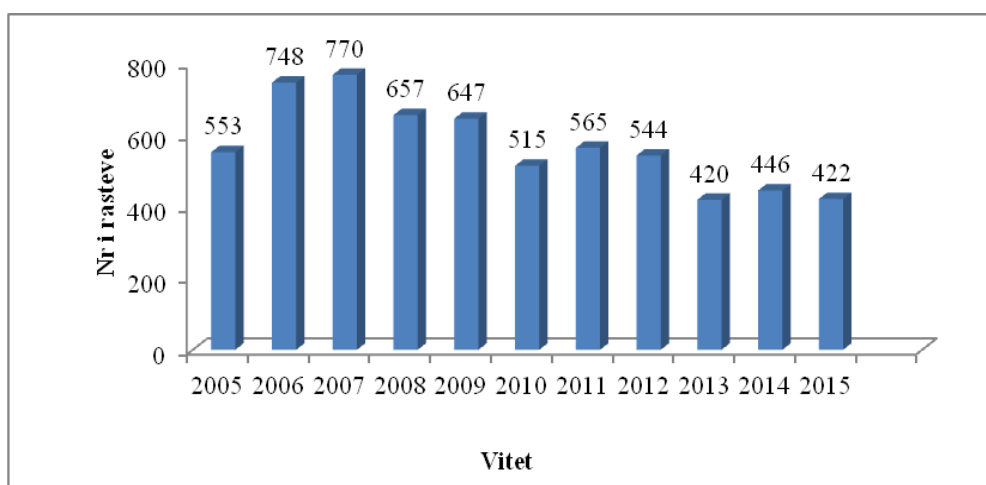
Nr	Viti	Shërbime të Shëndetit Mendor me Shtretër (nr pacientësh)	Qendra Komunitare të Shëndetit Mendor (nr pacientësh)	Totali	Incidenca (për 100.000 banorë)
1	2005	553	0	553	245.1
2	2006	748	0	748	331.6
3	2007	770	0	770	341.4
4	2008	657	0	657	291.3
5	2009	647	0	647	286.5
6	2010	515	35	550	243.8
7	2011	565	94	659	292
8	2012	544	173	717	317
9	2013	420	252	672	297
10	2014	446	348	794	352
11	2015	422	431	853	378
TOTAL		6,287	1,333	7,620	3378.42

Grafiku 5.2 paraqet incidencën e rasteve me PSHM-or të trajtuar në të dy qendrat e shëndetit mendor. Në vitin 2005 incidenca ka rezultuar 245.1 individë për 100.000 banorë dhe në 2015 kjo incidencë ka arritur në 378 individë për 100.000 mijë banorë. Pra kemi të bëjmë me një trend që paraqet variacione të ndryshme.



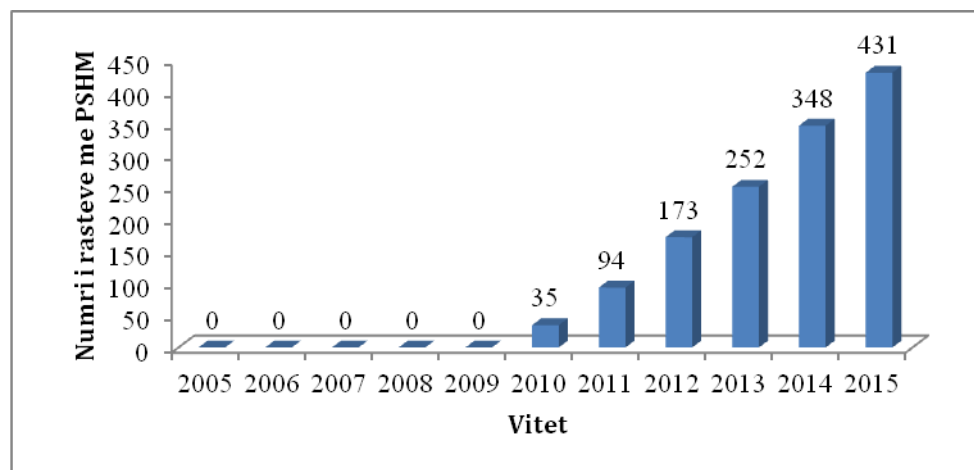
Grafiku 5.2 Incidenca e PSHM-or nga viti 2005-2015

Spitali Psikiatrik i Shkodrës është hapur pas vitit 1984. Puna e tij vazhdon deri në ditët e sotme, duke trajtuar dhe menaxhuar kryesisht rastet me probleme madhore të shëndetit mendor. Përgjatë dy dekadave të fundit numri i shtretërve është reduktuar shumë. Në grafikun 5.3 kemi paraqitur numrin e pacientëve të hospitalizuar për trajtim të PSHM pranë SHSHMSH nga viti 2005-2015.



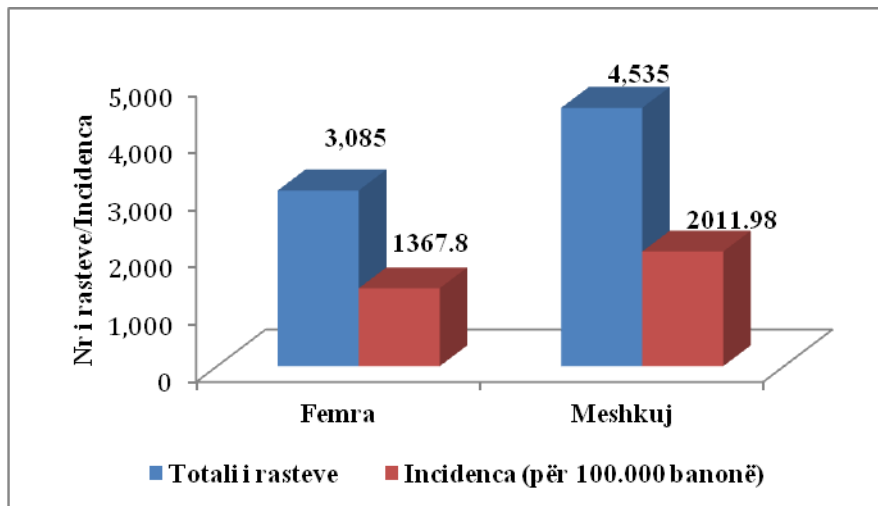
Grafiku 5.3 Numri i rasteve me PSHM nga viti 2005-2015 në SHSHMSH

Vlen të vëmë në dukje se, shërbimi pranë qendrave komunitare të shëndetit mendor në Qarkun e Shkodrës ka filluar punë në vitin 2010. Së bashku me katër shtëpi mbështetëse dhe qendrën ditore, të cilët merren me trajtimin e personave me probleme të shëndetit mendor, fillimisht janë trajtuar 35 individë. Ashtu siç shihet dhe në grafikun 5.4 trendi i rasteve të trajtuar pranë QKSHM vjen gjithmonë në rritje duke arritur deri në 431 individë të trajtuar vetëm për vitin 2015.



Grafiku 5.4 Numri i rasteve me PSHM nga viti 2010-2015 në QKSHM

Në total janë analizuar 3,085 (40.5%) femra dhe 4,535 (59.6%) meshkuj. Në grafikun e mëposhtëm kemi paraqitur numrin e rasteve të ndara sipas gjinisë dhe që kanë marrë trajtim të specializuar pranë të dy qendrave përgjatë viteve 2005-2015. Incidenca rezultoi më e lartë tek meshkujt krahasuar me femrat.



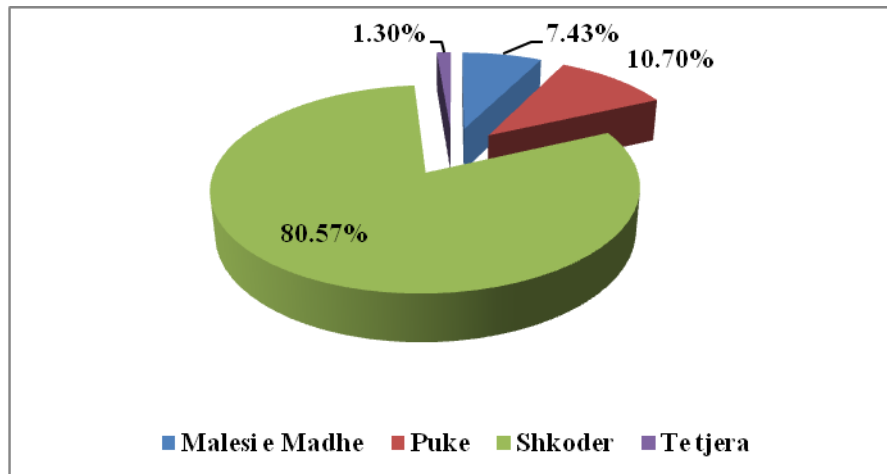
Grafiku 5.5 Ndarja sipas gjinisë dhe Incidenca

Tabela e mëposhtme paraqet numrin e rasteve të trajtuara për gjininë femër/meshkuj në SHSHMSH dhe QKSHM.

Tabela 5.4 Numri i rasteve dhe Incidenca bazuar në ndarjen sipas gjinisë në të dy qendrat

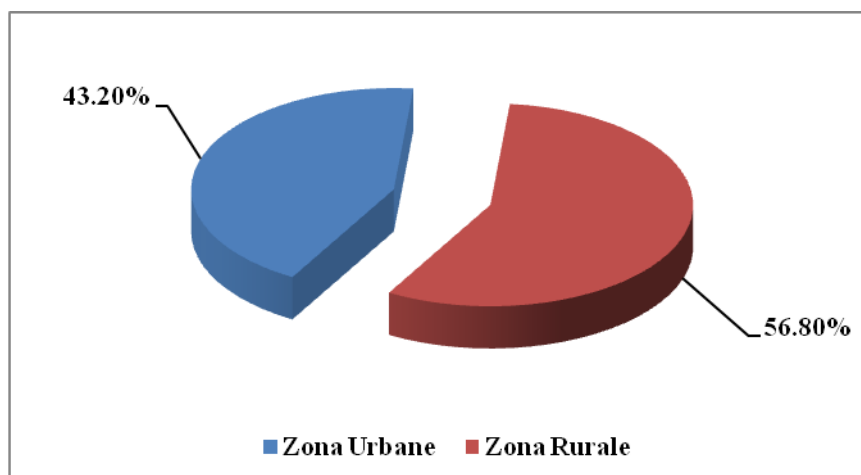
Ndarja sipas gjinisë	Rastet e trajtuara në SHSHMSH N/%	Rastet e trajtuara në QKSHM N/%	Totali i rasteve N/%	Incidenca (për 100.000 banorë)
Femra	2,521 (40.1%)	564 (42.3%)	3,085 (40.5%)	1367.8
Meshkuj	3766 (59.9%)	769 (57.7%)	4,535 (59.6%)	2011.98
Total	6,287	1,333	7,620	

Ashtu siç është theksuar edhe më sipër, Qarku i Shkodrës ka në përbërjen e vet dhe rrethet Pukë dhe Malësi e Madhe etj. Gjithashtu, Spitali Psikiatrik i këtij qyteti trajton të gjithë pacientët me PSHM-or, nga zona Veri dhe Veri-Lindore e vendit. Grafiku i mëposhtëm paraqet numrin e rasteve bazuar në vendbanimin e tyre.



Grafiku 5.6 Ndarja sipas zonave të banimit

Për sa i përket ndarjes së zonave të vendbanimit (zonë rurale/zonë urbane), nga 7620 kartela të individëve të trajtuar me PSHM-or, rreth 53.44% individë kishin referuar që jetojnë dhe punojnë në zonat rurale dhe 46.56% individë në zona urbane.



Grafiku 5.7 Përqindja e rasteve të trajtuara bazuar në ndarjen zonale Urban/Rural

Tabela e mëposhtme paraqet në mënyrë të detajuar numrin e rasteve të analizuara për të dy zonat në të dy qendrat e marra në studim. Përgjatë viteve 2005 deri në 2015, numri i individëve të cilat kanë marrë trajtim është dukshëm më i lartë në zonat rurale si, për SHSHMSH ashtu edhe për QKSHM.

Tabela 5.5 Numri i rasteve sipas ndarjes zonale Urban/Rural nga viti 2005-2015, për të dy qendrat

Nr	Viti	Shërbime të Shëndetit Mendor me Shtretër		Qendra Komunitare të Shëndetit Mendor		Gjithsej	
		(nr pacientësh)		(nr pacientësh)			
		Urban	Rural	Urban	Rural	Urban	Rural
1	2005	233	320	0	0	233	320
2	2006	363	406	0	0	342	406
3	2007	377	413	0	0	357	413
4	2008	408	355	0	0	302	355
5	2009	247	400	0	0	247	400
6	2010	166	349	19	16	185	365
7	2011	278	287	45	49	323	336
8	2012	239	305	56	117	295	422
9	2013	184	236	118	134	302	370
10	2014	183	263	139	209	322	472
11	2015	224	198	173	258	385	468
TOTAL		2,743	3,544	550	783	3,293	4,327
Incidenca						1460	1918.43
						/100.000	/100.000
						banorë	banorë

Tabela e mëposhtme paraqet prevalencën dhe incidencën e problematikave të shëndetit mendor sipas etnicitetit që individët e trajtuar kanë referuar në të dy qendrat ku ata kanë kërkuar asistencë mjekësore të specializuar.

Tabela 5.6 Incidenca e PSHM bazuar në Etnicitet

Etniciteti	Nr i popullatës	Nr i rasteve me PSHM	Prevalenca (%)	Incidenca (për 100.000 banorë)
Shqiptare	197,357	7415	97.3%	3497.6
Egjiptiane	694	55	0.73%	25.9
Malazeze	282	26	0.35%	12.2
Të pa deklaruar	13,665	124	1.63%	58.49
Gjithsej	211998	7620		

Grupimet fetare janë mjaft të larmishme në mesin e popullatës së Qarkut Shkodër. Tabela e mëposhtme paraqet prevalencën dhe incidencën e PSHM-or bazuar në grupimet fetare të individëve të trajtuar në Shërbimet e Shëndetit Mendor.

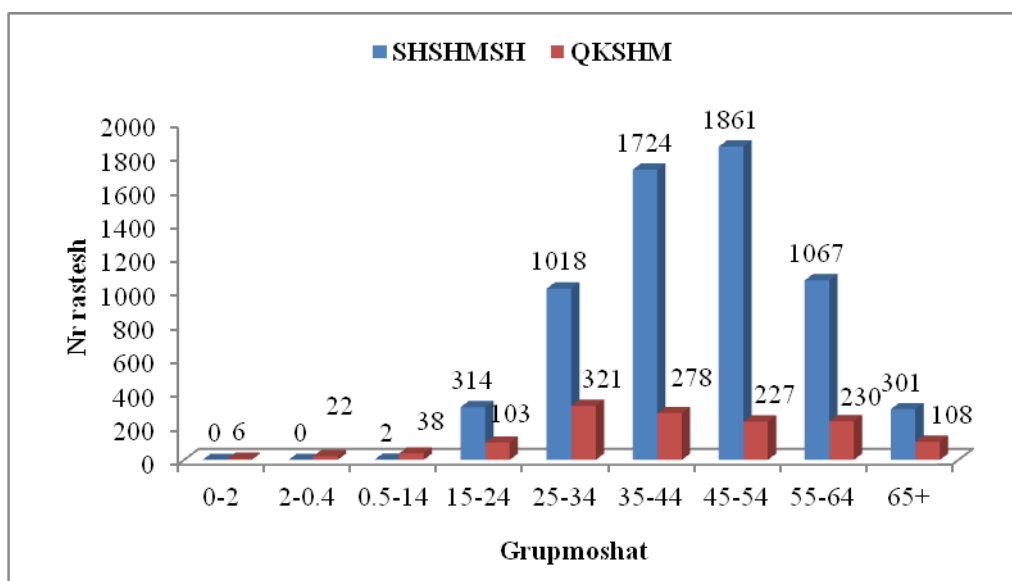
Tabela 5.7 Incidenca e PSHM bazuar në Grupimet Fetare

Besimi	Përqindja e popullatës	Nr i rasteve me PMSH	Prevalenca	Incidenca (për 100.000 banorë)
Katolik	106,008 (47%)	4070	53.42%	1804.48
Mysliman dhe Bektashinj	101,497 (45%)	3394	44.54%	1504.77
Kristian jo katolik	3,383 (1.5%)	34	0.45%	15.07
Ateist	316 (0.14%)	15	0.20%	6.65
Besimtar pa përcaktim të saktë	699 (0.31%)	38	0.50%	16.84
Mungojnë të dhënat	13646 (6.05%)	69	0.91%	30.6
Gjithsej	225549 (100%)	7620		

Individët që kemi marrë në analizë i kemi grupuar në nëntë grupmosha. Mosha më e vogël është për foshnjat nga 0-2 vjeç, më pas 2-4 vjeç dhe fëmijët më të rritur 5-14 vjeç.

Në adoleshencë dhe moshën rinore kemi grupuar dy grupmosha 15-24 vjeç dhe 25-34 vjeç. Grupmoshat më aktive për punë janë 35-44 vjeç; 45-54 vjeç dhe 55-64 vjeç. Si, moshë e tretë kemi grupuar të gjithë individët mbi 65+ vjeç.

Në grafikun 5.8 kemi paraqitur një krahasim të numrit të rasteve me PSHM për të dy qendrat. Vihet re një numër më i lartë i rasteve për grupmoshat nga 25-64 vjeç si, për SHSHMSH ashtu edhe për QKSHM. Kurse grupmoshat 15-24 dhe mbi 65 vjeç paraqesin një numër më të vogël të rasteve.



Grafiku 5.8 Ndarja sipas grup-moshës në dy qendrat e trajtimit

Tabelat 5.8 dhe 5.9 paraqesin numrin e rasteve sipas grupmoshave të sipërpërmendura për qendrën e SHSHMSH dhe QKSHM.

Tabela 5.8 Numri i rasteve të trajtuara në SHSHSMSH sipas grupmoshave për vitet 2005-2015

Vitet/Grupmoshat	0-2	2-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+	Total
2005	0	0	0	28	97	156	209	44	19	553
2006	0	0	0	31	83	205	247	137	45	748
2007	0	0	0	38	120	204	240	131	37	770
2008	0	0	0	47	90	155	190	129	46	657
2009	0	0	0	26	139	159	180	104	39	647
2010	0	0	0	22	129	166	116	70	12	515
2011	0	0	0	23	96	143	151	139	13	565
2012	0	0	0	35	103	154	124	106	22	544
2013	0	0	2	25	65	100	148	58	22	420
2014	0	0	0	23	56	165	118	63	21	446
2015	0	0	0	16	40	117	138	86	25	422
Total nr rastesh	0	0	2	314	1018	1724	1861	1067	1067	6,287

Tabela 5.9 Numri i rasteve të trajtuara në QKSHM sipas grupmoshave për vitet 2010-2015

Vitet/Grupmoshat	0-2	2-0.4	0.5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+	Total
2010	0	1	3	5	11	5	5	4	1	35
2011	0	0	3	9	21	25	17	13	6	94
2012	1	2	7	15	45	53	30	17	3	173
2013	0	5	9	11	48	68	43	49	19	252
2014	3	9	15	27	67	56	67	65	39	348
2015	2	5	1	36	129	71	65	82	40	431
Total nr rastesh	6	22	38	103	321	278	227	230	108	1,333

Kushtet ekonomike kanë një ndikim të madh në mirëqenien e gjithsecilit, duke ndikuar drejtpërsëdrejti në shëndetin në përgjithësi dhe shëndetin mendor në veçanti. Tabelat e mëposhtme paraqesin nivelin arsimor, të ardhurat mujore dhe statusin në të cilën ndodheshin personat me probleme mendore (kopshte, shkolla, të punësuar ose jo dhe pensionist) në momentin e trajtimit të tyre.

Ashtu siç vihet re dhe nga këto tabela, problematikat më të mëdha vihen re tek individët të cilët, kanë një nivel arsimor të mesëm dhe tek ata që kanë të ardhura mujore të ulëta ose mesatare.

Tabela 5.10 Numri i rasteve me PSHM bazuar në nivelin Arsimor

Niveli arsimor	Nr i rasteve me probleme të shëndetit mendor	Përqindja e rasteve
Pa arsim	91	1.19%
Arsim Fillor	157	2.06%
Arsim 8-vjeçar-9vjeçar	492	6.45%
Arsim i mesëm	5181	68.00%
Arsim i lartë	1699	22.3%
Total	7,620	100%

Tabela 5.11 Numri i rasteve me PSHM bazuar në të ardhurat mujore familjare

Të ardhurat mujore familjare	Nr i rasteve me probleme të shëndetit mendor	Përqindja e rasteve
Pa të ardhura	34	0.44%
Ndihmë sociale	267	3.5%
100-200 mijë lek në muaj	2,349	30.8%
200-400 mijë lek në muaj	2,612	34.29%
400-600 mijë lek në muaj	1583	20.77%
>600 mijë lek në muaj	775	10.2%

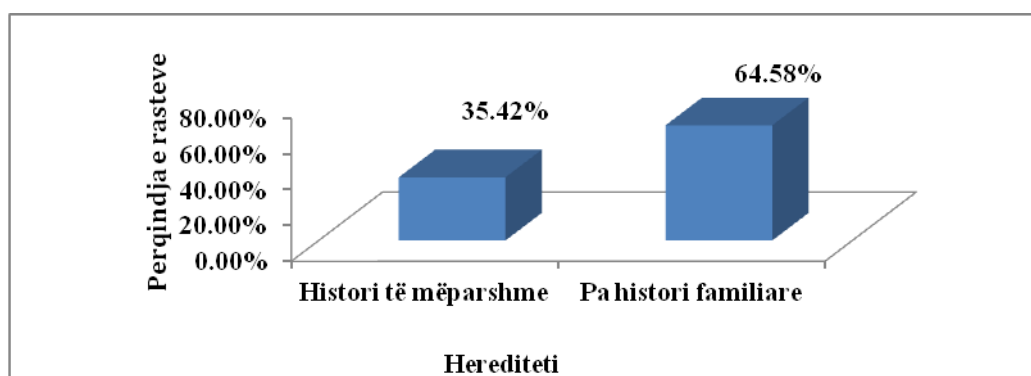
Tabela 5.12 Numri i rasteve me PSHM bazuar në marrëdhëniet punësim ose jo

Punësimi	Nr i rasteve me probleme të shëndetit mendor	Përqindja e rasteve
Të punësuar	3,423	44.9%
Të pa punësuar	2,670	35.04%
Pensionist	970	12.73%
Kopshte-shkolla	557	7.3%

Pasja apo jo e një familjari të afërm me probleme të shëndetit mendor paraqet një risk shumë të lartë tek individët e brezave të tjerë. Tabela dhe grafiku i mëposhtëm paraqesin pikërisht hereditetin familjar në lidhje me problemet e shëndetit mendor të popullatës të marrë në studim.

Tabela 5.13 Herediteti familjar

Herediteti Familjar	Nr i rasteve me probleme të shëndetit mendor	Përqindja e rasteve
Histori të mëparshme familjare	2699	35.42%
Pa histori familjare	4921	64.58%



Grafiku 5.9 Përqindja e rasteve me histori familjare të mëparshme ose jo të PSHM

5.2 Të dhënat e përgjithshme të sëmundshmërisë

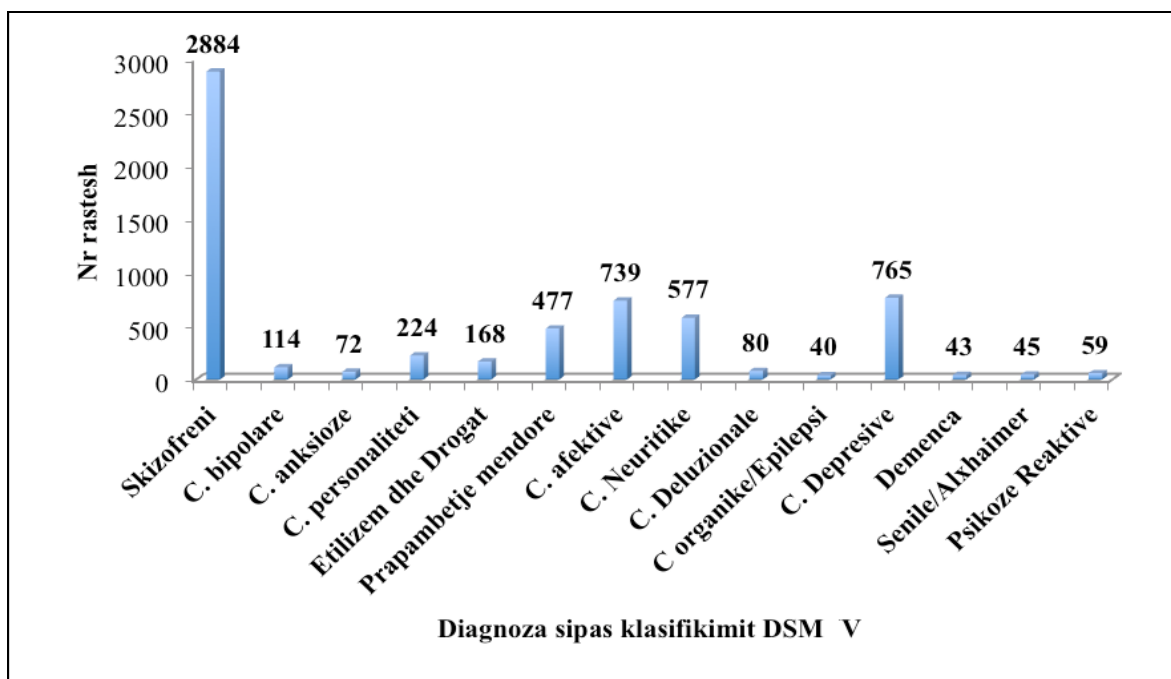
Për vite me radhë deri më tani, diagnoza klinike e rasteve është bazuar në përcaktimin e rasteve me probleme të shëndetit mendor sipas klasifikimit DSM-IV dhe DMS -V. Në vitet e fundit sidomos pas vitit 2010, po përdoret klasifikimi i DSM V i koduar sipas ICD 10.

Tabela e mëposhtme paraqet prevalencën e sëmundshmërive bazuar në klasifikimin e DSM V por të koduar sipas ICD 10.

Tabela 5.14 Prevalenca e sëmundshmërisë sipas ICD 10

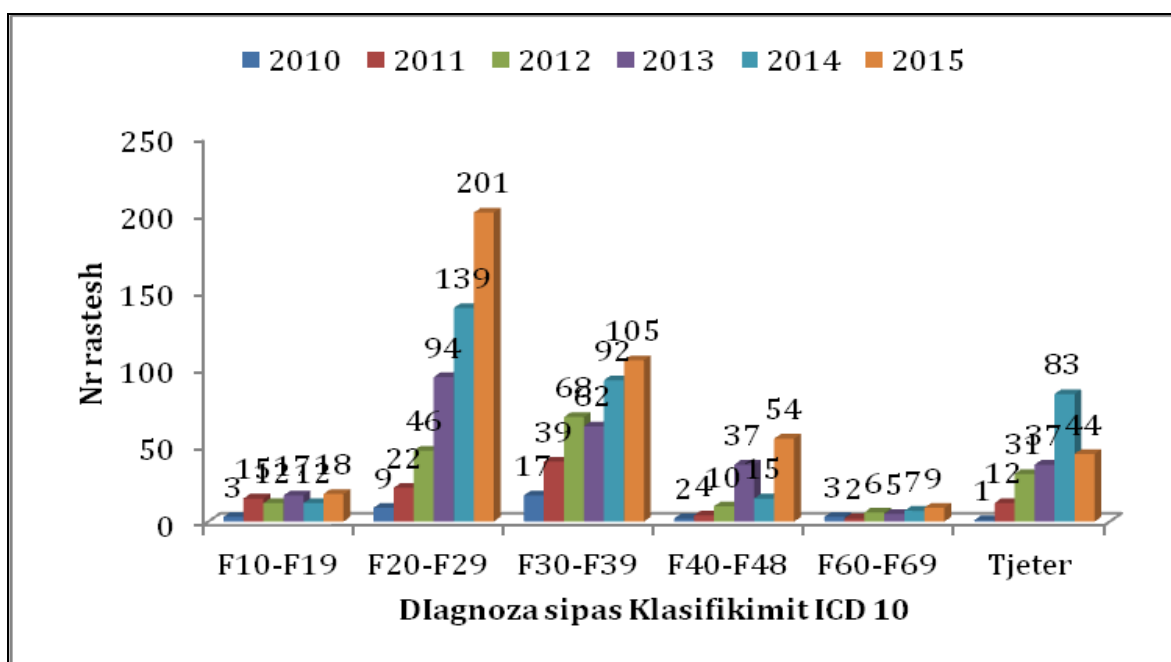
Diagnoza sipas ICD 10	Nr i rasteve	Prevalenca
F10-F19	245	3.2%
F20-F29	3534	46.4%
F30-F39	2001	26.3%
F40-F48	771	10.1%
F60-G69	256	3.3%
Tjetër	813	10.7%
Total	7620	100%

Meqenëse, klasifikimi i problematikave të shëndetit mendor janë futur shumë kohë më pas nga ekzistenca e Spitalit Psikiatrik në Qarkun Shkodër, evidentimi, klasifikimi dhe trajtimi i rasteve me çrregullime janë bazuar në DMS-IV dhe DMS-V. Për këtë arsye rastet e trajtuara pranë SHSHSMH po i paraqesim me klasifikimin sipas DSM – V duke qenë se, rastet e marra në studim janë nga viti 2005.



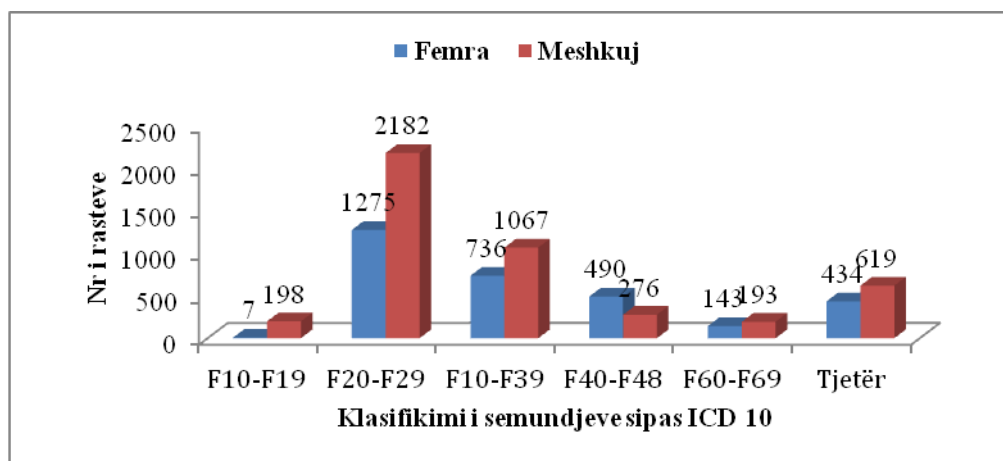
Grafiku 5.10 Shpërndarja e rasteve sipas diagnozës klinike në SHSHMSH

Për QKSHM diagnoza klinike është bërë sipas kodimit të sëmundshmërisë ICD 10. Grafiku i mëposhtëm paraqet numrin e rasteve të ekzaminuar pranë QKSHM Shkodër nga 2010-2015.



Grafiku 5.11 Shpërndarja e rasteve sipas diagnozës klinike ICD 10 në QKSHM

Ashtu siç është përmendur edhe më parë meshkujt zënë një prevalencë më të lartë krahasuar me femrat. Edhe për sa i përket ndarjes sipas klasifikimit të sëmundjeve përsëri kemi një mbizotërim të rasteve meshkuj kundrejt atyre femra. Grafiku i mëposhtëm paraqet ndarjen e sëmundshmërisë bazuar në ndarjen gjinore në të gjithë popullatën e marrë në studim.



Grafiku 5.12 Ndarja e rasteve sipas gjinisë bazuar në klasifikimin e sëmundjeve sipas ICD-10

Tabelat 5. 15 dhe 5.16 paraqesin ndarjen e sëmundshmërisë bazuar në ndarjen gjinore femra – meshkuj për të dyja qendrat e marra në studim.

Tabela 5.15 Ndarja e sëmundjeve sipas gjinisë për SHSHMSH

Ndarja sipas gjinisë për SHSHMSH	F10-F19	F20-F29	F10-F39	F40-F48	F60-F69	Tjetër
Femra	5	1092	653	434	89	248
Meshkuj	163	1931	965	215	135	357

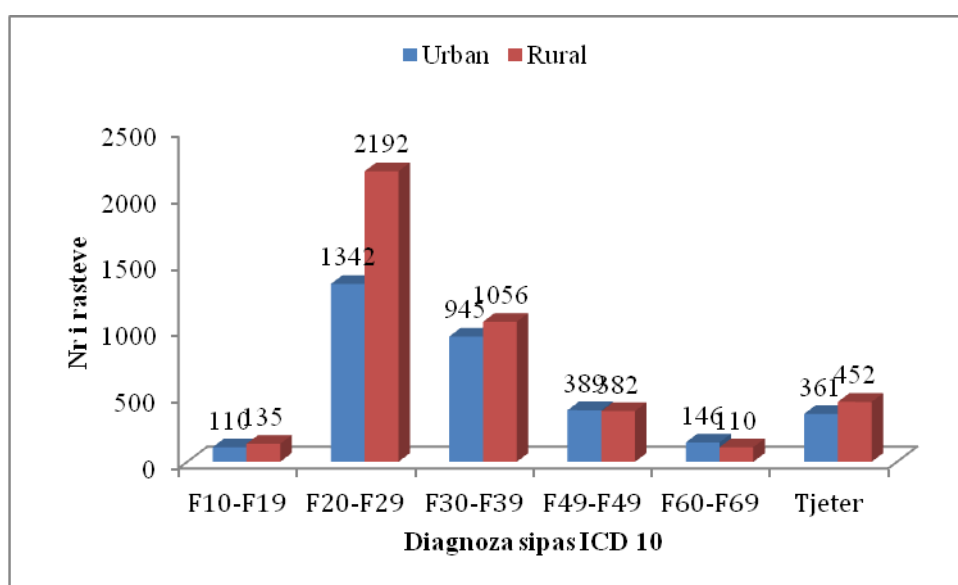
Tabela 5.16 Ndarja e sëmundjeve sipas gjinisë për QKSHM

Ndarja sipas gjinisë për QKSHM	F10-F19	F20-F29	F10-F39	F40-F48	F60-F69	Tjetër
Femra	2	183	83	56	54	186
Meshkuj	35	251	102	61	58	262

Tabela dhe grafiku i mëposhtëm paraqesin ndarjen e rasteve me probleme të shëndetit mendor bazuar në klasifikimin e sëmundjeve sipas ICD-10 sipas vendbanimit të referuar nga ata vetë apo familjarët e tyre.

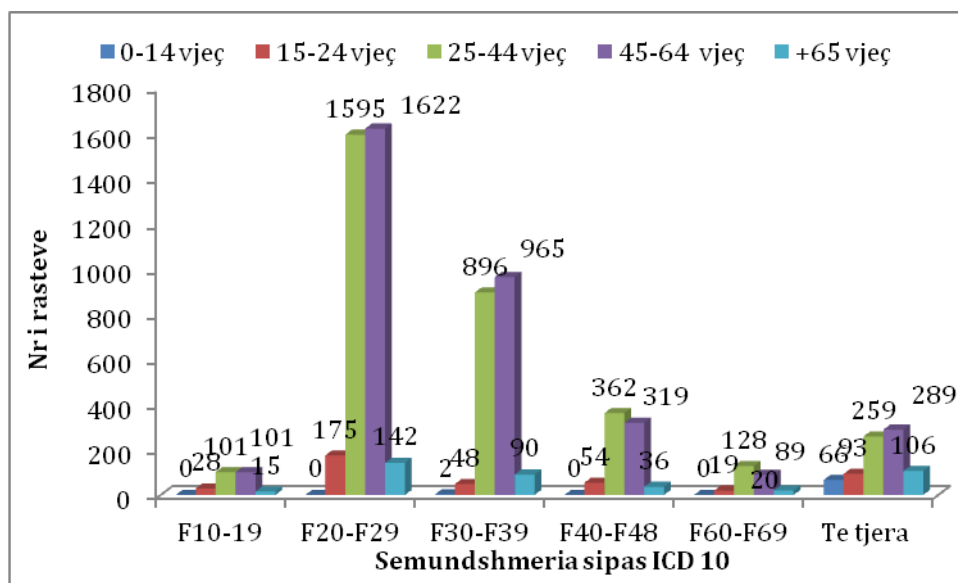
Tabela 5.17 Ndarja e rasteve sipas vendbanimit bazuar në klasifikimin e sëmundjeve sipas ICD-10

Vendbanimi	F10-F19	F20-F29	F30-F39	F40-F48	F60-F69	Tjetër	Total
Rural	135	2192	1056	382	110	452	4327
Urban	110	1342	945	389	146	361	3293



Grafiku 5.13 Ndarja e sëmundshmërisë sipas ndarjes zonale Urbane/Rurale

Grafiku 5.13 paraqet, numrin total të rasteve bazuar në ndarjen sipas grupmoshave të popullatës të marrë në studim dhe sëmundshmërisë që ata paraqesin.



Grafiku 5.14 Numri total i rasteve sipas grupmoshave në popullatën e marrë në studim dhe sëmundshmërisë

Tabelat e mëposhtëm paraqesin ndarjen e sëmundjeve të klasifikuara sipas ICD-10 për çdo grupmoshë të përcaktuar nga ana jonë si, për qendrën QKSHM ashtu dhe SHSHMSH.

Tabela 5.18 Ndarja e sëmundshmërisë sipas klasifikimit ICD 10 në SHSHMSH

Klasifikimi/ Grupmoshat	F10-F19	F20-F29	F30-F39	F40-F48	F60-F69	Tjetër
0-14 vjeç	0	0	0	0	0	2
15-24 vjeç	19	153	41	29	14	58
25-44 vjeç	62	1405	658	280	123	214
45-64 vjeç	75	1364	846	306	80	257
+65 vjeç	12	101	73	34	7	74
Total	168	3023	1618	649	224	605

Tabela 5.19 Ndarja e sëmundshmërisë sipas klasifikimit ICD 10 ne QKSHM

Klasifikimi/ Grupmoshat	F10-F19	F20-F29	F30-F39	F40-F48	F60-F69	Tjetër
0-14 vjeç	0	0	2	0	0	64
15-24 vjeç	9	22	7	25	5	35
25-44 vjeç	39	190	238	82	5	45
45-64 vjeç	26	258	119	13	9	32
+65 vjeç	3	41	17	2	13	32
Total	77	511	383	122	32	208

5.3 Analiza e lidhjeve ndërmjet faktorëve demografik dhe Shëndetit mendor

Shpesh lind pyetja: A kanë lidhje problemet mendore me faktorët e ndryshëm demografik? Faktorët demografik shpesh na vijnë në ndihmë për të na dhënë një tablo sa më të gjerë të problematikës që ne evidentojmë. Disa nga këto faktorë janë thjesht përshkrues si, p.sh. etniciteti, gjinia etj, disa të tjera paraqesin vlera për diskutim. Kjo pasi faktorë të ndryshëm ndikojnë ose në mënyrë të drejtpërdrejtë ose në mënyrë të tërthortë mbi shfaqjen e probleme të shëndetit mendor.

Me anë të analizës së regresionit logjistik ne kemi parë lidhjet e mundshme ndërmjet variablave: Mosha-diagnoza; Vendbanimi-diagnoza; Etniciteti-diagnoza; Grupimet fetare-diagnoza; Niveli arsimor-diagnoza; Punësimi-diagnoza; Të ardhurat mujore-diagnoza dhe Herediteti familjar-diagnoza. Chi-Square test dhe Fisher exact test janë përdorur për të testuar lidhjen e variablave demografik me diagnozat e sipërpërmendura. Në tabelat e mëposhtme, kemi paraqitur regresionin logjistik të këtyre faktorëve demografik sipas sëmundjeve të klasifikuara në ICD-10.

Tabela 5.20 Faktorët demografik dhe problemet mendore. Regresioni logjistik

Të dhënat demografike	Faktorët demografik dhe Problemet e Shëndetit Mendor Odds Ratio (95% CI) p value <0.05 ¹					
	F10-19	F20-29	F30-39	F40-48	F60-69	Tjetër
Ndarja sipas gjinisë						
Femër	1 ² (reference)	1.18 1.08-1.27 p=0.0003	1.01 0.9-1.12 p=0.79	2.60 2.23-3.04 p<0.0001	1.08 0.87-1.35 p=0.44	1.03 0.90-1.17 p=0.65
Mashkull	28.12 (11.56-68.39) p<0.0001	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)
Vendbanimi						
Urban	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)
Rural	1.08 0.84-1.39 p=0.60	1.24 1.14-1.34 p<0.0001	1.18 1.08-1.3 P=0.0013	1.36 1.17-1.54 P=0.0001	1.73 1.36-2.23 p<0.0001	1.06 0.91-1.22 p=0.51
Grupmoshat						
0-14 vjeç	┐ ³ N/A	┐ ³ N/A	10.0 (2.24-40.0) p=0.0022	┐ ³ N/A	┐ ³ N/A	94.33 (22.70-391.84) P<0.0001
15-24 vjeç	1.89 (0.99-3.59) p=0.05	1.35 (1.02-1.8) p=0.032	2.18 (1.5-3.23) p=0.0001	1.54 (0.98-2.40) p=0.057	1.09 (0.57-2.09) p=0.82	1.22 (0.960-1.7) p=0.22
25-44 vjeç	1.24 (0.71-2.13) p=0.47	1.71 (1.38-2.12) p<0.0001	1.29 (1.01-1.66) p=0.037	1.25 (0.87-1.8) p=0.2	1.3 (0.80-2.13) p=0.3	4.17 3.23-5.56 p<0.0001
45-64 vjeç	1.25 (0.72-2.18) p=0.44	1.72 (1.39-2.14) p<0.0001	1.41 (1.10-1.8) p=0.0058	1.07 (0.75-1.54) p=0.68	1.93 (1.17-3.23) p=0.011	3.85 2.95-5.0 p<0.0001
+65 vjeç	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)

1. Të gjitha vlerat e p value të cilat kanë rezultuar më <0.05 janë quajtur statistikisht sinjifikantive për 95% CI.
2. Meqenëse zakoni i konsumimit të alkoolit apo drogave është më i hasur tek meshkuj krahasuar me femrat, në këtë tabelë për sëmundjet e shkaktuara nga etilizmi apo drogat femrat janë marrë si, referencë. Kjo për të parë ndikimin që mund të ketë ky konsum tek meshkujt.
3. Nuk mund të kalkulohet për arsye të mungesës së vlerës. Për sëmundjet e klasifikuara në F10-19, F20-29, F40-48 nuk ka raste të diagnostikuara për grupmoshën 0-14 vjeç.

Tabela 5.21 Faktorët demografikë dhe problemet mendore. Regresioni logjistik (vazhdim)

Të dhënat demografike	Faktorët dhe Problemet e Shëndetit Mendor					
	Odds Ratio (95% CI) <i>p</i> value <0.05 ¹					
	F10 - 19	F20 - 29	F30 - 39	F40 - 48	F60 – 69	Tjetër
Etniciteti						
Shqiptar	0.2760 (0.15 - 0.51) <i>p</i> < 0.0001	8.3259 (4.5 - 15.12) <i>p</i> < 0.0001	3.32 (1.8 - 6.04) <i>p</i> = 0.0001	1.03 (0.56 - 1.8) <i>p</i> = 0.919	0.3068 (0.16 - 0.56) <i>p</i> = 0.0001	1.10 (0.60 - 2.01) <i>p</i> = 0.7
Egjiptian	4.54 (2.0 - 10.3) <i>p</i> = 0.0003	0.93 (0.31 - 2.7) <i>p</i> = 0.9	1.14 (0.40 - 3.22) <i>p</i> = 0.8	2.33 (0.95 - 5.67) <i>p</i> = 0.06	2.60 (1.08 - 6.24) <i>p</i> = 0.03	0.5385 (0.14 - 1.9) <i>p</i> = 0.35
Malazez	0.7778 (0.16 - 3.70) <i>p</i> = 0.7523	2.4561 (0.77 - 7.76) <i>p</i> = 0.1260	6.8444 (2.56 - 18.23) <i>p</i> = 0.0001	1.2174 (0.31 - 4.66) <i>p</i> = 0.7739	0.3733 (0.04 - 3.0) <i>p</i> = 0.3545	1.6970 (0.50 - 5.75) <i>p</i> = 0.3957
Të pa deklaruar	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)
Besimi fetar						
Katolik	8 (5 – 15) <i>P</i> < 0.0001	4.05 (2.2 – 7.4) <i>p</i> < 0.0001	1.54 (0.84 – 2.8) <i>p</i> = 0.16	3 (2 – 6) <i>p</i> < 0.0009	6 (4 – 12) <i>p</i> < 0.0001	2 (1 – 4) <i>p</i> < 0.03
Mysliman dhe Bektashinj	9 (5 – 17) <i>p</i> < 0.0001	3.5 (1.9 – 6.5) <i>p</i> < 0.0001	1.5 (0.8 – 2.7) <i>p</i> = 0.17	2 (1 – 3) <i>p</i> = 0.14	10 (6 – 20) <i>p</i> < 0.0001	2 (1 – 5) <i>p</i> = 0.03
Kristian jo Katolik	3 (5 – 17) <i>p</i> < 0.0001	1.11 (0.3 – 3.11) <i>p</i> = 0.83	2.34 (0.9 – 5.9) <i>p</i> = 0.07	1.55 (0.5 – 4.09) <i>p</i> = 0.37	8 (1 – 63) <i>P</i> = 0.054	4 (1 – 18) <i>p</i> = 0.09
Ateist	4 (1 – 27) <i>p</i> = 0.27	1.07 (0.26 – 4.37) <i>p</i> = 0.91	1.07 (0.26 – 4.37) <i>p</i> = 0.91	4 (1 – 27) <i>p</i> = 0.27	2.15 (0.6 – 7.37) <i>p</i> = 0.22	2 (1 – 8) <i>p</i> = 0.61
Besimtar pa përcaktim të saktë	1.14 (0.4 – 3.07) <i>p</i> = 0.78	2 (1 – 5) <i>p</i> = 0.45	1 (1 – 3) <i>p</i> = 0.95	1.75 (0.69 – 4.4) <i>p</i> = 0.23	2 (1 – 7) <i>p</i> = 0.26	3 (1 – 11) <i>p</i> = 0.14
Mungojnë të dhënat	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)

1. Të gjitha vlerat e *p* value të cilat kanë rezultuar më <0.05 janë quajtur statistikisht sinjifikantive për 95% CI.

Tabela 5.22 Faktorët demografikë dhe problemet mendore. Regresioni logjistik (vazhdim)

Të dhënat demografike	Faktorët demografikë dhe Problemet e Shëndetit Mendor					
	Odds Ratio (95% CI) <i>p value</i> <0.05 ¹					
	F10 - 19	F20 - 29	F30 - 39	F40 - 48	F60 – 69	Tjetër
Niveli arsimor						
Pa arsim	7.4 (4.08 – 13.47) p<0.0001	6.37 (3.43 – 11.85) p<0.0001	10.30 (5.9 – 17.94) p<0.0001	5.38 (2.8 – 10.31) p<0.0001	6.37 (3.43 – 11.85) p<0.0001	6.37 (3.43 – 11.85) p<0.0001
Arsim Fillor	9.27 (5.8 – 14.8) p<0.0001	7.32 (4.48 – 11.95) p<0.0001	11.8 (7.52 – 18.5) p<0.0001	4.98 (2.9 – 8.5) p<0.0001	4.18 (2.37 – 7.3) p<0.0001	2.67 (1.4 – 5.12) p = 0.0031
Arsim 8-9 vjeçar	2.17 (1.37 – 3.43) p = 0.0009	9.85 (6.95 – 13.96) p < 0.0001	11.57 (8.15 – 16.44) p < 0.0001	7.03 (4.9 – 10.10) p < 0.0001	3.98 (2.67 – 5.92) p < 0.0001	2.32 (1.48– 3.64) p = 0.0002
Arsim i mesëm	0.70 (0.50 – 0.99) p = 0.043	30.29 (22.8 – 40.24) p < 0.0001	12.41 (9.33 – 16.51) p < 0.0001	2.73 (2.03 – 3.67) p < 0.0001	0.51 (0.36 – 0.73) p = 0.0002	4.55 (3.4 – 6.09) p < 0.0001
Arsim i lartë	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)
Të ardhurat mujore						
Pa të ardhura	3.08 (1.13 – 8.38) p = 0.027	4.64 (1.9 – 11.28) p = 0.0007	3.83 (1.5 – 9.78) p = 0.0049	5.5084 (2.34 – 12.92) p = 0.0001	1.73 (0.5 – 5.9) p = 0.37	3.08 (1.13 – 8.38) p = 0.02
Ndihmë sociale	1.52 (0.88– 2.63) p = 0.12	10.38 (6.9 – 15.5) p < 0.0001	5.76 (3.78 – 8.77) p < 0.0001	1.21 (0.67 – 2.18) p = 0.508	1.21 (0.67 – 2.18) p = 0.508	2.7 (1.68 – 4.34) p < 0.0001
100-200 mijë lek	5 (3 – 7) p = 0.0001	18.04 (13.03 – 24.96) p < 0.0001	4.9 (3.5 – 6.8) p < 0.0001	1.91 (1.3 – 2.69) P = 0.0002	0.38 (0.24 – 0.58) p < 0.0001	3.20 (2.29 – 4.48) p < 0.0001
200-400 mijë lek	0.5 (0.37 – 0.81) P = 0.0025	19.96 (14.43 – 27.59) p < 0.0001	6.70 (4.84 – 9.29) p < 0.0001	0.97 (0.68 – 1.39) p = 0.89	0.55 (0.37 – 0.82) p = 0.0031	1.73 (1.23 – 2.44) p = 0.0016
400-600 mijë lek	0.80 (0.54 – 1.19) p = 0.28	9.96 (7.15 – 13.87) p < 0.0001	7.58 (5.4 – 10.57) p < 0.0001	3.64 (2.59 – 5.13) p < 0.0001	0.60 (0.4 – 0.92) p = 0.019	1.98 (1.39 – 2.83) p = 0.0002
>600 mijë lek	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)
Punësimi						
Të punësuar	1.34 (0.71 – 2.52) p = 0.36	65.39 (35.8 – 119.24) p<0.0001	17.46 (9.6 – 31.8) p<0.0001	3.97 (2.16 – 7.32) p<0.0001	1.05 (0.55 – 1.99) p = 0.87	2.61 (1.4– 4.83) p = 0.0023

Pa punë	2.13 (1.13 – 3.99) p = 0.017	44.95 (24.63– 82.06) p<0.0001	22.98 (12.5 – 41.97) p<0.0001	5.08 (2.75 – 9.36) p<0.0001	2 (1 – 3) p= 0.58	3.03 (1.63 – 5.64) p<0.0004
Pensionist	1.0 (0.9 – 3.58) p = 0.0931	18.56 (10.05 – 34.27) p<0.0001	11.0025 (5.9 – 20.42) p<0.0001	8.79 (4.7 – 16.38) p<0.0001	6.61 (3.52 – 12.38) p<0.0001	15.95 (8.6 – 29.5) p<0.0001
Kopshte dhe shkolla	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)
Herediteti familjar						
Histori të mëparshme familjar	1.31 (1.01 – 1.69) p = 0.039	3 (2 – 4.69) p < 0.0001	1.13 (1.02 – 1.26) p = 0.016	2.88 (2.47 – 3.35) p<0.0001	2.95 (2.29 – 3.81) p<0.0001	1.113 (0.95 – 1.29) p = 0.16
Pa histori familjare	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)

Bazuar në regresionin logjistik të variablave me sëmundshmërinë, vlen të theksojmë që na shfaqet një korrelacion me sinjifikancë të fortë për shumicën nga variablat e marra në studim për CI 95% vlerat e p kanë rezultuar më të vogla se 0.05.

KAPITULLI VI

6. DISKUTIME

“NUK KA SHËNDET PA NJË SHËNDET MENDOR,,

[Prince et. al, 2007]

Një shtet i cili respekton dhe mbron të drejtat themelore civile, politike, ekonomike, sociale dhe kulturore të popullit të vet, ka si, çështje thelbësore të saj promovimin e shëndetit mendor. Pa sigurinë dhe lirinë e ofruar nga këto të drejta, është shumë e vështirë të mbahet një nivel i lartë i shëndetit mendor (Gostin, 2001).

Shëndeti mendor është në pjesë e padukshme e shëndetit publik dhe ndjeshëm prek vendet së bashku me kapitalin e tyre njerëzor, social dhe ekonomik. Shëndeti mendor nuk duhet parë thjesht si, mungesë e çrregullimeve mendore ose simptomave të sëmundjeve mendore, por ajo duhet parë si, një burim që mbështet mirëqenien dhe produktivitetin e individit (World Health Organisation, 2015).

Një shëndet mendor pozitiv kufizohet si, një gjendje mirëqenie në të cilën individ i realizon aftësitë e tij ose asaj, mund të ballafaqohet me streset normale të jetës, mund të punojë në mënyrë produktive dhe të frytshme si, edhe mund të kontribuojë në komunitetin ku jeton (Herrman, Saxena dhe Moodie, 2005).

Organizata Botërore e Shëndetësisë ka përcaktuar 10-tetorin e çdo viti si, Ditën Botërore të Shëndetit Mendor, si, një mundësi për të rritur ndërgjegjësimin për çështjet e shëndetit mendor dhe përpjekjet e mobilizuara në mbështetje të tij në mbarë botën (Instituti Shëndetit Publik, 2015).

Personat me probleme te shëndetit mendor dhe ata me çrregullime mendore shkaktojnë një barrë shumë të madhe për individët dhe familjet. Individëve me PSHM-or shpesh herë iu pakësohet mundësia për punësim, prodhimtari, veprimtari fitimprurëse. Për disa prej tyre këto probleme iu shtojnë mundësinë e aktivitetit kriminal, aksidenteve rrugore, abuzimit dhe neglizhimit të fëmijëve, divorcit, mbetjes pa strehë, dhunës në familje dhe vetëvrasjes (Jané-Llopis and Anderson, 2006).

Shumë njerëz në një periudhë të jetës mund të shfaqin një nga problematikat e shëndetit mendor. Në shumë vende dhe çdo ditë, njerëzit përjetojnë kriza personale nga më të lehtat deri në më të rëndat. Kjo gjë mund të vijë si, pasojë e përjetimit të abuzimit dhe/ose dhunës në familje apo shoqëri, stresit që mund të përjetojnë në marrëdhëniet ku ata punojnë dhe jetojnë, humbja e një të dashuri, përjetim të sëmundjeve të rënda apo dhe krizat ekonomike.

Në një kontekst global, kur ndodhin kriza humanitare apo dhe kur njerëzit përjetojnë stres për shkak të ngjarjeve traumatike është e nevojshme që në kohën e duhur të vijë mbështetja dhe ndihma e parë psikologjike. Të gjithë ne, në një moment të caktuar, mund të kemi nevojë për të rifituar besimin tek vetja dhe tek të tjerët (Instituti i Shëndetit Publik, 2015).

Tosevski dhe bashkëpunëtorët e saj në studimin e tyre shprehin që, nuk është aspak e lehtë të flitet për problematikat e shëndetit mendor në vendet e Evropës në përgjithësi dhe në vendet e Ballkanit në veçanti (Tosevski et. al., 2008). Kjo pasi, për disa nga vendet e Evropës Lindore dhe ato Ballkanike nuk janë qartësisht të përcaktuara se, cilat vende futen në pjesën e Evropës dhe cilat ende nuk janë futur. Hasen harta të ndryshme dhe ndarje të ndryshme për Evropën e ditëve të sotme. Për shembull disa vende i përkasin vendeve të Evropës Lindore por që janë përfshirë në Evropën Qendore.

Gjithashtu këto vende janë diferencuar më së shumti dhe në zhvillimet e tyre sociale dhe ekonomike (WHO, 2002). Disa nga këto vende janë kategorizuar si, vende në zhvillim dhe disa të tjera vende të zhvilluara.

Evropa Lindore paraqet një mozaik për sa i përket zhvillimit, ku disa rajone paraqiten me një zhvillim tradicional dhe disa të tjera me atë modern. Shumica e kombeve janë post-komuniste dhe kanë paraqitur një zhvillim të vogël pas viteve 1980 në nivel social, ekonomik dhe atë politik. Bazuar në të dhënat e WHO, situata e të drejtave humane në këto vende është e pakënaqshme. Abuzimet dhe keqtrajtimet psikike të klasës politike kundrejt popullit janë mjaft frekvente dhe profesionistët duhet të përballen me justifikime dhe apo mos justifikime, të cilat përbëjnë në vetvete një sfidë ndaj rolit të tyre në shoqëri (Tosevski et. al., 2008).

Luftërat, mosmarrëveshjet civile dhe migracioni karakterizojnë shumë nga vendet në rajon. Tranzicioni social dhe transformimi i vendeve kanë çuar në një shkallë të lartë të papunësisë, duke filluar nga 29% në Serbi deri në 42% në Bosnje. Përqindja e kujdesit shëndetësor mendor edhe pse është e njohur, përsëri ngelet mjaft e ulët në shumicën e vendeve. Kjo gjë është për shkak të vështirësive të tejzgjatura, të cilat kanë bërë që sistemet shëndetësore të jenë përkeqësuar. Në ditët e sotme ato po përballen me sfida specifike, siç është dhe “ikja e trurit drejt vendeve që ofrojnë kushte më të mira sociale dhe ekonomike“, gjë që po sjell probleme madhore në kujdesin, trajtimin dhe menaxhimin e sistemit shëndetësor. Reforma e kujdesit shëndetësor mendor po paraqitet si, një detyrë e vështirë për të gjitha vendet e Evropiane (Tosevski et. al., 2008).

Për sa i përket vendeve të cilat janë afër Shqipërisë, në një studim të kryer në vitin 2010, (studim i kryer për Serbinë, Kosovën, Maqedoninë, Kroacinë dhe Bosnje Hercegovinën), prevalenca e sëmundjeve mendore rezultoi mjaft e lartë 44.8%.

Gjithsesi, prevalenca e pasjes së një çrregullimi mendor varion ndërmjet vendeve Ballkanike p.sh. Republika e Maqedonisë paraqet dhe prevalencën më të ulët 21.5%, më pas renditet Kroacia me 39.9%, Bosnja dhe Hercegovina me 48.2%, Serbia me 54% dhe Kosova me 62.2% të popullatës të analizuar. Problematikat lidhur me çrregullimet e ankthit varionin nga 15.6% deri në 41.8%, Çrregullimet e sjelljes nga 12.1%-47.6%.

Çrregullimet si, pasojë e etilizimit, somatizimit dhe ato psikotike ishin më pak frekvente. Problematikat individuale më të hasura në këtë studim ishin çrregullimet e stresit post-traumatik me një interval 10.6%-35.4% dhe Depresioni madhor me 4.1%-35.4% (Priebe et.al, 2010).

Përherë e më tepër, theksi po vihet mbi rolin e psikologut në ndihmën dhe menaxhimin e rasteve me probleme. Ndihma e parë psikologjike si, dhe mbështetja që njerëzit mund të ofrojnë për personat të cilët po kalojnë një periudhë të vështirë të shëndetit mendor luan një rol kryesor në kalimin e këtyre situatave (Parabiaghi et. al, 2006).

Investimi në ndihmën e parë psikologjike, për të gjithë ata persona të cilët janë në rrezik për PSHM-or për shkak të një krize apo një gjendje të vështirë bën pjesë në politikat apo planet shëndetësore afatgjata të shumë vendeve në mbarë botën. Është shumë e rëndësishme që kur individ ka nevojë për ndihmë të parë psikologjike, të marrë një mbështetje të avancuar si, në kontekst të shëndetit mendor ashtu edhe të shërbimeve sociale.

Edhe vendi ynë ka implementuar në të gjithë vendin një sërë planesh dhe strategjish lidhur me shëndetin mendor dhe trajtimin e çdo individ të cilit i nevojitet ndihma në raste problematikash. Plani i implementimit të riorganizimit të shërbimeve të Shëndetit Mendor si, në mbarë vendin ashtu edhe në Shkodër ndjek parimet themelore dhe qëllimet e Politikës dhe Planit të Veprimit për Zhvillimin e Shërbimeve të Shëndetit Mendor në Shqipëri ku Shkodra konsiderohet si, një nga zonat më prioritare.

Shkodra shtrihet në pjesën veriore të Shqipërisë, me një numër të konsiderueshëm banorësh që llogariten të jenë me rreth 166,050 banorë. Ky qytet ka një strukturë të mirë organizuar të kujdesit të shëndetit mendor, që përbëhet nga Shërbimi Psikiatrik me Shtretër (i quajtur ndryshe Shërbim i Shëndetit Mendor me Shtretër (SHSHMSH) dhe Shërbimi i Shëndetit Mendor Komunitar (SHSHMK).

SHSHMSH aktualisht ofrohet nga një pavion psikiatrik i cili deri në Dhjetor 2008 ishte në varësi të Spitalit Rajonal dhe prej Janarit 2009 funksionon si, pjesë e strukturave të DSHP Shkodër. Ky pavion ofron shërbime psikiatrike jo vetëm për qytetin dhe rrethin e Shkodrës por edhe për të gjithë zonën e veriut dhe verilindjes së Shqipërisë.

Në këtë studim janë hulumtuar **7620** kartela të individëve të cilët kanë marrë trajtim të specializuar pranë Shërbimit të Shëndetit Mendor me Shtretër [6,287 (82.5%)] si, edhe pranë Shërbimit të Shëndetit Mendor Komunitar [1,333 (17.5%)]. Ky është një studim epidemiologjik retrospektiv përshkrues, i cili bazohet në hulumtimin e kartelave të individëve të cilët janë diagnostikuar me të paktën një problem të shëndetit mendor gjatë jetës së tyre në qarkun Shkodër, për një periudhë 10 vjeçare nga viti 2005-2015.

Shërbimet e shëndetit mendor komunitar ashtu siç e theksuam edhe më lartë kanë në varësi të tyre qendrën komunitare të shëndetit mendor si, dhe katër shtëpi mbështetëse. Puna e këtij shërbimi ka filluar pas vitit 2010, për këtë arsye hulumtimi i regjistrave të rasteve me këto problematika është shtrirë për periudhën 5 vjeçare nga viti 2010-2015.

Analizimi i të dhënave lidhur me incidencën e problematikave të PSHM-or në Qarkun Shkodër është bazuar mbi numrin e popullatës sipas Censusit të Popullsisë dhe Banesave të vitit 2011 (Census, 2011). Numri i banorëve të Qarkut Shkodër sipas Censusit është 225,549 nga të cilët 166,050 banorë i përkasin vetëm rrethit Shkodër.

Në total incidenca e PSHM-or përgjatë viteve 2005-2015, rezultoi 3378.42 persona me PSHM për 100.000 banorë, që është një shifër relativisht e lartë.

Rastet e trajtuar pranë shërbimit me shtretër fillimisht kanë pasur një trend në rritje për vitet 2006-2007 dhe më pas ka pësuar një rënie të lehtë. Vitet në të cilin janë trajtuar më pak raste me probleme të shëndetit mendor janë 2013 dhe 2015 me nga 420 dhe 422 raste respektivisht.

Shërbimi pranë qendrave komunitare të shëndetit mendor së bashku me katër Shtëpi Mbështetëse dhe qendrën ditore, fillimisht (gjatë vitit 2010) ka trajtuar 35 individë me PSHM-or. Rastet e trajtuara pranë QKSHM paraqesin një trend në rritje nga viti në vit. Kjo për faktin se, dhe politikat e trajtimit të këtyre problematikave drejtohen gjithmonë e më shumë drejt minimizimit të trajtimit të individëve pranë shërbimeve me shtretër. Kjo gjë sjell kapjen e problematikave që në fillim të sëmundjes duke shmangur probleme më madhore si, dhe duke ulur kostot e trajtimit të këtyre të sëmurëve.

Në një raport të Organizatës Botërore të Shëndetësisë në bashkëpunim edhe me Fondacionin Viktoria të Universitetit të Melburnit në 2005, janë përcaktuar qartë grupet e riskuara të një popullate për të zhvilluar Probleme të Shëndetit Mendor. Sipas këtij raporti, grupet më të riskuara janë fëmijët, të rinjtë, burrat dhe gratë, njerëzit e moshuar, komunitetet indigjene, komunitetet të ndryshme kulturore si, dhe njerëzit të cilët jetojnë në zonat rurale (WHO, 2005). Të dhënat e përftuara në këtë studim i kemi analizuar bazuar në këto grupe risku të përcaktuara nga OBSH-ja.

Përveç rolit të mundshëm të faktorëve të ndryshëm biologjik (që mund të shpjegojnë pse ekziston një dallim i vazhdueshëm ndërmjet gjinive për PSHM-or në të gjitha shoqëritë), gjithashtu është e besueshme se, faktorët gjinorë-streset e konsiderueshme me të cilat ballafaqohen gratë-mund të luajnë një rol në shfaqjen e këtyre problematikave.

Në shumë shoqëri në zhvillim, gratë mbajnë peshën e vështirësive që lidhen si, me një jetë socio-ekonomike të mirë ashtu dhe me varfërinë. Ato kanë më pak akses në vazhdimin e studimeve të tyre, kanë shpesh abuzim fizik nga burrat, kryejnë martesa të detyruara, përballen me trafikim seksual, kanë më pak mundësi punësimi dhe në disa shoqëri, ato përballen dhe me kufizim të pjesëmarrjes së tyre në aktivitete jashtë shtëpisë (Patel dhe Kleinman, 2003; Saraceno&Barbui, 1997).

Raportime të ndryshme tregojnë se, gjasat që një individ i gjinisë femër të ketë PSHM-or, janë dukshëm më të larta krahasuar me një individ të gjinisë mashkull, përveç rasteve kur këto çrregullime kanë ndodhur si, pasojë e përdorimit të substancave (WHO, 2005; OBSH, 2014; Alonso et. al, 2004; Wittchen and Jacobi, 2005).

Për këtë arsye ne kemi analizuar ndarjen sipas gjinisë për të parë se, kush nga gjinitë ka prekshmëri apo vuajnë nga PSHM-or. Në studimin tonë, në total kanë rezultuar 3,336 individë të gjinisë femër dhe 4,284 individë të gjinisë meshkuj. Pra siç shikohet nga këto të dhëna numri i meshkujve në studimin tonë rezultoi shumë më i madh se, tek femrat. Gjë që nuk shkon në të njëjtën vijë me studimet e kryera kudo në botë. Mendojmë që kjo gjë mund të ndodh me faktin që në këto zona meshkujt janë më të lirshëm të shkojnë dhe të referojnë problemet e tyre lidhur me shëndetin mendor tek mjeku apo psikologu. Në vendin tonë, stigma dhe diskriminimi janë më të shprehura ndaj gjinisë femër e krahasuar kjo me meshkujt. Kjo gjë i detyron gratë të kërkojnë më pak ndihmë dhe përkujdesje ndaj institucioneve që merren me menaxhim dhe trajtimin e këtyre rasteve.

Përqindja e rasteve të femrave dhe meshkujve të cilët kanë marrë trajtimin e nevojshëm në të dy qendrat e marra në studim ndryshon dukshëm. Rreth 40.1% femra kanë marrë trajtim pranë SHSHMSH, ndërsa në QKSHM vetëm 42.3%. Përqindja e meshkujve të trajtuar është 59.9% për SHSHMSH dhe 57.7% për QKSHM.

Gjatë Censusit të vitit 2011, në total popullata e gjinisë meshkuj ishte 111,843 ndërsa e gjinisë femër ishte 113,706. Incidenca ndërmjet meshkujve dhe femrave, ka rezultuar më e lartë tek meshkujt sesa tek femrat. Për 100.000 banorë kjo incidencë ka rezultuar 2011.98 tek meshkujt dhe 1367.8 tek femrat.

Hetimet epidemiologjike të shumë vendeve në zhvillim i kanë atribuar një shkallë të lartë çrregullime mendore të lidhura me faktorët si, diskriminimi, papunësia dhe jetesa sociale përmes një periudhe ndryshimesh të shpejta dhe të paparashikueshme (Rumble et al., 1996). Një studim i kryer nga Nandi et. al, në vitin 2000 lidhur me çrregullimet mendore në një zonë rurale (Nandi et al, 2000), kanë treguar se, normat e përgjithshme të çrregullimeve mendore ishin njësoj të pa ndryshuar edhe pas 20 vjetëve pas kryerjes së një studimi të ngjashëm në të njëjtën zonë rreth viteve 1980. Në Kinë, studiuesit sugjerojnë se, ndryshimet shoqërore (përfshirë këtu shfaqjen dhe masivizimin e humbjeve të mëdha ekonomike për individët, rritjen e shpenzimeve të kujdesit shëndetësor, lidhjet familjare të dobëta, migrimin në zonat urbane për punë të përkohshme apo sezonale dhe pabarazitë në të ardhura) mund të çojnë në rritje të numrit të vetëvrasjeve, pjesërisht për shkak të ndikimit të tyre në normat gjithmonë e në rritje të çrregullimeve depresivë që më së shumti ngelen të pa trajtuara (Phillips, Liu&Zhang, 1999).

Vetmia, gjithashtu luan një rol në çrregullimet mendore. Kjo ndihet më shpesh kur fëmijët dhe familjarët migrojnë drejt vendeve që ofrojnë një punë më të mirë me të ardhura më të mira dhe lënë pas familjen e tyre. Familjarët ndihen të vetmuar, të izoluar si, dhe hasin në mungesë të një mbështetje sociale duke u shfaqur si, një faktor rreziku për fillimin e problemeve mendore (Rahim&Cederblad, 1989).

Ekzistojnë dëshmi se, faktorët social, në veçanti ngjarjet që kërcënojnë jetën, dhunën dhe mungesën e mbështetjes sociale, luajnë një rol të rëndësishëm në etiologjinë e çrregullimeve të zakonshme mendore (Broën&Harris, 1978).

Me ndarjen e re territoriale Qarku Shkodër ka në varësi të vet dhe rrethe dhe qytete të tjera. Pranë Spitalit Psikiatrik të këtij qarku shtrihen për trajtim të specializuar një numër i konsiderueshëm banorësh me PSHM-or nga zonat veri-verilindore e vendit.

Bazuar në ndarjen sipas vendbanimit numri më i madh i rasteve paraqitet për rrethin e Shkodrës me 80.57% të rasteve, në vend të dytë renditen individët të cilët kanë referuar si, vendbanim të tyre rrethin Pukë me 10.7% të rasteve dhe më pas Malësia e Madhe me 7.43% të rasteve. Zonave të tjera i përkasin vetëm 1.3% e rasteve të analizuar.

Sipas të dhënave të Organizatës Botërore të Shëndetësisë, vihet re një ndryshim sinjifikant ndërmjet rasteve të trajtuara për zonat urbane dhe ato rurale (WHO, 2005). Në studimin tonë 53.44% e rasteve i përkisnin individëve të zonave rurale dhe 46.56% individëve të zonave urbane. Numri i rasteve ndërmjet zonave urbane/rurale pëson luhatje të ndryshme vit pas viti, por përsëri vihet re një mbizotërim i dukshëm i problematikave të shumta që shfaqin individët e zonave rurale. Kjo pasi vetë kushtet e jetesës janë më të pafavorshme për shumicën e popullatës që jeton në zonat rurale. Infrastruktura rrugore si, dhe kushtet ekonomike dhe higjieno-sanitare janë akoma në nivele jo të kënaqshme. Kjo bën që këta persona të jetojnë në strese gjithmonë e në rritje si, dhe në kushte jo të favorshme të shëndetit mendor. Për këtë arsye kemi dhe një incidencë më të lartë tek individët që jetojnë në zonat rurale (1918.43/100.000 banorë krahasuar me ata që jetojnë në zonat urbane (1460/100.000 banorë).

Popullata e qarkut Shkodër është e përbërë nga tre etnicitete të cilat janë: etni shqiptare, egjiptiane dhe malazeze. Në Shkodër, popullsia shqiptare zë shumicën dërmuese 83.1%, ajo egjiptiane 0.33% dhe Mmlazeze 0.133%. Afërsisht 6.45% e popullatës nuk e deklarojnë etnicitetin e tyre (Census, 2011). Popullatat me etnicitete të ndryshme kanë qasje të ndryshme kulturore.

Ata paraqesin qasje të ndryshme dhe ndaj arsimimit, punësimit, trajtimit dhe menaxhimit të tyre, persekutimit apo diskriminimit etj (WHO, 2005). Popullata me etnicitet Egjiptian paraqet problematikat më madhore krahasuar me etnicitetet e tjera.

Edhe pse aplikohen shumë programe të ndryshme lidhur me integrimin e popullatës Egjiptiane përsëri kjo popullatë paraqet problematika si, në nivel socio-ekonomik ashtu dhe në atë higjieno-sanitar. Të gjitha këto ndikojnë në mënyrë të drejtpërdrejtë ose të tërthortë mbi PSHM tek ky grup etnik. Kjo ka shërbyer si, shtysë në veçimin e këtij faktori mbi PSHM-or.

Bazuar në ndarjen sipas etnicitetit të gjithsecilit pacient të diagnostikuar me PSHM-or, kemi përcaktuar prevalencën dhe incidencën për çdo etnicitet. Prevalenca e sëmundjeve mendore është përllogaritur si: numri i pacientëve me PSHM-or të secilit etnicitet mbi numrin e mostrës totale të marrë në këtë studim, ndërsa Incidenca është përllogaritur për 100.000 banorë. Pacientët sipas ndarjes etnike, paraqesin këto prevalenca dhe incidenca; Popullata me etni Shqiptare 97.3% (7415/7620) e rasteve ndërsa, incidenca rezultoi 3497.6 individë për 100.000 banorë, popullata me etni Egjiptiane 0.73% (55/7620) e rasteve dhe incidenca rezultoi 25.9 individë për 100.000 banorë, popullata me etni Malazeze 0.35% (26/7620) e rasteve dhe incidenca rezultoi 12.2 për 100.000 banorë.

Prevalenca e PSHM-or në individët të cilët nuk kanë deklaruar së çfarë etniciteti ju përkasin rezultoi 1.63% (124/7620) e rasteve dhe incidenca 58.49 për 100.000 banorë.

Sipas Organizatës Botërore të Shëndetësisë popujt me kultura të ndryshme paraqesin dhe problematika të ndryshme të PSHM-or (WHO, 2005). Duke qenë një qark mjaft i madh, me një larmishmëri etnicitetesh, grupimet fetare të popullatës paraqiten gjithashtu mjaft të larmishme.

Popullata e cila ka deklaruar besim katolik dhe mysliman (së bashku me bektashinjtë), përbëjnë dhe numrin më të madh të popullatës me nga 47% dhe 45% respektivisht. Kristian jo katolik janë 1.5%, ateist kanë referuar 0.14% dhe afërsisht 0.31% e tyre nuk referojnë asnjë nga besimet e sipërpërmendura. Prevalenca bazuar mbi grupimet fetare është bërë për të parë se, kush prej këtyre grupimeve paraqet PSHM-or të lidhura më shumë me etilizmin dhe drogat.

Kjo pasi, grupimet myslimane e kanë të ndaluar përdorimin e pijeve alkoolike apo drogave në fenë e tyre. Por kjo nuk gjë i përjashton kurrësi të gjitha rastet në këtë besim. Kjo mund të shpjegohet me faktin që edhe pse janë mysliman në fenë e tyre, ata nuk janë predikues të devotshëm të kësaj feje, për pasojë nuk ndjekin rregulla strikte ashtu si, feja e tyre jua dikton.

Prevalenca dhe incidenca e këtyre sëmundje për popullatën që ju përket këtyre besimeve rezultoi:

- ✓ Popullata katolike: Prevalencë 53.42% dhe Incidencë 1804.48 individë për 100.000 banorë.
- ✓ Popullata Mysliman dhe Bektashinj: Prevalencë 44.54% dhe Incidencë 1504.77 individë për 100.000 banorë.
- ✓ Popullata Kristiane jo Katolike: Prevalencë 0.45% dhe Incidencë 15.07 individë për 100.000 banorë.
- ✓ Popullata Ateiste: Prevalencë 0.20% dhe Incidencë 6.65 individë për 100.000 banorë.
- ✓ Popullata e cila beson por pa një përcaktim besimi të saktë: Prevalencë 0.50% dhe Incidencë 16.84 individë për 100.000 banorë.

Dhe për afërsisht 6.05% të rasteve të marrë në këtë studim mungojnë të dhënat lidhur me besimin fetar të tyre. Prevalenca për këtë kontigjent rastesh rezultoi 0.91% dhe incidenca 30.6 për 100.000 banorë.

Problemet e shëndetit mendor janë mjaft komplekse. Disa prej tyre shfaqen që në fëmijërinë e hershme, të tjera gjatë adoleshencës ose në vitet e para të jetës, ndërsa të tjerat në moshat e mesme ose më të vonshme (WHO, 2005; Alonso et. al, 2004).

Për shkak se, çrregullimet mendore shpesh fillojnë në adoleshencë ose në moshat e reja të rritur, humbja e produktivitetit që vihet re në këto raste mund të jetë e gjatë. Sipas OBSH-se, çrregullimet mendore përbëjnë më shumë se, një të tretën e viteve të jetuara me aftësi të kufizuara në Rajonin Evropian (WHO, 2011).

Mosha luan një rol thelbësor në problemet e shëndetit mendor të një individi. Rreziqet për shëndetin mendor shfaqen në të gjitha fazat e jetës. Por me kalimin e viteve të gjithsecilit, mosha gjithmonë e më tepër po vepron në mënyrë kritike në rreziqet për shëndetin mendor. Skema e përdorur në pikën 1.6 të pjesës teorike paraqet një metodë të kursit jetësor individual, ku tregohet se, si ekspozimet e rrezikut (sociale dhe mjedisore) në fazat formuese të jetës mund të ndikojnë në mirëqenien mendore shumë vite apo edhe dekada më vonë (Foresight Mental Capital and Wellbeing project, 2008; Fisher et. al, 2011; Kieling et. al, 2011). Qasjet apo perspektivat e tjera alternative (përveç grupmoshave si, njësi primare) të interesit mund të merren parasysh në rrezikun e shëndetit mendor (të tilla si, përdorimi i gjinisë, statusi socio-ekonomik ose të ardhurat). Problematikat e shëndetit mendor mund të ndodhin gjatë stadeve të ndryshme të jetës sonë. Më poshtë po japim statet dhe konceptimet e autorëve të ndryshëm lidhur me PSH- në statet e ndryshme të jetës, madje që para konceptimit të ardhjes në jetë të një individi për të kuptuar ndarjen sipas grupmoshave që kemi bërë në këtë punim doktore.

Periudha para konceptimit dhe para stadi të lindjes:

Shëndeti mendor i një individi mund të ndikohet nga ngjarjet ose rrethanat që ndodhin para lindjes së tyre apo edhe nga mënyra apo konceptimi i tyre. Për shembull, shtatzënitë që janë të padëshiruara ose ndodhin gjatë adoleshencës, mund të rrisin mundësinë e sjelljeve të rrezikshme shëndetësore gjatë shtatzënisë ose të shfaqin probleme të shëndetit mendor në fëmijëri (Kieling et. al, 2011).

Po kështu, përshtatja e dobët ndaj shtatzënisë mund të konsiderohet si, një rrezik potencial për shëndetin mendor të fëmijës si, dhe gjendjes fizike të tij (Kieling et. al, 2011). Është vërtetuar mirë se, kequshqyerja, pesha e lindjes e ulët dhe mangësitë e caktuara ndaj mikronutrientëve të ndryshëm (si p.sh. mungesa e jodit) rritin ndjeshëm rrezikun për zhvillimin e trurit. Ndikim kanë gjithashtu dhe sjelljet e rrezikshme shëndetësore gjatë shtatzënisë, sidomos përdorimi i duhanit, alkoolit apo drogave.

Periudha prenatale dhe fëmijëria e hershme

Studime të ndryshme kanë dhënë dëshmi të forta për të treguar rëndësinë që ka lidhja ndërmjet foshnjës dhe nënave apo një tjetër kujdestare primare për zhvillimin e mëvonshëm social dhe emocional (Grantham-McGregor et. al, 2007; Prince et.al, 2007; Ëalker et. al, 2007; Ëalker et. al, 2011). Ndarja nga kujdestari kryesor, që mund të ndodh për shkak të mungesës ose refuzimit të prindërve ka ndikim të madh tek foshnjat duke ndikuar në krijimin e gjendjeve të ankthit, stresit dhe pasigurisë. Depresioni post-natal tek nënat e reja gjithashtu mund të kontribuojë në lidhjen sub-optimale dhe zhvillimin. Prindërit që kanë vështirësi në lidhje, kanë shkathtësi të kufizuar ose shfaqin qëndrime negative në marrëdhënie me fëmijët e tyre duke rritur rrezikun ndaj ekspozimit të problemit të shëndetit mendor, stresit dhe ndaj problemeve të sjelljes (Rabbani&Raja, 2000).

Rreziqe të tjera të rëndësishme për zhvillimin fizik dhe kognitiv në foshnjërinë dhe fëmijërinë e hershme përfshijnë keqtrajtimin, neglizhencën (nga prindërit dhe kujdestarët), kequshqyerjen dhe sëmundjet infektive ose parazitare (Walker et. al, 2007; Walker et. al, 2011).

Fëmijëria

Vitet e fëmijërisë janë jetësore për zhvillimin e aftësive jetësore. Eksperiencat negative brenda shtëpisë ose në shkollë (për shembull, për shkak të konfliktit familjar ose ngacmimit në shkollë apo në lojë), kanë një efekt të dëmshëm në zhvillimin e këtyre aftësive themelore njohëse dhe emocionale (Kieling et. al, 2011; Walker et. al, 2007). Në këtë fazë të jetës, faktorët kyç mbrojtës të ndërtimit dhe ruajtjes së mirëqenies mendore ose të kapitalit janë; a) suporti i ofruar nga ana e prindërve, b) një jetë e sigurt në shtëpi dhe c) një mjedis pozitiv mësimi në shkollë. Rreziqet për shëndetin mendor përfshijnë dhunën familjare apo konfliktet, ngjarjet negative të jetës si, dhe një ndjenjë e ulët e lidhjes me shkollën ose me mjediset e tjera të të nxënit. Në rastin më të keq, ekspozimi ndaj rreziqeve të tilla si, rezultat i rrahjeve të vazhdueshme, ngacmimeve të ashpra, humbjeve prindërore apo abuzimit, mund të shkaktojnë një nivel traume që ka një efekt të pashlyeshëm mbi pjesën tjetër të jetës së personit. Kushtet socio-ekonomike në të cilat fëmijët rriten gjithashtu mund të kenë një ndikim tregues në zgjedhjet dhe mundësitë e mëvonshme në adoleshencë dhe ato në moshë të rritur. Për shembull, strehimi i varfër ose kushtet e jetesës mund të shihen nga fëmijët si, të turpshme ose degraduese (Narayan et. al, 2000). Ato mund të ulin mundësitë për të mësuar në mënyrë produktive, një ulje të bashkëveprimit social ose mund të rrisin ekspozimin e tyre ndaj sëmundjeve dhe lëndimeve.

Fëmijët me një prind që kanë një sëmundje mendore ose një çrregullim të përdorimit të substancave janë të predispozuar ndaj përjetimit të mosmarrëveshjeve familjare dhe ndaj një rreziku më të lartë të problemeve psikiatrike (World Health Organisation, 2004; Hetherington et. al, 2001; Matteblat dhe Remschmidt, 2008).

Bartja e çrregullimeve mendore brez pas brezi është rezultat i ndërveprimeve që ekzistojnë ndërmjet rrezikut gjenetik, biologjik, psikologjik dhe faktorëve social, që ndodhin në fillim të shtatzënisë dhe foshnjërisë.

Adoleshenca

Adoleshenca gjithashtu përbën një fazë kritike formuese në jetë, pasi kjo fazë bën kalimin e individit nga fëmijëria në moshën e rritur. Adoleshenca është gjithashtu periudha kur çrregullimi mendor ka më shumë gjasa të zhvillohet ose të bëhet i dukshëm. Përvojat negative, kushtet ose mjediset që ndikojnë në mirëqenien mendore të fëmijëve më të vegjël aplikohen në mënyrë të barabartë për adoleshentët. Përveç kësaj, ka rreziqe të tjera të rëndësishme që kanë rëndësi të veçantë në këtë fazë të jetës (Fisher et. al, 2011; Saëyer et. al, 2012).

Konsumimi i duhanit, alkoolit, apo drogave është një rrezik madhor gjatë adoleshencës dhe fillimi i të cilave zakonisht ndodh gjatë kësaj periudhe. Adoleshentët e ekspozuar ndaj trazirave familjare ose shfaqja e problemeve të sjelljes në fëmijëri kanë më shumë gjasa të lidhen me përdorimin e substancave psikoaktive (Fisher et. al, 2011).

Përdorimi i substancave është veçanërisht i rrezikshëm dhe i dëmshëm për adoleshentët, sepse truri dhe trupi ende janë duke u zhvilluar në këtë moshë. Adoleshentët janë gjithashtu të ndjeshëm ndaj presionit të bashkë-moshatarëve dhe gjithnjë e më shumë ndaj ndikimit të medias të cilat mund të inkurajojnë përdorimin e substancave.

Përveç këtyre rreziqeve për shëndetin, përdorimi i substancave në adoleshencë lidhet me rezultatet e ulëta të arsimit, sjelljet më të rrezikshme seksuale dhe dhunën e shtuar (World Health Organisation, 2012).

Mosha madhore

Individët të cilët kanë pasur një periudhë të sigurt dhe suport gjatë fëmijërisë dhe adoleshencës së tyre, në moshën e rritur janë në gjendje të ushtrojnë kontroll të mirë emocional dhe shfaqin aftësi shoqërore të mira. Ata menaxhojnë dhe zgjidhin me mirë problemet dhe sfidat që pashmangshmërisht paraqiten gjatë jetës.

Një nga zgjedhjet më kritike që duhet të bëhet në këtë moshë dhe që shërben si, një përcaktues kyç i mirëqenies së një individi, lidhet me “Balancën që duhet të vendoset ndërmjet jetës dhe punës”. Kjo balancë, duhet të vendoset në aspektin ekonomik, në mirëmenaxhimin e kohës ndërmjet prodhimit (qoftë e paguar apo jo) dhe konsumit (duke përfshirë kohën e lirë me familjen dhe miqtë).

Stresi dhe ankthi shpesh haset tek personat që shpenzojnë shumë kohë për të punuar, për t'u kujdesur për të tjerët ose për të vepruar në një mjedis pune të vështirë apo të pasigurt, apo për ata që janë në gjendje dhe të gatshëm të punojnë por nuk janë në gjendje ta bëjnë këtë për shkak të rrethanave të pafavorshme socio-ekonomike (World Health Organisation, 2004). Papunësia në veçanti është një faktor i mirëfilltë rreziku për shëndetin mendor, ndërsa kthimi ose marrja e punës është një faktor mbrojtës i mirënjohur. Papunësia është e lidhur me përdorimin më të madh të kujdesit shëndetësor dhe normat më të larta të vdekjeve. Kjo lidhje gjithashtu punon në drejtim të kundërt; domethënë, shëndeti i sëmurë mendor është një parashikues i rëndësishëm i papunësisë, gjë që lidhet më pas me borxhin ose varfërimin individit dhe families (Lund et. al, 2011; Organization for Economic Cooperation and Development, 2011).

Mirëqenia e çdo individi nuk është e lidhur vetëm me punën, ajo gjithashtu është e lidhur dhe me pjesëmarrjen në jetën dhe aktivitetet e familjeve të tyre si, dhe në komunitetin ku ata jetojnë.

Përfashtimi nga aktivitete të tilla për shkak të mungesës së qasjes, dhunës, krimit në lagje, besimit fetar përkatës, respektin ose mungesën e kujdesit qytetar afatgjatë ushtrojnë një forcë negative si, në mirëqenien e një individi ashtu dhe në kapitalin social të komunitetit.

Në mirëqenien individuale shëndeti përfaqëson një dimension tjetër thelbësor, kjo jo vetëm për vlerën e saj të jashtme (për kryerjen e punëve dhe aktiviteteve gjatë kohës së lirë), por edhe vlerën e saj të brendshme; domethënë, njerëzit preferojnë që të jenë të shëndetshëm sesa të sëmurë.

Me fjalë të tjera, një individ me shëndet të sëmurë ose aftësi të kufizuar përbëjnë një faktor tjetër të rëndësishëm të rrezikut për mirëqenien psikologjike në përgjithësi dhe depresionin në veçanti (Prince et. al, 2007). Individët me sëmundje kronike ose paaftësi qofshin këta në bashkësëmundshmëri me depresion ose jo, janë në një rrezik më të lartë të marginalizimit nga shoqëria ose komuniteti. Kjo vihet re më së shumti me stigmën ose diskriminimin (si për shembull individët me HIV/AIDS). Përderisa disa procese sëmundje ndikojnë drejtpërdrejt në tru, siç janë malaria cerebrale, HIV/AIDS, çrregullimet e përdorimit të substancave apo infarkteve, kryesisht krijojnë një barrë psikologjike për shkak të sfidave të jetesës me gjendjes së tyre (si një mënyrë jetese e ndryshuar që vjen me kushtet perspektive të sëmundjes së zgjatur ose vdekjes së parakohshme).

Të moshuarit

Parashikuesi i vetëm më i rëndësishëm për rënien kognitive dhe pasjen e problem të shëndetit mendor është të qenurit në moshën e tretë të jetës. Për më tepër, të moshuarit janë gjithashtu në rrezik të një izolimi social, pasi ata tërhiqen nga tregu i punës (që i privon ata nga të ardhura të qëndrueshme) si, dhe bëhen më të ndjeshëm ndaj sëmundjeve kronike (që mund t'i privojnë ata nga lëvizshmëria, pavarësia dhe aftësitë e tyre njohëse).

Ndjenjat e izolimit mund të ndodhin edhe për shkak të humbjes së partnerit ose të miqve të tyre si, pasojë e sëmundjeve ose pavëmendshmërisë apo të pakujdesshmërisë për shkak të anëtarëve të familjes së tyre. Të moshuarit janë gjithashtu të pambrojtur ndaj neglizhencës fizike ose abuzimit, qoftë nga kujdestarët formalë apo joformalë, dhe kjo ka implikime të dukshme negative për gjendjen e tyre të mirëqenies.

Izolimi social dhe familjar dhe gjithashtu dëshpërimi, janë parashikues të rëndësishëm të depresionit në moshën e vjetër. Meqenëse sëmundjet kronike fizike janë një faktor rreziku për depresionin, prevalenca më e lartë e kushteve të shëndetit fizik në këtë grupmoshë kontribuon më tej në normat e larta të depresionit (World health Organisation, 2012).

Për sa i përket rasteve të analizuara, të gjithë individët i kemi grupuar në nëntë grupmosha. Kjo ndarje u bazua në problematikat që vihen re në mosha të ndryshme të cilat i sipërpërmendëm. Gjithashtu këtë ndarje e bëmë për të parë dhe prevalencat që hasen në grupmosha të ndryshme dhe cila nga grupmoshat e marra në studim ishte më e prekur nga PSHM-or.

Mosha femërore përfaqësohet nga tre grupmosha -0-2 vjeç, 2-4 vjeç dhe 5-14 vjeç. Adoleshenca dhe moshën rinore e kemi grupuar në dy grupmosha 15-24 vjeç he 25-34 vjeç dhe më pas kemi pasuar me grupmoshat 35-44 vjeç deri në 65+ vjeç. Mosha minimale ka qenë 14 muajsh dhe ajo maksimale ka qenë 87 vjeç. Mesatarja e moshës rezultoi 43 ± 4 vjeç.

Numri më i lartë i rasteve vihet re në grupmoshën 45-54 vjeç me 27.41% të totalit të rasteve, ata të grupmoshës 35-44 vjeç radhiten të dytët me 26.28% të rasteve, grupmoshat 25-34 vjeç dhe 55-64 vjeç kanë një diferencë të vogël të numrit të rasteve me nga 17.58% dhe 16.99% të rasteve respektivisht. Një diferencë e vogël vihet re dhe ndërmjet grupmoshave 15-24 vjeç dhe mbi 65 vjeç me nga 5.48% dhe 5.37% të rasteve respektivisht.

Numri më i vogël i rasteve vihet re për moshat femënore nga 0-14 vjeç me 0.90% të totalit të rasteve me PSHM-or.

Në ndarjen që kemi bërë sipas grupmoshave, vihet re një ndryshim i rasteve të paraqitura në QKSHM dhe SHSHMSH. Raste të moshave femënore vihen re vetëm në QKSHM dhe jo në SHSHMSH. Kjo për faktin se, dekadën e fundit rastet e fëmijëve me autizëm, me hiperaktivitet apo problematika të tjera, po shtohen gjithnjë e më shume. Gjithashtu ky ndryshim vihet re dhe për mënyrën e trajtimit të tyre. Këta fëmijë, marrin trajtim pranë ambienteve të qendrave ditore apo në shtëpi e shkolla dhe nuk trajtohen si, raste spitalore. sensibilizimi i problematikave që vjen si, pasojë e autizmit apo problemeve të tjera mendore që në moshat më të hershme femënore po vihet gjithmonë e më në fokus si, nga ana e mjekëve, psikologëve, prindërve por edhe e mediave.

Për këtë arsye dhe prindërit janë bërë më të kujdesshëm ndaj fëmijëve të tyre duke bërë të mundur kapjen sa më të shpejt të rasteve me probleme. Është e vërtetë gjithashtu, që jo të gjitha rreziqet kanë të bëjnë me një grup moshe të caktuar; për shembull, gjinia, përkatësia etnike dhe vendi i banimit janë të pavarura nga mosha (World Health Organisation, 2005; World Health Organisation, 2006; World Health Organisation; 2011; World Health Organisation, 2012).

Një shëndet i mirë mendor na lejon fleksibilitet njohës dhe emocional, të cilat janë baza për aftësitë sociale dhe elasticitetin përballë stresit. Ky kapital mendor është shumë i rëndësishëm për funksionimin e shëndetshëm të familjeve, komuniteteve dhe shoqërisë. Ashtu si, me individët, shoqëritë mund të jenë më shumë ose më pak rezistente ndaj streseve të ndryshme që mund të shfaqen gjatë jetës së tyre, një nga këto strese është dhe një krizë ekonomike në nivel familjar, në rang vendi, rajoni apo atë global. Goditjet ekonomike mund të destabilizojnë publikun buxhetet e shërbimit dhe ndikojnë në sistemet e arsimit dhe kujdesit shëndetësor.

Kjo gjë vihet re më së shumti në vendet e pa zhvilluara dhe ato në zhvillim. Vendet e zhvilluara, kanë në dispozicion legjislacione dhe politika për mbrojtjen e mirëqenies së shoqërisë së tyre duke siguruar një rritje të elasticitetit të komuniteteve ndaj goditjeve ekonomike dhe zbutjen e efekteve të shëndetit mendor të papunësisë dhe të stresit të lidhur pasojat e rënies ekonomike (Stuckler et. al, 2009).

Në anën tjetër, ndërkohë që kriza ekonomike mund të ketë efekte të shëndetit mendor, problemet e shëndetit mendor kanë efekt ekonomik gjithnjë e më të rëndësishëm. Pasojat ekonomike të problemeve të shëndetit mendor - kryesisht në formën e produktivitetit të humbur - vlerësohen mesatarisht 3- 4% të produktit kombëtar bruto të vendeve të Bashkimit Evropian (BE) (Gabriel and Liimatainen, 2000). Studime të shumta kanë shpjeguar modele të individëve të cilët vuajnë nga çrregullimet e zakonshme mendore.

Pothuajse në të gjitha këto studime është nxjerrë në pah që faktorët më të rëndësishëm të shkakimit të këtyre problemeve janë varfëria dhe problemet social-ekonomike (Vikram Patel&Arthur Kleinman, 2003; Aidoo&Harpham, 2001; Patel et. al, 1995; Patel et. al, 1998; World Health Organization; 2001; Institute of Medicine, 2001; Desjarlais et. al, 1995; World development report, 2001).

Për shkak të mbivendosjes ndërmjet nëngrupeve diagnostikues të çrregullimeve të zakonshme mendore (Tyrer, 2001), hulumtimi epidemiologjik shpesh përshkruan normat e çrregullimeve mendore të zakonshme si, një rezultat i vetëm.

Ndërsa perceptimet individuale të sëmundjes nuk janë dëshmi e një lidhjeje shkakësore, natyra universale e perceptimeve mund të konsiderohet si, validim kulturor i lidhjeve epidemiologjike të raportuar në studimet e kryera (Vikram Patel&Arthur Kleinman, 2003).

Të ardhurat mujore

Studimet të ndryshme, nuk na paraqesin një analizë korrelacioni, lidhur me nivelet absolute të të ardhurave dhe çrregullimeve të zakonshme mendore, kjo pasi treguesit mesatarë të të ardhurave për vendet, nuk tregojnë nivelet e vërteta në popullatat që studiohen. si, për shembull, në një analizë multivariate për të dhënat në Kili, na treguan se, nivelet absolute të të ardhurave nuk lidheshin në mënyrë sinjifikative me një rrezik të rritur të sëmundjeve mendore edhe në rastet kur arsimimi i të gjithë individëve ishte marrë parasysh (Araya et al, 2001; Araya et al, 2003). Nga ana tjetër, ky studim tregon se, kushtet e dobëta të jetesës si, strehimi jo i mirë, i shoqëruar kjo me të ardhura të ulëta, mbetën të lidhura ngushtë me nivelin arsimor. Marrëdhënia që ekziston mes pabarazisë së të ardhurave dhe çrregullimeve të zakonshme mendore gjithashtu është e paqartë. Disa studime për vendet e industrializuara kanë treguar një lidhje të pavarur të të ardhurave të ulëta, tek femrat me depresion që jetojnë në gjendje të pabarabarta të të ardhurave (Kahn et al, 2000).

Por këto gjetje janë kundërshtuar nga studime që tregojnë një marrëdhënie të dobët, ndërmjet pabarazisë dhe çrregullimeve mendore të zakonshme (Sturm dhe Gresenz, 2002).

Një studim i kryer nga Weich, Lewis&Jenkins na tregon e ekziston një rrezik më i lartë për të pasur çrregullime mendore nëse personat kanë të ardhura të larta por jetojnë në zona të paparështatshme për standardin e tyre (Weich, Lewis dhe Jenkins, 2001).

Pasiguria

Njerëzit e që jetojnë në varfëri gjithmonë e më shumë theksojnë gjendjet e ankthit dhe frikës që ata përjetojnë, pasi ndihen të pasigurt dhe mjaft të prekshëm nëse kushtet e tyre të jetesës dhe punës përkeqësohen.

Siguria përcaktohet nga stabiliteti dhe vazhdimësia e jetesës, parashikueshmëria e marrëdhënieve, ndjenja e sigurisë dhe përkatësia në një grup social (Narayan et. al, 2000). Komenti i mëposhtëm ilustron mjaft qartë ndikimin e pasigurisë në shëndetin mendor (Narayan et. al, 2000):

"Punëdhënësi mund t'ju mbajë deri në tre muaj me anë të një kontratë të përkohshme pa nënshkruar kontratë të përhershme. Në fund të muajit të tretë, ai thjesht thotë 'IK' pa shpjeguar arsyen se, si dhe pse. Vetëm 'LARGOHU'. Ai mund t'ju largojë edhe më herët, nga puna nëse ai nuk ju pëlqen Juve. Nëse thoni diçka që nuk pëlqehet nga punëdhënësi, apo nëse e kaloni atë, ai Ju thotë 'LARGOHU, ka mijëra njerëz si, ju duke pritur për pozicionin tuaj'. "

Ekzistojnë prova të lidhjes ndërmjet pasigurisë së rrjedhjes së të ardhurave dhe çrregullimeve të zakonshme mendore (Araya et al, 2003). Vetëvrësja e fermerëve në pjesët e Indisë që nga mesi i viteve 1990 siguron një ilustrim tjetër të ndikimit të pasigurisë financiare në shëndetin mendor (Sundar, 1999). Globalizimi dhe ardhja e kompanive multinationale kanë ndezur një konkurrencë të re për fermerët e vegjël, mallrat e të cilëve nuk kanë çmime konkurruese, pa shtuar probleme të tjera të shumta, si, fara me cilësi të rëndomtë dhe mungesa së përkrahjes nga bankat (Sundar, 1999, Patel, 2001).

Mungesa e shpresës

Ndikimi psikologjik që ka të jetuarit në kushte ekstremisht të varfra apo të varfra, shpesh ndërmjetësohet me ndjenja turpi, nga stigmat apo nga poshtërimi ndaj varfërisë (Narayan et al., 2000). Studime të ndryshme kanë paraqitur në bazë të dëshmive të të afërmeve të personave që kishin kryer vetëvrasje apo dhe ata të mbijetuarit nga përpjekjet për vetëvrasje, tregojnë se, mungesa e shpresës është një përvojë thelbësore. Kjo gjë është e lidhur gjithashtu dhe me faktorë të tjerë që vijnë si, pasojë e abuzimit të bashkëshortëve dhe familjes, martesat e detyruara, perspektivat e kufizuara arsimore dhe të punës, stigma për dështimin e një fëmije të gjinisë djalë, dhe migrimi i burrave në zonat urbane për punësim (Ji, Becker&Kleinman, 2001; Lee&Kleinman, 2000).

Impakti i jetesës në varfëri ilustruhet nga ky tregim i një burri në Guinea- Bissau (Narayan et al, 2000): "Kur nuk kam asnjë ushqim për t'i sjellë familjes time, detyrohem të marr hua, kryesisht nga fqinjët dhe miqtë. Për këtë arsye ndihem i turpëruar para fëmijëve të mi kur nuk kam asgjë për të ndihmuar në ushqimin e familjes sime. Nuk jam mirë kur jam i papunë. Është e tmerrshme".

Edukimi

Analfabetizmi ose një arsim i dobët janë parë si, një faktor rreziku i qëndrueshëm për çrregullimet e zakonshme mendore. Studime të ndryshme gjithashtu kanë demonstruar një raport së dozës së përgjigjes që vihet re ndërmjet nivelit arsimor dhe rrezikut të këtyre çrregullimeve (Araya et al., 2001). Kauzaliteti i kundërt nuk ka gjasa të jetë faktor, pasi arsimi fillor ndodh në fëmijërinë e hershme kur çrregullimet mendore janë të pazakonta (Ludermir&Leëis, 2001).

Marrëdhënia midis nivelit të ulët arsimor dhe çrregullimeve mendore mund të ngatërrohet ose shpjegohet me një numër të rrugëve: këto përfshijnë kequshqyerjen, e cila pengon zhvillimin intelektual, duke çuar në performancë të dobët arsimore dhe zhvillimin e dobët psiko-social.

Rreziku që i atribuohet të ardhurave të ulëta për çrregullimet psikiatrike që ndodhin gjatë fëmijërisë është më e fortë për çrregullimet e sjelljes (Lipman, Offord&Boyle, 1996). Këto janë të lidhura me moskryerjen apo përmbushje e nivelit arsimor si, dhe çrregullimet e zakonshme mendore në moshë madhore.

Pasojat sociale të arsimit të dobët janë të dukshme si; mungesa e arsimit paraqet një mundësi të zvogëluar për personat që të kenë qasje në burime (në nivel shoqëror dhe ekonomik) për të përmirësuar gjendjen e tyre (Hussain, Creed and Tomenson, 2000) dhe nivelet e ulëta të arsimit janë implikuar si, një faktor rreziku për problemet mendore.

Nivelet e larta të arsimit mund të pasqyrojnë zhvillimin optimal të trurit në fëmijëri, i cili nga ana tjetër mbron proceset patologjike që çojnë në dëmtime njohëse në jetën e mëvonshme (Prince, 1998).

Niveli arsimor i gjithsecilit prej nesh, ndikon drejtpërsëdrejti në integrimin tonë në shoqëri duke na udhëhequr drejt një niveli tjetër social, ekonomik dhe shoqëror. Një impakt të madh, niveli i arsimit, zë dhe në të ardhurat mujore familjare dhe ato personale. Një arsim më i mirë do të thotë një punë më të mirë, një pagë më të mirë, një pozitë sociale dhe shoqërore më të mirë si, dhe kushtet dhe komoditet e të jetuarit gjithashtu do të jenë më të mira. Të gjitha këto ndikojnë dhe në shëndetin tonë dhe për më tepër në shëndetin mendor (Catherine et. al, 2012).

Komorbiditeti

Varfëria ka të ngjarë të shoqërohet me kequshqyerje, një mungesë qasjeje apo aksesit për ujë të pastër, të jetuarit në mjedise të ndotura, strehim joadekuat, aksidente të shpeshta dhe faktorë të tjerë të rrezikut të lidhur me shëndetin fizik të dobët.

Ekzistojnë prova që paraqesin komorbiditetin midis sëmundjeve fizike dhe çrregullimeve të zakonshme mendore dhe kjo lidhje, pjesërisht, mund të jetë shkaku mes varfërisë dhe çrregullimeve mendore (Farmer, 2001; Golberg&Huxley, 1992).

Problemet mendore dhe fizike të shëndetit të çojnë në rritjen e kostove të kujdesit shëndetësor dhe në përkeqësim të varfërisë (Kleinman, 2009). Një studim pilot mbi barrën ekonomike të çrregullimeve mendore të përbashkët në Azinë Juglindore tregoi një barrë të konsiderueshme të kostove të kujdesit shëndetësor, kryesisht në sektorin privat, dhe shpenzimet indirekte tejkaluan kostot e kujdesit shëndetësor deri në tre herë (Patel dhe Kleinman, 2003; Chisholm et al, 2000).

Bazuar në përpunimin e të këtyre parametrave të sipërpërmendura, numrin më të madh të rasteve me probleme e paraqesin individët të cilët kanë një nivel arsimor deri tek shkolla e mesme. Prevalenca e këtyre problematikave vihet re tek kjo kategori në masën 68%. Përmendim që një numër i konsiderueshëm të rasteve ju përkasin dhe individëve të cilët kanë një nivel arsimor të lartë (kryerja e universitetit). Kjo kategori zë 22% të totalit të rasteve.

Familjet me të ardhura mujore të ulëta ose mesatare, zënë numrin më të madh të rasteve të analizuara. Ata të cilët deklarojnë të ardhurat mujore nga 100-200 mijë lekë në muaj paraqesin një prevalencë 30.8% të totalit të rasteve, ndërsa ata të cilët kanë të ardhurat mujore familjare nga 200-400 mijë lekë zënë 34.29% të totalit të rasteve.

Për sa i përket statusit, nëse këta individë ishin në marrëdhënie pune në momentin që kanë shfaqur këto problematika, rreth 44.9 % e tyre janë deklaruar si, të punësuar, 35.04 % si, të papunë, 12.73 % si, pensionist dhe 7.3% ishin fëmijë që frekuentonin çerdhe, kopshte dhe shkolla. Studime të shumta kanë nxjerrë në pah rolin e madh që luajnë shpjegimet gjenetike apo herediteti familjar lidhur me PSHM-or. Kjo pasi nëse një familjar i afërm më saktë një prind shfaq një çrregullim, probabiliteti i fëmijëve të atij personi në zhvillimin e çrregullimeve është të paktën 10 herë më i lartë në krahasim me fëmijët e popullatës së përgjithshme (Burmeister, 2006; Catherine et. al, 2012; Bearden, Reus and Freimer, 2004; World Health Organistaion, 2012; Insel and Collins, 2003; Kas et. Al, 2007; Kirmayer and Swartz, 2013).

Lidhur me këtë fakt, analiza e të dhënave tona rezultoi që 35.42% e individëve paraqisnin një histori të mëparshme familjare, ndërsa 64.58% e tyre nuk kishin një histori familjare. Për sa i përket prevalencës së sëmundshmërisë mund të themi që, kemi një mbizotërim të rasteve të cilët vuajnë nga sëmundjet që sipas klasifikimit të ICD 10, përfshihen në F20-29.

Në këtë grup bëjnë pjesë sëmundjet si, skizofrenia që zë vendin kryesor, çrregullimet deluzionale si, dhe psikozat reaktive. Këto sëmundje zënë një prevalencë 46.4% të totalit të sëmundshmërisë të hasur në këtë punim.

Në vend të dytë janë renditur rastet të cilat janë klasifikuar në F30-F39. Ato zënë një prevalencë 26.3% dhe si, sëmundje kryesore përmendim çrregullimet bipolare, afektive dhe depresionin. Sëmundjet e shkaktuara nga përdorimi i alkoolit ose substancave të tjera të dëmshme për organizmin janë klasifikuar tek F10-F19 dhe zënë një prevalencë 3.2% të totalit të rastit.

Çrregullimet anksoze dhe çrregullimet neurotike të lidhura kryesisht me stresin janë klasifikuar tek F40-F48 dhe zënë një prevalencë 10.1% të rasteve. Çrregullimet e personalitetit zënë një prevalencë 3.3% dhe janë klasifikuar si, F60-F69.

Tek të tjerat kemi futur të gjitha rastet e problematikave të tjera që hasen si, prapambetje mendore, demenca, sëmundjet senile dhe Alzheimer, çrregullimet organike kryesisht epilepsia, autizmi ose çrregullimet e tjera që vihen re tek fëmijët e vegjël. Ato zënë një prevalencë 10.7% të rasteve (Newschaffer et. al 2007).

Edhe për sa i përket ndarjes sipas klasifikimit të sëmundjeve përsëri kemi një mbizotërim të rasteve meshkuj kundrejt atyre femra. Kjo gjë është me e dukshme në rastet e sëmundjeve të shkaktuara nga etilizmi apo drogat. Kjo gjë është dhe në përputhje me literaturën ku citohet që në këtë kategori meshkujt kanë përqindjen më të madhe të rasteve në raportet burrat: 5.6%, gratë 1.3% (WHO, 2014).

Në ndarjen sipas vendbanimit urban/rural dhe sëmundjeve që ata paraqesin bazuar në klasifikimin ICD-10, mund të themi që rastet me vendbanim në zonat rurale zënë një frekuencë më të lartë sëmundshmërie.

Frekuenca më e lartë e rasteve haset në kategorinë F20-F29 me 2192 raste të vendbanimit në zonë rurale kundrejt 1342 të vendbanimit në zonë urbane. Edhe për sa i përket kategorive të tjera të sëmundshmërisë, vendbanimi në zonë rurale paraqet frekuencë më të lartë krahasuar me zonat urbane.

Tabelat 5.18 dhe 5.19 paraqesin ndarjen sipas sëmundshmërisë bazuar në klasifikimit ICD-10 dhe grupmoshat të marra në studim. Ajo që të bie në sy është që grupmoshat 25-44 vjeç dhe 45-64 vjeç paraqesin problematikën më të mëdha krahasuar me grupmoshat e tjera.

Për të parë korrelacionet e mundshme ndërmjet faktorëve të riskut lidhur me problemet e shëndetit mendor, është përdorur analiza e regresionit logjistik për të gjithë këta faktorë ku, të gjitha vlerat e p më të vogla ose të barabarta me 5% janë konsideruar sinjifikantë për CI 95%. Të gjithë këta faktorë risku janë paraqitur në tabelat 5.20; 5.21 dhe 5.22.

Në tabelën 5.19 kemi paraqitur korrelacionet ndërmjet sëmundshmërisë dhe ndarjes sipas gjinisë, vendbanimit dhe pesë grupmoshave të përcaktuara për këtë studim. Vlen të theksojmë se, në ndarjen sipas gjinisë femra/meshkuj, gjininë mashkullore e kemi marrë si, referim për klasifikimet F20-29; F30-39; F40-48; F60-69 dhe kategorinë tjetër. Ndërsa për kategorinë F10-19 si referim, janë marrë femrat, kjo për faktin se kjo gjini nuk është frekuentuese e rregullt e pijeve alkoolike apo drogave të ndryshme ashtu siç klasifikohet gjinia që ka në përbërje meshkuj.

Bazuar në regresionin logjistik meshkujt kanë rezultuar 28.12 herë më të riskuar për të zhvilluar PSHM krahasuar me gjininë femër, për CI 95% [11.56 – 68.4] vlera e p rezultoi < 0.0001/. Përsa ju përket kategorive të tjera të sëmundshmërisë, kategoritë F 20-29 dhe F 40-48 rezultuan më sinjifikante.

Femrat janë 1.18 herë më të riskuara të zhvillojnë PSHM të kategorisë F20-29 kundrejt meshkujve për CI 95% [1.08 – 1.27] p value=0.0003 dhe për F40-48 femrat rezultuan 2.6 herë më të riskuara kundrejt meshkujve për CI 95% [2.23 – 3.04] p value <0.0001.

Në korrelacionin sipas vendbanimit urban/rural si referencë është marrë vendbanimi urban, kjo për shkak të problematikave më të shumta që vihen re në zonat rurale krahasuar me ato urbane.

Korrelacion u vu re për kategoritë e sëmundjeve F20 - 29 (odds ratio 1.24; CI 95% [1.14 - 1.34] p value < 0.0001); F30 -39 (odds ratio 1.18; CI 95% [1.08 - 1.3] p value = 0.0013); F 40 - 48 (odds ratio 1.36; CI 95% [1.17 - 1.54] p value = 0.0001) dhe F 60 - 69 (odds ratio 1.73; CI 95% [1.36 - 2.23] pvalue < 0.0001). për dy kategoritë e tjera F 10-19 dhe ato të grupuara tek kategoria tjetër nuk u vu re një korrelacion ndërmjet vendbanimit rural/urban për CI 95% p value rezultoi >0.05.

Për ndarjen sipas grupmoshës, si, referencë janë marrë kategoria +65 vjeç. Në grupmoshën 0-14 ashtu siç e kemi përmendur më parë kategoritë F 10 -19; F 20 -29; F 40 – 48 dhe F 60 – 69 nuk kemi asnjë rast të evidentuar. Ndërsa për dy kategoritë e tjera F 30 – 39 dhe kategorinë tjetër kjo grupmoshë paraqet një sinjifikancë të fortë me sëmundshmërinë. Për kategorinë F 30 -39 (odds ratio 10.0; CI 95% [1.24 – 40.0] pvalue = 0.0022) dhe kategorinë jjetër vihet re një sinjifikancë mjaft e fortë (odds ratio 94.33; CI 95% [22.7 – 391.84] pvalue < 0.0001). Kjo për arsye se, problematikat që vihen re më së shumti në këtë grupmoshë janë grupuar pikërisht në këtë kategori.

Për grupmoshën 15 – 24 vjeç, në kategorinë F 10 – 19 (odds ratio 1.89; CI 95% [0.99 – 3.59] p value =0.05). Gjatë adoleshencës dhe moshës së rritur vihet re konsumimi i drogave dhe pijeve të ndryshme alkoolike të cilat nisin fillimisht si për ta provuar ose si për t'u dukur ndaj shoqërisë. Vihet re një sinjifikancë e lehtë për këtë grupmoshë për kategorinë F 20 – 29 (odds ratio 1.35; CI 95% [1.02 - 1.8] p value = 0.032) dhe F 30 – 39 (odds ratio 2.18 CI 95% [1.5 - 3.23] pvalue = 0.0001). Për kategoritë e tjera nuk u vu re asnjë korrelacion me grupmoshën për CI 95% p value > 5%.

Për grupmoshën 25 – 44 vjeç, në kategorinë F 10 – 19 (odds ratio 1.24; CI 95% [0.71 – 2.13] p value = 0.47 pra edhe pse kjo kategori është 1.24 herë më e riskuar për të patur PSHM si, pasojë e etilizmit dhe drogave që konsumojnë, ata nuk paraqesin asnjë sinjifikancë.

Për kategorinë F 20 – 29 vjeç, u vu re një lidhje e fortë sinjifikative për $p \text{ value} < 0.0001$, CI 95 % [1.38 – 2.12] odds ratio 1.71; për kategorinë F 30 – 39 kemi një sinjifikancë të fortë për $p \text{ value} = 0.037$ CI 95 % [1.01 – 1.66] odds ratio 1.29; ndërsa për kategoritë F 40 – 48 dhe F 60 – 69 vjeç nuk u vu re lidhje sinjifikante $p \text{ value}$ rezultoi $> 5\%$ (odds ratio 1.25 [0.87 – 1.8] dhe odds ratio 1.3 [0.80 – 2.13] respektivisht). Ndërsa në kategorinë tjetër për këtë grupmoshë u vu re një lidhje e fortë sinjifikante për odds ratio 4.17, CI 95% [3.23 – 5.56], $p \text{ value} < 0.0001$.

Grupmosha 45 – 64 vjeç, paraqet sinjifikancë për kategoritë F 20 – 29 (odds ratio 1.71 [1.39 – 2.14] $p \text{ value} < 0.0001$); F 30 – 39 (odds ratio 1.41 [1.10 – 1.8] $p \text{ value} = 0.0058$); F 60 – 69 (odds ratio 1.93 [1.17 – 3.23] $p \text{ value} = 0.011$) dhe kategorinë tjetër (odds ratio 3.85 [2.95 – 5] $p \text{ value} < 0.0001$). Për kategoritë F 10 – 19 dhe F 40 – 48 nuk u vu re asnjë korrelacion për sa i përket grupmoshës. Për të dyja $p \text{ value}$ rezultoi $> 5\%$, CI 95%.

Ashtu siç e kemi shprehur dhe më parë popullata e Qarkut Shkodër përbëhet nga etnicitete të ndryshme, ku shumica përfaqësohet nga etni shqiptare. Për të parë korrelacionet e mundshme ndërmjet ndarjes sipas sëmundshmërisë (klasifikimi ICD-10) dhe grupeve etnike, ne kemi përdorur analizën e regresionit logjistik (Tabela 5.23). Etnia shqiptare paraqet një lidhje të fortë sinjifikante për kategoritë F 10 – 19 (odds ratio 3.7 [1.96 – 6.66] $p \text{ value} < 0.0001$; F 20 – 29 (odds ratio 8.32 [4.5 – 15.12] $p \text{ value} < 0.0001$; F 30 – 39 (odds ratio 3.32 [1.8 – 6.04] $p \text{ value} = 0.0001$ dhe F 60 – 69 (odds ratio 3.3 [1.78 – 6.25] $p \text{ value} < 0.0001$. Për Kategoritë F 40 - 48 dhe tjetër nuk u vu re asnjë lidhje sinjifikante me sëmundshmërinë.

Etnia egjiptiane paraqet korrelacion vetëm me kategoritë F 10 – 19 (odds ratio 4.54 [2.0 – 10.3] $p \text{ value} = 0.0003$; F 60 – 69 (odds ratio 2.60 [1.08 – 6.24] $p \text{ value} = 0.03$. Nuk u paraqit korrelacion për kategoritë e tjera (F 20 – 29; F 30 – 39; F 40 – 48 dhe kategoria tjetër) të sëmundshmërisë dhe etnecitetit egjiptian $p \text{ value}$ rezultoi $> 5\%$ për CI 95%.

Për sa i përket korrelacioneve sipas sëmundshmërisë dhe ndarjes sipas besimit fetar, ajo që të bie në sy pas analizës së regresionit logjistik (tabela 5.23) është që, lidhje sinjifikante paraqesin vetëm individët të cilët kanë probleme dhe shëndetin mendor sipas kategorive përkatëse dhe i përkasin besimit katolik, mysliman dhe bektashinj. Për besimin katolik ky korrelacion vihet re për kategorinë e sëmundjeve F 10 -19 (odds ratio 8 [5 – 15] p value < 0.0001; F 20 – 29 (odds ratio 4.05 [2.2 – 7.4] p value < 0.0001; F 40 -48 (odds ratio 3 [2 – 6] p value < 0.0009; F 60 – 69 (odds ratio 6 [4 – 12] p value < 0.0001 dhe kategorinë tjetër (odds ratio 2 [1 – 4] p value < 0.03. Ky besim nuk paraqiti korrelacion vetëm me kategorinë F 30 – 39 (odds ratio 1.54 [0.84 – 2.8] p value = 0.16). Besimin mysliman dhe atë bektashi i kemi kategorizuar së bashku.

Për kategorinë F 10 -19, presupozohej që mos të paraqitej asnjë lidhje sinjifikante për shkak se, besimi mysliman e ndalon konsumimin e etilizmit për besimtarët e fesë së vet. Mendojmë se, kjo lidhje e fortë mund të ketë ardhur për dy arsye; e para se, ne i kemi grupuar si myslimanët ashtu edhe bektashinjtë në një grup dhe këta të fundit nuk e kanë të ndaluar konsumimin dhe së dyti këta individë mund të jenë besimtar mysliman por që nuk ndjekin ligjet e kuranit. Pra janë konsumues të rregullt të etilizmit. Në këtë kategori odds ratio 9 [5 – 17] p value < 0.0001. Korrelacion u vu re dhe për kategoritë e sëmundjeve të klasifikuara si, F 20 – 29 (odds ratio 3.5 [1.9 – 6.5] p value < 0.0001; F 60 – 69 (odds ratio 10 [6 - 20] p value < 0.0001 dhe kategorinë tjetër (odds ratio 2 [1 – 5] p value = 0.03). Për kategoritë F 30 – 39 dhe F 40 – 48 nuk u vu re lidhje korrelacioni me besimin Mysliman dhe Bektashinj, p value rezultoi > 5%, CI 95%.

Besimi kristian jo katolik paraqet korrelacion me sinjifikancë të lartë vetëm për kategorinë e sëmundjeve që klasifikohen në F 10 -19 (odds ratio 3 [5 – 17] p value < 0.0001), ndërsa për kategoritë e tjera nuk paraqitet lidhje sinjifikante për CI 95% p value > 5%.

Edhe për rastet e individëve të cilët kanë deklaruar që janë ateist dhe besimtar pa përcaktim nuk është paraqitur asnjë lidhje sinifikante për çdo kategori të sëmundshmërive.

Në tabelën e tretë ne kemi analizuar me anë të regresionit logjistik faktorët e tjerë të riskut që mund të kenë ndikim të drejtpërdrejtë me zhvillimin e problemeve të shëndetit mendor. Për rastet kur individët kanë deklaruar që janë pa arsim, ne na shfaqet një lidhje sinifikante për çdo klasifikim respektivisht për F 10 – 19 (odds ratio 7.4 [4.08 – 13.47] p value < 0.0001), F 20 – 29 (odds ratio 6.37 [3.43 – 11.85] p value < 0.0001); F 30 – 39 (odds ratio 10.3 [5.9 – 17.94] p value < 0.0001); F 40 – 48 (odds ratio 5.38 [2.8 – 10.31] p value < 0.0001) për kategoritë F 60 – 69 dhe tjetër kemi të njëjtën rezultat (odds ratio 6.37 [3.43 – 11.85] p value < 0.0001). Të njëjtat lidhje korrelacioni paraqiten dhe për arsimin fillor, arsimin 8 – 9 vjeçar dhe arsimin e mesëm. Për të gjitha kategoritë vihet re një lidhje e fortë sinifikante.

Për sa i përket të dhënave të deklaruara lidhur me ardhurat familiare të individëve me PSHM, ata që kanë deklaruar që nuk kanë të ardhura familjare paraqesin një lidhje sinifikante vetëm në kategoritë F 10 – 19 (odds ratio 3.08 [1.13 – 8.38] p value = 0.027); F 20 – 29 (odds ratio 4.64 [1.9 – 11.28] p value = 0.0007); F 30 – 39 (odds ratio 3.83 [1.5 – 9.78] p value = 0.0049); F 40 – 48 (odds ratio 5.5 [2.34 – 12.92] p value = 0.0001). Ndërsa për F 60 – 69 dhe kategorinë tjetër nuk paraqitet asnjë lidhje sinifikante. Në individët të cilët raportojnë që trajtohen vetëm me ndihmë sociale korrelacioni vihet re vetëm në kategoritë F 20 – 29 (odds ratio 10.38 [6.9 – 15.5] p value < 0.0001); F 30 – 39 (odds ratio 5.76 [3.78 – 8.77] p value < 0.0001); dhe kategorinë tjetër (odds ratio 2.7 [1.68 – 4.34] p value < 0.0001).

Ndërsa për kategoritë F 10 – 19; F 40 – 48 dhe F 60 – 69 nuk paraqitet asnjë lidhje sinifikante për CI 95% vlera e p value > 5%.

Për individët që kanë deklaruar që marrin 100 deri në 200 mijë lekë në muaj, për të gjithë kategoritë e sëmundshmërisë vihet re një lidhje e fortë sinjifikante. Për çdo nga kategoritë e sëmundshmërisë p value ka rezultuar < 0.05 për CI 95%.

Për ata që kanë deklaruar që kanë të ardhura mujore 200 – 400 mijë lekë në muaj lidhje sinjifikante nuk është vënë re vetëm për kategorinë e sëmundjeve F 40 – 48. Ndërsa për kategoritë e tjera kanë rezultuar lidhje të forta sinjifikante për p value < 0.05 , CI 95%.

Edhe për individët që marrin 400 – 600 mijë, nuk u paraqit lidhje sinjifikante vetëm për kategorinë F 10 – 19 ndërsa për kategoritë e tjera u vunë re lidhje të forta sinjifikante p value < 0.05 , CI 95%.

Për sa i përket punësimit të individëve të sëmurë, ata që kanë deklaruar që punojnë rezultojnë të kenë korrelacion të fortë për kategoritë e sëmundjeve F 20 – 29 (odds ratio 65.4 [35.8 – 119.2] p value < 0.0001); F 30 – 39 (odds ratio 17.4 [9.6 – 31.8] p value < 0.0001); F 40 – 48 (odds ratio 3.97 [2.16 – 7.32] p value < 0.0001) dhe kategorinë tjetër (odds ratio 2.61 [1.4 – 4.83] p value = 0.0023). për ategoritë F 10 – 19 dhe F 60 – 69 nuk u paraqit asnjë lidhje sinjifikante.

Për individët të cilët kanë deklaruar që janë të papunë, lidhej sinjifikante nuk paraqitet vetëm për kategorinë F 60 – 69. Për kategoritë e tjera vihet re një lidhje e fortë sinjifikante me p value < 0.05 , CI 95%. Ndërs për individët të cilët ishin në pension u vu re një lidhje korrelative mjaft e fortë për çdo kategori sëmundshmërie. Për secilën nga këto u vu re një vlerë e p < 0.05 për CI 95%.

Ashtu siç është shprehur dhe në pjesën teorike dhe atë të diskutimeve, pasja e një historie të mëparshme familjare me probleme të shëndetit mendor ka një ndikim sinjifikant tek individët e tjerë të familjes.

Për këtë arsye ne kemi parë me anë të analizës së regresionit logjistik nëse do kishim një korrelacion ndërmjet individëve me histori familjare dhe sëmundjeve që ata kishin. Vlen të theksojmë së lidhje të forta sinjifikante u vunë re për kategoritë e sëmundjeve F 10 – 19 (odds ratio 1.31 [1.01 – 1.69] p value = 0.039); F 20 – 29 (odds ratio 3 [2 – 4.7] p value < 0.0001); F 30 – 39 (odds ratio 1.13 [1.02 – 1.26] p value = 0.016); F 40 – 48 (odds ratio 2.88 [2.47 – 3.35] p value < 0.0001) dhe F 60 – 69 (odds ratio 2.95 [2.29 – 3.81] p value < 0.0001). Për kategorinë sëmundjeve që ne i kemi futur tek të tjerët nuk u paraqit një lidhje sinjifikante pasi vlera e p rezultoi > 5%, CI 95%.

KONKULUZIONE

Ky punim Doktorature nxorri në pah, një incidencë mjaft të lartë të problemeve të shëndetit mendor për Qarkun Shkodër. Më poshtë po listojmë atë çka u arrit si konkluzion në përfundim të rasteve të analizuara.

- ✓ Nga hulumtimi epidemiologjik i 7620 kartelave, incidenca e probleme të shëndetit mendor rezultoi 3378. 42 të sëmurë për 100.000 mijë banorë.
- ✓ Rastet tona i kemi klasifikuar sipas DMS-V dhe ICD-10. Ajo që të bie në sy është numri mjaft i rasteve më skizofreni me 2884 raste gjithsej. Mendojmë se, ky numër kaq i madh vjen pasi shumica e rasteve të analizuar i përkasin SHSHMSH, ku të sëmurët që trajtohen aty paraqesin komplikacione të rënda me PSHM-or siç është dhe skizofrenia. Në vend të dytë rendisim çrregullimet depresive dhe çrregullimet afektive me respektivisht 765 dhe 739 raste. Më pas renditen ata me prapambetje mendore, çrregullime neuritike, personaliteti, anksoze, reaktive etj.
- ✓ Nëse do të bazoheshim në klasifikimin sipas ICD-10 prevalencë më e lartë paraqitet për kategoritë e sëmundjeve që përfshihen në F 20 – 29 me 46.4%, në vend të dytë ata me F 30 -39 me 26.3%, me F 40 -48 dhe kategorinë tjetër me 10% respektivisht, ndërsa ata në kategorinë F 10 – 19 dhe F 60 – 69 me mbi 3%.
- ✓ Numri i rasteve të hospitalizuar nga viti 2005 deri në vitin 2015 rezultoi mjaft i lartë me 6, 287 raste. Gjithsesi këto raste paraqesin një trend me luhatje të dukshme ulje dhe ngritje. Ajo që vlen të theksojmë është që në vitet e fundit ky trend po vjen në zbritje pasi fokusi po drejtohet drejt trajtimit të këtyre rasteve jo më pranë spitaleve por më pranë qendrave komunitare.

- ✓ Të kundërtën mund të themi për trendin e rasteve të trajtuara pranë qendrave komunitare të shëndetit mendor. Edhe pse për një periudhë kohore më të vogël (2010 deri në 2015) gjithsej janë analizuar 1, 333 raste dhe vlen të theksojmë se, trendi vjen gjithmonë në rritje vit pas viti.
- ✓ Numri i rasteve meshkuj të trajtuar pranë të dy qendrave rezultoi më i lartë 4,535 (59.6%) krahasuar me rastet femra 3,085 (40.5%). Incidenca u paraqit më e lartë përsëri për gjininë meshkuj krahasuar me femrat 2011.98 dhe 1367.8 respektivisht.
- ✓ Numri më i madh i rasteve të analizuara i përket rrethit Shkodër 80.57%, në vend të dytë renditet Puka me 10.7%, në vend të tretë Malësia e madhe me 7.43% dhe raste që ju përkisnin rretheve të tjera vetëm 1.3%.
- ✓ Në ndarjen ndërmjet zonave urbane dhe rurale, individët nga zonat rurale paraqesin numrin më të madh të rasteve 56.8% krahasuar me ata të zonave urbane 43.2%. Edhe për sa i përket incidencës, përsëri vihet re një incidencë e lartë në zonat rurale 1918.34 raste për 100.000 banorë kundrejt 1460 raste për 100.000 banorë për zonat urbane.
- ✓ Numri më i lartë i rasteve paraqiten në etninë Shqiptare me 97.3% dhe incidencë 3497.6 raste për 100.000 banorë, në vend të dytë paraqiten ata me etni Egjiptiane 0.73% dhe incidencë 25.9 raste për 100.000 banorë, dhe në vend të tretë ata nga mali i zi me 0.35% dhe incidencë 12.2 raste për 100.000 banorë.
- ✓ Ata që kanë deklaruar që janë me besim katolik, paraqesin dhe një prevalencë të lartë të PSHM-or 53.42% dhe incidencë 1804.48 raste për 100.000 banorë; ata që deklarojnë se, janë mysliman dhe bektashinj kanë prevalencë 44.54% dhe incidencë 1504.77 raste për 100.000 banorë.

Kristian dhe katolik përfaqësonin 0.45% të rasteve me incidencë 15.07 raste për 100.000 banorë; ata që janë ateist përfaqësojnë 0.20% dhe incidencë 6.65 raste për 100.000 banorë. Besimtarët pa përcaktim paraqisnin 0.50% të rasteve me incidencë 16.84%.

- ✓ Numri më i madh i rasteve të analizuar i përkisnin grupmoshave 35 – 44 vjeç dhe 45 – 54 vjeç me nga 1726 dhe 1861 raste respektivisht. Grupmoshat 55-65 dhe mbi 65 vjeç paraqesin numër të njëjtë të rasteve me 1067 raste gjithsej. Grupmosha 25-34 paraqet 1018 raste gjithsej. Numri më i vogël i rasteve vihet re për grupmoshat nga 0 deri në 24 vjeç.
- ✓ Për sa i përket nivelit arsimor, ata që kanë deklaruar një nivel arsimimi të mesëm, paraqesin dhe një prevalencë mjaft të lartë 68%, në vend të dytë paraqiten ata me arsim të lartë 22.3%. ata me arsim 8-9 vjeçar dhe arsim fillor përqindja e rasteve është i vogël me 6.45% dhe 2.06%.
- ✓ Përqindje më të lartë të rasteve me PSHM paraqesin individët të cilët kanë deklaruar të ardhura me 2004-400 mijë lekë në muaj dhe 100-200 mije lekë në muaj me nga 34.29% dhe 30.8% respektivisht. Më pas renditen ata me 400-600 mijë lekë në muaj me 20.7% dhe mbi 600 mijë lekë në muaj me 10.2%.
- ✓ Individët të cilët kanë pasur një histori të mëparshme familjare më probleme të shëndetit mendor paraqiten me 35.42% të rasteve ndërsa ata pa histori familjare me 64.58% të rasteve.
- ✓ Vlen të theksojmë se, ky punim nxori në pah një korrelacion mjaft të fortë për të gjithë faktorët e riskut që ne kemi marrë në studim. Lidhje të forta sinjifikante u vunë re për ndarjen sipas gjinisë, vendbanimit, grupmoshave, etnicitetit, besimit (më së shumti individët me besim katolik dhe mysliman-bektashinj), niveli arsimor, të ardhurat mujore,

punësimi dhe herediteti familjar. Për të gjitha këto raste ne kemi pasur lidhje sinjifikante me vlerë të $p < 0.05$ dhe CI 95%.

Si përfundim mund të themi që: Ky punim doktore, paraqitet si një punim i parë për Qarkun Shkodër lidhur me Problematikat e Shëndetit Mendor në këtë popullatë, madje dhe të dhënat lidhur me këto problematika në rang vendi janë të pakta ose sporadike.

Gjatë kryerjes së këtij punimi kemi hasur në disa disavantazhe të cilat po i përmendim më poshtë:

1. Numër mjaft i lartë i rasteve të hulumtura pranë SHSHMSH, krahasuar me ata të QKSHM. Duke qenë se, SHSHMSH trajton vetëm raste të rënda të PSHM-or shumë prej rasteve me probleme jo madhore të cilat nuk janë hospitalizuar pranë Spitalit Psikiatrik nuk janë raportuar. Kjo gjë solli dhe një prevalencë mjaft të lartë të rasteve me skizofreni.
2. Në SHSHMSH, nuk janë trajtuar problemet që lidhen më fëmijërinë e hershme apo të vonshme, për këtë arsye dhe mosha më e vogël për të dhënat e hulumtuara rezultoi 15-24 vjeç.
3. Numër të vogël të rasteve të identifikuara me PSHM-or për QKSHM. Kjo gjë ishte si, pasojë e hapjes së kësaj qendre vetëm në vitin 2010.
4. Të gjitha studimet në botë raportojnë dukshëm një numër më të lartë të rasteve me probleme mendore tek femrat sesa tek meshkujt. Si disavantazh në këtë punim u vu re pikërisht një numër më i vogël i gjinisë femër krahasuar me meshkujt.
5. Mungesa e protokolleve të trajtimit të sëmundjeve mendore në Drejtoria e Shëndetit Publik.
6. Sistemi i dobët i referimit në Shëndetin Mendor si dhe bashkëveprimi i dobët ndërmjet institucioneve që merren me trajtimin dhe menaxhimin e këtyre të sëmurëve

7. Marrëdhënia ndërmjet të dhënave epidemiologjike sociale dhe ekonomike dhe çrregullimeve të zakonshme mendore nuk mund të konsiderohen si përfundimtare. Kjo si pasojë e numri të vogël të kartelave të hulumtuara.
8. Gjetjet e këtij punimi mund të mos përfaqësojnë incidencën dhe prevalencën reale të PSHM-or në rang lokal dhe nacional. Për këtë arsye nevojiten studime sistematike të shtrira në kohë dhe hapësirë për një prevalencë dhe incidencë sa më reale të çrregullimeve mendore.
9. Hulumtime të tjera gjatësore janë të nevojshme për të krijuar lidhjet shkakësore midis çrregullimeve mendore dhe faktorëve të përbashkët të riskut; studime të tilla mund të ndihmojnë në identifikimin e faktorëve të veçantë që lidhen me rrezikun e çrregullimeve dhe anasjelltas të faktorëve që ndihmojnë në reduktimin e rrezikut tek personat që përballen me vështirësi të rënda sociale ose ekonomike.
10. Një hulumtim i tillë gjatësor duhet të inkorporojë vlerësimin e programeve lidhur me potencialin në parandalimin primar dhe atë sekondar.

REKOMANDIME

Rëndësia e këtij punimi të kryer për Qarkun Shkodër, është gjetja që ekziston ndërmjet çrregullimeve mendore dhe faktorëve demografik të riskut (faktorët social dhe ata ekonomik), të cilat për shkak të kësaj lidhje sinjifikante duhet të tërheqin vëmendjen e politikbërësve dhe donatorëve të shëndetësisë. Lëvizjet globale të shëndetit mendor duhet të luajnë një rol më të madh në aktivitetet e shëndetit publik duke u fokusuar në sëmundjet mendore në nivel kombëtar dhe atë global.

Për ta bërë këtë në mënyrë efektive, profesionistët e shëndetit mendor do të duhet të përballen me ndryshimet drastike në nivel ekonomik global (kryesisht varfërinë), lidhjen e saj me zhvillimet politike dhe ekonomike dhe pasojat e saj për çrregullimet e zakonshme mendore. Nëse një qeveri zbaton zhvillimin dhe promovimin e barazisë në kapitalin social dhe infrastrukturën bazë, ajo mund të shoqërohet me një shëndet më të mirë mendor të atij populli. Nga perspektiva e shëndetit publik, provat mbi mekanizmat e marrëdhënieve mund të përdoren për të konsideruar një numër të strategjive parandaluese primare dhe sekondare. Për këtë arsye duhet të;

1. Krijohet një klimë e mirë në parandalimin *primar* të problemeve të shëndetit mendor e cila mund të arrihet nëpërmjet;

- ✓ Ndërhyrjeve në përmirësimin e zhvillimit të fëmijëve që jetojnë në varfëri duke ndikuar drejtpërsëdrejti në rezultatet arsimore të tyre.
- ✓ Ndërhyrje me synim përmirësimin e të ushqyerit dhe zhvillimin e fëmijëve të pafavorizuar nga ana social-ekonomike. Kjo do të sjellë dhe mbështetje të fuqishme në përfitimin e ndërhyrjeve psikosociale dhe ushqyese për zhvillimin kognitiv dhe përmirësimin e rezultateve arsimore (World Health Organization, 1999; Cohen et. al, 2000).

2. Krijohet një klimë e mirë në parandalimin **sekondar** të problemeve të shëndetit mendor.

Kjo gjë duhet të arrihet nëpërmjet:

- ✓ Forcimit të trajtimit të çrregullimeve të zakonshme mendore në kujdesin shëndetësor primar. Dëshmitë e fundit kanë treguar një efikasitet dhe kosto-efektivitet në ndërhyrjet psikologjike dhe farmakologjike për çrregullimet e zakonshme mendore në vendet në zhvillim, të cilat miratohen nga politikbërësit e shëndetit (Patel et. al, 2003; Sumathipala et. al, 2000).
- ✓ Punonjësit e kujdesit primar kanë nevojë për trajnim për të njohur dhe trajtuar në mënyrë efektive çrregullime të zakonshme mendore (Petersen, 2000).

Nëse të gjithë mekanizmat (ai primar dhe sekondar), do të funksiononin më së miri atëherë do të kishim:

- ✓ Shërim të afro 60 % individ me depresion
- ✓ Ulje të përdorimit apo abuzimit me substanca arrihet deri në 60 %
- ✓ Deri 73 % të të prekurve nga epilepsia do të jetojnë pa konvulsione
- ✓ Deri 77% të personave të prekur nga Skizofrenia nuk do të kenë relapse

Për këtë arsye ne rekomandojmë që:

- ✓ Trajtimi i dhe menaxhimi i individëve me probleme të shëndetit mendor sado të vogla qofshin, të bëhen pranë Kujdesit Parësor.
- ✓ Të rritet kujdesi i këtyre individëve në komunitet, familje dhe shoqëri.
- ✓ Të zhvillohen shërbimet për abuzimet me drogat dhe varësinë pasi ato janë pothuajse inekzistente, duke sjellë probleme madhore.
- ✓ Burimet njerëzore që menaxhojnë dhe kujdesen për këta individë të rriten në përputhje me rastet që analizohen dhe trajtohen nga viti në vit.
- ✓ Të rritet lidhja e spitaleve psikiatrike me shërbimet ambulatorë duke shmangur gjendjet konfuze të trajtimit të rastit.

- ✓ Të krijohen hapësira specializimi dhe trajnimi për të gjithë stafin mjekësor që merret me këta individë, duke përshtatur dhe moderuar dhe protokollet e trajtimit të rasteve me PSHM.
- ✓ Të arrihet sigurimi i mjekimit për psikotropët në masën 100%.
- ✓ Të punohet në lidhje me edukimin e publikut në mënyrë të uljes së stigmatizimit që behet ndaj këtyre individëve.
- ✓ Të zbatohen me përpikëri nga të gjitha hallkat politikat, programet dhe legjislacioni kombëtar.
- ✓ Të rritet bashkëpunimi ndërmjet hallkave dhe sektorëve të tjerë.
- ✓ Të rriten kërkimet shkencore.
- ✓ Të rriten shërbimet për fëmijë dhe adoleshente pasi ato janë aktualisht të pakta dhe të përqendruara.
- ✓ Legjislacioni social parashikon lehtësime por ka shumë probleme me zbatimin si, pasojë e mungesës së bashkëpunimit dhe zbatimit të ligjeve. Për këtë arsye politikbërësit të parashikojnë masa lehtësime strehimi apo të marrin masa kundër diskriminimit në strehim për individët me probleme mendore apo familjet e tyre.
- ✓ Të ofrojnë programe punësimi apo trajnimi profesional për individë me probleme të shëndetit mendor.
- ✓ Të rritet numri i profesioniste të SHM me kohë të plotë ose të pjesshme pranë shkollave dhe institucioneve përkatëse.
- ✓ Të krijohet një data-base rajonal/kombëtar me lidhje online të institucioneve spitalore me strukturat e shëndetit publik, ku të administrohen të dhëna dhe historiku i çdo pacienti me sëmundjeve mendore që trajtohet apo është trajtuar nga këta institucione ndër vite.

BIBLIOGRAFIA

1. Abas M, Broadhead J. (1997). Depression and anxiety among women in an urban setting in Zim (babwe. *Psychological Medicine*. 27: 59 - 71.
2. Abrahams B, Geschwind D. (2008). Advances in autizm genetics: on the threshold of a new neurobiology. *Nat Rev Genet*. 9: 341 – 5.
3. ADAPT Research Group, Lyketsos CG, Breitner JC, Green RC, Martin BK, Meinert C, et al. (2007). Naproxen and celecoxib do not prevent AD in early results from a randomized controlled trial. *Neurology*. 68 (21): 1800 - 8. E pub 2007 Apr 25.
4. Agosti V, Stewart JW. (2008). Hypomania with and without dysphoria: comparison of comorbidity and clinical characteristics of respondents from a national community sample. *J Affect Disorder*. 108: 177 – 82.
5. Aidoo M, Harpham T. (2001). The exploratory models of mental health amongst low-income women and health care practitioners in Lusaka, Zambia. *Health Policy and Planning*. 16: 206 - 13.
6. Albert Camus. (1991). *The Myth of Sisyphus and Other Essays* Paperback.
7. Albert MS, Dekosky ST, Dickson D, Dubois B, Feldman HH, Fox NC, et al. (2011). The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's Dement*. 7 (3): 270 - 9. E pub 2011 Apr 21.
8. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, et al. (2004). "Prevalence of mental disorders in Evrope: results from the Evropean Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project". *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 109 (420): 21 – 7.

9. Alzheimer's Association. (2012). *Alzheimer's Disease Facts and Figures*. Retrieved from:
http://www.alz.org/utah/documents/2012_facts_and_figures.pdf.
10. Alzheimer's Association. 2012 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's Dement*. 2012 Mar; 8(2): 131 - 68.
11. American Neuological Association. (2006). « Neurological and Psychiatry. Together and separate ». Tempus et Hora. Time and the Hour (ANA 125th Anniversary). Archived from the original on 26 september 2006.
12. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed). Arlington: American Psychiatric Publishing. pp. 101–05.
13. American Psychiatric Association. (2013). DSM-5 diagnostic classification. In: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5. 5th ed. Arlington, Va.: <http://www.psychiatryonline.org>. 2015.
14. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Press; 2000.
15. American Psychiatric Association. Mental illness (an overview). 1994.
16. American Psychitric Association. (1994). Diagnostic and Statistical manual of mental disorders, 4th ed. American Psychitric Association, Washington DC. (Përshkrim Klinik i çrregullimeve të ndryshme mendore dhe të sjelljes, me kritere të detajuara për diagnozën duke përdorur sistemin DMS).
17. American Psychological Association Office on Aging (2005). *Psychology and Aging: Addressing Mental Health Needs of Older Adults*. Retrieved from: <http://www.apa.org/pi/aging/resources/guides/aging.pdf>

18. American Psychological Association. (1998). Older adult's health and age-related changes: Reality versus myth. Retrieved from www.apa.org/about/awards/scidir-stutrav.aspx.
19. American Psychological Association. (2008). *Survey of Psychology Health service Providers*. Retrieved from: <http://www.apa.org/workforce/publications/08-hsp/report.pdf>.
20. Andrews G, Charney DS, Sirovatka PJ, et al., editors. Stress-induced and fear circuitry disorders: refining the research agenda for DSM-V. Arlington: American Psychiatric Association; 2009.
21. Andrews G, Goldberg DP, Krueger RF, et al. Exploring the feasibility of a meta-structure for DSM-V and ICD-11: could it improve utility and validity? *Psychol Med*. 2009; 39: 1993 –2000. [[PubMed](#)]
22. Andrews G, Pine DS, Hobbs MJ, et al. (2009). Neurodevelopmental disorders: cluster 2 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychol Med*. 39: 2013 – 23. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]
23. Andrews G, Slade T, Peters L. (1999). Classification in psychiatry: ICD-10 versus DSM-IV. *Br J Psychiatry*. 174: 3 – 5. [[PubMed](#)]
24. Andrews Linda, Stuart C. Yudofsky, James L. Gibbons, Andrew C.P. Sims, Charles D. Claiborn, Sari Shepphird. (2017). Mental Disorders. Historical overview. *Enciclopedia Britannica*.
25. APA (The American Psychological Association). (1996). *Psychology careers for the Twenty-first Century*. Washington.
26. Appelbaum, Stephen A. 1963 The Problem-solving Aspect of Suicide. *Journal of Protective Techniques and Personality Assessment* 27: 259 - 268.

27. Aragona, Massimiliano (2009). "The concept of mental disorder and the DSM-V". *Dialogues in Philosophy, Mental and Neuro Sciences*. 2 (1): 1 – 14
28. Aragona, Massimiliano (2009). "The role of comorbidity in the crisis of the current psychiatric classification system" (PDF). *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*. 16: 1–11.
29. Araya R, Lewis G, Rojas G, Fritsch R. (2003). Education and income: which is more important for mental health? *Journal of Epidemiology and Community Health*. 57: 501-5.
30. Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuna J, Lewis G. Santiago (2001). Mental Disorders Survey: prevalence and risk factors. *British Journal of Psychiatry*. 178: 228 - 33.
31. Au R, Green RC, Farrer LA, et al. (2006). Diabetes mellitus and risk of developing Alzheimer disease: results from the Framingham Study. *Arch Neurol*. 2006 Nov; 63 (11): 1551 - 5.
32. Ayalon L, Gum AM, Feliciano L, Areal PA. (2006). Effectiveness of nonpharmacological interventions for the management of neuropsychiatric symptoms in patients with dementia: a systematic review. *Arch Intern Med*. 2006 Nov 13; 166 (20): 2182-8.
33. Babu Sandilyan M, Denning T. (2015). Signs and symptoms of dementia. *Nursing Standard*. 29, 41, 42-51.
34. Bahar E, Henderson AS, Mackinnon AJ. (1992). An epidemiological study of mental health and socioeconomic conditions in Sumatera, Indonesia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1992; 85: 257 - 63.
35. Ballard C, Gauthier S, Corbett A, Brayne C, Aarsland D, Jones E. (2011). Alzheimer's disease. *Lancet*. 2011 Mar 19; 377 (9770): 1019 - 31. E pub 2011 Mar 1.

36. Barry M, Clarke A, Jenkins R, Patel R (2011). *Rapid review of the evidence on the effectiveness of mental health promotion interventions in low and middle income countries*. World Health Organization; Geneva, Switzerland.
37. Bartholomew, Robert; Goode, Erich (2000). "Mass Delusions and Hysterias Highlights from the Past Millennium". *Skeptical Inquirer Magazine*. Committee for Skeptical Inquiry. Archived from the original on 16 september 2008.
38. Bateman RJ, Xiong C, Benzinger TL, Fagan AM, Goate A, Fox NC, et al. (2012). Clinical and biomarker changes in dominantly inherited Alzheimer's disease. *N Engl J Med*. 2012 Jul 11. [E pub ahead of print].
39. Baumeister H. (2012). Inappropriate prescriptions of antidepressant drugs in patients with subthreshold to mild depression: time for the evidence to become practice. *J Affect Disord*. 2012; 139: 240 – 3.
40. Bearden CE, Reus VI, Freimer NB (2004). "Why genetic investigation of psychiatric disorders is so difficult". *Current Opinion in Genetics&Development*. 14 (3): 280–6.
41. Bech, P. (1996). The Bech, Hamilton and Zung Scales for Mood Disorders: Screening and Listening. 2nd Ed. Berlin: Springer-Verlag p. 43-52.
42. Bedlam: (2003). Hospital, Beckenham, England, United Kingdom". *Encyclopaedia Britannica*. 26 November.
43. Bergler, Edmund. (1946). Problems of Suicide. *Psychiatric Quarterly (Supplement)* 20: 261 -275.
44. Berrios GE&Bulbena A. (1990). The Hamilton Depression Scale and the Numerical Description of the Symptoms of Depression. In Bech P&Coppin A (ed) *The Hamilton Scales*, Heildeberg, Springer, pp80-92

45. Berrios, German E.; Porter, Roy, eds. (1995). *The History of Clinical Psychiatry: The Origin and History of Psychiatric Disorders*. London: Athlone Press. ISBN 978 - 0- 485 - 24211 - 9.
46. Bethesda (MD). (2007). NIH Curriculum Supplement series. Information about Mental Illness and the Brain. Biological: National Institutes of Health (US). 2007l Sciences Curriculum Study.
47. Birks J, Grimley Evans J. (2009). Ginkgo biloba for cognitive impairment and dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Jan 21; (1): CD 003120.
48. Brown E, Harris T. (1978). *Social origins of depression*. London: Tavistok.
49. Burmeister M (2006). "Genetics of Psychiatric Disorders: A Primer". *Focus*. 4 (3): 317.
50. Carpenter WT, Jr, Bustillo JR, Thaker GK, et al. (2009). Psychoses: cluster 3 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychol Med*. 39: 2025–42. [[PubMed](#)]
51. Cassidy T. *Stress, cognition and health*. London: Routledge; 1999.
52. Catherine E. Rice, Michael Rosanoff, Geraldine Dawson, Maureen S. Dakin, Lisa A. Croen, Alison Singer, Marshalyn Yeargin-Allosopp. (2012). Evaluating Changes in the Prevalence of the Autism Spectrum Disorders (ASDs). *Public Health Rev*. 34 (2): 1 – 22.
53. Census. (2011). *"Population and Housing Census Shkodër 2011"*. (PDF).
54. Centers for Disease Control and Prevention. Prevalence of autism spectrum disorders - autism and developmental disabilities monitoring Network, 14 sites, United States, 2008. *MMWR Surveill Summ*. 2012; 61: 1 – 19.
55. Chisholm D, Doran C, Shibuya K, Rehm J (2006). Comparative cost-effectiveness of policy instruments for reducing the global burden of alcohol, tobacco and illicit drug use. *Drug and Alcohol Review*, 25: 553 - 65.

56. Chisholm D, Sekar K, Kumar K, Saeed S, James S, Mubbashar M, et al. (2000). Integration of mental health care into primary care. Demonstration cost-outcome study in India and Pakistan. *British Journal of Psychiatry*. 176: 581-8.
57. Clarke DE, Narrow WE, Regier DA, et al. (2013). DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part I: study design, sampling strategy, implementation, and analytic approaches. *Am J Psychiatry*. 170: 43 – 58.
58. Cohen A, Patel V, Thara R, Gureje O. (2008). Questioning an axiom: better prognosis for schizophrenia in the developing World *Schizophr Bull* 34: 229 - 244.
59. Cohen A. Our lives were covered in darkness. (2000). The work of the National Literary Mission in Northern India. In: Cohen A, Kleinman A, Saraceno B, editors. *World mental health casebook: social and mental health programs in low-income countries*. New York, London, Dordrecht: Kluwer Academic/Plenum Publishers. p. 153-90.
60. Commission on Behavioural and Social Sciences Education, National Research Council. (2000). *How People Learn: Brain, Mind, Experience, and School*. Washington, DC: National Academies Press.
61. Controf of Diagnostic Centre. (2011). Workshop on US data to evaluate changes in the prevalence of autism spectrum disorders. Atlanta, Georgia, U.S: Feb 1, 2011. Available from http://www.cdc.gov/NCBDDD/autism/documents/EvaluatingChanges_WorkshopSummary.pdf.
62. Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics Consortium. (2013). Identification of risk loci with shared effects on five major psychiatric disorders: a genome-wide analysis. *Lancet*. (in press) *Lancet*. 2013 Apr 20; 381 (9875): 1371-9. doi: 10.1016/S0140-6736(12)62129-1. Epub 2013 Feb 28. [PMC free article] [PubMed]

63. Crossley, Nick (2006). "Contextualizing contention: a potted history of the mental health field". *Contesting Psychiatry: Social Movements in Mental Health*. Critical studies in health and society. London: Routledge. pp. 47–68.
64. Curphey, Theodore J. (1961). The Role of the Social Scientist in the Medicolegal Certification of Death from Suicide. Pages 110-117 in Norman L.
65. Dalby, J. Thomas (1997). "Elizabethan madness: On London's stage" (PDF). *Psychological Reports*. 81 (3Pt2): 1331–1343.
66. Dalby, J.Thomas (1993). "Terms of Madness: Historical Linguistics". *Comprehensive Psychiatry*. 34 (6): 392–395.
67. Daniels JL. (2006). Autizm and the environment. *Environ Health Perspect*. 114: A 396.
68. Darrel A Regier; Emily A Kuhl and David J Kupfer. The DSM-5: (2013). Classification and criteria changes. *World Psychiatry*. 2013 Jun; 12(2): 92–98. Published online 2013 Jun 4. doi: 10. 1002/wps. 20050.
69. David. M Rudd, Thomas Joiner and Hassa. M Rajad. (2000). *Treating Suicidal Behaviour. An effective Time Limited Approach*. Guilford Publications.
70. Daviglius ML, Bell CC, Berrettini W, Bowen PE, Connolly ES Jr, Cox NJ, et al. (2010). National Institutes of Health State-of-the-Science Conference statement: preventing alzheimer disease and cognitive decline. *Ann Intern Med*. 2010 Aug 3; 153 (3): 176-81. E pub 2010 Jun 14.
71. De Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, et al. (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry* 10: 52-77.

72. De Meyer G, Shapiro F, Vanderstichele H, Vanmechelen E, Engelborghs S, De Deyn PP, et al. Diagnosis-independent Alzheimer disease biomarker signature in cognitively normal elderly people. *Arch Neurol*. 2010 Aug; 67 (8): 949 - 56.
73. Delgado, Jairo Muñoz; Doherty, Ana María Santillán; Ceballos, Ricardo Mondragón; Erkert, Hans G. (2010). "Moon Cycle Effects on Humans: Myth or Reality?"(PDF). *Salud Mental*. 23 (6): 33 – 39.
74. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, et al. (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 291: 2581-2590.
75. Denning Tom, Sandilyan Malarvizhi Babu. (2015). Journal scan. *Mental Health Practice*. 18: 10, 13-13.
76. Denning Tom, Sandilyan Malarvizhi Babu. (2015). Medical treatment and management of patients with dementia. *Nursing Standard* 29: 45, 43-49.
77. Department of Health and Human Services. U.S. (2000). Mental health: A report of the surgeon general. 2000. Retrieved July 8, 2001, from <http://www.surgeongeneral.gov/Library/MentalHealth/home.html>.
78. Dewey Caitlin (2013). A stunning map of depression rates around the World. <https://www.washingtonpost.com/news/Worldviews/wp/2013/11/07/a-stunning-map-of-depression-rates-around-the-World>.
79. Dimsdale JE, Xin Y, Kleinman A, et al., editors. Somatic presentations of mental disorders: refining the research agenda for DSM-V. Arlington: American Psychiatric Association; 2009.
80. Dorpat, Theodore L.; and Ripley, Hebbert S. (1960). A Study of Suicide in the Seattle Area. *Comprehensive Psychiatry*. 1: 349 - 359.

81. Douglas Harper (2001-2012). "Lunatic (Adj)". Online Etymology Dictionary.
82. Drew N, Funk M, Tang S, Lamichhane J, Chavez E, et al. (2011). Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: an unresolved global crisis. *Lancet* 378: 1664-1675.
83. Dublin, Louis I. (1963). *Suicide: A Sociological and Statistical Study*. New York: Ronald.
84. Durga J, van Boxtel MP, Schouten EG, Kok FJ, Jolles J, Katan MB, et al. (2007). Effect of 3-year folic acid supplementation on cognitive function in older adults in the FACIT trial: a randomised, double blind, controlled trial. *Lancet*. 2007 Jan 20; 369 (9557): 208-16.
85. Durkheim, ÉMILE (1897) *Suicide: A Study in Sociology*. Glencoe, 111: Free Press. →First published in French (1951).
86. Egan MF, Goldberg TE, Koachana BS, Callicott JH, Mazzanti CM, Straub RE, Goldman D, Weinberger DR. (2001). Effect of COMT Val 108/158. Met genotype on frontal lobe function and risk for schizophrenia. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*. 2001; 98: 6917–6922.
87. Engle PL, Fernald L, Alderman H, Berman J, O’Gara C et al (2011). Strategies for reducing inequalities and improving developmental outcomes for young children in low-income and middle-income countries. *Lancet*, 378: 1339-1353.
88. Eric R. Maisel Ph.D. (2013). *Rethinking Mental Health*.
89. Farberow, Norman L. (1961). Summary. Pages 290-321 in Norman L. Farberow and Edwin S.
90. Farberow, Norman L. et al. (1966.) *Suicide Among Patients With Cardiorespiratory Illnesses*. *Journal of the American Medical Association*. 195: 422-428.

91. Farberow, Norman L.; Shneidman, E. S.; and Leonard, C. V. (1963). *Suicide Among General Medical and Surgical Hospital Patients with Malignant Neoplasms*. U.S. Veterans Administration, Medical Bulletin No. 9. Washington: Veterans Administration.
92. Farhoudian Ali, Vanda Sharifi, Homayoun Amini, Anahita Basirnia, Bitas Mesgarpour, PharmD Naghmeh Mansouri, Masoomeh Amin-Esmaeeli, Niloofar Salesian, Mohammad Reza Mohammadi, Reza Yousefi-Nooraie, Afarin Rahimi-Movaghar. (2007). Prevalence of Psychiatric Disorders in Iran: A Systematic Review. *Iran J Psychiatry* 2:137-150.
93. Farmer P. (2001). *Infections and inequalities*. Berkeley: University of California Press.
94. First MB, Pincus HA. (1999). Classification in psychiatry: ICD-10 vs. DSM-IV. A response. *Br J Psychiatry*.175: 205–9. [\[PubMed\]](#)
95. Fisher JRW, Cabral de Mello M, Izutsu T, Vijayakumar L, Belfer M, and Omigbodun O. (2011). Adolescent Mental Health in Resource-Constrained settings: A Review of the Evidence of the nature, prevalence and determinants of common mental health problems and their management in primary health care. *International Journal of Social Psychiatry*, 57: Supplement 1.
96. Foresight Mental Capital and Wellbeing project. (2008). *Final Project report – Executive summary*. The Government Office for Science, London.
97. Forsyth. (2013). Physical assessment of older patients. In Denning T, Thomas A (Eds). *Oxford Textbook of Old Age. Psychiatry*. second edition. Oxford University Press, Oxford, 159-176.
98. Frick PJ, Moffitt TE. (2010). A proposal to the DSM-V Childhood Disorders and the ADHD and Disruptive Behavior Disorders Work Groups to include a specifier to the diagnosis of conduct disorder based on the presence of callous-unemotional traits. Report

presented to the American Psychiatric Association. available online at <http://www.dsm5.org>.

99. Gabriel P, Liimatainen M-R. (2000). *Mental health in the Workplace*. Geneva, International Labour Office.
100. Gahma, Angel. (1943). Sadism and Masochism in Human Conduct: Part 2. *Journal of Clinical Psycho-pathology and Psychotherapy*. 6: 355-390. → First published in Spanish.
101. Gale CR, Batty GD, Osborn DP, Tynelius P, Whitley E, et al. (2012) Association of mental disorders in early adulthood and later psychiatric hospital admissions and mortality in a cohort study of more than 1 million men. *Arch Gen Psychiatry* 69: 823-831.
102. Gelder Michael; Gath Denis and Mayou Richard. (1994). *Psychiatry*. Oxford University Press.
103. Gengerelli, Joseph A.; and Kirkner, Frank J. (editors). (1954). *The Psychological Variables in Human Cancer*, A symposium presented at the Veterans Administration Hospital, Long Beach, California, October 23, 1953. Berkeley: Univ. of California Press.
104. George M. Depression PET scan. (1993). Retrieved July 13, 2001, from <http://www.nimh.nih.gov/hotsi/scandep.html>.
105. Gibbons James L; Stuart C. Yudofsky Charles D. Claiborn. (2017). Treatment of Mental Disorders. Historical overview. Enciclopedia Britannica.
106. Goldberg D, Huxley, P. (1992). *Common mental disorders: A bio-social model*. London: Tavistock/Routledge.
107. Goldberg D, Kendler KS, Sirovatka PJ, et al., editors. (2010). *Diagnostic issues in depression and generalized anxiety disorder: refining the research agenda for DSM-V*. Arlington: American Psychiatric Association.

108. Goldberg DP, Andrews G, Hobbs MJ. (2009). Where should bipolar appear in the meta - metastructure? *Psychol Med.* 2009; 39: 2071–81. [[PubMed](#)]
109. Goldberg DP, Krueger RF, Andrews G, et al. (2009). Emotional disorders: cluster 4 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychol Med.* 39: 2043–59. [[PubMed](#)]
110. Gostin L (2001). Beyond moral claims. A human rights approach to mental health. Special section: keeping human rights on the bioethics agenda. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 10:264–274.
111. Grantham-McGregor S, Cheung YB, Cueto S, Glewwe P, Richter L, Strupp B, and the International Child Development Steering Group. (2007). Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *Lancet*, 369: 60–70.
112. Greenberg, M; Szmucker, G; Tantan, D. (1986). Making sense of psychiatric cases. Oxford University Press.
113. Gu Y, Nieves JW, Stern Y, Luchsinger JA, Scarmeas N. (2010). Food combination and Alzheimer disease risk: a protective diet. *Arch Neurol.* 67 (6): 699-706. Epub 2010 Apr 12.
114. Halbwachs, Maurice. (1930). *Les causes du suicide*. Paris: Alean.
115. Hamilton, M. J. (1960). Neurology Neurosurgery and Psychiatry. Vol. 23: p.56-62.
116. Haque, Amber. (2004). Psychology from Islamic Perspective: Contributions of Early Muslim Scholars and Challenges to Contemporary Muslim Psychologists” *Journal of Religion and Health.* 43 (4): 357.

117. Harris, Herbert W.; Felder, Diane; Clark, Michelle O. (2004). "A Psychiatric Residency Curriculum on the Care of African American Patients". *Academic Psychiatry*. 28 (3): 226–239.
118. Hawton Keith. (2005). *Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour: From Science to Practice*. Oxford University Press.
119. Hebert LE, Scherr PA, Bienas JL, Bennett DA, Evans DA. Alzheimer's disease in the U.S. population: prevalence estimates from the 2000 census. *Arch Neurol* 2003; 60: 1119–22.
120. Hecker, J.F.C. (1374). "Dancing Mania Of The Middle Ages". History World International. Translated by Babington, B.G.
121. Heinrichs, R. Walter. (2003). "Historical origins of schizophrenia: two early madmen and their illness". *Journal of the History of the Behavioral Sciences*. 39 (4): 349–63.
122. Helzer JE, Kraemer HC, Krueger RF, et al., editors. (2008). *Dimensional approaches in diagnostic classification: refining the research agenda for DSM-V*. Washington: American Psychiatric Association.
123. Herrman H, Saxena S, Moodie R. (2005). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*.
124. Hetherington R, Baistow K, Katz I, Trowell J. (2001). *The welfare of children with mentally ill parents: Learning from inter-country comparisons*. Wiley and Sons; Chichester, UK.
125. Higher Education for Dementia Network. (2013). *Curriculum for Dementia Education (CfDE)*.

126. Hinshaw, Stephen P. (2007). "Historical perspectives on mental illness and stigma". *The Mark of Shame: Stigma of Mental Illness and an Agenda for Change*. Oxford: Oxford University Press. p. 57. ISBN 978-0-19-530844-0. OCLC 70158382 – via Google Books.
127. Hodges JR. (2007). *Cognitive Assessment for Clinicians*. second edition. Oxford University Press, Oxford.
128. Hogg J (2013) Delirium. In Denning T, Thomas A (Eds) *Oxford Textbook of Old Age Psychiatry*. second edition. Oxford University Press, Oxford, 529-541.
129. Hollander E, Zohar J, Sirovatka PJ, et al., editors. (2010). *Obsessive-compulsive behavior spectrum disorders: refining the research agenda for DSM-V*. Arlington: American Psychiatric Association.
130. Hollifield M, Katon W, Spain D, Pule L. (1990). Anxiety and depression in a village in Lesotho, Africa: a comparison with the United States. *British Journal of Psychiatry*. 156: 343 - 50.
131. <http://catalogue.wellcomelibrary.org/record=b1177914>.
132. http://www.apa.org/pi/aging/programs/integrated-health_care-report.pdf.
133. <http://www.ishp.gov.al/event/10-tetori-dita-boterore-e-shendetit-mendor/2015>
134. <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/mental-illness/basics/definition/con-20033813>.
135. http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Albania/action_plan_for_the_development_of_mental_health_services_in_albania_2013_-_2022.pdf <http://www.instat.gov.al/al/themes/popullsia.aspx>.
136. http://www.nbcnews.com/id/5111202/ns/health-mental_health/t/global-study-finds-mental-illness-widespread/#.WUe6SJKGPIU. 2012.

137. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/2017>
138. http://www.who.int/mental_health/mhgap/risks_to_mental_health_EN_27_08_12.pdf.
139. Hussain N, Creed F, Tomenson B. (2000). Depression and social stress in Pakistan. *Psychological Medicine*. 30: 395-402.
140. Iga, Mamoru. (1961). Cultural Factors in Suicide of Japanese Youth With Focus on Personality. *Sociology and Social Research* 46:75-90.
141. Iliffe S, Robinson L, Brayne C, et al. (2009). Primary care and dementia: 1. diagnosis, screening and disclosure. *Int J Geriatr Psychiatry*. 24: 895-901.
142. Insel TR, Collins FS. (April 2003). "Psychiatry in the genomics era". *American Journal Psychiatry*. 160 (4): 616–20.
143. Institute of Medicine. *Neurological, psychiatric and developmental disorders. (2001). Meeting the challenge in the developing World*. Washington: National Academy of Sciences.
144. Isaac MG, Quinn R, Tabet N. (2008). Vitamin E for Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Jul 16; (3): CD 002854.
145. Iverson DJ, Gronseth GS, Reger MA, Classen S, Dubinsky RM, Rizzo M. (2010). Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Practice parameter update: evaluation and management of driving risk in dementia: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2010 Apr 20; 74 (16): 1316 - 24. E pub Apr 12.
146. Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G, Anker M, Korten A, et al. (1992). Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten-country study. *Psychol Med Monogr Suppl* 20: 1-97.

147. Jack CR Jr, Albert MS, Knopman DS, McKhann GM, Sperling RA, Carrillo MC, et al. (2011). Introduction to the recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's Dement.* 7 (3): 257-62. E pub 2011 Apr 21.
148. Jackson, Don D. (1957). Theories of Suicide. Pages 17-21 in Edwin S.
149. Jané-Llopis, E.&Anderson, P. (Eds). (2006). Mental health promotion and mental disorder prevention across European Member States: a collection of country stories. Luxembourg: European Communities.
150. Ji JL, Becker AE, Kleinman A. (2001). Suicide in China: a review of China's distinctive demographics in their socio-cultural context. *Harvard Review of Psychiatry.* 9: 1 - 12.
151. Joiner, T.E. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
152. Joiner, T.E., Conwell, Y., Fitzpatrick, K.K., Witte, T.K., Schmidt, N.B., Berlim, M.T., et al. (2005). Four studies on how past and current suicidality relate even when “everything but the kitchen sink” is covaried. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 291-303.
153. Kahn RS, Wise PH, Kennedy BP, Kawachi I. (2000). State income inequality, household income, and maternal mental and physical health: cross-sectional national survey. *BMJ.* 321: 1311-5.
154. Kaplan, H. I. Sadock, B. J. (ed). (1989). Comprehensive textbook of psychiatry, 5th edn. Williams and Wilkins, Baltimore/London. (See chapters 6-8) for the various theories of personality and chapters 27 for a review of personality disorders).

155. Kas MJ, Fernandes C, Schalkwyk LC, Collier DA (April 2007). "Genetics of behavioural domains across the neuropsychiatric spectrum; of mice and men". *Mol Psychiatry*. 12 (4): 324–30.
156. Kavles, Daniel J. (1999). "Eugenics and human rights" *BMJ*. 319 (7207): 435–438.
157. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication". *Arch. Gen. Psychiatry*. 62 (6): 593–602.
158. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE (2005). "Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication". *Arch. Gen. Psychiatry*. 62 (6): 617–27.
159. Kessler RC. The WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology (ICPE): initial work and future directions — the NAPE Lecture 1998. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1999; 99: 2-9.
160. Kessler Ronald C. and Bromet Evelyn J. (2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annu Rev Public Health*. 2013; 34: 119–138.
161. Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O et al. (2011). Child and adolescent mental health Worldwide: evidence for action. *Lancet*, 378: 1515-1525.
162. Kipps C, Hodges J. (2013). Clinical cognitive assessment. In Denning T, Thomas A (Eds) *Oxford Textbook of Old Age Psychiatry*. second edition. Oxford University Press, Oxford, 149-158.
163. Kirmayer L, Swartz, L. (2013). Culture and global mental health; In: Patel VM, H.; Cohen, A.; Prince, M., editor. New York: Oxford University Press.

164. Kleinman A. (2009). Global mental health: a failure of humanity. *Lancet* 374: 603-604.
165. Knopfman DS. (2007). Alzheimer's disease and other dementias. In: Goldman L, Ausiello D, eds. *Cecil Medicine*. 23rd ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; chap 425.
166. Kroll, Jerome; Bachrach, Bernard. (1982). "Visions and psychopathology in the Middle Ages". *Journal of Nervous and Mental Disease*. 170 (1): 41–9. PMID 7033474. doi:10.1097/00005053-198201000-00007.
167. Kroll, Jerome; Bachrach, Bernard. (1984). "Sin and mental illness in the Middle Ages". *Psychological Medicine*. 14 (3): 507–514.
168. Krueger RF, South SC. (2009). Externalizing disorders: cluster 5 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychol Med*. 39: 2061–70. [\[PubMed\]](#)
169. Krueger RF. (1999). The structure of common mental disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 56: 921–6. [\[PubMed\]](#)
170. Kubie, Lawrence S. (1964). Multiple Determinants of Suicidal Efforts. *Journal of Nervous and Mental Disease* 138: 3-8.
171. Kurihara T, Kato M, Kashima H, Takebayashi T, Reverger R, et al. (2006). Excess mortality of schizophrenia in the developing country of Bali. *Schizophr Res* 83: 103-105.
172. Laffey, Paul. (2003). "Psychiatric therapy in Georgian Britain". *Psychological Medicine*. 33 (7): 1285–97.
173. Lautenschlager NT, Cox KL, Flicker L, Foster JK, van Bockxmeer FM, Xiao J, et al. (2008). Effect of physical activity on cognitive function in older adults at risk for Alzheimer disease: a randomized trial. *JAMA*. 2008 sep 3;300 (9): 1027-37.

174. Lawrence D, Hancock KJ, Kisely S .(2013). The gap in life expectancy from preventable physical illness in psychiatric patients in Western Australia: retrospective analysis of population based registers. *BMJ* 346: f 2539.
175. Lee S, Kleinman A. (2000). Suicide as resistance in Chinese society. In: Perry EJ, selden M, editors. *Chinese society: change, conflict and resistance*. New York: Routledge.
176. Leibenluft MD. (2011). severe mood dysregulation, irritability, and the diagnostic boundaries of bipolar disorder in youths. *Am J Psychiatry*. 2011; 168: 129–42.
177. Levy S, Giarelli E, Lee L, Schieve L, Kirby R, et al. (2010). Autizm spectrum disorders and co-occurring developmental, psychiatric, and medical conditions among children in multiple populations of the United States. *J Dev Behav Pediatr*. 31: 267–75.
178. Lima MS, Beria JU, Tomasi E, Conceicao AT, Mari JJ. (1996). Stressful life events and minor psychiatric disorders: an estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study. *International Journal of Psychiatry in Medicine*. 26:213-24.
179. Lipman E, Offord D, Boyle M. (1996). What if we could eliminate child poverty? The theoretical effect on child psychosocial morbidity. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 31: 303-7.
180. Litman, Robert E. (1967). Sigmund Freud on Suicide. Unpublished manuscript.
181. Lora A, Kohn R, Levav I, McBain R, Morris J, et al. (2012). service availability and utilization and treatment gap for schizophrenic disorders: a survey in 50 low- and middle-income countries. *Bull World Health Organ* 90: 47-54, 54A-54B.
182. Lord C, Petkova E, Hus V, et al. (2012). A multisite study of the clinical diagnosis of different autizm spectrum disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 69: 306–13.

183. Ludermir AB, Lewis G. (2001). Links between social class and common mental disorders in Northeast Brazil. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 36:101-7.
184. Lund C, De Silva M, Plagerson S, Cooper S, Chisholm D, Das J, Knapp M, Patel V (2011). Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low-income and middle-income countries. *Lancet*, 378: 1502-14.
185. Mandell, Wallace. (2007). "Origins of Mental Health: The Realization of an Idea". Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health: Department of Mental Health. Archived from the original on 6 July 2008.
186. Margallo-Lana M, Swann A, O'Brien J, Fairbairn A *et al.* (2001) Prevalence and pharmacological management of behavioural and psychological symptoms amongst dementia sufferers living in care environments. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 16, 1, 39-44.
187. Martin-Araguz, A.; Bustamante-Martinez, C.; Fernandez-Armayor, Ajo V.; Moreno-Martinez, J.M. (2002). "La neurociencia en al Andalus y su influencia en la medicina escolástica medieval» [Neuroscience in al-Andalus and its influence on medieval scholastic medicine]. *Revista de Neurología* (in Spanish). 34 (9): 877–892.
188. Matteblat F, Remschmidt H. (2008). The children of mentally ill parents. *Deutsches Arzteblatt International*, 105: 413-418.
189. Matthews FE, Arthur A, Barnes LE, et al. (2013). A two-decade comparison of prevalence of dementia in individuals aged 65 years and older from three geographical areas of England: results of the Cognitive Function and Ageing Study I and II. *Lancet* 382: 1405-12.
190. Mayeux R. (2010). Early Alzheimer's disease. *N Engl J Med*. 10; 362 (4): 2194-2201.

191. McKhann GM, Knopman DS, Chertkow H, Hyman BT, Jack CR Jr, Kawas CH, et al. (2011). The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's Dement.* 7 (3): 263-9. E pub 2011 Apr 21.
192. Menninger, Karl A. (1938). *Man Against Himself*. New York: Harcourt.
193. Menninger, Karl A. (1963). *The Vital Balance: The Life Process in Mental Health and Illness*. New York: Viking.
194. Merck Manual Consumer Version. (2015). Overview of mental health care. <http://www.merckmanuals.com/home/mental-health-disorders/overview-of-mental-health-care/introduction-to-mental-health-and-mental-health-care>.
195. Middleton, F. A., K. Mirnics, J. N. Pierri, and others. (2002). "Gene Expression Profiling Reveals Alterations of Specific Metabolic Pathways in Schizophrenia." *Journal of Neuroscience* 22: 2718-2729.
196. Millon, Theodore. (2004). "Chapter 1: Demythologizing the Ancients' Spirits". *Masters of the Mind: Exploring the Story of Mental Illness from Ancient Times to the New Millennium* Hoboken, NJ: Wiley. p. 38. ISBN 978-0-471-46985-8. OCLC 54460256 – via Google Books.
197. Mimmack, M. L., M. Ryan, H. Baba, and others. (2002). "Gene Expression Analysis in Schizophrenia: Reproducible Up-Regulation of several Members of the Apolipoprotein L Family Located in a High-Susceptibility Locus for Schizophrenia on Chromosome 22." *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA*. 99: 4680-4685.
198. Motto, Jerome A.; and Greene, Clara (1958). Suicide and the Medical Community. *Archives of Neurology and Psychiatry* 80: 776-781.

199. Mumford DB, Nazir M, Jilani F, Yar Baig I. (1996). Stress and psychiatric disorder in the Hindu Kush: a community survey of mountain villages in Chitral, Pakistan. *British Journal of Psychiatry*. 168: 299-307.
200. Mumford DB, Saeed K, Ahmad I, Latif S, Mubbashar M. (1997). Stress and psychiatric disorder in rural Punjab. A community survey. *British Journal of Psychiatry*. 170: 473-8.
201. Murray CJ, Lopez AD. (1996). Evidence-based health policy--lessons from the Global Burden of Disease Study. *Science*. 274: 740–743.
202. Murray CJL, Lopez AD. (1996). The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injury and risk factors in 1990 project. Harvard School of Public Health, Cambridge, MA.
203. Nandi D, Banerjee G, Mukherjee SP, Ghosh A, Nandi PS, Nandi S. (2000). Psychiatric morbidity of a rural Indian community. Changes over a 20-year interval. *British Journal of Psychiatry*. 176: 351-6.
204. Narayan D, Chambers R, Shah MK, Petesch P. (2000). Anxiety, fear and insecurities. In: *Voices of the poor: crying out for change*. New York: Oxford University Press for the World Bank; p. 151-77.
205. Narayan D, Patel R, Schafft K, Rademacher A, Koch-Schulte S. (2000). *Voices of the poor: can anyone hear us?* New York: Oxford University Press for the World Bank; 2000. p. 26-60.
206. Narrow WE, Clarke DE, Kuramoto SJ, et al. (2013). DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part III: development and reliability testing of a cross-cutting symptom assessment for DSM-5. *Am J Psychiatry*. 170: 71 – 8 2. [[PubMed](#)]

207. Nasser, Mervat. (1987). "Psychiatry in Ancient Egypt" (PDF). Bulletin of the Royal College of Psychiatrists. 11 (12): 420–422. doi:10.1192/pb.11.12.420 .
208. National Institute of Mental Health US. (2006). The Numbers Count: Mental Disorders in America.
209. National Institute of Mental Health. Archival record—early recognition and treatment of schizophrenia and bipolar disorder in children and adolescents. 1999b. Retrieved July 17, 2001, from <http://www.nimh.nih.gov/events/earlyrecognition.cfm>.
210. National Institute of Mental Health. Bipolar disorder. 2001e. Retrieved July 17, 2001, from <http://www.nimh.nih.gov/publicat/bipolar.cfm>.
211. National Institute of Mental Health. Depression in children and adolescents: A fact sheet for physicians. 2000a. Retrieved June 27, 2001, from <http://www.nimh.nih.gov/publicat/depchildresfact.cfm>.
212. National Institute of Mental Health. Depression research at the National Institute of Mental Health. 2001c. Retrieved June 27, 2001, from <http://www.nimh.nih.gov/publicat/depresfact.cfm>.
213. National Institute of Mental Health. Depression. 2000b. Retrieved June 27, 2001, from <http://www.nimh.nih.gov/publicat/depression.cfm>.
214. National Institute of Mental Health. Schizophrenia. 1999a. Retrieved July 3, 2004, from <http://www.nimh.nih.gov/publicat/schizoph.cfm>.
215. National Institute of Mental Health. The numbers count: Mental disorders in America. 2001a. Retrieved July 3, 2001, from <http://www.nimh.nih.gov/publicat/numbers.cfm>.
216. National Institute of Mental Health. When someone has schizophrenia. 2001h. Retrieved June 28, 2001, from <http://www.nimh.nih.gov/publicat/schizsoms.cfm>.

217. National Institute OF Mental Health *Bulletin of Suicidology*. → Published since 1967.
218. National Research Council and Institute of Medicine, Committee on the Prevention of Mental Disorders and Substance Abuse Among Children, Youth, and Young Adults. Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities [Internet]. O'Connell ME, Boat T, Warner KE, editors. Washington: National Academies Press; 2009. 562 p.
219. Newschaffer C, Croen L, Daniels J, Giarelli E, Grether J, et al. (2007). The epidemiology of the autism spectrum disorders. *Annu Rev Public Health*. 28: 235–58.
220. NIH. (2016). Mental Disorders", *Medline Plus, U.S. National Library of Medicine*, 15 sep 2014, retrieved 10 June 2016.
221. Norris, H. T (1993). *Islam in the Balkans: Religion and Society between Europe and the Arab World*. Columbia, South Carolina: University of South Carolina Press. p. 76. ISBN 0 87249 977 4. Retrieved. 2016-05-12.
222. Office of the Surgeon General; Center for Mental Health Services; National Institute of Mental Health. (1999). "The Fundamentals of Mental Health and Mental Illness" (PDF). *Mental Health: A Report of the Surgeon General*. National Institute of Mental Health. pp. 26–50. ISBN 978-0-16-050300-9.
223. Organization for Economic Cooperation and Development (OECD). (2011). *Sick on the job: Myths and realities about mental health and work*. Paris, France.
224. Ormel J, Petukhova M, Chatterji S, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, et al. (2008) Disability and treatment of specific mental and physical disorders across the World. *Br J Psychiatry* 192: 368-375.
225. Ormel J, Von Korff M, Ustun TB, Pini S, Korten A, Oldehinkel T. (1994). Common mental disorders and disability across cultures. *JAMA*. 272:1741-8.

226. Osby U, Brandt L, Correia N, Ekblom A, Sparen P. (2001). Excess mortality in bipolar and unipolar disorder in Sweden. *Arch Gen Psychiatry* 58: 844-850. 48
227. Owen MJ, Craddock N, Jablensky A. (2007). The genetic deconstruction of psychosis. *Schizophr Bull.* 33: 905–11. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]
228. Paketa-e-akteve- nënligjore-për-shëndetin-mendor-2012.pdf. Ministria e Shëndetësisë dhe Fondacionit Shoqëria e Hapur për Shqipërinë - SOROS.
229. Palmer, D. M. (1941). Factors in Suicide Attempts: Review of 25 Consecutive Cases. *Journal of Nervous and Mental Disease* 93:421-442.
230. Parabiaghi A, Bonetto C, Ruggeri M, Lasalvia A, Leese M. (2006). severe and persistent mental illness: a useful definition for prioritizing community-based mental health service interventions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 41: 457-463.
231. Patel V, Chisholm D, Rabe-Hesketh S, Dias-Saxena F, AnDrew G, Mann A. (2003). Efficacy and cost-effectiveness of drug and psychological treatments for common mental disorders in general health care in Goa, India: a randomised controlled trial. *Lancet.* 361: 33-9.
232. Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P. (2007). *Mental health of young people: a global public-health challenge.* *Lancet.* 369 (9569): 1302-13.
233. Patel V, Gwanzura F, Simunyu E, Mann A, Lloyd K. (1995). The explanatory models and phenomenology of common mental disorder in Harare, Zimbabwe. *Psychological Medicine.* 25: 1191-9.
234. Patel V, Lund C, Hatherill S, et al. (2010). Mental disorders: equity and social determinants. In: Blas E, Sivasankara Kurup A, eds. *Equity, social determinants and public health programmes.* Geneva: World Health Organization, 2010: 115–34.

235. Patel V, Pereira J, Mann A. (1998). Somatic and psychological models of common mental disorders in India. *Psychological Medicine*. 28:135-43.
236. Patel V, Simbine AP, Soares IC, Weiss HA, Wheeler E (2007) Prevalence of severe mental and neurological disorders in Mozambique: a population-based survey. *Lancet* 370: 1055- 1060.
237. Patel V. (2001). Poverty, inequality and mental health in developing countries. In: Leon D, Walt G, editors. *Poverty, inequality and health*. Oxford: Oxford University Press; p. 247-62.
238. Pearlson GD. (2000). Neurobiology of schizophrenia. *Annals of Neurology*. 48: 556–566.
239. Peter Kinderman. MA, MSc, PhD. (2005). A psychological model of mental disorder. *Harvard Review of Psychiatry* 13 (4): 206-17. July 2005.
240. Petersen I. (2000.) *From policy to praxis: rethinking comprehensive integrated primary mental health care*. PhD dissertation, University of Cape Toën
241. Phillips MR, Liu H, Zhang Y. (1999). Suicide and social change in China. *Culture, medicine and psychiatry*. 23: 25-50.
242. Pilgrim, David (2007). "The survival of psychiatric diagnosis". *Social Science&Medicine*. 65 (3): 536–47. PMID 17470381. doi:10.1016/j.socscimed.2007.03.054.
243. Priebe Stefa, Bogic Marija, Ajdukovic Dean, Franciskovic Tanja et. al, 2010. Mental Disorders Following War in the Balcans. A study in 5 Countries. *ARCH GEN PSYCHIATRY*. Vol 67 (No. %). 2010. American Medical Association.

244. Prince M, Albanese E, Guerchet M, et al. World Alzheimer report 2014. Dementia and risk reduction: an analysis of protective and modifiable risk factors. Alzheimer's Disease International.
245. Prince M, Bryce R, Ferri C. World Alzheimer report 2011: the benefits of early diagnosis and intervention. Alzheimer's Disease International, 2011.
246. Prince M, Knapp M, Guerchet M, et al. (2014). Dementia UK. 2nd ed. Alzheimer's Society.
247. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, et al. (2007). No health without mental health. *Lancet* 370: 859-877.
248. Prince M, Prina M, Guerchet M. World Alzheimer report 2013. An analysis of long term care for dementia. Alzheimer's Disease International.
249. Prince M. (1998). Is chronic low-level lead exposure in early life an etiologic factor in Alzheimer's disease? *Epidemiology*. 9: 618-21.
250. Querfurth HW, LaFerla FM. (2010). Alzheimer's disease. *N Engl J Med*. 2010 Jan 28;362(4):329-44.
251. Quinn JF, Raman R, Thomas RG, Yurko-Mauro K, Nelson EB, Van Dyck C, et al. (2010). Docosahexaenoic acid supplementation and cognitive decline in Alzheimer disease: a randomized trial. *JAMA*. Nov 3; 304 (17): 1903-11.
252. Rabbani F, Raja FF. (2000). The minds mothers: maternal mental health in an urban squatter settlement of Karachi. *Journal of Pakistan Medical Association*. 50: 306-12.
253. Rahim SIA, Cederblad M. (1989). Epidemiology of mental disorders in young adults of a Newly urbanised area in Khartoum, Sudan. *British Journal of Psychiatry*. 155: 44-7.

254. Rapoport JL, Castellanos FX, Gogate N, Janson K, Kohler S, Nelson P. (2001). Imaging normal and abnormal brain development: New perspectives for child psychiatry. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 35: 272–281.
255. Rapoport JL, Giedd J, Kumra S, Jacobsen L, Smith A, Lee P, Nelson J, Hamburger S. (1997). Childhood-onset schizophrenia. Progressive ventricular change during adolescence. *Archives of General Psychiatry*. 54: 897–903.
256. Reaume, Geoffrey. (2002). "Lunatic to patient to person: nomenclature in psychiatric history and the influence of patients' activism in North America". *International Journal of Law and Psychiatry*. 25 (4): 405–26.
257. Reed RV, Fazel M, Jones L, Panter-Brick C, Stein A. (2012). Mental health of displaced and refugee children resettled in low-income and middle-income countries: risk and protective factors. *Lancet*, 379: 250-265.
258. Regan C, Katona C, Walker Z, Hooper J, Donovan J, Livingston G. (2006). Relationship of vascular risk to the progression of Alzheimer disease. *Neurology*. Oct 24; 67 (8): 1357-62.
259. Regier D. (2013). Principal Investigator. Developing the Research Base for DSM-V and ICD-11. Cooperative agreement U13MH067855 from the National Institute of Mental Health, National Institute on Drug Abuse and National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism to American Psychiatric Institute for Research and Education, 2003-2008.
260. Regier DA, Narrow WE, Clarke DE, et al. (2013). DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part II: test-retest reliability of selected categorical diagnoses. *Am J Psychiatry*. 170: 59 – 70. [[PubMed](#)]

261. Regier DA, Narrow WE, Kuhl EA, et al., (2010). editors. Evolution of the DSM-V conceptual framework: development, dimensions, disability, spectra, and gender/culture. Arlington: American Psychiatric Association.
262. Rice C, Schendel D, Cunniff C, Doernberg N. (2004). Public health monitoring of developmental disabilities with a focus on the autism spectrum disorders. *Am J Med Genet C* *semin Med Genet*. Feb 15: 125C (1): 22-7.
263. Ridout, Aileen B. (1962). Suicide as a Factor in Public Health. *Journal of the Royal Institute of Public Health and Hygiene* 25:115-128.
264. Robins E, Guze SB. (1970). Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 126: 983–7. [[PubMed](#)]
265. Robins, Eli et al. (1959). The Communication of Suicidal Intent: A Study of 134 Consecutive Cases of Successful (Completed) Suicide. *American Journal of Psychiatry* 115:724-773.
266. Roffe, David; Roffe, Christine. (1995). "Madness and care in the community: a medieval perspective". *BMJ*. 311 (7021): 1708–1712.
267. Rosa's Law. (2010). Public Law No. 111-256.
268. Rumble S, Swartz L, Parry C, Zwarenstein M. (1996). Prevalence of psychiatric morbidity in the adult population of a rural South African village. *Psychological Medicine* 26: 997-1007.
269. Sachdev P, Andrews G, Hobbs MJ, et al. (2009). Neurocognitive disorders: cluster 1 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychol Med*. 39: 2001–12. [[PubMed](#)]

270. Saeed H. Wahass, PhD, CPsychol, AFBPsS. (2005). The role of psychologists in health care delivery. *J Family Community Med.* 2005 May-Aug; 12(2): 63–70.
271. Safavi-Abbasi, Sam; Brasiliense, Leonardo B.C; Workman, Ryan K; Talley, Melanie C; Feiz-Erfan, Iman; Theodore, Nicholas; Spetzler, Robert F; Preul, Mark C. (2007). "The fate of medical knowledge and the neurosciences during the time of Genghis Khan and the Mongolian Empire". *Neurosurgical Focus.* 23 (1): E13. PMID 17961058. doi:10.3171/FOC-07/07/E13.
272. Salvador-Carulla L, Reed GN, Vaez - Azizi LM et al. (2011). Intellectual developmental disorders: towards a new name, definition and framework for “mental retardation/intellectual disability” in ICD-11. *World Psychiatry* 10: 175-80.
273. Saraceno B, Barbui C. (1997). Poverty and mental illness. *Canadian Journal of Psychiatry.* 42: 285-9.
274. Sartorius N, Shapiro R, Kimura M, Barrett K. (1972). WHO international pilot study of schizophrenia. *Psychol Med* 2: 422-425.
275. Sartorius N. (2001). Principal Investigator. The WHO/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration Joint Project on Diagnosis and Classification. Cooperative agreement U01MH035883, from the National Institute of Mental Health to the World Health Organization, 1983-2001.
276. Saunders JB, Schuckit MA, Sirovatka PJ, et al., editors. (2007). Diagnostic issues in substance use disorders: refining the research agenda for DSM-V. Arlington: American Psychiatric Association.
277. Saxena S, Esparza P, Regier DA, et al., editors. (2012). Public health aspects of diagnosis and classification of mental and behavioral disorders. Refining the research

agenda for DSM-5 and ICD-11. Arlington: American Psychiatric Association and World Health Organization.

278. Scarmeas N, Luchsinger JA, Schupf N, Brickman AM, Cosentino S, Tang MX, et al. (2009). Physical activity, diet, and risk of Alzheimer disease. *JAMA*. Aug 12; 302 (6): 627-37.
279. Schinnar AP, Rothbard AB, Kanter R, Jung YS. (1990). An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. *Am J Psychiatry* 147: 1602-1608.
280. Schneider LS, Dagerman KS, Higgins JP, McShane R. (2011). Lack of evidence for the efficacy of memantine in mild Alzheimer disease. *Arch Neurol*. Apr 11. [Epub ahead of print]
281. Schoeneman, Thomas J. (1977). "The role of mental illness in the European witch hunts of the sixteenth and seventeenth centuries: an assessment". *Journal of the history of the behavioral sciences*. 13 (4): 337–51.
282. Seshadri S, Fitzpatrick AL, Ikram MA, DeStefano AL, Gudnason V, Boada M, et al. (2010). Genome-wide analysis of genetic loci associated with Alzheimer disease. *JAMA*. 2010 May 12;303(18):1832-40.
283. Shehi E. (1973). Mbi historikun e spitalit psikiatrik të Vlorës. Punime psikoneurologjike, Tiranë. Vol. III, 167-173.
284. Sherer R. (2002). "Mental Health Care in the Developing World". *Psychiatric Times*. XIX (1).
285. Shneidman Edwin S. and Farberow Norman L. (editors). (1957). *Clues to Suicide*. New York: McGraw-Hill.

286. Shneidman, Edwin S. (1961). Psycho-logic: A Personality Approach to Patterns of Thinking. Pages 153-190 in Conference on Contemporary Issues in Thematic Apperceptive Methods, Fels Research Institute, 1959, *Contemporary Issues in Thematic Apperceptive Methods*. Edited by Jerome Kagan and Gerald S. Lesser. Springfield, 111. Thomas.
287. Shneidman, Edwin S.; and Farberow, Norman L. (1960). A Socio-psychological Investigation of Suicide. Pages 270-293 in Henry P. David and J. C. Brengelmann (editors), *Perspectives in Personality Research*. New York: Springer.
288. Shneidman, Edwin S.; and Farberow, Norman L. (1961). Statistical Comparisons Between Attempted and Committed Suicides. Pages 19-47 in Norman L. Farberow and Edwin S. Shneidman (editors), *The Cry for Help*. New York: McGraw-Hill.
289. Shneidman, Edwin S.; Farberow, Norman L.; and Leonard, C. V. (1962). *Suicide: Evaluation and Treatment of Suicidal Risk Among Schizophrenic Patients in Psychiatric Hospitals*. U.S. Veterans Administration, Medical Bulletin No. 8. Washington: Veterans Administration.
290. Silove D, Bateman CR, Brooks RT, Fonseca CA, Steel Z, et al. (2008). Estimating clinically relevant mental disorders in a rural and an urban setting in postconflict Timor Leste. *Arch Gen Psychiatry* 65: 1205-1212.
291. Smith T, Nicassio P. Psychological practice: clinical application of the biopsychosocial model. In: Smith T, Nicassio P, editors. *Managing the chronic illness*. Washington: APA; 1995.
292. Snitz BE, O'Meara ES, Carlson MC, Arnold AM, Ives DG, Rapp SR, et al. (2009). Ginkgo biloba for preventing cognitive decline in older adults: a randomized trial. *JAMA*. Dec 23; 302 (24): 2663-70.

293. Sofi F, Cesari F, Abbate R, Gensini GF, Casini A. (2008). Adherence to Mediterranean diet and health status: meta-analysis. *BMJ*. sep 11; 337: a1 344. doi: 10.1136/bmj. a1 344.
294. Sowell ER, Toga AW, Asarnow R. (2000). Brain abnormalities observed in childhood-onset schizophrenia: A review of the structural magnetic resonance imaging literature. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Review*. 6: 180–185.
295. Sperling RA, Aisen PS, Beckett LA, Bennett DA, Craft S, Fagan AM, et al. (2011). Toward defining the preclinical stages of Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's Dement*. May; 7 (3): 280 - 92. E pub 2011 Apr 21.
296. Spijker J, Graaf R, Bijl RV, Beekman AT, Ormel J, Nolen WA. (2004). Functional disability and depression in the general population. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Acta Psychiatr. Scand*. 110:208–214.
297. Stein DJ, Grant JE, Franklin ME, et al. (2010). Trichotillomania (hair pulling disorder), skin picking disorder, and stereotypic movement disorder: toward DSM-V. *Depress Anxiety*. 27: 611 – 26. [[PubMed](#)]
298. Stengel, Erwin (1956). The Social Effects of Attempted Suicide. *Journal of the Canadian Medical Association* 74: 116-120.
299. Stengel, Erwin; and Cook, Nancy G. (1958). *Attempted Suicide: Its Social Significance and Effects*. London: Chapman.
300. Stoll AL, Renshaw PF, Yurgelun-Todd DA, Cohen BM. (2000). Neuroimaging in bipolar disorder: What have we learned? *Biological Psychiatry*. 15: 505–517.
301. Stompe, Thomas; Ritter, Kristina; Friedmann, Alexander. (2006). "Die Gestaltungen des Wahnsinns bei William Shakespeare" [The representation of madness in William

- Shakespeare's characters]. Wiener klinische Wochenschrift (in German). 118 (15–16): 488–95.
302. Stuckler D et al. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*, 374: 315–323.
303. Studim Kombëtar mbi Qendrimin e Publikut ndaj Shëndetit Mendor. OBSH 2009.
304. Sturm R, Gresenz CR. (2002). Relationship of income inequality and family income to chronic medical conditions and mental health disorders: national survey. *BMJ*; 324:20-4.
305. Sundar M. (1999). Suicide in farmers in India. *British Journal of Psychiatry*.175: 585-6.
306. Sunderland T, Jeste DV, Baiyewu O, et al., (2007). editors. Diagnostic issues in dementia: advancing the research agenda for DSM-V. Arlington: American Psychiatric Association.
307. Suppes T, Mintz J, McElroy SL, et al. (2005). Mixed hypomania in 908 patients with bipolar disorder evaluated prospectively in the Stanley Foundation Bipolar Treatment Network: a sex-specific phenomenon. *Arch Gen Psychiatry*. 62: 1089–96.
308. Taler V, Phillips NA. (2008). Language performance in Alzheimer's disease and mild cognitive impairment: A comparative review. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. 30, 5, 501-556.
309. Tamminga CA, Sirovatka PJ, Regier DA, et al., editors. (2009). Deconstructing psychosis: refining the research agenda for DSM-V. Arlington: American Psychiatric Association.
310. Teferra S, Shibre T, Fekadu A, Medhin G, Wakwoya A, et al. (2011). Five-year mortality in a cohort of people with schizophrenia in Ethiopia. *BMC Psychiatry* 11: 165.

311. The World health report 2001. — Mental health: New understanding, New hope. Geneva: World Health Organization; 2001.
312. The World health report. Geneva: WHO; 2002. The World Health Organization.
313. Thomas Szasz. (2006). Mental Illness as Brain Disease: A Brief History Lesson.
314. Thompson PM, Vidal C, Giedd JN, Gochman P, Blumenthal J, Nicolson R, Toga AW, Rapoport JL. (2001). Mapping adolescent brain change reveals dynamic wave of accelerated gray matter loss in very early-onset schizophrenia. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*. 98: 11650–11655.
315. Tol WA, Barbui C, Galappatti A, Silove D, Betancourt TS, Souza R, Golaz A, Van Ommeren M. (2011). Mental health and psychosocial support in humanitarian settings; linking practice to evidence. *Lancet*, 378: 1581-1591.
316. Torke AM, Schwartz PH, Holtz LR, Montz K, Sachs GA. (2013). Caregiver perspectives on cancer screening for persons with dementia: “Why put them through it?” *Journal of the American Geriatrics Society*. 61, 8, 1309-1314.
317. Torrey, E. Fuller. (1988). *Surviving Schizophrenia: a manual for families, consumers and providers* (3rd ed). London: Harper Perennial. pp. 339–342.
318. Tosevski Dusica Lecic, Christodoulou George N, Kontaxakis Vassilis and Christodoulou Nikolaos. (2008). Provision of Psychiatric Services and Mental Healthcare Reform in Eastern Europe and Balkans. *European Psychiatric Review*.
319. Tyrer P. (20010). The case for cothymia: mixed anxiety and depression as a single diagnosis. *British Journal of Psychiatry*; 179: 191-3.

320. Üstün TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJ. (2004). Global burden of depressive disorders in the year 2000. Most extensive cross-national study of major depression ever undertaken. *Br. J. Psychiatry*. 184: 386–392.
321. Vehbiu Ulvi; Polimeri Nestor; Pikuli Tefta. (1985). *Psikiatria Klinike*. Pg 13-15.
322. Vikram Patel and Arthur Kleinman. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bull World Health Organ*. vol.81. n.8. Genebra.
323. Vikram Patel; Arthur Kleinman. (2003). Poverty and common mental disorders in developing Countries. *Bulletin of the World Health Organization*; 81: 609-615.
324. Viktor Voros. (2010). Ph.D. Thesis. “The Stress-Diathesis Model of Suicidal Behaviour Integrative Perspectives in Our Clinical Studies Among Patients with Suicidal Behaviour”
325. Volkmar FR, Paul R, Klin A, Cohen D, editors. (2005). *Handbook of Autizm and Pervasive Developmental Disorders, Vol. 1: Diagnosis, Development, Neurobiology, and Behavior*. 3. Hoboken NJ: John Eiley&Sons Inc.
326. Vorcaro CMR, Lima-Costa MFF, Barreto MS, Uchoa E. (2001). Unexpected high prevalence of 1-month depression in a small Brazilian community: the Bambui Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 104: 257-63.
327. Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M, Gissler M, Laursen TM. (2011). Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 199: 453-458.
328. Walker S, Wachs TD, Grantham-McGregor S, Black M, Nelson C, Huffman C et al (2011). Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. *Lancet*, 378: 1325-1338.

329. Walker S, Wachs TD, Meeks Gardner J, Lozoff B, Wasserman GA, Pollitt E, Careter JA and the International Child Development Steering Group (2007). Child development: risk factors for adverse outcomes in developing countries. *Lancet*, 369: 145-157.
330. Walsh, James Joseph. (1907). "Bedlam". Catholic Encyclopedia. 2. New York: Robert Appleton Company. Retrieved 3 June 2007.
331. Weich S, Lewis G, Jenkins SP. (2001). Income inequality and the prevalence of common mental disorders in Britain. *British Journal of Psychiatry*. 178: 222-7.
332. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, et al. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 382: 1575-1586.
333. WHO (2002). *Prevention and promotion of mental health*. World Health Organization; Geneva, Switzerland.
334. WHO (2004). *Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options*. World Health Organization; Geneva, Switzerland.
335. WHO (2005). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*. World Health Organization; Geneva, Switzerland.
336. WHO (2006). *Constitution of the World Health Organization*. Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement, October.
337. WHO (2008a). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. World Health Organization; Geneva, Switzerland.
338. WHO (2008b). *UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities – A major step forward in promoting and protecting rights*. World Health Organization; Geneva, Switzerland.

339. WHO (2010a). *Mental health and development: Targeting people with mental health conditions as a vulnerable group*. World Health Organization; Geneva, Switzerland.
340. WHO (2011). Impact of economic crises on mental health. WHO Regional Office for Europe; Copenhagen, Denmark.
341. WHO (2014). www.WHO.int/healthinfo/global.../GHE_DALY_Global_2000_2012.
342. WHO 2017. Comprehensive mental health action plan 2013–2020. www.WHO.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/2017.
http://www.WHO.int/mental_health/action_plan_2013/en/
343. WHO. (2000). "Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. WHO. International Consortium in Psychiatric Epidemiology". Bull. World Health Organ. 78 (4): 413–26.
344. WHO. (2005). Promoting Mental Health: Concepts, Emerging evidence, Practice: A report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. Geneva: WHO.
345. WHO. (2010). Mental health and development: Targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. Geneva: World Health Organisation
346. WHO. (2014). Përlllogaritjet Globale të Shëndetit (2014). Tabelat Përmbledhëse: DALY sipas shkaktit, moshës dhe gjinisë, nga Rajoni i OBSH-së, 2000-2012.
347. WHO. Regional Office for Europe. *RC63 fact sheet on mental health*. 2014.
348. Widiger TA, Simonsen E, Sirovatka PJ, et al., editors. (2006). Dimensional models of personality disorders: refining the research agenda for DSM-V. Arlington: American Psychiatric Association.

349. Williams JBW, Link MJ, Rosenthal NE, Terman M. (1988). HRSD-29: Structured Interview Guide for the Hamilton Depression Rating Scale, seasonal Affective Disorders Version (SIGHSD). New York Psychiatric Institute, New York.
350. Wittchen H-U, Beesdo K, Gloster AT. (2009). A New meta-structure of mental disorders: a helpful step into the future or a harmful step back into the past? *Psychol Med.* 39: 2083–9.
351. Wittchen HU, Jacobi F. (2005). "Size and burden of mental disorders in Europe-a critical review and appraisal of 27 studies". *Eur Neuropsychopharmacol.* 15 (4): 357–76.
352. World development report 2000/2001. (2003). *Attacking poverty*. New York: Oxford University Press for the World Bank; vol.81 n.8. Geneva.
353. World Health Organisation, World Health Report 2001. *Mental Health: New Understanding, New Hope*, Geneva: World health Organisation 2002.
354. World Health Organisation. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders*. World Health Organisation, Geneva. (Përshkrim Klinik dhe udhërrëfytes për bërjen e diagnozës në sistemin ICD).
355. World Health Organisation. (2015). "Mental disorders Fact sheet N°396". *October 2014. Retrieved 13 May 2015*.
356. World Health Organization. (1985). *World Health Report Basic Documents* 35th ed. Geneva: 3. World Health Organization (2001). *World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: WHO.
357. World Health Organization. (1992). *Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death. Tenth revision of the international classification of diseases*. Geneva: World Health Organization.

358. World Health Organization. (1993). ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders. Diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization.
359. World Health Organization. (1999). A critical link: *interventions for physical growth and child development*. Geneva.
360. World Health Organization. WHO. (2016). "Mental disorders". Retrieved 9 April.
361. Wright, David. (1997). "Getting out of the asylum: understanding the confinement of the insane in the nineteenth century". *Social History of Medicine*. 10 (1): 137–55.
362. Xu JQ, Kochanek KD, Murphy SL, Tejada-Vera B. (2010). Deaths: final data for 2007. *National Vital Statistics Report* 58 (19).
363. Yang L, Rieves D, Ganley C. (2012). Brain amyloid imaging--FDA approval of florbetapir F18 injection. *N Engl J Med*. 2012 Sep 6; 367 (10): 885-7.
364. Yatham LN, Liddle PF, Shiah IS, Scarroë G, Lam RW, Adam MJ, Zis AP, Ruth TJ. (2000). Brain serotonin₂ receptors in major depression: A positron emission tomography study. *Archives of General Psychiatry*. 57: 850–858.
365. Youssef, Hanafy A.; Youssef, Fatma A. (1996). Denning, T.R., ed. "Evidence for the existence of schizophrenia in medieval Islamic society" (pdf). *History of Psychiatry*. 7 (25): 55–62.
366. Yuhas, Daisy. (2013). "Throughout History, Defining Schizophrenia Has Remained A Challenge (Timeline)". *Scientific American Mind*. Retrieved. 2 March.
367. Zeanah CH, Gleason MM. (2010). Reactive attachment disorder: a review for DSM-V. Report presented to the American Psychiatric Association, 2010; available online at <http://www.dsm5.org>.

368. Zisook S, Corruble E, Duan N, et al. (2012). The bereavement exclusion and DSM-5. *Depress Anxiety*. 29: 425–43.



REPUBLIKA E SHQIPERISE
MINISTRIA E SHENDETESISE
/DREJTORIA RAJONALE E SHENDETESISE SHKODER
Rr. BujarBishanaku, Shkoder , Albania,tel+3552246595
e-mail.drshshkoder@shendetesia.gov.al

Nr. 1403 Prot

Shkodër,më 24.08.2016

Lënda : Dërgim informacioni

Drejtuar : Shefave te Shërbimit: Dr. Gjon Preçi / Dr. Valdet Hoxha
(Shendetit Mendor me Shtretër / Psikiatrik, Shtëpive të Mbështetura, Qëndres Komunitare, Shkodër)

Në kuadër të Ditës së Shëndetit Mendor dhe me Kërkesë të Ministrisë së Shëndetësisë, bazuar ne Ligjin Nr. 119/2014, per te Drejten e Informimit, per efekt studimi, zyra e Shërbimit Psikosocial dhe Shëndetit Mendor, kërkon informacion të detajuar statistikor mbi numrin e pacientëve të shtruar gjatë viteve 2005-2015 prane Shërbimeve te Shëndetit Mendor me Shtretër, Psikiatrik, Shtëpive të Mbështetura, dhe Qëndres Komunitare.

Ky informacion kërkohet të paraqitet pranë zyres së Shërbimit Psikosocial dhe Shëndetit Mendor, në Drejtorinë e Shëndetit Publik, brenda dates 5 Shtator 2016, per efekt studimi.

Duke Ju falenderuar për bashkëpunimin !

Konceptoi: Zyra e Sherbimit Psikosocial dhe Shendetit Mendor

Kilda Gusha, Isida Rruga

Drejtori: Ylber ZAMA

Skeda e të sëmurëve me Probleme të Shëndetit Mendor

Shërbimi_____

Kodi_____

Emër Mbiemër_____

Gjinia_____/Mosha _____

Venbanimia_____/ Zona e banimit: Rural_____/ Urban_____

Problematikat që vihen re tek pacienti (Shpjego me detaje llojin e sëmundjes dhe trajtimin)

Etnia_____/ Grupimi Fetar_____

Niveli Arsimor_____

Të ardhurat Mujore_____

Punësimi_____

Herediteti Familjar_____

Raportimi Vjetor i të dhënave

Numri i popullatës së zonës së mbulimit	150,000 banorë						
Numri i kartelave	<u>Gjithsej</u> <u>Nr=</u>						
Numri i kartelave të reja gjatë vitit	<u>Gjithsej</u> <u>Nr=</u>						
Numri i pacientëve që kanë marrë shërbim (adult)	<u>Gjithsej</u> <u>Nr=</u>	<u>Femra</u>	<u>Meshkuj</u>	<u>Zona e banimit</u>			
Numri i pacientëve që kanë marrë shërbim (Fëmijë + Adoleshent)	<u>Gjithsej</u> <u>Nr=</u>	<u>Femra</u>	<u>Meshkuj</u>	<u>Zona e banimit</u>			
Numri i vizitave (Adult)	<u>Gjithsej</u>	<u>Nga psikiatri</u>	<u>Nga Psikologu</u>	<u>Nga Punonjësi Social</u>	<u>Nga Infermieri</u>	<u>Vizita në QKSHM</u>	<u>Vizita në shtëpi</u>
Numri i vizitave (Fëmijë+ Adoleshent)	<u>Gjithsej</u>	<u>Nga psikiatri</u>	<u>Nga Psikologu</u>	<u>Nga Punonjësi Social</u>	<u>Nga Infermieri</u>	<u>Vizita në QKSHM</u>	<u>Vizita në shtëpi</u>
Numri i vizitave sipas diagnozave	F10-19	F20-29	F 30-39	F 40-48	F 60-69	Tjetër	

KLASIFIKIMI I DSM IV KODUAR SIPAS ICD 10

ÇRREGULLIME TË CILAT ZAKONISHT DIAGNOSTIKOHEN NË MOSHËN FOSHNJORE, GJATË FËMIJËRISË, OSE NË ADOLESHENCË

PRAPAMBETJA MENDORE (39)

Shënim: Klasifikohen në Aksin II

- F70.9 Prapambetje mendore e lehtë. (41)
- F71.9 Prapambetje mendore e moderuar (41)
- F72.9 Prapambetje mendore e rëndë (41)
- F73-9 Prapambetje mendore e thellë (41)
- F79.9 Prapambetje mendore me shkallë të paspecifikuar (42)

ÇRREGULLIMET E TË MËSUARIT (46)

- F81.0 Çrregullim i Leximit (48)
- F81.2 Çrregullim Matematikor (50)
- F81.8 Çrregullim i Të Shprhurit të Shkruar (51)
- F81.9 Çrregullim i të Mësuarit I Paspecifikuar Gjetiu (53)

ÇRREGULLIMI I AFTËSIVE MOTORE

- F82 Çrregullim i Koordinimit të Zhvillimit (53)

ÇRREGULLIMIET E KOMUNIKIMIT (55)

- F80.1 Çrregullim i të Shprehurit Të Gjuhës (55)
- F80.2 Çrregullim Gjuhësor i Përzier Receptivo-Expresiv (58)
- F80.0 Çrregullim Fonologjik (61)
- F98.5 Belbëzim (63)
- F80.9 Çrregullim Komunikimit I Paspecifikuar Gjetiu (65)

ÇRREGULLIMET PERVAZIVE TË ZHVILLIMIT (65)

- F84.0 Çrregullim Autik (66)
- F84.2 Çrregullim i Rettit (71)
- F84.3 Çrregullim Disintegrativ i Fëmijërisë
- F84.5 Çrregullim Asperger (75)
- F84.9 Çrregullim Pervaziv i Zhvillimit I Paspecifikuar Gjetiu (77)

ÇRREGULLIMET E PAMJAFTUESHMËRISË SË VËMENDJES DHE SJELLJES SHKATËRRUESE (78)

- ___ Çrregullim i Vëmendjes së Pamjaftueshme me Hiperaktivitet (78)
- F90.0 Tipi i Kombinuar
- F98.8 Tipi me Mbizotërim të Vëmendjes së Pamjaftueshme
- F90.0 Tipi me Mbizotërim të Hiperaktivitetit dhe Sjelljes Impulsive
- F90.9 Çrregullim i Vëmendjes së Pamjaftueshme me Hiperaktivitet I Paspecifikuar Gjetiu (85)
- F91.8 Çrregullim i Sjelljes (85)
 - Specifiko tipin: Tipi me Fillim në Fëmijeri/Tipi me Fillim në Adoleshencë
- F91.3 Çrregullim Kundërshtues Opozicional (91)
- F91.9 Çrregullim i Sjelljes Shkatërruese I Paspecifikuar Gjetiu (94)

ÇRREGULLIMET E TË USHQYERIT DHE TË TË NGRËNIT GJATË FOSHNJËRISË DHE FËMIJËRISË SË HERSHME (94)

- F98.3 Pica (95)
- F98.2 Çrregullim i Ripërtypjes (96)
- F98.2 Çrregullim i të Ushqyerit të Foshnjërisë ose Fëmijërisë së hershme (98)

ÇRREGULLIMET TIK (100)

- F95.2 Çrregullim Tourette (101)
- F95.1 Çrregullim Tik Motor ose Vokal Kronik (103)
- F95.0 Çrregullim tik kalimtar (104)
 - Specifiko nëse: Episod i Vetëm/I rikthyer
- F95.9 Çrregullim Tik I Paspecifikuar Gjetiu (105)

ÇRREGULLIMET E JASHËQITJES (106)

- ___ Enkopreksi (106)
- R15 Me Konstipacion dhe Inkontinencë nga Mbingarkesa
- F98.1 Pa Konstipacion dhe Inkontinencë nga Mbingarkesa
- F98.0 Enurezë (Jo për Shkak të një Gjendje të Përgjithshme Mjekësore) (108)
 - Specifko tipin: Vetëm Nokturnal / Vetëm Diurnal/ Nokturnal dhe Diurnal

ÇRREGULLIME TË TJERA TË FOSHNJËRISË, FËMIJËRISË OSE ADOLESHENCËS

- F93.0 Çrregullim i Ankthit të Ndarjes (110)
 - Specifiko nëse: Fillim i Hershëm
- F94.0 Mutizëm Selektiv (114)
- F94.x Çrregullim Reaktiv i Attachment Gjatë Foshnjërisë ose Fëmijërisë së Hershme (116)
 - .1 Tipi me Frenim
 - .2 Tipi me Çfrenim
- F9&4 Çrregullim i Lëvizjes Stereotipike (118)
 - Specifiko nëse: Me Sjellje Vetëdëmtuese
- F98.9 Çrregullim i Foshnjërisë, Fëmijërisë ose Adoleshencës I Paspecifikuar Gjetiu (121)

DELIRIUMI, DEMENCA DHE ÇRREGULLIME TË TJERA

DELIRIUMI (124)

- F05.0 Delirium Për Shkak të: .. [Trego Gjendjen e Përgjithshme Mjekësore] (kodi F05.1 Nëse i është mbivendosur Demecës (127)
- ___ Delirium nga Intoksikimi me Substanë (Referoju Çrregullimeve të Lidhura me Substancat për kodin e tyre specifik (129)
- ___ Delirium gjatë zvjerdhjes nga Substancat (Referoju Çrregullimeve të Lidhura me Substancat për kodin e tyre specifik (129)
- ___ Delirium nga Shumë Shkaktarë (kodi i secilit shkaktar specifik) (132)
- F05.9 Delirium I Paspecifikuar Gjetiu (133)

DEMENCA (133)

- F00.xx Demencë e Tipit Alzheimer, Me Fillim të Hershëm (gjithashtu kodi G30.0 Sëmundja Alzheimer, Me fillim të Hershëm në Aksin III) (139)

- .00 - E Pakomplikuar
- .01 - Me Deluzione
- .03 - Me Humor Depresiv
 - Specifiko nëse: Me Çrregullime të Sjelljes
- F00.xx Demencë e Tipit Alzheimer, Me Fillim të Vonë (gjithashtu kodi G30.1 Sëmundja Alzheimer, Me fillim të Vonë në Aksin III) (139)
 - .10 - E Pakomplikuar
 - .11 - Me Deluzione
 - .13 - Me Humor Depresiv
 - Specifiko nëse: Me Çrregullime të Sjelljes
- F01.xx Demencë Vaskulare (143)
 - .80 - E Pakomplikuar
 - .81 - Me Deluzione
 - .33 - Me Humor Depresiv
 - Specifiko nëse: Me Çrregullime të Sjelljes
- F02.4 Demencë e Shkaktuar nga Sëmundja HIV (gjithshtu kodi B22.0 Sëmundja HIV me encefalopati në Aksin III (148)
- F02.8 Demencë nga Trauma në Kokë. (gjithshtu kodi S06.9 Dëmtimi Intrakranial në Aksi III) (148)
- F02 3 Demencë nga Sëmundja Parkinson (gjithashtu kodi G20 Sëmundja Parkinson në Aksin III (148)
- F02.2 Demencë nga Sëmundja Huntington (gjithashtu kodi G10 i Sëmundjes Huntington në Aksin III)
- F02.0 Demencë nga Sëmundja Pick (gjithashtu kodi G31.0 i Sëmundjes Pick në Aksin III)
- F02.1 Demencë nga Sëmundja Creutzfeldt-Jakob (gjithashtu kodi A81.0 i Sëmundjes Creutzfeldt-Jakob në Aksin III) (150)
- F02.8 Demencë nga ... [Trego Gjendjen ePërgjithshme Mjekësore që nuk është përmendur më sipër](gjithashtu kodi i gjendjes së përgjithshme mjekësore në Aksin IIII) (151)
- ___ Demencë Persistente e Shkaktuar nga Substancat (referoju Çrregullimeve të lidhura me Substancën për kodin specifik të substancës)
- F02.8 Demencë nga Shkaqe të Shumta (për Demencën e Përzier Alzheimer dhe Vaskulare Vendos kodin F00.2)
- F03 Demencë e Paspecifikuar Gjetiu(155)

ÇRREGULLIMET AMNESTIKE (156)

- F04 Çrregullim Amnestik Shkaktuar nga: [Trego Gjendjen e Përgjithshme Mjekësore] (158)
 - Specifiko nëse: Tranzitore / Kronike
- ___ Çrregullim Amnestik Persistent Shkaktuar nga Substanca (referoju Çrregullimeve të Lidhura me Substancat për kodin e substancës specifike (161)
- R41.3 Çrregullim Amnestik I Paspecifikuar Gjetiu (163)

ÇRREGULLIME TË TJERA KONJITIVE (163)

- F06.9 Çrregullim Konjitiv I Paspecifikuar Gjetiu (163)

ÇRREGULLIMET MENDORE SHKAKTUAR NGA NJË SËMUNDJE E PËRGJITHSME TË PA KLASIFIKUARA

- F06.1 Çrregullim Katatonik shkaktuar nga... (trego Gjendjen e Përgjithshme Mjekësore) (169)
- F07.0 Ndryshime Personaliteti Shkaktuar nga ... (trego Gjendjen e Përgjithshme Mjekësore) (171)
 - Specifiko tipin: Tipi Labil/Tipi i Çfreuar/Tipi Agresiv/Tipi Apatik/Tipi Paranoid/TipTjetër/Tip i Kombinuar/Tip i Paspecifikuar
- F09 Çrregllim Mendor i Paspecifikuar Gjetiu Shkaktuar nga (trego Gjendjen e Përgjithshme Mjekësore) (174)

ÇRREGULLIMET E LIDHURA ME SUBSTANCËN

ªPërcaktim që mund të përfshihet te Varësia nga Substancat
Specifiko nëse: Me Varësi Fiziologjike / Pa Varësi Fiziologjike
Kodo dekursin e varësisë në pesë cilësime
0 = Remision i hershëm i plotë / Remision i hershëm i pjesshëm
0 = Remision i plotë i qëndrueshëm / Remision i plotë i pjesshëm
1 = Në mjedis të kontrolluar
2 = Nën mjekim me agonistë
4 = E lehtë/E moderuar/E rëndë

Specifikimet e mëposhme përdoren për Çrregullimet e Lidhura me Substancën sipas shënimit:
¹Me shpërthim gjatë intoksikimit / ¯Me shpërthim gjatë zvjerdhjes

ÇRREGULLIMET E LIDHURA ME ALKOOLIN (194)

Çrregullimet e Përdorimit të Alkoolit

- F10.2x Varësi nga Alkooliª (195)
- F10.1 Abuzim me Alkool (196)

Çrregullimet e Shkaktuara nga Alkooli

- F10.00 Intoksikacion nga Alkooli (196)
- F10.3 Zvjerdhje nga Alkooli (197)
 - Specifiko nëse: Me Çrregullime Perceptioni
- F10.03 Delirium Gjatë Intoksikimit me Alkool (129)
- F10.4 Delirium Gjatë Zvjerdhjes Alkoolike (129)
- F10.73 Demencë e Qëndrueshme Shkaktuar nga Alkooli (152)
- F10.6 Çrregullim Amnestik i Qëndrueshëm i Shkaktuar nga Alkooli (161)
- F10.xx Çrregullim Psikotik Shkaktuar nga Alkooli (310)
 - .51 Me Deluzione¹, ¯w
 - .52 Me Halucinacione¹, ¯w
- F10.8 Çrregullim Humori Shkaktuar nga Alkooli ¹, ¯w (370)
- F10.8 Çrregullim Ankthi Shkaktuar nga Alkooli ¹, ¯w (439)
- F10.8 Çrregullim i Funksionit Seksual Shkaktuar nga Alkooli I (519)
- F10.8 Çrregullim i Gjumit Shkaktuar nga Alkooli ¹, ¯w (370)
- F10.9 Çrregullim i Lidhur me Alkoolin I Paspecifikuar Gjetiu (204)

ÇRREGULLIMET E LIDHURA ME AMFETAMINËN (OSE SUBSTANCAT E NGJASHME ME AMFETAMINËN) (204)

Çrregullimet nga Përdorimi i Amfetaminës

- F15.2x Varësi nga Amfetaminaª (206)
- Fl 5.1 Abuzim me Amfetaminë (206)

Çrregullimet e Shkaktuara nga Amfetamina

- F15.00 Intoksicion nga Amfetamina (207)

F15.04 Intoksikacion nga Amfetamina me Çrregullime të Percepsionit (207)

F15.3 Zvjerdhje nga Amfetamina (208)

F15.03 Delirium nga Intoksikimi me Amfetaminë (129)

F15.xx Çrregullim Psikotik i Shkaktuar nga Amfetamina (310)

.51 Me Deluzione^l

.52 Me Halucinacione^l

F15.8 Çrregullim Humori i Shkaktuar nga Amfetamina^{l,w} (370)

F15.8 Çrregullim Ankthi i Shkaktuar nga Amfetamina^l (439)

F15.8 Çrregullim i Funksionit Seksual Shkaktuar nga Amfetamina^l (519)

F15.8 Çrregullim i Gjumit Shkaktuar nga Amfetamina^{l,w} (601)

F15.9 Çrregullim i Lidhur me Amfetaminën I Paspecifikuar Gjetiu (211)

ÇRREGULLIMET E LIDHURA ME KAFEINËN (212)

Çrregullimet e Shkaktuara nga Kafeina

F15.00 Intoksikimi me Kafeinë (212)

F15.8 Çrregullim Ankthi Shkaktuar nga Kafeina^l (439)

F15.8 Çrregullim i Gjumit Shkaktuar nga Kafeina^l (601)

F15.9 Çrregullim i Lidhur me Kafeinën I Paspecifikuar Gjetiu (215)

ÇRREGULLIMET E LIDHURA ME KANABISIN (215)

Çrregullimet nga Përdorimi i Kanabisit

F12.2x Varësi nga Kanabis^a (216)

F12.1 Abuzim me Kanabis (217)

Çrregullimet e Shkaktuara nga Kaniabis

F12.00 Intoksikacion nga Kanabis (217)

F12.04 Intoksicion nga Kanabis me Çrregullime të Percepsionit (217)

F12.03 Delirium nga Intoksikimi me Kanabis (129)

F12.xx Çrregullim Psikotik i Shkaktuar nga Kanabis (310)

.51 Me Deluzione^l

.52 Me Halucinacione^l

F12.8 Çrregullim Ankthi i Shkaktuar nga Kanabis^l (439)

F12.9 Çrregullim i Lidhur me Kanabisin I Paspecifikuar Gjetiu (221)

ÇRREGULLIMET E LIDHURA ME KOKAINËN

Çrregullimet nga Përdorimi i Kokainës

F14.2x Varësi nga Kokaina^a (222)

F14.1 Abuzim me Kokaine (223)

Çrregullimet e Shkaktuara nga Kokaina

F14.00 Intoksikacion nga Kokaina (223)

F14.04 Intoksicion nga Kokaina me Çrregullime të Percepsionit (223)

F14.03 Delirium nga Intoksikimi me Kokainë (129)

F14.xx Çrregullim Psikotik i Shkaktuar nga Kokaina (310)

.51 Me Deluzione^l

.52 Me Halucinacione^l

F14.8 Çrregullim Humori i Shkaktuar nga Kokaina^{l,w} (370)

F14.8 Çrregullim Ankthi i Shkaktuar nga Kokaina^{l,w} (439)

F14.8 Çrregullim i Funksionit Seksual Shkaktuar nga Kokaina^l (519)

F14.8 Çrregullim i Gjumit Shkaktuar nga Kokaina^l (601)

F14.9 Çrregullim i Lidhur me Kokainën I Paspecifikuar Gjetiu (229)

ÇRREGULLIMET E LIDHURA ME HALUCINOGENJËT

Çrregullimet nga Përdorimi i Halucinogjenëve

F16.2x Varësi nga Halucinogjenët^a (230)

F16.1 Abuzim me Halucinogjenë (231)

Çrregullimet e Shkaktuara nga Halucinogjenët

F16.00 Intoksikacion nga Halucinogjenët (232)

F16.07 Çrregullime Persistente të Percepsionit Shkatuar nga Halucinogjenët (233)

F16.03 Delirium nga Intoksikimi me Halucinogjenë (129)

F16.xx Çrregullim Psikotik i Shkaktuar nga Kokaina (310)

.51 Me Deluzione^l

.52 Me Halucinacione^l

F16.8 Çrregullim Humori i Shkaktuar nga Halucinogjenët^l (370)

F16.8 Çrregullim Ankthi i Shkaktuar nga Halucinogjenët^l (439)

F16.9 Çrregullim i Lidhur me Halucinogjenët I Paspecifikuar Gjetiu (236)

ÇRREGULLIMET E LIDHURA ME SUBSTANCAT INHALATORE (236)

Çrregullimet nga Përdorimi i Substancave Inhalatore

F18.2x Varësi nga Substancat Inhalatore^a (238)

F18.1 Abuzim me Substanca Inhalatore (238)

Çrregullimet e Shkaktuara nga Substancat Inhalatore

F18.00 Intoksikacion nga Substancat Inhalatore (239)

F18.03 Delirium nga Intoksikimi me Substanca Inhalatore (129)

F18.73 Demencë Persistuese Shkaktuar nga Substancat Inhalatore (152)

F18.xx Çrregullim Psikotik i Shkaktuar nga Substancat Inhalatore (310)

.51 Me Deluzione^l

.52 Me Halucinacione^l

F18.8 Çrregullim Humori i Shkaktuar nga Substancat Inhalatore^l (370)

F18.8 Çrregullim Ankthi i Shkaktuar nga Substancat Inhalatore^l (439)

F18.9 Çrregullim i Lidhur me Halucinogjenët I Paspecifikuar Gjetiu (242)

ÇRREGULLIMET E LIDHURA ME NIKOTINËN (242)

Çrregullimi nga Përdorimi i Nikotinës

F17.2x Varësi nga Nikotina^a (243)

Çrregullimet i Shkaktuara nga Nikotina

F17.3 Zvjerdhje nga Nikotina (244)

F17.9 Çrregullim i Lidhur me Nikotinën I Paspecifikuar Gjetiu (247)

ÇRREGULLIMET E LIDHURA ME OPIATET (247)

Çrregullimet nga Përdorimi i Opiateve

F11.2x Varësi nga Opiatet^a (248)

F11.1 Abuzim me Opiate (249)

Çrregullimet e Shkaktuara nga Opiatet

F11.00 Intoksikacion nga Opiatet (249)

F11.04 Intoksicion nga Opiatet me Çrregullime të Percepsionit (249)

F11.03 Delirium nga Intoksikimi me Opiate (129)

F11.xx Çrregullim Psikotik i Shkaktuar nga Opiatet(310)

.51 Me Deluzione^l

.52 Me Halucinacione^l

F11.8 Çrregullim Humori i Shkaktuar nga Opiatet^l (370)

F11.8 Çrregullim i Funksionit Seksual Shkaktuar nga Opiatet^l (519)

F11.8 Çrregullim i Gjumit Shkaktuar nga Opiatet^l (601)

F11.9 Çrregullim i Lidhur me Opiatet I Paspecifikuar Gjetiu (255)

ÇRREGULLIMET E LIDHURA ME FENCIKLIDINËN (OSE SUBSTANCAVE TE NGJASHME ME FENCIKLIDINËN) (255)

Çrregullimet nga Përdorimi i Fenciklidinës

F19.2x Varësi nga Feniclidina^a (256)

F19.1 Abuzim me Feniclidinë (257)

Çrregullimet e Shkaktuara nga Fenciklidina

F19.00 Intoksikacion nga Fenciklidina (257)

F19.04 Intoksicion nga Fenciklidina me Çrregullime të Percepsionit (257)

F19.03 Delirium nga Intoksikimi me Fenciklidinë (129)

F19.xx Çrregullim Psikotik i Shkaktuar nga Fenciklidina (310)

.51 Me Deluzione^l

.52 Me Halucinacione^l

F19.8 Çrregullim Humori i Shkaktuar nga Fenciklidina^l (370)

F19.8 Çrregullim Ankthi Shkaktuar nga Fenciklidina^l (439)

F19.9 Çrregullim i Lidhur me Fenciklidinën I Paspecifikuar Gjetiu (261)

ÇRREGULLIMET E LIDHURA ME SEDATIVËT, HIPNOTIKËT OSE ANKSIOLITIKËT (261)

Çrregullimet nga Përdorimi i Sedativëve, Hipnotikëve ose Anksiolitikëve.

F13.2x Varësi nga sedativëvt, hipnotikët ose anksiolitikët^a (262)

F13.1 Abuzim me sedativë, hipnotikë ose anksiolitikë (263)

Çrregullimet e Shkaktuara nga Sedativët, Hipnotikët ose Anksiolitikët

F13.00 Intoksikacion nga Sedativëvt, Hipnotikët ose Anksiolitikët (263)

F13.3 Zvjerdhje nga Intoksikimi me sedativë, hipnotikë ose anksiolitikë (264)

Specifiko nëse: Me Çrregullime të Percepsionit

F13.03 Delirium nga Intoksikimi me Sedativë, Hipnotikë ose Anksiolitikë (129)

F13.04 Delirium nga Zvjerdhja me Sedativë, Hipnotikë ose Anksiolitikë (129)

F13.73 Demencë Persistuese e Shkaktuar nga Sedativët, Hipnotikët ose Anksiolitikët (152)

F13..6 Çrregullim Amnestik Persistent i shkaktuar nga Sedativët, Hipnotikët ose Anksiolitikët (161)

F13.xx Çrregullim Psikotik i Shkaktuar nga Sedativëvt, Hipnotikët ose Anksiolitikët (310)

.51 Me Deluzione^{l,w}

.52 Me Halucinacione^{l,w}

F13.8 Çrregullim Humori i Shkaktuar nga Hedativët, hipnotikët ose Anksiolitikët^{l,w} (370)

F13.8 Çrregullim Ankthi Shkaktuar nga Sedativët, Hipnotikët ose Anksiolitikët^{l,w} (439)

F13.8 Çrregullim i Funksionit Seksual Shkaktuar nga Sedativët, Hipnotikët ose Anksiolitikët^l

F13.8 Çrregullim i Gjumit Shkaktuar nga Sedativët, Hipnotikët ose Anksiolitikët^l (601)

F13.9 Çrregullim i Lidhur me Sedativët, Hipnotikët ose Anksiolitikët I Paspecifikuar Gjetiu (269)

ÇRREGULLIMET E LIDHURA ME SHUMË SUBSTANCA

F19.2x Varësi nga Shumë Substancaa (270)

ÇRREGULLIMET E LIDHURA ME SUBSTANCA TË TJERA OSE TË PAN-JOHURA

Çrregullimet nga Përdorimi Substancave të Tjera ose të Panjohura

F19.2x Varësi nga Substanca të Tjera ose të Panjohura^a (176)

F19.1 Abuzim me Substanca të Tjera ose të Panjohura (182)

Çrregullimet e Shkaktuara nga Substanca të Tjera ose të Panjohura

F19.00 Intoksikacion nga Substanca të Tjera ose të Panjohura (183)

F19.04 Intoksikacion nga Substanca të Tjera ose të Panjohura me Çrregullime të Percepsionit

F19.03 Zvjerdhje nga Intoksikimi me Substanca të Tjera ose të Panjohura (184)

F19.03 Delirium nga Intoksikimi me Substanca të Tjera ose të Panjohura (129)

Kodi F19.03 nqs nga zvjerdhja

F19.73 Demencë Persistente shkaktuar nga Substanca të Tjera ose të Panjohura (152)

F19.6 Çrregullim Amnestik Persistent i Shkaktuar nga Substanca të Tjera ose të Panjohura

F19.xx Çrregullim Psikotik i Shkaktuar nga Substanca të Tjera ose të Panjohura (310)

.51 Me Deluzione^{l,w}

.52 Me Halucinacione^{l,w}

F19.8 Çrregullim Humori i Shkaktuar nga Substanca të Tjera ose të Panjohura^{l,w} (370)

F19.8 Çrregullim Ankthi i Shkaktuar nga Substanca të Tjera ose të Panjohura^{l,w} (439)

F19.8 Çrregullim i Funksionit Seksual Shkaktuar nga Substanca të Tjera ose të Panjohura^{l,w} (519)

F19.8 Çrregullim i Gjumit Shkaktuar nga Substanca të Tjera ose të Panjohura^{l,w} (601)

F19.9 Çrregullim i Lidhur me Substanca të Tjera ose të Panjohura I Paspecifikuar Gjetiu (272)

SKIZOFRENIA DHE ÇRREGULLIME TË TJERA PSIKOTIKE (273)

F20.xx Skizofreni

.0x Tipi Paranoid (274)

.1x Tipi i Çorganizuar (287)

.2x Tipi Katatonik (288)

.3x Tipi i Padiferncuar (289)

.5x Tipi Rezidual (289)

Dekursi i koduar i Skizofrenisë në pesë cilësime

2 = Me Episode Me Simptoma Reziduale Interepisodike

3 = Me Episode Pa Simptoma Reziduale Interepisodike

0 = E Vazhdueshme (*specifiko nëse:* Ka Simptoma Negative Prominente)

4 = Episod i Vetëm Në Remision Të Pjesshëm. (*specifiko nëse:* Ka Simptoma Negative Prominente)

5 = Episod i Vetëm Në Remision Të Plotë

8 = Ecuri e Paspecifikuar ose Ecuri Tjetër

9 = Më Pak se Një Vit Nga Shëprthimi i Parë i Fazës Aktive me Simptoma

F20.8 Çrregullim Skizofreniform (290)

Specifiko nëse: Pa Karakteristika Prognostike të Mira / Me Karakteristika Prognostike të Mira

F25.x Çrregullim Skizoafektiv (292)

.0 Tip Bipolar

.1 Tip Depresiv

F22	Çrregullim Deluzional (296) <i>Specifiko tipin:</i> Deluzion/e Erotomanie/Madhështie/Xheloze/Persekutmi/Somatike/ Të Përziera/ Të Paspecifikuara
F23.xx	Çrregullim Psikotik i Shkurtër (302)
.81	Me Stresor/ë të Dukshëm
.82	Pa Stresor/ë të Dukshëm
	[<i>Specifko nëse:</i> Me Fillim Postpartum]
F24	Çrregullim Psikotik i Përbashkët (I Induktuar) (305)
F06.x	Çrregullim Psikotik i Shkaktuar nga
.2	Me Deluzione
.0	Me Halucinacione
—.	Çrregullim Psikotik i Shkaktuar nga Substancat
	(<i>referoju Çrregullimit të Lidhur me Substancat për kodin specifik të substancës</i>) (310)
	<i>Specifiko nëse:</i> Shpërthim Gjatë Intoksikacioit/ Shpërthim Gjatë Zvjerdhjes
F29	Çrregullim Psikotik I Paspecifikuar Gjetiu (315)

ÇRREGULLIMET E HUMORIT (317)

Specifikuesit e mëposhtëm përdoren (për episodin e tanishëm) për Çrregullimet e Humorit si më poshtë:

^aShkalla e gravitetit/Psikoza/Specifikuesit e Remisiont

^bKronik

^cMe Tipare Katatonike

^dMe Tipare Melankolike

^eMe Tipare Atipike

^fMe Shpërthim Pospartum

Specifikuesit e mëposhtëm përdoren për Çrregullimet e Humorit si më poshtë:

^a**Me ose Pa Shërim të Plotë mes Episodeve**

^bMe Model Sezonal

^cMe Ciklim të Shpejtë

ÇRREGULLIMET DEPRESIVE (339)

F32.x	Çrregullim Depresiv Madhor, Episod i Vetëm ^{a,b,c,d,e,f} (339)
F33.x	Çrregullim Depresiv Madhor, Rekurent ^{a,b,c,d,e,f,g,h} (339)
	<i>Kodo gjendjen e tanishme të Episodit të Çrregullimit Depresiv Madhor në katër cilësime:</i>
0	= I Lehtë
1	= I moderuar
2	= I Rëndë Pa Tipare Psikotike
3	= I Rëndë Me Tipare Psikotike
	<i>Specifiko:</i> Tipare Psikotike Humorpërputhëse/ Tipare Psikotike Jo Humorpërputhëse
4	= Në Remision të Pjesshëm
4	= Në Remision të Plotë
9	= I Paspecifikuar

F34.1	Çrregullim Distimik (345)
	<i>Specifko nëse:</i> Fillim i Hershëm / Fillim i Vonë
	<i>Specifiko:</i> Me tipare Atipike
F32.9	Çrregullim Depresiv I Paspecifikuar Gjetiu (350)

ÇRREGULLIMET BIPOLARE

F30.X	Çrregullim Bipolar I, Episod Maniakal i Vetëm ^{a,c,f} (350)
	<i>Specifko nëse:</i> Tipi Mix
<i>Kodo gjendjen e tanishme të Episodit Maniakal në katër cilësime:</i>	
1	= I lehtë, I Moderuar, ose I Rëndë Pa Tipare Psikotike
2	= I Rëndë Me Tipare Psikotike
8	= Në Remison të Pjesshëm ose të Plotë

F31.0	Çrregullim Bipolar I, Episodi i Tanishëm Hipomaniakal ^{g,h,i} (350)
F31.x	Çrregullim Bipolar I, Episodi i Tanishëm Maniakal ^{a,c,f,g,h,i} (350)

<i>Kodo gjendjen e tanishme të Episodit Maniakal në katër cilësime:</i>	
1	= I lehtë, I Moderuar, ose I Rëndë Pa Tipare Psikotike
2	= I Rëndë Me Tipare Psikotike
7	= Në Remison të Pjesshëm ose të Plotë

F31.6	Çrregullim Bipolar I, Episodi i Tanishëm Miks ^{a,c,f,g,h,i} (350)
F31.x	Çrregullim Bipolar I, Episodi i Tanishëm Depresiv ^{a,b,c,d,e,f,g,h,i} (350)

<i>Kodo gjendjen e tanishme të Episodit të Çrregullimit Depresiv Madhor në katër cilësime:</i>	
3	= I Lehtë ose I moderuar
4	= I Rëndë Pa Tipare Psikotike
5	= I Rëndë Me Tipare Psikotike
7	= Në Remision të Pjesshëm ose të Plotë

F31.9	Çrregullim Bipolar I, Episodi i Tanishëm I Paspecifikuar ^{g,h,i} (350)
F31.8	Çrregullim Bipolar II ^{a,b,c,d,e,f,g,h,i} (359)
	<i>Specifiko</i> (episodi i tanishëm): Hipomaniakal/Depresiv
F34.0	Çrregullim Ciklotimik (363)
F31.9	Çrregullim Bipolar I Paspecifikuar (366)
F06.xx	Çrregullim Humori i Shkaktuar nga
.32	Me Tipare Depressive
.32	I Ngjashëm me Episodin Depresiv Madhor
.30	Me Tipare Maniakale
.33	Me Tipare Mikse
— . —	Çrregullim Humori i Shkaktuar nga Substancat
	(<i>referoju Çrregullimit të Lidhur me Substancat për kodin specifik të substancës</i>) (370)
	<i>Specifiko tipin:</i> Me Tipare Psikotike/ Me Tipare Maniakale/ Me Tipare Mikse
	<i>Specifiko nëse:</i> Shpërthim Gjatë Intoksikacioit/ Shpërthim Gjatë Zvjerdhjes
F39	Çrregullim Humori I Paspecifikuar Gjetiu (375)

ÇRREGULLIMET E ANKTHIT (393)

F40.1	Çrregullim Paniku Pa Agorafobi (397)
F40.01	Çrregullim Paniku Me Agorafobi (397)
F40.00	Agorafobi Pa Histori për Çrregullim Paniku (403)
F40.2	Fobi Specifike (405)
<i>Specifiko tipin:</i>	Nga Kafshët/Nga Ambienti Natyral/ Nga Gjaku-Injeksionet-Plagosjet/ Nga Situatat/ Të Tjera
F40.1	Fobia Sociale (411)
	<i>Specifiko nëse:</i> E Gjeneralizuar
F42.8	Çrregullim Obsesivo-Kompulsiv (417)
	<i>Specifiko nëse:</i> Me Kritikë të Varfër
F43.1	Çrregullim i Stresit Pas traumës (424)
	<i>Specifiko nëse:</i> Akut/Kronik
	<i>Specifiko nëse:</i> Me Fillim të Vonuar

F43.0	Çrregullim i Stresit Akut (429)
F41.1	Çrregullim Ankthi i Përgjithësuar (432)
F06.4	Çrregullim Ankthi për Shkak të ...
	[<i>Trego Gjendjen e Përgjithsme Mjekësore</i>] (436)
	<i>Specifiko nëse:</i> Me Ankth të Përgjithësuar/Me Atake Paniku/ Me Simptoma Obsesive – Kompul-
sive	
—.	Çrregullim Anthi i Shkaktuar nga Substancat
	(<i>referoju Çrregullimit të Lidhur me Substancat për kodin specifik të substancës</i>) (439)
	<i>Specifiko nëse:</i> Me Ankth të Përgjithësuar /Me Atake Paniku/
	Me Simptoma Obsesive – Kompulsive/Me Simptoma Fobie
	<i>Specifiko nëse:</i> Shpërthim Gjatë Intoksikacioit/ Shpërthim Gjatë Zvjerdhjes
F41.9	Çrregullim Ankthi I Paspecifikuar Gjetiu (444)

ÇRREGULLIMET SOMATOFORME

F45.0	Çrregullim Somatizimi (446)
F45.1	Çrregullim Somatoform i Padifernecur (450)
F44.x	Çrregullim Konversioni (452)
.4	Me Simptoma ose Deficit Motor
.5	Me Kriza Konvulsive ose Konvulsione
.6	Me Simptoma ose Deficit Sensor
.7	Me Prezantim Miks
F45.4	Çrregullim i Dhimbjes (458)
	<i>Specifiko tipin:</i> Shoqëruar me Faktorë Psikologjikë/ Shoqëruar me Faktorë Psikologjikë dhe nga Gjendje Mjekësore e Përgjithshme.
	<i>Specifiko nëse :</i> Akute/Kronike

F45.2	Hipokondri (462)
	<i>Specifiko nëse:</i> Me Kritikë të Varfër
F45.2	Çrregullim Dismorfik i Trupit (466)
F45.9	Çrregullim Somatoform I Paspecifikuar Gjetiu (468)

ÇRREGULLIMI ARTIFICIAL

F68.1	Çrregullim Artificial (471)
	<i>Specifiko tipin:</i> Predominojnë Shenjat dhe Simtpomt Psikologjike/ Predominojnë Shen-
	jat
	dhe Simtpomt Fizike/ Me Shenja dhe Simtoma të Kombnuara, Psikologjike dhe Fizike
F68.1	Çrregullim Artificial I Paspecifikuar Gjetiu (475)

ÇRREGULLIMET DISOCIATIVE

F44.0	Amnezi Disociative (478)
F44.1	Fugë Disociative (481)
F44.81	Çrregullim I Identiteti Disociativ (484)
F48.1	Çrregullim Depersonalizimi (488)
F44.9	Çrregullim Disociativ i Paspecifikuar Gjetiu (490)

ÇRREGULLIMET SEKSUALE DHE TË IDENTITETIT GJINOR (493)

DISFUNKSIONET SEXUALE (493)

Specifikuesit e mëposhtëm përdoren për të 3 llojet e Disfunksioneve Seksuale Primare:

Gjatë Gjithë Jetës/ I Fituar/ I Përgjithësuar/

Situacional nga Shkaqe Psikologjike / Nga Disa Shkaqe Njëkohësisht

Çrregullimet e Dëshirës Seksuale	
F52.0	Çrregullim i Dëshirës Seksuale Hipoaktive (496)
F52.10	Çrregullim i Neverisë Seksuale (499)

Çrregullimet e Nxitjes Seksuale	
F52.2	Çrregullim i Nxitjes Seksuale Femërore (500)
F52.2	Çrregullim i Ereksionit Mashkullor (502)

Çrregullimet e Orgazmës	
F52.3	Çrregullimet e Orgazmës Femërore (505)
F52.3	Çrregullimet e Orgazmës Mashkullore (507)
F52.4	Ejakulacioni Prematur (509)

Çrregullimet e Dhimbjes Seksuale	
F52.6	Dispareunia (Jo të Shkaktuara nga Gjendje e Përgjithshme Mjekësore) (511)
F52.5	Vaginismus (Jo të Shkaktuara nga Gjendje e Përgjithshme Mjekësore) (513)

Disfunksioni Seksual Shkaktuar nga Gjendje e Përgjithshme Mjekësore (515)	
N94.8	Çrregullim i Dëshirës Seksuale Hipoaktive Femërore Shkaktuar nga ...
	[<i>Përcakto Gjendjen e Përgjithshme Mjekësore</i>] (515)
N50.8	Çrregullim i Dëshirës Seksuale Hipoaktive Mashkullore Shkaktuar nga ...
	[<i>Përcakto Gjendjen e Përgjithshme Mjekësore</i>] (515)
N48.4	Çrregullim i Ereksionit Mashkullor Shkaktuar nga...
	[<i>Përcakto Gjendjen e Përgjithshme Mjekësore</i>] (515)
N94.1	Dispareuni Femërore Shkaktuar nga ...
	[<i>Përcakto Gjendjen e Përgjithshme Mjekësore</i>] (515)
N50.8	Dispareuni Mashkullore Shkaktuar nga ...
	[<i>Përcakto Gjendjen e Përgjithshme Mjekësore</i>] (515)
N94.8	Tjetër Disfunksion Seksual Femeror Shkaktuar nga.....
	[<i>Përcakto Gjendjen e Përgjithshme Mjekësore</i>] (515)
N50.8	Tjetër Disfunksion Seksual Mashkullor Shkaktuar nga.....
	[<i>Përcakto Gjendjen e Përgjithshme Mjekësore</i>] (515)

Disfunksion Seksual i Shkaktuar nga Substancat	
(<i>referoju Çrregullimeve të Lidhura me Substancat për kodin specifik të substancës</i>) (519)	
<i>Specifiko nëse:</i> Me Dëshirë të Ulët/Me nxitje të Ulët/Me Dëmtim të Orgazmës/ Me Dhimbje Seksuale	
<i>Specifiko nëse:</i> Me Fillim Gjatë Intoksikimit	
F52.9	Disfunksion Seksual I Paspecifikuar Gjetiu (522)

DEVIACIONET SEKSUALE (522)

F65.2	Eksibicionizëm (525)
F65.0	Fetishizëm (526)
F65.8	Froteurizëm (527)
F65X	Pedofili (527)
	<i>Specifiko nëse:</i> Tërheqje Seksuale nga Meshkujt/ Tërheqje Seksuale nga Femrat/ Tërheqje Seksuale nga të dy gjinitë.
	<i>Specifiko nëse:</i> Kufizohet te Inçesti
	<i>Specifiko tpin:</i> Tipi Ekskluziv/ Tipi Joekskluziv
F65.5	Masohizëm Seksual (529)
F65.5	Sadizëm Sexual (530)
F651	Fetishizëm Transvestik (530)
	<i>Specifiko nëse:</i> Me Disfori Gjimore

F653 Vuajerizëm (532)
F65.9 Paraphili e Paspecifikuar Gjetiu (532)

ÇRREGULLIMET E IDENTITETIT GJINOR (532)

F64.x Çrregullim i Identitetit Gjinor (532)
.2 Në Fëmijë
.0 Në Adoleshentë ose të Rritur
*Specifiko nëse:*Tërheqje Seksuale nga Meshkujt/ Tërheqje Seksuale nga Femrat/
Tërheqje Seksuale nga të dy gjinitë/Nuk Tërhiqet Seksualisht nga Asnjëri.

F64.9 Çrregullim i Identitetit Gjinor I Paspecifikuar Gjetiu (538)
F52.9 Çrregullim Seksual I Paspecifikuar Gjetiu (538)

ÇRREGULLIMET E NGRËNIES (539)

F50.0 Anoreksi Nervore (539)
Specifiko tipin: E Tipit Kufizues; Ha shumë // Përdorim Laksativësh/Të Vjella
F50.2 Bulimi Nervore (545)
Specifiko tipin: Me Përdorim Laksativësh/Vjelljesh; Pa Me Përdorim Laksativësh/
Vjelljesh
F50.9 Çrregullim i Ngrënies I Paspecifikuar Gjetiu (550)

ÇRREGULLIMET E GJUMIT (551)

ÇRREGULLIMET PRIMARE TË GJUMIT (553)

Dissomnitë (553)
F510 Insomni Primare (553)
F511 Hipersomni Primare (557)
Specifiko nëse: Rekurente
G47.4 Narkolepsi (562)
G47.3 Çrregullim Gjumi i Lidhur me Frymëmarrjen (567)
F51.2 Çrregullim i Ritmit Cirkadien të Gjumit (573)
Specifiko nëse: Tipi me Fazë të Vonuar Gjumi / Tipi nga Turni i Punës /
Tipi i Paspecifikkuar
F51.9 Dissomni e Paspecifikuar Gjetiu (579)

Parasomnitë (579)

F51.5 Çrregullim Makthi (580)
F51.4 Çrregullim i Terrorit në Gjumë (583)
F51.3 Çrregullim Somnambul (587)
F51.8 Parasomni e Paspecifikuar Gjetiu (592)

ÇRREGULLIMET E GJUMIT TË LIDHURA ME NJË ÇRREGULLIM TJETËR MENDOR (592)

F51.0 Insomni e Lidhur me: ...
Trego Çrregullimin në Aksin I ose II (592)
F51.1 Hipersomni Lidhur me: ...Related to ...
Trego Çrregullimin në Aksin I ose II (592)

ÇRREGULLIME TË TJERA TË GJUMIT

G47.x Çrregullim Gjumi Për Shkak të :....
Trego Gjendjeën Mjekësore të Përgjithshme (597)
.0 Tipi me Insomni
.1 Tipi me Hipersomni
.8 Tipi me Parasomni
.8 Tipi i Përzier

—.— **Çrregullim Gjumi Shkaktuar nga Substancat**
(referoju Çrregullimeve të Lidhura me Substancat për kodet specifike të substancave)
(601)

Specifiko tipin:
.0 Tipi me Insomni
.1 Tipi me Hipersomni
.8 Tipi me Parasomni
.8 Tipi i Përzier
Specifko nëse: Shpërthim gjatë Intoksikimit / Shpërthim gjatë Zvjerdhjes

Çrregullimet e Kontrollit të Impulseve të Pa Klasifikuara Diku Tjetër (609)

F63.8 Çrregullim i Shpërthimeve Intermitente (609)
F63.2 Kleptomani (612)
F63.1 Piromani (614)
F63.0 Kumari Patologjik(615)
F63.3 Trikotilomani (618)
F639 Çrregullim i Kontrollit të Impulseve i Paspecifikuar Gjetiu (621)

ÇRREGULLIMET E PËRSHTATJES (623)

F43.xx Çrregullim Përshtatje (623)
.20 Me Humor Depresiv
.28 Me Ankth
.22 Me Humor Depresiv dhe Ankth
.24 Me Çrregullim të Sjelljes
.25 Me Çrregullim të Miks të Emocionceve dhe Sjelljes
.9 I Paspecifikuar
Specifiko nëse: Akut/Kronik

ÇRREGULLIMET E PERSONALITETIT (629)

Shënim: Kodohen në Aksin II.

F60.0 Çrregullim i Personalitetit Paranoid (63)
F60.1 Çrregullim i Personalitetit Skizoid (638)
F21 Çrregullim i Personalitetit Skizotipal (641)
F60.2 Çrregullim i Personalitetit Antisocial (645)
F60.31 Çrregullim i Personalitetit Kufitar (650)
F60.4 Çrregullim i Personalitetit Histrionik (655)
F60.8 Çrregullim i Personalitetit Narcistik (658)
F60.6 Çrregullim i Personalitetit Shmangës (662)
F60.7 Çrregullim i Personalitetit Varës (665)
F60.5 Çrregullim i Personalitetit Obsesiv – Kompulsiv
F60.9 Çrregullim Personaliteti i Paspecifikuar Gjetiu(673)

GJENDJE TË TJERA ME QË MUND TË JENË ME INTERES KLINIK

FAKTORËT PSIKOLOGJIKË ME NDIKIM NË GJENDJET MJEKËSORE (675)

F54 ... *[Faktor Psikologjik Specifik]* Me Ndikim ... *[Trego Gjendjen e Përgjithsme Mjekësore]*
(675)
Zgjidhe emrin duke u bazuar në natyrën e faktorëve
- Çrregullim Mendor Me Ndikim Në Gjendjen e Përgjithshme Mjekësore
- Simptoma Psikologjike MeNdikim Në Gjendjen e Përgjithshme Mjekësore
- Tipare Të Personalitetit ose Mënyrë e Përballjes Me Ndikim Në Gjendjen e Përgjithshme Mjekësore
- Sjellje Shëndeti Të Keqpërshatura Me Ndikim Në Gjendjen e Përgjithshme Mjekësore
- Përgjigje Psikologjike e Lidhur me Stresin Me Ndikim Në Gjendjen e Përgjithshme Mjekësore
- Faktorë Të Tjerë ose Të Paspecifikuar Psikologjikë me Ndikim në Gjendjen e Përgjithshme Mjekësore

ÇRREGULLIME TË LËVIZJES TË SHAKTUARA NGA BARNAT (678)

G21.0 Parkinsonizëm i Shkaktuar Nga Neuroleptikët (679)
G21.0 Sindromë Neuroleptike Malinje (679)
G24.0 Distoni Akute e Shkaktuar Nga Neuroleptiët (679)
G21.1 Akatizi Akute e Shkaktuar Nga Neuroleptiët (679)
G24.0 Diskinezi Tardive e Shkaktuar Nga Neuroleptiët (679)
G25.1 Tremor Postural i Shkaktuar Nga Mjekimi (680)
G25.9 Çrregullim i Lëvizjes i Shkaktuar Nga Mjekimi I Paspecifikuar Gjetiu (680)

ÇRREGULLIM TJETËR I SHKAKTUAR NGA MJEKIMI

T88.7 Efekte Anësore nga Mjekimi Të Paspecifikuara Gjetiu (680)

PROBLEME TË MARRËDHENIEVE (680)

Z63.7 Problem Marrëdhënia i Lidhur me Një Çrregullim Mendor ose Gjendje të Përgjithshme Mjekësore (681)
Z63.8 Problem i Marrëdhënies Prind – Fëmijë
(kodi Z63.1 nqs fokusi i vëmendjes është te fëmija (681)
Z63.0 Problem i Marrëdhënies Me Partnerin (681)
F93.3 Problem i Marrëdhënies Motër – Vëlla (681)
Z63.9 Problem i Marrëdhënies I Paspecifikuar Gjetiu (681)

PROBLEME TË LIDHURA ME ABUZIMIN OSE NEGLIZHIMIN (682)

T74.1 Abuzim Fizik i Fëmijës (682)
T74.2 Abuzim Seksual i Fëmijës (682)
T74.0 Neglizhim i Fëmijës (682)
T74.1 Abuzim Fizik i Të Rriturit (682)
T74.2 Abuzim Seksual i Të Rriturit (682)

GJENDJE SHITESË ME QË MUND TË JENË ME INTERES KLINIK (683)

Z91.1 Mungesë Kompliance me Mjekimin (683)
Z76.5 Simulim (683)
Z72.8 Sjellje Antisociale e të Rriturit (683)
Z72.8 Sjellje Antisociale e Fëmijës ose Adoleshentit (684)
R41.8 Funksonim Intelektual Kufitar (684)
R41.8 Ulja e Funksonit Konjitiv e Lidhur me Moshën (684)
Z63.4 Zi (684)
Z55.8 Problem Akademik (685)
Z56.7 Problem Okupacional (685)
F93.8 Problem Identiti (685)
Z71.8 Problem i Besimit Fetar dhe i Spiritualizmit(685)
Z60.3 Problem i Ndryshimit të Kulturës (685)
Z60.0 Problem i Fazës së Jetës (685)

KODE SHITESË

F99 Çrregullim Mendor i Paspecifikuar (jo psikotik) (697)
Z03.2 Pa Diagnozë ose Gjendje që përfshihet në Aksin I (687)
R69 Diagnozë ose Gjendje E Pa Përfshirë Ende Në Aksin I (687)
Z03.2 Pa Diagnozë që Përfshihet në Aksin II (687)
R46.8 Diagnozë ose Gjendje E Pa Përfshirë Ende Në Aksin II (687)