

NDIKIMI I TIPAREVE TË PERSONALITETIT DHE STILIT TË JETËS MBI NIVELIN E STRESIT TEK PACIENTËT ME HIPERTENSION ARTERIAL NË PRIZREN

Nderim Rizanaj

Dorëzuar
Universitetit Europian të Tiranës
Shkollës Doktorale

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

Udhëheqës shkencor: Prof. Asoc. Dr.Erika Melonashi

Numri i fjalëve: 51 233

Tiranë, Tetor 2016

DEKLARATA E AUTORËSISË

Nën përgjegjësinë time personale, deklaroj se ky studim është punë origjinale dhe nuk përmban plagjiaturë. Punimi është shkruar nga unë, nuk është prezantuar asnjëherë para një institucioni tjetër për vlerësim dhe nuk është i botuar i tëri ose pjesë të veçanta të tij. Punimi nuk përmban material të shkruar nga ndonjë person tjetër, përveç rasteve të cituara dhe të referuara.

Nderim Rizanaj

Familjes time!

FALËNDERIME

I dedikoj një falënderim të veçantë udhëheqëses time shkencore të këtij punimi Prof.assoc.Erika Melonashi për punën e palodhshme, këshillat, sugjerimet dhe vërejtjet që më ka bërë gjatë punës së tezës së disertacionit. Gjithashtu falënderoj edhe pedagogët tjerë të Universitetit European të Tiranës, të cilët dhanë kontributin e tyre gjatë programit tonë të doktoratës.

Falënderoj kolektivin e Qendrës kryesore të mjekësisë familjare në Prizren për bashkëpunimin dhe ndihmën e dhënë në çdo kohë.

LISTA E SHKURTIMEVE DHE E FJALORIT

TA – Tensioni Arterial

TAS – Tensioni Arterial Sistolik

SHSGJ – Shtypja Sistolike e Gjakut

TAD– Tensioni Arterial Diastolik

mmHg - milimetër të shtyllës së mërkurit

SHBA – Shtetet e Bashkuara të Amerikës

SKZ - Sëmundje Koronare të Zemrës

LDL - Low Density Lipoprotein (kolesteroli i keq)

HDL – High Density Lipoprotein (kolesteroli i mirë)

AHA – American Heart Association

JNC – Joint National Committee

PH - është masë e koncentrimin të joneve hidrogjenit në tretje, që shprehin aciditet apo alkalinitet.

SES - Status Ekonomik Social

TOPS - Take Off Pounds Sensibly

IM- Infarkti akut i myokardit

QKMF- Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare

ABSTRAKTI

Ndërlidhja e hipertensionit me faktorët psikologjikë ka qenë pjesë e studimeve për një kohë të gjatë edhe pse akoma shkenca nuk ka arritur të jap një shpjegim të qartë të kësaj ndërlidhjeje. Hipertensioni është një ndër sëmundjet më të shpeshta të njerëzimit. Nga hipertensioni vuajnë një në katër të rritur dhe më shumë se gjysma e popullsisë me moshë mbi 65 vjeç.

Qëllimi i punimit është të kuptojmë ndërlidhjen e tipareve të personalitetit dhe stilit jetësor me përjetimin e stresit në personat e diagnostikuar me hipertension arterial, në qytetin e Prizrenit.

Ky studim është kryer në qytetin e Prizrenit, respektivisht në qendrën kryesore të mjekësisë familjare, me 233 persona, të cilët ishin të diagnostikuar me hipertension arterial. Pjesëmarrësit kanë plotësuar katër pyetësorë: pyetësorin demografik, pyetësorin për përjetimin e stresit, pyetësorin për tipin e personalitetit (Glazer scale) dhe pyetësorin për stilin e jetës. Hipotezat e këtij hulumtimi janë testuar përmes analizës deskriptive, T testit, ANOVA, regresionit linear dhe analizës Klaster (K-Mean Cluster).

Rezultatet tregojnë se, te pjesëmarrësit e këtij studimi është gjetur një shkallë e lartë e stresit, në 38.6% të pjesëmarrësve dhe sipas shkallës Glazer, i cili përcakton tipin e personalitetit, shumica e pjesëmarrësve (81.6%) ishin të tipit A, ndërsa pjesa tjetër (17.5%) ishin persona të tipit AB dhe B. Studimi ka zbuluar gjithashtu se lloji i personalitetit ka efekt të rëndësishëm në raportimin e përjetimit të stresit dhe se fuqia e efektit është e lartë $\eta^2 = 0.208$. Individët të cilët kishin tipin A të personalitetit kishin raportime më të larta të përjetimit të stresit se sa individët me tip B të personalitetit, por edhe te ata me tip AB të personalitetit.

Studimi nuk ka gjetur që stili i jetesës është parashikues i rëndësishëm për përjetimin e stresit te individët me diagnozën e hipertensionit arterial, por nga ana tjetër kombinimi i personalitetit me stilin e jetesës shpjegon 21.3% të variancës së përjetimit të stresit. Të dhënat tregojnë se pjesëtarët me personalitet B, ushqyerje të shëndetshme, jo aktivitet fizik, jo konsumues duhani dhe alkooli kanë pasur nivele të ulta të përjetimit të stresit, ndërkohë që nivelet më të larta i ka grupi me personalitet A, ushqyerje jo e shëndetshme, jo aktivitet fizik, pirës të rregullt të duhanit dhe konsumues alkooli.

Ky studim ka gjetur fakte të rëndësishme mbi lidhjen e tipit të personalitetit me përjetimin e stresit si dhe ka shpjeguar kompleksitetin e ndërlidhjes ndërmjet tipit të personalitetit, zakoneve të ushqyerjes, marrjes me aktivitet fizik, pirjes së duhanit dhe konsumimit të alkoolit me përjetimin e stresit. Ndërlidhja e fortë që është gjetur në mes këtyre variablave mund të ketë implikime shëndetësore dhe psikologjike te pacientët që vuajnë me hipertension arterial.

ABSTRACT

Interconnection of hypertension with psychological factors has been part of research for a long time; even though science has not managed to give a clear explanation of this interconnection yet. Hypertension is one of the most common diseases of mankind. Every fourth adult and more than half of the population older than 65 years old suffer from hypertension.

The aim of this paperwork is to understand the interconnection of personality traits and lifestyle with experiencing of stress in persons diagnosed with arterial hypertension in the city of Prizren.

This study is conducted in the city of Prizren, respectively in The Main Family Medicine Center with 233 people who were diagnosed with arterial hypertension by a cardiologist. Participants have filled in four questionnaires; Demographic questionnaire, questionnaire for Experiencing of Stress, questionnaire for the Type of Personality (Glazer scale) and Lifestyle questionnaire. The hypothesis of this research have been tested through descriptive analysis, T test, ANOVA, Linear Regression and Cluster analysis (K-Mean Cluster).

The results show that in the participants of this study has been found a high degree of stress in 38.6% of participants and according to Glazer scale which determines the type of personality, the majority of participants (81.6%) were type A whereas the rest (17.5%) were people of type AB and B. The study has also found that the type of personality has a significant effect on the reporting of experiencing of stress and the impact strength is high $\eta^2 = 0.208$. Individuals who had type A of personality had higher reports of experiencing of stress than the individuals with type B of personality, but also higher than those with type AB of personality.

The study has not found that lifestyle is an important predictor for experiencing of stress in individuals with diagnosis of arterial hypertension, but the combination of personality with lifestyle explains 21.3% of variance of experiencing of stress. The data show that the members of the B personality, healthy nutrition, non-physical activity, non-smoking and non-alcoholic people to have had low levels of experiencing of stress while in the meantime, the highest levels has the group A of personality, unhealthy nutrition, non-physical activity, regular smokers and non-alcohol consumers.

This study has also found significant evidences on connection of the type of personality with experiencing of stress and it has explained the complexity of interconnection between type of personality, nutrition habits, dealing with physical activity, smoking and consumption of alcohol with experiencing of stress. Strong interconnection that is found between these variables can have health and psychological implications in patients who suffer from arterial hypertension.

PËRMBAJTJA E LËNDËS

KAPITULLI I: HYRJE.....	1
1.1. Qëllimi i punimit.....	3
Objektivat.....	3
1.2. Pyetja kërkimore	4
1.3. Hipoteza kryesore	4
1.4 Struktura e punimit	4
1.5. Metodologjia e ndjekur.....	5
KAPITULLI II: SHQYRTIMI I LITERATURËS.....	7
2.1 Personaliteti.....	7
2.1.1 Zhvillimi i personalitetit.....	7
2.1.2 Teoritë e personalitetit	14
2.1.3 Teoria e personalitetit sipas Hans Eysenck.....	15
2.1.4 Pesë tiparet e personalitetit sipas teorisë Big five.....	18
Të qenurit i hapur.....	19
Ekstravert.....	20
Introvert	21
I bindur.....	21
Neurotik	22
2.1.5 Zhvillimi i personalitetit sipas teorisë Big five përgjatë grup moshave.....	23
2.1.6 Tipi A dhe B i personalitetit sipas Friedman & Roseman	25
2.1.7 Dinamikat e personalitetit	26
2.1.8 Personaliteti dhe shëndeti.....	27
2.1.9 Sëmundja – shkaktar i ndryshimeve në personalitet	29
2.1.10 Influenca të drejtpërdrejta të personalitetit	30
2.1.11 Baza biologjike e ndërlidhjes së personalitetit dhe sëmundjes	30
2.1.12 Llojet e personalitetit të prirura për sëmundje koronare	32
2.1.13 Mekanizmat fiziologjik	35
2.1.14 Faktorët që ndikojnë marrëdhënien e personalitetit me hipertensionin	36
2.1.15 Lidhshmëria e stresit me personalitetin	40
2.2 Stili i jetës	53
2.2.1 Të ushqyerit dhe dieta.....	55
2.2.2 Ushqyerja dhe përjetimi i stresit	56
2.2.3 Çrregullimet e ngrënies.....	58
2.2.4 Bulimia.....	61

2.2.5	Kujdesi ndaj ushqyerjes	63
2.2.6	Kufizimi i kripës	67
2.2.7	Marrja e kalciumit shtesë	68
2.2.8	Marrja e magneziumit shtesë	69
2.2.9	Dietat me pak kalori, vaji i peshkut dhe hudhra.....	69
2.3	Alkooli	79
a.	Origjina e alkoolizmit dhe probleme të të pirit	85
2.4	Duhan pirja.....	92
2.4.1	Ndërlidhja e duhanpirjes dhe shëndetit	95
2.4.2	Duhanpirja dhe llojet e sjelljes (personalitetit)	98
2.4.3	Faktorët që lidhen me pirjen e duhanit tek adoleshentët.....	99
2.4.4	Teoria e duhanpirjes.....	101
2.4.5	Nikotina.....	101
2.4.6	Modeli i rregullimit të shumëfishtë.....	103
2.4.7	Pomerlau dhe teoria e tij	104
2.4.8	Media	104
2.4.9	Ofrimi terapeutik për pirjen e duhanit.....	105
2.5	Aktiviteti fizik dhe kujdesi ndaj tij	108
2.6	Stresi	116
2.6.1	Stresi dhe stresorët	116
2.6.2	Përgjigjet ndaj stresit.....	119
2.6.3	Ndikimi i stresit në organizëm	121
2.6.4	Lidhshmëria e stresit me hipertensionin	123
2.7	Hipertensioni arterial – këndvështrim i përgjithshëm.....	127
2.8	Psikologjia e shëndetit	133
KAPITULLI III:	METODOLOGJIA.....	138
3.1	Qëllimi i punimit dhe objektivat	138
3.2	Pyetja kërkimore	138
3.3	Hipoteza kryesore	138
3.4	Pjesëmarrësit	139
3.5	Instrumentet matëse	141
3.6	Analiza statistikore.....	144
3.7	Konsiderata etike	144
KAPITULLI IV:	REZULTATET	146
4.1	Përshkrimi i shkallëve kryesore	146
DISKUTIMI		170

Rekomandime	180
BIBLIOGRAFIA	183
Burime parësore	183
Burime Dytësore	190
SHTOJCA A – kërkesa në QKMF për mbledhjen e të dhënave.....	208
Shtojca B – Pyetësorët e përdorur	209
VETËVLERËSIMI: PYETËSORI GLAZER - I KONTROLLIT TË STRESIT DHE MËNYRËS SË JETESËS	214
Shkalla e stresit të perceptuar.....	216
Shtojca C Figura dhe tabela	217

KAPITULLI I: HYRJE

Shëndeti përfshin gjendjen e përgjithshme të trupit njerëzor. Psikologjia është e interesuar për gjendjen e mendjes, sepse mendja dhe trupi punojnë si një e tërë për të prodhuar një shëndet të mirë fizik dhe mendor. Psikologjia e shëndetit është nëndegë e psikologjisë, e cila u zhvillua për të kuptuar influencat psikologjike në mënyrën se si personat qëndrojnë të shëndetshëm, pse sëmuren dhe si reagojnë ata kur sëmuren. Psikologët e shëndetit studiojnë rezultatet dhe ndërhyjnë për të ndihmuar individët të qëndrojnë në formë ose të ndihmojnë veten drejt shërimit në rast sëmundjesh. (Simo P, 2008).

Psikologjia e shëndetit është si agregat i një edukimi specifik, kontribut shkencor dhe profesional i asaj disipline të psikologjisë, e cila nxit dhe ruan mirëqenien, ndërhyr dhe trajton sëmundjen, identifikon etiologjinë dhe diagnostifikon sëmundjen, shëndetin apo disfunktionin si dhe përmirëson kujdesin shëndetësor (Matarazzo, 1985).

Ky studim është fokusuar në studimin e ndërlidhjes në mes elementeve psikologjike si: personaliteti, zakonet e ushqyerjes dhe përjetimi i stresit në personat e diagnostikuar me hipertension arterial.

Hipertensioni është një ndër sëmundjet më të shpeshta të njerëzimit. Nga hipertensioni vuajnë një në katër të rritur dhe më shumë se gjysma e popullatës me moshë më shumë se 65 vjeç. Hipertensioni nuk është i shërueshëm por ai mund të ulët thjeshtë dhe në mënyrë efektive me ndryshimin e stilit të jetesës ose të trajtohet me medikamente. Kjo sëmundje quhet ndryshe edhe “vrasësi i heshtur”, sepse nuk jep simptoma/shenja dhe rreth 30% e të sëmurëve nuk e dinë veten të tillë deri në momentin atëherë kur një organ shenjë është dëmtuar (Hartman F, 2004).

Hipertensioni është problem shëndetësor, por në fakt paraqet një problem me shumë dimensionë siç është ai fizik, psikologjik, sociologjik, demografik etj. Ndërkohë,

studimet tregojnë që një personalitet i shëndoshë arrin një sinkronizim dhe stil të koordinuar të jetesës, i cili ndikon në mënyrë të rëndësishme në balancimin e përgjigjes kur individi ballafaqohet me diagnostikimin e tij/saj dhe mund të formësojë veprimet e mëtejshme në raport me trajtimin (Millon, 2003).

Evidencat substanciale tregojnë që personat e mirë rregulluar, që janë stabël nga ana sociale dhe të mirë integruar janë në risk më të vogël për zhvillimin e sëmundjeve. Personaliteti është shkaku kryesor për rritjen e predispozitave për sëmundje dhe kjo nuk është se sëmundjet rrjedhin prej personalitetit, por sepse disa njerëz zhvillojnë sjellje dhe zakone jo të shëndetshme, një stil socioemocional dhe psikofiziologjik të pa balancuar dhe mjedise që nuk përçojnë shëndet të mirë (Friedman, 2000).

Personaliteti ka treguar se është një faktor i rëndësishëm i përfundimeve si në aspektin psikologjik dhe atë shëndetësor (Contrada, Leventhal & O'Leary, 1990).

Mënyra se i personaliteti është ndërtuar dhe zhvilluar është një prediktor i fuqishëm në përfundimet në shëndet (Friedman, 2000). Individët dallojnë në mënyrën se si i përjetojnë dhe funksionojnë në situata të ndryshme sociale, në situatat kur ata kanë probleme të ndryshme shëndetësore (të qenurit i sëmurë dhe pasurit lodhje) dhe po ashtu ndaj faktorëve të ndryshëm psikologjik (të qenurit dashuri, të pasurit një mision dhe të qenurit në gjendje afektive) (Ryan & Frederick, 1997).

Faktet e gjetura në vazhdimësi konfigurojnë se ekziston një ndërlidhje mes faktorëve psikologjikë dhe shëndetit (Friedman, 2000).

Stili i jetës të cilin e aplikojmë si mënyrë e jetese dhe ngjarjet e ndryshme jetësore me të cilat përballemi në vazhdimësi janë të lidhura me përfundime në shëndetin e njeriut, si në shëndetin fizik dhe shëndetin psikologjik (Forshaw, 2003; Vollrath, Knoch & Cassano, 1999).

Për këtë arsye qëllimi i hulumtimit është identifikimi i ndërlidhjes në mes personalitetit dhe stilit të jetesës me përjetimin e stresit të një grupi të veçantë, siç janë pacientët me hipertension arterial. Hulumtimet e ndryshme shkencore kanë treguar se personaliteti dhe stili i jetës janë prediktor të rëndësishëm të stresit (Bolger & Zuckerman, 1995; Ptacek, Smith & Dodge, 1994; Michael, Anastasios, Helen, Catherine, & Christine, 2009), dhe se stresi të jetë i lidhur me hipertensionin (Forshaw, 2003).

Stili i jetës dhe gjendjet emocionale korrespondojnë me një influencë të vazhdueshme në zhvillimin e trupit (Ansbacher & Ansbacher, 1956).

Për të menaxhuar dhe kontrolluar shtypjen e lartë të gjakut duhet të kemi parasysh mundësinë e ndryshimit të stilit të jetesës, e cila përfshin tipin e personalitetit, stresin, ushqyerjen, aktivitetin fizik, alkoolin dhe duhanin.

Duke pasur parasysh influencën e personalitetit dhe stilit të jetesës si dhe niveleve të përjetimit të stresit, në personat që kanë probleme shëndetësore, respektivisht ky studim është fokusuar tek grupimi i njerëzve që vuajnë nga hipertensioni arterial. Mbi këtë bazë është formuluar edhe pyetja kërkimore: “Si ndikon personaliteti dhe stili i jetesës në nivelet e stresit në pacientët e diagnostikuar me hipertension arterial në komunën e Prizrenit”.

1.1. Qëllimi i punimit

Është identifikimi i lidhjeve ndërmjet personalitetit dhe stilit të jetesës me përjetimin e stresit te pacientët e diagnostikuar me hipertension arterial në komunën e Prizrenit.

Objektivat

1. Matja e niveleve të stresit te pacientët e diagnostikuar me hipertension arterial.
2. Eksplorimi i llojeve të personalitetit te pacientët e diagnostikuar me hipertension arterial.

3. Identifikimi i stilit të jetesës të pacientëve të diagnostikuar me hipertension arterial.

1.2. Pyetja kërkimore

Si ndikon personaliteti dhe stili i jetës në nivelet e stresit në pacientët e diagnostikuar me hipertension arterial në komunën e Prizrenit?

Nën pyetjet kërkimore

Cili tip i personalitetit dominon pacientët e diagnostikuar me hipertension arterial?

Cili është ndikimi i moshës dhe gjinisë në stilin e jetës?

Si është shpërndarja e nivelit të stresit të pacientëve të diagnostikuar me hipertension arterial?

1.3. Hipoteza kryesore

Përjetimi i stresit të pacientëve të diagnostikuar me hipertension arterial ndikohet nga tipi i personalitetit dhe stili i jetës.

HIPOTEZA 1 Tipi i A i personalitetit ndikon në përjetimin e niveleve më të larta të stresit në pacientët e diagnostikuar me hipertension arterial.

HIPOTEZA 2- Pirja e duhanit, konsumimi i alkoolit, zakonet e ngrënies dhe aktiviteti fizik janë faktorë të rëndësishëm për përjetimin e stresit të pacientëve të diagnostikuar me hipertension arterial.

HIPOTEZA 3- Personaliteti i individit në përjetimin e stresit nuk ndikohet nga stili i jetesës.

1.4 Struktura e punimit

Ky punim është konceptuar i ndarë në pesë kapituj, të cilët janë të ndërlidhur me njëri-tjetrin në varësi të qëllimit të punimit.

Kapitulli i parë ka një shtrirje të kontekstit të problemit, të cilin e ka marrë në konsideratë ky hulumtim, duke përshkruar arsyet logjike të këtij punimi. Ndërkohë ky

kapitull gjithashtu ka parashtrimin e pyetjes hulumtuese dhe objektivave. Po kështu janë parashtruar hipotezat kryesore dhe nën hipotezat. Ky kapitull ka dhe informacione mbi metodologjinë e përdorur dhe strukturën e punimit.

Në kapitullin e dytë ka një shfletim të gjerë të literaturës mbi konceptet bazë të këtij studimi, si: çfarë është stresi, si reagojnë individët në stres, teoritë e stresit dhe cilat janë gjetjet për personat që vuajnë nga hipertensioni në raport me përjetimin e stresit. Ka një përshkrim të stilit të jetesës duke përfshirë ushqyerjen, vetëkujdesin dhe stilin e jetës, modifikimin e ushqyerjes për të menaxhuar hipertensionin, dietat, obezitetin si dhe çrregullimet e ushqyerjes. Janë përshkruar kujdesi për aktivitete fizike si dhe karakteristikat e individëve që merren me ushtrime fizike. Është shkruar për përdorimin e alkoolit, duhanit si dhe sjelljet kompromentuese për shëndetin. Gjithashtu janë përshkruar teoritë e personalitetit, ndërlidhja e personalitetit me shëndet, faktorët e personalitetit dhe hipertensioni arterial.

Kapitulli ka një përshkrim të psikologjisë së shëndetit si dhe një pamje të përgjithshme mbi hipertensionin arterial. Në fund të kapitullit është bërë një shfletim i literaturës për ndërlidhjen e të gjithë faktorëve me njëri-tjetrin.

Kapitulli i tretë përfshin metodologjinë e hulumtimit specifikisht, dizajnin, pjesëmarrësit, mbledhjen e të dhënave, instrumentet dhe analizat e të dhënave.

Kapitulli i katërt shtjellon rezultatet përmes analizës përshkruese, T-testit, analizës së variancës, regresionit dhe analizës klaster.

Kapitulli i pestë përshkuan diskutimin dhe përfundimet.

1.5. Metodologjia e ndjekur

Në studim janë përfshirë personat të cilët ishin të identifikuar me hipertension. Metoda e mbledhjes së të dhënave është bazuar në plotësimin e pyetësorëve dhe ekzaminimet

fizike (matjet antropometrike dhe të shtypjes së gjakut). Mbledhja e të dhënave është bërë në Qendrën Kryesore të Mjekësisë Familjare, në Prizren, në periudhën qershor - tetor 2014. Minimumi i moshës së pacientëve në studim ishte 45 deri në 90 vjeç. Mënyra e zbatimit të studimit: dy infermiere janë trajnuar në QKMF dhe të dhënat kanë qenë konfidenciale në baza ditore, pyetësorët iu janë shpjeguar dhe sqaruar se çka do të ndodhë me të dhënat e secilit pacient, për doktoraturën time. Përzgjedhja e pacientëve është bërë në mënyrë të randomizuar nga të cilët është kërkuar të plotësohet pyetësori standard dhe gjysmë-strukturuar, i përkthyer në gjuhën shqipe. Pyetësorët i kam përkthyer nga gjuha angleze dhe kam komunikuar me udhëheqësen time për dakordësinë se cilat pyetje do të përfshiheshin në hulumtim.

Të dhënat janë mbledhur përmes pyetësorit, i cili në përmbajtje kishte: 1. Pyetësorin demografik; 2. Pyetësorin mbi përjetimin e stresit; 3. Pyetësorin mbi tipin e personalitetit; 4. Pyetësorin mbi stilin e jetës me nën ndarjen lidhur me shprehitë e ushqyerjes, aktivitetin fizik, pirjen e duhanit dhe konsumimin e alkoolit.

KAPITULLI II: SHQYRTIMI I LITERATURËS

2.1 Personaliteti

Personaliteti mbetet një ndër sferat me të rëndësishme në fushën e psikologjisë që është i lidhur me domenë të rëndësishëm të ndërtimit të njeriut, duke prekur si aspektin zhvillimor, klinik dhe të mirëqenies, ashtu edhe të qenit përcaktues i rëndësishëm i shëndetit të njeriut (Friedman, 1990). Ka qenë pjesë e studimeve që prej bazave të hershme të psikologjisë, por gjeneza e tij e studimeve gjendet në historinë e filozofisë së lashtë Greke, përkatësisht te Hipokrati.

2.1.1 Zhvillimi i personalitetit

Glasser dhe pasuesit e tij, që në vitet 1950-1960 e këtij përpunuan gradualisht një mënyrë të veçantë të kuptimit të personalitetit. Gjithashtu, nuk mund të lihet pa thënë se shumë nga konceptet dhe premiset e terapisë së realitetit janë të përbashkëta me ato të disa terapive të tjera. Sipas terapistëve të realitetit njerëzit janë qenie të afta për t'u vetëpërcaktuar, për të zgjedhur të sillen kështu ose ashtu. Në të gjitha rastet sjellja e tyre e ka një qëllim, i cili buron nga vetë individi. Me anë të sjelljes që kryejnë, njerëzit synojnë të plotësojnë nevojat që kanë për mbijetesë, përkatësi, pushtet, liri dhe dëfrim. (Aleksi M, 2005).

Personaliteti është një grup i tipareve dhe mekanizmave psikologjikë në individë të organizuar, të qëndrueshëm dhe që ndikojnë në mënyrën se si individi vepron me të tjerët, se si adaptohet me ambientin (si ambientin intrapsiik, fizik dhe atë social). Secili individ ka cilësitë e veta personale dhe unike që nuk i ndan me askënd tjetër në botë. Njësitë kryesore të personalitetit janë: tiparet, motivet, njohja.

Që prej lindjes njeriu vihet në marrëdhënie të caktuara me njerëzit përreth: ai ua ka nevojën atyre derisa të mësojë t'i plotësojë vetë nevojat e veta. Fillon kështu ta ndjejë vazhdimisht nevojën për njerëzit e tjerë. I pëlqen që ata e duan, por po nuk e mësojnë se si t'i dojë dhe ky të tjerët, atëherë do të ketë mjaft probleme. Ka nevojë ta respektojnë dhe po nuk e mësoi njeri si t'i respektojë edhe ky të tjerët, atëherë do të ketë mjaft probleme më pas. Ai ka nevojë për liri dhe po nëse këtë liri nuk e siguron, duke e shfrytëzuar të tjerët ai mëson një rrugë jo të përgjegjshme të plotësimit të nevojës së vet. Në këtë mënyrë ai mund të mësojë sjellje jo të përgjegjshme që i kultivojnë atij një identitet të dështuar, të pasuksesshëm: ai mund të dorëzohet dhe t'i lërë pa plotësuar nevojat e veta psikologjike, duke u bërë kështu një qenie që kujdeset vetëm për mbijetesën fiziologjike; ai mund të përpiqet t'i shpëtoj dështimit dhe mosuksesit duke shfaqur dëshpërim, hipokrizi dhe çrregullime të tjera trupore; ai mund të gjejë kënaqësi në krim, alkool, drogë, kumar. Në përgjithësi, sjelljet jo të përgjegjshme janë sjellja fantaziste, vetmitare dhe shkatërrimtare. Fantazistët e ndryshojnë mendërisht realitetin, vetmitarët tërhiqen prej tij duke e injoruar atë dhe shkatërrimtarët luftojnë verbërisht për ta shkatërruar atë. Por nga ana tjetër njeriu mund të ndërtojë një identitet të suksesshëm. Karakteristikat e personalitetit si trimëria, vetëkontrolli, vetëefikasiteti, vetëvlerësimi, optimizmi dhe armiqësia (si komponentë të tipit të personalitetit A) janë të lidhura me mënyrën e përgjigjes ndaj stresit (Lecic- Tosevski & Vukovic & Stepanovic, 2011). Këndvështrimi prej një perspektive holistike na ndihmon që të kuptojmë dhe identifikojmë karakteristikat individuale të ndërlidhura me stresin (Kern, Gfroerer, Summers, Curlette & Matheny, 1996). I pari, i cili paraqet një alternativë në ndërlidhjen mes mendjes dhe trupit ishte themeluesi i psikologjisë individuale Adler (Kern et al., 1996).

Individi, duke kaluar nëpër këto procese psikike, gjatë periudhave të ndryshme të jetës, formon veti të caktuara personale. Duke i vërejtur këto veti gjatë aktivitetit të individit, ne vërejmë mënyrën e veçantë të sjelljeve, që është karakteristike për të. Këto veti karakteristike, mënyrën e përgjithshme të veçantë të sjelljeve të njerëzve dhe të çdo individit, si manifestohen, si zhvillohen dhe nga cilët faktor varën ato, i studion psikologjia e personalitetit.

Të gjitha proceset psikike, siç janë: të perceptuarit, të menduarit, të ndjenjave, të mësuarit, të motivacionit etj., janë të lidhura ngushtë njëra me tjetrën, pra varen njëra nga tjetra dhe ndikojnë te njëra-tjetra.

Sikurse të gjitha funksionet psikike edhe personaliteti e ka bazën e tij biologjike, sepse çdo njeri lind me karakteristika trashëguese të caktuara. Edhe pse faktorët biologjikë kanë rëndësi të posaçme për zhvillimin e personalitetit, janë vetëm bazë e nevojshme për zhvillimin e mëtejshëm të tij. Rol vendimtar luajnë faktorët e mjedisit ku jeton dhe para së gjithash, faktorët socialë. Prandaj, theksohet se personaliteti është dukuri, jo vetëm psikologjike por edhe sociale. Kushtet sociale, e para së gjithash aktivitetet me njerëz, janë të domosdoshme për ta zhvilluar individualitetin njerëzor në qenie humane, pra në qenie e cila ka karakteristika, që i vlerësojmë si karakteristikë njerëzore.

Numri i faktorëve, si ndikim në bazën e dhënë biologjike për formimin e cilësive të personalitetit, është mjaft i madh si: ambienti dhe kushtet familjare (në të cilat rritet fëmija), shkolla, moshatarët, mësuesi, të njohurit, organizatat dhe shoqëria në të cilat ai është anëtar, dhe roli që ka në to, literatura dhe filmat, bashkëjetesa dhe marrëdhëniet bashkëshortore, profesioni dhe suksesi në këtë profesion, pozita sociale, kultura në të cilën rritet dhe jeton, sistemi shoqëror i bashkësisë etj.

Zhvillimi i personalitetit ndahet në katër periudha: mosha e fëmijërisë, e rinisë, e pjekurisë dhe e pleqërisë. Shumë ekspertë të psikologjisë mendojnë, se rol vendimtar për formimin e cilësive të personalitetit luajnë kushtet e jetës familjare në ditët e para të fëmijërisë. Studimet kanë treguar, se kushti më i mirë për zhvillimin e personalitetit të pjekur dhe të shëndoshë është qëndrimi i përzemërt dhe i ngrohtë i prindërve, por edhe njëfarë rigoroziteti në evitimin e pasojave të pakënaqshme të reaksioneve tek fëmijët. Moment tjetër i rëndësishëm për zhvillimi e cilësive të personalitetit është edhe fillimi i mbarë shkollor, që përbën një ndër bazat shumë të rëndësishme në zhvillimin e personalitetit dhe karakterit të mëvonshëm të individit. Ardhja e fëmijës në shkollë, është ardhje në një rreth të ri, me kërkesa të reja dhe me më shumë obligime, në të cilat ai duhet të gjendet, pasi ato ndryshojnë dukshëm prej kërkesave familjare me të cilat ai është mishëruar. Gjithashtu, rol me rëndësi në këtë periudhë luan edukatori, mësuesi ose pedagogu. Mësuesi, si edhe prindërit paraqesin modelin në të cilin fëmija merr shembull. Me sjelljet, veprimet, gjestet, qëndrimet etj., ata i japin drejtimin e mëtejshëm fëmijës, drejt formimit të cilësive. Perioda tjetër, shumë e rëndësishme është mosha e rinisë, e cila karakterizohet me dy momente: zhvillimin fiziologjik dhe zhvillimin social.

Në zhvillimin fiziologjik bie në sy rritja e gjatësisë së trupit dhe shtimi në peshë, paraqitja e karakteristikave seksuale, disa kriza psikologjike në lidhje me këtë moshë etj. Ndërsa në zhvillimin social, paraqiten interesime dhe qëndrime të reja mbi jetën, zhvillohet ndjenja e vetëdijes dhe nevoja e pavarësisë, formohen pikëpamje mbi çështjet e rëndësishme shoqërore etj.

Për kapërcimin e kësaj periudhe, e cila është e mbushur me trauma e probleme të ndryshme psikike e fizike dhe për marrjen e kahjes vendimtare drejt cilësive të qëndrueshme të personalitetit (qoftë pozitive apo negative), ndikim parësor luajnë:

faktorët e fëmijërisë së hershme, qëndrimet e prindërve dhe edukatorëve, pikëpamjet dhe normat shoqërore si dhe shumë faktorë të tjerë socialë.

Nga zhvillimi i faktorëve të sipër përmendur varet edhe periudha tjetër vijuese - moshë e pjekurisë. Kjo periudhë zgjat deri në moshën 50 vjeçare dhe përbën periodën më të gjatë në jetën e individit. Në këtë periodë bëhet edhe zgjedhja dhe zgjidhja e problemeve më të rëndësishme për jetën e njeriut, si: zgjedhja e profesionit, formimi i koncepteve mbi jetën, martesë dhe krijimi i familjes, që ngrenë ndjenjën e përgjegjësisë dhe i jep jetës kuptim më serioz në vazhdimësinë e formimit të mëtejshëm të cilësive të qëndrueshme të personalitetit. Në këtë periudhë, individ i krijon koncepte të qëndrueshme për dukuritë e përgjithshme, pavarësisht të çfarë drejtimi janë ato, prioritare, të përputhshme me logjikën e shoqërisë apo jo etj., dhe e ka shumë të vështirë që t'i ndryshoj ato koncepte.

Periudha e fundit është moshë e pleqërisë, e cila fillon pas të 50-ve dhe karakterizohet me personalitet të qëndrueshëm, në kuptim të plotë. Studimet e fundit kanë treguar se në moshën e pleqërisë, aktivitetet psikike zvogëlohen, kanë shumë pak (ose aspak), në krahasim me ato fizike. Kjo dukuri ndikon në psikologjinë e të moshuarve. Pasi ata nuk janë në gjendje të kryejnë aktivitete fizike, ndërsa ato psikike i kanë aktive, por fillojnë të tërhiqen në vetvete, largohen prej ambientit dhe e ndiejnë veten herë-herë si të tepërt në shoqëri. Pra, këtë moshë e karakterizon personaliteti i mbyllur (mbyllja në kornizat vetjake). Prandaj është shumë i nevojshëm angazhimi i shoqërisë dhe qëndrimi konstruktiv ndaj personave në këtë moshë.

Nga kjo analizë që e zhvilluam më sipër, mund të arrijmë në përfundimin se zhvillimi i cilësive të qëndrueshme të personalitetit varet nga shumë faktorë. Këto cilësi karakterizojnë, personalitetin ose karakterin e individit, ndërsa bashkimi i individëve

indigjen, formon shoqërinë (kolektivitetin) e që ne e quajmë komb. Kjo do të thotë se, pasqyrimi i karakterit individual është edhe pasqyrim i karakterit kolektiv, pra pasqyron sjelljet, zakonet, vlerat kulturore-artistike, inteligjencën etj., të një kombi. Prandaj edhe lind pyetja: sa i njohim dhe sa merremi ne shqiptarët me këta faktorë për kultivimin e një shoqërie me personalitete të shëndosha?

Gjurmimet e shumta rezultojnë, se edhe roli i historisë, kushtet e veçanta të zhvillimit, tradita, zakonet e doket e një shoqërie, janë faktorë të rëndësishëm në formimin e personalitetit. Ne e dimë shumë mirë rrjedhën e historisë së popullit tonë. Prandaj edhe mund ta justifikojmë të kaluarën, duke mos hyrë në detaje për faktorët sfidues drejt zhvillimit intelektual, sepse na duhet një hapësirë shumë e madhe për analizimin e asaj periudhe. Por, a mund ta justifikojmë të tashmen? Ne mburremi me arritjet tona në art, kulturë, shkencë, me faktin që kemi sa e sa universitete, publike e private, kolegje të vendit e të huaja duke filluar nga shteti amë, në Shqipëri e deri edhe në diasporë, kemi aq shumë magjistra, doktorë shkencash, akademikë, botojmë aq shumë libra, gazeta e revista, kemi qeveri demokratike, kemi të realizuar edhe ëndrrën shekullore, pavarësinë e Kosovës, e më së shumti merremi me vetveten. Por sa pak u japim rëndësi çështjeve edukative, etike e psikologjike të brezit të ri, brez që do jetë pasqyrim i ardhmërisë së kombit.

Ja një analizë e shkurtër në këtë drejtim pas viteve 80-të të shek. XX. Me suprimimin e organeve më vitale të saj nga Beogradi, Kosova kaloi nën okupimin klasik. Në planin diskriminues të pushtuesit, pikë qëndrimi kryesor (jo pa qëllim) ishte arsimi, mbyllja e shkollave. Shkolla si institucion edukativ si qëllim kryesor ka zhvillimin e cilësive pozitive, cilësi që i konsideron si të nevojshme dhe të domosdoshme, si për individin ashtu edhe për shoqërinë, të formojë botëkuptime të caktuara shoqërore dhe qëndrimet e

caktuara sociale etj. Kështu, zhvillimi intelektual i individit pengon zhvillimin e cilësive negative, që dëmtojnë vetë individin dhe që shkojnë në kundërshtim me etikën e moralin e shoqërisë. Prandaj, me mbylljen e shkollave, pikërisht u atakua ky zhvillim. Rinisë iu mbyllën perspektivat, iu mbyll ardhmëria.

Të ballafaquar me kriza të ndryshme rinore, duke mos parë perspektivë në horizont dhe me qëllim të shmangies së shërbimit ushtarak nëpër kazemat e okupatorit, një pjesë shumë e madhe e kësaj shtrese braktisën vendlindjen dhe shtegtuan drejt perëndimit, me shpresë për ditë më të mira. E siç dihet, kjo është një ndër periudhat më vendimtare në formimin e cilësive të qëndrueshme të personalitetit, nga e cila edhe varet ardhmëria e individit. Pa mbështetje institucionale, në pragun e thyerjeve të mëdha shpirtërore, në mesin e një shoqërie me sjellje, zakone e botëkuptime tjera, pa koncept të qartë mbi ardhmërinë e jetës, kjo rini nuk mund të krijoj veti të drejta e të qëndrueshme të personalitetit, përkundrazi, kjo do goditet rëndë nga çrregullimet e ndryshme të personalitetit, që do e ndjekë pas gjatë gjithë jetës. E aq më tragjikë bëhet fakti, se kjo rini, këta individë, më vonë, do të bëhen prindër, vetitë psikike të të cilëve do të përcillen në njëërën apo tjetrën formë, me dashje apo dashje edhe tek fëmijët e tyre, e që në instancën e fundit do të mund të kenë ndikim negativ në formimin e personalitetit të trashëguesve, sepse prindi për fëmijën paraqet modelin me të cilin fëmija identifikohet dhe të cilin e imiton.

Pastaj tmerret e luftës hapën plagë të reja dhe të thella në shpirtin e pothuajse çdo shqiptari. Dhuna dhe terrori që u ushtrua masivisht, pa përjashtim moshe e gjinie, peshoi akoma më shumë barrën, tanimë të mbingarkuar psikike e fizike, të këtij populli të shumëvujtur. Gjithashtu, edhe situata pas lufte, nuk rezultoi ashtu siç e kishte ëndërruar shumëkush. Mungesat e shumta social-ekonomike, sidomos papunësia, nuk i

lehtësuan traumat e llojeve nga më të ndryshmet, por i shtuan edhe më problemet e jetës, duke i ballafaquar njerëzit me sfida të reja. Si rezultat i gjithë këtyre faktorëve, nën tryshninë e të cilave individit vazhdimisht ndodhet, pasojnë edhe konfliktet e brendshme shpirtërore. Ndonjëherë konfliktet janë të llojit të atillë që provokojnë vetëm simptomë neurotike, por ndonjëherë konfliktet janë të tilla që paraqesin rrezik edhe për neuroza serioze, bile në raste ekstreme, edhe psikoza reale, të cilat në psikiatri njihen me emrin, çrregullime psikike, disiplinë e së cilës është edhe çrregullimi i personalitetit. Duke pasur parasysh rëndësinë e madhe që ka zhvillimi i drejtë i cilësive të personalitetit të individit (që është baza e shoqërisë), shpresoj se institucionet tona të reja, në shtetin e ri të Kosovës, do të angazhohen shumë më seriozisht në këtë drejtim, duke i shpërthyer kornizat e ngushta egocentrike të cilat na kanë ndrydhur dekada me radhë, dhe duke kontribuar sinjerisht në ngritjen dhe rritjen e vetëdijes kolektive, që është shumë e rëndësishme për ne si shoqëri, si komb dhe si shteti më i ri në Botë.

2.1.2 Teoritë e personalitetit

Teoritë dhe kuptimi i personalitetit më shumë janë të influencuara nga Freud, prej nga sistemi i tij i psikoanalizës është teoria e parë formale e personalitetit dhe vazhdon që të jetë teoria më me influencë dhe më mirë e njohur (Schultz & Schultz, 2009). Sipas Freud instinktet janë pjesa bazike e personalitetit, që janë një forcë motivuese dhe shtytëse të sjelljeve dhe që determinojnë drejtimin e tyre (Bornstein, 2003).

Instinktet janë një formë e energjisë që transformohen në formën e energjisë fiziologjike, që lidh nevojat e trupit me dëshirat e mendjes (Schultz & Schultz, 2009). Pjesa instiktive është pjesa më e rëndësishme dhe determinuese në zhvillimin dhe ndërtimin e personalitetit e cila gjendet në pjesën e pavetëdijes njerëzore. Mënyra se si Freud e modeloi teorinë e tij në instinkte, si tipare të personalitetit, si instinkte apo

derivate, pastaj pjesa topografike, pjesët e shtypura në të pavetëdijshmen që si material janë primar për ndërtimin e personalitetit, pjesë topografike që janë fiksime në faza të ndryshme të zhvillimit që janë të asociuara me tipe të ndryshme të karakterit dhe pjesa strukturore që janë dinamikat e personalitetit që determinojnë tipare dhe strategjitë e përballjes (Bornstein, 2003).

Freud dhe pasardhësit e tij i kushtojnë një rëndësi të veçantë pjesës instinktive që janë shtytësit kryesorë në formimin e personalitetit dhe pjesës së pavetëdijshme, në të cilën aktivitetet e mendjes të jenë të pavetëdijshme.

Shkolla të ndryshme psikanalitike kanë shqyrtuar me imtësi ndikimin e faktorëve ambienta, në gjenezën, në përpunimin dhe strukturimin e elementëve përbërës të personalitetit, veçanërisht rolin e nënës, prindërimit, kujdestarisë, dinamikave familjare, rrethit social, komunitetit, apo edhe faktorëve që mbart kultura dhe stili i të jetuarit. Sipas këtyre teorive sjelljet kryesore që përbëjnë personalitetin janë të mësuara përgjatë zhvillimit. Sjelljet e një individi në një situatë të caktuar besohet të jetë fituar nëpërmjet një historie të të qenit i shpërblyer dhe i ndëshkuar, në situata të njëjta apo të ngjashme. P.sh. ndryshimi në turpërim dhe agresivitet i dy fëmijëve mund të shkojë për llogari të ndryshimeve në historitë e të nxënies. I pari mund të jetë i frenuar e i turpshëm, sepse tërheqet e tij prej situatave sociale kërcënuese janë shpërblyer prej të rriturve dhe tentativave të tij të dështuara për vetëmbrojtje janë ballafaquar me ndëshkim prej bashkëmoshatarëve. Nga ana tjetër fëmija agresiv ka përjetuar situata ku sjelljet e tij agresive janë rforcuar prej kontrollit që ka arritur të vendosë tek të tjerët si rezultante të sjelljes së tij.

2.1.3 Teoria e personalitetit sipas Hans Eysenck

Një model tjetër teorik që ka qenë prej teorive të para dhe ka një bazë biologjike, të cilën e ndërtoi duke u bazuar në tri dimensione PEM, si: ekstraversioni kundër

introversionit, neuroticizmi kundër stabilitetit emocional dhe psikotizimi kundër kontrollit të emocioneve (Schultz & Schultz, 2009). Eysenck thekson se dimensionet e ekstraversionit dhe neuroticizmit kanë qenë të njohura si elementet bazike të personalitetit që prej filozofëve të lashtë grekë. Hulumtime të ndryshme kanë treguar se tiparet e personalitetit të konceptuara sipas Eysenck janë relativisht të qëndrueshme gjatë fazave të ndryshme të zhvillimit, prej fëmijërisë deri në pjekurinë e hershme, pavarësisht diferencave që mund të kenë në eksperiencat sociale apo ambientale (Schultz & Schultz, 2009).

Dimensioni i ekstraversionit dhe introversionit mendohet se kanë një bazë të caktuar biologjike. Ekstraversioni ka karakteristika dalluese nga introversioni, nga karakteristikat e tij janë orientimi drejt botës së jashtme, preferon shoqërimin me njerëzit të tjerë, tentojnë të jenë të shoqërueshëm, impulsiv, aventurierë, këmbëngulës dhe dominant (Schultz & Schultz, 2009). Këta persona në rezultatet e ndryshme tentojnë të përjetojnë më shumë emocione pozitive se sa ata që kanë nivel të ulët të kësaj karakteristike (Lucas & Fujita 2000).

Ekstraversioni është dëshmuar që të jetë i dobishëm për shëndetin mendor të njeriut, sepse është raportuar për një mungesë të korrelacionit në mes të ekstraversionit dhe internalizimit dhe eksternalizimit të simptomave (Khan, Jacobson, Gardner, Prescott & Kendler, 2005).

Megjithatë është dëshmuar për një korrelacion pozitiv mes ekstravizionit dhe stresit (Swickert, Rosentreter, Hittner & Mushrush, 2002), problemeve somatike (Lu, 1994).

Neuroticizmi besohet se ka një nivel të lartë të trashëgimisë dhe është shumë pak i mësuar nga eksperiencat tona, prej nga njerëzit me tipar të lartë të neuroticizmit janë treguar të kenë një reaktivitet më të lartë në pjesët e trurit që janë të kontrolluar nga

pjesë simpatike të sistemit nervor autonom (Schultz & Schultz, 2009). Prej nga ky alarm përgjigjet ndaj ngjarjeve stresuese duke rritur frekuencën e numrit të frymëmarrjes, rrahjeve të zemrës, çlirimin e adrenalinës dhe lëvizje të shpejta të muskujve, si rrjedhojë sistemi nervor simpatik mbireagon ndaj stresorëve të butë që rezultojnë me një hipertension kronik (Schultz & Schultz, 2009).

Personat me karakteristikat përbërëse të neuroticizmit janë ankthioz, depresivë, kanë ndjenjën e fajit, vetëvlerësimit të ulët, të tensionuar, të turpshëm dhe në humor të rëndë (Schultz & Schultz, 2009). Neuroticizmi është raportuar të ketë lidhje me stresin (Allred, Granger & Hogstrom, 2013). Shpjegime të ndryshme alternative janë ofruar për të kuptuar ndjeshmërinë e personave me neuroticizëm ndaj stresit. Është paraqitur modeli i reagimit ndaj ekspozimit, nga neuroticizmi drejtojnë në një ekspozim më të madh dhe reaktivitet ndaj stresit ditor dhe së bashku ndihmojnë të kuptojnë ndërlidhjen mes neuroticizmit dhe stresit ditor (Bolger & Zuckerman, 1995).

Neuroticizmi së bashku me karakteristikat e tjera të personalitetit si optimizmi, armiqësia dhe tiparet e ngjashme që janë të lidhura me tipin A të personalitetit është raportuar që të kenë një lidhje të fuqishme me ekspozimin ndaj stresit, përjetimin e stresit, sjelljet e shëndetshme dhe efektet përcjellëse në shëndetin e njeriut (Smith & MacKenzie, 2006).

Eysenck (1958) përfshinë dimensionin e psikotizimit me karakteristika si: agresivitet, egocentrizëm, impulsivitet, antisocialë, kreativë dhe të zjarrtë. Dimensionin e psikotizimit gjendet në pjesë ndërmjet neuroticizmit dhe ekstraversionit, ndërsa kontrolli i impulseve bie ndërmjet introversionit dhe stabilitetit emocional. Njerëzit që kanë pikë të larta në psikotizëm në krahasim me ata që kanë pikë të ulëta kanë treguar që të kenë më shumë probleme me alkoolin dhe drogën (Sher, Bartholow & Wood, 2000).

2.1.4 Pesë tiparet e personalitetit sipas teorisë Big five

Sot, shumë hulumtues besojnë se janë pesë tipare thelbësore të personalitetit. Dëshmi si dhe mbështetësit e kësaj teorie kanë qenë në rritje gjatë 50 viteve të fundit, duke filluar me hulumtimin e DW Fiske (1949) dhe më vonë u zgjerua edhe me studiues të tjerë, duke përfshirë Goldberg (1981) dhe McCran&Costa (1987).

Të dy Cattell-së dhe teoria Eysenck kanë qenë objekt i hulumtimeve të konsiderueshme, të cila kanë çuar disa teoricienë të besojnë se Cattell fokusuar në shumë tipare, ndërsa Eysenck përqëndruar në shumë pak (Eysenck, 1992; Cattell, 1965). Si rezultat, një teori e re e referuar si teoria "Big Five" u shfaq. Ky model pesë, faktor i personalitetit, paraqet pesë tipare kryesore që ndërveprojnë për të formuar personalitetin e njeriut.

Në psikologji, pesë tipare të personalitetit janë pesë fusha të gjera apo dimensionet e personalitetit që janë përdorur për të përshkruar personalitetin e njeriut, të përshkruara ndryshe si model pesë faktor (FFM). Pesë faktorë janë të hapjes, ndërgjegjshmërisë, ekstraversion, përshtatshëm dhe neurotik. Nën secilin faktor global, një grup i faktorëve primar lidhen dhe më specifike janë gjetur për shembull, ekstraversion përfshinë cilësi të tilla të lidhura si i shoqërueshëm, këmbëngulës, i ngrohtë dhe me emocione pozitive.

Modeli Big Pesë është në gjendje të japë llogari për tipare të ndryshme në personalitetin pa mbivendosje. Hulumtimet empirike kanë treguar se tipare të personalitetit "Big Five" tregojnë qëndrueshmëri në intervista, vetë-përshkrimet dhe vëzhgimet. Për më tepër, kjo strukturë pesë faktor duket të gjendet nëpër një gamë të gjerë të pjesëmarrësve të moshave të ndryshme dhe të kulturave të ndryshme.

Të qenurit i hapur: (krijues/kurioz & konsistentë/i kujdesshëm). Vlerësimin për artin, emocion, aventurë, ide të pazakonta, kureshtje dhe të përvojës së ndryshme. Ky sinqeritet pasqyron shkallën e kuriozitetit dhe kreativitetit intelektual si preferencën për

gjëra të reja. Ajo është përshkruar edhe si shkalla në të cilën një person është i përfytyruar i pavarur dhe përshkruan një preferencë personale për një sërë aktivitete gjatë një rutine të rreptë mund të perceptohet si i pa parashikueshëm dhe shpërqëndruar. Njerëzit e hapur ndaj përvojës janë pragmatik, por nganjëherë perceptohen të jenë dogmatik dhe me mendje të mbyllur.

Një përmbledhje e faktorëve të pesë Big dhe tipareve përbërëse të tyre, të tillë që ata të formojnë oqean akronimin (sot, shumë hulumtues besojnë se janë pesë tipare thelbësore të personalitetit). Dëshmi si dhe mbështetësit e kësaj teorie kanë qenë në rritje gjatë 50 viteve të fundit, duke filluar me hulumtimin e DW Fiske (1949) dhe më vonë u zgjerua nga studiues të tjerë, duke përfshirë Goldberg (1981), dhe McCrae & Costa (1987).

Të dy Cattell-së dhe teoria Eysenck kanë qenë objekt i hulumtimit, i cili ka çuar disa teoricienë të besojnë se Cattell është fokusuar në shumë shumë tipare, ndërsa Eysenck është përqëndruar në shumë pak (Eysenck, 1992; Cattell, 1965). Si rezultat, u shfaq një teori e re e referuar si teoria "Big Five". Ky model i personalitetit paraqet pesë tipare kryesore që ndërveprojnë për të formuar personalitetin e njeriut. Ndërsa studiuesit shpesh nuk pajtohen në lidhje me emërtimin e saktë për çdo dimension, në vijim janë përshkruar më së shpeshti:

Të qenurit i hapur

Të qenurit i hapur është një vlerësim i përgjithshëm për art, emocion, aventurë, ide të pazakonta, imagjinatës, kureshtje dhe perceptime të ndryshme të përvojës. Njerëzit të cilët janë të hapur për përvojën janë intelektualisht kurioz, të hapur për emocion, të ndjeshëm ndaj bukurisë dhe të gatshëm për të provuar gjëra të reja. Në krahasim me njerëzit e mbyllur ata priren të jenë më kreativë dhe më të vetëdijshëm për ndjenjat e tyre. Ata kanë gjithashtu më shumë gjasa për të mbajtur besime të pazakonta.

Një individ i veçantë, megjithatë mund të ketë një rezultat të përgjithshëm të lartë çiltërsi dhe të jenë të interesuar për të mësuar dhe eksploruar kultura të reja, por nuk kanë asnjë interes të madh në art apo poezi. Ekziston një lidhje e fortë midis etikës liberale dhe hapjes që të përjetojnë të tilla si mbështetje për politikën nënshkruese në tolerancën racore. Një tjetër karakteristikë e stilit të hapur njohës është një strukturë për të menduarit në simbolet dhe abstraksionet larguar larg nga përvoja konkrete. Njerëzit me rezultatet e ulëta në hapjen ndaj shoqërisë priren të kenë interesa më shumë konvencionale tradicionale. Ata preferojnë të jenë të thjeshtë, të drejtpërdrejtë dhe dukshëm kompleksiv, të paqartë dhe delikatë. Ata mund të shohin artet dhe shkencat me dyshim ose të shohin çdo sipërmarrje si jo interesante. Njerëzit e mbyllur preferojnë familjaritet mbi risi ata janë konservatorë dhe rezistentë ndaj ndryshimeve.

Ndërgjegjesimi është një tendencë për të treguar vetëdisiplinë, të veprojnë me devotshmëri në arritjen e qëllimeve në përputhje me pritjet e mjedisit. Ajo është e lidhur me mënyrën në të cilën njerëzit kontrollojnë, rregullojnë dhe drejojnë impulsin e tyre. Rezultate të larta të ndërgjegjshmërisë tregojnë një preferencë për të planifikuar sesa sjelljet spontane. Niveli mesatar i ndërgjegjshmërisë rritet në mesin e të rriturve të rinj dhe pastaj bie në mesin e të rriturve më të vjetër.

Ekstravert

Ekstraverti: (i shoqërueshëm/energjik përkundrejt vetmitar/i rezervuar). Energji, emocione pozitive, shkathtësi, këmbëngulje, aftësi sociale dhe tendencë për simulim në prani të personave të tjerë si edhe dëshirë për të folur. Personat ekstravert shihen si dominant dhe në përpjekje të vazhdueshme për të tërhequr vëmendjen e të tjerëve. Ndërsa individët të cilët kanë shkallë të ulët të të qenit ekstravert kanë një personalitet të rezervuar dhe reflektiv, dhe perceptohen si i përmbajtur dhe egocentrik.

Introvert

Kanë angazhim social dhe nivele të energjisë më të ulëta se ekstraversët. Ata kanë tendencë për t'u dukur të qetë, të ulët, të qëllimshëm dhe më pak të përfshirë në botën sociale. Mungesa e përfshirjes sociale nuk duhet të interpretohet si druajtje ose depresion në vend të kësaj ata janë më të pavarur nga bota e tyre sociale se ekstraversët. Introversët kanë nevojë për më pak nxitje në kohë sesa ekstraversët. Kjo nuk do të thotë se ata janë antipatik ose antisocialë, përkundrazi, ata janë të rezervuar në situata shoqërore.

I bindur

Ka tendencën për të qenë empatik dhe bashkëpunues dhe jo dyshues apo armiqësor me personat e tjerë. Ka gjithashtu natyrë besnike dhe është i gatshëm për të ofruar ndihmën e tij. Individët të cilët janë shumë miqësor shihen shpesh si naivi apo të nënshtruar. Ndërsa ata me shkallë të ulët të këtij dimensionit të personalitetit kanë shpirt konkurrence dhe sfidues ndaj të tjerëve dhe mund të shihen si argumentues dhe të pabesë.

Pajtueshmëria është një tipar social, hulumtimet kanë treguar se lidhet me cilësinë e marrëdhënieve pozitive mes njëri-tjetrit. Gjithashtu parashikon pozitivisht aftësitë transformuese të lidershit (Bono & Judge, 2004). Në një studim të kryer në 169 pjesëmarrës, me një shumëllojshmëri të profesioneve në pozita drejtuese, individët u pyetën nëpërmjet një testi personaliteti për të marrë dy vlerësime të përfunduara nga vartësit e mbikëqyrur drejtpërdrejt (Judge & Bono, 2000). Liderët me nivele të larta kishin më shumë gjasa për t'u konsideruar transformuese sesa transaksional. Edhe pse marrëdhënia nuk ishte e fortë, ishte më i fuqishëm se pesë tiparet e personalitetit, sipas teorisë big five. Megjithatë, i njëjti studim nuk tregoi asnjë fuqi parashikuese të

efektivitetit të udhëheqjes, siç vlerësohet nga eprori i drejtpërdrejtë i liderit. Po kështu është gjetur të jetë e lidhur negativisht në udhëheqje në ushtri. Një studim i njësive aziatike ushtarake tregoi se udhëheqësit me një nivel të lartë ka më shumë gjasa për të marrë një vlerësim të ulët për aftësitë transformuese drejtuese (Bono, Boles, Judge, & Lauver, 2002).

Prandaj, me studime kërkimore të mëtejshme mund të jenë në gjendje për të përcaktuar potencialin e një individi për performancën në bazë të këtyre tipareve të personalitetit.

Neurotik

Neurotik: (të ndjeshëm/nervozë përkundrejt të sigurt/me vetëbesim). Ka tendencën të përjetojë lehtë emocionet negative si inati, ankthi, depresioni dhe vulnerabiliteti. Neurotik i referohet edhe shkallës së stabilitetit emocional dhe kontrollit të situatave impulsive ndërkohë që ndonjëherë atyre u referohen sipas pikës së tyre më të ulët "stabilitetit emocional". Nevoja e madhe për stabilitet manifestohet si personalitet i qëndrueshëm dhe i qetë, por mund të shihet si jofrymëzues dhe i qetë. Nevoja e ulët për stabilitet sjell si pasojë një personalitet impulsiv dhe emocional, por ata mund të perceptohen si të paqëndrueshëm dhe të pasigurt.

Personat që nuk shfaqin një tendencë të qartë në drejtim të karakteristikave specifike të mësipërme në të pesë dimensionet konsiderohen si personalitete të adaptueshme, të moderuara dhe të arsyeshme, por mund të perceptohen dhe si të paprincipitë, enigmatikë dhe manipulatorë.

Sipas Eysenck (1967), neurotiku është i ndërlidhur me tolerancë të ulët ndaj stresit. Ata që kanë rezultat të lartë në neuroticizëm janë emocionalisht reagues dhe të prekshëm ndaj stresit. Ata kanë më shumë gjasa për të interpretuar situatat e zakonshme si të rrezikshme dhe frustrimet e vogla si pa shpresë. Reagimet e tyre negative emocionale

tentojnë të vazhdojnë për periudha jashtëzakonisht të gjata kohore, që do të thotë se ata janë shpesh në një humor të keq. Për shembull, neuroticizmi është i lidhur me një qasje pesimiste ndaj punës, besimin se puna i pengon marrëdhëniet personale dhe ankthi është dukshëm i lidhur me punën. Për më tepër, ata të cilët kanë rezultat të lartë në neuroticizëm mund të shfaqin më shumë reagime sesa ata që kanë nivel më të ulët neuroticizmi. Këto probleme në rregullimin emocional mund të zvogëlojnë aftësinë e një personi për të menduar në mënyrë të qartë, për të marrë vendime dhe për t'u përballur në mënyrë efektive me stresin. Mungesa e kënaqësisë në arritjet e jetës mund të lidhet me rezultatet e larta të neuroticizmit dhe rritjen e mundësisë për të rënë në depresion. Për më tepër, individët e lartë në neuroticizëm kanë tendencë të përjetojnë ngjarjet më negative të jetës, por neuroticizmi ka edhe ndryshime në përgjigje të përvojave pozitive dhe negative të jetës. Në anën tjetër të shkallës, individët të cilët kanë rezultat të ulët neuroticizmi janë më pak të mërzitur dhe janë më pak reagues emocionalisht.

Ata priren të jenë të qetë, emocionalisht stabil dhe të lirë nga ndjenjat e vazhdueshme negative.

Neuroticizmi është i ngjashëm, por jo identik për të qenë neurotik në kuptimin freudian (d.m.th neurozë). Disa psikologë preferojnë të identifikojnë neuroticizmin nga stabiliteti emocional dhe e dallojnë atë nga termi nevrotike në një test të karrierës.

Artikuj mostër: Unë shqetësohem lehtë; Unë ndryshoj disponimin; Inatoset lehtë. Mërzitet lehtë. I shqetësuar për gjëra të ndryshme.

2.1.5 Zhvillimi i personalitetit sipas teorisë Big five përgjatë grupmoshave

Shumë studime të të dhënave gjatësore, që korrelojnë pikët e njerëzve të testit me kalimin e kohës, dhe të dhënave ndër-sektoriale, të cilat krahasohen me nivelet e personalitetit

nëpër grupmoshat e ndryshme, tregojnë një shkallë të lartë të stabilitetit në tipare të personalitetit gjatë moshës madhore. Faktet tregojnë se personaliteti i stabilizon individët në moshë pune, brenda rreth katër vjet pas fillimit të punës. Ka edhe pak dëshmi se ngjarjet negative të jetës mund të kenë ndonjë ndikim të rëndësishëm në personalitetin e individëve. Hulumtimet e kohëve të fundit dhe meta-analiza e studimeve të mëparshme megjithatë, tregojnë se ndryshimi ndodh në të gjitha tiparet e personalitetit në faza të ndryshme të jetës. Hulumtimi i ri tregon prova për një efekt maturimi. Mesatarisht, niveli i pajtimit dhe ndërgjegjshmërisë zakonisht rritet me kalimin e kohës ndërsa në të kundërt, neuroticizmi dhe hapja kanë tendencë për t'u ulur. Studimet kanë treguar gjithashtu se ndryshimet në tipare të personalitetit sipas teorisë *Big five* varen nga faza aktuale e zhvillimit të individit. Për shembull, nivelet e pajtimit dhe ndërgjegjshmërisë demonstrojnë një trend negativ gjatë fëmijërisë dhe adoleshencës së hershme, lart gjatë adoleshencës në fund dhe në moshën e rritur. Përveç këtyre efekteve të grupit, ka edhe dallime individuale. Njerëz të ndryshëm demonstrojnë modele unike të ndryshimit në të gjitha fazat e jetës.

Përveç kësaj, disa hulumtime (Fleeson, 2001) sugjerojnë se Pesë Big nuk duhet konceptuar si dikotomi (të tilla si ekstraversion & introverte), por si vazhdimësi. Çdo individ ka kapacitet për të lëvizur përgjatë çdo dimensionit sipas ndryshimit të rrethanave (shoqëror apo të përkohshme). Ai është ose ajo për këtë arsye nuk është thjeshtë në një fund të çdo dikotomi tipar, por është një përzierje e të dyjave, ekspozuar disa karakteristika më shpesh se të tjerët.

Hulumtimet në lidhje me personalitetin, me moshën në rritje kanë evidentuar se si individë që hyjnë në vitet e tyre të moshës së tretë (79-86), ata me IQ më të ulët të pësojnë një rritje në ekstraversion, pra një rënie të koshiençës dhe mirëqenies fizike.

Hulumtimet nga Cobb-Clark dhe Schurer tregojnë se tipare të personalitetit janë përgjithësisht të qëndrueshme në mes të punëtorëve të rritur.

Një kritikë e shpeshtë është se Big five nuk bazohet në asnjë teori themelore; kjo është thjeshtë një zbulim empirik që hulumtues të caktuar kanë grumbulluar së bashku analiza faktoriale. Edhe pse kjo nuk do të thotë se këto pesë faktorë nuk ekzistojnë, shkaqet prapa tyre janë të panjohura. Puna përfundimtare Jack botuar para vdekjes së tij, në janar të vitit 2010 tërhoqi vëmendjen me perspektivën e tij të jetës në modelin pesë-faktor. Ai përmbloodhi kritikën e tij të modelit në drejtim të: natyra joteorike nga pesë faktorët, matja e tyre, papërshtatshmëria e modelit për të studiuar fëmijërinë e hershme, përdorimi i analizës faktor si paradigmë ekskluzive për konceptualizimin e personalitetit, vazhduar kuptime jo konsensuale të pesë faktorëve, ekzistenca e përpjekjeve të panjohura, por të suksesshme të specifikojë aspektet e karakterit jo përfshirë nën pesë faktorët. Ai vazhdoi të sugjerojnë se vazhdimisht faktorët më të lartë të rendit hierarkik të mësipërme tipare të personalitetit të shpallura Pesë (Big) mund të premtojnë kuptim më të thellë biologjik e origjinën dhe implikimet e këtyre super faktorëve.

2.1.6 Tipi A dhe B i personalitetit sipas Friedman & Roseman

Modeli tjetër teorik është ai i tipeve të personalitetit, nga kemi tipin A të personalitetit dhe tipin B. Koncepti i tipit A të personaliteti lidhet me emrin e dy kardiologëve Friedman dhe Resenman, që zhvilluan bazën e modelit të tyre teorik, duke u bazuar në vëzhgimin e pacientëve me probleme të zemrës (Friedman & Roseman, 1956 cituar në Sirri et al., 2012). Ata paraqitën karakteristikat dalluese të këtij tipi të personalitetit që evidenton ambiciet, urgjencën e kohës, motivet ekstreme të arritjes dhe konkurrueshmërisë, shpërthen shpejt në armiqësi, stil verbal eksplodues dhe lëvizje të shpejta motorike (Friedman & Roseman 1987), që ka karakteristikat e përbashkëta si të

personalitetit ekstravert po ashtu edhe introvertit. Tipi A i personalitetit nuk është sinonimi i sjelljeve koronare, sepse këto sjellje drejtojnë në sëmundjet e zemrës, por ekziston efekti i tipit A në shëndet (Friedman & Booth- Kewely, 1987).

Tipi A i sjelljeve karakterizohet nga e folura e shpejtë, e folura shpërthyesë, ndrydhje të emocioneve, në nxitim që në përgjithësi janë parë si indikative ose të ndërlidhura me gjendje emocionale që janë jo të shëndetshme (Friedman & Booth- Kewely, 1987).

Analizat e të dhënave të studentëve identifikuan dy dimensione të rëndësishme të ndërlidhura me tipin A të sjelljeve: të udhëhequrit drejtë arritjes dhe padurim/irritabilitet (Helmreich & Pred, 1987). Të udhëhequrit drejtë arritjes paraqet njerëzit që punojnë shumë, që janë aktivë dhe e marrin punën e tyre seriozisht, ndërsa padurimi ose irritabiliteti reflekton nervozizëm, armiqësi dhe obsesionin me kohën. Nga ana tjetër personat me tipin B kanë karakteristika krejt të ndryshme duke qenë më të relaksuar, gazmorë/tolerant dhe janë në risk më të vogël në zhvillimin e problemeve të zemrës (Lyness. 1993). Sidoqoftë këta persona me tipin A jo në mënyrë të domosdoshme tregojnë reagime emocionale të padurimit, armiqësisë dhe të stresit që zakonisht janë konsideruar si karakteristika të personave që janë të prirur për probleme koronare (Friedman & Booth- Kewely, 1987). Po ashtu këta raportojnë se nuk ka ndonjë klasifikim tjetër që të dallojnë individët të cilët për nga ana ekspresive nuk janë pjesë e tipit A dhe të cilët automatikisht bien në tipin B (Friedman & Booth- Kewely, 1987).

2.1.7 Dinamikat e personalitetit

Dinamikat është termi që në fjalor lidhen me format që prodhojnë veprim. Këtu ne po interesohemi për forcat që ndikojnë mbi individin dhe që prodhojnë "veprimin psikologjik", që do të thotë shprehjen e nevojave dhe ndjenjave, hyrjen apo daljen prej një gjendjeje të posaçme të vetëdijes si dhe qëllimet e funksionimit të sjelljes. Ka dy

komponentë të parimit të kënaqësisë që diktojnë drejtimin e sjelljes sonë. Njëri tregon se ne duhet të afrohemi të arrijmë sa më shumë prej objekteve dhe ndjenjave të dëshiruara, i dyti është se ne dëshirojmë të shmangim apo të tërhiqemi prej objekteve dhe emocioneve të padëshiruara, por për të mos i komplikuar gjërat shpesh nuk është në interesin tonë t'i arrijmë synimet apo t'i shmangim ngjarjet e padëshiruara në mënyrë krejt imediate kjo do të thotë që mund të jetë funksionuese dhe këto vlera adaptive nëse mundemi të harrojmë për një çast kënaqësinë në përpjekje për një ndjesi lumturie më të qëndrueshme të mëvonshme. Kështu, na qëllon të studjojmë (për të synuar një karrierë të lartë) më mirë se sa t'i lëmë librat për të shkuar në një film të bukur, nuk e godasin me grusht një person kur jemi të zemëruar se kjo mund të na futë në telashe e kështu me radhë. Me fjalë të tjera ne përpunojmë kontrollin mbi impulset tona që kërkojnë kënaqësi. Nëpërmjet mekanizmave mbrojtës individët frenojnë tentativën për të arritur qëllimet e menjëhershme por shtojnë shanset për të arritur në një kënaqësi afatgjatë. Nëse një qëllim i dëshiruar nuk arrihet, qëllime alternative, që pjesërisht, apo pothuajse plotësisht, plotësojnë kënaqësitë e hershme, rrijnë të vendosen. Për fat të keq ndodh gjithashtu shpesh që as qëllimet e dëshiruara e as zëvendësueset e tyre të arrihen, e në këtë rast përjetohet frustrim, çdo hap në këtë zinxhir ngjarjesh prej sythëzimit të ndjenjave dhe dëshirave deri në frustrim apo plotësim të kënaqësisë ngre një numër të madh pyetjesh teorike e empirike.

2.1.8 Personaliteti dhe shëndeti

Ekziston një histori e gjatë spekulimesh për lidhjen mes personalitetit dhe shëndetit. Në kohët antike Hipokrati përshkroi humoret e trupit gjakun, lëngun e zi biliar, lëngun e verdhë biliar, dhe flegmën, si baza e personalitetit. Këto elemente u përdorën nga mjeku

antik Galen, jo vetëm për të përshkruar personalitetin, por edhe për të bërë lidhjen me sëmundjet (Allport, 1861).

Nëse të një person prodhohet me tepricë humori dominant atëherë kjo gjendje mund të çoj drejt sëmundjeve. P.sh. një tepricë e lëngut të zi biliar do të prodhonte një personalitet melankolik, një depresion të mundshëm dhe do të lidhej me sëmundje psikologjike. Edhe pse këto mendime i përkasin antikitetit, ne ende sot flasim për to. Kështu të pa shpresët, të depresuarit, i quajmë “melankolikë”, zemërakët, armiqësorët “kolerikë”, apatikë “flegmatikë” dhe optimistët “sanguinë”. Edhe pse mbi emocionet, personalitetin dhe shëndetin është shkruar përreth 2000 vjet, ne mund të pajtohemi me një nga dy konkluzionet: Ose ka pasur disa të vërteta në këto konceptime, ose idetë janë shumë fleksibël: ato mund të kenë përputhshmëri ose vërejtje.

Personaliteti mund të lidhet me sëmundjet nëpërmjet një varieteti faktorësh të ndryshëm, disa të rastësishme dhe disa të tjera jo. P.sh., një gjetje se personat zemërakë “kolerik”, kanë më shumë propabilitet të kenë sëmundje zemre, mund t’i dedikohet një serie faktorësh të ndryshëm. Secili prej këtyre faktorëve, operon në çdo kohë, te shumë persona ose sëmundje. Është e rëndësishme të kuptojmë që nën ndikimin e faktorëve stresant individët mund t’u drejtohen shprehive jo të shëndetshme. P.sh. ankthi i çon disa njerëz drejt duhanit dhe duhani mund të çoj drejt zhvillimit të kancerit të mushkërive. Sidoqoftë, në raste të tilla, sigurisht që kurimi i ankthit nuk shoqërohet domosdoshmërisht me parandalimin e kancerit, vetëm nëse duhanpirja parandalohet. Pra, mund të kuptojmë se ankthi është një shkaktar indirekt i sëmundjes. Në përgjithësi, shumë probleme të personalitetit i bëjnë zakonet e pashëndetshme më të shpeshta. Personat e depresuar ose neurotikë ka më shumë të ngjarë të kenë probleme me të ngrënin, probleme me konsumimin e alkoolit dhe shumë të tjera të ngjashme. Studimet

që merren me linjën lidhëse të personalitetit dhe shëndetit duhet të marrin parasysh në mënyrë të konsiderueshme këto sjellje të pashëndetshme. Fatkeqësisht shumë studime nuk e bëjnë këtë gjë. Ka shumë sjellje potencialisht të përshtatshme. Në studimet e së ardhmes mund të bëhen më të fokusuara, do të jetë më lehtë të marrin parasysh të gjitha këto influenca. (Allport, 1861).

2.1.9 Sëmundja – shkaktar i ndryshimeve në personalitet

Disa lidhje të vëzhguara mes personalitetit dhe sëmundjeve shfaqen sepse aspekte të caktuara të personalitetit janë rezultat i vetë proceseve të sëmundjes. P.sh. disa (jo të gjithë) pacientë të sëmurë seriozisht me sëmundje të tilla siç është kanceri, mund të bëhen të frikësuar ose të depresuar (Dunkel, Schetter dhe Eortman, 1982).

Shumë klinikistë mund të vërejnë atë çka pacientët besojnë se janë “personalitet kancer”. Edhe më keq, ata mund të zgjidhin një “personalitet kancer” përtej pritshmërive të tyre. Ky ndryshim i personalitetit është rrjedhim i sëmundjes. Për më tepër, proceset e dëmshme biologjike mund të indukojnë çrregullime mendore kronike. P.sh., është hedhur ideja se mungesa e oksigjenit mund të sjellë depresion (Krantz, 1982).

Kjo do të thotë se shumë sëmundje të tilla si: sifilizi, AIDS dhe Alzheimer mund të ndikojnë në trurin e njeriut dhe si pasojë e kësaj të sjellë ndryshime të personalitetit.

Së fundmi, shumë terapi me medikamente mund të shkaktojnë depresion, ankth, gjendje të rëndë shpirtërore etj. Në të gjitha këto raste ekziston një lidhje mes sëmundjeve dhe personalitetit, por në këtë rast është sëmundja (ose trajtimi që merr individi) ajo që shkakton ndryshime në personalitet. Ndryshe nga sa thamë më sipër, ishin ndryshimet në personalitet ato që sillnin sëmundje.

2.1.10 Influenca e drejtpërdrejta të personalitetit

Personaliteti mund të shkaktojë sëmundje në rrugë direkte nëpërmjet mekanizmave psikologjikë.

P.sh. nëse një person zemërak ose “kolerik” çon drejt dëmtimit të arterieve, që nga ana e tyre mund të çojnë në një zhvillim të sëmundjeve koronare të zemrës; duke ndryshuar personalitetin, atëherë ka gjasa që të mund të reduktohen dhe shqetësimet e zemrës. Kjo është një rrugë e drejtpërdrejtë nëpërmjet së cilës operon personaliteti i njeriut, që dhe pse ndoshta në mënyrë jo të qëllimshme e ndihmon sëmundjen të zhvillohet. Ndërgjegjësimi rreth këtij problemi dhe reflektimi nga ana e individit, mund të çojnë në reduktimin e sëmundjes. Ky model nuk do të thotë se personaliteti është i vetmi shkak i sëmundjeve (Weiner, 1977).

Shumë procese të sëmundjeve janë shumë faktoriale; pra ato janë të shkaktuara nga shumë faktorë. P.sh. Një predispozitë gjenetike për sëmundjen, stresorët e ndryshëm, mosha dhe faktorë të tjerë, të gjithë së bashku e formojnë dhe zhvillojnë sëmundjen. Pra, sipas këtij modeli, shumë njerëz janë të prirur drejt sëmundjeve, e megjithatë nuk e zhvillojnë atë; por nga ana tjetër kemi persona që edhe pse kanë nuk prirje biologjike drejt një sëmundjeje, prirjen ta zhvillojnë atë nëpërmjet personalitetit të tyre dhe sjelljeve të dala prej tij.

2.1.11 Baza biologjike e ndërlidhjes së personalitetit dhe sëmundjes

Ndonjëherë personaliteti është i lidhur me sëmundjen nëpërmjet variablit të tretë biologjik. Me fjalë të tjera, disa predispozita biologjike çojnë drejt të dyjave, një tipi të caktuar personaliteti dhe sëmundjeve të caktuara. P.sh. ekzistojnë disa të dhëna se hiperaktiviteti i sistemit nervor është një faktor që ndikon si në zhvillimin e një personaliteti ankthios që mund të lidhet me sëmundjet e zemrës, por ankthi në vetvete

nuk çon domosdoshmërisht në zhvillimin e sëmundjeve të zemrës, pra nuk luan patjetër një rol shkakor. Edhe pse ankthi kronik mund të ndikojë në sëmundjen e zemrës, ai jo patjetër është zhvillues i saj, gjithçka varet dhe nga natyra e mekanizmave përfshirës (Kahn, Kornfeld, Frank, Heller 1980; Krantz dhe Durel, 1983).

Teori të ndryshme kanë folur për atë që lidh sistemin nervor, personalitetin dhe shëndetin. Kjo punë filloi me të famshmin fiziologun rus Pavlov (1927), i cili shkroi për fortësinë krahasuar me dobësinë e sistemit nervor. Psikologu Britanik Eysenck (1967), i cili është i njohur për teorinë e tij të introversionit/ekstraversionit, u shpreh se introvertët dhe ekstravertët shfaqin diferenca në ndjeshmërinë e sistemit të tyre nervor, që lidhet me mënyrën se si ata e perceptojnë realitetin, emocionet dhe mënyrën e reagimit ndaj tyre. Në të njëjtën kohë dhe psikologu Ross Buck (1984) zhvilloi një model të përgjithshëm të lidhjeve që ekzistojnë mes aktivitetit të sistemit nervor, shprehjeve emocionale, personalitetit dhe shëndetit. Një konkluzion i rëndësishëm është fakti se pengesa e shfaqjes së emocioneve ka të ngjarë të korelojë dhe të jetë shkak i një shëndeti të dobët. Së fundi, mund të themi se edhe pse ankthi dhe disa sëmundje të tjera patologjike ndikojnë negativisht, sërish është e mundur që të parandalohen duke i kontrolluar ato.

Secili nga modelet e konsideruara punon në një drejtim të vetëm. Në fakt trupi njerëzor është një kompleks sistemesh dhe përbëhet nga shumë subsisteme, kështu një shumëllojshmëri e ndikimeve rastësore të ndryshme dhe feedback do ndikojnë në lidhjen midis personalitetit dhe sëmundjes. P.sh., ankthi i tepërt do të çojë drejt duhanit, alkoolit dhe pagjumësisë, që do të vënë në lëvizje një seri procesesh psikologjike që do të ndikojnë aspekte të ndryshme të shëndetit, sjelljes dhe ankthit vetë. Pra, dimensionet e

personalitetit meqë kanë efekte të mëdha në shëndet duhet të mbikqyren nga psikologët e shëndetit.

2.1.12 Llojet e personalitetit të prirura për sëmundje koronare

Prej kohësh mjekët kanë dyshuar për një lidhje midis sjelljes emocionale dhe sëmundjes së zemrës. Dihet se emocionet, si frika dhe dashuria shtojnë rrahjet e pulsit dhe mund të shkaktojnë dhimbje në zemrën e personit.

Lidhja midis trurit dhe zemrës shtyu në studime të mëtejshme për sjelljen emocionale dhe sëmundjes së zemrës deri më 1950. Sëmundjet e zemrës midis tyre dhe infarkti janë shkaku kryesor i vdekjes në SHBA. Ka dhe faktorë të tjerë që ndikojnë në shëndet si dieta, ushtrimet fizike dhe zakonet e njerëzve, por meqë këta faktorë s’japin efekt në rrezikun e sëmundjes së zemrës, kërkuesit janë fokusuar te tensioni i lartë dhe stresi në jetën amerikane të shekullit XX.

Analiza e të dhënave të studentëve identifikoi dy dimensione të rëndësishme të ndërlidhura me tipin A të sjelljeve: të udhëhequrit drejt arritjes dhe padurimit/irritabilitet (Helmreich & Pred, 1987). Karakteristika si irritabiliteti kishte korrelacione negative me performancën e mirë në punë (Begley et al., 2000; Spence et al., 1987) dhe vetkontrollin (Musante et al., 1983) ndërsa ka korrelacion pozitiv me nivelin e lartë të stresit (Srivastava, 2009), me neuroticizmin (Chesney, Black, Chadwick & Rosenman, 1981), dhe shprehjen e emocioneve (Smith & Brehm). Komponenti i armiqësisë është raportuar në mesin e hulumtimeve se kishte korrelacion të lartë me shtypje të gjakut (Begley et al., 2000; Lyness, 1993), problemet kardiovaskulare (Sirri et al., 2012; Krantz et al., 1982; Friedman & Booth-Kwely, 1987) dhe me një reaktivitet më të lartë fiziologjik (McCann & Matthews, 1988; Dembroski & Costa, 1987), ndërsa komponenti i tretë konkurrenca kishte korrelacion me nivelin e lartë të performancës në punë (Sanchez- Elevira et al.,

1993) dhe nuk kishte korrelacion me komponentët e tjerë si irritabiliteti (Keltikangas-Jarvinen & Raikkonen, 1993) dhe armiqësia (García, Paniagua, Susín & Bermudez, 1993), dominancën dhe shoqërueshmërinë (Musante et al., 1993). Nga ana tjetër mungesa e këtyre karakteristikave tek tipi i personalitetit B ishte i lidhur me benefitet e vazhdueshme si në shëndetin e tyre ku kishin më pak në risk për probleme kardiovaskulare (Krantz et al., 1982;), shtypje të gjakut (Lyness, 1993; McCann & Matthews, 1988), të mos jenë pronë e stresit (Jamal & Baba, 1991; Jamal, 1990), stil më adaptiv të përballjes (Pittner et al., 1983) dhe të dallojnë në mirë funksionim në situata të ndryshme sfiduese dhe stresuese (Brunson & Matthews, 1981). Që është një dëshmi se karakteristikat ndërtuese të tipit A të personalitetit e bëjnë individin me në risk për zhvillimin e problemeve si hipertension dhe në të njëjtën kohë të jenë karakteristika të ndërlidhura me stresin.

Paternet e tipit A të sjelljeve predikonin çrregullimet kardiovaskulare gjatë gjithë kohës dhe se lidhja mes indeksit të komplikimeve dhe problemeve kardiovaskulare ishte më pozitive mes individëve që kishin një nivel më të lartë të tipit A, në krahasim me ata që kishin nivel më të vogël (Schaubroeck, Ganster & Kemmerer, 1994). Tek pacientët që kishin probleme kardiovaskulare, tek një e treta e tyre ishte i pranishëm tipi A i personalitetit (Sirri, Fava, Porcelli, Rafanelli, Bellomo, Grand, Grassi, Pasquini, Picardi, et al., 2012). Kemi një konsistencë të rëndësishme mes raportimeve shkencore në ndërlidhjen mes tipit A të personalitetit dhe problemeve kardiovaskulare, po ashtu edhe komplikime të sëmundjeve koronare dhe njëkohësisht mbështetjen për tipin B që nuk tregon ndonjë lidhje me problemet e ndryshme kardiovaskulare (Krantz, Arabian, Davia & Parker, 1982). Kuptimi i plotë i fenomenit varet nga ndërlidhja mes gjendjeve të ndryshme afektive dhe psikologjike (Friedman & Booth-Kewely, 1987).

Tipi A i sjelljeve është raportuar të jetë i lidhur me probleme të ndryshme shëndetësore, si rrjedhojë personat të cilët kanë më të pranishëm këtë tip të personalitetit, kanë treguar që të kenë lidhje me formën mesatare të hipertensionit (Irvine, Garner, Craig & Logan, 1991).

Krahasimet mes tipit A dhe B të personalitetit kanë treguar se personat e tipit A kanë më shumë aksidente, mungesë në punë dhe kanë vetëraportuar më shume stres në krahasim me personat e tipit B të personalitetit (Evans, Palsane & Carrere, 1987). Infermierët e Tipit A përjetojnë nivel me të lartë të stresit në krahasim me infermierët e tipit B (Jamal & Baba, 1991; Jamal, 1990).

Në procesin e ndërlidhjes mes stresit në punë dhe tipit A të personalitetit, përkatësisht dy dimensionet e tij si irritabiliteti dhe të udhëhequrit drejt arritjes, duke qenë si një mediator mes stresit në punë, tregojnë një nivel me të ulët të kënaqësisë në punë, ankthit, sëmundjeve dhe ndjenjës së depersonalizimit. Rezultatet e tyre treguan se kemi vetëm të udhëhequrit drejtë arritje kishte një rolë ndërmjetësues (Srivastava, 2009). Një këndvështrim me ndryshe është dhënë nga Froggatt dhe Cotton (1987), që thekson se individët me tip A të personalitetit nuk janë më shumë pronë e stresit në krahasim me personat që kanë personalitetin e tipit B, por kjo ndodh sepse ata kërkojnë situata që janë më stresuese dhe janë objekte të një stresi më të madh. Ky mund të jetë një argument i rëndësishëm kur kemi për bazë karakteristikat dalluese në aspektin e funksionimit në mesin e këtyre dy tipeve të personalitetit dhe që ngrenë hipoteza të reja nëse stresi më i madh i përjetuar nga personat e tipit A është për shkak ekspozimit më të madh ndaj stresit, jo ndaj karakteristikave të tyre që i bëjnë më të ndjeshëm ndaj stresorëve të ndryshëm.

2.1.13 Mekanizmat fiziologjik

Lidhjet shkakore ndërmjet personalitetit dhe sëmundjes së zemrës bëhen më të besueshme si pasojë e mekanizmave meditives të mundshme psikologjike të quajtur “mekanizma bihevioral” që janë zbuluar. d.m.th, ka kuptim të studjohen shkaqet psikologjike dhe ndërhyrjet n.q.s. ne kemi ndonjë ide se si përkthehen rezultatet biologjike. Megjithëse natyra e procesit arteriosklerotik dhe atakut të zemrës nuk është kuptuar, ekzistojnë drejtime përkatëse premtuese për investigim (Schneiderman, 1983; Krantz dhe Manuck, 1984, Williams, 1988).

Arterioskleroza konsiston në formimin e pllakëzave të trasha në arteriet e trupit. Kur kjo përparon në arteriet koronare të zemrës, oksigjeni i pamjaftueshëm shumëfishohet në muskulin e zemrës. Një kujdes i veçantë është fokusuar në sistemin nervor simpatik dhe lidhet me aktivitetin endokrin. Përfundimet tregojnë se burrat e Tipit A kanë më tepër mundësi të shfaqin përgjigje të ulët kotekolamine kur iu nënshtrohen sfidave ambientale. Femrat e tipit A gjithashtu kanë shfaqur nivele të larta të kortizolit dhe testosteronit në gjak në shumicën e situatave (Williams et al, 1982).

Si ndikon kjo te sëmundjet e zemrës? Kotekolaminat (si p.sh. epinefrina) gjithashtu ndikojnë në aktivitetin e zemrës dhe arterieve, kështu që mund të dëmtojnë endoteliumin e arterieve. Kotekolaminat gjithashtu ndikojnë metabolizmin e lipideve dhe janë pikërisht këto lipide që depozitohen në arterie për të formuar pllakëzat ateriosklerotike. Këto ndikime mund të rriten nga prania e kortikosteroideve, si p.sh., kortizoli.

Çfarë është kolesteroli? Kolesteroli, teknikisht një tip solid alkooli, është kthyer në komponentin më të famshëm në shëndetin e popullit amerikan. Kolesteroli në gjak është i lidhur me sëmundjet koronare të zemrës. Nivelet e larta e rrisin rrezikun e sëmundjeve.

Përderisa disa ushqime si p.sh. vezët kanë nivele të larta kolesterolit, shkencëtarët u kanë bërë thirrje njerëzve të ndryshojnë rrënjësisht dietat e tyre të ushqimit në mënyrë që të mos marrin shumë kolesterol.

2.1.14 Faktorët që ndikojnë marrëdhënien e personalitetit me hipertensionin

Fillimisht, mendoj se hipertensioni kishte të bënte me një kombinim të faktorëve të personalitetit, të dominuara nga inati i akumuluar (Alexander, 1950; Dunbar, 1943). Kërkimet e tanishme tregojnë në mënyrë të qartë se vetëm faktorët e personalitetit nuk janë të mjaftueshëm për zhvillimin e hipertensionit (Harrell, 1980).

Gjithsesi, disa trajta të personalitetit mund të jenë të rëndësishme në kombinimin me faktorë të tjerë të riskut. Një pjesë e madhe e kërkimeve janë fokusuar në ndrydhjen e inatit si një pararendës i hipertensionit (Dimsdale et. Al., 1986; James, 1987; Sommers-Flanagan dhe Greenberg, 1989).

Një nga problemet kryesore në krijimin e kësaj lidhjeje është gjetja e matësve të besueshëm dhe të vlefshëm të inatit të ndrydhur. Është e mundur gjithashtu që vetëm ndrydhja e inatit të mos jetë e mjaftueshme për të shkaktuar hipertension, por efektet e saj mund të shfaqen vetëm me prezencën e faktorëve të tjerë të riskut.

Lidhja e inatit (mërisë) me hipertensionin ka bërë që të mendohet se sjellja e Tipit A mund të implikohet në zhvillimin e hipertensionit ashtu si dhe në sëmundjet e arteries koronare. Gjithsesi, individët e Tipit A nuk shfaqin shenja të një tensioni të lartë kronik ose një frekuencë më të lartë të hipertensionit se sa tipi B. Nga ana tjetër, personat që janë në prag të hipertensionit ose që janë tashmë me hipertension, shfaqin reagim kardiovaskular më të lartë ndaj stresuesve mendor në laborator dhe shpesh kanë vështirësi në menaxhimin e inatit dhe mërzisë. Nga ana tjetër mund të themi se është i mundur edhe fakti që reagimi i fortë kardiovaskular tek disa njerëz me risk të lartë ndaj

hipertensionit, mund të mos jetë një faktor kryesor, shkaktar i zhvillimit të saj (Rosenman,1987).

Në këto rrethana, duhen testuar modele më të sofistikuara për marrëdhënien midis inatit të ndrydhur dhe hipertensionit (James, 1987).

Një shembull për një dukuri të tillë është dhënë nga një studim i kryer nga Harburg dhe kolegët e tij mbi hipertensionin tek meshkujt zezakë (Harburg et.al.,1973).

Ata zhvilluan dhe testuan një model për shkaqet e hipertensionit, ku përfshihen disa faktorë: stresi i lartë, inat i ndrydhur, statusi i minoritetit dhe ngjyra e lëkurës. Studimi u krye në një popullsi me të bardhë dhe zezakë në një pjesë të Detroit. Zonat me nivel të lartë stresi u përcaktuan të ishin të një statusi të ulët socio-ekonomik, densitet të lartë të popullsisë, mobilitet të lartë gjeografik, nivel të lartë të divorceve dhe nivel të lartë krimi zonat me nivel të ulët stresi kishin vlerësime më të favorshme në të gjithë këto tregues. Inati i ndrydhur u mat si ndjenja e fajit dhe inatit apo zemërim i brendshëm. Këta tregues u përmbledhën që nga përgjigjet individuale të secilit deri në një seri broshurash rreth padrejtësive (të tilla si rritja në mënyrë arbitrare e qerasë së shtëpisë) në kurriz të rezidentëve brenda qytetit. Rezultatet treguan se disa nga këta faktorë ishin lidhur me hipertensionin. Së pari, në zonat e stresit të lartë u pa se niveli i hipertensionit ishte më i lartë se në zonat me stres të ulët. Së dyti, meshkujt zezakë kishin nivel më të lartë të tensionit se sa të bardhët, sidomos zezakët me lëkurë të errët që jetonin në zonat me stres të lartë. Si përfundim, nivelet më të larta të tensionit ishin midis zezakëve me ngjyrë të errët të lëkurës, të cilët jetonin në zonat me stres të lartë dhe që përballeshin me inatin (zemërimin) e tyre duke e ndrydhur atë. Më pas u pa gjithashtu se stresi i lartë i përditshëm, matur nga karakteristikat e ambientit rrethues, ndrydhja e inatit dhe statusi

si minoritet mund të kombinohen për të shkaktuar një nivel të lartë hipertensioni (shiko gjithashtu Gentry, Chesney, Gary, Hall, Harburg, 1982).

Në këtë kontekst, studimet më të fundit kanë ekzaminuar fenomenin e njohur si John Henryism.

John Henry, njeriu “çelik i fortë”, ishte punëtor i pa edukuar, zezak i cili thuhej se mundi një makineri me avull në një garim se kush do të kryente më shumë punë në një periudhë më të shkurtër. Gjithsesi, pasi fitoi garën, thuhet se John Henry ra i vdekur në dysHEME nga lodhja.

James et.al.(1983) krijoi termin “John Henryism” për të treguar bashkëveprimin njeri-ambient të cilin Harburg et.al (1973) u sugjeroi për të kuptuar riskun nga hipertension tek amerikanët zezakë me SES (status ekonomik social) të ulët. (James, LaCroix, Kleinbaum, Strogatz, 1984). Xhon Henrizmi është predispozicioni i një personi për t’u përballur në mënyrë aktive me stresuesit psikologjikë. Ajo kthehet në një predispozitë vdekjeprurëse kur përpjekjet për përballjen aktive janë të pasuksesshme. Personi i cili vlerëson Xhon Henrizmin do përpiqet gjithnjë e më shumë të luftojë kundër anomalive të pakapërcyeshme. Si rrjedhojë dikujt mund t’i duket se Xhon Henrizmi është vdekjeprurës midis të pafavorizuarve, sidomos ata që kanë të ardhura të pakta dhe një edukim të varfër. Studimet më të fundit duket se i konfirmojnë këto karakteristika. Në një studim u pa se zezakët me SES të ulët, të cilët patën rezultat të lartë në matjen e Xhon Henrizmit ishin gati tre herë më shumë të predispozuar për të qenë me hipertension se sa zezakët me një status më të lartë, të cilët patën gjithashtu rezultate mbi Xhon Henrizmin. Nuk kishte asnjë lidhje midis Xhon Henrizmit dhe SES tek të bardhët (James Strogatz. Wing dhe Ramsey, 1987).

Në një tjetër studim, burrat me nivel të ulët edukimi dhe nivel të lartë të Xhon Henrizmit kishin substancialisht presion diastolik të gjakut se sa ata burra të cilët kishin një nivel të lartë të edukimit dhe të Xhon Henrizmit (James et.al., 1983).

Ky shembull i menaxhimit të stresit, duket më pas të jetë i dobishëm në të kuptuarin e niveleve të larta të hipertensionit që janë parë te zezakët, sidomos tek ata me status ekonomik-social të ulët. Duke qenë se mbështetja dhe ushtrimet sociale duket se e ulin stresin, a janë këto reduktues efektivë ndaj hipertensionit? Në rastin e suportit social, çështja nuk është studiuar plotësisht. Gjithsesi, ka disa prova të cilat tregojnë se, veçanërisht zezakët, lidhjet shoqërore mund t'i ruajnë individët nga vdekshmëria si pasojë e hipertensionit (Strogatz dhe James, 1986), duke qenë gjithashtu dhe një reduktues ndaj hipertensionit si pasojë e stresit. Në një studim të kryer mbi minj gjenetiksht normotensiv, grupi i cili kishte akses në ushtrimet fizike nuk tregoi rritje të hipertensionit si pasojë e stresit, ndërsa minjtë që nuk mund të kryenin ushtrime fizike patën rritje të hipertensionit (Mills dhe Ward, 1986).

Reduktuesit e stresit tek hipertensioni paraqesin një linjë studimi të dobishme për të ardhmen. Karakteristikat e personalitetit sikurse janë ankthi dhe inati për një kohë të gjatë është menduar se ka lidhje me hipertensionin esencial, mirëpo sipas rezultateve të studimeve në kohët e fundit shpesh ka çuar në diagnostifikim të gabuar të hipertensionit, ilaçe antihipertensive dhe në përdorimin e mjeteve matëse jo valide të personalitetit. Për më shumë, pak vëmendje i është kushtuar rëndësisë së dallimit në paraqitje në trajtimin mjekësor apo klasifikimin e indikatorëve të personalitetit. Rezultatet e fundit sugjerojnë që këta faktorë personaliteti nuk janë karakteristika bazike të hipertensionit, por reflektojnë në përcaktimin e vëmendjes mjekësore apo të njohurive për statusin e hipertensionit.

2.1.15 Lidhshmëria e stresit me personalitetin

Për të kuptuar ndërlidhjen mes personalitetit dhe stresit është e rëndësishme që të kuptojmë dallimet individuale si: 1) zgjedhja ose shmangia ndaj mjedisit që është e lidhur me stresorët specifike, sfida dhe benefite, 2) mënyrën e interpretimit të situatave stresuese dhe vlerësimit të aftësive dhe kapaciteteve të sjelljeve proaktive të tilla si konfrontimi ose shmangia, 3) përgjigjja intensive ndaj stresit dhe 4) strategjitë e përballjes të punësuar nga individi në përballimin e situatave stresuese (Lecic-Tosevski et al., 2011).

Bolger dhe Zuckerman (1995), paraqitën karakteristikat dalluese në personalitet në reagimin ndaj stresorëve të përditshëm dhe nivelin e stresit të përjetuar, prej nga dalluan ekspozimin ndaj stresit dhe reagimin ndaj stresit. Reagimi ndaj stresit apo cili individ tregon më shumë reagime fizike apo emocionale ndaj ngjarjeve stresuese, treguan disa mundësi se si personaliteti mund të influencoj këtë. Së pari personaliteti nuk e influencon as ekspozimin ose reagimin ndaj stresit që njihet si modeli i pa fuqisë dhe në këtë rast ngjarja stresuese nuk mund të shpjegoj asnjë efekt të personalitetit në shëndet dhe në përfundimet në gjendjen psikologjike. Mundësia e dytë është se ndikon ekspozimin ndaj stresit, por jo reagimin ndaj stresit, në të cilën kur ngjarja stresuese ndodh i afekton të gjithë në të njëjtën mënyrë, ndaj reaktiviteti ndaj stresorëve është nën zero dhe ky është modeli i ekspozimit diferencial. Mundësia e tretë është se personaliteti nuk afekton ekspozimin ndaj stresit, por reagimin ndaj stresit në të cilin ekspozimi është nën zero dhe personaliteti shpjegon përfundimet të cilat sjell ekspozimi ndaj stresit, që është i njohur si modeli i reaktivitetit ndaj stresit. Ky ka qenë modeli më i përdorur në fushën e ndërlidhjes mes personalitetit dhe stresit në krahasim me modelet e mësipërme. Mënyra se si personaliteti influencon reagimin dhe përjetimin e stresit, tregohet edhe në

dallimet mes personalitetit të tipit A dhe B, në të cilën personat me tip kanë një reagim më të madh dhe ndjeshmëri më të madhe ndaj stresit, por çelësi i tyre është edhe si ky tipi i personalitetit që predisponon individin në ekspozimin me të madh ndaj stresorëve, që takon modelit të katërt të ndërlidhjes mes personalitetit dhe stresit. Ky model shpjegon se si personaliteti afekton si ekspozimin ndaj stresit dhe po ashtu reagimin ndaj stresit që njihet si modeli diferencial i ekspozimit dhe reagimit ndaj stresit.

Po ashtu këto modele përveç se shpjegojnë dallimin në efektin e personalitetit ndaj ekspozimit dhe reagimit ndaj stresit, po ashtu tregojnë strategjitë të cilat përdorin për përballimin e stresit. Siç dihet procesi i stresit përfshin ekspozimin ndaj stresit dhe reagimin ndaj stresit, në të cilën reagimi i stresit ndahet në zgjedhjen e përballjes dhe efektiviteti i përballjes. Në të cilën zgjedhja e përballjes referohet përpjekjet e njerëzve që të angazhohen në përgjigje ndaj ngjarjeve stresuese, ndërsa efektiviteti i përballjes referohet se cila nga këto përpjekjet e përballjes redukton përfundimet negative të ngjarjes stresuese (Bolger & Zuckerman, 1995).

Bazuar në modelet e paraqitura nga Bolger dhe Zuckerman (1995), mbi modelet e efektet e personalitetit ndaj stresit, në modelin e parë të modelit të pafuqisë personaliteti nuk ka efekte as në zgjedhjen e përballjes dhe efektivitetin e përballjes dhe në këtë rast përballje nuk mund të shpjegoj ndonjë efekt të personalitetit ndaj stresorëve. Ndërsa sipas modelit të dytë personaliteti ndikon në zgjidhjen e përballjes, jo në efektivitetin e përballjes. Zgjedhja e përballjes nuk është i vetmi mekanizëm përmes të cilit personaliteti ndikon në reagimin ndaj stresorit. Ndoshta personaliteti nuk afekton zgjedhjen e strategjive, ndihmon në shpjegimin e efektivitetit të reaktivitetit, në të cilën njerëzit zgjedhin strategji që janë jo efektive për ata në përballimin e stresit.

Modeli i katërt i zgjedhjes së strategjive dhe efikasitetin e tyre në raport me mënyrën e përballjes së situatave stresuese është i aplikueshëm në dallimet në efektin e stresit te personat me tipin A të personalitetit dhe atyre me tipin B të personalitetit, nga personat me tipin A kanë strategji që janë më pak efektive në nivelin e stresit. Një gjetje e tillë është raportuar me studentët e Kolegjit që ishin të vendosur në katër kushte: jo kontroll gjatë shokut, kontrolle konsistente gjatë shokut, kontrolle të ndërprera gjatë shokut dhe stres të ulët. Rezultatet treguan se personat e tipit A treguan rrahje më të madhe të pulsit të zemrës, shtypje distolike dhe sistolike të gjakut në kushtet e kontrollit konsistent, më shumë shtypje sistolike të gjakut në kushtet e jo kontrollit, shtypje distolike të gjakut në kushtet e kontrollit të ndërprerë dhe se gjatë kësaj kohe te subjektet e tipit A të personalitetit aplikuan mohimin dhe preokupimin përgjatë të gjitha kushteve me stres të lartë në krahasim me subjektet me personalitetin e tipit B (Pittner, Houston & Spiridigliozzi, 1983).

Krahasime të ngjashme janë realizuar për të shikuar si strategji për t'i përballuar ngjarjet stresuese, ngase personat me tipin A pësuan më shumë presion në përgjigje si ndaj kërcënimit të vetëvlerësimit dhe kërcënimit të shokut dhe gjithashtu përdorën më shumë mohimin kur kërcënohej vetëvlerësimi i tyre, në krahasim me personat me tipin B të personalitetit (Pittner & Houston, 1980).

Përveç mënyrës së përballjes ndaj situatave stresuese këta individë dallohen edhe në atribuimet që ata bëjnë, për këtë arsye Brunson dhe Matthews (1981), raportuan se tipat A të sjelljes dështimin ia atribuonin mungesës së aftësive dhe vështirësisë së kryerjes së detyrës, duke shprehur nervozizëm dhe mërzitje, ndërsa ata të tipit B të sjelljes nuk përdorin strategji konfliktuale dhe vazhdojnë të punojnë mjaftueshëm gjatë dështimit dhe po ashtu nuk bëjnë komente për vështirësinë e detyrës. Në raport me mënyrën e

drejtimit të atribuimit si në rast dështimi apo suksesi ekziston dallimi mes këtyre dy tipeve të sjelljeve dhe që tregon se tipi A merr më shumë kredia për suksesin se sa për dështimin, ndërsa tipi B nuk dallon si për dështimin apo suksesin. Që janë argumente shtesë ndaj mënyrës së funksionimit dhe llojeve negative të komunikimit me veten në situata të pafavorshme, që i bënë më të ngurtësuara në modelin e të menduarit që kanë për veten në rrethana të ndryshme, duke i bërë subjekt risku ndaj problemeve të ndryshme psikologjike dhe shëndetësore, në anën tjetër personat tipin B tregohen me fleksibël edhe në mënyrën e përballjes ndaj situatave stresuese po ashtu edhe në mënyrën atribuimeve që ata bëjnë. (Stube & Boland, 1986).

Tipet e Personalitetit dhe Stresi - Personaliteti mbetet një ndër sferat më të rëndësishëm në fushën e psikologjisë që është i lidhur me domene të rëndësishme të ndërtimit të njeriut duke prekur si aspektin zhvillimor, klinik dhe të mirëqenies, duke qenë përcaktues i rëndësishëm i shëndetit të njeriut (Friedman, 1990). Ka qenë pjesë e studimeve që prej bazave të hershme të psikologjisë, por gjeneza e tij e studimeve gjendet në historinë e filozofisë së lashtë Greke, përkatësisht të Hipokrati.

Karakteristikat e personalitetit si trimëria, vetëkontrolli, vetëfikasiteti, vetëvlerësimi, optimizmi dhe armiqësia (si komponent të tipit të personalitetit A) janë të lidhura me mënyrën e përgjigjes ndaj stresit (Lecic-Tosevski&Vukovic&Stepanovic, 2011). Këndvështrimi prej një perspektive holistike është i rëndësishëm që të kuptojmë dhe identifikojmë karakteristikat individuale të ndërlidhura me stresin (Kern, Gfroerer, Summers, Curlette & Matheny, 1996). I pari i cili paraqet një alternativë në ndërlidhjen mes mendjes dhe trupit ishte themeluesi i psikologjisë individuale Adler (Kern et al., 1996).

Mënyra se si është studiuar dhe konceptuar personaliteti që prej formave të para të studimit të tij është i ndryshëm, nga janë paraqitur modele të ndryshme të personalitetit në mënyrën se si e kuptojnë, se si është ndërtuar dhe zhvilluar, po ashtu edhe mënyrën se si e masin. Teoritë dhe kuptimi i personalitetit më shumë janë të influencuara nga Freud, prej nga sistemi i tij i psikanalizës është teoria e parë formale e personalitetit dhe vazhdon që të jetë teoria më me influencë dhe më e mirënjohur (Schultz & Schultz, 2009). Sipas Freud instinktet janë pjesa bazike e personalitetit, që janë një forcë motivuese dhe shytës të sjelljeve dhe të determinoj drejtimin e tyre (Bornstein, 2003).

Instinktet janë një formë e energjisë që transformohen në formën e energjisë fiziologjike, që lidhë nevojat e trupit me dëshirat e mendjes (Schultz & Schultz, 2009). Pjesa instiktive është pjesa më e rëndësishme dhe determinuese në zhvillimin dhe ndërtimin e personalitetit e cila gjendet në pavetëdijen njerëzore. Mënyra se si Frojdi e modeloi teorinë e tij në instinkte (Drive), si tipare të personalitetit si instinkte apo derivate, pastaj pjesa topografike, pjesët e shtypura në të pa vetëdijshmen që si material janë primar për ndërtimin e personalitetit, pjesë topografike që janë fiksime në faza të ndryshme zhvillimit që janë të asociuara me tipe të ndryshme të karakterit dhe pjesa strukturore që janë dinamikat e personalitetit që determinojnë tipare dhe strategjitë e përballjes (Bornstein, 2003).

Freud dhe pasardhësit e tij i kushtojnë një rëndësi të veçantë pjesës instiktive që janë shtytësit kryesor në formimin e personalitetit dhe pjesë se pa vetëdijshme, në të cilën aktivitetet e mendjes të jenë të pavetëdijshme. Një model tjetër teorik që ka qenë prej teorive të para dhe që ka një bazë biologjike të cilën e ndërtoj duke u bazuar në tri dimensione PEM si: ekstraversioni kundër introversionit, neuroticizmi kundër

stabilitetit emocional dhe psikoticizmi kundër kontrollit të emocioneve (Schultz & Schultz, 2009).

Eysenck thekson se dimensionet e ekstraversionit dhe neuroticizmit kanë qenë të njohura si elementet bazike të personalitetit që prej filozofëve të lashtë Greke. Hulumtimet ndryshme kanë treguar se tiparet e personalitetit të konceptualizuar sipas Eysenck janë relativisht të qëndrueshme gjatë fazave të ndryshme të zhvillimit, prej fëmijërisë deri në pjekurin e hershme, pavarësisht diferencave që mund të kenë në eksperiencat sociale apo ambientale (Schultz & Schultz, 2009).

Dimensioni i ekstraversionit dhe introversionit mendohet se kanë një bazë të caktuar biologjike. Ekstraversioni ka karakteristika dalluese nga introversioni, ku vëmë re se karakteristikat e tij janë të orientuarit drejt botës së jashtme, preferon shoqërimin me njerëzit të tjerë, tentojnë të jenë të shoqërueshëm, impulsiv, aventurier, këmbëngulës dhe dominant (Schultz & Schultz, 2009). Këta persona në rezultatet e ndryshme tentojnë të përjetojnë më shumë emocioneve pozitive se sa ata që kanë nivel të vogël të kësaj karakteristike (Lucas & Fujita 2000).

Ekstraversioni është dëshmuar që të jetë i dobishëm për shëndetin mental të njeriut, ngase është raportuar për një mungesë të korrelacionit në mes të ekstraversionit dhe internalizimit dhe eksternalizimit të simptomave (Khan, Jacobson, Gardner, Prescott & Kendler, 2005). Megjithatë është dëshmuar për një korrelacion pozitiv mes ekstraversionit dhe stresit (Swickert, Rosentreter, Hittner & Mushrush, 2002), problemeve somatike (Lu, 1994).

Neuroticizmi besohet se ka një nivel të lartë të trashëgimisë dhe është shumë pak i mësuar nga eksperiencat tona, prej nga njerëzit me tipar të lartë të neuroticizmit janë treguar të kenë një reaktivitet më të lartë në pjesët e trurit që janë të kontrolluar nga pjesë simpatike

e sistemit nervor autonom (Schultz & Schultz, 2009). Prej nga ky trup alarmi përgjigjet ngjarjeve stresuese duke rritur frekuencën e numrit të frymëmarrjes, rrahjeve të zemrës, lirim të adrenalinës dhe lëvizje të shpejta të muskujve, si rrjedhojë sistemi nervor simpatik mbi reagon ndaj stresorëve të butë që rezultojnë me një hipertension kronik (Schultz & Schultz, 2009). Personat me karakteristikat përbërëse të neuroticizmit janë ankthioz, depresiv, kanë ndjenjën e fajit, vetë vlerësimit të ulët, të tensionuar, të turpshëm dhe në humor të rënduar (Schultz & Schultz, 2009). Neuroticizmi është raportuar të ketë lidhje me stresin (Allred, Granger & Hogstrom, 2013).

Shpjegime të ndryshme alternative janë ofruar për të kuptuar ndjeshmërinë e personave me neuroticizëm ndaj stresit. Është paraqitur modeli i reagimit ndaj ekspozimit, nga neuroticizmi drejtojnë në një ekspozim më të madh dhe reaktivitet ndaj stresit ditor dhe së bashku ndihmojnë të kuptojnë ndërlidhjen mes neuroticizmit dhe stresit ditor (Bolger & Zuckerman, 1995). Neuroticizmi së bashku me karakteristikat e tjera të personalitetit si optimizmi, armiqësia dhe tiparet e ngjashme që janë të lidhura me tipin A të personalitetit është raportuar që të kenë një lidhje të fuqishme me ekspozimin ndaj stresit, përjetimin e stresit, sjelljet e shëndetshme dhe efektet përcjellëse në shëndetin e njeriut (Smith & MacKenzie, 2006).

Psikotizimi karakteristika si agresive, egocentrik, impulsiv, antisociale, kreative dhe të zjarhtë. Eysenck (1958), dimension i psikotizimit gjendet në pjesë ndërmjet neuroticizmit apo jo stabilitetit emocional dhe ekstraversionit, ndërsa kontrolli i impulseve bie ndërmjet introversionit dhe stabilitetit emocional. Njerëzit që kanë pikë të larta në psikotizëm në krahasim me ata që kanë pikë të ulëta kanë treguar që të kenë më shumë probleme me alkoolin dhe drogën (Sher, Bartholow & Wood, 2000).

Modeli tjetër teorik është ai i tipave të personalitetit, nga kemi tipin A të personalitetit dhe tipin B. Konceptin e tipit A të personaliteti lidhet me emrin e dy kardiologëve Friedman dhe Resenman, që zhvilluan bazën e modelit të tyre teorik duke u bazuar në vëzhgimin e pacientëve me probleme të zemrës (Friedman & Roseman, 1956 cituar në Sirri et al., 2012).

Ku këta paraqitën karakteristikat dalluese të këtij tipi të personalitetit që mbithekson ambiciet, urgjencën e kohës, motive ekstreme të arritjes dhe konkurrues, shpejt shpërthen në armiqësi, stil verbal eksplodues dhe lëvizje rapide motorike (Friedman & Rosenman, 1987), që ka karakteristikat e përbashkëta si të personalitetit ekstravert po ashtu edhe introvertit. Tipi A i personalitetit nuk është sinonimi i sjelljeve koronare, ngase këto sjellje drejtojnë në sëmundjet e zemrës, por ekziston efekti i tipit A në shëndet (Friedman & Booth- Kewely, 1987). Tipi A i sjelljeve karakterizohet me të folur të shpejt, të folur eksplodues, ndrydhje të emocioneve, në nxitim që në përgjithësi janë parë si indikative ose të ndërlidhura me gjendje emocionale që janë jo të shëndetshme (Friedman & Booth- Kewely, 1987).

Analizat e të dhënave të studentëve identifikuan dy dimensionë të rëndësishme të ndërlidhura me tipin A të sjelljeve: të udhëhequrit drejt arritjes dhe padurimin/irritimin (Helmreich & Pred, 1987). Të udhëhequrit drejt arritjes paraqet njerëzit që punojnë shumë, që janë aktivë dhe marrin punën e tyre seriozisht, ndërsa padurimi ose irritimi reflekton nervozizmin, armiqësinë dhe obsesionin me kohën. Në anën tjetër, personat me tipin B kanë karakteristika krejt të ndryshme duke qenë më të relaksuar, gazmor/tolerant dhe janë në risk më të vogël në zhvillimin e problemeve të zemrës (Lyness.1993). Sidoqoftë këta persona me tipin A jo në mënyrë të domosdoshme tregojnë reagime emocionale të padurimit, armiqësisë dhe të stresit që zakonisht janë

konsideruar si karakteristika të personave që janë të prirur për probleme koronare (Friedman & Booth- Kewely, 1987). Po ashtu këta raportojnë se nuk ka ndonjë klasifikim tjetër që të dallojnë individët, të cilët për nga ana ekspresive nuk janë pjesë e tipit A, e të cilët automatikisht bien në tipin B (Friedman & Booth- Kewely, 1987).

Karakteristika të tilla si irritimi kishin korrelacione negative me performancën e mirë në punë (Begley et al., 2000; Spence et al., 1987), dhe vetëkontrollin (Musante et al., 1983), ndërsa ka korrelacion pozitiv me nivelin e lartë të stresit (Srivastava, 2009), me neuroticizmin (Chesney, Black, Chadwick & Rosenman, 1981) dhe shprehjen e emocioneve (Smith & Brehm). Komponenti i armiqësisë është raportuar në mesin e hulumtimeve se kishte korrelacion të lartë me shtypje të gjakut (Begley et al., 2000; Lyness, 1993), problemet kardiovaskulare (Sirri et al., 2012; Krantz et al., 1982; Friedman & Booth- Kewely, 1987) dhe me një reaktivitet më të lartë fiziologjik (McCann & Matthews, 1988; Dembroski & Costa, 1987), dhe komponenti i tretë konkurrenca kishte korrelacion me nivelin e lartë të performancës në punë (Sanchez-Elevira et al., 1993) dhe nuk kishte korrelacion me komponentët e tjerë, si irritimi (Keltikangas-Jarvinen & Raikkonen, 1993) dhe armiqësia (García, Paniagua, Susín & Bermudez, 1993), dominanca dhe shoqërueshmëria (Musante et al., 1993). Nga ana tjetër mungesa e këtyre karakteristikave tek tipi i personalitetit B ishte i lidhur me dobinë e vazhdueshme si në shëndetin e tyre, ku kishin më pak risk për probleme kardiovaskulare (Krantz et al., 1982;), shtypje të gjakut (Lyness, 1993; McCann & Matthews, 1988), të mos jenë pronë e stresit (Jamal & Baba, 1991; Jamal, 1990), stil më adaptiv të përballjes (Pittner et al., 1983) dhe të dallojnë në mirë funksionim në situata të ndryshme sfiduese dhe stresuese (Brunson & Matthews, 1981). Ky fakt është një dëshmi se karakteristikat ndërtuese të tipit A të personalitetit e bëjnë individin të jetë

në risk për zhvillimin e problemeve si hipertension dhe në të njëjtën kohë të jenë karakteristika të ndërlidhura me stresin.

Modelet e tipit A të sjelljeve predikojnë çrregullimet kardiovaskulare gjatë gjithë kohës dhe se lidhja mes indeksit të komplikimeve dhe problemeve kardiovaskulare ishte me pozitive mes individëve që kishin një nivel më të lartë të tipit A, në krahasim me ata që kishin nivel më të vogël (Schaubroeck, Ganster & Kemmerer, 1994).

Tek pacientët që kishin probleme kardiovaskulare, tek një e treta e tyre, ishte i pranishëm tipi A i personalitetit (Sirri, Fava, Porcelli, Rafanelli, Bellomo, Grand, Grassi, Pasquini, Picardi, et al., 2012). Kemi një konsistencë të rëndësishme në raportimet shkencore në ndërlidhjen mes tipit A të personalitetit dhe problemeve kardiovaskulare, po ashtu edhe komplikime të sëmundjeve koronare dhe njëkohësisht mbështetjen për tipin B që nuk tregon ndonjë lidhje me problemet e ndryshme kardiovaskulare (Krantz, Arabian, Davia & Parker, 1982). Kuptimi i plotë i fenomenit varet nga ndërlidhja mes gjendjeve të ndryshme afektive dhe psikologjike (Friedman & Booth-Kewely, 1987).

Tipi A i sjelljeve është raportuar të jetë i lidhur me probleme të ndryshme shëndetësore, si rrjedhojë personat të cilët kanë më të pranishëm këtë tip të personalitetit, kanë treguar që të kenë lidhje me formën mesatare të hipertensionit (Irvine, Garner, Craig & Logan, 1991). Studimet me adoleshentë ku 72 prej tyre ishin meshkuj dhe 99 femra treguan se armiqësia si cilësi e tipit A të personalitetit është e lidhur me hipertensionin, po ashtu edhe shenjat e armiqësisë ishin të lidhura me përgjigjet psikofiziologjike dhe të jenë të lidhura me probleme kardiovaskulare (McCann & Karen, 1988).

Tipi A tregoi reagim më të madh kardiovaskular në situata të tilla që karakterizoheshin nga feedback pozitiv apo negativ të vlerësimit, elemente averzive sociale, të tilla si ngacmimi apo kritikimi dhe elementet frenuese në të luajturit video lojëra (Lyness, 1993).

Krahasimet mes tipit A dhe B të personalitetit kanë treguar se personat e tipit A kanë më shumë aksidente, mungesë në punë dhe kanë vetëraportuar më shumë stres në krahasim me personat e tipit B të personalitetit (Evans, Palsane & Carrere, 1987). Infermierët e Tipit A përjetojnë nivel më të lartë të stresit, role dy kuptimësisë dhe konflikt në krahasim me infermieret e tipit B (Jamal & Baba, 1991; Jamal, 1990). Në procesin e ndërlidhjes mes stresit në punë dhe tipit A të personalitetit, përkatësisht dy dimensione të tij si irritimi dhe të udhëhequrit drejt arritjes, duke qenë si një mediator mes stresit në punë, tregojnë një nivel më të ulët të kënaqësisë në punë, ankthit, sëmundjeve dhe ndjenjës së depersonalizimit. Rezultatet e tyre treguan se kemi vetëm të udhëhequrit drejtë arritjeve që kishin një rol ndërmjetësues (Srivastava, 2009).

Një këndvështrim më ndryshe është dhënë nga Froggatt dhe Cotton (1987), që thekson se individët me tip A të personalitetit nuk janë më shumë pronë e stresit në krahasim me personat që kanë personalitetin e tipit B, por kjo ndodh sepse ata kërkojnë situata që janë më stresuese dhe objekt i një stresi më të madh. Ky mund të jetë një argument i rëndësishëm kur kemi për bazë karakteristikat dalluese në aspektin e funksionimit në mesin e këtyre dy tipeve të personalitetit dhe që ngreh hipoteza të reja nëse stresi më i madh i përjetuar nga personat e tipit A është për shkak të ekspozimit më të madh ndaj stresit, jo ndaj karakteristikave të tyre që i bëjnë më të ndjeshëm ndaj stresorëve të ndryshëm.

Për të kuptuar ndërlidhjen mes personalitetit dhe stresit është e rëndësishme që të kuptojmë dallimet individuale si: 1) zgjedhja ose shmangia ndaj mjedisit që është e

lidhur me stresorët specifikë, sfida dhe benefite, 2) mënyrën e interpretimit të situatave stresuese dhe vlerësimit të aftësive dhe kapaciteteve të sjelljeve proaktive të tilla si konfrontimi ose shmangia, 3) përgjigja intensive ndaj stresit dhe 4) strategjitë e përballjes të pranuar nga individë në përballimin e situatave stresuese (Lecic- Tosevski et al., 2011).

Bolger dhe Zuckerman (1995), paraqitën karakteristikat dalluese në personalitet me reagimin ndaj stresorëve të përditshëm dhe nivelin e stresit të përjetuar. Ata dalluan ekspozimin ndaj stresit dhe reagimin ndaj stresit. Reagimi ndaj stresit është se cili individ tregon më shumë reagime fizike apo emocionale ndaj ngjarjeve stresuese, treguan disa mundësi se si personaliteti mund të influencojë këtë aspekt. Mundësia e parë është se personaliteti nuk e influencon as ekspozimin ose reagimin ndaj stresit, që njihet si modeli i pa fuqisë dhe në këtë rast ngjarja stresuese nuk mund të shpjegojë asnjë efekt të personalitetit në shëndet dhe në përfundim në gjendjen psikologjike. Mundësia e dytë është se ndikon ekspozimin ndaj stresit por jo reagimin ndaj stresit, në të cilën kur ngjarja stresuese ndodh i afekton të gjithë në të njëjtën mënyrë, reaktiviteti ndaj stresorëve është nën zero, prej nga ekspozimi ndaj stresorit shpjegon efektin e personalitetit dhe ky është modeli i ekspozimit diferencial. Mundësia e tretë është se personaliteti nuk afekton ekspozimin ndaj stresit, por reagimin ndaj stresit në të cilin ekspozimi është nën zero dhe personaliteti shpjegon përfundimet të cilat i sjell ekspozimi ndaj stresit që është i njohur si modeli i reaktivitetit ndaj stresit. Ky ka qenë modeli më i përdorur në fushën e ndërlidhjes mes personalitetit dhe stresit në krahasim me modelet e mësipërme. Mënyra se si personaliteti influencon reagimin dhe përjetimin e stresit, tregohet edhe në dallimet mes personalitetit të tipit A dhe B, në të cilën personat me tip A kanë një reagim më të madh dhe ndjeshmëri më të madhe ndaj stresit,

por çelësi e tyre është edhe si ky tip i personalitetit predisponon individin në ekspozimin më të madh ndaj stresorëve, që i takon modelit të katërt të ndërlidhjes mes personalitetit dhe stresit. Ky model shpjegon se si personaliteti afekton si ekspozimin ndaj stresit dhe po ashtu reagimin ndaj stresit që njihet si modeli diferencial i ekspozimit dhe reagimit ndaj stresit.

Po ashtu këto modele përveç se shpjegojnë dallimin në efektin e personalitetit ndaj ekspozimit dhe reagimit ndaj stresit, po ashtu tregojnë strategjitë të cilat përdorin për përballimin e stresit. Siç dihet procesi i stresit përfshin ekspozimin ndaj stresit dhe reagimin ndaj stresit, në të cilin reagimi i stresit ndahet në zgjedhjen e përballjes dhe efektivitetin e përballjes. Në të cilën zgjedhja e përballjes i referohet përpjekjeve të njerëzve që të angazhohen në përgjigje ndaj ngjarjeve stresuese, ndërsa efektiviteti i përballjes referohet se cila nga këto përpjekje të përballjes redukton përfundimet negative të ngjarjes stresuese (Bolger & Zuckerman, 1995). Bazuar në modelet e paraqitura nga Bolger dhe Zuckerman (1995), mbi modelet dhe efektet e personalitetit ndaj stresit, në modelin e parë të modelit të pafuqisë personaliteti nuk ka efekte as në zgjedhjen e përballjes dhe efektivitetin e përballjes dhe në këtë rast nuk mund të shpjegoj ndonjë efekt të personalitetit të reaktivitetit ndaj stresorëve. Ndërsa mundësia sipas modelit të dytë personaliteti ndikon në zgjidhjen e përballjes, jo në efektivitetin e përballjes që janë zgjedhje që janë efektive në të njëjtën mënyrë për të gjithë. Zgjedhja e përballjes nuk është i vetmi mekanizëm përmes të cilit personaliteti ndikon në reagimin ndaj stresorit, ndoshta personaliteti nuk afekton zgjedhjen e strategjive, ndihmon në shpjegimin e efektivitetit të reaktivitetit, në të cilën njerëzit zgjedhin strategji që janë jo efektive për ata në përballimin e stresit. Mundësia e fundit të cilës i referohen si modeli diferencial i efektivitetit të përballjes, nga personaliteti drejton dallimet në zgjedhjen e

përballjes dhe efikasitetin e përballjes që së bashku tregojnë dallimet individuale në përballje (Bolger & Zuckerman, 1995).

Përveç mënyrës së përballjes ndaj situatave stresuese këta individë dallojnë edhe në atribuimet që ata bëjnë ngase Brunson dhe Matthews (1981), raportuan se tipat A të sjelljes në rast të dështimit ata ja atribuonin mungesës së aftësive dhe vështirësive të detyrës, duke shprehur nervozizëm dhe mërzitje, ndërsa ata të tipit B të sjelljes nuk përdorin strategji inflektuoze dhe vazhdojnë të punojnë mjaftueshëm gjatë dështimit dhe po ashtu nuk bëjnë komente për vështirësinë e detyrës. Në raport me mënyrën e drejtimit të atribuimit si në rast dështimi apo suksesi ekziston dallimi mes këtyre dy lloj sjelljesh dhe që tregon se tipi A merr më shumë kredi për suksesin se sa për dështimin, ndërsa tipi B nuk dallon si për dështimin apo suksesin (Stube & Boland, 1986).

Këto janë argumente shtesë ndaj mënyrës së funksionimit dhe llojeve negative të komunikimit me veten në situata të disfavorshme, që i bënë më të ngurtësuar në modelin e të menduarit që kanë për veten në rrethana të ndryshme, duke i bërë subjekt risku ndaj problemeve të ndryshme psikologjike dhe shëndetësore, në anën tjetër personat e tipit B tregohen më fleksibël edhe në mënyrën e përballjes ndaj situatave stresuese po ashtu edhe në mënyrën atribuimeve që ata bëjnë.

2.2 Stili i jetës

Është e rëndësishme të theksojmë që shëndeti duhet parë në tërësi duke përfshirë në të mirëqenien fizike, sociale dhe emocionale; siç është e rëndësishme që shëndeti të vlerësohet si një kusht i patjetërsueshëm për aktivitetin në jetën e përditshme dhe jo vetëm si mungesë e sëmundjeve dhe dëmtimeve fizike në organizëm. Faktori bazë për një shëndet gjithmonë e më efektiv lidhet me stilin e jetës, i cili në mënyrë tipike reflekton qëndrimet, vlerat dhe një shikim personal për botën nga çdo individ. Në këtë kuptim, jo

gjithmonë aspektet e stilit të jetës janë tërësisht voluntariste. Njeriu jeton në shoqëri i rrethuar nga individualitete dhe komunitete të caktuara dhe si i tillë, ai është i detyruar t'i përshtatet mënyrës së jetesës së shoqërisë dhe grupeve të caktuara pranë të cilave ai shoqërizohet. Ndikimi i këtyre të fundit është i rëndësishëm për stilin e jetës së çdo individi. Por, nga ana tjetër, çdo individ është tërësisht i lirë të bëjë zgjedhjet e veta, të kushtëzuara nga njohuritë që ai zotëron për jetën e shëndetshme, nga mundësitë që ai ka për t'i realizuar ato, nga koha që ka në dispozicion për të konkretizuar këto zgjedhje, dhe nga mundësitë financiare apo shoqërore për t'i realizuar ato. Në këtë kuptim duhet të jemi të ndërgjegjshëm se, stili i jetës është një mundësi sa shoqërore edhe individuale, sa e kushtëzuar aq edhe e pakushtëzuar, sa e dobishme aq edhe e dëmshme, sidomos kur nuk merr parasysh rrezikun e sjelljeve të caktuara. Pra, stili i jetës kushtëzohet nga niveli dhe standardi social i një shoqërie të caktuar, si dhe nga niveli i zhvillimit individual dhe njohuritë e çdo individi. Në këtë kuptim merr një rëndësi të dorës së parë nevoja për: sensibilizimin, ndërgjegjësimin, edukimin, praktikimin e një stili jete sa më të shëndetshme për të rinjtë. Me këtë nënkuptojmë praktika të jetës së përditshme për çdo individ, në bazë të një modelimi për këtë moshë lidhur me jetën aktive, mënyrën e të ushqyerit, përdorimin e substancave abuzive, aktivitetin fizik, menaxhimin e stresit etj.

Një nga ata faktorët që i është kushtuar një rëndësi e veçantë në raport me stresin dhe problemet tjera shëndetësore është stili i jetës. Stili i jetës përfshin domene të ndryshme si dieta, konsumimi i alkoolit, duhanit, drogave, aktivitetet fizike, vendbanimi dhe edukimi (Farshaw, 2003). Këto aspekte të stilit të jetës, si të ndara në entitete të veçanta apo të vendosura në një vend kanë treguar që të kenë lidhje me përfundime të ndryshme në shëndetin mendor dhe atë fizik. Problemet shëndetësore dhe vdekja prej sëmundjeve kronike mund të reduktohet nëse kemi vëmendje të qartë ndaj faktorëve si pirja e

duhanit, dieta, konsumimi i alkoolit dhe aktivitetet fizike që janë ndër risk faktorët kryesor për këto probleme (US Department of Health and Human Services, 2004).

2.2.1 Të ushqyerit dhe dieta

Të ushqyerit është forma nevoja bazike e jetës, bazuar në hierarkinë e Maslowit që mos plotësimi i saj pamundëson kalimin e fazave të mëtejshme të zhvillimit, që e bënë si pjesë e pandarë e jetës tonë dhe mbijetesës tonë. Megjithatë mënyra se si ne ushqehemi dhe përdorim ushqimin mund të jetë i shëndetshëm, po ashtu edhe i dëmshëm për ne. Si rrjedhojë të ushqyerit jo të shëndetshëm vendos individin në risk për probleme të ndryshme shëndetësore dhe psikologjike. Mënyra se si ne ushqehemi dhe përdorim dieta është lidhur me probleme të ndryshme, nga dieta me parametra jo të shëndetshëm janë të lidhura me riskun në obezitet, tipin 2 të diabetit dhe sëmundjen e zemrës (Van Dam, Willett, Stampfer & Hu, 2002).

Po ashtu ndryshimet në dietën që zgjedhim zvogëlojnë risk faktorin të lidhura me sëmundjet e zemrës, diabetin dhe kancerin (Forman, Stampfer & Curhan, 2009).

Por një rëndësi e veçantë në rrethet shkencore i është kushtuar ndërlidhjes ndërmjet zakoneve të të ushqyerit, dietës dhe mirëqenies psikologjike në mesin e individëve të grupmohave dhe gjinive të ndryshme. Përmbajtja ndaj dietës ishte e lidhur me ankthin, irritimin dhe probleme psikosomatike (Haslam, Stevens, Haslam, 1989), depresionin (Akbaraly, Brunner, Ferrie, Marmot, Kivimaki & Singh-Manoux, 2009), stresin (Dess, Choe & Minor, 1998; Gonzalez & Miranda-Massari, 2014), po ashtu kontrolli jo i duhur në zakonet e ngrënies është i lidhur me problemet më të ndërlikuara të ushqyerjes, si çrregullimet e të ngrënies (Fairbun & Harrison, 2003).

2.2.2 Ushqyerja dhe përjetimi i stresit

Dieta është e lidhur me aspekte të ndryshme të shëndetit, por një vëmendje e veçantë i është treguar rolit të dietave të ndryshme në stresin tek personat e ndryshëm. Prej nga dietat jo të shëndetshme ishin të lidhura me rritjen e stresit (Gonzalez & Miranda-Massari, 2014). Stresi ndikon në dy mënyra në sasinë e ushqimit të marrë: zvogëlimin e sasisë së ushqimit të marrë ose mbi sasinë e ushqimit të ngrënë që influencon ndjeshmërinë ndaj stresit (Torres & Nowson, 2007).

Prandaj stresi kronik i jetës duket se është i lidhur me preferencën për më shumë energji dhe sasi të madhe ushqimi, përkatësisht më shumë sheqer dhe yndyra (Torres & Nowson, 2007).

Mishra, Veasey dhe Watson et al. (2009) vëzhguan mbi rolin e vitaminave të ndryshme, nga ku kuptuan se mungesa e vitaminës B kontribuonte në prishjen e disponimit. Po ashtu ata treguan se mosmarrja e vitaminave të nevojshme dhe qasja në ushqime jo të shëndetshme kanë treguar që të rriten përgjigjet stresuese dhe të krijojnë një balancë jo të shëndetshme të hormoneve të stresit. Ushqimi jo i shëndetshëm kishte korrelacion me stresin tek meshkujt (Baran, Campbell, Kleen, Foltz, Wright, Diamond & Conrad, 2005).

Stresi ndikon në gjithë sasinë e ushqimit të ngrënë, por mënyra se si përjetohet stresi dallon nga ata që kishin dieta të ndryshme të të ushqyerit, ata që janë nën dieta të të ushqyerit raportnin më shumë stres të shumë ushqyerit, ndërsa ata që nuk kishin ndonjë dietë të caktuar raportuan strese në raste kur kishin rënie të dëshirës për ushqime (Oliver & Wardle, 1999).

Po ashtu është e mirë dëshmuar se si stresi ndikon në llojet e të ushqyerit dhe sasinë e ushqimit që konsumohet. Ngjarjet kronike stresuese tregohen që të jenë të lidhura me sasi më të madhe të nevojës për energji dhe ushqim më shumë ushqyes, posaçërisht ato

që janë me kalori të larta në sheqer, prej nga stresi kronik në mënyrë bazike është i lidhur me fitimin e peshës, dhe se efekti më shumë është parë të meshkujt (Torres & Nowson, 2007). Ekspozimi ndaj stresorëve kronikë psikologjikë është një determinant i rëndësishëm në kërkimin e një sasive më të madhe të ushqimit (Oliver, Wardle & Gibson, 2000; Schiffman, Graham, Sattely- Miller & Peterson- Dancy, 2000).

Perceptimi i stresit predikonte ushqyerjen tri herë më shumë se sa është raportuar nga individët të cilët kishin nivel më të ulët të stresit negativ (Pendleton, Poston, Goodrick & Foreyt, 2001). Procesi i ndikimit është kompleks sepse ekspozimi i vazhdueshëm ndaj situatave stresuese mund të sinjalizoj trurin për ushqime dhe në këtë mënyrë të predisponoj individin që të filloj zakonet e të ushqyerit me ushqim jo të shëndetshëm, dhe e cila mund të rritë riskun për obezitet (Tryon, Carter, DeCant & Laugero, 2013).

Niveli i lartë i stresit kronik te femrat kishte lidhje me ekzagjerimin e zonave të trurit që përfshinin shpërblimin, motivimin dhe zonat që kishin të bënin me marrjen e vendimeve të zakonshme. Po ashtu ekspozimi ndaj stresit ishte i lidhur me aktivizimin e zonave frontale të trurit të lidhura me planifikimin e strategjive dhe kontrollin e emocioneve, fuqizonte lidhjen mes amigdales, anterior cingulate, korteksit anterior prefrontal dhe të gjitha këto ishin të lidhura me konsumimin e sasisë më të madhe të kalorive të grupin nën stres (Tryon et al., 2013).

Krahasimi mes personave të cilët ishin në qejf dhe atyre që nuk ishin në ndonjë qejf është raportuar se ata që ishin në qejf raportuan më shumë stres dhe disponim negativ, se sa grupi i kontrollit. Ata treguan numrin e njëjtë të situatave stresuese, por efekti ishte më i fuqishëm kur ishin në qejf, që tregon se gjendja në stres dhe situatë jo të mirë janë paraardhës të dëshirës për të ngrënë (Wolf, Crosby, Roberts & Wittrock, 2000).

Po ashtu krahasimi mes grup moshave të ndryshme ka treguar se personat mbi moshën 50 vjeçare kanë zakone më të mira të ngrënies dhe raportuan të kishin nivel më të ulët të stresit, krahasuar me subjektet që ishin me të rinj (Kim & Kim, 2009).

Këto të dhëna tregojnë se situata në të cilën gjenden dhe mosha luajnë një rol ndikues dhe ndërmjetësues në marrëdhënien ndërmjet mënyrës se të ushqyerit dhe stresit të përjetuar, por perceptimi i stresit si të meshkujt po ashtu edhe të femrat ishte i lidhur më shumë me sasinë e ushqimit të konsumuar dhe me pak ushtrime. (Ng & Jeffery, 2003)

Modeli njëjtë i ndërlidhjes mes të ushqyerit dhe stresit është treguar në kultura dhe vende të ndryshme të botës. Studimi Afrikano-Amerikan ka treguar një lidhje të fuqishme në mes të ushqyerit dhe stresit (Sims, Gordon, Garcia, Monye, Callender & Campbell, 2008). Regresioni logjistik ka treguar se stresi ishte i lidhur me rritjen e peshës dhe humbjen e peshës tek studentët e Britanisë së Madhe, por kjo lidhje ishte më e fuqishme në mesin e femrave, ku kishte rritje modeste të peshës dhe stresit (Serlachius, Hamer & Wardle, 2007). Po ashtu studimi me studentë gjermanë, polakë dhe bullgarë ka treguar një ndërlidhje konsistente ndërmjet të ushqyerit jo të shëndetshëm me depresionin dhe stresin, por kjo nuk ishte e pranishme tek meshkujt (Mikolajczyk, Ansari & Maxwell, 2009). Stresi ishte i lidhur me të ngrënin me më shumë ushqim të shpejt dhe të ëmbël dhe konsumimin e me pak frutave dhe perimeve.

2.2.3 Çrregullimet e ngrënies

Anoreksia nervore - Anoreksia nervore është gjendja mjaft e rënduar e organizmit që mund të shkojë deri në vdekje si pasojë e dietës dhe ushtrimeve që ulin nën nivelin optimal peshën e trupit. Afërsisht të gjitha vajzat me këto lloj problemesh janë nga shtresat e larta të shoqërisë. Janë zbuluar disa faktorë në zhvillimin e sëmundjes. Shpjegimet psikologjike evidentojnë së ndalimi i ciklit të menstruacioneve, një

simptomë e zakonshme e anoreksisë shpesh paraprin me humbje të madhe të peshës. Në çrregullimin e anoreksisë janë gjetur ndryshime në hipotalamus (Titova, Hjorth, Schioth, & Brooks, 2013; Broberger, 2005; Chait, Suaudeau, & De, 1995). Megjithatë kjo lidhje ende nuk është krejtësisht e qartë. Studiues të tjerë kanë theksuar karakteristikat e personalitetit (Phillipou, Gurvich, Castle & Rossell, 2015; Fornasari et al., 2014; Lavender et al., 2013; Gazzillo et al., 2013; Gaudio&Di, V, 2011), dhe modelet e ndërveprimit familjar si shkaktarë të zhvillimit të anoreksisë. (Gelin, Cook-Darzens, Simon, & Hendrick, 2016; Jozefik, 1999)

Faktorët e personalitetit përfshijnë ndjenjën e paaftësisë, nevojën për aprovim, ndërgjegjësim, perfeksionim dhe perceptimin e presionit për të qenë i suksesshëm. Shtrembërimet trupore, janë të zakonshme mes vajzave anoreksike, ndonëse nuk është shumë e qartë nëse kjo është pasoja apo shkak i çrregullimit (Boehm et al., 2016; Waldman, Loomes, Mountford, & Tchanturia, 2013; Roy & Meilleur, 2010; Schneider et al., 2009; Hennighausen, Enkelmann, Wewetzer, & Remschmidt, 1999; Waller & Hodgson, 1996). Shpesh këto individë ende e kujtojnë veten të shëndoshë edhe pse kanë rënë nën nivelin optimal. Karakteristikat familjare, psikologjia atërore ose alkoolizmi, zakonisht e ndërvarur, me pak aftësi për të transmetuar emocion dhe për të përballuar konfliktet janë sugjeruar si kryesorët në zhvillimin e anoreksisë (Garfinkel dhe Garner, 1983, Rakoff 1983).

Weiner (1977) sugjeroi se sëmundja mund të ketë fillues nga dështimi për t'ju përshtatur kërkesave të ambientit rrethues, që përbëjnë një kërcënim për humbjen e kontrollit dhe reduktimit të vetëvlerësimit. Anoreksia mund të shfaqet, kur çështje të identitetit dhe të autonomisë bëhen të rëndësishme në periudhën e pubertetit dhe frika e ndarjes ose mungesa e vullnetit për t'u kujdesur vetë për veten (pra shpallja e vetë

aftësisë), mund të rezultojë në "vetë shkatërrim dhe jo përballim direkt të këtyre konflikteve (Marcus & Wiener, 1989; Wiener, 1976).

Fillimisht qëllimi kryesor i terapisë është të sjellë peshën e pacientit prapë në nivelin e sigurt, një qëllim që shpesh duhet arritur nëpërmjet kurimit në spital. Shumë terapi përdorin mjete që kanë për qëllim ndryshimin e sjelljes. Zakonisht këto terapi japin efekte pozitive si vizita shoqërore, rikthim të oreksit etj. Megjithatë trajtimi në shtëpi, i bërë vetë mund të dështojë, në qoftë se bëhet në spital atëherë është më i zgjeruar (Garfinkel dhe Garner 1982), sepse familja dhe faktorët e tjerë ambiental mund të nxitin ose të mos ndikojnë në sjellje. Kështu sapo pesha normalizohet duhen bërë terapi shtesë. Për shkak të rolit mjaft të rëndësishëm që dinamika familjare luan në anoreksi, terapia familjare mund të fillohet për të ndihmuar familjet që të mësojnë metoda më pozitive për të ndarë emocionet dhe përballuar konfliktet. Psikoterapia për nxitjen e vetëvlerësimit dhe aftësitë komunikuese për rregullimin e stresit dhe presionit social, mund të futen në trajtim (Holl dhe Crips, 1983).

Ndonëse disa e kanë kritikuar kurimin në nivelin e sjelljes, duke pretenduar se metoda është deri diku e ashpër, duke marrë në kontroll pacientin, që tashmë ndjehet mungesa e kontrollit (Bruch 1973), pikëpamja për pacientët anoreksikë që marrin terapi, duken në përgjithësi në gjendje të mirë me një ndërhyrje terapie për mirësjellje (Minuchin et.al 1978).

Shumë nga këto sjellje mund të jenë atribuar në zhvendosjen e një preference shoqërore për një fizik të dobët dhe influenca e medias në këtë imazh shtyn më shumë për sjellje anoreksike (White et al., 2016). Ky idealizëm mund të jetë i vështirë për gra normale, të sigurojë përjashtim nga dietat dhe rrjedhimisht dieta është bërë tani një model për gratë (Dellava, Hamer, Kanodia, Reyes-Rodriguez, & Bulik, 2011). Sportistët shpesh marrin

përsipër dietën dhe përpjekje për kontrollin e peshës (Martinez, Vicente, Montero, Cervello, & Roche, 2015; Jospe, Fairbairn, Green, & Perry, 2015; Tomlin, Clarke, Day, McKay, & Naylor, 2013).

Kurdoherë që këto shtime në peshë dhe ciklet e humbjes, mund të kenë pasur pasoja të ndryshme në shëndet, si rezultat ulja me shpejtësi e metabolizmit, mund të drejtojnë në një tendencë për shtim në peshë. Këto në fakt janë dhe faktorë të rrezikshëm për sëmundjen kardio-vaskulare. Rrjedhimisht këto shtime ulje peshë mund të kenë pasoja të ndryshme në tensionin e gjakut. Nga sportistët (vajzat) të cilat e ruajnë trupin, në përgjithësi të tilla si gjimnastika dhe skiatorët, përqindja e uljes së dhjamt mund të çojë në prishje të ciklit të periodave dhe problemet shtohen. (Morris Ch, 2008)

2.2.4 Bulimia

Bulimia është një sindromë e të ngrënit, e karakterizuar nga cikle të alternuara të të ngrënit dhe të pirit dhe spastrimit nëpërmjet teknikave të tilla si të vjellat, abuzime, mbajtja e dietave deri në ekstrem si abuzimi i ilaçeve (Schoemaker, Smit, Bijl, & Vollebergh, 2002) dhe alkoolit (Harnilton, Gelwick dhe Meadle, 1984).

Të ngrënë dhe të pirët, duket se shkaktohen të paktën pjesërisht nga të mbajturit e dietës. Të mbajturit e dietës i thyen shoqërimet e zakonshme mes problemeve psikologjike të urisë dhe të ngrënit, duke i zëvendësuar ato me një sistem të njohur të bazuar në rregulla. Të ngrënë si pasojë e problemeve njohëse ndërpritet lehtë si nga ngjarje stresuese dhe si pasojë personi që mban dietë mund të preket nga të ngrënit dhe të pirët. (Polivy dhe Herman, 1985)

Faza e të ngrënit dhe të pirit ndodh zakonisht kur personi është vetëm, ajo konsiderohet si e pa predispozuar dhe se është e shoqëruar me ndjenjën e mos kontrollit të vetes. Pothuajse gjysma e personave të diagnostikuar me anoreksi janë gjithashtu edhe

bulimikë (Herpertz-Dahlmann, 2015; Bodell, Joiner, & Keel, 2013; Swanson, Crow, Le, Swendsen, & Merikangas, 2011), megjithëse deri në 10% e popullsisë normale gjithashtu mund të përjetojë bulimi, veçanërisht vajzat që janë mbi peshën normale. Kështu ndërkohë ata që vuajnë nga anoreksia zakonisht humbin të paktën 20% të peshës së trupit, bulimikët janë zakonisht me peshë normale ose mbi peshë. Ashtu sikurse anoreksia, bulimia është më e përhapur tek vajzat e moshës 17-20 vjeç (Swanson et al., 2011; Nicholls & Bryant-Waugh, 2009). Është dhënë një numër përgjigjesh nga më të ndryshmet për këtë ç'rregullsi, shpjegimet kulturore për shpeshtësinë e çrregullimeve të të ngrënit përqendrohen rreth vlerës në të qenit e dobët dhe e hollë (Jozefik, Iniewicz, & Ulasinska, 2010). Faza e të ngrënit dhe të pirit është interpretuar si një shprehje inati kundër vlerës së dobësisë, hollësisë ose si një reagim ekstrem ndaj traumave, vetmisë ose zemërimit. Faza e spastrimit mund të ndiqet nga një përpjekje për të rifituar kontrollin. Familjet që kanë një vlerë të lartë dobësie dhe paraqitjeje, kanë më shumë mundësi të prodhojnë vajza bulimike. Mund të ketë gjithashtu edhe grupe familjesh me çrregullime të të ngrënit, duke sugjeruar një bazë gjenetike të mundshme. Bulimikët mund të përdorin më shumë se njerëzit normalë ushqimin si një formë vetë ushqimi dhe kështu që mund të kenë nevojë të stërviten në rrugë të tjera që ta bëjnë veten të ndjehen mirë (Lelunan dhe Rodin, 1989).

Bulimikët dallojnë nga ngrënësit normalë edhe në rrugë të tjera. Ata kanë më shumë mundësi të jenë: të trishtuar se vuajnë për mungesë respekti për veten dhe të shfaqin sjellje impulsive dhe emocionuese, se sa ata të prirur ndaj bulimisë (Vaz-Leal et al., 2014; Yilmaz, Kaplan, & Levitan, 2012; Matthews & Lynn, 2008; Keel, Mitchell, Davis, & Crow, 2001).

Në ciklin e ngrënies të pakontrolluara dhe të vjellave të menjëhershme individët implikojnë balancën e elektroliteve të cilat kanë efekt në disponimin dhe përjetimin e stresit (Hilbert, Vogeles, Tuschen-Caffier, & Hartmann, 2011; McComb & Clopton, 2003; Leal, Weise, & Dodd, 1995).

2.2.5 Kujdesi ndaj ushqyerjes

Menaxhimi dhe kontrolli i shtypjes së lartë të gjakut përfshin mundësinë e ndryshimit të stilit të jetesës, mundësia e stilit të jetesës përfshin ndryshimin e asaj çka hani dhe nivelin e aktivitetit.

Ndërprerja e pirjes së duhanit dhe marrja e moderuar e alkoolit gjithashtu do të ndihmojë në mbajtjen e shtypjes së gjakut në kufij të mirë (shëndetshëm). Mbaje peshën e shëndetshme, nëse je mbipeshë ose obezë, humbe peshën, jepi qëllim nivelit të peshës së shëndetshme për gjatësinë tuaj dhe llojin e trupit. Edhe një humbje e vogël e peshës mund të bëjë ndryshime madhore në zvogëlimin ose parandalimin e shtypjes së lartë të gjakut. Për të humbur peshën, ju duhet të digjini më shumë kalori sesa merrni. Modifikimi i mënyrës së të jetuarit gjatë menaxhimit të hipertensionit arterial - Një numër i madh njerëzish me presion të lartë gjaku janë me mbipeshë trupore të ndjeshme. Është e njohur mirë tashmë që dhjamosja krijon predispozitë për hipertension dhe diabet. Dhjamosja më shumë në pjesën e sipërme të trupit, bel dhe bark, obeziteti abdominal, (më i shpeshtë në burrat dhe i quajtur obeziteti android apo obeziteti në formë molle), shoqërohet shumë më shpesh me dislipidemi, diabet dhe hipertension se sa obeziteti apo dhjamosja në vithet dhe kofshët e cila është tipike tek femrat dhe quhet obezitet gjinekoid apo obeziteti në formë dardhe. (Aleksi M, 2005)

Një mënyrë për të njohur nëse je me një formë trupi të quajtur mollë apo dardhë, është ajo e raportit bel/vitthe, duke pjesëtuar perimetrin e belit me atë të vitheve. Femrat me

këtë raport > se 0.8 apo meshkujt me këtë raport > 1.0 janë formë molle dhe kanë rrezik të lartë për shëndetin trupor për shkak të shpërndarjes së dhjemit në trup.

Njerëzit me formë "molle" kanë predispozitë rreziku për diabet, hemorragji cerebrale, hipertension, sëmundje të arterieve koronare dhe disa lloje kanceresh, sepse dhjami i zonës së barkut mund të zbërthehet, të depërtojë në enët e gjakut dhe sjellë dëmtime të shprehura të arterieve. Për fat të keq ju nuk mund të ndryshoni formën e trupit tuaj, por pavarësisht nga kjo, ju duhet të punoni për minimizimin e pasojave të mbipeshës trupore.

Disa autorë kanë përcaktuar se sasia e dhjemit të lëkurës në trupin e njeriut varet kryesisht nga faktorët ambientale (ushqimi), ndërsa dhjami i depozituar në organet varet dhe influencohet kryesisht nga faktorët trashëgimor, ashtu sikurse edhe pakësimi i termogjenezës është influencuar kryesisht nga faktorët trashëgimor. Fëmijët e prindërve obezë kanë një metabolizëm bazal më të ulët se ata me prindër normal në peshë dhe kjo kontribuon në shpjegimin e predominimit të obezitetit në disa familje. Mënyra më efektive për parandalimin e shfaqjes së hipertensionit në njerëzit me presion normal dhe uljen e tij është ajo e mbajtjes së një peshe trupore normale tek të parët dhe ulja e peshës trupore tek të dytët. (Aleksi M, 2005)

Eksperiencia tregon se formulat e përdorura për rënie në peshë të quajturat dieta me lëngje apo të rënies së menjëhershme e tepër të shpejta janë joefektive për një kohë të gjatë. Procesi i humbjes së peshës trupore brenda një kohe të shkurtër çon në një rënie të aftësisë riadaptuese të metabolizmit dhe më pas rimarrje të peshës trupore porsa personi rikthehet në dietën normale. Uljet e shpejta të peshës trupore nga ilaçet me efektin e tyre spektakolar e vetëkënaqin hipertonicun, i cili tenton rrugëzgjidhjet më të lehta duke gëlltitur një pilule, pa menduar gjatë për efektet dytësore dhe harron efektshmërinë e të

qenit aktiv fizikisht, aq sa krijimi i një stereotipie aktiviteti fizik është i pamundur me kalimin e kohës. (Aleksi M, 2005)

Preferohet zhvillimi i aktiviteteve fizike të lehta në vend të aktiviteteve fizike të rregullta, por që kërkon vazhdimësi. Mënyra më e mirë për të ndjekur për uljen e peshës është ajo që rezulton me ulje në peshë trupore deri në një kilogram për 7-10 ditë. Në rastet kur mbipesha është dyfish e asaj normale duhet ndjekur një procedurë rënie në peshë më imponuese. Nuk është e lehtë të ulësh peshën trupore dhe nganjëherë edhe torturuese psikologjikisht, por shpesh e arritshme, sjell mjaft kënaqësi ndjellëse për individin dhe është me mjaft efektivitet për uljen e presionit të gjakut, sidomos tek ata me hipertension të shkallës së parë. Eksperiencat jo të rralla, me shpjegime të qarta të hipertonicëve për rreziqet e dhjamosjes trupore, veçanërisht në subjekte me histori hipertonicë të hidhura familjare e me fund tragjik të para ardhësve në mosha relativisht të reja, ndërgjegjësojnë ose rrisin mprehtësinë e hipertonicëve për maturi në të ardhmen dhe dominim të vetvetes para tavolinës së shtruar me plotë të mira. (Studimet mbi hormonin Leptin janë akoma në fazë eksperimentale). Është fatkeqësi për hipertonicun e dhjamosur që të nxjerrë konkluzionin se, me gjithë maksimumin e përpjekjeve, sipas tij, s'ka rrugëzgjidhje tjetër, por pajtim me fatin dhe abandonim të vetes e mjafton të marrë ilaçet që ulin tensionin, duke u konsideruar me vetëdashje jashtë lojës së madhe për një jetë aktive, komforte, me pasojë pesimizmin e depresionin hermetizues të dritareve të jetës së përditshme.

Vërtetë nuk ka një pilulë magjike që e marrë një herë të garanton mos rritje dhe ulje në peshë, por ekziston vetëdija e vullnetshme që të mirat e nënës natyrë dhe të artit kulinar të gëzohen dhe shijohen rregullisht, sipas parimit të përgjithshëm të vetëpërmbytjes. Ulja e peshës trupore është veçanërisht e dobishme për diabetikët dhe tek ata me rritje të

nivelit të yndyrave në gjak. Kur të fillojë ulja e peshës trupore dy muaj më pas duhet rikontrolluar presioni i gjakut, e cila është edhe periudha e pritshme e rezultatit. Nëse presioni është në shifrat 140/90 mmHg atëherë nuk mund të vihet diagnoza hipertension. Janë të shumta rastet në eksperiencën e klinikave të ndryshme ku arrihet ulja e presionit të gjakut pa përdorur ndërhyrje tjetër specifike. Krahas efektit imediat në uljen e presionit, ulja e peshës ka edhe dobinë e parandalimit të diabetit në të ardhmen si dhe të hipertensionit gjithashtu. Edhe nëse presioni mbetet i rritur dhe kërkohet mjekimi me ilaçe, mbajtja e një peshe trupore ideale është e dobishme sepse minimizon sasinë dhe dozën e ilaçeve. Studimet e fundit në mosha të rritura tregojnë se nevoja për mjekim ulet në masën rreth 30% të atyre që provojnë uljen në peshë 5-7 kg me ose pa kufizim të kripës. Ulja e peshës 8-10 kg me ose pa kufizim të kripës çon në uljen e presionit në pacientë të moshës së re dhe mesatare. (Aleksi M, 2005)

Gabimi që bëjnë shumë njerëz kur fillojnë një dietë është se i kushtojnë rëndësi vetëm vlerës energjetike të ushqimeve. P.sh. ata mendojnë se për mëngjes, një briosh (gatim francez që përmban vezë dhe margarinë) shoqëruar me një kapuçino një lugë sheqer kundrejt një filxhani me qumësht të holluar me 40 gr drithëra dhe një kivi, është e njëjta gjë, meqenëse në të dy rastet kaloritë janë afërsisht 300. Mirëpo kjo nuk është e vërtetë, sipas studimit të botuar në European Journal of Clinical Nutrition, megjithëse me kalori të njëjta, fruta del se ka treguesin ose krijon më mirë ndjenjën e ngopjes, ashtu sikurse ushqimet që kanë proteina, fibra dhe ujë dhe pak yndyra. E njëjta revistë publikonte në fund të vitit 2003 rezultatin e një studimi të bërë tek 10 mijë njerëz gjatë tri viteve me përfundimin se kush mbante dietë në të cilën karbohidratet përbënin të paktën 55% të kalorive të përditshme, kishte më pak mundësi për të qenë i dhjamosur, sepse

konsumonte më shumë ushqime me përmbajtje drithëra dhe fruta e më pak yndyra. (Aleksi M, 2005)

Sasia ditore e marrjes të ujit të pijshëm varion mesatarisht nga 1-1.5 litra në 24 orë.

Por asnjëherë mos u përpiq të jesh strikt në atë çka lexon tek modeli i mësipërm. Ajo të shërbejë si udhërrëfyes dhe mbaj gjithmonë parasysht që duhet të ushqehesh duke marrë me shumicë zarzavate e fruta, të cilat krijojnë ndjenjën e ngopjes dhe zënë shumë volum në stomak e të ngarkojnë me më pak kalori e përmbajtje yndyrore në ushqimin ditor. U studiuan 5000 individë nga qendra amerikane e kontrollit të sëmundjeve të zemrës në shtetin e Atlantës dhe rezultoi se banorët, të cilët përdornin makinën për të bërë pazarin, apo shërbime të tjera të zakonshme ishin me mbipeshë trupore 35% më shumë krahasuar me ata që shkonin në restorant, pazar etj., në këmbë apo biçikletë dhe që ishin banorë brenda qytetit.

Sa më shumë shoqëria krijon, modernizon dhe krijon kushte lehtësuese e më pak lodhëse fizikisht për njeriun, aq më përtac, i lidhur pas karriges para kompjuterit e TV dhe ankues do jetë individi modern, i cili kërcënohet përditë e në rritje nga dhjamosja dhe humbja e shpresës për rënie në peshë, duke e kërkuar të keqen gjithmonë tek ushqimet dhe jo tek vetja. Sekret i shëndetit tonë qëndron tek ushqyerja dhe lëvizja. Merr dhe harxho energji - organizmi është ekuilibër raportesh. (Aleksi M, 2005)

2.2.6 Kufizimi i kripës

10 të dhënat epidemiologjike dhe ato të kafshët kanë evidentuar qartë lidhjen e marrjes së kripës në presionin e rritur të gjakut. Në USA mesatarja e kripës së marrë në ditë është afërsisht 4 gr. në ditë. Te pacientët me tendencë rritjeje të presionit të gjakut, zvogëlimi i marrjes së kripës afërsisht 2.4 gr. në ditë çon në ulje apo dhe normalizim të presionit të gjakut. Kjo është më se e vërtetë sidomos te moshat e rritura dhe tek njerëzit

me ngjyrë, të cilat janë më të ndjeshëm ndaj kripës se të tjerët. Ka edhe një fakt tjetër që thotë se ata individë që kanë hiper reagim ndaj, situatave stresuese, zakonisht janë po aq të ndjeshëm ndaj kripës.

Shumë studime, sidomos ai i quajtur vlerësim i ndërhyrjeve jofarmakologjike në moshat e rritura, kanë treguar se zvogëlimi në masën 30%-40% i marrjes ditore të kripës (me ose pa ulje të peshës trupore) rezulton me ulje të presionit të gjakut dhe të sasisë së ilaçeve të nevojshme për mbajtjen e presionit në vlerat normale. Veç kësaj është parë ulje e presionit të gjakut tek ata me presion normal kur marrin 1.5 gr kripë në ditë. Aktualisht nuk ka një procedurë të veçantë që të mund të përcaktosh personin, ulja e presionit të të cilit bëhet nga pakësimi i kripës (individin krip sensitivë). Por pakësimi i kripës në minimumin e arsyeshëm jo vetëm që nuk dëmton organizmin, por duhet të jetë pjesë e regjimit të trajtimit të hipertensionit, veçanërisht kjo për ata që mund të jenë normotensiv dhe me histori familjare për hipertension. Nga këndvështrimi i shëndetit publik mund të thuhet pa rezervë se marrjet e kufizuara të kripës dhe ulja e peshës trupore apo mbajtja e saj në normë janë masat më efektive për parandalimin e hipertensionit. (Aleksi M, 2005)

2.2.7 Marrja e kalciumit shtesë

Nga studimet e bëra rezulton se marrja e një sasive të vogël kalciumi predisponon për hipertension dhe se marrja e një sasive shtesë kalciumi çon në ulje të presionit të gjakut. Por lidhur me kalciumin ka edhe sugjerime të kundërta. Sidoqoftë nuk rekomandohet kalcium shtesë si mjet efektiv për uljen e presionit. Në gratë postmenopauzë, kalciumi është i dobishëm për parandalimin dhe mjekimin e osteoporozës. Nga studimet epidemiologjike në njerëz rezulton se sëmundshmëria e hemorragjisë së trurit është më e ulët në kontigjentet që marrin kalcium në dietën ushqimore. Marrja e 60-100 mEq/ditë

mbi marrjen normale ditore me ushqim (50-80 mEq/ditë) ka rezultuar në ulje të presionit të gjakut në disa studime klinike. Por ndonjëherë disa pacientë zhvillojnë simptoma të gastritit nga marrja e kësaj sasive kalciumi shtesë. Është vërejtur nga studimet se, në zonat rurale ku sasia ditore e kalciumit të marrë është e vogël ka problematikë. (Aleksi M, 2005).

2.2.8 Marrja e magneziumit shtesë

Nga studimet e bëra është parë se marrja e magneziumit shtesë ul hipertensionin dhe të dhëna të tjera epidemiologjike sugjerojnë se marrja e magneziumit shtesë ul presionin e gjakut në personat hipertensivë si dhe zvogëlon rastet me hemorragji trunore. Aktualisht nuk sugjerohet marrja shtesë e magneziumit si suplement për uljen e hipertensionit, rekomandimi se marrja e mjaftueshme e magneziumit me shtim të sasisë së frutave të marra gjatë ditës dhe zarzavateve ashtu sikurse për kaliumin, do rezultonte me mbajtje të nivelit të tij në gjak në vlera optimale. (Aleksi M, 2005)

2.2.9 Dietat me pak kalori, vaji i peshkut dhe hudhra

Dietat me pak kalori dhe shumë fibra janë treguar efikase në uljen e hipertensionit dhe mbajtjen në nivel të dëshiruar të kufirit të yndyrave. Ashtu sikurse vaji i peshkut rezulton efikas nga të dhënat epidemiologjike për uljen e hipertensionit, theksohet se akoma mungojnë studimet afatgjata që të dëshmojnë këtë efikasitet. Po kështu, nuk mund të thuhet me siguri se tek të gjithë individët marrja ditore shtesë e hudhrës sjell për pasojë uljen e presionit. Janë të njohura pohimet e shkencëtarit me autoritet David Kritchvsky i Universitetit të Filadelfias lidhur me efektin e hudhrës në kuadrin e masave për trajtimin e hipertensionit. Bulbi i hudhrës ndihmon në uljen e nivelit të kolesterolit në gjak dhe ushtron një efekt antikoagulant. Dietat e pasura me zarzavate, fruta pak sheqer (gjë që ul

sasinë e yndyrave të ngopura dhe yndyrat totale në gjak) janë me rezultat efikas për uljen e hipertensionit tek ata me shifra > 140/90 mmHg. (Aleksi M, 2005)

Marrja e moderuar e alkoolit dhe duhanit - Marrja e një sasive të vogël të moderuar alkooli mund të ulë rrezikun kardiovaskular, por nga ana tjetër marrja e më shumë se 60 ml etanoli në ditë ndikon në rritje të presionit të gjakut. Marrjet ditore të alkoolit nuk i kalojnë 60 ml raki apo uiski, 300 ml. verë apo 600 ml.birrë. Njerëzit e dobët dhe femrat duhet të kufizohen me gjysmën e sasive të mësipërme. Janë ndjekur pacientë me hipertension, tek të cilët marrjet ditore të alkoolit ishin 4-5 herë në ditë dhe pas zbritjes së marrjes së alkoolit në 2 marrje në ditë ose dhe asnjë, presioni i tyre i gjakut u rikthye në normë. Është konstatuar se marrja e alkoolit shoqërohet në gjak me stimulim të efektit të kotekolaminave dhe për pasojë hipertension. Natyrisht, rekomandimi për një marrje të moderuar alkooli nuk u duhet dhënë atyre personave me histori familjare alkoolizmi apo me ndjeshmëri personave ndaj alkoolit. (Aleksi M, 2005)

Varësia ndaj alkoolit është faktori më i dëmshëm për ata që bien në atë grackë, prandaj jo më kot thuhet se, në mënyrë të moderuar gjithçka shkon mirë. Ka tipa me tendencë hipertension, të cilët pranojnë të përdorin alkool vetëm një herë në javë, por në këtë marrje sasia e konsumuar është mjaft e madhe dhe këtë e argumentojnë me arsyetimin që kjo mbulon efektin e gjithë javës, duke harruar që, alkooli nuk përthithet dhe nuk lëshohet në gjak si ilaçet me efekt të vonuar, të cilat merren vetëm një herë në 24 orë. Aq më tepër i mëshojnë kësaj ideje kur përsërisin me vetëkënaqësi se vera apo rakia e përdorur, nuk përmbajnë substanca shtesë korrigjuese, të cilat pretendohet se janë të pranishme në prodhimin industrial dhe rrisin rrezikun për dëmtim në organizëm, duke i dalluar nga pijet e prodhuara në kondita shtëpie, gjë që presupozon pastërtinë e tyre dhe të qenit të shëndetshëm. (Aleksi M, 2005)

Më i theksuar ky fakt është tek personat hipertensivë me origjinë nga zonat e Jugut ku edhe përdorimi i mishit me dhjam, kripës dhe alkoolit (kryesisht rakisë) janë menuja e zakonshme e përditshme, sidomos në fundjavë. Në këtë rast edhe dëmtimet e mëlçisë janë evidente ashtu sikurse stimulimi hipertensiv është më i fuqishëm. Mendoni influencën e alkoolit në personat me hipertension dhe arteriopati të ekstremiteteve plus edema, të cilët lodhen edhe kur bëjnë 100-200 metër në këmbë. Alkooli që ne pimë është në formën e alkoolit etilik dhe i prodhuar nga sheqeri, niseshteja e karbohidrate të tjera të fermentimit me myk. Një herë e një kohë i konsideruar si vlerë, sot është pranuar me vetëdije të plotë shkencore si një drogë ndryshe dhe një helm potencial vdekjeprurës. Për fat të keq pirja pa masë e alkoolit çon shpejt në abuzim dhe varësi ndaj tij me pasoja sëmundjen e alkoolizmit, shkatërrim marrëdhëniesh familjare e shoqërore dhe humbje të vendit të punës. (Mulassi AH, 2010)

Pothuaj 50% e pijetarëve të rregullt kanë hipertension, i cili zakonisht shoqërohet me komplikacione si angina dhe çrregullime të ritmit të zemrës. Marrëdhënia midis konsumit kronik të alkoolit dhe hipertensionit bëhet më e gjatë mbas moshës 40 vjeç dhe kjo marrëdhënie është pavarësisht nga pesha trupore e njeriut dhe sasia e konsumit të duhanit. Në USA llogariten 7% deri 10% e gjithë rasteve me hipertension arterial të jenë shkaktuar nga konsumi në sasi të tepërt të alkoolit. (Aleksi M, 2005)

Hipertensioni i shkallës së parë, tërhiqet deri në normalizimin pa mjekim, me ndërprerjen e marrjes së alkoolit por është rebel nëse rifillohet konsumi kronik i alkoolit, në shumicën e alkoolistëve kronik. Alkooli të jep energji dhe kalon direkt në gjak aq sa arrin në një minutë pas gëlltitjes. Organizmi i djeg yndyrat e dhjamine ngadalë dhe kjo ngadalësi dyfishohet kur pihet alkool. I thithur kryesisht në zorrën e hollë, alkooli arrin në mëlçi dhe një mëlçi e shëndetshme arrin të metabolizoj: 15-20 ml.

alkool të fortë. 1, uiski, vodkë në një orë. Alkooli është një sedativ dhe ngadalëson transmetimin e impulseve midis qelizave nervore, të cilat kontrollojnë lëvizjet e trupit dhe modelin e të arsyetuarit. (Ushqim për mendjen. Jetoje jetën në të gjithë mundësitë e mundshme - bëj gjithçka me masë).

Pirja e duhanit e dyfishon afërsisht rrezikun e sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë nga sëmundja ishemike e zemrës krahasuar kjo me ata që jetojnë pa pirë duhan dhe ky rrezik është në progresion gjeometrik me kohëzgjatjen e pirjes dhe sasinë e cigareve. Pirja e duhanit rrit rrezikun për ndërlikime vaskulare e hemorragji të trurit dhe sëmundje zemre) në njerëz me hipertension tashmë të njohur. Përsëri, pirja e një cigareje mund të pasojë në menyrë përsëritëse me rritje të menjëhershme dhe të përkohshme të presionit 5-10 mmHg. Duhanpirësit argumentojnë shpesh (dhe deklarojnë se e kanë këtë eksperiencë personale të mëparshme të provuar para disa vitesh) mos ndërprerjen e duhanit me frikën e shtimit në peshë më pas, pasi nikotina e duhanit në përgjithësi shkakton një ulje të oreksit me tendencë mos rritje të peshës trupore. (Aleksi M, 2005)

Ashtu sikurse të tjerë mbështesin fortë idenë se pirja e duhanit lufton tensionin psikologjik dhe gjendjet me humor të rënë në individë kafe vartës, për të cilët nuk mund të konceptohet dita pa kombinimin e kafes me duhan. Ka edhe individë hipertensivë që përpara shpjegimeve të mjekut për rreziqet e hipertensionit të sjellin shembullin e atij plakut që jetonte moshën mbi 100 vjeç dhe kish pirë duhan, kafe dhe raki gjithë jetën, duke bërë edhe punë fizike të rëndë për të mbajtur shtëpinë e tij buzë lumit në fshatin e largët, pa pyetur ndonjëherë për nevojën e mjekut. Të tilla të ashtuquajtura argumente janë jashtë vendi.

Megjithëse duhanxhinjtë e thekur kanë rrezik të lartë për të zhvilluar hipertension dhe sëmundje të mushkërive për veten e tyre, janë aktiv prapë se prapë për të tjerët që kanë

pranë, të quajturit "duhan pirës pasiv", duke rritur edhe për ata rrezikun për sëmundjet e sipër përmendura. (Mulassi AH, 2010)

OBSH raporton se personat që jetojnë me një duhanxhi kanë 30% më shumë shans për të zhvilluar sëmundje zemre krahasuar me të tjerët të pa ekspozuar ndaj duhanit. Gjithashtu, fëmijët e prindërve që tymosin rregullisht janë më të predispozuar dhe ekspozuar për të vuajtur nga infeksione të përsëritura të mushkërive dhe astma, se sa ata që nuk janë të ekspozuar në ambiente duhani. Duhanpirësit pa probleme të njohura shëndeti janë 2-3 herë më të prirur që të bëjnë atak zemre se sa jo duhanpirësit. Gjithashtu edhe mbijetesa mbas një ataku zemre, është shumë më e vogël tek duhanpirësit.

Raporti i Shoqatës Kardiologjike Amerikane për vitin 2003 paraqiste shifrën prej 40 milion njerëzish që kishin ndërprerë duhanin dhe është fare e rrallë në jetën e përditshme sot në USA, që të shikosh një mjek duhanxhi. Fatkeqësisht, thekson ky raport, po rritet numri i adoleshentëve duhanxhinj dhe veçanërisht i grave me moshë të re, të cilat e justifikojnë tymosjen me pretendimin se i ndihmon për ruajtjen e linjës trupore.

Ndërkohë, kombinimi i pirjes së duhanit me kafën tek personat me hipertension, e rrit presionin e gjakut me shumë se sa pirja e kafes vetëm.

Fizkultura

"Kam pasion vallëzimin dhe baletin dhe praktikoj kërcim me hapa çdo mbrëmje me shumë kujdes. Këmbët e mia po fillojnë të marrin elasticitetin e mëparshëm. Një ushtrim shumë i fortë është ai kur ulesh në dyshe dhe mban çdo thembër me një dorë dhe i ngre të dyja këmbët në ajër. Më duhet të vendos një jastëk nën të ndenjurat, përndryshe ato fillojnë të më dhëmbin shumë." - Anna Frank, 12 Janar 1944.

Lidhur me fizikulturën ka një mori argumentesh dhe kundërthëniesh. Disa studime kanë treguar se ushtrimet e forta dhe të zgjatura kanë ulur hipertensionin e shkallës, p.sh. midis

140/90mmHg - 160/100 mmHg. Por disa nga këto studime jo gjithmonë kanë qenë të mirë kontrolluara dhe nganjëherë midis grup kontigjentit të kontrolluar dhe atij të ushtruar me fizkulturë, diferenca nuk ka qenë e madhe. Nga ana tjetër, prirja për të zhvilluar hipertension ose dëmtim koronar është më e madhe tek sedentari sesa tek ai që ka jetë fizike aktive dhe kjo e dokumentuar në shumë studime epidemiologjike. (Aleksi M, 2005)

Është provuar se fizibiliteti funksional që lejon popullatën për të bërë aktivitete fizike në komunitetet apo vendet në zhvillim dhe efektiviteti i aktiviteteve fizike në mënyrë signifikante redukton mesataren e shtypjes së rritur të tensionit arterial mirëpo stabilizon edhe sëmundje tjera kronike. Aktiviteti fizik me intensitet të moderuar deri 30 minuta në ditë, në shumicën e ditëve në mënyrë substanciale redukton rrezikun nga shumë sëmundje kronike. (Lakshminarazanan S, 2012)

Ka një farë konfuzioni mbi atë se kush mund të quhet një person fizikisht aktiv. Të qenit aktiv nuk nënkupton përfshirjen në ushtrime të forta aerobike për të përmbushur 75%-80% apo më shumë të normës shenjë të zemrës ose e thënë ndryshe të maksimumit të ngarkesës së zemrës, të rekomanduar nga disa mjekë. Të dhënat aktuale tregojnë se mund të zvogëlohet rreziku kardiovaskular duke zhvilluar programe ushtrimore të moderuara.

Kjo nënkupton ecjen për 30-40 minuta me shpejtësi 3-4 km në orë e shtrirë kjo ecje në 3-4 ditë në javë. Zbatimi i programeve ushtrimore për mbajtjen e një fiziku harmonioz dhe muskuloz kërkon një aktivitet aerobik të fortë, por dikush mund të jetë fizikisht aktiv pa qenë me trup muskuloz, tip Shvarceneker dhe veç kësaj një nivel i lartë ushtrimesh trup formuese nuk është i nevojshëm për të zvogëluar rreziqet kardiovaskulare. Ushtrimet të ndihmojnë në djegien e kalorive e për pasojë uljen e peshës trupore. Ushtrimet mund të rrisin nivelin e hormoneve vazodilatatore (enë

zgjeruese) me pasojë pakësimin e rezistencës vaskulare duke ndihmuar në uljen e hipertensionit. Ushtrimet rekomandohen, por nuk duhen llogaritur si një terapi antihipertensive. (Aleksi M, 2005)

Ushtrimet fizike janë të dobishme për parandalimin dhe trajtimin e sëmundjes së koronareve, osteoporozës, dobësisë së përgjithshme, diabetit, obezitetit dhe depresionit. Shkalla në gradë rrethore e lëvizjes është një aspekt me rëndësi i ushtrimit për rritjen ose mbajtjen e funksionit të mirë të kyçeve. Ushtrimet e forcës i japin muskulit rezistencën e nevojshme për të rritur zgjatjen dhe forcën e qëndrueshmërinë. Duhet dalluar dy lloj ushtrimesh fizike - ato izometrike dhe ato izotonike. Gjatë ushtrimit izometrik muskuli kontrahohet, por nuk ka lëvizje të kyçit të përfshirë. Fijet muskulare mbajnë të njëjtën gjatësi përgjatë gjithë kontraktimit dhe nuk prodhohet punë në kuptimin fizik. Ushtrimet kryhen zakonisht në të kundërt të një sipërfaqeje ose objekti të palëvizshëm, sikurse është shtytja me dorë e murit ose shtyrja e një makine në malore. Muskujt e krahut në këtë rast janë kontraktuar, por objekti nuk kundërvepron ndaj këtij ushtrimi forcë. Ushtrimi izometrik është efektiv për zhvillimin në tërësi të një muskuli apo grup muskuli. Ushtrimi izotonik ndryshon nga ai izometrik, pasi tek i pari ka lëvizje të kyçit gjatë kontraktimit të muskulit. (Aleksi M, 2005)

Dietat dështuese ose në modë nuk janë të dobishme (ndihmuese) dhe mund të jenë të rrezikshme. Humbja më e shëndetshme dhe më jetëgjatë e peshës kërkon humbjen e ngadalshme, sikurse është humbja prej 220 gram deri në 450 gram në secilën javë. Ngrënia prej 500 kalori më pak se sa ju i digjni për çdo ditë mund të ndihmojë për të arritur këtë qëllim. Në një javë, ju do të hani 3500 kalori më pak se sa ju i digjni, e cila është e mjaftueshme për të humbur 450 gram. (Simo P, 2008).

Rritja e aktiviteteve fizike do t'u ndihmoj që të digjni më shumë kalori. Zgjedhja e ushqimeve me pak kalori dhe yndyra. Yndyra është burim i koncentruar i kalorive. Një individ i shëndetshëm duhet të pakësojë përdorimin e gjalpës, margarinës, salcave të rregullta për sallat, mishin e yndyrshëm ose të kuq, lëkurën e shpendëve, marrjen e shumtë të qumështit, djathit, ushqimet e fërguara (skuqura), akulloret, shumë biskota (ëmbëlsira), tortat, pastat dhe mezet. Ushqimet e shëndetshme përfshijnë pulën pa lëkurë dhe gjeldeti (pa lëkurë) i pjekur, peshk; qumësht 1% ose pa yndyrë; djathë me pak yndyrë dhe pak kripë (sodium); pemë ose perime të freskëta, të ngrira, ose të konservuara (pa gjalpë, kajmak ose salcë djathi); oriz dhe pasta (brumëra, makarona); kiflet (simitet); gjevrekët; drithërat në përgjithësi të ftohta dhe të nxehta. (Ford ES et al, 2007). Në mënyrë të veçantë përdorimi i drithërave është i rekomandueshëm (Alsaraf M et al, 2010 & Ford ES et al, 2007).

Studimi i tre shoqërive zhvilluar nga Meyer dhe shoqëruesit e tij, përdori një përpjekje për të shtuar faktorë të rrezikut për sëmundjet kardiovaskulare, duke përfshirë ndryshimin e dietës për të ulur kolesterolin. Shoqëria e marrë në shqyrtim arriti një fushatë masmediale duke përfshirë TV, radion, gazetën, abonentë madje dhe ndërhyrjet ballë për ballë. Kombinimi i medias me udhëzimet individuale, personale, duket të ketë qenë e suksesshme në prodhimin e ndryshimit dietal dhe uljen e niveleve të kolesterolit. Megjithatë, disa kritere vunë në diskutim nëse roli dhe rëndësia e këtyre ndryshimeve kishte ndonjë efekt real mbi rrezikun. Megjithëse fushatat e medias kanë premtuar sepse ato mund të arrijnë një numër të madh njerëzish. Ndërhyrjet e sjelljes njohëse, mund të jenë të suksesshme në ndryshimin e sjelljeve, kur krahasohet me fushatat e medias ose kundër trajnimit të ushqimit, të tilla si vetë monitorimi, kontrolli stimulues

dhe konkretizimi i paparashikuar, kanë treguar rezultate më të mira për një përsëritje, (Carnody, Fey, Pjerce, Connor dhe Matarazzo, 1982).

Ndërhyrjet më të suksesshme janë ato që modifikojnë sjelljet dhe numri i individëve rritet menjëherë. Duke ndjekur këtë kriter, përpjekja për të modifikuar dietën ka qenë shtruar vazhdimisht në një bazë më të lartë. Sipas një studimi të bërë në Hjuston në zonën e Teksasit, e cila ka botuar edhe një broshurë diete, që shpjegonte qartë se si individët mund të ndryshojnë marrjen e kolesterolit dhe të kripës, edukimin formal në ushqim, një ndërhyrje sjelljeje duke përfshirë një diskutim në grup ose një kombinim të të trijave. Rezultatet treguan se çdo përpjekje uli në mënyrë të dukshme nivelin e kolesterolit në popullatën që u mor në shqyrtim menjëherë pas ndërhyrjes, por asnjë nuk e ruajti ndryshimin. Pas rënieve të para të nivelit të kolesterolit një numër i madh pjesëmarrësish u kthyen në sjelljet e tyre të mëparshme. E njëjta gjë në një fushatë të edukimit të ushqimit, është nxjerrë se s'kishte asnjë rritje të dijes së dietës dhe asnjë ndryshim në shitjet e produkteve ushqimore, duke u krahasuar me super karakterin e kontrollit. (Simo P, 2008).

Duke u rritur, të sjellurit konjitiv ndërhyr të ndihmojë njerëzit të modifikojnë dietat e tyre. Ashtu si dhe në programe të tilla, pjesëmarrësit janë paralajmëruar të identifikojnë situata me rrezik të lartë për recidivim, të tilla si pushimet, banquetet ose dasmat dhe të zhvillojnë teknika specifike që të mbajnë larg ngrënies së ushqimeve të gabuara. Së fundi, përpjekjet për të ndërhyrë në rrezikime zakonisht të dietës individuale, janë fokusuar në grupin e familjes (Carmody, Istran, Matarozzo, Connor dhe Canor 1986).

Edukimi i familjes - Ka shumë arsye të ndryshme për të fokusuar ndërhyrjen në familje, kur të gjithë pjesëtarët e familjes janë angazhuar dhe marrin pjesë në ndryshimin e dietës, pjesëtari i familjes duhet të bëjë të njëjtën gjë. Mbi të gjitha,

aspekte të ndryshme të dietës janë të influencuara nga pjesëtarë të ndryshëm të familjes. Ndërsa gratë akoma gatuajnë preferencat e ushqimit të burrave, që janë shumë herë përcaktues më të fuqishëm se çfarë familja ha. Një program i quajtur studimi i zemrës së familjes, ndërhyr me pjesëtarët e familjes nëpërmjet diskutimeve në grup dhe vendimit për të bërë të ndihmojnë që ata të arrijnë bazat e ndryshimit të dietës së familjes. (Carmody, 1986)

Pjesa e parë e ndërhyrjes përfshin një përpjekje edukuese duke shpjeguar nevojën e pakësimit të kolesterolit dhe të sigurojnë informacione specifike për të ditur si ta bëjnë atë. Pas ndërhyrjes edukuese, familja takohet si një grup për të diskutuar mënyra specifike, në të cilat ato mund të ndryshojnë dhe ndërtojnë ndonjë barrierë potenciale, të ndryshojnë si për shembull për të mos pëlqyer ushqime të veçanta. Një këshilltar i dietave pastaj takohet me familjen duke u afruar këshilla dhe sugjerime si p.sh.: si t'u bëjnë ballë këtyre barrierave dhe shpesh pjesëtarët e familjes vetë arrijnë në alternativa që të shmangin këto probleme. Përveç konsultave individuale të familjes, praktikohen edhe këshilla në grup së bashku me familje të tjera që janë duke u përpjekur, duke bërë ndryshime në dietë. Në takimet mujore pjesëmarrësit ndajnë sugjerime dhe probleme që janë zhvilluar në përpjekjet e tyre për të modifikuar dietat e tyre. Programi gjithashtu përfshin aktivitete sociale, në të cilat njerëzit ndajnë receta dhe sjellin ushqime që i bëjnë ata të mbledhin dijen e tyre. Së fundi, çdo familje merr lidhje me median duke përfshirë një abonim mujor, receta, për të gjetur ushqime më të shëndetshme dhe ide gatimi të reja, që mund të ndihmojnë në familje për të mbajtur ndryshimin e dietës në shtëpi. Këto ndërhyrje familjare, duhet të kenë premisa të konsiderueshme për të modifikuar dietat. (Simo P, 2008)

2.3 Alkooli

Pirja e alkoolit ka një numër të konsiderueshëm të efekteve negative të përdoruesit të tij (Odger, 2004). Sëmundjet kronike si kanceri, diabeti dhe sëmundjet e zemrës janë të lidhura me përdorimin e alkoolit (Storm, 2002). Konsumimi i alkoolit në shifra na jep në përgjithësi një pasqyrë p.sh. gjatë vitit 2010 janë konsumuar 6.2 litra alkool për person prej moshës 15 e lartë, që i bie se 13.5 g alkool për ditë, prej nga në përgjithësi 61.7% e individëve prej mosha 15+ nuk kanë pirë alkool në 12 muajt e fundit, ndërsa 16.0% kishin episode kronike të pirjes së alkoolit. Nga u treguan dallime mes gjinive dhe statusit socio-ekonomik, prej nga femrat ishin konsumuese më të vogla të alkoolit në krahasim me meshkujt, dhe se në përgjithësi sa më e mirë gjendja ekonomike brenda një vendi kishte konsumim më të madh të alkoolit dhe numër më të vogël të atyre që nuk ishin konsumues të alkoolit dhe se këto vende të pasura kishin numër më të madh të sasisë së alkoolit të konsumuar. Alkooli është një substancë psikoaktive me tendencë që të prodhojë varësi. (Organizata Botërore e Shëndetësisë, 2014).

Mënyra se si alkooli është i dëmshëm për shëndetin e njerëzve kalon në tre mekanizma: a) efekti toksik në organe, b) intoksikimi që çon në dëmtime në koordinimin fizik, vetëdije, njohje, perceptim, afektet dhe sjelljet dhe c) varësi, prej nga vetëkontrolli mbi sjelljet e tij\ saj për kontrollin e pirjes së alkoolit dhe sa i dëmtuar është (Organizata Botërore e Shëndetësisë, 2014). Alkooli është shkaktar i më shumë se 200 sëmundjeve, jo vetëm varësia nga alkooli, kanceri dhe lëndimet e ndryshme, kanë një lidhje të ngushtë me alkoolit dhe sëmundjeve infektive si tuberkulozi dhe HIV/AIDS, po ashtu dhe dëme si në aspektin social dhe ekonomik (Organizata Botërore e Shëndetësisë, 2014). Konsumimi i ulët i alkoolit nuk ishte lidhur me paraqitjen dhe zhvillimit të hipertensionit të femrat (Sayette, 1999). Problemet më të shpeshta shëndetësore të

asociuara me përdorimin kronik të alkoolit janë çrregullimet neuropsikiatrike: çrregullimi i përdorimit të alkoolit është gjendja neuropsikiatrike (WHO, 2014) përdorimi i alkoolit është i lidhur edhe me problemet tjera neuropsikiatrike si depresioni dhe çrregullimi ankthit (Kessler, 2004; Buden & Fergusson, 2011).

Përveç ndërlidhjes me gjendjet neuropsikiatrike më të rënda alkooli ka treguar që të këtë një ndërlidhshmëri me stresin (Levenson, Sher, Grossman, Newman & Newlin, 1980; Cole, Tucker & Friedman, 1990). Levenson et al. (1980), raportuan se konsumimi i alkoolit kishte një efekt të fuqishëm në nivelet e para të stresit, duke përsheptuar rrahjet e zemrës, variabilitet i ulët i rrahjeve të zemrës, lëvizje të shpeshta të lëkurës, kohë të gjatë të lëvizjeve të pulsit. Që tregon për një efekt farmakologjik dhe kognitive të pirjes së alkoolit si të lidhur me stresin. Kemi rritje të stresit në mënyrë konsistente ndërmjet grupeve të ndryshme me probleme të pirjes së alkoolit të meshkujt, të cilët nuk janë konsumues të alkoolit, që përjetojnë më pak ngjarje jetësore dhe perceptojnë më pak stres se ata që ishin konsumues të moderuar të alkoolit, ndërsa ata që ishin konsumues të moderuar të përjetonin më pak stres se ata që ishin konsumues të rëndë të alkoolit (Cole et al., 1990).

Mënyra se si alkooli kishte efekte në mirëqenien e individëve që ishin konsumues të alkoolit është e lidhur me mekanizmat e ndryshëm psikologjik dhe neurologjik. Raportet e ndryshme shkencore tregojnë se individët e ndryshëm që kanë motive të fuqishme të tejkalimit të pirjes së alkoolit janë më të ndjeshëm ndaj provokimit të stresit ose hyrjen në një disponim negativ, në krahasim me ata që kishin motive të pakta të ndalimit të pijes (Field & Quigley, 2009; Grant & Stewart, 2007). Por të dhëna të kundërta raportuan Thomas, Merrill, Von Hofe & Magide (2014), të cilët treguan se individët me nivel të lartë të motivit të përballjes të pirjes së alkoolit kishin nivel më të ulët të stresit

në krahasim me ata që kishin nivel të ulët të motivet të tejkalimit të pijes. Alkooli në vetvete mund të shërbej si një stresor duke aktivizuar qendrën pituitare-adrenocortical të hipotalamusit (HPA) e cila konsiston te komponenti kryesor si përgjigje hormonale ndaj stresit (Smith & Vale, 2006). Një numër i mekanizmave kanë qenë të sugjeruara se kontribuojnë në lidhjen mes varësisë ndaj alkoolit, stresit dhe sjelljeve të pirjes së alkoolit, kjo përfshin çlirimin e hormonit të stresit prej qendrave adrenale në përgjigje ndaj aktivizimit të axis HPA (corticosteroids), neuromodulatore të njohur si steroide neuroaktive, neurotransmiterit të neuroepinfrinës dhe molekulave të ndryshme të lidhura me stresin (Becker, 2012).

Po ashtu rol të rëndësishëm luajnë edhe faktorët tjerë si mosha, faktorët socio-ekonomik dhe gjinia. Krahasimet mes meshkujve dhe femrave kanë treguar se femrat me probleme me pirjen e alkoolit raportuan në mënyrë sinjifikante më shumë probleme me depresionin dhe stres në ngjarjet e lidhura me shëndetin, krahasuar me meshkujt që kishin probleme me pirjen e alkoolit (King, Bernardy & Hauner, 2003).

Ndërsa në raport me historinë familjare, ata që kishin histori pozitive të alkoolizmit në familje treguan nivel të ndryshme të reagimit ndaj stresit, në krahasim me individët që kishin histori negative në familjes (Lovallo, 2007). Krahasimet mes grupeve të ndryshme të personave që kanë nivele të ndryshme të pirjes së alkoolit kanë treguar se konsumimi i moderuar i alkoolit ishte i lidhur me rritjen e një përgjigjeje subjektive dhe lajmërimi i një ndjeshmërie hormonale ndaj stresit të pirësit social të cilët kanë potenciale të bëhen pirës problematik të alkoolit, ndërsa uljen e nivelit të stresit tek ata që ishin në risk të vogël të bëheshin një konsumues problematik të alkoolit (Nakajima, al'Absi, Kumar, Wittmers & Scott, 2013). Ky efekt mund të jetë i moderuar nga faktorët e ndryshëm farmakologjik si mekanizma të ndërlidhur mes konsumimit të alkoolit dhe

stresit te këta individë. Individët që raportojnë një stimul të caktuar në përgjigje ndaj alkoolit në situata jo stresuese përjetojnë zvogëlim të efektit të stimullit, por rritin efektin qetësues të alkoolit të përcjellë nga stresi (Childs, & O'Connor, 2011).

Ky fakt paraqet një dëshmi të rëndësishme se konsumimi i alkoolit është i lidhur me nivelin e stresit që ne përjetojmë, ndërsa konsumimi në situata stresuese është i lidhur me rritjen e niveli të stresit.

Kemi një ndryshueshmëri në mesin e raportimeve të ndryshme shkencore në ndërlidhjen mes alkoolit dhe stresit, prej nga situata të ndryshme stresi është edhe pikënisje e pirjes së alkoolit dhe nga ana tjetër alkooli redukton nivelin e tij. Kjo tregohet nga një hulumtim me veteranët norvegjezë që tregon se shumë nga ata kishin rritur konsumimin e alkoolit gjatë misionit të tyre, dhe ata që ishin ekspozuar ndaj situatave më stresuese raportuan më shumë arsye patologjike të konsumimit të alkoolit (Mehlum, 1999).

Ndërsa raportimet e aspektit tjetër tregojnë se alkooli redukton nivelin e stresit, krahasuar me ata që konsumonin alkool para situatës stresuese dhe me shumë gjasa redukton përgjigjen stresuese në ekspozimin para situatës stresuese, se sa kur situata e ndodhur dhe më pas është përcjellë me konsumim të alkoolit (Sayette, Martin, Perrott, Wertz & Hufford, 2001). Ndonëse raportimet e ndryshme tregojnë se konsumimi i alkoolit ishte i lidhur me reduktimin e stresit ndaj situatave ankthioze, megjithatë Sher dhe Walitzer (1985), raportojnë se nuk është treguar ndonjë evidencë për një vetëdije ose prirje se alkooli e redukton nivelin e stresit ndaj këtyre situatave dhe se ky efekt moderohet prej tipareve të personalitetit.

Abuzimi me alkoolin numëron çdo vit me mijëra vdekje dhe biliona dollar humbje ekonomike. Në mënyrë globale ajo është konsideruar si një sëmundje sociale dhe

alkooli është njohur në rrugë zyrtare si një ndikues në sëmundje nga Asociacioni mjekësor Amerikan (1957) (Jellink, 1960).

Si një problem që ka të bëjë me shëndetin, konsumi i alkoolit i është bashkëngjitur si një hallkë me një numër shqetësimesh duke përfshirë këtu dhe cirozën (sëmundje e mëlçisë) disa forma kanceri dhe sindromën e alkoolizmit në fetus, një kusht që ndikon në vonesën dhe në anormalitetin fiziologjik, që lindin tek fëmijët që sjellin në jetë nënat me probleme të rënda alkooli. (Streisguth, Landesman, Dwega, Dastin & Smith 1980).

Konsumimi i tepërt i alkoolit në masë të madhe numëron gjithashtu dëme thelbësore konjuktive, disa prej tyre të pakthyeshme. (Goldman 1983, Mc.Guine 1982).

Ngarja e makinës në kushtet e të pirit paraqet një problem goxha serioz për shëndetin. Afërsisht 50% e aksidenteve që ndodhin në autostrada i janë atribuar faktit që shoferët e ngasin makinën në gjendje të dehur. (Gine, 1982).

Është vlerësuar që një në çdo dy amerikanë, do të jetë patjetër i lidhur me një ndodhi aksidenti në kushtet e të pirit gjatë gjithë jetës së tij dhe çdo njeri nga ne ka një në nëntë shanse që të jetë i përfshirë në një aksident serioz në lidhje me alkoolin. Ekonomikisht është vlerësuar që alkoolizmi kronik i kushton ekonomisë në SHBA as më shumë as më pak se sa 42 milionë dollarë në vit. Një vlerë prej 15% e buxhetit kombëtar për shëndetin e njeriut shkon për trajtimin e alkoolizmit (Holter, 1987).

Është një rrezik i jetës që mbetet i hapur për t'u parë megjithëse për disa grupe dhe sasi të vogla alkooli mund të japin një rrezik për shëndetin si dhe në rastet për pasardhësit në gratë shtatzënë. Ka qenë e vështirë të përkufizosh qëllimin e problemit të abuzimit. Është vlerësuar që 1 në 10 të mitur amerikanë është alkoolik ose ka problem me pijen. Kjo do të thotë që në total janë afërsisht 10 milion individë (US departamenti për shëndetin dhe shërbimet njerëzore, 1981).

Vështirësia e përkufizimit të qëllimit të problemit paraqitet prej të paktën 2 faktorëve:

Së pari, shumë probleme pija i mban të fshehura të paktën për një periudhë kohe. Por jo tek individët që nuk janë të aftë të pinë pa bërë shprehje të dukshme të aktiviteteve të tyre ditore. Problem tjetër është se pijanecët i kufizojnë të pirët e tyre ditore. Problem tjetër është se pijanecët i kufizojnë të pirët e tyre në qendër të vëmendjes. Këta individë nuk tregojnë kategorinë e këtyre trajtimeve formale, të sëmundjeve të paktën për pak kohë.

Së dyti, problem i të pirit dhe alkoolizmi sjell një varietet sjelljesh specifike. Termi alkoolist zakonisht është përdorur për personat që varen fizikisht nga alkooli. Tek alkoolistët shfaqen simptoma të qëndrueshme, si p.sh.: bëhen të paqëndrueshëm mendërisht, kanë tolerancë të lartë ndaj alkoolit dhe kanë pak zotësi për të kontrolluar jetën e tyre. (Jallinek 1960, Worbeng & Horn 1983).

Problemet e atyre që pinë mund të mos i manifestojnë këto simptoma, por ato mund të kenë probleme thelbësore social-fiziologjike dhe biomedikale, që janë rezultat i alkoolit. Problemet e të pirit dhe alkoolizmit janë përkufizuar nga një varietet specifik sjelljesh, që kanë një amplitudë që nga më të ultat, të shoqëruara me problemet e të pirit, deri tek më të ashprat të shoqëruara me alkoolizmin. Këto sjellje përfshijnë nevojën e përdorimit ditor të alkoolit, paaftësinë për ta ndërprerë të pirët, përpjekjet e përsëritura për të kontrolluar të pirët nëpërmjet një asistence të përkohshme ose kufizimet e alkoolit për një kohë të caktuar gjatë ditës, të pirët sipas rasteve me marrjen e një sasive të madhe alkooli, humbjen e memorjes etj. Kur është i intoksikuar individ i vazhdon të pirët, megjithëse ka probleme të njohura me shëndetin ata arrijnë dhe përdorin përsëri pije alkoolike pa menduar për pasojat. (Jallinek 1960, Worbeng & Horn 1983).

Simptomat e abuzimit me alkool gjithashtu përfshijnë vështirësi në mbarëvajtjen e punës nga personi që konsumon alkool, paaftësi për të funksionuar normalisht në shoqëri pa

prezencën e alkoolit. Vështirësitë legale që ndeshen tek personat e pirë të cilët kryejnë veprime të përditshme në gjendje të pirë si p.sh., ngasin makinën në gjendje të pirë a po shkojnë në punë në gjendje të tillë (Amerikan Fiziotnik Association, 1980).

Nga përshkrimi i mësipërm, njeriu nxjerr konkluzionin se alkoolizmi dhe problemet e të pirit kanë të bëjnë në një shkallë të gjerë me termat e sjelljes së individit. Kështu është ngritja e tensionit që gjithsesi karakterizon simptomën e varësisë prej alkoolit në terma fiziologjike dhe psikologjike të eksperimentuara me respekt ndaj alkoolit. Këtu përfshihet rritja steriotipe e të pirit që e mbajnë alkoolin në gjak në një nivel të veçantë, që ul aftësinë e funksionimit të organizmit e që e bën atë të paaftë dhe pijanec me më pak tolerancë. Eksperimenti rrit frekuencën dhe ashpërsinë e të pirit që herët në mëngjes dhe në mes të natës, një sens të humbjes së kontrollit gjatë një doze të madhe të të pirit dhe një dëshirë të madhe për alkoolin (Straus, 1988).

Këto karakteristika mund të na udhëheqin në një studim të shoqatës Amerikane psikiatrike për drejtimet me subjektet që kanë probleme në lidhje me alkoolin (Instituti i drejtësisë, 1987).

Sipas mendimit të Jellinek (1960), shumë abuzime me alkoolin mund të ndodhin pa ndonjë varësi fizike ose psikologjike, p.sh. në qoftë se një individ është ngatërruar në një ambient shoqëror që nxitë një konsumim të alkoolit në një sasi të madhe, kjo nuk do të thotë që individ i nuk dëshiron domosdoshmërisht të identifikohet si një problem pijaneci nga kritere fizike dhe psikologjike. Ky debat i pambyllur shton vështirësitë e përkufizimit dhe identifikimit të alkoolizmit dhe të pirit.

a. Origjina e alkoolizmit dhe probleme të të pirit

Çfarë na shtyn drejt alkoolizmit dhe të pirit? Për këtë problem ka teori të ndryshme. Njëra i afrohet faktorit biologjik dhe gjenetik të tillë si predispozitë e dhënies pas

alkoolit. Në mbështetje të kësaj teorie studimet e bëra nëpër familje, tregojnë një normë të lartë alkoolizmi nëpërmjet personave të alkoolizuar. Studimet e bëra mbi binjakët tregojnë për norma të larta alkoolizmi dhe probleme të lidhura me alkoolin më shumë te binjakët identik se sa me binjakët fraternalë. Fëmijët që kanë baballarët të alkoolizuar janë më të rrezikuarit (Clogines, 1987).

Të dhëna që mbështesin ngjashmërinë e një faktori gjenetik në rastet e abuzimit me alkool (Instituti i Mjekësisë, 1987).

Alkoolizmi gjithashtu u është atribuar faktorëve të tillë si demografike variabël si dhe predispozicionet gjenetike këta faktorë duhet të japin një përqindje të vogël në variantet e sjelljes të të alkoolizuarve (vetëm rreth 20% Moss Crancite & Finney, 1982).

Më i mirë është mendimi mbi zhvillimin e alkoolizmit si një proces që zgjat dhe ka varësi reciproke të ndara në ato psikologjike, të sjelljes dhe ato social kulturore të cilat janë variabël (Tucher & Gomberg, 1986).

Të pirët përfshin problemin e të pirit si një rast i qartë dhe pjesërisht si një përpjekje, si një lloj amortizatori për goditjen që i jep stresi (Baes, Garnezy, Mc Laughlin, Pohorny & Wernick 1987; Neff & Husaini 1985; Seaman & Budras 1988).

Një ndjenjë e fuqishme e të qenit të pafuqishëm, mund të ketë ndodhur në jetën e përditshme të gjithsecilit, e cila ka qenë e lidhur me përdorimet dhe abuzimet me alkoolin (Seman & AL, 1988).

Kjo duhet të jetë një dritare e vulnerabilitetit për përdorimin dhe abuzimet me alkoolin. Varësia kimike përgjithësisht fillon ndërmjet moshave 12 dhe 21 dhe arrin kulmin në 18 dhe 25 vjeç (Dupont, 1988). Një konsekuencë e këtij fakti ka qenë dhe ndërhyrja nëpër shkollat e mesme dhe ato të larta për të mbajtur larg fëmijët nga abuzimet, duke patur parasysh varësinë kimike ndaj alkoolit dhe përdorimit të drogave. Për këtë janë bërë

përpjekje për ta luftuar problemin në mënyrë direkte, duke sensibilizuar kolegjet se fatkeqësitë në rastet e vdekjeve në pjesën më të madhe janë shkaktuar nga alkooli. Për vite me radhë alkooli është shikuar si një problem i pa trajtueshëm dhe si problem që ishte rezistent ndaj ndërhyrjeve. Gjithsesi dekada të tëra kërkimesh dhe programesh të ndryshme trajtuese tregojnë se abuzimi me alkoolin mund të ndryshohet. Disa të alkoolizuar janë të aftë të alternojnë periudha të gjata me asistencë të të pirit, me një pirje me sasi të madhe. Rreth 10-20% të të alkoolizuarve e ndërpresin të pirit vetëm pasi vlerësojnë dëmet në shëndet (Moss & Finney, 1983).

Një numër i të alkoolizuarve të maturuar, alkoolin e ndalojnë ose e ulin marrjen e tij në vitet e vona të jetës së tyre (Stoll & Diernacki 1986). Evidencat e kërkimeve nga varietete studimesh të programuara për të ndihmuar të alkoolizuarit, përfshijnë programe të ndryshimeve të sjelljes, programe trajnimi rezidenciale dhe vetëndihmuese. Grupe si p.sh.: alkoolistët anonimë etj., tregojnë sukses në uljen e përdorimit të sasisë së alkoolit. Fatkeqësisht me gjithë këto suksese abuzimi me alkoolin vazhdon të mbetet rezistent ndaj këtyre ndërhyrjeve.

Kujdesi ndaj konsumimit të alkoolit

Në një studim të realizuar përgjatë 8 viteve, ku janë diagnostikuar më shumë se 70,000 gra të moshës 25-42 është gjetur se ato të cilat kishin pirë rreth dy ose tri pije në javë e kishin 15% rrezikun më të vogël për zhvillimin e shtypjes së lartë të gjakut sesa ato që nuk kishin pirë fare. Por për gratë të cilat kanë pirë më shumë, janë zvogëluar përfitimet dhe shtypja e gjakut ka filluar të rritet me konsumimin e më shumë se 1.5 pije në ditë. Gratë të cilat kanë pirë mesatarisht 10 pije ose më shumë në javë kanë pasur 30% rrezik më të madh për zhvillim të shtypjes së lartë të gjakut. Kjo ngritje në shtypjen e gjakut është parë me verë, birrë dhe liker (Thadhani R, 2002).

JNC 7 gjithashtu rekomandojnë që pacientët meshkuj të mos konsumojnë më shumë se dy pije alkoolike në ditë dhe pacientet femra jo më shumë se 1 pije në ditë. Kufizimi i konsumimit të alkoolit mund të zvogëloj SHSGJ-në prej 2 deri 4 mmHg.

Stili i jetesës i ulur është një tjetër faktor i ndryshueshëm i rrezikut kardiak. Stili jetësor i ulur njihet për më shumë se 25,000 vdekje në vit (Maron, Rader, 1998).

Ushtrimet aerobike sikurse ecja e shpejtë e shton nivelin e HDL zvogëlon nivelin e LDL, zvogëlon shtypjen e gjakut, rrit mirëqenien dhe zvogëlon stresin (Halm, Penque, 1999). Shoqata Amerikane e Zemrës (The American Heart Association – AHA) rekomandon 30 minuta ushtrime të intensitetit të moderuar katër deri pesë herë në javë. Profesionistët e kujdesit shëndetësor duhet të inkurajojnë ushtrimet dhe të promovojnë mënyrën për të rritur aktivitetet në rutinën ditore.

Trajtimi i abuzimit me alkool - Trajtimi konsiston në atë që problemi i të pirit dhe alkoolizmit përpiqet të bëjë një marrëveshje me gjithë kompleksitetin e abuzimit me alkool. Në veçanti abuzimi me alkool tashmë është bërë e njohur se varet nga mjedisi social dhe kulturor i atij që pi, po aq mirë sa edhe faktorët gjenetikë dhe biologjikë. (Wanburg & Horn, 1983).

Pirja ndodh në mjedise të veçanta dhe këto lloj mjedisesh tërheqin dhe mbajnë sjelljen e të pirit. P.sh.: asociimi me miq që kanë probleme të mëdha me të pirët e bëjnë gjë të zakonshme, të pirët në kohë të veçanta të ditës për të ulur tensionin dhe të kesh një jetë sociale të përqëndruar në të pirin dhe e gjithë kjo krijon varësinë e sjelljes ndaj të pirit. Ndoshta evidencat më të forta për këtë pikë janë shtimi i diferencuar i taksave për të alkoolizuarit me një status të lartë social-ekonomik dhe një stabilitet të lartë shoqëror, që do të thotë një punë të rregullt, një rreth familjar i zgjedhur etj. Të gjithë të alkoolizuarit me nivel të lartë dhe me një stabilitet shoqëror të ulur kanë norma tipike të

suksesshme 18% ose dhe më pak, (këto janë të dhëna të departamentit të SHBA të shërbimeve për shëndetin e njerëzve). Edhe programet trajtuese dhe intensive do të jenë të pasuksesshme në qoftë se i alkoolizuari kthehet në një mjedis ku ka një mbështetje të vogël shoqërore. Duke patur parasysh këto fakte trajtimet rrjedhëse, siç janë programet trajtuese për alkoolin dhe problemet e të të pirit tipike multimodale si dhe terapitë e sjelljeve kognitive (Wanburg & Horn 1983).

Qëllimet e këtij afrimi janë për të pakësuar varësinë nga alkooli, t'u mësojë njerëzve të rejat që janë të papërputhshme me abuzimet alkoolike dhe në ndryshimin e ambientit të përfshijnë rforcime pozitive për ato lloj aktiviteteve që nuk kanë në brendësi marrjen e alkoolit. Afrimet multimodale të kombinuara me metoda të ndryshme të sjelljeve të modifikuara, sjelljen gjatë pijes dhe ambientin ku ajo ndodh. Broad spectrum orvatet të ofrojnë, të identifikojë problemet e jetës që mund të jenë të lidhura me abuzimin dhe të merret vesh me ta nëpërmjet shtrirjes graduale në një zonë të gjerë të aftësive bashkëpunuese. Teknikat parashikuese përsëritëse janë zakonisht të ndërtuara me këto lloj programesh, të zmadhojnë mbajtjen e tyre për një periudhë të gjatë.

Programet Trajtuese – Në mënyrë specifike, çfarë janë programet trajtuese për ata që abuzojnë me alkoolin. Për të alkoolizuarit në gjendje të rëndë, faza e trajtimit mund të jetë detoksifikimi (ç'helmimi). Meqë kjo fazë mund të sjellë simptoma të ashpra dhe probleme për shëndetin është e nevojshme ndjekja në kushte spitalore në mënyrën më të kujdesshme. Pas kalimit të kësaj faze pra kur i alkoolizuari nuk ka konsumuar pije alkoolike fillon terapia. Programi tipik fillon me kohë të shkurtër, intensive, të kujdesshme, trajtim të ndjekur nga një periudhë e vazhdueshme e trajtimit nga një pacient i jashtëm. Zakonisht këto lloj programesh zgjasin ndërmjet 10-60 ditëve me një

numër mesatar që i afrohen 3 javëve. Pas intoksikimit pacientët presin për të ndjekur sezonet e më pasme.

Një varietet teknikash të sjelljes së modifikuar janë inkorporuar me programet e trajtimit kundër alkoolit. Një pre tyre është teknika e kushtëzimit klasik me terapinë e antipatisë apo neveritjes ndaj alkoolit. Në këtë teknikë pirja e alkoolit është krahasuar me një veprues të neveritshëm, të zakonshëm, që është quajtur kimikisht Emetinë. Absorbimi i emetinës dhe alkoolit shkakton të përziera dhe të vjella. Programe të tjera krahasojnë marrjen e alkoolit me një shok elektrik ose me veprues kimikë të tjerë, të tillë si Antabuse. Por sa e suksesshme është terapia e mësipërme? Në praktikën klinike një terapi që përdoret zakonisht është e kombinuar me teknika të tjera, pasi kështu jep një kontribut unik, një sukses total që është vështirë të vlerësohet. Gjithsesi studimet eksperimentale që shpjegojnë efektet e teorisë së neveritjes, sugjerojnë efekte mikse dhe shoku elektrik në përgjithësi nuk ka qenë i suksesshëm në reduktimin e abuzimit me alkoolin. (Departamenti i USA, 1981).

Gjithsesi eksperimentet që kanë përdorur teorinë e melortëve të kondicionuar me emetinë ose Antabuse kanë demonstruar disa suksese. (Departamenti i USA, 1981) dhe vlerësimet e programit që kanë vënë në punë këto terapi, sugjestionojnë norma të larta të tilla si 60% periudhë asistence përgjatë 1 viti (Weins&Menustik, 1983).

Fatkeqësisht ka një vështirësi më të madhe në procedurat e terapisë së neveritjes. Mbajtja e suksesshme dhe ndryshimin në sjellje, shpesh kërkojnë pacientët që ta vazhdojnë procedurën e tyre jashtë terapisë. Në qoftë se pacienti zgjedh që të mos marrë vepruesin kimik, ai mundet që gjatë kohës të ulë efektivitetin e kondicionit që ishte krijuar fillimisht me programin e trajtimit (shih Mahoney 1974). Të tjera afrime janë përdorur gjithashtu në këto takime multimodale ose broad-spectrum për abuzimin me

alkoolin, shumë programe përfshijnë fazën e vetë monitorizimit, në të cilin i alkoolizuari fillon të kuptojë situatën që të shtyn të pijë dhe ta mbajë për një kohë të gjatë të pirën. Rasti i tërheqjes është i zënë me punë në mënyrë frekvente, ku individ bie dakord për një trajtim psikologjik dhe financiarisht edhe në rast të një dështimi. Shumë programe trajtimesh të suksesshme janë orvatur të furnizojnë të alkoolizuarit me përgjigje, me të cilat ato të zëvendësojnë të pirët. Siç është vënë re që në fillim alkooli në disa raste është përdorur si një metodë e bashkëpunimit me stresin. Të gjitha këto informacione që janë të suksesshme në programet e abuzimit me alkool, duhet të përfshijnë zotësitë e trajtimit në menaxhimin e stresit. Rastet e formave variuese të trajtimit të relaksionit, janë marrë për t'u mësuar të alkoolizuarve dhe atyre që kanë probleme me pijen, metoda të bashkëpunimit me stresin por që nuk përfshijnë të pirën. Trajtimi për të pakësuar problemin e të pirit dhe trajtimi me mbështetjen shoqërore ndihmon të alkoolizuarit dhe ata që kanë probleme me pijen të bashkëpunojnë me problemet pa ju drejtuar alkoolit. Në disa raste terapia në familje dhe këshillimi në grup janë ofruar si zgjedhje të mira. Avantazhi i veçantë i këshillimit në familje është të ndihmojnë të alkoolizuarit ose atë që ka probleme me pijen, me kthimin në jetën normale në familje (Marlot 1982 dhe departamenti i USA 1981). Përsëritja e kthimit tek pija, është vështirësia më e madhe në trajtimin e tyre që abuzojnë me alkool. Është vlerësuar që vetëm 26% e të alkoolizuarve mbeten të përmirësuar 1 vit pas trajtimit (Baker, Conney, Pomeslau 1987).

Një kontribut thelbësor në problemin e përsëritjes është dëshira e fortë për alkool, që në shumicën e rasteve të të alkoolizuarit e shprehin këtë gjendje me nervozitet, lodhje dhe depresion. Kjo dëshirë e fortë shfaqet si përfshirje e përgjigjeve psikologjike, fiziologjike, sjellore dhe biokimike (Kaplan et al 1983, Pomeslau, Fertig, Conney 1983).

Këto simptoma gjithashtu janë të shoqëruara me një rritje të dëshirës për të pirë.

Trajtimi për zhdukjen e të pirit - Është një nga trajnimet që të ndihmon më shumë në pakësimin e dëshirës së madhe për të pirë. P.sh.: përgjigjja ndaj kësaj dëshire të fortë mund të zvogëlohet në qoftë se pija alkoolike është paraqitur por ajo nuk prodhon veprime farmakologjike të anticipuara. (Baber et al 1987).

Kjo mund të ndodhë në qoftë se pija alkoolike nuk është konsumuar ose sepse një pije e stimuluar është zëvendësuar me një tjetër që nuk përmban alkool.

A mund të qëndrojnë në kushte spitalore alkoolistët që rinisin të pinë? Një çështje ende e pa zgjidhur dhe kontradiktore në trajtimin e abuzimit me alkool është kur të alkoolizuarit dhe ato me probleme mund të mësojnë të pinë në mënyrë më pak të moderuar (Lorg&Marlott 1982). Për dekada të tëra kërkimet dhe programet e trajtimit vetë ndikuese për alkoolizmin kanë provuar që i alkoolizuari është i tillë për të gjithë jetën dhe mund të përmbahet në pije. Koncepti është që një i alkoolizuar në kushte spitalore të jetë i aftë të pijë më pak. Gjithashtu në qendër të progresit të trajtimit, nga më të vjetrat dhe më aktivet qëndron terapia e alkoolistëve anonim. Kërkimet tregojnë që ky besim është ende në mënyrë të gjerë dhe i vërtetë. Në kundërshtim me këtë ka edhe opsione që mendojnë se për të alkoolizuarit me gjithë këto kushte të krijuara dhe praktikuara nuk ka fakte bindëse që programe të tilla të kenë sukses për një kohë të gjatë.

2.4 Duhan pirja

Pirja e duhanit është një ndër sjelljet e varësisë më të përhapura te njerëzit. Pirja e duhanit mbetet numri një në Shtetet e Bashkuara të Amerikës që shkakton vdekjen dhe paaftësi të ndryshme dhe se është një barrë për njerëzit, ekonominë dhe sistemin e kujdesit shëndetësor në mbarë botën (McClermon & Gilbert, 2007). Të dhëna të ndryshme si p.sh., i vitit 1992 prej General Household Survey në Britani të madhe

tregojnë se 28% e njerëzve të moshës 16 vjeçare ishin pirës të duhanit, krahasuar me 30% që ishin në vitin 1990 (Ogden, 2004).

Një përmbledhje e shkurtër historike për pirjen e duhanit

Për vite me radhë pirja e duhanit është konsideruar si një zakon i sofistikuar dhe burrëror, i cili karakterizonte fisnikërinë e shekullit 18-19 p.sh.: shpesh burrat vizatoheshin të tërhequr në dhomën e ndenjes, pas darke, me cigare dhe konjak. Shoqëritë e tregtimit të cigareve në fillim të shekullit 20 krijuan imazhe të reja dhe pas 1955 duket se njerëzit nuk tymosnin në një numër të gjerë. Gjithsesi u bë zakon i pranueshëm dhe për gratë dhe shoqëritë e prodhimit të cigareve filluan të afishojnë pirjen e cigareve edhe si simbol të feminitetit (Blitzer, Rin, Geifer, 1971).

Në 1964 u botua raporti i kirurgut ushtarak i shoqëruar nga një fushatë reklame e gjerë që hidhte dritë për rreziqet e duhanit. Në shumë vende pirja e duhanit tek burrat u ul në 39% në 1975, nga ana e grave aktualisht u nxit gjatë të njëjtës periudhë nga 25% në 1955, në 29% në 1979. Më frikësuese mbetet ende rritja e tymosjes tek adoleshentet femra në 20,5 në 1986, një imazh që nuk i kalon 16% për djemtë adoleshentë. Debatet qëndrojnë në faktin se shumë individë vendosin shenjën e barazimit në mes duhanpirjes dhe kancerit. Fakti që pirja e duhanit është një nga faktorët e rëndësishëm në shkaktimin e kancerit të mushkërive është e bazuar kryesisht në studimet e bëra te minjtë. Në kushte laboratorike janë vendosur minj në pozitën e një individi që pi duhan si në mënyrë aktive por edhe pasive. Pavarësisht të dhënave nga studimet eksperimentale shumë studime në njerëz nuk kanë gjetur lidhje në mes pirjes së duhanit me kancerin e mushkërive dhe veçanërisht të dhëna statistikisht jo të rëndësishme për meshkujt. Për më tepër që kur kanceri i mushkërisë është një shqetësim për njerëzit e shkuar në moshë shumë duhanxhinj kuptuan se kërcënimi imediat për shëndetin e tyre

të ishte i vogël. Duke u bazuar në këto fakte shumë duhanxhinj e kuptuan se pirja e duhanit është një rrezik për shëndetin e tyre dhe duhet të ketë një alternativë për duhanin. Për t'u përgatitur për të reduktuar nikotinën njerëzit shpesh tymosin më shumë dhe më rëndë duke marrë sa më tepër katran e monoksid karboni sesa më parë. Alternativat për duhanin nuk janë zhvilluar asnjëherë dhe statistikat që lidhin kancerin e mushkërisë dhe çrregullimet e zemrës po bëhen gjithmonë e më të qarta dhe evidente, për gratë po njësoj si dhe për burrat. Në fakt kanceri i mushkërisë është menduar të zëvendësojë kancerin e gjirit si shkaku kryesor i vdekjeve të gratë amerikane në dekadën e ardhshme (Shoqëria amerikane për kancerin, 1989).

Çdo vit numri i atyre që pinë duhan pëson rritje duke bërë një rreth të gjerë të amerikanëve që vazhdojnë të përdorin duhanin.

Përse njerëzit pinë duhan? - Në disa studime sugjerojnë që mund të ketë disa influenza gjenetike në familje për rastet e pirjes së duhanit. Është e mundur që gjenetikisht më të bazuara janë diferencat në reaksionin e ulur të nikotinës së duhanit. Disa njerëz janë të ekspozuar për kundrejt nikotinës, por nuk bëhen të varur. Disa njerëz stimulohen nga nikotina kurse disa të tjerëve nuk u bën përshtypje ose ka të tjerë që ndihen të depresionuar prej saj (Pomerlau, 1984).

Disa njerëz pinë duhan rregullisht por nuk jepen para çrregullimeve. Faktorët gjenetik mund të influencojnë pirjen e duhanit. Pirja e duhanit nis relativisht herët. Qendra për kontrollin e çrregullimeve ka evidentuar faktin që më tepër se 15% e popullsisë adoleshente ndërmjet moshave 12-18 vjeç pothuaj pinë rregullisht cigare dhe e konsiderojnë veten duhanxhinj. Gjithsesi pirja e duhanit nuk fillon me njëherë të vetme. Kjo është periudhë fillestare kur, fillimisht eksperimentohet duke provuar cigaren dhe me pas zhvillohen atitudat se ç'lloj duhanxhiu do të jetë.

2.4.1 Ndërlidhja e duhanpirjes dhe shëndetit

Duhanpirësit mund të kategorizohen në rrethana të tilla nëse janë ish duhan pirës, duhan pirës të tanishëm ose ata që nuk kanë pirë ndonjëherë duhan. Tashmë është e dëshmuar shkencërisht që duhani shkakton probleme kronike shëndetësore (Sturm, 2002). Problemet shëndetësore të shkaktuara nga pirja e duhanit janë të mirë dokumentuara në mesin e qarqeve shkencore dhe institucioneve shëndetësore, por megjithatë mënyra e pranimi të informacioneve rreth efektit të duhanit në shëndetin e njeriut dallon mes grupeve të ndryshme të duhan pirësve. Chapman, Wong dhe Smith (1993), realizuan hulumtimin e vet-përgjashtimit të duhan pirësve rreth pirjes së duhanit në shëndetin e tyre. U raportua se ata që ishin konsumues më pak të duhanit pranonin se duhani shkakton sëmundje, po ashtu kishin mendime vet-përgjashtuese, ndërsa të bërit ish duhan pirës ishte e lidhur me rritjen e besimit se pirja e duhanit ishte shkaktar i sëmundjeve. Pirja e duhanit është një risk, faktor i pavarur për problemet me hipertension (Regalado, Yang, & Wesson, 2000). Pirësit e tanishëm të duhanit janë në risk për hipertension, për arsye së prevalencës së madhe të mbi peshës dhe obezitetit në këtë grup (Halimi, Giraudeau, Cacès, Nivet, & Tichet, 2002).

Mënyra e afektimit të shëndetit me pirjen e duhanit është e ndërlidhur edhe me faktorët e tjerë të stilit të jetës se tyre, nga kemi një ndërlidhje ose ndërveprim mes statusit të ulët socio-ekonomik dhe pirjes së duhanit. Nga një anë shëndeti i personave prej grupeve me status të ulët mund të dëmtohet prej sjelljeve jo të shëndetshme të tilla si duhani, duke e vendosur shëndetin në një risk substancial të prodhuar prej burimeve të kufizuar, ndoshta se ata kanë më pak për të humbur prej dëmtimit të stilit të jetës. Nga ana tjetër stili i jetës i zgjedhur rrit problemet e shëndetit për shkak të privimit material (Pampel & Rogers, 2004). Duhani përfshin rrezikun e bronkitit kronik, ulçera,

shqetësime të frymëmarrjes, peshë të ulur në lindje dhe vonesë në zhvillimin e fetusit. Ato që pinë duhan gjithashtu janë më pak të shëndetshëm. Dëmet e duhanit nuk janë të kufizuara thjeshtë vetëm me pirjen e tij. Studimet tregojnë se ata janë në kontakt të ngushtë me duhanxhinjtë, si bashkëshortët, pjesëtarët e familjes së duhanxhinjve gjithashtu ato që punojnë së bashku, janë të rrezikuar për një tërësi çrregullimesh të shëndetit. Më së fundi, kërkimet e akumuluar tregojnë se familjet që konsumojnë duhan e trashëgojnë atë tek fëmijët.

Efektet sinergjike të pirjes së duhanit - Evidencat kanë filluar të supozojnë që pirja e duhanit mund të ngrejë impaktin e faktorëve të tjerë të riskut që dominojnë shëndetin. Kjo do të thotë që pirja e duhanit mund të ketë efekte sinergjike të faktorëve të tjerë të riskut. P.sh.: Perkins (1985) gjeti që pirja e duhanit dhe nivelet e larta të kolesterolit në gjak rrisin vdekshmërinë. Që kur nikotina stimulon çlirimin e acideve të lira, duhani mund të rritë sintezën, e cila në kthim pakëson densitetin e lartë të prodhimit të lipoproteinës LDL mundësisht të alternuar me nivelet e HDL. Gjaku i duhanxhinjve gjithashtu koagulon lehtësisht se sa ai i jo duhanxhinjve, kjo pikë përfshin që duhen rritur përpjekjet për të pakësuar duhanin dhe për të modifikuar dietat. Nga të dhënat del se veçanërisht janë mbi 25 milion të rinj dhe mosha të mesme që pinë duhan dhe kanë një nivel të lartë kolesterolit. (Pomerlau, 1989).

Stilet e jetës kur janë të kombinuara me vese si: pirja e duhanit, konsumimi i alkoolit efektet në shëndet janë më të theksuara (Storm, 2002). Stile të ndryshme jetës janë të lidhura njëra me tjetrën, p.sh., rastet kur personat me ngjyrë kanë treguar që e lenë më pak pirjen e duhanit krahasuar me njerëzit e bardhë (Fernander & Schumacher, 2006).

Po ashtu krahasimet mes gjinive kanë treguar se meshkujt janë duhan pirës më të mëdhenj në krahasim me femrat dhe një përqindje më e madhe e meshkujve ndalojnë pirjen e duhanit në krahasim me femrat (Escnbedo & Peddicord, 1996; Ogden, 2004).

Pirja e duhanit prek edhe shëndetin mendor, përveç atij fizik gjë e cila ka treguar që ka një lidhshmëri me stresin (McClermon & Gilbert, 2007; Parrott, 1999; Perrott, 1995).

Pirësit e duhanit raportojnë se pirja e duhanit zvogëlon stresin e tyre, sidoqoftë niveli i stresit është më i lartë te të rriturit që janë konsumues të duhanit në krahasim me ata që nuk pinë duhan, adoleshentët duhan pirës raportuan rritjen e nivelit të stresit pasi ata bëheshin konsumues të rregullt të duhanit dhe se ndërprerja e duhanit shkakton reduktimin e stresit (Parrott, 1999).

Stresi dhe pirja e duhanit gjithashtu mund të ndërveprojnë duke prodhuar kriza kardiake në njerëzit që vuajnë nga ndryshimet e pa volitshme në cipën e zemrës. Dembrosti së bashku me kolegët e tij vunë re se burrat që kishin pirë cigare dhe ishin përfshirë në ngjarje të stresuara kishin ngritje në rrahjet e zemrës dhe në presionin e gjakut që ishte pothuajse e barabartë me shumën e efekteve të prodhuara vetëm nga duhani ose vetëm nga stresi. Gjithsesi tek gratë kombinimi i stresit dhe duhanit jepte presion gjaku dhe rrahje zemre që kapin një rreze më të gjerë se sa efektet e stresit dhe duhani të marra së bashku.

Mënyra se si ndërprerja e pirjes së duhanit është e lidhur me reduktimin e stresit janë dy arsye, duhanpirësit që janë qetësuar nga pirja e duhanit vazhdojnë të raportojnë nivel të lartë të stresit dhe së dyti reduktimi i stresit pas ndërprerjes së pirjes së duhanit lidhet me faktin se duhanpirësi nuk vuan ndikimet akute të disponimit për konsumin e nikotinës (Perrott, 1995). Studiuesit kanë shkuar një hap tutje duke raportuar se gjenet e caktuara të cilat predispozojnë individin të jetë duhanpirës, të njëjtat predispozojnë të njëjtit individë të përjetojnë nivel të lartë të stresit se sa stresi normal dhe gjendje

negative të disponimit (McClermon & Gilbert, 2007; Hajek, Taylor & McRobbie, 2010). Ekziston një lidhje e fuqishme mes pirjes së duhanit me sëmundjet dhe vdekjen, po ashtu benefite të qarta të lënies së duhanit (USDHHS, 1990). Bruijnzeel, (2012), raportoje se rishikimi i literaturës shkencore tregon se pirja e duhanit redukton në mënyrë të shkurtër nivelin e stresit të subjekteve të ndryshme, por gjithashtu drejton disa çrregullime të mëtutjeshme të sistemit të stresit në tru.

Ndërlidhja mes tyre është një marrëdhënie komplekse, ku secila prej tyre mund të jetë pasojë dhe shkak i tjetrës. Për këtë arsye Sachs- Ericsson, Schmidt, Zvolensky, Mitchell, Collins dhe Blazer (2009), raportuan se shqetësimet psikologjike ishin të lidhura me një funksion të ulët të shëndetit, prej nga ankthi psikologjik ndikonte pirjen e duhani pas tri viteve. Ndërlidhja mes tyre është e komplikuar gjë që tregon një paqartësi të theksuar, sepse pirja e duhanit redukton ankthin në situata stresuese, po ashtu reduktimi ankthit përforcon pirjen e duhanit (Pomerleau & Pomerleau, 1991). Si rrjedhojë raportimet shkencore tregojnë se kemi një lidhje mes pirjes së duhanit, tipareve të personalitetit të ndërlidhura me stresin dhe psikopatologjive dhe se të gjitha këta janë të trashëgueshme që kalojnë prej një gjenerate në tjetrën (McClermon & Gilbert, 2007).

2.4.2 Duhanpirja dhe llojet e sjelljes (personalitetit)

Një pamje tjetër (potenciale) e faktorëve sinergjistikë është përqëndruar tek sjellja e tipit A dhe pirja e duhanit. Ne e shtojmë sjelljen e tipit A në mënyrë të plotë në kapitullin përkatës, ndërsa këtu mund të themi se tipi A referon një stil vetjak të bashkëpunimit me stresin që është një faktor risku për shqetësimet kardiovaskulare. Atë e karakterizon një irritim i shpejtë armiqësor. Tipi B është më pak i prirur për të shfaqur këto tipe sjelljesh. Tipi A dhe B, të duhanxhinjtë nuk duhet të ndryshojnë numërimin e marrjes së tymit të

duhanit ose volumin e tymit të duhanit. Frymëmarrja e një duhanxhiu të tipit A zgjat më shumë se e tipit B. Rezulton se karboni monoksid alveolar i tyre është i lartë, kështu që konsumi i sjelljes së tipit A mund të ndihmojë në shpjegimin ndërmjet sjelljes së tipit A dhe shqetësimeve koronare të zemrës. Duhanxhinjtë e tipit A aktualisht mund të jenë një rrezik të madh për kancer ose çrregullime të mushkërisë se sa të tipit A, të cilët kur pinë duhan shfaqin nivele të larta sinjifikative të sjelljes tradicionalisht të lidhura me sjelljet e tipit A dhe të tilla si të folurit me zë të lartë dhe në një mënyrë të shpejtë dhe shpërthyes, të cilat i bëjnë duhanxhinjtë stimulantë. Këto rezultate nënkuptojnë mundësinë që në duhanxhinjtë kronikë sjellja e tipit A është ashpërsuar. Dhe në fund pirja e duhanit mundet gjithashtu të ndërveprojnë në rritjen e mortalitetit. Friedman dhe Siegaloub 1987 gjetën për pirësit e duhanit që janë të hollë në trup ishin me rrezik risku të vdekshmërisë, të krahasuar me peshën mesatare të duhanxhinjve. Diku tjetër tymosja është thjeshtë një tjetër faktor që kontribuon në shtimin e rrezikut për shqetësimet kardiovaskulare ose operon sinergjikisht në faktorë të tjerë në rritjen e rrezikut mbi atë që mund të pritët. Evidencat sugjerojnë të dyja tipet e faktorëve në të tashmen. Ajo që është evidente është fakti se duhanpirja është një faktor thelbësor i rrezikut e cila mundet të kthejë në rritje të rrezikut e shoqëruar me faktorë të tjerë. Në përputhje me këtë rreziku i kancerit të mushkërisë është gjithashtu reduktuar nga mospirja e duhanit. Me gjithë këto statistika, 55 milion Amerikan vazhdojnë ende të pinë (Shoqëria Amerikane për kancerin, 1989).

2.4.3 Faktorët që lidhen me pirjen e duhanit tek adoleshentët

Duke konsideruar përpjekjet e kërkimeve që kanë dashur të identifikojnë faktorët shoqërues me tymosjen që herët në moshat e vogla, duket se më të precizuar për të tymosur janë adoleshentët, që kanë prindër që janë të tillë, nëse kanë një imazh

favorizues për tymosjen, nëse ato janë nga një klasë e ulur shoqërore dhe nëse ato ndjejnë tensione sociale për të konsumuar duhan. Megjithatë këto përcaktime janë për studentë të rritur, studentet dhe studentët me një vetëvlerësim të lartë dhe një locus kontrolli të brendshëm. Këto dhe disa faktorë individualë kontribuojnë të bëhesh një pirës duhani. Pirja e duhanit dhe veçanërisht fillimi tek të rinjtë duhet të jetë pjesë e një sindromi sjelljeje të përgjithshme. Në këtë fokus të pirët e pijes, përdorimi i drogave, tipi i sjelljes kriminale dhe aktiviteti i parakohshëm seksual, duket se përfshijnë një sindromë të vetme sjelljeje tek adoleshentët (Donoron & Jesson 1985).

Ky faktor mund të jetë i rëndësishëm në predispozitën e fëmijëve për të filluar pirjen e duhanit kur je në një ambient në të cilin pirja e duhanit nuk ka baza solide, ndërsa diku tjetër faktorë të tjerë të këtillë si ekspozimi përkundrejt duhanit mund të barazohet me ata që konsiderohen duhanxhinj të vjetër. Tymosja gjithashtu duhet të jetë e lidhur me ngritjen e funksionit të testosteronit.

Nga faktorët ambienta që lidhen me pirjen e hershme të duhanit dy janë më sinjifikativët. Imazhi dhe barazimi i presioneve (bëhet fjalë për presionet shoqërore). Që herët, para adoleshentët në një proporcion thelbësor zhvillojnë një imazh për duhanxhiun si një individ rebel, ikono klasik i matur. Pirja e duhanit ka premisë të shihet si një zakon që mbart këtë imazh. Kështu që të rinjtë që mund të vuajnë nga pasiguria shpesh të shoqëruara nga adoleshenca ndoshta mund t'u duket që cigaret të mbartin këtë imazh që ato do të dëshironin. Kjo pikë mbetet konstante dhe kërkimet tregojnë që adoleshentët të cilëve ideali për vetveten është i afërt me atë të një tymosësi tipik, kanë më shumë gjasa për të tymosur, (Barton Chosin, 1982).

Faktori i dytë, është influencues për pirjen e duhanit tek adoleshentët për të krijuar një gjendje të barabartë grupi.

2.4.4 Teoria e duhanpirjes

Tymosja është qartësisht një ves pas pirjes së cigares dhe sipas raporteve të fundit është më e vështirë të ndalohet se sa marrja e drogës ose alkoolizmi për ata që vuajnë nga këto prirje apo tendenca multiple (Kozlowsky, 1989).

Evident për rëndësinë e këtij komponenti është fakti që probabiliteti i tymosjes është i lidhur me tymosjen e cigares së fundit dhe nivelit të lartë të nikotinës. Të gjitha teoritë e ndryshme të zhvilluara rreth pirjes së duhanit janë të përqendruara drejt nivelit të nikotinës.

2.4.5 Nikotina

Teoria e parë është teoria e efekteve të fiksuara të nikotinës, që thotë se tymosja është përforcuar sepse nikotina stimulon qendrën e shpërblimeve në sistemin nervor (Hall, Rappaport, Hopkins & Griffin 1975).

Nikotina gjithashtu i jep shpejtësi zemrës, shkakton refleksion të muskujve të skeletit dhe ka një ndikim indirekt në nivelin e qarkullimit të kotekolaminës. Një faktor kundërshton teorinë e efekteve fikse të nikotinës dhe thotë se ndikimet e kësaj teorie në trup jetojnë pak dhe zhduken kur droga (duhani) nuk është prezent. Kështu, nën ndikimin e nikotinës, mund të nxitet përdorimi i vazhdueshëm i cigareve që përdoruesit nuk arrijnë të numërojnë për faktin e thjeshtë që shumë prej tyre rikthehen te duhani pas disa javëve, muajve, madje dhe pas viteve që ata e kanë lënë (Rusell, 1971).

Nëse efektet e nikotinës ishin i vetmi shkak për të tymosur mund të pritej që çdo terapi në të cilën përfshihen njerëz që ndalojnë duhanin përkohësisht mund të jenë të suksesshëm dhe për një kohë të gjatë.

Teoria e funksioneve rregulluese të nikotinës - Një teori e dytë është quajtur teoria e funksioneve rregulluese të nikotinës që mban të rregulluar gjatë tymosjes nivelin e

nikotinës në trup. Kur niveli i plazmës së nikotinës niset nga niveli ideal atëherë të bie ndërmend për duhanin (Jarvik, 1973).

Një studim që është bazuar në këtë teori u drejtuan nga Schachter, Kozlowski dhe Silverstein (1977) gjeti që sekretimi i jashtëm i nikotinës varej pjesërisht në PH urinar të ulur alkaloid. Nga ana tjetër kur PH urinar është i lartë (alkaline) nikotina ruhet. Nëse veprimi i duhanit konsiston në rregullimin e nikotinës nëpër trup atëherë tymosja duhet të rritet kur pikat e PH urinar i përkasin një niveli të dhënë. Për të provuar këtë hipotezë Schachter dhe kolegët e tij i dhanë duhanpirësve vitaminë C, acid glutaminik (acidulin) bikarbonat ose një tabletë placebo në secilën javë të njëpasnjëshme. Duhanpirësit nuk dinin se ç'loj tabletash kishin marrë. Meqë Vitamina C dhe acidulina janë të dyja acide dhe kjo ul PH urinar, duhet pritur që marrja e këtyre substancave në rrisë sjelljen e tyre të duhanpirjes për të kompensuar aciditetin në rritje. Gjithsesi duhanpirësit që tretnin çdo placebo apo karbonat nuk duhej të sekretonin jashtë nikotinës në nivele të larta. Kështu që sjellja e tyre gjatë pirjes së duhanit duhej të mbetej e njëjtë e konsistente. Në këtë hipotezë subjektet që morën Vitaminën C ose acidulin pirjen e tyre e bënë me rreth 4 cigare në ditë. Këto zbulime sugjestionojnë që tymosja shërben në rregullimin e nikotinës.

Kritikët e kësaj teorie sugjestionojnë që duhanpirja gjithashtu rregullon stresin, gjendjen e ankthit, mërzinë dhe gjendje të tjera emocionale. Nga ky fakt del që duhanpirësit pinë duhan më shumë gjatë një ngjarjeje të stresueshme. Schachter dhe bashkëpunëtorët u përgjigjen që kur individët janë të ekspozuar ndaj një stresi të madh PH urinar bëhet acidik dhe nga ana tjetër rrit tymosjen. Për të provuar këtë pikë ata drejtuan një studim tjetër. Gjysmës së një grupi duhanpirësish fillimisht iu dha secilit 3 kapsula bikarbonat (për ta bërë PH e tyre alkaline) ose 3 kapsula placebo. Të gjitha subjektet pastaj iu ekspozuan një ngjarjeje të stresueshme ose më pak të stresueshme. Schachter dhe

kolegët parathanë që ngjarja e stresueshme do të japë më tepër pirje duhani se sa ngjarja jo e stresueshme. Por kur subjekteve ju dha tabelë placebo dhe u ekspozuan nën një stres të madh bikarbonati do të mbante PH e tyre alkaline. Kështu që atyre nuk do t'u nevojitej të rrisnin pirjen e duhanit. Rezultatet ishin konsistente në parashikimet. Disa nga kritikët thonë si më poshtë:

1. Duhanpirësit nuk duhet të alternojnë sjelljen e tyre vetëm që të kompensojnë prodhimin në ndryshimet dhe në manipulimin e nivelit të PH.
2. Duhanpirja është përgjigje për të përshpejtuar forcat e ndryshimeve në ambient përpara se këto forca të mund të ndikojnë në PH urinar.
3. Norma të larta të relapsit tek duhanpirësit mund të observohen gjatë sepse niveli i nikotinës urinare është zero (Jakobs Knapp, 1970).

Në një përmbledhje të kërkimeve të efekteve alkaline në duhanpirje, Grunbergu dhe Kozlowski (1986) arritën në përfundimin që kërkimet ende nuk kanë arritur një konkluzion të vetëm. Alkalina probabilisht nuk e influencon ndalimin e duhanit por mund të ndihmojë deri diku në uljen e tij dhe mund të ketë disa potenciale terapeutike.

2.4.6 Modeli i rregullimit të shumëfishtë

Levenhal dhe Clearly në vitin 1980 zhvilluan një model të rregullimit të shumëfishtë. Ata argumentuan se faktorët emocionalë janë qendra apo faktorët kryesorë e pirjes së duhanit dhe që nikotina bëhet e përshtatshme për këtë gjendje emocionale. Sa duhet që ky model të punojë? Le të përshtatim një shembull lipotetik të një duhanxhiu fillestar, një adoleshent që është i shqetësuar. Fillimisht ai mund të pijë duhan për të zhvilluar ndjenjat e sigurisë dhe maturisë. Pirja e duhanit vepron në zvogëlimin e shqetësimeve të tij sociale. Një herë ai piu një cigare, megjithatë shqetësimi u rishfaq dhe niveli urinar i nikotinës filloi të bjerë.

2.4.7 Pomerlau dhe teoria e tij

Pomerlau dhe teoria e tij dhanë një shpjegim për pirjen e duhanit si një rregullator i cili në lidhje me dëshirën për nikotinën mund të ndihmojnë për shpjegimin që pse është tepër e vështirë për njerëzit që të ndalojnë duhanin përgjithmonë. Specifikisht ata sugjerojnë se nikotina mund të jetë një mënyrë e kryerjes dhe ndikimit të rregullt. Nikotina mund të përdoret nga duhanxhinjtë për të angazhuar këtë neuroregullator sepse ata prodhojnë përmirësime të përkohshme në kryerje apo ndikim. Pra njerëzit pinë duhan për shumë arsye:

Këto mund të jenë disa influenca gjenetike, duhani tipikisht fillon herët, në adoleshencë si përfundim është një problem shumë i vështirë për t'u trajtuar.

2.4.8 Media

Ndërhyrjet e medias për të ndryshuar qëndrim ndaj duhanit kanë qenë me efekt (kanë dhënë rezultat). A ka kuptim se media ka ndikim të vogël në problemin e duhanit? Përgjigja është jo. Programet televizive duhet të jenë superior për të shkruar materiale që ndihmojnë veten. Një avantazh shtesë i masmedias është se ata janë me kosto të lartë efektive. Media gjithashtu është përdorur për të përcjellë mesazhe kundër duhanit. Media mund të luajë rol të veçantë në mesazhet e njohura të programeve televizive.

Çfarë media nuk është në gjendje të bëjë vetë është ndërtimi specifik i komunikimit. Megjithatë ky nuk është sugjerimi për sukses për ndalimin e duhanit. Qëndrime të ndryshme janë specifikuar për lloje të ndryshme duhanxhinjsh.

Nëpërmjet programeve televizive apo të radios mundet të bëhet sensibilizimi për ndalimin e duhanit duke inkurajuar një numër të madh njerëzish, të heqin dorë dhe duke stimuluar mjedisin shoqëror për ish-pirësit. Programet televizive mund të jenë superiore në shkrimin e materialeve vetë-ndihmuese sa edhe televizioni parashikon mundësitë për

të demonstruar mjeshtëritë më të gjalla, më konkrete se sa materialet e shkruara. Një avantazh më tepër i masmedias është se ato janë shumë efektive në kosto për afrimin e problemit të pirjes së duhanit. Media ka qenë përdorur gjithashtu për të përforcuar mesazhet e mos pirjes së duhanit tek pjesa e popullsisë që i ekspozohen kësaj ndërhyrjeje. P.sh.: një studim (Mogielnicki 1986) zbuloi se pjesëmarrësit e studimit që ishin ekspozuar medias pas pjesëmarrjes së tyre në program, pinin duhan dukshëm më pak se ata që nuk iu nënshtroan kësaj ndërhyrjeje të medias. Kështu që, media mund të luajë rol të rëndësishëm përkrahës në forcimin e përmirësimit të mesazheve të paraqitura nga programe edukuese më të fokusuara. Në esencë, atëherë, mesazhet kundër pirjes së duhanit në media vënë bazat për përpjekjet e lënies së duhanit.

Duhet thënë se mediat janë efektive së pari në ngulitjen, mbështetjen apo përmirësimin e motivimit të njerëzve për të hequr dorë. Ajo çka media s'ka qenë e aftë të bëjë është komunikimi i instruksioneve specifike se si të braktiset pirja e duhanit nga individët e veçantë. Sidoqoftë, kjo nuk sugjeron se faktorët shprehës formal janë jo të përshtatshëm për të patur sukses në ndalimin e duhanit.

2.4.9 Ofrimi terapeutik për pirjen e duhanit

Për shkak të fushatave të ndryshimit të qëndrimit ndaj duhanit ajo shpesh nuk ndihmon pirësit që të lënë duhanin. Psikologët kanë adoptuar një ofrim terapeutik në ngritje për problemin e duhanit. Nga ky këndvështrim pirësi i duhanit shfaqet si një pacient që kërkon trajtim profesional. Duke u mbështetur në ato që thamë deri tani, më poshtë jepen disa nga teknikat terapeutike të përdorura.

Çamçakëz nikotine – ky ka qenë përdorur fillimisht për të ndihmuar pirësit e motivuar për të hequr dorë. Sidoqoftë pirësit nuk e pëlqenin përdorimin e çamçakëzit ngaqë nikotina absorbohej ngadalë me këtë metodë. Ka evidencë se koha e shpejtë e ngritjes së

nikotinës nga pirja e cigares është e rëndësishme për prodhimin e përforcimeve të veçanta për pirjen e duhanit. (Pomerlau, 1986).

Disa kanë sugjeruar se një alternativë është të zhvillohen terapitë e rivendosjes së nikotinës, që imitojnë ngritjen e shpejtë prodhuar nga marrja e duhanit. Megjithatë kjo ka disa avantazhe për të lënë cigaren, ndërsa nikotina vetë është dhënëse dhe ka rreziqe substanciale kardiovaskulare. Rrjedhimisht aq sa qëllimi i terapisë është të bëjë njerëzit të shmangin nikotinën së bashku entuziazmi për zhvillimin e terapisë së rivendosjes së nikotinës është zbehur. (Pomerlau & Pomerlau, 1988).

Ky çamçakëz mund të çojë në një varësi fizike që mund të sjellë varësi edukuese mbi çamçakëzin e periudhën e rekomanduar për zëvendësim, (Hudges, Hatsukani & Skoog, 1986).

Terapia e antipatisë (neveritjes) - Një tjetër hap i përgjithshëm i hershëm në sjelljen njohëse i afron pirjes së duhanit, terapisë e antipatisë. Në mënyrë tipike, veprimi i pirjes së duhanit dyzohet me disa stimulantë të pa pëlqyeshëm kështu që pirja do të nxjerrë asociime negative. Ky stimulant mund të jetë shok elektrik ose imagjinimi i një skene neverie si më poshtë: Ju jeni ulur në tavolinën tuaj në zyrë (duke përgatitur një letër për klasën) aty gjendet një pako cigare në të djathtën tuaj. Ndërkohë që ju shkruani, ju ulni penën dhe filloni të merrni cigare. Ju filloni të ndjeheni të sëmurë në stomak meqë ju vjen për të vjellë. Ju prekni pakon e cigareve dhe gulçi i hidhur ju vjen në fyt. Kur ju nxirrni cigaren disa copa ushqimi u vijnë në grykë. Tani ju ndiheni të sëmurë dhe keni spazma stomaku. Meqë je për të vënë cigaren në gojë, kafshoni gjithë anët e paketës. Cigarja që keni në dorë është shumë e ndotur dhe plotë të vjellë jeshile. Ju vjen erë e keqe nga pështjellimi. Sekretione po ju dalin nga hundët. Duart ju duken të holla e gjithë të vjellë. Tavolina e tërë është një rrëmuje. Rrobat i keni gjithë pështymë. Ju

ngriheni nga tavolina e ktheheni përkundër të vjellës së cigareve. Menjëherë duke qenë larg të vjellës së cigareve ju ndiheni më mirë. Ju shkoni në banjë freskoheni dhe ndiheni shumë mirë larg vjellës së cigareve (Cautela, 1971).

Kondicionimi operant - Procedurat e tij kanë qenë shfrytëzuar në ndërhyrjet edukuese njohëse me pirësit e duhanit. Si me gjithë zakonet e varfra të shëndetit, pirja e duhanit është ngulitur në ambient dhe gjenden stimuj që nxjerrin forcimin e sjelljes së pirjes së duhanit. Kështu procedura operante janë projektuar për të shpëtuar pirjen nga stimuluesit mjedisorë. P.sh. një pirës mund të mbajë me vete një sirenë që tingëllon në interval kohe të çrregullta duke lënë të kuptojë se është koha për duhan. Kur duhani bëhet përgjigje për sirenën bëhet e pavarur nga këndvështrimet mjedisore që zakonisht i hapin rrugë dhe mbajnë atë të tillë si një tas kafeje, një pije ose bisedë me një mik.

Ndërhyrja me shumë mënyra - Si pasojë studiuesit e duhanit kanë adoptuar në ngritje një fokus me shumë mënyra që ndërthur elementet e vetëkontrollit si terapi për të rritur sensin e pirësve për pjesëmarrje në procesin terapeutik, (Leventhal & Clearly, 1980).

Meqë është një e vërtetë edhe për praktikat e tjera të varfra të shëndetit studiuesit në rritje po njohin që ndryshimet e procesit të sjelljes shpalosen me shumë faza që mund të kërkojnë strategji të ndryshme ndërhyrjeje (Marlatt & Gordon 1985, Procaska & Di Clemente, 1984).

Puna me Leventhal dhe kolegët e tij ka ndërthurur dukshëm modelin fazë në ndërhyrjet e planifikuara. Në mënyrë tipike këto ndërhyrje fokusohen në 4 faza të ndryshimit të statusit nga pirës në jopirës (Leventhal & Beker, 1986):

1. Ngulitja e motivacionit për të lënë duhanin
2. Marrja e vendimit dhe planifikimi
3. Drejtimi i sjelljes për heqjen dorë

4. Ruajtja e statusit të jopirësit përmes parandalimit

Motivimi mund të ngulitet duke përqafuar pasojat e kundërta të shëndetit të pirjes dhe duke sjellë presionet sociale për të ngulitur tek njerëzit jo pirjen (duke pasur frikë se fëmijët e tij do të bëhen pirës ose të dëmtohen nga pirja e duhanit nga ai vetë). Motivimi për të ndryshuar sjelljen e të pirit mund të bjerë dhe kështu prekja e momenteve kryesore është e rëndësishme. P.sh., gratë shtatzëna tregojnë përqindje të larta lënie duhani por fatkeqësisht ato tregojnë një tendencë për t'ju rikthyer.

Faza tjetër, marrja e vendimit dhe planifikimi që përfshin një kornizë kohe për lënie, një program braktisjeje, dijenia e vështirësive potenciale bashkuar me të mirat e vërejtura nga braktisja.

Drejtimi i sjelljes në lënie e duhanit konsiston në disa prej teknikave të sjelljeve të dukshme që i kemi parë të aplikuara në zakonet e tjera të shëndetit P.sh. pacienti mund të stërvitet në vetë observim dhe vetë shikim për të mbajtur një rekord duhani në rrethanat në të cilat bie në mend dhe reagimet që sjell gjatë përpjekjes fillestare për të kuptuar dimensionet e sjelljeve. Ajo mund që të përfshihet aktivisht në zhvillim.

2.5 Aktiviteti fizik dhe kujdesi ndaj tij

Efektet e aktiviteteve fizike në mirëqenien e shëndetit fizik janë të dëshmuara në mesin e grupeve të ndryshme të interesit dhe kanë treguar të jenë një mekanizëm mbrojtës ndaj problemeve të ndryshme shëndetësore. Kjo ka zgjuar një vëmendje të madhe në mesin e institucioneve shkencore, që dëshmon për rritjen e literaturës për lidhjen mes aktiviteteve fizike dhe stresit.

Niveli i lartë i aktiviteteve fizike minimizon riskun për probleme mentale të ndryshme (Paluska & Schwenk, 2000). Aktivitetet fizike reduktojnë paraqitjen e stresit dhe sjelljeve depressive (Moraska & Fleshner, 2001). Norris, Coroll dhe Cochrane (1992)

realizuan hulumtimin te adoleshentët që kishte për bazë efektin e ushtrimeve fizike në mirëqenien e tyre. Rezultatet e raportuara në mesin e adoleshentëve treguan se ata që kishin nivel të lartë të aktiviteteve fizike treguan të kishin nivel të ulët të stresit dhe se intensiteti i lartë i aktiviteteve fizike kishte efekte pozitive në mirëqenien psikologjike. Korrelacioni negativ mes këtyre dy variableve është konsistent në mesin e hulumtimeve, ngase personat që kishin nivel të lartë të stresit treguan që kryenin më pak aktivitete fizike (Wijndaele, Matton, Duvigneaud, Lefevre, Bourdeaudhuij, Duquet, Thomis & Phippearts, 2007). Megjithatë aktivitetet fizike të pakkontrolluara që shkaktonin dhimbje fizike si të qafës apo shpinës ishin të lidhura me stresin tek adoleshentët (Diepenmaat, Van Der Wal, De Vet & Hirasing, 2006).

Pas grumbullimeve të të dhënave të ndryshme mbi pjesëmarrësit e hulumtimit si mosha, aktivitetet fizike dhe tipin e personalitetit A, Aldana, Sutton, Jacobson & Quirk (1996), treguan se ata që kishin nivel më të lartë të aktiviteteve fizike kishin më pak gjasa që të kishin perceptim të moderuar apo të lartë rreth stresit. Ky aktivitet i lartë redukton nivelin e stresit (Nguyen-Michel, Unger, Hamilton & Spruijt- Metz, 2006), përmirëson shëndetin fizik dhe ul mundësinë që gjatë kohës së lirë të jetë i përfshirë në aktivitete që ndikojnë rritjen e stresit. Mënyra se si ndikon aktiviteti fizik, te të dy gjinitë dhe te moshat e ndryshme është i njëjtë, sepse niveli i lartë i aktiviteteve fizike zvogëlonte stresin si të meshkujt po ashtu edhe të femrat prej moshës 20-79 vjeç dhe ulte nivelin e pakënaqësisë ndaj jetës (Schnohr, Kristensen, Prescott & Scharling, 2005).

Aktiviteti fizik nuk ka vetëm ndërlidhje negative me stresin, por është edhe një mekanizëm mbrojtës ndaj stresit dhe problemeve tjera mentale, pra aktivitetet e larta fizike i bënin individët me rezistent ndaj stresit (Salomon, 2001). Po ashtu aktiviteti fizik bën që individët ta përballojnë stresin (Stults- Kolehmainen & Sinha, 2014).

Aktiviteti fizik na bën më të mbrojtur ndaj stresit dhe është një mënyrë më e mirë që të përballojmë atë dhe të koepërojmë ndaj tij dhe stresorëve të ndryshëm. Zbulimet e ngjashme kanë raportuar gjetje të ndryshme shkencore, aktivitetet fizike reduktonin reaktivitetin ndaj stresorëve fizik, po ashtu reduktonin ndjeshmërinë ndaj ndikuesve të ashpër ndaj streseve të jetës (Dishman, Berthoud, Booth, Cotman et al., 2006; Rimmel, Zellweger, Marti, Seiler, Mohiyeddini, Ehlert & Heinriches, 2007). Benefitet e aktivitetet fizike janë më të theksuara dhe të zgjeruara, pasi është parë si një metodë efektive për parandalimin dhe trajtimin ndaj sëmundjeve dhe problemeve të ndërlidhura me stresin (Ketelhut, Franz & Scholze, 2004; Barlow, LaMonte, Fitzgerald, Kampert, Perrin & Blaire, 2006).

Benefitet në shëndetin mendor janë të mirë raportuara dhe të dëshmuara në mesin e atyre që kanë kryer nivele të caktuara të aktiviteteve fizike, por efektet psikologjike janë dëshmuar se efektet janë të ndryshme për mes individëve që kanë nivel të vogël të dallimeve të aktiviteteve fizike dhe reaktiviteti ndaj stresit është më i ulët dhe rikuperimi i rrahjeve të zemrës është më e lartë te ata që janë elitë e aktiviteteve fizike krahasuar me ata që janë amatorë në aktivitete fizike (Moya- Albiol, Salavador, Costa, Martinez- Sanchis et al., 2001). Përveç niveleve të ndryshme të përfshirjes në aktivitetet fizike faktorët e tjerë ishin relevant dhe ndërmjetësuan nivelin e aktiviteteve fizike dhe ndikimin e tyre në shëndet, ngase individët që janë prej grupeve me status të ulët socio-ekonomik treguar të kenë nivele më të ulëta të aktiviteteve fizike (Miles, 2007), dhe si rrjedhojë nivel më të lartë të stresit dhe janë determinues dhe shumë të rëndësishme në rolin e ndërmjetësuesve të faktorëve relevant në ndërlidhjen mes këtyre variablave.

Si rrjedhojë aktivitetet fizike janë dëshmuar që të jenë efektive dhe të dobishme si për shëndetin fizik dhe mbrojtës ndaj sëmundjeve kronike (Hallal, Victoria, Azevedo &

Welles, 2006; Rejeski, Brawley & Shumaker, 199; Warburton et al., 2006; Bauman, 2004), si zvogëlimi i sëmundjeve koronare të zemrës dhe shtypjes së lartë të gjakut (Berlin & Colditz, 1990), që në mënyrë direkte përmirësojnë funksionimin kardiovaskular. Efektet e ishin të pranishme edhe në shëndetin mental (Warburton, Whitney & Bredin, 2006). Niveli i lartë i aktiviteteve fizike dëshmojnë të jenë forma mbrojtëse ndaj sëmundjeve kronike sikurse kanceri, përfshirë edhe kancerin e gjirit dhe ndaj 2 llojeve të diabetit (Bauman, 2004).

Kohët e fundit komuniteti mjekësor dhe psikologët e shëndetit e kanë kthyer vëmendjen e tyre drejt rolit të ushtrimeve aerobike në gjendjen mendore dhe shëndetin fizik. Ushtrimet aerobike përfshijnë: joga, çiklizëm, kërcime me litar, vrapime dhe not, të gjitha këto që janë të shënuara për intensitetin e lartë, kohë gjatësi dhe nevojën për qëndrueshmëri të lartë. Forma të tjera të të ushtruarit si ushtrimet izokinetike (p.sh, humbje e peshës), ose intensiteti i lartë, kohëzgjatje e shkurtër, ushtrime me qëndrueshmëri të ulët (si sprintet) mund të jenë të kënaqshme, por kanë efekt të ulët në dobësim. Kjo vjen sepse këto forma të vona të ushtrimeve (ndërtojnë) bazohen në magazinat e termave të shkurtra të glikogjenit se sa në terma të gjatë të energjisë së sistemit të lidhura me aerobinë (MC-Ardle, Kazth, 1981, Marehouse & Miler, 1976).

Shoqata Amerikane e Zemrës rekomandon marrjen me aktivitete fizike pasi ulët rreziku për sëmundjet dhe vdekshmërinë nga çrregullimet kardiovaskulare (Varghese et al., 2016). Ajo rekomandon 30 minuta me ushtrime të intensitetit të moderuar katër deri pesë herë në javë. Profesionistët e kujdesit shëndetësor duhet të inkurajojnë ushtrimet dhe të promovojnë mënyrën për të rritur aktivitetet në rutinën ditore. Rruga për të inkurajuar këtë përfshin parkimin e veturës pak përpara derës së shitores, ecja shkallëve poshtë ose lartë për një kat ose ecja për në zyrë nëse ajo është afër.

Është e rekomanduar që çdo njeri, i cili fillon me programin e ushtrimeve duhet të konsultohet me mjekun për të mësuar më shumë rreth aktiviteteve fizike dhe përshtatshmërisë kardiovaskulare. Një aktivitet fizik, siç është p.sh. ecja normale për të paktën 30 minuta në ditë, çon në ulje të presionit të gjakut prej 4-9 mm/Hg. Aktiviteti fizik djeg kaloritë, ndihmon në humbjen e peshës dhe zvogëlon stresin. Aktiviteti fizik gjithashtu zvogëlon kolesterolin total (Morris, 2008).

Një numër i konsiderueshëm i përfitimeve që sjellin në organizëm ushtrimet aerobike tashmë janë të dokumentuara. Ushtrimet aerobike kanë qenë të lidhura me eliminimin e rrezikut për sëmundjet kardiovaskulare dhe qëndrueshmërinë fizike, (Alpert, Field, Goldestin & Perry 1930, Serfass & Gerberith, 1984) dhe me reduktimin e riskut për atak në zemër (Paffenbarger, Hyde, Wing, & Steinmetz, 1984; Shephard, 1986)

Të mirat e tjera të ushtruarit përfshijnë rritjen e efikasitetit të sistemit kardiorespirator, duke përdorur kapacitetin e punës fizike, optimizimin e peshës së trupit, ruajtjen ose rritjen e fuqisë së muskujve, një rritje në muskujt e buta dhe fleksibilitetin e kofshës, eliminimin ose kontrollin e hipertensionit, rregullon nivelin e kolesterolit, sjell tolerancën e glukozës, tolerancën e streseve të përmirësuar dhe eliminimin e zakoneve të varfra të shëndetit, duke futur këtu pirjen e duhanit, konsumimin e alkoolit dhe dietat e varfra (Leon 1983, Leon & Fax, 1981).

Këto efekte të ushtrimeve që ne përmendëm transplantohen direkt në rritjen e jetëgjatësisë së personave që ushtrohen.

Një studim përcaktoi që në moshën 80 vjeçare llogaria e jetës së atribuar ushtrimeve aerobike është midis 1 dhe 2 vjet (Paffenbarger, Hyde, Wing, & Hsieh, 1986).

Pauza për mendimin është drejtuar nga observimi, që në vend që të arkivojë edhe këta dy vjet të jetës, një person do të ketë nevojë për t'ia përkushtuar ato vjet ushtrimeve deri në fund të jetës (Jacobi, 1996).

Disa mendojnë që ushtrimi ka një efekt të mirë në proceset duke fokusuar vëmendje dhe përqendrim. Ndonjëherë rezultatet sugjerojnë që disa ushtrime mundet që fillimisht të lehtësojnë vëmendjen me rritjen e intensitetit këto efekte mund të ndiqen nga efektet e lodhjes së muskujve. Kërkimet kanë ekzaminuar efektet e ushtrimeve aerobike me faktorët psikologjikë si gjendja shpirtërore, ankth, depresion dhe tension. (Tomprowski & Ellis, 1986).

Gjendja shpirtërore mund gjithashtu të përmirësohet pas ushtrimeve sepse ato i bëjnë njerëzit të ndihen efikas. Është gjetur një lidhje midis marrjes me aktivitet fizik dhe rritjes së vet efikasitetit, ndryshimit të gjendjes shëndetësore si pasojë e rritjes së optimizmit dhe përmirësimit të gjendjes shëndetësore (Morris, 2008).

Të jesh i përkushtuar në një program ushtrimesh, gjithashtu duhet të ketë efekte pozitive në vetë konceptim, vetë stimulim dhe mirëqenie psikike dhe fizike të individit.

Në lidhje me efektet në gjendjen shpirtërore, është zbuluar se ushtrimet e rregullta ndikojnë nga një shkallë e ulët deri në të lartë në përmirësimin e përjetimit të stresit, ankthit dhe depresionit (Strahler et al., 2016; Fohr et al., 2016; Rosenbaum et al., 2015; van der Zwan, de, Huizink, Bogels, & de Bruin, 2015).

Një rishikim i tanishëm i atyre që merren me programet e dobësimit, sugjeroi që disa programe mund të eliminojnë lodhjen, rrisin kënaqësinë e punës, eliminojnë shpenzimet për kujdesin e shëndetit sidomos kjo për gratë e punësuar (Rodin & Plante, 1989).

Ushtrimet gjithashtu shfaqen për të mbrojtur njerëzit kundër efekteve negative të streseve për shëndetin. Brondin dhe Siegel (1988), bënë një studim të gjerë për të parë

nëse adoleshentët, të cilët bënë ushtrime ishin më pak të aftë për t'u mbuluar nga streset dhe evituan sëmundjet më tepër se ata që s'bënë ushtrime. Rezultatet treguan se faktori negativ i ndikimit të një jetë të stresuar në shëndet zvogëlohet sa më shumë rritet niveli i ushtrimit. Kështu ushtrimet mund të jenë një burim i përdorshëm për të luftuar stresin.

Një mekanizëm i mundshëm prej të cilit ushtrimi mund të zvogëlojë efektet e mbrapshta të stresit në shëndet përfshinë një grup ushtrimesh për sistemin imunitar. Në një studim (Fiatarane et.al.1988), ushtrimi prodhoi një rritje në aktivitetin natyral qelizor dhe një rritje të përqindjeve të limfociteve që prodhojnë qeliza vrasëse natyrale. Një rritje e opioideve endogjene frenues të dhimbjes natyrale e stimuluar nga ushtrimi, mund të luajë një rol në modulimin e aktivitetit imunitar gjatë periudhës së stresit psikologjik.

Një enigmë është pse aktiviteti fizik, i cili prodhon uljen e adrenalines dhe të hormoneve të tjera, ka një efekt të mirë në funksionimin e zemrës dhe pakësimin e stresit, (i cili gjithashtu prodhon këto hormone), ka një efekt të mbrapsht, lidhur me ndikimet në muskujt e zemrës (Wright. 1988).

Një mundësi tjetër është që adrenalina mund të ulet në kushte për të cilat kjo është e mundur (si p.sh.: vrapimi ose luftimi) është metabolizuar ndryshe nga adrenalina që varet nga stresi i cili nuk është i shprehur fizikisht në të njëjtat mënyra. Kjo është që hormonet mund të metabolizojnë ndryshimet duke u varur në atë që ndonjë është i lidhur në aktivitetin e gjatë të muskujve ose në aktivitetin e vogël të muskujve. (Morris Ch, 2008)

Ushtrimet e rregullta aerobike prodhojnë shumë të mira fizike dhe emocionale duke përfshirë edhe eliminimin e rrezikut për sëmundje kardiovaskulare.

Përshkrimi i ushtrimit tipik për një individ normal është ushtrimi aerobik i shkurtër me intensitet maksimal. Në veçanti ndryshim nga 70 në 85 % të ritmit maksimal të zemrës

pa ndalur për jo më pak se 15 minuta, 3 herë në javë ka sjellë eliminimin e rrezikut për sëmundjen koronare të zemrës (Dishman, 1982; Zehman, 1981).

Një personi me dobësim kardio pulmonar të ulët mund të sjellë të mira edhe me pak ushtrime çdo javë (Serfass & Gerberich, 1984).

Ushtrimi është gjithashtu një mënyrë e nevojshme për rehabilitimin e atyre që vuajnë prej çrregullimeve kardiovaskulare në mënyrë konsekuente. Rekomandimet e ushtrimeve janë bërë zakonisht për pacientë që kanë patur infarkte miokardiake (Blackburn, 1983).

Është e rekomanduar që çdo njëri i cili fillon me programin e ushtrimeve duhet të konsultohet me mjekun për të mësuar më shumë rreth aktiviteteve fizike dhe përshtatshmërisë kardiovaskulare. Një aktivitet fizik, siç është p.sh. ecja normale për të paktën 30 minuta në ditë, çon në një ulje të presionit prej 4-9 mm/Hg. Aktiviteti fizik djeg kaloritë, ndihmon në humbjen e peshës dhe zvogëlon stresin. Aktiviteti fizik gjithashtu zvogëlon kolesterolin total dhe kolesterolin e keq (LDL) dhe ngrë kolesterolin e mirë (HDL). (Morris Ch, 2008)

Aktiviteti fizik nuk e ka kuptimin e vrapimit të gjatë në gara. Pastrimi i shtëpisë ose të luajturit golf apo bejsboll mund të djegë deri 300 kalori në orë, të ecurit e gjallë (në 3.5 mph), çiklizmi (në 5.5 mph), kopshtari, vallëzimi ose luajtja basketboll djeg më shumë se 450 kalori në orë, vrapimi me ecje të shtuar (9 min/ mile), luajtja futboll ose notimi mund të djegë më shumë se 730 kalori në orë dhe vrapimi (7min/mile), tenisi ose skijimi mund të djegin më shumë se 920 kalori në orë. Ju mund ti përshtatni aktivitetet fizike në rutinën tuaj ditore duke i përdorur shkallët në vend të ashensorit, duke zbritur nga autobusi 1 apo 2 stacione më herët dhe ec rrugës në qetësi, duke parkuar më larg

nga dyqani apo zyra, duke ngarë biçikletën, duke punuar në oborr apo kopsht, duke pastruar shtëpinë, duke pastruar veturën, duke vallëzuar etj. (Morris Ch, 2008)

2.6 Stresi

Stresi si një nga fushat më të studiuara të Psikologjisë, i është dhënë një vëmendje e madhe si në aspektin psikologjik dhe atë shëndetësor, ngase ekziston një ndërlidhje komplekse mes faktorëve të ndryshëm fizik, situacional dhe psikologjik në raport me stresin, po ashtu edhe si stresi influencon funksionimin e individit në aspektin shëndetësor dhe social. (Forshaw, 2003)

Në mesin e shumë sëmundjeve, sindromave dhe çrregullimeve që përballen mjekësia moderne e hipertensionit është i konsideruar si një çrregullim që zakonisht është i lidhur me stresin dhe mënyrën stresante të jetuarit. Edhe vetë termi "hipertension" sugjeron një lidhje të ngushtë të këtij çrregullimi me stresin (Davidyan, 2010). Stresi nuk shkakton direkt tensionin e lartë, por mund të ketë një efekt mbi të. Stresi luan një rol të rëndësishëm në fillimin dhe ecurinë e çrregullimeve kardiovaskulare, në veçanti hipertensionit (Jorgenson & Houston, 1989; Fisher 1996).

2.6.1 Stresi dhe stresorët

Shumë studiues janë fokusuar në ndryshimet psikologjike të cilat ndodhin kur një individ ballafaqohet me stresin. Secili individ është unik në mënyrën e reagimit ndaj stresit. Në gjendjen e stresit, trupi reagon përmes simptomave të caktuara, tharje goje, rrahje të shpejta të zemrës, dridhje duarsh, djersitje, marrje fryme si dhe dhimbje koke. Kur stresi është kronik kemi simptoma si prishje disponimi, nervozizëm, humbje durimi, pamundësi për t'u çlodhur, ndjenja vetmie dhe izolimi, depresion dhe pakënaqësi të përgjithshme, mungesë oreksi ose oreks të tepruar, problem me gjumin,

neglizhim ose nënvlerësim të përgjegjësi, përdorim i alkoolit, duhanit, ilaçeve për t'u relaksuar (Drini, 2014)

Studiues të tjerë kanë fokusuar vëmendjen në ndikimet që kanë ngjarjet jetësore në përjetimin e stresit, të cilat janë quajtur stresorë. Një stresor është çdo gjë që shkakton lirim të hormoneve të stresit. Ka dy kategori të gjera të stresorëve: fiziologjike (ose fizike) dhe stresor psikologjik. Në kategorinë e parë bëjnë pjesë ngjarje si zhurmat, tubimet, një lindje e vështirë, lëndimet, sëmundjet kronike, dhimbjet, pushimi nga puna. Ndërsa stresorët psikologjik mund të jenë ngjarje, situata, individë, komente apo ndonjë gjë që interpretohet si negative apo kërcënuese nga individ.

Stresi ka marrë dhe vazhdon të ketë definime të ndryshme të cilat paraqesin domene dhe anët e ndryshme të tij. (Forshaw, 2003), stresi mund të definohet në forma të tilla si presion, tension, faktor i jashtëm i papëlqyeshëm ose një përgjigje emocionale. Hulumtuesit bashkëkohorë kanë definuar stresin si lidhje me stresorët nga ambienti i jashtëm (si probleme në punë, familje, studime), përgjigja ndaj stresorit si stres ose shqetësim (ndjenja në tension) dhe koncepti i stresorit që përfshin ndryshime fiziologjike, biokimike, sjellje dhe psikologjike. Stresin mund ta kuptojmë si diçka që është i lidhur me shkaktarin (kushtet në rrethana averzive në raport me kërcënimin e përjetuar, pastaj integriteti psikologjik apo fiziologjik i individit dhe stresi si një efekt që rezulton si një gjendje shqetësimi (Vanltallie, 2002). Ekspozimi ndaj stresit konsiston në stimul të jashtëm që janë kërcënues apo të dhimbshëm që shkaktojnë frikë, ankth, nervozizëm, eksitim dhe pikëllim që janë negative në ndikim dhe përfundimet që sjellin (Sinha, 2008; Sinha, 2001).

Studimi i stresorëve ka ndihmuar në përkufizimin e disa kushteve të cilat janë më të predispozura për të shkaktuar stres se të tjerët por dhe një fokusim në ngjarjet e stresit

nuk mund të shpjegojë plotësisht eksperiencën e stresit. Secila prej eksperiencave të përmendura më sipër, mund të shkaktojnë stres për disa njerëz kurse për të tjerët jo. Në qoftë se zhurma është p.sh. radio që jep muzikë rok, atëherë ajo mundësisht mund të mos jetë stresante për ju, por mund të jetë shqetësuese për komshiun tuaj. Gjithashtu një person mund të ndjehet i humbur në një punë ndërsa një tjetër, mund ta shohë si një shans për një fushë të re. Pra, se si një person e përjeton stresin, ndryshon shumë nga një tjetër. Gjithashtu, mjaft përkufizime për stresin na japin lidhjet midis individit dhe mjedisit. Kur burimet e një personi janë të pamjaftueshme për të përballuar një situatë, ai ose ajo mund të ndjejë pak stres. Dhe kur këto mungesa burimesh janë shumë të mëdha, atëherë ai ose ajo, mund të ndeshen me një gjendje më të lartë stresi “pra stresi është procesi i vlerësimit të dukurive i vlerësimit potencial të përgjegjësive dhe i përgjigjes të këtyre dukurive”. Përgjegjësitë mund të jenë psikologjike emocionale ndryshime sjelljesh etj. Për të parë se si kërkuesit kanë arritur këtë përkufizim për stresin, është e dobishme të merren në konsideratë disa nga kontributet që janë dhënë në kohët e hershme.

Një nga kërkuesit më të hershëm në lidhje me stresin ka qenë Wolter Cannon (1938). Ai propozoi se kur organizmi merr një kërcënim, trupi shpejt zgjohet nëpërmjet sistemit nervor simpatik dhe të sistemit endokrin. Ky stres është i shkaktuar nga grumbullimi i kotekolaminës. Rrahjet e zemrës shtohen shumë, gjithashtu dhe presioni i gjakut, sheqeri në gjak, frymëmarrja etj. Kjo përgjigje psikologjike që mobilizon organizmin kur ai sulmohet nga një kërcënim i jashtëm, është quajtur përgjigje fluturimthi. Cannon arsyetonte se, nga njëra anë përgjigjja fluturimthi është e përshtatshme sepse ajo e lejon organizmin t’i përgjigjet menjëherë kërcënimit. Nga ana tjetër ai arriti në përfundimin se stresi mund të jetë i dëmshëm për organizmin sepse shkatërron funksionet

emocionale e psikologjike dhe mund të shkaktojë probleme shëndetësore të mëdha. Në veçanti, kur një organizëm nuk është në formë të mirë dhe është i ekspozuar mirë ndaj stresit, mund të hapë probleme të mëdha për shëndetin (Cannon, 1912).

Modeli i Lazarus është modeli i parë i paraqitur në përgjigjen ndaj stresit (Lazarus, 1975). Ky model paraqiti konceptin e vlerësimit që përfshin transaksionin ndërmjet individit dhe mjedisit të jashtëm, në të cilën përgjigja ndaj stresit ndodh nëse individi e vlerëson situatën si potencialisht stresuese (Ogden, 2004). Lazarus në modelin e tij të vlerësimit të stresit dalloi vlerësimin primar dhe sekondar. Vlerësimi primar përfshin vlerësimin e situatës dhe tregoi katër mënyra se si mund ta vlerësojë situatën: si jo relevante, të pa rrezikshme dhe pozitive, të rrezikshme dhe kërcënuese, dhe e fundit si e rrezikshme dhe sfiduese. Ndërsa vlerësimi sekondar përfshin vlerësimin individual të pro dhe kundra strategjive të tyre, pra vlerësimi primar përfshin vlerësimin e mjedisit të jashtëm, ndërsa vlerësimi sekondar përfshin vlerësimin e vetvetes (Ogden, 2004).

2.6.2 Përgjigjet ndaj stresit

Stresi ndodh në tri faza të ndryshme, faza e parë është faza e alarmit (përgjigja ik ose lufto) e cila prodhon rritjen e adrenalinës, faza e dytë është mekanizmi i rezistencës afatshkurtër që trupi vendos të përballohet me problemin dhe faza finale është faza e ekzekutimit kjo fazë ndodh kur trupi përdor të gjitha burimet e nevojshme që të përballë me stresin (Gonzalez & Miranda-Massari, 2014). Ndërsa bazuar në modelin e Lazarusit përgjigja ndaj stresit mund të marrë forma të ndryshme: 1) drejtimi i veprimit, 2) kërkimi i informacionit, 3) mos bërit asgjë dhe 4) zhvillimi i mekanizmave të përballjes me stresin në termat e relaksimit ose mekanizmave mbrojtës (Ogden, 2004).

Konsekuencat e stresit janë të shumta dhe përfshijnë konsekuencat psikologjike, njohëse, emocionale dhe ato të sjelljes. Në reagimet ndaj stresit përfshihen sistemi

nervor dhe sistemi endokrin. Këto përgjigje argumentohen nga impulse të sistemit nervor simpatik në sistemin endokrin. Këto impulse e ngacmojnë sistemin, i cili prodhon kotekolaminën, që përhapet në të gjithë trupin.

Reagimet emocionale të dukurive stresante janë të larmishme dhe përfshijnë frikën, ankthin, depresionin etj. Përgjigjet potenciale janë të caktuara dhe varen nga natyra e dukurive stresante. Gjithsesi organizmi i njeriut shfaq përpjekjet e tij për t'iu përshtatur stresit.

Sindromat e përshtatjes së përgjithshme të Selye është ndoshta më e rëndësishme nga kontributet e kohës së hershme në fushën e stresit në të cilën eksploroj efektin e hormoneve në funksionet psikologjike dhe eksploroj përgjigjet ndaj stresit. Ai argumentonte se kur një organizëm ballafaqohet me një stresor, ai e mobilizon veten për veprimtari të caktuar. Ky mobilizim është direkt nga gjëndra e adrenalines, e cila vë në aktivitet sistemin nervor simpatik.

Shkencëtari Hans Selye (1907-1982) paraqiti modelin e sindromit të përgjithshëm të përshtatjes dhe në vitin 1936 referoi për tri faza të supozuara që tregojnë ndikimin e stresit në trup me qëllim të përshtatjes:

- ☐ Faza e parë, është alarmi. Reagimi i parë i organizmit është njohja e rrezikut dhe përgatitja për përgjigje. Gjatë kësaj faze hormonet e kortizolit, adrenalines dhe noradrenalines çlirohen për të ruajtur energjinë.
- ☐ Faza e dytë, rezistenca ku burimi i stresit mund të kapërcehet dhe organizmi është në përpjekjet për të krijuar balancën e duhur. Kjo mund të jetë arsyeja pse organizmi mund të jetë i lodhur dhe me pak energji.
- ☐ Faza e tretë është rraskapitja, e cila ndodh në qoftë se organizmi nuk ia del në krye të ripërtërihet dhe të kthehet në proces përpjekjeje. Zakonisht i referohet një

përshtatshmërie jo të shëndetshme. Kjo fazë lidhet me stresin kronik (Essence of stress relief, 2016)

2.6.3 Ndikimi i stresit në organizëm

Stresi afekton një sistem të gjerë funksionimi, duke prekur sisteme të ndryshme të trupit të njeriut. Sistemin skeletor-muskulor në të cilin muskujt janë në një tension për një kohë të gjatë, pjesë të tjera të trupit promovojnë probleme të lidhura me stresin si dhimbja e kokës dhe migrena kanë qenë të lidhura me tensionin në muskuj si në krah, qafë dhe kokë. Sistemin respirator nga stresi, procesin e frymëmarrjes e bën më të vështirë, pastaj sistemin kardiovaskular prej nga përsëritja e stresit akut dhe një stres kronik i vazhdueshëm mund të influencojë inflamacionin në vaskulatur, posaçërisht në arteriet koronare (Gonzalez & Miranda- Massari, 2014). Stresi afekton sistemin endokrin dhe sistemin nervor. Në sistemin endokrin hipotalamusi sinjalizon qendrën pituitare dhe sistemin nervor automatik të sekretojë hormonet e stresit të epinefrines dhe kortizolit. Prej nga hipotalamusi stimulon qendrat adrenale në kortekst që të prodhojnë kortizolin dhe medulla adrenale të prodhojë epinefrinën dhe këto se bashku i japin trupit energji të vrapojë prej rrezikut (Gonzalez & Miranda- Massari, 2014).

Stresi afekton sistemin e gjerë të sistemit nervor i cili është i ndarë në divizione të ndryshme, në sistemin nervor periferik dhe sistemin nervor autonom, prej nga sistemi nervor autonom ndahet në sistemin simpatik dhe sistemin nervor parasimpatik ((Forshaw, 2003). Sistemi nervor simpatik është përgjegjës për krijimin e përgjigjes lufto ose ik gjatë situatave stresuese, që lajmëron trupin të luftojë ndaj kërcënimeve dhe rreziqeve. Në përgjithësi sistemi nervor simpatik është përgjegjës për të gjitha ndryshime që ndodhin në sistemet e ndryshme të trupit, prej lirim të hormoneve të stresit deri në rritjen e rrahjeve të zemrës dhe ndryshimeve digjестive (Forshaw, 2003).

Stresi afekton pothuajse çdo kënd në kohë të ndryshme dhe është pothuajse një faktor i qëndrueshëm në jetën e shumë njerëzve (Ogden, 2004). Stresi është i asociuar me ndryshime fiziologjike dhe ndryshime në sjellje (Forshaw, 2003). Stresi përfshin rritjen e shtypjes së gjakut, rritjen e rrahjeve të zemrës, ndryshime në frymëmarrje, ndryshime në bebëzën e syrit, ndryshime në gjëndrat e djersitjes dhe lëvizje të shpejta të muskujve (Ogden, 2004).

Proceset të cilat janë të përfshira si në procesin e perceptimit të aspekteve kërcënuese të situatës apo stresorit deri në fazat përfundimtare tregojnë një ndërlidhje mes faktorëve të ndryshëm, mënyra se si ne përgjigjemi ndaj stresit është e lidhur me funksionimin e sistemit nervor, reagimet fiziologjike ndaj stimulit stresues janë të ndërlidhura me sistemin simpatik (Vanltallie, 2002). Hipokampusi kontribuon në memorien verbale, i cili është veçanërisht i rëndësishëm për memorien e kontekstit, një pjesë dorozale e tij është përgjegjëse për krijimin e memories e frikës dhe amigdala është e lidhur me koordinimin e sjelljeve stresuese dhe konsolidimin e memories (McEwen, 1998; Feldman & Weidenfield, 2001; Vanltallie, 2002). Pastaj kemi përfshirjen e faktorëve psikologjikë si personaliteti dhe atyre jashtë individit, gjendja ekonomike, edukimi të cilat e bëjnë atë më lehtë preh e stresit dhe zhvillimit të tij. Këto domene të cilat vendosin individin në një pozicion më takues nga stresi, janë pjesë përbërëse dhe thelbësore në zhvillimin e një shëndeti kualitativ shëndetësor, duke përfshire si aspektin fizik dhe atë psikologjik të qenieve njerëzore. Nivele të ulëta ose të moderuara të stresit mund të paraqesin një sfidë brenda aftësive të individëve që përballojnë vështirësi të ndryshme dhe të prodhojnë sensin e përvojës dhe njohurive në kalimin e këtyre ngjarjeve me efekte negative dhe të arrijnë të nxjerrin përfundime pozitive, por ekspozimi ndaj situatave që janë eksperiencia të fuqishme negative që prek aftësitë e

përballjes të individit rrit mundësinë për psiko-patologji (Levine, 2005; McEwen, 2007; Sinha, 2008).

2.6.4 Lidhshmëria e stresit me hipertensionin

Gjithsesi, shumë psikologë kanë theksuar se një sasi e madhe stresi shkaktohet edhe nga “telashtet” zënkat e vogla në jetë, ngacmimet dhe mërzitjet (Bennet & Miller, 2006; Chang & Sanna, 2003; Ruffin, 1993; Safdar & Lay, 2003).

Këto probleme, në dukje të vogla, si prishja e zinxhirit, pritja në radhë të gjata apo një zënkë e vogël e një shoku, ndikojnë negativisht. Riçard Lazarusi besonte se ngjarjet e mëdha peshojnë shumë, sepse ato shkaktojnë edhe shumë telashe të vogla, që përfundimisht shkaktojnë stres. Nuk janë vetëm ngjarjet e mëdha që bëjnë dallim, vë në dukje Lazarusi, por edhe ajo që ndodh nga një ditë në tjetrën, qoftë e provokuar ose jo nga ngjarje të mëdha. Studimet konfirmojnë se njerëzit, që kanë vuajtur kohët e fundit nga një ngjarje e madhe traumatizuese, ka më tepër gjasa të provojnë një reagim në gjendje stresi të qëndrueshëm, kur ekspozohen ndaj stresuesve apo telasheve të vogla, të cilat zakonisht mund të jenë në gjendje t'i mbajnë (Lazarus, 1981).

Në fund të fundit, si ngjarjet e mëdha, ashtu edhe ato të vogla, janë stresuese, sepse shkaktojnë ndjenja tensioni, zhgënjimi dhe konflikti. Në këtë kontekst përjetimi i hipertensionit arterial mund të konsiderohet një stresor i rëndësishëm për individin. (Cross, 2003).

Ka disa faktorë që ndikojnë në tensionin e gjakut si për shembull, volumi i ujit në trup, përmbajtja e kripës në trup, hormonet, niveli i aktivitetit, temperatura, gjendja emocionale si dhe gjendja e veshkave, sistemit nervor dhe enëve të gjakut. Në qoftë se tensioni i gjakut është i lartë dhe nuk vihet nën kontroll, zemra dhe arteriet nuk funksionojnë ashtu siç duhet. Hipertensioni kryesor (parësor) nuk ka ndonjë shkak të

njohur. Ky lloj hipertensioni gjendet në pothuajse 95% të të gjithë pacientëve me hipertension. Megjithëse shkaku nuk është i qartë, faktorë gjenetikë dhe të mjedisit, të tillë si dieta dhe fizikultura luajnë një rol të rëndësishëm. Hipertensioni dytësor është tensioni i lartë i gjakut i cili shkaktohet nga një çrregullim bazë, siç janë: ngushtimi i arterieve të caktuara, çrregullime të gjëndrës mbiveshkore, çrregullime të veshkave, përdorimi i mjekimeve, ilaçeve apo kimikateve të tjera, shtatzënia, përdorimi i kontraktivëve nga goja, antihistaminës, steroidëve, ilaçeve kundër depresionit ose ilaçeve antipezmatuese josteroidale, çrregullime dhe sindroma të tjera të ngjashme. Stresi është menduar për shumë vjet si një kontribuues për hipertensionin (Cassel, 1969). Të dhëna të rëndësishme lidhin ngritjet e nivelit të presionit të gjakut me ngjarjet stresuese (Harrel, 1980; Goldstein, 1982).

Një literaturë e gjerë eksperimentale tregon se faktorë stresantë të krijuar në laboratorë duke përfshirë mbajtjen e frymës, drita të forta vezulluese, pyetje shqetësuese emocionalisht, teste aritmike, injeksione dhe goditje elektrike, të gjitha shkaktojnë rritje të presionit të gjakut (Shapiro & Goldstein, 1982). Këto efekte janë shfaqur edhe tek të bardhët edhe tek zezakët (Anderson et al., 1986).

Reagime ndërmjet rritjes së presionit të gjakut ndaj shkatërrimeve natyrore ose jo natyrore, janë vënë re në pjesë të ndryshme të popullatës si p.sh. ushtarët gjatë manovrave në shkretëtirë (Graham, 1945) dhe rezidentëve gjatë një shpërthimi kimik (Ruskin, Beard & Schaeffer, 1948). Vendet e mbipopulluara, stresante dhe të zhurmshme (Cross, 2003), shkaktojnë nivele më të larta të hipertensionit (James, 1987). Gjithashtu, stresi gjatë punës dhe papunësia kanë lidhje me tensionin e lartë. Hipertensioni është çrregullim serioz në kuadër të mjekësisë familjare dhe paraqet gjendjen më të shpeshtë e cila kërkon mjekim afatgjatë. Është një vrasës tinzar pasi

shumica e njerëzve me hipertension janë asimptomatik dhe nuk janë në dijeni për problemin e tyre. Studimet epidemiologjike kanë dëshmuar për lidhshmërinë në mes të hipertensionit dhe insultit, sëmundjeve koronare të zemrës, sëmundjeve të veshkës, insuficiencës së zemrës. Trajtimi është gjatë gjithë jetës, prandaj nevojitet një menaxhim i kujdesshëm.(Qendra për zhvillimin e mjekësisë familjare të Kosovës Moduli i gjashtë, Prishtinë, 2012)

Stresi është menduar për shumë vjet si një kontribues për hipertensionin (Henry Cassel, 1969). Provat e rëndësishme lidhin ngritjet e nivelit të presionit, të gjakut me ngjarje stresuese (shiko Harrel, 1980; Shapiro, Goldstein, 1982).

Një literaturë e gjerë eksperimentale tregon se faktorët stresant të krijuar në laboratorë duke përfshirë mbajtjen e frymës, drita të forta vezulluese, pyetje shqetësuese emocionalisht, teste aritmike, injeksione dhe goditje elektrike, të gjithë shkaktajnë rritje të presionit të gjakut (Shapiro Goldstein, 1982).

Stresi gjatë punës dhe papunësia janë gjetur të kenë lidhje me tensionin e lartë. Në një rishikim të mirë kontrolluar të të gjithë studimeve të rasteve të përgjigjeve të zemrës dhe presionit të gjakut ndaj stresit, Fredrickson dhe Matthews krahasuan reagimet e tre grupeve ndaj ngjarjeve stresuese: hipertensivët kritikë, të nivelit mesatar dhe pasardhës të personave me hipertension. Hipertensivët kritikë shfaqin reagime të forta të presionit të gjakut ndaj të gjithë faktorëve stresues. Efektet ishin disi më të forta për faktorët stresant pasivë, të cilët nuk kërkojnë një përgjigje me anë të sjelljes, se sa ndaj faktorëve aktivë, të cilët kërkojnë një përgjigje me anë të sjelljes. Ndryshe nga ky grup, hipertensivët mesatarë shfaqën një ndryshim më të moderuar të presionit të gjakut ndaj faktorëve stresues, sidomos ndaj atyre që kërkonin një përgjigje aktive nëpërmjet sjelljes. Rezultatet japin prova se aktiviteti eksziv i sistemit nervor simpatik gjatë

periudhave të stresit mund të ketë një rol pato-psikologjik në zhvillimin e hipertensionit, së paku disa individë. Rezultatet janë duke pasur rritje të përsëritura të tensionit të gjakut, ndodh një fortësim dhe hollim i arterieve. Faktorët psikologjikë mund të shkaktojnë gjithashtu ndryshime në rregullimin trupor për nxjerrjen e kripës gjatë kohës dhe në mekanizmin që prodhon volumin e gjakut (Harrell, 1980).

Së fundi, provat tregojnë për një rol të mundshëm të peptideve opioide endogjene ndaj reagimeve të tensionit të gjakut në situatë stresuese. Peptidet opioide endogjene rregullojnë reagimet neuroendokrine dhe qarkulluese ndaj sjelljes stresuese. Në këtë mënyrë, me administrimin e një efekti të kundërt të opiodës, si naloxone, mund të studiohet reagimi ndërmjet rritjes së tensionit ndaj stresit.

Megjithatë, në një studim ku u krahasuan disa të rinj me tension të lartë të ulët dhe mesatar të gjakut, naloxone i rriti reagimet nëpërmjet rritjes së tensionit ndaj stresit tek ato subjekte me tension të ulët, por nuk pati efekt tek subjektet me tension të lartë. Këto rezultate tregojnë se frenimi i energjisë opioide të aktivitetit nervor simpatik mund të mos japë efekte të paktën tek disa njerëz që rrezikohen nga hipertensioni (McCubbin, Surwit, Williams, 1988).

Në përgjithësi, është e pamundur që një mënyrë e vetme lidhjeje stres-hipertension të shpjegojë të gjitha llojet e hipertensionit. Ka disa tipe të ndryshme hipertensionit të cilat mund të shkaktohen nga mosfunksionimi i mekanizmave të ndryshëm psikologjikë (Laragh, 1988a: Parfyonova, Korichneva, Suvorov dhe Krasnikova, 1988). Duke qenë se profili filozofik i hipertensionit është heterogjen, është e mundur që dhe profili psikologjik të jetë gjithashtu heterogjen (Harrell, 1980).

2.7 Hipertensioni arterial – këndvështrim i përgjithshëm

Hipertensioni shfaqet atëherë kur furnizimi me gjak nëpërmjet enëve të gjakut e kalon masën, duke ushtruar tryzni mbi muret e enëve të gjakut. Kur presioni i lartë i gjakut ndodh në mënyrë kronike, ai mund të shkaktojë një fortësim të mureve të arterieve dhe prishjen e sipërfaqes së qelizave. Hipertensioni është një problem mjekësor për disa arsye. Janë rreth 60 milionë njerëz që vuajnë nga hipertensioni në SHBA dhe çdo vit rreth 16.000 persona vdesin si pasojë e sëmundjes së zemrës nga hipertensioni. Për më tepër, hipertensioni përbën një faktor risku për çrregullime të tjera, si sëmundja e arteries koronare, dëmtimin e veshkës dhe goditja në zemër. Ajo mund të shkaktojë gjithashtu disa dëmtime që kanë të bëjnë me njohjen (Madden Blumenthal, 1989).

Hipertensioni përcaktohet nga nivelet sistolike dhe diastolike të presionit të gjakut të matura nga një sphygmomanometër (matës i ngushtimit të enëve të gjakut ose matës i presionit të gjakut në vena). Siç është përmendur dhe më parë, presioni sistolik i gjakut është forca më e madhe e shkaktuar si pasojë e tkurrjes së barkusheve të zemrës. Kjo ndikon si në volumin e gjakut, i cili del nga zemra, ashtu dhe në aftësinë e arteries për tu zgjeruar në mënyrë që të lehtësojë kalimin e gjakut (elasticitetin e saj). Presioni diastolik është presioni i ushtruar në arterie kur zemra është në gjendje të relaksuar kjo ka të bëjë me rezistencën e venave të gjakut ndaj vërshimit të gjakut. Nga këto të dyja, presioni diastolik ka një farë vlere më të madhe në diagnostifikimin e hipertensionit. Hipertensioni në formën e tij të lehtë përcaktohet nga një presion diastolik në mënyrë të vazhdueshme midis 90-104 hipertensioni mesatar përfshin një presion të vazhdueshëm midis 105 dhe 119 dhe hipertensioni në formën e tij të rëndë ka një presion diastolik të vazhdueshëm mbi 119. Në të kaluarën merrnin mjekim vetëm ata që vuanin nga

hipertensioni i rëndë dhe mesatar, por tani ka prova se edhe hipertensioni i lehtë mund të përfitojë nga një terapi fillestare (Kolata,1979)

Gjithnjë e më tepër, hipertrofia e barkushes së majtë (zmadhim anormal i barkushes së majtë të zemrës) po njihet si një tregues i rëndësishëm prognoze i hipertensionit fillestar i cili mund të identifikohet relativisht në fazat fillestare nga kryerja e një ekokardiograme (Devereux, 1988).

Meqenëse hipertrofia e barkushes së majtë mund të lidhet në mënyrë të drejtpërdrejtë me vdekjet si pasojë e tensionit nga sëmundja e arteries koronare, kjo mund të përbejë një tregues të dobishëm (Yurenev et.al.,1988).

Afërsisht 5% e rasteve të hipertensionit shkaktohen nga mosfunksionimi i veshkave për të rregulluar presionin e gjakut. Gjithsesi, rreth 90% e të gjitha rasteve të hipertensionit kanë një origjinë të panjohur. Disa faktorë risku janë identifikuar. Meshkujt janë më të rrezikuar nga hipertensioni se sa femrat. Faktorët gjenetik luajnë gjithashtu një rol të rëndësishëm (shiko Smith et al.,1987).

Nëse njëri nga prindërit vuan nga tensioni i lartë ekziston 45% e mundësisë që dhe pasardhësit të vuajnë nga tensioni i lartë nëse të dy prindërit vuajnë nga tensioni i lartë mundësia që dhe pasardhësit të kenë të njëjtin problem rritet në 95%. Hiperaktiviteti i presionit të gjakut tek fëmijët sjell me kalimin e kohës zhvillimin e hipertensionit, në varësi të mundësisë së një mekanizmi gjenetik (Sallis, Dimsdale dhe Caine, 1988).

Faktori gjenetik mund të jetë një predispozitë e trashëguar për reagimin fiziologjik ndaj ngjarjeve stresuese. Obeziteti është trashëguar për reagimin fiziologjik ndaj ngjarjeve stresuese. Obeziteti është gjithashtu një tjetër faktor risku për hipertensionin. Faktorët e dietës si kripa mund të luajnë një rol si shkaktarë, por akoma marrëdhëniet midis dietës dhe hipertensionit nuk janë eksploruar plotësisht (Galton, 1973, Shapiro Goldstein,

1982). Gjithashtu mund të jenë dhe disa faktorë të lidhur me personalitetin të përfshirë në morinë e faktorëve të riskut, të tilla si tendenca për tu inatosur shpejt (Harburg et al., 1973; Johnson, Schork Spielberger, 1987), dyshimet cinike (Williams, 1984), ose reagimi eksziv ndaj ngjarjeve të papritura (James, Hartnett, Kalsbeek, 1983).

Megjithatë, akoma provat që lidhin shprehjen e inatit apo mërzisë me hipertensionin janë jo të plota (James, 1987).

Hipertensioni është në mënyrë të veçantë i përhapur midis njerëzve me të ardhura të pakta. Një pjesë e këtij risku duket se lidhet me faktorë të tillë si trashëgimia nga historiku i hipertensionit të prindërve. Ka gjithashtu dhe diferenca përsa i përket racës, përgjigjet neuropeptide dhe kardiovaskulare ndaj stresit që mund të ndikojnë në zhvillimin e hipertensionit (Anderson, Lane, Taguchi, Williams, 1989; Durel et.al., 1989; Light Sherwood, 1989; McNeilly, Zeichner, 1989; Tischenkel et.al., 1989).

Sipas një studimi të realizuar në Prizren në vitin 2007 (Bytyqi R & Bytyqi A) është vërejtur gjithashtu që ka keqkuptime lidhur me stilin e jetës dhe hipertensionin. Vëzhgimi i shtypjes së gjakut jashtë zyrave të bluzave të bardha mund të japë informata të vlefshme për vlerësimin fillestar të pacientëve me hipertension dhe për monitorimin e reagimeve në trajtim sipas JNC 6, e që nga gjetjet e këtij studimi shihet se vetëm 10% e pjesëmarrësve dinë ta matin vet shtypjen e gjakut, ndërsa 64% prej tyre e bëjnë në qendrën e mjekësisë familjare edhe pse 92% ishin të identifikuar me shtypje të lartë të gjakut me më shumë se 4 vite. Për këtë hulumtuesit i janë atribuar mungesës së informatës për vlerësim fillestar të hipertensionit dhe për monitorimin e reagimeve në trajtim, ndërsa mungesës së vetvëzhgimit në komunitetin e intervistuar ia bashkëngjitin edhe një faktor tjetër i cili është niveli i ulët i edukimit, sepse 60% e pjesëmarrësve nuk e kishin kryer shkollimin fillor.

Për shtypjen e lartë të gjakut si sëmundje me predispozita familjare dhe ndodhive të stilit të jetesës në po të njëjtin studim kishte rezultuar se 60% e pjesëmarrësve kishin edhe anëtarë të tjerë të familjes që vuanin nga shtypja e lartë e gjakut dhe që hulumtuesit kishin gjetur ngjashmëri me të dhënat e JNC 6 në të cilin thuhet se niveli i shtypjes së gjakut ka lidhje me anëtarët e familjes një fakt i cili ka prejardhjen e përbashkët gjenetike dhe ndodhive të stilit të jetesës.

Sa i përket përdorimit të kripës në dietat ditore në të njëjtin hulumtim të realizuar nga Bytyqi R dhe Bytyqi A (2007), në pyetjen se unë e zgjedh ushqimet me më pak kripë, 74% e pjesëmarrësve ishin deklaruar se pajtohen, 56% e pjesëmarrësve konsumonin ushqim sipas ndikimit në shtypjen e gjakut dhe jo për nga shija e ushqimeve. Gjithashtu shumica e pjesëmarrësve 62% preferonin mes vakteve të pasura me fruta dhe perime 58%. Sipas këtyre të dhënave sikurse kanë konstatuar edhe hulumtuesit është vërejtur se se kujdesi ndaj ushqimeve përsa i përket konsumimit të kripës ishte i përshtatshëm te shumica e pjesëmarrësve.

Sipas rekomandimeve të JNC-7 marrja me aktivitete fizike të rregullta siç është ecja e shpejtë së paku 30 minuta në ditë, 4-5 ditë në javë, zvogëlon shtypjen sistolike të gjakut prej 4-9 mm Hg, ndërsa gjetjet e Bytyqi R & Bytyqi A (2007) treguan se 74% e pjesëmarrësve preferojnë ecjen rreth 30 minuta për çdo ditë, 22% e pjesëmarrësve rreth 30 minuta çdo 2 ditë dhe 4% nuk e preferon ecjen. Gjithashtu prej hulumtuesve është vërejtur se nga pjesëmarrësit që e preferojnë ecjen atë e bënin në kuadër të kryerjes së punëve të tjera dhe jo si mënyrë e kujdesit ndaj shtypjes së lartë të gjakut. Gjithashtu i njëjti raport i JNC-7 rekomandon që personat meshkuj të mos konsumojnë më shumë se dy pije alkoolike në ditë dhe personat femra jo më shumë se 1 pije në ditë. E që gjetjet e hulumtimit në fjalë kishin rezultuar se vetëm 20% e pjesëmarrësve e konsumojnë

alkoolin. Këto gjetje janë të përafërta edhe me gjetjet e Marečková J. të kryera në Çeki te një grup studentësh të infermierisë të gjinisë femërore ku thuhet se vetëm 10% e pjesëmarrësve kanë konsumuar alkool. Sa i përket kësaj dukurie mund të dalim në përfundimin se kjo dukuri në vendin apo rrethin tonë ka të bëjë më shumë me traditën dhe besimin fetar sesa me vetë kujdesin për hipertension.

Pirësit e duhanit kanë dy herë rastësi të sëmundjeve të artereve koronare kontraktuese dhe katër herë rastësi për vdekje të befasishme sesa jo konsumuesit sipas Keller, Lemberg, (1996).

Nga rezultati i hulumtimit të Bytyqi R & Bytyqi A (2007) del se pirja e duhanit nuk është problem madhor në vendin tonë sepse 30% e pjesëmarrësve ishin konsumues të duhanit (6% rreth 20 cigare brenda ditës dhe 24% konsumonin rreth 10 cigare/ditë).

Ekzistojnë disa metoda për të ulur stresin, si: shoqërimi me njerëzit që dinë të bëjnë humor, dëgjimi i muzikës, mënyrat e tjera të relaksimit dhe aktivitetet fizike, ndërsa sipas gjetjeve të hulumtimit në fjalë rezultoi se më së shumti zbatohet metoda e shoqërimit me njerëz që dinë të bëjnë humor me 68% të pjesëmarrësve. Pjesëmarrës që mendojnë se stresi shkakton ngritje të shtypjes së gjakut ishin 50%. Metodat e tjera të menaxhimit të stresit të cilat janë gjetur ishin të veseve të këqija si: mbyllja në vetmi, pirja e duhanit etj.

Sipas Emedicine consumer halth, High Blood Pressure, Self-care at home - 2005 “një nga sfidat më të mëdha në trajtimin e shtypjes së gjakut është marrja e mjekimeve në mënyrë të kontrolluar, përderisa në studimin e sipërshënuar ishin 60% të pjesëmarrësve të cilët madje as emrat e mjekimeve nuk i dinin, ndërsa 76% e pjesëmarrësve deklarohen se vetë kujdesen për marrjen e tyre. Këto të dhëna tregojnë qartë se shtypja e tyre e gjakut është e pakontrolluar dhe mundësia për marrjen e gabueshme e mjekimeve

është evidente te shumica. Edhe kjo e dhënë si duket flet për nivelin e shkollimit të pjesëmarrësve në këtë hulumtim.

Hipertensioni me sëmundjet e tjera - Shpesh hipertensioni (vrasësi i heshtur) ka të tjerë partner të heshtur, gjë që e bën atë me të rrezikshëm. Kardiologu i Sacre Coeur Hospital, Montreal, Denis Hamel, profesor i Universitetit të Montrealit, e ngjason hipertensionin me një termostat apo sensor presioni, i cili sinjalizon një problem gjatë shkuarjes së gjakut në vendin e duhur dhe kur atje ka një problem nevojitet një presion më i lartë gjaku për vaditjen e çdo sektori të trupit, por nga ana tjetër zemrës i duhet të punojë më me ngarkesë me pasojë dëmtimin struktural e funksional. Fillimisht zemra është e fortë, muskuloze, por pas një farë kohe niveli i funksionit bie. Kjo situatë mund të shkojë për 20-25 vjet, por tashmë zemra është lodhur dhe ky është faktori kryesor që e shpie atë drejt dorëzimit. Sipas Dr. Hamel, nga hipertensivët 25% janë duhanxhinj, rreth 70% kanë kolesterol të lartë, rreth 50% kanë mbipeshë trupore të konsiderueshme, rreth 40% janë sedentarë dhe afërsisht 6.5% kanë diabet. Sipas tij, njerëzit me hipertension plus një sëmundje tjetër shumë më shpejt zhvillojnë forma të plakjes së parakohshme të zemrës dhe arterosklerozë të arterieve, sidomos, nëse individ i ka një tendencë për këto probleme, fenomeni përshpejtohet si pasojë e presionit të lartë të gjakut. Diabeti dhe hipertensioni janë sëmundje që bashkëjetojnë zakonisht në shoqëritë perëndimore. Të dyja janë fuqishëm të predispozuara për rëndim të të sëmurit drejt sëmundjes së zemrës së enëve të gjakut dhe veshkave. (Aleksi M, 2005)

Ndalimi bllokues i frymëmarrjes gjatë gjumit është gjerësisht i përhapur te njerëzit, veçanërisht tek obezët, tek ata me hipertension ose tek të dy grupet. Shumë njerëz kanë rëndim të apnesë së gjumit në pozicion shtrirë me fytyrë lartë, krahasuar me ata që flenë në pozicione të tjera dhe tek këta, gjatë gjumit ndodh bllokim i rrugëve të sipërme të

frymëmarrjes në kohën e thithjes së ajrit. Kjo gjendje shoqërohet me ulje të theksuar të oksigjenit në ajër dhe shtimi i dyoksidit të karbonit në gjak aktivizon sistemin vazokonstriktor me pasojë rritjen e presionit të gjakut. Trajtimi efektiv i apnesë së gjumit pakëson jo vetëm përgjigjen akute neurohumorale në organizëm dhe atë parësore, por mund të sjellë pakësimin gjithashtu gjatë ditës së aktivitetit simpatik dhe uljen e hipertensionit tek ata me presion gjaku të rritur. E përmendim apnena gjatë gjumit, sepse shumë njerëz me këtë çrregullim mund të keqdiagnostikohen për hipertension. Kjo rezulton nga studimi i Spitalit Universitar La Paz në Madrid, studim që raporton se 1/3 e njerëzve me apne gjumi dhe që ishin diagnostikuar si hipertonic nga mjeku, rezultonin me sindromin e bluzës së bardhë. Gjithashtu studimi mbështeste opinionin se këta njerëz kanë vështirësi për të hyrë në gjumë normalisht si të tjerët. Këta jo vetëm që i zë gjumi me vonesë, por edhe fazën e zgjimit e kanë më të gjatë se sa ata që janë thjeshtë hipertonic pa apne të gjumit. (Aleksi M, 2005)

2.8 Psikologjia e shëndetit

Shëndeti përfshin gjendjen e përgjithshme të trupit. Psikologjia është e interesuar për gjendjen e mendjes, sepse mendja dhe trupi punojnë si një e tërë për të prodhuar një shëndet të mirë fizik dhe mendor. Fusha e psikologjisë së shëndetit është logjike dhe kontribuese e rëndësishme shkencore e shëndetit dhe disiplinave psikologjike të marra së bashku.

Historikisht filozofët kanë patur mendime të kundërta mes vizionit se trupi dhe mendja janë pjesë të të njëjtit sistem dhe idesë se ato janë dy pjesë të ndara. Kur ne, hedhim vështrimin tek historia e lashtë, na bëhet qartë raporti rreth marrëdhënieve mendje trup. Megjithatë nuk kemi mundësi direkte të mbështetemi në shumë kultura të hershme, ajo çfarë rezulton është se mendja dhe trupi janë konsideruar një e vetme. Kulturat e

hershme besonin se sëmundjet shfaqeshin atëherë kur shpirtrat e këqij pushojnë trupin dhe që këto shpirtra mund të largoheshin nëpërmjet proceseve trajtuese. Grekët ishin ndërmjet civilizimeve më të hershme që përcaktuan rolin e funksionit të trupit në shëndet dhe sëmundje. Më mirë se t'ia atribuonin sëmundjen e shpirtrave të ligj, ata zhvilluan një teori të sëmundjes, që së pari u propozua nga Hyppocrates (ca.460-ca. 370 B.C) dhe më vonë u zgjerua nga Galen (A.D 129 ca199). Sipas kësaj pikëpamje, sëmundja zhvillohet kur 4 lëngjet (hormonet) rrjedhëse e qarkulluese të trupit si gjaku, vreri i zi, vreri i verdhë, dhe phlegm (mukozë), janë jashtë balancës. Funksionimi i kurimit ishte të ruante balancën nëpërmjet lëngjeve. Tipa shumë të veçantë personalitetesh besuan që temperamentin e njeriut e shoqëronte një prej 4 lëngjeve kryesore. Në mesjetë, misticizmi dhe demagogjia dominuan konceptin e sëmundjes, e cila shihej si dënim i zotit ndaj mëkateve. Kurat konsistonin shpesh në tortura trupore për të nxjerrë “djallin”. Më vonë, kjo “terapi” u zëvendësua nga lutjet dhe puna e zotit. Gjatë kësaj periudhe kisha u bë një guardian e këtyre njohurive mjekësore: si rezultat i kësaj mjekësie mori një formë fetare përfshirë këtu dhe shpjegimin fetar, të pa bazuar shkencërisht, rreth marrëdhënies mendje-trup. Duke filluar që në kohën e renesancës (lashtësisë) e deri në ditët e sotme janë bërë hapa të rëndësishme në teknologji, të bazuara tek praktika mjekësore.

Psikologjia e shëndetit është ajo nëndegë e psikologjisë e cila u zhvillua për të kuptuar influencat psikologjike në mënyrën se si personat qëndrojnë të shëndetshëm, pse sëmuren dhe si reagojnë ata kur sëmuren. Psikologët e shëndetit studiojnë rezultatet dhe ndërhyjnë për të ndihmuar individët të qëndrojnë në formë ose të ndihmojnë veten drejt shërimit në rast sëmundjesh. P.sh. një studiuesi fushës së psikologjisë së shëndetit mund të jetë i interesuar për faktin se përse njerëzit vazhdojnë të pijnë duhan edhe pse e dinë që duhani

rrit rrezikun e kancerit apo sëmundjeve të zemrës. Informacioni pse njerëzit pinë duhan mund ta ndihmojë studiuesin për të kuptuar këtë zakon të varfër të shëndetit dhe të ndërtojë mënyra ndërhyrjeje për të ndihmuar individët të lënë duhanin. Psikologjia e shëndetit është e interesuar për të gjitha aspektet psikologjike të shëndetit dhe sëmundjes përgjatë gjithë jetës së individit (Maddux, Roberts, Sledden & Wright, 1986).

Psikologët e shëndetit fokusohen tek nxitja dhe ruajtja e shëndetit që përfshin aspekte të tilla si p.sh., si të kryejmë ushtrime të rregullta ose si të nxisim një fushatë elektorale për të ndihmuar individët të përmirësojnë dietat e tyre etj. Psikologjia e shëndetit studion gjithashtu aspektet psikologjike të ndërhyrjes dhe trajtimit të sëmundjeve. Një psikolog shëndeti duhet t'i mësojë individët, me nivele të larta stresi, se si ta menaxhojnë stresin në mënyrë efektive, në mënyrë të tillë që të mos influencojë shëndetin e tyre. Ai duhet të punojë me individët të cilët janë tashmë të sëmurë për t'i ndihmuar ata të përshtaten sa më mirë me sëmundjen ose t'i mësojnë të ndjekin mjekimin e tyre me një regjim të caktuar. Psikologët e shëndetit janë gjithashtu të fokusuar tek etiologjia dhe gjendja aktuale e shëndetit, tek sëmundja dhe disfunksioni, si variabla të rëndësishëm për të kuptuar individin sa më mirë. Etiologjia i referohet origjinës dhe shkaqeve të sëmundjes dhe psikologët e shëndetit janë veçanërisht tek faktorët socialë dhe ata të sjelljes, të cilët influencojnë tek disfunksioni, sëmundja apo shëndeti i individit. Faktorë të tillë mund të jenë konsumi i alkoolit, duhani, ushtrimet, vënia e rripit të sigurimit dhe mënyrat e mposhtjes së stresit. Përfundimisht psikologët e shëndetit analizojnë përpjekjet për të përmirësuar sistemin e kujdesit shëndetësor dhe formulimin e një politike për shëndetin. Ata studiojnë impaktet e institucioneve shëndetësore dhe mjekëve tek sjelljet e individëve dhe kështu zhvillojnë mënyra për të përmirësuar kujdesin për shëndetin. Duke përmbledhur: psikologjia e shëndetit është si agregat i një edukimi specifik,

kontribut shkencor dhe profesional i asaj disipline të psikologjisë e cila nxit dhe ruan mirëqenien, ndërhyt dhe trajton sëmundjen, identifikon etiologjinë dhe diagnostikon sëmundjen, shëndetin apo disfunktionin si dhe përmirëson kujdesin shëndetësor (Matarazzo, 1985).

Fusha e psikologjisë së shëndetit

Një numër prirjesh në mjekësi, psikologji dhe kujdesin shëndetësor, kanë kontribuar për ta bërë shfaqjen e psikologjisë shëndetësore të pashmangshme, të përhershme të zakonshme. Është mirë të themi se psikologjia shëndetësore është një nga evolucionet më të rëndësishme, së bashku me fushën e psikologjisë në 50 vitet e fundit. Faktorët psikologjikë janë një pjesë e rëndësishme e shëndetit dhe e mjekësisë. Është e vlefshme të themi që njerëzit që propozuan modelin e psikologjisë shëndetësore, nuk po përpiqen të fyejnë mjekët apo të zhvleftësojnë kujdesin mjekësor. Ana e trajtimeve mjekësore, teknologjike apo biokuruese është shumë e rëndësishme. Shumë herë ndërhyrjet kirurgjikale të doktorëve kanë shpëtuar jetë njerëzish. Sidoqoftë ndonjëri që ka studiuar seriozisht natyrën e shëndetit dhe kujdesin ndaj shëndetit, do të arrijë në përfundimin që modeli mjekësor tradicional është jo tërësisht jo adekuat. Për fat të keq megjithëse ka shumë përjashtime, ka ende mjekë që nuk kuptojnë plotësisht hapësirën e psikologjisë në shëndet. Kjo është arsyeja pse psikologjia e shëndetit dhe modeli i saj kanë premtuar revolucionarizmin e afrimit tonë në kujdesin shëndetësor (Engel, 1976).

Imagjinoni një shëndet e kujdes mjekësor që përqendrohet në çështjet e shëndetit nga ana e marrëdhënieve mes personave apo sjelljeve të tyre. Ky përafrim do të theksonte mënjanimin ose lënien e duhanit, të ngrënies me kujdes dhe me dietë kundër dhjamosjes; bashkëpunimin pozitiv me regjimet e rekomanduara mjekësore; imunizimin dhe kujdesin për fëmijët e porsalindur, masat e ndryshme sociale psikologjike kundër stresit;

përkrahja shoqërore për ata që kanë sëmundje kronike; parandalimin e plagosjeve dhe kujdes të veçantë për të moshuarit, për ata që janë drejt vdekjes apo të pastrehët si dhe përdorimin e kujdesshëm të ilaçeve tradicionale apo të kirurgjisë në rastet e nevojshme. Këto çështje janë ato me të cilat merret ajo që ne e quajmë modeli i psikologjisë së shëndetit. Ky përafrim i zgjeruar nganjëherë përmendet si modeli biopsikosocial, që do të thotë se shëndeti varet nga faktorë biologjikë (si nga mikroorganizma të ndryshme apo sisteme imunitare përgjegjëse), nga faktorët psikologjikë (si mendimet apo ndjenjat e një personi) dhe faktorë socialë si ndikimi i të tjerëve, (Engel, 1976).

KAPITULLI III: METODOLOGJIA

3.1 Qëllimi i punimit dhe objektivat

Qëllimi është identifikimi i lidhjeve në mes personalitetit dhe stilit të jetesës me përjetimin e stresit në pacientët e diagnostikuar me hipertension arterial në Komunën e Prizrenit.

Objektivat

1. Matja e niveleve të stresit në pacientët e diagnostikuar me hipertension arterial.
2. Eksplorimi i llojeve të personalitetit në pacientët e diagnostikuar me hipertension arterial.
3. Identifikimi i stilit të jetës në pacientët e diagnostikuar me hipertension arterial.

3.2 Pyetja kërkimore

Si ndikon personaliteti dhe stili i jetës në nivelet e stresit në pacientët e diagnostikuar me hipertension arterial në Komunën e Prizrenit?

Nën pyetjet kërkimore

Cili tip i personalitetit dominon pacientët e diagnostikuar me hipertension arterial?

Cili është ndikimi i moshës dhe gjinisë në stilin e jetës?

Si është shpërndarja e nivelit të stresit në pacientët e diagnostikuar me hipertension arterial?

3.3 Hipoteza kryesore

Përjetimi i stresit në pacientët e diagnostikuar me hipertension arterial ndikohet nga tipi i personalitetit dhe stili i jetës.

HIPOTEZA 1 Tipi i personalitetit ndikon në përjetimin e niveleve më të larta të stresit në pacientët e diagnostikuar me hipertension arterial.

HIPOTEZA 2 Pirja e duhanit, konsumimi e alkoolit, zakonet e ngrënies dhe aktiviteti fizik janë prediktor të rëndësishëm për përjetimin e stresit në pacientët e diagnostikuar me hipertension arterial.

HIPOTEZA 3 Stili i jetesës nuk ndikon në përjetimin e stresit.

HIPOTEZA 4 Ka dallime në shkallën e raportimit të stresit në mes pjesëtarëve të gjinisë femërore me ata mashkullore, moshës, historisë familjare të sëmundjes, statusit civil, vendbanimit dhe nivelit arsimor të pjesëmarrësve si dhe nëse hipertensioni ishte i kontrolluar apo jo.

3.4 Pjesëmarrësit

Në studim janë përfshirë personat të cilët ishin të identifikuar me hipertension. Metoda e mbledhjes së të dhënave është e bazuar në plotësimin e pyetësorëve dhe ekzaminimet fizike (matjet antropometrike dhe të shtypjes së gjakut). Mbledhja e të dhënave është bërë në Qendrën Kryesore të Mjekësisë Familjare në Prizren në periudhën qershor – tetor 2014. Minimumi i moshës së pacientëve në studim ishte 45 deri në 90 vjeç. Mënyra e zbatimit të studimit; dy infermiere janë trajnuar në QKMF (Qendrën Kryesore të Mjekësisë Familjare) të dhënat kanë qenë konfidenciale në baza ditore, pyetësorët iu janë shpjeguar se çka do të ndodhë me të dhënat e secilit pacient. Përzgjedhja e pacientëve është bërë në mënyrë të randomizuar nga të cilët është kërkuar të plotësohet pyetësori standard i gjysëm-strukturuar i përkthyer në gjuhën shqipe. Pyetësorët janë përkthyer nga gjuha angleze, janë pilotuar, kanë kaluar double blind test dhe gjithashtu është komunikuar me udhëheqësen e doktoratës për pyetjet që do të përfshihen në hulumtim.

Përshkrimi i pjesëmarrësve

Në tabelën 1. janë përshkruar të gjitha variablat sipas numrit dhe përqindjes. Në këtë studim janë përfshirë 223 pjesëmarrës ku 48% (N = 107) të gjinisë mashkullore dhe 52% (N = 116) të gjinisë femërore. Hi katror testi nuk ka raportuar dallime domethënëse në përqindjet e të dy gjinive ($\chi^2(1) = 3.9$ p=.547). Nga pjesëmarrësit 49.8% (N = 108) kanë qenë nga qyteti dhe 50.2% (N = 109) nga fshati, dhe nuk ka pasur dallime në shpërndarjen e përqindjeve sipas vendbanimit ($\chi^2(2) = 25.83$ p > .05)

Mosha mesatare e pjesëmarrësve të përfshirë në këtë studim ka qenë M= 63.89 vjeç (DS= 9.70). Mosha është kategorizuar në tri grupe, ku pjesëmarrësit e moshës 45-54 vjeçare kanë qenë 19% (N = 43) të moshës 55-64 vjeçare 32.3% (N = 70) dhe grupmosha mbi 65 vjeç 47.9% (N = 104). Hi katror testit ka raportuar dallime domethënëse në përqindjet mes prezantimit të këtyre grupmoshave ($\chi^2(2) = 25.83$ p=.001). Nuk ka pasur dallime të rëndësishme statistikore në shpërndarjen e përqindjeve në grupmosha në raport me gjininë e pjesëmarrësve ($\chi^2(1) = .005$ p= .964)

Për arsimimin e pjesëmarrësve është raportuar një mesatare prej M = 8.71 vite shkollë, (SD = 3.20). Gjinia mashkullore ka treguar mesatare më të lartë M = 9.99 (SD = 3.63) vite shkollim sesa gjinia femërore M = 7.54 (SD = 2.17). Dallimi mes tyre ka qenë i rëndësishëm në aspektin statistikor t(215)= 6.05, p =.001.

Në kategorizimin sipas viteve dalim në përfundim se numri më i madh kanë qenë me shkollim fillor 68.2% (N = 148) ndjekur nga ata me shkollim të mesëm 10.1% (N = 22) dhe me 9.7% (N = 21) vetëm me katër klasë, tre pjesëmarrës nuk kanë pasur shkollë dhe po ashtu tre pjesëmarrës kanë pasur edukim pasuniversitar. Ndërkohë 9.2% (N = 20) kanë qenë me shkollim të lartë.

Shumica e pjesëmarrësve kanë qenë të martuar 77.4% (N = 168) dhe 20.7% (N = 45) kanë qenë të ve (bashkëshorti apo bashkëshortja e vdekur). Katër pjesëmarrës kanë qenë të shkukurëzuar. Pjesëmarrësit e pyetur për peshën trupore kanë raportuar mesatare prej M = 78.51 kg (SD=12.86) dhe për gjatësinë M = 1.67cm (SD =.06). Siç shihet në tabelën 1 meshkujt kanë raportuar peshë (M = 82.51 kg, SD =13.14) dhe gjatësi (M = 1.70 cm, SD =.06) më të madhe sesa gjinia femërore në peshën (M = 74.89 kg, SD =11.51) dhe gjatësi (M = 1.63 cm, SD =.05) dhe dallimi ka qenë i rëndësishëm (P <.001)

Tabela 1. Përshkrimi i mesatares dhe devijimit standard për gjatësinë dhe peshën në varësi të gjinisë.

Gjinia		N	Minimum	Maksimum	Mesatarja	Devijimi Standard
Mashkull	Pesha (në kg)	103	50	120	82.51	13.14
	Gjatësia (në m)	103	1.59	1.90	1.70	.067
Femër	Pesha (në kg)	114	47	109	74.89	11.51
	Gjatësia (në m)	114	1.52	1.81	1.63	.053

Në kohën e përfshirjes në hulumtim pjesëmarrësit edhe pse kanë qenë të diagnostikuar me hipertension ju është matur tensioni arterial dhe 66.4% (N = 144) kanë pasur tension të lartë (TAL) dhe 26.3% (N = 57) e kanë pasur nën 140 tensionin arterial (TAN).

3.5 Instrumentet matëse

1 – Pyetësi demografik

Pyetësi demografik është përpiluar së bashku me mentoren për qëllimet e këtij studimi. Variablat e përfshira në pyetësin demografik kanë qenë gjinia, moshja, arsimimi, statusi civil, vendbanimi, histori familjare me hipertension, pesha, gjatësia, tensioni arterial në

momentin e pjesëmarrjes në studim. Hipertensioni dhe pesha janë kategorizuar sipas komitetit të bashkuar kombëtar mbi parandalimin, zbulimin, evaluimin dhe trajtimin e tensionit të rritur të gjakut maj 2003, SHBA (The JNC 7 on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure, May 2003, USA).

2 – Pyetësi mbi përjetimin e stresit (Perceived Stress Scale).

Pyetjet e pyetësit pyesin për ndjenjat dhe mendimet tuaja gjatë muajit të fundit. Pyetësi ka 10 pyetje të shkallëzuara me pesë mundësi të vlerësimit 0- asnjëherë, 1- rrallë, 2- ndonjëherë, 3- shpesh, 4- gjithmonë. Rezultati më i lartë sugjeron nivel më të lartë të stresit. Shembuj të pyetjeve janë: Në muajin e fundit sa shpesh jeni shqetësuar për arsye se diçka ka ndodhur në mënyrë të papritur? Në muajin e fundit sa shpesh keni ndjerë që nuk kishit mundësi të kontrolloni gjëra të rëndësishme në jetën tuaj? Në muajin e fundit sa shpesh jeni ndjerë të nervozuar? Në muajin e fundit sa shpesh jeni ndjerë që gjërat po shkonin sipas mënyrës tuaj? Në muajin e fundit sa shpesh keni ndjerë vështirësi në kapërcimin e problemeve? Pyetësi ka treguar një koeficient të konsistencës së brendshme të mirë ($\alpha = .586$)

3 – Pyetësi mbi tipin e personalitetit (The Glazer-Stress control life-style questionnaire, Dr Howard Glazer 1978)

Përcaktimi i tipit të personalitetit A ose B është bërë duke vlerësuar përgjigjet me nga 7 mundësitë e zgjedhura. Sa më afër 0 paraqiste tipin B dhe më afër 7 paraqiste tipin A. Individët të cilët gjenden në mes të pikëve janë kategorizuar si përzierje e personalitetit A dhe atij B. Kjo është një formë e shëndetshme e personalitetit por keni rrezik për tu zhvendosur në tipin A të personalitetit. Pyetjet lidhen me komunikimin, shprehjen e ndjenjave, bërjen e punëve. P.sh. Nuk ka problem nëse i lë gjërat për kohësisht pezull. Është i qetë dhe nuk vrapon për të arritur në kohë në takime. Nuk ka ndjenjë të fortë

konkurrimi. Dëgjon mirë dhe i lejon të tjerët të përfundojnë bisedën. Nuk është kurrë në nxitim, as kur është nën presion. Jo konkurrent. Flet ngadalë dhe me paramendim. I ngadalëson gjërat. Konkurrues në shkallë të lartë. Është i shqetësuar kur pret. I bën gjërat sa më shpejt që është e mundur.

Në totalin e përgjithshëm, sa më shumë pikë aq më personalitet A është klienti dhe sa më pak pikë aq më personalitet B. Pyetësi ka treguar një koeficient të konsistencës së brendshme të lartë ($\alpha = .950$).

4 – Pyetësi mbi stilin e jetës (Life Style Questionnaire). Ky pyetësor ka katër nënshkallë:

(1) Shprehitë e ushqyerjes ka pasur 24 pyetje lidhur me shprehitë e ushqyerjes të cilat janë vlerësuar sipas tre shkallëve të likertit. Llojet e pyetjeve kanë qenë si p.sh.: Sa vakte ushqimore hani? Sa shpesh i shtoni kripë ushqimit tuaj? A dëshironi të humbni peshë? Sa herë në javë hani mish, peshk, djathë? Sa perime hani në javë? Sa fruta hani në ditë? Sa gram mish hani në javë? Çfarë lloj yndyrash përdorni zakonisht? Sa shpesh hani ëmbëlsira të blera në dyqan? A hani peshk? A hani mish? Sa perime hani? Sa herë hani jashtë shtëpisë etj. Pikët e larta në këtë shkallë kanë treguar ushqyerje të shëndetshme, ndërsa pikët e ulëta kanë treguar shprehi jo të mira ushqyerje. Koeficienti i konsistencës së brendshme ka qenë i mirë $\alpha = .577$

(2) Aktiviteti fizik Pastaj janë përfshirë 13 pyetje: Sa herë në javë ecni në këmbë ose me biçikletë? Sa ndiheni të motivuar për të bërë ushtrime? Sa shpesh përshtatni programin e ushtrimeve fizike që kryeni me rekomandimet që ju janë dhënë bazuar në gjendjen tuaj kardiovaskulare? Sa herë në javë bëni ushtrime fizike të paktën 30 minuta? Sa shpesh ecni në këmbë në vend të përdorni ashensorin? A kënaqeni nga ushtrimet fizike? Pikët e larta në këtë shkallë kanë treguar shprehi të mira në raport me

aktivitet fizike, ndërsa pikët e ulëta kanë treguar shprehi jo të mira të marrjes me aktivitete fizike. Koeficienti i konsistencës së brendshme ka qenë shumë i mirë $\alpha = .648$

(3) Pirja e duhanit. Gjithashtu janë përfshirë pyetjet lidhur me shprehinë e pirjes, p.sh: Sa shpesh pini duhan? Sa cigare në ditë pini? Sa cigare në javë pini? Sa cigare në muaj pini? Sa vjeç keni qenë kur keni filluar të pini duhanin? Sa vjeç keni qenë kur keni filluar të pini duhan? A pini duhan me filtër? Pikët e larta në këtë shkallë janë lidhur me pirje të shpeshtë të duhanit ndërsa pikët e ulëta me mos pirjen e duhanit.

(4) Konsumimi i alkoolit ka pasur dy pyetje: Sa shpesh konsumoni alkool? Mesatarisht sa mililitra alkool konsumoni në javë? Pikët e larta në këtë shkallë tregojnë për konsumim në shkallë të lartë të alkoolit, ndërsa pikët e ulëta, mos konsumim alkooli.

3.6 Analiza statistikore

Analizimi i të dhënave: të dhënat janë analizuar duke shfrytëzuar SPSS programin, versionin 21. Variablat e vazhduar si mosha, Glazer index dhe PSS janë paraqitur me statistikën e tyre deskriptive, mesatare, deviacion standard (SD), vlera minimale dhe vlera maksimale.

Është përdorur korrelacioni parametrik i Pearson (r) dhe korrelacioni jo parametrik i Spearman (rho) për vlerësimin e lidhjes ndërmjet shkallëve tipi i personalitetit, stilit të jetës dhe përjetimit të stresit. Vlera e $p \leq 0.05$ është konsideruar statistikisht e rëndësishme. Testet statistikore janë të dyanshme. Janë përdorur tabela dhe grafikë për vizualizimin e të dhënave. Për të identifikuar grupet homogjene në kombinimin e disa variablave është përdorur analiza e klasterimit.

3.7 Konsiderata etike

Fillimisht është marrë pëlqimi me shkrim nga drejtorja e qendrës ku do të zhvillohej plotësimi i pyetësorit, në këtë rast në Qendrën Kryesore të Mjekësisë Familjare në

Prizren. Po ashtu të gjithë pjesëmarrësve u është marrë pëlqimi gojor për mundësinë e pjesëmarrjes në hulumtim dhe pastaj janë dhënë sqarimet lidhur me procedurën. Plotësimi i pyetësorit është zhvilluar në kushte anonimiteti sepse nuk është kërkuar që ata të identifikohen. Pjesëmarrësit kanë qenë të rastësishëm.

KAPITULLI IV: REZULTATET

4.1 Përshkrimi i shkallëve kryesore

Analiza faktoriale është përdorur për të identifikuar dy faktorët e pyetësorit të përjetimit të stresit dhe në konsistencë me literaturën edhe për pjesëmarrësit e këtij hulumtimi kemi gjetur që pyetësori ka pasur besueshmëri në strukturën dy faktoriale [Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling =.947; Bartlett's Test of Sphericity ($\chi^2(190) = .001$), duke treguar se ka dy faktor të dukshëm.

Tabela 2. Rezultatet e matriksës së analizës faktoriale

	Komponent	
	1	2
Flet ngadalë dhe me paramendim.	.902	
I merr gjërat me radhë.	.890	
Pret në mënyrë të qetë.	.886	
I merr gjërat me qetësi.	.880	
I përqendruar tek të kënaqurit e vetes dhe jo tek të kënaqurit e të tjerëve.	.878	
Dëgjon mirë dhe i lejon të tjerët të përfundojnë bisedën.	.861	
Nuk është kurrë me nxitim, as kur është nën presion.	.841	
E ngadalëson kryerjen e gjërave.	.838	
Është i qetë dhe nuk vrapon për të arritur në kohë në takime.	.832	
Nuk ka problem nëse i lë gjërat përkohësisht pezull.	.823	
Nuk ka ndjenjë të fortë konkurrimi	.814	
Ndjen përgjegjësi të kufizuar.	.886	
Asnjëherë nuk vendos kufij për kryerjen e një pune.	.882	
Nuk i gjykon gjërat sipas numrave dhe masës.	.860	
Punon kur i vjen për mbarë.	.843	
I shpreh ndjenjat e veta në mënyrë të hapur.	.843	

Është i kënaqur me punën.	.838
Shfaq interes për shumë gjëra.	.827
Nuk është shumë i saktë në gjërat që bën.	.811
Është njeri i komunikueshëm.	.726

Në shkallën e përjetimit të stresit për totalin e kampionit kemi mesatare $M = 26.73$, $SD = 2.14$, ndërsa në raport me gjininë, pjesëmarrësit e gjinisë femëror kanë raportuar mesatare $M = 26.91$, $SD = 2.29$, dhe ata të gjinisë mashkullore $M = 26.49$, $SD = 1.95$.

Duke qenë se ka pasur shpërndarje normale të të dhënave për shkallën e stresit është përdorur shkallëzimin përmes kuartiles dhe është gjetur se 34.1% ($N = 76$) e pjesëmarrësve kanë pasur nivele të ulëta të përjetimit të stresit, 27.4% ($N = 61$) nivel mesatar të përjetimit të stresit dhe 38.6% ($N = 86$) kanë paraqitur shkallë të lartë të përjetimit të stresit (tabela 3).

Tabela 3. Shpërndarja e përqindjeve për nivelin e stresit sipas kuartilit 25;50;75.

	N	%	% valide	% kumulative
Nivel i ulët	76	34.1	34.1	34.1
Nivel mesatar	61	27.4	27.4	61.4
Nivel i lartë	86	38.6	38.6	100.0

Shpërndarja e personaliteteve sipas shkallës Glazer në këtë studim ka treguar që nga të gjithë pjesëmarrësit 12.4% ($N = 27$) kanë pasur personalitet të tipit B, 5.3% ($N = 11$) kanë pasur personalitet të tipit AB dhe 77.9% ($N = 169$) kanë pasur personalitet të tipit A. 10 nga pjesëmarrësit nuk e kanë raportuar këtë shkallë (tabela 4).

Tabela 4. Shpërndarja e përqindjeve për tipin e personalitetit sipas shkallës Glazer.

	N	%	% valide	% kumulative
Personalitet B	27	12.4	13.0	13.0
Personalitet AB	11	5.1	5.3	18.4
Personalitet A	169	77.9	81.6	100.0
Mungojnë	10	4.6		

Në tabelën 5 janë përqindjet sipas pesë shkallëve të Glazerit. Siç shihet nga tabela pjesëmarrësit dominohen nga personaliteti i tipit A1 me 59.2% (N = 132) dhe vetëm dy pjesëmarrës janë me personalitet B1.

Tabela 5. Shpërndarja e përqindjeve sipas pesë shkallëve të Glazerit

		N	%	% valide	% kumulative
Valid	Personaliteti B1	2	9	1.0	1.0
	Personaliteti B2	25	11.2	12.1	13.0
	Personaliteti AB	11	4.9	5.3	18.4
	Personaliteti A2	37	16.6	17.9	36.2
	Personaliteti A1	132	59.2	63.8	100.0

Në krostabulimin e tipeve të personalitetit me shkallën e tensionit arterial ka treguar që vetëm 2.4% (N = 5) e pjesëmarrësve ishin personalitet B dhe kishin nivel mbi 140, ndërkohë që 15 (N = 2) kishin tip AB dhe hipertension si dhe 12.6% (N = 26) ishin tip A i personalitetit dhe kishin hipertension. Në grupin e pjesëmarrësve me tension të normalizuar në momentet e hulumtimit kemi 10.6% (N = 22) që ishin personalitet B, 4.3% (N = 9) tip AB dhe 69.1% (N 143) që kishin tip A të personalitetit (tabela 6).

Tabela 6. Të dhënat përshkruese për tipin e personalitetit dhe kategorisë së tensionit arterial.

		Tipet e personalitetit			
Tensioni arterial		Personalitet B	Personalitet AB	Personalitet A	Total
< 140 mmHg	N				
	Vlerat e pritura	22.7	9.2	142.1	174.0
	% brenda kategorisë së tensionit arterial	12.6%	5.2%	82.2%	100.0%
	% në total	10.6%	4.3%	69.1%	84.1%
>140 mmHg	N	5	2	26	33
	Vlerat e pritura	4.3	1.8	26.9	33.0
	% brenda kategorisë së tensionit arterial	15.2%	6.1%	78.8%	100.0%
	% në total	2.4%	1.0%	12.6%	15.9%

Në shkallën e shprehive të shëndetshme për ushqyerjen ku është përdorur shkallëzimi përmes kuartileve kemi 33.2% (N = 72) me dietë jo adekuate, dhe 35% (N = 76) me dietë deri diku adekuate. Vetëm 31.8% e pjesëmarrësve kanë përshkruar shprehi të ushqyerjes adekuate.

Tabela 7. Shpërndarja e përqindjeve për shprehinë e ushqyerjes (dieta) të kampionit të përgjithshëm.

	N	%	% valide	% kumulative
Diete jo adekuate.	72	33.2	33.2	33.2
Deri diku adekuate.	76	35.0	35.0	68.2
Diete adekuate.	69	31.8	31.8	100.0

Në tabelën 8 janë përshkruar përqindjet për marrjen me aktivitet fizik. Siç shihet nga tabela pjesa më e madhe e pjesëmarrësve nuk merren me aktivitete fizike në 75.6 % (N

= 164), ndërsa 18.4% (N = 40) merren ndonjëherë dhe vetëm 6% (N = 13) kanë raportuar se merren rregullisht.

Tabela 8. Shpërndarja e përqindjeve për marrjen me aktivitete fizike

	N	%	% valide	% kumulative
Nuk merren me aktivitete të rregullt fizik.	164	75.6	75.6	75.6
Merren ndonjëherë.	40	18.4	18.4	94.0
Merren pjesën më të madhe të kohës.	13	6.0	6.0	100.0

Nga të gjithë pjesëmarrësit 30.9% (N = 67) kanë raportuar që të jenë pirës të rregullt të duhanit ndërsa 75.6% (N = 149) që nuk pinë duhan. Vetëm një person nuk e ka raportuar këtë të dhënë.

Tabela 9. Shpërndarja e përqindjeve për pirjen e duhanit

	N	%	% valide	% kumulative
Jo pirës duhani.	149	68.7	69.0	69.0
Pirës duhani.	67	30.9	31.0	100.0
Mungon.	1	.5		

Mesatarja e cigareve të pira nga pjesëtarët të cilët konsumonin duhan çdo ditë ka qenë 22.59 cigare në ditë dhe SD= 7.54. Mosha mesatare e fillimit të duhanpirjes ka qenë M = 25 vjeçare. Minimumi i fillimit ka qenë 13 vjeç dhe maksimumi i moshës 45 vjeç (Figura 1)

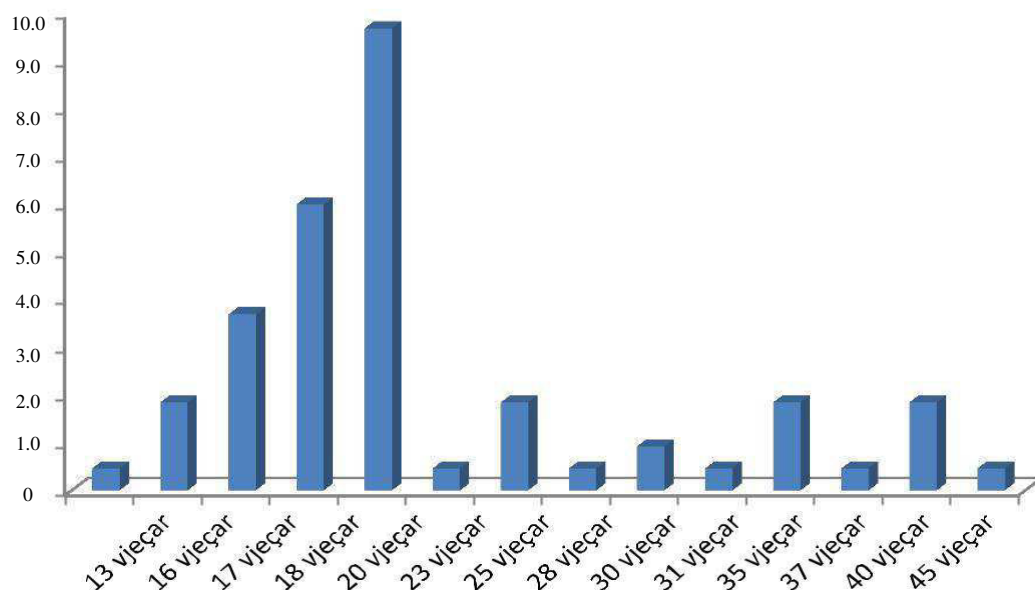


Figura 1. Shpërndarja e moshës së fillimit të pirjes së duhanit, për pirësit e rregullt të duhanit.

Mesatarja e mililitrave të alkoolit të konsumuar në pjesëtarët të cilët konsumonin alkool ka qenë $M = 411$ ml, ($SD = 145.29$). Vetëm 9 pjesëmarrës kanë raportuar të jenë konsumues të rregullt të alkoolit.

Tabela 10. Shpërndarja e përqindjeve për pirjen e alkoolit.

	N	%	% valide	% kumulative
Nuk konsumon alkool.	199	91.7	95.7	95.7
Konsumon alkool.	9	4.1	4.3	100.0
Mungon.	9	4.1		

4.2 Ndikimi i personalitetit në shkallën e stresit

Hipoteza e parë se tipi i personalitetit ndikon në përjetimin e niveleve më të larta të stresit në pacientët e diagnostikuar me hipertension arterial është testuar përmes testit ANOVA.

Analiza e variancës njëkahëshe është performuar për të parë nëse pjesëmarrësit të cilët i përkisnin kategorive të ndryshme të tipit të personalitetit kishin dallime në variancën e përjetimit të stresit. Rezultatet tregojnë se pjesëmarrësit me personalitet B kanë raportuar ($M = 24.33$, $SD = 3.21$), pjesëmarrësit me personalitet AB ($M = 25.81$, $SD = 2.63$), dhe ata me personalitet A ($M = 27.20$, $SD = 1.60$). Dallimi në mes grupeve ka qenë i rëndësishëm në aspektin statistikor ($F(2,207) = 26.73$, $p = .001$, $\eta^2 = 0.208$). Rezultatet në figurën 2 tregojnë se lloji i personalitetit ka efekt në raportimin e përjetimit të stresit dhe se fuqia e efektit është e lartë $\eta^2 = 0.208$.

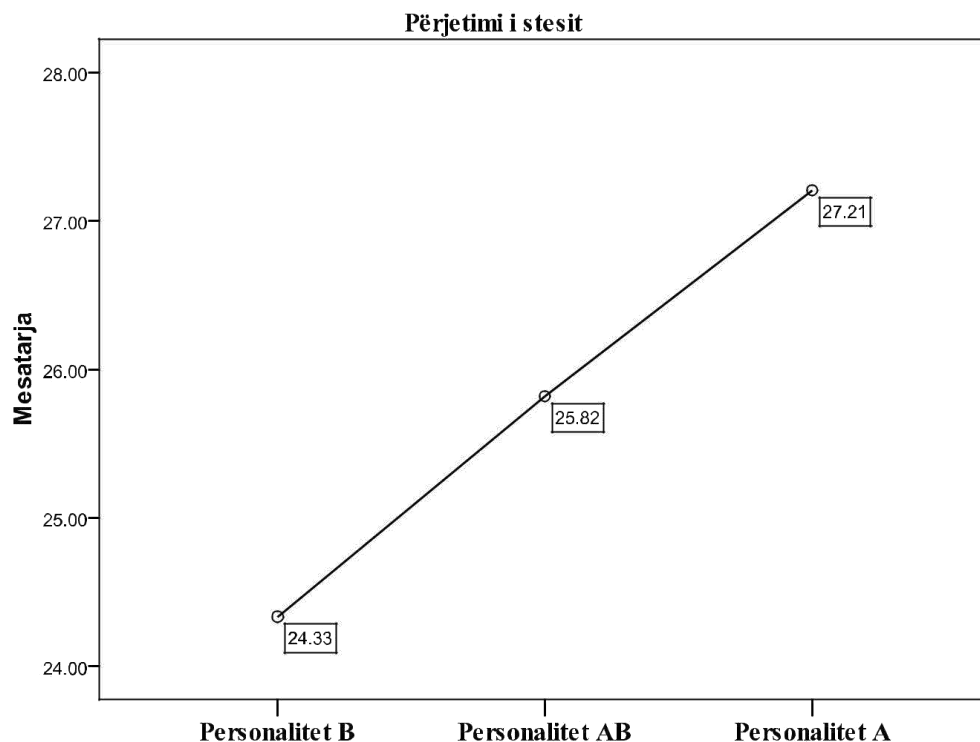


Figura. 2. Raportimi i përjetimit të stresit përmes mesatares dhe devijimit standard sipas tipit të personalitetit.

Analiza post hoc Tukey HSD ka treguar se dallim të rëndësishëm ka vetëm në mes të pjesëmarrësve me tip personaliteti B dhe atyre A [$I-J = -2.87$, $p = .001$, $CI (-3.82, -1.92)$]. Nuk është gjetur dallim i rëndësishëm në mes tipit B të personalitetit me ata AB ($p = .085$) si

dhe ata të personalitetit A me AB ($p = .059$). Rezultatet tregojnë se është vërtetuar hipoteza 1 e këtij studimi që tipi i personalitetit të pacientëve të diagnostikuar me hipertension arterial ndikon në nivelet e përjetimit të stresit. Individët të cilët kishin tipin A të personalitetit kishin raportime më të larta të përjetimit të stresit se individët me Tip B të personalitetit por edhe se ata me tip AB të personalitetit.

ANOVA dy kahëshe (2×3) gjinia*tipi i personalitetit është përdorur për të testuar nëse tipi i personalitetit ka interaksion efekt me gjininë mbi shkallën e përjetimit të stresit. Tipi i personalitetit luan rol në variancën e përjetimit të stresit ($F(207,2) = 32.83$, $p = .001$, $\eta^2 = 0.246$), edhe gjinia ka efekt domethënës ($F(207,1) = 6.60$, $p = .011$, $\eta^2 = 0.032$).

Interaksion efekt domethënës është gjetur në mes tipit të personalitetit me gjininë e pjesëmarrësve mbi variancën e stresit ($F(207,2) = 3.27$, $p = .040$, $\eta^2 = 0.032$). Rezultatet tregojnë se dallimet e rëndësishme janë përcaktuar në tipin e personalitetit B, ku femrat kanë pasur mesatare më të lartë se meshkujt. Për të gjitha tipet e personaliteteve femrat kanë pasur mesatare më të lartë të përjetimit të stresit krahasuar me meshkujt.

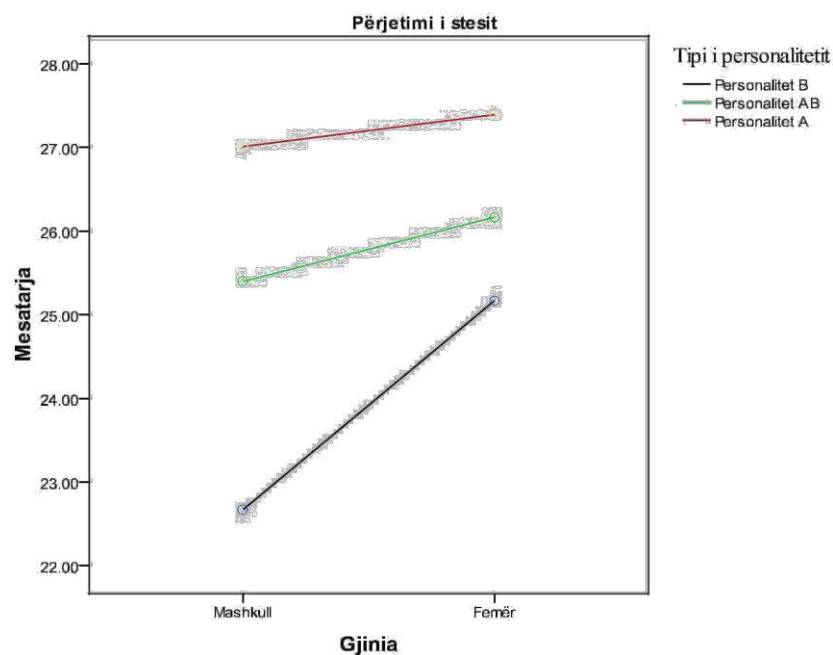


Figura 3. Përjetimi i stresit duke krahasuar gjininë dhe tipin e personalitetit.

Kur në model është shtuar dhe kategoria e tensionit arterial është gjetur që asnjë mashkull nuk kishte hipertension dhe të kishte personalitet B (Figura 4), ndërsa meshkujt me personalitet AB ishin më të predispozuar për hipertension arterial. Tek femrat trendi është gjetur që femrat me personalitet A të kenë më shumë hipertension arterial.

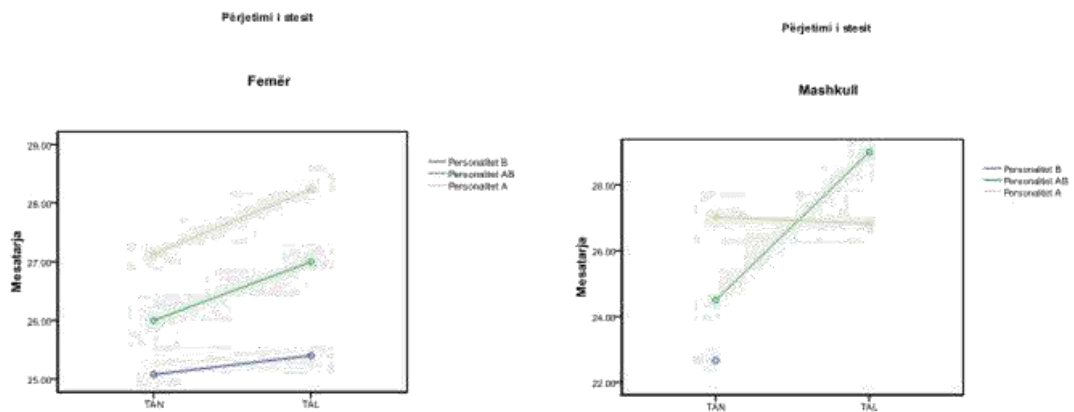


Figura 4. Rezultatet e analizës së variancës për gjinitë*tipin e personalitetit*kategorinë e tensionit arterial.

4.3 Analiza e regresionit

Ky studim teston modelin se personaliteti ka efekt të drejtpërdrejtë në përjetimin e stresit apo ky efekt meditohet përmes stilit të jetës. Për të testuar këtë hipotezë janë ndërmarrë disa hapa

Hapi 1 Lidhshmëria e tipit të personalitetit me përjetimin e stresit.

Korrelacion pozitiv është gjetur në mes shkallës së personalitetit dhe shkallës së përjetimit të stresit. Marrëdhënia ka qenë e rëndësishme në aspektin statistikor ($P = .001$) dhe fuqia e marrëdhënies ka qenë e moderuar ($r = .387$). Rezultatet tregojnë se me rritjen e vlerave në shkallën e personalitetit rriten edhe vlerat në shkallën e stresit. Vlerat më të larta në shkallën e personalitetit flasin për tipin A të personalitetit (Figura 5).

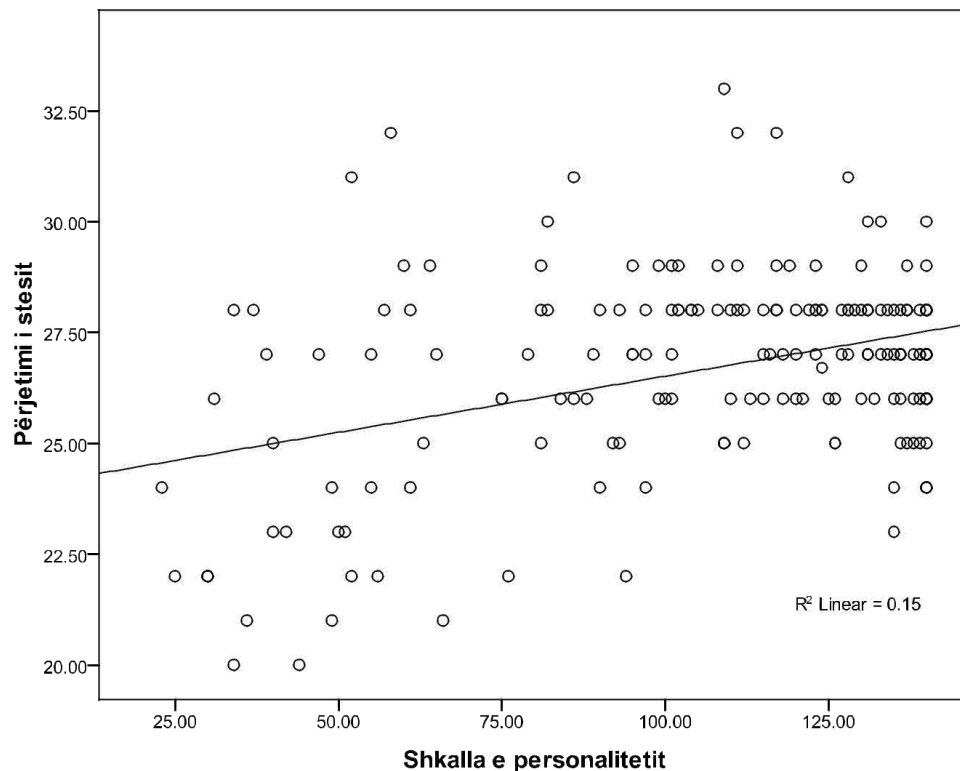


Figura 5. Raportimi i skaterplotit për shkallën e personalitetit dhe shkallën e përjetimit të stresit.

Në modelin e parë është testuar se sa është parashikues personaliteti në përjetimin e stresit. Analiza e regresionit tregon (Tabela 11) se personaliteti është prediktor i rëndësishëm në variancën e përjetimit të stresit[$R_s = .184$, $\beta (.86, .12) = .42$, $p = .001$]. Tipi i personalitetit shpjegon 18.4% të variancës së përjetimit të stresit në pjesëmarrësit që vuanin nga hipertensioni arterial.

Tabela 11. Rezultatet e analizës së regresionit linear për tipin e personalitetit si prediktor me përjetimin e stresit si variabël e varur.

Model1	R	R Square	Adjusted R Square	P
Personaliteti	.429	.184	.180	.001

- a. Prediktor: (Konstant)Tipi i personalitetit
- b. Variabël e varur; Përjetimi i stresit

Hapi i dytë

Testi i normalitetit për shprehinë e ngrënies, aktivitetin fizik, duhanpirjen dhe konsumimin e alkoolit ka treguar të jetë domethënëse ($p = .041$) për këtë arsye është bërë transformimi i të dhënave. Fillimisht janë eksploruar shkallët e korelacionit në mes shprehive të ushqyerjes, marrjes me aktivitet fizik, duhanpirjes dhe konsumimit të alkoolit me përjetimin e stresit. Tabela 12 tregon se nuk është gjetur ndonjë korelacion i rëndësishëm në aspektin statistikor në mes variablave të stilit të jetesës me përjetimin e stresit.

Tabela 12. Korrelacioni i variablave të stilit të jetesës me përjetimin e stresit.

		Përjetimi i stresit	Shprehinë e ushqyerjes	Aktiviteti fizik	Pirja e duhanit
Shprehinë e ushqyerjes	r	-.102			
	p	.134			
	N	217			
Aktiviteti fizik	r	-.082	-.077		
	p	.229	.258		
	N	217	217		
Pirja e duhanit	r	-.011	-.184**	.151*	
	p	.871	.007	.026	
	N	216	216	216	
Konsumimi i alkoolit	r	-.055	-.127	.046	.111
	p	.426	.068	.508	.113
	N	208	208	208	207

Analiza e korrelacionit ka gjetur korrelacion negativ të përjetimit të stresit me të gjitha kategoritë e stilit të jetesës, fuqia e korrelacionit ka qenë e dobët. Për shprehinë e ushqyerjes ($r = -.102$, $p = .134$), aktivitetin fizik ($r = -.082$, $p = .229$), pirjen e duhanit ($r = -.011$, $p = .871$) dhe konsumimin e alkoolit ($r = -.055$, $p = .426$). Dallimi nuk ka qenë i rëndësishëm për asnjërën nga shkallët e stilit të jetesës. Nuk vërtetohet hipoteza e dytë e këtij studimi që

stili i jetesës është parashikues për përjetimin e stresit në individët me diagnozën e hipertensionit arterial.

Tabela 13. Regresioni i përjetimit të stresit me stilin e jetesës.

Modeli		Koeficientët e pastandardizuar		Koeficientët e standardizuar		
		B	SE	Beta	t	P
1	(Constant)	29.717	1.480		20.081	.000
	Shprehinë e ushqyerjes	-.071	.042	-.118	-1.696	.091
	Aktiviteti fizik	-.320	.261	-.086	-1.228	.221
	Pirja e duhanit	-.001	.011	-.007	-.105	.916
	Konsumimi i alkoolit	-.001	.002	-.060	-.872	.384

a. Dependent Variable: Përjetimi i stresit

Hapi i tretë

Është eksploruar korrelacioni mes personalitetit dhe stilit të jetesës. Rezultatet tregojnë që nuk është gjetur korrelacion domethënës midis tipit të personalitetit dhe stilit të jetës. [Për shprehinë e ushqyerjes ($r = .064$, $p = .359$), aktivitetin fizik ($r = .108$, $p = .120$), pirjen e duhanit ($r = .087$, $p = .215$) dhe konsumimin e alkoolit ($r = -.055$, $p = .437$).]

Tabela 14. Të dhënat e korrelacionit për personalitetin dhe stilin e jetesës.

		Tipi i personalitetit
Shprehinë e ushqyerjes.	R	.064
	P	.359
	N	207
Aktiviteti fizik.	R	.108
	P	.120
	N	207
Pirja e duhanit.	R	.087
	P	.215
	N	207

Konsumimi i alkoolit.	R	-.055
	P	.434
	N	207

Analiza e regresionit ka treguar se personaliteti nuk është parashikues i rëndësishëm për shprehinë e ushqyerjes [$R_s = .004$, $\beta (.19, .22) = .06$, $p = .381$] dhe shpjegon vetëm 0.02% të variancës së saj. Gjithashtu tipi i personalitetit nuk është gjetur parashikues i rëndësishëm për aktivitetin fizik [$R_s = .010$, $\beta (.47, .33) = .09$, $p = .162$]; pirjen e duhanit [$R_s = .003$, $\beta (.70, .89) = .05$, $p = .435$] si dhe konsumimin e alkoolit [$R_s = .003$, $\beta (-4.8, 5.7) = -.05$, $p = .400$].

Hapi i katërt

Modeli përfundimtar është bërë për të analizuar nëse stili i jetës është moderator për ndikimin e personalitetit në përjetimin e stresit. Siç shihet nga tabela 15, personaliteti e ruan domethënien duke treguar se efekti i personalitetit në përjetimin e stresit nuk moderohet nga stili i jetës. Modeli përfundimtar tregon se kombinimi i personalitetit me stilin e jetës shpjegon 21.3% të variancës së përjetimit të stresit.

Tabela 15. Analiza e regresionit linear për përjetimin e stresit ku parashikues janë përdorur personaliteti dhe stili i jetës.

		Koeficientët e pa standardizuar		Koeficientët e standardizuar		
	Modeli përfundimtar	B	SE	Beta	T	p
1	(Constant)	24.733	.834		29.656	.000
	Tipi i personalitetit	.893	.127	.444	7.037	.000
	Shprehinë e ushqyerjes	-.305	.176	-.112	-1.728	.086
	Aktiviteti fizik	-.522	.242	-.139	-2.152	.033
	Pirja e duhanit	-.200	.010	.000	-.002	.998
	Konsumimi i alkoolit	.000	.002	-.037	-.584	.560

a. Variabla e varur: Përjetimi i stresit

Studimi vërteton hipotezën tre se ndikimi i personalitetit në përjetimin e stresit nuk moderohet nga stili i jetës.

Në modelin e kombinuar marrja me aktivitet fizik tregon se është parashikues i rëndësishëm për përjetimin e stresit ($p = .033$) duke treguar se marrja me aktivitet fizik ul përjetimin e stresit.

Analiza krahasimore

Një seri e analizave të T testit janë performuar për të analizuar dallimet në mes variablave të pavarura me dy kategori në raportimin e stresit. Është parë nëse ka pasur dallim gjinor në raportimin e përjetimit të stresit. Rezultatet tregojnë se nuk ka pasur dallime të rëndësishme ($t(215) = -1.57, p = .117$) në raportimin e përjetimit të stresit në mes pjesëmarrësve femra ($M = 26.95, SD = 2.29$) me atyre meshkuj ($M = 26.49, SD = 1.95$). Pjesëmarrësit e këtij kampioni si meshkuj dhe femra kanë raportuar stres të njëjtë. Po ashtu nuk ka pasur dallime në raportimin e shkallës së stresit në raport me vendbanimin ($t(215) = -.97, p = .215$).

Raportimi i pjesëmarrësve të cilët kishin hipertension në kohën e hulumtimit kanë treguar mesatare më të lartë të raportimit të stresit ($M = 27.51, SD = 2.42$) krahasuar me ata që kishin tension normal ($M = 26.58, SD = 2.06$). Dallimi në mes këtyre dy grupeve ka qenë i rëndësishëm në aspektin statistikor [$t(215) = -2.32, p = .021$], $CL(-1.70 - -1.39)$.

Përjetimi i stresit nuk është gjetur të influencohet nga gjinia edhe kur i kemi krahasuar pjesëmarrësit me tension arterial normal dhe ata me hipertension (tabela 16 dhe figura 6).

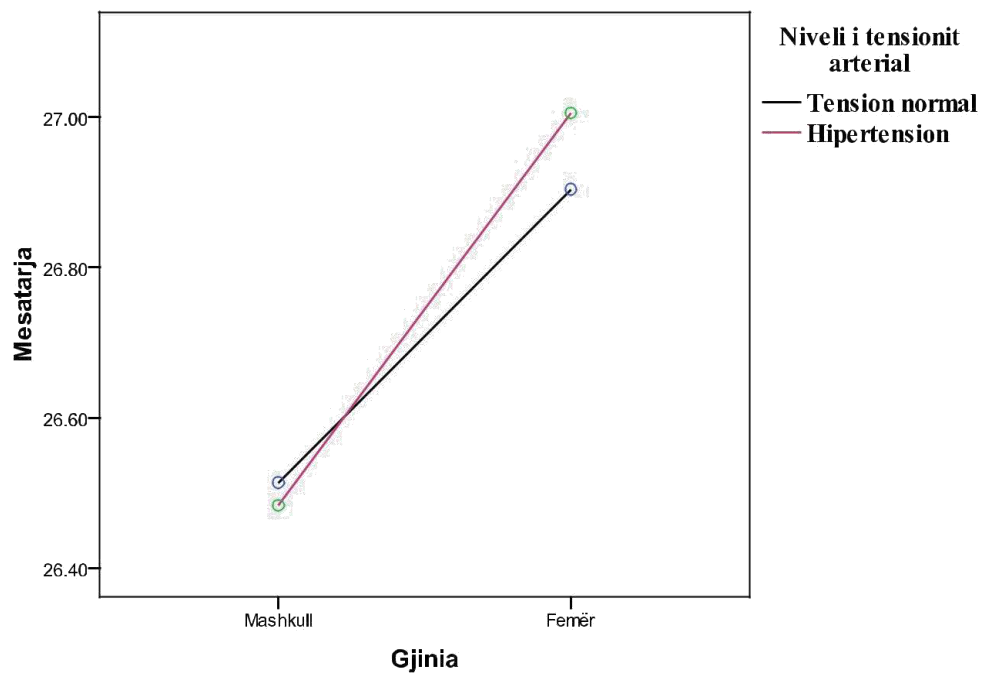


Figura 6. Përjetimi i stresit në raport me gjininë dhe shkallën e tensionit arterial.

Tabela 16. Raportimi i shkallës së përjetimit të stresit përmes mesatares dhe devijimit sipas gjinisë dhe tensionit arterial.

Gjinia	Tensioni	Mesatarja	Devijimi standard
Mashkull	Normal	26.44	2.00
	I lartë	27.08	1.25
	Total	26.49	1.95
Femër	Normal	26.74	2.13
	I lartë	27.64	2.68
	Total	26.95	2.29

Gjithashtu nuk janë raportuar ndryshime në raport me pjesëmarrësit që kishin histori familjare me hipertension ($t(215) = .432, p = .666$) krahasuar me ata që nuk kishin histori familjare.

ANOVA njëkahëshe nuk ka gjetur dallim të rëndësishëm në raportimin e stresit në raport me kategoritë e moshës ($F(211,2) = .292, p = .747, \eta^2 = 0.005$) edhe pse siç shihet në figurën 7, tendenca e raportimit të përjetimit të stresit vjen duke u ulur me moshën

(Figura 7). Nuk është gjetur interaksion efekt në mes moshës edhe gjinisë ($F(211,2) = .292, p = .747, \eta^2 = 0.005$) (Figura 8).

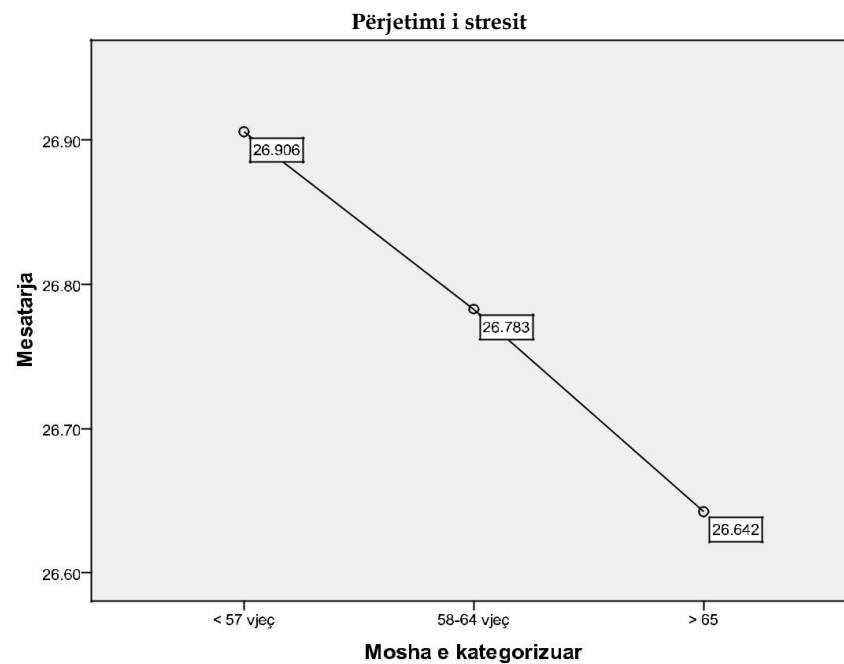


Figura 7. Raportimi i përjetimit të stresit sipas kategorive moshore (sipas percentilit 20;50;75)

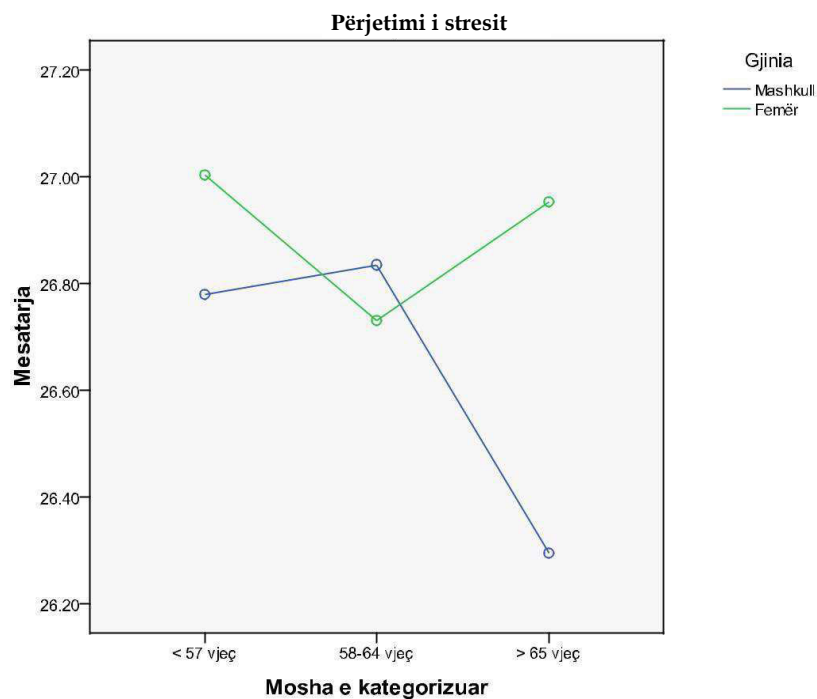


Figura 8. Rezultatet për efektin e gjinisë dhe moshës së kategorizuar në përjetimin e stresit.

Është përdorur ANOVA e dyfishtë (3 x 3) për të testuar nëse mosha e kategorizuar e pjesëmarrësve dhe niveli i tensionit arterial kanë ndikim në përjetimin e stresit. Mosha e kategorizuar nuk ka treguar efekt ($F(2; 211) = 2.76$, $p = .066$, $\eta^2 = 0.02$), ndërsa hipertensioni ruan rol ($F(1) = 5.86$, $p = .016$, $\eta^2 = 0.01$). Është gjetur interaksion efekt në mes moshës së kategorizuar të pjesëmarrësve dhe nivelit të tensionit arterial në raportimin e përjetimit të stresit ($F(2) = 3.67$, $p = .027$, $\eta^2 = 0.03$). Rezultatet tregojnë se pjesëmarrësit nën moshën 57 vjeçare dhe me hipertension arterial kanë raportuar nivele të larta të përjetimit të stresit krahasuar me grupet e tjera. Nga rezultati shohim se fuqia e marrëdhënies është vetëm 0.3% për të shpjeguar variancën e përjetimit të stresit.

Tabela 17. Raportimi i përjetimit të stresit përmes mesatares dhe devijimit standard sipas moshës së kategorizuar dhe nivelit të tensionit arterial.

Mosha e kategorizuar	Tensioni	Mesatarja	Devijimi standard
< 57 vjeç	1.00	26.47	1.86
	2.00	29.11	2.80
	Total	26.90	2.24
58-64 vjeç	1.00	26.76	2.27
	2.00	26.95	.902
	Total	26.78	2.15
> 65 vjeç	1.00	26.59	1.93
	2.00	26.87	2.34
	Total	26.64	2.00

Vendbanimi dhe statusi civil i pjesëmarrësve nuk është gjetur të influencojë raportimin e përjetimit të stresit. Niveli i arsimimit të pjesëmarrësve ka treguar dallim të rëndësishëm statistikor në raportimin e stresit ($F(5; 217) = 2.57$, $p = .028$, $\eta^2 = 0.05$).

Analiza post hoc, Tukey ka treguar se dallim i rëndësishëm [$I-J = 3.56$, $p = .04$, CI (.17, 6.96)] ka qenë vetëm në mes pjesëmarrësve pa shkollë ($M = 23.66$, $SD = 2.88$) me ata me studime master apo doktoraturë ($M = 26.73$, $SD = 2.14$). Rezultatet tregojnë se sa më pak arsimim aq më i ulët është treguar raportimi i përjetimit të stresit.

Analiza e klasterimit

Klastër analiza për organizimet grupore sipas tipit të personalitetit, shprehive të ushqyerjes, aktivitetit fizik, duhanpirjes dhe konsumimit të alkoolit është përdorur në këtë studim për të analizuar specifikat e kombinimit të këtyre variablave me përjetimin e stresit.

Në figurën e mëposhtme janë paraqitur pesë grupet e identifikuara për totalin e pjesëmarrësve.

Grupi 1 Personalitet AB, ushqyerje e shëndetshme deri diku, shpesh aktivitet fizik, rrallë konsumues duhani dhe jo konsumues alkooli.

Grupi 2 Personalitet AB, ushqyerje e shëndetshme deri diku, jo aktivitet fizik, jo pirës duhani dhe jo konsumues alkooli.

Grupi 3 Personalitet B, ushqyerje e shëndetshme deri diku, jo aktivitet fizik dhe jo konsumues duhani dhe alkooli.

Grupi 4 Personalitet AB, ushqyerje jo e shëndetshme, rrallë aktivitet fizik, rrallë përdorues duhani, konsumues të rregullt të alkoolit.

Grupi 5 Personalitet A, ushqyerje jo e shëndetshme, jo aktivitet fizik, pirës të rregullt duhani dhe jo konsumues alkooli.

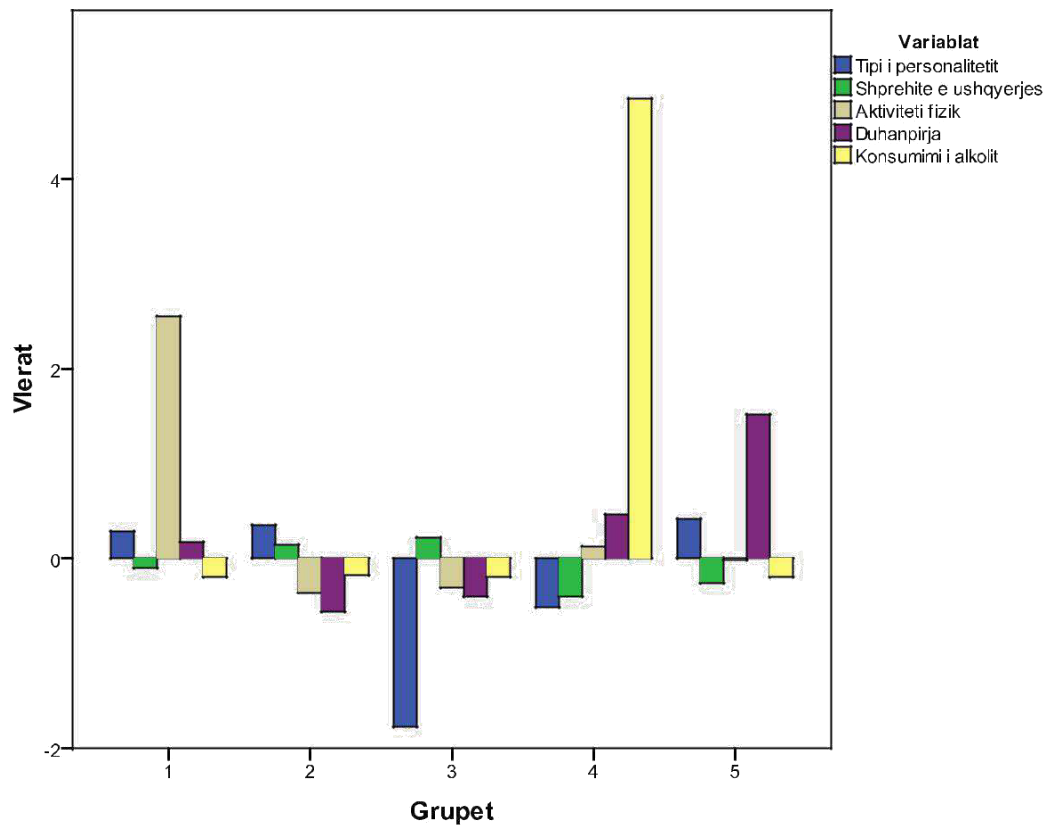


Figura 9 Grupimi i pjesëmarrësve sipas analizës klaster.

Nga të gjithë pjesëmarrësit në grupin e parë kanë qenë 8.3% (N = 18) pjesëmarrës, grupi i dytë me 48.8% (N =106); grupi i tretë me 14.7% (N = 32); grupi i katërt me 3.7% (N =8) dhe grupi i pestë me 20.8% (N =43) pjesëmarrës. Ndërkohë për 4.6% (N = 10) të pjesëmarrësve nuk ka të dhëna.

Shpërndarja e pjesëmarrësve sipas numrit

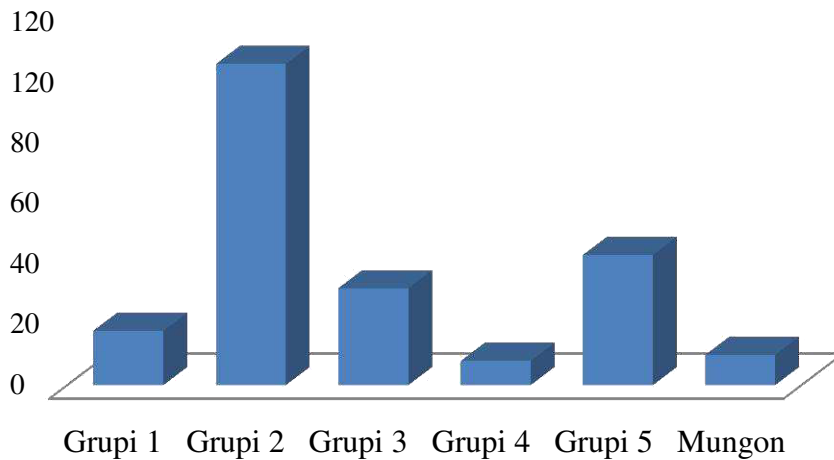


Figura 10 Shpërndarja e pjesëmarrësve në numra sipas grupeve përfundimtare të analizës klaster.

Analiza e variancës është përdorur për të analizuar efektin e grupeve në variancën e përjetimit të stresit. Rezultatet tregojnë se pjesëmarrësit sipas grupeve kanë një ndikim të rëndësishëm statistikor në përjetimin e stresit ($F(207) = 11.72$, $p < .001$). Analiza post hoc rregullimi sipas Bonferonit ka treguar se dallimi i rëndësishëm statistikor ($p < .001$) ka qenë në mes grupit të parë ($M = 26.38$, $SD = 1.81$) dhe grupit të tretë ($M = 24.68$, $SD = 3.03$). Në mes grupit të pestë ($M = 27.23$, $SD = 1.57$) dhe grupit të tretë ($M = 24.68$, $SD = 3.03$) si dhe në mes grupit të dytë ($M = 27.29$, $SD = 1.57$) dhe grupit të tretë ($M = 24.68$, $SD = 3.03$). Të dhënat tregojnë se pjesëtarët e grupit të tretë me personalitet B, ushqyerje të shëndetshme, jo aktivitet fizik dhe jo konsumues duhani dhe alkooli të kenë pasur nivele të ulëta të përjetimit të stresit ndërkohë që nivelet më të larta i ka grupi i pestë me personalitet A, ushqyerje jo e shëndetshme, jo aktivitet fizik, pirës të rregullt duhani dhe jo konsumues alkooli dhe grupi i dytë me personalitet AB, ushqyerje e shëndetshme deri diku, jo aktivitet fizik, jo pirës duhani dhe jo konsumues alkooli. Në tabelën 17 shohim se grupi i tretë ka përjetimin më të ulët të stresit.

Tabela 18. Shpërndarja e mesatareve dhe devijimit standard të përjetimit të stresit sipas grupeve të klastuara.

Grupet	Mesatarja	Devijim standard	N
1	26.38	1.81	18
2	27.29	1.68	106
3	24.68	3.03	32
4	26.12	2.58	8
5	27.23	1.57	43
Total	26.75	2.17	207

Është gjetur se grupet kanë ndikim në përjetimin e stresit, por ANOVA dy kahëshe (5 x 2) është përdorur për të testuar nëse ky efekt është i ndryshëm në dy grupet e kategorizuara sipas shkallës së tensionit arterial.

Tabela 19. Rezultatet e ANOVA për përjetimin e stresit sipas kategorisë së hipertensionit.

Grupet	Tensioni arterial	Mesatarja	Devijimi standard	N
1	TAN	26.38	1.81	18
2	TAN	27.13	1.60	86
	TAL	27.98	1.90	20
3	TAN	24.85	3.03	28
	TAL	23.50	3.10	4
4	TAN	25.33	2.50	6
	TAL	28.50	.707	2
5	TAN	27.02	1.46	36
	TAL	28.28	1.79	7

Siç shihet nga tabela nivelin më të lartë të stresit e kanë pjesëmarrësit me hipertension nga grupi i katërt me Personalitet AB, ushqyerje jo të shëndetshme, rrallë merren me aktivitet fizik, përdorues jo të rregullt duhani, konsumues të rregullt të alkoolit (M = 28.50, SD = 0.71). Ndërsa mesataren më të ulët të përjetimit të stresit e kanë treguar pjesëmarrësit me TAL (M = 23.50, SD = 3.10).dhe TAN (M = 24.85, SD = 3. 03) në

grupin e tretë me personalitet B, ushqyerje e shëndetshme, jo aktivitet fizik dhe jo konsumues duhani dhe alkooli. Rezultatet e kësaj analize tregojnë që personaliteti i tipit B është faktor i rëndësishëm në përjetimin e stresit.

Analiza krahasimore në mes grupit të pjesëmarrësve që kishin hipertension arterial të lartë (TAL) dhe atyre që kishin tensionin arterial normal (TAN) në kohën e pjesëmarrjes së tyre në hulumtim është bërë po ashtu përmes analizës klaster me qëllim të identifikimit të grupeve specifike në raport me përgjigjet e dhëna në tipin e personalitetit, Shprehitë e ushqyerjes, aktiviteti fizik, duhanpirja dhe konsumimi i alkoolit.

Në pjesëmarrësit të cilët në momentin e pjesëmarrjes në hulumtim kishin nivele të normalizuara të tensionit arterial (TAN) janë identifikuar grupet:

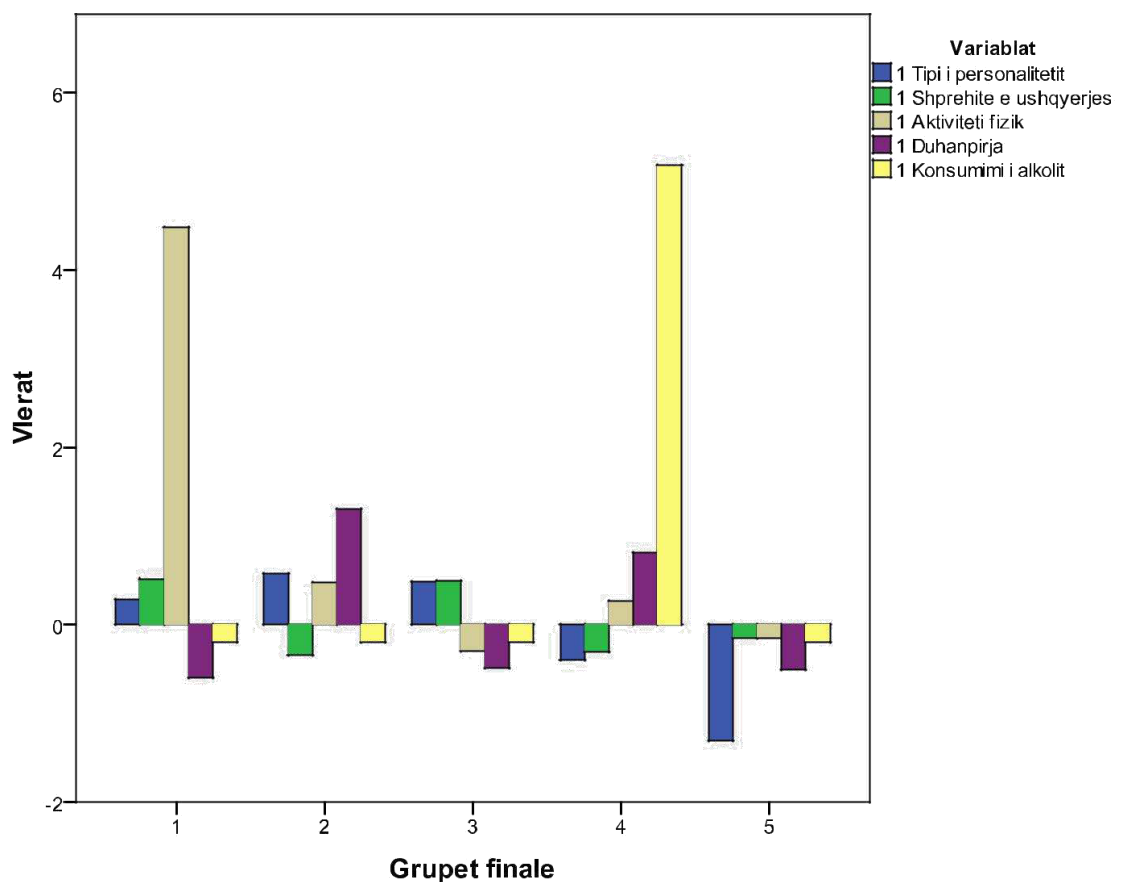


Figura 11. Analiza krahasimore e tensionit arterial dhe grupeve specifike

Grupi 1 Personalitet AB, ushqyerje e shëndetshme deri diku, aktivitet fizik i rregullt, jo pirës duhani dhe jo konsumues alkooli.

Grupi 2 Personalitet AB, ushqyerje jo e shëndetshme deri diku, pak aktivitet fizik, pirës duhani dhe jo konsumues alkooli.

Grupi i tretë Personalitet AB, ushqyerje e shëndetshme deri diku, jo aktivitet fizik dhe jo konsumues duhani dhe alkooli. Grupi i katërt Personalitet AB, ushqyerje jo e shëndetshme deri diku, pak aktivitet fizik, përdorues duhani, konsumues të rregullt të alkoolit.

Grupi i pestë Personalitet B, ushqyerje jo e shëndetshme deri diku, pak aktivitet fizik, jo pirës duhani dhe jo konsumues i rregullt alkooli.

Në pjesëmarrësit të cilët kanë pasur hipertension nën vlerat 140 pjesa më e madhe e pjesëmarrësve kanë qenë nga grupi i tretë (N = 76) me personalitet AB, ushqyerje e shëndetshme deri diku, jo aktivitet fizik dhe jo konsumues duhani dhe alkooli, ndërkohë që grupi më pak i reprezentuar është grupi i parë (N = 4) me Personalitet AB, ushqyerje e shëndetshme deri diku, aktivitet fizik i rregullt, jo pirës duhani dhe jo konsumues alkooli dhe është ndjekur nga grupi i katërt (N = 6) me Personalitet AB, ushqyerje jo e shëndetshme deri diku, pak aktivitet fizik, përdorues duhani, konsumues të rregullt të alkoolit.

Në pjesëmarrësit të cilët në momentin e pjesëmarrjes në hulumtim kishin nivele të larta të tensionit arterial (TAL) janë identifikuar grupet:

Grupi 1 Personalitet AB, ushqyerje e shëndetshme deri diku, aktivitet fizik i rregullt, jo pirës duhani dhe jo konsumues i rregullt i alkoolit.

Grupi 2 Personalitet AB, ushqyerje jo e shëndetshme deri diku, pak aktivitet fizik, pirës duhani dhe jo konsumues alkooli i rregullt

Grupi i 3 Personalitet AB, ushqyerje e shëndetshme deri diku, jo aktivitet fizik dhe jo konsumues duhani i rregullt dhe jo konsumues alkooli i rregullt.

Grupi i 4 Personalitet AB, ushqyerje jo e shëndetshme deri diku, pak aktivitet fizik, përdorues i rregullt i duhanit dhe konsumues i rregullt i alkoolit.

Grupi i 5 Personalitet B, ushqyerje jo e shëndetshme deri diku, pak aktivitet fizik, jo pirës duhani i rregullt dhe jo konsumues i rregullt i alkoolit.

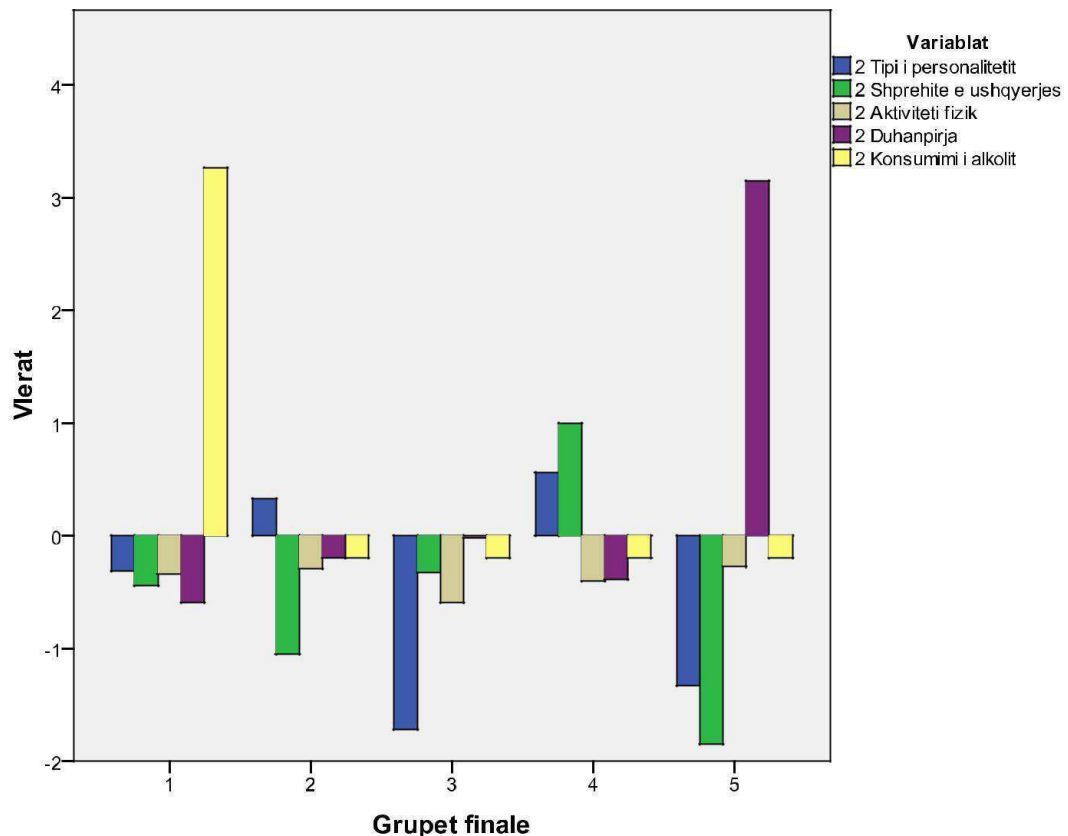


Figura 12. Grupet finale sipas analizës klaster për pjesëmarrësit me nivele të tensionit arterial mbi 140.

Grupi më i përfaqësuar ka qenë ai i dyti (N = 12) me personalitet AB, ushqyerje jo e shëndetshme deri diku, pak aktivitet fizik, pirës duhani dhe jo konsumues alkooli i rregullt ndjekur nga grupi i katërt me (N = 11) personalitet AB, ushqyerje jo e shëndetshme deri diku, pak aktivitet fizik, përdorues të duhanit dhe konsumues i rregullt i alkoolit. Grupi më pak i përfaqësuar ka qenë grupi i pestë (N = 3) me Personalitet B,

ushqyerje jo e shëndetshme deri diku, pak aktivitet fizik, jo pirës duhani i rregullt dhe jo konsumues i rregullt alkooli si dhe grupi i parë (N = 3) me personalitet AB, ushqyerje e shëndetshme deri diku, aktivitet fizik i rregullt, jo pirës duhani dhe jo konsumues i rregullt i alkoolit.

DISKUTIMI

Qëllimi i këtij studimi ka qenë për të parë lidhshmërinë e përjetimit të stresit me tipin e personalitetit dhe stilin e jetës. Ky studim ka qenë i udhëhequr nga hipotezat e ndërtuara në varësi të qëllimit.

Studimi ka vërtetuar *Hipotezën 1*, se tipi i personalitetit ndikon në përjetimin e niveleve më të larta të stresit në pacientët e diagnostikuar me hipertension arterial. Lidhshmëria e personalitetit me stresin e gjetur në këtë studim është në konsistencë me studimet e tjera të zhvilluara në vende të ndryshme (Bolger dhe Zuckerman, 1995; Lecic- Tosevski et al, 2011). Ashtu si dhe në këtë studim, personaliteti A është gjetur më i predispozuar për përjetim të stresit, pasi ky grup personaliteti është i njohur për aplikimin e strategjive jo efektive në përballimin e stresit.

Si në shumë studime të tjera edhe në studimin tonë është gjetur një lidhshmëri në mes personalitetit dhe tensionit të lartë. Në këtë studim 77.9% e pjesëmarrësve të cilët vuanin nga hipertensioni arterial kishin personalitet të tipit A dhe vetëm 13% personalitet të tipit B. Ka një konsistencë të rëndësishme në mesin e raportimeve shkencore mbi ndërlidhjen midis tipit A të personalitetit dhe problemeve kardiovaskulare dhe njëkohësisht mbështetjen për tipin B që nuk tregon ndonjë lidhje me problemet e ndryshme kardiovaskulare (Krantz, Arabian, Davia & Parker, 1982).

Kuptimi i plotë i marrëdhënies në mes tipit të personalitetit dhe hipertensionit varet nga ndërlidhja mes gjendjeve të ndryshme afektive dhe psikologjike (Friedman & Booth-Kewely, 1987).

Në anën tjerët ndërlidhja mes tipit A të personalitetit dhe problemeve me hipertension ka kundërthëniet e veta në mesin e gjetjeve shkencore, ngase femrat me ngjyrë që kishin personalitet të tipit A në mënyrë domethënëse nuk kishin më shumë gjasa që të zhvillojnë hipertension se femrat me ngjyrë të tipit B (Smyth, Call, Hansell, Sparacion & Strodsbeck, 1978). Zbulime të ngjashme janë raportuar edhe nga Begley, Lee dhe Czajka (2000), që treguan se nuk kishte ndonjë lidhje mes tipit A të personalitetit dhe performancës në punë dhe shtypjes së gjakut. Megjithatë krahasimet mes personave me tip A dhe B të personalitetit në efektin e tyre në hipertension, ka treguar që personat me tipin A të personalitetit kanë treguar nivel më të lartë të rrahjeve të zemrës, shtypje distolike të gjakut dhe veçanërisht shtypjes sistolike të gjakut (Lyness, 1993)

Lidhja e tipit të personalitetit me hipertensionin lidhet më mënyrën se si tipi i personalitetit ndikon në sjelljen e individit në raport me qëndrimet ndaj shëndetit. Individët me tip A të personalitetit tregohen më të pakujdesshëm në menaxhimin e qetësisë, mbajnë ndjenjat e tyre brenda vetes, vazhdimisht ndihen përgjegjës për situatën, janë më shumë precizë, më pak merren me aktivitete fizike. Të gjithë këta faktorë predispozojnë për më pak mundësi kontrolli ndaj sëmundjes dhe stresit në përgjithësi. Edhe në studimin tonë është gjetur që personaliteti është një parashikues i rëndësishëm i përjetimit të stresit.

Studimet me adoleshent prej 72 meshkujve dhe 99 femrave treguan se armiqësia si cilësi e tipit A të personalitetit të jetë e lidhur me hipertensionin, po ashtu që shenjat e armiqësisë janë të lidhura me përgjigjet psikofiziologjike dhe me probleme

kardiovaskulare (McCann & Karen, 1988). Tipi A tregoi reagime më të mëdha kardiovaskulare në situatat e tilla që karakterizoheshin nga feedback pozitiv apo negativ i vlerësimit (Lyness, 1993).

Një e dhënë interesante e studimit ka qenë se nivelin më të lartë të stresit e kanë pjesëmarrësit me hipertension nga grupi i katërt të cilët kishin karakteristika si Personalitet AB, ushqyerje jo të shëndetshme, rrallë merren me aktivitet fizik, përdorues jo të rregullt duhani, konsumues të rregullt të alkoolit. Edhe pse studimi nuk ka gjetur lidhshmëri në mes pirjes së duhanit dhe alkoolit me përjetimin e stresit kjo gjetje ka një vlerë për shkencën, pasi hyn në karakteristikat grupore për pacientët të cilët nuk arrijnë të kontrollojnë tensionin arterial dhe atyre të cilët e kontrollojnë dhe shërbejnë si udhëzues për mjekët dhe psikologët se ku duhet ta fokusojnë vëmendjen.

Hipoteza 2 e këtij studimi se pirja e duhanit, konsumimi e alkoolit, zakonet e ngrënies dhe aktiviteti fizik janë parashikues të rëndësishëm për përjetimin e stresit në pacientët e diagnostikuar me hipertension arterial, nuk është vërtetuar. Kjo gjetje nuk është në konsistencë me studimet e tjera të cilat këtë lidhshmëri e kanë parë si të rëndësishme. Një hipotezë e këtij rezultati mund të jetë që pjesëmarrësit të cilët kanë qenë pjesë e këtij studimi mund të jenë të kujdesshëm në kontrollimin e hipertensionit përmes medikamenteve dhe të kujdesshëm ndaj shëndetit.

Bruijnzeel, (2012), në një rishikim të literaturës shkencore tregon se pirja e duhanit redukton përkohësisht nivelin e stresit tek subjekte të ndryshme, por gjithashtu drejton çrregullime të mëtejshme të sistemit të stresit në tru.

Pirësit e duhanit kanë dy herë rastësi të sëmundjeve të arterieve koronare kontraktuese dhe katër herë rastësi për vdekje të befasishme sesa jo konsumuesit sipas Keller,

Lemberg, 1996. Nga rezultati i këtij hulumtimi del se pirja e duhanit është problem në vendin tonë pasi 30.9% e pjesëmarrësve ishin konsumues të duhanit çdo ditë.

Pirja e duhanit është një faktor rreziku për problemet me hipertension (Silva et al., 2016; Leon & Ezzati, 2015; Kondo et al., 2013; Yano, Hoshida, Shimada, & Kario, 2013; Ge et al., 2012; Nakamura et al., 2008; Pardell & Rodicio, 2005; Khalili, Nilsson, Nilsson, & Berglund, 2002). Pirësit e sotëm të duhanit janë në risk për hipertension, jo vetëm për efektin që ka duhanpirja direkt në tensionin arterial por edhe për arsye të prevalencës së madhe të mbipeshës dhe obezitetit në këtë grup (Wisdom, Michael, Ramsey, & Berlin, 2008; Tabara et al., 2008; Jensen, Nyboe, Appleyard, & Schnohr, 1991).

Shumë pak pjesëmarrës të studimit tonë kanë qenë konsumues të alkoolit, vetëm 4.1% e tyre.

Konsumimi i alkoolit ka treguar që të këtë një ndërlidhshmëri me stresin (Levenson, Sher, Grossman, Newman & Newlin, 1980; Cole, Tucker & Friedman, 1990). Levenson et al. (1980), raportuan se konsumimi i alkoolit kishte një efekt të fuqishëm në nivelet e para të stresit, duke përshpejtuar rrahjet e zemrës, variabilitet i ulët i rrahjeve të zemrës, lëvizje të shpeshta të lëkurës, kohë të gjatë të transmisimit të pulsit që tregon për një efekt farmakologjik dhe konjetiv të pirjes së alkoolit si të lidhur me stresin. Kemi rritje të stresit në mënyrë konsistente në mesin e grupeve të ndryshme me probleme të pirjes së alkoolit, meshkujt të cilët nuk janë konsumues të alkoolit përjetojnë më pak ngjarje jetësore dhe perceptojnë më pak stres se sa ata që ishin konsumues të moderuar të alkoolit ndërsa ata që ishin konsumues të moderuar të përjetonin me pak stres se ata që ishin konsumues të rëndë të alkoolit (Cole et al., 1990).

Ndërkohë kemi të dhëna të konsoliduara në mes lidhjes së konsumimit të alkoolit me rritjen e rrezikut për sëmundje kardiovaskulare por dhe rritjen e vdekshmërisë nga

kombinimi i konsumimit të alkoolit me sëmundjet e zemrës (Mori et al., 2016; Leon & Ezzati, 2015; Estruch, Coca, & Rodicio, 2005; Sleight, 1996; Ueshima et al., 1992; Mizushima et al., 1990; Criqui, 1986).

Konsumimi i alkoolit i kombinuar me karakteristikat e personalitetit është një prediktor i rëndësishëm në reagimet e tensionit arterial. Studimi ka gjetur që personat me personalitet B dhe që nuk konsumonin alkool të kishin më pak problem me tensionin e lartë. Gjithsesi studimet kanë treguar një lidhshmëri të rëndësishme të këtyre dy faktorëve në problemet me tensionin arterial (Puddey, Jenner, Beilin, & Vandongen, 1988; Arkwright, Beilin, Rouse, & Vandongen, 1983)

Studimi ka gjetur që pjesa më e madhe e pacientëve që kishin problem me hipertension nuk bënin aktivitete fizike dhe një numër shumë i vogël (6%) që bënin ushtrime të rregullta.

Sigurisht që ata të cilët merreshin me aktivitete fizike gjithashtu kishin nivele më të ulëta të stresit (figura 14). Përjetimi i stresit mund të përkeqësojë problemet kardiovaskulare kështu që marrja me aktivitet fizik mund të modifikojë edhe përgjigjet kardiovaskulare ndaj stresit (Bersamin et al., 2014; Ferrara et al., 1991; Gimeno, Jimenez, Ferrer Aguarales, & Fernandez, 1990; Huang, Webb, Zourdos, & Acevedo, 2013)

Ky studim ka gjetur një lidhje të rëndësishme në mes peshës trupore me përjetimin e stresit si dhe tensionin arterial (Figura 18, 19, 20).

Hipoteza 3 se ndikimi i personalitetit në përjetimin e stresit nuk ndikohet nga stili i jetës është vërtetuar. Analiza e regresionit ka treguar që personaliteti është një parashikues i rëndësishëm i përjetimit të stresit dhe se nuk është prishur roli kur në model ka hyrë stili i jetës. Ky rezultat mund të jetë i lidhur më faktin se pjesëmarrësit në këtë studim kanë qenë nga grupe të ndryshme sociale duke përfaqësuar stile të ndryshme jetese. Në një

shoqëri si e jona, njerëzit janë gjithmonë e më të lirë për të zgjedhur aktivitetet apo dhe produktet të cilat dëshirojnë ti përdorin duke u larguar disi nga mënyra tradicionale e ushqyerjes në Kosovë. Në përgjithësi mënyra e jetesës ka filluar të ndryshojë duke ndikuar edhe në modelin e konsumimit të produkteve(ushqimore, alkoolit, duhanit etj) si dhe shpenzimit të kohës dhe parasë.

Hipoteza e katërt se ka dallime në shkallën e raportimit të stresit në mes pjesëtarëve të gjinisë femërore me ata mashkullorë, moshës, historisë familjare të sëmundjes, statusit civil, vendbanimit dhe nivelit arsimor të pjesëmarrësve si dhe nëse hipertensioni arterial ishte i kontrolluar apo jo, është vërtetuar pjesërisht.

Ky studim nuk ka gjetur dallime të rëndësishme në përjetimin e stresit tek individët e diagnostikuar me hipertension arterial sipas gjinisë.

Në fakt të dhënat nga literatura mbi influencën e gjinisë në përjetimin e stresit nuk kanë qenë konsistente.

Studimet e ndryshme nuk tregojnë dallime mes femrave dhe meshkujve në nivelin e stresit të përjetuar, kur një detyrë e refuzimit social ishte përshtatur sikur një stresor në vend të një detyre të arritjes (Stroud, Salovey & Epel, 2004). Zbulimet eksperimentale tregojnë për një ndjeshmëri të mënyrës së reagimit ndaj stresorëve të caktuar që mund të varet prej tipit të stresorit, sfidave dhe procedurave eksperimentale (Dickerson & Kemeny, 2004). Të meshkujt përjetimi i situatave stresuese ishte i lidhur me rritjen e aktivitetit në pjesën e djathtë të kontekstit prefrontal ndërsa te femrat ishte e asociuar me aktivizimin e zonave të sistemit limbik, duke përfshirë siratumin ventral, putamen, insula dhe cingulata kortekst (Wang et al., 2007).

Por ka pasur mjaft studime ku gjinia ka treguar të jetë një determinator i rëndësishëm biologjik për ndjeshmërinë ndaj stresit psikologjik (Wang, Korczykowski, Rao, Fan,

Pluta, Gur, McEwen & Detre, 2007). Mënyra dhe strategjitë të cilat përdorin meshkujt dhe femrat është e lidhur me nivelin e stresit që përjetojnë (Matud, 2004). Femrat shënuan pikë më të larta se sa meshkujt në stilin e përballjes së shmangies dhe atë emocionale dhe më pak pikë në stilin racional të përballjes në krahasim me meshkujt prej nga femrat raportuan më shumë simptoma somatike, ankth psikologjik dhe nivel më të lartë të stresit. Dallime mes dy gjinive janë raportuar edhe në nivelin e lirimit të kortisolit, ku meshkujt kishin ngritje të nivelit, ndërsa niveli i kortisolit të femrat mbetet i pandryshueshëm ose kishte zvogëlim të nivelit të tij (Kirschbaum, Wust & Hellhammer, 1992). Nga kjo supozohet se dallimet gjinore në kongnicion dhe përgjigjet emocionale ndaj situatave me shqetësime psikologjike mund të influencojnë lirimin e kortisolit. Po ashtu u raportua dallim në nivelin e stresit mes dy gjinive, nga meshkujt u raportua nivel më i lartë diskriminativ ndaj stresit në krahasim ndaj femrave dhe kjo mund të ishte lidhur me statusin socio-ekonomik dhe dallimet etnike (Tuner & Avison, 2003). Dallimet gjinore kanë treguar se meshkujt përdorin më shumë strategji të përballjes në situata stresuese, konsumojnë më shumë alkool dhe janë me pak të shëndetshëm, por bëjnë më shumë ushtrime se sa femrat (Lindquist, Beilin & Knuiman, 1997).

Në studimin aktual gjithashtu nuk është gjetur dallim i rëndësishëm në përjetimin e stresit edhe pse tendenca ka qenë që moshat e reja të kishin më shumë stres se sa moshat e vjetra.

Periudha të ndryshme të zhvillimi të individit karakterizohen me sfida dhe procese specifike në të cilën ata kalojnë, secili prej këtyre proceseve është i shoqëruar me ndryshime të theksuara dhe njëherazi paraqesin dallime në mënyrën se si përjetojnë situata të ndryshme dhe pasojat të cilat kanë në shëndetin mendor. Është e rëndësishme

të kuptohet se cikli jetësor i individit influencon mënyrën se si një individ përjeton stresin i cili mund të jetë i lidhur me sëmundjet apo edhe me ngjarjet jetësore të individit. Gjetja që moshat më të reja kanë pasur nivele më të larta të stresit mund të jenë të lidhur me fillimin e problemeve me hipertension, respektivisht diagnostikimin, fillimin e marrjes së terapisë si dhe përshtatjen e individëve me dietat apo rutinën e re që duhet të krijojnë kur shfaqet hipertensioni. Sigurisht që çdo individ fillon dhe ndërton strategji të cilat duhet ti aplikojë për tu ballafaquar me stresin që sjellin këto (Folkman, Lazarus, Pimely & Novacek, 1987).

Të gjeturat e fundit shkencore tregojnë se mosha luan një rol të rëndësishëm në nivelin e stresit të përjetuar (Sliwinski, Smyth, Hofer & Staëiski, 2006). Të dhënat e studimit tonë janë në përputhshmëri me të dhënat e fituara nga (Stawski, Sliwinski, Alemida & Smyth, 2008) të cilët kanë gjetur që niveli i perceptimit të stresit ishte i lidhur me raportimin e nivelit më të madh të ekspozimit të stresit tek më të vjetrit dhe rritje më e madhe i nivelit të efektit negativ të stresit tek të rinjtë e rritur. Kjo tregon se moshat më të rritura përjetojnë nivel më të vogël të stresit në krahasim me moshat me të reja, përkundër ekspozimit ndaj nivelit më të madh të stresorëve.

Por një mospërputhje me këto të dhëna treguan Mroczek dhe Almeida (2004), nga u tregua një lidhje e fuqishme mes stresit të përditshëm dhe efektit negativ tek më të vjetrit e rritur në krahasim me të rinjtë e rritur.

Përveç moshës dhe gjinisë edhe faktorët e tjerë si statusi socio-ekonomik dhe vendbanimi janë prediktor të rëndësishëm të nivelit të stresit të përjetuar.

Studimi ynë nuk ka gjetur ndonjë lidhshmëri në mes stresit dhe vendbanimit. Kjo e dhënë nuk është në konsistencë me disa studime të cilat kanë gjetur lidhshmëri midis statusit ekonomik dhe stresit (Pearlin et al., 2005; Shea, 2014). Faktorët psikologjik të

ngjashëm si stresi në punë dhe jeta në familje ishin të lidhura me sëmundjen, vdekjen dhe mirëqenien, këta stresorë janë më të pranishëm në grupet me status të ulët socio-ekonomik (Chandala & Marmot, 2010). Ndoshta në studimin tonë për shkak se diferenca e statusit ekonomik të pjesëmarrësve ka qenë shumë e vogël mund të shpjegojë edhe pse nuk ka influencuar stresi i përjetuar në individët e diagnostikuar me hipertension në qytetin e Prizrenit.

Shumë studime kanë dhënë shpjegime të ndryshme mbi mundësitë e ndërlidhjes së stresit me statusin ekonomik. Problemet e hipertensionit dhe sëmundjet kardiovaskulare te njerëzit me ngjyrë mund ti atribuohen faktorëve psikologjikë, përfshirë statusin socio-ekonomik, po ashtu ka një efekt edhe në zhvillimin e stresit që është e moderuar nga truri, stili i jetës dhe paternet e sjelljeve (Pickering, 1999). Statusi i ulët socio-ekonomik në përgjithësi është i lidhur me shqetësime, prevalencë e problemeve të shëndetit mendor dhe dëmtime të sjelljeve të lidhura me shëndetin që janë të lidhura me stresin dhe një stres kronik (Baum, Garofalo & Yali, 1999).

Ndërlidhja mes statusit të ulët socio-ekonomik dhe stresit tregohet të jetë e fuqishme ngase Cohen, Doyle dhe Baum, (2006) raportuan një lidhje mes hormoneve të stresit dhe statusit socio- ekonomik. Niveli i ulët i statusit socio-ekonomik ishte i lidhur me nivel të lartë të cortisolit, epinefrinës dhe norepinefrinës. Procesi i lidhjes mes statusit të ulët socio-ekonomik dhe lirimit të hormonit të stresit ka treguar një koherencë në mesin e raportimeve shkencore, nga gjetje të

ngjashme ka raportuar edhe Kapuku, Treiber dhe Davis (2002), me meshkujt afrikano-amerikan. Ndërlidhja mes statusit socio-ekonomik dhe stresit është e pavarur nga variablat si mosha, gjinia dhe etniciteti, por që një rol të rëndësishëm luajnë faktorët e tjerë socialë (Cohen et al., 20006).

Një gjetje e rëndësishme e këtij studimi ka qenë që pacientët të cilët kishin nivele të larta të tensionit arterial > 140 mmHg kishin nivele më të larta të stresit se sa ata të cilët e kishin të kontrolluar tensionin arterial në kohën e përfshirjes në hulumtim. Ky ndryshim mund të jetë i lidhur ekskluzivisht me mos kontrollimin e tensionit arterial por njëkohësisht studimi e ka pasur të vështirë ta bëjë këtë konkluzion pasi klientët nuk janë pyetur për përjetimin e tyre ndaj sëmundjes.

Ndërgjegjësimi i statusit të hipertensionit (pavarësisht nga presioni i matur i gjakut), duket të jetë i shoqëruar me rritjen e perceptimit të simptomave psikologjike dhe fizike (Tennant et al. 2001). Në një meta-analizë, Jorgensen et al. (2003) arritën në përfundimin se hipertensioni është i lidhur anasjelltas me emocione negative në individë të cilët nuk ishin në dijeni të diagnozës dhe të lidhura në mënyrë të drejtpërdrejt kur ata ishin në dijeni të nivelit të tensionit të gjakut. Janë propozuar disa shpjegime për këto lidhje, si p.sh. fakti që këta individë do bëjnë kontrole shëndetësore më shpesh dhe rrjedhimisht kanë një probabilitet më të lartë për të pasur diagnozë të hipertensionit.

Gjithsesi duke pasur parasysh raportin e individit me sëmundjen mund të themi që kur tensioni është i pakontrolluar atëherë klientët mund të ndihen të pafuqishëm, që nuk e kanë veten në kontroll dhe kjo mund t'i predispozojë ata për një disponim më të keq i cili krijon një rreth vicioz duke rritur më shumë tensionin arterial. Kur individët ndihen të pafuqishëm kjo bën që aftësitë përballuese të individit të zbehen dhe kjo rrit më shumë shanset për përjetim të stresit. Gjithsesi kjo mund të vërtetohet edhe me faktin që rezultatet treguan se fuqia e marrëdhënies në mes përjetimit të stresit dhe shkallës së hipertensionit shpjegohej vetëm më 0.3% duke lënë të kuptohet që në këtë marrëdhënie ndikojnë edhe shumë faktorë të tjerë.

Ideja që faktorët psikologjikë ndikojnë në rregullimin afatgjatë të presionit të gjakut ka marrë formë në fillimin e shekullit të 20-të, që nga hipoteza klasike e Aleksandrit (1939), i cili lidhte armiqësinë të fshehur me hipertension. Besimi se stresi është një shkak i presionit të lartë të gjakut dhe sëmundjet kardiovaskulare në përgjithësi është thellësisht i rrënjësuar në popullsi. Në një studim të popullsisë në Kanada, 44% e pjesëmarrësve besojnë se stresi ishte shkaku kryesor i sëmundjeve kardiovaskulare (Kirkland et al. 1999). Studimet e lidhjes mes stresit dhe hipertensionit kanë treguar rezultate të ndryshueshme. Shumica e studimeve kanë identifikuar trende pozitive (Perez et al. 2001, Everson et al. 2000), por janë raportuar edhe lidhje inverse (Radi et al 2004).

Rekomandime

- 1- Ky studim përmes gjetjes së lidhshmërisë së personalitetit dhe përjetimit të stresit rekomandon, që në moshë të hershme fëmijët të mësohen me teknikat e menaxhimit të stresit. Është e rëndësishme që sistemi i edukimit të kuptojë që zhvillimi i personalitetit të fëmijës është i lidhur ngushtë me mënyrën se si fëmija reagon ndaj mjedisit. Në procesin e zhvillimit të personalitetit fëmijët mësojnë për dallimet në mes njëri-tjetrit si dhe si personaliteti ndryshon gjatë viteve.
- 2- Promovimi i jetës së shëndetshme duhet të jetë prioritet i planeve strategjike në raport me shëndetin e fëmijëve dhe adoleshentëve me qëllim që kur të arrijnë moshën e rritur të dinë të menaxhojnë si duhet jetesën por edhe problemet shëndetësore.
- 3- Studentët e sociologjisë, pedagogjisë, psikologjisë dhe mjekësisë do të duhet të njihen me faktorët psikologjik, sociologjik dhe antropologjik që influencojnë

përzgjedhjet individuale në raport me stilin e jetës dhe ti përforcojnë në eksperiencën e tyre praktike.

- 4- Mjekët e mjekësisë familjare duhet të përgatisin materiale edukative mbi rëndësinë e stilit të jetës sidomos në sëmundjet kardiovaskulare.
- 5- Ka disa mënyra të rekomanduara për ndryshimin e mënyrës së të jetuarit (lifestyle modification). Disa prej tyre nganjëherë mund të mos jenë efektive. Sa do që çdo njeri do të donte që të ishte i përgjegjshëm në menaxhimin e një procesi sëmundjeje dhe në ecurinë e fatit të jetës, pa pasur nevojë për përdorim medikamentesh ose procedurash të tjera, në rastin e hipertensionit kjo gjë shpesh nuk është e mundur. P.sh: Tabelë e modifikimeve të të jetuarit për kontrollin e hipertensionit ose rreziqeve në tërësi kardiovaskulare. Ulja e peshës trupore, në qoftë se ka mbipeshë trupore. Pakësimi i marrjes së kripës në më pak se 10 gram/ditë ose afërsisht 4gram natri klorat. Kufizim i marrjes së alkoolit në më pak se 60 ml raki rrushi, më pak se 280 ml verë dhe në më pak se 600 ml birrë.
- 6- Ndërprerja e pirjes së duhanit, pakësimi i ngrënies së ushqimeve me shumë kalori dhe yndyra me qëllim krijimin e një terreni të shëndetshëm për sistemin kardiovaskular. Mbajtja në nivel adekuat të marrjes së kaliumit, kalciumit dhe i magneziumit.
- 7- Përdorimi i teknikave relaksuese - biofeedback.
- 8- Influenca e medias është e padiskutueshme në raport me stilin e jetës. Për këtë rekomandohet trajnimi i raportuesve të mediave për mënyrën e përcjelljes së tyre në publik. Kontradiktat mbi rekomandimet dietore, mund të ndikojnë në mos zbatimin e dietës. Debatet aktuale të medias, mbi forcën e lidhjes mes kolesterolit të gjakut dhe sëmundjes kardiovaskulare, që diskutojnë nëse kolesteroli mund të reduktohet nëpërmjet dietës dhe nëse individët pa simptoma duhet të ndryshojnë dietën e tyre,

mund të dobësojnë zbatimin e dietës. Ndërsa, mund të ketë të mira në disa nga këto sfida, ekspertët e shëndetit prapë rekomandojnë një reduktim në nivelin e kolesterolit për njerëzit me një total prej 200. Deri diku debati shkatërron ndjekjen rigoroze të dietës dhe kështu ulja e rrezikut të kolesterolit është e qartë që është dobësuar. Kështu psikologët janë përfshirë në ndërhyrjen për të arritur individët në modifikimin e dietave. (Morris Ch, 2008)

BIBLIOGRAFIA

Burime parësore

- 1) Simo P, “Psikologji Shëndeti”, Tiranë, 2008, ISBN: 978-99943-57-61-1
- 2) Alsairaf M., Alshamali K., Al-rashed A. “Effect of Physical Activity on Controlling Blood Pressure among Hypertensive Patients from Mishref Area of Kuwait”, Mishref Clinic, Hawalli Health District, Kuwait, Eur J Gen Med 2010;7(4):377-384
- 3) Allport, G. W.; Odbert, H. S. (1936). "Trait names: A psycholexical study". *Psychological Monographs* 47: 211. doi:10.1037/h0093360.
- 4) Atkinson, Rita, L.; Richard C. Atkinson; Edward E. Smith; Daryl J. Bem; Susan Nolen-Hoeksema (2000). *Hilgard's Introduction to Psychology* (13 ed.). Orlando, Florida: Harcourt College Publishers. p. 437.
- 5) Arkwright, P. D., Beilin, L. J., Rouse, I. L., & Vandongen, R. (1983). Alcohol, personality and predisposition to essential hypertension. *J.Hypertens.*, 1, 365-371.
- 6) Bersamin, A., Wolsko, C., Luick, B. R., Boyer, B. B., Lardon, C., Hopkins, S. E. et al. (2014). Enculturation, perceived stress, and physical activity: implications for metabolic risk among the Yup'ik--the Center for Alaska Native Health Research Study. *Ethn.Health*, 19, 255-269.
- 7) Criqui, M. H. (1986). Alcohol consumption, blood pressure, lipids, and cardiovascular mortality. *Alcohol Clin.Exp.Res.*, 10, 564-569.
- 8) Estruch, R., Coca, A., & Rodicio, J. L. (2005). High blood pressure, alcohol and cardiovascular risk. *J.Hypertens.*, 23, 226-229.
- 9) Ferrara, L. A., Mainenti, G., Fasano, M. L., Marotta, T., Borrelli, R., & Mancini, M. (1991). Cardiovascular response to mental stress and to handgrip in children. The role of physical activity. *Jpn.Heart J.*, 32, 645-654.
- 10) Ge, Z., Hao, Y., Cao, J., Li, J., Chen, J., Huang, J. et al. (2012). Does cigarette smoking exacerbate the effect of blood pressure on the risk of cardiovascular and all-cause mortality among hypertensive patients? *J.Hypertens.*, 30, 2307-2313.
- 11) Gimeno, O. A., Jimenez, R. R., Ferrer Agualeles, J. L., & Fernandez, S. C. (1990). Evaluation of salt consumption, physical activity, stress, tobacco and oral contraceptives in the epidemiology of essential hypertension]. *Rev. Sanid. Hig. Publica (Madr.)*, 64, 705-714.

- 12) Huang, C. J., Webb, H. E., Zourdos, M. C., & Acevedo, E. O. (2013). Cardiovascular reactivity, stress, and physical activity. *Front Physiol*, 4, 314.
- 13) Jensen, G., Nyboe, J., Appleyard, M., & Schnohr, P. (1991). Risk factors for acute myocardial infarction in Copenhagen, II: Smoking, alcohol intake, physical activity, obesity, oral contraception, diabetes, lipids, and blood pressure. *Eur.Heart J.*, 12, 298-308.
- 14) Khalili, P., Nilsson, P. M., Nilsson, J. A., & Berglund, G. (2002). Smoking as a modifier of the systolic blood pressure-induced risk of cardiovascular events and mortality: a population-based prospective study of middle-aged men. *J.Hypertens.*, 20, 1759-1764.
- 15) Kondo, T., Osugi, S., Shimokata, K., Honjo, H., Okumura, N., Matsudaira, K. et al. (2013). Effect of current smoking and blood pressure on cardiovascular events and mortality for workers: number of events for multivariate analysis to keep validity. Reply. *J.Hypertens.*, 31, 1920-1921.
- 16) Leon, D. A. & Ezzati, M. (2015). High cardiovascular mortality in Russia: role of alcohol versus smoking, blood pressure, and treatment. *Nat.Rev.Cardiol.*, 12, 740.
- 17) Mizushima, S., Nara, Y., Mano, M., Sawamura, M., Horie, R., & Yamori, Y. (1990). Alcohol consumption as a risk factor for high blood pressure from the Cardiovascular Diseases and Alimentary Comparison Study. CARDIAC Cooperative Research Group). *J.Cardiovasc.Pharmacol.*, 16 Suppl 8, S35-S37.
- 18) Mori, T. A., Burke, V., Zilkens, R. R., Hodgson, J. M., Beilin, L. J., & Puddey, I. B. (2016). The effects of alcohol on ambulatory blood pressure and other cardiovascular risk factors in type 2 diabetes: a randomized intervention. *J.Hypertens.*, 34, 421-428.
- 19) Nakamura, K., Barzi, F., Lam, T. H., Huxley, R., Feigin, V. L., Ueshima, H. et al. (2008). Cigarette smoking, systolic blood pressure, and cardiovascular diseases in the Asia-Pacific region. *Stroke*, 39, 1694-1702.
- 20) Pardell, H. & Rodicio, J. L. (2005). High blood pressure, smoking and cardiovascular risk. *J.Hypertens.*, 23, 219-221.
- 21) Puddey, I. B., Jenner, D. A., Beilin, L. J., & Vandongen, R. (1988). Alcohol consumption, age and personality characteristics as important determinants of within-subject variability in blood pressure. *J.Hypertens.Suppl*, 6, S617-S619.

- 22) Silva, A. P., Scholz, J., Abe, T. O., Pinheiro, G. G., Gaya, P. V., Pereira, A. C. et al. (2016). Influence of smoking cessation drugs on blood pressure and heart rate in patients with cardiovascular disease or high risk score: real life setting. *BMC.Cardiovasc.Disord.*, 16, 2.
- 23) Sleight, P. (1996). Short term and long term effects of alcohol on blood pressure, cardiovascular risk and all cause mortality. *Blood Press*, 5, 201-205.
- 24) Tabara, Y., Kohara, K., Nakagawa, S., Handa, J., Hayashi, M., Hamada, C. et al. (2008). Effects of obesity and smoking on mental stress-induced blood pressure and augmentation index responses in normotensive young males: the J-SHIP study. *Hypertens.Res.*, 31, 1219-1224.
- 25) Ueshima, H., Ozaëa, H., Baba, S., Nakamoto, Y., Omae, T., Shimamoto, T. et al. (1992). Alcohol drinking and high blood pressure: data from a 1980 national cardiovascular survey of Japan. *J.Clin.Epidemiol.*, 45, 667-673.
- 26) Wisdom, J. P., Michael, Y. L., Ramsey, K., & Berlin, M. (2008). Women's health policies associated with obesity, diabetes, high blood pressure, and smoking: a follow-up on the women's health report card. *Women Health*, 48, 103-122.
- 27) Yano, Y., Hoshide, S., Shimada, K., & Kario, K. (2013). The impact of cigarette smoking on 24-hour blood pressure, inflammatory and hemostatic activity, and cardiovascular risk in Japanese hypertensive patients. *J.Clin. Hypertens. (Greenwich.)*, 15, 234-240.
- 28) Bytyqi R, Bytyqi A, “Kuptimi i vet-kujdesit te pacientët ambulator me hipertension”, supervised by Prof. Dr. Andrew Sirka, Raili Kurki BSN, MSN. Maj 2007, Prishtinë.
- 29) Campbell at all, Lifestyle modifications to prevent and control hipertension, Canadian Medical Association, CMAJ, 1999.
- 30) Carroll D, Ring C, Hunt K, Ford G, Macintyre S. Blood pressure reactions to stress and the prediction of future blood pressure: effects of sex, age, and socio economic position. *Psychosom Med* 2003; 65:1058-64.
- 31) Aleksi M., 2005, “Abetare e trajtimit klinik të hipertensionit arterial”, Tiranë.
- 32) Cattell, R. B.; Marshall, MB; Georgiades, S (1957). "Personality and motivation: Structure and measurement". *Journal of Personality Disorders* 19 (1): 53–
[doi:10.1521/pedi.19.1.53.62180](https://doi.org/10.1521/pedi.19.1.53.62180). PMID 15899720.

- 33) Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, Jones DW, Materson BJ, Oparil S, Wright JT Jr, Roccella EJ, December 2003, The Seventh Report of Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure
- 34) Lakshminarayanan, S., Bala, S. M., Ramanujam, M., & Kannan, G. (2012). Effectiveness of physical activity promotion in blood pressure and blood sugar reduction: A community-based intervention study in rural south India. *Journal of Family & Community Medicine*, 19(2), 81–87. <http://doi.org/10.4103/2230-8229.98284>
- 35) Costa, P.T., Jr. & McCrae, R.R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- 36) Digman, J.M. (1989). "Five robust trait dimensions: Development, stability, and utility". *Journal of Personality* 57 (2): 195–214. [doi:10.1111/j.1467-6494.1989.tb00480.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1989.tb00480.x). PMID 2671337.
- 37) Digman, J.M. (1990). "Personality structure: Emergence of the five-factor model". *Annual Review of Psychology* 41: 417–440. [doi:10.1146/annurev.ps.41.020190.002221](https://doi.org/10.1146/annurev.ps.41.020190.002221).
- 38) Emedicine consumer health, High Blood Pressure, Self-care at home, last editorial review: 8/22/2005, http://www.emedicinehealth.com/high_blood_pressure/page7em.htm
- 39) FAO (2012). The state of Food Insecurity in the World 2012. Food and Agriculture Organization of the United Nations. Rome. Available at: <http://www.fao.org/docrep/016/i3027e/>
- 40) Ford ES, Ajani UA, Croft JB, Critchley JA, Labarthe DR, Kottke TE, Giles WH, Capewell S (2007). Explaining the decrease in U.S. deaths from coronary disease, 1980-2000. *N Engl. J. Med.* 356:2388–2398.
- 41) Ganasegeran K, Al - Dubai SA, QurechiAM, Al – Abed AA, An R, Aljunaid SM (2012). Social and psychological factors affecting eating habits among university students in a Malaysian medical school: a cross sectional study. *Nutr. J.* 11:48.
- 42) Goldberg, L. R. (1993). "The structure of phenotypic personality traits". *American Psychologist* 48 (1): 26–34. [doi:10.1037/0003-066X.48.1.26](https://doi.org/10.1037/0003-066X.48.1.26). PMID 8427480.

- 43) Goldberg, L.R. (1982). From Ace to Zombie: Some explorations in the language of personality. In C.D. Spielberger & J.N. Butcher (Eds.), *Advances in personality assessment, Vol. 1*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- 44) Ho P M. and Rumsfeld J. S., 2006, "Beyond inpatient and outpatient care: alternative model for hypertension management" <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/6/257>.
- 45) IDF (2003). Diabetes Atlas 2003. 2nd ed. International Diabetes Federation, Brussels.
- 46) IITA (2004). Nigeria Food Consumption and Nutrition Survey 2001 – 2003. International Institute of Tropical Agriculture, Ibadan, Nigeria.
- 47) Jogunola OO, Awoyemi AO (2010). Prevalence of sedentary lifestyle among bankers in Ilorin metropolis. *Nig. J. Med. Rehab.* 15(1&2):44- 50.
- 48) Juríková J, Novotná E, Šitinová M. "Eating habits and frequency of physical activity in hypertonic patients", *bromat. Chem. TOKSYKOL.* – XLV, 2012, 3, str. 1035–1038
- 49) K.M. Ganesh., "Physical activity, dietary habits and blood pressure among hypertensive patients in Phutthamonhon District, Nakornpathom Province, Thailand", Mahidol University, 2009
- 50) Karson, S. & O'Dell, J.W. (1976). *A guide to the clinical use of the 16PF*. Champaign, IL: Institute for Personality & Ability Testing.
- 51) Krieger N (2005). Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology. *J. Epidemiol. Comm. Health* 59(5):350-55.
- 52) Krug, S.E.; Johns, E.F. (1986). "A large scale cross-validation of second-order personality structure defined by the 16PF". *Psychological Reports* 59 (2): 683–693. [doi:10.2466/pr0.1986.59.2.683](https://doi.org/10.2466/pr0.1986.59.2.683).
- 53) Kulkarni S. O'Farrell I, Erasi M, Kochar MS., Stress and hypertension, Dec 1998, Milwaukee, USA.
- 54) Lueckenotte A. G., 2000, Gerontologic Nursing, Second edition.
- 55) Manuck SB, Krantz DS. Psychophysiologic reactivity in coronary heart disease and essential hypertension. In: Mathews KA, Weiss SB, Detre T, Dembroski TM, Falkner B, Manuck SB, et al, editors. *Handbook of stress, reactivity, and cardiovascular disease*. New York: John Wiley & Sons; 1986. p. 11-34.

- 56) Marečková J. “Faktorët e rrezikut të sëmundjes kardiovaskulare dhe ndërhyrjet në nutricion tek studentët e infermierisë të gjinisë femërore në Republikën e Çekisë”, publikuar në revistën “Infermiera Kosovare”, korrik 2006, fq. 9-11.
- 57) Martin AC (2006). Clinical chemistry and metabolic medicine. 7th ed. London, UK: Edward – Arnold (Publishers) Ltd.
- 58) Matthews, Gerald; Deary, Ian J.; Whiteman, Martha C. (2003). *Personality Traits* (PDF) (2nd ed.). Cambridge University Press. ISBN 9780521831079.
- 59) Morris Ch. G., Maisto A. A., “Psikologjia, shkenca e proceseve mendore dhe e sjelljes njerëzore”, perkthyer nga CDE (Qendra për Arsim Demokratik), Tiranë, 2008.
- 60) Mulassi AH, Hadid C, Borracci RA, Labruna MC, Picarel AE, Robilotte AN, Redruello M, Masoli O (2010). Eating habits, physical activity, smoking and alcohol consumption in adolescents attending school in the province of Boenos Aires. Arch. Argent. Paediatric. 105(1):45-54.
- 61) National Institute of Health (NIH) / National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI) (2006). Your guide to lowering your blood pressure. DASH eating plan. US Department of Health and Human Services. Available at: <http://www.nhlbi.nih.gov/health/public/heart/hbp/dash/>.
- 62) National Institute of Health (NIH) / National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI) (2006). Your guide to lowering your blood pressure. DASH eating plan. US Department of Health and Human Services. Available at: <http://www.nhlbi.nih.gov/health/public/heart/hbp/dash/>
- 63) National Institute of Public Health of Kosova, Morbidity analyses of population in Kosovo for 2011y (alb.available from http://www.niph-kosova.org/index.php?option=com_jdownloads&Itemid=6&view=view.download&catid=3&cid=58.
- 64) Nichole R. Lighthall, Michiko Sakaki, Sarinnapha Vasunilashorn, Lin Ngal, Sangeetha Somayajula, Eric Y. Chen, Nicole Samiiand Mara Mather,4 Gender differences in reward-related decision processing under stress. Soc Cogn Affect Neurosci (2012) 7(4): 476-484.).
- 65) Norman, W. T. (1963). "Toward an adequate taxonomy of personality attributes: Replicated factor structure in peer nomination personality ratings".*Journal of*

- Abnormal and Social Psychology* 66 (6): 574–583.[doi:10.1037/h0040291](https://doi.org/10.1037/h0040291). PMID [13938947](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13938947/).
- 66) Norman, W.T.; Goldberg, L.R. (1966). "Raters, ratees, and randomness in personality structure". *Journal of Personality and Social Psychology* 4 (6): 681–691.[doi:10.1037/h0024002](https://doi.org/10.1037/h0024002).
- 67) O'Connor, Brian (2002). "A Quantitative Review of the Comprehensiveness of the Five-Factor Model in Relation to Popular Personality Inventories". *Assessment* 9(2): 188–203 [doi:10.1177/1073191102092010](https://doi.org/10.1177/1073191102092010). PMID 12066834.
- 68) Peabody, D.; Goldberg, L.R. (1989). "Some determinants of factor structures from personality-trait descriptors". *Journal of Personality and Social Psychology* 57(3): 552–567 [doi:10.1037/0022-3514.57.3.552](https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.3.552). PMID 2778639.
- 69) Peggy A. (2013) ThoitsSelf, Identity, Stress, and Mental Health Handbook of the Sociology of Mental Health pp 357-377.
- 70) Pescatello LS, Franklin BA, Fagard R, Farquhar WB, Kelley GA, Ray CA. Exercise and hypertension: American College of Sports Medicine, Position Stand. *MedSci Sports Exerc.* 2004;36:533-52.
- 71) Poropat, A. E. (2009). "A meta-analysis of the five-factor model of personality and academic performance". *Psychological Bulletin* 135: 322–338.[doi:10.1037/a0014996](https://doi.org/10.1037/a0014996).
- 72) Saucier, G. & Goldberg, L.R. (1996). The language of personality: Lexical perspectives on the five-factor model. In J.S. Wiggins (Ed.), *The five-factor model of personality: Theoretical perspectives*. New York: Guilford.
- 73) Schacter, Gilbert, Wegner (2011). *Psychology* (2nd ed.). Worth. pp. 474–475.
- 74) Simo P., "Trajtimi Psikologjik i Sëmundjeve", Tiranë. Botimet "Dita 2000", 2008, ISBN: 978-99943-57-56-7.
- 75) Simo, P. "Psikologji Shëndeti", Tiranë. Botimet "Dita 2000", 2008, ISBN: 978-99943-57-61-1.
- 76) Social and Cultural Aspect of Drinking, A report to the European Commission, March, 1998.
- 77) Sharman J., Stowasser M., "Australian Association for Exercise and Sports Science Position Statement on Exercise and Hypertension", *Journal of Science and Medicine in Sport* (2009) 12, 252-257.

- 78) Minella Aleksi. Abetare e trajtimit klinik të hipertensionit arterial. Shtëpia botuese Klubi qytetar Shqiptar 2005. fq. 26-49

Burime Dytësore

- 79) Sheps SHG, Black HR, Cohen JD, Kaplan NM, Ferdinand KC, Chobanian AV, Dustan HP, Gifford RW, Moser M, November 1997, The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure.
- 80) Taylor S.G. "Self-Care Deficit Theory of Nursing" Chapter 13 Orem D.E.
- 81) Trials of Hypertension Prevention Collaborative Research Group. The effects of nonpharmacologic interventions on blood pressure of persons with high normal levels. Results of the Trials of Hypertension Prevention, phase 1 [published erratum appears in JAMA 1992;267 (17):2330]. JAMA 1992;267: 121320.
- 82) Akbaraly, T. N., Brunner, E. J., Ferrie, J. E., Marmot, M. G., Kivimaki, M., & Singh-Manoux, A. (2009). Dietary pattern and depressive symptoms in middle age. *The British Journal of Psychiatry, 195*(5), 408-413.
- 83) Aldana, S. G., Sutton, L. D., Jacobson, B. H., & Quirk, M. G. (1996). Relationships between leisure time physical activity and perceived stress. *Perceptual and Motor skills, 82*(1), 315-321.
- 84) Allred, A., Granger, M., & Hogstrom, T. (2013). The Relationship Between Academic Major, Personality Type, and Stress in College Students. *Eukaryon*, vol. 9.
- 85) Ansbacher, H. L., & Ansbacher, R. R. (1956). The individual psychology of Alfred Adler.
- 86) Baran, S. E., Campbell, A. M., Kleen, J. K., Foltz, C. H., Wright, R. L., Diamond, D. M., & Conrad, C. D. (2005). Combination of high fat diet and chronic stress retracts hippocampal dendrites. *Neuroreport, 16*(1), 39.
- 87) Barlow, C.E., LaMonte, M.J., Fitzgerald, S.J., Kampert, J.B., Perrin, J.L., Blair, S.N., 2006. Cardiorespiratory fitness is an independent predictor of hypertension incidence among initially normotensive healthy women. *Am. J. Epidemiol.* 163, 142—150.
- 88) Bauman, A. E. (2004). Updating the evidence that physical activity is good for health: an epidemiological review 2000-2003. *Jurnal of Science and Medicine in Sport, 7*(1): 6-19.

- 89) Baum, A., Garofalo, J. P., & YALI, A. (1999). Socioeconomic status and chronic stress: does stress account for SES effects on health?. *Annals of the Neë York Academy of Sciences*, 896(1), 131-144.
- 90) Becker, C. B. (). Effects of Alcohol Dependence and Withdrawak on Stress Responsiveness and Alcohol Consumption. *Alcohol Research: Current Reviews*.
- 91) Begley, T. M., Lee, C., & Czajka, J. M. (2000). The relationships of type A behavior and optimism with job performance and blood pressure. *Journal of business and psychology*, 15(2), 215-227.
- 92) Billing, T. K., & Steverson, P. (2013) "Moderating role of Type-A personality on stress-outcome relationships", *Management Decision*, Vol. 51(9),1893 – 1904.
- 93) Bobo, J. K., & Husten, C. (2000). Sociocultural influences on smoking and drinking. *Alcohol Research and Health*, 24(4), 225-232.
- 94) Bolger, N., & Zuckerman, A. (1995). A framework for studying personality in the stress process. *Journal of personality and social psychology*, 69(5), 890.
- 95) Bornstein, R. F. (2003). Psychodynamic models of Personality, Ed by, Millon, Th., Lerner, M. J., & Weiner, I. B. (ed). Personality and Social Pscyhology. John Wiley & Sons, Inc. Canada,
- 96) Bruijnzeel, A. W. (2012). Tobacco addiction and the dysregulation of brain stress systems. *Neuroscience & Biobehavioral Revieës*, 36(5), 1418-1441.
- 97) Brunson, B. I., & Matthews, K. A. (1981). The Type A coronary-prone behavior pattern and reactions to uncontrollable stress: An analysis of performance strategies, affect, and attributions during failure. *Journal of personality and social psychology*, 40(5), 906.
- 98) Chandola, T., & Marmot, M. G. (2010). Socioeconomic status and stress. *The handbook of stress science: Biology, psychology, and health*, 185-193.
- 99) Chapman, S., Wong, W. L., & Smith, W. (1993). Self-exempting beliefs about smoking and health: differences betëeen smokers and ex-smokers. *American journal of public health*, 83(2), 215-219.
- 100) Chesney, M. A., Black, G. W., ChadWick, J. H., & Rosenman, R. H. Psychological correlates of the coronary-prone behavior pattern. *Journal of Beliuviol Medicine*, 1981, 4, 217-230.

- 101) Childs, E., & O'Connor, S. de WH (2011). Bidirectional interactions between acute psychosocial stress and acute intravenous alcohol in healthy men. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 35:1794–1803.
- 102) Cohen, S., Doyle, W. J., & Baum, A. (2006). Socioeconomic status is associated with stress hormones. *Psychosomatic medicine*, 68(3), 414-420.
- 103) Cole, G., Tucker, L., & Friedman, G. M. (1990). Relationships among measures of alcohol drinking behavior, life-events and perceived stress. *Psychological Reports*, 67(2), 587-591.
- 104) Dembroski, T. M., & Costa, P. T. (1987). Coronary prone behavior: Components of the Type A pattern and hostility. *Journal of Personality*, 55(2), 211-235.
- 105) Dickerson, S. S., & Kemeny, M. E. (2004) Acute stressors and cortisol responses: a theoretical integration and synthesis of laboratory research. *Psychological Bulletin*. 130(3):355-91.
- 106) Diepenmaat, A. C. M., Van der Wal, M. F., De Vet, H. C. W., & Hirasing, R. A. (2006). Neck/shoulder, low back, and arm pain in relation to computer use, physical activity, stress, and depression among Dutch adolescents. *Pediatrics*, 117(2), 412-416.
- 107) Dishman, R.K., Berthoud, H.R., Booth, F.W., Cotman, C.W., Edgerton, V.R., Fleshner, M.R., Gandevia, S.C., Gomez-Pinilla, F., Greenwood, B.N., Hillman, C.H., Kramer, A.F., Levin, B.E., Moran, T.H., Russo-Neustadt, A.A., Salamone, J.D., Van Hoomissen, J.D., Wade, C.E., York, D.A., Zigmond, M.J., 2006. *Neurobiology of exercise*. *Obesity* (Silver Spring) 14, 345—356.
- 108) Escobedo, L. G., & Peddicord, J. P. (1996). Smoking prevalence in US birth cohorts: The influence of gender and education. *American Journal of Public Health*, 86, 231 – 236.
- 109) Evans, G. W., Palsane, M. N., & Carrere, S. (1987). Type A behavior and occupational stress: A cross-cultural study of blue-collar workers. *Journal of personality and social Psychology*, 52(5), 1002.
- 110) Eysenck, H. J. (1958). A short questionnaire for the measurement of two dimensions of personality. *Journal of Applied Psychology*, 42(1), 14.
- 111) Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361(9355), 407-416.

- 112) Fernander, A. F., & Schumacher, M. (2006). Socio-culturally specific stress and coping factors and smoking among African American women. *American Association for Cancer Research Meeting Abstracts*, 2006, B50.
- 113) Field, M., & Eastwood, B. (2005). Experimental manipulation of attentional bias increases the motivation to drink alcohol. *Psychopharmacology*, 183, 350–357.
- 114) Folkman, S., Lazarus, R. S., Pimley, S., & Novacek, J. (1987). Age differences in stress and coping processes. *Psychology and aging*, 2(2), 171. British Library Cataloguing in Publication Data. Abingdon.
- 115) Forshaw, M. (2003). *Advances Psychology: Health Psychology*.
- 116) Friedman, H. S. (2000). Long-Term Relations of Personality and Health: Dynamisms, Mechanisms, Tropisms. *Journal of personality*, 68(6), 1089-1107.
- 117) Friedman, H. S., & Booth-Kewley, S. (1987). Personality, type A behavior, and coronary heart disease: the role of emotional expression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(4), 783.
- 118) Friedman, M., & Rosenman, R.H. (1959). Association of specific overt behavior Pattern.
- 119) With blood and cardiovascular findings, *Journal of the American Medical Association*, 169: 1286–97.
- 120) Froggatt, K. L., & Cotton, J. L. (1987). The Impact of Type A Behavior Pattern of Role of Everload- Induced Stress and Performance Attributions. *Journal of Menagment*, 13(1), 87- 98.
- 121) García, A. M. P., Paniagua, Á. S. E., Susín, P., & Bermudez, J. M. (1993). Componentes del patrón de conducta Tipo-A: Estudio de la reactividad psicofisiológica ante situaciones elicitoras de hostilidad. In *Aportaciones recientes a la evaluación psicológica* (pp. 477-498).
- 122) Grant, B. F., Dawson, D. A., Stinson, F. S., Chou, S. P., Dufour, M. C., & Pickering, R. P. (2004). The 12-month prevalence and trends in DSM-IV alcohol abuse and dependence: United States, 1991-1992 and 2001- 2002. *Drug and Alcohol Dependence*, 74, 223–234.
- 123) Hajek, P., Taylor, T., & McRobbie, H. (2010). The effect of stopping smoking on perceived stress levels. *Addiction*, 105(8), 1466-1471.

- 124) Hallal, P. C., Victora, C. G., Azevedo, M. R., & Wells, J. C. (2006). Adolescent physical activity and health. *Sports Medicine*, 36(12), 1019-1030.
- 125) Jamal, M. (1990). Relationship of Job Stress and Type- A Behavior to Employees' Job Satisfaction, Organizational Commitment, Psychosomatic Health Problems and Turnover Motivation. *Human Relations*, 43(8), 727- 738.
- 126) Jamal, M., & Baba, V. V. (1991). Type A Behavior, its Prevalence and Consequences Among Women Nurses: An Emperical Examination. *Human Relations*, 44(11), 1213-1228.
- 127) Kapuku, G. K., Treiber, F. A., & Davis, H. C. (2002). Relationships among socioeconomic status, stress induced changes in cortisol, and blood pressure in African American males. *Annals of Behavioral Medicine*, 24(4), 320-325.
- 128) Kern, R., Gfroerer, K., Summers, Y., Curlette, W., & Matheny, K. (1996). Life-style, personality, and stress coping. *Individual Psychology*, 52(1), 42.
- 129) Ketelhut, R.G., Franz, I.W., Scholze, J., 2004. Regular exercise as an effective approach in antihypertensive therapy. *Med. Sci. Sports Exerc.* 36, 4—8.
- 130) Keltikangas-Järvinen, L., Räikkönen, K., & Lehtimäki, T. (1993). Dependence between apolipoprotein E phenotypes and temperament in children, adolescents, and young adults. *Psychosomatic medicine*, 55(2), 155-163.
- 131) Khan, A. A., Jacobson, K. C., Gardner, C. O., Prescott, C. A., & Kendler, K. S. (2005). Personality and comorbidity of common psychiatric disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 186(3), 190-196.
- 132) Kim, H. K., & Kim, J. H. (2009). Relationship between stress and eating habits of adults in Ulsan. *Korean Journal of Nutrition*, 42(6), 536-546.
- 133) King, A. C., Bernardy, N. C., & Hauner, K. (2003). Stressful events, personality, and mood disturbance: Gender differences in alcoholics and problem drinkers. *Addictive behaviors*, 28(1), 171-187.
- 134) Kirschbaum, C., Wüst, S., & Hellhammer, D. (1992). Consistent sex differences in cortisol responses to psychological stress. *Psychosomatic medicine*, 54(6), 648-657.
- 135) Krantz, D. S., Arabian, J. M., Davia, J. E., & Parker, J. S. (1982). Type A behavior and coronary artery bypass surgery: intra operative blood pressure and perioperative complications. *Psychosomatic Medicine*, 44(3), 273-284.

- 136) Lazarus, R. S. (1975). A cognitively oriented psychologist looks at biofeedback, *American Psychologist*, 30: 553–61.
- 137) Lecic- Tosevski, D., Vukovic, O., & Stepanovic, J., (2011). Stress and Personality. *Psychiatriki*, 22(4): 290- 7.
- 138) Lengua, L. J., & Stormshak, E. A. (2000). Gender, gender roles, and personality: Gender differences in the prediction of coping and psychological symptoms. *Sex Roles*, 43(11-12), 787-820.
- 139) Levenson, R. W., Sher, K. J., Grossman, L. M., Neëman, J., & Newlin, D. B. (1980). Alcohol and stress response dampening: pharmacological effects, expectancy, and tension reduction. *Journal of abnormal psychology*, 89(4), 528.
- 140) Levine, S. (2005). Developmental determinants of sensitivity and resistance to stress. *Psychoneuroendocrinology*. 30:939–946.
- 141) Lindquist, T. L., Beilin, L. J., & Knuiman, M. W. (1997). Influence of lifestyle, coping, and job stress on blood pressure in men and women. *Hipertension*, 29(1), 1-7.
- 142) Lovallo, W. R. (2007). Individual differences in response to stress and risk for addiction. In M. Al’Absi (Ed.), *Stress and addiction: Biological and psychological mechanisms* (pp. 227–248). San Diego, CA: Elsevier Academic Press.
- 143) Lu, L. (1994). University transition: major and minor life stressors, personality characteristics and mental health. *Psychological medicine*, 24(01), 81-87.
- 144) Lyness, S. A. (1993). Predictors of differences between Type A and B individuals in heart rate and blood pressure reactivity. *Psychological Bulletin*, 114(2), 266.
- 145) Matud, M. P. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and individual differences*, 37(7), 1401-1415.
- 146) McCann, B. S., & Matthews, K. A. (1988). Influences of potential for hostility, Type A behavior, and parental history of hipertension on adolescents' cardiovascular responses during stress. *Psychophysiology*, 25, 503-511.
- 147) McClemon, F. J., & Gilbert, D. G. (2007). *Encyclopedia of Stress First Edition*. Elsevier.
- 148) Mehlum, L. (1999). Alcohol and stress in Norwegian United Nations peacekeepers. *Military medicine*, 164(10), 720.

- 149) Mikolajczyk, R. T., El Ansari, W., & Maxëell, A. E. (2009). Food consumption frequency and perceived stress and depressive symptoms among students in three European countries. *Nutrition Journal*, 8(1), 1.
- 150) Miles, L. (2007). Physical activity and health. *Nutrition Bulletin*, 32(4), 314-363.
- 151) Miller, R., & Krauskopf, C. J. (1999). The Persobality Assesment System as a coceptual Framework for Type A Coronary-Prone Behavior Pattern. *The Best of Personality Assessment System Journals*.
- 152) Moraska, A., & Fleshner, M. (2001). Voluntary physical activity prevents stress-induced behavioral depression and anti-KLH antibody suppression. *American Journal of Physiology-Regulatory, Integrative and Comparative Physiology*, 281(2), R484-R489.
- 153) Mroczek, D. K., & Almeida, D. M. (2004). The effect of daily stress, personalit, and age on daily negative affect. *Journal of Personality*, 72(2): 355-78.
- 154) Nakajima, M., Al'Absi, M., Kumar, S., Wittmers, L., & Scott, M. S. (2013). Psychophysiological Responese to Stress Following Alcohol intake in Social Drinkers Who Are at Risk of Hazardous Drinking. *Biol Psychol*. 93(1); 9-16.
- 155) Ng, D. M., & Jeffery, R. W. (2003). Relationships between perceived stress and health behaviors in a sample of working adults. *Health Psychology*. 22(6):638–642.
- 156) Nguyen-Michel, S. T., Unger, J. B., Hamilton, J., & Spruijt-Metz, D. (2006). Associations between physical activity and perceived stress/hassles in college students. *Stress and Health*, 22(3), 179-188.
- 157) Norris, R., Carroll, D., & Cochrane, R. (1992). The effects of physical activity and exercise training on psychological stress and well-being in an adolescent population. *Journal of psychosomatic research*, 36(1), 55-65.
- 158) Ogden, J. (2004). *Health Psychology: A Textbook 3rd edition*. British library. New York.
- 159) Oliver, G., & Wardle, J. (1999). Perceived effects of stress on food choice. *Physiology & behavior*, 66(3), 511-515.
- 160) Pampel, F. C., & Rogers, R. G. (2004). Socioeconomic status, smoking, and health: a test of competing theories of cumulative advantage. *Journal of Health and Social Behavior*, 45(3), 306-321.

- 161) Parrott, A. C. (1999). "Does cigarette smoking cause stress?." *American Psychologist*, 54.10: 817.
- 162) Parrott, A. C. (1995). Smoking cessation leads to reduced stress, but why?.*International Journal of the Addictions*, 30(11), 1509-1516.
- 163) Paluska, S. A., & Schwenk, T. L. (2000). Physical activity and mental health. *Sports medicine*, 29(3), 167-180.
- 164) Pearlin, L. I., Schieman, S., Fazio, E. M., & Meersman, S. C. (2005). Stress, health, and the life course: Some conceptual perspectives. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(2), 205-219.
- 165) Pendleton, W., Poston, S., Goodrick, R., & Forey, T. (2001). Negative stress and the outcome of treatment for binge eating. *Eating Disorders*. 9(4):351–360.
- 166) Pickering, T. (1999). Cardiovascular pathways: socioeconomic status and stress effects on hypertension and cardiovascular function. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896(1), 262-277.
- 167) Pittner, M. S., & Houston, B. K. (1980). Response to Stress, cognitive coping strategies and the type A behavior pattern. *Journal of Personality and social Psychology*, 39(1): 147- 57.
- 168) Pittner, M. S., Houston, B. K., & Spiridigliozzi, G. A. (1983). Control over stress, Type A behavior pattern, and response to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(3), 627.
- 169) Plat, L., Leproult, R., L., Hermite-Baleriaux, M, et al. (1999). Metabolic effects of short-term elevations of plasma cortisol are more pronounced in the evening than in the morning. *J Clin Endocrinol Metab* 84:3082-3092.
- 170) Pomerleau, O. F., & Pomerleau, C. S. (1991). Research on stress and smoking: progress and problems. *British journal of addiction*, 86(5), 599-603.
- 171) Regalado, M., Yang, S., & Wesson, D. E. (2000). Cigarette smoking is associated with augmented progression of renal insufficiency in severe essential hypertension. *American Journal of Kidney Diseases*, 35(4), 687-694.
- 172) Rejeski, W. J., Brawley, L. R., & SHUMAKER, S. A. (1996). Physical activity and health-related quality of life. *Exercise and sport sciences reviews*, 24(1), 71-108.

- 173) Rimmelé, U., Zellweger, B.C., Marti, B., Seiler, R., Mohiyeddini, C., Ehlert, U., Heinrichs, M., 2007. Trained men show lower cortisol, heart rate and psychological responses to psychosocial stress compared with untrained men. *Psychoneuroendocrinology* 32, 627—635.
- 174) Ryan, R. M., & Frederick, C. (1997). On energy, personality, and health: Subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. *Journal of personality*, 65(3), 529-565.
- 175) Sachs-Ericsson, N., Schmidt, N. B., Zvolensky, M. J., Mitchell, M., Collins, N., & Blazer, D. G. (2009). Smoking cessation behavior in older adults by race and gender: the role of health problems and psychological distress. *Nicotine & Tobacco Research*, ntp002.
- 176) Salmon, P. (2001). Effects of physical exercise on anxiety, depression, and sensitivity to stress: a unifying theory. *Clinical psychology review*, 21(1), 33-61.
- 177) Sayette, M. A. (1999). Does drinking reduce stress?. *Alcohol Research and Health*, 23(4), 250-255.
- 178) Sayette, M. A., Martin, C. S., Perrott, M. A., Wertz, J. M., & Hufford, M. R. (2001). A test of the appraisal-disruption model of alcohol and stress. *Journal of studies on alcohol*, 62(2), 247-256.
- 179) Schultz, D., & Schultz, S. E. (2009). *Theories of Personality 2ed.* Michela Sardi. United States of America
- 180) Schaubroeck, J., Ganster, D. C., & Kemmerer, B. E. (1994). Job complexity, "Type A" behavior, and cardiovascular disorder: A prospective study. *Academy of Management Journal*, 37(2), 426-439.
- 181) Schnohr, P., Kristensen, T. S., Prescott, E., & Scharling, H. (2005). Stress and life dissatisfaction are inversely associated with jogging and other types of physical activity in leisure time—the Copenhagen City Heart Study. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 15(2), 107-112.
- 182) Serlachius, A., Hamer, M., & Wardle, J. (2007). Stress and weight change in university students in the United Kingdom. *Physiology & Behavior*, 92(4), 548-553.
- 183) Shea, B. M. (2014). Socioeconomic status and stress. *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society*.

- 184) Sher, K. J., & Walitzer, K. S. (1986). Individual differences in the stress-response-dampening effect of alcohol: A dose-response study. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(2), 159.
- 185) Sliwinski, M. J., Smyth, J. M., Hofer, S. M., & Stawski, R. S. (2006). Intraindividual coupling of daily stress and cognition. *Psychol Aging*. 21(3):545-57
- 186) Sims, R., Gordon, Sh., Garcia, W., et al., (2008) Perceived stress and eating behaviors in a community-based sample of African Americans. *Eating Behavior*, 9(2), 137- 142.
- 187) Sinha. R. (2008). Chronic stress, drug use, and vulnerability to addiction. *Ann NY Acad Sci*. 1141:105–130.
- 188) Sirri, L., Fava, G. A., Guidi, J., Porcelli, P., Rafanelli, C., Bellomo, A.,... & Quartesan, R. (2012). Type A behaviour: a reappraisal of its characteristics in cardiovascular disease. *International journal of clinical practice*, 66(9), 854-861.
- 189) Smith, T. W., & MacKenzie, J. (2006). Personality and risk of physical illness. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 2, 435-467.
- 190) Smith, S. M., & Vale, W. W. (2006). The role of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in neuroendocrine responses to stress. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 8:383–395.
- 191) Smyth, K., Call, J., Hansell, S., Sparacino, J., & Strodbeck, F. L. (1978). Type A behavior pattern and hypertension among inner-city black women. *Nursing Research*, 27(1), 30-35.
- 192) Spence, J. T., Helmreich, R. L., & Pred, R. S. (1987). Impatience versus achievement strivings in the Type A pattern: Differential effects on students health and academic achievement. *Journal of Applied Psychology*, 72, 522-528.
- 193) Srivastava, Sh. (2009). Effect of Type A Personality on Stress- stratin Relationship: A Study on Private Sectore Menagers. *Menagment and Labour Studies*, 34(4), 582- 595.
- 194) Stawski, R. S., Sliwinski, M. J., Almeida, D. M., & Smyth, J. M. (2008). Reported exposure and emotional reactivity to daily stressors: the roles of adult age and global perceived stress. *Psychology and aging*, 23(1), 52.

- 195) Strube, M. J., & Boland, S. M. (1986). Post performance attributions and task persistence among Type A and B individuals: A clarification. *Journal of personality and social psychology*, 50(2), 413.
- 196) Stroud, L. R., Salovey, P., & Epel, E. S. (2002). Sex differences in stress responses: social rejection versus achievement stress. *Biological Psychiatry*. 52(4):318-27.
- 197) Stults-Kolehmainen, M. A., & Sinha, R. (2014). The effects of stress on physical activity and exercise. *Sports medicine*, 44(1), 81-121.
- 198) Sturm, R. (2002). The effects of obesity, smoking, and drinking on medical problems and costs. *Health affairs*, 21(2), 245-253.
- 199) Swickert, R. J., Rosentreter, C. J., Hittner, J. B., & Mushrush, J. E. (2002). Extraversion, social support processes, and stress. *Personality and Individual Differences*, 32(5), 877-887
- 200) Thomas, S. E., Merrill, J. E., Von Hofe, J., & Magid, V. (2014). Coping Motives for Drinking Affect Stress Reactivity but not Alcohol Consumption in Clinical Laboratory Setting. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*.
- 201) Tomba, E. (2011). Assessment of lifestyle in relation to health. In *The Psychosomatic Assessment* (Vol. 32, pp. 72-96). Karger Publishers.
- 202) Torres, S., & Nowson, C. (2011). Relationship between stress, eating behavior and obesity. *Nutritio*, 23(11-12), 887- 894.
- 203) Tryon, M. S., Carter, C. S., DeCant, R., & Laugero, K. D. (2013). Chronic stress exposure may affect the brain's response to high calorie food cues and predispose to obesogenic eating habits. *Physiology & behavior*, 120, 233-242.
- 204) Turner, R. J., & Avison, W. R. (2003). Status variations in stress exposure: Implications for the interpretation of research on race, socioeconomic status, and gender. *Journal of Health and Social Behavior*, 488-505.
- 205) VanItallie, Th. (2002). Stress: A Risk Factor for Serious Illnes. *Metabolism*, 51(6), 40-45.
- 206) Walsh, R. (2011). Lifestyle and mental health. *American Psychologist*, 66(7), 579.
- 207) Wang, J., Korczykowski, M., Rao, H., Fan, Y., Pluta, J., Gur, R. C.,... & Detre, J. A. (2007). Gender difference in neural response to psychological stress. *Social cognitive and affective neuroscience*, 2(3), 227-239.

- 208) Warburton, D. E., Nicol, C. W., & Bredin, S. S. (2006). Health benefits of physical activity: the evidence. *Canadian medical association journal*, 174(6), 801-809.
- 209) Willenberg, H. S., Bornstein, S. R., Hiroi, N, et al. (2000). Effect of a novel corticotropin-releasing-hormone receptor type 1 antagonist on human adrenal function. *Mol Psychiatry* 5:137-141.
- 210) Wolff, G. E., Crosby, R. D., Roberts, J. A., & Wittrock, D. A. (2000). Differences in daily stress, mood, coping, and eating behavior in binge eating and nonbinge eating college women. *Addictive Behaviors*, 25(2), 205-216.
- 211) Williams Jr, R. B., Haney, T. L., Lee, K. L., Blumenthal, J. A., & Whalen, R. E. (1980). Type A Behavior, Hostility, and Coronary Atherosclerosis*. *Psychosomatic Medicine*, 42(6), 539-549.
- 212) Wijndaele, K., Matton, L., Duvigneaud, N., Lefevre, J., De Bourdeaudhuij, I., Duquet, W., & Philippaerts, R. M. (2007). Association between leisure time physical activity and stress, social support and coping: A cluster-analytical approach. *Psychology of Sport and Exercise*, 8(4), 425-440.
- 213) US Department of Health and Human Services. (2004). The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General. *Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health*, 62.
- 214) USDHHS. (1990). *The health benefits of smoking cessation. A report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health*; (No. DHHS Publication No. (CDC) 90-8416).
- 215) Vollrath, M., Knoch, D., & Cassano, L. (1999). Personality, risky health behaviour and perceived susceptibility to health risks. *European journal of personality*, 13(1), 39-50.
- 216) Bodell, L. P., Joiner, T. E., & Keel, P. K. (2013). Comorbidity-independent risk for suicidality increases with bulimia nervosa but not with anorexia nervosa. *J.Psychiatr.Res.*, 47, 617-621.

- 217) Boehm, I., Finke, B., Tam, F. I., Fittig, E., Scholz, M., Gantchev, K. et al. (2016). Effects of perceptual body image distortion and early weight gain on long-term outcome of adolescent anorexia nervosa. *Eur.Child Adolesc.Psychiatry*.
- 218) Broberger, C. (2005). Brain regulation of food intake and appetite: molecules and networks. *J.Intern.Med.*, 258, 301-327.
- 219) Chait, A., Suaudeau, C., & De, B. R. (1995). Extensive brain mapping of calcitonin-induced anorexia. *Brain Res.Bull.*, 36, 467-472.
- 220) Dellava, J. E., Hamer, R. M., Kanodia, A., Reyes-Rodriguez, M. L., & Bulik, C. M. (2011). Diet and physical activity in women recovered from anorexia nervosa: a pilot study. *Int.J.Eat.Disord.*, 44, 376-382.
- 221) Fornasari, L., Gregoraci, G., Isola, M., Laura Negri, G. A., Rambaldelli, G., Cremaschi, S. et al. (2014). Psychopathological and personality traits underlie decision making in recent onset medication naive anorexia nervosa: a pilot study. *Psychiatry Res.*, 216, 89-96.
- 222) Gaudio, S. & Di, C., V (2011). Prevalence of personality disorders and their clinical correlates in outpatient adolescents with anorexia nervosa. *Psychosom.Med.*, 73, 769-774.
- 223) Gazzillo, F., Lingiardi, V., Peloso, A., Giordani, S., Vesco, S., Zanna, V. et al. (2013). Personality subtypes in adolescents with anorexia nervosa. *Compr.Psychiatry*, 54, 702-712.
- 224) Gelin, Z., Cook-Darzens, S., Simon, Y., & Hendrick, S. (2016). Two models of multiple family therapy in the treatment of adolescent anorexia nervosa: a systematic review. *Eat.Weight.Disord.*, 21, 19-30.
- 225) Hennighausen, K., Enkelmann, D., Wewetzer, C., & Remschmidt, H. (1999). Body image distortion in Anorexia Nervosa--is there really a perceptual deficit? *Eur.Child Adolesc.Psychiatry*, 8, 200-206.
- 226) Herpertz-Dahlmann, B. (2015). Adolescent eating disorders: update on definitions, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. *Child Adolesc.Psychiatr.Clin.N.Am.*, 24, 177-196.
- 227) Hilbert, A., Vogele, C., Tuschen-Caffier, B., & Hartmann, A. S. (2011). Psychophysiological responses to idiosyncratic stress in bulimia nervosa and binge eating disorder. *Physiol Behav.*, 104, 770-777.

- 228) Jospe, M. R., Fairbairn, K. A., Green, P., & Perry, T. L. (2015). Diet app use by sports dietitians: a survey in five countries. *JMIR.Mhealth.Uhealth.*, 3, e7.
- 229) Jozefik, B. (1999). [Family models and mental anorexia. Part I. Patterns in patient's family origin]. *Psychiatr.Pol.*, 33, 861-875.
- 230) Jozefik, B., Iniewicz, G., & Ulasinska, R. (2010). [Attachment patterns, self-esteem, gender schema in anorexia and bulimia nervosa]. *Psychiatr.Pol.*, 44, 665-676.
- 231) Keel, P. K., Mitchell, J. E., Davis, T. L., & Crow, S. J. (2001). Relationship between depression and body dissatisfaction in women diagnosed with bulimia nervosa. *Int.J.Eat.Disord.*, 30, 48-56.
- 232) Lavender, J. M., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Engel, S. G., Mitchell, J. E., Crow, S. J. et al. (2013). Personality-based subtypes of anorexia nervosa: examining validity and utility using baseline clinical variables and ecological momentary assessment. *Behav.Res.Ther.*, 51, 512-517.
- 233) Leal, L., Weise, S. M., & Dodd, D. K. (1995). The relationship between gender, symptoms of bulimia, and tolerance for stress. *Addict.Behav.*, 20, 105-109.
- 234) Marcus, D. & Wiener, M. (1989). Anorexia nervosa reconceptualized from a psychosocial transactional perspective. *Am.J.Orthopsychiatry*, 59, 346-354.
- 235) Martinez, R. A., Vicente, S. N., Montero, C. C., Cervello, G. E., & Roche, C. E. (2015). Eating disorders and diet management in contact sports; eat-26 questionnaire does not seem appropriate to evaluate eating disorders in sports. *Nutr.Hosp.*, 32, 1708-1714.
- 236) Matthews, A. & Lynn, S. J. (2008). Subclinical bulimia vs. depression in an interpersonal context. *Eat.Behav.*, 9, 509-512.
- 237) McComb, J. J. & Clopton, J. R. (2003). The effects of movement, relaxation, and education on the stress levels of women with subclinical levels of bulimia. *Eat.Behav.*, 4, 79-88.
- 238) Nicholls, D. & Bryant-Waugh, R. (2009). Eating disorders of infancy and childhood: definition, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. *Child Adolesc.Psychiatr.Clin.N.Am.*, 18, 17-30.

- 239) Phillipou, A., Gurvich, C., Castle, D. J., & Rossell, S. L. (2015). Are personality disturbances in anorexia nervosa related to emotion processing or eating disorder symptomatology? *J.Eat.Disord.*, 3, 34.
- 240) Roy, M. & Meilleur, D. (2010). Body image distortion change during inpatient treatment of adolescent girls with restrictive anorexia nervosa. *Eat.Weight.Disord.*, 15, e108-e115.
- 241) Schneider, N., Martus, P., Ehrlich, S., Pfeiffer, E., Lehmkuhl, U., & Salbach-Andrae, H. (2009). The assessment of body image distortion in female adolescents with anorexia nervosa: the development of a Test for Body Image Distortion in Children and Adolescents (BID-CA). *Eat Weight.Disord.*, 14, e128-e136.
- 242) Schoemaker, C., Smit, F., Bijl, R. V., & Vollebergh, W. A. (2002). Bulimia nervosa following psychological and multiple child abuse: support for the self-medication hypothesis in a population-based cohort study. *Int.J.Eat.Disord.*, 32, 381-388.
- 243) Swanson, S. A., Crow, S. J., Le, G. D., Swendsen, J., & Merikangas, K. R. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch.Gen.Psychiatry*, 68, 714-723.
- 244) Titova, O. E., Hjorth, O. C., Schioth, H. B., & Brooks, S. J. (2013). Anorexia nervosa is linked to reduced brain structure in reward and somatosensory regions: a meta-analysis of VBM studies. *BMC.Psychiatry*, 13, 110.
- 245) Tomlin, D. L., Clarke, S. K., Day, M., McKay, H. A., & Naylor, P. J. (2013). Sports drink consumption and diet of children involved in organized sport. *J.Int.Soc.Sports Nutr.*, 10, 38.
- 246) Vaz-Leal, F. J., Rodriguez-Santos, L., Garcia-Herraiz, M. A., Chimpen-Lopez, C. A., Rojo-Moreno, L., Beato-Fernandez, L. et al. (2014). The role of depression and impulsivity in the psychopathology of bulimia nervosa. *Rev.Psiquiatr.Salud Ment.*, 7, 25-31.
- 247) Waldman, A., Loomes, R., Mountford, V. A., & Tchanturia, K. (2013). Attitudinal and perceptual factors in body image distortion: an exploratory study in patients with anorexia nervosa. *J.Eat.Disord.*, 1, 17.

- 248) Waller, G. & Hodgson, S. (1996). Body image distortion in anorexia and bulimia nervosa: the role of perceived and actual control. *J.Nerv.Ment.Dis.*, 184, 213-219.
- 249) White, E. K., Warren, C. S., Cao, L., Crosby, R. D., Engel, S. G., Wonderlich, S. A. et al. (2016). Media exposure and associated stress contribute to eating pathology in women with Anorexia Nervosa: Daily and momentary associations. *Int.J.Eat.Disord.*, 49, 617-621.
- 250) Wiener, J. M. (1976). Identical male twins discordant for anorexia nervosa. A case study. *J.Am.Acad.Child Psychiatry*, 15, 523-534.
- 251) Yilmaz, Z., Kaplan, A. S., & Levitan, R. D. (2012). The role of depression and childhood trauma on cortisol suppression in women with bulimia nervosa: a pilot study. *Eat.Weight.Disord.*, 17, e17-e21.
- 252) Tupes, E. C., & Christal, R. E. (1961). Recurrent personality factors based on trait ratings. USAF ASD Tech. Rep. No. 61-97, Lackland Airforce Base, TX: U. S. Air Force.
- 253) Tupes, E.C., & Christal, R.E., Recurrent Personality Factors Based on Trait Ratings. *Technical Report ASD-TR-61-97*, Lackland Air Force Base, TX: Personnel Laboratory, Air Force Systems Command, 1961.
- 254) Thadhani R., Women's Risk Of High Blood Pressure Reduced By Light Alcohol Drinking, Increased By Heavy Drinking, Mars 2002, <http://www.cfah.org/hbns/newsrelease/alcohol3-10-02.cfm>.
- 255) Volterrani M., Lellamo F. "Effect of exercise training in essential arterial hypertension", *Rev Br as Hiper tens* vol.17(2):68-71, 2010.\
- 256) WHO (2008). WHO report on the global tobacco epidemic 2008. World Health Organization, Geneva, Switzerland. Available at: <http://www.who.int/tobacco/mpower>.
- 257) WHO (2011a). Global status report on non-communicable diseases in 2010. World Health Organization, Geneva, Switzerland.
- 258) WHO (2011b). Global status report on alcohol and health. WHO Library Cataloguing - in- Publication Data. World Health Organization, Geneva, Switzerland. Available at: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/.

- 259) WHO (2011c). Non-communicable Diseases, Country Profiles 2011. World Health Organization, Geneva, Switzerland.
- 260) WHO (2013a). Obesity and overweight. WHO Fact Sheet. World Health Organization. Geneva, Switzerland. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheet/>.
- 261) WHO (2013b). Global strategy on diet, physical activity and health. WHO Fact Sheet. World Health Organization, Geneva, Switzerland. Available at: <http://www.int/dietphysicalactivity/>.
- 262) WHO (2013c). Raised blood pressure. Global Health Observatory. World Health organization. Geneva, Switzerland. Available at: <http://www.int/gho/ncd/riskfactors/>.
- 263) WHO Global status report on alcohol and health. WHO Library Cataloguing -in-Publication Data. World Health Organization, Geneva, Switzerland. 2011. Available at: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/.
- 264) WHO Obesity and overweight. WHO Fact Sheet. World Health Organization. Geneva, Switzerland. 2013. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheet/>
- 265) WHO/ISH (2003). World Health Organization /International Society of Hipertension statement on management of hipertension. J. Hypertens. 21(11):1983-1992.
- 266) World Health Organization, Diet and physical activity: a public health priority [online], available from <http://www.who.int/dietphysicalactivity/en/>.
- 267) Shihab HM, Meoni LA, Chu AY, Wang NY, Ford DE, Liang KY, Gallo JJ, Klag MJ. Circulation. 2012 Dec 18; 126 (25): 2983-9. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.112.117333. Epub 2012 Nov 14.]
- 268) Paffenbarger RS Jr, Hyde RT, Wing AL, Hsieh CC. Physical activity, all-cause mortality, and longevity of college alumni. N Engl J Med. 1986; 314:605–613. [PubMed: 3945246].
- 269) Lowry DR, Mead LA, Dannenberg LA, Klag MJ. Alcohol Consumption and Incidence of Hipertension: The Johns Hopkins Precursors Study. Circulation. 1995:1–619.

- 270) Kaplan EL, Meier P. Non-parametric Estimation from Incomplete Observations. *J Am Stat Assoc.*1958;457–481.
- 271) Peto R, Peto J. Asymptotically efficient rank invariant test procedures. *J R Stat Soc Ser B.* 1972;185–198.
- 272) Cox DR. Regression Models and Life Tables. *J R Stat Soc Ser B.* 1972;187–220.
- 273) Schoenfeld D. Chi-squared goodness-of-fit tests for the proportional hazards regression model. *Biometrika.* 1980; 67:145–153.
- 274) Shuger SL, Sui X, Church TS, Meriwether RA, Blair SN. Body mass index as a predictor of hypertension incidence among initially healthy normotensive women. *Am J Hypertens.* 2008; 21:613–619. [PubMed: 18437123].
- 275) Field AE, Coakley EH, Must A, Spadano JL, Laird N, Dietz WH, Rimm E, Colditz GA. Impact of overweight on the risk of developing common chronic diseases during a 10-year period. *Arch Intern Med.* 2001; 161:1581–1586. [PubMed: 11434789].
- 276) Fuchs FD, Gus M, Moreira LB, Moraes RS, Wiehe M, Pereira GM, Fuchs SC. Anthropometric indices and the incidence of hypertension: a comparative analysis. *Obes Res.* 2005; 13:1515–1517. [PubMed: 16222051].
- 277) Lemieux S, Prud'homme D, Bouchard C, Tremblay A, Despres JP. Sex differences in the relation of visceral adipose tissue accumulation to total body fatness. *Am J Clin Nutr.* 1993; 58:463–467. [PubMed: 8379501].
- 278) Oda E, Kawai R. Body mass index is more strongly associated with hypertension than waist circumference in apparently healthy Japanese men and women. *Acta Diabetol.* 2010; 47(4):309–13. [PubMed: 20556442].
- 279) Ogden CL, Carroll MD, Flegal KM. High body mass index for age among US children and adolescents, 2003-2006. *JAMA.* 2008; 299:2401–2405. [PubMed: 18505949]

SHTOJCA A – kërkesa në QKMF për mbledhjen e të dhënave

Kërkesë për drejtorinë e QKMF-së (qendrës kryesore të mjekësisë familjare)

Për: dr. Mehmedali GASHI mr.sc. drejtor në QKMF Prizren.

Lënda: Kërkesë për marrjen e pëlqimit për mbledhjen e të dhënave për hulumtim.

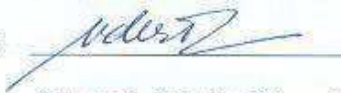
Unë Nderim RIZANAJ, jam student në doktoraturë në Shkencat Sociale, dega Psikologji, fusha e kërkimit/Psikologji- Shëndeti, pranë "Universitetit Europian të Tiranës" në Tiranë. Realizimi i hulumtimit është pjesë e studimit tim. Tema e hulumtimit është:

"Hipertensioni arterial, tiparet e personalitetit, stresi dhe stili i jetës tek të rriturit".

Kërkoj pëlqimin tuaj për mbledhjen e të dhënave për hulumtim, përmes pyetësorëve, nga pacientët që vizitohen në QKMF, QMF dhe AMF-të e mjekësisë familjare në Prizren. Të gjitha të dhënat e grumbulluara do të shfrytëzohen vetëm për qëllimet e hulumtimit tim dhe do të bëhen me konfidencë të plotë dhe nuk do të keqpërdoren në asnjë mënyrë duke ruajtur kodin etik. Udhëheqësja ime shkencore është, Erika MELONASHI, PhD.

Prizren, 05.06.2014

Me respekt :



Dr. med. Nderim Rizanaj

Telefoni: 044/520-777

E-mail adresa: rizanaj.nderim@yahoo.com

☒ Pranohet kërkesa	☐ Refuzohet kërkesa
	
Nënshkrimi	
Data 21.07.2014	

REPUBLIKA E KOSOVËS
REPUBLIKA KOSOVA - KOSOVA CUMHURIYETI
Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare
Gjyshi Centar za Porodično Zdravstvo
Allë Hekimligj Genel Merkozi

Nr.Br.No. 2/63

Më.Dit. 05.06.2014
P R I Z R E N

Shtojca B – Pyetësorët e përdorur



1 - Seksioni i vakteve të ngrënies së ushqimit

Këtu është një listë pyetjesh që ka si qëllim të vlerësoj stilin e jetës tuaj. Përcillen nga këto rrethoni përgjigjen e cila reflekton më mirë në stilin tuaj të jetesës.

PYETJE	1	2	3
1. Sa vakte ushqimore hani në ditë?	3 vakte në ditë	Unë shpesh ha një vakt të katërt	1-2 vakte në ditë
2. A hani ushqim ndërmjet vakteve?	Jo/unë ha një gurabije, kur kam nevojë	Unë përgjithësisht ha në mbrëmje	Shpesh ha diçka të vogël ndërmjet vakteve
3. Sa herë hani jashtë shtëpisë? (hamburger, fast food, pica, ushqime kineze...)	Një herë në javë	Një ose dy herë në javë	Tre herë në javë ose më shumë
4. A hani ushqime të gatshme? (Ushqim i ngrirë, pica, ushqim Italian ose kinez, oriz i paketuar, makarona...)	< një herë në javë	Njëherë ose dy herë në javë	> 3 herë në javë
5. Sa perime hani ju? 1 porcion = 1 perime mesatare, ½ filxhan të freskëta, perime të ngrira ose të konservuara, 1 filxhan letuce, ½ filxhan lëng	> 4 në ditë	2 ose 3 në ditë	≤ 1 në ditë
6. Sa fruta hani ju? 1 porcion = 1 frut mesatar, ½ filxhan lëng perimesh, të ngrira, ose të grira pure, ½ lëng frutash.	> 3 në ditë	2 në ditë	≤ 1 në ditë
7. Sa i madh është racioni juaj i mishit për vakt ushqimor? 1 porcion = 100 g	1 pjesë ose më pak	Ndërmjet 1 dhe 2 pjesë	2 pjesë ose më shumë
8. A e hani ju lëkurën e pulës ose dhjamin e dukshëm të mishit?	Kurrë	Ndonjëherë	Gjithmonë
9. A hani ju mish të përpunuar apo mish me yndyrë? (sallam, suxhuk, proshutë, sallam, specia, mëlçi, krahët e pulës, brinjët, mish i bluar.	Më pak se një herë në javë	Njëherë ose dy herë në javë	3 ose më shumë herë në javë
10. A hani peshk?	≥ dy herë në javë	Një herë në javë	Rrallë herë
11. A hani djathë? 1 porcion = 30 g ose 1 herë, djathë i prerë në fleta (1-2), krem djathi (30 ml ose 2 lugë. gjelle). Mos merrni për bazë djathin me qumështin e skremuar ose djathë fshati	≤ dy herë në javë	3-4 herë në javë	≥ 5 herë në javë
12. Çfarë lloj produktesh blegtorale hani: qumësht dhe kos?	Më pak se 2% b.f.	2% b.f.	> 3% b.f. / Unë nuk do të ha asnjë
13. Çfarë lloj yndyrash përdorni ju zakonisht? (për gatim, për përzierje, p.sh. makarona, patate, salcat,...) *NH: jo të hidrogjenizuara	Vaj perimesh ose margarine *NH	Vaj, margarine ose gjalpë	Gjalpë, krem, dhjamë derri, margarinë
14. Çfarë përqindje të pjatës tuaj është e mbushur me grurë? (makarona, oriz, patate...)	1/4 e pjatës	½ e pjatës	Më tepër se ½ e pjatës
15. A i zgjidhni ju prodhimet tërësisht gruri? (bukë tërësisht gruri, corn flakes, me fibra të larta për mëngjes)	Po, gjithmonë	Ndonjëherë	Rrallë
16. Sa shpesh hani prodhime të pjekura (të furrës)? (gjevrek, kulaç, croissants, tortë Daneze, simite).	Një herë në javë ose më pak	2 -3 herë në javë	4 herë në javë ose më tepër
17. Sa shpesh hani ëmbëlsira të blera në dyqan? (si ushqimi i shpejtë ose ëmbëlsirë pas ushqimit: tortë, akullore e rregullt, biskota, ëmbëlsira që përtyphen etj.)	Dy herë në javë ose më pak	3-4 herë në javë	5 herë në javë ose më tepër
18. A pini ju pije të ëmbla?	8 herë ose më pak në ditë	8-16 herë në ditë	16 herë ose më tepër

	1	2	3
Sa është mesatarja e konsumit të alkoolit? 1 pije, 1 birrë, 1 ½ pije alkoolike raki, viski	1 në ditë	2 në ditë	Më tepër se dy në ditë
A i hani ju supat, lëngun e mishit, ose salcat në qese ose konserva?	Më pak se një në javë	Një herë ose dy herë në javë	Më tepër se tre herë në javë
A i hani ju ushqimet me kripë? (biskotë e thatë, chips, pop corn, arra me kripë, fara kungulli)	Më pak se një në javë	Dy deri në tre herë në javë	Më tepër se katër herë në javë
A i shtoni ju kripë ushqimit tuaj?	Rrallë	Shpesh në disa ushqime	Zakonisht
A i lexoni ju tabelat ushqimore në reklamat e ushqimeve, përshkrimin e përbërjes së ushqimit?	Po unë e kuptoj këtë informacion	Shpesh, por e shoh të vështirë për të ndryshuar këtë ...	Rrallë
A dëshironi ju të humbisni peshë? BMI = _____ ☐ Peshë normale ☐ Mbipeshë ☐ Obez	PO	JO	

< Më pak se

> Më shumë se

≤ Më pak ose e barabartë me

≥ Më shumë ose e barabartë me

A TENTONI TË HANI USHQYESHËM ME NJË DIETË TË BALANCUAR ÇDO DITË?

A. PO, më shumë se 6 muaj

B. PO, për më pak se 6 muaj

C. JO, por e kam planifikuar ta filloj brenda 60 ditëve të ardhshme

D. JO, por e kam në plan brenda 6 muajve

E. JO, dhe nuk e kam në plan të filloj brenda 6 muajve të ardhshëm



2 – Seksioni i aktivitetit fizik

Kemi renditur një listë pyetjesh që kanë për qëllim që të vlerësoj stilin e jetës tuaj. Përcilën nga këto rrethoni përgjigjen, e cila reflekton më mirë stilin tuaj të jetesës.

A BËNI RREGULLISHT USHTRIME FIZIKE?

☐ Po

☐ Jo

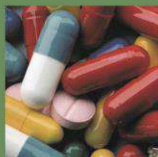
Përshkrimi: _____

PYETJE	1	2	3	4
1. Sa shpesh ecni në këmbë ose me biçikletë?	Pjesën më të madhe të kohës	> 3 herë në javë	1-2 herë në javë	Rrallë
2. Sa shpesh ecni në këmbë dhe nuk përdorni ashensorin?	Gjithmonë	Shpesh	Ndonjëherë	Asnjëherë
3. Sa herë në javë bëni ushtrime fizike të paktën 30 minuta?	5-7 herë në javë	4 herë në javë	2-3 herë në javë	< një herë në javë
4. A ndiheni zakonisht i motivuar për ushtrime fizike?	Gjithmonë	Shpesh	Ndonjëherë	Asnjëherë
5. A ju përshtatet kjo deklaratë? " Saktë tani nuk jam në formë të mirë dhe nuk e di se kur do filloj të përmirësohem".	Jo aspak	Pak	Shumë	Plotësisht
6. A jeni shumë të lodhur kur bën ushtrime fizike?	Asnjëherë	Ndonjëherë	Shpesh	Gjithmonë
7. A kënaqeni nga ushtrimet fizike?	Plotësisht	Shumë	Pak	Aspak
8. A e organizoni kohën tuaj që të përfshini ushtrimet fizike?	Gjithmonë	Shpesh	Ndonjëherë	Asnjëherë
9. A gjeni ju mënyra alternative që të qëndroni aktiv kur koha është e keqe dhe ju nuk dëshironi të ushtroheni fizikisht?	Gjithmonë	Shpesh	Ndonjëherë	Asnjëherë
10. A e përshtatni ju programin tuaj të ushtrimeve fizike me rekomandimet e tanishme mbi bazat e gjendjes tuaj kardiovaskulare?	Gjithmonë	Shpesh	Ndonjëherë	Asnjëherë ose nuk e di
11. A ju përshtatet deklarata e mëposhtme " unë nuk ushtrohem fizikisht sepse kam frikë se mos lëndohem"	Jo aspak	Pak	Shumë	Plotësisht
12. A pini ju mjaftueshëm ujë gjatë dhe pas një seance stërvitore?	Gjithmonë	Shpesh	Ndonjëherë	Asnjëherë

☐

A USHTROHENI JU RREGULLISHT (30 MINUTA AKTIVITET INTENSIV TË MODERUAR NË NJË KOHË TË DITËS ÇDO DITË OSE POTHUAJSE OSE NJË AKTIVITET FIZIK I FUQISHËM TRE HERË NË JAVË PËR 20 MINUTA ÇDO RADHË. ?

- A. PO, më shumë se 6 muaj
- B. PO, për më pak se 6 muaj
- C. JO, por kam planifikuar të filloj brenda 60 ditëve të ardhshme
- D. JO, por e kam në plan brenda 6 muajve
- E. JO, dhe nuk e kam në plan të planifikoj brenda 6 muajve të ardhshme
- F. Doktor i mi më rekomandoi mua për momentin ti përmbahem kufizimit të ushtrimeve fizike (p.sh. një lëndim).



4- Seksioni i medikamenteve

Këtu është një listë pyetjesh që ka për qëllim të vlerësoj stilin e jetës tuaj.
Përcilën nga këto rrethoni përgjigjen e cila reflekton më mirë stilin tuaj të jetës.

PYETJE	KURRË 1	NDONJËHERË 2	SHPESH 3	GJITHNJË 4
Unë harroj t'i pi ilaçet e mia				
Ilaçet që unë marr mund të shkaktojnë disa efekte anësore				
Unë mendoj se po marr shumë ilaçe				

A I PËRDORNI ILAÇET SIPAS PËRSHKRIMIT TË DOKTORIT?

- A. PO, me shumë se 6 muaj
- B. PO, më pak se 6 muaj
- C. JO, por e kam planifikuar ta filloj brenda 60 ditëve të ardhshme
- D. JO, por e kam në plan brenda 6 muajve
- E. JO, dhe nuk e kam në plan të filloj brenda 6 muajve të ardhshme
- F. F. Doktor i im nuk më ka përshkruar mua ndonjë ilaç.



5- Seksioni i duhanpirjes

Ky pyetësor është për çdo njeri, ju lutem përgjigjuni këtyre pyetjeve.
Për pyetjen 1 filloni me kolonën që korrespondon me situatat tuaja dhe përgjigjuni vetëm pyetjeve në këtë kolonë.

PYRTJE: Si e përshkruani eksperiencën tuaj të pirjes së duhanit në këtë kohë?				
Unë e pi duhanin çdo ditë (1)	Unë pi duhan por jo çdo ditë (2)	Nuk pi duhan por unë e përdor atë çdo ditë (3)	Nuk pi duhan por tymos me raste (4)	
Sa cigare pini gjatë një dite?	Sa cigare pini për një javë?	Sa cigare keni pirë një ditë më parë ?	Sa cigare keni pirë një javë më parë?	
A pini duhan me filtër? ◆ Po ◆ Jo	Sa vjeç keni qenë kur keni filluar të pini duhan? sa vjeç	Sa vjeç keni qenë kur keni filluar të pini duhan? sa vjeç	Sa vjeç keni qenë kur keni filluar të pini duhan? sa vjeç	
Sa vjeç keni qenë kur keni filluar të pini duan?		Sa vjeç keni qenë kur keni ndaluar pirjen e duhanit? sa vjeç	Sa vjeç keni qenë kur keni ndaluar pirjen e duhanit? sa vjeç	

A e keni ndërprerë pirjen e duhanit?

A. PO, më shumë se 6 muaj (shko te pyetja e 19)

B. PO, më pak se 6 muaj (shko te pyetja e 19).

C. JO, por e kam planifikuar ta filloj brenda 60 ditëve të ardhshme.

D. JO, e kam në plan brenda 6 muajve.

E. JO, dhe nuk e kam në plan brenda 6 muajve.

F. Kurrë nuk kam pirë duhan (shko te pyetja 19).

VETËVLERËSIMI: PYETËSORI GLAZER - I KONTROLLIT TË STRESIT DHE MËNYRËS SË JETESËS

Siç e shikoni, çdo pyetje më poshtë përbëhet nga një çift mbiemrash apo frazash të ndara nga një seri horizontale linjash-vizash. Çdo çift është zgjedhur për të përfaqësuar dy lloje të sjelljes kontraste. Çdo njëri nga ne i përket diku afër një linjë ndërmjet dy ekstremeve. Rretho ku ju mendoni se ku i përkisni. Disa nga këto pyetje janë të lidhura me eksperiencën e punës. Nëse ju nuk jeni duke punuar ndryshoni pyetjen që ajo ti referohet jetës tuaj shtëpiake.

- | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Nuk ka problem nëse i lë gjërat përkohësisht pezull. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Duhet ti përfundosh gjërat sapo ti fillosh. |
| 2. I qetë dhe jo me vrap për takimet tuaja. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Jeni korrekt në takime, nuk vonoheni kurrë. |
| 3. Jo konkurrent. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Konkurues në shkallë të lartë. |
| 4. Dëgjon mirë, dhe i lejon të tjerët të përfundojnë bisedën | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | I parashikon të tjerët në bisedë, bën me kokë. |
| 5. Kurrë s'jam me nxitim, dhe kur kam presion. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Çdo herë me nxitim. |
| 6. A jeni në gjendje të pritni në mënyrë të qetë. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Je i shqetësuar kur pret. |
| 7. E merr me qetësi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Gjithnjë me shpejtësi të madhe para të tjerëve
Përpiqet të bëjë më tepër se sa një gjë në një kohë të caktuar. |
| 8. I merr gjërat me radhë. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

9. Flet ngadalë dhe me paramendim.	1	2	3	4	5	6	7	I gjallë dhe me forcë në fjalimin e tij.
10. I përqendruar që të kënaqësh vetëvetën dhe jo të tjerët.	1	2	3	4	5	6	7	Dëshiron që të njihet për një punë të bërë mirë.
11. I ngadalëson gjërat.	1	2	3	4	5	6	7	I bën gjërat sa më shpejtë që të jetë e mundur.
12. Lehtësisht i komunikueshëm.	1	2	3	4	5	6	7	Shumë i vështirë.
13. I shpreh ndjenjat në mënyrë të hapur.	1	2	3	4	5	6	7	I mban ndjenjat brenda.
14. Ka një numër të madh interesash.	1	2	3	4	5	6	7	Interesa të pakta jashtë pune.
15. I kënaqur me punën.	1	2	3	4	5	6	7	Ambicioz në avancimin e shpejtë në punë.
16. Asnjëherë nuk vendos kufij për kryerjen e një pune.	1	2	3	4	5	6	7	Gjithnjë i vendos kufij për kryerjen e një pune.
17. Ndjen përgjegjësi të kufizuar.	1	2	3	4	5	6	7	Shpesh vendos vetë afatet e përfundimit të punës.
18. Kurrë nuk i gjykon gjërat si në kushte numrash.	1	2	3	4	5	6	7	Shpesh i gjykon gjërat sipas numrave dhe masës. E merr punën shumë seriozisht, punon fundjavat në shtëpi.
19. I rastësishëm për punën.	1	2	3	4	5	6	7	
20 Jo shumë i saktë.	1	2	3	4	5	6	7	Shumë i saktë.

Shkalla e stresit të përceptuar

Pyetjet në këtë shkallë janë për ndjenjat dhe mendimet tuaja gjatë muajit të fundit. Në çdo rast ju do të pyeteni që të tregoni duke rrethuar sa shpesh ju ndjeni apo mendoni në një mënyrë të caktuar.

0- Asnjëherë	1- Thuajse asnjëherë	2- Ndonjëherë	3- Mjaft shpesh	4- Shumë shpesh	
1.Në muajin e fundit sa shpesh jeni shqetësuar për arsye se diçka ka ndodhur në mënyrë të papritur?	0	1	2	3	4
2. Në muajin e fundit sa shpesh keni ndjerë që nuk kishit mundësi të kontrolloni gjëra të rëndësishme në jetën tuaj?	0	1	2	3	4
3. Në muajin e fundit sa shpesh jeni ndjerë i nervozuar “stresuar”?	0	1	2	3	4
4.Në muajin e fundit sa shpesh jeni ndjerë të aftë për të menaxhuar problemet tuja personale?	0	1	2	3	4
5.Në muajin e fundit sa shpesh jeni ndjerë që gjërat po shkonin sipas mënyrës tuaj?	0	1	2	3	4
6.Në muajin e fundit sa shpesh keni parë që ju nuk mund të menaxhoni të gjitha gjërat që ju duhet të bënit?	0	1	2	3	4
7. Në muajin e fundit sa shpesh ju keni pasur mundësi të kontrolloni irritimet në jetën tuaj?	0	1	2	3	4
8.Në muajin e fundit sa shpesh keni qenë në kontroll të situates ?	0	1	2	3	4
9.Në muajin e fundit sa shpesh jeni zemëruar sepse gjërat ishin jashtë kontrollit tuaj?	0	1	2	3	4
10. Në muajin e fundit sa shpesh keni ndjerë vështirësi në kapërcimin e problemeve ?	0	1	2	3	4

Shtojca C Figura dhe tabela

Normal Q-Q Plot për "Përjetimin e stresit"

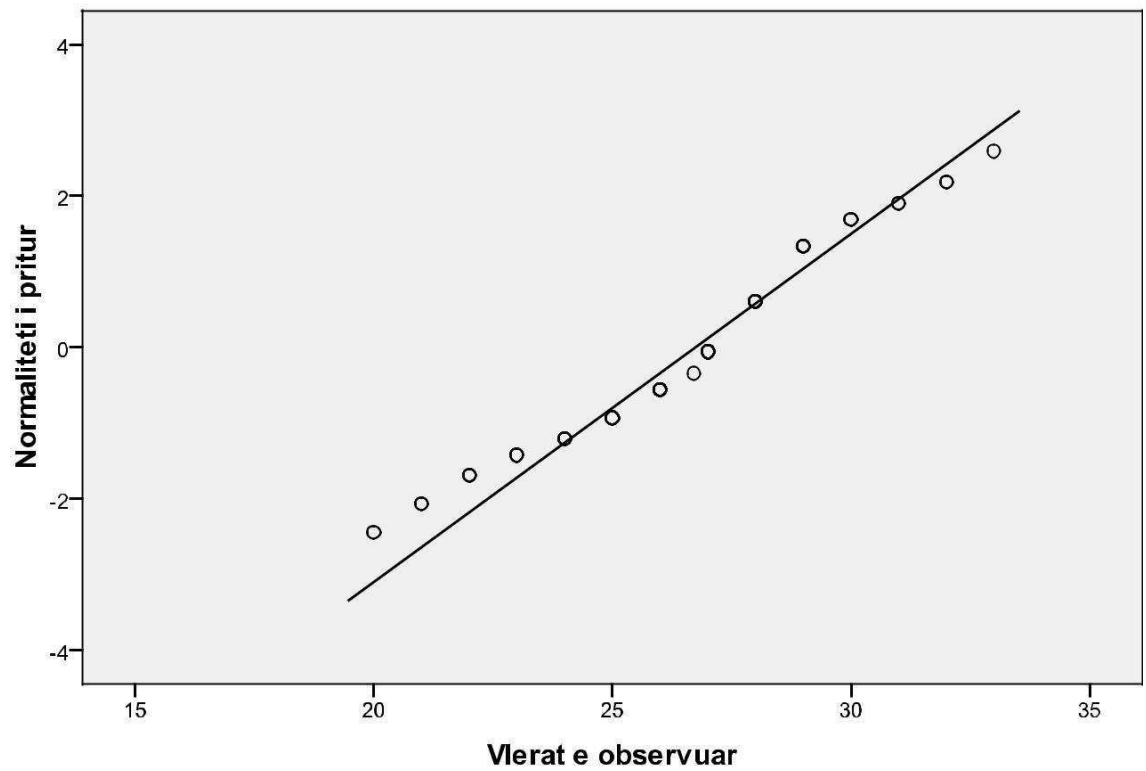


Figura 13. Shpërndarja e vlerave të observuara për shkallën e përjetimit të stresit.

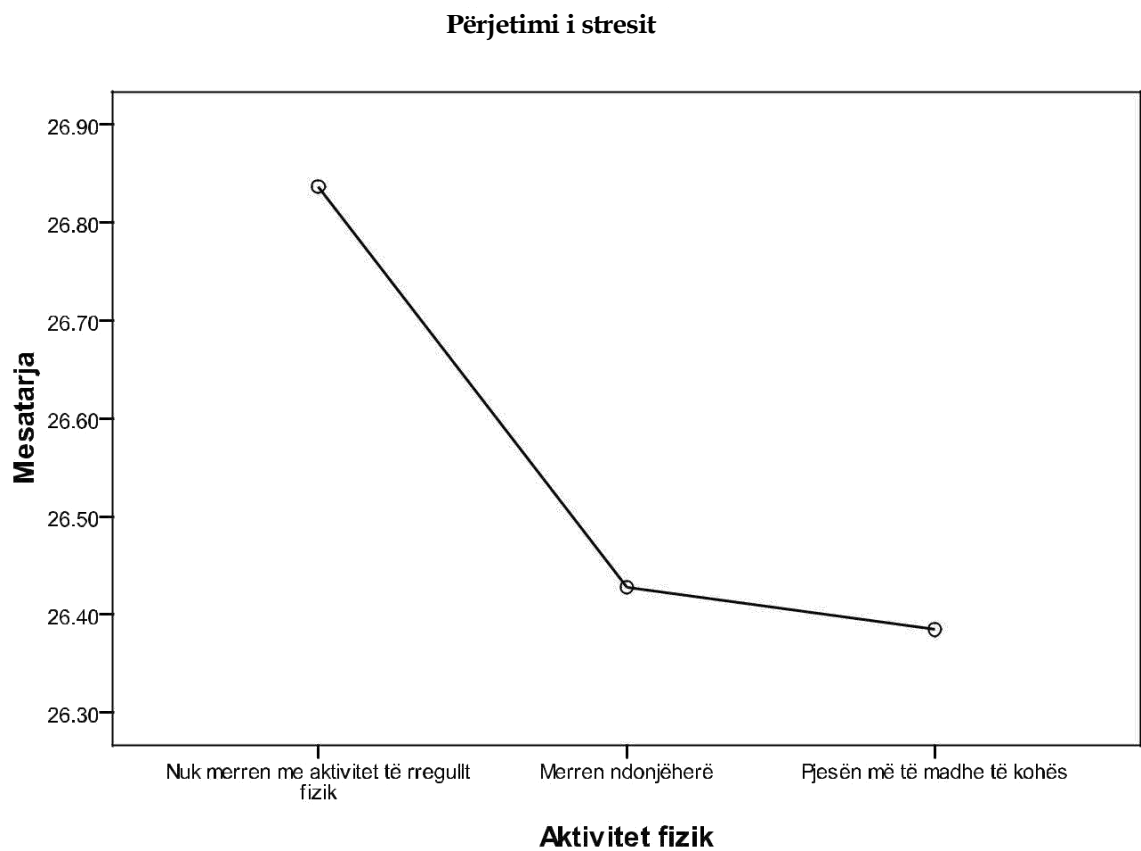


Figura 14. Përjetimi i stresit sipas kategorisë së marrjes me aktivitete.

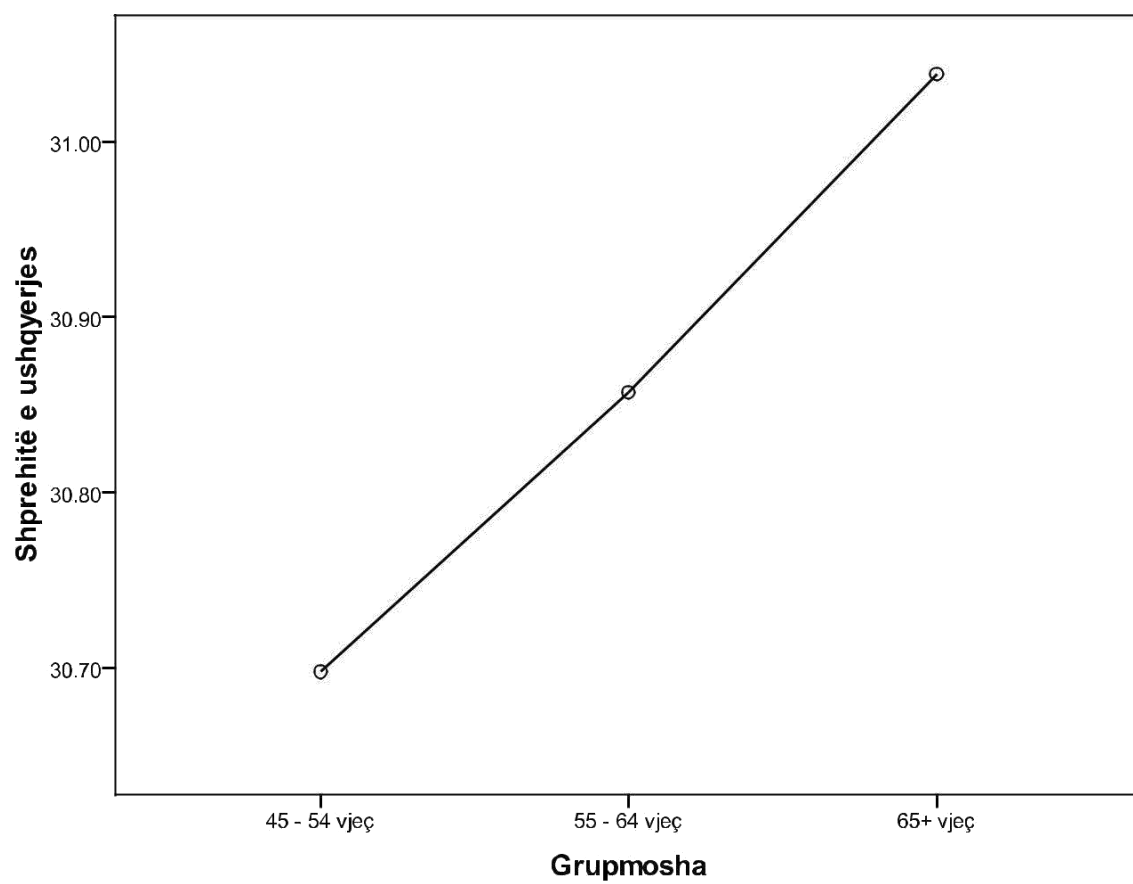


Figura 15. Shprehitë e ushqyerjes sipas moshës.

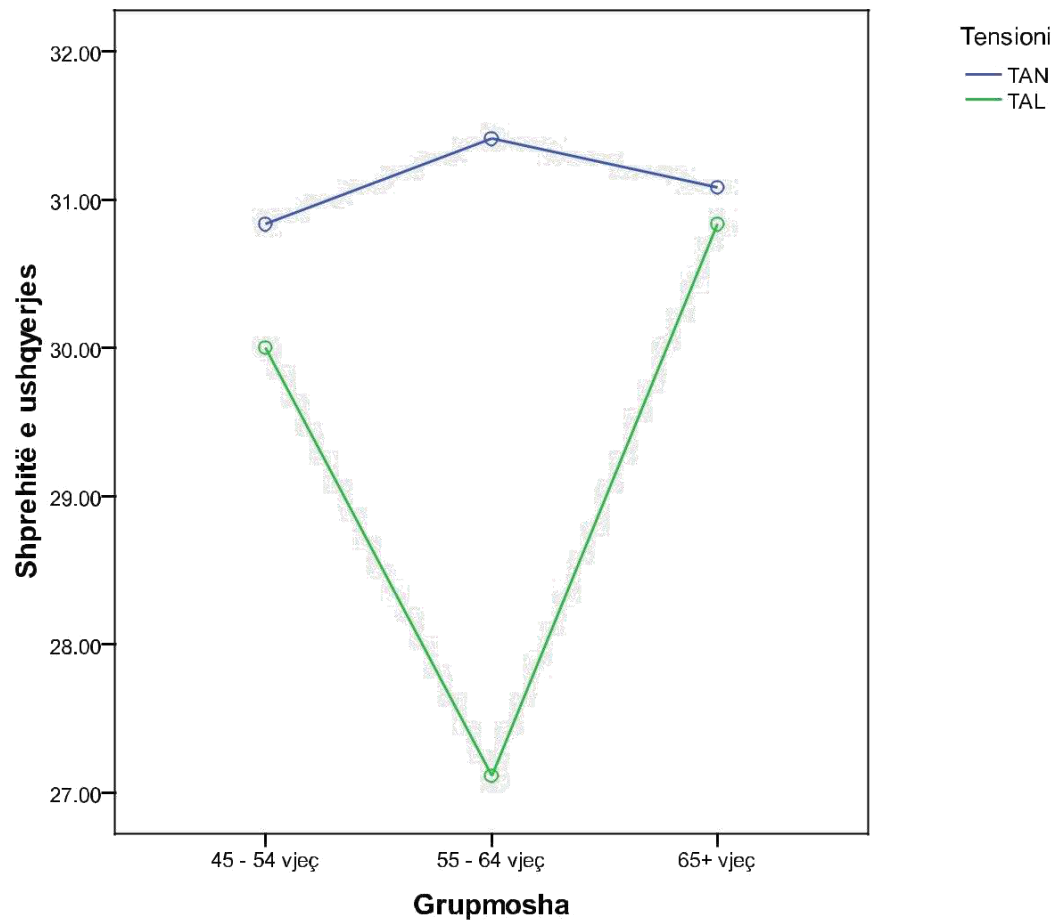


Figura 16. Marrëdhënia në mes grupmoshës dhe shprehive të ushqyerjes sipas kategorisë së tensionit arterial.

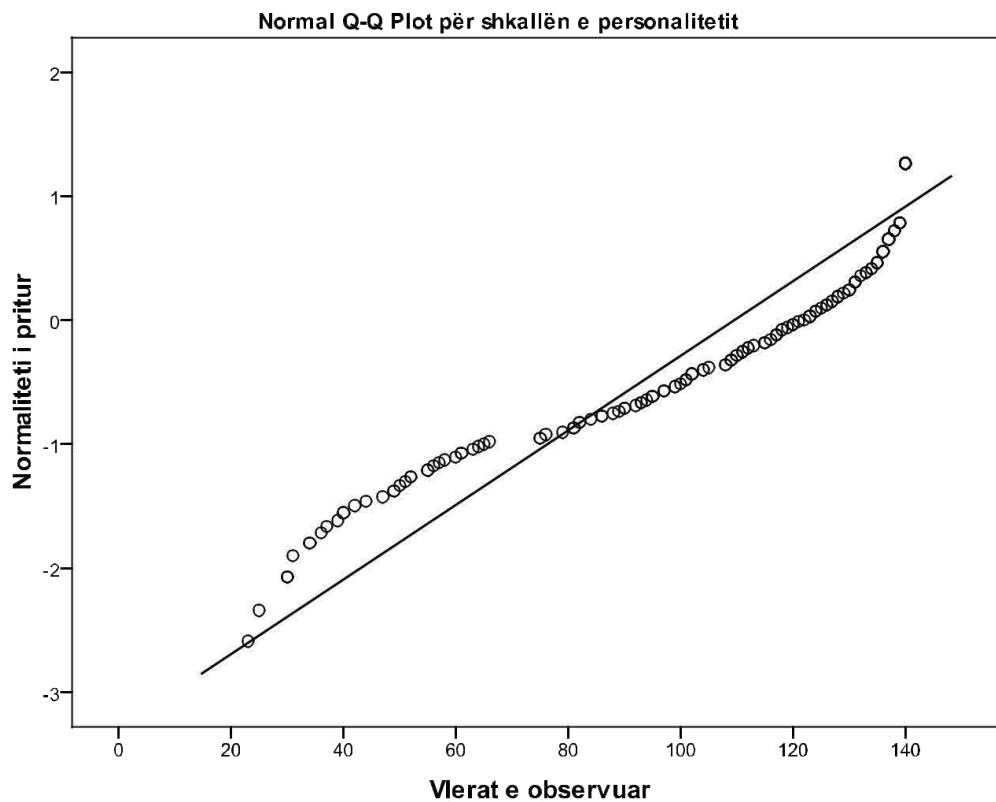


Figura 17. Shpërndarja e vlerave të observuara për shkallën e personalitetit.

Tabela 20. Krahasoni i shumëfishtë për tipet e personalitetit me përjetimin e stresit.

(I) Tipi i personalitetit	(J) Tipi i personalitetit	Dallimi në mesatare (I-J)	SE	P	95% interval konfidenca	
					kufiri i poshtëm	kufiri i sipërm
Personaliteti B1	Personaliteti A1	-4.2023 [*]	1.34273	.008	-7.5737	-.8309
Personaliteti B2	Personaliteti A1	-2.7623 [*]	.41108	.000	-3.7945	-1.7301
Personaliteti AB	Personaliteti A1	-1.3841	.59145	.078	-2.8692	.1009
Personaliteti A2	Personaliteti A1	.0139	.35058	1.000	-.8663	.8942

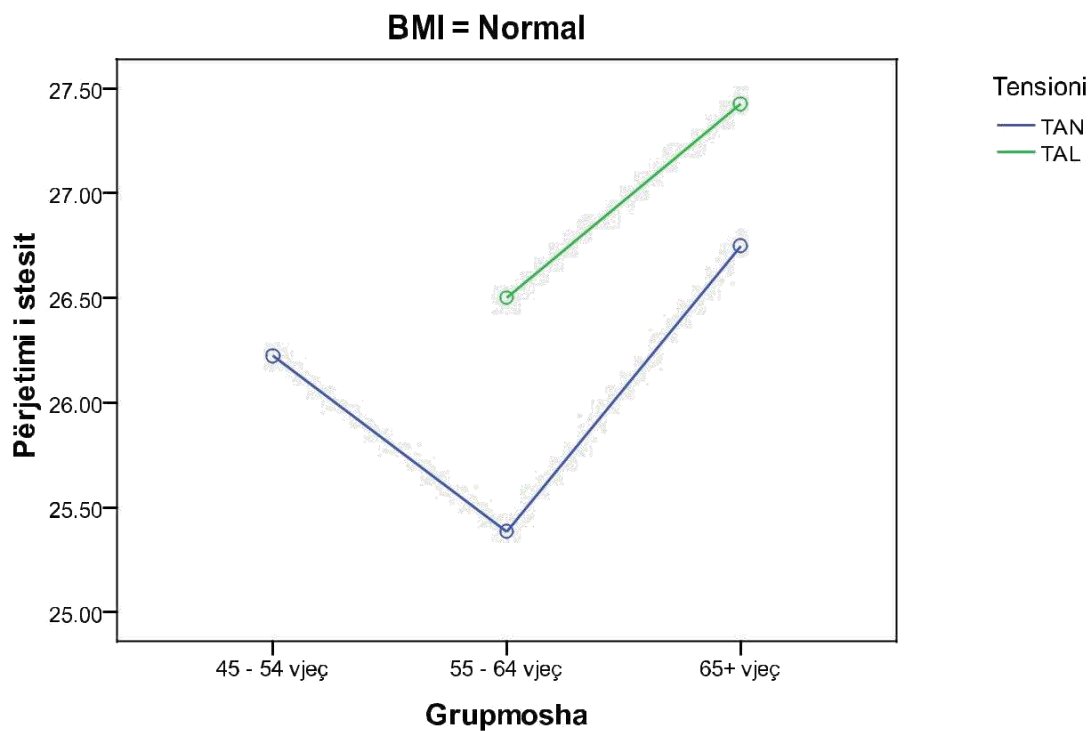


Figura 18. Shpërndarja e përjetimit të stresit sipas shkallës së tensionit arterial në pacientët me peshë normale.

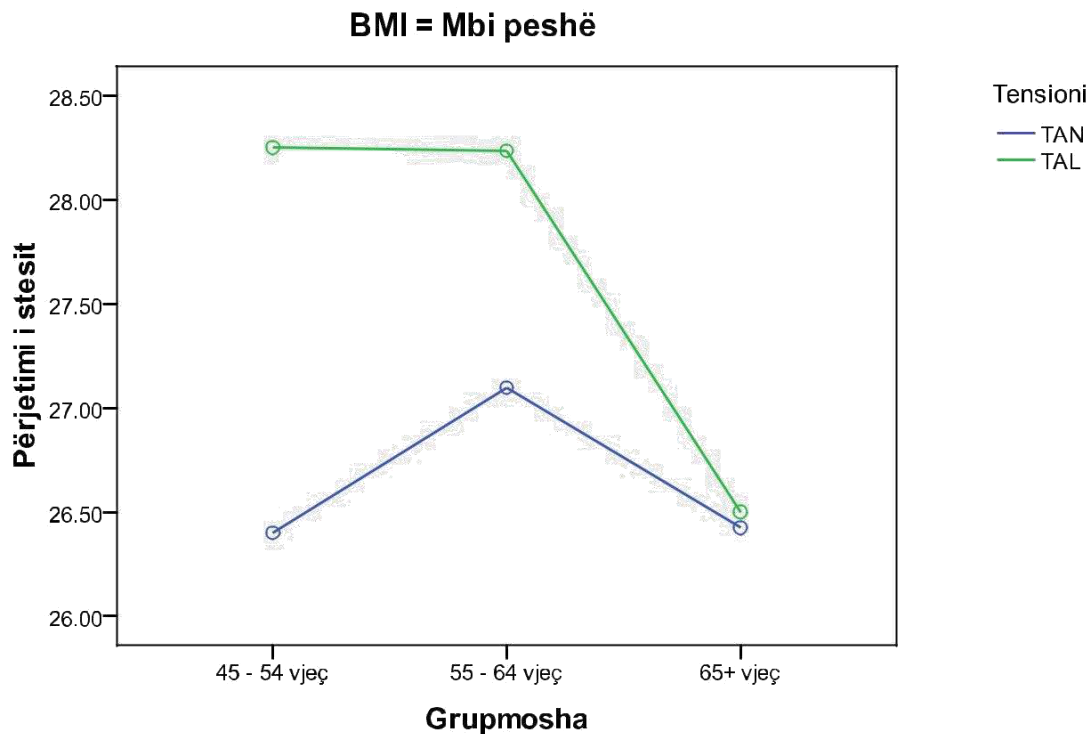


Figura 19. Shpërndarja e përjetimit të stresit sipas shkallës së tensionit arterial në pacientët me mbi peshë.

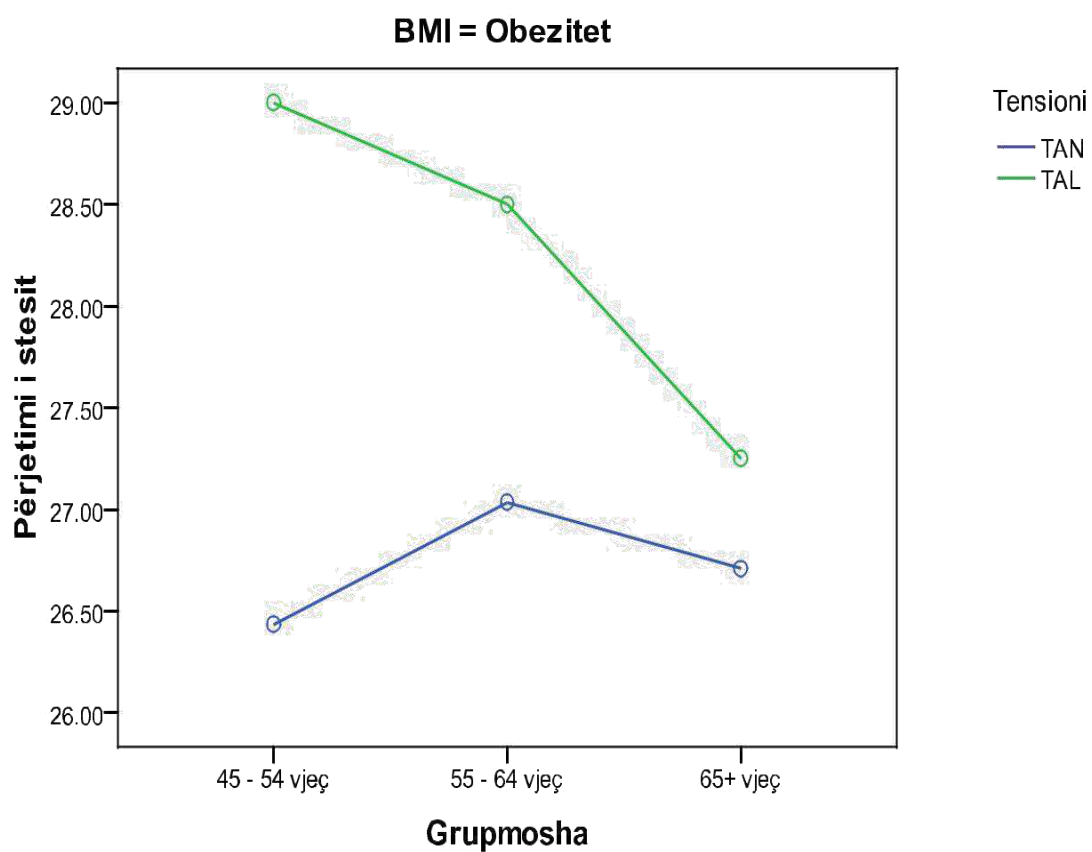


Figura 20. Shpërndarja e përjetimit të stresit sipas shkallës së tensionit arterial në pacientët me obezitet.