

STRESI, DEPRESIONI, ANKTHI DHE CILËSIA E JETËS TEK PACIENTËT ME SËMUNDJE KORONARE TË ZEMRËS DHE PACIENTËT ME DIABET

Sara Sadiki

Dorëzuar

Universitetit European të Tiranës

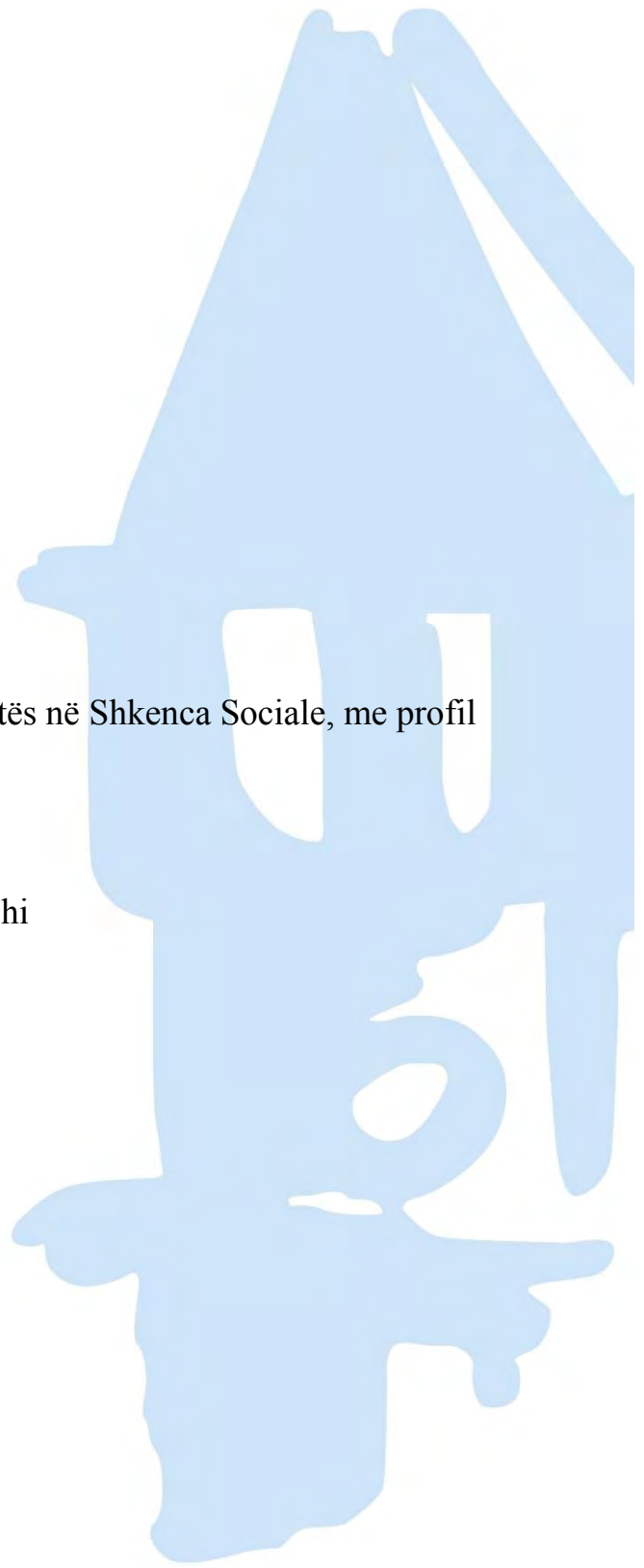
Shkollës Doktorale

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

Udhëheqës shkencor: Prof. Asoc. Dr. Erika Melonashi

Numri i Fjalëve: 51812

Tiranë, Nëntor 2015



DEKLARATA E AUTOROSISË

Nën përgjegjësinë time deklaroj se ky punim është shkruar prej meje, nuk është prezantuar asnjëherë para një institucioni tjetër për vlerësim dhe nuk është botuar i tëri. Punimi nuk përmban material të shkruar nga ndonjë person tjetër përveç rasteve të cituara dhe referuara.

Emri, Mbiemri: SARA SADIKI

Firma:

ABSTRAKTI

Qëllimi i këtij studimi ishte që të analizohet marrëdhënia në mes të stresit, depresionit, ankthit dhe cilësisë së jetës dhe njëkohësisht të analizohet nëse ka dallime në nivel të këtyre shqetësimeve psikologjike dhe cilësisë së jetës tek pacientët me diabet dhe pacientët me sëmundje koronare të zemrës nga njëra anë dhe popullatës së shëndetshme nga ana tjetër. Instrumenti kërkimor i përdorur përbëhej nga pyetjet socio-demografike dhe nga katër teste: Pyetësi i Cohenit për matje të stresit, pyetësi i Beck-ut për matjen e depresionit, pyetësi i Beck-ut për matjen e ankthit, pyetësi për matjen e cilësisë së jetës (WHOQOL-Bref). Kampioni i studimit konsistonte në $N=300$, duke i përfshirë këtu pacientët me sëmundje koronare të zemrës, pacient me diabet dhe respondentët nga popullata e shëndetshme. Rezultatet e studimit vërtetuan hipotezën e parë se stresi, depresioni, ankthi dhe cilësia e jetës janë në marrëdhënie sinjifikative tek kampioni i studimit ($p < .001$). Hipoteza e dytë e studimit nuk u vërtetua pasi që ekzistojnë dallime vetëm në nivel të stresit [$(F(1,198)= 44.057, p=0,00)$] dhe ankthit [$(F(1,198)=472.28 p=0,00)$] por jo dhe në nivel të depresionit [$(F(1,198)=0.283, p=1.05)$] dhe cilësisë së jetës [$(F(1,198)= .006 p=.937)$] në mes të dy grupeve të pacientëve. Rezultatet e gjetura vërtetuan edhe hipotezën e tretë se ekzistojnë dallime sinjifikante në mes pacientëve me sëmundje dhe popullatës së shëndetshme sa i përket shqetësimeve psikologjike dhe cilësisë së jetës, përveç se nuk u gjet dallime në nivel të ankthit mes pacientëve diabetik dhe popullatës së shëndetshme [$F(1/198)=1.444, p= .231$]. Gjetjet e këtij studimi nxjerrin në pah faktin se te pacientët me sëmundje fizike njëkohësisht është i prekur edhe shëndeti psikik i tyre andej edhe këto rezultate mund të shërbejnë për përcaktimin e ndërhyrjeve të nevojshme parandaluese dhe kuruese të sëmundjes.

Fjalë kyçe: sëmundjet koronare të zemrës, diabeti, stresi, depresioni, ankthi, cilësia e jetës.

ABSTRACT

The aim of this study is to analyze the relation between stress, depression, anxiety and the quality of life as well as to analyze whether there are differences in the level of these psychological disorders and the quality of life at patients with diabetes and patients with heart coronary diseases on one side and the healthy population on the other. The research instrument used consists of socio-demographic questions and four tests: Cohen's stress measurement questionnaire, Beck's depression measurement questionnaire, Beck's anxiety measurement questionnaire and the quality of life measurement questionnaire (WHOQOL-Brief).

The sample of the study consists of $N=300$, including patients with heart coronary diseases, patients with diabetes and respondents from the healthy population.

The results of the study proved the first hypothesis that: stress, depression, anxiety and quality of life have a significant correlation in the study sample ($p<.001$). The second hypothesis was not proved since there are differences only in the level of stress [$F(1,198)= 44.057, p=0,00$] and anxiety [$F(1,198)=472.28 p=0,00$] but not in the level of depression [$F(1,198)=0.283, p=1.05$] and quality of life [$F(1,198)= .006 p=.937$] between both groups of patients.

The findings proved also the third hypothesis that: there are significant differences between patients with illnesses and the healthy population as long as psychological disorders and the quality of life are concerned. No differences were found in the level of anxiety among patients with diabetes and the healthy population [$F(1/198)=1.444, p=.231$]. The findings of this study point out the fact that with patients with physical illnesses, at the same time their psychological health is affected and these results can serve to determine the necessary preventive and curative interventions.

Key words: coronary heart diseases, diabetes, stress, depression, anxiety, quality of life

FALENDERIME

Për realizimin e këtij punimi shkencorë fillimisht falendëroj Zotin që më dha shëndet ,vullnet dhe mundësi.

Një falënderim i veçantë për udhëheqësen time shkencore, Prof.Dr Erika Melonashi; një njohëse e mirë e fushës së psikologjisë, për kohën e shpenzuar, durimin, përkushtimin dhe këshillat e saja të pakursyera.

Falendërim të veçantë dhe mirënjohjetë thellë dëshirojë të shpreh edhe për familjen time për mbështetjen dhe kurajon e vazhdueshme që më ka dhënë gjatë gjithë kësaj periudhe. Do të veçoja prindërit e mi Dashmire dhe Shani Miftari, prindërit e bashkëshortit tim Luiza dhe Naser Sadiku.

Falendërim për kolegët e mi të departamentit të Psikologjisë pranë Universitetit Shtetërorë të Tetovës si dhe për mikeshën time Gentiana Mehmetin, për mendimet dhe rekomandimet e dhëna gjatë diskutimeve të aspekteve të ndryshme të punimit.

Falënderim për drejtorin e spitalit të Tetovës, Florin Besimi , drejtorin e Instituit për Shëndet Publik Shaban Memeti, si dhe mjekët bashkëpunues Fatmir Ferrati, Argjend Muçaj, infermieret Feride Qamili dhe Zemrije Pustina.

DEDIKIM

Punimin tim ia dedikojë birit tim Ronit i cili u bë 2 vjeç në shumë orë mungese të përkujdesjes sime.

Punimin gjithashtu ia dedikojë edhe bashkëshortit tim Armirit për tolerancën, mirkuptimin për përkrahjen e pakursyer të tij në rrugëtimin tim profesional, si dhe prindërve të mi Shaniut dhe Dashmires të cilët më dhanë jetë, më rritën, edukuan dhe arsimuan.

PËRMBAJTJA E LËNDËS:

KAPITULLI I HYRJA.....	1
KAPITULLI II Vështrim i përgjithshëm mbi sëmundjet , faktorët e rrezikut dhe cilësia e jetës së pacientit	5
2.1. Sëmundjet kronike.....	5
2.1.1. Faktorët e rrezikut.....	6
2.1.2. Teoritë shpjeguese të shëndetit dhe sëmundjes.....	13
2.1.3. Prevalenca e SKZ dhe DM	18
2.2. Sëmundjet koronare të zemrës.....	18
2.2.1 Llojet e sëmundjeve koronare të zemrës	20
2.2.1.1. Infarkti i miokardit	20
2.2.1.2 Angina Pectoris	22
2.2.2. Personaliteti i prirur (predispozuar) koronar	23
2.3. Sëmundja e diabetit.....	24
2.3.1. Llojet e Diabetit	25
2.3.1.1 Tipi 1	26
2.3.1.2 Tipi 2	26
2.3.2. Komplikacionet kronike të diabetit	28
2.4. Cilësia e jetës, definicioni dhe teoritë	29
2.4.1. Cilësia e jetës së pacientëve me sëmundje kronike	33
2.4.1.1 Ndryshimet gjinore në cilësinë e jetës dhe shëndetin	37
2.4.1.2. Ndryshimet e moshës në cilësinë e jetës dhe shëndetin.....	37
2.4.1.3. Ndryshimet e niveleve të shkollimit, gjendjes socio-ekonomike, punësimit dhe venbanimit sa i përket cilësisë së jetës dhe shëndetit.....	38
2.4.1.4 . Ndryshimet e kohëzgjatjes së sëmundjes dhe llojit të saj në cilësinë e jetës dhe shëndetin.....	39

2.4.2 Problemet fizike, profesionale dhe sociale në lidhje me sëmundjet kronike.....	40
2.4.3. Përshtatja në sëmundjet kronike.....	42
2.4.4. Aspekti i përgjithshëm psikologjik i sëmundjeve	45
KAPITULI III: Aspekte psikologjike të menaxhimit të sëmundjes, analiza teorike dhe studime empirike	48
3.1. STRESI, qasja teorike	48
3.1.1. Teoritë mbi stresin	48
3.1.2 .Pasoja nga situatat stresante.....	52
3.1.3 Studimet empirike.....	53
3.1.3.1 Stresi dhe sëmundjet koronare të zemrës	53
3.1.3.2. Stresi dhe sëmundja e diabetit.....	55
3.2 .Depresioni- Qasja teorike	56
3.2.1. Simptomat psikike të depresionit	62
3.3. Ankthi- Qasja teorike	62
3.3.1. Nivelet e ankthit.....	65
3.3.2. Simptomat e ankthit (DSM-V)	66
3.4. Studimet empirike.....	67
3.4.1. Depresioni dhe ankthi tek pacientët me sëmundje koronare të zemrës.....	67
3.4.2. Depresioni dhe ankthi tek pacientët me sëmundje të Diabetit.....	71
3.5. Ndikimi i stresit, depresionit dhe ankthit në cilësinë e jetës tek pacientët me sëmundje koronare të zemrës dhe diabet.....	77
3.5.1. Cilësia e jetës tek pacientët me sëmundje koronare të zemrës.....	78
3.5.2. Cilësia e jetës tek pacientët me Diabet.	80
KAPITULLI IV:	83
4.1. METODOLOGJIA E HULUMTIMIT	83
4.2. Konteksti specifik dhe qëllimi i studimit	83

4.2.1. Objektivat e studimit.....	85
4.3. Pyetjet kërkimore të studimit.....	86
4.4. Hipotezat dhe nënhipotezat e hulumtimit	86
4.5. Dizajni i studimit.....	88
4.5.1. Avantazhet dhe disavantazhet e kërkimit sasior.....	88
4.6. Vështirësitë dhe kufizimet e hulumtimit.....	90
4.7. Kampioni dhe procedurat.....	91
4.7.1. Konteksti.....	91
4.7.1.1 Mbledhja e të dhënave.....	92
4.7.2. Kampioni i hulumtimit	93
4.7.2.1. Kriteret e përfshirjes dhe të përjashtimit.....	93
4.7.2.1.1 Kriteret e përfshirjes.....	94
4.7.2.1.2 Kriteret e përjashtimit.....	94
4.8. Instrumentet e hulumtimit.....	97
4.8.1 Pyetësi i Kohenit për përceptimin e stresit	97
4.8.2 Pyetësi i Beck-ut për vlerësimin e depresionit (BDI)	98
4.8.3. Pyetësi i Beck-ut për përcaktimin e ankthit (BAI)	99
4.8.4. Pyetësi për hulumtimin e cilësisë së jetës (WHOQOL-Bref)	100
4.8.5. Fletëanketa për të dhënat –demografike.....	102
4.9. Përshtatja e instrumentit kërkimor	102
4.9.1 Analiza e besueshmërisë.....	103
4.10. Çështjet etike.....	104
4.11 Analiza e të dhënave.....	104
4.11.1 Menaxhimi i të dhënave.	104
4.11.1.1 Futja e të dhënave dhe pastrimi.	104
KAPITULLI V:	106

5.1. REZULTATET	106
5.2. Kategoritë e stresit,depresionit,ankthit dhe cilësisë së jetës tek SKZ, DM dhe PSH.....	106
5.3. Karakteristikat demografike të SKZ në raport me mesataret e stresit, depresionit, ankthit dhe cilësisë së jetës	109
5.4 Karakteristikat demografike të DM në raport me mesataret e stresit, depresionit, ankthit dhe cilësisë së jetës.....	113
5.5. Karakteristikat demografike të PSH në raport me mesataret e stresit, depresionit, ankthit dhe cilësisë së jetës	116
5.6. Marrëdhënia korrelative në mes stresit, depresionit, ankthit dhe cilësisë së jetës te SKZ,DM dhe PSH.....	118
5.6.1 Marrëdhënia korrelative në mes stresit, depresionit dhe ankthit te SKZ dhe DM.....	118
5.6.2. Marrëdhënia korrelative në mes stresit, depresionit, ankthit, cilësisë së jetës tekSKZ dheDM.....	120
5.6.3. Marrëdhënia korrelative mes variablave studimore dhe variabve demografike tek SKZ, DM dhe PSH.....	123
5.7 .Dallimet psikologjike në mes SKZ dhe DM	132
5.7.1. Dallimet në nivelin e stresit, depresionit dhe ankthit mes DM dhe SKZ.....	132
5.7.2. Dallimet nw nivelin e cilësisë së jetës dhe dimensioneve të saj në mes DM dhe SKZ	133
5.8. Dallimet mes stresit, ankthit, depresionit dhe cilësisë së jetës në kushtet e shëndetit dhe sëmundjes	135
5.8.1. Dallimet në nivelin e stresit,depresionit dhe ankthit mes SKZ dhe PSH.....	135
5.8.2.Dallime në nivelin e cilësisë së jetesës dhe dimensioneve të saj mes SKZ dhe PSH.....	136
5.8.3.Dallime në nivelin e stresit, depresionit dhe ankthit mes DM dhe PSH.....	137

5.8.4.Dallime në nivelin e cilësisë së jetesës dhe dimensioneve të saj te	
DM dhe PSH	138
5.9. Regresioni linear hirearkik.....	140
KAPITULLI VI :.....	142
6.1.DISKUTIMI.....	142
6.2. Diskutim përshkrues i variablave.....	143
6.2.1 Karakteristikat demografike në raport me marrëdhënien e stresit, depresionit, ankthit dhe cilësisë së jetës.....	143
6.3. Kategorizimi i stresit, depresionit, ankthit dhe cilësisë së jetës tek kampioni i studimit.....	151
6.4 Lidhshmëria midis stresit, depresionit, ankthit, cilësisë së jetës, SKZ dhe DM...154	
6.4.1.Marrëdhënia midis stresit, ankthit, depresionit dhe kampionit të studimi.....	154
6.4.2. Marrëdhënia midis stresit, ankthit, depresionit dhe cilësisë së jetës te SKZ dhe DM.....	158
6.5.Dallimet psikologjike në mes SKZ dhe DM	162
6.6.Dallimet mes stresit, ankthit, depresionit dhe cilësisë së jetës në kushtet e shëndetit dhe sëmundjes	170
6.7. Modeli i regresionit me variabël të varur cilësinë e jetës dhe variabla të pavarura.....	175
KAPITULLI VII. PËRFUNDIME DHE REKOMANDIME	178
7.1 PËRFUNDIME.....	178
7.2.REKOMANDIME	187
7.2.1 Rekomandime për studime tjera.....	187
7.2.2. Rekomandime indirekte.....	188
LITERATURA.....	192
SHTOJCË.....	218

LISTA E TABELAVE

Tabela 2.1 Prevalenca e SKZ dhe diabetit gjatë viteve 2013/14

në Qytetin eTetovës.....18

Tabela4.1 Të dhënat demografike sa u përket pacientëve me SKZ95

Tabela 4.2 Të dhënat demografike sa u përket pacientëve me diabet96

Tabela 4.3 Të dhënat demografike sa i përket popullatës së shëndetshme96

Tabela 4.5Analiza e besueshmërisë së pyetsorëve103

Tabela 5.1Kategoritë e stresit tek SKZ, DM dhe PSH.....107

Tabela 5.2 Kateogoritë e depresionit tek SKZ, DM dhePSH107

Tabela 5.3 Kategoritë e ankthit te SKZ,DM dhe PSH108

Tabela5.4Kategoritë e cilwsisw së jetës tek SKZ, DM dhe PSH109

Tabela 5.5Të dhënat demografike të SKZ në raport me mesataret e stresit,depresionit,ankthi ,cilësisë së jetës dhe dimensioneve të cilësisë së jetës.....109

Tabela 5.6 Të dhënat demografike të DM në raport me mesataret e stresit,depresionit,ankthi,cilësisë së jetës dhe dimensioneve të saj115

Tabela 5.7 Të dhënat demografike të PSH në raport me mesataret e stresit,depresionit,ankthi,cilësisë së jetës dhe dimensioneve të saj117

Tabela 5.8 Marrëdhënia korrelative në mes stresit,depresionit dhe ankthit tek SKZ.....119

Tabela 5.9 Marrëdhënia korrelative në mes stresit , depresionit dhe ankthit tek DM.....119

Tabela 5.10 Marrëdhënia korrelative në mes stresit,depresionit , ankthit ,cilësisë së jetës dhe dimesioneve të saj tek SKZ121

Tabela 5.11 Marrëdhënia korrelative në mes ankthit dhe kohëzgjatjes

së sëmundjes te SKZ.....121

Tabela 5.12 Marrëdhënia korrelative në mes stresit,depresionit,ankthit , cilësisë së jetës dhe dimensioneve të cilësisë së jetës tek DM.....123

Tabela 5.13Marrëdhënia korrelative në mes variablave demografike dhe

variablae studimore tek SKZ	125
Tabela 5.14 Marrëdhënia korrelative në mes variablae demografike dhe variablae studimore tek DM.....	129
Tabela 5.15 Marrëdhënia korrelative në mes variablae studimore dhe variablae demografike tek PSH.....	131
Tabela 5.16 Niveli i stresit,depresionit dhe ankthit tek SKZ dhe DM	133
Tabela 5.17 Niveli i cilësisë së jetës dhe dimensioneve të saj tek SKZ dhe DM.....	134
Tabela 5.18 Niveli i stresit,depresionit dhe ankthit tek SKZ dhe PSH	136
Tabela 5.19 Niveli i cilësisë së jetës dhe dimensioneve të saj tek SKZ dhe PSH.....	137
Tabela 5.20 Niveli i stresit,depresionit dhe ankthit tek DM dhe PSH.....	138
Tabela 5.21 Niveli i cilësisë së jetës dhe dimensioneve të saj tek DM dhe PSH.....	139
Tabela.5.22 Modeli i regresionit me variabël të varur cilësinë e jetës dhe variabla të pavarura.....	141

LISTA E SHKURTIMEVE

SKZ- sëmundjet koronre të zemrës

DM- diabet mellitus

PSH- popullata e shëndetshme

CJ- cilësia e jetës

BDI- Pyetësori i Beck-ut për përcaktimin e depresionit

BAI-Pyetësori i Beck-ut për përcaktimin e ankthit

M- mesatarja

N-numri i kampionit në studim

M/S- mesatarja e stresit

M/D- mesatarja e depresionit

M/A- mesatarja e ankthit

M/CJ- mesatarja e cilësisë së jetës

M/SHFCJ- mesatarja e shëndetit fizik në kuadër të cilësisë së jetës

M/SHPCJ- mesatarja e shëndetit psikik në kuadër të cilësisë së jetës

M/RSCJ- mesatarja e raporteve sociale në kuadër të cilësisë së jetës

M/MCJ- mesatarja e mjedisit jetësor në kuadër të cilësisë së jetës

KAPITULLI I: HYRJE

Sipas të dhënave të Institutit për Shëndet Publik (2015) nga të gjitha sëmundjet kronike në Republikën e Maqedonisë numër më të madh zënë personat me sëmundje koronare të zemrës 93.833 më pas personat me diabet 75.805 (ISHP, 2015). Diagnostikimi me një sëmundje kronike mund të shkaktojë një impakt të thellë mbi personin dhe familjarët e tij. Ndryshimet që vijnë prej sëmundjes mund të prekin cilësinë e jetës së individit duke ndikuar në mënyrë në të cilën ai zgjedh të përballojë këtë situatë të re. Sëmundja sjell ndryshime në vetë personin, ambientin e tij social, familjarë dhe në perspektivën për të ardhmen. Përshtatja ndaj sëmundjes shpesh është shumë e vështirë për tu arritur. Studimet e shumta tregojnë se duhet së paku 1 vit për t'u ambientuar me idenë dhe praninë e sëmundjes, kjo sjell ndryshime në gjendjen emocionale dhe në sjelljen e personit të cilët çojnë në shfaqjen e simptomave të ankthit, depresionit dhe influencojnë mënyrën se si ky person do të përballët me sëmundjen. Rreth 50 % e vdekjeve lidhet drejtpërsëdrejti me sjelljen e njeriut dhe megjithatë ne harxhojmë shumë pak kohë për të bërë studime dhe për të zbatuar programe që lidhen me të. Psikologët dhe mjekët janë të mendimit se kontrolli i stresit është pjesë thelbësore për të ndaluar sëmundjet dhe për të forcuar shëndetin (Morris, 2008). Çështjet në studim si diabeti dhe sëmundjet koronare të zemrës janë përzgjedhur si ndër sëmundjet më të shpeshta të pranishme te popullata e sëmurë në regionin e Tetovës, tabela 2.1, (NJ.SH.P, 2014).

Secili individ me shqetësimet personale, frikën, shpresat dhe ambiciet është një tërësi integrale, dhe jo vetëm bartës i organeve, ai si i tillë bëhet objekt i hulumtimeve klinike psikologjike. Prandaj konsiderohet se ka mënyra të ndryshme në të cilat proceset

psikologjike dhe fiziologjike mund të ndikojnë në mënyrë reciproke në shfaqjen e sëmundjes. Faktorët psikologjik mund të ndikojnë drejtpërdrejt në funksionimin e organeve të caktuara fiziologjike dhe të shkaktojnë disa forma të çrregullimeve somatike. Njëkohësisht, disa procese fiziologjike mund kontribuojnë për paraqitjen e kushteve specifike psikologjike prandaj ankthi dhe depresioni janë aspekte psikologjike shoqëruese të pacientët me sëmundje koronare të zemrës dhe diabet mellitus, por njëkohësisht ndikojnë në konceptin e kënaqësisë jetësore të personit.

Ndërlikueshmërinë dhe ndërvarësinë e faktorëve të ndryshëm biopsikosocial të shëndetit dhe sëmundjeve më së miri e përshkruan definicioni i Organizatës Botërore të Shëndetësisë (1997; fq.121) sipas të cilës [“*Shëndeti nuk është vetëm mosekzistimi i sëmundjes, por gjendja e mirëqenies së plotë trupore, psikike, shpirtërore dhe sociale*”]. Të theksuarit e këtyre komponentëve kyçe të shëndetit si faktorë njëloj të rëndësishëm të shëndetit bën që ky definicion tërësisht të përfshihet në modelin biopsikosociologjik shëndetësor dhe të sëmundjeve dhe më gjithë përfshirjen e tij hap hapësira të reja për përfshirjen e profesioneve të shumta jo mjekësore në zgjidhjen e problemeve shëndetësore të individit dhe shoqërisë. Qasja e tillë nxit përfshirjen e psikologëve, por edhe të profileve të tjerë nga sfera shkencore në problematikën e shëndetësisë bashkëkohore.

Teoria e homeostazës supozon se ndikimi i sëmundjes në cilësinë e jetës së një pacienti nuk është shumë dominant nëse vet sëmundja nuk është e gjatë dhe e rëndë për mjekim, mirëpo në raste të sëmundjeve kronike dhe sëmundjeve me dhimbje të mëdha ath vjen deri te mos menaxhimi i mirëfillit psikologjik dhe prishja e ekuilibrit të personi dhe reduktimi i mundësisë për jetë cilësore, (Cummins, 1995, Cummins, 2003). Kështu një vëzhgim më i saktë i reaksioneve emocionale të sëmundjeve kronike, është që të

përpiqemi të kuptojmë çfarë emocionesh ndodhin. Bazuar nga studimet e Joki-Begi, Tadinac, Lauri Korajlija & Hromatko (2004) të cilët kanë raportuar se stresi, depresioni dhe ankthi janë faktorë të cilët ndikojnë në ndryshimin e cilësisë së jetës është paraqitur qëllimi i këtij studimi që të analizohet marrëdhënia në mes stresit, depresionit, ankthit dhe cilësisë së jetës te pacientët me sëmundje koronare të zemrës dhe pacientët me diabet dhe njëkohësisht të shihet nëse ka dallime në nivel të stresit, depresionit, ankthit dhe cilësisë së jetës te të dy grupet e sëmundjeve. Bazuar nga kjo del edhe pyetja kërkimore e këtij studimi : A ekziston një marrëdhënie në mes stresit, depresionit ,ankthit dhe cilësisë së jetës te pacientët me sëmundje koronare të zemrës dhe pacientët me diabet? Ndërkaq hipoteza e këtij studimi është : H1. Ekziston një lidhje statistikisht e rëndësishme në mes stresit, depresionit, ankthit dhe cilësisë së jetës tek pacientët me sëmundje koronare të zemrës, pacientët me diabet dhe popullata e shëndoshë.

Të dy sëmundjet bëjnë pjesë në grupin e sëmundjeve kronike, mirëpo sëmundjet koronare të zemrës janë më fillim akut të shpejtë të sëmundjes ndërkaq sëmundja e diabetit ka zhvillim më të ngadalshëm por megjithatë tek të dy llojet e sëmundjeve pacientët duhet tu nënshtrohen një regjimi jete ndryshe nga më herët. Një pacient diabetik duhet gjatë gjithë kohës të kujdeset për mënyrën e të ushqyerit, nuk mund te konsumon çdo lloj ushqimi që atij i pëlqen, duhet çdo ditë të kujdeset për marrjen e insulinës ose barnave që monitorojnë sheqerin në gjak , këto dhe shumë mënyra tjera të të jetuarit ndikojnë në vet cilësinë e jetësës se pacientit por edhe në çekuilibrim të gjendjes emocionale duke rezultuar në shfaqjen e shenjave të depresionit dhe ankthit (Catalano, Martines, Spadaro, 2000).Ndërsa pacienti me sëmundje koronare të zemrës i cili ka pësuar njëherë ose më shumë atak në zemër vazhdon jetën me shkallë të madhe të ankthit duke pritur se në çdo moment do përjeton një atak tjetër duke u rrezikuar

gjithmonë e më shumë nga më e keqja – vdekja, gjendje kjo e cila e çon pacientin në depresion dhe ia ndryshon cilësinë e jetës, pra ndikimi i sëmundjes në cilësinë e jetës mund të jetë multidimensional (Brescia, Shultis, Dennery, Dileo, 2009). Nisur nga ky këndvështrim del edhe pyetja e dytë kërkimore: A ka dallime në nivel të stresit, depresionit, ankthit dhe cilësisë së jetës në mes pacientëve me sëmundje koronare të zemrës dhe pacientëve me diabet. Hipoteza e dytë e këtij studimi është: H2. Ekzistojnë ndryshime statistikisht të rëndësishme në mes pacientëve me sëmundje koronare të zemrës dhe pacientëve me diabet.

KAPITULLI II: Vështrim i përgjithshëm mbi sëmundjet kronike, faktorët e rrezikut dhe cilësia e jetës së pacientit

2.1. Sëmundjet kronike

Në çdo periudhë kohe, 50% e popullsisë kanë probleme të shkaktuara nga sëmundjet kronike që kërkojnë trajtim mjekësor. Për dekada me radhë, teoricienët psikologjik dhe mjekët kanë speculuar se pse disa njerëz të cilët përballen me stresin e vazhdueshëm të një sëmundje kronike përshtaten mirë, ndërsa të tjerët tregojnë rënie të ndjeshme emocionale dhe ndërpersonale. Sëmundjet kronike janë sëmundje të zgjatura, nuk zgjidhen në mënyrë spontane, dhe rrallë shërohen plotësisht [Qendrat për Kontrollin dhe Parandalimin e Sëmundjeve (CDC) 2003]. Psikologjikisht, megjithatë, përkufizimi i sëmundjeve kronike është kompleks: A përfundon së qeni një pacient me kancer kur trajtimi është përfunduar? Edhe pse shumica e hulumtuesve do të bien dakord se procesi i sëmundjes duhet të vazhdon të paktën disa muaj që të përkufizohet si sëmundje kronike, kuptimi i "kronikes", qëndron në sytë e observuesit (Rabin, Leventhal, Goodin, 2004). Mirëpo në përgjithësi sëmundjet kronike janë me progresion të ngadalshëm, më kohëzgjatje të gjatë dhe të cilët kërkojnë para se gjithash trajtim mjekësorë.

Shumica e sëmundjeve kronike mbajnë potencialin të përkeqësohet shëndeti i përgjithshëm i pacientëve duke kufizuar kapacitetin e tyre për të jetuar mirë, produktivitetin dhe kënaqësinë nga jeta dhe janë kontribues të mëdhenj në kostot e shërbimit shëndetësorë (Devins, 1983). Në grupin e këtyre sëmundjeve bëjnë pjesë: kanceri, sëmundjet e zemrës, diabeti, sëmundjet e zorrëve, alergjitë, HIV-i, sëmundjet e veshkave, sëmundjet renale dhe sëmundjet e sistemit nervorë qendrorë.

Devins me b.p (1983) pohojnë se sëmundja kronike prish jetën e një individi duke ndikuar në mirëqenien e tij respektivisht cilësinë e jetës së tij. Mirëqenia psikosociale është kompromis i cili buron nga dy kufizime: duke reduktuar performancat pozitive për marrjen pjesë në aktivitete me vlerë dhe ndjenjë të kontrollit personal dhe duke kufizuar aftësinë për të marrë rezultate pozitive dhe për të shmangur ato negative. Në kontekstin e sëmundjeve kronike cilësia e jetës lidhur me shëndetin është studiuar si një rezultat primar ose sekondar. Cilësia e jetës lidhur me shëndetin është një masë e rëndësishme e cila vlerëson ndikimin e një sëmundje dhe efektet e ndërhyrjes mjekësore, pra, një përmirësim i cilësisë së jetës është konsideruar të jetë rezultat thelbësorë primar dhe përcaktues i përfitimit terapeutik (Staquet, 1998).

2.1.1.Faktorët e rrezikut

Përveç faktorëve të pa modifikueshëm si: mosha, trashëgimia, gjinia, Organizata Botërore Shëndetësore (2002) ka raportuar rrezik faktorët për zhvillimin e sëmundjeve kronike të cilët mund të modifikohen duke u bazuar kryesisht në stilin e jetës së tyre. Sjelljet që zakonisht theksohen si të përfshira në etiologjinë e sëmundjeve kronike janë: mungesa e aktivitetit fizik, dieta e dobët (obeziteti), pirja e duhanit (Blaxter 1990; Doyle 2001) gjithnjë e më shumë pija e tepruar (Blaxter 1990; Burke et al. 1997), hipertensioni, ekspozimi ndaj situatave stresuese. Stilet e jetës janë sisteme të (sjelljes) zgjedhjeve nga alternativat e mundshme për njerëzit, sipas rrethanave socio-ekonomike dhe lehtësinë me të cilën midis tjerave të zgjedhin më të sigurtat (OBSH 1986). Ky definicion i hershëm i “stilit të jetës” njih elementin kontekstual të zgjedhjes dhe si zgjedhja mund të kufizohet nga faktorët individual jashtë kontrollit. Vlerat kulturore dhe

besimet formojnë praktikat e sjelljes të cilat ose pengohen ose inkurajohen nga kushtet specifike socio-ekonomike. Të dy këta autorë mbajnë qëndrim të njëjtë për stilin e jetës si një sistem sjelljesh (OBSH 1896; Dean b.p 1995).

Mungesa e aktivitetit fizik- kohët e fundit komuniteti mjekësorë dhe psikologët e shëndetit kanë kthyer vëmendjen e tyre drejt rolit të ushtrimeve fizike në gjendjen mendore dhe fizike të shëndetit. Gjithnjë e më shumë njerëzit në mënyrë të vetëdijshme vendosin që të merrem me aktivitete fizike për mirëmbajtje të shëndetit. Ushtrimet e rregullta fizike janë preventivë për paraqitjen e sëmundjeve koronare të zemrës, ndërsa te sëmundja e diabetit aktiviteti fizik : rit ndjeshmërinë e receptorëve membranorë që të përshpejtojnë sasinë më të madhe të glukozës; harxhon glikogjenin në mëlçi dhe me këtë rast përgatit vend për ruajtjen e glukozës. Përmes ushtrimeve fizike trupi harxhon kalori, përmirësohet forca muskulare, ruajnë stabilitetin e kockave dhe humbjen e kalciumit te gratë në menopauzë.(Misigoj,1999) aktiviteti fizik konsiderohet edhe si kontroll i vetvetes me ç'rast e risin edhe vetë-respektin dhe besimin në vete te personi (Matthews me b.p,1998).

Pirja e duhanit-është faktorë i pavarur për zhvillimin e sëmundjeve të zemrës, sëmundjeve te frymëmarrjes, diabetit, kancerit. Me shtimin e numrit të cigareve në ditë ritet edhe më shumë shprehia e duhanpirësit me ç'rast rrezikohet inhalimi i rrugëve të frymëmarrjes gjë e cila është faktorë rreziku në masë të madhe për sëmundjet kardiovaskulare. (Kickbusch,1993). Përbërja e tymit të duhanit shkakton dëmtimin e mureve të enëve të gjakut. Është e njohur se tymi i duhanit përmban më tepër se 4.000 kimikale të ndryshme. Më e njohur nga ata është nikotina i cila ndihmon në ngritjen e presionit të gjakut, këta faktor shkaktojnë kompresionin e zemrës në enët e gjakut.

Konsumimi i alkoolit- pasojat e konsumimit të alkoolit nuk varen vetëm nga sasia dhe frekuencat e konsumimit por edhe nga faktorë tjerë si mosha, gjinia, statusi shoqërorë, predispozicioni gjenetik dhe prania e sëmundjeve të tjera. Marrëdhënia në mes konsumimit të alkoolit dhe pasojave të tij nuk është ende mirë e njohur pasi që nuk ka kufi të qartë në mes jo rrezikut dhe rrezikut të konsumimit të alkoolit. Sa i përket marrëdhënies në mes alkoolit dhe sëmundjeve të zemrës mendohet se sasia ditore e konsumimit të alkooli zvogëlon formimin e depozitave yndyrore në arteriet koronare, mirëpo nëse kjo teprohet në masë të madh njëkohësisht pengon qarkullimin e gjakut në arterien koronare. (Manfredo, Layari, 1996). Alkooli shkakton ngritjen e tensionit të gjakut. Konsumimi i rregullt i alkoolit shkakton dështim kronik të zemrës. Zemra bëhet tepër e dobët në funksionimin e saj si „pompë“ që rezulton me dëmtimin e organeve të tjera për shkak të mungesës së oksigjenit. E njohur është se konsumimi i shumë pijeve alkoolike shkakton dëmtimin e mushkërisë së zezë, i vret qelizat e trurit dhe e zmadhon rrezikun e kancerit të gojës, të sistemit të tretjes, të fytit, të zorrës së trashë, mushkërive të bardha dhe të gjirit.

Dhjamosja- është grumbullimi tepër i yndyrave të trupit. Në përgjithësi dhjami duhet të përbëjë 20-27% të lëkurës së trupit të gratë dhe 15-20% të burrat. Kur pesha e trupit është në shkallë 20% mbi peshën ideale atëherë konsiderohet mbipeshë, ndërsa kur kalon shkallën e mbi 20% konsiderohet dhjamosje. Dhjamosja është faktorë rreziku për shumë çrregullime, si pasojë e saj shkaktohen rreziqe të tjera si presioni i gjakut dhe niveli i kolesterolit në plazma. Kjo, është e shoqëruar me arteriosklerozën, hipertensionin, disa forma kanceri, etj. Si pasojë e çuarjes në sëmundje kronike (veçanërisht sëmundjet kardiovaskulare, diabetit dhe sëmundje të veshkave) dhjamosja bëhet bartës i mortalitetit të hershëm (Simo, 2000).

Stresi, faktorë rreziku - Rezultatet e hulumtimeve të reja tregojnë që stresi kronik dhe stili individual i tejkalimit të stresit siç është armiqësia, rëndësishëm kontribuojnë në zhvillimin e sëmundjeve kronike, por gjithashtu edhe stresi akut, ndjenjat negative dhe rritja e menjëhershme e aktiviteteve ose ngarkesës, mund të kontribuojnë në shfaqjen e prishjes së papritur trupore siç mund të jetë infarkti i miokardit. Veprimi afatgjatë i stresit mund të na sjell deri te sëmundjet somatike ku ndodhin dëmtime të përhershme të organeve dhe vështirësitë e përhershme somatike siç janë: hipertensioni, sëmundjet kardiovaskulare, reaksionet alergjike, të thatit në lukth, rezistencë e zvogëluar e sistemit imunologjik. Element i rëndësishëm paraqet edhe zhvillimi psikoseksual i personaliteti, pasi që përvojat e para janë të rëndësishme për zhvillimin e modelit jetësorë, mënyrën e kërkimit të kënaqësisë, mënyrën se si personi do ti shprehë frustracionet, dashurinë, urrejtjen, etj. Domethënë personaliteti i njeriut, konstitucioni i tij, herediteti, struktura e sistemit psikologjik, mjedisi social dhe faktori sëmundje janë gjithmonë në interaksion. Gjatë sëmundjeve kronike faktori stresogjen, respektivisht problemi ekziston një kohë të gjatë, po ashtu frustracionet e shumta, nevoja e pakënaqur, aksiozitetit, impulset agresive seksuale kanë prejardhjen e tyre nga fazat zhvillimore të hershme të personalitetit. Nëse problemet qëndrojnë të pazgjidhura për një periudhë të gjatë, ata shkaktojnë simptome fizike të cilat më tutje mund të zgjerohen si lezionet të rënda të organeve (Berger, 1997). Simptomat psikike të cilat mund të zgjasin një kohë të gjatë mund të eliminohen dhe transformohen në simptome fizike. Ndërkaq problemet e shtypura janë të pranishme vetëm si vështirësi somatike kronike të cilat paraqesin mbrojtje nga realizimi se problem origjinal është i natyrës psikike.

Nuk ekziston një përgjigje e thjeshtë në atë se a shkakton stresi sëmundje, megjithatë lidhjet midis stresit dhe sëmundjes janë shumë komplekse dhe nga fakti që ndikohen dhe nga një numër i konsiderueshëm faktorësh të tjerë siç mund të jenë:

Modelet e marrëdhënieve midis stresit dhe sëmundjes- Stresi mund të ketë ndikim direkt ndaj sëmundjes. Ai mund të prodhojë ndryshime psikologjike që caktojnë edhe zhvillimin e sëmundjes, por jo çdo njeri i ekspozuar ndaj të njëjtit stres mund t'i zhvillohet patjetër sëmundje. Kjo ndodh sepse faktorët individual mund të ndërhyjnë në shtigjet që ekzistojnë midis stresit dhe sëmundjes. Disa njerëz mund t'i kundërvihen stresorëve që në fillim, para se të jetë bërë ndonjë dëm psikologjik ose fiziologjik. Disa të tjerë që nuk e ndjejnë veten se nuk janë mirë, të bëjnë ushtrime fizike, të flenë. Për të ekzaminuar rolin negativ në ekspertizën e stresit, Watson dhe Penbaker (1987) kompletuan një hartë të plotë në lidhje me ndikimet negative të stresit. Ata gjetën se ndikimet negative ishin të lidhura me shëndetin e njeriut, me proceset biologjike dobësimin, shëndoshjen etj. Autorët konkluduan se ndikimet negative duhet të trajtohen gjerësisht dhe janë faktorë që ndikojnë në lidhjet midis stresit dhe sëmundjes, megjithatë të tjerë mendojnë se këto kërkime duhen zgjeruar. Ky model u referohet dy tipeve të njerëzve dhe mënyrës se si i interpretojnë dhe përjetojnë ngjarjet. Njerëzit që i interpretojnë keq ngjarjet, duke iu referuar cilësive të tyre të brendshme, negative, kanë gjasa shumë më të mëdha për atakim nga ndonjë sëmundje në krahasim me tipin e dytë të njerëzve të cilët varësisht se çfarë situatë stresante mund të ju kanoset nga jashtë ato arrijnë të përballen duke iu referuar cilësive të brendshme pozitive, duke i dhënë kahje të mirë ngjarjes gjë e cila me automatizëm do të ndikojë në një shëndet më të mirë (Watson, Clark, 1984). Stresi po ashtu rrit edhe nivelin e kolesterolit në gjak dhe një sasi e madhe e kolesterolit mund të shpjerë te arterioskleroza, e cila e pakëson furnizimin e

zembrës me gjak, madje dhe mund ti bllokojë e dëmtojë fatalisht arteriet e zembrës. Në gjendje stresi trupi humbet një element kimik i quajtur postasium i cili siguron funksionimin normal të muskulit të zembrës. Mungesa e tij bën që muskuli i zembrës të dobësohet shumë. Sasitë e tepërta të hormonit të adrenalines i kontraktjnë fibrat e muskulit të zembrës, dhe akoma më keq mund ti shkatërrojë ato. Si pasojë sinjalet elektrike në zembrës bëhen kaotike, zemra s'mund të ruajë më rrahjet normale të koordinuara, nis e rreh si e marrë, dhe ataku mund të ndodh. (Simo, 2008).

Drejtimi sjelljes shëndetit- modeli i relacionit stres-sëmundje nënkupton që stresi indirekt krijon sëmundje nga alternimi i shembujve të sjelljes personale. Ndarja apo divorci janë të njohura që krijojnë ngjarje stresante, të cilat prodhojnë substancën e modelit të jetës dhe shqetësimet emocionale, (Bloom, Asher dhe Wlrite, 1978). Nga ky stres bashkëshorti mund ti drejtohet konsumimit të alkoolit, duhanit, pagjumësisë dhe në qoftë se shtrirja e zakoneve shëndetësore janë ndryshuar nga stresi sëmundja mund të jetë konsekuente. (Wicken, Ward, 1981).

Drejtim i sjelljes së sëmundjeve- kërkimet evidentojnë se njerëzit nën stres janë më tepër të predispozuar të përdorin ndihmën mjekësore se sa njerëzit që nuk ndodhen në stres (Gortmarkes, Eckemrade, Gore, 1982). Sjelljet e sëmura sjellin efekte sekondare në formën e vëmendjes, lirisë dhe përgjegjësitë e padëshiruara dhe kështu ato vetë krijojnë një rrugë sëmundje.

Ekzistojnë të paktën dy rrugë të cilët shpjegojnë se si me saktësi stresi mund të shkaktojë sëmundje: E para, kur ne përjetojmë stres, zemra, mushkëritë, sistemi nervorë dhe sistemet tjera psikologjike detyrohen të punojnë më fortë. Trupi i njeriut nuk është i ndërtuar të ekspozohet për periudha të gjata ndaj ndryshimeve të fuqishme biologjike,

që shoqërohen me alarm dhe mobilizim; kështu që kur stresi është i zgjatur, ne kemi më shumë gjasa të provojmë një lloj çrregullimi fizik (Cohen, Janicki, Miller, 2007). E dyta, stresi ka ndikim të fuqishëm negativ mbi sistemin mbrojtës të organizmit dhe stresi i zgjatur mund të shkatërrojë aftësinë e organizmit për të mbrojtur veten nga sëmundjet. Në mënyrë të tërthortë, stresi mund të çojë edhe drejt sjelljeve të dëmshme si pirja e duhanit, pirja alkoolit, të ngrënit e tepërt apo dhënia pas ushqimeve, moskryerja e ushtrimeve të mjaftueshme dhe shmangja e kontrolleve të rregullta mjekësore, që nga ana e tyre mund të çojnë në sëmundje dhe keqësim të përgjithshëm të shëndetit (Morris, 2008). Fizikisht stresi është shtimi i prodhimit të adrenalinit në trup për të bërë të mundur një përgjigje të shpejtë në situata të veçanta. Ritmi i zemrës dhe presioni i gjakut rriten dhe shtohet glukozja për të lejuar një veprim të shpejtë, kjo vjen nga përgjigja luftarake apo e menjëhershme e zhvilluar te paraardhësit tonë për të trajtuar situatat e rrezikshme.

Si pasojë e gjithë kësaj argumentohet se stilet e jetës të lidhura me shëndetin mund të definojnë si zgjedhje sjelljeje të bëra nga individët për ngrënie, aktivitetin fizik, pirjen e alkoolit, pirjen e duhanit, drogën dhe ekspozimin ndaj situatave stresante. Duke i mbledhur bashkë setin e sjelljeve që kontribuojnë në etiologjinë e sëmundjeve kronike si rezultat i stilit të jetës nuk arsyetohet subdisiplina e psikologjisë së stilit të jetës. Megjithatë, është e mundur që të argumentohet bashkërisht se sjelljet e stilit të jetës ndajnë më shumë mes veti se sa aftësia e tyre për të shkaktuar sëmundje kronike (Kessler, Ustun, 1993).

Së *pari*, sjelljet e stilit të jetës kanë funksione të shumta; ato nuk janë thjeshtë ose kryesisht të fokusuara në shëndetin. Sjelljet e stilit të jetës mund të përmirësojnë humorin; mund të përdoren si kopje strategji; ato janë shpesh të pëlqyeshme dhe luajnë

një rol të rëndësishëm në zhvillimin dhe rruajtjen e marrëdhënieve shoqërore. Së dyti, sjelljet e stilit të jetës janë të gjitha nën një shkallë kontrolli vullnetar, edhe pse kontrolli që individët kanë mbi zgjedhjet e stilit të jetës është i diskutueshëm dhe ka të ngjarë të ndryshojë gjerësisht nga konteksti në kontekst. Së treti, sjelljet e stilit të jetës janë të gjitha kronike në vend se akute. Zakonisht, individët do të praktikojnë modele të rregullta të këtyre sjelljeve dhe sjellja e tyre e ardhshme më së miri do të parashikohet nga zgjedhjet e bëra më parë. Së fundmi, sjelljet e stilit të jetës kanë shumicën e pasojave pozitive në të tashmen dhe shumicën e atyre negative në të ardhmen. Çdo ndryshim intervenimi sjelljeje të stilit të jetës si pasojë kërkon individët të jenë të orientuar kah e ardhmja. Kështu që, mund të argumentohet se sjelljet e stilit të jetës, edhe pse secila unike, ndajnë një grup faktorësh të përbashkët që i bashkon ata dhe tregojnë se principet e zakonshme teorike mund të përforcojnë etiologjinë dhe përparimin e këtyre sjelljeve.

2.1.2. Teoritë shpjeguese të shëndetit dhe sëmundjes

Është bashkërisht e pranueshme në tekstet mjekësore, sociologjike dhe psikologjike në mjekësinë Perëndimore se një model biometrik ose mjekësor i sëmundjes, ka qenë dhe është ende principi themelor pas praktikës (Scambler 2003). Në thelb, modeli mjekësor është individualist dhe redukcionist duke pretenduar se të gjithë sëmundjet mund të gjurmohen në mekanizmat specifike shkakore brenda personit (Turner 1987). Modeli specifik tradicional rrjedh nga teoria e sythit (fillesës) e cila merr si të mirëqenë se çdo sëmundje ka një shkak specifik. Modeli mjekësor mund të mbështesë ndarjen midis sëmundjes dhe gjendjes së keqe shëndetësore: sëmundja duke

qenë domeni i profesionistëve të shëndetit dhe gjendja e keqe shëndetësore domeni i pacientëve, familjeve dhe gjithnjë e më shumë, i shkencëtarëve shoqëror (Hanses , Easthope 2007).

Ndërkohë që është e ligjshme të diskutohet se modeli mjekësor i sëmundjes është dominant në praktikën mjekësore Perëndimore, bashkekzistojnë modelet tjera të sëmundjes dhe, gjithnjë e më shumë, sfidon ortodoksinë aktuale, duke ndikuar shëndetin dhe kujdesin ndaj shëndetit. Modelet mjekësore mjedisore, gjenetike, psikologjike dhe të stilit të jetës operojnë brenda mjekësisë (Hanses, Easthope 2007). Një nga temat e përbashkëta kyçe në mes këtyre modeleve alternative të sëmundjeve është e parandalueses në vend të shërimit. Kjo mund të shihet si rrezik ndaj profesionit të mjekësisë dhe kompanive tregtare që mbijetojnë nga shërimet e sëmundjeve. Parandalimi mund të ofrojë përparësi tregtare edhe pse ndoshta jo për të njëjtët lojtarë. Modelet gjenetike të sëmundjes janë të ngjashme me teorinë e mikrobrit e bazuar në modelet tradicionale të mjekësisë në të cilën shkaktari i sëmundjes konsiderohet të jetë i brendshëm. Edhe pse përgjigjet aktuale për rrezikun e identifikuar gjenetik janë shoqërore dhe thellësisht parandaluese, për shembull sikur konsulenti gjenetik të informojë planifikimin e familjes, dhe hulumtimi në mënyrë aktive përpiqet për zgjidhje shëruese (Collins, Green, Guttmacher& Guyer 2003).

Modelet mjedisore dhe të stilit të jetës ndryshojnë nga modelet mjekësore dhe gjenetike sepse sqarimet për sëmundjen janë të bazuara në procese sociale dhe jo në ato biologjike. Teoritë mjedisore të sëmundjes fokusohen në faktorë si artikuj të dobët ushqimor, hormonet mjedisore, rrezatimi diellor, ndotja, mjekimet, kimikalet, strehime, higjiena publike, dendësia e popullatës dhe mjedisi biologjik (Chavarria 2009; Hume-Hall 1990; Foster 1995). Modelet e stilit të jetës theksojnë rolin e zgjidhjes

individuale në sjelljen lidhur me shëndetin dhe theksojnë përgjegjësinë personale, ato fokusohen në faktorë që konsiderohen të modifikueshëm në afat të shkurtër dhe kryesisht kanë pasoja afatgjate; në këtë mënyrë ata janë të drejtuar kah e ardhmja, me theks në rruajtjen e shëndetin dhe parandalimin e sëmundjes. Kështu që është modeli më pozitiv i sëmundjes me potencial për individët që të marrin në dorë kontrollin e shëndetit të tyre.

Një rritje e pranimi të modelit të sëmundjes të stilit të jetës krijon shtypje për ndryshim në shtyrjen e theksit jashtë praktikave shëruese drejt promovimit të shëndetit dhe shëndetit publik. Modelet e sëmundjes të stilit të jetës nuk janë të reja por gjatë shekullit të 19-të dhe shekullit të 20-të u përfshinë në betejën për kontrollin e sëmundjeve infektive që shqetësuan shoqëritë industriale në zhvillim. Gjatë shekullit të 20-të sëmundjet infektive rranë, dhe një histori se si kjo ndodhi mund të gjendet në tekstin klasik të McKeown (1979), dhe sëmundjet kronike me përcaktues sjelljeje dhe shoqërore u rritën, pjesërisht si funksion i popullsisë së vjetruar dhe pjesërisht si rezultat i ndryshimit të stilit të jetës. Janë po këto parametra ndryshues demografik dhe të sëmundjes që kryesisht kanë nxitur rritjen e modelit të sëmundjes të stilit të jetës. Megjithatë, epidemiologjia, zhvillimi i një shoqërie rreziku, ekonomitë e kujdesit shëndetësor dhe konsumizimi gjithashtu kanë kontribuar në ndryshimin e theksit për shëndetin dhe kujdesin shëndetësor. Epidemiologjia është studimi i shpërndarjes dhe përcaktuesve të dukurive të sëmundjes dhe rezultatit të tyre në njerëz (Hansen, Easthope, 2007) dhe tradicionalisht ka investiguar përhapjen e sëmundjeve infektive. Epidemiologët e interesuar në sëmundjen kronike zakonisht përvetësojnë një rrjet qasjeje shkaktarësh të cilët konsiderojnë që sëmundja kronike është rezultat i një bashkëveprimi kompleks ndryshoresh. Përgjithësisht, faktorët shoqëror si pabarazia

socio-ekonomike, kushtet e jetesës dhe punësimi konsiderohen të jenë shumë larg dhe jo specifike për tu përfshirë në analiza epidemiologjike (Remennick,1998) kështu që epidemiologët janë fokusuar në shkaqe më të përafërt të sëmundjes si mungesa e ushtrimeve, duhani, dieta dhe rreziqet e mjedisit (McKinlay,1993).

Si përgjigje për argumentet se qasja e stilit të jetës e faktorit rrezik dhe edukimit shëndetësor po dëmtohet, politikëbërësit e shëndetit publik të të gjithë niveleve kanë bërë deklarata për zgjerimin e definicionit mjekësor të stilit të jetës që të llogarisë natyrën shoqërore të sjelljes të stilit të jetës (Ashton, Seymour,1988). “Shëndeti i ri publik” siç është shpikur, pretendon të zëvendësojë ndryshimin individual në sjellje duke e arritur me edukimin në favor të nxitjes së aftësive dhe krijimit të mjediseve mbështetëse për njerëzit (Ashton,1988 & McPearson 1992). Shëndeti i ri publik operon sipas kuptimit bio-psiko-social të shëndetit i cili kërkon që edukimi dhe ndryshimi i stilit të jetës të jenë pjesë e politikës së përgjithshme publike, vendi i punës dhe edukimi, të pakufizuara për fushatat promovionale të shëndetit (O’Connor, Parker 1995). Modeli i stilit të jetës i sëmundjes në vend që të jetë individualist mund më së miri t’iu bëjë të mundur individëve të marrin në dorë kontrollin e shëndetit dhe të ndikojnë politikën që t’jua bëjë të mundur atë. Nëse largohemi nga qasja e promovimit të shëndetit drejt sjelljes së stilit të jetës drejt zhvillimit të “aftësive jetësore” të njerëzve atëherë duhet një bazë e shëndoshë në psikologjinë e stilit të jetës. Për të lëvizur nga dituria në aftësinë për të ndryshuar sjelljen nevojitet një qasje psikologjike.

Sëmundjet kronike që ndërlidhen me stilin e jetës: Doyle (2001) propozon se gjashtë sëmundjet kryesore që ndërlidhen me stilin e jetës janë: sëmundja koronare e zemrës, kanceri në mushkëri, kanceri i zorrës së trashë ,sëmundja pulmonare obstruktive dhe diabeti. Arsyeimi për përfshirjen e tyre është se ato gjurmohen kryesisht në jetesën

e pakujdesshme (Doyle 2001). Derisa Lloyd, Foster, Lloyd (2006) dhe Wanless (2004) dakordohen me Doyle (2001) në zgjedhjen e këtyre sëmundjeve duke mundur të quhen sëmundje të stilit të jetës, autorët tjerë do ta zgjeronin grupin e këtyre. Për shembull, Departamenti i shëndetit (1999), përdor termin mbulues (ombrellë) të sëmundjeve kardiovaskulare për t'iu referuar anginës, sulmit në zemër, infarkt, zhurmave të zemrës, ritmit të parregullt të zemrës, “problemet tjera të zemrës”, shtypjes së lartë të gjakut ose diabetit. Mund të konkludohet se sëmundjet kardiovaskulare të definuar sipas Departamentit të Shëndetit (1999b), disa parregullsi në frymëmarrje dhe disa kancer kanë komponentin e sjelljes në etiologjinë e tyre dhe është e drejtë të quhen sëmundjet e stilit të jetës. Petroviç me b.p (2011) hulumtuan stilin e jetës dhe ndikim e tij te pacientët me sëmundje koronare të zemrës. Nga rezultatet e tyre u raportuan se 69 % e pacientëve kishin qenë gjatë kohë në ndikim të stresit, 44% kishin qenë duhanpirës, 43% e pacientëve nuk kishin pasur aktivitete fizike, 23.33% kishin konsumuar ushqim jo të shëndetshëm dhe 16% probleme me hipertensionin. Autorët më pas kishin bërë një analizë në mes pacientë me këtë stili jete dhe ndikimit të sëmundjes si pasoje e stilit të jetës në cilësinë e jetës së pacientëve, dhe rezultatet treguan për cilësi jete shumë të ulët edhe atë në veçanti 1 muaj pas sëmundjes koronare të zemrës.

2.1.3.Prevalenc e SKZ dhe DM

Të dhënat statistikore na tregojnë për një numër të madhe të pacientëve që paraqiten ne spitalin e Tetovës me sëmundje koronare të zemrës dhe diabet. Në vazhdim do të raportojë të dhënat për regjistrimin e pacientëve gjatë vitit 2013 dhe 2014 të cilët të dhëna janë marë nga Spitali Klinik i Tetovës, gjegjësisht nga njësi për shëndet publik, (fletëraportimin mund ta gjeni te shtojca, fq...). Të dhënat të cilët vihen re në tabelën 3.1 janë raste të cilët janë regjistruar gjatë viteve 2013/2014, d.m.th raste të reja të sëmundjeve.

Tabela 2.1 Prevalenca e SKZ dhe DM gjatë viteve 2013/14 në Qytetin Tetovës

Lloji i sëmundjes	Viti 2013	Viti 2014
SKZ	699	1170
Infarkt i miokardit	111	135
Angina Pektoris	588	1035
Diebet Mellitus	294	324
Tip 2	262	314
Tip 1	32	10

2.2. Sëmundjet koronare të zemrës

Sëmundja koronare e zemrës është një term i përgjithshëm me të cilin nënkuptohen sëmundjet e shkaktuara nga arteroskleroza, ngushtimi i arterieve koronare të cilat e furnizojnë zemrën me gjak. Ngushtimi është pasojë e shtresimit të substancave yndyrore përgjatë mureve të arterieve dhe në varshmëri nga shkalla në të cilën shfaqen, qarkullimi i gjakut, materiet ushqyese dhe oksigjeni, pjesërisht ose tërësisht pengohet.

Blokada e përkohshme ose e pjesërishtme e qarkullimit shpesh shkakton dhimbje iskemike në gjoks që mund të shtrihet deri në duar – gjendje e quajtur angina pectoris. Arterioskleroza mund të shkaktojë edhe pengesa serioze. Ngushtimi i arterieve sjell deri te bllokimi i qarkullimit me depozitues pengues ose me grutka. Bllokada serioze dhe e tërësishme e qarkullimit të oksigjenit dhe materieve ushqyese deri te muskuli i zemrës (miokardi) mund të shkaktojë vdekje e ndonjë pjese të saj. Gjendja e tillë quhet infarkt i miokardit ose sulm në zemër dhe pa ndihmën e shpejtë, shpesh herë përfundon me vdekje (Bahn, Dietmar, 1997).

Në bazë të kërkimeve të shumta epidemiologjike të realizuara në dyzet vitet e fundit, janë ndarë faktorët specifik të rrezikut në krijimin e sëmundjeve të zemrës. Mendohet se mundësia për shkaktimin e sëmundjes rritet me numrin e faktorëve të rrezikut në rastet individuale. Disa prej tyre, siç janë mosha e plakur, gjinia, përkatësia racore dhe anamneza familjare, janë jashtë kontrollit të modifikimit. Arterioskleroza, për shembull, progreson me pleqërinë dhe vlerësohet se pothuajse gjysma e të sëmurëve nga insuficiencia koronare e zemrës i takon grupmoshës së vjetër mbi 65 vjeç (Gatchel, Baum, Krantz, 1989). Sëmundja e zemrës është më e shpeshtë te meshkujt se sa te femrat, në veçanti në fazën e re të jetës. Fenomenet e tillë lidhen me nivelin më të lartë të kolesterolit (lipoprotein me dendësi të madhe) te femrat deri te menopauza, e cila suprimon tip patogjen të kolesterolit (lipoprotein i dendësisë së vogël). Niveli më i madh i kolesterolit te femrat e reja, lidhet me nivelin e lartë të ekstrojenit, hormonit seksual femëror për të cilin mendohet se vepron si mbrojtës, qetëson aktivitetin e simpatikusit dhe ul shtypjen e gjakut si reagim fiziologjik i stresit (Lerner, Kannel, 1986). Rezultatet e studimit tregojnë rritje të rëndësishme të sëmundjeve kardiovaskulare te femrat pas menopauzës (Taylor, 1995). Një numër i madh e femrave

gjatë menopauzës fiton edhe në peshë, që gjithashtu mund të ndikojë në rritjen e shtypjes së gjakut, nivelit të kolesterolit dhe triglicerideve në gjak, si faktorë rreziku për paraqitjen e sëmundjeve të zemrës. Në të njëjtën kohë, eksperiencia tregon se madje edhe personat të cilët i takojnë grupeve të rrezikut të madh duke ditur praninë e më tepër faktorëve të rrezikut të cilët nuk ju nënshtrohen kontrollit, mund rëndësishëm të zvogëlojnë gjasat për paraqitjen e sëmundjes te ata personalisht, me modifikimin e disa shprehive dhe sjelljeve të cilët nga vetja janë të rrezikshme. Midis tyre janë pirja e duhanit, pesha e madhe (obeziteti) të jetuarit të jetës me diabet të parregulluar, ushqimi i gabueshëm, stresi dhe pak aktivitete fizike (Taylor,1995 ; Pitts, Phillips, 1993).

2.2.1 Llojet e sëmundjeve koronare të zemrës

Me zhvillimin e teknologjisë dhe mjekësisë në shekullin e XX, u mundësua njohuri dhe ndarje të reja të sëmundjeve koronare të zemrës, ku bëjnë pjesë:

- parainfarkti
- infarkti akut i miokardit
- angina pectoris

2.2.1.1. Infarkti i miokardit

Infarkti i miokardës është shumë çrregullim serioz i cili për fat të shpesh përfundon në mënyrën më të keqe vdekjeprurëse. Shkalla e vdekshmërisë së lartë disa thonë se është në lidhje me ndihmën mjekësore që shpesh iu jepet me vonesë, disa orë por edhe ditë pas sulmit në zemër. (Taylor,1995). Në gjysmën e rasteve të infarktit të

miokardi nuk mund saktësisht të përcaktohet shkaktari , ndërsa në 50% të rasteve shkaku i atribuohet specifikisht stresi mendor ose fizik (Gwirtz, Canon, 2008). Infarkti paraqet nekrozë ishemiike të miokardit e shkaktuar nga ndalesa e menjëhershme e qarkullimit koronar. Më se shpeshti arsyeja e ngushtimit të një arterie koronare është arteroskleroza në të cilën lidhet tromb i cili sjell deri te ngushtimi i plotë i arteries koronare. Te 20% të të sëmurëve me infarkt akut të miokardit nuk ka ndryshime opstruktive të arteries koronare prandaj mendohet se rol kryesorë te këto ka spazma e arteries koronare. Karakterizohet me dhimbje gjoksi që zgjatë më shumë se 15 minuta dhe zakonisht është e lokalizuar pas sternumit në gjithë pjesën e pas zemrës. Shpeshherë dhimbja zgjerohet kah krahu i majtë, duke u përhapur nga qafa dhe shpina, dhimbja është e thellë dhe përshkruhet si “shtrëngim si djegie”, “shpuarrje me thikë” etj. Dhimbja zakonisht është me intensitet konstant por shpesh fillon edhe ndalon, mund të jetë e shoqëruar edhe me ndjenjën e dobësisë, marramendjes, djersitjes, shqetësimit, por mund të shoqërohet edhe me vjellje, gërdi, shtypja e gjakut në fillim është e lartë por më vonë mund të stabilizohet, paraqitet tahilalija si rezultat i insuficiencës në zemër (Theorell,1974).

Të kuptuarit e personit se ka pasur infarkt mundet të shkaktojë pasoja të shumta psikologjike, frikë intensive nga vdekja, pagjumësi, anksozitet (ankth) kronik, depresion .Gjatë fazës akute të infarktut të sëmurët me të drejtë hospitalizohen, në njësinë koronare, të rrethuar me një numër të madh të aparateve, të monitorëve për përcjelljen e vazhdueshme të punës së zemrës. Edhe pse kushtet e këtilla natyrisht provokojnë ndjenjat negative dhe frika, studimi tregon se gjatë fazës akute të infarktut miokard pjesa më e madhe e të sëmurëve me ndihmën e strategjisë së mohimit arrin ta mbizotërojë stres dhe relativisht mirë neutralizon ankthin (Guler , Schmid , Wiedemar,

Saner & Schnyder, 2009). Studimi tregon se në kushte të këtilla specifike jetësore më mirë iu adaptohen personat të cilët kanë mbështetjen sociale të familjes. Në bazë të rezultateve të studimit, efektet pozitive të mbështetjes sociale të reduktimit të stresit dhe përjetimeve të humbjes dhe kanosjes, posaçërisht janë theksuar në gjashtë muajt e parë pas largimit nga spitali (Taylor, 1995). Mekanizmi i parë mbrojtës që paraqitet pas infarkt të miokardit është refuzimi i sëmundjes. Ky reaksion paraqitet menjëherë pas sëmundjes dhe zgjatë prej 24 deri në 48 orë, i sëmuri refuzon të besojë atë çka i ka ndodhë, e zvogëlon seriozitetin e simptomave të sëmundjes. Ky reaksion i pacientit shpesh është pengesë që ai të drejtohet te profesionistët për ndihmë të mëtejme. Nga ata të cilët kanë përjetuar infarkt miokarde gjatë rehabilitimit dhe pas tij, pra pritët shumë, filluar nga ndryshimet në sjellje e deri te mënyra të ndryshme të mënyrës së jetës të cilat kanë ekzistuar para sëmundjes, por edhe shumë kufizime. Pra nga këto ndryshime siç është shmangia dhe mbizotërimi i suksesshëm i stresit por edhe të atyre që kanë të bëjnë në funksionimin profesional, nuk është lehtë të arrihen (Gyck, Arbor, Dickinson, Neas, & Schellbase, 2009)

2.2.1.2 Angina Pectoris

Angina mund të jetë e shkaktuar nga furnizimi i pamjaftueshëm i muskulit të zemrës me gjak dhe oksigjen. Trupi, në këtë mungesë të oksigjenit përgjigjet me dhimbje në gjoks, duar, shpatulla dhe qafë. Disa njerëz gjithashtu ndjejnë se ju ndalet fryma, lodhje, djersitje, marramendje dhe vjellje. Më së shpeshti është e shkaktuar me ngushtim të arterieve koronare. Ngushtimi është për shkak të pezullimit në murin e arterieve. Në kohën e anginës, kohë pas kohe nuk ka gjak dhe oksigjen të mjaftueshëm

që arrijnë në pjesën e muskulit të zemrës. Në kohën e inafkstit të zemrës ngushtimi gjegjësisht e bllokun arterien e zemrës, duke e penguar gjakun me oksigjenin të rrjedhë drejt pjesëve të muskulit të zemrës, që mund të sjellë deri në shkatërrimin e të njëjtit. (Solomon, Gersh, 1998). Ka tri karakteristika prej çka dallohet angina pektoris nga infarkti akut i miokardit, ato janë: angina pektoris zakonisht ndodhë si rezultat i stresit emocional por ama tërhiqet ose ndalon pas disa minutave pushim. Viktima nga infarkti i miokardit vazhdon të ndjejë dhimbje edhe pas pushimit. Realisht, dhimbja në gjoks pas së cilës rezulton infarkti i miokardit mund të zgjatë prej 30 minuta deri në disa orë, për dallim nga dhimbja tek angina e cila zgjat më shkurtë (3 deri në 10 minuta). Si vlerësohet dhimbja në gjoks? Dhimbja në gjoks mund të vlerësohet në disa mënyra të ndryshme, por më së shpeshti mjeku bën EKG (elektrokardiogram), i cili test e vëzhgon aktivitetin elektrik të zemrës dhe i ndihmon mjekut që të vlerëson nëse gjendja e pacientit është angina pektoris apo infarkt akut i miokardit. Testet tjera të cilët i bën mjeku për ta vlerësuar dhimbjen e pacientit në gjoks janë: stres testi, skan nuklear, ehokardiogram (Custovic, 1999).

2.2.2. Personaliteti i prirur (predispozuar) koronar

Prej kohësh mjekët kanë dyshuar për një lidhje në mes 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 mëtejme për sjelljen emocionale dhe sëmundjes së zemrës deri më 1950. Një numër i madh studimesh janë bërë, për shembull me njerëzit që shfaqin sjellje të tipit A, që lidhet me ato të cilët reagojnë ndaj ndodhjeve të jetës me padurim, armiqësi,

garë, urgjencë dhe me përpjekje të vazhdueshme (Friedman & Rosenman, 1975). Një lloji i veçantë i sjelljes i quajtur Sindroma e sjelljes së tipit A është një faktorë rreziku për sëmundjet koronare të zemrës (Regland, 1988). Është vënë re se burrat e tipit A rrezikohen dyfishë më shumë se sa ato të tipit B (Lovallo, Pincomb, Sung, Everson, Passey & Wilson, 1991). Sëmundjet e zemrës midis tyre edhe infarkti i miokardit janë shkaktarë i vdekjes në shumë vende të botës. Ka edhe faktorë të tjerë që ndikojnë në shëndetin si dieta, ushtrimet fizike, por me që këta faktorë s'japin efekt në rrezikun e sëmundjes së zemrës, kërkuesit janë fokusuar te tension i lartë dhe stresi në jetën e shumë njerëzve (Simo, 2000).

2.3. Sëmundja e diabetit

Diabetes Mellitus është njëra nga sëmundjet më të shpeshta në ditët e sotme. Sëmundja e diabetit është çrregullim metabolik me etiologji të shumëfishtë: kombinim kompleks i faktorëve gjenetik, bihevioral, psikologjik dhe social dhe në të njëjtën kohë ky grup i faktorëve ndikon në rrjedhën dhe rezultatet e sëmundjes. Diabeti mund të shkaktohet nga dëmtimi i pankreasit (viral ose bakterial) dhe qelizave që prodhojnë insulinën gjë që mund të çojë në një çrregullim autoimun. Ka një dyshim që faktorët psikologjik predisponojnë njerëzit të zhvillohet diabeti. Në mënyrë të veçantë depresioni i zgjatur ose ankthi mendohet se luajnë rol në këtë drejtim (Fisher, 2010). Personaliteti i diabetikut duhet të karakterizohet nga një vigjilencë e ulur, apati, tendencë hipokondriake, pasivitet dhe ndjeshmëri ndaj depresionit. Këto besohet se shkaktohen nga pasiviteti, maokizmi, konfliktet seksuale dhe varësia oral. Diabetiku duket se është i ndjeshëm ndaj efekteve të stresit. Megjithatë efektet e stresit në tipin e

parë të diabetit janë ende të pasigurta, është e sigurt që stresi mund të japë hiperglikemi, të paktë në studimet mbi kafshët dhe që është i rëndësishëm në kontrollin e sheqerit te diabeti i tipit të dytë (Dunbar,1943).

Diabeti karakterizohet nga ndjeshmëria e dy problemeve të sheqerit në gjak: hiperglikemia (nivel shumë i lartë i sheqerit në gjak) dhe hipoglikemia (niveli i ulët i sheqerit në gjak) kronike e kombinuar me çrregullim të metabolizmit të karbohidrateve, yndyrës dhe proteinave që rezultojnë nga defekte në sekretimin e insulinës, veprimet të saj ose të dy faktorëve së bashku. Simptomat më të shpeshta të sëmundjes janë; urinimi i shpeshtë, uri, etje, humbja e peshës, lodhje e shpejtë, problem me të pamurit, etj, (Kuzuya, Nakagawa, 2002).

2.3.1.Llojet e Diabetit

Diabeti mellitus ndahet në katër kategori kryesore: tip 1, tip 2, diabet mellitus i shtatzënisë dhe tipe të tjerë specifike të diabetit. Diabeti është klasifikuar në bazë të procesit patologjik që shkakton hiperglikemi, në kundërshtim me kriteret e mëparshme, të tilla si mosha e shfaqjes ose lloji i trajtimit. Dy kategoritë e mëdha të diabetit janë emërtuar si tipi 1 dhe tipi 2. Dy tipet e diabetit paraprihen nga një fazë homeostaze jonormale e glukozës ndërkohë që procesi patogjenik përparon. Rreth 5-10% e diabetikëve kanë diabet tip 1, kurse rreth 85% e tyre vuajnë nga diabeti tip 2, diabeti i llojeve të tjera është mjaft më i rrallë (Pickup, Williams, 2003).

2.3.1.1. Tipi 1 i diabetit

Është pasojë e ndërveprimeve të faktorëve gjenetikë, mjedisorë dhe imunologjikë, të cilët si përfundim shkaktojnë shkatërrimin e qelizave beta të pankreasit dhe deficiencën e insulinës. Tipi 1 i diabetit shkaktohet nga shkatërrimi autoimun i qelizave beta dhe te pjesa më e madhe e individëve, por jo te të gjithë, janë të pranishëm tregues të autoimitetit të drejtuar drejt ishujve. Disa pacientë përparojnë më shpejtë drejt diabetit klinik, ndërsa pacientët të tjerë përparojnë më ngadalë. Shenjat dhe simptomat klinike të diabetit nuk bëhen të dukshme derisa të jetë shkatërruar pjesa më e madhe e qelizave beta (80%). Në këtë pikë janë të pranishme qelizat beta por të pamjaftueshme për të ruajtur tolerancën ndaj glukozës. Ndodhitë që nxisin kalimin nga intoleranca ndaj glukozës te diabeti klinikisht i dukshëm lidhen me kërkesat e rritura për insulin. Në fazën e parë të sëmundjes nuk nevojitet insulin, sidoqoftë kjo fazë kalimtare e prodhimit endogjen të insulinës nga qelizat beta të mbetura mbaron kur procesi autoimun shkatërron qelizat beta të mbetura dhe individi bëhet krejtësisht insulinodeficient (Mason, 1995). Zakonisht preken moshat e reja (zakonisht nën 30 vjeç) dhe personat e dobët apo jo mbipeshë, dhe që nuk kanë histori familjare për diabet. Insulina jepet në rastet kur trupi nuk përgjigjet më ndaj mjekimeve tipike të diabetit.

2.3.1.2. Tipi 2 i diabetit

Insulino-rezistenca dhe sekretimi i insulinës janë në bazën e zhvillimit të tipit 2, megjithëse defekti parësorë është i diskutueshëm, shumë studime mbështetin pikëpamjen sipas së cilës insulinorezistenca paraprin një defekt sekretor të insulinës, por diabeti zhvillohet vetëm kur sekretimi i insulinës bëhet i papërshtatshëm. Zakonisht,

këta pacientë nuk kërkojnë të marrin insulinë që të mbijetojnë, por shpesh mund të kenë nevojë për të mbajtur nën kontroll gliceminë, zakonisht pas shumë viteve. Mekanizmat molekularë të tipit 2 diabetit nuk njihen saktësisht. Anomalitë gjenetike janë studiuar por suksemi ka qenë i vogël dhe nuk shpjegojnë ndjeshmërinë ndaj diabetit në shumicën e pacientëve. Por është e qartë që tipi 2 i diabetit është i lidhur ngushtë me obezitetin, jetën sedentare dhe stilin e jetesës të tipit perëndimor. Rritja dramatike e tipit 2 diabetit gjatë dy dekadave të fundit ka shkuar paralel me rritjen globale të niveleve të obezitetit. Obeziteti, veçanërisht ai visceral, dhe inaktiviteti fizik shkaktojnë rezistencë ndaj insulinës, që më pas rezulton në diabet në personat që kanë kapacitet të vogël për të rritur sekretimin e insulinës (Larson, Kronenberg, Melmed & Williams, 2003).

Incidenca e tipit 2 diabetit gjithashtu rritet me kalimin e moshës duke reflektuar uljen e aktivitetit fizik dhe masës muskulore; megjithatë, ndërsa incidenca rritet po kështu tipi 2 i diabetit po shfaqet në moshë gjithnjë e më të reja dhe nuk është më i pazakontë midis adoleshentëve. Tipi 2 i diabetit ka një komponent të fortë gjenetik, dhe personat që kanë të afërm të shkallës së parë me tipit 2 diabetit kanë 50% rrezik për ta shfaqur atë gjatë jetës. Bashkëveprimet mes sjelljes, sistemit qendror nervor dhe endokrin që mund të shkaktojnë defiçit imunitar është gjetja më fascinuuese në mjekësinë moderne dhe implikimet e tyre janë të rëndësishme për parandalimin dhe trajtimin e sëmundjeve somatike. Mekanizmat patofiziologjik të lidhur me rolin e ngjarjeve stresuese jetësore në shfaqjen e tipit 2 diabetit përfshijnë sindromin e nxitjes së hipotalamit me aktivizim paralel të boshtit hipotalam-hipofizë-gjëndër mbiveshkore dhe sistemit simpatik nervor, që çon deri te zhvillimi i anomalive endokrine, rezistencë insulinë dhe tipit 2 (Alberti, Zimmet, 1998). Tipi 2 i diabetit është sëmundje kronike, e vet-menaxhuar që dukshëm ndikon në jetën e pacientëve dhe familjeve të tyre. Sipas

modelit bio-psikologjik, fillimisht i propozuar nga Engel, mendja dhe trupi janë dy sisteme që janë të bashkëlidhur. Modeli ofron njohuri shtesë për atë se si sëmundjet kronike si diabeti ndikojnë në jetën e përditshme. Ky model bën dallim mes proceseve patologjike që shkaktojnë sëmundje që përfshijnë perceptimin e individit për shëndetin e tij/saj dhe ndikimin e mëvonshëm mbi shëndetin. Stresi dhe përballimi me diabetin mund të ndikojë në seriozitetin e sëmundjes në mënyrë të drejtpërdrejt, përmes proceseve pato-fiziologjike, ose në mënyrë indirekte përmes perceptimit të vet pacientit mbi sëmundjen duke përkeqësuar respektimin e terapisë dhe funksionimin ditor (Engel,1980).

2.3.2.Komplikacionet kronike të diabetit

Komplikacionet kronike të diabet melitusit prekin shumë sisteme organesh dhe janë përgjegjëse për pjesën më të madhe të sëmundshmërisë dhe të vdekshmërisë nga kjo sëmundje. Komplikacionet kronike mund të ndahen në komplikacione vaskulare dhe jo vaskulare. Komplikacionet vaskulare ndahen në komplikacione mikroangiopatike (retinopatia, neuropatia, nefropatia) dhe në komplikacione makroangiopatike (sëmundje e arterieve koronare, sëmundjet cerebrovaskulae). Komplikacionet e tipit jo vaskular përfshijnë problemet e tilla si për shembull, gastropareza, infeksione të lëkurës, humbje të dëgjimit.

Një meta analizë (De Groot,Anderson, Freedland, Clouse& Lustman, 2001) zbuloi se depresioni ishte i lidhur në mënyrë të konsiderueshme me retinopatinë diabetike, nefropatinë, neuropatinë, komplikimet makrovaskulare, dhe mosfunksionim seksual .Kështu, identifikimi dhe trajtimi i ankthit dhe depresionit klinik duhet të jetë

prioritet në trajtimin e diabetit. Megjithatë, identifikimi i këtyre çrregullimeve paraqet një sfidë për shkak të pranisë së simptomave të diabetit që janë të ngjashme në natyrë me simptoma të humorit. Risku për komplikacione kronike rritet në varësi të kohëzgjatjes së hiperglikemisë; ato bëhen të dukshme në dhjetvjeçarin e dytë. Lidhshmëria në mes të depresioni ,ankthit dhe komplikimeve sekondare që ndikojnë edhe në cilësinë e jetës së pacientit diabetik është e njohur që disa shekuj (Thomas, Jones, Scarinci, Brantley, 2003).

2.4. Cilësia e jetës, definicioni dhe teoritë

Në epokën e vazhdimin të rëndësishëm të jetës, viteve të fundit vërehet interesim i madh shkencor për cilësinë e jetës. Organizata shëndetësore botërore është në caqet e veta për realizimin e strategjisë “Shëndet për të gjithë”, përveç shprehjes “shtimi i viteve jetësore”, ka shtuar edhe shprehjen “shtoi jetën viteve”, që do të thotë që në qasjen e vet qenësore vlerëson jetë më të gjatë dhe cilësore. Definicioni shëndet si [“*mirëqenie e plotë fizike, psikologjike dhe sociale, por jo vetëm edhe mungesa e sëmundjes apo pafuqisë*”] (OBSH,1997;1) kanë hapur derën studiuesve të shumtë në cilësinë e jetës.

Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSH), cilësinë e jetës e definon si perceptim individual i pozicionit të saj në jetë në kontekst kulturor dhe sistemit të vlerave në të cilat ata jetojnë dhe në raport me qëllimet, pritshmërinë, standardet dhe shqetësimet e tyre. Ajo paraqet një koncept të gjerë që ndryshon në mënyrë të përshtatshme dhe komplekse nga ana e shëndetit fizikë të individit, gjendjen

psikologjike, nivelin e pavarësisë, marrëdhëniet shoqërore, bindjet personale dhe marrëdhënia e tyre ndaj karakteristikave të theksuara të rrethit jetësor (OBSH,1997).

Fels dhe Peri (1995) definojnë cilësinë e jetës si mirëqenie e plotë, e përbërë nga parametrat objektiv dhe të vlerësimeve subjektive, të mirëqenies fizike, materiale, shoqërore dhe emocionale, duke përfshirë shkallën e zhvillimit personal dhe të aktiviteteve të qëllimshme. Po ashtu mundë të gjejmë definicione të shumta dhe të ndryshme për cilësinë e jetës, sikurse edhe Milivojeviç, Arsiç, Milovanoviç, (2011;124), theksuan se: “Në literaturë mund të shohim se teoritikisht cilësia e jetës përfshin një spektër të gjerë të fushave, përfshirë këtu edhe funksionimin individual, shëndetësorë dhe psikologjik, mirëqenien psiko-sociale, rolin dhe funksionimin psikologjik, përkrahjen sociale, kapitalin e përbashkët social, mjedisin e jashtëm përfshirë këtu edhe strukturën politike të shoqërisë” duke vazhduar më tej, ata theksojnë se “ madje me gjithë këtë, kjo nuk është e gjitha që e përben cilësinë e jetës në tërësi”

Cumins (2000) thekson se cilësia e jetës përbëhet nga komponentët objektiv dhe subjektiv. Komponenti subjektiv në vete përmban 7 domena, edhe atë: kushtet jetësore, shëndeti i mirë emocional, riproduktiviteti, intimiteti, siguria dhe mjedisi. Ndërkaq komponenta objektive përfshin masa përkatëse kulturore të mirëqenies. Në cilësinë e jetës nuk mundemi të konkludojmë vetëm në bazën e treguesve objektiv. Kumins (Cummins, 1995) thekson se janë në situatë kushte të rënda sociale të jetës, dhe më vonë, përmirësimi i tyre vjen në vlerësimin e përmirësuar subjektiv të kualitetit të jetës, por në nivel të caktuar ajo lidhshmëri humbet.

Megjithatë, disa autor nuk pajtohen me atë se cilësia e jetës është vetëm kategori subjektive, kurse kjo sqaron shembuj se definicioni i cilësisë së jetës i cili injoron

vlerësimet objektive të kushteve jetësore, vetvetiu, nuk siguron mbrojtje adekuate dhe më të mirë njerëzve të varfër dhe të rrezikuar social (Cummins, 2000). Dëshmitë tjera nga fusha e shëndetit mendor tregojnë korrelacion të fuqishëm midis mirëqenies psikike dhe të faktorëve objektiv shoqëror-ekonomik. Në studimin e parë të mirëqenies emocionale, 1957, të anketuarit të cilët kanë njoftuar se më së paku janë të kënaqur me jetën e vet është vërejtur se shpesh kanë probleme psikiatrike, janë të divorcuar ose të ve, se kanë arsimim dhe të ardhura të ulëta dhe se janë negativ (Bowling & Gabriel, 2004).

Cilësia e jetesës ka rezultuar se ndikohet nga shumë faktorë me ndërveprime mjaft komplekse. Kështu që, një model konceptual do të jetë i dobishëm për sqarimin e marrëdhënies midis këtyre faktorëve. Uilson dhe Kleari, tani më kanë sugjeruar modelin 5 –nivelesh, duke përfshirë simptomat bio-fizike dhe simptomat mendore, kënaqësinë shëndetësore, moshën dhe kushtet mjedisore, duke u munduar të sqarojë marrëdhëniet midis këtyre variablave. Bazuar në këtë model, Halvorsdrus me b.p. demonstuan se cilësia e jetesës mund të parashikohet nga faktorët si kënaqësi shëndetësore në mënyrë direkte, dhe nga kushtet mjedisore përmes kënaqësisë shëndetësore dhe simptomave të depresionit në mënyrë indirekte. Kështu që, kualiteti jetësor shëndetësor, luan një rol të rëndësishëm në influencimin e kualitetit të jetës për njerëzit me sëmundje kardiovaskulare, sulme në tru, diabet, kancer,etj (Wilson, Cleary, 1995).

Cilësia e jetës përfshinë mbar rrethimin e përvojave të njeriut, gjendjen, përkujdesjen dhe fushën e të menduarit të cilat kanë të bëjnë me jetën e individëve ose bashkësisë. Cilësia e jetës mundet të përfshijë dimensionin kulturor, fizik, psikologjik, ndër njerëzor, shpirtëror, financiar, politik, kohor dhe filozofik (Lohr & Skillman, 2000). Xhorxhi dhe Baroni (George & Bearon, 1980) definojnë kualitetin e jetës në bazë të

katër dimensioneve kryesore, dy objektive dhe dy subjektive. Dimensionet objektive: shëndet i përgjithshëm funksional dhe statusi socio ekonomik dhe dimensionet subjektive: kënaqësia jetësore dhe vetë respektim.

Teoria e homeostazës së cilësisë së jetës

Është vërejtur se kënaqësia subjektive e jetës përshkruhet duke përdorur metodën e hierarkisë nga shumë i pakënaqur deri në shumë i kënaqur, Cummins, (1995) thekson se cilësia e jetës ruhet përmes homeostazës. Supozohet se veprimi i mekanizmit homeostatik është analoge me mekanizmin e mirëmbajtjes së temperaturës së trupit, shtypjes së gjakut të cilët janë kushte minimale të nevojshme për mirëmbajtjen e funksionimit të organizmit. Në jetën e përditshme perceptimi subjektiv i cilësisë së jetës është përafërsisht stabil. Në prishjen e homeostazës së përjetimit subjektiv vjen në qoftë se ndodh një ndryshim në ambientin e jashtëm ose nga variablat psikologjikë të individit. Megjithatë në të shumtën e situatave të këtilla njerëzit kanë tendencë për të gjetur ekuilibrin dhe të kthejë homeostezën. Detyrë e mekanizmit të hemostazës është të rruaj cilësinë e jetës brenda vlerave normative pavarësisht ndikimit të ndryshimeve të jashtëm. Ngjarje të rëndësishme jetësore dhe ngjarjet e rënda mund ta prishin përkohësisht homeostazën por në shumicën e rasteve vetëvlerësimi e kthen atë në gjendjen e mëhershme. Cummins (1998) thekson se sëmundja dhe përvoja negative e saj munden që të ndikojnë në mosmenaxhimin adekuat të ruajtjes së homeostazës dhe në këtë rast kemi rënie të cilësisë së jetës. Ndikimi i sëmundjes në cilësinë e jetës është shumëdimensional përfshirë këtu funksionimin fizik (dhimbjet gjatë sëmundjes), ndryshimet në aspektet tjera të jetës (ndryshimi i aftësive të punës, mbyllje në vete, prishja e marrëdhënieve familjare) dhe gjithë këto faktorë më shumë e ndikojnë aspektin psikologjik të individit me tendenca të paraqitjes së depresionit , ankthit,

ndjenjës së pashpresës, humbjes së kontrollit të cilët kanë ndikim më të madh në uljen e cilësisë së jetës.

Sipas, Trajanoviç, Skakiç, Nikoliç, (2007), përdorimi i konceptit të cilësisë së jetës ofron informata të pazëvendësueshme, ekskluzive të “dorës së parë” për ndikimin që sëmundja ose metodat e aplikuara terapeutike kanë ndaj pacientit. Në bazë të kësaj, ata, shtojnë se kjo është arsyeja se pse sot në mjekësinë bashkëkohore është e domosdoshme që të rekomandohet hulumtim i cilësisë së jetës për tu bërë rutine e aktivitetit në disiplina klinike, me qëllim që të arihen qëllimet e theksuara në realizimin e shëndetit të njerëzve deri në vitin 2020, të cilat janë të destinuara kah rritja dhe përmirësimi i kualitetit të jetës. Vlerësimi i cilësisë së jetës së personave të sëmurë kronik gjithnjë e më shumë ka dobi në studimet gjatë viteve të fundit. Sëmundja kronike me paraqitjen e vet fizike dhe psiko-sociale ka ndikim të shpeshtë dhe të pashmangshëm negativ në kualitetin e jetës (Sathvik, Parthasarathi, Narahari, & Gurudev, 2008).

2.4.1. Cilësia e jetës së pacientëve me sëmundje kronike

Vlerësimi i cilësisë së jetës të personat me sëmundje kronike gjithnjë e më shumë ka rëndësi gjatë studimit të viteve të fundit, në rend të parë sepse sëmundja kronike, me paraqitjet e saja fizike dhe psikologjike, ka ndikim negativ të pashmangshëm dhe të shpeshtë në kualitetin e jetës të personit të sëmurë (Sathvik, Parthasarathi, Narahari; Gurudev, 2008). Deri vonë kushtet e jetesës nuk janë konsideruar një rrjedhojë me rëndësi psikologjike për sëmundjet kronike. Për shumë vite, kjo është matur vetëm me termat e gjatësisë së mbijetesës dhe shenjat e prezencës

së sëmundjeve, pa marrë faktikisht në konsideratë konsekuencat psikologjike të sëmundjeve dhe trajtimin e tyre. Përfundimi i shërimit edhe sot e kësaj dite matet me vitet e mbijetimit dhe vlerat laboratorike normale por efektet terapeutike më nuk mund të maten vetëm në bazë të këtyre parametrave por edhe me përmirësimin e cilësisë së jetës. (Calhoun,1999)

Deri në dekadën e fundit, kushtet e jetës sonë janë vlerësuar kryesisht nga mjekët dhe janë paraqitur më parë me kritere mjekësore, megjithatë mjekët nuk janë shumë të lidhur me pacientët në vlerësimin e kushteve të jetës. Megjithatë në fakt në një studim të njohur për tensionin e lartë (Jachuck, Brierley; Willcox,1982) gjetën që gjithashtu 100% e referateve të mjekëve kanë përmendur përmirësimin e kushteve të jetës për pacientët e tyre. Nuk ka dyshim se cilësia e jetës si koncept i llojit të vet ka humanizuar shkencën, sepse në qasjen e vet qenësore i sëmurit vlen si person në tërësi dhe nuk lejon ndarjen e trupit të sëmurit nga personaliteti i vet (Iliç dhe b.p 2010). Në literaturën profesionale termi kualiteti i jetës kryesisht lidhet me termin e shëndetit, me ç'rast konsiderohet se këto koncepte midis vete ndikojnë njëri në tjetrin dhe se janë shumë të afërt (Valderrabano, Jofre, Lopez-Gomez, 2001). Më parë konfuzioni konceptual dhe përzierja e koncepteve të përgjithshme "*kualiteti i jetës*" me konceptin e ngushtë "*kualiteti i jetës në lidhje me shëndetin*" tërësisht është tejkaluar si përmirësimi i cilësisë së jetës në lidhje me jetën ose *kualiteti shëndetësor-relevant i jetës*.

Në takimin ndërkombëtar *hulumtuesi i jetës kualitative shëndetësore relevante*, të vitit 1990, u arrit pajtueshmëri në aplikimin e dimensioneve të domosdoshme për çfarë do vlerësimi të kualitetit të jetës të lidhur me shëndetin (Berson, Hajs, Shumaker, 1993), Këto dimensionet primare përfshijnë: funksionimin fizik i cili ka të bëjë me zhvillimin e aktiviteteve të përditshme; funksionimi psikologjik i cili ka të bëjë me

marrëdhëniet me mirëqenien individuale emocionale; funksionimi social aftësia e një personi të veprojë në mënyrë aktive në familjen, miqve dhe bashkësinë. Aspekti kyç i funksionimit social është aftësi e disa personave të mbajnë rolin shoqëror dhe obligimeve të niveleve të dëshiruara; kënaqësi e plotë e jetës kujdesi i një personi të jetës së tij të plotë të kënaqësisë; kujdesi i statusit të vet shëndetësor nga ana e individëve këtë dimension duhet dalluar nga shëndeti i vërtetë. Më vonë përveç këtyre dimensioneve primare, janë theksuar edhe dimensione plotësuese të kualitetit të jetës të lidhur me shëndetin: funksionimi neuropsikologjik i cili ka të bëjë në aftësinë kognitive të ndonjë individi; produktiviteti personal kur përmes aktiviteteve të paguara dhe pa paguara individi angazhohet; intimiteti dhe funksionimi seksual i cili i atribuohet aftësisë së individit të formojë dhe mbajë lidhje të veta të afërta; çrregullimet e gjumit janë në lidhje me depresionin dhe ankiozitetin, si dhe me zvogëlimin e nivelit të energjisë dhe vitalitetit; dhimbja -vlerësimi i shpeshtë i dimensionit të kualitetit të jetës shëndetësor relevant, vetëm në gjendje kronike; pesha e simptomave raporti rreth frekuencave dhe peshës të simptomave si dhe të shkallës së ndikimit të tyre në funksionimin e përditshëm;

Karakteristika kryesore të vlerësimit bashkëkohor të cilësisë së jetës në lidhje me shëndetin, për shkak të kompleksitetit të tij, ka të bëjë me komponentet holistike që qëndrojnë përmes qasjes multidisiplinare dhe multidimensionale me dimensionin të shumëhershëm të fushës së vet. Në disa studime thuhet se në studimin e kualitetit të jetës dhe të matjes së tij të zhvilluar mbi një mijë instrumente të ndryshme për vlerësimin e kualitetit të jetës, vetëm gjatë njëzet viteve të fundit (Garratt, Schidt, Mackintosh, Fizpartrick, 2002). Barnat mund të ndikojnë në përmirësimin e parametrave laboratorike, por kjo nuk domethënë se pacienti ndjehet më mirë. Pacienti

diabetik mund të ketë glikeminë në rregull mirëpo nëse vuan nga neuropatia dhe nefropatia nuk mund të përjeton jetën e tij si cilësore. (Fistoniç,2003).Në anën tjetër mendimi se çdo person me probleme shëndetësore ka cilësi të ulët të jetës , nuk është e saktë sepse studimet mund të zbulojnë faktorë jo të njohur për ndonjë gjendje ose sëmundje. Ka aspekte të ndryshme për të përcaktuar cilësinë jetësore, siç është lidhshmëria e cilësisë së jetës dhe ekonomisë shëndetësore dhe qasjet e tyre që të prezantojnë një indeks për standardizim

Ka disa arsye se pse duam të studiojmë kualitetin e jetës përmes sëmundjeve kronike: *Së pari* - përmasat e cilësisë së jetës mund të na ndihmojnë në pikën themelore të cilët në problemet e veçanta janë më të dukshme te pacientët me sëmundje të veçantë. Një masë e tillë, për shembull mund të tregojë që funksionimi seksual është një problem për pacientët me lloje të qarta kanceri, pr që depresioni është problem më i zakonshëm në lloje të tjera të kancerit, i cili informacion mund të jetë ndihmës për llojet e ndërhyrjes që duhen. (Schag&Heinrichj,1986). *Së dyti*- studimi i tillë është i rëndësishëm sepse vlerëson ndikimin e trajtimit të cilësisë së jetës. Masat e cilësisë së jetës kanë bërë të mundur vlerësimin e impulseve të terapive jot ë pëlqyeshme, si p.sh reagimet antihipertensione dhe me identifikimet me disa prej përcaktimeve të tyre. Informacionet mbi cilësinë e jetës munden gjithashtu të përdoren me krahasime terapeutike. Për shembull nëse dy terapi bëjnë afërsisht vlershme të barabarta mbi të mbijetuarit por një cilësi të ulët të jetës së shëndetshme, këto informacione mund të përmbledhen për sa i përket trajtimeve që duhet përdorur te pacientët. (Simo, 2000). *Së fundmi*- informacioni mbi cilësisë e jetës është i rëndësishëm për nivelin e politikave që merren me marrjen e vendimeve. Informacioni mbi cilësinë e jetës jep mundësi të krahasojmë impulse e sëmundjeve të ndryshme kronike me kostot e kujdesit

shëndetësore dhe të vlerësojmë masat e ndërhyrjeve të ndryshme. (Kaplan,Toshima, 1990; Lubec, Yelin,1988).

2.4.1.1 Ndryshimet gjinore në cilësinë e jetës dhe shëndetin- gjinia është e lidhur me shëndetin dhe rezultatet e shëndetit, por përgjithësisht është e pranuar se është gjinia që ndikon aspektin psikologjik të menaxhimit të sëmundjes .Në të vërtetë, ndikimi i gjinisë në shëndet është pikë së pari i ndërmjetësuar përmes zgjedhjeve të stilit të jetës. Meshkujt dhe femrat kanë norma sëmundjesh të ndryshme. Për shembull, gratë kanë më pak shanse të vuajnë nga sëmundje kardiovaskulare dhe më shume seanca për kancer në gji se sa burrat (Departamenti i Shëndetit 2003). Ndryshimet e sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë mes meshkujve dhe femrave ndikohen nga gjinia dhe ndarja e roleve gjinore (Annandale and Hunt 2000). Ndryshimi i shkallës së vdekshmërisë mes grave dhe burrave po zhduket dhe kjo përgjithësisht ndodh për shkak të ndryshimit të roleve gjinore. Fatkeqësisht, jo të gjithë këto adaptime gjinore janë pozitive dhe disa nga këto ndryshime në pritjet gjinore kanë rezultuar në adaptimin jo të shëndetshëm femëror, sjellje tradicionale mashkullore të stilit të jetës (Emslie, Hunt, Macyntire, 2002). Ndikimi i gjinisë mbi shëndetin ndërhyr edhe përmes aspektit të menaxhimit psikologjik të sëmundjes që burrat dhe gratë po bëjnë. Implikimet e roleve gjinore për sjelljet të ndryshme të stilit të jetës do të ndikojnë edhe në cilësinë e jetës së pacientëve që ndërlidhet me shëndetin dhe sëmundjen. Kështu që mendohet se meshkujt raportojnë cilësi jete më të mirë se sa gratë edhe në rast të shëndetit të plote por edhe në rast të sëmundjeve.

2.4.1.2. Ndryshimet e moshës në cilësinë e jetës dhe shëndetit- Mosha është më ndryshe se të gjithë ndryshoret tjera demografike në atë se çfarë shumica prej nesh do të

përjetojë duke i takuar njërës nga kategoritë e moshës: foshnjëri, fëmijëri, adoleshencë, mosha e rritur dhe pleqëria. Rrethanat socio-ekonomike mund të ndryshojnë për dikë por nuk do të thotë se është e pashmangshme ose në të vërtetë e mundshme (Giddens 2006). Sidoqoftë, edhe përkaj faktit se të gjithë ne me sa duket duhet të plakemi, njerëzit e moshuar përjetojnë diskriminim të konsiderueshëm (Scambler 2003), i cili ka implikime për shëndetin dhe mirë qenien e tyre dhe për cilësinë e jetës. Ka ndryshime të qarta në cilësinë e jetës dhe rezultatet e shëndetit mes kategorive të ndryshme të moshës dhe jo si gjinia një faktor i madh do të jenë ndryshimet fiziologjike gjatë gjithë jetës në vend të pritjeve kulturore lidhur me moshën. Prandaj, është e rëndësishme të shqyrtohet impakti i ndikimeve kulturore dhe psikologjike të moshës në cilësinë e jetës.

2.4.1.3. Ndryshimet e niveleve të shkollimit, gjendjes socio-ekonomike, punësimit dhe vendbanimit sa i përket cilësisë së jetës dhe shëndetit- Termi socio-ekonomik është shumë i gjerë duke përfshirë në vete shumë ndryshore dhe diskutohet duke përdorur një sërë faktorësh të ndryshëm: klasa shoqërore, të ardhurat, puna, jetesa, vendbanimi, mjedisi fizik dhe shoqëror ndikojnë drejtpërdrejtë në shëndetin tonë dhe indirekt në cilësinë e jetës (Doyle 2001; Ker, Slavin, Clark, Kaupar, 2011). Në thelb, klasë të ndryshme kanë fuqi të ndryshme për aksesin në burimet materiale: shtëpi, makina, teknika të bardhë, mjete elektronike etj. (Giddens 2006). Marrëdhënia midis shëndetit dhe klasës shoqërore është më e fortë në pjesët industriale se sa në pjesët më të favorshme (statusi i lartë, rural/resort) duke treguar se disavantazhet socio-ekonomike dhe mjedisore kanë efekt multiplikator. Niveli më i lartë i shkollimit është në marrëdhënie më të mirë me shëndetin dhe cilësinë e jetës se sa klasa e pa shkolluar, por gjithashtu niveli më i lartë i shkollimit është në marrëdhënie edhe me statusin ekonomik

më të lartë dhe punësimin. Autorë kanë propozuar metoda të ndryshme të kategorizimit të mjedisit lokal. (Swinburn, Egger, Raza, 1999) me një mënyrë të njëjtë si Craig (1985) njeh rolin të të dyve mjedisit makro (p.sh.: edukimi dhe sistemet shëndetësore, politika e qeverisë dhe besimet dhe qëndrimet e përgjithshme shoqërore) dhe mjedisit mikro (shkolla, vendi i punës, shtëpia dhe lagjja). Më pak të rëndësishme në këtë tekst se sa përpjekja për sqarime për bashkëveprimin e mprehtë midis faktorësh të ndryshëm socio-ekonomik, faktorëve tjerë demografik, zgjedhjeve të shëndetit dhe cilësisë së jetës është miratimi(pranimi) se hollësi të tilla ekzistojnë. Çdo ndikim i faktorëve socio-ekonomik dhe demografik mbi aspektin psikologjik të individit mund të intensifikohet ose zbutet nga një tjetër, dhe të gjithë këto së bashku do të ndikojnë në cilësinë e jetës së personit. Në të parën theksohet e drejta e individëve të bëjnë çfarë të duan me jetët e tyre; në të dytën thirret paaftësia e individëve të ushtrojnë kontroll mbi mjedisin (rrethin) e tyre dhe si pasojë mënyrave të jetesës (Blaxter 1990). Me fjalë të tjera, pranimi i rrethanave shoqërore dhe mjedisore janë një aspekt përbërës i zgjedhjes së stilit të jetës, nuk e lë jashtë mundësinë ndryshimit të cilësisë së jetës brenda këtyre parametrave.

2.4.1.4. Ndryshimet e kohëzgjatjes së sëmundjes dhe llojit të saj në cilësinë e jetës dhe shëndetit- secila sëmundje ndahet në lloje të saja, të cilat karakterizohen me simptome të ndryshme si në aspektin fizik ashtu edhe në atë psikik. Një ndër faktorët tjerë që ndikon në cilësinë e jetës së pacientëve është edhe kohëzgjatja e sëmundjes, pa marrë parasysh faktin se behët fjalë për një sëmundje kronike e cila pretendon të jeton bashkë me personin deri në fund të jetës, prapë se prapë ajo kalon në fazë të ndryshme bazuar në kohëzgjatjen e saj. Kështu që periodha prej 6 muajsh diagnostifikim me një sëmundje përcillet më shumë me simptome stresi dhe ankthi nga

rrjedhoja e saj, ndërsa prej 6 muaj - deri në 1 vit kemi stabilitet të gjendjes emocionale të pacientëve për arsye të pranimit të faktit se jetojnë me sëmundjen dhe periudha jetesë më shumë se 1 vit me një sëmundje kronike përcillet me depresion dhe ndryshime në cilësinë e jetës.

2.4.2. Problemet fizike, profesionale dhe sociale në lidhje me sëmundjet kronike

Problemet fizike që kanë lidhje me sëmundjet kronike mund të ndahen në dy grupe: Së pari , problemet që dalin si rezultat i vet sëmundjes, dhe së dyti problemet nga trajtimi mjekësor. Problemet e shkaktuara nga vet sëmundja përfshijnë dhimbjen fizike, siç mund të jetë dhimbje e gjoksit e përjetuar nga pacientët që vuajnë nga zemra, shqetësimet që pason sëmundja e kancerit ose ndryshimet metabolike që kanë lidhje me diabetin. Në shumicën e rasteve pasojat fizike kufizojnë seriozisht jetën individuale të një personi. Trajtimi i simptomave parësore të sëmundjes që pason,shkaktojnë gjithashtu vështirësi të funksioneve fizike (Warburton, Whitney, Bredin, 2006). Kufizimet në aktivitetet e pacientëve të cilët kane pësuar një atak në zemër , duke përfshirë ndryshimet në dietë,eliminimin e duhanit,ushtrimet fizike, mund te ndikojnë në mënyrën e jetesës. Në shumë raste pacientët mund të ndjejnë se si pasojë e shqetësimeve dhe kufizimeve të cilët ato imponojnë, trajtimet janë po aq të këqija sa dhe vet sëmundja (Misigoj,1999).Varësisht nga lloji i sëmundjes kronike , disa nga pacientëve mund të ju kërkohet të ndryshojnë aktivitetet e tyre të punës. Disa nga këto ndryshime mund të kërkojnë një ri-trajtim profesional, disa nga pacientët pas diagnostifikimit më sëmundjen mund të zhvendosen në pozicione që kanë kërkesa më të pakta dhe promovimi I tyre mund të jetë më i ngadaltë pasi kompania e tyre mund të

beson se ata kanë një prognozë të varfër dhe nuk ia vlen të investosh për ta për një punë më të avancuar. Për këtë arsye , vështirësitë potenciale të punës të cilët i hasin pacientët duhet vlerësuar sa më shpejtë në procesin e rikuperimit. Një vështirësi tjetër që ka të bëjë me problemet profesionale të sëmundjeve kronike ka të bëjë me impaktin financiar. Pacientët të cilët duhet të shkëputen nga punët e tyre ose të punojnë më pak mund të humbin mbulimin nga sigurimet duke shtuar kostot financiare për mjekimin e tyre, në këtë aspekt kërcënimi që sëmundjet kronike ngrenë mbi profesionin mund të jetë i dyfishtë: reduktimi i fitimeve monetare dhe në të njëjtin moment përfitimet të cilët mund të kishin ndihmuar në suportin e kostove për kurimin mund të ndërpritet (Adler,Ostrove, 1999). Sjellja e një të sëmuri kronik ndikon në jetën e familjarëve të tyre. Nëse i sëmuri kronik është i martuar bën që shoqja të ketë përgjegjësi më të madhe në drejtim të kujdesit për të, përgjegjësit tjerë bien te fëmijët dhe pjesëtarët tjerë që jetojnë në shtëpi. Shpesh ndodh që nëse fëmijët e rinj janë të detyruar të marrin përgjegjësit e tyre ndaj familjes mund të rebelohen dhe të dalin jashtë kontrollit, duke humbur interesin për shkollim, përdorimin e drogës, sjellje e keqe ndaj anëtarëve tjerë të familjes. Shumë sëmundje kronike po ashtu ndikojnë edhe në aktivitetin seksual. Në shumë raste kjo ndodh për shkaqe psikologjike (humbje dëshire, frikë mos keqësohet sëmundja, (Krantz,McCeney, 2002). Ndodh që të ketë divorce në mes partnerëve të martuar ose mund të ndodh që pjesëtarët e familjes të bashkohen më shumë. Evidencat tregojnë se gruaja e sëmurë kronike ka më shumë deficite se sa burri i sëmurë, për shkak se grua përfiton më pak ndihmë sociale se sa një burrë.

2.4.3. Përshtatja në sëmundjet kronike

Stanton me b.p (2001) identifikuan pesë konceptualizime përkatëse të përshtatjes ndaj sëmundjeve kronike: zotërimin e detyrave adaptive të lidhura me sëmundjen, ruajtja e gjendjes funksionale, cilësi e perceptuar të jetës në disa fusha, mungesa e çrregullimit psikologjik, dhe ndikim i dobët negativ. Gjithnjë e më shumë, studiuesit konsiderojnë treguesit pozitivë të përshtatjes, të tillë si ruajtjen e humorit pozitiv dhe mbajtjen e qëllimit në jetë. Këto konceptualizime zbulojnë se përshtatja përfshin komponentë të shumta që tejkalojnë fushat ndërpersonale, njohëse, emocionale, fizike, dhe të sjelljes. Komponentët gjithashtu janë të ndërlidhur, në mënyrë që statusi funksional prek dhe ndikohet nga simptoma depresive në mes të njerëzve me sëmundje kronike dhe depresioni zmadhon rrezikun për mosrespektimin regjimeve mjekësore te pacientët me sëmundje kronike (DiMatteo, Lepper, Croghan, 2000).

Hamburg dhe Adams (1967) kanë identifikuar disa detyra themelore adaptive në përshtatjen ndaj tranzicioneve të mëdha jetësore, duke përfshirë sëmundje të rëndë: rregullimin e ankthit, mbajtjen e vlerës personale, rivendosjen e marrëdhënieve me njerëz tjerë të rëndësishëm, ndjekjen e rikuperimit të funksioneve trupore, dhe forcimin gjasave për një situatë të pranueshme personale dhe shoqërore pasi që rikuperimi fizik të jetë arritur. Teoria kognitive e përshtatjes së Taylor (1983) gjithashtu thekson rritjen vetëbesimit dhe zmadhimin e një ndjenje të zotërimit, dhe shton kërkimin për kuptim si një detyrë adaptive. Duke u përqendruar në sëmundje fizike, Moos dhe Schaefer (1984) kanë shtuar detyrat e menaxhimit me dhimbje dhe simptoma, duke negociuar mjedisin e kujdesit shëndetësor, dhe ruajtjen e marrëdhënieve të kënaqshme me profesionistët mjekësor. Konceptualizimet tjera (Spelten, Sprangers, Verbeek, 2002) përqendrohen në

gjendjen funksionale, shpesh të operacionalizuar si rifillimin e punës së paguar, aktiviteteve rutinë, dhe lëvizshmërisë. Cilësia e jetës në fushën fizike, funksionale, sociale, seksuale, emocionale gjithashtu tregon përshtatje ndaj sëmundjes kronike (Cella 2001; Nowen, Gingras, Talbot,&Bouchard, 1997). Përshtatja zakonisht përkufizohet si prezencë apo mungesë e çrregullimit të diagnostikuar psikologjik, simptomave psikologjik apo humor negativ.

Hulumtuesit gjithashtu kanë filluar të hetojnë ndikimet pozitive dhe rritjen personale të perceptuar si tregues të përshtatjes, për disa arsye. Së pari, shumë individë me sëmundje kronike raportojnë përshtatje pozitive (Mols, Vingerhoets, Coebergh, 2005). Së dyti, përshtatja pozitive nuk është thjesht vetëm mungesa e ankthit. Një sëmundje e cila çrregullon jetën nuk parandalon përjetimin e kënaqësisë (Folkman, Moskowitz, 2000), dhe individët që gjejnë kuptim pozitiv në sëmundjen e tyre nuk janë imunë ndaj ankthit të ndjeshëm (Calhoun , Tedeschi 2006). Së treti, ndikimi pozitiv dhe negativ paraqesin dimensione relativisht të dallueshëm (Watson, Weise, Vaidya & Tellegen, 1999) dhe potencialisht kanë përcaktues dhe pasoja të ndryshme (Kiecolt-Glaser, McGyire, Robles, 2002; Pressman, Cohen, 2005). Së katërti, ndikimi pozitiv mund të pengojë apo riparojë humorin negativ (Fredrickson 2001). Për shembull, prezenca e ndikimit pozitiv mund të zvogëlojë madhësinë e lidhjes mes dhimbjes dhe ndikimit negativ te pacientët me sëmundje reumatike (Zautra, Smith, 2001). Së fundi, përshkrimi i sëmundjeve kronike si garantimi i vuajtjeve të pamëshirshme mund të provokojë dëshpërim të papërmbytur tek ata të cilët përballen me sëmundje serioze. Vëmendja e paekuilibruar ndaj përshtatjes pozitive mund të ketë pasoja të pavolitshme. Pritshmëria e pacientit "të fortë" i lejon personit të sëmurë hapësirë të ngushtë për të pasur një ditë të keqe (ose një vit i keq). Paraqitja e një fytyre pozitive mund të bëhet normativ, në mënyrë që individi

bie pre i "tiranisë së të menduarit pozitiv" (Holland, Lewis 2000) ose i nocionit se çdo ankth ose mendim negativ do të përkeqësojnë sëmundjen kronike.

Sa u përket sëmundjeve të zemrës, Dew, Myaskovsky, Switzer & DiMartini (2005) identifikuan pesë grupe të pacientëve me sëmundje të zemrës duke u bazuar në dallueshmërinë e profileve të tyre kohore të ankthit gjatë disa viteve: një grup me ankth vazhdimisht të ulët, një grup me nivele të qëndrueshme klinikisht të rëndësishme të ankthit, grupe me ankth të lartë për disa muajt e parë apo për tre vjet të pasuar nga përmirësimi, dhe një grup me ankth të luhatshëm Boudrez, De Backer (2001) gjithashtu demonstruan heterogjenitet në përshtatje. Edhe pse shumica e pacientëve me bajpas të transplantuar në arterie koronare kanë dëshmuar përmirësim në gjashtë muajt e parë pas operacionit, plotësisht 30% e mostrës kanë demonstruar rritje të ankthit, rënie të mirëqenies, ose dështim në përmirësim. Në vend të përshpejtimit të mospërshtatjes së përgjithshme, sëmundja kronike zakonisht ka efekte shumë të kufizuara për shumicën e njerëzve. Felton, Revenson, (1984) vunë re se diabeti krijon "ishujt" e përçarjes në fusha të veçanta të jetës dhe në pika të veçanta në trajektoren e sëmundjes. Për shembull, frika apo pasiguria për të ardhmen, kufizimet fizike, dhe dhimbja janë shqetësimet e përbashkëta të gjithë sëmundjeve (Dunkel, Schetter, Feinstein & Taylor, 1983); kërcënimi i jetës është më i rëndësishëm te sëmundjet e zemrës. Efektet mbi punën dhe aktivitetet e përditshme dhe ndikimi ekonomik i trajtimit mund të jenë më të rëndësishëm për të tre sëmundjet (d.m.th., kanceri, sëmundje të zemrës dhe diabeti). Edhe pse të përbashkëtat e tilla si këto janë të dukshme, ekziston ndryshueshmëri e konsiderueshme në shqetësimet mes individëve, kohës, dhe konteksteve. Një qëllim i kornizave teorike që parashtrojnë rrezikun dhe faktorët mbrojtës është që të japin llogari për këtë ndryshueshmëri.

2.4. Aspekti i përgjithshëm psikologjik i sëmundjeve

Secila sëmundje fizike përveç të dëmtimit organik sjell deri në ndryshime të gjendjes psikike të pacientit. Kjo në veçanti është e shprehur gjatë sëmundjeve kronike ku bëjnë pjese edhe sëmundja e zemrës dhe diabeti. Njohja afatgjate e sëmundjes së përjetshme, kërkesat e papritura menjëherë pas sëmundjes kërkojnë mobilizim të të gjithë mekanizmave adaptues psikologjik të cilët do ti ndihmojnë për të mbijetuar sëmundjen dhe integrimin e personalitetit të pacientit. Rezultati i reagimeve ndaj sëmundjes varet nga shumë faktorë : lloji dhe ashpërsia e sëmundjes, rrethi ku jeton dhe vepron pacienti, regjimi i anëtarëve të familjes ndaj vet personit dhe sëmundjes së tij. Sëmundja e zemrës dhe në veçanti sëmundja e diabetit kërkojnë prej pacientit përgjegjësi të përditshme dhe kujdes ndaj shëndetit të tyre përmes insulinës tabletave, kujdes në mënyrën e të ushqyerit , kontroll i glukozës dhe yndyrave në gjak, dhe gjithë ky proces duhet ndjekur çdo ditë deri në fund të jetës. Përshtatja në sëmundje shpesh kërkon muaj por dhe vite dhe ngre reagime të caktuara emocionale të cilët ndihmojnë në luftën e suksesshme me stresin (Mason,1995). Çdo lloji i reagimit emocional shërben për ndonjë qëllim, por mund që ndonjëherë të jetë edhe i dëmshëm nëse është me intensitet të fortë dhe me kohëzgjatje të gjatë. Sipas Zimonja (1989), llojet më të shpeshta të reagimeve ndaj sëmundjeve janë:

1. Refuzimi dhe mosbesimi- janë reaksione të para gjatë diagnostifikimit me ndonjë sëmundje. Refuzimi i sëmundjes dhe mosbesimi se po e njëjta nuk është shumë e rrezikshme për pacientin shpesh i ndihmojnë pacientit që të zvogëlon “tronditjen” fillestare dhe të vazhdon me aktivitetet e përditshme jetësore.

2.Frika dhe pafuqia- pas fazës së refuzimit pason faza e frikës kur pacienti fillon të interesohet më shumë për sëmundjen e tij. Frika dhe refuzimi janë reaksione të shëndetshme emocionale të cilët mund edhe ti ndihmojnë pacientit që të arrijnë kontroll të mirë mbi sëmundjen, mirëpo nëse këto reaksione zgjatin një kohë të gjatë atëherë pacienti mbushet me ndjenjën e pashpresës dhe pafuqisë.

3. Zemërimi –është e natyrshme të paraqitet zemërimi pas të gjitha ndryshimeve që i sjell sëmundja. Kjo është një reaksion i fortë emocional që shpesh e jep edhe fuqinë e duhur për përballim të sëmundjes.

4.Ndjenja e fajit-shpesh mund të jetë edhe e dobishme për të motivuar pacientin që ti përmbahet normave të sjelljes dhe të përmirësojë gabimet. Mirëpo faji intensiv dhe i zgjatur mund që të pacienti të ndikon në formimin e pasqyrës së keqe për vete dhe të humbet kontrolli mbi sëmundjen.

5.Trishtimi- ndjenja e humbjes së shëndetit dhe pamundësia për të ndryshuar faktin se personi ka ende sëmundje provokojnë zemërimin.

Adaptimi i personit në sëmundjen mund të kalojë në të gjitha fazat ose disa nga fazat e lartpërmendura të cilët mund që të përsëriten kohë pas kohe në të shumtën e rasteve. Shumë sëmundje kronike tërheqin ose prekin të gjitha aspektet e jetës së pacientit. Sëmundjet kanë një fazë kur të gjitha aktivitetet e jetës duhet ndërprerë, megjithatë pacientët kanë nevojë të bëjnë ndryshime të qëndrueshme në aktivitetet sociale e fizike dhe të pushimeve dhe më pas vuajtjet nga sëmundjet kronike mund të ndryshojnë psikologjikisht rolin e pacientit dhe jetën e tij.

Pas diagnostikimit me një sëmundje kronike pacientët janë shpesh në gjendje krize të shkaktuar nga dezekuilibri fizik ,social e psikologjik, prandaj ato bëhen një eksperiencë

intensive të çoganizimit ndjenjësor, frikës, ankthit dhe emocioneve tjera. Pasi kalon faza e sëmundjes kronike pacientët fillojnë të nisin një ndjenjë të re se si sëmundja do të ndryshon jetën e tyre e si mund të integrohen në të, këto problem i përkasin riaftësimit të përgjithshëm të kategorisë psikike, riaftësimit social dhe çështjeve psikike. Në kapitullin në vazhdim do të njihemi me stresin, depresionin dhe ankthin si emocione më të shpeshta që hasen te pacientet me sëmundje kronike.

KAPITULI III: ASPEKTE PSIKOLOGJIKE TË MENAXHIMIT TË SËMUNDJES – ANALIZA TEORIKE DHE STUDIMET EMPIRIKE

3.1. Stresi- Qasja teorike

Stresi paraqet gjendje e ekuilibrit të çrregulluar psikofizik të organizmit që kërkon angazhimin plotësues për vendosjen e ekuilibrit të mëhershëm. Reagimet e stresit mund të jenë fizike, bihejviorale, emocionale, kognitive apo të kombinuara.

3.1.1. Teoritë mbi stresin

Teoria e Hans Selye- Kah mjedisi i viteve të tridhjeta, Selye u gjet në pragun e zbulimit epokal. Pas shkuarjes në Montreal, në para mbrëmjen e luftës së dytë botërore, Selye përpunon konceptin e stresit dhe të termit agenset e dëmshme në insulte psikike.. Kështu, në versionin e parë, teoria e Selye-it mbi stresin do të thotë tejet e përmbledhur:

- Stresi është përgjigje jo specifike e organizmit të çdo agensi të dëmshëm.
- Stresor është çdo agens i cili organizmin e rrezikon në aspektin biologjik, psikik dhe social
- Përgjigje e organizmit zhvillohet përmes tri fazave:

Faza 1, *reagimi me alarm*, është përgjigja e parë ndaj stresit. Ajo fillon kur trupi duhet të shmangë një farë rreziku fizik ose psikologjik. Emocionet shtohen. Aktiviteti i sistemit nervor simpatik shtohet, gjë që çon në çlirimin e hormoneve nga gjëndrat e adrenalinës. Ne bëhemi më të ndjeshëm dhe vigjilentë, frymëmarrja dhe rrahjet e zemrës

shpejtohen, muskujt tendosen dhe ne provojmë edhe ndryshime tjera psikologjike. Të gjitha këto ndryshime na ndihmojnë për të mobilizuar forcat përballuese me qëllim që të rifitojmë vetë-kontrollin. Në fazën e alarmit ne mund të përdorim strategjitë për përballimin e stresit ose ato të drejtpërdrejta ose ato me mbrojtje. Nëse asnjëra nga këto qasje nuk e pakëson stresin, ne përfundimisht hyjmë në fazën e dytë të përshtatjes.

Faza 2, *rezistenca*- organizmi tenton që ta luftojë stresin përmes rezistencës por derisa nuk arrijnë sukses në këtë, rezervat e harxhuara fiziologjike sjellin deri te faza e radhës. Në këtë fazë duken simptomat fizike dhe shenjat tjera të tendosjes, ndërkohë që ne luftojmë kundër shtimit të joangazhimit psikologjik. Ne shtojmë edhe përdorimin e teknikave përballuese të drejtpërdrejta, edhe atyre mbrojtëse. Nëse ne arrijmë me sukses pakësimin e stresit , atëherë ne kthehemi në gjendje normale. Por nëse stresi është i madh dhe i zgjatur, mund tu kthehemi me dëshpërim teknikave përballuese të papërshtatshme dhe të mbahemi fortë pas atyre, pavarësisht nga faktet se ato nuk po funksionojnë. Kur ndodh kjo, rezervat fizike dhe emocionale shterojnë akoma më tej. ndërsa shenjat e lodhjes dhe këputjes bëhen akoma më të dukshme. (Cadlovski, b.p, 2004)

Faza 3, *rraskapitja* - në të cilën ndikimi i dëmshëm i ngacmimeve të mjedisit i sundon forcat mbrojtëse të organizmit, ai ndalon për tu mbrojtur dhe vazhdon fuqia e tij e përkohshme të funksionojë normalisht (Cadlovski, Filipovska, Belevska, 2004). D.m.th ne tërhiqemi gjithnjë e më shumë nga mekanizmat mbrojtës jo efektive, në një përpjekje të dëshpëruar për të vënë stresin në kontroll. Disa njerëz, në këtë fazë e humbin lidhjen me realitetin dhe shfaqin shenja të çrregullimeve emocionale ose sëmundjeve mendore. Të tjerët tregojnë shenja përfshi edhe paaftësinë për tu përqendruar. gjendjen e acaruar,

besimin cinik se asgjë nuk ka vlerë. Nëse stresi vazhdon, individi mund të pësojë dëmtime fizike apo psikologjike të pariparueshme madje edhe vdekjen.

Seyli vjen në përfundim se stresi gjegjësisht simptoma e përgjithshme adaptive është e drejtuar përmes hipotalamusit dhe aksit të gjëndrave mbiveshkore, dhe për këtë arsye reaksioni stresant gjithmonë është i shoqëruar me rritjen e koncentrimit të kortizonit në plazmë. Në proceset e njejta thuajse në të njëjtën mënyrë është e angazhuar edhe aksi i cili i lidh sistemin nervorë simpatik dhe korren e gjëndrave mbiveshkore, që manifestohet me rritjen e sekrecioneve të adrenalines dhe noradrenalines, me reperkusion adekuat në organet trupore, siç janë zemra, organet e frymëmarrjes, sistemi vascular (tahikardia, hipertensioni, hiperglikemija). Secili person, në moment të caktuara, në ndikim të faktorëve stresogjen, përjeton stres. Më se shpeshti në situatë stresi subjektet reagojnë me prishje të shëndetit fizik, somatik dhe psikik, ndjeshmëri emocionale. Stresi i ndryshon përjetimet subjektive, gjykimet kognitive, reagimet afektive, me një fjalë duke shkatëruar ndryshime neurovegetative, endokrine dhe imunologjike. (Selye, 1974). Modeli I Seyli-t është kritikuar në drejtime të ndryshme: Së pari-ai jep një rolë të caktuar faktorëve psikologjik, për të cilët shumë studiues besojnë se vlerësimi psikologjik i dukurive, është i rëndësishëm në mbizotërimin e stresit, (Lazarus, 1984) Së dyti-ka të bëjë me përgjegjësitë që te stresi janë uniforme, (Hofboll, 1988). Se si njerëzit i përgjigjen stresit është e influencuar dhe nga personaliteti i tyre, ndijimet dhe konstitucioni biologjik, (Lazarus, 1984). Së treti-ka të bëjë me faktin se Seyli e vlerëson stresin si një rezultat, pra stresi vihej re, vetëm kur adaptimi i përgjithshëm i sindromave ishte më efektiv, (Hofboll, 1988). Por megjithatë modeli i Seyli-t mbetet një nga tezat më të fuqishme në fushën e stresit.

Teoria e Barbara Dohrewend- ka propozuar modelin katërfazësh për mënyrën se si gjendjet stresante sjellin deri te krijimi i sëmundjeve somatike dhe çrregullimit psikik. *Faza e parë*:- paraqitja e ngjarjes jetësore stresore; *Faza e dytë* përcillet me reagimet stresante; *Faza e tretë*- këto reagime stresore janë në ndikimin e mediatorëve mjedisorë psikologjik të cilët mund të risin ose zvogëlojnë intensitetin e tyre. Në faktorët më të zakonshëm të cilët e risin mundësinë për zhvillimin e mëtejshëm të faktorëve stresorë janë: varfëria, mungesa e mbështetjes sociale, aftësia joadekuate për ballafaqim, ndjenja e pafuqisë, pesimizmi, etj. Ndërsa në grupin e faktorëve të cilët mund të zvogëlojnë intensitetin bëjnë pjesë: burimet adekuate të mjeteve financiare, mundësia dhe aftësia për ballafaqim me stresin, ndihma nga miqtë dhe familja, koha e lirë për studimin e stresorëve, ndjenja e fuqishme e kontrollit të situatës. Në *fazën e katërt*- pasojnë interreaksioni i stresorëve të caktuar, njerëzit e caktuar dhe ngjarjet e caktuara sjellin deri te problemet somatike dhe psikike të cilët për nga intensiteti mund të jenë butë/kalueshëm (kokëdhimbje, pagjumësia) ose të përhershëm/serioz (ankthi, depresioni, sëmundja somatike). (Dohrenend, 1978). Teoria është kritikuar sepse nuk ka dhënë shpjegime të qarta se si stresorët kontribuojnë në krijimin e sëmundjeve somatike.

Paaftësia dhe stresi - Një teori tjetër e efekteve të stresit nënkupton atë që stresi prodhon ndjenja të paaftësisë. Përqendrimi i paaftësisë ndaj stresit ka qenë gjithmonë i njohur nga fakti se ngjarjet e pakontrolluara prodhojnë më shumë stres se sa ato të kontrollueshme. Teoria e Seligmanit për paaftësinë e të mësuarit ka qenë mjaftë mirë e përkufizuar nga Martin Seligman, (1975). Çdonjëri prej nesh ka pasur eksperiencën për të çuar përpara disa ngjarje por pa sukses. Për njerëzit që kanë stres kronik, këto lloje eksperiencash kanë përparuar gjatë gjithë jetës së tyre. Njerëzit kanë mësuar të jenë të

paaftë nga eksperiencat e përsëritura, në vend të fatit të kontrolluar. Seligman dhe Hiroto (1975) në një eksperiment u munduan të shpjegojnë ndikimin e zhurmës si situatë e cila nuk mund të kontrollohet dhe ndikimin e saj në paraqitjen e stresit tek grupi eksperimentues. Seligman (1976) dhe kolegët e tij përmendën se paaftësia për të mësuar krijoi tre deficite: *Së pari*, është motivues, në atë se personi i paaftë nuk bën përpjekje që të mënjanojë përfundimin. *E dyta*, aftësia njohëse, në atë që njerëzit e paaftë mësojnë shumë përgjegjësi të reja, që mund të ndihmojë ata të mënjanojnë përfundimet e ardhshme. *Së treti*, është emocionale, në atë që paaftësia e mësuar, mund të prodhojë depresion, ankth, frikë, etj. Perspektiva e paaftësisë në stresin mund gjithashtu të shpjegojë efektet pastresante, faktin se shfaqja në shumë mënyra dhe forma të tjera të saj, nuk pranohet mbas ekspozimit për një kohë të gjatë ndaj stresit. Efektet e stresit janë më pak të prononcuar kur individët japin disa përgjigje, të cilët u japin mundësi të kontrollojnë ose të besojnë se ato mund të kontrollojnë stresantët. Argumenti i paaftësisë, nënkupton se kur një person është i bindur se ndjen dhe kontroll të plotë mbi një dukuri stresante, ai mund të ndryshojë atributet e tij për shkak të stresit.

3.1.2 .Pasojat nga situatat stresante

Pasojat mund të jenë afatshkurta dhe afatgjate: Afatshkurta - pasojat e paparashikueshme (reaksionet emocionale dhe fiziologjike) kanë të bëjnë vetëm me ngjarjet stresante të cilët kanë zgjat shkurtë kohë por jo edhe situatat afatgjate. Afatgjate- pasojat për shëndetin mendor dhe fizik, efikasiteti Professional dhe social kanë të bëjnë me kualitetin e funksionimit të përditshëm, në shëndetin fizik dhe psikik. Simptomët ose pasojat të cilët mund të shërbejnë si alarm se diçka duhet të ndërmerret

janë: *simtomet trupore*- ndryshimi në peshën trupore, kokëdhimbje, sëmundjet psikosomatike (rritja e shtypjes së gjakut, ukcera në lukth, sëmundjet e lëkurës, diabeti, sëmundjet e sistemit kardiovaskular, etj). *Ndryshime në sjellje*- varshmëria e tepruar prej të tjerëve ose tërheqja në vete, izolimi nga kontaktet sociale, pirja e tepërt e kafes ose alkoolit, ndryshime në oreks, probleme me gjumin. *Vështirësitë emocionale*: shqetësim, jo rehati, mërzitje, ndjeshmëri e tepruar, ndryshime të shpeshta të humorit, etj. *Vështirësitë kognitive*- probleme në të mbajturit në mend dhe koncentrim, paqartësi dhe konfuzione në të menduarit, pavendosshmëri, pritje katastrofale , etj. Ekspozimi i zgjatur ndaj stresit mund të jetë kërcënuese dhe të shkaktojë paraqitjen e sëmundjeve nëse intensiteti i stresit është shumë i madh sa që e zvogëlon aftësinë e organizmit që të adaptohet në situatën e krijuar (Cadlovski, Filipovska, Belevska, 2004).

3.1.3 Studimet empirike

3.1.3.1 Stresi dhe sëmundjet koronare të zemrës. Në botën tonë moderne , shkenca ka filluar të vlerësoj dhe ri - shqyrtojë konceptet tradicionale dhe besimet në lidhje me stresin (Esch T, 2002). Në veçanti marrëdhënia e sugjeruar mes stresit dhe sëmundjeve sa shkon e behët më e studiuar në detaje (Selye, 1950) Koncepti modern i stresit është i bazuar në punën fundamentale të Hans Seyl-it cili ka studiuar efektet e stresit mbi shëndetin dhe integritetin fiziologjik e biologjike në organizëm (Selye , 1973). Në këtë mënyrë , stresi tani është përdorur si një term ombrellë që përmbledh efektet psiko-sociale dhe faktorët e mjedisit në shëndeti fizik dhe shëndetin mendor (Jones, b.p. 2001). Për vite me radhë është diskutuar ndikimi i stresit në sëmundjet kardiovaskulare (Harlan, 1981). Megjithatë një numër i vogël i studimeve deri në kohën

e fundit kanë hetuar ndikimin e stresit në sëmundjet kardiovaskulare edhe atë më dëshmi relativisht të dobëta (*Esc , 2002*) mirëpo e gjithë kjo situatë ndryshoi kur koncepti i sjelljeve të ndryshme u fut në ndodhitë e sëmundjeve kardiovaskulare, e në veçanti zbulimi i Tipit A të sjelljes si më i predispozuar për sëmundje (*Nishi , 2001*). Studimet mbi efektet e sjelljes sa u përket sëmundjeve koronare të zemrës kanë dhënë një model patofiziologjik për të kuptuar mekanizmat me të cilët stresi mendor mund të shkaktojë ngjarje klinike kardiovaskulare (*Krantz Ds,1996*) aktivizimi i stresit mundëson përgjigjen afatgjatë të organizmit sepse stresi mund të prodhojë një ujëvarë të përgjigjeve të cilët në fakt mund të çojnë deri në infarkt të miokardit, trombozë koronare etj. Në fakt, ekzistojnë prova të qarta se stresi ka efekte negative ndaj punës së zemrës. Midis tyre janë siç vijojnë:

- Stresi akut rrit ritmin e zemrës dhe punën e zemrës, ndërsa arteriet koronare ngushtohen dhe reduktojnë furnizimin e muskulit të zemrës me gjak.
- gjatë tensionimit emocional dhe shqetësimit vjen deri te ndryshimet në zemër, kështu që mund të shkaktohet aritmia, veçanërisht te individët që kanë pasur vështirësi me zemrën.
- Stresi kontribuon në rritjen e viskozitetit të gjakut, që paraqet rrezik për krijimin e mpiksjes së gjakut (koagulimit).
- Redukton aftësinë e organizmit që të mund të pastrohet nga yndyra, prandaj rritet niveli i kolesterolit për një periudhë të shkurtë kohore.
- Stresi gjithashtu çon në rritjen e shtypjes së gjakut, i cili i dëmton enët e gjakut.

Supozohet se stresi, apo emocionet ndaj punës së zemrës veprojnë në mënyrë indirekte, përmes ndikimit të simptomave (sekretimit të adrenalines dhe nor-adrenalines), si dhe rritjen e mobilizimit të indeve në cilët lirohen acidet yndyrore (*Schulman, 2005; Guler,*

2009). Mirëpo një mbështetje e mirë sociale mund të jetë tampon kundër efekteve të stresit në të kundërtën një marrëdhënie jo e mirë shoqërore rrit rrezikun që stresi të veprojë për incidente kardiovaskulare (Curtis ,2002).

Për të analizuar prezencën e stresit te pacientët pas infarktit akut të miokardës autorja serbe Marin në vitin 2010 bëri një hulumtim në Nish me gjithsej 340 subjekt, të ndarë në dy grupe, 170 pacient dhe 170 persona të shëndoshë si grup kontrolli, kampioni ishte i moshës 37-77 (56,11mosha mesatare). Autorja kishte për qëllim ekzaminimin e stresit akut dhe kronik te pacientët pas infarktit akut të miokardit dhe vërejtë rezultatet statistikisht të rëndësishme në mes stresit kronik dhe sëmundjes, ndërsa lidhshmëria në mes stresit akut dhe sëmundjes së infarktit nuk rezultoi statistikisht e rëndësishme. Te personat e shëndoshë nuk u vërejt prezencë e stresit kronik por vetëm një dozë e mesme e stresit akut. Autorja konkludoi se hulumtimi i saj mbase është edhe një dëshmi për lidhshmërinë në mes të stresit dhe sëmundjeve të zemrës.

3.1.3.2.Stresi dhe sëmundja e diabetit. Stresi prej kohësh ka qenë koncept studimi në shkencat e shëndetit pasi rezultatet kanë gjetur ndikimin e tij në shumë sëmundje përfshirë këtu sëmundjet e zemrës, asmën, diabetin (Cohen, Miller, 2007; Johnson, Perry, Rozensky, 2002).Diabeti është problem i madh shëndetësor dhe shoqërorë. Prevalenca e diabetit për të gjitha grupmoshat në botë vlerësohet të jetë 2.8% në vitin 2000 dhe 4,4% në vitin 2030. (Maltzan, Brohan, Clauson 2007). Dea Ajdukoviç, prof. psikiatër në hulumtimin e bërë në Zagreb në vitin 2014 , kishte për qëllim që të zbulon ndikimin e diabetit në aspektin psikik të pacientëve. Ai konkludoi se njerëzit me diabet përjetojnë më shumë stres dhe janë në rrezik të zhvillimit të çrregullimeve konjitive, çrregullimeve të ankthit dhe depresionit si dhe në zhvillim të

çrregullimit të të ngrënit. Diabetikët të cilët kanë çrregullime psikologjike kanë pengesë më të madh të kontrollit glikemik dhe zhvillimit të komplikimeve kronike të diabetit dhe po ashtu pacientët të cilët kanë komplikime serioze të diabetit kanë mundësi që të manifestojnë edhe vështirësi serioze psikologjike. Shkaqet e ndërlidhjes së shëndetit mendor dhe diabetit janë dykahësh: kërkesat për kujdesin ndaj sëmundjes së diabetit dhe rezultatet e pavolitshme të sëmundjes mund të sjellin deri te zhvillimi i pengesave psikike nga njëra anë dhe nga ana tjetër pengesat psikike mund të vështirësojnë kujdesin për sëmundjen e diabetit.

Kaur me b.p në vitin 2013 hulumtuan lidhshmërinë në mes të stresit, depresionit dhe ankthit te pacientët me diabet. Prevalencë e depresionit ishte 11.5%, ankthit, 30.5% dhe stresit 12.5%. Federata Ndërkombëtare e diabetit (2005) ka theksuar rëndësinë e integritetit të kujdesit psikologjik në menaxhimin e sëmundjes.

3.2 .Depresioni- Qasja teorike

Depresioni duket se po bëhet një fenomen që merr përmasa të mëdha në një “epidemi moderne” për njerëzimin. Depresioni është çrregullim më i përfaqësuar në sëmundjet psikiatrike, Organizata Botërore Shëndetësore (OSHB ,2000) ka treguar që pritet që depresioni të bëhet shkaku i dytë kryesorë botërorë i çrregullimeve deri në vitin 2020, ndërsa deri në vitin 1990 depresioni zuri vendin e katërt ndër shkaqet kryesore. Sipas vlerësimit të OSHB, 3,5% nga mbar numri i popullatës janë të sëmurë nga një lloj të formës së depresionit, që do të thotë se në botë për çdo ditë nga kjo sëmundje vuajnë mbi njëqind milion njerëz (Sartorius,1999) edhe atë dyfish më shumë femra se meshkujt.

Charles Darwin-i i pari miraton kuptimin se pikëllimi si reaksion normal i njeriut ka rol të jashtëzakonshëm adaptiv në procesin e zhvillimit të njeriut. Autorë të tjerë (Akiskal,Khani,Strauss,1979) duke e zhvilluar më tej teorinë e Darvinit kanë arritur në përfundim se depresioni te njerëzit ka funksion sinjalizues. Depresioni i individit paralajmëron anëtarët e grupit social se ai është në rrezik dhe se është i pafuqishëm. Mbrojtësit e theksuar në këtë mënyrë mund të japin përkrahje dhe mund të sigurojnë mbijetesën e individit. Usdin dhe Post (1977) kanë vërtetuar se funksioni depresiv është shumë i rëndësishëm në periudhën e pjekurisë të sistemit nervor qendror dhe theksimit të aftësive motorike, kognitive, sociale dhe perceptuese. Autorët theksojnë se rolin e tij sinjalizues depresioni e realizon përmes amineve biogjene. Roli i depresionit në procesin e të mësuarit social dhe pavarësimit të personalitetit është vetëm lloj i largët kuomitetit të depresionit adaptiv në realizimin e mbijetesës së individit në mjedisin e caktuar social.

Në përpjekjet që të veçohet problemi i ekzistimit të shkaktarit universal të depresionit, Lenz ka hulumtuar simptomën që ka qenë karakteristik për këtë çrregullim dhe i pavarur nga koha, kultura dhe konstelacioni sociologjik. Gjate hulumtimeve të tij në mbi 90% të rasteve të ekzaminuara me depresion, ka arritur në përfundim se shakatar kryesor është e ashtuquajtura situatë e humbjes. Në bazë të këtyre studieve është formuar koncepti se elementi i “humbjes” paraqet simptom themelor të depresionit. Në planin somatik humbja manifestohet përmes inapetences dhe insomnisë; në sferën e dinamizmit të vullnetit instiktiv – si përjetim të deficitit energjetik, në planin kognitiv – si humbje e aftësisë të të rezonuarit (aperceptisë), ndërkaq në planin emocional paraqitet si humbje e interesit dhe kënaqësisë që detyrimisht çon në çrregullimin e relacionit interpersonal.

Psiko-analitikët mendojnë se simptom themelor dhe relativisht konstant të të gjitha llojeve të depresionit është ekzistimi i konceptit negativ të vetes (self). Sipas tyre mekanizmi i krijimit të depresionit është gjithmonë i njëjtë (pa marrë parasysh nëse bëhet fjalë për depresion reaktiv, neurotik ose psikotonik). Me frustrimin lidhen përpjekje agresive që të fitohet gratifikim, ndërkaq kur do të mungojë suksesi në këtë drejtim, agresioni kthehet kah vetja. Pasoja ka të bëjë me humbjen e vetërespektit si shprehje e konfliktit narcistik dhe zhvillimit të depresionit. Sipas kësaj, në thelb të depresionit janë retrofleksioni i agresionit dhe problemet pasuese narcistike të vetërespektit të ulët. Vetërespekti i ulët të depresioni ka shprehje të tij në vetëfajësimin dhe ndjenjës personale të pavlefshmërisë, për arsye se është inkadruar edhe superegoja, i cili e “fajson” personin për shkak të humbjes dhe sjelljes së keqe ndaj objektit (Zvan,1999).

Sipas Seligman-it (1975) në thelb depresioni është lloj i strukturës kognitive e mësuar me ndjenjën e pamundësisë. Sipas këtij koncepti, në vetë personin ekziston bindja se ndaj rrethit mund të ndikohet me sjellje personale. Trauma psikike përjetohet si diçka që është jashtë kontrollit personal. Kjo e tëra çon kah motivimi i rënë dhe humbja e iniciativës, që do të thotë se në planin kognitiv personi beson se sjellja është e përcaktuar nga fati. Pasi që Seligman-i mori parasysh parametrat fiziologjikë gjatë koncepteve të përcaktuara të pamundësisë së mësuar (deficit i noradrenalinës dhe mbidominimi i sistemit holinergin), koncepti i tij paraqitet si fushë ku ndeshen teoritë etiopatogjenetike për krijimin e depresionit. Tani merret parasysh edhe dispozicioni hereditar (endogjen) për reaksionin depresiv. Koncepti i pamundësisë së mësuar, padyshim paraqet kontribut të rëndësishëm të psikopatologjisë klinike eksperimentale, por paraqet hipotezë problematike për

zbatimin e ndryshimeve kognitive në dinamikën e zhvillimit të depresionit. Pikëpamjet e orientuara psikofiziologjike theksojnë rolin e faktorëve stresogjenë në krijimin e depresionit. Depresioni në të vërtetë është pasojë e situatës ekstreme opsesive. Stresi shkakton një varg ndodhishë neuroendokrine në organizëm, të cilat ndërthuren me funksionimin biologjik dhe psikologjik, që sjell deri te tërheqja nga stimujt e jashtëm.

Shpeshherë ky çrregullim paraqitet si komorbid te sëmundjet e shumta somatike dhe psikiatrike duke e komplikuar rrjedhën dhe përfundimin e tyre, ndërkaq te sëmundjet kronike depresioni mund të jetë një reaksion i zakonshëm sepse duhet një kohë që pacienti të kuptojë gjithçka për shkak se pas fazës akute të diagnostikimit të sëmundjes kronike pacientët shtrohen në spital dhe në këtë kohë ata kanë trajtim të kujdesshëm dhe gjëra immediate për të bërë, dhe kanë pak kohë për të menduar plotësisht mbi komplikacionet e sëmundjes. Depresioni është përcjellë me një rrezik të lartë nga suicide si dhe me rritjen e përqindjes së morbiditetit dhe mortalitetit. Sipas fenomeneve klinike është një çrregullim heterogjen ashtu që shpeshherë është i panjohur dhe i pashëruar. Ai paraqitet si rezultat i interaksioneve të ndërsjella të faktorëve bio-psiko-social. Korrelatet biologjike të depresionit përfshinë faktorët gjenetik, biokimik,neurofiziologjik, neuroimunologjik dhe disfunksionin neuronendokrin. Në etiopatogenezën e depresionit marrin pjesë sistemet multiple neuro-transmitere (noradrenalina ,serotonina, dopamine dhe të tjerë) (Sadock , 2003) .

Sipas Sartorius (1999) ekzistojnë tri arsye të mëdha përse në kohën tonë është shtuar interesimi për të studiuar depresionin:

- depresioni është sëmundje masive, madje dhjetë herë më shumë se skizofrenia, me pasoja të mëdha te popullata;

- arritjet bashkëkohore në preventivin primar, sekondar dhe tercial depresioni në mënyrë stimulative ndikon në studimin e mëtutjeshëm të kësaj problematike;
- përparimi global në sferën e integritit të njohurive ndaj depresionit, duke iu falënderuar qasjes multidisiplinare, e cila meriton bashkëpunim edhe më intensiv përmes studimit të ndryshëm në drejtimin shkencor.

Manifestimi i sotshëm i lartë me siguri ka rrënjët e veta edhe në pjesën e problemeve të mëdha të pa zgjidhura të civilizimit tonë, në ndjenjat e pasigurisë personale të njeriut bashkëkohorë, dhe nën ndikimin e faktorëve stresues dhe të pa mjaftueshëm psiko-social dhe në tërë nevojën e pranishme të parashikohet dhe eventualisht të korrigjohet e ardhmja e afërt e rrezikshme. Midis arsyeve përmes të cilave mundet të sqarohet rritja aktuale e preventivës të manifestimit depresiv bien dhe ndërprerja e menjëhershme e lidhjeve me traditën dhe vlerat sociale dhe kulturore, ndryshimi i strukturës sociale dhe të kushteve jetësore, marrja e vlerave dhe të mbjelljes së kulturave të huaja në strukturën shoqërore të një populli, të ashtuquajturën kulturim. Kjo sipas Beck (1997), shoqërohet në humbjen e marrëdhënieve të fuqishme familjare dhe të disa llojeve religjioze, materializimit të gjendjes së tanishme dhe të neglizhimit të kualiteteve emocionale. Në rrethana të këtilla njeriu i sotëm gjithnjë e më shumë është i vetmuar, “i izoluar në masë”, pa përjetime të vet realizimit përmes ndjenjës së realizuar të dashurisë dhe sigurisë. Nga vetmia, sipas Kielholzut, më së shumti vuajnë të moshuarit (pleqtë). Ai mendon se është rrezik nga sëmundjet depresive në moshën e pleqërisë të rritet për arsye që jeta i është vazhduar pothuajse në të gjitha vendet e botës. Kjo do të thotë që sëmundjet e sistemit kardiovaskular, sëmundja e trurit dhe të tumoreve malinje janë më të zakonshme.

Ekzistimi i frikës të mundësisë së rritjes të numrit të sëmurëve i bashkëngjitet edhe e dhëna nga rritja e sëmundjeve somatike, siç janë: sëmundjet kardiovaskulare, cerebrevaskulare, sistematike, traumatizmi në komunikacion, neurologjike dhe të sëmundjeve tjera organike, të cilat janë në rreth 20% të rasteve të përcjella të depresionit, që në dritën e parashikimeve vë në dukje rritjen e dukshme samotogjene që do të thotë formën e depresionit sekondar. Pra depresioni është çrregullim më i shpeshtë psikik i cili paraqitet pothuajse te të gjithë pacientët pa dallim se për çfarë sëmundje bëhet fjalë, Sipas Institutit Nacional për Shëndetësi (2002) depresioni mund te ekzistojë para diagnostifikimit të sëmundjeve kardiovaskulare, kancerit, diabetit etj, por edhe të zhvillohet pas diagnostifikimit të njërës nga këto sëmundje. Edhe pse nuk ekziston dëshmi në përkrahje të rolit shkakor në mes të depresionit dhe sëmundjeve të lartpërmendura, ajo megjithatë mund të ndikojë në ecurisë së sëmundjes dhe aftësisë së individit të merr pjesë në trajtim të saj (I.N.SH.2010). Në depresion zvogëlohet kapaciteti për adaptimin të ngjarjeve jetësore stresogjene, ndryshimit dhe dëshpërimit, me të cilën janë të sëmurë njerëzit e sotshëm. Andej konsiderohet si një sëmundje sistematike ku përveç trurit ai mund të prekë edhe organet tjera të trupit. Ai paraqitet si rrezik faktorë për ngushtimin e enëve të gjakut me ç'raste vije deri te sëmundjet e zemrës. Si rrjedhojë, në mënyrë të ngjajshme ai ka të njëjtën rëndësi si faktorët klasik të rrezikut si pirja e duhanit, mbipesha, mungesa e aktivitetit fizik, të cilëve aktualisht u kushtohet shumë më tepër vëmendje si në ndërgjegjësimin publik ashtu edhe ne strategjitë parandaluese të politikave shëndetësore (Marks,2002).

3.2.1.Simptomat psikike të depresionit

Manuali diagnostik dhe statistikore për çrregullime mendore verzioni i V jep këto kritere të diagostikimit të depresionit madhorë: (DSM-V,2013;160-161)

1. Humori depresiv në pjesën më të madhe të ditës, (p.sh. ndjehet i pikëlluar, bosh, pashpresë) ose observim nga të tjerët (p.sh. duket i përbotur)
2. Interes apo kënaqësi dukshëm e zvogëluar për të gjithë aktivitetet në pjesën më të madhe të ditës, pothuajse çdo ditë.
3. Humbje e dukshme e peshës pa dietë ose fitimi i peshës (p.sh. ndryshim i më shumë se 5% e peshës së trupit për një muaj), ose humbje apo rritje e oreksit pothuajse çdo ditë.
4. Pagjumësi dhe hiperinsomnia
5. Agjitim ose ngadalsim psiko-motor (të observueshme nga të tjerët, jo thjeshtë ndjenja subjektive të nervozizmit ose ngadalësimit).
6. Lodhje gjatë ditës ose humbje energjie.
7. Ndjenja të pavlefshmërisë ose ndjenja të papërshtatshme faji
8. Aftësi e kufizuar për të menduar apo koncentruar, ose pavendosmëri, gati çdo ditë (ose nga raportimi subjektiv ose siç është observuar nga të tjerët).
9. Mendime të përsëritura për vdekjen (jo vetëm frikë nga vdekja), ideimi i përsëritur i vetëvrasjes pa një plan specifik, ose përpjekje për vetëvrasje

3.3. Ankthi- Qasja teorike

Ankthi, është një gjendje e zakonshme e njeriut me të cilën mund të përballemi të gjithë, në kohëra të ndryshme. Frika dhe shqetësimet janë të zakonshme te çdonjëri nga ne. Kjo është një pjesë normale e zhvillimit njerëzor. Disa njerëz përjetojnë ankth

më shumë se të tjerët, rreth ngjarjeve ose gjëra që realisht nuk mund të meritojnë shqetësime. Fenomenologjia psikopatologjike e ankthi pasqyron ndjenjë të tendosjes, frikës, shqetësimit të brendshëm dhe ngacmimit që përcillen shpesh me dekoncentrim, ndjenjë të të qenit pa ndihmë ose të lodhjes. Ankthi subjektivisht përjetohet si frikë e padefinuar “nga çdo gjë” (e cila mund të lëvizë një vështirësi e lehtë deri te frika me panik). Nganjëherë personi “nuk e di” prej se ka frike, ndërkah nëse ekziston rreziku real, vështirësia është intensivisht joproporcionale dhe afatgjate.

Pos korrelatave intrapsiqike, ankthi është i përcjellë edhe nga një numër i madh manifestimesh psikomotore dhe vegjetative: mimikë karakteristike, dridhje të duarve ose të tërë trupit, shqetësim të përgjithshëm motorik ose tendosje të muskulaturës, djersitje të shtuar, rrahje të shpejta të zemrës, hiperventilim, tharje të gojës, lëkurë të ftohtë dhe pagjakësi, etj. Përkufizimi i ankthit sipas Selingman-it, Walker-it dhe Rosenham-it (2001;101), është: [“ankthi është një gjendje psikologjike dhe fiziologjike, e cila përfshin komponentë somatikë, emocionalë, njohës dhe të sjelljes, është një ndjenjë e pakëndshme e shqetësimit dhe frikës”].

Frojdi (1936) e shikonte shtysën e njeriut për të pasur ankth si stimul për sjelljen e tij. Ai përshkroi mekanizmat mbrojtës si përpjekje të njeriut për të kontrolluar dhe për të ulur ankthin. Mekanizmat mbrojtës janë shtrembërime kognitive që individi përdor në mënyrë jokoshiente, për të patur ndjesinë e kontrollit mbi një situatë, për të zvogëluar paretat e individit nuk është në dijeni të përdorimit të tyre. Disa njerëz i tejpërdorin mekanizmat mbrojtës gjë që i privon ata të mësojnë një gamë metodash për të zgjidhur situatat që sjellin në ankth. Për psiko-analizën ankthi vjen si pasojë e konflikteve të pazgjedhura në fëmëri të cilat kryesisht kanë të bëjnë me marrëdhëniet prind- fëmijë.

Teoricienët bihevioral e shihnin ankthin si të mësuar prej eksperiencave. Nga ana tjetër njerëzit mund të “çmësojnë” sjelljet nëpërmjet eksperiencave të reja. Bihevioristët besojnë se njerëzit mund të modifikojnë sjelljet e përshtatura keq pa fituar kritikë mbi atë se ç’ka i shkakton ato. Ata debatojnë se sjelljet shqetësuese që zhvillohen dhe ndërhyjnë në jetën e individit, mund të zhduken ose të ç’mësohen me anë të përsëritjes së eksperiencave, proces i drejtuar nga terapisti. Shkolla biheviorale-kognitiviste thekson se ankthi vjen si pasojë e perceptimit të keq të problemeve, dhe nga kjo formohen skemat për vetën dhe për të tjerët mbi bazën e këtyre perceptimeve të shtrembëruara (Beck, Emery, 1985). Kjo shkollë të rëndësishme e konsideron mënyrën si ne i perceptojmë problemet se sa vet problemi, për arsye se me të formohen sjellja jonë.

Sarason (1986;21), e përkufizon ankthin si “preokupim shqetësues, shqetësim në lidhje me ngjarjet që afrohen” Ai ka përcaktuar karakteristikat e përgjigjeve të ankthit dhe situatat në të cilat ai përjetohet:

- Situatë e parë si e vështirë, sfiduese dhe kërcënuese.
- Individi e sheh veten si jo efektiv në trajtim, ose si të papërshtatshëm.
- Individi fokusohet në pasoja të padëshiruara apo në paaftësisë personale.
- Individi konkuron në aktivitete me detyra të rëndësishme njohëse.
- Individi pret dhe parashikon dështim ose humbje në lidhje me të tjerët

3.3.1.Nivelet e ankthit

Sipas Libero (2007) Ankthi ka tri nivele e ato janë: Ankth i lehtë: është një ndjesi se diçka ka ndryshuar dhe kërkon vëmendje të veçantë. Stimulimi sensor rritet dhe e ndihmon individin të përqendrojë vëmendjen te të mësuarit, te zgjidhja e problemit, te të menduarit, të vepruarit, te ndjenjat dhe te mbrojtja e vetes. Ankthi i lehtë shpesh i motivon njerëzit të bëjnë ndryshime, të përfshihen në aktivitete me qëllime të qarta. Ankth i moderuar : është një ndjesi shqetësimi për diçka që sigurisht nuk është ashtu si duhet të jetë, individi bëhet nervoz dhe i axhituar. Te ankthi i moderuar personi është në gjendje të përpunojë informacionin, të gjithë problemet dhe të mësojë gjëra të reja, por me ndihmën e të tjerëve. Ai mund të ketë vështirësi për tu përqendruar në mënyrë të pavarur por mund të ndihmohet të kthehet në çështjen me të cilën po merret. Ndërsa ankthi shkon drejt ankthit të rëndë dhe panikut ai nxjer në pahë aftësi mbijetese më primitive, më pas vjen përgjigja mbrojtëse dhe zvogëlimi i aftësive cognitive në mënyrë domethënëse. Një person me ankth të rëndë ka vështirësi për të menduar dhe arsyetuar. Muskujt e tij tendosen dhe shenjat vitale aktivizohen. Individi kalon nga pamundësia për të qenë i qetë, në irritim deri në inatosje ose përdor mjete tjera emocionale-psikomotore për të çliruar tensionin. Adrenalina rritet dukshëm, pupilat zmadhohen që të lejojnë të futet më shumë dritë dhe procesi i vetëm kognitiv ka të bëjë me mbrojtjen e individit. (Libero,2007).

3.3.2. Simptomet e ankthit

Manuali diagnostik dhe statistikore për çrregullime mendore verzioni i V jep këto kritere të diagostifikimit të ankthit të përgjithësuar (DSM-V,2013;222-223)

1. Padurim ose ndjenjë e mbylljes apo në skaj
2. Lodhje e shpejtë
3. Vështirësi në koncentrim
4. Nervoz
5. Tension i muskujve
6. Vështirësi gjatë fjetjes (vështirë të zë gjumi apo vështirësi të qëndrosh pa gjumë, ose gjumë jo i rehatshëm)

Emocionet tjera që shoqërohen me ankthin përfshijnë : ndjesitë e nervozizmit dhe irritimin, ose ndoshta ne ndjehemi sikur jemi jashtë vetës duke e vështruar atë që po ndodh pa u përfshirë në të, të menduarit herë pas herë rreth situatave të frikshme, fokusimi i tepërt në detaje të vogla, vështirësi në përqendrim, mbivlerësim i rrezikut të vërtetë të situatave ose ekzagjerim i risqeve të aktiviteteve të përditshme,shqetësim se çdo simptomë fizike është ose fillimi i një krize paniku, ose një shenjë e një sëmundjeje me rrezik për jetën (Libero,2007).

Ankthi paraqitet si përgjigje e zakonshme pas diagnozave të një sëmundje kronike. Ankthi mund të lind direkt ose indirekt si rezultat i sëmundjes (proces i përhapjes së saj). P.sh çdo ankesë për dhimbjen në kafazin e krahavorit, do të sillte shqetësime, për një pacient tjetër me atak zemre, duke e rikthyer atë në një infarkt miokardi. Ankthi është një problem jo vetëm sepse ai është brengë, që sa vjen e rritet,

por sepse ai mund të ndikojë në keqësimin e sëmundjes. Pacientët diabetik kur janë në ankth kanë kontroll të dobët të glukozës dhe u rritet shfaqja e simptomave (Lustman,1988) dhe pacientët me infarkt miokardi e kanë më vështirë të kthehen në punë në afat. Individët që detyrohen të qëndrojnë si pacientë të hospitalizuar ose të jashtëm në mjedisin spitalor zakonisht raportojnë përvoja negative dhe vuajtje. Këto raportime përforcohen nga të dhënat për çrregullime të humorit, si depresioni, por edhe nga nivelet e ankthit (Snaith, 2003). Vizitat te mjeku për kontrolluar ecurinë e sëmundjes kronike shpesh prodhojnë frikë në rritje para vizitës, e cila shprehet në pyetjet që bën pacienti për procedurat e diagnostifikimit dhe valuimin e sëmundjes etj (Simo,2000).

3.4.Studimet empirike

3.4.1.Depresioni dhe ankthi te pacientët me sëmundje koronare të zemrës.

Sëmundjet e zemrës janë shkaku kryesor i vdekjes në shtetet e zhvilluara. Van der Kooy, Marwijk, Marten, Stehouwer & Beekman (2007) treguan në meta-analizën e tyre se depresioni rrit rrezikun e infarkt të miokardit dhe sëmundjeve të arteries koronare. Simptomat depresive gjithashtu parashikojnë paraqitje të sëmundjeve koronare të zemrës, veçanërisht vdekjen e papritur kardiake. Përveç kësaj, studimet kanë treguar një lidhshmëri dozë-përgjigje mes thellësisë së depresionit dhe rritjes së rrezikut nga sëmundjet koronare të zemrës (Rutledge, Vaccariono, Jonson, Bittner & Olson, 2009). Studimet më pak janë përqendruar në ankthin, dhe rezultatet kanë qenë më të paqarta se ato të studimeve të depresionit (Albus, 2010; Kent, Shapiro, 2009).

Depresioni te pacientët me sëmundje koronare të zemrës nuk është gjithmonë i rastësishëm. Pacientët më së shpeshti ankohen nga lodhja, mungesa e energjisë, ndjehen shumë të nervozuar dhe në ankth. Mund të rritin ose zvogëlojnë peshën trupore

për (> 5%), pagjumësi ose gjumë i tepruar, ndjenja e fajit, vetëbesim i zvogëluar, zvogëlimi i aftësisë për koncentrim dhe mendime të shpeshta për vdekjen. Mekanizmi patofiziologjik përgjegjës për këtë pasqyrë simptomesh është shumë dobët i njohur. Më së shpeshti përmendet: rritja e reaktivitetit të trombociteve në gjak, mosfunksionimi endotelial, prishja e ritmit të punës së zemrës, pjesëmarrje e dobët në shërim, aktivizimi imunitar.

Serioziteti i ngjarjeve akute koronare është i lidhur me madhësinë e trombit të formuar, e cila para se gjithash ndikon në reaktivizimin e trombociteve. Zmadhimi i reaktivitetit të trombociteve ndoshta është njëri prej mekanizmave përmes të cilit rritet mundësia e shfaqjes dhe rritjes së depresionit nga ngjarjet e padëshiruara te pacientët me sëmundje koronare. Studime të shumta tregojnë se pacientët depresiv prezantohen me ndryshime në sistem (Halpert, David, 1989). Pacientët me sëmundje kardiake, të cilët janë mësuar të ndryshojnë aktivitetin e tyre të përditshëm, mund ta kenë më të lehtë të bien në dakord në fillim, por më pak e lehtë për ta është që ato të ndryshojnë sjelljen e tyre. Depresioni është i rëndësishëm jo vetëm për brengën që shkakton, por edhe sepse ai mund të ketë një impuls me kohë të zgjatur për rehabilitim dhe shtrim në spital.

Kessler, Pont, Berglund & Wittchen (1999) Suls, Bunde (2005) theksuan se ekziston komorbiditet i fuqishëm mes ankthit dhe depresionit dhe këto faktorë psikologjik nga ana tjetër shoqërohen me zhvillimin dhe mirëmbajtjen e sëmundjes së zemrës. Mekanizmat shkaktarë janë kuptuar dobët, por besohet se mekanizmat bihejvioral dhe ato patofiziologjik përbëjnë bazë për lidhjen mes stresorëve, siç janë depresioni dhe ankthi, dhe sëmundjes së zemrës.

Një hulumtim i cili zgjati 4 vite , nga viti 2003 deri ne 2007 në Norvegji nga Hansenn dhe bashkautorë kishin për qëllim që të ekzaminonin simptomat ankthioze dhe depressive te pacientët pas infarktit të miokardit , raportuan se te 20% e pacientëve janë prezent simptome ankthioze pas infarktit akut të miokardit ndërkaq simptoma depressive raportuan 14 % e pacientëve. Nëse krahasohen këto rezultate me hulumtimet tjera mund të thuhet se gjetjet nuk tregojnë prezencë në masë të madhe të shenjave depressive dhe ankthioze , autorët e ndërlidhen këtë me tretmanin shumë të mirë që iu ofrohet pacienteve në kohën që po kurohen (Graham, Atar, Johnsen, 2007) në pajtueshmëri me teorinë e vlerësimit dhe përballimit të stresit sipas Lazarus dhe Folkman (1984).

Një hulumtim i realizuar në Serbi në vitin 2007 me gjithsej 112 pacientë raporton këto rezultate: shumica e pjesëmarrësve ishin meshkuj dhe mosha mesatare ishte 54.6 ± 9.35 vite. Diagnoza psikiatrike përfshinte depresion të thellë (15.5%), agorafobia (8.7%), çrregullimi i përgjithësuar i ankthit (4.9%), çrregullimi i panikut (1.9%) dhe fobi sociale (1%). Subjektet ishin në rangun e medikamenteve që përfshinin angiotensin – frenues të konvertimit të enzimës dhe angiotensin-blokues receptorësh (81.6%), β -blokues (74.8%), statin (60.2%), nitrate (58,3%) dhe aspirin (48.5%). Përdorimi i aspirinës është shoqëruar me pikë/rezultate më të ulëta të ankthit dhe depresionit. Përdorimi i barërave tjera nuk parashikoi ndonjë dallim në rezultatet e ankthit ose depresionit. Studimi tregon mbizotërim të lartë të simptomave të ankthit dhe depresionit te pacientët me infarkt të miokardit të freskët (i kohës së fundit). Prandaj, është me rëndësi të shqyrtohen simptomat e tilla te pacientët me infarkt të miokardit , që të identifikohen sa më herët dhe të menaxhohen efektshëm, përndryshe ata mund të pengojnë rimëkëmbjen dhe prognozën. Rreth 70% të rasteve të depresionit mund të

lëshohen/humben. Situata mund të jetë më keq në shtetet me të ardhura të ulëta dhe mesatare, (Todoroviç, Pesic, 2007).

Disa studiuues si Mykletun, Bjerkeset, Dewey, Prince & Overland (2007) kanë hulumtuar depresionin dhe ankthin komorbid. Kanë gjetur se depresioni si simptom i vetëm ishte një parashikues i rëndësishëm i vdekshmërisë nga sëmundje kardiovaskulare, por jo edhe depresioni dhe ankthi komorbid. Sidoqoftë, nuk është diskutuar nëse pjesëmarrësit kishin ngjarje tjera kardiale që e paraprinin vdekshmërinë kardiale. Përfshirja e këtyre ngjarjeve në analiza do të ofronte lidhje më të saktë kohore mes depresionit, ankthit dhe ngjarjeve kardiale (jo vetëm vdekshmërinë). Prandaj është e paqartë nëse ngjarjet kardiale që kanë paraprirë e shpjegojnë lidhjen me vdekshmërinë ose nëse depresioni dhe ankthi janë më tepër të lidhur me një paraqitje të re të një ngjarje kardiale. Ngjashëm me këtë edhe Rutledge, Vaccariono, Jonson, Bittner & Olson, (2009) kanë gjetur se depresioni ishte një parashikues i rëndësishëm pas ngjarjeve të sëmundjes kardiovaskulare posaçërisht te femrat.

Zvanut në temën e saj të diplomës vendosi që të studiojë simptomat anksoze dhe depressive tek pacientët me sëmundje koronare të zemrës në Slloveni. Kampioni përfshin gjithsej 126 subjekte, 55 meshkuj dhe 77 femra të moshës 53-86 vjet, simptomat anksoze ishin prezent tek 55 % e pacientëve, ndërkah depresioni tek 50 % e tyre. Hulumtuesja po ashtu ka vërejt edhe ndryshime në raportim të simptomave sa i i përket gjinisë, femrat kanë raportuar më shumë shenja anksoze se sa meshkujt edhe atë në raport 2-5.2%. Nuk janë paraqitur rezultate statistiksht të rëndësishme sa u përket llojeve të sëmundjeve koronare të zemrës, që do të thotë se pacientët me infarkt të miokardit nuk dallojnë në raportimin e simptomave anksoze dhe depressive nga të sëmurët tjerë me sëmundje koronare të zemrës (Zvanut,2009).

Kop, Synowski & Gottlieb (2011) zbuloi se edhe kushtet e varfra psiko-sociale mund të kontribuojnë në sjelljet e padëshirueshme/jo të favorshme shëndetësore, siç janë pirja e duhanit dhe konsumimi i alkoolit. Mekanizmat direkt patofiziologjik përfshijnë çrregullimet afektive që aktivizojnë boshtin hipotalam – hipofizë – gjëndra mbiveshkore dhe sistemin nervor simpatik i cili nga ana tjetër ndikon aktivizimin e neuroendokrinës, simpatikut dhe sjelljes. Pasi që ankthi dhe depresioni janë stresorë që ka gjasa të lidhen me këto mekanizma, është e domosdoshme të merren të dy parasysh kur vlerësohet rreziku nga sëmundja e zemrës.

3.4.2. Depresioni dhe ankthi te pacientët me sëmundje të Diabetit.

Diagnostifikimi me sëmundje të diabetit është gjithmonë e vështirë, njerëzit papritmas përballen më një regjim të rreptë të trajtimit, përfshirë dietën, monitorim i rregullt i glukozës në gjak, të cilët shpeshherë çojnë në frikë dhe përgjegjësi për shëndetin e tyre. Problemet e përshtatjes emocionale në këtë situatë mund të kenë efekte negative në vetëkontrollin e diabetit e cila mund të ndikojë në mirëqenien emocionale. Autori flet për marrëdhënie në mes diabetit dhe depresionit si dhe sugjeron një model të përbashkët të pacientëve me diabet dhe kujdesit mendor të tyre. Shkalla e depresionit është dyfish më e lartë te pacientët me diabet se sa te popullata e shëndoshë. Bashkëjetesa me diabet mund të çojë në ankth, trishtim të cilët po ashtu ndikojnë në cilësinë e jetës së pacientëve me diabet. Problemet në ndryshimin e humorit mund të sjellin deri te rezultate të dobëta të vetëkontrollit për shkak të kapacitetit të reduktuar të për tu kujdesur për shëndetin e tyre ose deri te pakënaqësia e komunikimit në linjë mjek-pacientë. Autorët erdhën në përfundim se është shumë e rëndësishme së si pacienti do ta emërton veten e vet prej momentit të diagnostifikimit me sëmundje të diabetit. Nëse pacienti e sheh veten e vet si një “person me diabet” mundet që të kenë

më shumë kontroll në shëndetin e tij dhe procesi i vetëkontrollit të jetë më efektiv se së nëse pacienti e sheh veten si “pacient diabetik” që do të thotë se ai shndërrohet në një person gjendja e të cilit është e keqe, është gjithmonë në rritje të stresit mendore e cila mund të ndikojë negativisht në procesin e vetëkontrollit dhe në rritjen e gjendjes depressive të këta pacient (Ali, Stone, Peters, Davies & Khunti, 2010).

Në një shqyrtim të 18 studimeve, Grigsby, Anderson, Freedland, Clouse & Lustman, (2002) gjetën rritje të shkallës të çrregullimeve të ankthit dhe simptomave të pacientët e diabetit Tip 1 dhe Tip 2, ndonëse hulumtim tjetër ka gjetur simptome të larta të ankthit midis pacientëve të Tipit 2 kundrejt Tipit 1 (Hermans, Kuzler, Krichbaum, Kubiak & Haak, 2011). Prezenca e depresionit dhe ankthit mes pacientëve është e lidhur me sjelljet e shumëfishta që kanë ndikim negativ në menaxhimin e sëmundjeve, përfshirë edhe pirjen e duhanit, alkoolit apo abuzim me mjete narkotike; ushqim më i dobët dhe çrregullim i oreksit; kontroll më i dobët metabolik i vet-menaxhuar.

O'Connor, (2002) thekson se duke pasur parasysh se shumica e masave të simptomave të depresionit dhe ankthit nuk janë krijuar në mënyrë specifike për pacientët me diabet, është me rëndësi të testohet nëse këto masa janë të pandryshueshme për diabetin kundrejt mostrave tjera. Siç diskutohet nga O'Connor (2002;962). [“strukturat e faktorëve jo-ekuivalent nëpër grupet e moshës apo popullatës paraqesin dallime cilësore mes modeleve të matjes”]. Nëse masat e depresionit dhe ankthit veprojnë ndryshe të rriturit me diabet krahasuar me mostrën e përgjithshme, kjo do të ishte problematike për shumë arsye. Së pari, përdorimi i masave të njëjta të simptomave të depresionit dhe ankthit në një mostër për të cilën ato nuk janë ekuivalent do të çonte deri te keqinterpretimi dhe klasifikimi i papërshtatshëm i çrregullimeve në një nivel epidemiologjik. Për më tepër, në konfigurimet e shëndetit mjekësor dhe mendor,

përdorimi i masave jo-ekuivalente të simptomave të depresionit dhe ankthit me pacientë me diabet e bën më të vështirë vlerësimin dhe trajtimin me saktësi të pacientëve dhe mund të çojë terapistët të përqendrohen në simptoma potencialisht më pak të spikatur.

Rezultatet e një studimi të madh mbarëkombëtar të Peyrot, Rubin, Lauritzan, Skovlund & Snoek (2005) në kuadër të programit DAWN (Studim për Qëndrimet ndaj diabetit, Dëshirat dhe Nevojat) që kanë analizuar përvojat e pacientëve dhe profesionistëve shëndetësor gjatë përballimit me diabetin, kanë treguar se ankthi i diabetit ka qenë shpesh prezent dhe ka ndërhyrë në përpjekjet e tyre vetë-menaxhuese. Shumica e pacientëve (82.2%) kanë raportuar ndjenjë shoku, faji, acarimi, ankthi, depresioni dhe pafuqi në kohën e diagnostikimit. Ankthi mbetet i zakonshëm në një periudhë të gjatë kohore pas diagnostikimit (mesatarisht 15 vjet) . Adaptimi i problemeve të shoqëruara me episode të përsëritura hipoglikemie dhe zbatimi i terapisë me insulinë janë të një rëndësie të veçantë klinike. Edhe pse problemet emocionale të lidhura me diabet të shumica e pacientëve nuk janë mjaftueshëm të ashpra që të plotësojnë kriterin e çrregullimit mendor, janë të shoqëruara me përkeqësimin e cilësisë jetësore dhe vet-menaxhimin e sëmundjes. Ankthi i diabetit mund të dallojë nga shteti në shtet dhe nga përkatësia etnike për shkak të ndikimeve kulturore dhe faktorëve të sistemit të kujdesit shëndetësor (Fisher, Mullan, 2007).

Rezultatet e studimit të Payrot dhe Rubbin, (2006) tregojnë prezencën e vështirësive të shumë pacientëve me diabet të jetojnë me sëmundjen e tyre 8-10 vjet, siç janë kanosja nga komplikimet serioze (sëmundje të veshkave, amputim, verbëri) dhe potenciali për pritje të ulëta jetësore. Stresi i vazhdueshëm i mbajtjes së kontrollit glikemik mund të rezultojë në dy lloje të shqetësimit psikologjik: shqetësim emocional subklinik dhe çrregullime të diagnostikuara psikologjik.

Barnard, Skinner, Peveler, në hulumtimin e tyre të vitit (2006), theksuan se shkalla e depresionit në mesin e individëve me diabet vlerësohet të jenë përafërsisht dy deri në katër herë më e madhe se sa te të rriturit pa diabet , po ashtu shkallë të ngjashme shihen në mesin e pacientëve me diabet Tip 1 dhe Tip 2. Përveç kësaj, hulumtimi ka treguar se edhe pas kontrollit për variablat e lidhura me sëmundjen, ekziston një marrëdhënie dykahëshe ku diabeti tip 2 rrit rrezikun për zhvillimin e depresionit dhe depresioni rrit rrezikun për zhvillimin e diabetit tip 2 (Pan, Lucas, Sun, Dam, Francko & Manson, 2010).

Sipas studimit të (Dus, Stewart, Ismail, & Jenkins, 2007), i cili përfshinë mbi 8000 pacientë me diabet të moshës 16-74 vjeç, duke mos marr parasysh nëntipin e sëmundjes së diabetit , kanë vërtetuar 1.5 herë rrezik më të lartë të zhvillimit të çrregullimeve mentale, veçanërisht nga ankthi dhe depresioni , duke mos marr parasysh moshën , gjininë, përkatësinë etnike si dhe statusin socio-ekonomik. Çrregullimet mentale janë të lidhura me cilësinë e ulët të jetës, mungesë nga puna dhe me një përpikshmëri ndër optimale të përdorimit të terapisë, si dhe mënyrës dietale të ushqimit.

Wild, Malyahan, Brohan, Christensen & Clauson, (2007) na japin të dhëna të përgjithshme si hipoglikemia është e lidhur shpesh me simptoma të pakëndshme, të tilla si të dridhura, djersitje e tepërt, mosfunksionim konjitiv, dhe nervozizëm. Faktorët e rrezikut për shfaqjen e hypoglikemisë do të ishin si në vijim: një histori e kohëzgjatjes së hipoglikemisë që prej trajtimit të parë të insulinës dhe një nivel më të lartë të ndryshueshmërisë në nivelin e glukozës në gjak. Reagimet e rënda hipoglikemike mund të çojnë në humbje të vetëdijes, gjendje kome dhe vdekje. Pacientët mund të manifestojnë simptomat subklinike të ankthit të lidhura me hipoglikemi që mund të ndikojnë negativisht vetë-menaxhimin e diabetit. Frika nga hipoglikemia është e lidhur

me të dyja, edhe me tiparin e gjendjes edhe ankthit, edhe pse kjo marrëdhënie është e ndërlikuar.

Sipas rezultateve të studimit të (Almawi,Tamin, Sayed, Arekat & Khateeb, 2008), çrregullimet e ankthit dhe depresionit janë gjendjet më të shpeshta psikiatrike komorbide te pacientët me tipin 2 të diabetit. Njerëzit me diabet të cilit do tip kanë prevalencë më të lartë për 20% të diagnozës jetësore të ankthit se ato pa diabet. Çrregullimi i përgjithësuar i ankthit duket se është çrregullimi më i zakonshëm i ankthit në popullatën e këtyre pacientëve, me shkallë prevalence që varion nga 13% deri 14% 15. Çrregullimi i panikut ,çrregullimi i stresit post-traumatik dhe fobi sociale janë po ashtu më të shpeshta te pacientët me diabet se sa te popullata në përgjithësi.

Rezultatet e studimeve mbi lidhshmërinë e depresionit,ankthit dhe stresit me diabetin e kryer në Bahrein, një vend ishullorë me prevalencë shumë të lartë të diabetit treguan prezencë shumë më të lartë të këtyre çrregullimeve te grupi i pacientëve me diabet në krahasim me popullatën e shëndoshë.- (Almawi,Tamin, Sayed, Arekat & Khateeb, 2008). Rezultate pothuajse të njëjta gjetën edhe autorët e studimit Anderson,Freedland, Clouse, Lustman (2001) se depresioni ndodh dy deri tre herë më shpesh te pacientët me diabet edhe atë të tipt 2 se sa te popullata e shëndoshë.

Poashtu studiues si Makine, Ikova, (2009) kanë bërë studim të lidhshmëri mes ankthit të diabetit dhe llojit të terapisë antidiabetike. Pacientët që trajtohen me insulinë përjetojnë ankth diabeti më të lartë në krahasim ma ata që trajtohen me terapi orale hipoglikemike apo dietë , të njëjtët rezultatet i ka arritur më herët edhe Delahanty, Grant, Wittenberg, Bosch & Wexler, (2007). Një vlerësim negativ i terapisë me

insulinë konsiderueshëm lidhet me nivel më të lartë të ankthit të diabetit, thellësi të depresionit dhe edukim të ulët .

Fisher, Glasgou, Stycker në studimin e bërë në vitin (2010), kanë treguar se ankthi i diabetit konsiderueshëm shoqërohet me kontrollin e glikemisë dhe aktivitetin fizik dhe se edhe ankthi i diabetit edhe ashpërsia e depresionit konsiderueshëm dhe në mënyrë të pavarur janë shoqëruar me të ushqyerit dhe respektimin e mjekimit.

Ibishi, me b.p (2012) në Tiranë në studimin e tyre “Mjekimi i çrregullimeve të ankthit te pacientët me sëmundje koronare të zemrës “kishin për qëllim studimin e reduktimit të simptomave të ankthit dhe përmirësimin e cilësisë së jetës gjatë mjekimit me sertalinë, në periudhën 12 javore. Në hulumtim janë përfshirë gjithsej 60 pacientë të moshës mbi 18 vjeç të cilët kanë treguar simptome anksioze. Prevalence e ankthit te pacientët që kanë kaluar krizë akute kardiake është 70-80%, dhe ankthi vazhdon për një kohë të gjatë te 20-25% e sëmurve me SKZ. Niveli i ritur i ankthi është parashikues i një infarkti të përsëritur, angine të pastabilizuar dhe uljes së cilësisë së jetës, Ankthi i vazhdueshëm është parashikues i paaftësisë shton simptomat fizike dhe e përkeqëson funksionimin. Vlerësimi i ankthit dhe tretmani i tij gjithsesi edhe me medikamente duhet të jetë pjesë e kujdesit të çdo pacienti kardiak duke ulur shkallën e rrezikut për kriza ë përsëritura me ecuri fatale.

Okanoviç, në një hulumtim që bëri ne Vuk Vrhovac Kroaci, përgjatë vitit 2012, konkludoi se format klinike të depresionit të ashtuquajtura episode të depresionit madhorë hasen te 11% e pacientëve me diabet, ndërkaj te popullata e shëndoshë simptomat e njëjta depressive hasen vetëm te 5 % e njerëzve, andej edhe incidente e depresionit tek pacientët diabeik është dy herë më e madhe se sa tek popullata e

shëndoshë. Sipas autores , problem I depresionit mundet të haste te çdo i 3-ti pacientë me diabet, dhe se te 10% e këtyre pacientëve mundet të hasen edhe shenja te depresionit madhorë. Gjendja serioze mjekësore sjell deri te depresioni, për shkak të zvogëlimit të aftësisë fizike zvogëlohet rezistenca ndaj stresit që paraqet shkaktarë kryesorë të zhvillimit të depresionit. Depresioni dobëson sistemin imunitar i cili mund të sjell deri te paraqitja e dhimbjeve, po ashtu depresioni vetë mund të jetë një shenjë e sëmundjeve të caktuara ose çrregullimeve të tillë si çrregullime metabolike , neurologjike si sëmundje të Parkinson dhe Alzheimer ,çrregullime hormonale të tilla si diabeti (Okanoviç,2012).

3.5. Ndikimi i stresit, depresionit ankthit në cilësinë e jetës te pacientët me sëmundje koronare të zemrës dhe diabet

Dy dekadat e fundit është vërejtur një rritje e interesit mbi studimet e cilësisë së jetës. Studimet e para janë themeluar në ekzaminimin e ndikimit të dhimbjes në cilësinë e jetës. A është jeta cilësore? Jeta cilësore ose jo cilësore për çdo individ është kategori individuale. Përcaktimi personal kyçen një varg të tërë të karakteristikave që përshkruajnë një qasje individuale të jetesës cilësore. Kështu cilësia e jetës përfshinë shumë faktorë fizik dhe psikologjik të cilët përshkruajnë një aftësi funksionale të individit si dhe një shkallë të kënaqësisë së individit që rezulton nga këto. (Walker, Rosser, 1988). Cilësia e jetës është shumëdimensionale dhe varet nga shëndeti i përgjithshëm, gjendja psikologjike,nga shkalla e pavarësisë në kryerjen e aktiviteteve të përditshme,nga raportet sociale dhe mundësia e realizimit të synimeve personale. Kështu, statusi shëndetësorë është vetëm një pjesë e gjithë asaj që hyjnë në cilësinë e jetës duke përfshirë vetëm aspektin fizik dhe emocional (Fistoniç,2003).

Nëse ndalemi te studimi i cilësisë së jetës te pacientët të cilët vuajnë nga një sëmundje kronike në masë të madhe rol luan edhe aspekti psikologjik i përjetimit të sëmundjes, kështu që mosmenaxhimi i situatës stresante që krijohet gjatë sëmundjes mund të shpije në rritjen e mundësisë për paraqitjen e depresionit dhe ankthit të cilët në të njëjtën kohë ndikojnë në ndryshimin e cilësisë së jetës. Andej edhe koncepti i cilësisë së jetës është bërë me rëndësi shkencore në veçanti për pacientët që vuajnë nga sëmundjet kronike për faktin se ata bëjnë kompromis në stilin e të jetuarit, pacientët u nënshtrohen tretmanëve intensive dhe të ngjashme, (Latal, Helfricht, Fischer, Bauersfeld & Landolt, 2009) .

Progresi teknologjik ka mundësuar diagnostifikimin e mëhershëm, ritje të teknikave kirurgjikale, përmirësimi konsekuent në rezultatet e terapisë ,duke rritur kështu mbijetesën pacientëve. Rritja në normën e mbijetesës së pacientëve me sëmundje koronare të zemrës, diabet dhe në përgjithësi me një sëmundje , krijojnë nevojën për analizën e cilësisë së jetës të pacientëve me sëmundje kronike gjatë tretmanit të tyre, vështirësitë e mundshme përgjatë përballjes me sëmundjen. (Vazz, Silva, Gomes, 2009).

3.5.1.Cilësia e jetës te pacientët me sëmundje koronare të zemrës. Sëmundjet koronare të zemrës janë sëmundje me influencë jo vetëm te vet personi,shëndeti i tij, por edhe tek atmosfera familjare,punësimi, marrëdhëniet shoqërore. Studimet kanë treguar se cilësia e ulët e jetës është e lidhur në mënyrë të pavarura me sëmundjet e zemrës (Myint, Luben, Surtees, Wainwright & Welch, 2006) , vdekshmërinë më të shpejtë si dhe frekuentimin më të shpeshtë të spitaleve sa u përket pacientëve me sëmundje koronare të zemrës (Schenkeveld me b.p,2010).

Lidhshmëria mes depresionit dhe simptomës së prezencës së shqetësimit mund të interpretohet në disa mënyra. Së pari, depresioni mund të manifestohet me simptomë fizik te personat më të vjetër (Birerr, Vemuri, 2004) Së dyti, depresioni mund të çon deri te rritja e ndjeshmërisë dhe raportimi i simptomave fizik. Pacientët me depresion kanë më tepër simptomë fizik krahasuar me pacientët pa depresion kur kontrollohet ashpërsia e sëmundjes mjekësore (Katon,Sullivan, Walker, 2001) Së treti, ngarkesa e rritur e lidhur me më tepër simptoma dhe simptoma e shqetësimit mund të çon në depresion. Për shkak se ky studim është ndër-sektorial, marrëdhënia mes depresionit dhe simptomave te pacientët me infarkt është një nga lidhshmëritë. Dëshmitë sugjerojnë se lidhja shkakësore është ndoshta dydrejtimëshe. Për shkak se edhe depresioni edhe simptomat janë problematike /të mërzitshëm për pacientët dhe mund të ndërhyjnë në funksionimin dhe cilësinë e jetës, të dy duhet të shqyrtohen njëkohësisht (Rumsfeld, Ho, 2005)

David me b.p. (2007) kanë gjetur se pacientët me infarkt kanë raportuar një numër të madh të simptomave shqetësues që janë të lidhur me depresionin, ankthin dhe cilësi më të dobët të jetës. Edhe pse mund të dimë pak për shkaqet e simptomave të caktuar te pacientët me infarkt, siç është dhimbja, është me rëndësi të njohim simptomë të ndryshëm janë përgjegjës për një pjesë të madhe të rënies së cilësisë së jetës lidhur me infarktin. Dhimbja gjithashtu është raportuar nga 50% apo më tepër pacientë në studimin tonë. Numri mesatar i simptomave të raportuat nga pacientët në studimin e Zambroski, Moser, Bhat, Ziegler, (2005) ishte 15. Për dallim me studimin e tanishëm, Zambroski dhe kolegët konsideronin edhe simptomat fizik edhe psikologjik. Prevalenca më e lartë e simptomave të raportuar në studimin e Zambroski me b.p është shoqëruar

me raportim të nivelit më të lartë të shumicës së simptomave të shqetësimit përfshirë këtu depresionin dhe ankthin.

Një hulumtim i realizuar në Nish të Serbisë gjatë vitit 2011 nga Rançiç, Petroviç, Apostoloviç, Mandiç, me bashkautorët e sajë raportuan se infarkti akut i miokardit ndikon në cilësinë e jetës edhe atë jo vetën në fazat e hershme pas sulmit të infarktut por edhe në kohëzgjatje më të gjatë të sëmundjes, mirëpo Shkallë më të ulët të cilësisë së jetës raportuan të gjithë pacientët pas 1 muaj sulm të infarktut të miokardit, ndërkaq cilësia e jetës përmirësohej ose ishte më e lartë pas 12 muaj të sulmit. Autorët e njëjtë vërejtën edhe simptoma të depresionit në fazat e hershme të sëmundjes dhe mendojnë se ky mund të jetë edhe një ndër shkaqet e një cilësie jete më të ulët të njëjtë pacient.

3.5.2. Cilësia e jetës te pacientët me Diabet- Diabeti është një sëmundje e rëndë kronike dhe paraqet një problem serioz shëndetësorë në moshën e mesme duke ndikuar që personat të vdesin me herët në krahasim me personat që nuk e kanë këtë sëmundje. Studimi i cilësisë së jetës ka rëndësi të madhe jo vetëm për shëndetin publik por edhe për disiplinat klinike duke pasur parasysh tentativën për jetëgjatësi nga ana e pacientit dhe pritjet që kanë familjarët që po jetojnë me pacient me diabet. Hulumtimet kanë raportuar ulje të cilësisë së jetës te pacientët me diabet pas një kohë bashkëjetese me sëmundjen (Odili, Ugboka, Oparah, 2010) .

Në një nga studimet e (Stankovic, Balkoski, Laposavi, Popoviç, 2008), thellësia e simptomave depresivë të vetë-vlerësuar te pacientët me diabet është konsiderueshëm i lidhur edhe me përshtatjen sociale edhe me cilësinë e jetës. Sëmundja e diabetit sipas (Banerjea, Sambamoorthi, Smelson, Pogach, 2008) Së bashku me çrregullimet e ankthit dhe depresionit, ndodhin edhe çrregullimi i përdorimit të substancave narkotike dhe

konsumimi i tej mase të alkoolit të cilët ndryshime ndikojnë shumë në cilësinë e jetës së këtyre pacientëve. Diabeti po ashtu rrit rrezikun e zhvillimit të demencias, kryesisht sëmundjes Alzheimer (Luchsinger, 2010).

Imsiroviç dhe Masiç (2009) i në hulumtimin e tyre “ Cilësia e jetës te pacientët me Diabet” , nga gjithsej 50 pacientë (27 meshkuj dhe 23 femra) , të moshës 40-50 vjeçare, erdhën në përfundim se 70 % e pacientëve kanë frikë të matur nga sëmundja, po ashtu 68 % të pacientëve treguan simptome depresive. Hulumtuesit erdhën në përfundim se cilësia e jetës së pacientëve me diabet është e pa kënaqshme, duke përfshirë në këtë kontekst përveç aspektit psikologjik (ndjenjë e mërzi, rutinës, jetë pasive seksuale, frikën , ankthin) po ashtu pacientët shfaqen pakënaqësi edhe në sferën socio- ekonomike. Shumica prej tyre (72%) kanë probleme financiare serioze me ç’rast u pamundësohet regjimi higjieniko-dietik jetësor.

(Choi, Lee, An, Kim & Han, 2011), në studimin e tyre lidhur me cilësinë e jetës dhe diabetin theksuan se diabeti është qartë i lidhur me cilësi jetësore me shëndet të dobësuar, krahasuar me popullatën e shëndoshë, pavarësisht faktorëve psikologjik dhe prezencës së sëmundjeve somatike komorbide që është treguar në shumë studime të tjera si (Stankovic, Balkoski, Leposaviy, 2008, Aikens, Perkins, Piette & Lipton, 2008) .

Rezultatet e studimit të Pouera (2011), treguan përqindje më të lartë të problemeve emocionale në lidhje me diabetin te pacientët me simptomatologjinë depresive intensive në raport me të tjerët me simptome mesatare ose të lehta. Rezultatet e studimit prospektiv 1 vjeçar treguan se intensiteti i depresionit, cilësia e jetës dhe problemet emocionale lidhur me diabetin kanë të bëjnë me një përfundim të keq të depresionit të këta të sëmurë. Rezultatet e hulumtimeve të mëhershme tregojnë nevojë

të zbulimit të distresit në lidhje me diabetin si dhe të çrregullimeve mentale gjatë çdo kontakti me pacientët , edhe atë jo vetëm në mënyrë periodike e veçanërisht te pacientët e rinj, te gratë dhe tek ata me komplikime (komorbiditet).

Një hulumtim i bërë në vitin 2012 në Novi Sad- Republika e Serbisë nga Bosich, Milica, Stojanoska & Zavis, dhe bashkautorët e saj raportuan ulje të cilësisë së jetës së pacientëve me diabet të Tipit 2 edhe atë në të gjitha dimensionet e saj. Autorët kishin marrë në studim gjithsej 90 pacientë diabetik të moshës 40-80 vjeçare. Rezultati nga testi Bref- për vlerësim të cilësisë së jetës ishte me vlerë të ulët, ndërkajë nga të gjitha dimensionet e cilësisë së jetës shëndeti fizik u raportua me vlera më të ulët. Autorët raportuan po ashtu se cilësi më e ulët e jetës vërehet te pacientët me nivel më të ulët shkollimi dhe statusi ekonomik (Bosich, 2012). Te të sëmurët me diabet të tipit 2, të cilët janë në terapi me insulin, ekziston një lidhshmëri e cekur e depresionit , cilësisë së jetës, dhe nivelit të Hb-hemoglobinit, kurse te pacientët të cilët janë në terapi antidiabetike orale, këta parametra nuk janë në mënyrë të konsiderueshme të pranishme (Aikens, Perkins, Lipton, 2013).

KAPITULLI IV:

4.1 METODOLOGJIA E HULUMTIMIT

Gjatë ngritjes së një problemi të caktuar hulumtuesi gjithmonë nisët nga një ide e veçantë, kurse vet kuptimi i hulumtimit të problemit bëhet më i qartë kur të caktohet qëllimi dhe rëndësia e hulumtimit. Nevojat e teorisë, analiza e depresionit, stresit , ankthit dhe cilësisë së jetës te subjektet me sëmundje të diabetit dhe sëmundje koronare të zemrës po bëhet një fushë interesante që shqyrton faktorët specifik të lidhur me sëmundjet dhe ndikimin e saj në funksionimin e përditshëm të personalitetit në nivel social dhe psikologjik.

Platformat teorike mbi çështjet në studim të personave me sëmundjet e përcaktuara kanë nevojë për njohuri të reja që do të ndihmojnë në zbardhjen e problemeve me të cilat përballen këta pacientë gjatë trajtimit dhe funksionimit të tyre. Gjithashtu është e nevojshme të arrihet deri te njohuri për çështjen e segmenteve të jetës së përditshme në të cilën aktivitetet e pacientit, si dhe funksionimi tij pëson ndryshime dhe vështirësi në përshtatje

4.2. Konteksti specifik dhe qëllimi i studimit

Në vitin 2009 u prezantua një studim i bërë në qytetin e Tetovës nga Uzairi lidhur me sëmundjet e zemrës dhe depresioni, komborbiditete apo rastësi. Mjeku kishte dashur që të hulumton prezencën e depresionit në sëmundjet e zemrës dhe sa ndikon prezenca e vet depresionit në këto sëmundje, sipas statistikave prevalenca e depresionit

është mbi 20% . Janë analizuar 193 të sëmurë, 82 meshkuj dhe 111 femra me sëmundje të zemrës, të moshave 30-82 vjeç. Sëmundjet e zemrës janë diagnostikuar në bazë të metodave standarde klinike, laboratorike, Ekokardiografisë dhe metodave invazive. Diagnoza e depresionit është vënë në bazë të anamnezës, anketës psikike dhe konsultimit me psikiatrin. Nga numri i përgjithshëm i të analizuarve me sëmundje të ishemiike të zemrës, 20% e tyre kishin sindromën depresive, 13 meshkuj të moshës mesatare 54.9 dhe 17 femra të moshës mesatare 57.2 vjet. Depresioni te të sëmurët kardiovaskular më shpesh është gjetur te moshat e reja të, më shpesh te femrat, kurse te moshat e shtyera më rrallë. Autori ka konkluduar se diagnostikimi dhe trajtimi i njëkohshëm i sëmundjeve të zemrës dhe i depresionit ndikojnë në uljen e morbiditetit dhe mortalitetit, në përmirsimin e cilësisë së jetës, të sëmundjeve kardiovaskulare dhe depresionit.

Emruli në vitin (2011) hulumtoi në temën e saj të masterit “Çrregullimet kardiovaskulare dhe depresioni” te pacientët në spitalin klinik të Tetovës. Problem i hulumtimit të saj ishte të vërtetojë korrelacionin mes sëmundjeve kardiovaskulare dhe simptomave depresive te popullacioni i ekzaminuar si, të përcaktojë lidhjen mes sëmundjeve kardiovaskulare dhe karakteristikave psikologjike të personalitetit (tipi –A ose –B) si dhe determinantët psiko-social në paraqitjen e sëmundjes. Në një kampion prej 80 pacientëve me sëmundje koronare të zemrës, prej të cilëve 25 ishin meshkuj 55 femra, të moshës nga 20-60 vjeçare erdhi në përfundim se te të ekzaminuarit janë prezentë dhe bashkekzistojnë më shumë faktorë të rizikut të cilët shkaktojnë paraqitjen dhe krijimin e sëmundjeve kardiovaskulare, prej të cilave vend të rëndësishëm zënë: stresi, tensioni i lartë i gjakut dhe duhani; Tipi-A i personalitetit është prediktor për paraqitjen e sëmundjeve kardiovaskulare; Te të ekzaminuarit me angina pectoris dhe

infarkt të miokardit është e rritur ndjenja e apatisë, mosdisponimit dhe energjisë së zvogëluar jetësore.

Qëllimi i këtij studimi buron nga nevoja për të realizuar më shumë studime në kontekstin shqiptarë në fushën e aspektit psikologjik të pacientëve me diabet dhe sëmundje koronare të zemrës. Ky studim synon të hulumtojë cilësinë e jetës së këtyre pacientëve duke analizuar shkallën e stresit, depresionit dhe ankthit.

4.2.1. Objektivat e këtij studimi janë:

- Vlerësimi i raportit (lidhshmërisë) mes shkallës së stresit, ankthit , depresionit dhe cilësisë së jetës te pacientët me diabet dhe pacientët me sëmundje koronare të zemrës.
- Krahasimi i niveleve të stresit, depresionit, ankthit dhe cilësisë së jetës mes pacientëve me diabet dhe sëmundje koronare të zemrës.
- Krahasimi i niveleve të stresit, depresionit, ankthit dhe cilësisë së jetës në mes pacientëve me diabet , sëmundje koronare të zemrës në raport me popullatën e shëndetshme.
- Vlerësimi i cilësisë së jetës së pacientëve me diabet dhe sëmundje koronare të zemrës duke u bazuar në shëndetin fizik, psikik, raporteve sociale dhe mjedisin jetësor.

4.3. Pyetjet kërkimore të studimit

Në mënyrë që të përmbushet qëllimi dhe objektivat e mësipërme është përdorur metoda sasiore e matjes së të dhënave. Nivelet e stresit, ankthit, depresionit dhe cilësisë së jetës janë matur përmes pyetësorëve vetëraportues. Në të njëjtën kohë janë marrë përgjigje edhe për faktorët sociodemografikë. Pyetjet e kërkimit burojnë nga qëllimi dhe objektivat e studimit. Meqenëse të gjitha këto variabla së bashku të këto dy lloj sëmundjesh vihen për herë të parë në qendër të një studimi, atëherë kemi disa pyetje kërkimore :

- Pyetja kërkimore 1. A ekzistojnë marrëdhënie mes stresit, depresionit, ankthit dhe cilësisë së jetës tek pacientët me diabet, pacientët me sëmundje koronare të zemrës dhe popullata e shëndetshme?
- Pyetja kërkimore 2. A ekzistojnë dallime në nivelin e stresit, depresionit, ankthit dhe cilësisë së jetës mes pacientëve me diabet dhe pacientëve me sëmundje koronare të zemrës?
- Pyetja kërkimore 3. A ekzistojnë dallime në nivelin e stresit, depresionit, ankthit dhe cilësisë së jetës mes pacientëve me diabet dhe sëmundje koronare të zemrës nga njëra anë dhe popullatës së shëndetshme nga ana tjetër?

4.4. Hipotezat dhe nënhipotezat e hulumtimit

H₁ Ekziston një lidhje statistikisht e rëndësishme mes stresit, depresionit, ankthit dhe cilësisë së jetës tek pacientët me diabet, pacientët me sëmundje koronare të zemrës dhe popullata e shëndetshme.

H_{1.1} Ekziston një marrëdhënie mes stresit, depresionit dhe ankthit tek pacientët me sëmundje koronare të zemrës dhe pacientët me diabet.

H_{1.2} Ekziston një marrëdhënie në mes stresit, depresionit, ankthit, cilësisë së jetës dhe dimensioneve të saj tek pacientët me diabet dhe pacientët me sëmundje koronare të zemrës.

H_{1.3} Ekziston një ndërlidhje mes variablave studimore dhe variabve demografike (gjinia, mosha, shkollimi, vendbanimi, punësimi, statusi ekonomik, kohëzgjatja e sëmundjes dhe lloji i sëmundjes) tek pacientët me sëmundje koronare të zemrës, pacientët me diabet dhe popullata e shëndetshme.

H₂ Ekzistojnë ndryshime statistikisht të rëndësishme në nivelin e stresit, depresionit, ankthit dhe cilësisë së jetës mes pacientëve me diabet dhe pacientëve me sëmundje koronare të zemrës.

H_{2.1} Ekzistojnë dallime në nivelin e stresit, depresionit dhe ankthit mes pacientëve me diabet dhe pacientëve me sëmundje koronare të zemrës.

H_{2.2} Ekzistojnë dallime në nivelin e cilësisë së jetës dhe dimensioneve të saj mes pacientëve me diabet dhe pacientëve me sëmundje koronare të zemrës.

H₃ Ekzistojnë ndryshime statistikisht të rëndësishme në nivelin e stresit, depresionit, ankthit dhe cilësisë së jetës mes pacientëve me diabet, pacientëve me sëmundje koronare të zemrës dhe popullatës së shëndetshme.

H_{3.1} Ekzistojnë dallime në nivelin e stresit, depresionit dhe ankthit mes pacientëve me sëmundje koronare të zemrës dhe popullatës së shëndetshme.

H_{3.2} Ekzistojnë dallime në nivelin e cilësisë së jetesës dhe dimensioneve të cilësisë së jetës mes pacientëve me sëmundje koronare të zemrës dhe popullatës së shëndetshme.

H_{3.3} Ekzistojnë dallime në nivelin e stresit, depresionit dhe ankthit mes pacientëve me diabet dhe popullatës së shëndetshme.

H_{3.4} Ekzistojnë dallime në nivelin e cilësisë së jetesës dhe dimensioneve të saj mes pacientëve me diabet dhe popullatës së shëndetshme.

4.5. Dizajni i hulumtimit

Ky studim është realizuar duke përdorur metodën sasiore të mbledhjes së të dhënave. Fillimisht, qëllimi i këtij studimi ishte hulumtimi mbi depresionin, ankthin dhe cilësinë e jetës së pacientëve me sëmundje kronike. Por, pas konsultimit me ekspertë të fushës, u pa e nevojshme që të konkretizohen dy nga sëmundjet kronike edhe atë diabeti dhe sëmundjet koronare të zemrës si sëmundje më të shpeshta të regjioni i Tetovës. Pas studimit të literaturës së fushës u vu re se stresi është një ndër faktorët më të rëndësishëm i cili ndikon në paraqitjen e sëmundjeve somatike andej edhe stresi u bë si pjesë kryesore e këtij hulumtimi.

4.5.1. Avantazhet dhe disavantazhet e kërkimit sasior

Studimet sasiore dhe cilësore kanë avantazhet dhe disavantazhet e tyre. Veçanërisht në shkencat sociale përdoren shpeshherë kërkime cilësore për të zbuluar më shumë mbi një çështje, por, nga ana tjetër, kryhen dhe kërkime sasiore, sidomos në

rastet kur ekziston nevoja për rezultate më objektive, për të menaxhuar një sasi të konsiderueshme informacioni, për të testuar hipoteza ose për të gjetur lidhjet e mundshme mes variablave, për të përgjithësuar rezultatet për popullatën në studim, si dhe për të krahasuar të dhënat dhe rezultatet me studime të tjera etj (ACAPS, 2012).

Arsyeja pse në hulumtimin tim kam përdorur metodën sasiore qëndron në atë se vet natyra e studimit kërkon zbulimin e të dhënave numerike që të mundemi të raportojmë marrëdhënien në mes stresit, depresionit, ankthit dhe cilësisë së jetës te pacientët me diabet dhe sëmundje koronare të zemrës dhe me pas që të mundemi t'i krahasojmë këto rezultate në mes dy sëmundjeve dhe në fund të mundemi të krahasojmë nivelin e stresit, depresionit, ankthit dhe cilësisë së jetës në mes pacientëve me sëmundje koronare të zemrës, pacientëve me diabet dhe popullatës së shëndoshë. Pyetësorët që janë përdorur kanë qenë të formës së mbyllur tipike e studimeve sasiore. Hulumtuesja ka qenë vetëm mbikëqyrëse e hulumtimit. Përgjithësimi është bazuar vetëm mbi bazën e të dhënave. Është përdorur analiza statistikore për përpunim të të dhënave dhe testim të hipotezave.

Studimi cilësor nuk do mund të ishte metoda jonë e hulumtimit për arsye se këto lloj studime bazohen në praktikën dhe procesin dhe më pak në rezultate, vëzhgimi bëhet i drejtpërdrejt, hulumtuesi vëzhgon natyrën dhe sjelljen nga jashtë, hulumtuesi ka një plan të përgjithshëm të hetimit por jo një grup të veçantë të pyetjeve, më saktë hulumtimi kryhet më shumë në formë bisede ku respondentit udhëzon drejtimin e intervistës. Të dhënat nga studimet cilësore mund të monitorohen por jo edhe të maten. Hulumtuesi ka një ide të përgjithshme mbi kërkimin, modeli dhe strategjia e kërkimit munden të evulojnë gjatë procesit.

Nga ana tjetër, të dhënat sasiore nuk ofrojnë një informacion të thelluar mbi çështjen e studiuar dhe nuk u përgjigjen pyetjeve “si” dhe “pse”, pasi një pjesë e informacionit që nuk përfshihet në instrumentin e studimit mund të humbasë (Ackroyd & Hughes, 1959).

4.6.Vështirësitë dhe kufizimet e hulumtimit

Së pari si vështirësi na paraqitet vetë kampioni i studimit për shkak se është kategori më specifike, pra bëhet fjalë për pacientë të diagnostikuar me një sëmundje.

Së dyti, kohë e gjatë deri sa mbërrimë te pacientët, sepse duhet respektuar data e takimit të tyre me mjekët.

Së treti, në këtë studim u përdorën vetëm instrumente matës të natyrës vetë- raportuese, ku supozohet se subjektet që kanë bërë këtë vetë-raportim, të jenë përgjigjur me sinqeritet

Së katërti, tek ne mungon ende ngritja e vetëdijes së qytetarëve për raport adekuat mes pacientëve dhe psikologëve.

Së pesti , shumica e pacientëve ndoshta mundohen ti fshehin simptomat e sëmundjes së tyre duke mos i plotësuar deri në fund testet, kështu që na është dashtë të aplikohen testet përsëri te pacient të tjerë.

Së gjashti ndikon shumë edhe vendbanimi i pacientëve- ku ndikojnë kulturat dhe traditat në mënyrën e pranimi dhe tretmanit të sëmundjeve si dhe shkalla e arsimimit dhe statusi ekonomik ndikojnë në kufizimet e hulumtimit.

Kufizim është edhe fakti se të gjithë përbërësit e kampionit të studimit janë të nacionalitetit shqiptarë, nuk janë përfshirë edhe nacionalitete tjera si maqedonas, turqi , rom që jetojnë në Tetovë dhe rrethinë.

Një kufizim është edhe fakti se nuk kishim mundësinë e pasjes së informantëve shtesë psh. familjarët, në veçanti bashkëshortët, fëmijët, etj. të cilët do të na jepnin impute me vlerë në shtimin e vërtetësisë së rezultateve të fituara.

Kufizim tjetër me rëndësi është përdorimi i pyetësorve vetëraportues të cilët në vetvete kanë kufizimet e veta lidhur me specifikën dhe sensitivitetin e tyre, këtu duhet ndërlidhur faktin se kanë munguar konsultat me mjekët psikiatër sa i përket vlersimit të gjendjes reale të pacientëve.

4.7 Kampioni dhe procedurat

4.7.1. Konteksti

Hulumtimi është realizuar në Spitalin Klinik të Tetovës respektivisht në ambulancat përkatëse specialistike të sëmundjeve endokrine dhe kardiologjie, gjatë periudhës kohore prej muajit Tetorë të vitit 2014 deri në muajin Prill të vitit 2015. Përzgjedhja e kampionit ka qenë në mënyrë të qëllimshme. Hyrja në spital u bë me lejen e drejtorit të spitalit dhe më pas procedurat u lehtësuan me vendosjen e kontaktit me stafin e shërbimit mjekësorë po në këtë spital. Pyetësorët janë administruar nga vetë kërkuesja ose në të paktën e rasteve nga intervistues të tjerë (mjek ose motra medicinale) të trajnuar paraprakisht nga vetë kërkuesja. Hulumtuesja ka ndjekur rrugën

e vizitave mjekësore një formë e re e punës te spitalet tona në Republikën e Maqedonisë e cila funksionon sipas rregullës “ data e vizitës” ku pacientët paraprakisht përmes mjekut amë caktojnë vizitat mjekësore te mjekët specialist përmes sistemit elektronik. Më pas pacientët informohem përmes porosive telefonike nga ana e vet aplikacionit të Ministrisë së shëndetësisë që të njoftohen për datën dhe orën e vizitës mjekësore, edhe ne jemi munduar në këtë rrugë të ndjekim zgjedhjen e kampionit të qëllimshëm. (- *Ligji për sigurim shëndetësorë (“Gazeta zyrtare e R.M”, nr 25/2000,96/2000.....113/2004).*

4.7.1.1 Mbledhja e të dhënave

Metoda e mbledhjes së të dhënave për këtë studim ka qenë ajo e intervistës ballë për ballë. Të katër pyetësorët, së bashku me fletanketën me të dhëna e përgjithshme, ishin vendosur në vazhdimësi dhe instrumenti përfundimtar konsistonte në 88 pohime. Përpara se të intervistoheshin, pjesëmarrësve u shpjegohej shkurtimisht studimi në fjalë, qëllimi i tij dhe fakti se është anonim, si dhe të drejtat e tij për të ndaluar në çdo moment që ai nuk dëshironte të vazhdonte, për të pyetur për çdo paqartësi që mund të kishte apo për të kontaktuar me kërkuesen në çdo moment.

Një intervistë zgjaste mesatarisht 30- 40 minuta. Disa intervista kanë zgjatur më shumë për shkak të ngarkesës emocionale që krijohet nga pyetjet e drejtuara, por edhe për shkak të vështirësisë për të kuptuar disa pyetje, veçanërisht nga individët me nivel arsimor të ulët , personat më të vjetër ose nga ata që nuk ishin përballur me pyetësorë të kësaj natyre. Gjatë intervistimit pjesëmarrësit mund të shikonin vetë se çfarë shënonte intervistuesja, si dhe të plotësonin vetë pyetësin. Njëkohësisht është dhënë shpjegim

për pyetjet e paqarta. Në të paktën e rasteve pyetëtori është lënë në ambulancë (endokrinologjike dhe kardiologjike) nën mbikëqyrjen e motrës medicinale ose mjekut nëse ka ndodhur që kërkuesja nuk ka pasur mundësi të jetë prezentë. Por në këto raste ka ndodhur ku një pyetësorë të jetë kthyer i pa plotësuar, kështu që kërkuesja është dashur që të përsëritë intervistën me pacientë të tjerë, pasi që rastet e pyetësorëve të paplotësuar janë hequr nga procesi i hulumtimit.

Në fillim të çdo pyetëtori intervistuesja iu lexonte ose iu shpjegonte se cili ishte qëllimi i pyetësit përkatës, duke iu referuar udhëzimeve të tij, si dhe mënyrës me të cilën mund të përgjigjeshin, e cila ndryshonte sipas pyetësit. Në përfundim të pyetësit intervistuesja drejtonte pyetjen: “A ka diçka tjetër që do të donit të diskutonim bashkë?” dhe e mbyllte intervistën me falënderimin përkatës dhe urimin për shërim të shpejtë të pacientit.

4.7.2. Kampioni i hulumtimit

Në këtë studim është përdorur kampionimi i qëllimshëm. Kemperi dhe Teddlieja (2000) kanë ofruar udhëzimet e tyre për përzgjedhjen e kampionit. Së pari, teknika e kampionimit buron logjikisht nga kuadri konceptual i pyetjeve të kërkimit. Së dyti, kampioni duhet të gjenerojë të dhëna të mjaftueshme për çështjen që po studiohet. Së treti, kampioni duhet të krijojë mundësinë e bërjes së përgjithësimeve të qarta ose të besueshme nga të dhënat (Jeanty dhe Albizu, 2011).

4.7.2.1. Kriteret e përfshirjes dhe të përjashtimit. Një çështje e rëndësishme për përzgjedhjen e kampionit për këtë studim ishte ajo e përcaktimit të saktë të diagnozës nga ana e mjekëve specialist të fushës së endokrinologjisë dhe kardiologjisë.

4.7.2.1.1 Kriteret e përfshirjes. Për të marrë pjesë në këtë studim kriteret kanë qenë këto:

- Pacienti të jetë nga Tetova dhe rrethina (fshatrat e Tetovës)
- Të ketë diagnozë të caktuar nga mjeku specialist i fushës përkatëse
- të jetë i moshës prej 30- 70 vjeçare
- pacientët të cilët për herë të parë kanë përjetuar infarkt të miokardit
- pacientët me kohëzgjatje të sëmundjes deri në 5 vite
- pacientët me diabet mirëpo pa komplikime kronike të sëmundjes
- persona të shëndetshëm pa histori të sëmundjes

4.7.2.1.2 Kriteret e përjashtimit. Kriter për përjashtim nga ky studim ka qenë kohëzgjatja e sëmundjes dhe lloji i saj. Nga hulumtimi janë përjashtuar pacientët me lloje tjera të sëmundjeve koronare të zemrës përpos atyre me infarkt të miokardit dhe angina pectoris. Arsyeja se pse u përzgjidhën vetëm këto dy sëmundje është sepse këta dy janë më të shpeshta nga llojet e tjera të sëmundjeve të zemrës dhe se nga simptomatologjia janë më të përafërta krahasuar nga sëmundjet e llojit si inflamacioni i muskulit të zemrës (perikarditi), anomaly të lindura të zemrës, etj, ngase në këto raste kemi ndryshim edhe në aspektin psikologjik të menaxhimit të sëmundjes. Ndërkaq te pacientët me diabet janë marrë në studim vetëm tip 1 dhe tip 2 i diabetit duke përjashtuar llojin e diabetit që haste te gratë shtatzënë nga fakti se kemi të bëjnë me një kategori komplet tjetër të personalitetit. Ndërkaq sa i përket kohëzgjatjes së sëmundjes, nga hulumtimi janë përjashtuar pacientët me kohëzgjatje të sëmundjes më shumë se 5

vite. Poashtu nga studimi janë përjashtuar pacientët të cilët kanë qenë me diagnozë dytësore.

Në këtë hulumtim janë përfshirë gjithsej 300 subjekte, të ndarë në 2 grupe, edhe atë: *Grupin e parë* e përbëjnë 200 subjekte, prej të cilëve 100 pacientë me sëmundje koronare të zemrës dhe 100 me diabet.

Grupin e dytë e përbëjnë 100 persona të shëndetshëm si grup kontrolli.

Në tabelat në vazhdim do të përshkruaj frekuencat e përgjithshme sa u përket të tre grupeve të kampionëve në studim. -

Tabela 4.1 Të dhënat demografike sa u përket pacientëve me SKZ :

		Frekuencat	Përqindja	Totali
Gjinia	Mashkull/ Femër	50 / 50	50% /50%	100%
Mosha	30-40 / 41-50 / 41-50 / 51-60/ 61-70	28 / 27/ 35 / 10	28 %/27% 35%/10%	100%
Vendbanimi	Fshat/ Qytet	32 / 68	32 %/ 68%	100%
Martesa	Beqarë/ martuar/ divorcuar/ ve	15 / 75 / 10/ 0	15%/75%/10%	100%
Shkollimi	Pa shkollë/ fillorë/ mesëm/ universitar/ p.universit.	0 / 15/ 54 /31/ 0	0%/15%/54% 31%/0%	100%
Punësimi	Po / jo	55 / 45	55%/ 45%	100%
Statusi ekonomik	Ulët/mesëm/lartë	14 / 72 / 14	14% / 72% 14%	100%
Kohëzgjatja e sëmundjes	Deri 6 muaj/6m.-1vj/1vj-5vj.	54/ 33/ 13	54%/33%/13%	100%
Lloji i sëmundjes	Infarkt i miokardit/angina pectoris	50 / 50	50% /50%	100%

Tabela 4.2 Të dhënat demografike sa u përket pacientëve me DM

		Frekuencat	Përqindja	Totali
Gjinia	Mashkull/ Femër	50/ 50	50% / 50%	100%
Mosha	30-40/41-50/51-60/61-70	18/31/28/23	18%/31%/28%/23%	100%
Vendbanimi	Fshat/ Qytet	33/ 67	33% / 67%	100%
Martesa	Beqarë/ martuar/ divorcuar/ ve	8/90/2/0	8% / 90% / 2%	100%
Shkollimi	Pa shkollë/fillorë/ mesëm/ universitar/ p.universit.	2/39/36/23/0/	2% / 39% / 36% 23% / 0%	100%
Punësimi	Po/jo	51/49	51% / 49%	100%
Statusi ekonomik	Ulët/mesëm/lartë	30/59/11	30% / 59% / 11%	100%
Kohëzgjatja e sëmundjes	Deri 6 muaj/6m.-1vj/1vj-5vj	14/19/67	14%/ 19% / 67%	100%
Lloji i sëmundjes	Tip 1/ Tip 2	50/50	50% / 50%	100%

Tabela 4.3 Të dhënat demografike sa i përket PSH

		Frekuencat	Përqindja	Totali
Gjinia	Mashkull/ Femër	50 / 50	50% / 50%	100%
Mosha	30-40/41-50/41-50/51-60/61-70	54/ 30 / 15/ 1	54%/ 30%/ 15%/ 1%	100%
Vendbanimi	Fshat/ Qytet	41 / 59	41% / 59%	100%
Martesa	Beqarë/martuar/divorcuar/ve	15/ 85/0/0	15%/85%/0%	100%
Shkollimi	Pa shkollë/fillorë/mesëm /universitar/p.universit.	0/ 14/14 /57/15/	0%/14%/14% /57%/15%	100%
Punësimi	Po/jo	68/ 32	68% 32%	100%
Statusi ekonomik	Ulët/mesëm/lartë	5/66/29	5%/ 66%/ 29%	100%

4.8. Instrumentet e hulumtimit

4.8.1. Pyetësi i Kohenit për përceptimin e stresit- Pyetësi i Kohenit për perceptimin e stresit (PSS, Cohen, Kamarach, Mermelstein, 1983) është një nga mjetet më të popullarizuara për matjen e stresit psikologjik. Është pyetësorë vetëraportues që është i dizajnuar për të matur shkallën në të cilën individ vlerëson situatat stresante në jetën e tij (Cohen et al, 2007). Pyetësi PPS vlerëson shkallën në të cilën individ ka besuar se jeta e tij ka qenë e paparashikuar, e pakontrolluar dhe e mbingarkuar gjatë muajit të fundit. Pyetësi përmban gjithsej 10 pyetje me alternativë të rrumbullakojmë një nga mundësitë e ofruara për tu përgjigjur. Pyetjet janë të koduara nga 0 (asnjëherë) deri në 4 (shumë shpesh) . Pyetësi gjen përdorin në punën me personat që kanë probleme shëndetësore të natyrës së ndryshme. Pyetjet janë të formuluar për matjen e stresit mirëpo me fokus në muajin e fundit, që do të thotë se do na jep rezultate të gjendjes së pacientëve tanë në muajin e fundit. Pikët më të larta tregojnë nivel më të lartë të stresit.

Nga 0-13 = stresi i lehtë

13-19= stresi i mesëm

Mbi 20 = stresi i lartë

Pyetësi ka gjet përdorim edhe nga disa autorë të tjerë që kanë studiuar problematikën e ngjashme: Surwit, Miranda, Tulburg, (2002) në studimin e tyre- Stress Management Improves Long-Term Glycemic Control in Type 2 Diabetes.

4.8.2 Pyetësi i Beck-ut për vlerësimin e depresionit (BDI) :

Midis pyetësorëve për përcaktimin e depresionit, pyetësi i Beck-ut (Beck me b.p,1961,1996) ka vend të rëndësishëm për shkak të validitetit dhe diskriminitetit të vet. Pyetësi gjen përdorim të gjerë në punën e përditshme me pacientë, si gjatë trajtimit klinik, ashtu edhe gjatë hulumtimeve. Ai është i lehtë për t'u mbushur dhe nuk kërkon më shumë se 10 minuta. Me këtë pyetësor hulumtohet çrregullimi i humorit, shpresës së zvogëluar, ndjenjës së braktisjes, ndjenjës së fajësisë, nevojës për dënim, vetefajësisë, mendimeve dhe tendencave suicidale, të qarit, të ngacmuarit, prishjes së marrëdhënieve me të tjerët, fotografisë negative për veten , paaftësisë për punë, prishjes së gjumit, oreksit e zvogëluar, hipohondrisë, libidos së zvogëluar. Pyetësi ka 21 pyetje me katër mundësi për tu përgjigjur të shkallëzuara prej 0 deri më 3. Depresioni mund të kualifikohet me përcaktimin e këtyre shkallëve depressive:

0 - 10 = gjendje normale

11 - 16 = gjendje e lehtë depressive

17 - 20 = gjendje mesatare depressive

20 - 29 = gjendje depressive e lartë

30 - 63 = gjendje depressive e theksuar

Pyetësi është përdorur edhe nga hulumtues tjerë të vendit dhe rajonit: Tadinac, Jokic, Hromatko (2006) në Zagreb të Kroacisë kanë përdorur BDI për matjen e depresionit te pacientët me sëmundje kronike; Berisha, Dervinja, Vranica, Jashari, & Drevinja, (2009), në hulumtimin e tyre në Prishtinë “ Evaluimi i rasteve anksove te pacientët me depresion dhe korrelacioni mes ankthit dhe depresionit në gjashtëmujorin e parë të vitit

2009; Nikolić, Smardiyć, Milenković, (2011) në Nish të Serbisë ka përdorur BDI në tëmën “Ndjekja e reaksioneve psikologjike dhe sjelljeve të shëdetit pas infarktit akut të miokardës”

4.8.3. Pyetësi i Beck-ut për përcaktimin e ankthit (BAI):

Pyetësi i Beck-ut për përcaktimin e ankthit është konstruktuar nga materiali të cilin Beck e ka përdorur për gradacionin e përcaktimit të depresionit. Në fillim Pyetësi është paramenduar si instrument ndihmës për kualifikimin e simptomave të neurozës anksoze, por sot BAI përdoret për ndjekjen e ndryshimeve të ankthit në çdo gjendje të personave të shëndoshë dhe të sëmurë. Pyetësi për përcaktimin e ankthit (Beck, 1997) përmban 21 të dhëna, të cilat i mbulojnë simptomat somatike (12 ajtete) dhe vlersimi subjektiv i ankthit (9 ajtete). Rangimi i përgjigjeve është nga 0 deri në 3. Në procesin e analizës së shkallës së ankthit bëhet mbledhja e pikëve nga përgjigjet e ekzaminuesit, ndërkaq ankthi mund të kualifikohet me përcaktimin e këtyre shkallëve :

0 - 21 = gjendje ankthi e manifestuar lehtë

22 - 35 = gjendje ankthi e manifestuar mesatarisht

mbi 36 gjendje ankthi e manifestuar fuqishëm

Pyetësi është përdorur edhe nga hulumtues tjerë të vendit dhe rajonit:

Haxhihamza, me b.p(2009) në hulumtimin e tyre në Tetovë ‘’Analiza e pranisë së simptomave depressive dhe anksoze te mjekët dhe infermieret në shëndetin primar dhe terciar’’; Berisha, me b.p (2009), në hulumtimin e tyre në Prishtinë ‘‘ Evaluimi i rasteve anksoive te pacientët me depresion dhe korrelacioni mes ankthit dhe depresionit në

gjashtëmuja e parë të vitit 2009”; Nikolic, Samardiyiv, Milenkovic (2011) në Nish të Serbisë ka përdorur BAI në temën “Ndjekja e reaksioneve psikologjike dhe sjelljeve të shëndetit pas infarktit akut të miokardës”; Elezi, Sotiri, Tomorri, (2012) në Shqipëri ka përdorur BAI në temën “Vlerësimi i trajtimit të pacientëve me çrregullim bipolar në komorbiditet me çrregullimet e ankthit”; Sheji, Ferati (2012) në Tetovë ka përdorur BAI për studimin mbi “çrregullimet anksozo –depressive dhe depresioni”

4.8.4. Pyetësi për hulumtimin e cilësisë së jetës- WHOQOL-BRIEF

(World health Organization quality of Life- Brief)- Është version i shkurt i Whoqol- 0-100, bëhet fjalë për vetudhëzues që përmban 26 pyetje me të cilat vlerësohet kualiteti i jetës në 4 dimensione apo aspekte:

1). Shëndeti fizikë (7 njësi)- aktivitete, nevoja për barna dhe shërim, energjia, dhimbja e përhershme, kualiteti i gjumit, aftësia për punë e lidhur me shëndetin

2). Shëndeti psikik (6 njësi)- kënaqësia nga pamja vetanake trupore, ekzistimi i emocioneve pozitive dhe negative, vetërespekti, aftësia për të menduar, mësuar, kujtesën dhe koncentrimin.

3). Marrëdhëniet sociale (3 njësi)- marrëdhëniet me njerëzit tjerë, përkrahja sociale, aktiviteti seksual.

4). Mjedisi (8 njësi)- burimet financiare, sigurimi fizikë, social dhe shëndetësor. (Zikic, 2010).

Njësitë janë përpiluar ashtu që personi mund të zgjedh një nga pesë përgjigjet e ofruara, nga 1 (shumë i pakënaqur) deri në 5 (shumë i kënaqur) . Njëra nga përgjigjet e ofruara

është negative, ndërsa të tjerat, edhe pse pozitive tregojnë praninë në rritje të treguesit përkatës, variablës. Rregulli për mbledhjen e pikëve në kuadër të analizës së nënshkallëve të pyetësorit është ky:

Shëndeti fizik = $\text{Mean.6}(Q3, Q4, Q10, Q15, Q16, Q17, Q18) * 4$.

Shëndeti psikik = $\text{Mean.5}(Q5, Q6, Q7, Q11, Q19, Q26) * 4$.

Raportet shoqërore = $\text{Mean.2}(Q20, Q21, Q22) * 4$.

Kushtet e jetës = $\text{Mean.6}(Q8, Q9, Q12, Q13, Q14, Q23, Q24, Q25) * 4$.

Pikët më të larta të fituara për çdo dimension tregojnë cilësi më të mirë, ndërsa pikët më të ulëta tregojnë cilësi të ulët respektivisht pakënaqësi të personit ndaj këtij dimensionit.

Ndërsa shkalla përkatëse për të vlerësuar cilësinë totale të jetës është:

00-30 pikë = cilësi shumë e ulët

31-50 = cilësi e ulët

51-70 = cilësi mesatare

71-90-i = cilësi e mirë

Mbi 90 = cilësi shumë të mirë jete

Gjatë shqyrtimit të literaturës u vërejt se pyetësori i Bref-it është përdorur nga shumë autorë të rajonit dhe më gjerë për matjen e cilësisë së jetës. Bosi, Milica, Stojanoska, & Zavisi (2012) me bashkautorët e saj në hulumtimin e tyre në Novi Sad-Serbi në vitin 2012 kishte përdorur të njëjtin pyetësorë për matjen e cilësisë së jetës te pacientët me diabet. (Zivanoviç, 2012); Ana me bashkëpunëtorët e saj në vitin 2011 për studimin e cilësisë së jetës te pacientët me sëmundje të zemrës (Ana, Vaz, Areias,

Vieria,2011); Golubiç, (2010) Zagreb në disertacionin e doktoratës ka përdorur BREF-in për matjen e cilësisë së jetës së pacientëve me diabet.

4.8.5.Fletanketa për të dhënat -demografike-

Është përpiluar e ndryshme për të 3 kategoritë e kampionëve ne studim. Te pacientët me sëmundje koronare të zemrës dhe pacientët me diabet ka pasur ndryshime ne pyetjen sa i përket *llojit të sëmundjes* , ndërkaq te fletanketa që është përdorur për popullatën e shëndetshme kanë munguar pyetjet që kanë të bëjnë për sëmundjen.

4.9 Përshtatja e instrumentit kërkimor :

Procesi i përkthimit të instrumenteve kërkimore nga një gjuhë tjetër duhet të përqendrohet në arritjen e përshtatjes konceptuale dhe jo vetëm linguistike. Për ta arritur këtë, është zbatuar metoda e përkthimit me dy drejtime. Në hapin e parë, dy profesionistë të pavarur, përkthyes bilingualë, i kanë përkthyer pyetësorët në gjuhën shqipe nga varianti origjinal anglisht. Më pas është realizuar një takim, në të cilin dy përkthyesit (që në këtë rast ishin edhe njohës të fushës) rishikuan variantet e përkthimit dhe harmonizuan përkthimin në një të vetëm. Në vazhdim, ky variant në gjuhën shqipe është përkthyer sërish në anglisht nga dy përkthyes të tjerë, jo ata që kanë bërë përkthimin e parë. Më pas është parë se sa i ngjashëm është përkthimi/varianti i ri i pyetësorëve në anglisht me ato origjinale. Në rastin e përkthimit të instrumenteve të ndryshme në këtë studim, përkthyesit i kanë harmonizuar vetë pyetësorët përfundimtar në gjuhën shqipe, pasi ngjashmëria në anglisht ishte shumë e lartë.

4.9.1. Analiza e besueshmërisë :

Besueshmëria e një pyetësoi të përkthyer mund testohet duke parë konsistencën e brendshme si dhe besueshmërinë test–ritest. Alfa e Cronbach-ut ose koeficienti i besueshmërisë mund të përdoret për të matur besueshmërinë e brendshme. Si rregull, alfa e Cronbach-ut mbi 0.70 konsiderohet si një koeficient besueshmërie i pranueshëm. Sa më e lartë të jetë alfa ose koeficienti i besueshmërisë, aq më e besueshme është shkalla e gjeneruar. Në këtë studim pyetësorët kanë treguar një konsistencë interne të pranueshme ngase Cronbach alfa koeficienti me vlera minimale është .769 ndërsa vlera maksimale është .943. Në këtë studim këto vlera kanë rezultuar si më poshtë:

Tabela 4.5 Analiza e besueshmërisë së pyetësorëve

Pyetësoi	Dimensionet e Pyetësoit	Nr i Ajtëmeve	Alpha e Cronbach- ut
COHEN	Nuk ka	10	.841
BDI	Nuk ka	21	.943
BAI	Nuk ka	21	.926
BREF	Totale	24	.936
	Shëndeti Fizik	7	.838
	Shëndeti Psikik	6	.828
	Raportet Sociale	3	.769
	Mjedisi	8	.846

Siç mund të kuptohet dhe nga tabela e mësipërme, vlerë më të ulët nga të katër pyetësorët ka në nën shkallën e raporteve sociale të pyetësoi i Brefit. Një shkak për këtë mund të vijë nga fakti se për këtë nën shkallë kishte vetëm 3 pohime, diçka që cenon mundësinë për të testuar saktë vlefshmërinë e brendshme. Ndërsaq të gjitha pyetësorët të tjerë tregojnë shkallë të lartë të besueshmërisë me vlerë 0.9 .

4.10. Çështjet etike

Kërkuesja ka zbatuar të gjitha standardet etike për të siguruar se kërkimi nuk i dëmtonte pjesëmarrësit. Fillimisht është kontaktuar drejtori i spitalit si person përgjegjës prej të cilit është kërkuar leje nga ai për fillimin e realizimit të hulumtimit me pacientët. Pasi nga i njëjti morëm fletëmiratimin (të cilin mund ta gjeni në shtojcën, fq....) është filluar procesi i punës në terren.

Në instruksionet e pyetësorëve janë informuar pacientët se hulumtimi do të realizohet vetëm për çështje shkencore, kërkuesja do të rruaj privatësinë e pacientëve duke respektuar kodeksin etik. Nuk janë përfshi në hulumtim pacientët të cilët nuk kanë pasur dëshirë për të ju përgjigj testeve edhe pse në fillim të secilit test është potencuar se qëllimi i testimeve bëhet për çështje shkencore dhe se testet do të jenë anonime, por gjithsesi se është respektuar vullneti i pacientëve.

4.11 Analiza e të dhënave

4.11.1 Menaxhimi i të dhënave. Pasi u grumbulluan pyetësorët, atyre u është vendosur një kod numerik nga 1 deri në 100 për pacientët me sëmundje të zemrës, nga 101 deri në 200 për pacientët me diabet, dhe nga 201 deri në 300 personave të shëndetshëm. Pyetësorët janë ruajtur në një mjedis të veçantë, në të cilin hynte vetëm kërkuesja. Nuk ka pasur asnjë mundësi për identifikimin e pjesëmarrësve pas përfundimit të pyetësorit.

4.11.1.1 Futja e të dhënave dhe pastrimi. Pyetësorët u rishikuan edhe një herë për përgjigje të paqarta dhe të dhëna që mungonin. Nuk kishte raste të pyetësorëve të

paplotësuar pasi që kërkuesja kishte kujdes qysh pas përfundimit të intervistave të mos ketë kësi lloj lëshimesh. Përpunimi statistikor i të dhënave është bërë me përdorimin e mbështetjes programore të SPSS (Social Package for Social Sciences), version 22 , rezultatet janë interpretuar në nivel të rëndësisë prej .001 respektivisht .005. Kjo analizë fillon nga përdorimi i Alpha cronbach-ut përmes së cilës interpretohet reliabiliteti apo besueshmëria e pyetësorëve, me koeficientin e së cilës ne kemi paraqitur nivelin e saktësisë së matjes të pyetësorit. Më pas janë analizuar frekuencat deskriptive të kampionit të studimit dhe mesatareve të variablave studimore. Gjatë analizës së mëtejme kemi pasur paraysh pyetjen e formuluar dhe hipotezat e parashtruar dhe në bazë të natyrës së studimit i përdorëm procedurat statistikore për të konfirmuar ose hedhur poshtë këta hipoteza sipas gjetjeve tona. Nga repertori i analizave statistikore u përdorën analizat që tregojnë korrelacionin(Pearson)përmes të cilët është bërë gjetja e lidhshmërisë në mes variablave kryesore në këtë hulumtim, më pas për dallime statistikore të rëndësishme mes variablave në studim është përdorur Anova me anë të së cilës janë vërtetuar ose hedhur poshtë hipotezat H2, H3. Për të parë ndikimin e variablave të pavarura në variablin e varur është përdorur edhe regresioni linear hierarkik. Kjo qasje besojmë se ka mundësuar një analizë gjithëpërfshirëse të problematikës që kishim synim të studiojmë.

KAPITULLI V

5.1. REZULTATET

Në kapitullin në vazhdim do të përshkruhen gjetjet kryesore të studimit duke filluar nga të dhënat mbi karakteristikat e përgjithshme dhe marrëdhënien e shkallës së stresit, ankthit, depresionit dhe cilësisë së jetës së pjesëmarrësve në studim. Në vijim paraqiten gjetjet fillestare, të cilat përshkruhen përmes mesatareve të ndryshme dhe më pas kapitulli vazhdon me paraqitjen e gjetjeve përkatëse, në përpjekje për t'u dhënë përgjigje pyetjeve kërkimore dhe për të vërtetuar hipotezat e studimit:

5.2. Kategoritë e stresit, depresionit, ankthit dhe cilësisë së jetës tek SKZ, DM dhe PSH.

Në tabelën 5.1. janë paraqitur vlerat e stresit në kategori të ndryshme të pacientët me sëmundje koronare të zemrës, konkretisht të 77 % e pacientëve vihet re nivel i lartë i stresit ndërsa vetëm të 2% vihet re nivel i lehtë i stresit. Sa u përket pacientëve me diabet, poashtu në tabelën 5.1. vihen re kategorizime të stresit i cili tek 59% paraqitet në nivel të lartë ndërsa tek 7% në nivel të ulët. Stresi tek popullata e shëndetshme vihet re në kategori të lartë të 30 % e personave ndërsa tek 37% në formën e lehtë.

Tabela 5.1. Kategoritë e stresit te SKZ,DM dhe PSH

<i>Stresi</i>	I lehtë	Mesatar	Lartë	Totali
SKZ				
Frekuencat	2	21	77	100
Përqindjet	2%	21%	77%	100%
Diabet				
Frekuencat	7	34	59	100
Përqindjet	7%	34%	59%	100%
P. Shëndetshëm				
Frekuencat	37	33	30	100
Përqindja	37%	33%	30%	100%
Totali	100	100	100	300%

Në tabelën 5.2 paraqiten kategorizimet e depresionit tek pacientët me sëmundje koronare të zemrës, me ç'rast te 40% e pacientëve depresioni paraqitet në kategorinë e theksuar, 41% në kategorinë e depresionit të lartë ndërsa vetëm 2% e pacientëve janë në gjendje normale (pa depression). Në tabelën 5.1.2 poashtu mund të vihet re se depresioni ne kategorinë e theksuar edhe tek 46% e pacientëve diabetik, në kategorinë e depresionit të lartë te 35% e pacientëve ndërsa vetem 1% e pacientëve diabtik është në gjendje normale respektivisht pa depression. Sa i i përket popullatës së shëndetshme kemi vetëm 1 person (1%) me kategori të theksuar të depresionit ndërsa 69% e personave të shëndoshë janë në gjendje normale.

Tabela 5.2 Kategoritë e depresionit te SKZ,DM dhe PSH

<i>Depresioni</i>	Gjendje normale	Lehtë	Mesatar	Lartë	Theksuar	Totali
SKZ						
Frekuencat	2	3	14	41	40	100
Përqindja	2%	3%	14%	41%	40%	100
DIABET						
Frekuencat	1	7	11	35	46	100
Përqindja	1%	7%	11%	35%	46%	100%
P. Shëndetshëm						
Frekuencat	69	16	7	7	1	100
Përqindja	69%	16%	7%	7%	1%	100%

Në tabelën 5.3 kemi paraqitur kategorizimin e ankthit tek pacientët me SKZ, diabet dhe popullata e shëndoshë. Ankthi i lartë është prezent tek 76% e pacientëve me sëmundje koronare të zemrës ndërsa në formën e lehtë është present tek 3% e pacientëve. Te pacienetët me diabet mund të vihet re niveli i lartë i ankthit tek 33% e tyre nërsa në formën e ankthit të mesëm vihet re te 67% e pacientëve. Tabela 5.1.3. poashtu na paraqet vlerat e ankthit edhe të popullatës së shëndetshme, ku në formën e lartë ankthi vërehet te 7% ndërsa në formën e ankthit të lehtë te 65% e personave të shëndetshëm.

Tabela 5.3 Kategoritë e ankthit te SKZ, DM dhe PSH.

<i>Ankthi</i>	Lehtë	Mesatar	Lartë	Totali
SKZ				
Frekuencat	3	21	76	100
Përqindjet	3%	21%	76%	100%
Diabet				
Frekuencat	0	67	33	100
Përqindjet	0%	69%	33%	100%
P. Shëndetshëm				
Frekuencat	65	28	7	100
Përqindja	65%	28%	7%	100%
Totali	100	100	100	300%

Në tabelën 5.4. janë paraqitur kategoritë e cilësisë së jetës tek të tre grupet e studimit. Tek pacientët me sëmundje koronare të zemrës 58% e tyre kishin cilësisë jete mesatare, 2% cilësi jete të ulët dhe 39% e tyre kishin vlersuar cilësinë e jetës në kategorinë e mirë. Tek pacienët me diabet 11% e pacientëve kanë vetëraportuar jetën me cilësi të ulët, 38% cilësi jete mesatare, 40 % cilësin jete të mirë dhe 11% cilësi shumë të mirë jete. Cilësi shumë të mirë të jetës kishin vlersuar 59% e personave të shëndetshëm , ndërsa jetë mesatare 3 % e tyre.

Tabela 5.4 Kategoritë e cilësisë së jetës te SKZ, DM dhe PSH.

<i>Cilësia/jetës</i>	Shumë e ulët	E ulët	Mesatare	E/mirë	Shumë /mirë	Totali
SKZ						
Frekuencat	0	2	58	39	1	100
Përqindja	0%	2%	58%	39%	1%	100
DIABET						
Frekuencat	0	11	38	40	11	100
Përqindja	0%	11%	38 %	37%	11%	100%
P. Shëndetshëm						
Frekuencat	0	0	3	38	59	100
Përqindja	0%	0%	3%	38%	59%	100%

5.3. Karakteristikat demografike të SKZ në raport me mesataret e stresit, depresionit, ankthit dhe cilësisë së jetës

Në tabelën 5.5 vihet re ndryshim në mesataret e shqetsimeve psikologjike sa i përket gjinisë tek pacientët me sëmundje koronare të zemrës ku tek gjinia femërore vihen re vlera më të larta edhe atë $M/S=23.14$, $M/D= 26.26$ dhe $M/A = 38.58$ dhe cilësi e jetës më e ulët $M/CJ= 69.18$, për dallim nga gjinia mashkullore ku hasen këto mesatare $M=23.14$, $M/D= 26.26$, $M/A= 38.58$ dhe cilësi e jetës $M/CJ= 71.26$. Sa i përket dimensioneve të cilësisë së jetës tek mjedisi hasen mesatare më të larta tek të gjinite krahasuar me dimensionet tjera.

Dallime vërehen edhe në grupmoshat e ndryshme sa u përket manifestimit të simptomave të stresit,depresioni,ankthit. Shkallë më të lartë të stresit manifeston mosha më e re 30-40 vjeç. $M/S=25.00$ ndërkaj shkallë më të ulët mosha më e shtyer 61-70 vjeç $M/S=18.90$. Depresioni më i theksuar vihet re në grupmoshën 41-50 vjeç $M/D=30.70$, ndërkaj ankthi paraqitet me vlera të njëjta $M/A=40$ në grupmoshat

30-40vjeç dhe 51-60 vjeç. Sa i përket cilësisë së jetës mosha më e re manifeston cilësi jete më të lartë $M/CJ=75.71$ ndërkaj cilësi jete më të ulët mosha 61-70 vjeç $M/CJ=63.90$.

Pacientët me sëmundje koronare të zemrës të cilët jetojnë në viset urbane manifestojnë shkallë më të lartë të stresit $M/S= 24.32$ dhe depresionit $M/D= 28.34$ për dallim nga pacienët që jetojnë në viset rurale ku vihen re këto mesatare $M/S=21.38, M/D=26.38$, mesatarja e ankthit nuk dallon shumë tek këto dy kategori, kështuqë tek të parët $M/A= 39.54$ ndërkaj tek pacientët që jetojnë në viset rurale $M/A= 40.26$, dallime vërehen edhe në mesataret sa i përket cilësisë së jetës, ku mesatare më të lartë manifestojnë pacientët që jetojnë në viset urbane $M/CJ= 71.38$ për dallim nga pacientët që jetojnë në viset rurale $M/CJ= 67.27$.

Sa i përket statusit martesorë, pacientët që ishin të divorcuar tregojnë mesatare të depresionit $M/D= 32.50$, të ankthit $M/A= 41.60$ dhe cilësi të jetës $M/CJ= 69.60$, për dallim nga pacientët beqarë që tregojnë cilësi jete më të mirë $M/CJ= 72.33$. Mesataret e stresit nuk dallonin tek pacientët tanë për sa i përket nivelit të shkollimit, pothuajse të gjitha kategoritë tregojnë mesatare $M/S= 23$, vlera të përafërta vihen re edhe në mesataret e depresionit, ndërsa vihet re dallim në mesataren e ankthit ku tek pacientët me shkollim fillorë hasen mesatare më të lartë e ankthit $M/A=41.33$ ndërsa cilësi më e mirë jete vihet re tek pacientët me shkollim të lartë $M/CJ= 73.06$.

Tabela 5.5. Të dhënat demografike të SKZ në raport me mesataret e stresit, depresionit, ankthi, cilësisë së jetës dhe dimensioneve të saj

	N	M/S	M/D	M/A	M/CJ	M/SHF	M/SHP	M/RS	M/M
Gjinia	100								
Mashkull	50	23.14	26.26	38.58	71.26	47.57	44.92	52.83	53.69
Femër	50	23.62	29.16	40.98	69.18	44.90	44.33	45.67	51.44
Mosha	100								
30-40	28	25.00	26.71	40.29	75.71	49.23	47.02	58.63	60.94
41-50	27	23.85	30.70	39.85	70.33	45.99	46.30	47.84	53.70
51-60	35	23.00	27.51	40.34	67.51	44.49	43.45	46.19	48.04
61-70	10	18.90	23.10	36.20	63.90	44.64	37.50	37.50	41.88
Venbanimi	100								
Fshat	32	21.38	26.38	40.26	67.72	45.20	43.10	42.97	50.29
Qytet	68	24.32	28.34	39.54	71.38	46.73	45.34	52.21	53.63
Martesa	100								
Beqare/e	15	23.20	28.20	40.47	69.87	47.38	48.33	53.33	54.37
i/e martuar	75	23.48	26.97	39.40	72.33	46.41	43.78	49.00	51.75
i/e divorcuar	10	22.90	32.50	41.60	69.60	43.21	45.42	45.00	55.94
i/e ve	0	/	/	/	/	/	/	/	/
Shkollimi	100								
Pa shkollë	0	/	/	/	/	/	/	/	/
Shkollim fillore	15	23.47	27.93	41.33	66.73	44.76	43.89	38.33	50.42
	54	23.33	28.50	39.30	69.54	45.88	44.29	50.46	50.74
Shkollim/mesëm	31	23.42	26.23	39.87	73.06	47.58	45.56	52.42	56.96
Shkollim/lartë	0	/	/	/	/	/	/	/	/
Pasuniversitar									
Punësimi	100								
55	23.09	26.69	39.02	71.93	47.53	44.77	51.82	55.23	
45	23.73	28.62	40.71	68.41	44.86	44.98	46.21	49.79	
Statusi Ekonomik	100								
I ulët	14	22.79	30.50	41.71	61.86	44.64	38.99	34.52	41.96
I mesëm	72	23.29	27.46	39.25	70.81	46.46	45.08	51.62	52.52
I lartë	14	24.43	26.21	40.57	75.60	46.68	47.92	51.79	63.39
Kohëzgjatja e sëmundjes	100								
Deri në 6 muaj	54	24.46	23.59	40.13	72.41	47.75	45.60	53.55	55.73
6 muaj -1v.	33	22.42	29.33	40.52	67.88	43.94	43.94	44.95	46.92
-5 v.	13	21.31	31.23	30.02	67.00	45.79	42.31	42.31	46.88
Lloji i sëmundjes	100								
Angina.Pektoris	50	22.78	25.72	38.68	75.34	47.64	47.25	57.50	60.50
Infarkti miokardit	50	23.98	29.70	40.88	65.08	44.83	42.00	41.00	44.63

[Shënim. N=totali i kampionit; M= mesataret e aritura (M/S=stresi); (M/D = depresioni); (M/A =ankthi); (M/CJ = cilësi e jetës); (M/SHF =shëndeti fizik); (M/SHP = shëndeti psikik); (M/RS= raportet sociale); (M/M = mjedisi jetësor)]

Punësimi tek pacientët me sëmundje koronare të zemrës ndikon vetëm në mesataren e cilësisë së jetës , ku vihet re mesatare më e lartë tek pacientët e punësuar edhe atë $M/CJ= 71.93$ për dallim nga të papunësuarit ku mesatarja është $M/CJ= 68.41$, ndërsa mesataret e shqetësimeve psikologjike nuk dallojnë shumë tek këto dy kategoritë, kështu tek të pa punësuarit hasen këto mesatare $M/S= 23.73$, $M/D= 28.62$, $MA= 40.71$, ndërkaq tek të punësuarit $M/S=23.09$, $M/D=26.69$, $M/A=39.02$.Statusi ekonomik i ulët ndikon në paraqitjen e mesatareve më të larta të depresionit dhe ankthit $M/D=30.50$ dhe $M/A=41.71$ ndërsa në cilësi më të dobët të jetës me vlerë $M/CJ= 61.86$ për dallim nga pacientët me status ekonomik të lartë ku mesatarja e cilesisë së jetës është shumë më e lartë edhe atë $M/CJ= 75.60$, mesataret e stresit dallojnë për nga një njësi tek të tre kategoritë e statusit ekonomik.

Pacientët të cilët kanë qenë të diagnostikuar me sëmundje koronare të zemrës në kohëzgjatje deri në 6 muaj tregojnë mesatare më të lartë stresi $M/S= 24.46$ ndërkaq cilësi më të mirë jete me vlerë $M/CJ= 72.41$ për dallim nga pacientët të cilët jetojnë me diagnozë të sëmundjes koronare të zemrës prej 1 deri ne 5 vjet me çrast mesatarja e cilësisë së jetës së tyre ka vlerë $M/CJ= 67.00$, ndërkaq dallim vërehet në mesataren e ankthit ku tek të fundit është më e zvogluar me vlerë $M/A= 30.02$ për dallim nga dy kategoritë e para vlera e të cilëve levizën në $M/A=40$.Dallim në vlerat e mesatareve të shqetsimeve psikologjike vihet re edhe ne llojin e sëmundjeve të zemrës, ku tek pacientët me infart të miokardit kemi këto vlera $M/S= 23.98$ $M/D=29.70$, $M/A=40.88$ dhe $M/CJ=65.08$ vlerat e të cilëve dallohen dukshëm nga mesataret e pacientëve me angina pectoris ku hasim në këto vlera $M/S=22.78$, $M/D=25.72$, $M/A=38.68$, $M/CJ=75.34$.

5.4 Karakteristikat demografike tëDM në raport me mesataret e stresit, depresionit, ankthit dhe cilësisë së jetës

Në tabelën 5.6 mund të vihet re se mesatare më e madhe e shqetsimeve psikologjike tek pacientët me diabet është gjetur tek gjinia femërore edhe atë $M/S=20.94$, $M/D= 37.64$ dhe $M/A =22.58$ dhe cilësi më e ulët e jetës $M/CJ= 63.16$ për dallim nga gjinia mashkullore ku vihen re këto mesatare $M/S=18.80$, $M/D= 22.48$, $M/A= 15.60$ dhe cilësi më e mirë jete $M/CJ= 76.96$. Mosha më e re tregon dukshëm mesatare më të ulta sa u përket shqetsimeve psikologjike , ku vihen re këto vlera $M/S=17.39$, $M/D=24.33$, $M/A= 15.50$, ndërsa cilësi më të mirë jete $M/CJ= 84.11$ për dallim nga mosha 51-60 vjeç ku hasim në këto vlera $M/S=21.50$, $M/D=35.50$, $M/A=22.11$ dhe $M/CJ=63.89$. Tek pacientët me diabet të cilët jetojnë në viset rurale janë gjetur mesatare më të larta të stresit edhe atë $M/S= 20.48$, të depresionit $M/D= 34.00$, $M/A=20.73$ dhe cilësi jete më e ulët me vlerë $M/CJ= 66.91$ për dallim nga pacientët në viset urbane ku janë gjetur mesatare më të ulta të shqetësimeve psikologjike , $M/S=19.57$, $M/D=28.12$, $M/A=18.28$ dhe cilësi jete më e mirë me vlerë $M/CJ= 71.61$.

Sa i përket statusit martesorë , pacientët që ishin të divorcuar manifestojnë mesatare më të ulët të cilësisë së jetës $M/CJ= 73.50$, ndërkaj mesatare më të lartë të stresit $M/S= 22.00$. Mesataret e depresionit nuk dallonin tek pacientët me status civil beqarë dhe të divorcuar , tek të dy kategoritë paraqiten përafërsisht mesatare me vlerë $M/D=25$, ndërkaj cilësi më të mirë jete kishin beqarët me vlerë $M/CJ=76.38$. Tek pacientët të cilët ishin të pashkolluar vihet re cilësi jete shumë e ulët edhe atë me vlerë $M/CJ=50.50$ dhe mesatare stressi më e lartë $M/S= 22.50$ për dallim nga ato me skollim

të lartë ku vihen re këto mesatare $M/CJ= 82.65$ dhe $M/S= 17.57$. Sa i përket depresionit pacientët me shkollim fillorë kanë mesatare prej $M/D= 35.77$ dhe ankthit $M/A= 22.21$, vlerat e të cilëve dallojnë nga ato me shkollim të lartë.

Punësimi tek pacientët me diabet ndikon vetëm në mesataren e cilësisë së jetës , ku vihet re mesatare më e lartë tek pacientët e punësuar edhe atë $M/CJ= 75.39$ për dallim nga të papunësuarit ku mesatarja është $M/CJ= 64.51$, ndërsa sa i përket mesatares së depresionit dhe ankthit tek pacientët që janë të punësuar janë dukshëm më e ulta edhe atë $M/D=26.51$, $M/A= 17.69$ krahasuar me ato që janë të papunë $M/D= 33.76$, $M/A= 20.55$. Statusi ekonomik i ulët ndikon në paraqitjen e mesatare më të larta të stresit, depresionit dhe ankthit edhe atë $M/S=22.57$, $M/D=34.67$ dhe $M/A=21.63$ ndërsa në cilësi më të dobët të jetës me vlerë $M/CJ= 59.90$ për dallim nga pacientët me status ekonomik të lartë ku mesatarja e cilësisë së jetës është shumë më e lartë edhe atë $M/CJ=85.45$, dhe mesataret e shqetsimeve psikologjike me vlera më të ulta edhe atë, $M/S=15.55$, $M/D= 23.73$ dhe $M/A= 14.82$.

Pacientët të cilët kanë qenë të diagnostikuar me diabet në kohëzgjatje deri në 6 muaj tregojnë mesatare më të lartë të cilësisë së jetës me vlerë $M/CJ= 83.50$, për dallim nga pacientët të cilët jetojnë prej 1 deri në 5 vite me diagnozë të diabetit me ç'rast mesatarja e cilësisë së jetës së tyre ka vlerë $M/CJ= 66.51$, ndërkaq dallime vërehen edhe në mesataret e stresit, depresionit dhe ankthit , ku tek të fundit paraqiten me vlera më të larta edhe atë $M/S=20.55$, $M/D=31.43$, $M/A= 20$. Dallim në vlerat e mesatare të shqetsimeve psikologjike vihet re edhe në llojin e sëmundjes së diabetit , ku tek pacientët me tip1 kemi këto vlera $M/S= 20.28$ $M/D=31.49$, $M/A=20.15$ dhe $M/CJ=66.66$ vlerat e të cilëve dallohen dukshëm nga mesataret e pacientëve tip 2 të diabetit ku hasim në këto vlera $M/S=19.23$, $M/D=27.82$, $M/A=17.44$ dhe $M/CJ=75.38$.

Tabela 5.6. Të dhënat demografike të DM në raport me mesataret e stresit, depresionit, ankthit, cilësisë së jetës dhe dimensioneve të saj

	N	M/S	M/D	M/A	M/CJ	M/SHF	M/SHP	M/RS	M/M
Gjinia	100								
Mashkull	50	18.80	22.48	15.60	76.96	51.21	54.67	67.67	55.50
Femër	50	20.94	37.64	22.58	63.16	32.14	38.42	54.83	44.56
Mosha	100								
30-40	18	17.39	24.33	15.50	84.11	60.91	59.49	74.54	61.81
41-50	31	20.32	28.77	18.42	70.71	43.55	46.37	63.98	50.20
51-60	28	21.50	35.50	22.11	63.89	33.04	41.52	55.95	43.53
61-70	23	19.22	29.65	19.13	65.70	34.63	42.75	53.62	48.51
Venbanimi	100								
Fshat	33	20.48	34.00	20.73	66.91	35.61	42.30	63.13	47.16
Qytet	67	19.57	28.2	18.28	71.61	44.67	48.63	60.32	51.45
Martesa	100								
Beqare/e	8	20.38	25.00	16.13	76.38	54.46	53.13	60.42	54.30
i/e martuar	90	19.78	30.61	19.48	69.62	40.75	46.16	61.20	49.79
i/e divorcaur	2	22.00	25.50	13.50	64.50	32.14	37.50	66.67	43.75
i/e ve	0	/	/	/	/	/	/	/	/
Shkollimi	100								
Pa shkollë	2	22.50	34.00	21.50	50.50	16.07	22.92	41.67	39.06
Shkollim fillore	39	21.18	35.77	22.21	63.05	30.68	39.53	56.84	44.55
Shkollim i mesëm	36	19.78	27.64	18.39	70.69	44.44	47.57	60.65	48.61
Shkollë i lartë	23	17.57	23.83	14.70	82.65	58.23	59.06	71.38	62.50
Pasuniversitar	0	/	/	/	/	/	/	/	/
Punësimi	100								
Po	51	19.12	26.51	17.69	75.39	49.51	51.23	67.65	54.11
Jo	49	20.65	33.76	20.55	64.51	33.53	41.67	54.59	45.79
Statusi Ekonomik	100								
I ulët	30	22.57	34.67	21.63	59.90	28.21	36.94	54.17	40.42
I mesëm	59	19.31	28.90	18.59	72.36	45.10	48.45	60.88	52.22
I lartë	11	15.55	23.73	14.82	85.45	60.06	62.50	82.58	64.49
Kohëzgjatja e sëmundjes	100								
Deri në 6 muaj	14	17.64	25.43	16.79	83.50	60.46	56.55	78.57	61.38
6 muaj -1v.	19	19.11	28.63	17.58	72.68	45.11	46.93	64.47	54.28
1vj-5 v.	67	20.55	31.43	20.00	66.51	36.78	44.34	56.72	46.46
Lloji i sëmundjes	100								
Tip 1	61	20.28	31.49	20.15	66.66	38.11	43.10	56.15	47.23
Tip 2	39	19.23	27.82	17.44	75.38	47.25	51.92	69.23	54.41

[Shënim. N=totali i kampionit; M= mesataret e aritura (M/S =stresi); (M/D = depresioni); (M/A =ankthi); (M/CJ = cilësi e jetës); (M/SHF =shëndeti fizik); (M/SHP = shëndeti psikik); (M/RS= raportet sociale); (M/M = mjedisi jetësor)]

5.5. Karakteristikat demografike të PSH në raport me mesataret e stresit, depresionit, ankthit dhe cilësisë së jetës

Nga tabela 5.7 mund të vihet re se edhe tek popullata e shëndetshme kemi dallim në mesataret e shqetsimeve psikologjike dhe cilësisë së jetës me ç'rast tek gjinia femërore vihen re vlera më të larta se sa tek gjinia mashkullore, $M/S=16.26$, $M/D=11.42$, $M/A=21.98$ ndërsa cilësia e jetës $M/CJ= 97.24$. Sa i përket moshës , pothuajse të gjitha moshat tregojnë nivele të ulta të shqetsimeve psikologjike dhe cilësi jete të mirë. Mesataret e shqetsimeve psikologjike në mes personave që po jetojnë në viset urbane dhe rurale nuk dallojnë shumë mes veti, mund të vërehen vlera pak më të larta tek personat që po jetojnë në vendet urbane ku hasen këto vlera $M/S=13.80$, $M/D=9.80$, $M/S=18.78$ dhe cilësi jete pak më e ulët $M/CJ= 98.15$. Sa i përket statusit civil, personat e pa martuar tregojnë mesatare pak më të lartë të depresionit $M/D= 13.73$ dhe cilësi më të dobët të jetesës $M/CJ=95.80$ për dallim nga personat e martuar tek të cilët mesataret e stresit dhe ankthit dallojnë për një njësi, $M/S=14.14$, $M/A=17.95$.

Dallime në mesataret e shqetsimeve psikologjike poashtu vihen re në mes dy kategorive sa i përket nivelit të shkollimit, kështuqë vlera pak më të larta vihen re tek personat me shkollim fillorë dhe shkollim postuniversitarë, ndërsa personat me shkollim të mesëm dhe të lartë vihen re vlera më të ulta. Cilësia e jetësmë e lartë paraqitet tek personat me shkollim postuniversitarë edhe atë $M/CJ= 102.60$ ndërsa tek ato me shkollim fillorë $M/CJ=95.71$. Tek përosnat me status ekonomik të ulët vërehen vlera më të larta të stresit dhe depresionit $M/S=16.00$, $M/D=13.80$ dhe cilësi jete më e dobët $M/CJ= 86.60$ për dallim nga personat me status të lartë ekonomik ku cilësia e jetës paraqitet me vlerë $M/CJ=96.74$ dhe ankthi $M/A= 17.31$.

Tabela 5.7 Të dhënat demografike të PSH në raport me mesataret e stresit, depresionit, ankthi, cilësisë së jetës dhe dimensioneve të saj

	N	M/S	M/D	M/A	M/CJ	M/SHF	M/SHP	M/RS	M/M
Gjinia	100								
Mashkull	50	11.68	6.52	13.44	93.96	72.71	76.00	79.67	67.00
Femër	50	16.26	11.42	21.98	89.76	67.86	72.00	79.50	61.19
Mosha	100								
30-40	54	14.15	8.78	17.81	92.63	70.50	75.31	81.02	64.29
41-50	30	13.40	10.20	19.57	90.30	68.21	71.08	78.61	63.33
51-60	15	14.80	7.47	14.33	91.60	73.10	72.78	75.56	64.17
61-70	1	9.00	5.00	7.00	99.02	78.57	79.17	91.67	75.00
Venbanimi	100								
Fshat	41	13.80	7.78	16.20	93.73	71.17	75.91	80.49	67.00
Qytet	59	14.08	9.80	18.78	90.56	69.67	72.67	78.95	62.08
Martesa	100								
Beqar/e	15	13.07	13.73	16.33	88.67	69.29	73.06	65.00	60.42
I/e martuar	85	14.13	8.13	17.95	92.42	70.46	74.14	82.16	64.74
i/e divorcau	0	/	/	/	/	/	/	/	/
i/eve	0	/	/	/	/	/	/	/	/
Shkollimi	100								
Pa/shkollë	0	/	/	/	/	/	/	/	/
Shkollim/fillore	14	14.36	12.07	20.43	87.93	63.52	71.73	79.76	61.16
Shkollim/mesëm	14	11.21	9.93	13.14	91.00	70.41	70.83	73.21	66.29
Shkollë /lartë	57	14.26	7.63	17.68	92.12	71.12	73.98	79.53	64.25
Pasuniversitar	15	15.07	10.27	19.53	95.33	73.33	79.17	85.56	64.17
Punësimi	100								
Po	68	14.50	7.76	17.43	92.29	71.01	74.14	81.00	64.43
Jo	32	12.84	11.53	18.31	90.94	68.75	73.70	76.56	63.38
Statusi Ekonomik	100								
I ulët	5	16.00	13.80	15.00	86.60	66.43	70.00	73.33	55.63
I mesëm	66	13.83	9.56	10.09	90.12	67.97	73.36	79.29	61.46
I lartë	29	13.93	6.79	17.31	96.72	76.23	76.15	81.32	71.55

[Shënim. N=totali i kampionit; M= mesataret e aritura (M/S=stresi); (M/D = depresioni); (M/A=ankthi); (M/CJ= cilësi e jetës); (M/SHF =shëndeti fizik); (M/SHP= shëndeti psikik); (M/ RS=raportet sociale); (M/M= mjedisi jetësor)]

5.6. Marrëdhënia korrelative në mes stresit, depresionit, ankthit dhe cilësisë së jetës te SKZ,DM dhe PSH

Për vërtetim të ndërlidhjes së variablave është përdorur korrelacioni i Pearson-it i cili do të interpretohet në vlera të rëndësishme $p < .005$ respektivisht $p < .001$.

5.6.1 Marrëdhënia korrelative në mes stresit, depresionit dhe ankthit teSKZ dhe DM

Presupozimi ynë fillestar në kuadër të hipotezës së parë se ekziston lidhëshmëri mes depresionit dhe stresit tek pacientët me sëmundje koronare të zemrës, është vërtetuar me sinjifikancë jo aq shumë të fuqishme e cila konsiston të jetë e rëndësishme në nivelin statistikore $p < 0.05$, me vlerën korrelative ($r = .220$, $p < 0.05$) që vihen re në tabelën 5.8 për dallim nga vlerat e fituara të lidhjes mes stresit dhe ankthit $r = .336$, $p < 0.01$ vihet re se ekziston një ndërlidhje me vlerë më të fuqishme statistikore. Pohimi ynë se ka një lidhje statistikisht të rëndësishme mes depresionit dhe ankthit tek pacientët me sëmundje koronare të zemrës vërtetohet statistikisht me vlerë poashtu të fuqishme korrelative ($r = 0.333$, $p < .001$). Nga analizat e bëra mund të konkludojmë se sa më i lartë të jetë stresi aq më i lartë do të jetë ankthi dhe depresioni, si dhe anasjelltas , shkalla më e lartë e ankthit dhe depresionit shpie ne stress më të lartë tek pacintet me sëmundje koronare të zemrës.

Tabela 5.8 Marrëdhënia korrelative në mes stresit, depresionit dhe ankthit te SKZ

	Stresi	Depresioni	Ankthi
Stresi	1		
Depresioni	.220*	1	
Ankthi	.336**	.333**	1

[*Shënim.Korrelacioni është sinjifikant në nivelin $p < .05(*)$; dhe $p < 01.(**)$]

Analiza korrelative në tabelën (5.9) e cila konsiston të jetë ($r=.374$, $p<0.01$) na jep të kuptojmë që konstatimi ynë paraprak që ekziston ndërlidhje mes komponentës stres dhe depresion tek pacientët me diabet është statistikisht i rëndësishëm. Rezultati korrelativ mes stresit dhe ankthit ($r=.313$, $p<0.01$) na bën të kuptojmë se tek pacientët tanë me sëmundje të diabetit ka ndërlidhje statistikore të rëndësishme mes ankthit dhe stresit. Kemi një lidhje të rëndësishme më të fuqishme mes depresionit dhe ankthit tek pacientët me diabet ($r=.691$, $p<001$). Stresi, depresioni dhe ankthi edhe tek pacientët diabetik janë në marrëdhënie korrelative, që do të thotë se ritja e njëres vlerë ndikon në ritjen e vlerës tjetër.

Tabela 5.9 Marrëdhënia korrelative në mes stresit, depresionit dhe ankthit te DM

	Stresi	Depresioni	Ankthi
Stresi	1		
Depresioni	.374**	1	
Ankthi	.313**	.691**	1

[*Shënim.Korrelacioni është sinjifikant në nivelin $p < .01 (**)$]

5.6.2. Marrëdhënia korrelative në mes stresit, depresionit, ankthit, cilësisë së jetës tek SKZ dhe DM

Një lidhje statistikisht e rëndësishme vihet re mes stresit dhe cilësisë totale të jetës ($r = -.277$, $p < .005$), stresit dhe shëndetit psikik ($r = .228$, $p < .001$), stresit dhe raporteve sociale ($r = .290$, $p < .001$), stresit dhe mjedisit, ($r = .277$, $p < .001$), ndërsa nuk kemi lidhje të rëndësishme statistikore mes stresit dhe shëndetit fizik. Nga tabela e analizës korrelative vërehet se stresi është në marrëdhënie pozitive me shëndetin psikik ($r = .228$, $p < .005$) dhe raportet sociale ($r = .277$, $p < .001$).

Korrelacioni i rëndësishëm negativ paraqitet mes depresionit dhe cilësisë së jetës, ($r = -.243$, $p < .001$), shkalla e lartë e depresionit ndikon në uljen e cilësisë së jetës. Depresioni rezultan i rëndësishëm negativ me dimensionet e cilësisë së jetës, që do të thotë se ka një lidhje negative mes depresionit dhe shëndetit fizik ($r = -.237$, $p < .005$); shëndeti psikik ($r = -.225$, $p < .005$); dhe raporteve sociale ($r = -.232$, $p < .005$), sa më i lartë të jete depresioni aq më i ulët do të jetë shëndeti fizik, shëndeti psikik dhe raportet sociale. Konstatimi ynë në kuadër të hipotezës së parë me presupozimin se ka lidhshmëri mes ankthit dhe cilësisë së jetës tek pacientët me sëmundje koronare të zemrës, koniston të jetë i parrëndësishëm statistikisht meqë ($r = -.176$, $p > .05$), korrelacione të rëndësishme negative vërehen mes ankthit dhe shëndetit fizik ($r = -.265$, $p < .001$); ankthit dhe shëndetit psikik ($r = -.224$, $p < .001$).

Tabela 5.10 Marrëdhënia korrelative në mes stresit, depresionit , ankthit , cilësisë së jetës dhe dimensioneve të saj tek SKZ

	Cilësia Jetës	SHFCJ	SHPCJ	RSCJ	MCJ
CilësiJete	1				
SHFCJ	.678**	1			
SHPCJ	.846**	.589**	1		
RSCJ	.836**	.497**	.609*	1	
KCJ	.923**	.460**	.676**	.736**	1
Stresi	-.277*	-.067	.228*	.290**	
Depresioni	-.243*	-.237*	-.225*	-.232*	-.147
Ankthi	-.176	-.265**	-.224**	-.183	-.171

[*Shënim.Korrelacioni është sinjifikant në nivelin $p < .05(*)$; dhe $p < 01.(**)$]

Pasi nga tabela 5.10 u vërejt se ankthi nuk rezultonte në korrelacion me cilësinë e jetës, andej u pa e arsyeshme që të bëhet edhe një analizë tjetër sa i përket ankthit dhe cilësisë së jetës bazuar në kohëzgjatjen e sëmundjes. Nga tabela vërehet se ankthi korrelohet me cilësinë e jetës në kohëzgjatje të sëmundjes prej 0-6 muaj ($r = -.286, p < .005$), ndërsa nuk vihen re marrëdhënie të ankthit me cilësinë e jetës në kohëzgjatje të sëmundjes prej 6 muaj deri në 5 vitë bashkëjetës me sëmundjen.

Tabela 5.11. Marrëdhënia korrelative në mes ankthit dhe kohëzgjatjes së sëmundjes te SKZ

	N	Cilësia jetës Korrelacioni Pirsonit
Ankthi 0-6 muaj	54	-.286*
Ankthi 6 muaj- 1 vit	33	-.028
Ankthi 1-5 vite	13	-.259

Pohimi yn nga rezultatet në tabelën 5.12 vërtetohet ngase vihet re se kemi një lidhje të rëndësishme negative mes stresit dhe cilësisë së jetës tek pacientët me diabet , ($r = -0.596$ $p < 0.001$), poashtu edhe mes stresit dhe komponentëve strukturore të cilësisë së jetës edhe atë me shëndetin fizik ($r = -0.535$ $p < 0.001$); shëndetin psikik ($r = -0.540$, $p < 0.001$); raporteve sociale ($r = -0.286$, $p < 0.001$); dhe mjedisit ($r = -0.562$, $p < 0.001$); meqë kemi lidhje të rëndësishme negative mes stresit dhe variablave tjera kjo do të thotë se me ritjen e stresit kemi ulje të cilësisë së jetës dhe të dimensioneve të saj, uljes së shëndetit fizik, shëndetit psikik, raporteve sociale dhe mjedisit jetësor.

Nga rezultatet në tabelën 5.11. vihet re se depresioni rezulton i rëndësishëm negativisht me cilësinë e jetës ($r = -0.629$, $p < 0.001$) si dhe me dimensionet e saja, shëndetin fizik ($r = -0.656$ $p < 0.001$); shëndetin psikik ($r = -0.607$, $p < 0.001$); raportet sociale ($r = -0.409$, $p < 0.001$); dhe mjedisit ($r = -0.405$ $p < 0.001$); që do të thotë se hipoteza jon vërtetohet me vlera korrelative të fuqishme. Shkalla e lartë e depresionit ndikon në uljen e cilësisë së jetës dhe uljen e niveleve të dimensioneve të cilësisë së jetës, sa më i lartë depresioni aq më e ulët cilësia e jetës.

Nga tabela 5.12 vihet re një lidhje e rëndësishme negative mes ritjes së nivelit të ankthit dhe uljes së cilësisë së jetës ($r = -0.596$, $p < 0.001$), lidhje e rëndësishme poashtu vërehet edhe mes ankthit dhe komponentëve strukturore të cilësisë së jetës edhe atë shëndetit fizik ($r = -0.655$ $p < 0.001$); shëndetit psikik ($r = -0.595$ $p < 0.001$); raporteve sociale ($r = -0.411$ $p < 0.001$); dhe mjedisit ($r = -0.419$, $p < 0.001$) andej si pasojë e këtyre vlerave të rëndësishme korrelative hipoteza jonë vërtetohet.

Tabela 5.12. Marrëdhënia korrelative në mes stresit, depresionit, ankthit , cilësisë së jetës dhe dimensioneve të saj te DM

	CJ	SHF/CJ	SHP/CJ	RS/CJ	M/CJ
CJ	1				
SHF/CJ.	.911**	1			
SHP/CJ.	.873**	.787**	1		
RS/CJ	.744**	.549**	.600**	1	
M/CJ	.860**	.674**	.634**	.620**	1
Stresi	-.553**	-.506**	-.517**	-.274**	-.541**
Depresioni	-.624**	-.656**	-.607**	-.409**	-.405**
Ankthi	-.611**	-.655**	-.595**	-.411**	-.419**

[*Shënim.Korrelacioni është sinjifikant në nivelin $p < 0.01$.(**)]

5.6.3. Marrëdhënia korrelative mes variablave studimore dhe variabve demografike tek SKZ, DM dhe PSH

Kemi analizuar edhe marrëdhënien mes variablave psikologjike dhe atyre demografike (*gjinia,mosha,shkollimi,vendbanimi,punësimi,statusit ekonomik ,kohëzgjatja e sëmundjes dhe lloji I sëmundjes*) tek pacientët me sëmundje koronare të zemrës. Në vazhdimësi do të interpretojmë korrelacionet statistikisht të rëndësishme që vihen re mes këtyre dy grupeve. Nga të gjitha variablat tjera demografike stresi rezulton statistikisht i rëndësishëm me moshën, ($r = -0.315, p < 0.001$), me c'rast mosha më e re manifeston shkallë më të lartë të stresit, vendbanimin ($r = 0.286, p < 0.001$), pacientët që jetojnë në qytet kanë shkallë më të lartë stresu dhe kohëzgjatjen e sëmundjes ($r = -0.250, p < 0.001$), pacientët të diagnostifikuar në 6 muajt e parët të sëmundjes manifestojnë shkallë më të lartë të stresit. Ankthi nuk rezulton statistikisht i rëndësishëm me asnjë nga variablat demografike sa u përket pacientëve me sëmundje koronare të zemrës.

Sa i përket depresionit vihet re korrelacion statistikisht i rëndësishëm mes depresionit dhe llojit të sëmundjes, ($r= 242$, $p<001$), pacientët me infarkt të mikoardit janë më të depresionuar në krahasim me pacientët me angina pectoris. Nga kjo që vërehet mund të konkludojmë se pacientët me sëmundje koronare të zemrës sa u përket variablave demografike nuk korrelojnë me antkhin dhe depresionin, që do të thotë se sëmundja koronare e zemrës është e atakuar nga akthi dhe depresioi pa marr parasysh gjinin,moshën,vendbanimin,etj.

Cilësia e jetës rezulton statistikisht e rëndësishme me moshën ($r=-361$, $p<001$); mosha më e shtyer manifeston vlera më të ulta të cilësisë së jetës, statusin ekonomik ($r=314$, $p<001$); pacientët me status ekonomik më të lartë kanë cilësi jete më të mirë , kohëzgjatjen e sëmundjes ($r= -213$ $p<001$), pacientët me sëmundje koronare të zemrës prej 1 deri në 5 vite kanë cilësi jete më të ulët dhe llojin e sëmundjes ($r= -447$, $p<001$) , pacientët me infarkt të miokardit manifestojnë cilësi jete më të ulët. Ndërsa sa u përket dimensioneve të cilësisë së jetës dallime të rëndësishme vihen re mes shëndetit fizik dhe moshës ($r=-226$, $p<001$) , shëndetit psikik dhe moshës ($r= -241$, $p<001$) , që do të thotë se mosha më e shtyer tregon shëndet fizik dhe psikik më të dobët. Korrelacion të rëndësishëm kemi edhe ne mës shëndetiti psikik dhe statusit ekonomik ($r=223$, $p<001$),personat me status ekonomik më të lartë tregojnë shëndet psikik më të mirë, shëndetit psikik dhe llojit të sëmundjes ($r=-247$, $p<001$), pacientët me infarkt të mikoardit manifestojnë shëndet psikik më të ulët. Raportet sociale janë statistikisht të rëndësishme me të gjitha variablat demografike pervec punës, ndërsa me gjininë kemi këtë korrelacion ($r=-231$, $p<001$) , me vendbanimin ($r=257$, $p<001$), moshën ($r=-368$, $p<001$); shkollimin ($r=237$, $p<001$) ; statusit ekonomik ($r=272$, $p<001$); kohëzgjatjen e sëmundjes ($r=-271$ $p<001$) dhe llojin e sëmundjes ($r=-491$, $p<001$).

Nga analiza e raporteve mes variablave demografike dhe variablave psikologjike tek pacientët me sëmundje koronare të zemrës në studim vijm në përfundim se kjo nënhipotezë bie poshtë për shkak se vetëm në disa raste rezultojnë korrelacione statistikisht të rëndësishme.

Tabela 5.13. Marrëdhënia korrelative në mes variablave demografike dhe variablave studimore tek SKZ

		Stresi	Depresioni	Ankthi	CJ	SHF/CJ	SHP/CJ	RS/CJ	M/CJ
Gjinia	Korrelacioni Pirsonit	.050	.176	.194	-.94	-.167	-.027	-.213*	-.067
Mosha	Korrelacioni Pirsonit	-.327**	-.089	-.109	-.361**	-.226*	-.241*	-.368**	-.371**
Vendbanimi	Korrelacioni Pirsonit	.275**	.111	-.056	.156	.089	.099	.257**	.093
Martesa	Korrelacioni Pirsonit	-.039	.192	.116	.028	-.083	.103	-.022	.087
Punësimi	Korrelacioni Pirsonit	.066	.100	.136	-.194	-.179	-.015	-.169	-.176
Shkollimi	Korrelacioni Pirsonit	.000	-.091	-.050	.195	.121	.057	.237*	.153
Statusi Ekonomik	Korrelacioni Pirsonit	.090	-.138	-.049	.314**	.068	.223*	.272**	.339**
Kohëzgjatja e sëmundjes	Korrelacioni Pirsonit	-.256*	.115	-.142	-.213*	-.155	-.110	-.271**	-.207*
Lloji sëmundjes	Korrelacioni Pirsonit	.125	.242*	.178	-.470**	-.176	-.247*	-.491**	-.475**

[*Shënim. Korrelacioni është sinjifikant në nivelin $p < .05(*)$; dhe $p < .01.(**)$]

Korrelacione statistikisht të rëndësishme vihen re edhe mes variablave psikologjike dhe atyre demografike tek pacientët me diabet. Po fillojmë me

interpretimin e rezultateve të marrëdhënies mes stresit dhe variablve demografike, kështu korrelacion i rëndësishëm vihet re mes stresit dhe gjinisë ($r = 258, p < 001$), gjinia femërore manifeston shkallë më të lartë të stresit; stresit dhe shkollimit ($r = -341, p < 001$), pacientët e pa shkolluar manifestojnë shkallë më të lartë të stresit; kohëzgjatjes së sëmundjes ($r = 255, p < 001$), pacientët e diagnostifikuar më shumë se 5 vite me diabet kanë shkallë më të lartë të stresit; dhe korrelacione të rëndësishëm në mes stresit dhe statusit ekonomik ($r = -507, p < 001$), pacientët me status të ulët ekonomik manifestojnë shkallë më të lartë të stresit.

Kemi një lidhje statistikisht të rëndësishme mes depresionit dhe gjinisë ($r = 644, p < 001$), gjinia femërore është më shumë e depresionuar në krahasim me atë mashkullore; mes depresionit dhe vendbanimit ($r = -235, p < 001$), më së shpeshti pacientët të cilët jetojnë në viset rurale manifestojnë shkallë më të lartë të depresionit; korrelacion kemi edhe në mes depresionit dhe punësimit ($r = 307, p < 001$), personat që nuk punojnë janë më të depresionuar në krahasim me pacientet e punësuar; depresionit dhe shkollimit ($r = -399, p < 001$), pacientët e pa shkolluar kanë shkallë më të lartë të depresionit; si dhe korrelacion në mes depresionit dhe statusit ekonomik ($r = -289, p < 001$), ku pacientet diabetik me status ekonomik më të ulët manifestojnë shkallë më të lartë të depresionit.

Sa i përket marrëdhënies mes ankthit dhe variablave demografike tek pacientët me diabet vihen re këto korrelacione: lidhje statistikisht e rëndësishme mes ankthit dhe gjinisë ($r = 486, p < 001$), gjinia femërore më ankthioze se sa ajo mashkullore; mes ankthit dhe moshës ($r = 203, p < 001$), moshë më e shtyer rezulton më ankthioze; mes ankthit dhe punësimit ($r = 199, p < 001$), pacientët diabetik të pa punë janë më ankthioz se sa ato të punësuar; mes ankthit dhe shkollimit ($r = -398, p < 001$), pacientët e pa

shkolluar manifestojnë shkallë më të lartë të ankthit ;dhe mes ankthit dhe statusit ekonomik ($r=-281$, $p<001$) , pacientët më status ekonomik më të lartë kanë shkallë më të ulët ankthi se sa ato me status ekonomik me të ulët.

Lidhje të rëndësishme negative vihen re mes cilësisë së jetës dhe gjinisë ($r=-426$, $p<001$), gjini mashkullore manifeston cilësi jete më të mirë se sa ajo femërore; mes cilësisë së jetës dhe moshës ($r=-366$, $p<001$) ; mosha më e re manifeston cilësi jete më të mirë se sa mosha më e shtyer; mes cilësisë së jetës dhe punësimit ($r= -318$, $p<00$); pacientët diabetik të papunësuar kanë cilësi jete më të ulët ; cilësia e jetës korrelohet me kohëzgjatjes së sëmundjes së diabetit ($r= -373$, $p<001$) , pacientët me diabet me kohëzgjatje të sëmundjes prej 1 deri 5 vite kanë cilësi jete me të ulët ; Lidhje të rëndësishme pozitive vihen re mes cilësisë së jetës dhe shkollimit ($r=506$, $p<001$), pacientët më shkollim më të lartë kanë cilësi jete më të mirë; cilësisë së jetës dhe statusit ekonomik ($r= 504$ $p<001$), pacientët me status më të mirë ekonomik kanë dhe cilësi jete më të mirë; dhe korrelacion mes cilësisë së jetës dhe llojit të diabetit ($r=264$, $p<001$), tipi 2 i diabetit manifeston cilësi jete më të mirë se sa tipi 1.

Dimensionet e cilësisë së jetës poashtu rezultojnë në korrelacione statistike të rëndësishme me variablat demografike , lidhje negative e rëndësishme vihet re mes shëndetit fizik dhe gjinisë ($r= -445$, $p<001$), mes shëndetit fizik dhe moshës ($r=-413$, $p<001$), punësimit ($r=-373$, $p<001$), dhe kohëzgjatjes së sëmundjes ($r= -379$, $p<001$). Lidhje të rëndësishme pozitive vihen re mes shëndetit fizik dhe venbanimit ($r =199$, $p<001$), shkollimit ($r= 524$, $p<001$), statusit ekonomik ($r=463$, $p<001$), llojit të diabetit ($r=208$, $p<001$). Pacientët e gjinisë femërore , pacientët me moshë më të shtyer, të papunë dhe me kohëzgjatje më shumë se 5 vite të sëmundjes manifestojnë shëndet fizik më të dobët. Pacientët të cilët jetojnë në qytet, me shkolim dhe status ekonomik të

lartë, si dhe pacientët e tipit 1 të diabetit kanë shëndet fizik më të mirë. Kemi lidhje të rëndësishme negative mes shëndetit psikik dhe gjinisë ($r = -0.457$, $p < 0.001$), mes shëndetit psikik dhe moshës ($r = -0.299$, $p < 0.001$), mes shëndetit psikik dhe punësimit ($r = -0.269$, $p < 0.001$), kohëzgjatjes së sëmundjes ($r = -0.299$, $p < 0.001$), dhe mes shëndetit psikik dhe pyetjes rreth vizitës psikike ($r = -0.229$, $p < 0.001$), ndërsa lidhje pozitive të rëndësishme vihen re mes shëndetit psikik dhe shkollimit ($r = 0.454$, $p < 0.001$), statusit ekonomik ($r = 0.427$, $p < 0.001$), llojit të diabetit ($r = 0.242$, $p < 0.001$). Sa i përket shëndetit psikik, pacientët diabetik të gjinisë femërore, të moshës më të shtyer, të papunë dhe me kohëzgjatje prej 1 deri në 5 vite të sëmundjes manifestojnë shëndet psikik më të ulët. Ndërsa pacientët me shkollim dhe status ekonomik të lartë, të tipit 1 të diabetit manifestojnë shëndet psikik më të lartë. Lidhje të rëndësishme negative kemi në mes raporteve sociale dhe gjinisë ($r = -0.290$, $p < 0.001$), mes raporteve sociale dhe moshës ($r = -0.324$, $p < 0.001$), punësimit ($r = -0.295$, $p < 0.001$), dhe mes raporteve sociale dhe kohëzgjatjes së sëmundjes ($r = -0.340$, $p < 0.001$). Dallime të rëndësishme pozitive kemi në mes raporteve sociale dhe shkollimit ($r = 0.296$, $p < 0.001$), statusit ekonomik ($r = 0.331$, $p < 0.001$), raporteve sociale dhe llojit të diabetit ($r = 0.289$, $p < 0.001$). Raporte më të ulta sociale vetëraportojnë pacientët e gjinisë femërore, të moshës më të shtyer, pacientët e papunë dhe me kohëzgjatje të sëmundjes prej 1 deri në 5 vitë. Ndërsa raporte me të mira sociale vërehen tek pacientët diabetik me shkollim dhe status ekonomik më të lartë.

Së fundmi tek pacientët me diabet mjedisi jetësor ka një lidhje të rëndësishme negative me gjininë ($r = -0.341$, $p < 0.001$), me moshën ($r = -0.280$, $p < 0.001$), me punësimin ($r = -0.259$, $p < 0.001$), kohëzgjatjen e sëmundjes ($r = -0.341$, $p < 0.001$) ndërsa lidhje të rëndësishme pozitive me shkollimin ($r = 0.417$, $p < 0.001$), statusin ekonomik ($r = 0.456$, $p < 0.001$), llojin e diabetit ($r = 0.218$, $p < 0.001$). Mesatare më të ulta kanë vetëraportuar pacientët e gjinisë femërore, të moshës 51-60, të papunësuar dhe me kohëzgjatje prej 1 deri në 5 vite të sëmundjes. Ndërsa

pacientet diabtik te tipit 1 të cilet kanë shkollim dhe status ekonomik te lartë kanë manifestuar edhe mesatare të mjedisit më të mira.

Nga analiza e korrelacioneve mes të gy grupeve të variablave mund të japim konkluzion se kjo nënhipotezë vërtetohet për shkak se në të shumtën e rasteve kemi lidhje statistikisht të rëndësishme mes variablave demografike dhe variablave psikologjike tek pacientët me diabet.

Tabela 5.14. *Marrëdhënia* korrelative në mes variablave demografike dhe variablave studimore te DM

		STRESI	Depresioni	Ankthi	CilësiJete	SHFCJ	SHPCJ	RSCJ	MCJ
Gjinia	Korrelacioni Pirsonit	.258**	.644**	.486**	-.426**	-.445**	-.457**	-.290**	-.341**
Mosha	Korrelacioni Pirsonit	.141	.195	.203*	-.366**	-.413**	-.299**	-.324**	-.280**
Vendbanimi	Korrelacioni Pirsonit	-.104	-.235*	-.160	.143	.199*	.168	-.060	.126
Martesa	Korrelacioni Pirsonit	.079	-.131	-.168	.053	.078	.024	.018	.015
Punësimi	Korrelacioni Pirsonit	.185	.307**	.199*	-.318**	-.373**	-.269**	-.295**	-.259**
Shkollimi	Korrelacioni Pirsonit	-.341**	-.399**	-.398**	.506**	.524**	.454**	.269**	.417**
Kohëzgjatja sëmundjes	Korrelacioni Pirsonit	.255*	.183	.178	-.373**	-.379**	-.223*	-.340**	-.341**
Statusi Ekonomik	Korrelacioni Pirsonit	-.507**	-.289**	-.281**	.504**	.463**	.427**	.331**	.456**
Lloji sëmundjes	Korrelacioni Pirsonit	-.123	-.152	-.184	.264**	.208*	.242*	.289**	.218*

Sa i përket grupit të tretë tëstudimit respektivisht popullatës së shëndetshme fillimisht do të interpretojmë korrelacionet statistikisht të rëndësishme në mes

variablae psikologjike, kështu që në këtë rast stresi rezulton statistikisht i rëndësishëm në raport me depresionin, ankthin dhe cilësinë e jetës. Nga dimensionet e cilësisë së jetës stresi nuk korrelohet vetëm me mjedisin jetësor dhe raportet sociale, ndërsa me shëndetin fizik dhe psikik vihen re korrelacione të fuqishme edhe atë $p < .001$. Depresioni dhe ankthi tek popullata e shëndetshme poashtu janë në korrelacion statistikisht të rëndësishëm me njëri tjetrin, që do të thotë se prezenca e njërit rrit nivelin e tjetrit si dhe të dyja së bashku ndikojnë në uljen e cilësisë së jetës edhe tek popullata e shëndetshme, pasi që vihet re korrelacion i fuqishëm negativ me vlera $p < .001$. Ndërkaq sa i përket cilësisë së jetës dhe dimensioneve të saj, në të gjitha rastet kemi korrelacione statistikisht të rëndësishme pozitive që do të thotë se sa më e lartë cilësia e jetës tek popullata e shëndetshme aq personat kanë shëndet më të mirë fizik, psikik, raportë të mira sociale dhe mjedis më të mirë jetese.

Po të analizojmë variablat demografike dhe ato psikologjike tek popullata e shëndetshme mund të vihet re se gjinia korrelohet më të gjitha variablat psikologjike, dhe po të gjitha në favor të gjinisë femërore e cila paraqitet me vlera më të larta të stresit, depresionit, ankthit dhe cilësi jete më të ulët, edhe atë në të shumtën e rasteve me vlera të fuqishme $p < .001$. Nga variablat demografike, mosha dhe vendbanimi nuk korrelojnë me asnjë nga variablat psikologjike. Nga të gjitha variablat tjera psikologjike vetëm depresioni korrelohet me statusin martesorë ($r = .280, p < .001$) dhe punësimin ($r = .245, p < .005$), ndërkaq korrelacione tjera nuk vihen re. Rast i ngjajshëm paraqitet edhe tek shkollimi, i cili korrelohet vetëm me shëndetin fizik, ($r = .210, p < .005$) dhe me asnjë variabël tjetër. Ndërkaq tek statusi ekonomik mund të vihen re më shumë korrelacione edhe atë me depresionin ($r = -.229, p < .005$), cilësinë e jetës ($r = .331, p < .001$), shëndetin fizik, ($r = .286, p < .001$) si dhe me mjedisin, ($r = .414, p < .001$).

Tabela 5.15 *Marrëdhënia* korrelative në mes variablae studimore dhe variablae demografike te PSH

		Stresi	Depresi oni	Ankthi	CilwsiJ ete	SHFCJ	SHPCJ	RSC J	MCJ
Gjinia	Korrelacioni i Pirsonit	.381**	.342**	.480**	-.218**	-.193	-.185	- .005	-.206*
Mosha	Korrelacioni i Pirsonit	.010	-.036	-.114	-.026	.048	-.095	- .094	-.247*
Vendbanimi	Korrelacioni i Pirsonit	.022	.139	.142	-.156	-.058	-.148	- .048	-.131
Martesa	Korrelacioni i Pirsonit	-.064	.280**	-.065	-.151	-.033	-.037	- .391 **	-.042
Punwsiimi	Korrelacioni i Pirsonit	-.144	.245**	.047	-.060	-.084	-.019	- .132	.051
Shkollimi	Korrelacioni i Pirsonit	.091	-.128	.019	.180	.210*	.195	.126	.414**
Statusi Ekonomik	Korrelacioni i Pirsonit	-.024	-.229*	.004	.331**	.286**	.144	.098	-.186
Stresi	Korrelacioni i Pirsonit	1	.240**	.453**	-.268**	.269**	-.288*	- .030	.464**
Depresioni	Korrelacioni i Pirsonit		1	.533**	-.604**	.513**	.490**	.408 **	.328**
Antkhi	Korrelacioni i Pirsonit			1	-.417**	.392**	.438**	.056	.856**
CilwsiJete	Korrelacioni i Pirsonit				1	.850**	.808**	.561 **	.614**
SHFCJ	Korrelacioni i Pirsonit					1	.611	.325 **	.556*
SHPCJ	Korrelacioni i Pirsonit						1	.385 **	.378**
RSCJ	Korrelacioni i Pirsonit							1	
MCJ	Korrelacioni i Pirsonit								1

[*Shënim.Korrelacioni është sinjifikant në nivelin $p < .05(*)$; dhe $p < 01.(**)$]

Hipoteza ynë fillestare se *ekzistojnë lidhje statistikisht e rëndësishme mes stresit, depresionit, ankthit dhe cilësisë së jetës tek pacientët me diabet, pacientët me sëmundje koronare të zemrës dhe popullata e shëndetshme* operacionalizuar në 3 nënhipoteza, nga të cilat vetëm nënhipoteza e 3 u vertetua pjesërisht, në raste të 2 nënhipotezave të para vihen re rezultate të rëndësishme statistikore madje në nivel rëndësie statistikore $p < .001$. Nga rezultatet e fituara mund të konstatojmë se raporti me stresit, depresionit, ankthit dhe cilësisë së jetës tek pacientët me diabet dhe popullata eshëndoshë është korrelativ apo në lidhshmëri të drejtpërdrejtë, ndërsa tek pacientët me sëmundje koronare të zemrës ankthi nuk rezultonte sinjifikant me cilësinë e jetës.

5.7 .Dallimet psikologjike në mes SKZ dhe DM

Për të vërtetuar dallimet statistikore të variablave studimore është përdorur Anova e cili do të interpretohet në vlera të rëndësishme $p < .005$ respektivisht $p < .001$.

5.7.1. Dallimet në nivelin e stresit, depresionit dhe ankthit mes DM dhe SKZ

Nga krahasimi i mesatareve të nivelit të stresit (të paraqitura në tabelen 5.16 vihet re se në mes këtyre mesatareve kemi dallime statistikisht të rëndësishme [$F(1,198) = 44.057$, $p = 0.00$]. Bazuar në mesataret e stresit që ka arritur kampioni me diabet dhe sëmundje të zemrës, shohim se mesatare më të lartë arrijnë subjektet me sëmundje koronare të zemrës $M/S = 25.96$, kundrejt atyre me diabet $M/S = 21.41$). Analiza krahasuese e hipotezës sonë të dytë se kemi dallime statistikisht të rëndësishme në nivelin e depresionit tek pacientët me diabet dhe sëmundje koronare të zemrës konsiston i parëndësishëm statistikisht, edhe atë: [$F(1,198) = 0.283$, $p = 1.05$], bazuar edhe në mesataret të cilat i arrijnë subjektet me diabet që konsiston të jetë $M = 30.06$, respektivisht $M = 27.71$ tek subjektet me sëmundje të zemrës.

Pasi krahasuam mesataret e ankthit mes pacientëve me sëmundje koronare të zemrës dhe atyre me diabet u vërtetua se ekzistojnë dallime statistikisht të rëndësishme mes këtyre dy grupeve të pacientëve sa i përket mesatares së ankthit [$F(1,198) = 472.28$ $p = 0.00$], nga dhe mund të shohim në tabelën 5.16 se mesatarja e ankthit tek pacientët me sëmundje koronare të zemrës është $M/A = 39.78$ ndërkohë tek pacientët me diabet $M/A = 19.09$. Nga konkludojmë se nënhipoteza jonë se ekzistojnë dallime në nivelin e ankthit mes pacientëve me diabet dhe sëmundje koronare të zemrës vërtetohet statistikisht.

Tabela 5.16Niveli i strest, depresionit dhe ankthit tek DM dhe SKZ

		N	M	Devijimi standard	Df	F	Sinjifikanca	
Stresi	SKZ	100	25.96	5.458	Mes grupeve	1	44.057	.000
	Diabet	100	21.41	4.146	Brenda grupeve	198		
	Totali	200	23.69	5.346	Totali	199		
Depresioni	SKZ	100	27.71	8.260	Mes grupeve	1	2.650	.105
	Diabet	100	30.06	11.838	Brenda grupeve	198		
	Totali	200	28.89	10.249	Totali	199		
Ankthi	SKZ	100	39.78	6.205	Mes grupeve	1	472.282	.000
	Diabet	100	19.09	7.221	Brenda grupeve	198		
	Totali	200	29.44	12.355	Totali	199		

[Shënim. N=totali i kampionit; M= mesataret e arritura]

5.7.2. Dallimet në nivelin e cilësisë së jetës dhe dimensioneve të saj në mes DM dhe SKZ

Në tabelën 5.17 kemi gjetur se nuk dallojnë mesataret e cilësisë së jetës tek pacientët me diabet $M/CJ= 70.06$ dhe atyre me sëmundje koronare të zemrës $M/CJ= 70.21$ andej edhe analiza jonë statistike tregon se tek këto dy grupe të pacientëve nuk kemi dallimë statistikisht të rëndësishme [$F(1,198)= .006$ $p=.937$] sa i përket analizës së vlerës totale të cilësisë së jetës. Nga e njëjta tabelë mund të vërejmë se edhe tek dimensionet e cilësisë së jetës nuk kemi dallimë të mëdha tek të dy grupet e pacientëve, kështu që vihet re se shëndeti fizik tek pacientët me sëmundje koronare të zemrës është $M/SHFCJ=46.24$ ndërkaj tek diabetikët $M/SHFCJ= 41.68$, shëndeti psikik tek të parët ka këtë vlerë $M/SHPCJ=44.63$ ndërkaj tek të dytët $M/SHPCJ=46.54$, dallime vërehen në mesataret e raporteve sociale, ku pacientët me diabet shfaqin mesatare më të lartë $M/RSCJ=61.25$ ndërkaj pacientët me sëmundje të zemrës mesatare më të ulët $M/RSCJ= 49.25$, dhe në fund vërejmë se nuk kemi dallime në mesataret e mjedisit sa u përket të dy grupeve të pacientëve, kështu që vlera mesatare tek të dy grupet është e

përafërt. Nga vlerat e këtyre mestareve mund të konkuldojmë se dallime statistiki të rëndësishme kemi në komponentën e shëndetit fizik në mes të dy grupeve të pacientve edhe atë [$F(1,198)=3.938, p=0.049$], dhe në komponentën e raporteve sociale [$F(1,198)=18.512, p=0.000$], ndërkaj nuk kemi dallime statistikore të rëndësishme mes komponentës së shëndetit psikik tek dy grupet e pacientëve dhe mjedisit jetësor. Andej nga gjithë kjo analizë nuk mund të themi se nënhipoteza jonë vërtetohet plotësisht nagse i kemi të përgjysmuara rezultatet sa u përket dallimeve statistikore të rëndësishme.

Tabela 5.17 Niveli i cilësisë së jetës dhe dimensioneve të saj tek SKZ dhe DM

		N	M	Devijimi standard		Df	F	Signifika anca
CilësiJetës	SKZ	100	70.21	10.970	Mes grupeve	1	006	.937
	Diabet	100	70.06	15.588	Brenda grupeve	198		
	Totali	200	70.67	13.445	Totali	199		
SHF/CJ	SKZ	100	46.24	8.038	Mes grupeve	1	3.938	.049
	Diabet	100	41.68	21.525	Brenda grupeve	198		
	Totali	200	43.96	16.367	Totali	199		
SHP/CJ	SKZ	100	44.63	10.665	Mes grupeve	1	849	.358
	Diabet	100	46.54	17.856	Brenda grupeve	198		
	Totali	200	45.58	14.701	Totali	199		
RS/CJ	SKZ	100	49.25	16.880	Mes grupeve	1	18.512	.000
	Diabet	100	61.25	22.202	Brenda grupeve	198		
	Totali	200	55.25	20.571	Totali	199		
M/CJ	SKZ	100	52.56	16.810	Mes grupeve	1	1.180	.279
	Diabet	100	50.03	16.134	Brenda grupeve	198		
	Totali	200	51.30	16.483	Totali	199		

[Shënim. N=totali i kampionit; M= mesataret e arritura]

Hipoteza e dytë e hulumtimit tonë se Ekzistojnë ndryshime statistiki të rëndësishme në nivelin e stresit, depresionit, ankthit dhe cilësisë së jetës mes pacientëve me diabet dhe sëmundje koronare të zemrës, nga analizat e bëra në nënhipotezat e mësipërme konsiston të jetë në dy raste të rëndësishme statistiki dhe në po aq raste me rëndësi të ulët statistikore. Kësisoj, dallimet në favor të presupozimit tonë janë të stresi dhe ankthi, ndërkaj tek depresioni dhe cilësia e jetës janë në disfavor të pohimeve tona në kuptim rëndësie statistikore. Bazuar edhe në të dhënat e fituara tek dimensionet e

cilësisë së jetës i njëjti proporcion rezultatesh vihet re tek variabla në fjalë. Shëndeti fizik dhe raportet sociale si komponenta strukturore të cilësisë së jetës japin rezultate statistikisht të rëndësishme, kundrejt rezultateve të shëndetit psikik dhe kushteve jetësore të cilat si të tilla nuk vërtetohen. Andej themi se kjo hipotezë bie poshtë.

5.8. Dallimet mes stresit, ankthit, depresionit dhe cilësisë së jetës në kushtet e shëndetit dhe sëmundjes.

5.8.1. Dallimet në nivelin e stresit, depresionit dhe ankthit mes SKZ dhe PSH

Nga tabela 5.18 shihet qartë se ekziston dallime në mesataret e stresit tek pacientët me sëmundje koronare të zemrës $M/S = 25.96$ dhe popullatës së shëndetshme $M/S = 15.21$ andej edhe kemi një dallim statistikorë të rëndësishëm në mes të këtyre dy grupeve [$F(1,198) = 167.962, p = 0.000$]. Mesataret e depresionit mes pacientëve me sëmundje koronare të zemrës dallojnë për nivele shumë të larta nga popullata e shëndetshme, kështu tek të parët kemi këtë mesatare $M/D = 27.71$ ndërkaj tek të dytët $M/D = 8.97$, analiza e dallimeve mes të dy grupeve ka rezultuar fuqishëm e rëndësishme edhe atë [$F(1,198) = 292.669, p = 0.000$].

Tabela 5.18Niveli i stresit,depresionit dhe ankthit tek SKZ dhe PSH

		N	M	Devijimi standard	Df	F	Sinjifikanca
Stresi	SKZ	100	25.96	5.458	Mes grupeve	1	167.692 .000
	P. Shëndetshëm	100	15.21	6.254	Brenda grupeve	198	
Depresioni	Totali	200	20.59	7.957	Totali	199	292.669 .000
	SKZ	100	27.71	8.260	Mes grupeve	1	
	P. Shëndetshëm	100	8.97	7.195	Brenda grupeve	198	
	Totali	200	18.34	12.163	Totali	199	
Ankthi	SKZ	100	39.78	6.205	Mes grupeve	1	411.806 .000
	P. Shëndetshëm	100	17.71	8.932	Brenda grupeve	198	
	Totali	200	28.75	13.462	Totali	199	
	Totali	200	28.75	13.462	Totali	199	

[Shënim. N=totali i kampionit; M= mesataret e arritura]

5.8.2.Dallime në nivelin e cilësisë së jetesës dhe dimensioneve të cilësisë së jetës

teSKZ dhe PSH

Parashikimi ynë se ka dallime në nivel të cilësisë jetës mes pacientëve me sëmundje koronare të zemrës dhe popullatës së shëndetshme vërtetohet edhe me dallime të rëndësishme statistikore $[F(1,198)= 214.825, p=000]$, kjo qartë vërehet edhe nga mesataret e arritura nga të dy grupet, ku tek pacientët me sëmundje koronare të zemrës vihet re kjo mesatare $M/CJ= 70.21$ ndërkaq tek popullata e shëndetshme kemi këtë mesatare $M/CJ= 91.86$, dallime të mëdha kemi poashtu edhe në mesataret e komponentëve strukturorë të cilësisë së jetës, tek pacientët sa i përket shëndetit fizik kemi këtë mesatarë $M/SHFCJ=46.24$ ndërkaq tek personat e shëndetshëm $M/SHFCJ=70.29$ dallimi i rëndësishm statistikorë $[F(1,198) = 256,592, p=000]$, shëndeti psikik tek pacienët me sëmundje koronre të zemrës vihet re kjo mesatare $M/SHPCJ= 44.63$ ndërkaq tek personat e shëndetshëm $M=74.00$, dallim i rëndësishëm statistikore ka këtë vlerë $[F(1,198)=373.099, p=000]$, dallime vërehen edhe në raportet

sociale mes ketyre dy grupeve ku tek pacientët me sëmundje koronare të zemrës vihet re kjo mesatare $M=49.25$ ndërkaj tek personat e shëndetshëm $M=79.58$ dallimi statistikorë mes grupeve është [$F(1,198)=172.835$, $p=0.000$] dhe në fund kemi një dallim të rëndësishëm statistikorë mes mjedisit tek pacienët me sëmundje koronare të zemrës dhe popullatës së shëndetshme [$F(1,198)= 31.512$, $p=0.000$], me këto mesatare $M= 52.56$ tek pacientët me sëmundje koronare të zemrës dhe $M=64.09$ tek popullata e shëndetshme.

Tabela 5.19. Niveli i cilësisë së jetës dhe dimensioneve të saj tek SKZ dhe PSH

		N	M	Devijimi standard		Df	F	Sinjifikanca
Cilësi/Jetës	SKZ	100	70.21	10.970	Mes grupeve	1	214.825	.000
	P. Shëndetshëm	100	91.86	9.891	Brenda grupeve	198		
	Totali	200	81.04	15.044	Totali	199		
SHF/CJ	SKZ	100	46.24	8.038	Mes grupeve	1	256.592	.000
	P. Shëndetshëm	100	70.29	12.679	Brenda grupeve	198		
	Totali	200	58.26	16.044	Totali	199		
SHP/CJ	SKZ	100	44.63	10.665	Mes grupeve	1	373.099	.000
	P. Shëndetshëm	100	74.00	10.841	Brenda grupeve	198		
	Totali	200	59.31	18.217	Totali	199		
RS/CJ	SKZ	100	49.25	16.880	Mes grupeve	1	172.835	.000
	P. Shëndetshëm	100	79.58	15.730	Brenda grupeve	198		
	Totali	200	64.42	22.272	Totali	199		
M/CJ	SKZ	100	52.56	16.810	Mes grupeve	1	31.512	.000
	P. Shëndetshëm	100	64.09	11.806	Brenda grupeve	198		
	Totali	200	58.33	15.599	Totali	199		

[Shënim. N=totali i kampionit; M= mesataret e arritura]

5.8.3.Dallime në nivelin e stresit, depresionit dhe ankthit mes DM dhe PSH

Tabela 5.20. tregon qartë se ekziston dallime në mesataret e stresit tek pacientët me diabet $M/S= 21.41$ dhe popullatës së shëndetshme $M/S=15.21$ andej edhe kemi një dallim statistikorë të rëndësishëm ne mes të këtyre dy grupeve [$F(1,198)=68.264$,

p=000]. Mesataret e depresionit mes pacientëve me diabet dallojnë për nivele shumë të larta nga popullata e shëndetshme, kështu tek të parët kemi këtë mesatare M/D= 30.06 ndërkaj tek të dytët M/D= 8.97 , analiza e dallimeve mes të dy grupeve ka rezultuar fuqishëm e rëndësishme edhe atë [F(1,198)=231.776, p=.000]. Nuk kemi dallim në mesataret e ankthit tek pacientët me diabet dhe popullatën e shëndetshme, nga tabela 5.20 shohim se mesatarja e ankthit tek pacientët me diabet është M/A= 19.09 ndërkaj tek popullata e shëndetshme M/A=17.71 , andej edhe nuk kemi dallim statistikorë të rëndësishëm mes të dy grupeve [F(1/198)=1.444 ,p= .231] .

Tabela 5.20.Niveli stresit, depresionit dhe ankthit tek DM dhe PSH

		N	M	Devijimi standard	Df	F	Sinjifikanca	
Stresi	Diabet	100	21.410	4.146	Mes grupeve	1	68.264	.000
	P. Shëndetshëm	100	15.210	6.254	Brenda grupeve	198		
Depresioni	Totali	200	18.31	6.138	Totali	199	231.776	.000
	Diabet	100	30.06	11.83	Mes grupeve	1		
	P. Shëndetshëm	100	8.97	7.195	Brenda grupeve	198		
Ankthi	Totali	200	19.52	14.395	Totali	199	1.444	.231
	Diabet	100	19.09	7.221	Mes grupeve	1		
	P. Shëndetshëm	100	17.71	8.932	Brenda grupeve	198		
Totali		200	18.40	8.131	Totali	199		

[Shënim. N=totali i kampionit; M= mesataret e arritura]

5.8.4.Dallime në nivelin e cilësisë së jetesës dhe dimensioneve të cilësisë së jetës teDM dhe PSH

Pacientët me diabet kanë cilësi jete më të ulët se popullata e shëndoshë me dallime të rëndësishme statistikore [F(1,198) =139.438, p < .000], kjo qartë vërehet edhe nga mesataret e arritura nga të dy grupet, ku tek pacientët me diabet vihet re kjo mesatare M/CJ= 70.06 ndërkaj tek popullata e shëndetshme kemi këtë mesatare M/CJ= 91.86, dallime të mëdha kemi poashtu edhe në mesataret e dimensioneve të

cilësisë së jetës, tek pacientët diabetik sa i përket shëndetit fizik kemi këtë mesatare $M/SHFCJ=41.68$ ndërkaj tek personat e shëndetshëm $M/SHFCJ= 70.29$ dallimi i rëndësishëm statistikorë $[F(1,198)= 131.132, p<.000]$, shëndeti psikik tek pacientët diabetik vihet re kjo mesatare $M/SHPCJ=46.54$ ndërkaj tek personat e shëndoshë $M/SHPCJ=74.00$, dallimi i rëndësishëm statistikore ka këtë vlerë $[F(1,198)=172.780, p < .000]$, dallime vërehen edhe në raportet sociale mes ketyre dy grupeve ku tek pacientët me diabet vihet re kjo mesatare $M/RSCJ=61.25$ ndërkaj tek personat e shëndetshëm $M/RSCJ=79.58$ dallimi statistikorë mes grupeve është $[F(1,198)=45.396, p< .000]$ dhe në fund kemi një dallim të rëndësishëm statistikorë mes mjedisit të jetesës tek pacientët me diabet dhe popullatës së shëndetshme $[F(1,198)=49.476, p < .000]$, me këto mesatare $M/MCJ= 50.03$ tek pacientët me diabet dhe $M/MCJ=64.09$ tek popullata e shëndetshme.

Tabela 5.21 Niveli i cilësisë së jetës dhe dimensioneve të saj te DM dhe PSH

		N	M	Devijimi standard		Df	F	Sinjifikanca
Cilësi/Jetës	Diabet	100	70.06	15.588	Mes grupeve	1	139.438	.000
	P. Shëndetshëm	100	91.86	9.90	Brenda grupeve	198		
	Totali	200	80.96	17.00	Totali	199		
SHF/CJ	Diabet	100	41.68	21.152	Mes grupeve	1	131.132	.000
	P. Shëndetshëm	100	70.29	12.679	Brenda grupeve	198		
	Totali	200	55.98	22.718	Totali	199		
SHP/CJ	Diabet	100	46.54	17.856	Mes grupeve	1	172.780	.000
	P. Shëndetshëm	100	74.00	10.841	Brenda grupeve	198		
	Totali	200	60.27	20.162	Totali	199		
RS/CJ	Diabet	100	61.25	22.202	Mes grupeve	1	45.396	.000
	P. Shëndetshëm	100	79.58	15.730	Brenda grupeve	198		
	Totali	200	70.42	21.279	Totali	199		
M/CJ	Diabet	100	50.03	16.134	Mes grupeve	1	49.476	.000
	P. Shëndetshëm	100	64.09	11.806	Brenda grupeve	198		
	Totali	200	57.06	15.765	Totali	199		

[Shënim. N=totali i kampionit; M= mesataret e arritura]

Konkludojmë se hipoteza jonë H3 Ekzistojnë ndryshime statistiksht të rëndësishme në nivelin e stresit, depresionit, ankthit dhe cilësisë së jetës mes pacientëve me diabet dhe pacientëve me sëmundje koronare të zemrës nga njëra anë dhe popullatës së shëndetshme nga ana tjetër e parashtruar me 4 nënhipoteza , nga të cilët vetëm nënhipoteza (H3.3) se ekzistojnë dallime në nivel të ankthit tek pacientët me diabet dhe popullatës së shëndetshme nuk u vërtetua, nënhipotezat të tjerë rezultuan statistikisht të rëndësishme , me vlera të fuqishme korrelative, andej edhe mund të themi se hipoteza jonë vërtetohet me mbështetje të fuqishme statistikore.

5.9. Regresioni linear hirearkik

Për të shqyrtuar ndikimin e variablave studimore mbi cilësinë e jetës është përdorur analiza regressive hierarkike. Në tabelën 5.22 në hapin e parë është bërë grupimi i variablave demografike (gjinia,mosha,vendbanimi,punësimi,statusi civil,statusi ekonomik), koeficienti i variancës shpjegon 40% të rezultateve të përgjithshme në cilësinë e jetës, nga variablat demografike me rëndësi sinjifikative është mosha ($\beta = -.301$, $t = -.201$, $p < .001$), shkollimi ($\beta = .271$; $t = 4.785$, $p < .001$) statusi ekonomik ($\beta = .266$; $t = 5.238$, $p < .001$) gjinia ($\beta = -.264$, $t = -4.212$, $p < .001$). Në hapin e dytë përveç variablave demografike u fut në analizë edhe variabli i sëmundjes, në këtë rast koeficienti i variancës shpjegon 57% të rasteve, ku vihet re sinjifikanca më e lartë e sëmundjes ($\beta = .430$, $p < .001$), statusit ekonomik ($\beta = .264$; $p < .001$) moshës ($\beta = -.206$; $p < .001$) dhe gjinisë ($\beta = -.198$; $p < .001$) në cilësinë e jetës. Në hapin e tretë u bë grupimi i variablave demografike, variablit të sëmundjes dhe u shtuan edhe stresi, depresioni dhe ankthi. Modeli i regresionit në këtë rast varianca shpjegon 67% të rasteve, ku më me

vlerë të lartë sinjifikative rezulton depresioni ($\beta=-8.361$; $p < .001$), vazhdon të ngelet statusi ekonomik ($\beta= 4958$; $p< .001$), mosha ($\beta= -4.594$; $p< .001$) dhe ankthi ($\beta= -2.413$; $p< .001$).

Tabela.5.22 Modeli i regresionit me variabël të varur cilësinë e jetës dhe variabla të pavarura (variablat demografike, sëmundjen dhe variablat psikologjike)

Modeli	B	Gabimi standard	Beta	t	Sig.	RSquare
1. (Hapi 1)	80.380	6.889		11.667	.000	.417
Gjinia	-6.676	1.532	-.264	-4.212	.000	
Mosha	-4.957	.823	-.301	-.201	.000	
Vendbanimi	-.136	.584	-.083	-1.043	.052	
Martesa	1.753	.601	-.111	-1.344	.050	
Punësimi	1.868	1.745	.056	1.071	.285	
Shkollimi	5.137	1.073	.271	4.785	.000	
Statusi ekonomik	7.549	1.441	.266	5.238	.000	
2. (Hapi 2)	59.788		6.254	9.560	.000	.571
Gjinia	-6.573	1.316	-.198	-4.993	.000	
Mosha	-3.382	.724	-.206	-4.672	.000	
Vendbanimi	-1.115	1.377	-.032	-.810	.419	
Martesa	-.242	1.418	-.007	-.171	.864	
Punësimi	.778	1.503	.023	.517	.605	
Shkollimi	3.109	.944	.164	3.295	.001	
Statusi ekonomik	7.504	1.239	.264	6.058	.000	
Sëmundja	8.756	.857	.430	10.217	.000	
3. (Hapi 3)	89.521	7.064		12.674	.000	.669
Gjinia	-1.546	1.306	-.046	-1.183	.238	
Mosha	-2.978	.648	-1.81	-4.594	.000	
Vendbanimi	-.292	1.227	-.008	-.238	.812	
Martesa	.371	1.256	.030	.521	.603	
Punësimi	.694	1.333	.021	.521	.603	
Shkollimi	1.562	.862	.082	1.813	.071	
Statusi ekonomik	6.566	1.123	.196	4.958	.000	
Sëmundja	2.270	1.230	.111	1.846	.066	
Stresi	-.103	.115	-.043	-.898	.370	
Depresioni	-.525	.063	-.418	-8.361	.000	
Ankthi	-.173	.071	-.130	-2.413	.016	

KAPITULLI VI

6. 1. Diskutimi

Qëllim kryesor i këtij hulumtimi ishte që të vërtetojmë, nëse është e pranishme lidhshmëria ndërmjet stresit, depresionit, ankthit dhe kualitetit të jetës te pacientët me sëmundje koronare të zemrës, diabet melitus dhe personave të shëndetshëm por dhe njëkohësisht të vërtetojmë nëse janë të pranishme dallimet në lidhje me shprehjen dhe përfaqësimin e stresit, depresionit, ankthit dhe kualiteti i jetesës te pacientët me sëmundje koronare të zemrës, pacientëve me diabet melitus dhe grupin e kontrollit të subjekteve të shëndetshëm. Te të tre grupet e të anketuarve, deshëm të shohim dallimet në lidhje me prezencën e stresit, depresionit, ankthit dhe cilësisë së jetës në krahasim me gjininë, moshën, vendbanimin, statusin civil, shkallën e arsimimit, punësimin, gjendjen socio-ekonomike. Brenda grupit bazë të cilin e përbënin pacientët me sëmundje koronare të zemrës dhe pacientëve me diabet melitus, qëllimi ynë ishte të vërtetojmë, nëse janë të pranishme dallimet në përfaqësimin në nivel të stresit, depresionit, ankthit dhe kualitetit të jetesës në krahasim me llojin dhe kohëzgjatjen e sëmundjes bazë. Në kapitullin e diskutimit paraqiten gjetjet kryesore të studimit të ndërthurura në analizën sistematike të literaturës. Kërkuesja është përpjekur të interpretojë rezultatet e studimit duke u bazuar në hartën konceptuale të studimit, në qëllimin e tij, si dhe në pyetjet kërkimore dhe hipotezat e vendosura paraprakisht

6.2. Diskutim përshkrues i variablave

6.2.1 Karakteristikat demografike në raport me marrëdhënien e stresit, depresionit, ankthit dhe cilësisë së jetës

Ekspozimi më i madh i rrezikut nga sëmundjet koronare të zemrës dhe diabet te disa individë mund të shpjegohet me lidhjen midis variablave demografik dhe tendencës për reagimet e dhunshme fiziologjike ndaj stresuesve. Njëherit llogaritet se disa faktorë kulturorë (stresi i përditshëm jetësor, statusi i ulët socio-ekonomik) dhe faktorët fizikë (mënyra e të ushqyerit) janë arsye plotësuese për paraqitjen e sëmundjeve koronare të zemrës. Në studimin tonë janë analizuar variablat demografike si gjinia, mosha, punësimi, statusi civil, niveli i shkollimit dhe statusi socio-ekonomik që të analizohet prezenca e variablave psikologjike në raport me to. Studimet botërore raportojnë për ndryshime gjinore në nivel të aspekteve psikologjike si dhe të cilësisë së jetës (Baum, Grunberg, 1991) ndërsa në studimin tonë nuk vihet re ndryshime të mëdha në raport mashkull/femër sa i përket gjendjes emocionale të pacientët me sëmundje koronare të zemrës. Dallime gjinore të pacientet me sëmundje koronare të zemrës nuk kishin arritur edhe studiues si (De Groot, Botsma, Wall, 2003).

Në popullatën tonë të hulumtuar, kemi fituar dallime pozitive të rëndësishme statistike, në krahasim me nivelin e stresit, ankthit, depresionit dhe kualitetit të jetës, midis kampionit meshkuj dhe femra që vuajnë nga diabeti mellitus. U vërtetua se femrat janë më me ankth, më depressive, dhe më me bujë reagojnë ndaj ngjarjeve stresuese në krahasim me meshkujt. Rezultate të ngjashme kishin fituar edhe studiuesit tjerë (Ali, Stone, Peters, 2006, & Maryam, Bakthiri, 2013), gjithashtu, të anketuarit sëmundjen e

tyre e përjetojnë si ngjarje traumatike më të fuqishme në jetën (Anderson, Freeland, Clouse , 2001). Respondentët meshkuj kishin rezultate më të larta në të gjitha sferat e kualitetit të jetës në krahasim me të anketuarit e gjinisë femërore. Këto rezultate janë në përputhje me pritjet tona, e cila përkon me studimet tjera, ku janë të pranishme të njëjtat rezultate të ngjashme (Jonsson, Nystrom, Sterky, Wall, 2005). Megjithatë, disa autorë thonë se burrat janë njësoj në ankth dhe depresion, por gratë janë më të gatshëm për të kërkuar ndihmë kur të gjenden në një gjendje të shtuar dhimbjeje emocionale (Gregory, 2006).

Sa i përket moshës së kampionit të studimit, mesatarja e stresi te pacientët me sëmundje koronarë të zemrës ishte më e lartë te mosha 30-40 ndërsa ankthi në masë më të madhe është prezent te pacientët më të rinj të moshës 30-40 vjeç, ankthi te pacientët me sëmundje koronare të zemrës ndërlihet me frikën e përjetimit të një sulmi të ri andej edhe është normale se mosha më e re do të tregojë shkallë më të lartë të ankthit krahas dy moshave tjera, ndërsa cilësi jete më të ulët manifeston mosha 61-70, rezultat të ngjashëm kanë arritur edhe studimet (Tahir,Ozcan,Burcu, 2009). Nga ana tjetër, me rritjen e periudhës madhore vjen deri te reduktimi linear i kënaqësisë në jetës. Por, për këtë arsye, nuk është i pranishëm ndonjë dallim i rëndësishëm statistikor, në krahasim me shprehjen e ankthit dhe depresionit te të anketuarit me sëmundje kardiovaskulare, në krahasim me moshën. Andej edhe studimet botërore theksojnë sensibilitetin e kësaj moshë në përjetimin e sëmundjes (Zhao,Chen,Lin,2006). Këtë e shpjegojmë me faktin se, sëmundja koronare edhe pse e çon individin të jetë i përmbatur me frikë, ia çrregullon stabilitetin emotiv të tij, si dhe rrit ndjenjën e vetmisë, ai përsëri është në gjendje t'i realizoj nevojat e tij të mundshme. Kjo përkon me rezultatet e Esch, dhe

bashkëpunëtorëve (2002), të cilët në studimin e tyre vërtetojnë se stresi me mekanizmat e tij pato-fiziologjik është faktori-rrezik më i madh për paraqitjen e sëmundjeve kardiovaskulare.

Pacientët me diabet të moshës 51-60 kanë rezultuar me nivel më të lartë të depresionit, ankthit dhe stresit si dhe me cilësi jete më të ulët në krahasim me moshat tjera. Ky është stadi i krizave të moshës së mesme. Në panik se po plaken dhe nuk kanë përjetuar ose plotësuar atë që ata imagjinonin se mund të bënin kur ishin të rinj, përpiqen që të plotësojnë nevojat e tyre të pa realizuara nga njëra anë dhe nga ana tjetër përpjekjet për të përballuar sëmundjen me të gjitha peripecitë e saj. Duke krahasuar moshën, fituam një korrelacion pozitiv midis shkallës së shprehjes së ankthit dhe kualitetit të jetës, por nuk kemi korrelacion ndërmjet stresit dhe depresionit. Parashikimi ynë u vërtetua plotësisht. Individët më të rinj janë më të mirë në aspektin e shprehjes së emocioneve dhe parashikimit të tyre, ndërsa më të moshuarit janë më të ndjeshëm dhe të prirë ndaj zhvillimit të depresionit dhe fajit. Është karakteristike se, me përparimin e sëmundjes, personi është në gjendje të jetojë në përputhje me aftësitë e tij fizike të mbetura, ashtu që shëndeti i tyre somatik dhe psikik dobësohet, me këtë ndryshon edhe kualiteti i jetës (Perveen, Otho, Siddiqi, Hatcher & Rafique, 2010).

Ndikimi i faktorëve gjeografikë në rezultatet shëndetësore, veçanërisht për personat e prekur nga sëmundje kronike ka qenë prej kohësh një shqetësim. (Stain, Kelly, Car, Lewin, 2011). Zonat rurale janë karakterizuar shpesh me qasje të dobët në shërbimet shëndetësore dhe kushteve të varfra ekonomike. Megjithatë zonat rurale shpesh shfaqin nivele të larta të kapacitetit social të cilët mund të jenë

mbrojtës kundër shëndetit dhe funksionimit të dobët. Kapaciteti social është term shumëdimensional që mund të përdoret për të përshkruar ndërveprimet sociale në mes komiteteve brenda grupit dhe gjithashtu kapaciteti social është menduar të ndikojë në shëndetin përmes rrugës psiko-sociale që nxisin individin në përshtatje në fatkeqësi (Onyx,Bullen,2000). Ndoshta kjo mund të jetë edhe një faktorë në atë së te pacientët me sëmundje koronare të zemrës nuk vërehet ndonjë dallim në manifestimin e shqetësimeve psikologjike. Ndërsa një situatë pak më ndryshe vihet re te pacientët diabetik , pacientët e viseve rurale janë më shkallë më të lartë të depresionit në krahasim me ato në viset urbane, kjo mund të ndodhë ngase këto pacient realisht kanë më shumë nevojë për ushqim të shëndetshëm respektivisht dietal , barna, gjëra të cilët më së miri i sigurojnë në viset urbane se sa në ato rurale dhe niveli më i lartë i depresionit mbase mund të ndikon që të kenë edhe cilësi jete më të ulët. Kjo gjetje përputhet me studimet e (Kuruburan,Pukunan,Rizal, 2015).

Niveli i arsimimit siç shihet nga rezultate tona të arritura duket se është një faktorë tjetër mbrojtës kundër shqetësimeve psikologjike te pacientët tanë, edhe pse si faktorë më i rëndësishëm është gjetur te pacientët me diabet por prapë edhe tek ata me sëmundje koronare të zemrës duken qartë dallimet në mes pacientëve me nivele të ndryshme arsimore. Vihet re se pacientët me nivele më të larta arsimore kujdesen më mirë në mbrojtjen e shëndetit të tyre dhe menaxhimin psikologjik të sëmundjes krahas atyre me nivele më të ulta arsimore. Për të dyja sëmundjet kemi edhe studime mbështetëse të ngjashme (Steele,2007; Bjelland, Krokstand, Mykeltun, 2008; Pajak, Jankowski, Akosteva, 2013). Steptoe A. dhe ekipi i tij gjatë periudhës trevjeçare tek 1.800 pacientë, i kanë studiuar faktorët që ndikojnë në vdekshmërinë pas vuajtjes së

infarkt të miokardit. Ata dëshmuar se pacientët me nivel më të lartë arsimor, por me status më të ulët socio-ekonomike, ishin më të rrezikuar nga vdekja, se ata pa arsimim. Kjo shpjegohet me faktin se, pacientët me kapacitet të lartë intelektual, pavarësisht kushteve joadekuade socio-ekonomike, kanë pasur tendencë më të madhe për ta kuptuar sëmundjen e tyre dhe rreziqet që sjell ajo, prandaj kishin rrezik më të madh. Por, përsëri niveli socio-kulturor, arsimimi dhe statusi i punësimit paraqesin faktorin më adekuat për paraqitjen e sindromës kardiake.

Statusi i punës është një tjetër faktorë ndikues në cilësinë e jetës. Personat e pa punë janë të rrezikuar më tepër nga depresioni, stresi dhe ankthi se sa të punësuarit. Janë dy arsye racionale për të përshkruar marrëdhënien në mes të këtyre shqetësimeve psikologjike dhe faktorëve sociologjik dhe ekonomik. Personave të pa punë u mungon funksionimi i mirëfilltë social, të tilla si struktura kohore, identiteti dhe statusi, kontaktet sociale, pjesëmarrja me qëllime kolektive dhe aktivitete të rregullta (Nordenmark, Strandh, 1999).

Raporti në mes të statusit ekonomik, sëmundjeve të zemrës dhe diabetit është analizuar në shumë studime duke nisur nga fakti që shpesh edhe statusi i ulët ekonomik mund të jetë shkaktarë për paraqitjen e sëmundjes (Krantz, McCeney, 2002). Statusi i ulët ekonomik është shpesh i lidhur edhe me faktorë të tillë si sigurinë joadekuade, kujdes të dobët preventiv, dietë e varfër dhe kujdesi i varfër shpesh mund të rezultojnë në stres të lartë dhe ritë të mundësisë së zhvillimit të depresionit dhe ankthit (Heslop, Smith, Carroll, Macleod, 2001). Në studimin tonë vihet re se një pengesë e madhe e kushteve të dobëta ekonomike është problem i pa menaxhaueshëm te pacientët diabetik ngase ata paraqiten me nivele më të larta të shqetësimeve psikologjike dhe më cilësi jete

dukshëm më të ulët se sa pacientët diabetik me status të lartë ekonomike, kjo mund të ndodhë mbase pacientët me statuse të larta ekonomike kanë mundësi më të mirë të trajtimit të sëmundjes (Sims,Roux,Boykin,Sarpong, 2011 & Le,Jun,Zhankun, Yichun, 2011), nivel më të mirë të glukozës dhe kolestitolit në gjakë (Brown,Gregg,Stevens,me b.p 2005) dhe probabilitet më të ulët të komplikimeve sekondare të diabetit (Secrest,Costacou,Gutelius,me b.p, 2011).

Megjithatë nuk është i pranishëm ndonjë dallim i rëndësishëm statistikor, sa i përket stresit, ankthit, depresionit dhe cilësisë së jetës me statusin martesor, punësimin dhe nivelin e arsimimit te kampioni me sëmundje koronare të zemrës. Statusi më i ulët ekonomik është shkak i reduktimit të cilësisë së jetës, në sferën e shëndetit mendor, ndërveprimeve sociale dhe mënyrës së jetesës. Ndërsa faktorët e varfër psiko-sociale, niveli i ulët arsimor, papunësia, stresi dhe stigmatizimi social janë parashikues për zhvillimin e ankthit dhe depresionit që ndikojnë në kualitetin e jetës së njerëzve me diabet. Depresioni te pacientët me diabet melitus, rrit rrezikun e komplikimeve, redukton kualitetin e jetës, aftësinë për të shijuar jetën, si dhe funksionimin normal profesional dhe social (Anderson, Freeland, Clouse, Lust Man, 2001& Paile-Hyvarinen, Wahlbec, Eriksson 2007 & Skodova, Nagyova, Rosenberger, Vargova, 2008). Po ashtu, rezultatet e hulumtimit tregojnë se, simptomat sub-klinike te pacientët shkaktojnë përgjumje, dhe me këtë, njerëzit me diabet nuk u përmbahen masave të vetëmbrojtjes dhe vet-kontrollit (Jiang, Krishnan, 2002).Nuk është i pranishëm dallim i rëndësishëm statistikor midis statusit martesor dhe variablave psikologjik te pacientët që vuajnë nga diabeti mellitus. Maryam me b.p (2013) edhe ata në rezultatet e tyre gjetën se ankthi,depresioni dhe cilësia e jetës nuk korrelojnë me statusin martesorë.

Kohëzgjatja e sëmundjes përbën një faktor të rëndësishëm në aspektin psikologjik të pacientëve. 54% e pacientëve të këtij studimime sëmundje koronare të zemrës janë më kohëzgjatje të sëmundjes deri në 6-muaj , 33 % të pacientëve janë më kohëzgjatje të sëmundjes prej 6 muaj deri në 1 vit, nëse analizohen mesataret e stresit, depresionit , ankthit dhe cilësisë së jetës vihet re se nuk kemi dallime në vlerat e shqetësimeve psikologjike në mes këtyre kategorive, edhe pse fillimi i sëmundjes zakonisht përcillet më shumë me ankth dhe stres nga ecuria e sëmundjes, por siç mund të vihet re edhe periudha prej 6 muaj deri në 1 vit për pacientët me sëmundje koronare të zemrës është shqetësuese , ndërsa periudha prej 1 vit deri në 5 vite jetesë më sëmundje të zemrës është më pak ankthiozë më shumë depresionuese por me cilësi jete më të ulët. Lidhur me kohëzgjatjen e sëmundjes koronare bën përshtypje korrelacioni pozitiv midis stresit dhe kualitetit të jetës, në sferat e relacioneve shoqërore dhe mjedisit. Niveli i stresit është më i lartë te pacientët me sëmundje koronare të zemrës në gjashtë muajt e parë të shfaqjes së sëmundjes, që është rezultat i homeostazës së çrregulluar të personit. Sa më tepër zgjat sëmundja koronare, aq bie niveli i kualitetit të jetës te të anketuarit tanë. (Kristoferzon, Lomfark, Carlsson, 2005;& Westin, Carlsson, Israelsson, 1997). Studimi ynë nuk tregon korrelacion në mes të kohëzgjatjes së sëmundjes, depresionit dhe ankthit, ndërsa në literaturë mund të vihet re se kohëzgjatja e sëmundjes së zemrës ndikon në rritjen e shkallës së depresionit dhe uljen e shkallës së ankthit, që do të thotë se sa më gjatë një pacient jeton me sëmundjen e zemrës aq më i depresionuar ndërsa shkalla e ankthit fillon të bie. Mirëpo në studimi tonë, subjektet që iu nënshtruan hulumtimit 54% e tyre ishin me kohëzgjatje të sëmundjes më pak se 6 muaj dhe 33% prej 6 muaj deri në 1 vjet, që do të thotë se vetë me 13 % e pacientëve tanë kanë bashkëjetuar me sëmundjen më shumë

se 1 vjet dhe kjo e cenon mundësin e një korrelacioni në mes kohëzgjatjes së sëmundjes dhe shkallë së depresionit dhe ankthit.

Ndërkaq te grupi i dytë i studimit vihet re se vizitat më të shpeshta mjekësore hasen te pacientët që jetojnë më sëmundjen e diabetit prej 1 deri në 5 vjet, 67% e tyre këtë nivel më të lartë të depresionit dhe cilësi jete më të ulët se sa dy grupet tjera me kohëzgjatje të sëmundjes më pak se 1 vit. Ky rezultat mbase i atribuohet mos mundësisë së pacientëve të menaxhimit të sëmundjes dhe kohës relativisht të gjatë me të, ky rezultat mbështet edhe në studimet botërore (Nichols,Brown, 2003 & Almawi, Tamin,Baqer, 2008). Lidhur me kohëzgjatjen e sëmundjes, stresi i rritur është faktor i rëndësishëm, i cili ka efekt negativ ndaj cilësisë së jetës dhe kontrollit të glikemisë (glukozës në gjak). Wisit, Natchapon, Frank, (2008) dhe Rohin, Trupti, Samir, (2001) kanë arritur rezultate të ngjashme në studimet e tyre sa i përket kohëzgjatjes së sëmundjes së diabetit dhe cilësisë së jetës. Te diabeti i varur nga insulina kemi korrelacion pozitiv në të gjitha sferat e kualitetit të jetës, në krahasim me diabetin e pavarur nga insulina. Gjithsesi, kjo ka të bëjë me përdorimin e insulinës, por edhe frika se sëmundja pas një periudhe kohore mund të filloj të dal nga kontrolli dhe përsëri të rritet niveli i glukozës në gjak.

Variabla e fundit demografike është lloji i sëmundjes i cili është parë gjithashtu një faktorë me rëndësi për studim. Te të dy grupet e pacientëve janë marrë në studim nga 2 lloje sëmundje me pasqyre klinike të përafërt dhe me nga numër të njëjtë pacientësh. Rezultatet të cilët i kemi fituar na tregojnë se kemi dallime në mesataret e shqetësimeve psikologjike te të dy grupet e pacientëve sa i përket llojit të sëmundjes, dhe nga të gjithë variablat tjera dallime vërehen në shkallën e depresionit dhe cilësisë së

jetës. Stresi dhe ankthi nuk korrelojnë me llojin e sëmundjes, dhe për këtë kemi mbështetje studimet e (Kawachi, Coldit, Ascherio, Rimm, 1994) Pacientët e tipit 1 të diabetit dhe pacientët me infarkt të miokardit janë grupi i cili vuan më shumë nga depresioni dhe nga cilësi me e ulët e jetës. Rezultat të ngjashëm haset edhe në studimet e (Green, Arbor, Dickinson, 2009; Speight, Browne, Holmes, Pouwer, 2011). Kjo sigurisht që ndikon në vlerësimin e përgjithshëm të jetës që përfshin të gjitha kriteret relevante që janë të rëndësishme për individin. (O'Donoghue, Boden, Braunwald, 2008).

Rezultatet tregojnë se stresi, ankthi dhe depresioni janë të pranishëm te respondentët me sëmundje koronare të zemrës dhe diabetit mellitus. Të njëjtët çojnë në reduktim të disponimit jetësor në të gjitha sferat e funksionimit të individit. Te pacientët pavarësisht nëse bëhet fjalë për ecuri akute apo kronike të sëmundjes, optimizmin, shpresën, pritshmërinë e suksesit dhe të kënaqësisë, janë faktorë që kontribuojnë në rritjen e entuziazmit për jetë, dhe ndikojnë në përmirësimin e gjendjes shëndetësore.

6.3. Kategorizimi i stresit, depresionit, ankthit dhe cilësisë së jetës tek kampioni i studimit

Rezultatet e studimit tonë na tregojnë për prezencën e nivelit të lartë të stresit edhe atë tek 77% e pacientëve me sëmundje koronare të zemrës, 50% te pacientët me diabet ndërsa te grupi i kontrollit respektivisht te popullata e shëndoshë vërehet niveli i lartë i stresit vetëm tek 30% e tyre. Stresi paraqet marrëdhënien midis personit dhe mjedisit, në të cilën marrëdhënie personi vlerëson vet në mënyrë reale apo joreale, nëse

rrethanat e reja të shkaktuara nga stresuesit i tejkalojnë mundësitë dhe aftësitë e saj për një konfrontim të suksesshëm. Është karakteristike, se stresi mund të jetë rezultat i ndryshimeve në ambientin e jashtëm, që paraqitet si rezultat i ndërveprimit të personalitetit dhe mjedisit ose ndryshimeve psikologjike që ndodhin brenda personit, të cilat kontribuojnë në shfaqjen dhe zhvillimin e sëmundjes koronare dhe diabetit. Prezencën e stresit te pacientët me sëmundje koronare të zemrës dhe diabet e kanë studiuar edhe studiuesit botërorë të cilët poashtu kanë arritur rezultate të ngjashme (Pickering, 20012, & Verhein,Koheler,1997,& Lloyd, Smith,Weinger, 2005).

Depresioni duket se po bëhet një fenomen që merr përmasa të mëdha dhe në një “epidemi moderne” për njerëzimin, andej edhe në studimin tonë depresioni është i pranishëm në nivel të lartë te të dy grupet e pacientëve, kështuqë tek 40% e pacientëve me sëmundje koronare të zemrës ishte prezent niveli i theksuar i depresionit ndërsa nga 100 pacient të hulumtuar vetëm 2 nga to ishin në gjendje normale (pa depresion), situatë e ngjashme por dhe më e rëndë vërehet edhe te pacientët diabetik nga të cilët vetëm 1 pacient ishte në gjendje normale (pa depresion) ndërsa 46% e tyre manifestojnë nivel të theksuar të depresionit. Tek grupi i kontrollit prezenca e depresionit të lehtë vihet re vetëm tek 16% e kampionit, edhe Tajfard, Ghayour, Rahimi, Mouhebati (2014) kanë arritur rezultate të ngjajshme sa i përket analizës së depresionit tek popullata e shëndetshme. Rezultatet e studimeve botërore viteve të fundit tregojnë se të sëmurët me sëmundje kronike gjithmonë e më shumë prekin edhe aspektin psikik të pacientëve, dhe nga të gjitha çrregullimet që paraqiten më i shpeshti është depresioni (Katon,Lin,Kroenke, 2007). Njohja e pamjaftueshme dhe trajtimi i depresionit e vështirëson edhe më shumë qëndrimin e mjekut, i cili më shpesh pret nga pacientët të atakohen nga ankthi,lodhja,humor jo i mirë dhe mungesë e vullnetit (Katon,2003).

Ankthi është një problem jo vetëm sepse ai është brengë, që sa vjen e rritet, por sepse ai mund të ndikojë në keqësimin e sëmundjes. Pacientët me sëmundje koronare të zemrës që kanë qenë kampion i këtij studimi, 76% e tyre manifestojnë nivel të fuqishëm të ankthit, ndërsa vetëm 3% e tyre manifestojnë nivel të lehtë të ankthit. Sa u përket pacientëve diabetik 67% e tyre kishin nivel mesatar të ankthit ndërsa vetëm 33% ishin me nivel të ankthit të fuqishëm. Tek 35% e personave të shëndoshë është gjetur nivel mesatar i ankthit, rezultate të ngjajshme kanë arritur edhe Tajfard, Ghayour, Rahimi, Mouhebat (2014). Ankthi është një nga problemet kryesore emocionale që kërkon nevojë të trajtimit të veçantë, e posaçërisht nëse është prezent bashkë me depresionin dhe stresin (Watkins, Blumenthal, Carney, 2002). Ankthi është lloji frike që paraqitet atëherë kur subjekti vlerëson se situatat e përgjithshme e tij jetësore tejkalon aftësitë e tij. Me fjalë të tjera personi është në ankth kur ai vlerëson se nuk është në gjendje të përballohet me vështirësitë e jetës siç mund të jetë rasti me sëmundjet kronike. (Milivojevic, 1993).

Informacioni për cilësinë e jetës mund të jetë i rëndësishëm në vendosjen e trajtimit për të minimizuar ngjashmërinë midis faktit për të mbijetuar me cilësitë e larta të jetës. Analiza e bërë e studimit mbi cilësinë e jetës së pacientëve me sëmundje koronare të zemrës, pacientëve me diabet dhe popullatës së shëndetshme nga ana tjetër na jep informacion se popullata e shëndetshme ka cilësi jete më të mirë, edhe atë 59% e tyre kanë vlerësuar jetën më cilësi shumë të mirë, ndërsa pacientët me sëmundje koronare të zemrës vetëm 1 % e tyre kanë vlerësuar cilësi shumë të mirë jete, shumica prej tyre 58% kanë vlerësuar për cilësi jete mesatare. Situata e ngjashme është edhe te pacientët diabetik, ku 38% e pacientëve kanë jete cilësore në kategorinë mesatare ndërsa 11% jetë me cilësi shumë të mirë. Këto rezultate raportojnë se në të vërtetë sëmundja ka ndikim në

jetën e një personi mbase te popullata e shëndetshme vihet re në përgjithësi vlerësim shumë i mirë i cilësisë së jetës (Nordenfelt,1991).

6.4 Lidhshmëria midis stresit, depresionit, ankthit, cilësisë së jetës, SKZ dhe DM

Hipoteza jonë e parë e parashtruar, ka të bëjë me supozimin se ekziston një ndërlidhje midis stresit, depresionit, ankthit dhe cilësisë së jetës te pacientët me sëmundje koronare të zemrës dhe diabet mellitus në njërën anë dhe grupin e kontrollit të subjekteve të shëndosha nga ana tjetër. Për analizë të mëtejshme, të dhënat e siguruara do t'i shqyrtojmë dhe shpjegojmë nëpërmjet nënhipotezave specifike të parashtruara.

6.4.1.Marrëdhënia midis stresit, ankthit, depresionit dhe kampionit të studimit

Parashtrimi i hipotezës tonë, se është i pranishëm korrelacioni midis nivelit të stresit, ankthit dhe depresionit te pacientët me sëmundje koronare të zemrës është vërtetuar. Fituam një korrelacion të rëndësishëm pozitiv midis nivelit të stresit dhe depresionit, stresi dhe ankthi, si dhe midis ankthit dhe depresionit te pacientët me sëmundje kardiovaskulare. Këto rezultate janë të pritura, duke pasur parasysh se bëhet fjalë për sëmundje somatike, e cila me komplikimet e veta , mund të çojë deri te frika, shqetësimi, zvogëlim të energjisë, reduktim të disponimit, si dhe pritje negative të ardhmërisë. Në hulumtimin tonë u nisëm nga ideja se, stresi është edhe stres psikologjik, ngase nuk përcaktohet vetëm nga karakteristikat e stresit, por edhe nga karakteristikat e individit. Kështuqë, është e njohur se çdo sëmundje, por edhe sulmi në zemër dhe miokardi, paraqesin gjendje stresuese të vështirë të jetës, të cilat kontribuojnë

në zhvillimin e caktuar të përjetimeve psikopatologjike të personit. Ndryshimi i shpejtë dhe i papritur i gjendjes shëndetësore, si dhe kushtet lidhur me pasigurinë dhe rehabilitimin e gjatë, çojnë në rritjen e ankthit dhe depresionit. Domethënë, ankthi dhe depresioni nuk janë vetëm faktorë rreziku për paraqitjen e sëmundjes koronare të zemrës, por janë reagim i shpeshtë i pacientit pas vuajtjes nga infarkti i miokardit, ose pas mundimeve të stërzgjatura nga dhembjet angjinale (Marina,2010).

Për reagimet depressive dhe të ankthit të sëmundjet kronike, përgjegjës janë mekanizmat psikologjik të ndërlidhur me perceptimin e personit në lidhje me sëmundjen. Si është vërtetuar lidhja ndërmjet besimeve irracionale dhe sindromës psikiatrike, depresionit dhe ankthit të pacientët me sëmundje kronike, këto janë rezultat i besimeve irracionale rreth sëmundjes, që janë bazë për zhvillimin e ankthit dhe çrregullimeve depressive. (Consoli, 2003).Këto rezultate të fituara, na tregojnë për shkallën e lartë të lidhshmërisë, për paraqitjen e simptomave të depresionit dhe ankthit të pacientët me sëmundje koronare, të cilat përputhen me hulumtime të caktuara në botë. (Ands, Wiliamson, Jones, 1993). Psikologët thonë se, mënyra se si personi e interpreton sëmundjen, dhe nga veprimi i tij i ndërmarrë, do të varet edhe zhvillimi i ankthit, veçanërisht depresioni të pacientët me sëmundje koronare të zemrës. Pyetja “pse” ka një rëndësi të madhe, sidomos pse pikërisht zemra është organ që është zgjedhur që të sulmohet. Shikuar në aspektin psikologjik, llogaritet se vështirësitë e zemrës, simbolikisht tregojnë për humbje të dashurisë, dhe çdo humbje, në mënyrë psiko-analitike paraqet bërthamën e reagimit depresiv.

Marrëdhëniet midis stresit dhe diabetit janë komplekse. Stresi luan një rol në paraqitjen e vetë sëmundjes diabetike, në kontrollin metabolik dhe cilësinë e jetës, ndërsa stresi ndikon në kontrollin e glikemisë në mënyra të ndryshme, sidomos në situata të caktuara të vështira. Mendohet se stresi psikologjik ndikon në sistemin neuro-endokrin dhe direkt veprojnë në nivelin e glukozës në gjak (Konen, Summerson dhe Dignan, 1993). Diabeti është shkaktari kryesor i stresit te këta pacientë, sepse sëmundja përfshin ndryshime në stilin e jetës, dietë, kontrole të shpeshta mjekësore, medikamente, komplikime. Të gjithë këto komponentë kontribuojnë te pacientët diabetik që të kenë më shumë gjasa për të paraqitur çrregullimet në planin mental, siç është ankthi dhe depresioni. Vlerësimi epidemiologjik i shumë studimeve të kryera në dekadën e fundit, tregon se vetë diabeti nuk e rrit rrezikun për paraqitjen e komplikimeve të diabetit, por është rezultat i pasojave të kësaj sëmundjeje Regenold dhe Marano, (2005). Nga ana tjetër, supozohet që mbivendosja e mekanizmave patofiziologjik sugjeron për të njëjtat çrregullime në metabolizëm. Sipas Gans, (2006) distimia (çrregullim i butë depresiv) dhe disponim depresiv (pasojë e komplikimeve) janë çrregullime më të shpeshta që shoqërojnë këtë sëmundje. Në grupin e çrregullimeve të ankthit, më të shpeshta janë fobia specifike dhe fobia sociale (frika e izolimit për shkak të sëmundjes). Grigsby dhe bashkëpunëtorët e tij, zbuluan se çrregullimet e gjeneralizuara të ankthit janë të pranishme në 14%, dhe rritja e simptomave të ankthit në 40% të personave me diabet (Grigsby, Anderson, Freedland, Clouse, 2002). Rezultatet e studimit gjatë hulumtimit të lidhshmërisë midis stresit, ankthit dhe depresionit të kryera në Bahrein, një vend ishull, kanë prevalencë të lartë të diabetit mellitus tipi 2, dhe këto shkojnë në favor të një incidence në rritje të këtyre çrregullimeve, në grupin e pacientëve me diabet, në krahasim me grupin e kontrollit pa diabet (Egede, 2004).

Bazuar në rezultatet e studimit tonë, mund të konkludojmë se hipoteza jonë fillestare për ndërlidhjen midis stresit, ankthit dhe depresionit te pacientët me diabet mellitus është vërtetuar plotësisht. Mendojmë se kjo ndërlidhje sinjifikante e lartë ndërmjet stresit, ankthit dhe depresioni te pacientët me diabet mellitus është rezultat i rrjedhës kronike të sëmundjes dhe progresivit të sëmundjes somatike, për shkak të komplikimeve të ndryshme që çrregullojnë funksionimin e personit. Në rast se pacienti nuk ka informacion të mirë për gjendjen e tij, dhe ka rrezik që të bëhet depresiv, ta kaploj ankthi, ngase nuk mund t'i plotësojë kërkesat që ia ka shtruar vetes, e që janë irracionale duke marrë parasysh gjendjen shëndetësore siç sugjerohet në studime të tjera (Trovato, Catalano, Martines, Spadaro, 2006). Njëkohësisht, kjo mund të jetë arsyeja për zvogëlim të marrëdhënieve interpersonale joadekuate, përkatësisht nëse pacienti mendon se rrethi nuk i ndihmon në mënyrë adekuate, pra ky është edhe një faktor plotësues për paraqitjen e simptomave të ankthit dhe depresionit.

Marrëdhënie korrelative në mes stresit, depresionit dhe ankthit vihet re edhe tek popullata e shëndoshë (Hadi, Asadollahi, Talei, 2009).

Ankthi dhe depresioni te pacientët me sëmundje kronike somatike, siç janë sëmundjet koronare të zemrës dhe diabet mellitus, janë në një nivel të lartë alarmues dhe ato drejtpërdrejt ndikojnë në përkeqësimin e sëmundjes. Nëse merren parasysh edhe vlerësimet e Organizatës Botërore të Shëndetësisë, se depresioni deri më vitin 2030 do të bëhet shkak kryesor i sëmurjes në botë, tani është një nga gjendjet shëndetësore që ndikojnë në funksionimin e ulët të personit, parandalimin adekuat dhe promovimi i rolit të psikologjisë konsultative janë përcaktuar si të domosdoshme. Pacientët me sëmundje koronare të zemrës dhe diabetit mellitus bien në kategorinë ideale për punë parandaluese, përbëjnë një popullsi të rrezikut të lartë.

6.4.2. Marrëdhënia midis stresit, ankthit, depresionit dhe cilësisë së jetës te SKZ dhe DM

Hipoteza jonë e parashtruar se ekziston lidhja ndërmjet stresit, ankthit, depresionit, kualitetit të jetës dhe dimensioneve të jetës te pacientët me sëmundje kardiovaskulare është vërtetuar pjesërisht. Në popullatën tonë të anketuar, të pacientëve me sëmundje koronare të zemrës dhe diabet mellitus, vërtetuam se ankthi dhe depresioni përfaqësojnë çrregullimet më të shpeshta psikologjike. Rezultatet e fituara tregojnë se të gjithë të anketuarit kanë vlera statistikore të matura nga depresioni sipas BDI dhe ankth sipas BAI. Pacientët vështirë e përballojnë sëmundjen, nuk e njohin atë dhe e përjetojnë si sëmundjet rëndë që ndikon në cilësinë e jetës së tyre. Definimi i nocionit cilësi e jetës është treguar si një proces i komplikuar dhe i vështirë. Por, koncepti dominues e karakterizon kualitetin jetësor si konstrukt multidimensional, i cili përfshin dimensionet fizike, psikologjike dhe ato sociale të funksionimit, të cilat vlerësohen në mënyrë subjektive. Organizata Botërore e Shëndetësisë (1997) kualitetin e jetës e definon si perceptim të pozicioneve të veçanta të individit, në kontekst të kulturës dhe sistemit të vlerave në të cilat ata jetojnë, dhe në relacion me qëllimet, pritjet, standardet dhe shqetësimet. Nga perspektiva e shëndetit ose sëmundjes cilësia e jetës i referohet mirëqenies sociale, emocionale dhe fizike të pacientit gjatë shërimit, si dhe ndikimit të sëmundjes ndaj funksionimit të përditshëm të personit. Për më tepër, ky fenomen do të thotë se një person jo vetëm që dëshiron të mbijetojë një moment kritik në jetën e tij, por të vazhdojë të jetojë me një kualitet të caktuar.

Stresi, ankthi, depresioni dhe cilësia e jetës janë hulumtuar në shumë studime në psikologjinë klinike, me qëllim që të shihet ndikimi mes tyre, kur bëhet fjalë për subjekte që vuajnë nga sëmundje somatike akute ose kronike. Në këtë hulumtim, qëllim

jonë ishte për të parë se si këto koncepte si variabla kërkimore shkaktojnë efekt të përbashkët reciprok. Rezultatet e fituara tregojnë se është prezent korrelacion midis stresit dhe cilësisë së jetës dhe aspektit të shëndetit mendor, kushteve sociale dhe mjedisit, ndërkohë që nuk kemi fitua korrelacion statistikor të rëndësishëm ndërmjet nivelit të stresit dhe shëndetit fizik. Kemi përmendur edhe më lartë se stresi kronik i cili është prezent te një person një kohë më të gjatë e rrezikon të njëjtin për atakim nga ndonjë sëmundje fizike, nga fakti se organizmi harxhohet nga ballafaqimi me një situatë e cila është jo e pëlqyeshme për të, nga ana tjetër stresi akut i cili është prezent më pak kohë dhe me intensitet jo të fuqishëm te një person me ç'rast po i njëjti din të ballafaqohet me të në të shumtën e rasteve kalon pa pasoja të mëdha. Pyetësi që është përdorur për matjen e stresit te pacientët tanë ka qenë i përpiluar për matjen e shkallës së stresit gjatë muajit të fundit nga njëra anë, dhe nga ana tjetër 54% e pacientëve tanë ishin të posadiagnostifikuar me sëmundjen 0-6 muaj, d.m.th ende nuk kanë arritur të sensibilizojnë situatën që ndodhen andej edhe kjo mund të jetë një arsye se pse nuk ekziston një korrelacion në mes të stresit dhe shëndetit fizik. Mirëpo në mbështetje nuk kemi studime tjera për këto rezultate.

Në lidhje me depresionin kemi fituar korrelacion pozitiv në të gjitha fushat e cilësisë së jetës. Në anën tjetër nuk kemi fituar korrelacioni midis ankthit si një fenomen psikologjik dhe kualitetit të jetës në të gjitha fushat, përveç në fushën e shëndetit fizik dhe psikik, prandaj u pa e arsyeshme që të analizohet marrëdhënia në mes ankthit dhe kohëzgjatjes së sëmundjes, dhe në këtë rast gjetëm korrelacion sinjifikant por vetëm tek pacientët me kohëzgjatje të sëmundjes prej 0 deri në 6 muaj bashkëjetes me sëmundjen. Besojmë se infarkti akut i miokardit ose sëmundja e fshehtë e ankthit

bashkë me frikën, shqetësimin, disponimin depresiv që ndodhin te individit, të shkaktuar gjatë çdo periudhe të jetës, ndikojnë në cilësinë e jetës dhe aftësinë për punë. Ankthi te të anketuarit tanë me sëmundje koronare të zemrës, ishte më i lartë se depresioni. Ankthi te pacientët me infarkt të miokardit, paraqet reaksion të traumave ekzistenciale, sepse edhe pse sfidon jetën përsëri mundësitë për mbijetesë janë të mëdha. Rezultatet tona në përputhje me kërkimin shkencor të Januzzi, Steam, Pasternak dhe bashkëpunëtorë të tjerë (2000), të cilët vërtetojnë prezencën e ankthit të shprehur pas infarktit të miokardit. Gjithashtu, prania e e madhe e depresionit komorbid është tri herë më e shpeshtë te pacientët me sëmundje koronare të zemrës, në krahasim me subjektet e shëndoshë (Frasure-Smith, Lesperance, Talajic, 1995). Pacientët të cilët ishin paraprakisht plotësisht të shëndoshë, në një moment, përballen me një situatë të vështirë, me infarkt akut të miokardit, me çka vjen deri te çrregullimi i shëndetit fizik dhe mendor, deri te konfuzioni i egos, mendimet depresive dhe jodisponimi. Pacienti është i lidhur për njësinë intensive koronare, aparatet, kështu që mbetet i varur nga stafi mjekësor, larg familjes dhe të afërmit, me çka ende më shumë vjen në shprehje depresioni. Nëse kësaj i shtohet rehabilitimi i gjatë dhe të ndryshimi i stilit të jetës, e gjithë kjo kontribuon në ndryshimin e kualitetit të jetës së pacientëve me sëmundje kardiovaskulare. Rezultatet tona të fituara janë në përputhje me studimet e caktuara të cilat theksojnë se depresioni në krahasim me ankthin, ka ndikim më të madh në uljen e cilësinë e jetës, pas vuajtjes nga infarkti i miokardit (Kiessling dhe Henriksson, 2004). Gjendja depresive bashkë me sëmundjen koronare, sjell deri te çrregullimi i gjendjes së përgjithshme fizike dhe funksionimi i organizmit, e cila çon në reduktim të disponimit të nivelit jetësor (Kiessling dhe Henriksson, 2007; Thombs, Bass, Ford, Stewart, 2006).

Eksplorimi i kualitetit jetësor dhe mundësitë e avancimit të tij, veçanërisht janë të rëndësishme në të gjitha disiplinat klinike, duke marrë parasysh dëshirën e madhe për një jetë më të gjatë dhe rritjen e incidencës të sëmundjes, me të cilën shumë njerëz janë të detyruar të jetojnë. Duke hulumtuar rreth kualitetit të jetës te pacientët me diabet mellitus, vërtetohet se sëmundja në bashkëveprim me stresin, ankthin dhe depresionin kontribuojnë në cilësinë e reduktuar të jetës në të gjitha sferat, gjë e cila përkon me rezultatet e studimeve tjera (Catalano, Martines, Spadaro, 2000). Rezultatet tona tregojnë se të sëmurit nga diabeti mellitus, kanë rënie në cilësinë e jetës në të katër sferat (të shëndetit fizik dhe atij psikik, bashkëveprimeve sociale dhe kushtet e jetesës). Këtu ka ndikim edhe prania e stresit, ankthit dhe depresionit te pacientët e ekzaminuar me diabet, të cilët statistikisht kontribuojnë në mënyrë të konsiderueshme në cilësinë e jetës. Me këtë, hipoteza jonë se prania e lidhjes midis stresit, ankthit, depresionit dhe cilësisë së jetës te pacientët me diabet mellitus është vërtetuar plotësisht. Të katër sferat e cilësisë së jetës, janë në një shkallë të lartë nën ndikimin e drejtpërdrejtë të nivelit të intensitetit të stresit, ankthi dhe depresioni.

Diabeti nuk ndikon vetëm në shëndetin fizik (reduktim të energjisë, kufizim dhe vuajtje fizike), por edhe në shëndetin psikik (depresion, stres dhe kontakt social). Të gjithë këta komponentë së bashku me strukturën e personalitetit, ndikojnë në kualitetin e jetës dhe mënyrën sesi diabetikët e perceptojnë sëmundjen (De.Grauw, Lisdonk, Beher, 1999, & Lustman, Penckofer, Clouse, 2007 & Nowen, Gingras, Talbot, 1997). Stresi, ankthi dhe depresioni, shikuar teorikisht paraqesin kategoritë psikopatologjike, të cilët në një shkallë më të lartë rrezikojnë baraspeshën mentale të personalitetit, si dhe kualitetin e jetesës. Proceset integruese te individit (përkatësisht bashkimi i dispozitave të rëndësishme për të zgjidhur ndonjë problem akut,

ose arritjen e ndonjë objektivi të rëndësishëm), është vështirë të imagjinohej, në qoftë se personi formon tendencë stresi, ankthi dhe depresioni, që ndikojnë në jetën normale dhe funksionimin e saj, kështu që, shtrohet pyetja, ku është vendi i intervenimit psikologjik në këtë skemë.

E drejtë është të thuhet se, fillimisht duhet t'i kushtohet më shumë vëmendje aspektit mjekësor të sëmundjes, por kjo nuk do të thotë, që duhet të mos i kushtohet kujdes shëndetit mendor. Shumë njerëz vështirë e kanë të pranojnë faktin, se janë të sëmurë dhe kjo e bën të vështirë si trajtim mjekësor, po ashtu edhe atë psikologjik. Pikërisht këtu ka vend për ndërhyrje psikologjike, duke u ndihmuar pacientëve që më lehtë të përballojnë sëmundjen. Trajtimi psikologjik vazhdon edhe më tutje, ngase duke e ditur natyrën dhe rezultatin e sëmundjes, tani ndihma shtesë e psikologut do të kontribuojë që më e lehtë të kapërcehen vështirësitë, të cilat paraqiten te secili individ gjatë sëmundjes.

6.5.Dallimet psikologjike në mes SKZ dhe DM

Qëllimi kryesor i hulumtimit ishte, të vlerësojmë nivelin e stresit, ankthit dhe depresionit te pacientët me sëmundje kardiovaskulare dhe diabet mellitus, me qëllim që të shohim dallimet gjatë shprehjes së variablave psikologjik midis dy grupeve. Por, gjithashtu u përpoqëm të japim sqarime për ndikimin e sëmundjes ndaj kualitetit të jetës te të dy kategoritë e të anketuarve. Të nxitur nga shumë studime të tjera, si dhe rritjes së përditshme të numrit të pacientëve me sëmundje koronare të zemrës dhe diabetit, përpjekja jonë për t'u dhënë përgjigje objektivave të parashtruara, nuk është drejtuar

vetëm kah ajo, se sëmundja jo vetëm që ndikon në shëndetin fizik, por kontribuon për paraqitjen e vështirësive psikologjike dhe ndryshimit të cilësisë së jetës.

Grupi i dytë i hipotezave të parashtruara për hulumtim se ekzistojnë dallime statistikisht të rëndësishme në nivelin e stresit, ankthit, depresionit dhe kualitetit të jetës te pacientët me sëmundje koronare të zemrës dhe diabet mellitus, kjo është vërtetuar pjesërisht, andaj do ta diskutojmë nëpërmjet dy nën-hipotezave specifike. Mjekët e kanë lehtë për të shkruar në lidhje me sëmundjen, sepse duke shkruar për sëmundje mund të mësojnë dhe të zbulojnë më shumë për shëndetin e tyre, megjithatë, për ata nuk është e mjaftueshme që të supozojnë se shëndeti është i thjeshtë, mungesa e sëmundjes. Fjala shëndet ka domethënie të veçantë për çdo person, mungesa e sëmundjes nuk është tanimë që në fillim, pozitë për jetë të shëndetshme. Është e qartë se nuk mund të pritët përparim në trajtimin medicinal të individit, nëse nuk u kushtohet vëmendje faktorëve psikologjik, biologjik dhe atyre të mjedisit, si në rastin kur paraqitet sëmundja po ashtu edhe gjatë procesit të diagnostifikimit dhe atij terapeutik (Sadock, 2003).

Nën-hipoteza e parë u referohet dallimeve në nivelin e stresit, ankthit dhe depresionit te pacientët me sëmundje koronare të zemrës dhe diabet mellitus. Konstatuam se, personat me sëmundje koronare të zemrës arrijnë rezultate më të larta të shkallës PPS për stresin, në krahasim me ata me diabet mellitus. Ky rezultat është pritur dhe është në përputhje me rezultatet e arritura në studimet e tjera. Nuk është rastësi që sëmundjet koronare sot përfaqësojnë shkakun numër një të vdekshmërisë në vendet e zhvilluara. Rritja e ushqimeve yndyrore dhe përdorimi i shtuar i nikotinës janë arsyt kryesore për paraqitjen e tyre të shpeshtë (Hemingay, Marmot, 1999). Presionet e vazhdueshme, vrapimi i vazhdueshëm me kohën, me të tjerët, me plakjen, madje edhe

me veten, me një fjalë, të gjitha pengesat të cilat janë vendosur para nesh përfaqësojnë armikun e zemrës së njeriut, e cila është krijuar që të rrah në ritmin e vet.

Stresi mund të përkeqësoj sëmundjen koronare. Ai mund të hap rrugën e rrezikut, gjendjen e angjina pectoris ose infarktin te individ i cili deri atëherë ka qenë plotësisht i shëndoshë. Shpeshherë shenja e parë është dhimbja e papritur akute në kraharor, që është reagimi i trupit ndaj ndryshimeve të caktuara, të brendshme apo të jashtme, e cila shpeshherë është rezultat i stresit akut dhe më pak i atij kronik, të cilin e përjeton personi. Nga ana tjetër, diabet mellitus është gjendje e hiperglukemisë kronike e shkaktuar nga veprimi i faktorëve të shumtë të mjedisit dhe atyre gjenetik, të cilët shpeshherë veprojnë së bashku. Shkaktohet për shkak të mungesës absolute ose relative të insulinës që çon në çrregullim të metabolizmit të yndyrave, proteinave dhe glukozës. Prandaj, për shkak të paraqitjes në formë klinike të diabetit mellitus, janë të rëndësishëm faktorët e mjedisit, të cilët me veprimin e vet akut, kronik ose veprim të përbashkët e dëmtojnë ose e ngarkojnë pankreasin endokrin në masë të mjaftueshme, sa të ndodh diabeti i manifestuar klinikisht. (Hobfoll, Lerman, 1988)

Llogaritet se, te diabeti mellitus arrihet ngase rritet veprimi i ngjarjeve stresuese me efekt negativ, të cilat së bashku me stilin joadekuat të jetës çojnë në çrregullimin e pasqyrës klinike të diabetit mellitus. Njëherit, në kushte të stresit ndryshon transmetimi i sinjaleve dhe koncentrimi i neuro-transmetuesve në tru, sekretimit të hormoneve, sjelljes dhe funksioneve vegetative. E gjithë kjo kontribuon që organizmi të ketë rezistencë më të vogël dhe kështu vjen deri te gjendja hiperstresuese, me të cilën vjen deri te zhvillimi i sëmundjes diabetike (Lloyd, Lancashire, Harris, Daniels, 1999 & Polonsky, Anderson, Lohler, 1995 & Spangler, Summerson, Bell, Konen, 2001). Autorë të caktuar theksojnë se rregullimi i stresit është proces i integritetit të lartë (Negrao,

2000). Truri ndaj ndikimeve joadekuate përgjigjet me reagime neuro-endokrine dhe autonome, qëllimi i vetëm i të cilit është aftësim i organizmit, që të përballet në mënyrë efektive me homeostazën e rrezikuar. Pjesa e rëndësishme e përgjigjes komplekse e stresit është boshti: hipotalamaus-hipofizë- gjëndra mbiveshkore, ku vjen deri te lirimi i hormoneve, nëpërmjet të cilave truri kontrollon funksionet metabolike në trup. Në këtë mënyrë, rritet mundësia e dëmtimit të funksionit të pankreasit dhe qelizave beta, të cilat janë përgjegjëse për tajitje të glukozës në koncentrim të rritur, kjo është arsyeja për paraqitjen e diabetit mellitus. Do të thotë, gjendja stresuese e zgjatur është më karakteristike për pacientët me diabet mellitus, se për pacientët me sëmundje kardiovaskulare, të cilët më shumë reagojnë ndaj stresuesve akut, prandaj të anketuarit tanë me diabet mellitus, tregojnë rezultat më të ulët të perceptimit të stresit në krahasim me pacientët me sëmundje kardiovaskulare.

Janë interesante të dhënat që kanë të bëjnë me ankthin dhe depresionin. Kemi fituar dallime statistikisht të rëndësishëm midis nivelit të ankthit të pacientët me sëmundje koronare të zemrës dhe diabet, ndërsa dallime statistikore të rëndësishme sa i përket depresionit të të dy grupet e sëmundjes nuk kemi. Pacientët me sëmundje koronare të zemrës, kanë rezultat më të lartë në shkallën e Beck-ut për ankthin në krahasim me pacientët diabetik. Shkalla e depresionit është shprehur në mënyrë të barabartë në të dy kategoritë e të anketuarve. Dekadave të fundit është prezent vëmendja e shtuar për marrëdhëniet midis depresionit dhe ankthit, si në nivel të emocioneve përkatësisht të gjendjes, po ashtu edhe në nivel të sindromës dhe çrregullimit. Për lidhjen midis simptomave depressive dhe atyre të ankthit, dëshmojnë një sërë rezultatesh të studimeve të ndryshme (Dickrns,Gowen,Percival, 2006 & Kemp,

Malhotra,Francko,Tesar,2003 & Lin,Rutter,Katon,Heckbert,2009 & Kuper, Marmott, Hemingway 2002).

Ankthi është sistem biologjik alarmi, i cili e përgatit organizmin për reagim psikik dhe somatik ndaj rrezikut. Nëse afatshkurtër, dhe nëse individ mund ta kontrolloj, nuk është patologjik. Në të kundërtën, ankthi i tillë ka funksion motivues dhe adaptues, ngase nxit vëmendjen dhe ndalon personin përsëri t'u ekspozohet ngjarjeve stresuese të dhimbshme. Por, në qoftë se ai zgjat më shumë, atëherë çrregullon funksionimin e personit, dhe në kahe negative ndryshon mendjen dhe sjelljen e tij, atëherë kemi të bëjmë me ankth patologjik. Komponenti njohës i ankthit përfshin mendime, besime, interpretime dhe attribute që lidhen me situatën e veçantë dhe rezultatet e tij të pritura. Komponenti bihevioral ka të bëjë me reagimet motorike, të cilat zakonisht përfshijnë marrjen e aksionit për të ikur. Komponenti fizik bazohet në nivelin e rritjes së vigjilencës të sistemit nervor, i cili nënkupton të gjitha reagimet somatike të personit. Përveç simptomave somatike, vijojnë përjetimet e planit emocional dhe atij njohës. Te sëmundjet më shumë shfaqet komponenti psikologjik sesa ai somatik i ankthit. Te sëmundjet koronare të zemrës, ankthi shfaqet menjëherë pas dhimbjes angjinale apo infarktit të miokardit, për shkak të vlerësimit joadekuat të situatë së rrezikshme ose nënvlerësimit të aftësive personale për t'u përballuar (Parker, Owen, Brotchie, Hyett 2010 & Strik, Denollet, Lousberg, Honig,2003). Rritja e nivelit të ankthit te pacientët me sëmundje koronare të zemrës, shpjegohet me interreaksion të faktorëve kognitive (mendimeve të pakëndshme), faktorët fiziologjik (vigjilenca e rritur e sistemit nervor) dhe faktorët bihevioral (reagim i rritur bihevioral i sëmundjes). Ankthi pas infarktit të miokardit është më pak i studiuar, por sipas hulumtimeve të Di

Giacomo dhe bashkëpunëtorëve (2007) ankthi i intensitet më të lehtë ose më të rëndë haset te 39,6% e popullatës së anketua qëndron pas infarktit të miokardit. Edhe pacientët me nivele të larta të ankthit në periudhën menjëherë pas infarktit të miokardit dy herë më shpesh përjetojnë ngjarje përsëritëse kardiake gjatë vitit të ardhshëm (Gyck, Arbor, Dickinson, Nease, Schellbase, 2009; & Mayou, Gill, Thompson, Day, Hicks, 2000).

Rezultatet tona të hulumtimit tregojnë se ankthi nuk është në korrelacion me diabetin mellitus. Kjo përputhet me disa studime që mbështesin faktin se simptomat e ankthit ndikojnë në rezultatin e sëmundjes, por në mënyrë të pavarur nga njëra tjetra (Lloyd, Dyer, Barmett, 2000). Disa janë të mendimit se te personi i cili vuan nga diabeti mellitus, ndjenja e shqetësimit është zëvendësuar me një ndjenjë sikleti të përhapur, sepse vet sëmundja ka një rrjedhë apo ecuri kronike. Me një përpunim kognitiv të ankthit formohet një pasqyrë dhe perceptim më i mirë i sëmundjes, kjo ndikon në uljen e reagimeve afektive emocionale te personi me diabet. Në këtë mënyrë, sistemi hormonal është më i ngadalshëm dhe më stabil, dhe boshti: hipotalamus-hipofizë-cipa e gjëndrave mbiveshkore fillon të aktivizohet me vonesë, me këtë, mirëmbahet përshtatja e sëmundjes për një periudhë më të gjatë kohore.

Sa i përket depresionit erdhëm në përfundim se, ai në mënyrë të barabartë është i përfaqësuar në të dy grupet e të anketuarve me sëmundje koronare të zemrës dhe diabet mellitus. Rezultate të ngjajshme ka arritur edhe David, Clarke, Kay (2009) pas shqyrtimit të literaturës sa i përket depresionit dhe sëmundjeve kronike. Gjendja depressive është ndjekur me mendime negative, pesimizëm, energji jetësore të ulët, motivim të reduktuar, si dhe ndjenja të reduktuara kënaqësie, këto mund të zgjasin për

një periudhë më të gjatë kohore. Në momente të caktuara disponimi depresiv është aq i theksuar, sa që individi nuk është në gjendje t'i përmbushë kërkesat e jetës së përditshme.

Prevalenca e depresionit pas infarktit të miokardit sillet midis 16 dhe 23%, dhe si faktorë kryesorë të rrezikshëm janë përkrahja e keqe sociale, ngjarjet stresuese dhe përjetimet negative emocionale (Strik, Honing, 2001). Është e sigurt se, depresioni që ndodh pas infarktit të miokardit zvogëlon kualitetin e jetës dhe ndikon negativisht në morbiditetin dhe mortalitetin kardiak (Bush, Ziegelstein, Tayback, 2001 & Wong, Chair 2007 & Westin, Carlson, Israelsson, Cline, 1997). Rezultate janë të ngjashme edhe në rastet e diabetit mellitus. Shfaqja e disponimit depresiv është pasojë e diabetit të shëruar në mënyrë joadekuate si dhe mungesës së kontrollimit për një periudhë të gjatë kohore, me këtë rritet numri i komplikimeve të cilat shfaqen për shkak të sëmundjes primare (Engum, Mykletun, Mithell, Holen, 2005). Disponimi depresiv shpeshherë ndërlidhet me aftësi funksionale të reduktuara, mosrespektimi i dietës, mënyra jetësore, marrja e parregullt e terapisë, si dhe shkuarja e parregullt për kontroll te mjeku. Po ashtu, depresioni mund të jetë shkak për arsye të kontrollit zvogëluar të glikemisë, sepse është çrregulluar funksioni i boshtit: hipotalamus-hipofizë- gjëndra mbiveshkore, e cila çon në rritjen e nivelit të kortizolit dhe rritjen e nivelit të glukozës në gjak.

Hipoteza e dytë e parashtruar se janë prezent dallimet në nivelin e cilësisë së jetës dhe dimensioneve të saj te pacientët me sëmundje koronare të zemrës dhe diabet mellitus nuk u vërtetua. Rezultatet e hulumtimit tonë kanë treguar se, lloji i sëmundjes somatike ndikon në mënyrë të barabartë në cilësinë e jetës te të dy grupet e pacientëve. Cilësia e jetës përfshin një gamë të gjerë të faktorëve somatik dhe psikologjik, ose kufizimet që e përshkruajnë aftësinë funksionale të personit, si dhe nivelin e kënaqësisë që vjen nga kjo. Kështu që, ky konstrukt i ndërlidhur me shëndetin,

nënkupton aspektin e jetës së personit të ndërlidhur me sëmundjen dhe shërimin. Kujdes u kushtohet katër komponentëve kryesor të këtij konstrukti shumëdimensionale lidhur me shëndetin: shëndetin fizik dhe mendor, relacionet shoqërore dhe funksionimi profesional (Fok, Chair, Lopez, 2005).

Të anketuarit me sëmundje koronare të dhe diabet mellitus, të përfshirë në hulumtim nuk treguan dallime në sferën e aspektit psikologjik të shëndetit dhe kushteve të jetesës. Në sferën e aspektit fizik të shëndetit, një shkallë më e lartë e dëmtimit shihet te pacientët me diabet mellitus, ndërsa aspekti social i shëndetit është pak më i ulët te pacientët me sëmundje koronare të zemrës. Besojmë se aftësia e personit për të perceptuar sëmundjen dhe aftësinë për t'u marrë me të, këto ndikojnë në kualitetin e jetës së bashku me faktorë të tjerë. Kjo na e bën me dije se, pavarësisht nga sëmundjet somatike të cilat janë të ndryshme në fillimet e tyre të rrjedhës dhe prognozës, ky aspekt shumëdimensional në tërësi nuk ka ndonjë ndryshim te asnjëri grup i të anketuarve. Në kundërshtim me supozimin tonë fillestar, në lidhje me ndikimin e mundshëm negativ, por për dallim nga ankthi dhe depresioni, cilësia e jetës mbetet e njëjtë për të dy grupet, gjatë së cilës pacientët tregojnë disponim të mirë të jetës. Mund të konstatojmë se personat që vuajnë nga sëmundjet koronare të zemrës dhe diabeti mellitus në periudhën e sëmundjes, përshtaten më mirë në të gjitha ndryshimet që ndodhin gjatë periudhës së sëmundjes, kjo përputhet me disa studime të bëra në këtë fushë (Allen, Inder, Harris, 2013 & Dempster, Donnelly, 2000 & Westay, Rheeder, Gumedde, 2001).

Çdo sëmundje dëmton ekuilibrin individual që do të thotë rrezik ose humbje, kërcënon burimet themelore dhe mënyrën e gratifikimit dhe kështu i aktualizon konfliktet e brendshme intrapsikike, të cilët shfaqen te personi i sëmurë. Nuk duhet të harrojmë se në përcaktimin e rëndësisë individuale të sëmundjes, marrin pjesë edhe ato

aspekte të sëmundjes që dalin nga roli social i pacientit. Në këtë dimension fshihet edhe përfitimi i mundshëm nga sëmundja. Tani simptomat e sëmundjes mund të kryejnë dy lloje të përfitimit: atë primare, e pavetëdijshme që është produkt i konfliktit intrapsikik dhe atij sekondar, i përfshirë në përpjekjet e ego-funksionit që i përdor për të manipuluar të tjerët në situata të ndryshme të jetës. Së fundi, për reagimet psikologjike të pacientit ndaj sëmundjes, ndikim kanë edhe komplikimet socio-ekonomike të sëmundjes, si edhe kohezioni psikologjik brenda familjes, funksionimi social i personit dhe cilësia e jetës.

6.6.Dallimet mes stresit, ankthit, depresionit dhe cilësisë së jetës në kushtet e shëndetit dhe sëmundjes:

Hipoteza jonë e tretë e parashtruar se ka dallime të mëdha statistike, në nivelin e stresit, ankthit, depresionit dhe kualitetit të jetës te pacientët me sëmundje koronare të zemrës dhe diabet mellitus dhe grupi i kontrollit të të anketuarve të shëndetshëm, kjo hipotezë është vërtetuar. Të njëjtën do ta shqyrtojmë nëpërmjet katër nënhipotezave specifike. Nënhipoteza e parë se ka dallime në nivelin e stresit, ankthit dhe depresionit te pacientët me sëmundje koronare të zemrës dhe grupi i të anketuarve të shëndetshëm është vërtetuar plotësisht. Është fituar korrelacion pozitiv midis nivelit të stresit, ankthit dhe depresionit te personat që vuajnë nga një lloj i caktuar i sëmundjeve kardiovaskulare (angjina pectoris ose infarkt i miokardit). Ky rezultat pritet, andaj supozohet se emocionet dhe mendimet ndikojnë në aktivitetin e sistemit vegjetativ nervor, dhe nëpërmjet tij edhe variabiliteti i frekuencës dhe koherencës së zemrës. Emocionet negative siç janë: ankthi, disponimi depresiv dhe hostiliteti, përfaqësojnë

faktorët e rrezikut për incidencën e sëmundjeve kardiovaskulare, njëkohësisht janë të rëndësishëm në rrjedhën e prognozës (Carney, Freeland, 2005). Dallime statistikore të rëndësishme sa i përket stresit, ankthit dhe depresionit në mes këtyre dy grupeve janë gjetur edhe në studimet e (Nabi, Hall, Koskenvuo, Manoux & Oksanen, 2010 ; Lesperance, Frasure, Juneau & Theroux, 2000).

Konsiderohet se stresi është shkaku i shfaqjes së sëmundjeve koronare të zemrës (Kessler, 1997, Krantz, Kop, Santiago, 1996). Ndërsa në disa mënyra të mundshme për lidhjen e stresit psikologjik me sëmundje koronare të zemrës janë dy më të rëndësishme. I pari në mënyrë indirekte e lidh stresin psikologjik me sëmundje koronare, për shkak të prezencës së jetës së sëmurë, e cila në vetvete rrit rrezikun e këtij fenomeni. Mënyra e dytë thotë se, stresi psikologjik mund të ndikojnë drejtpërdrejt ndaj sëmundjes koronare të zemrës, pavarësisht nga faktorët e tjerë psiko-social apo faktorë të sjelljes por me ndërmjetësim të çrregullimeve neuro-hormonale dhe metabolike. Supozohet se një rol të rëndësishëm në zhvillimin e sëmundjeve koronare të zemrës ka stresi mendor i cila shkakton aktivitet të rritur të sistemit simpatik, ishemi të miokardit dhe vazokonstrikcion koronar (Huffman, Smith, Quinn, Fricchione 2006; & Mommersteeg, Denollet, Spertus, 2009).

Besohet se ankthi është shkaktuar nga frika e një sulmi të ri në zemër, vdekje ose aktivitet i reduktuar i punës. Përvoja e ankthit edhe më tej i rrit simptomat tashmë ekzistuese nga ana e sistemin kardiovaskular, me çka paraqiten simptoma të reja, si pasojë e aktivitetit shtesë të sistemit vegjetativ nervor. Depresioni që shfaqet te pacientët me sëmundje koronare të zemrës çon në pikëllim të thellë, dhe për njeriun paraqet përvojën më të dhimbshme jetësore me të cilën mund të përballet ndikon në funksionalitetin e shumë fushave të jetës, duke përfshirë funksionimin e punës dhe

marrëdhëniet shoqërore. E gjithë kjo çon në cilësi të reduktuara të jetës së personit (Ryo, Rumsfeld, Hlatky, Liu, Brauner, Whooley, 2003; Brescia, Shultis, Dennery, Dileo, 2009). Me këtë mund të shpjegojmë nënhipotezën e dytë e cila ka të bëjë me ekzistencën e dallimeve në nivelin e kualitetit të jetës dhe të komponentëve strukturor të kualitetit të jetës së pacientëve me sëmundje koronare të zemrës dhe grupit të kontrollit të subjekteve të shëndosha. Pacientët me sëmundje koronare të zemrës kanë vlera më të ulëta të kualitetit të jetës në të gjitha dimensionet. Kjo do të thotë, se pacientët me angjina pectoris ose infarkt të miokardit, kanë një rënie të konsiderueshme në kualitetin e jetës, veçanërisht në nivelin e vlerësimit të shëndetit fizik dhe psikologjik. Rezultate të ngjashme janë fitua edhe në studime të tjera, dhe vërtetimi plotësues është se vlerësimi subjektiv i cilësisë së jetës përmirësohet pas sanimit të simptomave të dhimbjes (Deanfeld, Maseri, 1985, & Durmaz, Ozdemir, Keles, Bayram, 2009).

Nënhipoteza e tretë e parashtruar për hulumtim, se ka dallime në nivelin e stresit, ankthit dhe depresionit te pacientët me diabet mellitus dhe grupi i kontrollit të personave të shëndetshëm është konfirmuar pjesërisht. Duke u bazuar në rezultatet e arritura, është rritur korrelacioni midis stresit dhe nivelit të depresionit te pacientët që vuajnë nga diabeti mellitus, ndërsa nuk është fituar korrelacion statistikisht i rëndësishëm midis nivelit të shprehjes së ankthit te të anketuarit nga grupi i kontrollit. Rezultatet e studimeve të caktuara për lidhjen e stresit, ankthit dhe depresioni me diabetin mellitus na tregojnë për një përfaqësim më të madh të këtyre çrregullimeve në grupin e pacientëve me diabet mellitus, krahasuar me grupin e kontrollit (Survit, Van Tuburg, Zucker, 2002). Anderson dhe b.p ne vitin 2001 gjate studimit të tyre poashtu kanë vërtetuar për prezencën e shkallës së depresionit në masë shumë të madhe

te pacientët diabetik se sa te popullata e shëndoshë. Peyrot dhe bashkëpunëtorët e tij (1999) në periudhën e tyre studimore prej një viti, dëshmuar se ankthi, depresioni dhe kualiteti i jetës, janë të lidhur më shpesh me diabetin me prognozë të keqe. Kjo tregon për nevojën e zbulimit të fatkeqësisë që është e lidhur me diabetin. Te pacientët diabetik ndiqet instinkti i dinamizmit, pritja negative e vështirësive e ardhmërisë, vështirësi gjatë ballafaqimit me situatat stresuese dhe zvogëlim të motivimit. Në këtë nivel nuk është e mundur të përcaktohet lidhja shkakësore dhe mekanizmat me të cilët do të shpjegohej lidhshmëria midis disponimit depresiv dhe diabetit mellitus. Mirëpo, zhvillimi i depresionit gjithmonë konsiderohet si përgjigje sekondare gjatë shfaqjes së diabetit, por depresioni mund të ketë rol parësor në zhvillimin apo egzacerbimin e komplikimeve diabetike të sëmundjes primare. Mekanizmi i shfaqjes së depresionit te pacientët me diabet mellitus shpjegohet me efektin shtesë të stresit, i cili kontribuon që në trupin e personit të rritet sekretimi i hormoneve të stresit, siç është kortizoli. Nëse ato sekretohen më shpesh, më gjatë dhe më fortë, atëherë vjen deri te funksioni i dëmtuar i pankreasit, por të njëjtat hormone vijnë edhe në tru. Në tru hormonet e stresit bllokojnë veprimin e hormoneve të rehatisë, kënaqësisë si dhe i dëmtojnë qelizat e trurit. Nëse me këtë është goditur qendra e disponimit, pasoja do të jetë disponimi i reduktuar-depresioni (Egede, 2004).

Në anën tjetër, kemi konstatua se të anketuarit me diabet mellitus dhe subjektet e shëndetshme arritën të njëjtat rezultate të shkallës së Bek-ut për ankthin (BAI). Ankthi është dukuri e cila më pak është studiuar te pacientët me diabet mellitus, por mendohet se është rezultat i reaksioneve të shtuara stresuese, veset e papërshtatshme të jetesës dhe aftësinë njohëse të personit për të perceptuar sëmundjen. Njëherit diabeti është

sëmundje që zhvillohet ngadalë, e cila me rrezik-faktorët tanimë të përmendur e përcakton rëndësinë e simptomave dhe shenjave, kjo ndikon në shfaqjen e komplikimeve të natyrës kronike, të cilat kontribuojnë më shumë në zhvillimin e disponimit depresiv dhe reduktimit kënaqësisë jetësore, për shkak të reduktimit të aftësisë për të kryer aktivitetet e përditshme. Motivimi i reduktuar e cila është në përputhje me humbjen e vitalitetit fizik ose emocional, janë mekanizmat kryesore për të reduktuar kualitetin e jetës te pacientët me diabet mellitus të të dy gjinive (Catalano, Martines, Spadaro, 2000).

Në krahasim me popullatën e shëndetshme niveli i rritur i ankthit ka rrënjët në problemet e shumta të pazgjidhura të civilizimit modern, në ndjenjën e pasigurisë personale të njeriut modern, ndikimi i një sërë faktorësh stresogjen joadekuat psiko-social, dhe gjithnjë e më shumë të nevojës për të parashikuar që të mund të korrigjohet i të ardhmes së afërt të rrezikuar. Në rrethana të tilla, njeriu modern është gjithnjë e më i vetmuar, i brengosur, i pafuqishëm, i pambrojtur dhe i shqetësuar. Tani vjen deri te rritja e ankthit i cili paraqet përpjekjen e personit që të lirohet nga shqetësimi i fortë i brendshëm. Prandaj, çdo person duhet të kuptohet plotësisht, në hapësirën dhe kohën në të cilën ai jeton, kjo vlen veçanërisht për personin e sëmurë, te i cili dhimbja e shtuar dhe reagimet negative emocionale çojnë në rritjen e vuajtjeve (Beck, 1985). Nënhipoteza e 4 se ekzistojnë dallime në nivelin e cilësisë së jetës dhe dimensioneve të saj mes pacientëve me diabet dhe popullatës së shëndetshme u vërtetua plotësisht. Pacientët me diabet kanë cilësi të jetës shumë më të ulët se sa popullata e shëndetshme, rezultatet tona përputhen edhe me studimet botërore (Odili, Ugboke, Oparah, 2010 & Dragana, Milica, Stojanova, 2012).

6.7. Modeli i regresionit me variabël të varur cilësinë e jetës dhe variabla të pavarura (variablat demografike, sëmundjen, variablat psikologjike

Për të analizuar ndikimin e variablave studimore mbi cilësinë e jetës është përdorur regresi hierarkik linear. Ky model përdoret për të parë ndikimin e më shumë variablave të pavarura në variablin e varur. Grupimi i variablave u nda në tre grupe, në hapin e parë u futën variablat demografike (gjinia, mosha, vendbanimi, martesë, shkollimi, punësimi dhe statusi ekonomik) , në hapin e dytë përveç variablave demografike u shtua edhe sëmundja, dhe në hapin e tretë u shtuan variablat psikologjike, stresi, depresioni dhe ankthi. Rezultatet e fituara nga analiza regressive na tregojnë se në grupimin e parë rëndësi statistikisht nga variablat demografike mbi cilësinë e jetës kanë gjinia, mosha, shkollimi dhe statusi ekonomik. Në hapin e dytë në analizë u fut edhe variabli sëmundje, e cila rezultoi statistikisht bashkë me gjininë, moshën, shkollimin dhe statusin ekonomik. Në hapin e tretë të variablave vihet re se me futjen në analizë të variablave psikologjike humbet ndikimi i disave nga variablat demografike mbi cilësinë e jetës. Statistikisht vazhdojnë të ngelin mosha dhe statusi ekonomik nga grupimi i parë dhe depresioni dhe ankthi nga grupimi i fundit.

Mosha dhe gjinia janë variabla të cilat kanë influencë të madhe në cilësinë e jetës së pacientëve me sëmundje kronike në studimin tonë. Të dyja këto paraqesin variabla ku nuk mund të bëhen ndikime nga jashtë, siç mund të bëhen në statusin ekonomik, vendbanimin ose nivelin e shkollimit, andej edhe gjinia dhe mosha ndryshojnë në varësi të viteve dhe në varësi të ndryshimeve fiziologjike që ndodhin te personat. Kampioni i këtij studimi ishte homogjen për sa i përket gjinisë. Të dy grupet e pacientëve ishin të ndarë në 50% meshkuj dhe 50% femra. Nëse analizohen mesataret

vetraportuese të cilësisë së jetës vihen re dallime gjinore e në veçanti te pacientët me diabet, ku meshkujt dukshëm raportojnë cilësi jete më të mirë se sa femrat. Këto rezultate mbështesin edhe studimet tjera (Wood, 2005; Orfila, Lamarca, Tebe, 2006;) të cilët raportojnë se femrat shihen si më të dobëta dhe nganjëherë shumë të brishta gjatë sëmundjes, më me bujë reagojnë ndaj ngjarjeve stresuese, janë më senzitive në krahasim me meshkujt.

Në studimin tonë moshë e pleqërisë (61-70 vjeçare) raportonte mesatare më të ulëta të cilësisë së jetës. Kur analizojmë moshën e pleqërisë ne mund të ndalemi në dy koncepte: njëri koncept është ai primari, dmth plakja fiziologjike dhe koncepti i dytë është plakja sekondare e cila ndodh për shkak të sëmundjes (Duraković, 2007). Pleqëria nuk është sëmundje mirëpo është periudhë e jetës në të cilën individët priten të “sulmohen” nga ndonjë sëmundje, mbase në këtë periudhë kemi pamundësi të funksionimit normal fiziologjik të organizmit. Trupi ose organizmi i personave të “moshuar” tregon aftësia më të ulëta në krahasim me trupat ose organizmat e “rinj” nga të cilët pritet aftësia më e mirë e menaxhimit të situatës së shkaktuar nga stimujt e jashtëm ose të brendshëm. Pra plakja biologjike mund të përkufizohet si tentativë e individit në përshtatjen ndaj kushteve të mjedisit, zakonisht e shprehur përmes këtyre parametrave: durimin, forcën, fleksibilitetin, koordinimin , kapacitetin për punë (Mishigoj, 1999) dhe të gjithë këta parametra ndikojnë në kënaqësinë jetësore të individit.

80% si e pacientëve me sëmundje koronare të zemrës ashtu edhe atyre me diabet në këtë studim janë më status ekonomik mesatar dhe të ulët, ndërkaq vetëm 20% e tyre

kanë raportuar status ekonomik të lartë, dhe kjo mbase mund të jetë edhe një faktorë i rëndësishëm se pse statusi ekonomik ngelet me sinjifikancë të lartë në cilësinë e jetës së pacientëve. Klasa me status socio-ekonomik më të ulët përdorë shërbim shëndetësorë më pak së ajo me status ekonomik më të lartë, një shkak për këtë është paraja, sidoqoftë pozita financiare e klasës së ulët nuk është shkak kryesorë për këtë, vetëm se nuk ka aq shumë shërbim shëndetësorë për të varfrit sa ka për të pasurit. Diferenca e klasave me status ekonomik të ndryshëm është problematike, të varfërit janë më pak të shëndetshëm se sa të pasurit dhe sëmuren më shumë për periudhë më të gjata dhe se pacientë më të varfër priren të mohojnë mjekimet dhe nuk marrin masa parandaluese për dallim nga pacientët më të pasur. Ndikimi i statusit ekonomik mbi cilësinë e jetës së pacientëve ndërlidhet edhe me faktin se pacientët me status të ulët ekonomik kanë më pak informacione mbi sëmundjen dhe priren gjithashtu që të mos kenë marrëdhënie të gjata me një mjek që jep informacion apo edukim shëndetësorë. Shpeshherë detyrohen të zgjasin trajtimin mjekësorë sepse ata thjesht nuk kanë të ardhura të marrin kujdesin që ju nevojitet, dhe kjo me rëndësi të madhe mund të jetë te pacientët diabetik të cilët përveç terapisë që duhet marrë kanë nevojë edhe për ushqim të shëndetshëm dietal (Grandy, Fox, 2008). Zakonisht pacientët e varfër mjekohen nëpër spitale publike dhe kujdesi i personelit ndaj kësaj kategorie shpeshherë është bërë pjesërisht. Ndikimi i statusit ekonomik mbi cilësinë e jetës është faktorë sinjifikant edhe në studimet botërore (Schéeikert, Hunger, Meisinger, 2009 , & Eexler, Grant, Eittenberg, 2006 & , Pappa, Kontodimopolous, Papadimopolous, Niakas , 2009).

Subjektet tanë me nivel shkollimi më të lartë manifestojnë cilësi jete më të mirë në krahasim me subjektet me nivel shkollimi më të ulët. Sipas Rosse dhe Wu, (1995)

ndikimi i nivelit të arsimit mund të shpjegohet në disa mënyra në shëndetin dhe cilësinë e jetës: së pari njerëzit me arsim të lartë janë në treg pune, një avantazh mbi ata me nivele të ulëta të arsimit, më rrallë janë të pa punë dhe shpeshherë janë të kënaqur me punën e tyre. Së dyti, arsimimi rrit burimet psikologjike dhe sociale duke përfshirë një ndjenjë kontrolli mbi jetën e tyre dhe aftësinë për të përballuar jetën me probleme. Së treti njerëzit e arsimuar shpesh pranojnë format pozitive të sjelljes së shëndetit, meqë gjatë rrjedhës së arsimimit të tyre kanë marrë informacione cilësore të sjelljeve të rrezikshme dhe pasojave të tyre dhe se shpesh ata ndjehen të kënaqur dhe të përmbushur në jetën e tyre duke ulur tendencat e ndaj sjelljeve të rrezikshme (Budrys,2003). Vitet e fundit janë publikuar shumë hulumtime sa i përket lidhshmërisë së arsimimit dhe cilësisë së jetës dhe shëndetit. Rezultat kanë raportuar se arsimimi pozitivisht ndikon në gjendjen shëndetësore të pacientëve (Kenkel,1991), në uljen e vdekshmërisë (Christenson,Jonson1995), si dhe në pakësimin e paraqitjes së të sëmurëve mental (Robins,1984). Këto rezultate mund të jenë mbështetëse edhe për rezultat e këtij studimi.

Sëmundja është një nga faktorët e jashtëm e cila ndikon në mënyrë negative në jetën e individëve. Mund të themi se ndikimi i sëmundjes në cilësinë e jetës është shumëdimensionale. Sëmundja jo vetëm që ndikon në mënyrë direkt përmes simptomave fizike, duke kufizuar aftësitë e punës, izolimin por ka edhe efekt indirekt si zmadhimi i varshmërisë nga njerëzit tjerë dhe zakone të këqija. Një numër i studimeve botërore mbështetin rezultatet e studimit tonë sa i përket ndikimit të sëmundjes në cilësinë e jetës (Lam, Lauder, 2000; Thommasen , Zhang, 2006).

Edhe pse sëmundja ndikon në cilësinë e jetës prapë se prapë tiparet e personalitetit respektivisht aftësia e menaxhimit psikologjik do të përcaktojë madhësinë e këtyre ndryshimeve. Andej edhe rezultatet e këtij studimi na tregojnë se edhe vet sëmundja nuk është prediktorë për uljen e cilësisë së jetës së pacientit sa që është pamundësia e menaxhimit psikologjik të saj. Nga variablat psikologjike me vlerë më të lartë sinjifikative rezulton depresioni, me vlerë pak më të ulët ankthi ndërkaq stresi në këtë studim nuk është faktorë që ndikon në cilësinë e jetës së pacientëve. Vlerësimi i depresionit në sëmundjet kronike është një problem për shëndetësinë. Disa nga shenjat fizike të shfaqjesh së depresionit janë: lodhja, pagjumësia, humbja në peshë, etj. Nëse simptomat e depresionit janë rezultat i sëmundjeve kronike ose i kurimit, atëherë domethënia e tyre mund të jetë më pak e dukshme dhe mund të mos kurohet. Ndryshe nga ankthi i cili vjen si zbatika dhe ikën gjatë një sëmundje kronike, depresioni mund të ketë një reagim me kohë të zgjatur, kur periudha e çrregullimeve mund të kalojë më shumë se një vit. Depresioni rritet me rritjen e ashpërsisë së sëmundjes. Edhe studiuesit botërorë kanë arritur rezultate të përafërta me studimin tonë (Cummins, 1995; Rudolf, 1999; Ackerman, 2001; Goldney, Phillips, Fisher, Wilson, 2004).

KAPITULLI VII: PËRFUNDIME DHE REKOMANDIME

Psikologjia moderne sot përpiqet që t'i integroj teoritë dhe konceptet e ndryshme me zbulimet moderne neurofiziologjike. Në këtë bazohen të gjitha përpjekjet dhe tendencat për të integruar intervenimet e ndryshme psikoterapeutike dhe ato farmakoterapeutike. Është e njohur se përfaqësimi i brendshëm i hapësirës personale mund të ndryshohet me përvojë. Përvoja modifikohet jo vetëm përmes përvojave psikike, por edhe me funksionim të trurit si dhe arkitekturës së trurit. E gjithë kjo së bashku me të vetmin materialit gjenetik, krijon bazën biologjike të personalitetit. Baza biologjike i gjeneron emocionet, përvojat dhe sjelljet tona, por edhe përvojën e aktivitetit aktual të trurit, i reformon strukturën e trurit. Ndryshe nga njohuritë e mëhershme, sipas më të resë, struktura e trurit është e ndryshueshme dhe më fleksibile, ndërsa mendja jonë është më komplekse si: biologjik, historik, kulturor dhe fenomen social.

Sipas teorive të fundit psikologjike konsiderohet se fenomenet psikike që ndodhin gjatë sëmundjeve somatike, shfaqen edhe për shkak të vet-rregullimit të dëmtuar të personi. Është e vërtetë se çdo gjë që ndodh në ne, në jetën tonë të brendshme, emocionet, imagjinatën tonë, ato menaxhojnë dhe ndikojnë në sjelljen tonë. Jeta e brendshme e njeriut është shumë e pasur dhe burim i rëndësishëm i veprimeve të tij, reagime, sjellje. Ky koncept korrespondon me njohuritë e fundit, të cilit tani i paraprin zhvillimi dhe trajtim më i mirë, i cili bazohet në prova, të cilat do t'jepnin një përgjigje specifike enigmës aktuale të ndikimit të ndërsjellë të veprimit psikologjik, biologjik, somatik dhe cerebral gjatë funksionimit, reagimit dhe sjelljes së personit. Deri atëherë mjekëve u mbetet besimi i tyre personal dhe njohuritë, përvoja personale, inter-reaksioni dhe aftësitë, kur ndeshen me personin me simptoma somatike ose

psikologjike, reaksioni dhe patologjia me të drejtë prej tyre presin ndihmë. Megjithatë, sipas hulumtimeve të deritanishme dihet se stresi është kërcënim më serioz për shëndetin e njerëzve, dhe kontribuon në shfaqjen e sëmundjeve somatike, siç janë sëmundja koronare e zemrës dhe diabeti mellitus. Është mjaft e qartë se këto sëmundje me vete bartin përveç vështirësive fizike edhe një sërë vështirësish psikologjike, të cilat edhe më tepër e rëndojnë funksionimin e përditshëm të personit. Shumë studiues e kanë hulumtuar këtë çështje, duke hyrë në këtë problem nga aspekte të ndryshme. Prandaj ky hulumtim është projektuar ashtu që të perceptojë këtë problem, duke i marrë parasysh konceptet e ndryshme psikologjike.

Qëllimi kryesor i këtij hulumtimi ishte të vërtetojmë nëse është prezent lidhja midis stresit, ankthit, depresionit dhe kualitetit të jetës në të dy grupet e subjekteve me sëmundje kardiovaskulare dhe diabet mellitus, në krahasim me grupin e kontrollit të subjekteve të shëndosha, njëkohësisht të përcaktojmë sa janë të pranishme dallimet në lidhje me nivelin e stresit, ankthit, depresioni dhe kualitetit të jetës te të anketuarit të cilët vuajnë nga sëmundja koronare të zemrës dhe diabeti mellitus, si dhe grupi i kontrollit të subjekteve të shëndosha. Në të tre grupet e të anketuarve shikuar dallimet në nivelin e stresit, ankthit, depresionit dhe cilësisë së jetës në aspektin e gjinisë, moshës, vendbanimit, niveli i arsimimit dhe statusit socio-ekonomik. Brenda grupit bazë, të cilin e përbëjnë pacientët me sëmundje koronare të zemrës dhe diabet mellitus, qëllimi ishte të vërtetohen dallimet në aspektin e përfaqësimit të stresit, ankthit, depresionit dhe cilësisë së jetës sa i përket llojit dhe kohëzgjatjes së sëmundjes.

Qëllimi ishte t'i ndajmë ata faktorë, ndërmjetësuesit për të cilët supozohet se ndikojë në rrjedhën e sëmundjes primare somatike dhe fenomeneve psikologjik që janë paralajmërues gjatë shfaqjes së tyre. Përmes krahasimit erdhëm deri te konstatimi se

faktorë psikologjik të ndryshëm janë shfaqur te të anketuarit me sëmundje koronare të zemrës, diabet mellitus dhe grupi i kontrollit të personave të shëndoshë. Rezultatet dhe konkluzionet paraqesin konfirmimin e disa studimeve të mëparshme, dhe mund të ndërlidhen me konceptet themelore teorike të paraqitura në këtë punim. Duke përmbledhur rezultatet dhe njohuritë e fituara për lidhjen midis stresit, ankthit, depresionit dhe kualitetit të jetës te pacientët që vuajnë nga sëmundjet koronare të zemrës dhe diabeti mellitus, mund të konkludohet se kjo ka mundësuar që të verifikohen hipotezat e parashtruara, të përsëritet verifikimi i disa prej tyre, por edhe për të fituar disa njohuri të reja që kanë rëndësi teorike-shkencore dhe praktike për dukurinë. Në bazë të këtij studimi prospektiv, në mënyrë të gjithëmbarshme ndiqen parametrat psikologjik te pacientët me sëmundje koronare të zemrës dhe diabet për të ndarë komorbiditetin e tyre të përbashkët, ne kemi bërë këto konkluzione:

Nga ky studim mund të shohim se sëmundjet koronare të zemrës më së tepërmi shfaqen tek pjesëmarrësit e grupmoshës 51-60 vjeç, 68% e pjesëmarrësve me sëmundje koronare të zemrës jetojnë në vendbanime urbane, 54% kanë shkollim të mesëm dhe 72% me status të mesëm ekonomi, si dhe vizitat mjekësore më shumë i frekuentojnë pacientët me kohëzgjatje të sëmundjes prej 0 deri në 6 muaj.

Pacientët me diabet të këtij studimi janë më shumë të moshës 41- 50 vjeç, 67 % e pjesëmarrësve jetojnë në viset urbane, 90 % janë me status civil të martuar, 36 % kanë shkollim të mesëm, 59% janë status ekonomik të mesëm, vizitat mjekësore më shpesh i frekuentojnë pacientët me kohëzgjatje të sëmundjes prej 1 deri në 5 vite edhe atë 67 % e tyre.

Sëmundja koronare e zemrës është sëmundje kronike, me shfaqje shumë të shpejtë tek njerëzit dhe si pasojë kjo sëmundje shoqërohet me nivel të lartë të përjetimit të stresit. Në studimin tonë 77% e pacientëve me sëmundje koronare të zemrës kanë treguar nivel të lartë të stresit, 40% e pacientëve me sëmundje koronare të zemrës kanë rezultuar me depresion të theksuari dhe 76% e pacientëve me sëmundje koronare të zemrës kanë shfaqur nivel të theksuar të ankthit. Cilësia e jetës tek pacientët me sëmundje koronare të zemrës ka rezultuar të jetë 58% në nivel mesatar, ndërsa 39% me nivel të mirë të cilësisë së jetës.

Diabeti është sëmundje kronike me zhvillim më të ngadalsuar, andej 59% e pacientëve me diabet kanë shfaqur nivel të theksuar të stresit, 46% e pacientëve me diabet kanë shfaqur nivel të theksuar të depresionit, ndërsa 33% e pacientëve me diabet tregojnë nivel me të ulët të ankthit. Sa i përket cilësisë së jetës tek pacientët me sëmundjen e diabetit, është parë që 38% e tyre kanë raportuar të kenë nivel mesatar të cilësisë së jetës, ndërsa 40% e tyre kanë raportuar të kenë nivel të mirë të cilësisë së jetës.

Në studimin tonë, grupi i kontrollit përbëhej nga popullata e shëndoshë, nga e cila mund të nxjerrim përfundime se 69% e tyre nuk shfaqin shenja të depresionit, 7% e grupit të kontrollit tregojnë nivel të lartë të ankthit dhe 30% e tyre shfaqin nivel të lartë të stresit. Cilësia e jetës tek respondentët e grupit të kontrollit ka dalë të jetë 59% në nivel shumë të mirë.

Nga studimi ynë është parë që ekzistojnë lidhje ndërmjet sëmundjeve koronare të zemrës, diabetit mellitus dhe variablave psikologjike (stresit, depresionit dhe ankthit). Tek pjesëmarrësit e studimit tonë është parë që sëmundjet koronare të zemrës dhe

diabeti kanë marrëdhënie korelative me variablat psikologjike si stresin, depresionin dhe ankthin. Niveli i lartë i njërës variabël shkakton rritjen e nivelit të variablës tjetër.

Tek pacientët me sëmundje të diabetit vihet re se stresi, depresioni dhe ankthi kanë ndikim negativ në cilësinë e jetës dhe dimensioneve të saj, ndërsa marrëdhënia ndërmjet cilësisë së jetës dhe dimensioneve të saj kanë korelacion pozitiv.

Tek pacientët me sëmundje koronare të zemrës vihet re ndikimi negativ i depresionit dhe stresit në cilësinë e jetës, nuk vihet re ndikimi i stresit në shëndetin fizik, ndërsa shihet se stresi ka korelacion pozitiv me shëndetin psikik dhe raportet shoqërore. Ankthi në raport me cilësinë e jetës nuk tregon të jetë i rëndësishëm, ndërsa në dimensionet e jetës ka ndikim vetëm mbi shëndetin fizik dhe atë psikik. Cilësia e jetës dhe dimensionet e saj kanë korelacion pozitiv.

Tek grupi i kontrollit, stresi, depresioni, ankthi dhe cilësia e jetës kanë gjithashtu marrëdhënie korelative.

Variablat demografike si: gjinia, mosha, punësimi, shkolli dhe statusi ekonomik kanë ndikim në aspektin psikologjik dhe cilësinë e pacientëve me diabet, ndërsa variablat si: lloji i sëmundjes dhe kohëzgjatja e saj kanë ndikim vetëm në cilësinë e jetës dhe jo në aspektin psikologjik të saj.

Nga ky studim mund të vërejmë se tek pacientët me sëmundje koronare të zemrës, mosha dhe vendbanimi, si variabla demografike, kanë ndikim në aspektin psikologjik dhe cilësinë e jetës së pacientëve, ndërsa statusi ekonomik , kohëzgjatja e sëmundjes dhe lloji i saj kanë ndikim më të madh në cilësinë e jetës së këtyre pacientëve.

Gjinia, statusi ekonomik dhe pnësimi, janë variabla demografike që në studimin tonë paraqiten si sinjifikante në aspektin psikologjik ashtu edhe në cilësinë e jetës tek personat e shëndoshë.

Pacientët më sëmundje koronare të zemrës dhe pacientët me diabet dallojnë në aspektin psikologjik të menaxhimit të sëmundjes, dallimet më të mëdha vërehen në nivelin të stresit dhe të ankthit, ku pacientët me sëmundje koronare të zemrës kanë shkallë më të lartë të stresit dhe ankthit në krahasim me pacientët me diabet. Depresioni paraqitet me vlera të përafërta tek të dy grupet e pacientëve, prandaj nuk është variabël me sinjifikancë që i dallon këto dy sëmundje.

Cilësia e jetës tek të dy grupet e pacientëve rezulton me vlera të përafërta, prandaj nuk mund të themi se grupi i pacientëve me sëmundje koronare të zemrës ka cilësi jete më të mirë se grupi i pacientëve me diabet, për shkak të mungesës së vërtetësisë statistikore. Sa i përket dimensioneve të cilësisë së jetës, dallime vërehen në shëndetin fizik, i cili me vlera më të larta paraqitet tek pacientët me sëmundje koronare të zemrës si dhe në dimensionin e raporteve sociale, që në këtë rast rezulton më i mirë tek pacientët me diabet krahas atyre me sëmundje koronare të zemrës. Sa i përket shëndetit psikik dhe mjedisit jetësorë nuk vihen re dallime të rëndësishme ndërmjet tyre.

Duke u bazuar në mesataret e arritura të stresit, depresionit dhe ankthit si dhe të cilësisë së jetës, vihen re dallime të rëndësishme statistikore ndërmjet pjesëmarrësve me sëmundje koronare të zemrës dhe pjesëmarrësve të shëndetshëm.

Pjesëmarrësit e shëndetshëm dhe pacientët me diabet, dallojnë për nga mesataret e nivelit të stresit, depresionit dhe cilësisë së jetës, ndërsa ankthi është raportuar në nivel pothuajse të barabartë tek të dyja grupet, për këtë arsye nuk është vënë re dallim i rëndësishëm statistikor në mes të këtyre dy grupeve krahasuese.

Modeli i regresionit mbi ndikimin e variablave demografike, sëmundjeve dhe aspektit psikologjik të menaxhimit të tyre në cilësinë e jetës, tregojnë ndikim të rëndësishëm në cilësinë e jetës kanë: mosha, statusi ekonomik, depresioni, ankthi, ndërsa nga të gjitha këto variabla, ndikim më në madh është parë të ketë depresioni.

7.2.REKOMANDIME

7.2.1. Rekomandime për studime tjera - Duke u bazuar në analizën teorike dhe të dhënat empirike mund të themi se, edhe pse i kemi arritur objektivat, megjithatë, ky studim lë hapësirë për zbatimin praktik të rezultateve, por gjithashtu, paraqet një stimul të ri për kërkime të mëtejshme që do të mundësojnë të kuptuarit sa më të mirë të këtij problemi kompleks.

Rezultatet e arritura në këtë studim mund jenë të rëndësishëm për parandalimin, zbulimin dhe trajtimin e sëmundjeve koronare të zemrës dhe diabetit mellitus. Gjatë kësaj është e rëndësishme të përmenden faktorët psikologjik që ndikojnë në shfaqjen e këtyre sëmundjeve, përkatësisht të ritet niveli i vetëdijes se si stresi dhe stili i jetesës kontribuojnë në zhvillimin e sëmundjeve koronare të zemrës dhe diabetit mellitus, andej është i nevojshëm një studim i cili do të merr parasysh stilin e jetesës të pacientëve me sëmundje kronike, që të analizohet lidhshmëria e sëmundjeve me stilin e jetesës së pacientëve.

Sigurisht që këto rezultate mund të ndihmojnë familjeve të sëmurëve, por edhe profesionistëve që merren me trajtimin e sëmundjeve koronare të zemrës dhe diabet mellitus, në përshtatjen ndaj sëmundjes, duke krijuar një mënyrë të re të jetesës dhe reduktimit të kushteve komorbide të pacientët me diabet mellitus dhe sëmundje koronare të zemrës. Një studim i mbështetjes familjare të pacientëve të cilët jetojnë me sëmundjen kronike do të ishte shumë i mirëpritur ngaqë dihet se mbështetja dhe ndihma e ofruar nga ana familjes luan rol shumë të madh si në shëndetin psikik të pacientëve poashtu edhe në atë fizik.

Faktorët kulturorë kanë një ndikim të jashtëzakonshëm në atë se si pacienti interpreton dhe reagon ndaj simptomëve. Studimi ynë është realizuar me pacientët e qytetit të Tetovës dhe rrethinës dhe këto rezultate të fituara kufizohen vetëm për këtë vend ngase përgjithësisht njerëzit jetojnë me tradita dhe kulturë të njëjtë, një studim i ngjashëm mund të bëhet edhe në vende me popuj dhe kultura të ndryshme që të shihet nëse rezultatet e fituara do të ndikohen nga mënyra e jetesës dhe faktorëve kulturorë të vendeve tjera.

Studimi ynë vërtetoi se pacientët me diabet dhe sëmundje koronare të zemrës vuajnë një kohësisht edhe nga ankthi, depresioni dhe cilësi të jetës mesatare, andej këto rezultate mund të drejtohen në kahjen për të ndihmuar me ndihmën psikologjike adekuate në formën e këshillimit dhe punës psikoterapeutike që më të lehtë të pranojnë dhe të tejkalojnë sëmundjen, andej ky studim le hapësirë të një studimi longitudinal , me qëllim të ndjekjes së pacientëve me sëmundje kronike para dhe pas rolit të psikologut/ psikiatrit përmes psikoterpiave dhe këshillimeve, me qëllim të shihet në se ka ose jo përmirësim në cilësinë e jetës së të njëjtëve.

7.2.2. Rekomandime indirekte- Nga ana tjetër, mund të bëhen edhe disa rekomandime në lidhje me politikat për përkujdesësit e pacientëve me sëmundje koronare të zemrës dhe diabet. Këto rekomandime bazohen në gjetjen e lidhjes mes cilësisë së jetës, stresit, ankthit, depresionit dhe disa faktorëve të ndryshëm të stilit të jetës së pacientëve.

Menaxhimi i ankthit dhe depresionit mund të përmirësojë në masë të madhe mirëqenien dhe cilësinë e jetës së njerëzve. Njerëzit me ankth dhe depresion mund ta kenë të vështirë të marrin hapin e parë për të kërkuar ndihmë. Ata mund të kenë nevojë për mbështetjen e familjes, miqve dhe profesionistëve shëndetësor. Nuk ka një mënyrë të provuar se njerëzit shërohen nga ankthi apo depresioni dhe kjo është e ndryshme për

çdokënd. Megjithatë, ekziston një sërë trajtimesh efektive dhe profesionistësh mjekësorë që mund t'u ndihmojnë njerëzve në rrugën e rimëkëmbjes. Gjëja më e rëndësishme është gjetja e trajtimit dhe profesionistit shëndetësor adekuat që punon për ju. Llojet e ndryshme të ankthit dhe depresionit kërkojnë lloje të ndryshme të trajtimit. Kjo mund të përfshijë stërvitje fizike për parandalimin dhe trajtimin e depresionit apo ankthit të butë, deri te trajtimi psikologjik dhe mjekësor për episode më të ashpra. Trajtimi për ankth, depresion dhe sëmundje kronike përfshin një qasje të koordinuar që monitoron simptomat e ankthit, depresionit dhe sëmundjes.

Terapitë psikologjike jo vetëm që mund të ndihmojnë në rimëkëmbje, por gjithashtu mund të ndihmojnë në parandalimin e përsëritjes së ankthit apo depresionit. Këto terapi ndihmojnë në ndërtimin e shkathtësive për përballimin me rrethana të vështira të jetës dhe mund të ofrohen nga një psikolog, psikiatër ose profesionistë tjerë të trajnuar shëndetësor. Terapia e sjelljes kognitive (CBT) është një trajtim efektiv për njerëzit me ankth dhe depresion. I mëson njerëzit të vlerësojnë të menduarit e tyre lidhur me vështirësitë e zakonshme, ju ndihmon në ndryshimin e modeleve të të menduarit dhe mënyrave se si reagojnë ndaj situatave të caktuara, poashtu e rrit motivimin e pacientit që ai të merr pjesë në rehabilitimin, të merr përgjegjësi për shëndetin personal të tij, duke e ndihmuar në këtë rast në mënyrën se si të ushqehet, duke miratuar zakonet e aktivitetit të rregullt fizik. Terapia interpersonale (IPT) është poashtu efektive në trajtimin e depresionit dhe disa llojeve të ankthit. Ju ndihmon njerëzve të bien në ujdi me të tjerët dhe të përballojnë humbjet, ndryshimet dhe konfliktet në marrëdhënie

Drejtimi i stresit poashtu është një hap i rëndësishëm në përmirësimin dhe rehabilitimin pas diagnostikimit të sëmundjes, p.sh. Pacienti mund të detyrohet të shmanget ngjarjeve stresuese në punë dhe të minimizojë tensionet në familje. Zakonisht pacientët e kanë të

vështirë të përgjigjen se cilat janë ngjarjet që janë stresante për to, dhe zakonisht një numër i vogël i tyre besojnë se ato janë në gjendje të kontrollojnë këto ngjarje, mirëpo shumica mendojnë se jeta e tyre personale është akoma më e stresuar sa sa ishin para infarktut të miokardit ose sëmundjes së diabetit. Këshillat e përgjithshme për evitimin e situatave stresuese mund të bëhet më konkrete duke folur me pacientin për jetën e tij dhe shqetësimet që e mundojnë. Praktikuesi dhe pacienti mundën së bashku të gjejnë mjete njohëse se kur një stres është duke u shfaqur, se si ta mënjanojnë dhe si duhet vepruar me të kur ai është i paevitueshëm (Simo,2008).

Rehabilitimi kardiak - përkufizohet si një proces aktiv dhe progresiv me anë të të cilit individët me sëmundje koronare të zemrës arrijnë gjendje optimale fizike, mjekësore, psikologjike, sociale dhe ekonomike. Qëllimet e rehabilitimit janë të prodhojnë lehtësim nga simptomat, të zvogëlojnë ashpërsinë e sëmundjes, të pengojnë zhvillimin e mëtejshëm të sëmundjes dhe të zvogëlojnë ndjenjën e ankthit dhe depresionit gjatë sëmundjes. Rehabilitimi fizik duhet të zgjedh gjithashtu problemin kompleks të një regjimi jetësorë afatgjatë, duke përfshirë këtu edhe nevojën për ndërhyrje përmes njohurive dhe sjelljes për të ndihmuar pacientin të përshtatet me një regjim mjekësor të caktuar (Skodova, Nagyova, Rosenberger &Vargova, 2008).

Edukimi i pacientëve me diabet-Rregullimi i diabetit është një problem i veçantë. Qëllimi i trajtimit të diabetit është që të mbajë në kontroll nivelin e sheqerit në gjak. Ndërhyrja me dietë përfshinë pakësimin e madh të sheqerit dhe marrjen e karbohidrateve. Mënyra e të ushqyerit poashtu duhet të ketë regjim të caktuar duke u bazuar në plan të detajuar dhe jo në oreksin e momentit, pacientët duhet pasur kujdes në numrin e kalorive të marra në ditë.Therapia dietike mjekësore këshillon një dietë që përmban fruta, perime, ushqime që përmbajnë fibra dhe qumësht me më pak

yndyrë(Brown, Gregg, Stevens & Karter, 2005). Praktikimi i ushtrimeve fizike ndihmon shumë në harxhimin e glukozës në gjak, reduktimin e riskut kardiovaskular, reduktimin e presionit të gjakut, ruajtjen e masës muskulore dhe rënien në peshë. Psh , pacientët me diabet mund të trajtohen se si ti njohin dhe trajtojnë simptomat gjatë ndryshimet të tyre, sepse fatkeqësisht tiparet që i karakterizojnë regjimet e trajtimeve të pacientëve me sëmundje kronike janë ato që lidhen në mënyrë tipike me nivelet e larta të moszbatimit të regjimit nga fakti se këto regjime duhet ndjekur për një kohë më të gjatë dhe ndikojnë në aktivitetet e tjera të dëshirueshme të jetës. Në mënyrë të ngjashme pacientët me diagnozë të sëmundjeve koronare të zemrës duhet lënë duhanin, të humbin në peshë, të bëjnë ushtrime fizike, të ulin kolesterolin në gjak. (Lorish, Abraham, Austin, Bradley & Alarc, 1991).

LITERATURA

BURIMET PRIMARE

Ackerman R i DeRubeis R J. (1991). Is depressive realism real? *Clinical Psychological Review*, 11,564-584

Aikens JE, Perkins DW, Piette JD, Lipton B (2008) Association between depression and concurrent Type 2 diabetes outcomes varies by diabetes regimen. *Diabet Med*; 25(11): 1324–9

Aikens.J ,Perkins D.,Lipton B (2013) Longitudinal association between medication adherence and glycaemic control in Type 2 diabetes, *Diabetes Med*, Mar, 30 (3),338-344

Albus C. (2010) Psychological and social factors in coronary heart disease. *Ann Med*; 42:487-494.

Alberti KG, Zimmet PZ. (1998) Definition, diagnosis and classification of diabetesmellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus provisional report of a WHO consultation. *Diabet Med* 15(7):539-53.

Ali, S., Stone, M. A., Peters, J. L., Davies, M. J., & Khunti, K. (2006). The prevalence of co-morbid depression in adults with Type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabetic Medicine*, 23(11), 1165-1173

Ali S, Stone M, Skinner TC, Robertson N, Davies M, Khunti K: (2010) The association between depression and health-related quality of life in people with type 2 diabetes: a systematic literature review. *Diabetes Metab Res Rev*, 26:75–89.

Almawai W,Tamim H,Baqer A,et al,(2008) Association of comorbid depression, anxiety and stress disorders with type 2 diabetes in Bahrain.*J endocrionol Invest*, 31 (11),1020-4

Almawi W, Tamim H, Al-Sayed N, Arekat MR, Al-Khateeb GM, Baqer A, Tutanji HCK: (2008) Association of comorbid depression, anxiety and stress disorders with type 2 diabetes in Bahrain, a country with a very high prevalence of type 2 diabetes. *J Endocrinol Invest* 31:1020–1024

Ana M. Silva, Cla'udia Vaz, Maria E. G. Areias, Daniela Vieira, Cida'lia Proenc,a, Victor Viana, Cla'udia Moura, Jose' C. Areias, (2011), Quality of life of patients with congenital heart diseases, *Cardiology in the Young* 21, 670–676

- Anderson RJ, Freeland KE, Clouse RE, Lustman PJ. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*, 24:1069-1078.
- Anderson RJ, Lustman PJ, Clouse RE, de Groot M, Freedland KE(2000;) Prevalence of depression in adults with diabetes: a systematic review. *Diabetes* 49:A64
- Anders R, Williamson D, Jones D. (1993). Depressed affect, hopelessness and the risk of ischemic heart disease in cohort of U.S. adults. *Epidemiology*, 4:285-94.
- Banerjee R, Sambamoorthi U, Smelson D, Pogach, L. (2008) Expenditures in mental illness and substance use disorders among veteran clinic users with diabetes. *J Behav Health Serv Res*; 35(3): 290–303
- Becker, M.H., Haefner, D.P., Kasl, S.V., et al. (1977) Selected psychosocial models and correlates of individual health-related behaviours. *Med. Care* 15, 27 – 46
- Barnard K, Skinner T, Peveler R.(2006) The prevalence of co-morbid depression in adults with Type 1 diabetes: Systematic literature review. *Diabetic Med.*;23:445–448
- Bjelland I, Krokstad S, Mykletun A, Dahl AA, Tell GS, Tambs K. (2008) Does a higher educational level protect against anxiety and depression? The HUNT study. *Soc Sci Med.*;66(6):1334-45
- Brescia K, Shultis C, Dennery K, Dileo C. (2009). Predictors of quality of life in hospitalized cardiac patients. *Journal of Health psychology*, 13(8):982-987.
- Brown AF, Gregg EW, Stevens MR, Karter AJ, Weinberger M, Safford MM, et al. (2005) Race, ethnicity, socioeconomic position, and quality of care for adults with diabetes enrolled in managed care: the Translating Research Into Action for Diabetes (TRIAD) study. *Diabetes Care.*;28:2864–70.
- Burke, V., Milligan, R.A., Beilin, L.J., Dunbar, D., Spencer, M., Balde, E. and Gracey, M.P. (1997) Clustering of health-related behaviours among 18 year old Australians. *Preventive Medicine* 26, 724–733.
- Burrows G., Fender G., Davies B.(1976,) Rating scales as predictors of response to tricyclic antidepressant, Australian and New Zealand *Journal of Psychiatry*, 10:53-56.
- Bush DE, Ziegelstein RC, Tayback M. (2001). Even minimal symptoms of depression increase mortality risk after myocardial infarction. *Am J Cardiol*, 88:337-41.
- Carney RM, Freeland KE, Veith RC. (2005). Depression, the autonomic nervous system and coronary heart disease. *Psychosomatic medicine*, 67(1):29-33.
- Carney RM, Freeland KE, Rich MW, Jaffe AS. (1995). Depression as a risk factor for cardiac events in established coronary heart disease: a review of possible mechanisms. *Ann Behav Med*, 17:142-9.

- Catalano D, Martines GF, Spadaro D. (2000). The quality of life in diabetic patients. *J Diabetic Complications*, 14:25-30
- Choi YJ, Lee MS, An SY, Kim TH, Han SJ, Kim HJ, et al. (2011). The Relationship between Diabetes Mellitus and Health-Related Quality of Life in Korean Adults: The Fourth Korea National Health and Nutrition Examination Survey *Dia-betes Metab J* 2011; 35(6): 587–94.
- Cohen, S., Kamarach, T. @ Mermelstein, R. A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social behavior*, (1983). 24,385-396.
- Cohen, S., Janicki-Deverts, D. (2007). Miller, G.E. Psychological stress and disease. *Journal of the American medical Association*, 298, 1684-1681
- Cohen Sheldon, Denise Janicki, Gregory E. Miller (2007), Psychological stress and disease, *American Medical Association*, volum 298, nr 14
- Cohen, S., Janicki-Deverts, D., & Miller, G. E. (2007). Psychological stress and disease. *Journal of the American Medical Association*, 298, 1684e1687
- Consoli SM. (2003). Depression and associated organic pathologies, a still underestimated comorbidity. Results of the dialogue study. *Presse Med*, 32(1):10-21.
- Cummins, R.A. (1995). On the trail of the gold standard for life satisfaction. *Social Indicators Research*, 35, 179-200.
- Cummins, R.A. (1998). The second approximation to an international standard for life satisfaction. *Social Indicators Research*, 43, 307-334
- Cummins, R.A. (2000). Personal income and subjective well-being: A review. *Journal of Happiness Studies*, 1, 133-158.
- Cummins, R.A. (2000a). Objective and subjective quality of life: an interactive model. *Social Indicators Research*, 52, 55-72
- Cummins, R.A. (2003). Normative life satisfaction: measurement issues and a homeostatic model. *Social Indicators Research*, 64, 225-256
- David M Clarke, Kay C. Currie, (2009) Depression, anxiety and their relationship with chronic disease: A review of the epidemiology, risk and treatment evidence, *MJA* • Volume 190 Numer 7
- Devins GM, Blinik YM, Hutchinson TA, et al. (1983) The emotional impact of end-stage renal disease: Importance of patients' perceptions of intrusiveness and control. *Int J Psychiatry Med*, 13:327-43
- Dohrenwend B.S. (1978) :Social stress and community psychology, *American Journal of Community Psychology*, 6:1-14
- Gans R. (2006). The metabolic syndrome, depression and cardiovascular disease: Interrelated conditions that share path physiologic mechanisms. *Med Clin N Am*, 90:573-90.

- Gold P, Goodwin F, Chrousos G. (1988). Clinical and biochemical manifestations of depression. Relation to the neurobiology of stress. *N Engl J Med*, 319(6):187-200.
- Grigsby AB, Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. (2002). Prevalence of anxiety in adults with diabetes: A systemic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 53:1053-1060.
- Guler E, Schmid JP, Wiedemar L, Saner H, Schnyder U. (2009). Clinical diagnosis of posttraumatic stress disorder after myocardial infarction. *Clin Cardiol*, 32(3):125-9.
- Dantas RA, Ciol M. (2008). Quality of life after coronary artery bypass surgery. *Western Journal of Nursing Research*, 30(4):477-89.
- David, B. et al.(2007), Symptoms, Depression, and Quality of Life in Patients With Heart Failure,*Eur J Cardiovasc Nurs* 2005;4:198-206.
- Dean, K. and Colomer, C. and Perez-Hoyos, S. (1995) Research on lifestyles and health: searching for meaning. *Social Science in Medicine* 41(6), 845–855.
- De Groot M, Anderson R, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. (2001) Association of depression and diabetes complications: a meta-analysis. *Psychosom Med* ; 63(4):619-30
- De Groot NMS, Bootsma.M, van derWall EE, Schalij MJ.(2003;) The impact of an implantable cardioverter defibrillator: The Leiden followup study of ICD patients and their partners. *Neth Heart J* 114:154–15
- Dew MA, Myaskovsky L, Switzer GE, DiMartini AF, Schulberg HC, Kormos RL. 2005.Profiles and predictors of the course of psychological distress across four years after heart transplantation. *Psychol. Med.* 35:1215–27
- Dickrns MC, McGowen L, Percival C. (2006). Contribution of depression and anxiety to impaired health-related quality of life following first myocardial infarction. *Br J Psychiatry*, 189:367-372.
- DiGiacomo M, Davidson PM, Vanderpluym A, Snell R, Worrall-Carter L. (2007). Depression, anxiety and stress in women following acute coronary syndrome: implications for secondary prevention. *Aust Crit Care*, 20(2):69-76.
- De Grauw WJC, Van De Lisdonk EH, Beher RA, Van Gerven WHEM, Van Well C. (1999). The impact of type 2 diabetes mellitus on daily functioning. *Fam. Pract*, 16:133-139.
- Delahanty LM, Grant RW, Wittenberg E, Bosch JL, Wexler DJ, Ca-gliero E, et al. (2007) Association of diabetes-related emotional distress with diabetes treatment in primary care patients with Type 2 diabetes. *Diabet Med*; 24(1): 48–54.

Dohrenwend, B. S. (1978). Social status and responsibility for stressful life events. In C. D. Spielberger & L. G. Sarason (Eds.), *Stress and anxiety* (Vol. 5, pp. 25-42). New York: Wiley.

Durmaz T, Ozdemir O, Ozdemir AB, Keles T, Bayram AN, Bozkurt E. (2009). Factor affecting quality of life in patients with coronary heart disease. *Turk J Med Sci*, 39(3):343-51.

Fisher L, Glasgow RE, Strycker LA. (2010) The relationship between diabetes distress and clinical depression with glycemic control among patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*; 33(5):1034–6

Fisher L, Skaff MM, Mullan JT, Arean P, Mohr D, Masharani U, et al. (2007) Clinical Depression Versus Distress Among Patients With Type 2 Diabetes: Not just a question of semantics. *Diabetes Care* 30(3): 542–8

Fok SE, Chair SY, Lopez V. (2005). Some of coherence, coping and quality of life following a critical illness. *Journal of Advanced Nursing*, 49(2):173-181.

Forrester AW, Lipsey JR, Teitlbaum ML, DePaulo JR. (1992). Depression following myocardial infarction. *Int J Psychiatry Med*, 22(1):33-46.

Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M. (1995). Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. *Circulation*, 91:999-1005.

Esch T, Stefano GB, Frichione GL, Benson H. (2002). Stress in cardiovascular diseases. *Med Sci Monit*, 8(5):93-101.

Egede LE. (2004). Diabetes, major depression and functional disability among U.S. adults. *Diabetes Care*, 27:421-428.

Emslie, C., Hunt, K. and Macintyre, S. (2002) How similar are the smoking and drinking habits of men and women in non-manual jobs? *European Journal of Public Health* 12, 22–28.

Engum A, Mykletun A, Mithell K, Holen A. (2005). Depression and diabetes: a large population-based study of sociodemographic, lifestyle and clinical factors associated with depression in type 1 and type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 28:1904-1909.

Grigsby A, Anderson R, Freedland K, Clouse R, Lustman P. (2002) Prevalence of anxiety in adults with diabetes: A systematic review. *J Psychosom Res.*;53:1053–60

Goldney, R. D., Phillips, P. J., Fisher, L. J., & Wilson, D. H. (2004). Diabetes, depression, and quality of life. *Diabetes Care*, 27(5), 1066-1070

Hermanns N, Kulzer B, Krichbaum M, Kubiak T, Haak T. (2011) Affective and anxiety disorders in a German sample of diabetic patients: Prevalence, comorbidity and risk factors. *Diabetic Med.* 2005;22:293–300.350

- Hemingay H, Marmot M. (1999). Psychosocial factors in the etiology and prognosis of coronary heart disease: systemic review of prospective cohort study. *BMJ*, 318:1460-1467.
- Heslop, P., Smith, G.D., Carroll, D., Macleod, J., Hyland, F. & Hart, C. (2001). Perceived stress and coronary heart disease risk factors: The contribution of socio-economic position, *British Journal of Health Psychology*, 6(2), 167–178
- Hobfoll S. E., & Lerman, M. (1988). Personal relationships, personal attitudes, and stress resistance: Mothers' reactions to their child's illness. *American Journal of Community Psychology*, 16, 565-589.
- Huffman JC, Smith FA, Quinn DK, Fricchione GL. (2006). Post-MI psychiatric syndromes: Six unanswered questions. (2006). *Harv Rev Psychiatry*, 14(6):305-18.
- Januzzi JL, Steam TA, Pasternak RC. (2000). The influence of anxiety and depression on outcomes of patients with coronary artery disease. *Arch Intern Med*, 160(19):1913-21.
- Jonsson PM, Nystrom L, Sterky G, Wall S. (2005). Sociodemographic predictors of self rated health in patients with diabetes of short duration. *Scand J Public Health*, 29:263-270.
- Kent LK, Shapiro PA(2009) Depression and related psychological factors in heart disease. *Harv Rev Psychiatry*; 17:377-388
- Kessler, R. C., DuPont, R. L., Berglund, P., & Wittchen, H.-U. (1999). Impairment in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression at 12 months in two national surveys. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1915–1923
- Katon W, Rutter C, Simon G, Lin EH, Ludman E, Ciechanowski P, Kinder L, Young B, Von Korff M. (2005). The association of comorbid depression with mortality in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 28(11):2668-72.
- Kenkel D.(1991) Health behavior, health knowledge, and schooling. *J Polit Econ.*;99:287–305
- Kemp DE, Malhotra S, Franco KN, Tesar G, Bronson DL. (2003). Heart disease and depression: Do not ignore the relationship. *Cleveland Journal of Medicine*, 70(7):45-61.
- Kessler RC. (1997). The effects of stressful life events on depression. *Annu Rev Psychol*, 48:191-214.
- Kiessling A, Henriksson P. (2007). Time trends of chest pain symptoms and health related quality of life in coronary artery disease. *Health Qual Life Outcomes*, 6:5-13.
- Kiessling A, Henriksson P. (2004). Perceived cognitive function is major determinant of health related quality of life in a non-selected population of patients with coronary artery disease: a principal components analysis. *Qual res*, 13(10):1621-31.

Konen JC, Summerson JH, Dignan MB. (1993). Family function, stress and locus of control: relationships to glycaemia in adults with diabetes mellitus. *Arch Fam Med*, 2:393-402.

Kop WJ, Thomas SA, Katzen S, Vesely MR, Greenberg N, et al. (2007). A double-blind placebo-controlled pilot study of controlled-release paroxetine on depression and quality of life in chronic heart failure. *Am Heart J*;153:868-73.

Kop, W. J., Synowski, S. J., & Gottlieb, S. S. (2011). Depression in heart failure: Biobehavioral mechanisms. *Heart Failure Clinics*, 7, 23–38.

Krantz DS, Kop WJ, Santiago HT, Gottdiener JS. (1996). Mental stress as a trigger of myocardial ischemia and infarction. *Cardiology Clinics*, 14:271-287.

Krantz, M.S., & McCeney, M.K. (2002). Effects of psychological and social factors on organic disease: A Critical Assessment of Research on Coronary Heart Disease, *Annual Review of Psychology*, 53, 341–69.

Kuper H, Marmot M, Hemingway S. (2002). Systematic review of prospective cohort studies of psychosocial factor in etiology and prognosis of coronary heart disease. *Semin Vasc Med*, 2:267-314.

Le C, Jun D, Zhankun S, Yichun L, Jie T. (2011) Socioeconomic differences in diabetes prevalence, awareness, and treatment in rural southwest China. *Trop Med Int Health*.;16:1070–6

Lerner, D.J. & Kannel, W.B. (1986); Patterns of coronary heart disease mortality in the sex; A 26 year follow-up of the Framingham population, *American Heart Journal*, 111, 383-390

Lesperance F, Frasure-Smith N, Juneau M, Theroux P. (2000) Depression and 1-year prognosis in unstable angina. *Arch Intern Med*. ;160(9):1354–60

Li Li1, Xiaohua Li, Wenjun Zhou and Joseph L Messina, (2013), Acute psychological stress results in the rapid development of insulin resistance, *Journal of Endocrinology*, 217, 175-184

Lin EH, Rutter CM, Katon W, Heckbert SR, Oliver MM. (2009). Depression and advanced complications of diabetes: A prospective cohort study. *Diabetes care*, 5:123-31.

Lloyd C, Smith J, Weinger K. (2005). Stress and diabetes: a review of the links. *Diabetes Spectrum*, 18:121-127.

Lloyd Ce, Dyer PH, Lancashire RJ, Harris T, Daniels JE, Barnett AH. (1999). Association between stress and glycaemic control in adults with type 1 diabetes. *Diabetes care*, 22:1278-1283.

Lloyd CE, Dyer PH, Barmett AH. (2000). Prevalence of symptoms of depression and anxiety in a diabetes clinic population. *Diabet Med*, 17:198-202.

Lustman PJ, Penckofer SM, Clouse RE. (2007). Recent advances in understanding depression in adults with diabetes. *Curr Diab Rep*, 7(2):114-22.

Lloyd, P.J. and Foster, S.L. (2006) Creating healthy, high performance workplaces: strategies from health and sports psychology. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research* 58, 23–39.

Manev H. The Heart-brain connection begets cardiovascular psychiatry and neurology. *Cardiovasc Psychiatry Neurol.* 2009:54673 ed. 2009.

Mayou RA, Gill D, Thompson DR, Day A, Hicks N. (2000). Depression and anxiety as predictors of outcome after myocardial infarction. *Psychosom Med*, 62:212-9.

Makine C, Karûidaø C, Kadioølu P, Ilkova H, Karûidaø K, Skovlund S, et al. (2009) Symptoms of depression and diabetes-specific emotional distress are associated with a negative appraisal of insulin therapy in insulin-naïve patients with Type 2 diabetes mellitus. A study from the European Depression in Diabetes [EDID] Research Consortium. *Diabet Med*; 26(1): 28– 33.

Maryam Palizgir, Maryam Bakthiri, 2013, Association of depression and anxiety with diabetes mellitus type 2 concerning some sociological Factors, *Iranian Red Crescent Medical Journal*, August 15 (8):644-8

Mc Ewen BS, Stellar E. (1993). Stress and the individual. Mechanisms leading to disease. *Arch Intern Med*, 153:2093-2099.

McKnight I, Elam-Evans L, Sttine T, Zack M, Perry G, Croft J. (2011). Activity limitation, chronic disease and comorbid serious psychological distress in U.S. *Int J Public Health*, 54:111-119.

Mirjana Pibernik-Okanović,(2013) Depresivne tegobe u dijabetičara su dvostruko veće nego u općoj populaciji, *Diabetes*, Nr. 3 - svibanj ,fq. 12-13

Mohamed Tajfard, Majid Ghaour Mobarhan, Hamid Reza Rahimi, Mohsen Mouhebati, Habibollah Esmaeily, Gordon Ferns, (2014) Anxiety, depression, coronary heart disease and diabetes mellitus: An association study in Ghaem Hospital Iran, *Iran Red Crescent Med J.* September, 16 (9)- 14589

Mommersteeg PM, Denollet J, Spertus JA. (2009). Health status as a risk factor in cardiovascular disease: a systematic review of current evidence. *Am Heart J*, 157:208-18.

Mykletun A, Bjerkeset O, Dewey M, Prince M, Overland S, Stewart R.(2007) Anxiety, depression, and cause-specific mortality: the HUNT study. *Psychosom Med*; 69:323–331

- Nabi H, Hall M, Koskenvuo M, Singh-Manoux A, Oksanen T, Suominen S, et al. (2010) Psychological and somatic symptoms of anxiety and risk of coronary heart disease: the health and social support prospective cohort study. *Biol Psychiatry*. ;67(4):378–85
- Nia Coupe, Charlotte Garrett, Linda Gask,(2013 ,) Depresija i dijabetes - veliki izazov za osobe s dijabetesom i zdravstvene radnike, *Diabetes*, Nr 3 - svibanj fq. 20-21
- Nichols GA, Brown JB (2003) Unadjusted and adjusted prevalence of diagnosed depression in type 2 diabetes. *Diabetes Care* 26(3):744–749
- Nishi N, Nanto S, Shimai S. (2001). Effects of hostility and lifestyle on coronary heart disease among middle_aged urban japanase. *Journal of Epidemiology*, 11:245-248.
- Negrao AB, Deuster PA, Gold PW. (2000). Individual reactivity and physiology of the stress response. *Biomedical Pharmacotherapy*, 54:122-128.
- Nordenmark M, Strandh M.(1999) Towards a sociological understanding of mental well-being among the unemployed: the role of economic and psychosocial factors. *Sociology*.;33(3):577-597.
- Nowen A, Gingras J, Talbot F, Bouchard S. (1997). The development of an empirical psychosocial taxonomy for patients with diabetes. *Health Psych*, 16:263-271.
- LibeOnyx J, Bullen P (2000): Measuring social capital in five communities. *J ApplBehav Sci*, 36:23–42
- Paile-Hyvarinen M, Wahlbeck K, Eriksson JG. (2007). Quality of life and metabolic status in mildly depressed patients with type 2 diabetes treated with paroxetine: a double-blind randomized controlled 6-month trial. *BMC Fam Pract*, 15:8-34.
- Orfila F., Ferrer M., Lamarca R., Tebe C., Domingo-Salvany A., & Alonso J. (2006). Gender differences in health-related quality of life among the elderly: the role of objective functional capacity and chronic conditions. *Social Science and Medicine* 63(9), 2367-80 [Accessed on Epub on August 1, 2006
- Pajak Andrzej, Piots Jankowski, Kornelia Akosteva, Jan Heidrich, (2013) Deprrsion, anxiety and risk factors controll in patients after hospitalization for coronary heart disease: *European Jorunal of preventive Cardiology*, 20(2) 331–340
- Pappa E, Kontodimopoulos N, Papadopoulos AA, Niakas D: (2009) Assessing the socio-economic and demographic impact on health-related quality of life: evidence from Greece. *Int J Public Health*, 54(4):241–249
- Parker GB, Owen CA, Brotchie HL, Hyett MP. (2010). The impact of differing anxiety disorders on outcome following an acute coronary syndrome: time to start worrying? *Depress Anxiety*, 27(3):302-9.

Pan A, Lucas M, Sun Q, van Dam R, Franco O, Manson J, Willett W, Ascherio A, Hu F. (2010) Bidirectional association between depression and type 2 diabetes mellitus in women. *Arch Intern Med*. 170:1884–91

Pedersen SS, Van Domburg RT, Larsen ML. (2004). The effect of low social support on short-term prognosis in patients following a first myocardial infarction. *Scand J Psychol*, 45:313-8.

Perlmutter JB, Frishman WH, Feinstein RE. (2000). Major depression as a risk factor for cardiovascular disease: therapeutic implications. *Heart Dis*, 2:75-82.

Perveen S, Otho MS, Siddiqi MN, Hatcher J, Rafique G. (2010). Association of depression with newly diagnosed type 2 diabetes among adults aged between 25 to 60 years in Karachi, Pakistan. *Diabetol Metab Syndr* 2(1): 17

Peyrot M, Rubin RR, Lauritzen T, Skovlund SE, Snoek FJ, Matthews DR, et al. (2005;) Resistance to insulin therapy among patients and providers: results of the cross-national Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs (DAWN) study. *Diabetes Care* 28(11): 2673–9.

Peyrot M, McMurry JF, Kruger DF. (1999). A biopsychosocial model of glycemic control in diabetes stress, coping and regimen adherence. *J Health Soc Behav*, 40:141-158.

Peyrot M, Rubin RR, Lauritzen T, Snoek FJ, Matthews DR, Skovlund SE (2006). Psychosocial problems and barriers to improved diabetes management: results of the cross-national Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs study. *Diabet Med*; 22(10): 1379–85.

Polonsky WH, Anderson BJ, Lohrer PA, Welch G, Jacobson AM, Aponte JE, Schwartz CE, (1995). Assessment of diabetes-related distress. *Diabetes care*, 18:754-760.

Pouwer F. (2011) Should we screen for emotional distress in type 2 diabetes, *Journal of Caring Sciences* 2154–60

Power F, Skinner TC, Pibernik M, Beekman AT, Cradock S, Szabo S, Metelko Z, Snoek FJ. (2005). Serious diabetes-specific emotional problems and depression in patient with diabetes. *Diabetes Res Clin Pract*, 70(2):166-73.

Regenold WT, Marano CM. (2005). The relationship between depression and diabetes mellitus. *Psychiatric Times Bonus Edition*, 22(5)324-42.

Regland,D.R & Brand,R.J (1988); Type A behavior and mortality from coronary heart disease,*New England Journal of Medicine* 318; 65-69

Richard S. Surwit, PHD1, Miranda A.L. van Tilburg, PHD1, Nancy Zucker, PHD1, Cynthia C. McCaskill, (2002)Stress Management Improves Long-Term Glycemic Control in Type 2 Diabetes,*Diabetes Care January* vol. 25 no. 1 30-34

Rubin, R.R. i Peyrot, M. (1992). Psychological problems and interventions in diabetes mellitus: a review of literature. *Diabetes Care*, 15, 1640-1657

Rudolf, H. i Priebe, S. (1999). Subjective quality of life in female in-patients with depression: Alongitudinal study. *International Journal of Social Psychiatry*, 45(4) 238-246.

Rutledge T, Vaccarino V, Johnson BD, Bittner V, Olson MB, Linke SE, Cornell CE, Eteiba W, Sheps DS, Francis J, et al:(2009) Depression and cardiovascular health care costs among women with suspected myocardial ischemia: prospective results from the WISE (Women's Ischemia Syndrome Evaluation) Study. *J Am Coll Cardiol*, 53:176–183.

Rutledge, T., Linke, S. E., Krantz, D. S., Johnson, B. D., Bittner, V., Eastwood, J. A., et al. (2009). Comorbid depression and anxiety symptoms as predictors of cardiovascular events: Results from the NHLBI-sponsored Women's Ischemia Syndrome Evaluation (WISE) study. *Psychosomatic Medicine*, 71, 958–964.

Robins NL. (1984)Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Arch Gen Psychiatry*.;41:949–58

Rohin Rameswarapu, Trupti, N., Samir,D.B (2001), Social class differentiation and its impact on quality of life among diabetic patients, *National Journal of Community Medicine* Vol 2 Numer 3 Oct-Dec fq. 362

Rose M, Fuege H, Hildebrandt M, Shrop T, Klapp B. (2002).The network of psychological variables in patients with diabetes and their importance for quality of life and metabolic control. *Diabetes Care*, 25:35-42.

Ross CE, Wu CL.(1995) The links between education and health. *Am Sociol Rev*.;60:719-45

Ryo B, Rumsfeld JS, Hlatky AM, Liu H, Browner SW, Whooley AM. (2003). Depressive symptoms and health-related quality of life: the heart and soul study. *JAMA*, 290:215-221.

Sambola A, Fuster V, Badimon JJ. (2003). Role of coronary risk factors in blood thrombogenicity and acute coronary syndromes. *Rev Esp Cardiol*, 56(10):1001-9.

Sathvik, Parthasarathi, Narahari & Gurudev, 2008,An assesment of the quality of life in hemodialysis patients using the WHOQOL-BREF questionere,*Indian journal of Nephrology*, vol 18/issue 4, fq 140-149

Schenkeveld, L. S., Pedersen, S. S., van Nierop, J. W. I., Lenyen, M. J., de Jagere, P. P. T.(2010) Coronary intervention. *American Heart Journal*, 159(3), 471–476

Schulman JK, Muskin PR, Shapiro PA. (2005). Psychiatry and cardiovascular disease. *The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 3:208-24.

- Schweikert B, Hunger M, Meisinger C, König HH, Gapp O, Holle R: (2009) Quality of life several years after myocardial infarction: comparing the MONICA/ KORA registry to the general population. *Eur Heart J*, 30(4):436–443
- Secrest AM, Costacou T, Gutelius B, Miller RG, Songer TJ, Orchard TJ. Association of socioeconomic status with mortality in type 1 diabetes: the Pittsburgh epidemiology of diabetes complications study. *Ann Epidemiol*. 2011;21:367–73
- Seligman, M. E. P Hiroto, D. S., (1975). Generality of learned helplessness in man. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31, 311-327
- Skodova Z, Nagyova I, Rosenberger J, Vargova H. (2008). Vital exhaustion in coronary heart disease: The impact of socioeconomic status. *European Journal of Cardiovascular Prevention and rehabilitation*, 15(5):572-576.
- Sims M, Diez Roux AV, Boykin S, Sarpong D, Gebreab SY, Wyatt SB, et al. The socioeconomic gradient of diabetes prevalence, awareness, treatment, and control among African Americans in the Jackson Heart Study. *Ann Epidemiol*. 2011;21:892–8
- Spangler JG, Summerson JH, Bell RA, Konen JC. (2001). Smoking and psychosocial variables in type 1 and 2 diabetes mellitus. *Addict Behav*, 26:21-29.
- Spelten ER, Sprangers MAG, Verbeek JHAM. 2002. Factors reported to influence the return to work of cancer survivors: a literature review. *Psychooncology* 11:124–31
- Spindler H, Pedersen SS. (2005). Posttraumatic stress disorder in the wake of heart disease: prevalence, risk factors and future research directions. *Psychosom Med*, 65(5):715-723.
- Stain HJ, Kelly B, Carr VJ, Lewin TJ, Fitzgerald M, Fragar L: (2011) The psychological impact of chronic environmental adversity: responding to prolonged drought. *Soc Sci Med*, 73:1593–1599
- Stephens A, Marmot M. (2002). The role of psychobiological pathways in socioeconomic inequalities in cardiovascular disease risk. *Euro Heart*; 23:13-25.
- Strik JJ, Honing A. (2001). Depression and myocardial infarction: relationship between heart and mind. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 25(4):879-92.
- Strik JJ, Denollet J, Lousberg R, Honig A. (2003). Comparing symptoms of depression and anxiety as predictors of cardiac events and increased health care consumption after myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol*, 42:1801-7.
- Sullivan MD, LaCroix AZ, Spertus JA, Hecht J (2001) Five-year prospective study of the effects of anxiety and depression in patients with coronary artery disease. *Am J Cardiol*; 86: 1135–1138, A6, A9.

Suls, J., & Bunde, J. (2005). Anger, anxiety, and depression as risk factors for cardiovascular disease: The problems and implications of overlapping affective disposition. *Psychological Bulletin*, 131, 260–300.

Survit RS, Van Tuburg MAL, Zucker N. (2002). Stress management improves long-term glycemic control in type 2 diabetes. *Diabetes care*, 25:30-34.

Swappa K, Nan L, Muthily S, Chee fang S, Stahl D, Liow PH, Chong SA. (2010). Impact of depression on helath related quality of life in patients with diabetes. *Ann Acad Med Singapore*, 39:913-9.

Swinburn, B.A., Egger, G.J. and Raza, F. (1999) Dissecting obesogenic environments:the development and application of a framework for identifying and prioritising environmental interventions for obesity. *Preventive Medicine* 29, 563–570

Tahir Durmaz, Ozcan Ozdemir,Burcu Akyunak, Telat Keles, (2009), Factors affecting quality of life in patients with coronary heart disease, *Turk J Med Sci*, 39 (3):343-351

Thomas J, Jones G, Scarinci I, Brantley P.(2003) A descriptive and comparative study of the prevalence of depressive and anxiety disorders in low-income adults with type 2 diabetes and other chronic illnesses. *Diabetes Care*; 26(8):2311-7.

Thombs BD, Bass EB, Ford DE, Stewart KJ, Tsilidis KK, Patel U. (2006). Prevalence of depression in survivors of acute myocardial infarction. *J Gen Intern Med*, 21:30-8.

Trajanovič. L., Skakič. O., Nikolič. G (2007). Research on quality of life concept conducted at the faculty of medicine in Nis. *Acta Fad Med NAISS*, Vol. 24 (4): 213-218

Treiber FA, Kamarck T, Schneiderman N, Sheffield D, Kapuku G, Taylor T. (2003). Cardiovascular reactivity and development of preclinical and clinical disease states. *Psychosom Med*, 65:46-62.

Trovato GM, Catalano D, Martines GF,Spadaro D, Di Corrado D, Crispi V, Garufi G, Di Nuovo S. (2006). Psychological stress measure in type 2 diabetes. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 10:69-74.

Verhein V, Koheler T (1997) the corelation between everyday stress and angina pectoris; a longitudinal study. *J Psychosomat Res*, 43(3);241-5.

Warburton, D.E.R., Whitney Nicol, C. and Bredin, S.S.D. (2006) Health benefi ts of physical activity: the evidence. *Canadian Medical Association Journal* 174, 801–809.

Watkins, L.L.; Blumenthal, J.A.& Carney, R.M (2002) Association of anxiety with reduced baroreflex cardiac control in patients after acute myocardial infarction, *American Heart Journal*, Vol 143, pp.460-466

- Watson, D., Pennebaker, J. W., & Folger, R. (1987). Beyond negative affectivity: Measuring stress and satisfaction in the workplace. *Journal of Organizational Behavior Management*, 8, 141 – 15
- Wake R, Yoshiyama M. (2009). Gender differences in ischemic heart disease. *Recent Pat Cardiovasc Drug Discovery*, 4:234-40.
- Westin L, Carlson R, Israelsson R, Cline C, McNeil TF. (1997). Quality of life in patients with ischemic heart disease: a prospective controlled study. *J Int Med*, 242:239-47.
- Westway MS, Rheeder P, Gumede T. (2001). The effect of type 2 diabetes mellitus on health-related quality of life (HRQOL). *Curationis*, 24:74-78.
- Wexler DJ, Grant RW, Wittenberg E, Bosch JL, Cagliero E, Delahanty L, Blais MA, Meigs JB(2006), Correlates of health-related quality of life in type 2 diabetes. *Diabetologia* 49(7):1489–1497
- Wisit Chaveepojnkamjorn, Natchapon.P, Frank,.P.S, (2008), Quality of life and complince among type 2 diabtict patients, *Southeast Asian J Trop Med Public Health*, Vol 39, nr 2
- Wong MS, Chair S. (2007). Changes in health-related quality of life following percutaneous coronary intervention: a longitudinal study. *Int J Nurs Stud*, 44(8):1334-42.
- World Health Organisation (Health Education Unit) 1986. Life-styles and Health. *Social Science in Medicine* 22 :117–124.
- Wood R. H., Gardner R. E., Ferachi K. A., King C., Ermolao A., Cherry K. E., Cress M. E., and Jazwinski S. M. (2005) Physical function and quality of life in older adults: sex differences. *Southern Medical Journal* 98(5), 504-512
- Zambroski CH, Moser DK, Bhat G, Ziegler C. (2005) Impact of symptomprevalence and symptom burden on quality of life in patients with heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs* ;4:198,206.
- Zautra AJ, Smith BW. 2001. Depression and reactivity to stress in older women with rheumatoid arthritis and osteoarthritis. *Psychosom. Med.* 63:687–96
- Zhao W,Chen Y,Lin M, (2006) Association between diabetes and depression:Sex and age differences, *Public Health*, Aug 120(8): 696-70

Burimet sekundare

- ACAPS (2012). Qualitative and Quantitative Research Techniques for Humanitarian Needs Assessment. E marrw nga <http://reliefweb.int/report/world/qualitative-and-quantitative-research-techniques-humanitarian-needs-assessment>, e aksesuar nw nwntor
- Ackroyd S. dhe Hughes, J. A (2004). Data Collection in Context. Routledge, Taylor & Francis: Longman, 23-39
- Adler NE, Ostrove JE. 1999. Socioeconomic status and health: what we know and what we don't. *Ann. NY Acad. Sci.* 896:3–15
- Akiskal H.S, Khani M.K.ET, Scott-Strauss. A, (1979), Cyclothymic temperamental Disorders, Pshychiatric clinics od North America, 2, p. 527-554.
- Allen J, Inder KJ, Harris LM, Lewin TJ, Attia JR, Kelly JH. (2013). Quality of life impact of cardiovascular and affective conditions among older residents from urban and rural communities. *Health an quality of life outcomes*, 11:140
- Annandale, E. and Hunt, K. (2000) *Gender Inequalities in Health*. Buckingham: Open University Press
- Ashton, J. and Seymour, H. (1988) *The New Public Health: The Liverpool Experience*. Milton Keynes: Open University Press
- Bahn I. , Dietmar L. , (1997) Coronary heart disease :*Prevention,Diagnosis and Therapy*
- Baum, A., & Grunberg, N.E. (1991). Gender, stress and health. *Healthy Psychology* 10 (2), 80-85.
- Beck A.T., Guth D., Steer R.A., Ball R., Screening for major depression disorders in medical inpatients ãith the BDI for primary care, *Behaviour Research Therapy*, 1997,35:785-91
- Beck AT, Emery G. (1985). Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective. New York: *Basic Books*
- Berger D. (1997) : *Zdravstvena psihologija*, Drustvo psihologa Srbija, Beograd.
- Blaxter, M. (1990) *Health and Lifestyles*. London: Sage.
- Birrer RB, Vemuri SP. (2004), Depression in later life: a diagnostic and therapeutic challenge. *Am Fam Physician*;69:2375-82
- Birrer RB, Vemuri SP. (2004) Depression in later life: a diagnostic and therapeutic challenge. *Am Fam Physician*;69:2375-82
- Boudrez H, De Backer G. 2001. Psychological status and the role of coping style after coronary artery bypass graft surgery. Results of a prospective study. *Qual. Life Res.* 10:37–47

Bujar Berisha¹, Fahri Drevinja¹, Sylen Vranica¹, Rushit Jashari¹, Shqipe Gorani¹, Agim Drevinja,(2009) Evaluimi I rasteve aksioze tek pacientet me depression dhe korrelaioni ne mes ankitit dhe depresionit ne gjashtemujorin e pare te vitit 2009, *Simpozium për sindromin anksiozo depresiv*, Tetovë.

Budrys G.(2003) Unequal health: how inequality contributes to health or illness. Lanham: *Rowman & Littlefield Publishers*.

Cadlovski G & Filipovska & A & Belevska. D, *Medicinska psihologija*. Prosvetno Delo, Skopje 2004, fq 373-459,

Calhoun EA, Bennet CL,(1999) Pharmacoeconomics of amfostine in ovarian cancer,*Semin Oncol* , 102-7)

Calhoun LG, Tedeschi RG, eds. 2006. *Handbook of Posttraumatic Growth: Research and Practice*.Mahwah, NJ: ErlbaumCent. Dis. Control Prev. U.S. Dept. Health HumanServ. 2003. *About chronic disease*.<http://www.cdc.gov/washington/overview/chrondis.htm>

Cella D. 2001. Quality-of-life measurement in oncology. In *Psychosocial Interventions for Cancer*, ed. A Baum, BL Andersen, pp. 57–76.Washington, DC: Am. Psychol. Assoc.

Chavarria, F. (1989) Civilisation, diseases, time and space. In: R. Krieps (ed.) *Environment and Health a Holistic Approach*. Aldershot: Avebury

Collins, F.S., Green, E.D., Guttmacher, A.E. and Guyer, M.S. (2003) A vision of the future for genomics research. *Nature* 422, 835–847.

Craig, J. (1985) A 1981 socio-economic classification of local and health authorities of Great Britain. *Studies on Medical and Population Subjects* 48, Office on Population Censuses and Surveys. London: HMSO

Christenson B, Johnson NE.(1995) Educational inequality in adult mortality: an assessment with death certificate data from Michigan. *Demography*.;32:215-29

Curtis BM, O’Keefe Jr JH(2002)Autonomic tone as a cardiovascular risk factor: the dangers of chronic fight or flight. *Mayo Clinic Proceedings*;; 77: 45-54

Dea Ajduković, Društvo za dijabetes, endokrinologiju i bolesti metabolizma, Zagreb, Šubićeva 9, 2014, page 4, www.idb.hr

Deanfeld JE, Maseri A, Selwyn AP. (1985). Myocardial ischemia during daily life in patients with stable : its relation to symptoms and heart rate changes. *Lancet*, 2:755-758.

Dempster M, Donnelly M. (2000). Measuring the health related quality of life of people with ischaemic heart disease. *Heart*, 83(6):1372-78

DeVellis BM, Revenson TA, Blalock S. 1997. Arthritis and autoimmune diseases. In *HealthCare for Women: Psychological, Social and Behavioral Issues*, ed. S Gallant, GP Keita, R Royak-Schaler, pp. 333–47.Washington, DC: Am. Psychol. Assoc

Diagnostik and Statistica manual of mental disorder , fifth edition (DSM-V) (2013)
American Psychiatric Asociation ,1000 Wilson Boulevard Arlington, VA 22209-3901www.psych.org

DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. 2000. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch. Intern. Med.* 160:2101–7

Dragana Bosi , Živanovi Milica , Medi-Stojanoska†, Branka Kovačev-Zaviši,(2012)
The quality of life in patients with diabetes mellitus type 2, *Vojnosanit Pregl* 69(10): 858–863.

Dunbar,(1943), Psychosomatic diagnosis, New York

Dunkel-Schetter C, Feinstein LG, Taylor SE, Falke RL. 1992. Patterns of coping with cancer. *Health Psychol.* 11:79–87

Duraković Z i sur. (2007.) *Gerijatrija - Medicina starije dobi*. Zagreb: CTposlovne informacije

Dus-Munshi J, Stewart R, Ismail K, Jenkins (2007) Diabetes, common mental disorders and disability: findings from the U, *Psychosom Med*, 69;543-50

Doyle, R. (2001) By the numbers: lifestyle blues. *Scientific American* April.

Engel GL: The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry* 1980;137:535-544.

Elezi Fatime, Eugjen Sotiri, Sonila Tomorri, (2012) Vlersimi I trajtimi I pacientve me çrregullim bipolar nw komorbiditet me çrregullimet e ankthit” , *abstraktw të konferencës së tretë kombëtare të LPSH – 23-24 Prill, Tiranw Shqipwri*

Esch T: Health in Stress: Change in the Stress Concept and its Significance for Prevention, Health and Life Style. *Gesundheitswesen*, 2002; 64: 73-81

Esch T, Stefano GB, Fricchione GL, Benson H: An Overview of Stress and Its Impact in Immunological Diseases. *Modern Aspects of Immunobiology*, 2002

Felce, D. i Perry, J. (1993). *Quality of life: A contribution to its definition and measurement*. Cardiff: Mental Handicap in Wales Applied Research Unit.

Felton BJ, Revenson TA. 1984. Coping with chronic illness: a study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *J. Consult. Clin. Psychol.* 52:343–53

Fistonic.I,(2003) Kvaliteta zivota kao mjera uspjesnist ljecanja I medicinskog postupka

Foster, P. (1995) *Women and the Health Care Industry: An Unhealthy Medix* , 2003, 3638). *FRelationship?* Buckingham: Open University Press.

Fredrickson BL. 2001. The role of positive emotions in positive psychology: the broaden-andbuild theory of positive emotions. *Am. Psychol.* 56:218–26

- Friedman M, f RH (1974). Type-A behavior and your heart, *New York: Knopf*.
- Freiedman, M. & Rosenman, R. (1975). Type A and your heart. Greenwich, Conn, Forcet.
- Folkman S, Moskowitz JT. 2000a. Positive affect and the other side of coping. *Am. Psychol.* 55:647–54
- Gatchel, R.J; Baum A, Krantz D.S (1989), An introduction to health Psychology (2nd Ed.) *New Yor: Mc Graw Hill*
- Gillette ECD, Blumenthal JA, Babyak M. (1997). Effects of mental stress on myocardial ischemia during daily life. *JAMA*, 277:1521-6.
- Giddens, A. (2006) *Sociology* (5th edn) London: Polity Press
- Gjilsime Emruli, (2011) "Çrregullimet kardiovaskulare dhe depresioni", *Temë masteri*, Universiteti Shtetwrorw I Tetovës
- Grandy S, Fox KM: EQ-5D (2008) visual analog scale and utility index values in individuals with diabetes and at risk for diabetes: findings from the study to help improve early evaluation and management of risk factors leading to diabetes ; *Health Qual Life Outcomes* ,6:18
- Golubić, Rajna (2010) Domene kvalitete života kao prediktori radne sposobnosti bolničkih zdravstvenih djelatnika. *Doktorska disertacija*, Sveučilište u Zagrebu.
- Gordana Nikolić, Ljiljana Samardžić and Tatjana Milenković, (2011) Psychological reactions and health behavior following acute myocardial infarction *UDC*: 616.127-005.8:612.821 doi:10.5633/amm..0203
- Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, Boysen G, Burell G, Cifkova R, (2007). European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary: Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur Heart J*; 28:2375–2414.
- Green AL, Arbor A, Dickinson PW, Nease ED Jr, Schellhase GK, Campos-Outcalt D, et al. AAFP (2009) Guideline for detection and management of post-myocardial infarction depression. *Ann Fam Med*; 7:71-9
- Gregory R. (2006). *Suradnja i konsultativna psihologija*. Zagreb: Skolska knjiga.
- Gwirtz PA. Walter Cannon ,(2008) Teaching the interrelationship between stress, emotions and cardiovascular risk using a classic paper by. *Adv Physiol Educ*; 32;18-22
- Gyck AL, Arbor A, Dickinson PW, Nease ED, Schellbase GK. (2009). Assessment and treatment with patient-reported health status folloeing myocardial infarction. *Am Fam Physician*, 64(4):641-8.

Hadi N, Asadollahi R, Talei AR. Anxiety, Depression and Anger in Breast Cancer Patients Compared with the General Population in Shiraz, *Southern Iran*. IRCMJ. 2009;11(3):312

Halpert I, David,(1989),February,U.S eight graders ranked last in month in 6-nation study,The Oregonian,p.A1.

Hamburg DA, Adams JE. 1967. A perspective on coping behavior: seeking and utilizing information in major transitions. *Arch. Gen. Psychiatry* 17:277–84

Hansen, E. and Easthope, G. (2007) *Lifestyle in Medicine*. London: Routledge

Harlan WR: Physical and psychosocial stress and the cardiovascular system. *Circulation*, 1981; 63: 266A-271A

Holland JC, Lewis S. 2000. *The Human Side of Cancer: Living with Hope, Coping with Uncertainty*. New York: HarperCollins

Hume-Hall, R. (1990) *Health and the Global Environment*. Cambridge: Polity Press.

Imsirovic B, Masic I, (2009), Mjerenje kvalitete života bolesnika sa Diabetes mellitus – om po smjernicama *Porodične medicine*, Original paper, vol 14, nr 2, fq 73-76

IDF Clinical Guidelines Task Force: Global Guideline for Type 2 diabetes Brussels: International Diabetes Federation; 2005

Jiang W, Krishnan RR. (2002). Depression and health disease of a link and its therapeutic implications. *CNS Drugs*, 16:111-27.

Joki-Begi, N., Tadinac, M., Lauri Korajlija, A. i Hromatko, I. (2004). Anxiety as a Predictor of the Subjective Quality of Life. STAR, konferencija, Amsterdam.

Jones F, Bright J, Clow A: Stress: Myth, Theory and Research. Prentice Hall, New York, 2001.

Jones .Bentham G., Foster, C. Hillsdon, M., (2007) Tackling Obesity: Future choices- Obesogenic Environments- *Evidence Review*, London; Foresight

Kadri H., Aleksandra Ç., Arben T., Agron S., Tatjana, Lulzim A., Idriz Nexhipi⁶, Laureta Shehu¹, Naser Durmishi¹, (2009) Analiza e pranisë së depresionit dhe ankthit te mjekët dhe infermieret në shëndetësin primare dhe terciare, *Simposium për sindromin anksozo depresiv*, Tetovë.

Kaplan, R. M. & Toshima, M. T. (1990). The functional effects of social relationships on chronic illnesses and disability. U Sarason, B.R. et al. (eds.) *Social support: An interactional view*. New York: Wiley-Interscience.

Katon W, Sullivan M, Walker E. (2001) Medical symptoms without identify ed pathology: relationship to psychiatric disorders, childhood and adult trauma, and personality traits. *Ann Intern Med*; 134(9 Pt 2):917-25.

Katon WJ (2003) Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms and general medical illness. *Biol Psychiatry*; 54(3):216-26.

Katon W, Lin EH, Kroenke K. (2007) The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness, *Gen Hosp Psychiatry* 29(2):147-55

Kawachi I, Colditz GA, Ascherio A, Rimm EB, Giovannucci E, Stampfer MJ, Willett WC. Prospective study of phobic anxiety and risk of coronary heart disease in men *Circulation* 1994; 89:1992-1997

Kerr GD, Slavin H, Clark D, Coupar F, Langhorne P, Stott DJ (2011) Do vascular risk factors explain the association between socioeconomic status and stroke incidence: a meta-analysis. *Cerebrovasc Dis* ;31:57–63

Kessler RC, Ustun T (Eds): (1993) The WHO World Mental Health Surveys. Cambridge: Cambridge University Press 2008 KICKBUSCH I. Lifestyles and Health Department : Strategic achievements of the WHO Regional Office for Europe. Copenhagen: *World Health Organization, Regional Office for Europe*,.

Kiecolt-Glaser JK, McGuire L, Robles TF, Glaser R. (2002) Emotions, morbidity, and mortality: new perspectives from psychoneuroimmunology. *Annu. Rev. Psychol.* 53:83–107

Kos, J., Prašek, M., Pibernik-Okanovi, M., Kranjec, B., Pavli-Renar, I., Metelko, Ž. (2002). Značaj odabira vježbanja i redovite tjelesne aktivnosti u utjecaju na regulaciju šeeorne bolesti U Jurini, A. (ur.), *Konferencija Hrvatskog zbora fizioterapeuta-Od struke do profesije*. Zagreb: Hrvatski zbor fizioterapeuta.

Krantz DS, Kop WJ, Santiago HT, Gottdiener JS (1996) Mental stress as a trigger of myocardial ischemia and infarction. *Cardiology Clinics*; 14: 271-287

Krantz DS, McCeney MK. (2002) Effects of psychological and social factors on organic disease: a critical assessment of research on coronary heart disease. *Annu. Rev. Psychol.* 53:341–69

Kristofferzon LM, Lofmark R, Carlsson M. (2005) Perceived coping, social support, and quality of life 1 month after myocardial infarction: a comparison between Swedish women and men. *Heart Lung*; 34(1):39-50.

Kuruburan G, Pukunan R, Rizal A. (2015) Factors associated with anxiety and depression among type 2 diabetes outpatients in Malaysia: a descriptive cross sectional single enter study, *BMJ Open* 2014;4:e004794

Kuzuya T, Nakagawa S. (2002) Report of the Committee on the classification and diagnostic criteria of diabetes mellitus. *Diabetes Res Clin Pract*; 55(1):65-85.

Larson PR, Kronenberg HM, Melmed S, et al. Williams (2003) *Textbook of Endocrinology*. 10th ed. St. Louis, MO: WB Saunders.

- Latal B, Helfricht S, Fischer JE, Bauersfeld U, Landolt MA.(2009) Psychological adjustment and quality of life in children and adolescents following open-heart surgery for congenital heart disease: a systematic review. *BMC Pediatr*; 9: 1–10
- Lazarus R, Folkman S. (1984) *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company;
- Libero C.H ,(2007) *Depresioni ankthi dhe stresi*, Tiran,
- Lombardo,T.&Carreno,L.(1987) Relationship of Type A behavior is smokers to carbon monoxide exposure and smoking topography,*Healthy Psychology*,6,445-542.
- Lorish C, Abraham N, Austin J, Bradley LA, Alarc 'on GS. 1991. Disease and psychosocialfactors related to physical functioning in disease. *J. Rheumatol*. 18:1150–57
- Lovallo,W.R;Pincomb, G.A; Sung.B.H;Everson, S.S;Passey, R.B;Wilson, M.F (1991);: Hypertension risk and type of biheviour on cardiovascular activity during mental stress in young men,*Health Psychology*,10, 236-243.
- Lloyd C,Smith J, Weinger K, (2005) Stress and diabetes:a review of the links . *Diabetes Spectrum*; 18: 121-127
- Luchsinger JA.(2010) Type 2 diabetes, related conditions, in relation and dementia: an opportunity for prevention? *J Alzheimers Dis*; 20(3): 723–36.
- Manfredo- Lazari (1996) Odnos slovenskih lijeĖnika prema zdravom naĖinu æivota. Zagreb: Medicinski fakultet,. Magistarski radMaric,J, (1988)"*Anksioznost depresije*"Lek,Ljubljana)
- Marina Hadži Peši, (2010) Stress kao factor rizika u razvoj koronare bolesti srca, Filozofski fakultet Niš, UDC 616.12-056.3,
- Marks, D.F.(2002). *The health psychology reader*.London: Sage- Fn
- Mason, V. (1995). *Kako brinuti o svojoj šeernoj bolesti*. Zagreb: Klinika bolnica "Sestre milosrdnice".
- Matthews,C.E,Herbert J.R,Ockene I.S,Saperia G, (1998) *Relationship between leisure-time physical activity and selected dietary variables in the Worcester Area Trial for Counseling in Hyperlipidemia*.
- McKeown, T. (1979) The direction of medical research. *Lancet* 2(8155), 1281–1284
- McKinlay, J.B. (1994) Towards appropriate levels of analysis, research methods and health public policy. Paper presented at the *International Symposium on Quality of Life and Health: Theoretical and Methodological Considerations* 25–27 May, Berlin.
- McPearson, P.D. (1992) Health for all Australians. In: H. Gardner (ed.) *Health Policy*. Melbourne: Churchill Livingstone.
- Meri Tadinac, Natasha Jokic-Begovic,Ivana Hromatko, 2006, Kroničn bolest, depresinost I anksioznost, *Socijalna psihiatirja*,34,169-174

- Milivojević, Z. (1993). *Psihoterapija i razumevanje emocija*. Novi Sad, Prometej
- Milivojević, J., Arsić, K. a., Milovanović, K. K., Dokić, S., Savović, I (2011). Nova filozofija kvaliteta života. Nacionalna konferencija o kvalitetu. Festival kvaliteta, B-122-130
- Misigoj Durakovic, MI (1999) Tjelesno vježbanje i zdravlje. *Fakultet za fizicku kulturu Sveucilista u Zagrebu*, Zagreb: Grafos,.
- Mols F, Vingerhoets AJJM, Coebergh JW, van Poll-Franse LV (2005) Quality of life among long-term breast cancer survivors: a systematic review. *Eur. J. Cancer* 41:2613–19
- Morris, Ch.G & Maisto .A.A, (2008) Psikologjia ,shkenca e proceseve mendore dhe e sjelljes njerëzore, *Qendra për Arsim Demokratik*, Tiranë, , fq 399)
- Moos RH, Schaefer JA. 1984. The crisis of physical illness. In *Coping with Physical Illness*, ed.R Moos, pp. 3–26. New York: Plenum
- Myint, P. K., Luben, R. N., Surtees, P. G., Wainwright, N. W. J., Welch, A. A., Bingham, S. A., et al. (2006). Relation between self-reported physical functional health and chronic disease mortality in men and women in the European Prospective Investigation into Cancer (EPIC-Norfolk): *A prospective population study. Annals of Epidemiology*, 16(6), 492–500.
- Nataša RANČIĆ^{1,2}, Branislav Petrovic, Svetlana Apostolovic, ³, Milan Mandic i Ivan Antic⁵ (2011) Assessment of health-related quality of life in patients after acute myocardial infarction, *Med Pregl*; LXIV (9-10): 453-460. Novi Sad:
- National Institute of Mental Health NIMH (2002). Depression and cancer. NIH Publication. No 2-5002. *National Institutes of Health* (2010). NIH Publication. No. 10-1562
- Nazmie Ibishi Musliu, Valbona Blakaj, Vuksan Kola, (2012) Mjekimi i rregullimeve të ankthit të pacientëve me sëmundje koronare të zemrës, abstrakt të konferencës së tretë kombëtare të LPSH – 23-24 Prill, Tiranë Shqipëri,
- Neset Uzairi, (2009) Sëmundjet e zemrës dhe depresioni, komorbiditete apo rastësi, *Simpoziumi për sindromin ankstoze-depresive*, Tetovë
- Nina Zvanut, (2009) *Depresija in anksioznost pri koronarnem bolniku*, Fakulteti za Sport, univerza Ljubljani.
- Nordenfelt, L (1991) *Quality of Life and Health. Theory and Critique* Almqvist & Wiksell, Stockholm (Swedish)
- O'Connor, M.L. and Parker, E. (1995) *Health Promotion: Principles and Practice in the Australian Context*. St Leonards, NSW: Allen and Unwin
- O'Connor B. (2002) The search for dimensional structure differences between normality and abnormality: A statistical review of published data on personality and psychopathology. *J Pers Soc Psychol.*;83:962–82

- Odili VU, Ugboka LU, Oparah AC.(2010) Quality Of Life Of People With Diabetes In Benin City As Measured With WHOQOLBREF. *Internet J Law Healthcare Ethics*; 6: 2.
- O'Donoghue M, Boden WE, Braunwald E, Cannon CP, Clayton TC, deWinter RJ, et al.(2008) Early invasive vs conservative treatment strategies in women and men with unstable angina and non-ST-segment elevation myocardial infarction: a meta-analysis. *JAMA*;300(1):71-80
- Pickering TG.(2001) Mental stress as a causal factor in development of hypertension and cardiovascular disease, *Curr Hypertens Rep*, 3(3); 249-54
- Pickup JC, Williams G. (2003) *Textbook of Diabetes*, 3rd edition Oxford, London:Blackwell Science
- Pressman SD, Cohen S. (2005) Does positive affect influence health? *Psychol. Bull.* 131:925–71
- Pitts,M &Phillips,K.(1993); *The psychology of health-an introduction*,New York, Routledge
- Rabin C, Leventhal H, Goodin S. 2004. Conceptualizations of disease timeline predicts posttreatment distress in breast cancer patients. *Health Psychol.* 23:407–12
- Remennick, L. (1998) Race, class and occupation as determinants of cancer risk and survival: trend report: the cancer problem in the context of modernity: sociology, demography, politics. *Current Sociology* 46(1), 25–39.
- Rumsfeld JS, Ho PM.(2005) Depression and cardiovascular disease: a callfor recognition. *Circulation*; 111:2503
- Sadock BJ, Sadock, VA. (2003). Psychological factors affecting medical condition and psychosomatic medicine. In: Sadock BJ, Sadock VA, (eds). *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry, 9-th edition*. Philadelphia: Uppnicott, Williams and Wilkins.
- Sarason, I.G. (1986). Test anxiety, worry, and cognitive interference. In R. Schwarzer (Ed.). *Self-related cognition in anxiety and motivation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum. 19-34. *Seven-Year Multivariate Longitudinal Study of the Changes in Anxiety about Teaching*.
- Sartorius N. Maj M, (1999)*Depressive Disorders*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Scambler, G. (ed.) (2003) *Sociology as Applied to Medicine*, 5th edn. London: Elsevier.
- Seligman, M.E.P., Walker, E., & Rosenhan, D.L. (2001). *Abnormal Psychology*. (4th ed.) New York: W.W. Norton.
- Selye H. (1974) : *Stress Without distress*,Philadelphia,Lippincont
- Selye H (1950) *The Physiology and Pathology of Exposure to Stress*. Acta Inc. Medical Publishers, Montreal,
- Selye H: (1973) The Evolution of the Stress Concept. *American Scientist*,; 61: 692-699.

Serruys, P. W., et al. (2010). *Healthrelated quality of life and long-term mortality in patients treated with percutaneous*

Simo Petraq (2000), *Psikologjia e shëndetit*, botimet Dita,,Tiranw,, fq;175,287-288;

Snaith, R.P. (2003). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Health Qual Life Outcomes*, 1, 29. doi:10.1186/1477-7525-1-29

Solomon AJ, Gersh BJ. (1998)Management of chronic stable angina: medical therapy, percutaneous transluminal coronary angioplasty, and coronary artery bypass graft surgery. Lessons from the randomized trials. *Ann Intern Med*; 128(3): 216–23.

Speight, J., Browne, J.L., Holmes-Truscott, E., Hendrieckx, C., Pouwer, F. (2011). On behalf of the Diabetes MILES – Australia reference group. Diabetes MILES – Australia Survey Report. Melbourne: *Diabetes Australia*

Spitzer RL, Kroenke K, Linzer M, Hahn SR, Williams JB, et al. (1995) Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. *Results from the PRIME-MD 1000 Study. JAMA* 274: 1511–1517. doi: 10.1001/jama.1995.03530190025030

Stankovic Ž, Nikolić-Balkoski G, Leposavić Lj, Popović Lj. (2008) Perception of quality of life and social adjustment of patients with re-current depression. *Srp Arh Celok Lek*; 134 (9110): 369– 74. (Serbian)

Stankovska G & Rusi M., *Psikologjia Mjekësore*, Pergament Pablik, Shkup,2011, fq, 108,133.

Stanton AL, Collins CA, Sworowski LA(2001) Adjustment to chronic illness: theory and research. In *Handbook of Health Psychology*, ed. A Baum, TA Revenson, JE Singer, pp.387–403. Mahwah, NJ: Erlbaum

Staquet MJ, Hays RD, Fayers PM.(1998) *Quality of life assessment in clinical trials*. New York: Oxford University Press;

Sheji E,Sheji A, Ferati M, (2012), çrregullimet anksozo –depressive dhe depresioni,*abstraktw tw konferencws sw tretw kombwtare tw LPSH* – 23-24 Prill, Tiranw Shqipwri,

Taylor SE. (1983) Adjustment to threatening events: a theory of cognitive adaptation. *Am.Psychol.* 38:1161–73

Taylor, S.E.(1995); *Healthy psychology*, (3rd.Ed.), New York; McGraw-Hill

Theorell,T. (1974);Life events before and after the onset of premature myocardial infarction,In; B.P.Dohrenwend (Eds);'Stressful Life Events;Their Nature and Effects',New York;Wiley

Todorović Jelisaveta, Marina Hadži Pešić1, (2007)Psiholoski faktori I koronarna bolest srca,, Filozofski fakultet, *Niš PSIHOLOGIJA*, , Vol. 40 (3), fq. 461-476

- Turner, B.S. (1987) *Medical Power and Social Knowledge*. London: Sage Publications
- Valderrabano.F, Jofre.R, & Lopez-Gomez,J.M 2001,quality of life in end stage renal disease patients, *Am J Kidney Dis*, 38; (3) 443-64
- Van der Kooy, K., van, H.H., Marwijk, H., Marten, H., Stehouwer, C. & Beekman, A. (2007). Depression and the risk for cardiovascular diseases: systematic review and meta analysis. *Int J Geriatr.Psychiatry* 22(7):613-626
- Vazz DD, Silva CH, Gomes LF (s/d) (2009) Qualidade de vida em crianças e adolescentes com cardiopatia congênita por meio do CHQ-PF 50-Child Health Questionnaire. Recuperado em 18 Março, de <http://www.propp.ufu.br/revistaelectronica/.../vida2005/qualidade>
- Usdin E, Post, RM. (1977) Approaches to rapidly cycling manic-depressive illness. in: I Hanin, E (Eds.)*Animal Models in Psychiatry and Neurology*. Pergamon Press, New York/Oxford; :201–21
- Walker, S.R. and Rosser** (1988: B. POTC): Quality of well-being scale; Nottingham Health Profile; McMaster Health Index Questionnaire
- Wanless, D. (2004) Securing Good Health for the Whole Population: Final Report. London: *Department of Health*
- Watson D, Weise D, Vaidya J, Tellegen A. 1999. The two general activation systems of affect: structural findings, evolutionary consideration, and psychobiological evidence. *J. Personal.Soc. Psychol.* 76:820–38
- Watson, D., & Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 96, 465-490.
- Welsh Assembly Government (2005) *Health Status Wales 2004–2005: Chief Medical Officer's Report Series*. Cardiff: Welsh Assembly Government
- Westin L, Carlsson R, Israelsson B, Willenheimer R, Cline C, McNeil TF.(1997) Quality of life in patients with ischemic heart disease: a prospective controlled study. *J Int Med*;242:239-47.
- Wild D, von Maltzahn R, Brohan E, Christensen T, Clauson P, Gonder-Frederick L. (2007) A critical review of the literature on fear of hypo-glycemia in diabetes: Implications for diabetes management and patient education. *Patient Educ Couns*; 68(1): 10i5.
- Wilson IB, Cleary PD (1995) Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *JAMA* 273: 59–65. doi: 10.1001/jama.1995.03520250075037
- WHOQOL, Measuring Quality of Life, 1997, division of mental health and prevention of substance abuse, World health organization

WHO, WHOQOL – BREF (1996) introduction, scoring and generic version of the assessment. Geneva: WHO;

Yki-Jarvinen, H. (2010). Insulin Resistance in Type 2 Diabetes. U R. I. Holt, C. Cockram, A. Flyvbjerg & B. J. Goldstein (Ur.), *Textbook of diabetes* (4. izdanje, str. 174-190). Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell

Žikič, O., Tošič-Golubovič, S., Slavkovič, V (2010). Kvalitet života pacijenata obolelih od unipolarne depresije. Novi Sad pp. 113-116

Zimonja-Kriškovič, J. (1989). Psihološka reakcija na bolešt. *Šečna bolešt i mi*, 7, 50-56.

Živković, R. i sur. (1978). Šečna bolešt. Zagreb: Školska knjiga.

Žvan, V. (1999). Razpoloženske (afektivne) motnje. V M. Tomori, S. Zihl (ur.), Psihijatrija (str. 207–227). Ljubljana: Litterapicta, Medicinska fakulteta.

SHTOJCË:

I / e nderuar, do të ju kisha lutur të ndani 15-20 minuta kohë nga koha juaj e çmuar për të plotësuar këto teste. Testet në fjalë do të shërbejnë për mbledhjen e të dhënave nga pacientët me diabet për temën time të doktoraturës me titull “Ankthi, deprsioni, stresi dhe kualiteti i jetës tek pacientët me diabet dhe sëmundje të zemrës”.

Ju premtojë se rezultatet nuk do te keqpërdoren për çështje tjera përpos asaj shkencore, pra siç e shihni edhe vet testet duhet plotësuar në mënyrë anonime.

Ju falemenderojë shumë për bashkpunim.

1. Mosha juaj

1. 30 -40 vjet
2. 41-50 vjet
3. 51-60
4. 61- 70 vjet

2. Gjinia

1. Mashkull
2. Femër

3. Vendbanimi

1. Fshat
2. Qytet

4. Statusi juaj martesore

1. i/e martuar
2. Beqarë/e
3. i/e divorcuar

5. Niveli i shkollimit

1. pa shkollim
2. Shkollim fillorë
3. Shkollim I mesëm

6.Punësimi

- 1.Po
- 2.Jo

7. Kohëzgjatja e sëmundjes

1. 0-6 muaj
2. prej 6 muaj deri në 1 vit
3. prej 1 vjet deri në5 vite

8.Statusi ekonomik

1. I ulët
2. I mesëm
3. I mirë

9. Lloji i sëmundjes së Diabetit

1. Tip 1
2. Tip 2

4. Shkollim I lartë
5. Shkollim postuniversitarë

10. Lloji i sëmundjes koronare të zemrës

1. Infarkt I miokardit
2. Angina pektoris

Test për matjen e shkallës së stresit

	Asnjëherë	pothuajse asnjëherë	Ndonjëherë	Mjaftë shpesh	Shumë shpesh
1.Në muajin e fundit , sa shpesh keni qenë i mërzhitur për shkak se diçka që ka ndodhur papritur	0	1	2	3	4
2.Në muajin e fundit , sa shpesh keni ndjerë se ju nuk keni qenë në gjendje për të kontrolluar gjërat e rëndësishme në jetën tuaj ?	0	1	2	3	4
3.Në muajin e fundit , sa shpesh jeni ndjerë nervoz dhe i/e stresuar	0	1	2	3	4
4.Në muajin e fundit , sa shpeshe jeni ndjerë të sigurt në lidhje me aftësinë tuaj për të trajtuar problemet private ?	0	1	2	3	4
5.Në muajin e fundit sa shpesh keni ndjerë se gjërat po shkojnë në rrugën e duhur	0	1	2	3	4
6.Në muajin e fundit , sa shpesh keni ndjerë se ju nuk keni mund të përballeni me të gjitha gjërat që keni pasur për të bërë?	0	1	2	3	4
7.Në muajin e fundit , sa shpesh keni qenë në gjendje për të kontrolluar irritimin në jetën tuaj ?	0	1	2	3	4
8. Në muajin e fundit , sa shpesh keni ndjerë se keni qenë në krye të gjërave ?	0	1	2	3	4

9. Në muajin e fundit , sa shpesh keni qenë të zemëruar për shkak të gjërave që ishin jashtë kontrollit tuaj ?	0	1	2	3	4
10. Në muajin e fundit , sa shpesh keni ndjerë vështirësi se gjërat u janë grumbulluar aq lartë saqë ju nuk mundeni të kapërcyer ato ?	0	1	2	3	4

Instruksione

Ky pyetsorë ju pyet se si ndjeheni ju me kualitetin e jetes, shëndetit dhe sferat tjera të jetës. **Ju lutem përgjigjuni pyetjeve duke rrethuar numrin që ju përshtatet duka u bazuar ne gjendjen tuaj në 2 javët e fundit.**

		Aspak	Jo shumë	Mesatari sht	Përafër sisht shumë	Komple t
	A e merrni atë lloj mbështetje që ju nevojitet nga të tjerët?	1	2	3	4	5

		Shumë dobët	Dobët	As dobët as mirë	Mirë	Shumë Mirë
1	Si do ta vlerësoni kualitetin e jetës suaj?	1	2	3	4	5

		Shumë i/e pakënaqur	i/e Pakënaqur	Aspak i/e kënaqur	i/e Kënaqur	Shumë i/e Kënaqur
2	Sa jeni të kënaqur me shëndetin tuaj?	1	2	3	4	5

		Aspak	Shumë pak	Një sasi Mesatar e	Shumë	Ekstre-misht shumë
3	Sa shumë mendon se dhimbja të ndalon për të bërë gjërat që i bën?	1	2	3	4	5

4	Sa shumë të duhen trajtime medikale për të funksionuar gjatë ditës?	1	2	3	4	5
5	Sa je e kënaqur me jetën tënde?	1	2	3	4	5

		Aspak	Shumë pak	Një sasi Mesatar e	Shumë	Ekstrem ish
6	Deri në çfarë mase mendoni se jeta juaj ka kuptim?	1	2	3	4	5
7	Sa jeni në gjendje të përqendroheni?	1	2	3	4	5
8	Sa të sigurtë ndjeheni në jetën tuaj të përditshme?	1	2	3	4	5
9	Sa i shëndetshëm është mjedisi juaj fizik?	1	2	3	4	5
		Aspak	Jo shumë	Mesatari sht	Përafërsisht shumë	Kompleti
10	A keni energji të mjaftueshme gjatë ditës?	1	2	3	4	5
11	A je në gjendje ta pranosh dukjetë fizike?	1	2	3	4	5
12	Në çfarë pike keni para për të plotësuar gjërat që ju nevojiten?	1	2	3	4	5
13	Sa i ke në dispozicion informatat që të nevojiten gjatë ditëve?	1	2	3	4	5
14	Në çfarë pike keni mundësi për të marrur me aktivitetet e kohës së lirë?	1	2	3	4	5

		Shumë dobët	Dobët	As dobët as mirë	Mirë	Shumë Mirë
15	Sa shumë jeni në gjendje të bëni rrotullim?	1	2	3	4	5

		Shumë i/e pakënaqur	i/e Pakënaqur	Aspak i/e kënaqur	i/e Kënaqur	Shumë i/e Kënaqur
16	Sa jeni të kënaqur me gjumin tuaj?	1	2	3	4	5
17	Sa të kënaqur jeni me aftësit e juaja për të kryer veprimet e përditshme të jetës?	1	2	3	4	5
18	Sa të kënaqur jeni me kapacitetin tuaj për të punuar?	1	2	3	4	5
19	Sa të kënaqur jeni me veten tuaj?	1	2	3	4	5
	Sa jeni të kënaqur me lidhjet tuaja	1	2	3	4	5

20	personale?					
21	Sa të kënaqur jeni me jetë tuaj seksuale?	1	2	3	4	5
22	Sa jeni të kënaqur me përkrahjen që e merni nga shokët dhe shoqet tuaja?	1	2	3	4	5
23	Sa të kënaqur jeni me kushtet e jetesës suaj?	1	2	3	4	5
24	Sa të kënaqur jeni me qasjen tuaj në shërbimin shëndetsor?	1	2	3	4	5
25	Sa jeni të kënaqur me transportin tuaj?	1	2	3	4	5
		Asnjëher	Rrallë	Shpesh	Shumë shpesh	Gjithmon
26	Sa shpesh keni ndjenja negative si, gjendje të trishtuar, dëshprim, ankth, depresion?	1	2	3	4	5

Ky test shërben për matjen e shkallës së depresionit , rrethoni shkronjën përkatëse e cila e tregon gjendjen tuaj. Ju falemnderit për bashkpunim.

1. Trishtimi

0. Nuk ndjehem i trishtuar.
1. Ndjehem i trishtuar pjesën më të madhe të kohës.
2. Ndjehem i trishtuar gjatë gjithë kohës.
3. Jam kaq i trishtuar e ipalumtur sa që nuk mund taduroj dot.

2. Pesimizmi

0. Nuk jam i dekurajuar mbi të ardhmen time.
1. Ndjehem më i dekurajuar mbi të ardhmen sesa ç'kam qenë më përpara.
2. Nuk pres që gjërat të më shkojnë mbarë.
3. Ndej se e ardhmja ime është e pashpresë dhe se do të shkojë gjithmonë e më keq.

3. Dështimet e së shkuarës

0. Nuk ndjehem person i dështuar.
1. Kam pasur më shumë dështime sesa duhej në jetën time.
2. Kur e kthej kokën mbrapa, shoh shumë dështime.
3. Ndej se jam një person krejtësisht i dështuar.

4. Pakënaqësia

0. Marr po aq kënaqësi sa më parë nga gjërat që më pëlqejnë.
1. Nuk më shijojnë më gjërat sa më parë
2. Marr fare pak kënaqësi nga gjërat që më parë më pëlqenin.
3. Nuk marr fare kënaqësi nga gjërat që më parë më pëlqenin

5. Ndjenjat e fajit

0. Nuk e ndjej veten fajtor
1. Ndjehem fajtor mbi shumë gjëra që kam bërë ose që duhej të kisha bërë.
2. Ndjehem fajtor pjesën më të madhe të kohës.

3. Ndjem fajtor gjatë gjithë kohës

6. *Ndjenjat e ndëshkimi*

0. Nuk ndjej se jam duke u ndëshkuar.
1. Ndjej se mund të ndëshkohem.
2. Pres të ndëshkohem.
3. Ndjej se jam duke u ndëshkuar.

7. *Pakënaqësia ndaj vetes*

0. Ndjem po njëllon ndaj vetes.
1. E kam humbur besimin tek vetja.
2. Jam i zhgënjyer nga vetja.
3. E përbuz veten.

8. Kritikat ndaj vetes

- 0. Nuk e kritikoj ose e fajësoj veten më shumë se zakonisht.
- 1. Jam më kritik ndaj vetes sesa kam qenë më përpara.
- 2. E kritikoj veten për të gjitha gabimet e mija.
- 3. E fajësoj veten për çdo gjë të keqe që ndodh.

9. Mendimet ose dëshirat për vetëvrasje

- 0. Nuk më ka shkuar ndërcmend të vras veten.
- 1. Më ka shkuar ndër mend të vras veten, por sigurisht që nuk do ta bëja.
- 2. Do doja shumë ta vrisja veten.
- 3. Do ta vrisja veten po të më jepej mundësia.

10. Të qarët

- 0. Nuk qaj më shumë se sa më përpara.
- 1. Qaj më shumë se sa më përpara.
- 2. Qaj edhe për gjërat më të vogla.
- 3. Kam nevojë të qaj, por nuk qaj dot.

11. Shqetësimi

- 0. Nuk ndjehem më I shqetësuar apo irrituar se zakonisht
- 1. Ndjehem më i shqetësuar apo i irrituar se zakonisht
- 2. Jam kaq i shqetësuar e irrituar, sa që e kam të vështirë të qëndroj pa lëvizur
- 3. Jam kaq i shqetësuar e irrituar sa që më duhet patjetër të lëviz apo të bëj diçka

12. Mungesa e interesit

- 0. Nuk e kam humbur interesin mbi njerëzit dhe aktivitetet.
- 1. Jam më pak i interesuar mbi njerëzit dhe aktivitetet sesa më përpara
- 2. Përgjithësisht e kam humbur interesin mbi njerëzit dhe aktivitetet.
- 3. E kam shumë të vështirë të interesohem për ndonjë gjë

13. Pavendosmëria

- 0. Jam i aftë të marrë vendime si më përpara.
- 1. E kam më të vështirë të marr vendime se zakonisht.
- 2. Kam shumë herë më tepër vështirësi për të marrë vendime krahasuar me më përpara.
- 3. E kam thuajse të pamundur të marr vendime.

14. Denjësia

- 0. Nuk mendoj se jam I pavlefshëm.
- 1. Nuk e quaj veten aq të vlefshëm e të dobishëm sa më përpara.
- 2. Ndjehem më pak I dobishëm se njerëzit e tjerë.
- 3. Ndjehem tërësisht I padenjë.

15. Mungesa e energjive

- 0. Kam po aq energji sa më parë.
- 1. Kam më pak energji se më parë.
- 2. Nuk kam mjaftueshëm energji për të bërë gjërat që duhet të bëj.
- 3. Nuk kam energji për të bërë thuajse asgjë.

16. Ndryshime të gjumit

0. Nuk kam pasur ndryshime në gjumë.

1. A. Fle diçka më shumë ose më pak se zakonisht.
2. A. Fle shumë më shumë ose fle shumë më pak se zakonisht ose fle pjesën më të madhe të ditës.
3. Zgjohem 1-2 orë përpara, e nuk fle dot më.

17. Nervozizmi

0. Nuk jam më i nervozuar se zakonisht.

1. Jam më i nervozuar se zakonisht.
2. Jam shumë i nervozuar.
3. Jam nervoz gjatë gjithë kohës.

18. Ndryshime të oreksit

0. Oreksin e kam njëllë si më parë.

1. Kam më pak oreks se më parë ose më shumë oreks se më parë.
2. Kam shumë më pak ose më shumë oreks se më parë.
3. A. Më ka humbur fare oreksi ose e kam mendjen tek të ngrënët gjatë gjithë kohës.

19. Vështirësi për t'u përqendruar

0. Përqendrohem po aq sa zakonisht.

1. E kam më të vështirë të përqendrohem se zakonisht.
2. E kam të vështirë të mbaj mendjen te ndonjë gjë për një kohë të gjatë.
3. Më duket se nuk mund të përqendrohem dot fare

20. Lodhje ose rraskapitje

0. Nuk ndjehem më i lodhur se zakonisht.

1. Lodhem më shpejt se më parë.
2. Ndjehem shumë i lodhur për të bërë shumë nga gjërat që më parë i bëja.
3. Ndjehem aq i rraskapitur sa mund të bëj shumë pak.

21. Mungesa e interesit ndaj seksit

0. Nuk kam vënë re ndryshime në interesin ndaj seksit.

1. Më shkon më pak mendja tek seksi.
2. Jam shumë më pak i interesuar.
3. E kam humbur fare interesin ndaj seksit.

Testi në vazhdim shërben për matjen e shkallës së Ankthit , rrethojeni nr përkatës që I përgjigjet gjendjes tuaj. Ju falemnderit

	Aspa k	Dob ët	Ndonjëher ë	Shumë herë
Mpirje/shpime	0	1	2	3
Ndjesi te nxehti	0	1	2	3
Këmbë jo të sigurta	0	1	2	3
Paaftësi për tu qetsuar	0	1	2	3
Frigë mos të ndodh dicka e keqe	0	1	2	3
Trullosje/ marrje mendsh	0	1	2	3
Rrahje të shpejta të zemrës	0	1	2	3
Pa siguri	0	1	2	3
Gjendje tmerri/ frike	0	1	2	3
Nervoz	0	1	2	3
Ndjesi mbytjeje shtrëngimi në fyt/ vështirësi për t'ugëlltitur	0	1	2	3
Dridhje të duarve	0	1	2	3
I dezekuilibruar (maramendje)	0	1	2	3
Frigë e humbjes së kontrollës	0	1	2	3
Vështirësi në frymëmarje	0	1	2	3
Frigë nga vdekja	0	1	2	3
I frikësuar	0	1	2	3
Pengesë në tretje të ushqimit	0	1	2	3
Të fikët/ vilani	0	1	2	3
Skuqje/ përndezye fytyre	0	1	2	3
Djersë e flohtë-ngrohtë	0	1	2	3
Gjithësej				