

University for Business and Technology in Kosovo

**UBT Knowledge Center**

---

Theses and Dissertations

Student Work

---

Winter 1-2021

## **INCIDENCA DHE PREVALENCA E DEPRESIONIT TE POPULLATA NGA MOSHA 20-30 VJEÇ NE KOMUNEN E FERIZAJT**

Shkurte Bakija Avdija

*University for Business and Technology - UBT*

Follow this and additional works at: <https://knowledgecenter.ubt-uni.net/etd>



Part of the [Nursing Commons](#)

---

### **Recommended Citation**

Avdija, Shkurte Bakija, "INCIDENCA DHE PREVALENCA E DEPRESIONIT TE POPULLATA NGA MOSHA 20-30 VJEÇ NE KOMUNEN E FERIZAJT" (2021). *Theses and Dissertations*. 2240.

<https://knowledgecenter.ubt-uni.net/etd/2240>

This Thesis is brought to you for free and open access by the Student Work at UBT Knowledge Center. It has been accepted for inclusion in Theses and Dissertations by an authorized administrator of UBT Knowledge Center. For more information, please contact [knowledge.center@ubt-uni.net](mailto:knowledge.center@ubt-uni.net).



Kolegji UBT  
Departamenti për Infermieri

**INCIDENCA DHE PREVALENCA E DEPRESIONIT TE POPULLATA  
NGA MOSHA 20-30 VJEÇ NE KOMUNEN E FERIZAJT**

Prof Dr. Gani Halilaj

Janar / 2021  
Prishtinë



Universiteti për Biznes dhe Teknologji  
Departamenti për Infermieri

Punim Diplome  
Viti akademik 2017/2018

Shkurte Bakija Avdija

**INCIDENCA DHE PREVALENCA E DEPRESIONIT TE POPULLATA  
NGA MOSHA 20-30 VJEÇ NE KOMUNEN E FERIZAJT**

Mentori: Prof. Dr. Gani Halilaj

Janar/2021

Ky punim është përpiluar dhe dorëzuar në përmbushjen e kërkesave të pjesshme për Shkallën Bachelor

## **ABSTRAKT**

Depresioni është një gjendje me humor të ulët dhe neveri ndaj aktivitetit. Mund të ndikojë në mendimet, sjelljen, motivimin, ndjenjat dhe ndjenjën e mirëqenies së një personi. Mund të shfaqë trishtim, vështirësi në të menduar dhe përqendrim dhe një rritje ose ulje të ndjeshme të oreksit dhe kohës së kaluar për të fjetur. Njerëzit që përjetojnë depresion mund të kenë ndjenja degjenerimi, mungesë shprese dhe ndonjëherë, mendime vetëvrasëse. Mund të jetë afatshkurtër ose afatgjatë. Simptoma thelbësore e depresionit thuhet se është anhedonia, e cila i referohet humbjes së interesit ose humbjes së ndjenjës së kënaqësisë në aktivitete të caktuara që zakonisht sjellin gëzim te njerëzit.

Gjendja depresive është një simptomë e disa çrregullimeve të humorit siç janë çrregullimi depresiv madhor ose distrofia; është një reagim normal i përkohshëm ndaj ngjarjeve të jetës, siç është humbja e një të dashuri; dhe është gjithashtu një simptomë e disa sëmundjeve fizike dhe një efekt anësor i disa ilaçeve dhe trajtimeve mjekësore.

**Fjalët kyçe:** Depresioni, incidenca, prevalenca, simptomat, trajtimi etj.

## **FALENDERIME**

Tani që arrita në stadin final të studimeve në degën e infermierisë, ndjej nevojë të shpreh falënderimet e mia ndaj të gjithë personave që në një mënyrë, apo në tjetër më kanë ofruar ndihmë dhe përkrahje për të arritur deri këtu. Së pari, dua të falënderoj familjen time në veçanti bashkëshortin tim që më ka frymëzuar ta ndjek këtë rrugë, poe edhe që ka besuar në mua dhe më ka inkurajuar drejt arritjes të sukseseve. Një falënderim të veçantë kam edhe për mentorin tim Prof.Dr Gani Halilaj, që më ka udhëzuar dhe ndihmuar gjatë përgatitjes së këtij punimi.

Përgjithëmonë mirënjohëse ndaj babait tim të ndjerë, i cili sot do të ishte krenar me mua, e të cilit i'a dedikoj këtë punim!

# PËRMBAJTJE

|  |    |
|--|----|
| FJALORI I TERMAVE .....                              | 6  |
| 1.HYRJE .....  | 7  |
| 1.1Parathënie .....                                  | 7  |
| 2. RISHIKIM I LITERATURËS .....                      | 9  |
| 2.1 Depresioni .....                                 | 9  |
| 2.2 Shenjat e para të depresionit.....               | 11 |
| 2.3 Simptomat e depresionit.....                     | 13 |
| 2.4 Llojet e depresionit.....                        | 14 |
| 2.5 Diagnostifikimi i depresionit.....               | 17 |
| 2.6 Trajtimi i depresionit.....                      | 18 |
| 2.7 Farmakoterapia për trajtimin e depresionit ..... | 19 |
| 3. DEKLARIMI I PROBLEMIT .....                       | 23 |
| 4.METODOLOGJIA .....                                 | 27 |
| 5. REZULTATET .....                                  | 28 |
| 6.DISKUTIME DHE PËRFUNDIME.....                      | 30 |
| 7.REFERENCAT .....                                   | 31 |

## **FJALORI I TERMAVE**

**OBSH**-Organizata Boterore e Shendetesis

**CDC**-Qendra per Kontrollin dhe Parandalimin e Semundjeve

**CBT**-Terapia Kognitive Bihejvorale

**IPT**-Terapia interpersonale

# 1.HYRJE

## 1.1 Parathënie

Depresioni është një ndër sëmundjet psiqike më shqetësuese dhe shumë e përhapur në botë. Kjo sëmundje mund të prek shumë persona në qoftëse nuk diagnostifikohen menjëherë. Depresioni mund të jetë në mënyrë të lehtë, gjë që shkakton mërzitje për sa i përket gjendjes shpirtërore dhe mund të jetë në mënyrë të rënd, të përkeqësuar, që në disa raste mund të kërcenojë jetën tuaj. Zakonisht rreth 20% e njerëzve do të përjetojnë sëmundjen depressive në një moment të caktuar të jetës së tyre, ndërsa rreth 6% përjetojnë një formë sëmundjeje më të rëndë (Carvalho, Hopko, 2010).

Depresioni është sëmundje që shumë herë është e rëndë por që mund të kurohet. Ai nuk është një gjendje e mërzitjes normale, nuk është një gabim njerëzor dhe as një mungesë vullneti. Zhvillimet në vitet e fundit tregojnë që depresioni mund të trajtohet, e rëndesishme është terapia afatgjate dhe e specializuar me barna mjekësore dhe psikoterapeutike të depresionit, e cila qon në shërimin e plotë. Pacienteve që nuk u janë larguar plotësisht simptomat, në 80% të rasteve vuajnë nga rikthimi i sëmundjes. Gjatë kësaj terapie mbrojtëse për parandalimin e rikthimit të sëmundjes, pacientet shoqërohen minimum për gjashtë muaj pas rishfaqjes së simptomave të sëmundjes. Sa më shpesh të jenë shfaqur fazat depressive në të kaluarën dhe sa më të rënda të kenë qenë ato, aq edhe më e domesdoshme është një terapi afatgjate. Kjo do të thotë që gjatë kohës së terapisë mbrojtëse pacientët shoqërohen jashtë në aspektin terapeutik (Nolen-Hoeksema, 1991).

Depresioni, është një veprim deprimues ose një gjendje e të qenurit i dëshpëruar, një gjendje e të qenurit i trishtuar, një çrregullim psikoneurotik ose psikotik, i karakterizuar veqanërisht nga trishtimi, mosaktiviteti, vështirësia për të menduar dhe për t'u përqendruar, nga një rritje ose ulje e konsiderueshme e oreksit dhe e kohës së fjetjes, nga ndjenjat e hidhërimit dhe të mungesës së shpresës, ndonjëherë nga mendimet për vetëvrasje ose nga një përpjekje për të bërë vetëvrasje (Carvalho, Hopko, 2010).

Pra depresioni është një gjendje shpirtërore që shkakton humbjen e energjisë, shtimin e ndjenjës së pikëllimit, nervozizmin dhe humbjen e interesimit për të bërë ndonjë aktivitet ditor. Thuhet që



është një çekuilibër kimik, dhe mund të shprehet nga ndonjë ambient i caktuar rrethues, gjenetik ose nga gjendjet mjekësore

## 2. RISHIKIM I LITERATURËS

### 2.1 Depresioni

Depresioni është prej çrregullimeve më të përhapura të viteve të fundit. Faktorët që lidhen me depresionin përfshijnë faktorë gjenetikë, neurofiziologjikë, biokimikë, neuroimunologjik dhe disfunktionimin neuroendokrin. Në shfaqjen e depresionit marrin pjesë neurotransmetues si noradrenalina, seratonina, dopamina dhe të tjerë. Depresioni shoqërohet me nivel të lartë vetëvrasje (Sadock, 2003).

Depresioni është një çrregullim humori që shkakton një ndjenjë të qëndrueshme mërztie dhe humbje interesi. Nëse individët janë prekur nga depresioni klinik, atëherë do të prekë mënyrën e të menduarit, ndjenjat, sjelljen, si dhe mund të lidhet me një sërë problemesh emocionale dhe fizike. Depresioni shkakton vështirësi në realizimin e aktiviteteve normale të përditshme, dhe ndonjëherë personat ndjejnë që jeta nuk ja vlen të jetohet (Pango, 2004). Nëse këto shenja përjetojnë në më pak se dy vjet depresioni është episodik. Ndërsa nëse ato jetojnë të paktën dy vjet pa u kthyer në gjendje normale për një periudhë dy mujore depresioni është kronik.

Disa studiues mendojnë që depresioni është një pasojë e natyrshme e ankthit në ato situata që vlerësohen prej njeriut si të pashpresa. Sapo fillon të aktivizohet, depresioni aktivizon reagime fiziologjike. Sipas (Nolen-Hoeksema, 1991), mënyra sesi individët reagojnë ndaj simptomave të tyre depressive është i ndryshëm. Individët që fokusohen në simptomat e tyre dhe në shkaqet dhe pasojat e mundshme të tyre do të kenë depresion më të zgjatur në kohë sesa individët që nuk e mbajnë mendjen tek simptomat.

Duke u nisur nga ky argument sipas (Nolen-Hoeksman, 1987), gratë ka më shumë të ngjarë të preken nga depresioni bipolar dhe gjithashtu edhe ndryshime midis tyre për mënyrën se si e përjetojnë çrregullimin. Burrat ka më shumë të ngjarë të përfshihen në sjellje shmangëse që i shkaktojnë shumë mërzë përgjatë depresionit, por gratë kanë më shumë mundësi të amplifikojnë mërzinë e tyre duke ripërpunuar gjendjen e tyre depressive dhe shkaqet që mund ta kenë shkaktuar.

Fakti që burrat janë më të pavëmendshëm për shkaqet fillestare të episodeve depressive i bën ata mesatarisht më aktivë ndaj humorit të keq, krahasur me gratë që janë më reflektive dhe e vuajnë atë më shumë. Individët në depresion e kanë më të ulët kapacitetin e përshtatjes ndaj situatave

jetësore që shkaktojnë stres, ndryshime dhe dëshpërim. Përveç trurit ky çrregullim prek edhe organe të tjera të trupit. Depresioni është rrezik për ngushtimin e enëve të gjakut e deri tek shfaqja e sëmundjeve të zemrës (Marks, 2002).

Sipas teorive bihejviorale, zhvillimi i simptomave depressive vjen si rezultat i uljes së shpërblimeve mjedisore, përforcimi i sjelljeve pasive dhe depressive si dhe ndëshkimi i sjelljeve të shëndetshme. Mendimet dhe sjelljet e dukshme të cilat ndikojnë në reduktimin e shpërblimeve dhe përforcimeve pozitive janë fakte ndikues në shfaqjen e depresionit. Në konceptin sjellor të depresionit ka një lidhje midis shmangies dhe depresionit i cili shpjegohet nga roli ndërmjetës i reduktimeve të përforcimeve pozitive (Carvalho, Hopko, 2010).

Sipas teorisë konjitiviste depresioni lidhet me ndjenjën e pamundësisë. Trauma psikike përjetohet si diçka që është jashtë kontrollit të individit. Kjo shoqërohet me humbje të iniciativës dhe krijimit të besimit se fati është përcaktues i sjelljes sonë. Koncepti i pamundësisë për të mësuar paraqet një psikopatologji klinike, eksperimentale, por paraqet hipotezë problematike në zbatimin e ndryshimeve konjitive në dinamikën e zhvillimit të depresionit. Teoritë konjitive të depresionit theksojnë që mënyrat negative të menduarit rrisin mundësinë e zhvillimit dhe mbajtjes së depresionit kur ata kanë një jetë të stresuar. Individët që kanë shqetësime konjitive të keqpërshtatura janë vulnerabël ndaj depresionit sepse ata kanë tendencën të përfshihen në procesimin e informacioneve negative për veten dhe eksperiencat e tyre. Pikpamjet psikofiziologjike theksojnë rolin e faktorëve stresorë në krijimin e depresionit (Mc Ginn, Lata, 2000).

Sipas Beck, kur pacientët i zgjidhin problemet e tyre, modifikojnë sjelljen e tyre jofunksionale dhe rregullojnë mënyrën e tyre të menduarit. Ata me shpejtësi hasin përmirësime të simptomave të tyre, funksionimit dhe mënyrës se si vendosin marrëdhëniet me të tjerët. Sipas Beck, depresioni shoqërohet me humbjen e marrëdhënieve familjare dhe sociale si dhe neglizhim i gjendjes së tyre emocionale, si pasojë I rritet ndjenja e vetëmohimit dhe izolimit (Beck, 2010).

Teoritë konjitive të depresionit theksojnë që stresorët luajnë një rol shumë të rëndësishëm si në shfaqjen ashtu edhe në zhvillimin e depresionit. Nëse një stresor ose një ngjarje në jetën e përditshme ndikon vetëperceptimin e individit, atëherë përgjigja depressive ka shumë gjasë të shfaqet. (Zvan, 1999).

Psikanalitikët mendojnë se simptoma themelore e depresionit është pasja e një koncepti negativ për veten. Sipas tyre krijimi i mekanizmit të depresionit është i njëjtë për të gjitha format e depresionit. Sipas tyre në thelb të depresionit qëndron vetëvlerësimi i ulët. Ata përfaqësojnë veten dhe kanë ndjenjën personale të pavlefshmërisë sepse superego e tyre fajësojnë personin për sjelljen e keqe ndaj objektit (Zvan, 1999).

Ankthi dhe depresioni i mbivendosen simptomave të njëra-tjetrës (Hankin, 2004). Midis çrregullimit të ankthi dhe depresionit ka ngjashmëri gjenetike dhe neurobiologjike. Pacientët me çrregullim paniku. Çrregullim i ankthit të përgjithësuar, fobia sociale dhe çrregullime të tjera të ankthit janë gjithashtu të depresuar (Gorman, 1996). Rreth 85% e pacientëve me depresion kanë ankth, dhe 90% e pacientëve me çrregullim ankthi kanë depresion. Të dy çrregullimet kanë nevojë për trajtimin e duhur. Terapia konjitiv bihejviorale dhe antidepressantët kanë rezultuar pozitivë si në trajtimin e ankthit ashtu edhe të depresionit (Tiller, 2013).

## **2.2 Shenjat e para të depresionit**

epresioni është një sëmundje që përfshin jo vetëm mendjen apo trurin, por tërë trupin, duke ndikuar në mënyrën sesi një person ushqehet, fle, ndihet për veten e tij/saj dhe mendon

Depresioni nuk është një gjendje normale kalimtare e mendjes, dhe nuk është as shenjë e dobësisë personale, as situatë që mund të "shuhet". Nuk i takon personit të prekur që të vendosë të "mbledhë veten" dhe të përmirësohet (Carvalho, Hopko, 2010).

Depresioni është shumë më larg se një shqetësim ose vuajtje normale: është një sëmundje që përfshin shenja dhe simptoma që zgjasin javë, muaj apo vite, pa njohjen e gjendjes ose pa trajtimin e duhur.

Shenja dhe simptoma të zakonshme të depresionit janë:

- Gjendja vazhdimisht trishtuese, ankthioze ose boshe;
- Humbja e interesit në aktivitete që dikur ishin interesante apo të kënaqshme, duke përfshirë seksin;
- Lodhja e pazakontë, niveli i ulët i energjisë, ndjenja e ngadalësimit;

- Humbja e oreksit (me humbje peshe) ose ngrënie e vazhdueshme (me shtim në peshë);
- Shqetësimi i gjumit dhe pagjumësia, zgjimi herët në mëngjes ose gjumë i gjatë;
- Humbja e shprehjes emocionale (ndikim i sheshtë);
- Ndjenjat e mungesës së shpresës, pesimizmit, fajit, pavlefshmërisë ose vulnerabël;
- Tërheqja sociale;
- Problemet me përqendrimin, kujtesën apo marrjen e vendimeve;
- Nervozizmi ose irritimi i pazakontë;
- Problemet e vazhdueshme fizike të tilla si dhimbje koke, çrregullime të tretjes ose dhimbje kronike që nuk i përgjigjen trajtimit;
- Mendimet rreth vdekjes, vetëvrasjes, përpjekjet për vetëvrasje ose dëmtim të vetes. (Carvalho, Hopko, 2010).

Depresioni shoqërohet shpesh nga ankthi dhe gjithmonë lidhet me probleme të rëndësishme në familje, me shoqërinë, punën ose shkollën për shkak të efektit që depresioni ka te personi. Disa nga simptomat janë specifike për moshën dhe mund të jenë më të zakonshme te fëmijët (çështjet e sjelljes), te të rinjtë (agjitacion dhe nervozizëm), ose në mesin e njerëzve të moshuar (tërheqje, apati dhe mendime joreale/deluzione). Gjithashtu, për shkak se çrregullimet depresive nuk janë vetëm çrregullime psikologjike por përfshijnë procese biologjike, simptomat fizike janë shumë të zakonshme.

Simptomat tipike fizike të lidhura me depresionin janë:

- Reduktimi i oreksit dhe humbja e peshës;
- Humbja e interesit seksual;
- Dhimbje koke;
- Marramendje;
- Problemet me zemrën;

- Problemet me frymëmarrjen;
- Dhimbje kurrizi;
- Ankesat gastrointestinale;
- Dhimbje barku (Carvalho, Hopko, 2010).

Këto simptoma fizike shpesh vërehen në fillim, por nuk mund të njihen menjëherë si të lidhura me depresionin. Për më tepër, problemet ekzistuese p.sh. dhimbje kurrizi - mund të përjetojnë më shumë gjatë një faze depresive.

Për shkak të simptomave të njohura fizike, shpesh është e vështirë që një mjek i përgjithshëm të njohë dhe të diagnostikojë një depresion të fshehur edhe nëse, në dy të tretat e rasteve, ankesa kryesore është një simptomë somatike. (Carvalho, Hopko, 2010).

### **2.3 Simptomat e depresionit**

Simptomat e depresionit mund të shkaktojnë një numër të madh të simptomave, të cilat mund të jenë: emocionale, fizike, motivuese, si dhe kognitive. Depresioni ndikon në mënyra të ndryshme tek njerëzit e ndryshëm. Personat që vuajnë nga depresioni mund të jenë jashtëzakonisht të zemëruar dhe të padurueshëm, të jenë të angazhuar në mendime negative, të kenë mërzë, urrejtje, të jenë nën tension, të kenë mungesë të sigurisë, të fajësojnë veten dhe të ndjehen fajtorë për gjëra pa nevojë, pinë më tepër se zakonisht cigare, alkool dhe përdorin substanca narkotike, kanë zvogëlim të energjisë (e kanë ndjenjën e humbjes së energjisë), ndjenjën e të qenit të pavlerë dhe të padobishëm, nuk kënaqen me aktivitete, humbin aktivitetin e marrëdhënies seksuale, ndjehen keq shpirtërisht në shumicën e kohës, kanë mendime për vetëvrasje, ndryshim në mënyrën e ngrënies, hanë tepër dhe shtojnë në peshë, ose nuk hanë mirë dhe humbin në peshë, kanë vështirësi koncentrimi apo të marrjes së vendimeve, shpesh izolohen (izolohen), në vend se të kërkojnë ndihmë dhe përkrahje etj (Gorman, 1996).

Femrat janë më tepër të predispozuar për t'u bërë depresive se sa meshkujt. Arsyeja e rrezikut më të lartë për gjininë femërore mund të jenë ndryshimet hormonale, që vijnë si pasojë e pubertetit, ciklit mujor, menopauzës ose shtatzënisë. Megjithatë rreziku tek meshkujt është më i ulët, depresioni mund të kalojë pa u diagnostifikuar. Kjo për faktin se shumë meshkuj maskojnë

sëmundjet e tyre, me pije alkoolike, përdorin drogë, bëjnë abuzime dhe dhunë. Vetëvrasja është rrezik serioz për gjininë mashkullore, 4 herë më shumë se sa femrat. Edhe personat e moshuar që humbasin njerëzit e dashur, ndryshojnë banesat ose që sëmuren, mund të kalojnë në depresion. Njerëzit e moshuar nuk flasin për ndjenjat e tyre dhe depresionin që kanë, ndaj dhe duhet pasur kujdes në vërejtjen e simptomave që u radhitën më lartë. Depresioni shpesh është i shoqëruar nga një sërë simptomash të tjera fizike dhe psikologjike që mund të ndërhyjnë në mënyrën sesi një person funksionon në jetën e përditshme. Simptomat e depresionit në përgjithësi reagojnë pozitivisht ndaj mjekimit (Tiller, 2013).

## **2.4 Llojet e depresionit**

Ekzistojnë lloje të ndryshme të depresionit, të cilat mund të marrin rrjedha të ndryshme. Shenjat dhe simptomat ndryshojnë në numër, në kohë, ashpërsi dhe këmbëngulje, por në tërësi ato janë mjaft të ngjashme. Meqë nënlojet e ndryshme të depresionit mund të kërkojnë trajtime të ndryshme, mjeku juaj do të dëshirojë të identifikojë llojin që ndikon te ju. Ka gjithashtu dallime në mënyrën sesi individët përjetojnë depresionin dhe shprehin simptomat në përputhje me moshën, gjininë dhe kulturën.

Shumë emra janë përdorur për të përshkruar format e ndryshme të depresionit: neurotik, reaktiv ose depresioni i vogël janë emra klinike të zakonshëm dhe thuhet se janë të natyrës psikologjike, dhe mund të trajtohen kryesisht përmes psikoterapisë. Nga ana tjetër, depresioni somatik dhe psikotik shoqërohen me ndryshime të balancës kimike dhe janë të shërueshme nga pikëpamja mjekësore. Këto janë terma që kryesisht përdoren nga profesionistët e shëndetit mendor. (Kaplan H, Sadock B. 1995).

Hulumtimet kanë treguar vazhdimisht se, depresioni është një gjendje humori ose çrregullim emocional që ndodh në disa faza. Kjo do të thotë se periudhat e humorit normal alternohen me episodet depressive. Ndonjëherë, në vend të një faze depressive, mund të ndodhin fazat e euforisë së humorit (disponimi shumë i lartë), irritim dhe nervozizëm, të quajtur mania ose hipomania. Prandaj, depresioni unipolar është i pranishëm kur nuk ka faza të manisë ose hipomanisë në historinë klinike, dhe depresioni bipolar është i pranishëm kur faza të tilla kanë ndodhur në të kaluarën. (Kaplan H, Sadock B. 1995).

## **Episodi depresiv**

Forma më e zakonshme dhe tipike e depresionit është episodi depresiv. Një episod i vetëm ndodh disa javë në vite, duke shfaqur një kombinim të simptomave, por gjithnjë zgjasin më shumë se 2 javë. Episodet e vetme depressive përshkruhen si unipolare. Rreth një e treta e personave të prekur përjetojnë vetëm një episod, ose "fazë", në jetën e tyre. Megjithatë, nëse një person nuk merr trajtim të duhur për depresionin e tij, ekziston rreziku që episodet e përsëritura depressive të ndodhin në të ardhmen. Episodet e depresionit të bëjnë gjithmonë pak a shumë të paaftë. (Kaplan H, Sadock B. 1995).

## **Çrregullimi periodik depresiv**

Kur përsëritet episodi depresiv, flasim për çrregullim periodik depresiv ose çrregullime të mëdha depressive, që zakonisht fillojnë në adoleshencë ose në moshën e pjekurisë. Individët me këtë lloj depresioni do të përjetojnë faza depressive që mund të zgjasin deri në vite, duke përfshirë faza humori normal gjatë kësaj periudhe. Ky lloj çrregullimi depresiv të bën shumë të paaftë dhe është unipolar në natyrë (që do të thotë se nuk ka mani ose hipomani). Zakonisht quhet edhe depresion "klasik" ose "klinik".(Kaplan H, Sadock B. 1995).

## **Distimi**

Distimi-a karakterizohet nga simptoma më të buta dhe më pak të dallueshme nga episodet depressive ose depresioni i përsëritur. Megjithatë, çrregullimi është i vazhdueshëm, me simptoma që zgjasin për një kohë të gjatë, të paktën 2 vjet, ndonjëherë me dekada dhe kjo është arsyeja pse quhet edhe "depresioni kronik". Çrregullimi është unipolar dhe ndikon në funksionimin e individit, por nuk e bën atë të paaftë. Njerëzit që vuajnë nga ky lloj depresioni nganjëherë mund të preken në mënyrë akute dhe bien në depresion madhor; prania këtyre dy diagnozave quhet depresion i dyfishtë. (Kaplan H, Sadock B. 1995).

## **Depresioni Bipolar I**

Ky lloj depresioni ndodh në çrregullimin bipolar, i quajtur më parë çrregullim maniak-depresiv, dhe është më pak i zakonshëm se depresioni unipolar. Përfshin një kalim në mes të fazave depressive, fazave normale të humorit dhe të ashtuquajturave "faza maniake". "Fazat maniake"



karakterizohen nga një gjendje humori shumë e lartë, e lidhur me hiperaktivitetin, nervozizmin dhe nevojën e paktë për gjumë. (Kaplan H, Sadock B. 1995).

Mania prek të menduarit, gjykimin dhe sjelljen sociale duke shkaktuar probleme serioze dhe vështirësi. Praktika seksuale me partnerë të shumtë dhe të pasigurta, ose vendime të pamenduara biznesi apo financiare mund të kryhen kur një individ është gjatë kësaj faze. Pas një episodi maniak, njerëzit e prekur shpesh përjetojnë depresion.

Mënyra më e mirë për të përshkruar këtë "trazirë të emocioneve" të alternuara është "duke shkuar nga të qenit në krye të botës në thellësitë e dëshpërimit".

Simptomat e fazave të depresionit në çrregullimet bipolare ndonjëherë janë të vështira për t'u dalluar nga depresioni unipolar. (Kaplan H, Sadock B. 1995).

## **Depresioni Bipolar II**

Njerëzit e prekur nga ky lloj depresioni ngjajnë më shumë me njerëzit e prekur nga çrregullimi depresiv i përsëritur/rekurent sesa me ata që vuajnë nga çrregullimi bipolar, sepse me shikim të parë janë në fazat trishtuese të humorit. Kjo është një sindromë në të cilin personi i prekur ka të përsëritura episodet depresive të shoqëruar nga ajo që quhet hypomania, një gjendje euforike e moderuar shumë më e butë se mania, të cilën personi dhe familja mund ta ngatërrojnë me humorin ose gëzimin normal. (Kaplan H, Sadock B. 1995).

## **Depresioni i përzier dhe ankthi**

Megjithëse ankthi dhe simptomat psikologjike dhe somatike që e shoqërojnë janë karakteristika të zakonshme të depresionit, dhe simptomat depresive janë të shpeshta brenda çrregullimeve të ankthit, në përgjithësi është e lehtë të diagnostikosh nëse depresioni është problemi kryesor. Megjithatë, këtu ekziston një kombinim i ekuilibruar i simptomave të depresionit dhe ankthit. (Kaplan H, Sadock B. 1995).

## **Episodet depresive psikotike**

Një formë e veçantë e episodit depresiv është depresioni psikotik ose deluzional. Psikoza përfshin shikimin ose dëgjimin e gjërave që nuk janë aty (halucinacionet) dhe/ose që kanë ide ose besime joreale (deluzione). Njerëzit e prekur mund të zhvillojnë besime të rreme, të tilla si vendosja e fajit

të rëndë mbi vetveten (deluzione vetëfajësuese), shkatërrimi financiar (deluzioni i varfërisë) ose sëmundja e pashërueshme e rëndë (hipokondri), pavarësisht nga të gjitha dëshmitë e kundërta. Njerëzit me depresion deluzional, pothuajse gjithmonë, kanë nevojë për kujdes shëndetësor spitalor. Episodet psikike mund të jenë të natyrës unipolare ose bipolare. (Kaplan H, Sadock B. 1995).

### **Depresioni atipik**

Ky lloj depresioni karakterizohet nga një gjendje e mbindjeshme dhe e ndryshueshme humori, ushqyerje ose gjumi tepruar, si dhe përjetim i episodeve të panikut. Ky lloj i depresionit është i butë dhe mund të jetë i natyrës bipolare. (Kaplan H, Sadock B. 1995).

### **Çrregullimi sezonal depresiv**

Ky lloj depresioni thuhet të jetë i ngjashëm me depresionin atipik dhe ndodh në mënyrë sezonale, gjatë ndryshimeve klimatike si vjeshta ose dimri. Zakonisht, kur përfundon faza e sezonit të depresionit, njerëzit rimarrin veten dhe normalizohen. (Kaplan H, Sadock B. 1995).

### **Çrregullimi i shkurtër periodik depresiv**

Kjo është një formë e butë dhe e lehtë e depresionit që mund të kompromentojë funksionimin, prek kryesisht të rinjtë dhe karakterizohet nga periudha të shkurtra të humorit depresiv ose të përzier, që zakonisht zgjasin më pak se 2 javë. (Kaplan H, Sadock B. 1995).

## **2.5 Diagnostifikimi i depresionit**

Një diagnozë është një etiketë mjekësore që sqaron rrjedhën e sëmundjes dhe orientimin për trajtim. Në gjithë botën, sistemet e ndryshme të klasifikimit të sëmundjeve përdoren për diagnoza. Në Evropë, Klasifikimi Ndërkombëtar i Sëmundjeve (ICD-10) i Organizatës Botërore të Shëndetësisë është më i zakonshmi. (American Psychiatric Association, 2000).

Sipas këtij klasifikimi, diagnoza "çrregullim depresiv" ose "episod depresiv" vendoset kur një numër i caktuar i simptomave tipike janë të pranishme për një periudhë të gjatë kohore, prej të paktën 2 javësh:

Të paktën dy nga simptomat kryesore dhe dy nga simptomat shtesë nga imazhi më poshtë:

Në varësi të numrit dhe intensitetit të simptomave, të cilat mund të jenë të lehta, të moderuara dhe të rënda, caktohet shkalla e depresionit. (Kaplan H, Sadock B. 1995).

Në rast se vijnë ndërmend ide vetëvrasëse, rekomandohet që pacientët dhe/ose të afërmit ta diskutojnë këtë menjëherë me mjekun ose të kërkojnë ndihmë profesionale. Është e rëndësishme të dini se kjo është një simptomë e sëmundjes, jo një dëshirë e vetëdijshme dhe se një person nuk ka gjasa të vazhdojë të ndihet në këtë mënyrë nëse marrin mbështetjen e duhur. (Kaplan H, Sadock B. 1995).

## **2.6 Trajtimi i depresionit**

Ekzistojnë tre lloje kryesore të trajtimit për depresionin: mjekësore, psikologjike dhe sociale. Menaxhimi i depresionit shpesh përfshin një kombinim të trajtimeve.

- Trajtimet mjekësore përfshijnë jo vetëm medikamente, por edhe mundësi të tjera trajtimi që zakonisht përdoren vetëm në qendrat e specializuara.
- Trajtimi psikologjik i referohet psikoterapisë ose "terapisë së të folurit", e cila ka disa nëntipe teorike dhe klinike. Psikoterapia mund të përdoret më vete për forma më pak të rënda të depresionit, ose në kombinim me ilaçe për forma më të rënda të depresionit.
- Ndërhyrjet sociale janë gjithashtu shumë të rëndësishme. Këto përfshijnë aktivitete sociale, teknika relaksimi, ushtrime të moderuara të rregullta, pushim mjekësor (nëse është e nevojshme), të mësuarit rreth sëmundjes dhe si të ndihmohet vetja. Këto aktivitete mund të ndihmojnë në promovimin e shpresës dhe fuqizimit që shtojnë efektin terapeutik të barnave dhe psikoterapisë (Kaplan H, Sadock B. 1995).

Depresioni zakonisht menaxhohet në kujdesin parësor, nëpërmjet ilaçeve kundër depresionit dhe referimit në shërbimet psikologjike përkatëse. Seksionet e ardhshme japin informacion më të detajuar mbi medikamentet kundër depresionit dhe menaxhimin e referimeve në shërbimet përkatëse.

## **2.7 Farmakoterapia për trajtimin e depresionit**

Farmakoterapia për depresion duhet të përbëhet nga terapia akute derisa të arrihet përmirësimi klinik ose remisioni (zakonisht 6-12 javë) si dhe terapia e vazhdimit për gjashtë muaj të tjerë për të parandaluar rikthimin. Ndonjëherë, terapia e mbajtjes do të vazhdojë për muaj apo vite në rast të çrregullimeve të përsëritura ose të vazhdueshme. Normat e rikthimit janë rreth dy herë më të larta kur ilaçet kundër depresionit ndërpriten para përfundimit të fazës së vazhdimit, kështu që aderenca/përshtatja është e rëndësishme edhe nëse përmirësimi i hershëm është arritur. (Feldman E, Mayou R. 1987).

Farmakoterapia për depresion duhet të përbëhet nga terapia akute derisa të arrihet përmirësimi klinik ose remisioni (zakonisht 6-12 javë) si dhe terapia e vazhdimit për gjashtë muaj të tjerë për të parandaluar rikthimin. Ndonjëherë, terapia e mbajtjes do të vazhdojë për muaj apo vite në rast të çrregullimeve të përsëritura ose të vazhdueshme. Normat e rikthimit janë rreth dy herë më të larta kur ilaçet kundër depresionit ndërpriten para përfundimit të fazës së vazhdimit, kështu që aderenca/përshtatja është e rëndësishme edhe nëse përmirësimi i hershëm është arritur. (Feldman E, Mayou R. 1987).

## **Medikamentet më të shpeshta kundër depresionit**

Ka disa lloje të ndryshme ilaçesh që përdoren për trajtimin e depresionit. Për zgjedhjen e barnave, disa faktorë duhet të merren parasysh nga mjeku: p.sh. simptomat mbizotëruese, përvoja e mëparshme, preferencat e pacientit, si dhe efektet anësore. Në këtë kontekst, dallimi midis depresionit unipolar ose bipolar është vendimtar. Zakonisht, ky hap kryhet para se të përfshihen ju si farmacist. Grupet më të zakonshme të ilaçeve të lidhura zakonisht me trajtimin e depresionit dhe karakteristikat e tyre janë:

#### Antidepressivët:

- Pacientët duhet të sigurohen se ilaçet nuk të bëjnë të varur dhe nuk e ndryshojnë personalitetin.
- Pacientët duhet të këshillohen se durimi është i domosdoshëm pasi ka një vonesë në fillimin e veprimit kundër depresionit (rreth 2-4 javë), ndërsa disa efekte anësore (p.sh., ndjesia e vjelljes ndaj SSRI) ndodhin në fillim të marrjes së ilaçeve. (American Psychiatric Association, 2000).

#### Sedativët/qetësuesit:

- Mund të përdoren si shtesë e antidepressantëve vetëm për periudha të shkurtra, p.sh. gjatë dy javëve të para derisa antidepressantët të fillojnë të veprojnë.
- Ekziston mundësia e fortë dhe rreziku për varësi ndaj tyre.
- Përshatja fizike ndaj medikamenteve (doza në rritje për të lehtësuar simptomat) dhe efektet e tërheqjes.
- Duhet të përdoren përkohësisht në rastet e krizave akute, për të lehtësuar vuajtjet dhe ankthin, pagjumësinë, si dhe për të zvogëluar rrezikun për vetëvrasje. (American Psychiatric Association, 2000).

#### Neuroleptikët:

- Tradicionalisht përdoren për çrregullimet skizofrenike.
- Përdoren për trajtimin e depresionit deluzional (depresioni psikotik) kryesisht në kombinim me antidepressivët.
- Disa janë përdorur gjithashtu në dozë të ulët si qetësues (p.sh. ciamemazine, quetiapine) për depresionin dhe çrregullimet e ankthit.

- Nuk kanë rrezik për varësi. (American Psychiatric Association, 2000).

#### Antiepileptikët:

- Përdoren në formë klasike për trajtimin e epilepsisë, dhe stabilizojnë humorin.
- Rekomandohen për trajtimin dhe parandalimin e depresionit bipolar dhe manisë. (American Psychiatric Association, 2000).

#### Antidepresivët natyrorë:

- Lulebasani është një substancë e ekstraktit të bimës *hypericum perforatum*, me një dozë të rekomanduar prej rreth 500-800mg. Kjo substancë e jep efektin e saj pas tri javësh, e ngjashme me antidepresantët sintetikë. Mjeku trajtues duhet të konsultohet rreth kohëzgjatjes së trajtimit dhe marrjes paralele të barnave të tjera. (American Psychiatric Association, 2000).

Nuk ka të dhëna studimore të cilat vërtetojnë efektivitetin e përdorimit të antidepresantëve të tjerë natyrorë, siç janë acidet yndyrore omega-3 etj.

Antidepresantët rrisin disponueshmërinë e neurotransmetuesve: serotonina dhe noradrenalina në hapësirën sinaptike në disa pjesë të trurit. Studimet e fundit paraklinike tregojnë se antidepresantët gjithashtu zvogëlojnë vazhdimisht aktivitetin e neuroneve në locus coeruleus, e cila ndodhet në pjesën bazale të trurit ku ndodhen neuronet noradrenergjike. Antidepresantët gjithashtu rrisin disponueshmërinë e BDNF-së brenda sistemit limbik, një neurotrofin e përfshirë në neurogjenezë dhe neuroplasticitet.

Ashtu si të gjitha barnat, ilaçet kundër depresionit kanë efekte anësore. Çdo individ reagon ndryshe, dhe jo çdo ilaç ka të njëjtat efekte anësore në të njëjtën shkallë. Shumë herë pacientët përjetojnë efekte sekondare në javën e parë të trajtimit me antidepresivët: axhitim/nervozizëm ose përgjumje, gojë e thatë, të vjella, ose “ndjenjë e veçantë”. Shumë nga efektet anësore mund të

menaxhohen me dieta të thjeshta dhe rregullime të aktivitetit fizik. (American Psychiatric Association, 2000).

Gjendja e përmirësuar e humorit normalisht shfaqet pas dy deri në gjashtë javë trajtimi, por efektet anësore shpesh ndodhin menjëherë nga fillimi i trajtimit. Kjo mund të jetë shumë stresuese dhe mund të zvogëlojë bashkëpunimin. Si farmacist, ju mund ta njoftoni pacientin se kjo mund të ndodhë dhe simptoma të tilla do të zhduken. E rëndësishme është t'i këshilloni që të mos ndërpresin marrjen e ilaçeve dhe të diskutojnë shqetësimet e tyre me mjekun përgjegjës për trajtim.

### 3. DEKLARIMI I PROBLEMIT

Depresioni (lat. depressere, depressus: i ngjeshur, shtypur) është një crregullim mendor, ne të cilin individi bie në një deshërim të thellë dhe shoqërohet me një ndjenje të vazhdueshme trishtimi, nënvlerësimi dhe humbje të interesit. Depresioni përfshin: emocionet, kognicionin, motoriken, motivacionin si dhe gjëndjen vegetative. Depresioni është gjëndje sëmundjeje, gjatë të cilës vjen deri tek një mërzi e pikëlluar e lidhur me gjëndje frike, shqetësim i brendshëm si dhe pengesa në të menduarit dhe në gjumë. Të menduarit është i ngadalësuar dhe sillet (fiksohet) kryesisht rreth një teme. Zakonisht rreth temës së shikimit të çdo gjëje nga ana negative, pra domethënë rreth asaj, se sa keq është, se sa e dëshprueshme është situata e tanishme, në të cilën gjendet një person, dhe sa e pashpresë është ardhmëria. Shumë persona depresiv kanë ndjenja faji dhe mendime, ide të mëkatimit, të cilat mund të ngriten deri në gjëndje delusive. Flasim edhe për detyrim të brengosjes, sepse detyrimisht mendohet përherë rreth mendimeve të njëjta negative. Pengesat në gjumë në një rën anë shprehen në vështirësi për të fjetur, në një sjellje të penguar të fjetjes pa ndërprerje, me zgjuarje të përsëritur dhe në anën tjetër me zgjuarje të hershme. Për këtë arsye gjumi përjetohet si i pamjaftueshëm dhe shumë sipërfaqësor dhe në mëngjes nuk sjell freskim e as çlodhje. Madje mëngjesi është shpesh koha më e keqe për pacientët depresiv, pasi që kryesisht në mëngjes ata ndihen veçanërisht shumë keq. Kah dreka gjëndja mund të përmirësohet dhe në mbrëmje të jetë relativisht e durueshme. Kete ndjenjë veçanërisht të mjerueshme në mëngjes pas zgjimit psikologët e quajnë “ulje e mëngjesit”. (Zvan, 1999).

Por cilat janë disa prej teorive mbi prejardhjen e depresionit?

Këtu veçohen dy perqasje, ajo gjenetike dhe ajo psikoanalitike, por gjithnjë duke i prekur percipitazi:

#### **Cila është prirja gjenetike në këtë drejtim?**

Studimet mbi binjake si monozigot, ashtu edhe jo të tillë, kanë treguar trashëgemi të crregullimit depresiv. Kjo trashëgemi nuk transmetohet përmes gjenesave në një rrugë percjellëse të drejtperdrejt, por ka të bëjë me tëper me një perberje gjenetike që krijohet. Me pak fjale nuk egziston një i ashtuquajtur “gjen i depresionit” i cili mund të mirret direkt me rrugë trashëgemie. Depresioni



egziston edhe tek fëmijet dhe adoleshentet. Sipas statistikave, 70% e fëmijeve me depresion kanë të pakten një prind me çrregullim humori. Kjo pjesërisht lidhet me faktin që një prind me humor jo të mirë prodhon dhe krijon një marrëdhënie jo të shëndetshme atashimi (Carvalho, Hopko, 2010).

### **C'thoshte psikoanaliza dikur...**

Frojdi fliste për këto koncepte disa dhjetëvjeçarë më parë dhe theksonte se është me rëndësi të vecante të hetohet marrëdhënia mes agresivitetit dhe instancës psikike, që tu përgjigjet detyrimeve që njeriu ndjen brenda qenies së tij. Në fakt, po të vihet re, sa më tepër njeriu e frenon agresivitetin e tij ndaj botës së jashtme, aq më tepër behet kërkuar apo agresiv ndaj idealit të Unit të vet. Në gjenezën e atij depresioni për të cilin flet Frojdi, i cili duket të jetë edhe jashtë patologjisë, vërehet një ndryshim thelbësor mes depresionit të klasifikuar të shkallëve të rënda sot (që dikur quhej melankoli) dhe trishtimit që pushton qenien njëzore pas një varferimi të mundshëm të mjedisit të jashtëm, ku ai ndërvepron. Kjo është një gjendje e natyrshme që pason humbjen e një objekti-situatë të dashur por që përbën rëndësi në perkushtimin e përgjithshëm të njeriut e si rrjedhim në humorin e tij. Sado keq të përjetohet kjo gjendje do të pasohet nga tentime për përpunim që psikiku do të kryejë nepermjet mekanizmave mbrojtës. Të tilla gjendje lënë padyshim gjurmë tek ne por nëse përpunimi kryhet e përmbillet pas ciklit të tij individual e rrethor, nuk shpëton detyrimisht drejt depresionit. Ndërsa melankolia e famshme e Frojdit ose depresioni i sotëm është kur i semuri vuan për diçka të humbur, vetëm se në këto rast ai nuk është i vetëdijshëm për këto humbje. Dickaja në fjalë nuk ka linjë të qarta por ka të bëjë me një varferim aq të shkajshëm ndjesish për gjithçka që e rrethon individin, sa varferimi i asnjë dickaje në vecanti nuk ka më rëndësi për të, ashtu sikurse nuk ka as pasurimi (Carvalho, Hopko, 2010).

Depresioni shpeshherë ndodh në mënyrë të fshehtë, nuk njihet dhe nuk diagnostikohet. Shumë njerëz ende shpesh e keqkuptojnë apo nuk e vënë re depresionin dhe simptomat e tij. Për shkak të stigmës së vazhdueshme, në jo gjithmonë i dallojmë njerëzit që janë duke u ballafaquar me këtë sëmundje. Akoma më keq, shumë prej tyre nuk diagnostifikohen fare për shkak të supozimeve të gabuara. Veçanërisht kur një person me depresion është i padiagnostifikuar, ai mund të krijojë mënyra për të përballuar problemet e tij, gjë që e mban të fshehtë sëmundjen nga njerëzit përreth. Duhet të ç'mësojmë supozimin se vuajtja është gjithmonë qartazi e dukshme, që të mund t'i kuptojmë më mirë dhe t'i ndihmojmë ata që vuajnë nga një sëmundje e tillë shpesh herë e paidentifikueshme (Carvalho, Hopko, 2010).

### **Ata mund të mos “duken të dëshpëruar”**

Për shkak të stereotipave kulturorë dhe mediatikë, shumica prej nesh kemi supozime të ndryshme rreth sjelljes dhe dukjes së dikujt që vuan nga depresioni. Ne imagjinojmë dikë që rrallëherë del nga dhoma e tyre, që nuk vishet mirë, dhe që duket në gjendje të mjerueshme gjatë tërë kohës, por jo të gjithë njerëzit me depresion sillen njësoj. Të gjithë njerëzit janë, natyrisht, të ndryshëm nga njëri-tjetri, dhe simptomat dhe mënyrat e përballimit të depresionit gjithashtu dallojnë. Shumë janë të aftë të mbajnë një fasadë të shëndetit të mirë mendor që të mbrojnë veten në një kohë kur fatkeqësisht vuajnë nga depresioni (Carvalho, Hopko, 2010).

### **Ata shpesh mund të duken të rraskapitur apo të ankohen se janë gjithmonë të lodhur**

Efekt anësor dominues i depresionit është rraskapitja e vazhdueshme. Jo gjithkush mund të vuajë nga ky çrregullim, por ai është shumë i zakonshëm. Ata që e përjetojnë këtë simptomë e dinë se është një prej efekteve anësore më të vështira për t'u përballuar. Gjithashtu, nëse dikush jeton me depresion të padiagnostifikuar, shkak i lodhjes së tyre mund të jetë enigmatik. Ata mund të bëjnë gjumë të mjaftueshëm çdo natë dhe prapë të zgjohen në mëngjes sikur kanë fjetur vetëm pak orë. Akoma më keq është fakti se ata mund të fajësojnë veten e tyre, duke besuar se faktorët si përtesa apo ndonjë e metë tjetër personale janë shkaktarë të niveleve të ulëta të energjisë së tyre (Carvalho, Hopko, 2010).

### **Ata mund të jenë jashtëzakonisht nervozë**

Sjellja e një personi me depresion mund të interpretohet si melankoli edhe pse nuk është kjo gjë ajo që ata ndiejnë në të vërtetë. Nervozizmi është një simptomë e depresionit që shpesh nuk konsiderohet si e tillë. Kjo duhet të jetë e kuptueshme, sepse depresioni është një problem shëndetësor që nuk mund të “shihet” apo matet në mënyrë strikte, gjë që e bën edhe më të vështirë luftimin e tij (Carvalho, Hopko, 2010).

### **Ata mund ta kenë vështirë t'i përgjigjen dashurisë dhe shqetësimeve që lindin nga ajo**

Depresioni është më shumë pamundësia për të ndier emocione, apo për t'i ndier ato vetëm pjesërisht ose vetëm për një kohë të shkurtër. Varet nga individi, por disa njerëz që vuajnë nga depresioni përshkruajnë se ndihen pothuajse “të mpirë”. Për shkak të kësaj, përgjigjja në mënyrë

të përshtatshme ndaj gjesteve apo fjalëve të dashurisë do të jetë e vështirë për ta (Carvalho, Hopko, 2010).

### **Ata refuzojnë shpesh përfshirjen në aktivitete që dikur i donin**

Me përjashtim të rastit kur shpjegimet e tjera mund të jenë njësoj të mundura, një mungesë jokarakteristike e interesimit në aktivitete përgjatë një periudhe të zgjatur kohore mund të jetë një shenjë që keni depresion. Siç u përmend më lart, depresioni është fizikisht shterues aq sa është edhe mendërisht i tillë, gjë që e vështirëson kënaqjen me gjërat që bëni zakonisht. Aktivitetet që më parë i donit mund të humbin joshjen e tyre në përgjithësi (Carvalho, Hopko, 2010).

### **Ata mund të fitojnë shprehi jonormale të të ushqyerit**

Shprehitë jonormale të të ushqyerit kryesisht fitohen për dy arsye: si mënyrë përballimi, apo si efekt anësor i mungesës së kujdesit për veten. Të ngrënit shumë pak apo më shumë se duhet është një shenjë e zakonshme e depresionit. Ushqimi shpesh mund të jetë i vetmi burim i lumturisë për personat me depresion duke rezultuar në mbingrënie, gjë që i shndërron këta njerëz në objekt talljeje dhe turpërimi. Kur një person me depresion ha shumë pak, kjo zakonisht ndodh sepse depresioni ndikon në oreksin e tyre duke e bërë kështu ushqimin joatraktiv (Carvalho, Hopko, 2010).

## **4.METODOLOGJIA**

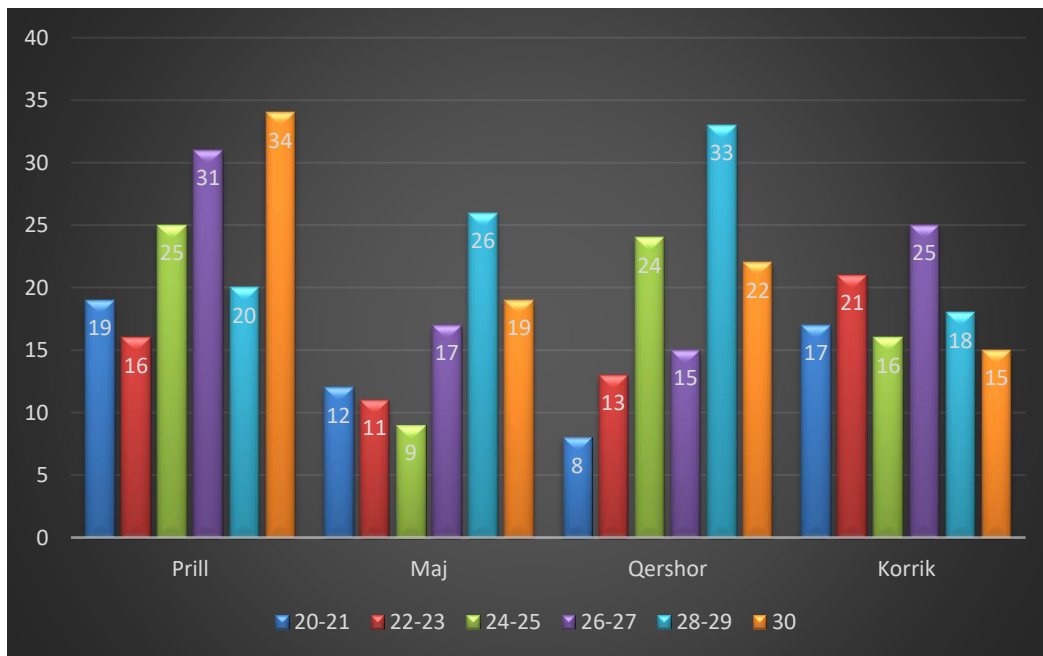
Për përpilimin e këtij punimi janë përdorur të dhëna primare dhe sekondare, në kuandër të këtyre të dhënave hynë të dhënat të cilat i kemi përdorur për të kuptuar aspektin teorik të incidences dhe prevalencës të depresionit te adoleshentët nga mosha 20-30 vjeç. Këto të dhëna janë marrur nga qendra e shendetit mendor në Ferizaj, nga libra të ndryshëm, publikime shkencore, si dhe webfaqe të internetit.

## 5. REZULTATET

Rezultatet e pacienteve me depression nga mosha 20-25, per periudhën Prill – Korrik Ferizaj

| Mosha e pacientit | 20-21 Vjet | 22-23 vjet | 24-25 vjet | 26-27 vjet | 28-29 vjet | 30 vjet |
|-------------------|------------|------------|------------|------------|------------|---------|
| Prill             | 19         | 16         | 25         | 31         | 20         | 34      |
| Maj               | 12         | 11         | 9          | 17         | 26         | 19      |
| Qershor           | 8          | 13         | 24         | 15         | 33         | 22      |
| Korrik            | 17         | 21         | 16         | 25         | 18         | 15      |

**Tabela nr 1. Pacientët me depression nga mosha 20-30 vjeç**



**Grafikoni 1: Pacientët me depression nga mosha 20-30 vjeç**

Nga rezultatet e marrura në qendrën e shëndetit mendor në Ferizaj paraqiten ëkëto rezultate:

Në muajin prill gjithsej janë 145 pacientë, të cilët janë diagnostifikuar dhe trajtuar nga depresioni, në muajin Maj ishin gjithsej 94 pacientë, në muajin Qershor 115 pacientë dhe në muajin Korrik 112 pacientë. Pra gjatë këtij katër mujori u trajtuan gjithsej 466 pacientë të cilët vuajnë nga depresioni.

Nga këto rezultate vërehet kjo se numri i pacientëve të cilët janë duke u trajtuar nga depresioni është shumë i lartë, ky është një fakt për tu shqetësuar sepse ka edhe shumë e shumë qytetarë të tjerë të cilët nuk merren me shëndetin e tyre dhe kalojnë në depression kronik dhe kjo sjell pasoja të rënda.

Nga këto të dhëna shihet kjo se moshat e reja janë më të prekura nga depresioni dhe kjo shkakton ndjenjë të pakënaqësisë dhe indiferencës. Punëtorët shëndetësor janë pyetur se cilat janë shkaqet që të rinjtë bien preh e depresionit, ata theksuan se njëri ndër faktorët kryesor është gjendja emocionale dhe mos menagjimi i saj, por edhe një faktor tjetër është përdorimi i sedativëve pa përshkrim të mjekut, sepse ka raste kur pacientët përdorin sedative të cilët nuk duhet përdorur gjatë depresionit sepse kanë efekte të kundërta dhe kjo ndikon negativisht në procesin e kurimit të depresionit.

Punonjësit e shëndetit mendor theksuan se këto raste trajtohen edhe nga psikologu por edhe nga mjeku psikiatër dhe iu nënshtrohen terapive me sedativë të ndryshëm. Mirëpo shprehën edhe një shqetësim sepse një numër i konsiderueshëm i pacientëve të cilët trajtohen kishin pohuar se kanë përdorur më parë edhe sedative të ndryshëm papërshkrimin e mjekut dhe ky është një faktor negativ i cili ndikon direkt në shëndetin dhe gjendjen emocionale-mendore të pacientëve.

## 6.DISKUTIME DHE PËRFUNDIME

Me depresion kuptohet gjendja e njeriut kur ai kalon një gjendje të vështirë e angështi, vuan për një kohë të gjatë dhe jeta i duket e zymtë. Kur njeriu është i depresionuar ai nuk mund të gjejë kënaqësi në asgjë. Njeriu i depresionuar e ka të vështirë të fillojë një punë dhe ai lodhet shpejt. Marrja e vendimeve është në shumicën e rasteve e vështirë, si dhe përqëndrimi në mësim ose në lexim. Ai që vuan nga depresioni nuk fle mirë. Zgjimi natën është më se i zakonshëm. Nga ana tjetër ai që vuan nga depresioni e ka të vështirë të flejë, ose gjumi mund të jetë i lehtë ose me copa. Ndonjëherë me depresionin lidhet dhe të fjeturit e tepërt. Mungesa e oreksit dhe ulja në peshë kanë të bëjnë me depresionin, ndonëse ndonjëherë i depresionuari mund edhe të ketë oreks të tepruar.

Njeriu i depresionuar është në shumicën e rasteve i nervozuar dhe ai mund ta ketë të vështirë të jetë në shoqërinë e të tjerëve. Edhe akuzat e tepruara kundër vetes janë të zakonshme. Gjithashtu edhe mendimet në lidhje me vdekjen dhe mendimet për vetëvrasje janë të zakonshme për njeriun që vuan nga depresioni. Dhimbje të ndryshme fizike, si dhimbja e kokës, e muskujve, e stomakut e shpinës janë të zakonshme dhe shkakut i tyre nuk gjendet në organizëm.

Depresioni vjen zakonisht në raste kur kemi të bëjmë me ndryshime të mëdha në jetë. Raste kur njeriu humbë njerëz të rëndësishëm të jetës së tij, ose gjëra të rëndësishme jetike, si vendi i punës ose banesa sjellin si rezultat depresionin. Ndonjëherë depresioni vjen dhe në rastet kur njeriut nuk i mjaftojnë energjitë të triumfojë mbi sfida të reja e të mëdhaja. Të tilla sfida mund të jenë, për shembull, shpërngulja në një vend të ri, përshtatja ndaj një kulture të re ose mësimi i gjuhës së re. Disa njerëz depresionohen më lehtë se të tjerët. Kjo mund të jetë, për shembull, pasojë e faktorëve gjenetikë dhe e karakterit të njeriut. Dihet se me depresionin bashkëlidhen ndryshime në aktivitetin e trurit, ndryshime këto që mbarojnë dhe normalizohen kur depresioni kalon.

Njeriu duhet të kërkojë ndihmë në rast se vuan nga depresioni për një kohë të gjatë, dhe në rast se depresioni pengon në aktivitetet e jetës së përditshme. Për depresionin mund të konsultoheni për shembull me motrën medicinale ose mjekun. Është mirë dhe të komunikohet me njerëzit e afërt. Njeriu që vuan nga depresioni akuzon shpeshherë veten për gjendjen e tij dhe kjo shton depresionin. Si fillim, shpeshherë është mirë që të qetësohesh dhe t'i japësh kohë vetes të shërohesh. Në të shumtën e rasteve kur je i depresionuar është e vështirë të zgjidhësh probleme të mëdha dhe nëse është e mundur është mirë që zgjidhjen e tyre ta shtysh për më vonë. Shërimi nga

depressioni do kohë dhe zakonisht zgjat me javë të tëra, ndonjëherë edhe muaj. Në bashkëbisedimet me personin kujdestar mundohet të sqarohet dhe qetësohet situata. Shumë herë diskutimi për problemet dhe vështirësitë është lehtësues, ndonëse zgjidhjet mbase nuk gjenden menjëherë. Më vonë pasi të jetë qetësuar situata ka mundësi të bisedohet më detajisht për shkaktarët e stresit e humbjet në jetë, si dhe të mendohet për mënyra dhe alternativa të tejkalimit të situatës. Në saj të bashkëbisedimeve mundësohen këndvështrime të ndryshme të reja mbi problemet e jetës, mbi sjelljen, mendimet e vetë personit, si dhe mbi marrëdhëniet me të tjerët. Qëllimi është që personi të rigjejë forcat në vetvete. Trajtimi me ilaçe përshpejton shërimin nga depressioni. Ilaçet që përdoren për depression janë pa rrezik dhe nuk shkaktojnë varësi. Efekti i ilaceve ndaj gjendjes së përgjithshme dhe simptomave shihet zakonisht pas 2-4 javësh që prej fillimit të kurimit. Trajtimi me ilace duhet vazhduar edhe pas shërimit sepse simptomat shfaqen sërish me lehtësi pas ndërprerjes së ilaceve. Trajtimi me ilaçe zgjat zakonisht ½-1 vit dhe gjatë kësaj kohe ilaçet duhen përdorur rregullisht çdo ditë. Për përfundimin e ilaceve duhet të këshilloheni me mjekun. Në fillim të përdorimit të ilaceve mund të shfaqen edhe efekte anësore. Zakonisht efektet anësore mund të jenë ndjenja e të vjellit, dhimbje koke, rritja e djersitjes, dhimbje stomaku dhe lodhje. Zakonisht efektet anësore janë të lehta dhe kalojnë brenda disa ditëve kur organizmi mësohet me ilaçet. Për efektet anësore të ndryshme duhet të këshilloheni me mjekun kurues. Përveç ilaceve të depressionit ndonjëherë mund të jetë e nevojshme të përdoren dhe ilaçe gjumi ose ilaçe që ulin angëstinië.



## 7.REFERENCAT

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4rd ed. TR. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2000.

Barrett JE, Barrett JA, Oxman TE, Gerber PD. *The prevalence of psychiatric disorders in a primary care practice*. Arch Gen Psychiatry 1988; 45:1100-6.

Blacker CVR, Clare AW. *The prevalence and treatment of depression in general practice*. Psychopharmacology 1988; 95:514-7.

Depression Guideline Panel. *Depression in primary care: detection, diagnosis, and treatment*. Technical report. Number 5. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service; forthcoming.

Epidemiologic Catchment Area (ECA) study of The National Institute of Mental Health (NIMH).

Feldman E, Mayou R, Hawton K, Ardern M, Smith EBO. *Psychiatric disorder in medical inpatients*. Q J Med 1987; 63:405-12.

Kaplan H, Sadock B,: *Comprehensive textbook of Psychiatry*, VI, Williams & Wilkins; 1995.

Radloff LS. The CES-D scale: *a self-report depression scale for research in the general population*. Appl Psychol Measurement 1977; 1:385-401

Regier DA: *ECA contributions to national policy and further research*. Int J Methods Psychiatry Res 4:73,1994

Burnam MA, Wells KB, Leake B, Landsverk J. *Development of a brief screening instrument for detecting depressive disorders*. Med Care 1988; 26:775- 89.

Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al *The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R)*. JAMA. 2003; 289: 3095-3105.

Gerber PD, Barrett JE, Barrett JA, et al. *The relationship of presenting physical complaints to depressive symptoms in primary care patients*. J Gen Intern Med. 1992;7:170-173.

Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, et al. *Physical symptoms in primary care. Predictors of psychiatric disorders and functional impairment*. Arch Fam Med. 1994; 3: 774-779.

Randloff LS: *The Use of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale in Adolescents and Young Adults*. Journal of Youth and Adolescence, 20(2), 149-166.

Hann D, Winter K, Jacobsen P. *Measurement of depressive symptoms in cancer patients: evaluation of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D)*. J Psychosom Res. 1999 May;46(5):437-43.

Carpenter JS, Andrykowski MA, Wilson J, Hall LA, Rayens MK, Sachs B, Cunningham LL. *Psychometrics for two short forms of the Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale*. Issues Ment Health Nurs. 1998 SepOct;19(5):481-94.

Cho MJ, Kim KH. *Use of the Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D) Scale in Korea*. J Nerv Ment Dis. 1998 May;186(5):304-10.

Demirchyan A, Petrosyan V, Thompson ME. *Psychometric value of the Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D) scale for screening of depressive symptoms in Armenian population*. J Affect Disord. 2011

Chabrol H, Montovany A, Chouicha K, Duconge E. *[Study of the CES-D on a sample of 1,953 adolescent students]*. Encephale. 2002 Sep-Oct;28(5 Pt 1):429-32. French.

Covic T, Pallant JF, Tennant A, Cox S, Emery P, Conaghan PG. *Variability in depression prevalence in early rheumatoid arthritis: a comparison of the CES-D and HAD-D Scales*. BMC Musculoskelet Disord. 2009

Turvey CL, Wallace RB, Herzog R. *A revised CES-D measure of depressive symptoms and a DSM-based measure of major depressive episodes in the elderly*. Int Psychogeriatr. 1999 Jun;11(2):139-48.

Sheehan TJ, Fifield J, Reisine S, Tennen H. *The measurement structure of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*. J Pers Assess. 1995 Jun; 64(3):507-21.