

University for Business and Technology in Kosovo

UBT Knowledge Center

Theses and Dissertations

Student Work

Spring 4-2021

DEPRESIONI TEK TË RRITURIT, SHKAQET DHE ROLI I INFERMIERES

Evlijana Alidema

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

Alidema, Evlijana, "DEPRESIONI TEK TË RRITURIT, SHKAQET DHE ROLI I INFERMIERES" (2021). *Theses and Dissertations*. 2642.

<https://knowledgecenter.ubt-uni.net/etd/2642>

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.



Kolegji UBT

Fakulteti Infermierisë

**DEPRESIONI TEK TË RRITURIT, SHKAQET DHE ROLI I
INFERMIERES**

Shkalla Bachelor

Evlijana Alidema

Prill 2021, Ferizaj



Kolegji UBT

Fakulteti Infermierisë

Punim Diplome

Viti akademik 2017/2020

Evlijana Alidema

DEPRESIONI TEK TË RRITURIT, SHKAQET DHE ROLI I INFERMIERES

Mentor: MSc. Abdullah GRUDA, PhD cand.

Prill, 2021

Pill, 2021 Ky punim është përpiluar dhe dorëzuar në përmbushjen e kërkesave të pjesshme për Shkallën Bachelor

ABSTRAKT

Hyrja: Depresioni përkufizohet si gjendje e shëndetit mendor që karakterizohet nga katër ose më shumë simptome, si ndryshimet në disponim, oreks, gjumë, anhedoni, letargji, ndjenja e fajit dhe vetëbesimit të ulët, vështirësi në përqëndrim, agjitacion dhe ide për vetëvrasje. Në mesin e çrregullimeve psikiatrike depresioni është një sëmundje me një frekuencë të lartë në mbarë botën dhe paramendohet të jetë shkak i dytë i sëmundshmërisë në dekadat e ardhshme.

Qëllimi i punimit: Qëllimi i punimit ishte identifikimi i shkaktarëve të depresionit tek të moshuarit dhe roli i infermierëve gjatë punës me personat me depresion.

Materiali dhe metodologjia: Metodologjia e këtij punimi paraqet hulumtim literature nga punimet e publikuara në revistat shkencore në fushën e infermierisë..

Rezultatet: Në nivelin global, mesatarja e zhvillimit të depresionit është 27 vjeç (18-64 vjeç). Kështu, 40% e përjetojnë episodin e parë të depresionit nën moshën 20 vjeçare, 50% ndërmjet moshave 20-50 vjeç dhe pjesa e mbetur 10% kur mbushin më shumë se 50 vjet. Ndërsa 30% e të gjithë pacientëve me çrregullime depresive do të përmirësohen apo tek ta depresioni do të mbetet si sëmundje kronike. Pothuajse një në pesë njerëz do të përjetojnë në jetën e tyre të paktën një episod të depresionit. Sa i përket bashkësëmundshmërisë pacientët me anginë të paqëndrueshme kanë tri herë rrezik më të lartë për të vdekur nga sulmi në zemër nëse vuajnë nga depresioni.

Konkluzione dhe rekomandime: Komuniteti duhet të jetë plotësisht i vetëdijshëm për efektet e dëmshme të depresionit për planifikimin e aktiviteteve të ndryshme në lidhje me kujdesin shëndetësor të nevojshëm për personat me çrregullime depresive. Për të siguruar një komunitet të shëndetshëm duhet të zbatohet një sistem gjithëpërfshirës i shëndetit mendor brenda vetë komunitetit. Të ndërtohen strategji efektive të reagimit ndaj problemeve të shëndetit mendor në komunitet. Është po aq e rëndësishme për të siguruar që pjesëtarët e komunitetit të zhvillojnë mbështetje pozitive të shëndetit mendor.

Fjalët kyqe: të rriturit, depresioni, shkaqet, roli, infermier, kujdesi.

MIRËNJOHJE/FALËNDERIME

E falënderoj Zotin që më dha shëndet, forcë, aftësi fizike dhe mendore që sot ta gëzoj këtë ditë të rëndësishme për mua.

Falënderoj familjen time që është gjithmonë burim i energjisë sime dhe që më përkrahu vazhdimisht.

Një falenderim i veçantë është për burrin tim, që më përkrahu vazhdimisht gjatë ngritjes time profesionale.

Falënderoj edhe shoqërinë për çastet e lumtura që i kaluam së bashku.

Një falenderim i veçantë për ndihmën dhe mbështetjen gjatë punimit të kësaj teme të diplomës i takon mentorit shumë të respektuar profesorit Abdullah GRUDA.

Falënderoj përzemërsisht të gjithë!

Dedikuar familjes time!

PËRMBAJTJA

Abstrakt.....	1
Mirënjohje/falënderime.....	2
1. HYRJE.....	4
2. SHQYRTIMI I LITERATURËS.....	5
3. DEKLARIMI I PROBLEMIT.....	9
3.1. Qëllimi i punimi.....	9
3.2. Pyetjet kërkimore.....	9
4. METODOLOGJIA.....	10
5. PREZANTIMI DHE ANALIZA E REZULTATEVE.....	11
5.1. Shkaktarët e depresionit.....	13
5.2. Simptomat e depresionit.....	13
5.3. Trajtimi i depresionit.....	14
5.3.1. Konsultimi profesional.....	15
5.3.2. Psikoterapia.....	15
5.3.3. Medikamentet.....	15
5. KONKLUZIONE DHE REKOMANDIME.....	16
6. REFERENCA.....	18

1. HYRJE

Sipas Manualit diagnostik dhe statistikor për çrregullimet mendore, edicioni i 5-të (DSM-5) depresioni përkufizohet si gjendje e shëndetit mendor që karakterizohet nga katër ose më shumë simptome, si ndryshimet në disponim, oreks, gjumë, anhedoni, letargji, ndjenja e fajit dhe vetëbesimit të ulët, vështirësi në përqëndrim, agjitacion dhe ide për vetëvrasje (American Psychiatric Association, 2014).

Në mesin e çrregullimeve psikiatrike depresioni është një sëmundje me një frekuencë të lartë në mbarë botën dhe paramendohet të jetë shkaku i dytë i sëmundshmërisë në dekadat e ardhshme (Teston, Carreira, & Marcon, 2014; Bretanha, Facchini, Nunes, Munhoz, Tomasi, & Thumé, 2015; Bächle, Lange, Stahl-Pehe, Castillo, Scheuing, Holl, ... & Rosenbauer, 2015).

Pasi që depresioni është një sëmundje shumëfaktoriale, ai mund të kontribuojë në rritjen e ndjeshmërisë për sëmundje tjera që ndikojnë në aftësitë funksionale të të moshuarit. Një studim që analizoi lidhjen në mes të depresionit dhe sëmundjeve kronike tregoi se prevalenca e depresionit është 1.44 herë më e madhe te të moshuarit me një sëmundje kronike dhe 2.25 herë më e madhe te të moshuarit me dy sëmundje kronike, në krahasim me personat që nuk kanë asnjë sëmundje kronike (Boing, et al., 2012). Disa studimeve kanë shprehur shqetësimin për rritjen e simptomeve depressive me rrezik për sëmundshmëri dhe vdekshmëri që zakonisht ndodhin tek të moshuarit (Barata, & Diniz, 2014).

Studimi i depresionit është i rëndësishëm edhe për faktin se depresioni tek të rriturit vjen në bashkësëmundshmëri me sëmundjet tjera neurologjike, psikiatrike dhe sëmundjet fizike (p.sh., përhapja e depresionit në pacientët me sëmundjen Alzheimer është 30% deri 50%, dhe te 35% e pacientëve me depresion Parkinsoni është klinikisht i pranishëm edhe pse vetëm 1% e këtyre pacientëve ankohen për simptoma depressive. Depresioni shpesh mbetet një sëmundje e padiagnostikuar dhe e patrajtuar tek të moshuarit gjë që kontribuon në mitin se depresioni është një ndryshim natyror kronik që moshën e sjell. Sipas disa të dhënave, gjashtë milionë amerikanë mbi moshën 65 vjeçare vuajnë nga depresioni, por vetëm 10% e tyre trajtohen rregullisht (Potter, & Steffens, 2007).

2. SHQYRTIMI I LITERATURËS

Hulumtimet e fundit theksojnë rëndësinë e sqarimit të lidhjes parashikuese mes simptomave depressive dhe paaftësisë funksionale. Kështu simptomat e zakonshme të cilat shpesh injorohen si ndryshimet e disponimit, të gjumit dhe oreksit dhe që vazhdojnë të qëndrojnë dy deri në tre javë bëhen të rëndësishme. Këto simptome edhe pse e karakterizojnë depresionin madhor nuk do të thotë se japin diagnozë përfundimtare por shërbejnë si tregues për të shmangur një prognozë të pafavorshme të sëmundjes (Teston, et al., 2014; Sung, Low, Fung, & Chan, 2013).

Depresioni jo vetëm që përkeqëson sëmundshmërinë por në mënyrë të konsiderueshme ndikon në shkallën e vdekshmërisë së njerëzve të cilët janë duke vuajtur, sidomos në drejtim të rritjes së rrezikut për vetëvrasje (vetëvrasja te të moshuarit është dy herë më e lartë se në moshë të re), ndikon edhe në rritje të sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë më shumë sesa sëmundjet tjera fizike. Prognoza e depresionit tek të moshuarit është e pafavorshme. Sipas një meta-analize, pas dy viteve me diagnozën e sëmundjes 1/3 e të moshuarve ndjehen mirë, 1/3 janë ende në depresion dhe 1/3 vdesin (Cole, & Dendukuri, 2003).

Shumë ndryshime në jetën e të moshuarve mund të rrisin rrezikun për depresion ose të përkeqësojnë çrregullimet depressive ekzistuese të tilla si vendosja e tyre në shtëpinë për të moshuarit, dalja në pension, sëmundjet kronike ose dhimbja, braktisja nga fëmijët, vdekjen e një personi të afërt ose bashkëshortit, humbja e pavarësisë. Rreziqe për depresion te të moshuarit janë: gjinia femërore, shëndeti i dobët, humbja e pavarësisë dhe mungesa e përkrahjes dhe ndihmës adekuate nga njerëzit e afërt ose moskujdesit nga shteti. Ka dëshmi të pjesshme se rreziku për depresion te të moshuarit rritet edhe nga vetmia, historia pozitive e familjes në kuptimin e ekzistencës së anëtarëve të ngushtë të familjes që vuajnë nga faktorët e rrezikut të depresionit (Blazer, 2003).

Gjithashtu janë të rëndësishme mekanizmat e përballimit të të moshuarve me rrethana të vështira kronike (p.sh., humbja e lëvizshmërisë, zvogëlimi i të ardhurave financiare) dhe pranimi i ndryshimeve dhe përballimi me një ngjarje të papritur stresuese (p.sh., humbja e njërit bashkëshort). Në rast të situatave që kanë të bëjnë me ngjarje të vështira akute ose kronike një rol të rëndësishëm luajnë karakteristikat psikologjike si për shembull tiparet e personalitetit, ambivalencës, vetëvlerësim të ulët dhe pasiguri, të cilat rrisin rrezikun e reaksioneve depressive.

Është dëshmuar gjithashtu se pavarësisht kulturave të ndryshme, ngjarjet pozitive, të tilla si lindja e një djali apo nipi, mund të jenë faktor mbrojtës në paraqitjen e depresionit tek të moshuarit (Blazer, & Hybels, 2005).

Assesi nuk duhet të vlerësojmë se vetëm 8% e të moshuarve kanë depresion, sepse kjo kategori e personave madje edhe gjatë ditës ndjehen të depresionuar për një numër arsyesh. Ky depresion është fiziologjik dhe njerëzit e tillë nuk do të vuajnë nga depresioni, për shkak se ai është vetëm një nga ndjenjat që të moshuarit përjetojnë gjatë ditës apo javës. Njerëz të tillë janë në gjendje të funksionojnë normalisht, pavarësisht ndjenjave të tyre dhe janë në gjendje për të gjetur gëzim në ngjarje të tjera gjatë ditës. Për këtë arsye ata kanë kapacitet për të provuar edhe pozitiven edhe negativen për veten e tyre dhe për të prodhuar përgjigje të përshtatshme, dhe për njërën dhe për tjetrën. Gjendja e tyre e përditshme luhetet pak a shumë rreth disa konstanteve të cilat, varësisht prej rrethanave dhe karakteristikave individuale mund të jenë të larta ose të ulëta (National Institute of Mental Health, 2012).

Të rriturit që vuajnë nga depresioni nuk janë në gjendje për të parë gjëra pozitive për veten e tyre. Më saktësisht, ata i shohin, por nuk mund të gëzojnë ato, pasi këta individë krijojnë ndjenjën e fajit dhe të pavlefshmërisë. Kur kemi të bëjmë me të mësuarit me depresion duhet të konsiderohet se kjo është një sëmundje dhe se këta persona nuk janë në gjendje për të hetuar në mënyrë adekuate rrethin e tyre, por kanë një ndjeshmëri të rritur ndaj stimujve negativ. Ajo që ne duhet të bëjmë është që të jemi në dispozicion për ta, për të shkuar në shëtitje me ta, të dëgjojmë ata kur vendosin të flasim. Është shumë e rëndësishme për të dëgjuar atë që njerëzit kanë për të thënë. Në shumë raste, të moshuarit nuk hasin në mbështetjen e duhur në shtëpi. Shumë familje të tyre mohojnë vështirësitë e statusit të tyre si një dobësi dhe / ose turp. Në qoftë se kjo rezulton se personi për shkak të një ndryshimi në sjellje ka vështirësi në funksionimin e përditshëm, veçanërisht në qoftë se shpesh përmendin vetëvrasjen, është e këshillueshme për të bindur atë për të raportuar te një mjek ose te një psikiatër specialist. Duke kërkuar ndihmë mjekësore është jetike në trajtimin e depresionit, sepse 80% e rasteve mund të shërohen, nëse sëmundja është zbuluar me kohë. Në të kundërt, vetëm pak më pak se 10% e rasteve shërohen në mënyrë spontane. Përveç këshilla dhe fjalë inkurajuese, për të moshuarit është ndihmë e madhe për të shkuar me ta në vizitën e parë te mjeku. Ata duhet të inkurajohen për të filluar trajtimin, të zhvillojnë një pikëpamje më realiste dhe

pozitive për botën, marrëdhënie më të mira ndërpersonale (McGirr, Berlim, Bond, Fleck, Yatham, & Lam, 2015).

Kjo mund të arrihet me vendosjen e disa detyrave të vogla realiste që të moshuarit mund të arrijë dhe kështu ngadalë të zhvillojnë një ndjenjë të arritjeve dhe vlerave personale. Gradualisht, të moshuarit duhet përsëri të bashkohen në një shoqëri, në të cilën edhe një herë mund të ndjehen rehat. Është e rëndësishme për të ndihmuar ata për të gjetur kohë për t'u çlodhur dhe për ushtrime, për shkak se të dyjat kanë një efekt pozitiv në tru dhe shqetësime të ndryshme. Në asnjë mënyrë nuk duhet të lejojë një të moshuar të jetë i izoluar nga pjesa tjetër e botës, por a ka nevojë për të mbjellur shpresë në suksesin e trajtimit dhe të shpjegojnë se atij nuk do të vijë papritmas, por gradualisht dhe ajo së pari do të fillojë si duhet të hanë dhe të flenë. Është e nevojshme për të diskutuar me personin në lidhje me sëmundjen e tij/saj për të kuptuar më mirë dhe ndoshta për të vënë re disa modele anormale në sjelljen e tij (Feigelman, & Feigelman, 2011).

Rëndësia e të gjeturave të punimit Feigelman, et al., (2011) qëndron në faktin se me zgjatjen e jetës ka ndryshuar qëndrimin dhe tani të moshuarit duhet të trajtohen jo vetëm për sëmundjen fizike, por edhe për simptomat mendore, të tilla si depresioni dhe ankthi. Pa marrë parasysh se çfarë moshe ndodh - depresioni është një sëmundje që duhet të zbulohet dhe të trajtohet. Është treguar se diagnostikimi me kohë dhe trajtimi i depresionit tek të moshuarit përmirëson ndjeshëm cilësinë e jetës së tyre dhe zvogëlon rrezikun e vetëvrasjes.

Nëse këto simptoma dominojnë, pasqyra klinike e depresionit tek të moshuarit do të jetë e veçantë. Kështu që personi me pasqyrë klinike të pseudemencës në krahasim me personat me demencë, ka dëmtime të funksioneve kognitive për të cilat di se kur kanë filluar, është në dijeni të vështirësive në kujtesë, pa dëshirë merr pjesë në testimin e funksionit njohës dhe për shumicën e pyetjeve përgjigjet me „nuk e di.“ Trajtimi me barna kundër depresionit pjesërisht përmirëson funksionin njohës te këta pacientë (8). Episode të depresionit i paraprijnë fillimit të demencës, shpeshherë vaskulare, por edhe sëmundje tjera neurologjike si sëmundja e Parkinsonit. Kjo tregon nevojën për monitorimin neurologjike dhe psikiatrike tek të moshuarit në të cilin depresioni ndodh për shkak të rritjes së rrezikut të zhvillimit të sëmundjeve të tjera.

Depresioni mund të ndodh në bashksëmundshmëri me sëmundje të tjera, të tilla si sëmundja e gjëndrës tiroide, sëmundjen e Parkinsonit, sëmundjet kardiovaskulare (hipertensioni, fibrilacioni

atrial), kanceri, diabeti, thyerjet e kukës, sëmundja pulmonare obstruktive kronike, iktusi cerebrovaskular, sëmundjes Alzheimer. Pasi mbi 80% e njerëzve mbi 65 vjeç kanë një sëmundje kronike, dhe 20% e njerëzve mbi 75 vjeç vuajnë nga diabeti, bashksëmundshmëria (psikiatrike ose fizike) është rregull dhe jo përjashtim te të moshuarit. Shumë shpesh, duke zëvendësuar simptomat e depresionit dhe sëmundjeve të tjera fizike, veçanërisht që të kontribuojë në simptomat e depresionit, të tilla si ndjenja e lodhjes dhe dobësi e përgjithshme. Përveç kësaj, disa barëra që njerëzit e moshuar shpesh i përdorin (digitalis, beta-blokatërët, antihipertensivët, kortikosteroidet, fenobarbitoni, benzodiazepinat, antipsikotikët në përdorim kronik, hormonet, statinat, interferoni-A, sulfonamidet, metronidazoli, levodopa, ciprofloksacina) mund të kontribuojnë në paraqitjen e simptomave të depresionit (Blazer, 2003).

3. DEKLARIMI I PROBLEMIT

Depresioni është problem madhor i shëndetit publik. Parashikimet e Organizatës Botërore të Shëndetësisë (WHO, 2010), depresionin e renditin në vendin e dytë prej të gjitha sëmundjeve, menjëhere pas sëmundjeve ishemike të zemrës deri në vitin 2020.

Verboom, Sijtsema, Verhulst, Penninx dhe Ormel (2013) në hulumtimin e tyre zbuluan se nivelet më të larta të depresionit ishin të ndërlidhura me perceptimin e uljes së mirëqenies sociale dhe problemet sociale në rritje. Depresioni është një problem emocional ku mungesa e shpresës dhe pafuqisë janë dy nga shkaqet kryesore të tij. Depresioni është një problem i përhapur pothuajse në të gjitha moshat në mesin e nxënësve, studentëve, të rriturve dhe të moshaurve në të gjithë botën dhe kjo ndikon në uljen e aftësisë e tyre për të kryer aktivitete të jetës së përditshme (NIMH, 2012).

3.1. Qëllimi i punimi

Qëllimi i punimit ishte identifikimi i shkaktarëve të depresionit tek të moshuarit dhe roli i infermierëve gjatë punës me personat me çrregullime depressive.

3.2. Pyetjet kërkimore

- Cilët janë shkaktarët e depresionit, simptomat dhe format e trajtimit tek të rriturit të identifikuar nga rishikimi i literaturës?
- Cili është roli i infermierëve gjatë kujdesit për personat e rritur me çrregullime depressive?

4. METODOLOGJIA

Gjatë hulumtimi të depresionit tek të rriturit, identifikimit të shkaqeve dhe rolit të infermierëve gjatë kujdesit për këta persona është përdorur metodologjia e rishikimit të literaturës.

Në bazat e të dhënave shkencore si në Google scholar dhe PubMed janë kërkuar punime shkencore përmes fjalëve kyçe në gjuhën shqipe dhe angleze: të rriturit (*adults*), depresioni (*depression*), shkaqet (*causes*), roli (*role*), infermierët (*nurses*) dhe kujdesi (*care*).

Shumica e literaturës shkencore ishte e publikuar në gjuhën angleze gjatë 10 viteve të fundit.

5. PREZANTIMI DHE ANALIZA E REZULTATEVE

Depresioni është aq i vjetër sa edhe vetë njerëzimi dhe është një nga sëmundjet më të vjetra të përshkruara deri më sot. Emri i depresionit vjen nga fjala latine *depressum* që do të thotë „dëshprim”. Depresioni mund të fillojë në një moshë të re dhe karakterizohet nga një numër i madh i simptomave me çrregullime të lehta deri te ato më të rënda (Lovretič, & Mihaljevič-Peles, 2013). Depresioni është përshkruar si „një gjendje e ulët dhe dëshpëruese në të cilin jeta duket e errët dhe sfidat e saj janë shumë të mëdha” (Comer, 2008), si „problem serioz shëndetësor që mund të prekë njerëzit e të gjitha moshave „një humbje e aftësisë për të përjetuar kënaqësi në pothuajse të gjitha aktivitetet” dhe një çrregullim që „ndikon te personi të ndryshojë mënyrën se si ndjehet, mendon dhe vepron”. Këto tregojnë se depresioni është një gjendje që duhet marrë seriozisht (Cash, 2003).

Depresioni përkufizohet si çrregullim psikiatrik dhe sëmundje e zakonshme mendore në shekullin e kaluar i njohur si ftohje psikiatrike. Depresioni ka efekte negative në sjelljet tona si humbja e interesimit, produktivitetit dhe kontaktit social. Në Amerikë, vetëvrasja suicidale është shkaktari i 11-të i vdekjeve që ndodhin përafërsisht çdo 16 minuta dhe pothuajse tek të gjithë personat që kryejnë vetëvrasje janë diagnostikuar me çrregullime psikiatrike (Feigelman, et al., 2011).

Në nivelin global, mesatarja e zhvillimit të depresionit është 27 vjeç (18-64 vjeç). Kështu, 40% e përjetojnë episodin e parë të depresionit nën moshën 20 vjeçare, 50% ndërmjet moshave 20-50 vjeç dhe pjesa e mbetur 10% kur mbushin më shumë se 50 vjet. Te gjithë pacientët me çrregullime depressive (30%) do të përmirësohen apo depresioni do të mbetet si sëmundje kronike. Pothuajse një në pesë njerëz do të përjetojnë në jetën e tyre të paktën një episod të depresionit. Për çdo vit gjithnjë e më shumë njerëz janë duke u trajtuar për depresion, në mesin e tyre është një numër i të rinjëve me depresion (Jiang, et al., 2014).

Kur nga njerëzit në depresion dhe te jodepresivët është kërkuar të kujtojnë rastet më të lumtura, njerëzit jodepresivë mbushen me gëzim. Por njerëzit e dëshpëruar ndjehen edhe më keq, sikur kujtimi i lumtur i bën ata të ndiejnë se kurrë nuk do të jenë të lumtur përsëri (Joormann, Siemer, & Gotlib, 2007). Njerëzit depresiv shfaqin një stil më negativ sesa ata jodepresiv. Depresioni lidhet me një mënyrë negative, pesimiste të shpjegimit dhe interpretimit të mospjesëmërisë. Emocionet negative të shkaktuara nga stresi mund të kenë efekte të ndryshme në shëndet. Kjo ndodh sidomos te njerëzit në depresion ose te njerëzit e prirur nga zemërimi. Ne bëhemi më miqësor, proceset tona

të mendimit të hapur, kur ne ndihemi të lumtur, ne duam të afrojmë të tjerët dhe të jemi të dobishëm për të tjerët (De Dreu, Baas, & Nijstad, 2008).

Simptome të depresionit madhor u gjetën në një anketë të komunitetit, te më shumë se 8,000 njerëz përfshirë simptome identike të çrregullimeve mendore, shpenzime financiare të tmerrshme, dështim në punë dhe humbje të statusit shoqëror. Kur gjendja e personit ndryshon nga depresioni në mani kjo mund të shoqërohet me çrregullime bipolare, në të cilën personi mbushet me shumë energji dhe ai mund të bëjë gjithçka që dëshiron të bëjë (Jiang, Qin, & Yang, 2014).

Normat e përhapjes ndryshojnë shumë, 13% e femrave dhe 5% e meshkujve përjetojnë depresion gjatë jetës së tyre (Hasin, Goodwin, Stinson, & Grant, 2005). Femrat përjetojnë depresion më shpesh se meshkujt. Kjo mospërputhje mes normave të depresionit te meshkujt dhe femrat është vërejtur si e pavarur nga raca, etnia, klasa sociale dhe vendbanimi (Üstün, Ayuso-Mateos, Chatterji, Mathers, & Murray, 2004). Është e mundur që hormonet femërore mund të marrin pjesë në humor përmes disa mekanizmave aktualisht të panjohur.

Çrregullimet e disponimit mund të shoqërohen me ndryshime hormonale te femrat, duke përfshirë depresionin e paslindjes dhe ndryshimet e disponimit që shoqërojnë menopauzën (Rapkin, Mikacich, Moatakef-Imani, & Rasgon, 2002). Se a do të ketë nivele të ndryshme të depresionit nga i lehtë, i moderuar deri te i rëndë, varet nga shtrirja dhe niveli i dëmtimit funksional dhe / ose ndikimit të aftësisë së kufizuar të simptomave dhe kjo do të përcaktojë se çfarë niveli të trajtimit do të nevojitet.

Çdo ditë dëgjojmë të flitet për sëmundjet depressive, çdo ditë e më tepër shohim prezencën e depresionit te të gjitha moshat, e sidomos te të rriturit, nga fakti se ata përballen me probleme të ndryshme, dhe bëhen depresiv. Depresioni është çrregullim psikik, në të cilin ndryshimet themelore psikopatologjike shfaqen në disponimin, për këtë arsye depresioni i takon çrregullimit të disponimit. Niveli dhe shkalla e prekjes së tyre nga depresioni varet nga cilësitë e karakterit. Ata të cilët ndihen të paaftë për të realizuar nevojat, kërkesat dhe detyrat e tyre, të paimteruesuar për familjen, dhe që sundohen nga mendimet negative, kanë shfaqje tipike depressive (Price, Choi, & Vinokur, 2002).

5.1. Shkaktarët e depresionit

Sipas Manualit diagnostik dhe statistikor për çrregullimet mendore (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th - DSM-IV-TR), një çrregullim i depresionit madhor paraqitet pa një histori të episodeve maniake, të përziara, apo hipomanike. Një episod i depresionit madhor duhet të zgjasë të paktën 2 javë dhe zakonisht një person me një diagnozë të episodit të depresionit madhor po ashtu përjeton të paktën katër simptoma nga një listë e cila përfshinë ndryshimet e oreksit dhe peshës, ndryshimet e gjumit dhe aktiviteteve, mungesën e energjisë, ndjenjën e fajit, problemet me të menduar dhe marrjen e vendimeve, si dhe mendimet e përsëritshme rreth vdekjes apo vetëvrasjes (WHO, 2010).

Shkaqet e depresionit në shumicën e rasteve mbesin të pasqaruara. Edhe pse janë zbuluar manifestimet e shumta të depresionit, si në fiziologjinë e neurotransmiterëve, ashtu edhe në vetë arkitekturën dhe numrin e qendrave të trurit, baza e vërtetë e proceseve të tilla patologjike nuk është caktuar. Për këtë është përgjegjës fakti se depresioni te personat e ndryshëm shprehet në mënyra të ndryshme. Si sëmundje mendore, defekti primar i depresionit patjetër duhet të jetë në tru. Hulumtimet e deritanishme si të „depresionit molekularo biologjikë“ udhëzojnë në egzistimin e rrjeteve të ndryshuara neurotike, të cilat në trurin e të sëmurëve nga depresioni krijojnë perceptim joreal (Stuart-Parrigon, & Stuart, 2014). Artsyeja e krijimit të rrathëve të tillë neuronikë ende nuk është zbuluar, por deri tani janë zbuluar disa shkaktarë, si p.sh. përdorimi i drogave, të cilat te personat e shëndoshë shkaktojnë ndryshimin e disponimit me pasoja të zhvillimit të depresionit. Depresioni është sëmundje multifaktoriale, te disa shkaku është gjenetik, tek të tjerët rrethi shoqërorë, e në disa raste nuk dihet shkaktari i vërtetë, ose janë disa faktorë të kombinuar (Krishnan, & Nestler, 2008).

5.2. Simptomat e depresionit

Depresioni mund të shfaq simptoma të shumta dhe që në ndryshim nga njëra-tjetra mund të eliminohen me vështirësi. Ankesat tipike tregojnë një ndryshim individual të konsiderueshëm. Sipas kritereve të Organizatës Botërore të Shëndetësisë (ICD-10) dhe DSM IV (engl. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Four Edition) një episod depresiv identifikohet nëpërmjet një mërzie të trishtueshme për një periudhë kohore të paktën prej dy javësh. Kjo shoqërohet me një humbje të aftësisë për tu gëzuar, për të lëvizur, të interesave, si dhe me humbje

të aftësisë së përqendrimit, dhe të aftësive të përgjithshme. Përveç këtyre shfaqen gjithashtu edhe simptome fizike karakteristike, si për shembull; çrregullimi i gjumit, humbja e oreksit dhe e peshës, si dhe një kufizim mendor në një situatë që gjendet gjithmonë pa rrugëdalje. Kjo gjë mund të shpiej deri në shfaqjen e mendimeve suicidale apo vdekjes dhe deri në qëllimet konkrete të vetëvrasjes. Procesi i të menduarit ngadalësohet dhe kryesisht vërtitet rreth një teme të vetme, zakonisht rreth temës se sa i sëmurë ndihet personi, sa e zymtë është situata aktuale dhe sa e pashpresë duket edhe e ardhmja (Lovretič, et al., 2013).

DSM V episodin depresiv e përshkruan si gjendje që zgjatë dy javë pandërprerë dhe karakterizohet me humbje të interesit për aktivitete të përditshme të cilat deri atëherë i kanë ofruar kënaqësi. Depresionin e përshkruajnë edhe disa simptome më pak ose më shumë specifike. Gjatë episodeve depresive, njeriu do të duhej të përjetoj të paktën pesë prej simptomeve të shënuara në vijim (Stuart-Parrigon, et al., 2014):

- Pikëllimi dhe trishtimi shumicën e ditëve ose i përditshëm, pavarësisht a e paraqet vetë personi apo shoqëria.
- Ulja e interesimit për gjetjen e kënaqësisë në shumicën e aktiviteteve ditore.
- Ndryshime të konsiderueshme të peshës (5%).
- Lodhja dhe humbja e energjisë.
- Çrregullime të gjumit, insomnia ose hipersomnia.
- Lehtësim psikomotorik / retardim.
- Ndjenja e tepërt e fajësisë.
- Ulje e aftësisë për të menduar, vendimarrje dhe koncentrim.
- Suicidet, mendimet për vetëvrasje dhe vetëvrasja.

5.3. Trajtimi i depresionit

Ekzistojnë forma të ndryshme të trajtimit të depresionit:

- a) Konsultimi
- b) Psikoterapia
- c) Medikamentet

Kombinimi i këtyre tre trajtimeve kundër depresionit për shumë klient është mënyra më e mirë dhe më efektive për ta përballuar depresionin (Schmidt, et al., 2012).

5.3.1. Konsultimi profesional

Konsulent profesional mundet me qenë një psikolog, psikiatër ose një person i cili ka ndjekur trajnime nga fusha e shëndetit mendor. Kur klientët bisedojnë me konsulentin profesional i cili ka aftësinë e të dëgjuarit aktiv, kjo ju mundëson klientëve që të shprehin lirisht atë që e ndiejnë.

Konsulenti është një person profesionist, i cili nuk ka paragjykime për klientët si individ dhe për gjendjen e tyre ekzistuese. Ju ndihmon klientëve që të fillojnë të gjejnë zgjidhje për problemet e tyre, po ashtu ju ndihmon që të kuptojnë më shumë ndjenjat, mendimet dhe sjelljet (Carney, et al., 2007).

5.3.2. Psikoterapia

Psikoterapia mbahet nga psikologu ose psikiatri në formë të bisedës që ndihmon klientët të gjejnë mënyra se si ti përballojnë problemet që i përjetojnë. Ajo ndihmon që ata të punojnë në drejtim të një jete më të kënaqshme. Procesi psikoterapeutik shkon më thellë se konsultimi: klientët inkurajohen që të shikojnë më thellë në të kaluarën, posaçërisht në fëmijëri dhe marrëdhëniet me personat më të rëndësishëm në jetën e tyre (Hanssen, et al., 2009).

5.3.3. Medikamentet

Medikamentet e depresionit janë trajtimi më i rëndomtë për depresion. Ato nuk e shërojnë depresionin por i lehtësojnë simptomat e depresionit. Medikamentet kundër depresionit nuk ndihmojnë çdo herë dhe shpesh shkaktojnë efekte të pa dëshiruara. Disa prej tyre janë të rrezikshme kur përdorën në kombinim me barna tjera në të njëjtën kohë dhe mund të përjetojnë simptoma të pa pëlqyera.

5. KONKLUZIONE DHE REKOMANDIME

Rezultatet e hulumtimit të literaturës kanë identifikuar disa nga shkaktarët kryesor, simptomat dhe format e trajtimit të depresionit tek të rriturit si dhe rolin e infermierëve gjatë kujdesit tek personat e rritur me çrregullime depressive.

Sipas literaturës shkaqet dhe burimet e depresionit janë të ndryshme, por më së shpeshti janë dështimet në jetën e përditshme, humbja e anëtarit të familjes, humbja e vendit të punës etj. Duke e mbështetur dështimin kështu në një tezë të padrejtë, ai fillon të inatoset me veten. Thellimi i një mendimi të tillë pesimist vetëfajësues nuk është gjë tjetër veç se një ndjenjë depresioni, dhe mungesë e shpresës.

Simptomat e depresionit tek të moshuarit në fillim mund të jenë të panjohura dhe ato të injorohen apo të zëvendësohen me sëmundje dhe gjendje tjera. Përdorimi i tepruar i alkoolit ose hipnotikëve në njerëz të moshuar mund të përkeqësoj depresionin apo të maskoj shenjat dhe kështu të vonojë diagnozën dhe fillimin e trajtimit me kohë. Përveç kësaj, disa simptoma të depresionit janë të pranishme vetëm tek të moshuarit e jo edhe te të rinjtë, p.sh., agjitimi, retardimi psikomotorik, hipohondriaza, sjellja histrionike, zvogëlimi i marrjes së lëngjeve dhe ushqimit dhe pseudodemenca (kur dominojnë dëmtimet kognitive) (Sheehan, Karim, Burns, 2009).

Po ashtu vëmendja duhet të përqendrohet në simptomat specifike të depresionit tek të moshuarit të tilla si:

- Ankesat në dhimbje (koke, këmbë, shpinë, zemër, abdomen), lodhje, ngadalësim, humbje të oreksit, vështirësi për të fjetur, pamje të paqartë, ankth, palpitacione, marramendje, humbje apo shtim në peshë.
- Nervozizëm, ndryshim i humorit, ankesat e vazhdueshme, asgjë që ka të bëjë me atë person nuk është mjaft e mire.
- Vështirësi në përqendrim dhe kujtesë, trishtim i tepruar, pamundësi për të shijuar aktivitetet e mëhershme.
- Vizita të shpeshta te mjeku.
- Ndjenja e pavlefshmërisë dhe e fajit.

Konsultimi profesional dhe psikoterapia krahas terapisë me medikamente gjithnjë e më shumë po zënë vend të rëndësishëm në trajtimin e çrregullimeve depressive.

Andaj në dritën diskutimeve dhe përfundimeve të mësipërme bëhen këto rekomandime:

- Infermierët e komunitetit duhet të jenë plotësisht të vetëdijshëm për efektet e dëmshme të depresionit gjatë planifikimit të aktiviteteve të ndryshme në lidhje me kujdesin e nevojshëm për personat me çrregullime depressive.
- Për të siguruar një komunitet të shëndetshëm duhet të zbatohet një sistem gjithëpërfshirës i shëndetit mendor brenda vetë komunitetit.
- Të ndërtohen strategji efektive të reagimit ndaj problemeve të shëndetit mendor në komunitet.
- Është po aq e rëndësishme për të siguruar që pjesëtarët e komunitetit të zhvillojnë mbështetje pozitive të shëndetit mendor.
- Pjesëtarët e komunitetit duhet të jenë vigjilentë për personat e depresionuar, për shkak se ata mund të gjykojnë sjelljen e të tjerëve.
- Pjesëtarët e komunitetit duhet të jenë të vetëdijshëm me probleme të ndryshme psikologjike dhe efektet e tyre.
- Të zhvillohen programet e ndërgjegjësimit mbi këto tema, sepse programet e tilla mund të jenë të dobishme me qëllim që të përmirësojnë ndërveprimet e tyre me personat me depresion dhe të kuptojnë problemet e tyre.
- Po ashtu nevojiten edhe studime mbi përhapjen e depresionit në rajone të ndryshme të Kosovës.

6. REFERENCA

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora.
- Bächle, C., Lange, K., Stahl-Pehe, A., Castillo, K., Scheuing, N., Holl, R. W., ... & Rosenbauer, J. (2015). Symptoms of eating disorders and depression in emerging adults with early-onset, long-duration type 1 diabetes and their association with metabolic control. *PLoS one*, *10*(6), e0131027.
- Barata, J. C. C., & Diniz, J. A. R. (2014). Associação da depressão com doenças clínicas prevalentes na terceira idade: o papel da assistência de enfermagem. *JMPHC/ Journal of Management & Primary Health Care*, *5*(2), 230-241.
- Blazer, D. G. (2003). Depression in late life: review and commentary. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, *58*(3), M249-M265.
- Blazer, D. G., & Hybels, C. F. (2005). Origins of depression in later life. *Psychological medicine*, *35*(9), 1241-1252.
- Boing, A. F., Melo, G. R., Boing, A. C., Moretti-Pires, R. O., Peres, K. G., & Peres, M. A. (2012). Associação entre depressão e doenças crônicas: um estudo populacional. *Revista de Saúde Pública*, *46*(4), 617-623.
- Bretanha, A. F., Facchini, L. A., Nunes, B. P., Munhoz, T. N., Tomasi, E., & Thumé, E. (2015). Sintomas depressivos em idosos residentes em áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Bagé, RS. *Rev. bras. epidemiol*, *18*(1), 1-12.
- Carney, R.M. & Freedland, K. E. (2007). Does treating depression improve survival after acute coronary syndrome? *British Journal of Psychiatry*, *190*, 467-468.
- Cash, R. E. (2003). When it hurts to be a teenager. *Principal Leadership*, *4*(2), 11-15.
- Cole, M. G., & Dendukuri, N. (2003). Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, *160*(6), 1147-1156.

- Comer, R. J. (2008). *Fundamentals of abnormal psychology* (5th ed.). New York, NY: Worth Publishers.
- De Dreu, C. K., Baas, M., & Nijstad, B. A. (2008). Hedonic tone and activation level in the mood-creativity link: toward a dual pathway to creativity model. *Journal of personality and social psychology, 94*(5), 739.
- Feigelman, B., & Feigelman, W. (2011). Suicide survivor support groups: Comings and goings, Part II. *Illness, Crisis & Loss, 19*(2), 165-185.
- Hanssen, T.A., Nordrehaug, J.E., Eide, G.E., et al. (2009). Anxiety and depression after acute myocardial infarction: An 18-month follow-up study with repeated measures and comparison with a reference population. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 16*(6):651-659.
- Hasin, D. S., Goodwin, R. D., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2005). Epidemiology of major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. *Archives of general psychiatry, 62*(10), 1097-1106.
- Jiang, M., Qin, P., & Yang, X. (2014). Comorbidity between depression and asthma via immune-inflammatory pathways: a meta-analysis. *Journal of affective disorders, 166*, 22-29.
- Joormann, J., Siemer, M., & Gotlib, I. H. (2007). Mood regulation in depression: Differential effects of distraction and recall of happy memories on sad mood. *Journal of abnormal psychology, 116*(3), 484.
- Krishnan, V., & Nestler, E. J. (2008). The molecular neurobiology of depression. *Nature, 455*(7215), 894-902.
- Lovretič, V., & Mihaljevič-Peles, A. L. M. A. (2013). Je li poremećaj kognitivnih funkcija u depresiji put u demenciju?. *Socijalna psihijatrija, 41*(2), 109-117.
- McGirr, A., Berlim, M. T., Bond, D. J., Fleck, M. P., Yatham, L. N., & Lam, R. W. (2015). A systematic review and meta-analysis of randomized, double-blind, placebo-controlled trials of ketamine in the rapid treatment of major depressive episodes. *Psychological medicine, 45*(4), 693-704.

- National Institute of Mental Health. (2012). *NIMH Publication* No. 11-4266(2012). *Online*, 35, 1-4.
- Potter, G. G., & Steffens, D. C. (2007). Contribution of depression to cognitive impairment and dementia in older adults. *The neurologist*, 13(3), 105-117.
- Price, R. H., Choi, J. N., & Vinokur, A. D. (2002). Links in the chain of adversity following job loss: how financial strain and loss of personal control lead to depression, impaired functioning, and poor health. *Journal of occupational health psychology*, 7(4), 302.
- Rapkin, A. J., Mikacich, J. A., Moatakef-Imani, B., & Rasgon, N. (2002). The clinical nature and formal diagnosis of premenstrual, postpartum, and perimenopausal affective disorders. *Current psychiatry reports*, 4(6), 419-428.
- Schmidt, M., Jacobsen, J.B., Lash, T.L., et al. (2012). 25 year trends in first time hospitalisation for acute myocardial infarction, subsequent short and long term mortality, and the prognostic impact of sex and comorbidity: A danish nationwide cohort study. *BMJ*. 344:e356.
- Stuart-Parrigon, K., & Stuart, S. (2014). Perinatal depression: an update and overview. *Current psychiatry reports*, 16(9), 1-9.
- Sung, S. C., Low, C. C. H., Fung, D. S. S., & Chan, Y. H. (2013). Screening for major and minor depression in a multiethnic sample of Asian primary care patients: A comparison of the nine-item Patient Health Questionnaire (PHQ-9) and the 16-item Quick Inventory of Depressive Symptomatology–Self-Report (QIDS-SR16). *Asia-Pacific Psychiatry*, 5(4), 249-258.
- Teston, E. F., Carreira, L., & Marcon, S. S. (2014). Depressive symptoms in the elderly: comparison of residents in condominium specific for elderly and in the community. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(3), 450.
- Üstün, T. B., Ayuso-Mateos, J. L., Chatterji, S., Mathers, C., & Murray, C. J. (2004). Global burden of depressive disorders in the year 2000. *The British journal of psychiatry*, 184(5), 386-392.

- Verboom, C. E., Sijtsema, J. J., Verhulst, F. C., Penninx, B. W. J. H., & Ormel, J. (2013). Longitudinal associations between depressive problems, academic performance, and social functioning in adolescent boys and girls. *Developmental Psychology*. Advance online publication. doi: 10.1037/a0032547.
- WHO. (2010). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10).