

UDHËZUES

PËR MENAXHIMIN E ÇRREGULLIMEVE
TË SHËNDETIT MENDOR NË KSHP



UDHËZUES
PËR MENAXHIMIN E ÇRREGULLIMEVE
TË SHËNDETIT MENDOR NË KSHP

2022

Ky udhëzues është hartuar nga:

Dr. Neli Demi, Mjek Psikiatër, Psikoterapist

Udhëzuesi është konsultuar dhe rishikuar nga grupi i mëposhtëm i profesionistëve:**Mjekë Familje:**

Kledjan Deda, QSH Frakull, Fier

Albiona Lamaj, QSH Patos, Fier

Halit Dobra, QSH Lis, Burrel

Infermier familje:

Mikail Kapaj, Infermier QSH Frakull, Fier

Sokol Curri, Infermier QSH Zerqan, Bulqizë

Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale:

Ketrin Zeno, Përgjegjëse e Sektorit të Kujdesit Parësor,

Emanuela Tollozhina, Përgjegjëse Sektorit të programeve të shëndetit publik, të promocionit dhe parandalimit

Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor:

Marsida Mulaj, Drejtore e Drejtorisë së KSHP

Agjencia e Sigurimit të Cilësisë së Kujdesit Shëndetësor dhe Shoqëror:

Mirela Çela, Drejtore, Drejtoria e Standardeve, Protokolleve dhe Akreditimit të Institucioneve Shëndetësore

Ky udhëzues është miratuar nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale më 15 korrik 2022, Nr. Prot. 733/1.

Hartimi dhe publikimi i këtij dokumenti është realizuar me mbështetjen e Projektit “Shëndet për të Gjithë” (HAP) të Agjencisë Zvicerane për Zhvillim dhe Bashkëpunim SDC.

Përmbajtja e këtij dokumenti është përgjegjësi e autorëve dhe nuk përfaqëson domosdoshmërisht opinionin e SDC apo HAP.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Agjencia Zvicerane për Zhvillim
dhe Bashkëpunim SDC



Përmbajtja

Hyrje	4
Parimet e Përgjithshme të Kujdesit për Personat me Çrregullime të Shëndetit Mendor, Neurologjik dhe nga Përdorimi i Substancave	8
Stresi Akut (SA)	20
Pikëllimi (PIK)	25
Depresioni	29
Psikozat	39
Epilepsia (EPI)	55
Paaftësia Intelektuale (PAI)	63
Përdorimi i Dëmshëm i Alkoolit dhe Drogave (SUB)	68
Vetëvrasja (VEV)	75
Çrregullime të Tjera të Rëndësishme të Shëndetit Mendor (TJE)	79
Rolet e Mjekëve dhe Infermierëve të Familjes	83
Raste Klinike	85
Bibliografia	99
Shkurtime	100

Hyrje

Kujdesi Shëndetësor Parësor (KSHP) është niveli i duhur dhe shumë i rëndësishëm ku mund të përfshihen parandalimi, identifikimi dhe trajtimi i çrregullimeve të shëndetit mendor (SHM). Ofrimi i këtyre shërbimeve sjell si rezultat:

- uljen e stigmës që vjen si rezultat i kërkimit të ndihmës dhe marrjes së shërbimeve nga institucione të specializuara psikiatrike;
- identifikimin dhe trajtimin e hershëm të këtyre çrregullimeve duke çuar në uljen e paaftësisë që këto çrregullime krijojnë;
- rritjen e mundësisë së kujdesit në komunitet dhe përfshirjen e komunitetit në ofrimin e kujdesit;
- dhe më e rëndësishmja, rritjen e aksesit të popullatës për këto shërbime.

Kapacitetet e KSHP për të ofruar shërbime efektive të shëndetit mendor duhen rritur. Çrregullimet mendore në KSHP kanë një prevalencë të lartë. Në një studim të OBSH-së të zhvilluar në 15 institucione të KSHP-së në mbarë botën, prevalenca e sëmundjeve mendore (sipas ICD 10 të rishikuar) në radhët e pacientëve të KSHP ishte 24%. Përveç këtij fakti, personat me çrregullime mendore zakonisht paraqiten në KSHP me simptoma fizike. Në këtë studim 69% e pacientëve me çrregullime mendore kishin ardhur fillimisht me ankesa fizike.

Shërbimet në KSHP janë zakonisht të pazhvilluara për të plotësuar këtë nevojë

Në rajonin europian të OBSH-së, niveli i trajtimit dhe kujdesit për personat me probleme të shëndetit mendor është shumë i ndryshëm. Disa popullata marrin shërbime të shkëlqyera dhe në disa vende nuk marrin fare shërbime. Po ashtu vetëm në 14% të vendeve me të ardhura të ulëta raportohet të ketë shërbime të shëndetit mendor në KSHP. Gati 1/5 e personave me skizofreni, 1/2 e atyre me depresion dhe 90% e atyre që abuzojnë me alkoholin nuk marrin asnjë lloj trajtimi megjithë faktet që vërtetojnë kost-efiçencën e ndërhyrjeve që ulin vuajtjen e individëve, familjeve dhe shoqërisë. Prania e këtyre problemeve të trajtueshme, por të paadresuara, përfaqëson jo vetëm një barrë të konsiderueshme individuale dhe sociale për individët por gjithashtu edhe një kosto të konsiderueshme financiare për shoqërinë.

Kujdesi në KSHP ka nevojë të ngrejë nivelin e kapaciteteve në mënyrë që të mund të identifikojë dhe trajtojë problemet e zakonshme (dhe në disa raste të rënda) të shëndetit mendor dhe të mund të referojë në shërbimet e specializuara rastet e komplikuara.

Prandaj është jashtëzakonisht e rëndësishme që mjekët dhe infermierët në KSHP të kenë aftësitë e duhura diagnostikuese dhe trajtuese si dhe të kuptojnë kur duhen referuar rastet në shërbimet e specializuara. Në lidhje me këtë gjë, është vënë re që trajnimi në shëndet mendor për punonjësit e KSHP-së nuk përputhet domosdoshmërisht me nivelin e të ardhurave në një vend. Kështu në 71% të vendeve me të ardhura të mesme-të larta dhe vetëm në 62% të vendeve me të ardhura të larta realizohet një ndërhyrje e tillë. Burimet financiare nuk janë e vetmja pengesë për trajnimin e punonjësve të KSHP-së në shëndet mendor.

Hartimi i “Udhëzuesit për menaxhimin e çrregullimeve të shëndetit mendor në KSHP” është përmirësimi i cilësisë së kujdesit në veçanti në KSHP dhe i rezultateve në shëndetin e personave me probleme të shëndetit mendor. Zbatimi i këtij Udhëzuesi ndihmon dhe mbështet integrimin e shëndetit mendor në KSHP.

Integrimi i shëndetit mendor në KSHP mundëson

Gjetjen e zgjidhjeve

Për vende me burime të kufizuara të shërbimeve për shëndetin mendor siç është Shqipëria, ofrimi i këtyre shërbimeve nga KSHP është një nga mënyrat më efektive dhe të mundshme për të përmirësuar aksesin e popullatës për shërbime të shëndetit mendor.

Ofrimin e shërbimeve

▪ Identifikimi i çrregullimeve mendore

KSHP mund të japë një kontribut të madh në identifikimin e hershëm të çrregullimeve mendore sidomos atyre më të zakonshme. Ka një lidhje mjaft domethënëse midis shëndetit mendor dhe atij fizik kështu që stafi i KSHP-së ka mundësinë që të mund ta kryejë këtë detyrë kur personat vijnë dhe kërkojnë ndihmë për ankesat e tyre fizike.

▪ Sigurimi i ndërhyrjeve bazike medikamentoze dhe psikosociale

Stafi i KSHP-së mund të ofrojë qoftë mjekim me psikotropë ashtu edhe ndërhyrje të thjeshta psiko-edukimi dhe psiko-sociale për problemet më zakonshme mendore si dhe në disa raste edhe për ato më të rënda. Kështu, personat me sëmundje kronike mendore, por në një gjendje të stabilizuar dhe me mjekim mbajtës apo që kanë nevojë për ndërhyrje të thjeshta psiko-sociale, mund ti përfitojnë ato nga stafi i KSHP-së pa patur nevojë për vizita të shpeshta në shërbimet e specializuara. Kjo gjë ka përparësi të dyfishtë pasi nga njëra anë siguron akses më të mirë të popullatës pasi shërbimet e KSHP-së janë më të shtrira gjeografikisht dhe më të lira, dhe nga ana tjetër ul barrën e shërbimeve të specializuara të shëndetit mendor të cilat mund të merren me rastet që kërkojnë domosdoshmërisht shërbim të specializuar, me aktivitete mbikqyrëse apo aktivitete trajnuese.

▪ Parandalimi i çrregullimeve mendore dhe promovimi i shëndetit mendor

Ekzistojnë një gamë e gjerë strategjish të cilat synojnë promovimin e shëndetit mendor dhe parandalimin e çrregullimeve. Strukturat e KSHP-së ofrojnë një mundësi mjaft të mirë për aktivitete parandaluese dhe promovuese, veçanërisht duke u fokusuar në faktorët që ndikojnë apo ushqejnë problemet. P.sh. zhvillimi kognitiv dhe psiko-social i foshnjeve, varet shumë nga komunikimi dhe puna e këtyre strukturave me prindërit. Ndërhyrje të cilat rrisin cilësinë e këtij komunikimi, si gjatë periudhës prenatale ashtu dhe gjatë fëmijërisë së hershme, mund të përmirësojnë ndjeshëm zhvillimin emocional, social, kognitiv dhe fizik të fëmijëve.

▪ Referimi i rasteve të ndërlikuara tek shërbimet e specializuara të SHM.

Strukturat e KSHP-së mund të funksionojnë si porta hyrëse, por edhe si pika referimi për popullatën që ka nevojë për shërbime të specializuara. Ato mund të bëjnë referime në kohën dhe në vendin e duhur tek specialistët e shëndetit mendor pas një identifikimi apo trajtimi të hershëm të problematikës së paraqitur. Kjo praktikë ka shumë avantazhe: individët apo familjet mund të shmangin vizitat e panevojshme tek specialistët të cilët janë në përgjithësi më pak të

aksesueshme dhe përfshijnë kosto të drejtpërdrejta apo të tërthorta më të mëdha; referimi i duhur në shërbimet e specializuara bën që konsulta këtu të jetë e fokusuar duke kursyer kohë dhe burime financiare; shërbimet e specializuara përfitojnë duke kursyer kohë, burime njerëzore dhe financiare. Ky sistem referimi mund dhe duhet të kordinohet nga autoritetet shëndetësore rajonale dhe lokale dhe të përfshijë takime të rregullta ndërmjet dhënësve të shërbimeve në nivele të ndryshme, në mënyrë që të përmirësohet sistemi i referimit si dhe të vlerësohet sa dhe si nevojat e popullatës për shërbime të shëndetit mendor po përmbushen.

- **Ofrimi i edukimit familjar dhe komunitar.**

Ka prova të mjaftueshme që vërtetojnë që personat kanë komplaincë më të mirë me planet e trajtimit kur ata e kuptojnë sëmundjen e tyre dhe nevojën për trajtim.

Informimi mbi simptomat, natyrën e sëmundjes, ecurinë, prognozën, mjekimin apo ndërhyrjet psiko-sociale, ka treguar se përmirëson rezultatet e ndërhyrjes. Punonjësit e KSHP-së shumë mirë mund të ofrojnë ndërhyrje të thjeshta psiko-edukuese si dhe disa ndërhyrje më specifike për çrregullime të caktuara.

- **Ofrimi i ndërhyrjes në krizë**

KSHP mund të luajë shumë mirë edhe rolin e ndërhyrjes në krizë pasi ato janë pika e parë e kontaktit të popullatës me shërbimet shëndetësore. Ndërhyrjet gjatë krizave mund të parandalojnë zhvillimin e plotë të çrregullimit apo përkeqësimin e çrregullimeve ekzistuese. KSHP mund të ofrojë ndërhyrje në krizë, si në qendrat shëndetësore ashtu edhe në komunitet, po ashtu mund të bëjë referimin për shërbimet dytësore të specializuara për shëndetin mendor në vendin dhe kohën e duhur.

Kjo gjë bëhet akoma më e rëndësishme në rastet e fatkeqësive apo në situata të dhunshme ku punonjësit e KSHP-së mund të ofrojnë informacion, edukim, udhëzime dhe trajtim për viktimat të traumave.

- **Bashkëpunimin me sektorë të tjerë**

Personat me probleme të shëndetit mendor kanë nevojë të shumëfishta të lidhura me shëndetin, mbështetjen sociale, punësimin, strehimin, drejtësinë dhe arsimin. Përveç lidhjes organike me pjesë të tjera të sistemit shëndetësor, KSHP mund dhe duhet të bashkëpunojë me sektorë të tjerë për të lehtësuar plotësimin e këtyre nevojave.

- **Zhvillimin e aftësive**

Integrimi i shëndetit mendor në KSHP është një proces i komplikuar dhe ka nevojë për ofrimin e trajnimeve, zbatimin e mbikqyrjes dhe zhvillimin e vazhdueshëm profesional të stafit.

- **Trajnimi**

Para së gjithash, integrimi i shëndetit mendor në KSHP kërkon trajnim të personelit të KSHP-së në çështje të shërbimeve parësore të shëndetit mendor. Udhëzuesi për menaxhimin e çrregullimeve të shëndetit mendor në KSHP është hartuar që të përdoret në trajnimin "Aftësimi i ekipit të mjekësisë së familjes në menaxhimin e çrregullimeve më të shpeshta të shëndetit

mendor në KSHP”. Ky trajnim aftëson dhe rrit përgjegjësinë e profesionistëve shëndetësorë në KSHP për promovimin e shëndetit mendor si dhe për trajtimin e çrregullimeve. Trajnimi nëpërmjet Udhëzuesit do të mundësojë që punonjësit e KSHP-së të zotërojnë disa aftësi të rëndësishme të lidhura me:

- diagnostikimin dhe trajtimin e çrregullimeve mendore
- këshillimin, mbështetjen dhe psiko-edukimin
- advokacinë
- ndërhyrjen në krizë.

Në vijim të trajnimit punonjësit shëndetësorë gjatë punës duhen orientuar dhe mbështetur për integrimin e shërbimeve të shëndetit mendor në KSHP.

▪ **Mbikqyrja**

Stafi i KSHP-së duhet mbikqyrur në mënyrë të përshtatshme që integrimi i shëndetit mendor në KSHP të ketë sukses. Profesionistët e specializuar në shëndet mendor duhet të jenë të disponueshëm në mënyrë të rregullt për personelin e KSHP-së, duke dhënë këshilla lidhur me menaxhimin dhe trajtimin e personave me çrregullime të shëndetit mendor.

Mungesa e mbikqyrjes çon në një numër të madh referimesh në shërbimet e specializuara për probleme jo shumë serioze. Një anëtar i ekipit të specializuar të shëndetit mendor duhet të ofrojë në mënyrë periodike takime mbikqyrëse me ekipin e KSHP-së për të diskutuar menaxhimin e rasteve të vështira si dhe për të këshilluar lidhur me ndërhyrjet që mund të zbatohen.

▪ **Zhvillimi i forcës së punës (rritja e personelit)**

Procesi i integritetit të shëndetit mendor në KSHP ka nevojë për një bashkëpunim të ngushtë me personelin ekzistues në KSHP. Në fillim është e pritshme rezistenca në marrjen përsipër të këtij roli të ri nga profesionistët e KSHP-së. Rezistenca duhet adresuar me kujdes si gjatë trajnimit po ashtu edhe gjatë takimeve për zbatimin e roleve dhe detyrave të reja pas trajnimit.. Faktori kohë duhet marrë në konsideratë që punonjësit e KSHP-së të dedikohen siç duhet në problemet e shëndetit mendor. Në shumë vende, punonjësit e KSHP-së janë të mbingarkuar me programe të shumëfishta pune dhe kryesisht janë të zënë me probleme shëndetësore fizike. Prandaj sipas rastit, numri i punonjësve në KSHP duhet analizuar dhe ndonjëherë duhet rritur në mënyrë që burimet njerëzore të jenë të mjaftueshme për të menaxhuar dhe problemet e shëndetit mendor.

Parimet e Përgjithshme të Kujdesit për Personat me Çrregullime të Shëndetit Mendor, Neurologjik dhe nga Përdorimi i Substancave

1. Parimet e komunikimit

Aftësitë e mira të komunikimit ndihmojnë ofruesit e kujdesit shëndetësor, në mënyrë të veçantë mjekun dhe infermierin e familjes për ofrimin e një kujdesi efektiv për të rriturit, adoleshentët dhe fëmijët në gjendje mendore, neurologjike dhe nga përdorimi i substancave (MNS). Në situatat e krizave humanitare respektimi i parimeve të komunikimit merr rëndësi të veçantë pasi ofruesit e kujdesit shëndetësor janë nën presion të madh që në një kohë sa më të shkurtër të shohin sa më shumë njerëz që të jetë e mundur.

Për respektimin e parimeve të komunikimit:

► Krijoni një mjedis që të lehtësojë komunikimin e hapur

- Në qoftë se është e mundur, personin takojeni në një **hapësirë private**.
- Pozicionohuni që **sytë t'i keni në të njëjtin nivel** me personin (p.sh. në qoftë se personi është ulur, uluni edhe ju).
- **Uroni mirëseardhjen** personit, prezantoheni veten dhe pozicionin/rolin tuaj në një mënyrë të përshtatshme me kulturë.
- **Njihuni** me të gjithë të pranishmit.
- Pyeteni personin nëse ai/ajo dëshiron që të qëndrojnë kujdestarët e tyre ose njerëzit e tjerë.
- Në qoftë se personi nuk është fëmijë i vogël, sugjeroni që nëse është e mundur dëshironi të bisedoni vetëm me personin.
- Në qoftë se personi dëshiron që të qëndrojnë të tjerët, respektojeni këtë gjë.
- Në qoftë se e shihni personin vetëm, kërkon leje për:
 - t'iu drejtuar kujdestarëve pyetjet përkatëse të vlerësimit për të mësuar këndvështrimin e tyre, dhe
 - përfshijini kujdestarët kur të diskutohet dhe miratohet plani i menaxhimit.
- Bëjini të ditur personit që informacioni i diskutuar gjatë vizitës do të mbahet konfidencial dhe nuk do të ndahet pa lejen e tij, me përjashtim të rasteve kur perceptoni një rrezik për personin ose për të tjerët në përputhje me rregullat ligjore kombëtare në fuqi për konfidencialitetin.

► Personin në gjendjen MNS, përfshijeni sa më shumë që të jetë e mundur

- Edhe në qoftë se është dëmtuar funksionaliteti i personit, gjithmonë **përpikuni t'i përfshini** ata në diskutim. Kjo vlen edhe për fëmijët, të rinjtë dhe të moshuarit në gjendje MNS. Mos i injoroni ata duke folur vetëm me kujdestarët e tyre.
- Gjithmonë përpikuni t'i **shpjegoni** personit se çfarë po bëni (p.sh. gjatë ekzaminimit fizik) dhe çfarë do të bëni.

► Filloni duke dëgjuar

- Lejojeni personin me një gjendje MNS të flasë pa ndërprerje. Njerëzit e shqetësuar nuk mund të japin gjithmonë një histori të qartë. Kur ndodh kjo, jini të durueshëm dhe kërkonit sqarime. Përpiquni të mos i nxitoni ata.
- Mos i bëni presion personit për të diskutuar ose përshkruar ngjarje potencialisht traumatike në qoftë se ai nuk dëshiron t'i hapë. Thjesht bëjuni atyre të ditur se jeni atje për t'i dëgjuar.
- Fëmijëve mund t'u duhet më shumë kohë për t'u ndier rehat. Përdorni gjuhën që ata mund të kuptojnë. Vendosja e një marrëdhënieje me fëmijët mund të kërkojë që të flisni për interesat e tyre (lodrat, shokët, shkollën, etj.).

► Jini të qartë dhe konçizë

- Përdorni gjuhën me të cilën personi është i familjarizuar. Shmangni përdorimin e termave teknike.
- Stresi mund të dëmtojë aftësinë e njerëzve për të përpunuar informacionin. Në një moment, përpara se të kaloni në pikën tjetër, gjeni një pikë për të ndihmuar personin të kuptojë se çfarë po thuhet.
- **Përmbledhni** dhe **përsërisni** pikat kryesore. Kjo mund të jetë e dobishme për t'i kërkuar personit ose kujdestarëve që të shkruajnë pikat e rëndësishme. Në mënyrë alternative, bëni një përmbledhje me shkrim të pikave kryesore për personin.

► Reagoni me ndjeshmëri kur njerëzit zbulojnë përvoja të vështira (p.sh. sulme seksuale, dhunë ose dëmtim të vetes)

- Bëjini të ditur personit që ju do të respektoni konfidencialitetin e informacionit.
- Asnjëherë mos i nënvlerësoni ndjenjat e personit dhe mos predikoni apo të gjykoni.
- Pranoni që mund të ketë qenë e vështirë për personin të bisedojë/tregojë.
- Në qoftë se nevojitet ta referoni personin në shërbime të tjera, shpjegoni qartë se cilat do të jenë hapat e ardhshëm. Kërkonit miratimin e personit për të ndarë informacionin me ofrues të tjerë që mund të jenë në gjendje ta ndihmojnë. Për shembull:
- *Më thatë që fqinji juaj ju ka bërë diçka shumë të keqe. Unë nuk do t'ia tregoj këtë gjë askujt tjetër, por mund të mendoj për disa njerëz të cilët mund të jenë në gjendje t'ju ndihmojnë. A është në rregull në qoftë se diskutoj për përvojën tuaj me kolegun tim nga institucioni X?*

► Mos i gjykoni njerëzit për sjelljet e tyre

- Njerëzit në gjendje të rëndë MNS mund të demonstrojnë sjellje të pazakonta. Kuptoni që kjo mund të jetë për shkak të sëmundjes së tyre. Qëndroni të qetë dhe të durueshëm. Mos qeshni asnjëherë me personin.
- Nëse personi sillet në mënyrë jo të duhur (p.sh. bëhet nervoz, agresiv, kërcënues), kërkonit burimin e problemit dhe sugjeroni zgjidhje. Përfshijini kujdestarët e tyre ose anëtarët e tjerë të stafit në krijimin e një hapësire të qetë dhe pa zhurma. Në qoftë se ata janë jashtëzakonisht të shqetësuar apo të nervozuar, mund t'ju duhet t'i jepni përparësi konsultimit të tyre dhe t'i merrni ata menjëherë në hapësirën tuaj të këshillimit.

2. Parimet e vlerësimit

Vlerësimi klinik përfshin identifikimin e gjendjes MNS si dhe vetë-kuptimin e personit për problemin(et). Është e rëndësishme gjithashtu të vlerësoni pikat e forta dhe burimet e personit (p.sh. mbështetjen sociale). Ky informacion shtesë do t'i ndihmojë mjekun dhe infermierin e familjes të ofrojnë një kujdes më të mirë.

Është e rëndësishme që gjithmonë gjatë vlerësimit t'i kushtoni vëmendje pamjes së përgjithshme, gjendjes shpirtërore, shprehjes së fytyrës, gjuhës së trupit dhe mënyrës së të folurit të personit në gjendje MNS.

► **Shqyrtoni ankesën e paraqitur**

- Çfarë ju solli sot këtu? Kur dhe si filloi problemi? Si ka ndryshuar me kalimin e kohës?
- Si ndiheni për këtë problem? Nga mendoni ju se erdhi?
- Si ndikon ky problem në jetën tuaj të përditshme?
- Si ndikon problemi tek ju në shkollë/punë ose në jetën e përditshme në komunitet?
- Çfarë lloj gjërash keni provuar për ta zgjidhur këtë problem? Keni provuar ndonjë medikament? Nëse po, çfarë lloj (p.sh., me rekomandim, pa rekomandim, bimor)? Çfarë efekti ka pasur?

► **Shqyrtoni historinë familjare të gjendjeve MNS të mundshme**

- A dini ndonjë nga familjarët tuaj që ka pasur një problem të ngjashëm?

► **Shqyrtoni historinë e shëndetit të përgjithshëm të personit**

- Pyesni për ndonjë problem të mëparshëm të shëndetit fizik:
 - A keni pasur ndonjë problem shëndetësor serioz në të kaluarën?
 - A keni ndonjë problem shëndetësor për të cilin po kujdeseni aktualisht?
- Pyesni nëse personi po merr ndonjë medikament:
 - A ju ka rekomanduar një ofrues i kujdesit shëndetësor ndonjë medikament që supozohet ta merrni tani?
 - Si quhet ai medikament? E keni sjellë me vete? Sa shpesh e merrni?
- Pyesni nëse personi ka pasur ndonjëherë reaksion alergjik ndaj një medikamenti.

► **Shqyrtoni stresuesit aktualë, strategjitë e përballimit dhe mbështetjen sociale**

- Si ka ndryshuar jeta juaj që nga ... [përcaktoni ngjarjen apo momentin që shkaktoi krizën]?
- A keni humbur një person të dashur?
- Sa i rëndë është stresi në jetën tuaj? Si po ndikon tek ju?
- Cilat janë problemet tuaja më serioze në këtë moment?
- Si i përballoni/ia dilni me këto probleme ditë pas dite?
- Çfarë lloj mbështetjeje keni? A merrni ndihmë nga familja, miqtë apo njerëzit e komunitetit?

► **Shqyrtoni përdorimin e mundshëm të alkoolit dhe drogës**

Pyetjet në lidhje me alkoolin dhe drogën mund të perceptohen si të ndjeshme dhe madje fyese. Megjithatë, ky është një komponent thelbësor i vlerësimit MNS. Shpjegojani personit që kjo është pjesë e vlerësimit dhe përpiquni të bëni pyetje në një mënyrë jo gjykuese dhe jo të ndjeshme nga ana kulturore.

- Kam nevojë të bëj disa pyetje rutinë si pjesë e vlerësimit. A merrni alkool (ose ndonjë substancë tjetër që dihet se është problem në zonë)? [Nëse po] Sa në ditë/javë?
- A merrni ndonjë tabletë kur ndiheni i stresuar, i mërzhitur apo i frikësuar? A ka ndonjë gjë që përdorni kur keni dhimbje? A merrni tableta gjumi? [Nëse po] Sa merrni në ditë/javë? Që kur?

► Shqyrtoni mendimet e mundshme të vetëvrasjeve dhe përpjekjet për vetëvrasje

Edhe pyetjet në lidhje me vetëvrasjen mund të perceptohen si fyese, por edhe ato janë pyetje thelbësore në një vlerësim MNS. Përpikuni të bëni pyetje në një mënyrë jo gjykuese dhe jo të ndjeshme nga ana kulturore.

- Mund të filloni me: *Cilat janë shpresat tua për të ardhmen?* Në qoftë se personi shprehet si i pashpresë, bëni pyetje të tjera (**>> Kutia 1 e Kapitullit VEV**), të tilla si: *A mendoni se jeta ia vlen të jetohet? A mendoni të lëndoni veten? apo A keni bërë ndonjë plan për t'i dhënë fund jetës tuaj? (>> VEV)*

► Kryeni një ekzaminim fizik të synuar

- Ky duhet të jetë një ekzaminim fizik i fokusuar, i udhëhequr nga informacionet e hasura gjatë vlerësimit MNS. Nëse në këtë fazë është hasur ndonjë gjendje fizike, menaxhohen ose referojani burimeve të përshtatshme.



- Në qoftë se dyshohet për një gjendje MNS, shkoni në kapitullin përkatës për vlerësim.
- Në qoftë se personi paraqet karakteristika të rëndësishme për më shumë se një gjendje MNS, atëherë duhet të merren parasysh të gjithë kapitujt përkatës.

3. Parimet e menaxhimit

Shumë gjendje MNS janë kronike, kërkojnë monitorim dhe ndjekje afatgjatë. Për këtë arsye, është e rëndësishme që mjeku dhe infermieri i familjes të konsiderojnë kujdestarët e njerëzve në gjendje MNS, si një burim të vlefshëm. Ata mund të jenë në gjendje të ofrojnë kujdes, mbështetje dhe monitorim të vazhdueshëm gjatë gjithë krizës. Kujdestarët përfshijnë cilindo që ka përgjegjësi për mirëqenien e personit në një gjendje MNS, përfshirë familjen, miqtë ose njerëzit e tjerë të besuar. Rritja e të kuptuarit të personit dhe kujdestarit për gjendjen MNS, do të përmirësojë respektimin e planit të menaxhimit dhe planit në vijimësi.

Në situatat e krizave humanitare vazhdimësia e kujdesit është më e vështirë sepse kujdesi për shëndetin mendor nuk është vazhdimisht i disponueshëm dhe njerëzit shpesh janë në zhvendosje e sipër.

► Menaxhoni si gjendjet mendore ashtu edhe ato fizike tek njerëzit në gjendje MNS

- Jepni informacione për gjendjen vetë personit
 - Nëse personi është dakord, informacionet jepjani edhe kujdestarit.
- Diskutoni dhe përcaktoni qëllimet e arritshme, zhvilloni dhe bini dakord me personin për një plan menaxhimi.
 - Nëse personi është dakord, përfshijeni edhe kujdestarin në këtë diskutim.
 - Për planin e propozuar të menaxhimit, jepni informacione për:
 - o përfitimet e pritshme të trajtimit;
 - o kohëzgjatjen e trajtimit;
 - o rëndësinë e respektimit të trajtimit, përfshirë praktikimin e çdo ndërhyrjeje psikologjike përkatëse (p.sh. trajnim relaksimi) në shtëpi dhe si mund të ndihmojnë kujdestarët;
 - o efektet anësore të mundshme të çdo medikamenti që rekomandohet;

- o përfshirjen e mundshme të punonjësve socialë, të psikologëve, të anëtarëve të tjerë të ekipit të mjekësisë së familjes ose anëtarëve të tjerë të besuar në komunitet (**Parimet e uljes të stresit dhe forcimit të mbështetjes sociale** më poshtë);
- o prognozën. Mbani një ton shpresëdhënës, por jini realistë për rikuperimin.
- Nëse është e rëndësishme, jepni informacione në lidhje me aspektet financiare të planit të menaxhimit.

► **Adresoni pyetjet dhe shqetësimet e personit dhe të kujdestarit në lidhje me planin e menaxhimit**

Nëse gruaja

është shtatzënë:

- Shmangeni rekomandimin e medikamenteve që mund të kenë rreziqe të mundshme për fetusin dhe referoni rastin tek specialisti obstetër-gjinekolog.

ose ushqen fëmijën me gji

- Shmangni rekomandimin e medikamenteve që mund të kenë rreziqe të mundshme për foshnjën/fëmijën (1 deri në 3 vjeç). Monitoroni foshnjën e një gruaje që ushqen fëmijën me gji, e cila është duke marrë ndonjë medikament.

Mbani parasysh, në situata krizash humanitare lehtësoni aksesin në hapësirat/tendat e përshtatshme për foshnjat dhe ushqyerjen me gji.

► **Përpara se personi të largohet nga dhoma e konsultës tuaj:**

- Konfirmoni që personi dhe kujdestari e kuptojnë dhe janë dakord për planin e menaxhimit (p.sh. ju mund t'i kërkonti të dyve të përsërisin pikat thelbësore të planit).
- Inkurajoni vetë-monitorimin e simptomave dhe jepini njohuri personit dhe kujdestarit se kur duhet të kërkojnë kujdes urgjent.
- Planifikoni vizitën (ditën dhe orën) për ndjekjen e ecurisë.
 - Krijoni një plan për ndjekjen e ecurisë, duke marrë parasysh situatën e personit, ambjentin familjar, distancën nga Qendra Shëndetësore, komunikimin dhe ndjekjen e mundshme nga infermierja e ambulancës.
 - Në situata krizash humanitare konsideroni largimin/lëvizjen e popullsisë dhe ndërprerjen e shërbimeve dhe faktin që personi nuk mund të shkojë në të njëjtën klinikë.
 - Jepni një plan të shkruar për menaxhimin dhe inkurajojeni personin që ta marrë me vete në çdo konsultë të ardhshme.
 - Jepni informacione kontakti për institucione të tjera të kujdesit shëndetësor në rast nevojë.
- Vizitat fillestare për ndjekjen e ecurisë duhet të jenë më të shpeshta derisa simptomat të fillojnë të reagojnë ndaj trajtimit.
- Pasi simptomat të fillojnë të përmirësohen, rekomandohen takime më të rralla por të rregullta.
- Shpjegoni se nëse është e nevojshme, personi mund të kthehet në QSH në çdo kohë ndërmjet vizitave për ndjekjen e ecurisë (p.sh. kur gjendja nuk përmirësohet ose personi përjeton efekte anësore të medikamenteve).

► **Në çdo takim për ndjekjen e ecurisë, vlerësoni:**

- Reagimin ndaj trajtimit, efektet anësore të medikamenteve dhe respektimin e planit të mjekimit dhe ndërhyrjeve psikosociale. Njihuni me të gjitha përparimet drejt qëllimeve dhe përforconi vazhdimin e respektimit të programit.
- Gjendjen e përgjithshme shëndetësore. Monitorojeni rregullisht shëndetin fizik.
- Kujdesin për veten (p.sh. dieta, higjiena, veshmbathja) dhe funksionimin në mjedisin e vetë personit.
- Çështjet psikosociale dhe/ose ndryshimin e kushteve të jetesës, të cilat mund të ndikojnë në menaxhimin e situatës.
- Kuptimi dhe pritshmëritë e personit dhe kujdestarit për trajtimin. Korigjoni çdo keqkuptim.
- Kontrolloni gjithmonë informacionin më të fundit të kontaktit, pasi ato mund të ndryshojnë shpesh.

► **Gjatë gjithë periudhës së ndjekjes së ecurisë:**

- Mbani kontakte të rregullta me personin dhe kujdestarin e tij. Nëse është e mundur, caktoni infermieren përkatëse të zonës së mbulimit ose një person tjetër të besuar në komunitet që të mbajë kontakte me personin. Ky person mund të jetë anëtar i familjes.
- Hartoni dhe zabtoni një plan veprimi për rastet kur personi nuk paraqitet.
 - Përpiquni të zbuloni pse nuk u kthye personi për vizitën ndjekëse. Infermierja e zonës së mbulimit ose një person tjetër i besuar mund të ndihmojë në lokalizimin e personit (p.sh. vizita në shtëpi).
 - Nëse është e mundur, përpiquni të adresoni çështjen në një mënyrë që personi të kthehet në qendër për konsultë.
 - Nëse personi nuk përmirësohet, referojeni rastin tek Psikiatri.

4. Parimet e uljes të stresit dhe forcimit të mbështetjes sociale

Zvogëlimi i stresit dhe forcimi i mbështetjes sociale është një pjesë integrale e trajtimit MNS. Kjo përfshin jo vetëm stresin që ndihet nga njerëzit në gjendje MNS, por edhe stresin që ndihet nga kujdestarët dhe vartësit e tyre. Stresi shpesh kontribuon ose përkeqëson gjendjet MNS ekzistuese. Mbështetja sociale mund të zvogëlojë shumë efektet anësore të stresit; për këtë arsye, është thelbësore vëmendja ndaj mbështetjes sociale. Forcimi i mbështetjes sociale është gjithashtu një komponent thelbësor i mbrojtjes **(Parimet e mbrojtjes së të drejtave të njeriut)** dhe mirëqenies së përgjithshme të popullatës e sidomos asaj të prekur nga krizat humanitare ku njerëzit shpesh përjetojnë nivele jashtëzakonisht të larta stresi **(Parimet e vëmendjes për mirëqenien e përgjithshme)**.

► **Shqyrtoni stresuesit e mundshëm dhe disponueshmërinë e mbështetjes sociale**

- *Cili është shqetësimi juaj më i madh këto ditë?*
- *Si e përballoni këtë shqetësim?*
- *Cilat janë disa nga gjërat që ju japin rehati, forcë dhe energji?*
- *Me kë ndjeheni më të qetë për të ndarë problemet tuaja? Kur nuk ndiheni mirë, kujt i drejtoheni për ndihmë apo këshilla?*
- *Si e keni marrëdhënien me familjen tuaj? Në çfarë mënyre ju mbështetin familja dhe miqtë tuaj dhe në çfarë mënyre ndiheni të stresuar prej tyre?*

► **Kini kujdes për shenjat e abuzimit ose neglizhencës**

- Tregohuni të vëmendshëm ndaj shenjave të mundshme të abuzimit seksual ose fizik (përfshirë dhunën në familje) tek gratë, fëmijët dhe njerëzit e moshuar (p.sh. mavijosje apo lëndime të pashpjegueshme, frikë të tepruar, hezitim për të diskutuar arsyet kur është i pranishëm një anëtar i familjes).
- Tregohuni të vëmendshëm ndaj shenjave të mundshme të neglizhencës, veçanërisht tek fëmijët, njerëzit që jetojnë me aftësi të kufizuara dhe njerëzit e moshuar (p.sh. kequshqyerja në një familje me akses në ushqim të mjaftueshëm, një fëmijë që rri shumë i tërhequr).
- Kur janë të pranishme shenjat e abuzimit ose neglizhencës, personin intervistojeni në një hapësirë private për të pyetur nëse po ndodh ndonjë gjë që i lëndon.
- Në qoftë se dyshoni për abuzim ose neglizhencë:
 - Hartoni planin e veprimit.
 - Me miratimin e personit, identifikoni burimet e komunitetit (p.sh. shërbimet ligjore të besuara dhe rrjetet e mbrojtjes) për mbrojtje.

► **Në bazë të informacionit të mbledhur, merrni parasysh strategjitë e mëposhtme:**

- Zgjidhjen e problemit:
 - Përdorni teknikat e zgjidhjes së problemit për të ndihmuar personin që të adresojë stresuesit kryesorë. Kur stresuesit nuk mund të zgjidhen ose të zvogëlohen, teknikat e zgjidhjes së problemit mund të përdoren për të identifikuar mënyrat e përballimit të stresuesit. Në përgjithësi, mos jepni këshilla të drejtpërdrejta. Përpiquni ta inkurajoni personin që të zhvillojë zgjidhjet e veta.
 - Kur punoni me fëmijë dhe adoleshentë, është thelbësore të vlerësoni dhe të adresoni edhe burimet e stresit të kujdestarit të tyre.
- Forcimi i mbështetjes sociale:
 - Ndhimoheni personin që të identifikojë anëtarët mbështetës dhe të besuar të familjes, miqtë dhe anëtarët e komunitetit dhe të mendojë për mënyrën se si mund të përfshihet secili për ta ndihmuar.
 - Me miratimin e personit, referojuni ata tek burimet e tjera të komunitetit për mbështetje sociale. Infermierët e ambulancave, punonjësit socialë, ose njerëzit e tjerë të besuar në komunitet mund të jenë në gjendje të ndihmojnë për të lidhur personin me burime të përshtatshme si:
 - shërbimet sociale ose mbrojtëse
 - strehim, ushqim dhe sende jo ushqimore
 - qendrat e komunitetit, grupet vetë-ndihmëse dhe mbështetëse
 - aktivitete që krijojnë të ardhura dhe aktivitete të tjera profesionale
 - arsimim formal/joformal
 - hapësira të përshtatshme për fëmijët ose aktivitete të tjera të strukturuar për fëmijët dhe adoleshentët.

Kur referoni dikë, ndihmoheni personin që të ketë akses aty (p.sh. jepini udhëzime për vendndodhjen, orarin e punës, numrin e telefonit, etj.) dhe personit jepini një shënim të shkurtër referimi.

- Mësoni menaxhimin e stresit:
 - Identifikoni dhe zhvilloni mënyra pozitive për t'u çlodhur (p.sh. duke dëgjuar muzikë, duke luajtur sport, etj.).
 - Personit dhe kujdestarëve mësojuni teknikat specifike për menaxhimin e stresit (p.sh. ushtrimet e frymëmarrjes (**>> Kutia PPK 2**)).
- Ju mund t'i referoheni një punonjësi shëndetësor (p.sh. Infermier/e ose punonjës psikosocial) i cili mund t'i mësojë këto teknika.

► Adresoni stresin e kujdestarëve

- Pyeteni kujdestarin(ët) për:
 - shqetësimet dhe ankthin për kujdesin ndaj personit në gjendje MNS, sidomos në situata krizash humanitare;
 - sfidat praktike (p.sh. ngarkesa kohore, liria, paratë e kujdestarëve);
 - aftësinë për të kryer aktivitetet e tjera të përditshme, si puna ose pjesëmarrja në ngjarjet në komunitet;
 - lodhjen fizike;
 - mbështetjen sociale në dispozicion të kujdestarëve;
- *A ka njerëz të tjerë që mund t'ju ndihmojnë kur nuk jeni në gjendje të kujdeseni për personin (për shembull, kur jeni i sëmurë ose shumë i lodhur)?*
 - mirëqenien psikologjike. Në qoftë se kujdestarët duken të dëshpëruar ose të paqëndrueshëm, vlerësoni për gjendjet MNS **(p.sh. >> DEP, SUB)**.
- Pas vlerësimit, përpikuni të adresoni nevojat dhe shqetësimet e kujdestarëve. Kjo mund të përfshijë:
 - dhënien e informacionit;
 - lidhjen e kujdestarit me shërbimet dhe mbështetjen përkatëse të komunitetit;
 - diskutimin për ndërprejen e përkohshme të kujdesit. Një anëtar tjetër i familjes ose një person i përshtatshëm mund të marrë përsipër përkohësisht përkujdesjen ndaj personit, ndërkohë që kujdestari kryesor pushon ose kryen veprimtari të tjera të rëndësishme;
 - kryerjen e këshillimit për zgjidhjen e problemeve dhe mësimin e menaxhimit të stresit;
 - menaxhimin e të gjitha gjendjeve MNS të identifikuara gjatë kujdestarisë.
- Pranoni se është stresuese të kujdeseni për njerëzit në gjendje MNS, por tregojuni kujdestarëve se është e rëndësishme që ata të vazhdojnë ta bëjnë këtë gjë. Edhe kur kjo është e vështirë, kujdestarët duhet të respektojnë dinjitetin e njerëzve për të cilët kujdesen dhe t'i përfshijnë ata sa më shumë që të jetë e mundur në marrjen e vendimeve për jetën e tyre.

Kutia GPC 1: Fuqizimi i mbështetjeve të komunitetit

Përveç menaxhimit klinik, **inkurajoni aktivitete të cilat rrisin mbështetjen e familjes dhe komunitetit për të gjithë, veçanërisht për anëtarët e komunitetit të marxhinalizuar**. Për udhëzime të mëtejshme, shikoni **Të kuptojmë komunitetin – mbrojtja bazë** (UNHCR, 2013) dhe Planin e Veprimit 5.2 në **Udhëzimet e IASC-së për shëndetin mendor dhe mbështetjen psikosociale** në mjediset e emergjencave (IASC, 2007).

Kutia PPK: Ushtrim për relaksim: udhëzime për teknikën e frymëmarrjes me ngadalë

Unë do t'ju mësoj se si të merrni frymë në një mënyrë që do t'ju ndihmojë të relaksioni trupin dhe mendjen tuaj. Do të duhet ta praktikoni disa herë përpara se të ndjeni përftimet e plota të kësaj teknike frymëmarrjeje.

Arsyeja që kjo strategji fokusohet tek frymëmarrja është pasi kur ndjehemi të stresuar, frymëmarrja jonë bëhet e shpejtë dhe e cekët, duke na bërë të ndjehemi më të tendosur. Për të filluar relaksim, është e nevojshme që të filloni duke ndryshuar frymëmarrjen.

Përpara se të fillojmë, duhet të qetësojmë trupin. Me ngadalë shkundini dhe lironi krahët dhe këmbët. Lërinë të lëshuara dhe të lirshme. Rrotulloni shpatullat mbrapa dhe lëvizini me ngadalë kokën nga njëra anë në tjetrën.

Tani vendoseni njëren dorë mbi stomakun tuaj dhe dorën tjetër në pjesën e sipërme të gjoksit. Unë dua që të imagjinoni sikur keni një tullumbac në stomak dhe kur të merrni frymë ta fryni atë tullumbac, kështu që stomaku juaj do të fryhet. Dhe kur ta nxirrni frymën, do të dalë edhe ajri nga tullumbaci, kështu që stomaku juaj do të zbrazet. Më parë më shikoni mua. Në fillim, unë do ta nxjerr ajrin, që ta zbraz të gjithin nga stomaku im.

[Demonstrojeni frymëmarrjen nga stomaku – provojeni dhe ekzagjerojeni nxjerrjen dhe thithjen e ajrit në stomakun tuaj]

OK, tani përpiku bashkë me mua që të marrësh frymë nga stomaku yt. Mos harroni, ne do të fillojmë duke e nxjerrë frymën derisa të dalë i gjithë ajri; pastaj do të marrim frymë. Nëse mundeni, provoni të merrni frymë nëpërmjet hundës dhe ta nxirrni nëpërmjet gojës.

Shumë mirë! Tani hapi i dytë është të ngadalësoni ritmin e frymëmarrjes. Kështu, do të marrim frymë për tre sekonda, pastaj do ta mbajmë frymën për dy sekonda dhe tre sekonda për ta nxjerrë. Do të numëroj edhe unë bashkë me ty. Sytë mund t'i mbani mbyllur ose hapur.

OK, pra, merrni frymë, 1, 2, 3. Mbajeni, 1, 2. Nxirreni, 1, 2, 3. E vini re sa ngadalë numëroj?

[Përsëriteni këtë ushtrim frymëmarrjeje për afërsisht një minutë]

Tani kur të praktikoheni vetë, mos u shqetësoni shumë duke u përpjekur që të mbani ekzaktesisht tre sekonda. Thjesht përpikuni të bëni më të mirën për të ngadalësuar frymëmarrjen tuaj kur jeni të stresuar.

OK, tani provojeni vetë për një minutë.

5. Parimet e mbrojtjes së të drejtave të njeriut

Njerëzit në gjendje të rënda MNS kanë nevojë për mbrojtje pasi janë në një rrezik më të madh nga shkelja e të drejtave të njeriut. Ata shpesh përjetojnë vështirësi për t'u kujdesur për veten dhe familjet e tyre, përveç që në shumë fusha të jetës përballen me diskriminim, përfshirë punën, strehimin dhe jetën familjare. Këta persona mund të përjetojnë abuzim ose neglizhencë në familjet e tyre dhe shpesh u mohohen mundësitë për të marrë pjesë plotësisht në komunitet. Disa njerëz në gjendje të rënda MNS mund të mos jenë të vetëdijshëm se kanë një problem që kërkon kujdes dhe mbështetje.

Në situata krizash humanitare këta persona mund të kenë akses të pakët në ndihmat humanitare. Njerëzit në gjendje MNS mund të pësojnë një sërë shkeljesh së të drejtave të njeriut sidomos gjatë emergjencave humanitare, përfshirë:

- Diskriminim në aksesin ndaj nevojave bazë për mbijetesë siç janë ushqimi, uji, instalimet hidrosanitare, strehimi, shërbimet shëndetësore, mbrojtja dhe mbështetja e jetesës;
- Mohim të së drejtës për të ushtruar aftësinë ligjore;
- Mungesë në aksesin ndaj shërbimeve për nevojat e tyre specifike;
- Abuzim fizik dhe seksual, shfrytëzim, dhunë, neglizhencë dhe ndalim arbitrar;
- Braktisje ose ndarje nga familja gjatë zhvendosjes;
- Braktisje dhe neglizhim në mjediset institucionale.

Fatkeqësisht, sistemet e mbrojtjes së komunitetit dhe programet e aftësisë së kufizuar nuk përfshijnë gjithmonë, madje ndonjëherë edhe përjashtojnë në mënyrë aktive, mbrojtjen e njerëzve në gjendje të rënda MNS. Për këtë arsye, ofruesit e kujdesit shëndetësor duhet të mbrojnë në mënyrë aktive dhe të adresojnë mangësitë në mbrojtjen e këtyre njerëzve.

Mbroni të drejtat e personave në gjendje të rënda MNS në mjediset e kujdesit shëndetësor

- Trajtoni gjithmonë me respekt dhe dinjitet njerëzit në gjendje MNS.
- Sigurohuni që njerëzit në gjendje MNS të kenë të njëjtin akses në kujdesin shëndetësor fizik si njerëzit pa gjendje MNS.
- Respektoni të drejtën e një personi për të refuzuar kujdesin shëndetësor, përveç rasteve kur atij i mungon aftësia për ta marrë atë vendim.
- Dekurajoni institucionalizimin. Nëse personi është tashmë i institucionalizuar, mbroni të drejtat e tij në mjedisin institucional.

► Promovoni integrimin në komunitet të njerëzve në gjendje të rënda MNS

- përkrahni përfshirjen e njerëzve në gjendje MNS në programet e mbështetjes së jetesës, mbrojtjes dhe në aktivitetet e tjera të komunitetit.
- përkrahni përfshirjen e fëmijëve me epilepsi dhe gjendje të tjera MNS në arsimin e përgjithshëm.
- përkrahni përfshirjen e programeve për fëmijët dhe të rriturit me aftësi të kufizuara intelektuale/vonesa në zhvillim në programet e mbështetjes të aftësive të kufizuara në komunitet.
- përkrahni ruajtjen, sa më shumë të jetë e mundur, të autonomisë dhe pavarësisë për njerëzit në gjendje MNS.

Mbroni të drejtat e personave në gjendje të rënda MNS në situatat e krizave humanitare

Më poshtë janë veprimet kryesore për të adresuar mbrojtjen e njerëzve në gjendje MNS, në situatat e krizave humanitare.

► Angazhoni palët kryesore të interesuara

- Identifikoni palët kryesore të interesuara, të cilat duhet të jenë të informuara për çështjet e mbrojtjes në lidhje me njerëzit në gjendje MNS. Këto palë kryesore të interesuara përfshijnë:
 - personat në gjendje MNS dhe kujdestarët e tyre;
 - drejtuesit e komunitetit (p.sh. përfaqësuesit e zgjedhur të komunitetit, më të moshuarit e komunitetit, mësuesit, udhëheqësit fetarë, shëruesit tradicional dhe shpirtërorë);

- menaxherët e shërbimeve të ndryshme (p.sh. mbrojtja/siguria, shëndetësia, strehimi, uji dhe instalimet hidrosanitare, ushqimi, arsimi, programet e jetesës);
- menaxherët e shërbimeve të aftësisë së kufizuar (shumë shërbime të aftësisë së kufizuar e anashkalojnë pa dashje aftësinë e kufizuar për shkak të gjendjeve MNS);
- përfaqësuesit e grupeve të komunitetit (grupet e të rinjve ose grave) dhe organizatat e të drejtave të njeriut; policia dhe autoritetet ligjore.
- Organizoni aktivitete sensibilizuese për palët kryesore të interesuara:
 - Merrni në konsideratë ofrimin e seminareve orientuese për gjendjet MNS.
 - Konsultohuni me njerëzit në gjendje MNS, kujdestarët e tyre dhe sektorët e aftësisë së kufizuar dhe të shërbimeve sociale për hartimin dhe zbatimin e aktiviteteve të sensibilizimit.
 - Gjatë aktiviteteve të sensibilizimit:
- Jepni njohuri dhe largoni konceptet e gabuara në lidhje me njerëzit në gjendje MNS.
- Jepni njohuri për të drejtat e njerëzve në gjendje MNS, përfshirë aksesin e barabartë në ndihmën dhe mbrojtjen humanitare.
- Largoni diskriminimin ndaj njerëzve në gjendje MNS.
- Mbroni mbështetjen për kujdestarët e personave në gjendje MNS.

6. Parimet e vëmendjes ndaj mirëqenies së përgjithshme

Përveç kujdesit klinik, njerëzit në gjendje MNS kanë nevojë për një sërë mbështetjesh të tjera për mirëqenien e tyre të përgjithshme. Njerëzit në gjendje MNS përballen me sfida të tjera në rutinën e tyre të përditshme dhe në vetëkujdesjen bazë. Roli i ofruesve të kujdesit shëndetësor shtrihet përtej kujdesit klinik, për të mbrojtur mirëqenien e përgjithshme të njerëzve në gjendje MNS në sektorë të shumtë, siç tregohet në piramidën e Udhëzimeve të IASC-së (shikoni figurën GPC 1). Mbështetja për mirëqenien e përgjithshme të njerëzve në gjendje MNS është veçanërisht e madhe gjatë krizave humanitare kur shërbimet bazë, strukturat shoqërore, jeta familjare dhe siguria goditen dhe çrregullohen.

- **Mbështesni njerëzit në gjendje MNS përt'u qasur në mënyrë të sigurt në shërbimet e nevojshme për mbijetesë dhe për një mënyrë jetese dinjitoze (p.sh. ujë, instalime hidrosanitare, ndihmë ushqimore, strehim, mbështetje për jetesën).** Kjo mund të përfshijë:
 - këshillime për disponueshmërinë dhe vendndodhjen e këtyre shërbimeve;
 - referimin dhe punën në mënyrë aktive me sektorin social për të lidhur njerëzit me shërbimet sociale (për menaxhimin e çështjeve sociale);
 - këshillimi për çështje të sigurisë kur personi nuk është mjaftueshëm i ndërgjegjshëm për kërcënimet ndaj sigurisë.
- **Organizoni hyrjen me përparësi të njerëzve në gjendje MNS për marrjen e shërbimeve ose për pjesëmarrje në aktivitetet të ndryshme, si p.sh. ndihmoni fëmijët në gjendje të tilla për të hyrë në hapësirat e përshtatshme për fëmijë.**
- **Mbështetni shëndetin e përgjithshëm fizik të personave në gjendje MNS:**
 - Organizoni vlerësime të rregullta shëndetësore dhe vaksinime.
 - Këshilloni ato dhe kujdestarët e tyre për vetëkujdesjen bazë: ushqimin, aktivitetin fizik, seksin e sigurt, planifikimin familjar, etj.

Shembuj:

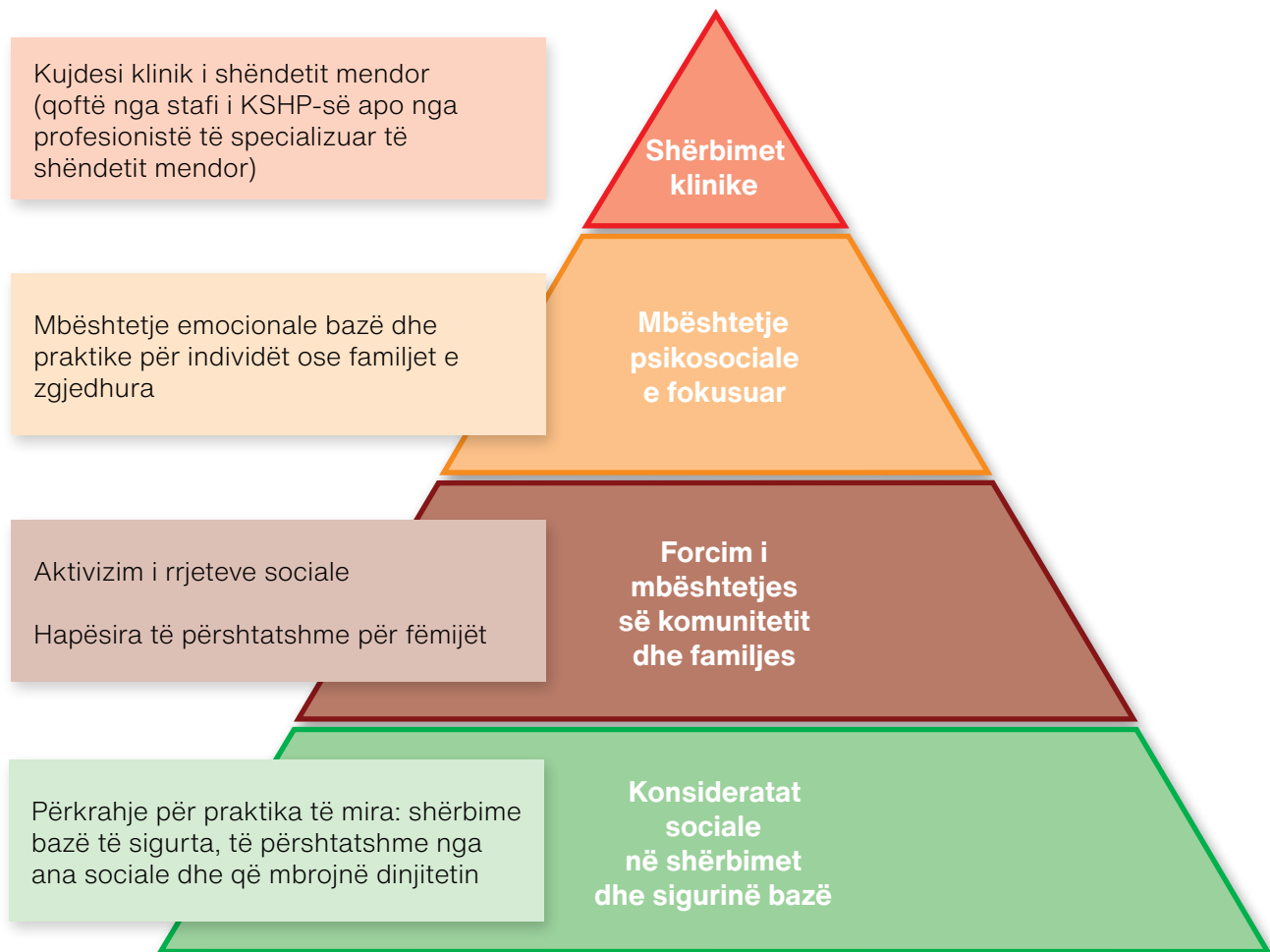


Figura PPK 1. Piramida e ndërhyrjes të IASC-së për shëndetin mendor dhe mbështetjen psikosociale në emergjencë (përshtatur me leje)

Stresi Akut (SA)

Në jetën e përditshme të rriturit, adoleshentët dhe fëmijët qëllon që ndeshen me ngjarje potencialisht traumatike (situata të rënda personale, familjare). Në mënyrë të veçantë gjatë emergjencave humanitare të rriturit, adoleshentët dhe fëmijët janë të ekspozuar ndaj ngjarjeve potencialisht traumatike. Ekspozimi ndaj këtyre ngjarjeve shkakton një gamë të gjerë reagimesh emocionale, konjitive, të sjelljes dhe somatike. Megjithatë shumica e reagimeve janë vetëkufizuese dhe nuk bëhen çrregullime mendore, njerëzit me reagime të forta mund të paraqiten për ndihmë pranë institucioneve shëndetësore.

Në situata të rënda personale, familjare dhe gjatë krizave humanitare njerëzit vuajnë nga kombinime të ndryshme të ngjarjeve dhe humbjeve potencialisht traumatike; kështu ata mund të vuajnë edhe nga stresi akut dhe pikëllimi. Simptomat, vlerësimi dhe menaxhimi i stresit akut dhe pikëllimit kanë shumë të përbashkëta. Megjithatë, pikëllimi mbulohet në një modul të veçantë (PIK).

Pas një ngjarje të mundshme traumatike të freskët, mjeku dhe infermierja e familjes duhet të jenë në gjendje të identifikojnë sa vijon:

Simptomat e rëndësishme të stresit akut (SA)

Njerëzit me këto simptoma mund të paraqesin një gamë të gjerë ankesash fizike jo specifike të pashpjegueshme nga ana psikologjike dhe mjekësore. Këto simptoma përfshijnë reagime ndaj një ngjarjeje potencialisht traumatike **brenda muajit të fundit** për të cilën njerëzit kërkojnë ndihmë ose atyre u shkakton vështirësi të konsiderueshme në funksionimin e përditshëm dhe që nuk i plotëson kriteret për gjendjet e tjera të përfshira në këtë udhëzues. **Ky kapitull trajton vlerësimin dhe menaxhimin e simptomave të rëndësishme të stresit akut.**

Çrregullimi nga stresi post-traumatik (PTSD)

Kur një grup karakteristik i simptomave (ripërjetimi, shmangia dhe ndjesia e rritur e kërcënimit aktual) vazhdon për më shumë se një muaj pas një ngjarjeje potencialisht traumatike dhe nëse shkakton vështirësi të konsiderueshme në funksionimin e përditshëm, personi mund të ketë zhvilluar çrregullimin e stresit post-traumatik.

Problemet dhe çrregullimet të cilat kanë më shumë mundësi të shfaqen pas ekspozimit ndaj stresuesve (p.sh. ngjarjeve potencialisht traumatike) por që mund të ndodhin edhe në mungesë të një ekspozimi të tillë.

Këto përfshijnë: çrregullim depresiv mesatar-të rëndë (**DEP**), psikozë (**PSI**), përdorim të dëmshëm të alkoolit dhe drogave (**SUB**), vetëvrasje (**VEV**) dhe ankesa të tjera të rëndësishme për shëndetin mendor (**TJE**).

Reagimet të cilat nuk janë të rëndësishme nga ana klinike dhe që nuk kërkojnë menaxhim klinik.

Nga të gjitha reagimet, këto janë më të zakonshmet. Ato përfshijnë reagime kalimtare për të cilat njerëzit nuk kërkojnë ndihmë dhe të cilat nuk dëmtojnë funksionimin e përditshëm. Në këto raste, Mjeku dhe/ose Infermierja e Familjes duhet të jenë mbështetës, të ndihmojnë në adresimin e nevojave dhe shqetësimeve të personit dhe të monitorojnë nëse ndodh rikuperimi natyror i pritshëm.

Vlerësimi

Pyetja 1: A ka përjetuar personi kohët e fundit një ngjarje potencialisht traumatike?

- Pyesni nëse personi ka përjetuar një **ngjarje potencialisht traumatike**. Ngjarje potencialisht traumatike është çdo ngjarje kërcënuese ose e tmerrshme, siç është dhuna fizike ose seksuale (përfshirë dhunën në familje), përjetimi i një mizorie apo aksidenteve ose plagosjeve të rënda. Merrni në konsideratë të pyesni:
 - Çfarë stresi të rëndë keni përjetuar? Ka qenë jeta juaj në rrezik? Keni përjetuar diçka që ishte shumë e frikshme apo e tmerrshme ose ju ka bërë të ndjeheni shumë keq? Ndiheni të sigurt në shtëpi?
- Pyesni **sa kohë** ka kaluar që nga ngjarja (ngjarjet).
- Nëse një ngjarje potencialisht traumatike ka ndodhur brenda **muajit të fundit**, shkoni në pyetjen 2 të vlerësimit.
- Në qoftë se ka ndodhur një humbje e madhe (p.sh. vdekja e një njeriu të dashur), vlerësoni edhe për pikëllimin (**PIK**).
- Në qoftë se më shumë se 1 muaj më parë ka ndodhur një ngjarje potencialisht traumatike, atëherë merrni parasysh gjendje të tjera të përfshira në këtë udhëzues (**DEP, PTSD, PSI, SUB**).

Pyetja 2: Nëse brenda muajit të fundit ka ndodhur një ngjarje potencialisht traumatike, a ka personi simptoma të rëndësishme të stresit akut?

- Kontrolloni për:
 - ankth të lidhur me ngjarjen/et traumatike
 - probleme gjumi
 - probleme përqëndrimi
 - përsëritjen e ëndrrave të frikshme, fanepsjen ose ndërputjen e kujtimeve të ngjarjeve, të shoqëruara nga frika ose tmerri i madh
 - shmangien e qëllimshme të mendimeve, kujtimeve, veprimtarive ose situatave që i kujtojnë personit ngjarjet (p.sh. shmangia e të folurit për çështje që janë kujtesë ose shmangia e kthimit në vendet ku kanë ndodhur ngjarjet);
 - të qënurit me vigjilencë të shtuar;
 - shqetësim të tepërt dhe vigjilencë “të shtuar” ndaj rrezikut ose reagim të fortë ndaj zhurmave të larta ose lëvizjeve të papritura;
 - të ndjerit i tronditur, i mërzhitur ose i mpirë apo me aftësi të kufizuar për të ndjerë ndonjë gjë;
 - çdo emocion ose mendim shqetësues (p.sh. përlotje të shpeshtë, zemërim) ose
 - ndryshime në sjellje, siç janë:
 - o agresioni
 - o izolimi dhe tërheqja sociale
 - o sjelljet e marrjes përsipër të rrezikut tek adoleshentët
 - o sjellje regresive të tilla si urinimi në shtrat, kapja pas sendeve ose përlotja tek fëmijët

- hiperventilimi (p.sh. frymëmarrje e shpejtë, mbajtja e frymës)
- ankesa fizike të pashpjegueshme nga ana mjekësore, siç janë:
 - palpitacione, marramendje
 - dhimbje koke, vuajtje dhe dhimbje të përgjithshme
- Simptoma disociative të cilat lidhen me trupin (p.sh. paralizë mjekësore e pashpjegueshme, aftësi e kufizuar për të folur ose parë, “pseudo kriza epileptike”).
- **Simptomat e rëndësishme të stresit akut**/stresit janë të mundshme nëse personi plotëson të gjitha kriteret e mëposhtme:
 - një ngjarje potencialisht traumatike ka ndodhur **brenda afërsisht 1 muaji**
 - simptomat kanë filluar **pas** ngjarjes
 - vështirësi të konsiderueshme në funksionimin e përditshëm për shkak të simptomave ose kërkon ndihmë për simptomat.

Pyetja 3: A ka një gjendje tjetër të njëkohshme?

- Kontrolloni për çdo **gjendje fizike** që mund të shpjegojë simptomat dhe nëse gjeni, menaxhoheni në përputhje me rrethanat.
- Kontrolloni për çdo **gjendje tjetër mendore, neurologjike dhe nga përdorimi i substancave (përfshirë depresionin)** të përfshirë në këtë udhëzues, e cila mund të shpjegojë simptomat dhe nëse gjeni, menaxhoheni në përputhje me rrethanat.

Plani bazë i menaxhimit



MOS rekomandoni medikamente për të menaxhuar simptomat e stresit akut (përveç nëse më poshtë përmendet ndryshe).

1. Në TË GJITHA rastet:

- Ofroni mbështetjen psikosociale¹ bazë
 - **Dëgjoni** me kujdes. MOS e nxitni personin të flasë.
 - **Pyeteni** personin për nevojat dhe shqetësimet e tij/saj.
 - **Ndihmojeni** personin për të adresuar nevojat bazë, shërbimet e aksesit, lidhjen me familjen dhe mbështetjet e tjera sociale.
 - **Mbrojeni** personin nga dëmtimi (i mëtejshëm).
- Ofroni mbështetje psikosociale shtesë, siç përshkruhet në *Parimet e uljes së stresit dhe forcimit të ndihmës sociale (Parimet e përgjithshme të kujdesit)*:
 - Adresoni **stresuesit psikosocialë aktualë**.
 - Forconi mbështetjen sociale.
 - Jepni njohuri për menaxhimin e stresit.
- **Mësojeni** personin për reagimet normale ndaj pikëllimit dhe stresit akut, p.sh.:
 - Njerëzit shpesh i kanë këto reagime pas ngjarjeve të tilla.
 - Në shumicën e rasteve, reagimet do të zvogëlohen me kalimin e kohës.
- Menaxhoni gjendjet e njëkohshme.

¹ Qasja e përshkruar këtu, shpesh referohet si ndihma e parë psikologjike (PFA) kur zbatohet menjëherë pas një ngjarjeje jashtëzakonisht stresuese (>> WHO, WTF & WVI, 2013).

2. Në rast të problemeve me gjumin si një simptomë e stresit akut, ofroni menaxhimin shtesë të mëposhtëm:

- Shpjegoni që njerëzit pasi provojnë stres të jashtëzakonshëm, zakonisht kanë probleme me gjumin (pagjumësi).
- Shqyrtoni dhe adresoni të gjitha shkaqet mjedisore të pagjumësisë (p.sh. zhurmën).
- Shqyrtoni dhe adresoni çdo shkak fizik të pagjumësisë (p.sh. dhimbjen fizike).
- Këshilloni për higjenën e gjumit, përfshirë rutinat e rregullta të gjumit p.sh., kohën e rregullt për të shkuar në shtrat dhe për t'u zgjuar, shmangien e kafesë, nikotinës dhe alkoolit në orët e vona të ditës ose para se të shkohet në shtrat. Theksoni që alkooli e çrregullon gjumin.
- Përrjashtimisht, në raste jashtëzakonisht të rënda, kur ndërhyrjet psikologjike të orientuara (p.sh. teknikat e relaksimit) nuk janë të mundshme ose nuk janë efektive dhe pagjumësia shkakton vështirësi të konsiderueshme në funksionimin e përditshëm, mund të konsiderohet trajtimi afatshkurtër (3-7 ditë) me benzodiazepina.
- Doza:
 - Për të rriturit, rekomandoni 2-5 mg diazepam në kohën e gjumit.
 - Për personat e moshuar, rekomandoni 1-2.5 mg diazepam në kohën e gjumit.
 - Përpara se të rekomandoni diazepam, kontrolloni ndërveprimet e medikamenteve me njëri-tjetrit.
 - Efektet anësore të zakonshme të benzodiazepinave përfshijnë përhumbje dhe dobësi të muskujve.
 - Kujdes: benzodiazepinat mund të ngadalësojnë frymëmarrjen. Mund të jetë i nevojshëm monitorimi i rregullt i frymëmarrjes.
 - Kujdes: benzodiazepinat mund të shkaktojnë varësi. Përdorini vetëm për trajtim afatshkurtër.
- Shënim:
 - Ky trajtim është vetëm për të rriturit.
 - Mos rekomandoni benzodiazepina për fëmijët ose adoleshentët.
 - Shmangeni këtë medikament tek gratë shtatzëna ose që ushqejnë fëmijën me gji.
 - Kur e përdorni këtë medikament tek njerëzit e moshuar, monitoroni shpesh për efekte anësore.
 - Kjo është një zgjidhje e përkohshme për një problem jashtëzakonisht të rëndë të gjumit.
 - Benzodiazepinat nuk duhet të përdoren tek të rriturit apo fëmijët për pagjumësinë e shkaktuar nga pikëllimi.
 - Benzodiazepinat nuk duhet të përdoren për asnjë simptomë tjetër të stresit akut ose PTSD.

3. Në rastin e fëmijëve që urinojnë në shtrat si simptomë e stresit akut, ofroni menaxhimin shtesë të mëposhtëm:

- Merrni historikun e urinimit në shtrat, për të konfirmuar se ajo ka filluar **pas** përjetimit të një ngjarjeje stresuese. Përrjashtoni dhe menaxhoni **shkaqet e tjera të mundshme** (p.sh. infeksion i traktit urinar).
- Shpjegoni:
 - Urinimi në shtrat është një reagim **i zakonshëm**, i padëmshëm tek fëmijët që përjetojnë stres.

- Fëmijët **nuk duhet të ndëshkohen** për urinimin në shtrat sepse ndëshkimi shton stresin e fëmijës dhe mund ta përkeqësojë problemin. Prindi, kujdestari duhet të shmangë turpërimin e fëmijës duke e përmendur në publik urinimin në shtrat.
- Prindërit, kujdestarët duhet të qëndrojnë të qetë dhe mbështetës nga ana emocionale.
- Merrni në konsideratë trajnimin e prindërve, kujdestarëve për përdorimin e ndërhyrjeve të thjeshta në sjellje (p.sh. shpërblyerja e fëmijës për shmangien e konsumit të tepërt të lëngjeve para gjumit, për vajtjen në tualet para gjumit, për netët që nuk urinon në shtrat). Shpërblimi mund të jetë gjithçka që i pëlqen fëmijës, siç është kohë më shumë për të luajtur, për tu ushtruar në një lloj sporti a aktiviteti fizik, për të shkruar për të parë një film, teatër kukullash etj.

4. Në rastin e hiperventilimit (frymëmarrja jashtëzakonisht e shpejtë dhe e pakontrollueshme) si simptomë e stresit akut, ofroni menaxhimin shtesë të mëposhtëm:

- Përrjashtoni dhe menaxhoni **shkaqe të tjera** të mundshme, edhe nëse hiperventilimi ka filluar menjëherë pas një ngjarjeje stresuese. Gjithmonë bëni ekzaminimet e nevojshme mjekësore për të identifikuar shkaqet e mundshme fizike siç janë, sëmundjet e mushkërive.
- Në qoftë se nuk identifikohet asnjë shkak fizik, sigurojeni personin që hiperventilimi ndonjëherë ndodh pas përjetimit të një stresi të jashtëzakonshëm dhe nuk ka mundësi të jetë problem mjekësor serioz.
- Jini të qetë dhe nëse është e mundur hiqini burimet potenciale të ankthit. Ndihmojeni personin të rifitojë frymëmarrjen normale duke praktikuar frymëmarrjen e ngadaltë (**Parimet e uljes së stresit dhe forcimit të mbështetjes sociale** në **Parimet e përgjithshme të kujdesit**) (mos rekomandoni frymëmarrjen në një qese letre).

5. Në rastin e një simptome disociative e cila lidhet me trupin (p.sh. paralizë mjekësore e pashpjegueshme, aftësi të kufizuar për të folur ose parë, “pseudo kriza epileptike”) si një simptomë e stresit akut, ofroni menaxhimin e mëposhtëm shtesë:

- Përrjashtoni dhe menaxhoni **shkaqe të tjera** të mundshme, edhe nëse simptomat kanë filluar menjëherë pas një ngjarjeje stresuese. Gjithmonë bëni ekzaminimet e nevojshme mjekësore për të identifikuar shkaqet e mundshme fizike. Shikoni kapitullin e epilepsisë për udhëzime mbi ekzaminimet mjekësore përkatëse për krizat/konvulsionet epileptike (**EPI**).
- Njihuni me vuajtjet e personit dhe mbani një qëndrim respektues. Shmangeni përforcimin e idesë për ndonjë përfitim që mund të ketë personi nga simptomat.
- Kërkoni **shpjegimin e vetë personit** për simptomat dhe zbatoni udhëzimet e përgjithshme për menaxhimin e simptomave somatike të pashpjegueshme nga ana mjekësore (**TJE**).
- Sigurojeni përsëri personin që këto simptoma ndonjëherë ndodhin pas përjetimit të një stresi të jashtëzakonshëm dhe nuk ka mundësi të jetë problem mjekësor serioz.
- Merrni në konsideratë përdorimin e ndërhyrjeve kulturore specifike që nuk dëmtojnë.

I kërkoni personit të kthehet brenda 2-4 javësh nëse simptomat nuk përmirësohen ose në çdo kohë nëse simptomat përkeqësohen.

Pikëllimi (PIK)

Pikëllimi është vuajtja emocionale që ndjejnë njerëzit pas një humbjeje. Në mënyrë të veçantë gjatë krizave humanitare, të rriturit, adoleshentët dhe fëmijët janë të ekspozuar ndaj humbjeve të mëdha. Megjithatë shumica e reagimeve ndaj humbjes janë vetëkufizuese pa u bërë çrregullim mendor, njerëzit me simptoma të rëndësishme pikëllimi kanë më shumë mundësi të paraqiten pranë institucioneve shëndetësore për ndihmë.

Pas një humbjeje, mjeku dhe infermjerja e familjes duhet të jenë në gjendje të identifikojnë sa vijon:

Simptomat e rëndësishme të pikëllimit (PIK).

Ashtu si me simptomat e stresit akut, njerëzit që janë të pikëlluar mund të paraqesin një gamë të gjerë ankesash fizike jo specifike të pashpjegueshme nga ana psikologjike dhe mjekësore. Njerëzit kanë simptoma të rëndësishme pikëllimi pas një humbjeje. Nëse simptomat shkaktojnë vështirësi të konsiderueshme në funksionimin e përditshëm (përtej asaj që pritet nga ana kulturore) njerëzit kërkojnë ndihmë për simptomat. **Ky kapitull trajton vlerësimin dhe menaxhimin e simptomave të rëndësishme të pikëllimit.**

Çrregullimi i zgjatur i pikëllimit.

Kur simptomat e rëndësishme të pikëllimit vazhdojnë për një periudhë të gjatë kohe, njerëzit mund të zhvillojnë një çrregullim pikëllimi të zgjatur. Kjo gjendje përfshin preokupim të madh ose dëshirë të fortë për personin e ndjerë, të shoqëruar me dhimbje të forta emocionale dhe vështirësi të konsiderueshme në funksionimin e përditshëm për të paktën 6 muaj (dhe për një periudhë e cila është shumë më e gjatë nga sa pritet në kulturën e personit). Në këto raste, mjeku i familjes duhet të referojë rastin ose të këshillohet vetë me një psikiatër.

Problemet dhe çrregullimet që kanë më shumë mundësi të shfaqen pas ekspozimit ndaj stresuesve (p.sh. zia), por që ndodhin edhe në mungesë të një ekspozimi të tillë.

Këto përfshijnë: çrregullim depresiv mesatar-të rëndë (**DEP**), psikozë (**PSI**), përdorim të dëmshëm të alkoolit dhe drogave (**SUB**), vetë-dëmtim/vetëvrasje (**VEV**) dhe ankesa të tjera të rëndësishme për shëndetin mendor (**TJE**).

Reagimet të cilat nuk janë klinikisht të rëndësishme dhe që nuk kërkojnë menaxhim klinik.

Nga të gjitha reagimet, këto janë më të zakonshmet. Ato përfshijnë reagime kalimtare për të cilat njerëzit nuk kërkojnë ndihmë dhe të cilat nuk dëmtojnë funksionimin e përditshëm

përtej asaj që pritet nga ana kulturore. Në këto raste, mjeku dhe infermierja e familjes duhet të jenë mbështetës, të ndihmojnë në adresimin e nevojave dhe shqetësimeve të personit dhe të monitorojnë nëse ndodh rikuperimi natyror i pritshëm; megjithatë, këto reagime të tilla nuk kërkojnë menaxhim klinik.

Vlerësimi

Pyetja 1: A ka përjetuar personi një humbje të madhe kohët e fundit?

- Pyesni nëse personi ka pësuar **humbje të madhe**. Merrni në konsideratë të pyesni:
 - Si ju ka prekur fatkeqësia/konflikti?*
 - Keni humbur familjen apo miqtë? Shtëpinë tuaj? Paratë tuaja? Punën apo mënyrën tuaj të jetesës? Komunitetin tuaj?*
 - Si ju ka prekur humbja?*
 - Ju mungon ndonjë nga anëtarët e familjes ose miqtë?*
- Pyesni **sa kohë** ka kaluar nga ngjarja (ngjarjet).
- Nëse i ka ndodhur një humbje e madhe brenda **6 muajve të fundit**, shkoni në pyetjen 2 të vlerësimit.
- Nëse një humbje e madhe i ka ndodhur më shumë se 6 muaj më parë apo nëse një ngjarje potencialisht traumatike ka ndodhur më shumë se 1 muaj më parë, atëherë merrni në konsideratë gjendje të tjera të përfshira në këtë udhëzues (**DEP, PTSD, PSI, SUB**) ose çrregullimin e zgjatur të pikëllimit.

Pyetja 2 e vlerësimit: A ka personi simptoma të rëndësishme pikëllimi, nëse i ka ndodhur një humbje e madhe brenda 6 muajve të fundit?²

- Kontrolloni për:
 - trishtim, ankth, zemërim, dëshpërim
 - dëshirë të zjarrtë dhe preokupim me humbje
 - ndërfutje të kujtimeve, imazheve dhe mendimeve të lidhura me të ndjerin
 - humbje oreksi
 - humbje të energjive
 - probleme me gjumin
 - probleme me përqëndrimin
 - izolim dhe tërheqje sociale
 - ankesa fizike të pashpjegueshme nga ana mjekësore (p.sh. palpitacione, dhimbje koke, vuajtje dhe dhimbje të përgjithshme)
 - reagime kulturore specifike për pikëllimin (p.sh. dëgjimin e zërit të personit të ndjerë, vizitën nga personi i ndjerë në ëndrra).
- Simptomat e rëndësishme të pikëllimit** janë të mundshme nëse personi i plotëson **të gjitha** kriteret e mëposhtme:
 - një ose më shumë humbje brenda afërsisht 6 muajve
 - ndonjë nga simptomat e mësipërme të cilat kanë filluar pas humbjes
 - vështirësi të konsiderueshme në funksionimin e përditshëm për shkak të simptomave (përtej asaj që pritet nga ana kulturore) ose kërkimi i ndihmës për simptomat.

² Në kulturat ku kohëzgjatja e pritur për zinë është më e gjatë se 6 muaj, kjo periudhë mund të jetë më e gjatë se 6 muaj.

Pyetja 3: A ka një gjendje tjetër të njëkohshme?

- Kontrolloni për çdo **gjendje fizike** që mund të shpjegojë simptomat dhe menaxhojeni në përputhje me rrethanat nëse gjenden.
- Kontrolloni për çdo **gjendje tjetër mendore, neurologjike dhe nga përdorimi i substancave (MNS) (përfshirë depresionin)** të përfshirë në këtë udhëzues, e cila mund të shpjegojë simptomat dhe nëse gjeni, menaxhojeni në përputhje me rrethanat.

Plani bazë i menaxhimit



MOS rekomandoni medikamente për të menaxhuar simptomat e pikëllimit.

1. Ofroni mbështetjen psikosociale bazë³

- Dëgjoni me kujdes. MOS e nxitni personin të flasë.
- Pyeteni personin për nevojat dhe shqetësimet e tij/saj.
- Ndihmoheni personin për të adresuar nevojat bazë, shërbimet e aksesit, lidhjen me familjen dhe mbështetjet e tjera sociale.
- Mbrojeni personin nga dëmtimi (i mëtejshëm).

2. Ofroni mbështetje psikosociale shitesë, siç përshkruhet në Parimet e uljes së stresit dhe forcimit të ndihmës sociale (Parimet e përgjithshme të kujdesit)

- Adresoni **stresuesit psikosociale aktualë**.
- Forconi mbështetjen sociale.
- Mësoni menaxhimin e stresit.

3. Jepini njohuri personit për reagimet e zakonshme ndaj humbjeve, p.sh.:

- *Ndonjëherë një person mund të ndihet mirë për pak kohë, pastaj diçka i kujton atij humbjen dhe mund të ndihet po aq keq sa ishte në fillim. Kjo është normale dhe me kalimin e kohës këto përvoja përsëriten më pak intensive dhe më pak të shpeshta.*
- *Nuk ka ndonjë mënyrë të drejtë apo të gabuar për të ndjerë pikëllim. Ndonjëherë mund të ndiheni shumë të trishtuar dhe në raste të tjera mund të jeni në gjendje të kënaqeni. Mos e kritikoni veten për mënyrën se si ndiheni për momentin.*
- *Pas humbjeve të mëdha, njerëzit mund të reagojnë në mënyra të ndryshme. Disa njerëz tregojnë emocione të forta ndërsa disa të tjerë jo.*
- *Të qash nuk do të thotë se je i dobët.*
- *Njerëzit që nuk qajnë mund ta ndiejnë po aq thellë dhimbjen emocionale, por kanë mënyra të tjera për ta shprehur atë.*
- *Ju mund të mendoni se trishtimi dhe dhimbja që ndjeni nuk do të ikin kurrë, por në shumicën e rasteve, këto ndjenja zvogëlohen me kalimin e kohës.*

³ Qasja e përshkruar këtu, shpesh referohet si ndihma e parë psikologjike (PFA) kur zbatohet menjëherë pas një ngjarjeje jashtëzakonisht stresuese (WHO, WTF & WVI, 2013).

4. Menaxhoni gjendjet e tjera të njëkohshme.

5. Diskutoni dhe mbështesni në mënyrë të përshtatshme kulturore proceset e rregullimit/zisë

- Pyesni nëse kanë ndodhur apo janë planifikuar ceremoni/rituale të përshtatshme zije. Nëse nuk është rasti, diskutoni për pengesat dhe si mund të lehtësohen ato.
- Zbuloni se çfarë ka ndodhur me trupin. Nëse trupi mungon, ndihmoni në gjetjen e gjurmëve ose në identifikimin e mbetjeve.
- Nëse trupi nuk mund të gjendet, diskutoni për mënyra alternative për të ruajtur kujtimet, siç janë përkujtimoret.

6. Në qoftë se është e mundur dhe e përshtatshme nga ana kulturore, inkurajoni kthimin e parakohshëm në aktivitetet e mëparshme të zakonshme (p.sh. në shkollë ose në punë, në shtëpi ose në shoqëri).

7. Për menaxhimin specifik të problemeve me gjumin, urinimin në shtrat, hiperventilimin dhe simptomat disociative pas humbjes së fundit, shikoni seksionet përkatëse në kapitullin mbi stresin akut (SA).

8. Nëse personi është fëmijë i vogël:

- Përgjigjuni pyetjeve të fëmijës duke dhënë shpjegime të qarta dhe të sinqerta të cilat janë të përshtatshme për nivelin e zhvillimit të fëmijës. Mos gënjeni kur t'ju pyesë për një humbje (p.sh. *Ku është nëna ime?*). Kjo do të krijojë konfuzion dhe mund të dëmtojë besimin e personit tek mjeku, infermieri i familjes.
- Kontrolloni dhe korigjoni “të menduarit magjik”, të zakonshëm në fëmijët e vegjël (p.sh. fëmijët mund të mendojnë se ata janë përgjegjës për humbjen; ata mund të mendojnë se personi i tyre i dashur vdiq sepse ai ishte i keq ose sepse ishte i mërzhitur me të).

9. Për fëmijët, adoleshentët dhe personat e tjerë vulnerabël të cilët kanë humbur prindërit ose kujdestarët e tjerë, adresoni nevojën për mbrojtje dhe ofroni përkujdesje të vazhdueshme, mbështetëse, përfshirë mbështetjen sociale-emocionale.

- Në situata krizash humanitare në qoftë se është e nevojshme, referoni personin tek agjenci/rrije të besuara mbrojtjeje.

10. Nëse dyshohet për çrregullim të zgjatur të pikëllimit, Mjeku i Familjes duhet të këshillohet vetë me ose ta referojë rastin te një Psikiatër për vlerësim dhe menaxhim të mëtejshëm.

- Personi mund të ketë një çrregullim të pikëllimit të zgjatur nëse simptomat e zisë përfshijnë preokupim të madh ose dëshirë të fortë për personin e ndjerë, të shoqëruar me dhimbje të forta emocionale dhe vështirësi të konsiderueshme në funksionimin e përditshëm për të paktën 6 muaj.⁴

11. I kërkoni personit të kthehet brenda 2-4 javësh nëse simptomat nuk përmirësohen, ose në çdo kohë nëse simptomat përkeqësohen.

⁴ Në kulturat ku kohëzgjatja e prituri për zinë është më e gjatë se 6 muaj, kjo periudhë mund të jetë më e gjatë se 6 muaj.

Depresioni

Personat me depresion përjetojnë disa simptoma duke përfshirë humor të deprimuar të vazhdueshëm, humbje të dëshirës dhe interesit për një periudhë të paktën dy javore.

Personat që vuajnë nga depresioni përjetojnë vështirësi të konsiderueshme në funksionimin e përditshëm personal, familjar, social, arsimor, profesional, fizik, të komunikimit dhe fusha të tjera.

Shumë individë që vuajnë nga depresioni, vuajnë gjithashtu nga simptoma të ankthit dhe simptoma somatike që nuk shpjegohen nga një argumentim logjik mjekësor.

Depresioni zakonisht shfaqet dhe ndodh së bashku me çrregullime të tjera mendore dhe të sistemit nervor si dhe çrregullime fizike.

DEPRESIONI ETIOLOGJIA

FAKTORËT PRIDISPOZUES	FAKTORËT PRECIPITUES	FAKTORËT MBAJTËS
1. Faktorët gjenetikë 2. Insult prenatal 3. Trauma gjatë lindjes 4. Zhvillim i vonuar 5. Probleme të sjelljes të paadresuara 6. Abuzim fizik 7. Abuzim seksual	1. Ngjarje të rëndësishme të jetës të cilat përbëjnë një sfidë për individin e predispozuar (ndarje, humbje të rëndësishme, shkolla, martesë, ardhja në jetë e një fëmije, emigrimi, etj.) 2. Abuzimi me drograt apo alkoholin, varësitë	1. Varfëria kronike 2. Abuzimi apo varësia nga drograt, alkoholi, lojrat. 3. Marrëdhënie disfunksionale 4. Emocionet e shprehura⁵ 5. Sëmundje fizike kronike 6. Etj.

VLERËSIMI

PAMJA E ZAKONSHME E DEPRESIONIT

- Simptoma të vazhdueshme dhe të shumëfishta fizike pa ndonjë shkak të qartë
- Energji e ulët, lodhje e thellë, probleme të gjumit
- Trishtim i vazhdueshëm apo humor depresiv, ankth
- Humbje e interesit dhe/ose dëshirës dhe/ose kënaqësisë për aktivitete të cilat janë normalisht të këndshme për personin.

⁵ Mënyra se si persona të rëndësishëm për individin me një çrregullim psikotik reagojnë ndaj pranisë së simptomatikës.

1

A ka personi depresion?

A ka pasur personi të paktën një nga simptomat kryesore të depresionit për të paktën 2 javë?

- Humor të deprimuar të vazhdueshëm
- Ulje të rëndësishme të interesit dhe/ose kënaqësisë nga aktivitetet

NUK DUKET SI DEPRESION.
SHIKONI KAPITUJT E TJERË

JO

PO

A ka përjetuar personi disa nga simptomat e mëposhtme shtesë për të paktën 2 javë:

- Shqetësime të gjumit (pakësim/shtim)
- Ndryshime të dukshme të oreksit ose peshës (pakësim/shtim)
- Ulje të vetëvlerësimit dhe rritje të ndjenjave të fajit
- Sfilitje dhe humbje të energjisë
- Ulje të përqëndrimit
- Pavendosmëri
- Axitim i shtuar dhe parehati fizike
- Të folurit apo të lëvizurit më ngadalë se zakonisht
- Mungesë shprese
- Mendime apo veprime vetëvrasëse

NUK DUKET SI DEPRESION.
SHIKONI KAPITUJT E TJERË

JO

PO

A ka personi vështirësi të konsiderueshme në funksionimin e përditshëm personal, familjar, social, arsimor, profesional apo në fusha të tjera?

NUK DUKET SI DEPRESION.
SHIKONI KAPITUJT E TJERË

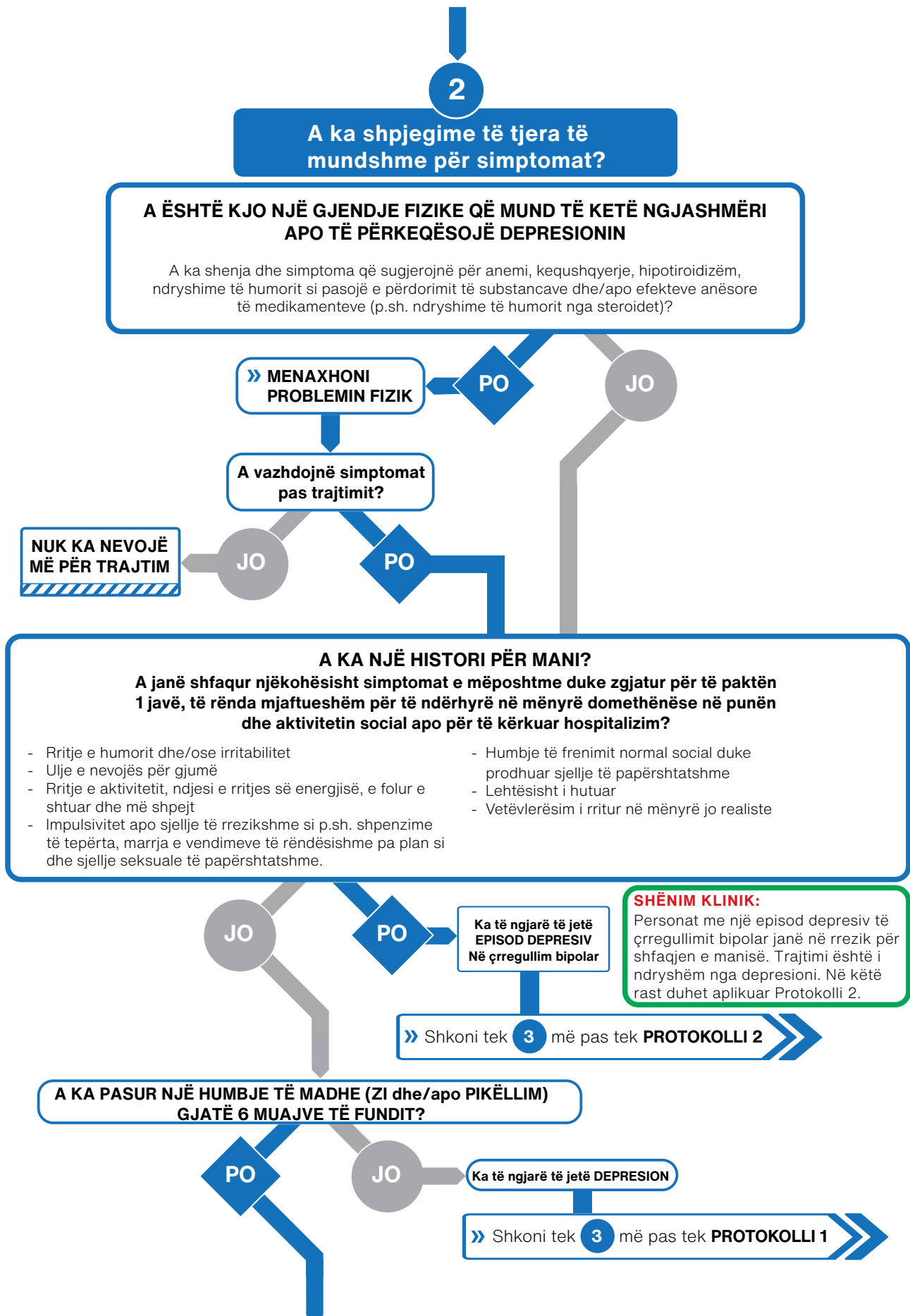
JO

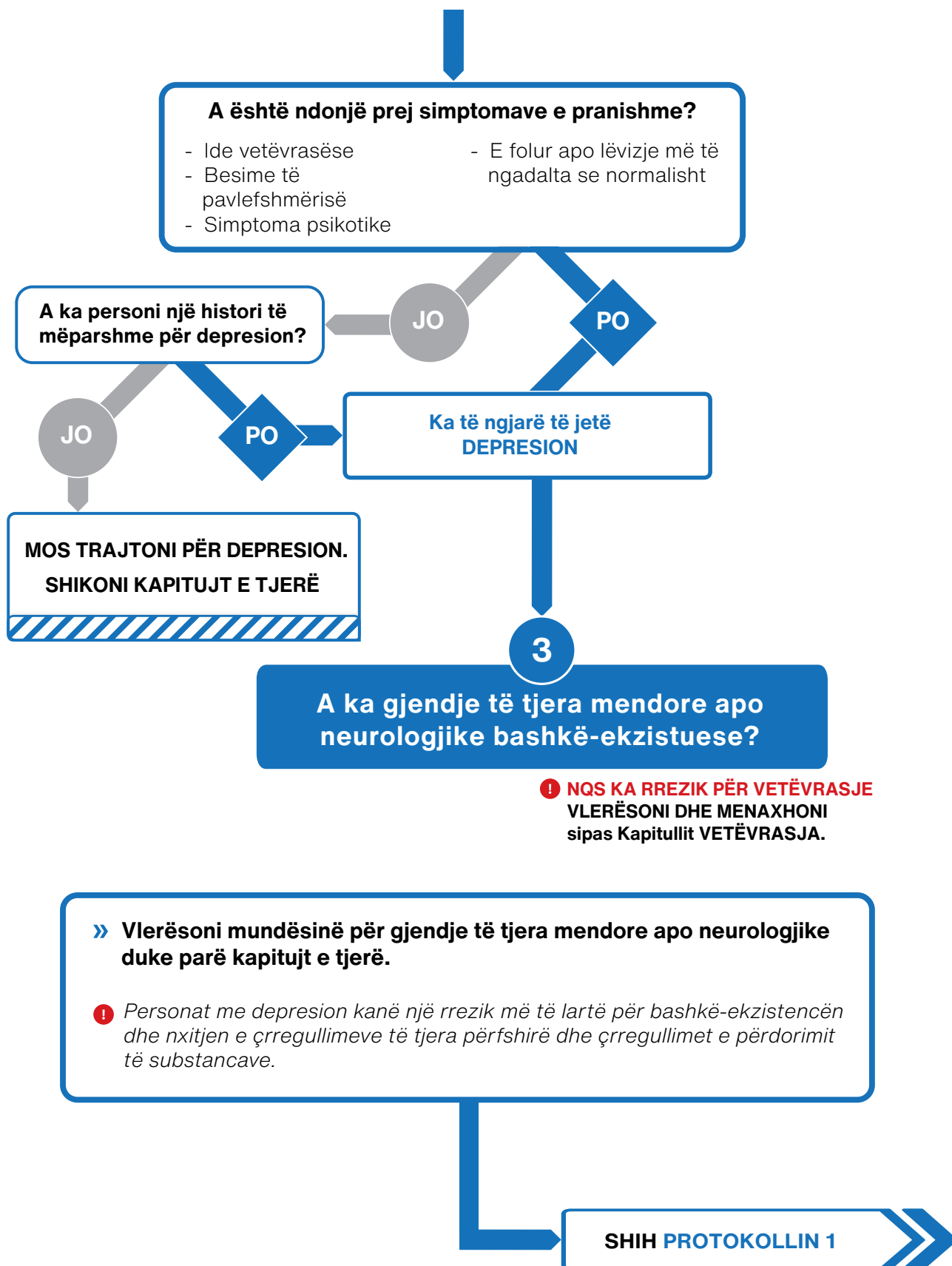
PO

**Merrni në konsideratë
DEPRESIONIN**

SHËNIM KLINIK:

Një person me depresion mund të ketë simptoma psikotike si, deluzione apo halucinacione. **Nqs këto janë të pranishme, rasti duhet referuar tek Psikiatri.**





TRAJTIMI I DEPRESIONIT

PROTOKOLL

1

Depresion

- ▶ Ofroni psikoedukim për personin dhe familjarët. (2.1)
- ▶ Reduktoni stresin dhe fuqizoni mbështetësit socialë. (2.2)
- ▶ Promovoni funksionimin në aktivitetet ditore dhe jetën komunitare. (2.3)
- ▶ Merrni në konsideratë antidepressivët. (2.5)
- ▶ Nqs është e disponueshme, referoni për psikoterapi interpersonale, terapi të njohjes dhe sjelljes (CBT), këshillim që synon zgjidhjen e problemit. (2.4)
- ▶ ❌ MOS trajtoni simptomat me trajtime jo të efektshme si p.sh. injektim vitaminash.
- ▶ Ofroni ndjekje të rregullt.

PROTOKOLL

2

Depresion në Çrregullimin Bipolar

- ▶ Konsultoni ose referoni rastin te Psikiatri
- ▶ Nqs një specialist nuk është i disponueshëm menjëherë, ndiqni **PROTOKOLLIN 1**. Gjithsesi KURRË mos jepni antidepressivë pa i shoqëruar me stabilizues humori si psh. Lithium, Carbamazepinë apo Sodium Valproat, pasi antidepressivët mund të prodhojnë mani tek personat që vuajnë nga çrregullimi bipolar. Shikoni Kapitullin për Psikozat.
- ▶ Nqs shfaqen simptoma të manisë, udhëzoni personin dhe familjarët që të ndalojnë antidepressivin dhe referoni rastin te Psikiatri.

PROTOKOLL

3

Depresion në gratë shtatëzëna apo në gjdhënie

- ▶ Ndiqni trajtimin për depresion sipas **PROTOKOLLIT 1**, por SHMANGNI anti-depresivët nqs është e mundur, veçanërisht gjatë 3-mujorit të parë.
- ▶ Nqs nuk ka përgjigje nga trajtimi psikosocial, konsideroni përdorimin e kujdesshëm të dozës më të ulët të efektshme të antidepressivit.
- ▶ Gjatë gjidhënies, shmangni medikamente me efekt afatgjatë si fluoxetine.
- ▶ REFERONI RASTIN TEK PSIKIATRI nëse nuk ka përgjigje nga trajtimi psikosocial, dhe mjekimi me dozë të ulët të antidepressivit



2.1 Psiko-edukimi: mesazhe të rëndësishme për personin dhe familjarët

- ▶ Depresioni është një gjendje shumë e përhapur dhe mund të prekë këdo.
- ▶ Shfaqja e depresionit nuk do të thotë që personi është i dobët apo dembel.
- ▶ Qasjet negative të të tjerëve (psh. “Duhet të jesh më i fortë”, “Mblidhe vehten”) mund të ndodhin sepse depresioni nuk është një gjendje shumë e qartë dhe e dukshme siç është një plagë apo një frakturë. Gjithashtu, ekziston një pritshmëri e keqinterpretuar që personat me depresion mund të kontrollojnë lehtësisht simptomat e tyre me anë të vullnetit.
- ▶ Personat me depresion kanë tendencën që të kenë një përshtypje negative jo realiste për veten e tyre, jetën e tyre apo për të ardhmen. Situata e tyre momentale mund të jetë shumë e vështirë, por depresioni mund të shkaktojë mendime të pajustificuara të mungesës së shpresës dhe të pavlefshmërisë së tyre. Këto pikëpamje me shumë gjasa përmirësohen sapo depresioni përmirësohet.
- ▶ Mendimet mbi vetë-dëmtimin apo vetëvrasjen mund të jenë të pranishme shpesh gjatë depresionit. Personat që kanë këto mendime duhen mësuar/nxitur të kontaktojnë MF që ky i fundit të bëjë referimin te Psikiatri

2.2 Reduktimi i stresit dhe fuqizimi i mbështetjes sociale

- ▶ Vlerësoni praninë e stresorëve dhe përpikuni t'i reduktoni ato
- ▶ Riaktivizoni rrjetin social të mëparshëm të personit.
- ▶ Identifikoni aktivitetet sociale të mëparshme të personit të cilat nëse rifillohen mund të sigurojnë mbështetje të drejtpërdrejtë apo të tërthortë për personin, p.sh. takimet familjare, vizita tek fqinjët, aktivitete në komunitet etj.

2.3 Promovoni funksionimin në aktivitetet ditore dhe jetën komunitare

- ▶ Edhe pse mund të jetë e vështirë, inkurajoni personin të përpiket të kryejë sa më shumë që të jetë e mundur aktivitetet e mëposhtme.
 - Të përpiket të vazhdojë apo të rifillojë aktivitete që më parë prodhonin kënaqësi.
 - Të përpiket që të mbajë orare gjumi të rregullta.
 - Të përpiket të jetë sa më shumë aktiv fizikisht.
 - Të përpiket të ushqehet rregullisht pavarësisht ndryshimeve të oreksit.
 - Të përpiket që të shpenzojë kohë me miq e familjarë të besuar me të cilët ndihet mirë.
 - Të përpiket që të përfshihet në komunitet dhe në aktivitete sociale sa më shumë që të jetë e mundur.
- ▶ Shpjegojini personit dhe familjarëve që këto aktivitete mund të ndihmojnë përmirësimin e humorit.

2.4 Trajtime psikologjike të shkurtra për depresionin

- ▶ Ky udhëzues nuk ka për qëllim të sigurojë protokolle specifike për zbatimin e ndërhyrjeve të shkurtra psikologjike. Gjithsesi më poshtë mund të gjeni disa burime të disa lloj ndërhyrjeve si psh. manuali i OBSH, Problem Management Plus, (http://www.who.int/mental_health/emergencies/problem_management_plus/en/), i cili përshkruan përdorimin e aktivizimit sjellor, trajnimin për relaksim, trajtimin që synon zgjidhjen e problemeve dhe fuqizimin e mbështetjes sociale. Gjithashtu, Manuali Group Interpersonal Therapy (IPT) for Depression përshkruan trajtime në grup për depresionin (http://www.who.int/mental_health/mhgap/interpersonal_therapy/en). Thinking Healthy, (http://www.who.int/mental_health/maternal-child/thinking_healthy/en), përshkruan përdorimin e terapisë së njohjes dhe të sjelljes (C BT) për depresionin perinatal.

TRAJTIMI FARMAKOLOGJIK



2.5 Trajtimi me medikamente antidepressive

- Diskutoni me pacientin dhe vendosni bashkë nëse do të fillohet mjekimi me antidepressivë. Shpjegoni qartë që:
 - Antidepressivët nuk shkaktojnë varësi.
 - Është e rëndësishme që mjekimi të merret çdo ditë ashtu siç është përshkruar në recetë.
 - Mund të përjetojnë disa efekte anësore gjatë ditëve të para të mjekimit që zakonisht largohen.
 - Zakonisht duhen disa javë që të përjetojnë përmirësimet e para të gjendjes së humorit, interesit dhe energjisë.
- Merrni parasysh moshën e pacientit, medikamentet e tjera që përdoren prej tij/saj dhe profilin e efekteve anësore të medikamentit.
- Fillojeni mjekimin vetëm me një medikament me dozën më të ulët të mundshme.
- Antidepressivët zakonisht duhen përdorur për të paktën 9-12 muaj pas largimit të simptomave.
- Mjekimi nuk duhet ndaluar kurrë pas përmirësimit të disa simptomave. Edukoni pacientin mbi kohëzgjatjen e nevojshme të marrjes së mjekimit si dhe pritshmëritë e mundshme.

! Kujdes

Nëse pacienti zhvillon një episod maniakal, ndaloni menjëherë trajtimin me antidepressiv; vazhdimi i mjekimit mund të nxisë një episod maniakal në kontekstin e një çrregullimi bipolar të pazbuluar dhe të patrajtuar.

Mos kombinoni dy antidepressivë së bashku sepse kjo mund të prodhojë sindromin e serotoninës.

Antidepressivët mund të rrisin idetë vetëvrasëse, veçanërisht tek adoleshentët dhe tek të rinjtë.

Antidepressivët në grupe të veçanta të popullsisë

ADOLESHENTËT NGA 12 VJEÇ E LART

- Nqs simptomat vazhdojnë apo përkeqësohen edhe pas ndërhyrjes psiko-sociale, merrni në konsideratë fluoxetinën (por jo medikamente të tjera SSRI) apo antidepressivë triciklikë (TCA)).
- Nqs jepet fluoxetina, udhëzoni adoleshentin që të vijë për vizitë çdo javë gjatë katër javëve të para, për të monitoruar rrezikun e mendimeve apo planeve vetëvrasëse.

🚫 GRATË SHTATZËNA DHE NË GJIDHËNIE

- Shmangni antidepressivët nqs është e mundur.
- Përdorni antidepressivët në dozën më të vogël terapeutike nqs nuk ka përmirësim nga ndërhyrjet psikosociale.
- nqs gruaja është në gjidhënie, shmangni përdorimin e antidepressivëve me efekt të zgjatur si psh. fluoxetine. Referoni rastin tek Psikiatri nqs është i disponueshëm.

🚫 TË MOSHUARIT

- Shmangni amitriptilinën nqs ësh të e mundur.

! PERSONAT ME SËMUNDJE KARDIO-VASKULARE

- ✗ MOS jepni amitriptilinë.

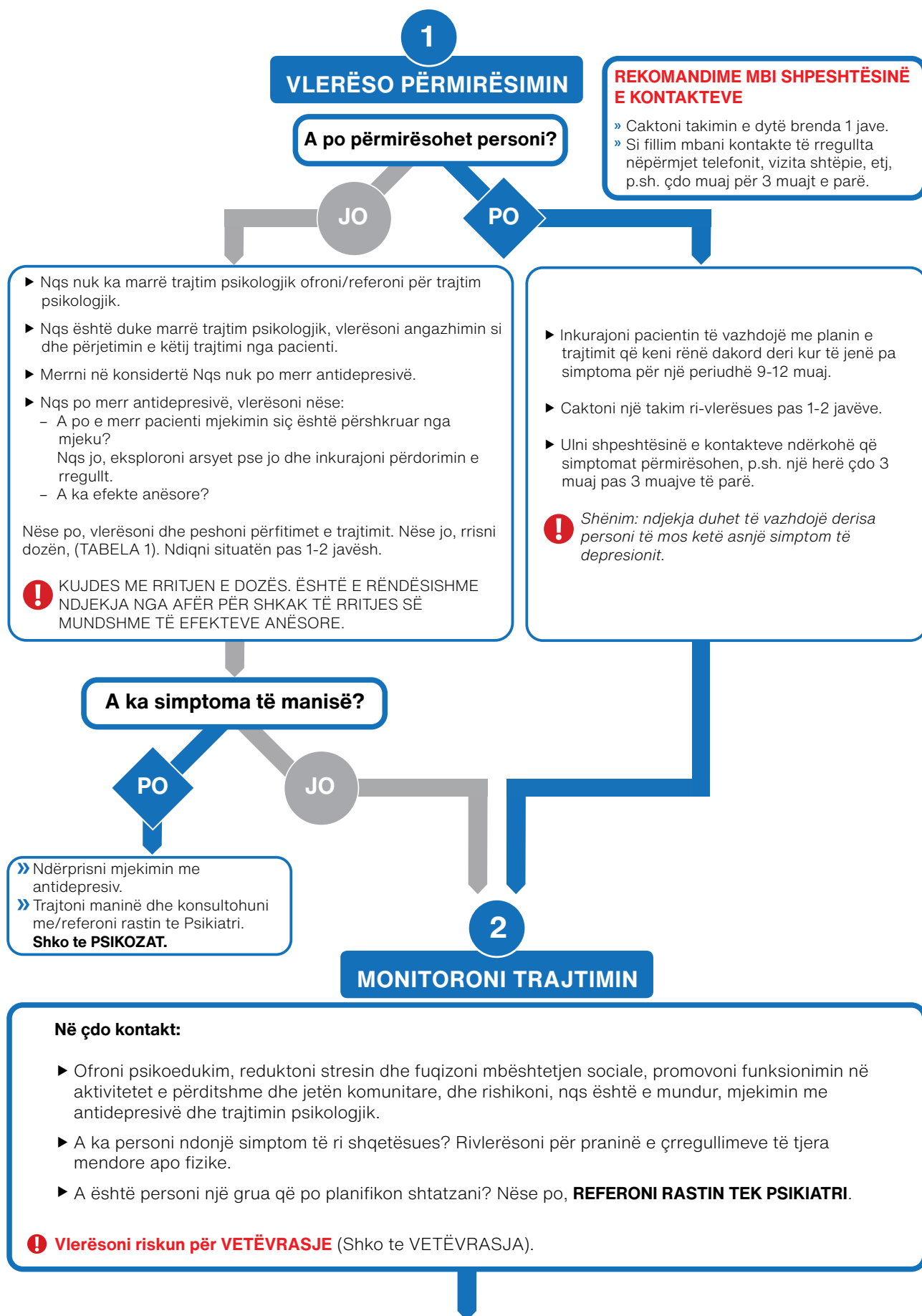
! TË RRITURIT ME MENDIME APO PLANE VETËVRASËSE

- Zgjedhja e parë janë SSRI-të. Mbidoza e triciklikëve si psh amitriptilina, mund të jetë fatale dhe prandaj duhet shmangur në këtë grup.
- Nqs vini re një rrezik të qartë për vetëdëmtim apo vetëvrasje, jepni vetëm një sasi të limituar të medikamenteve antidepressive (psh një sasi një javore). Konsultoni kapitullin mbi vetëvrasjen.
- Diskutoni me familjarët që të monitorojnë me kujdes marrjen e mjekimit në mënyrë që të parandalohet mbidoza e mundshme.

Tabela 1: Antidepresivët

MEDIKAMENTI	DOZA	EFEKTET ANËSORE	KUNDËRINDIKIMET / KUJDES
AMITRIPTYLINE (një antidepresiv triciklik (TCA))	Fillo me 25 mg para gjumit. Rrit dozën me nga 25-50 mg në javë deri në 100-150 mg/ditë (maksimumi 300 mg). Shënim: Doza minimale efektive për të rriturit është 75 mg. Sedatimi mund të shfaqet edhe në doza më të vogla. Të moshuarit/ personat me probleme organike: Fillo me 25 mg para gjumit deri 50-75 mg në ditë (maksimumi 100 mg). Fëmijët/Adoleshentët: Mos e përdorni.	Të zakonshme: Sedatim, hipotension ortostatik (rrezik rrëzimi), mjergullim shikimi, vështërsi në urinim, nauze, shtim në peshë, disfunksion seksual. Të rënda: ndryshime në EKG (p.sh. zgjatim të QT), aritmi kardiake, rrezik i shtuar për konvulsion.	Shmangeni tek personat me sëmundje kardiake, histori të mëparshme me konvulsione, hipertiroidizëm, retension urinar apo glaukomë me kënd të mbyllur dhe çrregullim bipolar (mund të nxisë maninë tek personat me çrregullim bipolar të patrajtuar). Mbidoza mund të çojë në konvulsione, aritmi kardiake, hipotension, komë apo vdekje. Nivelet e amitriptilines mund të rriten nga përdorimi i njëkohshëm i antimalarikëve përfshirë kuininën.
FLUOXETINE (Frenuesi selektiv i rikapjes së serotoninës (SSRI))	Fillo me 10 mg/ditë për një javë e më pas 20 mg/ditë. Nqs nuk ka ndryshime për 6 javë, rrit dozën në 40 mg/ditë (maksimumi 80 mg/ditë). Të moshuarit/ personat me probleme organike: zgjedhja e preferuar. Fillo me 10 mg/ditë, pastaj rrite deri në 20 mg/ditë (maksimumi 40 mg/ditë). Adoleshentët Fillo me 10 mg/ditë. Rrite deri në 20 mg/ditë nqs nuk ka ndryshim deri pas 6 javëve (maksimumi 40 mg/ditë).	Të zakonshme: Sedatim, pagjumësi, dhimbje koke, marrje mendsh, shqetësime gastrointestinale, ndryshime të oreksit, disfunksion seksual. Të rënda: probleme të gjakderdhjes tek personat të cilët përdorin aspirinë apo anti-inflamatorë jo-steroidë, nivele të ulta të sodiumit.	Kujdes tek personat me histori të mëparshme me konvulsione. Ndërveprim me barna të tjera: Shmangni kombinimin me warfarin (mund të rrisë rrezikun për hemoragji). Mund të rrisë nivelin e TCAs, antipsikotikëve, dhe beta-blokuesve. Duhet pasur kujdes në kombinimin me tamoxifen, codeinë, dhe tramadol (zvogëlon efektin e tyre).

Ndjekja e depresionit



3

RISHIKONI TRAJTIMIN SIPAS NEVOJËS

A ka qenë personi pa simptoma për 9-12 muaj?

JO

» Vazhdoni mjekimin derisa personi të jetë pa simptoma për 9-12 muaj.

PO

» Diskutoni me personin rrezikun dhe përfitimin e ndalimit të mjekimit.

» Ulni gradualisht dozën e mjekimit, për një periudhë 4 javore. Monitoroni personin për rishfaqjen e simptomave.

Psikozat

Përkufizimi

Kapitulli i psikozave përfshin vlerësimin dhe menaxhimin e dy prej çrregullimeve më të rënda mendore, psikozave dhe çrregullimit bipolar. Çrregullimi bipolar, edhe pse ka si tipar të rëndësishëm humorin, përfshihet në këtë kapitull pasi episodet maniakale karakterizohen nga një simptomatikë që përmbush kriteret e gjendjes psikotike. Personat me psikoza dhe çrregullim bipolar janë shumë të rrezikuar ndaj ekspozimit me stigmën, diskriminimin dhe shkeljen e të drejtave të tyre për të jetuar një jetë me dinjitet.

Psikozat karakterizohen nga mendime dhe perceptime të shtrembëruara, si dhe nga emocione dhe sjellje të çrregulluar. Gjithashtu mund të jenë të pranishme dhe e folura e çrregulluar dhe e palidhur me situatën apo temën. Simptomat si haluçinacionet – dëgjimi i zërave apo shikimi i gjërave që nuk janë të pranishme; deluzionet – besim i palëkundur dhe i rremë; çrregullime të rënda të sjelljes – sjellje e çorganizuar, axhitim, eksitim psikomotor, inaktivitet apo hiperaktivitet; çrregullime të emocioneve – apati e theksuar, apo mospërputhje midis emocionit të raportuar dhe shprehjes afektive si psh. Shprehja e mimikës apo gjuha trupore.

Çrregullimi bipolar karakterizohet nga episode në të cilat humori i individit dhe niveli i aktivitetit janë të çrregulluar në një masë të rëndësishme. Ky çrregullim konsiston në disa raste me episode të tejrritjes të humorit dhe të energjisë dhe aktivitetit psikomotor të individit (mania), dhe në disa raste në episode të uljes së humorit, energjisë dhe aktivitetit psikomotor (depresioni). Zakonisht ndërmjet këtyre episodeve personi është në remision të plotë dhe funksionon normalisht. Edhe individët që përjetojnë vetëm episode maniakale klasifikohen si individë me çrregullim bipolar.

PSIKOZAT ETIOLOGJIA

FAKTORËT PRIDISPOZUES	FAKTORËT PRECIPITUES	FAKTORËT MBAJTËS
1. Faktorët gjenetikë	1. Ngjarje të rëndësishme të jetës të cilat përbëjnë një sfidë për individin e predispozuar (ndarje, humbje të rëndësishme, shkolla, martesë, ardhja në jetë e një fëmije, emigrimi, etj.)	1. Varfëria kronike
2. Insult prenatal		2. Abuzimi apo varësia nga drogat, alkoholi, lojrat.
3. Trauma gjatë lindjes		3. Marrëdhënie disfunktionale
4. Zhvillim i vonuar		4. Emocionet e shprehura ⁶
5. Probleme të sjelljes të paadresuara		5. Sëmundje fizike kronike
6. Abuzim fizik	2. Abuzimi me drogat apo alkoholin, varësitë	6. Etj.
7. Abuzim seksual		

⁶ Mënyra se si persona të rëndësishëm për individin me një çrregullim psikotik reagojnë ndaj pranisë së simptomatiks.

Vlerësimi i psikozave

PAMJA E ZAKONSHME E PSIKOZAVE

- Ndryshime të rëndësishme të sjelljes, neglizhim të përgjegjësi të zakonshme të lidhura me punën, shkollën, shtëpinë apo aktivitetet sociale.
- Axitim, sjellje agresive, aktivitet i ulur apo i rritur psikomotor.
- Besime të rreme fikse që nuk përqafohen nga të tjerët e të njëjtës përkatësi kulturore.
- Dëgjimi i zërave apo shikimi i gjërave që nuk janë aktualisht të pranishme. Mungesë kritike mbi praninë e një sëmundjeje mendore.

1

A KA SHPJEGIM ALTERNATIV PËR SIMPTOMAT?

VLERËSO PRANINË E NJË PROBLEMI MJEKËSOR

Nëpërmjet anamnezës, egzaminimit klinik, apo gjetjeve laboratorike përcaktoni nëse ka shenja apo simptoma që sugjerojnë praninë e **deliriumit** si pasojë e një problemi fizik akut, p.sh. infeksion, malaria celebrale, dehidrim, abnormalitete metabolike (hypoglicemia apo hyponatremia);

ose efekte anësore të medikamenteve, p.sh. si pasojë e përdorimit të disa medikamenteve antimalarike apo steroidë?



Vlerëso dhe menaxho problemin fizik akut, **dhe refero tek shërbimet e urgjencës/specialisti sipas nevojës**

Nqs simptomat persistojnë pas menaxhimit kaloni në **HAPIN 2**

PO

JO

VLERËSO PRANINË E MUNDSHME TË DEMENCAVE, DEPRESIONIT, INTOKSIKIMIT NGA DROGRAT APO ALKOHOLI APO PRANINË E SINDROMIT TË ZVJERDHJES





Merrni në **konsideratë konsultimin me një specialist të shëndetit mendor** për menaxhimin e gjendjeve të diagnostikuara

Menaxhoni këto gjendje sipas mënyrës së përshkruar në kapitullin përkatës

PO

JO

2

A PO KALON PERSONI NJË EPISOD AKUT MANIAKAL?

A kanë qenë të pranishme disa prej këtyre simptomave në të njëjtën kohë duke zgjatur për një periudhë të paktën 1 javore, të rënda mjaftueshëm sa që të ndërhyjnë në mënyrë domethënëse në punë apo aktivitetin social, apo të ketë qenë nevoja për hospitalizim apo izolim:

- Humor i ngritur apo gjendje e irrituar
- Ulje e nevojës për gjumë
- Rritje e aktivitetit psikomotor, ndjesi e rritjes së energjive, e folur e shtuar dhe e shpejtuar.
- Humbje e inhibimit (frenimit) si p.sh. aktivitet i papërshtatshëm seksual.
- Impulsivitet apo sjellje e rrezikshme si p.sh shpenzime të mëdha, marrja e vendimeve të rëndësishme pa planifikuar
- Lehtësisht i hutueshëm
- Vetë-vlerësim i shtuar në mënyrë jo realiste



SHËNIM KLINIK:

Personat me **çrregullim bipolar** ose mund të përjetojnë vetëm episode manikale, ose mund të kenë alternativë të episodeve manikale dhe depressive.

Për të mësuar mbi menaxhimin e episodeve depressive kaloni tek Kapitulli mbi **DEPRESIONIN**

NO

YES

Dyshoni për **ÇRREGULLIM BIPOLAR** episod maniakal

Kaloni tek **PROTOKOLLI 1**

! NQS KA RREZIK TË DUKSHËM PËR VETËVRASJE vlerësoni dhe menaxhoni. **SHKO** tek kapitulli **VETËVRASJA**

3

A KA PSIKOZË PERSONI?

A paraqet personi të paktën dy nga:

- Deluzione, besim/bindje të rreme që nuk pranohen nga të tjerët e të njëjtës kulturë
- Halucinacione, dëgjon zëra apo shikon gjëra që nuk janë me të vërtetë
- E folur apo sjellje e çrregulluar, p.sh. mërmëritje, apo qesh me veten, pamje e çuditshme, shenja të neglizhimit të vetes, veshje e papërshtatëshme me klimën etj.



Merrni në konsideratë **konsultimin me specialistin** për të rishikuar shkaqe të tjera të mundshme për psikozën

JO

PO

Dysho për PSIKOZË

Kaloni tek PROTOKOLLI 2

Menaxhimi i psikozave

PROTOKOLLI

1

Episod Maniakal në Çrregullimin Bipolar

- Ofroni **psikoedukim** për personin dhe familjen e tij/saj **(2.1)**
- **Ndërhyrja psikofarmakologjike. (2.6)**

Nqs personi po merr antidepressivë – NDËRPRITENI

për të parandaluar rrezikun e mëtejshëm për mani.

- **Filloni trajtimin** me lithium, sodium valproate, carbamazepine, ose me antipsikotikë. Merrni në konsideratë një mjekim të shkurtër (2-4 javë maksimumi) mjekim me benzodiazepinë për probleme të sjelljes apo axhitimin.
- Promovoni funksionimin në aktivitetet e përditshme **(2.3)**
- Punoni për sigurinë e personit dhe të të tjerëve.
- Siguroni ndjekje të vazhdueshme.
- Mbështesni rehabilitimin në komunitet.
- Reduktoni stresin dhe forconi mbështetjen sociale. **(2.2)**



PROTOKOLLI

2

Psikozat

- Ofroni **psikoedukim** për personin dhe familjen e tij/saj **(2.1)**
- **Filloni trajtimin me antipsikotikë. (2.5)**
- Filloni me një dozë të ulët brenda limiteve terapeutike dhe rriteni ngadalë deri në dozën më të vogël të mundshme efektive, me qëllim të ulni mundësinë e shfaqjes së efekteve anësore.
- Promovoni funksionimin në aktivitetet e përditshme **(2.3)**
- Punoni për sigurinë e personit dhe të të tjerëve.
- Siguroni ndjekje të vazhdueshme.
- Mbështesni rehabilitimin në komunitet.
- Reduktoni stresin dhe forconi mbështetjen sociale. **(2.2)**



Grupe të popullatës me nevoja të veçanta



GRATË SHTATZËNA DHE QË JAPIN USHQYERJE ME GJI



- **Komunikoni me/Referoni rastin te specialisti obstetër-gjinekologë**, për të planifikuar kujdesin
- **Merrni në konsideratë kunsultimin me/referimin te specialisti i shëndetit mendor nqs është e mundur.**
- Shpjegoni rrezikun e pasojave problematike për nënën dhe fëmijën, përfshirë komplikacionet obstetrikale dhe relapset psikiatrike, veçanërisht nëse ndërpritet mjekimi.
- **Merrni në konsideratë ndërhyrjen farmakologjike** kur është e përshtatshme dhe e disponueshme (shiko **NDËRHYRJET FARMAKOLOGJIKE**)

Ndërhyrjet farmakologjike PSIKOZAT

- Në gratë që po planifikojnë shtatzëni, janë shtatzëna apo janë në gji-dhënie merrni në konsideratë doza të ulta të haloperidolit apo klorpromazinës.
- Te gratë shtatzëna **nuk duhen** dhënë antikolinergjikët për trajtimin e efekteve ekstrapiramidale të antipsikotikëve përveç rasteve akute dhe për një kohë të shkurtër
- Medikamentet depot nuk duhen përkrahur pasi nuk ka shumë informacion mbi efektet e tyre

EPISOD MANIAKAL NË ÇRREGULLIMIN BIPOLAR

- Shmangni **sodium valproatin, lithiumin dhe carbamazepinën** gjatë shtatzanisë dhe gjidhënies për shkak të rrezikut të lindjeve me defekte.
- Merrni në konsideratë me kujdes **doza të ulta të haloperidolit dhe në konsultim me një specialist.**
- Peshoni rreziqet dhe përfitimet e përdorimit të medikamenteve.
- Nqs një grua shtatzënë zhvillon një episod maniakal akut gjatë shtatzanisë duke qenë nën mjekim me stabilizues humori, kaloni në mjekimin me doza të ulëta të haloperidolit.



ADOLESHENTËT

- **Konsultohuni me një specialist të shëndetit mendor**
- Në adoleshentë me psikozë apo çrregullim bipolar, mund të përdoret **risperidone** si një mundësi trajtimi dhe vetëm në konsultim me specialistin.
- Nqs risperidone nuk është një mundësi, **haloperidoli** apo **klorpromazina mund të përdoren vetëm nën mbikqyrjen e specialistit**



TË MOSHUARIT

- Përdorni doza më të **ulëta** të medikamenteve.
- Parashikoni një risk të shtuar të ndërveprimit midis medikamenteve

KUJDES

Antipsikotikët bartin një risk të shtuar për ngjarjet kardiovaskulare dhe vdekje tek të moshuarit me psikozë me origjinë nga demencat.

Ndërhyrjet psikosociale



2.1 Psikoedukimi

Mesazhe të rëndësishme për personin dhe familjarët e tij/saj.

- Shpjegoni që simptomat janë produkt i një problemi të shëndetit mendor, që psikozat dhe çrregullimi bipolar mund të trajtohen, dhe që personi mund të shërohet. Qartësoni keqinterpretimet e ndryshme rreth psikozave dhe çrregullimit bipolar.
- Mos fajësoni personin apo familjarët si shkaktarë të simptomave.
- Edukoni personin dhe familjarët mbi domosdoshmërinë e marrjes së mjekimit të rekomanduar dhe vizitave të kontrollit në mënyrë të rregullt.
- Shpjegoni që rikthimi apo përkeqësimi i simptomave është i mundshëm dhe që është e rëndësishme që të njihen ato sa më parë duke kërkuar ndihmë dhe trajtim pranë shërbimeve shëndetësore.
- Planifikoni një orar pune / shkolle të rregullt që do të shmangte mungesën e gjumit dhe stresin qoftë për personin ashtu edhe për familjarët. Inkurajoni personat që të kërkojnë këshilla për marrjen e vendimeve të rëndësishme, veçanërisht të atyre që përfshijnë para apo angazhime të mëdha.

SHËNIM KLINIK:

Ndërtoni një marrëdhënie me personin. Besimi i ndërsjelltë midis personit dhe personelit shëndetësor është thelbësor në arritjen e objektivave të trajtimit dhe komplaincën me mjekimin.

- Këshilloni që të shmanget përdorimi i alkoholit, kanabisit apo drogave të tjera, pasi ato mund të përkeqësojnë simptomat psikotike apo të çrregullimit bipolar.
- Këshilloni që të mund të mbahet një stil i shëndetshëm jetese, p.sh. dietë e balancuar, aktivitet fizik, higjenë e mirë personale, gjumë i rregullt, dhe të shmangen situatat stresante. Stresi mund të përkeqësojë simptomat psikotike.

2.2 Reduktoni stresin dhe fuqizoni mbështetjen sociale

- Kordinohuni me burimet e tjera shëndetësore apo sociale lokale të disponueshme në mënyrë që të adresohen problematikat e shëndetit mendor, ato sociale dhe fizike të personit dhe të familjes.
- Identifikoni aktivitetet e mëparshme sociale të personit, të cilat në rast se ri-aktivizohen mund të prodhojnë një efekt të drejtpërdrejtë apo jo të drejtpërdrejtë në gjendjen psikologjike dhe sociale të personit p.sh. sportet, mbledhjet familjare, udhëtimet në natyrë, aktivitete sociale etj. Inkurajoni personin që të rifillojë këto aktivitete dhe familjen që ta mbështesë.
- Inkurajoni personin dhe familjarët që të përdorin sistemin social mbështetës.

SHËNIM KLINIK:

Siguroni që personat me psikozë të trajtohen me respekt dhe dinjitet.

2.3 Promovoni funksionimin në aktivitetet normale të të përditëshmes

- Vazhdoni rregullisht sa më shumë që të jetë e mundur aktivitetet sociale, edukuese, profesionale. Është në të mirë të personit që të mund të mbajë punën apo që të ndihet i zënë në një mënyrë domethënëse për të.
- Lehtësoni angazhimin/përfshirjen e personit në aktivitete ekonomike.
- Ofroni trajnim mbi aftësitë e të jetuarit apo trajnim të aftësive sociale në mënyrë që të rrisni aftësitë e personave me psikozë për një jetesë të pavarur.
- Lehtësoni, nqs është e mundur dhe e nevojshme, mundësinë e të jetuarit në mënyrë të pavarur apo në shtëpi të mbështetura.

2.4 Këshilla të përgjithshme për familjarët

- Mos u përpiqni të bindni personin që besimet apo eksperiencat e tij/saj nuk janë të vërteta. Mundohuni të jeni neutralë dhe mbështetës edhe atëherë kur personi tregon sjellje të pazakontë.
- Shmangni konfrontimin apo kritikizmin e fortë apo armiqësinë përkundrejt personave me psikozë.
- Lejojeni personin të lëvizë i/e lirë. Shmangni kufizimin fizik të tij/saj duke siguruar në të njëjtën kohë një siguri bazike për të dhe të tjerët.
- Në përgjithësi është në të mirë të personit të jetojë me familjen dhe në komunitet, jashtë spitalit. Qëndrimet afatgjata në spital duhen shmangur.



2.5 Psikoza

- Antipsikotikët janë medikamentet bazë në trajtimin e personave me psikozë.
- Filloni trajtimin me antipsikotikë menjëherë. Shikoni Tabelën 1.
- Përshkruani vetëm një antipsikotik.
- Filloni me dozën më të ulët dhe rrisni gradualisht dozën për të shmangur rrezikun e efekteve anësore.
- Provojeni medikamentin me një dozë normalisht efektive për një periudhë 4-6 javore përpara se ta konsideroni këtë medikament jo të efektshëm.
- Vazhdoni të monitoroni personin në atë dozë sa më shpesh që të jetë e mundur në 4-6 javët e para. Nqs nuk ka përmirsim, shiko Ndjekja dhe Tabelën 4.
- Monitoroni peshën, presionin e gjakut, glukozën esëll, kolesterolin dhe EKG nqs është e mundur (shikoni më poshtë).

! KUJDES!

Efekte anësore të mundshme:

Extrapiramidale (EPS): akathisia, reagim akut distonik, tremor, rrota e dhëmbëzuar, rigiditet muskular, diskenezia tardive. Trajtoni me mediakamente nqs janë disponueshme (shiko Tabelën 2).

Ndryshime metabolike: shtim në peshë, rritje të TA, rritje të glukozës në gjak dhe të kolesterolit.

Ndryshime të EKG: (zgjatje të intervalit QT): monitoroni EKG nqs është e mundur.

Sindromi Neuroleptik Malinj (NMS): ndodh rralë, një çrregullim potencialisht letal i karakterizuar nga rigiditet muskular, rritje të temperaturës dhe rritje të TA.

2.6 Episodi Maniakal në Çrregullimin Bipolar

Nqs Pacienti po merr antidepresivë:

- **NDËRPRISNI ANTIDEPRESIVIN** për të parandaluar rrezikun e mëtejshëm për episod maniakal.
- Filloni trajtimin me lithium, sodium valproate, carbamazepine, ose me antipsikotikë (shiko Tabelën 3).
- **Lithium:** përdoreni Lithium si mjekim fillestar vetëm nqs keni mundësi të monitoroni pacientin si nga ana klinike dhe ajo laboratorike, **si dhe vetëm nën monitorimin e një specialisti**. Nqs kjo nuk është e mundur shmangni mjekimin me Lithium dhe përdorni Sodium Valproat ose Carbamazepinë. Komplanca jo e mirë si dhe ndalimi i menjëhershëm i lithiumit mund të rrisë rrezikun e rikthimeve. Mos filloni trajtimin me Lithium nqs në zonën tuaj nuk ka furnizim të vazhdueshëm me lithium. Vlerësoni funksinin renal dhe të tiroides, gjakun komplet, EKG dhe teste të shtatzanisë përpara se të filloni trajtimin.
- **Valproate dhe Carbamazepine:** Merrni në konsideratë këto preparate nqs monitorimi i përshtatshëm i mjekimit me lithium nuk është i disponueshëm.
- **Haloperidol dhe risperidone:** Merrni në konsideratë këto medikamente nqs monitorimi i lithiumit dhe valproatit nuk është i mundur. Risperidoni mund të përdoret si një mjekim alternativ ndaj Haloperidolit tek individët me episod manikal nqs sigurohet disponueshmëria e medikamentit dhe nqs kostot nuk krijojnë problem për personin dhe familjen.

! KUJDES

Për gratë shtatzëna dhe në gjdhënie shmangni mjekimin me valproat, lithium dhe carbamazepinë. Rekomandohet përdorimi me dozë të ulët i haloperidolit **nën mbikqyrjen e specialistit nqs është e disponueshme.**

• **Merrni në konsideratë një periudhë të shkurtër mjekimi me benzodiazepina (2-4 javë maksimumii) për menaxhimin e çrregullimeve të sjelljes apo axhitimin:**

- Personat me mani të cilët po përjetojnë axhitim mund të përfitojnë nga një trajtim afatshkurtër (2-4 javë) përdorimi të benzodiazepinave si diazepam.
- Benzodiazepinat duhen ndërprerë gradualisht sapo simptomat të përmirësohen pasi mund të zhvillohet toleranca.

• Vazhdoni mjekim mbajtës për të paktën 2 vjet pas episodit të fundit bipolar.

– Lithium ose valproate mund të jepen si trajtim mbajtës të çrregullimit bipolar. Nqs trajtimi me ta nuk është i mundur për çfarëdo lloj arsyeje, *haloperidoli, chlorpromazine apo carbamazepine mund të përdoren si mjekim mbajtës. Ofroni trajtim mbajtës në kontekstin e shërbimit parësor nën mbikqyrjen e mjekut specialist.*

Tabela 1: Medikamentet antipsikotike

MEDIKAMENTI	DOZAT	EFEKTET ANËSORE	KUNDRINDIKIMET/KUJDESI
HALOPERIDOLI	Fillo: 1.5 – 3 mg /ditë Rrit sipas nevojës: (maksimumi 20 mg/ditë) Rruga e marrjes: orale (p.o), intramuskulare (i.m.)	Të zakonshme: sedatim, marrje mendsh, shikim i mjergullt, tharje goje, retension urinar, konstipacion. Të rënda: hypotension orthostatik, ekstrapiramidale (EPS), ndryshime të EKG (zgjatje të intervalit QT), shtim në peshë, galaktorrhea, amenorrhea, Sindromi neuroleptik malinj (NMS)	Kujdes në pacientë me: sëmundje të veshkave, sëmundje të zemrës, mëlçisë, sëmundje të zemrës, sindromi i zgjatjes të QT apo ata që marrin medikamente për zgjatjen e QT. Monitoro EKG nqs keni mundësi.
RISPERIDONI	Fillo: 1 mg/ditë Rrite në: 2-6 mg/ditë (maksimumi 10mg) Rruga e marrjes: p.o	Të zakonshme: sedatim, marrje mendsh, takikardi. Të rënda: hypotension ortostatik, efekte metabolike (rritje të lipideve, rezistencë të insulinës, shtim në peshë), EPS, rritje të prolaktinës, disfunkcion seksual, NMS	Kujdes në pacientë me: sëmundje të zemrës Ndërveprim: carbamazepina mund të ulë nivelin e risperidonit, fluoxetina mund ta rrisë.
KLORPROMAZINA	Fillo: 25 – 50 mg/ ditë Rrite në: 75 -100 mg/ditë (në raste të rënda mund të duhet deri në 1000mg/ ditë) Rruga e marrjes: p.o.	Të zakonshme: sedatim, marrje mendsh, shikim i mjergullt, tharje goje, retension urinar, konstipacion, takikardi. Të rënda: hypotension orthostatik, sinkop, EPS, fotosensitivitet, shtim në peshë, galaktorrhea, amenorrhea, disfunkcion seksual, priapism, NMS, agranulocitozë, ikter.	Kundërindikimet: ndërgjegje e çrregulluar, depresion të palcës së kockës, pheochromocytoma. Kujdes në pacientë me: sëmundje të frymëmarrjes, sëmundje të veshkave, sëmundje të mëlçisë, glaukomë, retension urinar, sëmundje të zemrës, sindromi i zgjatjes të QT apo ata që marrin medikamente për zgjatjen e QT. Monitoro me EKG nqs është e mundur. Ndërveprim: - rrit veprimin e medikamenteve për uljen e TA - ul TA nqs kombinohet me epinephrine (adrenaline) - mund të rritet niveli nqs kombinohet me antimalarikët perfshi quininën
FLUFENAZINA (depot)	Fillo: 12.5 mg Mbajtje: 12.5-50 mg çdo 2-4 javë Rruga e marrjes: i.m. në rajonin gluteal Shmange përdorimin në gratë shtatzëna dhe në gjidhënie. Mos e përdorni në fëmijë/ adoleshentë	Të zakonshme: sedatim, marrje mendsh, shikim i mjergullt, tharje goje, retension urinar, konstipacion, takikardi Të rënda: hypotension orthostatik, sinkop, EPS, fotosensitivitet, shtim në peshë, galaktorrhea, amenorrhea, disfunkcion seksual, priapism, NKS, agranulocitozë, ikter	Kundërindikimet: ndërgjegje e çrregulluar, parkinsonizëm. Kujdes në pacientë me: sëmundje të zemrës, veshkave, mëlçisë. Përdore me kujdes tek të moshuarit. Ndërveprim: - rrit veprimin e medikamenteve për uljen e TA - ul TA nqs kombinohet me epinephrine (adrenaline)

Tabela 2: Medikamentet antikolinergjike

(për trajtimin e efekteve anësore ekstrapiramidale) **!! të shmangen nqs është e mundur në trajtimin e grave shtatzëna dhe në gjdhënie**

MEDIKAMENTI	DOZAT	EFEKTET ANËSORE	KUNDRAINDIKIMET/ KUJDESI
BIPERIDEN (Akineton)	Fillo: 1 mg x 2 në ditë Rrit sipas nevojës: 3-12 mg /ditë Rruga e marrjes: orale (p.o), intravenoze (i.v.)	Të zakonshme: sedatim, konfuzion apo shqetësime të memories (veçanërisht në të moshuarit), takikardi, tharje goje, retension urinar, konstipacion.	Kujdes në pacientë me: sëmundje të zemrës, veshkave dhe mëlçisë.
TRIMEXIPHENIDYL (Benzhexol, artane, trihex)	Fillo: 1 mg /ditë Rrit sipas nevojës: 4-12 mg /ditë e ndarë në 3-4 doza Rruga e marrjes: p.o.	Të rralla: glaukomë me kënd të mbyllur, miastenia gravis, obstuksion gastrointestinal.	Ndërveprim: kujdes kur kombinoni me medikamente të tjera antikolinergjike

Tabela 3: Stabilizuesit e humorit

!! të shmangen nqs është e mundur në trajtimin e grave shtatzëna dhe në gjdhënie

MEDIKAMENTI	DOZAT	EFEKTET ANËSORE	KUNDRAINDIKIMET/ KUJDESI
LITHIUM ! Përdoreni vetëm nqs mund të monitoroni me analiza laboratorike	Fillo: 300 mg/ditë, shto gradualisht çdo 7 ditë deri në arritjen e nivelit të targetuar në gjak. Maksimumi i dozës 600-1200 mg/ditë. Monitoro çdo 2-3 muaj. Rruga e marrjes: p.o, Nivelet target në gjak: 0.6 – 1.0 mEq/L - episod akut: 0.8 -1.0 mEq/L - trajtim mbajtës: 0.6 – 0.8 mEq/L Nevojiten 6 muaj mjekim për të vlerësuar efektivitetin e plotë të trajtimit mbajtës	Të zakonshme: sedatim, probleme kognitive, tremor, koordinim i çrregulluar, hipotension, leukocitozë, polyuria, polydipsia, nauze, diarre, shtim në peshë, humbje të flokëve, rash cutaneal. Të rënda: diabet insipid, hypotiroidism, ndryshime të EKG (aritmi, sindromi i sinusit të sëmurë, ndryshime të valës T)	Kundërindikuar në pacientë me: sëmundje të rënda të zemrës apo veshkave. Dehidratimi mund të rrisë nivelet e Lithiumit. Ndërveprimet: medikamentet anti-inflamatore jo steroide (NSAD), frenuesit e enzimës konvertuese të angjensinës (ACE-inhibitor), diuretikët thiazide, metronidazole, tetracycline mund të rrisin nivelet e lithiumit. Toksiciteti i lithiumit mund të shkaktojë konvulsione, delirium, koma dhe vdekje.
SODIUM VALPROATE	Fillo: 500mg/ditë Rrit gradualisht: 1000-2000 mg/ditë (maksimum 60mg/kg/ditë) Rruga e marrjes: p.o.	Të zakonshme: sedatim, dhimbje koke, tremor, ataksia, nauze, të vjella, diarre, shtim në peshë, humbje tranzitore të flokëve. Të rënda: çrregullim të funksionit hepatic, trombocitopenia, leukopenia, përgjumje/konfuzion, insuficiencë hepaticë, pankreatit hemorragjik.	Kujdes në pacientë me: sëmundje të konfirmuar apo të dyshuar të mëlçisë. Monitoro funksionin e mëlçisë dhe trombocitet. Ndërveprimi: Nivelet e sodium valproatit mund të ulen nga carbamazepine, dhe të shtohen nga aspirina.
CARBAMAZEPINE	Fillo: 200mg/ditë Rrit me 200mg/javë deri në dozat 400 – 600 mg/ditë Rruga e marrjes: p.o.	Të zakonshme: sedatim, konfuzion, marrje mendsh, ataksia, shikim i dyfishtë, nauze, diarre, leukopani beninje. Të rënda: toksicitet hepatic, vonesë në transmetimin kardial, ulje të nivelit të sodiumit, rash i rëndë cutaneal.	Kundërindikuar në pacientë me: histori të çrregullimeve të gjakut, sëmundje të veshkave, mëçisë apo zemrës. Ndërveprimet: – Mund të ulë efektin e kontrceptivëve hormonal, imunosupresantëve, antiepileptikëve, antipsychotikëve, methadonit dhe disa antiretroviralëve. – Nivelet mund të rriten nga disa antifungalë dhe antibiotikë.

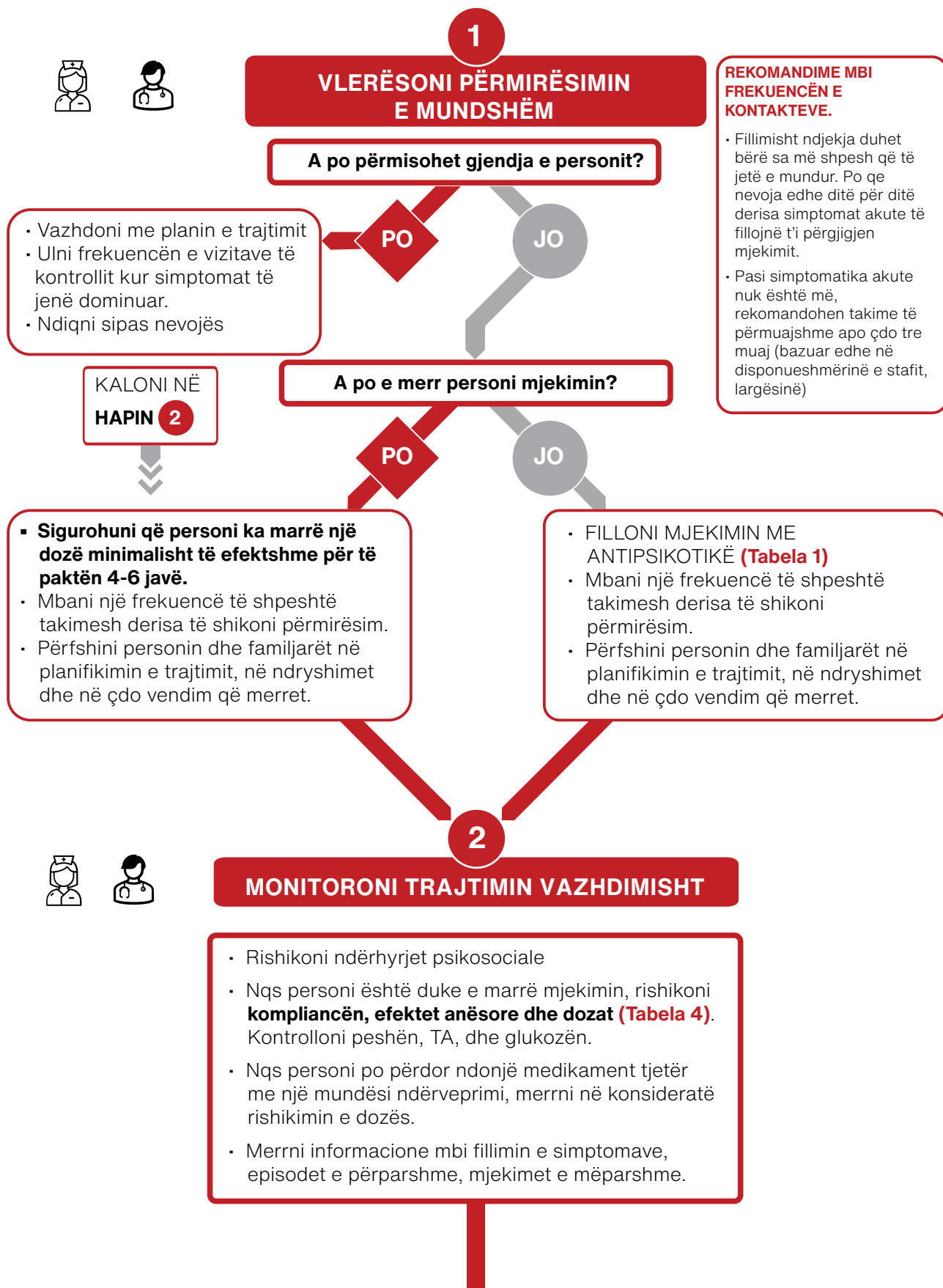
TABELA 4: Rishikim i kompiancës, efekteve anësore dhe dozës bazuar në situatën klinike

SITUATA KLINIKE	VEPRIMI
Personi nuk po e toleron mjekimin me Antipsikotikë (ka simptoma ekstrapiramidale (EPS), apo efekte të tjera anësore të rënda)	• Ul dozën e antipsikotikut • Nqs efektet anësore, vazhdojnë merr në konsideratë ndryshimin e antipsikotikut • Merr në konsideratë shtimin e medikamenteve antikolinergjikë për një kohë të shkurtër. Nqs këto stra
Kompianca me trajtimin është e pakënaqshme	• Shqyrto arësyet për mos-kompiancë me personin dhe familjarët • Ofroni informacion mbi rëndësinë e marrjes së mjekimit • Merrni në konsideratë mjekimin me injeksione depot si një opsion pasi të keni diskutuar efektet e mundshme anësore të medikamenteve oralë përkundrejt atyre depot.
Përgjigja ndaj mjekimit është e papërshtatshme (simptomat vazhdojnë apo përkeqësohen) megjithëse kompianca është e mirë.	• Verifikoni që personi po merr një dozë efektive të mjekimit. Nqs doza është e ulët, rriteni atë gradualisht deri në dozën më të ulët të efektshme në mënyrë që të ulni rrezikun e efekteve anësore. • Pyesni mbi përdorim e alkoholit apo substancave të tjera psikoaktive dhe ndërhyri për të ulur përdorimin e tyre. (shih kapitullin mbi abuzimin dhe varësinë nga substancat) • Pyesni mbi ngjarje stresuese të kohëve të fundit që mund të kenë përkeqësuar gjendjen dhe merrni masa për të ulur stresin. • Rishikoni simptomat për të përjashtuar sëmundje fizike apo gjendje të tjera të shëndetit mendor. • Merrni në konsideratë Risperidonin si një alternativë ndaj Haloperidolit apo Chlorpromazinës nqs nuk ka probleme të disponueshmërisë apo të kostove. • Nqs personi nuk i përgjigjet mjekimit me dozat dhe kohëzgjatjen e përshtatshme gjatë trajtimit me një medikament (edhe pas ndryshimeve të medikamenteve), atëherë mund të konsideroni kombinimin e antipsikotikëve që preferohet të bëhet në konsultim dhe me monitorimin e specialistit. • Merrni në konsideratë konsultimin me specialistin për të filluar mjekimin me Clozapine nqs nuk keni marrë përgjigje nga mjekimi me antipsikotikët e tjerë. Përdoreni Clozapinën vetëm nën supervizionin e specialistit dhe vetëm nqs është i mundur monitorimi i rregullt laboratorik për shkak të rrezikut vdekjeprurës të agranulocitozës.

TABELA 5: Menaxhimi i personave me agjitim dhe/ose sjellje agresive

	VLERËSIMI	KOMUNIKIMI	SEDATIMI DHE PËRDORIMI I MEDIKAMENTEVE
	Përpiquni që të komunikoni me personin.	- Siguria duhet të jetë e para - Qendroni të qetë dhe inkurajoni pacientin që të flasë në lidhje me shqetësimet e tij/saj.	Sedatoni pacientin për të parandaluar dëmet.
	- Vlerësoni për shkakun e mundshëm Kontrolloni Glukozën në Gjak. Nqs është i ulur, jepni glukozë. Kontrolloni parametrat jetësor, përfshirë temperaturën, saturimin e oksigjenit. Jepni oksigjen nqs është e nevojshme. Përrjashtoni deliriumin dhe shkaqet mjekësore përfshirë helmimin e mundshëm. Përrjashtoni përdorimin e drogave dhe alkoholit. Kujdes me intoksikimin nga stimulantët apo zvjerdhjen nga alkoholi/sedativët. Shih modulin mbi SUBSTANCAT Përrjashtoni axhitimin si pasojë e psikozave apo episodit maniakal të çrregullimit bipolar.	- Përdorni një zë të qetë dhe përpiquni të adresoni shqetësimet e shprehura nga pacienti nqs është e mundur. - Dëgjoni me kujdes. Kushtoni kohën e duhur bisedës me pacientin. - Mos qeshni kurrë me gjërat që diskuton personi. - Mos iu përgjigjini me agresivitet agresivitetit. - Përpiquni të gjeni burimin e problemit dhe zgjidhjen për të. - Përfshini familjarët dhe anëtarë të tjerë të stafit. - Shmangni nga situata çdo person që mund të jetë një nxitës i agresivitetit. - Nqs të gjitha mundësitë e tjera rezultojnë të pasukseshme dhe personi vazhdon të jetë agresiv, mund të bëhet e nevojshme përdorimi i medikamenteve (nqs janë të disponueshme) për të parandaluar dëmtimet fizike.	- Në situata të axhitimit për shkak të psikozës apo manisë, merrni në konsideratë përdorimin e haloperidolit 2mg p.o. ose i.m. për çdo orë deri në 5 doza (maksimumi 10 mg). <i>Kujdes: doza të larta të haloperidolit mund të shkaktojnë reagime distonike. Përdorni biperiden (akineton) për të trajtuar reagimet akute.</i> - Në rastet e axhitimit për shkak të marrjes së substancave si alkoholi apo sedativët ose nga intoksikimi me stimulantë, përdorni diazepam 10-20 mg p.o. ose i.m. dhe përsëriteni po këtë dozë nqs do të jetë e nevojshme. Në rastet e dhunës ekstreme: kërkoni ndihmën e policisë apo stafit përdorni haloperidol 5 mg i.m. duke e përsëritur pas 15-30 minutash nqs është e nevojshme (maksimumi 15 mg). konsultohuni me specialistin. Nqs personi vazhdon të jetë i axhituar, rikontrolloni saturimin e oksigjenit, parametrat jetësor dhe glukozën, Referoni rastin për shtrim në spital!! - Sapo axhitimi të zbutet, rivlerësoni gjendjen në bazë të protokollve të përfshira në këtë udhëzues.

Ndjekja e psikozeve



3

NDËRPRERJA E MJEKIMIT

Personat me episod të parë, relaps apo përkeqësim të simptomave:

- Merrni në konsideratë ndreprerjen e mjekimit **12 MUAJ pas ndërprerjes së simptomave**

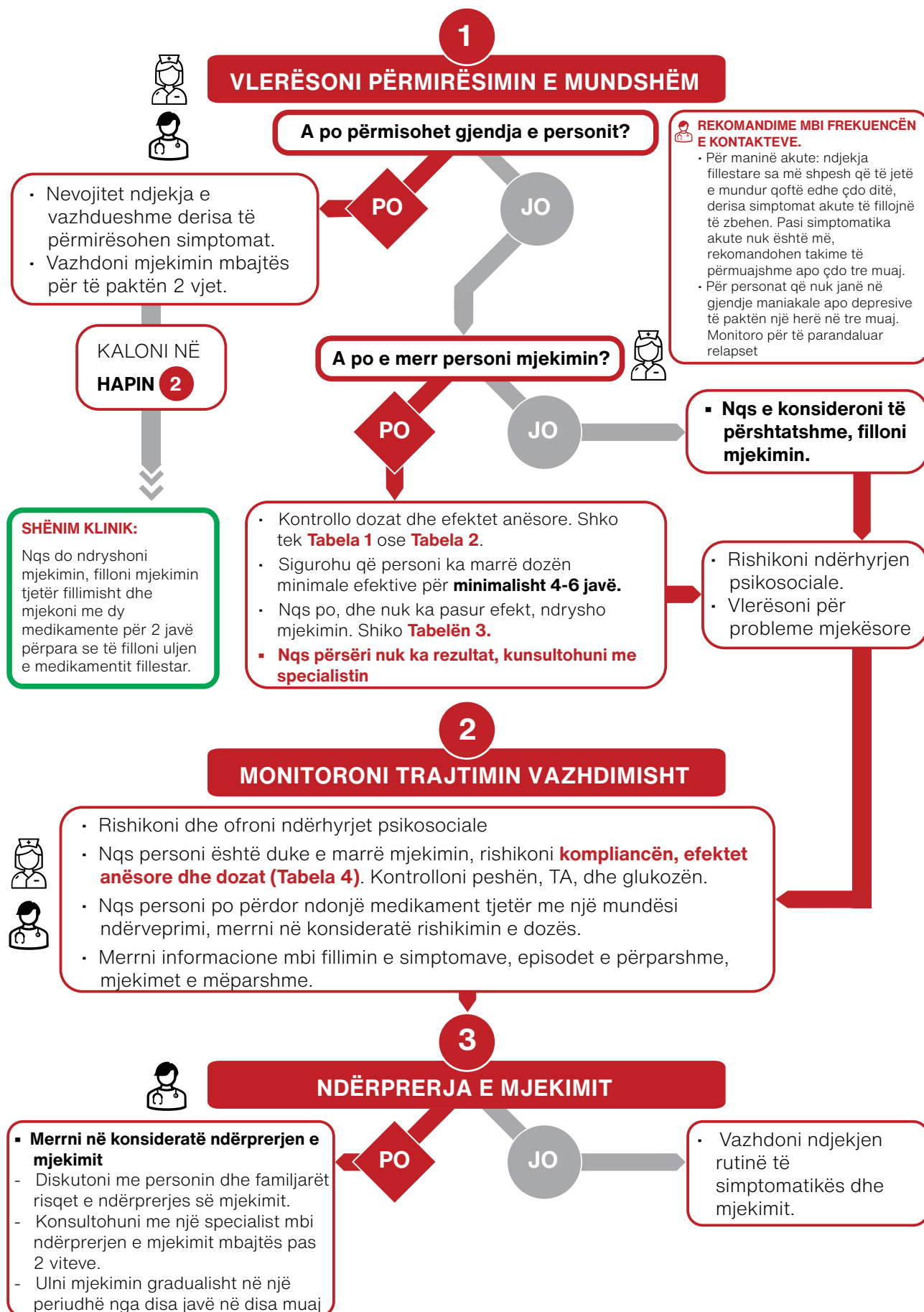
Personat me simptoma psikotike që persistojnë më shumë se 3 muaj:

- Merrni në konsideratë ndreprerjen e mjekimit **nqs personi është në REMISION TË PLOTE të simptomatikës për disa vite**



- Diskutoni me personin dhe familjarët rrezikun e relapsit përkundrejt efekteve anësore si pasojë e mjekimit afatgjatë.
- **Nqs është e mundur, konsultohuni me një specialist.**
- Ulni gradualisht dozën e mjekimit. Kur fillojmë uljen e dozës, personat nën mjekim dhe familjarët e tyre duhen edukuar se si mund të venë re shenjat e hershme të simptomave të një relapsi të mundshëm. Rekomandohet monitorim i vazhdueshëm klinik.

Ndjekja e episodit maniakal në çrregullimin bipolar



Epilepsia (EPI)

Epilepsia është një gjendje kronike neurologjike që përfshin *kriza epileptike të përsëritura të paprovokuara*, të shkaktuara nga aktiviteti elektrik jonormal i trurit. Ekzistojnë lloje të ndryshme të epilepsisë dhe ky Kapitull mbulon vetëm llojin më të përhapur, epilepsinë konvulsive. Epilepsia konvulsive karakterizohet nga kriza epileptike të cilat shkaktjnë kontraktime të papritura të *pavullnetshme* të muskujve, të alternuara me relaksimin e muskujve, duke bërë që trupi dhe gjymtyrët të dridhen ose të bëhen të ngurta. Krizat epileptike shpesh shoqërohen me *dëmtim të vetëdijes*. Një person që përjeton konvulsione mund të rrëzohet dhe të pësojë lëndime.

Duhet patur parasysh në mënyrë të veçantë që gjatë emergjencave humanitare, ndërpritet shpesh furnizimi me medikamente antiepileptike. Pa akses të vazhdueshëm për këto medikamente, njerëzit me epilepsi mund të fillojnë përsëri të përjetojnë kriza epileptike, të cilat mund të jenë kërcënuese për jetën.

Paraqitja tipike e ankesave të epilepsisë konvulsive

Një histori e lëvizjeve konvulsive ose krizave epileptike.

Vlerësimi

Pyetja 1: A i plotëson personi kriteret për krizë epileptike konvulsive?

- ▶ Pyeteni personin dhe kujdestarin nëse personi ka pasur ndonjë nga simptomat e mëposhtme:
 - **lëvizje konvulsive të cilat zgjasin më shumë se 1-2 minuta**
 - humbje ose dëmtim të vetëdijes
 - ngurtësi ose shtangësi të trupit ose gjymtyrëve që zgjasin më shumë se 1-2 minuta
 - gjuhë e kafshuar ose e mavijosur, apo lëndim trupor
 - humbje të kontrollit të fshikëzës së urinës ose zorrëve gjatë episodit.
 - Pas lëvizjeve jonormale, personi mund të demonstrojë konfuzion, përgjumje, përhumbe ose sjellje jonormale. Personi mund të ankohet edhe për lodhje, dhimbje koke ose dhimbje të muskujve.
- ▶ Personi i plotëson kriteret për një **krizë epileptike konvulsive nëse ka lëvizje konvulsive dhe të paktën 2 simptoma të tjera** nga lista e mësipërme.
- ▶ Dyshohet për **krizë epileptike jo konvulsive ose gjendje të tjera mjekësore** vetëm nëse janë të pranishme 1 ose 2 nga kriteret e mësipërme.
- **Nëse personi ka pasur më shumë se një krizë epileptike jo konvulsive, këshillohuni me një specialist.**
- Nëse dyshohet për gjendje të tjera mjekësore, menaxhoheni në përputhje me rrethanat.
- Ndiqeni rastin pas 3 muajsh për ta rivlerësuar.

Pyetja 2: Në rastin e një krize epileptike konvulsive, a ka ndonjë shkak akut?

- Kontrolloni për shenjat dhe simptomat e një **neuroinfeksioni**:
 - ethe
 - dhimbje koke
 - ngrirja e qafës
- Kontrolloni për **shkaqe të tjera të mundshme** të konvulsioneve:
 - dëmtim në kokë
 - anomali metabolike (p.sh. hipoglicemi, hiponatremi)
 - intoksikim ose lënie të alkoolit ose drogës

❗ (Kutia SUB 1).

- Nëse ka një shkak akut **të identifikueshëm** për krizë epileptike konvulsive, **trajtoni shkakun**.
- Në këto raste **nuk** nevojitet vazhdimi i trajtimit me medikamente antiepileptike.
- Nëse dyshohet për neuroinfeksion, dëmtim të kokës ose anomali metabolike, **referojeni rastin menjëherë në spital**.
- Tek një **fëmijë** me **ethe** (i moshës 6 muaj deri në 6 vjeç), nëse është i pranishëm ndonjë nga kriteret e mëposhtme të **krizës epileptike komplekse febrile**, dyshoni për neuroinfeksion:
 - krizë epileptike fokale - kriza epileptike fillon në një pjesë të trupit
 - krizë epileptike e zgjatur - kriza epileptike zgjat më shumë se 15 minuta
 - krizë epileptike e përsëritur - më shumë se 1 krizë epileptike gjatë sëmundjes aktuale.
- Nëse te një fëmijë me ethe nuk është i pranishëm asnjë nga 3 kriteret e mësipërme, dyshoni për krizë epileptike të thjeshtë febrile. Menaxhoni ethet dhe shikoni për shkakun e saj. Fëmijën mbajeni në vëzhgim për 24 orë.
- Ndiqeni pas 3 muajsh për ta rivlerësuar.

Pyetja 3: Rasti me krizë epileptike konvulsive pa një shkak akut të identifikuar, a është epilepsi?

- Konsiderohet **epilepsi** nëse personi ka pasur 2 ose më shumë kriza epileptike konvulsive të paprovokuara në 2 ditë të ndryshme gjatë 12 muajve të fundit.
- Nëse gjatë 12 muajve të fundit ka pasur vetëm 1 krizë epileptike konvulsive pa një shkak akut, atëherë nuk është i nevojshëm trajtimi antiepileptik. Ndiqeni pas 3 muajsh.

Plani bazë i menaxhimit

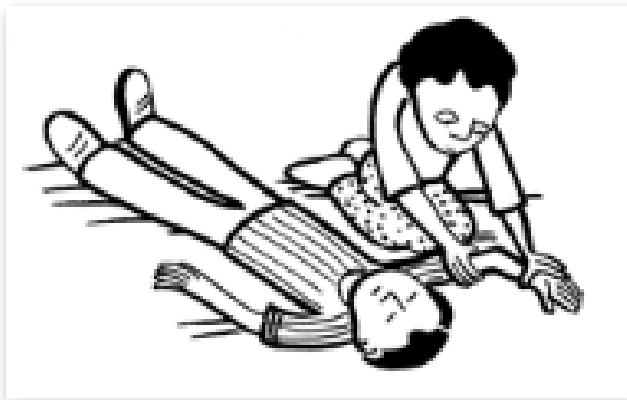
1. Jepini informacion për epilepsinë personit dhe kujdestarëve të tij

- Shpjegoni:
- Çfarë është epilepsia dhe **çfarë e shkakton** atë:
 - Epilepsia është një gjendje kronike, por me mjekim tre në çdo katër persona mund të jetojnë pa kriza epileptike.
 - Epilepsia përmban kriza epileptike të përsëritura. Kriza epileptike është një situatë e cila lidhet me aktivitetin elektrik jonormal të trurit.
 - Epilepsia nuk shkaktohet nga magjia apo nga shpirtrat.
 - Epilepsia nuk është ngjitëse. Pështyma nuk e transmeton epilepsinë.

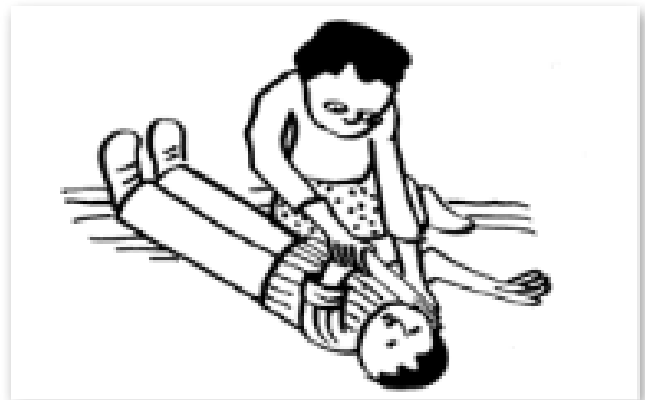
- Cilat janë **problemet e stilit të jetesës** së personave me epilepsi:
 - Njerëzit me epilepsi mund të bëjnë jetë normale:
- Ata mund të martohen dhe të kenë fëmijë të shëndetshëm.
 - Ata mund të punojnë në mënyrë produktive dhe të sigurt në shumicën e vendeve të punës.
 - Fëmijët me epilepsi mund të shkojnë në shkollë.
- Njerëzit me epilepsi duhet të **shmangin**:
 - vendet e punës pranë makinerive të rënda ose zjarrit
 - gatimin mbi zjarr të hapur
 - të notojnë vetëm
 - alkoolin dhe drogat rekreative
 - të shikojnë blicet/dritat pulsuese.
 - të ndryshojnë zakonet e gjumit (p.sh. të flenë shumë më pak se zakonisht).
- **Çfarë duhet të bëni në shtëpi** kur ndodhin kriza epileptike (informacion për prindërit, kujdestarët):
 - Nëse një krizë epileptike fillon ndërkohë që personi është duke qëndruar në këmbë ose ulur, ndihmoni për të parandaluar dëmtimin nga rrëzimi duke e ndihmuar të ulet me ngadalë ose të shtrihet në tokë.
 - Sigurohuni që personi të marrë frymë siç duhet. Lironi rrobat rreth qafës.
 - Vendoseni personin në pozicionin e rikuperimit (**shikoni figurat A-D më poshtë**).

Figurat A-D: Pozicioni i rikuperimit

A



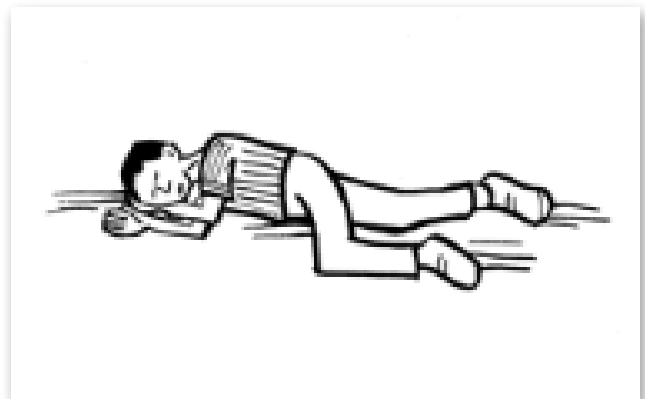
B



C



D



- A.** Uluni në gjunjë në dysHEME nga njëra anë e personit. Vendoseni krahun e tij afër jush, në një kënd të drejtë me trupin e tij me dorën e personit të ngritur drejt kokës (Figura A më sipër).
 - B.** Vendoseni dorën tjetër nën anën tjetër të kokës së personit, në mënyrë që pjesa e prapme e dorës të prekë faqen (shikoni Figurën B më sipër).
 - C.** Përkuleni gjurin më larg jush në një kënd të drejtë. Rrotullojeni personin me kujdes nga ana juaj, duke e tërhequr nga gjuri i përkulur (Figura C më sipër).
 - D.** Krahun nën anën e kokës së personit ndihmon për të mbështetur kokën dhe krahun në një kënd të drejtë me trupin ndalon rrotullimin e trupit më shumë nga sa duhet (Figura D më sipër). **Hapini personit rrugën e ajrit, duke e përkulur me ngadalë nga mbrapa kokën e tij/saj e duke i ngritur mjekrën dhe kontrolloni që rruga e ajrit nuk bllokohet nga asgjë.** Kjo manovër e nxjerr gjuhën jashtë rrugës së ajrit, e ndihmon personin të marrë frymë më mirë dhe parandalon mbytjen nga sekrecionet dhe të vjellat.
 - Mos u përpiqni ta frenoni apo ta mbani personin “të mbërthyer” në dysHEME.
 - Mos fusni asgjë në gojën e personit.
 - Hiqni çdo send të fortë ose të mprehtë nga personi, për të parandaluar dëmtimin.
 - Qëndroni me personin derisa kriza epileptike të ndalojë dhe personit t’i rikthehet vetëdija.
- Kërkoni nga personi dhe nga prindërit/kujdestarët që të mbajnë një ditar të thjeshtë për krizat epileptike (shikoni **Figurën EPI 1**).

2. Filloni ose rifilloni medikamentet antiepileptike

- Verifikoni nëse personi ka përdorur ndonjëherë medikamente antiepileptike për të kontrolluar krizat epileptike. Nëse po, atëherë rifilloni të njëjtin medikament në të njëjtën dozë ose **referojeni rastin te Specialisti.**
- Nëse ai medikament nuk është i disponueshëm, **referoni rastin te Specialisti për t’i filluar një medikament të ri.**

Parimet e mjekimit:

- Zgjidhni **vetëm një** medikament antiepileptik (shikoni **Tabelën EPI 1**).
 - Merrni në konsideratë efektet anësore të mundshme, ndërveprimin midis sëmundjes dhe medikamentit ose ndërveprimet e medikamenteve me njëri-tjetrin.
 - Filloni me **dozën më të ulët** dhe **rriteni gradualisht** derisa të merret kontrolli i plotë i krizave epileptike.
- **Shpjegojini personit dhe kujdestarëve:**
 - Programin e dozimit të medikamentit (>> **Tabela EPI1**)
 - Efektet e mundshme anësore (>> Tabela EPI1).
Shumica e efekteve anësore janë të lehta dhe do të zgjidhen me kalimin e kohës. Nëse ndodhin efekte anësore të rënda, personi duhet të ndërpresë menjëherë medikamentin dhe të kërkojë ndihmë mjekësore.
 - Rëndësinë **e respektimit** të programit të mjekimit. Mosmarrja e dozave ose ndërprerja e menjëhershme mund të shkaktojnë përsëritjen e krizave epileptike. Medikamentet duhet të merren **çdo ditë në të njëjtën orë.**
 - Kohën që mjekimi të fillojë të funksionojë. Zakonisht duhen disa javë përpara se efekti të bëhet i qartë.
 - Kohëzgjatjen e trajtimit. Vazhdoni mjekimin derisa personi të mos ketë kriza epileptike për të paktën 2 vjet.
 - Rëndësinë e ndjekjes së rregullt.

Tabela EPI 1: Medikamentet antiepileptike

	Phenobarbital ^a	Carbamazepine	Phenytoin	Valproate
Doza fillestare tek fëmijët	2-3 mg/kg/ditë	5 mg/kg/ditë	3-4 mg/kg/ditë	15-20 mg/kg/ditë
Doza tipike efektive për fëmijët	2-6 mg/kg/ditë	10-30 mg/kg/ditë	3-8 mg/kg/ditë (max. dose 300 mg/ditë)	15-30 mg/kg/ditë
Doza fillestare tek të rriturit	60 mg/ditë	200-400 mg/ditë	150-200 mg/ditë	400 mg/ditë
Doza tipike efektive për të rriturit	60-180 mg/ditë	400-1400 mg/ditë	200-400 mg/ditë	400-2000 mg/ditë
Programi i dozimit	Një herë në ditë në kohën e gjumit	Dy herë në ditë	Te fëmijët, jepeni dy herë në ditë; tek të rriturit, mund të jepet një herë në ditë	Zakonisht, 2 ose 3 here në ditë
Efekte anësore serioze por të rralla	Skuqje e rëndë e lëkurës (sindroma Stevens-Johnson) Depresion i palcës së kockave Insufiçencë e mëlçisë	Skuqje e rëndë e lëkurës (sindroma Stevens-Johnson, nekrolizë toksike epidermale) Depresion i palcës së kockave	Anemi dhe anomali të tjera hematologjike Reagime hipersensiviteti, përfshirë skuqjen e rëndë të lëkurës (sindroma Stevens-Johnson) Hepatit	Përhumbje Konfuzion
Efekte anësore të zakonshme	Përhumbje Hiperaktivitet tek fëmijët	Përhumbje Vështirësi në ecje Të përziera	Të përziera, të vjella, konstipacion Të dridhura Përgjumje Ataksi dhe ngadalësim të të folurit Dridhje muskulore Konfuzion mendor	Letargji Sedacion Të dridhura Të përziera, diarre Humbje peshe Humbje e përkoshme e flokëve (normalisht rritja përsëri fillon brenda 6 muajve) Funksioni hepatic të dëmtuar
Kujdes	Tek fëmijët me aftësi të kufizuara intelektuale ose probleme të sjelljes shmangeni phenobarbitalin			Shmangeni valproatin tek gratë shtatzëna

a E disponueshme në Paketën e ndërhyrjes shëndetësore të emergjencave ndërmjet agjencive (OBSh, 2011)

3. Ndjekja

► Siguroni **ndjekje të rregullt**:

- Për 3 muajt e parë ose derisa të kontrollohen krizat epileptike, programoni të paktën një herë në muaj takime për ndjekjen e ecurisë.
- Nëse krizat epileptike janë kontrolluar, zhvilloni takime çdo 3 muaj.
- Për këshilla më të hollësishme mbi ndjekjen e ecurisë, referojuni Parimeve të menaxhimit (>> **Parimet e përgjithshme të kujdesit**).

► Në çdo ndjekje të ecurisë:

- Monitoroni kontrollin e krizave epileptike:
- Referojuni **ditarit të krizave epileptike** për të parë se sa mirë janë kontrolluar krizat epileptike.
- Mbani ose përshtateni mjekimin antiepileptik në përputhje me mënyrën se si kontrollohen krizat epileptike.
- Nëse krizat epileptike nuk janë kontrolluar ende, as me dozën maksimale terapeutike të një medikamenti apo nëse efektet anësore janë bërë të patolerueshme, kaloni në një medikament tjetër. Rriteni gradualisht dozën derisa krizat epileptike të kontrollohen.
- Nëse krizat epileptike janë shumë të rralla dhe një rritje e mëtejshme e dozës mund të sjellë efekte anësore të rënda, atëherë doza aktuale mund të jetë e pranueshme.
- Nëse janë provuar 2 medikamente njëri pas tjetrit dhe asnjëri nuk ka arritur të kontrollojë siç duhet krizat epileptike, **referoni rastin tek specialisti**. Shmangni trajtimin me më shumë se një medikament antiepileptik në të njëjtën kohë.
- Nëse gjatë **2 viteve** të fundit **nuk ka pasur kriza epileptike**, merrni në konsideratë **ndërprerjen e mjekimit antiepileptik**.
- Kur të ndërprisni mjekimin, doza duhet të zvogëlohet me ngadalë gjatë disa muajve, për të shmangur krizat epileptike nga ndërprerja e mjekimit.
- Përfshini prindërit, kujdestarët për monitorimin e kontrollit të krizave epileptike.
- Rishikoni problemet e stilit të jetesës dhe ofroni psikodukim/mbështetje të mëtejshme për personin dhe kujdestarët (**Plani bazë i menaxhimit, hapi 1** i përshkruar më sipër).



Kutia EPI 1: Konsiderata të veçanta për menaxhimin e grave me epilepsi

► Nëse gruaja është në **moshë lindjeje**:

- Jepni 5 mg folate në ditë për të parandaluar defektet e mundshme të lindjes nëse mbetet shtatzënë.

► Nëse është **shtatzënë**:

- Këshillohuni me një specialist për menaxhimin.
- Këshilloni vizita më të shpeshta antenatale dhe lindjen në spital.
- Gjatë lindjes, të porsalindurit jepini 1 mg **vitaminë K** në rrugë intramuskulare (i.m.).

► Vendimi për të filluar mjekimin antiepileptik te një grua shtatzënë duhet të merret së bashku me gruan. Duhet të merret në konsideratë sa të rënda dhe sa të shpeshta janë krizat epileptike, si dhe dëmtimi i mundshëm i fetusit nga krizat epileptike ose nga medikamentet. Në qoftë se merret vendim për fillimin e mjekimit, atëherë mund të përdoret **phenobarbital** ose **carbamazepine**. Duhet të shmangen valproati dhe politerapia.

► Carbamazepina mund të përdoret te gratë që **ushqejnë fëmijë me gji**.

Figura EPI 1: Ditari i krizave epileptike

Kur ka ndodhur kriza epileptike		Përshkrimi i krizës epileptike (përfshirë pjesët e trupit të prekura dhe kohëzgjatja e krizës epileptike)	Medikamentet që janë marrë	
Data	Ora		Dje	Sot

Kutia EPI 2: Vlerësimi dhe menaxhimi i një personi që ka konvulsione ose është i pavetëdijshëm pas një krize epileptike



Vlerësimi dhe menaxhimi i krizave epileptike akute duhet të vazhdojë njëkohësisht.

► **Vlerësimi i krizave epileptike**

- Qëndroni të qetë. Shumica e krizave epileptikeve do të ndalojnë pas disa minutash.
- Kontrolloni **rrugët e ajrit, frymëmarrjen dhe qarkullimin**, përfshirë presionin e gjakut, ritmin e frymëmarrjes dhe temperaturën.
- Kontrolloni për **shenja dëmtimi në kokë ose në shpinë** (p.sh. bebet e zmadhuara të syrit mund të jenë një shenjë e dëmtimit serioz të kokës).
- Kontrolloni për **qafë të ngrirë** ose për **ethe** (shenja të meningjitit).

► **Pyeteni prindërin/kujdestarin:**

- Kur filloi kjo krizë epileptike?
- Ka histori të krizave epileptike në të kaluarën?
- Ka një histori të dëmtimit të kokës ose qafës?
- Ka probleme të tjera mjekësore?
- Ka marrë personi ndonjë medikament, helm, alkool ose drogë?
- Nëse është **femër**: Është shtatzënë, është në gjysmën e dytë të shtatëzanisë, ose javën e parë pas lindjes?

► **Referojeni personin urgjentisht në spital:**

- Nëse ka ndonjë shenjë dëmtimi të madh, gjendje shoku ose problemi të frymëmarrjes
- Nëse personi ka një **dëmtim serioz të kokës ose qafës**:
 - Mos e lëvizni qafën e personit.
 - Rrotullojeni (pa e lëvizur shtyllën kurrizore) personin kur ta transferoni.
- Nëse personi është grua në **gjysmën e dytë të shtatëzanisë ose ka më pak se 1 javë pas lindjes**
- Nëse dyshohet për **neuroinfeksion**
- Nëse kanë kaluar **më shumë se 5 minuta nga fillimi i krizave epileptike**.

► **Menaxhimi i krizave epileptike**

- Kthejeni personin në njërën anë, **në pozicionin e rikuperimit (shikoni Planin bazë të menaxhimit dhe figurat A – D më sipër).**
- Nëse kriza epileptike nuk ndalon spontanisht pas 1-2 minutash, vendosini një linjë intravenoze (i.v.) sa më shpejt që të jetë e mundur dhe jepini me ngadalë **glukozë** dhe **benzodiazepine** (30 pika/minutë).
- Në qoftë se është e vështirë të vendoset një linjë intravenoze, jepini benzodiazepine nëpërmjet rektumit.
- Kujdes: **benzodiazepinat mund të ngadalësojnë frymëmarrjen.** Jepini oksigjen nëse është i disponueshëm dhe monitoroni shpesh gjendjen e frymëmarrjes së personit.
- **Doza e glukozës për fëmijët:** 2-5 ml (glukozë 10%)/kg
- **Doza e benzodiazepinës për fëmijët:**
 - diazepam në mënyrë rektale 0.2-0,5 mg/kg ose
 - diazepam intravenoz 0,1- 0,3 mg/kg ose
 - lorazepam intravenoz 0,1 mg/kg.
- **Doza e glukozës për të rriturit:** 25-50 ml glukozë 50%
- **Doza e benzodiazepinës për të rriturit:**
 - diazepam në mënyrë rektale 10-20 mg ose
 - diazepam intravenoz 10-20 mg me ngadalë ose
 - lorazepam intravenoz 4 mg.
- **Mos i jepni benzodiazepinat në mënyrë intramuskulare (i.m.).**
- Nëse kriza epileptike vazhdon për 5-10 minuta pas dozës së parë, jepini **dozën e dytë** të benzodiazepinës.
- Përdorni të njëjtën dozë si doza e parë.
- **Mos jepni më shumë se 2 doza benzodiazepinë. Nëse personi ka nevojë për më shumë se 2 doza, ai duhet të dërgohet në spital.**
 - Dyshohet për **gjendje epileptike** në qoftë se:
 - Krizat epileptike ndodhin shpesh dhe personi nuk rikuperohet midis episodeve, ose
 - Krizat epileptike nuk reagojnë ndaj 2 dozave benzodiazepinë, ose
 - Krizat epileptike zgjasin më shumë se 5 minuta.

► **Dërgojeni urgjentisht në spital:**

- Nëse dyshohet për gjendje epileptike (shikoni më sipër)
- Nëse personi nuk reagon ndaj 2 dozave të para të benzodiazepinës
- Nëse personi ka probleme me frymëmarrjen pas marrjes së benzodiazepinës.

Paaftësia Intelektuale (PAI)

Aftësia e kufizuar intelektuale⁷ karakterizohet nga kufizime në fusha të shumta të pritshme të zhvillimit intelektual (p.sh., konjitive, gjuhësore, aftësi motorike dhe shoqërore), të cilat nuk janë të rikuperueshme. Këto kufizime mund të ekzistojnë që nga lindja ose kanë filluar gjatë fëmijërisë. Aftësia e kufizuar intelektuale vështirëson të mësuarit, funksionimin e përditshëm dhe përshtatjen në një mjedis të ri.

Njerëzit me aftësi të kufizuara intelektuale shpesh kanë nevoja thelbësore për kujdes. Ata shpesh përjetojnë sfida në aksesin ndaj kujdesit shëndetësor dhe arsimit. Ata janë jashtëzakonisht vulnerabël ndaj abuzimit, neglizhencës në kushte normale.

Personave me PAI u rritet ekspozimi ndaj situatave të rrezikshme veçanërisht gjatë emergjencave humanitare. Për shembull, njerëzit me aftësi të kufizuara intelektuale kanë më shumë mundësi të futen pa e ditur në zona të rrezikshme. Gjithashtu, ata mund të perceptohen si pengesë nga familjet dhe komunitetet e tyre dhe mund të braktisen gjatë shpërnguljeve. Për këto arsye, personat me aftësi të kufizuara intelektuale kanë nevojë për vëmendje dhe masa shtesë gjatë emergjencave humanitare.

Ky Kapitull përfshin aftësinë e kufizuar intelektuale mesatare, të rëndë dhe të thellë tek fëmijët, adoleshentët dhe të rriturit.

Ankesat tipike të paraqitjes

- ▶ Tek foshnjat: ushqyerje e dobët, mungesë e zhvillimit fizik, hipotoni, vonesa në përmbushjen e treguesve të pritshëm të zhvillimit për moshën dhe fazën përkatëse, siç janë buzëqeshja, qëndrimi ulur, qëndrimi në këmbë.
- ▶ Tek fëmijët: vonesa në përmbushjen e treguesve të pritshëm të zhvillimit për moshën përkatëse, siç janë ecja, kryerja e nevojave personale, të folurit, leximi dhe shkrimi.
- ▶ Tek të rriturit: aftësi e ulët për të jetuar në mënyrë të pavarur ose për t'u kujdesur për veten dhe/ose fëmijët.
- ▶ Në të gjitha moshat: vështirësi në kryerjen e aktiviteteve të përditshme, të konsideruara normale për moshën e personit; vështirësi në të kuptuarit e udhëzimeve; vështirësi në përmbushjen e nevojave të jetës së përditshme.

⁷ Drafti, me emrin e propozuar ICD-11 për këtë gjendje është Çrregullim i zhvillimit intelektual.

Vlerësimi

Ndihmojnë vlerësimin nga Mjeku dhe/ose Infermierja e Familjes pyetjet si më poshtë:

Pyetja 1: A ka personi aftësi të kufizuar intelektuale?

► Shqyrtoni aftësitë dhe funksionimin e personit:

- Për **fëmijët e vegjël** dhe **fëmijët e moshës 1 deri në 3 vjeç**, vlerësoni nëse fëmija ka arritur plotësisht **treguesit përkatës për moshën** në të gjitha fushat e zhvillimit (**Kutia PAI 1** me shenja paralajmëruese).
 - Pyetje të sugjeruara për prindërit/kujdestarët e fëmijëve:
 - A po sillet fëmija juaj si të tjerët në të njëjtën moshë?
 - Çfarë lloj gjërash mund të bëjë fëmija juaj vetë (të qëndrojë ulur, të ecë, të hajë, të vishet ose të kryejë nevojat personale)?
 - Si komunikon fëmija juaj me ju? A ju buzëqesh fëmija? A reagon fëmija kur dëgjon emrin e tij/saj? Si flet fëmija me ju? A është në gjendje fëmija të kërkojë atë që dëshiron?
 - Si luan fëmija juaj? A është në gjendje fëmija juaj të luajë mirë me fëmijët e tjerë të së njëjtës moshë?
 - Për **fëmijët më të rritur** dhe **adoleshentët**, pyesni nëse shkojnë në shkollë dhe nëse po, si i menaxhojnë detyrat e shkollës (mësimin, leximin dhe shkrimin) dhe aktivitetet e përditshme shtëpiake.
 - Shkoni në shkollë? Si e kaloni në shkollë? A jeni në gjendje të përfundoni detyrat tuaja të shkollës? A keni shpesh vështirësi në shkollë sepse nuk mund t'i kuptoni ose t'i ndiqni udhëzimet?
 - Për të rriturit, pyesni nëse punojnë dhe nëse po, si e menaxhojnë punën e tyre dhe aktivitetet e tjera të përditshme.
 - A punoni? Çfarë lloj pune bëni? A keni shpesh probleme në punë sepse nuk mund t'i kuptoni ose t'i ndiqni udhëzimet?
 - Për fëmijët më të rritur, adoleshentët dhe të rriturit, pyesni sa ndihmohet aktualisht personi për të bërë aktivitetet e përditshme (p.sh. në shtëpi, në shkollë, në punë).
- Nëse ka vonesë në arritjen e treguesve të pritshëm të zhvillimit, përjashtoni arësyet e trajtueshme ose të rikuperueshme të cilat mund t'i ngjasojnë aftësisë së kufizuar intelektuale.
- **Përjashtoni problemet me shikimin:**
 - Për një fëmijë >6 muaj, pyesni prindërit, kujdestarin nëse fëmija mund t'i bëjë sa më poshtë, ndërkohë që e vëzhgoni drejtpërdrejt fëmijën vetë:
 - nëse fëmija mund të ndjekë me sy një objekt në lëvizje
 - nëse fëmija mund të njohë personat e familjes
 - nëse fëmija mund të mbajë një objekt me duar.
 - Nëse ndonjë prej përgjigjeve është **Jo**, informoni prindin, kujdestarin që fëmija mund të ketë probleme me shikimin dhe **referojeni te specialisti**.
 - **Përjashtoni problemet me dëgjimin:**
 - Për një fëmijë >6 muaj, pyesni prindin, kujdestarin nëse fëmija mund të bëjë sa më poshtë, ndërkohë që e vëzhgoni drejtpërdrejt fëmijën vetë:
 - nëse fëmija e kthen kokën për të parë se kush flet nga pas
 - nëse fëmija reagon ndaj zhurmave të forta
 - nëse fëmija nxjerr tinguj të ndryshëm zanorë (tata, dada, baba).
 - Nëse ndonjë prej përgjigjeve është **Jo**, informoni prindin, kujdestarin që fëmija mund të ketë probleme me dëgjimin dhe referojeni te specialisti.

- **Përrjashtoni problemet e mjedisit:**

- Çrregullim depresiv mesatar-i rëndë i nënës ose kujdestarit kryesor (DEP)
- Mungesë stimulimi (stimulimi është thelbësor për zhvillimin e trurit tek fëmijët e vegjël).
 - Kush bashkëvepron dhe luan rregullisht me fëmijën?
 - Si luani ju me fëmijën? Sa shpesh?
 - Si komunikoni ju me fëmijën tuaj? Sa shpesh?

- **Përrjashtoni kequshqyerjen dhe mangësi të tjera** ushqyese ose **hormonale**, përfshirë mungesën e jodit dhe hipotiroidizmin.

- **Përrjashtoni epilepsinë (EPI)**, e cila mund t'i ngjasojë ose të ndodhë së bashku me aftësinë e kufizuar intelektuale.

- Menaxhoni problemet e identifikuar të trajtueshme dhe ndiqeni rastin për ta rivlerësuar nëse personi ka aftësi të kufizuara intelektuale.

- Për rastet e konfirmuara të problemeve me dëgjimin dhe shikimin, **referoni rastin te specialisti** dhe komunikoni me prindin nëpërmjet infermieres së familjes për ndjekje deri sa fëmija të ketë marrë ndihmën e nevojshme (syze, aparate dëgjimi).
- Menaxhoni çrregullimin depresiv të prindit, kujdestarit, nëse është rasti.
- Mësojeni nënën, prindin, kujdestarin si të sigurojë një mjedis më stimulues për fëmijën e vogël. Shikoni **Këshillat familjare për kujdesin ndaj zhvillimit: Kartat e këshillimit**.

- **Aftësia e kufizuar intelektuale** ka mundësi të jetë nëse a) ka një vonesë të konsiderueshme në arritjen e treguesve të pritshëm të zhvillimit dhe vështirësi në përmbushjen e nevojave të jetës së përditshme dhe b) janë përrjashtuar ose adresuar arësyet e trajtueshme ose të rikuperueshme.

Pyetja 2: A ka probleme të shoqëruara me sjelljen?

- Nuk i dëgjon prindërit, kujdestarët
- Ka shpërthime emocionale. Ka sjellje agresive dhe vetë-dëmtuese kur shqetësohet
- Ha materiale jo organike
- Ka sjellje seksuale të pakujdesshme ose sjellje të tjera problematike.

Plani bazë i menaxhimit

1. Ofroni edukim psikologjik

Mjeku i familjes dhe ose Infermieri i familjes:

- **Shpjegoni** sipas rastit personit, prindit, familjarëve, ose kujdestarëve të tij **aftësinë e kufizuar**. Personat me aftësi të kufizuara intelektuale nuk duhet të fajësohen për aftësinë e kufizuar. Qëllimi është që prindërit, familjarët, kujdestarët të kenë pritshmëri reale dhe të jenë të sjellshëm dhe mbështetës.
- Ofroni trajnime për të aftësuar prindërit, kujdestarët. Qëllimi duhet të jetë **përmirësimi i ndërveprimeve pozitive midis prindit/kujdestarit dhe fëmijës**. Mësoni prindërit, kujdestarët për aftësitë që mund të ndihmojnë në zvogëlimin e problemeve të sjelljes.
 - Prindërit, kujdestarët duhet të kuptojnë rëndësinë e trajnimit të vetë personit për të kryer kujdesin për veten dhe higjenën (p.sh. kryerja e nevojave personale, larja e dhëmbëve).
 - Prindërit, kujdestarët duhet të kenë njohuri shumë të mira për personin. Ato duhet të dinë se çfarë e streson personin dhe çfarë e bën atë të lumtur, çfarë i shkakton problemet e sjelljes dhe çfarë e pengon atë, cilat janë pikat e forta dhe të dobëta të personit dhe si mëson më mirë personi.

- Prindërit, kujdestarët duhet të mbajnë sa më rregullisht që të jetë e mundur aktivitetet e përditshme të personit, siç janë të ushqyerit, të luajturit, të mësuarit, të punuarit dhe të fjeturit.
- Prindërit/Kujdestarët duhet ta shpërblejnë personin kur sjellja është e mirë dhe mos t'i përdorin shpërblimet kur sjellja është problematike. Ato duhen këshilluar që të përdorin një disiplinë të ekuilibruar. Kështu duhen këshilluar që:
 - Më shumë të japin udhëzime të qarta, të thjeshta dhe të shkurtra se çfarë duhet të bëjë personi se sa ato që nuk duhet të bëjë personi. Aktivitetet e ndërlikuara t'i ndajnë në hapa më të vegjël, në mënyrë që personi të mësojë dhe të shpërblehet për një hap në një kohë të caktuar (p.sh. të mësojë t'i veshë pantallonat përpara se t'i mbërthejë ato).
 - Kur personi të bëjë diçka siç duhet, t'i japin një shpërblim. Të shmangin personin nga gjërat që nuk duhet të bëjë. Megjithatë, kjo shmangie nuk duhet të jetë shpërblyese për personin.
 - Të MOS përdorin kërcënime ose ndëshkime fizike kur sjellja është problematike.
- Jepuni informacion prindërve, kujdestarëve që personi është më vulnerabël ndaj abuzimeve fizike dhe seksuale në përgjithësi, prandaj kërkojnë vëmendje dhe mbrojtje shtesë.
- Jepuni informacion prindërve, kujdestarëve për të shmangur institucionalizimin.

2. Promovimi i mbrojtjes në nivel komuniteti

Mjeku i familjes dhe ose Infermieri i familjes:

- Vlerësoni disponueshmërinë e mbrojtjes në komunitet dhe bëni referimet/bashkëpunimet e duhura, p.sh., me Qendrat Komunitare të Shëndetit Mendor, Qendrat komunitare ditore, grupet informale, OJQ-të lokale, dhe ndiqeni marrjen e kësaj mbështetjeje nëpërmjet infermieres së familjes kur është e mundur.

3. Përkrahni përfshirjen në aktivitetet e komunitetit

Mjeku i familjes dhe ose Infermieri i familjes:

- Nëse personi është fëmijë, nxiteni prindin dhe mundësoni që ai të frekuentojë shkolla normale sa më shumë që të jetë e mundur.
- Sqaroni prindërit që duhet të mbajnë lidhje me shkollën e fëmijës për të eksploruar mundësitë e përshtatjes së mjedisit mësimor me fëmijën dhe mbështeteni këtë rol nëpërmjet infermieres së familjes dhe ose të shkollës.
- Inkurajoni pjesëmarrjen e personit me PAI në aktivitete zbavitëse të përshtatshme në komunitet.
- Vlerësoni disponueshmërinë e programeve të rehabilitimit në nivel komuniteti dhe jepni mbështetje nëpërmjet Infermierjes së Familjes që personi me aftësi të kufizuara intelektuale të përfshihet në këto programe.

4. Kujdesi për prindërit, kujdestarët sipas Parimeve të zvogëlimit të stresit dhe forcimit të mbështetjes sociale (Kapitulli Parimet e përgjithshme të kujdesit)

5. Referoni rastin të një specialist për vlerësim dhe menaxhim të mëtejshëm për gjendje të mundshme të njëkohshme të zhvillimit:

- Dëmtimi i parikuperueshëm motorik ose paraliza cerebrale
- Defektet e lindjes, anomalitë ose sindromat gjenetike (p.sh. sindromi Dawn).

6. Ndjekja

- Programoni dhe zhvilloni seanca ndjekëse të personit (>> **Parimet e menaxhimit tek Kapitulli Parimet e përgjithshme të kujdesit**).

Kutia PAI 1: Etapat e zhvillimit: shenjat paralajmëruese të cilat duhen dalluar:

Deri në moshën 1 MUAJ	- Thithje e pamjaftueshme e gjirit ose refuzim i thithjes - Lëvizje të vogla të krahëve dhe këmbëve - Pak ose aspak reagim ndaj tingujve të fortë ose dritave të forta - Të qara për periudha të gjata pa ndonjë arësye të dukshme - Të vjella dhe diarree, të cilat mund të çojnë në dehidrim
Deri në moshën 6 MUAJ	- Ngurtësi ose vështirësi në lëvizjen e gjymtyrëve - Lëvizje e vazhdueshme e kokës (kjo mund të tregojë një infeksion në vesh, i cili mund të çojë në ulje dëgjimi deri në shurdhim nëse nuk trajtohet) - Pak ose aspak reagim ndaj tingujve, fytyrave të njohura apo gjirit - Refuzon gjirin ose ushqimet e tjera
Deri në moshën 12 MUAJ	- Nuk nxjerr zë për t'ju përgjigjur të tjerëve - Nuk i shikon objektet që lëvizin - Apati dhe mungesë reagimi ndaj prindit, kujdestarit - Mungesë oreksi ose refuzim i ushqimit
Deri në moshën 2 VJEÇ	- Mungesë e reagimeve ndaj të tjerëve - Vështirësi për të mbajtur ekuilibrin gjatë ecjes - Lëndime dhe ndryshime të pashpjegueshme në sjellje (veçanërisht nëse për fëmijën nuk kujdeset nëna, prindi) - Mungesë e oreksit
Deri në moshën 3 VJEÇ	- Humbje e interesit për të luajtur - Rrëzime të shpeshta - Vështirësi në manipulimin e objekteve të vogla - Nuk arrin të kuptojë mesazhet e thjeshta - Nuk është në gjendje të flasë duke përdorur disa fjalë - Ka pak ose aspak interes për ushqimin
Deri në moshën 5 VJEÇ	Frikë, zemërim ose dhunë kur luan me fëmijët e tjerë, që mund të jenë shenja të problemeve emocionale ose abuzimit
Deri në moshën 8 VJEÇ	- Vështirësi në bërjen dhe mbajtjen e miqve dhe pjesëmarrjen në aktivitetet në grup - Shmangie e një detyre ose sfide pa e provuar ose shfaqja e shenjave të aftësisë së kufizuar - Probleme në komunikimin e nevojave, mendimeve dhe emocioneve - Probleme në përqendrimin të detyrat, të kuptuarit dhe përfundimin e punës shkollore - Agresivitet ose druajtje të tepërt me shokët dhe familjen

Burimi: UNICEF, OBSH, UNESCO, UNFPA, UNDP. UNAIDS, WFP dhe Banka Botërore (2010)

Përdorimi i Dëmshëm i Alkoolit dhe Drogave (SUB)

Përdorimi i alkoolit ose drogave (p.sh. opiumet (p.sh. heroína), kanabisi, amfetaminat, khat, medikamente të ndryshme të rekomanduara si benzodiazepine dhe tramadol) mund të çojë në probleme të ndryshme. Këto përfshijnë *lënien* (simptoma fizike dhe mendore të cilat ndodhin pas ndërprerjes ose uljes së konsiderueshme të përdorimit), varësinë dhe *përdorimin e dëmshëm* (dëmtimi i shëndetit fizik ose mendor dhe/ose mirëqenies së përgjithshme). Përdorimi i alkoolit ose drogës është i dëmshëm kur çon në çrregullime fizike ose mendore, sjellje të rrezikshme shëndetësore, probleme në familje/marrëdhënie, dhunë seksuale dhe fizike, aksidente, abuzim dhe neglizhencë të fëmijëve, vështirësi financiare dhe probleme të tjera të mbrojtjes.

Gjatë krizave humanitare mund të rritet përhapja ose përdorimi i dëmshëm i alkoolit dhe drogës, pasi të rriturit dhe adoleshentët mund të përpiqen të përballojnë stresin, humbjen ose dhimbjen duke i përdorur dhe/ose duke u vetë-mjekuar me to.

Në të njëjtën kohë krizat humanitare mund të ndërpresin furnizimin me alkool ose drogë, duke çuar në simptoma të papritura nga lënia, duke rrezikuar jetën e individëve që kanë përdorur të tilla substanca për një periudhë të gjatë kohore në doza relativisht të larta. Kjo është veçanërisht e vërtetë për alkoolin.

Ky Kapitull fokusohet në *përdorimin e dëmshëm të alkoolit ose drogave* dhe përfshin një kuti për vlerësimin dhe menaxhimin e *rrezikut për jetën nga lënia e alkoolit* (Kutia SUB 1).

► **Duket që janë nën efektin e alkoolit ose drogave**

(p.sh. vijnë erë alkool, duken të intoksikuar, të shqetësuar, të trazuar, kanë energji të ulët, flasin duke mermëritur, kanë pamje të çrregullt, bebet e syve të zmadhuara, të zvogëluara)

► **Plagë/lëndime të freskëta**

► **Kanë shenja të përdorimit intravenoz (i.v.) të drogës** (shenja injeksioni, infeksion të lëkurës)

► **Kërkojnë tableta për gjumë ose qetësues për dhimbjet.**

Vlerësimi

Ndihmojnë vlerësimin nga Mjeku dhe/ose Infermierja e Familjes pyetjet si më poshtë:

Pyetja 1: A ka dëm në shëndetin fizik ose mendor dhe/ose në mirëqenien e përgjithshme nga përdorimi i alkoolit ose drogës?

► **Vlerësoni përdorimin e alkoolit ose të drogave, pa u dukur gjykues.**

► Pyesni për:

▪ **Sasinë dhe mënyrën e përdorimit**

- *Pini alkool? Nëse po, në çfarë forme? Sa pini në ditë/javë?*
- *A përdorni tableta të rekomanduara për gjumë/kundër ankthit/dhimbjeve? Çfarë lloj? Sa merrni në ditë/javë?*
- *A përdorni droga të paligjshme? Çfarë lloj? Si i merrni ato - nga goja, me injeksion, i thithni me hundë? Sa shpesh në ditë/javë?*

▪ **Shkaktarët e përdorimit të alkoolit ose drogës**

- *Çfarë ju bën që dëshironi të merrni alkool ose drogë?*

▪ **Dëmtimin e vetes ose të tjerëve**

- Problemet mjekësore ose dëmtimet **si rezultat i** përdorimit të alkoolit ose drogave
- *A keni përjetuar probleme shëndetësore që kur keni filluar të pini alkool ose të përdorni drogë*
- *A jeni lënduar ndonjëherë kur keni qenë nën ndikimin e alkoolit ose të drogës?*
- Vazhdimin e përdorimit të alkoolit ose drogave pavarësisht këshillave për të ndaluar
- Kur personi ka qenë shtatzënë ose ka ushqyer fëmijë me gjë
- Kur personit i është thënë që ka një problem me stomakun ose mëlçinë e tij për shkak të pirjes së alkoolit ose përdorimit të drogës
- Kur personi ka qenë me mjekime të cilat kanë ndërveprime të dëmshme me alkoolin ose drogat, siç janë medikamentet qetësuese, analgjezikët ose barnat kundër tuberkulozit
- Problemet sociale **si rezultat i** përdorimit të alkoolit ose drogave:
- Probleme financiare ose ligjore
 - *A keni pasur ndonjëherë probleme me paratë apo keni shkelur ligjin për shkak të përdorimit të alkoolit ose drogës?*
- Probleme profesionale
 - *A keni humbur ndonjëherë një vend pune ose e keni kaluar keq në punë për shkak të përdorimit të alkoolit ose drogës?*
- Vështirësi në kujdesin ndaj fëmijëve ose personave të tjerë në varësi
 - *A e keni pasur ndonjëherë të vështirë të kujdeseni për fëmijën/familjen tuaj për shkak të përdorimit të alkoolit ose drogës?*
- Dhunë ndaj të tjerëve
 - *A keni dëmtuar ndonjëherë ndokënd kur merrni alkool ose drogë?*
- Problemet në marrëdhënie/martesë
- A ka shkaktuar ndonjëherë probleme me partnerin/en tuaj përdorimi i alkoolit ose drogës?

► Kryeni një **ekzaminim fizik** të shpejtë për të parë shenjat e alkoolit kronik ose përdorimit të drogës

- gjakderdhje gastrointestinale
- dhimbje barku
- gjak në të vjellat
- gjak në jashtëqitje ose jashtëqitje e zezë
- sëmundje të mëlçisë
- të rënda: verdhëza, asciti, zmadhimi dhe forcimi i mëlçisë dhe shpretkës, encefalopatia hepatike
- kequshqyerje, humbje e madhe e peshës
- dëshmi për infeksione të lidhura me përdorimin e drogës (p.sh. HIV, hepatiti B ose C, infeksione të lëkurës në vendin e injeksionit ose tuberkuloz).

► Vlerësoni për dëmtimin nga përdorimi i **të dyjave**, alkoolit dhe drogës te i njëjti person, pasi ato shpesh ndodhin së bashku.

Plani bazë i menaxhimit

Ndihmojnë menaxhimin nga Mjeku dhe/ose Infermierja e Familjes rregullat si më poshtë:

1. Menaxhoni efektet e dëmshme nga përdorimi i alkoolit ose drogës

- ▶ Siguroni **kujdesin mjekësor** të nevojshëm për pasojat nga përdorimi i alkoolit ose drogave të dëmshme.
- ▶ Menaxhoni të gjitha **gjendjet e njëkohshme mendore**, të tilla si çrregullimi depresiv-mesatar i rëndë, PTSD dhe psikoza (**DEP, PTSD, PSI**) **duke bërë referimin te specialisti sipas rastit dhe nevojës**.
- ▶ Adresoni **pasojat urgjente sociale** (p.sh. mbani lidhje me shërbimet e mbrojtjes në rast abuzimi, siç është dhuna me bazë gjinore).

2. Vlerësoni motivimin e personit për të ndaluar ose zvogëluar përdorimin e alkoolit ose drogave

- ▶ **Vlerësoni nëse personi e shikon si problem përdorimin e alkoolit ose të drogës dhe nëse personi është i gatshëm të bëjë diçka në lidhje me të.**
 - A mendoni se mund të keni një problem me alkoolin ose drogën?
 - A keni menduar të ndaloni apo të zvogëloni përdorimin e alkoolit ose të drogës?
 - A keni provuar në të kaluarën të ndaloni ose të zvogëloni përdorimin e alkoolit ose të drogës?

3. Motivoni personin që ose të ndalojë ose të zvogëlojë përdorimin e alkoolit ose drogës

- ▶ Filloni një **bisedë të shkurtër** motivuese për përdorimin e dëmshëm:
 - Pyesni për **përfitimet** dhe **dëmet e perceptuara** nga përdorimi i alkoolit ose drogës. Mos u bëni gjykues, por përpiquni të kuptoni se çfarë e motivon personin që të përdorë alkool ose drogë.
 - Çfarë lloj kënaqësie keni kur merrni alkool ose drogë?
 - A shihni ndonjë aspekt negativ nga marrja e alkoolit ose drogës?
 - A jeni penduar ndonjëherë që përdorni alkool ose drogë?
 - **Sfidoni** çdo sens të ekzagjeruar të përfitimit nga përdorimi i alkoolit ose drogës. Për shembull, nëse personi përdor alkool ose drogë për të provuar të harrojë problemet e jetës, i thoni:
 - A është vërtet gjë e mirë që të harrosh problemin? A e largon problemin kjo gjë?
 - **Theksoni** disa nga aspektet negative nga përdorimi i alkoolit ose drogës të cilat mund të jenë nënvlerësuar nga personi.
 - Sa para harxhoni për të blerë alkool ose drogë? Në javë? Në muaj? Në vit? Çfarë gjëje tjetër mund të bëje me ato para?
 - **Ofroni** informacion shtesë për efektet e dëmshme të alkoolit dhe drogave, si ato afat-shkurtër ashtu edhe ato afat-gjatë.
 - Alkooli ose droga mund të rezultojnë në probleme serioze shëndetësore nga ana mjekësore dhe mendore, përfshirë dëmtimet dhe varësinë.
 - **Pranoni** që ndalimi i përdorimit të alkoolit ose drogave është i vështirë. Lëroni personit të kuptojë që jeni i gatshëm ta mbështesni. Inkurajoni njerëzit të vendosin vetë për veten, nëse është ide e mirë për të ndaluar alkoolin ose drogën.
 - Nëse personi nuk është i gatshëm të ndalojë ose të zvogëlojë alkoolin ose drogën, respektoni vendimin e tij. Kërkojini personit të vijë përsëri një herë tjetër për të biseduar më shumë.
- ▶ Bisedat e shkurtra motivuese të përshkruara më sipër **përsëritini gjatë disa seancave**.

4. Diskutoni mënyra të ndryshme për të zvogëluar ose ndaluar përdorimin e dëmshëm

- ▶ Diskutoni strategjitë e mëposhtme:
 - Mos e mbani alkoolin ose drogën në shtëpi.
 - Mos shkoni afër vendeve ku njerëzit mund të përdorin alkool ose drogë.
 - Kërkoni mbështetje nga kujdestarët dhe miqtë.
 - Kërkojuni familjarëve, kujdestarëve që të shoqërojnë personin gjatë vizitave për ndjekjen e ecurisë.
 - Inkurajoni aktivitetet shoqërore pa alkool ose drogë.
- ▶ Nëse është e mundur, merrni në konsideratë referimin në një grup vetë-ndihmues ndaj përdorimit të alkoolit ose drogave.
- ▶ Nëse personi pranon të ndalojë përdorimin e alkoolit ose drogës, atëherë informojeni për mundësinë e zhvillimit të simptomave kalimtare nga lënia (d.m.th. <1 javë). Përshkruani simptomat (p.sh. ankth dhe acarim pas lënies së opiumeve, benzodiazepinave dhe alkoolit). Këshillojeni personin të kthehet në QSH nëse ka simptoma të rënda.

5. Ofroni mbështetje psikosociale siç përshkruhet në *Parimet e uljes së stresit dhe forcimit të ndihmës sociale (>> Kapitulli Parimet e përgjithshme të kujdesit)*

- ▶ Adresoni stresuesit psikosocialë aktualë.
- ▶ Forconi mbështetjen sociale.
- ▶ Mësoni menaxhimin e stresit.

6. Ofroni ndjekje të rregullt

- ▶ Vazhdoni të ofroni mbështetje, diskutoni dhe punoni së bashku me personin dhe familjarët/kujdestarët për të zvogëluar ose ndaluar përdorimin e alkoolit ose drogës. Programoni dhe zhvilloni seanca të rregullta ndjekjeje (>> ***Parimet e menaxhimit të Kapitulli Parimet e përgjithshme të kujdesit***).

Kutia SUB 1 Vlerësimi dhe menaxhimi i rrezikut për jetën nga lënia e alkoolit

! Paraqitja tipike e ankesave të personave me rrezik për jetën nga lënia e alkoolit

- ▶ Acarim, ankth i rëndë
- ▶ Konfuzion ose haluçinacione (shikon, dëgjon ose ndjen gjëra që nuk janë aty)
- ▶ Konvulsione/kriza epileptike
- ▶ Rritje e tensionit të gjakut (p.sh. > 180/100 mm Hg) dhe/ose rrahjeve të zemrës (p.sh. > 100 bpm).

Vlerësimi i rrezikut për jetën nga lënia e alkoolit

Pyetja 1: A është kjo lënie e alkoolit?

- ▶ **Përrjashtoni dhe administroni shkaqet e tjera** që mund të shpjegojnë simptomat, përfshirë:
 - Malarjen, HIV/AIDS, infeksionet e tjera, dëmtimin e kokës, anomalitë metabolike (p.sh. hipogliceminë, hiponatreminë), encefalopatinë hepatike, hipertiroidizmin, goditjen në tru, përdorimin e drogës (p.sh. amfetaminave), historinë e njohur të psikozës dhe historinë e njohur të epilepsisë.
- ▶ Nëse përjashtohen shkaqet e mësipërme, mësoni **historikun e alkoolit**, duke pyetur personin dhe familjarët/kujdestarët:
 - A pi personi alkool?
 - Kur ka pirë për herë të fundit?
 - Sa pi zakonisht personi?
- ▶ Ka mundësi që të jetë lënie e alkoolit nëse simptomat janë zhvilluar pas ndërprerjes së përdorimit të rregullt/të rëndë të alkoolit. **Zakonisht kjo ndodh 1-2 ditë pas pirjes së fundit.**

- Nëse personi ka kriza epileptike ose haluçinacione dhe nëse nuk dyshohet për lënien e alkoolit, atëherë vlerësoni për epilepsi (**EPI**) ose psikozë (**PSI**).

Pyetja 2: Nëse personi ka lënë alkoolin, a e rrezikon jetën kjo lënie e alkoolit?

- ▶ Vlerësoni për **shenjat kërcënuese për jetën**:
 - Konvulsione/kriza epileptike (zakonisht brenda 48 orëve)
 - Karakteristikat e delirit (zakonisht brenda 96 orëve)
 - konfuzion, çorientim akut
 - haluçinacione.
- ▶ Vlerësoni nëse personi ka **rrezik të lartë për të zhvilluar tipare kërcënuese për jetën** (konvulsione ose delir) gjatë 1-2 ditëve të ardhshme:
 - Tiparet e mëparshme kërcënuese për jetën (konvulsione apo delir) ose
 - Simptomat aktuale dhe të rënda të lënies:
 - acarim i rëndë, nervozizëm i rëndë, ankth i rëndë
 - djersitje e tepruar, dridhje e duarve
 - rritje e tensionit të gjakut (p.sh. > 180/100 mm Hg) dhe/ose rrahjeve të zemrës (p.sh. > 100 bpm).



Nëse dyshohet për delir si shkak i lënies së alkoolit, filloni planin e menaxhimit të urgjencës për rrezikun e jetës nga lënia e alkoolit (shikoni më poshtë) dhe siguroni transferimin e shoqëruar për në spitalin më të afërt.

Plani i menaxhimit të urgjencës për rrezikun e jetës nga lënia e alkoolit

1. Lënien e alkoolit trajtojeni menjëherë me diazepam (Tabela SUB 1)

- ▶ Doza e trajtimit me diazepam varet nga toleranca e personit ndaj diazepamit, sa të rënda janë simptomat e lënies dhe nga prania e çrregullimeve të njëkohshme fizike.
- Rregulloni dozën sipas efektit të vërejtur. Doza e duhur është ajo që jep qetësim të lehtë.
- Një dozë shumë e lartë mund të shkaktojë qetësim të tepërt dhe të dobësojë frymëmarrjen. Monitoroni shpesh ritmin e frymëmarrjes së personit dhe nivelin e qetësimit (p.sh. përgjumjen).
- Një dozë shumë e ulët rrezikon kriza epilepsie/delir.
- ▶ Monitoroni shpesh simptomat e lënies (çdo 3-4 orë). Vazhdoni të përdorni diazepam derisa të kalojnë simptomat (zakonisht 3-4 ditë por jo më shumë se 7 ditë).
- ▶ Në rastin e një krize epileptike nga lënia, MOS përdorni medikamente antiepileptike. Vazhdoni të përdorni diazepam.
- ▶ Simptomat e **delirit** si konfuzioni, acarimi ose haluçinacionet mund të vazhdojnë për disa javë pas kalimit të simptomave të tjera nga lënia e alkoolit. Në këtë rast, merrni në konsideratë përdorimin e **antipsikotikëve** të tillë si **haloperidol** 2.5-5 mg nga goja deri në 3 herë në ditë derisa të përmirësohet konfuzioni, acarimi ose haluçinacionet. Në disa raste mund të duhen disa javë që haluçinacionet dhe konfuzioni të kalojnë. Mos e qetësoni shumë.
- ▶ Nëse është e mundur, siguroni një mjedis të qetë, jo stimulues dhe të ndriçuar mirë. Përpiquni të siguroni pak dritë edhe gjatë natës, për të parandaluar rënien nëse personi vendos të ngrihet në mes të natës. Merrni në konsideratë ta vendosni personin në një dyshek në dysheme për të parandaluar dëmtimin. Nëse është e mundur, kërkonin një familjar/kujdestar që të qëndrojë me personin për ta monitoruar. Shmangini kufizimet nëse është e mundur.

2. Adresoni kequshqyerjen

- ▶ Jepni vitaminë B1 (thiamine) 100 mg/ditë nga goja për 5 ditë.
- ▶ Vlerësoni dhe adresoni kequshqyerjen.

3. Ruani hidratimin

- ▶ Nëse është e mundur, filloni me hidratim intravenoz.
- ▶ Inkurajoni marrjen e lëngjeve nga goja (të paktën 2-3 litra në ditë).

4. Pasi të ketë kaluar rreziku për jetën nga lënia e alkoolit, vazhdoni me vlerësimin dhe menaxhimin e përdorimit të dëmshëm të alkoolit ose drogës (shikoni tekstin kryesor të këtij Kapitulli)

Tabela SUB 1: Administrimi i Diazepamit për menaxhimin e rrezikut për jetën nga lënia e alkoolit

Diazepam^a	
Doza fillestare	10-20 mg deri në 4 herë/ditë për 3-7 ditë
Doza pasuese	Sapo të përmirësohen simptomat, uleni gradualisht dozën dhe/ose shpeshtësinë. Monitoroni shpesh, pasi njerëzit reagojnë ndryshe ndaj këtij medikamenti
Mënyra e administrimit	Nga goja
Efektet anësore të rënda (të rralla)	Depresion respirator, vetëdije e dëmtuar rëndë Kujdes: monitoroni shpesh ritmin e frymëmarrjes dhe nivelin e qetësimit
Efektet anësore të zakonshme	Përhumbje, amnezi, ndryshim i vetëdijes, dobësim i muskujve Kujdes: mos jepni dozë tjetër nëse personi është i përhumbur
Masat paraprake në grupe speciale	Tek të moshuarit përdorni një të katërtën deri në gjysmën e dozës së sugjeruar Mos e përdorni tek njerëzit me probleme të frymëmarrjes

a E disponueshme në Paketën e ndërhyrjes shëndetësore të emergjencave ndërmjet agjencive (OBSH, 2011)

Vetëvrasja (VEV)

Çrregullimi mendor, shqetësimi emocional akut dhe mungesa e shpresës janë probleme që mund të çojnë në *vetëvrasje* ose në veprime *vetë-dëmtuese*.

Këto probleme janë të zakonshme në mjediset e krizave humanitare.

Disa punonjës të kujdesit shëndetësor gabimisht tremben se po të pyesin për vetëvrasjen, do të provokojnë personin që të përpiqet të bëjë vetëvrasje. Përkundrazi, të folurit për vetëvrasjen shpesh zvogëlon ankthin e personit rreth mendimeve për vetëvrasjen, ndihmon personin të ndjehet i kuptuar dhe hap mundësi për të diskutuar më tej problemin.

Të rriturit dhe adoleshentët me ndonjë nga gjendjet mendore, neurologjike ose nga përdorimi i substancave (MNS) të përfshira në këtë udhëzues, janë në rrezik për vetëvrasje ose për vetë-dëmtim.

Ankesat tipike të paraqitjes së një personi me rrezik për vetëvrasje ose për vetë-dëmtim

Ndjehen jashtëzakonisht të mërzitur ose të shqetësuar

Thellësisht të pashpresë apo të trishtuar

Janë përpjekur për të dëmtuar veten (p.sh. intoksikim akut me pesticide, mbidozë medikamentesh, plagë të vetë-shkaktuara).

Vlerësimi

Ndihmojnë vlerësimin nga Mjeku dhe/ose Infermierja e Familjes pyetjet si më poshtë:

Pyetja 1: A ka tentuar personi kohët e fundit të vetëvritet apo të vetë-dëmtohet?

- ▶ Vlerësoni për:
 - **Helmim**, intoksikim nga alkooli/droga, mbidozë nga medikamentet ose vetë-dëmtime të tjera
 - **Shenja të cilat kanë nevojë për trajtim mjekësor urgjent**
 - Gjakderdhje nga plaga e vetë-shkaktuar
 - Humbje të vetëdijes
 - Letargji e jashtëzakonshme.

Pyetja 2: A ka ndonjë rrezik të pashmangshëm për vetëvrasje ose vetë-dëmtim?

- ▶ Pyeteni personin dhe/ose familjarët, kujdestarët për:
 - Mendime ose plane për vetëvrasje (aktuale ose gjatë muajit të kaluar)
 - Veprime vetë-dëmtimi gjatë vitit të kaluar
 - Aksesin ndaj mjeteve të vetëvrasjes (p.sh. pesticide, litar, armë, thika, medikamente të rekomanduara (me recetë) dhe drogë).

- Shikoni për:
 - Shqetësim shumë të madh emocional ose mungesë shprese
 - Sjellje të dhunshme ose acarim ekstrem
 - Tërheqje ose mungesë dëshirë për të komunikuar.
- Personi konsiderohet në **rrezik të pashmangshëm** për vetëvrasje ose për vetë-dëmtim nëse është e pranishme ndonjë nga lista më poshtë:
 - **Mendimet**, planet ose veprimet **aktuale** për vetëvrasje
 - **Histori mendimesh ose planesh** vetë-dëmtimi gjatë muajit të kaluar ose veprime vetë-dëmtimi gjatë vitit të kaluar te një person që tani është jashtëzakonisht i shqetësuar, i dhunshëm, i dëshpëruar ose jo komunikues.

Pyetja 3: A ka gjendje të njëkohshme të shoqëruara me vetëvrasjen ose vetë-dëmtimin?

- Vlerësoni dhe menaxhoni gjendjet e mundshme të njëkohshme:
 - Dhimbje ose aftësi të kufizuara kronike (p.sh. për shkak të dëmtimeve të fundit të ndodhura gjatë emergjencës humanitare)
 - Çrregullim depresiv mesatar-të rëndë (**DEP**)
 - Psikozë (**PSI**)
 - Përdorimi të dëmshëm të alkoolit ose drogës (**SUB**)
 - Çrregullime të stresit post-traumatik (**PTSD**)
 - Shqetësim emocional akut (**SA, PIK, TJE**).

Kutia VEV 1: Si të flasim për vetëvrasjen ose vetë-dëmtimin

1. Krijoni një atmosferë të sigurt dhe private që personi të ndajë mendimet.

- Mos e gjykoni personin që ka prirje vetëvrasëse.
- Ofroni të bisedoni vetëm me personin ose me njerëzit e tjerë sipas zgjedhjes së tij.

2. Përdorni një seri pyetjesh ku çdo përgjigje ju çon natyrshëm në një pyetje tjetër. Për shembull:

- [Filloni me të tashmen] Si ndiheni?
- [Njihuni me ndjenjat e personit] Dukeni i trishtuar/mërzitur. Dua t'ju bëj disa pyetje për këtë gjë.
- Si e shihni të ardhmen tuaj? Çfarë shpresash keni për të ardhmen?
- Disa njerëz me probleme të ngjashme më kanë thënë se mendonin që jeta nuk ia vlente të jetohej. A shkoni të flini duke dëshiruar që të mos zgjoheni në mëngjes?
- A mendoni të lëndoni veten?
- A keni bërë ndonjë plan për t'i dhënë fund jetës suaj?
- Nëse po, si po planifikoni ta bëni këtë gjë?
- A keni mjete për t'i dhënë fund jetës tuaj?
- A keni menduar kur ta bëni?
- A keni tentuar ndonjëherë të bëni vetëvrasje?

3. Nëse personi ka shprehur ide vetëvrasëse:

- Mbani një qëndrim të qetë dhe mbështetës
- Mos bëni premtime false.

Plani bazë i menaxhimit

Mjeku dhe/ose Infermierja e Familjes lidhur me menaxhimin duhet të kenë parasysh:

1. Nëse personi ka tentuar të bëjë vetëvrasje, atij i sigurohet kujdesi i nevojshëm mjekësor, monitorimi dhe mbështetja psikosociale duke bërë referimin në spital

Parimet e trajtimit:

- ▶ Siguroni kujdes mjekësor:
 - Ata që kanë shkaktuar vetë-dëmtim, i trajtoni me të njëjtin kujdes, respekt dhe privatësi që i trajtoni të tjerët. Mos i ndëshkoni ata.
 - Trajtoni dëmtimin ose helmimin.
 - Për intoksikim akut nga pesticidet, shikoni **Menaxhimin klinik të intoksikacionit akut nga pesticidet** (OBSH, 2008).
 - Në rastin e një mbidoze nga medikamentet e rekomanduara (me recetë), kur mjekimi është ende i nevojshëm, zgjidhni medikamentet alternative më të pakta të dëmshme. Nëse është e mundur, medikamentin e ri përshkruajeni vetëm për periudha të shkurtra kohe (p.sh. për disa ditë deri në 1 javë çdo herë) për të parandaluar një mbidozë tjetër.
- ▶ **Ndërkohë që është ende në rrezik të afërt për vetëvrasje, monitorojeni personin vazhdimisht** (shikoni më poshtë për udhëzime). Ofroni mbështetje psikosociale (shikoni më poshtë për udhëzime) dhe bëni referimin në spital.

2. Nëse personi është në rrezik të pashmangshëm për vetëvrasje ose për vetë-dëmtim, gjatë qëndrimit në spital ai monitorohet dhe i ofrohet mbështetje psikosociale

▶ Monitorimi:

- Krijoni një mjedis të sigurt dhe mbështetës për personin. Hiqini të gjitha mjetet e mundshme të vetë-dëmtimit/vetëvrasjes dhe, nëse është e mundur, siguroni një dhomë të veçantë, të qetë. Megjithatë, mos e lini vetëm personin. I thoni familjarëve, kujdestarëve ose stafit të qëndrojnë me personin **gjatë gjithë kohës**.
- Për të parandaluar aktet e vetëvrasjeve, **MOS i shtroni këto individë te repartet e mjekësisë së përgjithshme**. Stafi i këtij shërbimi mund të mos jetë në gjendje të monitorojë në mënyrën e duhur një person që ka tendencë për vetëvrasje. Megjithatë, nëse është e nevojshme shtrimi në një repart të përgjithshëm për pasojat mjekësore të vetë-dëmtimit, për të parandaluar veprimet e mëtejshme të vetë-dëmtimit në spital, monitorojeni personin nga afër.
- Pavarësisht nga vendndodhja, sigurohuni që personi të monitorohet 24 orë në ditë derisa të mos jetë më në rrezik të pashmangshëm për vetëvrasje.

▶ Mbështetja psikosociale:

Në strukturën e specializuar ku është shtruar personi respektohen parimet e mbështetjes psikosociale si më poshtë:

- MOS filloni duke ofruar zgjidhje të mundshme për problemet e personit. Në vend të kësaj, përpiquni të nxisni shpresën. Për shembull:
 - *Shumë njerëz të cilët kanë qenë në situata të ngjashme - që ndiheshin të pashpresë, që kanë dëshiruar të vdesin - më pas kanë zbuluar se ka shpresë dhe ndjenjat e tyre janë përmirësuar me kalimin e kohës.*
- Ndhmoni personin të identifikojë arsyet për të jetuar.
- Kërkoni së bashku për zgjidhje të problemeve.

- Mobilizoni kujdestarët, miqtë, individët e tjerë të besuar dhe burimet e komunitetit për të monitoruar dhe mbështetur personin nëse ai është në rrezik të pashmangshëm për vetëvrasje. Shpjegojuni atyre nevojën e monitorimit 24-orë në ditë. Sigurohuni që ata të hartojnë një plan konkret dhe të mundshëm monitorimi (p.sh. kush monitoron personin në cilën orë të ditës).
- Ofroni mbështetje psikosociale shtesë siç përshkruhet në *Parimet e uljes së stresit dhe forcimit të mbështetjes sociale* (>> **Kapitulli Parimet e përgjithshme të kujdesit**).

3. Kujdesi për familjarët, kujdestarët siç përshkruhet në >> **Parimet e uljes së stresit dhe forcimit të mbështetjes sociale (Parimet e përgjithshme të kujdesit)**

4. Mbani kontakte dhe ndjekje të rregullta

Pas daljes nga spitali Mjeku i familjes dhe/ose Infermierja e Familjes:

- ▶ Sigurohuni që ka një **plan konkret për seancat e ndjekjes së ecurisë** pas daljes nga spitali dhe që familjarët, kujdestarët të marrin përgjegjësinë për të siguruar vazhdimin e ndjekjes (>> **Parimet e menaxhimit në Kapitullin Parimet e përgjithshme të kujdesit**).
- ▶ Mbani kontakte të rregullta me personin (p.sh. nëpërmjet telefonit, mesazheve me tekst ose vizitave në shtëpi).
- ▶ Ndiqeni më shpesh në fillim (p.sh. çdo javë për 2 muajt e parë) dhe uleni shpeshtësinë ndërkohë që personi përmirësohet (çdo 2-4 javë).
- ▶ Ndiqni për aq kohë sa vazhdon rreziku i vetëvrasjes. Në çdo kontakt, vlerësoni në mënyrë rutinore mendimet dhe planet e vetëvrasjes.

Këshillohuni në mënyrë të vazhdueshme me një specialist të shëndetit mendor dhe bëni referimin e rastit kur duhet.

Çrregullime të Tjera të Rëndësishme të Shëndetit Mendor (TJE)

Ky Udhëzues për menaxhimin e çrregullimeve të shëndetit mendor në KSHP ka mbuluar gjendjet kryesore mendore, neurologjike dhe nga përdorimi i substancave (MNS), por nuk përfshin të gjitha çrregullimet e mundshme të shëndetit mendor që mund të ndodhin. Prandaj, ky Kapitull synon të ofrojë udhëzimet bazë të mbështetjes fillestare për të rriturit, adoleshentët dhe fëmijët që vuajnë nga ankesa të shëndetit mendor që nuk përfshihen diku tjetër në këtë Udhëzues.

Ankesat e tjera të rëndësishme për shëndetin mendor përfshijnë

- a) simptoma të ndryshme fizike të cilat nuk kanë shkaqe fizike dhe
- b) ndryshime të gjendjes shpirtërore dhe sjelljes të cilat shkaktojnë shqetësim, por nuk përmbushin plotësisht kriteret e gjendjeve të përfshira në kapitujt e tjerë të këtij udhëzuesi.

Ankesat e tjera të rëndësishme për shëndetin mendor mund të përfshijnë ankesa të lidhura me çrregullimin depresiv të lehtë dhe me një sërë gjendjesh nënklinike.

Ankesat e tjera të shëndetit mendor konsiderohen të rëndësishme kur ato dëmtojnë funksionimin e përditshëm ose kur personi kërkon ndihmë për to.

Vlerësimi

Ndihmojnë vlerësimin nga Mjeku dhe/ose Infermiera e Familjes pyetjet si më poshtë:

Pyetja 1: A ka ndonjë shkak fizik që shpjegon plotësisht simptomat e paraqitura?

- Kryeni një ekzaminim të përgjithshëm fizik të pasuar nga ekzaminimet e duhura mjekësore.
- Menaxhoni çdo shkak fizik të identifikuar dhe kontrolloni përsëri nëse vazhdojnë simptomat.

Pyetja 2: A është kjo një gjendje MNS e diskutuar në një Kapitull tjetër të këtij Udhëzuesi?

► Përfshijeni:

▪ Simptomat e konsiderueshme të stresit akut (SA)

- Karakteristikat kryesore:
 - ngjarje potencialisht traumatike brenda muajit të fundit
 - simptomat kanë filluar pas ngjarjes
 - kërkimi i ndihmës për të lehtësuar simptomat ose ka vështirësi të konsiderueshme në funksionimin e përditshëm për shkak të simptomave.

▪ Simptomat e konsiderueshme të pikëllimit (PIK)

- Karakteristikat kryesore:
 - simptomat kanë filluar pas një humbjeje të madhe
 - kërkimi i ndihmës për të lehtësuar simptomat ose ka vështirësi të konsiderueshme në funksionimin e përditshëm për shkak të simptomave.

▪ **Çrregullimin depresiv mesatar – të rëndë (DEP)**

- Karakteristikat kryesore (për të paktën 2 javë):
 - gjendje shpirtërore e vazhdueshme depressive
 - është zvogëluar dukshëm interesi ose kënaqësia nga aktivitetet, veçanërisht ato që më parë kanë qenë të pëlqyeshme
 - vështirësi të konsiderueshme në funksionimin e përditshëm për shkak të simptomave.

▪ **Çrregullimin e stresit post-traumatik (PTSD)**

- Karakteristikat kryesore:
 - ngjarje potencialisht traumatike të cilat kanë ndodhur më shumë se një muaj më parë
 - përsëritja e ëndrrave të frikshme, fanepsja ose ndërputja e kujtimeve të ngjarjeve, të shoqëruara nga frika ose tmërri i madh
 - shmangia e qëllimshme e kujtimeve të ngjarjes
 - ndjesi shumë e lartë e kërcënimit aktual (shqetësim i tepërt dhe vigjilencë e shtuar ndaj rrezikut ose reagim i fortë ndaj zhurmave të larta ose lëvizjeve të papritura)
 - vështirësi të konsiderueshme në funksionimin e përditshëm për shkak të simptomave.

▪ **Përdorimin e dëmshëm të alkoolit ose drogës (SUB)**

- Karakteristikë kryesore:
 - i shkakton dëm vetes dhe/ose të tjerëve nga përdorimi i alkoolit ose drogës.
- Vetëvrasjen/vetë-dëmtimin (VEV)
- Karakteristikat kryesore:
 - akte aktuale vetë-dëmtimi; mendime dhe plane aktuale për vetëvrasje ose
 - mendime, plane dhe akte vetë-dëmtimi të kohëve të fundit tek një person i cili është shumë i dëshpëruar, i acaruar, pa dëshirë për të komunikuar ose që është i tërhequr.
- Nëse dyshohet për ndonjë prej gjendjeve të mësipërme, atëherë shkoni te kapitulli përkatës për vlerësim dhe menaxhim.
- *Në qoftë se: 1) janë përjashtuar shkaqet fizike, 2) janë përjashtuar gjendjet e mësipërme MNS dhe 3) personi po kërkon ndihmë për të lehtësuar simptomat ose ka vështirësi të konsiderueshme në funksionimin e përditshëm për shkak të simptomave të tij, atëherë personi ka një ankesë tjetër të rëndësishme për shëndetin mendor.*
 - Zakonisht duhet më shumë se një konsultë për të përjashtuar shkaqet fizike dhe gjendjet e mësipërme MNS.

Pyetja 3: Nëse personi është adoleshent, a ka ndonjë problem me sjelljen?

- Intervistoni adoleshentin dhe kujdestarët për të vlerësuar problemet e vazhdueshme ose të lidhura me sjelljen.

Shembujt përfshijnë:

- Fillim të dhunës
- Përdorim të drogës
- Bulizmin ose të qenit mizor ndaj bashkëmoshatarëve
- Vandalizëm
- Sjellje të rrezikshme seksuale.

- Nëse adoleshenti ka një problem me sjelljen, bëni pyetje të tjera për:

- Faktorë/ngjarje stresuese ekstreme gjatë jetës së kaluar apo gjatë kohës së tashme të adoleshencës (p.sh. abuzim seksual)

- Prindërit (disiplinë kontradiktore ose e ashpër, mbështetje e kufizuar emocionale, monitorim i kufizuar, gjendje mendore e prindërve, kujdestarit)
- Si e kalon adoleshenti pjesën më të madhe të kohës së tij/saj. Pyesni:
 - *(nëse adoleshenti punon apo shkon në shkollë) Si e kaloni kohën pas punës/shkollës? A bëni aktivitete të rregullta?*
 - *Mërziteni shpesh? Çfarë bëni kur jeni i mërzitur?*

Plani bazë i menaxhimit

Ndihmojnë menaxhimin nga Mjeku dhe/ose Infermierja e Familjes rregullat si më poshtë:



MOS rekomandoni medikamente për “ankesa të tjera të rëndësishme mendore” (përveç nëse këshillohen nga një specialist).

MOS jepni injeksione me vitamina ose trajtime të tjera infektive.

1. Në të gjitha rastet (pavarësisht nëse personi paraqet probleme emocionale, fizike apo të sjelljes), ofroni mbështetjen psikosociale bazë siç përshkruhet në **Parimet e uljes së stresit dhe forcimit të ndihmës sociale (Kapitulli Parimet e përgjithshme të kujdesit)**

- ▶ Adresoni stresuesit aktualë psiko-socialë.
- ▶ Forconi mbështetjen sociale.
- ▶ Mësoni menaxhimin e stresit.

2. Kur nuk identifikohet asnjë gjendje fizike që shpjegon plotësisht një simptomë somatike të paraqitur, njihuni me realitetin e simptomave dhe jepni shpjegime të mundshme

- ▶ MOS urdhëroni më tepër ekzaminime laboratorike ose të tjera, **përveç nëse ekziston një tregues i qartë mjekësor** (p.sh. shenjat jetësore anormale).
 - Urdhërimi i ekzaminimeve klinike të panevojshme mund të forcojë besimin e personit se ka një problem fizik.
 - Ekzaminimet klinike mund të kenë efekte të kundërta anësore.
- ▶ Informoni personin që nuk është identifikuar asnjë sëmundje serioze. Komunikoni rezultatet normale klinike dhe të analizave:
 - *Nuk është konstatuar asnjë problem fizik serioz, prandaj Nuk është e nevojshme për më shumë analiza.*
- ▶ Nëse personi insiston për ekzaminime të mëtejshme, merrni në konsideratë të thoni:
 - *Kryerja e ekzaminimeve të panevojshme mund të jetë e dëmshme, sepse ato mund të shkaktojnë shqetësime dhe efekte anësore të panevojshme.*
- ▶ **Pranoni që simptomat nuk janë imagjinare** dhe që është akoma e rëndësishme të adresoni simptomat që shkaktojnë shqetësime të konsiderueshme.
- ▶ Kërkoni **shpjegimin e vetë personit** për shkakun e simptomave. Kjo mund të japë të dhëna për shkakun, të ndihmojë në krijimin e një marrëdhënie besimi me personin dhe të rrisë besueshmërinë e personit për ta menaxhuar.

- Shpjegoni se vuajtja/stresi emocional shpesh përfshin përvojën e ndjesive trupore (dhimbjet e stomakut, tensionit të muskujve, etj.) pyesni dhe diskutoni për lidhjet e mundshme midis emocioneve/stresit dhe simptomave të personit.
- Inkurajoni vazhdimin e aktiviteteve ditore (ose kthimin gradual).
- Mos harroni gjithashtu të zbatoni Parimet e uljes së stresit dhe forcimit të ndihmës sociale **(Kapitulli Parimet e përgjithshme të kujdesit)**.

3. Nëse personi është një adoleshent që ka probleme me sjelljen

- **Gjeni kohë për të dëgjuar** perceptimin e vetë adoleshentit për problemin (preferohet ta bëni këtë pa praninë e prindërve/kujdestarëve).
- Ofroni **edukim psikologjik** për adoleshentin dhe prindërit/kujdestarët e tij. Shpjegoni sa vijon:
 - Ndonjëherë adoleshentët zhvillojnë sjellje problematike kur janë të zemëruar, të mërziur, në ankth ose të trishtuar. Ata kanë nevojë për kujdes dhe mbështetje të vazhdueshme, pavarësisht sjelljes së tyre.
 - Prindërit/Kujdestarët duhet të bëjnë çdo përpjekje për të komunikuar me adoleshentin, edhe pse është e vështirë.
 - Mesazhe specifike për Prindërit/kujdestarët:
 - *Përpiquni të identifikoni aktivitete pozitive dhe të këndshme që mund të bëni së bashku.*
 - *Jini të qëndrueshëm në lidhje me atë që adoleshenti lejohet të bëjë dhe nuk lejohet të bëjë.*
 - *Falenderojeni ose shpërblejeni adoleshentin për sjelljet e mira dhe qortojeni vetëm për sjelljet më problematike.*
 - *Mos përdorni asnjëherë ndëshkime fizike. Më shumë përdorni lavdërime për sjelljet e mira sesa ndëshkime për të këqijat.*
 - ***Mos u përballni me adoleshentin kur jeni shumë të mërziur. Prisni derisa të qetësoheni.***
 - Aspekte specifike për të diskutuar me adoleshentin:
 - Ka mënyra të shëndetshme për të trajtuar mërzinë, stresin ose zemërimin (p.sh. të bëni aktivitete të cilat janë relaksuese, të jeni fizikisht aktivë, të përfshiheni në aktivitetet e komunitetit).
 - Mund të jetë e dobishme të bisedoni me njerëzit e besuar në lidhje me të ndierit/të qenit i zemëruar, i mërziur, në ankth ose i trishtuar.
 - Përdorimi i alkoolit dhe substancave të tjera mund të përkeqësojë ndjenjat e zemërimit dhe depresionit dhe duhet të shmanget.
- Nxitni pjesëmarrjen në:
 - Arsimin formal dhe joformal
 - Aktivitete konkrete, të qëllimshme, me interes të përbashkët
 - Programet e strukturuar sportive.
- Mos harroni gjithashtu të zbatoni Parimet e uljes së stresit dhe forcimit të ndihmës sociale **(Kapitulli Parimet e përgjithshme të kujdesit)** për këtë grup adoleshentësh dhe prindërve/kujdestarëve të tyre.

4. Ndjekja

- Këshillojeni personin që të kthehet nëse simptomat vazhdojnë, përkeqësohen ose bëhen të patolerueshme.
- Nëse nuk shihet asnjë përmirësim ose personi apo kujdestari insistojnë për vlerësime dhe trajtime të mëtejshme, referoni rastin te specialisti i shëndetit mendor.

Rolet e Mjekëve dhe Infermierëve të Familjes

Rolet e mjekëve të familjes

- Krijimi e mbajtja e një marrëdhënie mirëbesimi e respekti me pacientët dhe familjarët e tyre.
- Marrja e anamnezës dhe kryerja e ekzaminimi dhe vlerësimit të duhur për të diagnostikuar e ndjekur pacientët me probleme të shëndetit mendor duke përdorur instrumentet klinike përkatëse sipas çrregullimit.
- Zgjedhja, kryerja e interpretimi i instrumenteve diagnostike për pacientët me çrregullime të shëndetit mendor dhe referimi sipas nevojës tek specialistët e duhur.
- Vlerësim e menaxhim periodik i pacientëve me çrregullime të shëndetit mendor, përfshirë marrjen e barnave dhe mbështetjen e familjes.
- Komunikimi me pacientët e dhe/ose familjarët e tyre mbi gjetjet e vizitës, masat e nevojshme e të mundshme dhe dakordësimi i një plani trajtimi, përkujdesje e ndjekjeje.
- Hartimi dhe ndjekja e zbatimit të një plani trajtimi, përkujdesje e ndjekje të pacientëve me çrregullime të shëndetit mendor.
- Referimi, informimi e drejtimi sipas nevojës i pacientëve në shërbime të tjera të specializuara mjekësore ose sociale në komunitet ose qendra të specializuara rajonale.
- Rekomandimi e zbatimi i praktikave të përshtatshme për parandalimin e promocionin e shëndetit mendor pozitiv.
- Punë bashkëpunuese e koordinuese në ekip me infermierët e familjes, fizioterapistët dhe punonjës të tjerë mjekësorë e socialë jashtë QSH-së të përfshirë në përkujdesjen e pacientëve me çrregullime të shëndetit mendor.
- Plotësim e mbajtje e përditësuar e kartelës/dokumentacionit mjekësor të pacientëve me çrregullime të shëndetit mendor.

Rolet e infermierëve të familjes

- Krijimi e mbajtja e një marrëdhënie mirëbesimi e respekti me pacientët me çrregullime të shëndetit mendor dhe familjarët e tyre.
- Vlerësimi periodik i gjendjes funksionale mendore e fizike të pacientëve me çrregullime të shëndetit mendor nëpërmjet pyetësorëve e mjeteve depistuese përkatëse për cdo çrregullim.
- Informimi e sinjalizimi i mjekut të familjes për problemet/deficitet funksionale të vëna re gjatë vlerësimit, vëzhgimeve infermierore të pacientëve me çrregullime të shëndetit mendor.
- Mbështetje për pacientët e familjarët e tyre në zbatimin e planit të përkujdesjes të hartuar me mjekun e familjes :
 - o Informim e këshillim për zbatimin e masave të dakordësuara në planin e përkujdesjes.
 - o Ndërlidhja e pacientit dhe/ose familjarëve me burimet ndihmëse në komunitet
- Mbështetje pacientëve dhe familjarëve për ndjekjen e afateve të monitorimit dhe rivlerësimit.
- Këshillim, informim dhe ose mbështetje psiko-sociale pacientëve dhe/ose familjarëve të tyre në lidhje me masat parandaluese, të mbajtjes në kontroll të çrregullimit, dhe të promocionit shëndetësor të dakortësuara me mjekun i familjes.
- Vlerësimi i stresit të kujdestarëve/familjarëve dhe mbështetja përkatëse.
- Administrimi i trajtimeve/mjekimeve ose masave rehabilituese të nevojshme për pacientët me çrregullime të shëndetit mendor në qendër shëndetësore ose në shtëpi.

- Vizita në shtëpi për vlerësimin e ambjentit familjar, nivelin e mbështetjes, vlerësimin e gjendjes së pacientit, marrjen e duhur të ilaçeve.
- Vlerësimi i efekteve anësore të ilaçeve në konsultën në QSH dhe në shtëpi.
- Punë bashkëpunuese e koordinuese në ekip me mjekët e familjes, fizioterapistë dhe punonjës të tjerë mjekësorë (QKSHM, Shërbimi me shtretër, Qendra ditore, Shtëpi të mbështetura etj) e socialë jashtë QSH-së të përfshirë në përkujdesjen e pacientëve me çrregullime të shëndetit mendor.
- Plotësim e mbajtje e përditësuar e kartelës/dokumentacionit mjekësor të pacientëve me probleme të shëndetit mendor për ato masa dhe ndërhyrje të bëra nga Infermerja.
- Organizon dhe zhvillon aktivitete për fuqizimin e mbështetjes nga komuniteti i personave me probleme të shëndetit mendor.
- Bashkëpunon me sektorin e shërbimeve sociale të pushtetit local duke bërë referimet përkatëse dhe ndjekjen e ofrimit të shërbimit social,
- Bashkëpunon me sektorin e arsimit për aktivitete promovuese të shëndetit mendor pozitiv me nxënësit dhe mësuesit si dhe për integrim të fëmijëve me probleme të shëndetit mendor etj.

Në mënyrë specifike mjetet/instrumentet që rekomandohen të përdoren Mjeku i Familjes dhe Infermierja e familjes jepen me ikonë në krah të mjeteve tek Kapitulli i çdo çrregullimi.

Raste Klinike

Rasti 1.

Blerina është një grua 26 vjeçare që referohet tek MF nga konsultori i nënës dhe fëmijës. Ju jeni mjeku i familjes për familjen e bashkëshortit të Blerinës, por ky është takimi i saj i parë me ju. Blerina është me origjinë nga një rreth i largët në jug të vendit dhe ka jetuar më parë në një fshat periferik. Ka tre vjet që është shpërngulur pranë familjes së bashkëshortit të saj. Ajo ka lindur një vajzë para një muaji. Martesa e saj është bërë me shkesi dhe familja e bashkëshortit është në gjendje të vështirë financiare. Bashkëshorti i saj është shumë i lidhur me të ëmën e cila vazhdimisht jep udhëzime se si ata duhet të veprojnë me foshnjën e sapolindur. Blerina vjen në qendrën shëndetësore dhe nuk duket shumë e kënaqur me këtë fakt pasi ndjen se ajo çfarë do të ndajë me mjekun mund të turpërojë familjen. Ajo vjen në takimin me ju - një mjek mashkull - e shoqëruar nga bashkëshorti i saj i cili merr rolin kryesor në shpjegimin e problemit. Ai tregon se Blerina duket e palumtur dhe nuk i vjen të bëjë asgjë. Mezi çohet nga shtrati dhe nuk i vjen të kujdeset për fëmijën e sapolindur. Ankohet shumë shpesh për dhimbje barku. Ai tregon gjithashtu që sipas mamasë së tij, Blerina është dembele dhe përton të bëjë punët e shtëpisë.

Historia mjeksore

Bashkëshorti thotë që Blerina nuk i ka treguar asgjë mbi sëmundje të mëparshme të saj, pra nuk kemi asnjë informacion mbi probleme të mëparshme psikiatrike. Pas një ekzaminimi fillestar fizik nuk vihet re ndonjë problem. Merret gjak për analizën e gjakut komplet si dhe për të hetuar mungesën e vitaminës D.

Çështja 1

Çfarë qasjeje duhet të keni pas një referimi nga konsultori i nënës dhe fëmijës?

Përgjigje 1

Ju duhet të jeni të ndërgjegjësuar dhe i ndjeshëm ndaj kontekstit social, arsimor dhe kulturor të personit dhe familjes qoftë në ndërtimin e pyetjeve vlerësuese, ashtu edhe në informimin e personit dhe familjarëve mbi sëmundjet mendore.

Çështja 2

Ju dyshoni se Blerina vuan nga depresioni post-partum. Si mund ta konfirmoni këtë gjë?

Përgjigje 2

Çështjet gjinore mund të jenë shumë të ndjeshme për disa persona dhe sub-kultura krahinore dhe familjare. Blerina mund të preferonte më shumë të ekzaminohej nga një personel shëndetësor femër sidomos nëqë është i nevojshëm një ekzaminim fizik i hollësishëm. Punonjësit shëndetësor duhet të jenë të ndërgjegjshëm që disa pacientë nga disa sfone kulturore mund të kenë vështërsi në vendosjen e një marrëdhënieje të përshtatshme me profesionistët shëndetësor. Mund të kenë

vështirësi në vendosjen e kontaktit me sy, apo edhe të japin dorën. Kjo gjë jo domosdoshmërisht është pjesë e simptomatikës. Disa të tjerë mund të kenë një të ton më të lartë të zërit kur flasin dhe mund të përdorin xhestikulacione dhe kjo jo domosdoshmërisht do të thotë që ka shenja agresiviteti. Disa pacientë mund të mos jenë aktivë në prezantimin e ankesave të tyre. Për të pasur një vlerësim të plotë në rastin e Blerinës mund të jetë i nevojshëm një takim më i gjatë apo edhe më shumë se një takim. Do të ishte lehtësuese për Blerinën nqs ajo ekzaminohej nga një kolege femër apo në praninë e një infermiereje. Filloni duke pyetur Blerinën mbi ankesat e saj fizike si dhe shëndetin fizik të foshnjës në mënyrë që ajo të ndjejë që ju po e dëgjoni. Me vendosjen e një marrëdhënieje besimi, ju mund të filloni të eksploroni mbi problemet dhe shqetësimet emocionale dhe mendore. Për shkak të stigmës dhe turpit që zakonisht shoqëron sëmundjet mendore, Blerina mund të jetë rezistente fillimisht për të folur për këto probleme dhe mund të insistojë duke folur për ankesat somatike.

Në këtë rast duhen bërë dy pyetje: a) A ju ka ndodhur gjatë muajit të fundit që të ndiheni me humor të ulët, depressive (shpjego më shumë) apo e pashpresë? b) A ju ka ndodhur që gjatë muajit të fundit të mos keni pasur interes apo kënaqësi në të bërit të gjërave?

Nqs. Blerina i përgjigjet me PO ndonjëres prej këtyre pyetjeve, atëherë mund të vazhdohet me pyetjet e tjera siç përshkruhen në Kapitullin DEP.

Blerina shprehet që do ishte më mirë për foshnjën e saj nqs ajo do vdiste. Ajo beson që është një nënë e padenjë dhe që familja e bashkëshortit nuk e pëlqen atë dhe kjo gjë ka ndikuar edhe tek fakti që asaj nuk i rrihet me foshnjën e saj. Thotë që mezi e ushqen fëmijën, kapërcen vaktet dhe që nuk ka fuqi të kujdeset as për veten e saj.

Në këtë pikë të vlerësimit duhen shtruar çështjet e mëposhtme:

- histori të mëparshme të problemeve të shëndetit mendor.
- histori të problemeve fizike kronike
- cilësia e marrëdhënieve ndërpersonale të Blerinës
- kushtet e jetesës dhe angazhimi social
- histori familjare të problemeve të shëndetit mendor.
- histori të dhunës në familje.
- gjendja e punësimit apo përkrahjes sociale.

Për të vlerësuar rrezikun e simptomatikës që Blerina paraqet ju duhet ta pyesni atë drejtpërdrejt rreth idive suicidale apo qëllimit për ta bërë këtë gjë. Nqs mendoni që ka rrezik për vetë-dëmtim apo vetëvrasje atëherë duhet të vlerësoni nëse:

- Blerina ka një rrjet mbështetës të përshtatshëm (familja e origjinës, bashkëshorti, familja e tij, shoqëria)
- ajo është e ndërgjegjshme për burimet ekzistuese të ndihmës.
- nëse ka faktorë mbrojtës të cilët mund të ndihmojnë në kapërcimin e situatës.

Nëse ju arrini në përfundimin që Blerina paraqet një rrezik të lartë për të dëmtuar veten apo foshnjën e saj (refuzimi për të ushqyer foshnjën, neglizhimi i vetes, mendimet suicidale), atëherë duhet menjëherë të referoni rastin tek shërbimet e specializuara të shëndetit mendor.

Rasti 2.

(lidhet me identifikimin dhe vlerësimin në rastet me komorbiditet)

Agroni një 50 vjeçar i vetëpunësuar si specialist ndërtimi dhe që vuan nga diabeti paraqitet pranë MF me ankesën se ndihet shumë i lodhur sidomos gjatë 4 muajve të fundit. Ka probleme me gjumin dhe që “nuk ka fuqi as të rruhet në mëngjes”. Ai shpjegon se mjeku endokrinolog nuk është i kënaqur me kontrollin e diabetit dhe që gruaja e tij këmbënguli që ai të vinte në këtë takim.

Historia mjekësore

Agroni konsumon rreth 15 cigare në ditë sidomos gjatë punës me kolegët e tij. Agroni vuan nga hipertensioni dhe është mjekuar gjatë 5 viteve të fundit me antihipertensivë. Ai gjithashtu merr statin orale për të ulur kolesterolin, mjekim antidiabetik oral për diabetin, aspirinë për parandalim të problemeve cerebro-vaskulare, frenues ACE për hipertensionin dhe parandalimin e komplikacioneve diabetike. Nuk përdor rregullisht alkohol (nja dy krikëlla birre maksimumi kur del me shokët pas ndeshjeve të futbollit) Në ekzaminimin fizik, Agroni është mbipeshë me BMI 32. Gjatë analizave të fundit për diabetin HbA1c e tij është rritur nga 8% në 9.2% dhe niveli i kolesterolit është 5.8mmol/l. TA është 145/85 mm/Hg. Agroni duket me humor të rënë, shmang kontaktin me sy dhe duket sikur ka humbur zhdërvjelltësinë dhe humorin e tij të zakonshëm gjatë bisedës. Ai flet në një mënyrë të qetë dhe shprehet për humorin e tij që ‘i ka ardhur në majë të hundës’. Fajëson vazhdimisht veten e tij që nuk është i zoti që të ‘mbledhë veten’.

Çështja 1

Cilat duhet të jenë hapat e mëtejshëm?

Përgjigja 1

MF duhet të pyesë Agronin mbi oreksin dhe gjumin gjatë muajit të fundit pasi kjo e dhënë mund të japë më shumë informacion mbi mundësinë e mbivendosjes së një gjendjeje depresive. Agroni referon që ka humbur oreksin dhe ha pa ndonjë dëshirë. Ai zakonisht bie në gjumë rreth orës 22:00 dhe nuk ka probleme për ta zënë gjumi por çohet 1-2 herë gjatë natës për të shkuar në tualet dhe zgjohet më herët kohët e fundit (rreth orës 5:00). Pasi zgjohet ndihet i stresuar dhe nuk e zë dot gjumi më tej. MF e pyet Agronin nëse zgjohet i çlodhur nga gjumi dhe ai përgjigjet që ndihet i lodhur dhe e ka të vështirë të ngrihet nga shtrati.

Çështja 2

Si mund të ndërtoni një pamje të plotë klinike të Agronit përfshirë edhe funksionimin psikologjik?

Përgjigje 2

- MF e pyet Agronin mbi përqëndrimin e tij gjatë muajit të fundit (psh. nëse mund të përqëndrohet të lexojë gazetën). Agroni mendon që përqëndrimi i tij është në rregull pasi ai mund të lexojë titujt e gazetave, por nuk lexon më tutje pasi mendon që ka shumë lajme të këqija.
- MF bën disa teste për të parë përqëndrimin duke e pyetur Agronin mbi datën e tij të lindjes dhe mbi datën e sotme. Agroni përgjigjet saktë për datëlindjen e tij dhe për muajin aktual, por ka ca vështirësi për të gjetur datën.

Çështja 3

Çfarë faktorësh risku mund të merrni në konsideratë në rastin e Agronit?

Përgjigje 3

- a) MF e pyet Agronin për ide vetëdëmtuese apo vetëvrasjeje, psh, nëse kur shkon në shtrat për të fjetur do të donte të mos zgjohej më. Agroni shprehet që i don shumë fëmijët e tij dhe gruan e tij dhe nuk do t'ia bënte kurrë një gjë të tillë atyre dhe konfirmon që nuk ka pasur ide vetevrasëse.
- b) MF e pyet Agronin nëse ka pasur ndonjë problem me marrjen e mjekimit për diabetin duke pasur parasysh rritjen e HbA1c. Agroni referon se vazhdon ta marrë mjekimin, por gjatë 6 javëve të fundit e ka harruar ta marrë herë pas here. c) MF pyet nëse ai vazhdon të pijë duhan dhe Agroni përgjigjet që vazhdon të pijë 15 cigare në ditë dhe që në këtë moment ndihet shumë i stresuar për të provuar që të ulë numrin e cigareve dhe jo më ta ndalojë fare.

Çështja 4

Cilat janë hapat e tjerë për të përcaktuar diagnozën e Agronit?

Përgjigje 4

MF e pyet Agronin nëse është konsultuar me dikë tjetër përveç endokrinologut për menaxhimin e diabetit të tij dhe pyet gjithashtu nëse ai mund të ketë ndonjë ide pse niveli i HbA1c është rritur. Agroni konfirmon që gjatë muajit të fundit nuk i ka marrë mjekimet në rregull. Ai gjithashtu pranon se i është dashur shumë përpjekje për të mbajtur planin dietetik dhe që ka pasur ditë që ka ngrënë vetëm mëngjes, apo ditë kur ka ngrënë vetëm me shokët në pushim të punës së tyre në kantier.

Çështja 6

Çfarë do të pyesnit më shumë për të përcaktuar një kuadër më të qartë të funksionimit psikologjik të Agronit?

Përgjigje 6

- a) MF e pyet Agronin nëse ka vuajtur më parë nga depresioni, por Agroni përgjigjet që nuk mendon që ka vuajtur. MF shprehet se Agroni po shfaq simptoma të depresionit dhe pyet Agronin se çfarë mendon për këtë gjë. Agroni thotë, në fakt gruaja e tij ka shprehur shqetësim se po bëhej depresiv dhe ishte ajo që e nxiti Agronin që të vinte në këtë takim.
- b) MF pyet Agronin nëse cilësia e punës së tij është prekur nga gjendja e tij kohët e fundit dhe Agroni përgjigjet që edhe pse vazhdon të punojë ai ka filluar të ndihet shumë i lodhur dhe që kjo gjë ka influencuar si sasinë ashtu cilësinë e punës së tij. c) MF e pyet Agronin për jetën në shtëpi dhe nëse kjo gjendje ka ndikuar në marrëdhëniet në shtëpi. Agroni referon se gruaja e tij herë pas here ka shprehur pakënaqësi së fundmi pasi ai thjesht rri ulur apo shtrirë në një divan tek tjetri dhe nuk shfaq shumë interes për të shkuar as me shokët për të parë futboll.

Çështja 6

Si MF i Agronit, si do ta diskutonit diagnozën me të?

Përgjigja 6

- a) MF e informon Agronin që nisur nga çfarë kanë diskutuar deri tani, duket sikur Agroni po vuan nga një gjendje e moderuar depresive, e cila po ndikon në punën e tij, mënyrën sesi ndihet në shtëpi dhe kjo gjithashtu mund të ketë prodhuar një efekt goditës mbi mënyrën sesi Agroni po mban nën kontroll edhe diabetin. Ai e pyet Agronin se çfarë mendon në lidhje me diagnozën dhe Agroni shprehet se është gati të ndërmarrë hapat e nevojshëm për ta adresuar problemin pasi po sheh gjithashtu që kjo gjendje depresive po ndikon edhe marrëdhënien e tij me gruan.
- b) MF i jep Agronit disa fletë-palosje me informacione mbi depresionin në mënyrë që Agroni të mund të ketë më shumë informacion, dhe e pyet Agronin nëse do të donta ta referonte tek një specialist (psikolog, psikoterapist). Agroni e pranon referimin dhe shprehet se beson se terapia psikologjike do mund ta ndihmojë.
- c) MF e pyet Agronin nëse do donte një takim tjetër ku të vinte bashkë me gruan në mënyrë që të mund ti shpjegohej dhe asaj gjendja dhe plani i trajtimit, dhe Agroni pranon këtë sugjerim.

Çështja 7

Cila do të ishte qasja më e mirë për të adresuar si menaxhimin më të mirë të diabetit po ashtu edhe të depresionit.

Përgjigja 7

MF i shpjegon Agronit që për shkak të nivelit të HbA1c, kolesterolit dhe BMI, nëse ai do shkonte tek endokrinologu mund të ndodhte që do të intensifikohej mjekimi. Kjo do të mund të prekte vetëbesimin e tij si dhe do të shtonte edhe numrin e medikamenteve. Ndërkohë një ndërhyrje lidhur me sjelljen mund ta ndihmojë atë që t'i rikthehet menaxhimit të diabetit duke adresuar dietën, marrjen e rregullt të mjekimit, aktivitetin fizik dhe social. Ky trajtim kërkon të vendosen qëllime dy javore të realizueshme dhe të dakordësuara me Agronin. Ai gjithashtu i kërkoi Agronit të mbante një ditar ushqimi.

Rasti 3.

Eduarti, 45 vjeç, punon si mekanik. Ai ka shqetësime të shpeshta dhe të vazhdueshme se nuk e ka bërë punën e tij ashtu siç duhet dhe se dikush mund të pësojë ndonjë aksident si pasojë e këtij fakti. Ai gjithashtu ka shqetësimin se mund ti ketë kthyer gabim kusurin klientëve të oficinës kështu që ose ka dëmtuar ata ose pronarin e oficinës. Eduarti informon MF se ai ka shumë nga këto lloj shqetësimesh në jetën e tij dhe që mendimi i tij më i shpeshtë është “po në qoftë se?” Ai shpesh imagjiron më të keqen dhe shton se kur shqetësohet ai ka dhimbje koke, ka si të përziera në stomak, dhe ndjen fort rrahjet e zemrës. Eduarti djersitet shpesh dhe ankthi i tij e bën shumë të vështirë që ai të mund të përqëndrohet në punën e tij apo në lojën me fëmijët e tij. Ai ndihet mjaft i shqetësuar në lidhje me ankthin e tij dhe e konsideron si një dobësi. Në fillim të vizitës te MF ai shprehet se ka ardhur pasi ka shqetësime me gjumin. Por më pas fillon e tregon që ka qenë shumë i shqetësuar kohët e fundit.

Historia mjekësore

Eduarti nuk ka takime të mëparshme tek MF.

Egzaminimi

Gjatë egzaminimit nuk vihen re probleme fizike. Eduarti duket i stresuar dhe është i mbushur me djesë edhe pse temperatura e dhomës së MF nuk është e lartë. Kur pyetet se si ndihet me punën e tij, Eduarti shprehet se nuk ka pasur shumë klientë kohët e fundit dhe kjo gjë e ka shqetësuar, por edhe kur ka klientë ai është i shqetësuar se mos bën diçka gabim. Ai shprehet që ky shqetësim i vazhdueshëm për çdo gjë po e çmend.

Diagnoza

Çështja 1. Si duhet qasur rasti i Eduartit dhe cili duhet të jetë hapi i parë për t'u bërë?

Përgjigje 1

- a) MF e pyet Eduartin: “Sa shpesh ke qenë i shqetësuar gjatë dy javëve të fundit si pasojë e nervozizmit, ankthit apo jeni ndjerë sikur nuk e keni nën kontroll veten dhe shqetësimin tuaj?” Eduarti përgjigjet se ndihet në ankth dhe sikur është në buzë të greminës gati çdo ditë.
- b) MF i kërkon Eduartit që të tregojë më shumë në lidhje me mënyrën sesi ky ankth influencon funksionimin e përgjithshëm të tij në punë dhe shtëpi. Pas një hezitimi të shkurtër Eduarti fillon e tregon se ndonjëherë e ka shumë të vështirë ta përmbledhë me fjalë se si ndihet kur zgjohet çdo mëngjes me kokën që i duket sikur do t'i shpërthejë nga mendimet shqetësuese dhe me zemrën që i rreh fort sikur do t'i dalë nga kraharoni. “Mendja ime dhe trupi im janë kaq të mbingarkuara nga frika. Nuk punoj dot i qetë, dhe nuk luaj dot me fëmijët. Si pasojë kam frikë se do bëj ndonjë gabim në punë. Gjithë kohën i them gruas që po çmendem dhe kjo gjë po e lodh shumë edhe atë. Jam bërë shumë i ngadaltë në punë dhe kolegët e pronari kanë filluar ta venë re këtë gjë.”

Hapi i radhës për vënien e diagnozës

Çështja 2

Cili do të jetë hapi vijues që ju si MF mund të bëni?

Përgjigja 2

- a) MF pyet Eduartin se për sa kohë ai i ka pasur këto simptoma dhe Eduarti përgjigjet se ai gjithmonë shqetësohej ca si shumë, por që kur puna ka filluar të bjerë gjërat janë përkeqësuar.
- b) Për të kuptuar më mirë MF pyet: “A ka ndonjë gjë tjetër të rëndësishme që duhet përmendur nga historia juaj? Jeni i shqetësuar financiarisht pasi kohët e fundit nuk keni pasur shumë punë? A keni pasur në të shkuarën shqetësime të ngjashme? A keni pasur njeri tjetër në familjen tuaj që ka pasur probleme me ankthin?”

Eduarti përgjigjet:

“Nuk kam pasur probleme të ngjashme apo probleme të tjera mendore në të shkuarën, por edhe kur kam pasur shqetësime të ngjashme nuk kam kërkuar ndihmë pasi më vjen turp. Mamaja ime shqetësohej shumë për mua kur kam qenë i vogël. Nuk më linte kurrë vetëm jashtë mbasi errësohej. Gjithashtu nuk hipja kurrë vetëm në autobuz deri në moshën 16 vjeç. Gruaja dhe fëmijët janë shumë tolerant me gjendjen time edhe pse po i çmend fare. Me të tjerët unë hiqem sikur nuk po ndodh asgjë. Jam shumë i zoti që ta fsheh dhe ta mbaj brenda problemin tim. Dhe kjo gjë është shumë e lodhshme.”

Çështja 3

I gjithë informacioni i mbledhur tregon për Çrregullim të Përgjithshur të Ankthit (GAD). MF duhet të flasë me Eduartin për këtë gjë dhe të shpjegojë dhe informojë atë mbi GAD në mënyrë që Eduarti të kuptojë problemin sa më shpejt dhe sa më qartë. Më pas MF duhet të diskutojë me Eduartin trajtimet e disponueshme.

a) MF duhet të dakordësohet me Eduartin për një monitorim aktiv të simptomatikës ose duke caktuar takime periodike ose duke u konsultuar me të online (telefon apo chat).

Informimi mbi problemin dhe monitorimi aktiv i simptomatikës mund të përmirësojnë rastet më pak të rënda të GAD pa pasur nevojë për ndërhyrje të tjera. Nqs pas 4 javësh simptomatika nuk përmirësohet, MF duhet të marrën në konsideratë ndërhyrje të tjera më të specializuara psikologjike në varësi të disponueshmërisë si, psikoterapi të sjelljes dhe të njohjes apo psikoterapi në grup. Nqs asnjë nga këto ndërhyrje nuk sjell përmirësim të simptomatikës, MF duhet të marrë në konsideratë fillimin e mjekimit me barna. Mjekimi mund të konsistojë në përdorimin e medikamenteve antidepressive SSRI (sertraline, fluoxetinë etj.).

 Rasti 4.

Iliri është një djalë 17 vjeçar i diagnostikuar prej 2 muajsh me Skizofreni nga psikiatri. Ai prej disa kohësh është shkëputur nga shkolla edhe pse ka që prej një viti që mungonte shpesh në shkollë dhe gjithashtu ishte larguar nga aktivitetet sportive jashtë-shkollore (volejboll) në të cilat ai ishte i përfshirë. Mjeku psikiatër pas vendosjes së diagnozës i ka përshkruar disa medikamente (Antipsikotikë, antidepressivë dhe anksiolitikë) për të menaxhuar halucinacionet e tij dëgjimore, gjendjen e tij të humorit të rënë si dhe pagjumësinë. Iliri vjen në qendrën shëndetësore i shoqëruar nga mamaja e tij e cila duket njëkohësisht shumë e shqetësuar, por edhe mjaft kritike (në prani të Ilirit) mbi faktin që Iliri “nuk po përpiqet mjaftueshëm për të mbajtur rregull në dhomën e tij, nuk kujdeset për higjenën, nuk e ndihmon atë në punët e shtëpisë, nuk pranon të fillojë të mësojë për tu rikthyer në shkollë dhe zgjohet shpesh gjatë natës duke bërë zhurmë nëpër shtëpi”. Kjo situatë ka krijuar shumë konflikte mes tyre dhe shpërthime agresiviteti verbal por ndonjëherë edhe veprime të dhunshme ndaj objekteve të shtëpisë nga Iliri. Në pamundësi për të bërë një vizitë të psikiatri për shkak të largësisë (nuk ka psikiatër të disponueshëm në qytetin ku jetojnë) ata paraqiten tek MF për tu konsultuar.

Çështja 1

Gjendjet psikotike të sapo diagnostikuara dhe sidomos në fazën akute të tyre mund të jenë shumë të vështira për tu menaxhuar në institucione shëndetësore jo të specializuara. Çfarë mund të bëjnë MF dhe infermjerja e familjes për të ndikuar në qetësimin e situatës së paraqitur?

Përgjigje 1

Gjëja e parë që mund të bëjë MF është komunikimi me mjekun psikiatër që ka bërë diagnostikimin dhe ka përshkruar mjekimin, për të marrë më shumë informacion mbi gjendjen fillestare të egzaminuar nga specialisti si dhe për arsyet dhe logjikën e mjekimit të përshkruar pasi qoftë lliri, qoftë mamaja e tij nuk ishin në gjendje të jepnin më shumë informacion për këto procedura.

Së dyti MF ose infermierja mund të ofrojnë informacion mbi sëmundjen si për llirin ashtu edhe për familjarët e tij. Kjo mund të ndihmojë si llirin që të kuptojë se çfarë po ndodh me të, ashtu edhe familjarët për të kuptuar simptomat dhe pasojat e tyre në sjelljen e llirit. Këto informacione mund të ndihmojnë familjarët që të mund të modelojnë qasjen e tyre ndaj sjelljes momentale të llirit në mënyrë që të qetësojnë reagimet e tij, të rrisin përfshirjen e tij në dinamikat e përditshme në shtëpi si dhe të motivojnë atë që të jetë më aktiv nga pikëpamja sociale. Është shumë e rëndësishme që të shpjegohet që sjellja pasive dhe e tërhequr e llirit është e ndikuar në një masë të konsiderueshme nga prania e halucinacioneve dëgjimore si dhe nga konfuzioni dhe dëshpërimi i tij me këtë gjë që po i ndodh.

Së treti, MF duhet të marrë më shumë informacion mbi efektet e ndryshme të mjekimit të cilat potencialisht mund të jenë përgjegjëse (efekte anësore) për disa nga shqetësimet e raportuara. Më pas këtë informacion MF është mirë ta diskutojë me mjekun psikiatër për të menaxhuar në mënyrë sa më efektive mjekimin.

Çështja 2

Duke pasur parasysh faktin që Skizofrenia në shumë raste ka një ecuri kronike dhe me rikthime të episodeve akute, çfarë mund të bëjnë MF dhe infermierët për të parandaluar episodet akute apo për të zbutur impaktin e sëmundjes në të përditëshmen e llirit dhe familjes së tij?

Përgjigje 2

Së pari, Mjeku dhe/ose infermieri i familjes duhet të ofrojnë informacion (verbal dhe nëpërmjet materialeve informuese) mbi sëmundjen, mbi shenjat paralajmëruese të krizave, mjekimin, rezultatet e pritshme dhe efektet anësore të mjekimit.

Së dyti, përgatitja e një plani të strukturuar ndjekjeje sidomos për 6 muajt e parë do të ndihmonte si llirin, familjen e tij ashtu edhe stafin për të menaxhuar në një mënyrë më të efektshme situatën shumë sfiduese që paraqet diagnostikimi i një sëmundje kaq problematike. Ky plan duhet të përmbajë si ndërhyrjet psikoedukuese, ashtu edhe sigurimin e marrjes së trajtimit medikamentoz në mënyrë të përshtatshme.

Rasti 5.

Toma është një burrë 32 vjeç që vjen tek MF duke u ankuar për një dhimbje në shpatull. Ai nuk ka pasur vizita tek MF gjatë 2 viteve paraardhëse. Tërthorazi ai gjatë komunikimit flet për shqetësime me gjumin, probleme me strehimin si dhe ankesa në lidhje me përfitimet sociale që ai merr aktualisht pasi është i papunë. Për MF fillon e bëhet gjithnjë e më e qartë se problemi kryesor i Tomës është mendor dhe që dhimbja në shpatull është si pasojë e një incidenti të para 3 javëve dhe është në përmirësim e sipër. Një histori e shkurtër pas disa pyetjesh i jep MF më shumë informacion mbi situatën dhe vihen re shenja që mund të bëjnë të mendosh si për depresion ashtu edhe për një çrregullim të ankthit. Kur pyetet se si është ndjerë gjatë muajve të fundit, Toma është disi i sikletosur për tu përgjigjur e më pas ai pranon që ka qenë në burg

pasi ka pasur një grindje të dhunshme me dikë si dhe i ka rezistuar në mënyrë fizike arrestimit. Historia mjekësore

Toma ka qenë për herë të fundit tek mjeku për disa shqetësime të vogla dhe kartela e tij nuk ka informacione të mëparshme për të. Gjithsesi ai pranon se ka takuar një mjek psikatër apo psikolog (nuk e mban mend mirë), kur ka qenë rreth 10 vjeç.

Hapat që ndiqen për vendosjen e diagnozës

Çështja 1.

Si mund të balanconi nevojën tuaj si MF për më shumë informacion me faktin që ka shumë pacientë që presin në radhë për shërbimin tuaj si dhe me mundësinë që Toma mund të mos kthehet më për të ndjekur situatën?

Përgjigje 1.

- a) Sigurisht që nuk do të jeni në gjendje të përmbushni një ekzaminim të detajuar me një konsultim rutinë 10 minutësh, por duhet bërë sa më shumë që të jetë e mundur që Toma ta marrë seriozisht dhe të fillojë të angazhohet për të adresuar problemin. Gjatë komunikimit duket që mosbesimi është një mënyrë e zakonshme se si Toma ndërton marrëdhëniet e tij, dhe që ai mund ta ketë të vështirë të pranojë që problemi i tij mund të ketë të bëjë me shëndetin mendor. Prandaj hapja e një bisede me të për shëndetin mendor mund të jetë e vështirë. Gjithsesi ndonjëherë persona në këtë pozitë mosbesimi nga ana tjetër mund të kenë nevojë të flasin për problemet e tyre, edhe pse mund të duket sikur mund ta kenë të vështirë pranimin e një problemi të shëndetit mendor. Është gjithashtu e rëndësishme që të mund të flitet me të edhe për marrëdhënien e tij me drograt dhe alkoholin.
- b) Është shumë e rëndësishme në të tilla situata që problemet me besimin të mund të tejkalohen me një komunikim të qartë dhe jo gjykues duke treguar që ju po kujdeseni seriozisht për të dhe që jeni i gatshëm që të takoheni përsëri me të. Edhe pse në këtë takim të parë ndjeni se keni kufizime në mundësinë tuaj për ta ndihmuar, interesi jot për ta takuar përsëri mund të ndryshojë qasjen e Tomës. Pra është e rëndësishme që të mund të bini dakord për një takim më të zgjatur gjatë dy javëve në vazhdim. Do të ndihmonte që të mund të pyesnit Tomën ca më shumë për kushtet e tij të jetesës dhe nëse ai do të dëshëronte të shkëmbeente numrat tuaj të telefonit. Kjo gjë do ta ndihmonte atë për të pasur më shumë besim pasi do të tregonte se ju jeni i/e interesuar për të dhe mirëqenien e tij si dhe do të mund t'iu jepte mundësinë për ta kontaktuar nëse ai nuk do të kthehej përsëri.

Çështja 2

Pas kontaktit të parë, juve ju ka lindur dyshimi që problemet e Tomës mund të jenë disa diagnoza të mundshme. Si mund të priorizoni investigimin tuaj?

Përgjigje 2

Toma në takimin e dytë tregon për një fëmijëri të vështirë me praninë e dhunës nga babai i tij ndaj të ëmës, ndaj tij dhe fëmijëve të tjerë. Më pas përshkruan një divorc të vështirë të prindërve dhe zhvendosjen e tij dhe njëres prej motrave në shtëpinë e fëmijës pasi e ëma nuk mund të përballonte rritjen e të gjithë fëmijëve. Periudha në institucion përshkruhet prej tij si periudha më e stabilizuar dhe në të cilën ai pati mundësi që të ndiqte shkollën. Në historinë e tij familjare

duket sikur ka disa çështje të rëndësishme që meritojnë vemendje si ngjarje të mundshme traumatike apo braktisje gjatë fëmijërisë apo probleme të izolimit social dhe vështirësi për të formuar apo mbajtur marrëdhëniet, vështirësi në punësim/arsimim dhe strehim të qëndrueshëm. Së pari, duhet egzaminuar më në thellësi për shenja të Çrregullimit të Stresit Post Traumatik (PTSD), Çrregullimit Obsesiv Kompulsiv (OCD), të përjashtohen psikozat e mundshme apo episode të mundshme maniakale si pjesë të një Çrregullimi Bipolar. Gjithashtu duhet eksploruar marrëdhënia e tij me substancat si një mënyrë e mundshme e vetë-mjekimi të stresit.

Së dyti, mund të shikohet me kujdes personaliteti i tij me ndihmën e një eksperti të shëndetit mendor psikolog apo psikiatër. Tipare të personalitetit të tij për tu eksploruar mund të jenë prirjet shmangëse, të varësisë, apo faktorë të mundshëm anti-socialë si psh, mungesa e empatisë. Gjithashtu mund të eksplorohej prania e disa trajtave të personalitetit kufitar (borderline) si psh: ndjesi kronike boshllëku, ndryshime të shpejta të humorit si përgjigje ndaj ngjarjeve të zakonshme të jetës apo vështirësi të shpeshta në marrëdhëniet e afërta.

Çështja 3

Si mund të adresohet problemi i komorbiditetit dhe si mund të vendoset se çfarë çështjesh duhen adresuar më parë?

Përgjigje 3

- Përdorni pyetje të cilat synojnë të shpjegojnë më qartë dinamikën e shqetësimeve të Tomës dhe që synojnë t'i japin kuptim depresionit dhe ankthit të tij dhe që përcaktojnë më qartë nëse është depresioni që ndjek ankthin apo e kundërta.
- Merrni në konsideratë nëse problemet e Tomës mund të vijnë si pasojë e problemeve të personalitetit të tij dhe në këtë rast ai mund të ketë nevojë për një ndërhyrje të specializuar.
- Hulumtoni praninë e mundshme të abuzimit apo varësisë nga substancat që mund të pengonin angazhimin e tij në trajtim apo mund ta bënin mjekimin e mundshëm më problematik.
- Edhe pse mund të bini dakord me Tomën për tu takuar disa herë, ai mund të krijojë pritshmërinë që ju do të mund të merrni disa vendime që pas takimit tuaj të parë.

Çështja 4

Si mund të merrni në konsideratë një tablo më të gjerë problematikash që influencojnë njëra-tjetrën?

Përgjigja 4

- Edhe pse është e vështirë të përcaktohet qartë lidhja midis problemeve psikosociale dhe atyre biokimike, do të ishte e rëndësishme që të mblidhej informacion i mjaftueshëm mbi gjendjen sociale të Tomës, pasi kjo situatë mund të ishte një shtrat shumë pjellor për kulmimin e stresit në ndryshime biokimike të cilat ushqejnë simptomat e ndryshme të vëna re. Një vlerësim i plotë i simptomatikës, marrëdhënieve dhe rrethit të tij mbështetës, situatës sociale dhe financiare të Tomës do të ndihmonte në përgatitjen e një plani të plotë trajtimi.
- Pas pyetjeve të mëtejshme ju zbuloni që Toma përdor shpesh alkohol për të përballuar ankthin, humorin e ulur dhe pagjumësinë e tij. Ai shpjegon se ankthi i tij rritet sa herë i duhet

të takojë njerëz të tjerë, të cilët sipas tij e nënvlerësojnë atë. Edhe pse ai e kupton që alkoholi nuk është se e ndihmon shumë, ai vazhdon të pijë 3-4 herë në javë për të ulur ankthin si dhe mendimet suicidale të cilat sipas tij janë shtuar shumë kohët e fundit.

c) Pasi Toma përmend mendimet suicidale, ju duhet ta pyesni atë drejtpërdrejt në lidhje me këtë gjë për të përcaktuar nivelin e rrezikut si dhe për të mësuar për faktorë të ndyshëm mbrojtës të disponueshëm. Më pas duhet:

- Të pyesni për burimet e ndryshme të mbështetjes sociale që ai ka aktualisht në jetën e tij dhe nëse ai ka informacionin e duhur se ku mund të kërkojë ndihmë.
- Të telefononi shërbimet e specializuara të shëndetit mendor për të organizuar një referim urgjent për Tomën. Kjo gjë duhet bërë në fund të takimit me të ndërkohë që Toma është aty me ju akoma.
- Ofrojin Tomës detaje mbi burimet vendore apo kombëtare në të cilat ai mund të drejtohet për të marrë më shumë ndihmë të specializuar.
- Inkurajoheni Tomën të jetë në kontakt me ju për çdo gjë në të ardhmen nëse ai ndjen nevojën për këtë.
- Monitoroni shëndetin e tij fizik në të ardhmen.

Rasti 6.

Genti është një burrë 37 vjeçar i cili jeton me gruan e tij dhe dy fëmijët 5 dhe 7 vjeç. Ai vjen në qendrën shëndetësore me ankesën se ndihet shumë i lodhur gjatë gjithë kohës.

Historia mjekësore.

Genti, në të kaluarën e tij ka një histori të mëparshme trajtimi me Sertralinë rreth 6 vjet më parë. Ai filloi të merrte Sertralinën (medikament antidepresiv SSRI) pasi u diagnostikua me depresion madhor. Ju si MF nuk e keni takuar më parë Gentin, por informacioni mbi këtë episod ndodhet në kartelën klinike të përshkruar nga mjeku i mëparshëm i familjes. Mjekimi ishte i efektshëm dhe Genti e ndërpreu mjekimin pas 6 muajsh trajtimi dhe ai nuk ka qenë më i pranishëm në shërbimin tuaj që atëherë. Genti fizikisht duket i shëndetshëm me një pamje të përshtatshme fizike për moshën e tij.

Ekzaminimi fizik.

Genti ankon për mungesë të theksuar energjie për të paktën 6 javët e fundit. Ai ndihet i stresuar pasi i duhet të shkojë çdo ditë në punë edhe pse ndjen që nuk mund të punojë. Gjithashtu Genti shprehet se ka shtuar përdorimin e alkoholit gjatë dy javëve të fundit duke konsumuar 2-3 shishe birrë çdo natë në vend të 1 shisheje 2-3 herë në javë që konsumonte më parë. Ekzaminimi fizik është normal, por ai duket qartësisht me humor të rënë.

Çështja 1.

Ju dyshoni për depresion. Çfarë duhet të bëni për të hulumtuar më tej këtë dyshim?

Përgjigje 1.

a) Duhet të bëni pyetjet e mëposhtme:

- A jeni ndjerë në humor të ulët, depresiv apo i pashpresë gjatë muajit të fundit?
- A keni vënë re ndonjë ulje të interesit dhe dëshirës për të bërë gjërat e zakonshme?

- b) nëse Genti i përgjigjet me PO ndonjëres prej këtyre pyetjeve, atëherë duhet pyetur nëse ka vënë re ndryshime në gjumë, oreks, peshë, përqendrim, ndjenja faji apo vetë-vlerësim të ulët, mendime pesimiste për të ardhmen, mendime apo ide vetë-dëmtuese apo vetë-vrasjeje.
- c) duhet të krahasoni informacionin që merrni nga Genti me atë të përshkruar nga kolegu juaj para 6 vitesh në lidhje me episodin e depresionit madhor të mëparshëm.

Informacioni që ju merrni ju bën të mendoni që gjendja e tij tregon për një gjendje depresive të lehtë në krahasim me episodin e mëparshëm. Gjithsesi duhet të merrni në konsideratë ankthin e tij të shtuar si dhe rritjen e përdorimit të alkoholit.

Çështja 2

Cili është hapi i mëpasëm në këtë situatë?

Përgjigja 2

- a) Në këtë rast duhet të ofroni ndërhyrje psikoedukuese paralelisht me monitorimin e vazhdueshëm të gjendjes. Jepni informacion verbalisht apo nëpërmjet fletëpalosjeve dhe sugjeroni faqe të besueshme online ku Genti munt të marrë më shumë informacion në lidhje me depresionin. Diskutoni me të disa qasje produktive për të qartësuar situatat në jetën e tij të cilat mund të nxisin këtë reagim depresiv si dhe mënyra sesi mund të menaxhohen ndjesitë e tij depresive për jetën. Gjithashtu diskutoni me të edhe për rolin negativ që ka përdorimi i shtuar i alkoholit në shtimin apo mbajtjen e simptomave apo në përkeqësimin e gjumit.
- b) Mundohuni të ndërtoni një kontratë verbale me Gentin për uljen graduale të përdorimit të alkoholit deri në nivelet e mëparshme.
- c) Kërkojini Gentit që të kthehet në zyrën tuaj pas 2 javësh për të bërë një vlerësim të gjendjes së humorit.

Hapat e mëpasëm

Genti vjen pas dy javësh në zyrën tuaj dhe referon se me ndihmën e bashkëshortes ka mundur të ulë goxha sasinë e alkoholit, por humori i tij nuk ka shumë ndryshim.

Çështja 3

Çfarë mund të sugjeroni në këtë pikë të ndërhyrjes?

Përgjigja 3

- a) Sugjeroni dhe ofroni trajtimin psiko-social sipas protokollit të përshkruar në DEP. (2.1 psiko-edukim; 2.2 Reduktim i stresit dhe fuqizim i mbështetjes sociale; 2.3 Promovoni funksionimin në aktivitetet ditore dhe jetën komunitare; 2.4 Trajtime të shkurtra psikologjike për depresionin). Diskutoni me të më në detaje në lidhje me këto ndërhyrje si dhe sugjeroni se ku mund të aksesohen në rast se janë të disponueshme.
- b) Diskutoni me Gentin mundësinë e kalimit në abstinencë të plotë të alkoholit duke përmendur vazhdimisht problematikën që përdorimi i alkoholit shkakton në këtë gjendje.

- c) Diskutoni me Gentin opsionet e mundshme të tjera të trajtimit duke marrë në konsideratë preferencat dhe mundësitë e tij si dhe disponueshmërinë e trajtimeve të strukturuar psikoterapeutike në zonën tuaj.
- d) Gjithashtu diskutoni me të mundësinë e përdorimit të antidepressivëve nqs nuk përfitohet përmirësim pas ndërhyrjeve psikologjike.

Rasti 7.

Nënë Sanija është 85 vjeç dhe prej 6 muajsh jeton në shtëpinë e të moshuarve të qytetit mbas një periudhe hospitalizimi për shkak të një frakture të kokës së femurit. Ajo është një grua e ve dhe i vetmi person që e ka vizituar atë në azil gjatë këtyre muajve ka qenë i vëllai më i ri në moshë i cili që prej një muaji ka pësuar një infarkt të trurit dhe nuk ka qenë në gjendje të vijë e ta takojë më që atëherë. Nënë Sanija sa vjen e po bëhet gjithnjë e më e heshtur dhe e izoluar që prej një muaji. Stafi i shtëpisë të të moshuarve referon tek ju si MF se ajo ka pakësuar në mënyrë drastike të ngrënit dhe rri pjesën më të madhe të kohës e vetme në dhomën e saj. Stafi i shtëpisë së të moshuarve ju kërkon që ta vizitoni pasi ajo ka humbur 2.5 kg gjatë muajit të fundit.

Historia mjekësore

Nënë Sanija vuan nga Diabeti tipi 2 dhe nga hipertensioni, probleme të cilat kanë qenë të kontrolluara mirë nëpërmjet mjekimit. Ajo gjithashtu ka vështirësi në shikim për shkak të një degjenerimi makular si dhe dhimbje të përhapura të kyçeve për shkak të osteoartritit.

Ekzaminimi fizik

Ju si MF e vlerësoni nënë Sanijen si të orientuar mirë në kohë, hapësirë dhe person si dhe e vëmendshme gjatë bisedës. Ajo duket e trishtuar dhe përlohet shpesh gjatë bisedës me ju. Ajo pranon se ndihet shumë e vetmuar që kur i vëllai nuk ka ardhur më dhe shprehet që ka frikë se ai nuk do të jetë më në gjendje që të vijë ta takojë. Ajo referon se nuk fle mirë, nuk ka oreks dhe nervozohet lehtësisht kur ulet me të tjerët në ambjentet e përbashkëta duke u shprehur që ‘ma sjellin në majë të hundës me pyetjet që bëjnë’. Ajo shprehet se nuk ka pasur ankth apo ndjesi paniku dhe që nuk ka përdorur kurrë alkohol në jetën e saj. Ajo gjithashtu shprehet se nuk mendon të dëmtojë veten, por që shpesh ka dëshirën që “një mëngjes të mos zgjohem më nga gjumi”. Ekzaminimi fizik i toraksit dhe i abdomenit duket normal dhe TA është 145/85 si dhe urina komplet është negative.

Hapat e mëtejshëm për diagnozën dhe trajtimin.

Çështja 1

Çfarë duhet bërë më tej?

Përgjigja 1.

- a) MF duhet të diskutojë me nënë Sanijen mbi mundësinë e pranisë së një gjendjeje depresive dhe që simptomat e saj të bëjnë të mendosh për këtë gjë. Duhet shpjeguar gjithashtu që kjo gjë ndodh shpesh tek të moshuarit dhe të pyetet se si ajo ndihet me këtë gjë. MF duhet të diskutojë me të opsionet e ndryshme të trajtimit të gjendjes së saj dhe të marrë mendimin e saj në lidhje me trajtimet e mundshme përfshirë edhe mjekimin me antidepressivë.

- b) MF, duke marrë parasysh edhe dëshirën e saj duhet ose ta referojë atë tek shërbimet e specializuara të shëndetit mendor për të marrë ndihmë psikologjike, ose të sugjerojë një antidepressiv të përshtatshëm (mundësisht SSRI). Gjithashtu MF duhet të bjerë dakord me nënë Sanijen për një takim të dytë pas dy javësh.
- c) MF duhet të diskutojë me stafin e shtëpisë së të moshuarve (me lejen dhe pranimin e nënë Sanijes) mbi llojin e problemeve si dhe se si ato mund ta ndihmojnë nënë Sanijen për ta inkurajuar që të marrë pjesë më aktivisht në aktivitetet e shtëpisë. Gjithashtu MF duhet të mundohet të marrë edhe informacione shtesë nga stafi mbi gjendjen e saj.
- d) MF duhet të ketë parasysh edhe shkaqe të tjera të mundshme të gjendjes së saj si psh, një kontroll jo shumë i mirë i diabetit apo probleme të tjera që mund të kenë sjellë edhe humbjen e saj në peshë. MF duhet të masë glukozën esëll dhe të kërkojë analiza të tjera si: HbA1C, urenë dhe elektrolitët, gjak komplet si dhe teste të funksionit të tiroides.

Çështja 2

Si MF i nënë Sanijes, çfarë do të bënit në takimin e ardhshëm pas dy javësh?

Përgjigje 2.

- a) MF përpara takimit të dytë pas dy javësh duhet të përpqet të marrë më shumë informacion mbi situatën nga stafi i shtëpisë së të moshuarve si dhe të bëjë edhe një herë vlerësimin e simptomave të vëna re gjatë takimit të parë.
- b) Nëse nënë Sanija ka rënë dakord që të përdorë antidepressivët, atëherë duhet diskutuar me të për faktin që antidepressivët duan ca kohë që të fillojnë të japin efektet e tyre në mënyrë të plotë. Gjithashtu duhet diskutuar për kohëzgjatjen e duhur/të mundshme të mjekimit si dhe pranimin e mundshme të efekteve anësore. Duhet që të arrihet në një marrëveshje me nënë Sanijen që ajo të vazhdojë mjekimin për të paktën 6 muaj.
- c) Nëse nënë Sanija nuk ka pranuar të marrë mjekimin me antidepressivë, dhe simptomat e saj nuk janë përmirësuar mjaftueshëm, MF duhet ta ridiskutojë me të mundësinë e marrjes së mjekimit.
- d) Nëse nënë Sanija është referuar tek shërbimet e specializuara të shëndetit mendor për të përfituar ndërhyrje psikologjike, MF duhet të sigurohet që kjo gjë ka ndodhur dhe të marrë informacion nga nënë Sanija dhe stafi mbi mbarëvajtjen e këtij procesi.
- e) MF duhet gjithashtu të diskutojë me stafin e shtëpisë për mënyra të ndryshme të mundshme se si mund të ndihmohet nënë Sanija që të jetë në kontakt me vëllain e saj (telefon) apo për ndërhyrje të tjera motivuese (sipas kontekstit).

Bibliografia

Paketa e shërbimeve shëndetësore në KSHP, (faqe 32-34), VKM nr. 101, dt. 04.02.2015

Strategjia për Zhvillimin e Shërbimeve të Kujdesit Parësor në Shqipëri 2020-2025, VKM nr.405, datë 20.05.2020

Plani i Veprimit për Zhvillimin e Shërbimeve të Shëndetit Mendor në Shqipëri 2013-2022, Ministria e Shëndetësisë 2013

Rregullorja e shërbimeve të shëndetit mendor, MSH 2013

Udhëzuesit Klinik dhe Protokollet për Depresionin dhe Skizofreninë për kujdesin parësor, dytësor dhe tretësor, MSH 2010

Udhëzuesi i ndërhyrjeve mhGAP për Çrregullimet Mendore, Neurologjike dhe Përdorimit të Substancave në kontekstin e shërbimeve të paspecializuara. WHO,2010, dhe mhGAP, Udhëzuesi për Ndërhyrjet Humanitare, WHO 2015

Mjetet e Planit të Veprimit mhGap të OBSH për mbështetjen e i) adaptimit të protokolleve klinike sipas kontekstit vendor, ii) trajnimi dhe iii) supervizimi e monitorimi

LIVE LIFE - An implementation guide for suicide prevention in countries, WHO 2021

Common mental health problems: Clinical case scenarios for primary care -Support for education and learning, NICE clinical guideline CG123, May 2012

Shkurtime

KSHP	Kujdesi Shëndetësor Parësor
QSH	Qendra Shëndetësore
SHM	Shëndeti Mendor
MNS	Gjendje Mendore, Neurologjike dhe nga përdorimi i Substancave
PPK	Parimet e Përgjithshme të Kujdesit
DEP	Depresioni
SUB	Përdorimi i Dëmshëm i Alkoolit dhe Drogave
IASC	Inter-Agency Standing Committee
PAI	Paaftësia Intelektuale
SUB	Përdorimi i Dëmshëm i Alkoholit dhe Drogave
VEV	Vetëvrasja
SA	Stresi Akut
PIK	Plkëllimi
PTSD	Post Traumatic Stress Disorder
PSI	Psikozë
TJE	Ankesa të tjera të rëndësishme për shëndetin mendor
EPI	Epilepsi
CBT	Cognitive Behavioral Therapy
IP T	Group Interpersonal Therapy
TCA	Antideprisivi Triciklik
SSRI	Frenuesi Selektiv i Rikapjes së Serotoninës
EPS	Simptoma Ekstrapiramidale
GAD	Generalized Anxiety Disorder/Çrregullim Ankthi i Përgjithësuar
>>	Shko tek
	Infermiere familje
	Mjek familje

The first part of the paper discusses the importance of the research and the objectives of the study. It then presents a literature review of the existing research on the topic. The second part of the paper describes the methodology used in the study, including the data collection and analysis techniques. The third part of the paper presents the results of the study, and the fourth part discusses the conclusions and implications of the findings.

The study was conducted using a quantitative research design. Data was collected from a sample of 100 participants using a survey questionnaire. The questionnaire was designed to measure the variables of interest in the study. The data was then analyzed using statistical software to determine the relationships between the variables.

The results of the study show that there is a significant positive relationship between the variables of interest. This finding is consistent with the previous research on the topic. The study also found that there are several factors that influence the relationship between the variables. These factors include age, gender, and education level.

The conclusions of the study suggest that the relationship between the variables is not only significant but also has practical implications. The findings can be used to inform policy and practice in the field. Further research is needed to explore the relationship between the variables in more detail.