

UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË

REPUBLIKA E SHQIPËRISË  
UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË  
FAKULTETI I MJEKËSISË

**DISERTACION**

**PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE  
“DOKTOR”**

**ASPEKTET PSIKOLOGJIKE TË PËRBALLJES  
ME INSUFICËNCËN RENALE KRONIKE**

**Kandidati: Rezalda Shehi**

**Udhëheqës Shkencor: Prof. Dr. Anastas Suli**

**TIRANË 2021**

**REPUBLIKA E SHQIPËRISË  
UNIVERSITETI I MJEKËSISË TIRANË**



UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË

**DISERTACION**

*I PARAQITUR NGA*

**Znj. Rezalda Shehi**

**PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE**

**DOKTOR**

**SPECIALITETI: PSIKIATRI**

**TEMA: IMPAKTI I FAKTORËVE PSIKOSOCIAL NË KURSIN E TRAJTIMIT  
TË PACIENTËVE NË HEMODIALIZË**

**MBROHET NË DATË.....PARA JURISË:**

1. Prof. ....KRYETAR
2. Prof. ....ANËTAR (OPONENT)
3. Prof. ....ANËTAR (OPONENT)
4. Prof. ....ANËTAR
5. Prof.....ANËTAR

### **Parathënie**

*Përballja me diagnozën e insuficiencës renale kronike ka një impakt të jashtzakonshëm në jetën e pacientëve. Kjo sëmundje do të prekë gjithë jetën e individit, jo vetëm aspektin që i përket gjendjes fizike por edhe atë emocional, mendor dhe të sjelljes me të tjerët dhe veten. Sëmundja do të parashtrijë disa ndryshime rrënjësore në mënyrën e jetesës, në mënyrën sesi ndihen për veten, kjo gjithashtu do të ndryshojë edhe konceptin e individit mbi përparësitë që kanë në jetë. Riorientimi i qëllimeve do të prekë edhe personat që janë rreth tyre, duke përfshirë partnerët, familjen, miqtë, të afërmit madje edhe kolegët e punës.*

*Shpesh prezenca e këtij komplikacioni klinik sjell shumë probleme psikologjike të cilat duhen adresuar me kujdes nga ana e profesionistëve të ekipit multidisiplinar dhe në veçanti nga ana e profesionistëve të shëndetit mendor. Sëmundjet fizike kronike kërkojnë që pacienti të ndryshojë stilin e tij të jetesës duke krijuar vështirësi në përshtatjen e tij me këtë rutinë të re. Për një pacient të diagnostikuar me insuficiencë renale kronike fillon një fazë e re e mënyrës së të jetuarit, shpesh e bashkëshoqëruar me shumë sakrificë dhe disiplinë, e cila merr shumë energji dhe kërkon angazhim dhe përgjegjshmëri. Por jo të gjithë pacientët do të jenë në gjendje t'i përshtaten rutinës së re, një pjesë e konsiderueshme do të shfaqin simptoma të problemeve të shëndetit mendor, dhe madje për disa mund të bëhet shkak për vuajtje nga probleme të shëndetit mendor. Ndër to, si më dominueset mund të përmendim praninë e simptomave depresive, të ankthit, somatizimit, si format tipike të reagimit të pacientëve të diagnostikuar me insuficiencë renale kronike, si dhe forma të tjera të problemeve të shëndetit mendor si eksperiencat traumatike, vetminë si dhe kompromentimin në funksionimin social. Jo të gjithë individët janë në gjendje të përballen me sëmundjen me kurajo dhe jo të gjithë angazhohen në procesin e gjatë dhe sfidues të kurimit. Një pjesë e pacientëve mund të reagojnë ndaj diagnozës dhe trajtimit edhe në një formë ekstreme e cila shprehet përmes përfshirjes në sjellje që vënë në rrezik jetën e tyre, ose në sjellje që synojnë të vënë në rrezik jetën e të tjerëve. Në këtë klimë aspak komode, roli i psikologut si pjesë e ekipit multidisiplinar merr një rëndësi tepër të vecantë, në drejtim të mbështetjes psiko-emocionale dhe fuqizimit të pacientëve me SRK. Pacientët kanë nevojë të mësojnë sesi të ndërtojnë rutinën e re në funksion të nevojave që ka kjo sëmundje. Njohja dhe të mësuarit me kushtet e reja të kësaj bashkëjetese do ta bëjnë më të lehtë procesin e kurimit, dhe rrisin cilësinë e jetës së pacientit me SRK.*

## **Falenderim**

Falenderoj udhëheqësin tim shkencor për ndihmën në të gjitha etapat e studimit duke më ofruar eksperiencën dhe ekspertizën e tij në fushën e Psikiatrisë.

Falenderim dhe mirënjohje për të gjithë pedagogët dhe kolegët që më kanë ndihmuar dhe përkrahur gjatë punës për të realizuar me sukses këtë projekt shkencor.

Falenderoj familjen time për mbështetjen dhe kurajon.

**Shkurtesa**

SRK	Insuficencë renale kronike
CORE-OM	Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure
HD	Hemodializë
DP	Dializë peritoneale
TV	Transplant i veshkave
MP	Mirëqenie psikologjike
MS	Mirëqenie subjektive
SP	Simptomat psikologjike
PP	Probleme psikologjike
ÇSPT	Çrregullimi i stresit post traumatik
DSM-IV	Manuali Diagnostikues i sëmundjeve të shëndetit mendor - IV
PF	Probleme funksionale
FRr	Faktorë rrisht
FKSV	Fondacioni kombëtarë i sëmundjeve të veshkave
SP	Sulm paniku
MS	Mbështetje sociale
SRK	Semundje Renale Kronike
PA	Presioni Arterial
PAS	Presioni Arterial Sistolik
PAD	Presioni Arterial Diastolik
CVD	Semundje Kardio-Vaskulare
GFR	Filtracionit glomerular

## Përmbledhje

Rezulton se ndikimi i faktorëve psikosocial luan një rol të rëndësishëm në kursin e trajtimit të pacientëve HD.

**Qëllimi** i këtij studimi është vlerësimi i ndërhyrjes psikologjike për të minimizuar efektet e simptomave tek pacientët me insufiçencë renale kronike që i nënshtrohen trajtimit me hemodializë.

**Metodologjia** e përdorur për të realizuar këtë studim është ndërthurje e metodave sasiore dhe cilësore. Një kampion prej 115 pacientësh që trajtohen me hemodializë pranë spitalit “Hygeia”, meshkuj (N=76) apo 66 % dhe femra (N=39) apo 34 % plotësuan pyetësin CORE-OM për të matur katër dimensionet e mirëqenies dhe shëndetit psikologjik para dhe pas ndërhyrjes psikologjike, si dhe u intervistuan 30 individë prej të cilëve (N=14) apo 16.7% ishin familjarë të pacientëve HD, dhe (N=11) apo 36.7 % ishin pacientë që trajtohen me HD, ndërsa (N=14) apo 46.7% ishin pjesë e sftatit mjekësor të repartit të dializës. Moshë mesatare e pacientëve HD ishte 54 vjeç (M=54.9) me një rang që varion nga 28-81 vjeç.

**Rezultatet** evidentojnë ndryshime statistike sinjifikative në lidhje me simptomat psikologjike para dhe pas ndërhyrjes psikologjike. Të dhënat tregojnë një ulje domethënëse të pikëzimit si për shkallën globale ( $p < 0.01$ ) ashtu edhe për nënshkallët (M) Mirëqenia subjektive ( $p = 0.02$ ) (P) Probleme psikologjike Simptoma ( $p = 0.02$ ) (F) Funkcionimi social ( $p = 0.02$ ), (R) Rreziku ndaj vetes dhe të tjerëve ( $p = 0.02$ ). Nuk u identifikua një dallim i rëndësishëm statistikor për shkallën globale dhe nën-shkallët e mirëqenies psikologjike mes meshkujve dhe femrave.

**Përfundimet** nxjerrin në pah rëndësinë që ka ndërhyrja psikologjike tek pacientët që vuajnë nga insufiçenca renale kronike. Impakti i kësaj ndërhyrje ndikon në mënyrë të drejtpërdrejtë në përmirësimin e simptomave të depresionit dhe ankthit, rrit dukshëm aderimin e pacientit në trajtimin mjekësor, por edhe në përmirësimin e cilësisë së jetës së pacientëve HD.

**Fjalë çelës:** *Mirëqenie psikologjike, hemodializë, insufiçencë renale kronike, ndërhyrje psikologjike*

## Abstract

**Introduction:** The findings of this study have shown that the psychological intervention to the symptoms of mental health problems plays a significant role in hemodialysis (HD) patients.

**The purpose** of this study is to evaluate the psychological intervention in order to minimize the effects of psychological symptoms in patients with chronic renal insufficiency who undergo the hemodialysis treatment.

**The methodology** employed to carry out this study is a combination of quantitative and qualitative methods. A sample of 115 patients being treated with hemodialysis at “Hygeia” hospital, from which (N= 76) or 66% were men and (N=39) or 34 % were women, filled out the CORE-OM questionnaire in order to measure the four dimensions of well-being and mental health before and after the psychological intervention. 30 individuals were interviewed, of whom (N=14) or 16.7% were HD patients’ family members, and (N=11) or 36.7% were patients treated with HD, whereas (N=14) or 46.7% were the dialysis unit health staff members. The average HD patient age was 54, (A=54.9) ranging from 28 to 81 years old.

**The outcomes** show statistically significant changes pertaining to psychological symptoms before and after the psychological intervention. The data indicate a significant decrease of the score both at the global scale ( $s < 0.01$ ) and sub-scales: Subjective well-being (W) ( $s = 0.02$ ), Psychological problems/Symptoms (P) ( $s = 0.02$ ), Social functioning (F) ( $s = 0.02$ ), Danger to self and others (D) ( $s = 0.02$ ). The study did not indicate a significant statistical difference at the global scale and the psychological well-being scale between men and women.

**The conclusions** highlight the importance of psychological intervention for patients suffering from chronic renal insufficiency. This intervention directly impacts the amelioration of depression and anxiety symptoms, notably increases patients’ adherence to medical treatment, as well as improves HD patients’ quality of life.

**Key terms:** *Psychological well-being, hemodialysis, chronic renal insufficiency, depression, anxiety, psychological intervention*

## Përmbajtja

<i>Parathënie</i> .....	iii
Falenderim .....	iv
Shkurtesa.....	v
KAPITULLI 1 - HYRJE.....	xii
1.1 Operacionalizimi i termave .....	xii
1.2 Konteksi i studimit .....	xvii
1.2.1 Metodologjia dhe mjetet e zgjedhura .....	xviii
1.3 Struktura e tezës .....	xix
1.4 Qëllimi i studimit dhe pyetjet kërkimore .....	xx
1.5 Përmbledhje.....	xx
KAPITULLI 2 - SHQYRTIMI I LITERATURËS .....	xxii
2.1 Hyrje.....	xxii
2.2 - Insuficenca renale kronike .....	xxiii
2.2.1 - Hemodializa .....	xxv
2.3- Modelet e sjelljes shëndetësore.....	xxvii
2.3.1- Modeli i besimit shëndetësor.....	xxvii
2.3.2- Teoria e krahasimit social .....	xxviii
2.3.3- Teoria e motivimit mbrojtës .....	xxviii
2.3.4- Modeli i vetërregullimit të Leventhal.....	xxix
2.3.5 - Teoria e sjelljes së planifikuar.....	xxix
2.3.6- Stresi si pafuqi e mësuar.....	xxx
2.4 - Strategjitë përballuese .....	xxxii
2.5- Burimet e përballimit si moderator i marrëdhënies stres-shëndet .....	xxxii
2.5.1 - Burimet e jashtme të përballimit .....	xxxii
2.4.3- Burimet e brendshme të përballimit .....	xxxii
2.6 - Aderenca tek sëmundjet kronike.....	xxxiii
2.6.1 Prevalenca e mungesës së aderimit tek pacientët në HD.....	xxxiii
2.7- Ndikimi i faktorëve psikologjik tek pacientët me insuficencë renale kronike..	xxxiv
2.7.1. Depresioni.....	xxxiv
2.7.2 - <i>Ankthi dhe përvojat traumatike</i> .....	xxxvi
2.7.3- Personaliteti dhe mosha.....	xxxviii
2.7.4- Mbështetja sociale .....	xxxix
2.7.5- Agresiviteti dhe zemërimi .....	xl
2.8 Studimet mbi ndikimin e faktorëve psikologjikë në kursin e trajtimit të pacientëve me HD .....	xlii
2.9. Përfundime për rishikimin e literaturës .....	xlviii
shtim i oreksit, lodhje dhe ndryshime në fushën konjitive. ....	xlviii
KAPITULLI III- METODOLOGJIA .....	50
3-Hyrje .....	50
3.1 Qëllimi.....	50
Studimi synon të eksplorojë praninë e simptomave psikologjike tek pacientët që vuajnë nga insuficenca renale kronike, të cilët trajtohen në hemodializë, si dhe të vlerësojë ndryshimet në shfaqjen e simptomava para dhe pas ndërhyrjes psikologjike. ....	50
3.1.1 Objektivat e studimit .....	50



1. Vlerësimi i statusit të përgjithshëm mendor tek pacientët me SRK pranë spitalit “Hygea” para dhe pas ndërhyrjes psikologjike.....	50
2. Vlerësimin e problemeve psikologjike të pranishme tek pacientët sipas vetëraportimit nga vetë pacientët, stafi dhe familjarët.....	50
3.1.2 Pyetjet kërkimore.....	51
3.1.3 Hipotezat e studimit.....	52
3.1.5 Procedurat.....	52
3.2 Kampioni.....	53
3.2.1 Kriteret e përfshirjes dhe përjashtimit në studim.....	56
3.3 Mbledhja e të dhënave.....	57
3.3.1-Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM)	57
3.3.2- Intervista gjysëm e strukturuar.....	58
3.4- Analiza e të dhënave.....	58
3.5. Çështjet etike.....	59
KAPITULLI IV- REZULTATET E STUDIMIT.....	60
KAPITULLI V- DISKUTIME.....	90
KAPITULLI VI- PËRFUNDIME DHE REKOMANDIME.....	101
BIBLIOGRAFIA.....	104
SHTOJCA.....	119

**Lista e tabelave**

Tabela 3. 1 Statistikat përshkruese të karakteristikave të përgjithshme të pacientëve në HD (N=115) ..... 54

Tabela 3. 2 Statistikat përshkruese të karakteristikave të përgjithshme të pacientëve në HD..... 55

Tabela 3. 3 Dimensionet dhe rrezja e pikëve për secilen nënshkallë të CORE-OM ..... 58

Tabela 4. 1 Mesatarja mbi mirëqenien/ shëndetin psikologjik për totalin e pohimeve të CORE-OM tek pacientët në HD, para ndërhyrjes psikologjike (N=115)..... 62

Tabela 4. 2 Mesatarja mbi mirëqenien/ shëndetin psikologjik për totalin e pohimeve të CORE-OM tek pacientët në HD, pas ndërhyrjes psikologjike (N=115) ..... 66

Tabela 4. 3 Mesatarja e nënshkallëve të shëndetit psikologjik para dhe pas ndërhyrjes psikologjike (N=115) ..... 68

Tabela 4. 4 Dallimet për nënshkallët e mirëqenies/shëndetit psikologjik pas ndërhyrjes psikologjike sipas gjinisë (N=115) ..... 79

Tabela 4. 5 Korrelacionale mes moshës dhe mirëqenies/shëndet psikologjik të pacientëve në HD (N=115) ..... 80

Tabela 4. 6 Korrelimi mes nivelit arsimorë dhe mirëqenies /shëndetit psikologjik të pacientëve në HD (N-115) ..... 80

Tabela 4. 7 Korrelimi mes viteve në hemodializë dhe mirëqenies /shëndetit psikologjik të pacientëve në HD (N-115) ..... 81

Tabela 4. 8 Korrelimi mes të ardhurave dhe mirëqenies /shëndetit psikologjik të pacientëve në HD (N-115) ..... 82

Tabela 4. 9 Korrelograma e nënshkallëve dhe shkallës globale të mirëqenies/ shëndetit psikologjik të pacientëve HD (N=115) ..... 86

Tabela 4. 10 Të dhënat mbi perceptimin e përjetimit të simptomave për problemve të shëndetit mendor (N=30) ..... 88

Tabela 4. 11 Përceptimet e subjekteve mbi përjetimin e problemve të shëndetit mendor sipas grupmoshës. (N=30) ..... 89

Tabela 4. 12 Perceptimi i pjesmarrësve mbi rolin e HD në shfaqjen simptomave të shëndetit mendor tek pacientët me SRK (N=30) ..... 89

## Lista e figurave

Figura 4. 1 Dallimet gjinore për shkallën globale të mirëqenies/shëndetit psikologjik para ndërhyrjes psikologjike (N=115) .....	69
Figura 4. 2 Dallimet sipas grupmoshës për shkallën globale të mirëqenies/ shëndetit psikologjik para ndërhyrjes psikologjike (N=115) .....	70
Figura 4. 3 Dallimet për shkallën globale të mirëqenies/shëndetit psikologjik sipas nivelit arsimor para ndërhyrjes psikologjike (N=115) .....	70
Figura 4. 4 Dallimet për shkallën globale të mirëqenies/ shëndetit psikologjik sipas nivelit të të ardhurave para ndërhyrjes psikologjike (N=115) .....	71
Figura 4. 5 Dallimet për shkallën globale të mirëqenies/ shëndetit psikologjik sipas statusit civil para ndërhyrjes psikologjike (N=115).....	72
Figura 4. 6 Dallimet për shkallën globale të mirëqenies/ shëndetit psikologjik sipas viteve në hemodializë para ndërhyrjes psikologjike (N=115).....	73
Figura 4. 7 Dallimet për nënshkallën e mirëqenies sipas pikëzimit për çdo pohim pas ndërhyrjes psikologjike (N=115) .....	74
Figura 4. 8 Dallimet për nënshkallën e simptomave/problemeve psikologjike sipas pikëzimit për çdo pohim pas ndërhyrjes psikologjike (N=115).....	75
Figura 4. 9 Dallimet për nënshkallën e funksionimit social sipas pikëzimit për çdo pohim pas ndërhyrjes psikologjike (N=115).....	76
Figura 4. 10 Dallimet për nënshkallën e rrezikut sipas pikëzimit për çdo pohim pas ndërhyrjes psikologjike (N=115) .....	77
Figura 4. 11 Dallimet për nënshkallët sipas pikëzimit të vlerave mesatare pas ndërhyrjes psikologjike (N=115) .....	78
Figura 4. 12 Matrix plot i korrelacionit të nënshkallëve dhe shkallës globale .....	87

## **KAPITULLI 1 - HYRJE**

Puna disa vjeçare pranë repartit të hemodializës në spitalin Hygeia të përball me pacientë të ndryshëm të cilët janë të diagnostikuar me insufiçencë renale kronike (SRK) dhe marrin terapinë e tyre pranë këtij institucioni. Vështirësitë e hasura përgjatë kësaj eksperience klinike më kanë motivuar dhe nxitur për të hulumtuar më shumë në drejtim të faktorëve që lidhen me mirëqenien psikologjike, prishjes së ekuilibrave të brendshëm individual të cilët duket se vihen në rrezik si rezultat i diagnozës klinike dhe ndryshimit të stilit të jetësës së këtyre pacientëve, kanë ndikimin e tyre në prognozën klinike të rasteve. Kam mësuar shumë rreth tyre dhe jam përfshirë profesionalisht në të kuptuarit e kontekstit të pacientëve dhe impaktit të jashtëzakonshëm që kjo sëmundje kronike ka në jetën e tyre. Roli i mbështetjes psiko-emocional është shumë i rëndësishëm në mirëmenaxhimin e kësaj sëmundje. Një pjesë e pacientëve mund të reagojnë ndaj diagnozës dhe trajtimit edhe në një formë ekstreme e cila shprehet përmes përfshirjes në sjellje që vënë në rrezik jetën e tyre, ose në sjellje që synojnë të vënë në rrezik jetën e të tjerëve. Në këtë klimë aspak komode, roli i psikologut si pjesë e ekipit multidisiplinor merr një rëndësi tepër të veçantë, në drejtim të mbështetjes psiko-emocionale dhe fuqizimit të pacientëve me SRK. Pacientët kanë nevojë të mësojnë sesi të ndërtojnë rutinën e tyre të re në funksion të nevojave që ka kjo sëmundje. Njohja dhe të mësuarit me kushtet e reja të kësaj bashkëjetese do ta bëjnë më të lehtë procesin e kurimit, dhe risin cilësinë e jetës së pacientit me SRK.

Por cilat janë efektet psikologjike tek pacientët e diagnostikuar me SRK dhe a mund të lehtësohet prognoza e sëmundjes nga ndërhyrja psikologjike?

Këto janë disa aspekte të cilat kanë nxitur ndërmarrjen e këtij studimi, i cili synon të eksplorojë disa nga aspektet më të rëndësishme të problemeve psikologjike dhe të ndërhyrje përmes këshillimit psikologjik për lehtësim apo zbehje të simptomave tek pacientët në HD. Duke iu referuar këtyre aspekteve sigurisht do ta kemi më të lehtë të krijojmë një panoramë holistike mbi shëndetin psikologjik të pacientit. Suksesi i terapisë ndikohet fuqishëm nga çështjet që lidhen me besimin dhe shpresën e klientit në lidhje me procesin e kurimit. Këto dy elementë do t'i orientojnë ata drejt një vëmendje dhe angazhimi maksimal në drejtim të ndjekjes me rigorozitet të udhëzimeve të mjekut kurues. Perceptimi i pacientëve mbi mirëqenien subjektive ndihmon angazhimin e klientit në respektimin e udhëzimeve të mjekut. Kjo sekuencë e ndryshimeve fazore vazhdon me përmirësimin e simptomave duke u shtrirë në një sferë më të gjerë duke prekur cilësinë e jetës së individit dhe aspektet e funksionimit jetësor të tij.

### **1.1 Operacionalizimi i termave**

Përgjatë kësaj teze doktorature do të hasemi me një numër konceptesh dhe përkufizimesh të termave kryesorë. Këto terma mund të nënkuptojnë përkufizime të shumëllojshme, ku mbështetur në teori dhe studime të ndryshme, shpesh nuk janë në koherencë me njëra-tjetrën. Për të na dhënë mundësinë e një qëndrueshmërie të brendshme dhe qartësie më të madhe termat kyç do të përkufizohen.

### ***Insufiçencë renale kronike (SRK)***

Insufiçencë renale kronike i referohet një dëmtimi kronik dhe progresiv të funksionit të veshkave. Ky dëmtim zhvillohet në mënyrë të ngadaltë dhe të fshehtë, çka fatkeqësisht bën që shpesh të sëmurët të diagnostikohen në një stad të përparuar të sëmundjes. Stadet e SRK janë 5, të ndara në varësi të filtracionit glomerular ose GFR e cila llogaritet nga mjeku në varësi të moshës së pacientit, peshës, dhe nivelit të kreatininës në gjak. Ndjekja dhe trajtimi që në stadet e para të sëmundjes ka një rëndësi të veçantë pasi mund të parandalojë ose të ngadalësojë progresin e SRK-së në degradim në stadin e pestë insufiçencën renale kronike, stad në të cilin fillimi i dializës është i nevojshëm.

Tre format kryesore për të trajtuar insufiçencën renale kronike ose siç mund të quajmë ndryshe mosfunksionimin e veshkave.

***Hemodializa (HD)*** është pastrimi i toksinave të gjakut (të prodhuara nga organizmi) dhe eliminimi i ujit përmes një filtri (veshkë artificiale).

***Dializa peritoneale (DP)*** i referohet pastrimit të toksinave dhe eliminimit të ujit nga peritoneumi (membrana që përshkruan abdomenin).

***Transplanti*** ka të bëjë me graftin e veshkës, një procedurë kirurgjikale e vendosjes së veshkës nga një dhurues i shëndetshëm tek një person me humbje të plotë të funksionit të veshkës.

### ***Mirëqënia psikologjike (MP) mirëqënia subjektive (MS)***

Mirëqënia konsiderohet si një gjendje lumturie dhe kënaqësia, bashkëshoqëruar kjo me prezencën e niveleve të ulta të shqetësimeve dhe me një gjendje të përgjithshme të shëndetit fizik dhe mendor të mirë, dhe një prespektivë pozitive të cilësisë së jetës[1]. Mirëqënie psikologjike [2] i referohet niveleve ndër dhe intrapersonale të funksionimit pozitiv që mund të përfshij lidhjen e ngushtë të një personi me të tjerët dhe qëndrimet e brendëshme që kanë të bëjnë me ndjenjën e zotërimit dhe rritjes personale. Mirëqënia subjektive pasqyron dimensionet e gjykimeve afektive të kënaqësisë nga jeta, [2] gjendjen e të ndjerit rehat, të shëndetshëm ose të lumtur [1].

### ***Simptomat (SP) problemet psikologjike(PP)***

Një karakteristikë fizike ose mendore e cila konsiderohet tregues i një gjendje shëndetësore fizike ose mendore, veçanërisht nëse një karakteristikë e tillë që është e dukshme për pacientët [1]. Formimi i simptomave sipas teorisë psikoanalitike, konsiderohet zhvillimi i një shfaqjeje somatike ose të sjelljes së një impulsi ose konflikti të pavetëdijshëm që provokon ankthin. Quhet edhe formim zëvendësues procesi me të cilin zhvillohen indikacionet e patologjisë fizike ose psikologjike [1]. Duke iu referuar simptomave tipike që lidhen me problemet psikologjike të cilat mund të evidentohet tek pacientët të cilët vuajnë nga SRK-e paraqiten më poshtë përmes një operacionalizimi sipas terminologjisë së fushës klinike nga Shoqata Amerikane e Psikologëve (SHAP ose APA) [3].

### **Ankthi**

Ankthi është një reagim fiziologjik, mendor, sjellor dhe emocional kur përballemi me situata të ndryshme jetësore stresuese, të reja, të frikshme, të panjohura apo kërcënuese. Shoqërohet me ndjenja shqetësimi ose simptoma fizike të tensionit, që nxiten nga faktorë të brendshëm (individual) dhe të jashtëm (mjedisit). Çrregullimet e ankthi [3] i referohen një grupi çrregullimesh që kanë si temë qendrore të mënyrës së organizimit të tyre, gjendjen emocionale të frikës, shqetësimit dhe mërzisë së tepruar ose jorealit mbi rrethanat e shumta jetësore. Ankthi dhe shqetësimi në thelb i detyrohen një gjendje të orientuar drejt së ardhmes, ku individi parashikon se diçka e rrezikshme dhe stresuese do të ndodh, diçka të cilën ai nuk do jetë në gjendje ta kontrollojë. Kjo kategori përfshin, për shembull, çrregullim paniku, fobi të ndryshme (p.sh., fobi specifike, fobi sociale) dhe çrregullim ankthi të përgjithësuar. Çrregullimet e ankthit kanë një kurs kronik, megjithëse depistimi i hershëm dhe zvogëlimi në intensitet lehtësojnë simptomat, ato mbeten ndër problemet më të zakonshme të shëndetit mendor. Ato gjithashtu mund të ndodhin si rezultat i efekteve fiziologjike të një gjendje mjekësore, të tilla si çrregullime endokrine (p.sh. hipertiroidizmi), çrregullime të frymëmarrjes (p.sh. sëmundje pulmonare obstruktive kronike), çrregullime kardiovaskulare (p.sh., aritmi), çrregullime metabolike (p.sh. mungesa e vitaminës B12), dhe çrregullimet neurologjike (p.sh., sëmundja e Parkinsonit). Çrregullimi obsesiv-kompulsiv dhe çrregullimi i stresit post-traumatik konsideroheshin tradicionalisht çrregullime ankthi; sidoqoftë, ato konsiderohen tani gjithnjë e më shumë, si në DSM-5-en si njësi të ndara [3].

### **Depresioni**

Humori është një element i cili ndryshon shpesh, por, për të përcaktuar nëse ai është patologjik ai duhet të plotësojë disa kritere:

1. Këto ndryshime janë intensive dhe me kohëzgjatje në kohë.
2. Shoqërohen me ndryshime fizike si oreksi, marrëdhëniet seksuale dhe gjumi.
3. Dëmtojnë aftësitë e personit në përmbushjen e roleve të ndryshme sociale si punë, shkollë dhe familje.
4. Dëmtojnë perceptimin dhe interpretimin e realitetit të personit.
5. Shoqërohen me mendime, plane ose orvatje për vetëvrasje.

Depresioni është një gjendje negative afektive, duke filluar nga mungesa e lumturisë dhe pakënaqësia deri tek një ndjenjë ekstreme e trishtimit, pesimizmit dhe dëshpërimit, që ndërhyt në jetën e përditshme. Disa ndryshime fizike, njohëse dhe sociale gjithashtu kanë tendencë të ndodhin, duke përfshirë zakone të ndryshuara të ngrënies ose gjumit, mungesë energjie ose motivimi, vështirësi në përqendrimin ose marrjen e vendimeve dhe tërheqjen nga aktivitetet sociale. Është simptomatikë e një numri të çrregullimeve të shëndetit mendor. Në psikiatri dhe psikologji, pjesë e çrregullimeve depressive [3].

### **Trauma**

Trauma i referohet ngjarjeve ose rrethanave që janë përjetuar si të dëmshme ose të rrezikshme për jetën dhe që kanë ndikime të qëndrueshme në mirëqenien mendore, fizike, emocionale dheçose sociale [4]. Eksperiencat traumatike konsiderohen përvojat shqetësuese që rezultojnë në frikë të ndjeshme, pafuqi, shkëputje, konfuzion ose ndjenja të tjera shqetësuese mjaftueshëm intensive sa të ketë një efekt negativ të zgjatur në qëndrimet, sjelljet dhe aspektet e tjera të funksionimit të një personi. Ngjarjet traumatike

përfshijnë ato të shkaktuara nga sjellja njerëzore (p.sh. përdhunimi, lufta, aksidentet industriale), si dhe nga natyra (p.sh. tërmetet) dhe shpesh sfidojnë pamjen e një individi mbi botën si një vend i drejtë, i sigurt dhe i parashikueshëm ose ndonjë dëmtim i rëndë fizik, siç është një sëmundje e rëndë e pashërueshme, sëmundje kronike me simptomatologji të agravuar. Ato mund të çojnë në zhvillimin e çrregullimit të stresit post-traumatik (ÇSPT) tek disa persona. Sipas DSM-IV-TR, ÇSPT është një çrregullim që mund të rezultojë kur një individ përjeton ose dëshmon një ngjarje në të cilën ai ose ajo beson se ekziston një kërcënim për jetën ose integritetin fizik dhe sigurinë dhe përjeton frikë, terror ose pafuqi. Simptomat karakterizohen nga (a) rikujtimi i traumës në kujtime të dhimbshme, flash back, ëndrra të përsëritura ose makthe; (b) shmangia e veprimtarive ose vendeve që kujtojnë ngjarjen traumatike, si dhe reagimi i zvogëluar (anestezia emocionale ose mpirja), me mosinteresim në aktivitete të rëndësishme dhe me ndjenja shkëputjeje dhe largimi nga të tjerët; dhe (c) reagime kronike fiziologjike, që çon në simptoma të tilla si një reagim i ekzagjeruar i befasisë, gjumë i shqetësuar, vështirësi në përqendrimin ose ndjenja turpi dhe faji në lidhje me trauma. Nënlojet janë çrregullim kronik i stresit post-traumatik dhe çrregullimi i stresit post-traumatik. Kur simptomat nuk zgjasin më shumë se 4 javë, në vend të kësaj jepet një diagnozë e çrregullimit akut të stresit. Ndryshimet në kriteret e ÇSPT nga DSM-IV-TR në DSM-5 përfshijnë si më poshtë: Ekspozimi ndaj ngjarjes traumatike mund të jetë i dorës së dytë, nëse ngjarja i ndodh një të dashuri ose nëse ka ekspozim të përsëritur ndaj detajeve aversive (p.sh., si me përgjigësit e parë pas një katastrofe); kriteri subjektiv që kërkon që personi të ndiejë frikë, terror ose pafuqi është eliminuar; Klasat e simptomave janë kategorizuar, me simptoma shtesë; dhe kriteret të veçanta janë zhvilluar për fëmijët e moshës 6 vjeç ose më të rinj.

### ***Problemet funksionale (PF)***

Në psikologji dhe psikiatri, problemet funksionale i referohen një grupi çrregullimesh që konsiderohen në mënyrë jo të duhur si ekuivalente me çrregullimet psikogjenike. Çrregullimi psikogjen është çdo çrregullim që nuk mund të justifikohet nga ndonjë mosfunksionim organik i identifikueshëm dhe që besohet të jetë për shkak të faktorëve psikologjikë, të tilla si konflikti emocional ose stresi.

### ***Faktor rrisku***

Faktor risku (FRR) një sjellje e përcaktuar qartë ose vazhdueshme (p.sh., gjenetike), psikologjike, mjedisore ose karakteristike tjetër që shoqërohet me një mundësi ose mundësi të rritur që një sëmundje ose çrregullim do të zhvillohet më pas në një individ. Rreziku ndaj vetes dhe të tjerëve. probabiliteti ose gjasat që do të ndodhë një ngjarje negative, siç është rreziku që do të zhvillohet një sëmundje ose çrregullim [3] probabiliteti për të përjetuar humbje ose dëm që është i lidhur me një veprim ose sjellje.

### ***Problem fizik***

Problemet fizike (PF) i referohen një vlerësim të trupit dhe funksioneve specifike të tij, përgjithësisht nga një mjek ose profesionist tjetër i kujdesit shëndetësor, duke përdorur inspektimin, palpimin, goditjen dhe auskultacionin. Ai gjithashtu shpesh përfshin teste laboratorike dhe forma të tjera të kontrollit për anomalitë e ndryshme fiziologjike, keqfunksionimet dhe sëmundjet.

### ***Nervozizmi***

Nervozizmi është një gjendje tensioni dhe përjetimi emocional me tonalitete të larta që karakterizohet nga dridhje, ndjenja shqetësimi ose shenja të tjera ankthi ose frike.

### ***Sulm paniku***

Sulm paniku (SP) konsiderohet një shfaqje e papritur e shqetësimit dhe përjetimi i emocionit të frikës intensive në mungesë të rrezikut aktual, i shoqëruar nga prania e simptomave të tilla fizike si palpitacionet e zemrës, vështirësi në frymëmarrje, dhimbje në gjoks ose siklet, djersitje dhe marrje mendësh. Sulmi ndodh në një periudhë të veçantë kohore dhe shpesh përfshin frikën se mos çmendesh, humbjes së kontrollit ose vdekjes. Sulmet mund të ndodhin në kontekstin e ndonjë prej çrregullimeve të ankthit, si dhe në çrregullime të tjera të shëndetit mendor (p.sh., çrregullime të humorit, çrregullime të lidhura me substancat) dhe në disa gjendje të përgjithshme mjekësore (p.sh., hipertiroidizmi).

### ***Terror***

Ndenja e terrorit mund të përkufizohet si një ndjenë e fortë frike e cila konsiderohet nga personi si dërrmuese.

### ***Zemërimi***

Zemërimi është një gjendje emocionale negative, e cila përgjithësisht shoqërohet nga reagime fiziologjike dhe mendime antagonistë të drejtuara ndaj një personi ose objekti të perceptuar si shkak i një ndodhie të pakëndëshme.

### ***Agresiviteti***

Agresiviteti konsiderohet si një sjellje që synon të dëmtojë të tjerët fizikisht ose psikologjikisht. Mund të dallohet nga zemërimi pasi ky i fundit është i orientuar në tejkalimin e objektivit, por jo domosdoshmërisht përmes dëmtimit ose shkatërrimit. Kur një sjellje e tillë kryhet qëllimisht me synimin kryesor të dëmtimit ose shkatërrimit me dashje, ajo cilësohet si agresion armiqësor. Llojet e tjera të agresionit të cilat mund të shtyhen nga qëllime më pak të dëmshme mund të jenë të motivuar në mënyrë instrumentale (proaktive) ose të motivuara nga tjetri (reagues). Agresioni instrumental përfshin një veprim të kryer kryesisht për të arritur një qëllim tjetër. Agresioni afektiv përfshin një përgjigje emocionale që ka tendencë të drejtohet drejt burimit të perceptuar si shqetësues, por mund të zhvendoset te njerëzit ose objektet e tjera nëse objekti shqetësues nuk mund të sulmohet. Në teorinë klasike psikoanalitike të Sigmund Freud, impulsi agresiv është i lindur dhe rrjedh nga instinkti i vdekjes, por shumë psikanalistë jo frojdianë dhe shumica e psikologëve të orientuar nga rryma të tjera të psikologjisë e shohin atë si të mësuar nga shoqëria ose si një reagim ndaj zhgënjimit. Agresioni midis specieve jo njerëzore gjithashtu përfshin format e reagimit ose sulmit të drejtpërdrejtë fizik nga njëri individ tek tjetri ose kërcënimin e një sulmi të tillë. Me kalimin e viteve, studiues të ndryshëm kanë identifikuar lloje të ndryshme të agresionit të kafshëve bazuar në konsiderata të tilla si anëtarët e përfshirë (p.sh., introspecifik ose ndërpecifik), qëllimin e dukshëm (p.sh., fyes ose mbrojtës), ose stimujt që i nxisin ato. Një nga skemat më të



ndikuara të klasifikimit ka qenë ajo e propozuar në vitin 1968 nga psikologu fiziolog, amerikani Kenneth Evan Moyer (1919-2006). Ai përshkruan agresionin grabitqar për të përfituar ushqim dhe agresionin antipredator të frikësuar, agresionin territorial për të zmbropsur ndërhyret nga të huaj në territorin tënd, agresion të shkaktuar nga frika, agresion të zemërimit në përgjigje të dhimbjes ose privimit të një objekti të kërkuar për mbijetesë, agresion seksual për të siguruar partner seksual, agresionin e nënës për të mbrojtur pasardhësit e rinj [3].

### **Mbështetja sociale**

Përkufizimi i mbështetje sociale (MS) lidhet me ofrimin e ndihmës ose rehatisë për të tjerët, zakonisht për t'i ndihmuar ata të përballen me stresorët biologjikë, psikologjikë dhe socialë. Mbështetja mund të lindë nga çdo marrëdhënie ndërnjerëzore në rrjetin social të një individi, duke përfshirë anëtarët e familjes, miqtë, fqinjët, institucionet fetare, kolegët, kujdestarët ose grupet mbështetëse. Mund të marrë formën e ndihmës praktike (p.sh., interesimi për shëndetin, ofrimi i këshillave), mbështetje e prekshme që përfshin dhënien e parave ose ndihmës tjetër të drejtpërdrejtë materiale, dhe mbështetja emocionale që lejon individin të ndjehet i vlerësuar, i pranuar dhe i kuptuar.

### **1.2 Konteksi i studimit**

Hemodializa është një shërbim mjekësorë i cili ofrohet falas për të gjithë pacientët me insuficencë renale kronike të gradës së 5. Aktualisht në Shqipëri janë rreth 1.300 pacientë që marrin këtë shërbim në 14 qendra hemodialize të shpërndara në 10 qytete. Shteti Shqiptar paguan nga 11.000-12.000 lekë (të reja) vetëm për seancën e dializës, dhe një pacient e merr këtë shërbim nga 150-160 herë në vit. Në këtë çmim përfshihen trajtimi, analizat, medikamentet si dhe ushqimi për pacientët. Shteti u paguan gjithashtu pacientëve transportin në varësi të largësisë nga banesa ose ua ofron falas në disa rrethe. Shteti u rimbursion një gamë të konsiderueshme medikamentesh të cilat janë të domosdoshme për këtë kategori pacientësh. Sipas kategorive të invaliditetit në punë, një pjesë e pacientëve të hemodializës përfitojnë nga shteti pagesë të ndihmës sociale (KEMP).

Departamenti i Nefrologjisë pranë spitalit Hygeia është themeluar në vitin 2007. Ai merret me diagnostikimin dhe trajtimin e sëmundjeve që prekin veshkat. Numri i ekipit multidisiplinar që shërben në këtë departament dhe diapazoni i shërbimeve ka ardhur gradualisht në rritje. Aktualisht fokusi i Departamentit janë sëmundjet renale kronike të cilat trajtohet me terapi renale zëvendësuese (hemodializë, dializë peritoneale, transplant renal). Ky departament është një strukturë e specializuar në ofrimin e shërbimeve për pacientët që vuajnë nga problemet e veshkave, hipertensionit me origjinë renale ose infeksioneve të aparatit urinar si trasplanti i veshkave dhe hemodializa. Gjithashtu si pjesë integrale e ekipeve multidisiplinare që merren me kurimin e pacientëve me insuficencë renale kronike (SRK), janë edhe psikologët duke filluar nga vitit 2013.

Pacientët e shtruar në këtë repart paraqesin problematika të cilat klasifikohen sipas gravitetit të tyre në 5 nivele. Kanë marrë pjesë në këtë studim të gjithë ato pacientë që janë diagnostikuar me insuficencë renale kronike, i përkasin nivelit të pestë dhe trajtohen me hemodializë.

**Tabela 1. Nivelet e gravitetit të simptomave tek pacientëve që trajtohen për insuficencë renale**

Stadi 1	Veshka të dëmtuara me GFR normal ose të lartë
Stadi 2	Veshka të dëmtuara me ulje të lehtë të GFR
Stadi 3	Ulje e moderuar e GFR
Stadi 4	Ulje e avancuar e GFR
Stadi 5	Pamjaftueshmëri e veshkave (Insuficencë)

Aktualisht në këto departamente marrin terapinë 175 pacientë nga i gjithë vendi. Terapia ka rezultuar e sukseshme për 350 pacientë që janë trajtuar pranë repartit të nefrologjisë në spitalin Hygea nga viti 2012 deri në 2019. Vdekshmëria përgjatë këtyre viteve ka rezultuar në 17.5 % të rasteve. Numri i shtretërve që kanë në dispozicion këto departamente janë 33. Pjesamrrësit e rekrutuar për këtë studim janë 115 pacientë që kanë marrë trajtim në repartin e hemodializës në spitalin Hygea, gjatë periudhës mars 2019 – nëntor 2019.

Në mbështetje dhe me miratimin e etikës në këtë kërkim nga struktura Komisionit të Etikës të Deontologjisë pranë spitalit Hygea filloi mbledhja e të dhënave për 115 pacientët, përmes administimit të pyetësorit CORE-OM dhe intervistave me 30 pjesëmarrës (familjarë, pacient dhe pjestarë të stafit). Detaje të hollësishme mbi rekrutimin e subjekteve dhe procesin e miratimit të informuar nga bordi i etikës janë paraqitur në të detajuar në Kapitullin 3 të Metodologjisë së kërkimit. Ky repart shpesh përballet me nivele të larta stresi nga pacientët që trajtohen, dhe shpesh përveç stresit dhe një sër problemesh psikologjike rrisin rrezikun e ndërhyrjen në kushtet e terapisë dhe në përkeqësimin e sëmundjes, duke minuar kursin e sukseshëm të trajtimit. Ajo çfarë mbetet më shqetësuese është fakti i rritjes së sjelljeve agresive dhe zemëimit të cilat shpesh mund ti çojnë pacientët në shfaqjen e sjelljeve dëmtuese ndaj vetes dhe të tjerëve përgjatë trajektorës kritike të sëmundjes [5]. Fitimi i një të kuptuari më të plotë mbi efekteve psikologjike dhe eksplorimi i këtyre ekspereincave, mundet që të na ndihmojë në të ardhmen të ndërtojmë strategji të cilat na orientojnë të zbusim si simptomat fiziologjike, kognitive dhe psikologjike të pacientëve në hemodializë.

### **1.2.1 Metodologjia dhe mjetet e zgjedhura**

Përmes metodologjisë sasiore dhe cilësore bazuar në vlersimin e simptomave psikologjike të përjetuara nga pacientët me SRK para dhe pas ndërhyrjes psikologjike, synohet të mblidhen të dhëna për këtë studim kërkimor. Ky proces kërkon një punë në rishikimin sistematik të literaturës mbi çështjet në fjalë. Gjithashtu vlersimin e kujdeshëm të instrumentave që do të na lejojnë të mbledhim të dhëna të rëndësishme mbi kampionin, përcaktimin e kriterëve për subjektet e përfshira në studim dhe të atyre përjashtuese. Mbledhja e të dhënave dhe përzgjedhja e metodave të përshtatshme për të gjeneruar rezultatet janë pjesë e këtij procesi kërkimorë.

### 1.3 Struktura e tezës

Për të dhënë një orientim mbi përmbajtjen e secilit kapitull do të japim një përmbledhje mbi çështjet dhe nënçështjet që trajtojnë, me qëllim që të orientohen lexuesit.

#### *Rishikimi i literaturës*

Kapitulli i dytë i rishikimit të literaturës është i ndarë në dy pjesë.

Pjesa e parë ka si qëllim të jap një informacion të përgjithshëm për sëmundjen dhe teoritë kryesore mbi shëndetin fizik dhe ndikimin e faktorëve psikologjik mbi prognozën dhe evoluimin e saj në të ardhmen. Paraqitja e një panorame që shpjegon mënyrat në të cilat bashkëveprojnë variablat psikologjikë me predispozita biologjike të sëmundjes, kushtet e mjedisit dhe faktorët social siç është statusi social-ekonomik. Këto argumenta mbështeten në disa teori të sjelljes shëndetësore.

Pjesa e dytë fokusohet tek studimet që hulumtojnë ndërlidhjen midis SRK dhe faktorët psikologjike të evidentuara tek pacientët, ndërhyrjet që kanë rezultuar të suksesshme në reduktimin e simptomave psikologjike. Studimet nxjerrin në pah ndikimin e faktorëve psikologjik mbi prognozën e sëmundjes. Ku ndër më tipikët janë ankthi, depresioni, funksionimi social dhe rreziku ndaj vetes dhe të tjerëve.

#### *Metodologjia*

Kapitulli i tretë ofron një parashtrim të detajuar që justifikon metodologjinë sasiore dhe cilësore për të gjeneruar të dhëna domethënëse nga ana statistikore të cilat japin evidenca mbi vërtetimin e pyetjeve kërkimore dhe hipotezave të studimit. Gjithashtu përfshihet edhe filozofia e bazës teorike mbi të cilën është mbështetur struktura e intervistave.

#### *Metoda*

Në këtë kapitull paraqitet një protokoll i detajuar i mënyrës sesi është realizuar studimi. Ai fokusohet tek instrumenti i përdorur dhe metoda e mbledhjes së të dhënave. Jep një informacion të detajuar mbi instrumentin e përdorur, pyetjet për secilin dimension dhe gjenerimin e rezultateve. Gjithashtu një analizë e hollësishme e intervistës së realizuar duke u bazuar tek teoria, paraqitet tek kjo pjesë e studimit. Përzgjedhja e kampionit duke paraqitur të dhëna të detajuar mbi aspektin demografik, si dhe kriteret e përfshirjes dhe të përjashtimit për të marrë pjesë në kërkim. Procesi i miratimit të informuar dhe etikës në kërkim me pjesmarrës njerëz u miratuan nga këshilli i etikës në Universitetin e Mjekësisë Tiranë dhe njëkohësisht nga Komisioni Etik pranë spitalit “Hygea”. Kapitulli përmbyllet me një përshkrim të detajuar të analizave statistikore të cilat janë përdorur për të gjeneruar rezultatet.

#### *Rezultatet*

Ky kapitull jep detajet e gjetjeve kryesore të marra përmes administrimi të pyetësoreve si dhe të dhënat nga intervistat e realizuara me pacientët. Paraqitja e të dhënave përshkruese, ndjekur nga analiza më të avancuar që synojnë testimin e hipotezave kryesore të studimit dhe pyetjeve kërkimore janë pjesë e kapitullit katër.

#### *Diskutimi i gjetjeve dhe përfundimeve*

Kapitulli pesë zgjeron analizën e gjetjeve të studimit, duke u fokusuar në dimensionet dhe proceset e ndërveprimit midis variablave që janë marrë në shqyrtim në këtë studim kërkimorë. Krahasimi i gjetjeve të studimit me studime të tjera mbi temën në vende të ndryshme na ndihmon të qartësohemi mbi karakteristikat tipike të popullatës të marrë në studim përmes një mostre përfaqësuese që na lejon përgjithësimin e rezultateve. Pikat e forta dhe kufizimet e studimit janë marrë në shqyrtim dhe janë dhënë disa rekomandime për kërkime të tjera mbi fushën. Është nxjerr në pah kontributi original i këtij punimi.

#### **1.4 Qëllimi i studimit dhe pyetjet kërkimore**

Qëllimi i këtij studimi është që përmes kombinimit të metodologjisë sasiore dhe cilësorë të mund të eksplorojë në mënyrë holistike ndikimin e faktorëve psikologjik në ecurinë e kursit të trajtimit mjekësorë tek pacientët e diagnosikuar me insuficencë renale kronike. Njohja me ndikimin që kanë këto faktorë do të na ndihmojnë në drejtim të mirëmenaxhimit më efikas të pacientëve me SRK.

Për këtë qëllim janë përdorur pyetjet kërkimore dhe hipotezat si formë e përshtatshme për të shqyrtuar aspekte të rëndësishme të variablave të studimit.

##### *Pyetjet kërkimore*

1. Në çfarë niveli paraqiten simptomat psikologjike tek pacientët që vuajnë nga insuficenca renale kronike para terapisë psikologjike?
2. A ka dallime tek pacientët me SRK, përsa i përket shfaqjes së problemeve psikologjike pas terapisë psikologjike?
3. A kemi mbisundim të simptomave psikologjike si depresioni, ankthi dhe traumat tek pacientët me SRK para terapisë psikologjike?
4. A kemi prezencë të rritjes të agresivitetit dhe zemërimit tek pacientët që trajtohen me hemodializë?

##### *Hipotezat*

1. Egzistojnë dallime gjinore përsa i përket shkallës globale të mirëqenies psikologjike mes meshkujve dhe femrave
2. Ka një lidhje midis simptomave psikologjike pas ndërhyrjes me terapi psikologjike.
3. Ka një lidhje midis rritjes së simptomatologjisë psikologjike tek moshat e reja.
4. Ka një lidhje negative midis simptomatologjisë psikologjike dhe nivelit arsimor të pacientëve HD.
5. Simptomat depresive janë dominuese tek pacientët në HD.

#### **1.5 Përmbledhje**

Në mbarë botën kemi njerëz që përballen çdo ditë me sëmundje kronike. Përvojat personale që bashkëshoqërojnë fazën e përballjes me sëmundjen nuk mund të përjashtojnë ndikimin e madh që kanë faktorët psikologjik dhe social mbi ecurinë e saj. Kjo qasje e të parit të çështjeve shëndetësore nën influencën e faktorëve subjektiv na ndihmon të thellohemi në njohuritë tona mbi përfrimin e ndërhyrjes holistike. I referohemi si ndërhyrje holistike asaj qasje trajtimi që na lejon mirëmenaxhimin e

strukturave të kujdesit shëndetësor që lidhen me burimet njerëzore në dispozicion dhe fuqizimin e pacientit përmes ndërhyrjes psikologjike me orientimin e tij drejt angazhimit në kursin e trajtimit. Studimet tregojnë se në vitin 2020 numri i pacientëve me insuficencë renale kronike në stadin e fundit do të pësojë një rritje në 60% krahasuar me 2010 [5]. Gjithashtu referuar studimeve [5-6-7-8-9] problemet psikologjike si ankthi, depresioni, problemet funksionale dhe reagimet rrisuese ndaj vetes dhe të tjerëve janë të zakonshme tek kjo popullatë pacientësh. Ndër to depresion ka një komorbitet në rreth 25%, 4 herë më të lartë se norma në popullatën normale. Problemet e shëndetit mendor tek pacientët në HD mund të shkaktojnë një sër pengesash [10-11] përgjatë kursit të trajtimit sic mund të jetë ulje e dukshme e efikasitetit të trajtimit [12], çrregullime të gjumit, probleme kardiovaskulare [13] dhe kancerit [14], reduktim të dukshëm të cilësisë së jetës [15] dhe rritje të vdekshmërisë [16-17-18] tek pacientët që vuajnë nga insuficenca renale kronike.

Kapitulli i parë parashton një përmbledhje të panoramës së përgjithshme dhe të kontekstit racional në të cilin është mbështetur studimi. Në të janë nënvizuar motivet personale dhe profesionale për ndërmarrjen e këtij kërkimi shkencor duke bërë një paraqitje të qëllimit, pyetjeve kërkimore dhe hipotezave të studimit. Përmes kësaj paraqitje të shkurtër synohet të nxitet reflektimi dhe trasparenca për lexuesit.

## KAPITULLI 2 - SHQYRTIMI I LITERATURËS

### 2.1 Hyrje

Sëmundjet kronike përbëjnë një nga sfidat më të mëdha me të cilat përballen pacientët pas diagnostikimit. Insufiçenca renale kronike është një ndër sëmundjet kronike të cilat kërkojnë vullnet, angazhim dhe vetëdisiplinë të pacientit në kursin e trajtimit të tyre. Duke qenë se sëmundja do të ketë ndikim jo vetëm në aspektin e gjendjes fizike por edhe aspektin psikologjik, është e rëndësishme vlerësimi dhe ndërhyrja në kohën e duhur në menaxhimin e problemeve psikologjike tek pacientët në HD. Aderimi ndaj trajtimit mbetet ndër problemet kryesore për pacientët me insufiçencë renale kronike [19] që i nënshtrohen hemodializës. Suksesi i çdo lloj ndërhyrje tek pacientët do të varet nga bindja e tyre për të shfaqur aderim ndaj trajtimit. Mund të ndodh që pacientët të mos shfaqin aderencë ndaj disa aspekteve të trajtimit, të cilat përfshijnë marrjen e ilaçeve, ndjekjen e një regjimi trajtimi dhe kufizimet hidriko-dietike. Mungesa e aderimit ka pasoja të drejtpërdrejta në devijimin e efikasitetit të trajtimit dhe në shfaqjen e problemeve të tjera klinike [20] bashkëshoqëruese me natyrë fizike [21-22] dhe psikologjike [23]. Mënyra më e mirë për të ndihmuar një pacient që të shfaqë aderencë ndaj trajtimit është përmes ndërhyrjeve që fokusohen si tek faktorët intrapersonal [24] të individit edhe tek rëndësia që ka njohja e problematikave sociale, të cilat kompromentojnë aftësitë e pacientëve për të aderuar në planin e trajtimit. Nëse i referohemi studimeve mbi mungesën e aderimit ndaj kursit të trajtimit, ai shihet si faktor i fortë rrisht që rrit gjasat e një shtrimi të parakohshëm në spital dhe vdekshmërisë tek pacientët në hemodializë.

Nuk është gjithmonë e lehtë ndjekja me përpikëri e kompleksitetit të regjimit të trajtimit, kohëzgjatja e trajtimit, vështirësitë e hasura më herët gjatë trajtimit, shfaqja e hershme e sëmundjes si dhe disponueshmëria e stafit për të mbështetur në aspektin psiko-emocional [25]. Këto janë disa prej çështjeve që duhen adresuar shpejt në mënyrë që të rriten aftësitë e përballimit ndaj sëmundjes tek pacientët në HD.

Kjo panoramë mund të eklipsohet më tej edhe nga bashkëveprimi i faktorëve personal siç mund të jenë burimet që kanë në dispozicion pacientët, njohuritë dhe informimi i qartë dhe me një gjuhë të kuptueshme për to, qëndrimet, bindjet, perceptimet dhe pritshmëritë e tyre.

Në vijim të këtij kapitulli do të ndalemi tek dhënia e një panorame të përgjithshme mbi insufiçencën renale kronike dhe mënyrat e trajtimit, ku më specifikisht do të trajtojmë hemodializën. Mendohet se ka një lidhje të drejtpërdrejtë midis trupit dhe mendjes, mënyrës sesi ne mendojmë për atë që po ndodh, duke u fokusuar tek mënyra sesi ne ndihemi për të, e shprehur kjo përmes emocioneve që do të bashkëshoqërojnë këtë ndjesi. Zakonisht nëse ne përballemi me një sëmundje të rëndë, emocionet që do të bashkëshoqërojnë këtë sëmundje mund të kenë një konotacion negativ, kjo e fundit nga ana e saj ka gjasa të afektojë trupin tonë përmes rritjes së nivelit të stresit të përjetuar, dhe të ndikojë në agravimin e emergjencës shëndetësore, dhe në uljen e ndjeshme të aderimit të pacientëve ndaj trajtimit që u janë nështruar. Sjellja jonë do të ndikohet nga dy faktorët psikologjikë, që janë mendimet dhe përjetimet emocionale. Nëse ne nuk kushtojmë vëmendje ndaj njohjes së sëmundjes, mënyrës së trajtimit, ndjekjes me rigorozitet të

udhëzimeve të specialistëve, ka gjasa që të përballemi me agravim të simptomave dhe mungesë efikasiteti të terapisë mjekësore [26]. Një grup faktorësh me natyrë psikosociale gjithashtu luajnë një rol vendimtar në uljen e probabilitetit për suksesin e terapisë mjekësore.

Në vijim të kapitullit do të ndalemi tek përshkrimi i faktorëve të rriskut që interferojnë në terapisë mjekësore dhe kontribuojnë në uljen ose ngecjen e përmirësimit të gjendjes shëndetësore të pacientëve dhe në mosefektivitetin e saj.

Pjesa e fundit e këtij kapitulli do të fokusohet tek studimet mbi rolin e faktorëve psiko-social dhe ndërhyrjes psikologjike për të ulur prezencën e tyre tek pacientët në HD. Faktorët psiko-social [27] si reagimi i pacientëve në përballjen me sëmundjen përmes përjetimit të ankthit [28] mbi atë që po ndodh, depresionit, rritja e ndjenjave mbi pesimizmin, pafuqinë për t'i bërë ballë sëmundjes, përjetimi i diagnozës dhe terapisë si një përvojë traumatike e cila shkakton ankth dhe frikë, agresiviteti që vë në rrezik ekzistencën e tij, janë faktorë që interferojnë fuqishëm [29] mbi terapisë mjekësore dhe prekin cilësinë e jetës së individit. Disa reagime të cilat nxiten nga frika, pasiguria dhe vënia në rrezik e integritetit fizik të personit jo vetëm përjetohen si ekstremisht traumatike por nxisin dhe reagime sjellore të rrezikshme. Një pjesë e tyre mund të shfaqin reagime të forta zemërimi ndaj personave të tjerë, frustrohen lehtë dhe kanë një tolerancë të ulët ndaj stresorëve të vegjël të jetës së përditshme. Ndërsa persona të tjerë këto ndjenja zemërimi, inati e frustrimi kanë tendencën t'i orientojnë drejt vetes, duke u përfshirë në sjellje të tilla si neglizhencë ndaj ndjekjes së udhëzimeve të mjekut, mendime për vetëvrasje dhe inskenim të saj, si dhe tentative për t'i dhënë fund jetës. Po ashtu kushtet ekonomike, pamundësi për të ndjekur me rigorozitet dhe në mënyrë të përshtatshme të gjitha aspektet që lidhen me kursin e trajtimit të insuficiencës renale kronike në një stad të avancuar ndikojnë në përkeqësimin e sëmundjes, bashkëshoqërim të sëmundjeve të tjera me natyrë fizike dhe rritje të vdekshmërisë.

## 2.2 - Insuficenca renale kronike

Çdo person ka dy veshka të cilat janë në formën e dy fistulave me një gjatësi 12 centimetra të gjata, gati sa pëllëmba e dorës tonë. Ato janë rreth 6 cm të gjera dhe 3 cm të trashë, ajo mund të arrij një peshë prej 150 gramësh. Funkzioni kryesor i veshkave është pastrimi i gjakut dhe nxjerrja e mbeturinave dhe toksinave përmes urinës. Përmes urinimit veshkat kryejnë dy funksione të rëndësishme:

1. Heqjen e mbeturinave toksike nga gjaku përmes procesit të quajtur "pastrim"
2. Heqja e ujit të tepërt nga trupi përmes procesit të quajtur "ultrafiltrim".

Përveç funksioneve të sipërpërmendura veshkat kryejnë edhe funksione të tjera si:

1. ***Ndihmon për të kontrolluar presionin e gjakut.*** Presioni i gjakut i nënshtrohet një kontrolli të imtësishtëm nga veshkat e shëndetshme. Por kur veshkat e një personi nuk funksionojnë më normalisht, presioni i gjakut zakonisht është i lartë. Presioni i lartë i gjakut nuk ka gjasa të shkaktojë simptoma, por nëse ai është shumë i lartë, atëherë rritet rreziku i një goditje cerebrale ose ataku në zemër dhe do të përshpejtojë përkeqësimin e funksionimit të veshkave.

2. ***Ndihmon për të kontrolluar prodhimin e rruazave të kuqe të gjakut.*** Veshkat ndihmojnë në kontrollin e krijimit të qelizave të kuqe të gjakut në pjesën e palcës së kockave. Qelizat e kuqe të gjakut qarkullojnë përmes plazmës, dhe funksioni i tyre është furnizimi i trupit me oksigjen. Çdo pjesë e trupit ka nevojë për oksigjen që të funksionojë normalisht. Kur veshkat e një personi nuk funksionojnë normalisht ato prodhojnë më pak qeliza të kuqe të gjakut sesa personat normalë. Kjo mund të çojnë në forma të anemisë, dhe është pikërisht kjo që çon pacientët me insufiçencë renale kronike të përjetojnë lodhje, dhe nuk janë vetëm nivelet e larta të toksinave ato të cilat shkaktojnë lodhje tek këta pacientë.
3. ***Ndihmon për t'i mbajtur kockat të forta dhe të shëndetshme.*** Dy minerale që gjenden në gjak dhe në kocka janë fosfati dhe kalciumi. Kockat kanë nevojë për një balancë në nivelet e këtyre dy mineraleve, të cilët ndihmojnë që ato të jenë të forta dhe të shëndetshme. Dhe janë pikërisht veshkat ato që ndihmojnë në mirëmbajtjen e këtij bilanci në trup. Mosfunksionimi i veshkave çon në prishje të këtij ekuilibri, ku niveli i kalciumit do të ulet dhe ai i fosfatit do të rritet, duke çuar në një gjendje të quajtur si sëmundja renale e kockave.

Insufiçenca renale kronikë konsiderohet një mosfunksionim i veshkave, e cila është një gjendje në të cilën veshkat nuk janë plotësisht të afta të kryejnë funksionet e tyre të zakonshme.

Këto funksione janë:

- heqja e mbeturinave toksike;
- heqja e ujit të tepërt;
- ndihmon për të kontrolluar presionin e gjakut;
- ndihmon për të kontrolluar prodhimin e qelizave të kuqe të gjakut; dhe
- duke ndihmuar për të mbajtur kockat të forta dhe të shëndetshme.

Insufiçenca renale kronike konsiderohet si një sëmundje serioze afatgjatë. Veshkat e pacientit bëhen gjithnjë e më pak të afta për të realizuar punën e tyre në mënyrë normale. Kjo ndodh gradualisht, zakonisht gjatë një periudhe disavjeçare, më pas veshkat ndalojnë së punuari thajse plotësisht, kjo gjendje përkufizohet si insufiçencë renale kronike e fazës akute. Në këto kushte bëhet e domosdoshme fillimi i një trajtimi që merr përsipër punën e veshkave që pacienti të mbahet gjallë.

Tri metodat tipike të trajtimit të insufiçencës renale kronike janë:

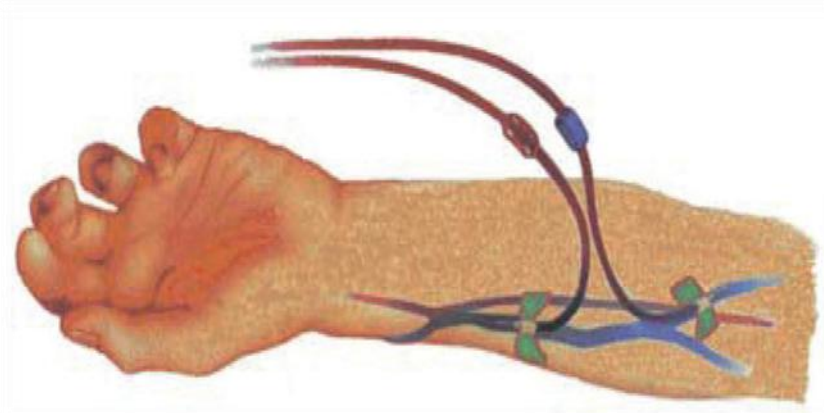
- Hemodializa: është teknika e pastrimit të toksinave të gjakut (të prodhuara nga organizmi) dhe eliminimi i ujit përmes një filtri (veshkë artificiale).
- Dializa peritoneale: është një teknikë përmes të cilës bëhet pastrimi i toksinave dhe eliminimi i ujit nga peritoneumi (membrana që përshkruan abdomenin).
- Transplanti: është një tjetër teknikë e cila realizohet tek pacientët përmes zëvendësimit të veshkës së sëmurë me një të shëndetshme.



Këto metoda nuk e kurojnë përfundimisht insufiçencën renale kronike, por ato mund të përmirësojnë dukshëm cilësinë e jetës së pacientit dhe të zgjasin jetën.

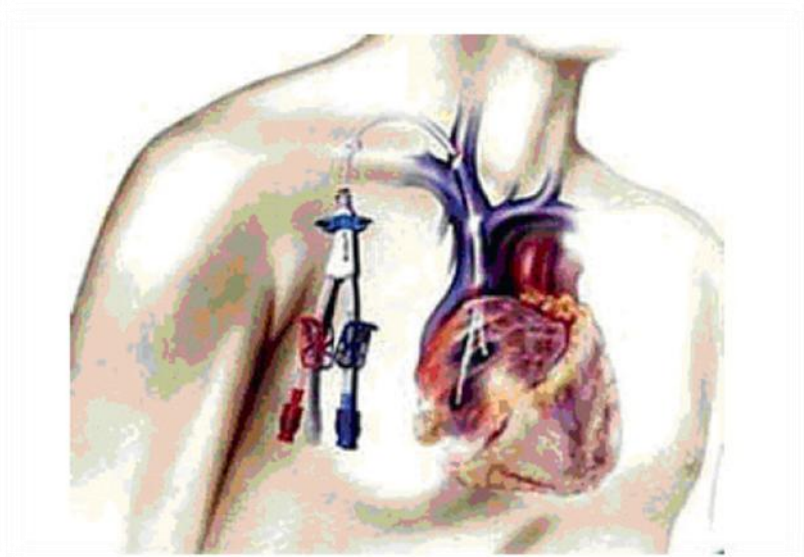
### 2.2.1 - Hemodializa

Hemodializa [30] është një ndër metodat më të vjetra nga dy llojet e dializës. Ky trajtim filloi të përdorej në vitet 1960, dhe prej atëhere një numër i madh pacientësh me insufiçencë renale jetojnë një jetë thuajse normale. Dallimi kryesor midis hemodializës dhe dializës peritoneale, qëndron në faktin se në trajtimin me hemodializë, procesi i dializës zhvillohet jashtë trupit, në një makinë. Kjo metodë bën pastrimin e gjakut përmes një procedure që realizohet jashtë trupit të pacientit. Një pajisje e veçantë me një filtër pas transportimit të gjakut në të, eliminon toksinat dhe sasinë e tepërt të gjakut. Pas kalimit në pajisjen e hemodializës gjaku i pastruar rikthehet sërish në organizëm. Kjo procedurë realizohet duke përdorur një venë të quajtur «aksesi vaskular» që lejon aksesimin në gjakun e pacientit. Dy llojet e aksesit vaskular janë fistula arteriovenoze (shih figurën 1) dhe kateteri qendror venoz (shih figurën 2).



*Figura 1. Paraqitja e fistulës arteriovenoze*

Duke qenë se vendosja e fistulës arteriovenoze përdoret lehtësisht, shoqërohet me risk të ulët për infeksione, ka një kohëzgjatje përdorimi disa vjeçare, vlerësohet si zgjedhje e përshtatshme për një numër të madh pacientësh. Lloji tjetër për të patur akses vaskular është përmes kateterit qendror venoz (shih figurën 2), një tub bosh plastik elastik që mjeku vendos në venën e qafës (vena jugulare), të supit (vena poshtë klavikulës) ose të kofshës (vena femorale). Kateteri qendror venoz [30] mund të jetë i përkohëshëm ose i përhershëm, dhe përmes tij realizohet dializa tek pacientët me SRK.



**Figura 2. Paraqitja e kateterit qendror venoz**

Hemodializa [31] është një metodë trajtimi e përshtatshme për pothuajse të gjithë pacientët me insuficencë renale kronike akute (stadit të fundit).

Ka disa kushte që kërkohet të plotësohen në këtë rast:

1. Kushti i parë që të aplikohet kjo metodë është mundësia për të pasur akses në qarkullimin e gjakut tek pacienti. Gjaku transportohet përmes një pajisjeje me një filtër që eliminon toksinat dhe sasinë e tepërt të tij. Pas kalimit në këtë drejtim, gjaku i pastruar rikthehet në organizëm. Për të pasur akses në gjakun e pacientit, përdoret një venë e cila ka një rrjedhje të mjaftueshme nga vjen dhe emri i «aksesit vaskular». Kjo metodë mund të paraqesë probleme për pacientët me insuficencë renale kronike akute që vuajnë nga diabeti.
2. Kushti i dytë lidhet me faktin që pacientët duhet të jenë në gjendje t'i rezistojnë ndryshimeve të mëdha të presionit të gjakut dhe niveleve të toksinave në trup. Kjo pasi një pjesë e vogël e pacientëve që kanë probleme kardiovaskulare nuk janë në gjendje ta përballojnë.

Përgjegjës për përcaktimin e kohës që duhet të shpenzojë një pacient me insuficencë renale në hemodializë, në shumicën e spitaleve janë infermieret e njësisë së hemodializës. Ata përcaktojnë sesa kohë duhet të shpenzojë në makinën e dializës dhe për çfarë sasive dialize kanë nevojë pacientët. Seancat zakonisht zhvillohen tre herë në javë dhe zgjasin nga 3 deri në 5 orë. Kohëzgjatja e seancës është në varësi të rritjes së peshës midis çdo seance dhe rezultateve të analizave të gjakut të pacientit. Në mënyrë që të ndryshojë sasinë e dializës që merr një pacient, infermierja mund të zgjedhë të ndryshojë sasinë e dializës dhe ose gjatësinë e kohës që pacienti shpenzon në makinë. Gjatë çdo seance, para dhe pas hemodializës matet pesha. Peshorja shihet si një mjet i besueshëm për të vlerësuar variacionin në peshë nga seanca në seancë. Rritja e peshës përfaqëson sasinë e

lëngjeve që nuk kanë eliminuar veshkat. Sa më e madhe të jetë ajo, aq më e vështirë do të jetë seanca për t'u mbështetur (rreziku i ngërçeve, lodhjes dhe hipotensionit) dhe mund ta vështirësojnë mbarëvajtjen e seancës.

Hemodializa, si të gjitha procedurat mjekësore, nuk është pa komplikacione. Shumica e problemeve që shfaqen gjatë hemodializës ka të bëjë me shpejtësinë me të cilën uji hiqet nga qarkullimi i gjakut gjatë dializës. Kur heqja e ujit nga qarkullimi i gjakut realizohet në një periudhë të shkurtër kohore, tek pacienti mund të kemi një ulje të presionit të gjakut. Mënyra më e mirë për të shmangur problemet e shkaktuara nga ndryshimet e shpejta fizike gjatë hemodializës është që pacientët të respektojnë kufijtë e rekomanduar të marrjes së lëngjeve. Për shumicën e pacientëve në hemodializë, lëngu i rekomanduar ditor është rreth 1 litër lëng [31].

### **2.3- Modelet e sjelljes shëndetësore**

Bazuar në studimet e fundit mbi sjelljen shëndetësore [32] rezultoi se ekzistonin një sërë variablash demografike që luajnë një rol të rëndësishëm në tendencën e personave për të shfaqur sjellje të kujdesit ndaj shëndetit siç mund të jenë moshë, raca dhe klasa social-ekonomike. Megjithatë, kohët e fundit qasja ndaj kujdesit shëndetësorë e ndërmarrë nga individit ka ndryshuar disi, kjo duke iu referuar atyre faktorëve që luajnë rol në rritjen e ndërgjegjësimin të individit në angazhimin e tij në sjellje të përkujdesit shëndetësor.

Mbështetur në disa nga modelet teorike të marra në shqyrtim në këtë kapitull, ajo çfarë është e përbashkët është një qasje biopsikosociale për shëndetin. Kjo qasje e vë theksin tek baza biologjike dhe gjenetike që qëndron në thelb të kuptimit të shkaqeve të shumë sëmundjeve kronike. Gjithashtu ky model pranon rolin e patjetërsueshëm të faktorëve psikologjik si mendimet, besimet dhe sjelljet në zhvillimin e të gjitha sëmundjeve, dhe pranon se roli i faktorëve social-ekonomik dhe kulturor do të kenë ndikim të madh në sjelljet e kujdesit ndaj shëndetit.

#### **2.3.1- Modeli i besimit shëndetësor**

Njihet si një nga modelet “më të vjetra” [33] dhe të njohura ndër modelet e sjelljes shëndetësore. Ky model u prezantua nga Rosenstock (1966) dhe u modifikua nga Becker & Maiman (1975). Modeli i besimeve shëndetësore fokusohet tek sjelljet që duhet të ndërmerren nga individit para se të shfaqet sëmundja. Theksi vihet tek roli që duhet të ndërmerret individit në drejtim të parandalimit të sëmundjes si dhe sjelljet që duhet të ndërmerret kur vihet në rolin e të sëmurit. Vënia në rolin e të sëmurit kërkon që individit të marrë përsipër zbatimin e të gjitha atyre udhëzimeve që lidhen me kursin e terapisë të përshkruar nga mjeku.

Ky model thekson se gjasat që një person të angazhohet në sjellje të kujdesit shëndetësor do të varen nga disa faktorë:

- Një ndjenjë personale dyshimi ndaj sëmundjes
- Një perceptim mbi sëmundjen e tij në një nivel të moderuar të pranisë së simptomave
- Një ndjenjë besimi se sjelljet parandaluese janë të dobishme, qoftë në parandalimin e sëmundjes qoftë në zvogëlimin e ashpërsisë së saj.

- Barrierat, si dhimbja dhe turpi apo kostot nuk duhet të perceptohen si pengesë për të hequr dorë nga sjelljet e kujdesit shëndetësor të propozuara nga mjeku kurues. Këto veprime në dobi të shëndetit mund të ndihmojnë individin të angazhohet maksimalisht në kursin e tij të trajtimit. Ky model ka qenë i sukseshëm në parashikimin e qasjes që është përdorur në disa fushata për promovimin e shëndetit sic ishin fushatat për vaksinimin, kontrollin e sëmundjeve tumorale dhe kontraktivëve [33].

### **2.3.2- Teoria e krahasimit social**

Krahasimi Social [34] dhe distanca sociale, konsiderohen si faktorë përcaktues të praktikave promovuese të kujdesit shëndetësor. Përmes kësaj qasjeje, efektet shëndetësore që lidhen me të ardhurat nuk janë kryesisht për shkak të privimit material, por më tepër të lidhura me interpretimet e renditjen e tyre në hierarkinë sociale të individëve. Sipas kësaj teorie preokupimi dhe vëmendja e individit në lidhje me angazhimin e tij në sjellje pro shëndetit lidhen me efektet psikosociale sipas pozicionit të perceptuar në hierarkinë e individit e cila shkakton stres dhe probleme shëndetësore. Perceptimet e gabuara të individëve mund t'i çojnë ata gjithashtu në përgjegjësi shtesë në punën e tyre, gjë që kërcënon shëndetin dhe e përball individin me sjellje të tjera problematike si problemet me të ngrënit, abuzimi me alkolin dhe duhanin. Në nivel personal zgjerimi dhe forcimi i kësaj hierarkie dobëson burimet e mbështetjes sociale dhe kohezionin social. Rritja e mosbesimit dhe dyshimi mbi dobësimin e strukturave të tjera personale si sistemi arsimor dhe sistemi i mbështetjes sociale kanë tendencën të dobësojnë besimin e individit mbi sjelljet pro shëndetit apo sjelljet parandaluese.

### **2.3.3- Teoria e motivimit mbrojtës**

Në këtë teori [33] të paraqitur nga Rogers (1984) sjelljet shëndetësore analizohen nga pikëpamja e faktorëve motivues. Kjo teori u ndërtua duke u mbështetur në modelin e besimeve shëndetësore, por iu atashuan këtij modeli ekzistues edhe elementët motivues. Modeli i motivimit mbrojtës sugjeron se motivacioni i individit për të mbrojtur veten nga një kërcënim shëndetësor bazohet në katër besime:

- Shkalla e kërcënimit e rëndë (madhësia)
- Probabiliteti që individit të preket nga kërcënimi (gjasat)
- Kryerja e sjelljeve të kërkuara si mënyrë për t'u mbrojtur kundër kërcënimit (vet-efikasiteti)
- Përgjigja e ndërmarrë nga individit do të jetë efektive (reagim- efektivitet)

Duke iu referuar studimeve të hershme mbi modelet shëndetësore, frika konsiderohej si një faktor motivues, por me toerinë e tij Rogers thekson se motivimi i një individit për t'u përfshirë në sjellje shëndetësore që synojnë arritjen e një ndryshimi efektiv duhet të fokusohen në këto katër besime personale. Megjithatë kjo teori nuk e bën të qartë se cili prej këtyre faktorëve është më dominues dhe as sesi mund të implementohen këto faktorë në një fushatë promovuese.

### 2.3.4- Modeli i vetërregullimit të Leventhal

Modeli i Leventhal dhe bashkëpunëtorëve [35] i sjelljes dhe njohjes mbi shëndetin kishte një qasje krejt tjetër nga modelet e mësipërme. Ky model e konsideron individin si zgjidhës aktiv të problemeve dhe sjellja e tij nxitet nga përpjekja aktive për të mbyllur një hendek të perceptuar midis statusit aktual dhe një qëllimi ose gjendje ideale. Duke u nisur nga ky konceptim mund ta konsiderojmë këtë model të zgjidhjes së problemeve. Sjellja që individi do të ndërmarrë në vijim do të varet nga mënyra sesi e ka strukturuar kognitivisht gjendjen aktuale shëndetësore dhe sesi ka përcaktuar qëllimet e tij, strategjitë për përmirësimin e gjendjes aktuale dhe mjetet për vlerësimin e progresit të tij. Ky model përcakton tre faza që janë në qendër të sjelljes vetërregulluese:

- a. Interpretimi nga individi i shenjave të kërcënimit mbi shëndetin, që ka të bëjë me procesin njohës të përfaqësimit të kërcënimit, i cili përfshin dimensionet e tilla si perceptimi i simptomave dhe mesazhet sociale sic janë shkaqet ose pasojat e mundshme.
- b. Ndërmarrja e një plani veprimi osë një strategji përbaluese e cila do të përfshijë kërkimin e vëmenjdes mjekësorë, vetëpërcaktimin, diskutimin e simptomave me të tjerët, osë një strategji shmangëse që përfshin tendencën për të dëshiruar larg vetes dhe mohimin e pranisë së problemit shëndetësor.
- c. Vlerësimi i veprimeve përbaluese në këtë fazë të fundit do të rivlerësohen përmes përdorimit të kriterëve specifikë nga vetë individi, me perceptimin e përparimit të pamjatuësëm i cili çon në modifikim të sjelljes.

Vetërregullimi vjen nga përpjekjet personale për të ruajtur status quo-në dhe kthimin në gjendjen shëndetësore “normale”. Përgjatë secilës fazë mund të kemi evokimin e reagimeve emocionale, ndikim të rolit të diferencave social-kulturore, si rezultat i perceptimit të simptomave apo pritshmërive mbi sëmundjen, të gjitha këto mund të çojnë në përfaqësime të ndryshme kongitive dhe në ndërmarrjen e stategjive të ndryshme përbalimi. Ky është një model aktiv, mobilizon dhe nxit individin mbi strategjitë e veprimit dhe reflektimit mbi sjelljet që ndërmerr.

### 2.3.5 - Teoria e sjelljes së planifikuar

Teoria e sjelljes së planifikuar [36] mbështetet tek zhvillimi i teorisë së hershme të veprimit të arsyeshëm. Kjo teori e vë theksin tek vendimarrja e arsyeshme e individit dhe synon interpretimin e marrëdhënieve të sugjeruara ndërmjet qëndrimeve dhe sjelljeve. Ky model gjen zbatim në një sërë veprimtarish për promovimin e shëndetit. Ideja qëndrore e këtij modeli është se njerëzit marrin vendime për sjelljen e tyre në bazë të një analize logjike duke shqyrtuar të gjitha evidencat që ka në dispozicion. Sjellja e ndërmarrë nga individi është një sjellje e planifikuar më parë dhe ky planifikim është pjesërisht në funksion të synimeve të tij. Qëllimi është forca kryesore që vë në veprim këtë model [37]. Qëllimet nga ana tjetër janë në funksion të tre elementëve të veçantë:

- Qëndrimet personale ndaj sjelljeve të veçanta
- Një perceptim i përcaktuar i normave sociale që përfaqësojnë mendimin e personit mbi atë sesi të tjerët mendojnë se ai/ajo duhet të sillet në një mënyrë të caktuar.

- Kontrolli i perceptuar i sjelljes, që është besimi i personit mbi mundësitë e tyre për të kryer sjelljet e planifikuara, që ata zotërojnë aftësitë dhe mundësitë e nevojshme dhe se ato mund të kapërcejnë pengesat e mundshme të jashtme.

Secilit prej këtyre faktorëve u atribuohen vlera të caktuara. Këto vlera do të varen nga besimet e individit. Një kufizim i këtij modeli është identifikimi i një lidhje direkte midis qëllimeve dhe sjelljes, por duhet të kemi parasysh se qëllimet jo gjithmonë përkthehen në veprime. Mund të ketë një apo disa arsye për të mos reaguar në një mënyrë të caktuar e cila mund të perceptohet si frytdhënëse edhe kur qëllimet janë të mira.

### 2.3.6- Stresi si pafuqi e mësuar

Seligman (1975) në teorinë [38] e tij e vuri theksin tek kushtet e caktuara në të cilat ngjarjet jetësore mund të çojnë individin drejt përjetimit të simptomave depresive, kur kemi mungesë kontrolli mbi ngjarjet jetësore që perceptohen si tepër stresuese. Sipas këtij modeli, kur individ i përjeton një ngjarje që nuk mund ta kontrollojë (sëmundje), ai do të zhvillojë një prirje të mungesës së kontrollit mbi situatën dhe gjithashtu kjo përvojë do të shërbejë si evidencë që ata të përjetojnë këtë ndënjë të mungesës së kontrollit mbi ngjarjet edhe në situata të ngjashme në të ardhmen. Kjo njihet si sindroma e pafuqisë së mësuar, e cila konsiston në një deficiet motivues, njohës, dhe emocional; nëse individ ka mësuar se ngjarja do të ndodhë pavarësisht nga përgjigja e tyre ndaj saj, atëherë ato nuk do të përpiqen shumë që të kontrollojnë situatën dhe të kërkojnë një përgjigje që prodhon lehtësim, ata gjithashtu nuk do të synojnë të mësojnë forma të reja reagimi ndaj situatës së perceptuar si tepër stresuese. Ata nuk përpiqen që të shmangin rezultatet e dëmshme, dhe do të reagojnë ndaj kësaj përvoje traumatike fillimisht me frikë dhe pastaj me depresion. Abramson (1978), modifikoi modelin [38] duke i shtuar lidhjen midis përvojes së pakontrollueshme dhe simptomave depresive edhe atribuimet rastësore të individit, d.m.th., interpretimet subjektive për arsyet e moskontrollit të tyre të një situatë të caktuar që nënkupton rezultate të pakëndshme. Tre dimensione atributivesh supozohet të jenë të rëndësishme në prodhimin e pafuqisë: Qëndrimet që udhëheqin sjelljen e brendshme të individit, qëndrueshmëria e këtyre qëndrimeve përgjatë kohës në të cilën personi përpiqet të përballet me situatën stresuese, dhe gjithpërfshirja e reagimeve, mendimeve, përjetimeve që përgjithësohen edhe në situata të tjera. Përfundimisht, ashpërsia dhe intensiteti i simptomave depresive do të jenë më të mëdha, sa më e rëndë dhe potencialisht e dëmshme të jetë situata në të cilën përjetohet pafuqia. Kështu, sipas teorisë të pafuqisë së mësuar për të reaguar ndaj një situatë stresuese, nuk është neglizhenca e një ngjarje negative të jetës që çon në rritje të përjetimit të stresit dhe simptomave depresive, por përvoja e mungesës së kontrollit të shkaktuar nga ngjarje negative që i atribuohen shkaqeve të brendshme, të qëndrueshme dhe përgjithësuese. Individët shpesh shërohen dhe arrijnë të menaxhojnë dhe rivendosin kontrollin mbi situatën, por sa më shumë që individ i atribuon pafuqisë dhe humbjes së kontrollit mbi situatën, shkaqeve të brendshme, të qëndrueshme dhe përgjithësuese, aq më shumë rritet probabiliteti që përvoja stresuese të përfundojë në reagime depresive shoqëruar me pasojat konjitive dhe emocionale. Një stil karakteristik individual i të mësuarit ekziston dhe ky stil çon individë të tjerë, drejt një reagimi asertiv dhe i ndihmon të qëndrojnë larg reagimeve depresive kur përballen me ngjarjet stresuese të jetës së përditshme.

## **2.4 - Strategjitë përballuese**

Sa herë që individi përballlet me ngjarje jetësore me ndikime negative apo të perceptuara si tepër stresuese, strategjitë përballuese [39] luajnë një rol tepër të rëndësishëm në mirëqenien e tij fizike dhe psikologjike. Aftësitë përballuese përcaktohen si përpjekje në nivel kongitiv dhe sjellor të ndërmarra nga individët me qëllim që të bëhet e mundur menaxhimi i krkesave të brendshme dhe të jashtme, që janë pasojë e ndërveprimeve të individit me mjedisin, e që vlerësohen me tejkalim të burimeve të personit. Në përballimin me një situatë stresuese (psh. sëmundje), individi përfshin strategji kongitive dhe sjellore për menaxhimin e situatës stresuese dhe të gjitha ato reagime emocionale negative që nxiten nga ajo ngjarje traumatike. Strategjitë e përballimit kanë një shtrirje të gjerë duke përfshirë të gjitha vendimet dhe veprimet që individi ndërmerr kur përballlet me një ngjarje stresuese jetësore e cila i shkakton stres por edhe një tronditje të thellë e cila çon në përjetimin e kësaj ngjarje si traumatike. Këto strategji për të qenë të suksesshme në përballimin e situatës stresuese duhet të synojnë uljen e dëmit që mund të vijë nga përballja me ngjarjen dhe zvogëlimin e reagimeve emocionale negative.

## **2.5- Burimet e përballimit si moderator i marrëdhënies stres-shëndet**

Teoria kongitive e stresit [40] përcakton se stresi ndikon në shëndet, por ky ndikim varet nga burimet e përballimit që individi ka në dispozicion për t'i bërë ballë ngjarjeve stresuese të jetës së përditshme. Këto lloj burimesh janë burimet e brendshme të përballimit dhe ato të jashtme. Burimet e brendshme janë të lidhura me tiparet e personalitetit, aftësitë dhe pritjet, të cilat mundësojnë individin të përballlet me ngjarjen stresuese. Burimet e jashtme janë mjaft të rëndësishme dhe rezultojnë të jenë tepër të dobishme në zbutjen e simptomave të stresit. Si burime të jashtme përballimi mund të konsiderohen burimet financiare që ka në dispozicion individi dhe mbështetja sociale. Burimet e përballimit njihen edhe si “burime të rregullimit të stresit” duke qenë se shërbejnë si mburojë ndaj ndikimit të ngjarjeve negative stresuese. Burimet e përballimit [41] mund të ndikojnë tek moderimi i efekteve të ngjarjeve stresuese në dy mënyra, duke ndikuar në mënyrën sesi vlerësojmë stresin dhe tek proceset e përballimit që aktivizohen kur jemi përballë një ngjarje stresuese. Duket se personat që kanë një mbështetje sociale [24] në të madhe kanë tendencën të shfaqin më pak rrezik për probleme fizike dhe mendore, si dhe vdekshmëri më të ulët.

### **2.5.1 - Burimet e jashtme të përballimit**

Ndër burimet e jashtme të përballimit, të cilat do t'i marrin në konsideratë për të trajtuar, janë burimet financiare dhe mbështetja sociale.

#### ***1- Burimet material***

Burimet financiare edhe pse nuk janë studiuar shumë, kanë një ndikim të jashtëzakonshëm në burimet e përballimit që ka në dispozicion individi. Studimet e shumta [42] mbi këtë çështje janë fokusuar tek lidhja e fortë negative që është vërejtur

midis individëve që i përkasin shtresave të ulta sociale me sëmundjen dhe nivelin e lartë të vdekshmërisë. Individët që kanë burime financiare në krahasim me shtresat e varfra, dhe që e menaxhojnë atë në mënyrë më efektive, janë në gjendje të sigurojnë mundësi të shumta përballimi në situatat stresuese. Aksesit në shërbimet shëndetësore cilësore mund të sigurohet më lehtësisht përmes parasë.

## **2 -Mbështetja sociale**

Mbështetja sociale përkufizohet si vetëndërgjegjësim i individit se është i rrethuar nga dashuria e të tjerëve, të tjerë të rëndësishëm për të shfaqin interes, e vlerësojnë, ndihet pjesë e një grupi mbështetës që komunikojnë dhe shfaqin detyrim të ndërsjellë për njëri-tjetrin. Studime të shumta [43-44] janë fokusuar në eksplorimin e efekteve përfituese të mbështetjes sociale në shëndetin fizik dhe në mirëqenien e individit. Individët që kanë mbështetje sociale kanë efekte positive si në përballimin e sëmundjes dhe në mirëqenien e përgjithshme të individit. Gjithashtu është vërejtur se individët me mbështetje sociale janë më pak të riskuar për t'u prekur nga sëmundje fizike ose mendore, madje edhe nga vdekshmëria. Tek grupet e mbështetjes sociale përfshihet bashkëshorti, partneri, fëmijët, miqtë, grupet sociale apo komunitare ku individit është pjesë, siç mund të jenë klubet e ndryshme ose grupet fetare. Studimet kanë treguar se ka një lidhje sinjifikante midis mbështetjes sociale dhe vdekshmërisë tek pacientët me insufiçencë renale kronike [45]. Rezulton se prania e disa kushteve si të qenit i/e martuar, marrëdhëniet me familjarët dhe miqtë, anëtarësimi në organizime të ndryshme sociale, të qënurit pjesëtar i një grupi fetar, janë të lidhur me vdekshmërinë e ulët përgjatë kursit të trajtimit ndër vite. Indeksi i vdekshmërisë shfaqet më i lartë tek ata pacientë të cilët elementët e sipërpërmendura i kanë në nivele të ulta apo mungojnë.

### **2.4.3- Burimet e brendshme të përballimit**

Njerëzit ndryshojnë në mënyrën sesi reagojnë kur shëndeti i tyre kërcënohet ose nga masat parandaluese që ndërmarrin. Një pjesë e këtyre ndryshimeve mund të përlllogaritet duke marrë në konsideratë variablat personale [46]. Këto ndryshime duhet të fillojnë të merren në konsideratë në protokollin shëndetësor në mënyrën se si ata reagojnë ndaj kërcënimeve të ngjashme shëndetësore.

Predispozitat e personalitetit [47] mund të kenë një ndikim pozitiv ose negativ mbi përkrahjen sociale dhe në angazhimin e individit në sjellje promovuese pro shëndetit të mirë. Është e rëndësishme të marrim në konsideratë këta faktorë që lidhen me tiparet e personalitetit, pasi roli i tyre na ndihmon të kuptojmë sjelljen e një individit kur përballlet me sëmundjen dhe mënyrën sesi ai do të përpiqet të menaxhojë situatën. Në varësi të tipareve të personalitetit disa individë do të jenë më tepër të angazhuar në sjellje që orientohen drejt kërkimit të mbështetjes sociale, si dhe angazhohen maksimalisht në sjellje pozitive në drejtim të aftësive përballuese. Kompetencat sociale [48] të disa individëve për të ndëvepruar suksesshëm me të tjerët dhe për të krijuar një rrjet mbështetës të fortë, janë faktorë pozitivë që ndihmojnë këta individë të qëndrojnë të shëndetshëm, duke u përballur në mënyrë efektive me ngjarjet stresuese ose duke u përfshirë në sjellje që mbështesin promovimin e shëndetit. Një faktor tjetër që ka impaktin e tij në veprimet e pacientëve pro sjelljeve që mbështesin shëndetin do të varet nga shkalla e neuroticizmit. Studimet demostrojnë [49] se simptomat fizike dhe



psikologjike, niveli i stresit, mbështetja sociale mund të perceptohen si minimaliste nga një pacient me tipare të personalitetit neurotik. Gjithashtu neurotiku do t'i bashkangjisë kësaj pamje edhe përjetime të niveleve të larta të ngjarjeve stresuese që lidhen me jetën e përditshme, nivele të larta të simptomave psikologjike dhe somatike.

Koncepti i "lokusit të kontrollit" i prezantuar nga Rotter (1960), [48] është një tjetër qasje që jep një shpjegim mbi mënyrën sesi tiparet e personalitetit ndikojnë mbi sjelljet pro shëndetit. Prirjet e individit dhe mënyra sesi ato lidhen me përforsimet. Individët me një lokus të brendshëm kontrolli [50] kanë më shumë të ngjarë të besojnë se përforsimet ishin të kushtëzuara nga përpjekjet e tyre, ndërsa ata me një lokus të jashtëm kontrolli ka të ngjarë ta konsiderojnë se çdo gjë që ndodh në jetën e tyre përcaktohet kryesisht nga forca të jashtme siç janë fati ose "të tjerët të fuqishëm". Bazuar në këtë koncept Wallston (1978), ndërtuan shkallën e kontrollit shëndetësor nga e cila nuk rezultuan diferenca midis individëve me lokus të brendshëm kontrolli dhe atyre me lokus të jashtëm kontrolli përse u përket sjelljeve të kujdesit shëndetësor.

## 2.6 - Aderenca tek sëmundjet kronike

"Aderimi" është një term i ri që përdoret në praktikën klinike. Ai ka zëvendësuar termin e mëparshëm "kompliancë", për t'iu referuar një aleance terapeutike ose marrëveshje midis mjekut dhe pacientit, në të cilin pacienti luan një rol aktiv përgjatë gjithë kursit të trajtimit. Duke iu referuar Organizatës Botërore të Shëndetësisë [51], aderimi mjekësor përcaktohet si shkalla në të cilën sjellja e një individi është në harmoni me udhëzimet e dhëna nga mjeku i tij kurues. Duke u bazuar tek përkufizimi që bën organizata botërore e sëmundjeve të veshkave, mungesa e adherences mjekësore ka të bëjë me devijimin nga regjimi i udhëzimeve të përshkruara nga mjeku kurues, në atë masë sa të kompromentojë ecurinë pozitive të trajtimit.

Por duke u bazuar tek shkaqet dhe madhësia, ka edhe interpretime të tjera në lidhje me sjelljen aderuese. Referuar shkaqeve të tij, Molfino et al., [52] bën një dallim midis mungesës së qëllimshme të aderimit në trajtim dhe mungesës së paqëllimshme të aderimit në trajtim. Mungesa e qëllimshme e aderimit në trajtim ka të bëjë me mosmarrjen e trajtimit dhe mosndjekjen e udhëzimeve që lidhen me stilin e jetesës sipas udhëzimeve të mjekut, ndryshe nga kjo, mungesë e paqëllimshme e aderimit në trajtim nënkupton që neglizhenca vjen nga moskuptimi i udhëzimeve dhe i rëndësisë që ka ndjekja e rekomandimeve të mjekut kurues. Mungesa e qëllimshme e aderimit në trajtim në aspektin sasior, ka të bëjë me numrin e hapave të udhëzuara nga mjeku që respekton çdo ditë, korrektësinë në marrjen e trajtimit dhe dozave të duhura çdo ditë, në numrin e herëve që nuk ndjek udhëzimet e rekomanduara etj.

### 2.6.1 Prevalenca e mungesës së aderimit tek pacientët në HD

Duke iu referuar kursit të trajtimit të pacientëve me insufiçencë renale, çështjet që lidhen me mungesën e aderimit në trajtim mbetet një problematikë e cila sjell shumë komplikacione për mjekët kurues. Bazuar në studimet e kohëve të fundit [53-54] ka një përqindje të lartë të mungesës së aderimit tek pacientët me insufiçencë renale e cila rezulton në 50% të rasteve në vendet e zhvilluara, por mendohet se në vendet në zhvillim këto shifra mund të jenë disa herë më të larta. Norma e lartë e mungesës së aderimit [55]

mund të lidhet me një numër të madh faktorësh të cilët interferojnë në kursin e trajtimit dhe ulin angazhimin e pacientit në proces. Ndër to mund të veçojmë disa faktorë rrisht që interferojnë në sjelljen aderuese [56] si faktorët personal të lidhura me pacientin, faktorët terapeutik të lidhura me kursin e trajtimit, faktorët e sëmundjes të lidhura me sëmundjen, organizimi i shërbimit shëndetësor, si dhe faktorët social-ekonomikë. Karakteristikat psikologjike dhe tiparet e personalitetit, mosha, gjinia përbëjnë ato që konsiderohen si faktorë të lidhur me pacientin. Faktorët e lidhur me terapinë ndërkohë i referohen të gjitha atyre barrierave të perceptuara nga klienti që lidhen me ndjekjen e terapisë, të harruarit e marrjes së recetave, marrja e shumë ilaçeve, shumë doza, efektet anësore dhe detyrimi i aderimit përgjatë gjithë jetës. Dy faktorë të tjerë siç janë mosha dhe koha e gjatë e trajtimit janë të lidhur në mënyra të ndryshme me mungesën e aderimit në terapi. Duke iu referuar implikimeve të shumta [57] që çojnë në mungesë aderimi në kursin e trajtimit, është e nevojshme hulumtimi i faktorëve psikologjik, pasi kjo do të lehtësonte përzgjedhjen e një plani të personalizuar që i përshtatet nevojave të pacientit, dhe veçorive të tyre lidhur me terapinë mjekësore që do të ndërmerret. Procedurat që na ndihmojnë të evidentojmë ata pacientë që shfaqin mungesë aderimi në trajtim [58] kërkojnë eksplorim të arsyeve të mosaderimit me qëllim që kjo të mbahej në konsideratë gjatë përcaktimit të kursit të trajtimit. Plani i ndërhyrjes psikologjike [59] duhet të bazohet tek faktorët e rrisht të lidhur specifikisht me mosaderimin e pacientit në trajtim.

### **2.7- Ndikimi i faktorëve psikologjik tek pacientët me insuficiencë renale kronike**

Kur një sëmundje shfaqet, e gjithë jeta e individit tronditet rrënjësisht. Kjo tronditje do të ketë efektet e saj edhe në nivelin psikologjik dhe atë social. Insuficenca renale kronike në stadin e fundit krijon tronditje që prekin të gjitha aspektet e jetës së individit. Diagnoza shpesh perceptohet si një rrugëtim i vështirë i shoqëruar me frikë, zemërim, dëshpërim, humbje shprese, heqje dorë nga jeta dhe vetja, etj. Jeta e personit të diagnostikuar me insuficiencë renale shndërrohet në një sfidë të vërtetë, pasi personi detyrohet të ballafaqohet në një mënyrë personale me dobësitë dhe pafuqishmërinë për t'i bërë ballë sëmundjes. Studimet [60-61-62] kanë demonstruar se faktorët psikologjikë dhe kushtet e mjedisit në të cilin jeton një pacient me insuficiencë renale kronike ndikojnë kursin e terapisë mjekësore dhe mirëqënien fizike të pacientit. Përpjekja e pacientëve me insuficiencë renale për të bërë pjesë të rutinës së tyre të përditshme trajtimin e dializës, shpesh minohet nga faktorët psikologjikë. Është pikërisht kjo arsya që duhet të integrohet brenda planit të trajtimit si parësore jo vetëm trajtimi mjekësor por edhe ai psikologjik. Ndër faktorët kryesorë që ndikojnë janë depresioni, ankthi, problemet fizike dhe traumat, mbështetja sociale, mirqënia e përgjithshme subjektive, të lidhur me ndenjat rreth vetes dhe optimizmin për të ardhmen, rreziku i lidhur me veten dhe të tjerët.

#### **2.7.1. Depresioni**

Depresioni i shkaktuar nga një gjendje e përgjithshme shëndetësore karakterizohet nga një çrregullim i dukshëm dhe i qëndrueshëm i humorit, që është gjykuar se është rrjedhojë fiziologjike e drejtpërdrejtë e një gjendje të përgjithshme shëndetësore. Tipar kyç të këtij çrregullimi humorit janë simptomat depresive që prekin fushën afektive (ndenjat), fushën e të menduarit, të sjelljes dhe atë fizike [63].

**1. Ndryshimet në fushën afektive përfshijnë:**

- a. *Humorin*. Individët e përshkruajnë veten si depresivë, të trishtuar dhe të pashpresë. Humori i tyre vazhdon të jetë i ulur edhe në situata pozitive, në të cilat personat jo të prekur nga simptomat depresive do të ndiheshin mirë. Shpeshherë ata mund ta justifikojnë humorin jo të mirë me dyshimet ose ankesat mbi një sëmundje fizike [64].
- b. *Mungesë të interesit dhe gëzimit*. Pacientët humbasin interesin dhe entuziazmin për aktivitete të cilat i kanë pëlqyer në të shkuarën ose që u japin kënaqësi pjesës më të madhe të njerëzve. Pacientët ankohen se nuk kanë motive për të jetuar dhe se gjithcka është pa vlerë.
- c. *Ankthi*. Pacientët shfaqin simptoma të pastra ankthi. Ato ndihen në ankth edhe për gjërat më të vogla. Ankthin e tyre e shpjegojnë me parashikimin e ngjarjeve negative. Preokupim i tepruar dhe shqetësim aktiv për situata të ndryshme të jetës së përditshme.
- d. *Vetëvlersim i ulët dhe ndjenja faji*. Pacientët priren t'i shohin rezultatet e tyre me sy kritik dhe të ekzagjerojnë dështimet. Interpretimet që ata u bëjnë ngjarjeve aktuale ose atyre të të shkuarës, e rrisin ndjenjën e fajit që ata përjetojnë. Vetëfajsimi mund të marrë edhe përmasa delirante [65], p.sh., një person mund të mendojë se është përgjegjës për sëmundjet në botë.

**2. Ndryshimet në fushën e të menduarit përfshijnë:**

- a. *Mendime negative*. Këto mendime klasifikohen në tre kategori, në grupin e parë bëjnë pjesë mendimet negative që i referohen të tashmes. Çdo gjë ata priren ta shohin gri. Në grupin e dytë përfshihen mendimet që i referohen të ardhmes. Pacientët kanë pritshmëri negative për të ardhmen. Hidhërimi i tyre për shkak të këtyre parashikimeve është aq i madh, saqë e shohin vdekjen si të vetmin shpëtim. Në këto kushte ato mund të bëjnë edhe plane për vetëvrasje. Në grupin e tretë bëjnë pjesë mendimet që i referohen të shkuarës. Pacientët priren të përqendrohen më shumë në aspektet negative të së kaluarës, pa qenë të aftë të kujtojnë ngjarje pozitive.
- b. *Mendime për vetëvrasje*. Këto mendime burojnë nga bindja se pengesa është e pakapërcyeshme, se të tjerët do të ishin më mirë nëse ato do të vrisnin veten. Pacientë me një tendencë më të ulët për vetëvrasje, mund ta kenë këtë mendim për 2 deri në 3 minuta, me një frekuencë 2 ose 3 herë në javë. Ndërsa pacientët me një rrezik të lartë mund të kenë siguruar edhe mjetet me të cilat do të tentojnë të kryejnë vetëvrasjen (barna, litar, bristuri, armë).

**3. Ndryshimet në fushën e sjelljes përfshijnë:**

- a. *Tërheqje nga jeta sociale*. Pacientët kanë tendencën të pakësojnë ndjeshëm numrin e kontakteve sociale.
- b. *Pakësim i dukshëm i dëshirës për t'u marrë me punë*. Ky shoqërohet me neglizhim të detyrave dhe rezultate të ulta.
- c. *Tentativë për vetëvrasje*.

**4. Ndryshimet në fushën somatike përfshijnë:**

- a. *Axhitim (shqetësim) psikomotor*, që shfaqet me paaftësi për të qëndruar ulur, fërkim të shpeshtë të duarve, fërkim të veshjeve ose objekteve të tjera.
- b. *Prapambetje psikomotores*, që shfaqet me ngadalësim të të folurit dhe të lëvizjeve. Pacientët kërkojnë shumë kohë që t'i përgjigjen një pyetje. Volumi i zërit është i ulur dhe fjalori i varfër.
- c. *Pakësim të dëshirës për të kryer marrëdhënie seksuale*.
- d. *Probleme me gjumin*. Pacientët i zë gjumi me vështirësi dhe mund t'u dalë gjumi herët në mëngjes, ose disa herë gjatë natës. Ka raste kur nevojat e pacientëve për gjumë shtohen. Problemet me pagjumësinë mund të jenë shkaqet kryesore të fillimit të trajtimit psikologjik.
- e. *Rënie ose shtim në peshë për shkak të ndryshimit të oreksit*. Disa pacientë refuzojnë të hanë, ndërsa disa të tjerë e shohin mbingrënien si një lehtësim të përkohshëm nga ndjesitë negative.
- f. *Ankesa të vazhdueshme për shqetësime trupore (somatike)*. Pacientët mund të vuajnë nga kostipacioni ose të shprehin shqetësim për dhimbje të pjesëve të ndyshme të trupit.

### **2.7.2 - Ankthi dhe përvojat traumatike**

Çrregullimi i ankthit [34-45-61-63] përbën një çrregullim relativisht të vështirë për t'u diagnostikuar për faktin se jo pak individë e përjetojnë ankthin me intensitet relativisht të lartë. Ankthi është pjesë e jetës së përditshme të gjithsecilit prej nesh. Ai ndihet përpara shumë situatave që për ne janë paksa stresuese, të reja, të frikshme, të panjohura apo kërcënuese. Ne reagojmë me ankth pikërisht në këto raste duke kryer një reagim apo sjellje, që shpeshherë na nevojitet për të përballuar situatën kërcënuese. Studiuesit [29-33-66] pohojnë se ankthi i moderuar është një gjendje pozitive dhe e nevojshme, që na ndihmon në situatë ku duhet një reagim, apo ku duhet të përballojmë një sprovë në një afat të caktuar. Kur jemi para një situatë të vështirë dhe përjetojmë ankth të moderuar, ankthi do të na ndihmonte të mobilizonim forcat për të kaluar me sukses situatën. Por kur ankthi kalon në nivele më të larta në situatë të vështira, por kjo ndodh edhe në situatë të përditshme sado të thjeshta, ky ankth bëhet i padurueshëm, mbytës dhe shoqëruar i gjendjes fizike dhe psikologjike, sa na pengon për të jetuar apo kryer një jetë normale, na merr frymën duke na bllokuar duart, trupin e mendjen.

Ankthi përkufizohet si një shqetësim dhe mërzë të tepruar ose jorealiste mbi rrethanat e shumta jetësore, me simptoma shoqëruese që përfshijnë hiperaktivitet, tension, vigjilencë dhe hetim. Ankthi dhe shqetësimi i detyrohen një gjendje të orientuar drejt së ardhmes, ku individë parashikon se diçka e rrezikshme dhe stresuese do të ndodhë, diçka të cilën ai nuk do jetë në gjendje ta kontrollojë. Çrregullimi karakterizohet nga parashikimet negative mbi natyrën e paparashikueshmërisë së ngjarjeve. Ankthi ka një fokus të brendshëm [23-45-55-67] dhe pacienti bën vlerësime të vazhdueshme negative mbi mundësitë për të marrë situatën në dorë. Kjo rrit acarimin duke ngushtuar fokusin e vëmendjes. Ankthi ka tendencën të shfaqet në nivele të larta të cilat bëhen të pakontrollueshme tek ata individë që kanë një predispozitë për të qenë ankthioz, tek ata pacientë që kalojnë përvoja jetësore në një mjedis të karakterizuar nga paparashikueshmëria dhe mungesa e kontrollit. Kjo krijon një çënueshmëri dhe prekshmëri të lartë duke rritur ndjeshmërinë ndaj ankthit.

*Simptomat e ankthit mund të përshijnë:*

1. Tension motor
2. Hiperaktivitet autonom
3. Vigjilencë e lartë

Kapja e individit nga ankthi shoqërohet me efekte të larta negative, ndjenjë mos-kontrolli dhe me përqendrimin e vëmendjes në stimujt e lidhur me kërcënimin.

Dy tipet e shtrembërimeve njohëse prezente tek pacientët që vuajnë nga ankthi janë:

- a. *Mbivlerësimi i probabilitetit.* Mendimet që përfshijnë mbivlerësimin e probabilitetit janë përcaktuar si ato, me të cilat një person mbivlerëson mundësinë e ndodhjes së ngjajeve negative.
- b. *Mendimet katastrofike.* Të menduarit katastrofik është përcaktuar si tendeca e të parit të ngjarjeve si të patolerueshme e të pamënaxhueshme dhe përtej aftësisë së individit që ato të përballohen me sukses, kur në të vërtetë, ngjarja është më pak katastrofike seç duket. Mendimet katastrofike shoqërohen me perceptimin e të qenit jo i aftë për të përballuar ngjarjen negative, pavarësisht sesa të ngjarë ka që ajo të ndodhë vërtetë.

Traumat psikologjike bazohen në parimin që një ngjarje që shkakton traumatizim psikologjik [63-67-68] shkakton stërmundim emocional dhe personi e ka shumë të vështirë për t'u përballur me pafuqishmërinë, frikën, tmerrin dhe neverinë. Një ngjarje e tillë lëkund ekulibrat mendorë të individit ashtu sikurse edhe vetëvlerësimin, vetimazhin dhe besimin tek njerëzit përreth. Traumat psikologjike mund të shkaktojnë ndjenja faji dhe humbje të interesit në jetë. Shumica e përjetimeve të një ngjarje traumatike rikuperohen vetë, simptomat e tyre zhduken me kohën dhe nuk kalojnë në çrregullim të stresit post traumatik.

Një sërë faktorësh përshpejtues ndikojnë në prekjen e individit nga përjetimi traumatik i ngjarjes stresuese, ndër to janë:

- Përjetimin e drejtpërdrejtë të një ngjarje që shkakton ose rrezikon vdekjen, dëmtimin shumë serioz fizik apo që çënon integritetin fizik të personit ose të një personi tjetër.
- Përgjigja e personit ndaj ngjarjes duhet të përfshijë ndjenjat e frikës intense ose të tmerrit.

Karakteristikë kryesore e përvojave traumatike [63] lidhet me zhvillimin e simptomave tipike që pasojnë ekspozimin ndaj një faktori traumatik ekstrem i cili përfshin:

- a. *Kujtime të vazhdueshme stresuese rreth ngjarjes.* Pacientët vazhdojnë të kujtojnë episodet traumatike. Në disa raste ato mund t'i imponojnë vetes të menduarin rreth ngjarjes. Kjo ndodh më shumë në rastet kur pacientët besojnë se mundësia për shmangien e ngjarjes është e madhe.
- b. *Episodet e flash-back-eve* gjatë të cilave rishfaqen kujtimet, ndjenjat ose eksperiencat e perceptuara në të shkuarën. Këto episode karakterizohen nga nxitje shumë të mëdha emocionale dhe fiziologjike gjatë të cilave individit mund të ndihet sikur e kanë mbërthyer në vend. Ai nuk është i ndërgjegjshëm për situatën në të cilën

ndodhet. Pothuajse çdo stimul i lidhur me traumën mund të shkaktojë *flash-back*. Emocioni shoqërues është në nivele shumë të larta dhe pacienti mund të përjetojë të njëjtin nivel tmerri dhe zemërimi si dikur. *Flash-back*-u konsiderohet i rrezikshëm pasi mund të çojë në rritjen e nivelit të vuajtjes, të rëndohet më tej dhe të dëmtojë mirëqënien e përgjithshme psikologjike të pacientit.

- c. *Paaftësi për të rikujtuar aspekte të rëndësishme të traumës*. Kjo paaftësi mund të konstatohet edhe menjëherë pas ndodhjes së episodit traumatik. Pacientit i duhet kohë që ta risjellë plotësisht në kujtesë të gjithë ngjarjen.
- d. *Mungesë interesi për aktivitete*. Pacientët kanë tendencë që të tërhiqen nga aktivitete që më parë i jepnin kënaqësi, këto aktivitete mund të kenë qenë të lidhura me punën apo marrëdhëniet sociale. Shkalla e përjetimit të traumës mund të jetë e tillë sa ta detyrojë individin të shkëputet nga puna. Gjithashtu ka raste kur trauma pasohet nga marrëdhënie e konfliktuar të personit me të tjerët, të cilat mund të degradojnë në agresivitet e dhunë, madje mund të shkojnë deri në vdekje.
- e. *Shkëputje nga realiteti ose disocim*, konsiderohet si mekanizëm që parandalon mbistimulimin e vetëdijes. Trauma shkakton ndarje të sjelljes, njohjes, ndjenjës dhe fiziologjisë. Reagimet e individit nuk përputhen me stimujt realë aktual.
- f. *Simptomat shmangëse*. Këto konsiderohen si përpjekje për t'i kontrolluar apo për t'u mbrojtur nga efektet negative apo nga stimujt që nxisin ripërjetimin e ngjarjeve. Simptomat shmangëse në disa raste shkojnë deri në sjellje ekstreme.
- g. *Mpirja emocionale*. Shfaqet përmes marrëdhënieve sociale, paaftësi për të përjetuar emocione, pakësim të interesit për të marrë pjesë në aktivitete, dështim në arritjen e kënaqësisë seksuale. Mpirja emocionale përbën një problem kompleks të shumëfishtë që mund të karakterizohet si një deficit emocional.
- h. *Prespektivë e zymtë mbi të ardhmen*. Pacienti ka pritshmëri negative për të ardhmen, në mënyrë të vecçantë në atë aspekt që është dëmtuar nga episodi traumatik.
- i. *Irritueshmëri apo shpërthime zemërimi*. Zemërimi në disa raste mund të lidhet me stimujt që i kujtojnë ngjarjen, në raste të tjera klienti nuk është në gjendje të identifikojë shkaqet e zemërimit.
- j. *Vështirësi në përqendrim*. Pacientët kanë ankesa në drejtim të përqendrimit, të cilat janë më të shpeshta në periudhën menjëherë pas traumës.

### 2.7.3- Personaliteti dhe moshë

Aspektet e personalitetit [68] mund të ndikojë në aftësinë e pacientëve në HD për t'u përballuar në mënyra të ndryshme me diagnozën e insuficiencës renale kronike. Individët [56-64-69] të cilët shfaqin aftësi të mira në përballjen me probleme shëndetësore afatgjata apo kronike piren të kenë disa tipare personaliteti si guxim apo aftësi përshtatëse që i lejojnë ata të menaxhojnë mirë edhe situata të vështira të pahasura më parë. Ata janë në gjendje të balancojnë emocionet e tyre të lidhura me shpresën dhe të minimizojnë ndikimin e dëshpërimit. Këta individë janë në gjendje të riorientojnë dhe të gjejnë një qëllim në jetë çfarëdo që të ndodhë. Ata ruajnë vetëbesimin e tyre dhe i rezistojnë zaptimit të emocioneve që lidhen me ndjenjën e pafuqishmërisë dhe të mungesës së shpresës. Përballja me sëmundjen e insuficiencës renale kronike për pacientët bëhet e vështirë ndryshimi i rolit, dhe nevoja për t'u përshtatur me një rol të ri të varur dhe pasiv, të paktën përkohësisht mund të mos jetë e lehtë. Madje për disa individë kjo

mund të jetë gjëja më e vështirë që janë detyruar të bëjnë, pas një roli të pavarur dhe aktiv që kanë zhvilluar përgjatë gjithë jetës së tyre deri në përballjen me diagnozën.

Mosha është një tjetër faktor [55-70] që ndikon mënyrën sesi pacientët përballen me diagnozën e insuficiencës renale kronike. Mosha [29-34-71] ka një ndikim në mënyrën sesi pacientët do të përfshihen në planin e tyre të trajtimit dhe në strategjitë përbaluese. Moshat e reja dhe fëmijët ka të ngjarë të shfaqin një mungesë aderimi ose aderim të ulët në kursin e trajtimit të tyre në një prespektive afatgjatë. Gjithashtu ata mund të mos jenë në gjendje të ndërgjegjësohen në kohë mbi të gjitha implikimet afatgjata të sëmundjes dhe të rëndësisë që kanë sjelljet e tyre në mbështetje të terapisë dhe në mbrojtjen e shëndetit. Adoleshentët do të përpiqen të neglizhojnë praktikën e kujdesit shëndetësor [45] dhe terapi dhe të përfshihen në sjellje që vënë në rrezik jetën e tyre si nevojë për të mos u dukur ndryshe nga bashkëmoshatarët dhe për t'u pranuar prej tyre. Të rriturit me SRK, që i përkasin moshës së rritur të hershme mund të ndjejnë se nuk kanë më shanse të zhvillojnë jetën e tyre në drejtimin që ata planifikuan - të martohen, të kenë fëmijë ose të bëjnë karrierë në drejtimin që kanë investuar. Ndjenja të tilla mund të shkaktojnë përballjen dhe rënien pre të emocioneve të tilla si zemërim dhe pakënaqësi. Pacientët e moshës së rritur të mesme [72] mund të kenë probleme të përshtatën me prishjen e një stili jetese të vendosur. Ata mund ta shohin veten të paaftë për të përfunduar detyrat që kanë filluar, siç është avancimi në karrierë, kujdesi për familjen. Pacientët e moshës së rritur të vonë mund të përballen me kërcënimin e jetës, të cilin e përjetojnë më intensivisht së moshat e tjera dhe humbja e shpresës që të gëzojnë pensionin e tyre në mënyrën si kishin planifikuar.

### 2.7.4- Mbështetja sociale

Dy elementë të rëndësishëm përsa i përket mbështetjes sociale [68] janë sasia dhe cilësia e mbështetjes në dispozicion të pacientëve me SRK. Sasia dhe cilësia e mbështetjes sociale ndikojnë në mënyrën sesi pacientët përballen në vijimësi me sëmundjen kronike. Personat që jetojnë vetëm, larg familjes dhe që kanë pak miq, kanë tendencë të shfaqin aderencë të ulët përgjatë kursit të trajtimit në terma afatgjatë dhe të përfshihen në sjellje të rrezikshme për shëndetin. Forma të tjera të mbështetjes [56-68] janë veçanërisht të rëndësishme për këta pacientë. Për shumë individë me insuficiencë renale kronike, mbështetja familjare është burim kryesor dhe i menjëhershëm i mbështetjes psikologjike. Për pacientë të tjerë këtë rol e marrin miq të ngushtë apo partneri. Një mbështetje e tillë është burim force dhe motivi për të luftuar e për të mos u ndjerë vetëm. Sidoqoftë [73] është gjithashtu e vërtetë që të afërmit dhe miqtë ndonjëherë minojnë përballimin efektiv duke dhënë shembuj ose këshilla të këqija për pacientin. Strukturat spitalore jo gjithmonë janë në gjendje t'u sigurojnë pacientëve me insuficiencë renale kronike mbështetjen e duhur në drejtim të aspektit psiko-emocional dhe të përkrahjes së shëndetit mendor të tyre. Fatkeqësisht, për momentin, jo të gjitha njësitë e dializës kanë një psikolog klinik si pjesë e ekipit multidisiplinar. Sidoqoftë [74] pranohet gjerësisht si nga stafi, familjarët por edhe vetë pacienti, nevoja për t'u ofruar pacientëve mbështetje psikologjike. Trajnimet me stafin dhe familjarët kanë pasur ndikim të veçantë në rritjen e aderimit në trajtim. Për disa njerëz, mungesa e mbështetjes praktike në shtëpi mund të jetë problem. Pacientët mund të kenë vështirësi të kujdesin për veten ose në bërjen vetë të detyrave të përditshme. Për të përmbushur nevojat e pacientëve [75] me insuficiencë renale kronike në drejtim të

mbështetjes sociale, shumë grupe mbështetëse janë krijuar nga vetë pacientët apo familjarë të tyre. Këto grupe mund të ofrojnë mbështetje emocionale dhe nganjëherë financiare, si dhe informacion.

### 2.7.5- Agresiviteti dhe zemërimi

Agresiviteti [76] shihet si tipar i brendshëm i personaliteti, i cili mobilizon gjithë sistemet e trupit duke përfshirë sistemin nervor, endokrin, të frymëmarrjes, vaskulare e muskulore. Nxitja e sjelljes agresive lidhet me nevojën për të mbrojtur jetën dhe interesa të tjera personale. Por sjellja agresive nxitet gjithashtu edhe nga pengesat që dalin përpara individit në realizimin e qëllimeve të rëndësishme në jetë. Niveli i agresivitetit vepron si faktor stresi dhe prek cilësinë e jetës dhe jetëgjatësinë e një individi që vuan nga sëmundje kronike [77]. Shfaqja e sjelljes agresive tek pacientët në HD lidhet me faktorë të tillë si moshë, gjinia, sëmundjet dhe trajtimi, dieta dhe kushtet mjedisore. Kohët e fundit sjellja e pakontrolluar e agresivitetit tek pacientëve në HD po krijon probleme kryesisht tek stafi mjekësor por nuk përjashtohen edhe familjarët. Sjellja agresive klasifikohet në një mori formash:

- Agresioni i llojit impulsiv i cili shkaktohet nga stimuj të jashtëm të padëshiruar
- Agresioni i llojit patologjik i cili është simptomë e çrregullimeve të humorit dhe ankthit.

Agresiviteti manifestohet përmes formës verbale apo fizike. Agresiviteti shihet i lidhur me faktorët gjenetik, por studimet e shumta mbi këtë sjellje nuk kanë identifikuar një gjen specifik që përcakton agresivitetin. Një sërë mekanizmash përgjegjëse siç mund të jenë rregullatorët neuroendokrinë dhe ato fiziologjike e bëjnë tepër kompleks këtë problem.

Zemërimi [78] shihet si bashkëshoqërues i agresivitetit. Lind nevoja që stafi mjekësor të jetë i trajnuar mbi njohjen dhe menaxhimin e tij. Njohja e zemërimit të pacientit rrit sigurinë si për mjekët ashtu edhe për pacientët. Zemërimi, në vetvete, ka një diagnozë diferenciale për të cilin mjekët duhet të jenë të ndërgjegjësuar. Nevoja prioritare kur përballemi me zemërimin e pacientit lidhet me kujdesin e duhur me qëllim që të tutelohet siguria fizike, t'i jepet mundësia pacientit në HD të verbalizojë përjetimet e tij, por edhe aplikimi i masave shtrënguese mjekësore dhe fizike. Edukimi në vazhdim i stafit mbi aspektin psikologjik, lehtëson marrëdhënien e bashkëpunimit infermier-pacient dhe rrit nivelin e aderimit në trajtim.

Format e manifestimit të zemërimit variojnë nga acarim i lehtë deri në tërbim dhe dalje jashtë kontrolli. Zemërimi mund të shtypet nga ana e individit ose të orientohet drejt vetes (psh. sjelljet e qëllimshme vetdëmtuese, tentativat suicidale) apo të orientohet ndaj të tjerëve, familjarë apo anëtarë të stafit mjekësorë (psh. konfrontimi, apo sjelljet agresive). Shenjat fizike të përjetimit të zemërimit përfshijnë sy të "ndezur", buzë të mbledhura, gojë pak e hapur, skuqje në fytyrë, nofull e tensionuar, një qëndrim agresiv. Manifestimet e kësaj sjellje përfshijnë bërtitjen, kërcënimin, ndyshimet në sjelljen e personit nga ajo e shfaqur zakonisht. Disa pacientë mund të mos japin shenja të qarta të zemërimit, por e demostrojnë në mënyrë pasive zemërimin e tyre përmes veprimeve të tilla si mosndjekja e udhëzimeve të mjekut, neglizhencë në ndjekjen rregullisht të terapisë, sjellje sfiduese dhe indiferencën në komunikimin me mjekun kurues.



Zemërimi në kontekstin e trajtimit në HD mund të përshkruhet si një proces që kalon në disa faza:

*Faza 1* - Irritim nga ana e pacientit në HD, për të cilin nuk arrin të tregojë shenja të qarta të axhitimit.

*Faza 2* - Padurim i cili shprehet përmes tensionit të shprehur verbalisht në situata frustruese.

*Faza 3* - Armiqësi e shprehur verbalisht ndaj stafit mjekësor në lidhje me pakënaqësinë ndaj trajtimit dhe dyshimit në lidhje me kompetencat profesionale të stafit apo mjekut kurues.

*Faza 4* - Kërcënim verbal i referohet kërcënimeve nga ana e pacientëve në lidhje me mjekim të gabuar apo procedim penal të stafit apo mjekut kurues.

*Faza 5* - Dhuna fizike ku pacienti përfshihet në sjellje që synojnë dëmtimin fizik ndaj stafit që po i ofron shërbimin.

Një pacient në fazën e parë e ka më të lehtë të menaxhojë iritimin e tij dhe të mos e lejojë atë të ndërhyjë në marrëdhënien me mjekun kurues dhe në kursin e trajtimit. Ai është i aftë të mendojë logjikisht dhe të përgjigjet në mënyrën e duhur. Ndërhyrja psikologjike shihet si mjet i favorshëm për të adresuar këto problematika dhe për të ndihmuar pacientët në HD të qëndrojnë ose të ridrejtohen në këtë fazë. Nuk ka asnjë protokoll që të përcakton se kur një pacient që po trajtohet në HD mund të bëhet i dhunshëm gjatë shtrimit në spital. Por mund të ketë instrumenta që ndihmojnë psikologët të parashikojnë se cilët pacientë janë në rrezik më të lartë për të shfaqur agresion. Të tilla instrumenta na ndihmojnë të vlerësojmë shkallën e agresivitetit, dhe të ndërhyrjmë përmes teknikave psikologjike në reduktimin ose në gjetjen e mënyrave personale që e ndihmojnë pacientin të mbajë nën kontroll agresivitetin e tij. Studimet tek pacientët në HD e lidhin agresionin me moshën e re, periudha e parë kohore të fillimit të trajtimit në HD, zemërimi, depresioni, padurimi.

Bazuar në disa gjetje egzistojnë disa kushte që çojnë pacientët në HD drejt përjetimit të zemërimit dhe shfaqjes së sjelljeve agresive, ku më kryesoret lidhen shpesh me:

*Diagnostifikimin e gabuar ose gabimet mjekësore* gjatë kursit të trajtimit, për të cilin Shoqata Amerikane e mjekëve duke iu referuar këtij aspekti, detyron mjekët përmes kodit etik të sjelljes të bëjnë zbulimin e këtyre gabimeve tek pacienti i tij. Kjo mendohet se ndihmon mbajtjen e marrëdhënies së bashkëpunimit midis tyre dhe rrit angazhimin e pacientit në komunikimin e hapur në lidhje me përshkrimin e simptomave.

*Neglizhenca dhe mungesa e empatisë* për të kuptuar problemin nga konteksti i pacientit, indiferenca në të treguarit kujdes dhe respekt për shqetësimet e pacientit në lidhje me terapinë e ndjekur.

*Mungesa e ndjeshmërisë* në dhënien e lajmeve të këqija tek pacientët në HD, ku nuk tregohet kujdes për përjetimet emocionale që shkakton tek pacientët, mosdhënia e mbështetjes së nevojshme njerëzore dhe profesionale për të shfaqur empati. Trajnimi i stafit mbi mënyrën sesi komunikohen diagnozat tek pacientët, duke përdorur një gjuhë mbështetëse dhe lehtësues duhet të jetë objekt i trajnimeve të vazhdueshme nga ana e profesionistëve të shëndetit mendor për ekipet mjekësore.

*Vonesat në fillimin e seancave të HD.* Ardhja me vonesë, peripecitë e tjera të lidhura me oraret e seancave, mbajtja e pacientëve në pritje për një kohë të gjatë. Mosdhënia e

informacionit sqarues në lidhje me këto vonesa nga ana e stafit gjithashtu nxit zemërimin e pacientëve.

*Komunikimi i dobët.* Mospërfshirja e pacientit në vendimarrjen për trajtimin e zgjedhur. Komunikimi i dobët me pacientët dhe përdorimi i një zhargoni profesional nga ana e stafit nuk i lejonë pacientët të kuptojnë diagnozën. Mosdhënia e arsytimit në lidhje me procedurat e trajtimit, ilaçet dhe dieta, pse nuk rekomandohet një ilaç apo trajtim i caktuar, mosmbajtja e pacientit të azhurnuar në lidhje me planin mjekësor, rezultatet e testeve, shmangia e kontaktit me sy janë të gjitha faktorë që nxisin zemërimin dhe agresivitetin e pacientëve në HD.

*Influencat social-kulturore.* Mungesa e vëmendjes dhe kohës për të kuptuar dhe pranuar besimet e pacientit në lidhje me sëmundjen dhe terapinë gjithashtu shihen si faktor rrisht për funksionimin e marrëdhënies mjek-pacient.

Studimet e neuroshkencës kanë një qasje në lidhje me përjetimet e emocioneve të zemërimit dhe shfaqjen e repertorit të sjelljeve agresive. Sipas tyre [79] agresiviteti dhe zemërimi janë pjesë normale e repertorit të sjelljes njerëzore, dhe mungesa e këtyre mund të jetë mjaft e pafavorshme për mbijetesën e individit [68-72]. Marrëdhënia midis zemërimit të tepërt dhe shëndetit shihet si faktor rrisht, duke nxitur aktivizimin e një sërë mekanizmash të brendshëm fizik dhe psikologjik. Ideja e hedhur nga ky grup studiuesish [75] paracakton mundësinë e parashikimit të zemërimit dhe agresivitetit tek individit i ndikuar nga ora biologjike, ndryshimet sezonale. Ekzistojnë një sërë mekanizmash të hipotezuar që mund të llogarisin sesi sistemi biologjik në një nivel gjenetik ndikon në faktorët qelizorë dhe fiziologjik që rregullojnë sjelljet agresive dhe hulumtimi i mëtejshëm mbi rolin e gjeneve mund të jetë veçanërisht i dobishëm për të kuptuar këto mekanizma më thellë. Studimet në këtë nivel analize mund të japin gjithashtu një pasqyrë më të plotë se si ndërprerjet e orëve endogjene rrisin mundësinë e sjelljeve armiqësore. Përparimet në të kuptuarit e rolit të sistemit cirkadian në agresion dhe zemërim mund të jenë më të vlefshme për përmirësimin e aftësisë sonë për të parandaluar dhe trajtuar komplikimet shëndetësore që individë me nivel të lartë zemërimi shfaqin përgjatë zhvillimit të tyre.

## **2.8 Studimet mbi ndikimin e faktorëve psikologjikë në kursin e trajtimit të pacientëve me HD**

Ndikimi i faktorëve psikologjik mbi sëmundjen e insufiçencës renale kronike ka qenë objekt i shumë studimeve. Kjo lidhje midis ndërveprimit të faktorëve psikologjik me mungesën e aderimit të trajtimit të insufiçencës renale kronike ka krijuar jo pak komplikacione tek stafi mjekësor [35-45-63-67-80] gjatë kursit të trajtimit të pacientëve. Shpesh ka pasur komplikime të dukshme për pacientët me insufiçencë renale kronike si rezultat i dominimit të panoramës klinike nga probleme të shëndetit mendor si depresioni [23-35-67-71-81] ankthi, bashkëshoqëruese në disa raste edhe me halucinacione dhe deluzione apo perjetimi i sëmundjes si një traumë e “madhe” nga e cila bëhet e pamundur të dilet.

Nëse flasim për kushte ku këto ngjarje stresuese bëhen shkas për problem të shëndetit mendor, mund të pranojmë se vënia në rrezik e ekzistencës fizike nga një kusht i përgjithshëm shëndetësor duhet konsideruar si ngjarje stresuese domethënëse për të shkaktuar një traumë psikologjike.

Tronditja psikologjike që përjetojnë pacientët kur vihen në dijeni të sëmundjes e cila nuk mund të kurohet plotësisht por mund të mbahet nën kontroll përmes terapive mjekësore, mund të jetë e ndryshme për individ të ndryshëm në varësi të tipareve të personalitetit. Në disa raste kjo tronditje mund të përjetohej si traumatike, duke u shoqëruar me një mori simptomash të cilat ndikojnë në mungesën e aderimit në trajtim mjekësor të insuficiencës renale kronike. Stresi i përjetuar kur përballesh me sëmundjen nxit reagimin e pacientëve përmes simptomave të ankthit dhe të depresionit. Këto faktorë psikologjik kanë një ndikim tepër negativ në prognozën e kësaj sëmundje kronike. Në vijim do të eksplorojmë disa studime që kanë hulumtuar mbi ndikimin e faktorëve psikologjik tek pacientët që vuajnë nga SRK.

Sipas një studimi të Xing et al., [82] pacientët e hemodializës janë të prirur drejt një larmie problematikash psikologjike. Depresioni shihet si një ndër më të zakonshmit e problemeve psikologjike që prekin pacientët që vuajnë nga insuficienca renale kronike, me një shkallë të sëmundshmërisë që mund të arrijë deri 25 %, 4 herë më shumë se niveli i përgjithshëm në popullatën normale. Tek pacientët në hemodializë, depresioni mund të shkaktojë disa komplikacione që vënë në rrezik jetën si dhe uljen e aderimit në trajtim. Ulja e aderimit shfaqet veçanërisht në drejtim të dietës dhe kufizimin në marrjen e lëngjeve. Kjo ndiqte një normë që shkonte nga 14.4% deri në 67% në ulje të aderimit në trajtim, çrregullimet e gjumit kishin një incidencë që varionte nga 40% deri në 85% tek pacientët me insuficiencë renale kronike të cilët trajtoheshin me hemodializë. Gjithashtu një gjetje tjetër interesante në studimin e Xing ishte se depresioni kishte predispozitën që të rriste shkallën e shtrimit në spital, rriste incidencën e sëmundjeve të zemrës [83] përkeqëson funksionimin seksual, ul cilësinë e jetës dhe rrit vdekshmërinë tek pacientët në hemodializë. Xing konsideron si thelbësore marrjen e masave efektive në kohë, në mënyrë që të reduktohet depresioni tek pacientët në hemodializë dhe të kemi efikasitet në kursin e trajtimit mjekësor.

Choi dhe kolegët e tij [84] në një studim që synonte të eksploronte lidhjen midis problemeve psikologjike dhe sjelljeve të lidhura me shëndetin tek pacientët me insuficiencë renale kronike, zbuloi se cilësia e jetës ndërlikohet me rrezikun për avancimin e problemeve psikologjike. Gjithashtu problemet psikologjike kishin një ndikim negativ në sjelljet shëndetësore. U evidentua se tek pacientët që trajtoheshin me hemodializë kishte një tendencë për përfshirje të tyre në sjellje të rrezikshme për shëndetin si pirje duhani, përdorim alkoli dhe mungesë aktiviteti fizik. Pacientët me insuficiencë renale kronike kishin një përfshirje më të lartë në sjellje të rrezikshme për shëndetin dhe në bashkëshoqërimin e këtyre sjelljeve me problemet psikologjike, ku ¼ e tyre përjetonin probleme psikologjike të moderuara apo të rënda. Rezultoi se duhanpirja dhe mungesa e aktivitetit fizik rrisnin rrezikun për probleme psikologjike. Një ndërhyrje psikologjike që synon modifikimin e stilit të jetesës shihet si mënyrë efektive që ndihmon pacientët me insuficiencë renale kronike të reduktojnë problemet psikologjike.

Integrimi i shërbimit psikologjik [12-17-26-53-71-85] jo gjithmonë kërkohet nga pacientët që vuajnë nga insuficienca renale kronike pasi kostoja e tyre është shpesh e lartë për t'u përballuar pasi kërkon shumë kohë. Në këto kushte me ndikim pozitiv shihet integrimi i ndërhyrjeve afatshkurtra që synojnë përmirësimin e simptomave psikologjike të këtyre pacientëve. Këto ndërhyrje afatshkurtra kryesisht ofrohen në formën e këshillimit psikologjik, i cili fokusohet në dhënien e një informacioni mbi sëmundjen dhe

rëndësinë e ndjekjes me rigoroziteti të udhëzimeve të mjekut kurues në lidhje me dietën, ilaçet, terapinë, fokusohet tek eksplorimi i përjetimeve emocionale që shkakton përballja me diagnozën e SRK, roli i mbështetjes psiko-emocionale, dhe fuqizimi i klientit në aspektin psikologjik me qëllim mobilizimin e forcave për t'u përballur me sëmundjen. Shkrimi i një tregimi mbi përjetimet emocionale dhe mendimet që lidhen me këtë eksperiencë negative për të cilat nuk është e lehtë të flitet duket se ndihmon pacientët të lehtësohen emocionalisht nga përjetimet stresuese dhe të bëhen më racionalë dhe të ndërgjegjshëm në raport me sëmundjen me të cilën po përballen. Studimet mbi ndërhyrjet terapeutike [23-76-81] mbi traumat psikologjike e shohin si efikase procesin e shkrimit të dialogut narrativ si në shëndetin fizik, të tilla si funksionimi i sistemit imunitar, presioni i gjakut, sistemi i frymëmarrjes dhe mëlçisë dhe në përmirësimin e shëndetit psikologjik tek pacientët që vuajnë nga sëmundjet kronike. Në një përpjekje për të eksploruar faktorët psikologjikë [76-79-86] studiuesit evidentuan se mbështetja dhe lehtësimi i procesit të reflektimit dhe ndarjes së emocioneve [87] ndikonte pozitivisht tek cilësia e jetës së pacientëve që vuanin nga insuficienca renale kronike. Studimi u realizua në një kampion klinik prej 28 pacientësh në hemodializë, të ndarë përkatësisht në dy grupe, atë eksperimental dhe të kontrollit. U kryen matje para dhe pas ndërhyrjes psikologjike. Ndërhyrja fokusohet tek nevoja për të ndarë përjetimet përmes shkrimit të përvojave të pacientëve në HD tek grupi eksperimental, të cilëve iu dha mundësia për të shprehur mendimet, ndjenjat dhe përvojat e tjera traumatike. Studimi nxori në pah efikasitetin e ndërhyrjes psikologjike mbi cilësinë e jetës dhe në rritjen e mekanizmave përballues për problemet psikologjike të shkaktuara nga SRK. Përmes ndarjes së përvojave personale dhe bërjes eksplicite të emocioneve, pacientët që vuajnë nga sëmundje kronike kanë një sërë përfitimesh si në shëndetin fizik, mirëqënien psikologjike, funksionimin e përgjithshëm dhe aderimin në trajtim.

Edhe pse studimet demostrojnë se depresioni [88] shihet si një parashikues sinjifikant i mungesës së aderimit në trajtim. Mungesa e aderimit duket se mbetet një sfidë e vazhdueshme për stafin mjeksësor që punon me pacientët që vuajnë nga insuficienca renale kronike. Në një studim të realizuar nga Cukor et al., [29] mbi hulumtimin e faktorëve që kontribuonin në mungesën ose aderimin e ulët tek dy grupe pacientësh që vuanin nga insuficienca renale kronike, përkatësisht ato që i ishin nënshtruar një transplantit veshkash dhe pacientëve që trajtoheshin me hemodializë, rezultoi se niveli i përjetimit të problemeve psikologjike dhe mungesa e aderimit ndaj terapisë mjekësore ishte më e lartë tek pacientët që trajtoheshin me hemodializë krahasuar me pacientët që i ishin nënshtruar një trasplantit veshkash. Studimi konkludoi gjithashtu se cilësia e jetës ishte më e mirë tek pacientët që i ishin nënshtruar një transplantit në krahasim me ato që trajtoheshin me hemodializë. Pacientët në HD gjithashtu raportonin një aderim më të ulët në terapinë me ilaçe, marrjen e lëngjeve sipas normës së përcaktuar nga mjeku, dhe regjimin e dietës, krahasuar me grupin e pacientëve që kishin kryer trasplant të veshkave. Ndërhyrja që synon trajtimin e depresionit [89] jo vetëm ndikon në rritjen e cilësisë së jetës së pacientit por gjithashtu kontribuon në mënyrë efikase edhe për të rritur aderimin e tij ndaj kursit të trajtimit të përcaktuar për të mbajtur nën kontroll SRK.

Konsiderohet si efikase përfshirja e pacientëve hemodialikë në aktivitet fizik, duke marrë në konsideratë kushtet e sëmundjes. Duke iu referuar përfitimeve që kjo veprimtari ka mbi shëndetin fizik dhe psikologjik të pacientëve, rezultoi [81] se



- c. *Personalizimi*. Ky grup mekanizmesh synon shtypjen e mendimeve që lidhen me frikën dhe pasigurinë duke u fokusuar tek përdorimi i racionalizimit, intelektualizimit dhe izolimit.
- d. *Kthimi kundër vetes*. Ky grup mekanizmesh synon kthimin e zemërimit dhe agresionit drejt vetes, mazokizmi është njëri prej tyre.
- e. *Përballja*. Ky është një grup mekanizmesh në të cilat individ reagon pozitivisht ose asnjësi si formë reagimi ndaj situatës e cila mund të shkaktojë reagime negative. Mohimi dhe shtypja janë mekaniza tipik.

Ajo që është interesante lidhet me faktin se pacientët që përdorin mekanizmat e kthimit ndaj vetes si stilin e tyre mbrojtës kur përballen me situata stresante, lidhen me tiparin e varur të personalitetit. Gjithashtu tipar bashkëshoqërues janë sjelljet agresive dhe nervozizmi. Referuar studimit këto mekanizma luajnë një rol të rëndësishëm në prognozën e SRK në drejtim të impaktit që ka në gjendjen biologjike dhe psikologjike të pacientëve në HD. Qëndrimi negativ i shoqëruar me agresivitet dhe nervozizëm të shtuar tek pacientët, shoqërohet me një impakt negativ në komorbitetin psikiatrik, kanë një aderim të ulët ndaj terapisë dhe rrisht të lartë vdekshmërie midis pacientëve në HD. Studimi gjithashtu thekson se qëndrimi pozitiv dhe prania e një sërë karakteristikash pozitive me natyrë psiko-sociale [92], që lidhen me faktin e të pranuarit të sëmundjes, integritetin e hemodializës si pjesë integrale e projektit të tyre të jetës, i lejojnë këta pacientë të bëjnë një jetë më të mirë, të përjetojnë nivele më të ulta të depresionit dhe të shfaqin aderim më të lartë në trajtim.

Dializa [93] si metodë trajtimi e insuficiencës renale kronike përfshin ndërlikime në aspektin psikologjik të cilat mund të krijojnë terrenin e përshtatshëm për zhvillimin e problemeve të shëndetit mendor dhe psikopatologji të ndryshme. Monitorimi i aspektit emocional bëhet objekt vlerësimi me qëllim që të shmangen komplikimet që lidhen me mungesën e aderimit përgjatë fazës së trajtimit me HD. Hulumtimi i De Pasquale et al., [93] u fokusua tek vështirësitë e sjelljes dhe aftësitë përshtatëse të pacientëve që trajtohen me HD përmes “Testit Machover, vizato një person” si një formë e mirë për të eksploruar mendimet dhe përjetimet emocionale lidhur në trajtimin dhe sëmundjen. Metodat projektive rezultojnë më efikase për procesin e eksplorimit të botës së brendshme të pacientit, frikrave dhe pasigurive lidhur me sëmundjen. Rezultoi se 100% e kampionit të tij përjetonin një ndrydhje emocionale dhe se tek 70% e kampionit u evidentua një tendencë për të shfaqur probleme në marrëdhëniet ndërpersonale, bashkëshoqëruar me ankth. De Pasquale et al., [93] mbështesin idenë e një vlerësimi të kujdesshëm psikologjik që synon evidentimin e problemeve psikologjike sic janë ankthi, depresioni, dëmtimin e gjykit, çrregullimet e gjumit tek pacientët në HD. Prezenca e këtyre patologjive është një faktor rrisht për mungesë aderimi në kursin e trajtimit dhe rritje të vdekshmërisë tek pacientët në HD. Raportimet e pacientëve në lidhje me përjetimin e ankthit orientohen drejt shqetësimit në rritje që përjetohej nga komplikacionet përgjatë seancave të hemodializës, si rezultat i efekteve anësore të medikamenteve që marrin, por edhe nga kushte të tjera që ekspozojnë pacientët në HD ndaj frikës së refuzimit dhe gjendjes së shqetësimit fizik. Episodet depressive mund të shfaqen pas një kohe të gjatë përpjekje të pacientit për t’u angazhuar në kursin e trajtimit të HD, si rezultat i paafësisë së tij për të planifikuar strategji përballimi dhe për të zhvilluar shprehje adaptuese, humbje së besimit se shëndeti i tij do të rikthehet në gjendjen e mëparshme, atë të parasëmundjes.

Kur graviteti i simptomave rezulton në nivele të rënda apo shumë të rënda, trajtimi me medikamente antidepresivë [94] dhe psikoterapia apo këshillimi janë të domosdoshme. Këto dy lloje terapis mund të bashkëshoqërohen edhe me psikoedukimin e pacientit dhe familjarëve mbi parandalimin e relapsit.

Shpesh për të gjitha grupmoshat e pacientëve në HD bëhet tepër e vështirë kufizimi i dietës së tyre për ushqimin dhe lëngjet, ndjekjen me rregullsi të seancave të HD, marrjen e terapisë me ilaçe sipas udhëzimeve të mjekut kurues [95]. Studimi i Ozen dhe kolegëve evidentoi se 95% e pacientëve të rinj (adoleshent) paraqisnin rrezik për aderim të ulët ndaj tyre. Kryesisht ishin faktorë rrisht për mungesë aderimi në trajtim e SRK, ata pacientë që në 95 % e tyre i përkisnin gjinisë mashkullore dhe me një kateter venoz qendror, dhe që kishin një kohëzgjatë të shkurtër në HD. Studimi nxorri në pah edhe rolin e rëndësishëm që ka statusi arsimor i pacientëve. Bazuar në këto evidenca është e rëndësishme të theksohet nevoja e njohjes së tyre nga stafi mjekësor dhe infermierët përgjatë planifikimit të trajtimit në HD. Monitorimi i vazhdueshëm i progresit të sëmundjes dhe njohja e problemeve psiko-sociale të cilat bëhen burim stresi dhe pengojnë angazhimin e pacientit në kursin e trajtimit, kërkom mbledhjen e të dhënave të vazhdueshme nga ana e infermierëve dhe pjesës tjetër të stafit, me qëllim rritjen e aderimit të pacientëve në HD. Një tjetër sugjerim i propozuar nga Ozen et al., (2019) lidhet me përpjekjen e infermierëve për të zhvilluar një marrëdhënie të fortë besimi dhe mbështetëse me pacientin, që lehtëson procesin e komunikimit të shqetësimeve dhe vështirësive, dhe ndihmon të përmirësojnë aderimin ndaj trajtimit.

Simões dhe kolegët pranojnë se gjendjet neuropsikiatrike [96-97] përfshirë depresionin, çrregullimet e ankthit dhe dëmtimet njohëse janë të përhapura tek pacientët që vuajnë nga insuficienca renale kronike (IRK). Prania e tyre shpesh ndikon në përkeqësimin e cilësisë së jetës dhe gjithashtu çon në shtrime në spital dhe vdekshmëri më të lartë. Përpjekjet e vazhdueshme përgjatë këtyre dy dekadave janë fokusuar tek ndërlidhja midis tyre, me një efekt shkatërrues në prognozën e sëmundjes së SRK. Hipoteza të ndryshme e bazojnë shfaqjen e gjendjeve neuropsikiatrike tek sëmundjes cerebrovaskulare dhe toksinat e akumuluar uremike në pacientët e rritur me SRK. Duke qenë se nuk kemi evidenca të drejtëpërdrejta që lidhin SRK dhe sëmundjet neuropsikiatrike, nuk mund të shpjegojnë prezencën e dëmtimeve njohëse prezent tek pacientët pediatrikë, mendohet se mund të jenë të ndërlidhur me mekanizma të tjerë të cilët duhen hulumtuar.

Në një studim të realizuar nga Cukur et al., [98] mbi komorbitetin e çrregullimeve neuropsikiatrike me SRK dhe sëmundjeve të tjera fizike tek një grup prej 50 pacientësh pediatrik me SRK në hemodializë, zbuloi simptoma ankthi në 45.7% të kampionit. Në rezultate të ngjashme arritën dhe studiues të tjerë [99-100-101] përse i përket prezencës së ankthit tek pacientët në HD. Këto studime treguan se simptomat e ankthit janë të paktën dy herë më të larta në pacientët me SRK në krahasim me popullsinë e përgjithshme. Simptomat e ankthit [102] mund të shoqërohen me aderim të ulët në terapinë mjekësore dhe të shfaqin probleme psikologjike si cilësi e dobët e jetës lidhur me shëndetin, shtrimi në spital dhe vdekshmëri të lartë. Përse i përket shëndetit dhe cilësisë së jetës, studimet kanë treguar rezultate më të ulëta të cilësisë së jetës në lidhje me fazën e SRK.

Studimi i Dingwall dhe kolegëve [15] evidentoi se pacientët e zonave të largëta rurale paraqisnin një incidencë shumë të lartë të SRK në fazën përfundimtare të saj. Një sërë problematikash që kanë të bëjnë me udhëtimet e gjata për tek klinika e HD, largimi nga familja, koha e zgjatur e dializës, përshtatja e stilit të ri të jetesës pas diagnostikimit me SRK, shkaktojnë ankth dhe depresion tek pacientët. Këto faktorë ndikojnë negativisht si në cilësinë e jetës dhe në uljen e aderimit në trajtimin mjekësor. Dingwall përmes programit të planifikimit të motivuar realizoi një ndërhyrje që rezultoi e suksesshme në përmirësimin e shqetësimeve psikologjike, simptomave depressive, cilësisë së jetës dhe aderimit në trajtim tek pacientët indigjenë që iu nënshtruan hemodializës për SRK. Kërkuesit monitoruan shqetësimet psikologjike të raportuara dhe simptomat depressive përmes instrumentave vetëraportues për një periudhë gjashtë mujore e ndarë në dy matje çdo tre muaj secila. Dingwall arriti në përfundimin se është e rëndësishme kontrolli dhe adresimi i sëmundjeve kronike dhe problemeve psikologjike, dhe se ndërhyrja psikologjike dhe mjekësore që lejon menaxhimin e mirë të burimeve të brendshme dhe të jashtme të individit rrit dukshëm cilësinë e jetës dhe aderimin në kursin e trajtimit mjekësor. Por një ndërhyrje [103] e tillë holistike që merr në konsideratë si faktorët mjekësore dhe ato psikologjike, duhet të realizohet duke qenë në harmoni me vlerat, normat dhe zakonet e kontekstit social-kulturor të pacientit me SRK.

### 2.9. Përfundime për rishikimin e literaturës

Në këtë përblehje paraqitet një panoramë e përgjithshme e mënyrës sesi ndërvepron mendja dhe trupi sëbashku në një formë harmonike. Profesionistët e fushës së nefrologjisë shpesh i japin një rëndësi të jashtëzakonshme aspektit fizik dhe shkaqeve biologjike. Nevoja e tyre është të kurojnë “trupin e sëmurë”. Problemet e shëndetit mendor duket se minojnë përpjekjet e tyre për të shëruar trupin. Kjo klimë nxiti kërkues të disiplinave të ndryshme si neuroshkenca, psikiatria, psikologjia, fiziologjia të orientonin vëmendjen nga faktorët psiko-social. Përpjekjet e tyre u fokusuan në nevojën për të kuptuar mënyrën sesi këto faktorë ndikonin në mungesën e aderimit në terapinë mjekësore dhe rrisni rrezikun për vdekshmëri midis pacientëve që vuajnë nga SRK. Nga studimet e shumta që u morën në shqyrtim në këtë kapitull rezultoi se depresioni, ankthi ishin simptomat tipike ndër problemet e shëndetit mendor që dominonin kuadrin klinik të pacientëve që trajtohen në HD. Panorama e problematikave psikologjike nuk kufizohet vetëm tek këto simptoma por pasurohet edhe me çrregullime të tjera psikiatrike. Simptomat psikiatrike dhe psikologjike kanë një ndikim negativ në cilësinë e jetës së individit, në funksionimin e tij të përgjithshëm, në mirëqënien e tij psikologjike dhe në angazhimin e tij në kursin e trajtimit. Nisur nga evidencat shkencore të evidentuara nga kërkuesit shkencorë por edhe nga gjetjet e sjella nga profesionistë që punojnë në terren, filloi të shtohen zërat mes profesionistëve, mbi nevojën për një ndërhyrje psikologjike dhe për praninë e një specialisti të shëndetit mendor si pjesë e strukturave spitalore. Në këtë klimë, sot në shumë vende të botës, psikologu është pjesë e ekipit mjekësor që ofron shërbimin e tij pranë departamentit të nefrologjisë. Studime të shumta janë trajtuar më sipër mbi rolin e ndërhyrjeve psikologjike në përmirësimin e shëndetit mendor dhe fizik të pacientëve në HD. Ndërhyrjet që marrin në konsideratë aspektet psiko-sociale kanë pasur ndikim në zvogëlimin e simptomave depressive dhe të ankthit. Janë evidentuar rezultate të përmirësuara në cilësinë e jetës te pacientët që vuajnë nga SRK, por edhe tek



familjarët e tyre. Zakonisht ndërhyrjet psikologjike duhet të ndërmerren kur kemi prani të problemeve të shëndetit mendor që përcaktohen në një nivel të moderuar apo të rëndë. Analiza e gjetjeve nga studimet e fundit demonstroi efikasitetin e ndërhyrjes psikosociale në zvogëlimin e simptomave depresive dhe të ankthit tek një sërë sëmundjesh kronike, të cilat për hir të së vërtetës e ndryshojnë fuqishëm stilin e jetës së individit duke kufizuar lirinë dhe pavarësinë në zgjedhje dhe vizionin e tij për veten, familjen punën. Prania e këtyre dy formave të problemeve të shëndetit mendor shoqërohet me një numër simptomash si probleme me gjumin, humbje ose shtim i oreksit, lodhje dhe ndryshime në fushën konjitive.

## KAPITULLI III- METODOLOGJIA

### 3-Hyrje

Ky kapitull synon të paraqesë zgjedhjen metodologjike të përzier për të adresuar çështjet e hulumtimit të përshkruara në kapitullin e parë. Përmes metodës sasiore e cila synon eksplorimin e mirëqenies dhe shëndetit psikologjik tek pacientët me SRK që trajtohen me HD, dhe vlerësimin e efikasitetit para dhe pas ndërhyrjes psikologjike në reduktimin e simptomave psikologjike. Ndërsa përdorimi i metodës cilësore do të ndihmojë të thellohem mbi problemet psiko-sociale siç përjetohen nga pacientët në HD, anëtarët e familjes dhe stafi mjekësor. Ndërthurja e metodave cilësore dhe sasiore na ndihmon të kemi një panoramë më të plotë mbi problemet psikologjike tek pacientët në HD.

Motivet që më kanë nxitur të ndërmarr këtë studim kërkimor mbi insufiçencën renale kronike pranë spitalit “Hygea” derivojnë kryesisht nga aspekte të tilla si:

- Së pari, nga vëmendja e shtuar e literaturës shkencore ndërkombëtare mbi nevojën për të kuptuar në mënyrë më të plotë proceset psikologjike të përfshira në trajtimin mjekësor të saj,
- Së dyti, nga nevoja e dukshme e evidentimit të ndërhyrjeve psikologjike të cilat synojnë promovimin e shëndetit mendor dhe të mirëqenies së përgjithshme të individit.
- Së treti, zgjedhja ime për të përqendruar hulumtimin në këtë institucion specifik u diktua nga vëmendja e munguar e ndërhyrjeve dhe studimeve konkrete me pjesëmarrje aktive të kërkuesve në Shqipëri
- Së kartërti, nga nevoja për të lehtësuar problemet psikologjike tek pacientët në HD,
- Si dhe të përgjegjësisë profesionale dhe morale që ndiej si pjesë e ekipit multidisiplinar të këtij reparti, për të rritur cilësinë e shërbimit të ofruar nga stafi i departamentit të nefrologjisë në spitalin “Hygea”.

### 3.1 Qëllimi

Studimi synon të eksplorojë praninë e simptomave psikologjike tek pacientët që vuajnë nga insufiçenca renale kronike, të cilët trajtohen në hemodializë, si dhe të vlerësojë ndryshimet në shfaqjen e simptomave para dhe pas ndërhyrjes psikologjike.

#### 3.1.1 Objektivat e studimit

1. Vlerësimi i statusit të përgjithshëm mendor tek pacientët me SRK pranë spitalit “Hygea” para dhe pas ndërhyrjes psikologjike
2. Vlerësimin e problemeve psikologjike të pranishme tek pacientët sipas vetëraportimit nga vetë pacientët, stafi dhe familjarët.
3. Vlerësimi i ndikimit të faktorëve demografik si moshë, gjinia, statusi civil, arsimit, të ardhurat, mirëqenia psikologjike e pacientëve në HD
4. Vlerësimi i prezencës së problemeve lidhur me mirëqenien e përgjithshme subjektive para dhe pas ndërhyrjes psikologjike tek pacientët në HD

5. Vlerësimi i prezencës së problemeve tek pacientët në HD lidhur me simptomat psikologjike si ankthi, depresioni, problemet fizike, traumat, para dhe pas ndërhyrjes psikologjike
6. Vlerësimi i prezencës së problemeve lidhur me funksionimin e përgjithshëm, marrëdhëniet e ngushta, marrëdhëniet sociale para dhe pas ndërhyrjes psikologjike tek pacientët në HD
7. Vlerësimi i prezencës së problemeve lidhur me rrezikun ndaj vetes dhe të tjerëve para dhe pas ndërhyrjes psikologjike tek pacientët në HD

### 3.1.2 Pyetjet kërkimore

1. Në çfarë niveli paraqiten simptomat psikologjike tek pacientët që vuajnë nga insuficienca renale kronike para terapisë psikologjike?
2. A ka dallime tek pacientët me SRK, përsa i përket shfaqjes së problemeve psikologjike pas terapisë psikologjike?
3. A kemi mbisundim të simptomave psikologjike si depresioni, ankthi dhe traumat tek pacientët me SRK para terapisë psikologjike?
4. A kemi prezencë të rritjes të agresivitetit dhe zemërimit tek pacientët që trajtohen me hemodializë?
5. A ka dallime në lidhje me praninë e problemeve psikologjike lidhur me gjininë?
6. A ka dallime në lidhje me praninë e problemeve psikologjike lidhur me moshën e pacientëve?
7. A ka dallime në lidhje me praninë e problemeve psikologjike lidhur me nivelin arsimor të pacientëve?
8. A ka dallime në lidhje me praninë e problemeve psikologjike lidhur me statusin civil të pacientëve?
9. A është prania e agresivitetit dhe zemërimit e lartë tek pacientët në HD?
10. A kemi diferenca gjinore për nënshkallët e simptomave të ankthit?
11. A kemi diferenca gjinore për nënshkallën e depresionit?
12. A kemi diferenca gjinore për nënshkallën e funksionimit të përgjithshëm?
13. A kemi diferenca gjinore për nënshkallën e funksionimit në marrëdhëniet e afërta?
14. A kemi diferenca gjinore për nënshkallën e funksionimit në marrëdhëniet sociale?
15. A kemi diferenca gjinore për nënshkallën e rrishtit për dëmtimin e vetes?
16. A kemi diferenca gjinore për nënshkallën e rrishtit për dëmtimin e të tjerëve?

### 3.1.3 Hipotezat e studimit

1. Ekzistojnë dallime gjinore përsa i përket shkallës globale të problemeve psikologjike.
2. Ka një ulje të simptomatologjisë psikologjike pas ndërhyrjes me terapi psikologjike për nënshkallën e depresionit.
3. Ka një lidhje negative midis rritjes së simptomatologjisë psikologjike dhe nivelit të ulët arsimor të pacientëve në HD.
4. Ka një lidhje negative midis rritjes së simptomatologjisë psikologjike dhe nivelit të ulët të të ardhurave të pacientëve në HD.
5. Simptomat depresive paraqiten në nivele më të larta tek pacientët në HD para ndërhyrjes psikologjike.

### 3.1.5 Procedurat

Pas përzgjedhjes së metodologjisë së ndërthurur midis përdorimit të metodave sasiore dhe cilësore për realizimin e studimit, jemi fokusuar tek shqyrtimi i literaturës me qëllim përcaktimin e instrumentave të përshtatshëm që do të na lejonin të mblihdhnim të dhëna të plota mbi problematikën e marrë në studim. Projekti mori miratimin nga Këshilli i Etikës në Universitetin e Mjekësisë, Tiranë. Në Komisionin e Etikës pranë spitalit “Hygea” u prezantua projekti kërkimor në të cilin përshkruhet i gjithë procesi i punës që do të realizohet në repartin e dializës, më pas institucioni autorizoi lejimin e kërkimit. Të gjithë pjesëmarrësit janë kontaktuar drejtpërdrejtë në studion e psikologut dhe janë ftuar të marrin pjesë në studim. Kërkimi që do të realizohet tek pacientët në HD, iu prezantua të gjithë subjekteve që plotësonin kriteret për përfshirje në studim, të cilët ishin të lirë të zgjidhnin të merrnin pjesë ose jo. Të gjithë pacientëve që shprehën dëshirën të përfshiheshin në studim iu kërkua të lexonin dhe të miratonin pjesëmarrjen përmes një kontrate të miratimit të informuar që lidhet midis kërkuesit shkencor dhe pjesëmarrësve. Administrimi i instrumentit është kryer gjatë kohës që pacientët ishin në orarin e pritjes para fillimit të seancave të HD, me qëllim që të shmangej lodhja dhe mungesa e përqendrimit. Administrimi i pyetësorit kërkon 10 deri në 15 minuta. Vlerësimi u realizua në dy matje: matja e parë u krye gjatë perudhës mars-prill 2019, ndërsa matja e dytë u krye dy muaj pas ndërhyrjes psikologjike tek pacientët që trajtoheshin në HD, korrik-gusht 2019.

#### *a. Ndërhyrja psikologjike për pacientët në HD*

Ndërhyrja psikologjike fokusohet tek:

- Psikoedukimi i cili synon dhënien e informacionit mbi simptomat dhe problemet psikologjike që janë tipike për pacientët me SRK.
- lehtësimi i komunikimit të pacientëve mbi diskutimin e hapur dhe ndarjen e përjetimeve negative që lidhen në sëmundjen,
- rritja e ndërgjegjësimit të pacientit mbi rëndësinë e ndjekjes së terapisë me HD,
- diskutimi mbi mundësitë që rrisin cilësinë e jetës tek pacientët e prekur nga SRK

- fokusi tek vështirësitë e sjelljes dhe aftësitë përshtatëse të pacientëve që trajtohen me HD si pasojë e sëmundjes.

Përmes mbështetjes psikologjike, lidhur me përpjekjet e pacientëve për t'u përshtatur me rutinën e tyre të re me ndihmën e psikologut synohet reduktimi i simptomave dominuese si depresioni e ankthi, por edhe të simptomave të tjera të shëndetit mendore të cilët ndërhyjnë në kursin e terapisë mjekësore. Synimi tjetër i ndërmjarrjes se kësaj ndërhyrje është rritja e mirëqenies së përgjithshme të pacientit në HD dhe e cilësisë së jetës. Pjesë e kësaj ndërhyrje psikologjike ishte përdorimi i teknikës “Testit Machover, vizato një person” si një formë e mirë për të eksploruar mendimet dhe përjetimet emocionale lidhur me trajtimin dhe sëmundjen. Metodave projektive rezultojnë më efikase për procesin e eksplorimit të botës së brendshme të pacientit, frikërave dhe pasigurive lidhur me sëmundjen. Ndërhyrja psikologjike u realizua tek të gjithë pjesëmarrësit që morën pjesë në studim, por edhe tek pacientët e tjerë që trajtohen në HD.

#### *b. Zhvillimi i intervistës tek një grup i përzier subjektsh*

Intervistat ndërkohë u realizuan gjatë fazës së fundit kur ishte kryer edhe vlerësimi i dytë pas ndërhyrjes psikologjike. Kjo procedurë u përzgjodh me qëllim që të diskutohen në mënyrë më të thelluar aspekte të caktuara që nuk të lejojnë thellim të plotë rreth shkaqeve dhe pasojave nga mbledhja e të dhënave sasiore. Përmes përdorimit të metodologjisë së përzier e cila synon ndërthurjen e metodave sasiore, të cilat të japin mundësi për të mbledhur të dhëna më të mëdha në një kohë të shkurtër, duke kryer matje objektive dhe të standardizuara, na lejojnë të bëjmë përgjithësime dhe të parashikojmë sjelljen. Ndërsa përmes metodave cilësore kemi mundësi të masim shumë mirë objektivat në këtë studim, pra kanë një besueshmëri më të lartë të brendshme në krahasim me metodat sasiore, por nuk mund të përdorim konkluzionet e tyre për të bërë përgjithësime mbi popullatën, do të duhet të kufizohemi në përfundimet tona vetëm për grupin që morën pjesë në studim. Pikë e fortë e përdorimit të metodave cilësore është mundësia që të jep në zbulimin e shkaqeve dhe pasojave mbi çështjen e marrë në studim.

Nisur nga ky arsytim intervistat me stafin mjekësor, pacientët dhe familjarët e tyre u realizuan gjatë periudhës shtator-tetor 2019. Përmes tyre u bë i mundur thellimi mbi hulumtimin e formave të shfaqjes së simptomatologjisë psikologjike, shkaqeve dhe pasojave të tyre mbi SRK.

Faza e fundit e kërkimit u fokusua tek analiza e të dhënave sasiore përmes hedhjes së të dhënave në një program statistikor për të gjeneruar rezultate. Analiza cilësore u fokusua tek transkripti dhe kodifikimi i intervistave. Përmes përdorimit të kësaj procedure të organizuar në faza ndërhyrje sipas një protokollit pune, patëm mundësinë të hulumtojmë në mënyrë ezauruese qëllimin dhe objektivat e këtij studimi kërkimor.

### **3.2 Kampioni**

Për të realizuar objektivat e studimit u përzgjodh një kampion prej 145 pacientësh në repartin e dializës pranë spitalit “Hygea” i ndarë në dy grupe: një grup prej 115 pacientësh që trajtoheshin me hemodializë dhe një grup prej 30 subjektsh, ku përfshiheshin anëtarë të stafit mjekësor, familjarë dhe pacient. Kampioni është përzgjedhur në bazë të konvencencës, duke u nisur nga pozicioni i punës në këtë departament, dhe aksesit të plotë nga ana institucionale.

a. *Seksioni i pacientëve në HD – të dhënat sasiore CORE –OM*

Ky repart aktualisht ofron shërbimin e hemodializës për 175 pacientë nga i gjithë vendi. Ndër to morën pjesë në studim 115 pacientë nga të cilët N=76 (66.1%) janë meshkuj dhe N=39 (33.9%) e pacientëve në HD janë femra (shih tab.3.1).

Pacientët varionin në moshën e tyre nga minimalja 25 vjeç deri në 81 vjeç. Moshë mesatare e pacientëve të anketuar është M=54.9 vjeç me një devijim standard (13.5). Nga të cilët N=3 (2.6%) ishin më të vegjël se 30 vjeç, ndërsa N=19 (16.5%) ishin të moshës midis 31-40 vjeç, rreth moshës 41-50 vjeç ishin 30 pacientë në HD, (26.1%), dhe përqindjen më të lartë rreth N=31 (27%) e zë moshë 61-70 vjeç, në përfundim kemi N=15 (13%) të pacientëve në HD që i përkasin grupmoshës mbi 70 vjeç.

Nisur nga të dhënat mbi statusin civil të pacientëve që vuajnë nga insuficienca renale kronike dhe që trajtohen në hemodializë pranë spitalit “Hygeia”, rezultojnë se pjesa më e madhe e tyre N=89 (77.4%) janë të martuar, ndërsa beqarë janë N=7 (6.1%) e pacientëve në HD, N=7 (6.1%) pacientë janë të ve, dhe N=12 (10.4%) e tyre janë të divorcuar.

Përsa i përket nivelit arsimor të të anketuarve rezultojnë se rreth N=12 (10.3%) e pacientëve në HD kanë një nivel arsimor të ulët, pjesa më e madhe e pacientëve që trajtohen në hemodializë është me arsim të mesëm N=57 (48.7%), ndërsa numri i pacientëve me arsim të lartë është rreth N=48 (41%).

Duke iu referuar të dhënave të marra nga pacientët në HD mbi të ardhurat financiare kemi N=9 (7.7%) pacientë të cilët kanë një nivel të ulët të të ardhurave, ndërsa një pjesë e madhe e subjekteve të këtij studimi N=61 (52%) deklarojnë se kanë nivel të lartë të të ardhurave, dhe rreth N=48 (41%) kanë të ardhura mesatare. Në grupin e pacientëve të anketuar (N=115) u evidentuan diferenca statistikisht të rëndësishme për gjininë P<0.01, për grupmoshën P<0.01, për gjendjen civile P<0.01, për arsimin P<0.01 dhe për të ardhurat P<0.01.

**Tabela 3. 1** Statistikat përshkruese të karakteristikave të përgjithshme të pacientëve në HD (N=115)

Variablat	N	%	P
Gjinia			<0.01
Femra	39	33.9	
Meshkuj	76	66.1	
Moshë, M (SD)	54.9 (13.5)	28-81	
Grupmosha, vite			<0.01
≤30	3	2.6	
31-40	19	16.5	
41-50	17	14.8	
51-60	30	26.1	
61-70	31	27.0	
>70	15	13.0	
Gj. Civile			<0.01

Impakti i Faktorëve Psikosocial në kursin e trajtimit të Pacientëve në Hemodializë

Beqar	6	5.1	
Martuar	102	87.2	
Divorcuar	5	4.3	
Të ve	4	3.4	
Arsimi			<0.01
Ulët	12	10.3	
Mesëm	57	48.7	
Lartë	48	41.0	
Të_Ardhurat			<0.01
Të ulta	9	7.7	
Mesatare	48	41.0	
Të larta	61	52.1	

b. *Seksioni i pacientëve në HD – të dhënat cilësore përmes intervistës së strukturuar*

Kampioni i subjekteve që morën pjesë në intervistën e strukturuar ishte i përbërë nga punonjës të stafit mjekësorë, familjarë dhe pacientë që trajtohen pranë këtij reparti me hemodializë. Numri total i subjekteve që u intervistuan ishte N= 30, nga të cilët N=19 (63.3%) femra dhe N= 11 (33.9%) e pacientëve në HD janë meshkuj. Subjektet varionin në moshën e tyre nga minimalja 32 vjeç deri në maksimale në 73 vjeç. Moshë mesatare e subjekteve të intervistuar është M=42.6, devijim standard =13.3. Nga ky kampion kemi N=4 (13.3) subjekte që i përkasin moshës nën 30 vjeç, kurse N=12 (40%) e tyre janë të moshës nga 31 deri në 40 vjeç. Ndërsa N=2 (6.7%) e subjekteve janë të grupmoshës 51-60 vjeç, i përkasin moshës 41-50 rreth N=7 (23.3%) e të intervistuarve, rreth N=5 (16.7%) e tyre janë mbi moshën 60 vjeç. Në lidhje me grupimin e subjekteve të intervistuar në bazë të përkatësisë së tyre, në grupin e stafit mjekësor janë N=14 (46%) subjekte, rreth N=5 (16.7%) janë familjarë dhe N=11 (36.7%) janë pacientë në HD. U evidentuan diferenca statistike të rëndësishme p=0.01 për grupmoshën e të intervistuarve.

**Tabela 3. 2** Statistikat përshkruese të karakteristikave të përgjithshme të pacientëve në HD

Variablat	N	%	P
Gjinia			0.1
Femra	19	63.3	
Meshkuj	11	36.7	
Moshë, M (SD)	42.6 (13.3)	23-73	
Grupmosha, vite			0.04
≤30	4	13.3	
31-40	12	40.0	

41-50	7	23.3	
51-60	2	6.7	
>60	5	16.7	
I intervistuari			0.1
Familjar	5	16.7	
Pacient	11	36.7	
Personel	14	46.7	

### 3.2.1 Kriteret e përfshirjes dhe përjashtimit në studim

Në studim morën pjesë gjithsej 145 pjesëmarrës të ndarë në dy grupe: 115 pacientë që trajtohen në HD, të cilëve iu administrua instrumenti i vlerësimit CORE - OM dhe në grupin e dytë u përfshinë 30 subjekte, midis të cilëve familjarë, anëtarë të stafit dhe pacientë të cilët u intervistuan në lidhje me perceptimin e tyre mbi problemet që shfaqen në planin e sëmundjes fizike dhe shëndetit mendor tek pacientët që trajtohen në HD.

*Për grupin e parë të pacientëve si kriter për përfshirjen në studim janë:*

- Pacientë që marrin terapi pranë repartit të dializës në spitalin “Hygeia”
- Pacientë të diagnostikuar me insufiçencë renale kronike
- Pacientë që trajtohen me hemodializë

*Kritere përjashtuese për grupin e parë janë:*

- Pacientët që nuk vuajnë nga sëmundja e insufiçencës renale kronike
- Pacientët të cilët nuk trajtohen në hemodializë pranë repartit të dializës në spitalin “Hygea”

*Për grupin e dytë të subjekteve si kriter për përfshirjen në studim janë:*

- Të qenit pjesë e stafit të hemodializës.
- Të qenit familjar i pacientëve në HD të trajtuar pranë repartit të dializës
- Të qenit pacient që trajtohet me HD pranë repartit të dializës

*Kritere përjashtuese për grupin e dytë janë:*

- Fakti që nuk punon në repartin e dializës për stafin
- Fakti i të mosqenit familjar i ndonjërit prej pacientëve që trajtohen në HD
- Fakti i mosmarrjes së trajtimit në HD pranë këtij reparti për pacientët



### 3.3 Mbledhja e të dhënave

Si pjesë e metodologjisë së përzier për mbledhjen e të dhënave është përzgjedhur instrumenti CORE-OM (Bodinaku, 2014) si mjet që na ndihmon të gjenerojmë të dhëna sasiore për kërkimin. Metoda cilësore e përdorur në studim do të na lejojë të eksplorojmë mbi shkaqet dhe dinamikat që lidhen me simptomat e problemeve të shëndetit mendor duke përdorur një intervistë të gjysëmstrukturuar.

#### 3.3.1-Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM)

CORE-OM është një instrument psikometrik vlerësimi që adreson probleme për katër dimensionë të rëndësishme të mirëqenies dhe shëndetit psikologjik. Instrumenti përbëhet nga 34 pohime që synojnë të mbulojnë dimensionet:

1. *Mirëqenia subjektive*; (pohimet 4, 14, 17, 31)
2. *Symptomat / problemet psikologjike* (ankthi, depresioni, problemet fizike, trauma); (pohimet: 2, 5, 8, 11, 13, 15, 18, 20, 23, 27, 28, 30)
3. *Funksionimi*; (funksionimi i përgjithshëm, marrëdhëniet e ngushta, marrëdhëniet sociale); (pohimet: 1, 3, 7, 12, 10, 19, 21, 25, 26, 29, 32, 33)
4. *Rreziku* (rreziku ndaj vetes dhe të tjerëve); (pohimet: 9, 6, 16, 22, 24, 34)

Instrumenti CORE-OM është dizenuar si një instrument vlerësues para dhe pas terapisë psikologjike. Rekomandohet që përgjigjet ndaj pohimeve të CORE-OM të përdoren si mjete të drejtpërdrejta për të kuptuar problemin e pacientit. Instrumenti është i standardizuar për kontekstin shqiptar nga Bodinaku (2014) me parametra shumë të mirë në lidhje me besueshmërinë e brendshme për shkallën totale, Cronbach's Alpha shkon në vlerën  $\alpha = .90$ .

#### Pikëzimi: Pikët totale të mesatarizuara

Gjatë pikëzimit të CORE-OM është e nevojshme të ndiqen udhëzimet në vijim:

1. Çdo pohim i CORE - OM Pikëzohet në një shkallë 5-pikëshe që varion nga 0 (aspak) në 4 (shumicën, ose gjatë gjithë kohës).
2. Pikët totale llogariten duke mbledhur vlerat e përgjigjeve për secilën prej 34 pohimeve.
3. Totali minimal që mund të përftohet është 0 ndërsa maksimumi është 136 pikë.
4. Pikët totale të mesatarizuara llogariten duke pjesëtuar totalin e pikëve me numrin e pohimeve të plotësuar (normalisht 34).

Është një instrument i pikëzuar në bazë të problemeve, që do të thotë se niveli i pikëve sugjeron nivelin e problemeve (sa më shumë pikë, aq më i shqetësuar është pacienti).

**Tabela 3. 3 Dimensionet dhe rrezja e pikëve për secilen nenshkalle të CORE-OM**

Identifikuesi	Dimensioni	Nr. i pohimeve	Rrezja e pikëve	Rrezja e mesatareve
M	Mirëqenia Subjektive	4 pohime	0 - 16	0 - 4
P	Problemet ose Simptomat	12 pohime	0 - 48	0 - 4
F	Funksionimi	12 pohime	0 - 48	0 - 4
R	Rreziku	6 pohime	0 - 24	0 - 4
Pikët Totale		34 pohime	0 - 136	0 - 4

### 3.3.2- Intervista gjysëm e strukturuar

Qasja teorike e vetëpërcaktimit [11] e cila mbështetet në paradigmen social konstruktiviste është përdorur si bazë mbështetëse për të hartuar pyetjet që synojnë të eksplorojnë perceptimin e stafit mjekësor, familjarëve dhe vetë pacientëve në lidhje me problemet psikosociale të tyre në HD [25].

Intervista përbëhet nga 12 pyetje të hapura që synojnë të eksplorojnë disa aspekte që kanë të bëjnë me:

- Qëndrimet subjektive mbi hemodializën dhe problemet e shëndetit mendor tek pacientët.
- Matjen e zemërimit dhe sjelljet agresive të lidhura me menaxhimin e sëmundjes së SRK.
- Eksplorimi i disa prej simptomave tipike të shëndetit mendor si ankthi, depresioni, halucionet, deluzionet, luhatje humori, zemërim, mohim i vdekjes, projektimi i problemeve tek të tjerët, agresiviteti.
- Eksplorimi i faktorëve demografikë dhe ndikimi i tyre mbi shëndetin mendor të pacientëve në HD.
- Qëndrimet e subjektive mbi shkaqet e përjetimit të zemërimit dhe agresivitetit.
- Matja e qëndrimeve të familjarëve në lidhje me nevojën për mbështetje psikologjike.
- Hetimin e shkaqeve që shtyjnë pacientët drejt neglizhimit të ndjekjes me korrektësi të udhëzimeve të stafit mjekësor.

### 3.4- Analiza e të dhënave

Të gjitha analizat statistikore janë realizuar përmes programit statistikor *STATA 13.0*

U përllogaritën statistikatat përshkruese të variablave socio-demografike si dhe ato që lidhen me CORE-OM. Variablat kategorikë u paraqitën sipas frekuencës absolute dhe relative të tyre të shprehur në përqindje dhe u përdorur testi statistikor i *Hi-katrorit* ( $\chi^2$ ) dhe testi ekzakt i *Fisher* për krahasimin e tyre. Të dhënat e vazhduara janë paraqitur me mesataren (M) dhe devijimin standard (SD). Është përdorur *testi i studentit t* dhe testi jo parametrik *Friedman* për krahasimin e mesatares së variave të vazhduar. Diferencat ndërmjet matjes së parë dhe të dytë u vlerësuan me testin e studentit *t* dhe *Wilcoxon*. Është përdorur korrelacioni parametrik i *Pearson* për vlerësimin e marrëdhënies ndërmjet variablave të vazhduar. Janë raportuar OR (odds ratio) dhe intervali i besimit 95%CI.

Sinjifikanca statistikore është përcaktuar për  $p \leq 0.05$ . Testet statistikore janë të dyanshme. Janë përdorur tabela dhe grafike për vizualizimin e të dhënave.

### 3.5. Çështjet etike

Aprovimi për kërkimin është marrë nga Komisioni i Etikës pranë spitalit “Hygeia”. Përpara mbledhjes së të dhënave janë prezantuar tek pacientët qëllimet e kërkimit dhe është marrë miratimi i informuar me shkrim (shih shtojcën) për të gjithë pjesëmarrësit.

Studimi respekton çështjet etike të cilat lidhen me:

- a. *Lejen e informuar të subjekteve.* Subjektet u informuan fillimisht nga stafi përkatës dhe pasi pranuan në parim, u informuan në mënyrë të hollësishme në lidhje me qëllimin, kushtet dhe metodat e studimit që do të përdreshin.
- b. *Ruajtjen e anonimatit dhe konfidencialitetin.* Pjesëmarrësve në studim iu bë e ditur se të gjitha të dhënat e mbledhura prej tyre do të përdreshin vetëm për qëllime studimi dhe se do të respektohej anonimiteti i tyre.
- c. *Shmangien e mashtrimit, deklarami i të dhënave.* Subjekteve iu bë e ditur qëllimi i vërtetë i studimit, pa përdorur qëllime të dyfishta, si edhe janë siguruar se rezultatet do të jenë të hapura për t’u komunikuar në qoftë se ekziston dëshira për t’u informuar mbi përfundimet nëpërmjet adresës së emailit.
- d. *Së fundmi, pjesëmarrësit në studim* u informuan mbi mënyrën e publikimit të gjetjeve. U sqarua fakti se rezultatet e këtij kërkimi do të jenë të hapura për publikun por në mënyrë që të ruhet anonimiteti i pjesëmarrësve rezultatet do të paraqiten në grupe dhe jo individualisht.

## KAPITULLI IV- REZULTATET E STUDIMIT

Të gjitha rezultatet e prezantuara në këtë kapitull janë gjeneruar përmes programit statistikor *STATA 13.0*. Në rezultatet e analizuara janë ndjekur procedurat e analizës së të dhënave sasiore.

### *4.1-Analizat përshkruese në kampionin e pacientëve të trajtuar në HD (N=115)*

Përmes analizave përshkruese synohet dhënia e një panorame më të plotë mbi shpërndarjen e vlerave të kampionit të marrë në studim.

Vlerat mesatare të shkallës totale të CORE-OM dhe për çdo pohim të saj bëhet bazuar në pikët që kanë alternativat e Shkallës likert (nga 0-4). Vlerat mesatare pranë 0 tregojnë mungesë ose mosprezencë të problemeve të shëndetit mendor, vlerat mesatare pranë 1 tregojnë nivel të *butë* të problemeve psikologjike, vlerat mesatare pranë 2 tregojnë *nivel të moderuar* të problemeve të shëndetit mendor, vlerat mesatare pranë 3 tregojnë *nivel të rëndë* të problemeve të shëndetit mendor dhe vlerat mesatare pranë 4 tregojnë *nivel shumë të rëndë* të problemeve të shëndetit mendor.

*A ka dallime të rëndësishme statistikore për shkallën globale të mirëqenies/shëndetit psikologjik për çdo pohim të CORE-OM tek pacientët në HD, para ndërhyrjes psikologjike?*

Në tabelën 4.1 janë prezantuar të dhënat përshkruese për gjithë shkallën e CORE-OM (34 pohime), për vlerat e tyre në administrimin e parë që u krye tek pacientët në HD para ndërhyrjes psikologjike. Në matjen e parë rezultatet treguan vlera domethënëse në shkallën totale sipas 34 pohimeve të CORE-OM. Përsa i përket përjetimit të vetmisë dhe izolimit ( $M=2.13$ ,  $SD=1.01$ ), rezultatet paraqesin një prezencë të moderuar tek pacientët në HD, me një shpërndarje domethënëse për një numër mesatar të pjesëmarrësve. Nivel të moderuar të lartë të pranisë së simptomave të ankthit, e cila paraqitet përmes pohimit mbi të ndjerit i/e tensionuar, në ankth, ose nervoz/e ( $M=2.35$ ,  $SD=1.07$ ), me një shpërndarje mesatare tek pacientët në HD. Ndërsa lidhur me perceptimin e tyre për pasjen në dispozicion të burimeve mbështetëse ( $M=2.51$ ,  $SD=0.86$ ) tregohet një nivel i moderuar i lartë, duke parë shpërndarjen e vlerave themi se perceptohet si joproblem. Një pjesë e vogël e pacientëve në HD, ruajnë marrëdhënie të ngushta dhe bazohen tek këto marrëdhënie me të tjerët për të kërkuar dhe marrë mbështetje. Përsa i përket mirëqenies subjektive të pacientëve dhe specifikisht mbi të ndjerit mirë me veten ( $M=2.67$ ,  $SD=0.84$ ) vlerat tregojnë një nivel të lartë tek pacientët në HD, për mirëqenien subjektive tek një numër relativisht i vlogël i pacientëve. Tek një pjesë e madhe e pacientëve në HD shfaqen probleme me të ndjerit krejtësisht pa energji dhe entuziazëm ( $M=2.7$ ,  $SD=1.10$ ) në vlera të larta të simptomatologjisë ankthioze, duke treguar nivel të rëndë të simptomave të ankthit. Vlera të larta hasen edhe për të ndjerit i/e aftë për të përballuar situata dhe gjëra që nuk kanë shkuar mirë ( $M=2.57$ ,  $SD=0.71$ ), shpërndarja e tyre tregon se vetëm një numër i vogël i pacientëve përjetojnë këtë ndjenjë optimizmi për t'u përballur me guxim me problemet e jetës së përditshme. Pacientët në HD në përgjithësi shfaqin probleme në lidhje me shqetësimet fizike që kanë të bëjnë me përjetimin e dhimbjes dhe probleme të tjera fizike që i kanë shqetësuar. Këto probleme shfaqen në nivele të rëndë të moderuar,

krahasuar me vlerat e tjera ( $M=3.05$ ,  $SD=0.95$ ), duke treguar se problemet fizike përjetohen si tepër shqetësuese nga një pjesë e vogël e pacientëve në HD.

Kryesisht pohimet që eksplorojnë aspektet që kanë të bëjnë me faktorët e rrishtit për veten janë në një nivel moderuar të lartë, (pohimi “kam menduar të lëndoj veten”  $M=2.67$ ,  $SD=0.8$ ; pohimi “kam bërë plane për t’i dhënë fund jetës”  $M=1.23$ ,  $SD=0.09$ ; pohimi “kam menduar se do ishte më mirë të kisha vdekur”  $M=1.62$ ,  $SD=0.77$ ; dhe pohimi “kam lënduar fizikisht veten, ose kam rrezikuar seriozisht shëndetin tim”  $M=1.81$ ,  $SD=0.64$  tregojnë se tek një pjesë e vogël e pacientëve në HD, rreziku për vetvrasje është një simptomë prezente, në nivel të rëndë dhe duhet adresuar menjëherë. Nivelet e larta të zemërimit dhe shoqërimi i këtyre niveleve me shfaqjen e sjelljeve agresive janë hulumtuar përmes nënshkallës së rrezikut ndaj të tjerëve. Kjo nënshkallë paraqitet përmes pohimeve “kam kërcënuar apo frikësuar dikë” ( $M=1.31$ ,  $SD=0.31$ ) dhe “kam përdorur dhunë fizike ndaj të tjerëve” ( $M=1.15$ ,  $SD=0.23$ ). Bazuar në vlerat mesatare sa i përket tendencës së shfaqjes së agresivitetit kundrejt të tjerëve, niveli është shumë i ulët për përdorimin e agresivitetit fizik, duke marrë vlerën minimale, gjë që tregon nivelet e përdorimit të agresivitetit janë të rralla dhe shfaqen tek një pjesë shumë e vogël e pacientëve në HD, ndërsa përsa i përket formës tjetër të agresivitetit, atij verbal, i shprehur kryesisht përmes shfaqjes së zemërimit pa rrezik për sulm agresiv, vlerat tregojnë një nivel të moderuar të lartë të pranisë së tij tek një pjesë relativisht e vogël e pacientëve në HD. Paraqitja e tyre në këto nivele ndoshta mund të jetë ndikuar nga fakti që sjellje të tilla dënohen moralisht dhe ligjërisht nga shoqëria, gjë që shtyn personat të mos flasin hapur në lidhje me to.

Nënshkalla e simptomave përbëhet nga disa nënshkallë të tjera që hulumtojnë simptoma të problemeve të shëndetit mendor si:

- a. Depresioni i cili eksplorohet përmes pohimeve “jam ndjerë krejtësisht pa energji dhe entuziazëm” ( $M=2.7$ ,  $SD=1.10$ ); “jam ndjerë i/e dëshpëruar ose pashpresë” ( $M=1.97$ ,  $SD=1.01$ ); “jam ndjerë i/e palumtur” ( $M=2.22$ ,  $SD=0.85$ ); “kam menduar se e kam vetë fajin për problemet dhe vështirësitë e mia” ( $M=2.35$ ,  $SD=0.99$ ), tregon nivel të moderuar të rëndë të pranisë së simptomave depresive, krahasuar me nënshkallët e tjera duke treguar praninë e tij një nivel të lartë tek një numër mesatar i pacientëve në HD.
- b. Ankthi është një tjetër simptomë që është matur përmes pohimeve “jam ndjerë i/e tensionuar në ankth ose nervoz/e” ( $M=2.35$ ,  $SD=1.07$ ); “tensioni dhe ankthi i lartë më kanë penguar të merrem me gjëra të rëndësishme” ( $M=2.14$ ,  $SD=1.01$ ); “kam ndjerë panik ose tmerr” ( $M=1.77$ ,  $SD=0.77$ ); “e kam pasur të pamundur t’i lë problemet e mia mënjane” ( $M=2.87$ ,  $SD=1.16$ ). Mund të themi se simptomat e ankthit tek pacientët që trajtohen në HD janë në nivele të moderuara të rëndë, me vlera që janë të konsiderueshme për të kërkuar vëmendje klinike.
- c. Trauma konsiderohet simptomë e rëndësishme e tabllës klinike të problemeve të shëndetit mendor që hetohet tek kampioni ynë përmes pohimeve “më kanë shqetësuar mendime dhe ndjenja të padëshiruara” ( $M=2.55$ ,  $SD=1.09$ ); “më kanë shqetësuar vegime ose kujtime të padëshiruara” ( $M=1.35$ ,  $SD=1.39$ ). Këto rezultate tregojnë vlera të simptomave në nivel të moderuar të rëndë të përjetimeve traumatike, pa shfaqje të formave të agravuar të traumës tek numri mesatar i pacientëve të marrë në analizë.

- d. Shqetësimet fizike janë një tjetër grup i nënshkallës së simptomave që janë eksploruar me anë të pohimeve “më ka zënë gjumi me vështirësi ose më ka dalë gjumi gjatë natës” (M= 3.43, SD=1.01); “kam pasur dhimbje ose probleme të tjera fizike që më kanë shqetësuar” (M=3.05, SD=0.95) rezultojnë në nivele të rëndë, në një nivel shqetësimi që kërkon vëmendje klinike dhe adresim të problemit në mënyrë që mos interferojë në terapinë mjekësore.

Rezultatet për probleme në mirëqenien subjektive të pjesëmarrësve tregojnë se vlerat e tyre paraqiten relativisht të dobëta, duke treguar nivel të ulët të tyre, pra mund të themi se në përgjithësi shfaqet një nivel i butë i problemeve që kanë të bëjnë me mirëqenien e përgjithshme subjektive me vlera që variojnë nga (M=0.96, SD=1.31) për pohimin “jam ndjerë i/e mbytur nga problemet e mia”, ndërsa për pohimin “jam ndjerë optimist/e për të ardhmen time”. Vlerat e saj (M=1.68, DS=1.28) tregojnë në nivel të moderuar të lartë perceptimit pozitiv mbi mirëqenien subjektive të pacientëve.

**Tabela 4. 1 Mesatarja mbi mirëqenien/ shëndetin psikologjik për totalin e pohimeve të CORE-OM tek pacientët në HD, para ndërhyrjes psikologjike (N=115)**

Nr		Pyetjet	M	SD
1	F	Jam ndjerë jashtëzakonisht vetëm dhe i/e izoluar	2.13	1.01
2	P	Jam ndjerë i/e tensionuar, në ankth, ose nervoz/nervoze	2.35	1.07
3	F	Kam ndjerë se nuk kam ku të mbështetem kur kam nevojë	2.51	0.86
4	M	Jam ndjerë mirë me veten	2.67	0.84
5	P	Jam ndjerë krejtësisht pa energji dhe entuziazëm	2.7	1.10
6	R	Kam përdorur dhunë fizike ndaj të tjerëve	1.15	0.23
7	F	Jam ndjerë i/e aftë të përballoj situatat kur gjërat nuk kanë shkuar mirë	2.57	0.71
8	P	Kam pasur dhimbje ose probleme të tjera fizike që më kanë shqetësuar	3.05	0.95
9	R	Kam menduar të lëndoje veten	1.33	0.46
10	F	Bisedat me njerëzit më kanë lodhur	2.1	1.21
11	P	Tensioni dhe ankthi më kanë penguar të merrem me gjëra të rëndësishme	2.14	1.01
12	F	Kam qenë i/e kënaqur me gjërat që kam bërë	2.5	0.78
13	P	Më kanë shqetësuar mendime dhe ndienja të padëshiruara	2.55	1.09
14	M	Më ka ardhur për të qarë	2.4	1.06
15	P	Kam ndjerë panik ose tmerr	1.77	0.77
16	R	Kam bërë plane për t'i dhënë fund jetës	1.23	0.09
17	M	Jam ndjerë i/e mbytur nga problemet e mia	2.16	1.11
18	P	Më ka zënë gjumi me vështirësi ose më ka dalë gjumi gjatë natës	3.43	1.01
19	F	Kam ndjerë ngrohtësi dhe përzemërsi për dikë	2.74	0.88
20	P	E kam pasur të pamundur t'i lë problemet e mia mënjane	2.87	1.16
21	F	Kam qenë në gjendje të bëj shumicën e gjërave që duhej të bëja	2.83	0.93
22	R	Kam kërcënuar ose frikësuar dikë	1.31	0.31

## Impakti i Faktorëve Psikosocial në kursin e trajtimit të Pacientëve në Hemodializë

23	P	Jam ndjerë i/e dëshpëruar ose i/e pashpresë	1.97	1.01
24	R	Kam menduar se do ishte më mirë të kisha vdekur	1.62	0.77
25	F	Jam ndjerë i/e kritikuar nga të tjerët	1.79	0.71
26	F	Kam menduar që nuk kam miq	1.79	0.59
27	P	Jam ndjerë i/e palumtur	2.22	0.85
28	P	Më kanë shqetësuar vegime ose kujtime të padëshiruara	2.42	0.89
29	F	Jam ndjerë i/e acaruar në prani të të tjerëve	1.98	0.72
30	P	Kam menduar se e kam vetë fajin për problemet dhe vështirësitë e mia	2.35	0.99
31	M	Jam ndjerë optimist/e për të ardhmen time	2.78	0.88
32	F	I kam arritur ato që kam dashur	2.99	0.87
33	F	Jam ndjerë i/e poshtëruar dhe i/e turpëruar nga njerëzit e tjerë	1.47	0.36
34	R	Kam lënduar fizikisht veten, ose kam rrezikuar seriozisht shëndetin tim	1.81	0.64

*A ka dallime të rëndësishme statistikore për shkallën globale të mirëqenies/ shëndetit psikologjik për çdo pohim të CORE-OM tek pacientët në HD, pas ndërhyrjes psikologjike?*

Në matjen e dytë pas ndërhyrjes psikologjike vlerat dhe shpërndarja e tyre tek pjesëmarrësit paraqitet me ndryshime domethënëse për shkallën totale të mirëqenies dhe shëndetit psikologjik dhe për pohimet e veçanta të tij. (shih tab. 4.2) Referuar mirëqenies subjektive të individit për pohimet “jam ndjerë mirë me veten” ( $M=1.57$ ,  $SD=1.06$ ); “më ka ardhur për të qarë” ( $M=1.2$ ,  $SD=1.36$ ); “jam ndjerë i/e mbytur nga problemet e mia” ( $M=0.96$ ;  $SD=1.31$ ); “jam ndjerë optimist/e për të ardhmen time” ( $M=1.67$ ,  $SD=1.28$ ), vlerat mesatare të tyre paraqiten në një nivel të moderuar të lartë, me një shpërndarje tek një numër më i madh i pacientëve në krahasim me matjen e parë. Pra përgjithësisht kemi një nivel të moderuar të lartë në përjetimit të një gjendje të mirë psikologjike, me ndryshime të vogla nga matja e parë, por në marjen e dytë tregohet rritje e numrit të pacientëve në HD që përjetojnë këtë ndjesi mirëqenie të përgjithshme pozitive.

Lidhur me nënshkallën e simptomave psikologjike të ndara sipas kategorive të mëposhtme kemi këto vlera:

- a. Depresioni i paraqitur përmes pohimeve “jam ndjerë krejtësisht pa energji dhe entuziazëm” ( $M=1.6$ ,  $SD=1.31$ ); “jam ndjerë i/e dëshpëruar ose i/e pashpresë” ( $M=0.67$ ,  $SD=1.21$ ); “jam ndjerë i/e palumtur” ( $M=0.92$ ,  $SD=1.25$ ); “kam menduar se e kam vetë fajin për problemet dhe vështirësitë e mia” ( $M=1.25$ ,  $SD=1.39$ ). Duke iu referuar kategorisë së depresionit kemi ndryshime të dukshme në drejtim të uljes së përjetimit të simptomave depresive në një nivel që shkon nga i moderuar deri në të lehtë nga matja e parë në të dytën, por kemi një rritje të numrit të pacientëve që kanë arritur të ulin simptomat e depresionit pas ndërhyrjes psikologjike.
- b. Ankthi gjithashtu tregon ndryshime në vlera nga matja e parë në të dytën. Është matur përmes pohimeve “jam ndjerë i/e tensionuar në ankth ose nervoz/e” ( $M=1.25$ ,  $SD=1.28$ ); “tensioni dhe ankthi i lartë më kanë penguar të merrem me gjëra të rëndësishme” ( $M=1.95$ ,  $SD=1.23$ ); “kam ndjerë panik ose tmerr”

- ( $M=0.57$ ,  $SD=1.07$ ); “e kam pasur të pamundur t’i lë problemet e mia mënjanë” ( $M=1.67$ ,  $SD=1.13$ ). Rezultatet për simptomat e ankthit demonstron se ndërhyrja psikologjike ka qenë efektive në drejtim të uljes së simptomave në një nivel që shkon nga i moderuar në të lehtë, shpërndarja e këtyre rezultateve pozitive mbi ankthin kanë një shtrirje për një numër më të madh pacientësh krahasuar me matjen e parë.
- c. Simptomat traumatike si përjetime emocionale të shkatuar nga niveli i lartë i stresit i cili vjen si rezultat i vënies në rrezik të jetës së individit nga përballja me sëmundjen e SRK, konsiderohen si një simptomë klinike që duhet monitoruar. Evidencat tregojnë se pohimet ”më kanë shqetësuar mendime dhe ndjenja të padëshiruara” ( $M=1.35$ ,  $SD=1.39$ ); “më kanë shqetësuar vegime ose kujtime të padëshiruara” ( $M=1.12$ ,  $SD=1.29$ ) kapin vlera që mbeten në nivel të moderuar të lehtë në matjen e dytë, shpërndarja e këtyre vlerave në matjen e dytë tregon se kemi një numër më të madh pacientësh që kanë përjetuar një lehtësim të përjetimeve traumatike.
  - d. Problemet fizike të shprehura tek pohimet “më ka zënë gjumi me vështirësi ose më ka dalë gjumi gjatë natës” ( $M= 2.23$ ,  $SD=1.21$ ); “kam pasur dhimbje ose probleme të tjera fizike që më kanë shqetësuar” ( $M=1.95$ ,  $SD=1.23$ ), rezultojnë në nivele të moderuara përse i përket nivelit të gravitetit të simptomave fizike bashkëshoqëruar me shpërndarje më të madhe tek pacientët në HD në raport me matjen e parë. Kjo tregon se niveli i përjetimit të shqetësimeve fizike pas ndërhyrjes psikologjike pësoi një ndryshim të dukshëm në uljen e gravitetit të simptomave tek një numër më i madh pacientësh.
- Nënshkalla tjetër është ajo e funksionimit, që eksploron llojet e marrëdhënieve të pacientit me rrjetin e mbështetjes sociale përmes tre kategorive si funksionimi i përgjithshëm, marrëdhëniet e ngushta dhe marrëdhëniet sociale.
- a. Funksionimi i përgjithshëm përbëhet nga "jam ndjerë i/e aftë të përballoj situata kur gjërat nuk kanë shkuar mirë" ( $M=1.47$ ,  $SD=0.93$ ); “kam qenë i/e kënaqur me gjërat që kam bërë” ( $M=1.40$ ,  $SD=1.08$ ); “i kam arritur ato që kam dashur” ( $M=1.79$ ,  $SD=1.27$ ); “kam qenë në gjendje të bëj shumicën e gjërave që duhej të bëja” ( $M=1.63$ ,  $SD=1.13$ ). Në përgjithësi ajo që vërehet është një tendencë për të shfaqur përmirësim në një nivel nga i moderuar në të lehtë të simptomave dhe me një rritje të numrit të pacientëve që përjetojnë ndryshime pozitive në funksionimin e tyre të përgjithshëm, krahasuar me vlerat mesatare dhe shpërndarjen e tyre nga matja e parë.
  - b. Marrëdhëniet e ngushta në matjen e dytë tregojnë një ndryshim tek grupi i pacientëve në HD, i shprehur përmes “jam ndjerë jashtëzakonisht vetëm dhe i/e izoluar” ( $M=0.83$ ,  $SD=1.23$ ); “kam ndjerë se kam ku të mbështetem kur kam nevojë” ( $M=1.95$ ,  $SD=1.23$ ); “kam ndjerë ngrohtësi dhe përzemërsi për dikë” ( $M=1.54$ ,  $SD=1.08$ ); “kam menduar se nuk kam miq” ( $M=0.49$ ,  $SD=0.99$ ). Lidhur me uljen e ndjenjës së izolimit dhe rritjen e ndjenjës së mbështetjes sociale u vu re një përmirësim tek pacientët në HD. Rritja e numrit të atyre që kanë këto përjetime pozitive mbi mbështetjen e njerëzve të ngushtë shfaqet me ndryshime domethënëse krahasuar me matjen e parë.
  - c. Marrëdhëniet sociale eksplorohehen përmes pyetjeve “jam ndjerë i/e poshtëruar dhe i/e turpëruar nga njerëzit e tjerë” ( $M=0.27$ ,  $SD=0.76$ ); “jam ndjerë i/e kritikuar



nga të tjerët” ( $M=0.59$ ,  $SD=1.11$ ); “bisedat me njerëzit më kanë lodhur” ( $M=1.00$ ,  $SD=1.30$ ). Rezultatet në matjen e dytë pas ndërhyrjes psikologjike tregojnë në ndryshim në vlerat mesatare të kategorisë së marrëdhënies sociale duke shfaqur një ndjenjë rehatie në lidhje me respektimin e dinjtetit të pacientit nga të tjerët dhe mungesën e paragjykit, e cila ishte prezente tek një numër më i madh klientësh. Në fund është nënshkalla e rrezikut, e cila i referohet atyre kushteve që lidhen me rritjen e rrishtit që pacienti të përjetojë nivele të ndryshme të zemërimit, të cilat variojnë nga të lehta deri tek shumë të rënda dhe shoqërimi i këtyre emocioneve me sjellje agresive. Ndërveprimi midis emocionit të zemërimit me shfaqjen e sjelljeve agresive përbën kusht të fortë për një vëmendje klinike që duhet të drejtohet drejt një vlerësimi të rrishtit në lidhje me mundësinë e parashikimit të kushteve ku individit përbën kërcënim për dëmtimin e vetes apo kur ai paraqet rrisht të lartë për të dëmtuar persona të tjerë si rezultat i daljes “jashtë kontrollit”. Rezultatet pas ndërhyrjes në këtë nënshkallë lidhen me dy kategoritë të zemërimit dhe agresivitetit:

- a. Së pari është kategoria e rrezikut për veten, për të cilën eksplorohehën aspekte të tilla si; “kam menduar të lëndoj veten”  $M=0.23$ ,  $SD=0.75$ ; pohimi “kam bërë plane për t’i dhënë fund jetës”  $M=0.03$ ,  $SD=0.29$ ; pohimi “kam menduar se do ishte më mirë të kisha vdekur”  $M=0.42$ ,  $SD=0.97$ ; dhe pohimi “kam lënduar fizikisht veten, ose kam rrezikuar seriozisht shëndetin tim”  $M=0.51$ ,  $SD=1.04$ ). U evidentua se pas ndërhyrjes psikologjike kemi një reduktim të dukshëm të tendencës për të dëmtuar veten, thurjes së planeve për vetëvrasje apo shfaqjes së sjelljeve të qëllimshme vetëdëmtuese nga ana e pacientëve. Këto sjellje në matjen e parë ishin të pranishme tek një numër relativisht i vogël, i cili shoqërohehën me prani të simptomave në nivele që varionin nga të moderuara të rënda. Ndërsa në matjen e dytë vihet re një ulje e nivelit të simptomave deri në të moderuar të lehtë tek një numër gjithnjë më i madh pacientësh.
- b. Lidhur me rrezikun ndaj të tjerëve, kjo kategori rezulton se për “kam kërcënuar apo friksuar dikë ( $M=0.11$ ,  $SD=0.51$ )” dhe “kam përdorur dhunë fizike ndaj të tjerëve ( $M=0.05$ ,  $SD=0.42$ )” tregon një reduktim të shfaqjes së rrezikut ndaj të tjerëve pas ndërhyrjes psikologjike, vërehet shtrirja e kësaj tendence tek një pjesë shumë e vogël pacientësh.

**Tabela 4. 2 Mesatarja mbi mirëqenien/ shëndetin psikologjik për totalin e pohimeve të CORE-OM tek pacientët në HD, pas ndërhyrjes psikologjike (N=115)**

Nr		Pyetjet	M	SD
1	F	Jam ndjerë jashtëzakonisht vetëm dhe i/e izoluar	0.83	1.23
2	P	Jam ndjerë i/e tensionuar, në ankth, ose nervoz/nervoze	1.25	1.28
3	F	Kam ndjerë se kam ku të mbështetem kur kam nevojë	1.41	1.09
4	M	Jam ndjerë mirë me veten	1.57	1.06
5	P	Jam ndjerë krejtësisht pa energji dhe entuziazëm	1.60	1.31
6	R	Kam përdorur dhunë fizike ndaj të tjerëve	0.05	0.42
7	F	Jam ndjerë i/e aftë të përballoj situatat kur gjërat nuk kanë shkuar mirë	1.47	0.93
8	P	Kam pasur dhimbje ose probleme të tjera fizike që më kanë shqetësuar	1.95	1.23
9	R	Kam menduar të lëndoj veten	0.23	0.75
10	F	Bisedat me njerëzit më kanë lodhur	1.00	1.30
11	P	Tensioni dhe ankthi më kanë penguar të merrem me gjëra të rëndësishme	1.04	1.32
12	F	Kam qenë i/e kënaqur me gjërat që kam bërë	1.40	1.08
13	P	Më kanë shqetësuar mendime dhe ndjenja të padëshiruara	1.35	1.39
14	M	Më ka ardhur për të qarë	1.20	1.36
15	P	Kam ndjerë panik ose tmerr	0.57	1.07
16	R	Kam bërë plane për t'i dhënë fund jetës	0.03	0.29
17	M	Jam ndjerë i/e mbytur nga problemet e mia	0.96	1.31
18	P	Më ka zënë gjumi me vështirësi ose më ka dalë gjumi gjatë natës	2.23	1.21
19	F	Kam ndjerë ngrohtësi dhe përzemërsi për dikë	1.54	1.08
20	P	E kam pasur të pamundur t'i lë problemet e mia mënjanë	1.67	1.36
21	F	Kam qenë në gjendje të bëj shumicën e gjërave që duhej të bëja	1.63	1.13
22	R	Kam kërcënuar ose frikësuar dikë	0.11	0.51
23	P	Jam ndjerë i/e dëshpëruar ose i/e pashpresë	0.77	1.21
24	R	Kam menduar se do ishte më mirë të kisha vdekur	0.42	0.97
25	F	Jam ndjerë i/e kritikuar nga të tjerët	0.59	1.11
26	F	Kam menduar që nuk kam miq	0.49	0.99
27	P	Jam ndjerë i/e palumtur	0.92	1.25
28	P	Më kanë shqetësuar vegime ose kujtime të padëshiruara	1.12	1.29
29	F	Jam ndjerë i/e acaruar në prani të të tjerëve	0.68	1.12
30	P	Kam menduar se e kam vetë fajin për problemet dhe vështirësitë e mia	1.25	1.39
31	M	Jam ndjerë optimist/e për të ardhmen time	1.68	1.28
32	F	I kam arritur ato që kam dashur	1.79	1.27
33	F	Jam ndjerë i/e poshtëruar dhe i/e turpëruar nga njerëzit e tjerë	0.27	0.76
34	R	Kam lënduar fizikisht veten, ose kam rrezikuar seriozisht shëndetin tim	0.51	1.04

*A ka dallime të rëndësishme statistikore për shkallën globale të shëndetit psikologjik sipas nënshkallëve, para dhe pas terapisë?*

Rezultatet e tabelës 4.3 tregojnë se vlerat mesatare për mirëqenien subjektive para ndërhyrjes psikologjike janë  $M=2.37, SD=0.96$  dhe pas ndërhyrjes psikologjike janë  $M=1.35, SD=1.25$ . Këto dy vlera kanë dallime sinjifikantë  $P<0.01$ , çka do të thotë se dallimet në mesatare para dhe pas ndërhyrjes psikologjike nuk janë rastësore, pra janë domethënëse nga ana statistikore. Vlerat e mesatares së renditur janë më të ulta pas terapisë krahasuar me vlerat para terapisë. Atëhere dalim në përfundimin se pas ndërhyrjes nënshkalla e mirëqenies subjektive është më e lartë, duke ulur nivelin e problemeve për këtë nënshkallë nga niveli i moderuar i rëndë në një nivel të moderuar të lehtë për pacientët në HD. Pra themi se ndërhyrja psikologjike ka ulur dukshëm problemet lidhur me mirëqenien subjektive tek një numër më i madh pacientësh, krahasuar me nivelin e pranisë së këtyre problemeve para ndërhyrjes psikologjike.

Për nënshkallën e problemeve psikologjike/simptomave rezultojnë se vlera mesatare para terapisë është  $M=2.33, SD=0.88$ , ndërsa pas terapisë vlera është  $M=1.31, SD=1.28$ . Ka dallime sinjifikante  $P<0.01$  nga ana statistikore, përse i përket simptomave psikologjike tek pacientët në HD. Për një pjesë më të madhe të pacientëve kemi ulje të simptomave psikologjike pas ndërhyrjes psikologjike.

Përse i përket vlerës mesatare për funksionimin social ka dallime që vërehen tek pacientët në HD, para ndërhyrjes  $M=2.19, SD=0.88$  dhe pas ndërhyrjes  $M=1.09, SD=1.09$  me një sinjifikancë  $P<0.01$ . Pra vlerat e mesatares së renditur janë më të ulta pas ndërhyrjes, duke ulur praninë e problemeve në aspektin e marrëdhënieve sociale tek një pjesë më e madhe e pacientëve. Kjo do të thotë se pacientët kanë një funksionim më të mirë në drejtim të marrëdhënieve sociale, funksionimit të përgjithshëm dhe marrëdhënieve të ngushta.

Rezultatet për nënshkallën e rrezikut (shih tab.4.3) tregojnë se vlera e domethënies statistikore  $P<0.01$  paraqet dallime në mesataren e përgjithshme të rrezikut ndaj të tjerëve dhe ndaj vetes para dhe pas ndërhyrjes. Vlerat e mesatares janë më të larta para ndërhyrjes  $M=2.73, SD=0.66$  krahasuar me vlerat pas ndërhyrjes  $M=0.23, SD=0.66$  atëhere dalim në përfundimin se pas ndërhyrjes pacientët janë më pak të prirur për ta vendosur veten në rrezik apo për të shfaqur agresivitet fizik në nivele të tilla sa të vënë në rrezik jetën e të tjerëve. Duhet të theksojmë se rezultatet tregojnë se numri i personave që kanë tendencë të përdorin agresivitetin e drejtuar ndaj vetes ose të tjerëve është në numër të ulët në të dyja matjet.

Duke u bazuar tek nënshkalla total minus rrezikun tregojnë vlera domethënëse me sinjifikancë  $p<0.01$ . Kjo do të thotë se midis vlerave të mesatares para  $M(SD)=2.56 (0.84)$  dhe pas  $M(SD)=1.30 (1.19)$  ndërhyrjes psikologjike ka dallime domethënëse, duke rezultuar në uljen e dukshme të rrezikut për dëmtim të vetes apo të tjerëve. Këto ndryshime gjithashtu kanë pësuar një rritje të numrit të pacientëve pas ndërhyrjes të cilët përfshihen më pak në sjellje agresive të orientuar ndaj vetes apo të tjerëve.

Edhe për shkallën globale vlerat mesatare janë më të larta para terapisë  $M=2.97, SD=0.78$  krahasuar me vlerat  $M=1.30, SD=1.19$  pas ndërhyrjes me sinjifikancë  $p<0.01$ . Kjo do të thotë se nivelet e problemeve në shkallën globale të mirëqenies/shëndetit psikologjik para ndërhyrjes vlerësohen si të moderuara të rënda tek një pjesë shumë e vogël e kampionit

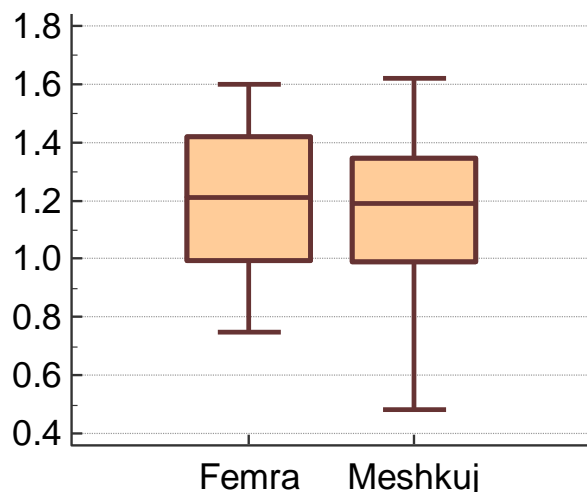
dhe pas ndërhyrjes nivelet e problemeve janë të moderuara të lehta tek një numër më i madh pacientësh.

**Tabela 4. 3 Mesatarja e nënshkallëve të shëndetit psikologjik para dhe pas ndërhyrjes psikologjike (N=115)**

Nënshkalla	Para ndërhyrjes psikologjike		Pas ndërhyrjes psikologjike		P
	Shuma	M (SD)	Shuma	M (SD)	
(M) Mirëqenia subjektive	9.63	2.37 (0.96)	5.41	1.35 (1.25)	<0.01
(P) Probleme psikologjike /Simptoma	25.12	2.33 (0.88)	15.73	1.31 (1.28)	<0.01
(F) Funksionimi social	27.22	2.19 (0.84)	13.10	1.09 (1.09)	<0.01
(R) Rreziku ndaj vetes dhe të tjerëve	6.18	2.73 (0.66)	1.36	0.23 (0.66)	<0.01
Total minus rrezikun	61.97	2.56 (0.84)	34.23	1.30 (1.19)	<0.01
<b>Shkalla globale</b>	<b>68.15</b>	<b>2.97 (0.78 )</b>	<b>35.59</b>	<b>1.05 (1.17)</b>	<0.01

*A ka dallime të rëndësishme statistikore për shkallën globale të shëndetit psikologjik tek pacientët në HD sipas gjinisë?*

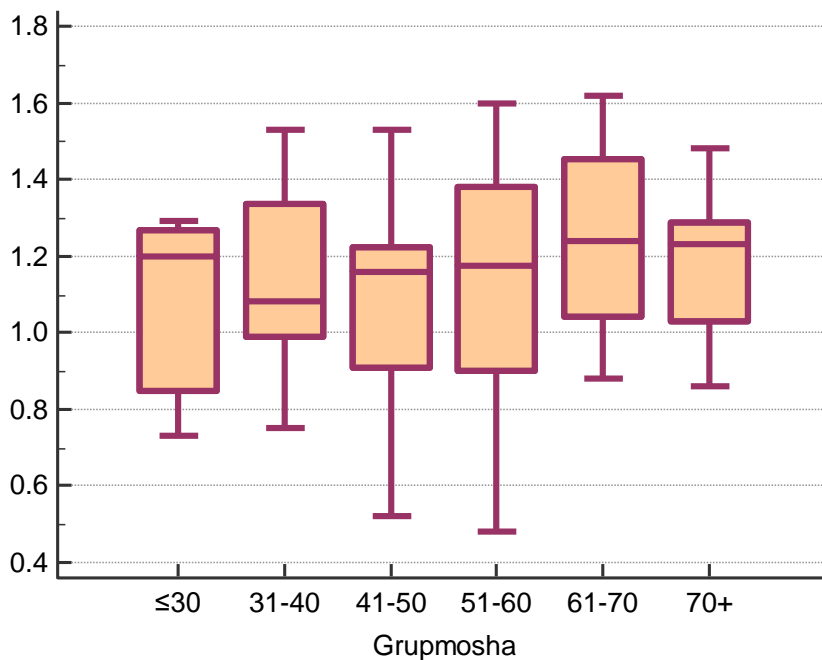
Rezultatet e analizës së dallimeve gjinore (fig. 4.1) në lidhje me shkallën globale të mirëqenies/shëndetit psikologjik tek pacientëve me SRK që trajtohen në HD treguan se nuk u gjet një lidhje sinjifikante nga ana statistikore ndërmjet meshkujve dhe femrave ( $p=0.2$ ). Kjo do të thotë se midis femrave dhe meshkujve nuk ka dallime përsa i përket përjetimit të problemeve të shëndetit psikologjik.



**Figura 4. 1 Dallimet gjinore për shkallën globale të mirëqenies/shëndetit psikologjik para ndërhyrjes psikologjike (N=115)**

*A ka dallime të rëndësishme statistikore për shkallën globale të shëndetit psikologjik tek pacientët në HD sipas grupmoshës?*

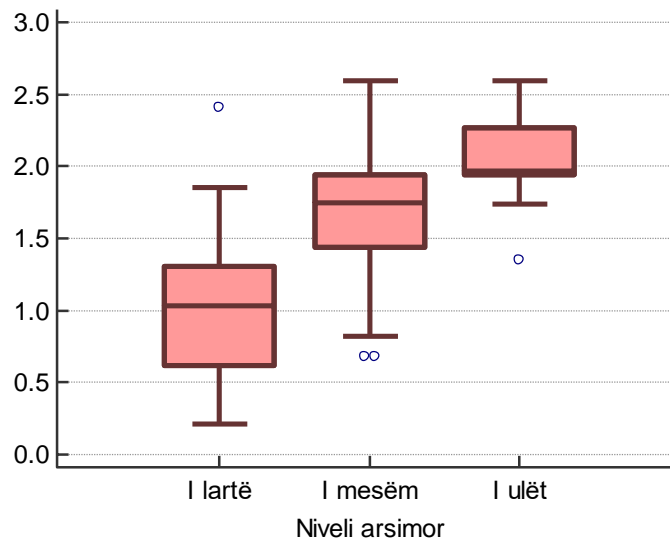
Duke iu referuar të dhënave të paraqitura në figurën 4.2 rezulton se ka një lidhje sinjifikante ( $p < 0.01$ ) në nivelin e shfaqjes së problemeve në shëndetin psikologjik të pacientëve në HD me moshën. Kjo do të thotë se moshat më të mëdha kanë një tendencë për të shfaqur më tepër probleme të shëndetit psikologjik në krahasim me grupmoshat e tjera të përfshira në studim.



**Figura 4. 2 Dallimet sipas grupmoshës për shkallën globale të mirëqenies/ shëndetit psikologjik para ndërhyrjes psikologjike (N=115)**

*A ka dallime të rëndësishme statistikore për shkallën globale të shëndetit psikologjik tek pacientët në HD, sipas nivelit arsimor?*

Rezultatet e paraqitura në figurën 4.3 tregojnë domethënie statistikore midis nivelit arsimor dhe shkallës globale të mirëqenies/shëndetit psikologjik referuar vlerës sinjifikante ( $p < 0.01$ ). Ka dallime me nivelin më të rëndë të problemeve të shëndetit psikologjik tek pacientët të cilët kanë një nivel arsimor të ulët në krahasim me ato me nivel arsimor të mesëm të cilët paraqesin probleme në shëndetin psikologjik sipas një klasifikimi të nivelit të moderuar, ndërsa pacientët me nivel të lartë arsimor përjetojnë një nivel më të lehtë të problemeve. Duke qenë se këto vlera janë më të larta tek pacientët me nivel arsimor të ulët krahasuar me pacientët me nivel të mesëm dhe të lartë, atëhere arrijmë në përfundimin se duhet të jemi më të kujdesshëm në monitorimin e simptomave të shëndetit mendor tek këta pacientë. Si përfundim pranojmë se faktori demografik i lidhur me nivelin e ulët arsimor përbën faktor rrisht në krijimin e terrenit të përshtatshëm për zhvillimin e problemve psikologjike tek pacientët me SRK, të cilët trajtohen në HD.

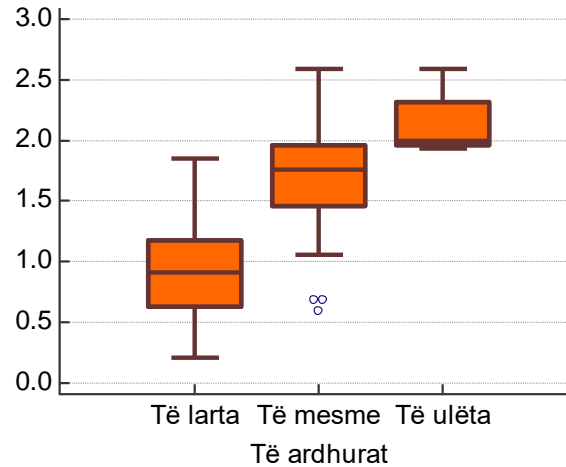


**Figura 4. 3 Dallimet për shkallën globale të mirëqenies/shëndetit psikologjik sipas nivelit arsimor para ndërhyrjes psikologjike (N=115)**

*A ka dallime të rëndësishme statistikore për shkallën globale të shëndetit psikologjik tek pacientët në HD, sipas nivelit të të ardhurave?*

Analizat e ndërmarra për të parë nëse ka dallime të rëndësishme statistikore për nivelin e të ardhurave të pacientëve me SRK dhe nivelit të shfaqjes së problemve të shëndetit psikologjik demonstruan një lidhje sinjifikante në vlerën ( $p < 0.01$ ). Kjo do të thotë se pacientët me të ardhura të ulta janë të predispozuar për të patur një komorbitet më të lartë

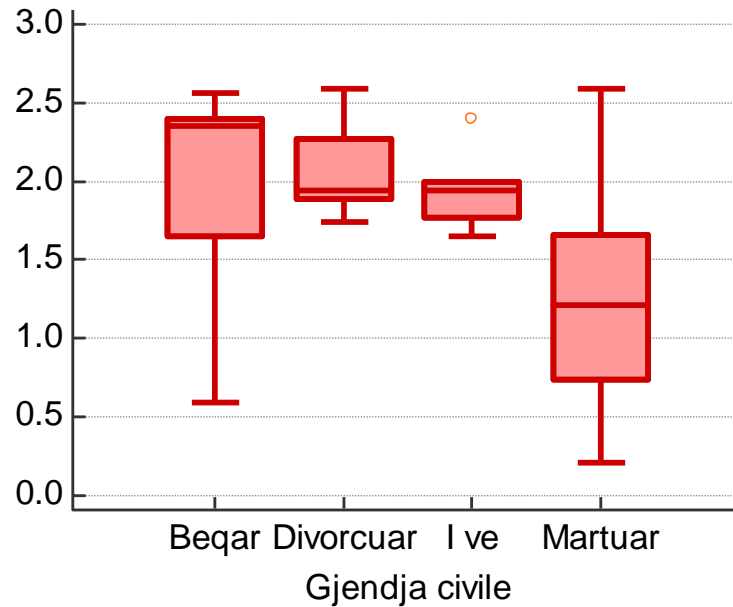
me problemet psikologjike. Pra vërehet një ashpërsi e simptomave psikologjike tek pacientët me të ardhura të ulta, krahasuar me dy kategoritë e tjera. Ndërsa simptoma më të lehta përjetojnë pacientët me nivel të lartë ekonomik krahasuar me dy kategoritë e tjera.



**Figura 4. 4 Dallimet për shkallën globale të mirëqenies/ shëndetit psikologjik sipas nivelit të të ardhurave para ndërhyrjes psikologjike (N=115)**

*A ka dallime të rëndësishme statistikore për shkallën globale të shëndetit psikologjik tek pacientët në HD, sipas statusit civil?*

Rezultoi se ka një lidhje statistikisht sinjifikante ( $p < 0.01$ ) midis variablave, status civil dhe nivelit të lartë të përjetimit të problemve të shëndetit psikologjik tek pacientët e përfshirë në studim. Rezulton se pacientët e martuar paraqesin një simptomatologji më të lehtë të tablosë së problemeve të shëndetit psikologjik krahasur me tre kategoritë e tjera siç janë të qënit i ve, beqar dhe i divorcuar. Pra faktor rrisku për prekjen nga problemet e shëndetit mendor do t'i atribuohen tre kategorive të statusit civil, i ve, i divorcuar dhe beqar.

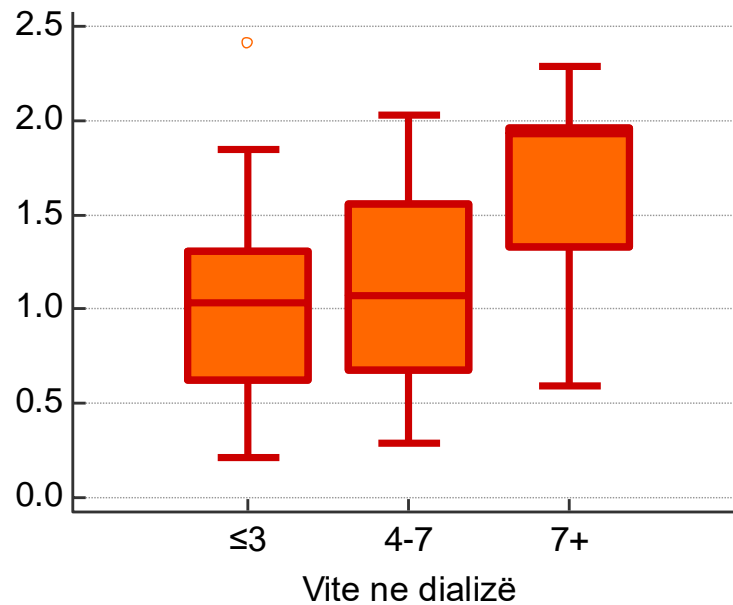


**Figura 4. 5 Dallimet për shkallën globale të mirëqenies/ shëndetit psikologjik sipas statusit civil para ndërhyrjes psikologjike (N=115)**

*A ka dallime të rëndësishme statistike për shkallën globale të shëndetit psikologjik tek pacientët sipas viteve në hemodializë?*

Krahasimi i rezultateve në lidhje me vlerën mesatare për shkallën globale të problemeve të shëndetit mendor dhe trajtimi në vite i pacientit në hemodializë tregon dallime sinjifikative ( $p < 0.01$ ). Rezulton se pacientët që kanë më shumë se 7 vite në hemodializë paraqesin një nivel më të ashpër të problemve të shëndetit mendor krahasuar me pacientët që kanë 3 vjet ose më pak në hemodializë dhe 4-7 vjet. Pra mund të themi se koha e pakët e kaluar në HD shoqërohet me nivel më të mirë të shëndetit mendor për pacientët që vuajnë nga SRK.





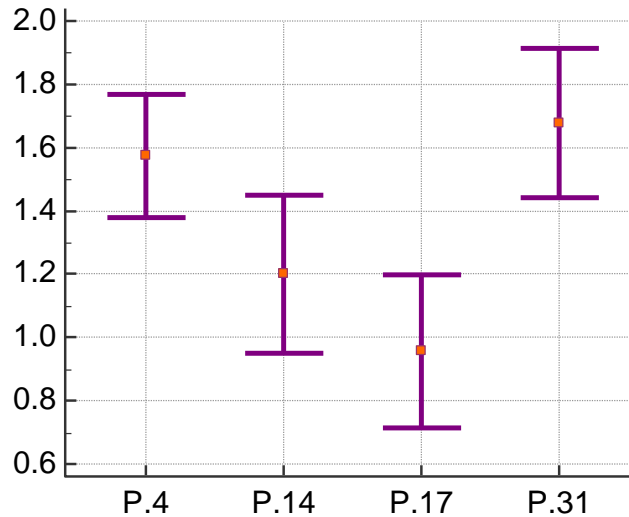
**Figura 4. 6 Dallimet për shkallën globale të mirëqenies/ shëndetit psikologjik sipas viteve në hemodializë para ndërhyrjes psikologjike (N=115)**

***Dallimet për nënshkallët e mirëqenies/ shëndetit psikologjik pas ndërhyrjes psikologjike***

Bazuar në shpërndarjen e të dhënave sipas vlerave mesatare të dimensioneve dhe nënshkallëve të CORE-OM janë analizuar dallimet në mesataren e përgjithshme të problemeve për secilën nënshkallë.

*A ka dallime të rëndësishme statistikore për nënshkallën e mirëqenies subjektive tek pacientët në hemodializë, pas ndërhyrjes psikologjike?*

Mirëqënia subjektive përbëhet nga 4 pohime të cilat masin nivelin e saj tek pacientët bazuar në vlerat mesatare për çdo pohim. Duke iu referuar figurës 4.7 themi se niveli i mirëqënies subjektive ka dallime sinjifikative në vlerën ( $p < 0.01$ ) që rezulton me ulje të vlerës mesatare lidhur me tendencën për të përjetuar një nivel diskonforti psikologjik. Këto ndjesi shoqërohen me dëshirën për të qarë dhe ndjesinë e mungesës së kontrollit mbi problemet e tyre krahasuar me një pjesë të pacientëve që shfaqnin vlera të larta të vetkonceptit dhe optimizmit për të ardhmen. Kjo do të thotë se përgjithësisht niveli i mirëqenies subjektive pas ndërhyrjes psikologjike është në vlera më të larta krahasuar me matjen e parë. Kjo rritje rezulton tek një numër më i madh i pacientëve. Niveli i mirëqenie nxit tek ato ndjesinë e kontrollit mbi problemet e përditshme dhe shoqëruar me nivel të ulët përjetimit të emocioneve negative. Janë pikërisht nivelet e larta të këtyre emocioneve negative që i bëjnë më vulnerabël ndaj stresorëve të jashtëm, siç mund të jenë procedurat e trajtimit ndaj sëmundjes.



**Figura 4. 7 Dallimet për nënshkallën e mirëqenies sipas pikëzimit për çdo pohim pas ndërhyrjes psikologjike (N=115)**

*A ka dallime të rëndësishme statistikore për nënshkallën e problemeve/simptomave psikologjike tek pacientët në hemodializë, pas ndërhyrjes psikologjike?*

Nënshkalla e problemeve/simptomave psikologjike merr një vëmendje të veçantë në këtë studim duke qenë se shumë nga simptomat e problemeve psikologjike që lidhen me ankthin, depresionin, somatizimin (probleme fizike) përvojat traumatike të përjetuara nga pacientët janë dhe ndër problemet dominuese të tablosë klinike për pacientët që vuajnë nga SRK. Duke qenë simptoma serioze të problemeve të shëndetit mendor konsiderohen si faktor rrishtje edhe vlerat joekstreme, të tilla mund të jenë vlerat nga nivel i lehtë, i moderuar i lehtë deri në të moderuar të rëndë. Këto vlera do të konsiderohen faktor rrishtje për individin i cili i shfaq. Vlerat mesatare të nënshkallës së problemeve psikologjike për somatizimin tregojnë një vlerë domethënëse statistikore ( $p < 0.01$ ) krahasuar me ankthin, depresionin dhe traumën. Pra mund të themi se përtaqja e përtaqjes së simptomave të shëndetit mendor të pranishme në kampionin tonë, somatizimi është në nivel të moderuar të lehtë sipas pikëzimit të dhënë, e ndjekur nga nivele të moderuar të lehta të pranishme të simptomave të ankthit, depresionit dhe traumave.

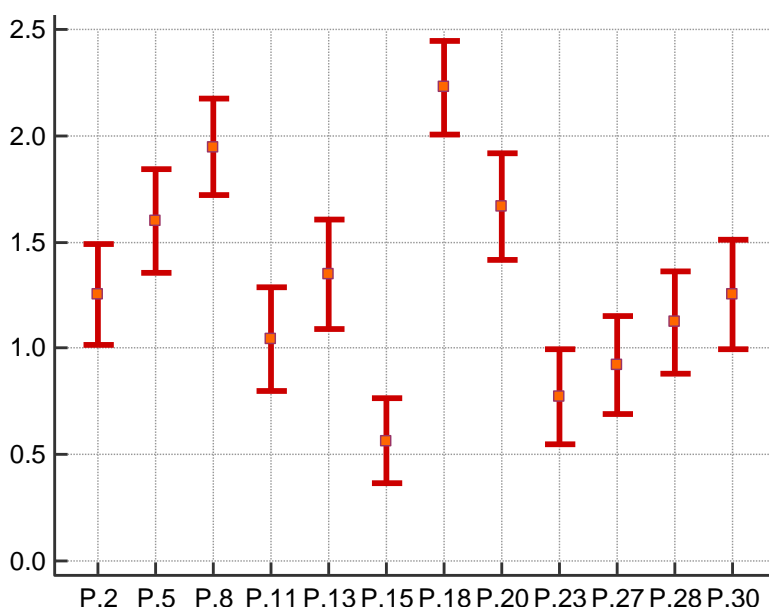
Problemet më dominuese që kapin vlera të larta lidhen me dhimbjen dhe problemet fizike që shoqërohen me vështirësi të gjumit. Këto shqetësime vlerësohen si burim shqetësimi i vazhdueshëm për pacientët në HD, të cilat pas ndërhyrjes tregojnë një ulje në nivele. Sërisht konsiderohet serioze dhe duhet monitoruar në vijim prania e problemeve lidhur me somatizimin.

Ankthi rezulton në nivele më të ulta krahasuar me matjen e parë. Ai shprehet përmes uljes në vlerat mesatare të përjetimit të vazhdueshëm të tensionit, stresit dhe nervozimit, i cili raportohet në nivele më të ulta, shoqëruar me një ulje të preokupimit të vazhduar për problemet e jetës së përditshme.

Në nivel pak më të lehtësuar paraqiten vlerat mesatare për depresionin i cili ka një shtrirje të gjerë në kampionin tonë. Depresioni shprehet përmes mungesës së entuziazmit dhe energjisë, përjetimi i ndjenjave të forta të dëshpërimit dhe mungesës së shpresës për të

ardhmen, tendenca në rritje e ndjenjës së vetëfajësimit për problemet e tyre, shoqëruar kjo me mungesë të lumturisë.

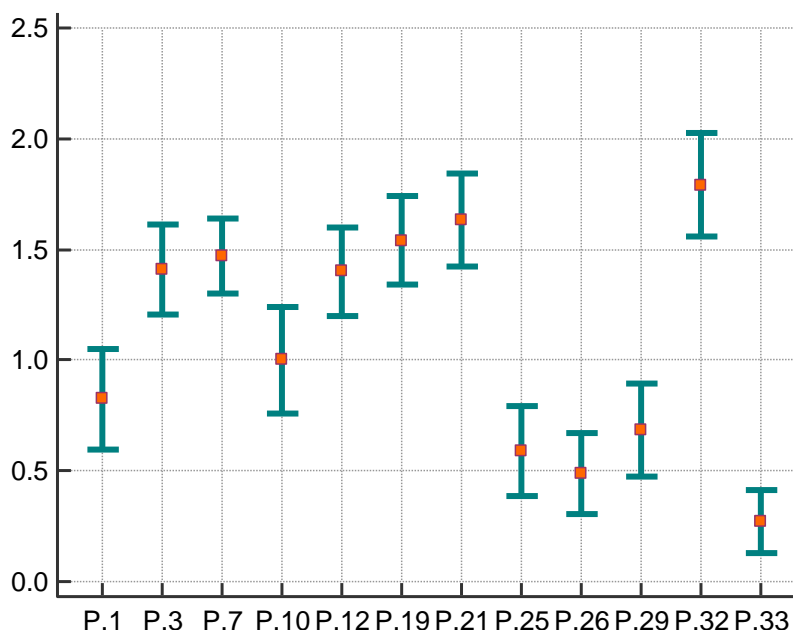
Prania e këtyre simptomave duket se plotësohet dhe nga prania në nivele të konsideruara të moderuara të simptomave traumatike të cilat shprehen përmes kujtimeve shqetësuese që uzurpojnë mendimet e pacientit vazhdimisht dhe pafuqia e tij për të bllokuar mendimet dhe ndjesitë negative që janë të pranishme tek ato. Duke iu referuar rezultateve në vlera mesatare, secila prej simptomave të nënshkallës së problemeve/simptomave psikologjike paraqitet në një nivel të konsideruar lehtësues pas ndërhyrjes në kontekstin klinik, por sërish nivelet vijnë të paraqesin rrisht për pacientët. Kushte të tilla diktojnë vijimësinë e ndërhyrje psikologjike për të normalizuar simptomat dhe lehtësuar pasojat e sëmundjes fizike.



**Figura 4. 8 Dallimet për nënshkallën e simptomave/problemeve psikologjike sipas pikëzimit për çdo pohim pas ndërhyrjes psikologjike (N=115)**

*A ka dallime të rëndësishme statistike për nënshkallën e funksionimit social tek pacientët në hemodializë pas ndërhyrjes psikologjike?*

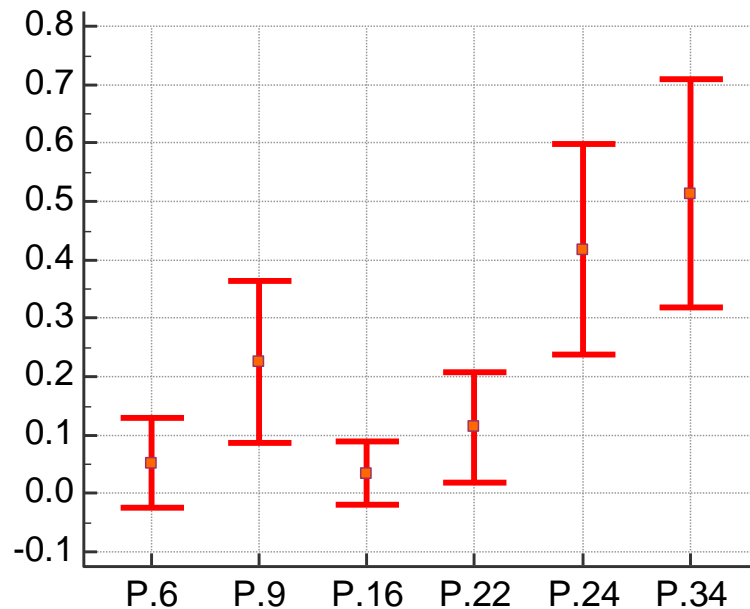
Rezultatet e figurës 4.9 tregojnë se vlera e domethënies statistike ( $p < 0.01$ ) ndërmjet aspektit të marrëdhënieve sociale në krahasim me marrëdhëniet e afërta dhe funksionimin e përgjithshëm. Kjo do të thotë se dallimet në mesataren e përgjithshme të aspektit të marrëdhënieve sociale lidhur me nivelin e simptomave të shprehura: me përjetimin e ndjenjave negative si poshtërimi dhe turpërimi nga të tjerët dhe ndjenjën e izolimit social të lidhur me mungesën e marrëdhënieve miqësore. Mund të themi se vihet re një ulje e dukshme e problemeve për funksionimin social tek kampioni i studimit pas ndërhyrjes psikologjike. Funksionimi social ka një rritje në vlerat mesatare përgjithësisht për gjitha pyetjet që lidhen me përfitimin nga ndërveprimet sociale tek pacientët në HD, dhe përjetimi i këtyre marrëdhënieve si lehtësuese dhe mbeshtetëse. Si përfundim mund të themi se ndërhyrja psikologjike ka përmirësuar cilësinë e marrëdhënieve me të tjerët duke ndikuar në një rritje të përgjithshme të funksionimit social tek pacientët në HD.



**Figura 4. 9 Dallimet për nënshkallën e funksionimit social sipas pikëzimit për çdo pohim pas ndërhyrjes psikologjike (N=115)**

*A ka dallime të rëndësishme statistikore për nënshkallën e rrezikut tek pacientët në hemodializë pas ndërhyrjes psikologjike?*

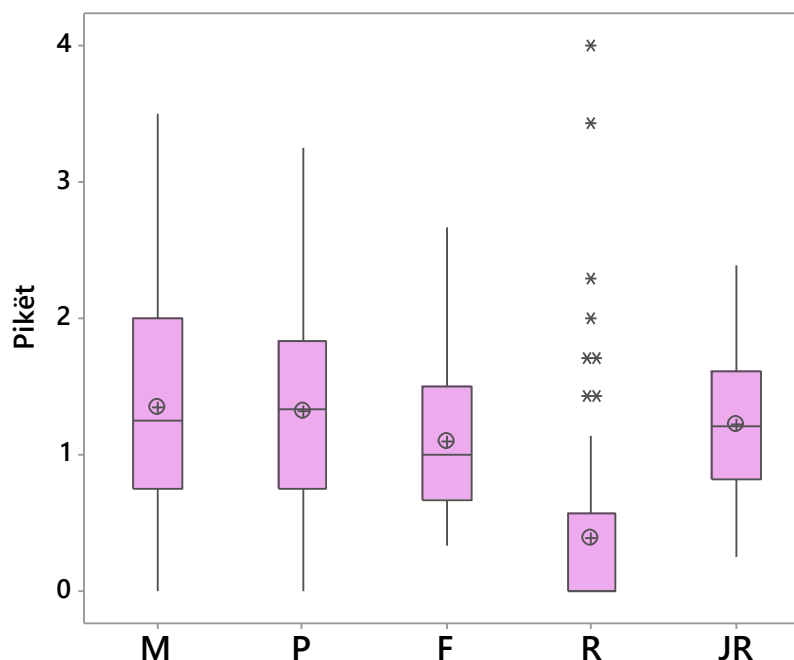
Nënshkalla e rrezikut paraqet një dallim statistikisht domethënës në krahasim me pohimet e tjera të nënshkallës së rrezikut për të tjerët. Ekzaminimi i figurës 4.10 paraqet vlerat e mesatares për pohimet e nënshkallës së rrezikut lidhur me veten, shprehur me pohimet “kam menduar se do ishte më mirë të kisha vdekur” dhe “kam lënduar fizikisht veten ose kam lënduar seriozisht shëndetin tim”  $p < 0.01$ . Duke iu referuar karakteristikave dhe gravitetit të lidhur me rrezikun për veten që paraqesin këto dy pohime, të cilat edhe pse kanë një ulje në nivelin e shfaqjes së tyre pas ndërhyrjes psikologjike, mbeten sërish në nivele të larta rrisht për dëmtimin e vetes. Nivelet e larta lidhen me paaftësinë për të kontrolluar emocionet e zemërimit dhe sjelljet agresive, të cilat orientohen drejt vetes si një përpjekje e dëshpëruar për t’i dhënë fund vuajtjes dhe dhimbjes të lidhur me humbjen e shpresës. Një simptomë e cila sërish paraqitet shqetësuese edhe pse ka një përmirësim krahasuar me vlerat e saj para terapisë lidhet me pohimin “kam menduar të lëndoj veten”. Kjo deklaratë është në vlera më të larta krahasuar me pohimet e tjera. Të dhënat mbi praninë e simptomave lidhur me rrezikun për veten në sfondin e sëmundjes së insufiçencës renale kronike duhet të nxisin profesionistët e shëndetit mendor në departamentin e dializës, drejt monitorimit të situatës në vijimësi, për rrishtun e madh që paraqet kjo simptomë sa herë është prezente në një sër problemesh të rënda të shëndetit mendor. Ndërsa zemërimi dhe agresiviteti fizik i pranishëm si forma që përbëjnë rrezik për të tjerët shihet në rënie pas ndërhyrjes. Prania e tyre edhe pse në një numër shumë të vogël pacientësh mbeten një rrezik për të tjerët, të cilët mund të bien pre e tyre (familjarë ose mjek).



**Figura 4. 10 Dallimet për nënshkallën e rrezikut sipas pikëzimit për çdo pohim pas ndërhyrjes psikologjike (N=115)**

*A ka dallime të rëndësishme statistikore për nënshkallët sipas vlerave mesatare pas ndërhyrjes psikologjike?*

Bazuar në rezultatet e vlerave të mesatare për nënshkallët, vlerat më të ulta janë dhënë për rrezikun për veten dhe të tjerët ( $p < 0.01$ ). Pra themi se ka dallime domethënëse statistikish bazuar në vlerat mesatare të rrezikut krahasuar me vlerat mesatare të nënshkallëve të tjera pas ndërhyrjes. Vlerat mesatare të nënshkallës së rrezikut para ndërhyrjes psikologjike ishin në nivele të lehtë të moderuar, me shpërndarje tek një numër i vogël pjesëmarrësish. Shënojnë një rënie të dukshme pas ndërhyrjes, por duke pasur parasysh gravitetin e këtyre simptomave, ato mbeten sërisht faktorë rrisht për progresin e klientit në terapinë mjekësore dhe psikologjike. Ndërkohë kemi një rritje në vlerat mesatare për jorrezikun, që do të thotë se ndërhyrja psikologjike pati ndikim në përmirësimin e sjelljes së kujdesit ndaj vetes dhe të tjerëve. Përsa i përket shkallës së mirëqenies subjektive, kjo shkallë paraqet një rritje në drejtim të përmirësimit të vetvlersimit dhe vetbesimit mbi aftësitë dhe kompetencat personale. Nënshkalla e problemeve/ simptomave psikologjike rezulton në një vlerë mesatare më të ulët në krahasim me matjen e parë, megjithatë këto vlera janë në nivel të lartë mjaftueshëm për të justifikuar vëmendje klinike. Funksonimi social, i bazuar tek mënyra sesi percepton pacienti në HD ndikimin e marrëdhënieve dhe vlerëson rëndësinë e tyre në drejtim të nevojës për përkatësi dhe mbështetje për t'u përballur me problemet dhe për të mos u ndjerë i vetëm para tyre, është një element i rëndësishëm psikologjik i nevojshëm për vendosjen e balancave në jetë. Kjo nënshkallë paraqitet e moderuar e lehtë në vlera mesatare, duke shënuar një rritje minimale pas ndërhyrjes.



**Figura 4. 11 Dallimet për nënshkallët sipas pikëzimit të vlerave mesatare pas ndërhyrjes psikologjike (N=115)**

*A ka dallime të rëndësishme statistikore për nënshkallët sipas gjinisë, pas ndërhyrjes psikologjike?*

Bazuar në rezultatet e tabelës 4.4, të matura pas ndërhyrjes psikologjike themi se në përgjithësi pacientët e anketuar kanë vlera të mesatare së pikëve të mirëqenies subjektive prej 1.50 për femrat dhe 1.27 për meshkujt. Këto vlera janë midis 1 dhe 2. Si rrjedhojë mund të themi se femrat dhe meshkujt e anketuar në përgjithësi shfaqin probleme tek mirëqenia në nivel të moderuar të lehtë. Ka femra që shfaqin probleme në nivel minimal (min=0.25) dhe meshkuj që nuk shfaqin probleme (min=0.00) por ka dhe femra që shfaqin probleme tek mirëqenia në nivel të rëndë (max=2.75) dhe meshkuj (max=3.50). Numri i pacientëve që janë në ekstreme sa i përket mirëqënies, paraqitet i vogël për femrat, me probleme të lehta tek mirëqenia (SD=0.64), dhe meshkuj pa probleme tek mirëqenia (SD=0.79). Referuar vlerës mesatare të mirëqenies subjektive për femrat është M=1.50 dhe për meshkujt 1.27. Pra në përgjithësi nuk duket të ketë dallime në nivelin e përgjithshëm të mirëqenies mes meshkujve dhe femrave (p=0.1).

Ndërsa përsa i përket nënshkallës së simptomave/problemeve psikologjike vlerat mesatare të pikëve paraqiten midis 1.38 për femrat dhe 1.28 për meshkujt. Duke u bazuar në këto vlera dalim në përfundimin se shkalla e simptomave është në nivel të moderuar të lehtë për të dyja gjinitë. Vlerat ekstremale të lidhura me shfaqjen e simptomave paraqiten në kufijtë midis (min =0.00) për femrat dhe meshkujt. Që do të thotë se ka pacientë që nuk shfaqin asnjë shenjë të problemeve/simptomave të psikologjisë pak ndërhyrjes psikologjike. Por kjo kategori përfaqësohet nga një numër shumë i vogël pacientësh (SD=0.74) për femrat dhe mashkujt (SD=0.74). Mbështetur në këto rezultate themi se nuk ka dallime domethënëse midis femrave dhe meshkujve për nënshkallën e

simptomave/problemve psikologjike ( $p=0.5$ ). Ndërsa bazuar në mesataren e vlerave për funksionimin social të pacientëve midis meshkujve dhe femrave nuk vërehen dallime sinjifikative nga ana statistikore pas ndërhyrjes psikologjike; ato mbeten në një nivel të moderuar të lartë përse i përket funksionimit tek një numër i vogël i tyre ( $p=0.2$ ). Gjithashtu edhe për rrezikun nuk evidentohen dallime domethënëse midis meshkujve dhe femrave ( $p=0.7$ ) pas ndërhyrjes por ajo çfarë duhet konsideruar lidhet me shpërndarjen e vlerave minimale dhe maksimale tek kampioni ynë në këtë nënshkallë, ku vlerat ( $\max=3.47$ ) për femrat dhe ( $\max=3.43$ ). Kjo do të thotë se tek një numër shumë i vogël pacientësh, niveli i problemeve lidhur me rrezikun për veten dhe të tjerët paraqitet i shumë i rëndë.

**Tabela 4. 4 Dallimet për nënshkallët e mirëqenies/shëndetit psikologjik pas ndërhyrjes psikologjike sipas gjinisë (N=115)**

Nën shkallët	Femra				Meshkuj				P
	M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max	
M	1.50	0.64	0.25	2.75	1.27	0.79	0.00	3.50	0.1
P	1.38	0.74	0.00	2.67	1.28	0.73	0.00	3.25	0.5
F	1.17	0.60	0.33	2.67	1.04	0.42	0.33	1.83	0.2
R	0.43	0.85	0.00	3.57	0.36	0.61	0.00	3.43	0.7
Jo_Rrezik	1.31	0.56	0.36	2.39	1.18	0.51	0.25	2.36	0.2
Total	1.19	0.25	0.75	1.60	1.16	0.25	0.48	1.62	05

### Analizat korrelacionale

#### *Analiza e marrëdhënies mes shkallës globale dhe nënshkallëve të mirëqenies/ shëndetit psikologjik me variablat demografikë pas ndërhyrjes*

Përmes statistikave inferenciale synohet të eksplorohet fortësia dhe drejtimi i lidhjeve midis shkallës globale dhe nënshkallët e mirëqenies/shëndetit psikologjik me moshën, nivelin arsimor, statusin martesor, vitet në hemodializë, të ardhurat financiare. Duke qenë se të dhënat kanë shpërndarje normale, atëherë do të përdoret testi parametrik i Pearson ( $r$ ).

#### *Hipoteza 1. Ekziston një marrëdhënie e rëndësishme statistikore mes frekuencës së shkallës globale të mirëqenies/shëndetit psikologjik me moshën.*

Duke qenë se vlera e Sig. (2 tailed) =  $0.008 < 0.05$ , atëherë arrihet në përfundimin se marrëdhënia midis dy variablave që po analizohen (*mosha dhe mirëqenia/shëndeti psikologjik*) është domethënëse nga ana statistikore. Pra dallimet e përgjithshme të mirëqenies/shëndetit psikologjik sipas moshës së pacientëve në HD *nuk është thjesht*

*rastësore.* Vlera e koeficientit të korrelimit të Pearson = 0.245. Kjo tregon se **marrëdhënia mes dy variablave është pozitive dhe e dobët.** Me rritjen në moshë të pacientëve rriten edhe problemet në shëndetin psikologjik të tyre.

**Tabela 4. 5 Korrelacionale mes moshës dhe mirëqenies/shëndet psikologjik të pacientëve në HD (N=115)**

		MP	M
Mirëqenia psikologjike (MP)	Pearson Correlation	1	,245**
	Sig. (2-tailed)		,008
	N	115	115
Mosha (M)	Pearson Correlation	,245**	1
	Sig. (2-tailed)	,008	
	N	115	115

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

**Hipoteza 2. Ekziston një marrëdhënie e rëndësishme statistikore mes frekuencës së shkallës globale të mirëqenies/shëndetit psikologjik me nivelin arsimorë.**

Duke qenë se vlera e Sig. (2 tailed) =0.000 < 0.05, atëherë arrihet në përfundimin se marrëdhënia midis dy variablave që po analizohen (nivelet arsimor dhe mirëqenies/shëndetit psikologjik) është domethënëse nga ana statistikore. Pra dallimet e përgjithshme në shpeshësinë e simptomave/problemeve në shëndetin psikologjik sipas nivelit arsimor të pacientëve nuk është thjesht rastësore. Vlera e koeficientit të korrelimit të Pearson =0.380. Kjo tregon se **marrëdhënia mes dy variablave është pozitive dhe e moderuar.** Me rritjen e nivelit arsimorë të pacientëve rritet edhe mirëqenies /shëndetit psikologjik, pra rritet mirëqenia/shëndetit psikologjik rritet niveli arsimorë i pacientit në HD. .

**Tabela 4. 6 Korrelimi mes nivelit arsimorë dhe mirëqenies /shëndetit psikologjik të pacientëve në HD (N-115)**

		MP	NA
Mirëqenia/shëndeti psikologjik (MP)	Pearson Correlation	1	.380**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	115	115
Niveli arsimorë (NA)	Pearson Correlation	.380**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	115	115

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

**Hipoteza 3. Ekziston një marrëdhënie e rëndësishme statistikore mes frekuencës së shkallës globale të mirëqenies/shëndetit psikologjik me vitet në hemodializë.**



Duke qenë se vlera e Sig. (2 tailed) = 0.012 < 0.05, atëherë arrihet në përfundimin se marrëdhënia midis dy variablave që po analizohen (vitet në hemodializë dhe mirëqenia/shëndeti psikologjik) është domethënëse nga ana statistikore. Pra dallimet e përgjithshme me mirëqenien/shëndetin psikologjik sipas viteve në hemodializë të pacientëve nuk janë thjesht rastësore. Vlera e koeficientit të korrelimit të Pearson = -0.235. **Kjo tregon se marrëdhënia mes dy variablave është negative dhe e dobët.** Me rritjen e viteve në hemodializë të pacientëve ulet edhe mirëqenia /shëndeti psikologjik, pra rriten simptomat /problemet e shëndetit psikologjik.

**Tabela 4. 7 Korrelimi mes viteve në hemodializë dhe mirëqenies /shëndetit psikologjik të pacientëve në HD (N-115)**

		MP	VH
Mirëqenia/shëndeti psikologjik (MP)	Pearson Correlation	1	-,235*
	Sig. (2-tailed)		,012
	N	115	115
Vite në hemodializë (VH)	Pearson Correlation	-,235*	1
	Sig. (2-tailed)	,012	
	N	115	115

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

***Hipoteza 3. Ekziston një marrëdhënie e rëndësishme statistikore mes frekuencës së shkallës globale të mirëqenies/shëndetit psikologjik me nivelin e të ardhurave.***

Duke qenë se vlera e Sig. (2 tailed) = 0.00 < 0.05, atëherë arrihet në përfundimin se marrëdhënia midis dy variablave që po analizohen (të ardhurat dhe mirëqenies /shëndetit psikologjik) është domethënëse nga ana statistikore. Marrëdhënia mes këtyre dy variablave është pozitive dhe me fortësi të moderuar ( $0.3 < r=0.485 < 0.6$ ). Pra dallimet e përgjithshme në shpeshësinë e mirëqenies/shëndetit psikologjik sipas të ardhurave financiare të pacientëve në HD nuk është thjesht rastësore. Vlera e koeficientit të korrelimit të Pearson = .484. **Kjo tregon se marrëdhënia mes dy variablave është pozitive dhe e moderuar.** Me rritjen e nivelit të të ardhurave të pacientëve në HD, rritet edhe mirëqenia/shëndeti psikologjik i pacientëve në HD.

**Tabela 4. 8 Korrelimi mes të ardhurave dhe mirëqenies /shëndetit psikologjik të pacientëve në HD (N-115)**

		MP	NA
Mirëqenia/shëndeti psikologjik (MP)	Pearson Correlation	1	,484*
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	115	115
Niveli i të ardhurav (NA)	Pearson Correlation	,484*	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	115	115

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*Si është marrëdhënia mes mirëqenies subjektive dhe shëndetit psikologjik?*

Duke qenë se vlera (tab. 4.9) e Sig. (2 tailed) =0.002 < 0.05, atëherë arrihet në përfundimin se marrëdhënia midis dy variablave që po analizohen (mirëqenia subjektive dhe shëndeti psikologjik) është domethënëse nga ana statistikore. Vlera e koeficientit të korrelimit të Pearson =0.292. Kjo tregon se **marrëdhënia mes dy variablave është pozitive dhe e dobët**. Sa më e lartë të jetë mirëqenia subjektive, aq më shumë do të rritet niveli i mirëqenies/shëndetit psikologjik të pacientëve në HD. Sa më i lartë të jetë perceptimi pozitiv për mirëqenien subjektive, i pacientëve që vuajnë nga SRK, e që trajtohen me HD, aq më i lartë do të jetë niveli i mirëqenies/shëndetit psikologjik të tyre. Sa më e ulët mirëqenia subjektive e tyre aq më shpesh do përballen me probleme të shëndetit psikologjik.

*Si është marrëdhënia mes simptomave/problemeve psikologjike dhe shëndetit psikologjik?*

Duke qenë se vlera e Sig. (2 tailed) = 0.000 < 0.05, atëherë arrihet në përfundimin se marrëdhënia midis dy variablave që po analizohen (simptomat/problemet psikologjike dhe shëndetit psikologjik) është domethënëse nga ana statistikore. Vlera e koeficientit të korrelimit të Pearson = -0.362. Kjo tregon se **marrëdhënia mes dy variablave është negative dhe e moderuar**. Sa më të larta të jenë nivelet e simptomave psikologjike, aq më i ulët është niveli i mirëqenies/shëndetit psikologjik që pacientët në HD përjetojnë. Pra me rritjen e simptomave/problemeve psikologjike do të ulët dukshëm mirëqenia/shëndeti psikologjik i pacientëve. Ose me uljen e simptomave/problemeve psikologjike do të rritet niveli i përgjithshëm i mirëqenies/shëndetit psikologjik tek pacientët që vuajnë nga SRK dhe që trajtohen në HD.

*Si është marrëdhënia mes funksionimit social dhe shëndetit psikologjik?*

Duke qenë se vlera e Sig. (2 tailed) = 0.020 < 0.05, atëherë arrihet në përfundimin se marrëdhënia midis dy variablave që po analizohen (funksionimi social dhe shëndeti psikologjik) është domethënëse nga ana statistikore. Vlera e koeficientit të korrelimit të Pearson =0.218. Kjo tregon se **marrëdhënia mes dy variablave është pozitive dhe e dobët**. Sa më të larta të jenë nivelet e funksionimit social, aq më të larta do të janë nivelet

e shëndetit psikologjik. Pra me rritjen e funksionimit social rritet edhe mirëqenia/shëndeti psikologjik tek pacientët në HD. Ose me rritjen e niveleve të shëndetit psikologjik rritet edhe funksionimi social.

*Si është marrëdhënia mes rrezikut për veten dhe të tjerët dhe shëndetit psikologjik?*

Duke qenë se vlera e Sig. (2 tailed) = 0.001 < 0.05, atëherë arrihet në përfundimin se marrëdhënia midis dy variablave që po analizohen (rrezikut për veten e të tjerët dhe shëndetit psikologjik) është domethënëse nga ana statistikore. Vlera e koeficientit të korrelimit të Pearson = - 0.314. Kjo tregon se **marrëdhënia mes dy variablave është negative dhe e moderuar**. Sa më të larta të jenë nivelet rrezikut për veten dhe të tjerët, aq më i ulët është niveli i shëndetit psikologjik që pacientët në HD përjetojnë. Pra me rritjen e rrezikut për veten dhe të tjerët ulet edhe niveli i mirëqenies/shëndetit psikologjik. Ose me rritjen e mirëqenies/shëndetit psikologjik ulet rreziku për dëmtimin e vetes apo të tjerëve.

*Si është marrëdhënia mes jorrezikut dhe shëndetit psikologjik?*

Duke qenë se vlera e Sig. (2 tailed) = 0.017 < 0.05, atëherë arrihet në përfundimin se marrëdhënia midis dy variablave që po analizohen (jorrezikut dhe shëndetit psikologjik) është domethënëse nga ana statistikore. Vlera e koeficientit të korrelimit të Pearson = 0.222. Kjo tregon se **marrëdhënia mes dy variablave është pozitive dhe e dobët**. Sa më të larta të jenë aftësitë e parandalimit të rrezikut për veten dhe të tjerët, aq më i lartë niveli i mirëqenies/shëndetit psikologjik. Sa më i lartë niveli i jorrezikut të shfaqur aq më i lartë niveli i mirëqenies/shëndetit psikologjik që pacientët përjetojnë. Sa më shumë masa parandaluese të jorrezikut të zotërojë pacienti, aq më i lartë niveli i mirëqenies psikologjike të shfaqur nga pacienti.

*Si është marrëdhënia mes simptomave psikologjike dhe funksionimit social?*

Duke qenë se vlera e Sig. (2 tailed) = 0.006 < 0.05, atëherë arrihet në përfundimin se marrëdhënia midis dy variablave që po analizohen (simptomave psikologjike dhe funksionimit social) është domethënëse nga ana statistikore. Vlera e koeficientit të korrelimit të Pearson = - 0.254. Kjo tregon se **marrëdhënia mes dy variablave është negative dhe e dobët**. Sa më të larta të jenë simptomat psikologjike tek pacientët në HD, aq më të ulta do të jenë nivelet e funksionimit social. Sa shumë simptoma psikologjike të përjetojnë pacientët aq më të ulta nivelet e funksionimit social. Sa më pak simptoma psikologjike të përjetojnë pacientët aq i lartë funksionimi social i tyre.

*Si është marrëdhënia mes simptomave psikologjike dhe rrezikut për veten dhe të tjerët?*

Duke qenë se vlera e Sig. (2 tailed) = 0.044 < 0.05, atëherë arrihet në përfundimin se marrëdhënia midis dy variablave që po analizohen (simptomave psikologjike dhe rrezikut për veten dhe të tjerët) është domethënëse nga ana statistikore. Vlera e koeficientit të korrelimit të Pearson = 0.486. Kjo tregon se **marrëdhënia mes dy variablave është pozitive dhe e moderuar**. Sa më të larta të jenë simptomat psikologjike të pacientëve në HD, aq më të larta do të jenë nivelet e rrezikut për veten dhe të tjerët. Sa shumë simptoma psikologjike të kenë pacientët në HD, aq më i lartë do të jetë niveli i rrezikut për veten dhe të tjerët. Sa më të larta nivelet e rrezikut për veten dhe të tjerët aq më shumë simptoma psikologjike do të përjetojnë pacientët në HD.

*Si është marrëdhënia mes simptomave psikologjike dhe jorrezikut?*

Duke qenë se vlera e Sig. (2 tailed) = 0.000 < 0.05, atëherë arrihet në përfundimin se marrëdhënia midis dy variablave që po analizohen (simptomave psikologjike dhe jorrezikut) është domethënëse nga ana statistikore. Vlera e koeficientit të korrelimit të Pearson = -0.341. Kjo tregon se *marrëdhënia mes dy variablave është negative dhe e moderuar*. Sa më të larta të jenë aftësitë simptomat psikologjike të pacientëve, aq më të ulta do të jenë nivelet jorrezikut për të dëmtuar veten dhe të tjerët. Sa më shumë simptoma psikologjike të përjetojnë pacientët në HD aq më të rralla do të jenë sjelljet e jorrezikut për dëmtim të vetes dhe të tjerëve. Sa më shumë të përfshihen në sjellje jorreziku për veten dhe të tjerët aq më pak simptoma psikologjike do të përjetojnë pacientët në HD.

*Si është marrëdhënia mes simptomave psikologjike dhe shëndetit psikologjik?*

Duke qenë se vlera e Sig. (2 tailed) = 0.000 < 0.05, atëherë arrihet në përfundimin se marrëdhënia midis dy variablave që po analizohen (simptomave psikologjike dhe shëndetit psikologjik) është domethënëse nga ana statistikore. Vlera e koeficientit të korrelimit të Pearson = -0.498. Kjo tregon se **marrëdhënia mes dy variablave është negative dhe e moderuar**. Sa më të larta të jenë simptomat psikologjike të pacientëve, aq më të ulta janë nivelet e shëndetit psikologjik të pacientit. Sa më i lartë niveli i shëndetit psikologjik të pacientit aq më pak simptoma psikologjike do të përjetojë. Sa më i ulët niveli i shëndetit psikologjik të pacientëve aq më të mëdha gjasat për nivele të larta të simptomave psikologjike

*Si është marrëdhënia mes funksionimit social dhe rrezikut?*

Duke qenë se vlera e Sig. (2 tailed) = 0.000 < 0.05, atëherë arrihet në përfundimin se marrëdhënia midis dy variablave që po analizohen (funksionimit social dhe rrezikut) është domethënëse nga ana statistikore. Vlera e koeficientit të korrelimit të Pearson = -0.567. Kjo tregon se **marrëdhënia mes dy variablave është negative dhe e moderuar**. Sa më të larta të jenë nivelet e funksionimit social, aq më të ulta janë edhe nivelet e rrezikut për veten dhe të tjerët. (Ose) Sa më të larta të jenë nivelet e rrezikut për veten dhe të tjerët aq më të ulta janë nivelet e funksionimit social.

*Si është marrëdhënia mes funksionimit social dhe jorrezikut?*

Duke qenë se vlera e Sig. (2 tailed) = 0.002 < 0.05, atëherë arrihet në përfundimin se marrëdhënia midis dy variablave që po analizohen (funksionimit social dhe jorrezikut) është domethënëse nga ana statistikore. Vlera e koeficientit të korrelimit të Pearson = 0.285. Kjo tregon se **marrëdhënia mes dy variablave është pozitive dhe e dobët**. Sa më të larta të jenë nivelet e funksionimit social, aq më të larta janë edhe nivelet jorrezikut. Sa më të larta nivelet e jorrezikut aq më të larta janë edhe nivelet e funksionimit social.

*Si është marrëdhënia mes funksionimit social dhe shëndetit psikologjik?*

Duke qenë se vlera e Sig. (2 tailed) = 0.000 < 0.05, atëherë arrihet në përfundimin se marrëdhënia midis dy variablave që po analizohen (funksionimit social dhe shëndetit psikologjik) është domethënëse nga ana statistikore. Vlera e koeficientit të korrelimit të Pearson = 0.335. Kjo tregon se **marrëdhënia mes dy variablave është pozitive dhe e**

**dobët.** Sa më të larta të jenë nivelet e funksionimit social, aq më të larta nivelet e shëndetit psikologjik tek pacientët në HD. Sa më tepër nivel të shëndetit psikologjik të gëzojë pacienti aq më shumë ndjejnë se ka marrëdhënie domethënëse sociale.

*Si është marrëdhënia mes rrezikut dhe jorrezikut?*

Duke qenë se vlera e Sig. (2 tailed) = 0.000 < 0.05, atëherë arrihet në përfundimin se marrëdhënia midis dy variablave që po analizohen (rrezikut dhe jorrezikut) është domethënëse nga ana statistikore. Vlera e koeficientit të korrelimit të Pearson = - 0.410. Kjo tregon se **marrëdhënia mes dy variablave është negative dhe e moderuar**. Sa më të larta të jenë nivelet e rrezikut, aq më të ulta janë nivelet e mosshfaqjes së sjelljeve që synojnë dëmtimin e vetes apo të tjerëve.

*Si është marrëdhënia mes rrezikut dhe shëndetit psikologjik?*

Duke qenë se vlera e Sig. (2 tailed) = 0.000 < 0.05, atëherë arrihet në përfundimin se marrëdhënia midis dy variablave që po analizohen (rrezikut dhe shëndetit psikologjik) është domethënëse nga ana statistikore. Vlera e koeficientit të korrelimit të Pearson = - 0.365. Kjo tregon se **marrëdhënia mes dy variablave është negative dhe e moderuar**. Sa më të larta të jenë nivelet e rrezikut, aq më pak mirëqenies/shëndet psikologjik gëzon pacienti.

*Si është marrëdhënia mes jorrezikut dhe shëndetit psikologjik?*

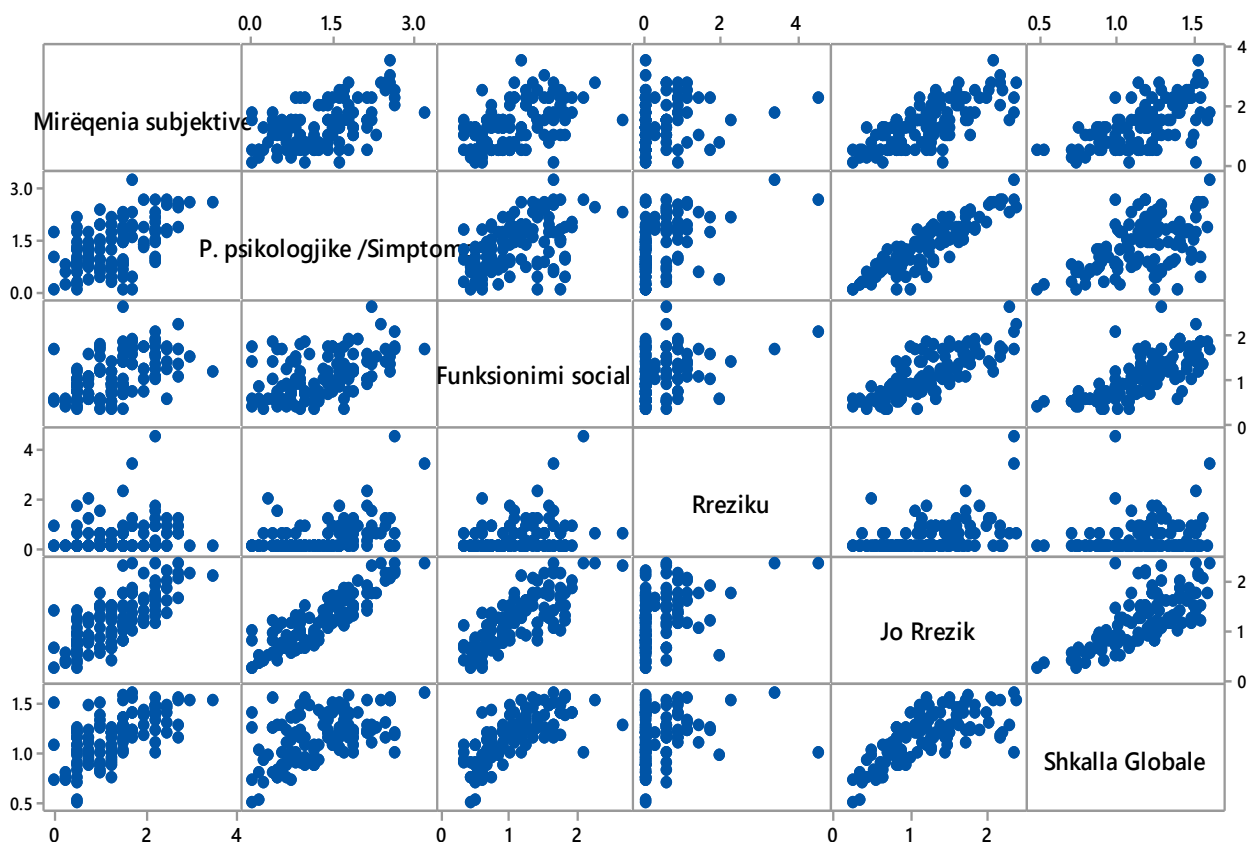
Duke qenë se vlera e Sig. (2 tailed) = 0.002 < 0.05, atëherë arrihet në përfundimin se marrëdhënia midis dy variablave që po analizohen (jorrezikut dhe shëndetit psikologjik) është domethënëse nga ana statistikore. Vlera e koeficientit të korrelimit të Pearson = 0.289. Kjo tregon se **marrëdhënia mes dy variablave është pozitive dhe e dobët**. Sa më të larta të jenë nivelet e jorrezikut aq më tepër mirëqenie dhe shëndet psikologjik do të gëzojë individi.

**Tabela 4. 9 Korrelograma e nënshkallëve dhe shkallës globale të mirëqenies/ shëndetit psikologjik të pacientëve HD (N=115)**

		<b>Korrelacionet</b>					
Nënshkallët /shkalla globale e shëndetit psikologjik		MP	SP	FS	RR	JRR	Totali i SHP
Mirëqenia subjektive (MS)	Pearson Correlation	1	,292**	-,362**	,218*	-,314**	,222*
	Sig. (2-tailed)		,002	,000	,020	,001	,017
	N	115	115	115	115	115	115
Simptomat psikologjike (SP)	Pearson Correlation	,292**	1	-,254**	,486*	-,341**	-,498**
	Sig. (2-tailed)	,002		,006	,048	,000	,000
	N	115	115	115	115	115	115
Funksionim i social (FS)	Pearson Correlation	-,362**	-,254**	1	-,567**	,285**	,335**
	Sig. (2-tailed)	,000	,006		,000	,002	,000
	N	115	115	115	115	115	115
Rreziku për veten/ të tjerët (RR)	Pearson Correlation	,218*	,486*	-,567**	1	-,410**	-,365**
	Sig. (2-tailed)	,020	,048	,000		,000	,000
	N	115	115	115	115	115	115
Jo rreziku (JRR)	Pearson Correlation	-,314**	-,341**	,285**	-,410**	1	,289**
	Sig. (2-tailed)	,001	,000	,002	,000		,002
	N	115	115	115	115	115	115
Totali i Shëndetit psikologjik (SHP)	Pearson Correlation	,222*	-,498**	,335**	-,365**	,289**	1
	Sig. (2-tailed)	,017	,000	,000	,000	,002	
	N	115	115	115	115	115	115

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).



**Figura 4. 12** Matrix plot i korrelacionit të nënshkallëve dhe shkallës globale

U gjet korelacion i forte i shkallës globale me nënshkallet: Jo Rrezik ( $r=0.991$ ), probleme/simptoma ( $r=0.898$ ), funksionimi social ( $r=0.777$ ), mireqenia subjektive ( $r=0.720$ ) dhe korrelacion mesatar me nënshkallen e rrezikut ( $r=0.567$ ).

***Analiza e të dhënave cilësore***

Rezultatet e të dhënave mbi perceptimin e pacientëve, stafit dhe familjarët mbi hulumtimin e simptomave të shëndetit mendor tek pacientët në HD. Bazuar në të dhënat që kemi në dispozicion nga intervistimi i 30 subjekteve të cilët i përkasin pacientëve, stafit dhe familjarëve, rezulton se tek pacientët kemi një nivel më të rritur të simptomave të shëndetit mendor në krahasim me rezultatet e nxjerra nga të dhënat sasiore.

Sipas perceptimeve të subjekteve më dominuese në tablonë klinike të problemeve të shëndetit mendor rezultojnë simptomat e lidhura me rrezikun, ku agresiviteti dhe zemërimi paraqiten si më dominueset tek pacientët, në të njëjta nivele paraqiten edhe simptoma të tjera si luhatjet e humorit dhe depresioni, shoqëruar këto me nivele të larta të përjetimit të ankthit. Edhe simptomatologjia e problemeve të rënda të shëndetit mendor është prezente përmes përjetimit të deluzioneve dhe halucinacioneve nga ana e pacientëve në HD, kjo në një nivel të moderuar. Përsa i përket sjelljeve që lidhen me

porrezikun ato janë në nivele të ulta të moderuara, pra një pjesë e vogël e pacientëve nuk kanë frikë nga vdekja.

**Tabela 4. 10 Të dhënat mbi perceptimin e përjetimit të simptomave për problemve të shëndetit mendor (N=30)**

Pohimet	N	%
Ankthi	25	83.3
Depresioni	26	86.7
Halucinacione	20	66.7
Deluzione	16	53.3
Luhatje humori	26	86.7
Zemerimi	26	86.7
Mohimi i vdekjes	12	40.0
Projektimi i problemeve te tjetri	18	60.0
Agresiviteti	26	86.7

Vihen re se pikët mesatare të simptomave të ankthit rriten për grupmoshën e pacientëve 31-40 vjeçarë ( $p < 0.01$ ). Në përgjithësi pacientët e grupmoshave 51-60 dhe në >60 vjeç përjetojnë nivele të ulta të ankthit. Ndërsa për simptomat depresive janë në nivele më të larta te grupmoshat 31-40 vjeç dhe 41-50 vjeç ( $p < 0.01$ ). Dallime në vlerat e mesatares me domethënie statistikore për pacientët që trajtohen në HD, kemi edhe për luhatjet e humorit ( $p < 0.01$ ), zemërimin e përjetuar ( $p < 0.01$ ) dhe agresivitetin ( $p < 0.01$ ) në nivele më të larta te grupmoshat 31-40 vjeç dhe 41-50 vjeç (tab. 4.11).

Pra mund të themi se ka dallime sinjifikante midis pranisë së simptomave depresive, ankthit, zemërimit dhe agresivitetit. Janë prezent në një nivel më i lartë tek grupmoshat 31-40 vjeç dhe 41-50 vjeç në krahasim me moshat e tjera sipas opinionit të pjesmarrësve në studim.



**Tabela 4. 11 Përceptimet e subjekteve mbi përjetimin e problemeve të shëndetit mendor sipas grupmoshës. (N=30)**

Pohimet	≤30vj	31-40vj	41-50vj	51-60vj	>60vj	P
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Ankthi	3 (12.0)	12 (48.0)	6 (24.0)	2 (8.0)	2 (8.0)	<0.01
Depresioni	4 (15.4)	11 (42.3)	7 (26.9)	2 (7.7)	2 (7.7)	<0.01
Halucinacione	3 (15.0)	10 (50.0)	5 (25.0)	1 (5.0)	1 (5.0)	0.02
Deluzione	2 (12.5)	8 (50.0)	4 (25.0)	1 (6.2)	1 (6.2)	0.03
Luhatje humori	4 (15.4)	11 (42.3)	6 (23.1)	1 (3.8)	4 (15.4)	<0.01
Zemerimi	4 (15.4)	12 (46.2)	6 (23.1)	2 (7.7)	2 (7.7)	<0.01
Mohimi i vdekjes	1 (8.3)	6 (50.0)	3 (25.0)	1 (8.3)	1 (8.3)	0.09
Projektimi i problemeve të tjetri	2 (11.1)	10 (55.6)	2 (11.1)	2 (11.1)	2 (11.1)	0.04
Agresiviteti	4 (15.4)	11 (42.3)	6 (23.1)	2 (7.7)	3 (11.5)	<0.01

Nga përlogaritja e pikëve mesatare të përgjithshme të gjithë pjesëmarrësve në studim del se mesatarja e pikëve mbi ndikimin e HD në shfaqjen e simptomave të shëndetit mendor =52.86 me Devijim Standard =13.2. Vlera minimale e pikëve është 27 pikë ndërsa vlera maksimale është 86 pikë. Duke qenë se vlera mesatare është  $31 < 52.86 < 60$ , atëherë mund të dalim në përfundimin se në përgjithësi pjesëmarrësit mendojnë se hemodializa ndikon në shfaqjen e simptomave të shëndetit mendor tek pacientët me SRK.

**Tabela 4. 12 Perceptimi i pjesëmarrësve mbi rolin e HD në shfaqjen simptomave të shëndetit mendor tek pacientët me SRK (N=30)**

	N	Minimu mi	Maksimu mi	Mesatar e	Devijimi Standard
Totali i HD në shfaqjen problemeve të shëndetit mendor	30	27,00	86,00	52,8684	13,20801

Metodologjia e përzier që u përdor në këtë studim ndërthuri metodat sasiore me ato cilësore. Ajo i dha një mundësi të vlefshme studimit për të bërë krahasimin e gjetjeve kryesore dhe konfirmimin e hipotezave tona për çështjet që synonim të eksploronim.

## KAPITULLI V- DISKUTIME

Duke u bazuar tek rezultatet e këtij studimi inferencial përshkruar tek 145 pacientë që vuajnë nga SRK dhe trajtohen me HD u gjet prania e një sërë simptomash të shëndetit mendor. Ndërhyrja psikologjike rezultoi e suksesshme në uljen e tyre në një nivel të moderuar të lehtë tek një pjesë e pacientëve. Megjithatë studimi tregoi edhe prani të simptomave në një nivel të agravuar tek një pjesë e vogël e tyre, e cila përbën rrezik për interferimin në kursin e terapisë mjekësore dhe në mirëqenien/shëndetin psikologjik të pacientëve në HD. Mund të themi se shëndeti psikologjik tek pacientët që vuajnë nga SRK është po aq i rëndësishëm sa edhe shëndeti fizik dhe se kujdesi ndaj tij duhet të orientojë punën e ekipit të këtij reparti drejt një bashkëpunimi më të vazhdueshëm midis tyre.

Nga matja e nivelit të mirëqenies/shëndetit psikologjik para dhe pas ndërhyrjes psikologjike u evidentuan ndryshime pothuajse në të gjitha nënshkallët dhe shkallën globale të shëndetit mendor tek pacientët që vuajnë nga SRK dhe që trajtohen në HD. Ajo çfarë vihet re në matjen e parë e cila u krye para ndërhyrjes psikologjike ishte prania në një nivel të moderuar të rëndë të problemeve/simptomave të shëndetit mendor, që plotësonin panoramën për ndërhyrje psikologjike, për një pjesë të pacientëve në këtë repart.

Mirëqenia subjektive paraqitet në një nivel të moderuar të rëndë për një numër të vogël pacientësh në HD. Kur i referohemi nivelit të mirëqenies kemi në konsideratë vlerat mesatare ku një pjesë e vogël e pacientëve kanë një qëndrim pozitiv ndaj vetes dhe jetës. Duket se që nga njohja me diagnozën e sëmundjes së SRK, nuk i ka zbehur përpjekjet e tyre për t'u përballur me kurajo dhe guxim me problemin shëndetësor me të cilin po bashkëjetojnë prej disa kohësh. Ky grup pacientësh vazhdon të ruajë ekuilibrat midis normalitetit dhe sëmundjes [101-103], në përpjekje për të përfshirë sëmundjen si pjesë të këtij normaliteti. Përpjekja për integrimin e sëmundjes si pjesë e rutinës së tyre të përditshme do të varen nga një sërë faktorësh. Këto faktorë kanë të bëjnë me dy grupe të rëndësishme mbështetësisht për lehtësimin e përballjes me ndryshimet e reja kërcënuese, [104] në një rutinë që shoqërohet me një nivel të lartë paparashikueshmërie e ndjenje vetëkontrolli. Mirëqenia subjektive do të varet nga burimet e brendshme, të tilla si personaliteti, përvojat e mëparshme traumatike të cilat kanë cënuar mekanizmat mbrojtës të individit, vetëbesimi, vetëvlersimi, vetefikasiteti [105]. Burimet e jashtme gjithashtu janë të rëndësishme [105-106-107] dhe kanë një ndikim të madh pozitiv në mënyrën sesi individi do të përballet me sëmundjen kronike.

Sa do të luftojë, sa do jetë i motivuar për ta bërë këtë, për sa kohë do të vazhdojë ta bëjë këtë gjë dhe për kë do të vazhdojë të përpiqet të mposhtë sëmundjen dhe ta vërë nën kontrollin e tij?

Vënia nën kontroll i jep pacientit një sens më të madh sigurie mbi të ardhmen [106]. Mbështetja sociale, niveli i të ardhurave, arsimimi, janë disa nga burimet e jashtme mbështetëse [56-85-107] që lehtësojnë dhe suportojnë përballjen me sëmundjen e SRK me efikasitet të lartë dhe i japin mundësi pacientit në HD të ruajë mirëqenien dhe shëndetin e tij psikologjik [108-109] për një kohë të gjatë. Kujdesi i profesionistëve të shëndetit mendor për vëmendje ndaj nevojave psikologjike dhe mirëqenies [110-111-112] së pacientëve që vuajnë nga sëmundjet kronike, ndihmon terapinë mjekësore dhe rrit

aderimin e pacientit ndaj saj. Kjo për faktin se vetë sëmundja kronike shkakton stërmundim fizik, emocional dhe mendor [107-113-114] si rezultat i mënyrës sesi përmbys rutinën e përditshmërisë së pacientëve dhe prek thujtë të gjitha fushat e funksionimit të tyre. Jo të gjithë pacientët do të reagojnë në të njëjtën mënyrë nga përballja me sëmundjen. Një pjesë mund të shfaqin një reagim krejt tjetër në këtë përballje. Duke u ndjerë se nuk kanë forca të brendshme/të jashtme për të luftuar, shpesh herë gjenden të mbytur nga emocione të cilat bëhen të padurueshme dhe jashtë mundësive të tyre për t'i kontrolluar [115]. Një ndjesi se për to nuk ka të ardhme, kur kthehen nga vetja shohin vetëm dështimet e të shkuarës dhe këto në mendjen e tyre hiperbolizohen në mënyrë negative [35-67-107-116] duke e çuar kështu këtë prototipiacienti në përjetimin e një bllokimi mendor dhe emocional dhe në një kontraktim fizik. Perceptimi subjektiv i mirëqenies së këtyre pacientëve do t'i çojë ata drejt një prespektive të zymtë të mënyrës sesi do të përballen me sëmundjen [117-118-119-120], dhe sesi do e vënë veten në rrezik të lartë për zhvillimin e problemeve të shëndetit mendor.

Vlerat mesatare tregojnë prezencë të një përqindje të vogël pacientësh që shfaqin një nivel të problemeve të rënda në nënshkallën e mirëqenies subjektive. Mendohet se simptomat psikologjike janë më dominuese tek ky grup pacientësh duke prekur mirëqenien subjektive të tyre por edhe shëndetin psikologjik në përgjithësi. Ndërsa prototipi më i zakonshëm është ai i një pacienti që përjeton frikë dhe pasiguri në një nivel të moderuar. Pacienti përjeton momente dëshpërimi dhe humbje të shpresës por këto përjetime nuk janë të përhershme [121]. Ai herë shfaq sjellje të përgjegjshme në mënyrën sesi përballlet me sëmundjen e herë përfshihet në sjellje të cilat mund ta çënojnë këtë nivel mirëqenie. Roli i mbështetjes sociale dhe prania e personave të afërt janë të rëndësishëm për të mbajtur nën kontroll sjelljen e kujdesit ndaj shëndetit tek ky grup pacientësh [122-123-124].

Duke iu referuar këtij diversiteti që lidhet me profilin e pacientëve themi se duke iu referuar rezultateve, një pjesë e vogël e pacientëve shfaqin një qëndrim pozitiv ndaj sëmundjes dhe arrijnë ta menaxhojnë atë duke përjetuar një nivel të mirëqenies subjektive në nivele të larta. Kjo i ndihmon pacientët të ruajnë shëndetin e tyre mendor. Pjesa më e madhe e tyre shfaqin problem të një niveli të moderuar përse i përket mirëqenies subjektive. Këta pacientë do të fillojnë të demoralizohen dhe të ndihen të pasigurt përpara problemeve të tyre, shpesh herë përfshihen nga emocionet dhe nuk janë në gjendje të kontrollojnë veten. Kjo kategori shihet si në rrezik për t'u prekur nga probleme të shëndetit mendor, të cilat nga ana e tyre do të ndikojnë si në perceptimin e klientit për mirëqenien e tij subjektive dhe në aderimin ndaj terapisë mjekësore [125-126-127].

Ky grup pacientësh mund të përfitojë më shumë nga ndërhyrja psikologjike në lehtësimin e simptomave të shëndetit mendor, duke qenë se graviteti i simptomave është i moderuar. Ndërhyrja psikologjike do të forcojë besimin dhe shpresën duke sjellë një ndikim të menjëhershëm pozitiv si në mirëqenien subjektive dhe në shëndetin psikologjik të pacientit.

Duke iu referuar rezultateve pas ndërhyrjes psikologjike tek nënshkalla e mirëqenies subjektive ka dallime statistike domethënëse në mesataren e vlerave, duke ulur lehtë nivelin e problemeve që lidhen me të. Duket se terapia ka pasur ndikim pozitiv në zvogëlimin e problemeve me këtë fushë tek një numër më i madh pacientësh.

Ndërhyrja psikologjike arriti të ndihmonte një numër të madh pacientësh lidhur me lehtësimin e problemeve që lidheshin me mirëqenien subjektive dhe shëndetin

psikologjik. Një qëndrim pozitiv përse i përket ndërhyrjes psikologjike tek pacientët në HD e konfirmon edhe studimi i Molnar dhe kolegëve [104] të cilët pranojnë rëndësinë që ka ndërhyrja psikologjike tek mirëqenia/shëndeti psikologjik i pacientëve në HD. Sipas tyre fokusi i ndërhyrjes psikologjike drejt dhënies së informacionit mbi perceptimin e sëmundjes, terapinë dhe përshtatjen e rutinës sipas nevojave të reja fuqizon pacientët në drejtim të mirëqenies subjektive.

Lidhur me rezultatet për nivelin e problemeve të shëndetit mendor tek pacientët në HD rezultoi se depresioni, ankthi, trauma dhe somatizimi (problemet fizike) ishin pjesë e tablosë klinike. Lidhur me gravitetin e simptomave dhe vlerat mesatare tek kampioni ynë rezultoi se somatizimi shfaqet në nivele të larta, i ndjekur nga depresioni dhe ankthi të cilët janë në nivel më të moderuar para ndërhyrjes. Pësojnë një përmirësim të lehtë të simptomave të veçanta dhe për nënshkallën në përgjithësi pas ndërhyrjes. Një sërë studimesh [29-93-127-128-129-130] mbështesin rëndësinë e trajtimit psikologjik si një formë e efikase për të reduktuar problemet e ankthit dhe depresionit tek pacientët në HD. Shfaqja e shqetësimeve me natyrë fizike zakonisht i atribuohet simptomatologjisë psikologjike edhe pse në këtë rast shumë nga simptomat e somatizimit që lidhen me prezencën e çrregullimeve të gjumit [131-132-133] dhe prania e dhimbjes dhe shqetësimeve të tjera fizike, mund të ngatërrohen edhe me simptoma të cilat janë pasojë e sëmundjes apo e shqetësimeve që vijnë si pasojë e trajtimit me HD [134]. Traumatizimi sërisht është në nivele të moderuara duke treguar se sëmundja dhe terapia mjekësore afatgjatë, shoqëruar me peripeci të shumta gjatë seancave të HD nxisin përvoja traumatike tek pacientët me SRK [104-135-136-137]. Traumatizimi shfaqet si tipar shoqëruar i depresionit dhe ankthit zakonisht bazuar në studime [93-102-131]. Mendohet se janë shpesh të lidhura me mënyrën sesi pacientët përpiqen të përshtaten me sëmundjes [138]. Depresioni me nivel të moderuar të rëndë, u has tek një numër i vogël pacientësh. Mendohet se prezenca e simptomave të rënda tek pacientët në HD prek dukshëm motivimin e tyre për t'u angazhuar në sjellje që rrisin aderimin në terapinë mjekësore [139]. Tek pacientët me një simptomatologji të agravuar të depresionit kemi një rritjen e sjelleve që vënë në rrezik jetën, izolimin dhe prekin cilësinë e jetës së tij. Këto simptoma duket se kanë një ndikim të drejtpërdrejt negativ në terapinë me hemodializë por edhe në aftësitë e tyre për të kontrolluar shpërthimet emocionale [140]. Edhe pse pas ndërhyrjes psikologjike rezultoi një përmirësim i dukshëm në lehtësimin e simptomave, ky grup duhet konsideruar me rrisht të lartë [141]. Sugjerohet se tek pacientët që përjetojnë ankth dhe depresion në nivel të agravuar, trajtimi me antidepressantë [26-49-142] duhet të bashkëngjitet terapisë sa më shpejt me qëllim që të mos kërcënohet progresi i terapisë mjekësore dhe të vihet në rrezik jeta e pacientit [143]. Rezultoi se funksionimi sociale ishte në nivele më të ulta tek grupi i pacientëve me simptoma më të agravuara të depresionit, ankthit, problemeve fizike dhe traumave. Kjo gjetje mbështetet edhe nga studime të tjera [89-97-102-103-104-144] të realizuara tek pacientët në HD. Gjithashtu kompromentimi i funksionimit social nga ndërhyrja e simptomave psikologjike do të ketë ndikim negativ në cilësinë e jetës së pacientëve në HD por edhe në aderim të ulët ndaj terapisë mjekësore [145]. Studimi arriti në përfundimin se kemi prezencë të rrezikut ndaj vetes dhe të tjerëve në nivele moderuara tek një numër i vogël pacientësh, por këto nivele raportohen shumë të larta në intervistat e realizuara. Referuar studimeve ka një nivel të lartë të vdekshmërisë nga SRK [146] tek pacientët që trajtohen në HD. Studimet lidhin nivelet e vdekshmërisë me angazhimin e pacientit në sjellje të rrezikshme vetëdëmtuese,

ku ndër to edhe tendencat vetëvrasëse, si pjesë e depresionit. Vetëvrasja shihet si një formë për të shpëtuar nga problemet e lidhura me sëmundjen, terapinë mjekësore dhe veçanërisht nga problemet e tjera social-ekonomike [138-139-142]. Por jo në të gjitha rastet ky rrezik i lidhur me zemërimin dhe sjelljet agresive do të orientohen drejt vetes. Rreziku ndaj të tjerëve e transferon përjetimin emocional së jashtmi duke e orientuar drejt një performace të larmishme me forma të shfaqjes së agresivitetit, si kërcënimin, presionit, sharjes, fyerjes, poshtërimit dhe dhunimit fizik. Studimet [104] supozojnë se tek disa prej pacientëve në HD, rreziku ndaj vetes dhe të tjerëve mund të shfaqet edhe përmes një compliance ekstreme në kursin e terapisë së përcaktuar nga mjeku kurues [120-134-144] mungesa e ankesave nga ana e pacientit edhe kur kemi evidenca të përjetimit të dhimbjes dhe shqetësimit në kursin e terapisë. Këshillohet që profesionistët të jenë të kujdesshëm dhe të marrin informacion të vazhdueshëm nga pacienti në lidhje me shkaktimin e dhimbjes përmes procedurave mjekësore të aplikuara [120-134-144-145]. Mendohet se kjo qasje rrit aleancën mjek-pacient dhe lejon stafin të shmangë gabimet në mjekimin e pacientit me SRK. Gjithashtu përmes kësaj qasjeje lehtësoni klimën e një komunikimi të ngrohtë dhe mbështetës për pacientët në HD [146] pasi kjo do të japë efekte pozitive në mjedisin ku realizohet terapia, por edhe në drejtim të funksionimit social dhe në mirëqenien e përgjithshme të pacientit. Mbetet për t'u vlerësuar në prespektivë afatgjatë impakti që do ketë tek pacientët ndërhyrja psikologjike e cila duket se ka ndikuar në ndryshime të dukshme pozitive pas ndërhyrjes psikologjike. Ulja e problemeve në shkallën globale të shëndetit psikologjik sjell ndryshime pozitive në drejtim të mirëqenies subjektive, uljes së simptomave psikologjike dhe rrezikut për veten dhe të tjerët, si dhe në rritjen e funksionimit social të pacientit në HD.

Lidhur me përjetimin e problemeve psikologjike nuk ka dallime mes meshkujve dhe femrave. Problematikat që lidhen me zhvillimin e simptomave të shëndetit mendor nuk do të ndikohen nga gjinia por nga kushte të tjera që vështirësojnë përballjen, dhe fazat e vështira nëpër të cilat kalon sëmundja kur është në fazën akute të saj [27-38-59-102-144]. Kjo lidhje mbetet e mbështetur pak nga studimet mbi diferencat gjinore të lidhura me predispozitën për t'u prekur më shumë nga problemet psikologjike. Moshë përbën një element me ndikim në shfaqjen e problemeve psikologjike tek pacientët në HD. Më të prirura për të përjetuar simptoma është moshë më e madhe. Duket se të qëniet i diagnostikuar me SRK dhe në moshën e rritur të vonë (70 vjeç) të vendos me rrezik më të lartë për tu përballur me depresion, ankth, somatizim, rrezik për t'i shkaktuar dëm vetes krahasuar me ato pacientë që janë në moshë të re. Këto gjetje nuk mbështeten gjithmonë nga studimet [131], pasi nëse referohemi Clark-Cutaia dhe bashkëpunëtorëve të tij moshat e reja të pacientëve në HD kanë më shumë probleme në mbajtjen e dietës dhe vetefikasitet të ulët në drejtim të masave shtrënguese lidhur me konsumin e sasisë së rekomanduar të lëngjeve. Gjithashtu pacientet femra raportojnë më tepër probleme në këtë drejtim. Moshë e rritur e vonë duhet të shoqërohet edhe me faktorë të tjerë rrisht të pranishme dhe që favorizojnë kushtet që pacientët e moshuar të preken nga depresioni e ankthi.

Studimi nxorri në pah se niveli arsimor i ulët shoqërohet me rrezik më të madh tek pacientët në HD për të zhvilluar probleme psikologjike. Mendohet se niveli i ulët arsimor në disa raste konsiderohet si një faktor që ndikon në aftësitë e pacientëve në HD për të mos kuptuar drejt sëmundjen dhe vlerësuar rëndësinë e respektimit të udhëzimeve të dhëna nga mjeku kurues, ose keqinterpretimi i udhëzimeve. Të gjitha këto kushte të

lidhura me nivelin e ulët arsimorë shihen si precipituese në drejtim të mungesës së aderimit ndaj terapisë dhe problemeve psikologjike [132-133-134]. Gjetje tjetër interesante ishte lidhja e mirëqenies/shëndetit psikologjik me nivelin e të ardhurave të pacientëve në HD. Të ardhurat pranohen [123-129-132-134-146] të jenë të lidhura me uljen e problemeve psikologjike. Mendohet se pacientët me të ardhura më të larta përjetojnë më pak shqetësim lidhur me përzgjedhjen e terapisë dhe trajtim më të specializuar, kanë mundësi për të ndjekur më mirë udhëzimet e lidhura me dietën ushqimore dhe nevojat e tjera lidhur me sëmundjen. Niveli i mirëqenies subjektive dhe të ardhurat e larta financiare lidhet me përjetimin e niveleve më të larta të mirëqenies/shëndetit të përgjithshëm mendor tek pacientët në HD. U evidentua se statusi civil ka ndikim në nivelin e shfaqjes së problemeve të shëndetit mendor. Pacientët e divorcuar, beqar apo të ve kanë më tepër probleme lidhur me nivelet e larta të depresionit, ankthit, marrëdhënieve sociale të varfra dhe izolimit. Gjithashtu më shumë rrezik për t'u përfshirë në sjellje të rrezikut si pirja e alkolit, duhanit dhe substancave narkotike. Të martuarit kishin një nivel më të lartë të mirëqenies subjektive dhe më pak simptoma psikologjike krahasuar me grupet e tjera të pacientëve në HD. Gjithashtu, një efekt domethënës u gjet midis numrit të viteve në hemodializë dhe nivelit të simptomave psikologjike. Pacientët që kishin një kohë më të gjatë që trajtoheshin në HD (>7 vjet) paraqisnin më shumë simptoma të shëndetit mendor krahasuar me pacientët me më pak vite. Studimet që kanë hulumtuar ndikimin e faktorëve psiko-social tek pacientët në HD, e konfirmojnë ndikimin negativ që ka koha e gjatë në terapinë me HD tek përkeqësimi i shëndetit mendor [133-134-136].

U evidentuan ndryshime domethënëse në përmirësimin e simptomave psikologjike tek të gjitha fushat e shëndetit mendor pas ndërhyrjes psikologjike. Benefitet e mëdha që lidhen me këtë shërbim psikologjik janë raportuar nga një sërë studimesh [120-131-134-146], si ai i Tsay et al., [136] ku pas një ndërhyrje 8 javore për përmirësimin e aftësive përbaluese dhe edukimit mbi stresorët që lidheshin me sëmundjen, u evidentua një ulje e dukshme simptomave depresive tek pacientët në HD.

Rezultatet treguan se mirëqenia e përgjithshme psikologjike dhe shëndeti mendor janë struktura të rëndësishme për zhvillimin normal të individit. Këto struktura ndërveprojnë dhe ndërvarën nga njëra-tjetra duke ndikuar në mirëqenien fizike dhe mendore [141] të pacientëve në HD. U vu re se një ndërhyrje psikologjike e fokusuar tek psikoedukimi, ndarja e emocioneve që lidhen me sëmundjen, përballja me pasiguritë e brendshme të individit. Nxitja e ndërgjegjësimit mbi impaktin që kanë në shëndetin mendor dhe fizik [120-134-144-145] sjelljet dhe veprimet e pacientëve në HD, patën një ndikim pozitiv në lehtësimin e simptomave psikologjike si depresioni, ankthi, shqetësimet fizike që vijnë si rezultat i një gjendje emocionale negative dhe trauma. Një sërë studimesh theksojnë [83-93-101-146-147] se përkeqësimi i simptomave të shëndetit mendor vjen si rezultat i shoqërimit me faktorët demografikë. Këto faktorë shoqërohen me një rezultat të dobët edhe në drejtim të sëmundjeve kronike të veshkave në përgjithësi dhe veçanërisht tek SRK në fazën akute [90-109-129] duke rritur incidencën për vdekshmëri të lartë tek ky grup pacientësh. U vu re se një ashpërsi më e madhe simptomash paraqitej tek ata pacientë që përballeshin me një kompleksitet faktorësh të cilët interfeonin fuqishëm në drejtim të përkeqësimit të mëtejshëm të SRK. Studimet pranojnë se sjelljet e individit në drejtim të ruajtjes së shëndetit dhe marrjen e masave të

nevojshme për të parandaluar dhe për t'u përfshirë në sjellje proshëndetit të mirë, do të influencohen nga faktorët socialë, personaliteti, motivimi, aspekti biologjik dhe predispozitat gjenetike. Duke iu referuar lehtësimit të simptomave psikologjike tek pacientët në HD pas ndërhyrjes, në rritjen e mirëqenies psikologjike në përgjithësi por edhe në dimensionet e tjera, si mirëqenia subjektive, problemet psikologjike, funksionimin social, rrezikun për veten dhe të tjerët, konfirmojmë rëndësinë e terapisë psikologjike përgjatë terapisë me hemodializë. Efikasiteti që ka komunikimi dhe ofrimi i mundësisë për të diskutuar për situatën e tyre lidhur me sëmundjen dhe vlerësimin objektiv të burimeve të jashtme dhe të brendshme në dispozicion të pacientit, plotëson nevojat e tij për mbështetje psiko-emocionale.

Bazuar në gjetjet [140-141-144] mbi ndikimin e faktorëve demografik si arsimi, statusi civil, niveli i të ardhurave, moshë, mund të jetë e nevojshme vlerësimi i tyre në progresin apo regresin e trajtimit të pacientit me SRK. Ndërhyrja psikologjike mund të lehtësojë simptomat që lidhen me gjendjen emocionale të pacientit, të përmirësojë mënyrën sesi gjykon për veten dhe sëmundjen por edhe mënyrën sesi mendon të kontrollojë ndikimin e disa kushteve sociale dhe kulturore. Pra ndërhyrja psikologjike mund të ushtrojë ndikim edhe mbi faktorët socialë, të cilët nga shumë studime rezultojnë me ndikim afatgjatë në përkeqësimin e kushteve që lidhen me sëmundjen. Këto evidenca duhet të na ndërgjegjësojnë për rolin që duhet të ndërmarrim për të kuptuar pacientin në HD në kontekstin e tij dhe për të mbështetur një trajtim mjekësor që i përshtatet nevojave dhe mundësive të tij. Një qasje që tregon kujdes për kontekstin social-kulturor të pacientëve në HD, ka treguar efikasitet të lartë në drejtim të rritjes së aderimit në terapinë mjekësore.

Shqetësimet fizike të cilat mbeten në vlera të larta edhe pse ndërhyrja tregoi një ulje të lehtë të tyre, duhen adresuar drejt në kontekstin e klientëve që vuajnë nga insuficienca renale kronike. Studimi duke u fokusuar tek eksplorimi i simptomave psikologjike u përqendrua tek matja e shqetësimeve fizike si pjesë e problemeve të shëndetit mendor. Prania e shqetësimeve fizike që lidhet me somatizimin, kur nuk kemi një shkak të jashtëm shëndetësor për të përjetuar dhimbje, lodhje, pafuqi, hutim, marrje mendësh, pagjumësi. Duhet marrë me rezervë kjo simptomë në rastin e kampionit tonë, pasi shumë nga këto simptoma mund të jenë pjesë e SRK dhe terapisë me HD. Këto simptoma, në rastet kur kanë një bazë fizike, mund të përkeqësohen nga bashkëshoqërimi me simptomat psikologjike. Kjo do të thotë se nivelet më të larta të hasura për shqetësimet fizike mund të shpjegohen me ndërveprimin midis simptomave të sëmundjes fizike me simptomat e problemeve psikologjike.

Efikasitet më i lartë i ndërhyrjes u gjet për simptomat e depresionit dhe të ankthit. Janë pranuar [62-66-68] se këto dy simptoma janë dominuese tek sëmundja e insuficiencës renale kronike. Sugjerohen [72-85] ndërhyrje psikologjike që kanë në fokus ankthin dhe depresionin, nisur nga influenca e madh e tyre në shumë fusha si mirëqenia subjektive, problemet e shëndetit mendor, funksionimi social, rreziku [46- 54]. Rreziku i lidhur me zemërimin dhe agresivitetin, i cili mund të orientohet ndaj vetes ose të tjerëve tregoi përmirësim pas ndërhyrjes gjithashtu. Ky përmirësim nuk është i mjaftueshëm nëse i referohemi tipologjisë së kësaj simptomë. Ai konsiderohet si faktori më i madh i rrezikut të lidhur me vetëvrasjen. Vetëvrasja është simptomë aktive në një pjesë të problemeve të shëndetit mendor dhe si pjesë e depresionit në veçanti. Gjetjet treguan se nënshkalla e rrezikut ishte në nivelet më të ulta pas ndërhyrjes krahasuar në të tjerat. Ujla

e niveleve të rrezikut për veten dhe të tjerët mund të shpjegohet me ndikimin që ka ndërhyrja tek ankthi dhe depresioni. Supozohet që kjo ka lehtësuar simptomat lidhur me rrezikun për veten dhe të tjerët dhe për të rritur ndikimin e pacientëve mbi manipulimin e tyre në dobi të përmirësimit të shëndetit. Prezenca e saj edhe në nivele të ulta mbetet sinjal alarmi për profesionistët e shëndetit mendor. Kjo simptomë merr vëmendjen kryesore dhe orienton ndërhyrjen psikologjike drejt disa prioriteteve lidhur me punën klinike të psikologut. Kjo do të thotë se ndërhyrja psikologjike nuk është e mjaftueshme për të zhdukur simptomat e lidhura me rrezikun për t'i bërë keq vetes apo të tjerëve. Terapia mund të ndihmojë për të penguar agravimin e tyre më tej, pra stopim të simptomave që të mos përkeqësohen, por jo për të shmangur rrishtin. Në këto raste bazuar në rezultatet e studimeve [93-54-109] mbi ndërhyrjen tek simptomat e rënda të depresionit, sugjerohet trajtimi me terapi farmakologjike me antidepressant, për lehtësimin e tyre dhe vënien nën kontroll të sjelljes së pacientit në HD. Një ulje në vlerat mesatare rezultoi me ndikim edhe në rritjen e mirëqenies psikologjike të pacientëve. Studimi konfirmoi reaksionin zinxhir që ka ndërhyrja mbi depresionin e ankthin edhe tek fushat e tjera, sugjeruar edhe nga hulumtimet e fundit mbi këtë fushë [91-93]. Ndryshime në shkallën e shfaqjes së problemeve psikologjike nuk u gjet për meshkujt dhe femrat para dhe pas ndërhyrjes. Vlen të theksohet se gjetjet mbi ndikimin e faktorëve demografik tek SRK konfirmojnë këtë rezultat [140-141] duke e parë të pavarur me rolet gjinore. Pra mënyra sesi do të përballësh me sëmundjen nuk varet nga të qënurit mashkull apo femër por nga tiparet e personalitetit dhe faktorët të tjerë psiko-social.

Përsa i përket rezultateve të evidentuara pas ndërhyrjes mbi fortësinë dhe drejtimin e lidhjes midis variablave demografik dhe shkallës globale të mirëqenies psikologjike, u gjet se problemet psikologjike kanë tendencën të rriten me rritjen e moshës. Si pasojë të interferojnë në përkeqësimin e terapisë mjekësore dhe shëndetin psikologjik tek pacientët më të moshuar. Pra me rritjen e moshës rriten edhe problemet psikologjike me të cilat përballen pacientët në HD. Megjithatë kjo lidhje është e dobët, çka do të thotë se ndoshta nuk është një faktor që vepron i vetëm por mund të shoqërohet edhe nga faktorë të tjerë rrishtin. Lidhur me studimet mbi këtë aspekt ka qëndrime të ndryshme. Disa studime [78-29-50-145-146] pretendojnë se probleme më të shumta përsa i përket mungesës së aderimit dhe sjelljeve rrishtuese vihen re tek grupmoshat e reja ndërsa moshat e mëdha kanë një qëndrim më pranues ndaj sëmundjes dhe angazhohen më shumë në planin e tyre të terapisë. Ndërsa të tjera [141-143-147] paracaktojnë se moshat më të mëdha shfaqin më tepër probleme psikologjike pasi sëmundja ka dëmtuar funksionimin e tyre dhe ka sfilitur fizikisht dhe emocionalisht pacientët me SRK.

Bazuar në gjetjet e studimit nivelet e larta të arsimit shoqërohen me një shëndet më të mirë psikologjik. Pacientët me nivel të lartë arsimor do të jenë më të angazhuar në një proces të modifikimit të sjelljeve pro shëndetit krahasuar me pacientët me nivel të ulët arsimor. Pra duke iu referuar fortësisë së lidhje mund të themi se niveli arsimor është një faktor që do të ndikojë në drejtim të mënyrës sesi pacientët në HD do të përballen me sëmundjen. Arsimimi duket se i ndihmon për të kuptuar informacionin mbi sëmundjen, vlerësuar drejt rrishtin, ndjekur me rigorozitet dietën dhe terpinë, mobilizimin e burimeve të brendshme dhe të jashtme. Përsa i përket krahasimit me studime të tjera edhe rezultatet tona mbështesin ndikimin e faktorëve demografikë dhe socialë tek progresi i pacientit me SRK në terpinë mjekësore.



Studimi konfirmoi një marrëdhënie të dobët negative ndërmjet viteve në hemodializë dhe uljes së niveleve të mirëqenies/shëndetit psikologjik. Pacientët në HD që kanë kohë më të gjatë në terapi mjekësore kanë tendencën të shfaqin një sërë problemesh psikologjike. Hemodializa, referuar studimeve [109-112-129-141-147] konsiderohet si e lidhur më shumë me rrisqe për probleme psikologjike sesa format e tjera të terapive për trajtimin e SRK. Ajo prish rutinën e personit në një mënyrë rrënjësore me detyrimin për të udhëtuar tre herë në javë për në qendrën e dializës. Problemet me transportin të cilat jo në pak raste janë burim stresi për pacientët me SRK në pamundësi ekonomike. Vështirësitë për të mbajtur vendin e punës duke qenë se duhet të shkëputen shpesh prej saj dhe në orare të zgjata, ndryshimet në mjedisin familjar për t'i ardhur në ndihmë nevojave të pacientit lidhur me dietën ushqimore, vazhdimi i trajtimit në hemodializë perceptohet nga pacientët si i lodhshëm, frustrues dhe emocionalisht i dhimbshëm. Në këtë klimë mund të konkludojmë se të gjithë faktorët social-ekonomik do të kenë ndikimin e tyre në ashpërsimin e problemeve psikologjike që shoqërojnë trajtimin mjekësor. Por psikologjikisht bëhet e vështirë ndjekja e kësaj rutine që sëmundja të imponon për një kohë të gjatë. Disiplina që të imponon sëmundja nuk i lejon pacientët të përshtaten me të duke parë se ajo kompromenton fuqishëm funksionimin e pacientit në të gjitha fushat e ndërveprimit si atë intrapersonal, ndërpersonal dhe atë social. Kufizimet nuk i lejojnë individit përshtatjen me sëmundjen dhe si pasojë vazhdimi në vite ka gjasa të shkatërrojë emocionalisht, mendërisht dhe fizikisht pacientin me SRK.

Të ardhurat financiare të larta në dispozicion të pacientit për të përzgjedhur trajtimin më të mirë, mungesa e stresit për sigurimin e të ardhurave, mundësitë për ruajtjen e dietës ushqimore dhe të gjitha lehtësirat që kanë të bëjnë me ndjekjen e kursit të terapisë, e bëjnë më të lehtë përballjen me sëmundje dhe shoqërohen me një cilësi më të mirë të mirëqenies psikologjike dhe të cilësisë së jetës. Roli i nivelit të lartë të të ardhurave shihen me ndikim pozitiv edhe në studime të tjera duke u mbështetur tek rëndësia që ka ky faktor, si burim i jashtëm mbështetës në drejtim të aderimit më të lartë të terapisë mjekësore. Duke iu referuar fortësisë së lidhjes që ekziston midis të ardhurave dhe niveleve të shëndetit psikologjik duhet të konsiderojmë këtë ndikim me peshë në vlerësimin e faktorëve të rrishtit. Rriten shanset për ndikim negativ përgjatë trajtimit mjekësor edhe të një sërë faktorësh psikologjikë, socialë dhe ekonomikë të cilët mund të vënë në rrezik progresin e terapisë por edhe jetën e pacientit.

Studimi gjeti se faktorët demografikë që lidheshin me moshën e vjetër, nivelin e ulët arsimor dhe të ardhurat e ulta financiare dalin si faktorë të lartë rreziku për shfaqjen e problemeve të shëndetit mendorë përgjatë kursit të terapisë me HD.

Eksplorimi i faktorëve psikologjikë në raport me fortësinë e tyre në shëndetin mendor të pacientit u analizuan që të përcaktoheshin faktorët dominues. Rezultoi se faktorët e shëndetit mendor ndikonin tek njëri-tjetri. Kjo do të thotë se nëse njëra prej fushave preket, ndikimi i saj do të shoqërohet me pasoja edhe në fushat e tjera. Do t'i referohemi si fusha pikërisht dimensioneve të shëndetit dhe mirëqenies psikologjike.

Mirëqenia subjektive e lidhur me mënyrën sesi pacienti në HD vlerëson se ke disa asete që e lejojnë t'i bëjë ballë sëmundjes duke ruajtur një balancë në jetën e tij. Vlerësimi i aftësive personale si të mjaftueshme për të vënë nën kontroll problemet në përditshmërinë e tij. U gjet një marrëdhënie e dobët pozitive midis mirëqenies subjektive dhe shëndetit psikologjik. Nëse pacienti ka bindjen se ka burime që i lejon të arrijë të përballojë me sukses sëmundjen, atëhere mekanizmat e brendshëm psikologjikë që lidhen me

vetëvlersimin, vetëbesimin dhe vetefikasitetin do të vihen në lojë për të mbështetur një qëndrin pozitiv mbi konceptin për veten dhe mirëqenies subjektive të tij. Nivelet e larta tek mirëqenia subjektive do të nënkuptojnë vlerësim të problemit me sëmundjen si më pak rrisuese duke motivuar pacientin të angazhohen maksimalisht në terapinë e tij. Ky angazhim do të lidhet me prezencën e stresit në një nivel të moderuar që e lejon atë të jetë aktiv, dhe të përqendrojë forcat drejt zgjidhjes së problemit shëndetësor. Studimet tregojë se kur vetëbesimi dhe vetefikasiteti është i lartë, pacienti angazhohet më tepër në terapinë e tij, përmirësimet janë më të mundura dhe sëmundja kontrollohet më lehtësisht. Ndërkohë nëse situata vlerësohet nga pacienti si tepër e rrezikshme dhe burimet personale të pamjaftueshme atëhere niveli i stresit do të jetë i lartë, duke bllokuar ose çuar drejt kolapsit mekanizmat përballuese. Në këto kushte vetëbesimi dhe vetefikasiteti do të cënohet, dhe pacienti nuk do të motivohet për të ndjekur me përpikëri të gjitha protokollet që lidhen me terapinë e tij mjekësore duke qenë se ai beson se sëmundja është përtej kapacitetit të tij për ta luftuar. Mirëqenia subjektive do të paraqesë probleme të cilat do të pasqyrohen edhe në shëndetin psikologjik të pacientit në HD.

Rezultoi se shëndeti psikologjik do të ndikohet në një mënyrë të moderuar nga prezenca e simptomave psikologjike në jetën e klientit. Rezulton se dalja në sipërfaqje e simptomave psikologjike si pasojë e shqetësimeve dhe nivelit të lartë të stresit të përjetuar nga përballja me sëmundjen do të ndikojë negativisht në mirëqenien dhe shëndetin mendor të pacientit. Ankthi, depresioni, shqetësimet fizike si pasojë e sëmundjes e si pasojë e diskonfortit psikologjik, rrisin ashpërsinë e tyre. Kapaciteti fizik dhe mendor i tyre vihet në sprovë si pasojë e presionit të brendshëm dhe të jashtëm që ushtrohet tek pacienti për të përmbushur aktivitetet e jetës së përditshme, përfshirë një punë, rolet familjare dhe bashkëshortore, rolet sociale. Referuar rolit bashkëshortor rezulton se terapia dhe sëmundja ndikojnë në shfaqjen e problemeve seksuale. Kur sëmundja shkakton pafuqishmëri fizike pacientët duhet të mbështeten tek familjarët apo persona të tjerë të afërt për të realizuar aktivitetet e domosdoshme të lidhura me përditshëmrinë e tij. Kapaciteti për të përmbushur të gjitha këto detyrime do të lidhet me shumë faktorë, të brendshëm e të jashtëm, të cilët do të jenë në gjendje të mbajnë pacientin larg problemeve të shëndetit mendor por do të ndikojnë edhe në rritjen e mirëqenies së përgjithshme. Lidhja midis shëndetit psikologjik dhe simptomave që u evidentua në studim, konfirmohet edhe nga studime të tjera [141-146].

Studimi nxorri në pah rolin e rëndësishëm që ka mbështetja sociale në përballimin me sukses të SRK. Funkionimi social ka një marrëdhënie të dobët pozitive me shëndetin psikologjik tek pacientët e kampionit tonë. Kjo do të thotë se ata pacientë që kanë një funksionim të përgjithshëm më të mirë, që vazhdojnë të ruajnë një rutinë normale në jetën e tyre, që ruajnë marrëdhënie të afërta që perceptohen mbështetëse dhe lehtësuese për mënyrën sesi do përshtaten me sëmundjen, që kanë miq dhe të afërm që tregojnë kujdes dhe ofrojnë mbështetje për to, do të përjetojnë një nivel më të lartë të funksionimit social. Nivelet e larta të mirëqenies në dimensionin e funksionimit social do të ndikojë drejtpërdrejt në shëndetin psikologjik të pacientëve në HD.

Dimensioni tjetër i simptomave psikologjike që prek drejtpërdrejt perceptimin e pacientit mbi nivelin e përgjithshëm të shëndetit mendor rezultoi ai i rrezikut. U gjet një lidhje negative e moderuar midis përjetimit të niveleve të larta të zemërimit dhe shfaqjes së sjelljeve agresive me uljen e dukshme të mirëqenies/shëndetit psikologjik të tyre. Një prani e lartë e zemërimit dhe agresivitetit ndikon në uljen e niveleve të shëndetit dhe në

përkeqësimin e simptomave depresive dhe të ankthit. Shoqërimi i rrezikut për veten dhe të tjerët me depresionin dhe ankthin krijon kushte për ashpërsi të simptomave psikologjike te pacientët në HD. Prania e këtyre simptomave në sfondin e insufiçencës renale kronike konsiderohet shqetësuese [97-102-128] edhe kur këto paraqiten në nivele të lehta të moderuara, si rezultat i gravitetit që paraqesin.

Sjelljet që lidhen me jorrezikun rezultuan në një marrëdhënie të dobët pozitive me shëndetin psikologjik. Pacientët që përfshihen në sjellje pro shëndetit si ndjekja me përpikëri e procedurave të lidhen me trajtimin e tyre, kujdes për dietën dhe stilin e jetesës përjetojnë një nivel më të mirë të shëndetit psikologjik.

Rezultoi një marrëdhënie e dobët negative mes përjetimit të simptomave psikologjike nga pacientët në HD dhe reduktim të mardhënieve sociale. Pra pacientët me nivel të lartë të simptomave psikologjike do të tentojnë të reduktojnë investimin në funksionimin e përgjithshëm social, duke hequr dorë nga disa aktivitete që më parë u jepnin kënaqësi. Gjithashtu do të tentojnë të vetizolohen duke shmangur personat e afërt, familjarët dhe miqtë e tyre. Këto sjellje të lidhura me probleme në funksionimin social do të ndikojnë në ashpërsimin e simptomave psikologjike.

U evidentua një lidhje pozitive e moderuar mes ashpërsisë së simptomave psikologjike dhe sjelljeve që lidhen me rrezikun për të dëmtuar veten dhe të tjerët. Kjo si pasojë e humbjes së kontrollit ku zemërimi dhe agresiviteti mbysin logjikën e arsytjes dhe pacienti e gjen veten të mbytur nga emocione që mund të orientohen drejt vetes duke rrezikuar seriozisht vetëvrasjen, ose të orientuara së jashtmi, ku të tjerët shndërrohen në objekte të shkarkimit të këtij zemërimi dhe agresiviteti. Këto gjetje mbështeten edhe nga puna e Friendli [125] dhe kolegëve, të cilët e konsiderojnë si një simptomë që ul dukshëm aderimin ndaj terapisë mjekësore dhe rrit probabilitetin e vdekshmërisë tek pacientët në HD.

Analizat cilësore kofirmojnë një prani në nivele të larta të simptomave psikologjike tek pacientët që trajtohen në HD. Duke iu referuar gjetjeve nivelet e gravitetit të simptomave psikologjike kanë ngjashmëri edhe me përfundime të kërkuesve të tjerë në fushën e terapisë me hemodializë [146-148]. Nivelet më të larta raportohen për zemërimin dhe agresivitetin, të dyja paraqiten në nivele më të larta krahasur me të dhënat sasiore. Kjo mund të shpjegohet me faktin që intervistat të japin një mundësi të shkëlqyer për t'u thelluar në vjeljen e informacionit të nevojshëm nga ana e kërkuesit. Rezultatet konfirmohen nga tre prespektiva të ndryshme personale, ajo e stafit, pacientëve dhe familjarëve. Ankthi dhe depresioni janë në nivele të përafërta me zemërimin dhe agresivitetin. Prania e tyre shoqërohet edhe me simptoma të tjera klinikisht domethënëse në fushën e shëndetit mendor. Luhatjet e humorit, deluzionet dhe halucinacionet gjithashtu vendosin në vështirësi jetën e pacientit me SRK. Shpesh nevoja për të gjetur një ekuilibër midis përpjekjeve të tij për të kontrolluar sëmundjen dhe nga ana tjetër simptomat psikologjike, shpesh i çon këta pacientë drejt shterrimit të forcave dhe këput rezistencën. Në ndryshim me të dhënat sasiore këtu rezulton se moshë më e rrisuar për probleme të shëndetit mendor është grupmosha 31-40 vjeçare krahasuar me moshat e tjera. Një argument i mundshëm në lidhje me këtë gjetje mund të lidhet me rolin aktiv në botën e punës. Kjo moshë konsiderohet si më aktive për punë dhe në këtë fazë të karrierës profesionale [143-140] individët janë duke u përpjekur drejt avancimit në karrierë dhe rritjes së të ardhurave, që rriten me këtë avancim profesional. Komptentimi i këtij rrugëtimi nga sëmundja cënon dukshëm vetëkonceptin e lidhur

me vetëvlersimin, vetëbesimin dhe vetëfikasitetin, duke vënë në dyshim identitetin profesional, i cili është pjesë e rëndësishme e identitetit tonë personal dhe ndikimi i këtij të fundit është i drejtpërdrejtë në mirëqënien dhe shëndetin psikologjik të pacientit [146].

Në përfundim u identifika një marrëdhënie e rëndësishme në vlerat mesatare përsa i përket qëndrimit të pjesëmarrësve mbi rolin e hemodializës në shfaqjen e simptomave të shëndetit mendor tek pacientët që vuajnë nga SRK dhe që trajtohen me HD.

## KAPITULLI VI- PËRFUNDIME DHE REKOMANDIME

Mbetet një përpjekje sfiduese menaxhimi i këtij studimi në një kontekst klinik aspekt të lehtë, duke qenë se SRK mbart në vetvete një sërë komplikimesh fizike, psikologjike social-ekonomike dhe kulturore. Ndërveprimi i tyre ndryshon nga njëri pacient tek tjetri. Përjetimi i problemeve emocionale dhe psikologjike në një nivel të moderuar të rëndë simptomash kërkon një ndërhyrje psiko-sociale me qëllim adresimin e duhur të tyre dhe lehtësimin e pacientëve me SRK. Ndërhyrja psikologjike e ofruar në linjë me dëshirën e pacientëve për mbështetje psiko-emocionale e bazuar tek nevojat për përmirësim të funksionimit të tyre të përgjithshëm në planin psikologjik u ofrua në një sfond institucional tepër mbështetës dhe inkurajues për stafin e shërbimit psikologjik të departamentit të hemodializës pranë spitalit “Hygeia”.

Rezultoi me efekt pozitiv në drejtim të gjetjeve përdorimi i metodologjisë së përzier, duke përfshirë metodën cilësore dhe sasiore. Kjo qasje ndihmoi dhe i dha mundësi studimit të gjenerojë një prespektivë gjithëpërfshirëse hulumtimi e cila të jep alternativa për të gjeneruar zgjidhje të zbatueshme, duke bërë të mundur ofrimin e një shërbimi cilësor që mbështetet tek kujdesi i integruar për shëndetin fizik dhe mendor të pacientëve që vuajnë nga sëmundja e SRK e që trajtohen me HD. Kryqëzimi i prespektivës së pacientit, familjarëve dhe profesionistëve të departamentit të dializë do ndihmojë në zhvillimin e ndërhyrjeve të dobishme për nevojat dhe burimet e klientit, dhe gjithashtu lehtësisht të aksesueshme dhe të implemtueshme duke marrë në konsideratë barrierat profesionale dhe organizative në kontekstin profesional në të cilin ofrohet ky shërbim.

Duke u mbështetur në rezultatet e studimit, do të zhvillohen ndërhyrjet e duhura të cilat janë të përshtatshme për të mbështetur pacientët në HD, që shfaqin një simptomatologji në nivel të moderuar të gravitetit të simptomave, konform nevojave të tyre emocionale dhe psikologjike. Gjetjet e studimit do të vihen në dispozicion të institucionit, stafit, pacientëve dhe familjarëve dhe kujtdo që është i interesuar për çështjen, me qëllim të një kuptuari më të plotë të këndvështrimit të pacientit në përballjen me SRK.

Studimi do të vijë në ndihmë kërkuesve shkencorë duke qenë se nuk u gjetën studime që hulumtonin mbi faktorët psiko-social në popullatën e pacientëve që vuajnë nga sëmundja e insuficiencës kronike dhe që trajtohen me hemodializë për kontekstin shqiptar.

Respektimi i rekomandimeve për procedurat mjekësore të përshkruara nga mjeku kurues lidhur me rutinën e klientit me qëllim rritjen e aderimit ndaj terapisë mjekësore u ndikua nga një mori faktorësh si motivimi i pacientit, nivelet e larta të mirëqenies subjektive, nivelet e ulta të simptomave psikologjike, niveli i lartë në funksionimin social, nivelet e ulta lidhur me rrezikun për veten dhe të tjerët, nivelet e larta të jorrezikut.

Niveli i lartë i mirëqenies subjektive rrit mirëqenien e pacientëve për shëndetin psikologjik në përgjithësi, ul faktorët e rrezikut për veten, rrit funksionimin social të individit dhe redukton shfaqjen e simptomave psikologjike.

Ashpërsia e problemeve psikologjike shoqërohet me rrezik të lartë për sjellje të qëllimshme vetëdëmtuese, një kompromentim i funksionimit social, ulje të nivelit të mirëqenies subjektive, që do të ndikojnë në uljen e nivelit të përgjithshëm të mirëqenies psikologjike.

Aderimi i ulët ndaj terapisë me hemodializë ishte i lidhur me moshën e rritur të vonë (mbi 70 vjeç) dhe moshën e rritur të hershme (30-41 vjeç). Moshë rezultoi domethënëse në

lidhje me projektet personale për jetën dhe të ardhmen. Sfidat me të cilat përballen këto dy kategori moshore lidhur me statet e zhvillimit psikologjik, nxisin krizat psikologjike që vijnë si pamundësi e pacientit për të superuar problemet që lidhen me sëmundjen, që interferojnë në vizionin e tij për veten, familjen, jetën. Moshë nxiti kushte për zhvillimin e problemeve psikologjike tek pacientët me SRK, neglizhimin e rekomandimeve mjekësore dhe përfshirjen në sjellje të rrezikshme për dëmtimin e vetes dhe të tjerëve.

Niveli arsimor i lartë rezulton në aderim më të mirë ndaj trajtimit në uljen e simptomave psikologjike, rritjen e funksionimit social, mirëqenien/shëndetin psikologjik të pacientëve në HD, ulje të rrezikut lidhur me veten dhe të tjerët, si dhe aderim më të lartë ndaj terapisë mjekësore.

Të martuarit prirën drejt një mirëqenie subjektive më të lartë, e shoqëruar me mbështetje me të madhe sociale, simptoma të reduktuar të ankthit, depresionit, shqetësimeve fizike dhe simptomave traumatike krahasuar me të divorcuarit, beqarët dhe ata pacientë që janë të ve.

Kohëzgjatja e zgjatur e terapisë me hemodializë pavarësisht gjinisë nxiti shqetësim emocional, humbje shprese, mungesë optimizmi për të ardhmen, mendime se “do ishte më mirë të kisha vdekur”, shoqëruar me shqetësime fizike si dhimbje trupi, pagjumësi duke rritur kështu rrezikun për dëmtim të vetes.

Të ardhurat e larta lehtësojnë përzgjedhjen e një trajtimi mjekësorë të SRK që i përshtatet nevojave personale të pacientit, ulin preokupimin në lidhje me punën, rrisin funksionimin social dhe mirëqenien subjektive, ulin mundësinë e zhvillimit të simptomave psikologjike dhe të rrezikut për veten dhe të tjerët, duke rezultuar në një nivel të lartë të shëndetit psikologjik.

Mungesa e aderimit në terapinë mjekësore shihet e lidhur me nivelin e ulët arsimor të pacientit në HD, mosndjekjen rregullisht të trajtimit të hemodializës, probleme të transportit dhe harresat për zhvillimin e seancave.

Parametrat me një ndikim tepër negativ në mirëqenien e përgjithshme psikologjike të pacientëve në HD, ndikohen nga pengesat e perceptuara lidhur me realizimin e planeve të tyre për të ardhmen, ndryshimi i qëllimeve në jetë, kryesisht të lidhura me punën dhe shkollimin e tyre.

Ndërhyrjet psiko-emocionale duket se zvogëlojnë simptomat depresive dhe përmirësojnë mirëqenien e përgjithshme psikologjike tek pacientët në HD, me një ndikim edhe në reduktimin e ankthit.

Agresiviteti dhe zëmërimi vlerësohen në nivele të larta tek pacientët në HD, duke rritur rrezikun për dëmtim të vetes apo tjetrit. Sugjerohet që grupi i pacientëve në HD, t'i nënshtrohet një ndërhyrje psikologjike që lehtëson menaxhimin e problemve të tyre emocionale dhe rrit vullnetin për të kanalizuar këto energji në drejtim të përballjes me sëmundjen.

### ***Rekomandime për kërkuesit shkencorë***

Përfshirja e një kampioni më të madh të popullatës së pacientëve që vuajnë nga insufiçenca renale kronike dhe që trajtohen në hemodializë do të na lejonte të bënim përgjithësime për gjithë popullatën e pacientëve.

Impakti i Faktorëve Psikosocial në kursin e trajtimit të Pacientëve në Hemodializë

Përfshirja në mbledhjen e të dhënave të instrumentave diagnostikues për ankthin dhe depresionin na lejon të përcaktojmë nivelet, në varësi të gravitetit të simptomave.

Përfshirja e mjeteve që hulumtojnë më në thellësi faktorët psiko-social në aderimin ndaj terapisë mjekësore.

Lidhja midis mosrespektimit e udhëzimeve kundrejt dietës ushqimore, marrjes së sasisë së rekomanduar të lëngjeve dhe faktorëve të lidhur me të, duhet të hetohet mbi një popullatë më të madhe në studimet e ardhshme.

Përfshirjen e një instrumenti që të lejon matjen, sjelljen aderuese tek pacientët në HD.

Rëndësia e zhvillimit të studimeve empirike në mënyrë që kuptohet më mirë sjellja aderuese dhe problemet emocionale.

### ***Rekomandime për profesionistët***

Ndërhyrja psikologjike konsiderohet veçanërisht e rëndësishme tek pacientët që shfaqin probleme emocionale, në mënyrë që të arrijnë rezultate më të mira në terapi dhe të menaxhojnë zemërimin e mbajnë nën kontroll agresivitetin e tyre.

Në drejtim të rritjes së angazhimit të pacientëve në terapi nevojitet vëmendje ndaj faktorëve të mungesës së aderimit përmes krijimit të hapësirave më të mëdha të bashkëpunimit të stafit me pacientin përmes një komunikimi të ngrohtë dhe jogjykues.

Planet e kujdesit infermieror duhet të jenë të personalizuar dhe të përdoren me kujdes duke respektuar standardet e përcaktuara në protokollet e çertifikuara për trajtimin e SRK në hemodializë.

Përmirësimi i parametrave të lidhur me mirëqenien psikologjike duhet përzgjedhur me kujdes në mënyrë që të marrë në konsideratë kontekstin e pacientit, nevojat dhe prirjet individuale të tij duke synuar garanci më të mëdha mbi fleksibilitetin në marrjen e hemodializës pa interferuar me oraret e punës dhe të shkollimit.

Sugjerohet që infermierët të jenë të trajnuar mbi zhvillimin e marrëdhënieve mbështetëse me pacientin, identifikimin e pengesave në drejtim të sjelljes aderuese dhe ofrimin e strategjive që ndihmojnë pacientët të përshtaten lehtësisht dhe jo në mënyrë të sforcuar me terapisë mjekësore.

## BIBLIOGRAFIA

1. Colman A. M. A Dictionary of Psychology. Oxford University Press. (2015) Online version. Aksesuar mw 29.03.2020.
2. Winefield, H.R., Gill, T.K., Taylor, A.W. *et al.* Psychological well-being and psychological distress: is it necessary to measure both?. *Psych Well-Being* **2**, 3 (2012). <https://doi.org/10.1186/2211-1522-2-3>.
3. American Psychology Association. Dictionary of psychology. (2020) <https://www.apa.org/Content/Images/logo.png>
4. Samhsa. Samhsa's working concept of trauma and framework for a trauma-informed approach, national centre for trauma-informed care (nctic), samhsa, rockville, md (2014).
5. Bayoumi M, Al Harbi A, Al Suwaida A, et al., Predictors of quality of life in hemodialysis patients. *Saudi Journal of Kidney Disease Transplant* (2013) ;24:254–9.
6. Raymond CB, Wazny LD, Honcharik PL. Pharmacotherapeutic options for the treatment of depression in patients with chronic kidney disease. *Nephrol Nurs J* (2008) ;35 (3):257–63.
7. Rabindranath KS, Daly C, Butler JA, Roderick PJ, Wallace S, Macleod AM. Psycho social interventions for depression in dialysis patients. *Cochrane Database Syst Rev.* (2005), (3) : CD 00 4542.
8. Pascoe MC, Thompson DR, Castle DJ, McEvedy SM and Ski CF. Psychosocial Interventions for Depressive and Anxiety Symptoms in Individuals with Chronic Kidney Disease: Systematic Review and Meta-Analysis. *Front. Psychol.* (2017). 8:992. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00992
9. Taylor, F., Taylor, C., Baharani, J., Nicholas, J., & Combes, G. Integrating emotional and psychological support into the end-stage renal disease pathway: a protocol for mixed methods research to identify patients' lower-level support needs and how these can most effectively be addressed. *BMCnephrology*, (2016).17(1),111. <https://doi.org/10.1186/s12882-016-0327-2>
10. Chen, H. Y., Pan, H. C., Chen, Y. C., Chen, Y. C., Lin, Y. H., Yang, S. H., Chen, J. L., & Wu, H. T. Traditional Chinese medicine use is associated with lower end-stage renal disease and mortality rates among patients with diabetic nephropathy: a population-based cohort study. *BMC complementary and alternative medicine*, (2019). 19(1), 81. <https://doi.org/10.1186/s12906-019-2491-y>
11. Reilly, R., Evans, K., Gomersall, J. *et al.* Effectiveness, cost effectiveness, acceptability and implementation barriers/enablers of chronic kidney disease management programs for Indigenous people in Australia, New Zealand and Canada: a systematic review of mixed evidence. *BMC Health Serv Res* **16**, 119 (2016). <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1363-0>
12. Afsar B, Akman B. Depression and nonadherence are closely related in dialysis patients. *Kidney Int*; (2009), 76:679–80.
13. Safder OY, Alhasan KA, Shalaby MA, et al. Short-term outcome associated with disease severity and electrolyte abnormalities among critically ill children with



- acute kidney injury. *BMC Nephrol.*; (2019). 20(1):89. doi:10.1186/s12882-019-1278-1
14. De Francisco A.L.M., Burriel. C, Casillas C., De Juan C. , Diaz Formoso J. , Gomez San T. Roman, *et al.* Daño renal agudo asociado a la administración intravascular de contraste yodado en el paciente de riesgo y oncológico. Una posición de expertos Nefrología. (2018). Aksesuar mw datw 06.04.2020: <http://devawnsnad.elsevier.es/es-articulo-onconeurologia-conexion-cancer-rinon-202> Google Scholar.
  15. Dingwall, K. M., Nagel, T., Hughes, J. T., Kavanagh, D. J., Cass, A., Howard, K., Sweet, M., Brown, S., Sajiv, C., & Majoni, S. W. Wellbeing intervention for chronic kidney disease (WICKD): a randomised controlled trial study protocol. *BMC psychology*, (2019). 7(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s40359-018-0264-x>
  16. Nitta, K., Masakane, I., Hanafusa, N. *et al.*, Annual dialysis data report 2017, JSDT Renal Data Registry. *Ren Replace Ther* **5**, 53 (2019). <https://doi.org/10.1186/s41100-019-0248-1>
  17. Ministry of Health, Labour, and Welfare and Ministry of Education, Culture, Sports, Science, and Technology: Ethical Guidelines for Medical and Health Research Involving Human Subjects. [http://www.lifescience.mext.go.jp/files/pdf/n1443\\_01.pdf](http://www.lifescience.mext.go.jp/files/pdf/n1443_01.pdf), (Aksesuar mw datw 14.03.2020).
  18. Moon H, Chin HJ, Na KY, et al., Hyperphosphatemia and risks of acute kidney injury, end-stage renal disease, and mortality in hospitalized patients. *BMC Nephrol.* 2019;20(1):362. Published 2019 Sep 18. doi:10.1186/s12882-019-1556.
  19. Camilleri B., Pararajasingam R., Buttigieg J. & Halawa A. Corrigendum to “Renal transplantation in the elderly: Outcomes and recommendations”, *Transplantation Reviews*, (2020). <https://doi.org/10.1016/j.tre.2020.100545>.
  20. Len O., Los-Arcos I., Aguerda J.M., Blanes M., Bodro M., Carratala, Cordero E., Farinas M.F., Fernandez-Ruiz M., Fortun J., Gavaldá J., Lopez-Mendrano F., Lopez – Velez R., Lumbreras C., Mahillo B. & Angeles M. Selection criteria of solid organ donors in relation to infectious diseases: A Spanish consensus. *Transplantation Reviews*, Volume 34, Issue 2, April 2020, 100528.
  21. Lin, N., Fang, Y. C., Song, J. C., & Wang, Y. Total parathyroidectomy plus multi-point subcutaneous transplantation in the forearm may be a reliable surgical approach for patients with end-stage renal disease: A case report. *Medicine*, (2019), 98(47), e17649. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000017649>.
  22. Skupien, J., Smiles, A. M., Valo, E., Ahluwalia, T. S., Gyorgy, B., Sandholm, N., Croall, S., Lajer, M., McDonnell, K., Forsblom, C., Harjutsalo, V., Marre, M., Galecki, A. T., Tregouet, D. A., Wu, C. Y., Mychaleckyj, J. C., Nickerson, H., Pragnell, M., Rich, S. S., Pezzolesi, M. G., Krolewski, A. S. Variations in Risk of End-Stage Renal Disease and Risk of Mortality in an International Study of Patients With Type 1 Diabetes and Advanced Nephropathy. *Diabetescare*, (2019).42(1),93–101.<https://doi.org/10.2337/dc.18-1369>.

23. Christensen, A. J., & Ehlers, S. L. Psychological factors in end-stage renal disease: An emerging context for behavioral medicine research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, (2002), 70(3), 712-724. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.3.712>.
24. Subramanian, L., Quinn, M., Zhao, J., Lachance, L., Zee, J., & Tentori, F. Coping with kidney disease - qualitative findings from the Empowering Patients on Choices for Renal Replacement Therapy (EPOCH-RRT) study. *BMC nephrology*, (2017), 18(1), 119. <https://doi.org/10.1186/s12882-017-0542-5>
25. Dahnan, M., Assabri, A. M., & Khader, Y. S. Risk Factors for End-Stage Renal Failure Among Patients on Hemodialysis in Aljomhory Hospital, Sa'adah Governorate, Yemen: Hospital-Based Case-Control Study. *JMIR public health and surveillance*, (2019), 5(3), e14215. <https://doi.org/10.2196/14215>.
26. Martin, L. R., Williams, S. L., Haskard, K. B., & Dimatteo, M. R. The challenge of patient adherence. *Therapeutics and clinical risk management*, (2005), 1(3), 189–199.
27. Stanton A. L., Tracey A. Revenson T. A. & Tennen H. Health Psychology: Psychological Adjustment to Chronic Disease. *Annual Review of Psychology*, (2007). 58:1, 565-592.
28. Zhang M, Kim JC, Li Y, et al. Relation between anxiety, depression, and physical activity and performance in maintenance hemodialysis patients. *J Ren Nutr*. 2014;24:252–260.
29. Cukor D, Rosenthal DS, Jindal RM, Brown CD & Kimmel PL. Depression is an important contributor to low medication adherence in hemodialyzed patients and transplant recipients. *Kidney Int* 2009;75:1223–9.
30. Hug Hopitaux Universitaires. DSM, Livret insuffisants rénaux dialysés - Albanais Janvier. (2015) (Aksesuar mw 20.02.2020) [https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/documents/insuffisance\\_renale\\_albanais.pdf](https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/documents/insuffisance_renale_albanais.pdf).
31. Stein A. & Wild J. *Kidney Failure Explained: Everything You Always Wanted to Know About Dialysis and Kidney Transplants but Were Afraid to Ask*. Chapter 1. What Is Kidney Failure? (2002). p. 1-62. Class Publishing. EBSCO Publishing : eBook Academic Collection (EBSCOhost). Aksesuar mw 09.04.2020.
32. Han, E., Shiraz, F., Haldane, V., Koh, J., Quek, R., Ozdemir, S., Finkelstein, E. A., Jafar, T. H., Choong, H. L., Gan, S., Lim, L., & Legido-Quigley, H. Biopsychosocial experiences and coping strategies of elderly ESRD patients: a qualitative study to inform the development of more holistic and person-centred health services in Singapore. *BMC public health*, (2019), 19(1), 1107. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7433-6>
33. Stroebe W. Third Edition: *Social Psychology and Health*. McGraw-Hill Education (2011), p. 237-317.
34. Kawachi I & Kennedy B. *The Health of Nations: Why Inequality is Harmful to Your Health*. New York: New Press. (2002), p. 123-124.
35. Phillips K, & Pitts M. *The Psychology of Health: An Introduction*. Part one. Introduction. Routledge, (2002), 9- 16.
36. Conner, M., & Sparks, P. Theory of planned behaviour and health behaviour. In M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting health behaviour* (2005), pp. 170–222. Maidenhead: Open University Press.

37. Arnaudo E. Pain as illness. In: Carel H, Cooper R, editors. Health, illness and disease: philosophical essays: Routledge; 2014. p. 143–57.
38. Velpry, L. The Patient's View: Issues of Theory and Practice. *Culture, Medicine & Psychiatry*, (2008), 32, 238-58.
39. Mohr, D. C., Spring, B., Freedland, K. E., Beckner, V., Arean, P., Hollon, S. D.,...Kaplan, R. The selection and design of control conditions for randomized controlled trials of psychological interventions. *Psychotherapy and Psychosomatics*, (2009), 78(5), 275–284. doi:10.1159/000228248
40. Koehler M, Koenigsmann M, & Frommer J. Coping with illness and subjective theories of illness in adult patients with haematological malignancies: systematic review. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2009;69:237–57. <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc..09.014>.
41. Mukherjee, T., Devi, G., Geetha, S., Anchan, N. J., & Sankarasubbaiyan, S. A Comparison of Practice Pattern and Outcome of Twice-weekly and Thrice-weekly Hemodialysis Patients. *Indian journal of nephrology*, (2017), 27(3), 185–189. <https://doi.org/10.4103/0971-4065.202844>
42. Ashby, D., Borman, N., Burton, J., Corbett, R., Davenport, A., Farrington, K., Flowers, K., Fotheringham, J., Andrea Fox, R. N., Franklin, G., Gardiner, C., Martin Gerrish, R. N., Greenwood, S., Hothi, D., Khares, A., Koufaki, P., Levy, J., Lindley, E., Macdonald, J., Mafrici, B., ... Wilkie, M. Renal Association Clinical Practice Guideline on Haemodialysis. *BMC nephrology*, (2019), 20(1), 379. <https://doi.org/10.1186/s12882-019-1527-3>.
43. Plantinga, L. C., Fink, N. E., Harrington-Levey, R., Finkelstein, F. O., Hebah, N., Powe, N. R., & Jaar, B. G. Association of social support with outcomes in incident dialysis patients. *Clinical journal of the American Society of Nephrology : CJASN*, (2010), 5(8), 1480–1488. <https://doi.org/10.2215/CJN.01240210>.
44. Pan, K. C., Hung, S. Y., Chen, C. I., Lu, C. Y., Shih, M. L., & Huang, C. Y. Social support as a mediator between sleep disturbances, depressive symptoms, and health-related quality of life in patients undergoing hemodialysis. *PloS one*, (2019), 14(4), e0216045. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216045>.
45. Robinson, B. M., Akizawa, T., Jager, K. J., Kerr, P. G., Saran, R., & Pisoni, R. L. Factors affecting outcomes in patients reaching end-stage kidney disease worldwide: differences in access to renal replacement therapy, modality use, and haemodialysis practices. *Lancet (London, England)*, (2016), 388(10041), 294–306. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30448-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30448-2).
46. Niihata, K., Fukuma, S., Akizawa, T., & Fukuhara, S. Association of coping strategies with mortality and health-related quality of life in hemodialysis patients: The Japan Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study. *PloS one*, (2017), 12(7), e0180498. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180498>.
47. Kim, B., & Kim, J. Influence Of Uncertainty, Depression, And Social Support On Self-Care Compliance In Hemodialysis Patients. *Therapeutics and clinical risk management*, (2019), 15, 1243–1251. <https://doi.org/10.2147/TCRM.S218934>.
48. Tian, X., Guo, X., Xia, X., Yu, H., Li, X., & Jiang, A. The comparison of cognitive function and risk of dementia in CKD patients under peritoneal dialysis and hemodialysis: A PRISMA-compliant systematic review and meta

- analysis. *Medicine*, (2019), 98(6), e14390.  
<https://doi.org/10.1097/MD.00000000000014390>.
49. Wang, Q., Liu, H., Ren, Z., Xiong, W., He, M., Fan, X., Guo, X., Li, X., Shi, H., Zha, S., Qiao, S., Zhao, H., Li, N., & Zhang, X. Gender difference in the association of coping styles and social support with psychological distress among patients with end-stage renal disease. *PeerJ*, (2020), 8, e8713.  
<https://doi.org/10.7717/peerj.8713>.
50. Mehrtak, M., Habibzadeh, S., Farzaneh, E., & Rjaei-Khiavi, A. Effectiveness of teaching cognitive-behavioral techniques on locus of control in hemodialysis patients. *Electronic physician*, (2017), 9(10), 5631–5637.  
<https://doi.org/10.19082/5631>.
51. Shahgholian, N., & Yousefi, H. The lived experiences of patients undergoing hemodialysis with the concept of care: a phenomenological study. *BMC nephrology*, (2018), 19(1), 338. <https://doi.org/10.1186/s12882-018-1138-4>.
52. Molfino, A., Beck, G. J., Li, M., Lo, J. C., Kaysen, G. A., & FHN Investigators. Association between change in serum bicarbonate and change in thyroid hormone levels in patients receiving conventional or more frequent maintenance haemodialysis. *Nephrology (Carlton, Vic.)*, (2019), 24(1), 81–87.  
<https://doi.org/10.1111/nep.13187>.
53. Piccoli, G. B., Moio, M. R., Fois, A., Sofronie, A., Gendrot, L., Cabiddu, G., D'Alessandro, C., & Cupisti, A. The Diet and Haemodialysis Dyad: Three Eras, Four Open Questions and Four Paradoxes. A Narrative Review, Towards a Personalized, Patient-Centered Approach. *Nutrients*, (2017), 9(4), 372.  
<https://doi.org/10.3390/nu9040372>.
54. Garthwaite, E., Reddy, V., Douthwaite, S., Lines, S., Tyerman, K., & Eccles, J. Clinical practice guideline management of blood borne viruses within the haemodialysis unit. *BMC nephrology*, (2019), 20(1), 388.  
<https://doi.org/10.1186/s12882-019-1529-1>.
55. Murali, K. M., Mullan, J., Roodenrys, S., Hassan, H. C., Lambert, K., & Lonergan, M. Strategies to improve dietary, fluid, dialysis or medication adherence in patients with end stage kidney disease on dialysis: A systematic review and meta-analysis of randomized intervention trials. *PloS one*, (2019). 14(1), e0211479. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211479>.
56. Mukakarangwa, M. C., Chironda, G., Bhengu, B., & Katende, G. Adherence to Hemodialysis and Associated Factors among End Stage Renal Disease Patients at Selected Nephrology Units in Rwanda: A Descriptive Cross-Sectional Study. *Nursing research and practice*, 2018, 4372716.  
<https://doi.org/10.1155/2018/4372716>.
57. Naalweh, K. S., Barakat, M. A., Sweileh, M. W., Al-Jabi, S. W., Sweileh, W. M., & Zyoud, S. H. Treatment adherence and perception in patients on maintenance hemodialysis: a cross - sectional study from Palestine. *BMC nephrology*, (2017), 18(1), 178. <https://doi.org/10.1186/s12882-017-0598-2>.
58. Sola, L., Levin, N. W., Johnson, D. W., Pecoits-Filho, R., Aljubori, H. M., Chen, Y., Claus, S., Collins, A., Cullis, B., Feehally, J., Harden, P. N., Hassan, M. H., Ibhais, F., Kalantar-Zadeh, K., Levin, A., Saleh, A., Schneditz, D., Tchokhanelidze, I., Turan Kazancioglu, R., Twahir, A., ... Finkelstein, F. O.

- Development of a framework for minimum and optimal safety and quality standards for hemodialysis and peritoneal dialysis. *Kidney international supplements*, (2020), 10(1), e55–e62. <https://doi.org/10.1016/j.kisu.2019.11.009>.
59. Snyder, R. L., Jaar, B. G., Lea, J. P., & Plantinga, L. C. Association of Patient-Reported Difficulty with Adherence with Achievement of Clinical Targets Among Hemodialysis Patients. *Patient preference and adherence*, (2020), 14, 249–259. <https://doi.org/10.2147/PPA.S227191>.
60. Hedayati, S. S., Daniel, D. M., Cohen, S., Comstock, B., Cukor, D., Diaz-Linhart, Y., Dember, L. M., Dubovsky, A., Greene, T., Grote, N., Heagerty, P., Katon, W., Kimmel, P. L., Kutner, N., Linke, L., Quinn, D., Rue, T., Trivedi, M. H., Unruh, M., Weisbord, S., Mehrotra, R. Rationale and design of A Trial of Sertraline vs. Cognitive Behavioral Therapy for End-stage Renal Disease Patients with Depression (ASCEND). *Contemporary clinical trials*, (2016). 47, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2015.11.020>.
61. Ganu, V. J., Boima, V., Adjei, D. N., Yendork, J. S., Dey, I. D., Yorke, E., Mate-Kole, C. C., & Mate-Kole, M. O. Depression and quality of life in patients on long term hemodialysis at a national hospital in Ghana: a cross-sectional study. *Ghana medical journal*, (2018), 52(1), 22–28. <https://doi.org/10.4314/gmj.v52i1.5>.
62. Chilcot, J., Guirguis, A., Friedli, K., Almond, M., Day, C., Da Silva-Gane, M., Davenport, A., Fineberg, N. A., Spencer, B., Wellsted, D., & Farrington, K. Depression Symptoms in Haemodialysis Patients Predict All-Cause Mortality but Not Kidney Transplantation: A Cause-Specific Outcome Analysis. *Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine*, (2018), 52(1), 1–8. <https://doi.org/10.1007/s12160-017-9918-9>.
63. Pango Y. Psikoterapia e njohjes dhe e sjelljes. SHBLU, Tiranw, Shqipwri. (2004), p. 23-123.
64. Teles, F., Azevedo, V. F., Miranda, C. T., Miranda, M. P., Teixeira, M., & Elias, R. M. Depression in hemodialysis patients: the role of dialysis shift. *Clinics (Sao Paulo, Brazil)*, (2014), 69(3), 198–202. [https://doi.org/10.6061/clinics/2014\(03\)10](https://doi.org/10.6061/clinics/2014(03)10).
65. Grigoriou, S. S., Karatzaferi, C., & Sakkas, G. K. Pharmacological and Non-pharmacological Treatment Options for Depression and Depressive Symptoms in Hemodialysis Patients. *Health psychology research*, (2015), 3(1), 1811. <https://doi.org/10.4081/hpr.2015.1811>.
66. Yatham, L. N., Kennedy, S. H., Parikh, S. V., Schaffer, A., Bond, D. J., Frey, B. N., Sharma, V., Goldstein, B. I., Rej, S., Beaulieu, S., Alda, M., MacQueen, G., Milev, R. V., Ravindran, A., O'Donovan, C., McIntosh, D., Lam, R. W., Vazquez, G., Kapczinski, F., McIntyre, R. S., ... Berk, M. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar disorders*, 20(2), 97–170. <https://doi.org/10.1111/bdi.12609>.
67. dos Reis Santos, I., Danaga, A. R., de Carvalho Aguiar, I., Oliveira, E. F., Dias, I. S., Urbano, J. J., Martins, A. A., Ferraz, L. M., Fonsêca, N. T., Fernandes, V., Fernandes, V. A., Lopes, V. C., Leitão Filho, F. S., Nacif, S. R., de Carvalho, P., Sampaio, L. M., Giannasi, L. C., Romano, S., Insalaco, G., Araujo, A. K., ...

- Oliveira, L. V. Cardiovascular risk and mortality in end-stage renal disease patients undergoing dialysis: sleep study, pulmonary function, respiratory mechanics, upper airway collapsibility, autonomic nervous activity, depression, anxiety, stress and quality of life: a prospective, double blind, randomized controlled clinical trial. *BMC nephrology*, (2013). *14*, 215. <https://doi.org/10.1186/1471-2369-14-215>.
68. D'Onofrio, G., Simeoni, M., Rizza, P., Caroleo, M., Capria, M., Mazzitello, G., Sacco, T., Mazzuca, E., Panzino, M. T., Cerantonio, A., Segura-Garcia, C., Andreucci, M., De Fazio, P., & Fuiano, G. Quality of life, clinical outcome, personality and coping in chronic hemodialysis patients. *Renal failure*, (2017), *39*(1), 45–53. <https://doi.org/10.1080/0886022X.2016.1244077>.
69. Hornik, B., & Duława, J. Frailty, Quality of Life, Anxiety, and Other Factors Affecting Adherence to Physical Activity Recommendations by Hemodialysis Patients. *International journal of environmental research and public health*, (2019), *16*(10), 1827. <https://doi.org/10.3390/ijerph16101827>.
70. Laudański, K., Nowak, Z., & Niemczyk, S. Age-related differences in the quality of life in end-stage renal disease in patients enrolled in hemodialysis or continuous peritoneal dialysis. *Medical science monitor : international medical journal of experimental and clinical research*, (2013), *19*, 378–385. <https://doi.org/10.12659/MSM.883916>.
71. Anding, K., Bär, T., Trojniak-Hennig, J., Kuchinke, S., Krause, R., Rost, J. M., & Halle, M. A structured exercise programme during haemodialysis for patients with chronic kidney disease: clinical benefit and long-term adherence. *BMJ open*, (2015), *5*(8), e008709. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008709>.
72. Hecking, M., Bieber, B. A., Ethier, J., Kautzky-Willer, A., Sunder-Plassmann, G., Säemann, M. D., Ramirez, S. P., Gillespie, B. W., Pisoni, R. L., Robinson, B. M., & Port, F. K. Sex-specific differences in hemodialysis prevalence and practices and the male-to-female mortality rate: the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). (2014), *PLoS medicine*, *11*(10), e1001750. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001750>.
73. Silva, S. M., Braido, N. F., Ottaviani, A. C., Gesualdo, G. D., Zazzetta, M. S., & Orlandi, F. Social support of adults and elderly with chronic kidney disease on dialysis. *Revista latino-americana de enfermagem*, (2016), *24*, e2752. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0411.2752>.
74. Tong, A., Palmer, S., Manns, B., Craig, J. C., Ruospo, M., Gargano, L., Johnson, D. W., Hegbrant, J., Olsson, M., Fishbane, S., & Strippoli, G. F. The beliefs and expectations of patients and caregivers about home haemodialysis: an interview study. *BMJ open*, (2013). *3*(1), 21-48. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-002148>.
75. Adisa, O., Jaar, B. G., Masud, T., Sahlie, A., Obadina, C., Ang, J., Lea, J. P., & Plantinga, L. C. Association of social worker-assessed psychosocial factors with 30-day hospital readmissions among hemodialysis patients. *BMC nephrology*, (2018), *19*(1), 360. <https://doi.org/10.1186/s12882-018-1162-4>.
76. Chadaeva, I. V., Ponomarenko, M. P., Rasskazov, D. A., Sharypova, E. B., Kashina, E. V., Matveeva, M. Y., Arshinova, T. V., Ponomarenko, P. M., Arkova, O. V., Bondar, N. P., Savinkova, L. K., & Kolchanov, N. A. Candidate SNP

- markers of aggressiveness-related complications and comorbidities of genetic diseases are predicted by a significant change in the affinity of TATA-binding protein for human gene promoters. *BMC genomics*, (2016), 17(Suppl 14), 995. <https://doi.org/10.1186/s12864-016-3353>
77. Dinleyici, M., & Dağlı, F. Ş. Evaluation of quality of life of healthy siblings of children with chronic disease. *Turk pediatri arsivi*, (2018), 53(4), 205–213. <https://doi.org/10.5152 /TurkPediatriArs.2018.6778>.
78. Chipidza, F., Wallwork, R. S., Adams, T. N., & Stern, T. A. Evaluation and Treatment of the Angry Patient. *The primary care companion for CNS disorders*, (2016), 18(3), 10.4088/PCC.16f01951. <https://doi.org/10.4088/PCC.16f01951>.
79. Hood, S., & Amir, S. Biological Clocks and Rhythms of Anger and Aggression. *Frontiers in behavioral neuroscience*, (2018), 12, 4. <https://doi.org/10.3389/ fnbeh.2018.00004>
80. Kersten, M., Kozak, A., Wendeler, D., Paderow, L., Nübling, M., & Nienhaus, A. Psychological stress and strain on employees in dialysis facilities: a cross-sectional study with the Copenhagen Psychosocial Questionnaire. *Journal of occupational medicine and toxicology (London, England)*, (2014), 9(1), 4. <https://doi.org/10.1186/1745-6673-9-4>.
81. European Best Practice Guidelines Expert Group on Hemodialysis, European Renal Association: Section II. Hemodialysis adequacy. *Nephrol Dial Transplant* 2002;17:S16–S31.
82. Xing, L., Chen, R., Diao, Y., Qian, J., You, C., & Jiang, X. Do psychological interventions reduce depression in hemodialysis patients?: A meta-analysis of randomized controlled trials following PRISMA. *Medicine*, (2016), 95(34), e4675. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000004675>.
83. Taoka R, Tanaka K, Sofue T, et al., Body Fat Area as a Predictive Marker of New-Onset Diabetes Mellitus After Kidney Transplantation. *Transplantation Proceedings*. 2019 Dec;51(10):3281-3285. DOI: 10.1016/j.transproceed.2019.08.031.
84. Choi N. G., Sullivan J.E., DiNitto D. M. &Kunik M. E. Associations between psychological distress and health-related behaviors among adults with chronic kidney disease. *Preventive Medicine* Volume 126, .(2019). <https://doi.org/10.1016 /j.yjmed.2019.06.007>.
85. Cassidy, B. P., Harwood, L., Getchell, L. E., Smith, M., Sibbald, S. L., & Moist, L. M. Educational Support Around Dialysis Modality Decision Making in Patients With Chronic Kidney Disease: Qualitative Study. *Canadian journal of kidney health and disease*, (2018), 5, 2054358118803323. <https://doi.org/10.1177/2054358118803323>.
86. Ahmadzade A, Ahmadi SM, Sadeghi K, Sanagu A, Amiri SM, Moghadam AP, et al. (2017). Effect of narrative writing on quality of life in chronic renal failure patients underwent hemodialysis. *Ann Trop Med Public Health*;10:1165-8.
87. Vromans LP. Process and Outcome of Narrative Therapy for Major Depressive Disorder in Adults: Narrative Reflexivity, Working Alliance and Improved Symptom and Inter Personal Outcomes: Queensland University of Technology (2008).p.12-48.

88. Jones, J., Damery, S., Allen, K., Nicholas, J., Baharani, J., & Combes, G. 'You have got a foreign body in there': renal transplantation, unexpected mild-to-moderate distress and patients' support needs: a qualitative study. *BMJ open*, (2020). 10(3), e035627. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035627>
89. Hashemi, M. S., Irajpour, A., & Abazari, P. Improving Quality of Care in Hemodialysis: a Content Analysis. *Journal of caring sciences*, (2018), 7(3), 149–155. <https://doi.org/10.15171/jcs.2018.024>
90. Settineri S, Mento C, Santoro D, et al., Ego strength and health: an empiric study in hemodialysis patients. *Health*. (2012), 4(12):1328–1333.
91. Balconi, M., Angioletti, L., De Filippis, D., & Bossola, M. Association between fatigue, motivational measures (BIS/BAS) and semi-structured psychosocial interview in hemodialytic treatment. *BMC psychology*, (2019), 7(1), 49. <https://doi.org/10.1186/s40359-019-0321-0>
92. Holstad, M. M., Spangler, S., Higgins, M., Dalmida, S. G., & Sharma, S. Psychosocial Characteristics Associated with Both Antiretroviral Therapy Adherence and Risk Behaviors in Women Living with HIV. *AIDS and behavior*, (2016), 20(5), 1084–1096. <https://doi.org/10.1007/s10461-015-1209-5>.
93. De Pasquale, C., Pistorio, M. L., Veroux, M., Indelicato, L., Biffa, G., Bennardi, N., Zoncheddu, P., Martinelli, V., Giaquinta, A., & Veroux, P. Psychological and Psychopathological Aspects of Kidney Transplantation: A Systematic Review. *Frontiers in psychiatry*, (2020), 11, 106. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00106>
94. Vork, D. L., Schneekloth, T. D., Bartley, A. C., Vaughan, L. E., Lapid, M. I., Jowsey Gregoire, S. G., El-Zoghby, Z. M., Herrmann, S. M., Tran, C. L., Albright, R. C., & Hickson, L. J. Younger Adults Initiating Hemodialysis: Antidepressant Use for Depression Associated With Higher Health Care Utilization. *Mayo Clinic proceedings*, (2018), 93(3), 321–332. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2017.12.008>
95. Ozen, N., Cinar, F. I., Askin, D., Mut, D., & Turker, T. Nonadherence in Hemodialysis Patients and Related Factors: A Multicenter Study. *The journal of nursing research : JNR*, (2019), 27(4), e36. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000309>.
96. Simões E Silva, A. C., Miranda, A. S., Rocha, N. P., & Teixeira, A. L. Neuropsychiatric Disorders in Chronic Kidney Disease. *Frontiers in pharmacology*, (2019), 10, 932. <https://doi.org/10.3389/fphar.2019.00932>
97. Cohen, S. D., Cukor, D., & Kimmel, P. L. Anxiety in Patients Treated with Hemodialysis. *Clinical journal of the American Society of Nephrology : CJASN*, (2016), 11(12), 2250–2255. <https://doi.org/10.2215/CJN.02590316>.
98. Cukor D, Coplan J, Brown C, Friedman S, Newville H, Safier M, Spielman LA, Peterson RA, Kimmel PL. Anxiety disorders in adults treated by hemodialysis: a single-center study. *American journal of kidney diseases*. 2008; 52(1):128-36. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2008.02.300> PMID:18440682.
99. Agusmita, A., & Effendy, E. An Anxiety Case Report with Murotal Alqur'an Approach in Woman Who Got Hemodialysis in Universitas Sumatera Utara Hospital, Medan. *Open access Macedonian journal of medical sciences*, (2019), 7(16), 2695–2697. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2019.420>.



100. Chen, J. W., & Xie, S. Q. Agomelatine versus paroxetine in treating depressive and anxiety symptoms in patients with chronic kidney disease. *Neuropsychiatric disease and treatment*, (2018), *14*, 547–552. <https://doi.org/10.2147/NDT.S159636>
101. Goh, Z. S., & Griva, K. Anxiety and depression in patients with end-stage renal disease: impact and management challenges - a narrative review. *International journal of nephrology and renovascular disease*, (2018). *11*, 93–102. <https://doi.org/10.2147/IJNRD.S126615>
102. Shafi, S. T., & Shafi, T. A comparison of anxiety and depression between pre-dialysis chronic kidney disease patients and hemodialysis patients using hospital anxiety and depression scale. *Pakistan journal of medical sciences*, (2017). *33*(4), 876–880. <https://doi.org/10.12669/pjms.334.12656>.
103. Pascoe, M. C., Thompson, D. R., Castle, D. J., McEvedy, S. M., & Ski, C. F. Psychosocial Interventions for Depressive and Anxiety Symptoms in Individuals with Chronic Kidney Disease: Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in psychology*, (2017). *8*, 992. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00992>
104. Molnar, A. O., Akbari, A., & Brimble, K. S. Perceived and Objective Kidney Disease Knowledge in Patients With Advanced CKD Followed in a Multidisciplinary CKD Clinic. *Canadian journal of kidney health and disease*, (2020). *7*, 2054358120903 156. <https://doi.org/10.1177/2054358120903156>.
105. Schmalz, G., Patschan, S., Patschan, D., & Ziebolz, D. Oral health-related quality of life in adult patients with end-stage kidney diseases undergoing renal replacement therapy-asystematic review. *BMC nephrology*, (2020). *21*(1), 154. <https://doi.org/10.1186/s12882-020-01824-7>.
106. Purnell, T. S., Auguste, P., Crews, D. C., Lamprea-Montealegre, J., Olufade, T., Greer, R., Ephraim, P., Sheu, J., Kosteci, D., Powe, N. R., Rabb, H., Jaar, B., & Boulware, L. E. Comparison of life participation activities among adults treated by hemodialysis, peritoneal dialysis, and kidney transplantation: a systematic review. *American journal of kidney diseases : the official journal of the National Kidney Foundation*, (2013). *62*(5), 953–973. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2013.03.022>.
107. Park, J. I., Kim, M., Kim, H., An, J. N., Lee, J., Yang, S. H., Cho, J. H., Kim, Y. L., Park, K. S., Oh, Y. K., Lim, C. S., Kim, D. K., Kim, Y. S., & Lee, J. P. Not early referral but planned dialysis improves quality of life and depression in newly diagnosed end stage renal disease patients: a prospective cohort study in Korea. *PloS one*, (2015). *10*(2), e0117582. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0117582>.
108. Doi, K., Nishida, O., Shigematsu, T., Sadahiro, T., Itami, N., Iseki, K., Yuzawa, Y., Okada, H., Koya, D., Kiyomoto, H., Shibagaki, Y., Matsuda, K., Kato, A., Hayashi, T., Ogawa, T., Tsukamoto, T., Noiri, E., Negi, S., Kamei, K., Kitayama, H., ... Japanese Clinical Practice Guideline for Acute Kidney Injury 2016 Committee The Japanese clinical practice guideline for acute kidney injury

2016. *Clinical and experimental nephrology*, (2018). 22(5), 985–1045.  
<https://doi.org/10.1007/s10157-018-1600-4>.
109. Lentine, K. L., Kasiske, B. L., Levey, A. S., Adams, P. L., Alberú, J., Bakr, M. A., Gallon, L., Garvey, C. A., Guleria, S., Li, P. K., Segev, D. L., Taler, S. J., Tanabe, K., Wright, L., Zeier, M. G., Cheung, M., & Garg, A. X. KDIGO Clinical Practice Guideline on the Evaluation and Care of Living Kidney Donors. *Transplantation*, (2017). 101(8S Suppl 1), S1–S109.  
<https://doi.org/10.1097/TP.0000000000001769>
110. Kim, H., An, J. N., Kim, D. K., Kim, M. H., Kim, H., Kim, Y. L., Park, K. S., Oh, Y. K., Lim, C. S., Kim, Y. S., Lee, J. P., & CRC for ESRD Investigators. Elderly Peritoneal Dialysis Compared with Elderly Hemodialysis Patients and Younger Peritoneal Dialysis Patients: Competing Risk Analysis of a Korean Prospective Cohort Study. *PloS one*, (2015). 10(6), e0131393.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0131393>
111. Shirazian, S., Grant, C. D., Aina, O., Mattana, J., Khorassani, F., & Ricardo, A. C. Depression in Chronic Kidney Disease and End-Stage Renal Disease: Similarities and Differences in Diagnosis, Epidemiology, and Management. *Kidney international reports*, (2016). 2(1), 94–107.  
<https://doi.org/10.1016/j.ekir.2016.09.005>
112. Carswell, C., Reid, J., Walsh, I., McAneney, H., & Noble, H. Implementing an arts-based intervention for patients with end-stage kidney disease whilst receiving haemodialysis: a feasibility study protocol. *Pilot and feasibility studies*, (2019). 5, 1. <https://doi.org/10.1186/s40814-018-0389-y>
113. Shapiro, C. M., Devins, G. M., & Hussain, M. R. ABC of sleep disorders. Sleep problems in patients with medical illness. *BMJ (Clinical research ed.)*, 306(6891), (1993). 1532–1535. <https://doi.org/10.1136/bmj.306.6891.1532>
114. Leite, M. A., Nogueira, D. A., & Terra, F. Evaluation of self-esteem in cancer patients undergoing chemotherapy treatment. *Revista latino-americana de enfermagem*, (2015). 23(6), 1082–1089. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0575.2652>
115. Yılmaz, V., Umay, E., Gündoğdu, İ., Karaahmet, Z. Ö., & Öztürk, A. E. (2017). Rheumatoid Arthritis: Are psychological factors effective in disease flare?. *European journal of rheumatology*, 4(2), 127–132.  
<https://doi.org/10.5152/eurjrheum.2017.16100>
116. Von der Lippe, N., Waldum, B., Brekke, F. B., Amro, A. A., Reisæter, A. V., & Os, I. From dialysis to transplantation: a 5-year longitudinal study on self-reported quality of life. *BMC nephrology*, (2014). 15, 191.  
<https://doi.org/10.1186/1471-2369-15-191>
117. Bahmani, B., Motamed Najjar, M., Sayyah, M., Shafi-Abadi, A., & Haddad Kashani, H. The Effectiveness of Cognitive-Existential Group Therapy

- on Increasing Hope and Decreasing Depression in Women-Treated With Haemodialysis. *Global journal of health science*, (2015). 8(6), 219–225. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n6p219>
118. Raj, R., Brown, B., Ahuja, K., Frandsen, M., & Jose, M. Enabling good outcomes in older adults on dialysis: a qualitative study. *BMC nephrology*, (2020). 21(1), 28. <https://doi.org/10.1186/s12882-020-1695-1>
119. Sébille, V., Hardouin, J. B., Giral, M., Bonnaud-Antignac, A., Tessier, P., Papuchon, E., Jobert, A., Faurel-Paul, E., Gentile, S., Cassuto, E., Morélon, E., Rostaing, L., Glotz, D., Sberro-Soussan, R., Foucher, Y., & Meurette, A. Prospective, multicenter, controlled study of quality of life, psychological adjustment process and medical outcomes of patients receiving a preemptive kidney transplant compared to a similar population of recipients after a dialysis period of less than three years--The PreKit-QoL study protocol. *BMC nephrology*, (2016). 17, 11. <https://doi.org/10.1186/s12882-016-0225-7>
120. Picariello, F., Norton, S., Moss-Morris, R., Macdougall, I. C., & Chilcot, J. (2020). A prospective study of fatigue trajectories among in-centre haemodialysis patients. *British journal of health psychology*, 25(1), 61–88. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12395>
121. Al Salmi, I.; Larkina, M.; Wang, M.; Subramanian, L.; Morgenstern, H.; Jacobson, S.H.; Hakim, R.; Tentori, F.; Saran, R.; Akiba, T.; et al. Missed Hemodialysis Treatments: International Variation, Predictors, and Outcomes in the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *Am. J. Kidney Dis.* **2018**, 72, 634–643. doi:10.1053/j.ajkd.2018.04.019. [CrossRef]
122. Hudson, J. L., Moss-Morris, R., Game, D., Carroll, A., McCrone, P., Hotopf, M., Yardley, L., & Chilcot, J. Improving distress in dialysis (iDiD): a feasibility two-arm parallel randomised controlled trial of an online cognitive behavioural therapy intervention with and without therapist-led telephone support for psychological distress in patients undergoing haemodialysis. *BMJ open*, (2016). 6(4), e011286. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011286>
123. Jayanti, A., Foden, P., Wearden, A., & Mitra, S. Illness Beliefs in End Stage Renal Disease and Associations with Self-Care Modality Choice. *PloS one*, (2016). 11(7), e0154299. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0154299>
124. Hemodialysis Adequacy 2006 Work Group: Clinical practice guidelines for hemodialysis adequacy, update 2006. *Am J Kidney Dis* 2006;48:S2–S90.
125. Friedli, K., Almond, M., Day, C., Chilcot, J., Gane, M., Davenport, A., Guirguis, A., Fineberg, N., Spencer, B., Wellsted, D., & Farrington, K. A study of sertraline in dialysis (ASSertID): a protocol for a pilot randomised controlled trial of drug treatment for depression in patients undergoing haemodialysis. *BMC nephrology*, (2015). 16, 172. <https://doi.org/10.1186/s12882-015-0170-x>

126. Cooke, D. J. Personality disorders and violence: Understand violence risk – An introduction to the special section ‘personality disorders and violence’. *Journal of Personality Disorders*, (2010). 24,539–550. doi:10.1521/pedi.2010.24.5.539.
127. Zelko, A., Skoumalova, I., Kolarcik, P., Rosenberger, J., Rabajdova, M., Marekova, M., Geckova, A. M., van Dijk, J. P., Reijneveld, S. A., & NEPHRO-team The effects of intradialytic resistance training on muscle strength, psychological well-being, clinical outcomes and circulatory micro-ribonucleic acid profiles in haemodialysis patients: Protocol for a quasi-experimental study. *Medicine*, (2019).98(19), e15570. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000015570>
128. Pollok, J., van Agteren, J. E., Esterman, A. J., & Carson-Chahhoud, K. V. Psychological therapies for the treatment of depression in chronic obstructive pulmonary disease. *The Cochrane database of systematic reviews*, (2019).3(3), CD012347. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012347.pub2>
129. Roberti, J., Cummings, A., Myall, M., Harvey, J., Lippiett, K., Hunt, K., Cicora, F., Alonso, J. P., & May, C. R. Work of being an adult patient with chronic kidney disease: a systematic review of qualitative studies. *BMJ open*, (2018). 8(9), e023507. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023507>
130. Kautzky-Willer, A., Harreiter, J., & Pacini, G. Sex and Gender Differences in Risk, Pathophysiology and Complications of Type 2 Diabetes Mellitus. *Endocrine reviews*, 37(3), 278–316. <https://doi.org/10.1210/er.2015-1137>
131. Clark-Cutaia, M. N., Ren, D., Hoffman, L. A., Burke, L. E., & Sevick, M. A. Adherence to hemodialysis dietary sodium recommendations: influence of patient characteristics, self-efficacy, and perceived barriers. *Journal of renal nutrition : the official journal of the Council on Renal Nutrition of the National Kidney Foundation*, (2014). 24(2), 92–99. <https://doi.org/10.1053/j.jrn.2013.11.007>
132. Morales Lopez C, Burrowes JD, Gizis F, Brommage D. Dietary adherence in Hispanic patients receiving hemodialysis. *J Ren Nutr*. 2007; 17(2):138–147. [PubMed: 17321954]
133. Cox KJ, Parshall MB, Hernandez SHA, et al. Symptoms among patients receiving in-center hemodialysis: A qualitative study. *Hemodialysis International* (2017) 21(4): 524–533.
134. Weisbord SD, Fried LF, Arnold RM, et al. Prevalence, severity, and importance of physical and emotional symptoms in chronic hemodialysis patients. *Journal of the American Society of Nephrology* (2005), 16: 2487–2494.

135. Urquhart-Secord R, Craig JC, Hemmelgarn B, et al. Patient and caregiver priorities for outcomes in hemodialysis: An international nominal group technique study. *American Journal of Kidney Diseases* (2016) 68(3): 444–454.
136. Tsay SL, Lee YC, Lee YC. Effects of an adaptation training programme for patients with end-stage renal disease. *J Adv Nurs*. 2005;**50**(1):39–46.
137. Janssen, D.J., Wouters, E.F., Schols, J.M., Spruit, M.A. Self-perceived symptoms and care needs of patients with severe to very severe chronic obstructive pulmonary disease, congestive heart failure or chronic renal failure and its consequences for their closest relatives: the research protocol. *BMC Palliat Care*. 7: 5-12. Citato in Pacini, G., Sarmiento, I. (2008). Impatto della malattia cronica sul partner del paziente. Uno studio esplorativo. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*.
138. Guthrie, G. D., & Bell, S. Deprivation and kidney disease—a predictor of poor outcomes. *Clinical kidney journal*, (2019). 13(2), 128–132. [https://doi.org/10.1093/](https://doi.org/10.1093/ckj/10.1093/)
139. Holmes, J., Phillips, D., Donovan, K., Geen, J., Williams, J. D., Phillips, A. O., & Welsh AKI Steering Group. Acute Kidney Injury, Age, and Socioeconomic Deprivation: Evaluation of a National Data Set. *Kidney international reports*, (2019). 4(6), 824–832. <https://doi.org/10.1016/j.ekir.2019.03.009>
140. Hounkpatin, H. O., Fraser, S., Johnson, M. J., Harris, S., Uniacke, M., & Roderick, P. J. The association of socioeconomic status with incidence and outcomes of acute kidney injury. *Clinical kidney journal*, (2019). 13(2), 245–252. <https://doi.org/10.1093/ckj/sfz113>
141. Grams, M. E., Sang, Y., Ballew, S. H., Gansevoort, R. T., Kimm, H., Kovesdy, C. P., Naimark, D., Oien, C., Smith, D. H., Coresh, J., Sarnak, M. J., Stengel, B., Tonelli, M., & CKD Prognosis Consortium. A Meta-analysis of the Association of Estimated GFR, Albuminuria, Age, Race, and Sex With Acute Kidney Injury. *American journal of kidney diseases : the official journal of the National Kidney Foundation*, (2015). 66(4), 591–601. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2015.02.337>
142. Brown, J. R., Rezaee, M. E., Nichols, E. L., Marshall, E. J., Siew, E. D., & Matheny, M. E. Incidence and In-Hospital Mortality of Acute Kidney Injury (AKI) and Dialysis-Requiring AKI (AKI-D) After Cardiac Catheterization in the National Inpatient Sample. *Journal of the American Heart Association*, (2016). 5(3), e002739. <https://doi.org/10.1161/JAHA.115.002739>
143. Tejera, D., Varela, F., Acosta, D., Figueroa, S., Benencio, S., Verdaguer, C., Bertullo, M., Verga, F., & Cancela, M. Epidemiology of acute kidney injury and chronic kidney disease in the intensive care unit. *Epidemiología de la injuria renal aguda y enfermedad renal crónica en la unidad de cuidados*

- intensivos. *Revista Brasileira de terapia intensiva*, (2017). 29(4), 444–452. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20170061>
144. Conroy, A. L., Opoka, R. O., Bangirana, P., Idro, R., Ssenkusu, J. M., Datta, D., Hodges, J. S., Morgan, C., & John, C. C. Acute kidney injury is associated with impaired cognition and chronic kidney disease in a prospective cohort of children with severe malaria. *BMC medicine*, (2019). 17(1), 98. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1332-7>
145. Bjornstad, E. C., Muronya, W., Smith, Z. H., Gibson, K., Mottl, A. K., Charles, A., Marshall, S. W., Golightly, Y. M., Munthali, C. K., & Gower, E. W. Incidence and epidemiology of acute kidney injury in a pediatric Malawian trauma cohort: a prospective observational study. *BMC nephrology*, (2020). 21(1), 98. <https://doi.org/10.1186/s12882-020-01755-3>
146. Yang CW, Harris DCH, Luyckx VA, Nangaku M, Hou FF, Garcia Garcia G, Abu-Aisha H, Niang A, Sola L, Bunnag S, Eiam-Ong S, Tungsanga K, Richards M, Richards N, Goh BL, Dreyer G, Evans R, Mzingajira H, Twahir A, McCulloch MI, Ahn C, Osafo C, Hsu HH, Barnieh L, Donner JA, Tonelli M. Global case studies for chronic kidney disease/end-stage kidney disease care. *Kidney Int Suppl* (2011). 2020 Mar;10(1):e24-e48. doi: 10.1016/j.kisu.2019.11.010. Epub 2020 Feb 19. PMID: 32149007; PMCID: PMC7031689.1
147. Picariello, F.; Moss-Morris, R.; Macdougall, I.C.; Chilcot, J. The role of psychological factors in fatigue among end-stage kidney disease patients: a critical review. *Clin. Kidney J.* **2017**, 10, 79–88. doi:10.1093/ckj/sfw113.

## SHTOJCA

### 1. Formati i miratimit të informuar

#### Miratimi për të marr pjesë në studim

Mbështetur në informacionin e ndarë më parë, jap miratimin tim për të marr pjesë në këtë studim dhe autorizoj:

- përdorimin e të dhënave për qëllime shkencore dhe publikimin e rezultateve në botime shkencore, gjithmonë duke respektuar parimin e konfidencialitetit e duke u siguruar që asnjë informacion që mund të më identifikojë të publikohet  PO  JO
- përdorimin e të dhënave për qëllime pedagogjike (kurse dhe seminare ku profesionistët respektojnë sekretit profesional).  PO  JO

Unë kam zgjedhur me vullnet të lirë të marr pjesë në këtë studim. Jam informuar për pjesën që mund të tërhiqem kur të dua pa dhënë asnjë justifikim. Gjithashtu jam informuar që mund të kërkoj shkatërrimin e të dhënave dhe të përgjigjeve të mia kur të dua.

Ky miratim për të marrë pjesë në studim, nuk i shkarkon organizatorët e kërkimit nga përgjegjësitë e tyre si kërkues. Unë kam te gjitha të drejtat e garantuara me ligj.

Emër Mbiemër \_\_\_\_\_

Firmë \_\_\_\_\_

Datë \_\_\_\_\_

**ANGAZHIMI I KËRKUESIT**

Informacioni i ndarë në këtë formular dhe ai i ndarë paraprakisht me pjesëmarrësit përshkruan me shumë saktësi projektin.

Si kërkues angazhohem të zbatojë këtë studim konform normave etike të projekteve të kërkimit kur të përfshirë janë subjekte njerëzore, duke respektuar Kodin Etik të Kërkuesit të aplikuar nga Universiti i Mjekësisë, Tiranë, Shqipëri.

Angazhohem që pjesëmarrësit në këtë studim të marrin një kopje të formularit të pranimit përpara angazhimit të tyre në studim.

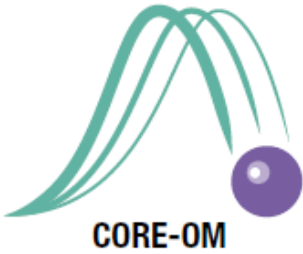
Emër Mbiemër \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Datë \_\_\_\_\_

2. Instrumentit CORE-OM





**CORE-OM**

Kodi i vendit:

Kodi i klientit

Kodi i terapistit

Data e dhënies së formularit

D D M M V V V V

**Mosha**  
   M  F

**Stadi i plotësimit**

S – depitim  
R – referim  
A – vlerësim  
F – seanca e parë e terapisë  
P – para terapisë (e paspecifikuar)  
D – gjatë terapisë  
L – seanca e fundit  
X – ndjekje e esurisë 1  
Y – ndjekje e esurisë 2

episodi

**Instruksione**

Ky formular përmban 34 pohime në lidhje me gjendjen tuaj gjatë javës së fundit. Ju lutem lexoni çdo pohim dhe mendoni sa shpesh jeni ndjerë në atë mënyrë gjatë javës së fundit. Pastaj shënjoni kutinë që përshkruan më mirë sa shpesh jeni ndjerë në atë mënyrë.

**Gjatë javës së fundit ...**

	<i>Aspak</i>	<i>Shumë rrallë</i>	<i>Ndonjëherë</i>	<i>Shpesh</i>	<i>Shumicën ose gjatë gjithë kohës</i>	
1. Jam ndjerë jashtëzakonisht vetëm dhe i/e izoluar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F
2. Jam ndjerë i/e tensionuar, në ankth, ose nervoz/nervoze.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P
3. Kam ndjerë se kam ku të mbështetem kur kam nevojë.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F
4. Jam ndjerë mirë me veten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	M
5. Jam ndjerë krejtësisht pa energji dhe entuziazëm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P
6. Kam përdorur dhunë fizike ndaj të tjerëve.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	R
7. Jam ndjerë i/e aftë të përballoj situatat kur gjërat nuk kanë shkuar mirë.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F
8. Kam pasur dhimbje ose probleme të tjera fizike që më kanë shqetësuar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P
9. Kam menduar të lëndoj veten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	R
10. Bisedat me njerëzit më kanë lodhur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F
11. Tensioni dhe ankthi më kanë penguar të merrem me gjëra të rëndësishme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P
12. Kam qenë i/e kënaqur me gjërat që kam bërë.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F
13. Më kanë shqetësuar mendime dhe ndjena të padëshiruara.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P
14. Më ka ardhur për të qarë.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	M

**Ju lutem kaloni në faqen tjetër**

Gjatë javës së fundit ...	Aspak	Shumë rrallë	Ndonjëherë	Shpesh	Shumicën ose gjatë gjithë kohës	
15. Kam ndjerë panik ose tmerr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> P
16. Kam bërë plane për t'i dhënë fund jetës.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> R
17. Jam ndjerë i/e mbytur nga problemet e mia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> M
18. Më ka zënë gjumi me vështirësi ose më ka dalë gjumi gjatë natës.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> P
19. Kam ndjerë ngrohtësi dhe përzemërsi për dikë.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> F
20. E kam pasur të pamundur ti lë problemet e mia mënjanë.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> P
21. Kam qenë në gjendje të bëj shumicën e gjërave që duhej të bëja.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> F
22. Kam kërcënuar ose frikësuar dikë.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> R
23. Jam ndjerë i/e dëshpëruar ose pashpresë.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> P
24. Kam menduar se do ishte më mirë të kisha vdekur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> R
25. Jam ndjerë i/e kritikuar nga të tjerët.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> F
26. Kam menduar që nuk kam miq.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> F
27. Jam ndjerë i/e palumtur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> P
28. Më kanë shqetësuar vegime ose kujtime të padëshiruara.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> P
29. Jam ndjerë i/e acaruar në prani të të tjerëve.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> F
30. Kam menduar se e kam vetë fajin për problemet dhe vështirësitë e mia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> P
31. Jam ndjerë optimist/e për të ardhmen time.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> M
32. I kam arritur ato që kam dashur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> F
33. Jam ndjerë i/e poshtëruar dhe i/e turpëruar nga njerëzit e tjerë.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> F
34. Kam lënduar fizikisht veten, ose kam rrezikuar seriozisht shëndetin tim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> R

FALEMINDERIT PËR KOHËN E SHPENZUAR PËR PLOTËSIMIN E KËTIJ PYETËSORI

<b>Totali i pikëve</b>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
<b>Mesatarja e pikëve</b> <small>(Pikëzimi i përgjithshëm për secilin parametër i pjesëtuar me numrin e pohimeve të plotësuara në atë parametër)</small>	↓ <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	↓ <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	↓ <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	↓ <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	↓ <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	↓ <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
	(M)	(P)	(F)	(R)	Të gjitha pohimet	Të gjitha minus R

### 3. Intervista e strukturuar

Qëllimi ishte të merren perceptimet e stafit dhe pacientëve e familjarëve mbi problemet e shëndetit mendor. Si dhe konkretisht mbi zemërimin dhe agresivitetin e pacientëve.

Më poshtë intervista e realizuar te stafi.

1. A mendon që dializa ndikon te shëndeti mendor i pacientëve?

Po  Jo

2. A mendon se agresiviteti i pacientëve lidhet me temperamentin e tyre apo me sëmundjen? Shpjego.

---

---

---

Zemërimi i pacient? Shpjego.

---

---

---

. Cilat nga pasojat e mëposhtëme hasen më shumë te pacientët në dializë?

- Ankthi
- Depresioni
- Haluçinacione
- Deluzione
- Luhatje humori
- Zemërimi
- Mohimi i vdekjes
- Projektimi i problemeve te tjetri
- Agresiviteti
- Tjetër

4. Si përballet me fundin e jetës një pacient në dializë?

---

---

---

5. Çfarë i ndihmon ta përballojnë më shumë dializën?

---

---

---

6. A sillen më negativisht ndaj të tjerëve? Shpjego

---

Impakti i Faktorëve Psikosocial në kursin e trajtimit të Pacientëve në Hemodializë

---

---

7. Sa ndikon mosha te shëndeti mendor dhe përballimi i sëmundjes? Shpjego.

---

---

---

8. Sa ndikon pozicionimi gjeografik (zonë rurale/urbane) te shëndeti mendor dhe përballimi i sëmundjes? Shpjego.

---

---

---

9. Sa ndikon niveli intelektual (arsimimi) te shëndeti mendor dhe përballimi i sëmundjes? Shpjego.

---

---

---

10. Sa ndikon mbështetja familjare te shëndeti mendor dhe përballimi i sëmundjes? Shpjego

---

---

---

11. A është i nevojshëm shërbimi psikologjik për një pacient në dializë? Shpjego

---

---

---

12. A e përdorin ata? Pse?