



UNIVERSITETI I MJEKESISE, TIRANE

UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË

FAKULTETI I SHKENCAVE MJEKËSORE TEKNIKE

DEPARTAMENTI I LËNDËVE KLINIKE

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

**NDIKIMI I FAMILJES DHE FAKTORËVE SOCIAL NË PËRKEQËSIMIN E
SKIZOFRENISË**

**UDHËHEQËS SHKENCOR
PROF. DR. SYLEN VRANICA**

**DIZERTANTI
FATON KUTLLOVCI**

TIRANË



UNIVERSITETI I MJEKËSISE, TIRANE

UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË

FAKULTETI I SHKENCAVE MJEKËSORE TEKNIKE

DEPARTAMENTI I LËNDËVE KLINIKE

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

**NDIKIMI I FAMILJES DHE FAKTORËVE SOCIAL NË PËRKEQËSIMIN E
SKIZOFRENISË**

UDHËHEQËS SHKENCOR

PROF. DR. SYLEN VRANICA

DIZERTANTI

FATON KUTLLOVCI

TIRANË

FAKULTETI I SHKENCAVE MJEKËSORE TEKNIKE

**REPUBLIKA E SHQIPËRISË
UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË
FAKULTETI I SHKENCAVE MJEKËSORE TEKNIKE**

DISERTACION I PARAQITUR NGA Z. FATON KUTLLOVCI

PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE “DOKTOR”

ME TEMË:

**“NDIKIMI I FAMILJES DHE FAKTORËVE SOCIAL NË PËRKEQËSIMIN E
SKIZOFRENISË”**

MBROHET MË DATË ____/____/_____, PARA JURISË:

1. _____ KRYETAR

2. _____ OPONENT

3. _____ OPONENT

4. ANËTAR 5. _____ ANËTAR

PARATHËNIE

Qasja ndaj problemeve të shëndetit mendor në përgjithësi si dhe Skizofrenisë në veqanti ka ndryshuar në vendet përendimore. Në mënyrë të pashmangshme, ndryshimet në strukturën familjare janë shoqëruar me adaptimin e politikave sociale në mënyrë që këto politika t'i përgjigjen sa më mirë realitetit të ri të krijuar. Ndërkohë, adaptimi i politikave sociale ndaj ndryshimeve strukturore të familjes në vendet më pak të zhvilluaranuk ka ndodhur gjithmonë në mënyrë të përshtatshme. Për këtë, përgjegjës janë një mori faktorësh shëndetësor, social, arsimor, kulturor, politik, dhe ekonomik.

Në vendin tonë si edhe në shumicën e vendeve me nivel të ulur të zhvillimit socioepideiologjik, ekonomik dhe kulturor është stigma ndaj çrregullimeve mendore ajo që e bën edhe më të vështirë dhe më të papërshtatshëm adaptimin e politikave sociale ndaj ndryshimeve strukturore në familje si dhe informimin mbi rolin e familjes dhe faktorëve social në përkeqësimin e skizofrenisë.

Ky studim synon të hedhë dritë mbi rolin/ndikimin e familjes dhe të shoqërisë në përkeqësimin (rehabilitimin) e pacientëve skizofren, dhe të shqyrtojë faktorët që mund të kenë pasur ndikim në ndryshimin e strukturës familjare, legjislacionit në fushën e mbrojtjes sociale dhe vlerësimet paraprake të efektivitetit të legjislacionit me synimin për t'i ardhur në ndihmë pacientëve skizofren.

Hulumtimi është realizuar në katër komuna të Kosovës, duke marrë për mostër pacientët me skizofreni që paraqiten në institucionet psikiatrike dhe kujdestarët/anëtarët e tyre të familjes. Rezultatet e këtij hulumtimi që flasin në favor të ndikimit të familjes dhe faktorëve social në përkeqësimin e pacientëve me skizofreni e në favor të këtij konstatimi flet fakti se prevalence e rasteve me Skizofreni është treguar me e lartë te personat me nivel më të ulur arsimor, poashtu prevalence më e lartë te personat e pa punë, si dhe tea ta me nivel më të ulur ekonomik, te personat me shprehi të dëmshme si: pirja e duhanit, dhe konsumimi i alkoolit, si dhe tea ta me aktivitet më të ulur fizik.

Për pacientët me skizofreni dhe familjet e tyre duhet një strategji e mirë strukturuar dhe e krijuar në bashkëpunim me ekspertë të fushave relevante, përfshirë mbrojtjen sociale, shërbimet mjekësore psikiatrike, edukimin, dhe planin e integritit në jetën sociale.

Shpresoj dhe jam shumë i bindur që hulumtimet e mija në kuadër të këtij punimi shkencor tezës së doktoratës do të shërbej si bazë e mirë për shumë nga kolegët e mi qoftë vendor apo ndërkomëbtar si reference për ndikimin e familjes dhe faktorëve social në përkeqësimin e skizofrenisë

FALENDERIME DHE MIRËNJOHJE

Dëshiroj të falenderoj me respektin me të madh udhëheqësim tim shkencor **Prof. Dr. Sylen Vranica** për përkushtimin e tij të pashoqë, mbështetjen dhe frymëzimin që më ka dhënë gjatë tërë periudhës së realizimit të këtij studimi shkencor.

Po ashtu falendrim shumë i madh për shefen e repartit të Urgjencave Psikiatrike në kuadër të Klinikës së Psikiatrisë, **Znj. Nazife Sylejmani Hulaj**, si dhe të gjithë udhëheqësit e reparteve psikiatrike dhe qendrave të shëndetit mendor në komunën e Gjakovës, Pejës dhe Gjilanit.

Gjithashtu falenderoj, bordin etik dhe profesional në kuadër të Ministrisë së Shëndetësisë të Kosovës, që më ka lejuar studimin me temën e caktuar në këtë studim shkencor.

Një falendrim dhe mirënjohje njëkohësisht për prindërit e mi të cilët më kanë mbështetur gjatë gjithë jetës sime, pa mbështetjen dhe përkrahjen e tyre arritja deri në këtë stad të përparimit tim edhe jetësor edhe profesional do të ishte shumë më e vështirë.

Tema që kam zgjedhur për ta shtjelluar në disertacionin tim është temë mjaft e gjere dhe ka patur nevojë për një përkushtim dhe vullnet për punë shtesë në mënyrë që të realizoj dhe analizoj në mënyrë sa më të saktë dhe të detajuar cdo të dhënë të mbledhur gjatë zhvillimit dhe përfundimit të studimit.

Jam shumë i vetëdijshëm që gjatë këtij rrugëtimi nuk do ta kasha gjithçka aq të lehtë sikur most ë kasha patur përkrahjen e pashoq të bashkshortes time dhe dy fëmijëve tanë të cilëve iu jam shumë mirënjohës.

Poashtu jam shumë mirënjohës për të gjithë shokët dhe shoqet e mija të jetës të cilët më kanë inkurajuar dhe mbështetur në secilën situatë ose përballë ndonjë vështirësie.

Falenderoj poashtu miqtë e mi **Znj. Eglantina Kraja** dhe **Z. Niman Bardhi** të cilët më kanë përkrahur pa hezituar sa here që kam patur nevojë.

Gjithsesi një mirënjohje e veçantë për kolgët e mi të raprtit të urgjencave psikiatrike në kuadër të Klinikës së Psikiatrisë në Prishtinë si dhe kolegët nga **Poliklinika „Shëndeti im”** të cilët më kanë mbështetur gjatë tërë kohës së punës sime me pacientë e në veqanti me pacientët e përfshirë në kuadër të këtij studimi.

SHKURTESAT

QKUK – Qendra Klinike Universitare e Kosovës

OBSH – Organizata Botërore e Shëndetësisë

DSM - Manuali Diagnostik dhe Statistikor për Çrregullimet Mendore

SHBA –Shtetet e Bashkuara të Amerikës

MB – Mbretëria e Bashkuar

PËRMBAJTJA

I. HYRJE	11
1.1 Përshkrimi i situatës dhe vështrimi i përgjithshëm.....	11
1.2 Qëllimi i hulumtimit	13
1.3 Objektivat e hulumtimit.....	13
1.4 Hipotezat.....	13
1.4.1 Hipotezat kryesore.....	13
1.4.2 Hipotezat alternative	14
1.5 Pyetjet kërkimore.....	14
1.6 Rëndësia e hulumtimit	14
II. RISHIKIMI I LITERATURËS LIDHUR ME SKIZOFRENINË DHE NDIKIMIN E FAMILJES DHE TË SHOQËRISË NË PËRKEQËSIMIN E SKIZOFRENISË.....	15
2.1 Skizofrenia.....	15
2.1.1 Fillimet e skizofrenisë	19
2.1.2 Izolimi social	20
2.1.3 Klasifikimi i simptomave	20
2.1.4 Llojet e skizofrenisë	21
2.1.5 Shkaqet e skizofrenisë.....	22
2.1.6 Trashëgimia.....	24
2.1.6.1 Neurotransmetuesit.....	25
2.1.7 Shenjat paralajmëruese për fillimin e skizofrenisë.....	26
2.1.8 Trajtimi.....	27
2.2 Roli i familjes	28
2.2.1 Përvojat dhe faktorët familjar.....	29
2.2.2 Marrëdhënia nënë-fëmijë	30
2.2.3 Padëshirueshmëria.....	30
2.2.4 Devijimi i komunikimit familjar dhe mjedisi familjar disfunksional.....	30
2.2.5 Rritja në komunitet.....	31
2.2.6 Humbja e hershme e prindërve dhe emocionet e theksuara	31
2.2.7 Abuzimi në fëmijëri	31
2.3 Efekti urban	32
2.3.1 Lindja dhe rritja në qytet	32
2.3.2 Lëvizja sociale dhe teoritë e mbetjeve sociale	32

2.4	Veprimi i faktorëve social në harmoni me rrezikun gjenetik tek disa individë të ndjeshëm.....	33
2.4.1	Izolimi social gjatë fëmijërisë	33
2.4.2	Ndërrimi i shkollave në adoleshencë.....	33
2.4.3	Ndërrimi i shkollave në moshën e hershme të pjekurisë.....	33
2.4.4	Migrimi dhe statusi i minoritetit etnik.....	34
2.4.5	Diskriminimi dhe papunësia.....	35
2.4.6	Ngjarjet jetësore	35
2.4.7	Faktorët socio-ekonomik, deprivimi dhe pabarazia	36
2.4.8	Ndërveprimi në mes të faktorëve social dhe faktorëve të tjerë etiologjik.....	36
2.4.9	Shkaku social kundrejtë përzgjedhjes sociale	37
2.5	Rëndësia e përkujdesjes dhe rrethit në mirëqënien e personit të sëmurë.....	37
III.	METODOLOGJIA E HULUMTIMIT	38
3.1	Pjesëmarrësit.....	38
3.2	Mënyra e zbatimit të hulumtimit	38
3.3	Instrumentet e hulumtimit.....	38
3.4	Analiza e të dhënave	39
3.5	Aspekti etik.....	39
3.6	Mundësitë dhe kufizimet	40
IV.	REZULTATET.....	41
4.1	Përshkrimi i të dhënave socio – demografike.....	41
4.2	Besueshmëria e brendshme e nënshkallëve të pyetësorit PNS-Q – Vetëraportues	54
4.3	Besueshmëria e brendshme e nënshkallëve të pyetësorit PNS-Q – Për anëtarin e familjes	58
V.	DISKUTIMET	63
VII.	REKOMANDIMET	71
VIII.	BIBLIOGRAFIA	72
IX.	SHËNIMET AUTOBIOGRAFIKE.....	87

LISTA E GRAFIKËVE DHE TABELAVE

Grafiku:1. Gjinia

Grafiku:2. Të ardhurat mujore në familje

Grafiku:3. Shpenzimet mujore në familje

Grafiku:4. Korrelacionet ndërmjet PNS-Q-Vetëraportues dhe shkallët e tjera

Tabela:1. Moshë

Tabela:2. Vendbanimi

Tabela:3. Besimi fetar

Tabela:4. Niveli i edukimit

Tabela:5. Profesioni

Tabela:6. Statusi martesor

Tabela:7. A keni fëmijë?

Tabela:8. Niveli i edukimit të bashkëshortit/es

Tabela:9. Profesioni i bashkëshortit/es

Tabela:10. Kush vendos në familje?

Tabela:11. Me cilin person në familje jeni më i/e lidhur?

Tabela:12. A jeni i punësuar?

Tabela:13. Numri i anëtarëve/për familje dhe gjinia e familjarëve

Tabela:14. Burimet e të ardhurave në familje

Tabela:15. A pini duhan?

Tabela:16. A konsumoni alkool?

Tabela:17. A mirreni me aktivitete fizike?

Tabela:18. A jeni konsultuar më parë tek psikiatri/psikologu?

Tabela:19. Konsultimet e anëtarëve të familjes së ngushtë me psikiatrin/psikologun

Tabela:20. Analizimi i pyetësorit PNS-Q-Vetëraportues

Tabela:21. Besueshmëria e brendshme e nënshkallëve të pyetësorit PNS-Q-Vetëraportues

Tabela:22. Analizimi i pyetësorit PNS-Q-Për anëtarin e familjes

Tabela:23. Besueshmëria e brendshme e nënshkallëve të pyetësorit PNS-Q- Për anëtarin e familjes

Tabela:24. Analiza statistikore për PNS-Q-Vetëraportues dhe PNS-Q – Për anëtarin e

I. HYRJE

1.1 Përshkrimi i situatës dhe vështrimi i përgjithshëm

Ndikimi i familjes dhe shoqërisë ka ndryshuar në të gjithë botën bazuar në aspektet e sjelljes, qëndrimeve, besimeve dhe marrëdhënieve. Një numër i madh faktorësh janë përgjegjës për këto ndryshime, ku mund të përmendim faktorët strukturorë dhe ideorë. Megjithatë, këta faktorë “shtytës” të këtyre ndryshimeve kanë filluar të kenë ndikimin e tyre edhe në pjesë të tjera të botës, duke prekur virtualisht të gjitha shoqëritë dhe komunitetet sociale. Në mënyrë të pashmangshme, ndryshimet në strukturën familjare janë shoqëruar me adaptimin e politikave sociale në mënyrë që këto politika t’i përgjigjen sa më mirë realitetit të ri të krijuar, posaçërisht në shtetet perëndimore. Ndërkohë, adaptimi i politikave sociale ndaj ndryshimeve strukturore të familjes në vendet më pak të zhvilluara nuk ka ndodhur gjithmonë në mënyrë të përshtatshme. Për këtë, përgjegjës janë një mori faktorësh shëndetësor, social, arsimor, kulturor, politik, dhe ekonomik.

Plani Strategjik i Shëndetit Mendor të Kosovës i zhvilluar në vitin 2001 shënoi fillimin e ndryshimit të gjendjes në lëminë e shërbimeve të shëndetit mendor në Kosovë. Krahas konceptit biologjik (medicinal) të organizimit, u përvetësua edhe koncepti psikosocial i parandalimit, trajtimit dhe rehabilitimit të sëmundjeve dhe çrregullimeve psikiatrike. Shërbimet ekskluzivisht psikiatrike dhe spitalore lëvizën drejt shërbimeve multidisiplinare që ofrohen në mjedisin ku jetojnë të sëmurët psikiatrik, ndërsa puna tërësisht individuale, filloi të shoqërohet me mbështetjen e familjeve të të sëmurëve psikiatrik. Sipas Planit Strategjik të Shëndetit Mendor të Kosovës për periudhën 2008 – 2013, nevojat janë të mëdha në rrafshin e shëndetit mendor.

Reforma e shërbimeve të shëndetit mendor në Kosovë u mbështet në mënyrë sistematike nga Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSh), dhe shumë institucione dhe organizata të tjera akademike dhe donatorë, institucione qeveritare, joqeveritare, vendore, dhe ndërkombëtare. Ndryshimet e arritura shënuan avansim të qartë krahasuar me gjendjen e këtyre shërbimeve në shtetet fqinje. Mes tjerash, hulumtimet e bëra dëshmojnë uljen e dukshme të numrit të hospitalizimeve në repartet psikiatrike si dhe përmirësimin e kualitetit të punës me të sëmurët psikiatrik.

Megjithatë, përkundër të arriturave evidente, situata ende lë shumë për të dëshiruar. Financimi i sektorit të shëndetësisë në përgjithësi dhe i shërbimeve të shëndetit mendor në veçanti, është tejet i ulët. Buxheti për sektorin e shëndetit mendor paraqet më pak se 3% të buxhetit të shëndetësisë – që është dy herë më pak se sa rekomandimet e OBSh; rrjedhimisht shumë kapacitete të ndërtruara të shëndetit mendor nuk mund të vihen në funksion për shkak të pamundësisë së punësimit të stafit të nevojshëm profesional.

Hulumtimi i bërë nga zyra e shëndetit mendor të OBSh në Prishtinë, ka dokumentuar disa prej mangësive organizative të punës së shërbimeve të shëndetit mendor. Ndër to veçohen: kohëqëndrimi i gjatë në shtëpitë për integrim në bashkësi si dhe në qendrën integruese të shëndetit mendor në Shtime; koordinimi i dobët i aktiviteteve me shërbimet e mjekësisë familjare; koordinimi i dobët i aktiviteteve ndërmjet disa qendrave të shëndetit mendor dhe

reparteve psikiatrike, përfshirë Klinikën e Psikiatrisë në Qendrën Klinike Universitare të Kosovës (QKUK); dhe bashkëpunimi jo adekuat me Fakultetin e Mjekësisë dhe Departamentin e Psikologjisë të Universitetit të Prishtinës.

Pasojat komplekse psikologjike të traumave të luftës, zhvillimet e shpejta të tranzicionit kulturor dhe social, si dhe gjendja e rëndë ekonomike me shkallë të lartë të papunësisë dhe të varfërisë, paraqesin rrethana plotësuese rënduese për zhvillimin e mëtutjeshëm të shërbimit profesional të shëndetit mendor të Kosovës. Të dhënat epidemiologjike nga OBSH tregojnë se problemet e shëndetit mendor paraqesin 12.3% të sëmundjeve të përgjithshme dhe 30.8% të shkaqeve të paaftësisë për punë. Duke marrë parasysh faktet e lartpërmendura, nevoja për përparimin e mëtutjeshëm të shërbimeve të shëndetit mendor të Kosovës nëpërmjet veprimeve të mirëfillta strategjike paraqitet si imediate.

Ky studim synon të hedhë dritë mbi rolin/ndikimin e familjes dhe të shoqërisë në përqësimin (rehabilitimin) e pacientëve skizofren, duke u fokusuar në mënyrë të veçantë në katër (4) komuna të Kosovës: Prishtinë, Gjiilan, Pejë dhe Gjakovë. Më pas, studimi synon të ofrojë një pasqyrë të detajuar të ndryshimeve në familje dhe shoqëri, në përgjigje të ndryshimeve strukturore të familjes, dhe të hedhë dritë për efektivitetin e politikave sociale në përkrahjen e personave skizofren, bazuar në rishikimin e literaturës përkatëse. Gjithashtu, studimi përqendrohet në perspektivën e familjes dhe të politikave të mbrojtjes sociale, në mënyrë që të kuptohen më mirë ndryshimet, zhvillimet dhe gjendja aktuale e këtyre shërbimeve. Për më tepër, në këtë studim do të shqyrtohen faktorët që mund të kenë pasur ndikim në ndryshimin e strukturës familjare, legjislacionit në fushën e mbrojtjes sociale dhe vlerësimet paraprake të efektivitetit të legjislacionit me synimin për t'i ardhur në ndihmë grupeve në nevojë, në rastin tonë pacientëve skizofren.

Informatat e mësipërme ofrojnë mundësinë e duhur për të shqyrtuar të dhënat aktuale të marra nga subjektet e intervistuar në studimin tonë dhe për të arritur në konkluzione lidhur me efektivitetin real të familjes dhe shoqërisë ndaj personave me çrregullim mendor. Detyra hetuese e këtij studimi mund të përmblihet në shqyrtimin e rolit të familjes dhe analizën e shkallës në të cilën shoqëria pranon personat me çrregullim mendor. Fokus i veçantë vihet tek ndihma e ofruar për personat me skizofreni, si një nga prioritetet kryesore për përkrahjen dhe parandalimin e rrezikut për vetë individin, familjen dhe shoqërinë.

1.2 Qëllimi i hulumtimit

Qëllimi i këtij studimi është të vlerësojë kushtet dhe ndikimin e familjes dhe të faktorëve social në mbështetjen e grupeve në nevojë (pacientëve skizofren), trajtimin e tyre, dhe identifikimin e faktorëve të rrezikut, si dhe të vlerësojë efektivitetin e ndihmës ekonomike si një ndër faktorët kyç për mbështetjen e familjeve në nevojë. Qëllim tjetër është që të vërtetojmë pyetësonin PNS-Q vetë-raportues me pyetësonin PNS-Q për anëtarin e familjes (informatoren).

1.3 Objektivat e hulumtimit

- Identifikimi i faktorëve të rrezikut dhe atyre mbrojtës në raport me shfaqjen e problemeve te personat e sëmurë me skizofreni tek grupet e hulumtuara;
- Eksplorimi i lidhjes në mes të ndikimit të familjes dhe faktorëve social tek pacientët me skizofreni;
- Vlerësimi i ndikimit të faktorëve social në relapset e skizofrenisë dhe zhvillimi i programit për intervenime familjare tek skizofrenia;
- Analizimi dhe vlerësimi i pyetësonit PNS-Q për simptoma pozitive dhe negative, me qëllim të vlerësimit të besueshmërisë së pyetësonit për vlerësim të shpejtë të simptomave dhe të dergimit në një vlerësim më të shpejtë dhe krijimit të kohës më të gjatë për të trajtuar pacientin.

1.4 Hipotezat

1.4.1 Hipotezat kryesore

H.0 Faktorët social kanë ndikim në përkeqësimin e skizofrenisë.

H.1 Diskontinuiteti i trajtimit të skizofrenisë përcillet me shkallë të lartë të përkeqësimeve të skizofrenisë.

H.2 Ngjarjet stresuese jetësore e përkeqësojnë skizofreninë.

H.3 Stigma ndikon në përkeqësimin e skizofrenisë

H.4 Ekspresioni emocional është parashikues i fuqishëm i relapsit në skizofreni.

H.5 Pacientët që jetojnë në ambient me shkallë të lartë të ekspresionit emocional kanë përkeqësim më të lartë se sa pacientët që jetojnë në ambient me shkallë të ulët të ekspresionit emocional.

H.6 Familjarët me shkallë të lartë të ekspresionit emocional tregojnë shkallë më të ulët të tolerancës ndaj familjarit me skizofreni.

1.4.2 Hipotezat alternative

- a. Pacientët kanë shkallë më të lartë të distresit të shoqëruar me ngjarje të vogla stresuese se sa me ngjarje të mëdha stresuese.
- b. Numri i relapseve është më i vogël tek pacientët dhe familjarët që kanë qenë të përfshirë në intervenime psicosociale në Qendrat e Shëndetit Mendor të Bazuara në Bashkësi.

1.5 Pyetjet kërkimore

Duke i'u referuar qëllimit kryesor të këtij studimi, pyetjet kërkimore të studimit janë:

- Cilët janë faktorët social që ndikojnë në përkeqësimin e skizofrenisë?

Kjo pyetje plotësohet edhe me pyetjet plotësuese kërkimore si:

- Çfarë ndikimi ka skizofrenia në mirëqenien e individit dhe familjarit?
- Çfarë është korrelacioni në mes të familjeve me ekspresion emocional dhe përkeqësimit të skizofrenisë?
- Çfarë është korrelacioni në mes të ambientit familjar me shkallë të lartë dhe të ulët të shprehjes emocional?
- Cilët janë paralajmëruesit e ngarkesës familjare (family burden)?
- A ka ndonjë lidhje mes të pyetësorëve PNS-Q-Vet-raportues dhe PNS-Q-Informues?
- A ka ndonjë dallim në kuptim për simptomat pozitiv dhe negativ?

1.6 Rëndësia e hulumtimit

Rëndësia e këtij studimi është e shumëfishtë. Duke u bazuar në literaturën e rishikuar njihemi me faktorët të cilët kanë qenë promotorë të ndryshimit të strukturës së familjes pothuajse në të gjitha komunitetet e globit.

Ky studim shkencor paraqet:

- mënyrën se si faktorët social kanë pësuar ndryshime rrënjësore në varësi të ndryshimit të strukturës së familjes. Roli i familjes dhe shoqërisë është pikërisht t'i vijë në ndihmë sa më mirë individëve në nevojë;
- një përmbledhje konkrete të sfondit shëndetësor, social, arsimor, politik dhe ekonomik të Kosovës, e cila është e domosdoshme për të kuptuar natyrën e politikave të mbështetjes sociale në vendin tonë dhe zhvillimin e tyre në kohë duke filluar që pas përfundimit të luftës së fundit në Kosovë;

- për herë të parë fakte konkrete, të bazuara në burime të sakta të informacionit, mbi rolin e familjes dhe të shoqërisë në përkrahjen e pacientëve me skizofreni në Kosovë;
- një përmbledhje të argumenteve pozitive apo negative nga vetëraportimi i individit dhe nga anëtari i familjes/kujdestarit lidhur me situatën psikofizike të pacientit me skizofreni;
- një analizë të detajuar të lidhjes në mes të numrit të anëtarëve të familjes, personave me problem shëndetësor dhe mendor dhe përkrahjes shoqërore, dhe përfitimet e ndihmës ekonomike për arritjen e rezultateve sa më afër realitetit.

II. RISHIKIMI I LITERATURËS LIDHUR ME SKIZOFRENINË DHE NDIKIMIN E FAMILJES DHE TË SHOQËRISË NË PËRKEQËSIMIN E SKIZOFRENISË

2.1 Skizofrenia

Fjala skizofreni rrjedhë nga fjalët greke *shisis* që do të thotë ndarje dhe *phrenos* apo shpirti. Për herë të parë kjo fjalë është përdorur nga Dr. Emil Kraepelin në vitin 1887, edhe pse besohet se sëmundja ka shoqëruar njerëzimin edhe në kohë më të lashta. Dokumente të shkruara e identifikojnë skizofreninë që në kohën e milleniumit të dytë para Krishtit. Një studim i literaturës së Greqisë dhe Romës së lashtë ka treguar se individët e asaj kohe mund të ishin të ndërgjegjshëm për sëmundjet psikotike, megjithatë diagnostifikimi i skizofrenisë nuk ekzistonte si kriter. Prandaj, në atë periudhë kohore, individët që konsideroheshin “anormalë” ishin ata që mund të kishin çrregullime mendore, apo zhvillim të vonuar apo edhe dëmtime fizike, dhe të gjithë trajtoheshin në të njëjtën mënyrë. Teoritë e hershme besonin se si shkak i këtyre çrregullimeve ishin pushtimet demoniake ndërsa trajtimi i duhur ishte ekzorcizmi i tyre. Dr. Kraepelin ishte i pari që karakterizoi çrregullimet mendore në termin e skizofrenisë. Më pas ishte psikiatri zviceran, Eugen Bleuler (1857-1939), në vitin 1911, i cili e ka përshkruar skizofreninë si sëmundje psikike me katër “A”, që përshijnë çrregullimet në sferën e afektit, asocimit, ambivalencës dhe autizmit (Ashok et al., 2012).

Skizofrenia është një çrregullim mendor që përbën shumë sëmundje të maskuara në një të vetme. Për të shpjeguar më thjeshtë skizofreninë duhet të bëjmë një përshkrim të shkurtër se si funksionon truri ynë. Në të gjenden me biliona qeliza nervore të cilat janë të lidhura me njëra tjetrën në formën e një rrjete mjaft komplekse. Këto transmetojnë dhe qarkullojnë mesazhe ndërmjet tyre përmes disa substancave kimike të quajtura neurotransmetues. Këto transferojnë mesazhet nervore nga fundi i një qelize tek fillimi i një tjetre. Në trurin e prekur nga skizofrenia, ka një çrregullim në sistemin e lartëpërmendur të komunikimit. Hipoteza më e re thekson se në etiologjinë e skizofrenisë kanë të bëjnë çrregullimet e nivelit të dopaminës dhe të receptorëve dopaminik në tru. Poashtu, kërkimet e fundit tregojnë që skizofrenia rezulton nga një defekt i zhvillimit fetal të trurit, pasojat e të cilit shpërthejnë në formën e sëmundjes në adoleshencën e vonë. Megjithatë, më e pranueshmja mbetet qasja biopsikologjike, që potencon faktorët psikologjik, faktorët gjenetik, dhe faktorët social. Në shfaqjen e kësaj sëmundjeje asnjëri nga këta faktorë nuk vepron si i vetëm, por sëmundja vjen si pasojë e bashkëveprimit të tyre. Studimet tregojnë për një përqindje më të lartë të skizofrenisë në të afërmit biologjik të personave të prekur nga kjo sëmundje, qofshin ata edhe të rritur në mjedise të ndryshme. Poashtu, numri i skizofrenëve është më i lartë në mesin e binjakëve monozigot, edhe në rastet kur ata rriten në ambiente të ndryshme.

Skizofrenia është sëmundje me simptomatologji shumë komplekse. Ajo është formë e përsëritur, dhe shpeshherë kronike, e sjelljes anormale që i referohet asaj që shumë prej nesh e quajmë 'çmenduri'. Kjo sëmundje i shkakton të sëmurit shumë vështirësi, shtrembërim dhe pamundësi të dallimit të realitetit nga jorealitetit, duke shkaktuar që personi të humbas mendimin logjik. Tek i sëmurit skizofren, shkaktohen çrregullime të rënda të funksionimit jetësor, humbje e aftësisë

punuese, paaftësi për jetë vetanake, dhe izolim nga familja dhe rrethi më i ngushtë, apo më i gjërë.

Kjo sëmundje ndodhet kudo, në çdo kulturë dhe në çdo pjesë të botës, pa dallim gjinie, me frekuencë të njëjtë si te femrat ashtu dhe te meshkujt. Çrregullimi mund të zhvillohet gradualisht, në mënyrë të pakuptueshme dhe për një periudhë të gjatë kohe. Mirëpo, ka raste kur sëmundja shpërthen herët dhe karakterizohet nga një zhvillim i shpejtë. Më së shpeshti shfaqet në moshën e pjekurisë së hershme, në mes të moshës 15 dhe 35 vjeçare, e ndonjëherë edhe para moshës 10 dhe pas moshës 40 vjeçare. Skizofrenia ka prevalencë më të shprehur në mes të grupeve me nivel socio-ekonomik më të ulët, mirëpo incidenca është e njëjtë pa marrë parasysh këtë faktor. Incidenca e skizofrenisë është në mes të 7.7 – 43 raste të reja në 100,000 banorë, gjatë një viti (McGrath et al., 2008).

Sëmundja mund të fillojë edhe para se të lajmërohen shenjat tipike për skizofreninë, që karakterizohen kryesisht me ndryshim të sjelljeve. Tek të rinjtë shkollorë, mes tjerash, lajmërohen vështirësitë në mësim, zvogëlim i koncentrimit dhe interesimit, ndërprerje e kontakteve me moshatarët, tërheqje dhe izolim, vështirësi emocionale dhe sjellje jo karakteristike për individët e prekur.

Simptomat e skizofrenisë ndahen në: simptoma pozitive (deluzionet, halucionet, të folurit e çorganizuar, mendimet e çrregullta, sjelljet katatonike apo sjelljet shumë të pa-organizuara që shkaktojnë devijim të madh nga funksionimi normal), dhe simptoma negative (sheshimi emocional, mungesa e të folurit spontan, mungesa e iniciativës - që shkakton zvogëlim të funksionimit normal, izolimi në hapësira të mbyllura, distancimi nga kontakti social).

Skizofrenia shfaqet në 3 faza:

1. faza aktive
2. faza prodromale
3. faza reziduale

Simptomat pozitive janë më të dukshme gjatë fazës aktive, ndërsa simptomat negative vërehen gjatë fazës prodromale dhe reziduale të sëmundjes. Skizofrenia shkakton çrregullime në jetën e përditshme familjare, sociale, dhe profesionale, me rënie të dukshme nga faza akute e shfaqjes fillestare të simptomave deri në atë kronike. Këto çrregullime mund të paraqiten si vështirësi në punë dhe në marrëdhënie ndërpersonale, kujdes i ulët për veten, largim nga kryerja e obligimeve familjare, etj. Këto simptoma mund të jenë të njëjta me ato të sëmundjeve të tjera mendore, siç janë: çrregullimi bipolar, çrregullimi skizo-afektiv, apo ndonjë sëmundje tjetër organike. Për t'i trajtuar këto simptoma, pacientëve zakonisht u japin medikamente të forta për qetësim (tranquillisers), siç është benzodiazepine. Megjithatë, jo të gjithë kanë të njëjtin mendim për këto episoda psikologjike. Ide alternative për këtë është se këto janë reagime të natyrshme dhe logjike për shkak të ndonjë ngjarjeje të keqe në jetë - nga ndonjë shqetësim i madh.

Për diagnostifikimin e një pacienti me skizofreni duhet të jenë prezente shenja të vazhdueshme të shqetësimeve që janë shfaqur gjatë 6 muajve të fundit. Kjo periudhë mund të përfshijë periudha me fazë të simptomave positive të skizofrenisë dhe të disa simptomave negative (Jablensky et al., 1992). Për ta diagnostifikuar një pacient me skizofreni, profesionistët shfrytëzojnë kriteret e DSM V (Manuali Diagnostik dhe Statistikor për Çrregullimet Mendore, Edicioni i Pestë) ose ICD 10 (f20 - f29). Këto janë dy sisteme diagnostike për klasifikimin e çrregullimeve

psikologjike në bazë të numrit të simptomave dhe për klasifikimin pozitiv, duhet të jenë prezente së paku dy simptoma.

Ashtu si edhe për shumë sëmundje të tjera mendore, shkaktari i skizofrenisë nuk është ende i njohur, përkundër faktit se ekzistojnë mjaft teori të ndryshme në etiopatogenezën e saj.

Është dëshmuar se mjedisi i hershëm social nxitë ndryshime sinaptike të cilat mund të tregojnë, dhe ndoshta mund të shkaktojnë, ndryshime në funksionimin bihejviorial dhe konjitiv (Ovtscharoff dhe Braun, 2001). Gjithashtu, ka dëshmi se mjedisi i hershëm social mund të ndërmjetësojë krijimin e rrjeteve neurale të cilat e rregullojnë përgjigjen e fëmijës ndaj stresit dhe vetëkontrollit emocional (Dipietro, 2000).

Në analizën më të re të kërkimeve përkatëse, Boydell et al. (2004), në hulumtimin e tyre “A kanë rëndësi faktorët social në një model gjithëpërfshirës zhvillimor për skizofreninë?” (të përfshira në një vëllim të ri të librit "Zhvillimi neurologjik dhe Skizofrenia", në 2004 për Cambridge University Press), kanë vënë në dukje se:

“Në vitet 1950 dhe 1960, ka pasur shumë diskutime ekstravagante mbi rolin e faktorëve social në etiologjinë e skizofrenisë. Megjithatë, ka pasur pak baza shkencore për këto spekulime dhe ato u hodhën poshtë nga demonstrimi se njerëzit me skizofreni shfaqin anomali të strukturës së trurit në skanimet e kompjuterizuara tomografike (Johnstone et al., 1976) [për ne që jemi duke studiuar të dy fushat e hulumtimit të shkencës neurologjike, përkatësisht skizofreninë dhe efektet e thella të frikës, stresit, ankthit, traumës, dhe izolimit social në strukturën dhe funksionin e SNQ, shpejt u bë e qartë se ka një mbivendosje të konsiderueshme në mes të dy fushave të kërkimeve shkencore]. Një dekadë më vonë, u propozua modeli neurozhvillimor i skizofrenisë, dhe njëkohësisht ai u bë modeli dominant etiologjik dhe patogjenetik (Murray dhe Fearon, 1999; Murray et al., 1992.). Si rezultat i këtyre dy zhvillimeve, shkencëtarët e përcaktuan skizofreninë si një sëmundje të trurit, kurse faktorët social si agjentë të supozuar etiologjik u injoruan.

Boydell et al. (2004) i kanë identifikuar këto kategori të gjera në të cilat faktorët social janë përfshirë në inicimin dhe kursin e skizofrenisë: faktorët familjarë (marrëdhëniet nënë-fëmijë, padëshirueshmëria, devijimi i komunikimit familjar, mjedisi i familjes jofunksionale, rritja brenda komunitetit, humbja e hershme e prindërve, emocionet e shprehura, abuzimi në fëmijëri, etj); efekti urban (lindja dhe rritja në qytet, etj); izolimi social (sidomos gjatë fëmijërisë, ndërrimi i shkollave në adoleshencë, në moshën e pjekurisë së hershme, në kohën e nisjes, migrimi dhe statusi i minoritetit etnik, diskriminimi, papunësia, etj); ngjarjet jetësore (faktorët socio-ekonomik, deprivimi, pabarazia, etj); ndërveprimi në mes të faktorëve social dhe faktorëve të tjerë etiologjik (ndërveprimi i mjedisit gjenetik, faktorët social dhe procesimi konjitiv, reagimi social kundrejt përzgjedhjes sociale, etj.).

Lidhur me faktorët social të cilët ndikojnë në skizofreni, studimet e reja ndërlidhin deprivimin social, densitetin e popullsisë dhe pabarazinë me shkallë më të lartë të skizofrenisë. Dr. James Kirkbride, autori udhëheqës i studimit nga Universiteti i Kembridgjit, thotë: “Edhe pse ne e dimë se skizofrenia ka tendencë të rritjes në komunitetin urban, arsyeja e kësaj dukurie është e paqartë.” (Kirkbride et al., 2014, p.178). Hulumtimi sygjeron se sa më të dendura të jenë qytetet, më të deprivuara dhe më të pabarabarta të jenë komunitetet, individët manifestojnë shkallë më të lartë të skizofrenisë dhe të çrregullimeve të tjera të ngjashme.

“Kjo është e rëndësishme sepse hulumtimet e tjera kanë treguar se shumica e rezultateve shëndetësore dhe sociale kanë tendencë të janë optimale kur shoqëritë janë më të barabarta” (Kirkbride et al., 2014, p.179).

Tre faktorët e ambientit të cilët predikojnë rrezikun për skizofreninë, janë:

1. rritja e deprivimit (punësimi, të ardhurat, arsimimi dhe krimi),
2. densiteti i rritur i popullsisë, dhe
3. rritja e pabarazisë (dallimi në mes të të pasurve dhe të varfërve).

Këto të gjetura mbështesin mundësinë që komponenta socio-kulturore e rrethit ku jetojmë të ketë ndikim pozitiv ose negativ në kuptim të faktorit të rrezikut për zhvillimin e skizofrenisë dhe çrregullimeve të ngjajshme.

Dr. John Williams, udhëheqës i neuroshkencës në shëndetin mendor në Welcome Trust, thotë: “Ky hulumtim na rikujton se ne duhet të kuptojmë faktorët kompleks social, sikurse edhe mekanizmat nervor të cilët përforcojnë ose ndihmojnë zhvillimin e sëmundjeve mendore, nëse duam të zhvillojmë intervenime adekuate” (Cambridge Research, 2012).

Skizofrenia është sëmundje e rëndë mendore dhe stresuese jo vetëm për të sëmurët, por edhe për familjet e tyre. Ajo karakterizohet me shkallë të lartë të relapseve dhe vështirësi të riintegritimit në komunitet. Përkujdesja e familjarëve ndaj këtyre të sëmurëve mund të rezultojë në stigmë. Të shprehurit emocional është qëndrim i familjarëve ndaj sëmundjes dhe personit skizofren. Faktorët specifik që e formojnë konstruktin e të shprehurit emocional janë: zemërimi, armiqësia dhe, kritika.

Shumë njerëz preferojnë ta shikojnë skizofreninë në mënyrë të përgjithshme. Ata e theksojnë nevojën për të menduar për përvojat individuale dhe rëndësinë për të kuptuar se çfarë kuptimi kanë këto përvoja për atë individ.

Një nga problemet kryesore në trajtimin e pacientëve skizofren është mungesa e të kuptuarit dhe e vetëdijes (Dickerson et al., 1997). Ky problem shkakton diagnostifikimin e vonshëm dhe ngarkesën individuale, si tek familjarët e personave të prekur, ashtu edhe në sistemin e kujdesit shëndetësor. Të kuptuarit është një konstruksion kompleks dhe me dimensione të ndryshme, të cilat nuk janë plotësisht të lidhura, sikurse një koncept brenda sëmundjes, simptomave, dhe nevojës për trajtim (Amador dhe David, 2004).

Skizofrenia karakterizohet nga një gamë e gjerë e sjelljeve të pazakonshme që shkaktojnë përçarje të thella si në jetën e njerëzve që vuajnë prej saj, ashtu edhe në jetën e njerëzve rreth tyre. Të afërmit e atyre që vuajnë nga skizofrenia janë të shokuar, të frikësuar apo edhe të inatosur kur përballen me një diagnozë të tillë. Përgjithësisht, është krijuar stereotipi se ata që vuajnë nga skizofrenia janë më të dhunshëm apo më të pakontrollueshëm se sa çdo sëmundje tjetër mendore. Megjithatë, pritshmëritë ndaj kësaj sëmundjeje bëhen më realiste atëherë kur skizofrenia kuptohet më mirë si një çrregullim që kërkon një trajtim të vazhdueshëm, madje që mund të zgjasë gjithë jetën. Deluzionet dhe haluçinacionet janë më se të zakonshme në rastet e skizofrenisë. Një nga sferat që skizofrenia prek më shumë është mënyra se si një individ humbet aftësinë për të vlerësuar në mënyrë racionale mjedisin rrethues dhe marrëdhënien me të tjerët.

Ata shpesh besojnë gjëra që nuk janë të vërteta dhe e kanë të vështirë të pranojnë atë që paraqet realitetin.

Fakti se skizofrenia në të shumtën e rasteve karakterizohet nga deluzionet ose haluçinacionet, tregon një shtrembërim të perceptimit dhe të interpretimit që i bëhet realitetit. Për shembull, dikush me skizofreni mund të sillet në një mënyrë ekstremisht paranojake duke i vendosur derës disa çelësa apo duke parë gjithmonë mbrapa ndërsa ecën në publik, apo duke refuzuar të flas në telefon. Përderisa për një kontekst të thjeshtë këto sjellje janë tërësisht jo normale, për dikë me skizofreni këto sjellje janë një reflektim i besimeve të tyre të pavërteta ku të gjithë janë në kërkim të tyre.

Pothuajse një e tret (1/3) e atyre të diagnostifikuar me skizofreni tentojnë të vrasin veten, ndërsa pothuajse 10% e tyre e arrijnë një gjë të tillë në hapësirën kohore të 20 viteve të para të sëmundjes. Individët e sëmurë nuk janë të predispozuar t'i ndajnë mendimet e tyre për vetëvrasje me të tjerë, duke i bërë kështu edhe përpjekjet për t'i ndihmuar më të vështira. Gjithashtu edhe rreziku për shfaqjen e depresionit zë një peshë specifike në raste të tilla, për shkak të nivelit të lartë të vetëvrasjes. Simptoma të tjera mund të përfshijnë zëra të imagjinuar, që e dërgojnë pacientin drejtë vetëlëndimit dhe deluzione shumë të forta. Lidhja në mes të abuzimit me substancat dhe skizofrenisë është shumë domethënëse. Për shkak të dëmtimeve në gjykim, njerëzit me skizofreni nuk janë shumë në gjendje të logjikojnë dhe t'i rezistojnë tundimit dhe kjo sjellë vështirësi që lidhen me abuzimin e drogës apo alkoolit.

Fillimet e skizofrenisë

Në fillimet e saj, skizofrenia në pjesën më të madhe të individëve paraqitet me një përkeqësim gradual që ndodh që në moshën e rritur të hershme, zakonisht rreth të 20-ave. Të afërmit mund të dallojnë shenjat e para të saj. Gjatë kësaj faze, individit mund të duket si pa një qëllim në jetë, i pamotivuar, mund të izolohet veten dhe t'i shmanget ambienteve familjare apo edhe miqësore. Gjithashtu, individët skizofren mund të heqin dorë edhe nga gjëra që më parë atyre u sillnin kënaqësi, si p.sh. hobi të ndryshëm apo edhe punë vullnetare të ndryshme.

Izolimi social

Izolimi social është një nga simptomat me përbërje të gjërë në mesin e shumë simptomave të skizofrenisë. Këtu mund të përmenden: besimet jo racionale, apo edhe të çuditshme, sjelljet paranojke që vijnë në rritje, zhveshja nga emocionet, sjelljet armiqësore dhe dyshuese tërë kohën, rritja e varësisë ndaj drogës, medikamenteve, apo edhe alkoolit në përpjekje për të shëruar veten, mungesa e motivit, të folurit e çuditshëm që nuk përkon me karakterin e individit, e qeshura e pazakonshme, gjumi i tepërt, si dhe përkeqësimi i pamjes së jashtme dhe i higjenes personale. Ndonëse nuk ekziston një formulë e gatshme për të përcaktuar nëse këto simptoma domosdoshmërishtë udhëzojnë drejtë skizofrenisë, duhet theksuar se shfaqja e njëkohëshme e disa prej këtyre simptomave duhet të shqyrtohet me kujdes.

Klasifikimi i simptomave

Skizofrenia është çrregullim mendor që karakterizohet me së paku dy nga simptomat në vijim: nga të folurit e çrregullt, nga deluzionet dhe/ose halucinacionet në kohëzgjatje prej së paku një muaj, nga sjelljet katatonike dhe nga një set me tre simptoma negative (siç mund të jetë mos-shfaqja ose rrafshimi i emocioneve). Simptomat e skizofrenisë klasifikohen në 4 kategori:

a) Simptomat pozitive

- **halucinacionet**, që janë ndër simptomat më të shpeshtë, sidomos ato auditive. Në këtë sferë më të shpeshtë janë zërat e ndryshëm, në formë të bisedave që mund të kenë edhe karakter imperativ. Këto halucinacione janë mjaft të rrezikshme si për personin skizofrenik ashtu edhe për rrethin e tij/saj. Më rrallë paraqiten halucinacionet vizive, dhe të tjerat.
- **idetë e marra**, që janë besime të rrejshme dhe pa bazë reale. Këto ide nuk i nënshtrohen korrektimit. I sëmuri beson se të tjerët po e sfidojnë atë, se po e ndjekin, se po i'a vjedhin idetë. Herë herë personi skizofren beson se nuk është më i njëjti person, por dikush tjetër. Shpeshherë këto ide kanë edhe karakter shumë të çuditshëm.
- **çrregullimet formale të mendimit**, që karakterizohen me të folurit pa logjikë dhe te pakuptueshëm. Rrjedha mendore është pa ndonjë renditje dhe e pakuptueshme.
- **katatonia**, që karakterizohet me pengesa psikomotorë. Personi skizofren është i shtanguar - i palëvizshëm (stupori kataton). Poashtu, mund të paraqitet edhe shqetësimi kataton.

b) Simptomat negative

- **apatia, të folurit e varfër, topitja e emocioneve**: I sëmuri skizofren është i tërhequr nga rrethi i tij i ngushtë dhe i gjërë dhe i pavetëdijshëm për ndjenjat e tij/saj dhe të të tjerëve ndaj tij/saj. Ndjenjat e personit skizofren janë tejet të mangëta apo nuk mund të shprehen, fytyra e tij/saj është neutrale - pa ndonjë shprehje, si një maskë e thatë dhe indiferente. Këto ndjenja afektive ndikojnë edhe në funksionet tjera psikike, si në mendime, perceptim, dëshirë, psikomotorikë, etj. Poashtu, lajmërohet edhe humbja e mpreftësisë emocionale - ata ankohen se e kanë një barrierë apo mur prej qelqi që i ndanë nga rrethi i tyre, duke pasur kështu vështirësi të komunikojnë me të tjerët; lajmërohet edhe anhedonia apo humbja e aftësisë për kënaqësi jetësore si edhe e interesimit, duke bërë që të i'u duket jeta pa ndonjë qëllim.

c) Simptomat konjitive

- Personat skizofren karakterizohen me pengesa në vëmendje, kujtesë, dhe mendim abstrakt, duke i'a pamundësuar dallimin në mes të thelbësorës dhe jo thelbësorës, në mes të rëndësishmes dhe të parëndësishmes. Ata nuk kanë ndonjë plan veprimi si për

të tashmen ashtu edhe për të ardhmen, duke mos mundur të gjejnë zgjidhje adekuate dhe të përshtatshme ndaj situatave dhe problemeve të tashme dhe të ardhshme.

d) Simptomat afektive

- Personat skizofren karakterizohen me ndryshim të shpejtë dhe të paparashikueshëm të disponimit dhe të sjelljeve.

Llojet e skizofrenisë

- F20 – Skizofrenia
 - F20.0 Skizofrenia paranoide
 - F20.1 Skizofrenia e çorganizuar
 - F20.2 Skizofrenia katatonike
 - F20.3 Skizofrenia e padiferencuar
 - F20.4 Depresioni post-skizofrenik
 - F20.5 Skizofrenia reziduale
 - F20.6 Skizofrenia simplekse
 - F20.8 Skizofrenia tjetër
 - F20.9 Skizofrenia e paspecifikuar
- *Skizofrenia paranoide* konsiderohet si forma më e shpeshtë e skizofrenisë, e cila karakterizohet me halucinacione dhe ide të marra. Halucinacionet auditive janë më të shpeshtat, të cilat janë shumë të rrezikshme dhe me karakter imperativ, duke shkaktuar që personi skizofrenik të jetë mjaft i rrezikshëm si për veten ashtu edhe për të tjerët. Në këtë lloj të skizofrenisë lajmërohen edhe halucinacione të tjera si ato vizive, olfaktive, gustative, cenestetike, etj. Në sferën e ideve të marra më të shpeshtat janë idetë e përndjekjes. Mund të lajmërohen edhe ide të tjera të marra siç janë: idetë e xhelozisë, erotike, të prejardhjes së lartë, të arritjeve të mëdha shkencore, etj.
- *Skizofrenia e çorganizuar apo hebefrenia*, e cila rrjedhë nga fjalët greke *hebos*-fëmiu dhe *phrenos*-shpirti. Ky lloj shpesh lajmërohet pas pubertetit, në moshën 12-15 vjeçare. Karakterizohet me të folurit e pakuptueshëm dhe pa logjikë, sjellje të çorganizuar, grimasa të çuditshme, manirizëm, shaka të pa vend, preokupim me tema filozofike, llastim dhe izolim në aspektin social.

- *Skizofrenia katatone* lajmërohet më rrallë dhe karakterizohet me pengesa psikomotore. Mund të jetë në formë të shtangimit psikomotor e deri tek shtangimi i plotë apo stupor katatonik.
- *Skizofrenia reziduale* karakterizohet me simptoma negative, si: pasiviteti, humbja e iniciativës, mangësia në kujdesin vetanak, fjalori i varfër, regredimi, ngadalësimi psikomotor, aktiviteti i zvogëluar me kontakte sociale të kufizuara, etj.
- *Skizofrenia jo e diferencuar* karakterizohet pa prezencën e simptomave skizofrenike.
- *Skizofrenia simplekse* karakterizohet me zhvillim të ngadalshëm por në mënyrë progresive, pa shenjat e mëparshme psikotike dhe me prezencë të simptomave negative.
- *Depresioni postskizofren* vazhdon pas fazës akute, ndërsa simptomat janë edhe për epizodat depresive.

Raport rasti: Në këtë raport është paraqitur rasti individual i personit skizofrenik. Rasti përshinë një grua, të pamartuar dhe në të tridhjetat, e cila pothuajse përgjatë një dekade kishte pasur ankesa skizofrenike. Ajo ishte trajtuar në shumë lokacione, me vite të tëra dhe tek mjekë të ndryshëm. Gjithashtu, ajo kishte përdorur terapi të shumëllojshme antipsikotike, por gjendja kishte ngelur pa ndryshime. Pacientja e mohonte ngarkesën e trashëguar lidhur me gjendjen e saj aktuale. Në praniam, ajo ishte me ankth, e zbehur dhe e shqetësuar në mënyrë psikomotorike, duke kërkuar ndihmë nga ne me fjalët: “doktor, më ndihmoni po më vie sëmundja, nuk po mund t’i kundërvihem, po më duket si me ardhë ndonjë re e zezë që do më kaplojë, çfarë të veprojë?” duke ia shkrepur të qarit dhe duke pasur komprometim të shkurtër të vetëdijes. Nga rasti në fjalë, mund të shihet prani dhe manifestimi i llojllojshëm i sëmundjes skizofrenike, edhe përkundër teorive dhe trajtimeve të ndryshme!

Shkaqet e skizofrenisë

Si është cekur edhe më lartë, shkaqet e skizofrenisë si dhe të shumë sëmundjeve të tjera mendore nuk njihen plotësisht. Nuk njihet as edhe një shkak i mundshëm i skizofrenisë. Ashtu si edhe sëmundjet e tjera që mund të kenë shkaqe gjenetike apo mjedisore, skizofrenia ndikohet nga shkaqe të ndryshme. Shpeshherë simptoma të ngjashme me skizofreninë ndodhin edhe në patologji të tjera siç janë sëmundja Huntigton, sëmundja Wilson, epilepsia, encefalite, meningiti, skleroza e shumëfishtë, etj. Diagnoza e skizofrenisë së vërtetë vlerësohet atëherë kur janë përjashtuar këto sëmundje si shkaktarë të mundshëm të simptomave psikotike.

Edhe pse shkaku kryesor mbetet i panjohur, është e njohur se ndryshimet në funksionet e trurit si perceptimi, emocioni, dhe sjellja indikojnë që truri është vendi biologjik i skizofrenisë. Disa hulumtues kanë dyshimin që në këtë keqfunksionim kanë rol edhe neurotransmetuesit si dopamina dhe serotonina. Sistemi limbik (struktura anatomike e përfshirë në përpunimin e emocioneve), talamusi (struktura anatomike e trurit që merret me koordinimin e mesazheve neuronale) dhe disa regjione të tjera të trurit duket se janë të përfshira në paraqitjen e sëmundjes së skizofrenisë.

Etiopatogjeneza *gjenetike* ofron mjaft të dhëna të ndryshme në këtë aspekt, pasi që të dhënat udhëzojnë nga paraqitja e sëmundjes tek të afërmit apo edhe anëtarët e largët familjarë. Hulumtimet e ndryshme theksojnë edhe mundësinë e fillimit të sëmundjes që në fetus, duke u fajësuar për këtë sëmundjet e ndryshme infektive, çrregullimet e ndryshme trurorë, çrregullimet e qarkullimit të gjakut, mangësia e oksigjenit, etj.

Teoria e neurotransmetuesve thekson faktin e çrregullimit të nivelit të dopaminës dhe të serotoninës. Tek kjo sëmundje, është me rëndësi që vendosja e njohjes dhe e diagnostifikimit të saktë të bëhet sa më parë, pasi që mostrajtimi në kohën e duhur rrezikon dukshëm të prekurin nga skizofrenia. Në situata të tilla, gjithashtu dyshohet se simptomat e ndryshuara ndikojnë në strukturat trurorë duke e vështirësuar diagnostifikimin e mëvonshëm të sëmundjes. Fillimi sa më i hershëm i trajtimit mundëson që episodat e sëmundjes të paraqiten më rrallë, të jenë më pak patologjike, e madje të eliminohen.

Në mesin a faktorëve social që janë lidhur me skizofreninë përfshihen edhe situatat stresuese gjatë jetës, si humbja e prindërve, e fëmijëve apo të anëtarëve të familjes së afërt, situatat e keqpërdorimeve të ndryshme gjatë fëmijërisë, keqpërdorimet e substancave të ndryshme narkotike, duke e theksuar keqpërdorimin e kanabisit. Lidhshmëria në mes të përdorimit të kanabisit dhe të zhvillimit të skizofrenisë tek adoleshentët që kanë faktorë të rrezikut biologjik/gjenetik është signifikante (Peterson, 2018)

Shkaqe të tjera të identifikuar për paraqitjen e skizofrenisë janë viruset e ndryshme dhe patologjitë imunitare, si dhe komplikimet e ndryshme gjatë shtatëzënisë dhe lindjes (si p.sh. stresi maternal, viruset apo mungesa e oksigjenit gjatë shtatëzënisë, etj.) (Peterson, 2018). Këto hipoteza duhet të hulumtohen ende për të testuar signifikancën.

Sëmundja, sipas të dhënave të ndryshme, më shumë paraqitet në meset urbane, personat me status të ulët socioekonomik, dhe emigrantët, ndërsa më pak në zonat rurale, personat me gjendje të mire ekonomike, dhe vendasët. Situatat konfliktuoze në familje apo në rrethin e gjërë, ushtrimi i dhunës në forma të ndryshme, luftërat dhe katastrofat e ndryshme natyrore mund të jenë faktorë të tjerë të skizofrenisë.

Diagnostifikimi i sëmundjes: Diagnostifikimi përfshinë një spektër të gjërë të mundësive. Përveç të dhënave nga i sëmuri, familjarët, rrethi më i ngushtë apo më i gjërë i tij/saj, ekziston edhe mundësia e observimit dhe e testimi të personave. Një test i tillë ka të bëjë me disa pyetje që i drejtohen të sëmurit nga skizofrenia.

Pyetjet e parashtruara për pacientët përfshijnë deklaratat si:

- a) të tjerët i kontrollojë mendimet e mia,
- b) dëgjoj apo shoh gjëra që të tjerët nuk i dëgjojnë apo shohin,
- c) e kam të vështirë që të shprehem në mënyrë që të tjerët të më kuptojnë,
- d) mendoj se nuk kam asgjë të përbashkët me familjen, shoqërinë apo të tjerët,
- e) besoj se ekzistojnë mjaft gjëra rreth meje në të cilat askush nuk beson,
- f) të tjerët nuk më besojnë në atë që kam dëgjuar apo pare,
- g) nuk jam i sigurtë në atë që mendoj, pasi që nuk e di nëse është reale apo jo,

- h) kam fuqi magjike që të tjerët nuk i posedojnë dhe nuk mund t'i shpjegojnë,
- i) njerëzit përpilojnë komplete ndaj meje,
- j) e kam të vështirë t'i përmbledhi mendimet e mia,
- k) të tjerët sjellen ndaj meje në mënyrë të pandershme pasi që janë xheloz në aftësitë e mia,
- l) bisedoj me personat e tjerë në kokën time që të tjerët nuk mund t'i dëgjojnë, përveç meje.

Për secilën nga këto pyetje duhet të përgjigjen me njërin nga opsionet e mëposhtme:

1. në përgjithësi,
2. mjaft rrallë,
3. herë-herë,
4. shpesh,
5. mjaft shpesh,
6. përherë apo gjithmonë.

Trashëgimia

Studimet kanë treguar se personat që kanë një të afërm më skizofreni janë më të predispozuar që të vuajnë nga skizofrenia. Poashtu fëmijët që kanë njërin nga prindtë me skizofreni kanë 10% më shumë mundësi që të vuajnë nga skizofrenia (Abel, 2004; Bansal et al., 2018; Basset and Show, 1999; Owen and O'Donovan, 2005; Sullivan, 2005). Në rastin e binjakëve monozigotë shohim se janë shumë të rrezikuar të vuajnë nga skizofrenia në rast se njëri prej tyre ka sëmundjen. Duke qenë se ne trashëgojmë gjene nga të dy prindërit, shkencëtarët besojnë se ekzistojnë disa gjene përgjegjëse për predispozitën e të qenit i sëmurë me skizofreni. Specifikisht, hulumtimet tregojnë se gjenet nuk janë vetvetiu përgjegjëse për sëmundjen, por ato janë lehtë të ndikueshme dhe të ndjeshme ndaj skizofrenisë tek personat që kanë predispozitë më të lartë. Studimet sugjerojnë se faktorët si vështirësitë prenatale (p.sh. infeksionet virale apo komplikimet e mundshme) dhe stresorët e ndryshëm duket se ndikojnë në zhvillimin e skizofrenisë. Studiuesit mendojnë se bashkëveprimi në mes të gjeneve dhe mjedisit është i nevojshëm për shfaqjen e skizofrenisë, dhe jo vetëm gjenet.

2.1.6.1 Neurotransmetuesit

Këto janë substanca që lejojnë komunikimin në mes të neuroneve (qelizave të trurit). Për një kohë të gjatë është menduar si ato janë të përfshira në shfaqjen e skizofrenisë. Mendohet poashtu se ky çrregullim është i lidhur me një disbalancë të sistemit kimik nervor që përfshin neurotransmetuesit. Studimi i realizuar në Universitetin Osaka në Japoni ka gjetur se skizofrenia është sëmundje e cila shkaktohet nga çrregullimet në qarkoren neurale, për të cilën përgjegjëse janë gjenet rregulluese të *myelin*-it. Myelin është lehtësues i mesazheve në neurone, ndërsa,

gjenet përgjegjëse, sipas studimit, janë variacionet në gjenet RTN4, me njësinë RTN4R (Osaka University, 2017). Studimi thekson se ndryshimet apo variacionet e RTN4, i cili rregullon regjenerimin e aksonëve të qelizave të trurit dhe plasticitetin e trurit, janë faktorë të rrezikut për shfaqjen e skizofrenisë. Një studim tjetër i realizuar në Universitetin Indiana - Bloomington, në Shtetet e Bashkuara të Amerikës, tregon se çrregullimet në sinkronizimin e neuroneve paraqesin shenjues të çrregullimeve mendore të spektrit të skizofrenisë, duke shkaktuar perceptim dhe funksione konjitive të çrregullta.

Hulumtimet e realizuara nga Instituti Kombëtar për Shëndetësinë në SHBA theksojnë se janë shumë faktorë të përfshirë në shfaqjen e skizofrenisë. Megjithatë, së fundmi ka më shumë studime që kanë gjetur se gjenet dhe variacionet e ndryshme gjenetike janë përgjegjëse për paraqitjen e sëmundjeve mendore. Rishtazi është gjetur se gjeni SETD1A është një rregullator i përgjithshëm i enzimeve që ndikojnë në funksionin e gjeneve të tjera. Variacionet e këtij gjeni në minjë kanë shkaktuar simptoma të humbjes së kujtesës të ngjajshme me ato të pacientëve skizofrenikë (Mukai et al., 2019).

Dëmtimet në tru dhe skizofrenia

Shumë studime të bëra me trurin e individëve me skizofreni kanë zbuluar anomali në strukturën e trurit të tyre. Në disa gjëra të vogla por të rëndësishme, truri i individëve me skizofreni ndryshon nga ai i individëve normal. Për shembull, pjesët në qendër të trurit, të quajtur ventrikuj, janë më të mëdha tek skizofrenikët. Gjithashtu, truri i njerëzve të sëmurë ka predispozitën të ketë më pak nga pjesa gri e trurit dhe disa pjesë të trurit mund të kenë më pak aktivitet se sa vlera normale e aktivitetit. Numri i qelizave neurale, poashtu, ndryshon tek personat me skizofreni Vlen të theksohet se jo të gjitha anomali të udhëzojnë tek skizofrenia, apo se çdo person me skizofreni ka këto anomali; megjithatë, duhet të përmendet edhe studimi i realizuar nga hulumtuesi Brian Dean, në Institutin Florey për Neuroshkencë dhe Shëndet Mendor në Australi (2019). Dean dhe ekipi i tij studiuuan trurin e 15 të sëmurëve nga skizofrenia pas vdekjes së tyre, dhe krahasuan atë me personat e shëndoshë. Të gjeturat e tyre ishin se hipoaktiviteti në transmetimin e dopaminës ndërmjet neuroneve në korteksin prefrontal të trurit, shkakton rritjen e ndjeshmërisë të receptorit D2 të dopaminës dhe, rrjedhimisht, shfaqjen e simptomave positive të skizofrenisë (Sekiguchi et al., 2019).

2.1.6.2 Shkaqet perinatale të skizofrenisë

Një numër i madh i studimeve tani po tregon një lidhmëri në mes të infeksioneve në periudhën e shtatzënisë dhe etiologjisë së skizofrenisë (Chess et al., 1971; Mednick et al., 1988; Brown et al., 2005). Hipoteza neurozhvillimore e skizofrenisë thekson disa devijime në zhvillimin e hershëm të trurit, të cilat paraqesin efektet e tyre në adoleshencë ose edhe më vonë. Për këtë arsye, janë hulumtuar edhe karakteristikat apo gjendja e nënës në periudhën para lindjes për të gjetur lidhshmërinë.

Evidenca në këtë aspekt është e ndryshueshme. Studimi i realizuar nga Brown (2006) tregon se ekspozimi gestacional ndaj influenzës, infeksioneve të tjera dhe rritja e citokineve specifike pro-inflamatore kanë një lidhje signifikante me paraqitjen e skizofrenisë. Për arsye të besueshmërisë, studimi ka përdorë të dhëna të kohorteve të të sapolindurve. Ndër infeksionet e analizuar për efektin e tyre në paraqitjen e skizofrenisë, ishin:

- **Rubella:** rubella perinatale është një nga shkaqet e disa crregullimeve psikiatrike tek fëmijët, prandaj është vendosur hipoteza edhe për efektin në skizofreni. Analizimi i fëmijëve të lindur nga nënat që ishin të ekspozuara ndaj rubellës gjatë shtatzënisë tregoi se 20% e atyre fëmijëve paraqitën simptoma të skizofrenisë gjatë adoleshencës.
- **Influenza:** është një nga diagnozat më të analizuar për efektet në skizofreni. Studimi i kohortit në Kaliforni tregoi se ekspozimi ndaj influenzës në periudhën e hershme dhe gjysmë-gestacionale ishte i lidhur me rrezik të trefishuar të paraqitjes së skizofrenisë, ndërsa influenza në tre-mujorin e parë të shtatzënisë ishte e lidhur me rrezik 7 herë më të lartë të skizofrenisë.
- **Toxoplasmosis:** është një parazit që poashtu sulmon sistemin nervor qendror. Analizimi i nivelit të antitropave që luftojnë këtë infeksion në gratë shtatzëna ka tregur se niveli i rritur i antitropit maternal toxoplasma IgG ishte i lidhur me rrezik 2.5 herë më të lartë për paraqitjen e skizofrenisë në adoleshencë.
- **Herpes Simplex Virus Tipi 2 (HSV-2):** edhe pse një studim tjetër ka gjetur lidhshmëri signifikante, studimi nga Brown (2006) nuk ka gjetur lidhshmëri në mes të pranisë së rritur të antitropave maternal IgG të HSV-2 dhe paraqitjes së skizofrenisë.
- **Citokinet:** studimi tregoi se niveli maternal i IL-8 (Chemokin interleukin) në trimestrin e dytë ishte dy herë më i lartë në rastet kur fëmiju më vonë u diagnostifikua me skizofreni, krahasuar me grupin e kontrollit (Brown, 2006).

Studimi kishte rezultate që në disa raste dallonin nga të gjeturat e studimeve të tjera. Megjithatë, ai hapi rrugën për studime të tjera të rradhës që analizojnë lidhjen në mes të infeksioneve dhe gjeneve përkatëse për skizofreninë. Edhe pse mostra mund të ketë qenë e vogël për përfundime të mëdha, është gjetur se infeksionet perinatale rrisin probabilitetin për skizofreninë tek nën grupet më të ndjeshme të popullatës, të cilët kanë faktorë gjenetik apo faktorë të tjerë të ambientit që ndikojnë. Prandaj, studimi mund të hapë rrugën për identifikimin e gjeneve që rrisin ndjeshmërinë. Rezultati i studimit ishte se deri në 14% e rasteve të skizofrenisë nuk do të ndodhnin nëse infeksionet në periudhën e hershme dhe gjysmë-gestacionale do të parandaloheshin (Brown, 2006).

Një studim tjetër u realizua në Itali dhe analizoi ndikimin e stresit maternal, sëmundjeve mjekësore, dhe komplikimeve obstetrike në zhvillimin e crregullimeve të rënda mendore (Pugliese et al., 2018). Studimi ka përfshirë 240 pacientë me diagnozë të skizofrenisë, crregullimit bipolar, ose të crregullimit manik depresiv, dhe ka patur 85 subjekte të kontrollit. Pas pyetjeve të realizuara për nivelin e stresit dhe sëmundjeve në periudhën para dhe menjëherë pas lindjes, rezultatet tregun një lidhshmëri pozitive në mes të skizofrenisë dhe stresit maternal

(probabilitet=2.16), infeksioneve (probabilitet=7.67), shtimit të ulët të peshës (probabilitet=9.52), asfiksisë peripartum (probabilitet=4.0).

Përderisa studimet si më lartë paraqesin lidhshmëri në mes të infeksioneve gjatë shtatzënisë dhe paraqitjes së skizofrenisë, analizimi i gjerë i evidencës tregon se probabiliteti për paraqitjen e skizofrenisë rritet në rast se infeksionet (si influenza) paraqiten në trimestrin e dytë të shtatzënisë (Mednick et al., 1988). Përkundër studimeve që gjetën të kundërtën (Kendell dhe Kemp, 1989), evidenca tregon se epidemia e influenzës maternale e vitit 1957 ishte e lidhur me probabilitet më të lartë të skizofrenisë, sidomos nëse influenza paraqitej në trimestrin e dytë të shtatzënisë (McGrath et al., 1995; Wright et al., 1995). Studimi i realizuar në Danimarkë nga Takei et al. (1996), me një mostër prej 9462 pacientësh skizofrenikë të lindur në mes të viteve 1915 dhe 1970, ka studiuar korrelacionin në mes të ndryshimeve të paraqitjes së influenzës dhe lindjeve para-skizofrenike. Studimi ka gjetur se paraqitja e influenzës 4 muaj para lindjes (afërsisht në muajin e 6të gestacional) kishte lidhje të rëndësishme me paraqitjen e mëvonshme të skizofrenisë (sidomos asaj të definuar në kuptimin e ngushtë).

Shenjat paralajmëruese për fillimin e skizofrenisë

Duke qenë se zanafilla e sëmundjes është në adoleshencë, shpesh shenjat paralajmëruese maskohen me disa sjellje që karakterizojnë këtë periudhë - moshë kur ndodhin normalisht ndryshime të shpejta fizike, emocionale, sociale dhe të sjelljes. Fatkeqësisht, ende nuk ekziston ndonjë metodë për të treguar dallimin në mes të këtyre simptomave. Megjithatë, është e ditur se në këtë fazë do të ndihmonte shumë përshtypja e familjarëve të cilët kalojnë më shumë kohë dhe njohin më mirë pacientin.

Disa nga shenjat paralajmëruese për skizofreninë janë:

- a) Tërheqja nga jeta sociale dhe izolimi në vetvete,
- b) Dyshimet ndaj personave në rrethin e tyre,
- c) Keqësimi dhe injorimi i higjienës personale,
- d) Paaftësia për të shprehur gëzimin,
- e) Shfaqja e shpeshtë e dy gjendjeve shpirtërore në të njëjtën kohë: paaftësi për të qarë ose të qarit pa arsye,
- f) Të qeshurit me të madhe, pa ndonjë arsye,
- g) Gjëndje përgjumësie, lodhjeje dhe një paaftësi për të fjetur natën.

Shenja të tjera mund të jenë edhe:

- a) Ndryshimi i papritur i personalitetit,
- b) Depresioni,
- c) Paaftësia e përqendrimit ose e përballjes me probleme të vogla,
- d) Të folurit pa ndonjë rrjedhë llogjike, mos-dëgjimi i të tjerëve kur ata flasin; mund të fillojnë të flasin vetëm ata ose të ngrisin zërin,
- e) Të qenurit indiferentë ndaj situatave që më parë kanë qënë të rëndësishme,
- f) Rënie e performancës në mësimet tek adoleshentët, dhe rënie e rezultateve të punës për të punësuarit,
- g) Gjendje hiperaktiviteti ose inaktiviteti, apo të kombinuara midis tyre,
- h) Abuzimi me drogën dhe alkoolin, si dhe varësi ndaj duhanit,
- i) Sensibilitet i pazakontë ndaj stimujve si zhurmat, dritat, etj.
- j) Shenja të hershme të migrenës,
- k) Refuzim për të prekur personat ose objektet, si p.sh. izolimi i duarve me letër, dorëza, etj. Rritja e ndjeshmërisë dhe irritim kur preken nga të tjerët,
- l) Ndryshime të sjelljes: dramatike ose të fshehta,
- m) Mendime se njerëzit e tjerë në biseda janë gjithmonë duke biseduar për ata.

Asnjë nga këto simptoma në veçanti nuk tregon praninë e një sëmundjeje mendore. Por, nëse disa prej këtyre sjelljeve janë të shpeshta dhe zgjasin në kohë, dhe gjithashtu nëse shohim ndryshime të sjelljeve të mëparshme, konsultimi me specialistin do të ndihmonte për heqjen e dyshimeve dhe identifikimin e sëmundjes me kohë.

Trajtimi

Trajtimi i skizofrenisë është shumë-dimensional për shkak të shkaktarëve të shumëfishtë. Trajtimi dhe mjekimi i saj përfshinë mjaft alternativa të ndryshme, sic janë medikamentet, psikoterapia, terapia grupore, familjare, bihejviorele, konjitive, angazhuese, adaptuese, etj. Në disa punime ceket preferenca e përdorimit të medikamentit *clozapine*. Ky medikament, për dallim nga antipsikotikët tjerë, është mjaft efektiv në reduktimin e vetëvrasjeve, trajtimin spitalor, trajtimin e sjelljeve agresive, dhe të diskinezisë tardive.

Një kontribut të posaçëm për diagnostifikim, trajtim, dhe rehabilitim përfundimtar me anë të protokollit për skizofreni dhe psikoza të tjera ofron Cochrane Schizophrenia Group, themelur në vitin 1994 në Nottingham (BM). Degët e këtij grupi ekzistojnë edhe në 23 shtete tjera, duke përfshirë SHBA, Zelandën e Re, Brazilin, Kinën, Gjermaninë, etj.

Ndonëse jo çdo simptomë mund të trajtohet, dhe të shërohet, gjithsesi duhet theksuar se trajtimi i skizofrenisë është një kombinim i terapive psikosociale dhe medikamentoze. Psikiatri është ai që kujdeset për medikamentet e pacientit, ndërsa, punonjësit social kujdesen për aspektin e aftësive sociale, që përfshijnë interaktivitet të përshtatshëm me grupin, në mënyrë që pacienti të mësojë ose rimësojë sjelljet e pranueshme në shoqëri. Aspekte të tjera të trajtimit kanë të bëjnë me kujdesin personal, aftësitë jetësore, të menaxhuarit e parasë dhe aspekte të tjera praktike. Në numrin më të madh të rasteve, personat me skizofreni e gjejnë kujdesin e nevojshëm në qendrat e specializuara në komunitetin ku jetojnë.

Mjekimi jashtë spitalit konsiston në minimizimin e simptomave dhe rritjen e cilësisë së jetës, si:

- **Përdorimi i mjekimit antipsikotik** - Pacienti duhet të vazhdojë të marrë barnat antipsikotike edhe gjatë fazës së stabilizimit. Ato nuk duhen ndërprerë asnjëherë pa udhëzimin e mjekut. Ndërprerja e tyre mund të shkaktojë rikthim të sëmundjes me përkeqësim të simptomave.
- **Psikoterapia në grup ose individuale** - Shërbimi shëndetësor mendor mund të ofrojë psikoterapi e cila fokusohet në të menduarin dhe sjelljen e pacientëve. Psikoterapia ndihmon pacientët me simptoma që nuk largohen pavarësisht mjekimit medikamentoz të konsumuar. Gjatë terapisë synohet që pacientët të mësojnë se si të menaxhojnë simptomat e sëmundjes, si p.sh. si të shmangin halucinacionet. Terapia gjithashtu ndihmon në zbutjen e ashpërsisë së simptomave dhe uljen e rrezikut për rikthim të simptomave. Mjaft efikase është edhe formimi i grupeve me pacientë të ndryshëm me skizofreni, grupe këto të udhëhequra nga vetë pacientët dhe pa praninë e një terapisti profesional. Kjo mundëson që çdo pjesëtar i grupit të tregojë rreth sëmundjes së tij/saj, dhe në këtë mënyrë ata ndjehen më pak të izoluar.
- **Trajtimi psikosocial** - Ndhmon pacientët të përballen ditë pas dite me sfidat që sëmundja paraqet, si vështirësia në komunikim, në vetëkujdesje, si dhe në formimin dhe mbajtjen e marrëdhënieve ndërnjerëzore. Skizofrenia shkakton dëmtime të sferës sociale dhe humbje të iniciativës. Marrëdhëniet me kolegët dhe miqtë janë kritike dhe mungesa e tyre rezulton në një shmangie nga jeta sociale. Pikërisht këto trajtime ndihmojnë në përmirësimin e këtyre marrëdhënieve, ritakimin me shoqërinë e vjetër, dhe rihyrjen në jetën sociale. Trajtimi psikosocial ndihmon edhe në transmetimin e pozitivitetit tek i sëmurit, dhe stimulon të sëmurin për ndjekjen me përpikmëri të mjekimit me medikamente. Ky lloj i trajtimit mundëson që të arrihen rezultate në mjekim dhe të uljet mundësia e rikthimit të sëmundjes.
- **Programet për edukimin familjarë** - U japin këshilla familjarëve se si të ndihmojnë një pjesëtar të familjes së tyre të sëmurë me skizofreni. Pas largimit nga spitali, kujdesi familjar mbetet primar. Një i sëmurë me skizofreni mund të shfaqë vështirësi në mbajtjen e vendit të punës si dhe në kujdesin ndaj vetes. Për këtë arsye, ata mbështeten tek ndihma e të tjerëve. Gjatë fazës së stabilizimit, pacienti mund të jetë akoma i dobët si nga ana

psikologjike, ashtu edhe medikamentoze pasi që medikamentet, ka raste, kur kërkojnë javë ose muaj të tërë për reduktimin e simptomave.

2.1 Roli i familjes

Shumë sociologë dhe psikologë konsiderojnë familjen si gurthemeli i shoqërisë, apo njësi themelore të organizimit të shoqërisë dhe pikënisje të strukturës shoqërore. Në pajtim me këtë, merita e sociologjisë është, në të vërtetë, në faktin që kategorinë e familjes e ka nxjerr nga sfera biologjiko - psikologjike e shqyrtimit, duke i dhënë kështu dimensionin social. Familja është grup primar biologjiko - edukativ dhe duke i hedhur qasjen biologjike – psikologjike, redukton shumë funksione elementare sociale të familjes, pa të cilat nuk është e mundur të meret me mend as funksioni i saj biologjik dhe as edukativ. Funksioni biologjiko - edukativ i familjes është karakteristik për të gjitha shoqëritë e njohura deri më tani.

Familja është kategori primare. Ajo funksionon sipas të gjitha dukurive shoqërore, para se gjithash si grup shoqëror. Këte e tregojnë edhe proceset dhe raportet strukturale që e kanë përcjellë zhvillimin e familjes gjatë historisë së zhvillimit shoqëror, veçmas proceset dhe ndryshimet në strukturën sociale të familjes bashkëkohore, apo thënë "të familjes së shoqërisë së zhvilluar industriale". Qenia dhe karakteri social i familjes, si kategori parësore sociologjike, është verifikuar në shumë hulumtime të kryera deri më tani, ndër të cilat duhet veçuar në mënyrë të veçantë hulumtimet e George Peter Murdock në mostrat prej mbi 250 shoqërive të ndryshme. Në studimin dhe librin e tij "Struktura Shoqërore", Murdock (1950) ka dëshmuar se familja është institucion universal shoqëror, e pa shmangshme për të gjitha shoqëritë dhe pjesë përbërëse e strukturës shoqërore.

Shpjegimi fiziologjik dhe biologjik i devijimit tregon se disa individë, për shkak të strukturës gjenetike, kanë më shumë prirje për të devijuar se sa të tjerët. Veçoritë gjenetike të trashëguara ose drejtpërdrejtë shkaktojnë devijimin ose krijojnë parakushtet për të. Këto teori u ngjajnë koncepteve "të arsyes së shëndoshë" që shfaqen në frazat siç është "kriminel i lindur" ose "nuk mund të bësh asgjë, i tillë ka lindur".

Teoritë psikologjike të devijimit kanë ngjashmëri të qëndrueshme me teoritë biologjike. E para, ato devijuesin e konsiderojnë si person që dallon nga njerëzit e tjerë. E dyta, personi është anormal në shoqërinë normale. E treta, anormaliteti i tij/saj e bëjnë të predispozuar për devijim. Mirëpo, teoritë psikologjike janë të ndryshme për faktin që pohojnë se anormaliteti i devijuesit fitohet, kështu që nuk është i caktuar gjenetikisht. Ata si bazë të devijimit e shohin përvojën anormale dhe jo gjenet anormale. Kjo përvojë lindë nga "të metat në karakterin e individit" dhe "personalitetet e papërshtatura", veçori këto që poashtu lindin nga devijimi. Teoritë psikologjike pohojnë se procesit i socializimit nuk është zhvilluar ashtu si duhet, zakonisht në relacionin nënë-fëmijë. Ky "socializim me defekte" përfshinë çrregullimet emocionale që formojnë

karakteristikat e personalitetit të papërshtatur. Pohohet se përjetimet nga fëmijëria e hershme mund të kenë pasoja të përhershme lidhur me sjelljen e të miturve dhe të të rriturve.

Përvojat dhe faktorët familjar

Ekzistojnë teori të ndryshme se ka familje të një lloji të posaçëm që mund të kontribuojnë në shkaktimin e skizofrenisë, por kjo nuk është arritur të vërtetohet deri më tani. Përvojat e jetës familjare në moshën e re kanë efekt në zhvillimin e personalitetit dhe kjo teori pranohet në përgjithësi.

Studimet dhe shpjegimet personale sugjerojnë se ndodhitë stresuese mund ta shkaktojnë skizofreninë. Kjo përfshinë humbjen e personave të afërt apo tendosjen kur duhet të ndërrohet puna. Presionet e tjera të vazhdueshme si varfëria, banimi në vend të përkohshëm dhe ngacmimet racore apo abuzimet seksuale, mund të kontribuojnë në problem. Bazuar në një studim, më shumë se gjysma e njerëzve që dëgjojnë zëra negativ theksojnë se shkaktar i problemit është dhunimi fizik apo seksual. Gati një e katërta prej tyre, që janë ndier fajtor për veprimet e tyre, kanë dëgjuar zëra negativ.

Studime të ndryshme të ndërmarra nga klinikistët e shëndetit mendor dhe shkencëtarët social janë përqendruar në karakteristikat specifike të familjeve të pacientëve skizofrenike, do të thotë rolet, modelet e komunikimit, transaksionet, ngjarjet stresuese dhe barrën e vendosur tek kujdestarët e shëndetit të familjes. Bazuar në këto studime, është njohur edhe rëndësia e atmosferës familjare në zhvillimin e skizofrenisë (Brown et al.,1972; Fadden et al., 1987; Laidlaw et al., 2002; Platt, 1985; Magliano et al., 1998; Vaughn & Leff, 1976; Wijngaarden et al., 2004).

Përveç kësaj, që nga vitet 1960, kur ofronte shërbime komuniteti i parë në bazë të programeve psikiatrike, disa hetues ekzaminuan efektet e këtyre programeve në funksionimin psiko-social të pacientit dhe në qëndrimet e komunitetit, si dhe në faktorë të veçantë familjar (Dyck et al., 1999; Madianos & Economou, 1988; Tomaras et al., 1988).

Shumica e këtyre studimeve kanë treguar se funksionimi i përgjithshëm i pacientëve psikotik ndikon tek kujdestarët individual, në aspektin e emocioneve dhe të mirëqenies së tyre (Fadden et al., 1987; Friedrich et al., 1999; Hoenig Hamilton, 1966; Gopinath & Chaturverdi, 1992; Marx et al., 1973; Schene et al., 1998; Provencher et al., 2003; Winefield & Harvey, 1993). Disa studime kanë treguar se pjesëmarrja e pacientit në aktivitetet psiko-sociale rehabilituese, ose në programet për përkujdesje të mëtejshme të bazuara në komunitet, kanë një efekt pozitiv në mjedisin e tyre familjar. Megjithatë, për shkak të stabilitetit klinik të pacientit dhe përmirësimit të funksionimit, hetuesit kanë gjetur më pak këtë marrëdhënie në një studim me dizajni eksperimental (Cornwall & Scott, 1996; El-Islam, 1982; Halford dhe Hayes, 1991; Madianos & Madianou,1992; Tomaras et al.,1988).

Marrëdhënia nënë-fëmijë

Studimi grupor britanez i vitit 1946, përcolli të gjithë fëmijët e lindur në javën e parë, me gjithsej 5,362 subjekte. Kur arritën moshën 43 vjeçare, nga të gjithë subjektet e përcjellura, 30 u identifikuan të jenë me diagnozë të skizofrenisë. Sipas vlerësimit të studiuesve të shëndetit, një ndër faktorët kryesor kërcënues për paraqitjen e skizofrenisë ishte kualiteti i marrëdhënies nënë-fëmijë në moshën 4 vjeçare. Marrëdhënia e keqe (p.sh mungesa e mirëkuptimit - ndoshta në përputhje me konstruktivet e hulumtimeve të Brent dhe Fonagy (2014), p.sh ‘mentalizimi’ dhe rëndësia e tij për fenomenin kufizues) rrezikonte gjashtë herë më shumë paraqitjen e skizofrenisë. Ngjashëm, studimi i Dunedin,(Arsenault et al., 2003) i cili përcolli 1,000 fëmijë që nga lindja deri në moshën 26 vjeçare me vlerësime gjithëpërfshirjeje mjekësore dhe psikiatrike, dëshmoi se nënat e fëmijëve që zhvillojnë çrregullime të formës së skizofrenisë kishin qëndrime dhe sjellje më të këqija ndaj fëmijëve të tyre në moshën 3 vjeçare. Studimi britanez i vitit 1946 dhe ai i Dunedin janë posaçërisht të rëndësishme pasi që ato bazohen tek popullsia, përkundrejt studimeve me rrezik të lartë. Sidoqoftë, a është rreziku i shtuar një funksion i përkujdesjes së paaftë apo mos është përkujdesja e paaftë një funksion i një diateze gjenetike tek prindi apo një reaksion ndaj një fëmije të shqetësuar? Disa studime hulumtuese sugjerojnë se lidhshmëria e paaftësisë është një variabël e pavarur e cila është përgjegjëse për dallimin e veçuar nga dy variablat e fundit.

Padëshirueshmëria

Myhrman et al. (1996) përdorën Grupin e Lindjeve të vitit 1966 në Finlandën veriore (11,017 individë) të cilët i përcollën deri në moshën 28 vjeçare. Në muajin e 6 ose, 7 të shtatzënisë, nënat u pyetën nga mamitë nëse shtatzënitë e tyre ishin të dëshiruara, të paplanifikuara por të dëshiruara, apo të padëshiruara. Rreziku i paraqitjes së skizofrenisë ishte dukshëm më i lartë për fëmijët e padëshiruar madje edhe pas përshtatjes së variablave sociodemografik, të shtatzënisë (përfshirë edhe depresionin), dhe të paslindjes.

Devijimi i komunikimit familjar dhe mjedisi familjar disfunksional

Një studim nga Wahlberg et al. (1997) gjeti ndërveprim domethënës në mes të rrezikut të lartë gjenetik për skizofreninë dhe devijimit të komunikimit tek prindërit adoptues. Të adoptuarit me rrezik të lartë, por jo kontrollues, shfaqën dëshmi më të larta të çrregullimit të mendimeve nëse prindërit e tyre adoptues shfaqën devijim në komunikim. Kjo dëshmon kontrollin gjenetik të ndjeshmërisë ndaj mesit ose kontrollit mjedisor mbi shprehjen e gjeneve.

Në studimin mbi familjet adoptuese finlandeze të Tienari et al. (2000), rreziku i zhvillimit të spektrit të çrregullimeve të skizofrenisë ishte më i lartë tek fëmijët e dhënë në adoptim nga prindërit skizofrenikë, të cilët u rritën në një familje adoptuese disfunksionale. Të dhënat e fundit nga ky studim sugjerojnë se fëmijët e dhënë në adoptim mund të kenë rrezik më të ulët sesa fëmijët që qëndrojnë me prindërit e tyre skizofrenikë. Ngjashëm, studimet danezo-amerikane mbi adoptimin, sugjerojnë se fëmijët me rrezik të lartë dhe të dhënë për adoptim kishin mundësi më të vogla për të zhvilluar skizofreninë sesa ata që kanë qëndruar me prindërit e tyre biologjikë (Seymour et al., 1971), gjë që sugjeron rëndësinë e mesit të përkujdesjes si neuro-mbrojtës.

Rritja në komunitet

Në studimin izraelit me rrezik të lartë (Mirsky, 1995), 46 fëmijë me rrezikshmëri të lartë gjenetike, gjysma e të cilëve u rritën në bashkësi në një kibutz (ku jetonin prindërit e tyre) dhe gjysma tjetër në shtëpi, u krahasuan përmes kontrollimeve. Fëmijët me rrezikshmëri të lartë që u rritën në komunitet kishin mundësi dukshëm më të larta për të zhvilluar çrregullime skizofrenike ose të afeksionit sesa fëmijët e rritur në shtëpi me familje. Rezultate të ngjashme u shënuan edhe në projektin e Kopenhagës (Mednick et al., 1987) me rrezikshmëri të lartë (institucionet e kujdesit publik përkundrejt kibutz-it).

Humbja e hershme e prindërve dhe emocionet e theksuara

Agid et al. (1999) vërejtën ndërlidhje domethënëse në mes të humbjes së prindërve para moshës 8 vjeçare, posaçërisht humbjen e nënës nga vdekja dhe zhvillimit të skizofrenisë. Ngjashëm, Mallett et al. (2002) nga kontrollet e afro-karaibianëve gjetën se ndarja nga të dy prindërit në fëmijëri i diskriminonte individët afro-karaibianë në MB.

Tejstimulimi social dhe emocionet dukshëm të theksuara asociohen me rikthimin e skizofrenisë, një gjetje kjo e cila është përsëritur shumë herë. Nuk është e thënë që kjo t'i referohet vetëm rrethanave familjare, por mund të shtrihet edhe në situata të tjera sociale.

Abuzimi në fëmijëri

Shumë hulumtues e kanë vërtetuar një ndërlidhje në mes të traumave në fëmijëri (abuzimit seksual, fizik dhe emocional) dhe psikozave të mëvonshme (Read et al., 2001). Në studimin e fundit, abuzimi në fëmijëri ishte një parashikues i rëndësishëm i halucinacioneve përkundër mungesës së abuzimit në moshën e rritur (Read et al., 2003). Pacientët e diagnostifikuar me çrregullimin bipolar dhe Çrregullim të Stresit Post Traumatik të cilët raportojnë edhe histori të abuzimit në fëmijëri kanë një frekuencë të lartë të deluzioneve dhe halucinacioneve. Është sugjeruar se, nga të gjitha kategoritë diagnostikuese, psikoza shfaq ndërlidhjen më të fortë me abuzimin në fëmijëri.

Boydell et al., (2004) thekson se “Përvoja e abuzimit në fëmijëri mund të krijojë një vulnerabilitet biologjik (Read et al., 2001) apo psikologjik (Garety et al., 2001) për zhvillimin e simptomave psikotike, duke përfshirë përvojat psikotike subklinike, si ideimi deluzional i shkallës së ulët dhe halucinacionet e izoluar auditive (Johns & van Os, 2001).

Tek pacientët klinik, ashtu edhe në ata joklinik, grupi i diagnostifikuar me shkallën më të lartë të abuzimit në fëmijëri, vazhdimisht shfaq shumicën e simptomave Shnajderiane (simptomat e nivelit të parë të skizofrenisë)(Ross, 1992).

Një vështirësi me studimet e mësipërme është se ato të gjitha janë të kryqëzuara për nga natyra dhe si rrjedhojë kanë një anim të mundshëm në raport me vetë-raportimin. Në një studim longitudinal tre vjeçar të një mostre nga popullsia e përgjithshme prej 4,045 subjekteve nga moshë 18 deri 64 vjeçare, pa simptoma të mëhershme psikotike, abuzimi bazik në fëmijëri, i raportuar, parashikonte zhvillimin e simptomave pozitive psikotike klinike që kërkojnë përkujdesje (Janssen et al., 2004). Ky asociim qëndroi edhe pas përshtatjes me një sërë faktorësh të rrezikut dhe të variablave demografik.

2.2 Efekti urban

Lindja dhe rritja në qytet

Duke argumentuar kundër mbizotërimit të teorive të “lëvizjes teposhtë”, shumë studime kanë shfaqur efekte të fuqishme të lindjes në qytet dhe/ose rritjes në qytet. Kjo teori analizon prevalencën më të lartë të skizofrenisë në grupet me status më të ulët social-ekonomik, duke vendos relacion të shkak-pasojë në mes të skizofrenisë dhe rënies në nivelin social. Teoria thekson se mund të jenë kushtet e rënda sociale që kontribuojnë në paraqitjen e skizofrenisë, apo skizofrenia të e bëjë personin e paaftë për punën e tij, duke kontribuar në rënie të statusit social. Një nga studimet më mbresëlënëse u zhvillua nga Mortensen et al., (1999) me një grup të popullsisë daneze, me 1.75 milionë subjekte. Ky studim dokumentoi efekte të fuqishme të lindjes në qytet. Studimi ka ofruar një përgjigje të pastër të marrëdhënies së shëndetit mendor, skizofrenisë me qytetin pasi që sa më i madh të jetë qyteti, aq më i madh është paraqitur të jetë edhe rreziku. Historia familjare e skizofrenisë nuk i ka shpjeguar apo ndikuar rezultatet. Hulamtuesit përlllogaritën një pjesë (fraksion) prej 34.6% të popullsisë skizofrenia e të cilëve mund të i atribuohet lindjes në qytet, në krahasim me 9, respektivisht 7%, të atyre që kanë pasur nënën ose babanë me skizofreni.

Pedersen dhe Mortensen (2001) shfrytëzuan një sistem danez kombëtar gjithëpërfshirës të regjistrimit, në të cilin ishin regjistruar saktësisht ndryshimet e banimit për të demonstruar se rreziku i zhvillimit të skizofrenisë rritet me numrin e viteve që një individ jeton në një zonë urbane dhe me një shkallë të urbanizimit në rritje.

Lëvizja sociale dhe teoritë e mbetjeve sociale

Hipoteza e rrëshqitjes sociale nuk mund të shpjegoj rezultatet e studimeve hulamtuese të përmendura më sipër. Për më tepër, Dauncey et al. (1993), hulamtuan se ku kishin jetuar pacientët 5 vite para shtrimit të tyre të parë në spital në Notingham (MB) dhe nuk arritën të gjejnë mbështetje për lëvizjen gjeografike sistematike. Në studimin danez të Mortensen et al. (1999), hulamtuesit e përjashtuan lëvizjen teposhtë si një shpjegim të mundshëm për teprinë urbane. Një histori familjare e skizofrenisë nuk e ndikon apo shpjegon dallimin urban-rural në studimin e Mortensen apo studimet tjera (van Os et al., 2008). Kjo është e rëndësishme edhe për teorinë e mbetjeve sociale (se ata që janë më të kërcënuar ‘lihen mbrapa’ në një zonë, pasi bëhen më pak të dëshiruar sepse nuk i kanë burimet për të dalë jashtë).

Faktorët e mundshëm etiologjik që hipotetikohej mund të shpjegojnë teprinë urbane janë: agjentët infektiv, ndotja nga plumbi dhe faktorët social (p.sh. izolimi social, deprivimi, dhe ngjarjet e këqija jetësore). Boydell et al. (2004) theksuan se “... ndonëse nuk ka dëshmi të drejtpërdrejtë se tepria urbane shkaktohet nga faktorët social, fakti se efektet e faktorëve social janë kaq të përhapur në popullatë përputhet me konceptin se një pjesë e rrezikut nga tepria përfaqëson një

reagim psikologjik ndaj faktorëve në mes të gjerë social. Sigurisht, disa prej dallimeve kryesore në mes të zonave urbane dhe rurale kanë të bëjnë me kohezionin dhe mbështetjen sociale.”

2.3 Veprimi i faktorëve social , në harmoni me rrezikun gjenetik tek disa individë të ndjeshëm

Izolimi social gjatë fëmijërisë

Shumë klinikistë, duke filluar nga Bleuler e këtej, kanë vërejtur se individët të cilët zhvillojnë skizofreninë kanë pasur të kaluar relativisht të vetmuar, duke përfshirë më pak rrjete sociale dhe miq. Kushtimisht, përkeqësimi i simptomave është i ndërlidhur me madhësinë e rrjetit social – studimi i realizuar nga He et al. (2017) theksoi se varësia nga rrjetet sociale ishte e ndërlidhur me një sistem të trurit më implusiv dhe me masë të zvogëluar të zonës gri në amygdala të trurit. Studimi i grupit britanik i vitit 1946 (Jones et al. 1994) ka vërejtur se preferenca për të luajtur vetëm në moshën 4 deri në 6 vjeçare ndërlidhet me skizofreninë e mëvonshme. Për më tepër, ankthi i vetë-raportuar në moshën 13 vjeçare dhe ankthi i vlerësuar nga mësuesi në moshën 15 vjeçare, treguan asociim linear me rrezikun e mëvonshëm për të zhvilluar skizofreninë.

Ndërrimi i shkollave në adoleshencë

Një zbulim që buron nga studimi danez i Pedersen dhe Mortensen (2001) është se ndërrimi i komunës, dhe rrjedhimisht shkollës, rritë rrezikun për skizofreni të mëvonshme, por kjo nuk ndodh me ndërrimin e adresës përbrenda komunës. Lëvizjet gjeografike brenda viteve të para të adoleshencës paraqesin rrezikun më të madh dhe sa më shumë lëvizje, aq më i madh faktori i rrezikut [kjo është poashtu, një gjetje që unë e kam vënë re tek pacientët e mi afatgjatë, në një spital psikiatrik shtetëror - teoria ime është se këto ndryshime dhe çrënjësje shkaktojnë shkëputje tek vetvetja, gjë që çon në mungesën e kohezionit dhe vetvetes. Unë besoj se ky ishte një faktor në jetën e Kay Redfield Jamison (Jamison, 1996), ndonëse ajo nuk e pranon se kjo ka luajtur një rol në sëmundjen e saj].

Ndërrimi i shkollave në moshën e hershme të pjekurisë

Studimi i regjistrimit suedez, gjithashtu, e ka shikuar rolin e personalitetit premorbid për zhvillimin e mëvonshëm të skizofrenisë tek 50,087 individë. Hulumtuesit gjetën se ka rrezik të shtuar për zhvillimin e mëvonshëm të skizofrenisë tek meshkujt e ri të cilët besonin se janë më të ndjeshëm se sa bashkëmoshatarët e tyre, i kishin më pak se dy shokë të ngushtë, preferonin grupe të vogla të shoqërisë, dhe nuk kishin të dashur. Sërish, Boyden et al., (2004) paraqitën mundësinë e një ndërveprimi në mes të gjeneve dhe mjedisit: “Derisa të mos vërtetohet e kundërta, është e arsyeshme që të konsiderojmë se të dyjat mund të jenë të vërteta: individët me personalitet shizoid ose shizotipik mund të jenë më pak të aftë që të krijojnë marrëdhënie sociale dhe më pas izolimi social mund t’i shtyjë ata më tutje drejt psikozës reale” (f.232-33).

Hare (1956) ka vërejtur se izolimi social, i matur në raport me amvisërinë, tek një person i vetëm dhe në një zonë gjeografike, ka ndërlidhje në shkallë më të lartë me skizofreninë. Kjo gjetje nuk u ndërlidh me hipotezën e lëvizjes teposhtë. Një teori është se çrregullimi i rrjeteve sociale ulë kapacitetin e një personi për t’u përballur me stresin psikosocial dhe mund të shtoj rrezikun për të zhvilluar skizofreninë.

Van Os et al. (2000) demonstrieran se personat që jetojnë vetëm, kanë një rrezik paksa më të lartë për të zhvilluar psikozën nëse ata jetojnë në një lagje me më pak persona që jetojnë vetëm, krahasur me një lagje me shumë më shumë persona që jetojnë vetëm [teorikisht kjo mund të rritë ndjenjën e përjashtimit social, vetmisë dhe izolimit tek këta persona]. Jablensky dhe Cole (1997) demonstrieran se martesë ka efekt mbrojtës dhe se ajo nuk është thjesht një funksion që dokumenton se meshkujt e përshtatur më mirë janë në gjendje të martohen.

Migrimi dhe statusi i minoritetit etnik

Qysh në vitin 1932, Odegard (1932) vërejti se norvegjezët që kanë migruar në SHBA kishin gjasa më të mëdha për të zhvilluar psikozën. Mendohej se dallimi kulturor dhe gjeografik rezultonte në paranojë dhe huajësim. Kjo ishte një boydellgjetje në pika të trasha [p.sh. migrimi si një faktor i rrezikut për psikozë] dhe është dëshmuar në mes të shumë grupeve të migrantëve (Castle et al., 1991; Harrison et al., 1988; Selten et al., 1997, 2002; etj). Çështjet e metodologjisë hulumtuese, si p.sh. 'kategoria e falsitetit' (variacioni kulturor në diagnozë), keqdiagnostifikimi, vlerësimi i gabuar i denominatorit, etj., janë tejkualuar në studime të cilat ende demonstrieran një tepri të psikozës tek grupet e emigrantëve edhe kur ata lëvizin në kultura të ngjashme (Bruxner et al., 1997). Madje edhe kur kontrollojnë për urbanizëm [p.sh. efekt i tepruar urban – pasi që shumë emigrantë vendosen në zona urbane], studimet demonstrieran një tepri të efektit të emigrimit (van Os et al., 2001). Shumë studime kanë hulumtuar shkallën e rritur të psikozës tek popullsia afrikano-karaibiane në MB dhe në Holandë. Predispozita gjenetike nuk mund të jetë shpjegimi i vetëm duke qenë se rreziku i shtuar nuk vlen edhe për popullsinë autoktone në Karaibe (Burnett et al., 1999; Mahy et al., 1999). Për më tepër, rreziku për vëllezërit dhe motrat e brezit të dytë është shumë më i lartë sesa për ata të gjeneratës së parë (Hutchinson et al., 1996; Sugarman and Craufurd, 1994). Migrimi i përzgjedhur është përjashtuar tek popullsia surinameze e cila ka migruar në Holandë (Selten et al., 2002). Variablat tjera të cilat janë përjashtuar përfshijnë dëmtimet neuro-zhvillimore, që janë dytësore ndaj komplikimeve obstetrike dhe infeksioneve virale, si dhe rolin e keqpërdorimit të substancave (McGuire et al., 1995; Selten et al., 1997).

Vlen të theksohet se ekzistojnë shumë studime që demonstrieran shkallë më të lartë të skizofrenisë tek fëmijët e emigrantëve. Kjo është vërejtur në Grenlandë (Mortensen et al., 1999), në SHBA (Malzberg, 1969), dhe në MB tek popullsia afrikano-karaibiane (Harrison et al., 1988). Tek popullsia çifute jemenite e cila migroi në Izrael, Weingarten dhe Orren (1983) vërejtën një mbizotërim të lartë të skizofrenisë tek pasardhësit [të rriturit nuk u integruan në shoqërinë izraelite dhe stili i tyre i jetës u konsiderua primitiv]. Duke qenë se gjithë popullsia migroi në Izrael, emigrimi përzgjedhës nuk mund të shqyrtohet për gjetjet.

Boydell et al. (2004) erdhën në përfundimin se "Nuk ka shpjegim të kënaqshëm se pse shkalla e psikozës tek fëmijët e migrantëve është më e lartë, mirëpo gama e shteteve dhe rrethanave në të cilat ky fenomen është përshkruar sugjeron se ky është një fenomen i nxitur nga shoqëria."

Diskriminimi dhe papunësia

Psikoza i është atribuar edhe faktorëve të tillë si racizmi (i hapur dhe i institucionalizuar), izolimi social, dhe rrjeti i reduktuar shoqëror. Boydell et al. (2003) demonstrieran se shkalla e paraqitjes së skizofrenisë ishte më e lartë në mesin e minoriteteve etnike, numri i të cilëve ishte më i vogël, gjë që sugjeron se përvoja shoqërore, izolimi, diskriminimi, etj., kontribuojnë në zhvillimin e

sëmundjes. Janssen et al. (2004) i matën përvojat subjektive të diskriminimit dhe zhvillimin pasues të sëmundjes psikotike, tri vjet pas përvojës. Përvoja e diskriminimit parasheh me siguri zhvillimin e ideimit deluzionist. Janssen poashtu demonstroi se ndikimi i statusit të minoritetit etnik tek psikoza nuk kishte rëndësi për kontrollimin e përvojës së diskriminimit. Karlsen et al. (2002) studiuuan përvojën e ngacimit etnik dhe diskriminimit në mesin e një mostre përfaqësuese prej 5,000 personash nga minoritet etnik në MB. Ata demonstroi GJR (gjasë dhe raport) dukshëm të rritur për një sërë problemesh shëndetësore dhe psikozës në veçanti.

Bhugra et al. (1997) vërejtën nivel të lartë të papunësisë tek personat me origjinë nga Karaibet, që jetonin në MB, tek të cilët skizofrenia paraqitej për herë të parë. Një efekt analog nuk u vërejt në Trinidad (Bhugra et al., 2000). Mbase mjedisi social në Trinidad është më tolerant ndaj atyre që janë në rrezik për të zhvilluar skizofreninë kurse në Londër stigmatizimi është më i madh.

Ngjarjet jetësore

Brown and Birley (1968) vëzhguan një tepri të ngjarjeve jetësore tri javë përpara një episodi të skizofrenisë. Studimet gjithashtu kanë demonstruar një lidhje në mes të ngjarjeve jetësore dhe rikthimit në psikozë (Malla et al., 1993; Ventura et al., 1989). White et al. (2000), duke përdorur një studim të rasteve të kontrolluara në Londër, gjetën një tepri domethënëse të ngjarjeve jetësore tre muaj përpara paraqitjes së skizofrenisë. Ka dëshmi se nuk janë edhe aq shumë ngjarjet e mëdha jetësore ato që përshpejtojnë rikthimin psikotik tek individët e ndjeshëm, por ato që psikanalistët i quajnë lëndime narcisiste, të një lloji apo një tjetri, të cilat hasen në jetën e përditshme.

Një pjesë e kësaj ndjeshmërie mund të jetë e rrënjësor tek ekspozimi ndaj ngjarjeve madhore jetësore të mëhershme, që sugjerojnë “mjedisin e unifikuar -ndërveprimet e mjedisit” (Boydell et al., 2004, fq. 237). Këta të fundit spekuluan se “Stresi mund të gjenerohet pjesërisht nga tiparet themelore të personalitetit, kontributi gjenetik i të cilëve mund të përputhet me atë të skizofrenisë. Në mënyrë alternative, individët e ndjeshëm ndaj skizofrenisë mund të jenë më të ndjeshëm ndaj efekteve të stresit, derisa ndjeshmëria ndaj stresit gjithashtu përcaktohet nga shkalla e ekspozimit të mëhershëm ndaj stresit, sipas të gjitha gjasave duke përfshirë edhe stresin e hershëm në jetë (Janssen et al., 2004).”

Faktorët socio ekonomik, deprivimi dhe pabarazia

Disa studime hulumtuese kanë gjetur një lidhje në mes të deprivimit ekonomik dhe shkallës së paraqitjes së rasteve të psikozës, përhapjes, dhe shkallës së pranimeve të skizofrenisë (Croudace, 2000). Studimet e fundit nënkuptojnë pabarazinë si një faktor kërcënues. Boydell et al., (2003) gjetën një ndërlidhje pozitive në mes të shkallës së paraqitjes së rasteve të skizofrenisë dhe shkallës së pabarazisë tek zonat e deprivuara në Londër, pas përshtatjes me variablat e tilla si mosha, gjinia, deprivimi absolut, dhe etniciteti.

Ndërveprimi në mes të faktorëve social dhe faktorëve të tjerë etiologjik

Lidhur me ndërveprimet e mjedisit gjenetik, Boydell et al. (2004) kanë vërejtur se “Ekziston një paradoks i dukshëm sepse skizofrenia duket të jetë shumë e trashëgueshme; epigjenetika dhe transkriptomet duhet të studiohen me kujdes - tek skizofrenia epigjenetika i referohet rregullimit të shprehjeve gjenetike të cilat kontrollohen nga ndryshimet e trashëgueshme por të cilat mund

edhe të kthehen në metilimin e ADN-së dhe/ose strukturën kromatine, dhe prapë se prapë... shumë faktorë mjedisor dhe social duket se kanë një rol të rëndësishëm. Fuqia parashikuese e secilit prej këtyre faktorëve mjedisor është e ulët (p.sh. shumica e njerëzve që u janë ekspozuar secilit prej këtyre faktorëve kërcënues nuk sëmuren kurrë). Një shpjegim unifikues duket të jetë ai se faktorët mjedisor veprojnë mbi kërcënimin gjenetik. Ka shumë forma se si ky ndërveprim mund të ndodhë: sinergjia, shtimi, shumëzimi, etj.”(van Os & McGuffin, 2003) (f.237-238).

Studimet e adoptimeve në Finlandë dhe Danimarkë, si dhe studimi me rrezikshmëri të lartë në Izrael, demonstuan se faktorët mjedisor veprojnë mbi faktorët gjenetik dhe rrisin rrezikun e zhvillimit të skizofrenisë. Faktorët ‘mjedisorë’ mund të ndryshojnë gjenomin dhe ta mbisundojnë atë. Bolton dhe Hill (1996) kanë vërejtur se e qëllimshmja (besimi, planet me qëllime të përcaktuara, frika, etj.) mbisundon sistemet biologjike në nivel molekular. Kjo rezulton nga hulumtimet neuroshkencore, në të cilat stresi psikogjenik ishte gjenotoksik në qeliza të ndryshme trupore.

Ekperimenti i realizuar nga Fischman et al. (1996) demonstroi se ekspozimi i minjëve në stres brenda 24 orëve rezultoi në ngritje signifikante të ndryshimeve në kromozome dhe në qelizat e palcës. Studimi tregoi se dëmet gjenotoksike të nxitura nga stresi mund të ndodhin në qelizat e tipit dy dhe në nivel molekular dhe të kromozomeve.

Për rolin e faktorëve social në procesimin konjitiv, Boydell et al. (2004) sugjeruan se “Një ndërlikim i rëndësishëm i çdo teorie sociale është se efektet e faktorëve social mund të veprojnë jo vetëm duke ndikuar në zhvillimin e trurit por edhe në proceset psikologjike të cilat mund të kontribuojnë mbi simptomat e skizofrenisë... Njerëzit me deluzione përndjekëse, në mënyrë të përzgjedhur marrin informacionet kërcënuese, kanë tendenca që të arrijnë në përfundime, u’a atribuojnë ngjarjet negnazroative shkaqeve të jashtme, dhe kanë vështirësi që t’i kuptojnë qëllimet, motivet dhe gjendjen mendore të të tjerëve.” Është e mundshme që njerëzit me këtë stil kognitiv të kenë gjasa edhe më të mëdha për të zhvilluar deluzionet vetëm kur i nënshtrohen fatkeqësive sociale, se sa po të jetonin në mjedis më miqësor social. Stili i atribuimit, në veçanti, është identifikuar si shtegu përmes të cilit diskriminimi dhe ngacmimi racor mund të çojnë në psikozë (Sharpley et al., 2001).”

Shkaku social kundrejtë përzgjedhjes sociale

Ekziston një debat i vazhdueshëm në mes të atyre që i shohin faktorët social si ndikues në zhvillimin e skizofrenisë (shkaku social) dhe atyre që i shohin individët e kërcënuar të zgjedhin mjedise sociale armiqësore (përzgjedhja sociale). Një numër i gjetjeve hulumtuese që janë përshkruar më sipër, nuk mund të pranohen nga teoricientët e përzgjedhjes sociale. Boydell et al. (2003) gjetën se minoritetet jo të bardha ishin në rrezik më të lartë kur jetonin në minoritet më të vogël përkundër faktit se jetonin në një zonë me status më të lartë social.

2.4 Rëndësia e përkujdesjes dhe rrethit në mirëqënien e personit të sëmurë

Personat që do të kujdesen për pacientin skizofrenik luajnë një rol të rëndësishëm në stabilizimin e tyre. Vendimi se cila është rruga më e mirë për trajtimin dhe mbështetjen e tij/saj merret duke u konsultuar me mjekun dhe psikologun që mbikqyrë pacientin.

Komunikimi interaktiv ndërmjet dy palëve është shumë i rëndësishëm në suksesin e trajtimit. Disa nga këshillat që mund të jepen për personin përkujdesës janë:

- Folni më zë të qetë, të ulët, me fjali të shkurtëra në mënyrë të shmanget konfuzioni. Nëse është e nevojshme, mund ta përsërisni fjalinë duke përdorur të njëjtat fjalë.
- Mund t'i tregoni për aktivitetet tuaja, se çfarë po bëni dhe pse po e bëni. P.sh. "Po marr rrobat e lara dhe po i vendos në dollap, çfarë bluze dëshiron të veshësh sot?"
- Organizoni një program ditor me gjërat që do të realizoni së bashku. Jini i parashikueshëm. Përpiquni të mos krijoni konfuzion duke ndryshuar planin.
- Evitoni stimulimin e tepërt, stresin dhe tensionin. P.sh. të hani drekë me familjen mund të jetë një hap i madh në fillim.
- Jini të sjellshëm, lavdërojeni shpesh, p.sh. gjatë krehjes së flokëve mund t'i thuani sa të mirë janë.
- Luteni të marrë mjekimin e dhënë, por asnjëherë mos e sforconi.

Me kalimin e kohës i sëmuri do të ndihet më mirë dhe të duket se është i/e aftë të mbajë përgjegjësi të vogla mbi vete. Qëndrimi juaj ndaj tij/saj do të kalojë në hallka të tjera. E rëndësishme është të mos humbisni asnjëherë durimin. Për shembull:

- Diskutoni rreth tij/saj. P.sh. pyeteni si ndihet sot? Si i duket dita?
- Jepini kurajo, por jo ta sforconi që të marr pjesë në jetën sociale.
- Diskutoni se si do t'i dukej ideja të kalonin një fundjavë në plazh.
- Bashkëbisedimet, në fillim, nuk janë ashtu siç ju do të dëshironit, por mund të shikoni filma apo të dëgjoni muzikë së bashku.
- Mësojini si të përballet me stresin në jetën sociale.

2.6 Kostoja ekonomike dhe shoqërore e skizofrenisë

Skizofrenia është një crregullim shumë i mundimshëm për të gjithë njerëzit e ndikuar, por gjithashtu edhe shumë i kushtueshëm për familjet dhe për tërë shoqërinë. Për shembull, në Shtetet e Bashkuara të Amerikës, kostoja e përgjithshme e skizofrenisë në vitin 2002 ishte vlerësuar të ketë qenë \$62.7 miliardë, me \$22.7 miliardë shpenzime shtesë dhe të drejtëpërdrejta të kujdesit shëndetësor (nga të cilat \$7.0 miliardë ishin për pacientë ditorë, \$5.0 miliardë për medikamente, \$2.8 miliardë për pacientët me qëndrim spitalor, dhe \$8.0 miliardë për kujdesin afatgjatë shëndetësor) (Wu et al., 2005).

Shpenzimet direkte jo-shëndetësore, përfshirë shpenzimet e jetesës ishin \$7.6 miliardë, përderisa shpenzimet indirekte ishin \$32.4 miliardë. Shpenzimet indirekte, sic mund të shihet, përbëjnë pjesën më të madhe të shpenimeve, dhe përfshijnë katër fusha të humbjes së produktivitetit: papunësinë e rritur, uljen e produktivitetit në vendin e punës, vdekjen e hershme për shkak të vetëvrasjes, dhe kohën e shpenzuar për kujdesin e anëtarit të familjes. Përderisa studimi ka treguar se edhe të dhënat për prevalencë të ulët të skizofrenisë shkaktojnë shpenzime shtesë në shumë prej \$39.9 miliardë, limitimi qëndron në faktin se të dhënat e sakta për prevalencën e skizofrenisë janë të kufizuara.

Në vitin 2013, është realizuar studim i ngjashëm në SHBA për të parë nëse përmirësimet në nivelin e dokumentimit të prevalencës janë reflektuar edhe në shpenzimet për skizofreninë (Cloytier et al., 2016). Poashtu, ndryshimet në nivel strukturor, si ndryshimi i kriterëve të ofrimit të mbulesës me Medicaid, ndryshimet në mbulueshmërinë me sigurim shëndetësor, ndryshimet në terapinë farmakologjike, kanë ndikuar në ndryshimin e nivelit të shpenzimeve.

Megjithatë, studimi i vitit 2013 gjeti se shpenzimet indirekte që kryesisht përfshijnë papunësinë (me kosto prej \$59.1 miliardë) dhe kujdesin për anëtarin e familjes (\$52.9 miliardë) përsëri janë shpenzimet me proporcion më të lartë të skizofrenisë (si shpenzime indirekte). Ky fakt tregon se intervenimet e rritura për familjet e ndikuara për skizofreninë mund të kenë ndikim mjaft të lartë, megjithatë kostoja e tyre mbetet e lartë për ofruesit e shërbimeve.

Një studim tjetër u realizua si rishikim sistematik në katër databaza elektronike të punimeve të realizuara deri në vitin 2014 (Chong et al., 2016). Studimi ka përfshirë 56 studime, të cilat ishin realizuar kryesisht në shteteme nivel të lartë të të ardhurave (80% e tyre). Të gjeturat e rishikimit tregojnë se shpenzimet vjetore për skizofreninë varionin nga \$94 miliardë në \$102 miliardë, ndërsa 50%-85% e shpenzimeve ishin shpenzime indirekte, për kalkulimin e të cilave u morr për bazë qasja e kapitalit njerëzor. Përkthyer në BPV (Bruto Produktin Vendor), shpenzimet paraqitnin 0.02% - 1.65% të BPV.

Niveli i tillë i lartë shpenzimeve tregon për ofrim joadekuat të shpenzimeve për personat e prekur nga skizofrenia dhe politika joadequate për familjet e tyre. Për këtë arsye, politikat e bazuara në evidencë dhe në njohjen e faktit se skizofrenia është një crregullim mjaft prevalent dhe shumë

debilitues janë të domosdoshme për alokimin adekuat të burimeve financiare dhe njerëzore (Chong et al., 2016).

Në vitin 2013, skizofrenia ishte në vendin e 25të në botë në listën e sëmundjeve/crregullimeve që shkaktoninë paaftësinë për punë (Vos et al., 2013). Për këtë arsye definimi i metodave për kalkulimin e saktë të kostos ekonomike të skizofrenisë është shumë i rëndësishëm për planifikimet buxhetor dhe zhvillimin e politikave që adresojnë sektorët me shpenzimet më të larta.

Studimi tjetër i realizuar në Itali, ka përfshirë 303,913 pacientë të sëmurë me skizofreni, nga të cilët 70% ishin të diagnostifikuar, ndërsa 82% e këtyre të fundit ishin të trajtuar me antipsikotikë (Marcellusi et al., 2018). Nga të gjithë pacientët, 27% nuk ishin të punësuar dhe 52% pranonin asistencë nga Institucioni Kombëtar për Siguri Sociale. Poashtu, anëtarët e familjes së pacientëve, mesatarisht humbisin 44 ditë të punës në vit. Sipas vlerësimeve, kostoja e vlerësuar e skizofrenisë në Itali ishte Eur 2.77 miliardë. Nga kjo shumë, 50.5% ishte për shkak të shpenzimeve indirekte, ndërsa pjesa e mbetur për shkak të shpenzimeve direkte. Një e gjetur kyqe e studimit ishte fakti se pacientët e pa-trajtuar përbënin 17.6% të pacientëve, mirëpo, shpenzimet e tyre përbënin 40% të të gjitha shpenzimeve, ku shpenzimet në institucionet e banimit dhe të gjysmë-banimit përbënin pjesën më të madhe. Këto të gjetura mund të përdoren për zhvillimin e parametrave më të sakta epidemiologjike dhe vlerësimit të kostos aktuale (Marcelluesi et al., 2018).

III. METODOLOGJIA E HULUMTIMIT

Hulumtimi përshkruan analizimin dhe vlerësimin që rezulton pas mbledhjes së të dhënave, dhe pas analizimit dhe ekzaminimit real të ndikimit të familjes dhe të faktorëve social në përkeqësimin e skizofrenisë tek individët. Statistikat (përqindjet, mesataret, etj.) janë përdorur për përshkrimin e situatës aktuale, duke përshkruar konceptet dhe identifikimet si bazë për këtë hulumtim.

3.1 Pjesëmarrësit

Ky hulumtim është realizuar duke marrë për mostër hulumtimi pacientët me skizofreni që paraqiten në institucionet psikiatrike apo në qendra të shëndetit mendor. Hulumtimi është realizuar në 4 komuna të Republikës së Kosovës, përfshirë: Klinikën e Psikiatrisë pranë Qendrës Klinike Universitare të Kosovës, gjegjësisht në repartin e Urgjencave dhe Kujdesit Intenziv Psikiatrik në Prishtinë; Shërbimin e Psikiatrisë në Spitalit Rajonal në Gjakovë, Shërbimin e Psikiatrisë në Spitalin Rajonal në Pejë; dhe Qendrën e Shëndetit Mendor në Gjilan,

Masat socio-demografike janë marr nga pyetësoret e strukturuar. Janë shfrytëzuar metodat e hulumtimit prospektiv (grumbullimi i të dhënave përmes anketës së përgatitur më parë, si dhe pyetësorëve – instrumenteve matëse). Madhësia e mostrës, lloji dhe homogjeniteti janë zgjedhur sipas kriterëve të përcaktuara bazuar në ICD-10 dhe DSM-V ku përkatësisht janë përfshirë të sëmurët e diagnostifikuar me skizofreni. Përzgjedhja e pjesëmarrësve me metodën e rastit, në nivel të regjionit, është përcaktuar në 150 respondent.

3.2 Mënyra e zbatimit të hulumtimit

Organizimi i punës është realizuar gjatë periudhës Mars – Maj 2016, ndërsa analizimi i të dhënave është realizuar gjatë muajit Qershor 2016.

Të gjithë pacientëve të përzgjedhur në mostër të hulumtimit dhe anëtarëve të familjes, apo kujdestarëve të tyre, u janë ofruar tre (3) pyetësor për t'u plotësuar. Asistentët e këtij hulumtimi kanë qenë prezent në mbushjen e pyetësorëve, që është realizuar nga vetë individi dhe nga anëtari i familjes apo kujdestari në qytetin përkatës. Individët, që për arsye shëndetësore apo të tjera nuk kanë mundur të jenë prezent, nuk janë përfshirë në studim për shkak të ruajtjes së besueshmërisë dhe konfidencës.

3.3 Instrumentet e hulumtimit

- I. Pyetësori socio-demografik, i cili përfshinë gjininë, moshën, të dhënat mbi gjendjen ekonomike, edukimin e prindërve, dhe përdorimin e alkoolit, mjeteve narkotike apo

substancave të tjera. Në pyetësonin demografik janë përfshirë, gjithashtu, të dhëna mbi numrin e anëtarëve të familjes, numrin e fëmijëve, si dhe të dhënat shëndetësore për anëtarët e familjes.

- II. Pyetësoni PNS-Q-Vetraportues, i cili ka 68 pyetje të formatit “e vërtetë” apo “e pavërtetë” bazuar në shkallët SAPS/SANS dhe të rifrazuara në fjali të thjeshta. Pyetësoni i është lexuar pacientit dhe atyre u është kërkuar që të përgjigjen në secilën pyetje. Pjesëmarrësit i është kërkuar të raportojë nëse tema/simptoma në pyetje ishte prezente në muajin e fundit. Rezultati prej 1 pikësh është dhënë për çdo përgjigje pozitive (simptoma është prezente) dhe rezultati prej 0 pikësh është dhënë për çdo përgjigje negative (simptoma mungon). Pyetësoni është i thjeshtuar në 10 shkallë - 5 pozitive dhe 5 negative. Shkallët pozitive përfshijnë pyetjet që kanë të bëjnë me halucinacionet, iluzionet, çrregullimin e mendimeve, sjelljet bizare/e dhe të pa-organizuara, dhe ndikimin e papërshtatshëm. Shkallët negative përfshijnë pyetje që merren me ndikimin e kufizuar, të folurit e reduktuar, plogëshinë, jo-socializimin dhe vëmendjen e kufizuar.
- III. Pyetësoni PNS-Q-Për anëtarin e familjes, i cili, poashtu, ka 68 pyetje të formatit “e vërtetë” apo “e pavërtetë” që i drejtohet familjarit/kujdestarit të pacientit. Pyetësoni rrjedhë nga PNS-Q-Vetëraportues dhe pyetjet janë të ndryshuara në trajtën e pyetjes (veta e tretë). Pyetësoni përmban pyetje që përshkruajnë situata dhe ekperiencia të ndryshme që pacienti mund ti ketë në jetën e përditshme. Informuesit i është kërkuar të përgjigjet nëse pacienti i ka përjetuar këto situata në kohët e fundit. Një rezultat prej 1 pikësh është dhënë për çdo përgjigje të saktë dhe një rezultat prej 0 pikësh është dhënë për çdo pyetje të pasaktë.

3.4 Analiza e të dhënave

Përpunimi dhe analizimi e të dhënave të mbledhura në të dy format e pyetësorëve është realizuar përmes programit kompjuterik SPSS për Windows (Statistical Package for Social Sciences, Versioni 18). Procesi i analizimit të të dhënave është paraqitur me: frekuenca, përqindje, tabela dhe grafikone. Procedura e mbledhjes së të dhënave është relevante dhe e saktë përmes matjeve të variablave dhe të shprehjes numerike për të paraqitur sasinë dhe diferencën. Të gjitha të dhënat e grumbulluara nga pacientët dhe familjarët e tyre janë analizuar në tërësi, duke ruajtur besueshmërinë absolute dhe gjithnjë duke u bazuar në parimet etike.

3.5 Aspekti etik

Për realizimin me sukses, dhe njëherit që ky hulumtim të ketë vlefshmëri dhe besueshmëri, është marrë aprovimi i Bordit Etik Profesional në Ministrinë e Shëndetësisë dhe pëlqimi nga menaxherët e institucioneve shëndetësore. Në hulumtim është respektuar e drejta e privatësisë,

anonimitetit dhe besueshmërisë, pasi që pjesëmarrësit kishin të drejtë t'i shprehin mendimet e tyre lirshëm, por edhe të refuzonin pjesëmarrjen në këtë studim nëse ata dëshironin.

Para se të shpërndareshin pyetësorët, të gjithë individët (pacientët) / familjarët (kujdestarët) janë informuar lidhur me qëllimin e hulumtimit, ku i është dorëzuar edhe letërinformimi me shkrim. Më pas i është ofruar deklarata e pajtueshmërisë, përmes së cilës kanë deklaruar pjesëmarrjen vullnetare në hulumtim, si dhe janë siguruar për anonimitetin dhe konfidencialitetin e të dhënave të mbledhura nga pjesëmarrësit. Pas deklarimit të tyre për pjesëmarrje në hulumtim, janë shpërndarë pyetësorët e standardizuar dhe anonim.

3.6 Mundësitë dhe kufizimet

Ky hulumtim ka si burim kryesor të mbledhjes së të dhënave formën e raportimit nga pacientët dhe familjarët e tyre. Kjo natyrë e mbledhjes së të dhënave rritë rrezikun e sigurimit të objektivitetit të informacionit të ofruar, ndaj të dhënat e hulumtimit kanë edhe disa kufizime:

- ✓ Në studimin tonë u përfshinë rreth 370 individë dhe po aq edhe anëtarë të familjes/kujdestarë (siç është shpjeguar në seksionin e metodologjisë). Gjithashtu, përzgjedhja e individëve nuk është bërë në mënyrë rastësore - në studim u përfshinë individë të cilët u paraqitën në mënyrë të njëpasnjëshme në shërbimet shëndetësore të institucioneve, derisa të plotësohej kuota e paracaktuar. Megjithatë, fakti që kjo mostër mbulon 61.7% të të gjitha intervistave të planifikuara për individë dhe familjarë (370 nga 600), në katër (4) komunat, është një tregues në favor të minimizimit të biasit të përzgjedhjes.
- ✓ Studimi ynë bazohet vetëm tek katër (4) komunat e lartpërmendura, për këtë arsye, gjetjet e studimit mund të përgjithësohen, në rastin më të mirë, vetëm për vlerësimin e bërë për këto katër (4) komuna në Kosovë. Megjithatë, mendojmë që këto rezultate mund të jenë përfaqësuese për të gjithë vendin, duke pasur parasysh që këto komuna janë përfaqësuese të gjendjes së përgjithshme të nivelit të komunave në Kosovë.
- ✓ Informacioni i marrë dhe i përdorur në studimin tonë e ka origjinën nga vetë-raportimi i subjekteve dhe nga raportimi i familjarëve/kujdestarëve në studim. Për këtë arsye, ne nuk mund të përjashtojmë plotësisht biasin e informacionit. Niveli i pacientëve dhe familjarëve, të cilët mund të kenë pasur paqartësi në të kuptuarit e përmbajtjes së pjesëve të pyetësorëve, mund të kenë ndikur në objektivitetin e përgjigjeve përkatëse për to. Niveli i objektivitetit në plotësimin e pyetësorëve mund të jetë kushtëzuar edhe nga faktorë personal, si shëndeti emocional, niveli i arsimimit, etj., dhe nga faktorë të jashtëm si statusi socio-ekonomik, rrethi familjar, etj.

Rëndësia e hulumtimit qëndron në faktin se një hulumtim i tillë në Kosovë dhe plotësimi sadopak i mungesës së studimeve të tilla, na jep mundësinë që të dhënat tona jo vetëm të krahasohen me ato studime të bëra jashtë Kosovës, por edhe dhënien e informacioneve të rëndësishme në hartimin e programeve të ndryshme.

IV. REZULTATET

4.1 Përshkrimi i të dhënave socio – demografike

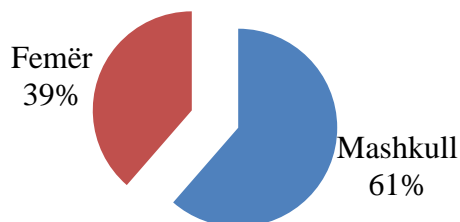
Studimi reprezentohet nga 370 pjesëmarrës (pacientë të diagnostifikuar me skizofreni), nga katër (4) komunat e Kosovës. Nga Komuna e Prishtinës ishin 91 (24.6%) pjesëmarrës; nga Komuna e Gjilanit ishin 84 (22.7%) pjesëmarrës; nga Komuna e Pejës ishin 95 (25.7%) pjesëmarrës; dhe nga Komuna e Gjakovës ishin 100 (27%) pjesëmarrës (Tabela 1).

Tabela 1 - Moshë

Moshë	Prishtinë	Gjilan	Pejë	Gjakovë	TOTAL	
	Nr.	Nr.	Nr.	Nr.	Nr.	%
18 – 25 vj.	7	2	12	13	34	9.2
26 – 30 vj.	21	6	10	11	48	12.9
31 – 35 vj.	7	10	12	9	38	10.3
36 – 40 vj.	14	12	14	15	55	14.9
41 – 45 vj.	14	14	18	9	55	14.9
46 – 50 vj.	7	20	7	18	52	14.0
51 – 55 vj.	7	6	13	14	40	10.8
56 – 60 vj.	7	4	4	5	20	5.4
> 60 vj.	7	10	5	6	28	7.6
TOTAL	91	84	95	100	370	100

Moshë mesatare e pjesëmarrësve ishte 41.1 vjeç. Moshë minimale në studim ishte 18 vjeç dhe moshë maksimale ishte > 60 vjeç. Moshë më e raportuar në këtë studim i përgjigjet grup moshave 36 – 40 vjeç dhe 41 – 45 vjeç, me nga 55 (14.9%) pjesëmarrës secila grup-moshë. (Tabela 1) Moshë mesatare e meshkujve ishte në mënyrë domethënëse më e lartë se sa ajo e femrave.

Grafiku 1 - Gjinia



Nga pjesëmarrësit e intervistuar, 61.4% (n=227) ishin të gjinisë mashkullore dhe 38.6% (n=143) ishin të gjinisë femërore (Grafiku 1).

Tabela 2 – Vendbanimi

Vendbanimi	Prishtinë	Gjilan	Pejë	Gjakovë	TOTAL	
	Nr.	Nr.	Nr.	Nr.	Nr.	%
Qytet	56	50	60	53	219	59.2
Fshat	35	34	35	47	151	40.8
TOTAL	91	84	95	100	370	100

Nga pjesëmarrësit, 59.2% (N=219) jetonin në qytet dhe 40.8% (N=151) jetonin në fshat. Shpërndarja e këtyre karakteristikave midis vendbanimit në qytet dhe fshat kishte ndryshime jo-signifikante nga ana statistikore me $p = 0.307$ ($p > 0.005$).

Tabela 3 - Besimi fetar

Besimi fetar	Prishtinë	Gjilan	Pejë	Gjakovë	TOTAL	
	Nr.	Nr.	Nr.	Nr.	Nr.	%
Islam	80	82	86	82	330	89.2
Katolik	11	2	9	18	40	10.8
TOTAL	91	84	95	100	370	100

Në tabelën 3, të pyetur për religjionin pjesëmarrësit janë përgjigjur se prej tyre 89.2% (N=330) ishin të religjionit mysliman, dhe 10.8% (N=40) i përkisnin religjionit të krishter. Janë gjetur dallime jo-signifikante në shpërndarjen sipas religjionit me $p = 0.351$ ($p > 0.005$).

Tabela 4 - Niveli i edukimit

Niveli i edukimit		TOTAL	
		Nr.	%
Nuk ka shkollim të përfunduar	M	15	4.1
	F	18	4.9
Shkolla fillore (8 klasë – sistemi i vjetër)	M	33	8.9
	F	25	6.8
Shkolla fillore (klasa 1 – 5 – sistemi i ri)	M	5	1.3
	F	4	1.1
Shkolla e mesme e ulët (klasa 6 – 9)	M	16	4.3
	F	7	1.9
Shkolla e mesme e lartë (klasa 10 – 13)	M	123	33.2
	F	83	22.4
Shkolla e lartë	M	14	3.8
	F	6	1.6
Fakulteti	M	21	5.7
	F	0	0
TOTAL	M	277	61.4
	F	143	38.6
		370	100

Nga të gjithë pjesëmarrësit, 9% (N=33) ishin të paarsimuar, 15.7% (N = 58) ishin me arsimim fillor (8 klasë – sistemi i vjetër), 2.4% (N=9) ishin me arsimim fillor (klasa 1 – 5 - sistemi i ri), 6.2% (N=23) ishin me arsimim të mesëm të ulët (klasa 6 - 9), 55.6% (N=206) ishin me arsimim të mesëm të lartë (klasa 10 - 13), 5.4% (N = 20) ishin me arsimim të lartë, dhe 5.7% (N=21) ishin me fakultet. Ka pasur dallime jo-signifikante në shpërndarjen e edukimit të pjesëmarrësve me $p = 0.116$ ($p > 0.005$). Poashtu, nuk kishte dallim signifikant sa i përket edukimit në mes të meshkujve dhe femrave me $p = 0.3944$ ($p > 0.005$) (Tabela 4).

Tabela 5 – Profesioni

Profesioni	TOTAL	
	Nr.	%
Arsimtar	2	0.6
Ekonomist	4	1.1
Tek. Informatik	2	0.6
Automekanik	2	0.6
Elektracist	5	1.3
Punëtor	28	7.6
Student	1	0.3
Bujk	33	8.9
Kamarier	1	0.3
Tregëtar/Shitës	10	2.7
Parukiere	2	0.6
Higjieniste	4	1.1
TOTAL	95	25.7

Sa i profesionit që ushtronin, (Tabela 5), 95 (25.7%) pjesëmarrës ushtronin profesionin e tyre në lëmi të ndryshme: arsimtar ishin 2 (0.6%); ekonomist ishin 4 (1.1%); teknik të informatikës ishin 2 (0.6%); automekanik ishin 2 (0.6%); elektracist ishin 5 (1.3%); punëtorë në lëmi të ndryshme ishin 28 (7.6%); student ishte 1 (0.3%); bujk ishin 33 (8.9%); kamarier ishte 1 (0.3%); tregëtar/shitës ishin 10 (2.7%); parukiere ishin 2 (0.6%); dhe higjieniste ishin 4 (1.1%).

Tabela 6 - Statusi martesor

Statusi martesor	TOTAL			
	Nr.	%	Nr.	%
Begar/e	158	42.7	158	42.7
I/e martuar	160	43.2	212	57.3
Bashkëjetojnë	1	0.3		
I/e shkurorëzuar	17	4.6		
I/e ndarë	9	2.4		
I/e vejë	25	6.8		
TOTAL	370	100	370	100

Në lidhje me statusin martesor (Tabela 6), nga pjesëmarrësit beqarë kanë qenë 42.7% (N=158), të martuar kanë qenë 43.2% (N=160), në bashkëjetesë kanë qenë 0.3% (N=1), të shkurorëzuar/të ndarë kanë qenë 7% (N=26), si dhe të vejë kanë qenë 6.8% (N=25) pjesëmarrës.

Tabela 7 - A keni fëmijë?

A keni fëmijë		TOTAL	
		Nr.	%
JO		37	17.5
PO		175	82.5
PO	M	102	44.0
	F	130	56.0

Nisur nga statusi martesor i 212 pjesëmarrësve (Tabela 6 dhe 7), ne shohim edhe numrin e anëtarëve në familjen e tyre të ngushtë (bashkëshortët dhe fëmijët). Nga kjo rezulton se 17.5% (N=37) pjesëmarrës nuk kanë fëmijë, ndërsa 82.5% (N=175) kanë fëmijë, 102 (44%) djem dhe 130 (56%) vajza.

Tabela 8 - Niveli i edukimit të bashkëshortit/es

Niveli i edukimit të bashkëshortit/es		TOTAL	
		Nr.	%
Nuk ka shkollim të përfunduar	M	11	5.2
	F	7	3.3
Shkolla fillore (8 klasë – sistemi i vjeter)	M	28	13.2
	F	32	15.1
Shkolla fillore (klasa 1 – 5 – sistemi i ri)	M	2	0.9
	F	2	0.9
Shkolla e mesme e ulët (klasa 6 – 9)	M	25	11.8
	F	13	6.1
Shkolla e mesme e lartë (klasa 10 – 13)	M	46	21.8
	F	29	13.8
Shkolla e lartë	M	6	2.8
	F	7	3.3
Fakulteti	M	2	0.9
	F	2	0.9
TOTAL	M	120	56.6
	F	92	43.4
		212	100

Sipas nivelit të edukimit të bashkëshortit/es, pjesëmarrësit kanë raportuar se 8.5% (N=19) ishin të paarsimuar, 28.3% (N=60) ishin me arsimim fillor (8 klasë – sistemi i vjeter), 1.8% (N=4) ishin me arsimim fillor të ulët (klasa 1 - 5 – sistemi i ri), 17.9% (N=38) ishin me arsimim të mesëm të ulët (klasa 6 - 9), 35.6% (N=75) ishin me arsimim të mesëm të lartë (klasa 10 - 13), 6.1% (N=13) ishin me arsimim të lartë, dhe 1.8% (N=4) ishin me fakultet. Ka pasur dallime jo-signifikante në shpërndarjen e edukimit të bashkëshortëve $p=0.235$ ($p > 0.005$). Poashtu, kishte dallim jo-signifikant tek bashkëshortët sa i përket edhe edukimit në mes të meshkujve dhe femrave $p=0.310$ ($p>0.005$) (Tabela 8).

Tabela 9 – Profesioni i bashkëshortit/es

Profesioni i bashkëshortit/es	TOTAL	
	Nr.	%
Nëpunës	4	1.9
Arsimtar/e	2	0.9
Ekonomist	8	3.8
Infermier	1	0.5
Automekanik	4	1.9
Punëtor	11	5.2
Bujk	6	2.8
Kuzhinier/Kamarier	1	0.5
Tregëtar/Shitës	13	6.1
Edukatore	1	0.5
Rrobaqepëse	3	1.4
TOTAL	54	25.5

Sa i përket profesionit të bashkëshortit/es (tabela 9), shohim se 54 (25.5%) bashkëshortë/e ushtronin profesionin e tyre në lëmi të ndryshme: nëpunës ishin 4 (1.9%), arsimtarë ishin 2 (0.9%); ekonomistë ishin 8 (3.7%); infermierë ishte 1 (0.5%); automekanikë ishin 4 (1.9%); punëtorë ishin 11 (5.2%); bujk ishin 6 (2.8%); kuzhinier/kamarier ishte 1 (0.5%); tregëtar/shitës ishin 13 (6.1%); edukatore ishte 1 (0.5%); dhe rrobaqepëse ishin 3 (1.4%).

Tabela 10 - Kush vendos në familje?

Kush vendos në familje		TOTAL	
		Nr.	%
Babai		129	34.9
Nëna		52	14.1
Motra		19	5.2
Vëllai		29	7.8
Gjyshi		5	1.3
Gjyshja		2	0.5
Axehallarët		4	1.1
Hallat		10	2.7
Tjetër	Vetë (Bashkëshorti/ja)	103	27.8
	Kujdestarët	1	0.3
	Djali / Vajza	16	4.3
TOTAL		370	100

Se kush vendos në familje, 129 (34.9%) pjesëmarrës u deklaruan se vendos babai, përderi sa 52 (14.1%) pjesëmarrës u deklaruan për nënën. E vecantë tjetër këtu ishin vet bashkëshortët që vendosnin në familjet e tyre, ku për këtë janë deklaruar 103 (27.8%) pjesëmarrës, ndërsa 86 (23.4%) pjesëmarrës u deklaruan për motrën, vëllanë, gjyshin apo gjyshen, axhallarët apo hallat, dhe djalin apo vajzën (Tabela 10).

Tabela 11 - Me cilin person në familje jeni më shumë i/e lidhur?

Me cilin person në familje jeni më shumë i lidhur		TOTAL	
		Nr.	%
Babai		45	12.2
Nëna		101	27.3
Motra		45	12.2
Vëllai		53	14.3
Hallat		2	0.5
Tjetër	Vetë (Bashkëshorti/ja)	95	25.7
	Kujdestarët	1	0.3
	Djali / Vajza	28	7.5
TOTAL		370	100

Se me cilin person në familje jeni më shumë i/e lidhur, 101 (27.3%) pjesëmarrës u deklaruan për nënën, përderisa 45 (12.2%) nga ata u deklaruan për babanë. Për 95 (25.7) pjesëmarrës lidhshmëria ishte në mes të bashkëshortëve, ndërsa 129 (34.8%) pjesëmarrës u deklaruan për motrën, vëllanë, gjyshin apo gjyshen, axhallarët apo hallat, dhe djalin apo vajzën (Tabela 11).

Tabela 12 - A jeni i punësuar?

A jeni i punësuar	TOTAL	
	Nr.	%
JO	289	78.1
PO	81	21.9
TOTAL	370	100

289 (78.1%) e subjekteve në studim deklaruan se ishin të papunë, ndërsa 81 (21.9%) deklaruan se punonin, gjë që kjo paraqet një gjendje ekonomike të keqe ose shumë të keqe të subjekteve (Tabela 12).

Vetëm 1 (0.3%) subjekt në studim jetonte i vetëm, kurse pjesa tjetër e subjekteve jetonin me familjen. Sipas deklarimeve, shohim se asnjë subjekt nuk jeton i vetëm në familje. Madhësia mesatare e familjes (midis subjekteve që jetonin në familje) ishte 5.2 persona. Numri minimal i anëtarëve të familjes (midis subjekteve që jetonin në familje) ishte 2 ndërsa numri maksimal ishte >10 (8 raste). Sipas deklarimeve, shohim se 9 (2.4%) pjesëmarrës kishin vetëm nga një anëtar në familjen e tyre, 63 (17%) pjesëmarrës kishin familjen me nga 2 – 3 anëtarë, tek 151 (40.8%) pjesëmarrës, familja përbëhej nga 4 – 5 anëtar, tek 139 (37.6%) pjesëmarrës familja përbëhej nga 6 – 10 anëtarë, ndërsa tek 8 (2.2%) anëtarë familja përbëhej nga >10 anëtarë (Tabela 13).

Tabela 13 - Numri i anëtarëve/për familje dhe gjinia e familjarëve

Numri i anëtarëve dhe gjinia e familjarëve																
Qyteti		1 anëtar			2 – 3 anëtar			4 – 5 anëtar			6 - 10 anëtar			> 10 anëtar		
		Nr. Familjeve	M	F	Nr. Familjeve	M	F	Nr. Familjeve	M	F	Nr. Familjeve	M	F	Nr. Familjeve	M	F
Prishtinë	Nr	-	-	-	7	7	7	49	98	119	35	112	161	-	-	-
	%	-	-	-	1.9			13.2			9.5			-	-	-
Gjilan	Nr.	6	2	4	16	20	18	30	64	64	24	96	68	8	36	56
	%	1.6			4.3			8.1			6.5			2.2		
Pejë	Nr.	2	1	1	21	22	36	34	75	82	38	127	133	-	-	-
	%	0.5			5.7			9.2			10.3			-	-	-
Gjakovë	Nr.	1		1	19	21	30	38	101	71	42	131	150	-	-	-
	%	0.3			5.1			10.3			11.3			-	-	-
TOTAL	Nr.	9	3	6	63	70	91	151	338	336	139	466	512	8	36	56
	%	2.4	9 anëtar		17.0	161 anëtar		40.8	674 anëtar		37.6	978 anëtar		2.2	92 anëtar	
		1914														

Tabela 14 - Burimet e të ardhurave në familje

Burimet e të ardhurave në familje	TOTAL	
	Nr.	%
Pagë - Sektori publik	86	18.6
Pagë - Sektori privat	144	31.1
Pension	139	30.0
Bujqësi / Blegtori	31	6.7
Ndihma sociale	54	11.7
Ndihma (të afërm, organizata)	9	1.9
TOTAL	463	100

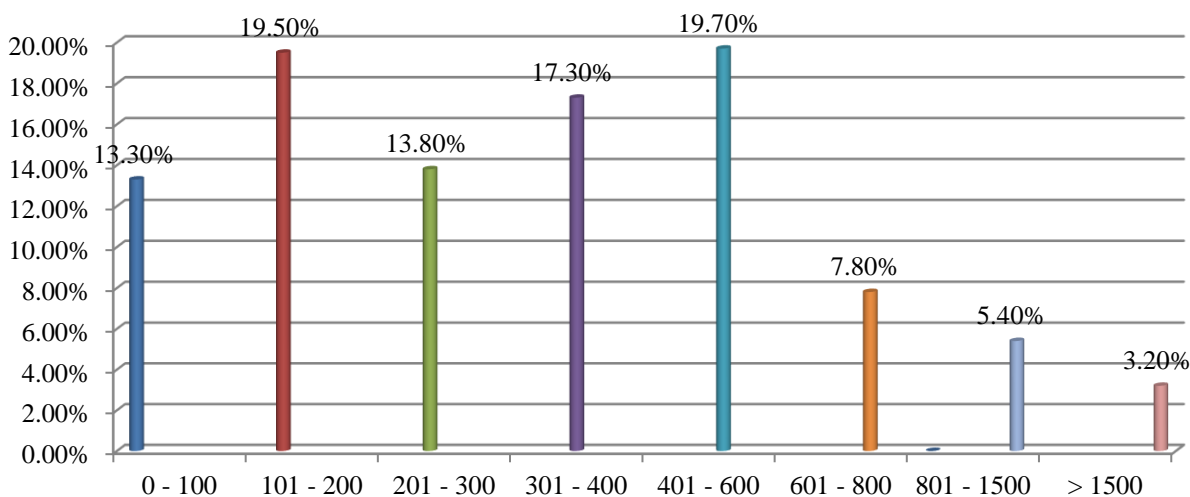
Sipas deklaramit të 289 (78.1%) pjesëmarrësve në studim ishin të papunë (Tabela 12), në gjendje ekonomike të keqe ose shumë të keqe që i përkisnin shtresës së ulët sociale. Bazuar deklaramet e

subjekteve, burimet e të ardhurave në familjet e tyre janë nga anëtarët e tjerë të familjes që janë të angazhuar në punë, si në sektorin publik apo privat, pension, bujqësi apo ndihma sociale

(Tabela 14).

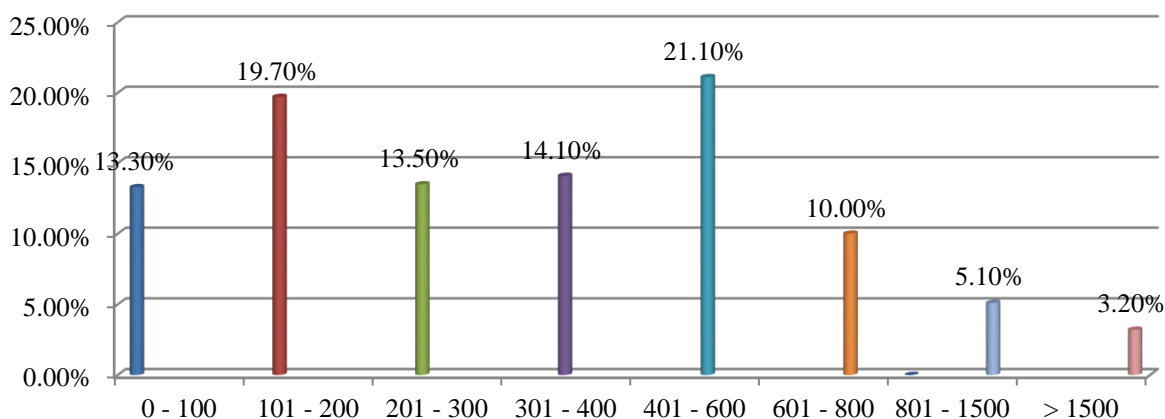
Të ardhurat mujore në familje (Grafiku 2) janë kategorizuar në inkremente me nga 100 dhe tregojnë se: me të ardhura minimale (0 - 100 euro në muaj) kanë qenë 13.3% (N=49), me të ardhura 101 - 200 euro në muaj kanë qenë 19.5% (N=72), me të ardhura 201 - 300 euro në muaj kanë qenë 13.8% (N = 51), me të ardhura 301 - 400 euro në muaj kanë qenë 17.3% (N=64), me të ardhura 401 - 600 euro në muaj kanë qenë 19.7% (N=73), me të ardhura nga 601 - 800 euro në muaj rezultojnë 7.8% (N=29), me të ardhura 801 – 1,500 euro në muaj kanë qenë 5.4% (N=20), të ndjekur nga ata me të ardhura mbi 1,500 euro në muaj që kanë qenë 3.2% (N=12).

Grafiku 2 - Të ardhurat mujore në familje



Bazuar në të ardhurat mujore që kishin familjet sipas deklarimeve të subjekteve (Grafiku 2), ne paraqesim edhe shpenzimet mujore të familjeve (Grafiku 3), të cilat janë kategorizuar përsëri në inkremente me nga 100, si: me shpenzime minimale 0 - 100 euro në muaj kanë qenë 13.3% (N=49), me shpenzime 101 - 200 euro në muaj kanë qenë 19.7% (N=73), me shpenzime 201 - 300 euro në muaj kanë qenë 13.5% (N=50), me shpenzime 301 - 400 euro në muaj kanë qenë 14.1% (N=52), me shpenzime 401 - 600 euro në muaj kanë qenë 21.1% (N=78), me shpenzime 601 - 800 euro në muaj rezultojnë 10% (N=37), me shpenzime 801 – 1,500 euro në muaj kanë qenë 5.1% (N=19), të ndjekur nga ata me shpenzime mbi 1,500 euro në muaj që kanë qenë 3.2% (N=12).

Grafiku 3 - Shpenzimet mujore në familje



Nisur nga Grafiku 2 shohim se vetëm 16.4% (N=61) e familjeve të subjekteve kanë të ardhura mbi 600 euro. Rezultatet e studimit tregojnë që shumica e këtyre subjekteve dhe familjeve të tyre në Kosovë jetojnë në pjesën më të madhe me të ardhura të cilat nuk plotësojnë kushtet optimale për jetesë.

Tabela 15 - A pini duhan?

A pini duhan		TOTAL			
		Nr.	%	Nr.	%
JO		151	10.8	151	40.8
Rrallë	1 / ditë	37	10.0	52	14.1
	1 / javë	12	3.2		
	1 / muaj	3	0.8		
PO	10 – 20 / ditë	70	18.9	167	45.1
	21 – 40 / ditë	75	20.3		
	> 40 /ditë	22	5.9		
TOTAL		370	100	370	100

Shkalla e pirjes së duhanit tek personat me skizofreni është të paktën dy apo tre herë më e lartë se sa në popullatën e përgjithshme. Bazuar në këto të dhëna, edhe në studimin tonë shohim se shkalla e konsumimit të duhanit është në rritje, pasi që 167 (45.1%) subjekte deklaruan se konsumojnë duhan rregullisht, përderi sa 52 (14.1%) kishin filluar të konsumojnë atë. Shikuar në total, 219 (59.2%) e subjekteve konsumonin duhan (Tabela 15).

Tabela 16 - A konsumoni alkool?

A pini alkool		TOTAL			
		Nr.	%	Nr.	%
JO		312	84.3	312	84.3
Rrallë	1 gotë / ditë	12	3.2%	57	15.4
	1 gotë / javë	31	8.4%		
	1 gotë / muaj	14	3.8%		
PO	1 - 5 gota /ditë	1	0.3%	1	0.3
	6 - 10 gota/ditë				
	> 10 gota/ditë				
TOTAL		370	100	370	100

Pacientët me skizofreni dhe njëherësh përdorues të alkoolit kanë më shumë gjasa që të kenë probleme sociale dhe ligjore. Gjithashtu, pacientët me skizofreni përdorues të alkoolit në krahasim me njerëzit e tjerë me skizofreni, e bëjnë më të komplikuar kursin e trajtimit. Bazuar në këto të dhëna, në studimin tonë shohim se shkalla e konsumimit të alkoolit ka tendencë rritjeje, pasi që 57 (15.4%) subjekte deklaruan se kanë filluar të konsumojnë alkoolin (Tabela 16).

Tabela 17 - A mirreni me aktivitete fizike?

A mirreni me aktivitete fizike	TOTAL	
	Nr.	%
PO	59	15.9
Rrallë	89	24.1
JO	222	60.0
TOTAL	370	100

222 (60%) subjekte deklaruan se nuk merren me aktivitete fizike, 89 (24.1%) deklaruan se merren rrallë me aktivitete fizike, ndërsa 59 (15.9%) deklaruan se merren me aktivitet fizik. Shpërndarja e këtyre karakteristikave kishte ndryshime signifikante nga ana statistikore $p=0.188$ ($P>0.005$). (Tabela 17)

Tabela 18 - A jeni konsultuar më parë tek psikiatri / psikologu

A jeni konsultuar më parë tek psikiatri / psikologu		TOTAL	
		Nr.	%
JO		37	10
PO		333	90
Nëse PO, sa herë jeni konsultuar	1 /x në javë	3	0.8
	1 /x në muaj	19	5.1
	Rregullisht	180	48.6
	Sipas nevojës	152	41.1
TOTAL		370	100

Në Tabelen 18 kemi deklaratimet e subjekteve lidhur me konsultat e bera tek psikologu apo psikiatri. Sipas deklaratimeve shohim se: 37 (10%) subjekte nuk janë konsultuar asnjëherë, ndërsa 3 (0.8%) subjekte konsultohen 1 herë në javë, 19 (5.1%) subjekte konsultohen 1 herë në muaj, 180 (48.6%) subjekte konsultohen rregullisht, ndërsa 152 (41.1%) subjekte janë deklaruar se konsultohen sipas nevojës. Ky deklaratim i subjekteve “se sipas nevojës janë paraqitur për konsulta” mund të merret si një nga kufizimet e këtij hulumtimi, pasi përgjigja lë hapësirë dyshimi dhe hapësirë për diskutime.

Tabela 19 – Konsultimet e anëtareve të familjes së ngushtë me psikiatrin / psikologun

Ndonjë anëtar i familjes tuaj të ngushtë, është konsultuar ndonjëher me psikiatrin / psikologun		TOTAL	
		Nr.	%
JO		312	84.3
PO		58	15.7
Nëse PO, sa herë jeni konsultuar	1 /x në javë		
	1 /x në muaj		
	Rregullisht	20	5.4
	Sipas nevojës	38	10.3
TOTAL		370	100

Në Tabelën 19 subjektet u deklaruan lidhur me konsultat e bëra tek psikologu apo psikiatri nga ndonjëri anëtar i familjes. Sipas deklarimeve, shohim se: 312 (84.3%) subjekte nuk janë konsultuar asnjëherë, 20 (5.4%) subjekte janë konsultuar rregullisht, ndërsa 38 (10.3%) subjekte janë deklaruar se janë konsultuar sipas nevojës. Ky deklaram i subjekteve “se sipas nevojës janë paraqitur për konsulta” mund të merret si një nga kufizimet e këtij hulumtimi, pasi përgjigja lenë hapësirë dyshimi.

4.2 Besueshmëria e brendshme e nënshkallëve të pyetësorit PNS-Q – Vetëraportues

Tabela 20 - Analizimi i pyetësorit PNS-Q - Vetëraportues

Nr.	Pyetësori PNS-Q - Vetëraportues	PO		JO	
		Gjithsej		Gjithsej	
		Nr.	%	Nr.	%
1.	Nganjëherë dëgjoj mendimet e mia brenda kokës sime.	311	84.1	59	15.9
2.	Njerëzit më thonë se toni i zërit tim nuk reflekton ndjenjat e mia të vërteta.	221	59.7	149	40.3
3.	Mendimet e mia shpesh ndërpriten.	263	71.1	107	28.9
4.	Unë besoj së të tjerët janë në gjendje të lexojnë mendimet e mia.	196	53.0	174	47.0
5.	Shpesh, unë nuk bëj asgjë.	267	72.2	103	27.8
6.	Ndjej se energjia ime seksuale është zvogëluar.	234	63.2	136	36.8
7.	Shpesh përsëris fjalitë e njëjta.	234	63.2	136	36.8
8.	Gjatë kryerjës së gjërave, unë kam probleme të koncentrohem.	271	73.2	99	26.8
9.	Kam ide të mira, por kam probleme për t'u fokusuar në to.	268	72.4	102	27.6
10.	Dëgjoj zëra brenda kokës sime.	268	72.4	102	27.6
11.	Njerëzit nganjëherë nuk e kuptojnë pse jam i lumtur ose i mërzitur.	259	70	111	30
12.	Shpesh mendojë për krijesat jashtë hapësirës që duan të pushtojnë tokën.	173	46.8	197	53.2
13.	Zakonisht nuk shpreh ndjenjat e mia në mënyrë të dukshme.	264	71.3	106	28.7
14.	Shpesh ndihem i zemëruar pa ndonjë nxitje.	266	71.9	104	28.1
15.	Kur njerëzit më bëjnë pyetje, unë nuk mund të gjejë fuqinë që të përgjigjem.	245	66.2	125	33.8
16.	Njerëzit më thonë se idetë e mia janë të pa-organizuara dhe të paqarta.	205	55.4	165	44.6
17.	Nganjëherë vetëm shikoj.	287	77.6	83	22.4
18.	Kur unë shoh ndonjë film gazmor, dukem i mërzitur.	184	49.7	186	50.3
19.	Kam problem në mbajtjen e kontaktit me sy me të tjerët.	214	57.8	156	42.2
20.	Nganjëherë dëgjoj zëra që thonë gjëra të mira ose të këqija për mua.	261	70.5	109	29.5
21.	Prirem të jem jo-aktiv.	226	61.1	144	38.9

22.	Energjia ime seksuale është më e pakët se në të kaluarën.	245	66.2	125	33.8
23.	Pranoj mesazhe sekrete nga TV ose radio.	167	45.1	203	54.9
24.	Kam problem në koncentrim.	229	61.9	141	38.1
25.	Rrobat e mia janë të pa pastërta.	139	37.6	231	62.4
26.	Disa herë kamë parë gjëra që të tjerët nuk mund t'i shohin.	270	73.0	100	27.0
27.	Të folurit tim nuk është i organizuar dhe shpesh e ndërroj një temë me një tjetër.	237	64.1	134	35.9
28.	Çrregullimi im mendor ka një domethenie të vecantë filozofike.	202	54.6	168	45.4
29.	Shpesh qeshem pa ndonjë arsye.	239	64.6	131	35.4
30.	Kam vështirësi për të qëndruar në një vend.	255	68.9	115	31.1
31.	Kur të tjerët qeshen me batutat në TV, unë zakonisht nuk qeshi.	175	47.3	195	52.7
32.	Kam probleme që të mendoj logjikisht sic kam menduar dikur.	274	74.1	96	25.9
33.	Nuk mund të jem i kënaqur apo entuziast për gjërat të ndryshme.	272	73.5	98	26.5
34.	Njerëzit më thonë së të folurit tim është i pasaktë dhe i paqartë.	204	55.1	166	44.9
35.	Ndjehem i distancuar nga të gjithë njerëzit.	232	62.7	138	37.3
36.	Kam vështirësi në kryerjen e ndonjë pune.	228	61.6	142	38.4
37.	Nganjëherë shikoj gjërat me shumë hollësi, pastaj humb shtegun e mendimeve të mia.	245	66.2	125	33.8
38.	Preferoj të jem vetëm.	236	63.8	134	36.2
39.	Nganjëherë pranoj urdhëra nga zërat që më transmetohen.	180	48.6	190	51.4
40.	Kam problem në koncentrim gjatë leximit.	262	70.8	108	29.2
41.	Kam kryer një mëkat dhe kjo është e pafalshme.	113	30.5	257	69.5
42.	Medikamentet të cilat unë i marrë kanë fuqi të vecanta.	253	68.4	117	31.6
43.	Po të varej nga unë, shumë rrallë do t'i ndërroja rrobat e mia.	163	44.1	207	55.9
44.	Nganjëherë njerëzit shumë lehtë më mërzisin.	276	74.6	94	25.4
45.	Nganjëherë futem në probleme për shkak të sjelljeve të mia seksuale.	113	30.5	257	69.5
46.	Shpesh nuk e di se çfarë jam duke ndier.	274	74.1	96	25.9

47.	Njerëzit kanë vështirësi për të kuptuar të folurit tim.	182	49.2	188	50.8
48.	Shpesh nuk di të përgjigjem në pyetje.	214	57.8	156	42.2
49.	Nganjëherë qeshem shkak i zërave që i dëgjoj.	221	59.7	149	40.3
50.	Njerëzit mund të thonë se nuk jam i interesuar në shumë gjëra.	237	64.1	133	35.9
51.	Njerëzit thonë se dukem i "ngrirë".	219	59.2	151	40.8
52.	Njerëzit thonë se jam i vetmuar.	225	60.8	145	39.2
53.	Kur njerëzit më bëjnë pyetje, unë u përgjigjem atyre vetëm pas një vonese të konsiderueshme.	241	65.1	129	34.9
54.	Kur i dëgjoj të tjerët, nganjëherë e humb shtegun e mendimeve të mia.	253	68.4	117	31.6
55.	Të tjerët thonë se trupi im kundërmon.	140	37.8	230	62.2
56.	Disa individë në njësi janë në fakt punëtorë të FBI-së.	89	24.1	281	75.9
57.	Nuk kam miq.	164	44.3	206	55.7
58.	Nganjëherë nuk mund të kryej një fjali që e kam filluar.	218	58.9	152	41.1
59.	Të tjerët thonë se nuk jam i vëmendshëm ndaj rrethanave të mia.	221	59.7	149	40.3
60.	Të tjerët thonë se shpërndaj aromë kundërmuese.	127	34.3	243	65.7
61.	Nganjëherë dëgjoj zëra të çuditshëm.	223	60.3	147	39.7
62.	Kam vështirësi për të filluar bisedë më njerëz të tjerë.	220	59.5	150	40.5
63.	Njerëzit transmetojnë mendime brenda kokës sime.	201	54.3	169	45.7
64.	Njerëz nga hapësira kontrollojnë mendimet e mia.	172	46.5	198	53.5
65.	Të tjerët thonë se rrobat e mia janë të papastërta.	169	45.7	211	54.3
66.	Nëse do të isha ftuar në një aheng, do të shkoja atje.	234	63.2	136	36.8
67.	Kam vështirësi për të shpjeguar vetën time.	271	73.2	99	26.7
68.	Nganjëherë të tjerët nuk e kuptojnë të qeshurën time	253	68.4	117	31.6

Tabela 21 - Besueshmëria e brendshme e nënshkallëve të pyetësorit PNS-Q - Vetëraportues

Shkallët Pozitive	N	%
P1 - Halucinacione	262	70.8
P2 - Iluzione	174	47.0
P3 - Çrregullim mendor,	208	56.2
P4 - I çuditshëm / sjellje të çorganizuar	240	64.9
P5 - I papërshtatshëm të ndikojë	231	62.4
Shuma Pozitive:	223	60.3

Shkallët Negative	N	%
N1 – I kufizuar të ndikojë	234	63.2
N2 – Alogia / të folurit e reduktuar	231	62.4
N3 – Avolition / apatia	209	56.5
N4 – Asocial / anhedonia	224	60.5
N5 - Vëmendje e reduktuar	247	66.7
Shuma Negative:	229	61.9

Për të testuar besueshmërinë e brendshme të nënshkallëve të pyetësorit PNS-Q – Vetëraportues, analiza e besueshmërisë ishte e drejtuar për të dy nënshkallët: pozitive dhe negative (shih tabelën nr.20 dhe nr.21). Konsistenca e brendshme bazohet në mesataren e ndër-pikave të korrelacionit. Pyetësori shfaq qëndrueshmëri të lartë të brendshme për të dy nënshkallët: pozitive me 60.3% dhe negative me 61.9%.

4.3 Besueshmërinë e brendshme e nënshkallëve të pyetësorit PNS-Q – Për anëtarin e familjes

Tabela 22 - Analizimi i pyetësorit PNS-Q – Për anëtarin e familjes

Nr.	Pyetësori PNS-Q - Për anëtarin e familjes	PO		JO	
		Gjithsej		Gjithsej	
		Nr.	%	Nr.	%
1.	Nganjëherë ai/ajo dëgjon mendimet e tij/saj brenda kokës së tij/saj.	303	81.9	68	18.1
2.	Njerëzit i thonë atij/asaj se toni i zërit të tyre nuk reflekton ndjenjat e tij/saj të vërteta.	228	61.6	142	38.4
3.	Mendimet e tij/saj ndërprehen shpeshë.	258	69.7	112	30.3
4.	Ai/ajo beson se të tjerët janë në gjendje të lexojnë mendimet e tyre.	217	58.6	153	41.4
5.	Shpesh, ai/ajo nuk bëjnë asgjë.	261	70.5	109	29.5
6.	Ai/Ajo ndjen se energjia seksuale i është zvogëluar.	243	65.7	127	34.3
7.	Ai/Ajo shpesh përsëritë fjalitë e njëjta.	234	63.2	136	36.8
8.	Ai/Ajo ka problem në koncentrim gjatë kryerjes së ndonjë pune.	273	73.8	97	26.2
9.	Ai/Ajo ka ide të mira, por ai/ajo ka probleme për t'u fokusuar në to.	284	76.8	86	23.2
10.	Ai/Ajo dëgjon zëra brenda kokës së tij/saj.	277	74.9	93	25.1
11.	Njerëzit nganjëherë nuk mund të kuptojnë se pse ai/ajo janë të lumtur apo të mërzitur.	273	73.8	97	26.2
12.	Ai/Ajo shpesh mendon për krijesat nga hapësira që duan ta pushtojnë planetin e tokës.	161	43.5	209	56.5
13.	Ai/Ajo zakonisht nuk i shfaq ndjenjat e tij/saj.	282	76.2	88	23.8
14.	Ai/Ajo shpesh ndihet i zemëruar dhe bërtet pa ndonjë nxitje.	270	73.0	100	27.0
15.	Kur njerëzit bëjnë pyetje, ai/ajo nuk mund të gjejë forcën për t'u përgjigjur.	252	68.1	118	31.9
16.	Njerëzit u thonë atyre se idetë e tij/saj janë të pa-organizuara ose të hutuara.	223	60.3	147	39.7
17.	Nganjëherë ai/ajo vetëm shikon.	288	77.8	82	22.2
18.	Kur ai/ajo shikon një film gazmor, nganjëherë ata duken të mërzitur.	213	57.6	157	42.4
19.	Ai/Ajo ka vështirësi për të mbajtur kontaktin me sy me të tjerët.	230	62.2	140	37.8

20.	Ai/Ajo raporton për zërat që thonë gjëra të këqija ose të mira ndaj atij/asaj.	250	67.6	120	32.4
21.	Ai/ajo priret të jetë jo-aktiv/e.	235	63.5	135	36.5
22.	Energjia seksuale e tij/saj është më e vogël se sa në të kaluarën.	251	67.8	119	32.2
23.	Ai/Ajo raporton të ketë pranuar mesazhe sekrete nga TV ose radio.	158	42.7	212	57.3
24.	Ai/Ajo kanë problem në koncentrim.	244	65.9	126	34.1
25.	Rrobat e tij/saj janë të pa-papastërta.	148	40.0	222	60.0
26.	Nganjëherë ai/ajo kanë raportuar të kenë parë gjëra që të tjerët nuk mund të shohin.	255	68.9	115	31.1
27.	Gjatë të folurit, të folurit e tij/saj është i pa-organizuar.	226	61.1	145	38.9
28.	Ai/Ajo raporton se crregullimet mendore të tij/saj kanë një kuptim të vecantë filozofik	186	50.3	184	49.7
29.	Ai/Ajo shpesh qeshë pa ndonjë arsye.	246	66.5	124	33.5
30.	Ai/Ajo kanë vështirësi për të qëndruar në një vend.	264	71.3	106	28.7
31.	Kur të tjerët qeshen me batuta në TV, ai/ajo zakonisht nuk e bëjnë këtë.	175	47.3	195	52.7
32.	Ai/Ajo ka vështirësi për të menduar logjikisht siq ka bërë më parë.	286	77.3	84	22.7
33.	Ai/Ajo nuk duken të jenë të kënaqur ose entuziast për gjërat.	272	73.5	98	26.5
34.	Njerëzit thonë se të folurit e tij/saj është i pasaktë dhe i paqartë.	211	57.0	159	43.
35.	Ai/Ajo ndihet i/e distancuar nga të gjithë njerëzit.	243	65.7	127	34.3
36.	Ai/Ajo nganjëherë ka vështirësi në kryejren e punës së tij/saj.	254	68.6	116	31.4
37.	Nganjëherë ai/ajo shikon tepër hollësitë dhe humb shtegun e të menduarit të tij/saj.	261	70.5	109	29.5
38.	Ai/Ajo preferon të jetë vetëm.	226	61.1	144	38.9
39.	Nganjëherë ai/ajo pranon urdhëra nga zërat.	193	52.2	177	47.8
40.	Ai/Ajo ka probleme në koncentrim gjatë leximit.	272	73.5	98	26.5
41.	Ai/Ajo ndjen se ai/ajo ka kryer një mëkat që është i pafalshëm.	115	31.1	255	68.9
42.	Medikamentet që ai/ajo i merr kanë fuqi të vecanta.	250	67.6	120	32.4
43.	Nëse do të varej nga ai/ajo, si/ajo shumë rallë do t'i ndërronte rrobat e tij/saj.	157	42.4	213	57.6
44.	Ai/Ajo nganjëherë shumë lehtë merziten nga njerëzit.	277	74.9	93	25.1

45.	Nganjëherë ai/ajo futet në probleme shkaku i sjelljes së tij/saj seksuale.	150	40.5	220	59.5
46.	Ai/ajo shpesh nuk e di se çfarë ai/ajo është duke ndier.	253	68.4	117	31.6
47.	Njerëzit kanë vështirësi për të kuptuar të folurit e tij/saj.	195	52.7	175	47.3
48.	Ai/ajo shpesh nuk di se si të përgjigjet gjatë pyetjeve.	220	59.5	150	40.5
49.	Nganjëherë ai/ajo buzëqesh për shkak të zërave që ai/ajo dëgjon.	227	61.3	143	38.7
50.	Njerëzit mund të thonë si ai/ajo nuk është i/e interesuar në shumë gjëra.	249	67.3	121	32.7
51.	Njerëzit thonë se ai/ajo duket i/e ngrirë".	226	61.1	144	38.9
52.	Njerëzit mund të thonë se ai/ajo është i/e vetmuar.	238	64.3	132	35.7
53.	Kur ai/ajo pyetët nga njerëzit, ai/ajo iu përgjigjet atyre vetëm pas një vonese të konsiderueshme.	219	59.2	151	40.8
54.	Kur ai/ajo dëgjon të tjerët, ai/ajo nganjëherë e humbasin shtegun e mendimeve.	255	68.9	115	31.1
55.	Të tjerët thonë se aroma e trupit të tij/saj kundërmon.	140	37.8	230	62.2
56.	Nganjëherë ai/ajo beson se individët në njësi janë në fakt punëtorë të FBI-së.	87	23.5	283	76.5
57.	Ai/ajo nuk ka miq.	189	51.1	181	48.9
58.	Nganjëherë ai/ajo nuk mund të përfundojnë një fjali që e ka filluar.	219	59.2	151	40.8
59.	Të tjerët thonë se ai/ajo nuk janë të vëmendshëm me rrethanat e tij/saj.	222	60.0	148	40.0
60.	Të tjerët thonë se ai/ajo shpërndanë aroma të këqija për rreth.	121	32.7	249	67.3
61.	Nganjëherë ai/ajo dëgjon zëra të cuditshëm.	219	59.2	151	40.8
62.	Ai/ajo ka probleme për të filluar një bisedë me njerëz të tjerë.	227	61.4	143	38.6
63.	Ai/ajo raporton që njerëzit transmetojnë mendime brenda kokës së tij/saj.	213	57.6	157	42.4
64.	Ai/ajo raporton që njëz nga hapësira kontrollojnë mendimet e tij/saj.	200	54.1	170	45.9
65.	Të tjerët thonë se rrobat e tij/saj nuk janë të pastërta.	166	44.9	204	55.1
66.	Nëse ai/ajo do të ftoheshin në një aheng. Ai/ajo do të shkonte aty.	243	65.7	127	34.3
67.	Ai/ajo ka vështirësi për të shpjeguar vetën.	277	74.9	93	25.1
68.	Nganjëherë të tjerët nuk e kuptojnë të qeshurën e tij/saj.	255	68.9	115	31.1

Tabela 23 - Besueshmëria e brendshme e nënshkallëve të pyetësorit PNS-Q – Për anëtarin e familjes

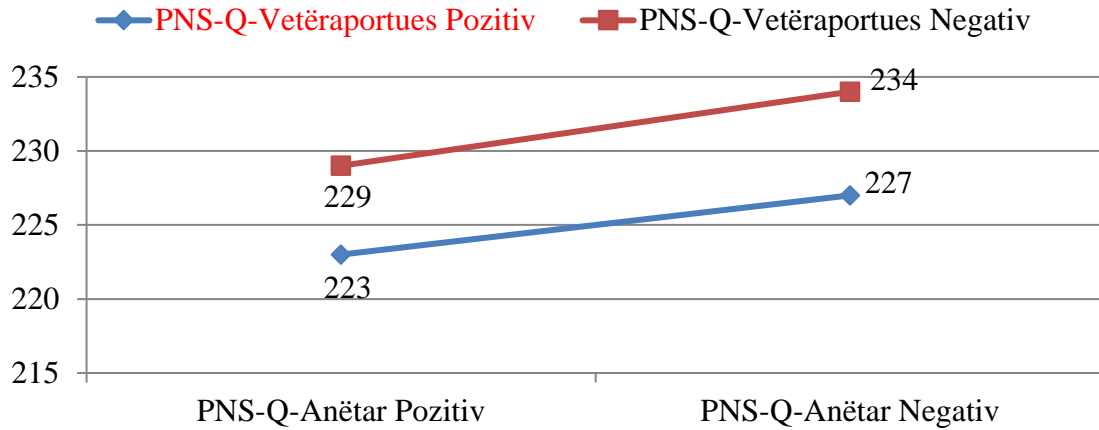
Shkallët Pozitive	N	%
P1 - Halucinacione	250	67.6
P2 - Iluzione	177	47.8
P3 - Çregullim mendor,	216	58.4
P4 - I çuditshëm / sjellje të çorganizuar	249	67.3
P5 - I papërshtatshëm të ndikojë	243	65.7
Shuma Pozitive:	227	61.4

Shkallët Negative	N	%
N1 – I kufizuar të ndikojë	238	64.3
N2 – Alogia / të folurit e reduktuar	230	62.2
N3 – Avolition / apatia	214	57.8
N4 – Asocial / anhedonia	233	63.0
N5 - Vëmendje e reduktuar	255	68.9
Shuma Negative:	234	63.2

Për të testuar besueshmërinë e brendshme të nënshkallëve të pyetësorit PNS-Q – Për anëtarin e familjes, analiza e besueshmërisë ishte e drejtuar për të dy nënshkallët: pozitive dhe negative (shih Tabelën 22 dhe 23). Konsistenca e brendshme bazohet në mesataren e ndër-pikave të korrelacionit. Pyetësi shfaqë signifikancë të lartë të brendshme për të dy nënshkallët: pozitive me 61.4% dhe negative me 63.2%.

Për të testuar pyetjen kërkimore që ka apo jo mospërputhje në mes të PNS-Q-Vetëraportues dhe PNS-Q-Për anëtarin e familjes, është realizuar analiza (shih Grafikon 4). PNS-Q-Vetëraportues dhe PNS-Q-Për anëtarin e familjes janë të lidhur mes veti në mënyrë signifikante nënshkallët me simptomat pozitive, dhe nënshkallët me simptoma negative. Kështu, pyetësorët nuk diferencohen midis nënshkallëve të ndryshme $p = 0.024$ ($p < 0.05$).

Grafiku 4 - Korrelacionet ndërmjet PNS-Q-Vetëraportues dhe shkallët e tjera



Për të parë dhe njohur për së afërmi që mungesa e njohurive do të jetë më e madhe për simptomat negative se sa për simptomat pozitive, është kryer një çiftëzim në mostrat me t-test (shih Tabelën 24). Gjetjet tregojnë se ka një dallim të rëndësishëm statistikor në mes të dy pyetësorëve në nënshkallët pozitive 2 (P2) $p = 0.200$ ($p > 0.05$), duke treguar se simptomat e iluzionet nuk janë të mprehta (të thella) tek pacientët. Në lidhje me nënshkallët negative, rezultatet tregojnë një dallim signifikant statistikor në mes të pyetësorëve në nënshkallët negative 3 (N3) $p = 0.023$ ($p < 0.05$), duke treguar se simptomat e apatisë nuk janë të mprehta (të thella) tek pacientët në krahasim me mostrën e anëtarëve të familjes.

Tabela 24 – Analiza statistikore për PNS-Q – Vetëraportues dhe PNS-Q – Për anëtarin e familjes

SHKALLËT		PNS-Q – Vetëraportues	PNS-Q – Për anëtarin e familjes
		N	N
Pozitive	P1 - Halucinacione	250	250
	P2 - Iluzione	177	177
	P3 - Çregullim mendor,	216	216
	P4 - I çuditshëm / sjellje të çorganizuar	249	249
	P5 - I papërshtatshëm të ndikojë	243	243
Negative	N1 – I kufizuar të ndikojë	238	238
	N2 – Alogia / të folurit e reduktuar	230	230
	N3 – Avolition / apatia	214	214
	N4 – Asocial / anhedonia	233	233
	N5 - Vëmendje e reduktuar	255	255

Bazuar në analizën midis PNS-Q-Vetëraportues dhe PNS-Q-Për anëtarin e familjes, një masë e vetë-perceptimit prej simptomave, ishte e lartë për simptomat pozitive dhe negative (shih grafikun 4).

V. DISKUTIME

Rishikimi i literaturës ndërkombëtare dhe kombëtare dhe gjetjet e studimit tonë ofruan një pasqyrë të qartë mbi rolin e familjes dhe të shoqërisë në përkeqësimin apo rehabilitimin e pacientëve me skizofreni. Për më tepër, të dhënat e disponueshme na lejuan të realizojmë vlerësimin e situatës faktike të personave me skizofreni dhe ndikimin e familjes dhe shoqërisë në mbështetje të kësaj kategorie. Gjendja aktuale shëndetësore në Kosovë është diskutuar në kuadrin e tendencave të politikave shëndetësore, arsimore, dhe sociale në Kosovë.

Strategjia Sektoriale e Shëndetësisë për periudhën 2014 - 2020 dhe Strategjia e Shëndetit Mendor të Kosovës për periudhën 2008 - 2013, ofrojnë informacione lidhur me efektivitetin e ndihmës për reduktimin e problemeve që ka hasur kjo skemë deri tani. Sipas këtij dokumenti, skema e ndihmës ka vështirësi në identifikimin e rasteve të reja për shkak të mungesës së regjistrimit dhe mosparaqitjes së tyre nga ana e familjes, duke shkaktuar një problematikë të madhe dhe përkeqësimin e vetë individit të sëmurë.

Ky studim është realizuar me pjesëmarrës të përzgjedhur në mënyrë vullnetare gjatë vizitave të tyre në institucionet përkatëse shëndetësore. Ashtu si e parasheh edhe grupmosha e prevalencës më të lartë të skizofrenisë, mosha mesatare e pjesëmarrësve ishte 41.1 vjeç.

Mosha mesatare e pjesëmarrësve në studim ishte 41.1, ku 61.4% ishin meshkuj dhe 38.6% femra. Shumë studime më parë nuk kanë cekur ndonjë dallim signifikant në prevalencën e skizofrenisë tek femrat dhe tek meshkujt. Mirëpo, ishte Lewine et al. (1984) i pari që theksoi se aplikimi i kriterëve strikte për diagnostifikim shkaktonte që numri i femrave të cilat nuk diagnostifikohen me skizofreni të jetë më i lartë. Kjo u vërtetua edhe përmes studimit të Castle et al. (1993), i cili u realizua mbi një mostër të pacientëve me një seri simptomash të psikozës joafektive, dhe gjeti se kriteret diagnostifikuese kanë një dallim signifikant në incidencën e raportuar të skizofrenisë në mes të gjinive. Me kriteret restriktive të Feighner, ai gjeti një proporcion në mes të femrave dhe meshkujve me 0.41: 1 (Castle et al., 1983). Në anën tjetër, meta-analiza e realizuar nga Aleman et al. (2003) mbi diagnostifikimin e incidencës me kriterë standarde konfirmoi se meshkujt kanë incidencë më të lartë, në proporcionin 1.42. Studimet e reja nuk kanë gjetur ndonjë dallim signifikant në prevalencë në mes të dy gjinive (Perälä et al., 2007; McGrath et al., 2008), megjithatë shumë faktorë mund të kenë ndikuar në rezultatet e tyre, përfshirë burimin e të dhënave apo numrin më të lartë të vetëvrasjeve të kryera nga meshkujt (Test et al., 1990). Studimi ynë ka gjetur prevalencë më të lartë tek meshkujt (61%), duke qenë në pajtim me hulumtimet me prevalencë të ngjashme; mirëpo duhet kujtuar mënyrën e përzgjedhjes së mostrës, e cila mund të ketë ndikuar në prevalencën e observuar.

Subjektet e intervistuar nga qyteti ishin 59.2%, ndërsa nga fshati 40.8%. Statistikisht, shohim se dallimi në rezidencën urbane ose rurale të pjesëmarrësve nuk ishte signifikant, mirëpo, kishte më shumë persona skizofrenikë që jetonin në qytet. E gjetura jonë, edhe pse jo signifikante, është në linjë me të gjeturat e studimit longitudinal të realizuar në MB, tek binjakët, lidhur me Rrezikun e Ambientit (Newbury et al., 2018). Ky studim ka përfshirë 2232 binjakë dhe ka analizuar eksperiencat e tyre psikotike deri në moshën 18 vjeçare. Studimi ka gjetur se adoleshentët e rritur në qytet kishin probabilitet më të lartë të kishin eksperiencë psikotike, dallim ky që ishte signifikant përkundër faktorëve si gjendja ekonomike, historia familjare, apo problemet me

substance narkotike. Në fakt rezidenca urbane ose rurale është temë e studimit për shumë vite, që kur Farris dhe Dunham (Farris dhe Dunham, 1939) në SHBA dhe Hare në MB (Hare, 1956) kanë dokumentuar se qendrat e organizuara kanë shkallë më të lartë të skizofrenisë. Më pas, kjo temë ka filluar të studiohet edhe për nga aspekti i jetesës në pjesë të ndryshme të një qyteti, varësisht nga lagjja. Kjo fitoi rëndësi shumë të madhe konsideruar faktin se skizofrenia është crregullim shumë-faktorësh, ku gjenet dhe faktorët e ambientit janë një rëndësi shumë të madhe dhe bashkëveprojnë mes vete (Khouri et al., 1993).

Sot, mbi 50% e populates në botë jetojnë në qytete, ndërsa deri në vitin 2050, pritet që kjo të jetë 70%. 50% e tyre jetojnë në qytete me mbi 500,000 banorë. Me rritjen e urganizimit, më shumë njerëz I kanosen rreziqeve që vijnë nga të jetuarit urban, sic janë varfëria, trafiku dhe ndotja e ambientit, stresi I rritur, dhe problemet e shëndetit mendor. Në anën tjetër qytetet ofrojnë kujdes shëndetësor më të avancuar. Prandaj, balance në mes të këtyre faktorëve është I domosdoshëm për të kuptuar ndërlydhjen në mes të qytetit dhe shëndetit mendor dhe për të marrë masa prevenuese për problemet e shëndetit mendor.

Gruebner et al. (2017) kanë realizuar një rishikim të literatures për të gjetur se rritja dhe jetesa në qytet kishte lidhshmëri me paraqitjen e skizofrenisë. Mirëpo, kjo lidhje nuk ishte domosdo kidhje shkak-pasojë, pasi të jetuarit në varfëri poashtu mund të jetë shkak I të pasurit problem mendore. Të jetuarit në izolim dhe diskriminimi në lagje të ndryshme poashtu mund të shkaktojë ngarkesë mendore. Megjithatë, rreziku për problemet si ankthi, stresi, paranoja, dhe zemërimi janë të shtuara në rastin e jetesës në qytet, si është demonstruar në studimet në Amerikën Latine dhe disa shtete Aziaktike (Prina et al., 2011; Phillips et al., 2009; Silove et al., 2014; Sharifi et al., 2015). E njëjta është vërejtur edhe për crregullimet psikotike si skizofrenia, paraqitur në studimin në Kinë (Long et al., 2014) dhe në sipërfaqet e mëdha urbane në Gjermani (Jacobi et al., 2014; Frick et al., 2013). Megjithatë, llojet e crregullimeve dallonin sipas regjionit dhe lagjes në studim.

Faktorët e rrezikut në vende urbane janë të përbashkëta dhe përfshijnë: koncentrimet me status të ulët socio-ekonomik (edukimi, të ardhurat); kapitali shoqëror i ulët (si janë mbështetja sociale, efikasiteti) ose ndarja sociale (si statusi minoritar, ose përkatësia në grupe të caktuara etnike) (Rapp et al., 2015; Honold et al., 2014; Meyer et al., 2014; Fone et al., 2014). Të jetuarit me status të ulët socio-ekonomik është faktori më i studiuar deri më tani, ku jetesa në lagje të varfëra ishte e lidhur me despresionin dhe skizofreninë (Sampson et al., 1997; Subbaraman et al., 2014; Stockdale et al., 2007). Poashtu, skizofrenia e ngritur është vërejtur pas 5 viteve jetsë në rajon urban (Pedersen dhe Mortensen, 2001).

Faktorë të tjerë fizik urban të ndërlydhura me skizofreninë janë gjetur të jenë: ndotja e ajrit (por edhe e ujit); ndotja akustike (trafiku); dizajne të caktuara urbane (si ndërtesat e gjata dhe të mëdha që mund të konsiderohen si opsive); dhe kërcënimet e tjera si aksidentet dhe dhuna, të cilat së bashku e ngrisin nivelin e stresit dhe ndikimin negative në shëndetin mendor (Rocha et al., 2012; Asgarzadeh et al., 2010; Guite et al., 2006).

Për të arritur në politika të mirëfillta që adresojnë shkakun e problemeve mendore dhe skizofrenisë dhe ndihmojnë në trajtimin e tyre, janë identifikuar këto sfida të mëtutjeshme:

1. Duhet të realizohen analiza me kohorte më të gjata në studim për të parë relacionin funksional dhe ndikimin që kanë faktorët e ambientit urban, nga aspekti social dhe ekologji, në shëndetin mendor.
2. Të analizohet lidhshmëria në mes të burimeve që ofrohen në lagje të ndryshme dhe shëndetit mendor, si janë prezenca e hapësirave me gjelbërim dhe ndikimi i tyre në dimensione të ndryshme të shëndetit mendor.
3. Të analizohen diferencat që kanë grupet e ndryshme socio-demografike në qasjen e tyre në burimet e ndryshme që kanë lagjet me status më të ulët.
4. Të bëhet ndarja e faktorëve si diskriminimi, ndarja etnike dhe ndarja sociale për të parë ndikimin e tyre në gjendjen mendore. Për më tepër, asnjëherë nuk është analizuar nëse rreziku nga sëmundjet mendore është ulur në rast se individët kanë mundësinë që të largohen nga ambienti ku jetojnë (Gruebner et al., 2017).

Besimi fetar i pjesëmarrësve ishte: 89.2% ishin të religjionit mysliman dhe 10.8% i përkisnin religjionit të krishter. Duke konsideruar religjionin prevalent në Kosovë, nuk është kërkuar korrelacion në mes të fesë muslimane dhe prevalencës së skizofrenisë. Kjo mund të jetë ndikuar edhe nga regjionet e përzgjedhura për realizimin e studimit dhe besimet fetare zotëruese në këto regjione.

Megjithatë, nëse shohim evidencën nga studimet e realizuara globalisht, shohim poashtu se religjioni duhet të analizohet në relacion me pacientët skizofrenikë, pasi të qenurit skizofrenik, nuk e heq nga personi edhe përkatësinë apo praktikat fetare. Shumë studime kanë shikuar rolin e religjionit në shfaqjen apo trajtimin e crregullimeve mendore, ndikimin në kërkimin e ndihmës nga të tjerët, kualitetin e jetës dhe ndikimin në aplikimin e terapisë. Në anën tjetër, në shumë prej studimeve, roli i religjionit është nënvlerësuar dhe minimizuar. Megjithatë, studiuesit që kanë hulumtuar ndikimin e religjionit në shëndet, kanë dokumentuar se religjioni ndikon në shëndet përmes ndikimit në sjellje, qasjes sociale (anëtarësimi në grupe të ndryshme fetare), psikologjike (besimet, etika, mendimet mbi jetën dhe vdekjen), dhe fiziologjike (praktikat fetare që kanë ndikim relaksues) (Hill dhe Pargament, 2003).

Edhe pse studimet për këtë relacion janë të pakta, shumë persona kërkojnë ndihmën e praktikuesve fetar për të larguar simptomat që përkojnë me skizofreninë (Paloutzian dhe Ellison, 1982). Madje, në disa raste, ndihma e tyre vazhdohet krahas terapisë farmaceutike (Pargament et al., 2011). Për shkak të besimeve kulturore lidhur me shkakun e skizofrenisë, në shumë shtete, lideri religjioz është adresa e parë për kërkimin e ndihmës. Në fakt, poashtu shihet se lidhja religjioze dhe shpirtërore ndikon në rezultatin e trajtimit dhe përdoret si mekanizëm ndihmues/menagjues nga personat skizofrenikë (Conrad et al., 2007).

Triveni et al. (2017) kanë realizuar një studim në nivelin terciar të kujdesit shëndetësor në Indi, me 100 pacientë skizofrenikë të moshës 18 – 60 vjeç dhe me diagnozë prej së paku dy vitesh, dhe me 50 persona të shëndoshë në grupin e kontrollit. Të gjithë pacientët ishin në gjendje klinike stabile gjatë 3 muajve të fundit. Qëllimi i studimit ishte vlerësimi i religjiozitetit dhe kualitetit të jetës së pacientëve skizofrenikë, krahasimi i tyre me grupin e kontrollit, dhe vlerësimi i lidhshmërisë në mes të religjiozitetit dhe nivelit të crregullimit psikopatologjik dhe kualitetit të

jetës. Rezultatet treguan se $\frac{3}{4}$ e pacientëve ishin me skizofreni paranoide, shumë prej pacientëve ishin duke përdorur antipsikotikë atipik, disa pacientë përdornin antipsikotikë tipik, ndërsa 1/6 e tyre përdornin antidepresantë. Kualiteti i jetës ishte më i lartë në domeinin e ambientit, pastaj në shëndetin fizik, psikologjik dhe marrëdhëniet sociale, ndërsa shëndeti i përgjithshëm nuk kishte kualitet të mirë. 99% e pacientëve deklaruan se besonin në zot. Pikët për domeinet e ndryshme të matura lidhur me devotshmërinë e tyre nuk kishin dallim signifikant me grupin e kontrollit. Në përfundim, rezultatet treguan se niveli më i lartë i besimit në zot, të praktikuarit më i shpeshtë i religjionit ishin të lidhura me nivel më të ulët të psikopatologjisë, funksionim më të mirë dhe kualitet më të lartë të jetës.

Një studim tjetër është fokusuar në religjionin musliman, në ndikimin që ka pasur reprezentimi i fesë muslimane në media në perceptimin dhe qasjen e praktikuesve mjekësor, dhe në gjendjen mendore muslimane (Altalib et al., 2019). Për të realizuar këtë studim, janë identifikuar artikujt e shkruar në gjuhën angleze nga viti 2000 deri 2015 që kishin termin ‘Islam’ dhe/ose ‘Musliman’ në abstrakt, si dhe hulumtimet e realizuara në shtetet me shumicë muslimane dhe në shtetet me pakicë muslimane në gjithë botën. Studimi ka konsideruar 2652 artikuj lidhur me gjendjen mendore muslimane. Nga këto 65.6% o fokusuan në përshkrimin e psikopatologjisë, 11.2% në çështjet si stigma, religjioni, spiritualiteti, identiteti, ose largimi nga normat kulturore. Ndërsa, termet më të përdorura ishin fjalët si ‘frika’, ‘lufta’, ‘trauma’, ‘dhuna’. Rezultatet treguan se studimet reflektonin më shumë ndikimin regjional dhe atë të dhunës dhe konfliktit në shëndetin mendor, se sa ndikimin dhe lidhshmërinë me besimin fetar (Altalib et al., 2019).

Studimi e vërtetoi se shumë nga interventimet në shtetet me shumicë muslimane për trajtimin dhe rehabilitimin e personave skizofrenikë bazohen në hulumtimet e shteteve perëndimore, me shumicë të popullatës të besimit kristian dhe me nivel më të lartë të zhvillimit ekonomik. Kjo ka një të metë serioze pasi në shtetet me shumicë muslimane, niveli i të ardhurave është më i ulët, dhe konteksti kulturor ka shumë dallime. Për këtë arsye, hulumtimet në kontekste kulturore relevante janë të domosdoshme për të informuar krijimin e politikave për shëndetin mendor dhe zhvillimin e shërbimeve, për vndeimt mbi trajtimin, dhe për minimizimin e rolit të stigmës dhe diskriminimit. Megjithatë, kjo mbetet sfiduese kur shtetet në zhvillim shpenzojnë për pak se 1% të bugjetit të shëndetësisë në shëndetin mendor (WHO, 2011).

Krzystanek et al. (2012) kanë realizuar një studim me 100 raste nga disa vite, përfshirë 1932, 1952, 1972, 1992 dhe kanë rishikuar historitë e subjekteve dhe shënimet mjekësore, informatat mbi prezencën e halucinacioneve religjioze dhe/ose deluzioneve, dhe i kanë grupuar ato. Kjo për arsye se studimet e mëhershme kanë treguar se disa pacientë skizofrenikë kishin deluzione religjioze (Siddle et al., 2002; Rudalevicene et al., 2008; Kim et al., 2001). Rezultatet treguan se 46.8% e popullatës në studim kishin përqendrim në religjion. Fjalët kyçe të përdorura ishin ‘Zot’, ‘Krisht’, ‘Satan’, etj. Rastet me skizofreni paranoide kishin më pak përqendrim në religjion. Këta të fundit ishin më shumë të përqendruar në ‘të keqen, satanin’ se sa në të mirën në besimet e tyre. Ndërsa, halucinacionet paranoide lidhur me apokalipsin ishin rritur pas luftës së dytë botërore. Studimi tregoi se halucionacionet me tematikë religjioze dhe deluzionet ndryshonin në periudha të ndryshme dhe ishin të ndërlidhura me ngjarjet historike, duke reflektuar edhe ndryshimet e përgjithshme në besimet fetare në shoqërinë ku ata jetonin (Krzystanek et al., 2012).

Shqyrtimi i rolit të besimit fetar në kualitetin e jetës së pacientëve skizofrenikë është realizuar edhe në një studim kros-sekncional në shërbimet publike të shëndetit mendor në Bolivi, Peru dhe Kili (Caqueo-Urizar et al., 2016). Mostra e studimit prej 253 pacientësh tregoi se kishte lidhje signifikante positive në mes të praktikës fetare dhe kualitetit të jetës. Faktorët e tjerë socio-kulturor dhe ekonomik që ishin të lidhura me kualitet më të ulët të jetës ishin: të qenurit grua, në moshë më të shtyer, dhe edukimi I nivelit më të ulët. Studimi tregoi edhe njëherë se në shtetet e Ameirkës Latine praktikat fetare idhin të ndërlidhura me kualitet më të lartë të jetesës dhe intervenimet në politika dhe trajtime të skizofrenikëve duhet të konsiderojnë këtë të gjetur. Sërish kjo e gjetur mbështetet nga shume studime të tjera në SHBA, Holandë, Danimarkë, Itali, Spanjë, dhe Zvicër (Cohen et al., 2010; Mohr et al., 2011; Gaite et al., 2002).

Performanca e strukturave lokale dhe qëndrore në Kosovë, por edhe institucionet shëndetësore dhe ato sociale nuk janë gjithnjë në mbrojtje optimale të personave të diagnostifikuar me skizofreni, duke ndikuar në çdo aspekt të paketës së mbrojtjes shëndetësore dhe sociale, përfshirë informacionin dhe edukimin shëndetësor të individëve dhe familjeve. Aq më tepër rëndësi merr ky fakt në kontekstin e zbulimit të lidhjeve të forta ne mes te nivelit të edukimit të pjesëmarrësve dhe bashkëshortëve. Ne evidentuam në studimin tonë se edhe pse nuk kishte dallim signifikant, niveli i edukimit të pjesëmarrësve ishte i lidhur me barrierat për njohuritë e tyre, qoftë të individit apo edhe familjes. 9% e pjesëmarrësve në studimin tonë nuk kishin përfunduar shkollim fare, 15.7% ishin me arsimim fillor (8 klasë – sistemi i vjeter), 2.4% ishin me arsimim fillor (klasa 1 - 5 sistemi i ri), 6.2% ishin me arsimim të mesëm të ulët (klasa 6 - 9), 55.6% ishin me arsimim të mesëm të lartë (klasa 10 - 13), 5.4% ishin me arsimim të lartë, dhe 5.7% ishin me fakultet.

Evidenca që shqyrton lidhshmërinë në mes të nivelit të edukimit dhe skizofrenisë varion. Një nga studimet e fundit, realizuar në një kohort prej 443,581 personash, dhe me një mostër kontrolluese prej 1,169 personash, dokumenton një relacion të fortë gjenetik në mes të nivelit të edukimit dhe skizofrenisë (Bansal et al., 2018) – e gjetur kjo që mund të jetë kundër intuitës. Studimi vazhdon të sqarojë se përderisa burimi gjenetik për këto është i njëjtë, mënyra se si niveli i edukimit dhe skizofrenia zhvillohen në relacion me njëra-tjetrën nuk ka ndonjë trajektore definitive, duke e cekur nevojën për hulumtime të mëtutjeshme. Në anën tjetër, Swanson et al. (1998), në studimin e realizuar me 162 pacientë skizofrenik, tregon se pacientët me nivel më të lartë të edukimit shfaqin më pak simptoma psikotike se sa ata me nivel më të ulët të edukimit. Macpherson et al. (1996), poashtu, gjen se pacientët skizofrenik me nivel më të lartë të edukimit kanë aftësitë kognitive të nevojshme për të kuptuar trajtimin e tyre dhe për të i'u bindur instruksioneve. Një studim tjetër nga Frissen et al. (2015) thekson se ndryshimet kognitive janë prezente gjatë të gjitha fazave të crregullimeve psikotike, duke ndikuar në aktivitetet e përditshme. Kjo indikon në origjinën zhvillimore dhe gjenetike të crregullimeve psikotike.

Megjithatë, studimi i realizuar në një grup prej 629 pacientësh me një diagnozë jo-afektive të crregullimit psikotik, si dhe 552 motër apo vëlla të tyre të shëndetshëm, dhe 326 subjekte kontrolli, tregon se participantët e studimit (me crregullimin psikotik) kishin nivel më të lartë të edukimit se sa prindtë e tyre (Frissen et al., 2015). Ky dallim ishte më i ulët tek subjektet e kontrollit, ndërsa tek motra apo vëllau i shëndetshëm ishte në mes të pacientëve dhe subjekteve të kontrollit. Poashtu, në mesin e faktorëve si trauma në fëmijëri dhe urbanizimi gjatë fëmijërisë, vetëm urbanizimi kishte një ndikim signifikant në dallimin në nivelin e edukimit – niveli më i lartë i urbanizimit gjatë fëmijërisë ishte i lidhur me nivel më të ulët të edukimit. Në përgjithësi,

pacientët dhe motra apo vëllau i tyre i/e shëndetshëm, kishin nivel më të ulët të edukimit se sa subjektet e kontrollit – që mund të shpjegohet me ndryshimet e hershme kognitive në rastet e crregullimeve psikotike për pacientët dhe anëtarët e familjes të nivelit të parë (Cannon et al., 2000; Hughes et al., 2005).

Për më tepër, studimet tregojnë se edhe niveli i edukimit të anëtarëve të familjes së pacientëve skizofrenik ka ndikim në trajtimin e tyre (Cozolino et al., 1988), duke vënë theksin mbi faktin se edukimi i anëtarëve të familjes dhe përkrahja ndaj tyre është esenciale në trajtimin e suksesshëm të pacientëve, por edhe në menaxhimin e stresit dhe përballjen me simptomat e pacientëve (Kheirabadi et al., 2014; Tel & Esmek, 2006).

Në mostrën e këtij studimi, niveli i edukimit të bashkëshortit/es sipas pjesëmarrësve është raportuar se: 8.5% ishin të paarsimuar, 28.3% ishin me arsimim fillor (8 klasë – sistemi i vjeter), 1.8% ishin me arsimim fillor (klasa 1 - 5 - sistemi i ri), 17.9% ishin me arsimim të mesëm të ulët (klasa 6 - 9), 35.6% ishin me arsimim të mesëm të lartë (klasa 10 - 13), 6.1% ishin me arsimim të lartë, dhe vetëm 1.8% ishin me fakultet. Studimi i realizuar nga Instituti RINPAS në Ranchi në 2008'tën, ka analizuar bashkëshortet e personave me skizofreni dhe ka gjetur se rreth 56% e partnereve femra nuk kishin nivel të arsimimit të lartë, dhe 52% e partnerëve meshkuj kishin nivel të edukimit deri në fakultet. Ky studim paraqitet të mbështesë rezultatet e studimit tonë (Kumari et al., 2009).

Në përgjithësi, këto grupe janë në disavantazh në shumë drejtime, përfshirë dhe edukimin, siç e kemi shqyrtuar në hyrje të këtij punimi shkencor. Prandaj, duke qënë se këto grupe kanë një nivel mesatar edukimi më të ulët krahasuar me grupet e tjera të shoqërisë, atëherë është e domosdoshme që informacioni dhe edukimi shëndetësor të jetë jo vetëm i plotë dhe i qartë, por edhe i formuluar në një gjuhë të thjeshtë dhe të kuptueshme për pjesëtarët e këtyre grupeve të shoqërisë. Nëse përmirësimi i nivelit arsimor të disa grupeve të popullatës është një politikë afatgjatë, ajo që mund të bëhet është thjeshtimi i gjuhës së përdorur në media lidhur me aspektet të ndryshme në shëndetësi, arsim dhe mbrojtje sociale.

Statusi martesor i respondentëve në studimin tonë ishte: beqar 42.7%, të martuar 43.2%, në bashkëjetesë 0.3%, të shkurorëzuar/të ndarë 7%, dhe të vejë 6.8%. Nisur nga statusi martesor i 212 respondentëve ne shohim edhe numrin e anëtarëve në familjen e tyre të ngushtë (bashkëshortët dhe fëmijët): 17.5% nuk kanë fëmijë, ndërsa 82.5% kanë fëmijë (102 apo 44% djem dhe 130 apo 56% vajza). Madhësia mesatare e familjes (midis subjekteve që jetonin në familje) ishte 5.2 persona, numri minimal i anëtarëve të familjes (midis subjekteve që jetonin në familje) ishte 2 dhe numri maksimal >10 (8 raste).

Familja është një pjesë integrale e sistemit të përkujdesjes për pacientët me skizofreni, apo ndonjë sëmundje tjetër mendore. Përkujdesja krijon një barrë të konsiderueshme tek anëtarët e familjes (Maurin and Boyd, 1990; Loukissa, 1995; Provencher, 1996). Shumë studime deri më sot kanë analizuar ndikimin e një përkujdesjeje të tillë tek prindërit apo të afërmit e personave me sëmundjen (Jungbauer et al., 2001), por shumë pak e kanë analizuar ndikimin tek bashkëshortët/tet e tyre. Ndoshta kjo ka ndodhur si rezultat i personave në mostrat e studimit. Mirëpo, duke konsideruar faktin se skizofrenia paraqet simptomat e para në moshë mjaft të

hershme, është vërejtur se shumë pak nga personat me skizofreni janë në gjendje të kenë lidhje apo martesë pa probleme dhe të qëndrueshme (Johnson, 2000).

Për shembull, studimi me 307 pacientë skizofrenik në Leipzig të Gjermanisë, ka gjetur se 32.9% të subjekteve ishin të martuar ose bashkëjetonin me partnerët e tyre (Kilian et al., 2001). Për më tepër, barra e përjetuar nga partneret femra nga bashkëshortët meshkuj dhe me skizofreni është më e lartë se sa ajo e përjetuar nga partnerët meshkuj (Kumari et al, 2009). Një studim tjetër ka gjetur se problemet seksuale që shoqërojnë skizofreninë mund të jenë pengesë për krijimin e lidhjeve të qëndrueshme (Ostman & Bjorkman, 2013).

Sa i përket ndikimit pozitiv të lidhjes intime në shërimin nga sëmundjet mendore, studimi nga Boucher et al. (2016) gjen se lidhja mbështetëse dhe intime luan rol kyq në shërim, megjithatë sërish vetëm një numër i vogël i pacientëve ishin në një lidhje të tillë.

Këto studime janë në linjë edhe me të gjeturat e hulumtimit tonë, duke treguar prevalencën e lidhjeve jo-funksionale tek pacientët me skizofreni dhe rëndësinë për krijimin e lidhjeve të tilla mbështetëse.

Studimi tjetër i realizuar nga Thara dhe Srinivasan (1997), në Indi, ka analizuar ndikimin e martesës në skizofreni. Studimi ka shikuar ndryshimet në gjendjen martesore të 76 pacientëve (40 meshkuj dhe 36 femra) në fazën e parë të skizofrenisë duke i përcjellë ata gjatë 10 viteve. Pacientët e përzgjedhur kishin status socio-ekonomik të mesëm ose të ulët dhe të gjithë jetonin me familjet e tyre. Të gjithë pacientët janë ndarë në 4 grupe, përfshirë pacientët e pamartuar gjatë 10 viteve, pacientët që në fillim të studimit ishin të pamartuar por më pas u martuan dhe qëndruan të martuar në përfundim të studimit, pacientët e martuar në fillim ose gjatë studimit dhe më pas të divorcuar dhe pacientët që ishin të martuar në fillim dhe në përfundim të studimit. Rezultatet pas 10 viteve truguan se: gratë kishin përqindje më të lartë të martesës se sa burrat; 9 nga 53 martesat përfunduan me divorc (6 gra dhe 3 burra); 4 nga 9 martesat që përfunduan me divorc kishin fëmijë, ndërsa 34 nga 44 martesat në vazhdim kishin fëmijë. Pacientët me kohëzgjatje të sëmundjes më pak se 6 muaj dhe me lidhje më të afërt me partnerët e tyre kishin gjendje martesore më të mirë. Divorci ishte më i rrallë në çiftet që u martuan pas shfaqjes së sëmundjes. Skizofrenia katatonike kishte ndikim më negativ në martesë se sa skizofrenia akute dhe paranoide (Thara dhe Srinivasan, 1997).

Sa i përket gjendjes socio-ekonomike, u vërejt se pacientët me status më të ulët kishin gjendje më të keqe martesore. Me përkeqësimin e gjendjes martesore, shtohet edhe numri i relapseve të skizofrenisë. Në përgjithësi, faktorët që ishin të lidhur në mënyrë të rëndësishme me gjendjen martesore pas 10 viteve ishin: lloji i skizofrenisë, koha (dhe mosha) e paraqitjes së sëmundjes,

Në përgjithësi, faktorët që ishin të lidhur në mënyrë të rëndësishme me gjendjen martesore pas 10 viteve ishin: lloji i skizofrenisë, koha (dhe mosha) e paraqitjes së sëmundjes, statusi socio-ekonomik, dhe prezenca e halucionacioneve auditive. Studimi kishte një propozicion me 70% të

martuar në përfundim të studimit – proporcion ky që është konsiderueshëm më i lartë se sa në shtetet perëndimore.

Lane et al. (1995) kanë gjetur se përqindja e të martuarve ishte mjaft më e ulët në personat me skizofrenikë në krahasim me personat me sëmundje të tjera manike ose neurotike. Meshkujt kishin mundësi më të ulët të martesës, mirëpo meshkujt skizofrenik të martuar kishin fertilitet më të lartë se sa popullata e tjetër në studim – ata poashtu kishin më shumë fëmijë se sa femrat skizofrenike, duke balancuar kështu për faktorin negativ të përzgjedhjes. Proporcioni i të martuarve me skizofreni ishte 38.6% - pothuajse gjysma e proporcionit të gjetur në studimin në Indi.

Poashtu, studimi nga Lee et al. (1991) në Hong Kong, dhe me 153 pacientë skizofrenikë për vlerësimin e funksioneve të ndryshme jetësore të tyre, ka gjetur se vetëm 29% e pacientëve ishin të martuar ose ishin në lidhje të rregulltë.

Përkundër të gjeturave që mund të kenë dallime mes vete, konstant mbetet fakti se meshkujt me skizofreni kanë proporcion më të ulët të martesës se sa femrat me skizofreni (Modrzewska, 1980; Odegaard, 1953, 1971; Propping et al. 1983). Ndërkaq, përqinja totale e të të martuarve mund të ndryshojë varësisht nga konteksti kulturor dhe rolet gjinore në ato shoqëri.

Se kush vendos në familje, 34.9% deklarohen se vendos babai, ndërsa 14.1% për nënën. E veçantë tjetër këtu është se vetë janë bashkëshortët që vendosin në familjet e tyre, ku për këtë janë deklaruar 27.8%, ndërsa 23.4% deklarohen për motrën, vëllanë, gjyshin apo gjyshen, axhallarët apo hallat dhe djali apo vajza. Vendimmarrja është një aspekt shumë i rëndësishëm për aktivizimin e personave me skizofreni, sidomos sa i përket kujdesit të tyre personal. Studimi i realizuar në Etiopi si pjesë e projektit për rehabilitim të personave me skizofreni ka gjetur se personat me skizofreni nuk kishin shumë rol vendimmarrës dhe përcillnin praktika të detyruara. Mendimi i tyre kishte rëndësi kur ata konsideroheshin klinikisht të shëruar, ndërkohë që anëtarët e familjes ishin në rol kyq, e në disa raste edhe profesionistët mjekësor (Souraya et al., 2018). Modelet e shërimit të përqendruara tek pacienti dhe shërimi potencojnë rëndësinë e vendimmarrjes së përbashkët (Weinstein, 2009), duke i dhënë rëndësinë e duhur edhe mendimeve, eksperiencave, dhe ndjenjave të personave me skizofreni (Charles et al., 1997, 1999). Vendimmarrja e përbashkët poashtu është lidhur me rezultate të mira në ndjekjen e terapisë medikamentoze dhe përmirësimin e funksionimit social (Lloyd et al., 2010; Warner, 2009; Hamann et al., 2007). Këto të gjetura potencojnë rëndësinë e fuqizimit të rolit të personave me skizofreni dhe përfshirjen e tyre aktive në vendimmarrje, nëse jo me familjarët e tyre, atëherë në relacionin me mjekun që ndjek rastin e tyre.

Me personin më të lidhur në familje, 27.3% respondentë deklarohen për nënën, 12.2% për babanë, 25.7% për bashkëshortët e tyre, ndërsa 34.8% deklarohen për motrën, vëllanë, gjyshim apo gjyshen, axhallarët apo hallat, dhe djalin apo vajzën. Vështirësitë e personave me skizofreni për krijimin e lidhjeve janë cekur edhe gjatë rishikimit të literaturës dhe kjo pasqyrohet edhe në aspektin e lidhjeve me anëtarët e familjes. Shumë studime e kanë shikuar lidhjen që kanë

personat skizofrenikë me fëmijët e tyre (Graham and King, 2005). Të gjeturat tregojnë se përsëri, nënat kanë vështirësi të kuptojnë plotësisht nevojat e fëmijëve të tyre dhe në përgjithësi kanë qëndrim të vetëmbrojtjes në rast të kritikës.

Duke qëndruar në këtë pjesë diskutimi, një tjetër gjetje interesante e studimit tonë ishte fakti që shumica (78.1%) e pjesëmarrësve në studim janë të papunë, në gjendje ekonomike të keqe ose shumë të keqe, dhe i përkisnin shtresës së ulët sociale. Por, bazuar deklaratimet e subjekteve burimet e të ardhurave në familjet e tyre janë nga anëtarët tjerë të familjes që janë të angazhuar në punë, si në sektorin publik apo privat, pension, bujqësi apo ndihma. Nisur nga studimi shohim se vetëm 16.4% e familjeve të subjekteve kanë të ardhura mbi 600 euro.

Rezultatet e studimit tregojnë që shumica e këtyre subjekteve dhe familjeve të tyre në Kosovë jetojnë në pjesën më të madhe me të ardhura të cilat nuk plotësojnë kushtet optimale për jetesë. Studimi i realizuar përgjatë 35 viteve në Danimarkë (me N=2,390,127) ka shikuar diagnozën me skizofreni, si dhe karakteristikat si niveli i edukimit, paga, punësimi, dhe gjendja martesore si variabla të interesit për pjesëmarrësit (Hakulinen et al., 2019). Studimi gjeti se diagnostifikimi i skizofrenisë në moshën 15 deri 25 vjec kishte më shumë mundësi të lidhej me papunësinë në moshën 30 vjecare. Poashtu, të ardhurat e tyre ishin vetëm 14% e të ardhurave të personave që nuk ishin diagnostifikuar me skizofreni. Ngjashëm, vetëm 10.24% e personave të moshë punuese dhe me skizofreni ishin në fakt të punësuar sipas të dhënave kombëtare në Norvegji (Evensen et al., 2016).

Shkalla e pirjes së duhanit në njerëzit me skizofreni është të paktën dy apo tre herë më e madhe se sa në popullatën e përgjithshme (Castle et al., 2019). Bazuar në këto të dhëna, edhe në studimin tonë shohim se shkalla e konsumimit të duhanit është në rritje, pasi që 59.2% e subjekteve konsumojnë duhan. Pacientët me skizofreni dhe njëherësh përdorues të alkoolit kanë më shumë gjasa që të kenë probleme sociale dhe ligjore; gjithashtu, pacientët me skizofreni përdorues të alkoolit, në krahasim me njerëzit e tjerë me skizofreni, e bëjnë më të komplikuar kursin e trajtimit të tyre. Bazuar në këto të dhëna, në studimin tonë shohim se shkalla e konsumimit të alkoolit ka tendencë rritjeje, pasi që 15.4% subjekte deklarohen se kanë filluar të konsumojnë alkoolin.

Studimi i realizuar nga Manzella et al. (2015) poashtu dokumenton se pacientët skizofrenik konsumojnë duhanin më shumë se të tjerët, përfshirë sëmundjet e tjera mendore; megjithatë raporton se personat skizofrenik dhe konsumues të duhanit performojnë më mirë në testet kognitive dhe mbajtjen e koncentrimin. Në anën tjetër, Stramecki et al. (2018) gjen se konsumimi i duhanit shkakton përkeqësim të memories së vonuar tek pacientët skizofrenikë dhe konsumues. Dallimet në literaturën e prezantuar paraqesin nevojën që të hulumtohet më tutje për efektin neurologjik që mund të ketë konsumimi ose jo-konsumimi i duhanit në gjendjen e pacientëve skizofrenikë. Drake et al. (2002) poashtu ka dokumentur se konsumimi i alkoolit është një nga crregullimet më të zakonshme tek personat me skizofreni, gjë që shkakton më shumë probleme

sociale, ligjore, dhe medicinale për konsumuesit në krahasim me pacientët skizofrenikë që nuk e konsumojnë alkoolin.

Në SHBA, shkak kryesor i dallimit të madh në jetëgjatësi në mes të personave me dhe pa skizofreni janë sëmundjet kardiovaskulare – duke shkaktuar një diferencë prej 28 vitesh në jetëgjatësi. Cather et al. (2017) raportojnë se përqindja e konsumuesve të duhanit, dhe skizofrenikë, në SHBA është 64-79%. Studimet që përfshijnë të varurit nga duhani nuk përfshijnë skizofrenikët, prandaj trajtimi i kësaj varësie tek skizofrenikët nuk ka shumë evidencë. Megjithatë, ndërprerja e konsumimit të duhanit tek skizofrenikët ka treguar se mund të rrisë jetëgjatësinë për 10 vite, përkundër shtimit në peshë që fillon pas ndërprerjes së duhanit (Thorndike et al., 2016).

Shumë skizofrenikë kanë dëshirë të ndërprejnë konsumin e duhanit dhe disa praktika tregojnë se terapia farmakologjike dhe ajo bihejviorale kanë ndikim pozitiv në këtë aspekt. Në një rën anë terapi farmakologjike mbetet e nënshfrytëzuar tek kjo popullatë (pacientët skizofrenikë dhe konsumues të duhanit) për shkaqe të ndryshme – josiguria lidhur me medikamentet farmakologjike, josiguria se pacientët do ta vazhdojnë terapinë, ose mungesa e evidencës në këtë aspekt. Në anën tjetër, studimet tregojnë se terapia farmakologjike dhe ajo bihejviorale të praktikuara ndaras nuk kanë sukses të dukshëm tek kjo popullatë (Dickerson et al., 2013; Evins et al., 2016; Tsoi et al., 2013). Për këtë arsye, aplikimi i të dy terapive dhe i terapisë mirëmbajtëse farmakologjike është i domosdoshëm, sidomos për të parandaluar relapset të cilat kanë një probabilitet shumë të lartë të ngjarit me rastin e ndërprerjes së terapisë farmakologjike tek skizofrenikët (Evins et al., 2005; George et al., 2008, 2000; Evins et al., 2007).

Këto të gjetura duhet të konsiderohen gjatë zhvillimit të politikave për shtimin e kujdesit ndaj pacientëve skizofrenikë dhe shqyrtimin e alternativave për largimin e tyre nga shprehitë të cilat e përkeqësojnë gjendjen e tyre dhe shtojnë rrezikun e morbiditetit dhe mortalitetit të tyre.

Studimet tregojnë se aktiviteti fizik, si ai aerobik, ndikojnë në uljen e intensitetit të simptomave positive dhe negative të skizofrenisë (Wang et al., 2018; Gorczynski et al., 2010). Kur jemi tek aktivitetet fizike, në studimin tonë shohim se 60% nuk merren me aktivite fizike, 24.1% deklaruan se merren rrallë, ndërsa 15.9% deklaruan se merren me aktivitet fizik. Këto përqindje tregojnë për një nivel shumë të ulët të vetëdijes së pacientëve lidhur me rëndësinë e aktivitetit fizik, që mund të shkaktohet nga këshillat dhe udhëzimet e limituara të dhëna nga profesionistët shëndetësorë, mos-ndjejka e këshillave të dhëna, apo mos-angazhimi i anëtarëve familjarë si shoqërues dhe motivues për aktivitete të tilla. Njohja e arsyeve në këtë rast është e nevojshme për të definuar qasjen apo ndërhyrjen që do të shtonte angazhimin e pacientëve në aktivitete fizike – një qasje e tillë mund të jetë shumë-dimensionale në rast të identifikimit të faktorëve të shumtë që ndikojnë në gjendjen aktuale.

E gjetura e studimit tonë është në pajtim edhe me shumë meta-analiza të tjera, që kanë gjetur se pacientët skizofrenikë kanë nivel shumë të ulët të aktivitetit fizik (Stubbs et al., 2016).

Scheewe et al. (2019) kanë studiuar nivelin e aktivitetit fizik dhe të mos-aktivitetit tek 63 pacientë skizofrenikë dhe 55 pacientë të shëndetshëm në Holandë, për të parë relacionin me shëndetin e tyre mendor dhe fizik. Për këtë qëllim janë shfrytëzuar informata si numri i hapave, koha e qëndrimit joaktiv, kohëzgjatja e gjumit, si dhe indeksi BMI, dhe sindromi metabolik, dhe të dhënat janë krahasuar për pacientët e shëndetshëm dhe ata skizofrenikë.

Krahasimi i këtyre grupeve pati rezultatet si në vijim: Pacientët e shëndetshëm kishin indeksin BMI më të vogël, trigliceride dhe LDL-kolesterolin më të ulët, më shumë prej tyre ishin të martuar, dhe konsumonin më pak cigare gjatë një dite. Në krahasim me personat e shëndetshëm, personat me skizofreni kishin dallim signifikant në nivelin e aktivitetit fizik dhe në nivelin e energjisë së shpenzuar (më pak energji të shpenzuar).

Përderisa aktiviteti i ulët dhe mesatar ishin më pak të vërejtura tek personat skizofrenikë, për personat e angazhuar në aktivitet rigoroz fizik, dallimi në mes të dy grupeve nuk ishte signifikant. Pacientët skizofrenikë kalonin poashtu më shumë të shtrirë dhe duke fjetur. Kur në ekuacion u kontrolluan faktorët si punësimi, atëherë dallimi në kohën e kaluar pa aktivitet dhe nivelin e aktivitetit fizik nuk ishte signifikant, por dallimi mbeti signifikant në kohën e kaluar i/e shtrirë dhe duke fjetur.

Në anën tjetër, asnjë nga dallimet nuk ishte signifikante në mes të dy grupeve gjatë ditëve të vikendit, që do të thotë se edhe personat e shëndetshëm kalonin më shumë kohë të shtrirë, duke fjetur, dhe pa aktivitet fizik gjatë vikendit.

Në aspektin e ndikimit në gjendjen mendore, rritja e qëndrimit joaktiv kishte korrelacion signifikant me rritjen e simptomave negative tek pacientët, matur sipas PANS (Njësia e Simptomave Pozitive dhe Negative). Poashtu, rritja e simptomave negative kishte korrelacion signifikant me aktivitet fizik të zvogëluar. Të gjeturat tregonin se të qenurit e gjinisë femërore, moshë më e shtyer dhe simptomat negative në PANS ishin të lidhura në mënyrë signifikante me gjendje të përkeqësuar kardio-respiratore (Scheewe et al., 2019). Ngjashëm, të qenurit mbipeshë dhe e papunësuar ndikonte në përkeqësim kardio-respirator. Megjithatë e gjetur interesante është se femrat në përgjithësi kishin nivel më të lartë të aktivitetit të shtuar fizik dhe nivel më të ulët të qëndrimit joaktiv; mirëpo kishin performance më të keqe kardio-respiratore.

Duke konsideruar evidence e shumëfishtë që tregon nivelin e ulët të aktivitetit fizik të pacientëve skizofrenikë (Rigen et al., 2018; Ratliff et al., 2012; Lindamer et al., 2008), dhe korrelacionin që kjo ka në gjendjen kardio-respiratore, dhe në përkeqësimin e simptomave negative të skizofrenisë, strategjitë për trajtimin e pacientëve duhet të përqendrohen edhe në përmirësimin e gjendjes kardiorespiratore. Kjo do të pasqyrohet në nivelin e aktivitetit fizik dhe në gjendjen fizike dhe mendore të pacientëve.

Sipas deklarimeve të subjekteve lidhur me konsultat e bera tek psikiatri apo psikologu, shohim se: 10% nuk janë konsultuar asnjëherë, 0.8% janë konsultuar 1 herë në javë, 5.1% janë konsultuar 1 herë në muaj, 48.6% janë konsultuar rregullisht, ndërsa 41.1% janë konsultuar sipas nevojës. Situata akoma më e pa pëlqyer vërehet tek anëtarët e familjes, ku: 84.3% subjekte nuk janë konsultuar asnjëherë, 5.4% janë konsultuar rregullisht, ndërsa 10.3% janë konsultuar sipas nevojës. Ky deklaram i subjekteve *“sipas nevojës janë paraqitur për konsulta”* mund të merret si një nga kufizimet e këtij hulumtimi, pasi përgjigja lë hapësirë dyshimi dhe për t'u diskutuar. Konsultimet me profesionistët, por edhe terapitë grupore dhe ndihma e komunitetit janë shumë të rëndësishme për rikthimin e skizofrenikëve në aktivitete të përditshme. Për më tepër, konsultimet dhe mbështetja mundësojnë përcjelljen e terapisë dhe monitorimin e efekteve anësore të mundshme (Buckley and Foster, 2008; Chien et al., 2013). Krijimi i strategjive për të adresuar mungesat në sistemit e kujdesit të vazhdueshëm ndaj pacientëve me skizofreni paraqitet si nevojë urgjente në Kosovë.

Studimi i tanishëm është një nga tentimet në literaturë për të vlerësuar kuptimin pozitiv dhe negativ tek pacientët skizofrenikë, duke përdorur masën e vetëraportimit dhe vlerësimin e anëtarit të familjes. Rezultatet përkrahin hipotezat dhe objektivat e studimit që shiqojnë për përputhje apo mospërputhje mes PNS-Q-Vetraportues dhe PNS-Q-Për anëtarin e familjes. Në veqanti, shkallët e simptomave pozitive lidhen shumë mes dy matjeve. Gjithsesi, nuk kishte ndonjë lidhje të madhe mes dy pyetësorëve mbi shkallët e simptomave negative. Prandaj, për të testuar besueshmërinë e brendshëm të nënshkallëve të pyetësorit PNS-Q – Vetëraportues, analiza e besueshmërisë ishte e drejtuar për të dy nënshkallët: pozitive dhe negative. Konsistenca e brendshme bazohet në mesataren e ndër-pikave të korrelacionit.

Pyetësori shfaq qëndrueshmëri të lartë të brendshëm për të dy nënshkallët: pozitive me 60.3% dhe negative me 61.9%. Poashtu, për të testuar besueshmërinë e brendshëm të nënshkallëve të pyetësorit PNS-Q – Për anëtarin e familjes, pyetësori shfaq qëndrueshmëri të lartë të brendshëm për të dy nënshkallët: pozitive me 61.4% dhe negative me 63.2%. Këto të gjetura janë në pajtim me validimet e realizuara për këta Pyetësorë (Iancu et al., 2005; Sanders et al., 2015).

Rezultatet e studimit tregojnë se iluzionet dhe apatia janë dy simptoma të rëndësishme që pacientët i shfaqin. Bazuar në subjektivizmin e përgjigjeve të fituara, sugjerohet që brenda mundësive, të realizohet edhe një studim, me qëllim që anëtari i familjes të përgjigjet objektivisht në pyetësor, pasi që do do ketë mundësi të njohë pacientin më mirë. Gjithsesi, është e rëndësishme të cekim se ky studim kishte për detyrë të vlerësonte seriozitetin dhe validitetin e shkallëve.

Për të parë dhe njohur për së afërmi që mungesa e njohurive do të jetë më e madhe për simptomat negative se sa për simptomat pozitive, një çiftëzim në mostrat t-test është kryer. Gjetjet tregojnë se ka një dallim të rëndësishëm statistikor në mes të dy pyetësorëve në nënshkallët pozitive (P2), duke treguar se simptomat e iluzionet nuk janë të mprehta (të thella) tek pacientët. Në lidhje me nënshkallët negative, rezultatet tregojnë një dallim të rëndësishëm statistikor në mes të pyetësorëve në nënshkallët negative (N3), duke treguar se simptomat e apatisë nuk janë të mprehta (të thella) tek pacientët në krahasim me mostrën e anëtarëve të familjes.

Një shpjegim i mundshëm për këto gjetje është se pjesëmarrësit ishin skizofrenikë të stabilizuar, që mund të paraqitet me më shumë kuptim nga ana e tyre. Shumica e mostres kishin një edukim fillor dhe me shumë mundësi mund të edukohen më shumë rreth sëmundjës së tyre. Bazuar në testin e statistikave të Kruksil Wallis, është gjetur se pacientët e diagnostifikuar me afektim skiofrenik vazhdimisht janë renditur më poshtë se pacientët e diagnostifikuar me skizofreni ose me skizofreni paranoike, duke sugjeruar se mungesa e kuptimit ishte më e ulët se tek pjesëmarrësit tjerë. Këto rezultate janë kontradiktore me gjetjet më të hershme në literaturë. Pino et al, (2008) zbuloi se pacientët e diagnostifikuar me skizofreni kishin kuptim më të dobët se pacientët e diagnostifikuar me afektim skizofrenik ose me ndonjë sëmundje tjetër psiqike. Ndryshe nga pritjet, pjesëmarrësit e diagnostifikuar me skizofreni paranoike janë renditur më së larti në PNS-Q-Vetraportues. Dikush do të mendonte se pacientët paranoikë do të zbulonin simptomat e tyre me më shumë vështirësi. Gjithsesi, Candido dhe Romney (2001) zbuluan se pacientët e diagnostifikuar me skizofreni paranoike raportuan më shumë simptoma negative.

Një pikë tjetër e rëndësishme për diskutim, edhe pse nuk ka qenë një nga qëllimet e studimit është edhe matja apo vlerësimi i qëndrimeve të profesionistëve të shëndetit mendor lidhur me personat që kanë skizofreninë.

Popullata e gjerë ka njohuri të limituara lidhur me skizofreninë (Caldwell dhe Jorm., 2000; Gureje et al., 2005; Jorm et al., 1997; Link et al., 1999). Edukimi është një alternativë që mund të ulë nivelin e stigmës ndaj tyre, mirëpo mungesa e njohurive nuk është gjithmonë shkak i stigmës ndaj personave skizofrenikë (Pinfold et al., 2003; Wolf et al., 1996; Crisp et al., 2000). Në këtë aspekt, profesionistët shëndetsorë të shëndetit mendor ndonjëherë paraqesin një grup që përkundër informatave të shumta, mund të bartin qëndrime stigmatizuese dhe gjyquese ndaj personave skizofrenikë- dhe kjo është një ceshjte mjaft kontroverse.

Një studim nga Nordt et al. (2006) madje ka realizuar një pyetësor me profesionistët e shëndetit mendor dhe me popullatën e përgjithshme dhe ka matur indikatorët si: stereotipizimi, kufizimet, dhe distanca sociale ndaj personave me sëmundje mendore.

Pyetësori ka pasur për qëllim të vlerësoj njohuritë e profesionistëve të shëndetit mendor dhe qëndrimet e tyre, pasi këto tema janë trajtuar ndaras në disa studime të mëhershme (Lauber et al, 2004; Jorm et al., 1997).

Studimi tregoi se popullata në përgjithësi ka qëndrime mjaft negative ndaj personave me probleme dhe crregullime mendore, por të tilla qëndrime kanë edhe profesionistët e shëndetit mendor. Popullata e përgjithshme pranon më lehtë kufizimet në qasje ndaj personave me crregullime mendore. Profesionistët e shëndetit mendor, përkundër njohurive më të larta për llojin e problemit ose crregullimit mendor dhe shkakun e tyre, treguan të njëjtën distancë sociale ndaj personave me probleme të tilla. Distanca më e madhe sociale është vërejtur ndaj personave me skizofreni, krahasuar me personat me depresion.

Sa i përket njohurive të profesionistëve shëndetsor, studimi, fatkeqësisht tregoi se 1 në 11 psikolog ose psikiatër dhe 1 në 3 infermiere ose terapistë konsideronte se depresioni është gjendje e ‘krizës’ – do të thotë reagim normal ndaj një situatë të rëndë jetësore. Poashtu, shumë prej tyre përdorinin terme stigmatizuese përkundër deklaratimit se ishin kundër stigmatizimit, si psh 20% e tyre e përdoren termin “i sëmurë mendor” ndaj personave jo të sëmurë – një dështim

tjetër ishte se ata nuk arritën të i dallojnë të gjithë të sëmurët nga jo-të –sëmurët e përfshirë qëllimisht në studim.

Distanca sociale është një nga indikatorët kryesorë të stigmatizimit. Ky studim tregoi se nëse sjellja e profesionistëve të shëndetit mendor merret si shembull për reduktimin e distancës sociale, atëherë situata do të mbetet po kaq e keqe.

Në anën më pozitive, profesionistët shëndetësor u pajtuan më pak se sa popullata e përgjithshme se personat me crregullime mendore duhet të kenë kufizime politike ose të të drejtave individuale. Megjithatë, ata ishin më të këmbëngulur se personat e tillë duhet të pranohen në spital edhe pa dashirën e tyre – do të thotë një shkelje e të drejtës individuale.

Përkundër faktit se studimi u realizua në Zvicër, të gjeturat tregojnë se kampanjat e ndryshme anti-sigme dhe anti-diskrimini ndaj personave me crregullime mendore duhet të vazhdojnë dhe të fokusohen edhe në aspektin e distancës sociale. Mirëpo, profesionistët shëndetësor duhet të analizojnë dhe të vlerësojnë së pari njohuritë dhe qëndrimet e tyre para se të informojnë dhe edukojnë publiku për sëmundjet dhe crregullimet mendore (Nordt et al., 2006).

VII. PËRFUNDIMET

Studimi aktual lidhur me ndikimin e familjes dhe shoqërisë në përkeqësimin e skizofrenisë realizuar në katër komunat e Kosovës: Prishtinë, Gjilan, Pejë dhe Gjakovë, për herë të parë, paraqet një tablo të detajuar lidhur me këto çështje në vendin tonë. Hulumentimi ka dalë me të dhënat të cilat tregojnë një pasqyrë të gjendjes reale të pacientëve me skizofreni, problemeve të tyre dhe ndikimit që ka gjendja e tyre në shfaqjen e problemeve.

Ky studim qartë sjell evidenca për përcjelljen e problemeve tek pacientët me skizofreni, duke dhënë një kontribut në çështjen shumë të përfolur në fushën e psikiatrisë dhe psikologjisë mbi trashëgëminë dhe mjedisin social në gjenerata. Ndonëse klasifikimet ndërkombëtare deri më tani kanë kategorizuar problemin e skizofrenisë në kategori të veçanta dhe shpesh kufiri i çrregullimeve nuk është kuptuar, studimi sjellë fakte që është shumë e vështirë të sqarohet se ndikimi i familjes dhe shoqërisë të mos jenë të përziera në përkeqësimin e skizofrenisë. Veç tjerash, ky hulumentim sjellë përfundime të rëndësishme mbi lidhshmërinë e problemeve emocionale ndërmjet individit/familjes/shoqërisë, të cilat nuk kanë qenë të raportuara nga komuniteti. Në kornizën teorike të këtij studimi, është hedhur dritë mbi influencën që ka procesi i edukimit të familjes në ballafaqimin me skizofreninë dhe njëkohësisht me reziliencën (aftësi ripërtëritëse).

Studimi ofron informacione tepër të detajuara lidhur me profilin e pacientëve me skizofreni dhe rolin e familjes dhe shoqërisë në ndihmë për këta individë. Në studimin tonë, ne përdorëm një qasje, duke filluar me individin, strukturën e familjes dhe shoqërisë në përgjithësi. Nga ana tjetër, shqyrtoam dhe aspekte të tjera të individëve dhe familjeve lidhur me skemën shëndetësore dhe atë ekonomike-sociale, të rëndësishme për të kuptuar gjendjen reale të grupeve në nevojë në vendin tonë dhe, në këtë kontekst, për të vlerësuar efektivitetin e ofrimit të shërbimeve shëndetësore, edukative dhe sociale.

Ndërkohë, shqyrtimi i literaturës ndërkombëtare dhe koherente hodhi dritë lidhur me perspektivat dhe ndikimet që mund të ketë familja dhe shoqëria në përkrahjen dhe parandalimin e përkeqësimit të skizofrenisë. Boydell dhe të tjerët (2004) erdhën në përfundimin se: “Tani është e qartë se për të kuptuar shkaqet e skizofrenisë nuk mund të vazhdohet me injorimin e mesit social. Në përputhje me këtë, nuk po propozojmë një qasje kundërshtuese sociale në vend të asaj biologjike, gjë që e konsiderojmë po aq të pavlefshme si edhe diskutimin nëse tuberkulozi shkaktohet nga varfëria apo mikrobakteria! Në fakt po sugjerojmë se duhet të studiohen si faktorët social ashtu edhe ata biologjikë si edhe ndërveprimi i tyre. Duhet ta pranojmë se faktorët social mund të ndikojnë në: zhvillimin e trurit, përforcojnë dobësitë psikologjike, dhe veprojnë gjatë gjithë jetës duke krijuar pika të dobëta zhvillimore. Është e mundur se mjedisi social krijon dobësi psikologjike të cilat veprojnë si shtesë në funksion të rrezikut në kombinim me kufizimet gjenetike dhe jogjenetike neurozhvillimore.

Pjesëmarrësit janë marrë nga shërbimet e institucioneve shëndetësore psikiatrike dhe qendrat e shëndetit mendor në 4 komuna të Kosovës. Pacientët mund të ishin duke funksionuar rregullisht, dhe prandaj më të kuptueshëm për sëmundjen e tyre, se sa pacientët e mostrave tjera.

Së dyti të gjithë pyetëtorët e anëtarit të familjes mund të janë mbushur nga një familjar, kujdestar apo infermiere, dhe siq Becchi et al, (2004) kishte raportuar, familjarët e afërm janë gjyqtarë më të mirë të simptomave.

Studimi ka treguar së faktorët social kanë një rol shumë të rëndësishëm në avansimin apo mosshërimin e skizofrenisë. Statistikat e punësimit tregojnë për një nivel të lartë të papunësisë në mesin e personave skizofrenikë. Të hyrat familjare po ashtu ishin në nivel të pamjaftueshëm për të mbështetur kushtet minimale për jetesën e anëtarëve të familjes – të ardhurat familjare ishin tejet të ulëta. Gjendja e tillë mund të ketë faktorë të ndryshëm, me crast relacioni shkak-pasojë është vështirë të vendoset, pasi që niveli i punësimit në popullatën e përgjithshme në Kosovë mbetet ende i ulët. Megjithatë, pacientet skizofrenikë kishin poashtu nivel tejet të ulët të edukimit dhe zhvillimit akademik. I ngjashëm ishte edhe rasti me anëtarët e familjes, që mund të jetë indikator i rëndësës që shkakton sëmundja edhe tek rrethi më i afërt.

Këto mund të konsiderohen edhe si ngjarje stresuese të cilat e përkeqësojnë gjendjen e individëve të sëmurë. Nisur nga mungesa e vetëdijes së përgjithshme në Kosovë lidhur me shkakun dhe simptomat e crregullimeve mendore, por edhe nga përgjigjet në pyetëtorin PNS-Q Vetëraportues, mund të shihet se individët e sëmurë përballen me një nivel të lartë të stigmës dhe paragjyikimit në shoqëri, por edhe në mesin e familjes së tyre. Kjo mund të jetë një faktor i rëndësishëm për përkeqësimin e gjendjes së tyre, ku shtohet edhe mungesa e mbështetjes institucionale në nivel shtetëror.

Shumë nga këta persona po ashtu kanë nivel të lartë të ekspresionit emocional, sic është shprehur në pyetëtorët PNS -Q Vetëraportues dhe për anëtarin e familjes. Konfirmimi i gjendjes së tillë nga anëtarët e familjes është tregues se ekspresioni emocional është parashikues i fuqishëm i gjendjes së individëve me skizofreni, dhe i relapsit të tyre.

Rreth gjysma e pjesëmarrësve, poashtu, ishin beqar. Duke u nisur nga literatura e cekur më lartë që dokumenton rolin e mbështetjes së partnerit në përmirësimin e gjendjes së individëve të sëmurë, mund të shohim se stigma sociale dhe mungesa e opsioneve për mbështetjen e tyre është faktor përkeqësues për gjendjen e personave të sëmurë.

Një nga qështjet që nuk janë adresuar në literaturë është qështja e vetëraportit, depresioni dhe skizofrenia. Një individ i depresionuar mund të përgjigjet në shumë pyetjet e simptomave negative në mënyrën e njejtë si një pacient me skizofreni. Gjithsesi, kjo nuk është zakonisht një shqetësim sepse diagnoza e të prekurve me skizofreni lë të kuptohet se pacienti mund të ketë simptomat depressive.

Studimi ynë ka treguar korelacion signifikant në mes të pyetësorëve PNS-Q Vetëraportues dhe për Anëtarin e Familjes për nënshkallët e simptomave positive dhe atyre negative. Studime të ardhshme që përfshijnë PNS-Q-Vetraportues dhe PNS-Q-Për anëtarin e familjes mund të përfitojnë nga një mostër më e shumëllojshme, dhe nga përfshirja e të gjitha komunave që kanë shërbime të shëndetit mendor apo spitale. Gjithashtu, duke zvogëluar numrin e pyetjeve në pyetësor mund të mundësojë pjesëmarrësit që të plotësojnë pyetëtorin me më shumë lehtësi, që është e rëndësishme ngase shumë skizofrenikë kanë vështirësi në lexim dhe përgjigje në pyetjet e gjata. Përdorimi i këtyre matjeve vetëraportuese mund të shpie në një vlerësim më të shpejtë të pacientit në një mënyrë më ekonomike.

VII. REKOMANDIMET

Me qëllim të përmirësimit të gjendjes së pacientëve me skizofreni dhe familjarëve, duhet të ketë një iniciativë formale në kooperim nga i mbarë komuniteti, institucionet shëndetësore, arsimore, sociale, qeveritare, shoqëri civile, organizata jo-qeveritare dhe të gjithë individët tjerë që mund të jenë faktorë ndryshimi në cilëndo formë. Për pacientët me skizofreni dhe familjet e tyre duhet një strategji e mirë strukturuar dhe e krijuar në bashkëpunim me ekspertë të fushave relevante:

- Mbështetje sociale përmes inkuadrimin të tyre në programe dhe aktivitete të ndryshme intervenuese të cilat nuk i diskriminojnë nga të tjerët, por të jenë gjithpërfshirëse.
- Ofrim i shërbimeve mjekësore psikiatrike dhe psikologjike përmes kombinimit të terapive të ndryshme që në praktikë tregojnë efikasitet të lartë në një ose më shumë probleme potenciale të diagnostikuara me testime dhe mjete vlerësimi objektive.
- Arsimim por pa tejkaluar normat, në atë masë që mos të ketë kundër efekte duke ndikuar në motivimin e tyre. Shkollat shtetërore të rregullta dhe ato speciale duhet të jenë burime të ofrimit të këtyre kushteve.
- Plan të integritit të tyre në jetën sociale dhe sferat tjera me qëllim të rritjes së vetë-vlerësimit dhe ndjenjes së përkatësisë.

7.1. Strategjitë shtetërore dhe rritja e qasjes

Strategji të mirëfillta për edukim joformal, janë një formë e cila do të lehtësonte tej mase integrimin e tyre, përmisimin e gjendjes dhe duke i përgaditur ata për tregun e punës në aspektin e gjërave elementare.

Ofrimi i shërbimeve shëndetësore, përfshirë edhe sigurimin e fondeve dhe donacioneve të ndryshme që shërbimet mjekësore të ofroheshin më shpesh dhe në forma të ndryshme është poashtu I domosdoshëm.

Krijimi i ekipit mjekësor lëvizës komunal (mjek, psikolog, psikiatër, infermier, e ekspertë tjerë) që do të organizonin vizita sistematike nëpër shtëpitë e tyre, është një alternative për rritjen e qasjes në zonat më të izoluara.

7.2 Kualiteti i shërbimeve gjithëpërfshirëse

Profesionistët e shëndetit mendor që nuk kanë experience të mjaftueshme të punës me persona skizofrenikë nga grupe të ndryshme etnike dhe kulturore duhet të kërkojnë ndihmën dhe mbikëqyrjen nga personat që kanë përvojë të ngjashme të punës.

- Profesionistët që punojnë direkt me personat skizofrenikë duhet të:
 - kenë aftësi diagnostifikimi dhe vlerësimi për personat nga kontekste kulturore të ndryshme
 - përdorin dhe të ofrojnë modele për sqarimin e sëmundjes bazuar në të gjeturat kulturore
 - sqarojnë arsyet e psikozeve ose skizofrenisë së paraqitur dhe të ofrojnë opsione të trajtimit
 - reflektojnë diferencat kulturore dhe etnike në pritshmëritë për efektivitetin e trajtimit
 - kenë aftësi të negocimit dhe të bashkëpunimit me familjarët e pacientëve me psikoze ose skizofreni.
- Institucionet shëndetësore, duhet të krijojnë dhe të ofrojnë trajnime të rregullta për të pajisur profesionistët shëndetësor me kompetencat e nevojshme për të ofruar terapi për trajtimin e skizofrenisë

7.3 Mbështetja e kujdestarëve

- Duhet të ofrohet opsioni për vlerësimin e nevojave të kujdestarëve të personave me psikoze ose skizofreni, nga shërbimet e shëndetit mendor, dhe të diskutohen me ta pikëpamjet dhe përparësitë e tyre. Në bazë të kësaj, duhet të krijohen planet për plotësimin e nevojave të tyre dhe ky plan të mbahet nga kujdestari dhe mjeku – duke u siguruar për implementimin e planit por edhe revidimin e tij sistematik.
- Kujdestarët poashtu duhet të ofrohen me material që i informojnë ata për diagnozën dhe menagjimin e psikozeve dhe skizofrenisë; rezultatet positive dhe shërimin; llojet e mbështetjes për kujdestarët; rolin e ekipeve të shërbimit shëndetësor dhe marrjen e ndihmës në rast të krizës.
- Të diskutohen të drejtat për konfidencialitetin dhe të informohen kujdestarët për rëndësinë e të kuptuarit të perspektivës së pranuesve të shërbimeve. Të kuptohet lidhshmëria por edhe nevojat individuale si të kujdestarëve, ashtu edhe të pranuesve të shërbimeve.

Të rishikohen planet e komunikimit në mes të kujdestarëve dhe të pacientëve në mënyrë që të përmirësohet bashkëpunimi në mes tyre.

- Të krihet një program specifik për edukimin dhe mbështetjen e kujdestarëve, që mund të jenë ose jo anëtarë të familjes së personave me psikozë ose skizofreni. Ky program duhet të ofrojë mbështetje sa here që është e nevojshme dhe të përcjellë mesazhe pozitive lidhur me trajtimin me sukses të gjendjes mendore.

7.4 Intervenimet për parandalimin e skizofrenisë

- Të zhvillohen strategji nacionale për parandalimin dhe trajtimin e personave me crregullime psikotike sic është skizofrenia, të përcjellura nga plane të veprimit dhe sistemi të referimit
- Të zhvillohet sistemi i referrimit të personave që gjatë kontroleve mjekësore në nivelin primar, identifikohet se: kanë simptoma tranziente psikotike, eksperiencia ose sjellje indikative për skizofreni, se kanë familjarë të nivelit të parë me skizofreni
- Të zhvillohet sistemi i qasjes nga familjarët ose personat e afërm të personave që kanë shfaqur simptoma ose sjellje të cuditshme për periudhë të caktuar
- Për personat që janë identifikuar se kanë simptoma ose mundësi të shfaqjes së skizofrenisë, të ofrohet Terapia Kognitive Bihejviorale (TKB)
- Të mos ofrohen trajtime medikamentoze me rastin e identifikimit të simptomeve të para në rast se nuk është konfirmuar diagnoza përfundimtare.

7.5 Vlerësimi dhe planifikimi i kujdes-dhënies

- Të realizohet vlerësimi gjithëpërfshirës dhe shumë disiplinor i personave me skizofreni në kujdesin dytësor. Ky vlerësim duhet të realizohet nga psikiatër ose psikologë me përvojë në diagnostifikimin dhe trajtimin e personave me skizofreni. Vlerësimi duhet të përfshijë:
 - vlerësimin psikiatrik
 - vlerësimin mendor, përfshirë historinë mjekësore dhe gjendjen fizike për të identifikuar problemet e mundshme me shëndetin fizik, dhe historinë e trajtimit medikamentoz
 - vlerësimin e përgjithshëm të mirëqenies, përfshirë peshën, ushqyeshmërinë, aktivitetin fizik dhe seksual, konsumimin e duhanit ose alkoolit
 - vlerësim të gjendjes psikosociale, përfshirë rrjetet sociale, lidhjet, historikun e traumës
 - vlerësim të situatës profesionale të punës dhe edukimin
 - vlerësim të kualitetit të jetës dhe gjendjen ekonomike

- Të realizohet vlerësim i stresit post-traumatik në mënyrë që të diferencohetn rastet e skizofrenisë apo të limituara të stresit post-traumatik
- Të realizohet vlerësim dhe monitorim i vazhdueshëm për praninë e njëkohësishme të problemeve të tjera si depresioni, ankthi, keqpërdorimi i substancave e sidomos në fazat e para
- Të formulohet menjëherë plani i kujdesit në bashkëpunim me pacientin, dhe bazuar në vlerësimin psikiatrik dhe psikologjik, dhe bazuar në gjendjen fizike. Kopjet e planit duhet të ndahen me pacientin dhe me mjekun referues në nivelin primar.
- Për personat që nuk janë në gjendje të marrin pjesë në aktivitetet edukative ose të trajnimit, alternativa duhet të gjinden për të siguruar pjesëmarrjen e tyre, plotësimin e nevojave të tyre individuale dhe rritjen e kapaciteteve për të marrë pjesë në séance të rregullta, në mënyrë që ata të rikthehen aktiviteteve të tyre normale.

Të gjeturat nga një vlerësim i tillë, që duhet të realizohet si pjesë e protokolit, kanë rëndësi të madhe pasi që:

- Mundësojnë krijimin e një databaze të gjërë e cila mund të përdoret për arritjen e përfundimeve dhe identifikimin e opsioneve më të specializuara dhe të targetuara për rritjen e qasjes së personave me skizofreni, ose simptoma të para të saj, në shërbimet shëndetësore
- Krijimin e politikave gjithëpërfshirëse për trajtimin e targetuar të grupeve duke konsideruar karakteristikat e tyre socio-demografike
- Shfrytëzimin e të dhënave për realizimin e hulumtimeve shkencore që mund të stimulojnë revidimin e vazhdueshëm të politikave, programeve, dhe trajtimit të personave me skizofreni.

7.6 Monitorimi i intervenimeve psikologjike

- Gjatë implementimit të intervenimeve psikologjike, në baza të rregullta duhet të monitorohen disa indikatorë relevant sipas fushës së intervenimit, përfshirë edhe nivelin e kënaqshmërisë me shërbimet dhe gjendjen e kujdestarëve
- Ekipet e ofrimit të shërbimeve duhet të caktojnë udhëheqësin e procesit të monitorimit që duhet të vlerësoj qasjen në intervenimin e realizuar, dallimet e mundshme në qasjesipas grupeve dhe karakteristikave të tyre, etj.

7.7 Shërbimet alternative

Përvec politikave dhe shërbimeve/intervenimeve të lartëcekura, është e rëndësishme të konsiderohen edhe alternative të cilat e rrisin qasjen në shërbime dhe trajtim nga personat në nevojë.

Të tilla janë shërbimet si:

- Krijimi i ekipeve për zgjidhje të krizës dhe ekipeve për trajtim shtëpiak për mbështetjen e personave me episod akut të skizofrenisë në rast se serioziteti i episodit dhe rreziku për lëndimin e vetvetes dhe të të afërmëve të jetë më i lartë se sa ai që mund të menagjohet nga kujdestari.
- Vlerësimi i mundësisë që të krijohen ekipe në komunitet për trajtimin e rasteve të tilla akute, të cilat janë në bashkëpunim dhe komunikim të vazhdueshëm me ekipet e krizës dhe të trajtimit shtëpiak si dhe me institucionet e kujdesit primar dhe sekondar. Ekipe të tilla do të mundësonin edhe përcelljen e rasteve para se ato të pranoheshin në trajtim spitalor.
- Terapitë alternative për trajtimin e personave me skizofreni, përfshirë terapitë e artit

Rekomandimet e hulumtimit janë që pacientët me skizofreni të kenë një trajtim dinjitoz, etik dhe profesional (përmes hapave të paraqitur më lartë dhe iniciativave tjera) me qëllim që të shmangen problemet e mëtutjeshme në shëndetin e tyre mendor dhe fizik.

VIII. BIBLIOGRAFIA

1. Schene, A.H. Wijngaarden B. v. Koeter, M.W.J. (1998). Family Caregiving in Schizophrenia: Domains and Distress, *Schizophrenia Bulletin*, vol. 24 (4): 609–18.
2. Abel, K. (2004). Foetal origins of schizophrenia: Testable hypotheses of genetic and environmental influences. *British Journal of Psychiatry*, 184(5), 383-85.
3. Adams, CE. et al. (2008). Cochrane Schizophrenia Group. *Schizophrenia Bull.* 34(2): 259-65.
4. Agid, Ofer & Shapira, B & Zislin, Josef & Ritsner, Michael & Hanin, B & Murad, H & Troudart, T & Bloch, Miki & Heresco-Levy, U & Lerer, Bernard. (1999). Environment and vulnerability to major psychiatric illness: A case control study of early parental loss in major depression, bipolar disorder and schizophrenia. *Molecular psychiatry*. 4: 163-72.
5. Alanen, YO. (1997). Schizophrenia: Its Origins and Need-Adapted Treatment, London: H. Karnac, Ltd. pp.340-42.
6. Aleman, A. Kahn, R. S. and Selten. J. P. (2003). “Sex differences in the risk of schizophrenia: evidence from meta-analysis,” *Archives of General Psychiatry*, vol. 60 (6): 565-71.
7. Altalib, H. H., Elzamzamy, K., Fattah, M., Ali, S. S., & Awaad, R. (2019). Mapping global Muslim mental health research: analysis of trends in the English literature from 2000 to 2015. *Global mental health (Cambridge, England)*, 6, e6.
8. Mirsky, A.F. Israeli. (1995). High-risk Study: Editor's Introduction, *Schizophrenia Bulletin*, vol. 21 (2): 179–82.
9. Amador, X. F., & David, A. S. (Eds.). (2004). Insight and psychosis: Awareness of illness in schizophrenia and related disorders (2nd ed.). *Oxford University Press*.
10. American Psychiatric Association. (1997). Practice guidelines for the treatment of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 154 (Suppl):1-63
11. Angermeyer, MC. & Matschinger, H. (1996). Relatives' beliefs about the causes of schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 93(3): 199-204.
12. Arseneault, L., Cannon, M., Murray, R., Poulton, R., Caspi, A., & Moffitt, T. (2003). Childhood origins of violent behaviour in adults with schizophreniform disorder. *British Journal of Psychiatry*, 183(6): 520-25.
13. Ashok, A. H., Baugh, J., & Yeragani, V. K. (2012). Paul Eugen Bleuler and the origin of the term schizophrenia (SCHIZOPRENIEGRUPPE). *Indian journal of psychiatry*, 54(1): 95–96.
14. Asgarzadeh M, Koga T, Yoshizawa N, Munakata J, Hirate K. (2010). Investigating green urbanism. *Building Oppressiveness*. 9:555–562.

15. Bach, D. R., Buxtorf, K., Grandjean, D. i Strik, W. K. (2009). The influence of emotion clarity on emotional prosody identification in paranoid schizophrenia. *Psychological medicine*, **39**(6), 927-38.
16. Bansal, V., Mitjans, M., Burik, C. *et al.* (2018). Genome-wide association study results for educational attainment aid in identifying genetic heterogeneity of schizophrenia. *Nat Commun*, **9**, 3078.
17. Barrowclough C, Johnston M, TARRIER N. (1994). Attributions, expressed emotion, and patient relapse: An attributional model of relatives' response to schizophrenia illness. *Behav Ther.* (25):67–88.
18. Basset, AS. & Show, EW. (1999). 22q11 deletion syndrome: a genetic subtype of schizophrenia. *Biological Psychiatry* **46**(7): 882-91.
19. Becchi, A., Rucci, P., Placentino, A. *et al.* (2004). Quality of life in patients with schizophrenia—comparison of self-report and proxy assessments. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, **39**: 397–401.
20. Bebbington P, Kuipers E. (1994) The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia: An aggregate analysis. *Psychol Med.* 24: 707–12.
21. Beck, AT. (2004.). "A Cognitive Model of Schizophrenia". *Journal of Cognitive Psychotherapy* **18** (3): 281.–8.
22. Bentsen H, Notland TH, Munkvold O, Boye B, Ultsein I, Bjorge H, et al. (1998). Guilt proneness and expressed emotion in relatives of patients with schizophrenia or related psychoses. *Br J Med Psychol.* 71:125–38.
23. Bhugra, D., Leff, J., Mallett, R. *et al* (1997) Incidence and outcome of schizophrenia in Whites, African-Caribbeans and Asians in London. *Psychological Medicine*, **27**, 791–798.
24. Bhugra, D., Hilwig, M., Mallett, R., Corridan, B., Leff, J., Neehall, J. and Rudge, S. (2000), Factors in the onset of schizophrenia: A comparison between London andTrinidad samples. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **101**: 135-141.
25. Black, D. W.& Boffeli, T. J. (1990). Simple schizophrenia: revisited. *Comprehensive Psychiatry*. **31** (4): 344–9.
26. Black, D. W.; Boffeli, T. J. (1989). Simple schizophrenia: past, present, and future. *The American Journal of Psychiatry*. **146** (10): 1267–73.
27. Boydell, J., Van Os, J., & Murray, R. (2004). Is there a role for social factors in a comprehensive development model for schizophrenia? In M. Keshavan, J. Kennedy, & R. Murray (Eds.), *Neurodevelopment and Schizophrenia*. 224-47.
28. Boydell, J., Van Os, J., Lambri, M., Castle, D., Allardyce, J., McCreadie, R., & Murray, R. (2003). Incidence of schizophrenia in south-east London between 1965 and 1997. *British Journal of Psychiatry*, **182**(1), 45-9.
29. Bolton, D., & Hill, J. (1996). Oxford medical publications. Mind, meaning, and mental disorder: The nature of causal explanation in psychology and psychiatry. *Oxford University Press*.

30. Boucher, M.-E., Groleau, D., & Whitley, R. (2016). Recovery and severe mental illness: The role of romantic relationships, intimacy, and sexuality. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 39(2), 180–82.
31. Brent, B. K., & Fonagy, P. (2014). A mentalization-based treatment approach to disturbances of social understanding in schizophrenia. In P. H. Lysaker, G. Dimaggio, & M. Brüne (Eds.), *Social cognition and metacognition in schizophrenia: Psychopathology and treatment approaches*. 245–59.
32. Bruxner, G., Burvill, P., Fazio, S. & Febbo, S. (1997). Aspects of psychiatric admissions of migrants to hospitals in Perth, Western Australia, Australian and New Zealand. *Journal of Psychiatry*, 31(4): 532-42.
33. Brown GW, Birley JL, Wing JK. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenia disorder. *Br J Psychiatry*; 121:241–58.
34. Brown, G.W. and Birley, J.L.T. (1968). Crises and life changes and the onset of schizophrenia. *Journal of Health and Social Behaviour*, 96: 203-14.
35. Brown GW, Rutter M. (1966). The measurement of family activities and relationships: A methodological study. *Hum Relations*; 19:241–58.
36. Brown GW. (1959). Experiences of discharged chronic schizophrenic mental hospital patients in various types of living groups. *Milbank Mem Fund Q*; 37:105–31.
37. Brown GW. (1985). The discovery of expressed emotion: Induction or deduction? In: Leff J, Vaughn C, editors. Expressed emotion in families. *New York: Guilford Press*; 7–25.
38. Brown AS, Schaefer CA, Quesenberry CP, Jr, Liu L, Babulas VP, Susser ES. (2005). Maternal exposure to toxoplasmosis and risk of schizophrenia in adult offspring. *Am J Psychiatry*. 162:767–773.
39. Brown A. S. (2006). Prenatal infection as a risk factor for schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 32(2), 200–202.
40. Brunet-Gouet E, Decety J (2006). "Social brain dysfunctions in schizophrenia: a review of neuroimaging studies". *Psychiatry Res* 148 (2–3): 75–92.
41. Buckley PF, Miller BJ, Lehrer DS, Castle DJ (2009.). "Psychiatric comorbidities and schizophrenia". *Schizophr Bull* 35(2): 383–402.
42. Buckley, P. F., & Foster, A. (2008). Schizophrenia: current concepts and approaches to patient care. *American health & drug benefits*, 1(4), 13–22.
43. BURNETT, R., MALLETT, R., BHUGRA, D., HUTCHINSON, G., DER, G., & LEFF, J. (1999). The first contact of patients with schizophrenia with psychiatric services: Social factors and pathways to care in a multi-ethnic population. *Psychological Medicine*, 29(2), 475-83.
44. Burns J. (2009). "Dispelling a myth: developing world poverty, inequality, violence and social fragmentation are not good for outcome in schizophrenia". *Afr J Psychiatry* 12 (3): 200.–5.

45. Butzlaff RL, Hooley JM. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse: A meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*. 55:547–52.
46. *Cambridge Research*. (2012, December 14). Schizophrenia linked to social inequality. Retrieved from: <https://www.cam.ac.uk/research/news/schizophrenia-linked-to-social-inequality>
47. Caqueo-Úrizar A, Alessandrini M, Zendjidian X, et al. (2016) Religion involvement and quality of life in caregivers of patients with schizophrenia in Latin-America. *Psychiatry Research*. Dec;246:769-775.
48. Cannon TD, Bearden CE, Hollister JM, Rosso IM, Sanchez LE, Hadley T. (2000) Childhood cognitive functioning in schizophrenia patients and their unaffected siblings: a prospective cohort study. *Schizophr Bull*. 26(2):379–393.
49. Carpenter WT, Thaker GK. (2007). Evidence-based therapeutics—introducing the Cochrane corner. *Schizophr Bull*. 33:633–4.
50. Castle D., Baker Amanda L., Bonevski B. (2019). Editorial: Smoking and Schizophrenia, *Frontiers in Psychiatry*. 738.
51. Cather C, Pachas GN, Cieslak KM, Evins AE. (2017) Achieving Smoking Cessation in Individuals with Schizophrenia: Special Considerations. *CNS Drugs*. Jun; 31(6):471-481.
52. Caldwell TM, Jorm AF. (2000). Mental health nurses' beliefs about interventions for schizophrenia and depression: a comparison with psychiatrists and the public. *Aust N Z J Psychiatry*. 34:602–611.
53. Charles C, Gafni A, Whelan T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci med Elsevier*; 44:681–92.
54. Charles C, Gafni A, Whelan T. (1999) Revisiting the shared treatment decision-making model. *Soc Sci Med*, 49(5):651–61.
55. Chess S, Korn S, Fernandez P. (1971) *Psychiatric Disorders of Children with Congenital Rubella*. New York, NY: Brunner/Mazel.
56. Chien, W. T., Leung, S. F., Yeung, F. K., & Wong, W. K. (2013). Current approaches to treatments for schizophrenia spectrum disorders, part II: psychosocial interventions and patient-focused perspectives in psychiatric care. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 9, 1463–81.
57. Chong, H. Y., Teoh, S. L., Wu, D. B., Kotirum, S., Chiou, C. F., & Chaiyakunapruk, N. (2016). Global economic burden of schizophrenia: a systematic review. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 12, 357–373. <https://doi.org/10.2147/NDT.S96649>
58. Cloutier, Martin & Aigbogun, Myrlene & Guerin, Annie & Nitulescu, Roy & Agnihotram, Ramanakumar & Kamat, Siddhesh & DeLucia, Michael & Duffy, Ruth & Legacy, Susan & Henderson, Crystal & François, Clement & Wu, Eric. (2016). The Economic Burden of Schizophrenia in the United States in 2013. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 77.
59. Cohen AS, Docherty NM (2004.). "Affective reactivity of speech and emotional experience in patients with schizophrenia". *Schizophrenia Research* 69 (1): 7.–14.

60. Cohen CI, Jimenez C, Mittal S (2010) The role of religion in the well-being of older adults with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 61:917–922
61. Cole JD, Kazarian SS. (1988). The Level of Expressed Emotion Scale: A new measure of expressed emotion. *J Clin Psychol.* 44:392–7
62. Colin A. Ross MD. (1992). Childhood Sexual Abuse and Psychobiology, *Journal of Child Sexual Abuse*, 1:2, 97-104
63. Conrad R, Schilling G, Najjar D, Geiser F, Sharif M, Liedtke R, et al. Cross-cultural comparison of explanatory models of illness in schizophrenic patients in Jordan and Germany. *Psychol Rep.* 2007;101:531–46.
64. Cook WL, Strachan AM, Goldstein MJ, Miklowitz DJ.(1989). Expressed emotion and reciprocal affective relationships in families of disturbed adolescents. *Fam Process.* 28:337–48.
65. Cornwall, P.L., Scott, J. (1996). Burden of care, psychological distress and satisfaction with services in the relatives of acutely mentally disordered adults. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 31, 345–48.
66. Cozolino, L.J., Goldstein, M.J., Nuechterlein, K.H., West, K.L., Snyder, K.S. (1988) The Impact of Education About Schizophrenia on Relatives Varying in Expressed Emotion, *Schizophrenia Bulletin*, Volume 14, Issue 4, 1988. 675–87
67. CROUDACE, T., KAYNE, R., JONES, P., & HARRISON, G. (2000). Non-linear relationship between an index of social deprivation, psychiatric admission prevalence and the incidence of psychosis. *Psychological Medicine*, 30(1), 177-85.
68. Crisp AH, Gelder MG, Rix S, Meltzer HI, Rowlands OJ. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *Br J Psychiatry.*;177:4–7.
69. Dauncey, K., Giggs, J., Baker, K., & Harrison, G. (1993). Schizophrenia in Nottingham: Lifelong Residential Mobility of a Cohort. *British Journal of Psychiatry*, 163(5), 613-19.
70. Dauncey, K., Giggs, J., Baker, K., & Harrison, G. (1993). Schizophrenia in Nottingham: Lifelong Residential Mobility of a Cohort. *British Journal of Psychiatry*, 163(5), 613-619.
71. Davis JM. (1975). Overview: maintenance therapy in psychiatry: I. Schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 132:1237–45.
72. Deyling L. J. (2008). Validation of the PNS-Q-Self and the PNS-Q-Informant for the assessment of insight in schizophrenia. ETD Archive. Paper 599.
73. Dickerson, Faith B. & Ringel, Norman B. & Parente, Frederick, (1997). "Ratings of social functioning in outpatients with schizophrenia: Patient self-report versus caregiver assessment," *Evaluation and Program Planning, Elsevier*, 20(4) 415-20
74. Dickerson F, Stallings CR, Origoni AE, Vaughan C, Khushalani S, Schroeder J, et al. (2013) Cigarette smoking among persons with schizophrenia or bipolar disorder in routine clinical settings, 1999–2011. *Psychiatr Serv.*;64(1):44–50.
75. Dipietro, Janet. (2000). Baby and The Brain: Advances in Child Development. *Annual review of public health.* 21. 455-71.

76. Dixon L, Postrado L, Delahanty J, Fisher P, Lehman A.(1999). The association of medical comorbidity in schizophrenia with poor physical and mental health. *J Nerv Ment Dis.* 187:496–502.
77. Dixon, L.B., Dickerson F., et al. (2010). The 2009 Schizophrenia PORT Psychosocial Treatment Recommendations and Summary Statements. *Schizophrenia bulletin*, 36, 48-70.
78. Castle, D.J. Wessely, S. and Murray, R.M. (1993). “Sex and schizophrenia: effects of diagnostic stringency, and associations with premorbid variables,” *British Journal of Psychiatry*, 162: 658–64.
79. Docherty NM, Cutting LE, Bers SA. (1998). Expressed emotion and the differentiation of self in the relatives of stable schizophrenia outpatients. *Psychiatry.* 61:269–78.
80. Drake RJ, Lewis SW (2005). "Early detection of schizophrenia". *Current Opinion in Psychiatry* 18(2): 147–50.
81. Drake, R. E., & Mueser, K. T. (2002). Co-Occurring Alcohol Use Disorder and Schizophrenia. *Alcohol Research & Health*, 26(2) 99–102.
82. Duggan L, Fenton M, Rathbone J, Dardennes R, El-Dosoky A, Indran S. (2005) Olanzapine for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 27.
83. Dyck, D. & Short, R. & Vitaliano, P. (1999). Predictors of Burden and Infectious Illness in Schizophrenia Caregivers. *Psychosomatic medicine.* 61: 411-9.
84. EL-Islam, M.F. (1982), Rehabilitation of schizophrenics by the extended family. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 65: 112-9.
85. Evins ABN, West R, Russ C, McRae T, Lawrence D, StAubin L, Ascher J, Krishen A, Anthenelli RM. (2016) Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline and bupropion vs. nicotine patch and placebo in the psychiatric cohort of the EAGLES trial. Society for Research on Nicotine and Tobacco, 22nd Annual Meeting; Chicago, IL, USA.
86. Evins AE, Cather C, Deckersbach T, Freudenreich O, Culhane MA, Olm-Shipman CM, et al. (2005) A double-blind placebo-controlled trial of bupropion sustained-release for smoking cessation in schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol.*;25(3):218–25.
87. Evins AE, Cather C, Culhane MA, Birnbaum A, Horowitz J, Hsieh E, et al. (2007) A 12-week double-blind, placebo-controlled study of bupropion S.R. added to high-dose dual nicotine replacement therapy for smoking cessation or reduction in schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol.*;27(4):380–6.
88. Evensen, S., Wisløff, T., Lystad, J. U., Bull, H., Ueland, T., & Falkum, E. (2016). Prevalence, Employment Rate, and Cost of Schizophrenia in a High-Income Welfare Society: A Population-Based Study Using Comprehensive Health and Welfare Registers. *Schizophrenia bulletin*, 42(2), 476–83.
89. Evi Koukia E., Michael G. Madianos G.M. (2005). The effect of rehabilitation of schizophrenic patients on their family atmosphere and the emotional well-being of caregivers. *Eur. J. Psychiat.* 19(1):55-64.

90. Fadden, G., Bebbington, P., & Kuipers, L. (1987). The Burden of Care: The Impact of Functional Psychiatric Illness on the Patient's Family. *British Journal of Psychiatry*, 150(3), 285-92.
91. Falloon IR. (2003) Family interventions for mental disorders: Efficacy and effectiveness. *World Psychiatry*. 2:20–8.
92. Farris, RE and Dunham, HW.(1939) *Mental Disorders in Urban Areas* Chicago: University of Chicago Press.
93. Fischman HK, Pero RW, Kelly DD. (1996) Psychogenic stress induces chromosomal and DNA damage. *Int J Neurosci*. 84(1-4):219–27.
94. Frick U, Frick H, Langguth B, Landgrebe M, Hubner-Liebermann B, Hajak G. (2013) The revolving door phenomenon revisited: time to readmission in 17“145 patients with 37”697 hospitalisations at a German psychiatric hospital. PLoS ONE.
95. Frissen, Aleida & Lieverse, Ritsaert & Marcelis, Machteld & Drukker, Marjan & Delespaul, Philippe & Cahn, Wiepke & Dehaanc, Lieuwe & Kahn, Rene & Meijer, Carin & Myin-Germeys, Inez & Osd, Jim & Wiersmaa, Durk. (2015). Psychotic disorder and educational achievement: a family-based analysis. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*.
96. Fone D, White J, Farewell D, et al. (2014) Effect of neighbourhood deprivation and social cohesion on mental health inequality: a multilevel population-based longitudinal study. *Psychol Med*. 44:2449–2460.
97. Furnham, A & Rees, J. (1998). Lay theories of schizophrenia. *Int j of Social Psychiatry* 34(3): 212-20.
98. GARETY, P., KUIPERS, E., FOWLER, D., FREEMAN, D., & BEBBINGTON, P. (2001). A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychological Medicine*, 31(2), 189-95.
99. Gaite L, Va´zquez-Barquero JL, Borra C, Ballesteros J, Schene A, Welcher B et al (2002) Quality of life in patients with schizophrenia in five European countries: the EPSILON study. *Acta Psychiatr Scand* 105:283–292
100. George TP, Vessicchio JC, Sacco KA, Weinberger AH, Dudas MM, Allen TM, et al. (2008) A Placebo-Controlled Trial of Bupropion Combined with Nicotine Patch for Smoking Cessation in Schizophrenia. *Biological Psychiatry*.;63(11):1092–6.
101. George TP, Ziedonis DM, Feingold A, Pepper WT, Satterburg CA, Winkel J, et al. (2000) Nicotine transdermal patch and atypical antipsychotic medications for smoking cessation in schizophrenia. *The American journal of psychiatry*.;157(11):1835–42.
102. Graham, K. & King, R (2005). Caregiving attachment in mothers with schizophrenia: Theoretical issues and pilot of an empirical investigation of maternal interaction with children at bedtime, *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4:3, 191-9.
103. Green MF (2006). "Cognitive impairment and functional outcome in schizophrenia and bipolar disorder". *Journal of Clinical Psychiatry* 67(9): 3–8.
104. Greenley JR. (1986). Social control and expressed emotion. *J Nerv Ment Dis*.174:24–30.

105. Gruebner, O., Rapp, M. A., Adli, M., Kluge, U., Galea, S., & Heinz, A. (2017). Cities and Mental Health. *Deutsches Arzteblatt international*, 114(8), 121–127.
106. Gopinath, P.S. and Chaturvedi, S.K. (1992), Distressing behaviour of schizophrenics at home. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86: 185-8.
107. Gorczynski, P., & Faulkner, G. (2010). Exercise therapy for schizophrenia. *The Cochrane database of systematic reviews*. (5).
108. Guite HF, Clark C, Ackrill G. (2006) The impact of the physical and urban environment on mental well-being. *Public Health*. 20:1117–1126.
109. Gureje O, Lasebikan VO, Ephraim-Oluwanuga O, Olley BO, Kola L. (2005) Community study of knowledge of and attitude to mental illness in Nigeria. *Br J Psychiatry*. 186:436–441.
110. Hahlweg K, Goldstein MJ, Nuechterlein KH, Magafia AB, Mintz J, Doane JA, et al. (1989). Expressed emotion and patient-relative interaction in families of recent onset schizophrenics. *J Consult Clin Psychol*. 57:11–8.
111. Hakulinen, C., McGrath, J.J., Timmerman, A. et al. (2019). The association between early-onset schizophrenia with employment, income, education, and cohabitation status: nationwide study with 35 years of follow-up. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 54, 1343–51.
112. Halford WK, Hayes R. (1991). Psychological rehabilitation of chronic schizophrenic patients: recent findings on social skills training and family psychoeducation. *Clin Psychol Rev* 11: 23–44
113. Hare, E. (1956). Family Setting and the Urban Distribution of Schizophrenia. *Journal of Mental Science*, 102(429): 753-760.
114. Hare, EH. (1956) Mental illness and social conditions in Bristol. *J Ment Sci* 102 349–357.
115. Harrison S., Murphy, D. D. Paul, E.R. (1988). *The American Naturalist, The University of Chicago Press*.1-23.
116. Hamann J, Cohen R, Leucht S, Busch R, Kissling W. (2007). Shared decision-making and long-term outcome in schizophrenia treatment. *J Clin Psychiatry* 68:993–8.
117. He, Q., Turel, O. & Bechara, A. (2017). Brain anatomy alterations associated with Social Networking Site (SNS) addiction. *Sci Rep* 7
118. Hill PC, Pargament KI. Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality. Implications for physical and mental health research. *Am Psychol*. 2003;58:64–74.
119. Hoenig, J., & Hamilton, M. W. (1966). Elderly psychiatric patients and the burden on the household. *Psychiatry et Neurologia*, 152(5): 281–93.
120. Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ, Kornblith SJ, Greenwald DE, Janva CD, et al. (1986). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 43:633–42.
121. Hogarty E. Gerard, Ulrich F. Richar. (1998). The limited effects of antipsychotic medication on schizophrenia relapse and adjustment and the contributions of psychosocial treatment, *Journal of Psychiatric Research*, 32 (3–4): 243-50

122. Honold J, Wippert PM, van der Meer E. Urban health resources: physical and social constitutes of neighborhood social capital. *Procedia Soc Behav Sci.* 2014;131:491–496.
123. Hooley J, Hahlweg K.(1986). The marriages and interaction patterns of depressed patients and their spouses: Comparison of high and low EE dyads. In: Goldstein MJ, Hand I, Hahlweg K, editors. *Treatment of Schizophrenia: Family assessment and intervention.* Berlin: Springer Verlag; 85–95.
124. Hooley JM, Hiller JB. (2000). Personality and expressed emotion. *J Abnorm Psychol.* 109:40–4
125. Hooley JM. (1998) Expressed emotion and locus of control. *J Nerv Ment Dis.* 186:374–8.
126. Hooley JM. (1985) Expressed emotion: A review of the critical literature. *Clin Psychol Review.* 5:119–39.
127. Hooley JM. (1987) The nature and origins of expressed emotion. In: Hahlweg K GM, editor. *Understanding major mental disorder: The contribution of family interaction research.* New York: Family Process; 176–94.
128. Hubschmid T, Zemp M. (1989). Interactions in high- and low- EE families. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*24:113–9.
129. Hughes C, Kumari V, Das M, Zachariah E, Ettinger U, Sumich A, Sharma T. (2005). Cognitive functioning in siblings discordant for schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand.* 111(3):185–192.
130. Hutchinson, Gerard & Takei, Nori & Fahy, Thomas & Bhugra, D & Gilvarry, Catherine & Moran, Paul & Mallett, R & Sham, P & Leff, Julian & Murray, Robin. (1997). Morbid risk of schizophrenia in first-degree relatives of White and African-Caribbean patients with psychosis. *The British Journal of Psychiatry: the Journal of Mental Science.* 169:776-80
131. Iancu, Iulian & Poreh, Amir & Lehman, Benny & Shamir, Eyal & Kotler, Moshe. (2005). The Positive and Negative Symptoms Questionnaire: A self-report scale in schizophrenia. *Comprehensive psychiatry.* 46. 61-6.
132. Insel TR (2010.). "Rethinking schizophrenia". *Nature* **468** (7321): 187–93.
133. Isaac M, Chand P, Murthy P (2007). "Schizophrenia outcome measures in the wider international community". *Br J Psychiatry Suppl* **50**: 71-7.
134. Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G, et al. (1992). "Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten-country study". *Psychological Medicine Monograph Supplement*, 20:1–97.
135. Jablensky, A., & Cole, S. (1997). Is the earlier age at onset of schizophrenia in males a confounded finding?: Results from a cross-cultural investigation. *British Journal of Psychiatry*, 170(3), 234-40.
136. James B. Kirkbride, Peter B. Jones, Simone Ullrich, Jeremy W. Coid. (2014). Social Deprivation, Inequality, and the Neighborhood-Level Incidence of Psychotic Syndromes in East London, *Schizophrenia Bulletin.* 40(1):169–180.

137. Jamison, Kay R. (1996). *An unquiet mind*. New York:Vintage Books.52-3.
138. Janssen, I., Krabbendam, L., Bak, M., Hanssen, M., Vollebergh, W., de, Graaf, R. and van, Os, J. (2004), Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109: 38-45.
139. Read, J. Bruce D. Perry, Andrew Moskowitz, Jan Connolly, (2001). The Contribution of Early Traumatic Events to Schizophrenia in Some Patients: A Traumagenic Neurodevelopmental Model. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*: 64 (4) 319-45.
140. Jacobi F, Höfler M, Siegert J, et al. (2014) Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH) *Int J Methods Psychiatr Res.* 23:304–319.
141. John M. Grohol, M. (2019). Schizophrenia Treatment. *Psych Central*. 35-9.
142. Johnstone, Eve & Crow, Timothy & Frith, Chris & Husband, Janet & Kreel, L. (1976). Cerebral ventricular size and cognitive impairment in chronic schizophrenia. *Lancet*. 2. 924-6.
143. Johns, Louise & van Os, Jim. (2001). The Continuity of Psychotic Experiences in the General Population. *Clinical psychology review*. 21. 1125-41.
144. Johnson E. D. (2000). Differences among families coping with serious mental illness: A qualitative analysis. *American journal of orthopsychiatry*. 70:126–34.
145. Jones P, Murray, R., Rodgers, B., Marmot, M. (1994). Child developmental risk factors for adult schizophrenia in the British 1946 birth cohort. *The Lancet*. 1398-402
146. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, et al. (1997) Helpfulness of interventions for mental disorders: beliefs of health professionals compared with the general public. *Br J Psychiatry*.;171:233–237.
147. Jungbauer J, Bischkopf J, Angermeyer M. C. (2001). Belastungen von Angehörigen Psychisch Kranker: Entwicklungslinien, Konzepte und Ergebnisseder forschung. *Psychiatrische Praxis*.;28:105–114.
148. Kant, O. (1948). "Clinical investigation of simple schizophrenia". *The Psychiatric Quarterly*. 22 (1–4): 141–51.
149. Kaplan & Sadock. (2014). *Traktakt i plote i psikiatrie*. Vellimi I. Libri i perkthyer dhe i redaktuar nga Qendra per Perkthim dhe Kualifikim. Tirane. 2-34.
150. Kaplan & Sadock. (2014). *Traktakt i plote i psikiatrie*. Vellimi II. Libri i perkthyer dhe i redaktuar nga Qendra per Perkthim dhe Kualifikim. Tirane 3-56.
151. Kapur S. (2009). Schizophrenia. *Lancet*. 374(9690): 635–45.
152. Kavanagh DJ, O’Halloran P, Manicavasagar V, Clark D, Piatkowska O, Tennant C, et al. (1997). The family attitude scale: Reliability and validity of a new scale for measuring the emotional climate of families. *Psychiatry Res.* 70:185–95.
153. Kavanagh DJ. (1992). Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 160:601–20.

154. Kendell RE, Kemp IW. (1989). Maternal Influenza in the Etiology of Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 46(10):878–882.
155. Kim, Hwu H, Zhang LD, Lu MK, Park KK, Hwang TJ et al. (2001) Schizophrenic delusions in Seoul, Shanghai and Taipei: a transcultural study. *J Korean Med Sci*; 16:88-94.
156. Kheirabadi, G. R., Rafizadeh, M., Omranifard, V., Yari, A., Maracy, M. R., Mehrabi, T., & Sadri, S. (2014). Effects of needs-assessment-based psycho-education of schizophrenic patients' families on the severity of symptoms and relapse rate of patients. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 19(6), 558–63.
157. Khoury, MJ, Beaty, TH, Cohen, BH. (1993) *Genetic Epidemiology* Oxford: Oxford University Press
158. Kilian R, Roick C, Bernert S, et al. (2001) European standardization and German language adaptation of scales for collection of outcomes and costs of treatment for patients with severe mental disorders]. *Gesundheitswesen*. 63 1: 27–31.
159. Krzystanek, Marek & Krysta, Krzysztof & Klasik, Adam & Krupka-Matuszczyk, Irena. (2012). Religious content of hallucinations in paranoid schizophrenia. *Psychiatria Danubina*. 24. 65–69.
160. Kuipers E, Garety P, Fowler D, Freeman D, Dunn G, Bebbington P (2006). "Cognitive, emotional, and social processes in psychosis: refining cognitive behavioral therapy for persistent positive symptoms". *Schizophr Bull* 32(1) 24–31.
161. Kumari, S., Singh, A. R., Verma, A. N., Verma, P. K., & Chaudhury, S. (2009). Subjective burden on spouses of schizophrenia patients. *Industrial psychiatry journal*, 18(2), 97–100.
162. Kumra S, Shaw M, Merka P, Nakayama E, Augustin R (2001.). "Childhood-onset schizophrenia: research update". *Canadian Journal of Psychiatry* 46 (10): 923–30.
163. Kumra S., Shaw M., Merka P., Nakayama E., Augustin R. (2001). *Childhood-onset schizophrenia: research update. Canadian Journal of Psychiatry*. 46(10):923–30.
164. Laidlaw, T.M., Coverdale, J.H., Falloon, I.R.H. et al.(2002) Caregivers' Stresses When Living Together or Apart from Patients with Chronic Schizophrenia. *Community Ment Health J38*, 303–10.
165. Lane A, Byrne M, Mulvany F, Kinsella A, Waddington JL, Wash D, Larkin C, O'Callaghan E (1995) Reproductive behaviour in schizophrenia relative to other mental disorders; evidence for increased fertility in men despite reduced marital rate. *Acta Psychiatr Scand* 91: 222-228.
166. Lauber C, Anthony M, Ajdacic-Gross V, Rössler W. What about psychiatrists' attitude to mentally ill people? *Eur Psychiatry*. 2004;19:423–427.
167. Lee, P.W.H., Lieh-Mak, F., Yu, K.K. and Spinks, J.A. (1991), Patterns of outcome in schizophrenia in Hong Kong. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84: 346-352.
168. Leff J, Berkowitz R, Shavit N, Strachan A, Glass I, Vaughn C. (1990). A trial of family therapy versus a relatives' group for schizophrenia, two-year follow-up. *Br J Psychiatry*.157:571–7.

169. Leff J, Kuipers L, Berkowitz R, Eberlein-Fries R, Sturgeon D. (1982). A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *Br J Psychiatry*. 141:121–34.
170. Leff J, Vaughn C. (1985). *Expressed Emotion in Families*. New York: Guilford Press; 2: 342-56.
171. Leff J. (2000). Family work for schizophrenia: Practical application. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 102(suppl 407):78–82.
172. Liddle PF (1987). "The symptoms of chronic schizophrenia. A re-examination of the positive-negative dichotomy". *Br J Psychiatry*. **151** (2): 145–51
173. Lindamer LA, McKibbin C, Norman GJ, Jordan L, Harrison K, Abeyesinhe S, et al. . Assessment of physical activity in middle-aged and older adults with schizophrenia. *Schizophr Res*. (2008) 104:294–301.
174. Link BG, Phelan JC, Bresnahan M, Stueve A, Pescosolido BA. (1999). Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *Am J Public Health*. 89:1328–1333.
175. Loosemore M, Lam AS. (2004). The locus of control: A determinant of opportunistic behaviour in construction health and safety. *Constr Manage Econ*. 22:385–94.
176. Loukissa D. A. (1995). Family burden in chronic mental illness. *Journal of Advanced Nursing*. 21:248–55.
177. Long J, Huang G, Liang W, et al. (2014) The prevalence of schizophrenia in mainland China: evidence from epidemiological surveys. *Acta Psychiatr Scand*.;130:244–256.
178. Lloyd C, King R, Moore L. (2010). Subjective and objective indicators of recovery in severe mental illness: a cross-sectional study. *Int J Soc Psychiatry*. 56:220–9.
179. Test, M.A. Senn Burke, S. and Wallisch, L.S. (1990). "Gender differences of young adults with schizophrenic disorders in community care," *Schizophrenia Bulletin*, 16(2):331–4.
180. Malla, A. K., Norman, R. M., Williamson, P., Cortese, L., & Diaz, F. (1993). Three syndrome concept of schizophrenia: A factor analytic study. *Schizophrenia Research*, 10(2), 143–50.
181. Madianos M, Economou M. (1988) Negative symptoms in schizophrenia: the effect of long-term, community-based psychiatric intervention. *Int J Ment Health*; 17: 22-34.
182. Madianos, M. G., & Madianou, D. (1992). The effects of long-term community care on relapse and adjustment of persons with chronic schizophrenia. *International Journal of Mental Health*, 21(1), 37–49.
183. Mahy, G., Mallett, R., Leff, J., & Bhugra, D. (1999). First-contact incidence rate of schizophrenia on Barbados. *British Journal of Psychiatry*, 175(1), 28-33.
184. Magana AB, Goldstein MJ, Kamo M, Miklowitz DJ, Jenkins J, Falloon IR. (1986). A brief method for assessing expressed emotion in relatives of psychiatric patients. *Psychiatry Res*. 17:203–13.

185. Magliano, L., Fadden, G., Madianos, M. et al. (1998). Burden on the families of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 33, 405–12.
186. Magliano L, Fiorillo A. (2007). Psychoeducational family interventions for schizophrenia in the last decade: From explanatory to pragmatic trials. *Epidemiol Psichiatr Soc.* 16:22–34.
187. Malzberg B. (1969) Are immigrants psychologically disturbed? In: Plog SC, Edgerton RB, eds. Changing perspectives in mental illness. New York, NY: Holt, Rinehart and Winston, 395–421.
188. Manzella, F., Maloney, S. E., & Taylor, G. T. (2015). Smoking in schizophrenic patients: A critique of the self-medication hypothesis. *World journal of psychiatry*, 5(1), 35–46.
189. Marcellusi A, Fabiano G, Viti R, et al. (2018). Economic burden of schizophrenia in Italy: a probabilistic cost of illness analysis *BMJ Open*;8.
190. Mari JJ, Streiner DL. (1994). An overview of family interventions and relapse on schizophrenia: meta-analysis of research findings. *Psychol Med.* 24:565–78
191. Marshall M, Lockwood A, Bradley C, Adams C, Joy C, Fenton M. (2000). Unpublished rating scales: a major source of bias in randomised controlled trials of treatments for schizophrenia. *Br J Psychiatry.* 176:249–52.
192. Maurin J. T, Boyd C. B. (1990). Burden in chronic mental illness in the family; a critical review. *Archives of Psychiatric Nursing.*;4:99–107.
193. Macpherson, R., Jerrom, B., & Hughes, A. (1996). Relationship Between Insight, Educational Background and Cognition in Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 168(6), 718-22.
194. Marx AJ, Test MA, Stein LI. (1973). Extrohospital Management of Severe Mental Illness: Feasibility and Effects of Social Functioning. *Arch Gen Psychiatry.* 29(4):505–11.
195. Mallett, R., Leff, J., Bhugra, D. et al. (2002). Social environment, ethnicity and schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 37, 329–35.
196. McGrath J., Saha S., Chant D., Welham J., (2008) Schizophrenia: A Concise Overview of Incidence, Prevalence, and Mortality, *Epidemiologic Reviews*, 30(1)67–76.
197. McGrath, John & Castle, David. (1995). Does Influenza Cause Schizophrenia? A Five Year Review. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry.* 29. 23-31.
198. McFarlane WR, Dixon L, Lukens E, Luckstead A. (2003). Family psychoeducation and schizophrenia: A review of the literature. *J Marital Fam Ther* 29:223–45.
199. McFarlane WR, Link B, Dushay R, Marchal J, Crilly J. (1995). Psychoeducational multiple family groups: Four-year relapse outcome in schizophrenia. *Fam Process.* 34:127–44.
200. McFarlane WR, Lukens E, Link B, Dushay R, Deakins SA, Newmark M, et al. (1995). Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry.* 52:679–87.

201. McGrath, JJ, Lawlor, DA (2011.). "The search for modifiable risk factors for schizophrenia". *The American Journal of Psychiatry* **168** (12): 1235.–8.
202. McGrath, J., Saha, S., Chant, D., and Welham, J. (2008). "Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality," *Epidemiologic Reviews*, 30(1): 67–76.
203. McGuire, P. K., Jones, P., Harvey, I., Williams, M., McGuffin, P., & Murray, R. M. (1995). Morbid risk of schizophrenia for relatives of patients with cannabis-associated psychosis. *Schizophrenia Research*, 15(3), 277–81.
204. Ministria e Shëndetësisë së Republikës së Kosovës (2007). *Strategjia e Shëndetit Mendor të Kosovës 2008 – 2013*. Prishtinë. Qasur nga: <https://msh.rks-gov.net/wp-content/uploads/2013/11/Strategjia-e-Shëndetit-Mendor-2008-2013.pdf>.
205. Ministria e Shëndetësisë së Republikës së Kosovës (2007). *Strategjia Sektoriale e Shëndetësisë 2014 – 2020*. 2013. Prishtinë.
206. Medalia A, Choi J (2009.). "Cognitive remediation in schizophrenia." *Neuropsychology Rev* 19 (3): 353.–64.
207. Meyer OL, Castro-Schilo L, Aguilar-Gaxiola S. (2014) Determinants of mental health and self-rated health: a model of socioeconomic status, neighborhood safety, and physical activity. *Am J Public Health*. ;104:1734–1741.
208. Mednick SA, Machon RA, Huttunen MO, Bonett D. (1988). Adult schizophrenia following prenatal exposure to an influenza epidemic. *Arch Gen Psychiatry*. 45:189–192
209. Mednick, S. A., Parnas, J., & Schulsinger, F. (1987). The Copenhagen High-Risk Project, 1962-86. *Schizophrenia Bulletin*, 13(3), 485–95.
210. Modrzewska K. (1980) The offspring of chizophrenic patients in a north Swedish isolate. *Clinical genetics*. 17. 191-201.
211. Gaité L, Va'zquez-Barquero JL, Borra C, Ballesteros J, Schene A, Welcher B et al (2002) Quality of life in patients with schizophrenia in five European countries: the EPSILON study.
212. Miklowitz DJ. (1989). Is expressed emotion an index of a transactional process? I. Parents' affective style. *Fam Process*. 28:153–67
213. Mohr S, Perroud N, Gillieron C, Brandt PY, Rieben I, Borrás L et al (2011) Spirituality and religiousness as predictive factors of outcome in schizophrenia and schizo-affective disorders. *Psychiatry Res* 186:177–182.
214. Moll C, Gessler U, Bartsch S, El-Sayeh HG, Fenton M, Adams CE. (2003), Gross Domestic Product (GDP) and productivity of schizophrenia trials: an ecological study. *BMC Psychiatry*. 3:18.
215. Mortensen, B. P., Pedersen B. C., Westergaard, T., Wohlfahrt, J., Ewald, H., Mors, O., Andersen, K. P., Melbye, M., (1999). Effects of Family History and Place and Season of Birth on the Risk of Schizophrenia. *The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE*. 340:603-8.

216. Murdock, G. P. (1950). *Social Structure*. (1st Edition). Qasur nga: <https://academic.oup.com/sf/article-abstract/28/3/336/1991744>. 387
217. Murdock, G. P. (1970). *Social structure: Murdock, George Peter, 1897-1985*: Free Download, Borrow, and Streaming. Retrieved from <https://archive.org/details/socialstructurem00murd/page/n17/mode/2up>
218. Murray, R. M., & Fearon, P. (1999). The developmental 'risk factor' model of schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, 33(6), 497–9
219. Murray, R. M., Jones, P. B., O'Callaghan, E., Takei, N., & Sham, P. (1992). Genes, viruses and neurodevelopmental schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, 26(4), 225–35.
220. Mukai, Jun & Cannavo, et al. (2019). Recapitulation and reversal of schizophrenia-related phenotypes in Setd1a -deficient mice. 65-123.
221. Myhrman, A & Rantakallio, P & Isohanni, Matti & Jones, Peter & Partanen, U. (1996). Unwantedness of a pregnancy and schizophrenia of a child. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*. 169. 637-40.
222. National Institute of Mental Health (NIMH). *Schizophrenia Booklet*. (2009). Available at <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/schizophrenia/schizophrenia-booklet-2009.pdf>.
223. Newbury, J., Arseneault, L., Caspi, A., Moffitt, T.E., Odgers, C. L., Fisher, H.J., (2018). Cumulative Effects of Neighborhood Social Adversity and Personal Crime Victimization on Adolescent Psychotic Experiences, *Schizophrenia Bulletin*, 44(2) 348–58
224. Nordt, C., Rössler, W., & Lauber, C. (2006). Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophrenia bulletin*, 32(4), 709–714.
225. Odegaard, O. (1932) Emigration and insanity. *Acta Psychiatrica et Neurologica Scandinavica*. 4, 1-206.
226. Odegaard O. (1953) New data on marriage and mental disease. *J Ment Sci* 99: 778-785
227. Odegaard O. (1971) Hospitalised psychoses in Norway. *Time trends* 1926-1965. *Int J Soc Psychiatry*.
228. Osaka University. (2017). A new genetic marker for schizophrenia. *ScienceDaily*. Retrieved from www.sciencedaily.com/releases/2017/09/170911122729.htm
229. Ostman, M. & Björkman, AC. (2013). Schizophrenia and Relationships. *Clinical schizophrenia & related psychoses*. 7. 1-15.
230. Ovtcharoff, W. & Braun, K. (2001). Maternal separation and social isolation modulates the postnatal development of synaptic composition in the infralimbic cortex of Octodon Degus. *Neuroscience*. 104. 33-40.
231. Owen, M & O'Donovan, MC. (2005). Schizophrenia: a genetic disorder of the synapse? *BMJ* 330:158.
232. Paloutzian RF, Ellison CW. Loneliness, spiritual well-being, and the quality of life. In: Peplau LA, Perlman D, editors. *Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research, and Therapy*. New York: Wiley-Interscience; 1982. pp. 224–37.

233. Pargament K, Feuille M, Burdzy D. The brief RCOPE: Current psychometric status of a short measure of religious coping. *Religions*. 2011;2:51–76.
234. Parnas J, Jorgensen A (1989.). "Pre-morbid psychopathology in schizophrenia spectrum". *British Journal of Psychiatry* **115**: 623.-7.
235. Perälä, J., Suvisaari, J., Saarni, SI. I. et al., (2007). "Lifetime prevalence of psychotic and bipolar disorders in a general population," *Archives of General Psychiatry*, 64(1): 19–28.
236. Peterson, T. (2018). What Are the Symptoms of Schizophrenia?, HealthyPlace. Retrieved from <https://www.healthyplace.com/thought-disorders/schizophrenia-symptoms/what-are-the-symptoms-of-schizophrenia>
237. Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W. (2010). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 12
238. Phillips MR, Zhang J, Shi Q, et al. (2009) Prevalence, treatment, and associated disability of mental disorders in four provinces in China during 2001-05: an epidemiological survey. *Lancet*. 373:2041–2053.
239. Pedersen CB, Mortensen PB. (2001). Evidence of a Dose-Response Relationship Between Urbanicity During Upbringing and Schizophrenia Risk. *Arch Gen Psychiatry*. 58(11): 1039–46.
240. Picchioni M. M., Murray R. M. (2007). Schizophrenia. *BMJ*. 335(7610):91–5.
241. Pinfold V, Toulmin H, Thornicroft G, Huxley P, Farmer P, Graham T. Reducing psychiatric stigma and discrimination: evaluation of educational interventions in UK secondary schools. *Br J Psychiatry*. 2003;182:342–346.
242. Pino, Oscar & Guilera, Georgina & Rojo, et al. (2008). Spanish version of the Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry (SCIP-S): Psychometric properties of a brief scale for cognitive evaluation in schizophrenia. *Schizophrenia research*. 99. 139-48.
243. Prina AM, Ferri CP, Guerra M, Brayne C, Prince M. (2011) Prevalence of anxiety and its correlates among older adults in Latin America, India and China: cross-cultural study. *Br J Psychiatry*. 199:485–491.
244. Castle D, Wessely S, Der G, Murray RM. (1991). The incidence of operationally defined schizophrenia in Camberwell, 1965–84. *The British Journal of Psychiatry*. 159:790–4.
245. Picchioni MM, Murray RM (2007). "Schizophrenia". *BMJ* **335** (7610): 91–5.
246. Platt, Stephen. (1985). Measuring the burden of psychiatric illness on the family: An evaluation of some rating scales. *Psychological medicine*. 15. 383-93.
247. Provencher H. L. (1996). Objective burden among primary caregivers of person with chronic schizophrenia. *Journal psychiatric and Mental Health Nursing*. 3:181–7.
248. Propping P, Hilger T, Haverkamp F (1983) Is there an increase of reproductive rates in schizophrenics? *Arch Psychiatr Nervenkr* 233: 177-185.
249. PROVENCHER, H.L., PERREAULT, M., ST-ONGE, M. and ROUSSEAU, M. (2003), Predictors of psychological distress in family caregivers of persons with psychiatric disabilities. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10: 592-607.

- 250.** Pugliese, Valentina & Bruni, Antonella & Carbone, Elvira Anna & Calabró, Giuseppina & Cerminara, Gregorio & Sampogna, Gaia & Luciano, Mario & Steardo, Luca & Fiorillo, Andrea & Segura-Garcia, Cristina & De Fazio, Pasquale. (2018). Maternal stress, prenatal medical illnesses and obstetric complications: risk factors for Schizophrenia Spectrum Disorder, Bipolar Disorder and Major Depressive Disorder. *Psychiatry Research*. 271.
- 251.** Lewine, R. Burbach, D. and Meltzer, H.Y. (1984). "Effect of diagnostic criteria on the ratio of male to female schizophrenic patients," *American Journal of Psychiatry*, 141(1): 84–7.
- 252.** Ratliff JC, Palmese LB, Reutenauer EL, Liskov E, Grilo CM, Tek C. The effect of dietary and physical activity pattern on metabolic profile in individuals with schizophrenia: a cross-sectional study. *Compr Psychiatry*. (2012) 53:1028–33.
- 253.** Rapp MA, Kluge U, Penka S, et al. (2015) When local poverty is more important than your income: Mental health in minorities in inner cities. *World Psychiatry*. 14:249–250.
- 254.** Read, J., Agar, K., Argyle, N. and Aderhold, V. (2003), Sexual and physical abuse during childhood and adulthood as predictors of hallucinations, delusions and thought disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76: 1-22.
- 255.** Rocha K, Pérez K, Rodríguez-Sanz M, Obiols JE, Borrell C. (2012) Perception of environmental problems and common mental disorders (CMD) Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 47:1675–1684.
- 256.** Rose Marie Friedrich, RN, MA; Sonja Lively, RN, MA; Kathleen C Buckwalter, RN, FAAN, PhD (1999). *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 37(8):11-19
- 257.** Rosenthal, SH. et al. (1990). Pain intensity in schizophrenia: Case report and review of the literature. *General Hospital Psychiatry* 12(5): 319-22.
- 258.** Romney DM, Candido CL. (2001) Anhedonia in depression and schizophrenia: a reexamination. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 189(11):735-40.
- 259.** Ringen PA, Faerden A, Antonsen B, Falk RS, Mamen A, Rognli EB, et al. (2018)..Cardiometabolic risk factors, physical activity and psychiatric status in patients in long-term psychiatric inpatient departments. *Nord J Psychiatry*. 72:1–7.
- 260.** Rudaleviciene P, Stompe T, Narbekovas A, Raskauskiene N, Bunevicius R. (2008) Are religious delusions related to religiosity in schizophrenia? *Medicina (Kaunas)*; 44:529-35.
- 261.** Sampson RJ, Raudenbush SW, Earls F. (1997) Neighborhoods and violent crime: a multilevel study of collective efficacy. *Science*.;277:918–924.
- 262.** Saffron Karlsen, James Y. Nazroo, Rob Stephenson, (2002). Ethnicity, environment and health: putting ethnic inequalities in health in their place. *Social Science & Medicine*, 1647-61.
- 263.** Sanders, M., Winters, P., & Fiscella, K. (2015). Preliminary validation of a scale to measure patient perceived similarity to their navigator. *BMC research notes*, 8, 388.

264. Schultz SH, North SW, Shields CG (2007). "Schizophrenia: a review". *Am Fam Physician* **75** (12): 1821.–9.
265. Sekiguchi, H., Pavey, G. & Dean, B. (2019). Altered levels of dopamine transporter in the frontal pole and dorsal striatum in schizophrenia. *npj Schizophr* **5**, 20.
266. Sharpley, M., Hutchinson, G., Murray, R., & McKenzie, K. (2001). Understanding the excess of psychosis among the African-Caribbean population in England: Review of current hypotheses. *British Journal of Psychiatry*, *178*(S40), 60-8.
267. Sharifi V, Amin-Esmaeili M, Hajebi A, et al. (2015) Twelve-month prevalence and correlates of psychiatric disorders in Iran: the Iranian Mental Health Survey 2011. *Arch Iran Med.*;18:76–84.
268. Shields CG, Franks P, Harp JJ, McDaniel SH, Campbell TL. (1992). Development of the family emotional involvement and criticism scale (FEICS): A self-report scale to measure expressed emotion. *J Marital Fam Ther.* *18*:395–407.
269. Shimizu E, Imai M, Fujisaki M, et al. (2007). "Maintenance electroconvulsive therapy (ECT) for treatment-resistant disorganized schizophrenia". *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry.* **31** (2): 571–3.
270. Scholarly Paper. "Personality Disorders: New Insights for the Healthcare Professional: (2012) Edition." Google Books. Retrieved from <https://books.google.com/books?id.p.3>.
271. Scheewe, T. W., Jörg, F., Takken, T., Deenik, J., Vancampfort, D., Backx, F., & Cahn, W. (2019). Low Physical Activity and Cardiorespiratory Fitness in People With Schizophrenia: A Comparison With Matched Healthy Controls and Associations With Mental and Physical Health. *Frontiers in psychiatry*, *10*, 87.
272. Silove D, Ivancic L, Rees S, Bateman-Steel C, Steel Z. (2014) Clustering of symptoms of mental disorder in the medium-term following conflict: an epidemiological study in Timor-Leste. *Psychiatry Research.*;219:341–346.
273. Selten JP, Cantor-Graae E, Slaets JPJ, Kahn RS (2002.) Odegaard's selection hypothesis revisited: schizophrenia in Surinamese immigrants to the Netherlands. *Am J Psychiatry* *159*:669-71.
274. SELTEN, J., SLAETS, J., & KAHN, R. (1997). Schizophrenia in Surinamese and Dutch Antillean immigrants to The Netherlands: Evidence of an increased incidence. *Psychological Medicine*, *27*(4), 807-811.
275. SEYMOUR S. KETY, DAVID ROSENTHAL, PAUL H. WENDER, and FINI SCHULSINGER. (1971). Mental Illness in the Biological and Adoptive Families of Adopted Schizophrenics. *American Journal of Psychiatry* *128*:3, 302-6
276. Stubbs B, Williams JE, Gaughran F, Craig T (2016) How sedentary are people with psychosis? A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res.* *171*:103-9.
277. Siddle R, Haddock G, Tarrier N, Faragher EB: Religious delusions in patients admitted to hospital with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; *37*:130-8.

278. Stockdale SE, Wells KB, Tang L, Belin TR, Zhang L, Sherbourne CD. (2007) The importance of social context: Neighborhood stressors, stress-buffering mechanisms, and alcohol, drug, and mental health disorders. *Soc Sci Med.* 65:1867–1881.
279. Strachan AM, Feingold D, Goldstein MJ, Miklowitz DJ, Nuechterlein KH. (1989). Is expressed emotion an index of a transactional process? II. Patient's coping style. *Fam Process.*28:169–81.
280. Stramecki, F., Kotowicz, K. D., Piotrowski, P., Frydecka, D., Rymaszewska, J., Beszłej, J. A., Misiak, B. (2018). Assessment of the Association Between Cigarette Smoking and Cognitive Performance in Patients with Schizophrenia-Spectrum Disorders: A Case-Control Study. *Frontiers in psychiatry*, 9, 642.
281. Souraya, S., Hanlon, C., & Asher, L. (2018). Involvement of people with schizophrenia in decision-making in rural Ethiopia: a qualitative study. *Globalization and health*, 14(1), 85.
282. Sugarman, P., & Craufurd, D. (1994). Schizophrenia in the Afro-Caribbean Community. *British Journal of Psychiatry*, 164(4): 474-480.
283. Subbaraman R, Nolan L, Shitole T, et al. (2014) The psychological toll of slum living in Mumbai, India: a mixed methods study. *Soc Sci Med.* 119:155–169.
284. Swanson, Charlie L et al. (1998). Premorbid educational attainment in schizophrenia: association with symptoms, functioning, and neurobehavioral measures. *Biological Psychiatry*, 44(8) 739 – 747.
285. Sullivan PF. (2005) The Genetics of Schizophrenia. *PLoS Med* 2(7): e21.
286. Suzuki, Michio (2005). "Prefrontal abnormalities in patients with simple schizophrenia: Structural and functional brain-imaging studies in five cases". *Psychiatry Research: Neuroimaging*. 140 (2): 157–71.
287. Takei, N., Mortensen, P. B., Klæning, U., Murray, R. M., Sham, P. C., O'Callaghan, E., & Munk-Jørgensen, P. (1996). Relationship between in utero exposure to influenza epidemics and risk of schizophrenia in Denmark. *Biological Psychiatry*, 40(9), 817–824.
288. Tarrier N, Barrowclough C, Vaughn C, Bamrah JS, Porceddu K, Watts S, et al. (1988). The community management of schizophrenia: A controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse. *Br J Psychiatry*. 152:618–24.
289. Tel, H. & Esmek, M. (2006). The effect of education on the approach of relatives to schizophrenia patients and their coping with stress. *Neurology Psychiatry and Brain Research*. 13. 55-58
290. Thara, R., Srinivasan, T.N. (1997). Outcome of marriage in schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 32, 416–420.
291. Thorndike AN, Achtyes ED, Cather C, Pratt S, Pachas GN, Hoepfner SS, et al. Weight gain and 10-year cardiovascular risk with sustained tobacco abstinence in smokers with serious mental illness: a subgroup analysis of a randomized trial. *J Clin Psychiatry*. 2016;77(3):e320–6.

- 292.** Thornley B, Adams C. (1998). Content and quality of 2000 controlled trials in schizophrenia over 50 years. *317*:1181–4.
- 293.** Tienari, P., Wynne, L.C., Moring, J., et al. (2000), Finnish adoptive family study: sample selection and adoptee DSM-III-R diagnoses. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101: 433–43.
- 294.** Tomaras, V., Vlachonikolis, I.G., Stefanis, C.N. *et al.* (1988). The effect of individual psychosocial treatment on the family atmosphere of schizophrenic patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* **23**, 256–61
- 295.** Triveni, D., Grover, S., & Chakrabarti, S. (2017). Religiosity among patients with schizophrenia: An exploratory study. *Indian journal of psychiatry*, 59(4), 420–428.
- 296.** Tsoi DT, Porwal M, Webster AC. (2013) Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.*;2(2)
- 297.** Tsuang, M. (2000). Schizophrenia: genes and environment. *Biological Psychiatry* **47**(1): 210-20.
- 298.** Turkington, D., Dudley, R., Warman, D., & Beck, A. T. (2004). Cognitive-Behavioral Therapy for Schizophrenia: A Review. *Journal of psychiatric practice*, **10**, 5–16.
- 299.** van Os J, Kapur S (2009.). "Schizophrenia". *Lancet* 374 (9690): 635– 45.
- 300.** van Os, Jim & Rutten, Bart & Poulton, Richie. (2008). Gene-Environment Interactions in Schizophrenia: Review of Epidemiological Findings and Future Directions. *Schizophrenia bulletin*. 34. 1066-82.
- 301.** van Os, J., Driessen, G., Gunther, N., & Delespaul, P. (2000). Neighbourhood variation in incidence of schizophrenia: Evidence for person-environment interaction. *British Journal of Psychiatry*, 176(3), 243-48.
- 302.** van Os J, Hanssen M, Bijl RV, Vollebergh W. Prevalence of Psychotic Disorder and Community Level of Psychotic Symptoms: An Urban-Rural Comparison. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58(7):663–668.
- 303.** van Os, J., & McGuffin, P. (2003). Can the social environment cause schizophrenia? *The British Journal of Psychiatry*, 182(4), 291–292.
- 304.** Velligan DI & Alphs LD (2008). "Negative Symptoms in Schizophrenia: The Importance of Identification and Treatment". *Psychiatric Times* **25**:3.
- 305.** Ventura, J., Nuechterlein, K. H., Lukoff, D., & Hardesty, J. P. (1989). A prospective study of stressful life events and schizophrenic relapse. *Journal of Abnormal Psychology*, 98(4), 407–11.
- 306.** Vos T, Barber RM, Bell B, et al. (2013) Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the global burden of disease study. *Lancet*. 386(9995):743–800.
- 307.** Wahlberg, Karl-Erik & Wynne, et al. (1997). Gene-environment interaction in vulnerability to schizophrenia: findings from the Finnish Adoptive Family Study of Schizophrenia. *The American journal of psychiatry*. 154. 355-62.

308. Wang, P. W., Lin, H. C., Su, C. Y., Chen, M. D., Lin, K. C., Ko, C. H., & Yen, C. F. (2018). Effect of Aerobic Exercise on Improving Symptoms of Individuals With Schizophrenia: A Single Blinded Randomized Control Study. *Frontiers in psychiatry*, 9, 167.
309. Warner R (2009). "Recovery from schizophrenia and the recovery model". *Curr Opin Psychiatry* 22 (4): 374.–80.
310. Wearden AJ, TARRIER N, Barrowclough C, Zastowny TR, Rahill AA. (2000). A review of expressed emotion research in health care. *Clin Psychol Rev.* 20:633–66.
311. Weingarten MA, Orron DE (1983) Schizophrenia in a Yemenite immigrant town in Israel. *Int J Soc Psychiatry* 29: 249–54.
312. Weinstein J. (2009). Mental health, service user involvement and recovery. *London: Jessica Kingsley Publishers.* 5,2.
313. White, R., Bebbington, P., Pearson, J. et al. (2000). The social context of insight in schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 35, 500–07.
314. WHO (2011). 2011 Mental Health Atlas. World Health Organization: Geneva.
315. Wijngaarden, Bob & Schene, Aart & Koeter, Maarten. (2004). Family caregiving in depression: Impact on caregivers' daily life, distress, and help seeking. *Journal of affective disorders.* 81. 211-22.
316. Winefield, Helen & Harvey, E. (1993). Determinants of Psychological Distress in Relatives of People With Chronic Schizophrenia. *Schizophrenia bulletin.* 19. 619-25.
317. Wright, P., Takei, N., Rifkin, L., & Murray, R. M. (1995). Maternal influenza, obstetric complications, and schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry,* 152(12), 1714–1720.
318. Wolff G, Pathare S, Craig T, Leff J. (1996) Public education for community care: a new approach. *Br J Psychiatry.*168:441–447.
319. Wuerker AK, Haas GL, Bellack AS. (2001). Interpersonal control and expressed emotion in families of persons with schizophrenia: Change over time. *Schizophrenia Bull.* 27:671–86.
320. Wuerker AK. (1996). Communication patterns and expressed emotion in families of persons with mental disorders: The negotiation of who's in charge. *Schizophrenia Bull.* 22:671–90.
321. Wuerker AM. (1994). Relational control patterns and expressed emotion in families of persons with schizophrenia and bipolar disorder. *Fam Process.* 33:389–407.
322. Wu, EQ et al. (2005). The Economic Burden of Schizophrenia in the United States in 2002. *Value in Health,* vol. 8, 6, A207.
323. Zubin J, Spring BJ. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *J Abnorm Psychol.* 86:103–26

ABSTRAKT

Hyrje:Me ndikimin e faktorëve të ndryshëm strukturorë dhe ideorë, familja dhe shoqëria tani luajnë rol të zgjeruar në aspektin e sjelljes, qëndrimeve, besimeve dhe marrëdhënieve. Ky ndikim është reflektuar në të gjitha shoqëritë në botë; megjithatë, përderisa shtetet perëndimore kanë adaptuar politika sociale për të akomoduar këto ndryshime, shtetet në zhvillim nuk kanë krijuar struktura të përshtatshme. Këto mungesa janë reflektuar në një varg problemesh sociale, përfshirë ngritjen e prevalencës së sëmundjeve mendore. Në Kosovë, financimi i shërbimeve të shëndetit mendor mbetet i ulët, ndërkohë që problemet e shëndetit mendor paraqesin 12.3% të sëmundjeve të përgjithshme dhe 30.8% të shkaqeve të paaftësisë për punë.

Qëllimi:Ky studim synon të hedhë dritë mbi rolin/ndikimin e familjes dhe të shoqërisë në përkeqësimin (rehabilitimin) e pacientëve skizofren, dhe të shqyrtojë faktorët që mund të kenë pasur ndikim në ndryshimin e strukturës familjare, legjislacionit në fushën e mbrojtjes sociale dhe vlerësimet paraprake të efektivitetit të legjislacionit me synimin për t'i ardhur në ndihmë pacientëve skizofren.

Metoda dhe materialet: Studimi është i llojit deskriptivo-analitik, kualitativ dhe kuantitativ. Hulumtimi është realizuar në katër komuna të Kosovës, duke marrë për mostër pacientët me skizofreni që paraqiten në institucionet psikiatrike dhe kujdestarët/anëtarët e tyre të familjes.

Rezultatet: Faktorët social dhe familja kanë ndikim signifikant në përkeqësimin e gjendjes së pacientëve me skizofreni. Prania e skizofrenisë është reflektuar në prevalencë të nivelit të ulët të edukimit, në nivel të lartë të papunësisë, dhe aktivitetet të dëmshme si konsumimi i duhanit dhe alkoolit dhe mosaktiviteti fizik. Pyetësorët PNS-Q Vetëraportues dhe për Anëtarin e Familjes kanë treguar korelacion signifikant për nënshkallët e simptomave positive dhe atyre negative.

Rekomandimet: Për pacientët me skizofreni dhe familjet e tyre duhet një strategji e mirëstrukturuar dhe e krijuar në bashkëpunim me ekspertë të fushave relevante, përfshirë mbrojtjen sociale, shërbimet mjekësore psikiatrike, edukimin, dhe planin e integritit në jetën sociale.

Fjalë kyçe:Skizofrenia, faktorët social, familja, mirëqenia, PNS-Q vetraportues, PNS-Q informues

ABSTRACT

Prelude: As a result of various structural and ideological factors, the family and the society as a whole, play a significant and extensive role when it comes to behavior, attitudes, beliefs and relations. This influence has been reflected on all societies worldwide; however, while western countries have adopted social policies in order to accommodate these changes, developing countries have not established as yet conducive structures. These lacks have resulted into a myriad of social problems, including the increased curve of mental illnesses. In Kosovo, the financial support for healthcare services remains low; meanwhile, the issues arising from mental health have reached 12.3% of total sicknesses, and 30.8% of total causes of work disabilities.

Objective: this study aims at shedding light on the role and/or influence of family and society in worsening and/or rehabilitation of patients suffering from schizophrenia, and to review factors that might have had impacted the changes in the structures of family and legislation in the field of social protection and preliminary assessment of the effectiveness of legislation aiming at supporting patients suffering from schizophrenia.

Methods and materials: the study is dual, descriptive and analytical, qualitative and quantitative. The research has been realized in four different municipalities in Kosovo, where as the samples served patients suffering from schizophrenia, who have been referred to Psychiatric Ward and their custodians and/or family members.

Results: the social factors and the family have a significant influence in deterioration of the state of patients suffering from schizophrenia. Thus, the presence of schizophrenia has been reflected into the prevalence of low level of education; in the high level of unemployment, and high prevalence of unhealthy vices such as cigarette smoking, alcohol consumption, and lack of physical activities. The self-responding questionnaires PNS – Q and those pertaining to a family member have shown a close correlation for the underlying positive and negative symptoms.

Recommendation: for the patients suffering from schizophrenia and their families, there is a need for a well-structured strategy – created in cooperation with experts of relevant fields, including social support, psychiatric medical services, education, and a plan for social integration.

Keywords: Schizophrenia, social factors, family, welfare, PNS

