

UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË

REPUBLIKA E SHQIPËRISË

UNIVERSITETI MJEKËSISË, TIRANËS

FAKULTETI I MJEKËSISË

DISERTACION

PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE

DOKTOR

**TEMA: VLERËSIMI I FAKTORËVE TË NDËRPRERJES SË
MJEKIMIT TE PACIENTËT QË MJEKOHEN PËR
ÇRREGULLIME BIPOLARE DHE SKIZOFRENI**

KANDIDATI

Dr. EUGJEN SOTIRI

UDHËHEQËSI SHKENCOR

Prof. Dr. ARIEL ÇOMO

TIRANË 2023

REPUBLIKA E SHQIPERISE
UNIVERSITETI I MJEKESISE SE TIRANES
FAKULTETI I MJEKESISE

DISERTACION I PARAQITUR NGA

Dr. Eugjen Sotiri

PER MARRJEN E GRADES SHKENCORE

DOKTOR

Specialiteti Psikiatri

TEMA: "Vleresimi i faktorëve të ndërprerjes së mjekimit te pacientët që mjekohen për çrregullime bipolare dhe skizofreni"

MBROHET ME DATE 21 / 07 / 2023 PARA JURISE

- | | |
|-------------------------------|------------------|
| 1. Prof. As. FATIME ELEZI | KRYETAR |
| 2. Prof. As. ANITA PILIKA | ANETAR (OPONENT) |
| 3. Prof. FEDHON MEKSI | ANETAR (OPONENT) |
| 4. Prof. GJEORGJINA KULI LITO | ANETAR |
| 5. Prof. As. DIAMANT SHTIZA | ANETAR |

UDHEHEQËSI SHKENCOR:

Prof. Dr. Ariel Çomo

Aspektet Etike

Studimi nuk paraqet probleme apo dilema etike.

Pranimi i Informuar ka qenë element thelbësor në procesin e përfshirjes së personave në studim, formati për të cilin është ndërtuar mbi bazën e kërkesave të mirëpranuara ndërkombëtare.

Studimi i propozuar **nuk është** pjesë përbërëse e një programi/projekti kërkimor më të gjerë

ABSTRAKTI

Vlerësimi i faktorëve të ndërprerjes së mjekimit te pacientët që mjekohen për Çrregullime Bipolare dhe Skizofreni

Aderenca ndaj mjekimit dhe trajtimit ka një rol të rëndësishëm në rezultatet trajtimit mjekësor dhe mirëqenien e pacientit. Ndërperja e trajtimit është e zakonshme te pacientët me çrregullime psikiatrike. Një ndërthurje faktorësh ndikon në sjelljen ndaj mjekimit. Faktorë të lidhur me çrregullimin si veçoritë e simptomave dhe shkalla e tyre, faktorë të përgjithshëm me ndikim në çrregullimet mendore si kritika, faktorë të lidhur me pacientin si historia e tij, statusi socio-ekonomik, aksesit në kujdesin shëndetësor, lloji i mjekimit, mbështetja e familjes etj. **Objektivi:** Analizimi i faktorëve që ndikojnë në ndërperjen e trajtimit te pacientët e trajtuar për çrregullime bipolare dhe skizofreni. **Metoda:** 264 pacientë që vuajnë nga të dyja çrregullimet dhe që kanë nevojë për trajtim afatgjatë janë vlerësuar gjatë një periudhe 2-vjeçare duke vazhduar trajtimin e tyre. Shumë faktorë janë vlerësuar si me ndikim në ndërprerjen e mjekimit. Janë analizuar 32 variabla si: diagnoza, vitet e vuajtjes nga sëmundja; numri i episodeve, mjekimi; arsimimi; niveli i stigmës dhe kritikës; aksesit tek mjeku; mbështetja familjare dhe shumë specifika rreth simptomave të secilit çrregullim janë vlerësuar të lidhura drejtpërdrejt me ndërprerjen e trajtimit. **Rezultatet:** Shkalla përfundimtare ndërprerjes është 12.1%. Nuk ka dallim të rëndësishëm ndërmjet dy diagnozave, ($p=.855>.05$). 30.68% e pacientëve kanë ndërprerje të përkohshme të mjekimit. Beqarët kanë përqindje më të lartë të ndërprerjes 59.4% ($p=.000\leq.05$). Mbështetja familjare rezulton si faktor i rëndësishëm gjatë ndjekjes ($p=.000\leq.05$). Stigma nuk është domethënëse ($p=.668>.05$). Faktorët me rëndësi statistikore rezultojnë: Kritika ($p=.000\leq.05$). Antipsikotikët me veprim të zgjatur ($p=.000\leq.05$), paliperidoni rezulton me shkallë më të ulët. Shkalla e simptomatikës ($p=.005\leq.05$). Episodi depresiv te pacienti bipolar ($p=.001<.05$). Pas ndërprerjes hospitalizimi është i rëndësishëm statistikisht ($p=.002<.05$). Përdorimi i stabilizuesve të humorit ($p=.002<.05$), karbamazepinë ka ndërprerjen më të lartë me 44.4%. Prania e simptomave negative ($p=.000<.05$). *Analiza multivariate* për të dy diagnozat në vlerësim të faktorëve jo të lidhur me simptomat rezulton në lidhje sinjifikative me moshën, mbështetjen familjare dhe kritikën ($p\leq.05$). Në skizofreni paraqet lidhje sinjifikative vetëm për simptomatikën negative dhe shkallën e simptomatikës ($p\leq.05$). Në çrregullimin bipolar, paraqet lidhje sinjifikative vetëm me shkallën e simptomatikës ($p\leq.05$).

Diskutim: Ndërperja e trajtimit të pacientët me çrregullime psikotike është e lidhur me faktorë që kanë lidhje me pacientin dhe mënyrën si mjekohet, faktorë që kanë lidhje me ambientin përreth tij dhe faktorë që kanë lidhje me natyrën e simptomave. Ndërveprimet specifike të këtyre faktorëve çojnë në rezultate të ndryshme në lidhje me ndërprerjen e mjekimit.

Fjalët kyç: ndërprerja e mjekimit; faktorët e ndërprerjes; faktorë të lidhur me pacientin; faktorë të lidhur me çrregullimet;

Factors influencing medication dropout in patients diagnosed with schizophrenia and bipolar disorders.

Adherence to medication and treatment has an important role in medical treatment outcomes and patient well-being. Dropout of treatment is common in patients with psychiatric disorders. A combination of factors influences the behavior toward medication. Factors related to the disorder such as symptoms and their severity, general factors influencing mental disorders such as insights, factors related to the patient, patient background, socio-economic status, access to health care, type of medication, support family etc.

Objective: To analyze factors influencing treatment discontinuation in patients treated for bipolar disorder and schizophrenia.

Method: 264 patients suffering from both disorders and requiring long-term treatment were evaluated over a 2-year period while continuing their treatment. Many factors have been assessed as influencing medication discontinuation. 32 variables were analyzed such as: diagnosis, years suffering from the disease; number of episodes, medication; education; level of stigma and insights; access to physician; family support, symptoms specifics of each disorder were assessed related to treatment dropout.

Results: The final discontinuation rate is 12.1%. There is no significant difference between the two diagnoses, ($p=.855>.05$). 30.68% of patients have temporary discontinuation of medications. Singles have a higher percentage of dropout 59.4% ($p=.000\leq.05$). Family support results as an important factor during the follow-up period ($p=.000\leq.05$). Stigma is not significant ($p=.668>.05$). Statistically significant factors in the interruption result: Insight ($p=.000\leq.05$). Long-acting antipsychotics ($p=.000\leq.05$), paliperidone results in a lower rate. Severity of symptoms ($p=.005\leq.05$). Patients having depressive episodes ($p=.001<.05$). The use of mood stabilizers ($p=.002<.05$), carbamazepine has the highest discontinuation with 44.4%. The presence of negative symptoms ($p=.000<.05$). Hospitalization after dropout is strongly associated with dropout ($p=.002<.05$). Multivariate analysis for both diagnoses in the assessment of factors not related to symptoms results in significant associations with age, family support and insight ($p\leq.05$). In patients with schizophrenia, there is a significant relationship only for negative symptoms and severity of symptoms ($p\leq.05$). In patients with bipolar disorder, it presents a significant relationship only with the severity of symptoms ($p\leq.05$).

Discussion: Dropout of treatment in patients with psychotic disorders is influenced by factors related to the patient and the treatment modalities, factors related to the environment around the patient and factors related to the nature of the symptoms. Specific interactions of these factors lead to different outcomes with respect to treatment dropout.

Përmbajtja

Abstrakti

1. Hyrje
2. Skizofrenia
 - 2.1 Përkufizimi dhe epidemiologjia
 - 2.2 Simptomat
 - 2.3 Shkaqet, fillimi dhe dekursi
 - 2.4 Kriteret Diagnostike të Skizofrenisë sipas DSM-IV
 - 2.5 Menaxhimi
3. Çrregullimi bipolar
 - 3.1 Përkufizimi dhe epidemiologjia
 - 3.2 Simptomat
 - 3.3 Shkaqet, fillimi dhe dekursi
 - 3.4 Kriteret Diagnostike të Skizofrenisë sipas DSM-IV
 - 3.5 Menaxhimi
4. Koncepti i ndërprerjes së mjekimit
5. Metodologjia
6. Analiza Statistike
7. Përmbledhje e rezultateve dhe diskutimi
8. Konkluzione të përgjithshme dhe Rekomandime
9. Kufizime
10. Bibliografia
11. Formulari i mbledhjes së të dhënave
12. Vlerësimi i përmbledhur psikiatrik

LISTA E TABELAVE

1- Të dhënat demografike.....	29
2 - Të dhëna përshkruese të moshës.....	31
3 - Të dhënat përshkruese të moshës së fillimi të sëmundjes.....	33
4 - Frekuenca e ndërprerjes së mjekimit në katër matje.....	33
5 - Ndërprerja e trajtimit pavarësisht ndjekjes.....	34
6 - Vlerësimi i ndërprerjes sipas diagnozës.....	35
7 - Frekuenca e punësimit.....	36
8 - Mbështetja familjare në të katër matjet.....	36
9 - Psikoza në çrregullimin bipolar.....	37
10 - Hospitalizim i mëparshëm.....	37
11 - Hospitalizim pas ndërprerjes.....	38
12 - Ndjeka në shërbimin publik përkundrejt atij privat.....	38
13 - Vlerësimi i shkallës së stigmës.....	39
14 - Antipsikotikët me vepim të zgjatur.....	40
15 - Niveli i dozës së mjekimit.....	40
16 - Lloji i antipsikotikut të përdorur.....	41
17 - Frekuenca e efekteve anësore.....	41
18 - Shkalla e simptomatikes SIS.....	42
19 – Kritika.....	43
20 - Episodi i humorit në çrregullimin bipolar.....	44
21 - Simptomatika dominuese në pacientët me skizofreni.....	44
22 - Të dhënat përshkruese të numrit të episodeve.....	45
23 - Crosstabulation - Ndërprerja e mjekimit * Diagnoza.....	46
24 - Testi Chi-Square - marrëdhënia ndërmjet - Ndërprerjes së mjekimit dhe Diagnozës.....	46
25 - Testi Chi-Square për ndërprerjen e mjekimit dhe ndjekjes publik ose privat.....	47

26 - Testi T i dallimeve në mesatare të moshës sipas ndërprerjes së mjekimit.....	47
27 - Crosstabulation - Ndërprerja e mjekimit * Statusi civil.....	48
28 - Testi Chi-Square ndërmjet - ndërprerjes së mjekimit dhe statusit civil.....	48
29 - Crosstabulation - Ndërprerja e mjekimit * Niveli i arsimit.....	49
30 - Testi Chi-Square ndërmjet – ndërprerjes së mjekimit dhe nivlit arsimor.....	49
31 - Crosstabulation Ndërprerja e mjekimit * Punësimi.....	50
32 - Testi Chi-Square i marrëdhënies ndërmjet - Ndërprerjes së mjekimit dhe Punësimit.....	50
33 - Crosstabulation Ndërprerja e mjekimit * Vendbanimi.....	51
34 - Testi Chi-Square i marrëdhënies ndërmjet - Ndërprerjes dhe vendbanimit.....	51
35 - Testi T i dallimeve në mesataren e mbështetjes familjare me ecurinë në ndërprerjes.....	52
36 - Testi T i dallimeve mesatare të stigmës në fillim/fund me ndërprerjen e mjekimit.....	53
37 - Testi T i dallimeve mesatare të kritikës në lidhje me ndërperjen e mjekimit.....	53
38 - Crosstabulation Ndërprerja e mjekimit * Antipsikotikë me vepim të zgjatur.....	54
39 - Testi Chi-square i marrëdhënia ndërmjet ndërprerjes dhe AP me vepim te zgjatur.....	54
40 - Crosstabulation Ndërprerja e mjekimit * Efekte anësore ekstrapiramidale.....	55
41 - Testi Chi-Square i marrëdhënies ndërmjet ndërprejes dhe efekteve ekstrapiramidale.....	55
42 - Crosstabulation - Ndërprerja e mjekimit * Efekte anësore somatike dhe metabolike.....	56
43 - Testi Chi-Square-ndërmjet – Ndërprerjes dhe efekteve anësore somatike/metabolike.....	56
44 - Crosstabulation Ndërprerja e mjekimit * Efekte anesore konjitive	57
45 - Testi Chi-Square ndërmjet - ndërprerja e mjekimit dhe efekteve anësore konjitive.....	57
46 - Testi T i dallimeve mesatare të shkallës së simptomatikës me ndërperjen e mjekimit.....	58
47 - Crosstabulation - Ndërprerja e mjekimit * Niveli i dozës.....	58
48 - Testi Chi - Square i marrëdhënies ndërmjet - Ndërprerja niveli i dozës.....	59
49 - Crosstabulation - Ndërprerja e mjekimit * Episod humori i larte BP.....	59
50 - Testi Chi – Square ndërmjet - Ndërprerja dhe episod humori i lartë për BP	60
51 - Crosstabulation Ndërprerja e mjekimit * Episod miks BP.....	60
52 - Testi Chi - Square i marrëdhënies ndërmjet - Ndërprerja dhe Episod miks BP.....	60
53 - Crosstabulation Ndërprerja e mjekimit * Episod depresiv BP.....	61

54 - Testi Chi-Square i marrëdhënies ndërmjet – Ndërprerjes dhe Episod depresiv BP.....	61
55 - Crosstabulation - Ndërprerja e mjekimit * Hospitalizim i mëparshëm.....	62
56 - Testi Chi-Square i marrëdhënies ndërmjet - Ndërprerje* Hospitalizim i mëparshëm.....	62
57 - Crosstabulation - Ndërprerja e mjekimit * Hospitalizim pas ndërprerjes.....	63
58 - Testi Chi-square i marrëdhënies - Ndërprerje dhe Hospitalizim pas ndërprerjes.....	63
59 - Crosstabulation - Ndërprerja e mjekimit * Stabilizues humori ose antidepresiv- lloji.....	64
60 - Testi Chi-Square ndërmjet - Ndërprerja dhe Stabilizues humori ose antidepresiv.....	64
61 - Testi T i dallimeve në mesataren e moshës së fillimit me ndërprerjen e mjekimit.....	65
62 - Testi T i dallimeve në mesatare të numrit të episodeve lidhur me ndërprerjen.....	65
63 - Crosstabulation - Ndërprerja e mjekimit * Simptoma negative në skizofreni.....	66
64 - Testi Chi – Square ndërmjet - Ndërprerja * Simptomat negative në skizofreni.....	66
65 - Crosstabulation Ndërprerja e mjekimit * Simptoma pozitive në skizofreni.....	67
66 - Testi Chi – Square ndërmjet – Ndërprerja dhe Simptomat pozitive në skizofreni.....	67
67 - Crosstabulation - Ndërprerja * Psikoza te pacientët me çrregullim bipolar.....	68
68 - Testi Chi-Square ndërmjet - Ndërprerja dhe psikoza në çrregullimin bipolar.....	68
69 - Regresioni logjistik multivariate për ndërprerjen e mjekimit.....	69
70 - Regresioni logjistik multivariate për ndërprerjen t pacientët me diagnozën skizofreni.....	70
71 - Regresioni logjistik multivariate për ndërprerjen te pacientët çrregullim bipolar.....	71

LISTA E FIGURAVE

Figura1 – Gjinia.....	30
Figura 2 - Grupmosha.....	30
Figura 3 – Vendbanimi.....	31
Figura 4 – Niveli arsimor.....	32
Figura 5 – Statusi civil.....	32
Figura 6 - Ndërprerja e mjekimit ndërmjet episodeve.....	34
Figura 7 - Ecuria e lënies së mjekimit sipas matjeve.....	35
Figura 8 - Ndërprerja e mjekimit në total.....	35
Figura 9 – Diagnoza.....	36
Figura 10 - Hospitalizim i mëparshem.....	37
Figura 11 – Ndjekja në shërbimin publik përkundrejt shërbimit jo publik.....	38
Figura 12 - Vlerësimi i ecurisë së stigmës përgjatë kohës së ndjekjes.....	39
Figura 13 - Vlerësimi i ecurisë së simptomatikës përgjatë kohës së ndjekjes.....	42
Figura 14 - Vlerësimi i ecurisë së kritikës përgjatë kohës së ndjekjes.....	43
Figura 15 - Vlerësimi i ecurisë së mbështetjes familiare përgjatë kohës së ndjekjes.....	52

1. HYRJE

Ka shumë përkufizime për shëndetin mendor, por në një mënyrë të përmbledhur mund të përkufizohet si aftësia e një individi për të ndier, menduar dhe vepruar në mënyrë të tillë që të arrijë një cilësi më të mirë jete ndërkohë që respekton kufijtë personal, social dhe kulturor.

Shëndeti mendor përbën një fushë të mjekësisë e cila në pamje sipërfaqësore duket si një fushë jo dhe aq mjekësore, por në të vërtetë sa më thellë të hysh, aq më shumë lidhet me mjekësinë dhe me shumë nënspecialitete të saj. Në të vërtetë ende nuk është arritur të jepet një shpjegim i plotë i proceseve patologjike për shumë çrregullime mendore dhe për pasojë shpesh diskutimet variojnë nga fakti që nuk prekim apo shikojmë elemente objektive dhe të matshëm në vlerësimin e shëndetit mendor, deri te fakti që ndoshta zhvillimet e deritanishme nuk e kanë mundësuar këtë element, por në të ardhmen edhe shëndeti mendor do të ketë markuesit e vet, të cilët do të ndihmojnë në vlerësim dhe diagnostikim. Zhvillimet e fundit të neuroshkencës e premtojnë këtë në të ardhmen e afërt.

Sidoqoftë edhe tani në shëndetin mendor ka kritere të cilat çojnë në formulime diagnostike dhe diagnoza të përcaktuara bazuar në fenomenologjinë e studiuar mirë të çrregullimeve mendore. Këtu mund të përmendim dy elemente: sistemi kategorik dhe ai dimensional. Sistemi kategorik bazohet kryesisht te prania apo jo e një çrregullimi, bazuar në kriteret diagnostike, ndërkohë që ai dimensional, mund të vlerësojë më mirë funksionimin e individit. Integrimi në formimin e klinikistit i të dy sistemeve së bashku me të gjithë elementet që kontribuojnë në shfaqjen e një çrregullimi, do të ishte një përparësi për menaxhimin afatgjatë të çrregullimeve psikiatrike. Aktualisht në Shqipëri diagnozat psikiatrike bazohen në kriteret e DSM IV TR dhe ICD-10.

Studimi aktual merr në shqyrtim dy nga kategoritë që konsiderohen çrregullime madhore në psikiatri: Skizofreninë dhe Çrregullimet Bipolare. Secili prej tyre ka specifikat e veta dhe ndryshe nga çrregullime të tjera psikiatrike kanë efekt të lartë, jo vetëm për personin që vuan, por edhe në rrethin social të personit që vuan prej tyre.

Integrimi i këndvështrimit kategorik me atë dimensional merr një rëndësi të veçantë në këto dy çrregullime, pasi format e shfaqjes së simptomatikës dhe dëmtimi i funksionimit janë shumë të larmishme, ashtu si kanë ngjashmëri kanë edhe individualitet. Individualiteti reflektohet jo vetëm në diangozë, por edhe në kuptimin që i jep pacienti, funksionimin dhe përshtatjen e tij.

Skizofrenia është një çrregullim mendor kronik që prek mënyrën si një person mendon, ndihet dhe sillet. Personat që vuajnë nga skizofrenia shpesh mund të duken sikur kanë humbur lidhjen me realitetin. Edhe pse skizofrenia nuk është aq e shpeshtë sa çrregullimet e tjera mendore simptomat e saj mund të shkaktojnë paaftësi të theksuar. (1)

Çrregullimi bipolar, i cili shpesh përmendet dhe njihet edhe si sëmundja maniako-depresive është një çrregullim mendor që shkakton ndryshime të pazakonta të humorit, energjisë, nivelit të aktivitetit dhe aftësisë për të përmbushur detyrat e përditshme.(2)

Përfshirja e një simptomatike shumë të gjerë në spektrin e çrregullimit bipolar e bën këtë çrregullim shumë të larmishëm dhe shpesh me simptoma të mbivendosura me një mori çrregullimesh të tjera.

Ky këndvështrim i përgjithshëm për këto çrregullime menjëherë na jep pamjen e personave që vuajnë nga këto çrregullime ku në të dyja rastet, në një këndvështrim social, dëmtimi i funksionimit të përditshëm është aspekti kryesor që i bashkon. Sigurisht në varësi të formave të ndryshme të tyre këto çrregullime kanë mbivendosje të rëndësishme në simptomatikë, të cilat shpeshherë e vështirësojnë dhe diagnozën diferenciale mes tyre.

Funksionimi i pacientëve që vuajnë nga këto çrregullime përbën problem të rëndësishëm shëndetësor, social, okupacional dhe familjar. Përmirësimi i këtij funksionimi ngelet vazhdimisht një sfidë për grupet profesionale të përfshira, personin e prekur dhe rrethin e tij social, okupacional dhe familjar.

Për të përmirësuar cilësinë e jetës së pacientëve që vuajnë nga këto çrregullime është e nevojshme të realizohen ndërhyrje dhe të ofrohet ndihmë nga të gjithë aktorët e përfshirë në jetën e personit që vuan. Ndërhyrjet mjekësore në këtë aspekt janë shumë të rëndësishme dhe kanë rolin parësor, por nuk mund të jenë plotësisht të realizueshme dhe efektive nëse janë të shkëputura nga konteksti i jetës së përditshme të pacientit.

Ndërhyrja profesionale prej shumë kohësh ka marrë formën e ndërhyrjeve multidisiplinare e cila ka objektiv të përmirësojë funksionin e personit të prekur. Në kontekstin e ndërhyrjes multidisiplinare mjekimi me barna ka rolin e vet shumë të rëndësishëm dhe në shumicën e rasteve ka rolin kryesor në trajtimin e skizofrenisë dhe çrregullimit bipolar. Prej kohësh zhvillimet e neuroshkencës kanë mundësuar një numër të konsiderueshëm barnash të cilat kanë ndihmuar në lehtësimin dhe/ose largimin e simptomave, për pasojë dhe përmirësimin klinik të ndjeshëm dhe përmirësim të cilësisë së jetës së personave të prekur.

Për të kuptuar më mirë çfarë përfaqësojnë në thelbin e tyre dy kategoritë diagnostike të marra në studim dhe ngjashmëritë e tyre në lidhje me ndërprerjen e mjekimit, më poshtë do jepen një pamje e përgjithshme e tyre në formën e një përshkrimi të përgjithshëm teorik mbi këto çrregullime.

2. SKIZOFRENIA

2.1 Përkufizimi dhe epidemiologjia

2.2 Simptomat

2.3 Shkaqet, fillimi dhe dekursi

2.4 Kriteret Diagnostike të Skizofrenisë sipas DSM-IV

2.5 Menaxhimi

Skizofrenia është një sëmundje mendore serioze e cila karakterizohet nga simptomat e deluzioneve dhe halucinacioneve, të shoqëruara me simptomat e mosfunksionimit, si për shembull apatia ose mungesa e vullnetit. Nis zakonisht në adoleshencën e vonë dhe fillimin e moshës madhore. Pjesa më e madhe e njerëzve përmirësohen pas episodit të parë, por më vonë përjetojnë episode të mëtejshme të karakterizuara nga nivele në rritje të keqfunksionimit. Një e pesta mbetet pa simptoma. Sëmundja ka një komponent të fortë gjenetik dhe shkalla e konkordancës në binjakët identikë është 40%. Gjendja zakonisht trajtohet me mjekim antipsikotik. Edukimi i pacientit dhe familjes rreth natyrës dhe menaxhimit të skizofrenisë është mjaft i rëndësishëm. Mjaft pacientë kërkojnë kujdes të vazhdueshëm nga një ekip komunitar multidisiplinar.

2.1 Përkufizimi dhe epidemiologjia

Skizofrenia u njoh fillimisht si një çrregullim i veçantë mendor në 1890. Shpesh i keqkuptuar si “personalitet i ndarë”, është aktualisht një sëmundje serioze mendore me simptoma psikotike të deluzioneve dhe halucinacioneve që vijnë herët në jetën e njeriut. Në pjesën më të madhe të rasteve, ndjek një dekurs rikthyes, kronik. Kjo është edhe arsyeja pse skizofrenia është një nga 5 sëmundjet më të “shtrenjta”, pra që kushton më shumë sot në mjekësi.

Skizofrenia përkufizohet si sëmundje mendore psikotike, duke patur parasysh këtu se bëhet fjalë për një çrregullim të rëndë me deluzione dhe halucinacione (simptomat psikotike). Vuajtësit zakonisht kanë episode akute të simptomave psikotike, shpesh të shoqëruara me dëmtimin e funksionimit social.

Skizofrenia prek në mënyrë lineare gjithë sistemin shëndetësor. Një mjek i përgjithshëm do shohë mesatarisht rreth 1 rast të ri në vit, ndonëse, ngaqë sëmundja ka nevojë për trajtim afatgjatë, ai do të jetë i përfshirë përafërsisht në kujdesin e vazhdueshëm për rreth 20-30 pacientë, në çdo kohë.

Vlerësohet se prek me një shpërndarje të përafërt rreth 1% të popullsisë në të gjitha vendet.

Më poshtë në mënyrë të përmbledhur të dhënat epidemiologjike të përgjithshme.

Epidemiologjia e skizofrenisë (3)	Karakteristikat
Incidenca	2 raste të reja për 10.000 në vit
Prevalenca	1% e popullsisë
Përqindjet globale	Të ngjashme në të gjithë vendet e studiuara, me shkallë më të larta vetëm në disa popullata te veçanta.
Klasa shoqërore	Incidencë e njëjtë në të gjitha klasat shoqërore
Gjinia	Incidencë e njëjtë për burrat dhe gratë
Moshë kulmore në fillimin e sëmundjes	18 – 25 vjeç për burrat; 20 – 28 vjeç për gratë
Historia familjare	<i>Incidenca përgjatë jetës</i>
Të afërm të gradës së tretë	Kushëri i parë 2%
Të afërm të gradës së dytë	Nip ose mbesë 2 – 6 %
Të afërm të gradës së parë	Prindi, motra, vëllai 6-17%
Binjakë dizigotë	17%
Binjakë monozigotë	50%

2.2 Simptomat

Simptomat e skizofrenisë mund të ndahen në simptoma pozitive dhe negative. Simptomat pozitive janë:

- deluzionet: në skizofreni janë shpesh bizare
- halucinacionet: janë zakonisht dëgjimore; rreth 20% e pacientëve do të kenë halucinacione vizive, olfaktive dhe taktile
- çrregullim të formës së të menduarit

Disa prej këtyre simptomave quhen edhe të kategorisë së parë, sepse ato ndodhin në skizofreni dhe rrallë në çrregullime të tjera.

Simptomat negative janë:

- kujdes i varfër për veten
- i folur i pakët në mënyrë spontane
- afekt i sheshuar
- humbje e dëshirës/vullnetit të zakonshëm

Ju duhet të jeni vigjilentë ndaj shenjave dhe simptomave të mëposhtme në ekzaminimin e statusit mendor të dikujt që mund të ketë skizofreni.

Paraqitja dhe sjellja

Paraqitja dhe sjellja mund të jenë normale, por mund të vërehen edhe:

Lëvizje jonormale si pasojë e sëmundjes. Individidi mund të jetë i shqetësuar dhe i axhituar. Ata mund të bëjnë gjëra të pazakonta. Manierizmat janë lëvizje në dukje të qëllimta, të cilat kryhen pa asnjë shkak, si për shembull, të përshëndeturit. Stereotipitë janë lëvizje përsëritëse që nuk mbartin qëllim, siç janë për shembull grimasat. Rrallë, mund të ketë shenja katatonie, ku personi është i ngrirë si një statujë, duke lejuar gjymtyrët të lëvizin në pozicione të reja sikur të ishin plastelinë.

Lëvizjet jonormale si pasojë e trajtimit me barna. Barnat antipsikotike në vetvete mund të shkaktojnë lëvizje të pavullnetshme .

Simptomat negative. Këto përfshijnë higjienë të varfër personale dhe kujdes të pakët për veten. Nivel i ulët i energjisë dhe angazhimit social e okupacional.

Të folurit

Të folurit është shpesh normal. Sidoqoftë, pothuaj gjysma e pacientëve me skizofreni kanë një çrregullim karakteristik të gjuhës që quhet çrregullimi skizofrenik i formës së të menduarit. Ky është një abnormalitet në mënyrën sesi personi flet, që kur është i butë mund të kalojë pa u vënë re, porse kur është i theksuar është impresionues. Të folurit e personit humb rrjedhën llogjike të zakonshme mes njëres ide dhe asaj që vijon, kështu që segmente të të folurit bëhen pjesërisht të palidhura me njëra – tjetrën. Kjo është e njohur si lirimi i asociacioneve ose të menduarit konkret dhe përshkruan një aspekt të çrregullimit të të menduarit, i cili përfshin aftësinë për të menduar në mënyra abstrakte. Kjo është më së shumti e dukshme nëse një person pyetet të zgjidhë një gjëgjëzë verbale abstrakte ose të shpjegojë një proverbë.

Humori

Humori në skizofreni mund të jetë normal. Është e rëndësishme të kërkohej në mënyrë të veçantë për dy abnormalitete.

Afeksi i sheshuar. Gjendet kur humori në bisedë ka humbur variabilitetin e tij të zakonshëm. Në vend të shfaqjes normale të shprehive të fytyrës dhe gjesteve në një situatë shoqërore, një person me afekt të sheshuar duket se ka një shprehje që qëndron e pandryshueshme. Kjo është një nga simptomat negative të skizofrenisë.

Afeksi i papërputhshëm/papërshtatshëm. Gjendet kur, për asnjë motiv të dukshëm, personi qesh ose buzëqesh me veten në një mënyrë të tillë që është fare e papërshtatshme për situatën. Afeksi i papërputhshëm/papërshtatshëm gjendet pothuaj vetëm në skizofreni.

Mendimet

Të zakonshme në skizofreni janë idetë e referencës, kur personi ka përshtypjen se artikujt në TV ose radio, ose nëpër gazeta i referohen atyre në mënyrë specifike. Kjo përshtypje mund të shtrihet edhe ndaj ndodhjeve të përditshme në rrugë, si p.sh. përshtypja se makinat që kalojnë e shohin personin, ose targat e makinave kanë një domethënie të veçantë. Këto shndërrohen në deluzione referencë nëse janë fikse dhe të palëkundshme.

Deluzione të tjera në skizofreni mund të jenë të natyrës persekutore, madhësisë, fetare ose hipokondriake. Ato mund të jenë ekstremisht bizare. Kur një deluzion është aq i përhapur sa që bëhet një seri besimesh fikse të lidhura me njëra – tjetrën, të cilat qeverisin shumë prej sjelljes së individit, thuhet se kemi të bëjmë me deluzion të sistematizuar. Deluzionet në skizofreni mund të jenë parësore, kur lindin në mënyrë të papritur, ose dytësore ndaj halucinacioneve pararendëse, si një përpjekje për t'i shpjeguar ato, si pasojë e një transmetuesi radio të implantuar në tru, për shembull. Disa deluzione janë aq karakteristike për skizofreninë sa që janë simptoma të shkallës së parë.

Përvojat jonormale

Halucinacionet janë zakonisht dëgjimore në skizofreni. Halucinacionet pamore, të shijes, të nuhatjes mund të ndodhin në skizofreni, por janë të pazakonta dhe duhet të ngrënë vigjilencën për patologji organike. Pjesa më e madhe e atyre që vuajnë mund t'i përshkruajnë halucinacionet e tyre në detaj.

Gjendja konjitive

Gjendja konjitive do të jetë thelbësisht normale në skizofreni, ndonëse mund të evidentohen deficite në përqendrim dhe mendimin abstrakt, veçanërisht nëse personi është psikotik në mënyrë akute ose ka simptoma negative kronike.

Vetëvlerësimi

Kritika mbi sëmundjen zakonisht humbet në skizofreninë akute dhe ndonjëherë nuk rifitohet plotësisht pas rifitimit të gjendjes fillestare. Kritika është çështje komplekse. Pacientët mund të fitojnë vlerësim mbi faktin se kanë një sëmundje, por nuk arrijnë dot drejt faktit se kanë nevojë për trajtim. Vlerësimi i kritikës është thelbësor në vendimin mbi trajtimin.

Nëntipet të bazuara te simptomat

Nëntipet e skizofrenisë mund të jenë të bazuara mbi peshimin e simptomave dhe përfshijnë: nëntipin paranoid me deluzione të shprehura, hebefrenik me simptoma të shprehura negative dhe prognozë të keqe. Skizofrenia katatonike është e rrallë dhe përfshin manierizma të lidhura me qëndrimin.

Psikoza të ngjashme me skizofreninë janë:

- çrregullimi skizoafektiv: simptomat pozitive përfshijnë simptomat e shkallës së parë dhe kombinohen me çrregullime të dallueshme të humorit, qoftë maniakale ose depressive; prognoza afatgjatë tenton të jetë më e mirë sesa skizofrenia.
- Çrregullimi deluzional: i karakterizuar nga vendosja graduale e deluzioneve të sistematizuara persekutore, pa halucinacione dhe çrregullim të të menduarit.
- Psikoza nga medikamentet/drogërat: ka një fillim të menjëhershëm dhe kalon brenda disa ditëve pasi bari hiqet; drogërat e ngjashme me amfetaminat duke përfshirë Ekstazinë, janë shpesh përgjegjëse dhe përfaqësojnë vështirësinë kryesore për të dalluar këtë prej relapsit të induktuar nga medikamentet/drogërat në skizofreni.
- Psikozat organike: imitojnë skizofreninë dhe duhet të përjashtohen. (3), (4)

2.3 Shkaqet, Fillimi dhe Dekursi

Fillimi

Mosha mesatare e fillimit është rreth 23 vjeç te meshkujt dhe 28 vjeç te gratë. Fillimi është mjaft i rrallë nën 16 vjeç, dhe i pazakontë mbi 40 vjeç. Fillimi mund të jetë relativisht i menjëhershëm, përgjatë kursit të 2 ose 3 javëve, ose i fshehtë. Historia tipike është ajo e një periudhe disamujore të një përkeqësimi funksioni në familje, punë ose shkollë, me tërheqje të shprehur shoqërore, ankth që nuk shpjegohet dhe ndryshim në sjellje. Deluzionet dhe halucinacionet shfaqen më pas, ndonjëherë pas disa ditëve që personi raporton se ato që janë rreth tij kanë ndryshuar në një mënyrë të çuditshme e cila është vështirë të shpjegohet: i ashtuquajtur i humori deluzional.

Dekursi

Pjesa më e madhe e njerëzve do ta marrin veten pas episodit të parë, zakonisht brenda 3 muajve nga marrja e trajtimit dhe 20% e tyre nuk do të kenë episod të mëtejshëm dhe do të rikthehen në funksionim të plotë. Gjithsesi, 70% do të përmirësohen, por do të bëjnë relaps në të ardhmen, me nivele rritëse të simptomatikës negative ndërmjet-episodike. Edhe me trajtim, 50% e pacientëve do të bëjnë një relaps (rikthim të simptomatikës) brenda 2 viteve të para. Afërsisht 10% e pacientëve nuk do ta marrin më veten prej episodit të tyre të parë dhe do të duan nivele të larta të shërbimeve shëndetësore e sociale dhe mbështetje përgjatë shumë viteve. Brenda 5 viteve të para të sëmundjes, 5% e pacientëve do të vdesin duke bërë suidid.

Shkaqet

Faktorët predispozues

Shkaqet e skizofrenisë janë mjaft të panjohura ende. Faktorët gjenetikë dhe mjedisorë janë të rëndësishëm. Rreziku për skizofreni rritet me 15-fish nëse një i afërm i shkallës së parë ka skizofreni. Shkalla e konkordancës të binjakët identikë është 40% duke sugjeruar një efekt gjenetik, po aq sa duke treguar se faktorët mjedisorë duhet të kenë rol gjithashtu. Efekti gjenetik me shumë gjasë është prej disa efektsh aditive të disa gjeneve ku secili prej tyre ka një veprim të vogël: pra, një model poligjenik. Studimet e linkazhit dhe ato të shoqërizimit gjenetik kanë identifikuar në mënyrë provizore disa prej këtyre gjeneve difektozë. Në familjet e probandëve me skizofreni janë të rritura po ashtu shkalla e çrregullimeve jo-psikotike të personalitetit, e njohur si çrregullimi skizotipal, me izolim shoqëror dhe të menduar eksentrik; gjenetikisht ky çrregullim është i lidhur me skizofreninë.

Rreth 1/3 e atyre që zhvillojnë skizofreni kanë patur abnormalitete të hershme, me aftësi të varfra sociale dhe pak miq, shpesh me objektiva të vonuara motorë dhe konjitivë. Shpesh këto quhen trajtat skizoide.

Rreziku mjedisor përfshin një rang të hershëm insultesh neurologjike, të cilat e rrisin lehtësisht rrezikun për të zhvilluar skizofreni më vonë; komplikacionet obstetrikale, traumat e kokës në fëmijëri dhe encefalitet e fëmijërisë.

Pacientët skizofrenikë kanë shpesh një dëmtim joprogresiv të trurit, i detektueshëm nga CT ose RMN. Më i zakonshmi është një zmadhim minor i ventrikujve lateralë cerebralë, por jo në masën që konsiderohet abnormalitet nga një radiolog.

Skizofrenia është më e pranishme në masën 3-4 fish në një nëngrup etnik të Mbretërisë së Bashkuar: gjenerata e dytë e individëve afro-karibbeanë. Kjo nuk duket të jetë një keqdiagnozë dhe as e shkaktuar nga ndonjë rritje në faktorët e rrezikut, si për shembull:

përdorimi i drogërave të rrugës. Është më e mundshme të jetë një kombinim i një predispozicioni gjenetik të rritur dhe rritjes së stresorëve dhe precipitantëve, si presionet raciale.

Faktorët precipitues

Ndonëse faktorë të qartë precipitues mungojnë zakonisht, dy klasa të rëndësishme faktorësh mund të shpërthejnë instalimin fillestar të simptomatikës së skizofrenisë në personat me predispozicion: një jetë plot me ngjarje shqetësim-sjellëse dhe përdorimi i drogërave të rrugës, veçanërisht të amfetaminave dhe amfetaminë-ngjashmeve.

Faktorët mbajtës

Mjedisi familjar. Në fillim mendohej se një mjedis i shqetësuar familjar ishte shkaku i skizofrenisë. Kjo tanimë është e njohur që nuk është e vërtetë. Gjithsesi, një mjedis i shqetësuar familjar mund të shkaktojë rikthim të sëmundjes tek një person i sëmurë me skizofreni. Janë zhvilluar mënyra që masin bashkëveprimin familjar. Familjet të cilat kanë një nivel të lartë kritikizmi, armiqësie dhe mbipërfshirjeje quhen se kanë të lartë emocionin e shprehur dhe studimet kanë treguar se te personat në remision nga skizofrenia ka më shumë gjasa të ndodhë relapsi në këtë mjedis familjar. Meqë familjet janë shpesh kujdesdhënësit kryesorë për të rinjtë me skizofreni, janë zhvilluar teknika për të mbështetur familjet që të ulin EE-në, dhe janë treguar efektive në uljen e relapsit. Ndërhyrja familjare përfshin edukimin ndaj sëmundjes, pastaj këshillim rreth trajtimit të problemeve me sjelljen dhe si të kërkosh ndihmë kur nevojitet. Familjet përballojnë me më shumë vështirësi simptomatikën negative.

Faktorët e tjerë. Faktorë të tjerë mbajtës është komplanca e varfër me mjekimin dhe përdorimi i vazhduar i drogërave të rrugës. (4)

2.4 Kriteret Diagnostike të Skizofrenisë sipas DSM-IV

A. Simptomat karakteristike: janë të pranishme dy ose më shumë prej simptomave të mëposhtme.

Për një pjesë të rëndësishme të kohës, prej një muaji/ose më pak nëse është trajtuar më sukses:

1. Deluzione
2. Halucinacione
3. Të folur të çorganizuar (inkoherent)

4. Sjellje e çorganizuar/katatonike
 5. Simptoma negative (sheshim afekti, alogji, mungesë vullneti)
- B. Disfunksioni shoqëror për të punuar.
Për një periudhë të rëndësishme të kohës një ose më shumë fusha të funksionimit të tilla si: puna, kujdesi për veten, marrëdhëniet personale; janë mjaft të dëmtuara nën nivelin e arritur, para fillimit të sëmundjes.
- C. Kohëzgjatja, shenjat e vazhdueshme të shqetësimit persistojnë të paktën për 6 muaj. Kjo periudhë duhet të përfshijë të paktën 1 muaj, që plotësojnë kriterin (A) p.sh., simptoma të fazës aktive, dhe periudhat e simptomave prodromale dhe reziduale. Gjatë këtyre periudhave shenjat e shqetësimit mund të manifestohen vetëm me simptoma negative, ose dy, ose më shumë simptoma të renditura në kriterin (A) (psh., besime të çuditshme dhe përvoja të pazakonshme).
- D. Përrjashtimi i çrregullimit skizoafektiv dhe çrregullimit të humorit.
- E. Përrjashtimi i abuzimeve nga substancat ose i sëmundjeve mjekësore të përgjithshme.
- F. Lidhja me çrregullimet pervazive të zhvillimit (autizmi).

Nëntipat e Skizofrenisë

Tashmë është e qartë se skizofrenia mbulon një varg sëmundjesh klinike apo nënkategori të cilat i ndajnë individët skizofrenë në përputhje me simptomat, dekursin klinik dhe përfundimin.

1. Tipi paranoid
2. Tipi i çorganizuar
3. Tipi katatonik
4. Tipi i padiferencuar
5. Tipi rezidual

Çrregullimi skizofreniform: i ngjan skizofrenisë, sepse simptomat psikotike janë të pranishme, por për një periudhë kohore më pak se 6 muaj, megjithatë mund të mos jetë e dëmtuar veprimtaria shoqërore dhe okupacionale.

Çrregullimi skizoafektiv me dy nëntipe; depresiv dhe bipolar: karakterizohet nga prania e të paktën një episodi humori (episod maniakal, depresiv, apo miks) dhe simptomatikë të qartë skizofrenike (episode psikotike që plotësojnë kriteret e DSM-IV për skizofreni).

Baza biologjike: hipoteza e dopaminës dhe circuitet cerebrale

Neurotransmetuesi kryesor i përfshirë në skizofreni është dopamina. E ashtuquajtura hipotezë e dopaminës thotë se simptomat janë rezultat i mbiaktivitetit të dopaminës, veçanërisht në rrugët mezokortikale duke u projektuar nga zonat temporale në ato frontale. E formuluar fillimisht në 1963, hipoteza ishte e bazuar në 2 observime klinike: (i) amfetaminat, të cilat lirojnë dopaminën, nëse mbipërdoren, mund të shkaktojnë simptoma të ngjashme me skizofreninë (ii) barnat antipsikotike shkaktonin efekte anësore të ngjashme me ato të m. Parkinsonit, i cili njihet si i shkaktuar prej mungesës së dopaminës. Problemet me hipotezën ishin se nuk shpjegonte mirë simptomat negative dhe nuk kishte evidencë të drejtpërdrejtë që të tregonte rritje të receptorëve D2 të dopaminës. Hipoteza nuk do të parashikonte efektet e klozapinës, efikasiteti superior i së cilës është i arritur me një bllokadë relativisht të ulët të receptorëve D2 të dopaminës. Megjithatë dopamina qoftë edhe si ndërmjetëse luan rol të rëndësishëm në simptomatikën e sëmundjes. (4) (5)

Ndryshimet strukturore të trurit

Ndryshimet strukturore të trurit duke përdorur CT dhe MRI tregojnë në mënyrë konsistente për një zgjerim të butë joprogresiv të ventrikujve cerebralë lateralë në pacientët me skizofreni, krahasuar me ata normalë. Këto gjetje sugjerojnë që pacientët me skizofreni kanë lehtësisht më pak ind trunor duke prekur në mënyrë të veçantë lëndën gri kortikale dhe sistemin limbik; i fundit i përfshirë në kontrollin e emocioneve dhe kujtesën. Struktura të tjera, si talamusi, i cili është përfshirë në rregullimin e rrjedhës së informacionit drejt kores cerebrale, janë implikuar po ashtu. Circuitet dorsolaterale dhe prefontale janë të prekura dhe disfunktionale në pacienët me skizofreni. Gjithashtu ka të dhëna edhe për ndikimin e sinapseve të dëmtuara dhe jo të shëndetshme në zona të ndryshme të trurit, sidomos te personat që përdorin substanca narkotike. (6)

2.5 Menaxhimi

Episodi i parë

Sa më gjatë të ketë pacienti simptoma psikotike, aq më e keqe është prognoza eventuale, ndaj referimi i shpejtë nga kujdesi parësor tek ai dytësor është i rëndësishëm, në prani të simptomave psikotike. Anamneza e plotë dhe vlerësimi në pjesën më të madhe të rasteve çon në diagnozë. Fillimi i hershëm i mjekimit është faktor kyç në evoluimin e simptomave dhe funksionimit të pacientit. (7)

Menaxhimi i skizofrenisë kronike

Mjekimi me barna është kyç në skizofreni, pasi është pothuaj e vetmja mënyrë për të qetësuar simptomat, sidomos simptomat persistente pozitive. Zakonisht përdoren

antipsikotikë të ndryshëm. Sipas shumicës së protokolleve ka një konsensus që mjekimi të fillohet me antipsikotikë të gjeneratës së dytë ose atipikë, ku përfshihen risperidoni, olanzapina, aripiprazoli, quetiapina, amisulpridi, paliperidoni. Por kjo nuk përjashton mjekimin me antipsikotikë të gjeneratës së parë, ku përfshihet kryesisht haloperidoli. Në rastet kur pacientët dështojnë të përgjigjen mirë ndaj mjekimit me barnat antipsikotikë të sipërpërmendur, përdoret si linjë e parë klopazina dhe pacientët do të përmirësohen nga klopazina në 50% të rasteve. Në shumë raste përdoren dhe kombinime të ndryshme antipsikotikësh dhe klopazina kur nuk kemi rezultate të kënaqshme. Shpesh edhe për të shmangur efektet anësore përdoren kombinime antipsikotikësh me doza më të ulëta. Gjithashtu për të optimizuar përgjigjen dhe për të adresuar edhe simptomat dytësore përdoren kombinime barnash. (8) (9) (10)

Duhet theksuar se përvoja i përket antipsikotikëve si gjenerata e parë, ashtu edhe gjenerata e dytë përfshijnë një listë edhe më të gjatë barnash se këto të sipërpërmendurat, por ato ose nuk janë prezente në tregun shqiptar, ose kanë përdorim sporadik. Aktualisht janë zhvilluar shumë antipsikotikë të tjerë të cilët përdoren gjerësisht në vende të tjera dhe po zhvillohen edhe të reja. Një perspektivë e pritshme është edhe me antipsikotikët që modulojnë veprimin/efektin e glutamatit, të cilët pritet të japin një ndihmesë të rëndësishme në trajtimin e çrregullimeve psikotike.

Evidenca të kohëve të fundit mbështesin efektivitetin e një forme të modifikuar të terapisë konjitive bihejvioriste për deluzionet dhe halucinacionet persistente. Simptomat persistente negative janë të vështira për t'u trajtuar. Rehabilitimi përdor një set teknikash të graduara me qëllim që të zvogëlojnë pjesërisht simptomat negative që shkaktojnë paaftësinë më të madhe. Rehabilitimi përfshin terapinë okupacionale, e cila nis me vlerësimin e shkallës së dizabilitetit funksional në gjuhën e detyrave të ditëpërditshme. Njerëzit me skizofreni kronike janë shpesh të pamundur të jetojnë në mënyrë të pavarur, duke patur nevojë për një strehë ose vendqëndrime me staf të specializuar. Ritrajnimi i aftësive të të punuarit është pjesë e rëndësishme e rehabilitimit. (11) (12)

Gjithashtu gjithmonë e më shumë po shtohen evidencat se trajtimi psikosocial ndihmon jo vetëm në përmirësimin e simptomave dhe funksioneve të pacientit, por edhe për ndjekjen më të mirë të trajtimit me barna. (11) (13)

Disa njerëz me skizofreni angazhohen/mbahen me vështirësi në trajtim. Në të kaluarën pacientë të tillë shpesh i humbnin programin të ndjekjes pasi ata nuk ishin të pranishëm nëpër sesionet e takimit e trajtimit si pacient jo-spitalor. Për pacientë të tillë rekomandohen forma shumë intensive të trajtimit komunitar. (14)

Shkaqet më të shpeshta të rikthimit të sëmundjes, episodit. (3) (4) (15) (16)

Shkaqet janë renditur nga më i shpeshti tek më i rralli:

- Moskomplanca dhe aderenca e ulët me trajtimin medikamentoz
- ndërprerja ose zvogëlimi i trajtimit me barna
- përdorimi i drogërave të rrugës
- stresi familjar
- ndodhi të jetës
- mungesa e trajtimit multidisiplinar dhe rehabilitimit
- aksesit në shërbimet mjekësore të specializuara.

3. ÇRREGULLIMI BIPOLAR

3.1 Përkufizimi dhe epidemiologjia

3.2 Simptomat

3.3 Shkaqet, fillimi dhe dekursi

3.4 Kriteret Diagnostike sipas DSM-IV

3.5 Menaxhimi

3.1 Përkufizimi dhe epidemiologjia

Çrregullimi afektiv bipolar quhet psikoza maniako-depresive. Është një çrregullim i karakterizuar nga episode të depresionit madhor dhe, në kohë të tjera, të manisë në të cilën humori është shumë i rritur. Termat *mani* dhe *hipomani* nënkuptojnë periudha me humor të lartë. Në disa raste, nuk do të ketë asnjëherë një episod depresiv të dukshëm apo të vërejtur klinikisht dhe çrregullimi do të përbëhet nga episode rekurente të manisë, megjithatë edhe kjo quhet çrregullim bipolar. Ndërmjet episodeve, personi rikthehet në funksionimin normal, zakonisht me një kritikë të mirë të episodit të mëparshëm. Pas episodit të parë maniakal, rreziku i rikthimit është 70%.

Çrregullimi bipolar ka një prevalencë mesatare 0.5% në burra dhe gra, që preken njëllëj. Moshë mesatare e instalimit është në të njëzetat, ndonëse disa herë episodi i parë ndodh vonë në jetë, madje edhe në moshën e tretë. Në disa njerëz, çrregullimi paraprihet nga një luhatje e butë e humorit, e quajtur *çrregullimi ciklotimik*. (4) (17)

3.2 Simptomat

Simptomat depresive në çrregullimin bipolar janë të njëjtat si në depresionin madhor. Mania ka një histori karakteristike. Simptomat mund të vijnë pas një ngjarjeje stresuese

ose mbas një përdorimi të drogërave të rrugës. Zakonisht, ka një histori të humorit të rritur prej disa ditësh ose javësh, disa herë me irritabilitet. Personi do të jetë gjithmonë e më tepër llafazan dhe energjik, duke patur nevojë për përherë e më pak gjumë. Ata zhvillojnë shpesh plane madhështore dhe shpenzojnë sasi në rritje të parave; bëhen përherë e më tepër të pafrenuar seksualisht. Me poshtë përmbliidhen tiparet kyçe të manisë sipas kategorive të ndryshme të ekzaminimit të statusit mendor (2)(4).

Kategoria	Simptomat
Pamja	Mund të jetë i çrregullt, i parruar; veshja dhe tualeti mund të jenë të çelura dhe bizare
Sjellje	hiperaktive, shoqërisht i pafrenuar, konfidencial
Të folurit	Presioni i të folurit: shkallë e rritur dhe vështirësi për ta ndërprerë; fluturim idesh me ide që lidhen me njëra tjetrën shpesh me bejte ose rima
Humori	I rritur dhe madhështor; shpesh i irritueshëm
Të menduarit	Përshkruan presionin e të folurit; me të menduar të përshpejtuar
Përvojat abnormale	Halucinacione auditive me tema të madhështisë
Besimet abnormale	Deluzione, ose persekutore ose madhështore, të prejardhjes së lartë ose aftësive të veçanta
Gjendja konjitive	Normale, megjithëse me vëmendje të dëmtuar me distraktueshmëri
Kritika	Kritika mungon në maninë akute.

3.3 Shkaqet fillimi dhe dekursi

Shkaqet predispozuese

Çrregullimi bipolar ka një komponent të fortë gjenetik. Haset shpesh një histori familjare për çrregullimin bipolar dhe depresionin madhor. Shkalla e konkordancës në binjakët monozygotikë është përreth 50% dhe shkon deri në 80% nëse depresioni madhor në njërin binjak përlllogaritet si çrregullim bipolar.

Shkaqet sjellëse

Ngjarjet stresuese të jetës apo dhe ngjarje të veçanta si dhe lindja e fëmijës janë të rëndësishme në çeljen e episodeve maniakale dhe depressive. Përdorimi i drogërave, duke përfshirë kanabisin është shpesh një precipitant i episodeve maniakale. Ndonjëherë, një episod i parë maniakal mund të zanafillojë nga trajtimi me antidepressantë ose përdorimi i steroidëve. Duhet theksuar se sidomos në rishfaqjen e episodeve ndikojnë si faktorë të jashtëm, ashtu edhe faktorë interoceptive, të cilët nuk i kemi dot nën kontroll. (2) (4) (18).

Në një vështrim më të përgjithshëm ekzistojnë disa teori për shkaqet që ndikojnë në shfaqjen e një çrregullimi bipolar. (19)

Këtu mund të përfshijmë teoritë në lidhje me neurotransmetuesit, teoritë që lidhen me disbalancën endokrine, teoritë që lidhen me disfunktionin intraqelizor, apo metabolik. Gjithashtu luhatjet e neurotransmetuesve dhe sidomos aktivitetit të tyre luajnë rol të rëndësishëm. Përveç elementeve të njohur të ekuilibrit dhe aktivitetit të neurotransmetuesve kohët e fundit ka filluar të studiohet metabolizmi i qelizës nervore dhe roli i rëndësishëm i mitokondrive dhe aktivitetit të tyre në sëmundjet mendore në përgjithësi, duke përfshirë dhe çrregullimin bipolar.

Gjithashtu edhe dëmtimet e cirkuiteve nervore të veçanta dhe sidomos rrjetit në sistemin limbik kanë një rol të veçantë. (20) (21).

Episodi i parë i një çrregullimi bipolar mund të jetë i çfarëdo forme. Mund të fillojë me episod maniakal, hipomaniakal apo dhe episod depresiv.

Shpesh tabloja klinike është dramatike për shkak të psikozës së fuqishme, e cila e bën pacientin të jetë jashtë realitetit dhe energjisë së shtuar, shpesh me disfori, irritabilitet apo sjellje tërësisht të papërshtatshme. Kjo situatë është e vështirë për t'u menaxhuar dhe përdorimi i barnave është jetik.

3.4 Kriteret diagnostike sipas DSM IV

Kriteret diagnostike japin një pamje të plotë të simptomave dhe gjendjes. Gjithashtu japin një përshkrim të plotë edhe të konstrukteve simptomatike të ndryshme në çrregullimin bipolar.

A: Episodi Maniakal: një periudhë humori të lartë ose nervozizmi dhe energjie të shtuar që zgjat të paktën 1 javë, ose që kërkon shtrimin në spital.

Gjatë kësaj periudhe, personi përjeton një ndryshim të rëndësishëm në sjellje dhe shpesh shfaq simptoma të tilla si:

- Humor shumë i lartë, humor i irritueshëm dhe shpërthyes.
- Rritja e energjisë, aktivitetit dhe parehati e përgjithshme.
- Ulja e nevojës për gjumë.
- Madhështi ose vetëvlerësim i tepërt.
- Të folur të shpejtë ose mendime të shumta në garë me njëra-tjetrën.
- Impulsivitet ose sjellje me rrezik të lartë.
- Shpërqendrim me lehtësi ose sjellje të çorganizuar.
- Përfshirja e tepërt në aktivitete që sjellin kënaqësi.

B: Episodi Depresiv: një periudhë prej të paktën 2 javësh me humor depresiv, humbje interesi ose kënaqësie dhe simptoma të tjera që shkaktojnë dëmtime të konsiderueshme në funksionimin social ose profesional. Gjatë kësaj periudhe, personi mund të ketë simptoma të tilla si:

- Humor depresiv ose humbje të interesit dhe/ose kënaqësisë.
- Ndjenja të pavlefshmërisë ose fajit të tepruar.
- Pagjumësi ose hipersomni.
- Ngadalësim ose axhitim psikomotor.
- Vështirësi në përqendrim ose pavendosmëri.
- Lodhje ose humbje energjie.
- Mendime të përsëritura rreth vdekjes ose vetëvrasjes.

C: Për t'u diagnostikuar me çrregullim bipolar, një individ duhet të ketë përjetuar të paktën një episod shtesë që është i ndryshëm nga ai në Kriterin A.

D: Simptomat e episodeve në kriterin A dhe B nuk mund të shpjegohen më mirë nga një gjendje tjetër mjekësore ose psikiatrike.

E: Episodet e manisë dhe depresionit nuk janë për shkak të një çrregullimi të humorit të shkaktuar nga një gjendje e përgjithshme mjekësore (p.sh. hipertiroidizmi).

F: Episodet e manisë dhe depresionit nuk janë për shkak të efekteve të drejtpërdrejta fiziologjike të një substance (p.sh. një droge abuzimi, një medikament ose trajtim tjetër).

3.5 Menaxhimi

Lipset një histori e detajuar, që përfshin historinë familjare dhe abuzimin me substancat. Është ndonjëherë e vështirë të merret histori e plotë e një personi në mani, prandaj ka rëndësi informacioni që vjen prej një njeriu që ka informacion mbi pacientin (familjar, mik, etj). Mania akute shpesh duhet hospitalizuar për shkak të çrregullimeve të sjelljes. Pacienti mund të jetë në rrezik për të dëmtuar veten (mund të hidhet nga një godinë, për shkak të deluzionit të të pasurit aftësi për të fluturuar), ose mund të shfrytëzohet ose dëmtohet nga të tjerët. Mungesa e kritikës mund të ketë nevojë për shtrim dhe mjekim të pavullnetshëm bazuar në Ligjin për Shëndetin Mendor (22). Hetimet fizike duhet të përfshijnë vlerësimin e tiroides dhe funksione të tjera metabolike për të përjashtuar/vlerësuar elementet somatike/hormonale në nxitjen e një episodi.

Trajtimi me barna në fillim do të përfshijë barnat antipsikotike me benzodiazepinat si fillim për të menaxhuar klinikën akute të axhitimit dhe stabilizuesit e humorit si bashkëterapi në vazhdim.

Në një pamje të përgjithshme të mjekimit, trajtimi me barna në aspektin afatgjatë përfshin përdorimin e disa llojeve të antipsikotikëve dhe stabilizuesve të humorit.

Në raste të veçanta me shumë kujdes mund të përdoret dhe kombinim me antidepressivë për të menaxhuar simptomat e ankthit apo ato depressive gjatë një episodi depresiv (23)

Zakonisht përdoren antipsikotikë të ndryshëm. Sipas shumicës së protokolleve ka një konsensus që mjekimi të fillohet me antipsikotikë të gjeneratës së dytë ose atipike, ku përfshihen risperidoni, olanzapina, aripiprazoli, quetiapina. Kjo nuk përjashton mjekimin me antipsikotikë të gjeneratës së parë ku përfshihet kryesisht haloperidoli (24) (25)

Ndër stabilizuesit e humorit më të shpeshtët janë Karbonati i litiumit, Acidi valproik, Karbamazepina, Lamotrigina. (25) (26)

Shpesh për shkak të moskompliancës dhe aderencës së ulët përdoren edhe antipsikotikë me veprim të zgjatur për të menaxhuar më mirë marrjen e mjekimit (16) (27) (28).

Litiumi në afatgjatë mund të konsiderohet si një mjekim shumë efektiv, pasi ka shumë përfitime nga trajtimi me litium, duke përfshirë një menaxhim më të mirë të ankthit dhe përfitime të tjera konjitive të lidhura me neuroplasticitetin.

Në çdo rast duhet pasur parasysh se terapia me litium ka nevojë për ndjekje të veçantë dhe koordinim me barnat e tjera që mund të përdorë pacienti për shkak të ndërveprimeve dhe ndërhyrjes së mundshme në funksionin renal dhe të tiroides. Gjithashtu duhet ndjekur rregullisht dhe niveli i litiumit në gjak. (29) (30)

Është shumë e rëndësishme të integrohet në planin e trajtimit dhe ndërhyrja psikosociale si një element kyç për njohjen e gjendjes nga pacienti dhe fitimin e aftësive të përshtatshme me kontekstin e tij personal, familjar dhe social. (31)

Në çdo rast trajtimi është e rekomandueshme të ndiqet terapi e personalizuar bazuar në konstruktet psikopatologjike të secilit pacient dhe kushteve në të cilat ndodhet, për të pasur jo vetëm një mjekim efektiv, por edhe të sigurtë në planin afatgjatë.

4. KONCEPTI I NDËRPERJES SË MJEKIMIT

Trajtimi dhe menaxhimi i pacientit në psikiatri ka specifika shumë të veçanta. Këto specifika janë të lidhura me shumë faktorë, të cilët mund të grupohen në tri kategori:

1. Faktorë të lidhur me karakteristikat e çrregullimeve, përfshirë psikozën dhe paaftësinë konjitive që shkakton një çrregullim psikiatrik e për pasojë dhe mungesën e kritikës për gjendjen nga ana e pacientit. (32)
2. Faktorë të lidhur me perceptimin e çrregullimeve psikiatrike, stigma e pacientit psikiatrik për veten dhe stigma e të tjerëve ndaj tij. (33)
3. Faktorë të lidhur me kontekstin e një vendi të caktuar, konceptet e trajtimit, aksesit në shërbimet shëndetësore të niveleve të ndryshme dhe planet e trajtimit që shpesh janë të ndryshme në varësi të kohës në dispozicion, alternativave terapeutike që ofrohen në shërbimet publike dhe ato private. (33) (34)

Ndërperja e mjekimit/trajtimit (dropout) konsiderohet lënia e mjekimit/trajtimit nga ana e pacientit, pavarësisht nevojës që ka pacienti për të marrë mjekim/trajtim. (35)

Shpesh kjo lidhet më shumë me trajtimin me barna dhe jo trajtimin multidisiplinar në përgjithësi. (36) Sidoqoftë trajtimi i kombinuar është gjithmonë një element shumë i nevojshëm në skizofreni dhe në çrregullimin bipolar. Edhe ndërprerja e ndjekjes dhe trajtimit psikosocial është gjithashtu shumë e shpeshtë. (37)

Çrregullimet e marra në diagnostikim vlerësohen si çrregullimet që kanë ndërprerje të trajtimit më shumë se çrregullimet e tjera. Kjo për shkak të faktit që simptomat psikotike janë pjesë e simptomatikës së këtyre çrregullimeve. Përderisa psikoza është një dalje, deformin i realitetit, këta pacientë nuk janë në gjendje të vlerësojnë drejt gjendjen në të cilën ndodhen dhe për këtë arsye mund ta shikojnë mjekimin si të panvojshëm apo edhe në dëm të tyre. (38)

Nga ana tjetër këto çrregullime kanë të përbashkët dhe dëmtimet konjitive. Sigurisht në rastin e skizofrenisë dëmtimet konjitive janë shpesh në një masë të madhe reziduale, fakt i cili e vështirëson edhe më shumë të kuptuarit e sëmundjes, gjendjes, simptomave dhe dëmtimit të funksionit. Në rastin e çrregullimit bipolar dëmtimi i funksionit është shpesh i rikthyeshëm në nivelin para episodit dhe ky fakt e lehtëson të kuptuarit e gjendjes, por në kushtet kur personi ndihet si më parë e ka të vështirë të kuptojë ecurinë kronike të çrregullimit. (39) (40)

Shpesh këta pacientë mendojnë se shkak i episodit është një ngjarje, situatë e cila nuk do të përsëritet më, ata do arrijnë të kenë kontroll mbi situatën dhe nuk kanë nevojë për mjekime apo forma të tjera trajtimi. Në fakt shpesh një episod mund të nxitet nga ndryshime

të kontrollueshme në jetën e pacientit, por gjithashtu në shumë raste edhe nga faktorë që janë plotësisht jashtë kontrollit të tyre. Psh.: një ngjarje natyrore si tërmeti, apo një sëmundje somatike si gripi apo faktorë të tjerë interoceptivë. (41) (42)

Faktori tjetër shumë i rëndësishëm është perceptimi i sëmundjes psikiatrike.

Nga vëzhgimi i shumë studimeve, perceptimi në popullatë, te pacientët apo edhe familjarët e tyre, zbulojmë se ata tentojnë të gjejnë shkaqe të shumta, përshkrime të ndryshme të etiologjisë dhe simptomatikës, si edhe opsione të ndryshme trajtimi për problemet e shëndetit mendor, dhe ofrojnë qasje e sjellje të ndryshme të kërkimit të ndihmës. Duhet pasur parasysh se për të ofruar ndihmën më të mirë duhet të kemi në mendje dallimet kulturore dhe ngjashmëritë në besimet dhe perceptimet e shëndetit mendor për shkaqet e problemeve të shëndetit mendor. (43)

Në parim çdo element apo konstrukt simptomatologjik mund të ketë ndikim. Ndarja e mësipërme e grupeve në metodologjinë e studimit do të detajohet në elemente të veçantë dhe faktorët e lidhur me çrregullimet do të analizohen si për të dy çrregullimet më vete, ashtu edhe për të dy çrregullimet bashkë.

Në formë përmbledhjeje:

Studimet kanë treguar se përqindjet e ndërprerjes së mjekimit si për çrregullimin bipolar ashtu edhe për skizofreninë mund të jenë mjaft të larta, me vlerësime që variojnë nga 10 - 50%, kryesisht të lidhura me kohën e fillimit të trajtimit. (44) Një nga arsyt kryesore për këtë është se shumë individë me këto kushte përjetojnë simptoma që ndërhyjnë në aftësinë e tyre për t'iu përmbajtur një plani trajtimi. Për shembull, disa individë mund të përjetojnë simptoma të tilla si depresioni, mania ose psikoza që e bëjnë të vështirë për ta që të marrin pjesë në takime ose të marrin mjekimin e tyre sipas rekomandimit.

Përveç kësaj, efektet anësore nga medikamentet e përdorura për trajtimin e çrregullimeve bipolare dhe skizofrenisë mund të kontribuojnë gjithashtu në shkallën e ndërprerjes së mjekimit. Për shembull, disa individë mund të përjetojnë efekte anësore të padëshiruara si shtim në peshë, probleme me funksionin seksual ose përgjumje, të cilat mund ta bëjnë të vështirë për ta që t'i përmbahen planit të tyre të trajtimit.

Së fundi, mungesa e aksesit në kujdes cilësor dhe mbështetje sociale mund të kontribuojë gjithashtu në shkallën e braktisjes së shkollës në këto popullata. Për shembull, individët që jetojnë në zona me akses të kufizuar në shërbimet e shëndetit mendor mund ta kenë të vështirë të marrin kujdesin që u nevojitet për të menaxhuar në mënyrë efektive simptomat e tyre.

Nuk ka asnjë faktor specifik përcaktues që parashikon ndërprerjen e mjekimit në çrregullimet e marra në studim, të cilat kanë komponentë të fortë psikotikë, pasi ndërprerja e mjekimit është një çështje komplekse dhe shumëplanëshe që mund të ndikohet nga një sërë faktorësh. Megjithatë, janë identifikuar disa faktorë që ndikojnë në mundësinë e ndërprerjes së mjekimit te pacientët që vuajnë nga çrregullime me elemente të konsiderueshme psikotike. Më poshtë po rendisim disa prej faktorëve të përgjithshëm të njohur si me ndikim të lartë në ndërprerjen e mjekimit. (45) (46)

1. *Shkalla e simptomatikës*: Individët me simptoma më të rënda, të tilla si psikoza aktive, mund të kenë më shumë gjasa të braktisin trajtimin. (47) (48)

2. *Efektet anësore të mjekimit*: Medikamentet antipsikotike mund të shkaktojnë një sërë efektesh anësore, si shtim në peshë, qetësim dhe mosfunksionim seksual, të cilat mund të çojnë në mospërshtatje me mjekimin dhe ndërprerje të mjekimit. Kjo vihet re edhe për mjekimet me antidepressivë, por edhe për mjekimet me antipsikotikë. (49) (50) (51)

3. *Mungesa e informacionit të plotë rreth këtyre çrregullimeve*: Individët me skizofreni që kanë njohuri të kufizuar në gjendjen e tyre mund të kenë më pak gjasa të shohin nevojën për trajtim dhe më shumë të ngjarë të braktisin trajtimin. (34) (52)

4. *Abuzimi i substancave*: Individët me probleme shoqëruese të abuzimit me substancat mund të kenë më shumë gjasa të braktisin trajtimin, pasi përdorimi i substancave nga ana e tyre mund të ketë përparësi mbi trajtimin e tyre të shëndetit mendor. (52)

5. *Stigma*: Stigma që shoqëron sëmundjen mendore mund të çojë në turp, siklet dhe ngurim për të kërkuar trajtim, gjë që mund të rrisë gjasat e braktisjes. (53)

6. *Aksesi në kujdesin shëndetësor dhe kujdesi shëndetësor i integruar*: Individët që jetojnë në zona me akses të kufizuar në shërbimet e shëndetit mendor mund ta kenë të vështirë të marrin kujdesin që u nevojitet, gjë që mund të rrisë gjasat e ndërprerjes së mjekimit. Ndërkohë edhe në zona urbane shërbimet e shëndetit mendor janë shpesh deficitare në aspektin e burimeve njerëzore, duke kontribuar në rënien e kujdesit për shëndetin mendor. Përfshirja e trajtimit multidisiplinar është shumë e rëndësishme për trajtimin e një sëmundjeje kronike dhe të asaj psikiatrike në veçanti. (34) (54)

7. *Stili i jetës* është një faktor tjetër shumë i rëndësishëm në ndjekjen e mjekimit. Personat që kanë jetë aktive shpesh janë më të predispozuar të lënë mjekimin, ndërkohë personat që kryejnë aktivitete fizik të rregullt ka më shumë mundësi të kenë më pak efekte anësore, të kenë doza më të ulëta të mjekimit, të kenë remisione më të gjata. Duke qenë se aktiviteti fizik është kyç në mirëqenien e përgjithshme, perceptimi i gjendjes, efekteve anësore dhe mjekimit është ndryshe te personat që janë aktivë. (55) (56) Personat që ndërpresin aktivitetin fizik kanë më shumë gjasa të ndërpresin dhe trajtimin. (57)

Është e rëndësishme të theksohet se këta faktorë mund të ndërveprojnë në mënyra komplekse dhe mund të ndryshojnë për secilin individ, kështu që nuk është shumë e vështirë të parashikohet efekti i secilit prej këtyre faktorëve në një masë të plotë. Nga ana tjetër është shumë e rëndësishme të kuptojmë se çdo vend ka specifika shumë të ndryshme nga tjetri, si në nivelin e kujdesit shëndetësor, në nivelin social-kulturor dhe tradita shoqërore në kujdesin familjar, me ndikim shumë të fuqishëm në ndjekjen e trajtimit të sëmundjeve, prandaj është shumë e rëndësishme të kemi studimet tona.

Vlerësimi i drejtë dhe adresimi i këtyre faktorëve mund të ndihmojë në uljen e shkallës së ndërperjes së mjekimit, dëmtimet dhe uljen e funksioneve jetësore dhe përmirësimin e rezultateve për individët me skizofreni dhe çrregullim bipolar.

5. METODOLOGJIA

Studimi do te jete prospektiv longitudinal natyralistik

Në kërkimin mjekësor, studimi prospektiv ndjek pacientin përgjatë një periudhe kohe për të vlerësuar karakteristikat, sjelljen para se pacienti të jetë subjekt i sëmundjes apo i pyetjes që drejtohet. Në rastin konkret ku studiohet ndërprerja e mjekimit pacienti përfshihet para se ta ndërpresë mjekimin, vlerësohet statusi i variablave dhe mbledhen të dhënat për secilin prej tyre. Aspekti longitudinal nënkupton që pacienti do vlerësohet në një periudhe kohore të paracaktuar. Studiuesit ekzaminonë në mënyrë të përsëritur të njëjtët individë për të zbuluar çdo ndryshim që mund të ndodhë gjatë një periudhe kohore duke matur të njëjtët variabla.

Aspekti natyralistik zakonisht përfshin vëzhgimin e pacientëve ndërkohë që ata kryejnë aktivitetet e tyre normale. Prania e një vëzhguesi padyshim që ka një efekt teksa dikush shkon në aktivitetet e tij të përditshme. Në këtë kontekst “gjurmimi” i pacientëve për të vlerësuar ndjekjen e mjekimit është një lloj shtyese për ta marrë mjekimin. Për të shmatur këtë, pacientët nuk janë gjurmuar por thjesht janë intervistuar, vlerësuar, kur janë paraqitur për vizitën e radhës.

Këto studime janë një lloj kërkimi korrelativ në të cilin studiuesit vëzhgojnë dhe mbledhin të dhëna për një numër variablash pa u përpjekur të ndikojnë në ato variabla. Vlerësohet nëse variablat kanë korrelacion domethënës dhe vlerësohet probabiliteti i ngjarjeve të ndryshme në raport me njëra-tjetrën, apo në një analizë multivariate ku vlerësohen njëkohësisht disa variabla.

Studimi është kryer në Shërbimin e Psikiatrisë QSUT si dhe te pacientët e një spitali jo publik në Tiranë. Periudha e marrjes në studim është 2-vjeçare me matjen e një sërë variablash mesterisht çdo 6 muaj.

Kritere përfshirjeje në studim:

Pacientë të moshave 18-80 vjeç, meshkuj dhe femra.

Të diagnostikuar sipas DSM-IV-TR me Çrregullime Bipolare dhe Skizofreni.

Të aftë të japin informacionin e konsentit.

Të jenë nën mjekim me të paktën një psikotrop ku përfshihen antipsikotikët, stabilizuesit e humorit dhe antidepresivët. Nuk janë marrë në shqyrtim benzodiazepinat, pasi supozohet që të jenë të përkohshme në mjekim dhe ndërprerja apo mosndërprerja e tyre supozohet të mos ndikojë në dekurisn e pergjithshëm të trajtimit pavarësisht lehtësisimit të rëndësishëm

simptomatik që mundësojnë. Nga ana tjetër benzodiazepinat mund të përdoren për shkak të abuzimit apo varësisë dhe ky aspekt nuk mund të konsiderohet vazhdim i mjekimit.

Kriteret përjashtuese :

Pacientët që nuk realizojnë të katër matjet e studimit.

Pacientë me çrregullim bipolar të shkaktuar nga sëmundje të përgjithshme.

Për çdo pacient do të përpilohet një format chart.

Grupi i faktorëve të vlerësuar përfshin si më poshtë:

Mosha e pacientit në momentin e vlerësimit të parë

Mosha e fillimit të sëmundjes

Gjinia

Vendbanimi - urban - jo urban

Arsimi – arsim 8 vjeçar; arsim i mesëm; arsim i lartë

Gjendja civile – i/e martuar; i/e beqar; i/e divorcuar/ve

Punësimi – i/e punësuar në mënyrë aktive; pa punë ose me mbështetje sociale

Mbështetja familjare (shih më poshtë)

Mosha e episodit të parë

Numri i episodeve

Prania e psikozës në çrregullimin bipolar

Hospitalimimi i mëparshëm

Hospitalizimi pas ndërprerjes

Ndjekja në sektorin shëndetësor publik apo privat

Stigma – e shkallëzuar – pa stigmë; stigma ulët; e moderuar; pa stigmë;

Numri i antipsikotikëve të përdorur

Mjekimi me një antipsikotik me veprim të zgjatur

Niveli i dozës së antipsikotikut

Lloji i antipsikotikut

Mjekimi me stabilizues humori dhe llojet e stabilizuesve të humorit

Efektet anësore ekstrapiramidale

Efektet anësore somatike dhe metabolike

Efektet anësore konjitive

Prania apo jo e një episodi me humor të lartë në një çrregullim bipolar

Prania apo jo e një episodi mikso në një çrregullim bipolar

Prania apo jo e një episodi depresiv në një çrregullim bipolar

Prania e simptomatikës negative në skizofreni

Prania e simptomatikës pozitive në skizofreni

Mbështetja familjare është vlerësuar me shkallëzim nga 1 deri në 4, si më poshtë:

1 – mungon mbështetja familjare, nuk ka interes për ndjekjen nga persona të tjerë.

2 – jeton në familje, por pa mbështetje për sëmundjen – pacienti kryesisht strehohet dhe sigurohen nevojat bazë, por jo mbështetje për sëmundjen.

3 – mbështetje e pjesshme nga familja - një person angazhohet shpesh për mirëqenien e pacientit

4 – mbështetje e plotë nga familja – me shumë se një person angazhohet në mënyrë aktive për mirëqenien e pacientit

Janë marrë në vlerësim barnat më poshtë:

Lloji i antipskodikut

- 1 Haloperdiol
- 2 Risperidon
- 3 Olanzapine
- 4 Aripiprazol
- 5 Paliperidone
- 6 Quetiapine
- 7 Amisulpride
- 8 Clozapine

Antipsikotik me veprim të zgjatur

1. Haloperidol
2. Risperidone
3. Paliperidone
4. Ariprazole

Stabilizuesi i humorit ose antidepresiv

1. Acid valproik/valproate natriumi
2. Karbonat litiumi
3. Karbamazepine
4. Lamotrigine
5. Antidepresiv - pa specifikuar llojin

Faktorët që janë kuantifikuar me shkallë

Shkallëzim i stigmës

- 1 – stigma është dominante
- 2 – ka elemente të rëndësishëm të stigmës
- 3 – ka elemente të lehtë të stigmës
- 4 – nuk evidentohen elemente të stigmës

Shkallëzimi i dozave të mjekimit.

- 0 – pa mjekim.
- 1 – dozë e ulët – zakonisht dozat minimale të një ose disa psikotropëve.
- 2 – dozë e mesme – shkalla më e zakonshme e dozave të psikotropëve, zakonisht në mesataren e dozës minimale dhe dozës maksimale.
- 3 – dozë e lartë – doza më të larta se e zakonshme, me tendencë drejt dozës maksimale.

Shkallëzimi i kritikës

- 1 – pa kritikë – pacienti nuk njih/pranon asnjë simptomë të çrregullimit nga i cili vuan
- 2 – kritikë e pjesshme – pacienti njih dhe pranon një pjesë të simptomave por nuk e pranon/identifikon çrregullimin në përgjithësi
- 3 – kritikë e plotë – pacienti njih simptomat, njih/pranon çrregullimin në përgjithësi

Shkalla e simptomatikës

Në këtë faktor është përdorur vlerësimi me instrumentin BPRS me 7 shkallë, të cilat janë grupuar në 4 shkallë për të lehtësuar matjen.

Shkallëzimi me 4 shkallë si më poshtë:

- 1 – simptomatika është e lehtë, BPRS shkallët 0; 1;2.
- 2 – simptomatika është e moderur, BPRS shkallët 3; 4.
- 3 – simptomatika është e rëndësishme, BPRS shkallët 5;6.
- 4 – simptomatika është shumë e rëndë, , BPRS shkalla 7.

Shtojca 1 - Formulari i mbledhjes së të dhënave.

Shtojca 2 - Kodimi i faktorëve për vlerësimin statistikor.

Shtojca 3 - Vlerësimi i përmbledhur psikiatrik BPRS.

6. ANALIZA STATISIKORE

Pasi janë mbledhur pyetësorët, të dhënat janë hedhur në SPSS 25.

Në punim janë përdorur këto teknika:

- *Crosstab dhe testi Chi –Square* për të testuar variablat nominal dhe ordinar në diferencat midis grupeve dhe marrëdhënien midis dy variablave
- Mesatarja, Devijimi Standard, Minimumi, Maksimumi, Frekuenca, Përqindja, të cilat shërbejnë për të na paraqitur një panoramë më të saktë të rezultatit të pyetësorit në formë tabele dhe grafike.
- *Testi T* është përdorur për të parë nëse ka dallime të rëndësishme në mesatare, për shembull ndërmjet dy grupeve të pavarura siç është ndërprerja e mjekimit (po ose jo) në raport me nivelin e mbështetjes familjare, kritikës, stigmës etj.
- *Binary logistic regression* shërben për të krijuar një regresion për të matur variablin e varur që karakterizon pacientët me të dhënat demografike dhe klinike duke vlerësuar probabilitetin e këtyre karakteristikave.

$$\ln(ODDS)=\hat{y}_i = \beta_1 x_i + \beta_0$$

\hat{y}_i – ndërprerja e mjekimit

β - faktorë që janë element i çrregullimeve dhe faktorë që nuk janë element i çrregullime të marra në shqyrtim.

Në formulimin për kampionimin u përdor koncepti i Cohrane dhe matjet janë kryer nëpërmjet përlllogaritësve online. (58)

Parametrat janë: Intervali i besimit 95%; Gabimi 5%

Nga vlerësimi duhej pëzgjedhur me rreth 800 deri në 900 pacientë.

Duke marrë parasysh vështirësinë e kontaktit të qëndrueshëm u vlerësua se duhej përgatitur për një mesatare rreth 800 deri 900 pacientësh të mbuluar në një zonë të caktuar.

U pëzgjodhën fillimisht 312 pacientë.

Për 48 pacientë nuk u arrit të plotësohen të gjitha matjet e parashikuara.

Në analizë janë përfshirë 264 pacientë, të cilët janë ndjekur në të 4 matjet e kërkuara.

Këta pacientë nuk u kategorizuan si ndërprerës të mjekimit për shkak se nuk u plotësua informacioni dhe shkaqet e mosparaqitjes së tyre në kontrollin e radhës nuk janë evidentuar.

Janë vlerësuar 31 variabla.

Nga këta 7 variabla kanë 4 matje.

Për variablat me një matje është marrë për bazë matja më përfaqësuese e të katër matjeve.

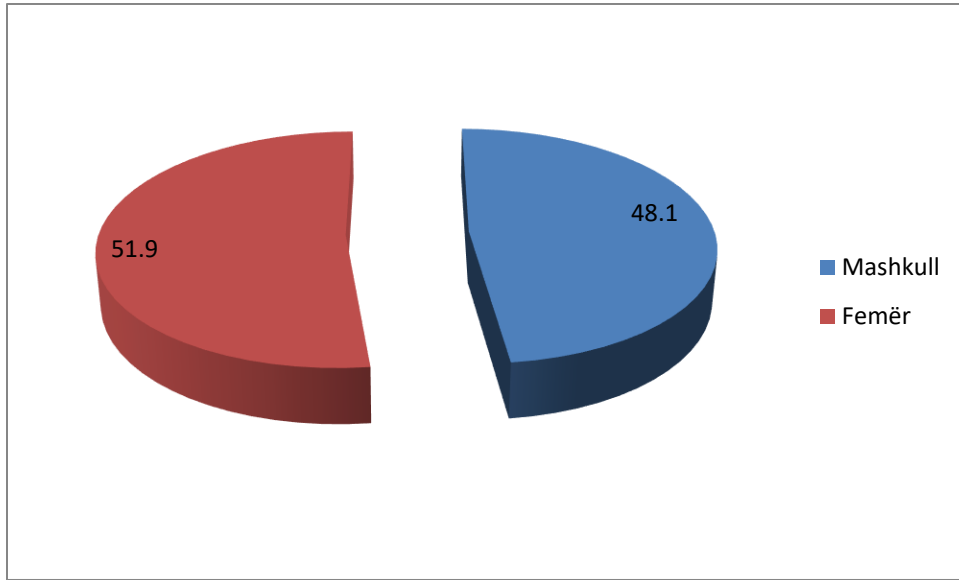
Janë mbledhur/vlerësuar 14 520 të dhëna në total.

ANALIZA E TË DHËNAVE

Tabela 1: Të dhënat demografike (N=264)

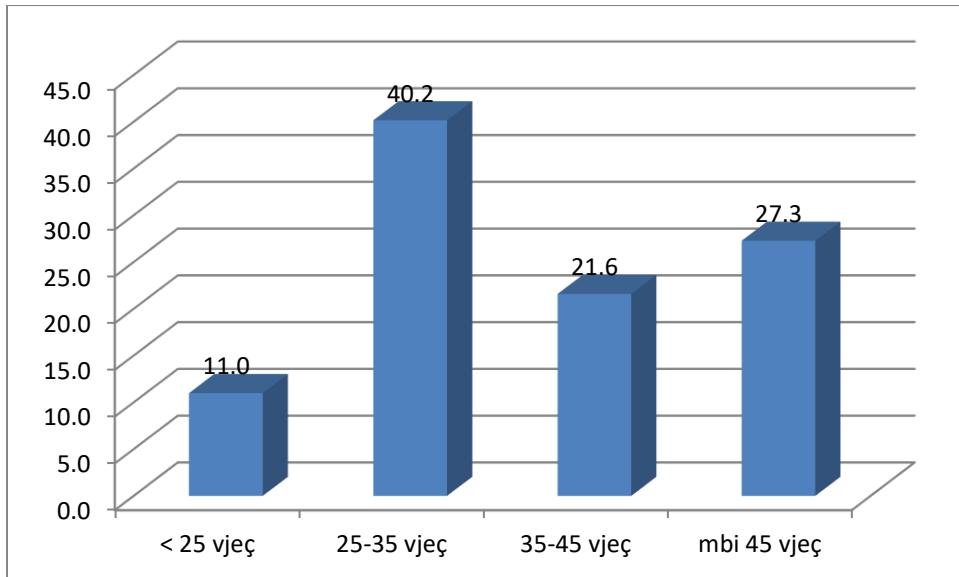
		n	%
Gjinia	Mashkull	127	48.1
	Femër	137	51.9
	Total	264	100.0
Grupmosha	< 25 vjeç	29	11.0
	25-35 vjeç	106	40.2
	35-45 vjeç	57	21.6
	Mbi 45 vjeç	72	27.3
	Total	264	100.0
Banimi	Urban	216	81.8
	Rural	48	18.2
	Total	264	100.0
Arsimi	8 vjeçar	55	20.8
	I mesëm	121	45.8
	I lartë	88	33.3
	Total	264	100.0
Statusi civil	Beqar	168	63.6
	Martuar	76	28.8
	Divorcuar/i/e ve	20	7.6
	Total	264	100.0
Punësimi	I punësuar	84	31.8
	I papunë	180	68.2
	Total	264	100.0

Figura 1: Gjinia



Në studim marrin pjesë 51.9% femra dhe 48.1% meshkuj

Figura 2: Grupmosha



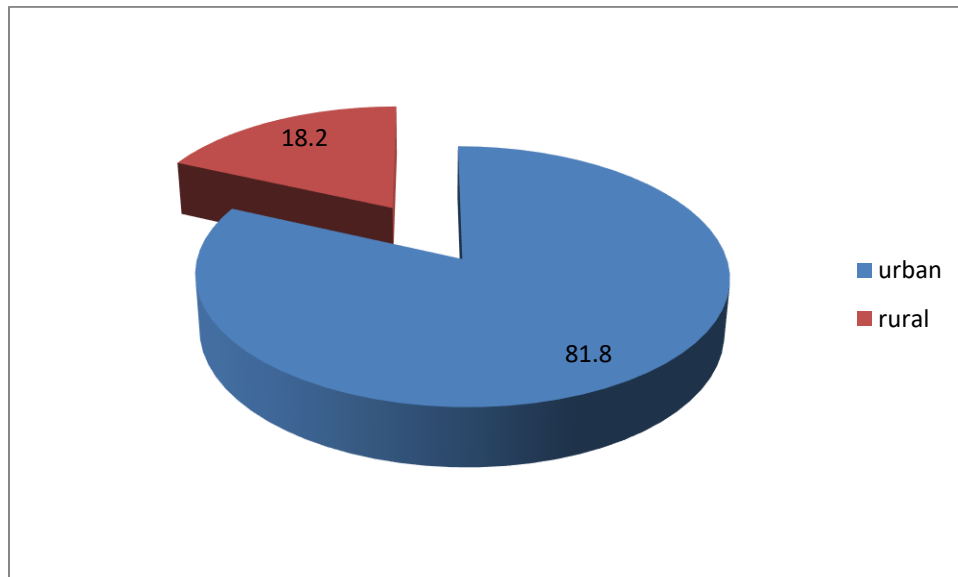
Për sa i përket grupmoshës rezulton deri 25 vjeç me 11%, 25-35 vjeç me 40.2%, 35-45 vjeç me 21.6% dhe mbi 45 vjeç me 27.3%

Tabela 2: Të dhëna përshkruese të moshës

	N	Minimum	Maksimum	Mesatarja	Devijim Standard
Mosha	264	17.0	77.0	38.41	12.60

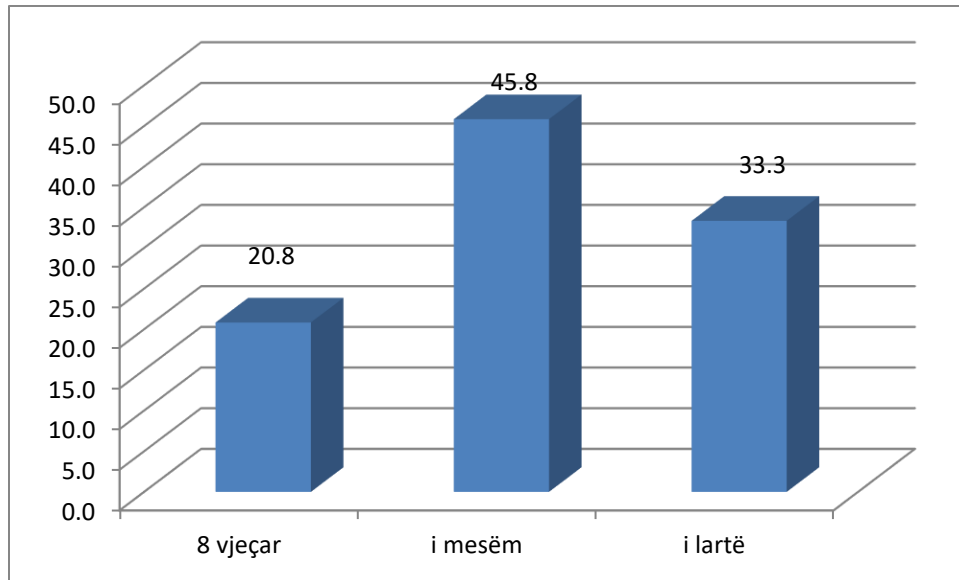
Mosha varion nga 18 vjeç deri 77 vjeç me një mesatare (M=38.41, ds=12.6)

Figura 3: Vendbanimi



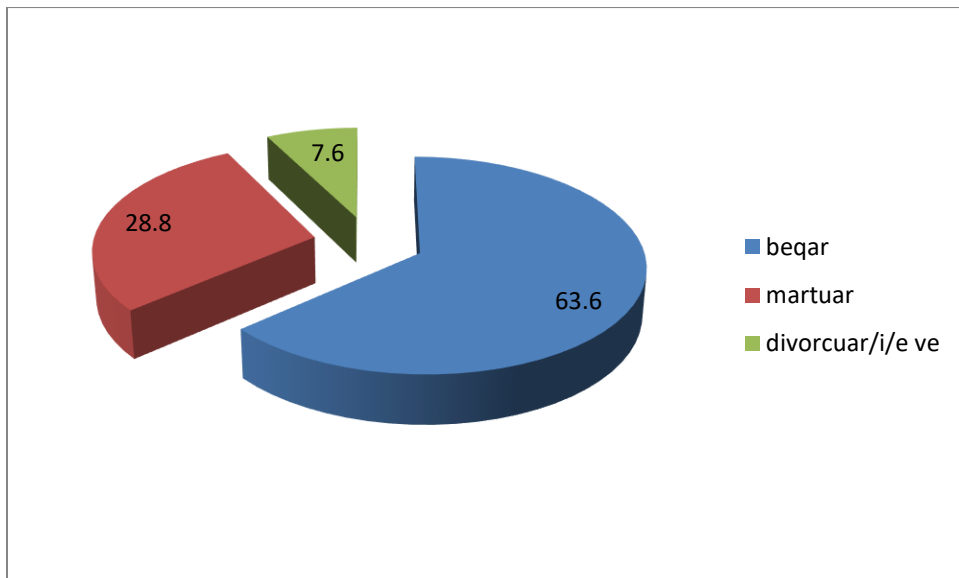
Referuar vendbanimit rezultton 18.2% - rural dhe 81.8% - urban

Figura 4: Niveli arsimor



Ndërsa niveli arsimor rezulton: 8 vjeçar me 20.8%, i mesëm me 45.8% dhe i lartë me 33.3%

Figura 5: Statusi civil



Statusi civil rezulton: 63.6% beqar, 28.8% martuar; 7.6%; i/e divorcuar/ve

Tabela 3: Të dhënat përshkruese të moshës së fillimi të sëmundjes

	N	Minimum	Maksimum	Mesatarja	Devijim Standard
Mosha e fillimit të sëmundjes	264	13.0	71.0	29.57	10.47

Mosha e fillimit të sëmundjes varion nga 13 deri 71 me një mesatare ($M=29.57$, $ds=10.47$)

Tabela 4: Frekuenca e ndërprerjes së mjekimit në katër matje

	Ndërprerja e mjekimit-matja 1		Ndërprerja e mjekimit-matja 2		Ndërprerja e mjekimit-matja 3		Ndërprerja e mjekimit-matja 4	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ndërprerje	112	42.4	60	22.7	84	31.8	68	25.8
Jo ndërprerje	152	57.6	204	77.3	180	68.2	196	74.2
Total	264	100.0	264	100.0	264	100.0	264	100.0

Figura 6: Ndërprerja e mjekimit ndërmjet episodeve - vlerësimi i tendencës së ndërprerjes përgjatë matjeve.

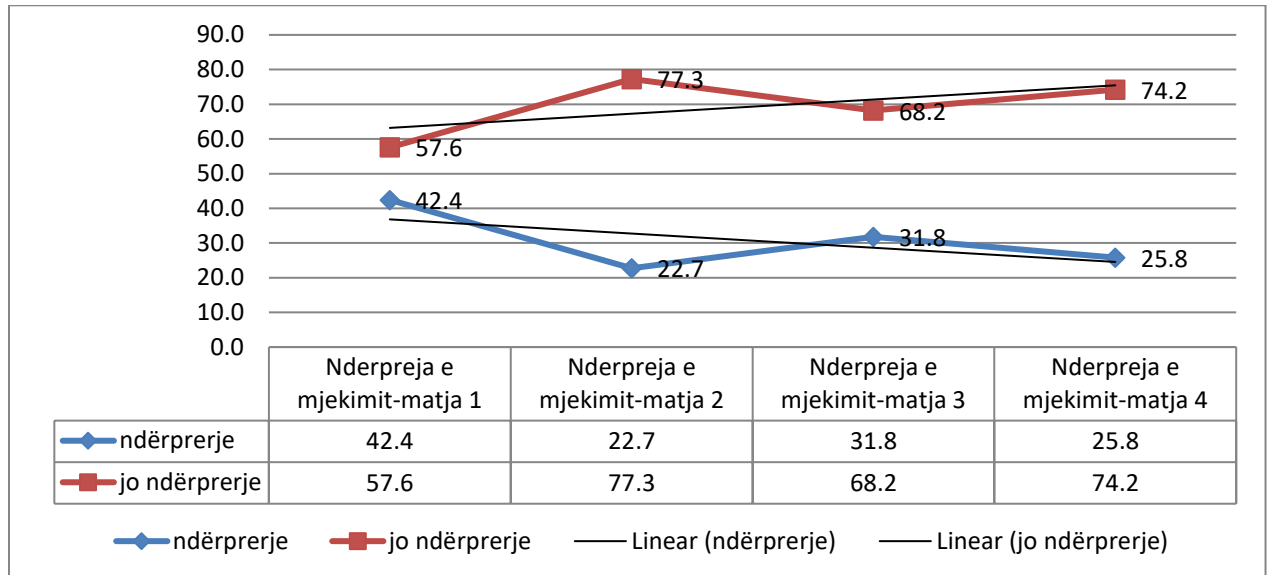


Tabela 5: Ndërprerja e trajtimit pavarësisht ndjekjes

	N	%
Nuk ka ndërprerje mjekimi	232	87.9
Ka ndërprerje mjekimi	32	12.1
Total	264	100

Nga 264 pacientë 12.1% (N=32) e kanë ndërprerë mjekimin përfundimisht dhe 87.9% nuk e kanë ndërprerë mjekimin, duke konsideruar si ndërprerje mosmarrjen e mjekimit në shumicën e 4 matjeve.

Ndërprerja dhe rifillimi, pacienti vjen për të rifilluar mjekimin pavarësisht se e ka ndërprerë atë përkohësisht nuk është konsideruar përfundimtare. Kjo për arsye se në këtë rast përfshihen variabla të tjerë dhe komplikon më shumë studimin.

Megjithatë ky parametër është matur dhe rezulton në masën 30.68 % e pacientëve që kanë lënë përkohësisht mjekimin.

Nga matja e parë në matjen e katërt një tendencë në rënie të lënies së mjekimit.

Figura 7: Ecuria e lënies së mjekimit sipas matjeve

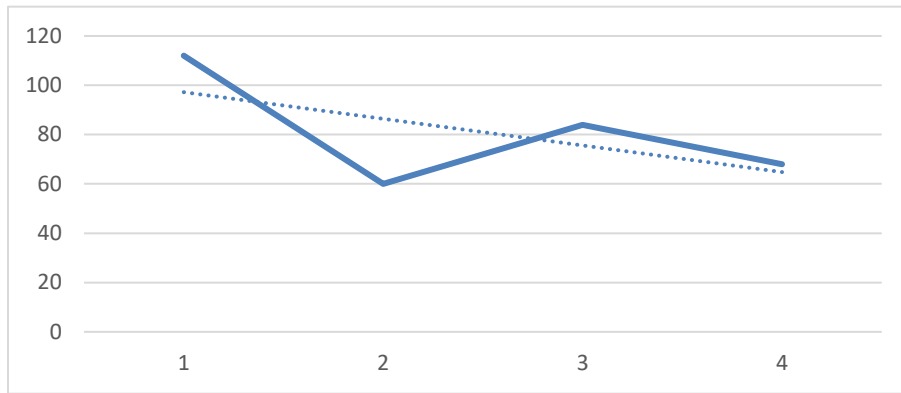


Figura 8: Ndërprerja e mjekimit në total

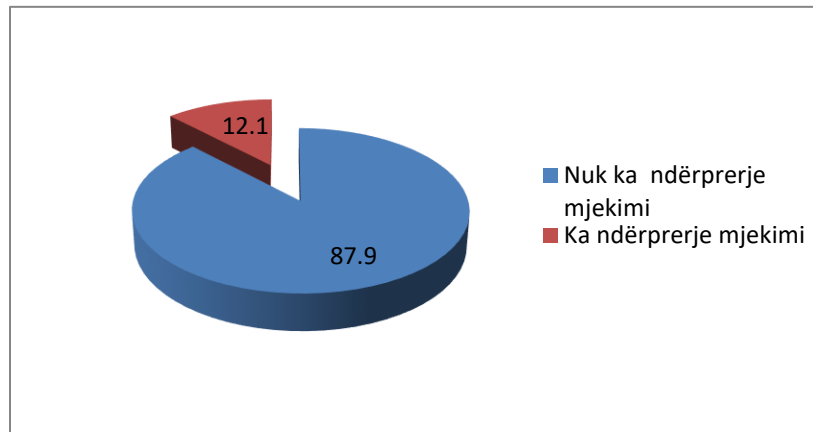


Tabela 6: Vlerësimi i ndërprerjes sipas diagnozës

	N	%
Skizofrenia	136	51.5
Çrregullim bipolar	128	48.5
Total	264	100.0

Për sa i përket diagnozës rezultojnë 51.5% skizofreni dhe 48.5% çrregullim bipolar

Figura 9: Diagnoza

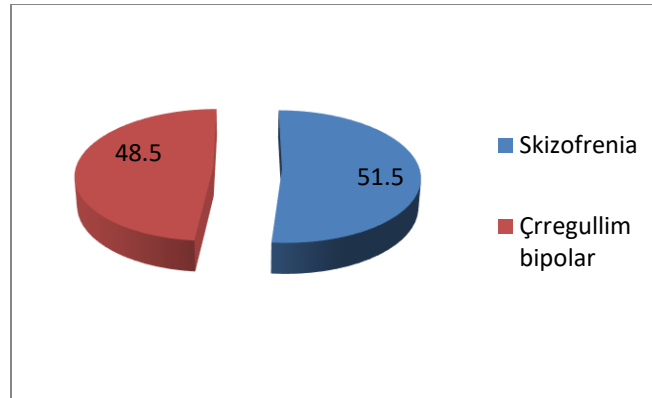


Tabela 7: Frekuenca e punësimit

	Punësimi-matja 1		Punësimi-matja 2		Punësimi-matja 3		Punësimi-matja 4	
	N	%	N	%	N	%	N	%
I punësuar	67	25.4	69	26.1	67	25.4	84	31.8
I papunë	197	74.6	195	73.9	197	74.6	180	68.2
Total	264	100.0	264	100.0	264	100.0	264	100.0

Tabela 8: Mbështetja familjare në të katër matjet

	Mështetja Familjare-1		Mbështetja Familjare-2		Mbështetja Familjare-3		Mbështetja Familjare-4	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Pa mbështetje	12	4.5	14	5.3	12	4.5	13	4.9
Mbështetje minimale	45	17.0	35	13.3	37	14.0	36	13.6
Mbështetje e pjesshme	101	38.3	109	41.3	108	40.9	112	42.4
Mbështetje e plotë	106	40.2	106	40.2	107	40.5	103	39.0
Total	264	100.0	264	100.0	264	100.0	264	100.0

Tabela 9: Psikoza në çrregullimin bipolar

	N	%
Psikoza jo prezente	26	22.0
Psikoza prezente	92	78.0
Total	118	100.0

78% janë me psikozë prezente dhe 22% jo

Tabela 10: Hospitalizim i mëparshëm

	N	%
Jo	143	54.2
Po	121	45.8
Total	264	100.0

45.8% janë të hospitalizuar të paktën një herë para marrjes në vlerësim

Figura 10: Hospitalizim i mëparshëm

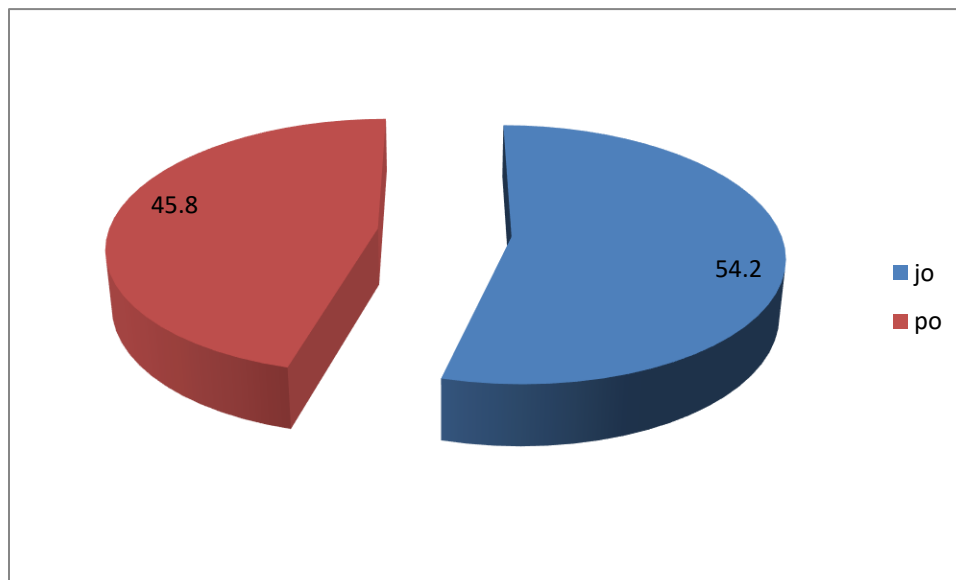


Tabela 11: Hospitalizim pas ndërprerjes

	N	%
Jo	133	63.9
Po	75	36.1
Total	208	100.0

Rezulton që 36.1% e pacientëve janë hospitalizuar pas ndërprerjes për të dyja diagnozat.

Tabela 12: Ndjeka në shërbimin publik përkundrejt atij jo publik

	N	%
Publik	167	63.3
Privat	97	36.7
Total	264	100.0

Rezulton se 36.7% janë ndjekur në shërbimet jo publike, kundrejt 63.3 në shërbimet publike

Figura 11: Ndjeka në shërbimin publik përkundrejt atij jo publik

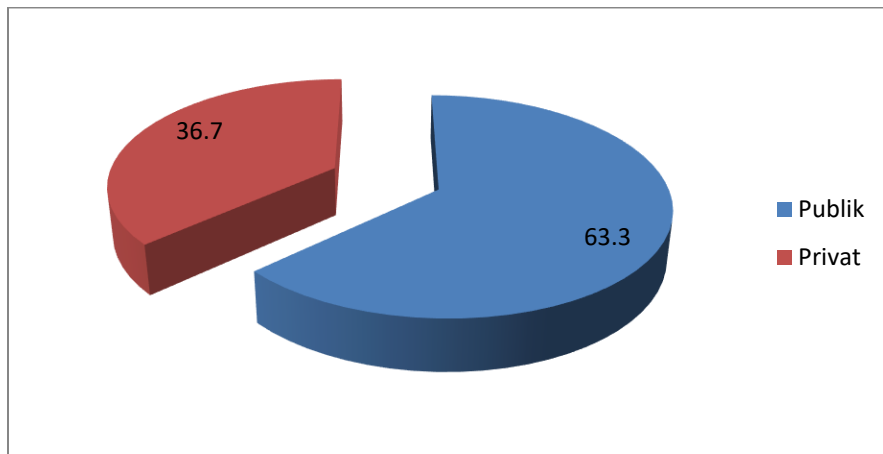


Tabela 13: Vlerësimi i shkallës së stigmës

	Stigma-matja -1		Stigma-matja - 2		Stigma-matja - 3		Stigma-matja - 4	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Pa stigme	5	1.9	5	1.9	5	1.9	5	1.9
E ulët	34	12.9	44	16.7	61	23.1	67	25.4
E moderuar	125	47.3	136	51.5	128	48.5	133	50.4
Shumë e lartë	100	37.9	79	29.9	70	26.5	59	22.3
Total	264	100.0	264	100.0	264	100.0	264	100.0

Figura 12: Vlerësimi i ecurisë së stigmës përgjatë kohës së ndjekjes

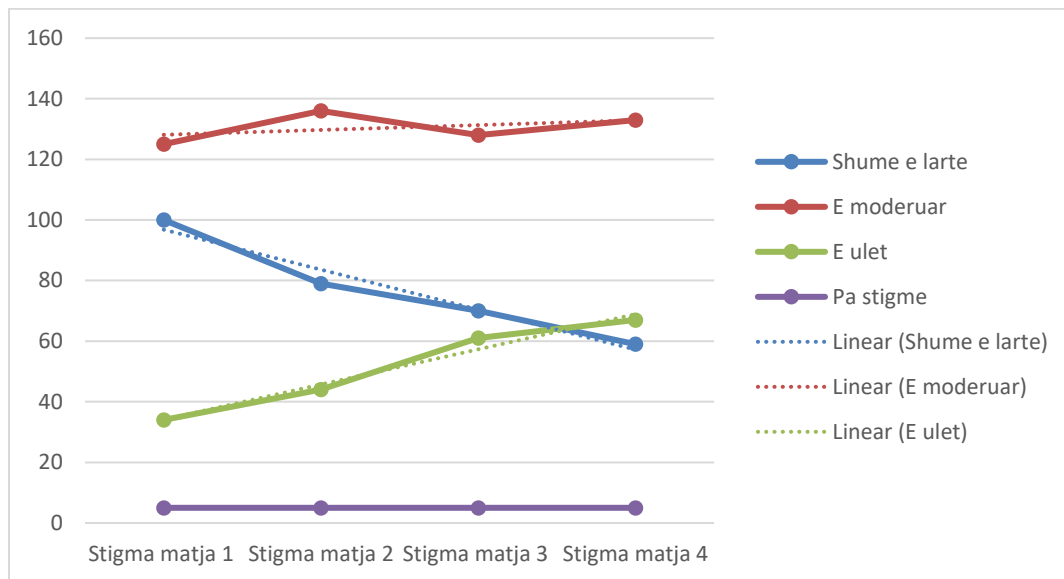


Tabela 14: Antipsikotikët me veprim të zgjatur

	N	%
Jo AP me veprim të zgjatur	195	73.9
Haloperidol	16	6.1
Risperidone	14	5.3
Paliperidone	39	14.8
Total	264	100.0

Tabela e mësipërme tregon AP me veprim të zgjatur me të cilët mjekohen pacientët e vlerësuar përkatësisht me: haloperidol me 6.1%, risperidone me 5.3% dhe paliperidone me 14.8%

Tabela 15: Niveli i dozës së mjekimit

	N	%
I ulët	23	8.7
I mesëm	185	70.1
I lartë	56	21.2
Total	264	100.0

Niveli i dozës rezulton i ulët me 8.7%, i mesëm me 70.1% dhe i lartë me 21.2%

Tabela 16: Lloji i antipsikotikut të përdorur

	n	%
Haloperdiol	34	12.9
Risperidon	84	31.9
Olanzapine	50	19.0
Aripiprazol	48	18.3
Paliperidone	13	4.9
Quetiapine	16	6.1
Amisulpride	3	1.1
Clozapine	15	5.7
Total	263	12.9

Tabela 17: Frekuenca e efekteve anësore

		N	%
Efekte anësore ekstrapiramidale	Jo	204	77.3
	Po	60	22.7
	Total	264	100.0
Efekte anësore somatike metabolike	Jo	127	48.1
	Po	137	51.9
	Total	264	100.0
Efekte anësore konjitive	Jo	164	62.1
	Po	100	37.9
	Total	264	100.0

Tabela e mësipërme paraqet efektet anësore. Përkatësisht efekte anësore ekstrapiramidale 22.7%, Efekte anësore somatike dhe metabolike me 51.9% dhe Efekte anësore konjitive me 37.9%

Tabela 18: Shkalla e simptomatikes SIS

	Shkalla e simptomatikes SIS		Shkalla e simptomatikes SIS		Shkalla e simptomatikes SIS		Shkalla e simptomatikes SIS	
	N	%	N	%	N	%	N	%
E lehtë	9	3.4	45	17.0	74	28.0	89	33.7
E moderuar	139	52.7	169	64.0	134	50.8	135	51.1
E rëndësishme	104	39.4	42	15.9	54	20.5	35	13.3
Shumë e rëndë	12	4.5	8	3.0	2	.8	5	1.9
Total	264	100.0	264	100.0	264	100.0	264	100.0

Figura 13: Vlerësimi i ecurisë së simptomatikes pëgjatë kohës së ndjekjes

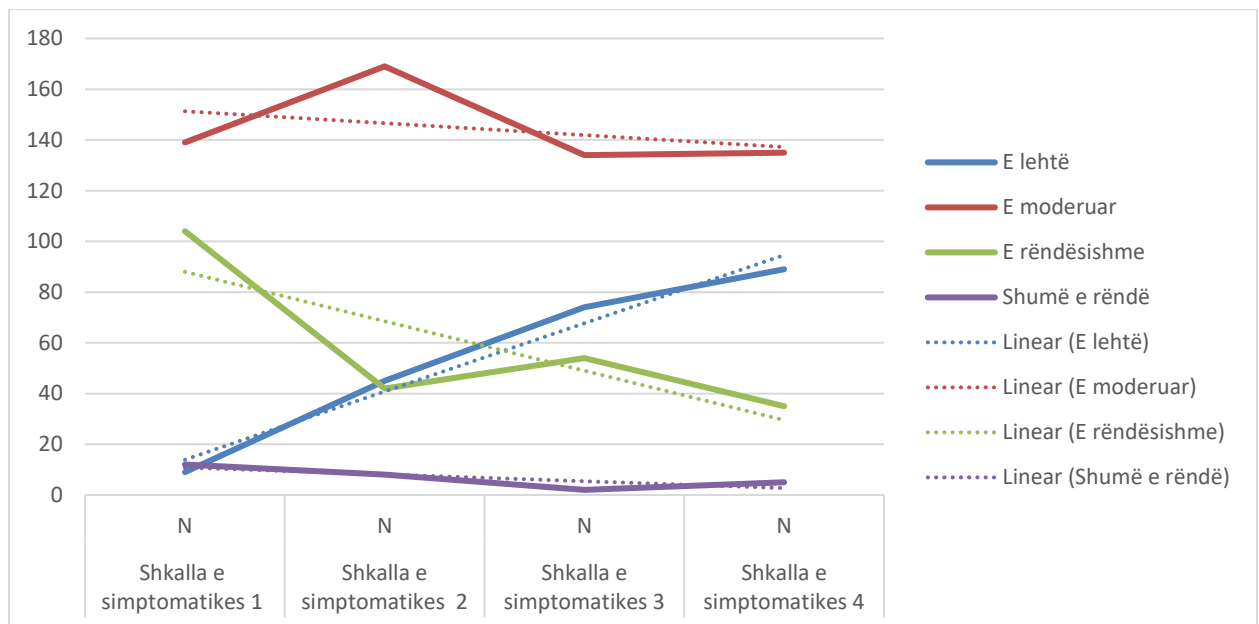


Tabela 19: Kritika

	Kritika matja 1		Kritika matja 2		Kritika matja 3		Kritika matja 4	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Pa kritikë	75	28.4	54	20.5	51	19.3	51	19.3
Kritikë e pjesshme	159	60.2	173	65.5	163	61.7	158	59.8
Kritikë e plotë	30	11.4	37	14.0	50	18.9	55	20.8
Total	264	100.0	264	100.0	264	100.0	264	100.0

Figura 14: Vlerësimi i ecurisë së kritikës përgjatë kohës së ndjekjes

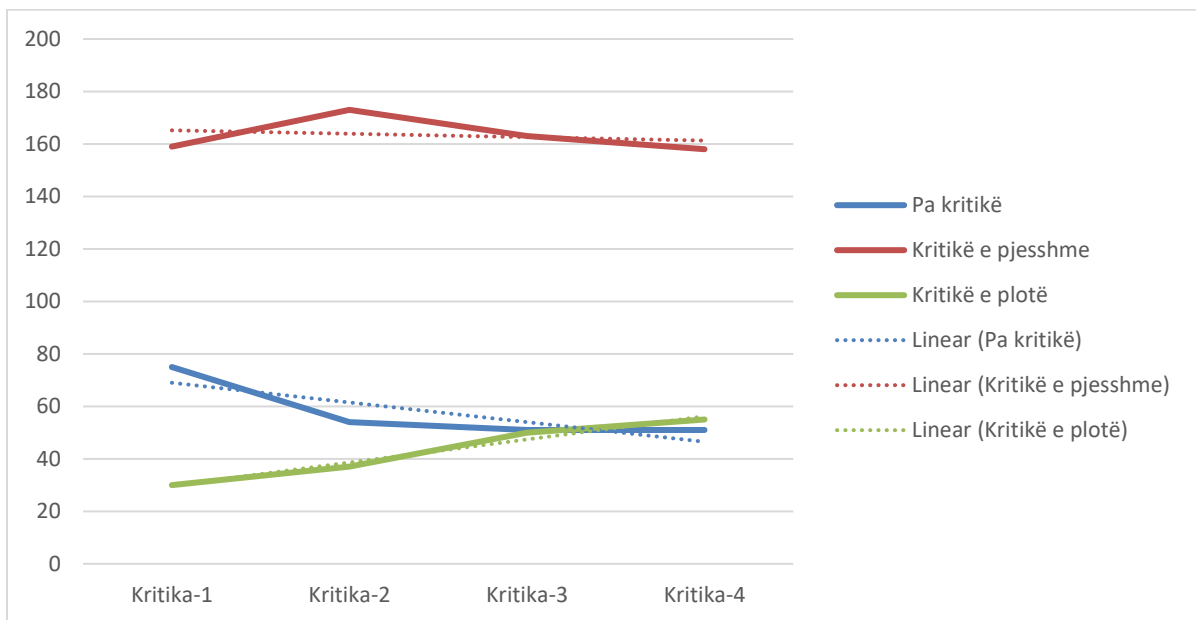


Tabela 20: Episodi i humorit në çrregullimin bipolar

		N	%
Episod humorit i lartë BP	Jo	55	47.8
	Po	60	52.2
	Total	115	100.0
Episod miksi BP	Jo	15	12.7
	Po	103	87.3
	Total	118	100.0
Episod depresiv BP	Jo	49	41.9
	Po	68	58.1
	Total	117	100.0

Tabela e mësipërme paraqet episodet e hasura në pacientët me çrregullim bipolar, përkatësisht: Episod humorit i lartë BP me 52.2% (N=60), Episod miksi BP me 87.3% (N=103) dhe Episod depresiv BP me 58.1% (N=68)

Episodet nuk janë vlerësuar vetëm në momentin e matjes, por edhe episodet që ka kaluar pacienti më parë, për të vlerësuar në total profilin e pacientit.

Tabela 21: Simptomatika dominuese në pacientët me skizofreni

		N	%
Simptoma negative SK	Jo	33	24.2
	Po	99	72.8
	Total	132	97.0
Simptoma pozitive SK	Jo	22	15.4
	Po	110	80.8
	Total	132	96.2

Pacientë me simptoma negative të skizofrenisë rezultojnë 72.8% (N=99), ndërsa me simptoma pozitive 80.8% (N=110)

Pjesa e ngelur e pacientëve me skizofreni 3% janë pa simptoma gjatë periudhes 2-vjeçare të ndjekjes.

Nga këta pacientë vetëm 1 pacient përfaqësohet 0.8% si numër ka manifestuar vetëm simptoma negative gjatë kohës së ndjekjes.

Simptomat pozitive dhe negative janë të mbivendosura, pavarësisht se cili grup është dominant.

Tabela 22: Të dhënat përshkruese të numrit të episodeve

	N	Minimum	Maksimum	Mesatarja	Devijim Standard
Nr Episodesh-1	264	1	12	2.96	2.15
Nr Episodesh-2	264	1	13	3.34	2.16
Nr Episodesh-3	264	1	13	3.56	2.22
Nr Episodesh-4	264	1	14	3.70	2.33

Numri i episodeve minimal është 1 – pacienti është futur në studim në episodin e parë të diagnostikuar.

Vlerësimi i ndërprerjes së mjekimit sipas diagnozës

Tabela 23: Crosstabulation - Ndërprerja e mjekimit * Diagnoza

			Diagnoza		Total
			Skizofrenia	Çrregullimi bipolar	
Ndërprja e mjekimit	Nuk ka ndërprerje mjekimi	n %	120 51.7%	112 48.3%	232 100.0%
	Ka ndërprerje mjekimi	n %	16 50.0%	16 50.0%	32 100.0%
Total		n %	136 51.5%	128 48.5%	264 100.0%

Nga 32 pacientë që kanë ndërprerë mjekimin 50% janë me diagnozë skizofreni dhe 50% me diagnozë çrregullim bipolar.

Nga 232 pacientë që nuk kanë ndërprerë mjekimin 51.7% janë me diagnozë skizofreni dhe 48.3% me diagnozë çrregullim bipolar.

Tabela 24:

Testi Chi-Square - marrëdhënia ndërmjet - Ndërprerjes së mjekimit dhe Diagnozës

	Value	df	p
Pearson Chi-Square	.033	1	.855

Sipas tabelës Pearson Chi Square - statistika ($X^2(1) = .033$, $p = .855 > .05$) nuk ekziston një marrëdhënie e rëndësishme ndërmjet ndërprerjes së mjekimit dhe diagnozës.

Tabela 25:

Testi Chi – Square për marrëdhënien ndërmjet – Ndërprerjes së mjekimit dhe ndjekjes në shërbimin publik përkundrejt ndjekjes në shërbimin jo publik

	Value	df	p
Pearson Chi-Square	2.160	1	.142

Sipas tabelës Pearson Chi Square - statistika ($X^2(1) = 2.160$, $p = .142 > .05$) nuk ekziston një marrëdhënie e rëndësishme ndërmjet ndërprerjes së mjekimit dhe vendit të ndjekjes.

Nga 32 pacientë që kanë ndërprerë mjekimit 75% janë me ndjekje në shërbimin publik dhe 25% me ndjekje në shërbimet private.

Nga 232 pacientë që nuk kanë ndërprerë mjekimin 61.6 % janë me ndjekje publike dhe 38.4% janë me ndjekje në shërbimet private.

Tabela 26:

Testi T i dallimeve në mesatare të moshës sipas ndërprerjes së mjekimit

Ndërprerja e mjekimit		N	Mesatarja	Devijim Standard	t	p
Moshë	Nuk ka ndërprerje mjekimi	232	38.53	12.71	.405	.686
	Ka ndërprerje mjekimi	32	37.56	11.94		

Për të parë nëse kemi dallime të rëndësishme ndërmjet ndërprerjes së mjekimit dhe moshës mesatare kemi përdorur testin T. Nga tabela e mësipërme shohim që nuk shfaqen dallime të rëndësishme statistikiisht ndërmjet lënies së mjekimit dhe moshës, pasi vlera p është më e madhe se .05. ($p > .05$)

Tabela 27: Crosstabulation - Ndërprerja e mjekimit * Statusi civil

			Statusi civil			Total
			Beqar	Martuar	Divorcuar i/e ve	
Ndërprerja e mjekimit	Nuk ka ndërprerje mjekimi	n	149	72	11	232
		%	64.2%	31.0%	4.7%	100.0%
	Ka ndërprerje mjekimi	n	19	4	9	32
		%	59.4%	12.5%	28.1%	100.0%
Total		n	168	76	20	264
		%	63.6%	28.8%	7.6%	100.0%

Nga 32 pacientë që kanë ndërprerë mjekimin 59.4% janë beqarë, 12.5% të martuar dhe 28.1% të divorcuar ose të ve.

Nga 232 pacientë që nuk kanë ndërprerë mjekimin 64.2% janë beqarë, 31% të martuar dhe 4.7% të divorcuar ose të ve.

Tabela 28:

Testi Chi - Square i marrëdhënies ndërmjet - Ndërprerjes së mjekimit dhe Statusit civil

	Value	df	p
Pearson Chi-Square	23.757	2	.000

Sipas tabelës Pearson Chi Square - statistika ($X^2(2) = 23.757$, $p = .000 \leq .05$) ekziston një marrëdhënie e rëndësishme ndërmjet ndërprerjes së mjekimit dhe statusit civil, ku ndërprerje më të lartë të mjekimit e kanë beqarët (59.4%)

Tabela 29: Crosstabulation - Ndërprerja e mjekimit * Niveli i arsimit

			Arsimi			Total
			8 vjeçar	I mesëm	I lartë	
Ndërprerja e mjekimit	Nuk ka ndërprerje mjekimi	n	47	107	78	232
		%	20.3%	46.1%	33.6%	100.0%
	Ka ndërprerje mjekimi	n	8	14	10	32
		%	25.0%	43.8%	31.3%	100.0%
Total		n	55	121	88	264
		%	20.8%	45.8%	33.3%	100.0%

Nga 32 pacientë që kanë ndërprerë mjekimin, 25% kanë arsim 8-vjeçar, 43.8% arsim të mesëm dhe 31.3% arsim të lartë.

Nga 232 pacientë që nuk kanë ndërprerë mjekimin 20.3% kanë arsim 8-vjeçar, 46.1% arsim të mesëm dhe 33.6% arsim të lartë.

Tabela 30:

Testi Chi-Square i marrëdhënies ndërmjet – Ndërprerjes së mjekimit dhe nivelit arsimor

	Value	df	p
Pearson Chi-Square	.385	2	.825

Sipas tabelës Pearson Chi Square - statistika ($X^2(2) = .385, p = .825 > .05$) nuk ekziston një marrëdhënie e rëndësishme ndërmjet ndërprerjes së mjekimit dhe nivelit arsimor.

Tabela 31: Crosstabulation Ndërprerja e mjekimit * Punësimi

			Punësimi		Total
			I punësuar	I papunë	
Ndërprerja e mjekimit	Nuk ka ndërprerje mjekimi	n	74	158	232
		%	31.9%	68.1%	100.0%
	Ka ndërprerje mjekimi	n	10	22	32
		%	31.3%	68.8%	100.0%
Total		n	84	180	264
		%	31.8%	68.2%	100.0%

Nga 32 pacientë që kanë ndërprerë mjekimin 31.3% janë të punësuar dhe 68.8% të papunë.

Nga 232 pacientë që nuk kanë ndërprerë mjekimin 31.9% janë të punësuar dhe 68.1% të papunë.

Tabela 32:

Testi Chi-Square i marrëdhënies ndërmjet - Ndërprerjes së mjekimit dhe Punësimit

	Value	df	p
Pearson Chi-Square	.005	1	.941

Sipas tabelës Pearson Chi – Square - statistika ($X^2(1) = .005, p = .941 > .05$) nuk ekziston një marrëdhënie e rëndësishme ndërmjet ndërprerjes së mjekimit dhe punësimit.

Tabela 33: Crosstabulation Ndërprerja e mjekimit * Vendbanimi

			Vendbanimi		Total
			Urban	Rural	
Ndërprerja e mjekimit	Nuk ka ndërprerje mjekimi	n	188	44	232
		%	81.0%	19.0%	100.0%
	Ka ndërprerje mjekimi	n	28	4	32
		%	87.5%	12.5%	100.0%
Total		n	216	48	264
		%	81.8%	18.2%	100.0%

Nga 32 pacientë që kanë ndërprerë mjekimin 87.5% jetojnë në zonën urbane dhe 12.5% në zonën rurale.

Nga 232 pacientë që nuk kanë ndërprerë mjekimin 81% jetojnë në zonën urbane dhe 19% në zonën rurale.

Tabela 34:

Testi Chi-Square i marrëdhënies ndërmjet - Ndërprerjes së mjekimit dhe vendbanimit

	Value	df	p
Pearson Chi-Square	.790	1	.374

Sipas tabelës Pearson Chi Square – statistika - ($X^2(1) = .790, p = .374 > .05$) nuk ekziston një marrëdhënie e rëndësishme ndërmjet ndërprerjes së mjekimit dhe vendbanimit.

Tabela 35:

Testi T i dallimeve në mesataren e mbështetjes familjare lidhur me ecurinë në ndërprerjen e mjekimit

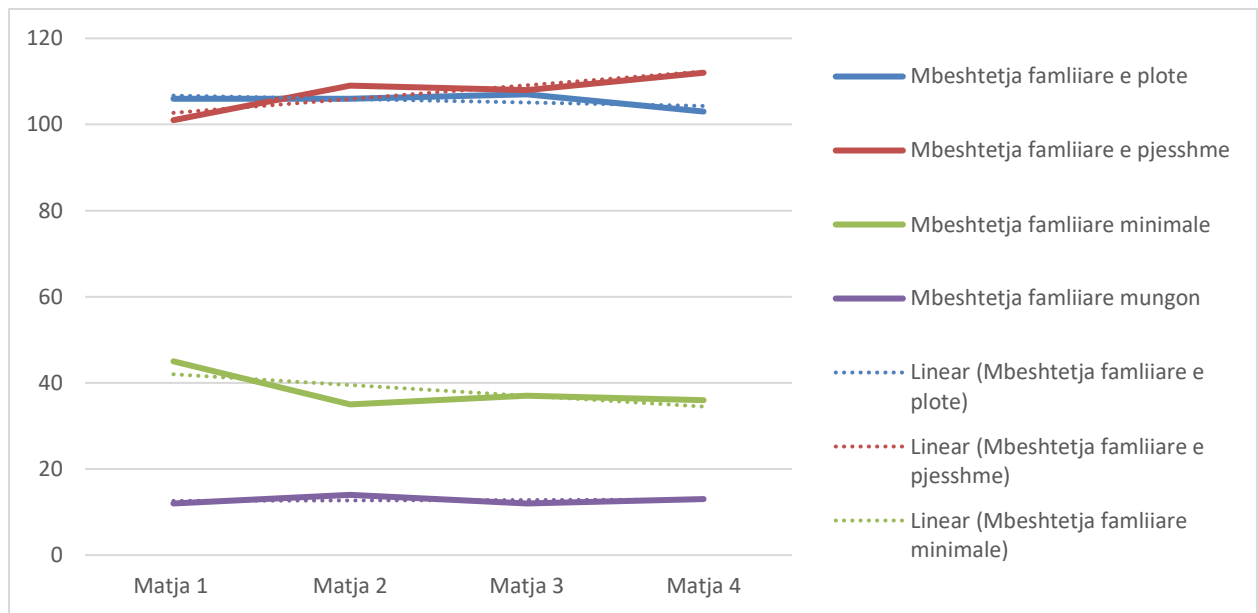
Mbështetja familiare Ndërprerja e mjekimit		N	Mesatarja	Devijim Standard	t	p
Në fillim	Nuk ka ndërprerje mjekimi	232	3.27	.69	5.179	.000
	Ka ndërprerje mjekimi	32	2.26	1.07		
Në fund	Nuk ka ndërprerje mjekimi	232	3.29	.68	5.352	.000
	Ka ndërprerje mjekimi	32	2.25	1.07		

Për të parë nëse kemi dallime të rëndësishme ndërmjet ndërprerjes së mjekimit lidhur me mbështetjen familjare kemi përdorur testin T. Nga tabela e mësipërme shohim që shfaqen dallime të rëndësishme statistikisht për sa i përket ndërprerjes së mjekimit ndërmjet dy grupeve pasi vlera p është më e vogël se .05.

Rezultati tregon se mbështetja familjare si në fillim dhe në fund është më e lartë te ata që nuk kanë ndërprerë mjekimin krahasuar me ata që kanë ndërprerë mjekimin.

Ndërkohë duket një ndarje mes grupit të familjeve që ofrojnë mbështetje për pacientët dhe atyre që nuk ofrojnë mbështetje.

Figura 15: Vlerësimi i ecurisë së mbështetjes familjare përgjatë kohës së ndjekjes.



Për sa i përket tendencës së mbështetjes me sa duket ndahet në dy grupe me tendenca të qarta. Grupet me mbështetje të plotë dhe të pjesshme janë shumë afër njëri – tjetrit dhe janë dallueshëm me shumë se grupet me mbështetje minimale dhe ata pa mbështetje. Ky model reflekton edhe në rezultatet e ndikimit mbi ndërperjen e mjekimit.

Tabela 36:

Testi T i dallimeve mesatare të ecurisë së stigmës në fillim dhe në fund të studimit në lidhje me ndërprerjen e mjekimit

Ndërprerja e mjekimit		N	Mesatarja	Devijim Standard	t	p
Stigma në fillim	Nuk ka ndërprerje mjekimi	232	3.69	1.35	-.084	.914
	Ka ndërprerje mjekimi	32	3.72	1.90		
Stigma në fund	Nuk ka ndërprerje mjekimi	232	4.09	1.41	.432	.668
	Ka ndërprerje mjekimi	32	3.93	1.93		

Për të parë nëse kemi dallime të rëndësishme ndërmjet ecurisë së stigmës dhe lënies së mjekimit kemi përdorur testin T.

Nga tabela e mësipërme shohim që nuk shfaqen dallime statistike të rëndësishme mes ecurisë së stigmës dhe lënies së mjekimit pasi vlera p është më e madhe se .05. ($p > .05$)

Tabela 37:

Testi T i dallimeve mesatare të ecurisë së kritikës në lidhje me ndërperjen e mjekimit

Ndërprerja e mjekimit		N	Mesatarja	Devijim Standard	t	p
Kritika në fillim	Nuk ka ndërprerje mjekimi	232	1.94	.54	4.806	.000
	Ka ndërprerje mjekimi	32	1.42	.58		
Kritika në fund	Nuk ka ndërprerje mjekimi	232	2.08	.57	5.209	.000
	Ka ndërprerje mjekimi	32	1.43	.66		

Për të parë nëse kemi dallime të rëndësishme ndërmjet ndërprerjes së mjekimit në lidhje me ecurinë e kritikës kemi përdorur testin T.

Nga tabela e mësipërme shohim që shfaqen dallime statistikisht të rëndësishme ndërmjet ndërprerjes së mjekimit dhe kritikës vlera p është më e vogël se .05.

Rezultati tregon se kritika si në fillim dhe në fund është më e ulët te ata që kanë ndërprerë mjekimin krahasuar me ata që nuk e kanë ndërprerë mjekimin.

Tabela 38: Crosstabulation Ndërprerja e mjekimit * Antipsikotikë me vepim të zgjatur

			Antipsikotikë me vepim të zgjatur				Total
			Jo	Haloperidol	Risperidone	Paliperidone	
Ndërprerja e mjekimit	Nuk ka ndërprerje mjekimi	n	173	9	11	39	232
		%	74.6%	3.9%	4.7%	16.8%	100.0%
	Ka ndërprerje mjekimi	n	22	7	3	0	32
		%	68.8%	21.9%	9.4%	0.0%	100.0%
Total		n	195	16	14	39	264
		%	73.9%	6.1%	5.3%	14.8%	100.0%

Nga 32 pacientë që kanë ndërprerë mjekimin 68.8% nuk kanë AP veprim të zgjatur, 21.9% mjekohen me haloperidol, 9.4% risperidone dhe 0% paliperidone.

Nga 232 pacientë që nuk e kanë ndërprerë mjekimin 74.6% nuk kanë AP veprim të zgjatur, 3.9% haloperidol, 4.7% risperidone dhe 16.8% paliperidone

Tabela 39:

Testi Chi-square i marrëdhënies ndërmjet ndërprerjes së mjekimit dhe AP me vepim të zgjatur

	Value	df	p
Pearson Chi-Square	21.673	3	.000

Sipas tabelës Pearson Chi Square - statistika ($X^2(3) = 21.673$, $p = .000 \leq .05$) ekziston një marrëdhënie e rëndësishme ndërmjet ndërprerjes së mjekimit dhe antipsikotikëve me veprim të zgjatur ku ndërprerje më të lartë të mjekimit e kanë pacientët që nuk kanë antipsikotikë me veprim të zgjatur (68.8%)

Tabela 40:

Crosstabulation Ndërprerja e mjekimit * Efekte anësore ekstrapiramidale

			Efekte anësore ekstrapiramidale		Total
			Jo	Po	
Ndërprerja e mjekimit	Nuk ka ndërprerje mjekimi	n	180	52	232
		%	77.6%	22.4%	100.0%
	Ka ndërprerje mjekimi	n	24	8	32
		%	75.0%	25.0%	100.0%
Total	n		204	60	264
	%		77.3%	22.7%	100.0%

Nga 32 pacientë që kanë ndërprerë mjekimin, 25% kanë efekte anësore ekstrapiramidale.

Nga 232 pacientë që nuk kanë ndërprerë mjekimin, 22.4% kanë efekte anësore ekstrapiramidale

Tabela 41: Testi Chi-Square i marrëdhënies ndërmjet ndërprerjes së mjekimit dhe efekteve anësore ekstrapiramidale

	Value	df	p
Pearson Chi-Square	.107	1	.743

Sipas tabelës Pearson Chi Square – statistika - ($X^2(1) = .107$, $p = .743 > .05$) nuk ekziston një marrëdhënie e rëndësishme ndërmjet ndërprerjes së mjekimit dhe efekteve anësore ekstrapiramidale

Tabela 42: Crosstabulation - Ndërprerja e mjekimit * Efekte anësore somatike dhe metabolike

			Efekte anësore somatike metabolike		Total
			Jo	Po	
Ndërprerja e mjekimit	Nuk ka ndërprerje mjekimi	n	113	119	232
		%	48.7%	51.3%	100.0%
	Ka ndërprerje mjekimi	n	14	18	32
		%	43.8%	56.3%	100.0%
Total		n	127	137	264
		%	48.1%	51.9%	100.0%

Nga 32 pacientë që kanë ndërprerë mjekimin 56.3% kanë efekte anësore somatike dhe ose metabolike.

Nga 232 pacientë që nuk e kanë ndërprerë mjekimin 51.3% kanë efekte anësore somatike metabolike

Tabela 43: Testi Chi-Square i marrëdhënies ndërmjet - ndërprerjes së mjekimit dhe efekteve anësore somatike/metabolike

	Value	df	p
Pearson Chi-Square	.277	1	.599

Sipas tabelës Pearson Chi Square – statistika - ($X^2(1) = .277, p = .599 > .05$) nuk ekziston një marrëdhënie e rëndësishme ndërmjet ndërprerjes së mjekimit dhe efekteve anësore metabolike/somatike.

Tabela 44: Crosstabulation Ndërprerja e mjekimit * Efekte anësore konjitive

			Efekte anësore konjitive		Total
			jo	po	
Ndërprerja e mjekimit	Nuk ka ndërprerje mjekimi	n	141	91	232
		%	60.8%	39.2%	100.0%
	Ka ndërprerje mjekimi	n	23	9	32
		%	71.9%	28.1%	100.0%
Total	n		164	100	264
	%		62.1%	37.9%	100.0%

Nga 32 pacientë që kanë ndërprerë mjekimin, 28.1% kanë pasur efekte anësore konjitive.

Nga 232 pacientë që nuk e kanë ndërprerë mjekimin, 39.2% kanë pasur efekte anësore konjitive

Tabela 45: Testi Chi-Square për marrëdhënen ndërmjet - Ndërprerja e mjekimit dhe Efekteve anësore konjitive

	Value	df	p
Pearson Chi-Square	1.472	1	.225

Sipas tabelës Pearson Chi Square – statistika - ($X^2(1) = 1.472, p = .225 > .05$) nuk ekziston një marrëdhënie e rëndësishme ndërmjet ndërprerjes së mjekimit dhe efekteve anësore konjitive.

Tabela 46:**Testi T i dallimeve në mesatare të shkallës së simtpomatikës në raport me ndërperjen e mjekimit**

Ndërprerja e mjekimit		N	Mesatarja	Devijim Standard	t	p
Shkalla simptomatikes në fillim	Nuk ka ndërprerje mjekimi	232	4.44	1.05	-2.667	.011
	Ka ndërprerje mjekimi	32	4.94	0.98		
Shkalla simptomatike në fund	Nuk ka ndërprerje mjekimi	232	3.66	1.17	-2.989	.005
	Ka ndërprerje mjekimi	32	4.56	1.64		

Për të parë nëse kemi dallime të rëndësishme ndërmjet ndërprerjes së mjekimit për sa i përket shkallës së simptomatikës në fillim dhe në fund të matjeve është përdorur testi T.

Nga tabela e mësipërme shohim që shfaqen dallime të rëndësishme statistikiisht ndërmjet ndërprerjes së mjekimit pasi vlera p është më e vogël se .05.

Rezultati tregon se shkalla e simptomatikës si në fillim dhe në fund është më e lartë te ata që kanë ndërprerë mjekimin krahasuar me ata që nuk e kanë ndërprerë mjekimin.

Tabela 47: Crosstabulation - Ndërprerja e mjekimit * Niveli i dozës

		Niveli i dozës			Total	
		I ulët	I mesëm	I lartë		
Ndërpreja e mjekimit	Nuk ka ndërprerje mjekimi	N	22	157	53	232
		%	9.5%	67.7%	22.8%	100.0%
	Ka ndërprerje mjekimi	N	1	28	3	32
		%	3.1%	87.5%	9.4%	100.0%
Total		N	23	185	56	264
		%	8.7%	70.1%	21.2%	100.0%

Nga 32 pacientë që kanë ndërprerë mjekimin 3.1 % kanë nivel të ulët doze, 87.5% nivel të mesëm doze dhe 9.4% nivel të lartë doze.

Nga 232 pacientë që nuk e kanë ndërprerë mjekimin 9.5 % kanë nivel të ulët doze, 67.7% nivel të mesëm doze dhe 22.8% nivel të lartë doze.

Tabela 48: Testi Chi - Square i marrëdhënies ndërmjet - Ndërprerja e mjekimit dhe Niveli i dozës

	Value	df	p
Pearson Chi-Square	5.288	2	.071

Sipas tabelës Pearson Chi Square – statistika - ($X^2(2) = 5.288, p = .071 > .05$) nuk ekziston një marrëdhënie e rëndësishme ndërmjet ndërprerjes së mjekimit dhe nivelit të dozës

Tabela: 49 Crosstabulation - Ndërprerja e mjekimit * Episod humori i lartë BP

			Episod humori i lartë BP		Total	
			Jo	Po		
Ndërprerja e mjekimit	Nuk ka ndërprerje mjekimi	n	45	54	99	
		%	45.5%	54.5%	100.0%	
	Ka ndërprerje mjekimi	n	10	6	16	
		%	62.5%	37.5%	100.0%	
Total			n	55	60	115
			%	47.8%	52.2%	100.0%

Nga 16 pacientë që kanë ndërprerë mjekimin, 37.5% kanë episod humori të lartë.

Nga 99 pacientë që nuk e kanë ndërprerë mjekimin, 54.5 % kanë pasur episod humori të lartë.

Tabela 50:

Testi Chi - Square i marrëdhënies ndërmjet - Ndërprerja e mjekimit dhe Episod humori i lartë për çrregullimin bipolar.

	Value	df	p
Pearson Chi-Square	1.604	1	.205

Sipas tabelës Pearson Chi Square – statistika - ($X^2(1) = 1.604, p = .205 > .05$) nuk ekziston një marrëdhënie e rëndësishme ndërmjet ndërprerjes së mjekimit dhe episodit të humorit të lartë.

Tabela 51: Crosstabulation Ndërprerja e mjekimit * Episod miks BP

			Episod miks BP		Total
			Jo	Po	
Ndërprerja e mjekimit	Nuk ka ndërprerje mjekimi	n	15	88	103
		%	14.6%	85.4%	100.0%
	Ka ndërprerje mjekimi	n	0	15	15
		%	0.0%	100.0%	100.0%
Total		n	15	103	118
		%	12.7%	87.3%	100.0%

Nga 15 pacientë që kanë ndërprerë mjekimin 37.5% kanë kalur episod miks.

Nga 103 pacientë që nuk e kanë ndërprerë mjekimin 54.5 % kanë kaluar episod humori miks.

Tabela 52:

Testi Chi - Square i marrëdhënies ndërmjet - Ndërprerja e mjekimit dhe Episod miks BP

	Value	df	p
Pearson Chi-Square	2.503	1	.114

Sipas tabelës Pearson Chi Square – statistika - ($X^2(1) = 2.503$, $p = .114 > .05$) nuk ekziston një marrëdhënie e rëndësishme ndërmjet ndërprerjes së mjekimit dhe episodit miks në çrregullimin bipolar.

Tabela 53: Crosstabulation Ndërprerja e mjekimit * Episod depresiv BP

			Episod depresiv BP		Total
			Jo	Po	
Ndërprerja e mjekimit	Nuk ka ndërprerje mjekimi	n	37	65	102
		%	36.3%	63.7%	100.0%
	Ka ndërprerje mjekimi	n	12	3	15
		%	80.0%	20.0%	100.0%
Total		n	49	68	117
		%	41.9%	58.1%	100.0%

Nga 15 pacientë që kanë ndërprerë mjekimin, 20% kanë kaluar episod depresiv të çrregullimit bipolar.

Nga 102 pacientë që nuk e kanë ndërprerë mjekimin, 63.7 % kanë kaluar episod depresiv të çrregullimit bipolar.

Tabela 54:

Testi Chi-Square i marrëdhënies ndërmjet - Ndërprerja e mjekimit dhe Episod depresiv BP

	Value	df	p
Pearson Chi-Square	10.272	1	.001

Sipas tabelës Pearson Chi Square – statistika - ($X^2(1) = 10.272$, $p = .001 < .05$) ekziston një marrëdhënie e rëndësishme ndërmjet ndërprerjes së mjekimit dhe pacientëve që kanë kaluar episod depresiv të një çrregullimi bipolar.

Ndërprerjen më të lartë të mjekimit e kanë ata që nuk kanë kaluar episode depresive përgjatë kohës që janë diagnostikuar me çrregullim bipolar.

Tabela 55: Crosstabulation - Ndërprerja e mjekimit * Hospitalizim i mëparshëm

		Hospitalizim i mëparshëm		Total	
		Jo	Po		
Ndërprerja e mjekimit	Nuk ka ndërprerje mjekimi	n	128	104	232
		%	55.2%	44.8%	100.0%
	Ka ndërprerje mjekimi	n	15	17	32
		%	46.9%	53.1%	100.0%
Total		n	143	121	264
		%	54.2%	45.8%	100.0%

Nga 32 pacientë që kanë ndërprerë mjekimin, 53.1% kanë pasur hospitalizim të mëparshëm.

Nga 232 pacientë që nuk kanë ndërprerë mjekimin, 44.8 % kanë hospitalizim të mëparshëm.

Tabela 56:

Testi Chi-Square i marrëdhënies ndërmjet - Ndërprerja e mjekimit * Hospitalizim i mëparshëm

	Value	df	p
Pearson Chi-Square	.780	1	.377

Sipas tabelës Pearson Chi Square – statistika - ($X^2(1) = .780, p = .377 > .05$) nuk ekziston një marrëdhënie e rëndësishme ndërmjet ndërprerjes së mjekimit dhe hospitalizimit të mëparshëm.

Tabela 57: Crosstabulation - Ndërprerja e mjekimit * Hospitalizim pas ndërprerjes

			Hospitalizim pas ndërprerjes		Total
			Jo	Po	
Ndërprerja e mjekimit	Nuk ka ndërprerje mjekimi	n	121	55	176
		%	68.8%	31.3%	100.0%
	Ka ndërprerje mjekimi	n	12	20	32
		%	37.5%	62.5%	100.0%
Total		n	133	75	208
		%	63.9%	36.1%	100.0%

Nga 32 pacientë që kanë ndërprerë mjekimin, 62.5% kanë hospitalizim pas ndërprerjes.

Nga 176 pacientë që nuk kanë ndërprerë mjekimin, por që janë në grupin e atyre të hospitalizuar, 31.3 % kanë hospitalizim pas ndërprerjes.

Tabela 58:

Testi Chi-square i marrëdhënies ndërmjet - Ndërprerja e mjekimit dhe Hospitalizim pas ndërprerjes

	Value	df	p
Pearson Chi-Square	11.469	1	.001

Sipas tabelës Pearson Chi Square – statistika - ($X^2(1)=11.469$, $p=.001<.05$) ekziston një marrëdhënie e rëndësishme ndërmjet ndërprerjes së mjekimit dhe hospitalizimit pas ndërprerjes.

Ata që kanë hospitalizim pas ndërprerjes me (62.5%) kanë ndërprerjen më të lartë.

Tabela 59:
Crosstabulation - Ndërprerja e mjekimit * Stabilizues humori ose antidepresiv- lloji

			Stabilizues humori ose antidepresiv- lloji					Total
			Acid valproik/valproate natriumi	Karbonat litiumi	Karbamazepine	Lamotrigine	Antidepresiv	
Ndërprerja e mjekimit	Nuk ka ndërprerje mjekimi	n	31	17	9	6	37	100
		%	31.0%	17.0%	9.0%	6.0%	37.0%	100.0%
	Ka ndërprerje mjekimi	n	4	3	8	0	3	18
		%	22.2%	16.7%	44.4%	0.0%	16.7%	100.0%
Total		n	35	20	17	6	40	118
		%	29.7%	16.9%	14.4%	5.1%	33.9%	100.0%

Tabela 60: Testi Chi-Square i marrëdhënies ndërmjet - Ndërprerja e mjekimit dhe Stabilizues humori ose antidepresiv

	Value	df	p
Pearson Chi-Square	16.640	4	.002

Sipas tabelës Pearson Chi Square statistikë ($X^2(1)=16.640$, $p=.002<.05$) ekziston një marrëdhënie e rëndësishme ndërmjet ndërprerjes së mjekimit dhe përdorimit të stabilizuesve të humorit ose antidepresivëve – dhe krahasuar me llojin e këtyre barnave.

Ndërprerjen më të lartë të mjekimit e kanë ata pacientë që përdorin karbamazepine (44.4%) Antidepresivët janë përdorur më shumë si mjekim ndihmës në rastin e simptomave negative të skizofrenisë dhe më pak në rastin e episodeve depresive të çrregullimit bipolar.

Tabela 61: Testi T i dallimeve në mesataren e moshës së fillimit të sëmundjes lidhur me ndërprerjen e mjekimit

Ndërprerja e mjekimit		N	Mesatarja	Devijim Standard	t	p
Moshë e fillimit të sëmundjes	Nuk ka ndërprerje mjekimi	232	29.79	10.88	1.316	.193
	Ka ndërprerje mjekimi	32	27.97	6.70		

Për të parë nëse kemi dallime të rëndësishme ndërmjet ndërprerjes së mjekimit lidhur me moshën e fillimit të sëmundjes kemi përdorur testin T.

Nga tabela shikojmë që nuk shfaqen dallime të rëndësishme statistikore ndërmjet ndërprerjes së mjekimit dhe moshës së fillimit të sëmundjes pasi vlera p është më e madhe se .05

Tabela 62:

Testi T i dallimeve në mesatare të numrit të episodeve lidhur me ndërprerjen e mjekimit

Ndërprerja e mjekimit		N	Mean	Std. Deviation	t	p
Nr Episodesh	Nuk ka ndërprerje mjekimi	232	3.13	1.81	-3.419	.002
	ka ndërprerje mjekimi	32	5.27	3.49		

Për të parë nëse kemi dallime të rëndësishme ndërmjet ndërprerjes së mjekimit lidhur me numrin e episodeve kemi përdorur testin T.

Nga tabela e mësipërme shohim që ekziston një lidhje e rëndësishme statistikiht ndërmjet ndërprerjes së mjekimit dhe numrit të episodeve, pasi vlera p është më e vogël se .05. ($t=3.419$, $p<.05$)

Rezultati tregon se ndërperja e mjekimit është më e lartë tek ata që kanë numër me të lartë episodesh, ($M=5.27, ds= 3.49$) dhe krahasuar me ata që nuk kanë ndërprerje të mjekimit ($M=3.13, ds=1.81$).

Ky parametër duhet vlerësuar me kujdes, pasi ndërperja e mjekimit në pjesën më të madhe të rasteve ka çuar në shfaqjen e një episodi tjetër të çrregullimit.

Tabela 63: Crosstabulation - Ndërprerja e mjekimit * Simptoma negative në skizofreni

			Simptoma negative SK		Total
			Jo	Po	
Ndërprerja e mjekimit	Nuk ka ndërprerje mjekimi	n %	23 19.8%	93 80.2%	116 100.0%
	Ka ndërprerje mjekimi	n %	10 62.5%	6 37.5%	16 100.0%
Total		n %	33 25%	99 75%	132 100.0%

Nga 16 pacientë me skizofreni që kanë ndërprerë mjekimin, 37.5% kanë simptoma negative.

Nga 116 pacientë që nuk e kanë ndërprerë mjekimin, 80.3 % kanë simptoma negative.

Tabela 64:

Testi Chi – Square për marrëdhënien ndërmjet - Ndërprerja e mjekimit dhe Simptoma negative në skizofreni

	Value	df	p
Pearson Chi-Square	13.655	1	.000

Sipas tabelës Pearson Chi Square – statistika - ($X^2(1)=13.655$, $p=.000<.05$) ekziston një marrëdhënie e rëndësishme ndërmjet ndërprerjes së mjekimit dhe simptomave negative në skizofreni.

Ndërprerjen më të ulët të mjekimit e kanë ata që kanë sipmtoma negative SK (37.5%)

Tabela 65: Crosstabulation Ndërprerja e mjekimit * Simptoma pozitive në skizofreni

		Simptoma pozitive SK		Total
		Jo	Po	
Ndërprerja e mjekimit	Nuk ka ndërprerje mjekimi	n 21 18.3%	n 94 81.7%	n 115 100.0%
	Ka ndërprerje mjekimi	n 0 0.0%	n 16 100.0%	n 16 100.0%
Total		n 21 16%	n 111 84%	n 132 100.0%

Nga 16 pacientë që kanë ndërprerë mjekimin 100% kanë simptoma pozitive të skizofrenisë.

Nga 116 pacientë që nuk e kanë ndërprerë mjekimin 81.7 % kanë simptoma pozitive të skizofrenisë.

Tabela 66: Testi Chi - Square i marrëdhënies ndërmjet - Ndërprerja e mjekimit dhe Simptomave pozitive në skizofreni

	Value	df	p
Pearson Chi-Square	3.480	1	.062

Sipas tabelës Pearson Chi-Square – statistika - ($X^2(1) =3.480$, $p=.062>.05$) nuk ekziston një marrëdhënie e rëndësishme ndërmjet ndërprerjes së mjekimit dhe simptomave pozitive të skizofrenisë.

Ky parametër gjithashtu duhet vlerësuar me kujdes pasi po të njohesh mirë skizofreninë, simptomat pozitive dhe psikoza janë pjesa dominante e simptomatikës dhe pjesë e ndërprerjes së mjekimit. Në këtë kontekst nuk përbën një veçori të dallueshme pasi është e shprehur në shumicën absolute të rasteve.

Ndërkohë pacienti me simptoma negative mund të jetë më kompliant me mjekimin, por nga ana tjetër në përgjithësi shkakton më pak probleme në familje dhe shoqëri dhe mund të neglizhohet.

Tabela 67:

Crosstabulation - Ndërprerja e mjekimit * Psikoza te pacientët me çrregullim bipolar

			BP - Psikoza		Total
			Psikoza jo prezente	Psikoza prezente	
Ndërprerja e mjekimit	Nuk ka ndërprerje mjekimi	n	24	75	99
		%	24.2%	75.8%	100.0%
	Ka ndërprerje mjekimi	n	2	14	16
		%	12.5%	87.5%	100.0%
Total		n	26	89	115
		%	22.6%	77.4%	100.0%

Nga 16 pacientë që kanë ndërprerë mjekimin, 87.5% kanë pasur psikozë.

Nga 116 pacientë që nuk kanë ndërprerë mjekimin, 87.5 % kanë pasur psikozë.

Tabela 68: Testi Chi-Square i marrëdhënies ndërmjet - Ndërprerja e mjekimit dhe psikoza në çrregullimin bipolar

	Value	df	p
Pearson Chi-Square	1.085	1	.297

Sipas tabelës Pearson Chi Square - statistika ($X^2(1) = 1.085, p = .297 > .05$) nuk ekziston një marrëdhënie e rëndësishme ndërmjet ndërprerjes së mjekimit dhe psikozës në çrregullimin bipolar. Edhe ky parametër duhet interpretuar në lidhje me faktin që prezenca e psikozës është shumë e lartë në çrregullimin bipolar.

ANALIZA MULTIVARIATE

Në analizën multivariate përfshijmë elementet e ndryshëm të grupuar në elementet e përgjithshëm jashtë karakteristikave të simptomave të veçanta të një çrregullimi.

Tabela 69: Regresioni logjistik multivariate për ndërprerjen e mjekimit

	p	OR	95% C.I.for OR	
			I ulët	I lartë
Diagnoza	.832	1.285	.126	13.071
<i>Mosha</i>	.044	.651	.429	.989
Mosha e fillimit	.116	1.381	.923	2.065
Gjendja civile	.431	1.762	.430	7.230
<i>Mbështetja familjare</i>	.006	.199	.062	.632
Nr episodesh	.067	2.271	.945	5.455
Hospitalizim i mëparshëm	.212	8.138	.302	219.330
Ndjekja	.225	.326	.054	1.990
Stigma	.065	3.126	.931	10.498
Ap me veprim të zgjatur	.601	.551	.059	5.160
Shkalla e simptomatikës	.073	1.787	.948	3.367
<i>Kritika</i>	.431	.496	.087	2.842
Lloji i antipsikotikut	.882	.954	.511	1.781
Lloji i stabilizuesit të humorit	.416	1.331	.668	2.650

Në tabelën e mësipërme është realizuar regresioni logjistik multivariat për ndërprerjen e mjekimit. Rezultati paraqet lidhje domethënëse vetëm me moshën, mbështetjen familjare dhe kritikën ($p \leq .05$).

Probabiliteti që një pacient me moshë më të madhe të ndërpresë mjekimin është 34.9% më i ulët (OR= .651) sesa një pacient me moshë më të vogël.

Probabiliteti që një pacient me mbështetje familjare të lartë të ndërpresë mjekimin është 80.1 % më i ulët (OR= .199) sesa një pacient me mbështetje familjare më të ulët.

Për sa i përket kritikës, probabiliteti që një pacient me kritikë të lartë të ndërpresë mjekimin është 50.4 % më i ulët (OR= .496) sesa një pacient me kritikë të ulët.

Më poshtë realizojmë një analizë multivariate të karakteristikave të lidhura me veçoritë e secilit prej çrregullimeve.

Tabela 70:

Regresioni logjistik multivariate për ndërprerjen e mjekimit tek pacientët me diagnozën skizofreni

	p	OR	95% C.I.for OR	
			I ulët	I lartë
Simptoma pozitive	.999	9879294.540	0.000	
<i>Simptoma negative</i>	.009	.015	.001	.350
Lloji i antipsikotikut	.186	.737	.468	1.159
Ap me veprim të zgjatur	.211	.415	.105	1.647
Doza e antipsikotikut	.171	.231	.028	1.882
<i>Shkalla e simptomatikës</i>	.003	2.730	1.405	5.304
Efekte anësore ekstrapiramidale	.250	4.286	.359	51.182
Efekte anësore metabolike	.319	2.996	.347	25.892
Efekte anësore konjitive	.301	.328	.040	2.707

Në tabelën e sipërme është realizuar regresioni logjistik multivariate për ndërprerjen e mjekimit tek pacientët me diagnozën skizofreni.

Rezultati paraqet lidhje domethënëse vetëm për simptomatikën negative dhe shkallën e simptomatikës ($p \leq .05$).

Probabiliteti që një pacient me simptoma negative të ndërpresë mjekimin është 98.5% më i ulët (OR= .015) sesa një pacient pa simptoma negative.

Probabiliteti që një pacient me shkallë simptomatike të lartë të ndërpresë mjekimin është 2.73 herë (OR= 2.730) më i lartë sesa një pacient me shkallë simptomatike të ulët.

Tabela 71:

Regresioni logjistik multivariate për ndërprerjen e mjekimit tek pacientët me diagnozë çrregullim bipolar

	p	OR	95% C.I.for OR	
			I ulët	I lartë
Lloji i antipsikotikut	.135	.506	.207	1.235
Ap me veprim të zgjatur	.698	1.525	.181	12.841
Doza e antipsikotikut	.835	.683	.019	24.434
<i>Shkalla e simptomatikës</i>	.006	3.141	1.384	7.129
Efekte anësore ekstrapiramidale	.136	.143	.011	1.846
Efekte anësore metabolike	.314	.340	.042	2.772
Efekte anësore konjitive	.614	1.794	.186	17.348
Lloji i stabilizuesit të humorit	.885	1.072	.417	2.759
Episod humori i larte BP	.455	.323	.017	6.250
Episod miks BP	.998	472070016.231	0.000	
Episod depresiv BP	.494	.473	.055	4.038

Në tabelën e sipërme është realizuar regresioni logjistik multivariate për ndërprerjen e mjekimit tek pacientët me diagnozën çrregullim bipolar.

Rezultati paraqet lidhje domethënëse vetëm me shkallën e simptomatikës ($p \leq .05$).

Probabiliteti që një pacient me shkallë simptomatike të lartë të ndërpresë mjekimin është 3.14 herë (OR= 3.141) më i lartë, sesa një pacient me shkallë simptomatike të ulët.

7. PËRMBLEDHJA E REZULTATEVE ME RËNDËSI STATISTIKORE DHE DISKUTIMI I REZULTATEVE

Përmbledhje dhe diskutim për të dhënat deskriptive

Nga 264 pacientë 12.1% (N=32) e kanë ndërprerë mjekimin përfundimisht dhe 87.9% nuk e kanë ndërprerë mjekimin në mënyrë përfundimtare.

Ndërprerja dhe rifillimi - pacienti vjen për të rifilluar mjekimin pavarësisht se e ka ndërprerë atë përkohësisht nuk është konsideruar përfundimtare. Kjo për arsye se në këtë rast përfshihen variabla të tjerë dhe e komplikon më shumë studimin. Kjo është konsideruar lënie e përkohshme e mjekimit, pasi pacienti ka ardhur përsëri për vizitë dhe ndjek në një lloj forme trajtimin.

Megjithatë ky parametër është matur dhe rezulton në masën 30.68 % e pacientëve që kanë lënë përkohësisht mjekimin.

Ky rezultat është në përputhje me disa rezultate të tjera nga literatura. Me rezultate të ndërprerjes së trajtimit me barna dhe të ndërprerjes së trajtimit psikosocial në përgjithësi. Një meta-analizë e shumë studimeve për skizofreninë jep një rezultat të përafërt rreth 13% e pacientëve që kanë ndërprerë trajtimin. (37) (39) (59)

Ndërkohë për çrregullimin bipolar nuk ka aq shumë studime sa për skizofreninë dhe ndërperja e mjekimit varion nga 10.9% në 50.2%. (60)

Në një studim në Kanada rezulton se pacientët psikiatrikë të cilët kanë marrë shërbime nga mjeku i familjes kanë pasur ndërperje të mjekimit në masën 11.8 %, ndërsa ata që kanë marrë shërbim shëndetësor nga psikatri kanë ndërprerë mjekimin në masën 22,7%. (52)

Ndërkohë një studim tjetër në Kore i cili është kryer për 10 vjet rezulton se 28.87% e pacientëve qëndruan në mjekim përgjatë 10 viteve, element ky i rëndësishëm për të kuptuar vlerën e kohëzgjatjes së studimit.

Për sa i përket diagnozës rezulton 51.5% skizofreni dhe 48.5% çrregullim bipolar.

Rezultati bën kuptim të plotë, sidomos pasi analizohen edhe faktorët e tjerë si prezenca e episodeve depresive dhe simptomave negative në skizofreni, në prezencën e të cilave rezulton një ndërperje më e ulët e mjekimit në këtë studim. Në rastet e tjera dominanca simptomatike e të dy diagnozave është psikoza e shprehur dhe për pasojë dhe sjellja ndaj mjekimit është e ngjashme. Studimet në të shumtën e rasteve i referohen ndërperjes së mjekimit në përgjithësi në çrregullimet psikiatrike. (61)

Për sa i përket prezencës së psikozës 78% e pacientëve janë me psikozë prezente dhe 22% nuk kanë psikozë prezente. Ky element është i pritshëm, pasi të dyja diagnozat kanë psikozën si një nga simptomat kryesore. Gjithashtu rezultati është në përfaqësi me vende të tjera.

Rezulton se 45.8% janë të hospitalizuar të paktën një herë para marrjes në vlerësim. Ky rezultat ka përfaqësi me vende të tjera. (62) (63)

Rezulton që 36.1% e pacientëve janë hospitalizuar pas ndërprerjes për të dyja diagnozat. Rezultat me rëndësi në ecurinë e këtyre çrregullimeve.

Shkalla e stigmës rezulton shumë e lartë.

29.2% e matjeve kanë rezultuar me nivel stigmat shumë të lartë.

49.4% e matjeve kanë rezultuar me nivel stigmat të moderuar.

19.5% e matjeve kanë rezultuar me nivel stigmat të ulët.

1.9% e matjeve kanë rezultuar pa prezencë stigmat.

Ndërkohë niveli i stigmës ka luhatur përgjatë matjeve. Në përgjithësi nuk duket të ketë një model si varion ndryshimi i modelit të stigmës nga një matje në tjetrën. Ky element mund të jetë pjesë e një studimi më vete. Këto janë rezultate të pritshme dhe stigma është një problem madhor në shëndetin mendor, megjithatë duhet të kemi parasysh se ky element është shumë i lidhur me kontekstin social-kulturor. (64) (65) (66)

73.9% pacientëve nuk marrin mjekim me antipsikotikë me veprim të zgjatur.

Nga 26.1% e atyre që marrin mjekim me antipsikotikë me veprim të zgjatur mjekohen me: haloperidol me 6.1%, risperidone me 5.3% dhe paliperidone me 14.8%. Ky rezultat nuk është i zakonshëm, pasi mjekimi me haloperidol me efekt zgjatur është më i shpeshti, bazuar në praktikën tonë klinike. Sasia më e lartë e pacientëve me paliperidon ka lidhje me qendrat që janë marrë në studim, ku një nga qendrat ka qenë shërbimi i psikiatrisë, njësi që ka pasur ekskluzivitetin e përshkrimit të paliperidonit.

Niveli i dozës rezulton i ulët me 8.7%, i mesëm me 70.1% dhe i lartë me 21.2%. Ky rezultat është në përputhje me gjetje të tjera në studime të ndryshme, ku doza e ulët dhe ajo mesatare kanë më pak ndërprerje të mjekimit dhe efikasitet të përgjithshëm të pranueshëm. (67)

Efektet anësore rezultojnë: efekte anësore ekstrapiramidale 22.7%, efekte anësore somatike dhe metabolike me 51.9% dhe efekte anësore konjitive me 37.9%. Nga rezultati

vërehet një nivel i lartë i efekteve anësore metabolike dhe konjitive, të cilat janë disi jashtë vëmendjes së klinikistëve, sidomos efektet anësore metabolike. (68)

Shkalla e simptomatikës rezulton për të gjitha matjet si më poshtë:

20.5% e lehtë; 54.6% e moderuar; 22.3% e rëndë; 2.6% shumë e rëndë. Shkalla e simptomatikës është shumë e rëndësishme në ndjekjen e pacienieve në total pasi krijon kushtet për dëmtim të funksionit, dëmtime të sjelljes, bashkëpunimit për mjekimin etj. Shkalla e simptomatikës luan rol shumë të rëndësishëm në mbarëvatjen e mjekimit.

Kritika në total rezulton si më poshtë:

21.9% pa kritikë; 61.8% kritikë e pjesshme; 16.3% kritikë e plotë.

Kritika luan një rol shumë të rëndësishëm në çrregullimet psikotike dhe si do ta shikojmë më poshtë është prediktor i rëndësishëm në mbarëvatjtjen e mjekimit. Rolin shumë të rëndësishëm të saj e përmbledhin shumë artikuj të rëndësishëm. (69)

Mbështetja familjare në matjet në total rezulton: 40.0% mbështetje e plotë; 40.7% mbështetje e pjesshme; 14.5% mbështetje minimale; 4.8% pa mbështetje.

Nga vlerësim total mbështetja familjare rezulton shumë e lartë, ku mbi 80% e pacientëve kanë mbështetje të konsiderueshme. Mund të ketë pak studime të mirëfillta për të matur në mënyrë sasiore mbështetjen familiare, por ka shume studime të cilat theksojnë rolin e mbështetjes familjare në përbalimin e çrregullimeve të shëndetit mendor. (70) (71) (72) (73) Nga vlerësimet e integruara rezulton se mbështetja familjare në këtë studim është në nivele shumë të larta dhe sigurisht influencon shumë rezultatet e tjera. Duke marrë parasysh dhe modelin familjar tradicional të shoqërisë sonë ky variabël rezulton me ndikim shumë të lartë si do ta shikojmë dhe më poshtë.

Episodet e kaluara për pacientët me çrregullim bipolar rezultojnë: episod humori i lartë 52.2%; episod miks BP me 87.3%; episod depresiv BP me 58.1%. Nga kjo matje për çrregullimin bipolar vërejmë një dominancë të episodeve mikse, ndërsa episodet depresive dhe ato të humorit të lartë në nivele të përiferëta.

Pacientë me simptoma negative të skizofrenisë rezultojnë 72.8%, ndërsa me simptoma pozitive 80.8%. 3% janë pa simptoma të referura në mënyrë aktive gjatë periudhës 2-vjeçare të ndjekjes. 1 pacient përfaqësohet 0.8% ka manifestuar vetëm simptoma negative sipas referimit. Nga studimi i simptomatikës dominante të skizofrenisë vërejmë numrin e lartë të prezencës së simptomave negative në popullatën e marrë në studim. Referohet

zakonisht se deri në 60% e pacientëve kanë simptoma të shprehura ose dominuese negative. (74) Mendoj se popullata e marrë në studim përfaqëson në përgjithësi popullatën, shkalla më e lartë e studimit mund të jetë e lidhur me aktivizimin e pacientëve dhe stilin e jetesës në kushtet e vendit tonë. Ndërkohë simptomat negative janë shpesh të nënvlerësuara pasi ato nuk shkaktojnë të njëjtat problematika si simptomat pozitive. Simptomat pozitive janë bashkëshoqëruese të skizofrenisë dhe vetëm pak raste mund të klasifikohen si skizofreni pa simptoma pozitive, por ky fakt ngelet i diskutueshëm. (75)

Përmbledhje dhe diskutim për analizën statistikore të sinjifikancës.

Më poshtë një përmbledhje e rezultateve me rëndësi statistikore.

Diagnoza:

Sipas tabelës Pearson Chi Square - statistika ($X^2(1) = .033, p = .855 > .05$) nuk ekziston një marrëdhënie e rëndësishme ndërmjet ndërprerjes së mjekimit dhe diagnozës.

Shumë studime referojnë për shkallë të ndryshme të ndërprerjes së mjekimit për të dy diagnozat. Ndërprerja varion në të dy diagnozat me një shkallë shumë të gjerë. Niveli i poshtëm i ndërprerjes referohet disi më i lartë për skizofreninë, ndërsa niveli i sipërm referohet i krahasueshëm. (44) (76) Ky vëzhgim është disi i vështirë të bëhet drejtpërdrejt, pasi janë të rralla studimet krahasuese për ndërprerjen e mjekimit për të dy diagnozat, ndërkohë që ka disa studime për aderencën me antipsikotikët të cilët janë elementi kryesor në mjekim dhe në këto raste niveli i aderencës është i përafërt. (77) (78)

Statusi civil

Sipas tabelës Pearson Chi Square - statistika ($X^2(2) = 23.757, p = .000 \leq .05$) ekziston një marrëdhënie e rëndësishme ndërmjet ndërprerjes së mjekimit dhe statusit civil, ku ndërprerjen më të lartë të mjekimit e kanë beqarët (59.4%)

Në këtë kontekst ka shumë studime që tregojnë se organizimi i jetës, ku përgjegjësia në familje është element i rëndësishëm, ka shkallë më të ulët të ndërprerjes së mjekimit apo aderencës. (79) Megjithatë në shumë studime nuk klasifikohet në faktorët me risk të lartë. (80) (81)

Mbështetja familjare

Mbështetja familjare. Në fillim të ndjekjes dhe në fund të ndjekjes. Vërehet se shfaqen dallime të rëndësishme statistikisht, për sa i përket ndërprerjes së mjekimit ndërmjet dy grupeve pasi vlera p është më e vogël se .05. Rezultati tregon se mbështetja familjare si në

fillim dhe në fund është më e lartë te ata që nuk kanë ndërprerë mjekimin, krahasuar me ata që kanë ndërprerë mjekimin. Mbështetja familjare është një nga elementet më të rëndësishëm të trajtimit të pacientëve me çrregullime psikotike dhe në dinamikën e një çrregullimi psikotik. (82) Studime të shumta e klasifikojnë dhe matin vlerën e mbështetjes familjare në aderencën me mjekimin te pacientët psikotikë, si ata që vuajnë nga skizofrenia ashtu edhe ata që vuajnë nga çrregullimi bipolar. (81) (83) (81) (84) (85) Nga vlerësimi në këtë studim mbështetja familjare ka qënë në nivele të larta, përgjithësisht e qëndrueshme dhe është një nga faktorët që ka ndikuar në mënyrë domethënëse në vlerat e ulëta të ndërprerjes së mjekimit.

Kritika

Për të parë nëse kemi dallime të rëndësishme ndërmjet ndërprerjes së mjekimit në lidhje me ecurinë e kritikës kemi përdorur testin T. Vërehet që shfaqen dallime statistikisht të rëndësishme ndërmjet ndërprerjes së mjekimit dhe kritikës vlere p është më e vogël se .05.

Është bërë vlerësim në fillim dhe në fund të ndjekjes. Rezultati tregon se kritika si në fillim dhe në fund është më e ulët te ata që kanë ndërprerë mjekimin krahasuar me ata që nuk e kanë ndërprerë mjekimin. Ky është një rezultat i pritshëm dhe në përputhje të plotë me studime të tjera. Kritika është një nga faktorët kryesorë të ndërprerjes dhe mungesës së aderencës. Në këtë kontekst i referohemi një përmbledhjeje studimesh të përdorur si bazë për rishikim ekspertësh për aderencën me mjekimin në çrregullimet psikotike. (85) (86) Ky element është i rëndësishëm si në çrregullimin bipolar, ashtu edhe në skizofreni. (85) (87) Kritika është element i rëndësishëm, jo vetëm për vazhdimin e trajtimit, por edhe për shkallën e hospitalizimeve. (88)

Antipsikotikët me veprim të zgjatur

Është përdorur Pearson Chi Square për të vlerësuar rëndësinë e antipsikotikëve me veprim të zgjatur lidhur me ndërprerjen e mjekimit - statistika ($X^2(3) = 21.673$, $p = .000 \leq .05$) tregon se ekziston një marrëdhënie e rëndësishme ndërmjet ndërprerjes së mjekimit dhe antipsikotikëve me veprim të zgjatur, ku ndërprerjen më të lartë të mjekimit e kanë pacientët që nuk kanë antipsikotikë me veprim të zgjatur.

Ky fakt është shumë i mbështetur në një masë të madhe nga studimet e tjera. (89) (90) (91) Ndërkohë disa studime referojnë se pacientët me adrencë të ulët kanë aderencë të ulët edhe me antipsikotikë me veprim të zgjatur, (92) ose që antipsikotikët me veprim të zgjatur nuk janë të rëndësishëm në këtë aspekt. (93) Megjithatë shumica e studimeve mbështesin faktin që efekti i tyre është i rëndësishëm në aderencën me mjekimet, kohëzgjatjen e mjekimit dhe zgjatjen e kohës së remisioinit. (94)

Megjithatë në kushtet tona ky element është konsideruar i rëndësishëm edhe empirikisht, dhe ky studim e konfirmon këtë fakt. Bazuar në këtë fakt ka udhërrëfyes të rëndësishëm dhe mjaft studime që rekomandojnë përdorimin e antipsikotikëve me veprim të zgjatur për të siguruar kohëzgjatje mjekimi dhe relapsi. (95) (96)

Nga pacientët që kanë ndërprerë mjekimin 68.8% nuk kanë antipsikotikë me veprim të zgjatur. Pacientët që kanë ndërprerë mjekimin dhe mjekohen me antipsikotikë me veprim të zgjatur 21.9% mjekohen me haloperidol, 9.4% risperidone dhe 0% paliperidone. Këtu dallohet qartë dhe diferenca e secilit prej mjekimeve, ku ndërprerjen më të lartë e ka haloperidoli pasuar me risperidonin me gati gjysmën e haloperidolit dhe paliperdoni pa asnjë ndërprerje. Ky element mund të lidhet me efektet anësore, efektivitetin e mjekimit dhe mënyrën e administrimit, ku paliperidoni administrohet një herë në muaj. Gjithmonë duhen vlerësuar edhe faktorët e tjerë bashkëveprues. (97)

Efektet anësore

Efektet anësore nuk kanë lidhje të rëndësishme me ndërprerjen e mjekimit, vërehet një nivel shumë i lartë i efekteve anësore në përgjithësi dhe sidomos i efekteve anësore metabolike të cilat nuk janë pjesë e vëmendjes parësore të klinikistit. Në vlerësimin e përgjithshëm nëpërmjet studimeve të rëndësishme, efektet anësore janë studiuar si faktor i rëndësishëm në ndërprerjen e mjekimit në masën mbi 35%. (86) (98) Duke qenë një studim natyralistik ky studim nuk bazohet në raportimin e drejtpërdrejtë të pacientit për shkaqet e ndërprerjes së mjekimit, por e vëzhgon pacientin në lidhje me variablat e paracaktuar. Shpesh pacientët gjejnë “justifikim” të efekteve anësore të barnave psikotrope për të ndërprerë mjekimin. Nga ana tjetër shkalla e efekteve anësore të vëzhguara/raportuara është relativisht e lartë, si në pacientët që kanë ndërprerë mjekimin, ashtu edhe te ata që nuk e kanë ndërprerë. Sidoqoftë rekomandimi është i qartë që pacientët në kushte të zakonshme klinike duhet të pyeten për shkaqët e ndërprerjes, pasi shumë aspekte mund të përmirësohen gjatë trajtimit.

Shkalla e simptomatikës

Është përdorur testi T për të vlerësuar lidhjen mes shkallës së simptomatikës dhe ndërprerjes së mjekimit, si në fillim dhe në fund të vlerësimit. Nga rezultati shohim që shfaqen dallime të rëndësishme statistikisht ndërmjet ndërprerjes së mjekimit dhe shkallës së simptomatikës, pasi vlera p është më e vogël se .05. Rezultati tregon se shkalla e simptomatikës si në fillim dhe në fund është më e lartë te ata që kanë ndërprerë mjekimin, krahasuar me ata që nuk e kanë ndërprerë mjekimin.

Ky rezultat është plotësisht i pritshëm dhe në koherencë me pjesën më të madhe të studimeve dhe kjo e evidentuar në një rishikim të gjerë të literaturës. (48) (86) Shpesh ndërprerja apo mungesa e aderencës me mjekimet edhe te i njëjti pacient është më e lartë

kur simptomat janë në kulmin e tyre, apo nuk janë zbutur mjaftueshëm që pacienti të jetë bashkëpunues. (99) Ky element është shumë i lidhur edhe me kritikën, pasi shkalla e lartë e psikozës apo gjendjeve me dëmtime të tjera konjitive ndikon drejtpërdrejt në nivelin e kritikës. Nuk ka në fakt një shpjegim të vetëm për një faktor. Janë një sërë faktorësh dhe këndvështrimesh për ta shpjeguar këtë situatë. Secila prej tyre ka pikat e forta dhe të dobëta. (100)

Episodi depresiv në çrregullimin bipolar

Pacientët që kanë kaluar episod depresiv përgjatë ecurisë së një çrregullimi bipolar janë analizuar për ndërprerjen e mjekimit, për rëndësinë e këtij variabli nëpërmjet Pearson Chi Square – statistika - ($X^2(1) = 10.272$, $p = .001 < .05$), tregon se ekziston një marrëdhënie e rëndësishme ndërmjet ndërprerjes së mjekimit dhe pacientëve që kanë kaluar episod depresiv të një çrregullimi bipolar. Ndërprerjen më të lartë të mjekimit e kanë ata që nuk kanë kaluar episode depressive përgjatë kohës që kanë qenë në ndjekje.

Kjo mbështetet edhe në literaturë ku evidentohet se pacientët depresivë kanë COMPLIANCË më të mirë me mjekimin. (99) Në aspektin teorik një pacient me çrregullim bipolar që ka kaluar episod depresiv duhet të ketë më shumë kritikë dhe kërkon më shumë ndihmë për shkak se identifikon vuajtjen e sëmundjes, krahasuar me një pacient në fazë humori të lartë që nuk ka kritikë dhe nuk “vuan” sipas këndvështrimit të tij. (101) Nga një këndvështrim tjetër pacienti me simptomaikë depressive “dominohet” më lehtë nga personat që kujdesen për të, në këtë kontekst ky element bashkuar me kujdesin familjar mund të ketë ndikim në faktin që ka COMPLIANCË më të mirë me mjekimin.

Hospitalizimi pas ndërprerjes

Për të analizuar rëndësinë e ndikimit të ndërprerjes së mjekimit mbi hospitalizimin është përdorur Pearson Chi Square – statistika - ($X^2(1) = 11.469$, $p = .001 < .05$), tregon se ekziston një marrëdhënie e rëndësishme ndërmjet ndërprerjes së mjekimit dhe hospitalizimit pas ndërprerjes. Ata që kanë hospitalizim pas ndërprerjes me (62.5%) kanë ndërprerjen më të lartë. Ky rezultat përkthehet në faktin që ndërprerja e mjekimit çon drejt rritjes së numrit të hospitalizimeve. Ky është tërësisht i pritshëm dhe në koherencë me literaturën dhe përvojat në vende të tjera. Normalisht ndërprerja e mjekimit në shumicën e rasteve do të çojë drejt një episodi të radhës në secilin prej çrregullimeve. (86) (102) (103) (104) Ky aspekt prek në masë të rëndësishme, jo vetëm pacientin dhe familjen e tij, por edhe sistemin shëndetësor, të cilit i shtohet si barra financiare për shkak të hospitalizimit, ashtu edhe barra njerëzore në administrimin e fluksit të pacientëve.

Përdorimi i stabilizuesve të humorit dhe antidepressivëve

Sipas tabelës Pearson Chi Square statistikë ($X^2(1)=16.640$, $p=.002<.05$) ekziston një marrëdhënie e rëndësishme ndërmjet ndërprerjes së mjekimit dhe përdorimit të stabilizuesve të humorit ose antidepressivëve – dhe krahasuar me llojin e këtyre barnave. Ndërprerjen më të lartë të mjekimit e kanë ata pacientë që përdorin karbamazepinë (44.4%), duke vijuar me ata që mjekohen me acid valproik me 22.2% dhe më pak ata me karbonat litiumi dhe antidepressivë 16.7%. Pacientët me lamotriginë nuk kanë ndërprerë mjekimin.

Nuk ka shumë të dhëna për të analizuar rolin e veçantë të karbamazepinës në ndërprerjen e mjekimit. Ky element mund të jetë i lidhur me përdorimin jo plotësisht të përshtatshëm të këtij bari. Shpesh në spitale gjendet si e vetmja alternativë për stabilizuesit e humorit.

Pacientët që kanë përdorur antidepressivë janë kryesisht ata që kanë simptomatikë negative të shprehur në skizofreni, të cilët kanë ndërprerje më të ulët të mjekimit.

Numri i episodeve

Ekziston një lidhje e rëndësishme statistikisht ndërmjet ndërprerjes së mjekimit dhe numrit të episodeve, pasi vlera p është më e vogël se .05. ($t=-3.419$, $p<.05$). Rezultati tregon se ndërperja e mjekimit është më e lartë tek ata që kanë numër më të lartë episodesh, ($M=5.27$, $ds=3.49$) dhe krahasuar me ata që nuk kanë ndërprerje të mjekimit ($M=3.13$, $ds=1.81$). Ky parametër duhet vlerësuar me kujdes, pasi ndërperja e mjekimit në pjesën më të madhe të rasteve ka çuar në shfaqjen e një episodi tjetër të çrregullimit. Lidhja e ndërprerjes së mjekimit me numrin episodeve është logjike e gjendur gjerësisht, ndërkohë që shtimi i numrit të episodeve rëndon gjendjen e pacientit dhe barrën për shoqërinë, duke theksuar edhe një herë rëndësinë e marrjes së mjekimit të rregullt dhe gjetjen e mënyrave për të rritur aderencën me mjekimin.

Simptomat negative në skizofreni

Lidhja e simptomave negative me ndërprerjen e mjekimit është vlerësuar për sinjifikancën nëpërmjet Pearson Chi Square – statistika - ($X^2(1)=13.655$, $p=.000<.05$), tregon se ekziston një marrëdhënie e rëndësishme ndërmjet ndërprerjes së mjekimit dhe simptomave negative në skizofreni. Ndërprerjen më të ulët të mjekimit e kanë ata që kanë simptomat negative SK (37.5%). Ky parametër në literaturë ka disa të dhëna për ndikim të rëndësishëm dhe po ashtu që nuk ka ndikim. (86) (99) (105) (106) Ky fakt mendoj se ndryshon në varësi të konteksteve dhe kulturave të ndryshme. Mendoj se në këtë studim lidhjen me kujdesin familjar e bën të ketë një rëndësi të veçantë prezencën e simptomave negative të skizofrenisë.

Përmbledhje dhe diskutim për analizën multivariate

Për analizën multivariate janë klasifikuar tre grupe të cilat janë ndarë si më poshtë:

Analiza e faktorëve të palidhur me karakteristikat e çrregullimit.

Është realizuar regresioni logjistik multivariat për ndërprerjen e mjekimit.

Rezultati paraqet lidhje sinjifikative vetëm me moshën, mbështetjen familjare dhe kritikën ($p \leq 05$). Probabiliteti që një pacient me moshë më të madhe të ndërpresë mjekimin është 34.9% më i ulët (OR= .651) sesa një pacient me moshë më të vogël. Probabiliteti që një pacient me mbështetje familjare të lartë të ndërpresë mjekimin është 80.1 % më i ulët (OR= .199) sesa një pacient me mbështetje familjare më të ulët. Për sa i përket kritikës, probabiliteti që një pacient me kritikë të lartë të ndërpresë mjekimin është 50.4 % më i ulët (OR= .496) sesa një pacient me kritikë të ulët.

Nga këta elemente të palidhur me karakteristikat e çrregullimit rëndësi të veçantë merr mbështetja familjare. Ky faktor klasifikohet në mënyrë të qëndrueshme si faktor me rëndësi dhe është analizuar edhe me lart si variabël i veçantë. Vlera që merr në analizën multivariate, jo vetëm që është e lartë por tregon dhe dominon ndër faktorët e tjerë. Roli i familjes është analizuar nga studiues edhe për format e mbështetjes ku përfshihen, pranimi, asistenca, shpresa, komunikimi. (107)

Faktori tjetër shumë i rëndësishëm është kritika dhe në këtë aspekt pritshmëritë janë të qarta. Në studim kritika është përfshirë si element i palidhur me çrregullimin pasi me tepër se një simptomë është një pasojë e shumë simptomave. Kritika është një faktor i mirënjohur dhe mirëstuduar në ndikimin që ka në ndërprerjen e mjekimit dhe aderencën me mjekimin. Ky element, siç është përmendur me sipër ka koherencë dhe unanimitet në literaturë si një faktor i rëndësishëm. (108) Një pacient që nuk kupton situatën e vet nuk është e lehtë të mjekohet. Kritika është shumëdimensionale në raport me gjendjen, pacientin dhe ambientin, e për pasojë pritet të ndikohet edhe vetë nga shumë faktorë. (69) E rëndësishme është, që është një nga elementet, ku profesionistët mund të punojnë për të arritur rezultate më të mira. Ndikimi i moshës është gjithashtu i njohur dhe në përputhje me pritshmëritë, si empirike ashtu edhe nga literatura. Ky është një parametër që duhet të merret parasysh në qasjen ndaj pacientit.

Përmbledhje e faktorëve të lidhur me karakteristikat e skizofrenisë.

Është realizuar regresioni logjistik multivariate për ndërprerjen e mjekimit tek pacientët me diagnozën skizofreni. ***Rezultati paraqet lidhje sinjifikative vetëm për simptomatikën***

negative dhe shkallën e simptomatikës ($p \leq 0.05$). Probabiliteti që një pacient me simptoma negative të ndërpresë mjekimin është 98.5% më i ulët (OR= .015) sesa një pacient pa simptoma negative. Probabiliteti që një pacient me shkallë simptomatike të lartë të ndërpresë mjekimin është 2.73 herë (OR= 2.730) më i lartë sesa një pacient me shkallë simptomatike të ulët.

Simptomatika negative në vetvete nuk është një faktor që favorizon ndjekjen e mjekimit, pavarësisht se mund të jetë më favorizuese se simptomatka negative. Edhe studimet serioze të njohura janë në të njëjtën linjë. (109) Rezultati i këtij studimi mendoj se është ngushtësisht i lidhur me bashkëveprimin e faktorit mbështetje familjare. E thënë në përgjithësi një pacient me simptoma negative nuk është shumë i interesuar, si në aspektin pozitiv, ashtu dhe në atë negativ, për situatën e vet apo për situatën rreth tij. Ai nuk ka fuqi të kundërshtojë mjekimin, ashtu si nuk ka fuqi të kërkojë mjekim. Për këtë arsye “imponimi” i kujdesit familjar, i cili në këtë studim është një komponent i rëndësishëm, e bën pacientin me simptoma negative ndjekës të rregullt të mjekimit.

Përmbledhje e faktorëve të lidhur me karakteristikat e çrregullimit bipolar.

Është realizuar regresioni logjistik multivariate për ndërprerjen e mjekimit tek pacientët me diagnozën çrregullim bipolar. **Rezultati paraqet lidhje sinjifikative vetëm me shkallën e simptomatikës ($p \leq 0.05$).** Probabiliteti që një pacient me shkallë simptomatike të lartë të ndërpresë mjekimin është 3.14 herë (OR= 3.141) më i lartë sesa një pacient me shkallë simptomatike të ulët.

Ndërkohë prezenca e një episodi depresiv të vlerësuar më vete që kishte domethënie në lidhje me ndërprerjen e mjekimit në analizën multivariate, nuk ka peshë të lartë. Ashtu si u diskutua dhe komentua më sipër gjendja depresive ka një tendencë më të lartë për të kërkuar ndihmë sesa episodet e tjera. Sidomos kur pacienti krahason gjendjen e tij të humorit të lartë me gjendjen e humorit të ulët. Mendoj që rëndësia e këtij faktori në analizën multivariate zbehet nga ndikimi më domethënës i shkallës së simptomatikës.

Shkalla e simptomatikës rezulton në të dy çrregullimet si faktori më me rëndësi në ndikimin për ndërprerjen e mjekimit. Ky rezultat është normalisht i pritshëm. Shkalla e simptomatikës ndikon direkt dhe indirekt në të gjithë faktorët e tjerë, përfshirë këtu faktorët e lidhur me mjekimin, numrin e barnave, efektet anësore, kritikën, apo dhe mbështetjen familjare. Një pacient me simptomatikë të fuqishme është më pak bashkëpunues me të gjithë faktorët ambientale, përfshirë stafin shëndetësor, familjarët, rrethin social dhe atë okupacional. Kritika te një pacient me simptoma të shprehura është gjithashtu më e ulët. Në këtë kontekst monitorimi i pacientit për marrjen e mjekimit është shumë i disfavorshëm. (110) (111) Gjithashtu indirekt është vërejtur se një trajektore pozitive në zbutjen e simptomatikës është shumë e favorshme në vazhdimësinë e mjekimit. (112)

Ngelet për t'u diskutuar një fakt shumë i rëndësishëm i cili nuk del në rezultatet e këtij studimi, por është rezultat i studimeve të tjera dhe pjesë e një konsensusi të përgjithshëm. Fakti që ndër faktorët e rëndësishëm në ndërprerjen e mjekimit nuk përfshihet stigma. Stigma në vetvete rezulton me nivele shumë të larta në studim. Mendoj se stigma nuk ka rezultuar me rëndësi statistikore për shkak se është shumë e shprehur dhe nuk bën diferencë mes rasteve që e kanë ndërprerë mjekimin dhe atyre që e kanë vazhduar. Nëse do ishin drejtuar pyetje për arsyet, mendoj se stigma do të kishte rezultuar faktor i rëndësishëm.

8. KONKLUZIONE DHE REKOMANDIME

Studimi i ndërprerjes së mjekimit te pacientët psiqotikë, ku përfshihen të dy çrregullimet e marra në studim, është shumë i rëndësishëm për arsye se këta pacientë të cilët janë të prekur nga këto çrregullime të rëndësishme mendore duhet të trajtohen me kujdes dhe vazhdimisht në kohë të gjatë.

Ndërprerja e trajtimit mund të shkaktojë përsëritjen e simptomave, rritjen e rrezikut për episode të reja të sëmundjes, dëmtim të funksionit social dhe okupacional, dëmtim të cilësisë së jetës dhe një pjesë e tyre mund të shfaqin sjellje agresive ndaj vetes dhe të tjerëve.

Studimi na ndihmon të kuptojmë dhe analizojmë faktorët pse disa pacientë nuk vazhdojnë trajtimin, si ndryshon gjendja dhe simptomat e tyre pas ndërprerjes (e lidhur kjo në studimin konkret me hospitalizmin) dhe si mund të ndikojnë trajtimet, ndërhyrjet dhe mjekimet për të përmirësuar kujdesin ndaj tyre. Ky studim gjithashtu mund të ndihmojë në zhvillimin e strategjive për të minimizuar ndërprerjen e trajtimit dhe të përmirësuar trajtimin e pacientit.

Ideja e studimit lindi për të ofruar një pamje sa më të plotë të situatës në kushtet e vendit tonë, të influencuara nga faktorë të përgjithshëm dhe specifikë të ambientit.

Studimi është shumë i gjerë dhe ka analizuar faktorë të shumtë të cilët në parim kategorizohen në faktorë të lidhur me çrregullimet dhe faktorë jashtëm, të palidhur me përmbajtjen e çrregullimeve. Gjithsej 32 variabla. Këto variabla/faktorë janë përzgjedhur për të krijuar një tablo sa më gjithëpërfshirëse të të dy çrregullimeve të marra në studim. Shumë nga variablat mund të kenë mbivendosje në rëndësinë që kanë në ndërprerjen e mjekimit.

Nga analiza më sipër vërejmë që ka shumë faktorë me ndikim në ndërprerjen e mjekimit. Në këndvështrimin e konkluzioneve dhe rekomandimeve, për të rritur saktësinë e rekomandimeve mund ti klasifikojmë në:

Faktorë të influencueshëm nga jashtë

Faktorë disi të influencueshëm

Faktorë të pa influencueshëm

Në grupin e parë të faktorëve të influencueshëm me rëndësi statistikore përfshihen:

- *Mbështetja familjare.* Ky është faktor me shumë rëndësi dhe një faktor ku ndërhyrja e pavarur nga sëmundja mund të prodhojë rezultate të rëndësishme në mbarëvajtjen

- e pacientit. Në këtë kontekst duhet të trainohen ofruesit e shërbimeve për të ndihmuar familjarët si të organizohen për të ofruar mbështetje efektive, racionalizim të burimeve mbështetëse dhe mbështetje specifike bazuar në nevojat e pacientit jo vetëm në lidhje me mbarëvajtjen e mjekimit.
- *Antipsikotikët më veprim të zgjatur.* Ky faktor me rëndësi është kryesisht i varur nga vendimmarrja e mjekut, por edhe nga faktorë të tjerë. Nëse kryhet një vlerësim i mirë i situatës së pacientit sidomos kritikës së tij mund të parashikohet qasja ndaj mjekimit dhe të përdoren mjekimet me efekt të zgjatur për të rritur komplaincën. Ky faktor në bashkërendim me mbështetjen familjare mund të kthehet në përcaktues të ecurisë së një pacienti. Ndërkohë përzgjedhja specifike e mjekimit mund të analizohet dhe të zgjidhet bazuar në shumë faktorë, një nga faktorët që mund të kihet parasysh dhe del i rëndësishëm nga studimi është se paliperidoni nuk ka ndërprerje, risperidoni ka ndërperje të ulët dhe haloperidoli më të lartë.

Në grupin e dytë ku përfshihen faktorët disi të influencueshëm dhe që kanë rëndësi statistikore mund të përfshihen:

- *Kritika.* Ka rezultuar faktor i rëndësishëm dhe është një faktor shumëdimensional i cili influencohet në një shkallë të rëndësishme nga karakteristikat e pacienti dhe sëmundjes, por është një faktor mbi të cilin profesionistët mund të punojnë për ta përmirësuar. Në këtë kontekst rekomandimi është që kritika të vlerësohet në mënyrë aktive te pacientët dhe të punohet për të rritur nivelin kritikës, duke synuar jo vetëm kritikën e plotë mbi gjendjen, por edhe kritikën e pjesshme. Nga studimi rezulton se ka një tendence për përmirësimin e kritikës përgjatë ndjekjes. Indirekt mund të themi se kjo tendencë nuk është e lidhur me një proces aktiv për ta përmirësuar kritikën, por ka ardhur natyralisht. Ky përmirësim duhet nxitur dhe profesionistët duhet të jenë aktivë për të përmirësuar aspekte të ndryshme të jetës së pacientit.
- *Efektet anësore.* Ky faktor përbëhet nga shumë elemente, ku secili efekt anësor përbën një element më vete. Ky faktor është i lidhur drejtpërdrejt me marrjen e mjekimeve dhe nga studimi del se nuk ka rëndësi në ndërprerjen e mjekimit, por rezulton se ka një shkallë shumë të lartë të efekteve anësore prezente të cilat ndikojnë në cilësinë e jetës së pacientëve dhe sidomos efektet anësore metabolike të lidhura me një zinxhir pasojash në shëndetin e pacientit. Në këtë kontekst duhet punuar për të reduktuar shkallën e efekteve anësore dhe indirekt pasojat e tyre në shëndetin fizik të pacientit. Kjo mund të arrihet jo vetëm me modifikime në mjekim, por edhe me rekomandime për stilin e jetës së pacientit.
- *Përdorimi i stabilizuesve të humorit dhe antidepressivëve.* Përdorimi i stabilizuesve të humorit është ndër mjekimet bazë të çrregullimit bipolar dhe është pothuaj i pashmangshëm. Rezultati i studimit që tregon se ky faktor ka ndikim dhe karbamazepina ka shkallë shumë të lartë të ndërperjes së mjekimit. Edhe pse karbamazepina është një nga mjekimet shumë efektive si stabilizues humorit, përzgjedhja e këtij bari duhet të jetë më e kujdesshme në mënyrë që të përshatet sa

më mirë me simptomatikën specifike të pacientit dhe të krahasohet me stabilizuesit e tjerë.

- *Hospitalizimi pas ndërprerjes.* Është një faktor pak i influencueshëm pasi shpesh pas ndërprerjes shfaqet një episod i ri, i cili mund të ketë nevojë për hospitalizim. Në këtë kontekst mbarëvajtja e mjekimit mund të ulë nivelin e hospitalizimeve te ky grup pacientësh. Rreth 18% e pacientëve kanë ndërprerë dhe rifilluar mjekimin, një pjesë e të cilëve kanë shmangur hospitalizimin. Duke punuar për edukimin e pacientit në lidhje me mjekimin, simptomat të cilat duhet të ngrënë alarmin për të kërkuar ndihmë sa më parë, pa arritur shkallë të lartë të prezencës së simptomave edhe pse ka ndërprerë mjekimin dhe rifillimin e mjekimit sa më herët në këtë fazë mund të ndikojmë në uljen e nivelit të hospitalizimeve. Nga ana tjetër prezantimi i këtij fakti te pacientët mund t'i bëjë ata më bashkëpunues për të shmangur hospitalizimin.
- *Shkalla e simptomatikës.* Edhe ky është një faktor pak i influencueshëm pasi varet nga një sërë faktorësh individualë dhe të lidhur me mjekimin. Sigurisht në faktorët individualë është më e vështirë të ndërhyhet, sidomos në ata intrinsekë, por mund të ndërhyhet në faktorët që lidhen me mjekimin, duke përzgjedhur me kujdes llojin e mjekimit, dozat, kombinimet. Nga ana tjetër mund të ndërhyhet duke dhënë rekomandime për familjarët dhe stilin e jetesës së pacientëve, rekomandimin për aktivitete të ndryshme që rrisin compliancën dhe cilësinë e jetës. Nga ana tjetër vetëm duke pasur një vëmendje të shtuar në pacientët me shkallë të lartë simptomatike mund të influencojmë sado pak për të ruajtur mbarëvajtjen e mjekimit.

Në grupin e tretë të faktorëve të painfluencueshëm me rëndësi statistikore mund të përfshihen:

- *Statusi civil*
- *Episodi depresiv në çrregullimin bipolar*
- *Simptomat negative në skizofreni*

Ky grup është pothuaj i painfluencueshëm nga ndëhyrjet e jashtme, pasi ka lidhje me karakteristika të pacientit dhe gjendjes së tij. Në mënyrë indirekte edhe këta faktorë mund të ndikohen, por ky ndikim nuk mund të konsiderohet i rëndësishëm. Një ndikim të vogël mund të kemi mbi llojin e episodit apo simptomave negative në përmirësimin e tyre dhe pothuaj pa ndikim në shfaqjen e llojit të episodit apo llojit të simptomatikës. Megjithatë rekomandimi në këtë rast është të merren parasysh këta faktorë në vlerësimin e riskut për ndërprerje të trajtimit.

9. KUFIZIME

Ashtu si është përmendur disa herë, studimi ka përfshirë disa kategori variablash të grupuar në forma të ndryshme. Sasisa e të dhënave të mbledhura është reaktivisht e lartë për t'u ndjekur nga një person dhe kjo ka bërë që disa elemente të cilët mund të kenë kërkuar angazhim më të lartë të mos përfshihen ndër faktorët e shqyrtuar.

Një element që mund të përfshihej mund të ishte mbledhja e të dhënave mbi arsyet e raportuara të lënies së mjekimit. Perceptimi i pacientit edhe pse mund të mos jetë shkak real i ndërprerjes së mjekimit ka rëndësi në dinamikën e bashkëveprimit të pacientit me mjekimin dhe ofruesit e shërbimit mjekësor.

Zona e mbulimit mund të ishte më e madhe dhe të përfaqësonte një kampion për të nxjerrë edhe të dhëna epidemiologjike, por për arsyet e përmedura më sipër nga ana logjistike është gati e pamundur. Kjo do të ndihmonte në identifikimin e mekanizmit të ndërprerjes. (113)

Në studim nuk është përfshirë një faktor shumë i rëndësishëm në ndërprerjen e mjekimit që është abuzimi me substanca. Në literaturë ka shumë studime dhe ky faktor është i njohur si me ndikim në ndërprerjen e mjekimit. Në periudhën e fundit ky element ka marrë një përmasë edhe me të madhe se në kohën kur është konceptuar studimi, për shkak të disponibilitetit të lartë të substancave narkotike në ambient. Në kohën e konceptimit të studimit ky element nuk e ka pasur këtë përmasë që ka sot. Në një studim të kryer përgjatë kohës së këtij studimi në vendin tonë rezultoi se 32% e pacientëve që abuzojnë me alkoolin e kanë ndërprerë mjekimin për shkak të këtij abuzimi dhe përdorin alkoolin për vetëmjekim. (114) Një arsye pse nuk është përfshirë ky element i rëndësishëm është fakti që raportimi në kushtet e kryerjes së këtij studimi mund të mos ishte i plotë, pasi tendenca për të fshehur abuzimin me substanca është mjaft e shprehur në shoqërinë tonë. Megjithatë ka shumë studime që analizojnë se përdorimi i substancave narkotike për vetëmjekim dhe me impakt në ndjekjen rigoroze të trajtimit është po ashtu shumë i shpeshtë. (48) (115) (116)

10. BIBLIOGRAFIA:

1. NIMH » Schizophrenia [Internet]. [cited 2018 Oct 3]. Available from: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/index.shtml>
2. Bipolar Disorder [Internet]. National Institute of Mental Health (NIMH). [cited 2023 Feb 15]. Available from: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/bipolar-disorder>
3. Schultz SH, North SW, Shields CG. Schizophrenia: A Review. *Am Fam Physician*. 2007 Jun 15;75(12):1821–9.
4. Fatime Elezi ; Sonila Tomori ; Eugjen Sotiri ; Florida Dobi ; red. shkenc. Anastas Suli ; red. Esmeralda Sherko ; il. Drita Sterjo. *Bazat e Psikiatrie dhe Psikiatria infermieristike. Botimi i dyte. Lezhë: Gjergj Fishta; 2018. 330 f me il.*
5. Brisch R, Saniotis A, Wolf R, Bielau H, Bernstein HG, Steiner J, et al. The Role of Dopamine in Schizophrenia from a Neurobiological and Evolutionary Perspective: Old Fashioned, but Still in Vogue. *Front Psychiatry*. 2014 May 19;5:47.
6. Lewis DA, Sweet RA. Schizophrenia from a neural circuitry perspective: advancing toward rational pharmacological therapies. *J Clin Invest*. 2009 Apr 1;119(4):706–16.
7. McEvoy JP. The importance of early treatment of schizophrenia. *Behav Healthc*. 2007 Apr;27(4):40–3.
8. Protokoll-TRAJTIMI-I-SKIZOFRENISE.pdf [Internet]. [cited 2023 Feb 15]. Available from: <https://shendetesia.gov.al/wp-content/uploads/2018/12/Protokoll-TRAJTIMI-I-SKIZOFRENISE.pdf>
9. Ortiz-Orendain J, Castiello-de Obeso S, Colunga-Lozano LE, Hu Y, Maayan N, Adams CE. Antipsychotic combinations for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Jun 28;2017(6):CD009005.
10. Combining antipsychotic medication for the treatment of schizophrenia [Internet]. [cited 2023 Feb 15]. Available from: https://www.cochrane.org/CD009005/SCHIZ_combining-antipsychotic-medication-treatment-schizophrenia
11. Chien WT, Leung SF, Yeung FK, Wong WK. Current approaches to treatments for schizophrenia spectrum disorders, part II: psychosocial interventions and patient-focused perspectives in psychiatric care. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2013;9:1463–81.
12. Psychosocial Treatments to Promote Functional Recovery in Schizophrenia | Schizophrenia Bulletin | Oxford Academic [Internet]. [cited 2023 Feb 15]. Available from: <https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/35/2/347/1909008>
13. Pizga A, Karatzanos E, Tsikrika S, Gioni V, Vasileiadis I, Nanas S, et al. Psychosocial Interventions to Enhance Treatment Adherence to Lifestyle Changes in Cardiovascular Disease: A Review of the Literature 2011-2021. *Eur J Environ Public Health*. 2022 Jan 20;6(1):em0102.

14. Kim SY, Kim AhR. Effectiveness of community-based interventions for patients with schizophrenia spectrum disorders: a study protocol for a systematic review. *Syst Rev*. 2021 Apr 13;10(1):106.
15. Moges S, Belete T, Mekonen T, Menberu M. Lifetime relapse and its associated factors among people with schizophrenia spectrum disorders who are on follow up at Comprehensive Specialized Hospitals in Amhara region, Ethiopia: a cross-sectional study. *Int J Ment Health Syst*. 2021 May 6;15(1):42.
16. Kishimoto T, Robenzadeh A, Leucht C, Leucht S, Watanabe K, Mimura M, et al. Long-Acting Injectable vs Oral Antipsychotics for Relapse Prevention in Schizophrenia: A Meta-Analysis of Randomized Trials. *Schizophr Bull*. 2014 Jan 1;40(1):192–213.
17. Rowland TA, Marwaha S. Epidemiology and risk factors for bipolar disorder. *Ther Adv Psychopharmacol*. 2018 Apr 26;8(9):251–69.
18. Perry A, Roberts G, Mitchell P, Breakspear M. Connectomics of bipolar disorder: a critical review, and evidence for dynamic instabilities within interoceptive networks. *Mol Psychiatry*. 2018 Oct 2;24.
19. Hankin BL. Etiology of Bipolar Disorder Across the Lifespan: Essential Interplay With Diagnosis, Classification, and Assessment. *Clin Psychol Publ Div Clin Psychol Am Psychol Assoc*. 2009 Jun 10;16(2):227–30.
20. Kim Y, Santos R, Gage FH, Marchetto MC. Molecular Mechanisms of Bipolar Disorder: Progress Made and Future Challenges. *Front Cell Neurosci* [Internet]. 2017 [cited 2023 Feb 15];11. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fncel.2017.00030>
21. Magioncalda P, Martino M. A unified model of the pathophysiology of bipolar disorder. *Mol Psychiatry*. 2022 Jan;27(1):202–11.
22. Ligji_Nr.44_2012_per_shendetin_mendor.pdf [Internet]. [cited 2023 Feb 15]. Available from: https://shendetesia.gov.al/wp-content/uploads/2018/03/Ligji_Nr.44_2012_per_shendetin_mendor.pdf
23. Gitlin MJ. Antidepressants in bipolar depression: an enduring controversy. *Int J Bipolar Disord*. 2018 Dec 1;6(1):25.
24. Scherk H, Pajonk FG, Leucht S. Second-Generation Antipsychotic Agents in the Treatment of Acute Mania: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Arch Gen Psychiatry*. 2007 Apr 1;64(4):442–55.
25. Mood Stabilizers and Antipsychotics for Acute Mania: Systematic Review and Meta-Analysis of Augmentation Therapy vs Monotherapy From the Perspective of Time to the Onset of Treatment Effects | *International Journal of Neuropsychopharmacology* | Oxford Academic [Internet]. [cited 2023 Feb 15]. Available from: <https://academic.oup.com/ijnp/article/25/10/839/6657737>

26. Smith LA, Cornelius V, Warnock A, Bell A, Young AH. Effectiveness of mood stabilizers and antipsychotics in the maintenance phase of bipolar disorder: a systematic review of randomized controlled trials. *Bipolar Disord*. 2007 Jun;9(4):394–412.
27. Prajapati AR, Wilson J, Song F, Maidment I. Second-generation antipsychotic long-acting injections in bipolar disorder: Systematic review and meta-analysis. *Bipolar Disord*. 2018;20(8):687–96.
28. Chou YH, Chu PC, Wu SW, Lee JC, Lee YH, Sun IW, et al. A Systemic Review and Experts' Consensus for Long-acting Injectable Antipsychotics in Bipolar Disorder. *Clin Psychopharmacol Neurosci*. 2015 Aug;13(2):121–8.
29. Overview | Bipolar disorder: assessment and management | Guidance | NICE [Internet]. NICE; [cited 2022 Dec 16]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg185>
30. Shah N, Grover S, Rao GP. Clinical Practice Guidelines for Management of Bipolar Disorder. *Indian J Psychiatry*. 2017 Jan;59(Suppl 1):S51.
31. Reinares M, Sánchez-Moreno J, Fountoulakis KN. Psychosocial interventions in bipolar disorder: What, for whom, and when. *J Affect Disord*. 2014 Mar 1;156:46–55.
32. Vancampfort D, Rosenbaum S, Schuch FB, Ward PB, Probst M, Stubbs B. Prevalence and predictors of treatment dropout from physical activity interventions in schizophrenia: a meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*. 2016;39:15–23.
33. Grover S, Mallnaik S, Chakrabarti S, Mehra A. Factors associated with dropout from treatment: An exploratory study. *Indian J Psychiatry*. 2021 Feb;63(1):41.
34. Leclerc E, Noto C, Bressan RA, Brietzke E. Determinants of adherence to treatment in first-episode psychosis: a comprehensive review. *Rev Bras Psiquiatr*. 2015 May 1;37(2):168–76.
35. Tehrani E, Krussel J, Borg L, Munk-Jorgensen P. Dropping out of psychiatric treatment: a prospective study of a first-admission cohort. *Acta Psychiatr Scand*. 1996 Oct 1;94(4):266–71.
36. Jung SH, Kim WH, Choi HJ, Kang MH, Lee JS, Bae JN, et al. Factors Affecting Treatment Discontinuation and Treatment Outcome in Patients with Schizophrenia in Korea: 10-Year Follow-Up Study, Factors Affecting Treatment Discontinuation and Treatment Outcome in Patients with Schizophrenia in Korea: 10-Year Follow-Up Study. *Psychiatry Investig Psychiatry Investig*. 2010 Nov 27;8(1):22–9.
37. Villeneuve K, Potvin S, Lesage A, Nicole L. Meta-analysis of rates of drop-out from psychosocial treatment among persons with schizophrenia spectrum disorder. *Schizophr Res*. 2010 Aug;121(1–3):266–70.
38. Schultz SH, North SW, Shields CG. Schizophrenia: A Review. *Am Fam Physician*. 2007 Jun 15;75(12):1821–9.

39. Grover S, Mallnaik S, Chakrabarti S, Mehra A. Factors associated with dropout from treatment: An exploratory study. *Indian J Psychiatry*. 2021;63(1):41–51.
40. Linden M, Godemann F, Gaebel W, Kopke W, Muller P, Muller-Spahn F, et al. A Prospective Study of Factors Influencing Adherence to a Continuous Neuroleptic Treatment Program in Schizophrenia Patients During 2 Years. *Schizophr Bull*. 2001 Jan 1;27(4):585–96.
41. Savitz J, Harrison NA. Interoception and Inflammation in Psychiatric Disorders. *Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging*. 2018 Jun;3(6):514–24.
42. Interoception and Mental Health: A Roadmap - ScienceDirect [Internet]. [cited 2023 Feb 17]. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2451902217302343>
43. Choudhry FR, Mani V, Ming LC, Khan TM. Beliefs and perception about mental health issues: a meta-synthesis. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016 Oct 31;12:2807–18.
44. Moon E, Chang JS, Kim MY, Seo MH, Cha B, Ha TH, et al. Dropout rate and associated factors in patients with bipolar disorders. *J Affect Disord*. 2012 Dec 1;141(1):47–54.
45. Karekla M, Konstantinou P, Ioannou M, Kareklas I, Gloster AT. The Phenomenon of Treatment Dropout, Reasons and Moderators in Acceptance and Commitment Therapy and Other Active Treatments: *Clin Psychol Eur*. 2019 Sep 20;1(3):1–36.
46. Strakowski SM, Keck PE Jr, McElroy SL, West SA, Sax KW, Hawkins JM, et al. Twelve-Month Outcome After a First Hospitalization for Affective Psychosis. *Arch Gen Psychiatry*. 1998 Jan 1;55(1):49–55.
47. Bosch P, Waberg J, Van den Noort M, Staudte H, Lim S, Egger J. Symptom severity, quality of sleep, and treatment adherence among patients suffering from schizophrenia and depression. *Neuroimmunol Neuroinflammation*. 2016 May 20;3(5):109.
48. Benelmokhtar JM, Chiliza B, Phahladira L, Emsley R, Asmal L. Factors associated with dropout at 2 years post-initiation of treatment in the first episode of schizophrenia. *South Afr J Psychiatry*. 27(1):1657.
49. Pradier MF, McCoy Jr TH, Hughes M, Perlis RH, Doshi-Velez F. Predicting treatment dropout after antidepressant initiation. *Transl Psychiatry*. 2020 Feb 6;10(1):1–8.
50. Rabinowitz J, Levine SZ, Barkai O, Davidov O. Dropout Rates in Randomized Clinical Trials of Antipsychotics: A Meta-analysis Comparing First- and Second-Generation Drugs and an Examination of the Role of Trial Design Features. *Schizophr Bull*. 2009 Jul;35(4):775–88.
51. Kan C, Eid L, Treasure J, Himmerich H. A Meta-Analysis of Dropout and Metabolic Effects of Antipsychotics in Anorexia Nervosa. *Front Psychiatry* [Internet]. 2020 [cited 2023 Mar 1];11. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2020.00208>
52. Wang J. Mental Health Treatment Dropout and Its Correlates in a General Population Sample. *Med Care*. 2007;45(3):224–9.

53. Britt T, Black K, Cheung J, Pury C, Zinzow H. The Role of Different Stigma Perceptions in Treatment Seeking and Dropout Among Active Duty Military Personnel. *Psychiatr Rehabil J*. 2015 Mar 23;38.
54. Lincoln TM, Rief W, Westermann S, Ziegler M, Kesting ML, Heibach E, et al. Who stays, who benefits? Predicting dropout and change in cognitive behaviour therapy for psychosis. *Psychiatry Res*. 2014 May 15;216(2):198–205.
55. Physical exercise and the patient with schizophrenia [Internet]. *Australian Journal of General Practice*. [cited 2023 Mar 1]. Available from: <https://www1.racgp.org.au/ajgp/2020/december/physical-exercise-and-the-patient-with-schizophren>
56. Schuch FB, Vancampfort D. Physical activity, exercise, and mental disorders: it is time to move on. *Trends Psychiatry Psychother*. 2021 Oct 22;43(3):177–84.
57. Byrne MK, Deane FP, Lambert G, Coombs T. Enhancing Medication Adherence: Clinician Outcomes from the Medication Alliance Training Program. *Aust N Z J Psychiatry*. 2004 Apr 1;38(4):246–53.
58. How to Determine Sample Size in Research [Internet]. Qualtrics. [cited 2023 Mar 8]. Available from: <https://www.qualtrics.com/uk/experience-management/research/determine-sample-size/>
59. Üçok A, Yazici K, Mete L, Kültür S, Göğüs A, Erkoç Ş, et al. Factors Associated with Dropout and Noncompliance in Patients with Schizophrenia: Results of a One-Year Follow-Up. *Clin Schizophr Relat Psychoses*. 2007 Jul;1(2):161–7.
60. Moon E, Chang JS, Kim MY, Seo MH, Cha B, Ha TH, et al. Dropout rate and associated factors in patients with bipolar disorders. *J Affect Disord*. 2012 Dec 1;141(1):47–54.
61. Kreyenbuhl J, Nossel IR, Dixon LB. Disengagement From Mental Health Treatment Among Individuals With Schizophrenia and Strategies for Facilitating Connections to Care: A Review of the Literature. *Schizophr Bull*. 2009 Jul 1;35(4):696–703.
62. Gonçalves-Pinho M, Freitas A, von Doellinger O, Ribeiro JP. Bipolar Disorder Related Hospitalizations - a Descriptive Nationwide Study Using a Big Data Approach. *Psychiatr Q*. 2022 Mar;93(1):325–33.
63. Chen E, Bazargan-Hejazi S, Ani C, Hindman D, Pan D, Ebrahim G, et al. Schizophrenia hospitalization in the US 2005–2014. *Medicine (Baltimore)*. 2021 Apr 16;100(15):e25206.
64. Gerlinger G, Hauser M, De Hert M, Lacluyse K, Wampers M, Correll CU. Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry*. 2013 Jun;12(2):155–64.
65. Singh A, Mattoo SK, Grover S. Stigma and its correlates in patients with schizophrenia attending a general hospital psychiatric unit. *Indian J Psychiatry*. 2016;58(3):291–300.

66. Mileva VR, Vázquez GH, Milev R. Effects, experiences, and impact of stigma on patients with bipolar disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2013;9:31–40.
67. Uchida H, Suzuki T, Takeuchi H, Arenovich T, Mamo DC. Low Dose vs Standard Dose of Antipsychotics for Relapse Prevention in Schizophrenia: Meta-analysis. *Schizophr Bull*. 2011 Jul 1;37(4):788–99.
68. Muench J, Hamer AM. Adverse Effects of Antipsychotic Medications. *Am Fam Physician*. 2010 Mar 1;81(5):617–22.
69. Jacob KS. Insight in Psychosis: An Indicator of Severity of Psychosis, an Explanatory Model of Illness, and a Coping Strategy. *Indian J Psychol Med*. 2016;38(3):194–201.
70. Onwumere J, Kuipers E. Psychosis and the family: The role of family interventions. In: *Treatment response and resistance in schizophrenia*. New York, NY, US: Oxford University Press; 2018. p. 109–27. (Oxford psychiatry library series).
71. Sotiri E, Elezi F, Braho A, Alushi L. The role of the family in the psychiatric treatment dropout. *Anthropol Res Stud [Internet]*. 2017 [cited 2018 Aug 12];1(1). Available from: <http://www.journalstudiesanthropology.ro/en/the-role-of-the-family-in-the-psychiatric-treatment-dropout/a75/>
72. Sotiri E, Elezi F, Braho A, Alushi L. The role of the family in the psychiatric treatment dropout. *Anthropol Res Stud [Internet]*. 2017 [cited 2018 Aug 12];1(1). Available from: <http://www.journalstudiesanthropology.ro/en/the-role-of-the-family-in-the-psychiatric-treatment-dropout/a75/>
73. Caqueo-Urizar A, Rus-Calafell M, Urzúa A, Escudero J, Gutiérrez-Maldonado J. The role of family therapy in the management of schizophrenia: challenges and solutions. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2015 Jan 14;11:145–51.
74. Correll CU, Schooler NR. Negative Symptoms in Schizophrenia: A Review and Clinical Guide for Recognition, Assessment, and Treatment. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2020 Feb 21;16:519–34.
75. Simple-type schizophrenia. In: *Wikipedia [Internet]*. 2022 [cited 2023 Mar 12]. Available from: https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Simple-type_schizophrenia&oldid=1122877812
76. Üçok A, Yazici K, Mete L, Kültür S, Göğüs A, Erkoç Ş, et al. Factors Associated with Dropout and Noncompliance in Patients with Schizophrenia: Results of a One-Year Follow-Up. *Clin Schizophr Relat Psychoses*. 2007 Jul;1(2):161–7.
77. García S, Martínez-Cengotitabengoa M, López-Zurbano S, Zorrilla I, López P, Vieta E, et al. Adherence to Antipsychotic Medication in Bipolar Disorder and Schizophrenic Patients. *J Clin Psychopharmacol*. 2016 Aug;36(4):355–71.
78. Kirchner SK, Lauseker M, Adorjan K, Anderson-Schmidt H, Anghelescu IG, Baune BT, et al. Medication Adherence in a Cross-Diagnostic Sample of Patients From the Affective-to-

Psychotic Spectrum: Results From the PsyCourse Study. *Front Psychiatry* [Internet]. 2022 [cited 2023 Mar 12];12. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2021.713060>

79. Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, Scott J, Carpenter D, Ross R, et al. The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. *J Clin Psychiatry*. 2009;70 Suppl 4:1–46; quiz 47–8.
80. Acosta FJ, Bosch E, Sarmiento G, Juanes N, Caballero-Hidalgo A, Mayans T. Evaluation of noncompliance in schizophrenia patients using electronic monitoring (MEMS) and its relationship to sociodemographic, clinical and psychopathological variables. *Schizophr Res*. 2009 Feb;107(2–3):213–7.
81. Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, Scott J, Carpenter D, Ross R, et al. The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. *J Clin Psychiatry*. 2009;70 Suppl 4:1–46; quiz 47–8.
82. Glick ID, Stekoll AH, Hays S. The Role of the Family and Improvement in Treatment Maintenance, Adherence, and Outcome for Schizophrenia: *J Clin Psychopharmacol*. 2011 Feb;31(1):82–5.
83. Higashi K, Medic G, Littlewood KJ, Diez T, Granström O, De Hert M. Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review. *Ther Adv Psychopharmacol*. 2013 Aug;3(4):200–18.
84. Linden M, Godemann F, Gaebel W, Köpke W, Müller P, Müller-Spahn F, et al. A prospective study of factors influencing adherence to a continuous neuroleptic treatment program in schizophrenia patients during 2 years. *Schizophr Bull*. 2001;27(4):585–96.
85. Crişan CA. Lack of Insight in Bipolar Disorder: The Impact on Treatment Adherence, Adverse Clinical Outcomes and Quality of Life [Internet]. *Psychotic Disorders - An Update*. IntechOpen; 2018 [cited 2023 Mar 12]. Available from: <https://www.intechopen.com/chapters/60685>
86. Higashi K, Medic G, Littlewood KJ, Diez T, Granström O, De Hert M. Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review. *Ther Adv Psychopharmacol*. 2013 Aug;3(4):200–18.
87. Olfson M, Marcus SC, Wilk J, West JC. Awareness of illness and nonadherence to antipsychotic medications among persons with schizophrenia. *Psychiatr Serv Wash DC*. 2006 Feb;57(2):205–11.
88. Rodrigues R, MacDougall AG, Zou G, Lebenbaum M, Kurdyak P, Li L, et al. Involuntary hospitalization among young people with early psychosis: A population-based study using health administrative data. *Schizophr Res*. 2019 Jun 1;208:276–84.
89. Kishimoto T, Robenzadeh A, Leucht C, Leucht S, Watanabe K, Mimura M, et al. Long-Acting Injectable vs Oral Antipsychotics for Relapse Prevention in Schizophrenia: A Meta-Analysis of Randomized Trials. *Schizophr Bull*. 2014 Jan 1;40(1):192–213.

90. El-Mallakh RS. Medication adherence and the use of long-acting antipsychotics in bipolar disorder. *J Psychiatr Pract.* 2007 Mar;13(2):79–85.
91. Bond DJ, Pratoomsri W, Yatham LN. Depot antipsychotic medications in bipolar disorder: a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2007;(434):3–16.
92. Rittmannsberger H, Rosenleitner J, Malsiner-Walli G, Werl R, Rittmannsberger B, Yazdi K. Treatment Duration With Long-Acting Injectable Antipsychotics After In-hospital Initiation: A Retrospective Cohort Study. *J Clin Psychopharmacol.* 2017 Apr;37(2):250–4.
93. Prajapati AR, Wilson J, Song F, Maidment I. Second-generation antipsychotic long-acting injections in bipolar disorder: Systematic review and meta-analysis. *Bipolar Disord.* 2018;20(8):687–96.
94. Greene M, Yan T, Chang E, Hartry A, Touya M, Broder MS. Medication adherence and discontinuation of long-acting injectable versus oral antipsychotics in patients with schizophrenia or bipolar disorder. *J Med Econ.* 2018 Feb;21(2):127–34.
95. Kane JM, Garcia-Ribera C. Clinical guideline recommendations for antipsychotic long-acting injections. *Br J Psychiatry Suppl.* 2009 Nov;52:S63-67.
96. Brissos S, Veguilla MR, Taylor D, Balanzá-Martinez V. The role of long-acting injectable antipsychotics in schizophrenia: a critical appraisal. *Ther Adv Psychopharmacol.* 2014 Oct;4(5):198–219.
97. Correll CU, Citrome L, Haddad PM, Lauriello J, Olfson M, Calloway SM, et al. The Use of Long-Acting Injectable Antipsychotics in Schizophrenia: Evaluating the Evidence. *J Clin Psychiatry.* 2016;77(suppl 3):1–24.
98. Hudson TJ, Owen RR, Thrush CR, Han X, Pyne JM, Thapa P, et al. A pilot study of barriers to medication adherence in schizophrenia. *J Clin Psychiatry.* 2004 Feb;65(2):211–6.
99. Bosch P, Waberg J, Noort M van den, Staudte H, Lim S, Egger J. Symptom severity, quality of sleep, and treatment adherence among patients suffering from schizophrenia and depression. *Neuroimmunol Neuroinflammation.* 2016 May 20;3:109–16.
100. Llorca PM. Partial compliance in schizophrenia and the impact on patient outcomes. *Psychiatry Res.* 2008 Nov 30;161(2):235–47.
101. Bulteau S, Grall-Bronnec M, Bars PY, Laforgue EJ, Etcheverrigaray F, Loirat JC, et al. Bipolar disorder and adherence: implications of manic subjective experience on treatment disruption. *Patient Prefer Adherence.* 2018 Jul 27;12:1355–61.
102. Knapp M, King D, Pugner K, Lapuerta P. Non-adherence to antipsychotic medication regimens: associations with resource use and costs. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* 2004 Jun;184:509–16.

103. Novick D, Haro JM, Suarez D, Perez V, Dittmann RW, Haddad PM. Predictors and clinical consequences of non-adherence with antipsychotic medication in the outpatient treatment of schizophrenia. *Psychiatry Res.* 2010 Apr 30;176(2–3):109–13.
104. Morken G, Widen JH, Grawe RW. Non-adherence to antipsychotic medication, relapse and rehospitalisation in recent-onset schizophrenia. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2008 Dec [cited 2018 Aug 12];8(1). Available from: <http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-8-32>
105. Acosta FJ, Hernández JL, Pereira J, Herrera J, Rodríguez CJ. Medication adherence in schizophrenia. *World J Psychiatry.* 2012 Oct 22;2(5):74–82.
106. Tattan TMG, Creed FH. Negative Symptoms of Schizophrenia and Compliance with Medication. *Schizophr Bull.* 2001 Jan 1;27(1):149–55.
107. The Role of the Family in Preventing Relapse of Schizophrenia Patient | Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences. 2023 Jan 1 [cited 2023 Mar 12]; Available from: <https://oamjms.eu/index.php/mjms/article/view/5789>
108. Freudenreich O, Cather C, Evins AE, Henderson DC, Goff DC. Attitudes of schizophrenia outpatients toward psychiatric medications: relationship to clinical variables and insight. *J Clin Psychiatry.* 2004 Oct;65(10):1372–6.
109. Fleischhacker WW, Oehl MA, Hummer M. Factors influencing compliance in schizophrenia patients. *J Clin Psychiatry.* 2003;64 Suppl 16:10–3.
110. Sajatovic M, Levin JB, Sams J, Cassidy KA, Akagi K, Aebi ME, et al. Symptom severity, self-reported adherence, and electronic pill monitoring in poorly adherent patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2015 Sep;17(6):653–61.
111. Youn H, Lee MS, Jeong HG, Kim S. Evaluation of factors associated with medication adherence in patients with bipolar disorder using a medication event monitoring system: a 6-month follow-up prospective study. *Ann Gen Psychiatry.* 2022 Aug 23;21(1):33.
112. Consoloni JL, M'Bailara K, Perchec C, Aouizerate B, Aubin V, Azorin JM, et al. Trajectories of medication adherence in patients with Bipolar Disorder along 2 years-follow-up. *J Affect Disord.* 2021 Mar 1;282:812–9.
113. Mazumdar S, Tang G, Houck PR, Dew MA, Begley AE, Scott J, et al. Statistical analysis of longitudinal psychiatric data with dropouts. *J Psychiatr Res.* 2007 Dec;41(12):1032–41.
114. Sotiri E, Bitri S, Elezi F, Çomo A. Co-Occurrence of Psychiatric Diseases in Patients with Alcohol Use Disorders and Psychiatric Treatment Discontinuation [Internet]. <http://www.opastpublishers.com>. [cited 2023 Feb 17]. Available from: <http://www.opastpublishers.com/open-access-articles/cooccurrence-of-psychiatric-diseases-in-patients-with-alcohol-use-disorders-and-psychiatric-treatment-discontinuation.pdf>

115. Passos SRL, Camacho LAB. Factors associated with immediate dropout of outpatient treatment for drug abuse in Rio de Janeiro. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2000 Dec 1;35(11):513–7.
116. Kreyenbuhl J, Nossel IR, Dixon LB. Disengagement From Mental Health Treatment Among Individuals With Schizophrenia and Strategies for Facilitating Connections to Care: A Review of the Literature. *Schizophr Bull.* 2009 Jul 1;35(4):696–703.

FORMULARI I MBLEDHJES SE TE DHENAVE

	Vleresimi 1	Vleresimi 2	Vleresimi 3	Vleresimi 4	Koment
Diagnoza					
Mosha					
Mosha e fillimit					
Gjinia					
Banimit - Urban - Jo urban					
Arsimi					
Gj cilvile					
Punesimi					
Mbeshtetja familiare					
Mosha e episodit te pare					
Nr Episodesh					
BP - Psikoza					
Hospitalimim i meparshem					
Hospitalizim pas nderperjes					
Ndjekja ne Publik vs Privat					
Stigma					
Numri i antipsikotikeve					
Antipsikotik me veprim te zgjatur					
Niveli i dozes					
Lloji antipsikotikut					
Stabilizues humori - lloji					
Efekte anesore ekstrapiramidale					
Efekte anesore somatike metabolike					
Efekte anesore konjitive					
Epsiod humor i larte BP					
Episod miks BP					
Episod depresiv BP					
Simptoma negative Skizofrenia					
Simptoma positive Skizofrenia					

NAME: _____
PATIENT ID#: _____

DATE: _____
MD: _____

BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE (BPRS)

Please enter the score for the term which best describes the patient's condition.

0 = not assessed, 1 = not present, 2 = very mild, 3 = mild, 4 = moderate, 5 = moderately severe, 6 = severe, 7 = extremely severe

<p>1. SOMATIC CONCERN Degree of concern over present bodily health. Rate the degree to which physical health is perceived as a problem by the patient, whether complaints have a realistic basis or not.</p> <p>SCORE <input type="text"/></p>	<p>10. HOSTILITY Animosity, contempt, belligerence, disdain for other people outside the interview situation. Rate solely on the basis of the verbal report of feelings and actions of the patient toward others; do not infer hostility from neurotic defenses, anxiety, nor somatic complaints. (<i>Rate attitude toward interviewer under "uncooperativeness"</i>).</p> <p>SCORE <input type="text"/></p>
<p>2. ANXIETY Worry, fear, or over-concern for present or future. Rate solely on the basis of verbal report of patient's own subjective experiences. Do not infer anxiety from physical signs or from neurotic defense mechanisms.</p> <p>SCORE <input type="text"/></p>	<p>11. SUSPICIOUSNESS Brief (<i>delusional or otherwise</i>) that others have now, or have had in the past, malicious or discriminatory intent toward the patient. On the basis of verbal report, rate only those suspicions which are currently held whether they concern past or present circumstances.</p> <p>SCORE <input type="text"/></p>
<p>3. EMOTIONAL WITHDRAWAL Deficiency in relating to the interviewer and to the interviewer situation. Rate only the degree to which the patient gives the impression of failing to be in emotional contact with other people in the interview situation.</p> <p>SCORE <input type="text"/></p>	<p>12. HALLUCINATORY BEHAVIOR Perceptions without normal external stimulus correspondence. Rate only those experiences which are reported to have occurred within the last week and which are described as distinctly different from the thought and imagery processes of normal people.</p> <p>SCORE <input type="text"/></p>
<p>4. CONCEPTUAL DISORGANIZATION Degree to which the thought processes are confused, disconnected, or disorganized. Rate on the basis of integration of the verbal products of the patient; do not rate on the basis of patient's subjective impression of his own level of functioning.</p> <p>SCORE <input type="text"/></p>	<p>13. MOTOR RETARDATION Reduction in energy level evidenced in slowed movements. Rate on the basis of observed behavior of the patient only; do not rate on the basis of patient's subjective impression of own energy level.</p> <p>SCORE <input type="text"/></p>
<p>5. GUILT FEELINGS Over-concern or remorse for past behavior. Rate on the basis of the patient's subjective experiences of guilt as evidenced by verbal report with appropriate affect; do not infer guilt feelings from depression, anxiety or neurotic defenses.</p> <p>SCORE <input type="text"/></p>	<p>14. UNCOOPERATIVENESS Evidence of resistance, unfriendliness, resentment, and lack of readiness to cooperate with the interviewer. Rate only on the basis of the patient's attitude and responses to the interviewer and the interview situation; do not rate on basis of reported resentment or uncooperativeness outside the interview situation.</p> <p>SCORE <input type="text"/></p>
<p>6. TENSION Physical and motor manifestations of tension "nervousness", and heightened activation level. Tension should be rated solely on the basis of physical signs and motor behavior and not on the basis of subjective experiences of tension reported by the patient.</p> <p>SCORE <input type="text"/></p>	<p>15. UNUSUAL THOUGHT CONTENT Unusual, odd, strange or bizarre thought content. Rate here the degree of unusualness, not the degree of disorganization of thought processes.</p> <p>SCORE <input type="text"/></p>
<p>7. MANNERISMS AND POSTURING Unusual and unnatural motor behavior, the type of motor behavior which causes certain mental patients to stand out in a crowd of normal people. Rate only abnormality of movements; do not rate simple heightened motor activity here.</p> <p>SCORE <input type="text"/></p>	<p>16. BLUNTED AFFECT Reduced emotional tone, apparent lack of normal feeling or involvement.</p> <p>SCORE <input type="text"/></p>
<p>8. GRANDIOSITY Exaggerated self-opinion, conviction of unusual ability or powers. Rate only on the basis of patient's statements about himself or self-in-relation-to-others, not on the basis of his demeanor in the interview situation.</p> <p>SCORE <input type="text"/></p>	<p>17. EXCITEMENT Heightened emotional tone, agitation, increased reactivity.</p> <p>SCORE <input type="text"/></p>
<p>9. DEPRESSIVE MOOD Despondency in mood, sadness. Rate only degree of despondency; do not rate on the basis of inferences concerning depression based upon general retardation and somatic complaints.</p> <p>SCORE <input type="text"/></p>	<p>18. DISORIENTATION Confusion or lack of proper association for person, place or time.</p> <p>SCORE <input type="text"/></p>