

PROBLEMET EMOCIONALE DHE TË SJELLJES TEK FËMIJËT E VETERANËVE TË LUFTËS NË KOSOVË

Eglantina Kraja

Dorëzuar

Universitetit Europian të Tiranës

Shkollës Doktorale

Në përmbushje të detyrimeve të programit të Doktoratës në Shkenca Sociale,
me profil Psikologji, për marrjen e gradës shkencore “Doktor”

Udhëheqës shkencor: Prof.Ass.Mimoza Shahini

Numri i fjalëve: 54.115

Tiranë, 2018

DEKLARATA E AUTORËSISË

Nën përgjegjësinë time të plotë deklaroj se kjo tezë përfaqëson punën time origjinale, nuk është prezantuar apo botuar asnjëherë para ndonjë institucioni për vlerësim. Në punim nuk janë përdorur burime të tjera, përveç atyre të cituara dhe referuara.

Me vetëdije të plotë, në rast të mospërputhjeve, Këshilli i Profesorëve të UET-it është i ngarkuar të më revokoj gradën “Doktor”, që më është dhënë mbi bazën e kësaj teze, në përputhje me “Rregulloren e programeve të Doktoratës” në UET.

© 2018, E drejtë e autorit.

Të gjitha të drejtat i rezervohen autorit. Ky punim nuk mund të riprodhohet plotësisht ose pjesërisht, në formë/mënyrë elektronike apo mekanike, përfshirë fotokopjimin ose deponimin e ndonjë informate, pa lejen me shkrim të autorit.

ABSTRAKTI

Duke pasur parasysh humbjet njerëzore dhe dëmet ekonomike / infrastrukture, konflikti / lufta e viteve 1998 - 99 që ndodhi në mes të etnisë shqiptare dhe asaj serbe në Kosovë ishte një ndër konfliktet më të mëdha në ballkan, në gjysmë shekullin XX. Një numri i konsiderueshëm i hulumtimeve tregojnë se fëmijët e veteraneve zhvillojnë një varg problemesh si në jetën emocionale dhe problemeve në sjelljes dhe se këto efekte janë më të fuqishme nëse prindërit e tyre veteranë kanë përjetuar përvoja të rënda traumatike gjatë luftës. Qëllimi i këtij studimi ka qenë njohja më problemet emocionale dhe sjelljes në adoleshentët e veteranëve të luftës si dhe lidhshmërinë e problemeve emocionale në prindër me problemet emocionale të fëmijëve. Kampioni i përgjithshëm i fëmijëve të veteranëve është 575 ku prej tyre 52.87% (N = 304) kanë qenë meshkuj dhe 47.13% (N = 271) kanë qenë të gjinisë femrore. Për matjen e problemeve emocionale në adoleshentë është përdorur Pyetsori Vetraportues (Youth Self Report) dhe prindërit gjithashtu kanë përdorur Pyetsorin Vetraportues (Adult Self Report) si dhe pjesa e parë e Pyetsorit të Harvardit për Traumën.

Rezultatet kanë treguar që 12.9 % e adoleshentëve kanë raportuar problem emocionale dhe sjelljes në total në shkallë devijante, ndërsa në shkallën e problemeve emocionale (shkalla internalizuese) 23.3% dhe në shkallën e problemeve në sjellje (eksternalizuese) 10.3%. Ky studim nuk ka gjetur dallime gjinore në raportimin e problemeve emocionale, ndërsa në shkallën e problemeve në sjellje meshkujt kanë treguar mesatare më të lartë se vajzat ($t(1) = 2.39, p = .017$). Edhe pse mosha nuk ka pasur ndikim signifikant në raportimin e problemeve emocionale dhe sjelljes adoleshentët 15 - 18 vjeçar

kanë pasur mesatare më të lartë. Problemet emocionale dhe sjelljes kanë qenë më të lartë në grupin e fëmijëve më status ekonomik të ulët. Përjetimi i ngjarjeve traumatike e prindërve është gjetur të kishte ndikim të rëndësishëm statistikor në variancën e problemeve emocionale dhe sjelljes në adoleshentët e studimit. Një rezultat i rëndësishëm i këtij studimi është se problemet emocionale dhe sjelljes në veteran janë gjetur prediktor të rëndësishëm për problemet emocionale dhe sjelljes në fëmijët e tyre. Rezultatet e fituara tregojnë se fëmijët adoleshentë të veteranëve të cilët kanë probleme të shëndetit mendor janë në rrezik të lartë për të zhvilluar probleme emocionale dhe sjelljes.

ABSTRACT

Taking in account human losses and economical / infrastructural damages, the conflict / war that happened during 1998 - 99 between Albanian and Serbian ethnic groups was one of the biggest conflicts in Balkan in the second half of XX century. Considered data of research indicate that children of veterans develop emotional and behavioral problems and those problems are more serious if the parent (veteran) has experienced severe trauma during the war. The purpose of this study was to estimate the prevalence of emotional and behavioral problems of adolescents of war veterans and explore the relationship between parents emotional and behavior problems with adolescent emotional and behavior problems. A sample of 575 veteran's children was included in the study, with males 52.87% (N = 304) and females 47.13% (N = 271). To measure emotional problems at adolescents was used Youth Self Report questionnaire while the parents used Adults Self Report and the first part of Harvard Questionnaire for Trauma.

Results of the study showed that 12.9% of adolescents have reported emotional and behavioral problems in total, while in the scale of emotional problems (internalizing scale) 23.3% and in emotional problems (externalizing) 10.3%. There was no gender differences in the reporting of emotional problems, while in the behavioral scale male have had a higher mean compared to females ($t(1) = 2.49, p = .017$). Although age didn't have significant effects in the report of emotional and behavioral problems, adolescents 15 - 18 years old have had higher mean. Emotional and behavioral problems were higher in the group of children who belonged in the families with low economical status. Parent traumatic event

experience had important statistical effect on the emotional and behavioral problems at adolescents of this study. One important result of this study is that emotional and behavioral problems at veterans predicted emotional and behavioral problems on their children. The results of the study show that children of veterans who have mental health problems are vulnerable to develop emotional and behavioral disturbances.

DEDIKIMI

Për të gjithë dëshmorët e rënë në luftë dhe familjet e tyre. Falë gjakut tuaj, ne sot gëzojmë lirinë.

FALENDERIME

Studimi nuk do të ishte i mundur të realizohet pa ndihmën e shumë personave, të cilëve dëshiroj t'u shpreh mirënjohjen time. Falenderoj të gjithë ish-veteranët e luftës së fundit në Kosovë, prindërit dhe fëmijët, të cilët pranuan të ndanin eksperiencat personale dhe problemet që shoqërojnë jetën e tyre. Falenderim dhe respekt për Organizatën e Veteranëve të Luftës (OVL) të Ushtrisë Çlirimtare të Kosovës (UÇK) dhe Degët e OVL të UÇK-së në mbarë Kosovën, për mbështetjen e tyre të pa rezervë në realizimin e këtij studimi.

Falenderim i veçantë shkon për udhëheqësen shkencore të këtij punimi, Prof. Ass. Mimoza Shahini, e cila me mbështetjen e saj, këshillat e vlefshme akademike dhe sugjerimet në çdo fazë të studimit, më inkurajoi dhe ndihmoi ta realizoj me sukses këtë kërkim. U jam mirënjohëse kolegëve në Qendrën e Shëndetit për Fëmijë dhe Familje në Qendrën Klinike Universitare të Kosovës, dhe kolegëve në Fakultetin e Mjekësisë në Prishtinë dhe në Gjakovë, të cilët kanë dhënë një ndihmë të pakushtëzuar, duke mos e kursyer përvojën, momentet delikate, opinionet dhe rekomandimet e tyre lidhur me fushën e kërkimit.

Së fundmi, një falenderim i veçantë është për prindërit e mi të shtrenjtë, bashkëshortin, fëmijët e mi, Ejzin dhe Egnilën, të cilët me durimin e tyre kanë tejkaluar mungesën e herëpashërëshme të vëmendjes sime, dhe duke më mbështetur dhe inkurajuar gjatë gjithë procesit të punimit. Pa mbështetjen tuaj, nuk do të arrija dot këtu. Faleminderit!

PËRMBAJTJA E LËNDËS

KAPITULLI I: HYRJE	19
1.1 Konteksti i studimit	19
1.2 Nevoja për këtë studim	22
1.3 Qëllimi dhe objektivat.....	25
1.3.1 Qëllimi	25
1.3.2 Objektivat.....	25
1.4 Përkufizimi i termave.....	26
1.5 Pyetjet dhe Hipotezat	27
1.5.1 Pyetjet hulumtuese	28
1.6 Kufizimet e studimit	29
1.7 Struktura e studimit.....	30
KAPITULLI II: ADOLESHENCA DHE EMOCIONET	32
2.1 Familja e veteranëve	35
2.2 Korniza teorike.....	39
2.2.1 Teoria familjare e Bowen.....	40
2.2.2 Modeli II (bio - psiko - social)	44
2.2.3 Teoria e të mësuarit social	49
2.3 Prevalenca e problemeve emocionale dhe sjelljes	51
2.3.1 Problemet emocionale.....	53
2.4 Stresi post-traumatik te adoleshentët	59
2.4.1 Çrregullimet psikosomatike	61
2.4.2 Prevalenca e problemeve të Sjelljes	62
2.5 Parashikuesit e problemeve emocionale dhe të sjelljes në adoleshencë	65
2.5.1 Problemet mendore të prindërve	65
2.5.2 Gjinia e adoleshentit.....	71
2.5.3 Mosha e adoleshentëve	73
2.5.4 Faktorët socio-gjeografik	75

2.5.5	Dallimet në informatë në raportimin për shëndetin e adoleshentëve	80
2.6	Ndikimi i marrëdhënies prind - fëmijë në problemet emocionale dhe të sjelljes.....	82
2.7	Komorbidity i ankthit dhe depresionit	84
KAPITULLI III: FËMIJËT E VETERANËVE		87
3.1	Problemet emocionale te fëmijët e veteranëve.....	91
3.2	Problemet e sjelljes te fëmijët e veteranëve	95
3.3	Përjetimi traumatik te veteranët	98
3.4	Përjetimet traumatike dhe përcjellja në familje	101
3.5	Përcjellja e traumes në gjeneraten e dytë	106
3.6	Studimet e realizuara në Kosovë.....	109
KAPITULLI IV: METODOLOGJIA E HULUMTIMIT		114
4.1	Pjesëmarrësit	114
4.2	Mënyra e zbatimit të hulumtimit.....	116
4.3	Instrumentet e hulumtimit.....	117
4.4	Analiza e të dhënave	122
4.5	Aspekti etik	123
KAPITULLI V: REZULTATET		124
5.1	Përshkrimi i të dhënave socio - demografike.....	124
5.2	Prevalence e problemeve emocionale dhe sjelljes	126
5.3	Problemet emocionale dhe sjelljes.....	130
5.3.1	Problemet emocionale (shkalla e internalizimit).....	130
5.3.2	Problemet në sjellje (eksternalizuese).....	138
5.3.3	Totali i problemeve emocionale dhe sjelljes	144
5.3.4	Analiza e korrelacionit	148
5.3.5	Analiza e regresionit	150
5.3.6	Komorbidity	155
KAPITULLI VI: DISKUTIMI.....		158
6.1	Prevalenca e problemeve emocionale dhe sjelljes në adoleshentët e veteranëve.....	158
6.2	Faktorët e rrezikut për problemet emocionale dhe sjelljes në adoleshentët e veteranëve	161
6.2.1	Stausi socio-ekonomik i familjeve të veteranëve	161
6.2.2	Gjinia dhe mosha e adoleshentëve	169
6.2.3	Urbanizimi	172

6.2.4	Statusi i prinderve	176
6.3	Përcjellja e problemeve emocionale dhe sjelljes nga prindërit tek fëmijët	179
6.3.1	Komorbiditeti në mes të depresionit, ankthit dhe simptomave somatike.....	180
KAPITULLI VII: KONKLUSIONE		183
SHËNIME		188
SHTOJCA		193
Shtojca 1 – Deklaratë për Shkollën Doktorale UET		193
Shtojca 2 – Deklaratë për Sekretarin dhe Bordin për Mbikqyrje Etike në MSh.....		194
Shtojca 3 – Kërkesë për Organizatën e Veteranëve të Luftës së UÇK		195
Shtojca 4 – Kërkesë për Sekretarin e Përhershëm në MSh		196
Shtojca 5 – Kërkesë për Bordin për Mbikqyrje Etike Profesionale		197
Shtojca 6 – Pëlqim për hulumtim nga OVL e UÇK – Prishtinë		198
Shtojca 7 – Leje për studim shkencor nga Bordi Etik Profesional		199
Shtojca 8 – Letër informimi		200
Shtojca 9 – Deklarata e pajtimit		201
Shtojca 10 – Pyetësi demografik		202
Shtojca 11 – Pyetësi mbi kualitetin e jetës		206
Shtojca 12 – Pyetësi vet-raportues për problemet emocionale dhe sjelljes		207
Shtojca 13 – Pyetësi i Harvardit për traumën pjesa e parë (HTQ).....		211
Shtojca 14 – Pyetësi i të rriturve ASR		212
LISTA E REFERENCAVE / BIBLIOGRAFIA		216
10	AUTOBIOGRAFIA.....	245

LISTA E TABELAVE

Tabela nr. 1	Përmbledhje e letërsisë për transmetimin e gjeneratave me çrregullim të stresit post-traumatik të (PTSD) nga baballarët e bijve të familjeve të veteranëve të luftës	104
Tabela nr. 2	Përshkrimi i përqindjeve për gjininë dhe moshën e adoleshentëve	116
Tabela nr. 3	Përshkrimi i variablave sociodemografike	126
Tabela nr. 4	Numri dhe përqindja e pjesëmarrësve sipas raportimit të shkallës së problemeve emocionale	127
Tabela nr. 5	Numri dhe përqindja e pjesëmarrësve sipas raportimit të shkallës së problemeve në sjellje	127
Tabela nr. 6	Numri dhe përqindja e pjesëmarrësve sipas raportimit të shkallës së problemeve emocionale dhe sjelljes në total	127
Tabela nr. 7	Numri dhe përqindja e pjesëmarrësve sipas raportimit të tre nënshkallëve empirike të problemeve emocionale	128
Tabela nr. 8	Numri dhe përqindja e pjesëmarrësve sipas raportimit të dy nënshkallëve empirike	129
Tabela nr. 9	Numri dhe përqindja e pjesëmarrësve sipas raportimit të tre nënshkallëve të tjera empirike	129
Tabela nr. 10	Raportimi i mesatareve dhe devijimeve standarde për shkallët empirike	130
Tabela nr. 11	Shpërndarja e rezultateve të T testit për problemet internalizuese me gjininë, vendbanimin dhe religjionin	130
Tabela nr. 12	Rezultatet e T testit për nënshkallët empirike sipas vendbanimit	131

Tabela nr. 13	Mesataret dhe devijimet standarde për problemet internalizuese sipas gjinisë dhe vendbanimit	132
Tabela nr. 14	Mesataret dhe devijimet standarde për problemet internalizuese sipas gjinisë dhe vendbanimit	133
Tabela nr. 15	Rezultatet e analizës së variancës për problemet internalizuese me kategoritë e të ardhurave në familje	134
Tabela nr. 16	Rezultatet e F testit për ankthin, tërheqjen/depresioni dhe somatizimin me të ardhurat në familje	134
Tabela nr. 17	Mesatarja dhe devijimi standard për raportimin e problemeve internalizuese sipas statusit të prindërve	135
Tabela nr. 18	Rezultatet e F testit për ankthin, tërheqjen/depresioni dhe somatizimin me statusin familjar	136
Tabela nr. 19	Mesatarja dhe devijimi standard për raportimin e problemeve internalizuese sipas përjetimit të ngjarjeve traumatike gjatë luftës	136
Tabela nr. 20	Rezultatet e F testit për ankthin, tërheqjen/depresioni dhe somatizimin me shkallën e përjetimeve traumatike gjatë luftës nga prindi	137
Tabela nr. 21	Raportimi i Anovës dy kahëshe për problemet internalizuese të adoleshentit sipas gjinisë së adoleshentit me përjetimin e ngjarjes traumatike gjatë luftës nga ana e prindit	138
Tabela nr. 22	Raportimi i mesatareve dhe devijimeve standarde për problemet në sjellje	138
Tabela nr. 23	Shpërndarja e rezultateve të T testit për “problemet eksternalizuese” me vendbanimin dhe religjionin	139
Tabela nr. 24	Mesataret dhe devijimet standarde për problemet eksternalizuese sipas gjinisë dhe vendbanimit	140

Tabela nr. 25	Rezultatet e T testit për nënshkallët empirike sipas vendbanimit	140
Tabela nr. 26	Rezultatet e analizës së variancës për problemet eksternalizuese me kategoritë e të ardhurave në familje	141
Tabela nr. 27	Mesatarja dhe devijimi standard për raportimin e thyerjes së rregullave, sjelljes agresive dhe problemeve eksternalizuese sipas statusit të prindërve	142
Tabela nr. 28	Mesatarja dhe devijimi standard në përjetim të ngjarjeve traumatike..	143
Tabela nr. 29	Shpërndarja e rezultateve të T testit për “Totalin e problemeve emocionale dhe sjelljes” me gjininë, vendbanimin dhe religjionin	144
Tabela nr. 30	Të dhënat e korrelacionit në mes problemeve emocionale dhe sjelljes me kualitetin e jetës	149
Tabela nr. 31	Përmbledhja e modelit ($Y = \beta_0 + \beta_1 X_1$)	150
Tabela nr. 32	Përmbledhja e modelit të analizës hierarkike të regresionit kur në model është shtuar përjetimi e ngjarjes traumatike në problemet emocionale të prindërve si prediktor për problemet internalizuese të fëmijës	151
Tabela nr. 33	Rezultatet e korrelacionit për problemet eksternalizuese të adoleshëntëve më shkallët e problemeve internalizuese në prindër	153
Tabela nr. 34	Rezultatet e analizës së regresionit linear për problemet eksternalizuese ku prediktor është përdorur shkalla e problemeve eksternalizuese e prindit	153
Tabela nr. 35	Përmbledhja e modelit të analizës hierarkike të regresionit kur në model është shtuar të ardhurat në familje në totalin e problemet emocionale dhe sjelljes tek prindërve si prediktor për totalin e problemeve emocionale tek fëmijët	154
Tabela nr. 36	Rezultatet e krostabulimit për shkallën e depresionit me shkallën e ankthit	155

Tabela nr. 37	Rezultatet e krostabulimit për shkallën e ankthit me shkallën e somatizimit	156
Tabela nr. 38	Rezultatet e krostabulimit për shkallën e depresionit me shkallën somatizimit	157

LISTA E GRAFIKEVE

Grafiku nr. 1	Gjinia e Adoleshenteve / Mesataret dhe devijimet standarde për problemet internalizuese sipas gjinisë dhe vendbanimit	132
Grafiku nr. 2	Përjetimi i ngjarjes traumatike / Mesatarja dhe devijimi standard në përjetim të ngjarjeve traumatike	144
Grafiku nr. 3	Vendbanimi / Shpërndarja e rezultateve të T testit për “Totalin e problemeve emocionale dhe sjelljes” me gjininë, vendbanimin dhe religjionin	145
Grafiku nr. 4	Përjetimi i ngjarjes traumatike se prindit / Shpërndarja e rezultateve të T testit për “Totalin e problemeve emocionale dhe sjelljes”	148
Grafiku nr. 5	Niveli arsimor i prindit që ka plotësuar pyetësonin demografik	188
Grafiku nr. 6	Statusi martesor	188
Grafiku nr. 7	Të ardhurat në familje	189
Grafiku nr. 8	Numri dhe përqindja e pjesmarrësve sipas raportimit të shkallës së problemeve emocionale	189
Grafiku nr. 9	Numri dhe përqindja e pjesmarrësve sipas raportimit të shkallës së problemeve në sjellje	190
Grafiku nr. 10	Numri dhe përqindja e pjesmarrësve sipas raportimit të shkallës së problemeve emocionale dhe sjelljes në total	190
Grafiku nr. 11	Numri dhe përqindja e pjesmarrësve sipas raportimit të tre nënshkallëve empirike të problemeve emocionale	191
Grafiku nr. 12	Numri dhe përqindja e pjesmarrësve sipas raportimit të dy nënshkallëve empirike	191
Grafiku nr. 13	Numri dhe përqindja e pjesmarrësve sipas raportimit të tre nënshkallëve të tjera empirike	192

LISTA E SHKURTIMEVE DHE E FJALORIT

ADHD	Deficit në Vëmendje dhe Çrregullim Hiperaktiviteti
ADN	Acidi Desoksiribonukleik
APA	Shoqata Amerikane e Psikologëve
ASR	Pyetësi vet-raportues i të rriturve
DSM - IV	Manuali Diagnostik dhe Statistikor i Çrregullimeve Mendore, Botimi i 4
DMS - V	Manuali Diagnostik dhe Statistikor i Çrregullimeve Mendore, Botimi i 5
HPA	Boshti Hipotalamik-Piturar-Adrenal
HTQ	Pyetësi i Harvardit për Traumën
ICD	Klasifikimi Ndërkombëtar i Sëmundjeve
KFOS	Fondacioni Kosovar për Shoqëri të Hapur
KRTC	Qendra Kosovare për Rehabilitimin e të Mbijetuarve të Torturës
LSD	Lysergic Acid Diethylamide/drogë sintetike
NICHCY	Qendra informative kombëtare për fëmijët dhe të rinjtë me aftësi të kufizuara
OBSH/WHO	Organizata Botërore e Shëndetësisë
OVL	Organizata e Veteranëve të Luftës
PTSD	Çrregullim i Stresit Post-traumatik.
SPTT	Stresi Post-traumatik
SES	Statusi Ekonomik dhe Social
STSD	Çrregullim Sekondar i Stresit Post-traumatik

UNICEF	Fondi Emergjent i Kombeve të Bashkuara
UNDP	Programi i Kombeve të Bashkuara për Zhvillim
UNFPA	Agjenci Zhvillimore e Kombeve të Bashkuara
UÇK	Ushtria Çlirimtare e Kosovës
Y-PSC	Lista Pediatrike e Simptomave - Raporti i të rinjve
YSR	Pyetësori vet-raportues i të rinjve

KAPITULLI I: HYRJE

1.1 Konteksti i studimit

Konflikti / lufta e viteve 1998 - 99 që ndodhi në mes të etnisë shqiptare dhe asaj serbe në Kosovë ishte një ndër konfliktet më të mëdha në ballkan, në gjysmë shekullin XX, duke pasur parasysh humbjet njerëzore dhe dëmet ekonomike / infrastrukture.

Numri i saktë i viktimave të luftes është i paqartë por sipas studimeve të ndryshme vdekjet që kanë të bëjnë me luftën gjatë vitit 1998 - 99 janë 12.000 - 13.000 (Spiegel P.B., Salama B. 2000; Humanitarian Law Center, 2012). Banka Botërore dhe Komisioni European (1999) në raportin e përgaditur për Kombet e Bashkuara treguan se lufta e fundit në Kosovë (1998 - 99) dëmtoi rëndë agrikulturen dhe sistemet e komunikimit, duke i bërë të papërdorshme për nevojat jetësore.

Një gjendje e tillë veshtirësoi edhe më shumë jetën e të mbijetuarve nga lufta duke marrë parasysh humbjet e të afërmëve të tyre, humbje të pasurisë, shkeljen e rëndë të të drejtave të njeriut, dhunimet, eksodit të shpërnguljeve dhe problemeve psikologjike që rezultuan nga trauma. Rritja e përjetimeve të stresit post-traumatik, traumës psikologjike, ankthit, depresionit, sjelljes agresive, janë vetëm disa nga çështjet e shëndetit mental që janë evidentuar nëpër hulumtime të natyrave të ndryshme (Kashdan T.B., Morina N. & Priebe S. 2009; KRTC, 2006)

Një kategori e prekur rëndë nga lufta janë edhe veteranët që përveq lëndimeve të mundshme fizike, përjetimeve të rënda traumatike gjatë luftës përfundojnë edhe me probleme në shëndetin mental të cilat për shkak të mungesës së shërbimeve mbeten pa u trajtuar duke u bërë një barrë për familjen dhe shoqërinë. Edhe pse nuk dihet numri i saktë i pjestarëve të cilët qenë aktivë në luftën e fundit në Kosovë (Koha.net, 2015) pozita e veteranëve dhe problemet me të cilat përballen janë shqetësuese. Një studim i realizuar në Kosovë tetë vite pas përfundimit të luftës ka gjetur që 11.2% e veteranëve të kishin PTSD, dhe se 6% e tyre nuk kishin kërkuar asnjëherë ndihmë psikologjike (Shahini & Shala 2016). Halimi, R. dhe Halimi, H. (2015) në observimin e tyre dolën me të gjetura se nga 215 subjekte 20.5% apo 44 prej tyre kishin mendime suicidale (vetë-vrasëse) dhe se rrezik më i lartë ishte vërejtur tek 31.8% të veteranëve të diagnostifikuar me stres post traumatik dhe çrregullimet e depresionit madhor. Sipas autorëve, rrezik i lartë për vetëvrasje ishte vërejtur në mesin e veteranëve të papunësuar, dhe ata të pakënaqur me kushtet e jetesës, situatën sociale dhe ekonomike. Përjetimet traumatike gjatë luftës kanë demonstruar në shumë studime që të lidhen më sjelljen agresive dhe që shpesh lidhja e këtyre dy variablave është shpjeguar përmes çrregullimit të stresit posttraumatik (Byrne & Riggs, 1996; Orcutt, King, & King, 2003)

Veteranët të përballur më një numër të madh të problemeve socio-ekonomike dhe shëndetësore e psikologjike, e kanë të vështirë të krijojnë apo forcojnë marrëdhëniet si brenda familjes ashtu edhe jashtë saj. Shumë studime kanë raportuar vështirësi në marrëdhënjet me tjerët, në marrëdhënien prind - fëmijë, rregullim social, ndjenja të pafuqisë,

fajit, sjellje antisociale, përdorim të substancave si dhe sjellje kriminale (Miller, Reardon, Uolf, Prince & Hein, 2013; Wedding, 1987; Sreenivasan et al., 2013; Boman, 1987)

Problemet emoicionale në veteranë ndikojnë në lidhjen me partnerin/en si dhe atmosferën në familje. Studimet kanë treguar se veteranët janë në rrezik të lartë për sjellje agresive dhe intimidim të partnereve (LaMotte, Taft, Reardon, & Miller, 2014; Moss, 1989, (Byrne & Riggs, 1996)). Problemet e shkaktuara nga stresi janë lidhur edhe me shkallë të lartë të dhunës në familje dhe divorc (Riggs, D.S., Byrne, C.A., Ueathers, F.U. & Litz, B.T. 2005, Orcutt, H.K., King, L.A. & King, D.W. 2005). Fëmijët e veteranëve në vitet e fundit kanë filluar të jenë në fokusin e hulumtimeve për shkak që ata janë në rrezik për shfaqjen e problemeve emocionale dhe sjelljes. Problemet të cilat janë gjetur në fëmijët e veteranëve kanë qenë të lidhura me vështirësi për të ruajtur marrëdhëniet me bashkmoshatarë, aftësi të dobëta të përballimit, vështirësi në procesin akademik dhe të zhvillojnë edhe vet çrregullime mentale (Department of Veterans Affairs, 2013).

Studimet e viteve të fundit japin hipoteza për mundësitë që traumat e veteranëve të luftes të përcillen tek fëmijët e tyre (Rosenheck, R., & Fontana, A.2005; Daud, A., Skoglund, E. & Rydelius, P.A. 2005)

Dinamikat familjare në veteranët e kthyer nga lufta, përkatësisht ato që lidhen me marrëdhënien prind - fëmijë shihen të luajnë një rol të rëndësishm në zhvillimin e problemeve emocionale dhe të sjelljes të fëmijët (Schubert Center of Child Studies, 2009). Marrëdhënia e fëmiut me prindin luan një rol kyç në zhvillimin e shëndetshëm emocional,

social të tij/saj por dhe njihet si faktor precipitues apo mbrojtës për psikopatologji të ndryshme (Brand & Klimes - Dougan, 2010).

Problemet emocionale dhe të sjelljes në adoleshentë shihen të lidhura ngushtë me predispozicionin biologjik të proceseve mentale të cilat ndikohen nga konteksti socio - kulturor. Gjithashtu marrëdhënia me prindin dhe bashkmoshatarët janë moderatorë të proceseve biologjike, psikologjike dhe emocionale. Modeli bio - psiko - social na jep shpjegime mbi problemet emocionale dhe të sjelljes në mesin adoleshentëve. Ndërsa mosha e adoleshencës është mjaft e ndjeshme ndaj problemeve emocionale dhe sjelljes, kjo ndjeshmëri mund të jetë edhe më e madhe tek adoleshentët e veteranëve, ngase shkalla e lartë e përjetimit të ngjarjeve stresuese dhe simptomat psikologjike të prindërit janë gjetur të lidhura me problemet emocionale dhe të sjelljes te adoleshentët (Compas, Houell, Phares, Uilliams & Giunta, 1989; Uhite, De Burgh, Fear & Inversen, 2011).

1.2 Nevoja për këtë studim

Studimi ka për bazë disa arsye:

- Kosova për shkak të situates politike, ekonomike dhe sociale ka shumë dinamika të cilat janë të veçanta dhe bëjnë kryerjen e studimeve në adoleshentë, një investim në literaturën botërore e cila ka të dhëna jo konsistente në influencimin që ka mjedisi në formësimin e problemeve emocionale dhe sjelljes në fëmijët e veteranëve.

- Studimi është i konstruktuar në atë formë që do të ofroj të dhëna mbi problemet emocionale dhe sjelljes në fëmijët (adoleshentë) të veteranëve të luftës si dhe të thellojë njohjet mbi këtë mardhënjë (veteran - adoleshent).
- Sistemi i shëndetësisë në Republikën e Kosovës është në tranzicion qysh nga periudha e pasluftes. Inovatorët e Shëndetit Mendor (Mental Health Inovators (1999)) përpiluan një strategji nacionale që të rimëkëmbin shëndetësinë përmes:
 - ✓ Aktiviteteve fillestare nga Organizata Botërore e Shëndetësië,
 - ✓ Vendosjen e njësive të shëndetit mendor,
 - ✓ Vitalizimin e ekipeve punuese dhe reformimin e spitaleve mendore.

Institucionet vendore gjithashtu kanë bërë hapa progresiv në reformimin e shëndetit mendor dhe përpilimin e strategjive që mbrojnë shëndetin mendor të popullatës në përgjithësi dhe adoleshentëve në veqanti.

- Ministria e Shëndetësisë (2011) në strategjinë për shëndetin e nënës, fëmijës, adoleshentit dhe shëndetit riprodhues, dha rekomandime për përmirësimin e shëndetit mendor në sfera si zhvillimi i stilit mendor të shëndetshëm, parandalimin e abuzimit seksual, fizik dhe emocional, krijimin e ambientit të shëndetshëm në shkollë si dhe një qasje gjithpërfshirëse për krijim të ambientit përkrahës.
- Andaj politikave vendore dhe atyre internacionale për shëndetit mendor dhe stabilitetit emocional të adoleshentëve është e nevojshme që ti shtohen analiza kritike, sidomos në çështjen e familjeve të veteranëve, mardhëniet familjare,

përjetimet traumatike dhe faktorët që mund të ndikojnë në përcjelljen e traumes nëpër gjenerata.

- Përfshirja e veteranëve në luftën e fundit në Kosovë, për shkak dhe të mungesës së përvojës ushtarake i bën dinamikat e pasluftës mjaft specifike dhe profesionistët shëndetësor dhe psikologët shumë pak mund të informohen përmes literaturës mbi efektet që ka pasur lufta në marrëdhëniet e veteranëve me fëmijët.
- Ky studim bart edhe një vlerë të re në literaturën psikologjike duke theksuar nevojën për implementim të anketimeve për probleme emocionale dhe sjelljes në mënyrë që të identifikohen faktorët të cilët predispozojnë individët për probleme psikologjike, duke përmirësuar strategjitë e intervenimeve apo dhe formësimin e shërbimeve psikologjike për popullata të cilat janë në rrezik të lartë për këto probleme.
- Në Kosovë janë realizuar studime të cilat kanë përfshirë fëmijët nga 6 - 18 vjeç (Shahini, 2011, 2014, 2015) të komunitetit, por ky është studimi i parë që bëhet në fëmijët e veteranëve. Ky studim pritet të jap një kontribut të jashtzakonshëm për të çuar përpara shëndetin dhe kujdesin e fëmijëve të veteranëve por dhe të veteranëve, në veçanti duke dhënë evidenca kërkimore që prodhojnë zgjidhje të reja dhe efektive për problemet e familjeve të veteranëve dhe për kujdesin shëndetësor kombëtar.

1.3 Qëllimi dhe objektivat

1.3.1 Qëllimi

Studimi ka për qëllim që të hulumtoj prevalencën e problemeve emocionale dhe të sjelljes të fëmijët e moshës 11 - 18 vjeç në familjet e veteranëve të luftës së fundit në Kosovë dhe ndikimin e problemeve emocionale dhe sjelljes të prindit në fëmijët e tyre. Qëllim tjetër i studimit është të identifikojë variablat socio-demografike që influencojnë problemet emocionale dhe sjelljes në adoleshentët e veteranëve, dhe njëkohësisht të vlerësoj parashikueshmërinë e tyre në këto probleme.

1.3.2 Objektivat

Hulumtimi synon që të arrij qëllimin bazik përmes objektivave të paraqitura më poshtë:

- a) Hulumtimin e faktorëve të rrezikut dhe atyre mbrojtës në raport me shfaqjen e problemeve emocionale dhe të sjelljes në fëmijët e veteranëve të luftës.
- b) Eksplorimin e kormobiditetit në mes të problemeve emocionale dhe të sjelljes.
- c) Krahasimin e të dhënave me fëmijët e komunitetit dhe evidentimin e ndryshimeve.

1.4 Përkufizimi i termave

Prind: I/e tillë konsiderohen individët e dy gjinive (mashkull - femer) që e lind dhe/ose e rrit një apo më shumë fëmijë (Cambridge Dictionaries Online, 2016).

Veteran i luftës: Roli i veteranit është i definuar nga ligjet federale, kodi moral dhe shërbimet ushtarake si një individ i cili ka shërbyer për një kohë të caktuar në shërbim ushtarak (American War Library, 2008).

Adoleshent: Edhe pse nuk ka definim unik sa i përket adoleshences, Kombet e Bashkuara e përcaktojnë si adoleshent secilin individ prej moshës 10-19 vjeqare (UNICEF, 2011)

Çrregullim: Në manualin për diagnostifikim statistikor të çrregullimeve mendore, çrregullim definohet si sindrom ose patern (model) sjellje /psikologjik klinikisht signifikant që i ndodh një individ dhe është e shoqëruar me stres, aftësi të kufizuar, dhimbje, vuajtje ose humbje e 'lirisë' (American Psychiatric Association, 1994).

Vështirësi emocionale (te adoleshentët): NICHCY (2004) definon vështirësitë emocionale si një gjendje që karakterizohet me paaftësi për të ndërtuar dhe mbajtur marrëdhënjet me tjerët, shprehje e ndjenjave të papërshtashme, humor dhe depresion të ulët, dhe tendencë të zhvillimit të simptomave fizike ose frikes.

Depresioni: Depresioni është një çrregullim mendor mjaft i përhapur që shoqërohet me gjendje depresive, humbje të interesit ose kënaqësisë, zvoglim i energjisë, ndjenja të fajit

ose vetë-vlerësimit të ulët, vështirësi në fjetje ose apetit dhe koncentrim i dobët (Marcus et al, 2012)

Ankthi: Ky çrregullim definohet si “gjendje e intensitetit të lartë, pasigurisë dhe frikes që rrjedh nga paramendimi i situatave ose ngjarjeve kërcënuese, shpesh deri në atë shkallë që funksionimi normal fizik dhe psikologjik pengohet” (American Heritage Medical Dictionary Editors, 2007).

Trauma: Trauma është një reagim emocional ndaj një ngjarje të tmerrshme si aksident, dhunim ose katastrofë natyore. Menjëherë pas ngjarjes, gjendja e shokut dhe mohimi janë tipike. Reagime afat gjata përfshijnë, kthim të memorjes në ngjarjen traumatike, mardhënje jo të mira inter-personale dhe simptoma fizike si kokëdhëmbja (American Psychiatry Association, 2016).

Komorbiditeti: Në kornizat e psikiatrisë, komorbiditeti i referohet përputhjes së simptomave të dy apo më shumë çrregullimeve psikiatrike (Boyd et al, 1984).

Prevalenca: Në psikologji prevalenca ka të bëjë me vlera numerike që tregojnë numrin total të incidenteve të sëmundjeve ose çrregullimeve në një popullatë specifike gjatë një kornize specifike kohore (Psychology Dictionary, 2016).

1.5 Pyetjet dhe Hipotezat

Hulumtimi ndërtohet rreth pyetjeve hulumtuese dhe hipotezave të paraqitura si në vijim/më poshtë.

1.5.1 Pyetjet hulumtuese

- **Pyetja hulumtuese 1** – Cila është prevalenca e problemeve emocionale dhe sjelljes në fëmijët e veteranëve të moshës 11 - 18 vjeç?

H1 - Shkalla e raportimit të problemeve emocionale dhe sjelljes në fëmijët me prindër që kanë qënë ushtarë në luftën e fundit në Kosovë, është më e lartë se të dhënat e fituara nga ata adoleshentë që nuk e kanë pasur prindin në luftë.

- **Pyetja hulumtuese 2** – Cfarë ndikimi kanë faktorët socio-ekonomik në shpërndarjen e problemeve emocionale dhe sjelljes në fëmijët e veteranëve të luftës?

H2 - Adoleshentët djem dhe vajza dallojnë në raportimin e problemeve emocionale dhe sjelljes.

H3 - Adoleshentët me vendbanim në qytet dhe fshat pritet të kenë dallime në raportimin e problemeve emocionale dhe sjelljes.

H4 - Me rritjen e moshës së adoleshentit pritet rritje e raportimit të problemeve emocionale dhe sjelljes.

H5 - Kualiteti i jetës i ulët në familjet e adoleshentëve të veteranëve lidhet me raportim të lartë të problemeve emocionale dhe sjelljes në adoleshentë.

- **Pyetja hulumtuese 3** – A ndikojnë përjetimet traumatike të prindit në raportimin e problemeve emocionale dhe sjelljes në mes fëmijëve të veteranëve?

H6 - Përjetimi traumatik i lartë gjatë luftës është i lidhur me shkallë më të lartë të raportimit të problemeve emocionale dhe sjelljes në adoleshentët e veteranëve

- **Pyetja hulumtuese 4** – A janë prediktor (parashikuese) problemet emocionale dhe sjelljes tek prindërit për problemet emocionale dhe sjelljes për fëmijët e tyre?

H7 - Problemet emocionale dhe sjelljes në veteran janë parashikues të rëndësishëm për problemet emocionale dhe sjelljes në fëmijët e tyre.

- **Pyetja hulumtuese 5** – Cili është niveli i kormobiditetit në mes të problemeve emocionale dhe të sjelljes?

H8 - Adoleshentët kanë shkallë të lartë të komorbiditetit të ankthit dhe depresionit.

1.6 Kufizimet e studimit

Kufizimet e këtij hulumtimi lidhen:

1. Së pari me përdorimin e pyetsorëve vet-raportues si rrjedhojë edhe përgjigjet e respondentëve mund të jenë subjektive dhe të ndikuara nga shumë faktorë hutues dhe psikologjik (ndershmëria, kuptimshmëria, niveli i stresit, etj.).
2. Së dyti pyetësorët janë plotësuar nga veteranët apo një person që e njeh shumë mirë veteranin prandaj mund të kemi që në përgjigje mund të ketë minimizime apo dhe rritje të shkallës së raportimit të ngjarjeve traumatike apo dhe në pyetësorët e tjerë.
3. Së treti studimi nuk ka përjashtuar veteranët të cilët mund të kenë qenë nën trajtim psikologjik.

4. Së katërti meqë hulumtimi është i natyres kuantitative, analizimi i të dhënave është i lehtë mirëpo shpesh nuk ofron shpjegim të fenomenit në thellësi, dhe lidhjes shkakore në mes të dy a më shumë variablave.

1.7 Struktura e studimit

Hulumtimi është i organizuar në kapituj dhe nëntituj, me qëllim të organizimit dhe strukturimit sa më të qartë të temes:

- Kapitulli I - përfshinë pjesen hyrëse të studimit, konkretisht, kontekstin e hulumtimit, nevojën për studim, si rrjedhojë edhe qëllimet dhe objektivat. Pyetjet hulumtuese, hipotezat, dhe kufizimet e studimit e përbyllin këtë pjesë.
- Kapitulli II - përfshinë shpjegim për periudhën e adoleshencës, familjeve të veteranëve, kornizën teorike, problemeve emocionale dhe sjelljes, faktorët parashikues të problemeve emocionale dhe të sjelljes si dhe komorbiditeti.
- Kapitulli III - përbëhet nga shfletimi i literaturës për fëmijët e veteranëve, problemet emocionale dhe sjelljet së tyre, përjetimi i traumës të veteranëve dhe përcjellja e saj në familje, si dhe së fundi studimet e realizuara në Kosovë për këtë qështje.

- Kapitulli IV - shtjellon metodologjinë e hulumtimit specifikisht, dizajnin, pjesmarrësit, mbledhjen e të dhënave, instrumentet dhe analizat e të dhënave.
- Kapitulli V - paraqet të gjeturat / rezultatet e pyetësorve lidhur me hipotezat dhe pyetjet hulumtuese të shtruara në hulumtim.
- Kapitulli VI - paraqet pjesën e studimit në të cilën diskutohet gjerësisht për të gjeturat, implikimet, krahasimet me studime dhe përputhjen ose jo me kontekstin dhe teoritë përkatëse.
- Kapitulli VII është pjesa e fundit e studimit ku paraqiten konkluzionet bazuar në gjetjet e hulumtimit, duke ofruar në fund edhe rekomandimin në përputhje me kontekstin dhe teoritë përkatëse në këtë hulumtim.

KAPITULLI II: ADOLESHENCA DHE EMOCIONET

Termi “adoleshencë” zakonisht kuptohet si përcaktim i periudhës të jetës në mes të fëmijërisë dhe moshës madhore (Kaplan, 2004; Benson & Scales, 2009).

Pra, adoleshenca është një periudhë e jetës, e cila përfshin vitet ndërmjet fëmijërisë dhe moshës së rritur. Ajo shoqërohet me ndryshime rrënjësore, të cilat kanë të bëjnë jo vetëm me rritjen biologjike, por edhe me zhvillimin mendor, sjelljen dhe komunikimin (Brookman, 1995; Buck, 2012). Në pikëpamje psikike, adoleshenca është një periudhë krize, që përfshin njëkohësisht ndarje, shkëputje, zhvillim e vet-aktivizim të vrullshëm në një klimë shëndrrimesh e shpërthimesh të mëdha. Adoleshenca nuk është thjesht një stinë e jetës, por një mënyrë ripërtëritje e psikikës, ku pasiguria dhe ankthi për të ardhmen, ndikimi i instinkteve, nevoja për përkujdesje dhe dëshira për liri, japin të gjitha së bashku mundësitë e shfaqjes mbi të cilat mund të zhvillohet vetë jeta (Hamburg, 1974; Kaza, 2006; Arnett, 2014).

Fëmijët, gjatë kalimit nga periudha e fëmijërisë në moshën e rritur, i nënshtrohen ndryshimeve të shumta fizike, emocionale dhe në fushën e sjelljes. Kjo periudhë është e karakterizuar nga sfida të papritura dhe është e shoqëruar gjithashtu nga ankthe e probleme sociale / emocionale, si p.sh: të ndihesh i pranuar, të arrish rezultate të larta në shkollë, të kesh raporte të mira me familjen, të kalosh vështirësitë dhe të marrësh vendime të rëndësishme për të ardhmen. Pjesa më e madhe e këtyre anktheve është e pamënjanueshme dhe të ndihesh i shqetësuar është diçka normale deri në një nivel të caktuar (Lucia, Sujoldžić, Rudan, Gruppioni, Pollice, Circella & Caiati, 2006).

Adoleshenca në kuptimin e vërtetë të fjalës është një tranzicion prej varësisë të fëmijës nga prindërit tek ndjenja e të qenurit i pavarur dhe përfundon kur individi e arrin statusin e të rriturit (Pettijohn, 1997; Hutton, 2007). Adoleshenca vlerësohet edhe si moshë e revoltës, e konflikteve të brendshme e të jashtme, të cilat ndodhin për shkaqe objektive dhe subjektive. Mbajtja nën kontroll e emocioneve, ndikon në ruajtjen e raporteve të drejta. Analiza, vlerësimi dhe trajtimi psikologjik i të rinjëve përcakton zhvillimin e tyre të vërtetë (Gouws & Kruger, 1994; Paylor, 2012).

Duke u ndërlidhur me atë që u përmend me parë kuptojmë se adoleshenca është një fazë zhvillimore e karakterizuar me ndryshime shumë të mëdha në marrëdhëniet interpersonale (me familje, shoqëri, lidhje romantike) të menduarit, në kompetenca, formiminin e identitetit dhe pjekjen në koncepte si vlerat morale. Mirëpo ana tjetër e medales pra përkundër zhvillimit normal adoleshenca është periudhë e njohur për eksplorim si rrjedhojë edhe futjen në sjellje që shpesh mund të jenë të rrezikshme. Qendra për Kontrollin e Çrregullimeve dhe Parandalimit (2010) tregon se sjelljet më të shpeshta në të cilët adoleshentët involvohen janë konsumimi i duhanit dhe alkoolit, eksperimentimi me droga të përshkruara / ose jo, aktivitete të pasigurta seksuale, shprehje negative të të ushqyerit si dhe sjellje kriminale. Aktet e rrezikshme të adoleshentëve përfshijnë një numër të madh funksionesh njerëzore dhe ndërveprojnë si zingjir (emocion, kognicion, sjellje). Këto veprime shpesh cenojnë seriozisht integritetin personal dhe fizik të tyre. Puzzanchera (2009) tregon se në vitin 2008, 30% e të arrestuarve të mitur ishin femra adoleshente në SHBA. Në mënyrë që këto sjellje dhe të tjerat të kuptohen ato duhet të studiohen prej një

qasje gjithëpërfshirëse, si në rastin me modelin bio-psiko-social të zhvilluar nga Irwin dhe Millstein (1986).

Emocionet bashkë me motivacionet jo vetëm që shoqërojnë secilin veprim tonin, por ato janë edhe shkaku i gjithë aktivitetit tonë të sjelljes, qoftë të vetëdijshëm ose të pavetëdijshëm. Ka përkufizime të ndryshme të emocioneve, të cilat përgjithësisht kanë disa komponentë të përbashkët të tilla si: komponentin fiziologjik, komponentin e sjelljes, komponentin kognitiv, komponentin subjektiv dhe komponentin ekspresiv (Izard, Kagan & Zajonc, 1988; Karren, Smith & Gordon, 2013).

Një emocion është një reagim pozitiv apo negativ ndaj një objekti, ngjarje apo rrethane të perceptuar apo kujtuar. Emocionet shoqërohen nga ndjenjat subjektive. Nga përkufizimi i mësipërm mund të vihen re disa karakteristika tipike të emocioneve (Fellous & Arbib, 2005; Panksepp, 1998). Emocionet janë një gjendje e veçantë e organizmit. Pra ato nuk janë vetëm një komponentë që ndikon veçmas ndonjë pjesë tonën, por i ndikuar nga emocionet, organizmi vihet në një gjendje karakteristike. Emocionet konsiderohen si thelbësore dhe një burim zbulimi e përjetimi individual, emocionet lidhen me ndryshimet në funksionin e imunitetit. Pra, për ta kuptuar një sjellje njerëzore duhet t'i kuptojmë edhe emocionet (Fredrickson, 2001).

Një mënyrë tjetër e të kuptuarit të emocioneve është të shihen ato si reagim pozitiv apo negativ ndaj asaj me të cilën ballafaqohemi. Pra, emocionet kanë një valencë qoftë pozitive apo negative (Ciarrochi, Chan & Bajgar, 2001). Më tutje, nëse reagimi emocional ndaj asaj me të cilën ballafaqohemi është pozitiv, ne tentojmë që t'i ofrohem së njëjtës gjë, ndërkaq

nëse përgjigja emocionale është negative, ne tentojmë të largohemi. Vlen të ceket se ka raste kur emocionet mund të jenë me valencë të dyfishtë në të njëjtën kohë (edhe pozitive edhe negative) (Perren & Gutzwiller - Helfenfinger, 2012).

Problemet emocionale dhe të sjelljes zakonisht janë të klasifikuara në dy kategori: Internalizimi dhe Ekstranalizimi i këtyre problemeve.

1) Internalizimi i problemeve - ka të bëjë me përjetimet brenda vet-individit që përfshijnë: problemet në humor, vështirësitë lidhur me depresion ose ankth (Baker et al 2008; Morgan et al, 2009; Roelofs et al, 2006). Në këtë mënyrë internalizimi i problemeve lidhet më shumë me anën emocionale.

2) Ekstranalizimi i problemeve - ka të bëjë me ato sjellje që ndodhin jashtë të tilla si: agresioni apo sjellje agresive, distrutive (shqetësuese, përçarëse) dhe devijuese. Pra, ekstranalizimi i problemeve zë vend më shumë në anën e sjelljes së individit ose ankth (Baker et al 2008; Morgan et al, 2009; Roelofs et al, 2006).

2.1 Familja e veteranëve

Ndryshimet në familjet e veteranëve fillojnë që nga koha kur veterani nis për në luftë, e cila është e shoqëruar me ndryshime në strukturën e familjes dhe si e tillë me ndryshime në gjendjen emocionale të anëtarëve të familjes. Por ndikimi negativ është i pranishëm kur veteranët kthehen në shtëpitë e tyre, ngase është parë se të jetuarit me anëtarë në familje që kanë PTSD, kanë efekt të thellë në anëtarët e familjes, dinamikat e familjes

dhe sistemin e familjes (Klaric, Kvesic, Mandic, Petrov & Franciskovic, 2013). Ngase kur veteranet kanë çrregullimin e stresit post-traumatik efektet në gjëndjen mentale të familjes janë me të këqija (Waysman, Mikulincer, Solomon & Weisenberg, 1993). Familjet e veteranëve kanë tendencë të kenë komunikim të dobët ndërmjet anëtarëve të familjes, mungesë e kohezionit, mungesë e interesit në përfshirjen në aktivitetin e tjetrit dhe paaftësi të zgjedhin problemet si brenda dhe jashtë familjes (Peach, 2006). Gjithashtu është raportuar se këto kishin vështirësi në inicimin dhe mbajtjen e marrëdhënieve ndërpersonale dhe funksionimin e familjes (Macdonald, Chamberlain, Long & Flett, 1999). Nga kjo mund të shihen ndryshimet fillestare që ndodhin brenda këtyre familjeve dhe të cilat vazhdojnë të jenë pjesë e jetës së përditshme të tyre dhe të këtë një rol negativ në mirëqenien e tyre.

Kur është bërë krahasimi i familjeve të veteraneve me PTSD dhe veteraneve pa PTSD është parë se: familjet e veteranëve me PTSD të kenë një numër problemesh në martesë, në rregullimin e familjes, shkathtësitë e prindërimit si dhe në sjelljet e dhunshme (Jordan, Marmar, Kulka, Hough & Weiss, 1992), por është gjetur se veteranët me PTSD të kenë më vështirësi që të hapen lidhur me ndjenjat e tyre dhe të demonstrojnë afeksion ndaj bashkëshortëve të tyre dhe probleme më të shumta të përshtatshmërisë në krahasime me veteranet pa PTSD (Carroll et al., 1985). Të kenë një nivel më të ulët të funksionimit prindëror dhe kënaqësisë prindërore në krahasimi me veteranet që nuk kanë PTSD (Cohen, Solomon & Zerach, 2011). Nga është treguar se niveli i lartë i PTSD, veçanërisht simptomat e shmangies të ishin të shoqëruara me zvogëlimin e funksionimit prindëror (Solomon, Debby - Aheron, Zerach & Horesh, 2011). Gjithashtu është gjetur që problemet e ndryshme të veteranëve janë të shoqëruar me probleme të tilla si stresi në familje, probleme në

marrëdhënie dhe traumatizimi sekondar brenda anëtarëve të familjes (Galovski & Lyons, 2004). Këto tregojnë të dhëna të rëndësishme se si tërë sistemi familjar është i lëkundur dhe se ndryshon funksionimi familjar duke marrë një drejtim negativ. Veteranët kanë vështirësi në krijimin e lidhjeve më të ngushtë me anëtarët e familjes, ngase ata kanë emocione të fuqishme negative që marrin vëmendjen e tyre, bëjnë sjellje shmangëse dhe bëjnë sjellje irrituese edhe kur nuk janë të provokuar (American Psychiatric Association, 2011). Një numër konsistent i hulumtimeve tregon për marrëdhënie jo funksionale dhe nivel të konsiderueshëm të pakënaqësisë të këto familje (Vogel, Wester & Heesacker, 1999). Forma të tilla të marrëdhënieve jo funksionale ndërmjet veteranëve dhe bashkëshorteve të tyre, si dhe komunikimi jo adekuat me fëmijët e tyre, drejton te problemet në emocionet dhe sjelljet e fëmijëve. Te këto familje është gjetur se ndrydhja e emocioneve dhe nervoza kishte impakt negativ me marrëdhëniet në familje (Ray & Vanstone, 2009), me pak kohezion dhe komunikim dhe në mënyrë signifikante më shumë konflikte (Westernik & Giarratano, 1999). Stresi post-traumatik dhe komorbiditeti me depresioni dhe nervozizmin e veteranëve është paraqitur që të jetë një faktor shumë i rëndësishëm në funksionimin e familjes (Evans, McHugh, Hopwood & Watt, 2004), që tregojnë se si funksionimi i familjes të jetë i ndikuar nga një numër i konsiderueshëm i faktorëve dhe problemeve që sjellin veteranët në shtëpitë e tyre pas luftërave. Ku, këto familje janë në rrezik për rritjen e stresit dhe konfliktit (Makin - Byrd, Gifford, McCutcheon & Glynn, 2011).

Hulumtues të ndryshëm kanë dhënë shpjegime të ndryshme teorike rreth problemeve që përballën fëmijët apo adoleshentët dhe njëkohësisht do të përpiqemi t'i inkorporojmë një shpjegim për të shikuar këtë mendim teorik në lidhje me adoleshentët e veteranëve. Në

kuadër të shpjegimeve të ndryshme teorike mbi rolin e veteranëve në fëmijët e tyre, është treguar se një rol të rëndësishëm të luaj atashimi, ku sipas Salter (2007), efekti i veteranëve me PTSD është i ndikuar nga atashimi jo i sigurt dhe niveli i lart i konfliktit në këto familje. Sipas Mikulincer dhe Shaver (2007), individët me histori të refuzimit nga figura e atashimit, zhvillon model negativ që të tjerët e karakterizojnë si atashim shmangës, i cili është i asociuar me mosbesim dhe që është e karakterizuar me strategjinë e përballimit që minimizon emocionet dhe atashimin, mohimin dhe shmangejes së intimitetit. Ngase PTSD të babai mund të drejtoj në një atashim të pasigurt ndërmjet prindërit dhe fëmijës dhe një mjedis më konfliktuoz në familje, i cili mund të sjellë përfundime negative te fëmijët dhe se këto pasoja të jenë të ndërmjetësuar nga atashimi i pasigurt (Salter, 2007). Që tregon se gjendja emocionale e babait të këtë një rol negativ në relacionin në mes fëmijë - prind dhe si rezultat të zhvillohet një atashim jo i sigurt ndërmjet tyre dhe të sjellin pasoja negative te këta fëmijë. Atashimi shmangës tregohet që të këtë një efekt negativ në funksionimin prindëror te veteranët me PTSD (Cohen, et al., 2011). Por këto ndryshime ndodhin edhe në kohën kur veterani shkon në luftë ku sipas, Paris, DeVoe. Ross dhe Acker (2010), që nga momenti kur veterani niset për në lufte, ndodhin ndryshime në modelin e atashimit tek këta fëmijë, e si rezultat e bënë më të lehtë që në periudhën e bashkimit të këtë me shumë konflikt dhe me pak atashim, por është raportuar se një rol të rëndësishëm këtu luan edhe atashimi i veteranit, ngase ata që janë më pak të atashuar kanë me pak besim në aftësit e tyre për tu përballur me vështirësitë, të jenë me ankthciroz, armiqësor dhe të shqetësuar në situata stresuese (Hunter, Davis & Tunstall, 2006). Ndonëse ofrohen shpjegime të ndryshme mbi mënyrën e ndikimit të veteraneve në fëmijë e tyre sipas Salter (2007), janë tre mekanizma të cilët ndërmjetësojnë efektin e veteranit në fëmijën e tyre, si disa diagnoza të babait ose

komorbiditeti, prind të pandjeshëm dhe të pakujdesshëm, si dhe konflikti ndërmjet prindërve. Në lidhje me këta faktor që mendohet se janë moderator që luajn një rol në gjenjden e fëmijëve, një numër i konsiderueshëm i hulumtimeve ka treguar për një nivel të lart të konfliktit të këto familje shih (Makin - Byrd, Gifford, McCutcheon & Glynn, 2011; Westernik & Giarratano, 1999), që bënë shumë të domosdoshme të kuptojmë se si është niveli konfliktit të këto familje dhe njëkohësisht procesin e atashimit.

2.2 Korniza teorike

Zhvillimi i shëndetit mendor dhe fizik të adoleshentëve është një proces i komplikuar dhe me shumë sfida. Si i tillë, kërkon një shpjegim përmes një qasje multidimensionale dhe i mbështetur nga kombinimi i kornizave të ndryshme. Janë tri teori që japin mbështetje për temën e këtij hulumtimi: a) teoria strukturore e familjes, b) modeli bio - psiko - social dhe c) teoria e të mësuarit social. Arsyjet për përzgjedhjen e këtyre kornizave është se secila ofron shpjegime dhe mbështjetet për funksionimin dhe problemet e adoleshentëve nga kënde të ndryshme.

Modeli i parë tregon për funksionimin e individit si pjesë ndërvepruese e familjes dhe shoqërisë. Konceptet bazike të saj forcojnë idenë se familja dhe ndikimet e saj janë të mëdha në shëndetin mendor të adoleshentit.

Modeli bio - psiko - social vazhdon me shpjegimin nga perspektiva të ndryshme dhe vë në pah ndikimet “nature & nurture” (natyra & të ushqyerit) dhe strukturat bazike në problemet emocionale dhe sjelljes të adoleshentëve.

Duke vazhduar me të njejtin trend pjesa e fundit e bashkësisë së modelit teorik është teoria e të mësuarit social që vë në pah të mësuarit në bazë të modelimit dhe imitimit si një ndër format më të shpeshta të formësimit të sjelljeve si ato pozitive poashtu edhe ato negative.

2.2.1 Teoria familjare e Bowen

Teoria e Murray Bowen është mjaft relevante kur provohet të matet trauma dhe emocionet dhe ndikimet e jashtme. Haefner (2014) thekson se “Teoria e Murray Bowen vë theksin mbi funksionimin reciprok të anëtarëve të familjes në stabilitetin / ose jo të anëtarëve të saj ... simptomat emocionale të një inidividi janë shprehje e simptomeve emocionale të familjes.”

I. Koncepti i parë i teorisë Bowen – Triangulimi (trekëndëshi): është një pjesë shumë e rëndësishme në shpjegimin e funksionimit në familje (Kerr, 2000). Triangulimi ka të bëjë me shpërndarjen e tensionit në mes të tre personave.

Karakteristikë e trekëndëshit është se nuk e zvoglon ankthin përveq që e shpërndan atë prej një personi në tjetrin. Trekëndëshi (mardhënja në mes tre personash) është më stabile se dyada (mardhënja në mes të dy personave), por trekëndëshi krijon një person “të jashtëm” që ndihet çuditshëm në lidhje. Ankthi i të qenurit njeriu i jashtëm është një forcë ndryshimi brenda mardhënjes triangulare.

Mënyrat e ndërveprimit pra zakonisht përfshijnë dy individë që janë të afërt me njëri tjetrin dhe një i tretë që ndihet i jashtëm dhe i anashkaluar. Vazhdimisht të “afërmit”

e përjashtojnë personin e jashtëm, por ai provon të jetë pranë tyre. Në këtë trekëndësh njëri kënd është vazhdimisht parahatshëm, ndërsa dy tjerë janë më rehat me poziten e tyre në mardhënje. Nëse dy personat e brendshëm kanë konflikt në mes vete, atëherë personi që deri tash ishte i jashtëm afrohet me njërin nga të brendshmit (p.sh fëmiu me njërin nga dy prindërit) ndërsa prindi tjetër bëhet i jashtëm.

II. Koncepti i dytë i teorisë Bowen – Diferencimi i vetes: njerëzit janë shumë të ndikuar nga familjet dhe rrethi në mënyrën e të menduarit dhe sjelljes së tyre. Individët dallojnë me nivelin e diferencimit dhe nivelin e konformizmit. Diferencimi i vetes ka të bëjë me atë se sa njeriu mund të ndaj mendimet dhe veprimet e tij nga ndjenjat që vijnë nga familja dhe vlerat e ngulitura në familje. Pra ka të bëjë me të menduarit racional përkunder influencës emocionale.

Një familje në të cilën veterani ka vështirësi në adaptim, marrëdhënjet familjare nuk janë pozitive por të tensionuara. Lyons (2007) gjatë një shqyrtimi të literaturës raportoi se 70% e qifteve që kanë njërin bashkëshort të diagnotikuar me SPPT raportojnë stres martesor. Vështirësitë në risocializim ose gjetjen e një pune stabile gjithashtu janë problematike që rrisin ankthin në familje (McNutt, 2005).

2.2.1.1 Procesi emocional i familjes bërthamë

Është pjesë e zingjirit shumë të rëndësishëm të teorisë së Bowen. Janë katër (4) koncepte që ndërlidhen në mes vete në momentin kur familja është në stres dhe ankth, ato janë:

- 1) **Konflikti martesor** - përderisa familja nuk funksionon në mënyrë pozitive bashkshortët kanë konflikte duke i eksternalizuar ndjenjat dhe shpërndarë ankthin në njëri tjetrin si mekanizma mbrojtës.
- 2) **Atmosfera armiqësore** - një veteran me probleme mendore përveq që ka sfidë të përballet me simptomat dhe traumen ai gjithashtu i ekspozohet një atmosfere armiqësore rreth tij.
- 3) **Dëmtimi emocional i fëmiut** – atmosfera armiqësore e krijuar në këtë gjendje, ndikon edhe në mirëqenjen psikologjike të bashkëshortes e cila ridrejton ndjenjat që ka ndaj bashkshortit në fëmijun e saj përmes mekanizmave mbrojtës, dhe kështu arrihet deri të koncepti i tretë që është dëmtimi emocional i fëmiut pasi që ai / ajo përjeton emocione negative që janë të ridrejtura nga ai dhe shërben si “burim shkarkimi”.
- 4) **Distanca emocionale** - ndodh atëher ku fëmiju me qëllim të “ndalimit” të emocioneve negative përjeton shkëputje emocionale nga prindërit e si rrjedhojë mund të vije deri te izolimi dhe sjellje tjera negative.

2.2.1.2 Projektimi në familje

Një ndër format se si fëmijët mësojnë për qëndrimet apo shprehjet emocionale dhe sjelljes janë përmes modelimit (Bandura A., 1963) dhe si rrjedhojë ata projektojnë edhe emocionet e prindërve të tyre dhe anasjelltas. Meqë këto emocione janë të rënda atëherë prindi mund ta bëjë projektionin në këtë formë:

- a) **Prindi fokusohet** - në fëmijun e caktuar nga frika se diçka nuk është në rregull me të.
- b) **Prindi e interpreton** - sjelljen e fëmijut në atë formë që i konfirmon friken (kur ndryshimet mund të jenë zhvillimore).
- c) **Prindi e trajton** - fëmijun sikur ai ka probleme serioze.

2.2.1.3 Procesi i përcjelljes nëpër gjenerata

Procesi i përcjelljes nëpër gjenerata të qëndrimeve, emocioneve, vlerave, zakoneve sipas teorisë së Bowenit shpjegonë ndikimin që kanë prindërit në përcjelljen përmes gjeneratave. Sipas një studimi të realizuar nga Hutchinson, D., Maloney, E., Vogl, L., & Mattick, R. (2008) lidhur me përdorimin e alkoolit te adoleshentët konstatuan se influenca më e madhe për konsumimin ose jo vinte nga prindërit përmes modelimit dhe përdorimit të alkoolit. Konsumimi i alkoolit lidhet dukshëm me sjelljet agresive. Sipas një raporti të World Health Organisation (2006) alkooli sidomos në doza të larta është një kontributor i madh në dhunen ndaj partnerëve.

Ndërlidhja e fëmijëve dhe prindërve të tyre nuk mund të shikohet e shkëputet nga presioni shoqëror të cilën Bowen e përshkruan si **sistemi emocional shoqëror**.

Përveq familjes, një rol të madh në zhvillimin e problemeve emocionale ka ndikim edhe komuniteti dhe rrethi shoqëror në të cilën ndërvepron individi.

Në rastin konkret në Kosovë nivel i papunësisë në vitin 2014 ishte i lartë, apo 33% (UNDP, 2014). Kur kësaj gjendje i shtohet edhe niveli i “kontaminuar” i skenës politike,

lëvizjet sociale të tranzicionit, dhe shfaqje të dukurive të ndryshme si droga, dhuna dhe sjellje tjera të dëmshme, atëherë një fëmijë i veteranit përveq që përballlet me sistem ndonjëherë degradues brenda familjes së tij, po e njejta anomali e përcjell edhe në shoqëri. Sigurisht që regresi social ka një ndikim të gjerë si në fëmijët e veteranëve dhe ata të komunitetit në përgjithësi.

2.2.2 Modeli II (bio - psiko - social)

Problemet emocionale dhe sjelljes të fëmijëve që kanë prindër veteran me trauma, janë kompleksë për nga natyra dhe shpesh ka mungesë të studimeve të sakta lidhur me natyrën, lidhshmërinë por edhe koncepte tjera të rëndësishme që ndriqojnë faktet lidhur me zhvillimin e adoleshentëve.

2.2.2.1 Biologjia e problemeve emocionale dhe sjelljes

- a) Predispozitat gjenetike** - të gjithë individët janë të ndikuar nga shumë faktor gjatë zhvillimit të sjelljeve dhe emocioneve pozitive dhe në të njejtën kohë atyre negative. Familja është bërthamë dhe vater e komfortit (në të shumten e rastit). Ndikimi i saj në individin është i madh përmes interaksionit të përditshëm dhe vendosjes së vlerave, në një formë më të fshehur por signifikante ndikon edhe në formimin e strukturave dhe koncepteve psikologjike e emocionale që shpesh janë determinuese për personin. Ideja se sëmundja kalon nëpër familje dhe përcillet tashmë ka bazë objektive dhe evidenca eksperimentale dhe reliabile. Eksperimentet dhe vëzhgimet e binjakëve dhe sëmundjeve si skizofrenia, depresioni, etj., kanë treguar se janë të trashëgueshme (Craddock, Jones, 1999). Hulumtimet të bazuara në familje kanë një

vëmendje të veçantë për shkak të rëndësisë vitale në përshikimin e emocioneve dhe sjelljeve të një personi. Cloninger (1987) tregoi se fëmijët e prindërve të alkoolizuar tregojnë predispozita gjenetike më të mëdha për alkoolin edhe nëse rriten në një ambient tjetër (adoptim të prindër që nuk janë konsumues të alkoolit). Edhe pse predispozitat gjenetike jo domosdoshmërisht janë determinuese të sjelljes dhe emocioneve të adoleshentëve, ato kur ndërveprojnë me njëra tjetren (proces i njohur si epistaza) rrisin gjasat që një individ të ketë një çrregullim të caktuar kognitiv, emocional ose sjelljes (Frenkel dhe Schork, 1996). Të dhëna të studimeve të ndryshme i lidhin problemet eksternalizuese me predispozita biologjike dhe të trashëguara. Young et al. (2000) tregoi se problemet me sjellje, ADHD, dhe përdorimi i substancave lidhen me paaftësinë për të rregulluar impulset. Fëmijët me probleme në sjellje duket se kanë deficite në funksione ekzekutive dhe kontroll inhibiutes (Seguin, Boulerice, Harden, Tremblay, & Pihl, 1999).

Faktor tjetër relevant është edhe përdorimi i substancave nga nëna gjatë shtatëzanisë. Valerie et al. (2009) thekosi se konsumi i moderuar i cigareve (1 - 10 në ditë) gjatë tremujorit të parë është i lidhur me problemet ekstranilizuese. Brennan, Grekin, & Mednick (1999) treguan gjithashtu se problemet me sjellje dhe antisociale gjatë adoleshences janë të lidhura me konsumimin e cigareve nga ana e nënes gjatë shtatëzanisë. Duket se kjo lloj sjellje nga ana e prindit ndikon direkt në zhvillimin normal të trurit të fëmijës. Studimet e kontrolluara me kafshë treguan se ekspozimi ndaj nikotines ndikon në zhvillimin neural gjatë kohës fetale (Navarro et al., 1989). Periudha prenatale është shumë e ndjeshme andaj ndikimeve të jashtme. Delaney -

Black et al., (2000) deklaruan se djemt e ekspozuar ndaj vështirësive në këtë periudhë tregojnë më shumë sjellje të pakontrollueshme krahasuar me fëmijë të paekspozuar nga i njëjti ambient.

Problemet internalizuese gjithashtu rrjedhin nga predispozita biologjike dhe gjenetike. Rice & Thapar (2009) tregojnë se përveq faktorve ambiental edhe ata gjenetik luajnë një rol të madh në problemet internalizuese të fëmijës. Lau, Gregory, Goldwin, Pine., & Eley (2007) përshkruajnë se simptoma të trashëgueshme të ankthit të ndarjes janë më të larta te ata fëmijë që kanë përjetuar ngjarje të ndryshme traumatike. Së fundi Essex et al (2006) theksuan se historia maternale e depresionit është një parashikues signifikant në psiko patologjinë e fëmijëve.

b) Influenca hormonale - ndryshimet hormonale që ndodhin te adoleshentët gjatë zhvillimit të tyre gjithashtu luajnë rol të madh në faktin nëse emocionet dhe sjelljet e tyre janë në përputhje me normat e pranuar sociale apo shkojnë kundrejt tyre deri në rrezikshmëri. Truri i adoleshentit në këtë kohë ka më shumë aktivitet të hormoneve adrenale (stresi), hormoneve seksuale dhe ato të rritjes, që ndikojnë fuqishëm në zhvillimin e trurit (Harward Health Publication, 2005). Në këtë periudhë “aktivizimi seksual” është shumë i shprehur për shkak të hormoneve si testostoroni të cilat shërbejnë për të aktivizuar sistemin neural për seksualitet (Shirtcliff, 2009).

Gjatë kësaj kohe ndodhin edhe zhvillime tjera hormonale siç janë ndryshimet në reaksionin e boshtit hipotalamik - piturar - adrenal (HPA) që rezulton në një reagim

më të vullshëm kundrejt stresit (Romeo, 2013). Literatura e shfletuar përkrah idenë se niveli i hormoneve ka influencë të madhe në probleme të sjelljes dhe emocionale. Halerpin et al (1997) thekson se një nivel i parregullt i aktivitetit të serotoninës koorelon me rritje të sjelljeve eksternalizuese. Me konkluzione interesante del edhe studimi i McBurnett, Pfiffner, Capasso, Lahey, & Loeber (1997) duke lidhur nivelin e rritur të kortizolit me sjellje eksternalizuese te fëmijët. Gjithashtu, nivele të ulta të beta - hidroksalase - dopamina janë të lidur me probleme në sjellje (Galvin, Stilwell, & Shekher, 1997).

Në një studim të realizuar nga Susman, Dorn, & Chrousos (1991) efekte negative në sjellje dhe emocione janë lidhur (te mosha mashkullore) me nivele të ulta të sulfatëve dehidropedion - drosterone. Susman et al (1987) deklaroi se nivele të larta të androstenodiones te meshkujt ishin të lidhura me nivele më të larta të problemeve në sjellje. Ndërsa sa i përket pjesës emocionale nivelet e testostoron - estradion ishte e lidhur negativisht me gjendjen e pikëlluar.

2.2.2.2 Psikologjia e problemeve emocionale dhe sjelljore te adoleshentët

- **Roli i personalitetit** - karakteristikat e personalitetit të një individi gjithashtu janë shumë të rëndësishme për të kuptuar sjelljet dhe emocionet e adoleshentëve. Qasja e tyre kundrejt tjerëve dhe rrethanave varet shumë nga dallimet në personalitet. Univeristeti i Missouri (2012) kur shpjegon pikërisht këto dallime flet për studimin e kryer në Valencia, Spanjë me 1.557 nxënës që kishte për qëllim të mas ndjenjat kundrejt tjerëve, sjelljet prosociale dhe agresive, stabilitetin emocional dhe

menagjimin e stresit. Në studim të gjeturat treguan se “adoleshentët empatik” përdornin teknika pozitive të zgjidhjes së problemit gjë që redukton stresin e tyre. Të njëjtit kishin më shumë gjasa që të kryenin sjellje prosociale në bazë të se cilave përfitonin tjerët. Përkundër tyre grupi i fëmijëve / adoleshentëve implusiv përdori teknikat të bazuara në emocione për ti zgjedhur problemet dhe treguan më shumë shenja të agresionit. Zuckerman (1979) dalloi një karakteristikë të personalitet të quajtur “kërkues të kënaqësisë” që jep indikacione për sjellje të rrezikshme. Sipas autorit këta persona me qëllim që të arrijnë kënaqësinë janë në gjendjet të marit rreziqe sociale dhe fizike. Karakteristika tjera të personalitetit që janë të ndërlidhura direkt me emocionet dhe shfaqjen e tyre janë ekstraverzioni i cili është i lidhur me emocionet pozitive, ndërsa neuroticimi është i lidhur me intensitetin e emocioneve negative (Verduyn, Brans, 2011).

2.2.2.3 Ambienti dhe problemet emocionale dhe sjelljore të adoleshentëve

a) Ndikimi i familjes - përkundër që adoleshenca konsiderohet si një periudhë “rebelimi” dhe ndryshim të raporteve me tjerët, sidomos forcimi i atyre me moshtarët, prindërit mbasin një influencë shumë e madhe në vendimet e fëmijëve dhe rutinen e tyre. Kathleem dhe kolegët (2003) treguan se fëmijët identifikohen me prindërit dhe kjo ndikon direkt me vlerat që ata i konsiderojnë të rëndësishme. Lidhja prind - fëmijë është treguar të ndikojë në secilin aspekt të zhvillimit nga ai neurokognitiv, zhvillimore deri te ai socio-bihevioral (Carlson, Sroufe, 1995). Studime të mostrave jo klinike kanë treguar se adoleshentët me atashim të sigurt janë më pak të predispozuar të konsumojnë alkool, drogë dhe

sjellje të rrezikshme seksuale (Cooper, Shaver dhe Collins, 1998). Përveq modelimit si shumë të rëndësishëm për mirëqenjen psikologjike është edhe monitorimi prindëror. Jaccard dhe Ditus (1991) kanë raportuar korelacion në mes të monitorimit prindëror dhe sjelljeve të rrezikshme. Në përgjithësi mardhënjet familjare janë të lidhura me vështirësi emocionale dhe sjellje të rrezikshme.

b) Moshatarët - edhe përkundër rëndësisë së madhe të prindërve në jetën e adoleshentëve, në fakt janë moshtarët ata që mund ta shtyejnë një individ drejt prosperitetit emocional dhe sjelljeve prosociale por edhe vështirësive emocionale dhe problemeve në sjellje. Jessor dhe Jessor (1977) tregojnë se në shumë raste roli i moshtarëve bëhet më i madh se ai i prindërve. Andaj shpesh adoleshentët kanë mardhënie të tilla me ta që mund të ndikojë në emocionet e tyre dhe sjellje. Adoleshentët me mbështetje të ulët nga moshtarët janë të prirur të involvohen në sjellje të rrezikshme seksuale (Brady, Dolcini, Harper dhe Pollack, 2009)

2.2.3 Teoria e të mësuarit social

Teoria e të mësuarit social ka për bazë idenë se sjelljet e reja ose përforcimi i sjelljeve të vjetra sidomos të fëmijët dhe adoleshentët ndodh përmes modelimit dhe observimit (Long Jr, 2011). Teoria në fjalë jep shpjegime të qarta se si sjelljet e modeluara përmes vëzhgimit përforcohen dhe adaptohen në personalitetin e individit.

Kjo kornizë në fakt ndërlidhet me familjet e veteranëve sidomos në mardhënjet prind - fëmijë. Ekspozimi i fëmijës në një ambient plot stres dhe traumë mund të ndikojë në

formësimin e sjelljeve dhe modeleve emocionale që mund të jenë të dëmshme për zhvillimin e adoleshentit. Studime të ndryshme e lidhin ekspozimin në dhunë dhe mardhënje të tensionuar me përfshirje në krime dhe kryerjen e akteve agresive në faza të mëvonshme (Finkelhor, et al 2000; Feigenbaum, Muller, 2016).

Hulumtime tjera poashtu mbështetin faktin se veteranët e luftes, për shkak të traumave dhe vështirësive tjera që lidhen me të, ushtrojnë dhunë ndaj vetes dhe anëtarëve të familjes (MacManus, 2015; Cesur, 2013). Bandura (1973) në bazë të teorisë së të mësuarit ka idenë se individët mësojnë dhe formësojnë sjelljet përmes modelimit në kontekst të interaksioneve sociale.

2.2.3.1 Të mësuarit social dhe vetë-rregullimi

Procesi i të mësuarit social është natyral dhe në fakt i thjeshtë. Broderick dhe Bleeitt (2010) potencojnë se ky lloj i të mësuarit ndodh kur një person e observon tjetrin dhe sjelljen, si rrjedhojë, mëson se si ta bëjë vet. Shpesh pranimi i sjelljeve ose jo nga modeli varet edhe nga struktura dhe procese psikologjike si procesi i vetë rregullimit.

Procesi i vetërregullimit ka të bëjmë me zgjedhjen e alternativave, duke e shmangur një përforcues të menjëhershëm, për të fituar një tjetër në një afat më të gjatë kohor dhe më të madh (Schunk, 2006). Pra një ndër faktorët determinues të prëforcimit / mësimit ose jo të një sjellje varet nga personaliteti dhe proceset rregulluese brenda personave, në rastin konkret adoleshentëve. Adoloshentët që tregojnë aftësi të dobta të vetë - rregullimit janë në rrezik më të madh për probleme sociale dhe delikuencë (Trentacosta dhe Shaw, 2009). Fëmijët mësojnë vlerat dhe besimet qysh në moshë të hershme, dhe po të njejtat i përcjellin

edhe në adoleshencë. Sidoqoftë, shpesh periudha e adoleshnces mund të duket si “mur” për këto vlera sepse individët në këtë kohë tentojnë të krijojnë një identitet ndryshe dhe që jo detyrimisht përshtatet me normat e formësuara më heret.

Beschle (2006) thekson se disonanca kognitive (konflikti brenda individit "dy mendime, dy qendrim, dy besime" të kundërta) që ndodh te adoleshentët përshkak të përplasjes së vlerave mund të shpije deri në ankth, frustrim dhe ndjenja tjera negative ndaj vetes dhe tjerëve. Vetë - rregullimi duket se është një ndër faktorët kryesor, që lidhet me teorinë e të mësuarit social dhe problemet sociale - psikologjike të fëmijëve. Zimmerman (1988) thekson se vetë - rregullimi mat aftësinë e adoleshentëve që ti monitorojnë aktivitetet e tyre, vlerësojnë performancën, motivimin dhe ka ndikim vital në reziliencë.

2.3 Prevalenca e problemeve emocionale dhe sjelljes

Një numër i konsiderueshëm i fëmijëve dhe adoleshentëve vuajnë nga probleme emocionale dhe të sjelljes. Problemet emocionale dhe të sjelljes sot mund të konsiderohen si çështjet kryesore shëndetësore në adoleshencë që gjithnjë e më shumë po kthehen në një çështje shqetësuese të shëndetit publik (Holling et al., 2008).

Adoleshenca si një periudhë e rëndësishme në jetën e individit karakterizohet nga ndryshime në sfera të ndryshme të zhvillimit por ajo emocionale është më e ndikuara. Kjo periudhë është e karakterizuar nga emocione negative, ndjeshmëri ndaj interaksioneve sociale me moshtarët, kërkim të shpërblimit dhe involvim më aktiv në qëllime afat gjatë dhe komplekse (Nelson, E. E., Leibenluft, E., McClure, E. B., & Pine, D. S. (2005)). Në

rastin kur individët kalojnë në këtë fazë përveq që fitojnë aftësi për përshtatje me sfidat e zhvillimit dhe komunitetit gjithashtu ata sfidohen për shkak të ndryshimeve në të menduarit e tyre dhe konceptimet për botën.

Sipas Steinberg (2005) përderisa kalimi nëpër këtë fazë përveq që promovon aftësitë e nevojshme për pavarësi nga familja dhe krijimin e marrëdhënjëve romantike, mirëpo në anën tjetër kjo periudhë mund të krijojë vulnerabilitet për probleme emocionale. Të menduarit e tyre në këtë fazë ndryshon dhe bëhet më kompleks si rrjedhojë edhe marrëdhënjet intra dhe inter personale të adoleshentëve. Lidhjet që konsiderohen të rëndësishme ndahen dhe ndryshojnë duke marrë forma tjera. Grupet të vogla në mes të dy ose tre individëve bëhen të rëndësishme për ta (Brown & Klute, 2003) dhe të krijojnë një identitet më kolektiv me adoleshentët tjerë. Këto marrëdhënje janë më intense dhe përfshijnë mënyra ndërveprimi që shpesh janë stresuese dhe sfiduese për ta shpesh duke qenë më komplekse, me më shumë kërkesa dhe pritshmëri të rritura kundrejt njëri tjetrit. Marrëdhënjet e adoleshentëve në shumë raste janë jo-stabile (Brown, 2004). Kur kjo bashkangjitet me nevojat e tyre për pranueshmëri kundrejt refuzimit dhe ndryshimet fizike që ndodhin atëherë adoleshenca është e mbushur me stres, ankth si dhe çrregullime tjera. Disa nga çrregullimet që do të shpjegohen më poshtë ndërlidhen me periudhën e adoleshences e ato janë: ankthi, depresioni, somatizimi, problemet në të menduar dhe vëmendje.

Edhe pse shifrat e prevalencës ndryshojnë në masë të madhe, është vlerësuar nga studime të ndryshme epidemiologjike se rreth 18 - 22% e adoleshentëve kanë shenja të problemeve në përshtatje (Frick & Silverthorn, 2001).

Normat e prevalencës së problemeve të shëndetit mendor të fëmijëve dhe adoleshentëve ndryshojnë shumë jo vetëm për shkak të metodave të ndryshme të vlerësimit, por edhe për shkak të dizajne të ndryshme të studimit. Në një rishikim të fundit të 29 studimeve gjermane nga vitet 1952 - 2003 është gjetur prevalence prej 10.3% - 29.9% e çrregullimeve emocionale dhe të sjelljes, me një prevalencë mesatare prej 17.2 % (Barkmann, & Schulte -Markwort, 2004). Në një rishikim ndërkombëtar, Ihle dhe Esser (2002) raportuan një mesatare prej 18% për normat periodike të prevalencës së çrregullimeve mendore tek fëmijët dhe të rinjtë me një varg prej 6.8% - 37.4% por me tre të katërtat (3/4) e vlerësimeve që variojnë në mes të 15% dhe 22%.

Nëse i referohemi Organizatës Botërore të Shëndetësisë (2001), dhe studimit të Belfer (2008), prevalenca e problemeve emocionale dhe të sjelljes tek adoleshentët është raportuar si në mes të 10% dhe 20% ; me një mesatare prej 12% nga studimi i Costello et al. (2005). Krahasuar me fëmijët më të vegjël, adoleshentët mund të ketë aftësi më të larta njohëse dhe shprehje emocionale dhe rritja e tyre mendore është e shpejtë por edhe e paekuilibruar, duke i bërë ata më të ndjeshëm ndaj stimujve negative (Yurgelun - Todd, 2007).

2.3.1 Problemet emocionale

2.3.1.1 Prevalenca e Ankthit

Zakonisht kur individ gjendet në situata që rrezikojnë mirqenjen e tij fizike ose psikologjike atëherë në organizmin e tij futen në funksion disa mekanizma mbrojtës siq është frika, stresi dhe ankthi. Në momentin që situata stresuese ulet eventualisht, atëherë nivel i frikes dhe stresit ulet por ankthi është gjendje që vazhdon. Ankthi është një gjendje e

orientuar në të ardhmen që e pergadit individin për ngjarje të ardhshme potencialisht të rrezikshëm (Barlow, 2002) por kjo ndjenjë jo domosdoshmërisht ka një shkak ose pasojë reale.

Meqë ankthi është shumë kompleks dhe ka bazë të fortë emocionale atëherë edhe ndarjet që i ka dallojnë varësisht nga simptomologjia.

Studimet e ndryshme nëpër kontekste të ndryshme e vendosin ankthin si preukopim mjaft të madhë në mirëqenjen e njerëzve në përgjithësi por edhe adoleshetëve në veçanti. Merikangas dhe të tjerët (2010) kryen një studim me 10.123 adoleshentë të moshës 13 - 18 vjeqar në Shtetet e Bashkuara të Amerikes, përmes një interviste të strukturuar diagnostifikuese nga Organizata Botërore e Shëndetësisë. Në këtë hulumtim çrregullimet e ankthit ishin më të shprehurat me 31.9% nga të gjitha çrregullimet tjera. Por prevalenca e çrregullimeve të ankthit duket se varion në vend, për arsye se në të janë të involvuar shumë faktorë që mund të ndikojnë në shfaqjen e çrregullimit në fjalë. Sipas një studimi tjetër 5% e fëmijëve dhe adoleshentëve i plotsojnë kriteret e diagnostifikimit me çrregullime të ankthit në popullatat perendimore (Rapee, Schniereing, Hudson, 2009). Me të njejtat rezultate del edhe studimi prej Amerikes Latine përkatësisht Puerto Riko-s që tregojnë shifra përafërsisht të njejta (Canino, Shrout, Rubio - Stipek, 2004). Në një hulumtim të natyres së tillë i realizuar në Kosovë nga Fanaj, Melonashi, Drevinja dhe Haxhibeqiri (2015) në metoden korrelacionale rezultatet treguan se 31.9% e mostres kishin çrregullim të ankthit. Sipas shfletimeve më të larta çrregullimet e ankthit janë ndër më të shprehurat në periudhen e adoleshencës që varion. Beesdo dhe kolegët (2009) në analizen e studimeve gjetën se prevalenca nëpër studime të ndryshme shkon prej 15% deri në 30% krahasuar me të rriturit,

ku ajo është prej 10% deri në 20%. Ndërsa specifikisht në çrregullimet e ankthit më të shprehurat janë fobia sociale dhe çrregullimet e ankthit të gjeneralizuar (Burnstein dhe kolegët, 2011)

2.3.1.2 Prevalenca e Depresionit

Depresioni është një gjendje në të cilën individi, në këtë rast adoleshenti ka ndryshime signifikante në gjendjen emocionale dhe motivim. Por depresioni nuk ka të bëjë vetëm me një ndjenjë e cila shprehet për një moment, përkundrazi intensiteti i saj është i fortë, interferon me rutinen ditore, të menduarit dhe ndryshimet fiziologjike. Depresioni është më shumë se vetëm pikëllim i zakonshëm. Njerëzit me depresion mund të përjetojnë mungesë interesi dhe kënaqësi në aktivitetet ditore, humbje / fitim peshe, insomni (pagjumësi), mungesë energjie, pamundësi koncentrimi, dhe mendime për vdekje ose vetëvrasëse (APA, 2016; Ashbourne, Baker, 2002).

Kriteret diagnostifikuese të edicionit të 4-të të manualit statistikor Diagnostik (DSM - IV, 2000) janë:

- Shfaqja e pesë ose më shumë simptomave depressive për të paktën një periudhë dy javore duke prezantuar një ndryshim nga funksionimi i mërhshëm në humbje interesi, gjendje irrituese, humbje ose fitim i peshes, vështirësi në gjumë, ndryshime të vërejtshme në energji, ndjenja të pavleftshmërisë ose fajit, vështirësi në të menduar, mendime të vazhdueshme për vdekjen, ide për vetëvrasje, përpjekje për vetëvrasje.

- Simptomat shkaktojnë stres dhe vështirësi në përforimimin e aktiviteteve ditore.
- Simptomat nuk janë si shkak i medikamenteve, abuzimit me substanca ose ndonjë gjendje mjekësore.
- Simptomat nuk vijnë për shkak të “zisë” për një humbje.

Epizodë të çrregullimeve depressive madhore zakonisht zgjasin 8 muaj për fëmijët dhe adoleshentët. Shumë prej tyre rikuperohen në një periudhë prej 1 - 2 vjeqare. Ndërsa disa përjetojnë relaps brenda dy muajve të përmisimit, ose në një periudhë prej 3 - 5 pesë vjeqare.

Studimet e ndryshme e vendosin depresionin në qendër të problemeve emocionale të adoleshentëve si një çrregullim që ndërhyt seriozisht në mirëqenjen e tyre fizike dhe psikologjike. Në Shtetet e Bashkuara të Amerikës në vitin 2014 vlerësohet se 2.8 milion adoleshentë të moshës 12 - 17 vjeqare kanë përjetuar të paktën një epizodë depressive në vitin e kaluar. Ky numër prezanton 11.4% të popullates së përgjithsme të adoleshentëve (National Institute of Mental Health, 2014). Hulumtimet tjera në këtë kontinentë tregojnë se prevalenca e depresionit të adoleshentët varion 5% - 8% (Jellinek, Snyder, 1998; Bimaher, Brent, 1998).

Bansal, Goyal dhe Srivastava (2009) indikuan se 3% deri 9% e adoleshentëve plotësojnë kriteter për depresion të paktën njëherë dhe deri në fund të adoleshencës 20% e tyre reportojnë për prevalencë jetësore të depresionit. Sipas artikullit numri mund të jetë më

i madh për arsye se stafi mjekësor shpesh dështon të njoh 30% - 50% të pacientëve depresiv.

Balasz dhe kolegët (2012) kur maten depresionin në regjione të ndryshme të Europës gjeten se depresioni në mes të adoleshetëve varion prej 7.1% - 19.4%. Sipas vendeve depresioni ishte, në: Hungari 7.1%, Austria 7.6%, Romania 7.6%, Estonia 7.9 %, Irlanda 8.5%, Spanja 8.6%, Italia 9.2%, Slovenia 11.4%, Gjermania 12.9%, Franca 15.4% dhe Izraeli 19.4%.

Shumë studime epidemiologjike e gjejnë depresionin si të zakonshëm në fillim të adoleshences, krahasuar me periudhat më të mëdha të zhvillimit fizik dhe psikologjik (Meltzer, Goodman, & Ford, 2000).

Një studim i realizuar nga Saluja et al (2004) tregoi se 80% e mostrës të përbërë nga adoleshentë shfaqen simptoma të depresionit. Femrat (25%) treguan më shumë simptoma krahasuar me mashkujt (10%). Sa i përket dallimeve etnike, Ameriano - Indianët (29%) treguan më shumë simptoma krahasuar me 22% Hispanik, të bardhët 17%, Aziatikët 15% dhe Afrikanët 15%.

Roberts, Sobhan (1992) në një studim me 2.200 adoleshentë të moshave 12 - 17 vjeçare të etnive Angleze, Afrikane, Meksikane dhe grupet tjera Hispanike. Të gjeturat treguan se meshkujt Meksikano - Amerikanë treguan më shumë simptoma se meshkujt tjera, e njëjta vlen edhe për femrat e etnisë Meksikane.

Sund, Larsson, & Whichstrom (2011) treguan në studimin e tyre se një në katër subjekte (23%) nga mostra e pergjithshme kishin depresion të përjetshëm. Të gjitha çrregullimet depressive ishin të karakterizuara nga kohëzgjatje e madhe e epizodave.

Costello, Erkanli, & Angold (2006) analizuan rezultatet e njëzet e gjashtë (26) studimeve, duke observuar 60.000 fëmijët e lindur në mes viteve 1965 - 1996. Shkallët e depresionit nuk treguan të jenë të lidhura me vitin e lindjes (kohen kur është lindur individi). Nën moshën 13 vjeqare prevalenca ishte 2.8%, 13 - 18 vjeq depresioni ishte 5.6%. Dallimet gjinore nuk ishin shumë të mëdha, ku vajzat e moshës 13 - 18 vjeqare kishin 5.9% prevalencë, ndërsa djemtë (mosha e njejtë) 4.6%.

Bahlz (2002) në një studim me 468 nxënës të moshave prej 10 - 17 vjeqare në Brazil doli me të gjetura interesante. Sipas tyre në hulumtim u vërejt një trend në rritje të siptomave depressive në moshën 10 - 15 vjeqare, ndërsa trendi shkoi duke u zvogëluar gjatë moshës 16 - 17 vjeqare. Femrat treguan predispozita më të mëdha për të qenë të depresionuara gjatë adoleshencës.

Kur u mat prevalenca e depresionit në Iran nga Modabber - Nia (2007) tregoi se nga 3.681 subjekte 34% e tyre vuanin nga depresioni. Kishte dallime signifikante më mes të prevalences së depresionit me llojin e shkollës, fushës së studimit, klasës socio-ekonomike dhe gjinisë.

Kosova ka nevojë për studime të kësaj natyre me qëllim të kuptimshmërisë më të qartë të gjendjes faktike dhe verifikimit ose jo të hulumtimeve ekzistuese. Prevalenca e depresionit te adoleshentët e Kosovës është 28.6% (Fanaj, Drevinja dhe Haxhibeqiri, 2015).

2.4 Stresi post-traumatik te adoleshentët

Adoleshentët si gjithë individët tjerë shpesh përfshihen drejtpërdrejtë ose indirekt në ngjarje traumatike, sëmundje, apo sulme personale të natyrave të ndryshme. Me kohën që kalon në shumë raste “kalon” edhe dhimbja por disa prej këtyre ngjarjeve që kanë intensitet të shtuar zgjasin shumë më shumë dhe pasojat psikologjike për individin janë të rënda.

American Psychiatric Association (2013) përshkruan kriteret diagnostifikuese të DSM-V për SPTT me qëllim të pasqyrit të saktë.

Kriteret e identifikojnë si “burim” të SPTT ekspozimin ndaj një vdekje apo kërcnim vdekje, lëndimi serioz ose dhunes seksuale. Ekspozimi duhet të rezultojë nga një ose më shumë nga nocionet e mëposhtme:

- Eksperiencë direkte ndaj ngjarjes traumatike,
- Dëshmitar i ngjarjes traumatike,
- Ngjarja traumatike ka ndodhur te dikush i afërm (antar familje ose mik),
- Përjeton përsëritje të ngjarjes traumatike në mënyrë konsistente.

Çrregullimi, pa marrë parasysh nxitësve, shkakton stres signifikant klinik dhe ndërhyr në ndërveprimet sociale, kapacitetin për punë dhe vështirësi në shumë zona të funksionimit. Nuk është si rezultat i ndonjë gjendje mjeksore apo abuzimi me barëra dhe alkool.

Prevalenca e SPTT te adoleshentët në Shtetet e Bashkuara të Amerikës nuk dallon prej studimit në studim në mënyrë signifikante. Kilpatrick dhe kolegët në matjen e tyre me 4.023 adoleshtë në mes të moshave 12 - 17 vjeqare dhe duke përdorur kriteret e DSM - IV për SPTT, gjeten se prevalenca gjashtë (6) mujore ishte në mes të 3.7% për djem dhe 6.3% për vajza. Studime tjera tregojnë se ky çrregullim varion prej 3.5% - 6.3% (Giacona dhe kolegët, 1995; Cuffe dhe kolegët 1998). Costello dhe kolegët (2002) gjithashtu dolën me vlerën 6% si raportim i adoleshtëve për SPTT gjatë tre (3) muajve të fundit.

Trauma serioze duhet të jetë një indikator mjaft i rëndësishëm në parashikimin e zhvillimit të SPTT. Një shikim i studimeve të fëmijëve të ekspozuar në trauma dhe zhvillimin e çrregullimit nga Gabbay, Oatis, Silva dhe Hirsch (2004) treguan se :

- 20% - 63% e SPTT ndodh te fëmijët e mbijetuar nga keqtrajtimi,
- 12% te ata me probleme mjekësore,
- 5% - 95% te mbijetuesit e katastrofave.

Për të kuptuar më mirë prevalencën dhe shtrirjen e SPTT te fëmijët Perry (2007) tregon se në studimet të shumta prevalenca figuron nga 2% - 5%, mirëpo kur ekzaminohen fëmijët me trauma atëherë këto shifra rriten shumë sepse 15% - 90% e atyre që kanë përjetuar ndonjë trauma zhvillojnë SPTT. 93% e fëmijëve që kanë qenë dëshmitar të dhunës shtëpiake kanë SPPT, 80% e fëmijëve Kuvajtian të ekspozuar në krizë lufte poashtu e kanë zhvilluar çrregullimin. 58% e adoleshentëve që përjetojnë abuzim seksual ose fizik poashtu kanë paraqitje të SPTT.

2.4.1 Çrregullimet psikosomatike

Meqë periudha e adoleshencës është e karakterizuar me stres të madh dhe situata në të cilat adoleshentët duhet të “sforcohen” dhe dalin nga zona e komfortit, ata shpesh ndjejnë dhimbje për të cilat mjekët nuk mund të gjejnë ndonjë shkak organik (kjo nuk e mohon faktin se dhimbja është shumë e vërtetë për fëmijën). Simptoma fizike dhe ankesat për dhimbje janë mjaft të zakonshme te fëmijët dhe adoleshentët (Kelly dhe kolegët, 2010).

Zakonisht këto simptoma ndodhin për shkak të stresit dhe duhet ndarë nga çrregullimet neurotike dhe somatofome të hasura te të rriturit. Dhimbja e shpinës, kokës, gjoksit, gjymtyrëve, shqetësime për shëndetin e vështirësi në frymëmarrje janë reagimi ndaj stresit të adoleshentëve, karshi shkollës, familjes, presionit të moshatarëve apo aftësive jo të mira të përballimit (Brill, Patel dhe MacDonald, 2001). Sipas artikullit prevalenca e tyre raportohet të jetë në mes të 10% - 25%. Adoleshentët dhe vështirësitë e tyre rriten duke marrë parasysh dinamiken e përshpejtuar të jetes dhe rritjen e presionit social për sukses dhe përshtatje andaj studiues nëpër vende të ndryshme raportojnë për rritje të simptomave psikosomatike në vende të ndryshme (Santalahti dhe kolegët, 2005; Ramachandri, Hotopf, Sandhu dhe Stein, 2005; Silber, 2011). Në një tjetër studim të realizuar në tetë (8) vende të Europës nga Vanaelst dhe kolegët (2012) dolen të gjetuara se prevalenca e simptomave psikosomatike ishte 45.7%.

Kingery dhe te tjerët (2007) gjetën një lidhje në mes të ankthit dhe stresit postraumatik me shfaqjen e simptomave somatike në mesin e adoleshentëve afro - amerikan, ku raportuan një mesatare prej 2.5% të simptomave somatike (p.sh: dhimbje

gjoksi, stomaku, ndjenja të tensionuara) (Kingery et al. 2007). Edhe, Stanfor dhe të tjerët (2008) në një studim në lidhje me prevalencën e shfaqjes së simptomave somatike, theksoi se adoleshentët raportuan më së shumti këto lloje të simptomave: dhembje koke, dhembje stomaku, dhembje shpine si dhembje të muskujve, konkretisht normat e prevalencës së dhembjes së kokës, stomakut dhe shpinës, janë raportuar të variojnë nga 10% në 48%, nga 3% në 39%, dhe nga 1% deri 25% (Stanford et al., 2008).

Një ndër studimet më të fundit nga Luntamo dhe të tjerët (2013) në lidhje me simptomat somatike dhe prevalencën e tyre, konkudoi se: në mesin e adoleshenteve, 17% e djemve dhe 26% e vajzave raportuan simptoma somatike për muaj, dhe 10% e djemve dhe 15% e vajzave raportuan dhimbje koke për javë ($p \leq .001$); ndërsa dhembje koke për muaj, vajzat raportuan 29% dhe djemtë vetëm 9%; vetëm 4% e djemve dhe 7% e vajzave raportuan simptoma abdominale ($p \leq .001$), dhe për muaj, vajzat shfaqen simptoma abdominale prej 28% ndërsa djemtë prej 27% (Luntamo, 2013).

2.4.2 Prevalenca e problemeve të Sjelljes

Adoleshentët janë në rrezik të lartë për zhvillimin e sjelljeve problematike të cilat janë shqetësuese dhe asociale dhe influencojnë negativisht edhe shoqërinë në përgjithësi (Bartlett, Holditch - Davis & Belyeaa, 2005; Brooks - Gunn, 1997). Problemet e sjelljes janë ndër gjendjet kronike shëndetësore me prevalencë të lartë në mesin e adoleshentëve dhe shpesh mund të kenë pasoja të rënda negative si për zhvillimin social përfshirë: interaksionin me prindër dhe bashkëmoshatarë, gjithashtu edhe për suksesin akademik dhe sjellje të përshtatshme tek fëmijët (Pastor, Reuben & Duran, 2012).

Funksionimi i sjelljes së përshtatshme paraqet një rezultat të rëndësishëm zhvillimor në jetën e të rinjëve dhe shërben si një parashikues i fuqishëm i rregullimit në të ardhmen. Prindërit mund të jenë ndër personat e parë të rritur që mund të vërejnë një sjellje jo të përshtatshme tek fëmijët e tyre dhe më pas të ndërmarrin hapa konkret në evitimin e atyre sjelljeve.

Pra, shumë studime epidemiologjike janë mbështetur në të dhënat e prindërve për fëmijët e tyre (Austen & Jeffery, 2006). Duke u bazuar në të dhënat epidemiologjike, disa studime longitudinale (gjatësore) të tilla si nga: Achenbach dhe të tjerët (1995) kanë testuar për gjashtë (6) vite me radhë mënyrat predikuese të problemeve në sjellje tek adoleshentët në mes moshës 13 - 16 vjeçare dhe tek adoleshentët e moshës 19 - 22 vjeçare përmes vetë-raportimit dhe listës kontrolluese dhe është gjetur se shumica e problemeve në sjellje shkaktohen si rezultat i marrëdhënieve jo të përshtatshme të të rinjëve me prindërit e tyre dhe bashkëmoshatarët. Gjithashtu, Ferdinand dhe Verhulst (1995) në një studim në lidhje me problemet emocionale në mesin e adoleshentëve konkludoi se problemet në sjellje arrijnë një shifër prej 23% duke u bazuar në shkallën vetë-raportuese tek të rinjtë. Por edhe studimi ndër-sekional i realizuar nga Moataz dhe të tjerët (2004) në studimin e tyre lidhur me problemet në sjellje tek të rinjtë theksoj se prevalenca e problemeve në sjellje arrin shifrën prej 8.3%, për dallim nga ajo në Emiratet e Bashkuara Arabe që kishte një prevalencë prej 23.9% (Eapen et al., 1989). Crijnen dhe të tjerët (1999) në lidhje me problemet e fëmijëve nëpër kultura të ndryshme theksuan se: sjelljet agresive arrijnë shifrën prej 5% të variancës ndërsa sjelljet delikuede arrijnë shifrën prej 1% të variancës. Nëse i referohemi studimit të Simpson (2008) në një studim lidhur me shërbimet mendore në mes të viteve 2005 - 2008

rezultoj se probleme në sjellje kishin 5.1% që kanë raportuar probleme në sjellje në 12 muajt e fundit, ku prej tyre 6.6% kanë qenë meshkuj dhe 3.4% femra.

Ekstranalizimi i problemeve në sjellje gjatë adoleshencës, si agresioni dhe kriminaliteti janë shumë problematike për shoqërinë. Në vitin 2008, 1.2 fëmijë amerikanë rreth moshës 18 vjeçare ishin arrestuar për krime që variojnë nga mos-respektimi i orës policore deri tek përdhunimi dhe vrasja (SHBA; Departamenti i Drejtësisë, Byroja Federale e Hetimeve, 2009). Shumica e këtyre shkeljeve ishin për krime ndaj pronës, vjedhjes dhe vandalizmit dhe ka pasur edhe një numër alarmues të arrestimeve për shkak të abuzimit me drogë, alkool dhe sulme fizike në mes të rinjëve. Vetë-raportimet gjithashtu tregojnë për norma të larta të sjelljeve delikuede dhe agresive (Walton, Ormel & Krueger, 2011).

Sipas një studimi të realizuar në vitin 2007 nga Qendra për Kontroll të Sëmundjeve dhe Parandalim, pothuajse 45% e adoleshentëve nëpër shkolla të mesme në Shtetet e Bashkuara të Amerikës kanë përdorur alkool në muajin e kaluar, 19.7% kanë përdorur marihuanë dhe 35.5% kanë qenë në kontakt fizik njëri me tjetrin vetëm në muajin e kaluar.

Norma të njejta të prevalencës janë gjetur edhe në vendet e zhvilluara. Për shembull, në Holand 29% e nxënësve kanë qenë në agresion fizik vetëm në muajin e kaluar, 50.5% e adoleshentëve kanë përdorur alkool dhe 13.5% kanë përdorur marihuanë vetëm në muajin e kaluar (Monshouwer et al., 2008). Këto statistika shqetësuese të ekstranalizimit të problemeve shkojnë përtej pasojave të menjëhershme negative për publikun dhe individin. Për shembull, studimet longitudinale tregojnë se delikuenca e adoleshentëve pengon edukimin e mirëfilltë dhe profesionalizimin në adoleshencën e vonshme (e.g., Laub &

Sampson, 1994; Tanner, Davis, & O'Grady, 1999) dhe arritja e ulët mund të ndërmjetsojë marrëdhëniet në mes të kriminalitetit të adoleshentëve dhe depresionit në rininë e hershme (Siennick, 2007).

2.5 Parashikuesit e problemeve emocionale dhe të sjelljes në adoleshencë

2.5.1 Problemet mendore të prindërve

a) Ankthi i prindit - ankthi te të rriturit varion nga 3.2% deri në 14.2% (Forsell, Winblad, 2014; Ritchie, Beluche, 2014). Përveq seriozitetit të ankthit te vetë personat në fjalë, ndikimi përcillet edhe te të tjerë, në rastin konkret te fëmijët. Wood dhe kolegët (2003) bënë një shfletim literature për këtë qështje prej viteve 1990 - 2002 lidhur me prindësinë dhe ankthin. Ndër rezultatet tjera ata konkluduan se prindërit me ankth dhe nivel të lart kontrolli mund ti vendosin fëmijët e tyre në rrezik për çrregullime të ankthit.

Duke u nisur prej faktit se shumë sëmundje dhe çrregullime përcillen prej gjeneratash, i njëjti fat ndodh edhe te ankthi i prindërve. Fëmijët e prindërve me çrregullime të ankthit janë 5 deri në 7 herë më të prirur të diagnostifikohen me çrregullime ankthi sesa fëmijët e prindërve pa çrregullime të ankthit (Beidel and Turner, 1997; Turner et al., 1987). Pastaj kur fëmijët janë me ankth atëherë kjo ndikon edhe në sjelljen dhe perceptimin e nënave për ta. Hudson dhe Rapee (2001) në një studim observues, nënat e fëmijëve me ankth ofruan më pak ndihmë për fëmijët e tyre.

Kur diskutohet për ankthin dhe prindin (nënë ose babain) ka dallime sipas studimeve. McClure dhe kolegët (2001) treguan se ankthi maternal predikoi çrregullime të ankthit të fëmijët, por nuk u gjet ndërlidhje signifikante në mes të ankthit të babait dhe atë të fëmijës së tij. Këto rezultate replikuan ato të studimeve të mëhershme që vënë theksin në mes të njërit prind - atë të nënës.

Ankthi dhe komponentet e tij ndikojnë jo vetëm në funksionimin ditor por edhe në komponente tjera të rëndësishme siq është ajo akademike. Maloney dhe kolegët (2015) realizuan një hulumtim të madh lidhur me ankthin e prindërve për lënden e matematikës dhe arritjet e fëmijëve të tyre lidhur me arritjet në këtë lëndë. Qëllimi i këtij studimi ishte të kuptohej pse disa studentë përformojnë më dobët se tjerët. Autorët testuan nëse ankthi i prindërve predikon rezultatet e fëmijëve të tyre përgjatë një viti shkollor. Të gjeturat treguan se kur prindërit janë më ansioz fëmijët e tyre mësojnë më pak në atë lëndë dhe kanë ankth më të madh në fund të vitit, sidomos nëse prindi me ankth i ka ndihmuar në detyrat e shtëpisë. Ankthi i prindërve në matematikë nuk kishte ndikim në aftësitë e fëmijëve të tyre në të lexuar, gjë që sygjeron se ndikimi i ankthit është specifik.

Studimet e shumta në këtë fushë vetëm sa përforcojnë hipotezen e ndikimeve të prindërve me ankth dhe transmetimin e sjelljeve dhe emocioneve të fëmijët e tyre. Turner dhe kolegët (2003) në një hulumtim maten sjelljet prindërore si një faktor i mundshëm për transmetimin e ankthit në gjenerata. Duke përdorur intervista, vetë-raportime dhe observime direkte të sjelljes, sjelljet e prindërve me një çrregullim të ankthit ishin krahasuar me prindër pa çrregullime të ankthi në fusha të

ndryshme, por specifikisht duke i ndaluar fëmijët e tyre nga aktivitetet normale për moshën e tyre. Edhe pse prindërit anksoz nuk kanë ndaluar në mënyrë strikte fëmijët e tyre në aktivitet ata raportuan nivele të larta të stresit kur fëmijët e tyre ishin angazhuar në këto aktivitete. Klima emocionale në familjet me prindër anksoz dalluan me ato pa prindër anksoz / njëri prej tyre.

b) Depresioni i prindit - fëmijët e nënave me depresion janë në rrezik ndaj një game të varfër të rezultateve sociale, emocionale, neuro-kognitive dhe të sjelljes (Goodman & Tully, 2006), duke përfshirë edhe externalizimin e problemeve nga ana e fëmijëve të tilla si: sjellje distruptive, agresive, provokuese dhe sjellje opozitare (Biederman et al., 2001; Boyle & Pickles, 1997; Chronis et al., 2007; Connell & Goodman, 2002; Luoma et al., 2001; Zahn - Waxler, Iannotti, Cummings, & Denham, 1990). Ka shumë mënyra të mundshme të transaksioneve përmes të cilave rreziku për këto probleme mund të bartet nga nënat simptomatike tek fëmijët e tyre. Për shembull, transmetimi mund të ndodh përmes procesit gjenetik, modelit devijant social, ndërveprimeve konfliktuale prind - fëmijë, defektet neurologjike si dhe eksopzimi ndaj situatave stresuese (Goodman & Gotlib, 1999).

Përveç kësaj, shfaqja e sjelljeve antisociale nga ana e nënave të depresionuara mund të rritë rrezikun për internalizim të problemeve nga ana e fëmijës (Kim - Cohen, Moffitt, Taylor, Pawlby, & Caspi, 2005). Në lidhje me qështjen e theksuar, pra është e mundur se të gjithë këta faktorë mund të determinojnë sjelljen dhe reagimin social apo emocional të fëmijës, megjithatë disa faktorë mund të jenë me shumë ndikim në krahasim me disa të tjerë. Për dekada me rradhë, prindërimi negativ i cili

mund të jetë shkaktar i problemeve emocionale dhe të sjelljes tek femijët, ka arritur vëmendje të theksuar (Beauchaine, Webster - Stratton, & Reid, 2005; Gershoff, 2002; Johnson, Cohen, Chen, Kasen, & Brook, 2006; Lynch et al., 2006; Kendziora & O'Leary, 1993; Riggins, Caspers, Cadoret, Knutson, & Langbehn, 2003; Webster - Stratton & Hammond, 1988).

Ka dëshmi të shumta se depresioni prindëror rrezikon praktikat e shëndetshme prindërore (Cummings, Keller, & Davies, 2005; Elgar, Mills, McGrath, Waschbusch, & Brownridge, 2007; Lovejoy, Graczyk, O'Hare, & Neuman, 2000; Vostanis et al., 2006). Megjithatë, relativisht pak janë të njohur mekanizmat themelore të kësaj lidhje. Disa studime kanë treguar se kjo lidhje mund të shpjegohet pjesërisht përmes përpunimit të informacionit social nga ana e nënës. Depresioni zakonisht është i shoqëruar me shtrembërime njohëse dhe atribuime të gabuara të cilat kanë qenë të lidhura me strategjitë e dëmshme prindërore si disiplina fizike të ashpra dhe armiqësore (Haskett, Scott, Grant, Ward, & Robinson, 2003; Leung & Slep, 2006; Lorber & Leary, 2005).

- **Depresioni dhe nënat** - simptomat depresive më të shumta vijnë nga ndryshimet në humor si dhe mungesa e shpresës të cilat janë shkaqet kryesore të depresionit në mesin e grave në botë (WHO, 2008). Prevalenca e jetës për një episod depresiv madhor është përafërsisht 6 deri 17% për gratë (Blazer et al., 1994), me norma të ngjashme që gjenden në mesin e nënave (Somerset et al., 2006). Për më tepër, depresioni ndikon negativisht në të gjitha fushat e prindërimit, duke përfshirë modelimin social, ndërveprimin,

disiplinën si dhe monitorimin (Elgar, McGrath, Waschbusch, Stewart & Curtis, 2004; Goodman, 2007). Për shembull, nënat e depresionuara kanë qenë shumë më pak praktikuese në zbatimin e teknikave të shëndetshme për zhvillimin e fëmijës të tilla si: kujdesja ndaj fëmijëve, ndërveprimi pozitiv, interesimi për shëndetin dhe gjendjen e tyre (McLearn, Minkovitz, Strobino, Marks, & Hou, 2006a; McLearn et al., 2006b).

Efekti i depresionit tek nënat ndikon negativisht në mënyrën e prindësimit nga ana e tyre. Për shembull, depresioni i nënës ka qenë i lidhur ngusht me sjellje negative prindërore që pasyqrojnë pakujdesi dhe nervozizëm ndaj fëmijëve përfshirë: injorim, tërheqje, qortim, dhe shumë pak ndërveprime të këndshme dhe entuziaste të tilla si: lojë apo shpërblim (Kane & Gruber, 2004; see Lovejoy et al., 2000).

Depresioni tek nënat është shumë pak i lidhur me format pozitive të prindërimit të tilla si: kuptueshmëria dhe ngrohtësia prindërore (Cummings et al., 2005).

- **Depresioni tek baballarët** - depresioni në mesin e meshkujve ka treguar modele të ngjashme të këmbënguljes dhe përsëritjes si tek nënat e depresionuara (Kessler, 2003). Deri në kohët e fundit, në qështjet që kanë të bëjnë me depresionin prindëror dhe që lidhen me zhvillimin e fëmijës kanë neglizhuar baballarët në këtë aspekt (Cassano, Adrian, Veits, & Zeman, 2006; Phares, Lopez, Fields, Kamboukos, & Duhig, 2005). Kjo është

problematiche sepse baballarët japin kontribut të veçantë dhe të konsiderueshëm në zhvillimin e fëmijës. Për shembull, psikopatologjia e babait është gjetur të ketë një efekt të konsiderueshëm të rrezikut në zhvillimin mendor të fëmijëve dhe adoleshentëve sikurse edhe psikopatologjia e nënave (Phares & Compas, 1992).

Në një meta - analizë ku ishin të përfshirë rreth 10.000 prind dhe fëmijë. Depresioni i baballarëve dhe depresioni i nënave kishin efekt të ngjashëm në ekstranalizimin e problemeve nga ana e fëmijëve, ndërsa depresioni i nënës kishte efekt më të madh në simptomat për internalizimin e problemeve (Connel & Goodman, 2002).

Se si ndikon depresioni i baballarëve tek fëmijët e rritur ende nuk është studiuar, edhe pse disa studiues kanë propozuar se baballarët kanë efekt të moderuar në praktika prindërore pozitive të nënës (Goodman, 2007). Megjithatë, këto modele mund të nënvlersojnë rolin gjithnjë e më të drejtpërdrejtë që luajnë baballarët në rritjen dhe zhvillim e fëmijës. Në gjashtë (6) studime ndër-seksionale, depresioni i baballarëve ka qenë i lidhur me rritjen e konfliktit në mes të raportit baba - fëmijë (Kane & Garber, 2004) dhe është evidentuar se edhe baballarët e depresionuar mund të përjetojnë rënie në kompetencat prindërore ngjashëm si nënat e depresionuara. Duke përdorur një mostër të komunitetit, Cummings dhe të tjerët (2005) treguan se baballarët që kanë përjetuar nivele të larta të simptomave depressive priren për të treguar më pak ngrohtësi prindërore dhe më shumë kontroll

psikologjik (si p.sh.: bezdisje, fajësim, shqetsime). Pra edhe pse shumica e studimeve të mëparshme janë fokusuar në depresionin e nënës, hulumtimet mi baballarët vazhdimisht kanë qenë të mbledhura, duke reflektuar një rritje të ndërgjegjësimit mbi rëndësinë e etërve në rritjen dhe zhvillimin e fëmijës (Combs - Ronto, Olson, Lunkenheimer, & Sameroff, 2009).

2.5.2 Gjinia e adoleshentit

Duke u bazuar në teori duket se femrat janë më të involvuara emocionalisht andaj edhe raportojnë probleme emocionale më shumë. Studime të ndryshme kualitative dhe kuantitative shprehin në mënyrë shumë të fuqishme se femrat raportojnë më shumë probleme emocionale krahasuar me meshkujt (Pascual, Etxezbarria, Ortega, & Rivalda, 2012; Chaplin, 2015; Stapley, Haviland, 1989) studime tjera nuk kanë arritur të gjejnë dallime gjinore në shprehjen e emocioneve (Wagner, 1990; Zuckerman, Hall, DeFrank, & Rosenthal, 1976).

Gjithashtu Brody dhe Hall (1993) nuk gjeten dallime signifikante në raportimin e problemeve emocionale ndërmjet gjinisë mashkullore dhe femërore. Dallimet gjinore janë të parëndësishme statistikisht kur dokumentohen nivelet e stresit emocional si për femrat dhe për meshkujt (Kessler dhe tjeret, 1993).

Simon dhe Nath (2013) në studimin e tyre dolen në konkludimin se femrat nuk raportojnë emocione më shumë se meshkujt në mënyrë gjenerale, përkundër disa emocioneve specifike.

Huma (2012) hulumtoi përshtypjet e para, emocionet dhe dallimet gjinore. Studimi është bazuar në analiza sekondarë të të dhënave të mbledhura nga dy eksperimente të mëhershme. Mostra koinsistoi me 86 participantë, 47 meshkuj dhe 39 femra. Pjesë e mostres ishin edhe adoleshentë. Detyra e tyre ishte të shikojnë një video prej 14 sekondëshe të një femre duke lexuar një tekst neutral dhe pastaj vlerësimin e saj në bazë të katër (4) dimensioneve: 1) shoqërimi; 2) etika; 3) fuqia; dhe 4) aktiviteti. Studimet e mëhershme kanë hipotetizuar se ka dallime gjinore sa i përket përshtypjeve (Huma, 2012). Mirëpo eksperimenti në fjalë dështoi të zbulojë dallime ndërmjet femrave dhe meshkujve në evaluimin emocional.

Besimi se femrat raportojnë më shumë probleme emocionale në njëren anë ka mbështetje, por në anën tjetër has në kundërshtime nga studimet e shpjeguara më lartë dhe tjera. Çështja e emocioneve nuk është “bardhë e zi” dhe ka shumë faktorë që ndikojnë edhe në dallimet gjinore në problemet emocionale. Panjwani, Chaplin, Sinha dhe Mayes (2015) hulumtuan rolet gjinore dhe shprehjen e emocioneve në familjet me të ardhura të ulta, si rrjedhojë me nivele të larta të stresit. Përkundër që femrat treguan nivele më të larta të lumturisë dhe turpit, në anën tjetër nuk kishte dallime gjinore në ndjenjën e zemërimit në mes të dy gjinive.

Compas dhe kolegët (1997) hulumtuan dallimet gjinore në gjendjen depressive në mostër nacionale të adoleshentëve të referuar dhe atyre të pareferuar. Dallimet gjinore ishin të moderuar në grupin e parë (adoleshentët e referuar) ku vajzat kishin nivele më të larta të depresionit. Ndërsa në adoleshentët që nuk ishin raportuar ishin ose jo të rëndësishme ose të vogla në magnitudë.

Dallimet etnike duket se janë të shprehura edhe te dallimet gjinore në problemet emocionale. Vajzat “me njëgyrë” nuk kanë nivele më të ulta të vetëbesimit krahasuar me moshtarët e tyre meshkuj (Greene, Way, 2015).

2.5.3 Moshë e adoleshentëve

Periudha e zhvillimit ndryshon emocionet dhe format tjera për adoleshentët. Në adoleshencën e vonshme është e karakterizuar me vështirësi të ndryshme për adoleshentët. Studimet në mënyrë konsistente kanë demonstruar se shkalla e depresionit rritet gjatë adoleshencës dhe fazave të saj. Para moshës 11 vjeqare, 1% e fëmijëve përjetojnë epizode të depresionit, por deri në moshën 18 vjeqare (adoleshenca e vonë) 20% e të rinjëve përjetojnë të paktën një epizod të depresionit (Kessler et al. 1993).

Problemet emocionale që shfaqen në adoleshencën e vonë shpesh mund të parashikohen nga vështirësitë zhvillimore që hasen në periudhat e mëhershme të jetës. Voci, Beitchman, Bronwilem & Wilson (2006) ekzaminuan rolin e problemeve në të folur në fëmijërinë e hershme dhe mundësitë që po të njëjtit të shfaqin fobi sociale në adoleshencën e vonshme. Studimi ishte i natyrës longidutinale sepse mostra ishte identifikuar në moshën 5 vjeqare me vështirësi në gjuhë dhe ishin përcjellur deri në moshën 19 vjeqare (adoleshenca e vonshme). Krahasuar me grupin e kontrollit, grupi eksperimental kishte 2.7 herë më shumë gjasa që të zhvillojnë fobi sociale në moshën 19 vjeqare. Shumë probleme të sjelljes duket se rriten me kalimin nëpër fazat e adoleshences, shpesh këto ndodhin si rrjedhojë e “rrëmujes” në emocionet dhe interaksionet sociale të adoleshentëve. Intensiteti në rritje i

çrregullimeve të internalizuara është një lloj indikator në atë se si adoleshentët negociojnë për rolin e tyre në shoqëri (Kessler, Avenevoli, Merikangas, 2001).

Doyle (2015) thekson se çrregullimet mendore rriten gjatë periudhës së adoleshencës së vonë dhe mund të rezultojnë në sjellje dhe të menduar vetëvrasës. Çrregullimet psikotike, si skizofrenia, edhe pse të rralla më së shumti zhvillohen gjatë adoleshencës së vonshme.

UNICEF (2015) raportoi se vajzat në adoleshencën e vonshme janë në rrezik më të madh se meshkujt në probleme shëndetësore si depresioni dhe çrregullimet e të ngrënit si anoreksia dhe bulimia. Në përputhje me raportin e lartpërmendur janë edhe studime të mëhershme. Zakiya dhe Afroz (2005) në një studim të realizuar kishte dy hipoteza:

- a) Vajzat kanë më shumë depresion se meshkujt,
- b) Simptomat e depresionit do të jenë më të larta në adoleshencën e vonshme krahasuar me adoleshencën e hershme.

Të gjeturat e studimit konfirmojnë të dy hipotezat e lartpërmendura dhe i gjejnë statistikisht signifikante (Zakiya dhe Afroz, 2005).

Viktimizimi dhe dhuna janë shumë të shprehura në periudha të ndryshme të adoleshencës, shpesh duke kulmuar në adoleshencën e vonshme. Të rinjtë që janë të involvuar në ngacmime në shkollë ka shtatë (7) herë më shumë gjasa që të angazhohen në të njëjtat sjellje katër (4) vite më vonë, pra gjatë adoleshencës së vonshme (Espelage dhe kolegët, 2015). Adoleshentët janë mostra më e rrezikuar për krime violente krahasuar me grupe tjera (U.S Department of Justice, 2016). Mirëpo sipas raportit në fjalë adoleshenca e

vonshme krahasuar me atë të hershme gjithashtu është më e rrezikuar nga këto krime. Australian Research Alliance for Children and Youth (2015) kur marrin parasysh predikues të sjelljeve antisociale të adoleshencës tregojnë se të adoleshentët një ndër ta është edhe rritja e moshës. Smart, Vassallo, Sanson, dhe Dussier (2004) bëjnë krahasimi në mes të problemeve sjelljes në adoleshencën e hershme dhe të vonshme. Vjedhja nuk është më e shprehur në adoleshencën e vonshme mirëpo vozitja në shpejtësi të madhe dhe pa lejen rritet gjatë adoleshencës së vonshme. Përdorimi i drogave rritet shumë me kalimin e viteve deri në adoleshencën e vonshme (Dussier, 2004).

2.5.4 Faktorët socio-gjeografik

Varfëria dhe kushtet tjera socio-ekonomike, sipas studimeve janë një parashikues i madh i vështirësive emocionale duke i vendosur grupin e adoleshentëve që vijnë nga familje me të ardhura të vogla, në gjendje rreziku për probleme të natyrave të ndryshme, sociale, psikologjike dhe sjelljes. Dashliff, DiMicco, Myers dhe Sheppard (2009) theksojnë se pabarazitë dhe varfëria që është gjithmë në rritje ka efekte signifikante në shëndetin mendor të grupeve të rrezikuara. Adoleshentët janë një ndër grupet që rrezikohet më së shumti nga efektet e varfërisë, në zhvillimin e tyre, duke konsideruar edhe fazën e komplikuar në të cilën ata kalojnë.

Aneshensel dhe Sucoff (1994) hulumtuan adoleshentët (877) në Los Angeles dhe gjetën se lagjet me nivel të ulët socio-ekonomik përbëjnë rrezik më të madh të krimit, dhunës, përdorimit të drogës dhe shkrimit të grafitëve krahasuar me lagjet me nivel të lartë socio-ekonomik. Adoleshentët në grupin e parë e përceptojnë ambientin rreth tyre si të

rrezikshëm, andaj kjo influencon shëndetin e tyre mendor. Sipas autorëve sa më kërcënues ambienti rrethues aq më të mëdha janë simptomat e depresionit, ankthit, çrregullimeve të sjelljes etj. Variablat si edukimi, pasiguria për ushqim, vendbanimi, klasa sociale dhe statusi ekonomik, janë faktorë të lidhura ngusht me çrregullime mendore (Lund dhe kolegët, 2010). Marrëdhënia e statusit ekonomik me problemet mendore është gjetje e shumë studimeve (Bennett, et al, 2015,)

Costello dhe kolegët (1997) hulumtuan prevalencën e çrregullimeve psikiatrike dhe faktorë rrezikues në të rinjtë Amerikan vendas. Rezultatet treguan se varfëria, papunësia e prindit dhe devijimi në familje (dhuna prindërore, abuzimi me substanca dhe krimi) kanë ndikim në shfaqjen dhe rritjen e çrregullimeve psikiatrike te fëmijët.

Një përmbledhje e studimeve të publikuara në gjuhën angleze dhe gjermane nga viti 1990 deri 2011 të cilat kishin reportuar së paku një marker socio-ekonomik sugjeron që fëmijët dhe adoleshentët nga kushte jo të mira socio-ekonomike janë 2 deri në 3 herë më të predispozuar për të zhvilluar probleme të shëndetit mendor. Statusi i ulët social-ekonomik që vazhdon me kalimin e kohës ishte e lidhur fort me ritme më të larta të problemeve të shëndetit mendor. Një rënie në statusin social-ekonomik u shoqërua me rritjen e probleme të shëndetit mendor (Franziska Reiss, 2013)

Një studim longitudinal i Collaborative Perinatal Project në të cilin u studiua lidhshmëria në mes funksionimit emocional me disavantazhet socio-ekonomike si edukimi i prindërve, të ardhurat ekonomike dhe profesioni i prindërve gjetën se nivele të larta të

problemeve emocionale në fëmijët ishin të lidhura me nivele të ulta socio-ekonomike (Appleton, et all, 2012)

Bergen Child Study shqyrtoi në 2.043 nxënës të klasave 5 deri në 7, rolin e mirëqenien emocionale dhe rolin e prindësimit duke përdorur si faktor ndërmjësues statusin ekonomik dhe social familjar (SES). Studimi gjeti që për problemet internalizuese kishin lidhje direkte me ekonominë familjare dhe lidhje indirekte me ekonominë familjare përmes mirëqenies prindore dhe praktikave të prindësimit. Studimi sugjeron se mirëqenia emocionale e prindërve dhe praktikat prindore janë dy mekanizma të mundshëm me të cilat statusi i ulët socio-ekonomik është i lidhur me probleme të shëndetit mendor të fëmijëve (Boe et all, 2014).

Ndërsa një studim i realizuar me fëmijët në Amerike (N = 833) dhe Hollandë (N = 708) të cilët u ndoqën për 9 vite për të parë lidhshmërinë e statusin ekonomik me problemet emocionale dhe sjelljes tregoi se në të dy vendet statusi ekonomik është prediktor për problemet internalizuese dhe eksternalizuese.

Studimi konkludon se edhe pse sistemet e kujdesit shëndetësor ndryshojnë midis SHBA dhe Holandës, pabarazitë socio-ekonomike në probleme emocionale dhe të sjelljes ishin të ngjashme (van Oort et all, 2011). Anton dhe kolegët (2015) tregojnë se te të rinjtë Afrikano - Amerikan, në veçanti ato ku nënat janë prindi i vetëm në shtëpi përbëjnë numrin më të madh të adoleshentëve me probleme eksternalizuese. Një studim longitudinal i realizuar nga Cheung, Harden, & Tucker - Drob (2014) kishte hipotetizuar se mbështetja emocionale prindërore dhe statusi socio - ekonomik familjarë janë moderator për probleme

eksternalizuese. Rezultatet treguan për influenca më të vogël të mbështetjes / ose jo emocionale në eksternalizim, ndërsa statusi socio-ekonomik kishte një lidhje më të fuqishme. Mendelson, Kubzansky, Datta dhe Buka (2008) konkluduan se karakteristika të tilla si statusi i ulët socio-ekonomik dhe gjinia femërore mund të luajnë një rol signifikant në zhvillimin e simptomave të internalizimit në mes të adoleshentëve. Scarmella dhe kolegët (2008) vunë në pah pasojat në gjeneratat e dyta të individëve që kanë përjetuar disavantazhe socio-ekonomike në familjen e origjinës. Rezultatet treguan se ekspozimi në varfëri gjatë adoleshencës parashikuan se gjenerata pas tyre (e dytë) ishte më e ashpër me fëmijët gjatë interaksioneve të tyre me fëmijët (gjenerata e tretë)

Përveç dallimeve tjera signifikante studimet tregojnë edhe për regjionin dhe ambientin si një faktor i rëndësishëm për problemet emocionale dhe sjelljes.

Karki, Laukkanen, Antikainen, Voutilainen, & Pietila (2014) në një studim maten prevalencën e problemeve të raportuar në fushën emocionale dhe sjelljes, si dhe asocimin me faktor demografik. Mostra koinsistonte me adoleshent të moshës 12 - 18 vjeqare (N = 408) nga zona urbane dhe rurale në Nepal. Vajzat kishin shkallë të larta se djemt për ankthin / depresionin ndërsa djemt për sjellje delikuede. Adolshentët nga zona urbane treguan shkallë më të larta në shumicën e problemeve.

Elgar dhe kolegët (2003) gjithashtu studiuan dallimet rurale / urbane dhe stresi i vetë raportuar, në moster të adolshentëve. Të gjeturat treguan se përkundër kushteve sfiduese socio-ekonomike në zona rurale, nivelet e stresit dhe format e perballimit ishin të njëjta në

adoleshentët. Si do qoftë, meshkujt nga zonat urbane raportuan më shumë konflikt dhe sjellje eksternalizuese krahasuar me femrat dhe meshkujt nga zonat rurale.

Anderson dhe kolegët (2013) konkluduan se fëmijët rural kanë gjasa të njejta me fëmijët urban që të ken probleme me vëmendje ose çrregullim hiperaktiviteti, por kanë më pak gjasa që të kenë diagnoza tjera psikiatrike. Autorët shpjegojnë se në zonat rurale një ndër faktorët më të rëndësishëm për prevalencën e problemeve mendore është niveli i lartë i varfërisë.

Srinath dhe kolegët (2005) hulumtuan epidemiologjinë e çrregullimeve mendore në Bangladesh, për të matur prevalencën dhe korrelacionet psiko-sociale me çrregullimet psikiatrike. Të gjeturat treguan për prevalencë të problemeve mendore 12.5% në mes të fëmijëve të moshave 0 - 16 vjeq. Nuk kishte dallime signifikante në prevalencë në mes të zonave urbane, provincave dhe atyre rurale. Në matjen e problemeve emocinale të 82 nxënësve, 33 nga zonat rurale dhe 44 nga ato urbane, ishin gjetur pozitive nga procesi i skrinimit (Y - PSC). Pas vlerësimit me kriteret e ICD - 10, 33 adoleshent nga zonat rurale dhe 37 adoleshentë nga zonat urbane përmbushen një ose më shumë nga kriteret për probleme psikosociale (Ahmand, Kalique, Khan, & Amir, 2006).

Ileslami dhe kolegët (2016) realizuan një studim që involvoi adoleshent të zonave të ndryshme të Nigerisë. 167 apo 47.71% ishin adoleshent urban, ndërsa 183 apo 52.28% ishin adoleshentë rural, të gjithë këta varionin me moshe nga 13 deri 19 vjeq. Të gjeturat treguan se mesatarja e problemeve të adoleshentët e zonave urbane ishte më e lartë se ajo e adoleshentëve në zonat rural.

Dallimet specifike në mes të adoleshentëve rural dhe adoleshentëve urban duket se janë të qarta në bazë të indikacioneve të studimeve. Stresi i adoleshentëve urban është më i lartë se ai i atyre rural, zemërimi i adoleshentëve urbanë është gjithashtu më i lartë se ai i moshtarëve të tyre nga zona rurale. Stresi ka korelacion me zemërimin të adoleshentëve (Deyl, Rahman, Bairagi, & Roy, 2014). Në mes të fëmijëve të moshës 4 e më lartë (adoleshencë) në raport me keqtrajtimin nivelet e përdorimit të medikamenteve psikotropike ishin më të larta në zonat rurale sesa ato urbane (Walsh dhe Mattingly, 2012).

Disa nga faktorët më të rëndësishëm të parashikimit të vështirësive totale emocionale dhe sjelljes të adoleshentëve janë, etniciteti dhe banimi në zona urbane (Rabani dhe kolegët, 2011).

Samanta, Mukherjee, Ghosh dhe Dasgupta (2012) treguan se problemet mendore si vetmija (17.3% kundrejt 9.8%), brengosja (17.3% kundrejt 10.7%), dhe mendimet suicidiale (19.2% kundrejt 14.1%) ishin më të larta të nxënësit urban sesa ata rural. Përleshjet fizike (53.8% kundrejt 11.6%), ngacmimet në mes të moshtarëve (46.4% kundrejt 17%) dhe sulmet fizike nga antarët e familjes (46% kundrejt 17%) gjithashtu dominonin në mostren urbane. Meng dhe kolegët (2013) në një studim të realizuar në adoleshentët Kinez dolën me të gjetura se duke jetuar në zona rurale një individ ka më shumë gjasa që të ketë mendime suicidiale.

2.5.5 Dallimet në informatë në raportimin për shëndetin e adoleshentëve

Raportimi i rezultateve për shëndetin mendor dhe problemet e sjelljes përveq që ndikohet nga faktorë të brendshëm dhe psikologjik, në raste të ipet kahje edhe nga qështje

teknike siç është raportimi, konkretisht kush e bën atë. Roy dhe kolegët (2010) treguan se kur prindërit dhe fëmijët raportojnë për simptoma të ndryshme (për shëndetin mendor të fëmijëve), të parët ishin më koinsistent në raportim sesa fëmijët. Achenbach, McConaughy dhe Howell (1987) në artikullin e tyre kishin për qëllim që të determinonin shkallen e koinsistences në mes të informantëve të ndryshëm. Në studim u hulumtuan raportimet e prindërve, mësuesve, punëtorëve të shëndetit mendor, moshatarëve dhe vet subjekteve. Mesatarja (r) ishte .60 ndërmjet informantëve të njëjtë (prindërve të ndryshëm), .28 ndërmjet tipeve të ndryshme të informantëve (prind / mësues) dhe .22 ndërmjet subjekteve (adoleshentëve) dhe informantëve tjerë. Van Damme, Colins, & Vanderplasschen (2015) në studimin e tyre konkluduan se emocionet e limituara dhe prosociale dhe sjelljet kriminale ishin më të ulta kur u përdor vet-raportimi (12.9%) krahasuar me raportimin e prindërve (38.8%). Karakteristikat e informantit dhe fëmijëve shpesh mund të ndikojnë në vlerësimin e problemeve në sjellje dhe emocione të fëmijëve (Clay, Surgenor, & Frampton, 2008). Studimet tregojnë se pajtueshmëria në mes të informantëve të shumfishtë është vështirë e moderueshme, me vështirsinë më të madhe në atë në mes të prindit dhe adoleshentit (Mullins, 2010). Kur prindërit raportojnë për fëmijët kjo mund të ketë një diskrepancë në mes të gjendjes së vërtetët të fëmijëve dhe asaj të raportuar. Adoleshentët tregojnë pajtueshmëri më të madhe me moshatarët por më të vogël me prindërit (Renk, Phares, 2004). Mësimdhënësit në një studim raportuan se nxënësit bëjnë pjesë në kategori të çrregullimeve 25%, kurse prindërit 28% (Paul dhe Khan, 2004).

2.6 Ndikimi i marrëdhënies prind - fëmijë në problemet emocionale dhe të sjelljes

Sigurimi i kujdesit për një fëmijë me një vështirësi serioze emocionale apo të sjelljes është një burim i rëndësishëm i tendosjes dhe stresit për prindërit (Angold, et al., 1998; Brannan & Heflinger, 2001; Taylor - Richardson, Heflinger, & Brown, 2006). Stresi që paraqesin prindërit është një tregues i rëndësishëm për funksionimin e prindërve dhe shqyrtohet shpesh si një rezultat në programet e vlerësimeve për fëmijët me vështirësi emocionale dhe të sjelljes (Abidin, 1992; Webster - Stratton, 1990).

Deater - Deckard (2004) përcakton stresin prindëror si “një grup të proceseve që qojnë në reagime aversive psikologjike dhe fiziologjike që rrjedhin nga përpjekjet për t’u përshtatur me kërkesat e të qenit prind”. Në mënyrë të qartë, prindërit fëmijët e të cilëve kanë sfida emocionale dhe të sjelljes përballen me kërkesa të kujdesit shtesë në lidhje me simptomat e fëmijës. Nga ana tjetër, këto kërkesa të kujdesit shtesë mund të pengojnë përshtatjen e prindit dhe procesin e marrëdhënies prind - fëmijë apo të ndërveprimit.

Problemet emocionale dhe të sjelljes janë të definuara si reaksione emocionale ose sjelljes të cilat shkaktojnë probleme që prekin fushat e tilla si sferen akademike, marrëdhëniet shoqërore, sferen sociale / emocionale dhe atë të sjelljes (Furness et al., 1998)*.

Fëmijët me probleme emocionale dhe të sjelljes kanë nevojë për përkrahje dhe kuptueshmëri nga ana e prindërve. Përfshirja e prindërve mund të ndikojë në zhvillimin,

sjelljen, vet-identitetin e fëmijës, duke rritur edhe vetbesimin, kompetencat dhe elasticitetin e fëmijës (Armstrong et al., 2006). Kështu që, sasia e kohës së investuar në përfshirje dhe cilësia e ndërveprimit dhe bashkëveprimit me fëmijët që kanë probleme emocionale dhe sjelljes, mund të ndikoj pozitivisht në evitimin e këtyre sjelljeve nga ana e fëmijëve (Stormont, 2000; Connell et al., 2008).

Lloji i përfshirjes nga prindërit me fëmijët e tyre do të nxjerr të njejtin lloj të përgjigjes nga fëmijët e tyre. Për shembull, në qoftë se prindi dënon fëmijën për një ditë të keqe në shkollë, fëmija mund të reagoj me zëmrim dhe agresion të cilat mund ta zgjasin dënimin prindëror. Nga ana tjetër, nëse prindërit kërkojnë nga fëmijët e tyre për të biseduar rreth problemeve që kanë mundur me ndodh në shkollë, ka më shumë gjasa që fëmijët mund të përgjigjen më një gatishmëri për të përmisuar sjelljen e tyre dhe kjo më pas mund të dërgoj prindin poashtu në një përgjigje të ngrohtë dhe inkurajuese. Këta shembuj tregojnë se përfshirja pozitive e prindërve mund të jetë efektive në nxitjen dhe zhvillimin e sjelljeve të përshtatshme tek fëmijët me probleme emocionale dhe të sjelles (Windle & Mason, 2004; Baker et al., 2008; Mihalas et al., 2009).

Zhvillimi i një marrëdhënie sa më pozitive mund të ndodh përmes përfshirjes së prindërve me një kujdes të theksuar qoftë në shtëpi apo në mjedisin shkollor. Përfshirja e prindërve në shtëpi përfshin mbikqyrjen, strukturën, disiplinën dhe vendosjen e rregullave (Altschul, 2011; Armstrong et al., 2006; Xu, Kushner Benson, Mudrey - Camino & Steiner, 2010). Duke qenë prindërit të përfshirë në këto aspekte, fëmijët mund ta kuptojnë se prindërit janë duke u kujdesur për ta. Marrëdhënia prind - fëmijë është shumë me rëndësi. Kjo marrëdhënie mund të karakterizohet nga pranimi, ngrohtësia dhe inkurajimi drejt

autonomisë në njerën anë dhe refuzimit, kritika dhe kontrolli apo mbrojtja e tepruar në anën tjetër (Roelofs et al., 2006).

Kur kemi ndërveprim negativ në mes të prindërve dhe fëmijëve me probleme emocionale dhe të sjelljes, atëherë pritet të ndodh internalizimi apo ekstranalizimi i këtyre sjelljeve nga ana e fëmijës (Marchand & Hock, 2003; Roelofs et al., 2006). Nga ana tjetër, ndërveprimi pozitiv në mes prindërve dhe fëmijëve si dhe monitorimi mund të jenë faktor mbrojtës kundër zhvillimit të këtyre problemeve sepse kjo jep siguri dhe paraqet interes të prindërve për fëmijët e tyre (Formoso, Gonzales & Aiken, 2000; Marchand & Hock, 2003).

Vlen të përmendet se edhe depresioni i prindërve i vë fëmijët në rrezik për një shumëllojshmëri të vështirësive sociale, emocionale dhe të sjelljes. Në veçanti, depresioni i prindërve është gjetur të jetë i lidhur me ndërveprim negativ, deficit në aftësitë sociale si dhe internalizim të problemeve tek fëmijët (Miller, Cowan, Hetherington, & Clingempeel, 1993). Depresioni mund të bëjë që disa prindër të jenë më irritues dhe refuzues ndaj fëmijëve të tyre, duke mos i'u kushtuar vëmendjen e duhur (Shaw et al., 2003).

2.7 Komorbiditeti i ankthit dhe depresionit

Çrregullimet psikologjike shpesh ndërveprojnë dhe bashkveprojnë me njëra tjetren. Depresioni, ankthi gjeneral dhe ankthi social janë probleme me komorbiditet shumë të lartë (Ranta, Kaltiala - Heino, Rantanen, & Marttunen, 2009). Rreth 85% e pacientëve me depresion kanë ankth specifik dhe 90% e pacientëve me çrregullime të ankthit kanë depresion (Tiller, 2012). Popullata specifike mjaft e prekur nga depresioni respektivisht

ankthi gjithashtu përjetojnë kormobiditet dhe përputhje simptomash në mes të çrregullimeve. Axelson dhe Birmaher (2001) tregojnë se 20% - 50% e adoleshentëve me depresion gjithashtu kanë çrregullime të ankthit, ndërsa 10% - 15% e adoleshentëve me çrregullime të ankthit gjithashtu kanë depresion. Disa studiues madje e konsiderojnë se simptomat e ankthit dhe depresionit shpesh mund të kombinohen nën një definim apo përmbledhje (Achenbach & Rescorla, 2001).

Brady dhe Kendell (1992) hulumtuan ankthin dhe depresionin te fëmijët dhe adoleshentët, duke përfshirë diagnozat e ndryshme, vlerësimin e simptomave, të dhënat e historisë familjare dhe korrelacionet klinike. Të gjeturat tregojnë se 15.9% deri në 61.9% të fëmijëve të identifikuar si anksioz ose të depresionuar kanë përputhje të simptomave apo kormobiditet (ankth - depresion respektivisht depresion - ankth)

Essau (2003) ekzaminoi kormobiditetin e çrregullimeve të ankthit dhe pasojat klinike te adoleshentët. Mostra përbëhej nga 1.035 adoleshent të moshës 12 deri 17 vjeqare në Gjermani. Të gjeturat treguan se kormobiditeti i çrregullimeve të ankthit me çrregullime tjera psikiatrike ishte i lartë. Përafersisht 51% e adoleshentëve anksioz kishin një çrregullim tjetër psikiatrik. Paterni më i madh i kormobiditetit ishte në mes të ankthit dhe çrregullimeve depressive. Depresioni dhe ankthi në mes të fëmijëve dhe adoleshentëve janë kormobide. Përafersisht 11% deri 69% e të rinjëve me ankth vuajnë nga një çrregullim depresiv, dhe 15% deri 75% e të rinjëve të depresionuar vuajnë nga ndonjë çrregullim i ankthit (Chavira, Stein, Bailey, & Stein, 2004).

Da Silva Junior dhe Gomes (2015) në hulumtin e tyre kanë gjetur që pacientët me çrregullime të ankthit kishin gjithashtu simptoma të depresionit dhe enurezës. Ky hulumtim gjithashtu ka gjetur lidhëshmëri signifikant në mes të depresionit dhe çrregullimit të ankthit të përgjithësuar $OR = 3.40$; 95% CI 1.52, 7.61.

Magklara dhe kolegët (2015) në hulumtimin e tyre treguan se 49.38% e adoleshentëve me epizoda depresive kanë pasur kormobiditet së paku me një çrregullim anksioz $OR: 7.76$ (5.52 - 10.92).

Strauss dhe kolegët (1988) ekzaminuan mardhënjen në mes të ankthit dhe depresionit në një moster prej 106 fëmijëve dhe adoleshentëve. Fëmijët me çrregullime të ankthit dhe kormobiditet me depresioni ishin më të rritur, demonstruan simptomologji më të rëndë të ankthit, diagnostifikohen me nivele më të larta të nën tipeve të çrregullimeve të ankthit.

Axelson dhe Birmaher (2001) analizuan studimet që tregojë një lidhje të fuqishme në mes të çrregullimeve të ankthit dhe depresionit. Përafersish 25% - 50% e të rinjëve të depresionuar kanë kormobiditet me ankth ndërsa 10% - 15% e të rinjëve me ankth kanë nivele të depresionit. Autorët tregojnë se arsya për kormobiditetin e ankthit dhe depresionit ndodh për shkak se dy çrregullimet e lartpërmendura ndajnë faktor gjenetik dhe predizpozues.

KAPITULLI III: FËMIJËT E VETERANËVE

Fëmijët e veteranëve përjetojnë stres që nga momenti i përshëndetjes, duke pasur frike se prindi do të kthehet i lënduar ose nuk do të kthehet më, dhe në të njëjtën kohë ndodhin ndryshime dinamike brenda familjes, që e bën funksionimin e tyre më kompleks (Flake, 2013).

Fëmijët përveç me traumën e largimit të prindit, gjithashtu përballen dhe me sfida të modeli i atashimit, emocione të fuqishme dhe ndryshime në sjellje (Paris, DeVoe, Ross & Acker, 2010).

Ribashkimi i fëmijëve me prindërit që kthehen nga lufta është i vështirë, veçanërisht në rastet kur prindërit kanë dëmtime fizike apo dëmtime psikologjike (Levin & Daynard, 2005; Palmer, 2013).

Të pasurit babain që kthehet nga lufta me probleme mendore shëndetësore është treguar të jetë rrezik që adoleshentët të kenë probleme emocionale, të sjelljes dhe sociale (Nicholson, Biebel, Kinden, Henry, Stier, 2001), dhe ky efekt i veteranëve me PTSD varet nga natyra dhe personaliteti i fëmijës (Cosgorve, Brady & Peck, 1995). Hulumtimet e ndryshme që janë realizuar me qëllim që të krijohen të dhëna mbi efektin e veteranëve në fëmijët e tyre kanë hulumtuar një gamë të gjerë të funksioneve të ndryshme të cilat mund të preken nga kjo marrëdhënie e nga është parë që të jetë mjaft destruktive. Në hulumtime që janë realizuar viteve të fundit është zhvilluar termi “traumtizimi sekondar” i cili zhvillohet tek familjarët e veteranëve që ishin të ekspozuar gjatë luftërave dhe që kishin një nivel të

lartë të stresit post-traumatik (Herzog, Everson & Whitworth, 2011; Pedras & Pereira, 2014). Sipas Rosenheck dhe Nathan (1985), fëmijët e prindërve me PTSD fitojnë atë që njihet si “Traumatizim sekondar” ku kanë simptoma të tilla si : të përfshirit shumë intensiv në jetën emocionale të babait, të kenë një nivel të lartë të fajit, ankthit, agresivitetit dhe fokusimi në mënyrë të vetëdijshme dhe të pavetëdijshme për situatat që janë truamtike për babin e tij. Traumatizmi sekondar në kuptimin e tij të ngushtë i referohet transferimit të mendimeve shqetësuese, ankthit, parafytyrimeve dhe simptomave të tjera të PTSD, prej personit të traumatizuar tek mjedisi me personat më të afërt (Klaric, Kvesic, Mandic, Petrov & Franciskovic, 2013). Pra personat që kanë stres post-traumatik kanë edhe të shtypurit e emocioneve dhe veprimeve (Klaric, et al., 2013), që tregon se kemi një afektim të jetës emocionale dhe të sjelljes. Rosenherck dhe Fontana (1998b) sugjeruan se eksperiencat traumatike mund të transmetohen prej prindërit tek fëmija në tri (3) forma si: 1) fëmijë t’i ekspozohet sjelljes direkte të prindërit; 2) fëmija të identifikohet me prindërin; dhe 3) fëmija mund të transmetohet në mënyrë indirekte nga marrëdhëniet disfunksionale brenda në familje (Galovski & Lyons, 2004), gjithashtu është gjetur se trauma kalon edhe në gjeratën e tretë të familjes (Wiesel, 2007). Por përveç PTSD është gjetur se këta fëmijë të kenë probleme emocionale (Schick et al., 2013), dhe probleme në sjellje (Daud, Klinteberg, & Rydelius, 2008).

Këta fëmijë kanë më shumë gjasa që të zhvillojnë marrëdhënie negative me babain e tyre, e cila duket të jete e lidhur me atë se: aftësit e prindërit, atashimi, armiqësia dhe dhuna janë të ndikuara nga simptomat e PTSD (Palmer, 2008). Ngase këto marrëdhënie jo të mira me prindërit sjellin përfundime negative te fëmijët (Ruscio, Weathers, King & King, 2002).

Është gjetur që këta fëmijë të kenë probleme emocionale dhe në sjellje (Gozza, Haskins & Lerner, 2013). Një rezultat të tillë ka fituar hulumtimi i realizuar në Bosnje dhe Hercegovinë që ka treguar se fëmijët e veteraneve me PTSD të kenë raportuar me shumë probleme emocionale, sjellje neurotike dhe zhvillimore, se sa fëmijët e veteranëve pa trauma (Klaric, Franciskovic, Klaric, Kvesic, Kastelan, Graovac dhe Lisica, 2008), efektet e ngjashme negative në zhvillimin, sjelljet dhe jetën emocionale të fëmijëve të prindërve me PTSD në krahasime me ata pa PTSD kanë raportuar (Galovski & Lyons, 2004; Caselli & Motta, 1995), që tregon për një efekt më të madh të veteranëve me PTSD, në krahasim me veteranët pa ndonjë traumë në jetën emocionale dhe sjelljet e fëmijës. Përveç PTSD së veteranëve, është gjetur se depresioni dhe abuzimi me substanca nga ana e tyre të këtë një lidhshmëri me problemet te fëmijët e tyre (McFall, Mackay & Donovan, 1992).

Raportimet e hulumtimeve të ndryshme mbi efektin që kanë veteranët në problemet emocionale dhe të sjelljes te fëmijët e tyre, ka bërë që të intensifikohen përpjekjet që të kuptojmë më në detaje efektin e veteranëve në fëmijët e tyre, për të pasur më të qartë këtë, është realizuar hulumtimi që dihen dallimet ndërmjet fëmijëve të veteranëve dhe jo veteranëve, dhe është gjetur se fëmijët e veteranëve të kenë raportuat më shume sjellje vet-lënduese jo të qëllimshme në krahasim me fëmijët tjerë (Francic, Kardum, Prizmic, Pavletic & Marcinko, 2012). Duke qenë Ballkani një arenë lufte për një kohë të gjatë në disa vende të ndryshme, kjo ka ngjallë entuziazmin që të shikohen pasojat e këtyre luftërave te fëmijët dhe është parë që fëmijët e veteranëve në Kroaci të kenë vështirësi në sjellje dhe emocione (Lupis, 2011), në Kosovë ku fëmijët e prindërve me PTSD raportuan nivel më të

lartë të depresionit (Schick, Morina, Klaghofer & Schnyder & Muller, 2013), si dhe në Bosnje (Klaric et al., 2008).

Efekti e veteranëve në emocionet dhe sjelljet e fëmijëve të tyre ka bërë që të shtohet vazhdimisht numri hulumtimeve që të vërtetojnë ndërlidhjen ndërmjet këtyre variablave, nga edhe është parë se veteranët kanë ndikim në kualitetin e jetës dhe lumturinë e fëmijëve të tyre (Zargar, 2014), problemeve interpersonale, sjelljes dhe jetën akademike (Wilson & Durbin, 2010), depresione dhe eksternalizim të sjelljes (Lester, Peterson, Reeves, Knauss, Glover, Mogil, Duan, Saltzma, Pynoos, Wilt & Beardslee, 2010), gjithashtu edhe në ngritjen e frekuencës së sjelljeve dhe emocioneve negative (Dekel & Goldblatt, 2008), me shumë sjellje disfunktionale sociale dhe emocionale (Persons, Kehle & Owen, 1990), si dhe internalizim dhe eksternalizim të problemeve (Marsanic, Margetic, Jukic, Matko & Grigic, 2014). Të gjitha këto të dhëna tregojnë për një efekt të konsiderueshëm në sjelljen dhe jetën emocionale të fëmijëve, prandaj nevojitet një shpjegim i kujdesshëm i argumenteve shkencore në lidhje me ndryshimet në emocione dhe sjellje të këta fëmijë.

Me qellim që të vërtetohen rezultatet e hulumtimeve të ndryshme mbi efektin e prindërve, është bërë rishikim i hulumtimeve që janë realizuar prej vitit 2003 - 2010, duke përdorur Google Scholar, Medline, PubMed, PsychINFO dhe faqen e shkencës (web of science), është parë si psikopatologjia të prindërit ishte faktori më konstant për zhvillimin e çrregullimeve emocionale dhe të sjelljes të adoleshentët (White et al., 2011). Problemet shëndetësore mendore si depresioni, problemet pediatrike të sjelljes dhe stresi akut janë gjetur te të gjitha moshat e fëmijëve, me një përqindje më të madhe tek fëmijët më të rritur tek prindërit që janë pjesëtar lufte (Mansfield, Kaufman, Engel & Gaynes, 2011). Me

qellim që të kemi më të qartë mënyrën e ndikimit të veteranëve dhe efektin e tyre në problemet emocionale dhe të sjelljes, do të përpiqemi që të shikojmë ndaras hulumtimet e ndryshme që janë realizuar në lidhje me efektin e veteranëve në fëmijët tyre, nga hulumtimet që janë realizuar në vende të ndryshme dhe kultura të ndryshme.

3.1 Problemet emocionale te fëmijët e veteranëve

Hulumtime të ndryshme kanë raportuar për efektet negative që kanë veteranët në gjendjen emocionale të fëmijëve të tyre (Esposito - Symthers, Wolf, Lemmon, Bodzy, Swenson & Spirito, 2011; Lester et al., 2010; Person et al., 1990; Schick et al., 2013; Klaric et al., 2008), që është një burim i rëndësishëm për të kuptuar funksionimin disfunksional emocional te këta fëmijë. Janë shikuar moshat e ndryshme të fëmijëve dhe gjinia e tyre për të parë se cila periudhë e zhvillimit është më e ndjeshme ndaj problemeve që sjellin në shtëpi veteranët e kthyer nga lufta. Në hulumtimin që është realizuar nga Reed, Bell dhe Edwards (2011), kanë treguar se adoleshentët të kenë një nivel të lartë të stresit në krahasim me fëmijët e prindërve të tjerë, ndërsa vajzat e klasës së tetë janë në rrezik që të zhvillojnë disponimin depresiv dhe mendime vet - vrasëse . Një nivel i i stresit në mesin e të rinjve ka qenë i raportuar në disa hulumtime (Huebner, Mancini, Wilcox, Grass & Grass, 2007; Mmari, Roche, Sudhimnaraset & Blum, 2009).

Qëllimi i tillë që të shikohet efekti i veteranëve prindër në emocionet e fëmijëve ka qenë konsistentë në hulumtime të ndryshme, ndër të cila hulumtimi i realizuar nga Esposito - Smythers et al (2011), kanë raportuar probleme të tilla emocionale në mesin e fëmijëve të

veteranëve si pa disponim, ankth, nervoz, sjellje në kërkim të vëmendjes, paraqitje të apatisë dhe stres. Gjithashtu është gjetur se fëmijët e veteranëve të Kuvajtit të kenë depresion dhe ankth, kjo ishte e pranishme vetëm te fëmijët e veteranëve që kishin PTSD dhe që dallonin nga mosha e fëmijës dhe edukimi i tyre (Al - Turkait & Ohaeri, 2008). Probleme të ndryshme janë raportuar edhe në hulumtime të ndryshme nga janë gjetur, problemet me ankth dhe depresion që janë raportuar edhe nga (Lester, Peterson, Reeves, Knauss, Glover, Mogil, Duan, Saltzman, Pynoos, Wilt & Beardslee, 2012), si dhe internalizim të simptomave (Morris, Gabert - Quillen & Delahanty, 2012).

Ndër raportimet e hulumtimeve të ndryshme është gjetur se studentët të kishin ankth, depresion, nervozë dhe një nivel të ulët të vet-vlerësimit. Që na japin të dhëna konsistente për efektin që ka në fëmijët e tyre nga prindërit, ngase edhe në hulumtimin e Sayers, Farrow, Ross dhe Oslin (2009), kane treguar se pas dy viteve kthimi nga lufta familjarët zhvillonin depresion dhe PTSD. Problemet me depresion janë gjetur edhe në mesin e adoleshenteve Amerikan (Reed, Bell & Edwards, 2011), probleme emocionale te adoleshentët janë gjetur edhe prej moshës 10 – 15 vjeç (Selimbasic, Sinanovic & Avdibegovic, 2012). Përveç këtyre efekteve negative është treguar që efekti i veteranëve prindër të jetë më i madh, veçanërisht i veteranëve që kanë PTSD, ngase është raportuar që fëmijët e tyre të kenë nivel të lartë të ankthit, shqetësime më të mëdha lidhur me stresin dhe kapacitet të vogël për intimitet (Dinshtein, Dekel & Polliack, 2011), internalizim të simptomave (Boricevic, Aukst, Jukic, Matko & Grgic, 2014; Boricevic, Aukst, Ozanic, Duretic, Knieëald, Jukic & Paradzik, 2015; Boricevic et al., 2014), hiperzgjime të emocioneve (Enlow, Egeland, Carlson, Blood & Wright, 2014), ndjeshmëri të lartë dhe

ndrydhje të emocioneve (Dekel & Goldblatt, 2008), të qënurit fëmijë të ndjeshëm është gjetur edhe te fëmijët e veteranëve të Vietnamit (Vaage, Thomsen, Rousseau, Wentzel - Larsen, Ta & Hauff, 2011), si dhe emocione stroop (ndryshimi i ngjyrës së shprehur nga kuptimi semantik, p.sh. "e kuqe" fjala e shkruar në ngjyrën "blu"), (Souzzia & Motta, 2004). Nga raportimet e hulumtimeve të ndryshme është raportuar që veteranët të kenë efekte të konsiderueshme në gjendjen emocionale të adoleshentëve, një gjetje e tillë është raportuar edhe nga Dansby dhe Marinelli (1999), në të cilin adoleshentët kishin depresion, ankth, frikë. Kjo konsistencë në hulumtime tregon se këta fëmijë raportojnë një varg të konsiderueshëm të problemeve në emocione.

Me qëllim që të shihen problemet emocionale te fëmijët e veteranëve, është bërë krahasimi ndërmjet fëmijëve të veteranëve me PTSD dhe fëmijëve të jo veteranëve, nga është parë që këta adoleshent të kenë nivel të lart të ankthit dhe agresionit (Ahmadzadeh & Malekian, 2004), nga është treguar që faktorët socio-ekonomik të kenë një rol të rëndësishëm. Të gjetura për nivelin e lartë të ankthit kanë raportuar edhe (Mook, Schreuder, Van der Ploeg, Bramsen, Van Tiel - Kadiks & Feenstra, 1997). Probleme me ankthin dhe depresionin kanë treguar edhe fëmijët që nënat e tyre kanë PTSD (Roth, Neuner & Elbert, 2014), nivel të lartë të depresionit tek fëmijët që babai tyre ka PTSD ka treguar edhe (Zalhić, Zalhić & Pivic, 2008).

Depresioni tek fëmijët e veteranëve shihet të ketë një kongruencë (përputhshmëri) konsistente, nga se Morina (2015), ka treguar se pas lufte simptomat depresive te 11 fëmijët ishin të lidhura me ekspozimin ndaj traumave, çrregullimin e stresit post-traumatik, depresionin dhe ankthin e prindërit të tyre. Depresioni dhe ankthi bazuar në hulumtimet e

ndryshme që janë raportuar deri me tani janë ndër problemet më të shpeshta emocionale në mesin e adoleshentëve, që ka nxitur hulumtues të ndryshëm që të shihet efekti në secilën prej tyre duke bërë krahasimin në mes adoleshentëve të veteranëve dhe adoleshentëve nga popullata e përgjithshme, ku një numër i konsiderueshëm i adoleshentëve ka treguar një problem psikiatrik (Mozafari, Ghanizadeh, Ashkani, Firoozabadi, Alishani, Dehbozorgi & Adib, 2009). Sipas tyre 125 familje kanë fëmijë me një nga këto probleme, ku: 2.5% dysthermi, 8.4% çrregullimin madhor depresiv, 5.8% depresion të lehtë, ndërsa sa i përket ankthit: 10.1% kishin çrregullimin e ankthit dhe 1.4% kishin ankthin e ndarjes, dhe se prevalenca e tyre nuk dallonte me grupin e kontrollit. Me qëllim që të shihen problemet emocionale të pasardhësit të veteraneve, realizohen hulumtime që bëjnë krahasimin në mes fëmijëve të tyre dhe grupeve të ndryshme të kontrollit që merren nga popullata e përgjithshme. Kur është bërë një krahasim i tillë nga Salter (2007), ka treguar se fëmijët e veteranëve kanë nivel me të lart të ankthit, depresionit dhe nervozes.

Të dhënat e deri tashme tregojnë se si veteranet me PTSD të kenë efekte të konsiderueshme në problemet emocionale të fëmijët e tyre, përkatësisht të adoleshentët e tyre, por veteranët kanë një varg të gjerë problemesh të tillë si të pasurit depresion dhe ankth, ose komorbiditet mes këtyre ose probleme të ndryshme që veteranët kanë pasi kthehen në shtëpitë e tyre si rezultat i eksperiencës së tyre në lufte. Problemet e prindërve me depresion dhe ankth pas konflikteve është treguar të këtë efekt në internalizimin e simptomave nga të rinjtë e tyre pas 4 viteve (Betancourt, McBain, Newnham & Brennan, 2015). Të pasurit babain me depresion është treguar që të këtë efekte të rëndësishme që adoleshenti të këtë internalizim të simptomave (Reeb, Conger, & Wu, 2010; Brennan,

Hammen, Kat & Le Brocque, 2002; Reeb et al., 2015). Depresioni i babait është treguar që të jete një risk faktor që adoleshentët të zhvillojnë psikopatologji (Kane & Garber, 2004; Phares & Compas, 1992). Raportime të ngjashme mbi efektin e prindërve është raportuar se prindërit që kanë çrregullimin e ankthit të kenë efekt në çrregullimin e ankthit të fëmijët e tyre (McClure, Brennan, Hammen & Le Brocque, 2001). Të gjitha këto të dhëna tregojnë për efektin e prindërit që kanë depresion dhe ankth, të kenë efekt destruktiv në jetën emocionale të adoleshentëve të tyre, e që na japin një model të çartë se si fëmijët e tyre kanë probleme të konsiderueshme, e që rritë në mënyrë të konsiderueshëm nevojën që të studiohet roli i veteranëve që kanë depresion dhe ankth, ose komorboditeti ndërmjet tyre dhe problemeve të tjera dhe mënyrën e funksionimit të këta adoleshent.

3.2 Problemet e sjelljes të fëmijët e veteranëve

Fëmijët që kanë lidhje me shërbimet ushtarake të prindërve të tyre janë në rrezik për rritjen e dhunës në shkollë, vetëvrasjeve, abuzimin me substanca dhe të përjashtohen nga shkollë (Gorman, Eide & Hisle - Gorman, 2010; Lester, Mogil, Saltzman, Woodward, Nash, Leskin, Bursch, Green, Pynoos & Beardslee, 2011). Sipas Prices (2013), hulumtimet kanë treguar se adoleshentët veteranëve të Vietnamit janë risk për probleme në sjellje, akademike dhe interpersonale. Kemi ndryshime të konsiderueshme në sjelljet e tyre që nga koha kur babai tyre është në luftë dhe vazhdon edhe në kohën kur ai është veteran, prandaj janë realizuar hulumtime të ndryshme për këtë qëllim, nga është gjetur se veteranët kanë efekt negativ në sjelljet e fëmijëve të tyre dhe këta fëmijë kanë probleme të ndryshme në sjelljet e tyre, këto të dhëna janë treguar nga një numër i konsiderueshëm i hulumtuesëve në vende të

ndryshme (Klaric et al., 2008; Selimbasic et al., 2012; Daud et al., 2008; Jordan, Marmar, Fairbank, Schlenger, Kulka & Hough, 1992; Lester et al., 2010; Wilson & Durbin, 2010).

Rezultate të tilla konsistente në mesin e hulumtimeve, kanë bërë që shumë vende që brenda tyre kanë veteranë të shikojnë mënyrën e funksionimit të fëmijëve të tyre. Me qëllim që të shikohen efektet e veteranëve në sjelljet e fëmijëve të tyre në shtetin e Vietnamit, është realizuar hulumtim që ka treguar se këta fëmijë kishin një nivel joadekuat të vet-kontrollit që rezultonte me eksternalizimin e sjelljeve të tilla si agresioni, hiperaktiviteti dhe delikuençë (Parsons, Kehle & Owen, 1990). Që të kemi një pasqyrë më të qartë të këtij efeti në sjelljen e fëmijëve (Beckham, Braxton, Kudler, Feldman, Lylte dhe Palmer 1997), raportuan se 40% e fëmijëve deklaruan përdorim të drogës, 35% probleme në sjellje, 15% sjellje të dhunshme. Me specifikisht ndryshimet në sjellje nga janë raportuar se këta fëmijë kishin eksternalizim të simptomave (Lester et al., 2012; Boricevic et al., 2014), sjellje agresive (Rosenheck & Nathan, 1985), eksperiencia armiqësore në fëmijëri (Pedras & Pereira, 2014), të jenë hiperaktiv (Caselli & Motta, 1995), probleme me bashkëmoshatarët (Selimbasic et al., 2012).

Nga këto hulumtime të shumta në lidhje me efektin e veteranëve në sjelljet e fëmijëve të tyre, kemi një pasqyrë më të qartë të kësaj marrëdhënie e që mund të shihet se kemi një rritje të problemeve në sjellje tek fëmijët, një gjetje të ngjashme ka bërë edhe Link dhe Palinkas (2013), ku fëmijët e veteranëve të Vietnamit treguan se kishin nivel të lart të problemeve në sjellje. Kur veterani ishte i gjinisë femërore është raportuar se agresioni fizik dhe psikologjik me partnerin është shoqëruar me probleme në sjellje te fëmijët e tyre (Watkins, Taft, Hebenstreit, King & King, 2008). Që na tregon se kemi efekt të ngjashme

edhe nëse kemi veteran/e në sjelljet problemore të fëmijëve të tyre, përkatësisht te adoleshentët. Sjelljet e adoleshentëve janë mjaft të afektuar nga veteranët, ngase këta fëmijë kanë treguar që të jenë në rrezik për abuzimin me substanca (Mowbray & Oyserman). Si rrezik që këta adoleshente të jene abuzues të drogës dhe problemeve tjera social ka raportuar edhe (National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse, 2007).

Varësisht nga përvoja ushtarake e prindërve të tyre, ashtu dallojnë edhe problemet te fëmijët e tyre, ngase veteranët që kanë qenë pjesë e luftërave me agresive, fëmijët e tyre kanë nivel me të ulët të vet-vlerësimit, nivel të lart të sjelljeve përçarëse, vështirësi në performancën akademike dhe lidhje me bashkëmoshatarët (Davidson & Mellor, 2001). Përveç këtyre probleme, këta të rinjë zhvillojnë një varg të sjelljeve destruktive dhe që kanë një prevalenc më të madhe në krahasim me të rinjët tjerë, sipas Australian Institute of Health and Welfare (2000), raportuan se këta të rinjë që ishin prej moshës 15 - 19 vjet kishin më shumë gjasa që të bënin 3 herë më shumë vetëvrasje në krahasim me komunitetin tjetër Australian. Probleme të tilla me vetëvrasjen dhe abuzimin me substanca më shumë se sa bashkëmoshatarët e tyre kanë treguar edhe vajzat e veteranëve (Shoebridge, 2010).

Përveç abuzimit me substanca është e rëndësishme të dihen problemet e tjera në sjellje te këta adoleshent, ngase veteranët pas kthimit nga lufta kthehen me probleme të ndryshme, njëra ndër këto është të konsumuarit e alkoolit, ndonëse nuk janë realizuar hulumtime direkte për këtë qëllim, hulumtimet e realizuara nëse prindërit janë konsumues alkooli, kanë treguar që të jenë të lidhura direkt me konsumimin e alkoolit nga adoleshentët (Zhang, Welte & Wiczorek, 1999), dhe që kjo ndjeshmëri mund të jetë edhe më e theksuar duke

ditur problemet e ndryshme përveç që sjellin veteranvët dhe konfliktet dhe marrëdhëniet destruktive brenda familjes.

3.3 Përjetimi traumatik te veteranët

Luftat e ndryshme janë shkaktarë shumë të mëdhenj të SPTT për shkak të skenave shpesh emocionalisht të papërballueshme, dhe situatave që kërcënojnë seriozisht mirëqenjen dhe vetë jeten e ushtarëve, por edhe e personave tjerë të përfshirë në mënyrë indirekte në luftë, siç është rasti me personat civil. Një raport i Institute of Medicine of the National Academes (2012) jep të dhëna si më poshtë sa i përket çështjes në fjalë: llogaritet se 13% deri 20% e 2.6 milion shërbyesve ushtarak që kanë lufutar në Irak ose Afganistan, qysh nga vitit 2001 shfaqin simptomat potenciale për tu diagnostifikaur me stres post-traumatik.

Ky numër i madh i ushtarëve më këtë lloj por edhe të tjera patologji kryesisht rrjedhin për shkak të intensifikimit të luftimeve, por edhe betejave që janë më të përgjakshme për shkak të armëve me rreze dhe fuqi më të madhe të përdorur. Hoge dhe kolegët (2004) tregojnë se ushtarët në Irak janë në rrezik të madh që të vriten por edhe të plagosen, të jenë dëshmitarë të vuajtjeve të tjerëve dhe të marrin pjesë në vrasje ose plagosje si pjesë e operacioneve ushtarake. Hulumtimi i realizuar tregon se në fakt 94% e ushtarëve kishin pësuar nga armë të volga, 86% e tyre njihnin dikë që ishte lënduar seriozisht ose ishte vrarë dhe 51% raportuan se kishin zbuluar trupa të pajetë. Në këtë kontekst rreziku për të përjetuar traumë në betejë dhe në ambiente armiqësore janë jashtëzakonisht të mëdha.

Një studim i cili analizon pasojat e gjenocidit në Ruanda u realizua me 2.074 respondentë me të dhëna që jepnin indikacione se këta të fundit ishin ekspozuar ndaj traumave ku 1.563 (75.4%) u detyruan të largohen nga shtëpia e tyre, 1.526 (73.0%) kishin humbur një ose më shumë anëtarë të familjes dhe 1.472 (70.9%) u ishin shkatërruar pronat. Prej 2.091 participantëve 518 (24.8%) kishin plotësuar kriterin dhe kishin shfaqur simptoma të SPTT (Pham, Weinstein, & Longman, 2004).

Me po të njejtën tematikë pra pasojat e luftës te personat e involvuar në luftë në mënyrë direkte ose indirekte në Afganistan ishte realizuar nga Cardozo dhe kolegët (2004). Në total 407 (62.0%) respondentë raportuan se kishin përjetuar të paktën katër (4) ngjarje traumatike gjat 10 viteve paraprake. Trauma më e madhe e përjetuar ishte mungesa ushqimit dhe uji (56.1%) për persona me aftësi të kufizuara, dhe mungesë vendi për banim (69.7%) për persona që nuk kishin ndonjë kufizim të paktën jo të raportuar fizik ose psikik. Prevalenca e atyre që shfaqnin simptoma depresioni ishte 67.7%, simptoma ankthi 72.2%, ndërsa simptoma të stresit post-traumatik 42.1%. Ndjenjat e urrejtjes ishin shumë të larta 81% - 84%. Si konkluzion u tregua se problemet psikologjike të asociuara me luftën ishin të larta dhe ngritnin çështje për shqetësim.

Ballkani si regjion poashtu ishte prekur nga lufta viteve të 90-ta, me dëme të konsiderueshme sidomos për Bosnjen dhe Hercegovinën dhe Republikën e Kosovës. Studimet në të dy vendet treguan për shqetësime të mëdha të pasojave të luftës në shëndetin mendor të dy popujve.

Situaten në Bosnje dhe Hercegovinë e pasqyron mjaft qartë studimi i realizuar nga Smith dhe kolegët (2002). Si pjesë e programit prosocial të UNICEF-it në këtë vend ishin mbledhur të dhëna relevante në një moster prej 2,976 fëmijësh që varionin prej moshes 9 - 14 vjeçare. Rezultatet nga testet e standardizuara treguan se këta fëmijë kishin nivel të stresit post-traumatik dhe reagimit të zisë. Niveli i stresit ishte ndërlidhur me atë se sa i ishte ekspozuar ai/ajo dhunës, dhe femrat raportuan më shumë stres se mostra e gjinisë mashkullore.

Autorët si Kardoza dhe kolegët (2000) realizuan një nga dokumentimet e pakta të pasojave të luftës së vitit 1999 te popullata e territorit të Kosovës. Nga respondentët në këtë studim 17.1% raportuan për simptoma që përmbushin kriterin për diagnostifikim me stres post-traumatik sipas Manualit Diagnostikor dhe Statistikor për Çrregullime Mendore. Respondentët gjithashtu raportuan nivel të lartë të përjetimit të ngjarjeve traumatike. Personat potencialisht më të predispozuar për morbiditet psikiatrik ishin ata të moshës nga 65 vite e më shumë, ata me çrregullime psikiatrike dhe probleme kronike të mëhershme. 89% e meshkujve dhe 90% e femrave raportuan ndjenja të ashpra urrejtje kundrejt individëve që përkonin në etnicitetin Serb. 51% e meshkujve dhe 43% e femrave raportuan ndjenja të forta për hakmarrje, dhe 44% e meshkujve dhe 33% e femrave raportuan se do të vepronin në bazë të këtyre ndjenjave kundrejt Serbëve.

3.4 Përjetimet traumatike dhe përcjellja në familje

Stresi post-tramatik si te veteranët e traumatizuar edhe te të tjerët është mjaft kompleks për nga natyra dhe simptomologjia, dhe shpesh rrit edhe rrezikun e komorbiditetit me sëmundje dhe faktorë rrezikues për jetën. Davidson dhe kolegët (2009) në një studim në Karolinen Veriore studiuuan pikërisht këto karakteristika. Në mes të 2.985 subjektve ata me çrregullim kundrejt atyre pa çrregullim, dallonin me pasiguri dhe jostabilitet në punë, histori familjare të sëmundjeve psikatrike, abuzim të fëmijëve. Komorbiditetet u asociua edhe me përpjekje për vetvrasje, frekuencë e rritur e astmes bronhiale, hipertension, fobi sociale, si dhe shmangje nga të tjerët.

Çrregullimi si i tillë përveq problemeve intrapersonale shkaktonte edhe shqetësime në raport me anëtarët e tjerë të familjes dhe komunitetit, sidomos te familja e ngushtë. Sipas Ochberg dhe Pearboy (2008) fëmijët e veteranëve janë në rrezik të trashëgimit të traumave si SPTT por edhe probleme të tjera të cilat ata i përshkruajnë në 4 argumente bazë:

1. Kur familja e mëson fëmijën që të heshtë ose të shmangë diskutimet e ngjarjeve, mendimeve apo emocioneve ankthi i tij / saj rritet nga intensiteti, pasi që mund të ndihet fajtor se po provokon simptoma të prindit.
2. Izolimi mund të shpjë në probleme të tjera. Kur fëmija në fjalë është i ekspozuar në detaje grafike për eksperiencat traumatike të prindit ata mund të fillojnë të përjetojnë simptomat e tyre të SPTT si përgjigje e imazheve negative të gjeneruara.

3. Fëmijët që mund të jetojnë me prindër të traumatizuar fillojnë të identifikohen me prindin dhe më pas ndajnë të njëjtat simptoma si mënyrë e ndërveprimit me të.
4. Fëmijët gjithashtu mund të përjetojnë disa aspekte të eksperiencës traumatike sepse prindi i traumatizuar ka vështirësi në ndarjen e eksperiencave të kaluara me ato të tashme.

Studimin e lartëpërmendur mbështesin edhe hulumtime tjera të natyrave të ndryshme.

Daud, Skoglund dhe Rydelius (2005) testuan hipotezën se fëmijët e emigrantëve, prindërit e të cilëve ishin torturuar para se të shkonin në Suedi, vuajnë prej simptomave depresive, stresit post-traumatik, dhe çrregullime në sjellje. Pesëmbëdhjetë (15) familje ku të paktën njëri nga prindërit kishte përjetuar torturë, ishin krahasuar me po të njëjtin numër të familjeve të po të njëjtes etni që kishin përjetuar dhunë por jo torturë. Prindërit e grupit të parë, pra të traumatizuar, shënuan rezultate më të larta në stresin post-traumatik, depresion, ankth dhe simptoma të tjera të stresit psikosocial. Sipas artikullit fëmijët e prindërve të torturuar kishin më shumë simptoma të ankthit, depresionit, stresit post-traumatik, deficitieve në vëmendje dhe keq funksionime të tjera të sjelljes krahasuar me grupin krahasues.

Hulumtime të tjera e vërtetojnë faktin se trauma mund të përcillet nëpër gjenerata i njohur me nocionin e traumatizimit sekondar. Prince (2014) shpjegon se fëmijët e veteranëve me SPTT janë në rrezik më të madh të jenë në depresion dhe në ankth, krahasuar me fëmijët e njerëzve që kanë jetuar në kohën e luftes së Vietnamit por që nuk kanë marrë pjesë në të. Fëmijët mund të fillojnë të përjetojnë stresin e prindit (duke pasur ankthe për

traumen e prindit) ose probleme të tjera si mungesë e vëmendjes në shkollë për shkak se mendojnë për vështirësitë e prindërve të tyre. Sipas po të njejtës autore fëmijët adoleshentë të veteranëve me SPTT gjithashtu mund të afektohen nga simptomat e prindërve të tyre duke rezultuar me sjellje negative ndaj të tjerëve por edhe ndaj baballarëve të tyre si dhe nivel të lartë të depresionit dhe ankthit.

Përcjellja e traumave në mënyrë gjenerale apo e SPTT në atë specifike ka një mbështetje në hulumtime, mirëpo studimet tregojnë edhe një faktor mjaft të rëndësishëm në dinamikat e çrregullimit, lidhja pozitive në mes të anëtarëve të familjes dhe përballimit të stresit si të tillë.

Dinshtein, Dekel dhe Polliack (2011) testoi nivelin e traumatizimit sekondar në mes fëmijëve të veteravëve të luftes së Izraelit që ishin diagnostifikaur me SPTT. Katërdhjetë e gjashtë (46) fëmijë të prindërve me stres dhe katërdhjetë e gjashtë (46) fëmijë të prindërve pa çrregullim kronik të SPTT ishin pjesë e mostres. Të gjeturat treguan se fëmijët e grupit të parë treguan nivel më të lartë të stresit, stres të lidhur me friken e terrorit dhe kapacitete më të vogla për lidhje me të tjerët. Lidhjet apo mardhënjet pozitive me nënën ishin moderator i nivelit të lidhjes me të tjerët dhe niveleve të tjera të simptomave psikatrike të shkaktuara nga SPTT i baballarëve veteran të luftes së Izraelit.

Tabela nr. 1 - Përmbledhje e letërsisë për transmetimin e gjeneratave me çrregullim të stresit post-traumatik (PTSD) nga baballarët e bijve të familjeve të veteranëve të luftës

Autorët	Mostra	Statuti i babait	Nacionaliteti / lufta	Zbulimet
Ahmadzadeh & Malekian (2004)	141 student të shkollës së mesme, baballarët veteran me PTSD, krahasuar me 141 student të njejtë, baballarët nuk ishin veteran.	PTSD kronik	Iranian	- Një normë më e lartë e agresionit dhe ankthit mes grupit kërkimor. - Asnjë ndryshim të rëndësishëm në zhvillimin social.
Beckham, Braxton, Kudler, Feldman, Lytle, & Palmer (1997)	40 fëmijë [20 meshkuj dhe 20 femra (mosha 14 - 35 vjet; M = 20.1)] nga 28 baballarë veteran nga lufta e Vietnamit.	Kërkim të ndihmës për veteranët PTSD	Amerikë / Vietnam	78% e fëmijëve kanë pasur të paktën një shkallë të ngritur në inventarin e Personalitetit Minnesota Multiphasic; 40% përdorin droga të paligjshme; 35% raportuan probleme të sjelljes; 15% raportuan sjelljen e mëparshme të dhunshme; 45% raportuan shenja të rëndësishme me PTSD; 83% raportuan rezultate të larta armiqësore.
Casseli & Motta (1995)	40 meshkuj në luftën e Vietnamit (mosha 39 - 67 vjet, M = 44.7) dhe 24 femra.	Veteranët e Vietnamit	Amerikë / Vietnam	Problemet e sjelljes së fëmijëve parashikuan nga PTSD e jo nga niveli luftarak.
Davidson & Mellor (2001)	50 fëmijë (mosha 16 - 30 vjet) të 50 veteranëve të luftës së Vietnamit. Kontrolli: 33 vjeçarë - përputhen me bashkëmoshatarët civil.	30 veteranë kanë përjetuar PTSD, dhe 20 nuk kanë përjetuar	Australian / Vietnam	- Nuk ka dallime të mëdha në vetë - respekt dhe simptoma të PTSD-së midis grupeve; - Dallime të mëdha në perceptimin e fëmijëve të nivelit funksional të familjeve të tyre.
Davidson, Smith, & Kudler (1989)	108 pacient veteran me PTSD. Kontrolli: 60 (21 Jo-psikiatrik, 24 depresion madhor, 15 të alkoolizuar).	Të diagnostifikuar me PTSD	Amerikë / 41-Lufta e II Botërore, 12-Korea, 55-Vietnam	- Shkalla më e lartë e trajtimit psikiatrik në mes të fëmijëve me PTSD; - PTSD është gjetur në 6 familje me PTSD, por asnjë në grupet e kontrollit.
Harkness (1993)	86 fëmijë (mosha 4 - 16 vjet) nga 40 familje, prindërit e tyre dhe mësuesit.	Veteranë me PTSD	Amerikë / Vietnam	- Fëmijët me etërit e dhunshëm kishin dukshëm më shumë gjasa që të kenë më shumë probleme të sjelljes, performancë më të dobët në shkollë dhe kompetenca më pak sociale; - Nuk ka marrëdhënie mes ashpërsisë të veteranëve me PTSD dhe përshtatjen e fëmijëve.
Jordan et al. (1992)	1,200 veteranë të Vietnamit dhe 376 bashkëshort ose partner të veteranëve.	Veteranë me ose pa PTSD	Amerikë / Vietnam	Veteranët me PTSD treguan dukshëm nivelin e problemeve të rënda dhe problem në përshtatje martesore dhe familjare, shkathësi të prindërimit dhe sjellje të dhunshme.
Motta, Joseph, Rose, Suozzia, & Leiderman (1997)	45 fëmijë të veteranëve, dhe 47 fëmijë jo të veteranëve.	Nuk kanë deklaruar	Amerikë / Vietnam dhe luftërat tjera	Fëmijët e veteranëve kishin më shumë vështirësi në emërtimin e kartave me ngjyrë në lidhje me luftën sesa fëmijët e jo-veteranëve.
Parsons, Kehle, & Owen (1990)	143 fëmijë të veteranëve të luftës me PTSD, dhe 48 fëmijë të veteranëve të luftës pa PTSD.	Veteranët me apo pa PTSD	Amerikë/Vietnam	- Fëmijët me PTSD parashikohet që të kenë sjellje jofunksionale sociale dhe probleme me sjellje emocionale dhe vështirësi në mbajtjen dhe krijimin miqësive; - Llojet e sjelljeve ishin funksion i gjinisë dhe moshës së fëmijës.
Rosenheck (1986)	12 fëmijë të veteranëve në Luftën e II Botërore me PTSD.	Veteranët me PTSD	Amerikë / Lufta e II Botërore	

Rosenheck & Fontana (1998a)	Veteranët e Vietnamit jetonin në shtëpitë me fëmijët e tyre, moshë 6 - 16 vjeç.	Veteranët me apo pa PTSD	Amerikë / Vietnam	– Fëmijët e veteranëve të dhunshëm reguan me shumë çrregullime të sjelljes sesa fëmijët e veteranëve të tjerë të luftës.
Rosenheck & Fontana (1998b)	Mostra 1:155 familje të veteranëve të cilët ishin gjithashtu të përfshirë në betejë, dhe 241 familje të veteranëve të cilët nuk ishin të përfshirë në betejë.	Nuk është deklaruar se a ishin familjarët e veteranëve PTSD apo jo	Amerikë / Vietnam	– Familjarët e veteranëve që kanë shërbyer në luftë kishin simptoma më të larta PTSD, çrregullime psikiatrike, mendime vetëvrasëse, ndjenja të fajit, dhe humbjen e besimit fetar sesa familjarët e veteranëve të cilët nuk ishin të përfshirë në luftime.
Ruscio, Weathers, King, & King (2002)	Mostra 2 : 1,040 veteran: 1) nuk ka pas stres të luftës: a. babai nuk ka qenë në betejë (N = 438); b. babai ka qenë në betejë (N = 156) 2) pa PTSD: a. babai nuk ka qenë në betejë (N = 127); b. babai ka qenë në betejë (N = 48), 3) PTSD: a) babai nuk ka qenë në betejë (N = 196); b) babai ka qenë në betejë (N = 74) 66 meshkuj veteran të Vietnamit, të gjithë kishin një ose më shumë fëmijë.	Nuk ka të dhëna konkrete në mes të familjarëve të veteranëve me PTSD në mostër 29% diagnostifikuan me DSM-IV për PTSD	Amerikë / Vietnam Amerikë / Vietnam	– Veteranët me PTSD etërit e të cilëve kishin shërbyer në luftë kishin simptoma të PTSD, më shumë ndjenjë fajësimi, më pak mbështetje sociale dhe kishin më shumë gjasa për të përmbyshur kriteret për çrregullim të panikut gjatë jetës dhe abuzimit me droga, sesa baballarët e veteranëve me PTSD që nuk ishin të përfshirë në luftë. Dallimi në mes të grupeve nuk ishte i rëndësishëm përderisa kontrolloheshin eksperiencat e tyre në shtëpi. – Çështjet emocionale: aspekti i vetëm i PTSD-së në mënyrë unike është i lidhur me përcëptimin e marrëdhënies së veteranëve me fëmijët e tyre.
Souzzia & Motta (2004)	40 meshkuj veteran të luftës së Vietnamit dhe 53 pasardhës të rritur.	Baballarët: veteranët me PTSD	Amerikë / Vietnam	– Ekspozimi i luftës është i lidhur pozitivisht me modifikimin e pyetësorit Stroop, Shkallës MMPI-2PK dhe shkallës së trajtimit të ankthit, por jo shqetësimeve me PTSD dhe depresion.
Westerink & Giarratano (1999)	22 fëmijë të veteranëve me moshë mbi 15 vjeç. Mostra e 14 vullunterëve që kanë shërbyer në grup të kontrollit.	Baballarët: veteranët me PTSD	Australi / Vietnam	– Fëmijët e veteranëve raportuan nivel të lartë konflikti në familjet e tyre; – Nuk ka dallime signifikante lidhur me masat e shqetësimeve psikologjike dhe vetë-respektit nga grupet e kontrollit.

Klariq dhe kolegët (2008) realizuan një hulumtim për të shikuar transmetimin e stresit post-traumatik nga baballarët veteran të luftës te fëmijët e tyre në Bosnje dhe Herzegovinë. Mostra koinstione me 154 veteranë me SPTT të lidhur me luftën të cilët ishin trajtuar në Spitalin Universitar të Mostarit. Grupi i kontrollit përbëhej prej 77 veteranëve pa këtë çrregullim që ishin zgjedhur nga asocacioni i veteranëve përmes teknikes së topit të bores. Krahësuar me grupin e kontrollit veteranët me SPPT raportuan kalim të

problemeve me vetëbesimin, sjelljen dhe emocionet te fëmijët e tyre. Si konkluzion SPTT i baballarëve mund të ndikojë dhe të ketë pasoja afatgjata te fëmijët e tyre si në shfaqjen e çrregullimeve si SPPT poashtu edhe në formimin e personalitetit.

Numri i studimeve të këtyre impakteve pra stresit post-traumatik dhe ndikimeve në familje është në rritje e sipër, secili me të dhënat e veta por që të përbashkët kanë konkluzionin se SPTT te veteranët kalohet edhe te fëmijët e tyre dhe pasojat janë të mëdha për ta si në rrethana afat-shkurta por edhe afat-gjata (Valle dhe Alvelo, 1996; Zalihić, Zalihić dhe Pivic, 2008).

3.5 Përcjellja e traumes në gjeneraten e dytë

Transferimi i traumes nëpër gjenerata është një ndër konceptet kryesore që shpjegon transferimin e SPTT nga prindërit veteran në gjeneratat sekondare, dhe mund të përshkruhet si një lloj kalimi i memorjes dhe kujtimeve. Shumë ekspert e vënë në dyshim një lloj shpjegimi të tillë si të pabazë. Weismann (2004) thekson se “*asnjë fuqi brenda njeriut nuk mund të transferojë kujtimet e gjalla nga një qenje e gjallë në tjetren*”. Mirëpo transmetimi i tillë përfshin mekanizma transformues brenda trupit të njeriut që janë aq të fuqishme dhe që i japin bazë hipotezes se këto kujtime mund të përcillen nëpër gjenerata sidomos ato sekondare.

Yahyavi, Zarghami dhe Marwah (2013) hetuan rreziqet që SPTT të përcillet në gjeneratat të tjera. Analizë e artikujve prej vitit 1985 deri në 2011 ishin kërkuar për të gjetur të dhëna të tilla. Të dhënat që ata kishin gjetur është se ka ndryshime gjenetike që mund të

përcillen tek fëmijët. Aksisi adrenal piturar hipotalamik ndryshon te pacientët me stres post-traumatik dhe mund të jetë evident edhe te fëmijët e tyre. Ky lloj ndryshimi mund të transmetohet nëpër gjenerata gjatë shtatzanisë kur ndodh programimi epigjenetik i fëmijës.

Hipoteza e modifikimit epigjenetik duket mjaft e fuqishme në mbështetje të transmetimit të traumave te të rinjët bazuar në studimet e realizuar. Yehuda dhe Bierer (2009) shpjegojnë se modifikime gjenetike si metilimi i AND-së mund të ndodhin si përgjigje e influences ambientale dhe të shtrembërojnë shprehjen e gjeneve në mënyrë potenciale dhe të transmetohen në mes gjeneratash. Autorët tregojnë faktin se nuk ka të dhëna që mbështesin modifikime epigjenetike që janë specifike për SPTT mirëpo shumë observime janë kompatible me shpjegimet epigjenetike. Këto përfshijnë gjetjet e fundit për gjenin e lidhur me stresin, kontributin e uterusit në biologjinë e foshnjës, asocimin e rrezikut të SPTT me stresin post-traumatik të nënës, etj.

Modifikimi epigjenetik edhe pse ka nevojë për rishikime dhe hulumtime për shkak të mungesës së shpjegimit të fuqishëm mund të merret si hipotezë induktive me probabilitet të lartë për shkak të shpjegimeve që dihen për kalimin e gjeneve dhe patologjive të ndërlidhura me këtë fenomen. Rast konkret janë çrregullimet Mendeliane ndodhin kur në familje trashëgohet një gjen i cili shkakton çrregullime si, Huntington, Fragile X syndrome, cystic fibrosis, etj. (Kennedy, 2005). Pra në mënyrë gjenerale modifikimi epigjenetik (ndikim në gjene) ka një bazë solide shkencore.

Shpjegime të tjera mund të hedhin dritë në faktet se si stresi post-traumatik mund të kaloj në gjeneratat e dyta. Një të tillë na e shpjegojnë Srouf dhe Srouf (2005) ku

mekanizmat në të cilët vihen theks janë ata mbrojtës në këtë rast projeksioni dhe identifikimi. Sipas tyre baballarët me PTSD kanë vështirësi në kontrollimin e emocioneve, dhe përpjekjet e tyre të kontrollojnë dhimbjen shpiejnë në përdorim masiv të mekanizmave të projektimit ku emocione të ndryshe si persekutimi, agresioni, turpi dhe fajli janë projektuar te fëmijët. Si rezultat fëmijët mund të identifikohen me pjesët e projektuara të emocioneve të baballarëve të tyre dhe i përjetojnë ato ndjenja si të ishin të tyre pra i internalizojnë ato. Identifikimi pra është një pjesë e rëndësishme për transmetimin e traumes. Identifikimi ndodh kur fëmijë, që është në mënyrë konstante i ekspozuar në simptomat post-traumatike fillon të identifikoj dhe imitoj simptomat e tilla si mënyrë të ndërlidhjes dhe komunikimit me prindin (Anchoroff, Monroe dhe Fisher, 1998).

Një hulumtim i realizuar në Monash University (2006) tregon rëndësinë e hemisferave të trurit dhe dominimit të tyre në mosha të hershme dhe më pas transmetimin e pavetëdijshëm të traumes së prindit. Sipas tyre hemisfera e djathtë është dominante në fëmijërinë e hershme dhe kjo zonë është vendi ku ruhet materiali traumatik. Hemisfera e djathtë është jo-verbale dhe ka përbërësit që të quhet e pavetëdijshmja. Hulumtimi vazhdon me shpjegimi se është në këtë vend ku trauma është e fshehur nga fjalët, memorja apo njohuria, por është e koduar në emocione, sjellje automatike dhe paterne tjera. Prej këtu trauma e trurit të djathtë e prindit mund të transmetohet në trurin e djathtë të fëmijës në mënyrë të pavetëdijshme.

3.6 Studimet e realizuara në Kosovë

Duke konsideruar klimen në të cilën rritet një adoleshent në Kosovë, studimet lidhur me shëndetin e tyre mendor dhe fizik si dhe rrethanat kontekstuale që ndikojnë në gjendjen e tyre janë të një rëndësie të madhe. Prevalenca e problemeve shpesh është e paqartë me rrezikun që të jetë shumë e lartë. Shahini dhe kolegët (2015) në një studim lidhur me shëndetin mendor të të rinjëve në Kosovë maten prevalencën e problemeve emocionale dhe sjelljore të 1.351 adoleshentëve të rekrutuar nga shtatë (7) regjione të Kosovës, duke përdorur vetë raportimin e të rinjëve (YSR). Adoleshentët më të rritur kishin shkallë më të larta në YSR krahasuar me më të rinjtë. Rezultatet treguan një prevalence prej 40.8% në problemet internalizuese dhe 23.4% në problemet eksternalizuese.

Vështirësitë emocionale dhe sjelljes të adoleshentëve janë të ndikuar nga shumë faktor si kontekstual por edhe të brendshëm. Fanaj, Melonashi dhe Shkëmbi (2015) realizuan një studim me qëllimin që të masin nivelin e vështirësive emocionale te adoleshentët në Kosovë dhe të vërejnë nëse konceptet si vetëbesimi dhe mungesa e shpresës janë përshikues të vështirësive emocionale dhe sjelljes. Pjesë e mostres ishin 1.162 adoleshentë të moshës 11 - 20 vjeçare. Rezultatet treguan se 16.3% e participantëve raportuan nivele abnormale të vështirësive emocionale, 52.7% vetëbesim të ulët, dhe 19.6% nivele të larta të mungesës së shpresës. Ashtu siç ishte hipotetizuar vështirësitë emocionale u parashikuan nga mungesa e shpresës ($\beta = .272, p < .00$), vetëbesimi ($\beta = .112, p < .00$), dhe gjinia ($\beta = .258, p < .00$). Në studim u konkludua se në mënyrë parciale vetëbesimi dhe

niveli i mungeses së shpreses ndikojnë në probleme emocionale dhe sjelljes, por u potencia fuqishëm nevoja për studime të tjera të kësaj natyre.

Agresioni dhe sjelljet e rrezikshme janë një parashikues i rëndësishëm i stabilitetit emocional dhe sjelljes të adoleshentëve. Arënlju dhe kolegët (2014) në hulumtimin e realizuar nga ta për qëllim kishin matjen e dhunes proaktive, viktimizimin dhe faktorët e rrezikut. Të dhënat ishin mbledhur nga një moster prej 4.709 nxënësve të shkollës së mesme në Kosovë. Rezultatet treguan një mbështetje të studimeve të tjera në hipotezën se meshkujt ishin më të involvuar në sjellje agresive, duke përfshirë dhunen proaktive dhe kategoritë e ndryshme të viktimizimit krahasuar me femrat. Faktorët që u treguan si parashikues të sjelljeve të tilla ishin: konsumi i alkoolit në një periudhë 30 ditore, ikja nga shkolla dhe gjendjet e depresionit. Studimi poashtu konkludoi se mardhënjet me prindër janë një parashikues i dobët i sjelljeve të tilla dhe problemeve emocionale të adoleshentët.

Problemet mendore në përgjithësi, e ato që internalizohen (brendësohen) janë një çështje që ka nevojë për kujdes të veçantë. Kjo theksohet fuqishëm në studimin e realizuar nga Bardhi dhe Shahini (2015). Qëllimi i studimit ishte të identifikohet lidhja ndërmjet temperamenteve afektive dhe psikopatologjive të rinjët. Rezultatet treguan se temperamentet irritative, anksoze, ciklotimike dhe deperesive ishin më të shprehura te femrat, ndërkohë temperamenti hipertermik nuk kishte ndërlidhje me gjininë. Megjithatë dallimet gjinore ishin signifikante në shkallët e vetë raportimit për të rinjë (SYR) ku femrat raportuan vlera më të larta në këto shkallë. Në studim u konkludua se temperamenti është vetëm një nga shumë faktorët që kontribuojnë në zhvillimin e psikopatologjive.

Përfundimi i luftës (1998 - 99) në Kosovë la pasoja të ndryshme si në anën infrastrukturore, humbjen në njerëz dhe vështirësitë emocionale. Në mënyrë që të vihej në sipërfaqe situata reale e gjendjes mendore të adoleshentëve u krijuan nisma dhe studime empirike. Jones dhe kolegët (2003) realizuan një hulumtim me 559 pacient në një periudhë dy vjeqare për të përshkruar, ndër të tjerash, shërbimet mendore për adoleshent në Kosovë pas konfliktit ushtarak dhe të krijojnë qartësi lidhur me problemet e paraqitura nga njerëzit dhe diagnozat e dhëna. Rezultatet treguan se çrregullimet e lidhura me stresin përmbanin vetëm një në pesë raste në periudhën një vjeçare. Një numër i madh i pacientëve nuk kishin simptoma të qarta por ishin hospitalizuar pasi që ishin ekspozuar një ngjarje traumatike që besohej se u kishte shkaktuar sëmundje. Eneureza jo organike dhe vështirësitë në të mësuar ishin diagnozat më të zakonshme në vitin e dytë të studimit. Në studimin përkatës u potencua se shërbimet mendore që adresojnë vetëm ngjarjet traumatike mund të dështojnë që ti përmbushin nevojat e fëmijëve të ndikuar nga lufta. Në vend të saj duhen praktika të përshtatshme në kontekst që adresojnë një gamë më të zgjeruar të problemeve.

Mardhënjet me të tjerët dhe ndikimin e këtyre mardhënjëve te adoleshentët si dhe vështirësitë emocionale janë paraqitur nga Kosovo Center for Gender Studies (2012). Në studimin e tyre kanë marr pjesë gjithsej 597 adoleshent, ku 281 ishin meshkuj ndërsa 316 femra. Të gjeturat kryesore të studimit ishin: numri më i madh i tyre nuk raportuan eksperiencë negative nga antarë të tjerë të familjes, mirëpo po të njëjtit identifikuan incidente të dhunshme brenda shkollave të tyre (si viktimë, ose dëshmitar). Ndërsa 46% e meshkujve dhe 40% e femrave raportuan se është e pranueshme dhuna kur partneri ka kryer

tradhëti në lidhje romantike. Sa i përket konsumimit të alkoolit 63.3% e meshkujve dhe 74.4% e femrave raportuan se nuk kishin konsumuar kurrë.

Përkundër shumë studimeve në fusha të ndryshme shpesh për shkak të faktorëve të ndryshëm ato dështojnë të pasqyrojnë gjendjen e vërtetë sidomos kur flitet për çështje më të ndjeshme siç është vetëvrasje. Fanaj dhe Melonashi (2014) bënë një shqyrtim të artikujve të publikuar, disertacioneve dhe prezantimeve në konferenca ndërkombëtare dhe vendore ishin konsideruar gjithashtu 60 studime që përmbushen kriteret u analizuan. Sipas analizes anjë nga studimet nuk e konsideruan kontekstin social përderisa studimi i elementeve sociale nuk ofroi të dhëna të vlefshme. Numri më i madh i tyre ishte i fokusuar me adoleshentët. Sa i përket parashikuesve të vetëvrasjeve vetëm dy studime e kishin ekzaminuar këtë aspekt. Sidoqoftë identifikimi i faktorëve rrezikues / mbrojtës nuk ishte studiuar në mënyrë të duhur për shkak të metodologjisë jo të plotë. Andaj rekomandim i studimit është se ka nevojë për më shumë të dhëna dhe studime lidhur me elementet kulturore sidomos në zhvillimin e strategjive parandaluese kunder vetvrasjeve.

UNICEF (2005) në një analizë për shëndetin mendor të fëmijëve dhe adoleshentëve dolen me të dhëna që tregojnë se të njëjtit shpesh gjenden në një ambient i cili stimulon probleme emocionale dhe sjelljore dhe nuk është i shëndosh për zhvillim normal brenda konturave të kontekstit. Disa nga të gjeturat kryesore të analizes ishin: fëmijët më të ri në moshë e kishin më të vështirë të definonin dhunen, dënimi është një praktikë e pranuar në shtëpi dhe shkollë, poashtu këta fëmijë besojnë se ata duhet të dënohen fizikisht nëse kanë bërë ndonjë gabim. Deprivimi ekonomik dhe social është parë si një ndër shkaqet kryesore të dhunes në familje.

Faktorët potencial për probleme emocionale dhe sjelljes përkatësisht tendencat për vetë-vrasje janë matur në një studim nga Aliriza dhe kolegët (2014). Mostra prej 4.709 nxënësve të lindur në periudhën 1995 - 96 ishin pjesë e studimit. Regresioni logjik indikoi se përdorimi i kanabisit gjatë 30 ditëve të fundit ishte i ndërlidhur me përpjeket për vetëvrasje, si për femrat ashtu edhe për meshkujt. Frekuenca e konsumimit të alkoolit gjatë 30 ditëve të fundit ishte gjithashtu e lidhur me idetë dhe përpjekjet për vetëvrasje. Përdorimi i drogave ilegale si amfetamina, ekstazia dhe hallucinogjenët ishin gjithashtu të lidhur me idetë për vetëvrasje te gjinija mashkullore por jo ajo femëore. Femrat raportuan më shumë (9%) mendime vetëvrasëse se sa meshkujt (6.3%).

Përkunder studimeve të lartpërmendura që vënë në pah ndër të tjerash diskrepancë në mes të njëra - tjetres dhe shpërputhe të dhënash për çështje që lidhen direkt me mirëqenjen psikologjike të adoleshentëve, problematikë në vete është numri i vogël i këtyre studimeve që në qender kanë adoleshentin dhe shëndetin e tij / saj fizik dhe mendor. Studimet e tjera mbuluan edhe sfera të ndryshme siç janë fëmijët dhe adoleshentët e pastrehë dhe “lypës” (Vathi, Z. 2014) apo ato ndërkombëtare lidhur me procesin e imigrimit dhe refugjatëve (Thomas dhe Lau, 2002), mirëpo nuk ka studime të natyres që studjojnë lidhjet në mes të veteranëve të luftës me çrregullime të caktuara, sidomos me SPPT dhe problemeve emocionale dhe sjelljes të fëmijëve të tyre.

KAPITULLI IV: METODOLOGJIA E HULUMTIMIT

Hulumtimi përshkruan analizimin, klasifikimin dhe vlerësimin që rezulton me mbledhjen e të dhënave, duke bërë analizimin dhe ekzaminimin real të rrethanave në të cilën ndodhen veteranët. Statistikat (përqindjet, mesataret, etj.) janë përdorur për përshkrimin e situatës aktuale, duke përshkruar konceptet dhe identifikimet si bazë për këtë hulumtim.

4.1 Pjesëmarrësit

Ky studim është realizuar me veteranët e luftës së fundit në Kosovë (1997 - 1999). Fillimisht është kontaktuar Ministria e Shëndetësisë e Kosovës dhe Organizata e Veteranëve të Luftës së Ushtrisë Çlirimtare të Kosovës në Prishtinë, të cilat kanë dhënë pëlqimin për këtë hulumtim dhe në të njëjtën kohë kanë ofruar listat zyrtare të veteranëve të luftës 1997 - 1999 (shtojca 6 dhe 7). Përzgjedhja e pjesëmarrësve është bërë në mënyrë të randomizuar çdo i treti person në listë deri sa është bërë numuri 800. Numri i pjesëmarrësve është përzgjedhur duke u bazuar në pritjen prej 25% të paraqitjes së këtij fenomeni, me një precizion absolut prej 7% dhe me një interval të konfidencës 95% dhe gabim të mos përgjigjes prej 10%. Në këtë studim janë përfshirë 575 pjesëmarrës nga shtatë (7) regjione të Kosovës (Prishtinë, Prizren, Gjakovë, Pejë, Mitrovicë, Gjilan dhe Ferizaj) dhe përfaqësojnë 71.8% të samplit (mostër) të përzgjedhur; 59.5% (N = 342) e pjesëmarrësve kanë qenë të gjinisë mashkullore dhe 40.5% (N = 233) pjesëmarrës të gjinisë femrore që përfaqëson dhe raportin e përgjithshëm të veteranëve të luftës. Mosha mesatare e pjesëmarrësve ishte $M = 46$

vjeç, (DS = 8), moshë mesatare e meshkujve ishte $M = 45$ vjeç, (DS = 8.1), ndërsa moshë mesatare e femrave ishte $M = 45$ vjeç, (DS = 7.4). 35 veteran nuk janë përfshirë për shkak se ka pasur më shumë se 8 pyetje pa përgjigje. Nga analiza kemi gjetur që i vetmi faktor që i ka dalluar grupet që janë përfshirë dhe pa përfshirë kanë qenë të ardhurat ekonomike që kanë qenë më të ulta në grupin e mospërfshirë. Të gjithë veteranët e mos përfshirë në analizë kanë qenë të gjinisë mashkullore, me moshë mesatare $M = 43.3$ vjeç (DS= 11), dhe me të ardhura mesatare të raportuara nga ky grup prej 77.3 euro në muaj, ndërsa grupi që janë përgjigjur kanë raportuar një mesatare prej 137.7 euro në muaj. Nuk ka pasur dallime të tjera në aspektin demografik mes këtyre dy grupeve.

Ky studim ka përfshirë fëmijët e moshës shkollore pasi janë fëmijë që kanë lindur në luftë apo pas luftës. Kampioni i përgjithshëm i fëmijëve të veteranëve është 575 ku prej tyre 52.87% (N = 304) kanë qenë meshkuj dhe 47.13% (N = 271) kanë qenë të gjinisë femrore. Popullatë e këtij punimi janë fëmijët 11 - 18 vjeçar nga familjet e veteranëve të luftës së fundit në Kosovë. Fëmijë të moshës 11 vjeçare kanë qenë 6.1% (N = 35), ku prej tyre 3.1% (N = 18) kanë qenë meshkuj dhe 3.0% (N = 17) kanë qenë femra; Të moshës 12 vjeç kanë qenë 6.3% (N = 36), ku prej tyre 3.3% (N = 19) kanë qenë meshkuj dhe 3.0% (N = 17) femra; Të moshës 13 vjeç kanë qenë 6.8% (N = 39), ku prej tyre 3.7% (N = 21) ishin meshkuj dhe 3.1% (N = 18) kanë qenë femra; Të moshës 14 vjeç kanë qenë 9.2% (N = 53), ku prej tyre 5.2% (N = 30) kanë qenë meshkuj dhe 4.0% (N = 23) kanë qenë femra; Të moshës 15 vjeç kanë qenë 9.2% (N = 53), ku prej tyre kanë qenë 3.7% (N = 21) meshkuj dhe 5.5% (N = 32) femra; Të moshës 16 vjeç kanë qenë 10.1% (N = 58), ku prej tyre 4.9% (N = 28) kanë qenë meshkuj dhe 5.2% (N = 30) kanë qenë femra; Të moshës 17 vjeç kanë

qenë 12.7% (N = 73), ku prej tyre 8.0% (N = 46) kanë qenë meshkuj dhe 4.7% (N = 27) ishin femra; Të moshës 18 vjeç kanë qenë 39.6% (N = 228), ku prej tyre kanë qenë 21.0% (N = 121) meshkuj dhe 18.6% (N = 107) kanë qenë femra. Mosha mesatare e pjesmarrësve ka qenë $M = 15.89$ ($DS = 2.30$), ku mosha mesatare për meshkuj ka qenë $M = 15.93$ ($DS = 2.31$), ndërsa për femra ka qenë $M = 15.84$ ($DS = 2.30$).

Tabela nr. 2 - Përshkrimi i përqindjeve për gjininë dhe moshën e adoleshentëve

Moshë	Gjinia				Total	
	Meshkuj		Femra		N	%
	N	%	N	%		
11 vjeç	18	3.1	17	3.0	35	6.1
12 vjeç	19	3.3	17	3.0	36	6.3
13 vjeç	21	3.7	18	3.1	39	6.8
14 vjeç	30	5.2	23	4.0	53	9.2
15 vjeç	21	3.7	32	5.5	53	9.2
16 vjeç	28	4.9	30	5.2	58	10.1
17 vjeç	46	8.0	27	4.7	73	12.7
18 vjeç	121	21.0	107	18.6	228	39.6
Total	304	52.9	271	47.1	575	100.0

4.2 Mënyra e zbatimit të hulumtimit

Organizimi i punës është realizuar gjatë periudhës Qershor – Dhjetor 2013 në shtatë (7) regjione të Kosovës (Prishtinë, Prizren, Gjakovë, Pejë, Mitrovicë, Gjilan dhe Ferizaj), ndërsa analizimi i të dhënave është realizuar gjatë periudhës Janar 2014 – Janar 2015.

Procesi i mbledhjes së të dhënave është zhvilluar nga katërmëdhjetë (14) asistentët (student të psikologjisë) të cilët paraprakisht janë trajnuar për procedurat e mbledhjes së të dhënave. Menjëherë pas përcaktimit të veteranëve të përzgjedhur nga listat e ofruara nga Organizata e Veteranëve të Luftës së Ushtrisë Çlirimtare të Kosovës, janë krijuar kontaktet

e drejtpërdrejta, me të cilët është zhvilluar një bisedë informuese për qëllimin e zhvillimit të hulumtimit dhe plotësimit të pyetësorit. Asistentët e këtij hulumtimi kanë qenë prezent në mbushjen e pyetsorëve të cilat janë bërë në ambientet familjare të veteranëve dhe në ambientet e degëve të OVL-së së UÇK-së në qytetin përkatës.

Më pas, të gjithëve u janë ofruar katër (4) pyetësor për të plotësuar, qoftë për ata që ishin në ambientin familjar, po ashtu edhe atyre që ishin në degët e OVL-së së UÇK-së në qytetin përkatës. Për veteranët që për arsye shëndetësore apo të tjera nuk kanë mundur të jenë prezent nuk janë përfshirë për shkak të vështirësisë së ruajtjes së konfidencës. Ndërkohë veteranëve ju është ofruar edhe pyetsori i pestë (5-të) për fëmijën adoleshentë dhe kanë pasur një javë kohë për ta kthyer në degën e OVL-së (shtojca 10, 11, 12, 13 dhe 14). Veteranët janë inkurajuar që të mos marrin pjesë dhe të ndikojnë në mbushjen e pyetësorit të fëmijës, por t'i lejonin vet fëmijët të mbushin pyetsorin. Pyetsori është ofruar në zarf të mbyllur dhe po ashtu është kthyer në degën e OVL-së. Për adoleshentët të cilët kanë pasur vështirësi për ndonjë pyetje në ambientin e tyre familjar apo në degën e OVL-së, ka pasur vazhdimisht një asistent në atë degë të OVL-së në qytetin përkatës, i/e cili/a ka qenë në gatishmëri për të ndihmuar gjatë gjithë javës.

4.3 Instrumentet e hulumtimit

- I. Pyetsori demografik - në të cilin janë përfshirë, gjinia, mosha, të dhënat mbi gjendjen ekonomike, edukimin e prindërve, përdorimin e alkoolit, drogave apo substancave të tjera. Në pyetsorin demografik janë përfshirë gjithashtu të dhëna mbi

numrin e anëtarëve të familjes, numrin e fëmijëve si dhe të dhëna shëndetësore për anëtarët e familjes.

II. Pyetsori mbi Cilësinë e Jetës - në këtë studim ka treguar një konsistencë të brendshme të pranueshme ngase Cronbach Alpha Koeficient ishte $\alpha = .889$, ku për meshkuj koeficienti është $\alpha = .898$, ndërsa për femra $\alpha = .876$. Ky pyetësor është përkthyer në gjuhën shqipe dhe validuar për kulturën shqiptare nga Departamenti i Psikologjisë në vitin 2010 në Universitetin e Prishtinës. Pyetësori mbi cilësinë e jetës përmban 5 pyetje, që eksplorojnë cilësinë e jetës tek adoleshentët si.p.sh: (Kushtet në jetën time janë të shkëlqyeshme; Unë jam i kënaqur me jetën, etj.) ndërsa notimi i saj është nga 1 - 7, e tipit Likert: Fuqishëm nuk pajtohem (1), Nuk Pajtohem (2), Deri diku nuk pajtohem (3), Neutral (4), Deri diku pajtohem (5), Pajtohem (6), Fuqimisht pajtohem (7). Scorimet e larta në këtë shkallë tregojnë se opinionin e adoleshentëve ka qenë pozitivë mbi cilësinë e jetës së tyre, ndërsa skorimet e ulëta tregojnë që adoleshentët kanë dhënë opinion negativ mbi cilësinë e jetës së tyre.

III. Pyetsori vet-raportues për problemet emocionale dhe sjelljes (YSR 11 - 18 vjeç), (YSR; Achenbach, 1991d)] - bën profilin e pikëve, sipas vlerësimit në rreshta dhe me vlera T - Score, 8 nënshkallët:

1. Ankthi / Depresioni,
2. Tërheqje / Depresion,
3. Probleme somatike,

4. Problemet sociale,
5. Problemet me vëmendje,
6. Thyerje e rregullave të sjelljes,
7. Sjelljen agresive,
8. Problemet e të menduarit.

Pyetësi vet-raportues për problemet emocionale dhe sjelljes (YSR 11 - 18 vjeç), përmban 112 pyetje, dhe eksploron problemet emocionale dhe të sjelljes tek adoleshentët si p.sh.: (Ndiem i vetmuar; Ndjej që askush nuk më don; Unë qaj shumë, etj.) ndërsa notimi bëhet nga 0 - 2, e tipit Likert: Nuk është e vërtet (0), Ndonjëherë (1), Shumë e vërtet (2). Në këtë rast, sa më shumë nga pikët minimale aq më pak ka probleme emocionale dhe të sjelljes, dhe sa më shumë nga pikët maksimale do të thotë më shumë ka probleme emocionale dhe të sjelljes tek respondentët.

Përveç matjes së nënshkallëve, YSR mundëson edhe ndarjen e sindromave në tre (3) grupe kryesore:

1. Problemet internalizuese (internalizing problems) - përmbajnë shkallët e tërheqjes, ankesave somatike, dhe shkallën anksioze / depressive.
2. Problemet eksternalizuese (externalizing problems) - përfshijnë shkallët të sjelljeve delikuede dhe shkallën e sjelljeve agresive (Achenbach, 1991).
3. Totalin e problemeve.

Gjithashtu bën matjen e problemeve mbështetur mbi kriteret e DSM - V (Manuali për diagnostikim të problemeve mendore):

- 1) Çrregullimet afektive,
- 2) Çrregullimet e ankthit,
- 3) Çrregullimet somatike,
- 4) Çrregullimet e hiperaktivitetit,
- 5) Çrregullimet e sjelljes,
- 6) Çrregullimet obsesive,
- 7) Çrregullimi i stresit.
- 8) Cilësitë pozitive.

Në këtë studim pyetësi vet-raportues i të rinjëve ka treguar një konsistencë të brendshme dhe të pranueshme ngase Cronbach Alpha Koeficient ishte $\alpha = .947$, ku për meshkuj koeficienti është $\alpha = .951$, ndërsa për femra $\alpha = .939$. Në një studim të bërë në Turqi në lidhje me problemet emocionale dhe të sjelljes tek femijët, YSR ka treguar një besueshmëri prej $r = .82$ dhe Cronbach Alpha Koeficient $\alpha = .89$ (Erol, & ŞimŞek, 2000).

- IV. Pyetësi i Harvardit për traumën pjesa e parë (HTQ) - që ka 48 pyetje mbi ngjarjet traumatike, përjetuar / dëshmitar apo dëgjuar, si p.sh. (Sulmi i armikut; Jeni sulmuar më breshëri armësh; Rënia në fushë të minuar, etj.) ku notimi ka qenë përmes përgjigjeve: Po (1) dhe Jo (2). Në këtë studim pyetësi i ngjarjeve traumatike të

jetës ka treguar një konsistencë të brendshme të pranueshme ngase Cronbach Alpha Koeficient ishte $\alpha = .854$, ku për meshkuj koeficienti është $\alpha = .859$, ndërsa për femra $\alpha = .849$. Ky pyetësor edhe në një studim të bërë në Francë në lidhje me viktimat e mbijetuara nga disa provinca Afrikane ka treguar një konsistencë të brendshme ngase Cronbach Alpha Koeficient ishte $\alpha = 0.95$ (de Fouchier, Blanchet, Hopkins, Bui, Ait-Aoudia & Jehel, 2012).

- V. Pyetësi i të rriturve ASR (Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. 2003) (Forma për të rriturit për problemet emocionale dhe sjelljes) - ky pyetësor ka 126 pyetje të cilat vlerësojnë: problemet emocionale (tërheqje / depresion), probleme somatike, (probleme me ankth); problemet në sjellje (Sjellja agresive, Thyerja e rregullave dhe probleme me intruzionin), si psh: (Jam gjak nxehtë dhe veproj pa menduar; Ndihem i lodhur nga përgjigjësit e mia), ndërsa notimi ishte nga 0 - 2, e tipit Likert: Nuk është e vërtet (0), Ndonjëherë (1), Shumë e vërtet (2). Në këtë rast sa më shumë nga pikët minimale më pak ka problem emocionale dhe të sjelljes, dhe sa më shumë nga pikët maksimale do të thotë më shumë ka probleme emocionale dhe të sjelljes tek respondentët. Ky pyetësor matë sipas DSM - V, problemet me depresion, ankth, somatizim, turbullime të personalitetit shmangës dhe antisocial, si dhe problemet me vëmëndje. Në një studim në lidhje me vlerësimet psiko-metrike ndaj të rinjëve, pyetësi i të rriturve ASR kishte treguar një konsistencë të brendshme nga Cronbach Alpha Koeficient që ishte prej $\alpha = .70$ deri $.85$ (van Nieuwenhuizen & Bongers, 2011).

Përveç matjes së nënshkallëve ASR mundëson edhe ndarjen e sindromave në tre (3) grupe kryesore: 1) Problemet internalizuese; 2) Problemet eksternalizuese; dhe 3) Totalin e problemeve.

4.4 Analiza e të dhënave

Përpunimi dhe analizimi e të dhënave të mbledhura në të dy format e pyetësorëve është përdorur programi kompjuterik SPSS për Windows (Statistical Package for Social Sciences / Versioni 18).

Procesi i analizimit të të dhënave është paraqitur me: frekuenca, përqindje, tabelat dhe grafikonet e pasqyruara dhe prezantuar me shkrim.

Përmbledhja e informacioneve numerike duke përdorur frekuencat dhe përqindjet të ilustruara përmes tabelave, shërbejnë për të reduktuar informatat dhe për të forcuar / qartësuar informatat numerike. Secila nga tabelat apo grafikonet ka një përshkrim që tregon përmbajtjen e saj. Pyetjet e hapura janë analizuar duke bërë klasifikimin, analizimin e përmbajtjes së pyetjeve, ngjajshmëritë dhe dallimet, me qëllim që rezultatet të jenë të matshme.

Procedurat e mbledhjes së të dhënave është relevante dhe e saktë përmes matjeve të variablave të shprehjes numerike për të paraqitur sasinë dhe diferencën. Të gjitha të dhënat e grumbulluara nga veteranët dhe fëmijët e tyre janë analizuar në tërësi, duke ruajtur besueshmërinë absolute dhe gjithnjë duke u bazuar në parimet etike.

4.5 Aspekti etik

Për realizimin me sukses, njëherit që ky hulumtim të ketë vlefshmërinë dhe besueshmërinë, është marrë aprovimi i Bordit Etik Profesional në Ministrinë e Shëndetësisë (shtojca 7) dhe pëlqimi nga Organizata e Veteranëve të Luftës së Ushtrisë Çlirimtare të Kosovës në Prishtinë (shtojca 6). Në këtë hulumtim ishte e drejta e privatësisë, anonimitetit dhe besueshmërisë, pasi që pjesëmarrësit kishin të drejtë t'i shprehin mendimet e tyre lirshëm, por edhe të refuzojnë pjesëmarrjen në këtë studim nëse ata dëshironin.

Metodologjia e përdorur në këtë hulumtim është fokusuar në fushat me interes që lidhen drejtë për drejtë me problemet emocionale dhe të sjelljes së fëmijëve të veteranëve, të vetë veteranëve dhe familjes së veteranit.

Para se të shpërndahen pyetësorët, të gjithë veteranët / prindërit janë informuar lidhur me qëllimin e hulumtimit, ku ju është dorëzuar edhe letër informimi me shkrim (shtojca 8), më pas ju është ofruar deklarata e pajtueshmërisë, përmes së cilës kanë deklaruar pjesëmarrjen vullnetare në hulumtim si dhe janë siguruar për anonimitetin dhe konfidencialitetin e të dhënave të mbledhura nga pjesëmarrësit (shtojca 9). Pas deklarimit të tyre për pjesëmarrje në hulumtim, janë shpërndarë pyetësorët e standardizuar që të gjithë anonim (shtojca 10, 11, 12, 13 dhe 14).

KAPITULLI V: REZULTATET

5.1 Përshkrimi i të dhënave socio - demografike

Ky studim është reprezentuar nga 575 adoleshent të familjeve të veteranëve të luftës së fundit në Kosovë, ku 52.8% (N = 304) kanë qenë të gjinisë mashkullore dhe 47.1% (N = 271) të gjinisë femërore $\chi^2 (1) N = 575) = .33, p = .847$.

Mosha mesatare e raportuar nga adoleshentët ka qenë 15.8 vite. Nuk janë gjetur dallime të rëndësishme në raportimin e mesatares së moshës mesatare ($p = .64$) në meshkujve $M = 15.9$ (DS = 2.3), dhe femrave $M = 15.8$ (DS = 2.3).

Nga pjesëmarrësit 50.1% (N = 288) jetonin në qytet dhe 49.6% (N = 285) në fshat, ndërsa 0.3% (N = 2) pjesëmarrës nuk janë deklaruar se ku jetojnë. Hi katror testi $\chi^2 (1) = 1.58 p = .234$ nuk ka gjetur dallime të rëndësishme në shpërndarjen e përqindjeve në raport me vendbanimin (tabela nr.3).

Sic shihet në tabelën nr. 3 të pyetur për religjionin respondentët janë përgjigjur se prej tyre 95.1% (N = 547) ishin të religjionit mysliman, dhe 4.9% (N = 28) i përkisnin religjionit krishter. Janë gjetur dallime të rëndësishme në shpërndarjen sipas religjionit $\chi^2 (1) = 2.65 p = .075$.

Respondentët e rritur kanë raportuar se 1.2% (N = 7) ishin të paarsimuar, 81.4% (N = 468) ishin me arsimim fillor, 16.9% (N = 97) kishin arsimim të mesëm, asnjë nga respondentët nuk kishte fakultet, me përjashtim që vetëm 0.5% (N = 3) të respondentëve

kishin edukim pas universitar. Ka pasur dallime të rëndësishme në shpërndarjen e edukimit të prindërve $\chi^2 (1) = 14.50$ $p < .001$. (Tabela nr. 3)

Në lidhje me statusin martesor (tabela nr. 3 dhe figura nr. 2), nga respondentët: beqar kanë qenë 2.8% (N = 16), të martuar kanë qenë 93.7% (N = 539), të ndarë kanë qenë 0.7% (N = 4), si dhe me bashkshort/e të vdekur kanë qenë 2.8% (N = 16) respondent. Nuk ka pasur dallime të rëndësishme në shpërndarjen sipas statusit martesor $\chi^2 (1) = 2.61$ $p = .455$.

Të ardhurat në familje (tabela nr.3) të cilat janë kategorizuar kanë prezantuar: me të ardhura minimale 0 - 100 euro në muaj kanë qenë 7.1% (N = 41), shumica e familjeve ishin me të ardhura nga 101 - 300 euro në muaj që rezultojnë 42.8% (N = 246), të ndjekur nga ata me të ardhura nga 301 - 600 euro në muaj kanë qenë 39.3% (N = 226).

Nga tabela nr. 3 shohim se vetëm 10.8% (N = 62) e familjeve të veteranëve kanë të ardhura mbi 600 euro. Rezultatet e studimit tregojnë që veteranët e luftës në Kosovë jetojnë në pjesën më të madhe me të ardhura të cilat nuk plotësojnë kushtet optimal për jetesë.

Në tabelën e mëposhtme janë përmbledhur të dhënat socio demografike.

Tabela nr. 3 - Përshkimi i variablave sociodemografike.

	Kategoritë	N	%
Vendbanimi	Qytet	288	50.1
	Fshat	285	49.9
Religjioni	Mysliman	547	95.1
	Katolik	28	4.9
Arsimimi i prindit që ka plotësuar pyetësorin demografik	Pa shkollë	7	1.2
	Fillor	468	81.4
	Mesme	97	16.9
	Fakultet	-	-
	Studime pas universitare	3	0.5
Statusi martesor	Beqar	16	2.8
	I/e martuar	539	93.7
	I/e ndarë	4	0.7
	Bashkshorti/ja i/e vdekur	16	2.8
Të ardhurat në familje	0 - 100 euro	41	7.1
	101-300 euro	246	42.8
	301 - 600 euro	226	39.3
	601 - 800 euro	43	7.5
	> 800 euro	19	3.3

5.2 Prevalence e problemeve emocionale dhe sjelljes

Nga të dhënat e mbledhura nga raportimi i adoleshentëve të veteranëve të luftës së fundit në Kosovë, fillimisht po paraqiten të dhënat e prevalencës për shkallët e mëdha të Pyetsorit Vet-raportues të Adoloshentëve (YSR).

Në shkallën e problemeve emocionale sipas grupeve kemi gjetur që: 76.7% (N = 441) e adoleshentëve janë kategorizua në grupin normal, 10.8 % (N = 62) në shkallën në kufij, dhe 12.5% (N = 72) e tyre në shkallës klinike (tabela nr. 4).

Tabela nr. 4 - Numri dhe përqindja e pjesmarrësve sipas raportimit të shkallës së problemeve emocionale.

	N	%	% valide	% kumulative
Normal	441	76.7	76.7	76.7
Kufij	62	10.8	10.8	87.5
Klinik	72	12.5	12.5	100.0
Total	575	100.0	100.0	

Në tabelën nr. 4 është paraqitur shkalla e problemeve në sjellje sipas grupeve kemi gjetur që: 89.7% (N = 516) e adoleshentëve janë kategorizua në grupin normal, 4 % (N = 23) në shkallën në kufij, dhe 6.3% (N = 36) e tyre në shkallës klinike.

Tabela nr. 5 - Numri dhe përqindja e pjesmarrësve sipas raportimit të shkallës së problemeve në sjellje.

	N	%	% valide	% kumulative
Normal	516	89.7	89.7	89.7
Kufij	23	4.0	4.0	93.7
Klinik	36	6.3	6.3	100.0
Total	575	100.0	100.0	

Në shkallën e problemeve emocionale dhe sjelljes në total (tabela nr. 6) sipas grupeve kemi gjetur që: 87.1% (N = 501) e adoleshentëve janë kategorizua në grupin normal, 5.6 % (N = 32) në shkallën në kufij, dhe 7.3% (N = 42) e tyre në shkallës klinike.

Tabela nr. 6 - Numri dhe përqindja e pjesmarrësve sipas raportimit të shkallës së problemeve emocionale dhe sjelljes në total.

	N	%	% valide	% kumulative
Normal	501	87.1	87.1	87.1
Kufij	32	5.6	5.6	92.7
Klinik	42	7.3	7.3	100.0
Total	575	100.0	100.0	

Duke qene se shkallët e mëdha krijohen nga nënshkallët empirike (sindromat), në tabelën nr. 7 paraqiten nënshkallët e problemeve emocionale (internalizuese). Nga rezultatet shihet se në nivelin klinik në nënshkallët e problemeve emocionale më prevalent është: Terheqje / depresion me 5.9% (N = 34), ndjekur nga problemet e ankthit me 4% (N = 23). Siç shihet në tabelë, 9.4% (N = 54) e adoleshentëve kanë skorim devijant në shkallën e ankthit, 14.9% (N = 86) në Terheqje / depresion, dhe 5.6% (N = 32) në problemet somatizuese.

Tabela nr. 7 - Numri dhe përqindja e pjesmarrësve sipas raportimit të tre nënshkallëve empirike të problemeve emocionale.

		N	%
Ankthi	Normal	521	90.6
	Kufinj	31	5.4
	Klinik	23	4.0
Terheqje / depresion	Normal	489	85.0
	Kufinj	52	9.0
	Klinik	34	5.9
Somatizim	Normal	543	94.4
	Kufinj	16	2.8
	Klinik	16	2.8

Në dy nënshkallët empirike të problemeve eksternalizuese (tabela nr. 8) nga rezultatet shohim se në nivelin klinik më prevalent është sjellja agresive 2.4% (N = 14). Siç shihet në tabelë, 6.9% (N = 40) e adoleshentëve kanë skorim - vlera devijante në shkallën e sjelljes agresive. Në shkallën e thyerjes së rregullave kemi 1.2% (N = 7) të adoleshentëve me vlera në nivelin klinik, dhe 4% (N = 23) në vlera devijante.

Tabela nr. 8 - Numri dhe përqindja e pjesëmarrësve sipas raportimit të dy nënshkallëve empirike.

		N	%
Thyerje e rregullave	Normal	552	96.0
	Kufinj	16	2.8
	Klinik	7	1.2
Sjellje agresive	Normal	535	93.0
	Kufinj	26	4.5
	Klinik	14	2.4

Në tre nënshkallët empirike plotësuese, problemet sociale, problemet e të menduarit dhe problemet me vëmendje (tabela nr. 9) shohim se: 4.5% (N = 26) adoleshentë kanë pasur vlera klinike në shkallën e problemeve sociale, ndërkohë që 9.9% (N = 57) e adoleshentëve kanë pasur vlera devijante në këtë shkallë. Problemet e të menduarit janë gjetur në 1.4% (N = 8) të adoleshentëve, dhe 1.6% (N = 9) në probleme me vëmendjen.

Tabela nr. 9 - Numri dhe përqindja e pjesëmarrësve sipas raportimit të tre nënshkallëve të tjera empirike.

		N	%
Probleme sociale	Normal	518	90.1
	Kufinj	31	5.4
	Klinik	26	4.5
Probleme me të menduarin	Normal	556	96.7
	Kufinj	11	1.9
	Klinik	8	1.4
Probleme me vëmendjen	Normal	554	96.3
	Kufinj	12	2.1
	Klinik	9	1.6

5.3 Problemet emocionale dhe sjelljes

5.3.1 Problemet emocionale (shkalla e internalizimit)

Në tabelën e mëposhtme janë raportuar nënshkallët empirike që formësojnë shkallën e problemeve emocionale (internalizuese) sipas gjinisë. Siç shihet nga tabela nr. 10, vajzat kanë raportuar mesatare më të lartë në nënshkallën e ankthit dhe somatizimit, ndërsa djemtë në nënshkallën e tërheqjes. Analiza e T test nuk ka gjetur dallime të rëndësishme në këto nënshkallë në raport me gjininë.

Tabela nr. 10 - Raportimi i mesatareve dhe devijimeve standarde për shkallët empirike.

Shkallët	Djem		Vajza		Totali	
	M	DS	M	DS	M	DS
Ankthi	4.67	3.55	5.18	3.61	4.91	3.59
Tërheqje/Depresion	3.99	2.72	3.90	2.64	3.95	2.70
Somatizim	2.07	2.37	2.38	2.52	2.38	2.44

Tabela nr. 11 - Shpërndarja e rezultateve të T testit për problemet internalizuese me gjininë, vendbanimin dhe religjionin.

		M	DS	t	p
Gjinia	Mashkull	10.74	7.43	-1.18	.23
	Femër	11.47	7.42		
Vendbanimi	Qytet	10.99	8.07	-.10	.92
	Fshat	11.05	6.59		
Religjioni	Mysliman	11.20	7.52	1.65	.09
	Katolik	8.82	5.06		

Raporti në mes të gjinisë dhe problemeve emocionale (tabela nr.11) nuk tregon ndonjë dallim të rëndësishëm $t(1) = -1.18$, $p = .23$ në mes meshkujve ($M = 10.74$, $DS = 7.43$) dhe femrave ($M = 11.47$, $DS = 7.42$), duke mos gjetur dallime gjinore në shfaqjen e problemeve emocionale tek adoleshentët e këtij studimi.

Në shikimin e nënshkallëve të problemeve emocionale nuk janë gjetur dallime në raportimin e mesatares së ankthit dhe somatizimit sipas vendbanimit, por në nënshkallën e tërheqjes / depresionit, adoleshentët e fshatit kanë raportuar në mënyrë signifkante më shumë problem se sa adoleshentët e qytetit.

Edhe raporti në mes të Vendbanimit dhe Problemeve emocionale nuk tregon ndonjë dallim signifkant $t(1) = -.10$, $p = .92$, në qytet ($M = 10.99$, $DS = 8.07$) dhe në fshat ($M = 11.05$, $DS = 6.59$). Është gjetur që gjinia e adoleshentëve kontribuon në raportimin e problemeve emocionale në varësi të vendit ku është duke jetuar (qytet apo fshat). ANOVA e dyfishtë ka treguar interaksion efekt në mes këtyre dy variablave me problemet emocionale në adoleshentë. Interaksioni ka qenë signifkant $F(1.573) = 5.36$, $p = .02$.

Tabela nr. 12 - Rezultatet e T testit për nënshkallët empirike sipas vendbanimit.

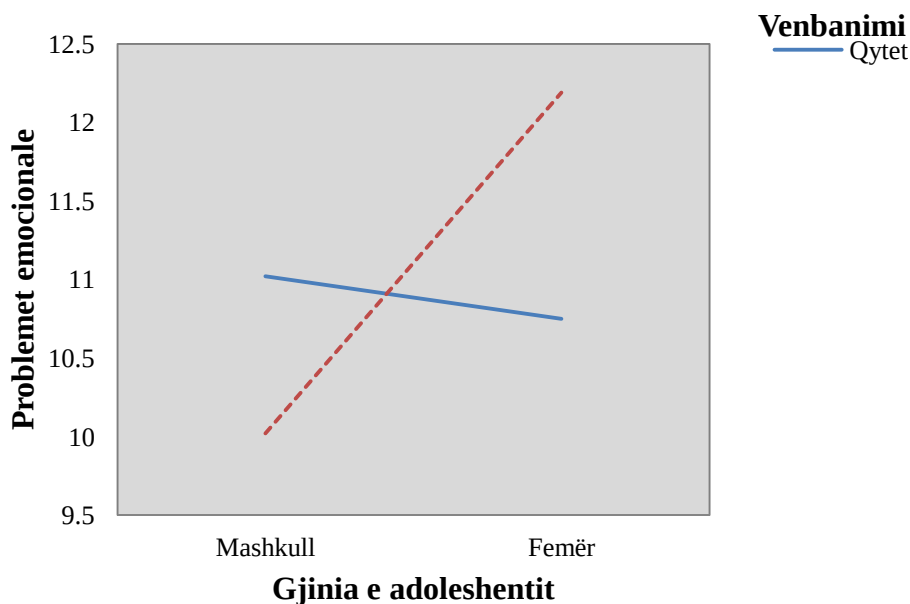
	Vendbanimi	N	M	DS	t	p
Ankthi	Qytet	288	4.99	3.78	.65	.51
	Fshat	285	4.79	3.37		
Terheqje/depresion	Qytet	288	3.69	2.81	- 2.10	.03
	Fshat	285	4.16	2.52		
Somatizim	Qytet	288	2.30	2.74	1.05	.29
	Fshat	285	2.09	2.04		

Sic shihet nga tabela nr. 12, djemt të cilët jetonin në qytet kanë raportuar shkallën më të lartë të problemeve emocionale krahasuar me ata që jetonin në fshat. Ndërsa vajzat që jetonin në qytet kishin mesatare më të ulët se vajzat që jetonin në fshat.

Tabela nr. 13 - Mesataret dhe devijimet standarde për problemet internalizuese sipas gjinisë dhe vendbanimit.

			Qytet	Fshat
Gjinia e adoleshentit	Mashkull	M	11.20	10.02
		DS	7.94	6.57
	Femer	M	10.75	12.19
		DS	8.24	6.45

Sic shikohet nga figura nr. 1, shohim se vajzat nga fshati kanë raportuar më shumë probleme emocionale, jo vetëm krahasuar me vajzat e qytetit, por edhe me djemt nga fshati dhe qyteti.



Grafiku nr. 1 – Gjinia e Adoleshentit / Mesataret dhe devijimet standarde për problemet internalizuese sipas gjinisë dhe vendbanimit.

Edhe pse raporti në mes të religjionit dhe problemeve emocionale nuk tregon ndonjë dallim të rëndësishëm statistikor $t(1) = 1.66$, $p = .09$, për besimtarët mysliman ($M = 11.20$, $DS = 7.52$) dhe për besimtarët katolik ($M = 8.82$, $DS = 5.06$). Këtu shohim se adoleshentët e besimit musliman kanë raportuar më shumë probleme emocionale se ata të besimit katolik.

Sic shihet në tabelën nr. 14 nuk është gjetur që mosha e adoleshentit të ndikojë në variancën e problemeve emocionale $F(7.567) = .97$, $p = .45$. Po ashtu nuk është gjetur interaksion efekt në mes moshës dhe gjinisë së adoleshentëve me variancën e problemeve emocionale $F(2.568) = 1.03$, $p = .35$. Edhe pas kategorizimit të moshës (11 - 12 vjeç; 13 - 14 vjeç; 15 - 18 vjeç) rezultati është jo significant. Megjithatë adoleshentët e moshës 15 - 18 vjeçare kanë pasur mesatare më të lartë të raportimit të problemeve emocionale.

Tabela nr. 14 - Mesataret dhe devijimet standarde për problemet internalizuese sipas gjinisë dhe vendbanimit.

			11-12 vjeç	13-14 vjeç	15-18 vjeç
Gjinia e adoleshentit	Mashkull	M	10.97	9.43	11.00
		DS	7.10	6.36	7.73
	Femer	M	9.32	10.78	12.19
		DS	6.34	8.37	11.99

Tabela nr. 15 paraqet variablat e të ardhurave ekonomike e përfaqësuar nga pesë kategori 1) 0 - 100 €; 2) 101 - 300 €; 3) 301 - 600 €; 4) 601 - 800 €; dhe 5) > 800 €, kanë treguar të kenë ndikim në variancën e problemeve emocionale [$F(4.570) = 2.32$, $p = .05$]. Siç shihet nga tabela, adoleshentët me të ardhura 0 - 100 € kanë treguar mesatare më të lartë raportimi në problemet në sjellje ($M = 13.49$, $DS = 7.75$) krahasuar me të gjitha kategoritë e tjera të të ardhurave. Analiza post hoc me korigjim të Bonferonit (pasi eksperimentit ka

përfunduar, për modele të cilat nuk janë të specifikuara apriori) tregon se dallimi significant është përcaktuar nga dallimi në mes adoleshentëve me të ardhura 0 - 100 euro krahasuar me adoleshentët me të ardhura 301 - 600 euro, por jo dhe me kategoritë e tjera të të ardhurave.

Tabela 15. Rezultatet e analizës së variancës për problemet internalizuese me katëgoritë e të ardhurave në familje.

Probleme emocionale	Të ardhurat në familje									
	0 - 100 €		101-300 €		301 - 600 €		601 - 800 €		> 800 €	
	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS
	13.49	7.75	11.42	7.69	10.21	7.05	10.70	6.94	12.95	7.91

Në nënshkallët e ankthit dhe tërheqjes e depresionit janë gjetur dallime të rëndësishme në variancë për shkak të të ardhurave. Në mënyrë signifikante adoleshentët me të ardhura të ulëta kanë shkallë më të lartë ankthi dhe depresioni. Ky dallim nuk është gjetur edhe për shkallën e somatizimit (tabela nr. 16).

Tabela nr. 16 - Rezultatet e F testit për ankthin, tërheqjen/depresioni dhe somatizimin me të ardhurat në familje.

Te ardhurat ne familje	Ankthi		Tërheqja/depresioni		Somatizimi	
	M	DS	M	DS	M	DS
0 - 100 €	5.92	3.75	5.09	2.93	2.46	2.51
101-300 €	5.04	3.90	4.08	2.66	2.28	2.41
301 - 600 €	4.47	3.19	3.69	2.64	2.04	2.40
601 - 800 €	4.72	3.06	3.72	2.76	2.25	2.56
> 800 €	6.57	3.90	3.31	2.66	3.05	2.93
ANOVA	F(4.574)=2.81, p= .02		F(4.574)=2.90, p= .02		F(4.574)= .98, p= .41	

Në tabelen nr. 17 është paraqitur statusi martesor i përfaqësuar nga tre kategori (Martuar & Ndarë & Vdekur bashkëshorti/ja), që ka treguar të ndikojë në variancën e raportimit të problemeve emocionale në mënyrë signifikante, $F(3.571) = 7.64$, $p < .00$. Rezultatet tregojnë se dallimi i rëndësishëm në variancën e problemeve emocionale është gjetur në mes adoleshentëve që kishin njërin prind të vdekur me adoleshentët që kishin prindërit e martuar $I - J = - 6.27$, $p < .001$, CI (- 9.91, - 2.6). Siç shihet në tabelë, nuk janë gjetur dallime në variancën e problemeve emocionale në mes adoleshentëve që kishin prindin e ndarë më ata që kishin prindin e vdekur $I - J = - 5.50$, $p = .17$, CI (- 2.52, 13.5), dhe po ashtu nuk ka pasur dallime në mes grupit të adoleshentëve me prindër të martuar me ata të ndarë $I - J = - .77$, $p = .83$, CI (- 7.97, 6.4).

Tabela nr. 17 - Mesatarja dhe devijimi standard për raportimin e problemeve internalizuese sipas statusit të prindërve.

Probleme internalizuese	Statusi martesor i prindit					
	Martuar		Ndare		Vdekur bashkshortja/ti	
	M	DS	M	DS	M	DS
	10.73	7.23	11.50	3.70	17.00	6.99

Në shkallën e ankthit dhe tërheqjes / depresionit dallimi është i rëndësishëm në aspektin statistikor, midis adoleshentëve që kanë njërin prind të vdekur me ata që kanë prindërit e martuar apo të ndarë. Rezultatet në tabelën nr.18 tregojnë se adoleshentët me njërin prindër të vdekur kishin shkallë më të lartë raportimi të ankthit, tërheqjes / depresionit dhe në problemet somatizuese.

Tabela nr. 18 - Rezultatet e F testit për ankthin, tërheqjen / depresioni dhe somatizimin me statusin familjar.

	Ankthi		Tërheqja/depresioni		Somatizimi	
	M	DS	M	DS	M	DS
Martuar	4.76	3.52	3.81	2.60	2.14	2.40
Ndarë	4.25	1.25	5.50	1.29	1.75	2.21
Vdekur bashkshorti/tja	7.43	3.96	6.12	2.89	3.43	2.27
ANOVA	F(3,574) = 6.04, p < .01		F(3,574) = 7.24, p < .01		F(3,574) = 3.66, p = .01	

Raporti në mes të arsmimit të prindërve dhe problemeve emocionale nuk shfaq ndonjë dallim të rëndësishëm, $F(3,571) = .54$, $p = .654$.

Variabla e përjetimit të ngjarjeve traumatike gjatë luftës (tabela nr. 19) e përfaqësuar nga tre kategori (Përjetim shumë i lartë / Përjetim mesatar / Përjetim i ulët) shfaq interaksion efekt, $F(2,559) = 11.84$, $p = .000$, duke treguar se variabla e përjetimit të ngjarjeve traumatike gjatë luftës ndikon në shfaqjen e problemeve emocionale tek adoleshentët. Rezultatet tregojnë se dallimet e rëndësishme janë përcaktuar tek përjetimi shumë i lartë ($M = 14.25$, $DS = 6.99$) dhe tek përjetimi mesatar ($M = 12.19$, $DS = 7.84$) se sa kur përjetimi ishte i ulët ($M = 9.45$, $DS = 6.67$).

Tabela 19. Mesatarja dhe devijimi standard për raportimin e problemeve internalizuese sipas përjetimit të ngjarjeve traumatike gjatë luftës.

Probleme internalizuese	Përjetimi i ngjarjes traumatike					
	Përjetim shumë i lartë		Përjetim mesatar		Përjetim i ulët	
	M	DS	M	DS	M	DS
	14.25	6.99	12.19	7.84	9.45	6.67

Anova një kahëshe është përdorur për të eksploruar nëse variabla e përjetimit traumatik gjatë luftës ka ndikim në variancën e ankthit, tërheqjes / depression dhe somatizim. Rezultatet e F testit tregojnë se adoleshentët të cilët vijnë nga familje më përjetim shumë të lartë të ngjarjeve traumatike nga ana e prindit kanë mesatare më të lartë të raportimit të ankthit, tërheqjes / depresion dhe somatizim (tabela nr. 20). Dallimet kanë qenë signifikante për të tre nënshkallët: ankthit, tërheqjes / depresion dhe somatizim dhe shihet që mesataret e të tre shkallëve zvogëlohen me uljen e përjetimeve traumatike.

Tabela nr. 20 - Rezultatet e F testit për ankthin, tërheqjen/depresioni dhe somatizimin me shkallën e përjetimeve traumatike gjatë luftës nga prindi.

	Ankthi		Tërheqja/depresioni		Somatizimi	
	M	DS	M	DS	M	DS
Përjetim shumë i lartë	6.62	3.46	5.08	2.82	2.54	1.99
Përjetim i mesëm	5.35	3.38	4.31	2.68	2.50	2.65
Përjetim i ulët	4.22	3.18	3.37	2.62	1.84	2.14
ANOVA	F(2.561) = 9.83, p < .01		F(2.561) = 10.7, p < .01		F(2.561) = 5.21, p < .01	

Në tabelen nr. 21 paraqitet ANOVA dykahëshe 2 (gjinia: vajza & djem) x 3 (përjetimi i ngjarjeve traumatike gjatë luftës e prindit: shkallë shumë e lartë / shkallë e mesme / shkallë e ulët) është përdorur për të eksploruar problemet emocionale në mes djemve dhe vajzave sipas shkallës së përjetimit traumatik të prindërve të tyre gjatë luftës.

Nuk është gjetur interaksion efekt në mes këtyre dy variablave $F(2,562) = 0.46$, $p = .62$, duke treguar se efekti i gjinisë në problemet emocionale nuk ishte i ndryshëm nëse prindërit kishin shkallë të ndryshme të përjetimit të ngjarjeve traumatike.

Tabela nr. 21 - Raportimi i Anovës dy kahëshe për problemet internalizuese të adoleshentit sipas gjinisë së adoleshentit me përjetimin e ngjarjes traumatike gjatë luftës nga ana e prindit.

Probleme emocionale					
Gjinia e adoleshentit	Përjetimi i ngjarjes traumatike nga prindi	M	SE	95% Interval konfidenca	
				Kufiri i poshtëm	Kufiri i sipërm
Mashkull	Përjetim shumë i lartë	13.84	2.02	9.87	17.82
	Përjetim mesatar	12.06	.57	10.92	13.19
	Përjetim i ulët	8.67	.66	7.37	9.97
Femër	Përjetim shumë i lartë	14.72	2.20	10.40	19.05
	Përjetim mesatar	12.34	.65	11.06	13.62
	Përjetim i ulët	10.17	.63	8.92	11.42

5.3.2 Problemet në sjellje (eksternalizuese)

Në tabelën nr. 22 janë raportuar mesataret dhe devijimet standarde për shkallën e problemeve në sjellje dhe nënshkallëve që e formojnë atë si thyerja e rregullave dhe sjellja agresive.

Tabela nr. 22 - Raportimi i mesatareve dhe devijimeve standarde për problemet në sjellje.

Shkallët	Djem		Vajza		Totali	
	M	DS	M	DS	M	DS
Thyerja e rregullave	2.77	3.02	2.04	2.53	2.42	2.82
Sjellja agresive	5.37	4.71	4.76	4.17	5.08	4.47
Eksternalizimi	8.14	7.21	6.80	6.10	7.51	6.74

Raporti i problemeve në sjellje është gjetur të jetë i ndikuar nga gjinia, pasi dallimi ka qënë statistikisht i rëndësishëm $t(1) = 2.39, p = .017$ në mes meshkujve ($M = 8.14, DS = 7.21$) dhe femrave ($M = 6.80, DS = 6.10$). Siç shihet nga tabela, dallime të rëndësishme në shpërndarjen e mesatareve janë gjetur në nënshakllën e thyerjeve të rregullave $t(1) = 3.10, p = .002$ por jo dhe në sjelljen agresive $t(1) = 2.38, p = .102$. Të gjeturat tregojnë se djemt kanë raportuar më shumë probleme në sjellje, por nuk janë gjetur dallime në mes adoleshentëve vajza dhe djem në raportimin e sjelljes agresive.

Adoleshentët nga qyteti ($M = 8.05, DS = 7.48$) gjithashtu kanë raportuar që të kënë mesatare më të lartë të problemeve në sjellje se adoleshentët nga fshati ($M=6.95, DS= 5.88$) dhe se ky dallim është gjetur të jetë statistikisht i rëndësishëm $t(1) = 1.95, p = .05$.

Tabela nr. 23 - Shpërndarja e rezultateve të T testit për “problemet eksternalizuese” me vendbanimin dhe religjionin.

		M	DS	t	p
Vendbanimi	Qytet	8.05	7.48	1.95	.05
	Fshat	6.95	5.88		
Religjioni	Mysliman	7.50	6.76	-.15	.02
	Katolik	7.71	6.35		

Raporti në mes të religjionit dhe problemeve në sjellje nuk shfaq ndonjë dallim të rëndësishëm, $t(1) = -.15, p = .874$, për besimtarët mysliman ($M = 7.50, DS = 6.76$) dhe për besimtarët katolik ($M = 7.71, DS = 6.35$), pra duke u bazuar në këtë produkt statistikor mund të themi se nuk ka dallime religjioze në shfaqjen e problemeve të sjelljes.

Tabela nr. 24, paraqet Anoven dykahëshe e përdorur për të eksploruar nëse gjinia e adoleshentëve (djem dhe vajza) është e ndikuar nga vendbanimi (qytet dhe fshat) në

raportimin e problemeve në sjellje. Nuk është gjetur interaksion efekt i rëndësishëm statistikor në mes gjinisë dhe vendbanimit në paraqitjen e problemeve emocionale $F(1.573) = 2.63$, $p = .10$. Rezultatet kanë treguar se djemt të cilët jetonin në qytet kanë raportuar shkallën më të lartë të problemeve në sjellje krahasuar me ata që jetonin në fshat. Ndërsa vajzat pamvarësisht nëse jetonin në qytet apo fshat kishin raportime të përafërta. Të gjeturat tregojnë se të qënurit djalë me banim në qytet është e lidhur me mesatare më të lartë të problemeve në sjellje.

Tabela nr. 24 - Mesataret dhe devijimet standard për problemet eksternalizuese sipas gjinisë dhe vendbanimit.

Gjinia e adoleshentit			Qytet	Fshat
			M	7.15
	Mashkull	SD	7.87	6.40
	Femer	M	6.87	6.74
		SD	6.86	5.26

Nënshkallët e problemeve në sjellje si thyerja e rregullave nuk është gjetur të e ndikuar nga vendbanimi, por sjellja agresive është gjetur më e lartë në adoleshentët nga qyteti sesa nga adoleshentët e fshatit (tabela nr.25).

Tabela nr. 25 - Rezultatet e T testit për nënshkallët empirike sipas vendbanimit.

	Vendbanimi	N	M	DS	t	p
	Qytet	288	2.57	3.11	1.22	.22
Thyerja e rregullave	Fshat	285	2.28	2.50		
Sjellja agresive	Qytet	288	5.48	4.88	2.17	.03
	Fshat	285	4.67	4.00		

Mosha e adoleshentëve gjithashtu nuk është gjetur të kishte ndikim signifikant në raportimin e problemeve në sjellje $F(7.567) = .52$, $p = .818$]. dhe as në nënshkallët e saj.

Kur mosha është përdorur si kategori (11 - 12 vjeç; 13 - 14 vjeç; 15 - 18 vjeç) shohim tendencën që moshat 15 - 18 vjeçare të kenë mesatare më të lartë në shkallën e probleme në sjellje, thyerjes së rregullave dhe në sjelljen agresive.

Variabla e të ardhurave ekonomike (tabela nr. 26) e përfaqësuar nga pesë kategori (0 - 100 € / 101 - 300 € / 301 - 600 € / 601 - 800 € / > 800 €) shfaq interaksion efekt, $F(4.570) = 4.69$, $p = .001$, duke treguar se të ardhurat ekonomike influencojnë shfaqjen e problemeve në sjellje tek adoleshentët.

Tabela nr. 26 - Rezultatet e analizës së variancës për problemet eksternalizuese me kategoritë e të ardhurave në familje.

Probleme eksternalizuese	Te ardhurat ne familje									
	0 - 100 €		101-300 €		301 - 600 €		601 - 800 €		> 800 €	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
	7.63	5.84	7.71	6.81	6.83	6.16	7.19	5.27	13.63	12.64

Për të dy shkallët e problemeve në sjellje, thyerjen e rregullave $F(4.570) = 4.04$, $p = .003$ dhe sjelljen agresive $F(4.570) = 4.06$, $p = .003$, adoleshentët të cilët vinin nga familje me të ardhura të larta kishin raportuar në mënyrë signifikante dallime më ata që kishin të ardhura të ulëta. Rezultatet për shakllën e problemeve në sjellje tregojnë se adoleshentët të cilët kanë të ardhura të larta mbi 800 €, kanë dallime të rëndësishme me të gjitha grupet e tjera, ndërsa brenda grupeve të tjera nuk ka pasur dallime sipas post hoc analizës.

Në tabelen nr. 27 është paraqitur statusi martesor i përfaqësuar nga tre kategori (Martuar / Ndarë / Vdekur bashkëshorti/ja), që ka treguar të ndikojë në variancën e

raportimit të problemeve në sjellje në mënyrë signifkantë, $F(3,571) = 2.91$, $p = .034$. për të tre shkallët mesataren më të lartë e kanë pasur adoleshentët me njërin prind të vdekur.

Tabela nr. 27 - Mesatarja dhe devijimi standard për raportimin e thyerjes së rregullave, sjelljes agresive dhe problemeve eksternalizuese sipas statusit të prindërve.

	Statusi martesor					
	Martuar		Ndare		Vdekur bashkshortja/ti	
	M	SD	M	SD	M	SD
Thyerje e rregullave	2.36	2.75	2.25	1.26	3.25	3.75
Sjellje agresive	4.98	4.44	3.25	1.50	7.19	5.23
Probleme në sjellje	7.33	6.63	5.50	2.38	10.44	8.29

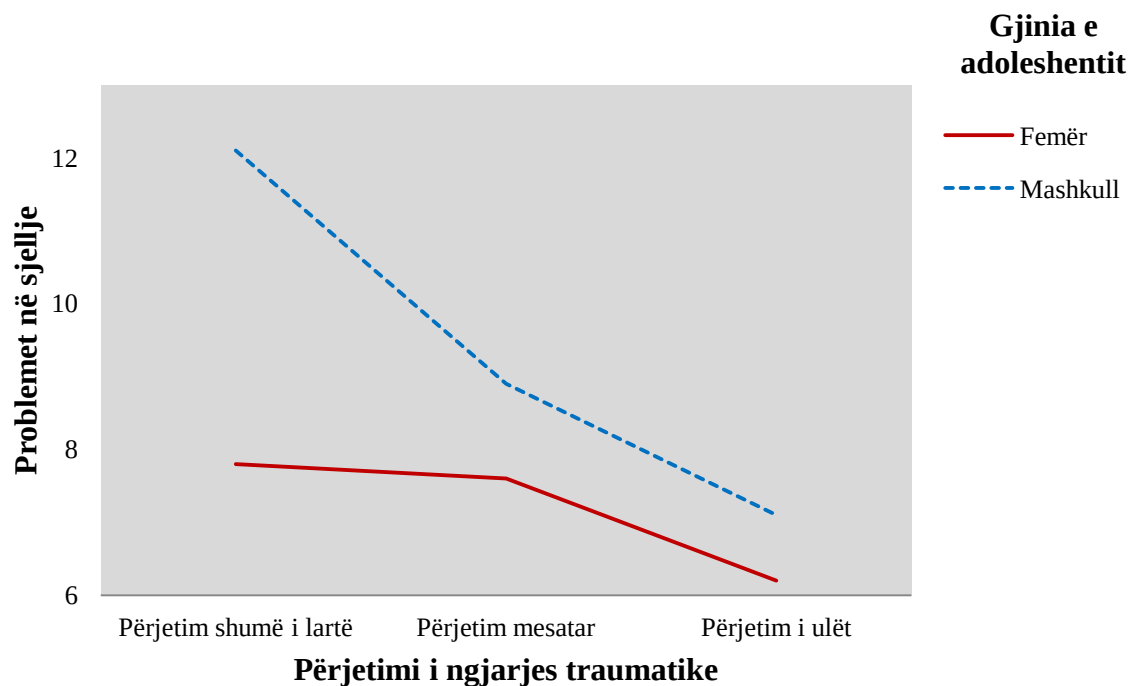
Raporti në mes të arsmimit të prindërve dhe problemeve në sjellje nuk shfaq ndonjë dallim të rëndësishëm $F(3,571) = .15$, $p = .932$, pra bazuar në këtë produkt statistikor mund të themi se arsmimi i prindërve nuk influencon shfaqjen e problemeve në sjellje tek adoleshentët.

Variabla e përjetimit të ngjarjeve traumatike e përfaqësuar nga tre kategori (Përjetim shumë i lartë / Përjetim mesatar / Përjetim i ulët) e paraqitur ne tabelen nr. 28, shfaq interaksion efekt $F(2,559) = 6.76$, $p = .001$, duke treguar se përjetimi i ngjarjeve traumatike influencon shfaqjen e problemeve në sjellje tek adoleshentët. Rezultatet tregojn se dallimet e rëndësishme janë përcaktuar tek përjetimi shumë i lartë ($M = 10.8$, $DS = 8.44$) dhe tek përjetimi mesatar ($M = 8.27$, $DS = 7.42$), se sa kur përjetimi ishte i ulët ($M = 6.45$, $DS = 5.58$).

Tabela nr. 28 - Mesatarja dhe devijimi standard në përjetim të ngjarjeve traumatike.

	Thyerja e rregullave		Sjellja agresive		Problemet në sjellje	
	M	DS	M	DS	M	DS
Përjetim shumë i lartë	3.58	3.62	6.50	5.40	10.08	8.44
Përjetim i mesëm	2.67	3.16	5.60	4.83	8.27	7.42
Përjetim i ulët	2.04	2.29	4.40	3.84	6.45	5.58
ANOVA	F(2,561) = 5.36, p < .01		F(2,561) = 6.09, p < .01		F(2,561) = 6.76, p < .01	

Përjetimi i ngjarjes traumatike nga ana e prindërve e përdorur për të eksploruar problemet në sjellje në mes adoleshentëve vajza dhe djem ka treguar se adoleshentët të cilët vijnë nga familje ku prindi ka përjetuar shkallë të lartë të ngjarjeve traumatike kanë raportuar mesatare më të lartë të problemeve në sjellje, në thyerjen e rregullave dhe gjithashtu në sjelljen agresive. Dallimi ka qenë i rëndësishëm në aspektin statistikor për të gjitha grupet $F(2,562) = 6.07, p = .002$. Analiza post hoc (Bonferroni) ka treguar që dallimi i rëndësishëm është në mes adoleshentëve që kanë prindër me përjetim të lartë të ngjarjeve e traumatike $I - J = 3.62, p = .03, CI (-1.53, -5.14)$, por jo dhe me grupin me përjetim të mesëm të ngjarjeve traumatike. Ndërsa grupi i adoleshentëve me përjetim të ulët ka dalluar statistikisht me grupin me përjetim mesatar $I - J = -1.82, p = .00, CI (-3.18, -.46)$, dhe me përjetim të lartë $I - J = 3.62, p = .03, CI (-6.98, -.27)$. Rezultatet tregojnë se të qënurit djalë dhe me prindër që kanë pasur përjetim të lartë të ngjarjeve traumatike të kenë raportuar shkallë më të lartë të problemeve në sjellje.



Grafiku nr.2 – Përjetimi i ngjarjeve traumatike / Mesatarja dhe devijimi standard në përjetim të ngjarjeve traumatike.

Nuk është gjetur interaksion efekt në mes këtyre dy variablave $F(2,562) = .71$, $p = .49$, duke treguar se efekti i gjinisë në problemet në sjellje nuk ishte i ndryshëm nëse prindërit kishin shkallë të ndryshme të përjetimit të ngjarjeve traumatike.

5.3.3 Totali i problemeve emocionale dhe sjelljes

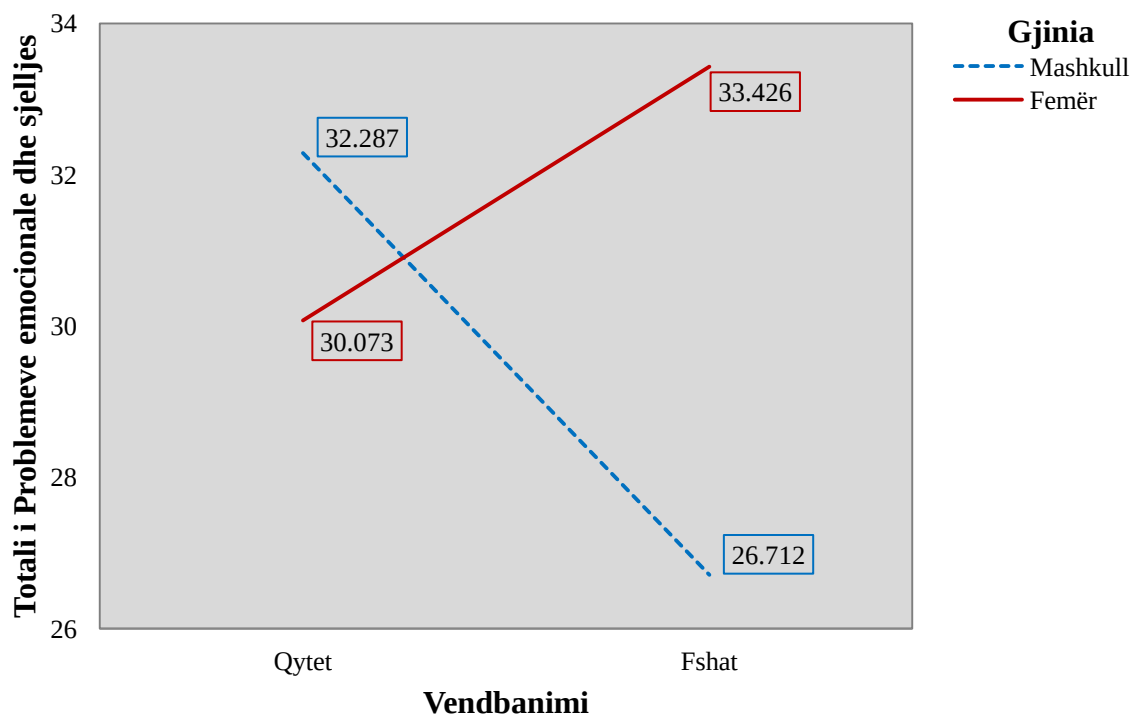
Tabela nr. 29 - Shpërndarja e rezultateve të T testit për “Totalin e problemeve emocionale dhe sjelljes” me gjininë, vendbanimin dhe religjionin.

		M	DS	t	p
Gjinia	Mashkull	30.96	21.80	.64	.51
	Femër	29.79	21.07		
Vendbanimi	Qytet	31.33	23.38	1.16	.24
	Fshat	29.26	19.19		
Religjioni	Mysliman	11.20	7.52	1.03	.30
	Katolik	8.82	5.06		

Tabela nr. 29 tregon se nuk janë gjetur dallime në raportimin e mesatares së Totalit të problemeve emocionale dhe sjelljes në raport me: gjininë $t(573) = .64, p = .51$, me vendbanimin $t(571) = 1.16, p = .24$, dhe religjionin $t(573) = 1.03, p = .18$.

Ndërsa, është gjetur interaksion efekt në mes gjinisë dhe vendbanimit në shfaqjen e problemeve emocionale dhe sjelljes tek adoleshentët $F(1,573) = 6.04, p = .01$. (tabela nr.29)

Rezultatet tregojnë se vajzat me banim në fshat kanë raportuar mesatare më të lartë të problemve krahasuar me vajzat nga qyteti. Ndërkohë djemt nga qyteti kanë raportuar mesatare më të larta se djemtë nga fshati. (tabela nr. 29)



Grafiku nr. 3 – Vendbanimi / Shpërndarja e rezultateve të T testit për “Totalin e problemeve emocionale dhe sjelljes” me gjininë, vendbanimin dhe religjionin.

Adoleshentët e besimit mysliman dhe ata të besimit katolik nuk kanë treguar dallime në raportimin e totalit të problemeve emocionale dhe sjelljes, $t(1) = 1.03$, $p = .302$. Besimtarët mysliman kanë raportuar $M = 30.62$, ($DS = 21.68$), dhe ata të besimit katolik $M = 26.32$, ($DS = 15.99$).

Mosha e adoleshentëve gjithashtu nuk ka gjetur të ketë pasur ndikim në variancën e totalit të problemeve emocionale dhe të sjelljes $F(7,567) = .65$, $p = .712$.

Variabla e të ardhurave ekonomike e përfaqësuar nga pesë kategori (0 - 100 € / 101 - 300 € / 301 - 600 € / 601 - 800 € / >800 €) shfaq interaksion efekt, [$F(4,570) = 2.87$, $p = .023$], duke treguar se të ardhurat ekonomike influencojnë shfaqjen e problemeve emocionale dhe të sjelljes tek adoleshentët. Rezultatet tregojnë se dallimet e rëndësishme janë përcaktuar kur të ardhurat kanë qenë 0 - 100 € ($M = 34.02$, $DS = 19.39$) dhe kur ardhurat kanë qenë 101 - 300 € ($M = 31.45$, $DS = 22.53$) si dhe kur të ardhurat kanë qenë 800 € ($M = 42.42$, $DS = 29.94$) të cilat në mënyrë signifikante kanë raportuar vlera më të larta në problemet emocionale dhe të sjelljes se sa kur të ardhurat ishin 301 - 600 € ($M = 27.69$, $DS = 19.33$).

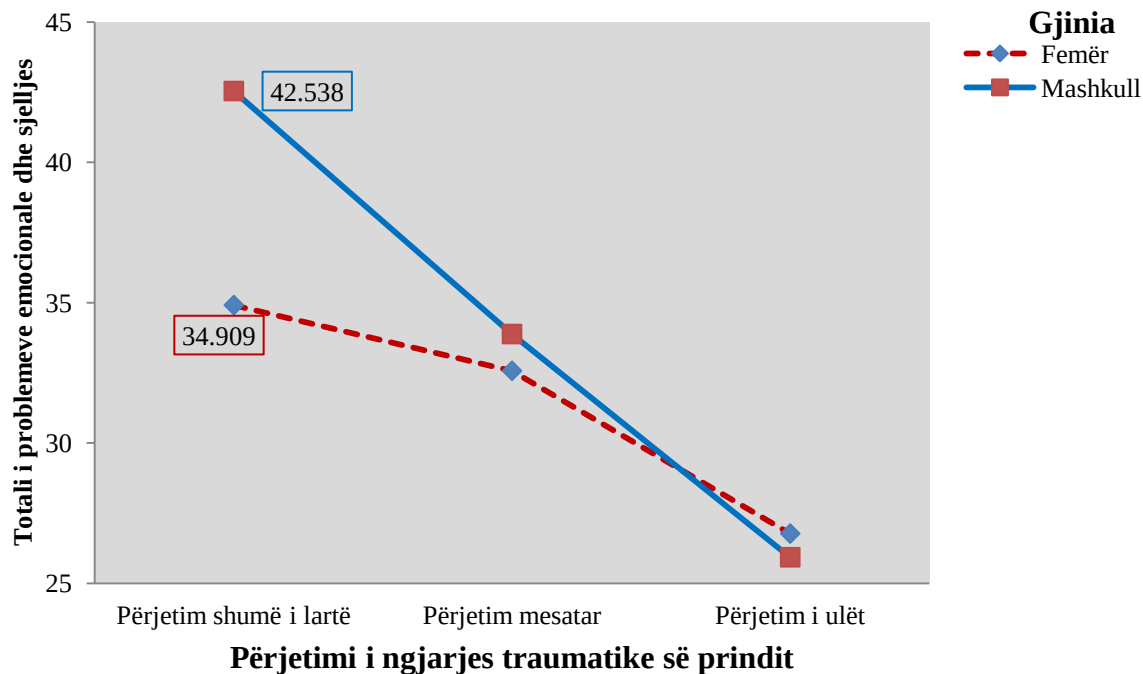
Të ardhurat të hulumtuara së bashku me gjininë e fëmijës nuk janë gjetur të kenë interaksion efekt në variancën e totalit të problemeve emocionale dhe sjelljes $F(4,575) = 1.13$, $p = .26$.

Edhe statusi martesor i përfaqësuar nga katër kategori (Beqar / Martuar / Ndarë / Vdekur bashkeshorti/ja) shfaq interaksion efekt, $F(3,571) = 6.25$, $p = .000$, duke treguar se statusi martesor influencon shfaqjen e problemeve emocionale dhe të sjelljes tek

adoleshentët. Rezultatet tregojn se dallimet e rëndësishme janë përcaktuar kur prindi ishte i ve (M = 45.44, DS=21.36) apo raporti është bërë nga vëllau apo motra e adoleshentit (M = 46.50, DS = 29.74) të cilët në mënyrë signifikante kanë raportuar vlera më të larta në problemet emocionale dhe të sjelljes, se sa kur prindërit ishin të martuar (M = 29.54, DS = 20.91) dhe të ndarë (M = 22.75, DS = 9.60).

Raporti në mes të arsmimit të prindit që ka mbushur pyetësonin dhe totalit të problemeve emocionale dhe të sjelljes nuk shfaq ndonjë dallim të rëndësishëm, $F(3,571) = .22$, $p = .880$.

Variabla e përjetimit të ngjarjeve traumatike e përfaqësuar nga tre kategori (Përjetim shumë i lartë / Përjetim mesatar / Përjetim i ulët) shfaq interaksion efekt, $F(2,559) = 9.67$, $p = .000$, me totalin e problemeve emocionale dhe të sjelljes tek adoleshentët. Totali i problemeve emocionale dhe sjelljes janë eksploruar përmes gjinisë së adoleshentëve dhe shkallëve përjetimit të ngjarjes traumatike tek prindërit. Rezultatet tregojnë se adoleshentët të cilët vijnë nga familje ku babai ka përjetuar shkallë të lartë të ngjarjeve traumatike kanë raportuar më shumë problem emocionale dhe sjelljes (M = 39.01, DS = 21.98) në total krahasuar me dy kategorite e tjera; të mesme (M = 33.31, DS = 23.42) dhe përjetim të ulët (M = 30.35, DS = 21.53). Nuk është gjetur interaksion efekt në mes këtyre dy variablave $F(2,562) = .44$, $p = .64$, duke treguar se efekti i gjinisë në problemet në sjellje nuk ishte i ndryshëm nëse prindërit kishin shkallë të ndryshme të përjetimit të ngjarjeve traumatike (figura nr. 4)



Grafiku nr. 4 – Përjetimi i ngjarjes traumatike së prindit / Shpërndarja e rezultateve të T testit për “Totalin e problemeve emocionale dhe sjelljes”.

5.3.4 Analiza e korrelacionit

Analiza e korrelacionit është përdorur për të përcaktuar lidhmërinë në mes vet-raportimit të problemeve emocionale dhe sjelljes tek adoleshentët, numurin e anëtarëve në familje, kualitetin e jetës dhe me përjetimin e ngjarjeve traumatike nga ana e prindit. Korrelacion i rëndësishëm statistikor është gjetur në mes të gjitha shkallëve empirike dhe atë internalizuese, eksternalizuese dhe totalin e YSR me kualitetin e jetës. (tabela nr.30)

Korrelacioni ka qenë i dobët dhe negativ për të tre shkallët e mëdha të YSR: probleme emocionale $r = -.19^{**}$, probleme me sjellje $r = -.01^{*}$, totali i problemeve $r = -.16^{**}$ (tabela nr.30). Githashtu edhe për shkallët empirike të YSR, megjithëse i dobët,

korrelacioni ka qenë i rëndësishëm statistikisht: ankthin, $r = -.18^{**}$, tërheqjen / depresioni $r = -.16^{**}$, somatizim $r = -.14^{**}$, probleme sociale $r = -.15^{**}$, probleme me të menduarin $r = -.10$, probleme me vemendje $r = -.18^{**}$, sjellje agresive $r = -.08^{*}$, përveç me shkallën e thyerjes së rregullave. Rezultatet tregojnë se sa më e lartë vlera në problemet emocionale dhe sjelljes aq më e ulët vlera në pyetsorin e kualitetit të jetës. Sa më i ulët kualiteti i jetës, aq më të larta problemet në sjellje.

Tabela nr. 30 - Të dhënat e korrelacionit në mes problemeve emocionale dhe sjelljes me kualitetin e jetës.

		Kualiteti i jetës	Numuri i anëtarëve në familje	Përjetimi traumatik nga prindi
Problemet emocionale	r	-.196 ^{**}	.047	-.234 ^{**}
	p	.000	.265	.000
	n	575	574	562
Problemet në sjellje	r	-.082 [*]	-.012	-.189 ^{**}
	p	.048	.772	.000
	n	575	574	562
Totali i YSR	r	-.161 ^{**}	.026	-.222 ^{**}
	p	.000	.532	.000
	n	575	574	562

Shënim: r – koeficienti i korrelacionit; p- koeficienti i signifkancës; n- numri; *- $p < .05$; **- $p < .01$

Sic shihet në tabelën nr. 30 nuk është gjetur korrelacion significant në mes problemeve emocionale dhe sjelljes me numurin e anëtarëve të familjes.

Korrelacion i rendesishëm statistikor është gjetur edhe në mes problemeve emocionale dhe sjeljes ne adoleshentë me totalin e shkallës së përjetimit të ngjarjeve

traumatike nga prindi. Korrelacioni për të gjitha shkallët e YSR ka qenë negative me shkallën e përjetimit traumatik: probleme emocionale $r = -.23^{**}$, probleme me sjellje $r = -.18^{**}$, totali i problemeve $r = -.22^{**}$.

Po ashtu edhe për tetë shkallët empirike të YSR korrelacioni ka qenë i rëndësishëm: ankthi $r = -.21^{**}$, tërheqjen / depresioni $r = -.20^{**}$, somatizim $r = -.16^{**}$, probleme sociale $r = -.16^{**}$, probleme me të menduarin $r = -.14^{**}$, thyerjen e rregullave $r = -.06^{**}$, probleme me vemendje $r = -.22^{**}$, sjellje agresive $r = -.17^{**}$. Duke qenë se shkalla e përjetimit traumatik tregon se sa më të ulëta të jenë vlerat aq më i lartë është përjetimi, ky korrelacion ka treguar se sa më i lartë raportimi në shkallët e YSR aq më i lartë ka qenë dhe përjetimi traumatik i prindit gjatë luftës.

5.3.5 Analiza e regresionit

Fillimisht është parë shkalla e korrelacionit në mes problemeve emocionale të adoleshentëve me problemet emocionale në prind. Korrelacioni është pozitiv, statistikisht i rëndësishëm ($p < .001$) dhe një lidhshmëri pozitive nga e moderuara në të fortë ($r = .58$)

Tabela nr. 31 - Përmbledhja e modelit ($Y = \beta_0 + \beta_1 X_1$)

Model 1	R	R ²	R ² e përshtatur	SEE
1	.583 ^a	.340	.339	6.04
a. Variabla e varur: Problemet internalizuese të fëmijës. b. Faktori prediktues: Problemet internalizuese të prindit.				

Tabela nr. 31 tregon se 34% e shkallës së problemeve internalizuese në fëmijët e veteranëve parashikohet nga problemet internalizuese të prindit $R^2 = .340$, $\beta (.583) = .36$, $p = .005$]. Është përdorur modeli hierarkik i regresionit për të parë nëse parashikimi i

problemeve emocionale të adoleshentëve nga ana e problemeve emocionale të prindërve është i asociuar me përjetimin e ngjarjeve traumatike.

Modeli i parë në të cilën është përdorur vetëm përjetimi i ngjarjeve traumatike si prediktor për problemet emocionale të adoleshentëve, shohim se vetëm 0.4 % të variacionit është shpjeguar nga kjo variabël. Ndërsa në modelin e dytë kur janë shtuar problemet emocionale të prindit, kemi 35% të variancës së problemeve emocionale të adoleshentëve të shpjeguar nga kombinimi i këtyre dy variablave. Siç shihet nga tabela nr. 32, R^2 e ndryshuar e ka vlerën .303, duke treguar se kur ngjarjes traumatike i shtohen problemet emocionale në prind, kemi 30.3% të rritjes së prediktibilitetit kur janë të kombinuara dhe ky model është statistikisht i rëndësishëm.

Tabela nr. 32 - Përmbledhja e modelit të analizës hierarkike të regresionit kur në model është shtuar përjetimi e ngjarjes traumatike në problemet emocionale të prindërve si prediktor për problemet internalizuese të fëmijës.

Modeli	R	R^2	Ndryshimet në statistika				
			Ndryshimi në R^2	Ndryshimi i F	df1	df2	p
1	.215 ^a	.046	.046	25.561	1	526	.000
2	.591 ^b	.350	.303	244.824	1	525	.000
a. Prediktor: (Konstant), Përjetimi i ngjarjes traumatike. b. Prediktor: (Konstant), Përjetimi i ngjarjes traumatike, Problemet internalizuese të prindit.							

Problemet e ankthit të prindit është gjetur prediktor i rëndësishëm statistikor për problemet internalizuese të fëmijës $R^2 = .341$, $\beta (.198) = .13$, $p < .001$. Rezultatet tregojnë se ankthi i prindërve parashikon 34.1% të variabilitetit të problemeve emocionale në fëmijë. Depresioni i prindit gjithashtu është gjetur si prediktor i rëndësishëm

$R^2 = .287$, $\beta (1.06) = .53$, $p < .001$, duke shpjeguar 28.7% të variancës së problemeve emocionale në fëmijë.

Një analizë lineare e regresionit të shumfishtë është performuar për problemet internalizuese të adoleshentit (variabël e varur) dhe problemet e ankthit, problemet e depresionit si dhe problemet somatike tek prindi si variabla parashikuese. Diagnoza e modelit të linearitetit është performuar për të përmbushur kushtet e kryerjes së kësaj analize. Analiza e Durbin -Watson ka treguar vlerën 1.9, duke treguar se rezidualset (sasia e ndryshueshmërisë në një variabël të varur që ka "mbetur" pas variabilitetit të shpjeguar nga prediktori në analizë) kanë qenë të pavarura duke formuar kushtin e parë për këtë analizë. Ndërkohë testi i multikolinaritetit (shkalla e marrëdhënies lineare ndërmjet disa variablave të pavarura në një model të shumfishtë të regresionit) nuk ka gjetur asnjë nga variablat e pavarura, nuk kishin korrelacion mbi (.9). Vlerat e tolerancës për ankthin (.461), për depresioni (.578) dhe për somatizimin (.601). Distance e Cook (analiza për matjen e ndikimit) ka pasur vlerën maksimale (.145) më e vogël se 1 duke treguar se nuk ka pasur outliers (të dhëna të veçuara) duke plotësuar kushtin e tretë për të realizuar analizën e shumfishtë të regresionit linear. Sipas rezultateve ky model ka qenë një prediktor i rëndësishëm $p < .001$ dhe se ka shpjeguar 34.7% të variancës së problemeve internalizuese në adoleshentët e veteranëve.

Problemet eksternalizuese në fëmijë kanë treguar korrelacion të rëndësishëm statistikor me problemet në sjellje të prindërve ($r = .508$, $p < .001$), sjelljen agresive në prind ($r = .485$, $p = .00$), thyerjen e rregullave në prind ($r = .423$, $p < .001$), sjellje intrusive (e ndërfaqe) në prind ($r = .295$, $p < .001$) (tabela nr.33)

Tabela nr. 33 - Rezultatet e korrelacionit për problemet eksternalizuesetë të adoleshëntëve më shkallët e problemeve internalizuese në prindër.

Problemët në adoleshencë		
Sjellja agresive në prind	r	.485**
	p	.000
	n	541
Thyerja e rregullave në prind	r	.434**
	p	.000
	n	541
Sjellje intrusive në prind	r	.295**
	p	.000
	n	543

Tabela nr. 34 - Rezultatet e analizës së regresionit linear për problemet eksternalizuese ku prediktor është përdorur shkalla e problemeve eksternalizuese e prindit.

Model 1	R	R ²	R ² e përshtatur	SEE
1	.508	.257	.257	5.58
a. Variabla e varur: Problemet internalizuese të fëmijës. b. Faktori prediktues: Problemet internalizuese të prindit. SEE: Gabimi standard i parashikuar				

Tabela nr. 34 tregon se 25.7 % e shkallës së problemeve në sjellje në fëmijët e veteranëve parashikohet nga problemet në sjellje të prindit $R^2 = .258$, $\beta (.478) = .50$, $p < .001$.

Sjellja agresive në prindit është gjetur prediktor i rëndësishëm statistikor për problemet emocionale të fëmijës $R^2 = .235$, $\beta (.254) = .48$, $p < .001$. Rezultatet tregojnë se sjellja aggressive e prindërve parashikon 25.4% të variabilitetit të problemeve eksternalizuese në fëmijë. Thyerja e rregullave në prind gjithashtu është gjetur si prediktor i rëndësishëm $R^2 = .187$, $\beta (1.04) = .43$, $p < .001$, duke shpjeguar 18.7% të variancës së problemeve eksternalizuese tek fëmijët. Sjellja intrusive është gjetur si prediktor i

rëndësishëm statistikor por shpjegon vetëm 0.8% të variancës së problemeve eksternalizuese të fëmijëve.

Për totalin e problemeve emocionale në fëmijë, problemet internalizuese në prind është gjetur të jetë prediktor i rëndësishëm në aspektin statistikor dhe të shpjegojë 38.1% të variancës se saj $R^2 = .381$, $\beta (.65) = .61$, $p < .001$.

Në modelin hierarkik të regresionit për totalin e problemeve emocionale dhe sjelljes së adoleshentëve janë përdorur si prediktor totali i problemeve në sjellje të prindit dhe të ardhurat ekonomike në familje. Në modelin e parë vetëm më të ardhurat në familje, kjo variabël nuk është gjetur të ketë ndikim signifkant si prediktor ($p = .74$). Ndërsa në modelin e dytë kur është shtuar totali i problemit emocional dhe sjelljes tek prindi kemi 39.1% të variancës së problemeve emocionale dhe sjelljes të adoleshentëve të shpjeguar nga kombinimi i këtyre dy variablave. (tabela nr.35)

Tabela nr. 35 - Përmbledhja e modelit të analizës hierarkike të regresionit kur në model është shtuar të ardhurat në familje në totalin e problemet emocionale dhe sjelljes tek prindërve si prediktor për totalin e problemeve emocioanle tek fëmijët.

Modeli	R	R^2	Ndryshimet në statistika				
			Ndryshimi në R^2	Ndryshimi i F	df1	df2	p
1	.014	.001	.002	21.05	1	535	.747
2	.625	.391	.388	16.45	1	535	.000
a. Prediktor: (Konstant), Të ardhurat në familje.							
b. Prediktor: (Konstant), Të ardhurat në familje, Problemet emocionale dhe sjelljes tek prindi.							

Kur në këtë model shtohet edhe përjetimi i ngjarjeve traumatike, prediktibiliteti shkon në 39.4% dhe vlerat e $p < .001$, duke treguar se ky kombinim është prediktor i rëndësishëm në aspektin statitikor. Kualiteti i jetës si prediktor ka shpjeguar vetëm 0.2 % të

variancës së totalit të problemeve emocionale dhe sjelljes, 0.3 % të problemeve emocionale dhe 0.08 % të problemeve në sjellje. Ky prediktor ka qenë statistikisht i rëndësishëm për të tre shkallët për vlera $p < .001$.

5.3.6 Komorbiditeti

Shkalla e ankthit dhe tërheqjes / depresionit janë vënë në krostabulim me qëllim të bashkë ekzistencës së tyre. Rezultatet e fituara tregojnë së 32.3% (N = 11) e adoleshenteve kanë raportuar që kanë ankth në nivel klinik të shoqëruar me simptomat e depresionit gjithashtu në nivel klinik. Numuri i adoleshentëve me shoqërizim të të dy problemeve është gjetur më i lartë se numuri i pritur (11 kundrejt 1.4).

Tabela nr. 36 - Rezultatet e krostabulimit për shkallën e depresionit me shkallën e ankthit.

			Depression			Total
			Normal	Kufij	Klinik	
Ankth	Normal	N	470	38	13	521
		N i pritur	443.1	47.1	30.8	521.0
		% në ankth	90.2 %	7.3 %	2.5 %	100%
		% në depresion	96.1 %	73.1 %	38.2 %	90.6 %
	Kufij	N	14	7	10	31
		N i pritur	26.4	2.8	1.8	31.0
		% në ankth	45.2 %	22.6%	32.3 %	100%
		% në depresion	2.9 %	13.5%	29.4 %	5.4 %
	Klinik	N	5	7	11	23
		N i pritur	19.6	2.1	1.4	23.0
		% në ankth	21.7 %	30.4%	47.8 %	100%
		% në depresion	1.0 %	13.5 %	32.4 %	4.0 %
Total		N	489	52	34	575
		N i pritur	489.0	52.0	34.0	575.0
		% në ankth	85.0 %	9.0 %	5.9 %	100%
		% në depresion	100%	100%	100%	100%

Ndërkohë që 13.5% (N = 7) kanë raportuar nivel klinik në shkallën e ankthi dhe nivel në kufij në shkallën e depresionit. Vetëm 1% e adoleshentëve kanë raportuar ankth në nivel klinik pa simptoma depresioni. Ndërsa 38.2% e adoleshentëve kanë raportuar depresion klinik pa simptoma ankthi. Nga tabela nr. 36 shohim se kemi 61.8% të pjesëmarrësve të cilët kanë treguar depresion klinik dhe nivele në kufij që të kenë ankth në këto dy nivele gjithashtu. Adoloshentët e këtij studimi kanë treguar shkallë të lartë të komorbiditetit në mes problemeve të ankthit të raportuar nga vetë adoleshentët me problemin e depresionit.

Tabela nr. 37 - Rezultatet e krostabulimit për shkallën e ankthit me shkallën e somatizimit.

			Somatizmi			Total
			Normal	Kufij	Klinik	
Ankth	Normal	N	508	9	4	521
		N i pritur	492.0	14.5	14.5	521.0
		% në ankth	97.5 %	1.7 %	0.8 %	100.0 %
		% në somatizim	93.6 %	56.3 %	25.0 %	90.6 %
	Kufij	N	22	5	4	31
		N i pritur	29.3	.9	.9	31.0
		% në ankth	71.0 %	16.1 %	12.9 %	100.0 %
		% në somatizim	4.1 %	31.3 %	25.0 %	5.4 %
	Klinik	N	13	2	8	23
		N i pritur	21.7	.6	.6	23.0
		% në ankth	56.5 %	8.7 %	34.8 %	100.0 %
		% në somatizim	2.4 %	12.5 %	50.0 %	4.0 %
Total		N	543	16	16	575
		N i pritur	543.0	16.0	16.0	575.0
		% në ankth	94.4 %	2.8 %	2.8 %	100.0 %
		% në somatizim	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %

Komorbiditeti i problemeve të ankthit me problemet somatike është gjetur në 50 % (N = 8) të adoleshentëve që kishin nivel klinik të ankthit. Numuri i adoleshentëve me shoqërim të dy problemeve ka qenë më i lartë se numuri i pritur (8 & .6). Ndërkohë kemi

75% (N = 12) të adoleshentëve të cilët kanë nivele në kufij dhe klinik në somatizim dhe që kanë po ashtu nivele në kufij dhe klinik të ankthit. (tabela nr. 37)

Tabela nr. 38 - Rezultatet e krostabulimit për shkallën e depresionit me shkallën e somatizimit.

			Somatizmi			Total
			Normal	Kufij	Klinik	
Terheqje / Depresion	Normal	N	473	10	6	489
		N i pritur	461.8	13.6	13.6	489.0
		% në Terheqje / Depresion	96.7 %	2.0 %	1.2 %	100.0%
		% në Somatizim	87.1 %	62.5 %	37.5 %	85.0%
		% në Total	82.3 %	1.7 %	1.0 %	85.0%
	Kufij	N	46	3	3	52
		N i pritur	49.1	1.4	1.4	52.0
		% në Terheqje / Depresion	88.5 %	5.8 %	5.8 %	100.0%
		% në Somatizim	8.5 %	18.8 %	18.8 %	9.0%
		% në Total	8.0 %	0.5 %	0.5 %	9.0%
	Klinik	N	24	3	7	34
		N i pritur	32.1	.9	.9	34.0
		% në Terheqje / Depresion	70.6 %	8.8 %	20.6 %	100.0%
		% në Somatizim	4.4 %	18.8 %	43.8 %	5.9%
		% në Total	4.2 %	0.5 %	1.2 %	5.9%
Total		N	543	16	16	575
		N i pritur	543.0	16.0	16.0	575.0
		% në Terheqje / Depresion	94.4 %	2.8 %	2.8 %	100.0%
		% në Somatizim	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0%
		% në Total	94.4 %	2.8 %	2.8 %	100.0%

Nga tabela nr. 38 shohim se 20.6% e adoleshentëve kanë pasur skorim klinik në depresion dhe somatizim gjithashtu. Gjetje interesante është se 37.5% e adoleshentëve kishin somatizëm klinik pa simptoma të depresionit, ndërsa vetëm 4.4% e adoleshenteve kishin depresion klinik por pa simptoma somatike.

KAPITULLI VI: DISKUTIMI

6.1 Prevalenca e problemeve emocionale dhe sjelljes në adoleshentët e veteranëve

Duke krahasuar të dhënat e këtij studimi me rezultatet e fituara nga studimi i adoleshentëve të komunitetit, por ku nuk është përfshirë pyetja nëse prindin e kanë pasur veteran apo jo (Shahini, 2014, 2015) shohim se adoleshentët e veteranëve të luftës kanë treguar më pak problem emocionale dhe sjelljes se sa ata të komunitetit. Një sugjerim për të shpjeguar këto rezultate mund të lidhet me faktin që veteranët të cilët janë shumë të stresuar janë më të paaftë, të shkëputur dhe të padisponueshëm emocionalisht duke ulur aftësinë e tyre të angazhimit apo kënaqësisë në raportet me fëmijët, veçanërisht me këtë moshë mjaft delikate për fëmijët siç është adoleshenca. Mbështetur në modelin teorik të këtij studimi ndoshta marrëdhënja mund të kompesohet nga prindi tjetër i cili mund të ndihmojë fëmijën në zhvillimin e tij, në këtë rast në krijimin e identitetit.

Një spekulim tjetër mund të jetë që veteranët mund të zhvillojnë një shkëputje emocionale ndaj realitetit, për të pasur mundësi të përpunojnë traumën e tyre dhe kjo “mpirje emocionale” të shërbejë si model për fëmijën për të mos raportuar probleme emocionale.

Rezultatet prezente mund të lidhen gjithashtu edhe me vlerën që i është dhënë luftës duke ndërtuar konstruktin social të veteranit në shoqërinë tonë. Çdo shoqëri pas krizave

krijon mekanizma për ti dhënë kuptim asaj që po ndodhë. Është shumë e rëndësishme në të dy nivelet individuale dhe grupore se çfarë kuprimi i jepet. Adoleshentët e veteranëve pamvarësisht se çfarë situatë kanë pasur në shtëpi, jashtë saj, ata janë ballafaquar me vlerësim moral të kontributit të tyre. Të tre argumentet e mësipërme janë spekulime pasi studimi nuk ka qenë i natyrës cilësore për të sjellë argumente nga vetë veteranët por duke konsideruar gjendjen socio-ekonomike të tyre, argumenti psikologjik duket më i bindshmi.

Ky studim ka gjetur lidhshmëri të problemeve emocionale dhe sjelljes me përjetimin traumatik të prindërit. Adoleshentët të cilët kishin prindin me shkallë të lartë të përjetimit të ngjarjeve traumatike gjatë luftës kishin më shumë probleme emocionale dhe të sjelljes se sa adoleshentët të cilët kishin prindër me përjetim jo shumë të lartë. Të dhënat janë në përputhshmëri me disa studime që kanë gjetur të njëjtën tendencë. Dy studime të cilat kanë përdorur të njëjtin instrument me studimin aktual kanë gjetur që fëmijët e prindërve që kanë çrregullim të stresit post-traumatik të kenë më shumë problem se ata që kishin prindër pa probleme (Caselli & Motta, 1995; Jordan et al., 1992) dhe po ashtu (Harkness, 1993) ka gjetur lidhshmëri në mes problemeve emocionale dhe sjelljes të fëmijëve më dhunën e prindërve të cilët ishin veteran.

Studimi i kryer në 120 fëmijë e veteranëve të moshës 10 - 15 vjeçare (Selimbasic, Sinanovic & Avdibegovic, 2012) në Bosnje Hercegovinë ka gjetur gjithashtu që fëmijët me prindër të traumatizuar të kishin më shumë problem se sa fëmijët prindërit e të cilëve nuk ishin të traumatizuar.

Ngjarjet traumatike mund të influencojnë familjen në përgjithësi e veçanërisht fëmijët. Pra, fëmijët që jetojnë me një prind të traumatizuar janë të ndikuar nga simptomat traumatike që shfaq prindi në shtëpi (Davidson, Hughes, Blazer & George, 1991). Paqëndrueshmëria emocionale që shkaktohet nga simptoma traumatike bën që këto përjetime të përforcohen sa më shumë tek fëmijët. Këtu vjen në shprehje (transmetimi i ngjarjeve traumatike) apo traumatizimi sekondar kur trauma bartet nga prindi tek fëmijët dhe pastaj fëmijët shfaqin simptomat traumatike dhe fillojnë të kenë makthe për traumat e prindërve, ankth, vështirësi në përqëndrim (Jordan, Marmar, Fairbank, Schlenger, Kulka, Hough & Weiss, 1992; Caselli, & Motta, 1995).

Fëmijët e prindërve të traumatizuar kanë tendencë të jenë në rrezik të lart të problemeve emocionale, të sjelljes, vështirësi akademike si dhe probleme në marrëdhënie ndërpersonale (Harkness, 1991; Lauterbach, Bak, Reiland, Mason, Lute, & Earls, 2007). Këta fëmijë kanë të theksuar simptomat, qëndrim të dobët ndaj të tjerëve, manifestojnë sjellje agresive, delikvente dhe mund të kenë probleme shëndetësore, duke abuzuar me substanca narkotike dhe psikoaktive, duke shkuar edhe deri tek tendenca për vetëvrasje apo vetëvrasja (Ruscio, Weathers, King, & King, 2002; Dekel & Goldblatt, 2008).

Një alternativë tjetër në lidhje me këtë thekson se prindërit që kanë përjetuar ngjarje traumatike janë jo tolerant, të nervozuar dhe gjenerojnë sjellje agresive ndaj fëmijëve të tyre dhe kjo bën që fëmijët të mos ndihen komod me sjelljet e veta dhe rritë propabilitetin e fëmijës për t'u bërë agresiv (Dansby & Marinelli, 1999). Gjithashtu fëmijët bëhen të vetëdijshëm për funksionimin e papërshtatshëm të prindit duke marrë përsipër rolin e prindit. Barra psikologjike dhe përgjegjësit funksionale kapërcejnë kapacitetet njohëse,

emocionale dhe të sjelljes tek fëmija, dhe në këtë mënyrë shkakton ankth, stres të cilat e rëndojnë shëndetin dhe mirëqenien e adoleshentëve (Davidson, Smith & Kudler, 1989; Kellermann, 2001).

Dhe për fund shqetësimet e fëmijëve për prindërit e tyre mund t'i dërgojnë ata deri tek imazhet e tmerrshme në kokën e tyre në lidhje me përjetimet traumatike, apo kur fëmija sensibilizohet me përjetimet traumatike të prindërit dhe gjeneron veprime të njejta, kjo mund t'i dërgoj fëmijët në ankthe dhe depresion të lartë të cilat shkaktojnë dëme në shëndetin e tyre, duke mbetur të tërhequr dhe të thelluar në mendime (Rosenheck & Nathan, 1985; Goff, Crow, Reisbig & Hamilton, 2007).

6.2 Faktorët e rrezikut për problemet emocionale dhe sjelljes në adoleshentët e veteranëve

6.2.1 Stausi socio-ekonomik i familjeve të veteranëve

Studimi ynë ka dalur me të gjetura se familjet e veteranëve jetojnë në kushte të disfavorshme ekonomike. Këto të gjetura janë në pajtueshmëri me një numër të konsiderueshëm studimesh (dhe dallojnë me disa tjera) nga vende të ndryshme të botës që kanë pasur për qëllim matjen e statusit të veteranit dhe ri-integrimit në shoqëri, pas përfundimit të luftës. Për kundër shumë përpjekjeve për të rritur mirëqenjen e veteranëve, ata përballen me shumë sfida të tilla si: “paaftësia për të kërkuar ndihmë”, dhe kapacitete psikologjike për të punuar (Burnam, A., Meredith, L.S., Tanielan, T., & Jaycox, 2009).

Në SHBA një (1) në nëntë (9) veteran jeton në varfëri të skajshme (Rowe, J. 2013). Në Kosovë gjendja ekonomike e veteranëve dhe familjeve të tyre është shumë më e rëndë. Edhe pse mungojnë statistika zyrtare sa i përket gjendjes dhe numrit të veteranëve, mediat lokale raportojnë për kushtet e mjerueshme të tyre. Peci (2013) thotë “ Guerilët e Ushtrisë së Kosovës besonin se po luftonin për lirinë, por 14 vjet pas luftës me forcat serbe... po luftojnë për të mbijetuar”.

Mjaft interesant, dhe në diskrepancë të madhe me gjendjen në Kosovë është raportimi në përgjithësi, konkretisht SHBA, ku veteranët dhe familjet e tyre në fakt janë në avantazh ekonomik ndaj shumë grupeve tjera (Hosek, Wadsworth, 2013). Për kundër këtij integrimi, një numër i madh i veteranëve nuk arrijnë të bëjnë tranzicionin në jeten civile (Iraq and Afghanistan Veterans of America, 2016). Familjet e veteranëve përballen me disavantazhe ekonomike, për arsye të ndryshme, që kryesisht burojnë nga traumat e veteranit dhe konteksti.

Veteranët që kanë përjetuar trauma dhe stres post-traumatik kanë shumë gjasa që të jenë të papunësuar dhe të përjashtuar nga vendi i punës (Prigerson dhe kolegët, 2001). Në një studim të realizuar nga Hoge dhe kolegët (2007) me veteranë të luftës, tregoi se veteranët që kanë përjetim traumatik, kanë më shumë simptoma fizike dhe mungojnë në ditët e punës, duke ndikuar kështu edhe në kushtet ekonomike të familjes së tyre. Si rrjedhojë varfëria shkakton probleme të natyrave të ndryshme, dhe është e lidhur me vështirësi shëndetësore mendore dhe fizike për familjen (Lipman, Boyle, 2008).

Shëndeti mendor i veteranëve pra është një tregues mjaft i madh për atë se pse familjet e tyre mund të jenë në disavantazh ekonomik. Gjatë betejave të ndryshme ushtarët përballen me sfida morale dhe etike (Maguen, Litz, 2012).

Kur individët kthehen në shtëpi nga lufta, ata ndryshojnë përgjithmonë dhe nuk i ngjajnë vetes para se të shkonin në luftë (Brown, 2011)

Faktori i dytë që ndikon në faktin se familjet e veteranëve, në veçanti në Kosovë, është edhe konteksti ekonomik-social. Veteranët që nga përfundimi i luftës janë në kërkim të përfitimeve materiale, duke protestuar për ligje, që do të përmisonin gjendjen e tyre ekonomike.

Shaipi (2016) tregon se protesta e fundit për të drejtat e veteranëve (vërtetimin e statusit) edhe pas 17 viteve, janë mbajtur para zyrave të Qeverisë së Kosovës. Artikulli në fjalë përveq tjerash, tregon se këta veteran po protestojnë sepse ndihen të lënë pas dore, të dërmuar ekonomikisht dhe të rënduar moralisht. Përkundër iniciativave të ndryshme të impelmenturara nga organizata ndërkombëtare si UNDP, ish-ushtarët e UÇK-së, janë të pakënaqëur me mënyrën se si trajtohen në skemat sociale (Murati, Berisha, 2010).

Në Republikën e Kosovës, veteranët e luftës janë një kategori e cila ka probleme të mëdha socio-ekonomike.

Organizata të ndryshme në periudhen e pasluftës kanë studiuar dhe monitoruar gjendjen e veteranëve të luftes dhe kushteve të jetesës. Ata shprehin shqetësime lidhur me këtë qësitje dhe potencojnë nevojën për ndryshime në trajtimin e veteranëve dhe familjeve

të tyre. KFOS (2014) në një raport theksojnë: “Që prej përfundimit të konfliktit të armatosur në Kosovë, veteranët nuk kanë marrë ndonjë farë trajtimi institucional. Ata përveç që përballen me sfida të përditshme ekonomike, në anën tjetër përjetojnë edhe dhunë simbolike nga shoqëria dhe politika e saj”. E tillë përshkruhet situata edhe prej vetë veteranëve dhe përfaqësuesve të Ushtrisë Çlirimtare të Kosovës. Një ish-ushtar në intervistë për Top Channel (2015) deklaroi: “Papunësia dhe mungesa e perspektivës më detyroi të largohesha. Unë nuk do të largohesha kurrë nga vendi im, pasi për atë vend kam luftuar, por pasi pashë rrethanat dhe kushtet, u detyrova të ikja për një jetë më të mirë.”

Gjendja e tillë ndikon jo vetëm në komplikimin e dinamikave të jetesës së individëve por rrezikon edhe vet mirëqenjen e tyre fizike dhe psikologjike, shpesh duke dërguar në vendime drastike, si vetëvrasjet. Edhe pse raporte zyrtare mungojnë, shoqëria civile tregon për numra të lartë të kësaj dukurie. Kalaja dhe Molliqaj (2015) theksojnë se mbi 40 ushtarë të Ushtrisë Çlirimtare të Kosovës raportohet të janë vet-vrarë në periudhen e pas luftës. Me pak dallime në shifra, të njejtin shqetësim e shfaqin edhe përfaqësues të veteravë. Kryetari i këshillit për mbrojtjen e veteranëve të Ushtrisë Çlirimtare të Kosovës, në një intervistë për Bota Sot (2015) deklaroi: “ Po kalojnë 16 vite dhe veterani i luftës për fat të keq nuk e gëzon asnjë të drejtë, edhe pse kanë dhënë shumë për këtë vend. Nga gjendja e rëndë ekonomike, që nga paslufta, rreth 48 bashkëluftëtarë kanë bërë vetëvrasje.”

Këto dhe tjera të dhëna pra tregojnë për sfidat të mëdha të veteranëve që vetëm kohëve të fundit kan filluar tu njihen të drejtat dhe benefitet. Ligji për veteranët nuk është miratuar deri tash (17 vite pas luftës). Zyra e Kryeministrit (2016) ka marrë vendim që të alokoj fondet për veteranët e luftës.

Në një kontekst të tillë social, ekonomik dhe politik, studimi i referohet dhe shumë gjetjeve që lidhin problemet emocionale dhe sjelljes me statusin socio-ekonomik. Studime të shumta kanë treguar se disavantazhet në statusin social mund të jenë të lidhura negativisht me investimet emocionale të prindërve në zhvillimin e fëmijës (Janssen, Verhulst, F. Bengi - Arslan, Erol, Salter & Crijnen, 2004; Conger & Donnellan, 2007). Një shpjegim tjetër bazuar në të dhënat është se fëmijët që kanë të ardhura të ulta socio-ekonomike kanë qasje të kufizuar në burimet e përshtatshme në raport me moshën e tyre. Disponueshmëria e burimeve të përshtatshme si. p.sh.: materialet mësimore, standarti i mirë ekonomik nuk ndikon vetëm në aspektin kognitiv tek fëmijët, por edhe shkëmbimin social me prindër dhe rrjedhimisht zbaton zhvillimin e mekanizmave të zgjimit social (Bradley & Corwyn, 2002). Pra mungesa e kushteve të përshtatshme mund të qoj në frustrim tek fëmijët dhe në angazhim të tyre në sjellje problematike (Anderson & Armstead, 1995; Spencer, 2003).

Për më tepër fëmijët me status të dobët social kanë më shumë gjasa të jetojnë në shtëpi të cilat nuk plotësojnë kushtet elementare të jetës (Bradley & Corwyn, 2002; Duncan & Brooks - Gunn, 2000; Evans, 2004; McLoyd, 1998). Cilësia e dobët e strehimit mund të ndikoj negativisht në marrëdhëniet ndërpersonale dhe mbështetjen sociale tek fëmijët, të cilat më pas mund të ndikojnë në shëndetin mendor të tyre (Evans, 2004).

Një shpjegim tjetër në lidhje me këtë aspekt është se edhe prindërit të cilët kanë një status social jo të favorshëm janë në rrezik të lartë që të kenë një gjendje të dobët emocionale në krahasim me ata që kanë një status të mirë social-ekonomik. Është raportuar vazhdimisht se disavantazhet ekonomike janë të lidhura me simptomat depresive të nënave (Brooks - Gunn & Duncan, 1997; McLoyd, 1998). Simptomat depresive të nënave, në anën

tjetër janë gjetur të jenë të lidhura me një stil të ashpër prindëror dhe shumë stresues (Forman et al., 2007; Lovejoy, Graczyk, O'Hare, & Neuman, 2000; McLoyd, 1998).

Studimet epidemiologjike në lidhje me pabarazinë e të ardhurave kanë treguar dallime të rëndësishme në mes të të pasurve dhe të varfërve, ku fëmijët me një status të dobët social kanë prevalencë më shfaq më shumë sëmundje mendore, mirëqenie të dobët si dhe shfaqje të dhunës, braktisje të shkollës, abuzim me substanca deri tek shtatzanitë e pa planifikuara (Pickett and Wilkinson, 2007).

Një rezultat interesant i këtij studimi ka qenë që adoleshentët nga familje me të ardhura të larta kanë më shumë probleme emocionale.

Shëndeti mendor i adoleshentëve, përaktësisht mirëqenja apo vështirësitë emocionale të tyre janë të influencuara në një masë të madhe nga ambienti ku rritet. Në studimin konkret kanë dalur rezultate që në fakt tregojnë se adoleshentët që rriten në një kontekst me të mira materiale të larta kanë më shumë probleme emocionale se moshatarët e tyre që rriten në varfëri, dhe kushte të dobta socio-ekonomike.

Yang, Tam (2004) në studimin e tyre me adoleshentët Taivanez, gjetën të dhëna të cilat tregojnë se adoleshentët me arritje më të larta akademike ose me status më të lartë ekonomik kanë shëndet mendor më të varfër, pra shfaqin probleme të natyrës emocionale.

Luthar, Latendresse (2007) tregon se të jetuarit në një ambient “me pasuri materiale” mund të jetë faktor rrezikues për vështirësi në fusha të ndryshme si përdorimi i substancave, ankthi dhe depresioni. Dy nocione shumë të rëndësishme që tregojnë arsyjet për këto rrezeqe

te ky grup specifik i adoleshentëve janë: izolimi nga prindërit dhe presioni i shtuar për arritje në sfera të ndryshme.

Një studim empirik që për qëllim kishte krahasimin e probleme të rinjëve nga rangje të ndryshme socio-ekonomike (Luthar, & D'Avanzo, 1999) morri parasysh kontekstin socio-demografik, në lidhje me problemet internalizuese (depresioni dhe ankthi) dhe variabla tjera si abuzimi me substanca. Mostra ishte përbërë nga 264 nxënës që vinin nga familje të pasura dhe 224 nxënës nga minoritetet me status të ulët socio-ekonomik. Rezultatet treguan se mesatarja e mundësisë për çrregllim ishte më e lartë te grupi i parë, krahasuar me moshatarët e tyre me status më të ulët socio-ekonomik. Konkretisht nivelet më të larta të rinjës nga familje të pasura ishin në nivelin e dperesionit, ankthit dhe konsumit të cigareve dhe alkoolit. Të rinjët që rrjedhin nga familje me nivel shumë të lartë socio-ekonomik janë më të prirur të konsumojnë alkool dhe mariuhanë (Patrick et al, 2012).

Statusi socio-ekonomik duket të jetë një predikues i lartë i stabilitetit ose jo të shëndetit mendor të adoleshentëve. Richter (2005) në hulumtimin e tij me moster Gjermane konkludoi se influenca e statusit të familjes ishte e asociuar në mënyrë signifikante me shëndetin mendor të fëmijëve. Shoqëritë me dallime më të mëdha në shtresa (të pasur - të varfër) kanë gjithashtu prevlanecë më të madhe të çrregullimeve (Wilkinson, Picket, 2009).

Përveç studimeve që mbështesin hipotezen se adoleshentët nga familjet e pasura kanë më shumë probleme emocionale, ka të tjera që në fakt prevalencen dhe seriozitetin e problemeve emocionale e quajnë si më të shpeshtë te adoleshentët që vijnë nga familje me

status të ulët socio-ekonomik. Anderson, Leventhal, & Duepre (2014) hulumtuan një grup prej 1.346 adoleshentëve që të ekspolorojnë varfërinë dhe ndërlidhjen me funksionimin në adoleshencë. Rezultatet treguan se fëmijët që jetonin në lagje të pasura kishin më shumë arritje dhe më pak probleme internalizuese, probleme këto që zgjaten deri në adoleshencë. Të gjetura të tilla pra që tregojnë se adoleshentët nga familjet e varfëra kanë më shumë probleme kanë dalë studime nga vende të ndryshme (Escarce,2003; Piotrowska, Stride, Croft, & Rowe, 2014).

Pra studimi ynë ka përputhje me një numër të madh studimesh, mirëpo edhe dallime me pjesen tjetër. Shpjegimet se pse fëmijët nga shtresa të larta ekonomike kanë më shumë probleme emocionale kryesisht rrjedhin nga normat kulturore dhe mardhënjet inter personale të adoleshentëve.

Një ndër arsyetimet e para lidhur me këtë hipotezë janë normat kulturore dhe konkurrenca shoqërore. Të mirat materiale shihen si një mënyrë e mirë për të blerë lumturinë por në fakt këto të mira minohen nga mardhënjet shpesh të zbehura të prindërve me fëmijët e tyre, kjo mardhënjë e ndikuar për shkak të dinamikave intensive të stileve të jeteses. Baldauf (2007) vjen me një perspektivë interesante lidhur me këtë qështje, sepse thekson se kur dashuria e prindit vjen e kushtëzuar me “nevojen për arritje” fëmijët janë në rrezik për probleme emocionale serioze. Sipas autores prindërit i vënë në presion fëmijët (në veçanti ata me status të lartë ekonomik) që të kenë arritje të larta, duke arritur që të përcjellin interesat dhe vlerat e tyre te fëmijët e tyre. Kjo koiniston në nocione të teorisë së evolucionit sipas të ciles prindërit përmes fëmijëve tentojnë që të arrijnë të “mbesin gjallë” pra edhe pasi që të vdesin, gjenet, vlerat dhe besimet të mbesin gjallë (Darvin, 1859).

Një shpjegim i dytë lidhur me problemet te këta fëmija ka të bëjë me thelbin e idesë se “me përfitime të mëdha vijnë edhe më shumë përgjegjësi”. Kur prindërit u ofrojnë fëmijëve të tyre të mira materiale atëherë kjo u krijon të njëjtëve një luks dhe komfort në dukje të parë, si rrjedhojë ata ndihen më të pavarur. Mirëpo në fakt kjo lloj jete duket të jetë “thikë me dy teha”.

Schwartz (2000) ka një perspektivë interesante lidhur me këtë hipotezë duke theksuar se të mirat materiale përkundër që duket se mund të blejnë lumturinë i vënë adoleshentët në pozita të këqija, si viktima potenciale të depresionit. Ideja pas filozofisë së këtij autori është se, kjo kulturë nxitë tendencën e kërkimit të perfeksionit, pra kur adoleshentët jetojnë në kushte “perfekte” pritshmëritë janë që edhe ata të jenë përfekt, duke u vendosur para një presioni të madh social, që shpesh rezulton me probleme të ndryshme emocionale dhe të sjelljes.

6.2.2 Gjinia dhe mosha e adoleshentëve

Edhe pse adoleshenca e hershme është konsideruar si një periudhë trazirash dhe ka marr vëmendje të theksuar nga hulumtuesit, së fundi adoleshenca e vonshme po konsiderohet një periudhë shqetësuese nga hulumtuesit. Kjo pasi adoleshenca e vonshme është një periudhë sfiduese e karakterizuar me ndryshime të përhapura të roleve sociale nëpër shumë fusha (Arnett, 2000) dhe rritja e rasteve të internalizimit të problemeve paraqet një pengesë për negocimin me këto ndryshime në rolet sociale (Birmaher, Ryan, Williamson, & Brent, 1996; Kessler, Avenevoli, & Merikangas, 2001; La Greca & Lopez, 1998). Një nga shpjegimet pse të rinjtë kanë më shumë probleme emocionale në

adoleshencën e vonshme është ndjeshmëria ndaj refuzimit (rejection sensitivity) (Harper, Dickson, & Welsh, 2006; Larson & Asmussen, 1991; Larson, Clore, & Wood, 1999).

Ndjeshmëria ndaj refuzimit është gjetur të jetë e lidhur me funksionimin psiko-social të adoleshentëve dhe mund të rezultoj me simptoma depresioni, ankthi dhe frikë nga kompetencat sociale. Në esencë jo vetëm që ndikon në shfaqjen e problemeve të internalizuara por edhe parashikon një degradim të mbështetjes sociale tek adoleshentët (Marston, Hare & Allen, 2010).

Fëmijët në adoleshencën e vonë si rezultat i ndjeshmërisë së refuzimit kanë më shumë gjasa të përjetojnë një shumëllojshmëri të internalizimit të problemeve (p.sh. ankth, tërheqje, vetminë dhe simptoma depresive) potencialisht për shkak të përgjigjeve maladaptive (kalimit me kohën) të cilat dëmtojnë marrëdhëniet shoqërore; dhe mungesa e kontrollit të perceptuar në parandalimin e refuzimit social të cilat shkaktojnë përgjigje negative njohëse dhe afektive (Ayduk, et al, 2001; Downey, Lebolt, Rincón, & Freitas, 1998).

Një shpjegim alternativ mund të jetë pasi që adoleshenca e vonshme është më pak normative, me ndryshime të shpeshta dhe eksplorime, përfshijnë shumë aspekte të jetës si: familja, shoqëria, shkolla, puna, burimet socio-ekonomike dhe rolet, andaj eksplorimi dhe përjetimi që bëhet mund të sjell vështirësi të cilat shkaktojnë probleme emocionale në funksionimin normal të adoleshentëve (Compas, Hinden & Gerhardt, 1995).

Shpjegim tjetër mund të jetë edhe mungesa e kohezionit në familje, konfliktet e shumta në familje si dhe të ardhurat e dobëta socio-ekonomike për të cilat adoleshentët

bëhen me të vetëdijshëm dhe ndërlidhen me nevojat e tyre në adoleshencën e voshme (Johnson, Cohen, Gould, Kasen, Broën & Brook, 2002).

Studimi ka gjetur që djemtë të kenë raportuar më shumë probleme në sjellje se sa vajzat. Shumë studime argumentojnë se një nga arsyt pse meshkujt shfaqin probleme në sjellje krahasuar me femrat është interaksioni apo marrëdhënia me të tjerët, zakonisht femrat marrin më shumë mbështetje sociale krahasuar me meshkujt dhe kanë tendencë të kenë më shumë kontakt intensiv / të afërt (Armsden dhe Greenberg, 1987, Furman dhe Buhrmester, 1992), ndërsa djemt zhvillojnë një marrëdhënie sipërfaqësore dhe zhvillojnë kontakt ekstensiv / jo të afërt (Lawton, 1994).

Një shtjellim tjetër është se djemtë kanë një stil aktiv të reagimit gjatë ndërveprimeve negative, i ekstranalizojnë sjelljet e tyre, ndërsa femrat kanë një stil pasiv të reagimit ku gjatë ndërveprimeve negative bëjnë përjashtimin social nga grupi duke eliminuar sjelljet e padëshirueshme (Hadley, Lindstrom, Tessema & Belachew, 2008).

Pse djemt mund të kenë më shumë probleme të sjelljes mund të shpjegohet edhe me faktin se në shumë kërkime mbi stereotipet gjinore, djemt janë të renditur si më problematik dhe agresiv krahasuar me femrat për shkak cilësive të tilla si konkurrenca dhe këmbëngulsia që janë të theksuara më shumë tek djemt dhe tendenca për përmbushjen e këtyre cilësive mund të qojë në probleme të sjelljes (Broverman, Vogel, Broverman, Clarkson, & Rosenkrantz, 1972; Ruble, 1983; Spence & Helmreich, 1978).

Përveç kesaj, djemt mund të shfaqin probleme në sjellje si rezultat i qëndrimeve të favorshme në krahasim me femrat ndaj sjelljeve problematike, agresive dhe të dhunshme në

sferat e ndryshme si: të kontrollit social, portretizimit të dhunës në televizion, video-lojrave agresive, të cilat madje mund të modelohen në zgjedhjen e problemeve të caktuara (Eagly & Crowley, 1986).

Por edhe normat kulturore mund të ndikojnë në dallimet gjinore në shfaqjen e problemeve të sjelljes, djemt mund të kenë kohë të lirë, të mos jenë të kufizuar dhe të mos merren me punë të shtëpisë në krahasim me vajzat, dhe në këtë mënyrë mund të kenë hapsirë më të madhe që të inkuadrohen në probleme të sjelljes me të tjerët (Helstelä & Sourander, 2005; Tamres., Janicki & Helgeson, 2002; Kapi et al, 2007; Rose & Rudolph, 2006).

6.2.3 Urbanizimi

Studimi ka gjetur që adoleshentët që jetojnë në qytet janë më të predispozuar për probleme emocionale dhe sjellje. Një alternativë shpjeguese për këtë mund të jetë (mjedisi social) fakti se qytetet apo vendet urbane kanë më shumë gjasa për të shfaqur pabarazi në gjendjen sociale-ekonomike, norma të larta të krimit dhe dhunës si dhe prezencë të popullatës së marginalizuar me sjellje të rrezikut të lartë dhe me një prevalencë më të lartë të stresorëve psikologjik që shoqërojnë rritjen e densitetit dhe diversitetit të qytetit (Mueller, 1981; Gabe, 1986). Një alternativë tjetër mund të jetë edhe fakti se ekstranalizimi i sjelljeve në qytet nga ana e të rinjëve është më shumë i mundshëm, pastaj kanë predizpozitat me të theksuara për aksidente dhe përfshirje në sjellje agresive në krahasim me të rinjtë në zona rurale (Divertym & Beaudet, 1997; Parikh, Wasilenki, Goering & Wong, 1996).

Zakonisht qytetet mund të kenë norma më të larta të problemeve krahasuar me vendet rurale, pasi që komuniteti në vendet rurale është më i qetë dhe paqësor si dhe marrëdhëniet shoqërore në mes të individëve janë me të forta në krahasim me ato në qytet dhe kjo ndikon pozitivisht në shëndetin mendor (NEFF, 1983; Harpham, 1994). Këto supozime themelore për shëndetin mendor më negativ në vendet urbane bazohen në mungesë të mbështetjes sociale dhe kapitalit shoqëror në qytete në krahasim me zonat rurale (Gaviria, F. M., Richman, J., Flaherty, Wintrob, Martinez, Pacheco & Birz, 1986; Marsella, 1998).

Vlen të përmendet se shumica e studimeve theksojnë se: ka një prevalencë më të lartë të përhapjes së simptomave depresive në zonat urbane (Ostry, 2009). Arsyet themelore mund të përmbliidhen si: rreziku i lartë për simptoma depresive në zonat urbane për shkak të mungesë së ndërveprimeve në komunitet dhe izolimit social në qytete; stresi i lartë nga puna, shkolla dhe intensiteti i jetës në qytet; integrimi i varfër social dhe tërheqja sociale si dhe shpërbërja socio-kulturore duke e përfshirë edhe familjen (Kovess, Murphy & Tousignant, 1987).

Një e gjetur interesante e studimit ka qenë që vajzat adoleshente në qytet të kenë raportuar mesatare më të ulët të problemeve në sjellje krahasuar me ato në fshat.

Dallimet gjinore në probleme të sjelljeve duket se janë evidente dhe të ndikuara fuqishëm nga vendi i banimit (zona urbane, rurale).

Literatura dhe të dhënat empirike është e ndarë në dy tabore (atë që thotë se adoleshentët e gjinisë femrore që jetojnë në zona rurale kanë më shumë probleme sjelljore dhe anasjelltas).

Poon, & Saewyc (2009) raportojë se adoleshentët minore, që jetojnë në zona rurale kishim më shumë gjasa të raportonin për përdorim të substancave të ndryshme. Gjithashtu statusi rural ishte lidhur me rrezikshmëri të lart për sjelle seksuale të hershme për vajzat në fshatra krahasuar me ato në qytet. Adoleshentët rurale kanë 30 - 40% shkallë më të larta të shtatëzanisë krahasuar me moshatarët e tyre në zona urbane (APA, 2016). I njëjti burim tregon se shkallët e vetërvrasjeve në zonat rurale është tri herë më e madhe se ajo në zona urbane. Angela (2016) raportoi se 60% e adoleshentëve shtatzënë në Nikaragua janë nga zonat rurale.

Vajzat që banonin në zonat rurale përkatësisht ato që ishin në klasën 9 - 10 shfaqin sjellje më protektive (36%) krahasuar me grupet tjera duke shprehur mendimet se shumica e njerëzve do ti shfrytëzonin po të kishin mundësi (Freeman, King, & Ross, 2015).

Një studim që vazhdon të potencoj që vajzat në fshat kanë më shumë probleme në sjellje krahasuar me ato në fshat është ai i organizuar nga Freeman, Saab, King, & Gropp (2011) në të cilin është gjetur se 8% e adoleshenteve femra në zona urbane përdoring kanabis krahasuar me 26% të atyre rurale. Vajzat nga pjesa rurale e Yukon raportuna se kishin dy fish më shumë eksperiencë (22%) me LSD dhe hallucinagjene, krahasuar me ato nga pjesa urbane.

Femrat në zonat rurale janë në rrezik më të madh për të qenë pjesë e një lidhje të dhunshme krahasuar me ato urbane (Spencer, & Bryant, 2000).

Mirëpo studime të ndryshme tregojnë edhe “anën tjetër të medales” sepse mbështesin hipotezen se janë femrat adoleshente në fshat që kanë më pak probleme dhe forma pozitive të interaksonit. Mcgrath, & Gabhainn (2001) treguan se femrat nga zonat rurale krahasuar me ato urbane e kanë shumë më lehtë të flasin me shoqet e ngushta për gjërat që i preokupojnë ato. Kjo nënkupton nivele më të mira të komunikimit si rrjedhojë edhe shmangje potenciale e konflikteve fizike dhe konfrontimeve të ndryshme.

Elgar, Arlett., & Groves (2003) theksuan se përkundër vështirësive socio-ekonomike në zona rurale, nivelet e stresit dhe sjelljet e përballimit janë të njëjta te adoleshentët nga të dy zonat (urban / rural). Mënyra e organizimit të jetës në zona rurale, konkretisht fshtatrat janë një faktor shumë i rëndësishëm që shërben si parashikues i sjelljeve negative te adoleshentët, në rastin konkret të gjinisë femrore.

Sulzberg (2011) propozon një teori interesante dhe analizë në mes të qytetit dhe fshatit. Sipas tij, zonat rurale janë “shkatërruese” për adoleshentët, sepse nuk ka ikje nga ngacmuesit ose ngjarja ngacmuese, gjë që mund të nxis sjellje negative nga vet ata, në shenjë dëshprimi. Autori gjithashtu thekson se përkundër qyteteve të mëdha, në fshatra stigma nuk harrohet lehtë. Andaj shumë individë në këto rrethana janë të “mbështetur për muri” dhe marrin veprime drastike për të mbrojtur integritetin e tyre fizik dhe psikologjik.

Për të vazhduar me trendin e njëjtë (Fox, et al, 1999) vërejtje në fakt stigmat si një normë sociale në fshatra dhe zona rurale që shpesh bën që sjelljet e ndryshme mos të

raportohen, gjë që mund të shpie deri në përshkallëzim dhe radikalizim të veprimeve. Roufeil, & Lpzker (2007) theksojnë se “vetë - mjaftueshmëria” dhe “stoicizmi” janë të njohura si karakteristika të individëve dhe komuniteteve nga zona rurale, andaj po të njëjtit kanë një qasje jo bashkpunuese me tjerët lidhur me problemet sjelljore dhe mendore të familjes së tyre “gjithqka që ndodh brenda familjes, mbetet brenda familjes”.

Faktorë tjerë ndikues që zonat rurale të jenë “kontaminuese” janë edhe grupet e vogla të njerëzve, pra ndërveprimi në mes tyre që është i shpeshtë, rrethanat e paparashikueshme ekologjik dhe socio-ekonomike, dhe mungesa e infrastruktures publike (Rajkumar, & Hoolahan, 2004).

6.2.4 Statusi i prinderve

Studimi ka gjetur që fëmijët që kanë një prind të vdekur të kenë më shumë problem emocionale dhe sjelljes, por kjo tendence nuk ka qenë për fëmijët me prindër të divorcuar, pasi ata nuk kanë pasur dallime me adoleshentët me prindër së bashku. Familja është një faktor i rëndësishëm në predikimin e shëndetit mendor të adoleshentëve. Mbështetja dhe shumë benefite tjera të familjes janë një “umbrellë” për luftimin e sfidave rutinore të një adoleshenti. Mirëpo është e zakonshme tashmë që familjet të humbin kohezionin për shkak të divorcit. Në fakt gati gjysma e martesave të para dhe 60% e rimartësive përfundojnë në divorc (Visher, & Visher, 2003). Rreth 34% e fëmijëve në SHBA përjetojnë divorc prindëror para se ti mbushin 16 vjeq (Bumpass, & Lu, 2000).

Ngjarje të tilla pa dyshim se janë traumatike për adoleshentët dhe si rrjedhojë nuk kalojnë pa pasoja emocionale. McLanahan (1999) tregoi se probleme të ndryshme si lënja e

shkolles 31% të fëmijët me prindër të divorcuar ishte më e lartë se moshatarët e tyre në familje jo të divorcuara.

Mirëpo studimet tjera tregojnë se edhe pse këta adoleshentë janë më pak të socializuar, qëndrojnë më mirë nga ana e rregullimit emocional dhe akademik krahasuar me moshatarët e tyre nga familjet jo të divorcuara (Hetherington et al., 1998)

Arsyjet kryesore se pse fëmijët e prindërve të divorcuar nuk tregojnë probleme emocionale krahasuar me moshatarët e tyre janë kryesisht për shkak të stileve të prindërimit, mardhënjeve me prindër dhe strategjive kognitive për zgjidhjen e problemeve.

Mardhënjet nënë - fëmijë që janë të karakterizuara me ngrohtësi, mbështetje, komunikim pozitiv dhe nivele të ulta të konfliktit, janë të asociuara me probleme më të vogla mendore dhe adaptim pozitiv social pas divorcit (Wolchik et al., 2000).

Mardhënjet prindërore potencohen si mediator i adaptimit pozitiv edhe në studimet tjera. King, & Sobolewski (2006) gjetën se reagimet pozitive të baballarëve / nënave dhe komunikimi pozitiv ishin të lidhura në mënyrë signifikante me nivelet e ulëta të problemeve mendore pas divorcimit të prindërve. Këto mardhënje e përgadisin adoleshentin që të mos ketë “kriza” të cilat ndodhin vetëm kur individit i mungon mbështetja, perspektiva pozitive e ngjarjes dhe aftësitë pozitive të përballimit (Aguliera, & Messick, 1986).

Fleming (2002) jep disa faktorë predispozues që tregojnë se pse fëmijët adoleshent me prindër të ndarë nuk kanë probleme më të mëdha se moshatarët e tyre që nuk kanë

kaluar nëpër procesin e traumës. Autori përmend si kruciale: stimulimin, inkurajimin, lidhjen, empatinë, vet-efikasitetin, autonominë, dhe stilin e prindërimit.

Komuniteti dhe mbështetja që adoleshenti pranon përmes tij është gjithashtu një faktor shumë i rëndësishëm për mirqenjen e personit në fjalë në situata të tilla stresuese.

Te, Varveek (2009) në studimin lidhur me shëndetin emocional të adoleshentëve afrikan pas divorcimit tregoi se aktivitetet ekstra-kurrikulare dhe ritet kulturore nxisin rezilencen (aftësi ripërsëritëse) të këta të rinjë, si rrjedhojë edhe pasojat në shëndetin mendor janë të vogla.

Faktorë tjerë të rëndësishëm për shpjegimin e kësaj hipoteze janë karakteristikat e personalitetit. Hulumtime të ndryshme e fuqizojnë një ide të tillë. Adoleshentët që nuk kanë probleme emocionale pas divorcit të prindërve janë ata që përdorin strategji sjelljore dhe kognitive kundrejt strategjive shmangëse (Teresa - Anne, Mashego, & Tarauvinga, 2014).

Një predikues tjetër i rëndësishëm janë besimet pozitive për divorcin e prindërve (Shin, Choi, Kim, & Kim, 2010). Aftësitë e fëmijëve për zgjedhjen e problemve dhe të menduarit pozitiv të kultivuar më herët, rritë niveli e vetëbesimit të tyre dhe si rrjedhojë edhe strategjiët për përballje të traumes së ndarjes së prindërve (Sandler, Tein, Mehta, Wolchik, & Ayers, 2000). Crawford (2006) përfshiu edhe të qenurit mashkull dhe kohezioni me antarët tjerë të familjes si një lehtësues i problemeve emocionale.

6.3 Përcjellja e problemeve emocionale dhe sjelljes nga prindërit tek fëmijët

Prindërit mund të ballafaqohen me probleme të ndryshme përfshirë: konflikte bashkëshortore, statusi i dobët socio-ekonomik, abuzimi me substanca të cilat mund të gjenerojn stres dhe simptoma depressive, kjo mund të rezultoj me në një marrëdhënie jo të shëndetshme me fëmijët e tyre dhe njëherit fëmijët mund të kenë sjellje agresive, distrutive apo të shfaqin simptoma depressive (Webster - Stratton & Herbert, 1994; Bloomquist & Schnell, 2005). Studimet tregojn se fëmijët që kanë nivele të larta të konfliktit prindëror në familje, priren të shfaqin simptoma ankthi dhe të kenë tërheqje sociale (Long & Long, 1983; Finzi - Dottan, Bilu, & Golubchik, 2011; Dadds, Maujean & Fraser, 2003).

Hulumtimet gjithashtu tregojn se kur prindërit ballafaqohen me probleme të ndryshme sociale / emocionale, atëherë ata tregojn mungesë të përfshirjes, monitorim të dobët ndaj aktiviteteve të fëmijëve të tyre dhe kjo njëherit mund të jetë një predikues për sjellje antisociale nga fëmijët (Loeber & Stouthamer - Loeber 1986). Prindërit të cilët nuk mund ta kontrollojnë veten në situata stresuese dhe janë shumë agresiv, atëherë ata mund të kenë influencë negative tek fëmijët duke zhvilluar një sens kundërshtimi dhe nxitur agresivitetin tek fëmijët e tyre (Reid, Webster - Stratton & Baydar 2004).

Marrëdhënia proksimale prind - fëmijë tregon se secili ushtron ndikim të fortë tek tjetri. Një shpjegim alternativ në lidhje me këtë aspekt mund ta jep edhe teoria e të mësuarit social, ku fëmijët mësojnë nga sjellja dhe ndërveprimi me njerëzit të rëndësishëm në

mjediset e tyre e veqanërisht me prindërit përmes modelimit dhe përforcimit. Edhe kur prindërit ballafaqohen me probleme të ndryshme atëherë ata në mënyrë të pavetëdishme mund të përshkallëzojnë sjelljet negative tek fëmijët e tyre dhe rrezikon mirëqenien e tyre (Taylor and Biglan 1998; Serketich & Dumas, 1996).

Duke u ndërlidhur me problemet e prindërve, studimet tregojnë se edhe nënat apo baballarët e depresionuar afektojnë zhvillimin normal të fëmijëve duke i bërë të kenë probleme në sjellje, vështirësi akademike si dhe probleme në shëndet. E tërë kjo pasi që prindërit e depresionuar kanë aftësi të dobëta të prindërimit dhe komunikimit, gjenerojnë një interaksion negativ me fëmijët e tyre dhe zbatojnë ndëshkimin (Administration for Children and Families, 2007).

6.3.1 Komorbiditeti në mes të depresionit, ankthit dhe simptomave somatike

Nga rezultatet shohim një komorbiditet të lartë në mes të depresionit, ankthit dhe simptomave somatike dhe kjo mund të shpjegohet me faktin se: Simptomat somatike janë më të zakonshmet deri tek 70 % e personave që shfaqin simptoma depressive dhe të ankthit (Bair, Robinson, Katon & Kroenke, 2003; Ayuso, Bayon, Santo - Domingo & Olivares, 1989). Simptomat somatike dhe depresioni kanë shumë të ngjarë që të kenë një lidhje me një drejtim të dyanshëm: Depresioni është një parashikues i dhimbjes së vazhdueshme dhe dhimbja është një parashikues i persistences së depresionit (Bair dhe të tjerët, 2003; Gureje dhe të tjerët, 2008; Ohayon & Schatzberg, 2003).

Një shpjegim i mundshëm është edhe fakti se mosfunksionimi i përshtatshëm si rezultat i dhimbjeve somatike mund të shkaktojë një izolim social, i cili nga ana e tij mund të

çojë në një efekt negativ mbi simptomat depressive, dhe anasjelltas (Saito, Kai & Takizawa, 2012; Jang, Haley, Small & Mortimer, 2002). Për më tepër, zona të ndryshme të trurit, të tilla si amigdala dhe hipotalamusi kanë një efekt të rëndësishëm si për depresionin ashtu edhe për simptomat somatike (Ossipov, Dussor & Porreca, 2010; Millan, 2002).

Gjithashtu ku depresioni dhe somatizimi janë në komorbiditet, identifikimi dhe trajtimi i depresionit është më pak i mundshëm, pasi që kjo përcillet me shfaqjen e simptomave somatike, e ku personi fokusohet vetëm në këtë aspekt duke realizuar trajtime të nevojshme dhe duke lënë anash trajtimin e simptomave të depresioni (Bair dhe të tjerët, 2003).

Shumica e studimeve deri tani kanë konsideruar vetëm marrëdhëniet e depresionit me simptomat somatike, ndërsa shoqërizimit me çrregullimet e ankthit janë me pak të shqyrtuara. Është e mundshme se komorbiditeti në mes të ankthit dhe simptomave somatike është po aq i rëndësishëm sa shfaqja e bashku e depresionit dhe ankthit. Shfaqja e simptomave somatike mund të shkaktoj ndjenjën e ankthit, e cila në një mënyrë e bënë individin të ndjehet i pavlefshëm dhe i pavullnetshëm ndaj rimarrjes së vetës dhe kryerjes së aktiviteteve (Vlaeyen & Linton, 2000). Për më tepër, çrregullimi i ankthit dhe simptomat psikosomatike kronike ndajnë një lidhje në mes veti të proceseve themelore njohëse dhe të sjelljes, të tilla si rritja e vëmendjes ndaj efekteve negative të jetës si dhe shmangia e ankthit nga tendosjet fizike (Asmundson & Katz, 2009; Sareen, Cox, Clara, & Asmundson, 2005). Shmangia e frikës mund të qoj në ankesa somatike për shkak të represionit ndaj ndjenjave apo frikës nga një dukuri e caktuar (McWilliams , Cox & Enns, 2003; Gerhardt dhe të tjerët, 2011).

Depresioni dhe ankthi janë më të përhapurat në simptomat funksionale somatike. Simptomat somatike të tilla si lodhje, dhembje gjoksi, shpine, muskul-skeletore, gjenden si tek depresioni ashtu edhe tek ankthi. Në kujdesin parësor, personat me depresion dhe ankth zakonisht paraqesin simptoma të tilla somatike siç janë lartpërmendur, ndërsa simptomat emocionale mund të jenë më pak të përmendura, nëse ato identifikohen në mënyrë jo-specifike (Kirmayer & Young, 1998; Simon, VonKorff, Piccinelli, Fullerton & Ormel, 1999).

Ankesat fizike janë rrallë të atribuara për shkaqe psikologjike dhe fokusi për ekzaminim klinik është mbajtur në kushte somatike (Marple, Kroenke, Lucey, Wilder & Lucas, 1997). Disa studime të marrëdhënieve midis ankthit, depresionit, dhe simptomave somatike në përgjithësi janë kryer në kujdesin parësor. Çrregullimi i depresionit dhe ankthit ishte i pranishëm në rreth 30% e pacientëve të paraqitur me ankesa fizike (Kroenke, Jackson & Chamberlin, 1997).

KAPITULLI VII: KONKLUZIONE

Hulumtimi ka dalë me të dhënat të cilat tregojnë një pasqyrë të gjendjes emocionale të veteranëve, problemeve të tyre dhe ndikimit që ka gjendja e tyre në shfaqjen e problemeve emocionale dhe sjelljes të adoleshentët. Ky studim qartë sjell evidenca për përcjelljen e problemeve emocionale dhe sjelljes nga prindërit tek fëmijët duke dhënë një kontribut në çështjen shumë të përfolur në fushën e psikologjisë mbi transmetimin e traumës në gjenerata. Ndonëse klasifikimet ndërkombëtare deri të tanishme kanë kategorizuar problemin e depresionit dhe ankthit në kategori të veçanta dhe shpesh kufiri i tyre me çrregullimin e stresit posttraumatik nuk është kuptuar, studimi sjell fakte që është shumë e vështirë që problemet emocionale të mos jenë të përziera dhe si rrjedhojë mund të konsiderohen si etnitet i veçantë.

Së dyti ku hulumtim sjell përfundime të rëndësishme mbi lidhshmërinë e problemeve emocionale tek fëmijët e veteranëve të cilat nuk kanë qenë më të larta se raportimet nga studimet e komunitetit. Në kornizën teorike të këtij studimi është hedhur dritë mbi influencën që ka procesi i të mësuarit në ballafaqimin me traumën dhe njëkohësisht me reziliencën (aftësi ripërtëritëse). Një konkludim spekulativë i këtij studimi mund të jetë që fëmijët e veteranëve në Kosovë të jenë resilient (ripërtëritës).

Një ndër çështjet e para që vlen të jetë çështje diskutimi në instanca të ndryshme institucionale dhe shoqëri civile është edhe vërtetimi i faktit se pjesa më e madhe e veteranëve jetojnë me të ardhura ekonomike që nuk u mundësojnë kushtet optimale për jetesë. Kjo flet për nevojën imediate që gjendja e veteranëve të bëhet prioritet për politika

kombëtare, dhe trajtimi i tyre të jetë dinjitoz. Studimi ka gjetur lidhshmëri në mes gjendjes ekonomike me problemet emocionale dhe sjelljes në adoleshentët e veteranëve duke rritur nevojën për një integrim të kësaj popullate në politika zhvillimore dhe vendimarrje.

Lufta e fundit në Kosovë ka lënë pasojë të mëdha në sferën e shëndetit mendor përveq shkatërrimit ekonomik dhe infrastrukturor. Një ndër arsyet kryesore të këtyre efekteve janë edhe traumat e mëdha që popullata në përgjithësi ka përjetuar, duke përfshirë këtu edhe veteranët e luftës që ishin direkt të involvuar në betejë dhe fronte të luftës. Ky studim ka dalë me të gjetura se sa më e madhe të jetë trauma që veterani ka përjetuar aq më të mëdha janë efektet e saj në zhvillimin e problemeve emocionale dhe sjelljes te adoleshentët. Kjo lidhshmëri ngre nevojën e shërbimeve të integruara dhe multiprofesionale në mënyrë që traumat e përjetuara nga veteranët të trajtohen nga kënde të ndryshme. Këto shërbime do të duhet të jenë të orientuara nga familja duke i dhënë mundësi veteranëve të përpunojnë traumën dhe në të njëjtën kohë të mund të ndajnë përjetimet me familjen. Përkundër që shëndetësia në Kosovë është në një gjendje jo të lakmueshme dhe përballet me vështirësi të formave të ndryshme reformimi i sistemit mund të fillojë nga ndryshimi i qasjes së trajtimit duke analizuar problematiken në raport me historinë, marrëdhëniet me të tjerët dhe efektet kontekstuale.

Me qëllim të përmirësimit të gjendjes së veteranëve dhe adoleshentëve me probleme emocionale duhet të ketë një iniciativë formale në ko-operim nga i mbarë komuniteti, institucionet shëndetësore, qeveritare, shoqëri civile, organizata jo-qeveritare dhe të gjithë individët tjerë që mund të jenë faktor ndryshimi në cilëndo formë.

Sigurisht që këto kategori duhet të trajtohen në forma profesionale dhe në varësi me gjendjen e tyre emocionale.

Për adoleshentët (fëmijë të veteranëve) që kanë probleme emocionale dhe të sjelljes, poashtu duhet një strategji e mirë strukturuar dhe e krijuar në bashkëpunim me ekspert të fushave relevante:

- Fëmijët e veteranëve duhet të inkuadrohen në programe intervenuese të cilat nuk i diskriminojnë nga fëmijët e tjerë, por të jenë gjithpërfshirëse.
- Shkalla e lartë e komorbiditetit tregon nevojën për një identifikim të hershëm të problemeve psikologjike dhe ndërtimin e strategjive nacionale se si t'u vihet në ndihmë.
- Mbështetje sociale përmes inkuadrimin të tyre nëpër klube të ndryshme në ambiente shkollore. Secili prej këtyre fëmijëve, pa marrë parasysh a vuan nga depresioni, ankthi, shpërthime të tantrumit (zemërimit), etj. ka pikat e tij / saj të forta andaj inkuadrimi i këtyre në klube (letrare, arteve vizuale, sporteve) do t'u mundësonte atyre një kanalizim të emocioneve negative në forma më të pranueshme.
- Ofrim i shërbimeve mjekësore psikologjike përmes kombinimit të terapive të ndryshme që në praktikë tregojnë efikasitet të lartë në një ose më shumë probleme potenciale të diagnostikuara me testime dhe mjete vlerësimi objektive.
- Nxitje e bashkëpunimit të moshatarëve përmes monitorimit të edukatorëve përaktës, në mënyrë që këta fëmijë mos të ndihen të anashkaluar por të trajtohen me respekt dhe barabartësi. Në mënyrë të natyrshme nëse prindërve të tyre u ofrohet punësim më i mirë, atëherë këta adoleshentë nuk do të kishin nevojë të angazhoheshin në

punë për të mbajtur familjen, punë këto që zakonisht janë të papërshtatshme për moshën si dhe në kundërshtim me konventat e ndryshme për të drejtat dhe kujdesin ndaj të miturve nën moshën 18 vjeqare.

- Edukim cilësor por pa tejkaluar normat e privilegjeve deri në atë masë që mund të ketë kundër efekte duke ndikuar në motivimin e tyre. Kur flasim për edukim cilësor duhet të kuptohet ofrimi i kushteve infrastrukturore, teknike dhe stimulimeve tjera në mënyrë që ata të zhvillojnë potencialin e tyre përkundër vështirësive emocionale dhe sjelljes. Shkollat shtetërore të rregullta dhe ato speciale duhet të jenë burime të ofrimit të këtyre kushteve.

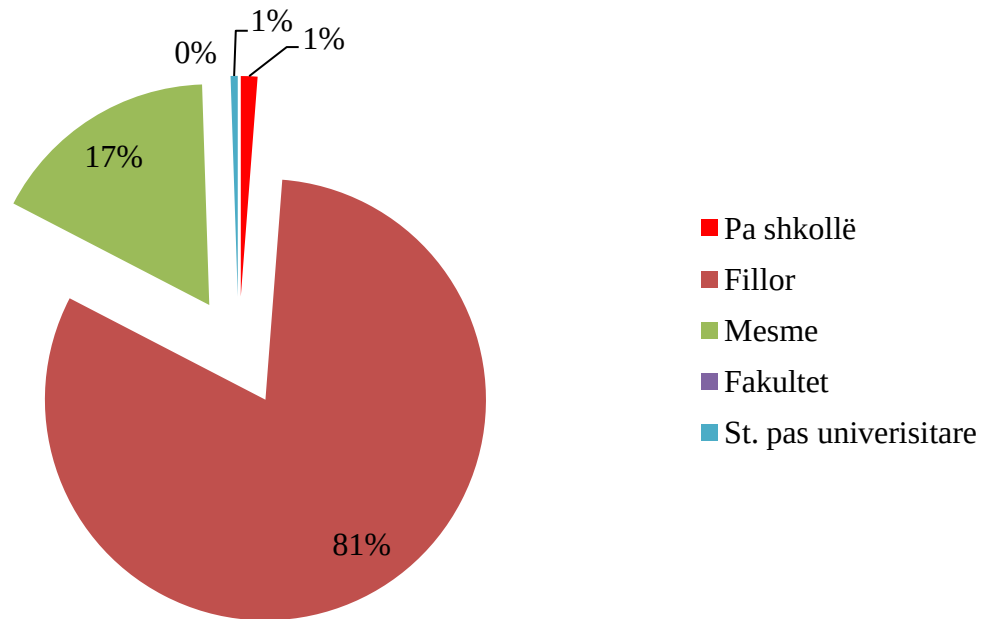
Për veteranët një strategji e mirfilltë do të përmbante:

- Plan të integritit të tyre në jetën sociale dhe sferat tjera me qëllim të rritjes së vetë-vlerësimit dhe ndjenjes së përkatësisë, kur dihet se shpesh një faktor i madh për ndjenjat e tyre dhe vështirësitë emocionale ka të bëjë me perceptimin e tyre se ata nuk vlerësohen për kontributin që kanë dhënë.
- Strategji të mirëfillta për edukim jo-formal janë një formë e cila do të lehtësonte tej mase integrimin e tyre dhe përmisimin e gjendjes. Duke i përgaditur ata për tregun e punës në aspektin e gjërave elementare si përgaditja për intervista dhe shkrimi i përshkrimeve jetësore e deri te aftësimi profesional në fusha të caktuara do të rriste gjasat e tyre që ata të konsideroheshin fuqi serioze punëtore.

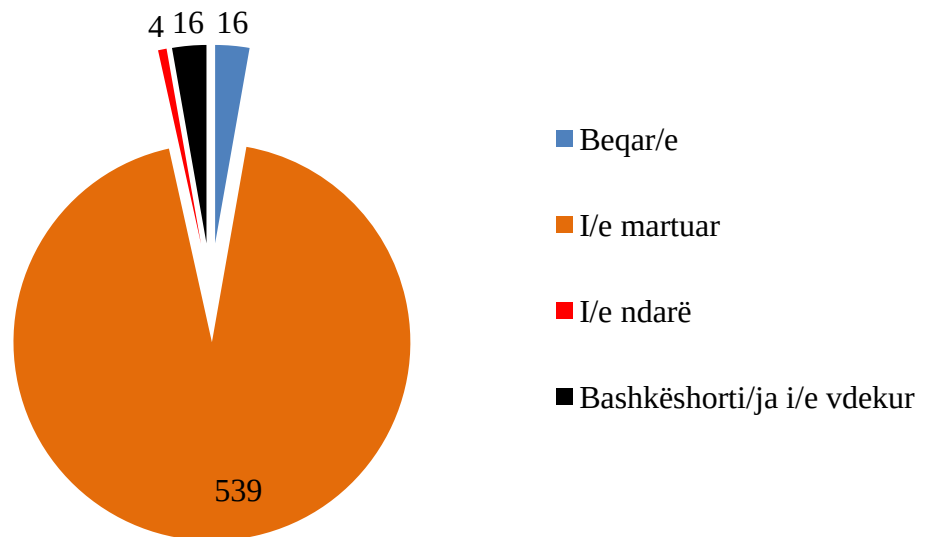
- Qeveria dhe kompani të ndryshme prodhuese dhe shërbyese përmes memorandumeve të mirëkuptimit të krijojnë vende pune në përputhje me përgaditjen e veteranëve nga kurset e aftësimit profesional.
- Ofrimi i shërbimeve cilësore në shëndetin fizik dhe mendor: Përmes fondeve të ndryshme dhe donacioneve të jashtme do të duhej që shërbimet mjekësore të ofroreshin më shpesh dhe në forma të ndryshme për veteranët e luftës. Krijimi i ekipeve lëvizës komunale të përbërë nga mjek, psikolog, psikiatër e ekspertë tjerë që do të organizonin vizita sistematike nëpër shtëpi të veteranëve.
- Kujdesi për imazhin e tyre përmes kampanjave të ndryshme duke përdorur mediat në veçanti ato sociale.

Pra, rekomandimet e hulumtimit janë që veteranët me probleme dhe adoleshentët të kenë një trajtim dinjitoz, etik dhe profesional (përmes hapave të paraqitur më lartë dhe iniciativave tjera) me qëllim që të shmangen probleme të mëtutjeshme në shëndetin e tyre mendor dhe fizik.

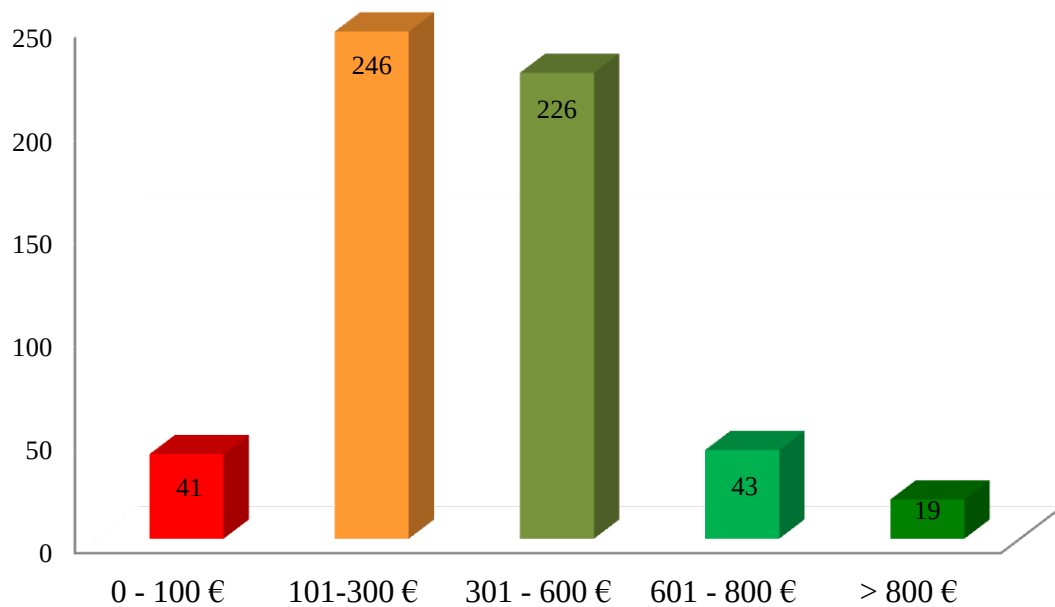
SHËNIME



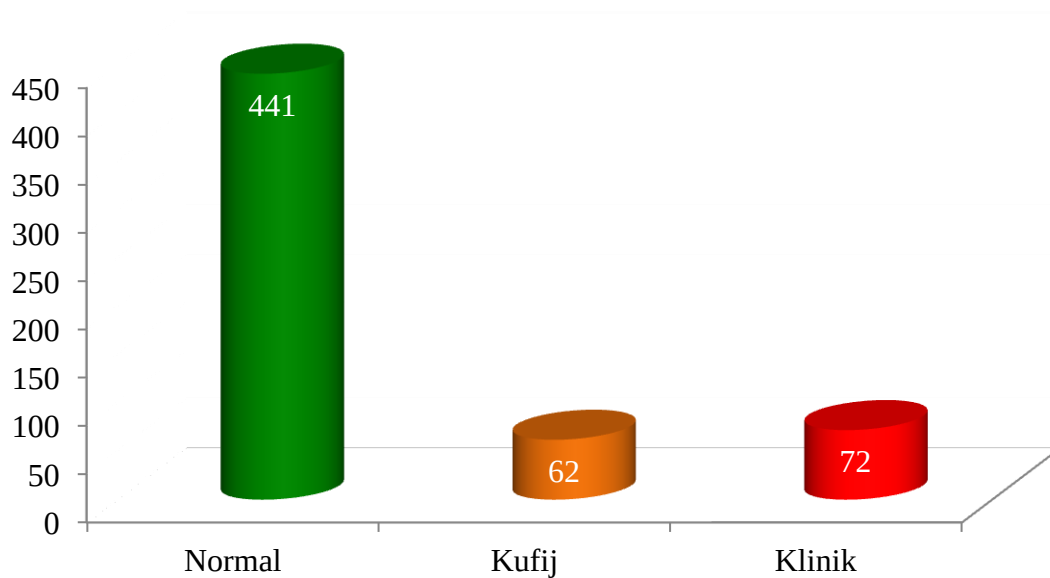
Grafiku nr. 5 - Niveli arsimor i prindit që ka plotësuar pyetësorin demografik



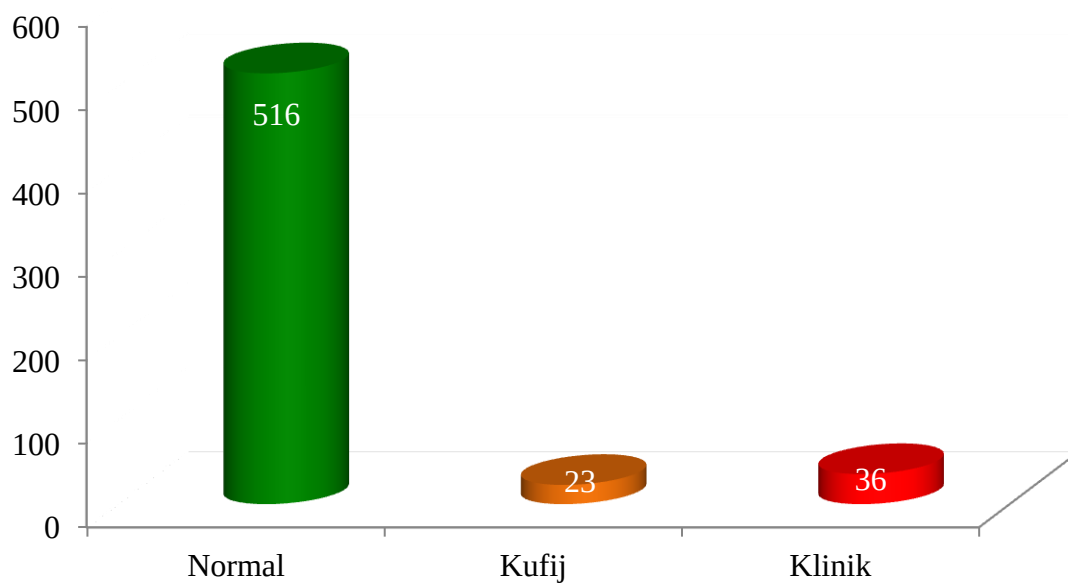
Grafiku nr. 6 – Statusi martesor



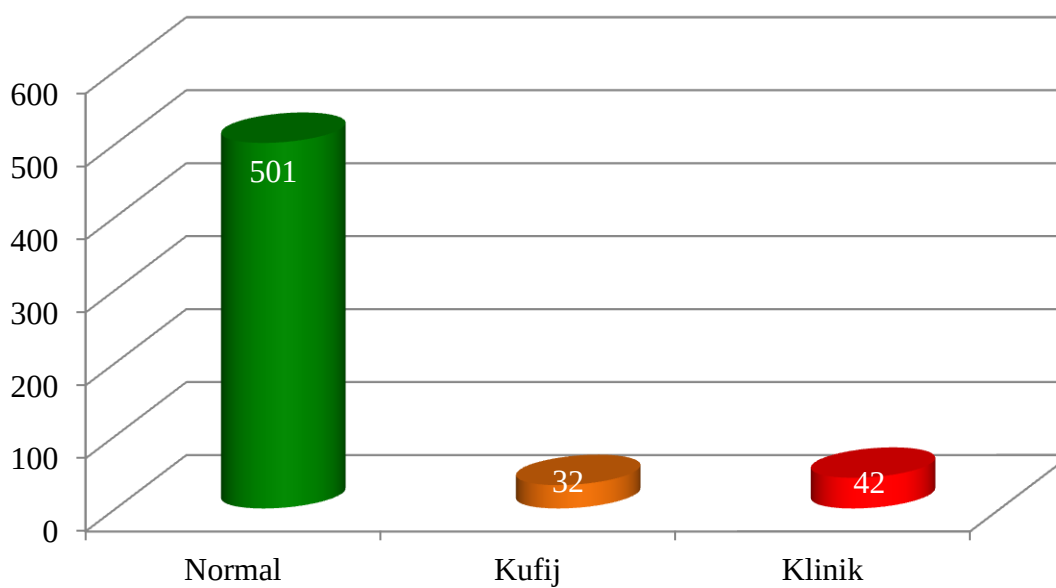
Grafiku nr. 7 – Të ardhurat në familje



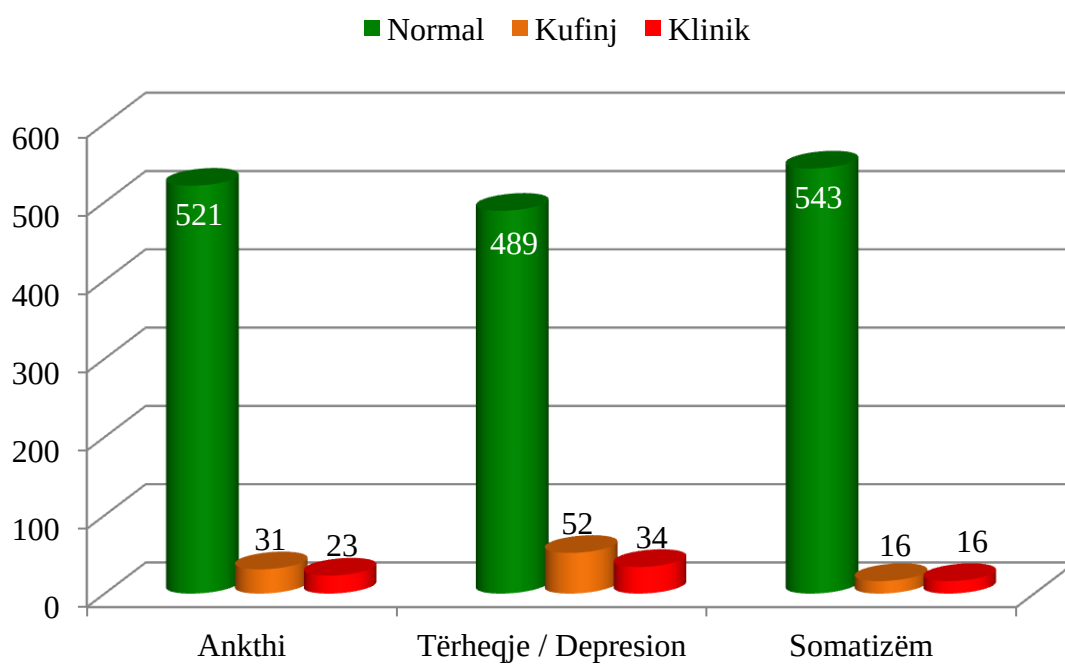
Grafiku nr. 8 - Numri dhe përqindja e pjesëmarrësve sipas raportimit të shkallës së problemeve emocionale.



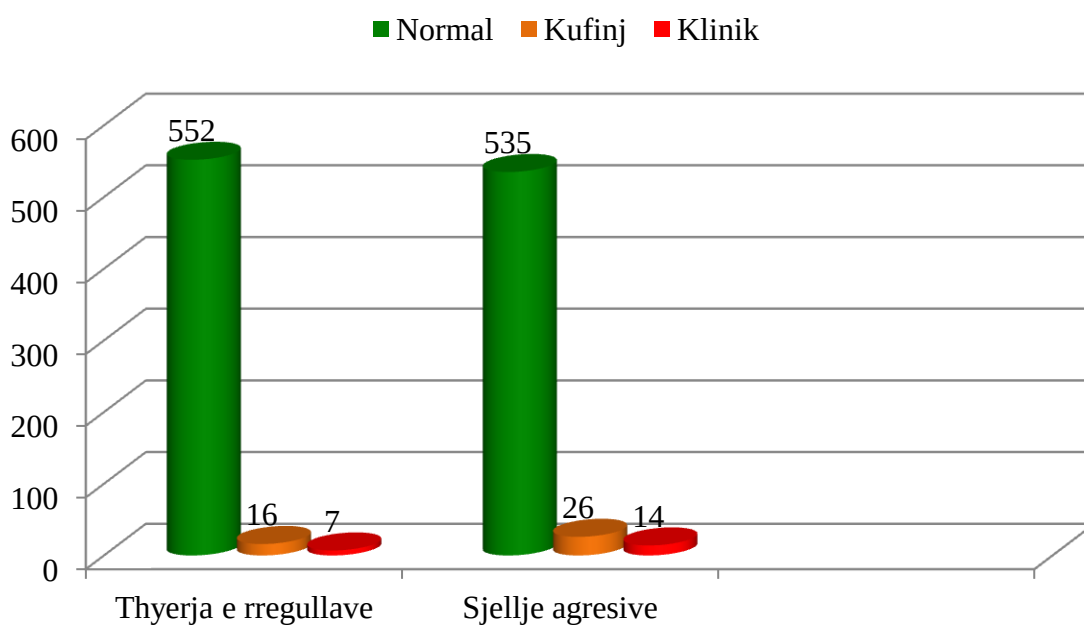
Grafiku nr. 9 - Numri dhe përqindja e pjesmarrësve sipas raportimit të shkallës së problemeve në sjellje.



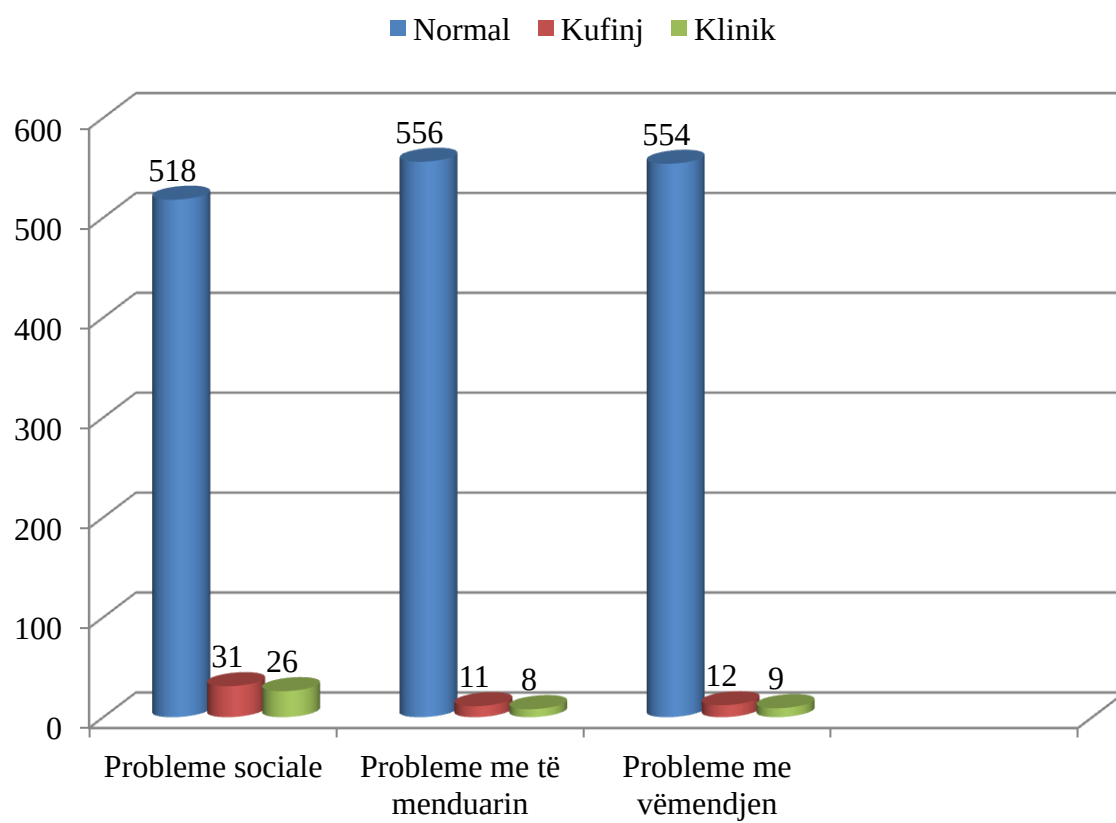
Grafiku nr. 10 - Numri dhe përqindja e pjesmarrësve sipas raportimit të shkallës së problemeve emocionale dhe sjelljes në total.



Grafiku nr. 11 - Numri dhe përqindja e pjesmarrësve sipas raportimit të tre nënshkallëve empirike të problemeve emocionale.



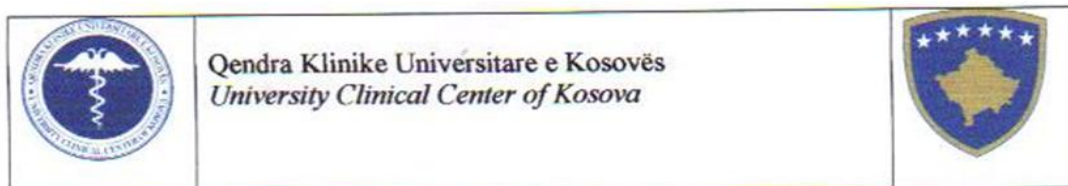
Grafiku nr. 12 - Numri dhe përqindja e pjesmarrësve sipas raportimit të dy nënshkallëve empirike.



Grafiku nr. 13 - Numri dhe përqindja e pjesmarrësve sipas raportimit të tre nënshkallëve të tjera empirike.

SHTOJCA

Shtojca 1 – Deklaratë për Shkollën Doktorale UET



10.05.2013

Per: Shkolla Doktorale UET

Nga: Mimoza Shahini, MD Phd
Qendra Klinike Universitare e Kosoves
Tel; 00377 44120604
mimoza.shahini@gmail.com

DEKLARATE

Ky dokument leshohet per te vertetuar qe une, Dr. Mimoza Shahini pranoj qe te bej mentorimin e temes “**Korrelacioni i depresionit dhe ankthit me dimensionet e temperamentit**” te Zt Niman Bardhi dhe teme: “**Problemet emocionale dhe sjelljes ne femijet e ish veteraneve te luftes se fundit ne kosove.**” te Znj Eglantina Kraja te dy student te shkolles doktorale UET, dhe qe vijojne studimet ne Drejtimin e Psikologjise.

Per informata te metutjeshme mund te me kontaktoni ne adresen e siperpermendur.

Me respekt

Mimoza Shahini, MD, MA, Phd

Shtojca 2 – Deklaratë për Sekretarin dhe Bordin për Mbikqyrje Etike në MSh



Për: Dr.Sc.Gani Shabani – u.d. Sekretar i Përhershëm në MSh
Bordin për Mbikqyrje Etike Profesionale

Nga: Dr.Sc.Mimoza Shahini, MD, MA

Datë: 04 Shtator 2013, Prishtinë

DEKLARATË

Ky dokument lëshohet për të vërtetuar që unë Dr.Mimoza Shahini jamë mentore/udhëheqëse e temes “Problemet emocionale dhe sjelljes në fëmijët e veteranëve të luftës së fundit në Kosovë” të znj.Eglantina Kraja Bardhi, studente e Shkollës Doktorale në Universitetin Europian të Tiranës në drejtimin Psikologji.

Për informata të mëtejshme mos hezitoni të më kontaktoni.

Me respekt,

Dr.Sc.Mimoza Shahini, MD, MA
Qendra Klinike Universitare e Kosovës
Mob. +377 (0) 44 120 604
Email: mimoza.shahini@gmail.com

Shtojca 3 – Kërkesë për Organizatën e Veteranëve të Luftës së UÇK

KËRKESË

Për: Organizata e Vetëranëve të Luftës së UÇK – Prishtinë

Nga: Eglantina Kraja Bardhi - Doktorante

Lënda: Kërkesë për përkrahjen, mundësimin dhe aprovimin tuaj në realizimin e hulumtimit "Problemet emocionale dhe sjelljes në fëmijët e veteranëve të luftës së fundit në Kosovë"

Datë: 04 Shtator 2013, Prishtinë

Te nderuar,

Quhem Eglantina Kraja Bardhi, jam pedagoge në departamentin e infermierisë dhe mamive në Fakultetin e Mjekësisë në Prishtinë. Bazuar në kërkesat dhe nevojat e paraqitura, unë kam regjistruar studimet e mia doktorale në Fakultetin e Shkencave Sociale pranë Universitetit Europian të Tiranës në drejtimin Psikologji. Në kuadër të studimeve të mia, më duhet të realizoj një hulumtim shkencor. Tema e përcaktuar në bashkëpunim me udhëheqësen e temës është "Problemet emocionale dhe sjelljes në fëmijët e veteranëve të luftës së fundit në Kosovë"

Bazuar në këtë, kam hartuar abstraktin e hulumtimit, njëherit pyetësorët që do të shpërndahen me qëllim të grumbullimit të të dhënave, për realizimin e hulumtimit. Pyetësorët hulumtues janë paraparë të shpërndahen në institucionet shëndetësore dhe organizatat e veteranëve të luftës në disa rajone të Kosovës, ku do të jenë të përfshirë prindërit dhe fëmijët.

Arsyeja e kërkesës është, se: Për herë të parë realizohet një hulumtim i tillë në Kosovë dhe plotësimi sadopak i mungesës së studimeve të tilla, krijimi i një pasqyre dhe si rrjedhojë edhe e një databaze për problemet emocionale dhe të sjelljes së fëmijëve 6-18 vjeçarë të fëmijëve në familjet e veteranëve në Kosovë, përbëjnë rëndësinë kryesore të këtij studimi, pasi na jep mundësinë që të dhënat tona jo vetëm të krahasohen me ato pak studime të bëra jashtë Kosovës, por të kemi një informatë të rëndësishme për fenomenin e transmetimit të traumës përmes gjeneratave.

Me respekt kërkojmë nga ju listen e veteraneve të luftës të shpërndarë sipas rajoneve si dhe përkrahjen, mundësimin dhe aprovimin për mbledhjen e të dhënave për hulumtimin tim. Të gjitha të dhënat e grumbulluara do të shfrytëzohen vetëm për qëllime të hulumtimit dhe do të jenë plotësisht anonim dhe konfidencial. Hulumtimi im mbikqyret nga udhëheqësja e temës, Dr.Sc.Mimoza Shahini.

Abstraktin e hulumtimit do ta gjeni të bashkangjitur në shtojcë.

Me respekt,
Eglantina Kraja Bardhi
Mob. +377 (0) 44 779 350
Email: egnila@hotmail.com

Shtojca 4 – Kërkesë për Sekreatrin e Përhershëm në MSh

KËRKESË

Për: Dr.Sc.Gani Shabani – u.d. Sekretar i Përhershëm në MSh

Nga: Eglantina Kraja Bardhi - Doktorante

Lënda: Kërkesë për përkrahjen, mundësimin dhe aprovimin tuaj në realizimin e hulumtimit “Problemet emocionale dhe sjelljes në fëmijët e veteranëve të luftës së fundit në Kosovë”

Datë: 12 Shtator 2013, Prishtinë

I nderuari z. Shabani,

Quhem Eglantina Kraja Bardhi, jam pedagoge ne departamentin e infermierise dhe mamive ne Fakultetin e Mjekësisë në Prishtinë. Bazuar në kërkesat dhe nevojat e paraqitura, unë kam regjistruar studimet e mia doktorale në Fakultetin e Shkencave Sociale pranë Universitetit Europian të Tiranës në drejtimin Psikologji. Në kuadër të studimeve të mia, më duhet të realizoj një hulumtim shkencor. Tema e përcaktuar në bashkëpunim me udhëheqësen e temës është “Problemet emocionale dhe sjelljes në fëmijët e veteranëve të luftës së fundit në Kosovë”

Bazuar në këtë, kam hartuar abstraktin e hulumtimit, njëherit pyetësorët që do të shpërndahen me qëllim të grumbullimit të të dhënave, për realizimin e hulumtimit. Pyetësorët hulumtues janë paraparë të shpërndahen në institucionet shëndetësore dhe organizatat e veteranëve të luftës në disa rajone të Kosovës, ku do të jenë të përfshirë prindërit dhe fëmijët.

Me respekt kërkojmë nga ju përkrahjen, mundësimin dhe aprovimin për mbledhjen e të dhënave për hulumtimin tim. Të gjitha të dhënat e grumbulluara do të shfrytëzohen vetëm për qëllime të hulumtimit dhe do të jenë plotësisht anonim dhe konfidencial. Hulumtimi im mbikqyret nga udhëheqësja e temës, Dr.Sc.Mimoza Shahini.

Abstraktin e hulumtimit dhe aplikacionin për kryerjen/realizimin e hulumtimit me subjekte njerëzore do ta gjeni të bashkangjitur në shtojcë.

Me respekt,
Eglantina Kraja Bardhi
Mob. +377 (0) 44 779 350
Email: egnila@hotmail.com

Shtojca 5 – Kërkesë për Bordin për Mbikqyrje Etike Profesionale

KËRKESË

Për: Bordi për Mbikqyrje Etike Profesionale

Nga: Eglantina Kraja Bardhi - Doktorante

Lënda: Kërkesë për përkrahjen, mundësimin dhe aprovimin tuaj në realizimin e hulumtimit "Problemet emocionale dhe sjelljes në fëmijët e veteranëve të luftës së fundit në Kosovë"

Datë: 12 Shtator 2013, Prishtinë

Të nderuar,

Quhem Eglantina Kraja Bardhi, jam pedagoge ne departamentin e infermierise dhe manive ne Fakultetin e Mjekësisë në Prishtinë. Bazuar në kërkesat dhe nevojat e paraqitura, unë kam regjistruar studimet e mia doktorale në Fakultetin e Shkencave Sociale pranë Universitetit Europian të Tiranës në drejtimin Psikologji. Në kuadër të studimeve të mia, më duhet të realizoj një hulumtim shkencor. Tema e përcaktuar në bashkëpunim me udhëheqësen e temës është "Problemet emocionale dhe sjelljes në fëmijët e veteranëve të luftës së fundit në Kosovë"

Bazuar në këtë, kam hartuar abstraktin e hulumtimit, njëherit pyetësorët që do të shpërndahen me qëllim të grumbullimit të të dhënave, për realizimin e hulumtimit. Pyetësorët hulumtues janë paraparë të shpërndahen në institucionet shëndetësore dhe organizatat e veteranëve të luftës në disa rajone të Kosovës, ku do të jenë të përfshirë prindërit dhe fëmijët.

Me respekt kërkojmë nga ju përkrahjen, mundësimin dhe aprovimin për mbledhjen e të dhënave për hulumtimin tim. Të gjitha të dhënat e grumbulluara do të shfrytëzohen vetëm për qëllime të hulumtimit dhe do të jenë plotësisht anonim dhe konfidencial. Hulumtimi im mbikqyret nga udhëheqësja e temës, Dr.Sc.Mimoza Shahini.

Në shtojcë do të gjeni të bashkangjitur: kërkesen time për hulumtim, formularin e plotësuar për aplikim, CV time, CV dhe aprovimin e mentorit/udhëheqësit të temës, letrën e informimit dhe deklaratën e pajtimit për pjesëmarrës, pëlqimin nga OVL si dhe projektin e hulumtimit.

Me respekt,
Eglantina Kraja Bardhi
Mob. +377 (0) 44 779 350
Email: egnila@hotmail.com

Shtojca 6 – Pëlqim për hulumtim nga OVL e UÇK – Prishtinë



ORGANIZATA E VETERANËVE TË LUFTËS TË USHTRISË ÇLIRIMTARE TË KOSOVËS



OVL UÇK
Nr. prot. 1454/2013
Datë 05.09.2013
Prishtinë
Lënda: Pëlqim

Adresa: Rr. UÇK. nr. 2
Tel. fax: 038/ 716 739
Mobil: 044/ 352 951
Mobil: 044/ 193 404
ovluck@hotmail.com

Nga: Organizata e Veteranëve të Luftës së UÇK-së
Për: Degët e OVL të UÇK-së
Lënda: Pëlqim për hulumtim

Kryesia e OVL të UÇK-së e jep pëlqimin për realizimin e hulumtimit "Problemet emocionale dhe sjelljes në fëmijët e veteranëve të luftës së UÇK-së të znj. Eglantina Kraja Bardhi - Doktorante. Kërkojmë nga Kryetarët e degëve të OVL UÇK-së që t'i lejohet dhe të ndihmohet në grumbullimin e materialit për këtë hulumtim shkencor.

I dedikohet: 1. Degëve të OVL UÇK-së
2. Arkivit



Faton Klinaku
OVL të UÇK-së
Sekretari: Faton Klinaku

Shtojca 7 – Leje për studim shkencor nga Bordi Etik Profesional



REPUBLIKA E KOSOVES-REPUBLIC OF KOSOVO QEVERIA E KOSOVES-VLADA KOSOVA-GOVERNMENT OF KOSOVO MINISTRIA E SHENDETESISSE-MINISTARSTVO ZDRAVSTVA-MINISTRY OF HEALTH	
Ministria Org. Org. Adm. Org. Unit.	06
Nr. Prot. Prot. No.	05-5575/2
Nr. faqes Nr. stranica No. pages	01
Data Date	20.09.13
Printimë / a	

Republika e Kosovës
Republika Kosova-Republic of Kosovo
Qeveria-Vlada-Government

Ministria e Shëndetësisë/Ministarstvo Zdravstva/Ministry of Health

Datë 20.09.2013
Ref.nr. 08/2013

Bazuar në Nenin 9, Nenin 10 dhe Nenin 11 të Udhëzimit Administrativ (MSh) Nr. 05-2012 Mbikëqyrja Etike Profesionale;
Pas shqyrtimit të kërkesës së parashtruar nga znj. Eglantina Kraja Bardhi, me nr. prot 05-5575, të datës 17.09.2013, Bordi Etik Profesional në Ministrinë e Shëndetësisë në takimin e mbajtur me datë 20.09.2013,
lëshon:

LEJE PËR STUDIM SHKENCOR

Z. Eglantina, Kraja Bardhi, i lejohet studimi shkencor me titull **“Problemet Emocionale dhe sjelljes në fëmijët e veteranëve të luftës së fundit në Kosovë”** në territorin e Kosovës.

Aplikuesi obligohet t’ia sjell Bordit për Mbikëqyrjen Etike Profesionale Raportin përfundimtar të studimit.

Prof.dr. Sami Salihu
Kryetar i Bordit Etik Profesional

I dorëzohet:

- Prof.Dr. Ferid Agani, Ministër i Shëndetësisë
- Dr. Gani Shabani u.d. Sekretar i Përgjithshëm
- Bordit për Mbikëqyrjen Etike Profesionale
- Z. Eglantina Kraja, Bardhi
- Arkivit

Shtojca 8 – Letër informimi

LETËR INFORMIMI

Të nderuar/a,

Qihem Eglantina Kraja Bardhi, jam studente në Shkollën Doktorale në Fakultetin e Shkencave Sociale pranë Universitetit European të Tiranës në drejtimin Psikologji. Në kuadër të studimeve të mia, më duhet të realizoj hulumtimin shkencor me titull “Problemet emocionale dhe sjelljes në fëmijët e veteranëve të luftës së fundit në Kosovë”.

Kosova në vitet e fundit është ballafaquar me një seri të problemeve për shkak të luftës, tranzicionit socio-ekonomik dhe atë politike. Familjet e veteranëve të luftës së fundit nuk kanë pasur mbështetjen jo vetëm të institucioneve, por shpesh edhe të komunitetit. Qëllimi i studimit tim është vlerësimi i prevalences i problemeve emocionale dhe të sjelljes tek fëmijët e moshës 6-18 vjeç të veteranëve të luftës së fundit në Kosovë.

Për realizimin me sukses, njëherit që ky hulumtim të ketë vlefshmërinë dhe besueshmërinë, është marrë aprovimi i bordit për mbikqyrjen etike profesionale. Bashkë me pyetësin, prindërit, do të ofrohet edhe një letër miratuese, përmes së cilës do të deklarohet pjesëmarrja vullnetare në hulumtim si dhe do të sigurohet anonimiteti apo konfidencialiteti i të dhënave të mbledhura nga pjesëmarrësit dhe i pjesëmarrësve (sipas dëshirës, e përcaktuar në bisedën paraprake).

Procesi i mbledhjes së të dhënave do të zhvillohet nga autorja e hulumtimit. Menjëherë pas përcaktimit të fëmijëve pjesëmarrës në hulumtim, do të krijohen kontakte të drejtpërdrejta me prindërit, me të cilët do të zhvillohet një bisedë informuese për qëllimin e zhvillimit të hulumtimit dhe plotësimit të pyetësorit. Më pas, të gjithëve do të ofrohet pyetësori përkatës dhe secili prej tyre do të ketë një periudhë 2 javore në dispozicion për plotësimin e tij. Pas plotësimit, prindërit do të dorëzojnë pyetësorëuesit. Ky studim do të realizohet në institucionet shëndetësore.

Për të respektuar anonimitetin, të gjitha të dhëna që do të mbledhen do të jenë në Qendren e Shendetit për Fëmijë dhe Familje, në të cilën është krijuar databaza.

Rëndësia e studimit është se për herë të parë realizohet një hulumtim i tillë në Kosovë dhe plotësimi sadopak i mungesës së studimeve të tilla, krijimi i një pasqyre dhe si rrjedhojë edhe e një databaze për problemet emocionale dhe të sjelljes së fëmijëve 6-18 vjeçarë në familjet e veteranëve të luftës në Kosovë, përbëjnë rëndësinë kryesore të këtij studimi, pasi na jep mundësinë që të dhënat tona jo vetëm të krahasohen me ato pak studime të bëra jashtë Kosovës, por të kemi një informatë të rëndësishme për fenomenin e transmetimit të traumes përmes gjeneratave.

Duke qenë të informuar për qëllimin e hulumtimit ju lus që t’i kushtoni pak kohë plotësimit të këtij pyetësori dhe të jeni edhe ju pjesëmarrës në realizimin e këtij studimi, e bindur se do të jetë në interes për ju, për gjeneratat e reja, për institucionet shëndetësore dhe arsimore të Kosovës.

Paraprakisht ju falenderoj për bashkëpjesëmarrje në këtë hulumtim.

Me respekt,

Eglantina Kraja Bardhi, PhD Candidat

Mob. +377 (0) 44 779 350

Email: egnila@hotmail.com

Shtojca 9 – Deklarata e pajtimit

DEKLARATA E PAJTIMIT

I/E nderuari/a,

Quhem Eglantina Kraja Bardhi, jam studente në Shkollën Doktorale në Fakultetin e Shkencave Sociale pranë Universitetit Europian të Tiranës në drejtimin Psikologji. Në kuadër të studimeve të mia, më duhet të realizoj hulumtimin shkencor me titull “Problemet emocionale dhe sjelljes në fëmijët e veteranëve të luftës së fundit në Kosovë”.

Duke qenë të informuar përmes letrës së informimit për qëllimin e hulumtimit, pyetjet tua të mundshme apo ndonjë paqartësi lidhur me hulumtimin, mund t’i drejtoni për sçarime dhe marrje të përgjigjes nga ana ime. Po ashtu ju jeni ai/a jo që me gadishmërinë tuaj mund të kontribuoni në këtë hulumtim, por njëherit nëse ju nuk jeni i gatshëm, mund të tërhiqeni në çdo kohë nga ky hulumtim pa dhënë ndonjë arsye.

Duke u nisur mbi rëndësinë e studimit, me respekt kërkojmë pëlqimin nga ju për plotësimin e këtij pyetësi dhe të jeni edhe ju pjesëmarrës në realizimin e këtij studimi, e bindur se do të jetë në interes për ju, për ne, për institucionet shëndetësore dhe arsimore të Kosovës.

Të gjitha të dhënat e grumbulluara do të shfrytëzohen vetëm për qëllime të hulumtimit dhe do të jenë plotësisht anonim dhe konfidencial dhe e mbikqyrur nga udhëheqësja e temës time, Dr.Sc.Mimoza Shahini.

Paraprakisht ju falenderoj për bashkëpjesëmarrje në këtë hulumtim.

Me respekt,
Eglantina Kraja Bardhi, PhD Candidat
Mob. +377 (0) 44 779 350; +377 (0) 44 785 780
Email: egnila@hotmail.com

DEKLAROJ

☐ Unë pajtohem të marrë pjesë në këtë studim/hulumtim.
Nënshkrimi: _____; Datë: _____

☐ Nuk pajtohem të marrë pjesë në këtë studim/hulumtim.
Nënshkrimi: _____; Datë: _____

Shtojca 10 – Pyetësi demografik

PYETËSOR

Ky pyetësor ju ofrohet si pjesë e një vlerësimi në mënyrë që të përtojme një informacion nga ana juaj, në lidhje me faktoret: demografik, socio-ekonomik (mënyra e jetesës) dhe sjelljet shëndetësore. Në vlerësojmë kohën tuaj për tju përgjigjur këtij pyetësi. Përgjigjet tuaja na lejojnë të mesojmë nga ju rreth karakteristikave specifike që do të përdoren për të identifikuar problematikat e mundshme për të bërë me pas propozimet për ndërhyrje.

Emri i personit që mbushë pyetësin: _____. Data e intervistës: ____/____/____

1. Emri dhe Mbiemri: _____; Nr.Tel.: _____
2. Ditëlindja /Mosha: ____/____/____; Gjinia: ☐ M ☐ F
3. Komuna _____; Vendbanimi: ☐ Qytet _____ ☐ Fshat _____
4. Përkatësia Kombëtare:

☐ Shqiptar	☐ Turk	☐ Ashkali
☐ Serb	☐ Goran	☐ Egjiptian
☐ Bosnjak	☐ Rom	☐ Tjetër _____
5. Cili është besimi juaj fetar:

☐ Islam	☐ Katolik	☐ Ortodoks	☐ Tjetër _____
--------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------
6. Cili është niveli i edukimit/shkollimit tuaj?

☐ Nuk ka shkollim të përfunduar	☐ Shkolla e lartë
☐ Shkolla fillore (8 klasë – sistemi i vjetër)	☐ Fakulteti
☐ Shkolla fillore (klasa 1 – 5 – sistemi i ri)	☐ Magjistraturë
☐ Shkolla e mesme e ulët (klasa 6 – 9)	☐ Doktoraturë
☐ Shkolla e mesme e lartë (klasa 10 – 13)	☐ Tjetër _____
7. Cili është profesioni juaj: _____
8. Statusi Martesor:

☐ Beqar/Beqare	☐ Bashkëjetojnë	☐ I/E ndarë
☐ I/E martuar	☐ I/E shkurorëzuar	☐ I/E vejë

(Nëse jeni i/e martuar vazhdo me poshtë, nëse JO, kaloni në pyetjen nr.16)
9. Sa vjeçar/e jeni? (shëno me numer)
Bashkëshorti _____ vjeçar
Bashkëshortja _____ vjeçare
10. Sa vjeçar/e ishit kur jeni martuar? (shëno me numer)
Bashkëshorti _____ vjeçar
Bashkëshortja _____ vjeçare
11. Sa vite martesë keni? _____ vite.
12. A keni femijë?
☐ JO
☐ PO Vajza: Djem:

13. Cili është niveli i edukimit/shkollimit të bashkeshortit/bashkeshortes tuaj?

- | | |
|---|--|
| ☐ Nuk ka shkollim të përfunduar | ☐ Shkolla e lartë |
| ☐ Shkolla fillore (8 klasë – sistemi i vjetër) | ☐ Fakulteti |
| ☐ Shkolla fillore (klasa 1 – 5 – sistemi i ri) | ☐ Magjistraturë |
| ☐ Shkolla e mesme e ulët (klasa 6 – 9) | ☐ Doktoraturë |
| ☐ Shkolla e mesme e lartë (klasa 10 – 13) | ☐ Tjetër _____ |

14. Cili është profesioni i bashkeshortit/bashkeshortes tuaj? _____

15. Cila është moshë e fëmijëve sipas rendit?

Nr.	Emri i fëmijut	Gjinia	Moshë (në vite)	Arsimi	Punësimi
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

Nëse nuk mjafton kjo tabelë, mund të vazhdoni në faqen e pasme apo në një tjetër shtesë.

16. Kush mendoni se vendos në familjen tuaj?

- | | |
|--|--|
| ☐ Babai | ☐ Gjyshi |
| ☐ Nena | ☐ Gjyshja |
| ☐ Mbro (specifikë kur janë me shumë se një _____) | ☐ Axhallaret (____) / Hallat (____) |
| ☐ Vellai (specifikë kur janë me shumë se një _____) | ☐ Tjetër _____ |

17. Me cilin person në familje jeni më shumë i lidhur? (përzgjidh vetëm njërin)

- | | |
|--|--|
| ☐ Babai | ☐ Gjyshi |
| ☐ Nena | ☐ Gjyshja |
| ☐ Mbro (specifikë kur janë me shumë se një _____) | ☐ Axhallaret (____) / Hallat (____) |
| ☐ Vellai (specifikë kur janë me shumë se një _____) | ☐ Tjetër _____ |

18. A jeni i punësuar?

- ☐ PO
- ☐ JO

19. Sa anëtarë jetojnë në këtë familje së bashku? (shënim: duke llogaritur secilin që ushqehet dhe flenë ndër të njëjtin pullaz)

Numri i përgjithshëm i anëtarëve = _____ Meshkuj = _____ Femra = _____

Nr.	Emri i anëtarit të familjes	Gjinia	Moshë (në vite)	Arsimi	Punësimi
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					

Nëse nuk mjafton kjo tabelë, mund të vazhdoni në faqen e pasme apo në një tjetër shtesë.

20. Cilat janë burimet e te ardhurave per familjen tuaj? (Shenoni me shenjen ☒ çdo alternative)

- | | |
|--|--|
| ☐ Paga nga sektori publik | ☐ Bujqësi / Blegtori |
| ☐ Paga nga sektori privat | ☐ Ndihme sociale |
| ☐ Perfitimet nga biznesi privat | ☐ Ndihma prej te afermeve |
| ☐ Pension i moshes se trete | ☐ Ndihma nga organizatat e ndryshme |
| ☐ Pension invaliditeti | ☐ Tjetër _____ |

21. A mund të percaktoni, sa jane te ardhurat mujore te familjes tuaj? (ne euro)

- | | |
|------------------------------------|--|
| ☐ 0 – 100 | ☐ 401 – 600 |
| ☐ 101 – 200 | ☐ 601 – 800 |
| ☐ 201 – 300 | ☐ 801 – 1500 |
| ☐ 301 – 400 | ☐ 1501 e me shume |

22. A mund te percaktoni, sa jane shpenzimet mujore te familjes tuaj? (ne euro)

- | | |
|------------------------------------|--|
| ☐ 0 – 100 | ☐ 401 – 500 |
| ☐ 101 – 200 | ☐ 501 – 800 |
| ☐ 201 – 300 | ☐ 801 – 1500 |
| ☐ 301 – 400 | ☐ 1501 e me shume |

23. Krahasuar me familjet e tjera, si do ta vleresonit gjendjen ekonomike te familjes tuaj: (Shenoni me shenjen ☒ vetem nje alternative)

- | | |
|-----------------------------------|--|
| ☐ Te pasur | ☐ Te varfer |
| ☐ Mesatare | ☐ Shume te varfer |

24. Krahasuar me familjet e tjera, si do ta vleresonit gjendjen ekonomike te njerezve tuaj me te afert: (Shenoni me shenjen ☒ vetem nje alternative)

- | | |
|-----------------------------------|--|
| ☐ Te pasur | ☐ Te varfer |
| ☐ Mesatare | ☐ Shume te varfer |

25. A pini duhan?

- ☐ Po, rregullisht (sa: _____ cigare/dite)
- ☐ Rralle (sa: _____)
- ☐ Jo, asnjehere

26. A konsumoni alkool?

- ☐ Po, rregullisht (sa: _____ ml/dite)
- ☐ Rralle (sa: _____)
- ☐ Jo, asnjehere

27. A mirreni me aktivitete fizike?

- ☐ Po, rregullisht (lloji aktivitetit _____ sa orë në jave: _____)
- ☐ Rralle
- ☐ Jo

28. A vuani nga ndonje semundje?

- ☐ JO
- ☐ PO (lloji semundjes: _____)

29. A keni ne familjen tuaj te ngushte persona qe vuajne nga semundje?

<i>Lidhja juaj me te (p.sh. babai, motra, etj)</i>	<i>Lloji i semundjes</i>

30. Ju personalisht a jeni konsultuar/kontrolluar me pare tek psikiatri apo psikologu?

☐ JO

☐ PO

Nese PO, sa here jeni konsultuar/kontrolluar dhe pershkrani arsyen.

31. Ndonje anetare i familjes tuaj te ngushte, eshte konsultuar/kontrolluar ndonjehere me psikiatrin apo psikologun?

☐ JO

☐ PO

Nese PO, sa here jeni konsultuar/kontrolluar dhe pershkrani arsyen.

Shtojca 11 – Pyetësi mbi kualitetin e jetës

PYETSORI MBI KUALITETIN E JETES

Udhëzimet: më poshtë janë 5 fjali me te cilat mund të pajtoheni apo të mos pajtoheni. Duke përdorur shkallën prej 1 deri në 7 më poshtë, shënoni pajtimin tuaj me çdo fjali duke vendosur numrin e duhur në zbrazëtinë pas fjalisë. Lusim të jeni të hapur dhe të sinqetë në përgjigjet e juaja.

1 = Fuqimisht nuk pajtohem

2 = Nuk pajtohem

3 = Deri diku nuk pajtohem

4 = Asnjëra (do të thotë as pajtoheni as nuk pajtoheni)

5 = Deri diku pajtohem

6 = Pajtohem

7 = Fuqimisht pajtohem

- Në shumë mënyra jeta ime është afër idealeve që i kam.
- Kushtet në jetën time janë të shkëlqyeshme.
- Unë jam i kënaqur me jetën.
- Deri më tani i kam arritur gjërat e rëndësishme në jetë.
- Nëse do të jetoja jetën time përsëri, unë nuk do të ndryshoja asgjë.

Shtojca 12 – Pyetësi vet-raportues për problemet emocionale dhe sjelljes

PYETESORI I TË RINJVE (11 – 18 VJEÇ)

EMRI I _____ PLOTË _____ I FËMIJËS _____	Emri _____ Babait _____ Mbiemri _____	PUNA E ZAKONSHME E PRINDIT, edhe nëse nuk është duke punuar tani. Ju lutemi jini specifik –për shembull, automekanik, mësimdhënës/e i/e shkollës së mesme, amvisë, punëtor, operator i tomos, shitës i këpuceve, ushtarak. Natyra e punës së babait _____ Natyra e punës së nënës _____																																		
QJINIA E FËMIUT _____ ☐ Djalë ☐ Vajzë	MOSHA E FËMIUT _____ ETNICITETI _____																																			
DATA E SOTME _____ ____/____/____	DITELINDJA E FËMIJËS _____ ____/____/____																																			
Klasa në shkollë _____ Nëse jeni duke punuar, të lutem përshkruaj punën që bën. Nuk ndjek shkollën ☐ _____		Ju lutemi mbusheni këtë formular për të pasqyruar këndvështrimin tuaj edhe sikur njerëzit e tjerë mund të mos pajtohen. Ndihuni i lire që të shkruani komente shtesë pranë çdo pyetjeje dhe në hapësirën e siguruar në faqe 2. Sigurohuni t'i përgjigjeni të gjithë pyetjeve.																																		
I. Ju lutemi shkruani në listë sportet të cilat ju pëlqejnë më së shumti të merri pjesë. Për shembull: Notim, basketbol, patinazh, skate mollenat, ngat biçikletën, peshkim, etj. Asnjë ☐ a. _____ b. _____ c. _____			Krahësuar me moshatarët tuaj, afërsisht sa kohë kaloni në secilin prej tyre. <table border="0"> <tr> <td>Pak</td> <td>Mesatarisht</td> <td>Shumë</td> <td>Se di</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>	Pak	Mesatarisht	Shumë	Se di	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Krahësuar me moshatarët tuaj, sa mirë e bëni secilin? <table border="0"> <tr> <td>Pak</td> <td>Mesatarisht</td> <td>Shumë</td> <td>Se di</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>	Pak	Mesatarisht	Shumë	Se di	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pak	Mesatarisht	Shumë	Se di																																	
☐	☐	☐	☐																																	
☐	☐	☐	☐																																	
☐	☐	☐	☐																																	
Pak	Mesatarisht	Shumë	Se di																																	
☐	☐	☐	☐																																	
☐	☐	☐	☐																																	
☐	☐	☐	☐																																	
II. Ju lutemi shkruani në listë hobet, aktivitetet dhe lojërat/përvëq sportive. Për shembull: pulle(poste), kullula, libra, piano, zanatë, veturë, kompjuterë, këndim, etj. (mos përfshijë dëgjimin e radios ose TV.) Asnjë ☐ a. _____ b. _____ c. _____			Krahësuar me moshatarët tuaj, afërsisht sa orë kaloni në secilin. <table border="0"> <tr> <td>Pak</td> <td>Mesatarisht</td> <td>Shumë</td> <td>Se di</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>	Pak	Mesatarisht	Shumë	Se di	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Krahësuar me moshatarët tuaj, sa mirë e bëni secilin? <table border="0"> <tr> <td>Pak</td> <td>Mesatarisht</td> <td>Shumë</td> <td>Se di</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>	Pak	Mesatarisht	Shumë	Se di	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pak	Mesatarisht	Shumë	Se di																																	
☐	☐	☐	☐																																	
☐	☐	☐	☐																																	
☐	☐	☐	☐																																	
Pak	Mesatarisht	Shumë	Se di																																	
☐	☐	☐	☐																																	
☐	☐	☐	☐																																	
☐	☐	☐	☐																																	
III. Ju lutemi shkruani në listë organizatat, klubet, ekipet ose grupit që i takoni Asnjë ☐ a. _____ b. _____ c. _____			Krahësuar me moshatarët tuaj, sa aktiv jeni në çdo njërin? <table border="0"> <tr> <td>Pak</td> <td>Mesatarisht</td> <td>Shumë</td> <td>Se di</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>		Pak	Mesatarisht	Shumë	Se di	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐																
Pak	Mesatarisht	Shumë	Se di																																	
☐	☐	☐	☐																																	
☐	☐	☐	☐																																	
☐	☐	☐	☐																																	
IV. Ju lutemi shkruani në listë ndonjë punë ose detyrë që ju kenë. Për shembull: shpërndani gazeta, kujdeseni për fëmijët, rregulloni shërbetin, punon në dyqan, etj. (përfshij si punët e paguara dhe ato të papaguara) Asnjë ☐ a. _____ b. _____ c. _____			Krahësuar me moshatarët tuaj, sa mirë i kryeni ato? <table border="0"> <tr> <td>Pak</td> <td>Mesatarisht</td> <td>Shumë</td> <td>Se di</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>		Pak	Mesatarisht	Shumë	Se di	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐																
Pak	Mesatarisht	Shumë	Se di																																	
☐	☐	☐	☐																																	
☐	☐	☐	☐																																	
☐	☐	☐	☐																																	

V. 1. Afërsisht sa shokë të afërt keni ?(Mos përfshij vëllezërit dhe motrat)

Asnjë ☐ 1 ☐ 2 ose 3 ☐ 4 ose më shumë ☐

2. Afërsisht sa herë në javë ju bëni gjëra me shokët tuaj jashtë orëve të regullta të shkollës?

Me pas se 1 ☐ 1 ose 2 ☐ 3 ose më shumë ☐

VI. Krahasuar me moshatarët tuaj sa mirë shkoni me:

	Më keq	Mesatarisht	Më mirë	Nuk ka vëllezër ose motra ☐
a. Shkoj mirë me vëllezërit dhe motrat e mija?	☐	☐	☐	
b. Shkoj mirë me fëmijët e tjerë?	☐	☐	☐	
c. Sillej mirë me prindërit e mi?	☐	☐	☐	
d. Luaj dhe punoj vetëm?	☐	☐	☐	

VII. Arrijetet (rezultatet) në lëndet mësimore Nuk e ndjek shkollën aspe _____

Shëno një tik në katorin që i përgjigjet vlerësimit që ka femiu në çdo lëndë

	Dobët	Nën mesatare	Mesatare	Mbi mesatare
Lëndet tjera akademike – për shembull kurse të kompjuterëve, gjuhë të huaja, biznes.	☐	☐	☐	☐
a. Lexim, Shqip, ose Arte të gjuhëve	☐	☐	☐	☐
b. Histori ose shkencë sociale	☐	☐	☐	☐
c. Aritmetik ose matematikë	☐	☐	☐	☐
d. Shkencë	☐	☐	☐	☐
e. _____	☐	☐	☐	☐
f. _____	☐	☐	☐	☐
g. _____	☐	☐	☐	☐

Mos përfshij: palestër, punishte ose lëndë tjera jo akademike.

A keni ndonjë sëmundje, paafësi apo nevojë speciale? Jo ☐ Po ☐ Të lutem përshkruaj:

Të lutem përshkruaj çdo shqetësim që keni mësh shkollës.

Të lutem përshkruaj çfarëdo shqetësimi tjetër që keni.

Të lutem përshkruaj gjërat më të mira tuajat (mësh vetes suaj).

Ju lutem sigurohuni që jeni përgjigjur të gjitha pyetjeve

Poshtë është një listë e thënieve që përshkruan fëmijët. Për çdo pyetje që ju përshkruan juve tash ose brenda 6 muajve të kaluar, ju lutemi rrethoni 2, nëse thënia (shprehja e mëposhtme) është shumë e vërtetë ose shpesh e vërtetë për ju. Rrethoni 1 dhe nëse thënia është paksa ose nganjëherë e vërtetë për ju. Nëse thënia nuk është e vërtetë për ju rrethoni 0.

0 = Jo e vërtetë 1 = Paksa ose nganjëherë e vërtetë 2 = shumë vërtetë ose shpesh e vërtetë

- 0 1 2 1. Sille si më i ri se moshatarët (moccanët) e mi.
- 0 1 2 2. Pi alkool pa miratimin e prindërve (përshkruaj): _____
- 0 1 2 3. Unë haqem shumë me fjalë
- 0 1 2 4. Unë dështoj në përfundimin e gjërave që filloj
- 0 1 2 5. Shumë pak kënaqem
- 0 1 2 6. Me pëlqejnë kafshët
- 0 1 2 7. Unë lëvdohem para njerëzve
- 0 1 2 8. Kam problem të koncentrohem ose të mbaj vëmendje
- 0 1 2 9. Nuk mund ta largoj mendjen time prej mendimeve të caktuara; obsesione (përshkruaj): _____
- 0 1 2 10. Kam vështirësi të qëndroj i qetë
- 0 1 2 11. Jam tepër i lidhur (varur) me të rriturit
- 0 1 2 12. Ndihej i vetmuar
- 0 1 2 13. Ndihej i hutuar ose si në mjegull
- 0 1 2 14. Më vjen shpesh për të qare
- 0 1 2 15. Jam shumë i shqetësuar
- 0 1 2 16. Jam i keq ndaj tjerëve
- 0 1 2 17. Endëroj, fantazoj shumë me sy hapur.
- 0 1 2 18. Me qëllim provoj të lëndoj ose tentoj të vras veten.
- 0 1 2 19. Mendohej të kem shumë vëmendjen e të tjerëve
- 0 1 2 20. I shkatërroj gjërat e mia
- 0 1 2 21. Shkatërroj gjëra që u takojnë të tjerëve
- 0 1 2 22. Nuk i bindem prindërve të mi
- 0 1 2 23. Nuk bindem në shkollë
- 0 1 2 24. Nuk haq mirë sa duhet
- 0 1 2 25. Nuk shkoj mirë me fëmijët e tjerë
- 0 1 2 26. Nuk ndihem fajtor pasi të bëj dëkë që nuk duhet
- 0 1 2 27. Jam xheloz ndaj tjerëve
- 0 1 2 28. Kundërshtoj rregullat në shtëpi, shkollë ose diku tjetër
- 0 1 2 29. Frikësohem nga kafshët, situatat, ose vendet të caktuara tjera (që nuk lidhen me shkollën) (përshkruaj): _____
- 0 1 2 30. Frikësohem të shkoj në shkollë
- 0 1 2 31. Frikësohem që mund të mendoj ose bëj diçka të keqe
- 0 1 2 32. Ndjej që duhet të jem i përsosur
- 0 1 2 33. Ndjej që askush nuk më do.
- 0 1 2 34. Frikësohem se mos të tjerët kanë për të më bërë keq
- 0 1 2 35. Ndihej i keq ndaj tjerëve ose inferior
- 0 1 2 36. Lëvdohem shumë shpesh pa hiri, pa dashje.
- 0 1 2 37. Unë përhaqem shumë shpesh
- 0 1 2 38. Më më ngucin (ngacmojnë) shumë
- 0 1 2 39. Shqetërohem me fëmijë që futen në telashe, probleme
- 0 1 2 40. Dëgjoj tinguj ose zëra që njerëzit e tjerë mendojnë se nuk janë aty (përshkruaj): _____
- 0 1 2 41. Veproj pa u menduar gjatë
- 0 1 2 42. Më mirë do të rrija vetëm se sa me të tjerë
- 0 1 2 43. Gënjej ose mashtroj
- 0 1 2 44. Kafshoj thonjtë e mi
- 0 1 2 45. Jam nervoz ose i tendosur
- 0 1 2 46. Pjesë të trupit tim dridhen ose bëjnë lëvizje nervoze (përshkruaj): _____
- 0 1 2 47. Kam ankthe të natës
- 0 1 2 48. Nuk pëlqejmë prej fëmijëve të tjerë
- 0 1 2 49. Mund të bëj gjëra të caktuara më mirë se shumë fëmijë të tjerë.
- 0 1 2 50. Jam tepër i frikësuar dhe i shqetësuar
- 0 1 2 51. Ndihej i hutuar ose i trullosur
- 0 1 2 52. Ndihej tepër fajtor
- 0 1 2 53. Unë haq tepër
- 0 1 2 54. Ndihej i lodhur tepër pa ndonjë arsye të mirë
- 0 1 2 55. Kam mbipeshë
- 0 1 2 56. Kam probleme fizike pa arsye të njohura mjekësore
- 0 1 2 a. Kam dhembje (jo dhembje të lukthit ose kokës)
- 0 1 2 b. Kokë dhembje
- 0 1 2 c. Të përziera, me vjen për të vjetër
- 0 1 2 d. Probleme me sy (jo nëse korrigjohen me syze) (përshkruaj): _____

- 0 1 2 e. Probleme të lëkurës
 0 1 2 f. Dhimbje luktthi
 0 1 2 g. Të vjella, me vjen për të kthyer.
 0 1 2 h. Tjera (përshkruaj): _____
- 0 1 2 57. I sulmoj fizikisht njerëzit
 0 1 2 58. Kruaj lëkurën ose pjesë tjera të trupit (përshkruaj): _____
 0 1 2 59. Mund të jem mjaft miqësor /i dashur me të tjerët
 0 1 2 60. Më pëlqen të provoj gjëra të reja
 0 1 2 61. Puna ime shkollore është e dobët
 0 1 2 62. Kam koordinim të dobët ose jam i ngathët
 0 1 2 63. Parapëlqej të shoqërohem më fëmijë më të vjetër se mosha ime
 0 1 2 64. Parapëlqej të rri me fëmijë më të vegjël se mosha ime
 0 1 2 65. Refuzoj të flasë
 0 1 2 66. I përsëris disa veprime pa pushim (përshkruaj): _____
 0 1 2 67. Unë iki prej shtëpisë
 0 1 2 68. Bërtas shumë
 0 1 2 69. I mbaj apo ruaj gjërat brenda vetes.
 0 1 2 70. Shoh gjëra që njerëzit e tjerë mendojnë që nuk janë aty (përshkruaj): _____
 0 1 2 71. Jam i ndruajtur ose lehtë marrohem
 0 1 2 72. Ndezi zjarre
 0 1 2 73. Mund të punoj mirë me duart e mija
 0 1 2 74. Tregohem/ krenohem në publik ose sille si palaço
 0 1 2 75. Jam tepër i marrshëm ose i turpshëm
 0 1 2 76. Flejë me pak se shumica e fëmijëve
 0 1 2 77. Flejë më shumë se shumica e fëmijëve gjatë ditës edhe/ose natës (përshkruaj): _____
- 0 1 2 78. Jam i pavëmendshëm ose lehtësisht hutohem
 0 1 2 79. Kam problem me të folur (përshkruaj): _____
 0 1 2 80. Luftoj për të drejtat e mia
 0 1 2 81. Vjedh në shtëpi
 0 1 2 82. Vjedh prej vendeve jashtë shtëpisë
 0 1 2 83. Mbledh gjëra që nuk më nevojiten
 0 1 2 84. Bëj gjëra që për njerëzit e tjerë janë të çuditshme (përshkruaj): _____
 0 1 2 85. Kam mendime, që njerëzit e tjerë do të mendonin që janë të çuditshme (përshkruaj): _____
- 0 1 2 86. Jam kokëfortë
 0 1 2 87. Gjendja shpirtërore ose ndjenjat e mija ndryshojnë papritmas
 0 1 2 88. Më pëlqen të jem me njerëz
 0 1 2 89. Kam dyshime rreth gjërave
 0 1 2 90. Mallkoj ose përdori gjuhë të pahijshme
 0 1 2 91. Mendoj për ta vrarë veten
 0 1 2 92. Më pëlqen t'i bëj të tjerët të qeshin
 0 1 2 93. Flas tepër
 0 1 2 94. I ngacmoj të tjerët shumë
 0 1 2 95. Kam temperament të nxehtë
 0 1 2 96. Mendoj tepër për seks
 0 1 2 97. I kërcënoj njerëzit që do t'i lëndoj
 0 1 2 98. Më pëlqen t'i ndihmoj të tjerët
 0 1 2 99. Pi duhan, përtyp, ose nuhas(* ngreh) duhan
 0 1 2 100. Kam probleme me gjumin (përshkruaj): _____
 0 1 2 101. Largohe prej orëve të mësimi ose nuk shkoj në shkollë
 0 1 2 102. Nuk kam shumë energji
 0 1 2 103. Jam i palumtur, mërzitur ose i dëshpëruar
 0 1 2 104. Jam më i zhurmshëm sesa fëmijët e tjerë.
 0 1 2 105. Përdor bama për qëllime jo mjekësore(mos përfshij alkoolin ose duhanin) (përshkruaj): _____
- 0 1 2 106. Më pëlqen të jem i drejtë ndaj të tjerëve
 0 1 2 107. Më kënaq një shaka(hajgare) e mirë
 0 1 2 108. Më pëlqen ta marr jetën lehtë
 0 1 2 109. Mundohem t'i ndihmoj njerëzit e tjerë kur mundem
 0 1 2 110. Dëshiroj të isha i gjinisë tjetër
 0 1 2 111. Ruhem që të mos ngatërrohem me të tjerët
 0 1 2 112. Merakosem shumë

Të lutem përshkruaj çdo gjë që do të dëshironit të shtoni.

Shtojca 13 – Pyetësi i Harvardit për traumën pjesa e parë (HTQ)

Lista e ngjarjeve traumatike për veteranet

Ju lutemi tregoni nëse keni përjetuar ndonjërin prej ngjarjeve në vazhdim me PO ose JO.

		PO	JO
1.	Pa kulm mbi kokë		
2.	Mungesa e ushqimit apo ujit		
3.	Sëmundje pa mundësi të qasjes në kujdesin shëndetësor		
4.	Konfiskim apo shkatërim i pronës		
5.	Pamundësia e përfuturit të mbështetjes nga familja ose shokët për problemet emocionale dhe fizike		
6.	Pamundësia e përfuturit të mbështetjes prej autoriteteve lokale për problemet emocionale dhe fizike		
7.	Sulmimi iamikut		
8.	Jeni sulmuar me bresheri armesh		
9.	Pjesëmarrja në misionet luftarake që ka rezultuar me vrasje të civilëve		
10.	Pjesëmarrja në misionet luftarake që ka rezultuar me vrasje ose lëndime të amikut		
11.	Pjesëmarrja në misionet luftarake që ka rezultuar me vrasje në njësinë tuaj		
12.	Pjesëmarrja në "Pastrimin e terreneve"		
13.	Rënia në fusha të minuara		
14.	Pastrimi i fushave të minuara		
15.	Jeni qëlluar nga snajper		
16.	Rënia në pritë të amikut		
17.	Dështimi i pajisjeve ushtarake që e rrezikojnë sigurinë		
18.	Ndjekja nga armiku dhe detyrimi për tu arratisur		
19.	Gjate luftës keni pasur detyrë për të transportuar apo varrosur trupa të vdekur		
20.	Rrahje trupore		
21.	Dhunim ose përdhunim		
22.	Mënyra tjera të abuzimit seksual ose të turpërimit		
23.	Torturim (gjatë qëndrimit në burgje u është ushtuar dhunë në mënyrë të vazhdueshme, që ka shkaktuar vuajtje mendore ose fizike)		
24.	Dëmtim fizik serioz prej misionëve ushtarake ose fushave të minuara (bomba, djegie, dëmtim me plumb, lëndim me thikë)		
25.	Burgosje		
26.	Ngujim në vetmi		
27.	Detyrim për të punuar		
28.	Grabitje ose vjedhje		
29.	Shpërfaqje truri		
30.	Detyrim për të fshehur		
31.	Kidnapim		
32.	Ndarja e dhunshme nga familja		
33.	Detyrimi për të varrosur trupat e vdekur		
34.	I detyruar që ti lëndoj të tjerët		
35.	Vrasje ose vdekje e bashkëshortes për shkak të dhunës		
36.	Vrasja ose vdekja e djalit ose vajzës për shkak të dhunës		
37.	Vdekje jo e natyrshme e anëtarëve të familjes apo e shokut		
38.	Lëndimi (plagosja) e anëtarëve të familjes		
39.	Vdekja e pjesëtarëve të njësisë suaj ushtarake gjatë misionit ushtarak (luftës)		
40.	Lëndimi i pjesëtarëve të njësisë suaj ushtarake gjatë misionit ushtarak (luftës)		
41.	Dëshmitar në goditjen e të tjerëve në kokë ose trup		
42.	Dëshmitar i torturës		
43.	Dëshmitar në vrasje ose vdekje		
44.	Dëshmitar i dhunimit ose abuzimit seksual		
45.	Dëshmitar i djegies ose zhdukjes së trupave		
46.	Me të kthyer nga zona e luftës ndjenja e nënçmimit nga familja ose shokët		
47.	Me të kthyer nga zona e luftës ndjenja e mospërfilljes nga autoritetet lokale		
48.	Ndonje situatë tjetër e cila nuk është e përmendur më lartë. Te lutem e përshkruan.		

Fotokopjimi apo përdorimi i pasulurizuar është i lehtë. Copyright E. Kneja Bardhi. Për informata shtesë i drejtoheni adresës egnila@hotmail.com

Shtojca 14 – Pyetësi i të rriturve ASR

Shkallë Vet-Raportuese për të Rriturit e Moshave 18 – 59

Emri i plotë		Emri Mbiemri		Puna që ju bëni, edhe në rast se aktualisht nuk punoni: Ju lutem jepni informacion të sakte, shembull: auto-mekanik, mesues në shkollë të mesme, ndërtimtarë, punëtor krahu, shitës i kepuceve, rreshter armate, student (poashtu shkruani çfarë ai/ajo studion dhe çfarë program akademik ndjek, BA, MA, MSc, PhD, etj.) Puna e të rriturit _____ Puna e bashkeshortit/es _____ Ju lutemi plotësoni këtë formë që të shfaqni qëndrimet tuaja, edhe në rast se të tjerët mund të mos pajtohen me ju. Ju nuk duhet të shpenzoni shumë kohë në ndonjë prej fjalëve të dhëna. Përgjigjuni në të gjitha qëndrimet në vijim.																			
Gjinia Mashkull ☐ Femër ☐		Mosha	Perkatesia Etnike																				
Data e plotësimit: D ____ M ____ V ____		Datelindja D ____ M ____ V ____																					
Ju lutemi vendosni X tek katrori korrespondues me edukimin tuaj.																							
<table border="0"> <tr> <td>☐</td> <td>1. Pa shkollim të mesëm</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>2. Diplome të përgjithshme ekuivalente</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>3. Shkollim të mesëm</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>4. Shkollim të mesëm pa diplomë</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>5. Shkollim të lartë</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>6. Studime bazike (bachelor)</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>7. Studime bazike por pa diplomë</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>8. Magjistraturë</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>9. Doktoraturë</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>10. Edukim tjetër _____</td> </tr> </table>				☐	1. Pa shkollim të mesëm	☐	2. Diplome të përgjithshme ekuivalente	☐	3. Shkollim të mesëm	☐	4. Shkollim të mesëm pa diplomë	☐	5. Shkollim të lartë	☐	6. Studime bazike (bachelor)	☐	7. Studime bazike por pa diplomë	☐	8. Magjistraturë	☐	9. Doktoraturë	☐	10. Edukim tjetër _____
☐	1. Pa shkollim të mesëm																						
☐	2. Diplome të përgjithshme ekuivalente																						
☐	3. Shkollim të mesëm																						
☐	4. Shkollim të mesëm pa diplomë																						
☐	5. Shkollim të lartë																						
☐	6. Studime bazike (bachelor)																						
☐	7. Studime bazike por pa diplomë																						
☐	8. Magjistraturë																						
☐	9. Doktoraturë																						
☐	10. Edukim tjetër _____																						
I. SHOKET																							
A. Sa shokë të ngushtë keni? (duke mos i përfshirë anëtarët e familjes) ☐ Asnjë ☐ 1 ☐ 2 apo 3 ☐ 4 e më shumë																							
B. Gjatë një muaji, sa here keni kontaktuar me shokët/shoqet e klases? (përfshirë, e-mail, telefonin, letrat, etj.) ☐ Me pak se 1 here ☐ 1 apo 2 here ☐ 3 apo 4 here ☐ 5 apo më shumë																							
C. A shkoni mirë me shokët apo shoqet? ☐ Jo mirë ☐ Mesatarisht mirë ☐ Si të gjithë të tjerët ☐ Jashtëzakonisht mirë																							
D. Sa here gjatë muajit, shokët apo familjarët të kanë vizituar? ☐ Me pak se 1 here ☐ 1 apo 2 here ☐ 3 apo 4 here ☐ 5 apo më shumë																							
II. BASHKESHORTI/JA APO PARTNERI/JA																							
Cili është statusi juaj martesor? ☐ I/E pa martuar ☐ I/E martuar, jeton me bashkeshort/e ☐ I/E ve ☐ I/E martuar por i/e ndarë ☐ I/E divorcuar ☐ Të tjera _____																							
Gjatë 6 muajve të fundit, a keni jetuar me bashkeshort/e apo partner/e? ☐ JO – ju lutem shkoni te faqja 2 ☐ PO – rrethoni alternativat 0, 1 apo 2 duke shprehur qëndrimet e dhëna për të përshkruar marrëdhënien tuaj gjatë 6 muajve të fundit.																							

0 = e pavartete (per aq sa ju dini) 1 = deri diku/ndonjehere e vertete 2 = shume apo shpesh e vertete

0	1	2	A. Une shkoj mire me bashkeshortin/en apo partnerin	0	1	2	E. Une dhe prtneri/ja nuk pajtohem me planifikimin te jetes, si p.sh.kenaqemi me gjera te ngjashme
0	1	2	B. Une dhe bashkeshort/partneri kemi problem ne ndarje e pergjegjesise	0	1	2	F. Une nuk shkoj mire me familjen e prtnerit/ves.
0	1	2	C. Une jam i/e kenaqur me bashkeshortin/partnerin	0	1	2	G. Mua me pelqejne miqt e prtnerit/ves.
0	1	2	D. Une dhe prtneri/ja kenaqemi me gjera te ngjashme	0	1	2	H. Sjellja e prtnerit/ves me pengon

III. FAMILJA

Ne krahasim me te tjeret, a:

		Me keq se te tjeret	Si te gjitha te tjeret	Me mire se te tjeret	S'mbaj kontakt
A. Shkoni mire me vellezerit?	☐ Une nuk kam vellezer	☐	☐	☐	☐
B. Shkoni mire me motrat?	☐ Une nuk kam moter	☐	☐	☐	☐
C. Shkoni mire me nenen?	☐ Nena ka vdekur	☐	☐	☐	☐
D. Shkoni mire me babain?	☐ Babai ka vdekur	☐	☐	☐	☐
E. Shkoni mire me femijet tuaj biologjik apo te adoptuar?	☐ Une nuk kam femije	☐	☐	☐	☐
1. Femiu i pare	☐ Nuk vlene	☐	☐	☐	☐
2. Femiu i dyte	☐ Nuk vlene	☐	☐	☐	☐
3. Femiu i tete	☐ Nuk vlene	☐	☐	☐	☐
4. Femiu i katert	☐ Nuk vlene	☐	☐	☐	☐
F. Shkoni mire me femijet e kumit/gruas	☐ Nuk kam femije te kumit/gruas	☐	☐	☐	☐

IV. PUNA

Gjate 6 muajve te fundit, a keni punuar ndonje pune me pagese? (perfshire vetepunesimin apo sherbimin ushtarak)

☐ JO – ju lutem kaloni tek pjesa e 5-të.

☐ PO – ju lutem pershkruani punen e bere: _____

Rrethoni 0, 1 apo 2 pervec pyetjeve nga A deri ne I per te pershkruar pervojen tuaj ne punet e bera 6 muajt e fundit.

0 = e pavartete (per aq sa ju dini) 1 = deri diku/ndonjehere e vertete 2 = shume apo shpesh e vertete

0	1	2	A. Une punoj mire me te tjeret	0	1	2	F. Bej gjera te cilat ma mezikojne vendin e punes
0	1	2	B. Une nuk kaloj mire me punedhenesit	0	1	2	G. Ndonjehere nuk shkoj ne pune pa ndonje arsye (pa qene i semure apo ne pushime)
0	1	2	C. E punoj mire punen time	0	1	2	H. Puna ime eshte shume stresuese
0	1	2	D. Kam veshtiresi ne perfundimin e puneve	0	1	2	I. Brengosem shume per punen time
0	1	2	E. Jam i kenaqur me situaten time ne pune	0	1	2	

V. EDUKIMI

Gjate 6 muajve te fundit, a keni shkuar ne shkolle, fakultet, apo ne ndonje program tjeter edukativ?

☐ JO – ju lutem kaloni tek pjesa e 5-të.

☐ PO – çfare shkolle apo programi keni ndjekur? _____

Çfare titulli apo diploma ju do te mbaroni? _____ Lemia: _____

Rrethoni 0, 1 apo 2 pervec pyetjeve nga A deri ne E per te pershkruar pervojen e shkolimit tuaj gjate 6 muajve te fundit.

0 = e pavartete (per aq sa ju dini) 1 = deri diku/ndonjehere e vertete 2 = shume apo shpesh e vertete

0	1	2	A. Une shkoj mire me studentet e tjere	0	1	2	D. Une jam i kenaqur me zhvillimin tim edukativ
0	1	2	B. Une e arrije ate qe dua	0	1	2	E. Bej gjera te cilat mund te me bej te deshtoj
0	1	2	C. Une kam veshtiresi ne perfundimin e detyrave				

VI. A keni ndonjë semundje, çrregullim apo paafatesi?

☐ JO

☐ PO – ju lutem pershkruani: _____

VII. Ju lutem pershkruani shqetesimet e juaja lidhur me familjen, punen, shkollimin, apo ndonje gje tjeter:

☐ Nuk keni shqetesime

VIII. Ju lutemi, pershkruani, çfare ju pelqen me shume tek vetja:

IX. Me poshte jane te shtruara pyetjet lidhur me karakteristikat e individeve. Por secilen pyetje, rrethoni 0, 1 apo 2 te pershkruani veten tuaj per 6 muajte e fundit. Ju lutemi pergjigjuni ne te gjitha pyetjet sa me mire qe mundeni, edhe nese ndonjera prej tyre nuk vlene per ju.

0 = e pavartete (per aq sa ju dini)

1 = deri diku/ndonjehere e vertete

2 = shume apo shpesh e vertete

0	1	2	1. Une harroj shume	0	1	2	32. Ndjeh se duhet te jem i perkryer
0	1	2	2. Une i shfrytezoi mundesite e dhena	0	1	2	33. Ndjeh se askush nuk me do
0	1	2	3. Une perlahem shume	0	1	2	34. Ndjeh se dikush po me percjell
0	1	2	4. Unë i shfrytezoi shkathtesite e mija gjate punes	0	1	2	35. Ndihej i pavler apo i ulet
0	1	2	5. Une i fajesoj te tjeret per problemet e mija	0	1	2	36. Shpesh here lendoem pa dashje
0	1	2	6. Une perdori barera (perveg alkoolit dhe nikotines) pa qelime mjekesore (pershkruaj)	0	1	2	37. Une futem ne perleshje
0	1	2	7. Une mburrem	0	1	2	38. Nuk kam marredhenje me tijnjet e mi
0	1	2	8. E kam te veshtire te koncentrohem dh eta mbaj vemendjen ne punet qe bej	0	1	2	39. Shqerohem me njerez qe futen ne telashe
0	1	2	9. Nuk mund ta largoj mendjen nga disa gjera:	0	1	2	40. Degjoj tinguj apo zera qe nuk jane aty (pershkruaj): _____
0	1	2	10. E kam te veshtire te qendroj ulur	0	1	2	41. Jam gjak nxehte dhe veproj pa menduar
0	1	2	11. Une varem shume nga te tjeret	0	1	2	42. Me shume preferoj te mi vemem se sa me te tjeret
0	1	2	12. Ndihej i vetmuar	0	1	2	43. Une genjej apo mashtoj
0	1	2	13. Ndihej i hutuar, si ne mjegull	0	1	2	44. Ndihej i lodhur nga pergjegjesite e mia
0	1	2	14. Une qaj shume	0	1	2	45. Jam i nervozuar apo i tensionuar
0	1	2	15. Une jam i ndershem	0	1	2	46. Pjese te trupit tim dndhen (pershkruaj): _____
0	1	2	16. Une jam i ligë ndaj te tjeve	0	1	2	47. Me mungon vetebesimi
0	1	2	17. Une enderroj shume syhapur	0	1	2	48. Nuk jam si te tjeret
0	1	2	18. Une qellimisht tentoj te lendoem apo ta vras veten	0	1	2	49. Disa gjera mund ti bej me mire se te tjeret
0	1	2	19. Mendoem te kem vemendjen e te tjeve	0	1	2	50. Ndihej i tmerruar apo ne ankth
0	1	2	20. Une i shkatertoj gjerat e mija	0	1	2	51. Me miren mendet apo nuk e ndjej koken
0	1	2	21. Une i shkatertoj gjerat e te tjeve	0	1	2	52. Ndihej tepër fajtor
0	1	2	22. Brengosem per te ardhmen time	0	1	2	53. Kam veshtiresi ta planifikoj te ardhmen
0	1	2	23. I thej rregullat ne pune dhe kudo tjeter	0	1	2	54. Ndihej i lodhur pa ndonje arsye te mire
0	1	2	24. Nuk ushqehem mjaftueshem	0	1	2	55. Disponimi im luhet nga gezimi ne piketim
0	1	2	25. Nuk shkoj mire me te tjeret	0	1	2	56. Probleme shendetesore pa shkak mjekesor:
0	1	2	26. Nuk ndihej fajtor pasi te kem bere dicka qe sduhet ta kisha bere	0	1	2	a. Dhembje (jot e barkut apo te kokes)
0	1	2	27. Jam xheloz ndaj te tjeve	0	1	2	b. Kokedhimbe
0	1	2	28. Nuk shkoj mire me familjen time	0	1	2	c. Te vjellura, apo ndihej i semure
0	1	2	29. Kam frike nga disa kafshe, situatë apo vende (pershkruaj): _____	0	1	2	d. Problem me te pamurit (jo problem qe korrektohen me syze) (pershkruaj): _____
0	1	2	30. Kam marredhenje te dobeta me gjinine e kundert	0	1	2	e. Skuqje/kruarje apo problem te lekures
0	1	2	31. Frigohem se mund te mendoj apo te bej dicka te keqe	0	1	2	f. Dhimbje te barkut
				0	1	2	g. Te vjellura
				0	1	2	h. te mahura te çrregullta apo te shpejta te zemres
				0	1	2	i. Ndihej i zbrazet

LISTA E REFERENCAVE / BIBLIOGRAFIA

Burimet parësore

1. American Heritage Medical Dictionary Editors (2007). The American Heritage Medical Dictionary. Boston, MA: Houghton Mifflin Harcourt -
2. American Psychological Association (2016). Trauma. Retrieved from: www.apa.org
3. American Psychiatric Association, (2011). Posttraumatic Stress Disorder PTSD. www.healthyminds.com , VA: 22209 - 3901.
4. American Psychology Association (2016). Depression definition. Retrieved from: <http://www.apa.org>
5. American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5th ed.). Washington, DC: Author
6. Angold, A., Costello, E. J., & Worthman, C. M. (1998). Puberty and depression: the roles of age, pubertal status and pubertal timing. *Psychological Medicine*, 28 (1); 51-61.
7. Abidin, R. R. (1992). Presidential address: The determinants of parenting behavior. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21:407–412.
8. Armstrong, K., Hornbeck, M., Beam, B., Mack, K., & Popkave, K. (2006). Evaluation of a curriculum designed for caregivers of young children with challenging behavior. *Journal of Early Childhood and Infant Psychology*, 2, 51-61.
9. Altschul, I. (2011). Parental involvement and the academic achievement of Mexican American youths: What kind of involvement in youths' education matter most? *Social Work Research*, 35 (3), 159-170.
10. Axelson, D. A., & Birmaher, B. (2001). Relation between anxiety and depressive disorders in childhood and adolescence. *Depression and Anxiety*, 14, 67-78.
11. Ahmadzadeh, G. H., & Malekian, A. (2008). Aggression, Anxiety, and Social Development in Adolescent children of War Veterans with PTSD Versus those of Non - Veterans. *Journal of Research in Medical Sciences*, 5, 231- 234.

12. Brand, A. E., & Klimes Dougan, B. (2010). Emotion socialization in adolescence: The roles of mothers and fathers. *New directions for child and adolescent development*, 2010 (128), 85- 100.
13. Boyd, J. H., Burke, J. D., Gruenberg, E., et al., (1984). Exclusion criteria of DSM-III: A study of co-occurrence of hierarchy-free syndromes. *Archives of General Psychiatry*, 41, 983–989.
14. Benson, P. L., & Scales, P. C. (2011). Thriving and sparks. In R. J. R. Levesque (Ed.), *Encyclopedia of adolescence* (pp. 2963 – 2976). New York: Springer. doi: 10.1007/978-1-4419-1695-2
15. Brady, E. U., & Kendall, P. C. (1992). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents. *Psychological Bulletin*, 111 (2); 244-55.
16. Brookman, R. R. (1995). The age of ‘Adolescence’. *Journal of Adolescent Health*, 16 (5); 339-340. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S1054-139X\(95\)00071-Y](http://dx.doi.org/10.1016/S1054-139X(95)00071-Y)
17. Brennan, P. A., Grekin, E. R., & Mednick, S. A. (1999). Maternal smoking during pregnancy and adult male criminal outcomes. *Archives of General Psychiatry*, 56:215–219
18. Brady, S. S., Dolcini, M. M., Harper, G. W., & Pollack, L. M. (2009). Supportive friendships and community involvement moderate the association between stressful life events and sexual risk taking among African American adolescents. *Health Psychology*, 28 (2), 238–248.
19. Bandura, A. (1973). *Aggression: A social learning analysis*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
20. Broderick, P. C. and Blewitt, P. (2010). *The life span: Human development for professionals* (3rd ed). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education Inc.
21. Beschle, D. L. (2006). Cognitive Dissonance Revisited: Roper v. Simmons and the Issue of Adolescent Decision-Making Competence. The John Marshall Law School.
22. Brown, B. B., & Klute, C. (2003). Friends, cliques, and crowds. In G. R. Adams & M. D. Berzonsky (Eds.), *Blackwell handbook of adolescence* (pp. 330–348). Malden, MA: Blackwell.

23. Brown, B. B. (2004). Adolescents' relationships with peers. In R. M. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (pp. 363–394). New York: Wiley.
24. Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Second edton. New York: Guilford.
25. Baker, L. L., & Ashbourne, L. (2002) Treating child and adolescent depression a handbook for children's mental health practioners, children mental health ontario, chapter 2 multidisciplinary consultation. 11-18.
26. Brll, S. R., Pratel, D. R., & MaCdonald, E. (2001). Psychosomatic disorders in pediatrics. *Indian Journal of Pediatrics*, 68 (7) l 597-603.
27. Bartlett, R., Holditch, D., & Belyea, M. (2005). Clusters of problem behaviors in adolescents. *Research in Nursing & Health*, 28 (3); 230-239.
28. Beidel, D. C., & Turner, S. M. (1997). At risk for anxiety: I. Psychopathology in the offspring of anxious parents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 918924.
29. Biederman, J., Faraone, S. V., Hirshfeld-Becker, D. R., Friedman, D., Robin, J. A., & Rosenbaum, J. F. (2001). Atterns of Psychopathology and Dysfunction in High-Risk Children of Parents With Panic Disorder and Major Depression. *American Journal of Psychiatry*, 158:49–57.
30. Boyle, M. H., & Pickles, A. R. (1997). Influence of Maternal Depressive Symptoms on Ratings of Childhood Behavior. *Journal of Abnormal Childhood Psychology*, 25 (5); 399-412.
31. Beauchaine, T. P., Webster-Stratton, C., & Reid, M. J. (2005). Mediators, moderators, and predictors of one-year outcomes among children treated for early-onset conduct problems: A latent growth curve analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (3): 371–388
32. Brannan, A. M., & Heflinger, C. A. (2001). Distinguishing caregiver strain from psychological distress: Modeling the relationship among child, family, and caregiver variables. *Journal of Child and Family Studies*, 10:405–418. doi: 10.1023/A:1016705306848.

33. Betancourt, Th. S., McBain, R. K., Newnham, E. A., & Brennan, R. T. (2015). The intergenerational of war: longitudinal relationships between caregivers and child mental health in postconflict Sierra Leone. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, doi: 10.1111/jcpp.12389
34. Brennan, P. A., Hammen, C., Katz, A. R., & Le Brocque, R. M. (2002). Maternal depression, paternal psychopathology, and adolescent diagnostic outcomes. *Journal of consulting and clinical Psychology*, 70(5), 1075
35. Beckham, J. C., Braxton, L. E., Kudler, H. S., Feldman, M. E., Lytle, B. L., & Palmer, S. (1997). Minnesota Multiphasic Personality Inventory profiles of Vietnam combat veterans with posttraumatic stress disorder and their children. *Journal of clinical Psychology*, vol. 53(8), pp. 847-852.
36. Bardhi, N., & Shahini, M. (2015). The Correlation between Affective Temperaments and Internalizing Problems Reported by Adolescents of Age 14-18 Years. *Iliria International Review*.
37. Bahls, S. C. (2002). Epidemiology of depressive symptoms in adolescents of a public school in Curitiba, Brazil. *Rev Bras Psiquiatr*, 24 (2); 63-7.
38. **Blazer, D. G., Kessler, R. C., & McGonagle, K. A.** (1994). The prevalence and distribution of major depression in a national community sample. *American Journal of Psychiatry*, 151, 979 -986
39. Compas, B. E., Howell, D. C., Phares, V., Williams, R. A., & Giunta, C. A. (1989). Risk Factors for Emotional/Behavioral Problems in Young Adolescents: A Prospective Analysis of Adolescent and Parental Stress and Symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57 (6), 732- 740.
40. Cambridge Dictionaries Online (2016). Parent definition. Retrieved from: <http://dictionary.cambridge.org>
41. Ciarrochi, J., Chan, A. Y. C., & Bajgar, J. (2001). Measuring emotional intelligence in adolescents. *Personality and Individual Differences* 31, 1105–1119.
42. Cohen, E., Zerach, G., & Solomon, Z. (2011). The Implication of Combat- Induced Stress Reaction, PTSD, and Attachment in Parenting Among War Veterans. *Journal of Family Psychology*, 25(5), 688- 398

43. Carlson, E. A., & Sroufe, L. A. (1995). Contribution of attachment theory to developmental psychopathology. *Developmental Psychopathology: Vol 1*. In: Cicchetti D, Cohen DJ, editors. *Theory and Methods*. New York: Wiley; pp. 581-617.
44. Cooper, M. L., Shaver, P. R., & Collins, N. L. (1998). Attachment styles, emotion regulation and adjustment in adolescence. *J Pers Soc Psychol*, 74:1380–97.
45. Costello, E. J., Egger, H. L., & Angold, A. (2005). 10-Year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 44:972–986
46. Crijnen, A. A. M., Achenbach, T. M., & Verhulst, F. C. (1999). Problems reported by parents of children in multiple cultures: The Child Behavior Checklist syndrome constructs. *American Journal of Psychiatry*, 156:569–574.
47. Chronis, A. M., Lahey, B. B., Pelham, W. E., Willams, Sh., Bauman, B. L., & Kipp, H. (2007). Maternal depression and early positive parenting predict future conduct problems in young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Developmental Psychology*, 43:70–82.
48. Connell, A. M., & Goodman, Sh. (2002). The association between psychopathology in fathers versus mothers and children's internalizing and externalizing behavior problems: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 128:746–773.
49. Cummings, E. M., Keller, P. S. & Davies, P. T. (2005). Towards a family process model of maternal and paternal depressive symptoms: Exploring multiple relations with child and family functioning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46 (5): 479–489.
50. Cassano, M., Adrian, M., Veits, G., & Zeman, J. (2006). The inclusion of fathers in the empirical investigation of child psychopathology: An update. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35, 583-589.
51. Combs-Ronto, L., Olson, S.L., Lunkenheimer, E.S., & Sameroff, A.J. (2009). [Interactions between maternal parenting and children's early disruptive behavior: Bidirectional associations across the transition from preschool to school](#). *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 1151-1163

52. Chaplin, T. M. (2015). Gender and Emotion Expression: A Developmental Contextual Perspective. *Emot Rev*, 7 (1): pp.14-21.doi: [10.1177/1754073914544408](https://doi.org/10.1177/1754073914544408)
53. Compos, B. E., Oppedisano, G., Connor, J. K., Gerhardt, C. A., Hinden, B. R., & Achenbauch, T. M. (1997). Gender Differences in Depressive Symptoms in Adolescence: Comparison of National Samples of Clinically Referred and Nonreferred Youths. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(4): pp.617-626.
54. Clay, H., Surgenor, L. J., & Frampton, C. M. (2008). Assessing emotional and behavioral problems in children: Factors associated with multiple informant consistency in New Zealand. *New Zealand Journal of Psychology*, 37(1).
55. Connell, A., Bullock, B. M., Dishion, T. J., Shaw, D., Wilson, M., & Gardner, F. (2008). Family intervention effects on co-occurring early childhood behavioral and emotional problems: A latent transition analysis approach. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(8), 1211-25.
56. Chavira, D. A., Stein, M. B., Bailey, K., & Stein, M. T. (2004). Comorbidity of generalized social anxiety disorder and depression in a pediatric primary care sample. *J Affect Disord*, 80:163-171.
57. Department of Veterans Affairs (2013). Federal Benefits for Veterans, Dependents and Survivors. Retrieved from: www.va.gov
58. DSM-IV (2002). Diagnostic Criteria for Major Depressive Disorder and Depressive Episodes. Retrieved from: <http://www.psnpaloalto.com/>
59. Dashiff, C., DiMicco, W., Meyers, B., & Sheppard, K. (2009). Poverty and adolescent mental health. *J. Child Adolesc Psychiatr Nurs*, 22 (1): 23-32. doi: 10.1111/j.1744-6171.2008.00166.x.
60. Deater-Deckard, K. (2004). *Parenting stress*. New Haven, CT: Yale Univ. Press.
61. Daud, A., Klinteberg, B. R., & Rydelius, P. (2008). Resilience and vulnerability among refugee children of traumatized and non-traumatized parents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2:7, doi. 1186/1753-2000-2-7.
62. Dekel, R., & Goldbalt, H. (2008). Is there Intergenerational Transmission of Trauma? The Case Combat Veterans' Children. *American Journal of Orthopschiatry*. Vol. 78, No. 3, 281- 289.

63. Dinshtein, Y., Dekel, R., & Pollicak, M. (2011). Secondary Traumatization Among Adult children of PTSD Veterans: The Role of Mothers - Child Relationship. *Journal of Family Social work*, 14:109- 124.
64. Elgar, F. J., Mills, R. S., McGrath, P. J., Waschbausch, D. A., & Brownridge, D. A. (2007). Maternal and paternal depressive symptoms and child maladjustment: the mediating role of parental behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35 (6): 943-55.
65. Essau, C. A. (2003). Comorbidity of anxiety disorders in adolescents. *Depression and Anxiety*, 18 (1); 1-6. DOI: 10.1002/da.10107
66. Elgar, F. J., Arlett, C. & Groves R. (2003). 'Stress, coping, and behavioural problems among rural and urban adolescents'. *Journal of Adolescence*, 26, 574-585.
67. Fellous, J. M., & Arbib, M. A. (2005). *Who Needs Emotions? The Brain Meets the Robot*. Oxford: Oxford University Press.
68. Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotion. *American Psychologist*, 56, 218-226.
69. Fanaj, N., Melonashi, E., Drevnja, F., & Haxhibeqiri, S. H. (2015). Depression, Anxiety, Hopelessness and Self-esteem in a Clinical Sample of Adolescents in Kosovo. *European Psychiatry*, 30(1);1139. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338\(15\)30935-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(15)30935-4)
70. Franziska, R. (2013). Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review. Retrieved from: <https://ideas.repec.org>
71. Formoso, D., Gonzales, N. A., & Aiken, L. S. (2000). Family conflict and children's internalizing and externalizing behavior: Protective factors. *American Journal of Community Psychology*, 28(2), 175-99.
72. Franic, T., Kardum, G., Prizmic, I. M., Pavletic, N., & Marcinko, D. (2012). Parental involvement in the year in Croatia 1991-1995 and suicidality in Croatia male Adolescents. *Croat med Journal*. 53: 244- 53.
73. Fanaj, N., Melonashi, E. & Shkembi, F. (2015). Self-esteem and Hopelessness as Predictors of Emotional Difficulties: A Cross-sectional Study among Adolescents in Kosovo. DOI: 10.1016/j.sbspro.2014.12.626

74. Goodman, SH., & Tully, E. (2006). Depression in women who are mothers: An integrative model of risk for the development of psychopathology in their sons and daughters. In: Keyes CLM, Goodman SH, editors. *Women and depression: A handbook for the social, behavioral, and biomedical sciences*. New York, NY: Cambridge University Press: pp. 241–280.
75. Goodman, S., & Gotlib, I. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review*, 106, 458-490.
76. Gershoff, E. T. (2002). Parental corporal punishment and associated child behaviors and experiences: A meta-analytic and theoretical review. *Psychological Bulletin*, 128, 539–579.
77. Greene ML., Way N. (2005). Self-Esteem Trajectories among Ethnic Minority Adolescents: A Growth Curve Analysis of the Patterns and Predictors of Change. *J Res Adolesc* 15(2): 151-178.
78. Galovski, T., & Lyons, J. A. (2004). Psychological sequelae of combat violence: A review of the impact of PTSD on the veteran's family and possible interventions. *Aggression and Violent Behavior*. Vol. 9, pp. 477- 501.
79. Halimi, R., & Halimi, H. (2015). Risk among Combat Veterans with Post-traumatic Stress Disorder: The Impact of Psychosocial Factors on the Escalation of Suicidal Risk. *Arch Neuropsychiatry*, 52: 263-266. DOI:10.5152/npa.2015.7592
80. Hamburg, B. A. (1974). Early Adolescence: A specific and stressful stage of the life cycle, in G. V. Cuelho, D. A. Hamburg, & J. E. Adams (Eds), *Coping and adoption* (pp. 101-126). New York: Basic Books.
81. Hutchinson, D. M., Maloney, E. A., Vogli, L. E., & Mattick, R. P. (2008). Adolescent drinking: The influence of Parental attitudes modeling and alcohol supply. *Psych*, 30:12-13.
82. Harvard Health Publication (2005). The adolescent brain: Beyond raging hormones. Retrieved from: <http://www.health.harvard.edu>
83. Halperin, J. M., Newcorn, J. H., Schwartz, S. T., *et al.* (1997). Age-related changes in the association between serotonergic function and aggression in boys with ADHD. *Biological Psychiatry*, 41, 682 -689.

84. Hudson, J. L., Rapee, R. M. (2001). Parent-child interactions and anxiety disorders: An observational study. *Behaviour Research and Therapy*, 39; 1411-1427.
85. Haskett, M., Scott, S., Grant, R., Ward, C., & Robinson, C. (2003). Child-related cognitions and affective functioning of physically abusive and comparison parents. *Child Abuse and Neglect*, 27, 663–686.
86. Hutton, A. (2010). How Adolescents use Ward Space. *Journal of Advanced Nursing*.
87. Irvin, C. E., & Millstein, S. G. (1986). Biopsychosocial correlates of risk-taking behaviors during adolescence. Can the physician intervene? *Journal of Adolescent Health Care*, 7: 825-965.
88. Jurgelun-Todd, D. (2007). Emotional and cognitive changes during adolescence. *Curr Opin Neurobiol*; 17 (2): 251-7
89. Jessor, R., & Jessor, S. L. (1977). Problem behavior and psychological development: a longitudinal study of youth. New York , NY: Academic Press. Johnston, L. D., O'Malley, P. M., & Bachman
90. Johnson, J. G., Cohen, P., Chen, H., Kasen, S., & Brook, J. S. (2006). Parenting behaviors associated with risk for offspring personality disorder during adulthood. *Arch Gen Psychiatry*, 63 (5); 579-87.
91. KRCT (2006). Long-term Sequels of War, Social Functioning and Mental Health in Kosovo. Retrieved from: <http://www.ecoi.net>
92. KOHA (2015). Ende s'dihet numri i saktë i veteraëve të luftës. Lexuar në: www.koha.net
93. Kaplan, P. S. (2004). Adolescence. Boston: Houghton Mifflin Company.
94. Klaric, M., Kvesic, A., Mandic, V., Petrov, B., & Franciskovic, T. (2013). Secondary Traumatization and Systemic Traumatic Stress. *Medicina Academica Mostariensis*. Vol. 1, No. 1, pp. 29- 36.
95. Kerr, M. E. (2000). One Family's Story: A Primer on Bowen Theory. *The Bowen Center for the Study of the Family*. <http://www.thebowencenter.org>

96. Kathleen, M. J., Michael, A., Malanchuk, O., Eccles, J. S., & Sameroff, A. (2003). Parents' Roles in Shaping Early Adolescents' Occupational Aspirations. *Child Development*, 72 (4); 1247-1266.
97. Kilpatrick, D., Resnick, H. S., Milanak, M. E., Miller, M. W., Keys, K. M., & Friedman, M. J. (2013). National estimates of exposure to potentially traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria. *Journal of Traumatic Stress*.
98. Kim-Cohen, J., Moffitt, T. E., Taylor, A., Pawlby, S. J., & Caspi, A. (2005). Maternal Depression and Children's Antisocial Behavior. Nature and Nurture Effects. *Arch Gen Psychiatry*, 62(2): 173-181. Doi:10.1001/archpsyc.62.2.173.
99. Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Swarz, M., Blazer, D. G., & Nelson, C. B. (1993). Sex and depression in the National Comorbidity Survey I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *Journal of Affective Disorders*, 25: 85–96.
100. Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Swarz, M., Blazer, D. G., & Nelson, C. B. (1993). Sex and depression in the National Comorbidity Survey I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *Journal of Affective Disorders*, 29, 85–96. doi: 10.1016/0165-0327(93)90026-G.
101. Kessler, R. C., Avenevoli, S., Merikangas, K. (2001). Mood disorders in children and adolescents: and epidemiologic perspective. *Biol Psychiatry*, 49(12); 1002-14.
102. Kark, S., Laukkanen, E., Lansmes-Antikainen, H., Voutilainen, A., & Pietila, A. M. (2014). Self-reported emotional and behavioral problems in Nepalese adolescents from urban and rural areas. *Nurs Health Sci*.doi: 10.1111/nhs.12169.
103. Lester, P., Mogil, C., Saltzman, W., Woodward, K., Nash, W., Leskin, G., Bursch, B., Green, S., Pynoos, R., & Beardslee, W. (2011). Families overcoming under stress: Implementing family-centered prevention for military families facing wartime deployments and combat operational stress. *Military Medicine*, 176 (1), 19-25.
104. Lupis, A. A. (2011). Inter-generation Transmission of Trauma i Croatia: Veterans' Families 20 Years After the Siege of Vukovar. www.irex.org
105. Levin, D., & Daynard, C. (2005). *The "So Far" guide for helping children and youth cope with the deployment of a parent in the military Reserves*. Psychoanalytic Couple and Family Institute of New England.

106. Lovejoy, M. C., Graczyk, P. A., O'Hare, E., & Neuman, G. (2000). Maternal depression and parenting behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 20 (5), 561-592.
107. Lynch, S. K., Turkheimer, E., D'Onofrio, B. M., Mendle, J., Emery, R. E., & Slutske, W. S. (2006). A genetically informed study of the association between harsh punishment and offspring behavioral problems. *Journal of Family Psychology*, 20:190–198
108. Louma, T., T., Kaukonen, P., Laippala, P., Puura, K., Salmeln, R., & Almqvist, F. (2001). Longitudinal study of maternal depressive symptoms and child well-being. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40; 1367-1374.
109. Long Jr, L. (2011). Social Learning: How Children / Adolescents Learn through Self-Regulation and Reinforcements. *Psychosocial Issue*.
110. Lau, J. Y. F., Gregory, A. M., Goldwn, M. A., Pine, D. S., & Eley, T. C. (2007). Assessing gene–environment interactions on anxiety symptom subtypes across childhood and adolescence. *Development and Psychopathology*, 19:1129–1146.
111. Lyons, J. A. (2007). The returning warrior: Advice for families and friends. In C. R. Figley & W. P. Nash (Eds.), *Combat stress injury: Theory, research and management* (pp. 311-324). New York, NY: Routledge
112. LaMotte, A. D., Taft, C. T., Reardon, A. F., & Miller, M. W. (2014). Agreement between veteran and partner reports of intimate partner aggression. *Psychol. Assess.*, 26, 1369-1374.
113. Mental Health Inovators (1999). Mental Health System Reform in Kosovo. Retrieved from: <http://mhinnovation.net>
114. Ministria e Shëndetësisë (2011). Strategjia për shëndetin e nënës, fëmijës, adoleshentit dhe shëndetit riprodhues. www.kryeministri-ks.net
115. Marina-Marcus, M., Yasamy, T., van Ommeren, M., Chisholm, D., & Saxena, Sh. (2012). Depression. A Global Public Health Concern. WHO Department of Mental Health and Substance Abuse. Retrieved from: <http://www.who.int>

116. Makin-Byrd, K., & Gifford, E., McCutcheon, S., & Glynn, Sh. (2011). Family and couples treatment for Newly Returning Veterans. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42 (1), 47- 55.
117. Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York, NY: Guilford
118. MaCintyre, K. (2012). Empathic children more likely to effectively manage stress, behave prosocially. Retrieved from: <http://munews.missouri.edu>
119. Merikangas, K. R., Burnstein, H. E. J., Swanson, S. A., Avenoli, S., Cui, L., Benjet, C., Georgiades, K., & Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: Results from the National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement (NCS-A) *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49:980–989
120. Moataz, M., Abdel-Rahman, A., Al-Asmary, S.M., Al-Helali, N. S., Al-Jabbani, T. M., & Arafa, M. A. (2004). Emotional and Behavioral Problems Among Male Saudi Schoolchildren and Adolescents Prevalence and Risk Factors. *German Journal of Psychiatry*
121. Monshouwer, K., Verdumen, J., Dorsselaer, S., Smit, E., Gorter, A., & Vollebergh, W (2008). Adolescents and risk-taking behaviour. *Ultercht: Trimbos-Instituut*.
122. McLure, E. B., Brennan, P. A., Hammen, C., & Le Brocque, R. M. (2001). Parental Anxiety Disorders, Child Anxiety Disorders and the Perceived parent-Child relationship in an Australian High- Risk sample. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29 (1); 1-10.
123. Maloney, E. A., Ramirez, G., Gunderson, E. A., Levine, S. C., & Beilock, S. L. (2015). Intergenerational effects of parents' math anxiety on children's math achievement and anxiety. *Psychological Science*. doi:10.1177/0956797615592630
124. McLearn, K. T., Minkovitz, C. S., Strobino, D. M., Marks, E., Hou, W. (2006). The timing of maternal depressive symptoms and mothers' parenting practices with young children: implications for pediatric practice. *Pediatrics*, 118 (1); 174-82.
125. Mendelson, T., Kubzansky, L. D., Datta, G. D., Buka, S. L. (2008). Relation of female gender and low socioeconomic status to internalizing symptoms among

adolescents: A case of double jeopardy? *Social Science and Medicine*, (6): 1284–1296.

126. Mullins, S. S. (2010). Cross Informant Agreement among Parents and Children. Marshall University. Retrieved from: <http://mds.marshall.edu>
127. Marchand, J. F., & Hock, E. (2003). Mothers' and fathers' depressive symptoms and conflict resolution strategies in the marriage and children's externalizing and internalizing behaviors. *The Journal of Genetic Psychology*, 164 (2), 227-39.
128. Miller, N. B., Cowan, P. A., Cowan, C. P., Hetherington, E. M., & Clingempeel, G. (1993). Externalising in preschoolers and early adolescents: A cross-study replication of family model. *Developmental Psychology*, 23; 3-18.
129. Marsanic, V. B., Margetic, B. A., Jukic, V., Matko, V., & Grigic, V. (2015). Self-reported emotional, parent-adolescent bonding and family functioning in clinically referred adolescent offspring of Croatia PTSD war veterans. *European Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 23 (5), pp. 295-306.
130. Mansfield, A. J., Kaufman, J. S., Engel, C. C., & Gaynes, B. N. (2011). Deployment and mental health diagnoses among children of US Army personnel. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 165(11), 999-1005.
131. Mozafari, M. R., Ghanizadeh, A., Ashkani, H., Firoozabadi, A., Alishahi, M. J., Dehbozorgi, Q. R., & Adib, M. (2009). The prevalence of anxiety and depression disorders in the children of veterans of Shiraz, Iran: a case control study. *Qom University of Medical Sciences Journal*, 3 (2), 19- 24.
132. McClure, E. B., Brennan, P. A., Hammen, C., & Le Brocque, R. M. (2001). Parental Anxiety Disorders, Child Anxiety Disorders, and the Perceived Parent-Child Relationship in an Australian High-Risk Sample. *Journal of Abnormal child Psychology*, 29 (1), 1- 10.
133. Nicholson, J., Biebel, K., Hinden, B., Henry, A., & Stier, L. (2001). Chapter IV. Having a parent with mental illness: Child outcomes. In *Critical issues for parents with mental illness and their families*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA).
134. Nelson, E. E., Leibenluft, E., McClure, E. B., & Pine, D. S. (2005). The social re-orientation of adolescence: A neuroscience perspective on the process and its relation to psychopathology. *Psychological Medicine*, 35, 163-174.

135. Navarro, H. A., Sedler, F. J., Schwarts, R. D., Baker, F. E., Dobbns, S. S., & Slotkin, T. A. (1989). Prenatal exposure to nicotine impairs nervous system development at a dose which does not affect viability or growth. *Brain Res Bull*, 23:187–192. doi: 10.1016/0361-9230(89)90146-9.
136. NICHCY (2014). Emotional Disturbance. Center for Parent Information and Resources.
137. Orcutt, H. K., King, L. A., & King, D. W. (2003). Male-perpetrated violence among Vietnam veteran couples: Relationships with veteran's early life characteristics, trauma history, and PTSD symptomatology. *Journal of Traumatic Stress*, 16 (4), 381-390. doi: 10.1023/a:1024470103325
138. Pedras, S., & Pereira, G. (2014). Secondary Traumatic Stress Disorder in War Veterans' Adult Offspring. *Military Behavioral Health*. 2: 52 – 58.
139. Palmer, C. (2013). A theory of risk and resilience factors in military families. *Military Psychology*, vol. 20(3), pp. 205.
140. Paris, R., Devoe, E. R., Ross, A. M., & Acker, M. L. (2010). When a Parent Goes to War: effects of Parental Deployment on Very Young Children and Implication for Intervention. *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 80 (4), pp. 610-618.
141. Paul, M. A., & Khan, W. (2004). Multi-informant reporting of behavioral and emotional problems of school students. *Delhy Psychiatry Journal*, 17 (1).
142. Penjawani, N., Chaplin, T. M., Sinha, R., Mayes, L. C. (2015). Gender Differences in Emotion Expression in Low-Income Adolescents Under Stress. *Journal of Nonverbal Behavior*, pp.1-16.
143. Pascual, A., Etxebarria, I., Ortega, I., & Ripalda, A. (2012). Gender Differences in Adolescence in Emotional Variables Relevant to Eating Disorders. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12 (1): 59-68
144. Perry, B. D. (2007). Stress, Trauma and Post-traumatic Stress Disorder in Children. The Child Trauma Academy.
145. Paris, R., Devoe, E. R., Ross, A. M., & Acker, M. L. (2010). When a Parent Goes to War: effects of Parental Deployment on Very Young Children and Implication for Intervention. *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 80 (4), pp. 610- 618.

146. Peach, H. (2006). Australian's Vietnam Veterans. *Australian Family Physician*, vol. 35 (8).
147. Puzzanchera, C. (2009). Juvenile arrests 2008. U. S. Department of Justice, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention. Retrieved from <http://www.ncjrs.gov/pdf/files1/ojjdp/228479.pdf>
148. Psychology Dictionary (2016). What is Prevalence. Retrieved from: <http://psychologydictionary.org>
149. Riggs, D. S., Byrne, C. A., Weathers, F. W., & Litz, B. T. (1998). The quality of the intimate relationships of male Vietnam veterans: Problems associated with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*. 11, 87–101.
150. Ray, S. L., & Vanstone, M. (2009). The impact of PTSD on veterans' family relationship: An interpretative phenomenological inquiry. *Internacional Journal of Nursing Studies*, vol. 46 (6), pp. 838-847
151. Romeo, R. D. (2013). The Teenage Brain: The Stress Response and the Adolescent Brain. *Curr Dir Psychol Sci*, 22 (2); 140-145. doi: [10.1177/0963721413475445](https://doi.org/10.1177/0963721413475445)
152. Rapee, R. M., Schniering, C. A., Hudson, J. L. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5:311-341.
153. Riggins-Caspers, K. M., Cadoret, R. J., Knutson, J. F., & Langbehn, D. (2003). Biology-Environment Interaction and Evocative Biology-Environment Correlation: Contributions of Harsh Discipline and Parental Psychopathology to Problem Adolescent Behaviors. *Behavioral Genetics*, 33 (3), pp. 205-220.
154. Roelofs, J., Meesters, C., Mijke, T. H., Bamelis, L., & Muris, P. (2006). On the links between attachment style, parental rearing behaviors, and internalizing and externalizing problems in non-clinical children. *Journal of Child and Family Studies*, 15 (3), 319-332.244.
155. Ranta, K., Kaltiala-Heino, R., Rantanen, P., & Marttunen, M. (2009). Social phobia in Finnish general adolescent population: Prevalence, comorbidity, individual and family correlates, and service use. *Depression and Anxiety*, 26, 528-536.

156. Reed, S. C., Bell, J. F., & Edwards, T. C. (2011). Adolescent well-Being in Washington State Military Families. *American Journal of Public Health*. Vol 101, No. 9.
157. Renk, K., & Phares, V. (2004). Cross-informant ratings of social competence in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 24; 239 – 254.
158. Shahini, M., Rescorla, L., Wancata, J., & Ahmeti, A. (2015). Mental health problems in Kosovar adolescents: results from a national mental health survey. *Neuropsychiatry*, 29 (3); 125-32.doi: 10.1007/s40211-015-0155-9.
159. Sayers, S. L., Farrow, V. A., Ross, J., & Oslin, D. W. (2009). Family Problems Among Recently Returned Military Veterans referred for a Mental health Evaluation. *Journal of Clinical Psychiatry*, pp. 1- 8.
160. Schick, M., Morina, N., Klaghofer, R., Schnyder, U., & Muller, J. (2013). Trauma, Mental health, and intergenerational associations in Kosovar Families 11 years after the war. *European Journal of Psychotraumatology*, 4: 21060.
161. Strauss, C. C., Last, C. G., Hersen, M., & Kazdin, A. (1988). Association between anxiety and depression in children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16 (1); 57-68.
162. Stormont, M. (2000). Early child risk factors for externalizing and internalizing behaviors: A 5 year follow-forward assessment. *Journal of Early Intervention*, 23 (3), 180-184,186-190.
163. Srinath, S., Girimaji, S. C., Gururaj, G., Seshadri, S., Subbakrishna, D. K., Bhola, P., & Kumar, N. (2005). Epidemiological study of child & adolescent psychiatric disorders in urban & rural areas of Bangalore, India. *Indian J Med Res*, 122 (1): 67-79.
164. Smart, D., Vassallo, S., Sanson, A., & Dussuyer, I. (2004). Patterns of Antisocial Behaviour from Early to Late Adolescence . Australian Institutet of Criminology.
165. Simon, R. V., Nath, L. E. (2004). Gender and Emotion in the United States: Do Men and Women Differ in Self-Reports of Feelings and Expressive Behavior? *AJS* Volume 109 Number 5: pp.1137–76
166. Stapley, J. C., & Haviland, J. M. (1989). Beyond Depression: Gender Differences in Normal Adolescents' Emotional Experiences. *Sex Roles*, vol. 20: pp.5-6.

167. Siennick, Sonja E. (2007). The Timing and Mechanisms of the Offending-Depression Link. *Criminology*, 45 (3): 701-734.
168. Silber, T. J. (2011). Somatization disorders: diagnosis, treatment and prognosis. *Pediatric Review*, 32 (2); 56-63.
169. Santalahti, P., Aromaa, M., Sourander, A., Helenius, H., & Piha, J. (2005). Have there been changes in children's psychosomatic symptoms? A 10-year comparison from Finland. *Pediatrics*, 115, e434–e442.
170. Saluja, G., Iachen, R., Scheidt, P. C., Overpeck, M. D., Sun, W., & Giedd, J. N. (2004). Prevalence of and Risk Factors for Depressive Symptoms Among Young Adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 158 (8): 760-5. DOI:10.1001/ARCHPEDI.158.760.
171. Schunk, D. H. (2006). *Learning theories: An educational perspective* (5th ed). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education Inc.
172. Shirtcliff, E. (2009). Biological underpinnings of adolescent development. In R. DiClemente, J. S. Santelli, & R. A. Crosby (Eds.), *Adolescent health: Understanding and preventing risk behaviors*. Hoboken: Jossey-Bass
173. Salter, J. S. (2007). *The Psychopathology of Children of Australian Vietnam Veterans with Posttraumatic Stress Disorder* (Doctoral dissertation, Griffith University).
174. Schubert Center for Child Studies (2009). Effects on Emotional and Behavioral Problems from Early childhood through Adolescence. *Policy Brief*, 13.
175. Sreenivasan, S., Garrick, T., McGuire, J., Smee, D. E., Dow, D., & Woehl, D. (2013). Critical concerns in Iraq / Afghanistan war veteran-forensic interface: combat-related postdeployment criminal violence. *J. Am. Acad. Psychiatry Law*, 41, 263-273.
176. Spiegel, P. B., & Salama, P. (2000). War and Mortality in Kosovo, 1998-99, an epidemiological Testimony. *Lancet*. 355; 2204-2209.
177. Trentacosta, C. J., & Shaw, D. S. (2009). Emotional self-regulation, peer rejection, and antisocial behavior: Developmental associations from early childhood to early adolescence. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 30, 3, 356-65.

178. Tanner, J., Davies, S., & O'Grady, B. (1999). Whatever happened to yesterday's rebels? Longitudinal effects of youth delinquency and education and employment. *Social Problems*, 46, 250-274.
179. Turner, J. C., Hogg, M. A., Oakes, P. J., Reicher, S. D. & Wetherell, M. S. (1987). *Rediscovering the social group: A self-categorization theory*. Oxford and New York: Basil Blackwell
180. Tiller, J. W. G. (2012). Depression and anxiety. *MJA Open*, 4; 28-31.
181. UNICEF (2011). *Adolescence. An age of Opportunity. The State of the World's Children 2011, Executive Summary*. Retreved from: www.unicef.org
182. UNDP (2014). *Raporti i Zhvllimit Njerëzor në Kosovë. Migrimi si Forcë për Zhvillim*. Lexuar në: <http://www.ks.undp.org>
183. Van Damme, L., Collings, O., Pauwels, L. J. R., Vanderplasschen, W. (2015). Relationship between global and domain-specific self-evaluations and types of offending in community boys and girls. *Journal of Community Psychology*, 43 (8); 988-1004.
184. Voci, S., Beitchman, J., Brownlie, E., & Wilson, B. (2006). Social anxiety in late adolescence: The importance of early childhood language impairment. *Anxiety Disorders*, 20, 915–930.
185. Vostanis, P., Graves, A., Meltzer, H., & Goodman, R. (2006). Relationship between parental psychopathology, parenting strategies and child mental health: Findings from the GB national study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41 (7); 509-514.
186. Verduyn, P., & Brans, K.(2011). The relationship between extraversion, neuroticism and aspects of trait affect. *Personality and Individual Differences*, 52; 664–669
187. White, C. J., de Burgh, H. T., Fear, N. T., & Iversen, A. C. (2011). The impact of deployment to Iraq or Afghanistan on military children: A review of the literature. *International Review of Psychiatry*, 23 (2), 210- 217.
188. Waysman, M., Mikulincer, M., Solomon, Z., & Weisenberg, M. (1993). Secondary traumatization among wives of posttraumatic combat veterans: A family typology. *Journal of Family Psychology*. 7 (1): 104- 18.

189. Westernik, J., & Giarratano, L. (1999). The impact of posttraumatic stress disorder on partner and children of Australian Vietnam veterans. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 33(6), pp. 841- 847.
190. WHO (2006). Management of Substance Abuse. Alcohol. Retrieved from: www.who.int
191. Walton, K. E., Ormel, J., & Krueger, R. F. (2011). The dimensional nature of externalizing behaviors in adolescence: Evidence from a direct comparison of categorical, dimensional and hybrid models. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39;553-561.
192. Wagner, H. L. (1990). The spontaneous facial expression of differential positive and negative emotions. *Motivation and Emotion*, 14, 27-43
193. Walsh, W. A. & Mattingly, M. (2012). Understanding Child Abuse in Rural and Urban America: Risk Factors and Maltreatment Substantiation. Carsey Institute Issue Brief No. 50. Durham, NH: University of New Hampshire.
194. Webster-Stratton, C. (1990). Dina Dinosaur's Social Skills and Problem-Solving Curriculum. Seattle, WA: Incredible Years
195. Windle, M., & Mason, W. A. (2004). General and specific predictors of behavioral and emotional problems among adolescents. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 12 (1), 49-62.
196. Wiesel, R. L. (2007). Intergenerational transmission of trauma across three generations: a Preliminary study. *Qualitative Social Work*, vol. 6 (1), pp. 75-84.
197. Xu, M., Kushner, B., Benson, S. N., Mudrey-Camino, R., & Stener, R. P. (2010). The relationship between parental involvement, self-regulated learning, and reading achievement of fifth graders: A path analysis using the ECLS-K database. *Social Psychology of Education*, 13: 237–269.
198. Zargar, F. (2014). Impact of Psychological Problems and Marital Adjustment of Iranian Veterans on Their Children's Quality of Life and Happiness. *Arch Trauma Researches*, 3 (3): 15840.
199. Zakiya, S., Afroz, N. (2005). Depression in adolescence. *J. Life Earth Science*, 1 (1): pp.11-13 .

200. Zimmerman, B. (1998), Academic studying and the development of personal skill: A self-regulatory perspective. *Education Psychology*, 33 (2/3), 73-86.
201. Zuckerman, M. (1979). Sensation seeking: Beyond the optimal level of arousal. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
202. Zhang, L., Welte, J. W., & Wieczorek, W. F. (1999). The influence of parental drinking and closeness on adolescent drinking. *Journal of studies on alcohol*, 60 (2), 245- 251.

Burimet dytësore

1. Achenbach, T. M., Howell, C. T., McConaughy, S. H. (1995). Six - year predictors of problems in a national sample of children and youth: I. cross-informant syndromes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 336 -347
2. Appleton, A. A., Loucks, E. B., Rimm, E., & Kubansky, L. D. (2012). Childhood emotional functioning and the developmental origins of cardiovascular disease risk. *Journal of Epidemiology and Community Health* doi: 10.1136/jech - 2012-201008
3. Ahmad, A., Khalique, N., Khan, Z., & Amir, A. (2006). Prevalence of psychosocial problems among school going male adolescents. *Indian Journal of Community Medicine*, 32 (3); 219-221
4. Achenbach, T.M., McConaughy, S.H., & Howell, C. T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101(2); 213-32.
5. Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). Manual for ASEBA School-Age Forms & Profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
6. Byrne, C. A., & Riggs, D.S. (1996). The cycle of trauma: Relationship aggression in male Vietnam with symptoms of posttraumatic stress disorder. *Violence and Victims*, 11:213-225.
7. Boman, B. (1987). Antisocial behavior and the combat veteran. A review (with special reference to the Vietnam conflict). *Med. Law*, 6, 173-187.

8. Barkmann, C., Schulte - Markowrt, M. (2004). Prevalence of emotional and behavioral disorders in children and adolescents in Germany - A systematic literature review. *Psychiatrische Praxis* 31(6): 278-287
9. Belfer, M. L. (2008). Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *J Child Psychol Psychiatry*, 49 (3): 226-36. doi: 10.1111/j.1469-7610.2007.01855.x.
10. Beesdo, K., Knappe, S., & Pine, S. D. (2009). Anxiety and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Developmental Issues and Implications for DSM-V. *Psychiatr Clin North Am*, 32(3): 483-524. doi: 10.1016/j.psc.2009.06.002
11. Birmaher, C., & Brent, D. (1998). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Depressive Disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46 (11): 1503- 1526. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/chi.0b013e318145ae1c>
12. Bansal, V., Goyal, S., & Srivastava, K. (2009). Study of prevalence of depression in adolescent students of a public school. *Indian Psychiatry Journal*, 18 (1); 43-6. doi: 10.4103/0972-6748.57859.
13. Brody, Leslie R., and Judith Hall. (1993). "Gender and Emotion." Pp. 447–60 in *Handbook of Emotions*, edited by Michael Lewis and J. Haviland. New York: Guilford Press
14. Bota Sot (2015). Qerqi: Nga gjendja e rëndë ekonomike 48 veteranë kanë bërë vetëvrasje. Lexuar në: <http://botasot.info/>
15. Carroll, E. M., Rueger, D. B., Fow, D. W., et al., (1985). Vietnam combat veterans with post-traumatic stress disorder: an analysis of marital and cohabiting adjustment. *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 94, pp. 329- 337.
16. Craddock, N., & Jones, I. (1999). Genetics of bipolar disorder. *J Med Genet*, 36; 585-94
17. Canino, G., Shrout, P., & Rubio-Stipec, M. (2004). DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico: prevalence, correlates, service use and the effects of impairment. *Arch Gen Psychiatry*, 61:85–94.
18. Costello, J., Erkanli, A., & Angold, A. (2006). Is there an epidemic of child or adolescent depression? *Child Psycho Psychiatry*, 47 (12); 1263-71.

19. Cuffe, S. P., Addy, C. L., Garrison, C. Z. (1998). Prevalence of PTSD in a community sample of older adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 147 -154.
20. Costello, J., Erkanli, A., Fairbank, J. A., & Angold, A. (2002). The prevalence of potentially traumatic events in childhood and adolescence. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 99-112.
21. Cheung, A. K., Harden, K. P., & Tucker-Drob, E. M. (2014). Gene×Environment interactions in early externalizing behaviors: Parental emotional support and socioeconomic context as moderators of genetic influences? *Behavior Genetics*, 44, 468–486
22. Cosgrove, L., Brady, M. E., & Peck, P. (1995). PTSD and the family: Secondary traumatization. *The legacy of Vietnam veterans and their families: Survivors of war: catalysts for change*, 38- 49.
23. Daud, A., Skoglund, E., & Rydelius, P. A. (2005). Children in families of torture victims: transgenerational transmission of parents' traumatic experiences to their children. *Internal Journal of Social Welfare*, 14 (1); 23-32. DOI: 10.1111/j.1468-2397.2005.00336.x
24. Delaney-Black, V., Covington, C., Templin, T., Ager, J., Nordstrom-Klee, B., Martier, S. (2000). Teacher-assessed behavior of children prenatally exposed to cocaine. *Pediatrics*, 106:782–791.
25. Da Silva Junior, E. A., & Gomes, C. A. (2015). Psychiatric comorbidities among adolescents with and without anxiety disorders: a community study. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*.
26. Essex, M. J., Kraemer, H. C., Armstrong, J. M., Boyce, W. Y., Goldsmith, H. H., Klein, M. H., Kupfer, D. J. (2006). Exploring risk factors for the emergence of children's mental health problems. *Archives of General Psychiatry*, 63:1246–1256.
27. Eapen, L., Stewart, D., & Danjoux, C. (1989). Intraarterial cisplatin and concurrent radiation for locally advanced bladder cancer. *J Clin Oncol* 7: 230–235
28. Frankel, W. N., & Schork, N. J. (1996). Who's afraid of epistasis? *Nat Genet*, 14; 371-373.

29. Finkelhor, D., Mitchell, K. J., & Eölak, J. (2000). Online victimization: A report on the nation's youth (No. 6-00-020). Alexandria, VA: National Center for Missing & Exploited Children.
30. Feigenbaum, J. L., & Muller, C. (2016). Lead Exposure and Violent Crime in the Early Twentieth Century. Retrieved from: <http://scholar.harvard.edu>
31. Frick, P. J., & Silverthorn, P. (2001). Psychopathology in children. In P. B, Sutker & H. E. Adams (Eds.), *comprehensive handbook of psychopatology* (3rd ed.. pp. 881-920). New York: Kluwer. Academic/Plenum
32. Ferdinand, R. F., & Verhulst, F. C. (1995) Psychopathology from adolescence into young adulthood : an 8-year folloë-up study. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1586 -1594.
33. Fanaj, N., & Melonashi, E. (2014). A Systematic Evidence Revieë on Suicide in Kosovo. Sage Open.DOI: 10.1177/2158244014528717
34. Gouws, E. & Kruger, N. (1994). The adolescent: an educational perspective. Durban: Digma Publications.
35. Galovski, T., & Lyons, J. A. (2004). Psychological sequelae pf combate violence: A review f the impact of PTSD on the veteran's family and possible interventions. *Aggression and Violent Behavior*. Vol. 9, pp. 477- 501.
36. Gabbay, V., Oatis, M. D., Silva, R. R., & Hirsch, G. (2004). Epidemiological aspects of PTSD in children and adolescents. In Raul, R. Silva (Ed.) *Posttraumatic Stress Disorder in Children and Adolescnets: Handbook* (1-17). New York: Norton
37. Humanitarian Law Center (2012). Public Review of data on victims, killed and missing - Presentation in Belgrade. *The Kosovo Memory Book*. Retrieved 21 december 2015.
38. Holling, H., Blank, H., Kuchenbäcker, K., & Kuhn, J. T. (2008). Rule-based item design of statistical word problems: A review and first implementation. *Psychology Science Quarterly*, 50, 363-378.
39. Huma, B. (2010). Gender differences in impression formation. *Journal of Comparative Research in Anthropology and Sociology*, 1: pp. 57-72.

40. Herzog, J. R., Everson, R. B., & Whitworth, J. D. (2011). Do Secondary Trauma Symptoms in Spouses of Combat-Exposed National Guard Soldiers Mediate Impacts of Soldiers' Trauma Exposure on Their Children. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 28 (6), 459–473. doi:10.1007/s10560-011-0243.
41. Haefner, J. (2014). An application of Bowen family systems theory. *Isseus Ment Health Nurs*, 35 (11); 835-41. doi: 10.3109/01612840.2014.921257.
42. Ihle, W., & Esser, G. (2002). Epidemiology of psychological disorders in childhood and adolescence: prevalence, coursers, cormobidity and gender differences. *Psychologische Rundschau*, 53; 159-169.
43. Jellinek, M. S., & Snyder, J. B. (1998). Depression and Suicide in Children and Adolescents. *Pediatrics in Review*, 19 (8).
44. Jordan, B. K., Marmar, C. B., Fairbank, J. A., Schlenger, W. E., Kulka, R. A., Hough, R. L., et al. (1992). Problems in families of males Vitenam veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consultung and Clinical Psychology*, 60, 916 – 926.
45. Kashdan, T. B., Morina, N., & Priebe, S. (2009). Post-traumatic stress disorder, social anxiety disorder and depression in survivors of the Kosovo war: experiential avodiance as a contributor to distress and quality of life. *Journal of Anxiety Disorders*, 23 (2); 185-96.doi: 10.1016/j.janxdis.2008.06.006. Epub 2008 Jul 1.
46. Kaza, N. (2006). Adolescence, the Outbreaks Season. Tiranë: Migeeralb
47. KFOS (2014). Raport mbi Ligjin. Center for Research and Documentation. Retrieved from: <http://crdp-ks.org>
48. Kalaja, B., & Molliqaj, L. (2015). Lufta në paqe e veteranit. Lexuar në: www.cohu.org
49. Kingery, J. N., Ginsburg, G. S., & Alfano, C. A. (2007). Somatic symptoms and anxiety among African American adolescents. *Journal of Black Psychology*, 33, 363–378. doi:10.1177/ 0095798407307041
50. Kendziora, K. T., O’Leary, S. G. (1993). Dysfunctional parenting as a focus for prevention and treatment of children behavior problems.

51. Klaric, M., Kvesic, A., Mandic, V., Petrov, B., & Franciskovic, T. (2013). Secondary Traumatization and Systemic Traumatic Stress. *Medicina Academica Mostariensia*. Vol. 1, No. 1, pp. 29- 36.
52. Klaric, M., Franciskovic, T., Klaric, B., Kvesic, A., Kastelan, A., Graovac, M., & Lisica, I. D. (2008). Psychological Problems in children of War Veterans with Posttraumatic Stress Disorder in Bosnia and Herzegovina: Cross-Sectional Study. *Croat Med Jurnal*. 48: 481- 8.
53. Link, P. E., & Palinkas, L. A. (2013). Long-Term Trajectories and Services Needs for Military Families, *Clinical fo Children Family Psychology Review*, DOI: 10.1007/s10567-013-0145-z.
54. Lund, H. G., Reider, B. G., Whiting, A. B., & Prichard, J. R. (2010). Sleep patterns and predictors of disturbed sleep in a large population of college students. *J Adolesc Health*, 46 (2): 124-32.doi: 10.1016/j.jadohealth.2009.06.016.
55. Lorber, M. F., & O'Leary, S. G. (2005). Mediated paths to overreactive discipline: Mothers' experienced emotion, appraisals, and physical responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 5, 972–981. doi:10.1037/0022-006X.73.5.972.
56. Leung, D. W., & Slep, A. M. S. (2006). Predicting inept discipline: the role of parental depressive symptoms, anger, and attributions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74:524–534.
57. Lovejoy, M. C., Graczyk, P. A., O'Hare, E., & Neuman, G. (2000). Maternal depression and parenting behavior: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 20 (5); 561-92.
58. Miller, M.V., Reardon, A.F., Wolf, E.J., Prince, L.B., & Hein, C. L. (2013). Alcohol and drug abuse among U.S. veterans: comparing associations with intimate partner substance abuse and veteran psychopathology. *J Trauma Stress*, 26 (01); 71-6. doi: 10.1002/jts.21773. Epub 2013 Jan 16.
59. Moss, H. B. (1989). Psychopathy, aggression, and family history in male veteran substance abuse patients: a factor analytic study. *Addict. Behav.*, 14, 565-570.
60. MacDonald, C., Chamberlain, K., Long, N., & Flett, R. (1999). Posttraumatic stress disorder and interpersonal functioning in vietnam war veterans; a mediational model. *Journal of Trauma and stress*, vol. 12(4), pp. 701-707.

61. McNutt, J. (2005). Work adjustment of returning military reservists: The effect of deployment and organizational support (Doctoral dissertation). Available from ProQuest Dissertations and Theses database. (UMI no. 3171102)
62. McBurnett, K., Pfiffner, L. J., Capasso, L., Lahey, B. B., & Loeber, R. (1997). Children's aggression and DSM-III-R symptoms predicted by parent psychopathology, parenting practices, cortisol, and SES. In A. Raine (Ed.), *Biosocial bases of violence* (pp. 345–348.). New York, Plenum Press.
63. McLearn, K. T., Minkovitz, C. S., Strobino, D. M., Marks, E., Hou, W. (2006). Maternal depressive symptoms at 2 to 4 months post partum and early parenting practices. *Arch Pediatr Adolesce Med*, 160 (3); 279-84
64. Mihalas, S., Morse, W., Allsopp, D., & McHatton, P. (2009). Cultivating caring relationships between teachers and secondary students with emotional and behavioral disorders: Implications for research and practice. *Remedial and Special Education*, 30 (2): 108-125.
65. Magkalara, K., Bellos, S., Niakas, D., Styliandis, S., Kolaitis, G., Mavreas, V., & Skapinakis, P. (2015). Depression in late adolescence: a cross-sectional study in senior high schools in Greece. *BMC Psychiatry*, 15; 199. DOI:10.1186/s12888-015-0584-9.
66. National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse. (September 2007). *Community monitoring systems: Tracking and improving the well-being of America's children and adolescents*. NIH Publication No. 07-5852, from www.drugabuse.gov/pdf/cms.pdf .
67. NIMH (2014). Depression. Definition. *National Institute of Mental Health*. Retrieved from: <https://www.nimh.nih.gov>
68. Persons, J., Kehle, T. J., & Owen, S. V. (1990). Incidence of behavior problems among children of Vietnam war veterans. *School Psychology International*, vol. 11 (4), pp. 253-259.
69. Phares, V., Lopez, E., Fields, S., Kamboukos, D., & Duhig, A. M. (2005). Are fathers involved in pediatric psychology research and treatment? *Journal of Pediatric Psychology*, 30, 631-643. doi:10.1093/jpepsy/jsi050

70. Pastor, P. M., Reuben, C. A., & Duran, C. R. (2012). Identifying emotional and behavioral problems in children aged 4-17 years: United States, 2001-2007. *National Health Statistics Report*, 24 (48); 1-17.
71. Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience. The foundations of human and animal emotions*. New York: Oxford University Press
72. Rosenheck, R., & Fontana, A. (2005). Transgenerational effects of abusive violence on the children of Vietnam combat veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 11 (4): 731-742.
73. Roberts, R. E., & Sobhan, M. (1992). Symptoms of depression in adolescence: A comparison of Anglo, African and Hispanic Americans. *Journal of Youth and Adolescence*, 21; 639-651.1
74. Rosenheck, R., & Nathan, P. (1985). Secondary traumatization in the children of Vietnam veterans with post-traumatic stress disorder. *Hospital and Community Psychiatry*, 36, 538 –539.
75. Ruscio, A. M., Weathers, F. W., King, L. A., & King, D. W. (2002). Male war-zone veterans' perceived relationships with their children: The importance of emotional numbing. *Journal of traumatic stress*, 15 (5), 351- 357.
76. Shoebridge, J. (2010). "We, the family exist": Women's narratives about their experiences as wives and daughters of Australian and South Vietnamese veterans. *University of Wollongong Research Online*.
77. Samanta, A., Mukherjee, S., Ghosh, S., & Dasgupta, A. (2012). Mental health, protective factors and violence among male adolescents: a comparison between urban and rural school students in West Bengal. *Indian Journal of Public Health*, 56 (2); 155-8.doi: 10.4103/0019-557X.99916.
78. Simpson, A. (2008). Mental Health Careers. *Nursing Standard*, 22 (38), pp. 62-63. doi: 10.7748/ns2008.05.22.38.62.p4171
79. Steinberg, L. (2005). Cognitive and affective development in adolescence. *Trends in Cognitive Sciences*, 9: 69–74.
80. Susman, E. J., Dorn, L. D., & Chrousos, G. P. (1991). Negative affect and hormone levels in young adolescents: Concurrent and predictive

perspectives. *Journal of Youth and Adolescence*, 20: 167–190. doi: 10.1007/BF01537607.

81. Seguin, J. R., Boulerice, B., Harden, P., Tremblay, R. E., & Pihl, R. O. (1999). Executive functions and physical aggression after controlling for attention deficit hyperactivity disorder, general memory, and IQ. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*; 40: 1197–1208
82. Solomon, Z., Debby-Aharon, G. Z., & Horesh, D. (2011). Martial Adjustment, Parental Functioning, and Emotional Sharing in War Veterans. *Journal of Family Issues*, 32 (1), 127- 147.
83. Top Channel (2015). Vështirësitë e veteranit të UÇK. Lexuar në: <http://www.top-channel.tv>
84. Turner, S. M., Beidel, D. C., Roberson-Nay, R., & Tervo, K. (2003). Parenting behaviors in parents with anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 541–554. doi:10.1016/S0005-7967 (02)00028-1.
85. Taylor-Richardson, K. D., Heflinger, C. A., & Brown, T. N. (2006). Experience of strain among types of caregivers responsible for children with serious emotional and behavioral disorders. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 14(3), 157-168.
86. World Bank (1999). Toward Stability and Prosperity. A Program for Reconstruction and Recovery in Kosovo. Retrieved from: ec.europa.eu
87. Wedding, D. (1987). Substance abuse in the Vietnam veteran. *AAOHN. J.*, 35, 74-76.
88. Wood, J. J., McLeod, B. D., Sigman, M., Hwang, W. C., & Chu, B. C. (2003). Parenting and childhood anxiety: Theory, empirical findings, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44 (1), 134-151.
89. White, C. J., de Burgh, H. T., Fear, N. T., & Iversen, A. C. (2011). The impact of deployment to Iraq or Afghanistan on military children: A review of the literature. *International Review of Psychiatry*, 23 (2), 210- 217.
90. Zuckerman, M., Hall, J. A., DeFrank, R. S., & Rosenthal, R. (1976). Encoding and decoding of spontaneous and posed facial expressions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 34, 966-977.

91. Zahn-Waxler, C., Iannotti, R. J., Cummings, E. M., & Denham, S. (1990). Antecedents of problem behaviors in children of depressed mothers. *Development and Psychopathology*, 2:330
92. Zyra e Kryeministrit (2016). Alokimi i fondeve për veteranët. Lexuar në: <http://www.kryeministri-ks.net>

AUTOBIOGRAFIA



Eglantina Xhevahir Kraja, e lindur në Ersekë më 23 Dhjetor 1976.

E martuar dhe kam dy fëmijë, Ejsin dhe Egnilën.

Niveli arsimor: Shkollën fillore dhe të mesme i kam përfunduar në vendlindje. Studimet universitare i kam vazhduar në Fakultetin e Infermierisë në Universitetin e Tiranës, ku diplomohem në vitin

1999. Kam të mbaruar studimet universitare edhe në „Psikologji Shkollore“ në Fakultetin e Shkencave Politike pranë Universitetin Kristal në Tiranë, ku diplomohem në vitin 2011. Studimet pasdiplomike të nivelit të dytë në Master Shkencor në „Menaxhim në Shëndet Publik“, i kam mbaruar në Fakultetin e Shkencave Mjekësore pranë Universitetin Kristal në Tiranë, ku diplomohem në vitin 2012.

Eksperienca e punës: kam një eksperiencë të gjatë në fushën e mjekësisë, pedagogjisë dhe menaxhimit të shërbimeve shëndetësore publike dhe private, duke punuar në Shërbimin Parësor Shëndetësor, QSUT dhe Klinikën „IKEDA“ në Tiranë me detyra të ndryshme profesionale deri në menaxhim të shërbimit dhe institucionit nga viti 1999 deri 2002.

Nga viti 2002 kam punuar si pedagoge në Fakultetin e Infermierisë në Universitetin e Tiranës, dhe në Fakultetin e Shkencave Mjekësore në Universitetin Kristal në Tiranë. Nga viti 2009 deri në 2015 kam punuar si asistente në Departamentin e Infermierisë dhe Mamive, në Fakultetin e Mjekësisë në Universitetin „Hasan Prishtina“ në Prishtinë, ndërsa nga viti 2011 e tutje punoj si asistente në Fakultetin e Mjekësisë në Universitetin „Fehmi Agani“ në Gjakovë.

Në vitin 2014 kam punuar në Ministrinë e Shëndetësisë në pozitën e zyrtares për Monitorim dhe Vlerësim. Po ashtu në vitin 2014 kam filluar të punoj si ligjëruese në Fakultetin e Psikologjisë së Përgjithshme në Kolegjin Fama në Prishtinë, ku njëherit emërohem ud.Dekane e Fakultetit të Psikologjisë së Përgjithshme, dhe Pro-rektore e Kolegjit Fama në vitin 2015. Po ashtu, ushtroj detyrën/pozitën e Koordinatorës në Fakultetin e „Akademinë Italiane të Nutricionit“ në Prishtinë. Nga viti 2016 punoj si ligjëruese në Fakultetin e Shkencave Mjekësore në Kolegjin Fama në Prishtinë, njëherit po këtë vit emërohem Koordinate e programeve studimore në Fakultetin e Shkencave Mjekësore në Kolegjin Fama në Prishtinë.

Arsimimi dhe aktivitete të tjera:

- Trajnere e certifikuar për Shëndetin e Adoloshentëve / OBSH & UNFPA (2011).
- Trajnere e certifikuar për Dokumentacionin Unik Shëndetësor / Ministria e Shëndetësisë në Kosovë (2009).
- E certifikuar për Menaxhimin e Shëndetit Publik / Athinë, Greqi (2003/2004).
- E certifikuar për Hemodializë dhe Dializë Peritoneale / Spitali “Haxhi Kosta” - Janinë, Greqi (2001).
- Publikuese e shumë artikujve shkencor në revista shkencore dhe abstrakteve në Konferencat Ndërkombëtare dhe Kombëtare Shkencore (2001 – 2016).