

VETËVLERËSIMI DHE PASHPRESA SI FAKTORË RISKU PËR ZHVILLIMIN E PROBLEMATIKAVE EMOCIONALE DHE TË SJELLJES TEK ADOLESHENTËT KOSOVARË

Naim Fanaj

Dorëzuar
Universitetit European të Tiranës
Shkollës Doktorale

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

Udhëheqës shkencor: Erika Melonashi, PhD

Numri i fjalëve: 50.352

Tiranë, Shtator, 2015

DEKLARATA E AUTORËSISË

Ky studim është një kontribut origjinal i imi.

Më këtë rast kam pasur parasysh që të mos shkel mbi të drejtat e autorësisë së ideve, të dhënave të tjera.

Në këtë mënyrë kam arritur që të kem edhe lejen e autorëve të pyetësorëve të përdorur si instrumenta matës në këtë studim – SDQ dhe të shkallës së pashpresës.

Në të njejtën kohë kam shmangur mundësinë e mosvënies së referencave/citimeve të qarta të cilat i kam shfrytëzuar në studim.

ABSTRAKTI

Prevalenca në rritje e vështirësive emocionale dhe problemeve të sjelljes tek adoleshentët paraqet një çështje të rëndësishme të shëndetit publik për shumë vende, e veçanërisht për ato me popullatë të re, siç është rasti i Kosovës. Qëllimi i punimit është të njihet niveli i vështirësive emocionale , të problemeve të sjelljes, vetëvlerësimit dhe të pashpresës tek adoleshentët në Kosovë dhe të përcaktohet nëse vetëvlerësimi dhe pashpresa janë parashikues sinjifikativë të këtyre vështirësive emocionale dhe problemeve të sjelljes.

Pjesëmarrës në kampionin komunitar ishin 1162 adoleshentë të moshës ndërmjet 11 dhe 20 vjeç ($M=16.37$; $SD=1.58$. Kampioni klinik kishte 144 adoleshentë të moshës ndërmjet 11 dhe 20 vjeç ($M=15.25$; $SD=2.20$). Instrumentet matëse të përdorura ishin versionet shqip të The Strengths and Difficulties Questionnaire (Goodman,1997), Rosenberg Self-Esteem Scale (Rosenberg,1965) dhe Hopelessness scale for children (Kazdin, Rodgers, Colbus,1986). Rezultatet tregojnë se 17.2 % e pjesëmarrësve raportojnë nivel abnormal të vështirësive emocionale (28.5% në kampionin klinik), 56.9 % raportojnë nivel të ulët të vetëvlerësimit (60.4% në kampionin klinik) dhe 21.9 % (21.5% në kampionin klinik) raportojnë nivele të larta të pashpresës. Në kampionin komunitar vështirësitë emocionale në mënyrë sinjifikative (varianca 17%), parashikoheshin nga pashpresa ($\beta = .272$, $p < .00$), vetë-respekti ($\beta = .112$, $p < .00$), gjinia ($\beta = .258$, $p < .00$), dhe vendbanimi ($\beta = .128$, $p < .00$). Së bashku këta variabla shpjegojnë 17 % të variancës së vështirësive emocionale. Modeli parashikues për problemet e sjelljes shpjegon 14 % të variancës në këtë variabël.

Parashikues sinjifikativë ishin pashpresa ($\beta = .298$, $p < .00$), vetë-respekti ($\beta = .122$, $p < .00$), mosha ($\beta = .064$, $p < .04$), dhe vendbanimi ($\beta = .160$, $p < .00$). Kampioni klinik tregon nivele sinjifikativisht më të larta të vështirësive emocionale dhe problemeve në sjellje në krahasim me kampionin komunitar, por jo edhe për vetëvlerësimin dhe pashpresën. Vetëvlerësimi dhe sidomos pashpresa janë treguar si përcaktues të rëndësishëm dhe arrijnë nivelin si faktorë risku në zhvillimin e vështirësive emocionale dhe të sjelljeve problematike në kampionin komunitar, por vetëvlerësiminuk e arrinë një fuqi të tillë në rastin e kampionit klinik.

Përkundër fuqisë së ulët statistikore të gjetjeve është me rëndësi ti hulumtojmë këta raporte në studimet e ardhshme.

ABSTRACT

The increasing prevalence of emotional difficulties and behavioral problems in adolescents is an important issue of public health for many countries, and particularly for those with young population as in the case of Kosovo. The purpose of this paper is to recognize the level of emotional difficulties, behavioral problems, self-esteem and hopelessness among adolescents in Kosovo and to determine whether the self-assessment and hopelessness are significant predictors of these emotional difficulties and behavioral problems. Participants in the community sample were 1,162 adolescents aged between 11 and 20 years ($M = 16:37$; $SD = 1:58$). Clinical sample had 144 adolescents aged between 11 and 20 years ($M = 15:25$; $SD = 2.20$). Measuring instruments used were albanian versions of The Strengths and Difficulties Questionnaire (Goodman, 1997), Rosenberg Self-Esteem Scale (Rosenberg, 1965) and Hopelessness Scale for children (Kazdin, Rodgers, Colbus, 1986). Results show that 17.2% of participants reported abnormal levels of emotional difficulties (28.5% in the clinical sample), 56.9% low level of self-esteem (60.4% in the clinical sample) and 21.9% (21.5% in the clinical sample) high levels of hopelessness. In the community sample emotional difficulties significantly (17% variance) are predicted by the hopelessness ($\beta = .272$, $p < .00$), self-esteem ($\beta = .112$, $p < .00$), gender ($\beta = .258$, $p < .00$), and residence ($\beta = .128$, $p < .00$). Predictive model for behavioral problems explains 14% of variance in this variable. Significant predictors were hopelessness ($\beta = .298$, $p < .00$), self-esteem ($\beta = .122$, $p < .00$), age ($\beta = .064$, $p < .04$), and residence ($\beta = .160$, $p < .00$). Significantly clinical sample shows higher levels of emotional difficulties and behavioral problems compared to the community sample, but not for self-esteem and hopelessness. Self-esteem and especially hopelessness have proven as important determinants and reached level of risk factors in the development of emotional difficulties and problematic behavior in the community sample, but not in a clinical sample. Despite the low statistical power of the findings it is important to examine these reports in future studies.

DEDIKIMI

Ky studim i dedikohet fëmijëve të mi që sapo kaluan moshën e adoleshencës, familjes sime si dhe të gjithë adoleshentëve kosovarë!

FALENDERIME

Shpreh një falenderim të singertë për udhëheqësen time shkencore, Erika Melonashi; e cila ka qenë e pakursyer në kohë dhe përkushtim me këshillat e saja të vlefshme shkencore!

PËRMBAJTJA E LËNDËS

Kapitulli I. Hyrja.....	1
Kapitulli II. Adoleshenca: Një vështrim zhvillimor.....	3
2.1 Aspektet fizike të zhvillimit në adoleshencë.....	5
2.2 Aspektet kognitive të zhvillimit në adoleshencë.....	7
2.3 Aspektet e zhvillimit emocional në adoleshencë.....	14
2.4 Aspektet sociale të zhvillimit në adoleshencë, vetëvlerësimi.....	17
2.5 Fazat dhe stadet e adoleshencës	28
Kapitulli III. Vështirësitë emocionale dhe sjelljet problematike si dhe lidhshmëria e tyre me vetëvlerësimin dhe pashpresën.....	33
3.1 Vështirësitë emocionale në adoleshencë.....	34
Faktorët për zhvillimin e problemeve emocionale.....	36
Prevalenca e vështirësive emocionale në adoleshencë.....	39
3.2 Problemet në sjellje në adoleshencë	41
Aspekti zhvillimor i problemeve të sjelljes	41
Faktorët shkaktues të sjelljeve problematike.....	43
Prevalenca e sjelljeve problematike në adoleshencë.....	47
3.3 Diskutimi teorik mbi konceptet e vështirësive emocionale (internalizuese) dhe sjelljeve problematike (eksternalizuese).....	49
3.4 Vetëvlerësimi në lidhshmëri me vështirësitë emocionale dhe sjelljet problematike në adoleshencë	52
Studimi i vetëvlerësimit në përgjithësi.....	52
Studimet lidhur me rëndësinë e vetëvlerësimit në raport me vështirësitë emocionale dhe sjelljet problematike	54
3.5 Pashpresa në lidhshmëri me vështirësitë emocionale dhe sjelljet problematike në adoleshencë	63
Studimet për pashpresën në përgjithësi	63
Studimet lidhur me rëndësinë e pashpresës në raport me vështirësitë emocionale dhe sjelljet problematike	69
3.6 Vetëvlerësimi dhe pashpresa së bashku në lidhshmëri me vështirësitë emocionale dhe sjelljet problematike në adoleshencë.....	72
Kapitulli IV. Adoleshenca në Kosovë	74
4.1 Analizë e shkurtër e përgjithshme e rrjedhave të adoleshencës në Kosovë	74
4.2 Studimet për vështirësitë emocionale, problemet në sjellje, vetëvlerësimin dhe pashpresën në Kosovë.....	84
Kapitulli V. Shtrimi i problemit	91
5.1 Qëllimi i punimit	94
5.2 Pyetjet kërkimore të punimit dhe hipotezat	95
Kapitulli VI. Metodologjia	98
6.1 Kampioni	98
Kampioni komunitar	98
Kampioni klinik	100

6.2 Instrumentet matëse	103
Përdorimi i pyetësorëve me qëllim diskriminimi.....	106
6.3 Procedura e hulumtimit.....	108
6.4 Dizajni i hulumtimit	108
Kapitulli VII. Rezultatet	113
7.1 Kampioni në komunitet	113
Përshkrimi statistikor i variablave.....	113
Korelacionet në mes të variablave.....	115
Analiza krahasimore mes grupeve të variablave të pavarura.....	124
Analiza krahasimore mes grupeve të variablave të pavarura dhe vështirësive emocionale.....	127
Analiza krahasimore mes grupeve të variablave të pavarura dhe sjelljeve problematike.....	129
Regresioni shumfishtë standard	133
7.2 Kampioni klinik	135
Përshkrimi statistikor i variablave të varura.....	135
Korelacionet në mes të variablave	137
Analiza krahasimore mes grupeve të variablave të pavarura.....	144
Analiza krahasimore mes grupeve të variablave të pavarura dhe vështirësive emocionale	146
Analiza krahasimore mes grupeve të variablave të pavarura dhe sjelljeve problematike	148
Regresioni i shumfishtë standard	151
Aftësia klasifikuese për çrregullimet në kampionin klinik.....	152
7.3 Analiza krahasimore mes kampionit komunitar dhe atij klinik	156
Përputhshmëria mes kampionit komunitar dhe atij klinik.....	157
Dallimet mes kampionëve në nivelin e vështirësive emocionale dhe të sjelljeve problematike	157
Dallimet në mes të dy kampionëve për variablat e pavarura të vetëvlerësimit dhe pashpresës	159
Krahasimi i korelacioneve të gjetura të kampionëve komunitar dhe klinik.....	161
Krahasimi i gjetjeve të aftësive parashikuese të variablave të pavarura në kampionin komunitar dhe klinik.....	166
Aftësia e dallimit në mes subjekteve klinike dhe komunitare të kampionit.....	167
Kapitulli VIII. Diskutimi i gjetjeve.....	169
8.1 Gjetjet për variablat e pavarura: vetëvlerësimin dhe pashpresën.....	169
8.2 Gjetjet për vështirësitë emocionale	178
8.3 Gjetjet për sjelljet problematike	184
8.4 Parashikimi i nivelit të vështirësive emocionale dhe të sjelljeve problematike	189
8.5 Aftësia diskriminuese e variablave në mes të subjekteve klinike dhe	

komunitare dhe të problematikës internalizuese dhe eksternalizuese në kampionin klinik.....	191
8.6 Kufizimet e punimit	192
Kapitulli IX. Përfundime dhe rekomandime	194
Literatura.....	199
Shtojca A. Pyetësorët e përdorur	253
Shtojca B. Figurat	256

LISTA E TABELAVE DHE FIGURAVE

Tabelat

Tabela 1. Numri dhe përqindja e pjesëmarrsëve në kampionin komunitar sipas gjinisë	99
Tabela 2. Numri dhe përqindja e pjesëmarrsëve në kampionin komunitar sipas vendbanimit	99
Tabela 3. Numri dhe përqindja e pjesëmarrsëve në kampionin komunitar sipas grupmoshës	100
Tabela 4. Numri dhe përqindja e pjesëmarrsëve në kampionin klinik sipas gjinisë	101
Tabela 5. Numri dhe përqindja e pjesëmarrsëve në kampionin klinike sipas vendbanimit	101
Tabela 6. Numri dhe përqindja e pjesëmarrsëve në kampionin klinik sipas grupmoshës.....	102
Tabela 7. Paraqitja tabelare e diagnozave dhe gjendjeve të rasteve klinike sipas frekuencës dhe përqindjes	103
Tabela 8. Paraqitja tabelare e eksplorimit të normalitetit të shtrirjes së variablave në kampionin komunitar	110
Tabela 9. Paraqitja tabelare e eksplorimit të normalitetit të shtrirjes së variablave në kampionin klinik.....	111
Tabela 10. Numri dhe përqindja e rasteve sipas nivelit të rezultateve të variables së vetëvlerësimit në kampionin komunitar.....	113
Tabela 11. Numri dhe përqindja e rasteve sipas nivelit të rezultateve të variables së pashpresës në kampionin komunitar	114
Tabela 12. Numri dhe përqindja e rasteve sipas nivelit të rezultateve të variables së vështirësive emocionale në kampionin komunitar	114
Tabela 13. Analiza deskriptive për problemet e sjelljes në kampionin komunitar	115
Tabela 14. Korrelacionet në mes të variablave të pavarura dhe të varura në kampionin komunitar.	116
Tabela 15. Korrelacionet në mes të variablave të pavarura dhe të varura në kampionin komunitar sipas gjinisë	118
Tabela 16. Korelacionet në mes të variablave të pavarura dhe të varura në kampionin komunitar sipas vendbanimit	120

Tabela 17. Korrelacionet në mes të variablave të pavarura dhe të varura në kampionin komunitar sipas grupmoshës.....	121
Tabela 18. Korelacionet në mes të variablës së vështirësive emocionale dhe të sjelljeve problematike në kampionin komunitar sipas gjinisë	123
Tabela 19. Korelacionet në mes të variablës së vështirësive emocionale dhe të sjelljeve problematike në kampionin komunitar sipas vendbanimit.....	123
Tabela 20. Korelacionet në mes të variablës së vështirësive emocionale dhe të sjelljeve problematike në kampionin komunitar sipas grupmoshës	124
Tabela 21. Paraqitja tabelare e Mann-Whitney U testit për vetëvlerësimin sipas gjinisë dhe vendbanimit në kampionin komunitar	124
Tabela 22. Paraqitja tabelare e Mann-Whitney U testit për pashpresën sipas gjinisë dhe vendbanimit në kampionin komunitar.....	126
Tabela 23. Paraqitja tabelare e analizimit të asociimit mes variablave në kampionin komunitar ..	126
Tabela 24. Paraqitja tabelare e Mann-Whitney U testit për vështirësitë emocionale sipas gjinisë dhe vendbanimit në kampionin komunitar	128
Tabela 25. Kruskal Wallis Test për vështirësitë emocionale sipas grupmoshës në kampionin komunitar	128
Tabela 26. Paraqitja tabelare e Mann-Whitney U testit për sjelljet problematike sipas gjinisë dhe vendbanimit në kampionin komunitar	129
Tabela 27. Paraqitja e dallimeve në mes grupeve sipas gjinisë , vendbanimit dhe vetëvlerësimit në nivelin e vështirësive emocionale dhe sjelljeve problematike sipas Mann-Whitney U testit në kampionin komunitar	130
Tabela 28. Kruskal Wallis Test për sjelljet problematike sipas grupmoshës në kampionin komunitar	131
Tabela 29. Paraqitja tabelare e rankut të vështirësive emocionale sipas gjinisë, vendbanimit dhe grupmoshës në kampionin komunitar	131
Tabela 30. Paraqitja e dallimeve në mes grupeve sipas grupmoshës në nivelin e vështirësive emocionale dhe sjelljeve problematike sipas Kruskal Wallis testit në kampionin komunitar	132
Tabela 31 Paraqitja e dallimeve në mes grupeve sipas nivelit të pashpresës në nivelin e vështirësive emocionale dhe sjelljeve problematike sipas Kruskal Wallis testit në kampionin komunitar	132

Tabela 32. Mesatarja aritmetike, devijimi standard dhe ndërkorelacionet në mes të vështirësitë emocionale dhe të variablave të pavarura në kampionin komunitar	133
Tabela 33. Përmbledhje e analizës së regresionit të shumëfishtë standard për variablat e pavarura duke parashikuar vështirësitë emocionale në kampionin komunitar	134
Tabela 34. Mesatarja aritmetike, devijimi standard dhe ndërkorelacionet në mes të sjelljeve problematike dhe të variablave të pavarura në kampionin komunitar.....	134
Tabela 35. Përmbledhje e analizës së regresionit shumëfishtë standard për variablat e pavarura duke parashikuar sjelljet problematike në kampionin komunitar	135
Tabela 36. Numri dhe përqindja e rasteve sipas nivelit të rezultateve të variables së vetëvlerësimit në kampionin klinik.....	136
Tabela 37. Numri dhe përqindja e rasteve sipas nivelit të rezultateve të variablës së pashpresës në kampionin klinik.....	136
Tabela 38. Numri dhe përqindja e rasteve sipas nivelit të rezultateve të variables së vështirësive emocionale në kampionin komunitar	136
Tabela 39. Analiza deskriptive për problemet e sjelljes në kampionin klinik	137
Tabela 40. Korelacionet në mes të variablave të pavarura dhe të varura në kampionin klinik	138
Tabela 41. Korelacionet në mes të variablave të pavarura dhe të varura në kampionin klinik sipas gjinisë	139
Tabela 42. Korelacionet në mes të variablave të pavarura dhe të varura në kampionin klinik sipas vendbanimit.....	140
Tabela 43. Korelacionet në mes të variablave të pavarura dhe të varura në kampionin klinik sipas grupmoshës.....	142
Tabela 44. Korelacionet në mes të variablës së vështirësive emocionale dhe të sjelljeve problematike në kampionin komunitar.....	143
Tabela 45. Korelacionet në mes të variablës së vështirësive emocionale dhe të sjelljeve problematike në kampionin klinik sipas vendbanimit	144
Tabela 46. Korelacionet në mes të variablës së vështirësive emocionale dhe të sjelljeve problematike në kampionin klinik sipas grupmoshës.....	144
Tabela 47. Paraqitja tabelare e analizimit të asociimit mes variablave në kampionin klinik.....	145
Tabela 48. Paraqitja e Kruskal Wallis Testit për pashpresën dhe grupmoshën	146

Tabela 49. Paraqitja tabelare e Mann-Whitney U testit për vështirësitë emocionale sipas gjinisë dhe vendbanimit në kampionin klinik.....	146
Tabela 50. Paraqitja e Kruskal Wallis Testit për vështirësitë emocionale dhe grupmoshën në kampionin klinik.....	147
Tabela 51. Paraqitja tabelare e Mann-Whitney U testit për sjelljet problematike sipas gjinisë dhe vendbanimit në kampionin klinik.....	148
Tabela 52. Paraqitja e dallimeve në mes grupeve sipas gjinisë dhe vendbanimit në nivelin e vështirësive emocionale dhe sjelljeve problematike sipas Mann-Whitney U testit në kampionin klinik.....	149
Tabela 53. Paraqitja e dallimeve në mes grupeve sipas grupmoshës në nivelin e vështirësive emocionale dhe sjelljeve problematike sipas Kruskal Wallis testit në kampionin klinik	149
Tabela 54. Paraqitja e Kruskal Wallis Testit për sjelljet problematike dhe grupmoshën në kampionin klinik.....	150
Tabela 55. Paraqitja e dallimeve në mes grupeve sipas pashpresës në nivelin e vështirësive emocionale dhe sjelljeve problematike sipas Kruskal Wallis testit në kampionin klinik	150
Tabela 56. Mesatarja aritmetike, devijimi standard dhe ndërkorelacionet në mes të vështirësive emocionale dhe të variablave të pavarura në kampionin klinik	151
Tabela 57. Përmbledhje e analizës së regresionit shumfishtë standard për variablat e pavarura duke parashikuar vështirësitë emocionale në kampionin klinik.....	152
Tabela 58. Paraqitja tabelare e hapësirave nën lakore e aftësisë për të diskriminuar subjektet me çrregullime emocionale nga ato pa çrregullime e variablave të vështirësive emocionale, sjelljes, pashpresës dhe vetëvlerësimit	154
Tabela 59. Paraqitja tabelare e hapësirave nën lakore e aftësisë për të diskriminuar subjektet me çrregullime të sjelljes nga ato pa çrregullime e variablave të vështirësive emocionale, sjelljes, pashpresës dhe vetëvlerësimit në kampionin klinik	155
Tabela 60. Paraqitja tabelare e numrit dhe përqindjeve të pjesëmarrësve sipas variablave dhe kampionit.....	156
Tabela 61. (a,b,c) Paraqitjet tabelare të Mann-Whitney U testit për vështirësitë emocionale dhe sjelljet problematike në mes të kampionit komunitar dhe klinik.....	158
Tabela 62 (a,b,c).Paraqitjet tabelare të Mann-Whitney U testit për Vetëvlerësimi dhe Pashpresa në mes të kampionit komunitar dhe klinik	160

Tabela 63. Paraqitja tabelare e korelacioneve të gjetura sipas kampionëve	161
Tabela 64. Paraqitja tabelare e korelacioneve të gjetura sipas kampionëve dhe gjinisë	162
Tabela 65. Paraqitja tabelare e korelacioneve të gjetura sipas kampionive dhe vendbanimit	162
Tabela 66. Paraqitja tabelare e korelacioneve të gjetura sipas kampionive dhe grupmoshës	164
Tabela 67. Paraqitja tabelare e krahasimit të aftësive parashikuese të variablave të pavarura për vështirësitë emocionale dhe sjelljet problematike në kampionin komunitare dhe klinike.....	166
Tabela 68. Paraqitja tabelare e hapësirave në lakore e aftësisë për të diskriminuar subjektet klinike dhe komunitare e variablave të vështirësive emocionale, sjelljes, pashpresës dhe vetëvlerësimit	168
Tabela 69. Studimet e shqyrtuara mbi vetëvlerësimin; kampionët komunitarë.....	171
Tabela 70. Studimet e shqyrtuara mbi vetëvlerësimin; kampionët klinikë.....	172
Tabela 71. Studimet e shqyrtuara mbi pashpresën - kampionët komunitarë.....	175
Tabela 72. Studimet e shqyrtuara mbi pashpresën - kampionët klinikë.....	176
Tabela 73. Studimet mbi vështirësitë emocionale që kanë përdorur SDQ - kampionët komunitarë	183
Tabela 74. Studimet mbi vështirësitë emocionale, që kanë përdorur SDQ - kampionët klinikë.....	184

Figurat

Figura 1. Lakorja ROC e aftësisë për të diskriminuar subjektet me çrregullime emocionale nga ato pa çrregullime e variablave të vështirësive emocionale, sjelljes, pashpresës dhe vetëvlerësimit në kampionin klinik	154
Figura 2. Lakorja ROC e aftësisë për të diskriminuar subjektet me çrregullime të sjelljes nga ato pa çrregullime e variablave të vështirësive emocionale, sjelljes, pashpresës dhe vetëvlerësimit në kampionin klinik	155
Figura 3. Lakorja ROC e aftësisë për të diskriminuar subjektet klinike dhe komunitare e variablave të vështirësive emocionale, sjelljes, pashpresës dhe vetëvlerësimit.....	168
Figura 4. Histogrami i variablës së moshës në kampionin komunitar	256
Figura 5. Histogrami i variablës së vështirësive emocionale në kampionin komunitar.....	256
Figura 6. Histogrami i variablës së sjelljeve problematike në kampionin komunitar.....	257

Figura 7. Histogrami i variablës së moshës në kampionin klinik	258
Figura 8. Histogrami i variablës së vështirësive emocionale në kampionin klinik.....	258
Figura 9. Histogrami i variablës së sjelljeve problematike në kampionin klinik	259
Figura 10. Paraqitja grafike e kampionit komunitar sipas gjinisë.....	259
Figura 11. Paraqitja grafike e kampionit komunitar sipas vendbanimit	260
Figura 12. Paraqitja grafike e kampionit komunitar sipas grupmoshës	260
Figura 13. Histogrami i variablës së moshës i kampionit komunitar.....	261
Figura 14. Histogrami i variablës së pashpresës së kampionit komunitar	261
Figura 15. Histogrami i variablës së vetëvlerësimit i kampionit komunitar	262
Figura 16. Histogrami i variablës së pashpresës së kampionit klinik	262
Figura 17. Histogrami i variablës së vetëvlerësimit të kampionit klinik	263
Figura 18. Paraqitja grafike e përqindjes së rasteve sipas nivelit të vështirësive emocionale në kampionin komunitar	263
Figura 19. Paraqitje grafike e përqindjes së rasteve sipas nivelit të pashpresës në kampionin komunitar	264
Figura 20. Paraqitje grafike e përqindjes së rasteve sipas nivelit të vetëvlerësimit në kampionin komunitar	264
Figura 21. Paraqitje grafike e krostabulacionit në mes rasteve sipas grupmoshës dhe vendbanimit në kampionin komunitar	265
Figura 22. Paraqitje grafike e krostabulacionit në mes rasteve sipas gjinisë dhe nivelit të vështirësive emocionale në kampionin komunitar	265
Figura 23. Paraqitja grafike e krostabulacionit në mes rasteve sipas vendbanimit dhe nivelit të vështirësive emocionale në kampionin komunitar	266
Figura 24. Paraqitja grafike e krostabulacionit në mes rasteve sipas grupmoshës dhe nivelit të vështirësive emocionale në kampionin komunitar	266
Figura 25. Paraqitja grafike e përqindjes së rasteve sipas nivelit të vështirësive emocionale në kampionin klinik.....	267

Figura 26. Paraqitja grafike e përqindjes së rasteve sipas nivelit të vetëvlerësimit në kampionin klinik.....	267
Figura 27. Paraqitja grafike e përqindjes së rasteve sipas nivelit të pashpresës në kampionin klinik	268
Figura 28. Paraqitje grafike e krostabulacionit në mes rasteve sipas vetëvlerësimit dhe gjinisë në kampionin klinik.....	268
Figura 29. Paraqitja grafike e kros-tabulacionit sipas vendbanimit dhe nivelit të vetëvlerësimit në kampionin klinik.....	269
Figura 30. Paraqitja grafike e krostabulacionit të nivelit të vetëvlerësimit me grupmoshën në kampionin klinik.....	269
Figura 31. Paraqitje grafike e krostabulacionit në mes rasteve sipas nivelit të pashpresës dhe gjinisë në kampionin klinik.....	270
Figura 32. Paraqitja e krostabulacionit sipas nivelit të pashpresës dhe vendbanimit në kampionin klinik.....	270
Figura 33. Paraqitja grafike e krostabulacionit të vështirësive emocionale të grupuara dhe gjinisë	271
Figura 34. Paraqitja grafike e krostabulacionit të vështirësive emocionale të grupuara dhe vendbanimit në kampionin klinik.....	271
Figura 35. Paraqitja grafike e krostabulacionit të vështirësive emocionale të grupuara dhe grupmoshës në kampionin klinik.....	272
Figura 36. Paraqitja grafike e krostabulacionit të sjelljeve problematike të grupuara dhe vendbanimit në kampionin klinik.....	272
Figura 37. Paraqitja grafike e krostabulacionit të vështirësive emocionale të grupuara dhe nivelit të vetëvlerësimit në kampionin klinik	273
Figura 38. Paraqitja grafike e krostabulacionit të vështirësive emocionale të grupuara dhe nivelit të pashpresës në kampionin klinik.....	273
Figura 39. Paraqitja grafike e niveleve të grupuara të vështirësive emocionale sipas kampionëve	274
Figura 40. Paraqitja grafike e niveleve të grupuara të vetëvlerësimit sipas kampionëve	274
Figura 41. Paraqitja grafike e niveleve të grupuara të pashpresës sipas kampionëve.....	275
Figura 42. Paraqitja e boxplot të vlerave të vështirësive emocionale sipas kampionëve.....	275

Figura 43. Paraqitja e boxplot të vlerave të vështirësive emocionale të kampionëve sipas gjinisë	276
Figura 44. Paraqitja e boxplot të vlerave të vështirësive emocionale të kampionëve sipas vendbanimit.....	276
Figura 45. Paraqitja e boxplot të vlerave të vështirësive emocionale të kampionëve sipas grupmoshës.....	277
Figura 46. Paraqitja e boxplot të vlerave të vështirësive emocionale të kampionëve sipas nivelit të vetëvlerësimit	277
Figura 47. Paraqitja e boxplot të vlerave të vështirësive emocionale të kampionëve sipas nivelit të pashpresës.....	278
Figura 48. Paraqitja e boxplot të vlerave të sjelljeve problematike të kampionëve sipas gjinisë ...	278
Figura 49. Paraqitja e boxplot të vlerave të sjelljeve problematike të kampionëve sipas gjinisë ...	279
Figura 50. Paraqitja e boxplot të vlerave të sjelljeve problematike të kampionëve sipas vendbanimit	279
Figura 51. Paraqitja e boxplot të vlerave të sjelljeve problematike të kampionëve sipas grupmoshës	280
Figura 52. Paraqitja e boxplot të vlerave të sjelljeve problematike të kampionëve sipas grupeve të vështirësive emocionale	280
Figura 53. Paraqitja e boxplot të vlerave të sjelljeve problematike të kampionëve sipas grupeve të vetëvlerësimit	281
Figura 54. Paraqitja e boxplot të vlerave të sjelljeve problematike të kampionëve sipas nivelit të pashpresës.....	281
Figura 55 Paraqitja e boxplot të vlerave të vetëvlerësimit sipas kampionëve	282
Figura 56. Paraqitja e boxplot të vlerave të vetëvlerësimit sipas kampionëve dhe gjinisë	282
Figura 57. Paraqitja e boxplot të vlerave të vetëvlerësimit sipas kampionëve dhe vendbanimit....	283
Figura 58. Paraqitja e boxplot të vlerave të vetëvlerësimit sipas kampionëve dhe grupmoshës	283
Figura 59. Paraqitja e boxplot të vlerave të vetëvlerësimit sipas kampionëve dhe nivelit të vështirësive emocionale	284
Figura 60. Paraqitja e boxplot të vlerave të vetëvlerësimit sipas kampionëve dhe nivelit të pashpresës.....	284

Figura 61. Paraqitja e boxplot të vlerave të pashpresës sipas kampionëve	285
Figura 62. Paraqitja e boxplot të vlerave të pashpresës sipas kampionëve dhe gjinisë	286
Figura 63. Paraqitja e boxplot të vlerave të pashpresës sipas kampionëve dhe vendbanimit	286
Figura 64. Paraqitja e boxplot të vlerave të pashpresës sipas kampionëve dhe grupmoshës	287
Figura 65. Paraqitja e boxplot të vlerave të pashpresës sipas kampionëve dhe nivelit të vështirësive emocionale.....	287
Figura 66. Paraqitja e boxplot të vlerave të pashpresës sipas kampionëve dhe nivelit të vetëvlerësimit	288
Figura 67. Paraqitja grafike e vlerës mesatare të vështirësive emocionale sipas grupmoshës në kampionin komunitar	288
Figura 68. Paraqitja grafike e vlerës mesatare të vështirësive emocionale sipas grupmoshës në kampionin klinik.....	289
Figura 69. Paraqitja grafike e vlerës mesatare të vështirësive emocionale sipas grupmoshës dhe gjinisë në kampionin komunitar	289
Figura 70. Paraqitja grafike e vlerës mesatare të vështirësive emocionale sipas grupmoshës dhe gjinisë në kampionin klinik	290
Figura 71. Paraqitja grafike e vlerës mesatare të sjelljeve problematike sipas kampionëve.....	291
Figura 72. Paraqitja grafike e vlerës mesatare të sjelljeve problematike sipas grupmoshës në kampionin komunitar dhe klinik	291
Figura 73. Paraqitja grafike e vlerës mesatare të sjelljeve problematike sipas grupmoshës dhe vendbanimit në kampionin komunitar dhe klinik.....	292
Figura 74. Paraqitja grafike e vlerës mesatare të sjelljeve problematike sipas grupmoshës dhe gjinisë në kampionin komunitar dhe klinik	292
Figura 75. Paraqitja grafike e vlerës mesatare të pashpresës sipas grupmoshës në kampionin komunitar	293
Figura 76. Paraqitja grafike e vlerës mesatare të pashpresës sipas grupmoshës në kampionin klinik	293
Figura 77. Paraqitja grafike e vlerës mesatare të pashpresës sipas grupmoshës dhe gjinisë në kampionin komunitar	294

Figura 78. Paraqitja grafike e vlerës mesatare të pashpresës sipas grupmoshës dhe gjinisë në kampionin klinik.....	294
Figura 79. Paraqitja grafike e vlerës mesatare të pashpresës sipas grupmoshës dhe vendbanimit në kampionin komunitar dhe klinik	295
Figura 80. Paraqitja grafike e vlerës mesatare të pashpresës sipas nivelit të vështirësive emocionale në kampionin komunitar.....	295

KAPITULLI I : HYRJE

Adoleshenca si një periudhë jetësore është shumë e rëndësishme për hulumtimin e zhvillimit tërë-jetësorë të individit në drejtim të mirëqenies biopsikosociale. Veçoritë e njohura të saj e bëjnë më sfiduese këtë synim. Vendet në zhvillim me periudha të transformimit radikal në fushat socio-ekonomike siç është Kosova i kanë karakteristikat që mund të ndërthuren me aspektet zhvillimore të personalitetit si psh. lufta, varfëria, kultura, jeta patriarkale etj. Në përgjithësi në botë vështirësitë emocionale si dhe sjelljet problematike shihen si çështje me rëndësi të shëndetit publik për faktin se prekin deri 1/3 e fëmijëve dhe adoleshentëve, për më tepër është e njohur se ata paraprijnë edhe janë indikatorë të mundësisë së shfaqjes së shumë çrregullimeve të shëndetit mendor në moshën e rritur. Hulumtimet e pakta dhe me dobësi të shumta metodologjike tregojnë se Kosova ka nivel të përafërt të këtyre çrregullimeve me vendet e rajonit dhe të Europës. Faktorët që ndikojnë në shfaqjen e vështirësive emocionale dhe problemeve të sjelljes janë hulumtuar shumë dhe janë gjetur një numër i madh i tyre që në të shumtën janë të natyrës individuale si dhe kontekstit social. Shumë nga këta faktorë padyshim janë prezent edhe në mjedisin kosovarë. Në studimet e shqyrtuara këta faktorë janë gjetur të lidhur si mediatorë, faktorë rreziku ose mbrojtës, përmbajtësorë ose si lëndueshmëri. Nga faktorët e shumtë nga shqyrtimi i literaturës vendosëm që të ekzaminojmë vetëvlerësimin dhe pashpresën. Këto dy konstrukte psikologjike janë shumë të studiuara dhe të njohura në botë për ndikimin e tyre në zhvillimin e problematikave emocionale dhe të problemeve të sjelljes. Sidomos gjetjet për raportin e vetëvlerësimit me këta problematike janë intriguese sepse shpesh janë kundërthënëse. Ekzaminimi i këtyre problematikave dhe faktorëve në këtë studim bëhet në drejtim të njohës së prezencës së nivelit të problemeve emocionale dhe të sjelljes,

korelacioneve të këtyre me vetëvlerësimin dhe pashpresën si dhe fuqisë parashikuese si faktorë rreziku që mund të kenë këto dy të fundit. Duke njohur invariancën e matjes së pyetësorëve kjo shtron nevojën e kryerjes në mjedisin komunitarë dhe atë klinikë. Në të shumtën e rasteve këto kanë një raport korelacioni negative në mes veti; por tek rasti i vetëvlerësimit ka edhe gjetje të kundërta. Pyetjet më kryesore të punimit janë: 1. Cili është niveli i vetëraportuar i vështirësive emocionale dhe i problemeve të sjelljes tek adoleshentët në komunitet dhe në një kampion klinik në Kosovë? 2. A mundën vetëvlerësimi dhe pashpresa të kenë fuqi parashikuese të nivelit të vështirësive emocionale dhe të sjelljeve problematike?

Hipoteza e përgjithshme është se adoleshentët në Kosovë kanë probleme të natyrës emocionale si dhe prezencë të sjelljeve problematike të një niveli të konsiderueshëm.

Bazuar në gjetjet nga literatura vështirësitë emocionale dhe sjelljet problematike janë të ndikuara dhe/ose në lidhje me vetëvlerësimin dhe pashpresën. Njohja e këtyre faktorëve dhe fuqisë së ndërthurjes së tyre në mjedisin kosovarë është me rëndësi të posaqme për adresimin e këtyre problematikave herët në formë të programeve të ndryshme intervenuese psikosociale.

KAPITULLI II : ADOLESHENCA - NJË VËSHTRIM ZHVILLIMOR

Adoleshenca është një periudhë jetësore kalimtare në mes të fëmijërisë dhe të moshës së rritur. Ky është kuptimi i saj më i thjeshtë, dhe poashtu ky është kuptimi i fjalës që vjen nga greqishtja e vjetër. Që një kohë të gjatë adoleshenca ka zgjuar interesime, debate dhe hulumtime të shumta. Me të janë marrë fusha të ndryshme të shkencës: mjekësia, psikologjia, sociologjia, antropologjia, evolucioni etj. Por, përkundër kësaj nuk ekziston një definicion i vetëm për adoleshencën (Adams & Berzonsky, 2003; Adams, 2005) e asq ma pak një definicion që do ti kënaqte të gjithë. Durkin në 1995 shkruan se “...adoleshenti, është një koncept i paqartë. Ai emërton një larmi të rinjsh, dhe përfshinë një hark jetësor të gjatë.” (Durkin, 1995, f. 508). Adams (2005) në mënyrë elegante e përkufizon se:

“adoleshenca konsiderohet si një stad i jetës që fillon përreth fillimit të pubertetit dhe përfundon atëherë kur një individ i fiton të drejtat, përgjegjësitë dhe njohjen e statusit të rriturit, nga familja, ligji dhe shoqëria”(f. 3) .

Duke qenë se adoleshenca është e konstruktuar universalisht dhe kulturalisht, kjo sjell edhe vështrime të larmishme për karakteristikat e saj përkufizuese (Newman & Newman, 2011). Kështu janë të njohura dhjetë familje të teorive në fushën zhvillimore të adoleshencës: teoritë psikoseksuale (Frojdi etj.) , teoritë kognitive zhvillimore, teoritë e identitetit, teoritë evolucionare dhe biosociale, teoritë familjare, teoritë interpersonale, teoritë ekologjike, teoritë e roleve sociale dhe të rrjedhave jetësore, teoritë kulturore dhe teoritë e sistemeve dinamike (Newman & Newman, 2011).Në secilën prej këtyre teorive spikatin karakteristika të caktuara nga zhvillimet biologjike, psikologjike ose sociale, të cilat përfshijnë dhe formësojnë personat që kalojnë nëpër këtë fazë zhvillimore jetësore.

Kështu, deri sa Frojdi u fokusua në zhvillimin psikoseksual duke e parë adoleshencën si një rekapitullim të zhvillimit të vetëdijes seksuale në fëmijëri; Piazhë fokusohet në zhvillimin kognitiv duke e parë aftësinë e të menduarit abstrakt si tranzicion në një të rritur të pavarur; më vonë Eriksoni i identifikon dhe përshkruan tensionet rreth zhvillimit të identitetit personal si themelore për nocionin e adoleshencës.

Por, modeli më i dobishëm mbetet qasja biopsikosociale që njeh dhe merr si domethënës në adoleshencë elementët biologjikë, psikologjikë dhe socialë, meqë fokusimi në karakteristikat më të spikatura të periudhës për ta përkufizuar atë sjell deri tek të kuptuarit parcial të saj, siç ka ndodhur me teoritë e përmendura shkurtazi më sipër.

Bazuar në faktin se sot dominojnë teoritë zhvillimore ,të cilat ngërthejnë në vete qasjen bio –psiko - sociale, ky punim i përmbahet një fryme të tillë. Psikologët zhvillimorë e shohin zhvillimin e njeriut si tërë - jetësor, si të pandërprerë. Prandaj, edhe periudha e adoleshencës shihet si një periudhë pjekjeje dhe përvoje (Myers, 2013), e cila fillon me nisjen fizike të pjekurisë seksuale dhe përfundon me arritjen e statusit social të një të rrituri të pavarur. (Myers, 2013) . Për G. Stanley Hall (1904), i cili njihet si ndër të parët që e ka përshkruar adoleshencën; ajo është një periudhë e “furtunës dhe stresit” për shkak të tensioneve në mes të pjekurisë biologjike dhe të varësisë sociale që kalojnë personat në adoleshencë (Myers, 2013) . Përshkrimi historik i Hall, përkundër të vërtetave që ka nuk mund të përgjithësohet, sepse sot ka evidenca se trajektoret zhvillimore të adoleshencës janë të mbushura me strese dhe furtuna, me “mikrotërmete” të themi më mirë, por kjo nuk është rregull i pashmangshëm. Kjo bëri që në literaturë sot kjo të pranohet edhe si një kohë

e vitalitetit, e shoqërimit, idealizmit të lartë ,si dhe një sensi në rritje të mundësive në jetë (Myers, 2013).

Një përkufizim më i plotë, më i përmbledhur i adoleshencës na përvijëzohet:

“Adoleshenca është një periudhë e pjekjes në mes të fëmijërisë dhe moshës së rritur e shfaqur nga shenjat fiziologjike dhe shtytja e hormoneve të pubertetit. Është një kohë, ku raportet me moshatarë thellohen, autonomia rritet si dhe kërkesat intelektuale intensifikohen dhe një sens i përkatësisë sociale arrihet. Është një kohë e eksplorimit të përshpejtuar social dhe psikoseksual që kulminon në një koncept të integruar të “vetes”. Adoleshentët mund të shihen neuro-biologjikisht si një “punë në progres” shpesh e konsumuar nga sfidat akademike, ndërpersonale dhe emocionale si dhe nga të eksploruarit të territoreve të reja duke përdorur talentet e tyre si dhe duke eksperimentuar me identitetet sociale.” (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2009, f. 3356)

1.1.Aspektet fizike të zhvillimit në adoleshencë

Adoleshenca si pikë fillimi e ka periudhën e pubertetit i cili shënon një periudhë të rritjes fizike të shpejtë nën shtytjen e hormoneve, që fillon tek vajzat rreth vitit të 11-të dhe te djemtë rreth vitit të 13-të (Bogin, 2011) . Por, duhet pranuar se ka dallime në literaturë për këtë kufi kohor. Janë së paku 23 hormone në trupin e njeriut, që ndikojnë rritjen dhe zhvillimin e një adoleshenti , ku puberteti nis me një sinjal biokimik, që vjen nga hipotalamusi në gjendrrën pituitare , e cila më pas e aktivizon gjendrrën mbiveshkore, vezoret dhe testiset për të prodhuar hormonet seksuale (Bogin, 2011; Berger, 2009) .

Në këtë zhvillim të vrullshëm vijnë në shprehje dhe atë dramatikusht karakteristikat e para gjinore-organet riprodhuese dhe gjenitalet e jashtme, të ndjekura edhe me karakteristikat e dyta gjinore që dallojnë sipas gjinive ; trajtat jo-riprodhuese, si gjinjtë dhe ijet te femrat, qimet e fytyrës dhe thellimi i zërit tek djemtë, si dhe shenjat e njëjta për të dy gjinitë - dalja e qimeve në pjesën pubike dhe nënsqetulla edhe tek djemtë edhe tek vajzat (Bogin, 2011; Myers, 2013) .

Edhe pse zhvillimi i gjinjve te femrat mund të ndodhë që në moshën 10 vjeçare (Biro, Galvez, Greenspan, Succop, Vangeepuram, Pinney, Teitelbaum, Windham, Kushi& Wolff, 2010) ; si shenja të qarta të pubertetit llogariten ejakulimi i parë (spermache) te meshkujt i cili shfaqet rreth moshës 14 vjeç dhe periudha e parë menstruale (menarche), tek femrat e cila shfaqet rreth moshës 12 vjeç e gjysmë (Anderson, Dallal, & Must, 2003). Por jo gjithnjë kjo rrjedhë është unike, sepse ka raste kur pjekuria shfaqet më herët edhe te djemtë, edhe te vajzat dhe kjo mund ti vendosë para situatave / sfidave të ndryshme këta të rinj. Nuk kemi njohuri për ndonjë studim në Kosovë që do na jipte të dhëna për këto zhvillime tek adoleshentët.

Nga kjo mund të përmbliidhet se fillimi i adoleshencës shënohet nga dy ndryshime sinjifikative në zhvillimin fizik (Shaffer & Kipp, 2010): së pari, forma dhe madhësia e tyre fizike (trupore) ndryshon dramatikisht, dhe së dyti, ato arrijnë në pubertet , një pikë jete kjo e pjekurisë seksuale dhe aftësisë për të riprodhuar (Pinyerd & Zipf, 2005) .

Edhe zhvillimi i trurit në adoleshencë ka një rrjedhë karakteristike, dhe kalon nëpër disa ndryshime shumë sinjifikative, të cilat i mbështesin ndryshimet psiko-sociale që karakterizojnë këtë moshë. Deri në pubertet qelizat e trurit i shtojnë lidhjet e tyre, dhe pastaj në adoleshencë ndodhë një krasitje selektive e neuroneve dhe lidhjeve të pashfrytëzuara (Blakemore, 2008). Llogariten se humbin rreth 30.000 sinapsa për sekondë gjatë adoleshencës (Rakic, Bourgeois, & Goldman-Rakic, 1994). Të humburit e gati gjysmës së lidhjeve sinaptike të kores së trurit që ishin prezent para pubertetit - besohet se i prek së pari sinapsat ekscitatore dhe shoqërohet me një rënie në metabolizmin e glukozës në tru, në uljen e shfrytëzimit të oksigjenit dhe rrjedhës së gjakut etj.; kështu që pasojat e

këtij rimodelimi janë sidomos prezente në korteksin prefrontal (Martin & Volkmar, 2007) . Me pjekurinë në rritje edhe lobet frontale vazhdojnë të zhvillohen; rritja e myelinës dhe indit dhjamor që formohet rreth aksoneve shpejton përçimin e sinjaleve në neurone (neurotransmisionin) dhe të njejtën kohë mundëson komunikimin më të mirë me regjionet tjera (Kuhn, 2006) . Por, pjekuria e lobeve frontale mbetet prapa nivelit të pjekurisë së sistemit limbik - emocional; edhe tek ky ndryshim mbetet ende e paqartë se sa këto janë të ndikuara ose të varura nga faktorët prenatalë ose pubertalë - hormonalë (Martin & Volkmar, 2007).

Si përfundim i adoleshencës në aspektin e zhvillimit fizik llogariten: (1) ndërprerja e rritjes skeletore në gjatësi, për shkak të mbylljes së epifizave të eshtrave të gjata; (2) kompletimi i zhvillimit të dhëmbëve si dhe (3) pjekuria sociale-seksuale që ka kuptimin e aftësisë biologjike dhe sociale për prindërim të suksesshëm (Bogin, 2011) . Rritja dhe pjekuria fizike zakonisht kompletohen për një periudhë kohore deri në 4 vite pas shfaqjes së shenjave të para, ndonëse në vitet e fundit të adoleshencës dhe herët në të njëzetat disa individë shtojnë ende lartësinë dhe shumë të tjerë edhe dhjamë e muskuj në trup (Berger, 2009).

1.2.Aspektet kognitive të zhvillimit në adoleshencë

Adoleshenca shihet si një periudhë kritike zhvillimore për zhvillimin kognitiv ,edhe për vetë faktin e ekzistencës së një numri të madh shtigjesh me anë të cilave kognicioni luan rolin e tij të vazhdueshëm në emocione dhe veprime (Keating, 2004) . Studiuesit pajtohen se këto shtigje ende nuk arrijnë nivelin e duhur të funksionuarit në moshën e adoleshencës.

Nga vështrimi i integruar i zhvillimeve neurologjike dhe psikologjike arrihet te konkludimi se “zhvillimi jokomplet i trurit bëhet shpjegim për çfarëdo ngatërrese mes adoleshentëve dhe të rriturve si psh, gjumi, sjelljet e rrezikshme dhe lëkundjet e disponimit” (Kuhn & Franklin, 2006; f. 59). Ndonëse këto duhet të merren me kujdes (Berger, 2009) edhe përkundër faktit se lobet frontale janë pjesa e fundit që arrijnë pjekurinë në trurin e njeriut dhe kjo shpjegon më besueshëm pse shumë adoleshentë janë të shtyrë drejt përvojave të reja, ndjeshmërisë emocionale dhe moshatarëve (Steinberg, 2008). Këtu si duket përvijohet vështrimi për adoleshentët si të papjekur emocionalisht. Por jo gjithçka që ndodhë tek adoleshentët është shpjeguar këtu.

Ka edhe gjetje të tjera nga fusha e neuroshkencës zhvillimore, të cilat janë duke e shtuar njohurinë për zhvillimet në tru në aspektin strukturor dhe kognitiv. Kështu të pjekurit e amygdalës (sistemit limbik; e specializuar në reagimet e shpejta emocionale si zemërimi, frika dhe dëshpërimi) më para se sa korteksi prefrontal (i cila koordinon, ndalon dhe bën strategji) na tregon se kompleksiteti i ndërveprimeve sociale dhe kufizimet emocionale janë përtej kapaciteteve rregulluese të shumë adoleshentëve (Blakemore, 2008). Një tjetër gjetje është poashtu e vlefshme të përmendet këtu: në adoleshencë si pasojë e rimodelimit sinapseve vjen deri tek shtimi i aktivizimit të sistemit dopaminergjik i cili sjell përjetimin e kënaqësive në mënyrë më të lartësuar , dhe njëkohësisht kjo bën që ata të kërkojnë dhe të përjetojnë përvoja të tilla më shumë (Berger, 2009). Bazuar në këto gjetje patjetër që adoleshentët duhen parë në një dritë të kuptueshmërisë më të shtuar nga familja, shkolla dhe shoqëria atëherë kur ndeshemi me vështirësitë e lartpërmendura të tyre që njëherazi

faktojnë edhe lëndueshmërinë e tepruar psikologjike të tyre. Është e vështirë për familjen dhe shoqërinë të gjenë masën e duhur të regimit në këto zhvillime.

Por, në të njëjtën kohë kemi edhe anën tjetër të medaljes nga zhvillimet e kësaj moshe.

Formimi i lidhjeve të reja mes sinapseve që marrin hov në adoleshencë lehtëson arritjen e ideve të reja, fjalëve, kujtimeve, modeleve të personalitetit (Keating, 2004). Këto elemente që arrihen në këtë moshë janë më të qëndrueshme se sa ata që arrihen më vonë , pasi truri të jetë formësuar (Berger, 2009). Ky konstatim tregon se sa është e rëndësishme që të kultivohen me kujdes këto elemente në këtë moshë, të zihet hapi i instalimit të tyre kur është më e dobishme për zhvillimin e tyre. Përkundër vështirësive evidente nga kjo mënyrë e zhvillimit të trurit në adoleshencë ka fakte se korja prefrontale në zhvillim e sipër ka “përkundër rreziqeve edhe të mirat e veta, si psh. kreativiteti i tyre” (Monastersky, 2007, f. 17) dhe poashtu “intensiteti emocional i tyre ndërthuret me nivelet më të larta të arritjeve njerëzore: pasioni për idetë dhe idealet, për bukurinë, për krijimin e artit dhe muzikës” (Dahl, 2004, ff. 7-8). Kjo është konstatuar edhe nga shumë raste të njohura në historinë njerëzore të cilët kanë lulëzuar me kreativitetin dhe arritjet e tyre në adoleshencë; idealizmi i tyre ka qenë forcë lëvizëse në rrjedhat e shoqërisë njerëzore.

Pjekuria kognitive përfshinë një rang të gjerë të aftësive të zgjeruara që bien në kategorinë e “funksioneve ekzekutive” të trurit ku hyjnë: kalimi nga të menduarit konkret në atë abstrakt, aftësia në rritje për të nxjerrë konkluzë logjike në ndërveprimet me moshatarë dhe në situatat sociale si dhe aftësitë e reja në vetë-observim dhe vetë-rregullim (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2009). Kjo pjekuri kognitive është një proces gradual i shtimit të përfundimeve logjike mbi ato konkrete e jo një fenomen i papritur dhe kjo sot është duke u

dokumentuar edhe në studimet e imazherive të rezonancës magnetike në formë të rritjes së masës gri të kores së trurit (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2009). Në linjë me këto shkencëtarët pajtohen se kemi një “variabilitet enorm tek adoleshentët normalë, ku disa janë të njëjtë ose edhe më të mirë në disa detyra logjike sesa të rriturit, por edhe të tjerë që janë shumë poshtë prej të rriturve” (Kuhn & Franklin, 2006, f. 955). Kështu ky variabilitet në arritjet e inteligjencës mund të ketë kombinime të njëkohshme; psh, edhe pse egocentrizmi është karakteristikë e adoleshencës së hershme, intuita e adoleshencës së mesme dhe logjika e fundit të adoleshencës; tek një adoleshent në secilën kohë mund ti gjejnë secilën prej këtyre kognicioneve (Berger, 2009). Zakonisht në mjediset tona kjo konstatohet në habitjet e prindërve, mësuesve dhe të tjerëve , të cilët gjejnë aftësi solide në një fushë dhe nga ana tjetër edhe dështime të pakuptuara në fushën tjetër.

Por, nga një pozicion tjetër shumica e psikologëve pajtohen se adoleshentët janë të aftë për të menduarit racional, por problemi qëndron në atë se nuk e përdorin këtë kapacitet para se të veprojnë (Berger, 2009) . Mendoj, se kjo është një e vërtetë e madhe ,që shihet në bazamentin e shumë veprimeve e sjelljeve me rrezik tek adoleshentët; të cilët përndryshe lënë përshtypjen se i kuptojnë mirë disa zhvillime e veprime që mund të jenë të dëmshme për ta, por nga ana tjetër sërish përfshihen në to.

Nga ana e përshkrimeve studiuesit kanë evidentuar disa elemente që karakterizojnë veçanërisht zhvillimin kognitiv në adoleshencë; kështu egocentrizmi adoleshent dhe të menduarit në nivelin e operacioneve formale - janë boshti i përkufizimit psikologjik të adoleshencës. Egocentrizmi adoleshent i përshkruar së pari nga Elkind (1967) ka dy aspekte të menduarit: të menduarit intensiv për veten, por edhe të imagjinuarit se çka

mendojnë të tjerët për të (Ciccarelli & White, 2012). Edhe pse adoleshentët tani e dinë se të tjerët nuk mendojnë njëloj si këta; prapë se prapë për shkak të egocentrizmit të tyre kanë shtrembërim në të menduarit se çka të tjerët mendojnë për këta; kështu që ata i referohen vetes si unikë, specialë dhe më tepër socialisht sinjifikativë se sa që janë; në të njëjtën kohë kjo i shtyn që ti interpretojnë sjelljet e të tjerëve sikur kanë të bëjnë me ta edhe kur kjo nuk është e vërtetë (Berger, 2009). Poashtu Elkind (1967) i jep edhe ca elemente tjera të egocentrizmit të adoleshentëve si psh. miti personal (i destinuar për të qenë legjendar) dhe ai i pathyeshmërisë (i palëndueshëm, i pavdekshëm). Së bashku me këto pason ajo që quhet audiencë imagjinare: të besuarit se ata janë në qendër të gjithçkaje dhe se të gjithë i shikojnë ata (Berger, 2009; Shaffer & Kipp, 2010).

Përkundër asaj shumë studime të reja nuk pajtohen se adoleshentët ndihen edhe aq të pathyeshëm dhe i shohin si të ekzagjeruara këto elemente të egocentrizmit (Mills, Britain, Reyna, Valerie, & Estrada, 2008; Ciccarelli & White, 2012). Një nivel i dukshëm i këtyre elementeve mund të haset mjaft lehtë edhe tek adoleshentët në shoqërinë kosovare.

Një veti tjetër , që vjen në dukje është zhvillimi i aftësive për abstraksion, ose si e quan Piazhe , të menduarit e operacioneve formale. Kjo është aftësia për të arsyetuar në bazë të supozimeve të cilat nuk kanë domosdo lidhje me realitetin. Ky i menduar hipotetik-deduktiv ose të arsyetuarit në bazë të propozicioneve “ çka , nëse ” i transformon perceptimet e një personi , por jo domosdo për mirë , sepse tek adoleshenti mundësia e më shumë hipotezave mund ta komplikojë më tepër të menduarit (Berger, 2009). Rreth moshës 14 vjeç adoleshentët bëhen të aftë për të menduarit deduktiv i cili nis me një ide ose premisë abstrakte dhe fillon të nxjerrë konkluzionet për të me anë të logjikës (Keating,

2004; Shaffer & Kipp, 2010). Ndonëse shumica e psikologëve zhvillimorë pajtohen me dallimet në të menduar të fëmijëve nga adoleshentët , ata kanë mjaft mospajtime me teorinë e Piazhësë; psh. një studim (Kuhn & Franklin, 2006, f. 954) arrin në përfundimin se “s’ka evidenca nga hulumtimet...për vendosjen e një strukture të re kognitive në adoleshencë që i ngjan së afërmi...operacioneve formale” (Berger, 2009).

Edhe pse adoleshentët mund ta arrijnë nivelin e të menduarit deduktiv-hipotetik ata nuk e përdorin gjithnjë këtë afësi (Kuhn & Franklin, 2006) . Ata shpesh, më lehtë i përdorin impulset e tyre duke i ikur logjikës. Kjo sepse vjen deri tek kundër balanca e të menduarit intuitiv; gjë që ka sjellë modelin e procesimit të dyfishtë: procesimit intuitiv përkundër atij analitik (Berger, 2009). Por ,kjo s’do të thotë se tipi i të menduarit intuitiv është domosdo i keq, egoist ose irracional , sepse edhe ky ka anët e tij pozitive (Berger, 2009).

Nga ana tjetër perspektiva e procesimit të informatave i sheh ndryshimet në aftësitë kognitive ,si transformim gradual në kapacitetin për të marrë, përdorur dhe deponuar informacionin (Feldman, 2012). Ndryshime të shumëfishta progresive ndodhin në mënyrat se si njerëzit e organizojnë të menduarit e tyre, se si i zhvillojnë strategjitë për tu ballafaquar me situatat e reja, se si i rendisin faktet si dhe përparimet në kapacitetet e kujtesës si dhe në aftësitë perceptuale (Feldman, 2012; Wyer, 2004). Ka dallime edhe në mes gjinive në aspektin e zhvillimit kognitiv (Adams, 2005).

Një fushë tjetër me rëndësi në zhvillimin kognitiv në adoleshencë padyshim që janë edhe arritjet në zhvillimin e aftësive të gjykitimit moral. Në fushën e psikologjisë çdo ditë ka gjetje të reja të rëndësishme që mundohen të përshkruajnë sa më mirë dhe shkencërisht

fenomenet zhvillimore, por edhe fenomenet tjera të ndërlidhura psikologjike. Në këtë frymë do ishte e dobishme të nënvizojmë se vështrimi i ri në psikologji shkon drejt faktit se shumica e të funksionuarit tonë ndodh në “rrugën e ulët” të së pavetëdijshmes dhe të menduarit automatik e jo në “rrugën e lartë”, të menduarit të ndërgjegjshëm, të planifikuar (Myers, 2013). Por, përkundër saj dy detyrat kryesore të adoleshencës mbeten: të dalluarit se çfarë është e drejtë nga ajo çfarë është e gabuar si dhe zhvillimi i karakterit- të llogaritura këto si të ashtuquajturit muskujt psikologjikë për kontrollimin e impulseve (Myers, 2013).

Bazuar në propozimet e Piazhe dhe Kohlberg të arsyetuarit moral i udhëheq veprimet morale dhe si të tilla lidhen me zhvillimin kognitiv. Ky vështrim dërgoi në formulimin e tre stadeve të moralitetit: parakonvencional, konvencional dhe postkonvencional. Mosha e adoleshencës përfshinë stadin konvencional (adoleshenca e hershme) dhe atë postkonvencional (adoleshenca e mesme dhe e vonshme, mosha e rritur). Stadi konvencional karakterizohet nga mbështetja e rregullave dhe ligjeve për të marrë miratimin social ose për të mbajtur rendin social (Myers, 2013). Kurse stadi postkonvencional karakterizohet nga fakti se veprimet reflektojnë besimet në të drejtat bazike dhe principet etike të vetë-përkufizuara (Myers, 2013). Shaffer & Kipp (2010) mendojnë se e rëndësishme tek Kohlberg është se ai beson se në shtratin e të arsyetuarit moral qëndrojnë edhe zhvillimi kognitiv edhe përvojat sociale relevante (ndikimet e prindërve, moshatarëve, edukimit, kulturës) . Ka edhe mendime ndryshe si psh, rasti i psikologut Haidt, i cili vitet e fundit është duke besuar se shumë prej moralitetit është i rrënjësuar në intuitën morale të

cilën e përkufizon si një “ndjesi e brendshme e shpejtë ose intuitat e ngarkuara afektivisht” (Myers, 2013).

Për psikologët zhvillimorë, morali është proces gradual tërë jetësor (Rosner, 2003) dhe ai i përfshin tri komponentë: afektive ose emocionale (ndjenjat se çka është e drejtë ose e gabuar) , kognitive (konceptimi dhe arritja e vendimeve) dhe bihejviorale (si sillemi kur kemi një shtytje për të rrejtur, mashtruar ose thyer rregullat tjera) (Shaffer & Kipp, 2010) .

Në përgjithësi për të përmbledhur : të arsyetuarit moral varet nga pjekuria e strategjive kognitive për zgjidhjen e problemeve, nga rregullat e shoqërisë, nga ekspozimi në qëndrimet familjare si dhe vlerat personale të adoptuara (adoleshentët priren të zhvillojnë modelet e sjelljes karakteristike për familjet e tyre dhe mjediset edukuese ku rriten) si dhe prej imitimit të moshatarëve specifikë dhe të rriturve të cilët i admirojnë ose identifikohen; si i tillë (arsyetimi moral) nuk është strikt i lidhur me moshën kronologjike, por më shumë është një produkt prej zhvillimit kognitiv dhe social (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2009).

1.3.Aspektet e zhvillimit emocional në adoleshencë

Emocionet dhe zhvillimi i tyre luajnë rol thelbësor në jetën e adoleshentëve (Kim, Riser, & Deater-Deckard, 2011). Bazamenti i zhvillimit emocional nis që nga lindja d.m.th. nga zhvillimet më të hershme biologjike. Që në vitin e parë foshnjat zhvillojnë dhe shprehin gjashtë emocionet e njohura primare: kureshtjen, gëzimin, neverinë, mërzitjen, zemërimin dhe frikën (Adams & Berzonsky, 2003). Emocionet më komplekse ose sekondare (turpi, krenaria,zilia,empatia etj) shfaqen më vonë kur vetja bëhet objekt i vëmendjes – nga viti i dytë dhe i tretë i jetës.

Por, emocionet nuk zhvillohen të izoluara nga sferat tjera të funksioneve psikologjike.

Kështu zhvillimi kognitiv në adoleshencë e ndikon potencialin për reaktivitet emocional (Lewis, 1999). Nisur nga kjo për herë të parë në adoleshencë zhvillimi i të menduarit abstrakt jep mundësinë e shkrehjes emocionale edhe nga ide abstrakte, edhe nga parashikimi i ngjarjeve ardhshme edhe nga kujtesat e ngjarjeve të kaluara; poashtu fillojnë të analizojnë personalitetin e vetë dhe të tjerëve dhe të kenë reagime emocionale ndaj kësaj që çojnë në një aftësi të ekzaminimit të jetës së tyre emocionale (Adams & Berzonsky, 2003).

Ka disa aspekte të fushës së emocioneve të rëndësishme për personalitetin në tërësi, por edhe për adoleshencën: gjendjet emocionale (ndryshimet fiziologjike dhe të sjelljes në një stimulues), përvojat emocionale (interpretimi dhe vlerësimi individual) dhe të shprehurit e emocioneve (Adams & Berzonsky, 2003). Kështu që shumë jetike shihen në periudhën e adoleshencës: kompetenca emocionale, rregullimi i emocioneve si dhe reaktiviteti emocional (Kim, Riser, & Deater-Deckard, 2011).

Hulumtimet ekzistuese indikojnë se zhvillimi emocional dhe social është i indikuar prej ndërveprimit kompleks të faktorëve të shumëfishtë personalë dhe kontekstualë (Skuse, Bruce, Dowdney, & Mrazek, 2011). Nga shqyrtimi i literaturës kemi veçuar këto gjetje të mëposhtme lidhur me faktorët ndikues në formimin emocional të një personi. Shtimi dhe jostabiliteti i prodhimit dhe niveleve të hormoneve mundet të ndikon në përjetimet emocionale më negative dhe të ndryshueshme kështuqë adoleshentët mund të jenë veçanërisht të ndjeshëm edhe në lëvizjet më të vogla të hormoneve (Adams & Berzonsky, 2003). Ndër faktorët që luajnë rol në zhvillimin e kompetencës emocionale është ndikimi i

prindërve përmes praktikave të prindërimit dhe poashtu raportet e adoleshentëve me moshatarët (Kim, Riser, & Deater-Deckard, 2011). Ka shumë studime që emocionalitetin e lidhin më shumë me kontekstin dhe ndërveprimet komplekse të tij me faktorët e tjerë si psh. zhvillimin fizik, por edhe ngjarjet jetësore si ndryshimi i shkollës, lidhjet romantike etj (Adams & Berzonsky, 2003).

Nga hulumtimet është e qartë se aftësia e një individi për ti rregulluar emocionet dhe me këtë për të shmangur vështirësitë emocionale bazohet në faktorë biologjikë, psikologjikë, socialë dhe kulturorë. Kështu zhvillimi i korteksit prefrontal është parë si i përgjegjshëm për kontrollin e proceseve (Ochsner & Gross, 2007) dhe ai në adoleshencë ,siç e kemi konstatuar edhe më sipër në punim , ende është larg nga kompletimi (Cicchetti & Cohen, 2006). Krahas kësaj edhe funksionet kognitive janë duke u zhvilluar dhe ato janë të rëndësishme për rregullimin emocional,sepse mundësojnë rikornizimin ose marrjen e vështrimit në perspektivën e tjetrit (Gross & Munoz, 1995). Kontrolli i vetëdijshëm kognitiv i emocioneve nuk arrihet ende në adoleshencë për shkak se sistemi përgjegjës për prodhimin e emocioneve zhvillohet më herët se sa funksionet ekzekutive (Cicchetti & Cohen, 2006) ; nga ana tjetër të zhvilluarit e operacioneve formale në adoleshencë (Piaget, 1936) lejon të menduarit abstrakt, i cili mundëson reflektimin në gjendjen emocionale të vetes dhe të tjerëve.

Ndër faktorët personalë të përfshirë në zhvillimin emocional janë gjetur si ndikues: baza gjenetike (Rutter, 2006); temperamentit (De Pauw & Mervielde , 2010); aftësitë kognitive (Hodapp & Dykens, 2009); vetëvlerësimi (Harter, 2006) ; kognicionet sociale (Sharp , Fonagy & Goodyer, 2008) dhe zhvillimi moral (Kochanska & Aksan, 2006).

Faktorët kontekstualë përfshijnë atashimin (Kerns, 2008), stilin prindëror (Parke & Buriel, 2008), përshtatjen me prindër (Stein, Ramchandani & Murray, 2008), funksionimin familjar (Masten, Shaffer, Clarke-Stewart etj., 2006), mjedisin shkollor (Sellstrom & Bremberg, 2006), raportet grupore me moshatarët (Rubin, Bukowski & Parker, 2006) si dhe mjedisin më të gjerë social dhe kulturor (Jenkins, 2008).

Ndër faktorët kontekstualë, padyshim që familja është çelës në ndikimin në rregullimin e emocioneve të rinjve (Sheeber, Allen, Davis, & Sorensen, 2000; Yap, Allen, & Ladouceur, 2008). Edhe pse dihet se përvojat e hershme kanë ndikim të rëndësishëm në formësimin e mënyrës së rregullimit të emocioneve, evidencat sugjerojnë se adoleshentët vazhdojnë të rregullojnë emocionet e tyre bazuar në atë se si prindërit e tyre përgjigjen në shprehjet ose sjelljet e tyre emocionale (Klimes-Dougan etj. 2007). Në këtë gjë, padyshim se ka ndikim edhe zhvillimi social në adoleshencë sepse vetëdijësimi për pasojat ndërpersonale të shprehjeve emocionale, së bashku me ndryshimet në raportet me prindër dhe moshatarë ndikojnë në mënyrën e shprehjes së emocioneve të tyre (Shipman, Zeman, & Segall, 2001; Zeman & Shipman, 1997).

Aftësia për të përjetuar dhe reflektuar në aspektin emocional në këtë periudhë vjen duke u pjekur. Ndër të parat duket të zhvillohet aftësia për të njohur bashkekzistencën e emocioneve të përziera, që në fëmijëri nuk ekziston; pastaj edhe aftësia për të kontrolluarit e shprehjes emocionale si dhe shfaqja strategjike e tyre shtohet bashkë me aftësinë e tyre për të qenë i vetëdijshëm për emocionet e tjerëve (empatia) (Adams & Berzonsky, 2003).

1.4.Aspektet sociale të zhvillimit në adoleshencë dhe vetëvlerësimi

Zhvillimi psikosocial në adoleshencë shpesh kuptohet si një kuptim i vetvetes; “Kush jam unë?” (Berger, 2009). Ky duket të jetë ai strumbullari , rreth të cilit ndërthuren kryesisht komponentët si: zhvillimi i identitetit personal; ndërtimi i raporteve me prindër; ndërtimi i raporteve me moshatarë; zhvillimi i imazhit trupor si dhe raportet romantike e seksuale.

Gjithashtu vlen të theksohet edhe një aspekt tjetër i adoleshencës i lidhur me unin , ai i identitetit, të cilin e formuloi më së miri Eriksoni në teoritë e tij të zhvillimit të personalitetit (1950/1963, 1968) (Adams & Berzonsky, 2003). Padyshim ,që kjo teori e tij shënon kontributin më madhor në fushën e të kuptuarit të zhvillimit psikosocial të njeriut. Sipas Eriksonit, formimi i një identiteti të fuqishëm është shumë i rëndësishëm për rrjedhën e mëtejshme zhvillimore. Në këtë periudhë sipas Eriksonit kemi një detyrë zhvillimore për adoleshentët – krijimi i identitetit përkundër konfuzionit të roleve. Kjo padyshim që ka efekte edhe në stabilitetin e vetëvlerësimit (Adams & Berzonsky, 2003). Ai këtë periudhë të adoleshencës e lidh me krizën e identitetit përkundër konfuzionit të rolit; dhe kjo krizë duhet të zgjidhet duke arritur tek krijimi i identitetit (Erikson, 1968). Adoleshentët të gjetur në një ardhje të shtytjeve biologjike dhe kognitive për të ndërtuar unin – identitetin e tyre ndeshen edhe me mungesën e ca elementeve të nevojshëm për ta përballuar këtë dhe kjo bën që ata të ndihen në krizë; dhe duke qenë se kjo krizë është zhvillimore , ata patjetër që do lëvizin në përmbylljen e saj , duke krijuar identitetin , ose sipas Marcias i cili ia shton edhe dy mënyra se si ballafaqohen adoleshentët me këtë krizë: përjashtimi, hipotekimi (foreclosure) dhe moratoriumi (Marcia, 1966; Berger, 2009; Newman & Newman, 2012). Në rastin e hipotekimit ata mund ti ndjekin rregullat pa parë për alternativat (Marcia, 1966) ose në rastin tjetër të marrin identitet negativ ose opozitar nga ajo që ju thuhet prej figurave

autoritare (Berger, 2009). Në rastin e përjashtimit ose hipotekimit adoleshenti zgjedh që përmes një rruge të shkurtër, të pranojë vlerat tradicionale pa i debatuar dhe pa shikuar ose hulumtuar për alternativat, kurse në rastin më të keq të marrë qëndrim të plotë opozitar, kundërvënës, negativ sërish pa debatuar shumë për këtë dhe pa gjetur rrugën e tij individuale. Në rastin e moratoriumit, kemi një time-out, largim momental nga arritja finale e identitetit tij dhe ky llogaritet se është më i pjekur si përgjigje krahasuar me hipotekimin / përjashtimin (Berger, 2009).

Janë katër aspekte kryesore të arritjes së identitetit sipas Eriksonit: religjioni, seksi, politika dhe profesioni (Erikson, 1968; Wade & Tavis, 2012), dhe në këto fusha zhvillohen edhe betejat më domethënëse psikosociale . Në rastin e konfuzionit të roleve apo edhe difuzionit siç e quajnë disa autorë këta adoleshentë do të duken difuzë, të pafokusuar dhe të brengosur për të ardhmen (Phillips & Pittman, 2007). Adolehentët në këtë fazë përballen me atë se kush dhe çfarë duan të bëhen në kuptim të modeleve të besimeve, qëndrimeve sjelljeve dhe të profesionit; ata që kanë sukses në përkufizimin e vetes dhe gjetjen e roleve për vete zhvillojnë një sens të fuqishëm të identitetit; ata që dështojnë në këtë detyrë bëhen konfuzë ose tërhiqen dhe pa rënë në sy përpihen nga turma (Ciccarelli & White, 2012).

Zhvillimi i identitetit personal shihet si thelbësor për zhvillimin social të një personi. Uni konceptohet si një sistem procesesh të bashkëngjitura, që njihen sipas Harter, si sistemi vetjak (Lerner, Easterbrooks, & Mistry, 2003); dhe ky sistem ka tre komponentë: vetënjohja, vetëvlerësimi dhe vetërregullimi (Vasta, Haith, & Miller, 2007). Harter një nga studiueset më të njohura në botë për unin ; me vetëvlerësim kuptonte opinionet e fëmijëve rreth vetvetes; por, tani mendohet se vetëvlerësimi përfshin jo vetëm gjykimet e tyre ,por

edhe reagimet e tyre afektive mbi këto vetëvlerësime (Vasta, Haith, & Miller, 2007). Harter ka propozuar një model hierarkik për vetëvlerësimin dhe e sheh të ndarë në pesë fusha: kompetenca shkollore, të pranuarit social, kompetenca në atletikë, dukja fizike dhe sjelljet (Shaffer & Kipp, 2010).

Por, autorë tjerë e shohin më gjerë këtë si një përmbledhje që përfshin, përveç kompetencave edhe të gjitha trajtat dhe vlerat ,që e përkufizojnë dikë si person; kështu që evaluimi përfshin komponentën kognitive (se si dikush mendon për veten) dhe afektive (se si dikush ndihet për veten) dhe po ashtu përfshin edhe vlerësimin global si person (Thomaes, Poorthuis, & Nelemans, 2011). Është me rëndësi të shohim edhe dallimin në mes vetëkonceptit dhe vetëvlerësimit; vetëkoncepti është term më i gjerë që përfshin përmbledhjen e të gjitha përvojave që kemi në jetën tonë ,që i prek opinionet, sjelljet dhe ndërveprimet sociale tona, si dhe vlerësimet e këtyre përvojave; por, shumë tjerë thonë se është shumë e vështirë të bëjmë dallimin në mes të komponentëve thjesht përshkruese dhe atyre vlerësuese (Davis-Kean & Sandler, 2001).

Historikisht kemi shumë teori për vetëvlerësimin; ku disa prej tyre mbajnë edhe qëndrime divergjente se si të përkufizohet ky koncept (Kaplan, 2009). William James (1890) argumentonte ,se ai zhvillohet prej akumulimit të përvojave në të cilat pritjet e njerëzve i tejkalojnë caqet e tyre në ndonjë dimension me rëndësi ,kjo rezultoi në formulën e tij vetëvlerësimi = suksesi / pritjet (Heatherton & Wyland, 2003; Mruck, 2006). Definicioni më klasik ai i Coopersmith (1967) e sheh vetëvlerësimin si një gjykim personal për vlefshmërinë i shprehur në qëndrimet që individi i mban ndaj vetes. Por, shumica e teorive janë të bazuara në nocionin e Cooley (1902) në të shikuarit e vetes në një pasqyrë në të cilin

vetëvlerësimet janë të para si të pandara nga rrethi social (Heatherton & Wyland, 2003). Sipas Mead (1934) dhe teorisë së interaksionit simbolik, këtu kemi një proces në të cilin njerëzit i përbrendësojnë (internalizojnë) idetë dhe qëndrimet e shprehura prej figurave sinjifikative të tjerëve në jetën e tyre dhe në efekt të saj individët nisin të përgjigjen ndaj vetes në mënyrë të njëjtë me të tjerët. Shumica e studiuesve modernë, përfshi këtu edhe Rosenberg janë në përputhje me premisat bazë të kësaj teorie (Heatherton & Wyland, 2003). Bazuar në teorinë sociometrike (Leary & Baumeister, 2000) vetë arsyetja e pasjes së vetëvlerësimit vjen nga të maturit e cilësisë së raporteve tona sociale; dhe funksionon duke na treguar se sa të tjerët na pëlqejnë ose vlerësojnë ne (Thomaes, Poorthuis, & Nelemans, 2011; Heatherton & Wyland, 2003). Për më tepër Wells dhe Marwell e shohin vetëvlerësimin si një komponent ose funksion të personalitetit d.m.th . pjesë e sistemit të unit ,që është i brengosur me motivacionin dhe vetërregullimin (Mruck, 2006).

Nevoja për vetëvlerësim është një motiv human fundamental, e cila është nxjerrë nga nevojat më bazike të mbijetesës njerëzore dhe raporteve sociale të ndërvarura që e lehtësojnë këtë mbijetesë (Kaplan, 2009). Ky si një dimension i sjelljes është i shtrirë në gjithë ekzistencën njerëzore. Maslowi në teorinë e tij të vetëaktualizimit e vendos në rendin e katërt të hierarkisë së nevojave së bashku me nevojën për arritje, kompetencë, pavarësi dhe për respekt nga të tjerët (Myers, 2013).

Në fushën e hulumtimeve ende ka disa çështje problematike për vetëvlerësimin si psh, uni tek vetëvlerësimi a është primarisht psikologjik apo sociologjik, është trajtë apo gjendje, a është nevojë motivacionale apo thirrje (motivacion i brendshëm), a është produkt zhvillimor apo proces, a është variabël ,i varur apo i pavarur (Mruck, 2006). Poashtu

vetëvlerësimi mund ti referohet një situate momentale ose përgjigjeve karakteristike të një individi që e kapërcejnë kohën dhe situatën; e para është ajo që njihet si gjendje dhe varet nga konteksti i situatës, personit etj. kurse e dyta si trajtë, ose si e qëndrueshme dhe kronike dhe që përdoret në çfarëdo situate jetësore (Kaplan, 2009).

Në zhvillimin e vetëvlerësimit ndikojnë zhvillimi biologjik dhe kognitiv, por edhe faktorët socialë si stili prindëror, moshatarët, kultura dhe etniciteti (Shaffer & Kipp, 2010; Kaplan, 2009). Prindërit luajnë rol vendimtar në formësimin e vetëvlerësimit të fëmijët, në faktin se ndjeshmëria e tyre e ndikon konstruktimin e modeleve punuese negative ose pozitive për veten; studimet e ndryshme kanë gjetur se adoleshentët me vetëvlerësim të lartë priren të kenë prindër të afërt dhe përkrahës (Shaffer & Kipp, 2010). Por, tek ky ndikim kemi edhe një dilemë se cili është ndikimi gjenetik këtu; kështu kemi autorë që theksojnë se 30-50 % e diferencave individuale janë gjenetike, kurse sjelljet e prindërve llogariten vetëm në rreth 10 % (Thomaes, Poorthuis, & Nelemans, 2011; Mruck, 2006). Ndikimet e moshatarëve nisin që nga mosha 4-5 vjeçarëve përmes krahasimit social, por bëhen më të fuqishme në adoleshencë (Shaffer & Kipp, 2010).

Është vërejtur se edhe niveli socioekonomik dhe përkatësia racore e ndikojnë nivelin e vetë-vlerësimit; adoleshentët me nivel të lartë socioekonomik priren të kenë vetëvlerësim më të lartë sidomos në adoleshencën e mesme dhe të vonshme; poashtu edhe raca dhe përkatësia etnike duken se ndikojnë në këtë, sidomos kjo në disa studime është vërejtur në grupet minoritare, ku është gjetur nivel më i ulët i vetëvlerësimit (Feldman, 2012).

Shkathtësitë e nevojshme për të formuar vetëvlerësim janë shumë komplekse dhe arrihen gradualisht gjatë stadeve të hershme të zhvillimit të fëmijëve (Thomaes, Poorthuis, & Nelemans, 2011). Kështu, në fëmijërinë e hershme shumë sjellje mund të merren si manifestime të vetëvlerësimit dhe poashtu mund të kemi që nga mosha 2-3 vjeçare edhe vlerësime specifike për veten shumë jorealiste ,si psh. “unë jam i fortë!” (Thomaes, Poorthuis, & Nelemans, 2011). Duket se një ndjesi e hershme dhe domethënëse e vetëvlerësimit vendoset te fëmijët qysh në moshën 4-5 vjeçare; por janë ende shumë jorealiste dhe nga mosha 8 vjeçare nisin të ngjajnë opinioneve të tjerëve më të rritur (Shaffer & Kipp, 2010) ; dhe në këtë moshë (7-8 vjeç) fëmijët janë të aftë të kenë një vetëvlerësim aktual (Thomaes, Poorthuis, & Nelemans, 2011). Koncepti i vetes (Self-concept), si një kuptim i identitetit vetjak dhe vlerës personale formohet gradualisht (Myers, 2013). Që nga njohja e vetes në pasqyrë në moshën 15-18 muajshe për të vazhduar pastaj në moshën shkollë, kur fëmijët arrijnë të përshkruajnë shumicën e trajtave të tyre, për të arritur në moshën 8-10 vjeç kur imazhi për veten bëhet i qëndrueshëm (Myers, 2013).

Me futjen në adoleshencë të fëmijës fillon të zhvillohet një mënyrë më abstrakte dhe hipotetike e të menduarit; e cila poashtu jep ndikimin e vet edhe në zhvillimin e vetëvlerësimit. Në këtë periudhë të adoleshencës ata janë të interesuar për qëndrimet e tyre, tiparet e personalitetit të tyre si dhe besimet që përfshijnë situatat hipotetike (Rosenberg, 1989; Vasta, Haith, & Miller, 2007). Adoleshenca do të sjellë zhvillimin e plotë të vetëvlerësimit , por është karakteristike se kemi një rënie në vetëvlerësim në këtë periudhë në krahasim me fëmijërinë dhe poashtu ndryshimet e tij varësisht nga konteksti social (psh. i lartë me moshatarë, i ulët me prindër/mësues ,etj) si dhe mjaft jostabël në aspektin

kohor (ndryshime edhe gjatë ditës) (Thomaes, Poorthuis, & Nelemans, 2011). Ashtu sikurse Eriksoni pati sugjeruar se në adoleshencën e hershme vjen deri tek një erozion në nivelet e vetëvlerësimit dhe ka studime tjera (Robins, Trzesniewski, Tracey, Gosling, & Potter, 2002) që e vërtetojnë këtë, dhe kjo është ndoshta si pasojë e të menduarit më realist për veten apo të pasurit mendim për veten më të ngjashëm me atë të rriturve (Shaffer & Kipp, 2010). Sidomos ky erozion shihet tek të rinjtë që po përjetojnë strese të shumëfishta me hyrjen në adoleshencë (Gray-Little & Hafdahl, 2000). Sipas studimeve të Robins etj., 2002; Twenge & Campbell, 2001; Twenge & Nolen-Hoeksema, 2002; gjatë viteve të para të adoleshencës vetëvlerësimi bie, por rikthehet sërish nga vitet e fundit të adoleshencës, në të njëzetat (Myers, 2013).

Zhvillimi social , përfshirë edhe elaborimet lidhur me unin, vetënjohjen dhe vetëvlerësimin në aspektin e plotë ndjek një rrjedhë të arritjes së këtyre aftësive gradualisht. Kështu në studimet e Selman për kognicionet sociale (mënyrat se si adoleshentët e përdorin logjikën dhe arsyetimin në supozimet e tyre për moshatarët dhe ndërveprimet e moshatarëve) tregojnë se ka disa stade; kështu në fëmijët e moshës shkollore dhe në para-adoleshencë (6-12 vjeç) i përshkruan kognicionet sociale si një “bashkëpunim i drejtë i kohës” me ngritje dhe rënie (on/off) në bazë të motit tyre emocional dhe të rrethanave më tepër se sa dëshirë për të pasur një shok specifik; kurse me ardhjen e adoleshencës shoqërimi bëhet më i individualizuar, me ndarje sekreresh, dhe me shfaqjen e një ndjenjë rehatie me një ose më shumë shokë ose edhe me “klikat” e vogla të cilat krijohen; tek në adoleshencën e vonshme do vjen tek një grup solid i moshatarëve, me stabilitet në raporte dhe me reciprocitet në cilësinë e ndërveprimeve (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2009). Është vërejtur se “Klikat”

ofrojnë kontroll dhe përkrahje sociale; ata i promovojnë standardet grupore jo direkt, por përmes kritikizmit dhe të shmangies sociale; por jo gjithmonë moshatarët kanë ndikim negativ në adoleshentët, ata mundën edhe të kenë rol konstruktiv për shkak se mund të përforcojnë sjellje sociale të dëshirueshme (Berger, 2009) si psh. arsyetimin moral, të gjykuarit, vlerat si dhe mund të marrin informacione të rëndësishme për botën jashtë familjes (Adams, 2005). Parë nga ky këndvështrim shpeshherë për adoleshentët është e pamundur të mos përfshihen në një ose mënyrë tjetër në këto zhvillime sociale.

Në zhvillimet psikosociale padyshim se një ndër komponentët kryesorë është raporti i adoleshentit me prindër ose më mirë të themi me familjen; kjo patjetër sepse në të shumtën e rasteve ,luftërat dhe trazirat për arritjen e identitetit dhe autonomisë do të drejtohen në këtë figurë. Janë katër aspekte në raportin prind-fëmijë që shihen si shumë vendimtare edhe për moshën e adoleshencës: komunikimi, përkrahja, lidhja emocionale dhe kontrolli. Përderisa për dy të parët ka pajtim se janë të rëndësishme në zbutjen e shqetësimeve të adoleshentëve, për dy të fundit ka mendime të ndryshme nga psikologët zhvillimorë dhe këto mund të jenë represive ose të shëndetshme; gjetja e një balance të mirë nuk është edhe aq e lehtë (Berger, 2009).

Socializimi në adoleshencë përfshin edhe aftësinë për të gjetur pranim në raportet me moshatarët dhe pastaj zhvillimin e kognicioneve sociale që mundësojnë që ai ti pranojnë të tjerët. Këto janë shumë të rëndësishme për ta dhe ndjenjën e mirëqenies së tyre dhe nga ana tjetër përkatësia ndaj grupit të moshatarëve është në përgjithësi një shenjë adaptimi dhe një hap zhvillimor në ndarjen nga prindërit (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2009; Rosner, 2003). Zhvillimi i identitetit personal në adoleshencë patjetër që do sjellë largimin prej prindërve,

kështu adoleshenca shihet si koha e rrënimit të ndikimit prindëror dhe rritjes së ndikimit nga moshatarët (Myers, 2013).

Këto zhvillime janë graduale dhe transitore dhe nisin në formë të grindjeve për probleme të përditshme, detyra, mësimi, daljet jashtë, kohën e gjumit etj; këto vetëm në një numër të vogël të rasteve sjellin deri tek një ndarje e vërtetë dhe shoqërohen me stres të madh; poashtu shumë adoleshentë absorbohen nga ndikimet e moshatarëve dhe tani së fundi edhe nga rrjetet sociale (Myers, 2013). Në moshën 18 vjeçare kemi një shtim të pjekurisë emocionale dhe një zvogëlim të egocentrizmit adoleshent që sjell një respekt për prindërit; përveç në rastet kur ka kaluar konflikti në “armiqësi të shprehur” (Berger, 2009). Këto konflikte në shumicën e rasteve nuk rezultojnë në shkatërrim të raporteve domethënëse me prindërit dhe vëllezërit/motrat e tyre; për shumicën e adoleshentëve procesi i përkufizimit të vetes si unik dhe i ndryshëm prej familjes tyre mund të arrihet edhe duke e ruajtur aleancën me anëtarët e familjes (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2009). Në disa kultura rebelimi adoleshentëve shihet si konstrukt social (Berger, 2009) , me një fjalë i pranueshëm . Shumë hulumtues besojnë se një sasi e “rebelimit” dhe konfliktit është një hap i domosdoshëm në shkëputjen prej varësisë fëmijërore në prindërit drejt bërjes së një të rrituri të vetë-mjaftueshëm (Ciccarelli & White, 2012).

Një pikë me rëndësi në çështjet e identitetit personal merr edhe imazhi trupor. Ndryshimet që sjellë puberteti në aspektin fizik jo çdoherë janë të mirëseardhura, shumë nga adoleshentët kanë perceptime të shtrembëruara që çojnë në fokusimin dhe ekzagjerimin e joperfektes, dhe si pasojë teprimin e marrjes me këtë çështje; kjo sjell përfshirjen në dieta (sidomos vajzat) dhe fitness (sidomos djemtë); sepse dukja e tyre dhe stili bëhen çështje me

rëndësi në pranimin e tyre nga moshatarët (Berger, 2009). Vajzat janë më të pakënaqura me trupin dhe dukjen e tyre të përgjithshme; djemtë janë më të pakënaqur me sjelljen e tyre sociale në shkollë dhe me shokët (Wade & Tavis, 2012).

Hormonet seksuale në adoleshencë nuk sjellin vetëm zhvillimin e karakteristikave sekondare seksuale, por shkrehin edhe mendimet dhe emocionet seksuale të cilat në bashkëveprim me kontekstin social dhe kulturor sjellin formësimin e tyre në shfaqje, kontakte, flirte, preokupime, por edhe frikësime (Berger, 2009). Disa ekspertë mendojnë se djemtë janë më të ndikuar nga hormonet, derisa vajzat nga kultura në impulset të lidhura me seksualitetin (Berger, 2009). Këto impulse, padyshim dërgojnë edhe tek përvojat e para në marrëdhëniet seksuale që jo rrallë janë problematike, jo vetëm se janë të hershme, por edhe për pasojat e dëmshme që mund të sjellin, prandaj edhe prindërit dhe shoqëria janë të brengosura për to. Sidomos është e vërejtur se adoleshentët që përjetojnë një zhvillim të hershëm pubertal janë më të përfshirë në raporte romantike dhe marrëdhënie seksuale.

Interesimi dhe eksperimentimi seksual janë komponentë kritikë të zhvillimit në adoleshencë (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2009; Rosner, 2003). Shkallët e aktivitetit seksual dallojnë në kombe të ndryshme; në SHBA në 2007, raportohet se mbi gjysma e adoleshentëve të moshës 16 vjeçare kanë marrëdhënie seksuale; por është duke u shtuar përdorimi i metodave mbrojtëse nga shtatzënia, është duke u zvogëluar numri i aborteve nga adoleshentët si dhe numri i fëmijëve të lindur nga adoleshentët (Berger, 2009). Poashtu në këtë periudhë formulohet identiteti gjinor dhe orientimi seksual (Newman & Newman, 2012) i cili poashtu mund të jetë një burim potencial tensioni për adoleshentët.

1.5.Fazat dhe Stadet e adoleshencës

Përkundër asaj ,që kemi një ndryshim në literaturë nga vështrimi i orientuar në stade në atë të orientimit në procese (Salmela-Aro, 2011); e pamë të dobishme të vendosim edhe këtë vështrim ,sepse puberteti është periudhë biologjike dhe si e tillë është universale, por adoleshenca është edhe dizajn kros-kulturor dhe social (Salmela-Aro, 2011). Ndonëse hulumtimet nuk mund ti përcaktojnë dhe përkufizojnë stadet qartazi; koncepti i stadeve mbetet i dobishëm dhe i ndihmon vështrimit zhvillimor tërë jetësor (Myers, 2013).

Adoleshenca si e tillë, një periudhë kalimtare mes të qenit fëmijë deri të bërit i rritur, përfshin një periudhë mes 11 dhe 19 vjeç, sipas disave edhe deri 25 vjeç; gjatë së cilës personi përjeton jo vetëm rritje dhe ndryshim fizik , por edhe emocional, psikologjik, social dhe mental. Kjo periudhë është kategorizuar në tre stade (Salmela-Aro, 2011):

- e hershme (11-13 vjeç);
- e mesme (13-17 vjeç) dhe
- e vonshme (17-19 vjeç).

Përveç kësaj kemi një koncept të ri tani që quhet “Të shfaqurit e moshës së rritur“ (Emerging Adulthood) të cilin e propozoi J.Arnett (Arnett, 2000) dhe që përfshin moshën nga 18 – 25 vjeç (Salmela-Aro, 2011). Këta stade kanë dallime në mes tyre në aspektin biologjik, emocional, social dhe kognitiv (Salmela-Aro, 2011):

Adoleshenca e hershme(11/12-13/14 vjeç)

Është koha e fillimit të ndryshimeve biologjike të pubertetit; ku zhvillimi seksual dhe riprodhues e mbizotërojnë këtë periudhë (Salmela-Aro, 2011). Në këtë fazë vërehen ndryshimet në të gjitha fushat zhvillimore të personalitetit të adoleshentit; duke filluar që nga emocionet të cilat karakterizohen me ndryshime të shpejta dhe sidomos adoleshentët kanë vështirësi me rregullimin e emocioneve të tyre; poashtu statusi social në rrjetin e moshatarëve fillon të luan rol me rëndësi; në aspektin kognitiv kemi shtim të kapacitetit të memories, por edhe shtim të sjelljeve të rrezikshme (Salmela-Aro, 2011). Ndryshimet dramatike në fizik, sjellje dhe qëndrime shihen dukshëm edhe nga vetë adoleshentët; prandaj si pasojë ata mund të preokupohen me këta ndryshime dhe përjetojnë konfuzion dhe brengosje se çka po ndodh me ta; mund të duken të harrueshëm, tëshpërqendruar, me humor të lëkundshëm dhe hipokondrik (Salkind, 2006). Adoleshentët fillojnë ta përkufizojnë veten si të veçantë nga familjet e tyre, ti kritikojnë shprehitë dhe vlerat e familjes, të insistojnë në kalimin e kohës me moshatarët dhe më me pak mbikqyrje (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2009). Një vetëdije e re seksuale mund të shfaqet me një modesti të shtuar dhe turpërimi me zhvillimin fizik ose me një interes të shtuar për gjininë tjetër. Dëshira e tyre në rritje për autonomi ndonjëherë bën që ata të kenë sjellje sfiduese ndaj figurave autoritare si prindërit, mësuesit etj. Përkundër të gjithave shumë adoleshent në këtë fazë mbajnë vazhdimësinë me vlerat dhe stilin familjarë dhe kemi një metamorfozë më të butë drejt pavarësisë (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2009).

Adoleshenca e mesme (13-17 vjeç)

Është faza e rrugës së transformimit; derisa shumica e vajzave e kalojnë pubertetin, djemtë ende janë duke u pjekur fizikisht; zhvillimi i trurit është procesi më madhor i kësaj faze; në

këtë kohë zhvillimi i personalitetit është unik dhe me këtë me qëllim të përmbajtjes dhe zhvillimit të identitetit roli i shokëve bëhet kryesor (Salmela-Aro, 2011). Në aspektin emocional arrijnë një nivel më të mirë të njohjes dhe kontrollit të emocioneve; në aspektin kognitiv vjen deri te zhvillimi i shpejtë dhe më i saktë i strategjive të kujtesës komplekse, kontrollit të perceptimeve si dhe planifikimit (Salmela-Aro, 2011). Aftësia e tyre për të kombinuar të arsyetuarit abstrakt me vendim-marrjen realiste si dhe aplikimi i gjykimit social janë duke u testuar në këtë fazë. Sjellja seksuale intensifikohet dhe lidhjet romantike janë më të komplikuar dhe vetë-respekti bëhet me ndikim thelbësor në sjelljet pozitive dhe negative rrezik-sjellëse (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2009). Adoleshentët priren të identifikohen me grupet e moshatarëve të cilët bëhen shumë ndikues për ta; në njohja e rrezikut si dhe sensi i “omnipotencës” të përziera me shtysat për autonomi shpesh sjellin konflikte me kërkesat dhe pritjet prindërore, por nuk rezultojnë në shkatërrimin e raporteve të kuptueshme me prindër dhe me moshatarë; ata ende e mbajnë një aleancë (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2009). Poashtu në këtë periudhë formulohet identiteti gjinor dhe orientimi seksual (Newman & Newman, 2012). Ndonëse shumica e adoleshentëve lëvizin në këtë stad zhvillimor me distres dhe probleme minimale, disa vuajnë nga disponimi dhe emocionet e lëkundshme të cilat kanë ndikim prej atij kalimtarë e deri tek paaftësues; disa fillojnë të zhvillojnë sjellje të pashëndetshme të praktikave të kontrollimit të peshës, çrregullime të ngrënies, abuzim me substanca, pikëpyetje rreth identitetit dhe aktivitetit seksual (Salkind, 2006).

Adoleshenca e vonshme (17-19 vjeç)

Në këtë fazë vjen deri te një emocionalitet më stabil; me një konsideratë më të madhe për tjerët; adoleshentët fillojnë të mendojnë për kuptimin e jetës; kanë lidhje dashurie më serioze; vendosin caqet për të ardhmen (Salmela-Aro, 2011). Është një kohë kur eksplorimi i disa fushave dhe lidhjeve sociale çojnë drejt një përkufizimi më të mirë të vetes dhe sensit të përkatësisë ndaj një grupi ose subkulture që lidhet me formimin e identitetit solid; përkundër ruajtjes së disa lidhjeve me anëtarët e familjes raporti me moshatarët janë më të rëndësishëm (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2009). Në përgjithësi ata janë duke vazhduar procesin e emancipimit të tyre dhe lëvizjen simbolike prej shtëpisë; disa kërkojnë punë; të tjerë vazhdojnë në universitet ose edhe kombinojnë punën e shkollimit; fillojnë të zgjidhin konfliktet mes tyre dhe prindërve, kanë një imazh trupor dhe një rol gjinor më të pranueshëm, varen më pak nga shokët (Salkind, 2006).

Sa i përket këtyre ndryshimeve në fusha të ndryshme, është e evidente se këto ndodhin në mënyrë simultane në shumë fusha në të njëjtën kohë; psh. ndryshimi i dukshëm i adoleshencës së mesme është i lidhur me zhvillimin e trurit dhe pjekurinë emocionale / kognitive, arritjet të bazuara në identitetin dhe autonominë, shtimi i shumëllojshmërive të rrjeteve sociale dhe ndryshimet konceptuale të shoqëruara me moshën e rritur që afrohet. Poashtu zhvillimi pubertal i lidhur me aktivitetin seksual dhe riprodhues që e karakterizon adoleshencën e hershme, poashtu është e lidhur me ndryshimet në zhvillimin social; dmth këto ndryshime shkojnë nga dora në dorë (Salmela-Aro, 2011).

Një tjetër element me rëndësi në përshkrimin dhe kuptimin e moshës së adoleshencës padyshim është ai i detyrave zhvillimore (Newman & Newman, 2012). Koncepti i detyrave zhvillimore është definuar si një detyrë që vjen një periudhë të caktuar të jetës (Martin &

Volkmar, 2007) , dhe arritja/përmbushja e saj sjellë lumturi dhe sukses në detyrën e ardhshme dhe janë të themi detyra normale e kalimtare (Havighurst, 1972; Neinstein, 2008). Havighurst ka identifikuar njëmbëdhjetë detyra të tilla për adoleshencën:

- Duhet të përshtatet në sensin e ri fizik të vetes.
- Duhet të përshtatet në aftësitë e reja intelektuale.
- Duhet të përshtatet në kërkesat e shtuara edukative në shkollë.
- Duhet të zhvillojë shkathtësi verbale të zgjeruara.
- Duhet të zhvillojë një ndjenjë personale të identitetit.
- Duhet të vendosë caqet e profesionit për moshën e rritur.
- Duhet të vendosë pavarësinë emocionale dhe psikologjike prej prindërve të tyre.
- Duhet të zhvillojë raporte stabile dhe produktive me moshatarët.
- Duhet të mësojë të menaxhoj seksualitetin e tij.
- Duhet të adoptojë një sistem personal të vlerave.
- Duhet të zhvillojë një kontroll të shtuar të impulseve dhe pjekurisë në sjellje.

KAPITULLI III: VËSHTIRËSITË EMOCIONALE DHE SJELLJET PROBLEMATIKE SI DHE LIDHSHMËRIA E TYRE ME VETËVLERËSIMIN DHE PASHPRESËN

Nga përshkrimi i adoleshencës në kapitullin e parë del i qartë koncepti i zhvillimit biopsikosocial të një njeriu dhe rëndësia e të kuptuarit të këtij modeli për shoqërinë njerëzore. Padyshim se të shikuarit në moshën e fëmijërisë dhe adoleshencës për konceptin e shëndetit merr parasysh këtë model, ku spikat ndër të tjera pjesa psikologjike ose mendore. Kjo pjesë kuptohet në këtë moshë në dy vija të shprehjes së vështirësive ose problematikave: internalizuese (sjelljet në të cilat individi vuan në vete) dhe eksternalizuese (sjelljet e individit nga të cilat vuajnë të tjerët). Këto dy konstrukte bëhen të domosdoshme për tu hulumtuar në mënyrë që të mund të adresohen me qëllim të njohjes me kohë, parandalimit dhe trajtimit të tyre si parakusht i krijimit të një jete të shëndetshme tek njerëzit. Arsyeja e përzgjedhjes së këtyre dy dimensioneve për studim gjendet edhe në faktin se këto dy vija kanë ndërthurje të shumta dhe vetëm studimi i përbashkët i tyre e bën të plotë analizën e problematikës së përshtatjes psikologjike në adoleshencë sidomos në mjedise, ku ka mungesë të studimeve ,si Kosova.

Nga shumësia e faktorëve të lidhur me shfaqjen e problematikave emocionale dhe të sjelljes të studiuara, gjerësisht në literaturë , kemi zgjedhur dy konstrukte psikologjike që janë spikatur për efektet e tyre në këta problematika si dhe në përshtatjen e individëve në aspektin e mirëqenies psikologjike dhe me këtë edhe tërë jetësore: vetëvlërësimin dhe

pashpresën. Këto dy konstrukte janë me interes të hulumtohen edhe në mjedisin kosovarë të njohur për jetesën shumë tradicionale.

3.1.Vështirësitë emocionale në adoleshencë

Historikisht adoleshenca është konsideruar si një periudhë e trazirave emocionale. Nga një vështrim i tillë gjejmë shumë emërtime të përdorura; që nga “lëkundjet e disponimit” sipas Hall, e pastaj “emocionet me valencë negative” sipas Freud kanë vazhduar me përshkrimet si “të tëhuajsuar”, “të dëshpëruar” etj.; por të dhënat empirike të sotme ndonëse e kundërshtojnë këtë vështrim prapëseprapë indikojnë se përkundër asaj se në fushën emocionale adoleshenca dallon nga fazat e tjera jetësore ; jo të gjitha vështrimet negative janë të sakta (Rosenblum & Lewis, 2003; Arnett, 1999) . Kjo, sepse përkundër asaj se adoleshentët janë të përballur me një zhvillim të stuhishëm të trupit dhe mendjesdhe kanë labilitet emocional më të madh se fëmijët dhe se të rriturit, ata vijnë duke i shtuar kapacitetet për rregullimin e emocioneve (Hilt, Hanson, & Pollak, 2011).

Edhe pse ka shumë të dhëna që kundërshtojnë shikimin e adoleshencës si një “trazirë”, “furtunë dhe stres” (Arnett, 1999) ka shumë indikacione në faktin se jeta emocionale e adoleshentëve (sidomos e vajzave) është e ndryshueshme: këta përjetojnë ekstreme më të mëdha emocionale, kanë më tepër emocione negative dhe janë më të ndjeshëm në ndodhitë jetësore (Adams & Berzonsky, 2003). Poashtu, ka pajtim se adoleshentët duhet të zotërojnë shumë shkathtësi ose kompetenca emocionale për tu ballafaquar me kërkesat në rritje nga jeta: rregullimin e emocioneve intensive dhe të lëkundshme; të mësojnë teknikat e vetëzbutjes; të mësojnë vetëdijesimin për emocionet e veta pa u tronditur nga to; të kuptojnë pasojat e emocioneve për të tjerët; të dallojnë ndjenjat nga faktet; të menaxhojnë

shqetësimin emocional të bazuar në empatinë dhe simpatinë, por edhe dashurinë, urrejtjen ose indiferencën në raporte me tjerët (Adams, 2005; Rosenblum & Lewis, 2003).

Kostiuk dhe Fouts (2002) sugjerojnë se rregullimi i varfër i emocioneve e dëmton funksionimin në të gjitha sferat e jetës. Ky sugjerim është mbështetur nga gjetjet se strategjitë e përdorimit të emocioneve janë në korrelacion me vlerësimet vetëraportuese si mirëqenia fizike, psikologjike, disponimi, përkrahja sociale, jeta prindërore / shtëpiake, vetëperceptimi, autonomia, shkolla dhe ngacmimet (Phillips & Power, 2007).

Përveç kësaj adoleshentët përballen me një numër sfidash të vështira zhvillimore përfshirë negociimin me pubertetin, rolet e reja dhe autonominë në rritje, dhe të gjitha këto mund të jenë emocionalisht sherruese (Coleman & Hendry 1999). Për më shumë duke qenë se emocionet i shoqërojnë përvojat e ndryshme, i organizojnë dhe u japin domethënie ata shërbejnë si një “ngjitës” dhe ndikojnë në krijimin e identitetit tek adoleshentët; kështu ndryshimet në emocione ndikojnë edhe në ndryshime në identitet (Rosenblum & Lewis, 2003; Arnett, 1999).

Studimet e bazuara në “metodën e vëzhgimit të përjetimeve” kanë gjetur se përjetimet emocionale të adoleshentëve dallojnë në intensitet, frekuencë dhe persistencë; krahasuar me prindërit e tyre ata përjetojnë ekstreme më të mëdha të emocioneve dhe më shpesh, sidomos kjo vlen për emocionet negative (Rosenblum & Lewis, 2003; Larson, Csikszentmihalyi, & Graef, 1980). Nga studimet tjera kuptojmë poashtu, se adoleshentët në dallim nga fëmijët duket të jenë më pak të lumtur dhe emocionet e tyre nxiten nga ndodhi më të vogla se sa tek fëmijët dhe ndodh , që në aspektin kohor kanë shkuar ose mund të

vijnë; por sidomos zhgënjimet dhe frustrimet romantike janë identifikuar si burime madhore të stresit dhe dhembjes emocionale tek ta (Rosenblum & Lewis, 2003). Në adoleshencë vihet re rritja e disponimit depresiv sidomos tek femrat më tepër dhe kjo shoqërohet edhe me uljen e vetëvlerësimit, pashpresën, por edhe me ndjenjën e turpërimit që duket mjaft prezente në këtë moshë, prapë më e shprehur tek vajzat (Rosenblum & Lewis, 2003). Nga studimet vetëraportuese si dhe fiziologjike janë vërejtur edhe dallimet gjinore në faktin se vajzat shprehin më shumë emocione dhe se poashtu reagojnë më tepër emocionalisht në stimulimet (Kim, Riser, & Deater-Deckard, 2011).

Faktorët për zhvillimin e problemeve emocionale

Ekziston një shumëllojshmëri e literaturës që ka ekzaminuar shtigjet , mekanizmat dhe faktorët e zhvillimit të problemeve emocionale në formë të faktorëve të rrezikut, mbrojtës, përmbajtës ose vulnerabël (Gutman & Sameroff, 2004).

Ndër faktorët e parë, që ndikojnë në zhvillimin e problemeve janë duke u llogaritur – aftësia për rregullimin emocional. Siç u tha edhe më sipër, adoleshentët duhet të kenë një varg strategjish të rregullimit të emocioneve që të mundën të jenë fleksibël dhe të adaptueshëm në situata të ndryshme dhe që ti arrijnë qëllimet e tyre; kur këto strategji dështojnë ose janë të tejpërdorura sjellin mospërshtatje dhe si pasojë ky disrregullim emocional do të shkaktojë raporte të varfëra ndërpersonale , vështirësi në përqëndrim, ndjesi të tronditjes nga emocionet ose paaftësi për të penguar sjelljet destruktive dhe poashtu shpesh shoqërohet me jolumturi e deri tek zhvillimi i psikopatologjisë - depresioni, ankthi, abuzimi me substanca (Hilt, Hanson, & Pollak, 2011).

Shkathësia e rregullimit emocional te fëmijët dhe adoleshentët është demonstruar të jetë parashikuesedhe të problemeve internalizuese dhe eksternalizuese në shumë studime (Eisenberg, Cumberland, Spinrad, Fabers, Shepard, Reiser etj., 2001; Kim & Cicchetti, 2010). Edhe Phillips dhe Power (2007) kanë gjetur shoqërim sinjifikativ te adoleshentët të përdorimit të strategjive disfunksionale dhe simptomave emocionale dhe problemeve të sjelljes. Studime të fundit gjejnë se edhe inteligjenca emocionale është e implikuar në shumë sfera të rëndësishme të jetës si psh. shëndetin (Costa, Petrides, & Tillman, 2014), prindërimin (Gugliandolo, Costa, Cuzzocrea, & Larcan, 2014) etj.

Në një studim tjetër zhvillimi dhe funksionimi emocional është implikuar në simptomatologjinë internalizuese dhe eksternalizuese dhe poashtu në disa çrregullime klinike; emocionet luajnë rol të fuqishëm në shëndetin psikologjik dhe fiziologjik dhe nga ana tjetër aftësitë e mira të rregullimit të emocioneve mund të veprojnë si faktorë mbrojtës kundër traumës dhe faktorëve tjerë të rrezikut dhe si faktorë adaptivë në rrethanat e pafavorshme duke promovuar strategjitë pozitive të përballjes (Kim, Riser, & Deater-Deckard, 2011).

Për këto konstatime fakte vijnë edhe nga studimet që ekzaminojnë strategjitë e rregullimit të emocioneve si dhe treguesit fiziologjikë të kësaj, që kanë gjetur se rregullimi i emocioneve është i shoqëruar me problemet internalizuese dhe eksternalizuese (Garnefski, Kraaij, & van Etten, 2005), depresionin dhe sjelljen problematike (Silk, Steinberg, Morris, 2003), dhe problemet e sjelljes (Beauchaine, Gatzke-Kopp & Mead, 2007) tek adoleshentët.

Ndër faktorët personalë ose brenda individit padyshim që komponentët e temperamentit si ndrojtja (inhibimi bihejvioral) dhe emocionaliteti negativ janë gjetur si faktorë rreziku për zhvillimin e problemeve internalizuese (Gilliom & Shaw, 2004; Mathiesen & Sanson, 2000; Mun, Fitzgerald, Von Eye, Puttler, & Zucker, 2001; Leve, Kim, & Pears, 2005; Rothbart & Bates, 1998). Edhe gjinia është parë të predispozon zhvillimin e problemeve emocionale. Në këtë vijë lidhur me gjininë si faktorë risku për problemet emocionale hulumtimet kanë tentuar ti identifikojnë mekanizmat ,që kontribuojnë në nivelin më të lartë të simptomave emocionale te vajzat në adoleshencë (Lewinsohn, Gotlib, Lewinsohn, Seeley & Allen, 1998; Wichstrøm, 1999). Essex, Klein, Cho & Kraemer, (2003) këtë e shohin të lidhur me ekspozimin ndaj depresionit të nënave, konflikteve familjare dhe divorcit. Poashtu, nuk dihet se si gjinia ndërvepron me trajtat e temperamentit në zhvillimin e sjelljeve internalizuese (Crick & Zahn-Waxler, 2003).

Ndër faktorët e tjerë që radhiten se ndikojnë në zhvillimin e problemeve emocionale vijnë ata që kanë të bëjnë me mjedisin familjar dhe prindërimin. Kështu ,konfliktet familjare, refuzimi dhe armiqësia prindërore, mungesa e ngrohtësisë prindërore, kujdesi dhe përkrahja prindërore joadekuate janë gjetur se shoqërohen me problemet internalizuese në fëmijëri dhe adoleshencë (Zahn–Waxler, Klimes–Dougan, & Slattey, 2000).

Poashtu, edhe mungesa e përkrahjes sociale si dhe rrethanat tjera familjare të pakëndshme janë gjetur si faktorë kontekstualë të lidhur me zhvillimin dhe përmbajtjen e problemeve emocionale tek fëmijët dhe adoleshentët (Essex, Klein, Cho & Kraemer, 2003; Leech, Larkby, Day, & Day, 2006; Ge, Natsuaki, & Conger, 2006; Shiner & Marmorstein, 1998; Silberg etj., 1999). Lengua ka gjetur lidhje ndërmjet frustracionit dhe disiplinës

jokonsistente të prindërimit ,të cilat arrinin të parashikonin problemet internalizuese tek fëmijët (Lengua, 2008). Poashtu ,problemet internalizuese dhe eksternalizuese janë lidhur me perceptimet e fëmijëve për karakteristikat e prindërimit (refuzimin, tejmbrojtjen dhe favorizimin) (Richters, 2010).

Studimet për simptomet internalizuese tregojnë rezultate konsistente ndër grupmoshat (6–11 vjeç) dhe (12–17 vjeç) (Cannon & Weems, 2006 ; Chorpita , Albano, & Barlow, 1998; Chorpita, Plummer & Moffitt, 2000; Turner & Barrett 2003).

Prevalenca e vështirësive emocionale në adoleshencë

Gjetjet prej studimeve në popullatë tregojnë se 9-12% e fëmijëve dhe adoleshentëve kanë simptoma emocionale të fuqishme, të cilat kanë ndikim negativ në të funksionuarit e përditshëm (Puura etj., 1998; Egger & Angold, 2006; Costello, Egger, & Angold, 2005). Poashtu edhe autorë të tjerë raportojnë se afro 7-20% e fëmijëve dhe adoleshentëve i plotësojnë kriteret për probleme të sjelljes të përkufizuara gjerësisht (Horwitz, Leaf, Leventhal, Forsyth, & Speechley, 1992; Kaltiala-Heino, Rimpelä, Marttunen, Rimpelä, & Rantanen, 2005; Kelleher, McInerney, Gardner, Childs, & Wasserman, 2000; Kumpulainen etj, 1998). Edhe një studim së fundmi (Reijneveld, Wieggersma, Ormel, Verhulst, Vollebergh, etj., 2014) jep shkallë prej 10 deri 25 % të problemeve emocionale dhe të sjelljes tek adoleshentët.

Problemet emocionale dhe të sjelljes perceptohet se janë duke u rritur në shumë vende, dhe kjo ndonjëherë lidhet me varfërinë në fëmijëri, shtimin e përqindjes së familjeve singël dhe të abuzimit me substanca në familje (Kelleher, McInerney, Gardner, Childs, &

Wasserman, 2000; Rimpelä, Luopa, Räsänen, & Jokela, 2006; Sweeting & West, 1998).

Këta paraqesin një çështje të shëndetit publik për faktin se prekin gati $\frac{1}{4}$ e të rinjve në popullatë (Egger & Angold, 2006; Sawyer etj., 2000) dhe mund të vazhdojnë në adoleshencë dhe moshë të rritur (Bosquet & Egeland, 2006; Kessler & Wai Tat Chiu, 2005; Morgan, Farkas & Wu, 2009; Pihlakoski, Sourander, Aromaa, etj., 2006; Prior, Smart, Sanson, etj., 2001).

Problemet me ankthin dhe kontrollin e impulseve gati në gjysmën e rasteve e kanë medianën e fillimit 11 vjeç dhe atë në një nivel klinik për tu diagnostikuar (Kessler & Wai Tat Chiu, 2005).

Edhe pse kanë prevalencë të lartë, problemet emocionale tek fëmijët dhe adoleshentët janë të vështira për ti identifikuar (Costello & Angold, 2006) për faktin se edhe kufijtë mes normalitetit dhe çregullimeve shpesh karakterizohen me paqartësi (Rutter, etj 2008; Fergusson, Horwood, & Boden, 2006). Sjelljet problematike internalizuese në fëmijëri janë mesatarisht stabile në aspektin afatgjatë dhe të shoqëruara me rezultate negative të ashpra (Luby, Si, Belden, Tandon, & Spitznagel, 2009; Lavigne, Arend, Rosenbaum, Binns etj., 1998) sidomos për zhvillimin e psikopatologjisë më vonë. Një studim tetëvjeçar longitudinal i Feng, Shaw & Silk (2008) që ekzaminuan simptomat e ankthit tek djemtë, ka gjetur se pesë herë më shumë kishin simptoma anksiotike me kalimin e kohës. Problemet emocionale nënpragore në adoleshencën e hershme i vendosin të rinjtë në një rrezik të shtuar për çrregullime psikiatrike më vonë në jetë (Jaffee, Moffitt, Caspi, Fombonne, Poulton, & Martin, 2002; Fergusson, Horwood, & Boden, 2006; Clark, Rodgers, Caldwell, Power, & Stansfeld, 2007).

3.2.Problemet në sjellje në adoleshencë

Tranzicioni në adoleshencë është i shoqëruar me një shtim substancial të një rangu të gjerë të sjelljeve problematike përfshirë delikuencën, përdorimin e substancave, ankthin, depresionin dhe sjelljen suidale (Cicchetti & Toth,1998; Loeber & Farrington , 2000). Këto sjellje shtohen sepse adoleshenca është e karakterizuar nga një shtim sinjifikativ në emocionalitetin negativ, një ndjeshmëri të shtuar në ndërveprimet sociale me moshatarët, një kërkim të shpërblimeve më të madh si dhe një angazhim më të madh për qëllime komplekse sociale afatgjata (Nelson, Leibenluft, McClure, & Pine, 2005). Këto ndryshime promovojnë shkathhtësitë e nevojshme për pavarësi më të madhe prej familjes dhe për vendosjen e marrëdhënieve të rëndësishme romantike dhe me moshatarët, por hipotetizohet se këta të njëjtën kohë krijojnë lëndueshmëri më të madhe për disrregullimin emocional dhe të sjelljes (Spear, 2000; Steinberg, 2005). Problemet emocionale dhe të sjelljes shpesh vijnë, por edhe shtohen me moshën dhe janë të shoqëruara me problemet tjera të natyrës antisociale (Freire & Amado, 2009)

Aspekti zhvillimor i problemeve të sjelljes

Kur flitet për sjelljet tek fëmijët zakonisht kuptohen sjelljet e dëgjueshmërisë (compliance) zemërimit dhe agresionit. Njohja e aspekteve normative zhvillimore të sjelljeve është e domosdoshme për të njohur edhe sjelljet problematike ose maladaptive të fëmijëve (Sroufe & Rutter, 1984 ; Essau & Petermann, 1997). Të gjithë fëmijët e çfarëdo moshe shfaqin sjellje të dëgjueshmërisë, por është intensiteti, shpeshtia, forma dhe efekti i tyre që i bën problematike ose jo. Sjelljet e dëgjueshmërisë nga fëmijët definojnë si pajtimi ose refuzimi

për të bërë diçka që i kërkohet ose ti bindet një rregulli. Vetëm në moshën shkollë pritet që fëmijët të jenë të dëgjueshëm të shumtën e kohës; sipas McMahon dhe Forehand ' s (2003) shkalla e dëgjueshmërisë llogaritet në 80 % për fëmijët e zhvilluar normalisht.

Në adoleshencë sjelljet e padëgjueshmërisë shpesh shtohen për shkak të ndryshimeve zhvillimore në kognicion dhe shkathhtësitë sociale, të kombinuara me pavarësinë në rritje të tyre dhe nevojën për të vendosur identitetin e tyre gjë që sjellin shtim të konflikteve me prindër dhe familjen. Këta konflikte duken më të larta në adoleshencën e hershme dhe shkojnë duke rënë (Laursen, Coy & Collins, 1998). Ka dallime në bazë të gjinisë pasi që djemtë shfaqin nivele më të larta të këtyre sjelljeve, por këto dallime vijnë duke u përafëruar në adoleshencë (Bongers, Koot, Van der Ende, & Verhulst, 2003). Zemërimi është një sjellje tjetër e cila është ndër emocionet më të hershme të shfaqura; por me kalimin e kohës fëmijët më pak angazhohen në shprehje të zemërimit sepse në moshën shkollë arrijnë aftësinë e mbajtjes në kontroll të emocioneve të tyre dhe kështu shfaqin reagime më të përshtatshme (Shipman, Zeman, Nesin, & Fitzgerald, 2003). Përderisa në moshat e hershme reagojnë zakonisht në ndalesat, me rritjen nisin të kenë këso reagimesh edhe në rastet e lëndimit të vetërespektit.

Një aspekt tjetër është sjellja agresive fizike, e cila poashtu ka një trend rënës nga fëmijëria në adoleshencë (Bongers, Koot, Van der Ende, & Verhulst, 2003); poashtu edhe këtu djemtë priren të shfaqin më tepër sjellje të tilla, por në adoleshencë vjen deri tek barazimi i tyre. Agresiviteti është një prej sjelljeve problematike më e qëndrueshme në fëmijëri për shkak të trajektores zhvillimore drejt përfundimeve negative në adoleshencë si; keqpërdorimi i substancave, vjedhja, braktisja e shkollës, dhuna dhe kriminaliteti (Lochman, Powell,

Whidby, & FitzGerald, 2006). Kjo trajektore mund të vazhdojë edhe në moshën e rritur sipas Olweus ' (1991).

Faktorët shkaktues të sjelljeve problematike

Bazuar në modelin biopsikosocial të zhvillimit të problemit të sjelljeve (Dodge & Petit, 2003) hulumtimet kanë gjetur një shkallë të caktuar të trashëgimisë të lidhur me sjelljet problematike dhe agresionin (Eley, Lichenstein, & Stevenson, 1999; Taylor, Iacono, & McGue, 2000). Poashtu ,faktorët gjenetikë gjenden në një varg karakteristikash individuale (impulsiviteti, prirja për të vepruar, deficitet e vëmendjes dhe temperamentit), të cilat mund të luajnë rol në zhvillimin e problemeve konduktive (Cadoret, Yates,Troughton, Woodworth, & Stewart, 1995; Miles & Carey, 1997). Studimet në binjakët dhe fëmijët e adoptuar tregojnë lidhjen e moderuar mes faktorëve gjenetikëdhe sjelljeve eksternalizuese tek fëmijët (Eley, Lichenstein, &Stevenson, 1999). Kështu temperamentit i vështirë në moshën 6 muajshe tek foshnjët parashikonte vlerat e larta të problemeve të sjelljes të vendosura nga nënat e tyre në moshën 3 vjeçare (Bates, Maslin, & Frankel, 1985) dhe 8 vjeç (Bates, Bayles, Bennett, Ridge, & Brown , 1991).

Në nivelin familjar është statusi socio-ekonomik në lindje i bazuar në hyrjet , profesionin dhe edukimin e prindërve ai që gjendet si ndër faktorët më të fuqishëm dhe konsistentë të rrezikut për problemet me sjelljen më vonë në fëmijëri dhe adoleshencë (Bradley & Corwyn,2002).

Tek familja edhe konteksti sociokulturor paraqet faktor rreziku: divorci (Amato, 2001), konfliktet mes prindërve (Davies & Windle, 2001), të jesh i lindur nga një nënë adoleshente

(Morash & Rucker, 1989) , prndërit e vetmuar (Ackerman, D'Eramo, Umylny, Schultz, & Izard, 2001) normat kulturore lidhur me ashpërsinë e disiplinimit fizik të fëmijëve dhe ekspozimin në këta mënyra (Straus, 1994). Sjelljet eksternalizuese të fëmijëve dhe adoleshentëve janë shoqëruar me nënat adoleshente , çrregullimet martesore, shëndetin mendor të nënave, përdorimin e substancave nga nënat, statusin e ulët sociokonomik, të funksionuarin si familjarë të varfër dhe mbikqyrjen e varfër prindërore (Moffitt, 2002; Moffitt, 2006; Nagin & Tremblay, 2001; Weissman, Warner, Wickramaratne, & Kandel, 1999).

Poashtu, përvojat e hershme jetësore të lidhura me prindërit, moshatarët dhe mjedisin social (psh. shkolla) gjenden si faktorë ndikues (Dodge & Petit, 2003). Disiplina e ashpër dhe jokonsistente është implikuar si faktor madhor në zhvillimin e sjelljeve devijante në adoleshencë (Glueck & Glueck, 1950; Patterson, Reid, & Dishion, 1992; Farrington & Hawkins, 1991; McCord, 1991). Mungesa e ngrohtësisë ndërmjet prindit dhe fëmijës është një aspekt tjetër i prindërimit i gjetur të kontribuon shumë në sjelljet problematike (McFadyen-Ketchum, Bates, Dodge, & Pettit, 1996; Pettit, Bates, & Dodge, 1993). Refuzimi social i fëmijëve nga moshatarët në moshën shkollore është faktor rreziku potencial për problemet e sjelljes në adoleshencë (Laird, Jordan, Dodge, Pettit, & Bates, 2001).

Të pasurit parasysht këta faktorë dhe shumë të tjerë të përfshirë në shpjegimin e sjelljeve problematike ka ardhur deri tek krijimi i modelit transaksional zhvillimor për shfaqjen e problemeve në sjellje (Cicchetti, Toth, & Maughan, 2000; Sameroff & Chandler, 1975; Shonkoff & Phillips, 2000), ku faktorët individual predispozues si dhe faktorët

interpersonal kontekstual shihen të ndërveprojnë dhe të shërbejnë si mediatorë për këto probleme (Dodge & Petit, 2003).

Dhe padyshim këtu vend kryesor kanë proceset emocionale dhe kognitive që shërbejnë si agjenci dhe mediatorë në mes të faktorëve të rrezikut (predispozicioni, konteksti socio-kulturor dhe përvojat e hershme jetësore) dhe zhvillimit të sjelljeve problematike (Dodge & Petit, 2003).

Ka shumë teorizime për lidhjen në mes të kompetencës emocionale dhe të psikopatologjisë eksternalizuese, veçanërisht sjelljes agresive (Cole, Michel, & Teti, 1994; Garber & Dodge, 1991). Kompetenca emocionale ka të bëjë me një numër të komponentëve të shkathtësive të veçanta, por edhe të ndërlidhura në të njëjtën kohë, që përfshijnë vlerësimin emocional, shprehjen emocionale dhe të kuptuarit emocional (Saarni, 1990; Saarni, 1999).

Modeli kognitiv i emocioneve sugjeron se domethënia e ngjarjes është më e rëndësishme se sa ngjarja në vetvete, në këtë vijë edhe teoria e procesimit të informacioneve sugjeron se fëmijët me sjellje agresive shpesh gabojnë duke vlerësuar qëllimin në situata sociale të dykuptimshme duke ndjekur më selektivisht sinjalet armiqësore sociale, sesa moshatarët e tyre joagresivë (Crick & Dodge, 1994).

Një modifikim i modelit të procesimit të informacionit social (Lemerise & Arsenio, 2000) thekson edhe rolin e emocioneve edhe integrimin e afektit dhe të kognicioneve për të shpjeguar dallimet individuale. Ndërveprimi kompleks mes emocioneve dhe sjelljeve sugjeron se fëmijët më pak do të kenë shpërthime agresive nëse arrijnë me sukses ti

menaxhojnë emocionet dhe ti shprehin ato (Eisenberg etj., 1996; Eisenberg, Fabes, Nyman, Bernzweig, & Pinuelas, 1994).

Të kuptuarit e emocioneve qëndron në aftësinë për ti identifikuar gjendjet emocionale, shkaqet dhe lidhmërinë e tyre (Harris,1989). Studimet gjejnë se fëmijët me nivele më të larta të sjelljeve agresive kanë më shumë vështirësi në identifikimin dhe të kuptuarin e emocioneve të tyre se sa fëmijët me nivel të ulët të sjelljes agresive (Arsenio, Cooperman, & Lover, 2000).

Për më tepër kjo lidhshmëri është konsistente edhe me përshkrimet neurale, hormonale dhe psikofiziologjike të mekanizmave trurore në agresion (Coccaro, Kavoussi, & Lesser, 1992).

Petrides, Fredrickson, & Furnham, (2004) ofrojnë evidenca se perceptimi se si dikush i ballafaqohet me emocionet është i shoqëruar me performancën akademike dhe sjelljet devijante, kurse Fernandez-Berrocal, Alcaide, Extremera, & Pizarro, (2006) në studimin e tyre e lidhin edhe me vetëvlerësimin, ankthin dhe depresionin.

Jessor dhe Jessor (1977) krijuan konceptin e sindromës së sjelljes problematike për të cilën u bënë edhe mjaft studime nga të cilat del se problemet më të zakonshme të sjelljes së adoleshentëve llogariten: abuzimi i substancave, sjellja seksuale e rrezikshme, kriminaliteti dhe mungesat nga mësimi (Childs & Sullivan, 2012; Martin & Volkmar, 2007).

Rritja e këtyre sjelljeve në adoleshencë dhe persistenca e tyre zakonisht është e lidhur me vështirësitë në fëmijëri; këto sjellje rrezik-marrëse shpesh janë të shoqëruara me njëra tjetrën dhe ndajnë paraprirës të përbashkët psikosocialë; këta sipas Jessor dhe Jessor (1977)

nuk janë thjeshtë arbitrare, perverse ose të motivuara vetëm nga kërkimi i sensacioneve, por pjesërisht janë të qëllimshme, funksionale dhe të drejtuara nga një cak psh. pranimi nga moshatarët, fitimin e autonomisë nga prindërit, çlirimin e ankthit ose frustrimit (Martin & Volkmar, 2007).

Studimet që kanë vlerësuar problemet e sjelljes tek fëmijët dhe i kanë përcjellë për disa vite kanë gjetur në mënyrë konsistente se këta janë parashikues për sjelljet e mëvonshme antisociale (Tremblay etj, 1995; Woodward & Fergusson, 1999). Poashtu ka studime ,që i shohin këto probleme të sjelljes si sinjale të rrezikut të persistencës (Loeber etj, 1993).

Prevalenca e sjelljeve problematike në adoleshencë

Sa i përket gjetjeve mbi sjelljet problematike një hulumtim shumë i rëndësishëm (Essau & Conradt, 2009) ka treguar se një përqindje e lartë e fëmijëve dhe adoleshentëve të moshës 12-17 vjeç tregon sjellje problematike: 14.7 % shpesh i hidhërojnë ose tiranizojnë të tjerët, 3.2 % shpesh i fillojnë rrahjet, 13.5 % shpeshë rrejnë; 1.7 % shpesh plaçkisin; 24.7 % shpesh grinden me të rriturit. Studimet (Loeber etj., 1993; Moffitt, Caspi, Dickson, Silva, & Stanton, 1996; Nagin & Tremblay, 2001) tregojnë se shumica (60–70%) e djemve dhe afërsisht 90 % e vajzave asnjëherë nuk kryejnë sjellje delikuede ose antisociale. Por bazuar në shumicën e studimeve epidemiologjike prej vendeve të zhvilluara, 5–10% e fëmijëve dhe adoleshentëve kanë sjellje problematike persistente kundërshtuese (Rutter, etj., 2008).

Në përgjithësi, mendohet se 20 % e adoleshentëve kanë sjellje serioze që mund të klasifikohen si disfunksionale; kjo i bie se shumica e tyre sillen në mënyra të pranueshme

(Adams, 2005). Është i dobishëm të përmendet këtu koncepti i “dritares së lëndueshmërisë ose cënueshmërisë” që shfaqet rreth moshës 12 vjeçare për tu rritur më shumë deri 18-21 vjeç kur këta gjenden në shumë raste jashtë kësaj dritareje në probleme serioze sociale, emocionale, kriminale ose fizike; kjo ka të bëjë si duket me prirjen për marrje-rreziku që është pjesë natyrale e rritjes (Adams, 2005). Ky eksperimentim me sjellje rrezik-marrëse mund të ketë pasoja për adoleshentët dhe lidhet me përafërsisht 70 % të vdekjeve nga aksidentet motorike, vrasjet, vetëvrasjet, lëndimet, shtatzënitë e padëshirueshme, delikuencën ose përdorimin e substancave (Adams, 2005). Është e vështirë të përcaktohet se kur sjelljet rrezik-marrëse shkojnë nga eksperimentimi normal në sjellje problematike; por përgjithësisht llogaritet se ,nëse këto sjellje fillojnë herët dhe janë të përhershme dhe në shumë mjedise ne duhet të alarmohemi nga kjo (Adams, 2005).

Një sferë tjetër që godet adoleshencën dhe që futet në sjelljet problematike padyshim është edhe fillimi i abuzimit me substanca. Ndër substancat që më së shumti përdoret në adoleshencë është alkooli dhe ky shoqërohet me shumë sjellje të rrezikut të lartë si aksidentet motorike (lëndime dhe vdekje), dështimi akademik, grindje dhe sjellje kriminale; dhe me depresion (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2009; Neinstein, 2008; Martin & Volkmar, 2007). Edhe substancat tjera që abuzohen si marihuana, kokaina, heroina, amfetaminat, etj, kanë rrezik serioz shëndetësor për adoleshentët; është gjetur se djemtë janë përdorues më të shpeshtë se vajzat (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2009; Neinstein, 2008). Është edhe më shqetësues fakti se përdorimi i tyre është i shoqëruar me krime dhe sjellje violente (Martin & Volkmar, 2007); sa që adoleshentët kanë shkallë dy herë më të lartë se të rriturve në përfshirjen në krime nëse e llogarisim numrin e krimeve të kryera në 1000

adoleshentë për një vit (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2009). Kështu në SHBA në 2007 sipas Youth Risk Behavior Survey raportohet se 20 % e studentëve e kanë përdor marihuanën dhe 45 % alkoolin në 30 ditët e fundit, 48 % raportuan të kenë pasur një marrëdhënie seksuale, 15 % raportuan të kenë pasur 3-4 partnerë gjatë jetës, 18 % të kenë pasur armë në shkollë dhe 36 % kanë marrur pjesë në një rrahje fizike gjatë vitit të fundit (Childs & Sullivan, 2012; Sadock, Sadock, & Ruiz, 2009).

3.3.Diskutimi teorik mbi konceptet e vështirësive emocionale (internalizuese) dhe sjelljeve problematike (eksternalizuese)

Çrregullimet emocionale ose internalizuese dhe të sjelljes ose eksternalizuese janë propozuar si entitete të ndara qysh para 60 vitesh, dhe kjo ndarje është e vlefshme edhe sot (Wilkinson, 2009) . Si sjellje internalizuese përfshihen ankthi, ankesat psikosomatike, ndrojtja, regresioni social, tërheqja, vetëvlerësimi i ulur, iritabiliteti, hipersensitiviteti dhe depresioni (Yahav, 2006; Bornstein, Hahn, & Haynes, 2010; Guttmanova, Szanyi, & Cali, 2008; McCulloch, Wiggins, Joshi, & Sachdev, 2000) . Si sjellje eksternalizuese përfshihen sjelljet në konflikt me mjedisin si agresioni, kriminaliteti, mosdëgjueshmëria, hiperaktiviteti si dhe sjelljet tjera të pakontrolluara (Yahav, 2006; Bornstein, Hahn, & Haynes, 2010) . Sjelljet eksternalizuese ose problemet në sjellje përgjithësisht janë konsideruar ata sjellje që janë potencialisht të dëmshme për të tjerët dhe janë të karakterizuar nga një nënkontroll emocional (Achenbach & Edelbrock, 1978; Guttmanova, Szanyi, & Cali, 2008; Hinshaw, 1992).

Por hulumtimet për problemet e sjelljes në fëmijëri shpesh i fusin këto në vështirësitë emocionale (Campbell, 1995; Mathiesen & Sanson, 2000) dhe vetëm më vonë këto dy dimensione fillojnë të ndahen, në dy kategori: emocionale (internalizuese) dhe sjelljes (eksternalizuese) (Kovacs & Devlin, 1998). Autorë të tjerë të shumtë (Fanti & Henrich, 2010; Gilliom & Shaw, 2004) gjejnë se këta dy lloje problemesh shfaqen së bashku në periudha të ndryshme zhvillimore dhe se bashkëzhvillohen prej fëmijërisë së hershme e deri në adoleshencë (Fanti & Henrich, 2010). Po ashtu ka autorë, që mendojnë se njëri tip i problemeve e shton rrezikun për problemet tjera duke ofruar evidenca për një cikël të shkaktimit reciprok në mes të problemeve internalizuese dhe eksternalizuese (Lilienfeld, 2003). Ndikimi i kryqëzuar mes problemeve të sjelljes dhe atyre emocionale është i njohur; kështu problemet eksternalizuese dhe internalizuese janë të lidhura në atë se problemet e sjelljes mund të çojnë tek fillimi i problemeve emocionale (Mesman, Bongers, & Koot, 2001 ; Lahey, Loeber, Burke, Rathouz, & McBurnett, 2002 ; Gilliom & Shaw, 2004) dhe se problemet internalizuese e ndikojnë zhvillimin e sjelljeve eksternalizuese (Beyers & Loeber, 2003). Për shembull problemet eksternalizuese mund të rezultojnë në dështime sociale si refuzimi nga moshatarët, cili pastaj sjell si rezultat problemet internalizuese (Frick, Lilienfeld, Ellis, Loney, & Silverthorn, 1999; Keiley, Lofthouse, Bates, Dodge, & Pettit, 2003). Por, edhe ndjesia e distresit personal nga problemi internalizues mund të shprehet me sjellje eksternalizuese (Lemerise & Arsenio, 2000). Aspan, Vida, Gadoros & Halasz (2013) gjejnë një ndërveprim sinjifikativ në mes të problemeve të sjelljes dhe njohjes së emocioneve tek djemtë adoleshentë. Këto gjetje sugjerojnë se, se nivelet e problemeve eksternalizuese dhe internalizuese ndryshojnë së bashku gjatë kohës (Gilliom & Shaw, 2004).

Problemet e përshtatjes emocionale dhe të sjelljes nuk janë probleme të ndara, por të bashkëgjatura edhe sipas shumë studimeve tjera (Angold & Costello, 1993 ; Loeber, Wung, Keenan, etj. 1993; Lavigne, Arend, Rosenbaum, Binns, Christoffel, & Gibbons, 1998; Loeber, Green, Lahey, & Kalb, 2000; Beyers & Loeber, 2003 ; Wiesner & Kim, 2006). Kështu p.sh. shkallët e komorbiditetit të çrregullimit të sjelljes në fëmijë dhe adoleshentë me çrregullimin depresiv sillen prej 21 % deri 83 % në kampionit komunitar dhe klinik (Angold & Costello, 1993). Është vërejtur, se faktorë të përbashkët i ndikojnë trajektoret zhvillimore eksternalizuese dhe internalizuese gjatë fëmijësisë (Gilliom & Shaw, 2004). Kështu sipas disa teoricienëve problemet eksternalizuese kronike vijnë prej ndërveprimit të karakteristikave të temperamentit të vështirë dhe të prindërimit (Lahey, Waldman, & McBurnett, 1999; Moffitt, 1993; Patterson, Capaldi, & Bank, 1991). Ngjashëm edhe teoritë e zhvillimit të problemeve internalizuese fokusohen në emocionalitetin dispozicional dhe në përkrahjen emocionale (mungesën) e kujdestarëve (Cicchetti & Toth, 1998; Rubin & Mills, 1991). Në këto modele përfshihen edhe faktorët kontekstualë (divorci, fqinjësia, varfëria), por shihen më tepër të kontributit sekondar (Gilliom & Shaw, 2004). Kështuqë bashkëndodhja e tyre nuk duhet injoruar në studimet e çfarëdo problematike të tyre.

Natyra e këtij shoqërimi në mes simptomave eksternalizuese dhe internalizuese nuk është kuptuar plotësisht ende (Lee & Bukowski, 2012). Disa studime tregojnë se çrregullimet eksternalizuese janë parashikuese të problemeve eksternalizuese më vonë në të rriturit (Fanti, Henrich, Brookmeyer, & Kuperminc, 2008; Masten etj., 2005; Moffitt, Caspi, Harrington, & Milne, 2002). Po ashtu kemi një numër të madh evidencash që tregojnë se problemet e sjelljes në fëmijëri janë në korrelacion të lartë me sjelljet eksternalizuese dhe

mund të parashikojnë keqpërdorimin e substancave , ngjashëm edhe sjelljet internalizuese (Gilliom & Shaw, 2004), por edhe rregullisht ti paraprijnë psikopatologjisë në adoleshencë dhe përtej (Mesman & Koot, 2001). Simptomat emocionale dhe vështirësitë në sjellje duken të jenë në një cikël vicioz të distresit që e rrezikon përshtatjen psikosociale të adoleshentëve si dhe pengon arritjet e ardhshme (Petanidou, Giannakopoulos, Tzavara, Dimitrakaki, Kolaitis, & Tountas, 2014).

Shumë studime kanë raportuar dallime gjinore në nivelin e vlerave për trajektoret zhvillimore internalizuese dhe eksternalizuese (Angold, Erkanli, Silberg, Eaves, & Costello, 2002; Keiley, Bates, Dodge, & Pettit, 2003; Leve, Kim, & Pears, 2005). Djemtë duket se më tepër i eksternalizojnë problemet e tyre në veprime agresive ose sjellje antisociale; vajzat më tepër i internalizojnë ndjenjat dhe problemet e tyre duke u bërë të tërhequra dhe duke zhvilluar çrregullimet e ngrënies (Wade & Tavis, 2012;). Më specifikisht, vajzat priren të raportojnë më tepër probleme internalizuese, kurse djemtë prezantojnë me vlera më të larta në problemet eksternalizuese (Keiley, Bates, Dodge, & Pettit, 2003; Leadbeater, Kuperminc, Blatt, & Hertzog, 1999).

3.4.Vetëvlerësimi në lidhshmëri me vështirësitë emocionale dhe sjelljet problematike në adoleshencë

Studimi i vetëvlerësimit në përgjithësi

Për dekada vetëvlerësimi ka qenë trajta më e studiuar në psikologjinë e adoleshentëve (Thomaes, Poorthuis, & Nelemans, 2011); por edhe është bërë me siguri ndër çështjet më të studiara nga shkencat sociale, por edhe nga klinikistët (Mruck, 2006). Kështu sipas

Rodewalt and Tragakis, vetëvlerësimi “është bërë një nga tri kovariancat kryesore në studimin e personalitetit dhe të psikologjisë sociale” (Rodewalt & Tragakis, 2003). Mruck konstaton se nga shqyrtimi i databazës PsychINFO del se vetëvlerësimi si fokus kryesor ka qenë në rreth 23,215 artikuj, kapituj librash, libra etj që nga koha e William James e këtej (Mruck, 2006). Studimet për vetëvlerësimin janë të ndryshme dhe shtrihen që nga studime që merren me konceptimin dhe definimin e tij e deri tek ato për ndërlidhjet e tij me psikopatologjinë.

Harter një nga studiueset më të njohura të vetëvlerësimit ka eksploruar sidomos aspektet zhvillimore. Ajo adreson disa çështje në studime: diskrepancën në mes të vetëvlerësimit real dhe atij ideal, vetëvlerësimit përkundër vetëbesimit, vetëvlerësimit global përkundër atij evaluimit të diferencuar të vetes si dhe vetëvlerësimin në raport me organizimin hierarkial të dimensionit të vetëevaluimit (Harter, 1999).

Studime të tjera sidomos janë fokusuar në afektin si komponentë e vetëvlerësimit, stabilitetin e vetëvlerësimit në periudhat zhvillimore nga fëmijëria në moshë të rritur . Shumë studime janë marrë me korrelacionin dhe parashikuesit e vetëvlerësimit; pastaj me arritshmërinë, me lokusin e kontrollit si dhe me paraprijësit e vetëvlerësimit (prindërimi, rendi i lindjes, modelimi etj.) . Studimet tjera kanë marrë në shqyrtim ndikimet gjenetike në vetëvlerësim, gjininë, racën, etnicitetin, faktorët ekonomikë etj.

Poashtu janë ndërtuar shumë shkallë e pyetësorë (me qindra) që matin vetëvlerësimin si The Coopersmith Self-Esteem Inventory (Coopersmith,1959), Piers-Harris Childrens Self-Concept Scale (Piers & Harris, 1969), Rosenberg Self-Esteem Scale (Rosenborg,1965), Perceived Competence Scale for Children (Harter,1978),Tennessee Self-Concept

Scale(Roid & Fitts, 1988) etj. Këto shkallë kanë qenë edhe objekt i hulumtimeve me qëllim të validimit apo verifikimit të reliabilitetit të tyre.

Studimet për dallimet gjinore në nivelin e vetëvlerësimit nuk janë konsistente (Marton, Golombek, Stein, & Korenblum, 1988; Workman & Beer, 1989), kështu dallimet gjinore janë gjetur në kampionin komunitar (Hagborg, 1993) dhe në atë të adoleshentëve të shtruar në klinikë (McCauley, Mitchell, Burke, & Moss, 1988). Poashtu këto dallime janë gjetur edhe në nivelin e përgjithshëm të vetëvlerësimit më të lartë tek djemtë (Barnes & Farrier, 1985; Harper & Marshall, 1991; Marcotte, Fortin, Potvin, & Papillion, 2002) por edhe në stabilitetin e vlerave të vetëvlerësimit në aspektin kohor (Barnes & Farrier, 1985).

Koncepti i vetëvlerësimit është bërë një shtyllë në literaturën e vetëndihmës për përshtatjen e adoleshentëve (Baumeister, Campbell, Krueger, & Vohs, 2003). Disa teoricienë e shohin vetëvlerësimin si disi epifemenal ; nëse gjërat e mira ndodhin, vetëvlerësimi është i lartë; nëse jo është i ulët (Baumeister, Campbell, Krueger, & Vohs, 2003; Seligman, 1993) që i bie se është më tepër pasojë se sa shkak i përshtatjes pozitive sociale (Shaffer & Kipp, 2010).

Studimet lidhur me rëndësinë e vetëvlerësimit në raport me vështirësitë emocionale dhe sjelljet problematike

Studimi i vetëvlerësimit është me rëndësi për të qartësuar ndërthurjet e tij me vështirësitë emocionale dhe me sjelljet problematike. Vlerësimet e fëmijëve për veten dhe kompetencat e tyre janë pjesa më e rëndësishme e unit dhe si të tilla mund ta ndikojnë sjelljen dhe mirëqenien psikologjike të tyre (Shaffer & Kipp, 2010). Nga ana tjetër edhe aspektet e

mospjekurisë emocionale, ndryshimeve biologjike dhe faktorë tjerë e ndikojnë krijimin e identitetit dhe me këtë edhe vetëvlerësimin (Adams & Berzonsky, 2003).

Nevoja për vetëvlerësim është përjetuar si një emocion distresues, që evokohet kur njerëzit e perceptojnë kërcënimin në vlerat e tyre dhe poashtu kërcënimet për vetërespektin e një personi kanë ndikime të rëndësishme pozitive dhe negative për funksionimin e raporteve ndëpresonale dhe për pjesëmarrjen në një grup (Kaplan, 2009). Një erozion i vërejtur në adoleshencë në nivelin e vetëvlerësimit mendojmë se padyshim i ka reflektimet e veta në lëkundjet dhe vështirësitë emocionale, por edhe në shfaqjen dhe përmbajtjen e sjelljeve problematike. Kështuqë, është pranuar se vetëvlerësimi është i lidhur me gjendje të shumta emocionale dhe luan rol qendror në jetën emocionale.

Studimet për vetëvlerësimin në adoleshencë, ndonëse të shumta shpesh edhe janë kontradiktore në rezultate ose së paku jodimëqëndrues. Studimet tregojnë se vetëvlerësimi i ulur ndërlidhet në një anë me çrregullime mendore si depresionin, anksozitetin si dhe me vështirësitë në të mësuar; pastaj në anën tjetër me probleme të jetës si psh. sukseset akademike dhe jetësore, dështimet, mirëqenia emocionale dhe sociale, vetmia etj. Personat që kanë vetëvlerësim të lartë duken të jenë më të sigurt në rrethanat sociale dhe të raportojnë më pak emocione negative se sa personat që janë me vetëvlerësim të ulur (Mruck, 2006). Vetëvlerësimi i ulur është vendosur si kriter diagnostik ose faktorë shoqërues në 24 çrregullime mendore sipas versionit IV të DSM botim i American Psychiatric Association, 2000 (O'Brien, Bartoletti, & Leitzel, 2006). Nga ana tjetër Task Forca e Shtetit të Kalifornisë për vetëvlerësimin në vitin 1980 e shihte atë si një "kandidatë për një vaksinë sociale, që frymëzon të rinjtë kundër dhunës, abuzimit të substancave, shtatzënive në adoleshencë....dhe dështimit akademik" (Thomaes, Poorthuis, & Nelemans,

2011; Boden, 2011). Vetëvlerësimi i ulët i vendos fëmijët në rrezik si për çrregullime emocionale ,ashtu edhe për ato të sjelljes (Carr, 1999). Vetëvlerësimi i lartë merret edhe si faktor mbrojtës për pengimin e zhvillimit të çrregullimeve mentale (Myers, 2013). Një shqyrtim meta-analitik ka gjetur se programet e dizajnuara për të përforcuar vetëvlerësimin e ulur te fëmijët dhe adoleshentët kanë prodhuar përparime të dukshme në përshtatjen personale të pjesëmarrësve dhe performancën akademike (Haney & Durlak, 1998).

Në këtë vazhdë edhe studime tjera empirike kanë gjetur se vetëvlerësimi pozitiv është ndër faktorët mbrojtës kryesorë për mirëqenien psikologjike në adoleshencë (Lee & Hankin, 2009; Tambelli, Laghi, Odorisio, & Notari, 2012; Wilkinson, 2004; Laghi, Pallini, D'Alessio, & Baiocco, 2011; Rice, 1990; Simons, Paternite, & Shore, 2001) dhe i lidhur negativisht me sjelljet problematike (Laible, Carlo, & Raffaelli, 2000) dhe distresin psikologjik (Cooper, Shaver, & Collins, 1998). Poashtu në disa studime vetëvlerësimi është gjetur të ketë rol thelbësor në parandalimin e sjelljeve maladaptive e veçanërisht për problemet internalizuese (Kamkar, Doyle, & Markiewicz, 2012).

Ka edhe studime, së fundmi (Baumeister, Gailliot, DeWall, & Oaten, 2006; Dawes, 1994; Leary, 1999; Seligman, 1994, 2002), të cilat e fajësojnë vetëvlerësimin e lartë për shoqërimin me disa sjellje të padëshirueshme si egoizmin, narcisizmin dhe violencën (Myers, 2013). Një studim longitudinal i kohëve të fundit gjeti se adoleshentët me vetëvlerësim të lartë duket se më pak janë të prirur drejt depresionit dhe nga çrregullimit konduktiv (Gerard & Buehler, 2004). Studimi tjetër longitudinal në Zelandë të Re gjeti se adoleshentët me vetëvlerësim të ulur kishin shfaqur shëndet më të dobët fizik dhe mendor, prospekt ekonomik më të keq dhe nivel më të lartë të sjelljeve kriminale në moshën 20 vjeçare (Trzesniewski, Donnellan, Moffitt, Robins, Poulton, & Caspi, 2006). Por, një

studim tjetër longitudinal gjeti se para-adoleshentët me vetëvlerësim të lartë duket se më tepër i vlerësojnë vlerat e shpërblimeve që i marrin nga sjelljet agresive duke bërë që ti intensifikojnë sjelljet agresive dhe antisociale (Menon, Tobin, Corby, Menon, Hodges, & Perry, 2007).

Kemi edhe kundërvënie nga ana tjetër mbi atë se çfarë janë ndikimet e vetëvlerësimit të ultë ose të lartë në të ardhmen e adoleshentëve. Për këtë sot është arritur tek qëndrimi se pohimet për lidhjet e vetëvlerësimit me disa rezultate janë të fryra për shkak se asociacionet e vërejtura janë përgjithësisht të dobëta dhe sidomos ka pak evidenca për lidhjen kauzale të vetëvlerësimit me këta rezultate të pafavorshme (Boden, 2011). Në këtë vështrim mendohet se më e përshtatshme është që vetëvlerësimi të shihet si një tregues rreziku (risk marker) në atë që është i lidhur me përfundimet e këqija, dhe si i tillë ndoshta indikon personat të cilët janë më në rrezik për këto përfundime . Bazuar në këtë duket se ndikimi në këto përfundime përmes ndërhyrjeve në vetëvlerësim duket të jetë një përpjekje boshe (Boden, 2011).

Adoleshentët me vetëvlerësimin e lartë përjetojnë ndjenja më pozitive (shpresë, krenari, lidhje) , poashtu është gjetur se vetëvlerësimi jo vetëm përcakton se sa të lumtur janë tani ,por është edhe parashikues se sa të lumtur do jenë gjatë jetës si të rritur; kjo mund ti mbrojë nga zhvillimi i depresionit (Thomaes, Poorthuis, & Nelemans, 2011).

Sa i përket raportit të vetëvlerësimit me shprehitë jetësore të dhënat të shumtën janë jokonkluzive; në rastin e abuzimit me substanca edhe adoleshentët me vetëvlerësim të ulët edhe ata me të lartë jepen pas tyre ;në rastin e parë është ndjesia e keqe që i shtyn në kërkim të lehtësimit ,kurse në rastin e dytë është nënvlerësimi i dëmit dhe marrja e rrezikut (Thomaes, Poorthuis, & Nelemans, 2011).

Sa i përket vetëvlerësimit dhe raporteve sociale ,edhe pse kemi arsye të besojmë se vetëvlerësimi i lartë duhet të sjellë raporte sociale më të mira; se e kanë më të lehtë të bëjnë kontakte me të tjerët dhe se moshatarët i pëlqejnë më tepër ata që kanë vetëvlerësim të lartë; kjo nuk është gjithnjë e dokumentuar ,sepse ka studime që nuk i mbështesin këto fakte (Thomaes, Poorthuis, & Nelemans, 2011; Boden, 2011).

Sa i përket lidhjes me delikuencën ndër veçoritë e personalitetit duket se vetëvlerësimi luan rol madhor, përkundër gjetjeve shpesh kontradiktore.

Përkundër përshtypjeve anekdotale se vetëvlerësimi i ulët është i lidhur me agresivitetin, kemi më pak evidenca për këtë raport se sa për atë se vetëvlerësimi i lartë, narcistik sidomos në rastet kur kemi lëndim të egos së tyre (refuzim ose kritikë) mund të prodhojë agresivitet , dhe kjo po quhet si ana e errët e vetëvlerësimit (Thomaes, Poorthuis, & Nelemans, 2011; Boden, 2011).

Studimet (Sarris,Winefield & Cooper ,2000; Bynner,O'Malley & Bachman, 1981; McCarthy &Hoge, 1984; Jang & Thornberry, 1998) nuk kanë gjetur lidhje mes këtyre dy variablave kurse disa studime tjera (Donnellan, Trzesniewski, Robins, Moffitt, & Caspi, 2005; McGee & Williams, 2000; Orth, Robins, & Roberts, 2008; Fergusson etj. 2003; Rosenberg, Schooler & Schoenbach, 1989; Ruchkin, Eisemann & Häggglöf, 1999) kanë gjetur edhe lidhje negative mes tyre.

Disa studime kanë dështuar të gjejnë lidhjen në mes të vetëvlerësimit të ulur dhe matjeve laboratorike të aggressionit (Bushman & Baumeister, 1998; Kirkpatrick, Waugh, Valencia, & Webster, 2002; Twenge & Campbell, 2003).

Sa i përket lidhjes së vetëvlerësimit me problemet emocionale një numër në rritje i studimeve longitudinale sugjeron se vetëvlerësimi i ulur në mënyrë prospektive e

parashikon depresionin (Kernis et al., 1998; Orth, Robins, & Meier, 2009; Orth, Robins, Trzesniewski, etj., 2009; Roberts & Monroe, 1992; Kamkar, Doyle, & Markiewicz 2012; MacPhee & Andrews, 2006; Marcotte, Fortin, Potvin, & Papillion, 2002; Millings, Buck, Montgomery, Spears, & Stallard, 2012; Muris, Schmidt, Lambrichs, & Meesters, 2001; Orth, Robins, & Roberts, 2008; Wilkinson, 2004) . Metanaliza nga Sowislo & Orth's (2012) e shih si faktorë kauzal në zhvillimin e simptomatologjisë depressive. Shumë studime e kanë gjetur vetëvlerësimin e ulur të shoqëruar me simptoma më të larta të ankthit dhe të depresionit (Evraire & Dozois, 2011; Hammen, 2005; Joiner, 2000; Millings et al., 2012; Morley & Moran, 2011; O'Brien, Bartoletti, & Leitzel, 2006; Orth etj., 2008; Roberts, 2006) . Ka studime që e njohin vetëvlerësimin si faktorë rreziku në depresion (Millings, Buck, Montgomery, Spears, & Stallard, 2012) . Vetëvlerësimi i ultë është gjetur të jetë i shoqëruar poashtu edhe me simptomet ankstiotike (Lee & Hankin, 2009; Muris, Meesters, & Fijen, 2003), ankesat somatike (Poikolainen, Aalto-Setälä, Marttunen, Tuulio-Henriksson, & Lonnqvist, 2000) . Por studime të lidhjes së tij me ankstiozitetin janë më të rralla (Roberts, 2006) . Crocker & Park, 2004 e shih vetëvlerësimin si bufer kundër ankthit. Studimet kros-sekcionale kanë raportuar korelacione, negative nga fuqi e raportit e mesme deri te e larta mes këtyre dy konstrukteve (Lee & Hankin, 2009; Riketta, 2004) .

Përkundër asaj se vetëvlerësimi shihet si faktor i lidhur me përfundimet negative në disa studime kemi mungesë të qartësisë për lidhjen kauzale të tij me problemet ose çrregullimet (Flay, Allred, & Ordway, 2001) . Në një studim longitudinal vetëvlerësimi i ulur ishte një prej faktorëve kyç të rrezikut për sjellje problematike (Jessor, Turbin, & Costa, 1998) . Disa

studime konfirmojnë se vetëvlerësimi i lartë është sinjifikativisht i shoqëruar me më pak violencë (Fleming, Mullen, Sibthorpe, & Bammer, 1999; Horowitz, 1999) . Muha (Muha, 1991) ka treguar se vetëvlerësimi i ulur mund të sjell probleme në të funksionuarit dhe në braktisjen e shkollës . Carvajal, Clair, Nash, & Evans, (1998) tregojnë se vetëvlerësimi bashkë me shpresën janë komponenta me rëndësi të shmangies së abuzimit të substancave .

Vetëvlerësimi njejtë si edhe faktorët social kontribuon në sjelljet devijante (Becker & Luthar, 2007; DuBois & Silverthorn, 2004; Schwartz, Gorman, Nakamoto, & McKay, 2006) . Poashtu vetëvlerësimi i lartë është lidhur edhe me sjelljet asertive në atë se vetëvlerësimi i lartë sjellë një vetëdisiplinë dhe performancë të mirë (Levy, 1997; Donnellan, Trzesniewski, Robins, Moffitt, & Caspi, 2005) . Sociologët dhe psikologët kohë të gjatë e konsiderojnë vetëvlerësimin si një shkak dhe pasojë me rëndësi të sjelljeve sociale (Mason, 2001) . Kaplan (1975) ka observuar se sjelljet devijante mund të jenë një adaptim dhe vetëmbrojtje kundër vetëzhvlerësimit . Këtë e mbështesin edhe gjetjet e Levy (1997) .

Bazuar në Harter (1999) koncepti për veten mund të jetë faktor parashikues i rëndësishëm i sjelljes në adoleshencë, sepse përfshin mënyrën se si i percepton veprimet e veta.

Prezantimet për veten të adoleshentëve kanë funksion të qartë organizativ zhvillimor duke shërbyer për interpretimin dhe dhënien e domethënies përvojave, pastaj rregullimin e afektit si dhe për të motivuar dhe udhëzuar sjelljet (Harter, Bresnick, Bouchee, & Whitesell, 1997) .

Ka teori të shumta se pse shoqërohet vetëvlerësimi i ulët me sjelljet e rrezikshme, p.sh Brockner (1984) ka raportuar se vetëvlerësimi i ulur mund të rezultojë në plasticitet behavjoral më të madhë për shkak të ndjeshmërisë së shtuar në refuzimin social (sipas MacDonald & Martineau, 2001). Poashtu ekziston raporti në mes të vetëvlerësimit të ulur dhe vetëefikasitetit të zvogëluar gjë që sjell angazhimin në sjelljet e rrezikshme (Shrier, Harris, Sternberg, & Beardslee, 2001). Vetëvlerësimi i ulur mund të ketë edhe lidhje dydrejtimëshe me sjelljet e rrezikshme për shkak të jokonsistencës me normat dhe pritjet e shoqërisë (Ethier, Kershaw, Lewis, Milan, Niccolai, & Ickovics, 2006 ; Shrier, Harris, Sternberg, & Beardslee, 2001) . Teoria e vetëvlerësimit sugjeron se “të rinjtë me vetëvlerësim të ulur kanë përjetuar shpesh përvoja të pakëndshme në shoqëri ,të cilat kanë krijuar ndjenja të dhimbshme të dyshimit në vlerën e vetes; duke shikuar për ti zbutur këto ndjenja shumë nga këta mund ti bashkohen grupeve delikuede për ta përmirësuar këtë vetëvlerësim” (Rosenberg, Schooler, & Schoenbach, 1989, f. 1006) .

Në një studim Heaven (1996) ka gjetur se vetëvlerësimi sinjifikativisht e parashikonte delikuencën dy vjet më vonë; por këtë nuk e replikojnë në një studim 12 mujor Robinson, Garber, and Hilsman (1995), ku vetëvlerësimi kishte fuqi parashikuese për depresionin ,por jo për sjelljet eksternalizuese. Disa studime kanë gjetur një shoqërim mes sjelljeve agresive dhe vetëvlerësimit të ulur (Arslan, 2009 ; Dryden, 1990 ; Marsh, Parada, Yeung, & Healey, 2001) . Poashtu edhe (Donnelan etj., 2005) ka gjetur se vetëvlerësimi është në gjendje të parashikojë problemet eksternalizuese në të ardhmen, i cili përshtatet me gjetjet se fëmijët me probleme të sjelljes priren të përjetojnë vetëvlerësim të ulur (Mash & Wolfe , 2007) .

Gjetjet e ndryshme e bëjnë të shoqëruarit ndërmjet sjelljeve eksternalizuese dhe vetëvlerësimit jo të qëndrueshëm (van Orden , 2011) .

Vetëvlerësimi mund të jetë faktor mbrojtës, moderator, mediator ose rezultat (Lacković-Grgin, 2000) . Ka një mbështetje të gjerë ideja se vetëvlerësimi si komponente e shëndetit mendor është faktor mbrojtës kundër një numri të madh të përfundimeve të pafavorshme (Veselska, Geckova, Orosova, Gajdosova, van Dijk, & Reijneveld, 2009) . Vetëvlerësimi i lartë duket se shton aftësinë individuale për ballafaqim me stresin si dhe të shërben si një neutralizues kundër ankthit dhe efekteve të këqija të tij në shëndetin (Leary, Tambor, Terdal, & Downs, 1995) . Vetëvlerësimi një kohët të gjatë është ekzaminuar edhe si parashikues i mirëqenies emocionale (Baumeister, Campbell, Krueger, & Vohs, 2003; Peterson & Barrett, 1987; Peterson & Steen, 2002) . Studimet empirike indikojnë që vetëvlerësimi është një faktor psikologjik me rëndësi që kontribuon në shëndetin dhe cilësinë e jetës (Evans, 1997) ; por edhe të jetë një parashikues dominant dhe i fuqishëm i lumturisë (Zimmerman, 2000 ; Furnham & Cheng, 2000) .

Studimet së fundmi të vetëvlerësimit sugjerojnë se jo vetëm niveli i vetëvlerësimit, por edhe karakteristikat e tjera të tij mund të kenë pasoja të rëndësishme për emocionet, kognicionin dhe sjelljen (Isomaa, Vaananen, Frojd, Kaltiala-Heino, & Marttunen, 2012) . Kështu në këtë këndvështrim , janë fluktuacionet e vetëvlerësimit, të cilat futen në dy konstrukte: jostabiliteti (Kernis, 2005) dhe kontigjenca (Crocker & Wolfe, 2001). Sipas tyre vetëvlerësimi fluktuon në përgjigje të ndodhive pozitive dhe negative të lidhura me veten e tyre si psh, një raport i ri miqësor, një kompliment, një notë e mirë në shkollë etj.

Këto , por edhe stabiliteti kohor individual në nivelet e vetëvlerësimit mund ti ndikojnë rezultatet e studimeve (Isomaa,Vaananen, Frojd, Kaltiala-Heino,& Marttunen, 2012).

Vetëvlerësimi është element themelor në bazë natyrale për një qasje të spektrit të gjerë në promovimin e shëndetit mendor (Mann, Hosman, Schaalma, & de Vries, 2004). Monitorimi i tij mund të japë një kuptim për shfaqjen e hershme të psikopatologjisë dhe zhvillimin pozitiv në adoleshencë (Isomaa,Vaananen, Frojd, Kaltiala-Heino,& Marttunen, 2012) .

Marrë së bashku, këta gjetje duket se tregojnë se një ndjesi solide e vetëvlerësimit është burim potencialisht i vlefshëm që i ndihmon fëmijët dhe adoleshentët që të ballafaqohen me rrethanat e pafavorshme dhe të arrijnë përfundime zhvillimore më të favorshme (Shaffer & Kipp, 2010) .

3.5.Pashpresa në lidhshmëri me vështirësitë emocionale dhe sjelljet problematike në adoleshencë

Studimet për pashpresën në përgjithësi

Një nga faktorët e rëndësishëm që e prekin zhvillimin e personalitetit njerëzor dhe jetën e tyre është ndjesia e shpresës. Shpresa është e rëndësishme në faktin sepse prezenca ose mungesa e saj i udhëzon sjelljet dhe i ndihmon individët në arritjen e qëllimeve (Levesque, 2011) . Shpresa është e përkufizuar edhe si një konstrukt kognitiv-motivacional për dallim nga disa shkencëtarët të tjerë që e shohin si emocion (Averill, Catlin, & Chon, 1990) dhe me këtë vihet theksi në procesin e të menduarit (Snyder, Lopez, & Shorey, 2003) . Tre elemente të shpresës sipas Snyder janë: caqet e artikuluara qartazi, plani apo shtigjet për ti arritur këta caqe dhe motivi për ta kryer atë plan (Lopez, Rose, Robinson, Marques & Pais-

Ribeiro, 2009) . Por, ekziston edhe një imazh më i gjerë i saj që përfshin edhe parashikimin e së ardhmes së mirë dhe të bazuar në ndjesinë e kompetencës personale, besimin në aftësitë për tu përballur me sfidat, një ndjesi të qëllimit dhe të kuptimit të jetës (Miller & Powers, 1988; Levesque, 2011) .

Termat, si : optimizmi, pesimizmi, shpresa dhe pashpresa shpesh janë përdorur në vend të njëri-tjetrit (Chang, 2001). Por shpresa duhet të dallohet edhe nga konstruktet e ngjashme si optimizmi, vetë-efikasiteti, vetë-vlerësimi dhe të zgjedhurit e problemeve (Snyder, 2002) . Optimizmi (i konceptualizuar sipas Scheier dhe Carver) e paralelizon shpresën si një perceptim i lidhur me pritjet se shtigjet e caktuara do çojnë tek përfundimet e caktuara (të menduarit); por kjo nuk e përfshin motivacionin (apo agjencinë për ta arritur atë) (Snyder, 2002). Vetë-efikasiteti (i konceptualizuar sipas Banduras) ilustron të menduarit se besimet vetjake mundën ta kryejnë një sjellje e cila do ti sjellë rezultatin e dëshiruar është kritike për këtë rezultat të dëshiruar; por ky formulim është më shumë specifik për situata dhe më tepër para nisjes së një sekuence të caktuar e jo si te shpresa , ku janë të përfshirë gjatë të gjitha stadeve të arritjes së caqeve dhe relativisht stabël gjatë situatave (Snyder, 2002). Studimi i shpresës gjatë adoleshencës nuk ka qenë edhe aq shumë subjekt hulumtimi (Levesque, 2011), përkundër rëndësisë që ka ajo edhe për vetë faktin se mungesa e shpresës ka ndikim negativ edhe në stadet tjera zhvillimore (Nurmi, 1991) . Nga kjo shihet se zhvillimi i psikologjisë pozitiviste ishte ajo që e vendosi konceptin e shpresës në vendin që i takon në psikologjinë njerëzore.

Përkundër mos hulumtimit sa duhet është e qartë se faktorë të shumëfishtë e ndikojnë zhvillimin e shpresës. Shpresa besohet se shfaqet në mënyrë zhvillimore (Stoddard, Henly, Sieving, & Bolland, 2010). Ajo nis që nga foshnjëria e fëmijëria si një cilësi bazike e egos

dhe si një rezultat pozitiv në stadin besim / mosbesim, ku nëse të tjerët nuk janë përgjigjur përshtatshëm në nevojat emocionale të fëmijëve do të krijohet ndjesia e pashpresës dhe e kundërta (Levesque, 2011). Është sugjeruar se fëmijët dhe të rinjtë nuk kanë aftësi kognitive për ta zhvilluar pashpresën, për shkak se kanë vështirësi në konceptualizimin e ndodhive, por edhe kohëzgjatjen e kohës mes tyre (Kaslow, Adamson, & Collins, 2000) . Sipas kësaj vetëm me kalimin nga fëmijëria e mesme në adoleshencën e hershme kur arrihet edhe orientimi në kohë në kuptim të së ardhmes dhe aftësia për të llogaritur mundësitë dhe shanset, mund të zhvillohet pashpresa (Kaslow, Adamson, & Collins, 2000). Ngjashëm me këtë konstatohet se pashpresa nuk mund të shfaqet në fëmijët si faktorë përderisa ata nuk e arrijnë moshën 10 vjeç (Chang, 2001), sepse për të dalluar shpresën duhet të jetë e krijuar aftësia e ndjesisë së kohës dhe ky dimension i kohës arrihet vetëm me zhvillimin e të menduarit abstrakt (Keating, 2004), ku adoleshenti e ka ndjesinë e së kaluarës, së tashmes dhe të ardhmes (McInerney, 2004). Aftësitë e të menduarit abstrakt gjatë adoleshencës e shtojnë aftësinë për të vlerësuar dhe imagjinuar të ardhmen dhe poashtu fokusimi në zhvillimin e ndjesisë së identitetit ndërthuren me shpresën dhe perspektiva e shpresës është e nevojshme në vendimet që ata marrin për edukimin, profesionin dhe raportet sociale (Nurmi, 1991). Shpresa, duket të jetë dinamike dhe ndryshon gjatë adoleshencës si përgjigje në pjekurinë dhe adaptimin në situatat jetësore (Stoddard, Henly, Sieving, & Bolland, 2010).

Shpresa dhe pashpresa janë dy koncepte të ndryshme; një individ me një rezultat të ulët në një shkallë të shpresës nuk duhet të kategorizohet si i pashpresë; dhe poashtu një individ me një rezultat të ulët në një shkallë të pashpresës nuk duhet konsideruar si me shpresë (Stoddard, Henly, Sieving, & Bolland, 2010). Pashpresa është përkufizuar si të paturit e

pritjeve negative për veten dhe të ardhmen (Beck, Weissman, Lester, & Trexler, 1974; Kazdin, Rodgers, & Colbus, 1986; Hinds, 1984; Joiner & Wagner, 1995) ; si një pritje për dështim ose mungesë e besimeve pozitive për të ardhmen (Boniwell & Zimbardo, 2003; Jamieson & Romer, 2008; Keeley, Wright, & Condit, 2009). Një adoleshent, që është i pashpresë posedon pritje negative karshi vetes dhe të ardhmes se rezultatet që i dëshiron shumë nuk do të ndodhin ose se ato negative do të vijnë dhe se asgjë nuk do ti ndryshojë gjërat për mirë (Joiner & Wagner, 1995; Hinds, 1984; Stoddard, Henly, Sieving, & Bolland, 2010) . Sipas Needles dhe Abramson (1990) pashpresa definohet si pritje se rezultatet shumë të dëshiruara nuk do ndodhin, dhe se dikush është i pafuqishëm për ta ndryshuar këtë situatë (Needles & Abramson, 1990) . Beck e sheh pashpresën jo si një trajtë e qëndrueshme, por më shumë si një gjendje psikologjike që është subjekt i eskalimit gjatë kohës së trazirave intrapsikike (Kashani, Reid, & Rosenberg, 1989).

Teoritë e pashpresës sugjerojnë se fëmijët mund të zhvillojnë një stil pesimist të menduarit , që i predisponon në vështirësitë negative për veten, botën dhe të ardhmen (Abramson, Metalsky, & Alloy, 1989) . Rëndësia e pashpresës doli nga shumë teori dhe studime të depresionit (sidomos Aaron Beck) sa që çoi në zhvillimin e një teorie të pashpresës për depresionin. Edhe pse ka operacionalizime të ndryshme mbi konceptin e pashpresës nga teoricienë të ndryshëm ne më tepër do bazohemi në operacionalizimin konsistent me teorinë e pashpresës së depresionit (Abramson, Metalsky, & Alloy, 1989) . Bazuar në këtë teori, pashpresa është fuzioni i dy tipeve të pritjeve: pritjet negative të rezultateve dhe pritjet e pandihmës. Pritjet negative të rezultateve i referohen besimeve se në të ardhmen përfundime të padëshirueshme do ndodhin si dhe përfundimet e dëshirueshme nuk do të ndodhin. Pritjet e pandihmës i referohen besimeve se veprimet e një personi nuk mund ti

ndikojnë këta përfundime negative; dmth të menduarit se s'mund të bëjmë asgjë për ta ndryshuar këtë (Levesque, 2011) . Teoritë kognitive mbajnë qëndrim se disa individë zhvillojnë pritje negative për rezultatet dhe pritje të pandihmës për shumë fusha të jetës, kurse të tjerët i zhvillojnë këto vetëm për një numër të kufizuar të fushave të jetës (Levesque, 2011) .

Nga ana tjetër një asociacion profesional si North American Nursing Diagnosis Association e përcakton si “një gjendje subjektive, ku një individ e sheh si të kufizuar ose pa zgjidhje personale / alternative mundësinë e mobilizimit të energjive të tija për veten e tij” (Miller-Keane, 2003). Po si arrihet deri tek pashpresa?

Sipas teorive kognitive të depresionit kjo zhvillohet si pasojë e modelit të menduarit depresiv pas situatave negative të përjetuara. Tek teoria e Abramsonit janë konkludimet depresogjenike për shkaqet, pasojat dhe veten ato që sjellin pashpresën; tek teoria e Bekut (Beck, Weissman, Lester, & Trexler, 1974) janë gabimet apo shtrembërimet kognitive që i ka një person; kurse tek teoria e stileve të përgjigjes (Nolen-Hoeksema, 2000) është të menduarit ruminativ pas një ngjarjeje negative (Levesque, 2011). Një shkak tjetër për zhvillimin e pashpresës merret edhe lëndueshmëria (vulnerabiliteti) kognitive , e cila është operacionalizuar si një veçori e brendshme, stabile e një individi që e predisponon atë për tu angazhuar në të menduarit depresiv pas një ngjarje negative (Ingram & Luxton, 2005).

Autorë të tjerë mendojnë se ka bazë teorike dhe empirike për ti identifikuar dy dimensione të pashpresës (sidomos në rastin e depresionit) : pashpresa si trajtë dhe pashpresa si gjendje (Kuyken, 2004; Young, Fogg, Scheftner, Fawcett, Akiskal, & Maser,1996) ; forma si trajtë është relativisht e pavarur prej ndryshimeve në ashpërsinë e depresionit, kurse forma si gjendje varion ngushtë me gjendjet depressive .

Vajzat duket se shfaqin nivele më të larta të pashpresës sipas Harter edhe në prani të më pak faktorëve të rrezikut (Rosenblum & Lewis, 2003) . Sipas një raporti në 2011 në SHBA, 36 % e vajzave dhe 22 % e djemëve kanë raportuar se janë ndierë të pashpresë , pothuajse çdo ditë për dy javë ose më tepër gjatë një viti (Adolescents Who Felt Sad or Hopeless , Indicators on children and youth, 2012). Leadbeater, Kupermine, Hertzog, dhe Blatt (1999) kanë raportuar se djemtë mund të shfaqin persistencë më të madhe të ndjenjave të pashpresës gjatë kohës se sa vajzat.

Pashpresa definohet si një mungesë e besimit se ngjarjet në të ardhmen do të jenë pozitive,por studimi i pashpresës i ka sfidat e veta sepse shumë hulumtues klinik besojnë se pashpresa është një gjendje difuze e ndjenjave dhe si e tillë shumë e dobët dhe amorfe për ta studiuar dhe kuantifikuar në një mënyrë sistematike (Beck, Weissman, Lester, & Trexler, 1974).

Por , Stotland (1969) në shqyrtimin e tij të literaturës për pashpresën argumentoi kundër këtij qëndrimi duke propozuar se pashpresa mund të kuantifikohet duke e definuar në kuptim të sistemit të pritjeve negative mbi veten dhe jetën e tij (Beck, Weissman, Lester, & Trexler, 1974). Ka pasur raste kur është rekomanduar që të bëhet një skringing/vlerësim i pashpresës edhe në procedurat shkollore (Pinto, Whisman, & Conwell, 1998).

Kur marrim në shqyrtim literaturën mbi studimet për pashpresën përveç disa studimeve të përbashkëta me vetëvlerësimin shohim se ka mjaft studime , por që shumica janë të aspektit klinik.

Shumica e studimeve e kanë shikuar korrelacionin në mes të pashpresës dhe sjelljes vetëvrasëse , pastaj në raport me sjelljet devijante / rrezikshme, me të arriturat akademike, me strukturën familjare, me raportet me moshatarë, diferencat gjinore, statusin socio-

ekonomik, rezultatin e tretmanëve mjekësore etj. Aq shumë është vërejtur lidhja mes të pashpresës dhe depresionit sa që ka rezultuar edhe me krijimin e një teorie të pashpresës për depresionin - The Hopelessness Theory of Depression, (Abramson, Metalsky, & Alloy, 1989) . Janë të shumta edhe studimet për nivelin e pashpresës tek pacientët që vuajnë nga sëmundje terminale. Poashtu ka shumë shkallë ,që bëjnë matjen e pashpresës, ku ndër më të njohurat janë Beck Hopelessness Scale (Beck, Weissman, Lester, & Trexler, 1974) dhe Hopelessness scale for children (Kazdin, Rodgers, Colbus,1986).

Studimet lidhur me rëndësinë e pashpresës në raport me vështirësitë emocionale dhe sjelljet problematike

Shpresa është një qëndrim i dobishëm për mirëqenien psikologjike. Matja e konstruktit të shpresës është diçka e re përkundër asaj se ka histori të gjatë në psikologji dhe është parë prej disa studiusëve si një mekanizëm kyç në intervenimet psikologjike (Snyder,2000; Snyder, Rand, & Sigmon, 2002). Po ashtu ajo është parë si faktor me rëndësi në të parashikuarit e përshtatjes psikologjike (Kashdan etj., 2002; Shorey, Valle, Yang, & Lewin, 2003; Snyder etj., 1996; Valle, Huebner, & Suldo, 2006). Për shembull në studimin e tyre longitudinal Valle, Huebner, & Suldo, (2006) ndër tjera ka gjetur se është në korrelacion negativ me sjelljet internalizuese/eksternalizuese.

Shpresa në shumë studime supozon se i ndihmon individët për tu përshtatur në rrethanat e pafavorshme (Heaven & Ciarrochi, 2008). Lyubomirsky, King, & Diener, (2005) , në meta-analizën e përfitimeve të lumturisë tek popullata e rritur ka konkluduar se “mirëqenia emocionale dhe emocionet pozitive si lumturia, vetëbesimi dhe optimizmi janë në mënyrë

stabile të lidhura me përfundime të sukseshme në jetë”. Pashpresa ose pesimizmi për të ardhmen janë shoqëruar me psh. suicidin (përpjekjet ose edhe kryerjen) në studimet e rasteve dhe ato prospektive (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2009). Disa nga hulumtimet e Van Orden etj., (2008) ; besojnë se pashpresa është indikator kryesor i qëllimit suicidal (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2009). Poashtu pashpresa gjendet si faktorë edhe tek personat që abuzojnë dhe janë të varur nga substancat (Myers, 2013). Ka që e lidhin pashpresën edhe me zvogëlimin e faktorëve imunologjike, sëmundjet kronike mjekësore etj. Dihet se vështirësitë emocionale dhe sjelljet problematike janë të lidhura kauzalisht në masë të madhe me sjelljen vetëvrasëse dhe me abuzimin e substancave.

Studimet tek adoleshentët në mënyrë konsistente kanë gjetur se nivelet e larta të pashpresës janë të shoqëruara me nivelet e larta të simptomave depresive (Abela, Gagnon, & Auerbach, 2007; Whisman & Pinto, 1997; Abela, 2001) ; kështu që, pashpresa ka marrë pozicionin e një mediatori të padiskutueshëm të depresionit (Levesque, 2011) . Me këtë padyshim vërtetohet edhe rëndësia e saj në zhvillimin e vështirësive emocionale .

Ka shumë studime tjera që kanë gjetur rëndësinë e pashpresës në shumë rrethana psikopatologjike: është identifikuar si karakteristikë thelbësore e depresionit, është implikuar në rrethana si suicidi, skizofrenia, alkoolizmi, sociopati dhe sëmundjet fizike (Beck, Weissman, Lester, & Trexler, 1974) . Pashpresa poashtu është shoqëruar me nivele të shtuara të dhunës mes adoleshentëve (DuRant, Getts, Cadenhead, Emans, & Woods, 1995; Bolland, 2003).

Është një numër i madhë i studimeve që kanë gjetur ,se pashpresa është faktor kritik në rritjen e rrezikut për sjellje suicidale; poashtu është i shoqëruar me mospasjen e arsyeve për

jetë si dhe është parashikues i përsëritjes së përpjekjeve suicidale si edhe i kryerjes së suicidit (Williams, Van der Does, Barnhofer, Crane, & Segal, 2008; Viñas, Canals, Eugenia Gras, Ros, & Domènech-Llaberia, 2002; Salter & Platt, 1990; Beck, Brown, Berchick, Stewart, & Steer, 1990). Por këta studime ngrenë disa probleme si p.sh, ndryshueshmëria e pashpresës në faza të sëmundjeve që çon në hezitimet se a është pashpresa thjesht një reaksion në ngjarjet jetësore negative, apo është një faktor nënshtratesor ,që reflekton një predispozicion për të reaguar me kognicione të pashpresës edhe në ndryshimet më të buta në disponim (Williams, Van der Does, Barnhofer, Crane, & Segal, 2008) . Por këto gjetje ka raste se janë ekuivokale tek studimet për adoleshentë në literaturë në dallim nga ajo për të rriturit (Hewitt, Newton, Flett, & Callander, 1997) . Në një shqyrtim autorët kanë gjetur shtatë studime që kanë shikuar shoqërimin e pashpresës me fenomenet suicidale në adoleshentë dhe në të shtatët rezultati ka qenë pozitiv; analiza multivariate e bërë në dy studime jep rezultate të ndryshme, tek njëra pozitive tek tjetra negative, por tek asnjëra nuk kanë shikuar për depresionin si faktor kontrollues (Evans, Hawton, & Rodham, 2004) .

Ndjesia e shpresës dhe poashtu e pashpresës janë të lidhura me angazhimin në dhunë, probleme shkollore, sjellje seksuale të rrezikshme, delikuencë dhe lëndime aksidentale (Bolland, 2003) . Nga ana tjetër ,niveli i lartë i shpresës është lidhur me përfundime pozitive si arritjet akademike, pranueshmëria shoqërore dhe mirëqenia psikologjike e përgjithshme (Gilman, Dooley, & Florell, 2006) . Edhe në një studim është gjetur se pashpresa tek fëmijët dhe adoleshentët është e shoqëruar me performancën dhe funksionimin më të dobët në shkollë (Kashani, Reid, & Rosenberg, 1989) . Pashpresa lidhet edhe me prezencën e çrregullimeve të sjelljes që shfaqen në fëmijëri dhe adoleshencë:

delikuencën, braktisjen e shkollës, ikjen nga shtëpia, vjedhjet, thyerjen kronike të rregullave, nxitjen e grindjeve (Farran, Herth, & Popovich, 1995) .

Hulumtuesit gjithnjë e më shumë janë duke e parë shpresën si një fuqi psikologjike kyçe në të rinjtë ,që i ndihmon ata të zbuten prej ngjarjeve jetësore të pafavorshme (Valle, Huebner, & Suldo, 2006); përkundër asaj se shpesh për fat të keq ankthi, depresioni dhe pashpresa shpesh janë parë si komponenta normale zhvillimore të jetës së adoleshentëve (Cunningham, Gunn, Alladin, & Cawthorpe, 2008).

3.6. Vetëvlerësimi dhe pashpresa së bashku në lidhshmëri me vështirësitë emocionale dhe sjelljet problematike në adoleshencë

Konstruktet psikologjike të vetë-vlerësimit dhe të pashpresës janë definuar, diskutuar dhe studiuar mjaftë gjerësisht; qoftë në vetë kompleksitetin e tyre që ngërthejnë, qoftë në lidhjet e vërejtura ose të supozuara me zhvillimin e personalitetit dhe të çrregullimeve psikologjike. Përkundër asaj se studimet epidemiologjike sugjerojnë se shumica e adoleshentëve rriten përkundrejt sfidave të zhvillimit fizik dhe emocional me optimizëm dhe me vetë-vlerësim solid (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2009) ; pashpresa dhe vetëvlerësimi janë gjetur të lidhur me psikopatologjinë sipas shumë studimeve dhe me shumë vështirësi tjera në të jetuarit efektiv. Vetëvlerësimi i ulët është në relacion të lartë me pashpresën dhe depresionin (Harter, 1999). Vetëvlerësimi i ulur, pritjet negative për të ardhmen si dhe ndjenjat e vetmisë reflektojnë raportet e çrregulluara me veten si objekt (Ruchkin, Eisemann & Hägglöf, 1999) . Këta kanë një komponent të fuqishëm emocional dhe një kohë të gjatë janë identifikuar si karakteristika thelbësore të rrethanave patologjike si

depresioni dhe sjellja suidale, abuzimi i substancave, sociopatia, dhe sjelljet delikuate (Ruchkin, Eisemann & Hägglöf, 1999) . Ka shumë raste , kur pashpresa dhe vetëvlerësimi i ulur shkojnë së bashku dhe japin efekte të përbashkëta . Konstrukti i pashpresës dhe vetëvlerësimi janë gjetur në shumë studime në korrelacion pozitiv ,por edhe si faktorë të përbashkët si në rastin kur ata janë modulatorë të sjelljes suidale (Viñas, Canals, Eugenia Gras, Ros, & Domènech-Llaberia, 2002) . Edhe studime të tjera e kanë gjetur se pashpresa sidomos kur është e shoqëruar me vetëvlerësimin e ulur shërbejnë edhe si faktorë predispozues për sjelljen suidale (Skuse, Bruce, Dowdney, & Mrazek, 2011; Rutter, etj., 2008) . Por, dihet edhe se vështirësitë emocionale dhe sjelljet problematike janë të lidhura kauzalisht në masë të madhe me sjelljen suidale dhe me abuzimin e substancave.

KAPITULLI IV: ADOLESHENCA NË KOSOVË

4.1. Analizë e shkurtër e përgjithshme e rrjedhave të adoleshencës në Kosovë

Kosova është shteti më i ri në Evropë edhe politikisht edhe për nga popullata; 47.6 % e popullatës së saj është nën 24 vjeç ku 22 % e tyre është ndërmjet 15 e 25 vjeç (International Data Base, Population Pyramid Kosovo, 2010) . Grup mosha e adoleshencës (10-19 vjeç) paraqet rreth 20 % të popullatës së Kosovës sipas Censurit të popullatës së vitit 2011 (ASK, 2011). Por Kosova është edhe shteti më i varfër i Evropës Juglindore; ku popullata e re e saj llogaritet si një fuqi dhe papunësia e të rinjve dhe edukimi i tyre shihen si prioritetet kyçe të këtij vendi (European Commission, October 2009). Përqindja e papunësisë në mbarë vendin supozohet të jetë 40 %; shkalla e papunësisë e të rinjve llogaritet të jetë 70 %. Gjersa ekonomia po shënon përparim, mesatarja vjetore e të ardhurave për banor, për familje (€ 1.611) është më e ulëta në tërë Evropën. Vlerësimi i Bankës Botërore mbi varfërinë është se në vitin 2007, afërsisht gjysma e popullsisë jetonte në nivelin e varfërisë, ndërsa tani, supozimet janë që 45 % e popullsisë jetojnë në nivelin e varfërisë (€ 1.42 në ditë) dhe 15 % jetojnë në varfëri të skajshme (€ 0.93 në ditë). Migrimi jashtë vendit vazhdon, edhe pse në nivel më të ngadalshëm se në dekadën e fundit, ndërsa dërgimi i parave nga diaspora i kontribuon shumë bruto produktit shoqëror. Poashtu edhe përfshirja e tyre në edukim nuk është e kënaqshme, sidomos në shkollimin e lartë; më pak se 75 % e atyre që përfundojnë shkollën fillore vazhdojnë më tutje shkollimin, kjo është edhe më e keqe tek femrat, ku vetëm 55 % e tyre vazhdojnë shkollimin (OBSh/UNICEF/UNFPA, 2009).

Të shumtën hulumtuesit pajtohen se të rinjtë në Kosovë kanë jetuar në një periudhë të jostabilitetit, ndryshimeve dhe transformimeve të llahtarshme në shoqëri (UNICEF IN KOSOVO, Adolescence). Kësaj s'kemi si të mos i shtojmë edhe një fakt tjetër të tmerrshëm: luftën në Kosovë 1998-1999. Jo vetëm këto vite, por edhe disa vite para ,por edhe paslufta është periudhë e përjetimeve mizore që ata që sot janë adoleshentë kanë mundur ti shohin dhe përjetojnë, ose së paku shumica e tyre janë rritur në një atmosferë dhune, rreziku të përditshëm për jetën, masakrimin etj. Me siguri se familjet kosovare në kushte të një represioni të paparë nga pushtuesi, në kushtet e ikjes e fshehjes nëpër male, në të qenit refugjatë, të përballur me humbje të anëtarëve të familjes dhe pastaj edhe të gjetur në vendbanimet e tyre të shkatërruara plotësisht, të varur nga ndihmat e kanë pasur shumë të vështirë mbështetjen e fëmijëve të tyre në nevojat e tyre fizike, emocionale dhe sociale për zhvillim e rritje. Po vendosim këtë fakt sepse shumica e adoleshentëve të përfshirë në këtë studim me siguri se në një ose tjetër mënyrë ka qenë e përfshirë në këto zhvillime të llahtarshme të luftës ,ose duke qenë i lindur në ato rrethana, ose ka qenë foshnjë ose në fëmijëri të hershme. Është fakt ,se nuk dimë të ketë ndonjë studim ,që ka shikuar për efektet e mundshme të luftës tek fëmijët e atëhershëm në Kosovë, përveç disa studimeve klinike fragmentare ,që kanë evidentuar traumat e luftës tek këta grupmosha në disa raste. Kështu ,sa i përket popullatës së përgjithshme është me rëndësi një studim kros-seksional që ka përfshirë 1358 personave të moshës mbi 15 vjeç në tërë Kosovën, ku theksohet se kemi nivel të lartë të traumave të pësuar dhe numri më i madh i tyre kanë pësuar trauma të shumëfishta. Ky studim ka gjetur se 17.1% e pjesëmarrësve kanë kriteret e nevojshme për tu diagnostikuar me PTSD; sipas gjinisë 19.7 % tek femrat dhe 12 % tek meshkujt (Cardozo, Vergara, & Agani, 2000) . Edhe në një studim tjetër PTSD është raportuar

gjerësisht në fëmijët dhe adoleshentët të cilët i janë ekspozuar luftërave të viteve të fundit në Ballkan (Gordon, Staples, Blyta, & Bytyqi, 2004). Edhe pse ka kaluar një dekadë pas përfundimit të luftës prezenca e stresit post-traumatik, ankthit dhe simptomave depresive tek të rriturit dhe fëmijët është ende substanciale dhe i korespondon traumës së lartë të cilës i janë ekspozuar (Schick, Morina, Klaghofer, Schnyder & Muller, 2013).

Janë bërë dhe janë publikuar disa hulumtime lidhur me gjendjen e të rinjve në Kosovë. Nga këto studime të cilat nuk janë edhe të nivelit shkencor të dëshiruar dhe janë të tipit të anketimeve, vëzhgimeve apo raporteve; mund të fitojmë të dhëna që na ndihmojnë të ndërtojmë një tablo mbi ballafaqimin me adoleshencën të rinjve kosovarë.

Në një hulumtim të adoleshentëve të moshave 10-24 vjeçare të kryer nga Iniciativa Kosovare për Stabilitet në vitin 2010 janë prekur çështje shumë kruciale të adoleshencës si psh. raporti me familjen dhe moshatarët, koha e lirë, komunikimi, optimizmi, përfshirja e tyre në vendime në familje. Në pyetjen se a merren në konsideratë opinionet e tyre në familjet e tyre ; 46.4 % janë përgjigjur me ndonjëherë, kurse 15.8 % asnjëherë. Poashtu shprehet brengosje për kufizimet që kanë vajzat për të ndjekur një rrjedhë normale në shumë mjedise. Vetëm 16 % e të rinjve (10-14 vjeç) dhe 14 % e (14-24 vjeç) marrin pjesë në aktivitete të lira në ndonjë organizatë ose klub. Vajzat, shumë më pak janë të përfshira në këto aktivitete. Kohën e lirë e kalojnë të shumtën në lokale, me moshatarë (48 % e 15-24 vjeçarëve); (23.2 % e 10-14 vjeçarëve dhe 60 % e 25-24 vjeçarëve) e kalojnë kohën në kompjuterë (shtëpi ose internet kafe). Ata ,përkundër të gjithave e kanë ruajtur optimizmin për të ardhmen e vendit të tyre; 78.2 % ndihen të lumtur të shumtën e kohës; 54.6 % ndihen të kënaqur me jetën, ndonëse përkundër faktit se 20.3 % e shihnin migrimin si

zgjdhje më të mirë. Në këtë studim 66.6 % e shohin familjen si të rëndësishme për formësimin e identitetit; kurse moshatarët si të rëndësishëm për formësimin e identitetit i shohin në 39.6 %. Familja vlerësohet se u jep kuptim të jetës në 72.4 % të rasteve kurse për moshatarët në 42.6 %. Sa i përket komunikimit 10-14 vjeçarët më tepër bisedonin për problemet e tyre me familjen, kurse 15-24 vjeçarët me moshatarët. 55.3 % e tyre deklarojnë se prindërit i lejojnë të rrinë në kompjuter (Kosovar Stability Initiative, Unleashing Change Voices of Kosovo's Youth, 2010). Për ta përmbledhur, për të rinjtë përfshirë në këtë studim familja mbetet kryesore dhe ndikuese më e fuqishme e ndërtimit të identitetit tyre personal përkundër fakteve se opinionet e tyre pak merren parasysh; sidomos vajzat kanë shumë kufizime për përfshirjen në shkollim dhe kalimin e kohës së lirë që është shumë e zbrazët edhe tek djemtë; me rritjen në moshë komunikimi për problemet e tyre shkon duke u rritur kah moshatarët dhe përkundër të gjithave 2/3 e tyre janë të lumtur ndonëse e shohin migrimin si opsion.

Edhe në studimin tjetër jepet pamje e ngjashme, ku familja është në rend të parë ndonëse me primesa patriarkale; por përkundër të gjitha sfidave të rinjtë ndihen të lumtur dhe optimistë. Ky studim sjell edhe ca të dhëna të reja të rëndësishme p.sh. raporti ndaj shkollës përshkruhet si i lumtur dhe të njëjtën kohë i ngarkuar/stresues; dominimi i përshtypjes së dukjes në brengat e tyre; shkalla e përfshirjes në marrëdhënie seksuale etj. Kështu 91 % e 16-27 vjeçarëve pranojnë se jetojnë me familjet e tyre, vetëm 12 % e tyre po të kishin mundësi do të jetonin të ndarë, 71 % e tyre vendimet e tyre jetësore i marrin duke u konsultuar me familjen, 78 % i shohin baballarët si më ndikues në familjet e tyre, 89 % e tyre e shohin veten të martuar dhe të vazhdojnë me familjen, 98 % i besojnë familjes

përkundër 67 % që u besojnë moshatarëve. 34 % e tyre në një masë të madhe duan të largohen nga Kosova ndonëse 87 % janë optimist për të ardhmen. Në këtë studim analizohen edhe qëndrimet për shkollën ku 76 % e tyre ndihen të lumtur në shkollë ndonëse e vlerësojnë zakonisht si “ të ngarkuar dhe stresuese” dhe kanë nivel të vogël të kënaqësisë me të. 79 % e tyre të shumtën e kohës ose dëgjojnë muzikë ose shohin TV; 9/10 e tyre kanë qasje në internet ku kalojnë mesatarisht 3.5 orë në ditë dhe chati/ rrjetet sociale janë përdorimet më të zakonshme të internetit. Në 87 % të rasteve të dukurit bukur shihet trendi; 86 % të tyre duan të arrijnë një shkallë të universitetit dhe 84 % duan të jenë të pavarur. Sa i përket përfshirjes në marrëdhënie seksuale 45 % kanë deklaruar se nuk kanë pasur seks deri tash, 13 % kanë pasur më tepër se me një person seks, 35 % kanë përdorur mbrojtje në seks. (IDRA, 2012)

Edhe një studim tjetër ndonëse përsërit disa fakte të studimeve të trajtuara më lart, jep ca të dhëna me rëndësi që kanë të bëjnë me tranzicionin e njëkohshëm ekonomik/social dhe të moshës të adoleshentëve në Kosovë, ku ky tranzicion shihet se e shton paqartësinë dhe stresin. Edhe këtu në 75.9 % të rasteve baballarët janë më ndikues; 59 % e familjeve kanë së paku 6 anëtarë; raportet familjare përshkruhen harmonike, ku vetëm 18.9 % e tyre kanë pasur mospajtime; 58 % janë plotësisht të varuar financiarisht nga familjet; 74 % do të jetonin të pavarur nëse do gjenin punë dhe pavarësi (KHDR, 2006) . Në një raport tjetër konstatohet se është përshtypja se femrat vuajnë nga shumë jobarazi gjinore si psh. mospërfshirja në edukim (Lowicki, 2001).

Në një studim tjetër është me rëndësi se përveç të tjerash vëzhgon edhe opinionet që kanë për veten; janë përfshirë 600 pjesëmarrës të moshës 16-19 vjeç; ku është gjetur se 87.8 % e

adoleshentëve jetojnë me prindërit, 56.3 % japin përgjigje pozitive lidhur me ndjesinë e sadsifaksionit me vetveten pa dallime mes gjinive, 80.4 % e shohin veten të vlefshëm, po aq sa tjerët, 63.2 % e tyre nuk ndihen të pavlerë për vetveten. Sa i përket jetës shkollore dhe përdorimit të substancave ata kanë përshtypjen se numri i incidenteve të dhunshme në shkolla duket të jetë në rritje; 69.3 % e tyre kanë raportuar se nuk kanë përdorur asnjëherë alkool e 92.1 % e tyre se nuk kanë përdorur droga. Sa i përket raporteve romantike 52 % kanë raportuar se janë në raport dashurie kurse 32 % e tyre se kanë edhe raporte seksuale, 14 % kanë deklaruar se kanë raport të gjatë deri 2 vjet në lidhje dashurie, 33.3 % e tyre nuk përdorin kondomin (KGSC, 2012).

Të dhëna të fundit me vlerë na jep edhe studimi kollaborativ i Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSH) (HBSC, 2014) për sjelljet e shëndosha që ka përfshirë një kampion prej 4531 adoleshentësh të moshës 11-13 vjeç. Në këtë studim kemi një shkallë të ultë të pirjes aktive të duhanit prej vetë 4.7 %, 10 % pijnë alkoolin rrallë kurse përdorimin e kanabisit në 30 ditët e fundit e raportojnë vetëm 1.5 %. Sa i përket jetës seksuale 13.3 % e kampionit pranojnë se kanë kryer marrëdhënie por gati një e treta e tyre pa marrë masa mbrojtëse. Ky studim jep edhe të dhëna për disa elemente të gjendjes shëndetësore të adoleshentëve ku gjindet se 63.3 % e tyre nuk kanë kokëdhimbje dhe se 71 % rrallë ose hiq nuk janë ndier të sëmurë. Por gjindet se stresi është në nivel të lartë – 51.2 % raportojnë se kanë ndjesi të distresit, krahas kësaj iritim kemi të raportuar në 64.4 % të rasteve (HBSC, 2014). Një kohë shumë të gjatë të periudhës së lirë e kalojnë duke shikuar TV ku 57.2 % e tyre kalojnë nga 1-2 orë në ditë gjatë ditëve të mësimi. Rreth 70 % e adoleshentëve luajnë lojëra kompjuterike ku gati gjysma e këtij grupi deklaron se nuk rri më tepër se sa dy orë në

ditë. Nga ana e tjetër gjatëve ditëve të shkollës shumica e kohës i kushtohet komunikimit me miqtë përmes të internetit (HBSC, 2014). Rreth 70 % e fëmijëve shkollore kalojnë 30 minuta deri 2 orë në ditë në këtë angazhim. Me rëndësi për studimin aktual është edhe e dhëna se 23.8 % e kampionit raportojnë të jenë përfshirë në grindje fizike në dymbëdhjetë muajt e fundit. Poashtu 24.3 % e tyre kanë përjetuar dhunë psikologjike në formë të ngacmimeve kurse 20.3 % e tyre pranojnë se i kanë ngacmuar të tjerët. Sa i përket komunikimit familjarë duket se komunikimin më të lehtë me nënat e kanë 68.2 % , shoku më i mirë arrinë në 54.3 %, babain 52.1 %, motra 40.6 % dhe vëllain 33.6 % (HBSC, 2014).

Shokët paraqesin shoqërinë më të mirëpër të kaluar kohën e lirë, ndërsa 13.3 % të adoleshentëve nuk kalojnë asnjë ditë me shokët e tyre pas shkollës, 46.9 % e tyre nuk kalojnë asnjë mbrëmje me shokët dhe 24.3 % nuk flasin asnjëherë në telefon (HBSC, 2014). Raporti HBSC (2014) arrin të konkludimi se mungesa e ankesave fizike si dhe niveli i ultë i simptomave fizike si dhe niveli i ultë i pirjes së duhanit, alkoolit dhe kanabisit bën që adoleshentët të ndjehen mirë për veten dhe kanë një vetë-respekt të lartë ku 61.8 % e tyre e vlerësojnë jetën e tyre në maksimum. Në studimin e kryer nga Bichman dhe Haller, 4% e kampionit të grupit të adoleshentëve kanë treguar se kanë problem me shëndetin mendor, 7 % e tyre janë me stress posttraumatik dhe 5 % kanë raportuar cilësi të ultë të jetesës në kuptim të shëndetit (Bichmann & Haller, 2012). Këto të dhëna që flasin për gjendjen e shëndetit mendor të adoleshentëve në Kosovë duken se janë brengosëse. Kjo përshtypje krijohet edhe nga puna e përditshme me raste e klinikistëve, por që në Kosovë ka

shumë defekte në sistemin e të dhënave andaj edhe nuk mund të bazohemi në të dhënat empirike klinike.

Bazuar në këta studime, por edhe nga analiza tjera personale mund të konstatojmë se periudha e adoleshencës në vendin tonë s'ka se si të mos jetë një sfidë zhvillimore.

Transformimet shoqërore janë duke shkaktuar strese shtesë tek ta. Rritja e tyre përgjithësisht në mjedise patriarkale bën që ata të shohin familjen si shumë të rëndësishme me siguri më shumë se sa e shohin adoleshentët në vendet dhe kulturat tjera. Kjo mund të jetë një faktor mbrojtës për të lehtësuar kalimin e fazës, por nga ana tjetër mund të jetë penguese në ndërtimin e një identiteti personal si individualitet të pavarur. Nuk është e pazakonshme, që ata i nënshtrohen një shkalle më të lartë të kufizimeve nga ana e familjes në emër të kujdesit që jo rrallë arrin përmasat e një kontrolli të rreptë, sidomos vajzat.

Reperkusionet nga kjo dinamikë familjare mund të kenë efektet e tyre edhe në zhvillimin e vetëvlerësimit, por edhe të pashpresës. Janë inkurajuese nivelet e raportimit të ndjesisë së kënaqësisë e lumturisë me jetën të adoleshentëve dhe kjo është në përputhje sepse hulumtimet tregojnë se edhe moshat më të rritura poashtu tregojnë një shkallë të lartë lumturie për popullatën në vendin tonë. Edhe pjesëmarrja e tyre në vendimmarrje në familje dhe në institucione tjera shoqërore është simbolike; adoleshentët ,të shumtën në heshtje pajtohen me këtë. Kjo shtron dyshimet se nëse shoqëria jonë del se është më represive, a do të thotë se adoleshentët përjetojnë një trazirë më të madhe emocionale të cilën e mbajnë brenda vetes, pa arritur ta kanalizojnë përshtatshëm?

Padyshim se kjo pastaj shton edhe pyetjet e tjera: a kanë pra më tepër kapacitetete të rregullimit emocional adoleshentët kosovarë që arrijnë të ruajnë këtë paqe gjeneratash, apo

efektet e këtij represioni do shfaqen më vonë? A janë duke u zhvilluar në nivele vetëvlerësimi të kënaqshëm?

Kirbiš dhe Flere, 2011 kanë gjetur se të qenurit i pavarur shihet si “in” nga të rinjtë Kosovarë më tepër se sa ata slloven, gjerman dhe kroatë dhe se Kosova është më tepër e orientuar kah kultura tradicionale.

Një i ri, edhe pse është i gatshëm të jetojë i pavarur nëpërmjet punës së tij, ende trajtohet adoleshent dhe mbetet për një farë kohe nën ndikimin e të tjerëve, veçanërisht të prindërve të tij ,jo vetëm për forcën e zakonit, por për efekte të tjera, kryesisht psikologjike, shoqërore dhe ekonomike (Kaza, 2006) . Pengesat drejt fitimit të identitetit janë të shumta. Disa janë të lidhura me një lloj sjelljeje të karakterit mbrojtës të familjes, e cila e detyron dhe e bën individin të mos dijë, të mos jetë i aftë të kapërcejë identifikimet fëmijërore. Rezultati i kësaj gjendjeje është mungesa e eksplorimit, bllokimi i identitetit në një nivel zhvillimi më të ultë karshi mundësive (Kaza, 2006) .

Sa i përket edukimit të të rinjve në përgjithësi mendojmë se nuk është brengosëse vetëm shkalla e përfshirjes së tyre (OBSh / UNICEF / UNFPA, 2009) , por ka shumë elemente që në sistemin edukativ të vendit tonë shkaktojnë vështirësi në arritjen e një arsimimi të mirëfilltë (ECLO, 2010) . Sistemi i edukimit, psh. nuk është i tillë i integruar të themi në gjenerimin e kuadrove të cilat do gjenin veten në përfshirjen në punësim; ka shumë dyndje në fusha të caktuara të edukimit të cilat nuk janë të bazuara në mundësitë e absorbimit të shpejtë të tyre në nevojat e vendit për zhvillim e përparim ekonomik (USAID, 2009) . Kjo ka bërë që të rinjtë të mos e shohin shkollimin si mundësi të prosperimit, por shpesh më

tepër si një vend të themi për të kaluar kohën (Kosovar Stability Initiative, Unleashing Change Voices of Kosovo's Youth, 2010).

Raportet me moshatarët vlerësohen shumë dhe si në vendet tjera dhe kulturat e tjera ata kanë shumë rëndësi ,por duket se në mjedisin tonë disi më tepër këto raporte shkojnë paralelisht se sa që e përjashtojnë njëri tjetrin; kjo i bie se me siguri ka më pak “rebelizëm” të adoleshentëve në shoqërinë kosovare.

Trendet e tjera në përdorimin e substancave, ndonëse ka mjaft dallime në hulumtimet e lartpërmendura, poashtu tregojnë për zhvillime më pak brengosëse krahasuar me vendet tjera. Përshtypja është se janë duke u shtuar prezenca e tyre ,por megjithatë ende jemi në një situatë më të mirë. Sa i përket kohës së përfshirjes dhe shkallës së përfshirjes në marrëdhënie seksuale edhe këtu mund të themi se kemi trende të shtimit të këtyre raporteve dhe poashtu përfshirjes në një moshë më të re. Nuk kemi të dhëna se cila mund të jetë situata me shtatzënitë e adoleshentëve apo prindërimit të adoleshentëve. Është e ditur se ka martesë të hershme ,por ato duke qenë se mbesin të shumta brenda familjes janë mendojmë më pak të rrezikshme dhe më pak mundësi të dëmshme ka në to krahasuar me vendet tjera.

Mund ta përmbyllim ashtu siq vjen në përfundim edhe studimi i HBSC (2014) , se përkundër këtyre tabllave të prezantuar këtu adoleshentët kosovarë mund të konsiderohen si ndër më të shëndetshëm se sa të vendeve tjera dhe me modele më të mira të sjelljes të cilat i kontribuojnë mirëqenies fizike dhe psikologjike si dhe kënaqësisë me jetën në përgjithësi.

4.2. Studimet për vështirësitë emocionale, problemet në sjellje, vetëverësimin dhe pashpresën në Kosovë

Analizimi i literaturës na ka mundësuar që të gjejmë për shqyrtim disa studime të kryera këto vitet e fundit në Kosovë dhe vende të rajonit; të cilat kishin analizuar ndër temat tjera psikologjike dhe sociale edhe disa nga variablat e përdorura në këtë studim.

Një studim kros-kulturor i adoleshentëve të moshës 15 deri 18 vjeç ka përfshirë pjesëmarrës nga Kosova, Shqipëria, Bosnja, shqiptarë emigrantë në Itali, boshnjakë emigrantë në Kroaci dhe në Austri, me qëllim të analizimit të raportit në mes të dietës, imazhit trupor dhe përshtatjes psikosociale (Sujoldziç & De Lucia, 2007). Në këtë studim vetëvlerësimi i matur me pyetësin RSES tregon se shqiptarët në Kosovë, Shqipëri dhe emigrantët në Itali e kanë mesataren gati të njëjtë 2.95 deri 3.0 . Adoleshentët nga Bosnja e kanë 2.9 kurse boshnjakët emigrantë në Austri e kanë më të lartën 3.29. Është interesante se adoleshentët në Kosovë tregojnë sinjifikativisht kënaqësi më të lartë me jetën se sa adoleshentët në Shqipëri, shqiptarët në Itali dhe tre grupet e adoleshentëve boshnjakë. Poashtu adoleshentët nga Kosova kishin sinjifikativisht më pak depresion dhe ankth se sa ata në Shqipëri, por edhe në krahasim me boshnjakët (Sujoldziç & De Lucia, 2007).

Tre studime janë gjetur se janë kryer në popullatën e ngjashme dmth. serbët në pjesën veriore të Kosovës që ende nuk është nën administrimin e plotë nga shteti dhe jetojnë në një formë të izoluar nga pjesa e tjetër e vendit. Në një studim i cili ka matur turpin (ndrojtjen) dhe vetëvlerësimin, ku poashtu është përdorur pyetësi RSES, por një version i modifikuar

me 12 konstatime ; i cili ka përfshirë 160 nxënës të moshës 8-11 vjeç ka gjetur një korelacion sinjifikativ negativ me ndrojtjen , të fuqisë së raportit të mesëm (Jaredić, Stanojević, Radović, Minić & Pavićević, 2013). Në një kampion të 473 studentëve të pjesës serbe të Mitrovicës ka matur vetëvlerësimin me RSES (një variant notimi 1-7), ka gjetur një koeficient alfa 0.75 dhe poashtu ka shikuar për ankthin dhe depresionin me pyetësorët e Beckut si dhe për kënaqësitë me jetën dhe shpresën. 31.5 % e kampionit kanë depresion të butë deri të lartë; 55.4 % e kampionit kanë anksozitet të butë deri të lartë; shpresa ka një nivel të lartë, kurse vetëvlerësimi dhe kënaqësia me jetën mezi dalin mbi mesataren (Krstić, Randelović & Babić-Antić; 2013). Në këtë studim vetëvlerësimi ka korrelacion sinjifikativ pozitiv të fuqisë së mesme të raportit me shpresën (.443) dhe me kënaqësinë për jetën (.464) kurse negativ me ankthin dhe depresionin. Është interesant se niveli më i lartë i shpresës është tek studentët që ishin nga enklavat e popullatës serbe në Kosovë në krahasim me ata nga Serbia (Krstić, Randelović & Babić-Antić; 2013). Në studimin tjetër të 303 të studentëve nga Kosova - pjesa serbe, nga enklavat serbe dhe nga Serbia u përdor RSES , me alfa 0.74 ; Edhe këtu kemi korrelacion sinjifikativ negativ me anksozitetin. Niveli i vetëvlerësimit ka rezultuar i lartë - M (37.65) , DS (6.35) . Në këtë rast enklavat sinjifikativisht e kishin nivelin më të ulët të vetëvlerësimit (Randelović, Milošević & Minić, 2010) .

Në studimin tjetër (Statovci, 2013) , ku është përdorur RSES, tek 150 nxënës të moshës 16-18 vjeç në regjionin e Podujevës – në këtë rast popullatë shqiptare, ka gjetur se vetëm 1.3 % e tyre kanë vetëvlerësim të ulët dhe 52.7 % mesatar (këtu nuk shpjegohet si i ka klasifikuar këta nivele). Poashtu ka gjetur se ekziston korrelacion sinjifikativ negativ të

fuqisë së raportit të mesëm me sjelljet impulsive (të matura me Barratt Impulsiveness Scale); në këtë studim nuk na jepet konsistenca e gjetur internele e pyetësorit dhe as mestarja aritmetikore e vetëvlerësimit të kampionit.

Në një vëzhgim kros-seksional të 198 adoleshentëve të moshës 16-18 vjeç (17.3) lidhur me qëndrimet ndaj të ngrënit (Kadriu, Kelpi & Kalyva; 2013), është përdorur shkalla RSES e cila ka treguar konsistencë të brendshme në këtë rast .62; gjen se vlera mesatare është 22.01 dhe DS prej 3.78. Në këtë studim vetëvlerësimi rezulton në korelacion negativ sinjifikativë me pakënaqësinë me trupin si dhe me sjelljet çrregulluese të ngrënit.

Të dhëna me vlerë me vlerë për shqyrtim lidhur me studimin tonë është padyshim ai i Shahini etj, 2014; i cili pretendon se është vëzhgimi i parë kombëtar epidemiologjik i shëndetit mendor të fëmijëve në Kosovë, me një kampion prej 1374 fëmijëve të moshës 6 - 18 vjet, i cili ka përdorur raportimet e prindërve për problemet emocionale dhe të sjelljes së fëmijëve me anë të Child Behaviour Checklist (CBCL / 6–18). Në këtë punim këta të dhëna janë krahasura me gjetjet prej pesë shteteve tjera të Europës qendrore dhe lindore (Polonia, Lituania, Rumania, Serbia dhe Kroacia) si dhe të SHBA (Shahini etj, 2014) . Vlera e problemeve në total (20.67) është në mes të vlerave të gjetura në këto vende. Në bazë të grupimit të rezultateve për 22 vende sipas normave multikulturore të mesatares omnikulturore (25.09, DS = 6.3) me këtë rezultat Kosova hynë në grupin me nivel të mesëm të problemeve emocionale dhe të sjelljes. Poashtu autorët (Shahini etj, 2014) konstatojnë se vlerat mesatare dhe Cronbach alfa ishte mjaft e ngjashme me të këtyre vendeve. Vlera mesatare e problemeve në total në Kosovë prej 20.67 (DS = 20.28) ishte sinjifikativisht më e lartë se në Kroaci (18.77, DS = 15.24) dhe Serbi (17.02, DS =14.92),

por sinjifikativisht më e ulët se në Poloni (22.89, DS = 19.68), Rumani (25.35, DS = 18.60), Lituani (30.67, DS = 20.35) dhe SHBA (25.52, DS = 20.11) (Shahini etj, 2014). Ky studim gjen se në total mjedisi urban ka vlera sinjifikativisht më të larta. Në këtë studim mund të shihen edhe disa dallime në nënshkallët e pyetësorit që janë me vlerë për përshkrimin e gjendjes në Kosovë. Po ti shohim vlerat për sjelljet rregull thyese, agresive, externalizuese, DSM opozicionale dhe DSM conduct gjendet se djemtë, mjedisi urban, dhe mosha 12-18 vjeç kanë nivel më të lartë. Po ti shohim vlerat për pjesën afektive / emocionale gjendet se femrat, mjedisi urban dhe mosha 12-18 vjeç kanë nivel më të lartë. Rezultatet janë dyfish më të larta tek prindërit me nivel më të ulët të shkollimit. Por, ky studim (Shahini etj, 2014) deklaron një shkallë ulët të përgjigjes (67%) të prindërve dhe hipotetizon se jo - pjesëmarrësit mund të jenë familjet me më shumë probleme dhe poashtu mungesën e raportimeve nga mësuesit dhe vetë fëmijët si faktorë limitues për të pasur vërtet një kampion reprezentativ. Edhe një studim tjetër pak a shumë i ngjashëm ka shikuar për problemet emocionale dhe të sjelljes tek fëmijët parashkollorë të moshës 1.5 deri 5 vjeç bazuar në raportimet e prindërve që plotësuan pyetësorin CBCL për 755 fëmijë në Kosovë (Shala & Dharmo, 2013). Në këtë studim është gjetur se prevalenca e problemeve eksternalizuese të sjelljes është 2.9 % , kurse e problemeve internalizuese të sjelljes është 2.5 % ; gjë që sipas autorëve këta rezultate janë më të ulëta se në studimet tjera ndërkombëtare. Poashtu nuk janë gjetur dallime sinjifikative në vlerat mesatare në bazë të gjinisë. Autorët (Shala & Dharmo, 2013) theksojnë nevojën e hulumtimit më të thellë të kësaj problematike duke marrur parasysh specifikat e mjedisit kulturor.

Vëzhgimi European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) i cili ka për qëllim grumbullimin e të dhënave për shfrytëzimin e të dhënave tek 15-16 vjeçarët në Europë, në vitin 2011 u krye edhe në Kosovë; dhe kishte një kampion prej 1958 nxënësish. Në këtë vëzhgim (ESPAD, 2011) u gjet se 40 % e tyre e pinë duhanin dhe kjo shifër ishte e krahasueshme me vendet e tjera të Europës, por përdorimi i alkoolit dhe substancave tjera është më i ulët në Kosovë; kështu për përdorimin e substancave vëzhgimi gjen se niveli i përdorimit është 7 % në Kosovë kur në Europë në vitin 2007 ishte 20 %. Në këtë vëzhgim (ESPAD, 2011) është përdorur pyetësi RSES i cili raportohet të ketë alfën prej 0.817. Mesatarja e vlerave të gjetur ka rezultuar të jetë 28.8 (DS =6.7), lehtëzi më i lartë për djemtë (29.6) se për vajzat (28.1). Poashtu vlerat mesatare ishin pakëz më të larta për djemtë (3.1) se sa për vajzat (3.0). Këta vlera janë mjaft më të larta se sa mesatarja e vendeve tjera europiane 2.86 për djemtë dhe 3.0 për vajzat.

Vlen të thuhet se edhe vlerat mesatare në shkallën e depresionit forma e shkurtër e CES-D për djemtë dhe vajzat është shumë më e ulët se sa në vendet europiane. Djemtë në Kosovë e kanë mesataren prej 1.61 (në Europë 1.67), kurse vajzat e kanë mesataren 1.9 (në Europë 2.02) (ESPAD, 2011) . Në këtë vëzhgim janë interesante për ne edhe vlerat e gjetura për konstruktin e anomisë të matur me Anomie Scale of Exteriority and Constraint, për shkak se anomia përfshinë në vete pashpresën krahas pandihmësisë. Edhe këtu të rinjtë Kosovarë tregojnë vlera më të ulëta (ESPAD, 2011). Por, në shkallën e sjelljeve antisociale të rinjtë nga Kosova kanë nivele të krahasueshme me ata të vendeve tjera të Europës; ku djemtë kanë më tepër se sa vajzat. Në këtë vëzhgim janë analizuar edhe korrelacionet e këtyre variablave me ato të përdorimit të substancave dhe raportohet se nuk ka korrelacion në mes

të vetëvlerësimit dhe depresionit me abuzimin e substancave, por ka korrelacion sinjifikativ pozitiv në mes të anomisë dhe sjelljeve antisociale (ESPAD, 2011).

Në një studim që ka pasur fokus përdorimin e substancave, ku janë përfshirë 261 nxënës të moshës 15-19 vjeç në qytetin e Gjilanit; 36 % e tyre deklaruan se pinë duhanin, 12.6 % pinë ndonjëherë alkool, kurse përdorin substanca tjera 1.4 % (Çarkaxhiu, Huseyin, Berisha, & Botica, 2011).

Në një hulumtim me 1,302 anketa të kompletuara nga të rinjtë e moshës prej 15-24 vjeç është gjetur se 43.5% e tyre e pinë duhanin , mosha mesatare e fillimit të tymosjes është 16 vjeç, kurse 37.8% kanë raportuar që e konsumojnë alkoolin dhe për herë të parë kishin përdorur alkoolin në moshën 16 vjeçare, 3.8% kanë provuar kanabisin (marihuana, hashash, bari) dhe në kohën e përdorimit të parë ata ishin 17 vjeç; 0.4% e të rinjve në Kosovë kanë provuar heroinën; 0.6% kanë provuar MDMA (Ekstazi), 0.2% kanë provuar ndonjëherë kokainën. Një e treta e të rinjve në këtë hulumtim 32.9% kanë pasur marrëdhënie seksuale, 59.4% kanë qenë seksualisht aktivë dhe kanë përdorur mbrojtje herën e fundit kur kanë pasur marrëdhënie seksuale (OBSh / UNICEF / UNFPA, 2009) . Në një studim tjetër në qytetin e Prizrenit me 768 adoleshentë (mosha mesatare e tyre 17.51) ka gjetur se 6.9 % e tyre kanë pohuar se pinë duhan, 2.7 % e tyre pinë alkoolin dhe 1.7 % e tyre përdorin marihuanën (Fanaj, Bajraktari, Poniku, & Azemi, 2012).

Këtë problematikë të vetëvlerësimit dhe të pashpresës e kam hulumtuar në vitet e kaluara në disa punime të cilat janë prezantuar në konferenca dhe kongrese ndërkombëtare. Në këta punime kam gjetur se në kampionin klinike ka nivel më të lartë të pashpresës si dhe nivel

më të ulët të vetëvlerësimit. Poashtu kishin korrelacion sinjifikativ negativ mes tyre pashpresa dhe vetëvlerësimi (Fanaj, Fanaj, Poniku, Gashi, Vehbiu, & Morina, 2012). Nivelet e pashpresës poashtu janë gjetura të shoqëruara me më tepër sjellje suicidale (Fanaj, Poniku, Gashi, & Muja, 2012).

KAPITULLI I V : SHTRIMI I PROBLEMIT

Në Kosovë ,në përgjithësi adoleshenca është një temë jo aq e studiuar. Kosova vuan nga mungesa e hulumtimeve shkencore dhe e evidencave tjera të dhënave. Nga shqyrtimi i literaturës kam mundur të gjej disa studime , të cilat e kanë hulumtuar adoleshencën nëpërmes përfshirjes së disa dimensioneve të saj. Këta studime me pak përjashtime ishin për nga dizajni dhe metodologjia të thjeshta dhe natyrshëm jo shumë konkluzive (edhe ashtu mundësia për kryrje hulumtimesh në një mjedis si Kosova lë shumë për të dëshiruar) . Problemet emocionale dhe të sjelljes më gjerësisht janë hulumtuar në një studim që më tepër ka pasur synim standardizimin e pyetësorit të njohur CBCL, dhe ai vetëm përmes raportimeve të prindërve ka arritur të na japë një tablllo të kësaj problematike të analizuar. Bazuar në këtë hulumtim del se Kosova nuk dallon nga vendet e tjera të botës për nivelin e vështirësive emocionale dhe problemeve të sjelljes.

Sa i përket konceptit të vetëvlerësimit ai është prekur në disa hulumtime të gjetura të kryera në Kosovë duke i studiuar korrelacionet e tij me disa konstrukte tjera psikologjike , por jo direkt me vështirësitë emocionale dhe sjelljet problematike. Niveli i vetëvlerësimit në Kosovë në këta hulumtime duket i krahasueshëm me vendet e tjera të rajonit.

Edhe pashpresa poashtu ka gjetur vend për tu hulumtuar në studimet e kryera në Kosovë dhe të shqyrtuara më sipër, dhe ka indikacione se Kosova ka një nivel pashprese më të ulët se vendet e tjera në Europë.

Këto gjetje e bëjnë intriguese dhe me vlerë një studim më gjithëpërfshirës të këtyre komponentëve të mirëqenies emocionale dhe sociale të moshës së adoleshencës. Ky studim

nuk do futet në kompleksitetin e këtyre dy konstrukteve (vetëvlerësimit dhe pashpresës), por thjesht synon të fiton një njohje të nivelit të prezencës së tyre tek adoleshentët; duke evidentuar ndikimin e tyre dhe lidhjet me vështirësitë emocionale dhe problemet e sjelljes duke u përqëndruar tek konceptimi i tyre si faktor të mundshëm rreziku, mbrojtës apo mediator.

Duke matur nivelin e vështirësive emocionale dhe sjelljeve problematike në dy kampionët - komunitare (shkollat) dhe klinike kemi një tablo më të plotë dhe një krahasim më domethënës udhëzues në njohjen e plotë të gjendjes së tyre si dhe në gjetjen e korrelacioneve dhe fuqisë parashikuese të vetëvlerësimit dhe të pashpresës. Padyshim se në këtë na ka shtyrë edhe fakti se njihen dallimet që bazohen edhe në vetë vetitë psikometrike të instrumenteve matëse për grupe të ndryshme dhe mjedise të ndryshme sidomos duke pasur ndërmend tërë kohën mundësin e ndikimit të faktorëve kulturor. Njëherazi kjo na lejon të gjejmë edhe mundësitë diskriminuese të këtyre konstrukteve të matura për rastet klinike nga ata komunitare që mund ta pasuron këtë punim.

Bazuar në atë se pashpresa dhe vetëvlerësimi janë gjetur të lidhur me psikopatologjinë si dhe me shumë elemente adaptuese të përditshmërisë së personalitetit si, psh. sukseset akademike dhe jetësore, dështimet, mirëqenia emocionale dhe sociale, vetmia etj. (shih shqyrtimin e literaturës) kjo zgjon dhe rrit interesin e njohjes së nivelit të prezencës së këtyre konstrukteve tek adoleshentët në mjedisin kosovarë. Gjithashtu ndërthurjet e tilla të vetëvlerësimit dhe të pashpresës me probleme të funksionimit të personalitetit si dhe me çrregullime psikiatrike janë vërejtur gjatë punës së përditshme me rastet klinike dhe si të tilla shpesh janë debatuar sipërfaqësisht në tubime shkencore në vendin tonë.

Është e njohur trajektorja zhvillimore e vështirësive emocionale dhe problemeve të sjelljes edhe në moshën e rritur. Njohja e hershme e tyre në kuptim të llojit, intensitetit dhe shpeshtisë hedh hapa me rëndësi për ndërhyrjen duke përmirësuar përfundimet e pafavorshme të tyre , si zhvillimin e psikopatologjisë dhe delikuençës.

Një studim i tillë na vë përballë disa aspekteve specifike, të cilat i ka kaluar dhe po i kalon Kosova si : përjetimi i luftës, situata e pasluftës me shumë probleme adaptimi, një nivel ende tradicional-patriarkal në familjen dhe komunitetin tonë, depërtimet e reja globale, niveli i varfërisë, vështirësitë sociale dhe ekonomike etj. Këto mund të kanë pasur reperkusione në proceset zhvillimore të adoleshentëve të sotëm.

Vetë kryerja e një studimi me një temë të tillë e vë problematikën e vështirësive emocionale, sjelljeve problematike, vetëvlerësimit dhe pashpresës në një aktualitet, ku do të dalin debate dhe refleksime me vlerë, duke e shtuar direkt apo indirekt vetëdijësimin për adresimin e këtyre komponentëve dhe konstrukteve në fushat zhvillimore, edukative, psikologjike dhe të shëndetit mendor; sepse deri tani ka qenë e nënvlerësuar ose e “mos vënë re” në Kosovë. Padyshim do nxit të shihen me vlerë dhe prioritare programe të mundshme me qëllim të përforcimit ose zhvillimit më stabil të vetëvlerësimit si dhe të instilimit të një niveli shprese më optimal në moshën adoleshencës duke rritur mundësinë e efektit të tyre mbrojtës në përfundimet e pafavorshme për mirëqenien psikologjike dhe pse jo edhe fizike; ku do marrin parasysh njohjen e praktikave më të mira në botë.

Nga ana tjetër kjo shënon një pozitivitet edhe në fushën e studimeve mbi zhvillimin të fëmijëve dhe adoleshentëve në Kosovë në tërësi; ku ka shumë pak ,apo të mos themi fare

studime të kësaj sfere dhe ku ka vend për fokusimin e profesionistëve që kanë synime hulumtuese në të ardhmen. Në botë aspektet zhvillimore janë shumë të studiuara dhe zënë një vend me rëndësi në fushën e studimeve psikologjike.

5.1. Qëllimi i punimit

Qëllimi i këtij studimi është njohja e nivelit të vështirësive emocionale , të problemeve të sjelljes, vetëvlerësimit dhe të pashpresës si dhe ekzaminimi i raportit të vështirësive emocionale dhe problemeve të sjelljes në kontekst të ndikimit nga dy komponentë shumë të rëndësishëm psikologjikë për moshën e adoleshencës ,siç janë vetëvlerësimi dhe pashpresa.

Logjika e këtij studimi bazohet në atë se vetëvlerësimi normal dhe shpresa për të ardhmen si faktorë të rëndësishëm në mirëqenien psikologjike të adoleshentëve mund të arrijnë edhe fuqi parashikuese si faktorë rreziku / mbrojtës ose mediatore për shfaqjen e vështirësive emocionale dhe të sjelljeve problematike.

Studimi është dizajnuar në mënyrë që të adresojë dhe ekzaminojë disa faktorë rreziku të zgjedhur nga grupi i parashikuesve më të shpeshtë të vështirësive emocionale dhe problemeve të sjelljes në moshën e adoleshencës për të gjetur variablat që mund të shërbejnë si rrezik/mbrojtës ose ndërmjetësues. Duke i shpjeguar këto variabla të rëndësishme të kësaj grupmoshe sqarohet edhe roli i tyre në shëndetin dhe përshtatjen psikologjike të adoleshentëve. Në të njëjtën kohë do jetë e dobishme të shohim se këto konstrukte a mund të arrijnë fuqi diskriminuese në diferencimin e rasteve komunitare nga ato klinike?

Çështja kyçe që merret në konsideratë është fakti se konstruktet teorike dhe gjetjet e hulumtimeve të shqyrtuara do të testohen nëse kanë dallime në popullatën e adoleshentëve në Kosovë. Për më tepër studimi do jetë deri diku një lloj matësi për problemet emocionale dhe të sjelljes në komunitet, por edhe të jetë një përpjekje për mundësitë e identifikimit të individëve në rrezik të shtuar për këta probleme.

Presim të dalin ndryshime në vlerat e vështirësive emocionale dhe problemeve të sjelljes të bazuara në gjininë, vendbanimin dhe moshën. Vlera të ndryshme të nivelit të vështirësive emocionale dhe sjelljeve problematike pres se do të gjenden edhe në mes të kampionit të komunitetit dhe atij klinik, ku poashtu faktorët e lartëpërmendur do tregojnë dallime mes tyre. Nivelet më të larta të pashpresës si dhe vetëverësimi i ulur kanë probabilitet më të madhë të shoqërohen me prezencë më të lartë të vështirësive emocionale dhe të problemeve në sjellje në kampionin komunitar dhe në kampionin klinik.

5.2. Pyetjet kërkimore të punimit dhe hipotezat

Duke shqyrtuar literaturën për problematikën e studimit si dhe duke njohur rrjedhat specifike të adoleshencës në Kosovë patjetër qëllindin shumë pyetje të cilat do të gjejnë përgjigje në këtë studim. Pyetjet më kryesore janë:

1. Cili është niveli i vetëraportuar i vështirësive emocionale dhe i problemeve të sjelljes tek një grup adoleshentësh në komunitet në Kosovë? A gjenden dallimet

gjinore, të moshës dhe të vendbanimit në nivelin e vështirësive emocionale dhe të problematikës së sjelljes në të dy kampionët ?

2. A ekziston dallimi sinjifikativ në nivelin e tyre në mes të kampionit komunitar dhe atij klinik si dhe a mund të kenë fuqi dalluese konstruktet e vështirësive emocionale dhe të problemeve në sjellje në diferencimin mes rasteve të kampionëve- në rastet komunitare dhe atyre klinike ?
3. Cili është korrelacioni i nivelit të vetëvlerësimit dhe të pashpresës me nivelin e vështirësive emocionale dhe të problemeve të sjelljes ? A mundën vetëvlerësimi dhe pashpresa të kenë fuqi parashikuese të nivelit të vështirësive emocionale dhe të sjelljeve problematike ?

Hipoteza jonë e përgjithshme është se adoleshentët në Kosovë kanë probleme të natyrës emocionale si dhe prezencë të sjelljeve problematike të një niveli të konsiderueshëm. Bazuar në gjetjet nga literatura vështirësitë emocionale dhe sjelljet problematike janë të ndikuara dhe / ose në lidhje me konstruktet tjera psikologjike si vetëvlerësimin dhe pashpresën.

Hipotezat kryesore dhe nënhipotezat janë:

H1. Vështirësitë emocionale dhe sjelljet problematike janë prezente tek adoleshentët kosovarë , por nivel më i lartë sinjifikativ pritet të gjendet në kampionin klinik.

H1.1. Djemtë kanë nivel më të ulët të vështirësive emocionale sesa vajzat në kampionin komunitar dhe në atë klinik.

H1.2. Vajzat kanë nivele më të ulta të sjelljeve problematike sesa djemtë në kampionin komunitar dhe në atë klinik.

H1.3. Adoleshentët nga mjedisi urban shfaqin nivele më të larta në vështirësitë emocionale dhe sjelljet problematike në kampionin komunitar dhe në atë klinik.

H1.4. Adoleshentët nga moshat më të rritura shfaqin nivele më të larta në vështirësitë emocionale dhe sjelljet problematike në kampionin komunitar dhe në atë klinik.

H2. Niveli i ulët i vetëvlerësimit parashikon nivelin e lartë të vështirësive emocionale dhe sjelljeve problematike në të dy kampionët.

H3. Niveli i lartë i pashpresës parashikon nivelin e lartë të vështirësive emocionale dhe sjelljeve problematike në të dy kampionët.

KAPITULLI VI: METODOLOGJIA

6.1. Kampioni

Përzgjedhja për studim të dy kampionëve – komunitare (joklinike) dhe klinike, është bazuar në faktin se shpjegimi i gjithanshëm i gjetjeve bazohet edhe tek vlefshmëria e kriterëve të pyetësorëve duke i krahasuar grupet klinike me grupet komunitare. Është e ditur se një nga karakteristikat më të rëndësishme psikometrike të pyetësorëve është vlefshmëria e lidhur me kriteret, si dhe aftësia për të diferencuar në mes të grupeve të ndryshme dhe në këtë rast në mes të grupit me rastet klinike dhe atij me grupin joklinik- komunitar.

Kampioni komunitar

Studimi është kryer tek adoleshentët në regjionin e Prizrenit; Prishtinës, Mitrovicës dhe Malishevës. Ndërtimi i kampionit në komunitet (shkolla) ishte rastësor, ku u zgjodhen nga dy-tre klasa në pesë shkollat e mesme të qytetit të Prizrenit. Në shkollat e mesme klasat u përzgjedhen rastësisht nga Librat e Klasës në zyrën e drejtorëve. Janë përfshirë edhe nga një klasë nga dymbëdhjetë shkolla fillore (nëntë vjeçare) poashtu me zgjedhje rastësore të qytetit dhe të komunës së Prizrenit. Shkollat në regjionet tjera në Prishtinë, Mitrovicë dhe Malishevë, poashtu janë zgjedhur në mënyrë rastësore; ku pyetësorët janë plotësuar në dy shkolla ; një fillore dhe një e mesme.

Kampioni në komunitet arriti të kishte 1162 adoleshentë që i kanë plotësuar pyetësorët e ofruar në shkollë. Sipas qyteteve kemi këtë shpërndarje: Prizren (N=662); Prishtinë (N=249); Mitrovicë (N=117); dhe Malishevë (N=134). Shihet qartë se kampioni komunitar ishte i dominuar nga adoleshentët nga qyteti i Prizreni (57%). Përbërja gjinore

ishte: meshkuj – 535 (46 %) dhe femra -593 (51 %) dhe 34 (2.9 %) nxënës nuk e kanë vendosur gjininë (Tabela 1 dhe Figura10).

Tabela 1. Numri dhe përqindja e pjesëmarrsëve në kampionin komunitar sipas gjinisë

Gjinia	Frekuenca	Përqindja	Përqindja valide	Përqindja kumulative
Mashkull	535	46.0	47.4	47.4
Femër	593	51.0	52.6	100.0
Total	1128	97.1	100.0	
Mungojnë	34	2.9		
Total	1162	100.0		

Për nga vendbanimi – nga qyteti ishin 683 adoleshentë (58.8 %), nga fshati 424 (36.5%) dhe 55 (4.7%) nxënës nuk e kanë vendosur vendbanimin (Tabela 2 dhe Figura 11).

Tabela 2. Numri dhe përqindja e pjesëmarrsëve në kampionin komunitar sipas vendbanimit

Vendbanimi	Frekuenca	Përqindja	Përqindja valide	Përqindja kumulative
Qytet	683	58.8	61.7	61.7
Fshat	424	36.5	38.3	100.0
Total	1107	95.3	100.0	
Mungojnë	55	4.7		
Total	1162	100.0		

Për nga mosha kemi bërë kategorizimin në tre grupe: 11-14 vjeç (adoleshenca e hershme); 15-18 vjeç (adoleshenca e mesme) dhe 19-20 vjeç (adultët e rinjë). Në grupin e adoleshencës së hershme ishin 125 nxënës (10.8 %); në grupin e adoleshencës së mesme 912 nxënës (78.5 %); në grupin e adultëve të rinjë 111 nxënës (9.6 %) dhe 14 nxënës (1.2 %) nuk e kanë vendosur moshën (Tabela 3 dhe Figura 12).

Tabela 3. Numri dhe përqindja e pjesëmarrsëve në kampionin komunitar sipas grupmoshës

Grupmoshat	Frekuenca	Përqindja	Përqindja valide	Përqindja kumulative
Adoleshenca e hershme	125	10.8	10.9	10.9
Adoleshenca e mesme	912	78.5	79.4	90.3
Adultët e rinjë	111	9.6	9.7	100.0
Total	1148	98.8	100.0	
Mungojnë	14	1.2		
Total	1162	100.0		

Është përdorur Chi-square test për pavarësinë me qëllim të analizimit të asocimit mes grupeve të ndryshme të variablave të analizuara. Së pari , është shikuar për të gjetur nëse ka asocime në mes të grupeve të variablave sociodemografike. Chi-square test për pavarësinë indikon se nuk ka asocim sinjifikativ në mes të gjinisë dhe të vendbanimit $\chi^2 = (1, n = 1096) = .034, p = .284, \phi = .257$. Kurse për të hulumtuar raportin në mes të gjinisë dhe grupmoshës, është përdorur teknika Kendall tau-b. Kjo analizë indikon se nuk kemi një asocim pozitiv në mes të gjinisë dhe grupmoshës, tau (1115) = .031, $p < .288$ (Tabela 71). Për të hulumtuar raportin në mes të vendbanimit dhe grupmoshës, është përdorur teknika Kendall tau-b. Kjo analizë indikon se kemi një asocim pozitiv në mes të vendbanimit dhe grupmoshës, tau (1096) = .114, $p < .000$ (Tabela 71 dhe Figura 21). Kjo i bie se një numër më i madh nxënësish të grupmoshës së hershme ishin nga qyteti se sa nga fshati. Tau konsiderohet të ketë madhësinë e efektit të vogël.

Kampioni klinik

Nuk është bërë ndonjë zgjedhje e rasteve nga kampioni klinik por secilit rast të referuar për vlerësim/trajtim; që ishte në moshën 11-18 vjeçare, në takimin e parë me klinikistin iu

ofruan për plotësim pyetësorët pasi që u arrit pëlqimi nga ata. Janë përjashtuar rastet ,që kishin kufizime nga niveli intelektual i tyre si psh. ata adoleshentë që nuk dinin shkrim dhe lexim, ata që vuajnë nga prapambetja mendore ,ose nga gjendjet klinike që e pamundësojnë këtë si psh.: autizmi, çrregullimi psikotik, gjendjet akute me agjitim etj. Në bazë të kriterëve të përcaktuara të përzgjedhjes 144 raste të referuara në shërbimin e shëndetit mendor të fëmijëve dhe adoleshentëve në Prizren i kanë plotësuar pyetësorët. Përbërja gjinore e tyre ishte: meshkuj – 83 (57.6 %), femra -61 (42 %) (Tabela 4).

Tabela 4. Numri dhe përqindja e pjesëmarrsëve në kampionin klinik sipas gjinisë

Gjinia	Frekuenca	Përqindja	Përqindja valide	Përqindja kumulative
Mashkull	83	57.6	57.6	57.6
Femër	61	42.4	42.4	100.0
Total	144	100.0	100.0	

Për nga vendbanimi në kampionin klinik – raste nga qyteti ishin 81 adoleshentë (56.3 %) dhe raste nga fshati 63 (43.8%) (Tabela 5).

Tabela 5. Numri dhe përqindja e pjesëmarrsëve në kampionin klinike sipas vendbanimit

Vendbanimi	Frekuenca	Përqindja	Përqindja valide	Përqindja kumulative
Qytet	81	56.3	56.3	56.3
Fshat	63	43.8	43.8	100.0
Total	144	100.0	100.0	

Në bazë të ndarjes sipas grupmoshës - në grupin e adoleshencës së hershme ishin 50 adoleshentë (34.7 %); në grupin e adoleshencës së mesme 88 nxënës (61.1 %) dhe 6 nxënës

(4.2 %) në grupin e adultëve të rinjë (Tabela 6).

Tabela 6. Numri dhe përqindja e pjesëmarrsëve në kampionin klinik sipas grupmoshës

Grupmosha	Frekuenca	Përqindja	Përqindja valide	Përqindja kumulative
Adoleshenca e hershme	50	34.7	34.7	34.7
Adoleshenca e mesme	88	61.1	61.1	95.8
Adultët e rinjë	6	4.2	4.2	100.0
Total	144	100.0	100.0	

Adoleshentët e referuar të cilët kanë formuar kampionin klinik janë shikuar edhe për diagnozat klinike që kanë pasur në bazë të kriterëve diagnostike të ICD-X dhe ka rezultuar se 35 raste (24.3 %) e tyre nuk kanë pasur diagnozë psikiatrike, 11 raste (7.6%) kanë qenë në fazën e vlerësimit dhe nuk kanë vazhduar më tej, çrregullim të përzier anksoz-depresiv kishin 30 raste (20.8 %), depresion 11 raste (7.6 %), çrregullim somatoform-konverziv 10 raste (6.9 %), çrregullim konduktiv 16 raste (11.1%), çrregullim i ankthit të përgjithësuar 8 raste (5.6 %), reaksion akut në stres 5 raste (3.5 %), çrregullim obsesivo-kompulziv 4 raste (2.8 %). Të gjitha diagnozat dhe gjendjet më gjerësisht janë prezantuar në tabelën 7.

Është përdorur Chi-square test për pavarësinë me qëllim të analizimit të asociimit mes grupeve të ndryshme të variablave të analizuara. Së pari ,është vëzhguar për të gjetur nëse ka asocime në mes të grupeve të variablave të pavarura. Chi-square test për pavarësinë indikon se nuk ka asocim sinjifikativ në mes të gjinisë dhe të vendbanimit $\chi^2 = (1, n = 144) = .163$, $p = .566$, $\phi = .048$. Për të hulumtuar raportin në mes të gjinisë dhe grupmoshës, është përdorur teknika Kendall tau-b. Kjo analizë indikon se nuk kemi një asocim pozitiv në mes të gjinisë dhe grupmoshës, $\tau(144) = .157$, $p < .051$ (Tabela 47).

Tabela 7. Paraqitja tabelare e diagnozave dhe gjendjeve të rasteve klinike sipas frekuesncës dhe përqindjes

Diagnoza/ Gjendja	Frekuenca	Përqindja	Përqindja Valide	Përqindja kumulative
Nuk kishin diagnozë psikiatrike	35	24.3	24.3	24.3
Çrregullim depresiv	11	7.6	7.6	31.9
Çrregullim i ankthit të përgj	8	5.6	5.6	37.5
Çrregullim Konduktiv në rrethin familjarë	10	6.9	6.9	44.4
Çrregullim anksiozo-depresiv	30	20.8	20.8	65.3
Anorexia nervosa	2	1.4	1.4	66.7
Çrregullim obsesiv-kompulziv	4	2.8	2.8	69.4
Çrregullim Konduktiv	6	4.2	4.2	73.6
Çrregullim ankthit	4	2.8	2.8	76.4
Në fazën e vlerësimit	11	7.6	7.6	84.0
Çrregullim somatoform-konverziv	10	6.9	6.9	91.0
Reaksion akut në stres	5	3.5	3.5	94.4
Abuzim i substancave	1	.7	.7	95.1
Enuresis	2	1.4	1.4	96.5
Epilepsi	1	.7	.7	97.2
PTSD	1	.7	.7	97.9
Belbëzim	2	1.4	1.4	99.3
Çrregullim i hiperaktivitetit dhe mosvëmendjes (ADHD)	1	.7	.7	100.0
Total	144	100.0	100.0	

6.2. Intrumentet matëse

Pyetësorët që u përdoren si instrumente matëse për të realizuar synimin e studimit janë:

Shkalla e pashpresës për fëmijë -Hopelessness scale for children (Kazdin, Rodgers, & Colbus, 1986) . Është një shkallë që i mat pritjet negative për të ardhmen në lidhje me vështrimet negative për botën dhe veten. Është e aplikueshme për moshat 6-13 vjeç; por ka disa studime të cilat e kanë përdorur edhe në moshë më të rritura dhe nuk është raportuar të ketë problem me konsistencën e mbrendshme si psh. moshë mesatare në studimin e Hewitt, Newton, Flett, & Callander (1997) ishte 15.39 ; në moshën 9-19 vjeç e ka përdorur Bolland, 2003 ; në moshat 13-18 vjeç e ka përdorur Pinto, Whisman, & Conwell, (1998) dhe në moshat 7-17 vjeç e ka përdorur Myers, McCauley, Calderon, Mitchell, Burke, & Schloredt, (1991) . Notimi bëhet duke vendosur një tik- i vërtetë apo i gabuar është konstatimi. Përgjigjet interpretohen me një çelës ashtu që mund të merr një pikë ose zero pikë. Rezultati 7 e më tepër llogaritet si pashpresë e lartë, rezultati 5-6 si pashpresë mesatare, rezultati 4 e më poshtë si pashpresë e ulët (Schroeder & Gordon, 2002). Kjo shkallë ka rrjedhur nga Beck Hopelessness Scale (BHS), e cila shërben për të vlerësuar rrezikun e të rriturve për vetëvrasje ; konsistenca internele e saj është treguar të jetë e lartë .97, me një stabilitet temporal prej .52 (Kazdin, Rodgers, & Colbus, 1986). Në këtë studim pyetësi i pashpresës ka treguar një konsistencë internele të pranueshme ngase Cronbach alfa koeficienti ishte .706 (në rastin e kampionit komunitar) dhe .790 (në rastin e kampionit klinike).

Shkalla e vetëvlerësimit e Rosenberg - Rosenberg self-esteem scale (RSE; Rosenberg 1965). Kjo shkallë është shumë e njohur në fushën e vetëvlerësimit, është krijuar nga Morris Rosenberg. Kjo shkallë i ka dhjetë item të cilat i referohen vetë-respektit dhe vetë-pranimi, notimi i saj është nga 1-4, e tipit Likert - jam shumë dakord (1), jam dakord (2),

nuk jam dakord (3) dhe nuk jam aspak dakord (4) (Rosenberg, 1989). Disa item notohen reverzibël më pas. Është një shkallë psikometrisht e përshtatshme për përdorim tek fëmijët e moshës shkollore (Chiu,1988; Gurney,1986). Kjo shkallë është raportuar të ketë konsistencë internale ($\alpha=0.81$) dhe stabilitet temporal ($r=0.75$) të cilat janë satisfaktore (Bachman & O'Malley, 1977). Në këtë studim pyetësi i vetëvlerësimit ka treguar konsistencë internale shumë të mirë ngaqë Cronbach alfa koeficienti ishte .815 (në rastin e kampionit komunitar) dhe .712 (në rastin e kampionit klinik) dhe ishte me nivel më të lartë sesa në dy studimet tjera të shqyrtuara të cilat janë kryer në Kosovë, sepse në studimin e Krstić, Randelović & Babić-Antić (2013) Cronbach alfa koeficienti ishte .75 dhe në studimin e Kadriu, Kelpi & Kalyva (2013) Cronbach alfa koeficienti ishte .062.

Pyetësi i Vështirësive dhe Fuqive – versioni i fëmijëve - SDQ questionnaire

(Goodman, 1997). Ky është një pyetësor i shkurtër i përdorur gjithnjë e më shumë për skringun e problemve emocionale dhe të sjelljes tek fëmijët dhe adoleshentët; i cili është treguar i dobishëm edhe në studimet klinike, epidemiologjike dhe kros-kulturore (Goodman, 2001). Pyetësi përmbledhë me 25 itemët e tij 5 shkallë- emocionalitetin, hiperaktivitetin, problemeve në sjellje, problemet me moshatarët si dhe sjelljet prosociale; gjithashtu nga katër shkallët e para kalkulohen edhe vështirësitë në total. Vlerat e larta në nënshkallën e problemeve me sjelljen sugjerojnë problemet eksternalizuese, kurse vlerat e larta në nënshkallën emocionale indikojnë problemet internalizuese (Goodman, 2001). Notimi i saj është 0-e pavërtetë, 1- deri diku e vërtetë dhe 2- plotësisht e vërtetë. Përfshin moshat prej 11-16 vjeç (Goodman, 1997). Poashtu kjo shkallë ka vlerat e prerjes që ndajnë në nivele normale, kufitare dhe abnormale rezultatet.

Në këtë studim kemi analizuar dhe përdorur për analizë statistikore vetëm nënshkallët e emocionalitetit dhe të problemeve në sjellje. Konsistenca internele e këtij pyetësi është matur në përkthimet në gjuhë të ndryshme të cilat e kanë përkrahur reliabilitetin e pyetësit: Finlandë 0.63–0.86; Suedi 0.51–0.75; Holandë 0.45–0.80 (Ghanizadeh, Izadpanah & Abdollahi, 2007) Në këtë studim pyetësi SDQ si i plotë ka treguar një konsistencë internele të pranueshme ngase Cronbach alfa koeficienti ishte .703; e krahasueshme kjo edhe me gjetjet në versionet e përkthyer në gjuhë të ndryshme. Ekzaminimi në veçanti i dy nënshkallëve të pyetësit SDQ – në rastin e nënshkallës së vështirësive emocionale ka treguar një vlerë optimale prej .317 (në motrën klinike) dhe .291 (në kampionin komunitar) të mesatares së inter-item korrelacioneve bazuar në rekomandimet e Briggs dhe Cheek (1986).

Por kjo në nënshkallën e problemeve në sjellje nuk e ka arritur vlerën optimale ,as tek kampioni komunitar, as te ai klinik. Prandaj janë hequr dy item (nr. 7 dhe nr. 22) që rezultonin se kishin ndikim. Pas kësaj nënshkalla me tre item (nr. 5, nr. 12 dhe nr. 18) arrinte vlera optimale në rastin e kampionit komunitar .263 dhe në rastin e kampionit klinik .215.

Këta pyetësorë i kam përkthyer dhe i kam përdorur në shumë raste si ndihmë në procesin e vlerësimit të fëmijëve të referuar gjatë punës së përditshme klinike si dhe në disa hulumtime tjera (shih literaturën).

Përdorimi i pyetësorëve me qëllim diskriminimi.

Invarianca e matjes, rekomandohet të vlerësohet në analizat multigrupore me qëllim të sigurimit se instrumentet matëse janë duke matur me saktësi ekuivalente (Chan, 1998; Vandenberg & Lance, 2000) . Ndonëse literatura sugjeron se instrumentet matëse vetëraportuese mund të diskriminojnë kampionët klinik nga joklinik, disa studime e kanë gjetur mungesën e validitetit diskriminues ndërmjet tipeve të ndryshme të çrregullimeve sidomos në fushën e problemeve internalizuese (Carey, Faulstich, Gresham, Ruggiero & Enyart, 1987).

Kemi gjetur në literaturë shembuj, ku pyetësorët që janë përdorur në këtë studim janë përdorur në raste të tjera edhe me qëllim diskriminimi dhe parashikimi të rasteve klinike nga joklinike ose edhe të kampionëve joklinike nga kampionët klinike deri edhe tek mundësia e parashikimit të diagnozave psikiatrike të rasteve. Kështu raportet e Mullick & Goodman (2001) në fëmijët në Bangladesh ka demonstruar aftësitë e mira të SDQ për të dalluar subjektet klinike nga ato të komunitetit. Poashtu kjo është konstatuar edhe në studimet në Jemen (Almaqami, & Shuwail, 2004), në Pakistan (Samad, Hollis, Prince, & Goodman, 2005). Për më tepër SDQ është konstatuar se ka fuqi parashikuese për diagnozat psikiatrike në shumë vende (Woerner etj. 2004; Goodman, Ford, Simmons, Gatward, & Meltzer, 2000; Goodman, Ford, Corbin, & Meltzer, 2004; Klasen etj, 2000) dhe si e tillë e ka shtuar mundësinë e përdorimit të saj si një skringing për çrregullimet psikiatrike në mjediset komunitare.

Edhe në rastin e pyetësorit të pashpresës janë gjetur dallime sinjifikative në mes të grupeve të ndryshme joklinike, pacientëve të jashtëm dhe adoleshentëve që kanë bërë përpjekje për vetëvrasje (Levy, Jurkovic, & Spirito, 1995; Spirito, Williams, Stark, & Hart, 1988).

Sidomos pyetëson i vetëvlerësimit është përdorur në mjedise të ndryshme për të gjetur rolin e vetëvlerësimit në mediacionin, shoqërimin ose aftësinë diskriminuese të tij në ndikimet në grupet e ndryshme të adoleshentëve – komunitare dhe klinike (Overholser, Dalia, Adams, Lehnert, & Brinkman, 1995; Smart & Walsh, 1993; Maxwell, 1992; Marton & Maharaj, 1993).

6.3. Procedura e hulumtimit

Të gjithë nxënësve të klasës së zgjedhur iu ofruan për plotësim pyetësorët. Ata e bënë plotësimin e pyetësorëve në praninë e mësuesit dhe të personit që administroi pyetësorët. U shpjegua se përgjigjet e tyre janë anonime. Rasteve klinike iu ofruan pyetësorët për plotësim në takimin e parë nga klinicisti, ku u shpjegua se ka për qëllim vlerësimin e plotë të gjendjes së tyre psikologjike. Kjo u bë pas marrjes së të dhënave të përgjithshme dhe ankesave kryesore. Të dhënat nga pyetësorët janë futur në programin IBM SPSS 21, janë koduar si dhe analizuar me këtë program, por në disa raste edhe me Microsoft Excel 2010. Gjatë këtij procesi është ndjekur një rrjedhë e përcaktuar saktë: futja e tyre u bë pas plotësimit të pyetësorëve, i njëjti person ishte përgjegjës gjithnjë, u përdor një kompjuter gjithnjë, ai ishte i ruajtur me password ku nuk ka qasje askush tjetër.

Në pyetësor u vendosen shënime për të shmangur mundësinë e futjes së dyfishtë, pyetësorët u vendosen në vende të sigurta për të mos u humbur si dhe për të mos lejuar qasjen e personave tjerë në to. Është hartuar libri i koduar i të dhënave në bazë të karakteristikave të kampionit si dhe të pyetësorëve që u përdoren.

6.4. Dizajni i hulumtimit

Qasja metodologjike e përdorur është ajo e studimit sasior korrelacional. Studimi sasior konsistoi në përdorimin e pyetësorëve ,të cilat janë aplikuar për plotësim tek adoleshentët dhe të cilët e masin nivelin e pashpresës dhe vetëvlerësimit si dhe te vështirësive emocionale dhe të problemeve të sjelljes ku vlerat e fituara u përdoren për të matur edhe korrelacionet, asocimet, dallimet ,fuqinë parashikuese të variablave dhe aftësinë diskriminuese të konstrukteve të matura.

Në fillim u bë skrinimi në drejtim të gjetjes së gabimeve të mundshme në procesin e futjes dhënave, kodimit etj., në mënyrë që të sigurojmë saktësinë e gjetjeve.

Në interes të analizimit të thukët, aty ku u shtrua nevoja u bë edhe modifikimi (rikodimi ose transformimi) i variablave për analizën e mëtejshme. Në bazë të dizajnit të hulumtimit dolën një numër të caktuar variablash të varura dhe të pavarura. Variablat e pavarura atributive ishin: gjinia, mosha , vendbanimi, vetëvlerësimi dhe pashpresa. Gjinia dhe vendbanimi ishin variabla nominale, kurse variablat e vetëvlerësimit dhe pashpresës janë shkallë, të vazhdueshme. Por, në raste të nevojshme variablën e vetëvlerësimit dhe të pashpresës i kategorizuam edhe në bazë të nivelit të vlerave që tregojnë në rreshtore - ordinale. Variabli i moshës poashtu është transformuar në një variabël tjetër të quajtur grupmosha, në bazë të viteve të lindjes së fëmijëve. Variablat e varura janë rezultatet që dolën nga testet e plotësuara d.m.th. rezultatet e pyetësorit të SDQ për vështirësitë emocionale dhe sjelljet problematike. Këto janë shkallë intervale.

Variabla tjera me interes u ndërtuan edhe nga grupëzimi në bazë të rezultateve të pyetësorëve. Kështu variablat që dolën nga pyetësori SDQ- ajo e emocionalitetit u

transformua edhe në shkallë rreshtore –ordinale; në bazë të prerjes së paracaktuar ata kishin tre nivele – abnormal, kufitar dhe normal (variabla e vështirësive emocionale). Kurse variabla e sjelljeve problematike për shkak se nuk mundëm ta aplikojmë si nënshkallë të plotë dhe si variabël kategorike u analizua vetëm si variabël e vazhdueshme.

Duke analizuar për shtrirjen e variablave të përdorura është gjetur se bazuar në shpërndarjen e vlerave të variables së moshës ajo ka një zhvendosje negative , ku vlerat janë pak të anuara kah e djathta dmth kah vlerat e larta (Figura 4). Tek kampioni komunitar kjo zhvendosje ka vlerën (-.222) (Figura 4) kurse tek kampioni klinik (-.310) (Figura 7). Tek variablat e tjera të vazhdueshme është gjetur se këta poashtu nuk kanë shpërndarje simetrike dhe atë në të dy kampionët. Në rastin e variablave të vështirësive emocionale, sjelljeve problematike, vetëvlerësimit dhe pashpresës kemi një zhvendosje pozitive, ku shtrirja anon kah e majta dmth kah vlerat e ulëta . Kjo ilustruhet edhe në histogramet e këtyre variablave (Figura 5, 6, 8, 9).

Tabela 8. Paraqitja tabelare e eksplorimit të normalitetit të shtrirjes së variablave në kampionin komunitar

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Vështirësitë emocionale	.111	908	.000	.957	908	.000
Sjelljet problematike	.184	908	.000	.922	908	.000
Vetëvlerësimi	.091	908	.000	.974	908	.000
Pashpresa	.167	908	.000	.920	908	.000

a. Lilliefors Significance Correction

Bazuar në statistikën Kolmogorov- Smirnov e cila vlerëson normalitetin e shpërndarjes së vlerave gjejmë se tek variablat e moshës, vështirësive emocionale , sjelljeve problematike,

vetëvlerësimet dhe të pashpresës janë thyer supozimet e normalitetit të shpërndarjes, sepse kanë rezultuar me vlera sinjifikative .00 (Tabela 8 dhe 9). Ky fakt na drejton në përdorimin e teknikave statistikore joparametrike të analizës për këta variabla. Kjo konstatohet në të dy kampionët.

Tabela 9. Paraqitja tabelare e eksplorimit të normalitetit të shtrirjes së variablave në kampionin klinik

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Vështirësitë emocionale	.101	144	.001	.969	144	.003
Sjelljet problematike	.136	144	.000	.953	144	.000
Vetëvlerësimi	.082	144	.020	.986	144	.153
Pashpresa	.170	144	.000	.893	144	.000

a. Lilliefors Significance Correction

Gjatë analizës kemi pasur parasysh pyetjen e formuluar dhe hipotezat e parashtruar dhe në bazë të natyrës së studimit i përdorëm procedurat statistikore për të konfirmuar ose hedhur poshtë këta hipoteza sipas gjetjeve tona. Nga repertori i analizave statistikore u përdorën analizat dhe teknikat statistikore, që tregojnë korrelacionin (koeficientin e korrelacionit të Pearson, Spearman, Kendall-tau B etj) , regresionin multipël etj. Po ashtu bëmë edhe krahasimin në mes variablave dhe të grupëzimeve të fituara nga rezultatet me anë teknikave joparametrike si Chi-square testi për përshtatshmërinë dhe i pavarësimet, Mann-Whitney testi, Kruskal-Wallis testi etj. Është përdorur edhe lakorja ROC me qëllim të matjes së fuqisë diferencuese të variablave të vështirësive emocionale, problemeve në sjellje, vetëvlerësimet dhe pashpresës në mes të kampionit në komunitet dhe atij klinik si dhe të fuqisë diskriminuese për rastet me vështirësi emocionale dhe me probleme të sjelljes.

Është bërë paraqitja deskriptive dhe grafike për të hulumtuar shfaqjet e lidhjeve fenomeneve ndërlidhëse ose outliersave që mund ta prishin ose mund të na udhëzojnë analizimin e përshtatshëm të dhënave.

Kjo qasje besojmë se ka mundësuar një analizë gjithëpërfshirëse të problematikës që kishim synim të studiojmë.

KAPITULLI VII: REZULTATET

7.1. Kampioni në komunitet

Përshkrimi statistikor i variablave

Me qëllim të njohjes më të plotë të rezultateve të konstatuara po paraqesim dhe përshkruajmë së pari, vlerat për gjetjet në dy variablat e pavarura : vetëvlerësimi dhe pashpresa.

Nga rezultatet e pyetësorëve për vetëvlerësimin të grupuar sipas prerjes së përcaktuar për këtë shkallë kemi gjetur se 87 nxënës (7.5 %) nuk i kanë plotësuar mire pyetjet, 612 nxënës (52.7 %) kishin vetëvlerësim të ulur, 463 nxënës (39.8 %) kishin vetëvlerësim normal (Tabela 10 dhe Figura 21).

Tabela 10. Numri dhe përqindja e rasteve sipas nivelit të rezultateve të variables së vetëvlerësimit në kampionin komunitar

	Frekuenca	Përqindja	Përqindja valide	Përqindja kumulative
Vetëvlerësimi i ulur	612	52.7	56.9	56.9
Vetëvlerësimi normal	463	39.8	43.1	100.0
Total	1075	92.5	100.0	
Mungojnë	87	7.5		
Total	1162	100.0		

Nga rezultatet e pyetësorëve për pashpresën të grupuar sipas prerjes së përcaktuar për këtë shkallë kemi gjetur se 123 nxënës (10.6 %) nuk i kanë plotësuar mirë pyetjet, 653 nxënës (56.2 %) kishin pashpresë të ulur, 158 nxënës (13.6 %) kishin pashpresë të mesme dhe 228 nxënës (19.6 %) kishin pashpresë të lartë (Tabela 11 dhe Figura 20).

Tabela 11. Numri dhe përqindja e rasteve sipas nivelit të rezultateve të variables së pashpresës në kampionin komunitar

	Frekuenca	Përqindja	Përqindja valide	Përqindja kumulative
Pashpresa e ultë	653	56.2	62.8	62.8
Pashpresa e mesme	158	13.6	15.2	78.1
Pashpresa e lartë	228	19.6	21.9	100.0
Total	1039	89.4	100.0	
Mungojnë	123	10.6		
Total	1162	100.0		

Nga rezultatet e pyetësorëve për vështirësitë emocionale të grupuara sipas prerjes së përcaktuar për këtë shkallë kemi gjetur, se 62 nxënës (5.3 %) nuk i kanë plotësuar mirë pyetjet në pjesën e vështirësive emocionale të pyetësorit, 819 nxënës (70.5 %) kishin vlera normale, 92 nxënës (7.9 %) kishin vlera kufitare, 189 nxënës (16.3%) kishin vlera abnormale të vështirësive emocionale (Tabela 12 dhe Figura 18).

Tabela 12. Numri dhe përqindja e rasteve sipas nivelit të rezultateve të variables së vështirësive emocionale në kampionin komunitar

	Frekuenca	Përqindja	Përqindja valide	Përqindja kumulative
Normal	819	70.5	74.5	74.5
Kufitar	92	7.9	8.4	82.8
Abnormal	189	16.3	17.2	100.0
Total	1100	94.7	100.0	
Mungojnë	62	5.3		
Total	1162	100.0		

Analiza deskriptive për tre konstatimet që matin problemet e sjelljes tregon se në bazë të vlerës mesatare dhe frekuencës; zemërimi është më prevalent, i pasuar nga të grindurit dhe në fund të gënjerit / mashtrimi (Tabela 13).

Tabela 13. Analiza deskriptive për problemet e sjelljes në kampionin komunitar

Konstatimet	Pavërtetë (0)		Deridiku e vërtetë (1)		Plotësisht e vërtetë (2)		M	DS
	Nr	%	Nr	%	Nr	%		
Unë shpesh zemërohem, inatosem .	347	30.3	498	43.5	299	26.1	.95	.75
Shpesh grindem. Mund ti bëj të tjerët të bëjnë si dua unë .	784	68.4	229	20.0	134	11.7	.43	.69
Më thonë shpesh se gënjej dhe mashtroj .	885	77.5	143	12.5	114	9.8	.32	.64

Korrelacionet në mes të variablave

Janë analizuar korrelacionet në mes të variablave të pavarura të kampionit (gjinisë, vendbanimit, moshës, vetëvlerësimit e pashpresës) dhe të variablave të varura të studimit: vështirësitë emocionale dhe problemet me sjelljen (Tabela 14).

Ka rezultuar një korrelacion sinjifikativ pozitiv tek gjinia me variablën e vështirësive emocionale ($r = .250$, $p < .000$), në këtë rast fuqia e raportit është e vogël; vajzat kishin raport me vlerat më të larta të vështirësive emocionale (Tabela 14). Po ashtu gjinia kishte korrelacion negativ, por josinjifikativ me variablat e problemeve me sjelljen (Tabela 14).

Vendbanimi tregon korrelacione sinjifikative pozitive me variablën e vështirësive emocionale ($r = .147$, $p < .000$) dhe problemet me sjelljen ($r = .197$, $p < .000$); në këto raporte fuqia e raportit ishte e vogël ,ku nxënësit nga fshati kishin nivelet më të larta të rezultateve (Tabela 14).

Mosha nuk tregon korrelacione sinjifikative me variablën e problemeve emocionale dhe as me variablën e problemeve me sjelljen (Tabela 14).

Vetëvlerësimi si variabël e pavarur tregon korrelacion sinjifikativ pozitiv me vështirësitë emocionale ($r = .140$, $p < .00$); në këto raste fuqia e raportit ishte e vogël; rastet me vetëvlerësim më të lartë kishin nivele më të larta të vështirësive emocionale (Tabela 14). Korrelacion sinjifikativ pozitiv gjendet edhe në mes të vetëvlerësimit dhe të sjelljeve problematike ($r = .153$, $p < .00$); në këtë rast fuqia e raportit ishte e vogël; rastet me vetëvlerësim më të lartë kishin nivele më të larta të sjelljes problematike (Tabela 14).

Pashpresa si variabël e pavarur tregon korrelacion sinjifikativ pozitiv me vështirësitë emocionale ($r = .285$, $p < .00$); në këto raste fuqia e raportit ishte e vogël; rastet me nivele më të larta të pashpresës kishin nivele më të larta të vështirësive emocionale (Tabela 14). Korrelacion sinjifikativ pozitiv gjendet edhe në mes të pashpresës dhe të sjelljeve problematike ($r = .318$, $p < .00$); në këtë rast fuqia e raportit ishte e mesme; që i bie rastet me nivele më të larta të pashpresës kishin nivele më të larta të sjelljes problematike (Tabela 14).

Tabela 14. Korrelacionet në mes të variablave të pavarura dhe të varura në kampionin komunitar.

Spearman's rho	VËSHTIRËSITË EMOCIONALE	SJELLJET PROBLEMATIKE
Gjinia	.250**	-.018
Vendbanimi	.147**	.197**
Mosha	.030	.045
Vetëvlerësimi	.140**	.153**
Pashpresa	.285**	.318**

**, $p < 0.01$ niveli (2-drejtimshe).

Janë analizuar korrelacionet në mes të variablave të pavarura dhe të variablave të varura të studimit: vendbanimit, moshës, vetëvlerësimit dhe pashpresës me vështirësitë emocionale dhe problemet me sjelljen, edhe ndaras në bazë të gjinisë (Tabela 15).

Tek djemtë ,vendbanimi tregon korrelacione sinjifikative pozitive me variablën e vështirësive emocionale ($r = .176$, $p < .000$) dhe problemeve me sjelljen ($r = .121$, $p < .006$) në të gjitha këto raporte fuqia e raportit ishte e vogël; ku djemtë nga fshati kishin nivelet më të larta të rezultateve (Tabela 15).

Tek vajzat, vendbanimi tregon korrelacione sinjifikative pozitive me variablën e vështirësive emocionale ($r = .121$, $p < .005$) dhe problemeve me sjelljen ($r = .178$, $p < .000$); në të gjitha këto raporte fuqia e raportit ishte vogël; që tregon se vajzat nga fshati kishin nivelet më të larta të rezultateve (Tabela 15).

Tek djemtë mosha tregon korrelacion josingjifikativ pozitiv me vështirësitë emocionale dhe problemet me sjelljen. Po ashtu edhe tek vajzat korrelacioni sinjifikativ pozitiv nuk e arrin sinjifikancën (Tabela 15).

Tek djemtë, vetëvlerësimi tregon korrelacion sinjifikativ pozitiv me vështirësitë emocionale ($r = .242$, $p < .000$) dhe problemet me sjelljen ($r = .119$, $p < .000$); në të dy rastet fuqia e raportit ishte e vogël (Tabela 15). Tek vajzat vetëvlerësimi nuk tregon korrelacion sinjifikativ me vështirësitë emocionale ,por tregon korrelacion sinjifikativ pozitiv me problemet me sjelljen ($r = .139$, $p < .000$); në këtë rast fuqia e raportit ishte e vogël (Tabela 15).

Tabela 15. Korrelacionet në mes të variablave të pavarura dhe të varura në kampionin komunitar sipas gjinisë

Gjinia/ Spearman's rho		VËSHTIRËSITË EMOCIONALE	SJELLJET PROBLEMATIKE
Mashkull	Vendbanimi	.176**	.121**
	Mosha	.005	.073
	Vetëvlerësimi	.242**	.119**
	Pashpresa	.265**	.261**
	Vendbanimi	.121**	.178**
Femër	Mosha	.060	.060
	Vetëvlerësimi	.048	.139**
	Pashpresa	.302**	.300**

** . $p < 0.01$ niveli (2-drejtimeshe).

Tek djemtë pashpresa tregon korrelacion sinjifikativ pozitiv me vështirësitë emocionale ($r = .265$, $p < .000$) dhe problemet me sjelljen ($r = .261$, $p < .000$); në të dy rastet fuqia e raportit ishte e vogël (Tabela 15). Tek vajzat pashpresa tregon korelacion sinjifikativ pozitiv me vështirësitë emocionale ($r = .302$, $p < .000$) dhe problemet me sjelljen ($r = .300$, $p < .000$); në të dy këta raste fuqia e raportit ishte e mesme (Tabela 15).

Janë analizuar korrelacionet në mes të variablave të pavarura dhe të variablave të varura të studimit: vendbanimit, moshës, vetëvlerësimit dhe pashpresës me vështirësitë emocionale dhe problemet me sjelljen edhe ndaras për nxënësit sipas vendbanimit (Tabela 16).

Tek nxënësit në qytet gjinia tregon korelacion sinjifikativ pozitiv me variablën e vështirësive emocionale ($r = .276$, $p < .000$), fuqia e raportit ishte e vogël; që tregon se vajzat kishin nivelet më të larta të rezultateve (Tabela 16). Korrelacioni i gjinisë tek nxënësit nga qyteti me sjelljet problematike është negativ, por josinjifikativ (Tabela 16).

Tek nxënësit nga fshati gjinia tregon korrelacione sinjifikative pozitive me variablën e vështirësive emocionale ($r = .219$, $p < .000$), fuqia e raportit ishte e vogël; që tregon se vajzat kishin nivelet më të larta të rezultateve (Tabela 16). Korrelacioni i gjinisë tek nxënësit nga fshati me sjelljet problematike është pozitiv ,por josinjifikativ (Tabela 16).

Tek nxënësit në qytet mosha tregon korrelacion sinjifikativ pozitiv me variablën e problemeve me sjelljen ($r = .139$, $p < .006$) në këtë rast fuqia e raportit ishte vogël; që tregon se moshat më të larta kishin nivele më të larta të sjelljeve problematike (Tabela 16).

Tek nxënësit nga fshati mosha tregon korrelacion josinjifikativ negativ me me vështirësitë emocionale dhe problemet me sjelljen (Tabela 16).

Tek nxënësit në qytet, vetëvlerësimi nuk tregon korrelacion sinjifikativ me vështirësitë emocionale dhe as me problemet me sjelljen (Tabela 16). Tek nxënësit nga fshati ,vetëvlerësimi tregon korelacion sinjifikativ pozitiv me vështirësitë emocionale ($r = .311$, $p < .000$) dhe problemet me sjelljen ($r = .338$, $p < .000$); në të dy këto raste fuqia e raportit ishte e mesme (Tabela 16).

Tek nxënësit në qytet pashpresa tregon korrelacion sinjifikativ pozitiv me vështirësitë emocionale ($r = .217$, $p < .000$) dhe problemet me sjelljen ($r = .229$, $p < .000$); në të dy rastet fuqia e raportit ishte e vogël (Tabela 16). Tek nxënësit nga fshati, pashpresa tregon korrelacion sinjifikativ pozitiv me vështirësitë emocionale ($r = .323$, $p < .000$) dhe problemet me sjelljen ($r = .349$, $p < .000$); në të dy këto raste fuqia e raportit ishte e mesme (Tabela 16).

Tabela 16. Korelacionet në mes të variablave të pavarura dhe të varura në kampionin komunitar sipas vendbanimit

Vendbanimi/ Spearman's rho		Vështirësitë emocionale	Sjelljet problematike
Qytet	Gjinia	.276**	-.018
	Mosha	.041	.139**
	Vetëvlerësimi	.047	-.023
	Pashpresa	.217**	.229**
Fshat	Gjinia	.219**	.039
	Mosha	-.019	-.057
	Vetëvlerësimi	.311**	.338**
	Pashpresa	.323**	.349**

*. $p < (2\text{-drejtimeshe})$.

Janë analizuar korrelacionet në mes të variablave të pavarura dhe të variablave të varura të studimit: vendbanimit, moshës, vetëvlerësimit dhe pashpresës me vështirësitë emocionale dhe problemet me sjelljen edhe ndaras për nxënësit sipas grupmoshës (Tabela 17).

Tek nxënësit në adoleshencë të hershme gjinia tregon korrelacione sinjifikative pozitive me variablën e vështirësive emocionale ($r = .355$, $p < .000$),fuqia e raportit ishte e mesme; që tregon se vajzat në adoleshencë të hershme kishin nivelet më të larta të rezultateve (Tabela 17). Me sjelljet problematike korrelacioni është josinjifikativ pozitiv (Tabela 17).

Tek nxënësit në adoleshencë të mesme gjinia tregon korrelacione sinjifikative pozitive me variablën e vështirësive emocionale ($r = .243$, $p < .000$), fuqia e raportit ishte e vogël; që tregon se vajzat në adoleshencën e mesme kishin nivelet më të larta të rezultateve dhe korrelacion josinjifikativ negativ me problemet me sjelljen (Tabela 17).

Tek adultët e rinj gjinia tregon korrelacione sinjifikative pozitive me variablën e vështirësive emocionale ($r = .220$, $p < .029$),fuqia e raportit ishte e vogël; që tregon se vajzat kishin nivelet më të larta të rezultateve dhe korrelacione josinjifikative pozitive me problemet me sjelljen (Tabela 17).

Tek nxënësit në adoleshencë të hershme ,vendbanimi tregon korrelacione josinjifikative pozitive me variablën e vështirësive emocionale dhe problemeve me sjelljen (Tabela 17).

Tek nxënësit në adoleshencë të mesme vendbanimi tregon korelacione sinjifikative pozitive me variablën e vështirësive emocionale ($r = .121$, $p < .000$) dhe problemet me sjelljen ($r = .135$, $p < .000$) , fuqia e raportit ishte e vogël në këto raporte; që i bie se nxënësit nga fshati kishin nivelet më të larta të rezultateve (Tabela 17).

Tabela 17. Korrelacionet në mes të variablave të pavarura dhe të varura në kampionin komunitar sipas grupmoshës

Grupmosha / Spearman's rho		VËSHTIRËSITË EMOCIONALE	SJELLJET PROBLEMATIKE
Adoleshenca e hershme	Gjinia	.355**	.027
	Vendbanimi	.102	.162
	Vetëvlerësimi	-.069	.011
	Pashpresa	.049	.141
Adoleshenca e mesme	Gjinia	.243**	-.013
	Vendbanimi	.121**	.135**
	Vetëvlerësimi	.184**	.160**
	Pashpresa	.308**	.322**
Adultët e rinjë	Gjinia	.220*	.065
	Vendbanimi	.147	.104
	Vetëvlerësimi	.092	.194
	Pashpresa	.134	.085

*. $p < 0.05$ niveli (2-drejtimeshe).

**. $p < 0.01$ niveli (2-drejtimeshe).

Tek adultët e rinj vendbanimi tregon korrelacione josinjifikative pozitive me vështirësitë emocionale dhe me problemet me sjelljen (Tabela 17).

Tek nxënësit në adoleshencë të hershme, vetëvlerësimi nuk tregon korrelacion sinjifikativ me vështirësitë emocionale dhe problemet me sjelljen (Tabela 17). Tek nxënësit në adoleshencë të mesme vetëvlerësimi tregon korrelacion sinjifikativ pozitiv me vështirësitë emocionale ($r = .184, p < .000$) dhe problemet me sjelljen ($r = .160, p < .000$); në të dy këto raste fuqia e raportit ishte e vogël (Tabela 17). Tek nxënësit adultë të rinj vetëvlerësimi nuk tregon korrelacion sinjifikativ me vështirësitë emocionale dhe as me problemet me sjelljen (Tabela 17).

Tek nxënësit në adoleshencë të hershme pashpresa tregon korrelacion josinjifikativ pozitiv me vështirësitë emocionale dhe problemet me sjelljen (Tabela 17). Tek nxënësit në adoleshencë të mesme pashpresa tregon korrelacion sinjifikativ pozitiv me vështirësitë emocionale ($r = .308, p < .000$) dhe problemet me sjelljen ($r = .322, p < .000$); në të dy këto raste fuqia e raportit ishte e mesme (Tabela 17). Tek nxënësit adultë të rinj, pashpresa nuk tregon korrelacion sinjifikativ pozitiv me vështirësitë emocionale dhe problemet me sjelljen (Tabela 17).

Janë analizuar korelacionet në mes të variablave të varura të studimit - vështirësive emocionale dhe problemeve me sjelljen. Raporti mes tyre tregon sinjifikativitet pozitiv me fuqi të raportit të madh ($r = .508, p < .000$).

Këto korrelacione i kemi analizuar edhe të ndara sipas gjinisë ,ku sërish ka ngelur raporti sinjifikativ mes tyre; për djemtë ($r = .561$, $p < .000$), kurse për vajzat ($r = .503$, $p < .000$) (Tabela 18).

Tabela 18. Korelacionet në mes të variablës së vështirësive emocionale dhe të sjelljeve problematike në kampionin komunitar sipas gjinisë

Gjinia/ Spearman's rho		1	2
Mashkull	1.Vështirësitë emocionale	-	.561**
	2. Sjelljet problematike	.561**	-
Femër	1.Vështirësitë emocionale	-	.503**
	2. Sjelljet problematike	.503**	-

** . $p < 0.01$ niveli (2-drejtimeshe).

Edhe të studiuarat të ndara sipas vendbanimit, ka ngelur sinjifikanca e korelacionit mes tyre; për rastet nga qyteti ($r = .504$, $p < .000$), kurse për rastet nga fshati ($r = .521$, $p < .000$) (Tabela 19).

Tabela 19. Korelacionet në mes të variablës së vështirësive emocionale dhe të sjelljeve problematike në kampionin komunitar sipas vendbanimit

Vendbanimi/ Spearman's rho		1	2
Qytet	1.Vështirësitë emocionale	-	.504**
	2.Sjelljet problematike	.504**	-
Fshat	1.Vështirësitë emocionale	-	.521**
	2.Sjelljet problematike	.521**	-

** . $p < 0.01$ niveli (2-drejtimeshe).

Në bazë të grupmoshës së tyre sinjifikanca e raportit ka ngelur për tre grupmoshat e përcaktuara : tek adoleshenca e hershme ($r = .592$, $p < .000$), adoleshenca e mesme ($r = .488$, $p < .000$) dhe tek adultët e rinj ($r = .546$, $p < .000$) (Tabela 20).

Tabela 20. Korelacionet në mes të variablës së vështirësive emocionale dhe të sjelljeve problematike në kampionin komunitar sipas grupmoshës

Grupmosha / Spearman's rho		1	2
Adoleshenca e hershme	1.Vështirësitë emocionale	-	.592**
	2.Sjelljet problematike	.592**	-
Adoleshenca e mesme	1.Vështirësitë emocionale	-	.488**
	2.Sjelljet problematike	.488**	-
Adultët e rinjë	1.Vështirësitë emocionale	-	.546**
	2.Sjelljet problematike	.546**	-

**. $p < 0.01$ niveli (2-drejtimeshe).

Analiza krahasimore mes grupeve të variablave të pavarura

Është përdorur teknika e Mann-Whitney Test për të testuar dallimet në mes të gjinisë , por nuk janë gjetur dallime sinjifikative për variablën e vetëvlerësimit (Tabela 21) .

Tabela 21. Paraqitja tabelare e Mann-Whitney U testit për vetëvlerësimin sipas gjinisë dhe vendbanimit në kampionin komunitar

Vetëvlerësimi	Gjinia	Vendbanimi
Mann-Whitney U	127759.000	102069.500
Wilcoxon W	270070.000	302097.500
Z	-1.679	-4.623
Asymp. Sig. (2-drejtimeshe)	.093	.000

Analiza Kendall tau-b indikon se kemi një asociim pozitiv në mes të vendbanimit dhe vetëvlerësimit të grupuara sipas nivelit të rezultateve, tau (1022) = .096, $p < .002$ (Tabela

23). Kjo tregon se nxënësit nga qyteti i përkisnin më tepër grupit me vlera normale, kurse nxënësit nga fshati grupit me vlera abnormale. Tau konsiderohet të ketë madhësinë e efektit të vogël (Tabela 23). Po ashtu ka dallime statistikisht të rëndësishme në mes të nxënësve nga qyteti (Md = 14; N = 632) dhe nxënësve nga fshati (Md = 15; N = 390) në nivelin e vetëvlerësimit; $U = 111190.000$, $Z = -3.081$, $p < .002$, $r = .09$ (kjo është efekt i vogël i fuqisë së raportit) (Tabela 21).

Kendall tau-b indikon se kemi një asocim pozitiv në mes të grupmoshës dhe vetëvlerësimit të grupuara sipas nivelit të rezultateve, tau (1062) = $-.062$, $p < .039$ (Tabela 23). Kjo tregon se nxënësit në adoleshencën e hershme i përkisnin më tepër grupit me vlera të ulëta, kurse ata në adoleshencë të mesme dhe adultët e rinj, grupit me vlera normale (Tabela 23). Tau konsiderohet të ketë madhësinë e efektit të vogël. Analiza Kruskal-Wallis e performuar mbi grupet sipas grupmoshës ka treguar se ka dallime në nivelin e vetëvlerësimit mes tyre (adoleshencës së hershme, $n = 121$; adoleshencës së mesme, $n = 838$; dhe adultëve të rinj, $n = 103$) $X^2 (2, n = 1103) = 12.111$, $p = .002$. Rastet e adoleshencës së hershme kishin medianën më të lartë (Md = 16), kurse grupi i adoleshencës së mesme (Md = 14), dhe adultëve të rinj (Md = 15).

Për të hulumtuar raportin në mes të gjinisë dhe vlerave të pashpresës të grupuara sipas nivelit të rezultateve, është përdorur teknika Kendall tau-b e cila indikon se nuk kemi një asocim pozitiv në mes të gjinisë dhe pashpresës të grupuara sipas nivelit të rezultateve, tau (1008) = $.001$, $p < .971$ (Tabela 23). Është përdorur teknika e Mann-Whitney Test për të testuar dallimet në mes të gjinive, por nuk janë gjetur dallime sinjifikative për variablën e pashpresës (Tabela 22).

Tabela 22. Paraqitja tabelare e Mann-Whitney U testit për pashpresën sipas gjinisë dhe vendbanimit në kampionin komunitar

Pashpresa	Gjinia	Vendbanimi
Mann-Whitney U	121774.500	107250.500
Wilcoxon W	258800.500	287550.500
Z	-1.103	-2.236
Asymp. Sig. (2-drejtimeshe)	.270	.025

Kendall tau-b indikon se kemi një asocim pozitiv në mes të vendbanimit dhe pashpresës të grupuara sipas nivelit të rezultateve, tau (990) = .080, $p < .010$ (Tabela 23). Kjo tregon se nxënësit nga qyteti i përkisnin më tepër grupit me vlera normale, kurse nxënësit nga fshati grupit me vlera abnormale. Tau konsiderohet të ketë madhësinë e efektit të vogël (Tabela 23).

Tabela 23. Paraqitja tabelare e analizimit të asociimit mes variablave në kampionin komunitar

Variablat	Nr	Kendall tau-b	p	Fuqia e raportit
Gjinia/Grupmosha	1115	.031	.288	
Vendbanimi/Grupmosha	1096	.114	.000	vogël
Gjinia/Vështirësitë emocionale	1070	.137	.000	vogël
Gjinia/Vetëvlerësimi	1043	-.020	.524	-
Gjinia/Pashpresa	1008	.001	.971	-
Vendbanimi/Vështirësitë emocionale	1051	.089	.004	vogël
Vendbanimi/ Vetëvlerësimi	1022	.126	.000	vogël
Vendbanimi/ Pashpresa	990	.080	.010	vogël
Grupmosha/Vështirësitë emocionale	1087	.039	.148	-
Grupmosha/Vetëvlerësimi	1062	-.082	.008	vogël
Grupmosha/ Pashpresa	1027	-.011	.717	

Edhe Mann-Whitney Test gjen dallime statistikisht të rëndësishme në mes të nxënësve nga qyteti ($Md = 3$; $N = 600$) dhe nxënësve nga fshati ($Md = 3$; $N = 390$) në nivelin e pashpresës; $U = 107250.500$, $Z = -2.236$, $p < .02$, $r = .07$ (ky është efekt i vogël i fuqisë së raportit) (Tabela 22) . Për të hulumtuar raportin në mes të grupmohës dhe pashpresës, të grupuara sipas nivelit të rezultateve, është përdorur teknika Kendall tau-b e cila indikon se nuk kemi një asocim pozitiv në mes të grupmohës dhe pashpresës të grupuara sipas nivelit të rezultateve, $\tau(1027) = .011$, $p < .717$ (Tabela 23). Edhe Analiza Kruskal-Wallis e performuar mbi grupet sipas grupmohës ka treguar se nuk ka dallime në nivelin e pashpresës mes tyre (adoleshencës së hershme, $n=120$: adoleshencës së mesme, $n=809$: dhe adultëve të rinj, $n=98$) $X^2(2, n = 1027) = .838$, $p = .658$. Rastet e adoleshencës së hershme, grupi i adoleshencës së mesme dhe adultëve të rinj kishin medianën e njëjtë ($Md = 3$).

Analiza krahasimore mes grupeve të variablave të pavarura dhe vështirësive emocionale

Është përdorur teknika e Mann-Whitney Test për të testuar dallimet në mes të grupeve në kuadër të variablave. Kështu Testi Mann-Whitney ka gjetur se ka dallime statistikisht të rëndësishme në mes të femrave ($Md = 4$; $N = 562$) dhe meshkujve ($Md = 3$; $N = 508$) në nivelin e vështirësive emocionale; $U = 101993.500$, $Z = -8.128$, $p < .00$, $r = .24$ (ky është efekt i mesëm i fuqisë së raportit) (Tabela 24).

Testi Mann-Whitney ka gjetur se ka dallime statistikisht të rëndësishme në mes të nxënësve nga qyteti ($Md = 3$; $N = 642$) dhe nxënësve nga fshati ($Md = 4$; $N = 409$) në nivelin e vështirësive emocionale; $U = 110645.500$, $Z = -4.331$, $p < .00$, $r = .13$ (ky është efekt i vogël i fuqisë së raportit) (Tabela 26 dhe Tabela 24).

Tabela 24. Paraqitja tabelare e Mann-Whitney U testit për vështirësitë emocionale sipas gjinisë dhe vendbanimit në kampionin komunitar

Vështirësitë emocionale	Gjinia	Vendbanimi
Mann-Whitney U	101993.500	110645.500
Wilcoxon W	231279.500	317048.500
Z	-8.128	-4.331
Asymp. Sig. (2-drejtimshe)	.000	.000

Testi Mann-Whitney ka gjetur se ka dallime statistikisht të rëndësishme në mes të nxënësve me vetëvlerësim të ulur ($M_d = 3$; $N = 585$) dhe nxënësve me vetëvlerësim normal ($M_d = 4$; $N = 444$) në nivelin e vështirësive emocionale; $U = 100866.500$, $Z = -6.185$, $p < .00$, $r = .19$ (ky është efekt i vogël i fuqisë së raportit) (Tabela 26).

Tabela 25. Kruskal Wallis Test për vështirësitë emocionale sipas grupmoshës në kampionin komunitar

Test Statistics ^{a,b}	
	Vështirësitë emocionale
Chi-Square	6.973
df	2
Asymp. Sig.	.031
a. Kruskal Wallis Test	
b. Grouping Variable: GRUPMOSHAT	

Për variablat të cilat kishin më shumë se dy grupe kemi përdorur teknikën e analizës së Kruskal Wallis testit. Analiza Kruskal-Wallis e performuar mbi grupet sipas grupmoshës ka treguar se ka dallime në nivelin e vështirësive emocionale mes tyre (adoleshencës së hershme, $n = 124$: adoleshencës së mesme, $n = 855$: dhe adultëve të rinjë, $n = 108$) $X^2 (2, n = 1087) = 6.973$, $p = .031$ (Tabela 30). Rastet e adoleshencës së mesme dhe adultëve të rinjë

kishin medianën më të lartë ($Md = 4$), pastaj adoleshencës së hershme ($Md = 3$) (Tabela 30 dhe Tabela 25). Me anë të Man Whitney U testit gjejmë se ky dallim sinjifikativ është mes grupit të adoleshencës së mesme dhe asaj të hershme.

Analiza Kruskal-Wallis e performuar mbi grupet sipas nivelit të pashpresës ka treguar se ka dallime në nivelin e vështirësive emocionale mes tyre (pashpresa e ulët, $n = 624$: pashpresa e mesme, $n = 154$: dhe pashpresa e lartë, $n = 220$) $X^2 (2 , n = 998) = 77.013, p = .000$ (Tabela 31). Rastet e pashpresës së lartë kishin medianën më të lartë ($Md = 5$), pastaj të pashpresës së mesme ($Md = 4$) dhe të pashpresës së ulët ($Md = 3$) (Tabela 31).

Analiza krahasimore mes grupeve të variablave të pavarura dhe sjelljeve problematike

Për të hulumtuar raportin në mes të gjinisë dhe sjelljeve problematike është përdorur teknika e Mann-Whitney Test për të testuar dallimet në mes të grupeve në kuadër të variablave. Por, nuk janë gjetur dallime sinjifikative për variablën e sjelljeve problematike.

Tabela 26. Paraqitja tabelare e Mann-Whitney U testit për sjelljet problematike sipas gjinisë dhe vendbanimit në kampionin komunitar

Sjelljet problematike	Gjinia	Vendbanimi
Mann-Whitney U	148117.500	113904.000
Wilcoxon W	312568.500	333357.000
Z	-.338	-4.911
Asymp. Sig. (2-drejtimshe)	.735	.000

Po ashtu ka dallime statistikisht të rëndësishme në mes të nxënësve nga qyteti (Md = 1; N = 654) dhe nxënësve nga fshati (Md = 2; N = 411) në nivelin e sjelljeve problematike; U = 113904.000, Z = -4.911, p < .00, r = .16 (ky është efekt i vogël i fuqisë së raportit) (Tabela 26 dhe Tabela 27).

Testi Mann-Whitney ka gjetur se ka dallime statistikisht të rëndësishme në mes të nxënësve me vetëvlerësim të ulur (Md = 1; N = 600) dhe nxënësve me vetëvlerësim normal (Md = 2; N = 449) në nivelin e sjelljeve problematike; U = 106803.500, Z = -5.894, p < .00, r = .18 (ky është efekt i vogël i fuqisë së raportit) (Tabela 27).

Tabela 27. Paraqitja e dallimeve në mes grupeve sipas gjinisë , vendbanimit dhe vetëvlerësimit në nivelin e vështirësive emocionale dhe sjelljeve problematike sipas Mann-Whitney U testit në kampionin komunitar

Mann-Whitney U testi	Mediana	Numri	p	r (effect size)
Vështirësitë emocionale				
Femër / Mashkull	4 / 3	562 / 508	.000	.24
Urban / Rural	3 / 4	642 / 409	.00	.13
Vetëvl. Ulët/ Vetëvl.norm.	3/4	585 / 444	.00	.19
Sjelljet problematike				
Femër / Mashkull	2 / 2	567 / 517	.773	-
Urban / Rural	1 / 2	654 / 411	.00	.16
Vetëvl. Ulët/ Vetëvl.norm.	1/2	600 / 449	.00	.18

Analiza Kruskal-Wallis e performuar mbi grupet sipas grupmoshës ka treguar se ka dallime në nivelin e sjelljeve problematike mes tyre (adoleshencës së hershme, n = 123: adoleshencës së mesme, n = 886: dhe adultëve të rinj, n = 107) $X^2 (2 , n = 1116) = 26.100$, p = .000 (Tabela 28). Të tre grupet e kishin medianën e njëjtë (Md=1), grupi i adoleshencës së mesme kishte mesataren me rank më të lartë (Tabela 29).

Tabela 28. Kruskal Wallis Test për sjelljet problematike sipas grupmoshës në kampionin komunitar

Test Statistics ^{a,b}	
Grupmosha	Sjellja problematike
Chi-Square	26.100
df	2
Asymp. Sig.	.000

Tabela 29. Paraqitja tabelare e rankut të vështirësive emocionale sipas gjinisë, vendbanimit dhe grupmoshës në kampionin komunitar

Vështirësitë emocionale		N	Mesatarja Rangut	Shumae Rangjeve
Gjinia	Mashkull	508	455.27	231279.50
	Femër	562	608.02	341705.50
Vendbanimi	Qytet	642	493.85	317048.50
	Fshat	409	576.47	235777.50
Grupmosha	Adoleshenca e hershme	124	474.69	
	Adoleshenca e mesme	855	553.79	
	Adultët e rinjë	108	546.09	

Analiza Kruskal-Wallis e performuar mbi grupet sipas nivelit të pashpresës ka treguar se ka dallime në nivelin e sjelljeve problematike mes tyre (pashpresa e ulët, $n = 624$: pashpresa e mesme, $n = 153$: dhe pashpresa e lartë, $n = 222$) $X^2(2, n = 1017) = 79.076$, $p = .000$ (Tabela 31). Rastet e pashpresës së lartë dhe të mesme kishin medianën më të lartë ($Md=2$) dhe të pashpresës së ulët ($Md=1$) (Tabela 31).

Tabela 30. Paraqitja e dallimeve në mes grupeve sipas grupmoshës në nivelin e vështirësive emocionale dhe sjelljeve problematike sipas Kruskal Wallis testit në kampionin komunitar

Kruskal Test	Wallis	Grupi sipas moshës	N	Mediana	X ²	p
Vështirësitë emocionale		Adoleshenca e hershme	124	4	6.973	.031
		Adoleshenca e mesme	855	3		
		Adultët e rinj	108	4		
Sjelljet problematike		Adoleshenca e hershme	122	1	26.100	.000
		Adoleshenca e mesme	875	1		
		Adultët e rinj	106	1		

Tabela 31 Paraqitja e dallimeve në mes grupeve sipas nivelit të pashpresës në nivelin e vështirësive emocionale dhe sjelljeve problematike sipas Kruskal Wallis testit në kampionin komunitar

Kruskal Test	Wallis	Grupi sipas nivelit të pashpresës	N	Media na	X ²	p
Vështirësitë emocionale		Pashpresa e ulët	624	3	77.013	.000
		Pashpresa e mesme	154	4		
		Pashpresa e lartë	220	5		
Sjelljet problematike		Pashpresa e ulët	624	1	79.076	.000
		Pashpresa e mesme	153	2		
		Pashpresa e lartë	222	2		

Regresioni i shumëfishtë standard

Me anë të familjes së teknikave të regresionit të shumëfishtë standard , kemi hetuar parashikuesit e rezultateve të variablës së vështirësive emocionale. Mesataret aritmetikore, devijimet standarde dhe ndërkorelacionet shihen në Tabela 32. Kombinimi i variablave gjinia, mosha , vendbanimi, pashpresa dhe vetëvlerësimit rezultoi në një model me sinjifikancë statistikore ($R^2 = .423$, $F(5, 864) = 37.744$, $p < .000$) (Tabela 32). Gjithsesi modeli përshkruan vetëm 17 % të variancës së vështirësitë emocionale dhe është një fuqi raporti e mesme. Beta koeficientët janë të prezantuar në tabelë dhe aty shihet se kontribut unik sinjifikativ japin variablat gjinia ($\beta = .258$, $p < .000$), vendbanimi ($\beta = .128$, $p < .000$) pashpresa ($\beta = .272$, $p < .001$) dhe vetëvlerësimi ($\beta = .112$, $p < .000$) (Tabela 33).

Tabela 32. Mesatarja aritmetike, devijimi standard dhe ndërkorelacionet në mes të vështirësitë emocionale dhe të variablave të pavarura në kampionin komunitar

Variablat	M	SD	Gjinia	Vendbanimi	Mosha	Vetëvlerësimi	Pashpresa
Vështirësitë emocionale	3.76	2.49	.250**	.147**	.030	.140**	.285**
Variablat parashikuese							
Gjinia	1.50	.50	-	-.036	.010	-.003	-.016
Vendbanimi	1.39	.48		-	.126*	.032	.079**
Mosha	16.27	1.6			-	-.190**	-.094**
Vetëvlerësimi	14.97	5.02				-	.105**
Pashpresa	3.93	2.95					-

Shënim: ** $p < .01$

Tabela 33. Përmbledhje e analizës së regresionit të shumëfishtë standard për variablat e pavarura duke parashikuar vështirësitë emocionale në kampionin komunitar

Variabla	B	SEB	β
Gjinia	1.340	.132	.258*
Vendbanimi	.166	.139	.128*
Mosha	.049	.042	.043
Vetëvlerësimi	.026	.014	.112*
Pashpresa	.071	.025	.272*
Konstant	-1.702	.738	

Shënim: * $p < .01$, $R^2 = .423$, $F(5, 864) = 37.744$, $p < .000$

Me anë të familjes së teknikave të regresionit të shumëfishtë standard kemi hetuar parashikuesit e rezultateve të variablës së sjelljet problematike. Mesataret aritmetikore, devijimet standarde dhe ndërkorrelacionet shihen në Tabela 34. Kombinimi i variablave gjinia, mosha, vendbanimi, Pashpresa dhe vetëvlerësimit rezultoi në një model me sinjifikancë statistikore ($R^2 = .399$, $F(5, 878) = 33.213$, $p < .000$) (Tabela 34). Gjithsesi modeli përshkruan vetëm 15 % të variancës së sjelljet problematike dhe është një fuqi raporti e mesme (Tabela 34).

Tabela 34. Mesatarja aritmetike, devijimi standard dhe ndërkorrelacionet në mes të sjelljeve problematike dhe të variablave të pavarura në kampionin komunitar

Variablat	M	SD	Gjinia	Vendbanimi	Mosha	Vetëvlerësimi	Pashpresa
Sjelljet problematike	1.71	1.50	-.018	.197*	.045	.153*	.318*
Variablat parashikuese							
Gjinia	1.50	.50	-	-.033	.011	-.009	-.019
Vendbanimi	1.39	.48		-	.129*	.034	.083*
Mosha	16.27	1.61			-	-.095*	-.095*
Vetëvlerësimi	14.97	5.02				-	.105*
Pashpresa	3.93	2.95					-

Shënim: ** $p < .01$

Tabela 35. Përmbledhje e analizës së regresionit shumëfishtë standard për variablat e pavarura duke parashikuar sjelljet problematike në kampionin komunitar

Variabla	B	SEB	β
Gjinia	-.020	.093	-.007
Vendbanimi	.491	.097	.160*
Mosha	.060	.030	.064*
Vetëvlerësimi	.036	.009	.122*
-.6*9/270	.153	.016	.298*
Konstant	-0.408	0.46	
Shënim: ($R^2=.399$, $F(5,878)=33.213$, $p<.000$).			

Beta koeficientët janë të prezantuar në tabelën 35 dhe aty shihet se kontribut unik sinjifikativ japin variablat mosha ($\beta = .064$, $p < .000$), vendbanimi ($\beta = .160$, $p < .000$), pashpresa ($\beta = .298$, $p < .000$) dhe vetëvlerësimi ($\beta = .122$, $p < .001$) (Tabela 35).

7.2. Kampioni klinik

Përshkrimi statistikor i variablave të varura

Me qëllim të njohjes më të plotë të rezultatetve të konstatuara ,po paraqesim dhe përshkruajmë së pari, vlerat për gjetjet në dy variablat e pavarura : vetëvlerësimi dhe pashpresa.

Nga rezultatet e pyetësorëve për vetëvlerësimin, kemi gjetur se 87 adoleshentë (60.4 %) kishin vetëvlerësim të ulur, 57 adoleshentë (36.9 %) kishin vetëvlerësim normal (Tabela 36 dhe Figura 26).

Tabela 36. Numri dhe përqindja e rasteve sipas nivelit të rezultateve të variables së vetëvlerësimit në kampionin klinik

	Frekuenca	Përqindja	Përqindja valide	Përqindja kumulative
Vetëvlerësim i ulur	87	60.4	60.4	60.4
Vetëvlerësimi normal	57	39.6	39.6	100.0
Total	144	100.0	100.0	

Nga rezultatet e pyetësorëve për pashpresën kemi gjetur se 90 adoleshentë të referuar (62.5 %) kishin pashpresë të ulur, 23 adoleshentë (16 %) kishin pashpresë të mesme dhe 31 adoleshentë (21.5 %) kishin pashpresë të lartë (Tabela 37 dhe Figura 27).

Tabela 37. Numri dhe përqindja e rasteve sipas nivelit të rezultateve të variablës së pashpresës në kampionin klinik

	Frekuenca	Përqindja	Përqindja valide	Përqindja kumulative
Pashpresa e ultë	90	62.5	62.5	62.5
Pashpresa e mesme	23	16.0	16.0	78.5
Pashpresa e lartë	31	21.5	21.5	100.0
Total	144	100.0	100.0	

Nga rezultatet e pyetësorëve për vështirësitë emocionale kemi gjetur se 87 nxënës (70.5 %) kishin vlera normale, 16 nxënës (11.1 %) kishin vlera kufitare, 41 nxënës (28.5%) kishin vlera abnormale të vështirësive emocionale (Tabela .38 dhe Figura. 24).

Tabela 38. Numri dhe përqindja e rasteve sipas nivelit të rezultateve të variables së vështirësive emocionale në kampionin komunitar

	Frekuenca	Përqindja	Përqindja valide	Përqindja kumulative
Normal	87	60.4	60.4	60.4
Kufitar	16	11.1	11.1	71.5
Abnormal	41	28.5	28.5	100.0
Total	144	100.0	100.0	

Analiza deskriptive për tre konstatimet që matin problemet e sjelljes tregon se në bazë të vlerës mesatare dhe frekuencës; zemërimi është më prevalent, i pasuar nga të grindurit dhe në fund të gënjerit/mashtrimi (Tabela 39).

Tabela 39. Analiza deskriptive për problemet e sjelljes në kampionin klinik

Konstatimet	Pavërtetë (0)		Deridiku e vërtetë (1)		Plotësishtë e vërtetë (2)		M	SD
	Nr	%	Nr	%	Nr	%		
Unë shpesh zemërohem, inatosem .	20	13.9	61	42.4	63	43.8	1.29	.78
Shpesh grindem. Mund ti bëj të tjerët të bëjnë si dua unë.	91	63.2	38	26.4	15	10.4	.47	.67
Më thonë shpesh se rrej dhe mashtroj .	102	70.8	30	20.8	12	8.3	.37	.63

Korrelacionet në mes të variablave

Janë analizuar korelacionet në mes të variablave sociodemografike të kampionit (gjinia, vendbanimi, mosha) dhe variablave të pavarura – vetëvlerësimit e pashpresës dhe të variablave të varura të studimit: vështirësitë emocionale dhe problemet me sjelljen (Tabela 40).

Ka rezultuar një korrelacion josingjifikativ pozitiv tek gjinia me variablën e vështirësive emocionale. Po ashtu gjinia kishte korrelacion pozitiv, por josingjifikativ me variablat e problemeve me sjelljen (Tabela 40). Vendbanimi tregon korrelacione josingjifikative pozitive me variablën e vështirësive emocionale dhe korrelacione josingjifikative negative me problemet me sjelljen (Tabela 40). Mosha tregon korrelacione josingjifikative pozitive me variablën e problemeve me sjelljen dhe me variablën e problemeve emocionale (Tabela 40).

Vetëvlerësimi si variabël e pavarur tregon korrelacion josingjifikativ pozitiv me vështirësitë emocionale sjelljet problematike (Tabela 40).

Pashpresa, si variabël e pavarur tregon korrelacion sinjifikativ pozitiv me vështirësitë emocionale ($r = .269$, $p < .001$); në këtë rast fuqia e raportit ishte e vogël. Korrelacion josingjifikativ pozitiv gjendet edhe në mes të pashpresës dhe të sjelljeve problematike (Tabela 40).

Tabela 40. Korrelacionet në mes të variablave të pavarura dhe të varura në kampionin klinik

Spearman's rho	VËSHTIRËSITË EMOCIONALE	SJELLJET PROBLEMATIKE
Gjinia	.018	.101
Vendbanimi	.153	-.013
Mosha	.085	.009
Vetëvlerësimi	.095	-.019
Pashpresa	.269**	.118

**. $p < 0.01$ niveli (2-drejtimëshe).

Janë analizuar korrelacionet në mes të variablave të pavarura dhe të variablave të varura të studimit: vendbanimit, moshës, vetëvlerësimit dhe pashpresës me vështirësitë emocionale dhe problemet me sjelljen, edhe ndaras në bazë të gjinisë (Tabela 41).

Tek djemtë vendbanimi tregon korrelacione josingjifikative pozitive me variablën e vështirësive emocionale dhe korrelacione josingjifikative negative me problemet me sjelljen (Tabela 41). Tek vajzat vendbanimi tregon korrelacione josingjifikative pozitive me variablën e vështirësive emocionale dhe problemeve me sjelljen (Tabela 41).

Tek djemtë mosha tregon korrelacion josingjifikativ negativ me vështirësitë emocionale dhe korrelacion sinjifikativ negativ me problemet me sjelljen ($r = -.225$, $p < .041$); në këtë rast fuqia e raportit ishte e vogël (Tabela 41). Tek vajzat kemi korrelacion sinjifikativ pozitiv me sjelljet problematike ($r = .259$, $p < .044$); në këtë rast fuqia e raportit ishte e vogël (Tabela 41).

Tek djemtë vetëvlerësimi tregon korrelacion josingjifikativ pozitiv me vështirësitë emocionale dhe problemet me sjelljen (Tabela 41). Tek vajzat vetëvlerësimi tregon korrelacion josingjifikativ pozitiv me vështirësitë emocionale dhe korrelacion josingjifikativ negativ me problemet me sjelljen (Tabela 41).

Tabela 41. Korrelacionet në mes të variablave të pavarura dhe të varura në kampionin klinik sipas gjinisë

Gjinia/ Spearman's rho		VËSHTIRËSITË EMOCIONALE	SJELLJET PROBLEMATIKE
Mashkull	Vendbanimi	.137	-.035
	Mosha	-.062	-.225*
	Vetëvlerësimi	.134	.005
	Pashpresa	.362**	.194
Femër	Vendbanimi	.171	.038
	Mosha	.240	.259*
	Vetëvlerësimi	.069	-.058
	Pashpresa	.131	.025

** $p < 0.01$ niveli (2-drejtimëshe).

* $p < 0.05$ niveli (2-drejtimëshe).

Tek djemtë pashpresa tregon tregon korrelacion sinjifikativ pozitiv me vështirësitë emocionale ($r = .36$, $p < .001$) në këtë rast fuqia e raportit ishte e mesme dhe korrelacion

joshnjifikativ pozitiv me problemet me sjelljen (Tabela 41). Tek vajzat korrelacion joshnjifikativ pozitiv me vështirësitë emocionale dhe problemet me sjelljen (Tabela 41).

Janë analizuar korrelacionet në mes të variablave të pavarura dhe të variablave të varura të studimit: vendbanimit, moshës, vetëvlerësimit dhe pashpresës me vështirësitë emocionale dhe problemet me sjelljen edhe ndaras për nxënësit sipas vendbanimit (Tabela 42).

Tek adoleshentët në qytet gjinia tregon korrelacion joshnjifikativ pozitiv me variablën e vështirësive emocionale dhe me sjelljet problematike. Tek adoleshentët nga fshati gjinia tregon korrelacione joshnjifikative pozitive me variablën e vështirësive emocionale dhe me sjelljet problematike (Tabela 42). Tek adoleshentët në qytet mosha tregon korrelacione joshnjifikative pozitive me variablën e vështirësive emocionale dhe me sjelljet problematike (Tabela 42).

Tabela 42. Korrelacionet në mes të variablave të pavarura dhe të varura në kampionin klinik sipas vendbanimit

Vendbanimi/ Spearman's rho		VËSHTIRËSITË SJELLJET EMOCIONALE PROBLEMATIKE	
Qytet	Gjinia	.985	.514
	Mosha	.477	.099
	Vetëvlerësimi	.300	.373
	Pashpresa	.032	.515
Fshat	Gjinia	.068	.127
	Mosha	.325**	.245
	Vetëvlerësimi	.039	.082
	Pashpresa	.330**	.181

*, $p < 0.05$ niveli (2-drejtimëshe).

**, $p < 0.01$ niveli (2-drejtimëshe).

Tek adoleshentët nga fshati mosha tregon korrelacion sinjifikativ pozitiv me vështirësitë emocionale ($r=.325$, $p<.009$), fuqia e raportit ishte e mesme dhe korrelacion josingjifikativ pozitiv me problemet me sjelljen (Tabela 42). Tek adoleshentët në qytet vetëvlerësimi tregon korrelacion josingjifikativ pozitiv me vështirësitë emocionale dhe problemet me sjelljen (Tabela 42). Tek adoleshentët nga fshati vetëvlerësimi tregon korrelacion josingjifikativ pozitiv me vështirësitë emocionale dhe problemet me sjelljen (Tabela 42).

Tek adoleshentët në qytet pashpresa tregon korrelacion josingjifikativ pozitiv me vështirësitë emocionale dhe problemet me sjelljen (Tabela 42). Tek adoleshentët në fshat pashpresa tregon korrelacion sinjifikativ pozitiv me vështirësitë emocionale ($r=.325$, $p<.008$), fuqia e raportit ishte e mesme dhe korrelacion josingjifikativ pozitiv me problemet me sjelljen (Tabela 42).

Janë analizuar korrelacionet në mes të variablave të pavarura dhe të variablave të varura të studimit: vendbanimit, moshës, vetëvlerësimit dhe pashpresës me vështirësitë emocionale dhe problemet me sjelljen edhe ndaras për adoleshentët sipas grupmoshës (Tabela 43).

Tek nxënësit në adoleshencë të hershme gjinia tregon korrelacione josingjifikative negative me variablën e vështirësive emocionale dhe me sjelljet problematike (Tabela 43). Tek nxënësit në adoleshencë të mesme gjinia tregon korrelacione josingjifikative pozitive me variablën e vështirësive emocionale dhe me problemet me sjelljen (Tabela 43). Tek adultët e rinj gjinia tregon korrelacione josingjifikative pozitive me variablën e vështirësive emocionale dhe me problemet me sjelljen (Tabela 43).

Tek nxënësit në adoleshencë të hershme vendbanimi tregon korrelacione josingjifikative negative me variablën e vështirësive emocionale dhe problemeve me sjelljen (Tabela 43). Tek nxënësit në adoleshencë të mesme vendbanimi tregon korrelacione sinjifikative pozitive me variablën e vështirësive emocionale ($r = .218$, $p < .000$), fuqia e raportit ishte e vogël në këto raporte dhe korrelacione josingjifikative pozitive me problemet me sjelljen (Tabela 43). Tek adultët e rinj vendbanimi tregon korrelacione sinjifikative pozitive me vështirësitë emocionale ($r = .878$, $p < .021$), fuqia e raportit ishte e madhe në këtë raport dhe korrelacione josingjifikative pozitive me problemet me sjelljen (Tabela 43).

Tabela 43. Korrelacionet në mes të variablave të pavarura dhe të varura në kampionin klinik sipas grupmoshës

Grupmosha / Spearman's rho		VËSHTIRËSITË EMOCIONALE	SJELLJET PROBLEMATIKE
Adoleshenca e hershme	Gjinia	-.090	-.057
	Vendbanimi	-.030	-.278
	Vetëvlerësimi	.042	-.083
	Pashpresa	.178	.258
Adoleshenca e mesme	Gjinia	.005	.103
	Vendbanimi	.218*	.087
	Vetëvlerësimi	.123	.035
	Pashpresa	.265*	.036
Adultët e rinj	Gjinia	.393	.707
	Vendbanimi	.878*	.422
	Vetëvlerësimi	.377	.532
	Pashpresa	.543	-.339

*. $p < 0.05$ niveli (2-drejtimshe).

Tek nxënësit në adoleshencë të hershme vetëvlerësimi tregon korrelacion jo sinjifikativ pozitiv me vështirësitë emocionale dhe korrelacion jo sinjifikativ negativ me problemet me sjelljen (Tabela 43). Tek nxënësit në adoleshencë të mesme vetëvlerësimi tregon

korrelacion josingjifikativ pozitiv me vështirësitë emocionale dhe problemet me sjelljen (Tabela 43). Tek nxënësit adultë të rinj, vetëvlerësimi tregon korrelacion jo sinjifikativ pozitiv me vështirësitë emocionale dhe problemet me sjelljen (Tabela 43).

Tek nxënësit në adoleshencë të hershme pashpresa tregon korrelacion jo sinjifikativ pozitiv me vështirësitë emocionale dhe problemet me sjelljen (Tabela 43). Tek nxënësit në adoleshencë të mesme pashpresa tregon korrelacion sinjifikativ pozitiv me vështirësitë emocionale ($r = .265$, $p < .013$), në këtë rast fuqia e raportit ishte e vogël dhe korrelacion josingjifikativ pozitiv problemet me sjelljen (Tabela 43) . Tek adultët e rinj, pashpresa ka korrelacion josingjifikativ pozitiv me vështirësitë emocionale dhe me problemet me sjelljen (Tabela 43).

Janë analizuar korrelacionet në mes të variablave të varura të studimit - vështirësive emocionale dhe problemeve me sjelljen. Raporti mes tyre tregon sinjifikativitet pozitiv me fuqi të raportit të mesëm, ($r = .377$, $p < .000$) (Tabela 44).

Tabela 44. Korelacionet në mes të variablës së vështirësive emocionale dhe të sjelljeve problematike në kampionin komunitar

Spearman's rho	1	2
1. Vështirësitë emocionale	-	.377**
Sjelljet problematike	.377*	-

** . $p < 0.01$ niveli (2-drejtimshe).

Këto korrelacione i kemi analizuar edhe të ndara sipas gjinisë, ku sërish ka ngelur raporti sinjifikativ mes tyre; për djemtë ($r = .295$, $p < .000$) dhe për vajzat ($r = .471$, $p < .000$); tek djemtë fuqia e raportit është e vogël, kurse tek vajzat fuqia e raportit është e mesme.

Edhe të shikuara të ndara sipas vendbanimit korrelacionet janë sinjifikative, për rastet nga qyteti ($r = .387$, $p < .000$) dhe për rastet nga fshati ($r = .375$, $p < .000$); fuqia e raportit është e mesme (Tabela 45).

Tabela 45. Korelacionet në mes të variablës së vështirësive emocionale dhe të sjelljeve problematike në kampionin klinik sipas vendbanimit

Vendbanimi/ Spearman's rho		1	2
Qytet	1.Vështirësitë emocionale	-	.387**
	2. Sjelljet problematike	.387**	-
Fshat	1.Vështirësitë emocionale	-	.375**
	2. Sjelljet problematike	.375**	-

**, $p < 0.01$ niveli (2-drejtimeshe).

Në bazë të grupmoshës së tyre ka ngelur sinjifikanca e korrelacionit mes tyre- tek adoleshenca e hershme ($r = .450$, $p < .001$) dhe tek adoleshenca e mesme ($r = .324$, $p < .002$), por në rastin e adultëve të rinj është humbur sinjifikanca (Tabela 46).

Tabela 46. Korelacionet në mes të variablës së vështirësive emocionale dhe të sjelljeve problematike në kampionin klinik sipas grupmoshës

Grupmosha/ Spearman's rho		1	2
Adoleshenca e hershme	1.Vështirësitë emocionale	-	.450**
	2. Sjelljet problematike	.450**	-
Adoleshenca e mesme	1.Vështirësitë emocionale	-	.324**
	2. Sjelljet problematike	.324**	-
Adultët e rinjë	1.Vështirësitë emocionale	-	.370
	2. Sjelljet problematike	.370	-

**, $p < 0.01$ niveli (2-drejtimeshe).

Analiza krahasimore mes grupeve të variablave të pavarura

Për të hulumtuar raportin në mes të gjinisë dhe vetëvlerësimit të grupuara sipas nivelit të rezultateve, është përdorur teknika Kendall tau-b. Kjo analizë indikon se nuk kemi një

asocim pozitiv në mes të gjinisë dhe vetëvlerësimit të grupuara sipas nivelit të rezultateve, $\tau (144) = .053, p < .523$ (Tabela 47).

Analiza Kendall tau-b indikon se nuk kemi një asociim pozitiv në mes të vendbanimit dhe vetëvlerësimit të grupuara sipas nivelit të rezultateve, $\tau (144) = .002, p < .983$ (Tabela 47).

Analiza Kruskal-Wallis e performuar mbi grupet, sipas grupmoshës ka treguar se nuk ka dallime në nivelin e vetëvlerësimit mes tyre (adoleshencës së hershme, $n=50$: adoleshencës së mesme, $n=88$: dhe adultëve të rinj, $n=6$).

Për të hulumtuar raportin në mes të gjinisë dhe pashpresës të grupuara sipas nivelit të rezultateve, është përdorur teknika Kendall tau-b. Kjo analizë tregon se nuk kemi një asociim pozitiv në mes të vendbanimit dhe pashpresës të grupuara sipas nivelit të rezultateve, $\tau (144) = .107, p < .183$ (Tabela 47).

Kendall tau-b indikon se nuk kemi një asociim pozitiv në mes të vendbanimit dhe pashpresës të grupuara sipas nivelit të rezultateve, $\tau (144) = .040, p < .615$ (Tabela 47).

Tabela 47. Paraqitja tabelare e analizimit të asociimit mes variablave në kampionin klinik

Variablat	Nr	Kendall tau-b	p	Fuqia e raportit
Gjinia/Grupmosha	144	.157	.051	/
Vendbanimi/Grupmosha	144	.114	.497	vogël
Gjinia/Vështirësitë emocionale	144	.055	.497	/
Gjinia/Vetëvlerësimi	144	.053	.523	/
Gjinia/Pashpresa	144	.107	.183	/
Vendbanimi/ Vështirësitë emocionale	144	.102	.205	/
Vendbanimi/ Vetëvlerësimi	144	.002	.983	/
Vendbanimi/ Pashpresa	144	-.040	.615	/
Grupmosha/ Vështirësitë emocionale	144	.084	.286	/
Grupmosha/Vetëvlerësimi	144	-.040	.628	/
Grupmosha/ Pashpresa	144	.028	.735	/

Për të hulumtuar raportin në mes të grupmohës dhe pashpresës të grupuara sipas nivelit të rezultateve, është përdorur teknika Kruskal-Wallis. Analiza Kruskal-Wallis e performuar mbi grupet sipas grupmohës ka treguar se nuk ka dallime në nivelin e pashpresës mes tyre (adoleshencës së hershme, n=50: adoleshencës së mesme, n=88: dhe adultëve të rinjë, n=6) (Tabela 48).

Tabela 48. Paraqitja e Kruskal Wallis Testit për pashpresën dhe grupmohën

Test Statistics ^{a,b}	
	Pashpresa
Chi-Square	4.064
df	2
Asymp. Sig.	.131
a. Kruskal Wallis Test	
b. Grouping Variable: Grupmosha	

Analiza krahasimore mes grupeve të variablave të pavarura dhe vështirësive emocionale

Për të hulumtuar raportin në mes të gjinisë dhe vështirësive emocionale të grupuara sipas nivelit të rezultateve, është përdorur Testi Mann-Whitney, i cili ka gjetur se nuk ka dallime statistikisht të rëndësishme në mes të femrave (Md=4; N=61) dhe mashkujve (Md=5; N=83) në nivelin e vështirësive emocionale; U=2478.500, Z=-.216, $p < .829$ (Tabela 49 dhe Tabela 52).

Tabela 49. Paraqitja tabelare e Mann-Whitney U testit për vështirësitë emocionale sipas gjinisë dhe vendbanimit në kampionin klinik

	Gjinia	Vendbanimi
Mann-Whitney U	2478.500	2100.500
Wilcoxon W	5964.500	5421.500
Z	-.216	-1.829
Asymp. Sig. (2-drejtimshë)	.829	.067

Testi Mann-Whitney ka gjetur se nuk ka dallime statistikisht të rëndësishme në mes të rasteve nga fshati (Md = 5; N = 63) dhe nga qyteti (Md = 5; N = 81) në nivelin e vështirësive emocionale U = 2100.500, Z = -1.829, p < .067 (Tabela 49 dhe Tabela 52).

Testi Mann-Whitney ka gjetur se nuk ka dallime statistikisht të rëndësishme në mes të nxënësve me vetëvlerësim të ulur (Md = 5; N = 87) dhe nxënësve me vetëvlerësim normal (Md = 5; N = 57) në nivelin e vështirësive emocionale; U = 2419.000, Z = -.249, p < .803 (Tabela 52).

Analiza Kruskal-Wallis e performuar mbi grupet sipas grupmoshës ka treguar se nuk ka dallime në nivelin e vështirësive emocionale mes tyre (adoleshencës së hershme, n = 50: adoleshencës së mesme, n = 88: dhe adultëve të rinjë, n = 6) (Tabela 50).

Tabela 50. Paraqitja e Kruskal Wallis Testit për vështirësitë emocionale dhe grupmoshën në kampionin klinik

Test Statistics ^{a,b}	
Vështirësitë emocionale	
Chi-Square	4.211
df	2
Asymp. Sig.	.122

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Grupmosha

Analiza Kruskal-Wallis e performuar mbi grupet sipas nivelit të pashpresës ka treguar se ka dallime në nivelin e vështirësive emocionale mes tyre (pashpresa e ulët, n = 90: pashpresa e mesme, n = 23: dhe pashpresa e lartë, n = 31) $X^2(2, n = 144) = 7.256$, p = .027. Rastet e pashpresës së lartë kishin medianën më të lartë (Md = 6), pastaj të pashpresës së mesme dhe të pashpresës së ulët (Md = 3) (Tabela 53).

Analiza krahasimore mes grupeve të variablave të pavarura dhe sjelljeve problematike

Testi Mann-Whitney nuk ka gjetur se ka dallime statistikisht të rëndësishme në mes të femrave (Md = 2; N = 61) dhe mashkujve (Md = 2; N = 83) në nivelin e sjelljeve problematike; U = 2241.500, Z = -1.203, p < .229 (Tabela 51 dhe Tabela 52).

Tabela 51. Paraqitja tabelare e Mann-Whitney U testit për sjelljet problematike sipas gjinisë dhe vendbanimit në kampionin klinik

Sjelljet problematike	Gjinia	Vendbanimi
Mann-Whitney U	2241.500	2513.000
Wilcoxon W	5727.500	4529.000
Z	-1.203	-.159
Asymp. Sig. (2-drejtimshe)	.229	.874

Testi Mann-Whitney ka gjetur se nuk ka dallime statistikisht të rëndësishme në mes të rasteve nga fshati (Md = 2; N = 63) dhe nga qyteti (Md = 2; N = 81) në nivelin e sjelljeve problematike ; U = 2513.000, Z = -.159, p < .874 (Tabela 51 dhe Tabela 52).

Testi Mann-Whitney ka gjetur se nuk ka dallime statistikisht të rëndësishme në mes të nxënësve me vetëvlerësim të ulur (Md = 2; N = 87) dhe nxënësve me vetëvlerësim normal (Md = 2; N = 57) në nivelin e sjelljeve problematike; U = 2476.500, Z = -.013, p < .99 (Tabela 52).

Analiza Kruskal-Wallis e performuar mbi grupet sipas grupmoshës ka treguar se nuk ka dallime në nivelin e sjelljeve problematike mes tyre (adoleshencës së hershme, n = 50: adolehencës së mesme, n = 88: dhe adutëve të rinjë, n = 6) (Tabela 53 dhe Tabela 54).

Tabela 52. Paraqitja e dallimeve në mes grupeve sipas gjinisë dhe vendbanimit në nivelin e vështirësive emocionale dhe sjelljeve problematike sipas Mann-Whitney U testit në kampionin klinik

Mann-Whitney U testi	Mediana	Numri	p	r (effect size)
Vështirësitë emocionale				
Femër / Mashkull	4 / 5	83/ 61	.829	/
Urban / Rural	5 / 5	81 / 63	.067	/
Vetëvl.: Ulur/Normal	5 / 5	87 / 57	.803	/
Sjelljet problematike				
Femër / Mashkull	2 / 2	83/ 61	.229	/
Urban / Rural	3 / 3	81 / 63	.874	/
Vetëvl.: Ulur/Normal	2 / 2	87 / 57	.99	/

Tabela 53. Paraqitja e dallimeve në mes grupeve sipas grupmoshës në nivelin e vështirësive emocionale dhe sjelljeve problematike sipas Kruskal Wallis testit në kampionin klinik

Kruskal Wallis Test	Grupi sipas moshës	N	Mediana	X ²	p
Vështirësitë emocionale	Adoleshenca e hershme	50	4	4.211	.122
	Adoleshenca e mesme	88	3		
	Adultët e rinjë	6	4		
Sjelljet problematike	Adoleshenca e hershme	50	2	5.637	.060
	Adoleshenca e mesme	88	2		
	Adultët e rinj	6	4		

Tabela 54. Paraqitja e Kruskal Wallis Testit për sjelljet problematike dhe grupmoshën në kampionin klinik

Test Statistics ^{a,b}	
	Sjellja problematike
Chi-Square	5.637
df	2
Asymp. Sig.	.060

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Grupmosha

Analiza Kruskal-Wallis e performuar mbi grupet sipas nivelit të pashpresës ka treguar se ka dallime në nivelin e sjelljeve problematike mes tyre (pashpresa e ulët, n = 90: pashpresa e mesme, n = 23: dhe pashpresa e lartë, n = 31) $X^2(2, n = 144) = 10.391$, $p = .006$ (Tabela 55). Rastet e pashpresës së lartë kishin medianën më të lartë (Md = 3), të pashpresës së ulët (Md = 2) dhe të mesme (Md = 1) (Tabela 55).

Tabela 55. Paraqitja e dallimeve në mes grupeve sipas pashpresës në nivelin e vështirësive emocionale dhe sjelljeve problematike sipas Kruskal Wallis testit në kampionin klinik

Kruskal Wallis Test	Grupi sipas nivelit të pashpresës	N	Mediana	x2	p
Vështirësitë emocionale	Pashpresa e ulët	90	3	7.256	.027
	Pashpresa e mesme	23	3		
	Pashpresa e lartë	31	6		
Sjelljet problematike	Pashpresa e ulët	90	2	10.391	.006
	Pashpresa e mesme	23	1		
	Pashpresa e lartë	31	3		

Regresioni i shumëfishtë standard

Me anë të familjes së teknikave të regresionit shumëfishtë standard kemi hetuar parashikuesit e rezultateve të variablës së vështirësitë emocionale. Mesataret aritmetikore, devijimet standarde dhe ndërkorelacionet shihen në Tabela 56.

Kombinimi i variablave gjinia, mosha , vendbanimi, pashpresa dhe vetëvlerësimi rezultoi në një model me sinjifikancë ($R^2 = .322$, $F (5, 138) = 3.185$, $p < .000$) (Tabela 57). Gjithsesi modeli përshkruan vetëm 7 % të variancës së vështirësive emocionale dhe është një fuqi raporti e vogël (Tabela 57).

Tabela 56. Mesatarja aritmetike, devijimi standard dhe ndërkorelacionet në mes të vështirësitë emocionale dhe të variablave të pavarura në kampionin klinik

Variablat	M	SD	Gjinia	Vendbanimi	Mosha	Vetëvlerësimi	Pashpresa
Vështirësitë emocionale	4.98	2.55	.046	.150*	.093	.072*	.268
Variablat parashikuese							
Gjinia	1.42	.49	-	-.048	.171*	.048	.133
Vendbanimi	1.43	.49		-	-.100	.060	-.005
Mosha	15.25	2.20			-	-.012	.081
Vetëvlerësimi	14.69	5.43				-	.118
Pashpresa	4.24	3.40					-

Beta koeficientët janë të prezantuar në tabelë dhe aty shihet se kontribut unik sinjifikativ japin variablat vendbanimi ($\beta = .157$, $p < .040$), pashpresa ($\beta = .225$, $p < .000$) dhe sjelljet problematike ($\beta = .363$, $p < .004$) (Tabela 57).

Tabela 57. Përmbledhje e analizës së regresionit shumfishtë standard për variablat e pavarura duke parashikuar vështirësitë emocionale në kampionin klinik

Variabla	B	SEB	β
Gjinia	.012	.426	.002
Vendbanimi	.813	.417	.158
Mosha	.101	.095	.088
Vetëvlerësimi	.016	.038	.033
Pashpresa	.194	.062	.258*
Konstant	1.197	1.739	

Shënim: ($R^2 = .322$, $F(5,138) = 3.185$, $p < .000$).

Me anë të familjes së teknikave të regresionit të shumfishtë standard kemi hetuar parashikuesit e rezultateve të variablës së sjelljeve problematike. Kombinimi i variablave gjinia, mosha, vendbanimi, pashpresa dhe vetëvlerësimi rezultoi në një model jo sinjifikativ ($R^2 = .143$, $F(5, 138) = .578$, $p < .717$).

Aftësia dalluese në mes të diagnozave në kampionin klinik

Aftësia për të bërë dallimin në mes të diagnozave në kampionin klinik nga ana e variablave të matura në këtë studim është analizuar me teknikën statistikore Receiver Operating Characteristic (ROC) lakoren, duke e shfrytëzuar hapësirën nën lakore si një tregues të aftësisë diskriminuese. Si një udhërrëfyes për të interpretuar kemi pasur përcaktimin se - hapësira nën lakore duhet të jetë 1.0 për të bërë dallim perfekt dhe 0.5 me saktësi jo më të mirë se shansi. Kjo bëhet me qëllim të vlerësimit se sa të dobishme janë variablat e vështirësive emocionale, sjelljes, pashpresës dhe vetëvlerësimit në dallimin e rasteve me çrregullime emocionale nga rastet pa këto çrregullime dhe të rasteve me çrregullime të sjelljes nga rastet pa këto çrregullime. Për të kryer këtë analizë kemi krijuar variablën e

çrregullimeve emocionale , ku janë futur të gjitha rastet me diagnozat internalizuese (çrregullimet e ankthit, depresioni, somatizimi) në njërin grup dhe rastet me diagnozat tjera si dhe rastet pa diagnoza në grupin tjetër; njëjtë kemi vepruar edhe tek variabla e çrregullimeve të sjelljes ,ku të gjitha çrregullimet tjera dhe rastet pa diagnoza kanë krijuar një grup kurse çrregullimet e sjelljes grupin tjetër.

Nga tabelat 58 dhe 59 si dhe nga figurat 1 dhe 2 mund të kuptojmë se variabla e vështirësive emocionale , e sjelljes , e pashpresës dhe vetëvlerësimit nuk e kanë aftësinë e klasifikimit të subjekteve të kampionit klinik në rastet me çrregullime emocionale nga ato pa çrregullime emocionale; dhe në rastet me çrregullime të sjelljes nga rastet pa çrregullime të sjelljes.

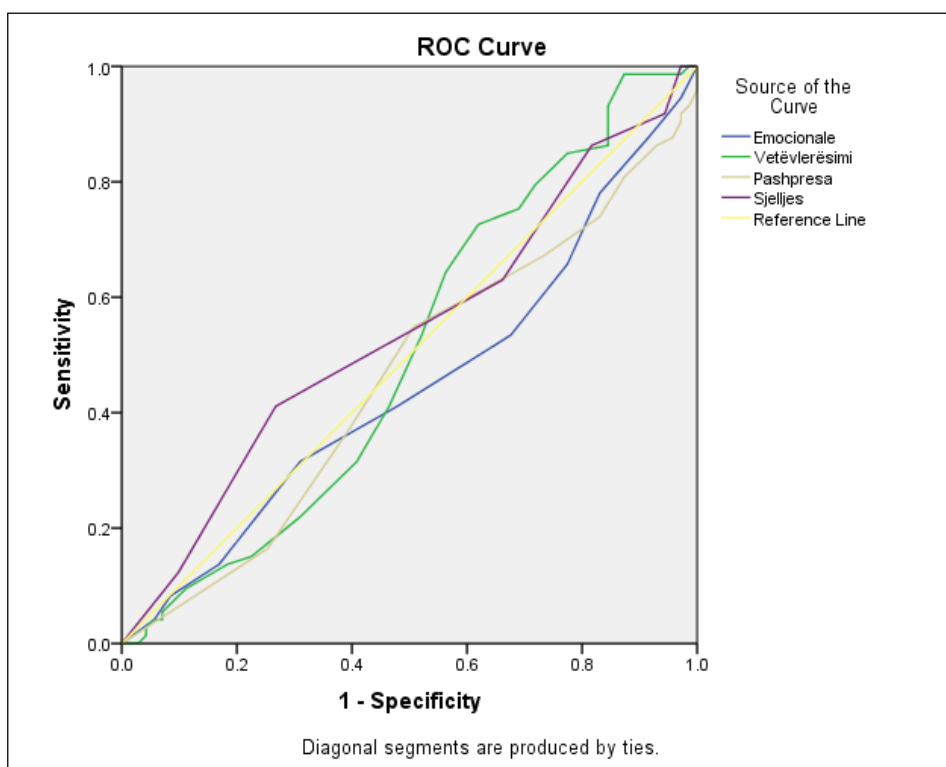


Figura 1. Lakorja ROC e aftësisë për të diskriminuar subjektet me çrregullime emocionale nga ato pa çrregullime e variabla të vështirësive emocionale, sjelljes, pashpresës dhe vetëvlerësimit në kampionin klinik

Tabela 58. Paraqitja tabelare e hapësirave nën lakore e aftësisë për të diskriminuar subjektet me çrregullime emocionale nga ato pa çrregullime e variabla të vështirësive emocionale, sjelljes, pashpresës dhe vetëvlerësimit

Hapësira nën lakore

Variablat	Hapësira	Gabimi Std. ^a	Sig. asimptotike ^b	Intervali asimptotik i konfidencës 95 %	
				Kufiri i ulët	Kufiri i ulët
Emocionale	.447	.048	.268	.352	.541
Vetëvlerësimi	.504	.049	.935	.408	.600
Pashpresa	.460	.048	.409	.366	.555
Sjelljes	.540	.048	.405	.446	.635

a. Nën supozimin joparametrik

b. Hypoteza zero: hapësira e vërtetë = 0.5

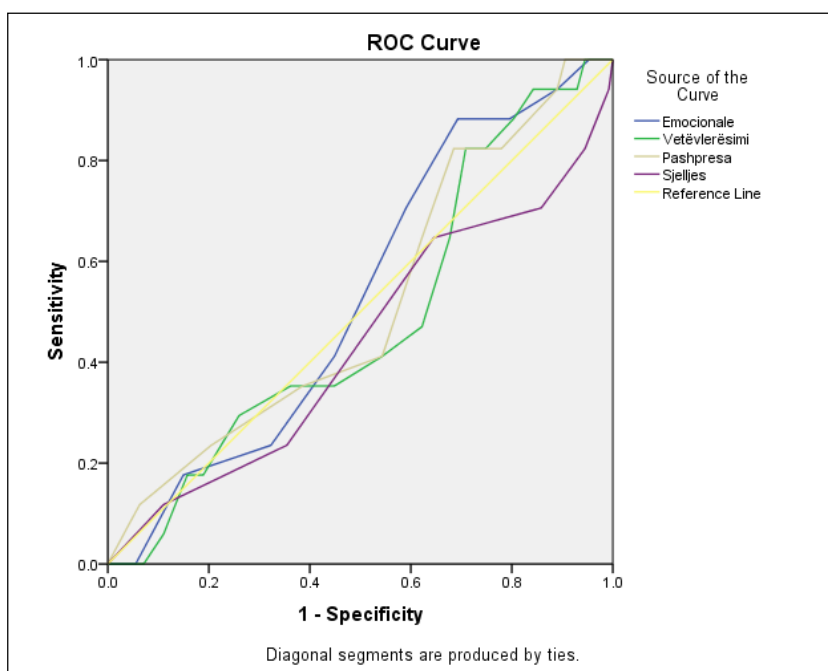


Figura 2. Lakorja ROC e aftësisë për të diskriminuar subjektet me çrregullime të sjelljes nga ato pa çrregullime e variablave të vështirësive emocionale, sjelljes, pashpresës dhe vetëvlerësimit në kampionin klinik

Tabela 59. Paraqitja tabelare e hapësirave nën lakore e aftësisë për të diskriminuar subjektet me çrregullime të sjelljes nga ato pa çrregullime e variablave të vështirësive emocionale, sjelljes, pashpresës dhe vetëvlerësimit në kampionin klinik

Hapësira nën lakore

Variablat	Hapësira	Gabimi Std. ^a	Sig. asimptotike ^b	Intervali konfidencës 95 % Kufiri ultë	asimptotik Kufiri i lartë	i
Emocionale	.530	.065	.687	.403	.657	
Vetëvlerësimi	.485	.070	.838	.347	.622	
Pashpresa	.515	.072	.841	.373	.657	
Sjelljes	.437	.079	.403	.284	.591	

a. Nën supozimin joparametrik

b. Hypoteza zero: hapësira e vërtetë = 0.5

7.3. Analiza krahasimore mes kampionit komunitar dhe atij klinik

Janë analizuar kampioni komunitar dhe kampioni klinik për të gjetur asociimet dhe dallimet e tyre të cilat mund të japin efekte në gjetjet dhe diskutimin e tyre. Nga vetë fakti se ndërtimi i kampionëve ka qenë i ndryshëm doli edhe pamundësia që kampioni klinik të përputhet me kampionin komunitar dhe si pasojë kemi dallime sinjifikative mes tyre.

Tabela 60. Paraqitja tabelare e numrit dhe përqindjeve të pjesëmarrësve sipas variablave dhe kampionit

		Komunitet		Klinik	
		N	%	N	%
Gjinia	Mashkull	535	46	83	57.6
	Femër	593	51	61	42.4
	Ska të dhëna	34	2.9	/	/
Vendbanimi	Qytet	683	58.8	81	56.3
	Fshat	424	36.5	63	43.8
	Ska të dhëna	55	4.7	/	/
Grupmoshat	Adoleshenca e hershme	125	10.8	50	34.7
	Adoleshenca e mesme	912	78.5	88	61.1
	Adultët e rinjë	111	9.6	6	4.2
	Ska të dhëna	14	1.2	/	/
Vështirësitë emocionale	Normal	819	70.5	87	60.4
	Kufitar	92	7.9	16	11.1
	Abnormal	189	16.3	41	28.5
	Ska të dhëna	62	5.3	/	/
Vetëvlerësimi	I ulur	612	52.7	87	60.4
	Normal	463	39.8	57	39.6
	Ska të dhëna	87	7.5	/	/
Pashpresa	E ultë	653	56.2	90	62.5
	E mesme	158	13.6	23	16.0
	E lartë	228	19.6	31	21.5
	Ska të dhëna	123	10.6	/	/

Përputhshmëria mes kampionit komunitar dhe klinik

Chi-square testi i përputhshmërisë sipas gjinisë mes dy kampionëve indikon se ka një dallim sinjifikativ në numrin e meshkujve dhe femrave në mes kampionit komunitar dhe të kampionit klinik $\chi^2 (2, n = 1141) = 170.256, p < .00$. Ky test tregon se ka një dallim sinjifikativ në numrin e rasteve sipas vendbanimit urban dhe rural në mes kampionit komunitar dhe të kampionit klinik $\chi^2 (2, n = 1126) = 297.713, p < .00$. Këtë dallim e gjejmë edhe kur shikojmë për përshtatshmërinë sipas grupmoshës mes dy kampionëve ku testi Chi-square tregon se ka një dallim sinjifikativ në numrin e rasteve në grupmoshat e caktuara në mes kampionit komunitar dhe të kampionit klinik $\chi^2 (2, n = 1148) = 332.548, p < .00$.

Dallimet mes kampionëve në nivelin e vështirësive emocionale dhe të sjelljeve problematike

Është përdorur teknika e Mann-Whitney Test për të testuar dallimet në mes të kampionëve për variablat e varura. Kështu Testi Mann-Whitney ka gjetur se ka dallime statistikisht të rëndësishme në mes të kampionit komunitar (Md = 4; N = 1100) dhe kampionit klinik (Md = 5; N = 144) në nivelin e vështirësive emocionale; $U = 58665.500, Z = -5.098, p < .00, r = .14$ (ky është efekt i vogël i fuqisë së raportit) (Tabela 61 - a,b,c).

Chi-square testi i përshtatshmërisë sipas vështirësive emocionale të grupuara në nivele sipas vlerave të prerjes indikon se ka një dallim sinjifikativ në përqindjet në mes kampionit komunitar dhe të kampionit klinik $\chi^2 (2, n = 1100) = 92.837, p < .00$.

Tabela 61. (a,b,c) Paraqitjet tabelare të Mann-Whitney U testit për vështirësitë emocionale dhe sjelljet problematike në mes të kampionit komunitar dhe klinik

a. Përshkrimi statistikor i variablave

	N	Mesatarja	Devijimi standard	Minimum	Maximum
Vështirësitë emocionale	1244	3.92	2.530	0	10
Sjellja problematike	1273	1.7675	1.48873	.00	6.00
kampioni	1306	1.11	.313	1	2

b. Përshkrimi i rangjeve të variablave

	Kampioni	N	Mesatarja Rangut	Shuma e Rangjeve
Vështirësitë emocionale	Komunitet	1100	603.83	664215.50
	Klinike	144	765.10	110174.50
	Total	1244		
Sjellja problematike	Komunitet	1129	622.91	703269.50
	Klinike	144	747.44	107631.50
	Total	1273		

c. Mann-Whitney U Test Statistics^a

	Vështirësitë emocionale	Sjellja problematike
Mann-Whitney U	58665.500	65384.500
Wilcoxon W	664215.500	703269.500
Z	-5.098	-3.926
Asymp. Sig. (2-drejtimshe)	.000	.000

a. Grouping Variable: kampioni

Vija zhvillimore e vështirësive emocionale në këtë studim na tregon se niveli i tyre ka një rritje të shpejtë në adoleshencën e mesme në kampionin komunitar, por jo në atë klinik, tek e cila kjo rritje nis në adoleshencën e mesme ,por rritja më e lartë ndodh në grupmoshën e adultëve të rinj (Figura.45, 67, 68). Ky trend është i njëjtë edhe sipas gjinive tek kampioni

komunitar (Figura 69), por dallon tek kampioni klinik ,ku ky trend i përshkruar është gjetur vetëm tek femrat ,sepse tek meshkujt kemi një rritje të vogël dhe uniforme (Figura 70) . Kjo ,tregon se sidomos femrat të cilat kanë çrregullime psikiatrike me rritjen në moshë i shtojnë më dukshëm vështirësitë emocionale.

Edhe për variablën e sjelljeve problematike Testi Mann-Whitney ka gjetur se ka dallime statistikisht të rëndësishme në mes të kampionit komunitare ($Md = 1$; $N = 1129$) dhe kampionit klinik ($Md = 2$; $N = 144$); $U = 65384.500$, $Z = -3.926$, $p < .000$, $r = .11$ (ky është efekt i vogël i fuqisë së raportit) (Tabela 61 - a,b,c).

Niveli i sjelljeve problematike pëson një rritje të madhe në adoleshencën e mesme dhe pastaj kemi një rënie të vogël në adultët e rinj në kampionin komunitare por tek kampioni klinik kemi një trend që kjo rritje intensive vërehet tek adultët e rinj (duhet të kemi parasysh numrin e vogël të rasteve të adultëve të rinj) (Figura .71 dhe 72). Sa i përket gjinisë duket se te kampioni komunitar nuk ka dallim në këto trende, por tek kampioni klinike tek djemtë ndodh e kundërta dhe adultët e rinj del se kanë nivele më të vogla të sjelljeve problematike (Figura 74).

Dallimet në mes të dy kampionëve për variablat e pavarura të vetëvlerësimit dhe pashpresës

Me qëllim të pasqyrit më të plotë të vlerave të gjetura dhe implikimeve që mund të japin në analizimet e mëtejshme me variablat e varura të studimit, po japim edhe dallimet e konstatuara në mes të dy variablave të pavarura: vetëvlerësimit dhe pashpresës.

Dallime statistikisht të rëndësishme në mes të kampionit komunitar dhe atij klinik në nivelin e vetëvlerësimit nuk është gjetur (Tabela 62 - a,b,c) .

Tabela 62 (a,b,c).Paraqitjet tabelare të Mann-Whitney U testit për Vetëvlerësimi dhe Pashpresa në mes të kampionit komunitar dhe klinik

a. Përshkrimi statistikor i variablave

	N	Mesatarja	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Vetëvlerësimi	1219	13.43	6.561	0	30
Pashpresa	1183	4.01	3.005	0	15
kampioni	1306	1.11	.313	1	2

b. Përshkrimi i rangjeve të variablave

	kampioni	N	Mesatarja Rangut	Shuma e Rangjeve
Vetëvlerësimi	Komunitet	1075	600.40	645429.50
	Klinike	144	681.67	98160.50
	Total	1219		
Pashpresa	Komunitet	1039	590.18	613194.50
	Klinike	144	605.15	87141.50
	Total	1183		

c. Mann-Whitney U
Test Statistics^a

	Vetëvlerësimi	Pashpresa
Mann-Whitney U	67079.500	72914.500
Wilcoxon W	645429.500	613194.500
Z	-2.604	-.497
Asymp. Sig. (2-drejtimshe)	.009	.619

a. Grouping Variable: kampioni

Edhe Chi-square testi i përshtatshmërisë sipas vetëvlerësimit të grupuara në nivele sipas vlerave të prerjes indikon se nuk ka një dallim sinjifikativ në përqindjet në mes kampionit komunitar dhe të kampionit klinik $X^2 (1, n = 1075) = .154, p < .69$.

Nuk janë gjetur dallime sinjifikative për variablën e pashpresës sipas Mann-Whitney testit (Tabela 62 - a,b,c) dhe as në bazë të Chi-square testit të përshtatshmërisë edhe te pashpresa të grupuara në nivele sipas vlerave të prerjes në përqindjet në mes kampionit komunitar dhe të kampionit klinik $X^2 (2, n = 1039) = .524, p < .77$.

Krahasimi i korelacioneve të gjetura të kampionit komunitar dhe të kampionit klinik

Në rastin e korelacioneve të gjetura mes variablave të varura dhe atyre të pavarura ka dallime në mes të kampionëve (Tabela 63).

Tabela 63. Paraqitja tabelare e korelacioneve të gjetura sipas kampionëve

Spearman's rho	VËSHTIRËSITË EMOCIONALE		SJELLJET PROBLEMATIKE	
	Komuniteti	Klinika	Komuniteti	Klinika
Gjinia	.249**	0.018	-0.01	0.101
Vendbanimi	.134**	0.153	.150**	-0.013
Mosha	0.03	0.085	.066*	0.009
Vetëvlerësimi	.321**	0.255	.282**	0.824
Pashpresa	.261**	.269**	.272**	0.118

** . $p < 0.01$ niveli (2-drejtimeshe).

* . $p < 0.05$ niveli (2-drejtimeshe).

Në raport me vështirësitë emocionale gjinia ka sinjifikancë vetëm në kampionin e komunitetit, po ashtu edhe vendbanimi, vetëvlerësimi dhe pashpresa (Tabela 63).

Tabela 64. Paraqitja tabelare e korelacioneve të gjetura sipas kampioneve dhe gjinisë

Gjinia/ Spearman's rho		VËSHTIRËSITË EMOCIONALE		SJELLJET PROBLEMATIKE	
		Komuniteti	Klinika	Komuniteti	Klinika
Mashkull	Vendbanimi	.176**	0.137	.121**	-0.035
	Mosha	0.005	-0.062	0.073	-.225*
	Vetëvlerësimi	.404**	0.134	.277**	0.005
	Pashpresa	.265**	.362**	.261**	0.194
Femër	Vendbanimi	.121**	0.171	.178**	0.038
	Mosha	0.06	0.24	0.06	.259*
	Vetëvlerësimi	.311**	0.069	.309**	-0.058
	Pashpresa	.302**	0.131	.300**	0.025

** . p< 0.01 niveli (2-drejtimshe).

Të gjitha këto korrelacione janë me drejtim pozitiv. Të gjitha këto raporte kanë fuqi të vogël. Vetëm pashpresa ka sinjifikancë pozitive me vështirësitë emocionale në kampionin klinik; por shikuar ndaras sipas gjinive kjo ndodh vetëm tek djemtë dhe jo tek vajzat (Tabela 64). Mosha nuk ka korrelacion sinjifikativ me vështirësitë emocionale në asnjërën kampion (Tabela 63).

Tabela 65. Paraqitja tabelare e korelacioneve të gjetura sipas kampionive dhe vendbanimit

Vendbanimi/ Spearman's rho		VËSHTIRËSITË EMOCIONALE		SJELLJET PROBLEMATIKE	
		Komuniteti	Klinika	Komuniteti	Klinika
Qytet	Gjinia	.276**	0.985	-0.018	0.514
	Mosha	0.041	0.477	.139**	0.099
	Vetëvlerësimi	.287**	0.3	.219**	0.373
	Pashpresa	.217**	0.032	.229**	0.515
Fshat	Gjinia	.219**	0.068	0.039	0.127
	Mosha	-0.019	.325**	-0.057	0.245
	Vetëvlerësimi	.414**	0.039	.405**	0.082
	Pashpresa	.323**	.330**	.349**	0.181

*. p< (2-drejtimshe).

Nuk ka dallime në sinjifikancën e raporteve në drejtim në mes gjinive në kampionin komunitare për vështirësitë emocionale, ka dallime vetëm në fuqinë e raportit tek pashpresa e cila tek vajzat ka fuqi të mesme, kurse tek djemtë kishte fuqi të vogël.

Në raport me nivelin e sjelljeve problematike kampioni klinik nuk ka asnjë raport sinjifikativ; kurse kampioni komunitar dallon në korelacionet sinjifikative pozitive në rastin e vendbanimit, moshës, vetëvlerësimit dhe të pashpresës (Tabela 63). Por, kur shikojmë korelacionet ndaras sipas gjinive tek kampioni klinik mosha ka korelacion sinjifikativ negativ tek djemtë dhe korelacion sinjifikativ pozitiv tek vajza; me një fuqi të vogël raportit del se djemtë me moshë më të vogël ,kurse vajzat me moshë më të madhe kanë më tepër sjellje problematike (Tabela 64).

Shikuar për korelacionet, ndaras sipas vendbanimit adoleshentët nga qyteti nuk tregojnë ndonjë korelacion sinjifikativ në rastin e vështirësive emocionale në kampionin klinik (Tabela 65). Kurse adoleshentët nga fshati kanë korelancë sinjifikative pozitive në rastin e moshës dhe të pashpresës. Por ,në kampionin komunitar korelacionet sinjifikative pozitive janë të njëjta sipas vendbanimit (përveç mosha që s'ka korelacion sinjifikativ në asnjërën dhe vetëvlerësimi vetëm në qytet që s'ka) dhe ka dallim vetëm se fuqia e raportit është e nivelit të mesëm tek adoleshentët nga fshati për korelacionin e vetëvlerësimit dhe të pashpresës (Tabela 65). Shikuar për korelacionet ndaras sipas vendbanimit adoleshentët nuk tregojnë asnjë korelacion sinjifikativ në rastin e sjelljeve problematike në kampionin klinik. Adoleshentët nga qyteti tregojnë korelacion sinjifikativ pozitiv në raportin e moshës, vetëvlerësimit dhe të pashpresës, kurse adoleshentët nga fshati kanë korelancë sinjifikative pozitive vetëm në rastin e vetëvlerësimit dhe të pashpresës (Tabela 65). Dhe të

dy këta raporte tek adoleshentët nga fshati kanë fuqi të mesme për dallim nga ata të qytetit që kanë fuqi të vogël raporti.

Ka dallime në korrelacionet, të shikuara sipas grupmoshës në rastin e vështirësive emocionale në kampionin komunitar. Gjinia në tri grupmoshat ka korrelacion sinjifikativ pozitiv, por fuqi të mesme raporti ka vetëm tek adoleshenca e hershme (Tabela 66). Vendbanimi tregon korrelacion sinjifikativ pozitiv vetëm në adoleshencën e mesme. Vetëvlerësimi tregon korrelacion sinjifikativ në adoleshencën e mesme, ndërsa pashpresa vetëm tek adoleshenca e mesme (Tabela 66). Në kampionin klinik në adoleshencën e hershme s'kemi asnjë korrelacion sinjifikativ, kurse tek adoleshenca e mesme vetëm vendbanimi dhe pashpresa kanë korrelacion sinjifikativ (Tabela 66). Vendbanimi sidomos tregon korrelacion sinjifikativ të një fuqie të madhe raporti në adultët e rinj, ku është i vetmi korrelacion sinjifikativ (Tabela 66).

Tabela 66. Paraqitja tabelare e korelacioneve të gjetura sipas kampionive dhe grupmoshës

Grupmosha / Spearman's rho		VËSHTIRËSITË EMOCIONALE		SJELLJET PROBLEMATIKE	
		Komuniteti	Klinika	Komuniteti	Klinika
Adoleshenca e hershme	Gjinia	.355**	-0.09	0.027	-0.057
	Vendbanimi	0.102	-0.03	0.162	-0.278
	Vetëvlerësimi	0.037	0.042	0.129	-0.083
	Pashpresa	0.049	0.178	0.141	0.258
Adoleshenca e mesme	Gjinia	.243**	0.005	-0.013	0.103
	Vendbanimi	.121**	.218*	.135**	0.087
	Vetëvlerësimi	.361**	0.123	.325**	0.035
	Pashpresa	.308**	.265*	.322**	0.036
Adultët e rinjë	Gjinia	.220*	0.393	0.065	0.707
	Vendbanimi	0.147	.878*	0.104	0.422
	Vetëvlerësimi	.432**	0.377	.338**	0.532
	Pashpresa	0.134	0.543	0.085	-0.339

*. $p < 0.05$ niveli (2-drejtimshe).

** . $p < 0.01$ niveli (2-drejtimshe).

Në rastin e sjelljeve problematike adoleshenca e hershme nuk tregon asnjë korrelacion sinjifikativ në ansjërën prej variablave, në ansjërën prej kampionëve (Tabela 66). Në adoleshencë të mesme vendbanimi, vetëvlerësimi dhe pashpresa kanë korrelacione sinjifikative pozitive vetëm tek kampioni komunitar. Tek adultët e rinj i vetmi korrelacion sinjifikativ pozitiv gjendet në rastin e gjinisë dhe vetëm tek kampioni komunitar (Tabela 66).

Ka dallim në mes të vështirësive emocionale dhe sjelljeve problematike sipas vetëvlerësimit të grupuar në bazë të prerjes, ku grupi me vetëvlerësim normal kanë nivel më të lartë të vështirësive emocionale dhe të sjelljes vetëm në kampionin komunitar, por jo në atë klinik (Figura 46, 53, 59 dhe 65).

Ka dallim në mes të vështirësive emocionale dhe sjelljeve problematike sipas pashpresës të grupuar në bazë të prerjes, ku grupi me pashpresë të lartë dhe të mesme kanë nivel më të lartë të vështirësive emocionale dhe të sjelljes vetëm në kampionin komunitar, kurse në kampionin klinik vetëm në rastin e vështirësive emocionale vetëm pashpresa e lartë sinjifikativisht tregon dallim, por jo të sjelljet problematike (Figura 47, 54, 60 dhe 66).

Sa i përket korrelacioneve të gjetura në mes të variablave të varura të vështirësive emocionale dhe të sjelljeve problematike mund të konstatojmë se janë korrelacione sinjifikative pozitive në të gjitha rastet dhe në të dy kampionët me përjashtim të mungesës së sinjifikancës tek adultët e rinj në kampionin klinik. Ka dallime në atë se të shumtën e rasteve fuqia e raportit është e madhe në rastin e kampionit komunitar, kurse e mesme në kampionin klinik; dhe këto dallime vlejné edhe në rastin e gjinisë, moshës dhe vendbanimit.

Krahasimi i gjetjeve të aftësive parashikuese të variablave të pavarura në kampionin komunitar dhe në kampionin klinik.

Gjetjet e bazuara në metodën e regresionit të shumëfishtë standard për mundësitë prashikuese të variablave të vlerave në variablën tjetër janë të ndryshme në kampionin komunitar nga ai klinik. Modeli parashikues nuk është sinjifikativ për sjelljet problematike tek kampioni klinik. Variablat e pavarura tregojnë fuqi parashikuese të ndryshme për variablat e varura sipas kampionit. Gjinia kishte fuqi parashikuese për vështirësitë emocionale (jo për sjelljet problematike) në kampionin komunitar ,por jo në kampionin klinik (Tabela 67). Vendbanimi në kampionin komunitar kishte fuqi parashikuese për vështirësitë emocionale dhe sjelljet problematike kurse në kampionin klinik për asnjërën (Tabela 67). Mosha kishte fuqi parashikuese vetëm për sjelljet problematike në kampionin komunitar (Tabela 67).

Tabela 67. Paraqitja tabelare e krahasimit të aftësive parashikuese të variablave të pavarura për vështirësitë emocionale dhe sjelljet problematike në kampionin komunitar dhe klinike.

Variablat	Vështirësitë emocionale Kom	Vështirësitë emocionale Kl	Sjelljet problematike Kom	Sjelljet problematike Kl
Gjinia	.258*	.002	-.007	-
Vendbanimi	.128*	.158	.160*	-
Mosha	.043	.088	.064*	-
Vetëvlerësimi	.112*	.033	.122*	-
Pashpresa	.272*	.258*	.298*	-
Modeli	R ² =.423, p<.000	R ² =.322, p<.009	R ² =.399, p<.000	Josinjifikativ

Vetëvlerësimi kishte fuqi parashikuese vetëm në kampionin komunitar për sjelljen problematike dhe për vështirësitë emocionale (Tabela 26). Pashpresa kishte fuqi parashikuese për vështirësitë emocionale në të dy kampionët, kurse për problemet në sjellje vetëm në rastin e kampionit komunitar dhe jo në kampionin klinik (Tabela 67).

Aftësia për të bërë dallimin në mes të subjekteve klinike dhe komunitare

Aftësia për të bërë dallimin në mes të subjekteve klinike dhe komunitare të kampionit të përbashkët nga ana e variablave të matura në këtë studim është analizuar me teknikën statistikore Receiver Operating Characteristic (ROC) lakoren, duke e shfrytëzuar hapësirën nën lakore si një tregues të aftësisë diskriminuese. Si një udhërrëfyes për të interpretuar është marrë përcaktimi se hapësira nën lakore duhet të jetë 1.0 për të bërë dallim perfekt dhe 0.5 me saktësi jo më të mirë se shansa (tabela 68).

Nga tabela 68 dhe figura 3 mund të kuptojmë se variabla e vështirësive emocionale dhe e sjelljes kanë aftësi të dobëta të klasifikimit të subjekteve të kampionit në rastet klinike dhe rastet joklinike; kurse variabla e pashpresës dhe vetëvlerësimit nuk e kanë këtë aftësi.

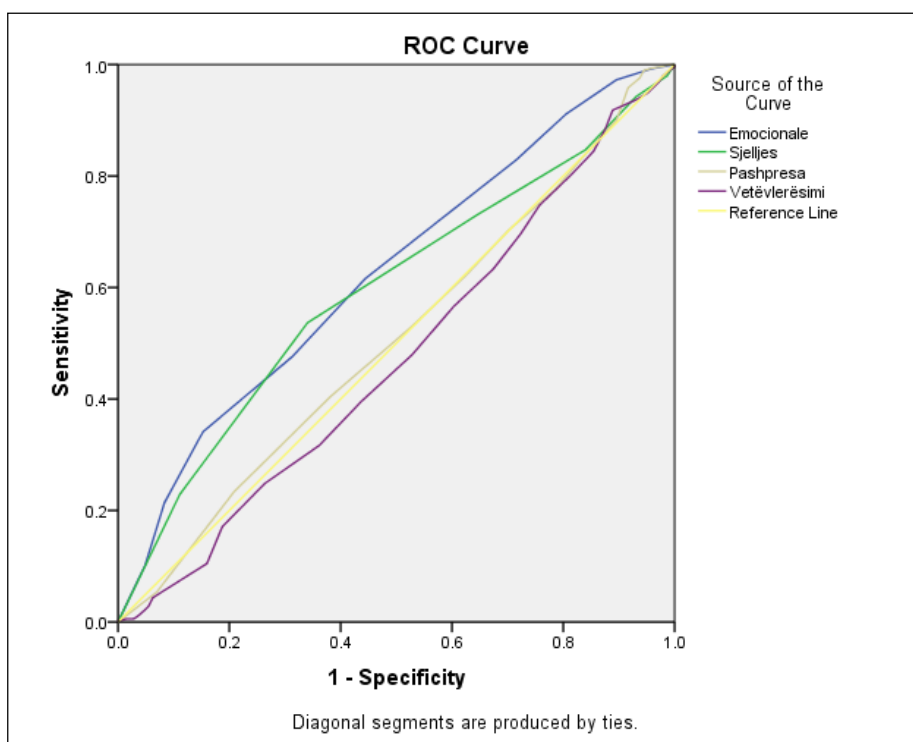


Figura 3. Lakorja ROC e aftësisë për të diskriminuar subjektet klinike dhe komunitare e variablave të vështirësive emocionale, sjelljes, pashpresës dhe vetëvlerësimit.

Tabela 68. Paraqitja tabelare e hapësirave nën lakore e aftësisë për të diskriminuar subjektet klinike dhe komunitare e variablave të vështirësive emocionale, sjelljes, pashpresës dhe vetëvlerësimit

Hapësira nën lakore

Variablat	Hapësira	Gabimi Std. ^a	Sig. asimptotike ^b	Intervali konfidencës 95 %	asimptotik i
				Kufiri i ulët	Kufiri i ulët
Emocionale	.627	.024	.000	.579	.674
Sjelljes	.595	.024	.000	.549	.642
Pashpresa	.508	.026	.749	.457	.559
Vetëvlerësimi	.474	.026	.321	.422	.526

a. Nën supozimin joparametrik

b. Hipoteza zero: hapësira e vërtetë = 0.5

KAPITULLI I VIII :DISKUTIMI I GJETJEVE

Në përgjithësi dy kampionët janë të ndryshëm dhe kanë treguar dallime sinjifikative mes tyre në përbërjen e tyre për nga madhësia, gjinia, vendbanimi edhe për nga mosha. Mospërputhshmëria e kampionëve përkundër asaj se është e rëndësishme nuk ja zbeh vlerën gjetjeve të konstatuara. Sa i përket gjetjeve të fuqive të raportit të vogël në shumicën e rasteve të studimit mund të thuhet se deri diku ato janë të zakonshme dhe të pritshme në literaturën e shkencave sociale (Rosenthal, 1984).

8.1. Gjetjet për variablat e pavarura: vetëvlerësimin dhe pashpresën

Është me interes për të shpjeguar gjetjet e korrelacioneve mes vështirësive emocionale dhe sjelljeve problematike me vetëvlerësimin dhe pashpresën, të hipotetizuar si faktorë rreziku, që ti diskutojmë së pari , gjetjet për variablat e pavarura : vetëvlerësimin dhe pashpresën.

Sa i përket gjetjeve për vetëvlerësimin - nivele më të larta bazuar në vlerën mesatare janë gjetur në kampionin klinik se sa në atë komunitar, por ky dallim nuk është sinjifikativë. Por bie në sy se bazuar në kufi-prerjen e pyetësorit që ka matur vetëvlerësimin 56.9 % në kampionin komunitar dhe 60.4 % në kampionin klinik janë me vetëvlerësim të ulur. Dhe padyshim, kjo gjetje është brengosëse sepse flet për prezencën e një përqindje të lartë të nxënësve me vetëvlerësim të ulur. Nga ana tjetër këto gjetje bëjnë që edhe në këtë studim të mbahet gjallë debati - nëse është vetëvlerësimi i ulur apo vetëvlerësimi i lartë (në rastin e këtij studimi vetëvlerësimi normal) ndikues në nivelin e vështirësive emocionale dhe të sjelljeve problematike. Krahësimi i gjetjeve tona me disa nga studimet e shqyrtuara në punim është me rëndësi në ndriçimin e këtyre rezultateve të mbledhura (Tabela 69 dhe

Tabela 70). Në këtë rast janë krahasuar të dhënat vetëm me studimet për vetëvlerësimin, ku është përdorur Shkalla e Rosenberg e Vetëvlerësimit dhe jo studime me shkallë tjera që e masin vetëvlerësimin. Për të pasur mundësi më të shumta krahasimi i rikalkuluar vlerat e gjetura edhe në variantin, ku pikët notohen nga 1-4 (në variantin tonë kemi notuar nga 0-3) pasi gjetëm më shumë punime me këtë variant notimi. Kështu mesatarja e gjetur e kampionit komunitar 25.08 - është më e ulët se mesatarja e gjetur në studimet tjera, përfshirë edhe një kampion të përafërt të studimit të Fanaj, Fanaj, Poniku, Gashi, Vehbiu, & Morina, (2012) ku ishte 29.06 . Vetëm në rastin e studimit të Joshi & Srivastava (2009) kemi një mesatare më të ulët, e cila është 20.30 dhe në rastin e një e studimit tjetër në vendin tonë Kadriu, Kelpi & Kalyva; (2013); i cili po ashtu ka grupmoshën të përafërt (Tabela 69). Në shumicën e këtyre studimeve mesatarja është rreth 30 e sipër (Schmitt & Allik, 2005) (Tabela 69). Duhet cekur këtu edhe dallime tjera me studimet e shqyrtuara se vlera mesatare e vetëvlerësimit të këtij studimi krahasuar me vëzhgimin ESPAD, 2011, vlerat që kemi gjetur ne janë shumë më të ulëta (25.08 vs. 28.8), ku mosha në vëzhgim ka qenë 15-16 vjeç (Tabela 69). Krahasuar me studimin e Sujoldziç & De Lucia, (2007) kampioni ynë ka vlerë mesatare më të ulët – 25.08; se sa kampioni në Kosovë, Shqipëri dhe Bosnjë i studimit të përmendur. Edhe studimi i Chatard, Selimbegovic, & N’drikonan, (2009) jep një vlerë shumë më të lartë të vetëvlerësimit në Kosovë (Tabela 69). Këto dallime e zbehin pak vlerën e besueshmërisë së pyetësorit përkundër asaj se konsistenca internele e tij tregohet e përafërt në rastin e këtyre studimeve. Duhet pranuar se dallimi në moshën mesatare me këta studime është po ashtu ndër elementet që bien në sy, kjo ka peshë kur kemi parasysh trendet zhvillimore të lëvizjes së niveleve të vetëvlerësimit të cilat janë konstatuar edhe në këtë studim.

Tabela 69. Studimet e shqyrtuara mbi vetëvlerësimin; kampionët komunitarë.

Studimi	Kampioni	Mosha mesatare	Mesatarja	DS
Rusticus, Hubley, & Zumbo, (2004) SHBA	543	22.3	31.9	4.97
Rusticus, Hubley, & Zumbo, (2004) Kanada	1443	22.3	31.0	4.82
Rusticus, Hubley, & Zumbo, (2004) Zelandë e Re	300	21.9	29.9	4.52
Joshi & Srivastava (2009)	400	12-14	20.30	4.5
Overholser, Dalia, Adams, Lehnert, & Brinkman, (1995) (1995) SHBA	288	15.18	30.64	5.84
Gabhainn, & Mullan, (2003) Irlandë	7706	10-17	27.6	4.1
Schmitt & Allik, (2005) Kroacia	-	-	31.94	4.12
Schmitt & Allik, (2005) Greqia	-	-	31.29	4.76
Schmitt & Allik, (2005) Italia	-	-	30.56	4.51
Schmitt & Allik, (2005) Serbia	-	-	33.59	4.99
Schmitt & Allik, (2005) Turqia	-	-	32.14	4.97
Fanaj, Fanaj, Poniku, Gashi, Vehbiu, & Morina, 2012 (Kosovë)	710	16.44	29.06	4.74
Fanaj, (Disertacioni) 2014 (Kosovë)	1075	16.37	25.08	5.13
Sujoldziç & De Lucia, (2007), Shqipëria	320	17.2	30	-
Sujoldziç & De Lucia, (2007), Bosnja	359	17.3	29	-
Sujoldziç & De Lucia, (2007), Kosova	438	16.3	29.5	-
Chatard, Selimbegovic, & N'drikonan, (2009) Kosovë	60	24.61	32.23	-
Kadriu, Kelpi & Kalyva (2014) Kosovë	198	17.2	22.01	3.78
Ruchkin, Eisemann & Hägglöf, (1999) Rusi	103	15	29.75	4.71
Imbach, Aebi, Metzke, Bessler, & Steinhausen, (2013) Zvicërr	125	16.2	27.9	5.35
ESPAD (2011) Kosovë	1958	15-16	28.8	6.7

Shënim: - (Nuk kemi të dhënat)

Po ashtu duhet qartësuar se disa nga këto vlera të krahasuar vijnë nga një studim multinacional mbi vetëvlerësimin (Schmitt & Allik, 2005) (Tabela 69) dhe në këtë rast na mungojnë të dhënat për moshën mesatare të kampionëve, por dihet se shumica e

pjesëmarrësve në këto studime kanë qenë studentë kolegësh të këtyre vendeve, por me siguri moshë më e rritur se sa e studimit aktual (Tabela 69).

Edhe në rastin e krahasimit me studime tjera të vlerës mesatare të kampionit klinik me një kampion tjetër klinik të vitit 2012, me dy kampion me pacient të shtrirë në repart, me një kampion forenzik dhe delikuentët kemi dallime, por më të vogla se në rastin e krahasimit me vlerat në kampionin komunitar (Tabela 70).

Kështu krahasimi me kampionin e studimit të Fanaj, Fanaj, Poniku, Gashi, Vehbiu, & Morina, (2012) na tregon se mesatarja e kampionit së atij studimi ishte pak më e ulët; kurse mesatarja e studimit të Overholser, Dalia, Adams, Lehnert, & Brinkman, (1995), i cili e ka edhe moshën mesatare shumë të përafërt është më e lartë se rezultatet tona (Tabela 70). Kurse krahasimi me një kampion klinik në studimin e Imbach, Aebi, Metzke, Bessler, & Steinhausen, (2013) jep vlera shumë të përafërta, por dukshëm më të ulëta se tek kampioni e tij me raste forenzike (Tabela 70).

Tabela 70. Studimet e shqyrtuara mbi vetëvlerësimin; kampionët klinikë.

Studimi	Kampioni	Mosha mesatare	Mesatarja	SD
Overholser, Dalia, Adams, Lehnert, & Brinkman, (1995), SHBA; me shtrim	254	15.19	29.43	6.81
Fanaj, Fanaj, Poniku, Gashi, Vehbiu, & Morina, 2012 (Kosovë) Klinikë komunitare	57	16	23.57	4.55
Fanaj, (Disertacioni) 2014 (Kosovë) Klinikë komunitare	144	15.25	24.69	5.431
Ruchkin, Eisemann & Häggelöf, (1999) Rusi (delikuentët)	187	16.6	21.71	3.03
Imbach, Aebi, Metzke, Bessler, & Steinhausen, (2013) Zvicër forenzik	125	16.2	26.46	6.26
Imbach, Aebi, Metzke, Bessler, & Steinhausen, (2013) Zvicër klinik	125	16.2	23.95	7.36

Sa i përket besueshmërisë së vlerave të gjetura të vetëvlerësimit mund të konstatohet edhe fakti se është gjetur se grupmosha e adoleshencës së hershme asociohej më shumë sinjifikativisht me nivele normale të vetëvlerësimit, përkundër dy grupeve tjera që asocionin më tepër me nivelet e ulta të vetëvlerësimit. Kjo konfirmon konstatimet e studimeve se vetëvlerësimi është më i lartë në fëmijëri dhe fillon të ulet në adoleshencën e hershme dhe sidomos në adoleshencën e vonshme (Robins, Trzesniewski, Tracey, Gosling, & Potter, 2002; Shaffer & Kipp, 2010; Gray-Little, & Hafdahl, 2000). Grupmosha e adoleshencës së hershme ka dallim sinjifikativ në nivelin e vetëvlerësimit në krahasim me grupmoshat tjera. Ndonëse kjo nuk gjendej edhe te kampioni klinik. Po ashtu edhe sipas gjinisë në kampionin komunitar është i njëjtë ky trend dhe edhe tek femrat në kampionin klinik gjendet i njejtë trend, vetëm tek mashkujt në kampionin klinik nuk kemi këtë trend. Kur jemi tek gjinia nuk kemi gjetur trende të tilla të konstatuara se tek vajzat do kemi rënie të dyfishtë të vetëvlerësimit në krahasim me djemtë (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2009). Një fakt tjetër që mund të ndhmon është ai sa i përket gjinisë, djemtë kishin rezultatet lehtazi më të larta të vetëvlerësimit, por josingjifikative, përkundër studimeve tjera si (Carlson, Uppal & Prosser 2000; DuBois, Burk- Braxton, Swenson, Tevendale & Hardesty, 2002; O'Brien, & Epstein, 1998; Keltikangas-Järvinen, 1990, Sekaran, 1983; Kling, Hyde, Showers & Buswell, 1999; Robins, Trzesniewski, Tracey, Gosling, & Potter, 2002) që kishin gjetur dallime sinjifikative. Kur jemi tek kampioni klinik femrat kanë mesataren lehtazi më të lartë se sa kampioni komunitar.

Gjetjet për vlerësimin padyshim se na shtyjnë të mendojmë për shpjegimet e mundshme të kësaj dukurie. Së pari, niveli më i ulët i vlerës mestare si dhe numri i lartë i rasteve me vetëvlerësim të ulur në të dy kampionët e studimit tonë mund të jetë edhe efekt i problematikës së pyetësorit në aspektin e ndjeshmërisë kulturore të konstruktit që mat. Së dyti, vjen në shprehje edhe nga ana tjetër fakti se ky studim është kryer nga fundi i vitit shkollor, që shoqërohet me tensionet e suksesit dhe mund të jetë faktor që ka ulur vlerësimet për veten. Këto dy konstatime janë shprehur edhe nga autorë të tjerë sipas të cilëve vetëvlerësimi është konstrukt me bazë kulturore që konsiston në të pamurit e vetes në të jetuarit me kontigjencat specifike të vlerave (Crocker & Wolfe, 2001) të cilat janë të nxjerrura nga kultura në përgjithësi por janë të integruara në vështrimin e individualizuar të një personi dhe kjo implikon se duhet të kemi variabilitet të konsiderueshëm ndër kulturat dhe individët në kontigjencat specifike që një individ duhet ti ketë për tu ndjerë i vlefshëm (Pyszczynski, Greenberg, Solomon, Arndt & Schimel, 2004). Në rastin tonë si kontigjenca i shohim tensionet lidhur me suksesin në mësim në fund të vitit shkollor, kur është kryer ky studim. Padyshim se kjo imponon nevojën e hulumtimeve të mëtejshme të vetëvlerësimit në adolehentët kosovarë.

Për të shpjeguar gjetjet për vështirësitë emocionale dhe problemet e sjelljes vlen ti diskutojmë pak më hollësisht edhe gjetjet mbi pashpresën në këtë studim. Bazuar në kufiprerjen e përcaktuar nga autorët e pyetësorit - 21.9 % e pjesëmarrësëve në kampionin komunitar dhe 21.5 % në kampionin klinik janë me pashpresë të lartë; dhe kjo gjetje deri diku është brengosëse. Nga krahasimet me studimet e shqyrtuara ,të cilat e kanë përdorur pyetësorin e njëjtë të pashpresës kemi gjetur se në rastin e kampionit komunitar vlera

mesatare aritmetikore është në mes të këtyre vlerave të gjetura nga ky studim (Abela, Brozina, & Haigh, 2002; Sanislow, Grilo, Fehon, Axelrod, & McGlashan, 2003; Molock, Puri, Matlin, & Barksdale, 2006; Kashani, Reid, & Rosenberg, 1989; Grinberg, 1996; Spirito, Williams, Stark & Hart, 1988) (Tabela 71).

Tabela 71. Studimet e shqyrtuara mbi pashpresën - kampionët komunitarë.

Studimi	Kampioni	Mosha mesatare	Mesatarja	SD
Abela, Brozina, & Haigh (2002)	130	8.9	4.71	2.765
Abela, Parkinson, Stolorow, & Starrs, (2009)	184	12.1	4.2	3.03
Sanislow, Grilo, Fehon, Axelrod, & McGlashan, (2003) (Burg)	81	13-16	4.7	3.5
Molock, Puri, Matlin, & Barksdale, (2006)	212	15.52	3.26	2.63
Grinberg (1996)	268	10.75	3.078	2.296
Kashani, Reid, & Rosenberg, (1989)	210	6-13	3.48	-
Spirito, Williams, Stark & Hart, (1988)	834	13-17	3.7	00.29
Fanaj, (Disertacioni) 2014 (Kosovë)	1039	16.37	3.98	2.945
Fanaj, Fanaj, Poniku, Gashi, Vehbiu, & Morina, 2012 (Kosovë)	761	16.44	2.34	2.61
Staples, Abdel Atti, & Gordon, (2011)	571	13.3	7.6	3.1

Shënim: - (Nuk kemi të dhënat)

Duhet theksuar këtu se mesatarja e moshës në studimin tonë është më e lartë se në shumicën e këtyre studimeve (Tabela 71). Bie në sy edhe një gjetje se ka një nivel më të lartë mesatarja e studimit me mesataren e një studimi të kryer në një mjedis të përafërt në Kosovë në vitin 2012 (Tabela 71). Bazuar në këto dy konstatime mund të themi se niveli i pashpresës tek adoleshentët në Kosovë është i përafërt me të vendeve tjera dhe se duket se ka trende të rritjes që mund të jenë të jetë e kuptueshme, kur kemi parasysh përkeqësimin e

gjendjes ekonomike në vend dhe rënies së cilësisë së jetës. Poashtu tensionet dhe konfliktet interpersonale në situatat e tilla janë të paevitueshme dhe kjo edhe më shumë qonë në vështrimin negativ të së ardhmes. Edhe në rastin e pashpresës mund të ketë efekt fakti se plotësimi i pyetësorëve është bërë në fund të vitit shkollor i përshkruar natyrshëm tek nxënësit me momente të tensioneve ,e pse jo edhe të pashpresës.

Në rastin e kampionit klinik krahasimet me gjetjet e disa studimeve të shqyrtuara na tregojnë se vlera mesatare e pashpresës së këtij studimi është më e ulët se e studimeve tjera të marra për krahasim (Panaite, 2011; Wagner, Rouleau, & Joiner, 2000; Sanislow, Grilo, Fehon, Axelrod, & McGlashan, 2003; Rodriguez & Eden, 2007; Nock & Kazdin, 2002; Kazdin, Rodgers, & Colbus, 1986; Hewitt, Newton, Flett, & Callander, 1997), por është gati e njëjtë me vlerën mesatare të studimit të përafërt në vitin 2012 (Tabela 72).

Tabela 72. Studimet e shqyrtuarambi pashpresën - kampionët klinikë

Studimi	Kampioni	Mosha mesatare	Mesatarja	DS
Panaite (2011)	550, Depresion	11.2	6.26	3.34
Wagner, Rouleau, & Joiner, (2000)	100, Njësi me shtrim	13.38	5.1	3.55
Sanislow, Grilo, Fehon, Axelrod, & McGlashan, (2003)	81 (me shtrim)	-	5.8	4.0
Rodriguez & Eden, (2007)	69 (Sjellja disruptive)	10.33	5.48	3.1
Nock & Kazdin, (2002)	175	6-13	5.0	3.5
Hewitt, Newton, Flett, & Callander, (1997)	66 (me shtrim - pa shtrim)	15.39	8.0	5.01
Kazdin, Rodgers, Colbus, (1986)	262	6-13	5.5	00.5
Fanaj, (Disertacioni) 2014 (Kosovë)	144	15.25	4.24	3.404
Fanaj, Fanaj, Poniku, Gashi, Vehbiu, & Morina, 2012 (Kosovë)	57	16	4.54	3.71

Shënim: - (Nuk kemi të dhënat)

Kjo ka edhe kuptim, kur kemi parasysh se kampionët e studimeve që i shqyrtuam për krahasim janë nga mjedise klinike psikiatrike me shtrim ose me prezencë të çrregullimeve klinike më të shprehura, kurse në rastin e kampionit të këtij studimi çrregullimet psikiatrike janë më të lehta dhe të trajtueshme në komunitet dhe po ashtu një numër shumë i rëndësishëm i rasteve nuk kanë fare diagnozë psikiatrike.

Përkundër vlerës mesatare më të lartë të pashpresës në kampionin klinik në krahasim me kampionin komunitar ashtu siç kemi hipotetizuar; ky dallim nuk është sinjifikativ. Duket se faktorë të tjerë që mund shkaktojnë shfaqjen e çrregullimeve psikiatrike tek fëmijët dhe të rinjtë janë ato që e ndikojnë më tepër kërkim-ndihmën psikiatrike dhe jo pashpresa. Në kampionin komunitar niveli i pashpresës ishte më i lartë tek djemtë se tek vajzat ,tek nxënësit nga fshati dhe tek mosha më e vogël, por ky dallim nuk ishte sinjifikativ për gjininë dhe grupmoshën. Në rastin e gjinisë mungesa e konstatimit për nivel më të lartë pashprese tek femrat nuk shkon me gjetjet nga literatura si (Rosenblum & Lewis, 2003).

Në aspektin e linjës zhvillimore dhe vlerave të gjetura të pashpresës kemi gjetur se ka një dallim në mes të kampionit në komunitet dhe asaj në klinik. Derisa në kampionin komunitar niveli i pashpresës ka trende të rënies me shtimin e numrit të viteve tek kampioni klinik ndodh e kundërta dhe kemi një rritje të shpejtë të pashpresës. Duke e parë sipas gjinisë ky trend është i ngjashëm për të dy gjinitë në rastin e kampionit klinik, por dallon për femrat tek kampioni komunitar, ku gati kemi nivele të njejta pashprese në të tri grupmoshat. Mund të themi se kampioni klinik është më pak homogjen në shpërndarjen e grupmosave dhe si i tillë mund ta ndikon këtë e gjetje.

8.2. Gjetjet për vështirësitë emocionale

Krahasimi me vlerat e raportura në studime të cilat kanë përdorur shkallë të ngjashme matjeje të vështirësive emocionale, është i dobishëm për të mbështetur besueshmërinë e gjetjeve tona; gjithnjë duke konsideruar këtu aspektet e ndryshme kulturore. Vlerat e këtij punimi krahasuar me studimet e shqyrtuara na tregojnë se vlera mesatare e vështirësive emocionale është më e lartë se në secilin punim të shqyrtuar; këtu duhet theksuar se shumica e studimeve të shqyrtuara këtu janë me shumë vlerë për shkak se japin vlera që llogariten normative për vendet, ku janë kryer si Irlandë, Britani, Australi, Zelandë të Re, Greqi, Finlandë, Gjermani, Serbi, Turqi, Bullgari, Kroaci dhe Kinë (Tabela 73). Por, ndonëse janë vlera më të larta përgjithësisht mund të shihet se vlerat e gjetura janë në një rang të kuptueshëm me vlerat e raportuara të këtyre studimeve (Tabela 32). Kur jemi te krahasimet ndërkombëtare edhe në studimin e Shahinit etj. (2014) vlerat e problemeve totale bien në një rang të mesëm krahasuar me vendet tjera si SHBA, Rumania, Polonia, Lituania, Serbia dhe Kroacia. Po të shohim gjetjet e ESPAD, 2011 dhe po të bazohemi në faktin se niveli i depresionit (si një nga treguesit e vështirësive emocionale) tek 16 vjeçarët është në Kosovë më i ulët se i vendeve tjera europeane, vlerat tona janë pak më intriguese (Tabela 73) . Kurse Shala & Dharmo (2013) raportojnë një nivel më të ulët se studimet tjera ndërkombëtare në moshën 1.5 deri 5 vjeçare (Tabela 73). Adoloshentët në Kosovë lënë përshtypje se kanë më shumë vështirësi emocionale se sa disa vende europeane. Nëse na lejohet një hipotetizim , del se megjithatë faktorët kontekstualë , familjarë dhe kulturorë mund të kenë një peshë në këtë gjetje.

Ashtu edhe siç kemi hipotetizuar ka rezultuar me dallime të rëndësishme mes të vlerave të kampionit klinik dhe asaj komunitar, në atë se kampioni klinik ka nivele më të larta të vlerës mesatare të vështirësive emocionale. Edhe në shqyrtimin e literaturës kemi gjetjet e ngjashme (Klasen etj, 2000) (Tabela 73) Ngjashëm me këtë edhe numri i rasteve që rezultuan me nivele abnormale dhe kufitare është më i lartë tek kampioni klinik se sa tek kampioni komunitar. Kjo dihet për faktin se çrregullimet emocionale janë më frekuentet tek rastet klinike dhe arsyeja më e shpeshtë për të cilën referohen. Kështu ishte rasti edhe me kampionin klinik të studimit ku rastet me çrregullime emocionale arrinin në afro 50 % .

Sa i përket gjinisë kemi gjetur se femrat dhe po ashtu nxënësit nga fshati sinjifikativisht më tepër kanë vështirësi emocionale. Për këtë dallim gjinor mund të themi se përmbush hipotezën tonë, dhe po ashtu është konform gjetjeve në literaturë (Wade & Tavis, 2012; Adams & Berzonsky, 2003; Klasen etj, 2000), ndonëse ka studime që nuk e gjejnë këtë (Du, Kou,& Coghill, 2008). Këto gjetje mund të shpjegohen në kuptimin e asaj se femrat kanë dallime në procesin e socializimit, mekanizmave të ballafaqimit, roleve gjinore etj. Në mjedisin kosovarë të njohur për patriarkalizmin e theksuar sidomos vajzat mund të jenë në thumb të presionit dhe duke njohur lëndeshmërinë gjinore ata më lehtë arrijnë të shfaqin vështirësi në sferën emocionale. Por dallimi në rastin e vendbanimit nuk është hipotetizuar. Këto gjetje janë të njëjta me studimin e Shahinit etj. (2014) në rastin e gjinisë, por del e kundërta në rastin vendbanimit , sepse aty mjedisi urban del të ketë vlera më të larta. Shpjegimi i mundshëm se pse pjesëmarrësit nga komuniteti me vendbanim rural raportojnë më shumë vështirësi emocionale mund të jetë nga fakti , se jeta urbane mund të jetë në njëfarë forme pjesërisht mbrojtëse ndaj stresorëve të shumëfishtë në kuptim të

ofrimit të burimeve më të shumta të përmbushjes së nevojave dhe si pasojë edhe tensioni emocional është më i ulët. Por edhe jeta në fshat mund të ketë më tepër stresor të tjerë mjedisor që e bënë më të lehtë shprehjen e vështirësive emocionale. Por ,mendoj se kjo duhet të adresohet në studime tjera.

Po ashtu ka dallim sinjifikativ në faktin se grupmosha e adoleshencës së mesme ka më tepër vështirësi emocionale se sa grupmosha e adoleshencës së hershme, dhe kjo shkon në favor të hipotezës tonë për shtimin e vështirësive emocionale me rritjen e moshës. Ndonëse kjo mund të jetë edhe efekt i faktit se adoleshentët në adoleshencën e mesme e dominojnë kampionin dukshëm. Mosha më e lartë shfaq më shumë vështirësi emocionale edhe në studimin e Shahinit, etj (2014). Por, kur shikojmë për gjininë, vendbanimin, vetëvlerësimin dhe pashpresën, mosha duket se e humb fuqinë e sajë parashikuese; për shkak se nuk del si indikator sinjifikativ në modelin e regresionit. Në rastin e kampionit klinik nuk kemi dallim sinjifikativ sipas gjinisë , vendbanimit dhe grupmoshës. Pak a shumë këtë e kemi hipotetizuar me përjashtim të rastit të gjinisë, ku kemi pritur se edhe në kampionin klinik vajzat duhet të kenë sinjifikativisht më shumë vështirësi emocionale. Edhe në studimet e Klasen, 2000 vajzat në kampionin klinik kanë dallim sinjifikativ.

Vështirësitë emocionale kanë korrelacione pozitive sinjifikative me sjelljet problematike, pashpresën dhe vetëvlerësimin. Por, në rastin e kampionit klinike nuk ka sinjifikativitet me vetëvlerësimin. Korrelacioni pozitiv i vështirësive emocionale me vetëvlerësimin është kundër hipotezës sonë për të dy kampionët, për më tepër as në kampionin klinik nuk gjejmë korrelacion negativ. Kjo është e kundërt edhe me gjetjet e shumta të literaturës si p.sh. Carr

(1999), i cili e llogaritë vetëvlerësimin e ulur si rrezik për çrregullime emocionale, por edhe të sjelljes.

Këto gjetje tona për vetëvlerësimin më tepër shkojnë drejt studimeve të autorëve si (Baumeister, 2006; Dawes, 1994; Leary, 1999; Seligman, 2002; Gerard & Buehler, 2004 etj) që e shohin vetëvlerësimin e lartë të shoqëruar me problemet e shëndetit mendor, përfshi këtu çrregullimet emocionale dhe të sjelljes. Por, është e vështirë të shpjegohet kjo me anë të efekteve maladaptive të vetëvlerësimit për shkak se nga ana tjetër gjysma e pjesëmarrësve në të dy kampionët bie në kufirin e vetëvlerësimit të ulur. Përkundër kësaj pamjeje mendojmë se gjetjet tona mund të jenë produkt i një shtegu pak më të ndryshëm tek kjo gjendje. Kjo mund të shpjegohet me faktin se në mjedisin tonë efektet e shtrirjes së globalizmit janë duke sjellë forcimin e individualizmit tek fëmijët dhe adoleshentët përkundër ekzistencës së vlerave tradicionale dhe patriarkale. Kjo padyshim se ka efekt në një rritje të vlerave të vetëvlerësimit, por edhe në një nivel më të lartë të vështirësive emocionale dhe sjelljeve problematike për shkak të konflikteve të vazhdueshme për të shprehur individualizmin, e pse jo edhe identitetin dhe autonominë ose pavarësinë e tyre. Kjo shkon në vijë edhe me konstruktet e jostabilitetit dhe kontigjencës së vetëvlerësimit, i cili varet edhe nga ndodhitë e përditshme të lidhura me veten personale të një individi (Isomaa, Vaananen, Frojd, Kaltiala-Heino, & Marttunen, 2012). Autorët Kirbiš dhe Flere (2011) kanë gjetur se të qenurit i pavarur shihet si “in” nga të rinjtë Kosovarë më tepër se sa ata slloven, gjerman dhe kroatë dhe se Kosova është më tepër e orientuar kah kultura tradicionale.

Natyrshëm se ky konflikt në vazhdimësi mund të bëjë që niveli i pashpresës të jetë i pranishëm më tepër tek ata të cilët më shumë përfshihen dhe sfidojnë kolektivën. Përballimi me situatat e tilla, ku jo rrallë sjell dështim, zhgënjim dhe dëshpërim patjetër se do të rezultojë edhe me pritje negative, ndjesi pandihmësie dhe pashprese. Po ashtu edhe Beck e sheh pashpresën më tepër si një trajtë jostabile që është subjekt i eskalimit gjatë kohës së trazirave intrapsikike (Kashani, Reid, & Rosenberg, 1989).

Kur bëjmë këto krahasime duhet të kemi parasysh se këto gjetje rezultatesh duhet ti marrim me maturitet për shkak se nuk ka shumë evidenca për ta mbështetur një përgjithësim ndërkombëtar të pyetësorit të përdorur të vetëvlerësimit të Rosenberg (Rusticus, Hubley, & Zumbo, 2004). Heine, Lehman, Markus, dhe Kitayama (1991) kanë argumentuar se koncepti i vetëvlerësimit të shumtën është bazuar në perspektivën amerikano-veriore dhe nuk mundet të përgjithësohet për mjediset tjera sociale dhe kulturore. Shumë studime tjera kanë treguar se nivelet e vetëvlerësimit dallojnë ndër kultura të ndryshme (Schmitt & Allik, 2005; Brown, Cai, Oakes, & Deng, 2009; Farruggia, Chen, Greenberger, Dmitrieva, & Macek, 2009). Edhe në mjediset kosovare padyshim se duhet parë të ketë efekt saktësie e konceptimit të këtij konstrukti. Jo gjithnjë vlerësimi i vetes, kuptohet dhe shprehet ashtu siç e përcakton koncepti perëndimor. Po ashtu rezerva të njëjta mund të shprehen edhe për pyetësin që mat vështirësitë emocionale – SDQ – cili po ashtu nuk është pa ndikime dhe dallime kulturore.

Tabela 73. Studimet mbi vështirësitë emocionale që kanë përdorur SDQ - kampionët komunitarë

Studimi	Kampioni	Mosha mesatare	Mesatarja	DS
Rønning, & Stormark, (2004) (Norvegji)	2028	15-17	2.4	?
Greally, Kelleher, Murphy, Cannon (2010) (Irlandë)	346	11.57	3.46	2.1
Meltzer, Gatward, & Goodman, 2000 (Britani e Madhe)	4228	11-15	2.8	2.1
Mellor, 2005 (Australia)	553	11-17	2.4	2.0
Black, Pulford, Christie, & Wheeler, 2010 (Zelandë e Re)	484	13-17	2.7	2.1
Du, Kou, & Coghill, 2008 (Kinë)	690	11-17	2.3	1.9
Giannakopoulos, Tzavara, Dimitrakaki, Kolaitis, Rotsika, & Tountas, 2009 (Greqi)	1194	13.6	3	2.1
Koskelainen, Sourander, & Kaljonen, 2000 (Finlandë)	1458	13-16	2.9	2.0
Klasen etj. , 2000 (Gjermani)	110	12-13	1.55	1.6
Fanaj, (Disertacioni) 2014 (Kosovë)	1100	16.37	3.78	2.4
Fanaj, Fanaj, Poniku, Gashi, Vehbiu, & Morina, 2012 (Kosovë)	761	16.44	3.29	2.3
Stevanoviç etj. , 2014 (Serbia)	386	16.68	2.7	2.3
Stevanoviç etj. , 2014 (Turkey)	280	16.16	3.3	2.3
Stevanoviç etj. , 2014 (Bulgaria)	265	15.33	2.5	2.2
Stevanoviç etj. , 2014 (Croatia)	293	16.19	2.4	2.1

Për vlerën mesatare të kampionit klinike kemi arritur të gjejmë vetëm një studim për ta shqyrtuar (Klasen, etj. 2000) dhe kemi gjetur se vlera mesatare e punimit tonë është më e lartë, por është më e ulët se sa e një punimi tjetër të kryer më herët dhe me kampion më të vogël në Kosovë (Tabela 74). Studimi i Klasen etj (2000) ka përfshirë rastet nga tri qendra klinike psikiatrike në Gjermani (Tabela 74).

Tabela 74. Studimet mbi vështirësitë emocionale, që kanë përdorur SDQ - kampionët klinikë.

Studimi	Kampioni	Mosha mesatare	Mesatarja	DS
Klasen etj. , 2000 (Gjermani)	163	-	3.85	2.5
Fanaj, (Disertacioni) 2014 (Kosovë)	144	15.25	4.98	2.557
Fanaj, Fanaj, Poniku, Gashi, Vehbiu, & Morina, 2012 (Kosovë)	57	16	5.24	2.43

8.3. Gjetjet për sjelljet problematike

Duke qenë se përdorëm nënshkallën e sjelljeve problematike vetëm me tre item , kjo na ka kufizuar në mundësinë e krahasimit të gjetjeve me studimet e tjera , pasi nuk gjetëm ndonjë studim për të shqyrtuar , ku është përdorur versioni i nënshkallës së sjelljeve problematike të pyetësorit me tre tregues. Rønning, & Stormark, (2004) po ashtu ka pasur probleme të ngjashme me këtë nënshkallë. Edhe Du, Kou, & Coghill, (2008) po ashtu ka raportuar konsistencë të ultë interne të kësaj nënshkalle. Në një studim tjetër sidomos kjo nënshkallë ishte problematike për djemtë (Koskelainen, Sourander, & Kaljonen, 2000).

Por, megjithatë disa gjetje mund të krahasohen dhe diskutohen. Ashtu siç kemi hipotetizuar niveli i sjelljeve problematike është sinjifikativisht më i lartë në kampionin klinik se sa në kampionin komunitar. Kjo është e kuptueshme edhe në përputhje me të gjitha shqyrtimet e literaturës dhe studimeve.

Sa i përket gjinisë kemi gjetur, se djemtë më tepër kanë probleme me sjelljen dhe po ashtu nxënësit nga fshati , por kjo është sinjifikative vetëm për vendbanimin dhe atë vetëm në kampionin komunitar. Në rastin e gjinisë nuk konfirmohet hipoteza jonë për nivel më të

lartë të sjelljeve problematike për djemtë në kampionin komunitar; po ashtu nuk konfirmohet edhe hipoteza për vendbanimin urban me më shumë sjellje problematike. Këto gjetje janë të kundërta me studimin e Shahinit etj. (2014) në rastin e gjinisë, dhe në rastin vendbanimit sepse aty mjedisi urban del të ketë vlera më të larta. Ky dallim mund të shpjegohet për shkak të dallimeve metodologjike të qasjes ndaj kampionit dhe mund të duhen studime tjera për ti hulumtuar në të ardhmen këto gjetje. Por, kjo gjetje është si në studimin Shala & Dharmo, 2013; ndonëse në një grupmoshë 1.5-5 vjeç dhe bazuar në raportimet e prindërve të fëmijëve. Ndonëse ka studime që nuk e gjejnë këtë (Du, Kou, & Coghill, 2008) mos dallim gjinor në nivelin e sjelljeve problematike; në të njejtën vijë edhe Bongers, Koot, Van der Ende, & Verhulst (2003) thekson se dallimi gjinor vjen duke u përafruar në adoleshencë. Moshat më të rritura po ashtu sinjifikativisht tregojnë vlera më të larta të sjelljeve problematike – natyrshëm sepse adoleshentët me rritjen krijojnë përshtypjen se munden dhe kanë të drejtë në individualitetin dhe kjo bën që ti rrisin shpërthimet problematike.

Kemi gjetur një dallim sinjifikativ në faktin se rezultate më të larta të sjelljeve problematike tregojnë grupmosha e adoleshencës së mesme. Kjo gjetje është e ngjashme me gjetjen në studimin e Shahinit etj. (2014), por aty konstatohet se kjo nuk ndodhte në 6 vendet tjera që merreshin si krahasim.

Edhe vëzhgimi ESPAD, 2011 gjen tek djemtë më shumë sjellje problematike. Është e njohur se matja dhe vlerësimi i problemeve të sjelljes mund të ndikohet nga faktorët kulturorë dhe varen nga etniciteti (Spencer, Fitch, Grogan-Kaylor, & McBeath, 2005). Mund të konstatohet se sjelljet problematike raportohen më shumë nga adoleshentët më të vjetër (më specifikisht adoleshenca e mesme) që jetojnë në fshat. Por, këtu duhet të kemi

parasysh se kur ekzaminojmë korrelacionet ndaras sipas grupmoshës ky model është shumë më i mirë në adoleshencën e mesme sesa në të hershmen dhe të vonshmen (pa gjetje sinjifikative). Ndonëse kjo mund të jetë edhe efekt i faktit se adoleshentët në adoleshencën e mesme e dominojnë kampionin dukshëm. Po ashtu analiza ka treguar gjetje të korrelacioneve të ndryshme për mjedisin urban dhe rural, duke sugjeruar se karakteristikat si grupmosha dhe vendbanimi mund të jenë mjaft të rëndësishme për tu konsideruar në kuptimin e problemeve të sjelljes dhe përcaktuesve të tyre.

Gjetjen në kampionin klinike që kanë të bëjnë me gjininë, vendbanimin dhe grupmoshën nuk janë sinjifikative. Ndryshe nga gjetja jonë në studimin e Klasen etj., 2000 edhe në kampionin klinik djemtë kanë sinjifikativisht më tepër sjellje problematike.

Sjelljet problematike kanë korrelacione sinjifikative me vështirësitë emocionale, pashpresën dhe vetëvlerësimin. Ashtu siç është hipotetizuar në këtë rast korrelacionet janë pozitive , por sërish raporti me vetëvlerësimin i cili nuk është negativ e hedh poshtë hipotezën tonë për rastin e vetëvlerësimit, sepse del e kundërta ; niveli i lartë i vetëvlerësimit është i shoqëruar me nivel më të lartë të sjelljeve problematike. Por në rastin e kampionit klinike sjellja problematike ka korrelacion sinjifikativ vetëm me vështirësitë emocionale.

Gjetjet se vetëvlerësimi i lartë është i shoqëruar me më shumë probleme të sjelljes është në vijë me hulumtimet e kësaj fushe, që sugjerojnë shpjegime në terme të egoizmit dhe narcisizmit (Baumeister, 2006; Dawes, 1994; Leary, 1999; Seligman, 2002; Gerard & Buehler, 2004 etj). Nga ana tjetër gjetjet e studimit nuk indikojnë gjetje të nivelit të lartë të vetëvlerësimit (52 % kanë vetëvlerësim të ulur) që mund ta përkrahë këtë shpjegim për

nivelet maladaptive të vetëvlerësimit (Baumeister, Gailliot, DeWall, & Oaten, 2006; Dawes, 1994; Leary, 1999; Seligman, 2002; Gerard & Buehler, 2004 etj). Një shpjegim alternativ mund të jetë fakti se vetërespekti është duke u rritur për shkak të përforsimit pozitiv nga sjelljet agresive ose violente (p.sh., Menon, Tobin, Corby, Menon, Hodges, & Perry, 2007) të cilat mund të sjellin rezultatete imediate në përfitimin e favoreve. Kjo shkon në vjë edhe me konstruktet e jostabilitetit dhe kontigjencës së vetëvlerësimit, i cili varet edhe nga ndodhitë e përditshme të lidhura me veten personale të një individi (Isomaa, Vaananen, Frojd, Kaltiala-Heino, & Marttunen, 2012). Ky shpjegim mund të jetë më i pranueshëm në një kontekst specifik si Kosova ,ku nga një anë vlerat tradicionale janë duke u përforsuar ende dhe po ashtu vlerat globale janë duke i joshur. Në këtë perspektivë ato që janë duke u identifikuar si sjellje problematike munden që aktualisht të prezantojnë një konflikt në vazhdimësi të adoleshentëve në mes të tradicionalizmit dhe modernizmit në një sforcim për të formuar identitetin e tyre. Mund të pranojmë se për momentin ky është vetëm një spekulim dhe hulumtime të tjera janë të nevojshme për të gjetur konkludime solide. Ngjashëm dhe duket me të drejtë Beck dhe Beck-Gernsheim (2002), duke adresuar konceptin e individualizimit, argumentojnë se është tipike për të rinjtë sot që “refleksivisht” i trasojnë rrugët e tyre individuale dhe se ky individualizim refleksiv është bërë krucial për të jetuarit në stadin e modernizimit.

Gjetjet se vetëvlerësimi nuk ka ndikim sinjifikativ në zhvillimin e problemve të sjelljes dhe emocionale në kampionin klinik është intrigues. Këtu marrim parasysh dy fakte. E para, në literaturë edhe ashtu ka gjetje kontradiktore për lidhjen mes vetëvlerësimit dhe problemeve të sjelljes (Imbach, Aebi, Metzke, Bessler, & Steinhausen, 2013) dhe poashtu studimet e

Sarris, Winefield & Cooper (2000); Bynner, O'Malley & Bachman (1981); McCarthy & Hoge (1984); Jang & Thornberry, (1998) nuk kanë gjetur lidhje mes këtyre dy variablave. E dyta, mund të spekulohet në rastin e tillë se faktorët jo personal si familja dhe konteksti socio-kulturor janë më të rëndësishëm në zhvillimin e psikopatologjisë së fëmijëve dhe rinjëve. Bazuar në modelin biopsikosocial të zhvillimit të problemit të sjelljeve (Dodge & Petit, 2003) hulumtimet kanë gjetur të rëndësishme një shkallë të caktuar të trashëgimisë (Eley, Lichenstein, & Stevenson, 1999; Taylor, Iacono, & McGue, 2000) të një varg karakteristikash individuale (impulsiviteti, temperamentit) (Cadoret, Yates, Troughton, Woodworth, & Stewart, 1995; Miles & Carey, 1997). Në nivelin familjar është statusi socio-ekonomik (Bradley & Corwyn, 2002), divorci (Amato, 2001), konfliktet mes prindërve (Davies & Windle, 2001), normat kulturore lidhur me ashpërsinë e disiplinimit fizik të fëmijëve dhe ekspozimin në këta mënyra (Straus, 1994), shëndeti mendor i nënave, përdorimin e substancave nga nënat, statusin e ulët socioekonomik, të funksionuarin si familjarë të varfër dhe mbikqyrjen e varfër prindërore (Moffitt, 2002; Moffitt, 2006; Nagin & Tremblay, 2001; Weissman, Warner, Wickramaratne, & Kandel, 1999) . Poashtu, përvojat e hershme jetësore të lidhura me prindërit, moshatarët dhe mjedisin social (psh. shkolla) (Dodge & Petit, 2003) dhe refuzimi social i fëmijëve nga moshatarët (Laird, Jordan, Dodge, Pettit, & Bates, 2001) gjenden si faktorë ndikues. Edhe në rastin e vështirësive emocionale mund të themi se faktorë tjerë në rastet klinike mund të jenë më vendimtarë si psh. nga gjetjet e literaturës llogariten komponentët e temperamentit si ndrojtja (inhibimi bihejvioral) dhe emocionaliteti negativ që janë gjetur si faktorë rreziku (Gilliom & Shaw, 2004; Mathiesen & Sanson, 2000; Mun, Fitzgerald, Von Eye, Puttler, & Zucker, 2001; Leve, Kim, & Pears, 2005; Rothbart & Bates, 1998); pastaj

faktorët që kanë të bëjnë me mjedisin familjar dhe prindërimin (atashimi i pasigurtë, konfliktet familjare, refuzimi dhe armiqësia prindërore, mungesa e ngrohtësisë prindërore, kujdesi dhe përkrahja prindërore joadekuate) janë gjetur se shoqërohen me problemet internalizuese në fëmijëri dhe adoleshencë (Zahn–Waxler, Klimes–Dougan, & Slattery, 2000); frustracionit dhe disiplinës jokonsistente të prindërimit (Lengua, 2008); perceptimet e fëmijëve për karakteristikat e prindërimit (refuzimin, tejmbrojtjen dhe favorizimin) (Richters, 2010) për të vazhduar me mungesën e përkrahjes sociale si dhe rrethanat tjera familjare të pakëndshme si faktorë kontekstualë të lidhur me zhvillimin dhe përmbajtjen e problemeve emocionale tek fëmijët dhe adoleshentët (Essex, Klein, Cho & Kraemer, 2003; Leech, Larkby, Day, & Day, 2006; Ge, Natsuaki, & Conger, 2006; Shiner & Marmorstein, 1998; Silberg etj., 1999).

Nga ana tjetër gjetjet për pashpresën janë në vijë me hulumtimet e fushës, që kanë identifikuar këtë konstrukt të përfshirë në problemet e sjelljes (Farran, Herth, & Popovich, 1995; Bolland, 2003; Valle, Huebner, & Suldo, 2006) . Kështu, pritjet për dështim ose mungesa e pritjeve positive për të ardhmen (p.sh., Boniwell & Zimbardo, 2003; Jamieson & Romer, 2008; Keeley, Wright, & Condit, 2009) duket të jenë të rëndësishme për ti adresuar posaçërisht në mjedisin shkollor sipas studimeve të lartëcekura . Në vijë me sugjerimet e Pinto, Whisman, & Conwell, (1998) mund të jetë me rëndësi që të dizajnohen intervenime të bazuara në shkollë , që adresojnë këtë problematikë .

8.4.Parashikimi i nivelit të vështirësive emocionale dhe të sjelljeve problematike

Parashikimi i vështirësive emocionale është i mundur në rezultatet e gjetura në studim në të dy kampionët përkundër ca dallimeve. Në kampionin komunitar në një variancë 17 % gjinia, vendbanimi, vetëvlerësimi dhe pashpresa kanë fuqi parashikuese; kurse në kampionin klinik në një variancë 7 % , vetëm pashpresa ka fuqi parashikuese. Nga kjo del se pashpresa është faktor risku më konsistent në parashikimin e nivelit të vështirësive emocionale, kurse vetëvlerësimi mbetet i tillë vetëm tek kampioni komunitar. Duket se në kampionin klinik vetëvlerësimi dhe pashpresa më pak janë kontribues dhe kjo e ka shpjegimin në faktin se rastet e referuara klinike mund të mos e pasqyrojnë gjendjen reale të psikopatologjisë në rastin e studimit ,sepse vijnë vetëm nga një klinikë komunitare e një qyteti të Kosovës, edhe ashtu një pjesë e mirë e rasteve nuk u arrit përcaktimi i prezencës ose jo të çrregullimit psikiatrik për shkak se pas një seance vlerësimi ata e kanë braktisur vazhdimin e procesit vlerësues. Po ashtu , një shkak tjetër mund të jetë se në një çrregullim klinik mund të japë efekt në faktorë të shumëfishtë biopsikosocialë, të cilët e mbysin efektin e konstrukteve si vetëvlerësimi.

Edhe parashikimi i sjelljeve problematike është i mundur në rezultatet e gjetura në studim në të dy kampionët përkundër ca dallimeve. Në kampionin komunitar në një variancë 15 % mosha, vendbanimi, vetëvlerësimi dhe pashpresa kanë fuqi parashikuese; kurse në kampionin klinik modeli nuk ka sinjifikancë. Nga kjo del se vetëvlerësimi dhe pashpresa janë faktor risku në parashikimin e nivelit të sjelljeve problematike në kampionin komunitar, por nuk janë të tillë në kampionin klinik. Kjo gjetje e josinjifikancës së modelit mund të shpjegohet edhe me faktin se sjelljet problematike të matura me anë të këtij pyetësoi të përdorur nuk janë edhe shumë karakteristike ose specifike për çrregullimet

klinike që kemi hasur në kampionin klinik dhe si të tilla nuk japin impakt të nivelit deri parashikues.

Për ta përmbledhur vetëvlerësimi dhe pashpresa janë faktorë risku në zhvillimin e vështirësive emocionale dhe të sjelljeve problematike në kampionin komunitar, por nuk e arrijnë një fuqi të tillë në rastin e kampionit klinik ku fuqi parashikuese ka vetëm pashpresa . Kjo d.m.th. se pjesërisht është konfirmuar hipoteza jonë. Por është me rëndësi të theksojmë këtu se kampioni komunitar është më i madh dhe mund të themi më reprezentativ, dhe po ashtu koncepti i risk faktorit shihet si i tillë dhe më në element në komunitet ,sesa në rastet klinike që edhe ashtu janë në aspektin e reprezentativitetit më parciale për popullatën klinike . Mund të pajtohemi se më e drejtë është të përmbledhim se këto gjetje mbështesin vështirimin për vetëvlerësimin si tregues rreziku (risk marker) (Boden, 2011), që mund ta vendosim edhe për pashpresën.

8.5.Aftësia diskriminuese e variablave në mes të subjekteve klinike dhe komunitare dhe të problematikës internalizuese dhe eksternalizuese në kampionin klinik.

Bazuar në aftësitë diskriminuese del se variabla e vështirësive emocionale dhe e sjelljes kanë aftësi të dobëta të klasifikimit të subjekteve të kampionit në rastet klinike dhe rastet joklinike; kurse variabla e pashpresës dhe vetëvlerësimit nuk e kanë këtë aftësi. Edhe në studime tjera është raportuar se pyetësi SDQ ka pasur validitet diskriminues në rastet me çrregullime nga ato pa çrregullime (Goodman, 2001). Nga kjo del se një prezencë e vështirësive emocionale dhe të sjelljes të matura nga SDQ e ndihmon identifikimin e

rasteve që mund të kenë të nevojshme dhe të kërkojnë trajtim psikologjik / psikiatrik . Kjo mund ta ndihmon referimin e hershëm të këtyre rasteve.

Po ashtu kuptojmë se variabla e vështirësive emocionale, e sjelljes, e pashpresës dhe vetëvlerësimit nuk e kanë aftësinë e klasifikimit të subjekteve të kampionit klinik në rastet me çrregullime emocionale (internalizuese) nga ato pa çrregullime emocionale; dhe në rastet me çrregullime të sjelljes (eksternalizuese) nga rastet pa çrregullime të sjelljes.

8.6.Kufizimet e punimit

Ky studim ka edhe kufizimet e veta. Është e njohur se pyetësorët në vetvete kanë kufizimet e veta lidhur me specifikën dhe sensitivitetin e tyre. Përdorimi i pyetësorëve nuk është i mjaftueshëm për të njohur këto konstrukte psikologjike të marra në shqyrtim këtu, edhe ashtu “vetëvlerësimi është diçka që vështirë matet” (Miell, 1995). Kur jemi te pyetësorët , po ashtu doli problematike nënshkalla që maste sjelljet problematike e SDQ ,e cila tregonte nivele të ulëta të konsistencës internele si e ndarë nga i tërë pyetësori. Kjo bëri që të largojmë dy komponente të pyetësorit që patjetër se i zbeh gjetjet në këtë variabël dhe poashtu na pamundësoi përdorimin e disa teknikave statistikore të dobishme për studimin.

Një kufizim paraqet edhe fakti se tek kampioni në komunitet nuk kishim mundësi tjetër të njohim gjendjen e tyre reale psikologjike dhe të shëndetit mendor, sepse nuk aplikua vlerësimin klinik nga psikiatër apo psikologë për rastet, por as në ndonjë numër rastesh të zgjedhura rastësisht. Kjo do të na mundësonte një krahasim më të mirë me rastet klinike , por edhe verifikim të fuqishëm të lidhshmërisë së gjetur. Sidomos kjo del më e

dëshirueshme kur kemi parasysh gjetjet në kampionin klinik të cilat nuk janë në linjë me ato të kampionit komunitar në sinjifikativitetin e treguar.

Kufizim është edhe fakti se të gjithë përbërësit e kampionit janë të nacionalitetit shqiptar, d.m.th nuk kemi përfshirë edhe adoleshentët nga nacionalitetet tjera që jetojnë në Kosovë e sidomos në qytetin e Prizrenit.

Po ashtu kampioni klinik nuk është gjithëpërfshirës për shkak se janë përfshirë vetëm rastet që referohen në një shërbim; e dihet se edhe shumë raste tjera përfundojnë edhe në shërbime të ngjashme në vend si Qendra të Shëndetit Mendor në Bashkësi, Reparte Pediatrike ose edhe Reparte Psikiatrike për të rritur.

Kampioni klinik nuk është përfaqësues, sepse edhe diagnozat e hasura në kampionin e synuar nuk janë plotësisht të njëjta me tabllon e tyre reale që mund të haset në popullatë. Disa raste të përfshirë në kampion kanë ngelur në fazën e vlerësimit d.m.th. të padiagnostikuara për shkak se sipas praktikës disa nga ata nuk janë të rregullt deri në fund të fazës së vlerësimit.

Një kufizim është edhe fakti ,se nuk kishim mundësinë e pasjes së informantëve të tjerë psh. mësues, prindër, moshatarë etj. të cilët do të na jepnin inpute me vlerë në shtimin e vërtetësisë të rezultateve të fituara.

KAPITULLI I IX : PËRFUNDIME DHE REKOMANDIME

Përkundër asaj se kemi mjaft rezultate të ndryshme në mes kampionit komunitar dhe atij klinik disa gjetje japin kuptim të vlefshëm për problematikën e studiuar. Premisa e tillë mbështetet në faktin se kemi rezultate të prodhuara nga pyetësorët që janë të përafërta me të shumë studimeve në vende tjera të rajonit dhe botës.

Një nivel pakëz më i lartë i vështirësive emocionale është vërejtur në kampionin komunitar në krahasim me nivelet e gjetura në studimet e shqyrtuara. Duke pasur parasysh ndjeshmërinë dhe specifikat kulturore, por edhe aspektet e pyetësorëve është e vështirë të konstatohet se në Kosovë kemi më tepër vështirësi emocionale se në vendet tjera. Kjo mund të vlejë edhe për faktin se një nivel pakëz më i lartë i sjelljeve problematike është konstatuar në kampionin komunitar.

Konfirmimi i gjinisë si faktorë rreziku për vështirësitë emocionale (jo për sjelljet problematike) në kampionin komunitar ndonëse jo në kampionin klinik tregon vulnerabilitetin e gjinisë femërore për vështirësitë emocionale e njohur kjo shumë shpesh nga literatura. Kjo bën që programe intervenuese me theks në gjininë janë të dobishme për tu pasur prasysh. Nga ana tjetër të rastet e mostrës klinike gjinia nuk arrin këtë fuqi parashikuese. Vendbanimi tregon fuqi parashikuese për vështirësitë emocionale dhe sjelljet problematike në kampionin komunitar. Përkundër mendimit tonë se elementet e kulturës patriarkale janë më të fuqishme në mjediset rurale dhe efektit ndërthurës në këtë rastë, imponohet që në adresimet e ardhshme psikosociale të fokusuara në adoleshencë vendbanimet rurale kërkojnë vëmendje më të shtuar.

Adoleshenca e mesme (mosha 15-18 vjeçare) del të jetë periudha, kur sinjifikativisht më shumë shtohet niveli i vështirësive emocionale dhe sjelljeve problematike. Pa dyshim kjo implikon një ndjeshmëri dhe hershmëri të ndërhyrjeve të gjera të natyrës emocionale, sociale, edukative për të zbutur efektet, që prodhohen nga kjo periudhë transicionale zhvillimore në individin dhe që mund të interferojnë me një trajektore zhvillimore të dëshirueshme në kuptim të një niveli sa më të vogël të problemeve në moshën e rritur.

Nuk ka dallime sinjifikative në nivelet e vetëvlerësimit dhe pashpresës në mes të dy kampionëve. Por nga ana tjetër vetëvlerësimi dhe pashpresa janë treguar si përcaktues të rëndësishëm dhe arrijnë nivelin si faktorë risku në zhvillimin e vështirësive emocionale dhe të sjelljeve problematike në kampionin komunitar, por në rastin e kampionit klinik vetëvlerësimi nuk e arrinë një fuqi të tillë. Gjetjet se vetëvlerësimi nuk ka ndikim sinjifikativ në zhvillimin e problemve të sjelljes dhe emocionale në kampionin klinik është intrigues. Këtu marrim parasysh dy fakte. E para, në literaturë ka gjetje kontradiktore për lidhjen mes vetëvlerësimit dhe problemeve të sjelljes. E dyta, mund të spekuojmë se mbase faktorët individual si vetëvlerësimi i cili nuk është një konstrukt stabil në moshën e adoleshencës është më pak i rëndësishëm në kampionin klinik për shkakun se faktorët tjerë familjarë dhe social janë më të shprehur në zhvillimin e psikopatologjisë së fëmijëve dhe të rinjëve. Në faktorë të tillë llogariten trashëgimia, temperamenti, statusi socio-ekonomik, divorcet, konfliktet mes prindërve, shëndeti mendor i nënave, përvojat e hershme jetësore problemet me moshatarët dhe mjedisin social (psh. shkolla), prindërimi (konfliktet familjare, refuzimi dhe armiqësia prindërore, mungesa e ngrohtësisë prindërore, kujdesi dhe

përkrahja prindërore joadekuade) etj. Kjo shtron nevojën e ekzaminimit të ndikimit të këtyre faktorëve në mjedisin kosovarë në hulumtime më gjithëpërfshirëse.

Është e qartë se adoleshentët kosovarë të rritur në një kulturë tradicionale –kolektiviste ku individi duhet së pari të brengoset për tu përshtatur individualisht, ti përkasë dhe të bëhet pjesë e një raporti social relevant (Kitayama, Markus, Matsumoto, & Norasakkunkit, 1997) konfliktohen me vlerat individualiste të cilat janë duke u imponuar fuqishëm nga rrjedhat globaliste. Një përqindje e lartë e kampionit me vetëvlerësim të ulur e konfirmon këtë sepse është në linjë me gjetjet se kulturat kolektiviste kanë shpesh vlera më të ulta të vetëvlerësimit (Chiu, 1993). Megjithatë është me vlerë të theksojmë se ndikimi funksional i vlerave pozitive të vetëvlerësimit mund të dallojë në mes të kulturave (Church, 2001).

Gjetjet tona janë të fuqive të raportit të vogël ,sëmundje nga e cila, vuajnë zakonisht studimet në shkencat sociale. Ndoshta këtu duhet kujtuar se një numër hulumtuesish kanë argumentuar se fëmijëria dhe rinia nuk mund të kuptohen si një periudhë unike (Aries, 1962) dhe se të rinjtë nuk mund të konsiderohen si një grup special, homogjen social.

Padyshim ,shtrohet nevoja për një hulumtim të mëtejshëm të këtyre konstrukteve psikologjike duke adresuar në mënyrë më të ndjeshme edhe aspektet etnike dhe kulturore të Kosovës për të prodhuar një njohje më reale dhe përvijuar më besueshëm implikimet. Edhe faktori kulturor duket se jep këtu efektet e veta; dihet se në Kosovë, në shumë mjedise ende kemi një mënyrë tradicionale të rritjes së fëmijëve të themi patriarkale dhe nga ana tjetër kemi një depërtim në rritje të zhvillimeve globale ;teknologjia, identifikimi me modelet etj; këto porosi të dyfishta duket se ndikojnë në zhvillimin e vetëvlerësimit dhe pashpresës dhe

raportin e tyre me vështirësitë emocionale dhe sjelljet problematike. Është e pranuar se brenda kornizës zhillimore kultura fuqishëm e formëson mjedisin në të cilin fëmijët zhvillohen, e cila si pasojë mund të sjell deri tek specificitetet në të shprehurit e shëndetit mendor tek grupet e ndryshme kulturore (Nikapota & Rutter,2008).

Ky është studimi i parë i këtij lloji në Kosovë që përshkruan gjendjen psikologjike të adoleshentëve në një këndvështrim zhvillimor duke matur dhe njohur vështirësitë emocionale, sjelljet problematike, vetëvlerësimin dhe pashpresën. Këto konstrukte, pa dyshim janë me peshë të madhe në parashikimin e zhvillimit të shëndoshë të adoleshentëve dhe ardhmërinë e tyre.

Gjetjet e studimit për këta elementë janë të dobishme për të ndërtuar një tablllo psikologjike për zhvillimin dhe statusin psikologjik të adoleshentëve duke evidentuar vështirësitë prezentuese të tyre në këtë fazë të ndjeshme jetësore. Matja dhe krahasimi i këtyre komponentave në dy kampion të ndryshme hedh më tepër dritë në ndërlidhjen e faktorëve të ndryshëm predisponues, precipitues ose përmbajtës, në shfaqjen e vështirësive emocionale tek adoleshentët ,ose edhe të sjelljeve problematike që mund të jenë paraprirëse të çrregullimeve të shëndetit mendor në moshën e rritur.

Inpute të reja përvijohen në këtë studim për studiuesit nga fusha e psikologjisë, sociologjisë, edukimit, etj, në njohjen më për së afërmi të kësaj problematike. Analiza të tjera nga këndvështrime dhe teori të ndryshme do të gjejnë bazamentin e shqyrtimeve dhe rishqyrtimeve. Palët e interesuara do kenë shtytje të angazhohen në programe efektive për gjeneratat e reja në përmirësimin ose të zvogëlimit të nivelit të pashpresës. Politika ose

ndërhyrje me karakter përforcues ose suportiv në këtë fazë zhvillimore kruciale do bëhen të arsyeshme.

Klinicistët do marrin parasysh dhe do të vetëdijesohen për lidhjet në mes të këtyre dy komponenteve me çrregullimet psikologjike. Ndërtimi i një tabloje të tillë të synuar e lehtëson dhe shton vetëdijesimin e profesionistëve të shëndetit mendor për problemet prezente tek adoleshentët, ndërlidhjen e tyre me shëndetin mendor të tyre si dhe me arritjet akademike të tyre. Është e qartë se shenjat e para të vështirësive emocionale dhe të sjelljes duhen adresuar herët dhe atë duke qenë të ndjeshëm për kontekstin kulturor dhe nivelin zhvillimor të fëmijëve dhe adoleshentëve. Nga ana tjetër mungesa e fuqisë parashikuese të faktorëve si gjinia, vendbanimi, mosha dhe vetëvlerësimi vetëm në kampionin klinik reflekton nevojën e replikimit të këtyre gjetjeve sfiduese të këtij studimi dhe në ngritjen e hipotezave për atë se cilët mund të jenë ko-faktorët moderues ose shkaktues tjerë tek rastet klinik.

Gjetjet mbi nivelin e lartë të vështirësive emocionale, pastaj sjelljen problematike , vetëvlerësimin e ulur dhe pashpresën e lartë në një pjesë të konsiderueshme të mostrës implikojnë nevojën e studimit të mëtejshëm dhe më të fokusuar të këtyre elementeve, duke pasur parasysh gjithnjë dizajne më të përshtatshme dhe mostra më reprezentative.

Pa dyshim studime të natyrës longitudinale do të ishin me interes për të parë trajektoret zhvillimore dhe shpjeguar dallimet e mundshme në trendet mes gjinive, vendbanimit dhe grupmoshës.

Po ashtu ,studime të tjera që marrin parasysh faktorët specifikë kulturorë janë shumë të domosdoshme, sidomos në konstrukte si vetëvlerësimi i cili është parë me shumë dallime ndërkulturore dhe ndëretnike në hulumtime.

LITERATURA

Burimet primare

- Abela, J. R., Gagnon, H., & Auerbach, R. (2007). Hopelessness depression in children: An examination of the symptom component of the hopelessness theory. *Cognitive Therapy and Research*, 31, 401–417.
- Abela, J., Brozina, K., & Haigh, E. (2002). An Examination of the Response Styles Theory of Depression in Third- and Seventh-Grade Children: A Short-Term Longitudinal Study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 5.
- Abela, J., Parkinson, C., Stolor, D., & Starrs, C. (2009). A test of the integration of the hopelessness and response styles theories of depression in middle adolescence. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 38(3):, 354-64.
- Abela, J.R. (2001) The hopelessness theory of depression: a test of the diathesis-stress and causal mediation components in third and seventh grade children. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 29(3):241-254,
- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358–372.
- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1978). The classification of child psychopathology: A review and analysis of empirical efforts. *Psychological Bulletin*, 85, 1275-1301.
- Ackerman, B.P., D'Eramo, K.S., Umylny, L., Schultz, D. & Izard, C.E. (2001) Family structure and the externalizing behavior of children from economically disadvantaged families. *Journal of Family Psychology*;15(2):288–300.

- Adolescents Who Felt Sad or Hopeless , Indicators on children and youth.* (2012). Child Trends Databank.
- Almaqrani, M. H., & Shuwail, A. Y. (2004). Validity of the self-report version of the strengths and difficulties questionnaire in Yemen. *Saudi Med J*, 25 (5), 592-601.
- Anderson, S. E., Dallal, G. E., & Must, A. (2003). Relative weight and race influence average age at menarche: Results from two nationally representative surveys of U.S. girls studied 25 years apart. *Pediatrics*, 111,844–850, 191.
- Angold, A. & Costello, E.J. (1993). Depressive comorbidity in children and adolescents: empirical, theoretical, and methodological issues. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1779-1791.
- Angold, A., Erkanli, A., Silberg, J., Eaves, L., & Costello, E. J. (2002). Depression scale scores in 8 – 17-year-olds: Effects of age and gender. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 43, 1052 – 1063.
- Aries, P. (1962). *Centuries of Childhood. A Social history of Family Life*. Harmondsworth: Penguin.
- Arnett, J. J. (1999). Adolescent storm and stress reconsidered. *American Psychologist*,54 (5), 317–326.
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood, a theory of development from the late teens through the twenties. *Am Psychol* ; 5(55), 469.
- Arsenio, W., Cooperman, S., & Lover, A. (2000). Affective predictors of preschoolers' aggression and peer acceptance: direct and indirect effects. *Developmental Psychology*, 36(4), 438-448.
- Arslan, C. (2009). Anger, self-esteem, and perceived social support in adolescence. *Social Behavior & Personality: An International Journal*, 37(4), 555-564.

- ASK. *Kosovo population and Housing Census 2011. Final Results*. Main Data. EUCEP 2011.
- Aspan,N.; Vida, P.; Gadoros, P. & Halasz, J., (2013) Conduct Symptoms and Emotion Recognition in Adolescent Boys with Externalization Problems, *The Scientific World Journal*, Volume 2013, Article ID 826108,6 pages <http://dx.doi.org/10.1155/2013/826108>
- Averill, J. R., Catlin, G., & Chon, K. (1990). *Rules of hope*. New York: Springer Verlag.
- Bachman, J., & O'Malley, P. (1977). Self-esteem in young men: A longitudinal analysis of the impact of educational and occupational attainment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35(6), 365-380.
- Barnes, M.E. & Farrier, S. (1985), A longitudinal study of the self-concept of low-income youth. *Adolescence* 20:199-205
- Bates, J.E.; Bayles, K.; Bennett, D.S.; Ridge, B.& Brown, M.M. (1991) Origins of externalizing behavior problems at eight years of age. In: Pepler, DJ.; Rubin, KH., editors. *The development and treatment of childhood aggression*. Hillsdale, NJ: Erlbaum; p. 93-120.
- Bates, J.E.; Maslin, C.A. & Frankel, K.A. (1985) Attachment security, mother-child interaction, and temperament as predictors of behavior problem ratings at age three years. In: Bretherton, I.; Waters, E., editors. *Growing points of attachment theory and research*. *Monographs of the Society for Research in Child Development*. 50. 209
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. E. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4, 1–44.
- Baumeister, R.F., Gailliot, M., DeWall, C.N., & Oaten, M. (2006). Self-regulation and personality: How interventions increase regulatory success, and how depletion moderates the effects of traits on behavior. *Journal of Personality*, 74, 1773-1801.

- Beauchaine, T.P.; Gatzke-Kopp, L. & Mead, H.K. (2007) Polyvagal Theory and Developmental Psychopathology: Emotion Dysregulation and Conduct Problems from Preschool to Adolescence; *Biol Psychol.* ; 74(2): 174–184.
- Beck, A., Brown, G., Berchick, R., Stewart, B., & Steer, R. (1990). Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric patients . *Am. J. Psychiatry* 147, 190-195.
- Beck, A., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The Measurement of Pessimism: The Hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861-865.
- Beck, U. & Beck-Gernsheim, E. (2002). Individualization. Institutionalized Individualism and its Social and Political Consequences. New Delhi: Sage.
- Becker, A., Hagenberg, N., Roessner, V., Woerner, W., & Rothenberger, A. (2004). Evaluation of the self-reported SDQ in a clinical setting: do self-reports tell us more than ratings by adult informants? *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13 Suppl 2, II., 17-24.
- Becker, B. E., & Luthar, S. S. (2007). Peer-perceived admiration and social preference: Contextual correlates of positive peer regard among suburban and urban adolescents. *Journal of Research on Adolescence*, 17, 117-144.
- Berger, K. (2009). *The Developing Person Through Childhood and Adolescence*. New York: Worth Publishers.
- Beyers, J.M. & Loeber, R. (2003). Untangling developmental relations between depressed mood and delinquency in male adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology* 31, 247–266.
- Bichmann, H. Haller, AC, Möller, B., Ravens Sieberer, U., & Klasen, F. (2012). *Trauma and Reconciliation readiness in children and adolescents - A study twelve years after the war in*

- Kosovo . 14th Annual Meeting of the German Society for Psychotraumatology (DeGPT), Hamburg.
- Biro, F.M.; Galvez, M.P.; Greenspan, L.C., Succop, P.A.; Vangeepuram, N.; Pinney, S.M.; Teitelbaum, S.; Windham, G.C.; Kushi, L.H. & Wolff, M.S. (2010). Pubertal assessment method and baseline characteristics in a mixed longitudinal study of girls. *Pediatrics* 126,e583–e590., 191, 192.
- Black, S., Pulford, J., Christie, G., & Wheeler, A. (2010). Differences in New Zealand secondary school students' reported strengths and difficulties. *New Zealand Journal of Psychology*, 39(3).
- Blakemore, S.-J. (2008). Development of the social brain during adolescence. . *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 61,40–49, 192.
- Bolland, J. M. (2003). Hopelessness and risk behavior among adolescents living in high-poverty inner-city neighborhoods. *Journal of Adolescence*, 26, 145–158.
- Bongers, I., Koot, H., Van der Ende, J., & Verhulst, F. (2003). The normative development of child and adolescent problem behavior. *Journal of Abnormal Psychology*,112, 179 – 192.
- Boniwell, I., & Zimbardo, P. (2003). Time to find the right balance. *The Psychologist*,16, 129 – 131.
- Bornstein, M. C., Hahn, C. S., & Haynes, O. M. (2010). Social Competence, Externalizing, and Internalizing Behavioral Adjustment from Early Childhood through Early Adolescence: Developmental Cascades. *Developmental Psychopathology*, 22, 717–735.
- Bosquet, M. & Egeland, B. (2006) The development and maintenance of anxiety symptoms from infancy through adolescence in a longitudinal sample. *Development and Psychopathology*, 18 (2). 517-550.

- Bradley, R.H. & Corwyn, R.F. (2002) Socioeconomic status and child development. *Annual Review of Psychology*;53(1):371–399.
- Briggs, S. R., & Cheek, J. M. (1986). The role of factor analysis in the development and evaluation of personality scales. *Journal of Personality*, 54 (1), 106-148.
- Brown, J., Cai, H., Oakes, M., & Deng, C. (2009). Cultural similarities in self-esteem functioning. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 40, 1,, 140-157.
- Bushman, B., & Baumeister, R. (1998). Threatened egotism, narcissism, self-esteem, and direct and displaced aggression: Does self-love or self-hate lead to violence? . *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 219–229.
- Bynner, J., O'Malley, P., & Bachman, J. (1981). Self-esteem and delinquency revisited. *J Youth Adolescence* 10:, 407–441.
- Cadoret, R.J., Yates, W.R., Troughton, E., Woodworth, G. & Stewart, M.A. (1995) Genetic–environmental interaction in the genesis of aggressivity and conduct disorders. *Archives of General Psychiatry*; 52:916–924.
- Cannon, M. F., & Weems, C. F. (2006). Do anxiety and depression cluster into distinct groups?: A test of tripartite model predictions in a community sample of youths. *Depression and Anxiety*, 23,453–460.
- Cardozo, B., Vergara, A., & Agani, F. (2000). Mental health, social functioning and attitudes of Kosovar Albanians following the war in Kosovo. *JAMA* 284:, 569-77.
- Carey, M. P., Faulstich, M. E., Gresham, F. M., Ruggiero, L., & Enyart, P. (1987). Children's Depression Inventory: Construct and discriminant validity across clinical and nonreferred (control) populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*,/55,/755-761.

- Çarkaxhiu, L., Huseyin, K., Berisha, M., & Botica, M. (2011). Problem of substance misuse and lack of national strategy in Kosovo . *Cent Eur J Public Health* 19 (2), 108–114.
- Carlson, C., Uppal, S., & Processer, E. C. (2000). Ethnic differences in processes contributing to the self-esteem of the early adolescents girls. *Journal of early adolescence*, 20, , 44-67.
- Carvajal, S.C., Clair, S.D., Nash, S.G. & Evans, R.I. (1998) Relating optimism, hope and self-esteem to social influences in deterring substance use in adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 17, 443–465.
- Chan, D. (1998). The conceptualization and analysis of change over time: An integrative approach incorporating longitudinal mean and covariance structures analysis and multiple indicator latent growth modeling. *Organizational Research Methods*, 1, 421-483.
- Chatard, A., Selimbegovic, L., & N’drikonan, P. (2009). Self-esteem and Suicide Rates in 55 Nations. *Eur. J. Pers.* 23, 19–32.
- Chiu, L. (1988). Measures of Self-Esteem for School-Age Children. *Journal of Counseling & Development*, 66:, 298–301.
- Chiu, L. H. (1993). Self-esteem in American and Chinese (Taiwanese) children. *Current Psychology: Research and Reviews*, 11, 309±313.
- Chorpita, B., Albano, A. M., & Barlow, D. (1998). The structure of negative emotions in a clinical sample of children and adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 74–85.
- Chorpita, B.F., Plummer, C.P., & Moffitt, C. (2000). Relations of tripartite dimensions of emotion to childhood anxiety and mood disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 299–310.
- Church, A. T. (2001). Personality measurement in cross-cultural perspective. *Journal of Personality*, 69, 979–1006.

- Cicchetti, D., & Toth, S. (1998). The development of depression in children and adolescents. *American Psychologist*, 52, 221–241.
- Clark, C., Rodgers, B., Caldwell, T., Power, C., & Stansfeld, S. (2007). Childhood and adulthood psychological ill health as predictors of midlife affective and anxiety disorders - The 1958 British Birth Cohort. *Archives of General Psychiatry*, 64, 668-678.
- Coccaro, E.F., Kavoussi, R.J., Lesser, J.C. (1992) Self- and other-directed human aggression: The role of the central nervous system. *International Clinical Psychopharmacology*; 6 (Suppl 6):70–83.
- Cole, P., Michel, M., & Teti, L. (1994). The development of emotion regulation and dysregulation: a clinical perspective. *Monogr Soc Res Child Dev* ;59(2-3), 73-100.
- Cooper, M. L., Shaver, P. R., & Collins, N. L. (1998). Attachment styles, emotion regulation, and adjustment in adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1380–1397.
- Coopersmith, S. (1959). A method of determining types of self-esteem. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 59(10), 87-94.
- Costa, S., Petrides, K. V., & Tillman, T. (2014). Trait emotional intelligence and inflammatory diseases. *Psychology, Health and Medicine*, 19, 180–189.
- Costello, E. J., Egger, H. L., & Angold, A. (2005). The developmental epidemiology of anxiety disorders: Phenomenology, prevalence, and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14, 631-643.
- Craighead, W. E., Smucker, M. R., Craighead, L. W., & Ilardi, S. S. (1998). Factor analysis of the Children's Depression Inventory in a community sample. *Psychological Assessment*, 10, 156-165.

- Crick, N. R. & Zahn-Waxler, C. (2003). The development of psychopathology in females and males: Current progress and future challenges. *Development and Psychopathology*, 15, 719-742.
- Crocker, J., & Wolfe, C. T. (2001). Contingencies of self-worth. *Psychological Review*, 108, 593–623. doi:10.1037/0033-295X.108.3.593
- Cunningham, S., Gunn, T., Alladin, A., & Cawthorpe, D. (2008). Anxiety, Depression and Hopelessness in Adolescents: A Structural Equation Model. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 17:3, 137-148.
- Davies, P.T. & Windle, M. (2001) Interparental discord and adolescent adjustment trajectories: The potentiating and protective role of intrapersonal attributes. *Child Development*; 72:1163–1178.
- Dodge, K. & Petit, G. (2003) A Biopsychosocial Model of the Development of Chronic Conduct Problems in Adolescence, *Dev Psychol*. 2003 March; 39(2): 349–371.
- Donnellan, M. B., Trzesniewski, K. H., Robins, R. W., Moffitt, T. E., & Caspi, A. (2005). Low self-esteem is related to aggression, anti-social behavior, and delinquency. *Psychological Science*, 16, 328-335.
- Du, Y., Kou, J., & Coghill, D. (2008). The validity, reliability and normative scores of the parent, teacher and self report versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire in China. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2(1):8.
- DuBois, D. L., Burk-Braxton, C., Swenson, L. P., Tevendale, H. D., & Hardesty, J. L. (2002). Race and gender influences on adjustment in early adolescence: Investigation of an iterative model. *Child development*, 73, , 1573-1592.

- DuRant, R. H., Getts, A. G., Cadenhead, C., Emans, S. J., & Woods, E. (1995). Exposure to violence and victimization and depression, hopelessness, and purpose in life among adolescents living in and around public housing. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 16, 233–237.
- Egger, H. L. & Angold, A. (2006). Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 313–337
- Eisenberg, N., Cumberland, A., Spinrad, T.L., Fabes, R.A., Shepard, S.A., Reiser M, etj. (2001) The relations of regulation and emotionality to children's externalizing and internalizing problem behaviour. *Child Development* 2001;72:1112–1134.
- Eisenberg, N., Fabes, R., Guthrie, I., Murphy, B., Maszk, P., & al., e. (1996). The relations of regulation and emotionality to problem behavior in elementary school children. *Dev. Psychopathol.* 8, 141–62.
- Eisenberg, N., Fabes, R., Nyman, M., & Bernzweig, J. P. (1994). The relations of emotionality and regulation to children's anger-related reactions. *Child Dev.* 65, 109–28.
- Eley, T.C., Lichenstein, P., Stevenson, J. (1999) Sex differences in the etiology of aggressive and nonaggressive antisocial behavior: Results from two twin studies. *Child Development*; 70:155–168.
- Essex, M. J., Klein, M. H., Cho, E., & Kraemer, H. C. (2003). Exposure to maternal depression and marital conflict: Gender differences in children's later mental health symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 728–737.

- Ethier, K.A., Kershaw, T.S., Lewis, J.B., Milan, S., Niccolai, L.M., & Ickovics, J.R. (2006). Self-esteem, emotional distress and sexual behavior among adolescent females: Interrelationships and temporal effects. *Journal of Adolescent Health*, 38, 268-274.
- European Commission. (October 2009). *Kosovo-Fulfilling its European Perspective*. Brussels: European Commission (EC).
- Evans, D.R. (1997) Health promotion, wellness programs, quality of life and the marketing of psychology. *Canadian Psychology*, 38, 1–12.
- Evans, E., Hawton, K., & Rodham, K. (2004). Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. *Clinical Psychology Review* 24, 957 – 979.
- Evraire, L. E., & Dozois, D. J. (2011). An integrative model of excessive reassurance seeking and negative feedback seeking in the development and maintenance of depression. *Clinical Psychology Review*, 31, 1291-1303.
- Fanaj, N., Bajraktari, F., Poniku, I., & Azemi, F. (2012). Some Features Of Substance Use Among Adolescents In Region Of Prizren (Kosovo). *Odisnosti - Ovisnosti - Zavisnosti SEEA Addictions, XII, Supl 1*, 22.
- Fanaj, N., Fanaj, B., Poniku, I., Gashi, L., Vehbiu, B., & Morina, E. (2012). Hopelessness, self-esteem and other psychological characteristics of adolescents: Comparison between clinical cases and the community sample. *20th World Congress of the International Association for Child and Adolescent Psychiatry* (fv. Pages S130-S131). Paris, France: Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, Volume 60, Issue 5, <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0222961712001997> .

- Fanaj, N., Poniku, I., Gashi, M., & Muja, G. (2012). Hopelessness and self-esteem of adolescents referred to mental health in Prizren. *20th EPA European Congress of Psychiatry* (f. Page 1). Prague, Czech Republic: European Psychiatry, 27, Supplement 1, <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S092493>.
- Farrington, D.P. & Hawkins, J.D. (1991). Predicting participation, early onset and later persistence in officially recorded offending. *Criminal Behavior and Mental Health*;1:1–33.
- Farruggia, S. P., Chen, C., Greenberger, E., Dmitrieva, J., & Macek, P. (2009). Adolescent self-esteem in cross-cultural perspective. Testing measurement equivalence and a mediation model. *Journal of CrossCultural Psychology*, 35, 6,, 719-733.
- Feng, X., Shaw, D. S., & Silk, J. S. (2008). Developmental trajectories of anxiety symptoms among boys across early and middle childhood. *Journal of Abnormal Psychology*, 117, 32-47.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Boden, J.M. (2006). Structure of internalizing symptoms in early adulthood. *British Journal of Psychiatry*, 189,540-546.
- Fergusson, D., & Horwood, L. (2002). Male and Female offending trajectories. *Dev Psychopathol* 14:, 159–177.
- Fergusson, D., Horwood, J.L., Loeber, R., Laird, R., Lynam, D.R., Moffitt, T.E., Pettit, G.S., & Vitaro F. (2003). Developmental trajectories of childhood disruptive behaviors and adolescent delinquency: a six-site, cross-national study. *Developmental Psychology*, 39, 222–245.
- Fernández-Berrocal, P., Alcaide, R., Extremera, N., & Pizarro, D. A. (2006). The role of emotional intelligence in anxiety and depression among adolescents. *Individual Differences Research*, 4, 16-27.

- Flay, B. R., Allred, C. G., & Ordway, N. (2001). Effects of the Positive Action program on achievement and discipline: Two matched-control comparisons. *Prevention Science*, 2(2),71-89.
- Fleming, J., Mullen, P.E., Sibthorpe, B. & Bammer, G. (1999). The long-term impact of childhood sexual abuse in Australian women. *Child Abuse and Neglect*,23, 145–159.
- Freire, I. & Amado, J. (2009). Managing and handling indiscipline in schools – a research project. *International Journal on Violence and Schools*, 8, 85-97.
- Frick, P. J., Lilienfeld, S., Ellis, M., Loney, B., & Silverthorn, P. (1999). The association between anxiety and psychopathy dimensions in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27, 383–392.
- Gabhainn, N., & Mullan, E. (2003). Self-esteem norms for Irish young people. *Psychological Reports*, 92, , .829-830.
- Garnefski, N., Kraaij, V. & van Etten, M. (2005) Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and Internalizing and Externalizing psychopathology; *Journal of Adolescence* 28 , 619–631
- Ge, X., Natsuaki, M. N., & Conger, R. D. (2006). Trajectories of depressive symptoms and stressful life events among male and female adolescents in divorced and non-divorced families. *Development and Psychopathology*, 18,253-273.
- Gerard, J. M., & Buehler, C. (2004). Kumulative environmental risk and youth maladjustment: The role of youth attributes. *Child Development*, 75, 1832–1849.
- Ghanizadeh, A., Izadpanah, A., & Abdollahi, G. (2007). Scale Validation of the Strengths and Difficulties Questionnaire in Iranian Children. *Iran J Psychiatry* 2:, 65-71.

- Giannakopoulos, G., Tzavara, C., Dimitrakaki, C., Kolaitis, G., Rotsika, V., & Tountas, Y. (2009). The factor structure of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Greek adolescents. *Ann Gen Psychiatry*, 8, 20.
- Gilliom, M. & Shaw, D. S. (2004). Co-development of externalizing and internalizing problems in early childhood. *Development and Psychopathology*, 16, 313-333.
- Gilman, R., Dooley, J., & Florell, D. (2006). Relative levels of hope and their relationship with academic and psychological indicators among adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25, 166-178.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40, 1337-1345.
- Goodman, R., Ford, T., Corbin, T., & Meltzer, H. (2004). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Multi-informant algorithm to screen looked after children for psychiatric disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 13 Suppl 2, 25-31.
- Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R., & Meltzer, H. (2000). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *Br J Psychiatry*, 177, 534-539.
- Gordon, J., Staples, J., Blyta, A., & Bytyqi, M. (2004). Treatment of posttraumatic stress disorder in postwar Kosovo high school students using mind-body skills groups: a pilot study. *J Trauma Stress*. Apr;17(2):, 143-7.

- Gray-Little, B., & Hafdahl, A. R. (2000). Factors influencing racial comparisons of self-esteem: A quantitative review. *Psychological Bulletin*, 126, 26–54.
- Greally, P., Kelleher, I., Murphy, J. & Cannon, M. (2010). Assessment of the mental health of Irish adolescents in the community. *Royal College of Surgeons in Ireland Student Medical Journal* 3, 33–35
- Gross, J. J., & Munoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 2, 151–164.
- Gugliandolo, M. C., Costa, S., Cuzzocrea, F., & Larcán, R. (2014). Trait emotional intelligence as mediator between psychological control and behavior problems. *Journal of Child and Family Studies*, 1, 1–11.
- Gurney, P. (1986). Self-Esteem in the Classroom Theoretical Perspectives and Assessment Issues. *School Psychology International*, 7 (4) , 199-209.
- Gutman, L. M. & Sameroff, A. J. (2004). Continuities in depression from adolescence to young adulthood: Contrasting ecological influences. *Development and Psychopathology*, 16, 967-984.
- Guttmannova, K., Szanyi, J. M., & Cali, P. W. (2008). Internalizing and externalizing behavior problem scores: Cross-ethnic and longitudinal measurement invariance of the Behavior Problem Index. *Educational and Psychological Measurement*, 68, 676-694.
- Hagborg, W. (1993), The Rosenberg Self-Esteem Scale and Harter's Self-Perception Profile for Adolescents: a concurrent validity study. *Psychol Sch* 30:132-136
- Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 293–319.
- Harper, J.F., & Marshall, E. 1991. Adolescents Problems and their Relationship to Self-Esteem. *Journal of Adolescence*, 55(4): 64-70.

- Harter, S. (1982). The perceived competence scale for children. *Child Development*, 53, 87-97.
- Harter, S., Bresnick, S., Bouchey, H. A., & Whitesell, N.R. (1997). The development of multiple role-related selves during adolescence. *Development and Psychopathology*, 9, 835–853.
- Haskuka, M. (2012). *ESPAD Kosovo Country Report 2011*. Prishtinë: Fondacioni Together Kosova.
- Havighurst, R. J. (1972). *Developmental tasks and education*, 3rd ed. New York: McKay.
- Heaven, P., & Ciarrochi, J. (2008). Parental Styles, Gender and the Development of Hope and Self-Esteem. *Eur. J. Pers.* 22, 707–724.
- Heine, S. J., Lehman, D. R., Markus, H. R., & Kitayama, S. (1999). Is there a universal need for positive self-regard? . *Psychological Review*, 106, , 766-794.
- Hewitt, P., Newton, J., Flett, G., & Callander, L. (1997). Perfectionism and Suicide Ideation in Adolescent Psychiatric Patients. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 2, 95-101.
- Hinds, P. S. (1984). Inducing a definition of ‘hope’ through the use of grounded theory methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 9, 357–362.
- Hinshaw, S.P. (1992). Externalizing behavior problems and academic underachievement in childhood and adolescence: Causal relationships and underlying mechanisms. *Psychological Bulletin*, 111, 127–155.
- Hodapp, R. & Dykens, M. (2009) Intellectual disabilities and child psychiatry: Looking to the future. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 50,99– 107.
- Horowitz, L.A. (1999). The relationship of childhood sexual abuse to re-victimization: mediating variables and developmental processes. *Dissertation Abstracts International B: Sciences and Engineering*, 60(4-B), 1855.

- Horwitz, S., Leaf, P., Leventhal, J., Forsyth, B. & Speechley, K. (1992). Identification and management of psychosocial and developmental problems in community-based, primary care pediatric practices. *Pediatrics*, 89, 480-485.
- IDRA, (2012). *Kosovo Youth Study Forward Looking, Grounded In Tradition*, . Prishtinë: IDRA Kosova.
- Imbach, D., Aebi, M., Metzke, C., Bessler, C., & Steinhausen, H. (2013). Internalizing and externalizing problems, depression, and self-esteem in non detained male juvenile offenders. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* , 7:7, 1753-2000.
- International Data Base, Population Pyramid Kosovo*. (2010). Gjetur 08 13, 2013, nga [www.census.gov: http://www.census.gov/ipc/www/idb/Country.php](http://www.census.gov/ipc/www/idb/Country.php).
- Isomaa, R., Vaananen, J. M., Frojd, S., Kaltiala-Heino, R., & Marttunen, M. (2012). How Low Is Low? Low Self-Esteem as an Indicator of Internalizing Psychopathology in Adolescence. *Health Educ Behav*. doi: 10.1177/1090198112445481
- Jaffee, S. R., Moffitt, T. E., Caspi, A., Fombonne, E., Poulton, R., & Martin, J. (2002). Differences in early childhood risk factors for juvenile-onset and adult-onset depression. *Archives of General Psychiatry*, 59,215-222.
- Jamieson, P. E., & Romer, D. (2008). Unrealistic fatalism in U.S. youth ages 14 to 22: Prevalence and characteristics. *Journal of Adolescent Health*, 42, 154 –160.
- Jang, S., & Thornberry, T. (1998). Self-esteem, delinquent peers, and delinquency: A test of the self-enhancement thesis. *American Sociological Review*, 63, , 586–598.
- Jaredić, B., Stanojević, D., Radović, O., Minić, J., & Pavićević, M. (2013). Shyness and Self-Esteem in elementary school. *Journal of Educational and Instructional Studies in the World*, 3 (2), Article: 12.

- Jessor, R., Turbin, M.S. & Costa, F.M. (1998) Risk and protection in successful outcomes among disadvantaged adolescents. *Applied Developmental Science*, 2, 194–208.
- Joiner, T. E. (2000). Depression's vicious scree: Self-propagating and erosive processes in depression chronicity. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 203–218.
- Joshi, S., & Srivastava, R. (2009). Self-esteem and Academic Achievement of Adolescents . *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology October , Vol. 35, Special Issue*, 33-39.
- Kadriu, F., Kelpi, M., & Kalyva, E. (2014). Eating-disordered behaviours in Kosovo school-based population: potential risk factors. *Procedia - Social and Behavioral Sciences 114* , 382 – 387.
- Kaltiala-Heino, R., Rimpelä, M., Marttunen, M., Rimpelä, A. & Rantanen, P. (2005) Bullying, depression, and suicidal ideation in Finnish adolescents: school survey. *British Medical Journal*, 319, 348-351.
- Kamkar, K., Doyle, A., & Markiewicz, D. (2012). Insecure Attachment to Parents and Depressive Symptoms in Early Adolescence: Mediating roles of attributions and self-esteem. *International Journal of Psychological Studies*, 4, 3-18.
- Kashani, J. H., Reid, J. C., & Rosenberg, T. K. (1989). Levels of hopelessness in children and adolescents: A developmental perspective. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 496 – 499.
- Kashdan, T.B., Pelham, W.E., Lang, A.R., Hoza, B., Jacob, R.G. etj. (2002). Hopeand optimism as human strengths in parents of children with externalizing disorders: Stress is in the eye of the beholder. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 21(4), 441-468.

- Kazdin, A., Rodgers, A., & Colbus, D. (1986). The Hopelessness Scale for Children: psychometric characteristics and concurrent validity. *J Consult Clin Psychol* 54, 241-245.
- Keeley, B., Wright, L., & Condit, C. M. (2009). Functions of health fatalism: Fatalistic talk as face saving, uncertainty management, stress relief, and sense making. *Sociology of Health & Illness*, 31, 734–747.
- Keiley, M. K., Bates, J. E., Dodge, K. A., & Pettit, G. S. (2000). A cross-domain growth analysis: externalizing and internalizing behaviors during 8 years of childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 161–179.
- Kelleher, K., McNerny, T., Gardner, W., Childs, G. & Wasserman, R. (2000) Increasing identification of psychosocial problems: 1979-1996. *Pediatrics*, 105, 1313-1321.
- Keltikangas-Järvinen, L. (1990). The stability of self-concept during adolescence and early adulthood: a six-year follow-up study. *Journal of General Psychology*, 117, 361-368.
- Kernis, M. H. (2005). Measuring self-esteem in context: The importance of stability of self-esteem in psychological functioning. *Journal of Personality*, 73, 1569–1605.
- Kernis, M. H., Whisenhunt, C. R., Waschull, S. B., Greenier, K. D., Berry, A. J., Herlocker, C. E., & Anderson, C. A. (1998). Multiple facets of self-esteem and their relations to depressive symptoms. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 24, 657-668.
- Kessler, R.C., & Wai Tat Chiu, A.M. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archive of General Psychiatry*, 62, 617–627.
- KGSC. (2012). *Prevalence of violence in adolescents' relationships*. Prishtinë: Kosovar Center for Gender Studies (KGSC).

KHDR. (2006). *A new generation for a new Kosovo; Kosovo Human Development Report*.

UNDP , USAID.

Kim, J., & Cicchetti, D.(2010) Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry*; 51:706–716.

Kirbiš, A., & Flere, S. (2011). Podložniška politična kultura v postkomunističnih družbah: primerjalna študija postjugoslovanskih študentov [Subject political culture in post-communist societies: a comparative study of post-Yugoslav students]. *Družboslovne razprave*, 27 (66), 45-66.

Kirkpatrick, L., Waugh, C., Valencia, A., & Webster, G. (2002). The functional domain specificity of self-esteem and the differential prediction of aggression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, , 756–767.

Kitayama, S., Markus, H. R., Matsumoto, H., & Norasakkunkit, V. (1997). Individual and collective processes in the construction of the self: Self-enhancement in the United States and self-criticism in Japan. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 1245–1267.

Klasen, H. W., Wolke, D., Meyer, R., Overmeyer, S., Kaschnitz, W., Rothenberger, A., etj. (2000). Comparing the German versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) and the Child Behavior Checklist. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 9, 271-276.

Klasen, H., Woerner, W., Rothenberger, A., & Goodman, R.(2003). German version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-german)-Overview and evaluation of initial validation and normative results. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*, 52 (7), 491-502.

- Klimes-Dougan, B., Brand, A. E., Zahn-Waxler, C., Usher, B., Hastings, P. D., Kendziora, K., etj. (2007). Parental emotion socialization in adolescence: Differences in sex, age and problem status. *Social Development*, 16(2), 326–342.
- Kochanska, G. & Aksan, N. (2006) Children's conscience and self-regulation. *Journal of Personality* 74, 1587– 617.
- Koskelainen, M., Sourander, A., & Kaljonen, A. (a.d.). (2000) The Strengths and Difficulties Questionnaire among Finnish school-aged children and adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 9,, 277-284.
- Kosovar Stability Initiative, Unleashing Change Voices of Kosovo's Youth.* (2010). UNICEF.
- Kostiuk, L., & Fouts, G. (2002). Understanding of emotions and emotion regulation in adolescent females with conduct problems: a qualitative analysis. *The Qualitative Report*, 7(1).
- Kovacs, M. & Devlin, B. (1998). Internalizing disorders in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 39,47-63.
- Krstić, M., Randelović, D., & Babić--Antić, J. (2013). Factors of Mental Health of Students at the University of Pristina-Kosovska Mitrovica. *School Journal of Educational and Instructional Studies in the World*, 3, Art. 12.
- Kuhn, D. (2006). Do cognitive changes accompany developments in the adolescent brain? *Perspectives on Psychological Science*, 1,59–67, 192.
- Kumpulainen, K., Räsänen, E., Henttonen, I., Almqvist, F., Kresanov, K., Linna, S.L., Moilanen, I., Piha, J., Puura, K. & Tamminen, T. (1998) Bullying and psychiatric symptoms among elementary school-age children. *Child Abuse and Neglect*, 22, 705-717.
- Kuo, W., Gallo, J. J., & Eaton, W. W. (2004). Hopelessness, depression, substance disorder, and suicidality. *Soc. Psychiatr. Psychiatr. Epidemiol.*, 39, 497–501.

- Kuyken, W. (2004). Cognitive therapy outcome: the effects of hopelessness in a naturalistic outcome study. *Behaviour Research and Therapy* 42, 631–646.
- Laghi, F., Pallini, S., D'Alessio, M., & Baiocco, R. (2011). Development and validation of the efficacious self-presentation scale. *Journal of Genetic Psychology*, 172, 209–219.
- Lahey, B.B., Loeber, R., Burke, J., Rathouz, P.J. & McBurnett, K. (2002). Waxing and waning in concert: dynamic comorbidity of conduct disorder with other disruptive and emotional problems over 7 years among clinic-referred boys. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 556–567.
- Lahey, B.B., Waldman, I.D., & McBurnett, K. (1999). The development of antisocial behavior: An integrative causal model. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 669–682.
- Laible, D., Carlo, G., & Raffaelli, M. (2000). The differential relations of parent and peer attachment to adolescent adjustment. *Journal of Youth and Adolescence*, 29, 45–59.
- Laird, R.D., Jordan, K., Dodge, K.A., Pettit, G.S. & Bates, J.E. (2001) Peer rejection in childhood, involvement with antisocial peers in early adolescence, and the development of externalizing problems. *Development and Psychopathology*;13:337–354.
- Larson, R., Csikzentmihalyi, M., & Graef, R. (1980). Mood variability and the psychosocial adjustment of adolescents. *Journal of Youth and Adolescents*, 9, 469–490.
- Lavigne, J., Arend, R., Rosenbaum, D., Binns, H., Christoffel, K., & Gibbons, R. (1998). Psychiatric disorders with onset in the preschool years: I. Stability of diagnoses. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37, 1246–1254.
- Leadbeater, B., Kuperminc, G., Blatt, S., & Hertzog, C. (1999). A multivariate model of gender differences in adolescents' internalizing and externalizing problems. *Developmental Psychology*, 35(5), , 1268–1282.

- Leary, M. R., Tambor, E. S., Terdal, S. K., & Downs, D. L. (1995). Self-esteem as an interpersonal monitor: The sociometer hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 518-530.
- Leary, M., & Baumeister, R. (2000). The nature and function of self-esteem: Sociometer theory. *Advances in Experimental Social Psychology* 32, 1–62.
- Leary, M.R. (1999) Making Sense of Self-Esteem. *Current Directions in Psychological Science* 8 (1) , 32–35.
- Lee, A., & Hankin, B. L. (2009). Insecure attachment, dysfunctional attitudes, and low self-esteem predicting prospective symptoms of depression and anxiety during adolescence. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38, 219–231.
- Lee, E. J., & Bukowski, W. M. (2012). Co-development of internalizing and externalizing problem behaviors: Causal direction and common vulnerability. *Journal of Adolescence*, 35, 713-729. doi: 10.1016/j.adolescence.2011.10.008
- Leech, S. L., Larkby, C. A., Day, R., & Day, N. L. (2006). Predictors and correlates of high levels of depression and anxiety symptoms among children at age 10. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45,223-230.
- Lemerise, E., & Arsenio, W. (2000). An integrated model of emotion processes and cognition in social information processing. *Child Development*, 71, 107-118.
- Lengua, I. J. (2008). Anxiousness, frustration, and effortful control as moderators of the relation between parenting and adjustment in middle-childhood. *Social Development*, 17,554-577.
- Leve, L. D., Kim, H. K., & Pears, K. C. (2005). Childhood temperament and family environment as predictors of internalizing and externalizing trajectories from ages 5 to 17. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33,505-520.

- Levy, K. S. C. (1997). Multifactorial self-concept and delinquency in Australian adolescents. *Journal of Social Psychology*, 137, 277-283.
- Levy, S. R., Jurkovic, G. L., & Spirito, A. (1995). A multisystem analysis of adolescent suicide attempters. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23 (2), 221-230.
- Lewinsohn, P. M., Gotlib, I. H., Lewinsohn, M., Seeley, J. R., & Allen, N. B. (1998). Gender differences in anxiety disorders and anxiety symptoms in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 109-117.
- Lilienfeld, S. (2003). Comorbidity between and within childhood externalizing and internalizing disorders: Reflections and directions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31, 285-291.
- Loeber, R., & Farrington, D. (2000). Young children who commit crime: Epidemiology, developmental origins, risk factors, early interventions, and policy implications. *Development and Psychopathology*, 12, 737-762.
- Loeber, R., Green, S. M., Lahey, B. B., Kalb, L. (2000). Physical fighting in childhood as a later mental health risk. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39:421-428
- Loeber, R., Wung, P., Keenan, K., et al. (1993). Developmental pathways in disruptive child behavior. *Development and Psychopathology*, 5, 101-132.
- Lorion, R. L., & Saltzman, W. (1993). Children's exposure to community violence: Following a path from concern to research to action. *Psychiatry*, 56, 55-65.
- Lowicki, J. (2001). *Making the choice for a better life. Promoting the protection and capacity of Kosovo's youth*. Report of the Women's Commission for Refugee Women and Children Mission to Albania and Kosovo 1999 – 2000.

- Luby, J., Si, X., Belden, A., Tandon, M., & Spitznagel, E. (2009). Preschool depression: Homotopic continuity and course over 24 months. *Archives of General Psychiatry*, 66, 897-905.
- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 6,, 803–855.
- MacDonald, T.K., & Martineau, A.M. (2001). Self-esteem, mood, and intentions to use condoms: When does low self-esteem lead to risky health behaviors? *Journal of Experimental Social Psychology*, 38, 299-306. doi:10.1006/jesp.2001.1505
- MacPhee, A. R. & Andrews, J. J. (2006). Risk factors for depression in early adolescence. *Adolescence*, 41, 436-466
- Mann, M., Hosman, C.M.H., Schaalma, H.P., & De Vries, N.K. (2004). Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Education research*, 19, 357-372.
- Marcia, J. (1966). Development and validation of ego-identity status . *Journal of Personality & Social Psychology*, 3,, 551-558.
- Marcotte, D., Fortin, L., Potvin, P., & Papillion, M. (2002). Gender Differences in Depressive Symptoms During Adolescence: Role of Gender-Typed Characteristics, Self-Esteem, Body Image, Stressful Life Events, and Pubertal Status. *Journal of emotional & Behavioral Disorders*, 10 (1), 29-43.
- Marsh, H.W., Parada, R.H., Yeung, A.S. & Healey, J. (2001). Aggressive school trouble-makers and victims: A longitudinal model examining the pivotal role of self-concept. *Journal of Educational Psychology*, 93(2), 411–419.
- Marton, P., & Maharaj, S. (1993). Family factors in unipolar depression. *Canadian Journal of Psychiatry*, 38, 373-382.

- Marton, P., Golombek, H., Stein, B. & Korenblum, M. (1988), The relation of personality functions and adaptive skills to self-esteem in early adolescence. *J Youth Adolesc* 17:393-401
- Mash, E..J. & Wolfe, D.A. (2007). *Abnormal child psychology*, fourth edition. Belmont: Wadsworth, Cengage learning.
- Mason, A. (2001). Self-esteem and delinquency revisited (again): A test of Kaplan's self-derogation theory of delinquency using latent growth curve modelling. *Journal of Youth and Adolescence*, 30,83-102.
- Masten, A.S., Roisman, G.I., Long, J.D., Burt, K.B., Obradović, J., Riley, J.R., & Tellegen, A. (2005). Developmental cascades: Linking academic achievement and externalizing and internalizing symptoms over 20 years. *Developmental Psychology*, 41, 733–746.
- Mathiesen, K. S. & Sanson, A. (2000). Dimensions of early childhood behavior problems: Stability and predictors of change from 18 to 30 months. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 15-31.
- Maxwell,B.E.(1992).Hostility, depression and self-esteem among troubled and homeless adolescents in crisis. *Journal of Youth and Adolescence*, 21,139-150.
- McCarthy, J., & Hoge, D. (1984). The dynamics of self-esteem and delinquency. *Am J Sociol* 90:, 396–410.
- McCauley, E., Mitchell, J., Burke, P. & Moss, S. (1988), Cognitive attributes of depression in children and adolescents. *J Consult Clin Psychol* 56:903-908
- McCord, J. (1991). Questioning the value of punishment. *Social Problems*; 38:167–179.

- McCulloch, A., Wiggins, R. D., Joshi, H. E., & Sachdev, D. (2000). Internalizing and externalizing children's behaviour problems in Britain and the U.S.: Relationships to family resources. *Children & Society*, 14, 368-383.
- McFadyen-Ketchum, S.A., Bates, J.E., Dodge, K.A. & Pettit, G.S. (1996) Patterns of change in early child aggressive-disruptive behavior: Gender differences in predictors from early coercive and affectionate mother-child interactions. *Child Development*; 67:2417-2433.
- McGee, R., & Williams, S. (2000). Does low self-esteem predict health compromising behaviours among adolescents? *Journal of Adolescence*, 23,, 569 -582.
- McInerney, D. (2004). A discussion of future time perspective. *Educational Psychology Review*, 16, 141-151.
- Mellor, D. (2005). Normative data for the Strengths and Difficulties Questionnaire in Australia. . *Australian Psychologist*, 40, , 215-222.
- Menon, M., Tobin, D. D., Corby, B. C., Menon, M., Hodges, E. V., & Perry, D. G. (2007). The developmental costs of high self-esteem for antisocial children. *Child Development*, 78, , 1627-1639.
- Mesman, J., Bongers, I.L. & Koot, H.M. (2001). Preschool developmental pathways to preadolescent internalizing and externalizing problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 679-689.
- Miles, D.R. & Carey, G. (1997) Genetic and environmental architecture of human aggression. *Journal of Personality and Social Psychology*; 72:207-217.
- Miller, J. F., & Powers, M. J. (1988). Development of an instrument to measure hope. *Nursing Research*, 37, 6-10.

- Millings, A., Buck, R., Montgomery, A., Spears, M., & Stallard, P. (2012). School connectedness, peer attachment, and self-esteem as predictors of adolescent depression. *Journal of Adolescence*, 35, 1061-1067.
- Mills, Britain, Reyna, Valerie, & Estrada. (2008). Explaining contradictory relations between risk perception and risk taking. *Psychological Science*, 19, 429–433.
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100, 674-701
- Moffitt, T. E., Caspi, A., Harrington, H., & Milne, B. J. (2002). Males on the life-course-persistent and adolescence-limited antisocial pathways: follow-up at age 26 years. *Developmental Psychopathology*, 14, 179-207.
- Moffitt, T.E., Caspi, A., Dickson, N., Silva, P., & Stanton, W. (1996). Childhood-onset versus adolescent-onset antisocial conduct problems in males: Natural history from ages 3 to 18 years. *Development and Psychopathology*, 8, 399–424.
- Molock, S., Puri, R., Matlin, S., & Barksdale, C. (2006). Relationship Between Religious Coping and Suicidal Behaviors Among African American Adolescents. . *J Black Psychol.* 32(3) , 366-389.
- Monastersky, R. (2007). Who’s minding the teenage brain? *Chronicle of Higher Education*, January 12, 53, A14–A18.
- Morash, M. & Rucker, L. (1989). An exploratory study of the connection of mother’s age at child-bearing to her children’s delinquency in four data sets. *Crime and Delinquency*;35:45–93.
- Morgan, P.L., Farkas, G. & Wu, Q. (2009). Kindergarten predictors of recurring externalizing and internalizing psychopathology in 3rd and 5th grade. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 17: 67–79.

- Morley, T. E., & Moran, G. (2011). The origins of cognitive vulnerability in early childhood: Mechanisms linking early attachment to later depression. *Clinical Psychology Review*, 31, 1071-1082.
- Muha, D.G. (1991) Dropout prevention and group counseling. *High School Journal*, 74, 76–80.
- Mullick, M. S., & Goodman, R. (2001). Questionnaire screening for mental health problems in Bangladeshi children: A preliminary study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 36 (2), 94-99.
- Mun, E. Y., Fitzgerald, H. E., Von Eye, A., Puttler, L. I., & Zucker, R. A. (2001). Temperamental characteristics as predictors of externalizing and internalizing child behavior problems in the contexts of high and low parental psychopathology. *Infant Mental Health Journal*, 22,393-415.
- Muris, P., Schmidt, H., Engelbrecht, P., & Perold, M. (2002). DSM-IV-defined anxiety disorder symptoms in South African children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 1360–1368.
- Muris, P., Meesters, C., & Fijen, P. (2003). The Self-Perception Profile for Children: Further evidence for its factor structure, reliability, and validity. *Personality and Individual Differences*, 35, 1791-1802.
- Muris, P., Meesters, C., & van den Berg, F. (2003). The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Further evidence for its reliability and validity in a community sample of Dutch children and adolescents. . *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12, 1-8.
- Nagin, D.S. & Tremblay, R.E. (2001) Parental and early childhood predictors of persistent physical aggression in boys from kindergarten to high school, *Archives of General Psychiatry* 58 , 389–394.

- Needles, D. J., & Abramson, L. Y. (1990). Positive life events, attributional style, and hopefulness: testing a model of recovery from depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 156–165.
- Nelson, E., Leibenluft, E., McClure, E., & Pine, D. (2005). The social re-orientation of adolescence: A neuroscience perspective on the process and its relation to psychopathology. *Psychological Medicine*. 35, 163–174.
- Nock, M., & Kazdin, A. (2002). Examination of affective, cognitive, and behavioral factors and suicide-related outcomes in children and young adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 31, 48–58.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The Role of Rumination in Depressive Disorders and Mixed Anxiety/Depressive Symptoms. *Journal of Abnormal Psychology* 109, 3, 504-511.
- OBSH/UNICEF/UNFPA. (2009). *Përdorimi i substancave psikoaktive në Kosovë; Vlerësimi i shpejt dhe përgjigja me të rinjë, përdorues të drogave injektuese, dhe të burgosur*. Prishtinë: OBSH/UNICEF/UNFPA.
- Orth, U., Robins, R. W., & Meier, L. L. (2009). Disentangling the effects of low self-esteem and stressful events on depression: Findings from three longitudinal studies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97, 307–321.
- Orth, U., Robins, R. W., & Roberts, B. W. (2008). Low self-esteem prospectively predicts depression in adolescence and young adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95, , 695–708.
- Orth, U., Robins, R. W., Trzesniewski, K. H., Maes, J., & Schmitt, M. (2009). Low self-esteem is a risk factor for depressive symptoms from young adulthood to old age. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 472–478.

- Overholser, J., Dalia M. Adams, D., Lehnert, K., & Brinkman, D. (1995). Self-esteem deficits and suicidal tendencies among adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, July, v34 n7 , 919 (10).
- Panaite, V. (2011). A retrospective and prospective comparison of Hungarian children who have one or two episodes of depression. *Graduate Theses and Dissertations*.
<http://scholarcommons.usf.edu/etd/3738>.
- Patterson, G.R.; Reid, J.B.& Dishion, T.J. (1992) *A social learning approach: Volume 4. Antisocial boys*. Eugene, OR: Castalia.
- Petanidou, D.; Giannakopoulos, G., Tzavara, Ch., Dimitrakaki, Ch., Kolaitis, G., & Tountas, Y. (2014). Adolescents' multiple, recurrent subjective health complaints: investigating associations with emotional/ behavioral difficulties in a cross-sectional, school-based study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 8:3.
- Peterson, C. & Barrett, L.C. (1987). Explanatory Style and Academic Performance among University Freshman. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(3), 603-607.
- Petrides, K.V.; Fredrickson, N. & Furnham, A. (2004). The role of trait emotional intelligence in academic performance and deviant behavior at school, *Personality and Individual Differences*, 36 (2004) 277–293
- Pettit, G.S., Bates, J.E. & Dodge, K.A. (1993) Family interaction patterns and children's conduct problems at home and school: A longitudinal perspective. *School Psychology Review*; 22:401–418.
- Phillips, K. F. V., & Power, M. J. (2007). A new self-report measure of emotion regulation in adolescents: The regulation of emotions questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14,145–156.

- Phillips, T., & Pittman, J. (2007). Adolescent psychological well-being by identity style. *Journal of Adolescence*, 30, 1021–1034.
- Pihlakoski, L., Sourander, A., Aromaa, M., et al. (2006) The continuity of psychopathology from early childhood to preadolescence: a prospective cohort study of 3–12-year-old children. *European Child and Adolescent Psychiatry* 15: 409–417.
- Pinto, A., Whisman, M. A., & Conwell, Y. (1998). Reasons for living in a clinical sample of adolescents. *Journal of Adolescence*, 21, (4), 397-405.
- Pinyerd, B., & Zipf, W. B. (2005). Puberty-timing is everything. *Journal of Pediatric Nursing*, 20, 75–82.
- Poikolainen, K., Aalto-Setälä, T., Marttunen, M., Tuulio-Henriksson, A., & Lonnqvist, J. (2000). Predictors of somatic symptoms: A five year follow up of adolescents. *Archives of Disease in Childhood*, 83, 388–392.
- Prior, M., Smart, D., Sanson, A., et al. (2001) Longitudinal predictors of behavioural adjustment in pre-adolescent children. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 35: 297–307.
- Puura, K., Almqvist, F., Tamminen, T., Piha, J., Kumpulainen, K., Rasanen, E. et al. (1998). Children with symptoms of depression - What do the adults see? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 577-585.
- Pyszczynski, T., Greenberg, J., Solomon, Sh., Arndt, J. & Schimel, J. (2004). Why Do People Need Self-Esteem A Theoretical and Empirical Review. *Psychological Bulletin*, 4, Vol. 130, No. 3, 435– 468. American Psychological Association.
- Rakic, P., Bourgeois, J., & Goldman-Rakic, P. (1994). Synaptic development of the cerebral cortex: Implications for learning, memory, and mental illness . *Prog Brain Res* 102:227 , 243.

- Randelović, D., Milošević, B., & Minić, B. (2010). Anxiety, self-esteem and endangerment niveli in the conditions of social crises. *The Bulgarian Journal of Psychology*, 1–4 , 157-164.
- Reijneveld, S.A., Wieggersma, P.A., Ormel, J., Verhulst, F.C., Vollebergh, W.A.M., et al. (2014) Adolescents' Use of Care for Behavioral and Emotional Problems: Types, Trends, and Determinants. *PLoS ONE* 9(4): e93526.
- Richters, K.S. (2010) *Child Temperament, Parenting Styles, and Internalizing and Externalizing Behaviors as part of a Comprehensive Assessment Tool*, The Graduate School University of Wisconsin-Stout December,
- Riketta, M. (2004). Does social desirability inflate the correlation between self-esteem and anxiety? *Psychological Reports*, 94, 1232-1234.
- Rimpelä, M., Luopa, P., Räsänen, M. & Jokela, J. (2006) Nuorten hyvinvointi 1996-2005 – Eriytyvätkö hyvinvoinnin ja pahoinvoinnin kehityssuunnat [Welfare trends among the youth 1996-2005]. In M. Kautto. ed. *Suomalaisten hyvinvointi 2006* [Welfare trends in Finland 2006] Pp. 57-77. Stakes, Helsinki.
- Roberts, J. E., & Monroe, S. M. (1992). Vulnerable self-esteem and depressive symptoms: Prospective findings comparing three alternative conceptualizations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 804–812.
- Robins, R. W., Trzesniewski, K. H., Tracey, J. L., Gosling, S. D., & Potter, J. (2002). Global self-esteem across the life span. *Psychology and Aging*, 17, 423–434.
- Robinson, N. S., Garber, J., & Hilsman, R. (1995). Cognitions and stress: Direct and moderating effects on depressive versus externalizing symptoms during the junior high school transition. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, pp. 453-463.

- Rodewalt, F., & Tragakis, M. W. (2003). Self-esteem and self-regulation: Toward optimal studies of self-esteem. *Psychological Inquiry*, 14(1), 66–70.
- Rodriguez, C., & Eden, A. (2007). Disciplinary Style and Child Abuse Potential: Association with Indicators of Positive Functioning in Children with Behavior Problems. *Child Psychiatry Hum Dev*.
- Roid, G., & Fitts, W. (1988). *Tennessee Self-Concept Scale*. Revised manual. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Rønning, J., & Stormark, K. (2004). The Strengths and Difficulties Questionnaire in the Nordic Countries. *European Child Adolescent Psychiatry*, 13:II/32-II/39 (Supplement 2).
- Rosenberg, M., Schooler, C., & Schoenbach, C. (1989). Self-esteem and adolescent problems: modeling reciprocal effects. *Am Sociol Rev* 54:, 1004–1018.
- Rubin, K. H., & Mills, R. S. (1991). Conceptualizing developmental pathways to internalizing disorders in childhood. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 23, 300-317.
- Rubin, K., Bukowski, W. & Parker, J. (2006) Peer interactions, relationships and groups. In: Eisenberg N (ed.), *Handbook of Child Psychology, Vol.3: Social, Emotional and Personality Development*. New York: Wiley, pp. 571– 645.
- Ruchkin, V., Eisemann, M., & Hägglöf, B. (1999). Hopelessness, loneliness, self-esteem, and personality in Russian male delinquent adolescents versus controls. *J Adolesc Res* 14:, 466–477.
- Rusticus, S., Hubley, A., & Zumbo, B. (2004). Cross-National Comparability of the Rosenberg Self-Esteem Scale . *Poster presented at the 112th Convention of the American Psychological Association*, . Honolulu, Hawaii: American Psychological Association.

- Salter, D., & Platt, S. (1990). Suicidal intent, hopelessness, and depression in a parasuicide population: The influence of social desirability and elapsed time. *Brit J. Clin. Psychol.*, 27, 247-258.
- Samad, L., Hollis, C., Prince, M., & Goodman, R. (2005). Child and adolescent psychopathology in a developing Country: Testing the validity of the Strengths and Difficulties Questionnaire (Urdu version). *Int J Methods Psychiatr Res*, 14 (3), 158-166.
- Sanislow, C. A., Grilo, C. M., Fehon, D. C., Axelrod, S. R., & McGlashan, T. H. (2003). Correlates of Suicide Risk in Juvenile Detainees and Adolescent Inpatients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 234-240.
- Sarris, A., Winefield, H. & Cooper, C. (2000). Behaviour problems in adolescence: a comparison of juvenile offenders and adolescents referred to a mental health service. *Aust J Psychol* 52:, 17–22.
- Sawyer, M.G., Arney, F.M., Baghurst, P.A., Clark, J.J., Graetz, B.W., & Kosky, R.J.,etj (2000).*The Mental Health of Young People in the Australia*. Mental Health and Special Programs Branch, Commonwealth Department of Health and Aged and Care.
- 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 - <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.21060>
- Schmitt, D., & Allik, J. (2005). Simultaneous administration of the Rosenberg Self-esteem Scale in 53 nations: Exploring the universal and culture-specific features of global self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89, 4, 623-642.
- Schroeder, C., & Gordon, B. (2002). *Assessment and Treatment of Childhood Problems:A Clinicians guide , Second Ed*. Guilford Press.

- Schwartz, D, Gorman, A. H., Nakamoto, J., & McKay, T. (2006). Popularity, social acceptance and aggression in adolescent peer groups: Links with academic performance and school attendance. *Developmental Psychology*, 42, 1116-1127.
- Sekaran, U. (1983). Factors influencing the quality of life in dual career families. *Journal of Occupational Psychology*, 56, , 161-174.
- Shahini, M., Rescorla, L., Ahmeti, A., Begovac, I., Dobrean, A., Marković, J., etj. (2014). Parent-reported behavioural and emotional problems in Albanian Kosovar Children. *Epidemiol Psychiatr Sci Apr* 4:, 1-8.
- Shala, M., & Dharmo, M. (2013). Prevalence of Behavioural and Emotional Problems among Two to Five Years Old Kosovar Preschool Children—Parent’s Report. *Psychology Vol.4, No.12*, , 1008-1013.
- Sheeber, L., Allen, N., Davis, B., & Sorensen, E. (2000). Regulation of negative affect during mother-child problem-solving interactions: Adolescent depressive status and family processes. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 5(28), 467–479.
- Shiner, R. L. & Marmorstein, N. R. (1998). Family environments of adolescents with lifetime depression: Associations with maternal history. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1152-1160.
- Shipman, K., Zeman, J., & Segall, S. (2001). Regulating emotionally expressive behaviour: Implications of goals and social partner from middle childhood to adolescence. *Child Study Journal*, 31(4), 249–268.
- Shipman, K., Zeman, J., Nesin, A., & Fitzgerald, M. (2003). Children ’ s strategies for displaying anger and sadness: What works with whom? *Merrill - Palmer Quarterly*, 49,, 100 – 122.

- Shonkoff, J.P. & Phillips, D.A. (2000). *From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development*. Washington, DC: National Academy Press.
- Shorey, H. S., Snyder, C. R., Yang, X., & Lewin, M. (2003). The role of hope as a mediator in recollected parenting, adult attachment, and mental health. *Journal of Social and Clinical Psychology*, Vol. 22 (6), 685-715.
- Shrier, L.A., Harris, S.K., Sternberg, M., & Beardslee, W.R. (2001). Associations of depression, self-esteem, and substance use with sexual risk among adolescents. *Preventive Medicine*, 33, 179-189.
- Silberg, J., Pickles, A., Rutter, M., Hewitt, J., Simonoff, E., Maes, H. etj. (1999). The influence of genetic factors and life stress on depression among adolescent girls. *Archives of General Psychiatry*, 56,225-232.
- Silk, J. S., Steinberg, L. and Morris, A. S. (2003), Adolescents' Emotion Regulation in Daily Life: Links to Depressive Symptoms and Problem Behavior. *Child Development*, 74: 1869–1880.
- Simons, K. J., Paternite, C., & Shore, C. (2001). Quality of parent/adolescent attachment and aggression in young adolescents. *Journal of Early Adolescence*, 21, 182–203.
- Smart, R.G. & Walsh, G.W. (1993). Predictors of depression in street youth. *Adolescence*, 28, 41-53.
- Snyder, C. R. (1996). To hope, to lose, and hope again. *Journal of Personal and Interpersonal Loss*, 1, 3–16.
- Snyder, C. R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Journal of Psychological Inquiry*, 13, 249–275.
- Snyder, C. R., Lopez, S. J., & Shorey, H. S. (2003). Hope theory, measurements, and applications to school psychology . *School Psychology Quarterly*, 18, 122 – 139.

- Spear, L. (2000). The adolescent brain and age-related behavioral manifestations. *Neurosci Biobehav Rev Jun*, 24(4), 417-63.
- Spencer, M. S., Fitch, D., Grogan-Kaylor, A., & McBeath, B. (2005). The equivalence of the Behavior Problem Index across U.S. ethnic groups. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 36, 573-589.
- Spirito, A., Williams, C. A., Stark, & Hart, K. (1988). The Hopelessness Scale for Children: Psychometric properties with normal and emotionally disturbed adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 15(4), 445-458.
- Sroufe, L. A., & Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Development*, 55,, 17 – 29.
- Staples, J. K., Abdel Atti, J. A., & Gordon, J. S. (2011). Mind-Body Skills Groups for Posttraumatic Stress Disorder and Depression Symptoms in Palestinian Children and Adolescents in Gaza. *International Journal of Stress Management*, Advance online publication.
- Statofci, S. (2013). Self-esteem and impulsive behavior to children ages 16 - 18 years in the region of Podujevo. *The 1st International Conference on Research and Education – Challenges Toward the Future (ICRAE2013)*. Shkodra, Albania: University of Shkodra “Luigj Gurakuqi”.
- Steinberg, L. (2005). Cognitive and affective development in adolescence. *Trends Cogn Sci*. Feb;9(2), 69-74.
- Steinberg, L. (2008). A social neuroscience perspective on adolescent risk taking . *Developmental Review* 28, 78–106.

- Stevanovic, D., Urbán, R. , Atilola, O., Vostanis, P. , Singh Balhara, Y. P. , Avicenna, M., Kandemir, H., Knez, R., Franic, T. & Petrov, P. (2014). Does the Strengths and Difficulties Questionnaire – self report yield invariant measurements across different nations? Data from the International Child Mental Health Study Group . *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, Available on CJO . doi:10.1017/S2045796014000201
- Stoddard, S., Henly, S., Sieving, R., & Bolland, J. (2010). Social Connections, Trajectories of Hopelessness, and Serious Violence in Impoverished Urban Youth. *J Youth Adolescence*.
- Sujoldžić, A., & De Lucia, A. (2007). A Cross-Cultural Study of Adolescents - BMI, Body Image And Psychological Well-Being. *Collegium Antropologicum* 31 /1, 123-130.
- Sweeting, H. & West, P. (1998) Health at age 11: reports from schoolchildren and their parents. *Archives of Disabled Child*, 78, 427-434.
- Tambelli, R., Laghi, F., Odorisio, F., & Notari, V.(2012). Attachment relationships and internalizing and externalizing problems among Italian adolescents: age and gender differences. *Children and youth services review*, 34, 1465–1471.
- Taylor, J., Iacono, W.G., McGue, M. (2000) Evidence for a genetic etiology of early-onset delinquency. *Journal of Abnormal Psychology*; 109:634–643.
- Trzesniewski, K. H., Donnellan, M. B., Moffitt, T. E., Robins, R. W., Poulton, R., & Caspi, A. (2006). Low self-esteem during adolescence predicts poor health, criminal behavior, and limited economic prospects during adulthood. *Developmental Psychology*, 4, 381-390.
- Turner, C. M., & Barrett, P. M. (2003). Does age play a role in the structure of anxiety and depression in children and youths? An investigation of the tripartite model in three age cohorts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 826–833.

- Twenge, J., & Campbell, W. (2003). “Isn’t it fun to get the respect that we’re going to deserve?” Narcissism, social rejection, and aggression. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 261–272.
- UNICEF IN KOSOVO, *Adolescence*. (a.d.). Gjetur 08 13, 2013, nga <http://www.unicef.org/>: http://www.unicef.org/kosovo/children_3540.html
- UNICEF. (2004). *Youth in Kosovo: health, education, employment, participation*. Pristina: United Nations Children’s Fund, Kosovo Office.
- Valle, M., Huebner, E., & Suldo, S. (2006). An analysis of hope as a psychological strength. *Journal of School Psychology*, 44, 393–406.
- Van Orden, K., Witte, T., James, L., Castro, Y., Gordon, K., Braithwaite, S., etj. (2008). Suicidal ideation in college students varies across semesters: The mediating role of belongingness. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 38, 427-435.
- Van Orden, L. (2011), Internalizing behavior, externalizing behavior and social support in relation to self-concept in children, Master Thesis, Tilburg University; <http://arno.uvt.nl/show.cgi?fid=122876>
- Veselska, Z., Geckova, A. M., Orosova, O., Gajdosova, B., van Dijk, J. P., & Reijneveld, S. A. (2009). Self-esteem and resilience: The connection with risky behavior among adolescents. *Addictive Behaviors*, 34, 287–291.
- Viñas, F., Canals, J., Eugenia Gras, M., Ros, C., & Domènech-Llaberia, E. (2002). Psychological and Family Factors Associated with Suicidal Ideation in Pre-Adolescents. *The Spanish Journal of Psychology* , 5, 1 , 20-28.

- Wagner, K., Rouleau, M., & Joiner, T. (2000). Cognitive Factors Related to Suicidal Ideation and Resolution in Psychiatrically Hospitalized Children and Adolescents. *Am J Psychiatry* 157:, 2017–2021.
- Watson, D., & Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 96, 465–490.
- Weissman, M.M.; Warner, V.; Wickramaratne, P.J. & Kandel, D.B. (1999) Maternal smoking during pregnancy and psychopathology in offspring followed to adulthood, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* , 38, pp. 892–899.
- Whisman, M. A., & Pinto, A. (1997). Hopelessness depression in depressed inpatient adolescents. *Cognitive Therapy an Research*, 21, 345–358.
- Wichstrøm, L. (1999). The emergence of gender difference in depressed mood during adolescence: The role of intensified gender socialization. *Developmental Psychology*, 35,232-245.
- Widenfelt van, B., Goedhart, A., Treffers, P., & Goodman, R. (2003). Dutch version of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *European Child and Adolescent Psychiatry* 12:, 281-289.
- Wiesner, M., & Kim, H.K. (2006). Co-occurring delinquency and depressive symptoms of adolescent boys and girls: A dual trajectory modeling approach. *Developmental Psychology*, 42, 1220-1235.
- Wilkinson, P. (2009) Conceptualization about internalizing problems in children and adolescents, *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2):373-381,
- Wilkinson, R. B. (2004). The role of parental and peer attachment in the psychological health and self-esteem of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 33, 479-493.

- Williams, J. M., Van der Does, A. J., Barnhofer, T., Crane, C., & Segal, Z. S. (2008). Cognitive Reactivity, Suicidal Ideation and Future Fluency: Preliminary Investigation of a Differential Activation Theory of Hopelessness/Suicidality . *Cogn Ther Res* ,32, 83–104.
- Woerner W etj. (2004). The Strengths and Difficulties Questionnaire overseas: evaluations and applications of the SDQ beyond Europe. *European child and adolescent psychiatry*, 13 (suppl. 2) : 47–54.
- Woodward, L. J. & Fergusson, D. M. (1999) Childhood peer relationship problems and psychosocial adjustment in late adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27, 87-104.
- Workman, M. & Beer, J. (1989), Self-esteem, depression, and alcohol dependency among high school students. *Psychol Rep* 65:451-45
- World Health Organization (2014) . *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) in Kosovo; A World Health Organization Collaborative Study*, Prishtina.
- Yahav, R. (2006). *The relationship between children's and adolescents' perceptions of parenting style and internal and external symptoms*. University of Haifa.
- Yap, M. B. H., Allen, N. B., & Ladouceur, C. D. (2008). Maternal socialization of positive affect: The impact of invalidation on adolescent emotion regulation and depressive symptomatology. *Child Development*, 79(5), 1415–1431.
- Young, M.A., Fogg, L.F., Scheftner, W., Fawcett, J., Akiskal, H. & Maser, J. (1996) Stable trait components of hopelessness: baseline and sensitivity to depression. *J Abnorm Psychol*; 105:155–65.

- Zahn–Waxler, C., Klimes–Dougan, B., & Slattery, M.J. (2000). Internalizing problems of childhood and adolescence: Prospects, pitfalls, and progress in understanding the development of anxiety and depression. *Development and Psychopathology*, 12, 443–466.
- Zeman, J., & Shipman, K. (1997). Social-contextual influences on expectancies for managing anger and sadness: The transition from middle childhood to adolescence. *Developmental Psychology*, 33, 917–924.

Burimet sekondare

- Adams, R., & Berzonsky, M. (2003). *Blackwell Handbook of Adolescence*. Blackwell Publishing Ltd.
- Amato, P.R. (2001) Children of divorce in the 1990s: An update of the Amato and Keith (1991) meta-analysis. *Journal of Family Psychology*; 15:355–370. [PubMed: 11584788]
- Baumeister, R. F. (1998). The self. Në S. F. D. Gilbert, *The handbook of social psychology* (fv. 680–740). New York: Random House.
- Boden, J. (2011). Self-Esteem. Në R. Levesque, *Encyclopedia of Adolescence*. (fv. 2567-2591). Springer Science+Business Media, LLC.
- Bogin, B. (2011). Puberty and Adolescence: An Evolutionary Perspective. Në B. Bradford Brown, & M. Prinstein, *Encyclopedia of Adolescence*, 1 (fv. 275-286). Elsevier Inc.
- Campbell, S. B., (1995), Behavior problems in preschool children: A review of recent research, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 1, 115-119.
- Carr, A. (1999). *The handbook of child and adolescent clinical psychology: a contextual approach*. Brunner-Routledge .

- Chang, E. (2001). *Optimism & pessimism: Implications for theory, research, and practice*. Washington, DC,: American Psychological Association.
- Childs, K., & Sullivan, C. (2012). Problem Behavior Syndrome. Në R. Levesque, *Encyclopedia of Adolescence* (fv. 2171-2178). Springer Science+Business Media, LLC 2011.
- Ciccarelli, S., & White, N. (2012). *Psychology, 3rd ed.* Pearson Education, Inc.
- Cicchetti, D., & Cohen, D. J. (2006). *Developmental psychopathology*. Chichester: Wiley.
- Cicchetti, D., Toth, S. L., & Maughan, A. (2000). An ecological-transactional model of child maltreatment. Në A. Sameroff, M. Lewis & S. Miller (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology* (2nd ed., pp. 689-722). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Coleman, J., & Hendry, L. (1999) (Eds.) *The nature of adolescence: 3rd Edn.* Routledge.
- Comer, R. (2010). *Abnormal Psychology, Seventh Ed.* Worth Publishers.
- Cordón, L. (2005). *Popular psychology: an encyclopedia* . Greenwood Publishing Group, Inc.
- Costello, E. J. & Angold, A. (2006). Developmental epidemiology. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology* (2nd ed., pp. 41-75). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Crick, N., & Dodge, K. (1994). A review and reformulation of social information processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115, 74–101.
- Dahl, R. (2004). Adolescent brain development: A period of vulnerabilities and opportunities. Keynote address. Në Dahl, R. & Spear, L., *Adolescent brain development: Vulnerabilities and opportunities Vol. 1021* (fv. 1–22). New York: New York Academy of Sciences.
- Damon, W., & Lerner, R. (2006). *Handbook of child psychology — 6th ed.* John Wiley & Sons, Inc.

- Davis-Kean, P., & Sandler, H. (2001). A Meta-Analysis of Measures of Self-Esteem for Young Children: A Framework for Future Measures. *Child Development*, 72 : 3, 887-906.
- Dawes, R. (1994). Psychological measurement. *Psychological Review*, 101, 278–281.
- De Pauw, S. & Mervielde, I. (2010) Temperament, personality and developmental psychopathology: A review based on the conceptual dimensions underlying childhood traits. *Child Psychiatry and Human Development* 41, 313–29.
- Dryden, W. (1990). *Dealing with anger problems: Rational-emotive therapeutic interventions*. Sarasota, FL: Professional Resources Exchange.
- Durkin, K. (1995). *Developmental Social Psychology: From Infancy to Old Age*. Oxford : Blackwell.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: Norton.
- Essau, C. A., & Conradt, J. (2009). *Agresivnost u djece i mladeži*. Zagreb: Naklada Slap.
- Essau, C., & A. Petermann, F. (1997). *Developmental psychopathology: Epidemiology, diagnostics, and treatment*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Fanti, K. A., & Henrich, C. C. (2010). Trajectories of pure and co-occurring internalizing and externalizing problems from age 2 to age 12: Findings from the NICHD Study of Early Child Care. *Developmental Psychology*, 46, 1159–1175.
- Farran, C., Herth, K., & Popovich, J. (1995). *Hope and hopelessness: Critical clinical constructs*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Feldman, R. (2012). *Discovering the life span 2nd ed*. Pearson Education, Inc.
- Furnham, A. and Cheng, H. (2000) Lay theories of happiness. *Journal of Happiness Studies*, 1, 227–246.

- Garber, J., & Dodge, K. (1991). *The development of emotion regulation and dysregulation*. New York: Cambridge University Press.
- Gerring, J. (2007). *Case Study Research: Principles and Practices*. Cambridge University Press.
- Glueck, S. & Glueck, E. (1950). *Unraveling juvenile delinquency*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Grinberg, D. (1996). *Depression, hopelessness, and global self-worth in a non-clinical child sample*. McGill University.
- Grup autorësh. *Fjalor i Gjuhës së Sotme Shqipe N-ZH*, Rilindja, Prishtinë, 1981
- Haney, P., & Durlak, J. A. (1998). Changing self-esteem in children and adolescents: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 423–433.
- Harris, P. (1989). *Children and emotion*. Oxford, England: Blackwell.
- Harter, S. (1999). *The construction of Self:developmental perspective*. The Guilford press.
- Harter, S. (2006) The self. In: Eisenberg N (ed.), *Handbook of Child Psychology*, Vol. 3: Social, Emotional and Personality Development. New York: Wiley, pp. 505–70.
- Heatherton, T., & Wyland, C. (2003). Assessing self-esteem. Në S. Lopez, & R. Snyder, *Assessing Positive Psychology* (fv. 219 – 233). Washington, DC: APA.
- Hilt, L., Hanson, J., & Pollak, S. (2011). Emotion Dysregulation. Në B. Bradford Brown, & M. Prinstein, *Encyclopedia of Adolescence, Volume 3* (fv. 160-169). Elsevier Inc.
- Ingram, R. E., & Luxton, D. D. (2005). Vulnerability-stress models. Në B. L. Hankin, & J. R. Abela, *Development of psychopathology: A vulnerability-stress perspective* (fv. 32–46). Thousand Oaks: Sage.
- Jenkins J. (2008). Psychosocial adversity and resilience. In: Rutter M, Bishop D, Pine D etj. (eds), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*, 5th edn. Oxford: Wiley-Blackwell, pp. 377–91.

- Joiner, T. E., & Wagner, K. D. (1995). Attributional style and depression in children and adolescents: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 15, 777–798.
- Kaplan, H. (2009). Self-esteem. Në D. Carr, *Encyclopedia of the Life Course and Human Development* (fv. 424-429). Macmillan Reference USA, a part of Gale, Cengage Learning.
- Kaslow, N. J., Adamson, L. B., & Collins, M. H. (2000). A developmental psychopathology perspective on the cognitive components of child and adolescent depression. In A. J. Sameroff, M. Lewis, & S. M. Miller (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology* (pp.491–510). New York: Kluwer.
- Kaza, N. (2006). *Adoleshenca*. Tiranë.
- Keating, D. (2004). Cognitive and brain development. Në R. Lerner, & L. Steinberg, *Handbook of adolescent psychology*, 2nd ed. (fv. 45–84). New York: Hoboken, Wiley.
- Kerns, K. (2008) Attachment in middle childhood. In: Cassidy J and Shaver P (eds), *Handbook of Attachment*, 2nd edn. New York: Guilford, pp.366– 82.
- Kim, J., Riser, D., & Deater-Deckard, K. (2011). Emotional Development. Në B. Bradford Brown, & M. Prinstein, *Encyclopedia of Adolescence, Volume 1* (fv. 135-142). Elsevier Inc.
- Kling, K., Hyde, J., Showers, C., & Buswell, B. (1999). Gender differences in self-esteem: a meta-analysis. *Psychol Bull.* 125(4), 470-500.
- Kuhn, D., & Franklin, S. (2006). The second decade: What develops (and how). Në W. Damon, R. Lerner, & N. Eisenberg, *Handbook of child psychology: Vol. 2 Cognition, perception, and language 6th ed.* (fv. 953–993). New York: Hoboken, Wiley.
- Lacković-Grgin, K. (2000). *Stres u djece i adolescenata*. Jastrebarsko, Naklada Slap.
- Laursen, B., Coy, K., & Collins, W. (1998). Reconsidering changes in parent –child conflict across adolescence: A meta - analysis. *Child Development*, 69, 817 – 832.

- Lerner, R., Easterbrooks, M., & Mistry, J. (2003). *Handbook Of Psychology Volume 6 Developmental Psychology* . John Wiley & Sons, Inc. .
- Levesque, R. (2011). *Encyclopedia of Adolescence*. Springer Science+Business Media, LLC.
- Lewis, M. (1999). The role of self in cognition and emotion . Në T. Dalgleish, & M. J. Power, *Handbook of cognition and emotion* (fv. 125–142). Chichester: Wiley.
- Lochman, J. E., Powell, N. R., Whidby, J. M., & FitzGerald, D. P. (2006). Cognitive -behavioral assessment and treatment with aggressive children. Në P. C. Kendall (Ed.), *Child and adolescent therapy: Cognitive - behavioral proceduradolescent therapy: Cognitive - behavioral procedures (3rd ed.)* (fv. 33 – 81). New York: Guilford Press .
- Loeber, R. & Farrington, D. P. (Eds.) (2001). *Child Delinquents: Development, Intervention and Service Needs*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lopez, S. L., Rose, S., Robinson, C., Marques, S. C., & Pais-Ribeiro, J. (2009). Measuring and promoting hope in schoolchildren. Në R. Gilman, E. S. Heubner, & M. Furlong, *Handbook of Positive Psychology in Schools* (fv. 157-167). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Martin, A., & Volkmar, F. (2007). *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook, 4th Edition*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Masten, A., Shaffer, A., Clarke-Stewart, A. etj. (2006) How families matter in child development: Reflections from research on risk and resilience. In: Clarke-Stewart A and Dunn J (eds), *Families Count: Effects on Child and Adolescent Development*. The Jacobs Foundation Series on Adolescence. New York: Cambridge University Press, pp. 5–25.
- Matsumoto, D. (2009). *Cambridge Dictionary of Psychology*,. Cambridge University Press.
- McMahon, R., & Forehand, R. (2003). *Helping the noncompliant child: Family -based treatment for oppositional behavior (2nd ed)*. New York : Guilford Press.

- Meltzer, H., Gatward, R., & Goodman, R. F. (2000). *Mental health of children and adolescents in Great Britain*. London:: The Stationery Office.
- Miell, D. (1995). Developing a sense of self. Në P. Barnes, *Personal, Social and Emotional Development of Children* (fv. 187–229). Oxford: Blackwell Publishers.
- Miller-Keane Encyclopedia and Dictionary of Medicine, Nursing, and Allied Health, Seventh Ed.* (2003). Saunders, an imprint of Elsevier.
- Mills, A., Durepos, G., & Wiebe, E. (2010). *Encyclopedia of case study research*. SAGE Publications, Inc.
- Moffitt, T.E. (2002). Life-course persistent and adolescence-limited antisocial behavior: A research review and a research agenda. In: B. Lahey, T.E. Moffitt and A. Caspi, Editors, *The causes of conduct disorder and serious juvenile delinquency*, Guilford Press, New York ,pp. 113–125.
- Moffitt, T.E. (2006). Life-course persistent versus adolescence-limited antisocial behavior. In: D.Cicchetti and D. Cohen, Editors, *Developmental Psychopathology* (2nd ed.), Wiley, New York.
- Mruck, C. (2006). *Self-esteem research, theory, and practice: toward a positive psychology of self-esteem 3rd ed.* Springer Publishing Company, Inc.
- Myers, D. (2013). *Psychology, 10 ed.* New York: Worth Publishers.
- Neinstein, L. (2008). *Adolescent Health Care: A Practical Guide, 5th Edition*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Newman, B., & Newman, P. (2011). Theories of Adolescence. Në B. Bradford Brown, & M. Prinstein, *Encyclopedia of Adolescence, Volume 1* (fv. 20-29). Elsevier Inc.

- Newman, B., & Newman, P. (2012). *Development Through Life: A Psychosocial Approach*. Wadsworth, Cengage Learning.
- Nikapota, A. & Rutter, M.(2008). Sociocultural/ethnic groups and psychopathology. Në Rutter's *Child and Adolescent Psychiatry, 5th edn* (ed. MD Rutter, VM Bishop, DS Pine,S Scott, J Stevenson, E Taylor, A Thapar), pp. 199–211. Blackwell Publishing Limited: London.
- Nurmi, J. E. (1991). How do adolescents see their future? A review of the development of future orientation and planning. *Developmental Review, 11*, 1–59.
- O'Brien, E. J., & Epstein, S. (1998). *The Multidimensional Self-esteem Inventory*.Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- O'Brien, E. J., Bartoletti, M., & Leitzel, J. D. (2006). Self-esteem, psychopathology and psychotherapy. Në M. Kernis, *Self-esteem issues and answers: A source book of current perspectives*. New York: Psychology Press.
- Ochsner, K. N., & Gross, J. J. (2007). The neural architecture of emotion regulation. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 87–109). New York: Guilford.
- Oltmanns, T., & Emery, B. (2010). *Abnormal Psychology*,. Pearson.
- Olweus, D. (1991). Bully/victims problems among schoolchildren: Basic facts and effects of a school based intervention program. Në D. J. Pepler, & K. H. (Eds), *Development and treatment of childhood aggression treatment of childhood aggression* (fv. 411 – 448). Hillsdale,NJ: Lawrence Erlbaum .
- Owens, T., Stryker, S., & Goodman, N. (2001). *Extending self-esteem theory and research: sociological and psychological currents, 1 ed*. Cambridge University Press;.

- Parke, R. & Buriel, R. (2008) Socialization in the family: Ethnic and ecological perspectives. In: Eisenberg N(ed.), *Handbook of Child Psychology*, Vol. 3: Social, Emotional and Personality Development. New York: Wiley, pp. 429–504.
- Patterson, G. R., Capaldi, D., & Bank, L. (1991). An early starter model for predicting delinquency. In D. J. Pepler & K. H. Rubin (Eds.), *The development and treatment of childhood aggression* (pp. 139-168). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Peterson, C., & Steen, T. A. (2002). Optimistic explanatory style. In C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 244–256). Oxford University Press.
- Piaget, J. (1936). *The origins of intelligence in the child*. New York: International Universities Press.
- Piers, E. V., & Haris, D. B. *The Piers-Harris Children's Self-Concept Scale*. Nashville, Tennessee: Counselor Recordings & Tests, 1969.
- Rice, K. G. (1990). Attachment in adolescence: A narrative and meta-analytic review. *Journal of Youth and Adolescence*, 19, 511–538.
- Roberts, J. E. (2006). Self-esteem from a clinical perspective. In M. H. Kernis (Ed.), *Self-esteem issues and answers: A sourcebook of current perspectives* (pp. 298–305). New York: Psychology Press.
- Rosenberg, M. (1989). *Society and the Adolescent Self-Image. Revised edition*. Middletown CT: Wesleyan University Press.
- Rosenblum, G., & Lewis, M. (2003). Emotional Development in Adolescence. Në G. Adams, & M. Berzonsky, *Blackwell handbook of adolescence* (fv. 269-289). Blackwell Publishing Ltd.
- Rosner, R. (2003). *Textbook of adolescent psychiatry*. London: Arnold.

- Rothbart, M. K. & Bates, J. E. (1998). Temperament. In Eisenberg, N. (Ed.), *Handbook of child psychology: Vol 3. Social, emotional, and personality development* (pp. 105-176). New York: Wiley.
- Rutter M. (2006) *Genes and Behavior: Nature nurture Interplay Explained*. Oxford: Blackwell.
- Rutter, M., Bishop, D. V., Pine, D. S., Scott, S., Stevenson, J., Taylor, E., etj. (2008). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry, 5th Ed*. Blackwell Publishing.
- Saarni, C. (1990). Emotional competence. Në R. T. (Ed.), *Nebraska symposium: Socioemotional development* (fv. 115-161). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Saarni, C. (1999). *The development of emotional competence*. New York: Guilford.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2009). *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 9th Ed*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Salkind, N. (2006). *Encyclopedia of human development*. Sage Publications, Inc.
- Salmela-Aro, K. (2011). Stages of Adolescence. Në B. Bradford Brown, & M. Prinstein, *Encyclopedia of Adolescence, Volume 1* (fv. 360-369). Elsevier Inc. .
- Sameroff, A.J. & Chandler, M.J. (1975) Reproductive risk and the continuum of care-taking casualty. In: Horowitz, FD., editor. *Review of child development research*. Vol. 4. Chicago: University of Chicago Press; p. 187-244.
- Scioli, A., & Biller, H. (2009). *Hope in the Age of Anxiety*. Oxford University Press.
- Seligman, M. (1993). *What you can change and what you can't: The complete guide to successful self-improvement*. New York: Fawcett.
- Seligman, M. (1994). *What you can change & what you can't*. New York: Knopf.
- Seligman, M. (2002). *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment*. New York, NY: Free Press.

- Sellström, E. & Bremberg, S. (2006). The significance of community context to child and adolescent health and well-being : A systematic review of multilevel studies. *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 34: 5, pp. 544-554.
- Shaffer, D. R., & Kipp, K. (2010). *Developmental psychology: Childhood & adolescence* (8th ed.). Belmont, CA: Thomson.
- Shaffer, D., & Kipp, K. (2010). *Developmental Psychology: Childhood and Adolescence*, 8th Ed. Wadsworth, Cengage Learning.
- Sharp, C., Fonagy, P. & Goodyer, I. (2008) *Social Cognition and Developmental Psychopathology*. Oxford: Oxford University Press.
- Skuse, D., Bruce, H., Dowdney, L., & Mrazek, D. (2011). *Child Psychology and Psychiatry: Frameworks for practice, Second Ed*. John Wiley & Sons, Ltd.
- Snyder, C. R. (2000). Genesis: Birth and growth of hope. In C. R. Snyder (Ed.), *Handbook of hope: Theory, measures, and applications* (pp. 25–57). San Diego, CA: Academic Press.
- Snyder, C. R., Rand, K. L., & Sigmon, D. R. (2002). Hope theory: A member of the positive psychology family. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology*. (pp. 257-276) New York: Oxford University Press.
- Sowislo, J. F., & Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 139, 213-240.
- Stein, A., Ramchandani, P & Murray, L. (2008) Impact of parental psychiatric disorder and physical illness. In: Rutter M, Bishop D, Pine Detj. (eds), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*, 5th edn. Oxford:Wiley-Blackwell, pp. 407– 20.
- Straus, M.A. (1994) *Beating the devil out of them: Corporal, punishment in American families*. New York:Lexington Books.

- Thomaes, S., Poorthuis, A., & Nelemans, S. (2011). Self-Esteem. Në B. Bradford Brown, & M. Prinstein, *Encyclopedia of Adolescence, Volume 1* (fv. 316-324). Elsevier Inc.
- Tremblay, R. E., Masse, L. C., Vitaro, F., etj (1995) The impact of friends 'deviant behavior on early onset of delinquency: longitudinal data from six to thirteen years of age. *Development and Psychopathology*, 7, 649-668.
- Twenge, J.M. & Nolen-Hoeksema, S. (2002). Age, gender, race, socioeconomic status, and birth cohort differences on the children's depression inventory: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 111 (4) (2002), pp. 578–588
- Adams, G. (2005). Adolescent Development. Në T. Gullotta, G. Adams, & J. Ramos, *Handbook of adolescent behavioral problems : evidence-based approaches to prevention and treatment* (fv. 3-16). Springer Science + Business Media, Inc.
- Vandenberg, R. J., & Lance, C. E. (2000). A review and synthesis of the measurement invariance literature: Suggestions, practices, and recommendations for organizational research. *Organizational Research Methods*, 3, 4-69.
- Vasta, R., Haith, M., & Miller, S. (2007). *Psikologjia e fëmijës, Shkenca moderne*. Tiranë: UEGEN.
- Wade, C., & Tavris, C. (2012). *Invitation to psychology*. Pearson Education, Inc.
- Wyer, R. (2004). The cognitive organization and use of general knowledge. Në J. Jost, & M. Banaji, *Perspectivism in social psychology: The yin and yang of scientific progress*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Zimmerman, B. J. (2000). Attaining self-regulation: A social-cognitive perspective. In M. Boekaerts, P. R. Pintrich, & M. Zeidner (Eds.), *Handbook of self-regulation* (pp. 13-39). San Diego, CA: Academic Press

SHTOJCË A : PYETËSORËT E PËRDORUR

1. Shkalla e vetëvlerësimit e Rosenberg - Rosenberg self-esteem scale (RSE; Rosenberg 1965)

FLETEPELQIM

I / e nderuar,

Jam duke kryer nje hulumtim rreth disa aspekteve psikologjike të adoleshentëve. Ju jeni zgjedhur ne menyre te rastesishme qe te jeni pjesemarrës i hulumtimit. Pjesemarrja ne hulumtim eshte plotesisht anonime dhe vullnetare. Ju lutem keni parasysh qe nuk ka pergjigje te drejte apo gabuar. Ju lutem i lexoni pyetjet me kujdes dhe ju pergjigjeni ne menyren qe me se shumti iu pershtatet juve. Kontributi i juaj eshte shume i rendesishem.

Une i kuptoj kushtet e lartpermendura. Une e kuptoj qe plotesimi i ketij pyetesori shenon pelqimin tim per pjesemarrje ne kete hulumtim

Gjinia: Mashkull / Femër Vendbanimi: Fshat / Qytet

Ditëlindja: _____

Në fjalitë e mëposhtme përcaktoheni për njëërën prej katër përgjigjeve të mundshme:

Shumë dakordrrethoni numrin 1
Dakord.....rrethoni numrin 2
Nuk jam dakord.....rrethoni numrin 3
Nuk jam aspak dakord.....rrethoni numrin 4

Fjalitë në të cilat duhet të përgjigjeni:

- E ndjej se jam një person me mirëqenie, gati njëlloj si të tjerët.....	1	2	3	4
- Në tërësi jam i kënaqur me vetveten.....	1	2	3	4
- Do doja të kisha më tepër respekt për vetveten.....	1	2	3	4
- Ndihem veçanërisht i padobishëm për vetveten.....	1	2	3	4
- Herë pas here mendoj se nuk jam i mirë në përgjithësi.....	1	2	3	4
- E ndjej se kam shumë cilësi të mira.....	1	2	3	4
- Në përgjithësi, po ndjej se kam dështuar.....	1	2	3	4
- Jam i aftë ti bëj gjërat po aq mirë sa të tjerët.....	1	2	3	4
- E ndjej se nuk bëj aq shumë për veten sa të ndjehem krenar.....	1	2	3	4
- Kam qëndrim pozitiv ndaj vetes.....	1	2	3	4

2. Pyetësori i Vështirësive dhe Fuqive – versioni vetëraportues i fëmijëve - SDQ questionnaire (Goodman, 1997)

Për secilin konstatim, ju lutemi shënoni në kuti për e Pavërtetë, Deridiku e vërtetë, Plotësisht e vërtetë. Do na ndihmoj neve nëse ju do ti përgjigjeni të gjitha konstatimeve sa më mire që mundeni madje edhe nëse nuk i keni plotësisht të qarta këto. Ju lutemi që këto përgjigje ti jepni në bazë të sjelljes suaj në gjashtë muajt e kaluar ose këtë vit shkollor.

		Pavërtetë e vërtetë	Deridiku e vërtetë	Plotësisht e vërtetë
1.	Unë provoj të jem i mirë me të tjerët, jam i kujdesshëm në ndjenjat e të tjerëve			
2.	Unë jam i paqetë, s'mund të rri gjatë i qetë në një vend			
3.	Kam shpesh dhembje koke, dhembje barku dhe sëmurje			
4.	Zakonisht i ndajë me të tjerët CD-të,librat, ushqimet, lojërat			
5.	Unë shpesh zemërohem, inatosem			
6.	Më tepër dua të jem vetëm se sa me moshatarët			
7.	Unë zakonisht e kryej atë që më thonë			
8.	Unë mërzitem shumë për sende të ndryshme			
9.	I ndihmoj kur dikush lëndohet, ose është i sëmurë ose i nervozuar			
10.	Jam gjithnjë i trazuar dhe i paretatshëm			
11.	Kam një e më shumë shokë të mirë			
12.	Shpesh grindem. Mund ti bëj të tjerët të bëjnë si dua unë.			
13.	Shpesh jam i padisponuar, jo i gëzuar dhe i përlotur			
14.	Kryesisht iu pëlqej moshatarëve të mi			
15.	Lehtë e humbi koncentrimin			
16.	Jam nervoz në situatat e reja, lehtë e humbë besimin			
17.	Jam i sjellshëm me fëmijë më të vegjël se unë			
18.	Më thonë shpesh se rrej dhe mashtroj			
19.	Fëmijët e tjerë shpesh duan të jenë me mua ose të më ngucin			
20.	Shpesh afrohem ti ndihmoj të tjerët (prindërit, mësuesit,fëmijët)			
21.	Mendohej njëherë përpara se ti bëj gjërat			
22.	I marrë gjërat që nuk janë të miat në shtëpi, shkollë dhe diku tjetër			
23.	Kaloj më mire me të rriturit se me moshatarët			
24.	Kam shumë frika , lehtë frikohem			
25.	E kryej atë që jam duke bërë. Kam vëmendje shumë të mirë.			

- Shënim: Me hijezim më transparent itemët për vështirësitë emocionale, me hijezim më të theksuar itemët për sjelljet problematike

3. Shkalla e pashpresës për fëmijë -Hopelessness scale for children (Kazdin, Rodgers, & Colbus, 1986)

Vendos një tik se cila të përshtatet më mirë.		vërtet	gabi m
1	Dua të rritem sepse mendoj se gjërat do të bëhen më të mira		
2	Mundem edhe të mos dua të rritem sepse nuk mundem me i ba gjërat më mirë për veten		
3	Kur gjërat janë duke shkuar keq unë e di se nuk do shkojnë kështu tërë kohën		
4	Unë kam mjaftë kohë për me i krye gjërat që vërtet dua me i krye		
5	Ndojditë do ti kryej më mirë gjërat për të cilat brengosem vërtet		
6	Do të marrë më shumë gjëra në jetë se sa moshatarët e tjerë		
7	Nuk kam fat dhe nuk kam arsye me besue se gjërat do jenë më mirë kur të rritem		
8	Po i shoh përpara vetëm gjërat e këqija dhe jo të mirat		
9	Nuk mendoj se do ta arrij atë që dua		
10	Kur të rritem mendoj se do të jem më i lumtur se tash		
11	Gjërat nuk do të shkojnë ashtu siç dua unë		
12	Unë kurrë nuk e arrij atë që dua andaj është e pamend të kërkoj diçka		
13	Nuk mendoj se mund të kem ndonjë lumturi të vërtetë kur të rritem		
14	E nesërmja më duket e paqartë dhe e mjegulltë		
15	Do të kem më tepër ditë të mira se sa të këqija		
16	Nuk ja vlen vërtet të mundohesh të arrish diçka, sepse sigurisht nuk do ta arrij		

SHTOJCA B

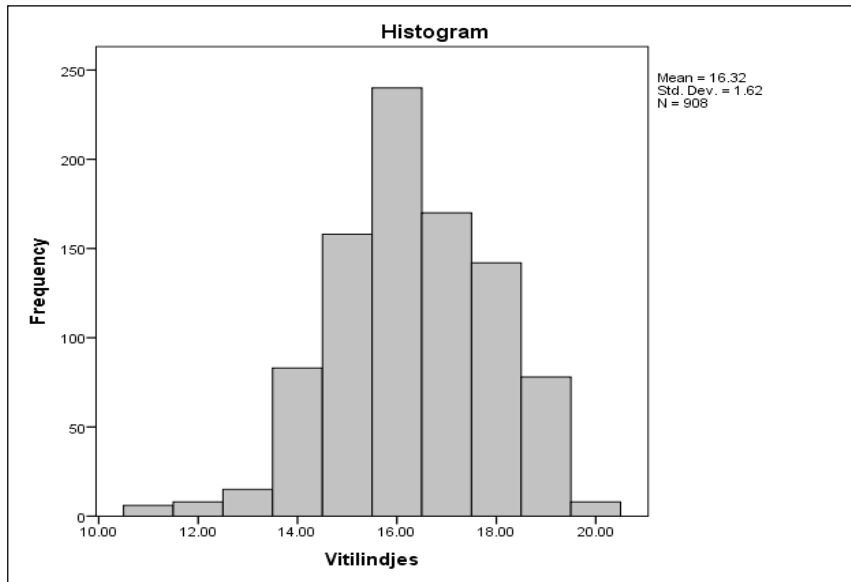


Figura 4. Histogrami i variablës së moshës në kampionin komunitar

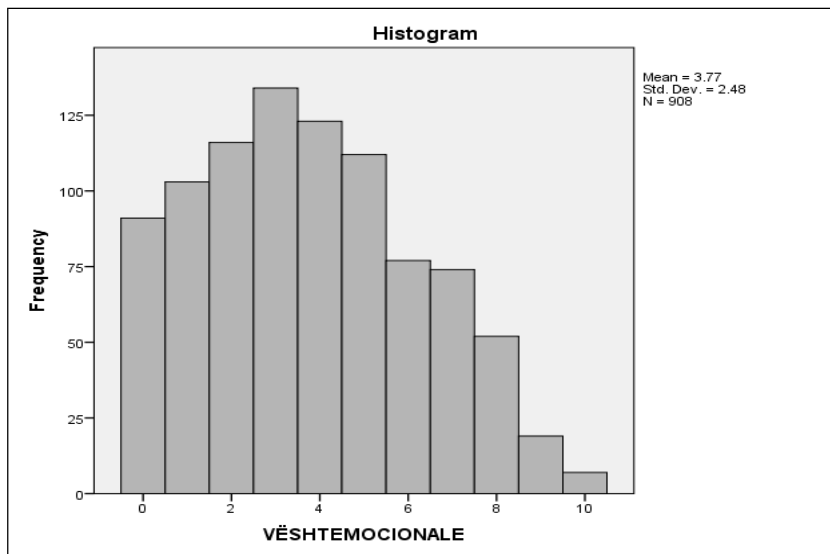


Figura 5. Histogrami i variablës së vështirësive emocionale në kampionin komunitar

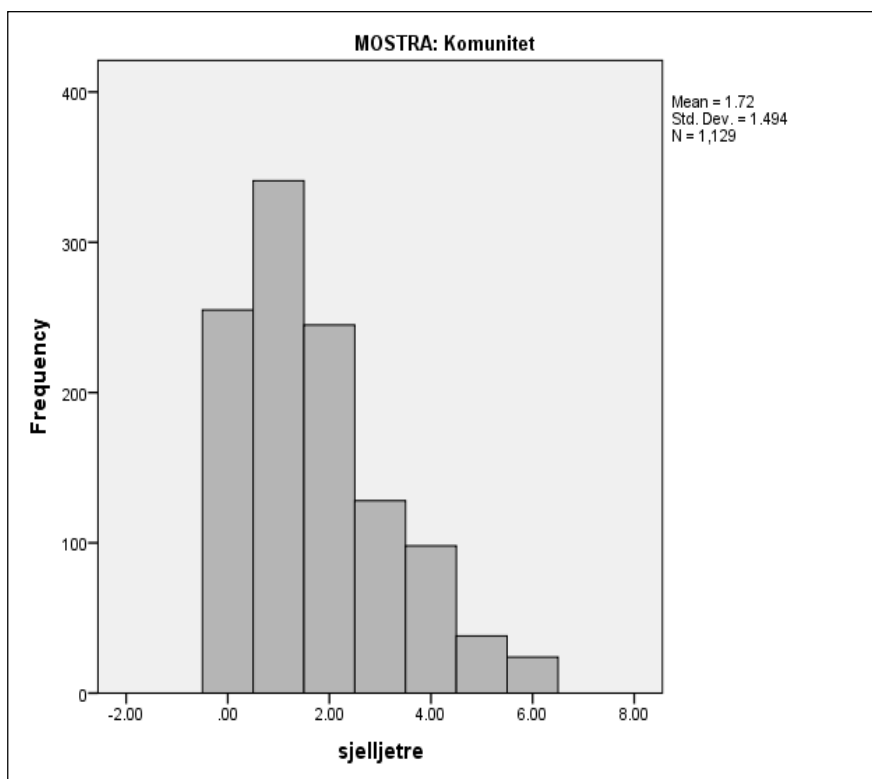


Figura 6. Histogrami i variablës së sjelljeve problematike në kampionin komunitar

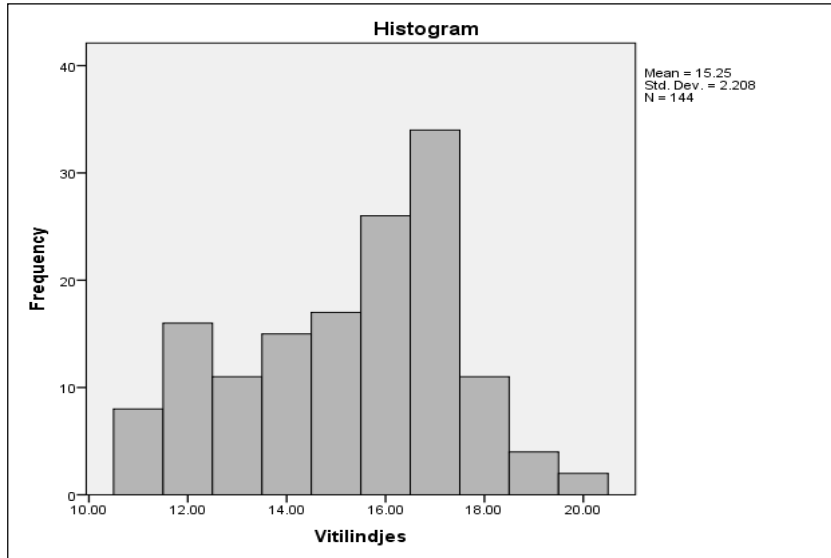


Figura 7. Histogrami i variablës së moshës në kampionin klinik

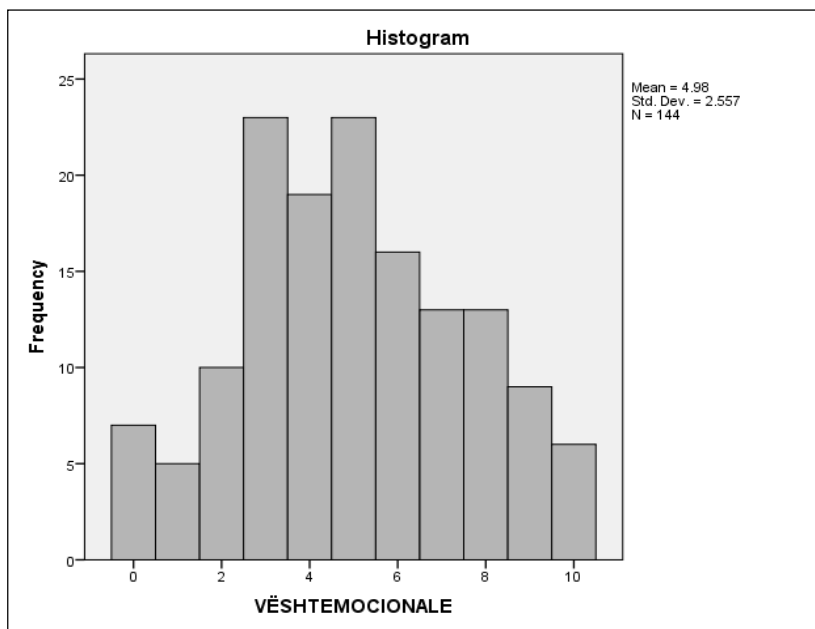


Figura 8. Histogrami i variablës së vështirësive emocionale në kampionin klinik

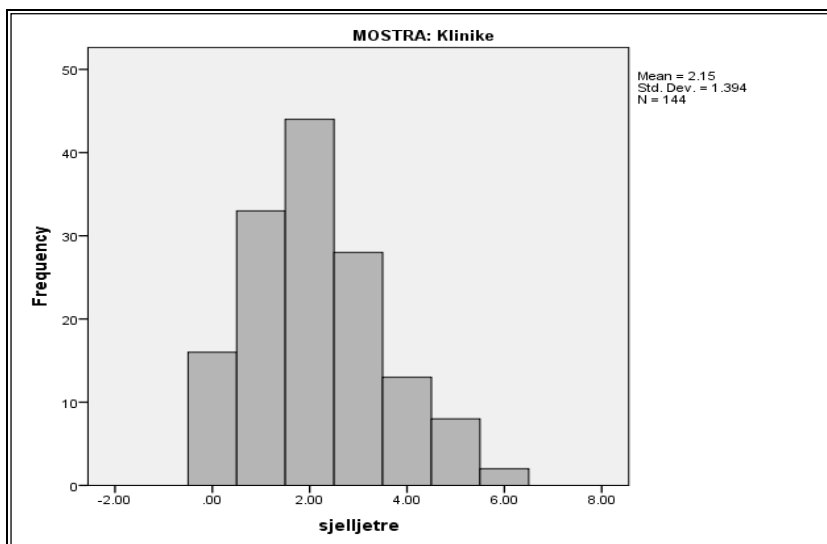


Figura 9. Histogrami i variablës së sjelljeve problematike në kampionin klinik

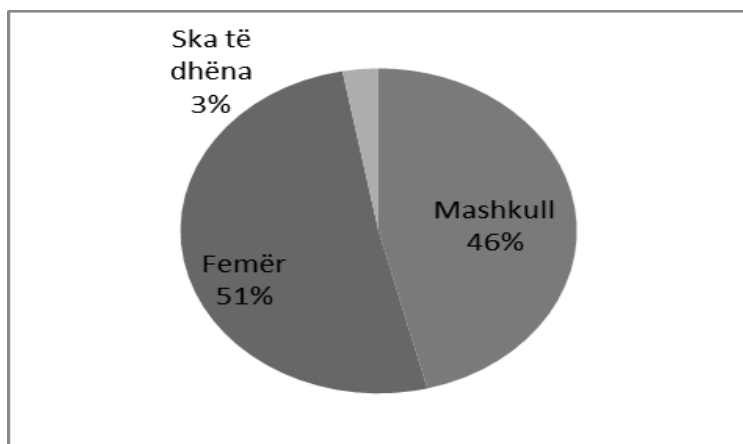


Figura 10. Paraqitja grafike e kampionit komunitar sipas gjinisë

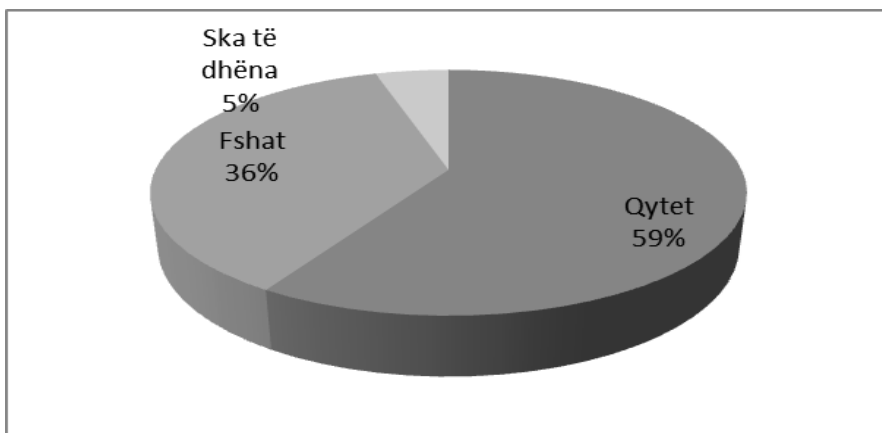


Figura 11. Paraqitja grafike e kampionit komunitar sipas vendbanimit

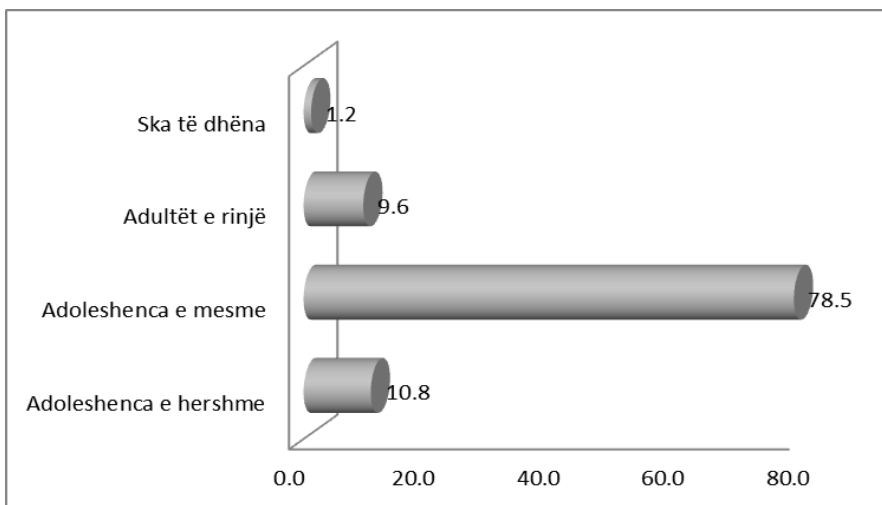


Figura 12. Paraqitja grafike e kampionit komunitar sipas grupmoshës

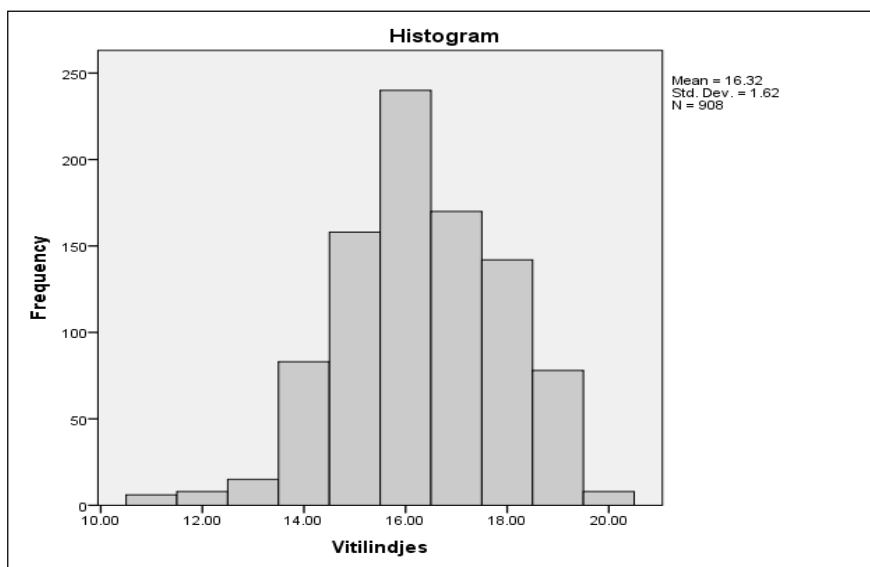


Figura 13. Histogrami i variablës së moshës i kampionit komunitar

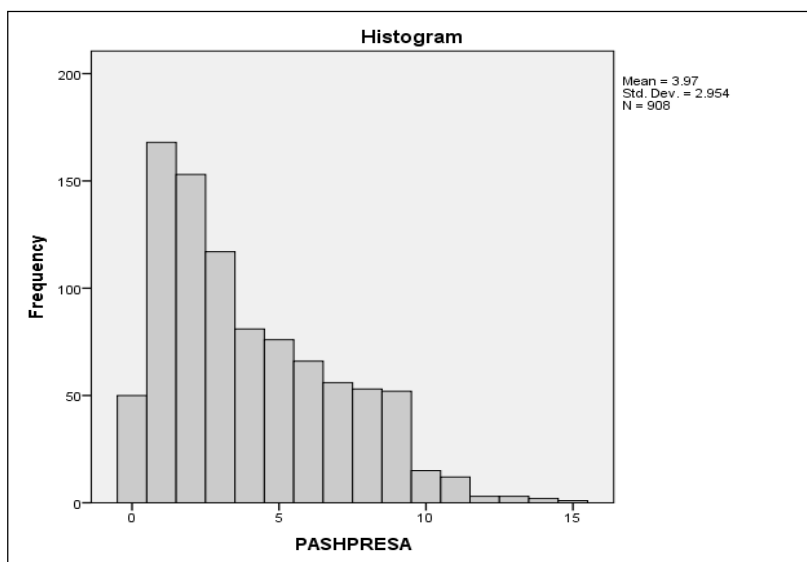


Figura 14. Histogrami i variablës së pashpresës së kampionit komunitar

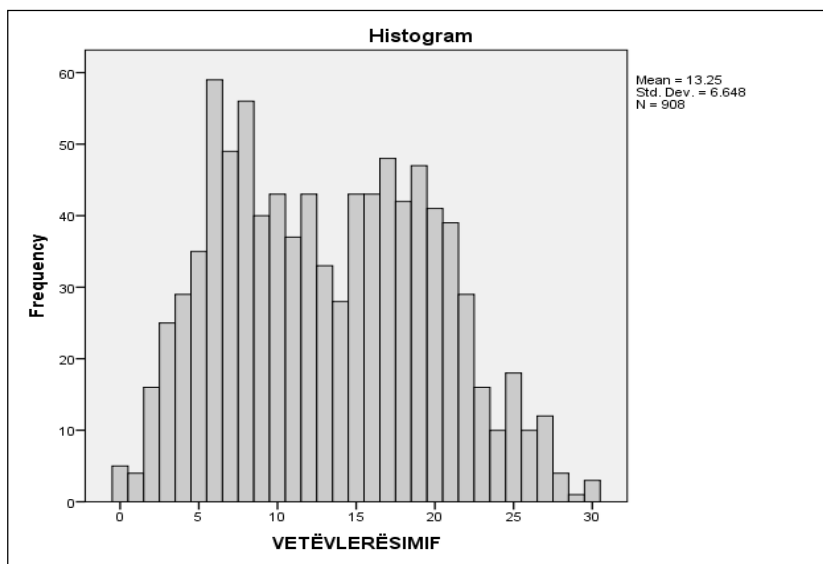


Figura 15. Histogrami i variablës së vetëvlerësimit i kampionit komunitar

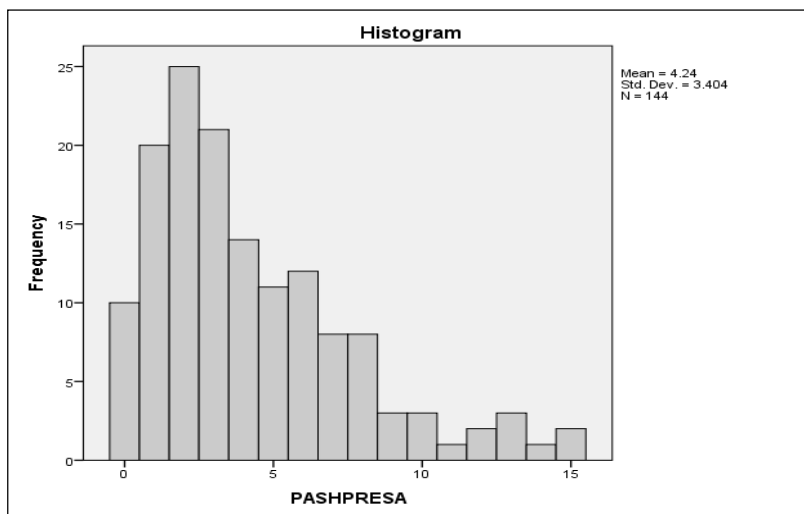


Figura 16. Histogrami i variablës së pashpresës së kampionit klinik

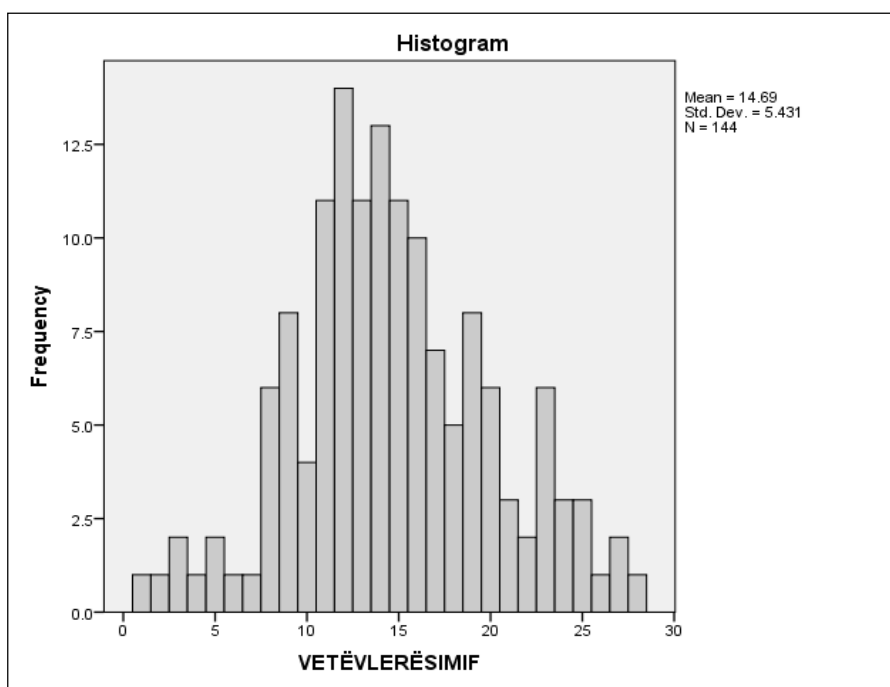


Figura 17. Histogrami i variablës së vetëvlerësimit të kampionit klinik

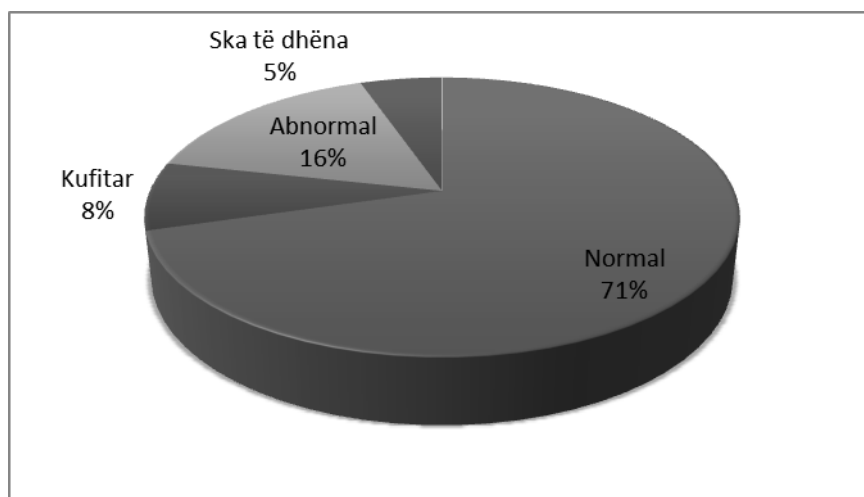


Figura 18. Paraqitja grafike e përqindjes së rasteve sipas nivelit të vështirësive emocionale në kampionin komunitar

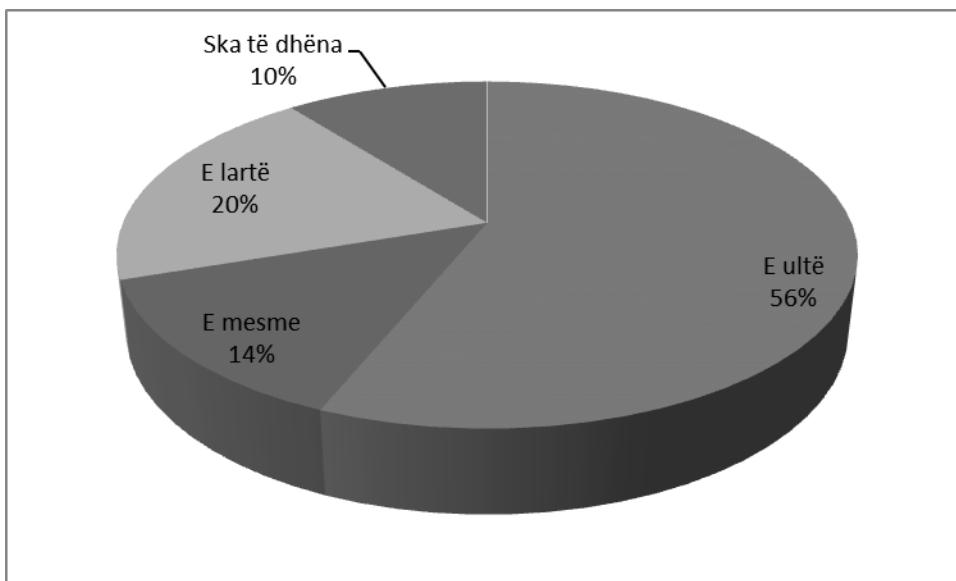


Figura 19. Paraqitje grafike e përqindjes së rasteve sipas nivelit të pashpresës në kampionin komunitar

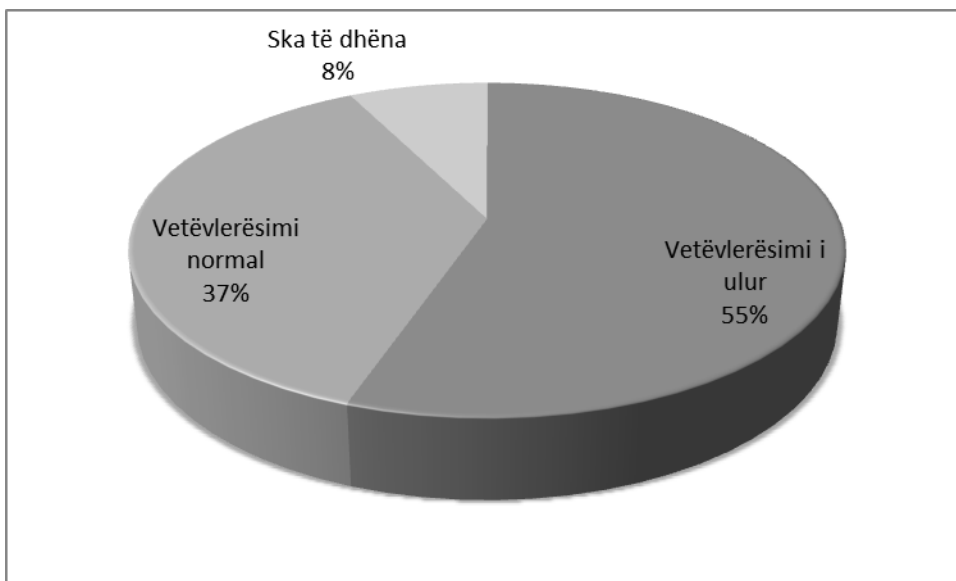


Figura 20. Paraqitje grafike e përqindjes së rasteve sipas nivelit të vetëvlerësimit në kampionin komunitar

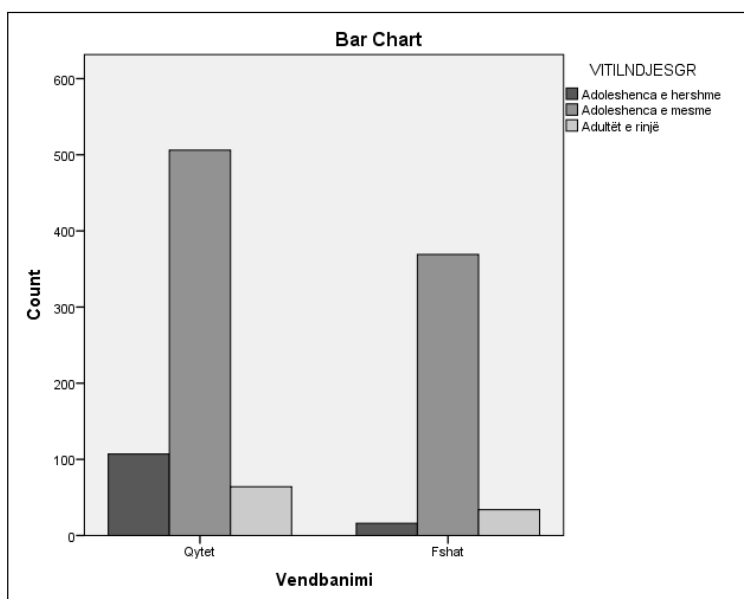


Figura 21. Paraqitje grafike e krostabulacionit në mes rasteve sipas grupmoshës dhe vendbanimit në kampionin komunitar

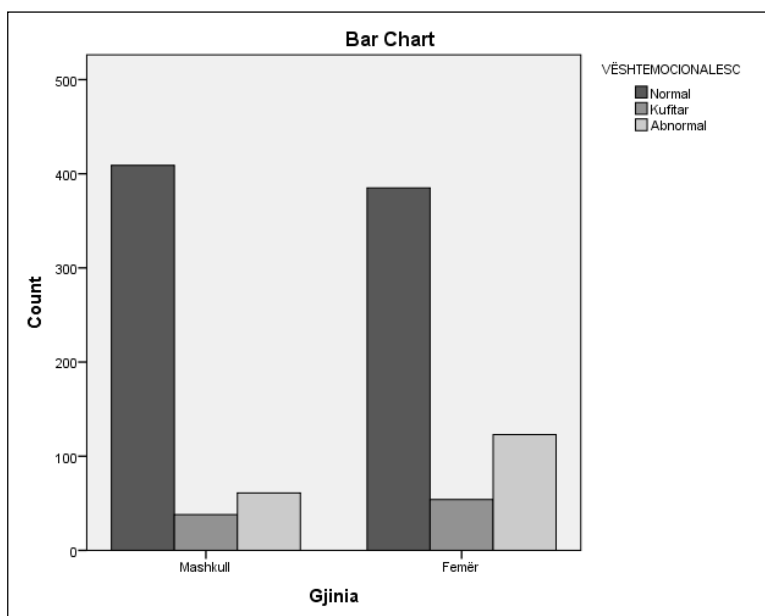


Figura 22. Paraqitje grafike e krostabulacionit në mes rasteve sipas gjinisë dhe nivelit të vështirësive emocionale në kampionin komunitar

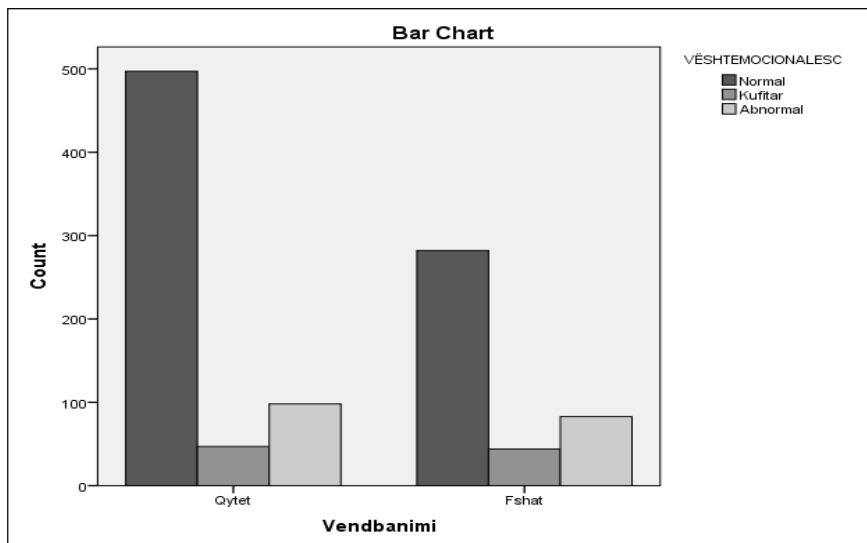


Figura 23. Paraqitja grafike e krostabulacionit në mes rasteve sipas vendbanimit dhe nivelit të vështirësive emocionale në kampionin komunitar

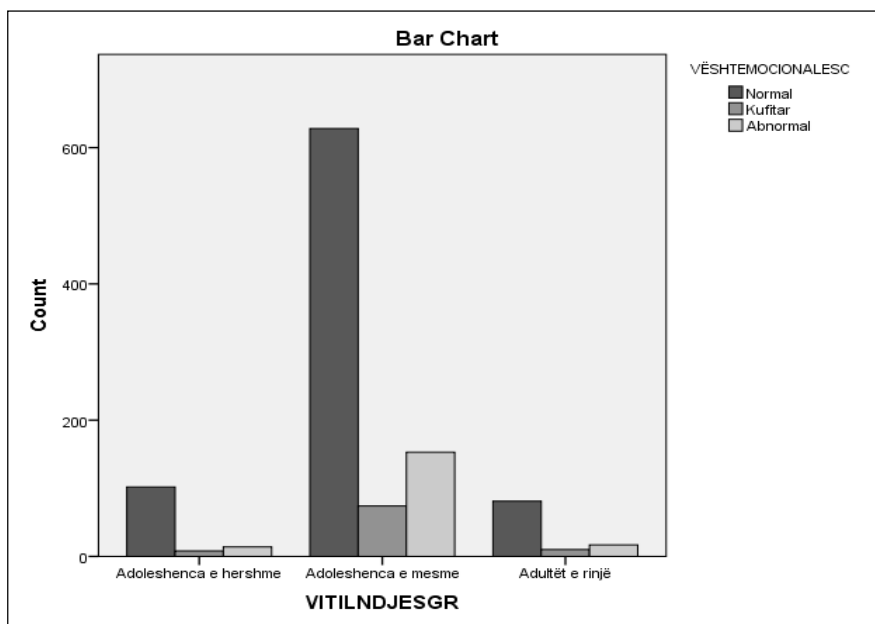


Figura 24. Paraqitja grafike e krostabulacionit në mes rasteve sipas grupmoshës dhe nivelit të vështirësive emocionale në kampionin komunitar

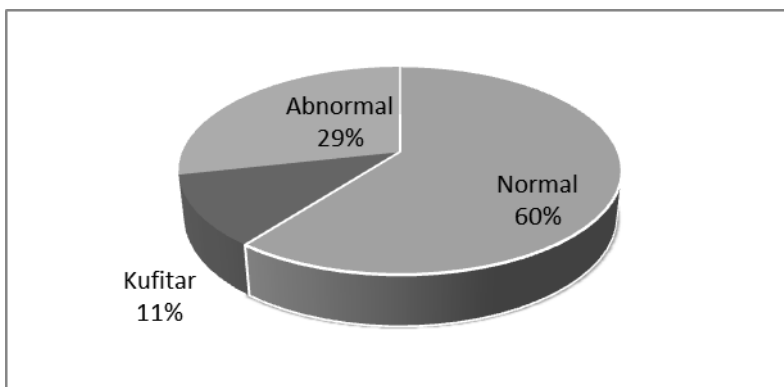


Figura 25. Paraqitja grafike e përqindjes së rasteve sipas nivelit të vështirësive emocionale në kampionin klinik

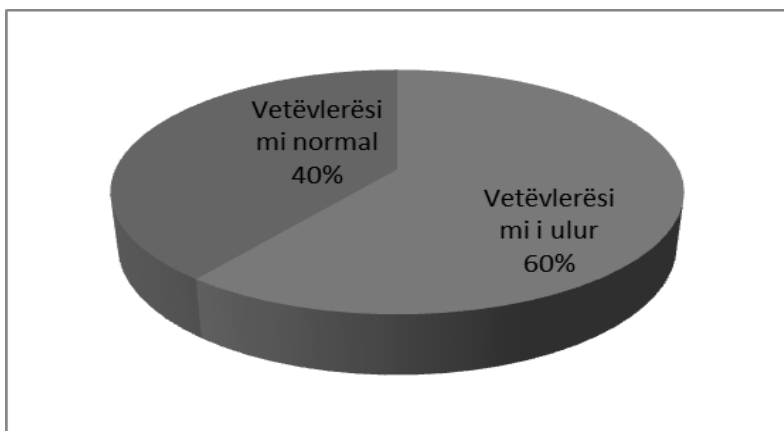


Figura 26. Paraqitja grafike e përqindjes së rasteve sipas nivelit të vetëvlerësimit në kampionin klinik

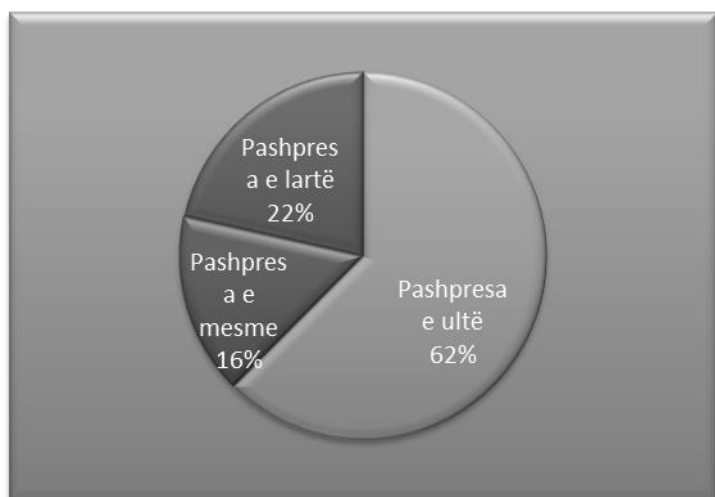


Figura 27. Paraqitja grafike e përqindjes së rasteve sipas nivelit të pashpresës në kampionin klinik

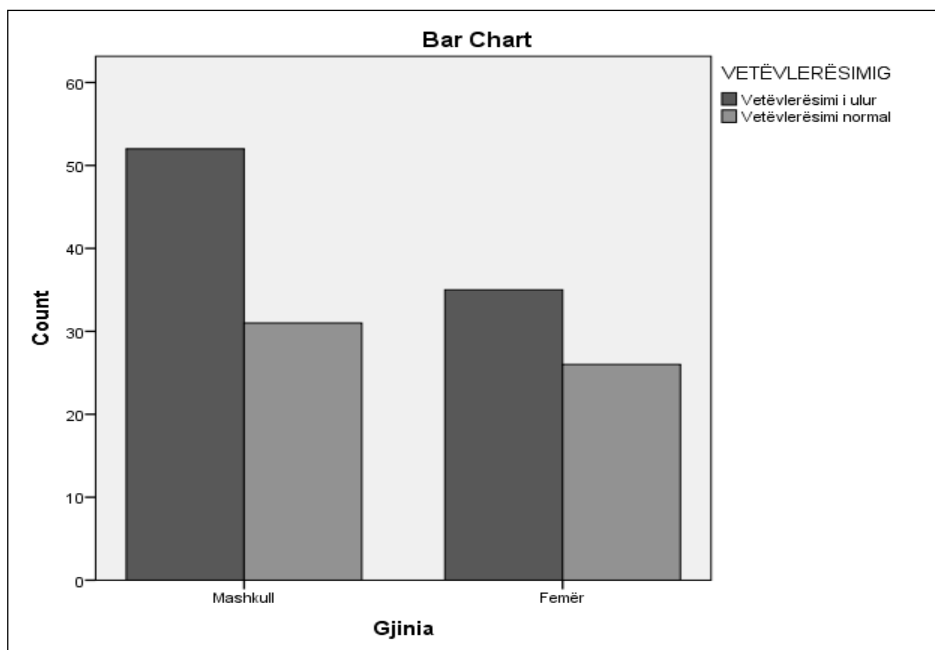


Figura 28. Paraqitje grafike e krostabulacionit në mes rasteve sipas vetëvlerësimit dhe gjinisë në kampionin klinik

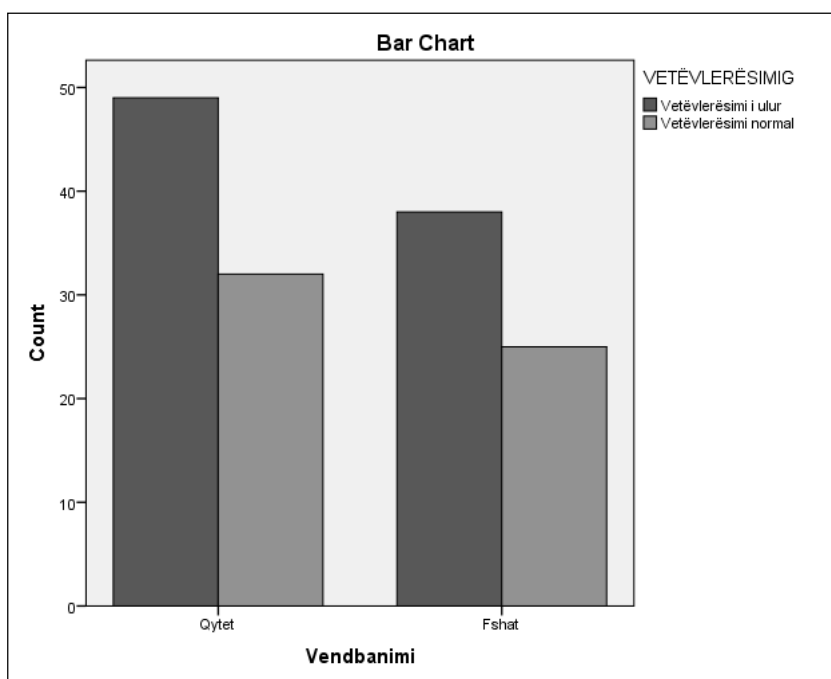


Figura 29. Paraqitja grafike e kros-tabulacionit sipas vendbanimit dhe nivelit të vetëvlerësimit në kampionin klinik

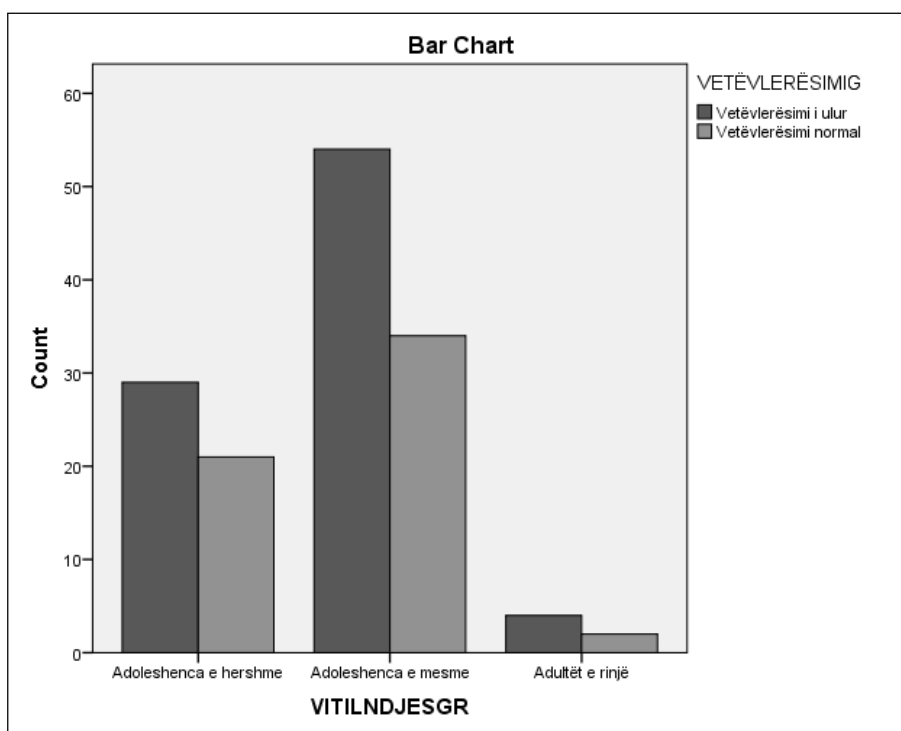


Figura 30. Paraqitja grafike e krostabulacionit të nivelit të vetëvlerësimit me grupmoshën në kampionin klinik

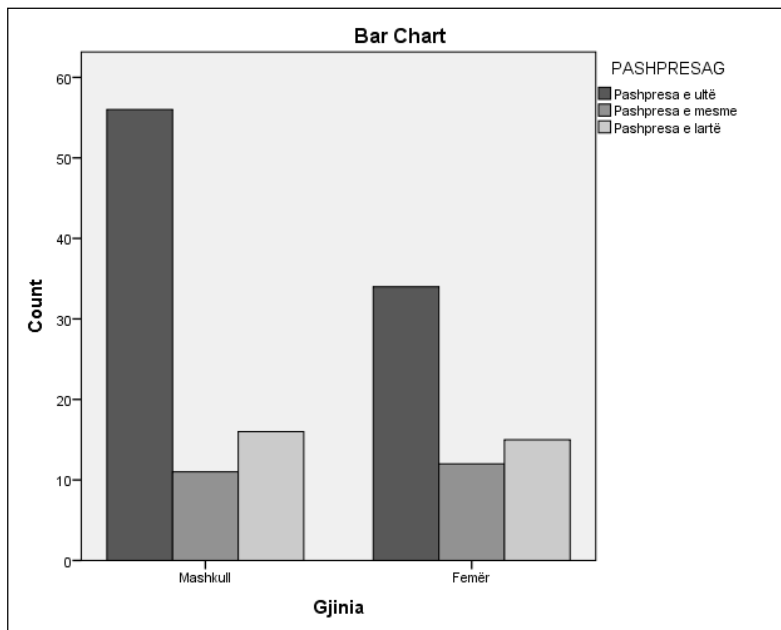


Figura 31. Paraqitje grafike e krostabulacionit në mes rasteve sipas nivelit të pashpresës dhe gjinisë në kampionin klinik

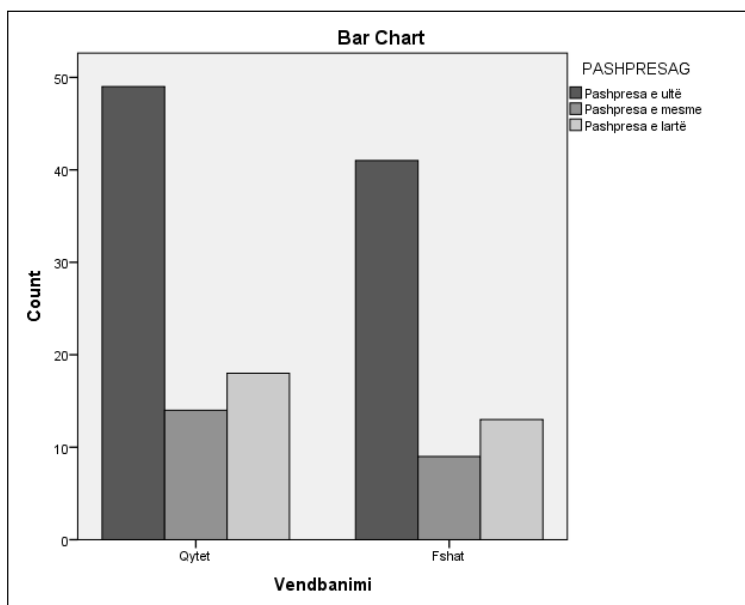


Figura 32. Paraqitja e krostabulacionit sipas nivelit të pashpresës dhe vendbanimit në kampionin klinik

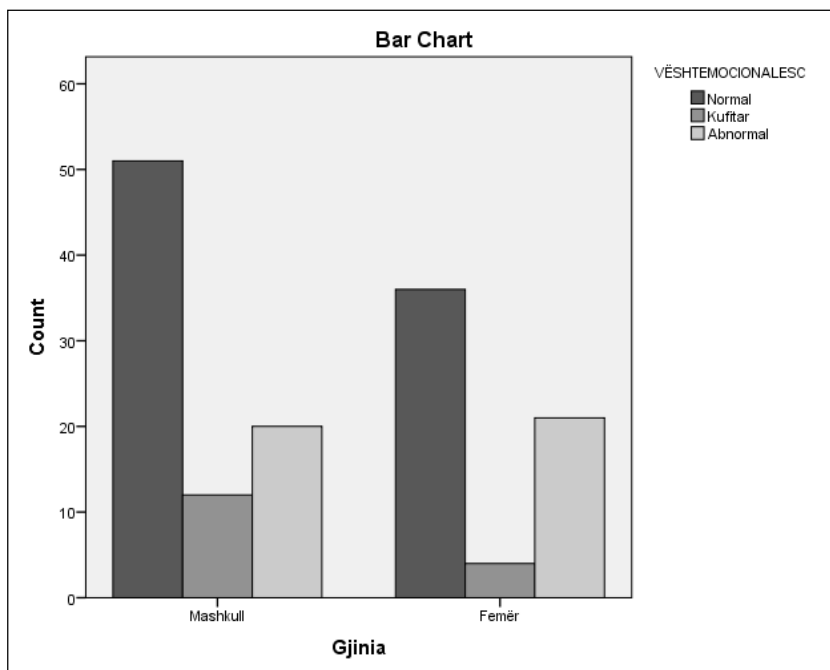


Figura 33. Paraqitja grafike e krostabulacionit të vështirësive emocionale të grupuara dhe gjinisë

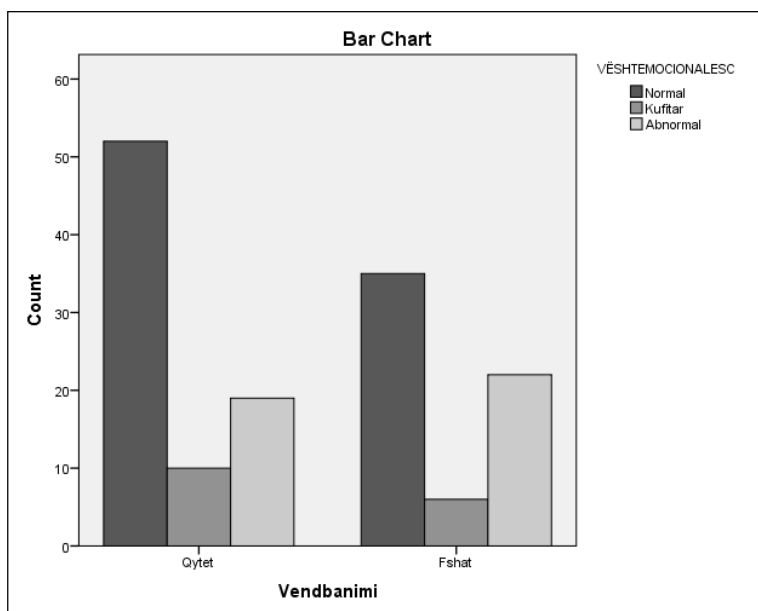


Figura 34. Paraqitja grafike e krostabulacionit të vështirësive emocionale të grupuara dhe vendbanimit në kampionin klinik

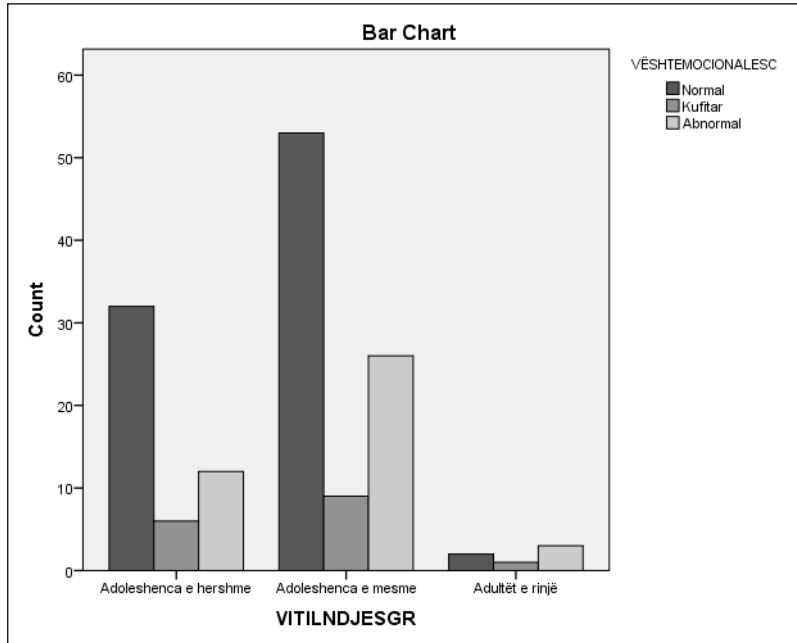


Figura 35 Paraqitja grafike e krostabulacionit të vështirësive emocionale të grupuara dhe grupmoshës në kampionin klinik

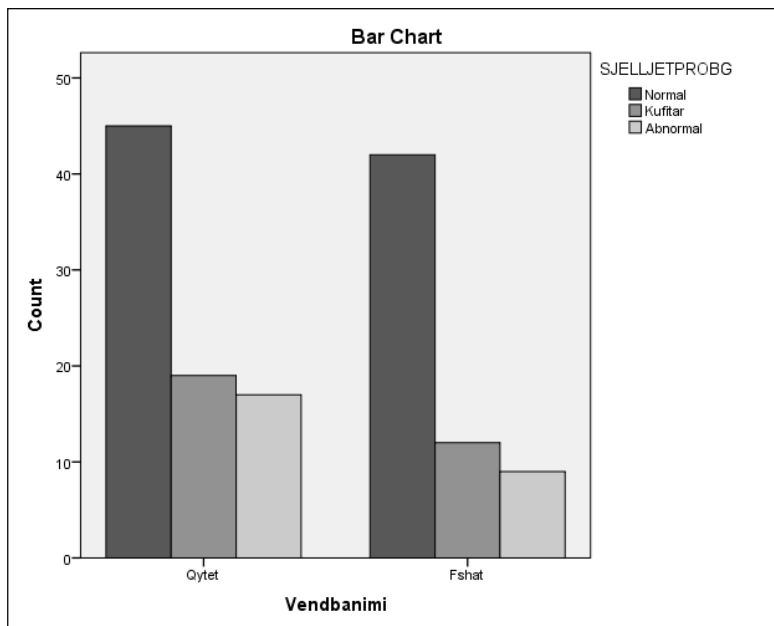


Figura 36. Paraqitja grafike e krostabulacionit të sjelljeve problematike të grupuara dhe vendbanimit në kampionin klinik

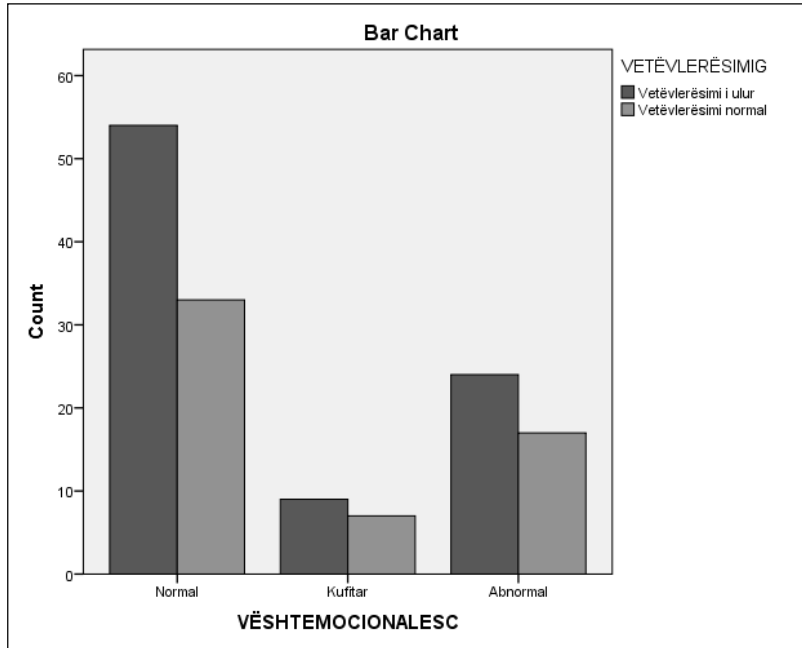


Figura 37. Paraqitja grafike e krostabulacionit të vështirësive emocionale të grupuara dhe nivelit të vetëvlërësimit në kampionin klinik

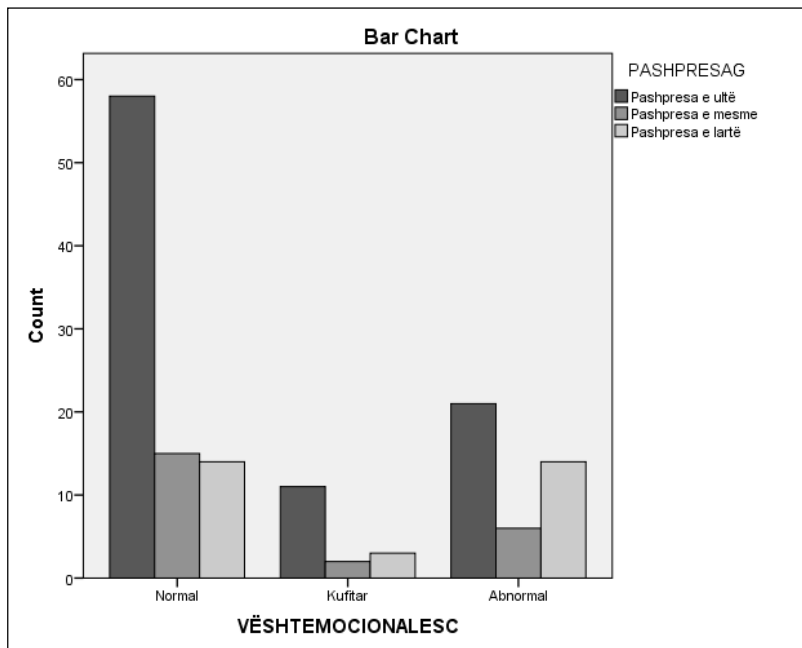


Figura 38. Paraqitja grafike e krostabulacionit të vështirësive emocionale të grupuara dhe nivelit të pashpresës në kampionin klinik

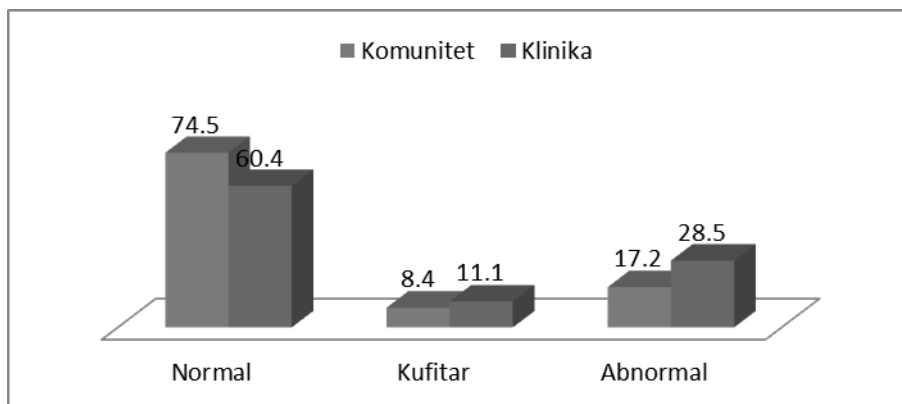


Figura 39. Paraqitja grafike e niveleve të grupuara të vështirësive emocionale sipas kampionëve

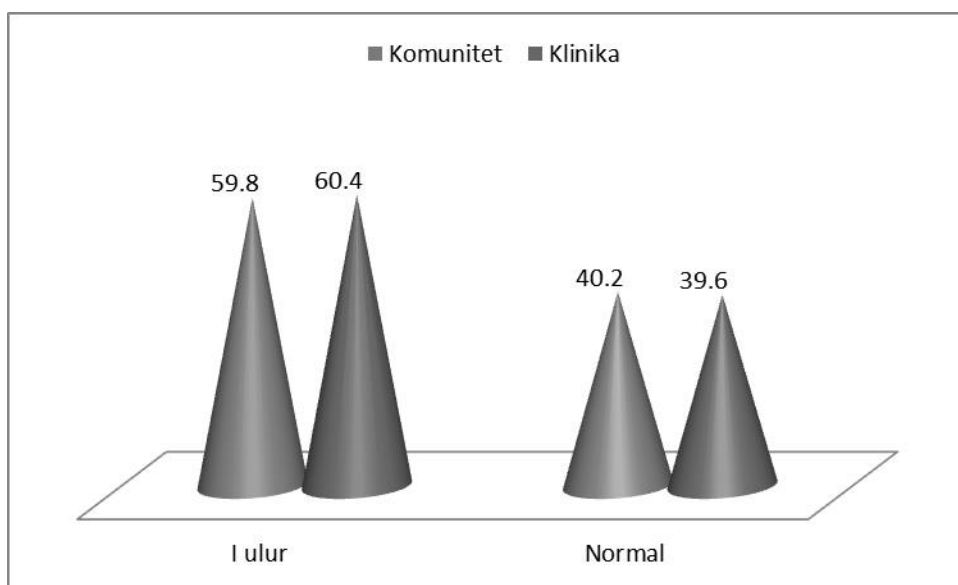


Figura 40. Paraqitja grafike e niveleve të grupuara të vetëvlerësimit sipas kampionëve

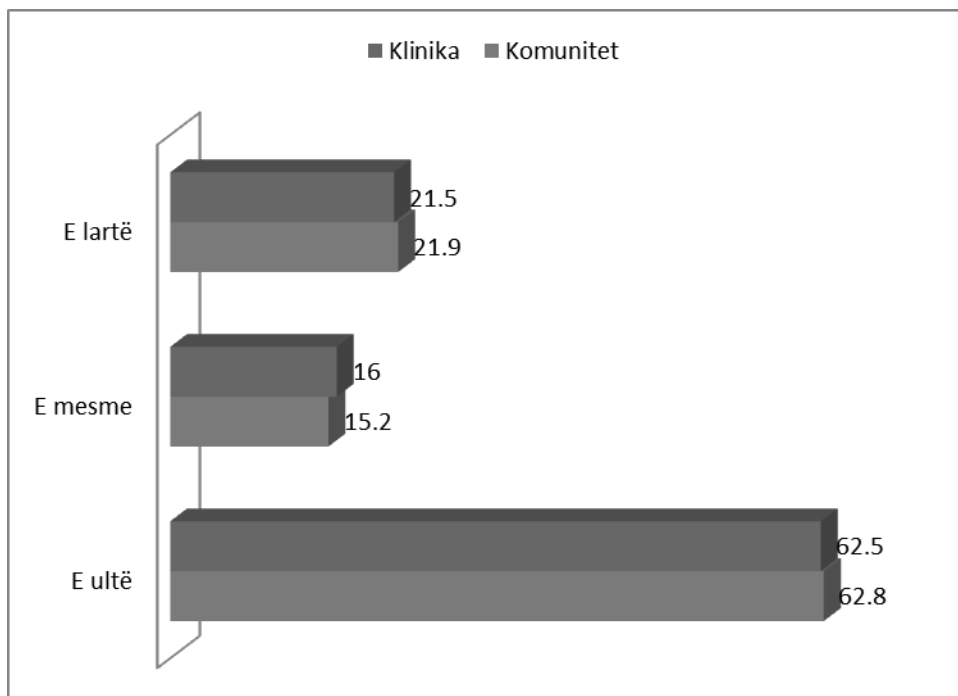


Figura 41. Paraqitja grafike e niveleve të grupuara të pashpresës sipas kampionëve

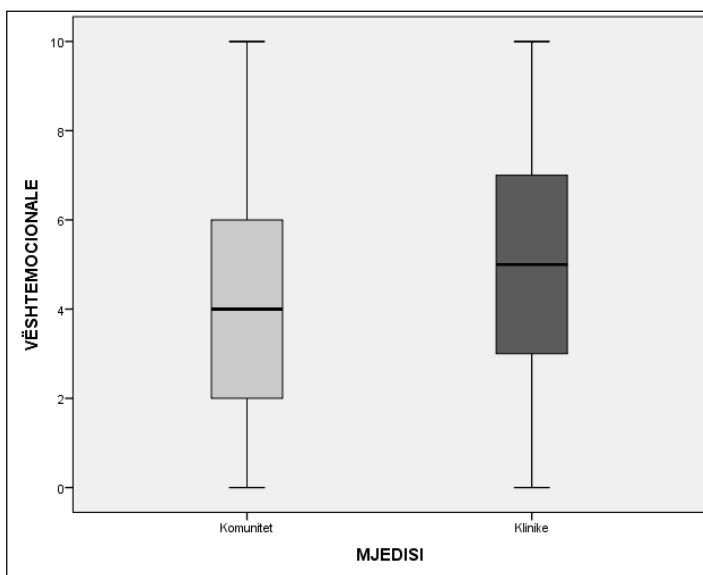


Figura 42. Paraqitja e boxplot të vlerave të vështirësive emocionale sipas kampionëve

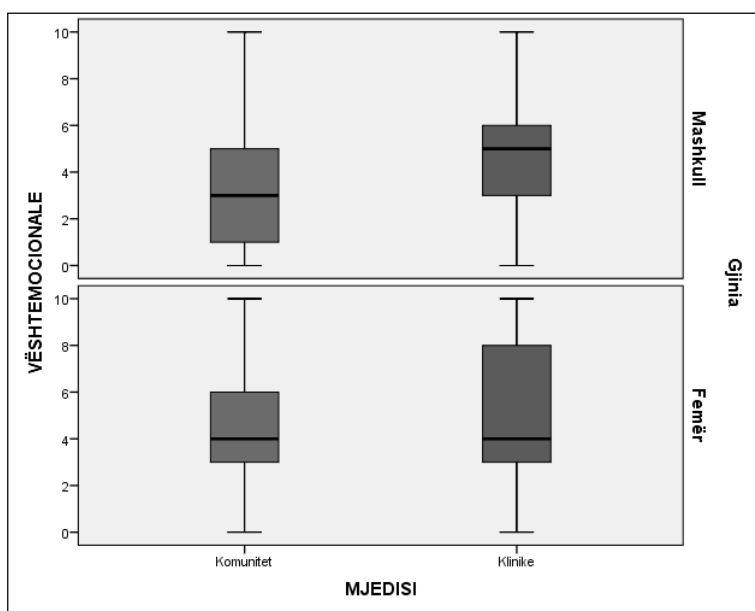


Figura 43. Paraqitja e boxplot të vlerave të vështirësive emocionale të kampionëve sipas gjinisë

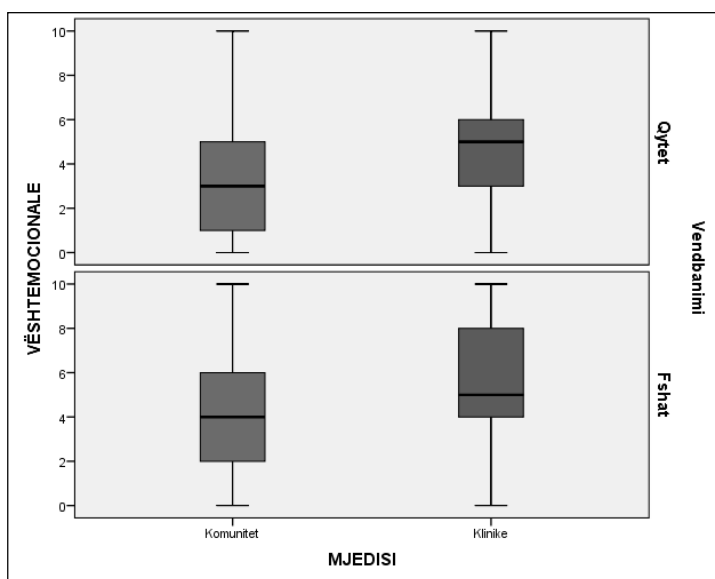


Figura 44. Paraqitja e boxplot të vlerave të vështirësive emocionale të kampionëve sipas vendbanimit

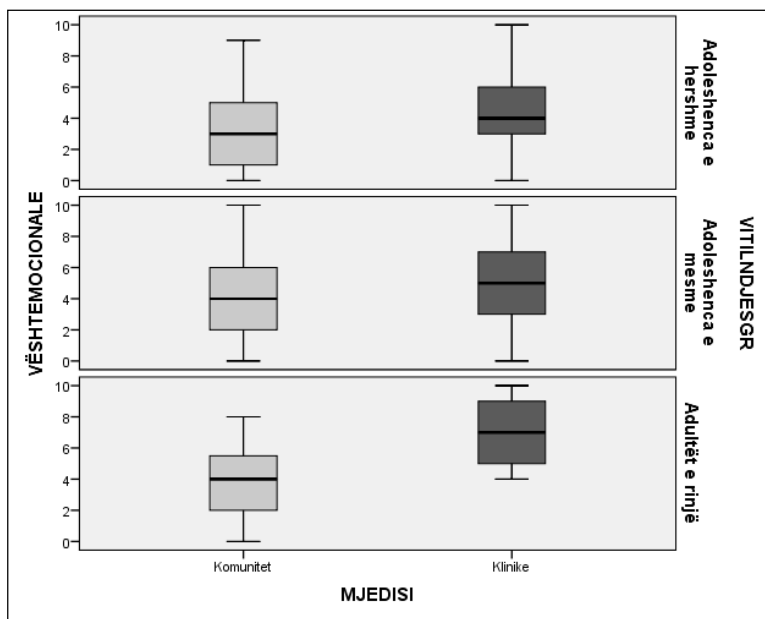


Figura 45. Paraqitja e boxplot të vlerave të vështirësive emocionale të kampionëve sipas grupmoshës

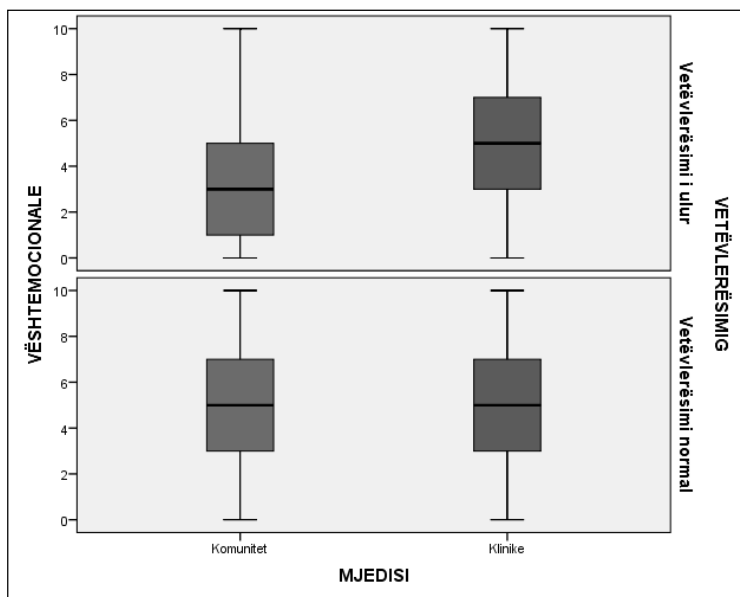


Figura 46. Paraqitja e boxplot të vlerave të vështirësive emocionale të kampionëve sipas nivelit të vetëvlerësimit

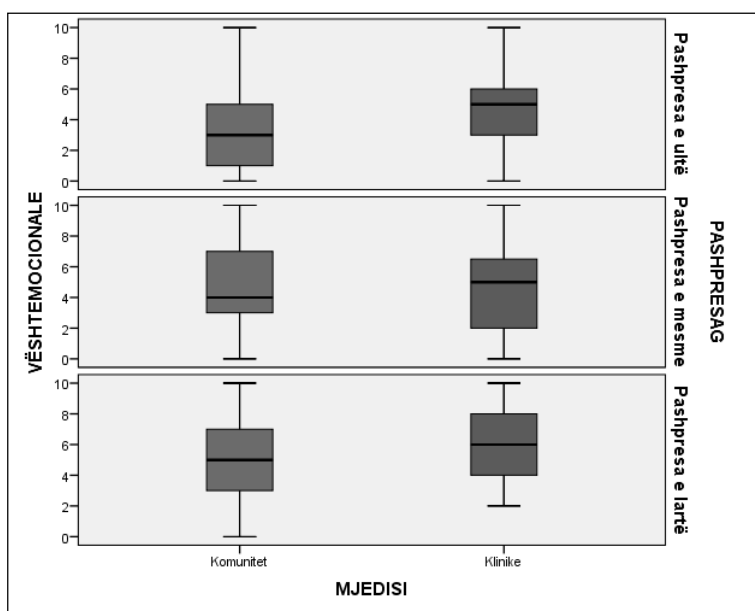


Figura 47. Paraqitja e boxplot të vlerave të vështirësive emocionale të kampionëve sipas nivelit të pashpresës

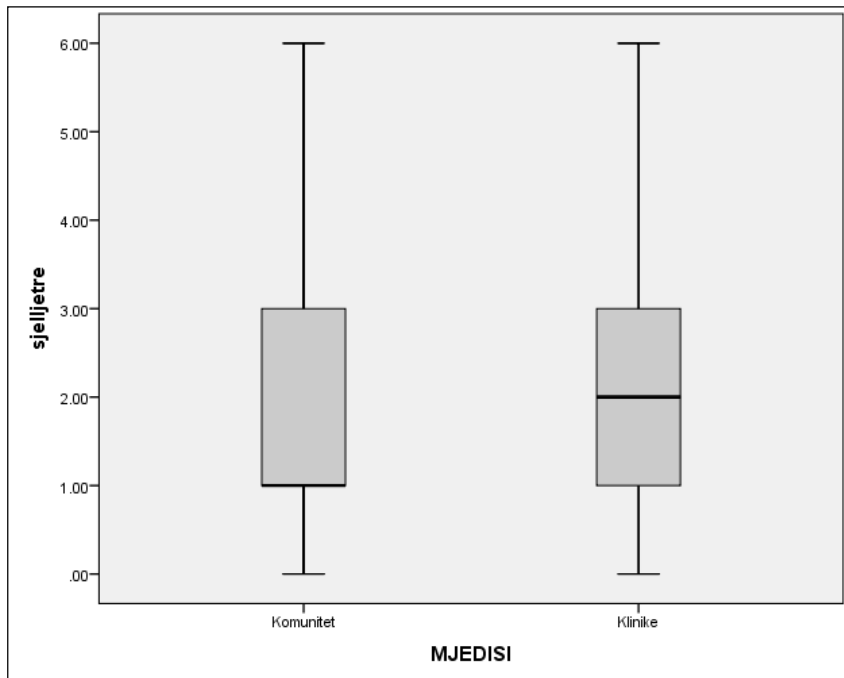


Figura 48. Paraqitja e boxplot të vlerave të sjelljeve problematike të kampionëve sipas gjinisë

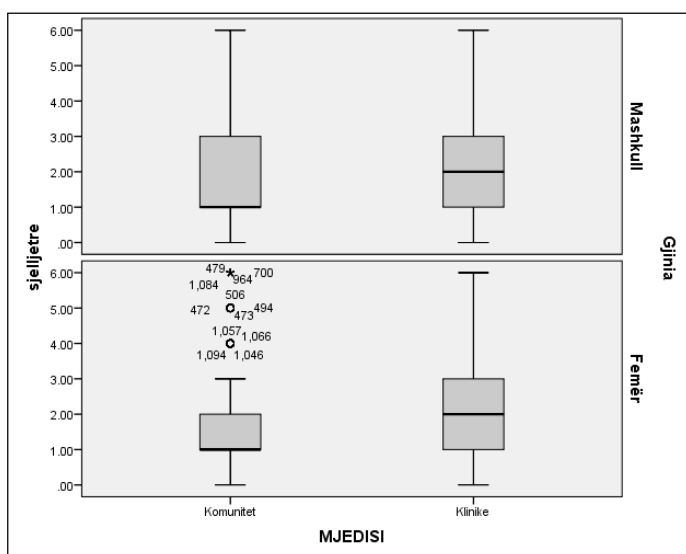


Figura 49. Paraqitja e boxplot të vlerave të sjelljeve problematike të kampionëve sipas gjinisë

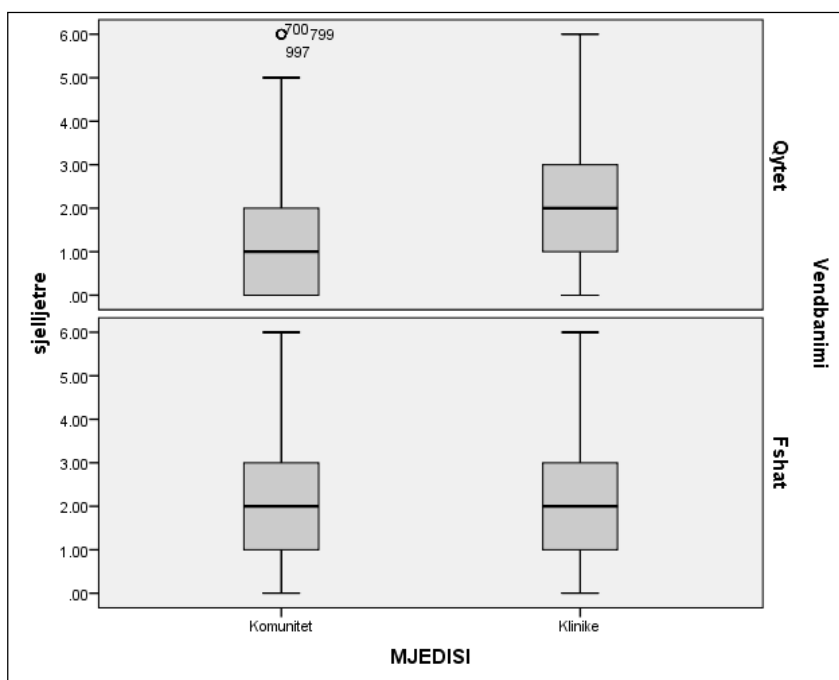


Figura 50. Paraqitja e boxplot të vlerave të sjelljeve problematike të kampionëve sipas vendbanimit

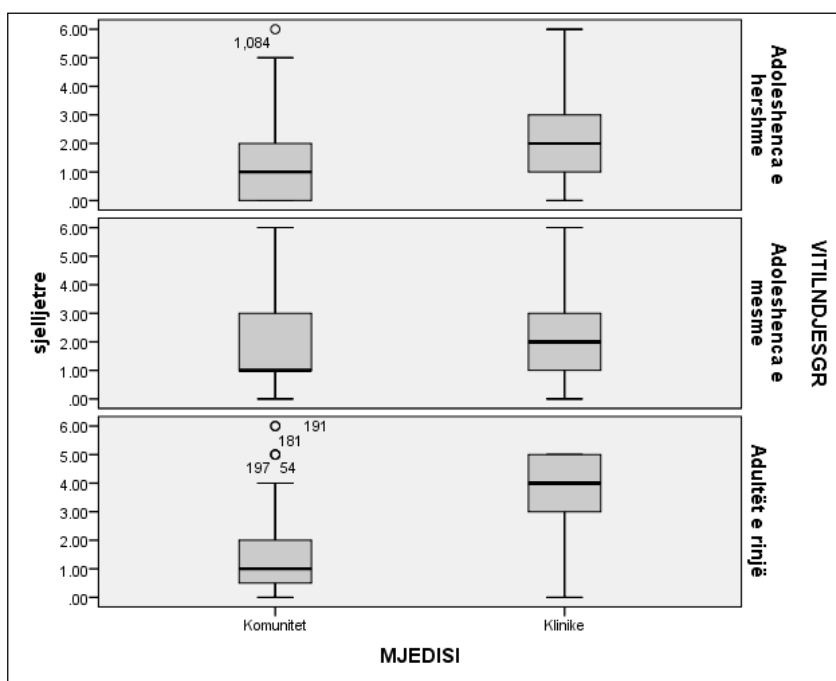


Figura 51. Paraqitja e boxplot të vlerave të sjelljeve problematike të kampionëve sipas grupmoshës

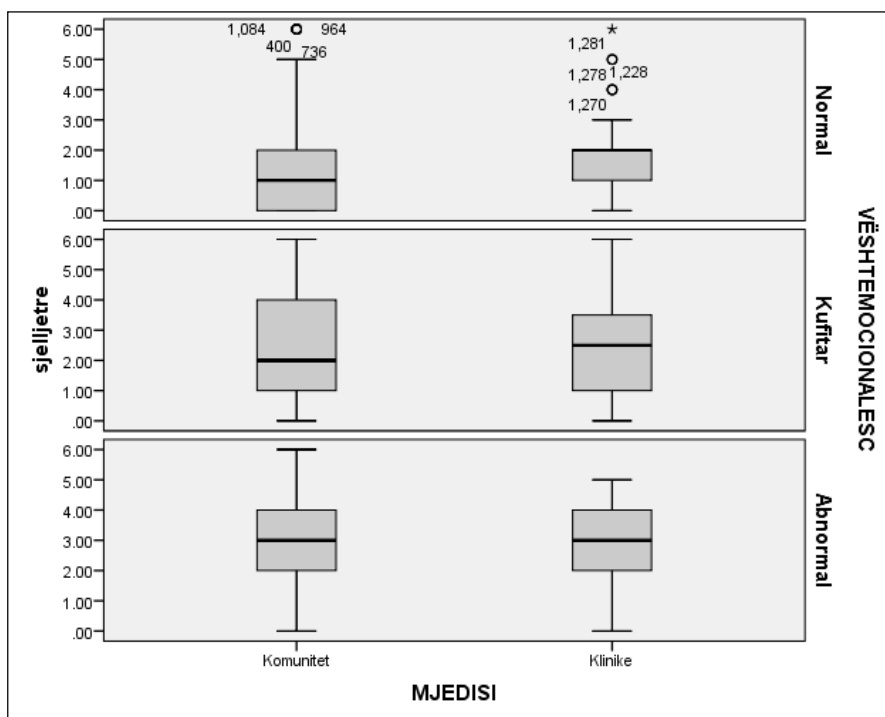


Figura 52. Paraqitja e boxplot të vlerave të sjelljeve problematike të kampionëve sipas grupeve të vështirësive emocionale

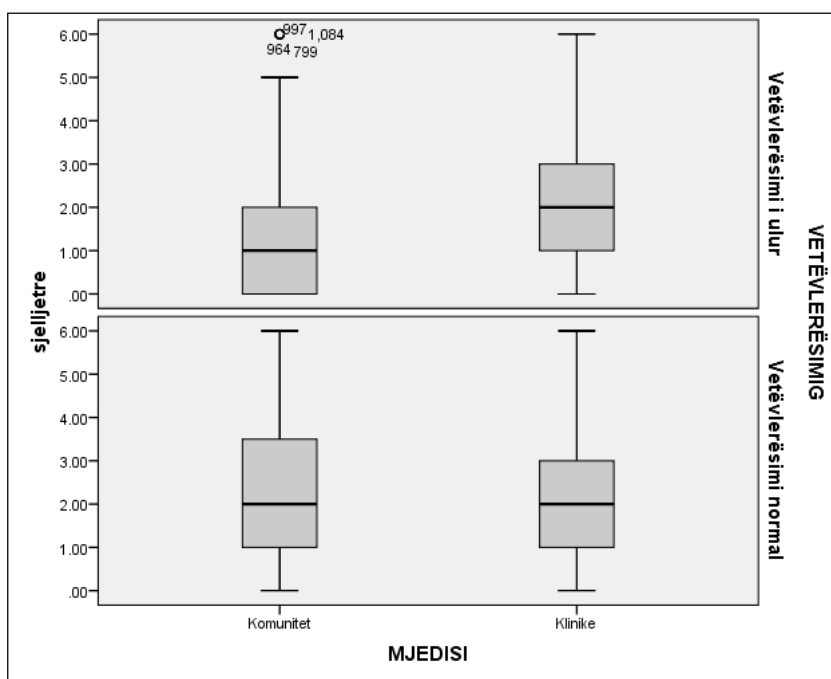


Figura 53. Paraqitja e boxplot të vlerave të sjelljeve problematike të kampionëve sipas grupeve të vetëvlerësimit

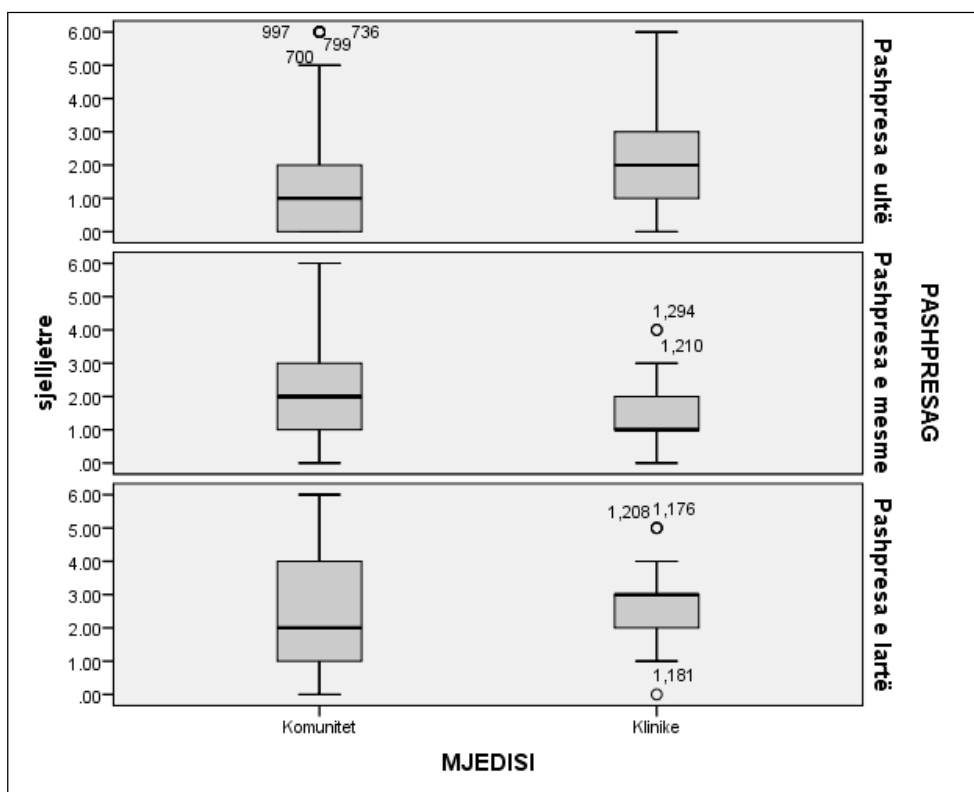


Figura 54. Paraqitja e boxplot të vlerave të sjelljeve problematike të kampionëve sipas nivelit të pashpresës

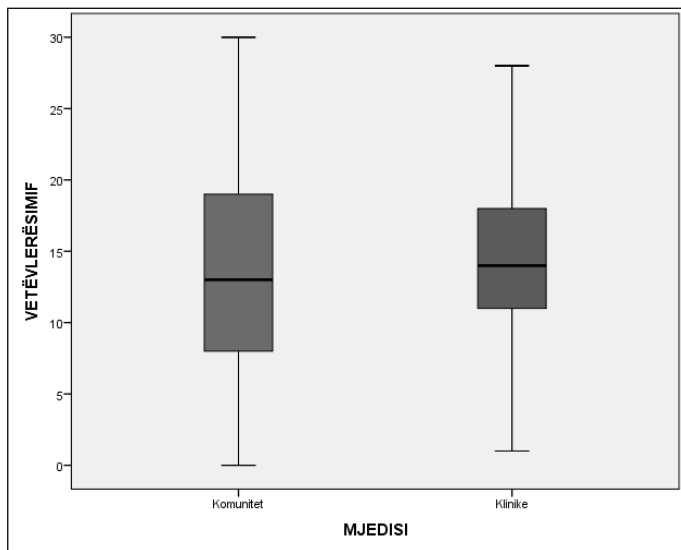


Figura 55 Paraqitja e boxplot të vlerave të vetëvlerësimit sipas kampionëve

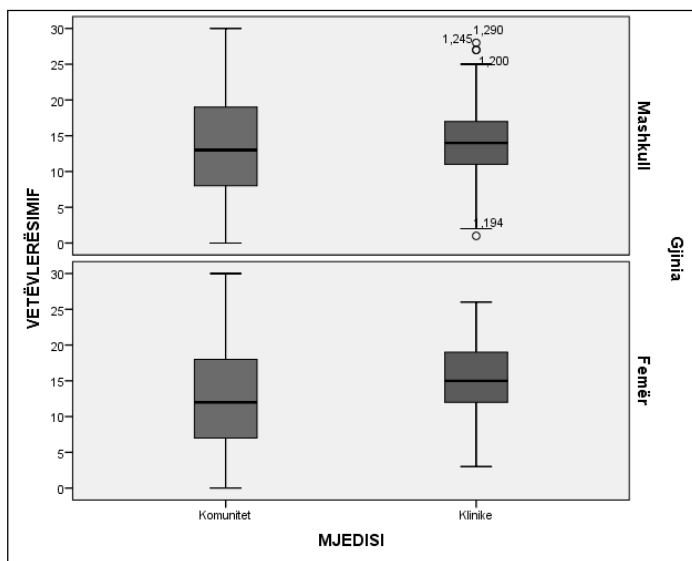


Figura 56. Paraqitja e boxplot të vlerave të vetëvlerësimit sipas kampionëve dhe gjinisë

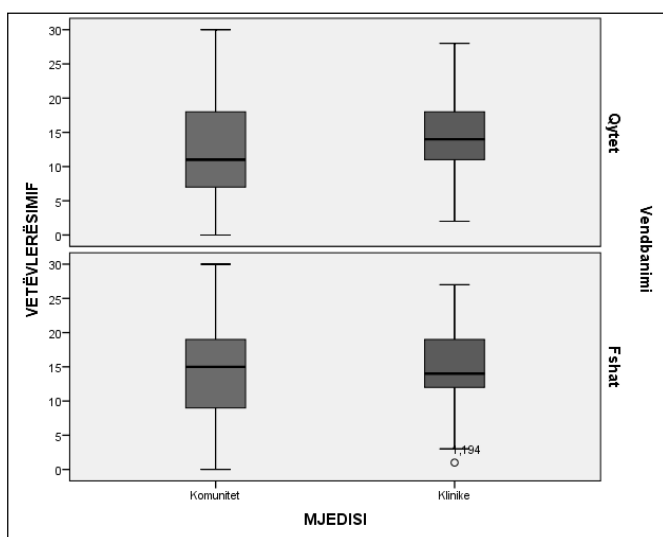


Figura 57. Paraqitja e boxplot të vlerave të vetëvlerësimit sipas kampionëve dhe vendbanimit

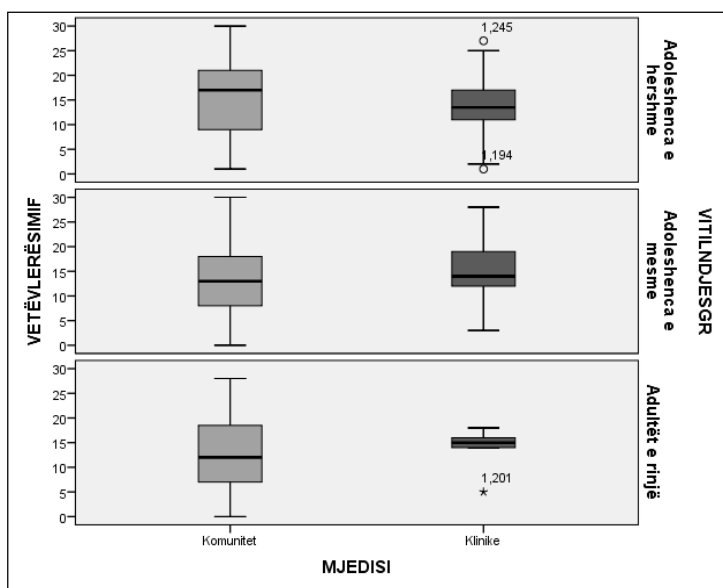


Figura 58. Paraqitja e boxplot të vlerave të vetëvlerësimit sipas kampionëve dhe grupmoshës

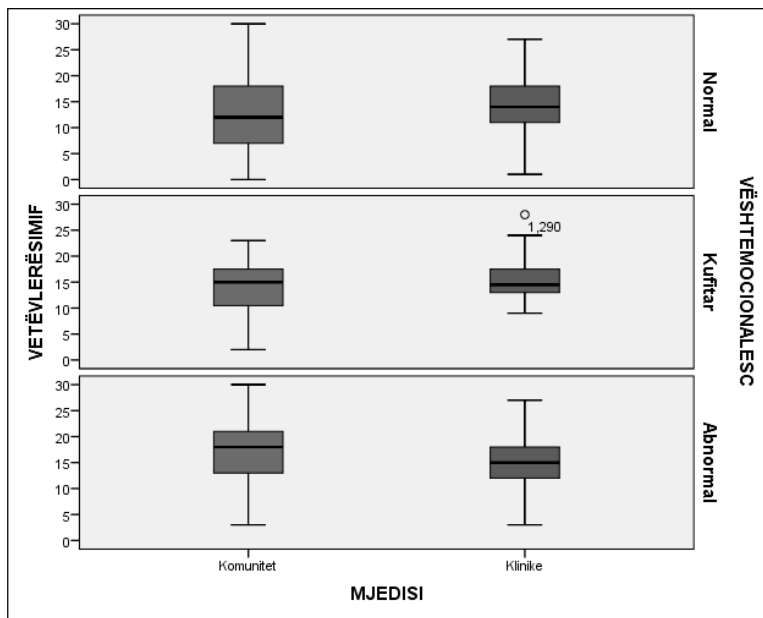


Figura 59. Paraqitja e boxplot të vlerave të vetëvlërësimit sipas kampionëve dhe nivelit të vështirësive emocionale

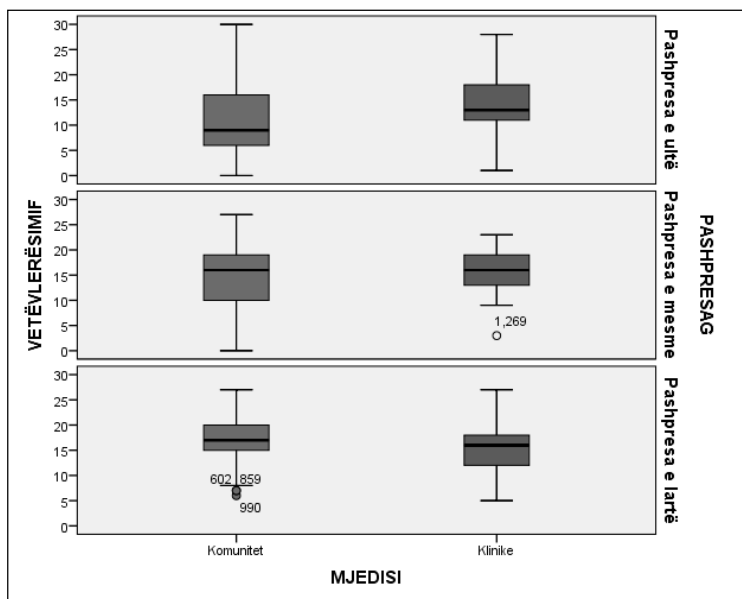


Figura 60. Paraqitja e boxplot të vlerave të vetëvlërësimit sipas kampionëve dhe nivelit të pashpresës

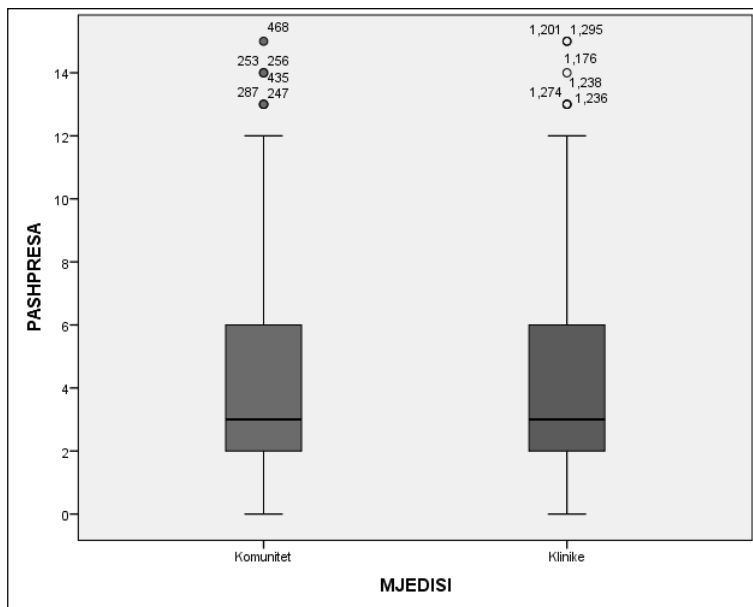


Figura 61. Paraqitja e boxplot të vlerave të pashpresës sipas kampionëve

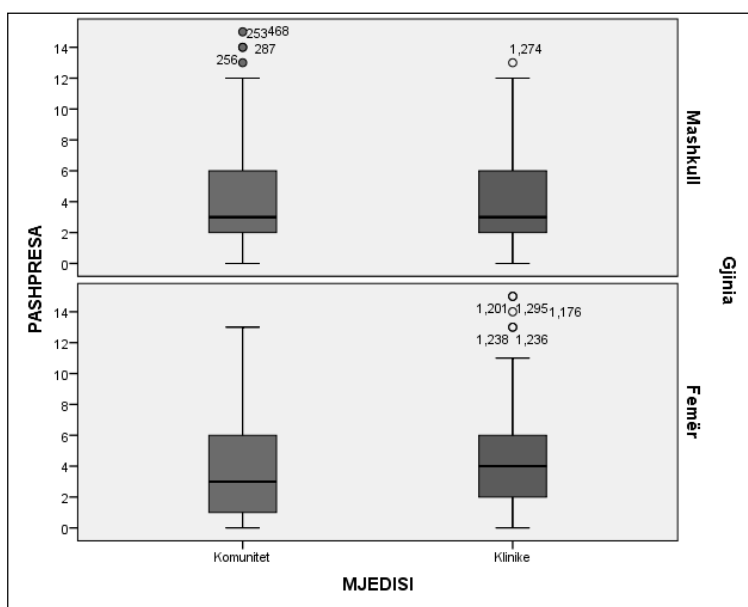


Figura 62. Paraqitja e boxplot të vlerave të pashpresës sipas kampionëve dhe gjinisë

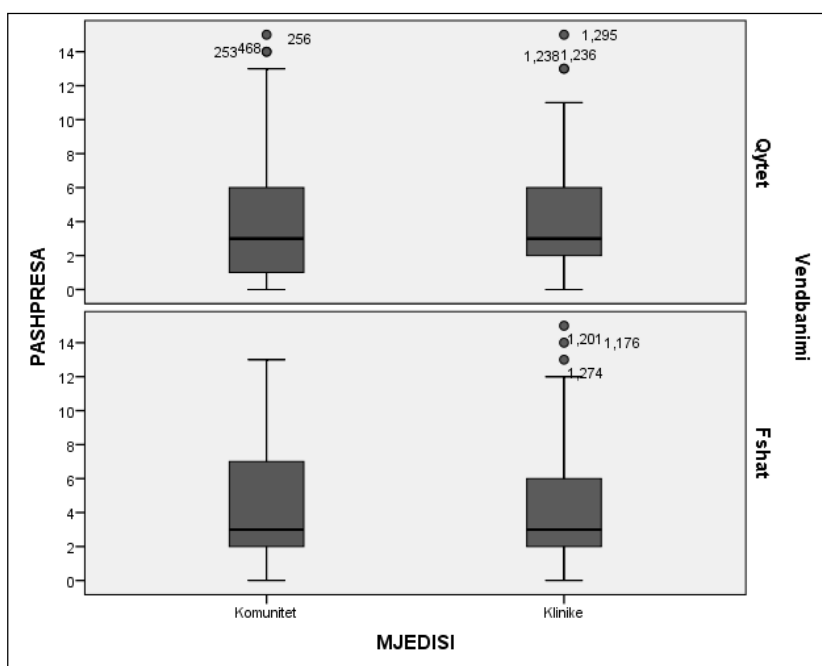


Figura 63. Paraqitja e boxplot të vlerave të pashpresës sipas kampionëve dhe vendbanimit

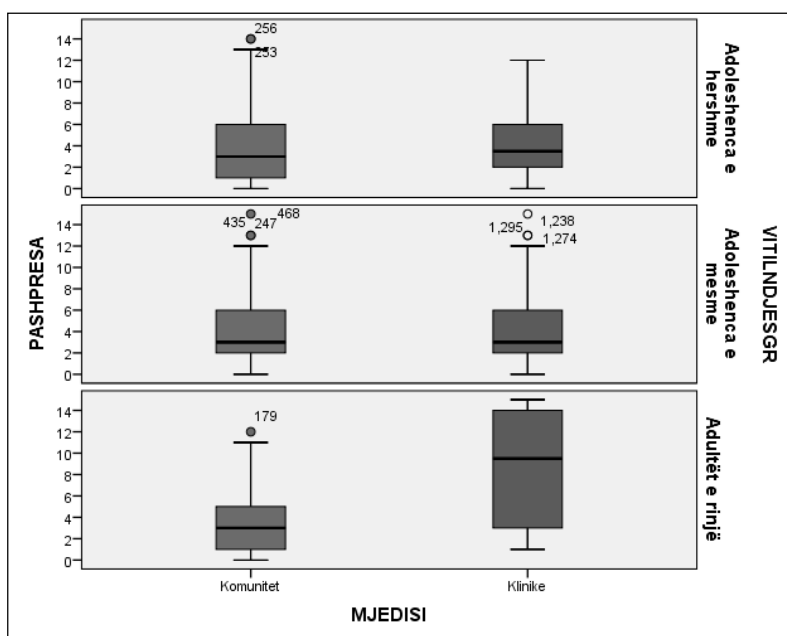


Figura 64. Paraqitja e boxplot të vlerave të pashpresës sipas kampionëve dhe grupmoshës

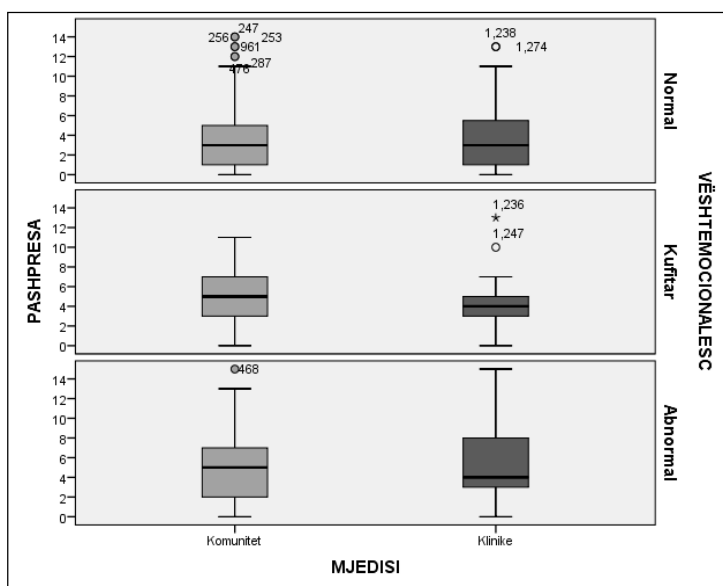


Figura 65. Paraqitja e boxplot të vlerave të pashpresës sipas kampionëve dhe nivelit të vështirësive emocionale

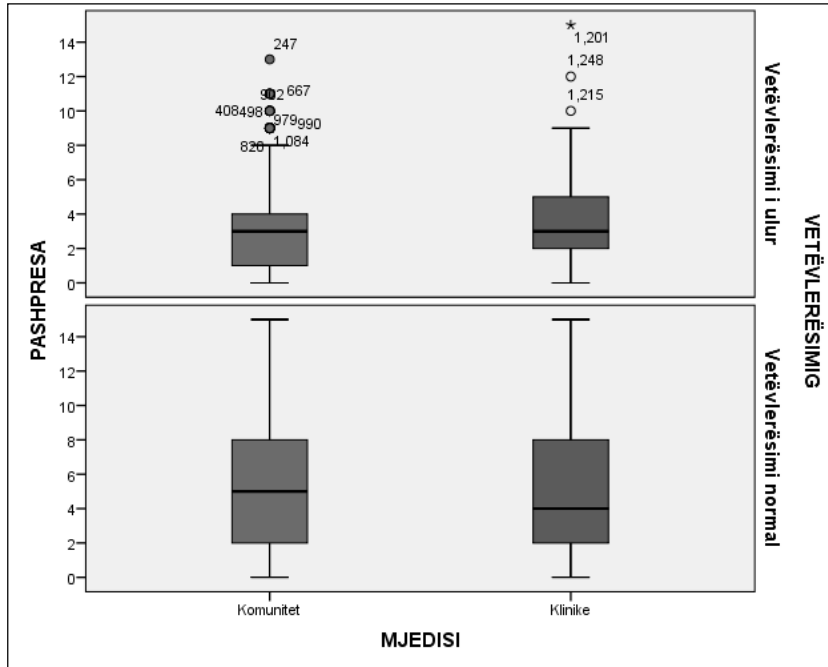


Figura 66. Paraqitja e boxplot të vlerave të pashpresës sipas kampionëve dhe nivelit të vetëvlerësimit

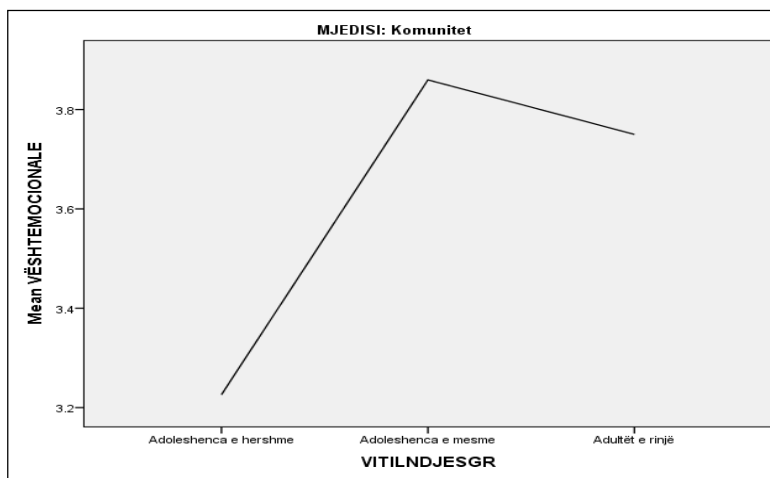


Figura 67. Paraqitja grafike e vlerës mesatare të vështirësive emocionale sipas grupmoshës në kampionin komunitar

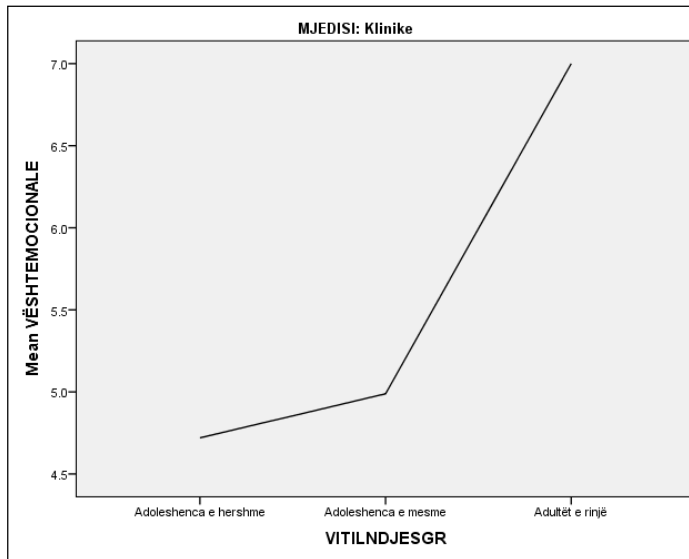


Figura 68. Paraqitja grafike e vlerës mesatare të vështirësive emocionale sipas grupmoshës në kampionin klinik

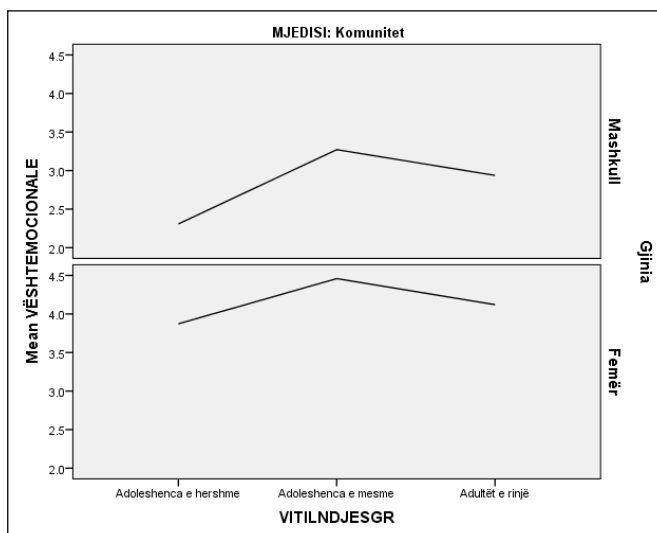


Figura 69. Paraqitja grafike e vlerës mesatare të vështirësive emocionale sipas grupmoshës dhe gjinisë në kampionin komunitar

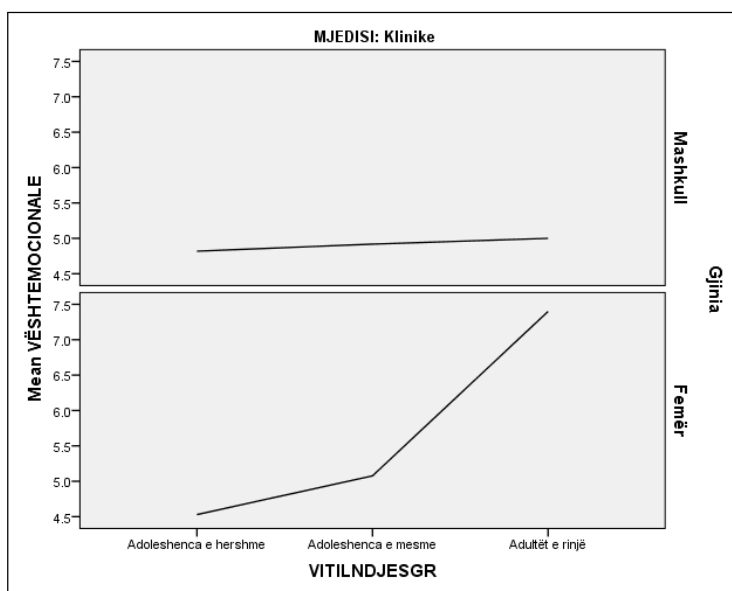


Figura 70. Paraqitja grafike e vlerës mesatare të vështirësive emocionale sipas grupmoshës dhe gjinisë në kampionin klinik

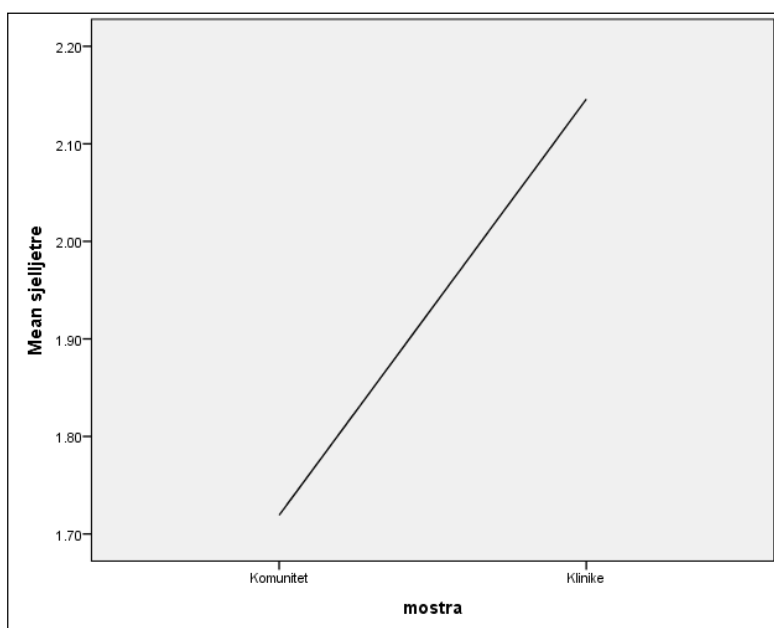


Figura 71. Paraqitja grafike e vlerës mesatare të sjelljeve problematike sipas kampionëve

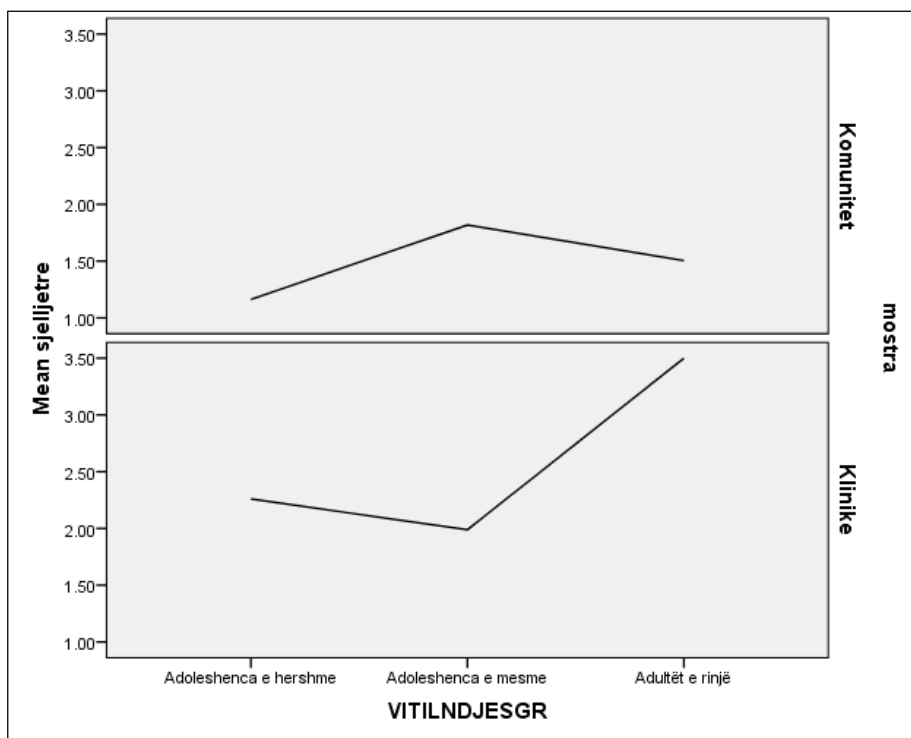


Figura 72. Paraqitja grafike e vlerës mesatare të sjelljeve problematike sipas grupmoshës në kampionin komunitar dhe klinik

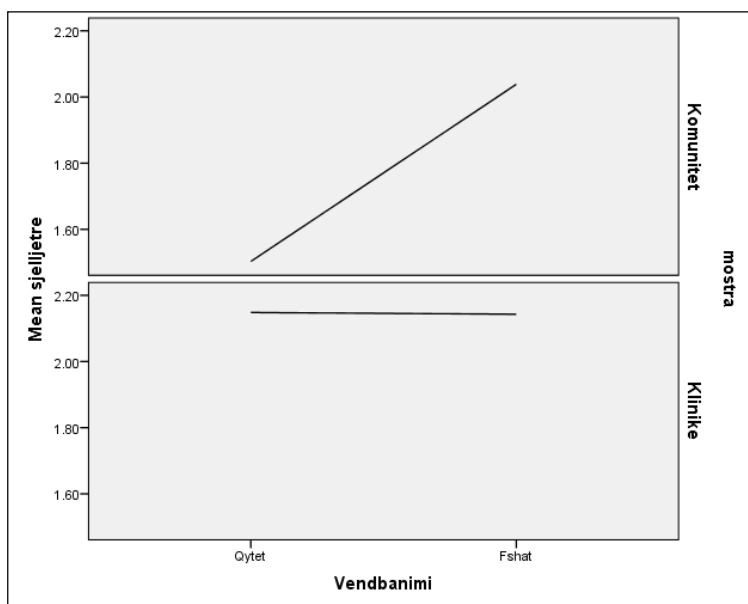


Figura 73. Paraqitja grafike e vlerës mesatare të sjelljeve problematike sipas grupmoshës dhe vendbanimit në kampionin komunitar dhe klinik

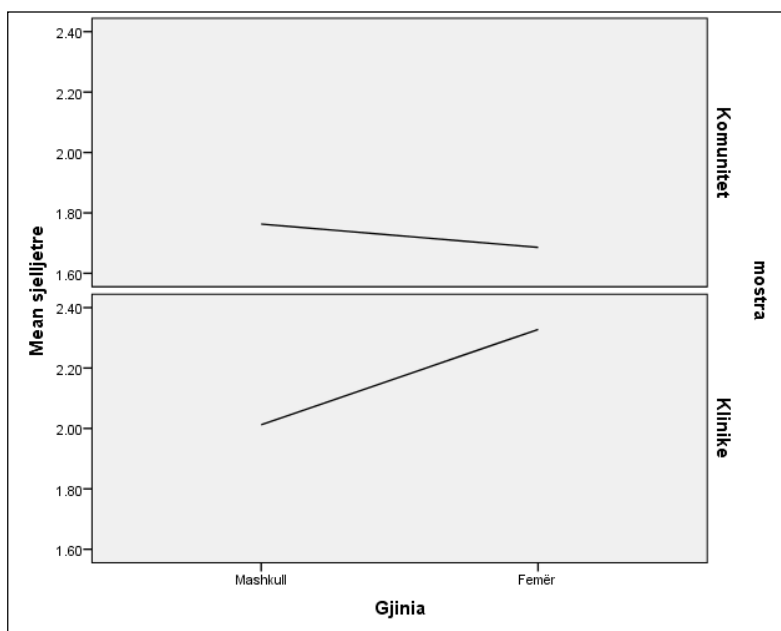


Figura 74. Paraqitja grafike e vlerës mesatare të sjelljeve problematike sipas grupmoshës dhe gjinisë në kampionin komunitar dhe klinik

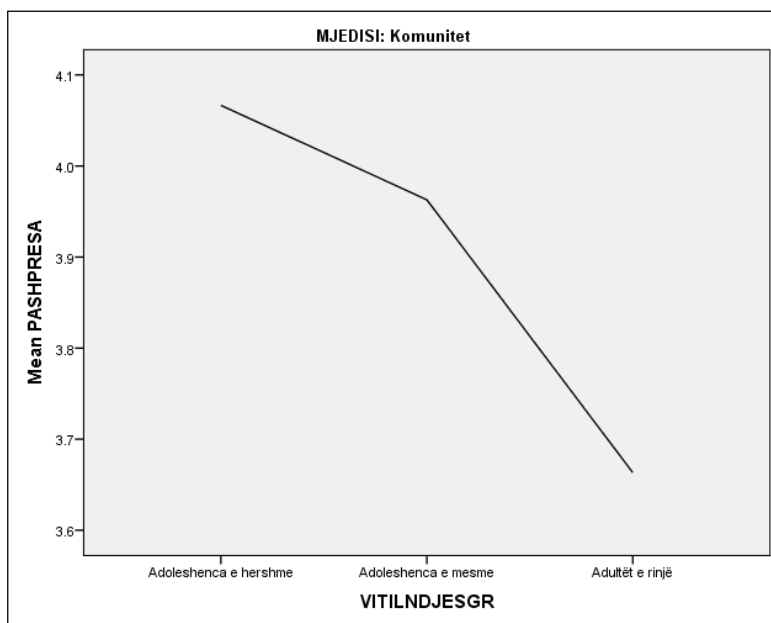


Figura 75. Paraqitja grafike e vlerës mesatare të pashpresës sipas grupmohës në kampionin komunitar

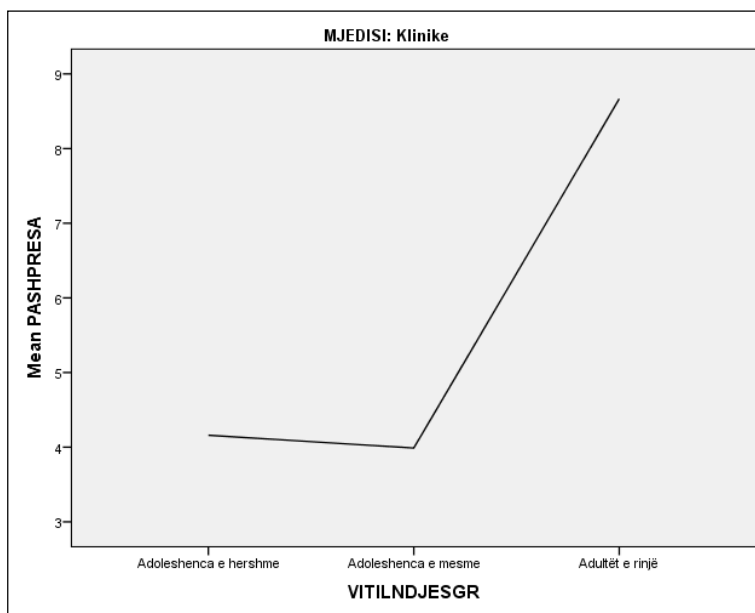


Figura 76. Paraqitja grafike e vlerës mesatare të pashpresës sipas grupmohës në kampionin klinik

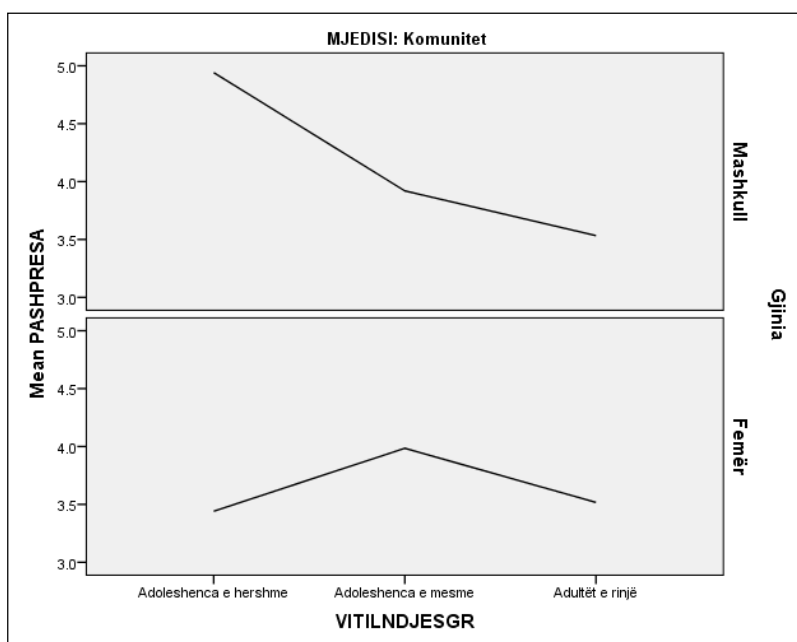


Figura 77. Paraqitja grafike e vlerës mesatare të pashpresës sipas grupmoshës dhe gjinisë në kampionin komunitar

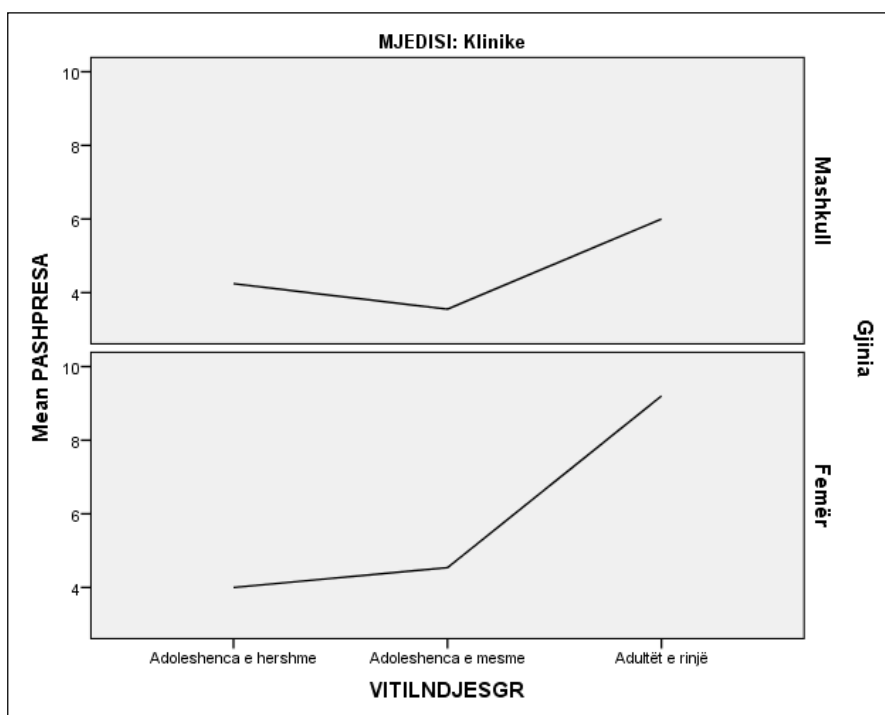


Figura 78. Paraqitja grafike e vlerës mesatare të pashpresës sipas grupmoshës dhe gjinisë në kampionin klinik

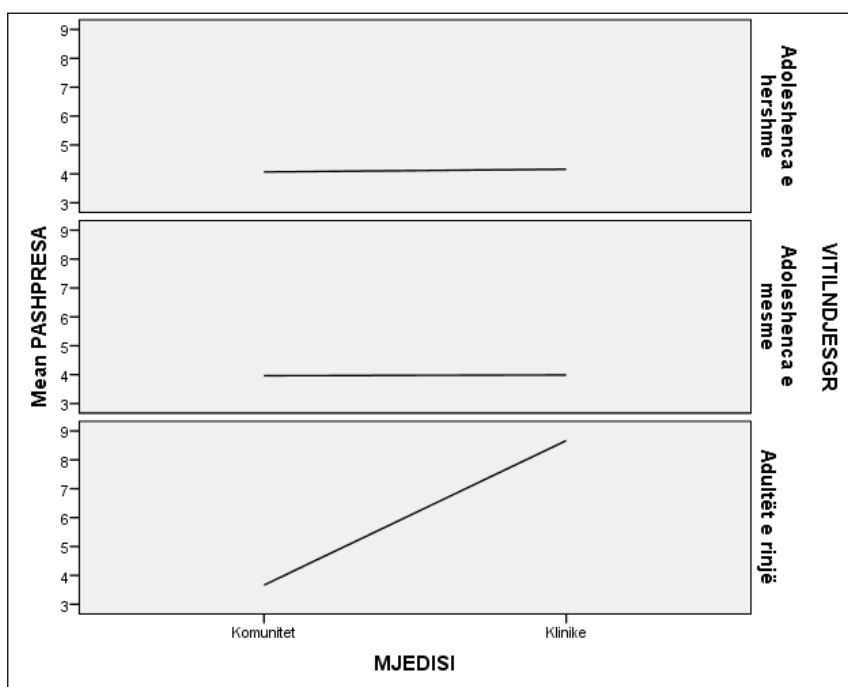


Figura 79. Paraqitja grafike e vlerës mesatare të pashpresës sipas grupmoshës dhe vendbanimit në kampionin komunitar dhe klinik

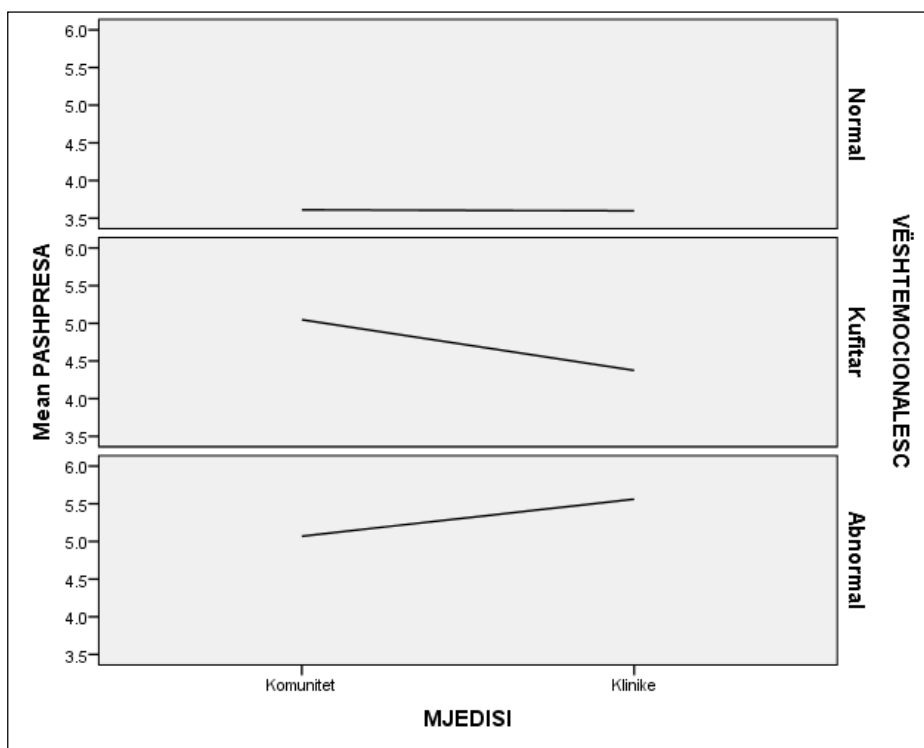


Figura 80. Paraqitja grafike e vlerës mesatare të pashpresës sipas nivelit të vështirësive emocionale në kampionin komunitar