

University for Business and Technology in Kosovo

UBT Knowledge Center

Theses and Dissertations

Student Work

Winter 2-2021

DEPRESIONI TEK ADOLESHENTET SHKAKTARET DHE MENAGJIMI

Albina Zekaj

University for Business and Technology - UBT

Follow this and additional works at: <https://knowledgecenter.ubt-uni.net/etd>



Part of the [Nursing Commons](#)

Recommended Citation

Zekaj, Albina, "DEPRESIONI TEK ADOLESHENTET SHKAKTARET DHE MENAGJIMI" (2021). *Theses and Dissertations*. 2566.

<https://knowledgecenter.ubt-uni.net/etd/2566>

This Thesis is brought to you for free and open access by the Student Work at UBT Knowledge Center. It has been accepted for inclusion in Theses and Dissertations by an authorized administrator of UBT Knowledge Center. For more information, please contact knowledge.center@ubt-uni.net.



Kolegji UBT

Fakulteti i Infermierisë

DEPRESIONI TEK ADOLESHENTET SHKAKTARET DHE MENAGJIMI

Shkalla Bachelor

Albina Zekaj

Shkurt , 2021

Prishtinë



Kolegji UBT
Fakulteti i Infermierisë

Punim Diplome
Viti akademik 2016/2017

Albina Zekaj

DEPRESIONI TEK ADOLESHENTET SHKAKTARET DHE MENAGJIMI

Mentorja: Prof.dr.Eglantina Kraja

Shkurt, 2021

ABSTRAKT

Një nga problemet më shqetësuese që kanë vënë re viteve të fundit tek adoleshentët, për të cilin mendojmë se duhet sensibilizuar të gjithë: mësuesit, prindërit, nxënësit por edhe psikologët shkollor është depresioni. I cili po merr përmasa alarmante në adoleshencë. Hulumtimet e mëparshme kanë treguar se depresioni është sëmundja më e zakonshme mendore, mund të lidhet më shumë faktor si gjinia, vetëvlersimi, klasa sociale etj. Depresioni i adoleshentëve është shumë më tepër sesa një ndjenjë e të ndjehurit të trishtuar përkohësisht. Është një çrregullim serioz dhe dobësues i humorit që mund të ndryshojë mënyrën e të menduarit, ndjenjës dhe funksionimit në jetën e përditshme, duke shkaktuar probleme në shtëpi, shkollë dhe në jetën shoqërore. Kur jeni në depresion, mund të ndiheni të pashpresë të izoluar dhe mund të duket sikur askush nuk ju kupton. Por depresioni është shumë më i zakonshëm tek adoleshentët sesa mund të mendojmë. Presionet akademike të rritura, sfidat shoqërore dhe ndryshimet hormonale të viteve të adoleshencës nënkuptojnë se rreth një në pesë prej nesh vuajnë me depresion në adoleshencën e tyre. Depresioni nuk është një shenjë e dobësisë ose e metë e karakterit. Edhe pse mund të ndihet sikur kjo ndjenjë e keqe nuk do të ngrihet kurrë, ka shumë gjëra që mund të bëjmë për të ndihmuar veten; të merremi me simptomat, të rifitojmë ekuilibrin dhe të ndihemi përsëri më pozitiv, energjik dhe me shpresë.

FALENDERIME DHE MIRËNJOHJE

Punimi i temës së diplomës kërkon mund dhe përkushtim të madh i cili nuk do të mundej të realizohej pa përkrahjen e njerëzve më të dashur, prandaj ju jamë mirënjohese dhe i falenderoj pafund të gjithë ata që më kanë mbështetur jo vetëm tani por për gjatë gjithë rrugimit tim studentor.

Jamë jashtëzakonisht mirënjohëse prof.dr. Eglantina Kraja, për kohën dhe mbështetjen e madhe që ma ofroi deri tek finalizimi i këtij punimi të diplomës, më këshillat, konsultimet dhe rekomandimet e sajë të cilat synonin drejt ngritjes së nivelit të punimit.

Gjithashtu një falenderim shumë i madhë për drejtorin dhe nxënësit e klasave të dhjeta në gjimnazin Haxhi Zeka në Istog. Të cilët më mirëpritën me këtë hulumtim dhe ishin të gatshëm të bashkpunojnë.

Jamë shumë më fatë që studimet e mija i përfundova në një fakultet më cilësi shumë të lartë siç është UBT dhe përkushtimin maksimal të të gjithë profesorëve që do mbesin gjithmon shembull për kontributin e tyre drejt ngritjes së dijes tonë.

Dhe krejt në fund, një falenderim shumë i sinqert i kushtohet-dedikohet familjes time të cilët më mbështetën gjatë gjithë kohës së studimeve me dashurin më të madhe, durimin dhe kurajon duke më dhënë forcë për të përfunduar me sukses edhe këtë punim.

PERMBAJTJA

1. HYRJE	8
2. SHQYRTIM LITERATURE	9
2.1. Adoleshenca	9
2.1.2. Zhvillimi fizik dhe hormonal në adoleshencë	9
2.1.3. Zhvillimi seksual i femrës dhe zhvillimi seksual i mashkullit	10
2.1.4. Ndryshimet kognitive	10
2.2. Personaliteti dhe zhvillimi social në adoleshencë	10
2.2.1. Formimi i identitetit dhe diferencat gjinore në lidhje me identitetin	11
2.2.2. Marrdhënjet me familje	11
2.2.3. Adoleshentët dhe moshatarët	12
2.3. Problemet serioze në adoleshencë	12
2.4. Përkufizimi dhe klasifikimi i depresionit	13
2.4.1 Njohja me depresionin në adoleshencë	13
2.4.2. Shenjat dhe simptomat e depresionit të adoleshentëve	13
2.5. Shkaqet e qrrregullimeve të gjendjes shpirtërore	15
2.5.1. Faktorët biologjik të depresionit.	15
2.5.2.Faktorët psikologjikë të depresionit.	15
2.6. Qasjet psikologjike të depresionit.	16
2.6.1. Sipas prespektivës njohëse	16
2.6.2. Prespektiva bihejviorale	16
2.6.3. Prespektiva psikodinamike	17
2.7. Karakteristikat dalluese dhe të dhënat të tjera shkencore mbi depresionin	17
2.7.1. Faktorët kulturor	17
2.7.2. Roli i stresit në depresion	18
2.8. Vetëvlersimi i ulët mundë të qojë në depresion	18
2.8.1. Qëndrimi i prindërve	19
2.8.2. Qëndrimi ndaj të tjerëve	19
2.9. Hulumtimet të cilat kanë mbështetur teorit për depresionin	20

3.DEKLARIMI I PROBLEMIT.....	21
4.METODOLOGJIA	22
5. REZULTATET E HULUMTIMIT	23
6. DSKUTIME DHE KONKLUZIONE	32
7. REFERENCAT.....	33

LISTA E FIGURAVE

Figura 1:Përqindja e pjesëmarrësve në studim sipas gjinisë.....	23
Figura 2:Përqindja e pjesëmarrësve në studim sipas vendbanimit Fshat-Qytet	24
Figura 3:Përqindja sipas statusit ekonomik të prindërve.	24
Figura 4:Përqindja e pjesëmarrësve sipas moshës	25
Figura 5:Përmbledhja e përqindjes te hulumtimit nga depresioni	26

LISTA E TABELAVE

<i>Tabela 1: Paraqitja tabelare e rezultateve nga pergjigjjet e meshkujve.</i>	27
<i>Tabela 2: Paraqitja e rezultateve nga pergjigjjet e femrave.</i>	28
<i>Tabela 3: Përmbledhja e rezultateve të hulumtimit nga 100 nxënës të të dy gjinive.</i>	29
<i>Tabela 4. Analiza e korrelacionit: Cila gjini ka më shumë kritika ndajë vetes.</i>	30

1. HYRJE

Depresioni, sidomos në adoleshencë mund të ketë një ndikim të madhë në jetën e atyre që preken prej tij. Depresioni është një problem pak i njohur nga adoleshentët, pasi sjelljet e ndryshimit të papritur të humorit dhe të sjelljes konsiderohen më tepër si manifestime normale të adoleshencës. Të dhënat nga hulumtimet tregojnë se për shkak të këtyre ndryshimeve, adoleshentët janë në rrezik të shfaqin probleme shëndetsore, mëdore dhe zhvillimore si depresioni, ankthi, vetëvlersimi i ulët, stresi, problemet familjare, problemet në shoqëri, vetëmija apo mospranimi, mendime për vetëvrasje, sjellje të dhunshme etj. (*Graham,2011*).

Por shpesh çrregullimi i depresionit vjenë pikërisht në këtë fazë të jetës dhe është i lidhur me një kombinim faktorësh. Ky çrregullim ndikon në shumë fusha të funksionimit personal duke përfshirë këtu sjelljen, emocionet, anën fizike dhe konjitive.(*Shkurti,2006*). Depresioni, sipas teorisë së Beckut përfaqësohet sipas dy llojeve specifike të strukturave njohëse: nga individët autonomë dhe sociotropikë. Individët e grupit autonomë karakterizohen nga pavarsia, vetëvlersimi dhe motivimi i lartë. Ndërsa individët sociotropik prirën për të qenë shumë vetëkritikë, dhe sipas shumë autorëve konsiderohet si një ndër arsye që individët sociotropikë manifestojnë depresionin. (*Lala.S.2013*) Vetja konceptohet jo vetëm në aspektin njohës, ajo ka edhe një përmbajtje emocionale, që shprehë kënaqësin apo pakënaqësin për personalitetin, cilësitë, aftësit, mendimet dhe sjelljet tona. Pra vetërespekti përfshin vlerësimet pozitive ose negative të vetës sonë(*Copersmith,1967*). Adoleshentët në përgjithësi, kanë disa probleme vetëvlersimi të paktën gjatë kalimit drejt moshës madhore. Kështu, gjatë ndryshimeve fizike e psikologjike të rritjes duhet të mësohemi të gjykojmë kapacitetet vetjake dhe të pranojmë limitet e vetëvetës. Roi (*Roy,1985*) vuri re se, fëmijët që humbasin një prindë ka më shumë të ngjarë të kalojnë në gjendje depressive sesa të rriturit. Në përgjithësi, çdo ngjarje e rëndësishme e jetës, e cila ul vetë-vlerësimin e një individi ose rrit shkallën e stresit mbi të mund të ndihmojë keqpërshtatjen. (*Pettijohn, 1996*).

2. SHQYRTIM LITERATURE

2.1. Adoleshenca

Adoleshenca (nga latinishtja: *adolescere* që do të thotë “të rriten”) është faza e zhvillimit fizik dhe mendor të njeriut, zakonisht e rënditur ndërmjet fazës së fëmijërisë dhe pjekurisë ligjore (mosha madhore). Sipas fazave të Erik Erikson një adoleshent është një person mes moshës 13 dhe 19 vjeç ku fillon dhe aktiviteti seksual. Nga pikpamja kronologjike, ajo mund të përfshijë moshat nga 12 deri në 22 vjeç, edhe pse është e vështirë të identifikohet anagrafiksht, për shkak të karakteristikave të shoqërisë në të cilën jetojmë. Mosha e adoleshencës karakterizohet nga ndryshime të shumta, jo vetëm në aspektin fizik, emocional, por edhe në kontekstin shkollor dhe marrdhëniet familjare. Adoleshentët përjetojnë një boshllëk të brendshëm, ndjenja pazotësie si dhe ndjesinë se janë jo të kompletuar. Njëkohësisht adoleshenti ndihët i dobët nga ana psikologjike për t'u përballur me presionin e përditshëm. (Karaj, 2005).

Psikologët konsiderojnë se, adoleshenca fillon në kohën e pubertetit. Puberteti i referohet periudhës së pjekurisë fizike (seksuale), që fillon rreth moshës dhjetë ose dymbëdhjetë vjeçare për vajzat, dhe trembëdhjetë ose katërbëdhjetë vjeç për djemtë (Murtezani, 2006). Adoleshentët në këtë fazë përballen më këto qëllime kryesore: formimin e identitetit personal, pavarësinë nga prindërit (Karaj, 2005), dhe krijimin e marrdhënieve të qëndrueshme jashtë familjes, intimitetin dhe seksualitetin. (Morris & Maisto, 2008). Studiuesit adoleshencën e paraqesin si periudhë me ndryshime rrënjësore në sjelljen e individit, psikologu S. Holl (1916) konsideronte se adoleshenca paraqet një periudhë të turbullirës dhe stresit. Adoleshenca në kuptimin e vërtetë të fjalës është një tranzicion prej varsisë të pavarësisë dhe përfundon, kur individi arrinë statusin e të rriturit. (Petitjohn, 1996).

2.1.2. Zhvillimi fizik dhe hormonal në adoleshencë

Është e sigurtë se në adoleshencë më dramatike janë ndryshimet fizike. Në këtë periudhë ndodhë një zhvillim i vrullshëm organikë përcjell me maturim të sistemeve seksuale dhe të reproduktimit, (Murtezani, 2006). Gjatë pubertetit, me transformime të dukshme dhe më pakë të dukshme të trupit, çojnë në shqetësime të ekuilibrit ndjesor. Për të dy sekset fillimi i pubertetit është i karakterizuar nga ndryshime fizike që influencojnë të gjitha aspektet e sjelljes vetjake, interesat, sjelljet sociale dhe kualitetin e jetës sentimentale të adoleshentëve. Fundi i adoleshencës është më i vështirë për tu përcaktuar, sepse varet më shumë nga sjelljet psikologjike e sociologjike se nga ndryshimet fizike e biologjike. Me termin karakteristika seksuale parësore emërtohen të gjitha ndryshimet që ndodhin në periudhën e pubertetit, që e përgadisin adoleshentin në mënyrë të drejtpërdrejt për riprodhim, (Karaj, 2005). Adoleshentët provojnë të gjejnë familiaritet me trupin e tyre që ka ndryshuar dhe ka fituar një mënyrë të re funksionimi; duhet të fillojnë të pranojnë që tani kanë një trup që funksionon si a i të rriturve. Puberteti me shëndrrimet e veta trupore dhe tronditjet e reja krijon mundësinë e rishfaqjes së ankthit, sepse fëmija nuk gjen dot në pikën referimit një rrugë kalimi të njohur dhe të përvetsueshëm ku ndihet i humbur në një botë të re të panjohur, e cila mund ta tremb edhe më

tej,(Lleshi,2001). Të gjitha këto ndryshime fizike influencojnë shumë përshtypjen që adoleshenti ka për vetvetën.

2.1.3. Zhvillimi seksual i femrës dhe zhvillimi seksual i mashkullit

Zakonisht vajzat piçen seksualisht një ose dy vjet përpara djemve. Menarkea ose fillimi i menstruacioneve është një shenjë e qartë e pubertetit. Shumë vajza amerikano-veriore e përjetojnë menarkenë kur janë mes moshës 12 dhe 14 vjeç, me një luhatje që shkon prej moshës 10 deri 18 vjeç. Afërsisht në këtë kohë bëhet edhe zhvillimi i karakteristikave dytësore të seksit, si gjinjte, qimet pubike dhe zgjerimi i eshtrave të legenit. Zhvillimi i gjirit fillon rreth moshës 11 vjeç, ndersa qimet pubike shfaqen rreth moshës 12 vjeç. (Pettijohn,1996).

Të djemtë, testikujt dhe penisi fillojnë të rriten rreth moshës 12-13 vjeç. Pak kohë pas kësaj shfaqen qimet pubike. Një mashkull në moshën 15 vjeç mund të prodhojë spermë. Karakteristikat dytësore të seksit për djemtë përfshijnë zhvillimin e mjekrres, rërin e trash, shpatullat e zgjeruara dhe qimet pubike. Në përgjithësi djemtë që piçen herët seksualisht duket se kanë më pak problem se ata që piçen më vonë. Ata janë më popullorë, shpesh për arsye të aftësive superior atletik dhe priren të kenë respekt më të madh për veten.(Pettijohn,1996).

2.1.4. Ndryshimet kognitive

Ndryshimet kognitive: shërbejnë për tu dhënë adoleshentëve një ndjenjë më të fortë autonomie. Falë përsosjes së sistemit nervor shumë procese mendore dhe gjuhësore të periudhës së fëmirisë, në adoleshencë arrijnë një shkallë të lartë.(Murtezani,2006). Nuk u duhet më të kërkojnë shpjegime nga të tjerët, dhe janë në gjendje të krijojnë përgjigje te sofistikuara dhe të vlerësojnë vetë situatat. Në krahasim me fëmijet, adoleshentët shikojnë dhe pranojnë ambiguitetin dhe pavendosmerinë. Pra në adoleshencë përmisohet metakognicioni. Kjo ndodhë për arsye se, në adoleshencë, përmisohen aftësitë për të menduar rreth të mendurit, për të formuar strategji, për të planifikuar dhe kjo i bën adoleshentët të aftë të egzaminojnë dhe të ndryshojnë në mënyrë të vetëdishme proceset e tyre të të menduarit. Kjo ndikon dukshëm në zhvillimin e tyre. (Karaj,2005). Gjatë kësaj periudhe djemtë dhe vajzat duhet të shkëputen nga prindërit dhe të shikojnë rreth e rrotull, sepse këtë kërkojnë edhe ndryshimet themelore që duhet të kalojnë gjatë adoleshencës. Duhet të arrijnë që të krijojnë besim në sensacionet, mendimet dhe veprimet e tyre dhe duke u bazuar në këto ndryshime të brendshme do të fillojnë të krijojnë autonominë. Pa besimin në këto aftësi, adoleshentëve do u duhet përherë të bazohen në gjykimet, mendimet dhe aftësite e të tjerëve. Të rinjët për tu bërë të ndërgjegjshëm për opinionet personale kanë nevojë për këtë periudhe intensive “auto-orientimi” që fillon me fazën e parë të adoleshencës dhe vazhdon në fazën e mesme për të përfunduar në fazën e fundit.

2.2. Personaliteti dhe zhvillimi social në adoleshencë

Edhe pse adoleshenca shoqërohet me disa probleme, Conger dhe Peterson (1984), vunë në dukje se ajo nuk është domosdoshmërisht një periudhë kaq stresante sa ç’është menduar në të shkuarën. Pothuajse gjithësecili në shoqërinë tonë gjatë adoleshencës ndeshë në disa probleme që kanë lidhje me seksin, vetëdijen, kontrollet prindërore, kodet morale ose konformizmin ndajë normave

sociale. Adoleshentët duhët gjithashtu të fillojnë të mendojnë rreth moshës së rritur, rreth asaj se kush janë ata, si dhe rreth nevojës për të marrë vendime për të ardhmen.(Pettijohn,1996).

2.2.1. Formimi i identitetit dhe diferencat gjinore në lidhje me identitetin

Zhvillimi kognitiv i lejon adoleshentët që të analizojnë rolet e tyre të mëparshme, të identifikojnë inkonsistencat dhe konfliktet në këto role dhe t'i ristrukturojnë ato për të formuar identitetin e tyre. Erik Erikson e sheh formulimin e identitetit si barrierën kryesore që adoleshentët duhët të kalojnë për t'u futur në mënyrë të suksesshme në botën e të rriturit. Formimi i identitetit do të thotë t'i përgjigjesh tri pyetjeve: Kush jamë unë? Çfarë kamë për të ofruar unë? Çfarë do të bëjë lidhur me këtë? (Karaj,2005). Studiuesja Xhailigen (Carol Gilligan,1982), e ndërlidhte formulimin e identitetit me ndryshimet gjinore. Ajo ishte e mendimit se meshkujt e formojnë identitetin e tyre si individë të veçuar, ndryshe nga femrat të cilat, me sa duket, identitetin e tyre e formojnë duke u bazuar më tepër në përgjigjësitë dhe raportet sociale sesa në mardhënjet individuale. Këto diferenca gjinore në formimin e identitetit na ndihmojnë për të kuptuar më mirë disa nga problemet që kanë meshkujt dhe femrat gjatë bashkveprimit.(Murtezani,2006). Në vitet e fundit të shkollës së mesme, vajza ka më shumë të ngjarë që, për familjen dhe zgjedhjen profesionale, të jenë në statusin e identitetit të imponuar, ndërsa djemtë në statusin e konfuzionit. Studiusit kanë vërejtur diferencat mes djemve dhe vajzave lidhur me identitetin. Në statusin e identitetit të arritur, djemtë kanë një vetëvlersim goxha të rritur, ndërsa vajzat kanë më shumë konflikte të pazgjithura, sidomos lidhur me familjën dhe zgjedhjen profesionale.(Karaj,2005).

2.2.2. Marrdhënjet me familje

Familja vazhdon që të ndikojë mbi adoleshentin, por, lidhjet mes adoleshentit dhe familjës, mund të bëhen të tendosura. Lindin konflikte, shumica e të cilave kanë të bëjnë, më punët e përditshme, me shoqërin e adoleshentit, sidomos me seksin tjetër, me përparimin në mësimet etj.(Karaj,2005). Kur një individ negocion me sukses në stadin e dytë të individualizimit, rezultati është fitimi i pavarësisë. Kur individi dështon në këtë përpjekje dhe arrin të ketë vetëm një shkallë të ulët të ndarjes individuale, kjo është cilësuar si shenjë e mospërshtatjes dhe mosfunksionimit. Personat të cilët dëshmojnë nivel të lartë të ndarjes individuale, janë konsideruar përgjithësisht si më pak të shëndetshëm nga ana psikologjike dhe funksionale, sesa bashkëmohatarët e tyre që tregojnë nivel më të lartë të ndarjes individuale pra, të pavarësisë.(Peter Blos,1967). Egziston një mendim mjaftë i përhapur se adoleshentët përdorin konfliktin dhe rebelimin si mjete për të arritur pavarësinë prej prindërve të tyre (Karaj,2005).

Cka mund t'u rekomandohet prindërve të adoleshentëve për sa i përket lehtësimit të kësaj periudhe?

Sa më parë prindi të kuptojë se përgjithmon nuk mund të mbajë fëmijën në atë status, jeta do të bëhet më e lehtë edhe për të edhe për adoleshentin. Megjithatë, për shkak të natyrës mjaftë komplekse të adoleshencës, prindi nganjëher duhet të jetë i përgaditur dhe, sipas nevojës, të kthehet në pozicionin e raporteve të mëparshme; fëmij-prind. Prindi duhet të jetë më fleksibël, kur kështu e do rasti; të harroj se “llastari” i tij është rritur dhe doemos fëmijës së vet,

t'i ofrojë përkrahjen që ia ka dhënë në ditët ende të paharruera plotësisht, ato kur ai ishte fëmijë. Adolehenti do ta ketë më të lehtë të bëhet i rritur, nëse gjatë fëmirisë ka mësuar si t'i qaset pavarësisht. Të mësuarit që të sjellë vendimeve në mënyrë të pavarur, pra marrje të përgjegjësisë, është e ngjajshme me ushtrimet që bëhen për piano apo përvetësimin e teknikës së shkrimleximit, (Murtezani, 2006).

2.2.3. Adolehentët dhe moshatarët

Adolehentët bëhen të pavarur nga prindërit e tyre ndërkohë që bëhen më të varur nga shoqëria e tyre. Shoqëria siguron një ngrohtësi emocionale dhe një bazë për testimin e sjelljeve dhe vlerave të reja. Shokët e ngushtë ndihmojnë, veçanërisht, në formimin e identitetit (Karaj, 2005). Individët që kanë interesa dhe personalitete të ngjajshme ka të ngjarë të bëhen shokë. Hays (1985), studioj zhvillimin e shoqërisë tek studentët dhe gjeti se me kalimin e kohës, sasia e kohës së shpenzuar së bashku dhe intimitetit të shokëve u rrit. Hays shprehu mendimin se shoqëria e meshkujve mund të zhvillohet përmes aktiviteteve të përbashkëta, ndërsa shoqëria e femrave mund të zhvillohet më tepër përmes komunikimeve verbale. (Pettijohn, 1996).

2.3. Problemet serioze në adolehencë

Adolehentët përjetojnë probleme të ndryshme; disa vuajnë nga një stress ekstrem. Më të brengosura bëhen vajzat nëse periodat shfaqen papritur, para moshatarëve të tyre. Në disa kultura, ky ndryshim mbahet sekret. Është si një barrë që ushtron presion dhe mund të dëmtojë shëndetin e tyre. (Murtezani, 2006). Adolehentët në fazën e parë marrin më shumë njohje me vetvetën, duke u nisur nga ndryshimet fizike. Adolehentët në fazën e mesme, bëjnë eksperiencat e tyre personale nëpërmjet bashkveprimit me moshatarët që krahasojnë vetvetën me të tjerët që gjenden në të njëjtën fazë shqetësimesh. Mënyra kur dhe si adolehentët piçen përbën një faktor të rëndësishëm në zgjedhjen e shokëve të tyre. Për këtë motiv djemtë dhe vajzat që piqën më shpejtë zënë shoqëri më lehtësisht, ndërsa ata që piqën më ngadalë shpesh mbahen menjëanë. Marrdhëniet me moshatarët e të njëjtit seks janë shumë të rëndësishme në fazën e parë të adolehencës. Të gjithë identitetin tënd domethënë të jesh bërë dikush, të jesh dikushi, është kërkim i mundimshëm e nganjëherë "tragjik". (Lleshi, 2001). Duke qenë se adolehentët eksperimentojnë shumë ndryshime, ata më të rinjtë se këta duan të dinë se edhe miqtë e tyre kanë kaluar emocione dhe ndjenja të tilla. Ndërkohë që nevoja esenciale për djemtë gjatë fazës së parë të adolehencës konsiston në përshtatjen me ndryshimet e mëdha fizike që influencojnë marrdhëniet e tij familiare dhe sociale. Gjatë adolehencës së mesme, nevoja kryesore është ajo e të ndjehurit i lidhur fort me bashkmoshatarët, në shkollë dhe në ambientet sociale që u përkasin. Kemi të bëjmë me një kalim evident nga bota familjare në botën e bashkmoshatarëve. Shoqëritë më të ngushta mbetën të rëndësishme, por gradualisht triumfon logjika e grupit që manifestohet në shumë mënyra si për shembull degjimi i të njëjtit lloj muzike, veshja me të njëjtat rroba, marrja me të njëjtat aktivitete sportive ose sociale. Gjatë adolehencës së mesme djemtë jetojnë intensisht të tashmën. Duan e mësojnë kush dhe çfarë janë, kush është i njëjtë me ta dhe kush do të rri me ta dhe duan ta dinë menjëherë. "Besimet" e kësaj moshe mund të shprehen me termin

‘njih’ vetvetën. Shumë adoleshentë kryejnë vetëvrasje për arsye se ndihen të depresionuar dhe të padobishëm. (Colt,1983).

2.4. Përkufizimi dhe klasifikimi i depresionit

Kur një person provon një prishje të theksuar të humorit dhe të ekuilibrit emocional, ne e quajmë këtë çrregullim të gjendjes shpirtërore (më parë është quajtur çrregullim afektiv). Kur emocionet qëndrojnë në një pikë të ulët gjatë gjithë kohës dhe ne humbasim interesimin për jetën kjo do të thotë se po kalojmë një gjendje depresioni (Pettijohn.1996). Shumë njerëz kanë një gamë të gjërë emocionale; ata në varësi të rrethanave, mund të jenë të gëzuar ose të trishtuar, të gjallë ose të fjetur, të qeshur ose të hidhëruar, të ngazëllyer ose të mjeruar. Të disa njerëz me çrregullime të gjendjes shpirtërore, kjo gamë është mjaftë e kufizuar. Ata duken të ngulitur në njëren apo tjetrën anë të spektit emocional, ose vazhdimisht të gëzuar dhe euforikë, ose vazhdimisht të trishtuar, pamvarësisht nga rrethanat e jetës. Të tjerët me çrregullime të gjendjes shpirtërore alterohen midis ekstremeve të euforisë dhe trishtimit.(Morris&Maisto,2008). Adoleshentët nuk kanë njohuri shumë rreth depresionit, mirëpo thuajse të gjithëve u ndodh që ndonjëherë të bien në depresion për shkak të problemeve që mund t’i hasin gjatë jetës së tyre. Është e zakonshme për disa raste të ndjehen adoleshentë të palumtur, kjo për faktin se në ditët e sotme të rinjët tanë ballafaqohen me probleme të natyrave të ndryshme të cilat qojnë drejt depresionit. Megjithatë thuhet se kur hidherimi zgjatë për më shumë se dy javë, atëher kemi të bëjmë me një depresion të rëndë.

2.4.1. Njohja me depresionin në adoleshencë

Depresioni është një problem pak i njohur nga adoleshentët, pasi sjelljet e ndryshimit të papritur të humorit dhe të sjelljes konsiderohen më tepër si manifestime normale në adoleshencë. Por shpesh çrregullimi i depresionit vjenë pikërisht në këtë fazë të jetës dhe është i lidhur me një kombinim faktorësh. Simptomat e depresionit në adoleshencë përfshijnë trishtimin e thell, paaftësinë për t’u përqëndruar, pesimizimin dhe vetëvlersimin e ulët. Janë të shumta arsyet se pse një i ri mund të bijë në depresion. Shkalla e performancës, statusi social me kolegët, orientimi gjinor etj. Adoleshentët me depresion ndihen pa guxim, ata kanë vështirësi për të gjetur kënaqësi në aktivitete të ndryshme që organizohen. Shpesh e përshkruajnë veten si të papërshtatshëm për shoqërinë që i rrethon, të papëlqyeshëm prej tyre, të pamotivuar, të pashpresë dhe pa rrugë-shpëtimi. Duke i krahasuar me të rriturit adoleshentët kanë më shumë vështirësi ndërpersonale, kanë më shumë dhe flenë më pakë dhe janë më të gatshëm të shfaqin më shumë ide vetëvrasëse.(Shkurti,2006).

2.4.2. Shenjat dhe simptomat e depresionit të adoleshentëve

Mund të jetë e vështirë të thuash me fjalë saktësisht se si ndihet depresioni – dhe jo të gjithë e përjetojmë në të njëjtën mënyrë. Për disa adoleshentë, depresioni karakterizohet nga ndjenjat të errësires dhe dëshpërimit. Për të tjerët është një zemërim ose agjitacion i vazhdueshëm, ose thjeshtë një ndjenjë dërmuese e “zbrazëtisë”. Ka disa simptoma të zakonshme që mund të përjetojnë në rastë se je i/e depresionuar:

- Nëse ndjeheni vazhdimishtë i irrituar, i trishtuar ose i zëmruar
- Asgjë nuk duket më argetuese, madje edhe aktivitetet që i keni dashur më parë, dhe thjeshtë nuk e shihni vetën të detyruar për ti bërë më ato.
- Ndihehi keq me vetën: pa vlerë, fajtor ose thjeshtë “gabim” në një farë mënyre.
- Flini shumë ose jo sa duhet, domethënë çrregullime me gjumin.
- Përdorni drogë ose alkool në përpjekje për të ndryshuar mënyren se si ndiheni.
- Keni dhimbje të shpeshta koke, të pashpjegueshme ose dhimbje apo probleme të tjera fizike.
- Çdo gjë dhe gjithçka të bën të qash.
- Jeni jashtëzakonisht i ndjeshëm ndaj kritikave.
- Keni probleme të përqendrohni, të mendoni drejt ose të mbani mend gjërat. Notat tuaj mund të bien për shkak të kësaj gjendjeje.
- Ndihehi të pafuqishëm dhe të pashpresë.
- Po mendoni për vdekjen ose vetëvrasjen.

Siç e cekta edhe më lartë një adoleshentë i depresionuar mund ta mendojë edhe vetëvrasjen. Përballja me mendimet vetëvrasëse është një gjendje shumë e rëndë, nëse ndjenjat negative të shkaktuara nga depresioni bëhen aq dërrmuese sa që nuk mund të shihni ndonjë zgjidhje tjetër përveç dëmtimit të vetes ose të tjerëve, duhet të kërkonti ndihmë menjëherë. Kërkimi i ndihmës kur jeni në mes të emocioneve kaq të forta mund të jetë vërtet i vështirë, por është jetike që të kontaktoni me dikë që i beson: një shoku, anëtar i familjes ose mësuesit. Nëse nuk mendoni se keni dikë për të folur ose mendoni se të bisedoni me një të huaj mund të jetë më e lehtë atëher ndihmën më të mirë mund t’ia ofrojë psikologu. Sigurisht që duhet guxim i vërtetë për tu përballur me një gjendje kaq të rënduar, dhe ju mund ta përdorni atë “guxim” për t’ju ndihmuar që të vazhdoni dhe ta kapërceni depresionin. Të kesh mendime për të lënduar veten ose të tjerët kur ti je i/e depresionuar nuk të bën person të keq. Sepse depresioni mund të bëjë të mendoni dhe ndjeni gjëra që nuk janë në karakterin tuaj. Askush nuk duhet t’ju gjykojë ose t’ju dënojë për këto ndjenja nëse jeni mjaft të guximshëm për të folur rreth tyre.

Faktorët e rrezikut që mund të shkaktojnë ose përkeqsojnë depresionin tek adoleshentët përfshijnë: Sëmundje të rënda, dhimbje kronike ose paaftësi fizike. Të kesh gjendje të tjera të shendetit mendor, të tilla si: ankthi, çrregullim i të ngrënit, çrregullim i të mesuarit ose ADHD. Abuzimi me alkoolin ose drogën, probleme akademike ose familjare, bullizmi, trauma nga dhuna ose abuzimi, përvojat e fundit stresuse të jetës, të tilla si divorci nga prindërit ose vdekja e një të dashuri, përballimi i identitetit seksual në një mjedis pa mbështetje, vetëmia mungesa e mbështetjes sociale dhe duke kaluar shumë kohë në mediat sociale. *(Melinda Smith, M.A., Lawrence Robinson and Jeanne Segal, Ph.D).*

2.5. Shkaqet e çrregullimeve të gjendjës shpirtërore

2.5.1. Faktorët biologjik të depresionit.

Funksionet biologjike dhe gjenetike janë të lidhura pazgjidhshmërisht me strukturën dhe funksionimin e trurit, për shkak se proceset biologjike nuk mund të studijohen të ndara nga funksioni neuroanatomik i stukturave lidhëse ndërmjet formacioneve strukturore të trurit. (Lala,2013). Kërkimet gjenetike kanë treguar se familjarët e personave që vuajnë nga depresioni, janë më të riskuar për të vuajtur nga ai, në krahasim me individë të tjerë që nuk kanë një person depresivë në familje. Mgjithatë është shumë e vështirë të ndash ndikimin e faktorëve gjenetikë nga ato social. Faktorët gjenetik mund të luajnë një rol të rëndësishëm në zhvillimin e depresionit. Studimet i kanë lidhur çrregullimet ndaj një çrregullimi të gjendjës shpirtërore me prishjen e ekuilibrave kimike në tru, kryesisht me nivelet e larta dhe të ulëta të disa neurotransmetuesve. Këto lëndë kimike ndikojnë mbi transmetimin e impulsave nervor, nga një qelizë në tjetrën. Dhe kur nivelet e tyre ndryshojnë me mjekime ose ushtrime, çrregullimet e gjendjës shpirtërore shpesh mund të trajtohen me sukses. Pavarësisht nga lidhjet midis biologjis dhe çrregullimeve të gjendjës shpirtërore, nivelet e larta apo të ulëta të neurotransmetuesve mund të mos vijnë nga ndonjë rrezik gjenetik për çrregullime të gjendjës shpirtërore.(Morris&Maisto,2008). Studimet tregojnë se disa forma të depresionit, sidomos format e depresioneve të rënda mund të kenë një komponent shumë më të fortë biologjik dhe gjenetik sesa format e tjera më të lehta. (Lala,2013). Imbalanca e neurotransmetuesëve mendohet se janë neurotransmetuesit e norepinefrinës dhe serotoninës që ndikojnë tek çrregullimet.(Shehu,2003). Sipas kësaj teorie që quhet ndryshe hipoteza e katekolaminave, mendohet se nivelet e larta të norepinefrinës shkaktojnë mani, kurse nivelet e ulëta shkaktojnë depresion. Nuk vihet në dyshim fakti se personat depressive kanë anormalitet hormonal dhe neurotransmetuesë.

2.5.2.Faktorët psikologjikë të depresionit

Megjithëse për shkaktimin e një depresioni të fortë mendohet se luajnë rol një numër faktorësh psikologjikë, vitet e fundit studiuesit janë përqëndruar mbi kontributin e shprehjeve konjitive të papërshtatshme.(Morris&Maisto,2008). Vetëvlersimi i ulët mund të qojë në depresion. (Harter,S.1990). Ankthi zakonisht paraprind depresion. Sipas Aron Bekut, gjatë fëmirisë dhe adoleshencës, disa njerëz kalojnë përvoja të hidhura, të tilla si humbja e prindërve, vështirësi të mëdha në sigurimin e miratimit nga prindërit apo shoqëria, apo kritika poshtëruese nga mësuesit dhe të rriturit e tjerë. Një reagim ndaj këtyre përvojave është krijimi i një koncepti negativ për vetën, një ndjenjë të të qenurit i paaftë dhe i padenjët, që nuk ka të bëjë me realitetin, por që mbrohet me një interpretim të shtrembër dhe alogjik të ngjarjeve reale. Studimet e shumëta mbështesin pikpamjet e Beckut mbi depresionin. (Morris&Maisto,2008).

2.6. Qasjet psikologjike të depresionit

2.6.1. Sipas prespektivës njohëse

Qëllimi i kësaj metode është identifikimi dhe korigjimi i mendimeve automatike që çojnë drejt sjelljeve shqetësuese, vetëmbrojtës ose vetë-shkatruese. Qëllimi është zëvendësimi i këtyre mendimeve me një këndvështrim të balancuar e realist që i drejton drejt sjelljeve produktive. (Shkurti,2006). Qasjet njohëse të konceptimit, vlersimit dhe trajtimit të depresionit janë zgjeruar me shpejtësi gjatë dekadave të fundit duke qenë një ndër qasjet mbizotëruese, sidomos, e konkretizuar dhe në praktikën terapeutike. Autorët më të spikatur të teorive njohëse janë: Albert Ellis, Aaron Beck, Martin Seligman.(Lala,2013). Tendenca për të parë veten si dështak është shkaku kryesor i depresionit.(Morris&Maisto,2008). Nëse një person për shkak të eksperiencave fëmimore, zhvillon një skemë kognitive në të cilën vetja, bota përreth dhe e ardhmja shihen nën një dritë të errët.... atëherë ky person ka predispozita të vuajë nga depresioni. Martin Seligman(1975) në teorinë e tij të “Pafuqisë” për të mësuar dhe mungesës së shpresës, e cila u bazua në eksperimentet e tij të hershme me kafshët, zhvilloi një teori të depresionit sipas të cilës për ta kapërcyer depresionin nevoiten “stile të reja shpjeguese”, që është një koncept i ngjajshëm ose i huazuar nga teoria e artibuimit sipas të cilës artibuimi është mënyra se si i shpjegojnë gjërat njerëzit.(Lala,2013).

Seligman nga kjo pikpamje, ata do të besojnë se reagimi është i padobishëm.(Pettijohan,1996). Modeli njohës më i njohuri dhe më i përdorshmi në praktikën psikoterapia-putike është modeli i skemave konjitive i propozuar nga Aaron Beck. Ky model argumenton se strukturat individuale jofunksionale njohëse të quajtura skema, janë elemente qendrore të depresionit, sipas teorisë së Beckut përfaqësohen sipas dy llojeve specifike të strukturave njohëse: nga individët autonomë dhe sociotropikë. Individët e grupit autonomë karakterizohen nga pavarësia, vetëvlersimi dhe motivimi i lartë, ndërsa individët sociotropikët prirën për të qenë shumë vetëkritik, dhe sipas shumë autorëve konsiderohet si një ndër arsytet që individët sociotropikë manifestojnë depresionin.(Lala,2013). Hulumtimet e viteve të fundit kanë sjellë informacione dhe mbështetje të konsiderueshme për elementet shkaksore të modeleve njohëse, veçanërisht kur lidhen me skemat dhe vulnerabilitetin njohës në përgjithësi.(Lala,2013).

2.6.2. Prespektiva biheviorale

Kjo terapi fokusohet tek sjellja duke ndryshuar sjelljen e padëshiruar, përmes shpërblimeve, përforcimeve dhe desensitizimeve. Desensitizimi është një proces që përballet me diçka që shkakton ankth, siklet ose frikë dhe i tejkalon përgjigjet e padëshiruara.(Shkurti,2006). Shumë bihevioristë e shohin depresionin si rezultat të shuarjes. Kur sjelljet nuk shpërblehen, njerëzit fillojnë të mos i bëjnë më ato. Ata bëhen inaktivë dhe mbyllen në vetvete. Një numër studimesh pohojnë se depresivët kanë një sjellje të tillë që kërkojnë vazhdimisht siguri prej të tjerëve dhe përpiqen të marrin sjellje mbështetëse nga të tjerët.(Oltmans&Emery). Në vend të dashurisë ata përqendrohen më tepër tek sjelljet negative, se sa tek ato pozitive. Martin Seligman(1975), propozoi një teori që shpjegon se përse disa njerëz dorëzohen e bëhen të paafte për të ndihmuar veten. Ai besonte se kur njerëzit ndodhen në një situatë të cilën nuk e kontrollojnë dot, ata më në

fund mesojnë se çdo përpjekje që bëjnë nuk do të japë ndonjë rezultat të vaçantë. Terapia biheviore shpesh ka nevojë për bashkpunimin e të tjerëve, familjes dhe miqëve për të përforcuar sjelljen e dëshiruar. (Shkurti, 2006).

2.6.3. Prespektiva psikodinamike

Psikodinamikët mendojnë se në rastin e depresionit kemi të bëjmë me një humbje të riaktivizuar. Ata sugjerojnë se depresioni ngre krye kur një individ humbet një objekt, ose një subjekt, kundrejt të cilit ai ka ndjenja ambivalente (pozitive dhe negative). Përballë humbjes, ndjenjat negative kthehen në zemërim intensiv, kurse ato pozitive kthehen në ndjenja faji. Për shkak të këtij faji, individi e rikthen zemërimin e tij brenda vetës, gjë që i shkakton atij një vetëurrejtje dhe një dëshpërim që ne e quajmë depresion. Psikodinamikët mendojnë se ka disa arsye për depresionin: Nga ata besohet se depresioni i ka rrënjët në humbjen ose frikën e humbjes së një prindi. Më pasë kjo plagë riaktivizohet nga një situatë në jetën e individit të rritur, kjo situatë mund të jetë një divorc, humbja e një pune....etj. Ky riaktivizim shoqërohet me ndjenjat e pashpresshmërisë dhe pandihmueshmërisë. Personi ndjenë vetëvlersim të ulët dhe ndjenë ambivalencë ndaj objekteve të brendësuar. Të gjitha këto favorizojnë depresionin. (Shehu, 2003). Bemporad, e shehë depresionin e adoleshentëve që dalin nga një humbje apo ngjarje negative që përbën një kërcënim për një adoleshent, vetëvlersimi që mund të ketë qenë tashmë i brishtë përpara humbjes. Përdorimi i terapisë psikodinamike rekomandohet për depresion, në mënyrë që të sigurohet mbështetje për adoleshentët dhe për të punuar në konflikte të pazgjidhura. (Bemporad, 1988).

2.7. Karakteristikat dalluese dhe të dhënat të tjera shkencore mbi depresionin

Dallimet gjinore në depresion tek adoleshentët. Të gjitha të dhënat tregojnë se rritja e çrregullimeve të humorit janë më të mëdha tek vajzat sesa tek djemtë gjatë adoleshencës. (Kandel & Davies, 1982; Kashian, J.H. 1987; Petersen, Kennedy & Sullivan, 1991). Dallimet gjinore të çrregullimeve të humorit sidomos depresionet unipolare, karakterizohen nga dallimet gjinore të konsiderueshme. Femrat prirën të kenë forma më të rënda depresioni si dhe shqetësime personale më të mëdha se meshkujt. (Lala, 2013). Një shpjegim tjetër për rritjen e përvojës së depresionit në mesin e vajzave është se vajzat provojnë më shumë sfida në adoleshencë. (Petersen, Sarigiani & Kennedy, 1991). Shpjegimet e mundëshme mbi diferencat gjinore përfshijnë ndryshimet biologjike, proceset psikologjike dhe sociale. Ndikimet biologjike përfshijnë shpjegimet e natyrës hormonale, faktorët gjenetikë, biologjikë dhe shkallën e reagimit ndaj stresit. (Lala, 2013). Përveç kësaj, disa studime kanë raportuar se divorci i prindërve ndikon më shumë tek vajzat se sa tek djemtë adoleshentë. (p.sh. J.H. Block & Gjerde, 1986). Shumë studime të mbështetura në hipotezat hormonale kanë konstatuar se shumë gra përjetojnë fillimin e humorit në kohën e ndryshimeve hormonale, si psh: në pubërtet. (Lala, 2013).

2.7.1. Faktorët kulturor

Kulturat perëndimore kanë tendencë për të parë një individ të shëndoshë si të pavarur dhe autonom, duke shpjeguar dhe përqëndruar më tepër tek shpjegimi i depresionit si një shqetësim të brendshëm. Autonomia në kulturat perëndimore ka të ngjarë të jetë me më shumë vlerë sesa

mardhënjet ndërpersonale. Për shembull: studimet e shumëta të simptomatologjisë depressive të kulturave joperendimore kanë dokumentuar norma të ndryshme të çrregullimeve depressive sipas kritereve të përcaktuara në DSM. Thuajse në të gjitha kulturat, faktorët kontribues që lidhen me depresionin mund të jenë nivele të ndryshme të varëfëris, mënyra e të menduarit, koncepti rreth depresionit, identifikimin e simptomave të caktuara depressive si një sëmundje, ndryshimet metodologjike në vlerësimin e depresionit etj.(Lala,2013).

2.7.2. Roli i stresit në depresion

Lidhja ndërmjet stresit të zgjatur dhe depresionit ka qenë i njohur dhe i dokumentuar prej shumë shekujsh. Edhe pse të gjitha studimet theksojnë rolin e stresit në etiologjinë e depresionit, problem aktual i rëndësishëm i hulumtimeve mbetet të gjendet, sa është ndikim i stresit në nëntipet e ndryshime të depresionit, si psh shkalla e ashpërsis dhe kohëzgjatja e simptomave, shërimi, rikthimi, apo rishfaqja e epizodeve gjatë jetës. Sipas Mazure(1998), gati gjysma e individëve të diagnostifikuar me depresion kanë përjetuar një stres të rëndë para fillimit të sëmundjes. Të dhënat të tilla bindëse tregojnë se stresi luan një rol shumë të madhë në depresion. (Lala,2013).

2.8. Vetëvlersimi i ulët mundë të çojë në depresion

Vetja konceptohet jo vetëm në aspektin njohës, ajo ka edhe një përmbajtje emocionale, që shpreh kënaqesin apo pakënaqesin për personalitetin, cilësit aftësit, mendimet dhe sjelljet tona. Pra vetërespekti përfshin vlerësimet pozitive ose negative të vetës sonë.(Coopersmith,1967). Rritja e vetëdërgjegjësimit na çonë në një vetëvlersim më kritik, i cili si rrjedhim çon në një ulje të vetëvlersimit.(Markstrom,1987). Ky proces duket se është veçanërisht i vërtet për femrat, të cilat shpalosin gjatë kësaj periudhe një vetëvlersim më të ulët sesa meshkujt. Adoleshentët në përgjithësi, kanë disa problem vetëvlersimi të paktën gjatë kalimit drejt moshës madhore: kështu gjatë ndryshimeve fizike e psikologjike të rritjes, duhet të mësohemi të gjykojmë kapacitetet vetjake dhe të pranojmë limitet e vetvetes. Në çoftëse në “adoleshencën e vonë” adoleshenti vazhdon të identifikohet me imazhin e dëshiruar dhe jo me atë real, kjo mund të çojë në ndjenja inferioriteti, mungesë dashurie e respekti tek të tjerët, turp, konfuzion dhe ankth që lidhen me ekuilibrin e shëndetit mendor të tij. Vetëvlersimi i ulët tek adoleshentët dobëson besimin në vetvete. Një faktorë tjetër që mund të shkaktoj rënje te vetëvlersimit në mes të adoleshenteve janë ndryshimet biologjike që shoqërojnë pubertetin. (Vasta,R.&Haith,M.&Miller,S.2007). Ata që kanë mungesë vetëvlersimi janë shumë ngurrues për tu afruar me një grup të ri ose në përballimin e situatave të ndryshme sociale. Nuk duan të ekspozohen ndajë rrezikut për të qenë i tallur, duke u dukur të ndrojtur, nervozë ose injorantë. Ndërkohë që do të donin të rrinin të izoluar në këndin e tyre dhe në këtë mënyrë të shmangnin socializimin. Disa studius kanë sugjeruar se ndryshimet e pubertetit krijojnë stres fizik dhe psikologjik të adoleshentët që çonë në depresion dhe gjendje të tjera negative emocionale.(Simmons&Blyth,1987). Të ndjehurit mirë me veten na jep një ndjenjë kontrolli mbi jetën, të ndihmon të ndihesh i kënaqur në marrëdhënie me të tjerët. Problemi i vetëvlersimit është shumë më i rëndësishëm për vajzat se për djemtë. Ka shumë arsye për të shpjeguar këtë: zhvillimi hormonal, mënyra e ndryshme e të shoqëruarit dhe

disa ndryshime gjinie. Gjatë kësaj periudhe, vajzat japin më shumë vetëvlersime negative sesa meshkujt. Shumë vajza që vuajnë nga ankthi, nervozizmi, konfuzioni apo superioriteti kanë nivele të ulët vetëvlersimi dhe shpesh janë të ndrojtura, të pasigurta dhe ngurojnë kur kanë të bëjnë me individë të tjerë. Vetëvlersimi i ulët mund të çojë në depresion apo në shqetësime të sjelljes përfshirë këtu edhe mënyren e të ushqyerit. (Vasta&Haith&Miller,2007). Djemtë, akoma sot binden që duhet të jenë të fortë, nuk duhet të tregojnë emocionet, nuk duhet të jenë të dobët, dhe kjo mund ti bëjë të ndihen të izoluar. Kur djemtë e ndjejnë që nuk kanë mundësi dhe mënyra për të shprehur vetëveten dhe të kenë një vetëvlersim më të ulët. Ellickson dhe McGuigan zbuluan se femrat që shfaqin nivel të ulët të vetëvlersimit në adoleshencën e hershme ishin më të gatshme të godisnin të tjerët në adoleshencën e tyre më të vonshme.(Ellickson P.L,McGuigan K.A,2000).

2.8.1. Qëndrimi i prindërve

Prindërit me vetëvlersim të ulët nuk kanë gjasa të shohin aspekte pozitive tek fëmijët e tyre. Ata janë shpesh kritikë me ta sesa me veten. Një adoleshent që nuk merr një reagim pozitiv nga prindërit, çon në bllokim të përpjekjeve dhe në mungesë motivimi. Adoleshentët që në përgjithësi dëgjojnë vazhdimisht ankesa nga prindërit e tyre për ta, kanë gjithmonë tendencë të shfaqin çrregullime në personalitet dhe në karakter. Ndonjëherë vetëvlersimi i ulët i prindit rrjedh edhe si rezultat i marrëdhënieve negative që prindi ka me seksin tjetër dhe disa prindër nuk ngurojnë ti ndajnë këto ndjesi me fëmijët e tyre.(Vasta&Haith&Miller,2007).Prindi duhet të jetë gjithmonë në kontakt me jetën e fëmijës së tij. Në këtë formë ai do të jetë i aftë të shohë mungesën e besimit, qëndrimet negative dhe marrëdhënien me të tjerët. Vlersimi i lartë i prindit është primar, pasi aftëson dhe ushqen vetëvlersimin e fëmijës (adoleshentit). Sipas Erich Fromm: *“Rritja pozitive e një fëmije është e lehtësuar nga prindër që janë të ngrohët, të dashur dhe jo kërcënues”*.

Adoleshentët me baba të papunësuar kanë nivel më të lartë të depresionit. Prindërit me status të ulët social-ekonomik kanë pengesa për të qenë pjesëmarrës në shkollimin e fëmijëve të tyre, përfshirë këtu mungesën e burimeve dhe mbështetjes sociale si dhe rritjen e stresit për shkak të burimeve të dobëta financiare. Niveli i ulët ekonomik është i lidhur me një sërë treguesish që përcaktojnë mirëqenien e adoleshentëve.(Beauvais,C&Jensen,J.2003). Studiuesit Brich dhe Gussow (1979), dëshmuar se varfëria është kontribues për dështimin shkollorë të adoleshentëve pasi shëndeti i pamjaftueshëm dhe keqëushqyerja nuk lejojnë zhvillimin mendorë të plotë, kusht i domosdoshëm për zhvillimin maksimal të potencialit të tyre në edukim. Për më tepër, vështirësitë ekonomike, shkaktojnë ulje të cilësive pozitive të prindërimit, rrisin shpeshësinë e konflikteve familjare, rrisin nivelin e depresionit sidomos në familjet me një prindë. (Eamon,2005).

2.8.2. Qëndrimi ndaj të tjerëve

Qëndrimi i adoleshentit ndaj të tjerëve edhe nëse nuk shfaqet në familje do shfaqet dukshëm në ambientet shoqërore ku ai merr pjesë dhe qëndron. Vetëvlersimi i lartë është i lidhur me një shëndet të mirë, sjellje sociale pozitive, sukses dhe kënaqësi, ndërsa vetëvlersimi i ulët është i

lidhur me sjellje që rrezikojnë shëndetin, probleme sociale, të tilla si depresioni, ankthi, çrregullime të të ngrënit etj. Përfshirja sociale, si në shkolla ose në skuadra atletike, i nxjerr fëmijët të krahasojnë vetëveten me fëmijët e tjerë dhe në të njejtën kohë me imazhet si do të dëshironin të ishin. (Vasta & Haith & Miller, 2007).

2.9. Hulumtimet të cilat kanë mbështetur teorit për depresionin

Depresioni është një problem i zakonshëm i keqpërshtatjes dhe ekzistojnë shumë teori që përpiqen të shpjegojnë se si ndodhë ai. Teoria psikanalitike përqëndrohet në konfliktin e pavetëdëshëm dhe sipas saj, ndjenja e zemërimit dhe e hakmarrjes e zhvendeson dhe kthehen brenda vetes dhe si dorëzohet dhe bëhet depresiv. (Pettijohn, 1996). BEKU besonte se depresioni vjen nga mënyrat e papërshtatshme, autokratike të të menduarit ndaj vetës. Të till njerëz nuk kanë shpresa realiste, i zmadhojnë dështimet e tyre, bëjnë përgjithësime negative gjithpërshirëse për vetën nisur nga të dhënat të pakta, shohin vetëm reagimet negative nga bota e jashtëme dhe e interpretojnë gjithqka që nuk ka arritur suksesin e plotë. Terapistët konjitiv janë shumë më pak kundërshtues dhe kundërvënes, në krahasim me therapistët racional-emosiv. (Morris & Maisto, 2008). Teoria e të mësuarit na mëson se, depresioni është rezultat i të mësuarit që të jesh i pashpres . Kjo teori, mjaftë me popullaritet, e parashtruar nga Seligman (1975), thotë se, kur njerëzit zbulojnë se nuk kanë më kontroll mbi jetën e tyre nga pikpamja shoqërore, ekonomike ose psikologjike, ata kanë prirjen të dorëzohen. Ata priren t'jua mveshin problemet që kanë personalitetit të tyre dhe besojnë se nuk mund të përmirësohen. (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978). Roi (Roy, A. 1985) vuri re se, fëmijët që humbasin një prindë ka më shumë të ngjarë të kalojnë në gjendje depressive sesa të rriturit. Në përgjithësi, çdo ngjarje e rëndësishme e jetës, e cila e ulë vetëvlersimin e një individi ose rrit shkallën e stresit mbi të mund të ndihmojë keqpërshtatjen. (Pettijohn, 1996).

3.DEKLARIMI I PROBLEMIT

Arsyeja e këtij studimi është pikë së pari duke u nisur nga adoleshenca ime ku kalova një periudhë jo të lehtë duke filluar nga klasa e dhjetë ku ndryshon shumë nga klasa fillore dhe rrugtimi në vazhdim bëhet më i vështirë qoftë në mënyrën e të mësuarit qoftë në njohjen e re të nxënësve të ri, mentaliteti, përkrahëja nga familja e shumë gjëra të tjera. Ku ti e ndjen veten më të “rritur” dhe më të vetëdëshëm sigurisht. Për këtë hulumtim është dashtë durim dhe përkushtim, si dhe mbledhje e nevojshme e informacioneve për t’iu qasë në mënyrë sa më të mirë problemit, duke dhënë një shpjegim për depresionin tek adoleshentët e moshës 15,16 vjeç, marrja informatave është bërë përmes pyetësorit. Që i kamë marrë nga nxënësit e klasave të dhjeta të gjimnazit Haxhi Zeka-Istog, të gjitha këto i kamë përpunuar në mënyrë statistikore permes programit Insert-Chart-Pie, program ky i cili na ndihmon për të gjetyr përqindjen e arritur te subjekteve në hulumtim. Mendojë se tema është aktuale për ditët e sotme, veqanarisht kur sot jemi në një shoqeri transitive dhe ky problem mendoj se është aktual dhe kërkon një hulumtim më të hollsishtëm. Gjithashtu është i rëndësishëm sepse në vendin tonë ka shumë pak studime të kësaj fushe, ku e dijmë së përfshirja e të rinjëve adoleshent më depresion, është një fakt dhe qdo ditë e më shumë po bëhet i njohur.

4.METODOLOGJIA

Për realizimin e këtij hulumtimi mbledhja e të dhënave është bërë përmes një pyetësoi. Në këtë hulumtim janë të përfshirë 100 nxënës të klasave të dhjeta të gjimnazit Haxhi Zeka-Istog. Pyetësoi është i vlefshëm dhe i besueshëm, poashtu është edhe i standardizuar.

Pyetësoi përbëhet nga dy pjesë. Pjesa e parë, e cila përmban informacion të përgjithshëm demografik për të intervistuarin si gjinia, mosha, vendbanimi dhe statusi ekonomik i prindërve. Pjesa e dytë na jep informacion kryesisht për lidhjen e tyre me nivelin e depresionit. Indikator i BECK-ut konsiston me 20 pohime, verzionin te cilin kamë përdorur është verzioni BDI-II(1996), *Beck,A.T., Steer,R.A.&Gregory K.B.*

Për realizimin e punës kamë njoftuar drejtorin e gjimnazit, pasi morëm lejen për realizimin e pyetësoit tek nxënësit, para aplikimit i njoftuam pjesmarrësit dhe sigurisht i pyetëm se a mund të jenë pjesë e këtij studimi me dëshirën e tyre. Të gjithë pjesmarrësit u pajtuan që të shërbenin si respondent të këtij hulumtimi. Takimi me respondentët ka startuar me shpjegimin e arsyes së kryerjes së hulumtimit dhe shpjegimin për mënyren e plotësimit të pyetësoit. Pyetësoi ka qenë i qartë, pyetësoret i kamë shpërndarë në mënyrë individuale. Koha për plotësimin e pyetësoit ishte 10 minuta që konsideroj se ka qenë e mjaftueshme për tu menduar rreth përgjigjive.

5. REZULTATET E HULUMTIMIT

Në këtë hulumtim janë të përfshirë nxënësit e klasave të dhjeta të gjimnazit Haxhi Zeka-Istog. Në numrin total të mostrës kanë qenë të përfshira të dy gjinitë, gjithësej 100 pjesëmarrës kanë qenë pjesë e këtij studimi, të moshës 15-16 vjec. Janë shpërndarë 100 pyetësorë të strukturuar (me të gjitha sqarimet e nevojshme për mënyren e plotësimit të tyre).

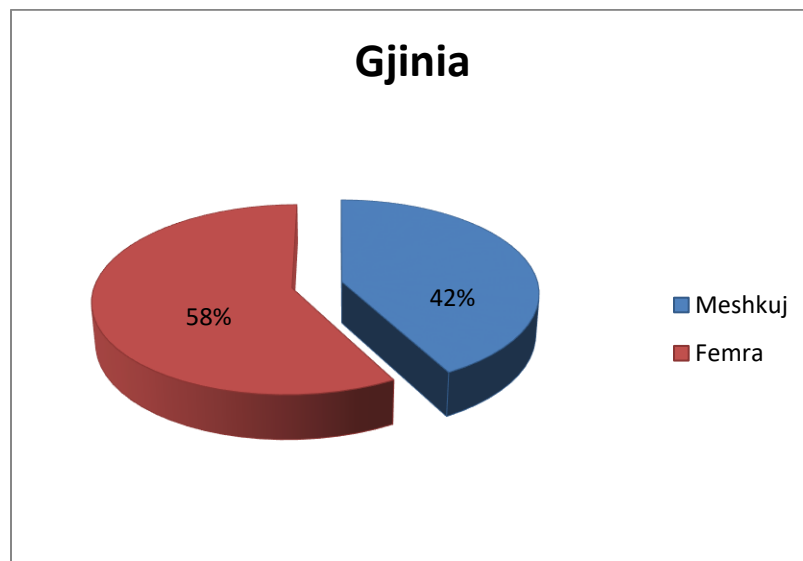


Figura 1: Përqindja e pjesëmarrësve në studim sipas gjinisë

Sipas grafikut numër 1, Nga 100 pjesëmarrës në hulumtim të të dy gjinive 58,(58%) ishin të gjinisë femërore kurse 42,(42%) të gjinisë mashkullore.

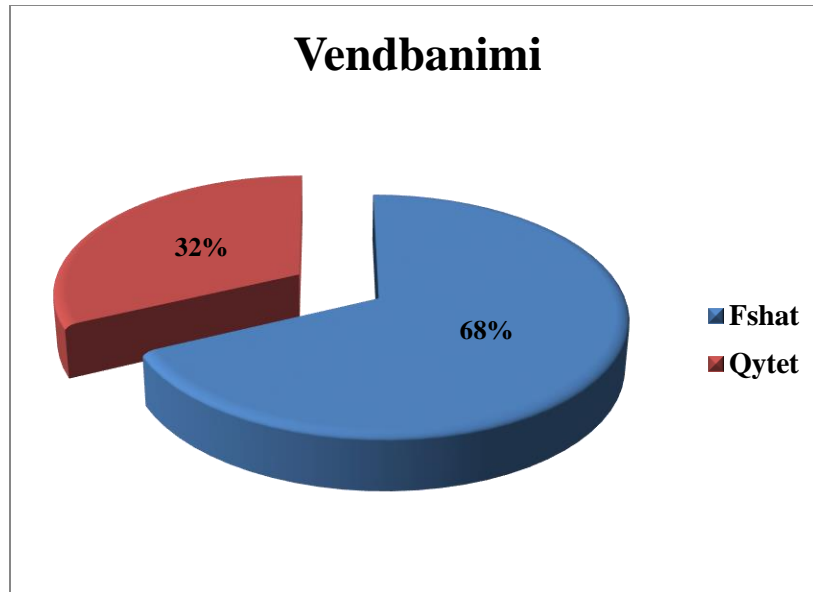


Figura 2: Përqindja e pjesmarrësve në studim sipas vendbanimit Fshat-Qytet

Në grafikun numër dy kemi vendosur ta paraqesim numrin e pjesmarrësve sipas vendbanimit Fshat-Qytet. Ku 32,(32%) e nxënësve jetojnë në Qytetin e Istogut, ndërsa pjesa më e madhe e tyre 68,(68%) jetojnë nëpër fshatra të ndryshme të Istogut.

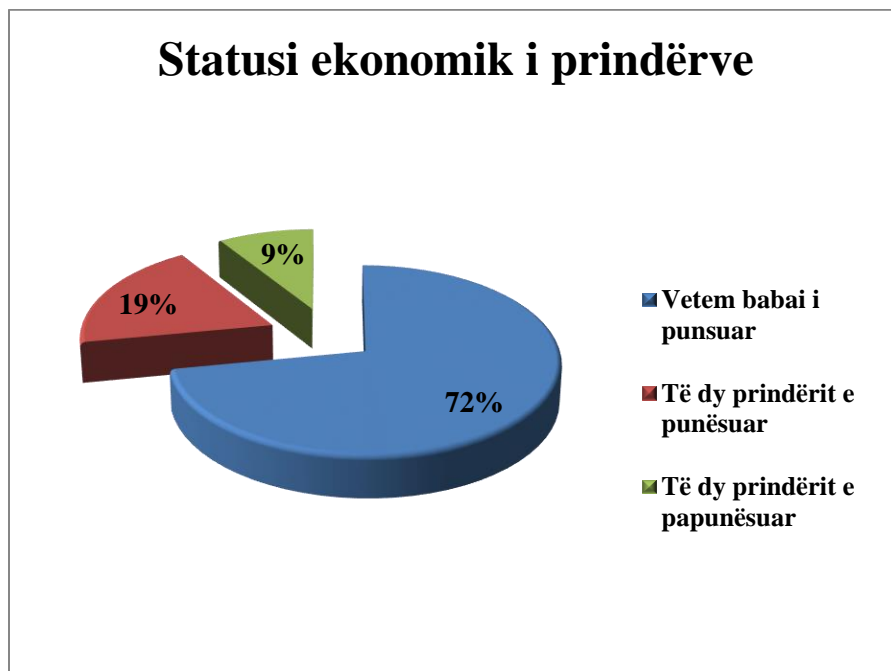


Figura 3: Përqindja sipas statusit ekonomik të prindërve.

Në grafikun numër tre duhet cekur se statusi ekonomik familjar ka një ndikim shumë të madh në familje, në këtë rast ndikon shumë edhe tek adoleshentët. Diskutimi i rezultateve flet për një

dallim të qartë tek adoleshentët me baba ose të dy prindërit e papunësuar, ku kanë depresion më të lartë, pra edhe sipas studimeve, burimet financiare janë një tregues i fuqishëm i cili lidhet pozitivisht me problemet e adoleshentëve. Edhe pse në vendin tone nuk ka pasur shumë studime të kësaj natyre të realizuar në Kosovë, por sipas *Majoribanks(1996)*, mjedisi familjar është agjenti i parë që ndikon jo vetëm në socializimin e fëmijës por edhe mbi interesimin dhe aspiratat për edukim të fëmijës në të ardhmen. Tek ky hulumtim nga 100 pjesmarrës të të dy gjinive 72,(72%) ishin vetëm me baba të punësuar, 19(19%) ishin me të dy prindërit e punësuar dhe 9(9%) e tyre me asnjërin prindë të punësuar ku dallohej qartazi edhe niveli i depresionit te kjo përqindje e nxënësve.

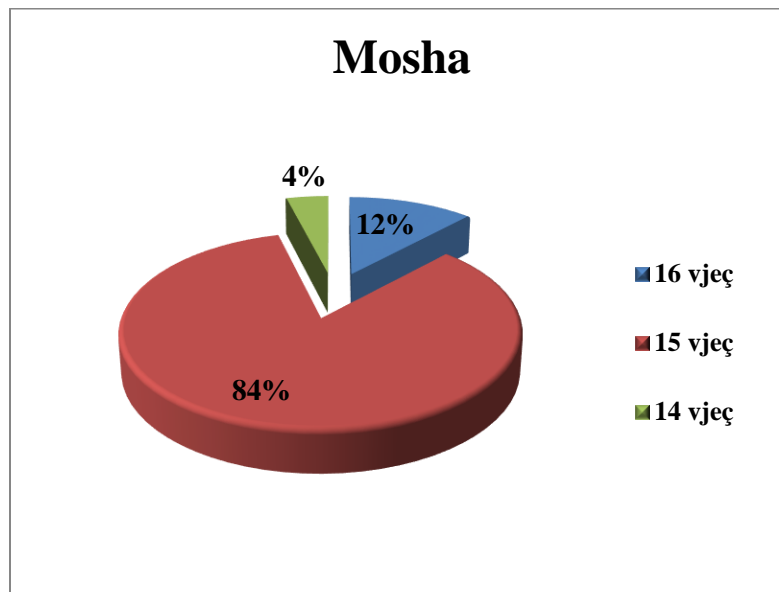


Figura 4: Përqindja e pjesëmarrësve sipas moshës

Nga grafiku i mësipërm mundë të konstatojmë se 84, (84%) e adoleshentëve pra moshë me numër më të madhë në hulumtim kanë qenë të moshës 15 vjeçë, 12,(12%) kanë qenë të moshës 16 vjeç dhe 4,(4%) të moshës 14 vjeç. Në këtë rast më numër më të madhë të pjesmarrësve në hulumtim (96%), kemi të bëjmë më fazën e dytë të adoleshencës, pra adoleshencës së mesme që varion nga moshë 15 deri në 17 vjeç. Dhe (4%) të pjesmarrësve që i takojnë fazës së parë të adoleshencës, pra faza e adoleshencës së hershme që varion nga moshë 12 deri në 14 vjeç.

Përmbledhja e përqindjes të hulumtimit nga depresioni

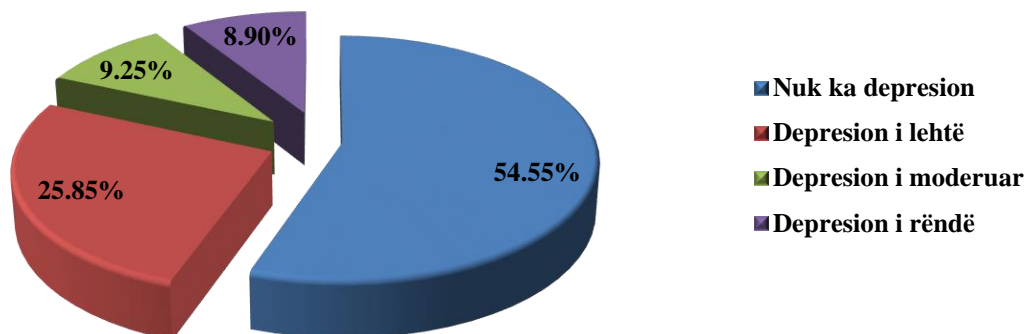


Figura 5: Përmbledhja e përqindjes të hulumtimit nga depresioni

Në grafikun numër pesë është paraqitur përqindja e nivelit të depresionit e rradhitur nëpër shkallë, ku janë të përfshira të dy gjinitë. Nga 100 pjesmarrës që kanë qenë në hulumtim të gjithë janë pyetur se a kanë ndonjë paqartësi në lidhje me 20 pyetjet që ishin të vendosura në pyetësor. Përgjigjja e tyre ishte pozitive pra nuk kishin asnjë paqartësi. Por vlen të theksohet që tek pyetja e tretë, 29 nxënës nuk kanë pasur një përgjigje tek kjo pyetje, ata e kishin të qartë pyetjen mirëpo thonin se nuk po e gjenin veten tek asnjëra alternative e pyetjes së tretë. Ndërsa tek pyetjet e tjera nuk kanë pasur asnjë dilemë dhe të gjithë i'u janë përgjigjur. Nga ky hulumtim i nxënësve të klasave të dhjeta (54.55%) nuk kanë depresion, (25.85%) depresion i lehtë, (9.25%) depresion i moderuar dhe (8.90%) depresion i rëndë.

Përgjigjet e meshkujve;

Pyetjët	A	B	C	D
1.	33	6	0	3
2.	24	15	1	2
3.	11	7	6	2
4.	14	20	4	4
5.	26	7	6	3
6.	31	5	4	2
7.	34	3	1	4
8.	18	19	3	2
9.	35	4	2	1
10.	23	2	1	16
11.	10	10	3	19
12.	23	10	3	6
13.	29	9	4	0
14.	35	2	4	1
15.	32	6	3	1
16.	26	11	3	2
17.	29	10	0	3
18.	25	11	4	2
19.	23	10	4	5
20.	32	6	1	3

Tabela 1: Paraqitja tabelare e rezultateve nga përgjigjet e meshkujve.

Nga tabela numër 1, mund të shohim renditjen e 20 pyetjeve me alternativa: (A,B,C,D) që u janë dhënë në hulumtim adoleshentëve. Në këtë rast kamë paraqitur vetëm përgjigjet e meshkujve, pra 42(42%), e tyre sa kanë qenë në hulumtim ju janë përgjigjur 20 pohimeve, ku qdo përgjigje e tyre me alternative (A,B,C,D) është dhënë në këtë tabelë.

Përgjigjet e femrave

Pyetjët	A	B	C	D
1.	43	11	3	1
2.	27	27	3	1
3.	16	19	7	3
4.	22	28	5	3
5.	30	24	3	1
6.	34	10	7	7
7.	44	9	2	3
8.	18	33	5	2
9.	48	8	1	1
10.	22	16	6	14
11.	12	16	4	26
12.	20	19	11	8
13.	20	9	29	0
14.	47	2	4	5
15.	24	16	15	3
16.	31	22	1	4
17.	25	25	4	4
18.	23	19	12	4
19.	34	16	3	5
20.	38	15	3	2

Tabela 2: Paraqitja e rezultateve nga pergjigjet e femrave.

Edhe tek tabela numër 2, kam paraqitur renditjen e 20 pyetjeve me alternativa (A,B,C,D) të gjinisë femërore me pjesmarrje 58(58%). Diskutimi i rezultatit flet për një dallim të qartë në nivelin e depresionit në aspektin gjinor, femrat kanë nivel më të lartë të depresionit. Të gjitha të dhënat tregojnë se rritja e qrregullimeve të humorit janë më të mëdha te vajzat sesa te djemtë gjatë adoleshencës.(Kandel&Davies,1982; Kashani et al,1987; Petersen, Kennedy & Sullivan,1991). Për të vërtetuar edhe unë këto mendime të shumë autorëve i ndava meshkujt nga femrat duke i paraqitur në tabela për të parë se të cila gjini depresioni është më shumë prezent.

Përgjigjet e të dy gjinive në një tabelë

Pyetjët	A	B	C	D
1.	76	17	3	4
2.	51	42	4	3
3.	27	26	13	5
4.	36	48	9	7
5.	56	31	9	4
6.	65	15	11	9
7.	78	12	3	7
8.	36	52	8	4
9.	83	12	3	2
10.	45	18	7	30
11.	22	26	7	45
12.	43	29	14	14
13.	49	18	33	0
14.	82	4	8	6
15.	56	22	18	4
16.	57	33	4	6
17.	54	35	4	7
18.	48	30	16	6
19.	57	26	7	10
20.	70	21	4	5
	54.55%	25.85%	9.25%	8.9%

Tabela 3: Përmbledhja e rezultateve të hulumtimi nga 100 nxënës të të dy gjinive.

Tek tabela e tretë janë paraqitur përgjigjet e 20 pyetjeve me alternativa, por në këtë rastë përfshihet numri total i pjesmarrësve në hulumtim, pra 100 nxënës të të dy gjinive kanë plotësuar inventarin e Beck-ut dhe ju janë përgjigjur 20 pohimeve. Tek tabela numër tre kamë paraqitur përfundimin e rezultateve të hulumtimit, njejtë sikurse edhe tek grafiku i mësipërm numër 5. Mirëpo përveq përqindjes përfundimtare, kam dashur që qdo alternative (A,B,C,D) nga pyetja 1 deri tek e 20-ta, të paraqitet në formë të kësaj tablele në mënyrë që të jetë e dhënë qdo përgjigje e tyre.

Tabela 4. Analiza e korrelacionit: Cila gjini ka më shumë kritika ndaj vetes.

Në këtë seksion kemi testuar nëse ka ndërlidhje singifikante ndërmjet gjinisë dhe kush ka kritika më shumë ndaj vetes. Këtu kemi përdorur metodën e korrelacionit për të gjetur koeficientin i korrelacionit që na jep një vlerë matematike për të matur fuqinë e ndërlidhjes lineare ndërmjet gjinisë dhe kritikave ndaj vetes.

Rezultatet tregojnë se nuk ka ndërlidhje signifikante ndërmjet gjinisë se cila ka më shumë kritika ndaj vetes.

		Gjinia	Kritikat ndaj vetes
Gjinia	Pearson Correlation	1	.477**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	100	100
Kritikat ndaj vetes	Pearson Correlation	.477**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	100	100

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

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Gjinia	100	1.5800	.49604	.04960
Kritikat ndaj vetes	100	1.8000	.75210	.07521

One-Sample Test

	Test Value = 0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
Gjinia	31.852	99	.000	1.58000	1.4816	1.6784
Kritikat ndaj vetes	23.933	99	.000	1.80000	1.6508	1.9492

Kruskal -Wallis H-Test

Ranks

	Kritikat ndaj vetes	N	Mean Rank
Gjinia	Nuk ndihem më keq se sa të tjerët	36	18.50
	Jam kritik ndaj vetëvetes për shkak të dobësive apo gabimeve të mia	52	62.50
	Total	88	

H -Test Statistics^{a,b}

	Gjinia
Chi-Square	87.000
df	1
Asymp. Sig.	.000

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Kritikat ndaj vetes

6. DSKUTIME DHE KONKLUZIONE

Qëllimi kryesor i këtij hulumtimi është të përshkruaj nivelin e depresionit tek adoleshentët, të bëjë krahasimin midis gjinis femërore dhe mashkullore, të shohim se sa ndikon statusi ekonomik i prindërve në adoleshenc, sa ndikon shoqëria, përkrahja apo mospërkrahja qoftë ajo familjare, shoqërore dhe më gjërë. Duke qenë se edhe vetë kanë kaluar fazën e adoleshencës e di mirë se si funksjonojnë gjërat në vendin tonë, mungesën e shërbimeve psikologjike nëpër shkolla. Pasiqë periudha e adoleshencës është një fazë mjaftë delikate ku nëvojat jetësore sa vinë e rriten dhe ky problem fillon qysh tek bashkëbisedimi me prindërit, mirkuptimi ose jo, i tyre në këtë periudh dhe vazhdon në shkollë.

Objktivi i hulumtimi është të diskutojë rezultatet e këtij studimi, për të nxjerrë në pah realizimin e qëllimeve të tij, përmes përgjigjive për pyetjet kërkimore, në lidhje me depresionin tek adoleshentët e klasave të dhjeta të gjimnazit “Haxhi Zeka-Istog”. Edhe pse në vendin tone nuk ka pasur shumë studime të kësaj natyre të realizur në Kosovë, Shumë hulumtime në vende të tjera kanë reflektuar rezultate të ngjashme, prandaj një rezultat i tillë është pritur edhe në vendin tonë.

Nga ky studim kuptojmë se depresioni tek adoleshentët mundë të jetë prezentë dhe dita e ditës vetëm sa është duke u rritur. Duke qenë se është një temë mjaftë pakë e trajtuar në vendin tonë, mendoj se duhet të meren masa dhe të mos shpërfilllet si temë sepse depresioni po përfundon edhe më vetëvrasje në mënyrën më tragjike. Prandaj është shumë e rëndësishme të dijmë se si bëhet parandalimi duke funksionuar sa më shumë shërbime psikologjike në shkolla dhe së bashku me familjet dhe komunitetin të jenë sa më afër problemeve të adoleshentëve. Psikologu shkollor mund të hartojë edhe programin parandalues me bazë shkollën.

Psikologu shkollor mund të organizojë përpjekje mbarëshkollore për t’u siguruar të gjithë adoleshentëve informacionin e duhur për përballimin e streseve të zhvillimit. Psikologët shkollor mund të organizojnë grupe të vogla këshillimi me këta adoleshentë në rrezik, duke e fokusuar grupin në një problem specific (p.sh, vetëvlersimi i ulët, izolimi social) ose në faktorin e veçantë rrisues. Të bëhen program parandalimi të komunitetit; programe të bazuara në familje, në shkollë për një sensibilizim sa më të drejtë lidhur me faktorët e rrezikut. Psikologu shkollor mund të vlersojë nëpërmjet; intervistimit të nxënësit me depresion, konsultimit më mësuesit që i japin ati mësim si dhe takimit me prindërit.

7. REFERENCAT

- Abramson, L., Seligman, M. E. P., & Teasdale, J. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*.
- Allgood-Merten, B., Lewinsohn, P. M., & Hops, H. (1990). Sex differences and adolescent depression. *Journal of Abnormal Psychology*.
- Beauvais, C. & Jenson, J. (2003). The well-being of children: Are there neighborhood effects? Discussion paper 31, Canadian Policy Research Network: Ottawa, Ontario
- Bemporad, J. R. (1988). Psychodynamic treatment of depressed adolescents. *Journal of Clinical Psychology*.
- Block, J. H., Block, J., & Gjerde, P. F. (1986). The personality of children prior to divorce: A prospective study. *Child Development*, 57, 509-518
- Blois, Peter (1967), "The Second Individuation Process of Adolescence," *The Psychoanalytic Study of the Child*, vol. XXII, New York: International Universities Press.
- Colt, C. H. (1983, September/October). The enigma of suicide in America. *Harvard Magazine*
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: Freeman
- Eamon, M. K. (2005). Social-demographic, school, neighborhood, and parenting influences on academic achievement of Latino young adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*.
- Ellickson, P. L., McGuigan, K. A. (2000) Early predictors of adolescent violence. *Journal of Public Health*.
- Funk, R. (2003) *Erich From : his life and ideas*. Translators J. Portman, M. Kunkel New York, Continuum International publishing Group.
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Graham, R. A. et al. (2011) The existential model of perfectionism and depressive symptoms: a short four wave longitudinal study, *Journal of Consulting Psychology*.
- Harter, S. (1990). Causes, correlates and the functional role of global self-worth: A lifespan perspective. In R. Sternberg & J. Kolligian (Eds.), *Competence Considered*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Kandel, D. B., & Davies, M. (1982). Epidemiology of depressive mood in adolescents. *Archives of General Psychiatry*.
- Karaj, Th. (2005) *Psikologjia e zhvillimit te fëmijës*
- Kashani, J. H., Carlson, G. A., Beck, N. C., Hooper, E. W., Corcoran, C. M., McAllister, J. A., Fallahi, C., Rosenberg, T. K., & Reid, J. C. (1987). Depression, depressive symptoms, and depressed mood among a community sample of adolescents. *American Journal of Psychiatry*.
- Melinda Smith, M.A., Lawrence Robinson, and Jeanne Segal, Ph.D. *Dealing with Teen Depression*.

- Lala,S.(2013)Psikopatologjia klinike.
- Lleshi,Xh.(2001).Paraadoleshenca.Femirija 12-15 vjec.
- Markstrom-Adams,C.(1987)Androgyny and its relation to adolescent psycho-social Wellbeing:A review of the literature.Sex Roles
- Majoribanks, K.(1996). Family Learning Environments and Students' Outcome: A Review. Journal of Comparative Family Studies
- Morris,Ch&Maisto,A.(2008)Psikologjia
- Oltmans,Th. & Emery, R. (2008), Abnormal psychology, Shtëpia Botuese ArenticaHall,USA.
- Pettijohn,T.,(1996),Psikologjia një hyrje koncize,(botim i II),Tiranë
- Petersen, A. C, Kennedy, R. E., & Sullivan, P. (1991). Coping with adolescence. In M. E. Colten & S. Gore (Eds.), Adolescent stress:Causes and consequences . New York: Aldine de Gruyter.
- Petersen, A. C, Sarigiani, P. A., & Kennedy, R. E. (1991). Adolescent depression: Why more girls? Journal of Youth and Adolescence
- Roy,A.(1985). Early parental separation and adult depression.Archives of General Psychiatry.
- Murtezani.(2006) Psikologjia e zhvillimit.
- Seligman,M.E.P.(1975)Helplessness:On depression,development and death.San Francisco:Freeman.
- Simmons,R,C,& Blyth,D,A.(1987)Moving into adolehence:The impact of pubertal change and social context.Hawthorne,NY:Aldine de Gruyter.
- Shehu, A (2003), Psikologjia Anormale (cikël leksionesh) , Shtëpia botuese Tirana Grafik,Tiranë
- Shkurti,J.(2006).Psikologji shkollore e zbatuar.Ditura
- Vasta,R.& Haith,M.& Miller,S.(2007)Psikologjia e femijes.Shkenca moderne.

PYETËSORI PËR NXËNËSIT HAXHI ZEKA-ISTOG

PËR KLASAT E DHJETA

E nderuar nxënëse/I nderuar nxënës

Ky pyetësor do të shërbejë për një hulumtim mbi raportin e nivelit të depresionit. Pyetësori është anonim, prandaj ju lutem mos lini asnjë pyetje të paplotësuar dhe ju lutem të përgjigjeni me sinqeritet. Faleminderit për mirkuptimin.

GJINIA: <input type="checkbox"/> Mashkull <input type="checkbox"/> Femër	MOSHA: ()	VENDBANIMI: <input type="checkbox"/> Fshat: <input type="checkbox"/> Qytet:	Statusi ekonomik i prindërve: I punsuar I papunsuar Babai <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nëna <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
---	-------------------	---	---

1. Trishtimi

- Nuk ndihem i trishtuar,
- Ndihem i trishtuar,
- Ndihem i trishtuar gjatë tërë kohës dhe nuk mund ta largoj këtë ndjenjë,
- Jam aq i trishtuar apo i palumtur sa që nuk mund më të duroj këtë ndjenjë.

2. Pesimizmi

- Nuk jam veçanërisht i dekurajuar sa i përket ardhmërisë
- Jam i dekurajuar sa i përket ardhmërisë,
- Ndjej se nuk kam çkafit t,i gëzohem
- Ndjej se e ardhmja është e pashpresë dhe se gjërat nuk mund të rregullohen.

3. Dështimet e së shkuarës

- Ndihem se jam një person jo i suksesshëm,
- Ndihem më i pasuksesshëm se sa një person mesatar,
- Kur e analizoj jetën time, shoh vetëm dështime,
- Si njeri ndihem si një dështim i plotë.

4. Pakënaqësia

- Disa gjëra më japin kënaqësi sikur edhe më parë,
- Nuk kënaqem më me disa gjëra sikur që kënaqesha më parë,
- Thuajse asgjë më nuk më ofron kënaqësi,
- Asgjë nuk mund të më bëjë të kënaqur dhe gjithçka më është mërzur.

5. Ndjenjat e fajit

- Nuk ndihem veçanërisht fajtor,

- b. Një pjesë të konsiderueshme të kohës kam ndjenjën e fajit,
- c. Kryesisht ndihem fajtor,
- d. Gjatë tërë kohës ndihem fajtor.

6.Ndjenjat e ndëshkimit

- a. Nuk mendoj se jam i ndëshkuar,
- b. Ndihem se ndoshta jam i ndëshkuar,
- c. Pres se do të ndëshkohem,
- d. Ndiej se ky është ndëshkimi im.

7.Pakënaqësia ndaj vetes

- a. Nuk jam i dëshpëruar me veten time,
- b. Jam i dëshpëruar me veten time,
- c. Ndiej neveri nga vetja ime,
- d. E urrej veten.

8.Kritikat ndaj vetes

- a. Nuk ndihem më keq se sa të tjerët,
- b. Jam kritik ndaj vetëvetes për shkak të dobësive apo gabimeve të mia,
- c. Gjatë tërë kohës e fajësoj veten për shkak të gabimeve që i kam bërë,
- d. Vetveten e fajësoj për çdo gjë të keqe që ndodhë.

9.Mendimet ose dështimet për vetëvrasje

- a. Aspak nuk mendoj për vetëvrasje,
- b. Mendoj rreth vetëvrasjes, por nuk do ta bëja një gjë të tillë,
- c. Do të doja të vrisja veten,
- d. Sikur të më jepej rasti, do ta vrisja veten.

10.Të qarët

- a. Nuk qajë më shumë se sa zakonisht,
- b. Tani qajë më shumë se më parë,
- c. Tani qajë vazhdimisht,
- d. Më parë mund të qaja, kurse tani nuk mundem, edhe kur dua të qajë.

11.Shqetësimi

- a. Hidhërohem më shumë se sa përpara,
- b. Hidhërohem më lehtë se sa më parë,
- c. Tani jam i hidhëruar gjatë tërë kohës,
- d. Më aspak nuk më hidhërojnë gjërat të cilat më parë më hidhëronin.

12. Mungesa e interesit

- a. Nuk e kam humbur interesimin për njerëzit e tjerë,
- b. Të tjerët më interesojnë më pak se më parë,
- c. Kryesisht e kam humbur interesimin për njerëzit tjerë,
- d. Kam humbur çdo interesim për të tjerët.

13.Pavendosmëria

- a. Vendimet i marrë lehtë si më parë,
- b. E shtyj marrjen e vendimeve më shumë se më parë,
- c. Tani e kam më të vështirë marrjen e vendimeve se më parë,
- d. Tani nuk mund të marrë asnjë vendim.

14. Denjësia

- a. Nuk mendoj se dukem më keq se më parë,
- b. Kam frikë se dukem i plakur apo i padëshiruar,
- c. Ndiej që në pamjen time kanë ndodhur ndryshime që më bëjnë Joatraktiv,
- d. Mendoj se dukem i shëmtuar.

15. Mungesa e energjive

- a. Mund të punoj si më parë,
- b. Më duhet të bëj sforcim të veçantë për të filluar të punoj diçka,
- c. Më duhet të mundohem tepër shumë për të bërë diçka,
- d. Nuk mund aspak të punoj.

16. Ndryshime të gjumit

- a. Fle mirë si zakonisht,
- b. Nuk fle mirë si më parë,
- c. Zgjohem një-dy orë më herëtse zakonisht dhe më pas e kam të vështirë të fle sërish,
- d. Zgjohem disa orë më herët se zakonisht dhe më nuk mund të fle.

17.Lodhje ose rraskapitje

- a. Nuk lodhem më shumë se zakonisht,
- b. Lodhem më lehtëse më parë,
- c. çka do që bëj lodhem,
- d. Jam tepër i lodhur për të bërë gjë.

18.Ndryshime të oreksit

- a. Nuk kam apetit më të dobët se më parë,
- b. Më nuk e kam atë apetitin e mirë si më parë,
- c. Apetitin tani e kam shumë më të dobët,
- d. Më nuk kam kurrfarë apetiti.

19. Humbja e peshës

- a. Nuk kam humbur shumë në peshë, nëse edhe kam humbur,
- b. Kam humbur më shumë se 2 kg
- c. Kam humbur më shumë se 5 kg,
- d. Kam humbur më shumë se 7 kg.

20.Shqetësimet në shëndet

- a. Shëndeti nuk më shqetëson më shumë se përpara,

- b. Brengosem për dhembjet, nervoza e lukthit, apo kapsllëku,
- c. Jam shumë i shqetësuar për shkak të problemeve shëndetësore dhe e kam të vështirë të mendoj për gjëra të tjera,
- d. Jam aq i shqetësuar rreth problemeve shëndetësore sa që nuk mendoj.