

**REPUBLIKA E SHQIPËRISË
UNIVERSITETI I MJEKËSISË-TIRANË
FAKULTETI I SHKENCAVE MJEKËSORE TEKNIKE
DEPARTAMENTI I INFERMIERISTIKËS**

DISERTACION

I

PARAQITUR NGA

Znj. FLORA ZYBERAJ

PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE

DOKTOR

NË

SHKENCA INFERMIERORE

**TEMA: “PREVALENCA E ÇRREGULLIMEVE TË ANKTHIT NË
STUDENTË E UNIVERSITETIT MJEKËSISË TIRANË”**

Udhëheqës Shkencor: Prof. Ass. ARIEL ÇOMO

Tiranë, 2016



UNIVERSITETI I MJEKËSISË TIRANË
FAKULTETI I SHKENCAVE MJEKËSORE TEKNIKE

DISERTACION

I

PARAQITUR

NGA

ZNJ. FLORA ZYBERAJ

PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE

“ DOKTOR

NË

SHKENCA INFERMIERORE”

**TEMA: “PREVALENCA E ÇRREGULLIMEVE TË ANKTHIT NË
STUDENTËT E UNIVERSITETIT MJEKËSISË TIRANË”**

MBROHET MË DATË...../.....2016 PËRPARA JURISË

1. _____ **KRYETAR**
2. _____ **ANËTAR (OPONENT)**
3. _____ **ANËTAR (OPONENT)**
4. _____ **ANËTAR**
5. _____ **ANËTAR**

Deklaratë

Punimi i kësaj teme është origjinale. Vetëm një pjesë e të dhënave statistikore është përdorur për të përmbushur detyrimet e doktoraturës.

Ky punim i plotë nuk është paraqitur asnjëherë si brenda dhe jashtë vendit.

© Flora ZYBERAJ 2016

Abstrakti

Hyrje. Çrregullimet e ankthit janë gjendje që karakterizohen nga simptoma fizike dhe psikike të dallueshme dhe persistente të cilat nuk janë pasojë e një çrregullimi tjetër. Simptomatika mund të jetë permanente si një çrregullim i përgjithshëm i ankthit ose të tipit episodik. Studentët janë një popullatë vulnerable për të manifestuar simptoma apo çrregullime të ankthit të cilat mund të ndikojnë në cilësinë e jetës apo në performancën akademike.

Qëllimi. Të përcaktohet prevalenca e çrregullimeve të ankthit në studentët e Universitetit Mjekësisë Tiranë, specifikisht çrregullimi i ankthit të përgjithshëm dhe çrregullimi i panikut si edhe të gjendet korrelacioni midis ankthit dhe përdorimit të substancave (alkoolit).

Materiali dhe Metoda. Ky është studim epidemiologjik cross sectional realizuar në dy periudha kohore përgjatë viteve 2013-2014 (në muajt Tetor-Nëntor-Dhjetor 2013 dhe Mars-Prill-Maj të 2014) me pjesëmarrjen fillestare të 1550 studentëve të pesë fakulteteve të Universitetit të Mjekësisë (përkatesisht të Fakultetit të Mjekësisë së Përgjithshme, Fakulteti i Farmacisë, Fakulteti i Mjekësisë Dentare, Fakulteti i Shkencave Mjekësore Teknike, Fakulteti i Shëndetit Publik). Në fazën e dytë kampioni ka rezultuar të jetë 1282 që iu krye vlerësimi i ankthit dhe vlerësimi psikiatrik për ata që rezultuan me nivele të larta të ankthit. Analiza statistikore u krye duke përdorur SPSS 15.0.

Rezultatet: Prevalenca e çrregullimeve të ankthit në studentët e Universitetit të Mjekësisë në Tiranë rezultoi të jetë: për çrregullimin e ankthit të gjeneralizuar në 6 muaj është 14.2%, për simptomat e atakut të panikut në 1 muaj 3.9%. Nga totali i studentëve rezulton se 21.3 % e tyre kanë simptoma ankthi në një nivel të moderuar ndërsa 15.1% simptoma ankthi në një nivel të rëndë. Rezultatet e analizës regressive nxorën në pah se konsumi i alkoolit është një prediktor i mirë i ankthit në studentët e kampionit tonë.

Konkluzione. Prej këtij studimi rezulton se shumica e studentëve përjetojnë probleme të lidhura me ankthin dhe ata mund të pësojnë rënie drastike në mbarvajtjen akademike, dëmtim në performancën praktike e deri në ndërprerje të studimeve gjë që është alarmante. Ndaj rekomandohet ndërhyrje të menjëhershme si për të adresuar problemin shëndetësor por edhe për të rikonceptuar kurikulat shkollore.

Fjalët kyçe: ankthi, student të mjekësisë, çrregullim ankthi

Abstract.

Introduction: Anxiety disorders have distinct and persistent physical and psychological symptoms which are not explained by the existence of another disorder. The symptoms can be permanent as in generalized anxiety disorder or episodic. The students are considered a vulnerable group in risk for having anxiety symptoms or anxiety disorders which on the other hand can affect the quality of their life and academic performance.

Aim. The study is designed to find out the prevalence of anxiety disorders both generalized anxiety disorder and panic disorder in students of University of Medicine in Tirana, and to search out any correlation between anxiety and usage of substances (alcohol).

Material and Methods. It is an epidemiological cross-sectional study completed in two periods of time during 2013-2014. During the first phase (October-November-December 2013) were interviewed 1550 students from five faculties of Medical University of Tirana: Faculty of Medicine, Faculty of Pharmacy, Faculty of Dental Medicine, Faculty of Technical Sciences, and Faculty of Public Health. During the second phase after application of acceptance and exclusion criteria the total number of population in study resulted in 1282 students. Back Anxiety Inventory was the screening tool used to evaluate the level of anxiety of students followed by a psychiatric evaluation by the psychiatrist for those students that showed high anxiety levels. Statistical analysis was performed using the SPSS 15 version.

Results. The prevalence of anxiety disorders between students of University of Medicine in Tirana results in 14.2% in generalized anxiety disorder during 6 months and 3.9% in symptoms of panic attack during 1 month. In general from the total number of students 21.3% of them have moderated levels of anxiety symptoms and 15.1% have high levels of anxiety symptoms. The results of regression analysis have revealed that alcohol use is a good predictor of anxiety levels between students of this population in study.

Conclusions. It resulted that majority of students experience some levels of anxiety and this can have an impact in academic performance even school drop outs which is an alarming fact. It is recommended to offer an immediate intervention to address this mental health issue as well as to raise the awareness of medical university curricula improvement.

Key words: anxiety, medical university students, anxiety disorders

PËRMBAJTJA	
I.PARATHËNIE.....	A
II.MIRËNJOHJE.....	B
1.HYRJE.....	X
1.1 Ç'është ankthi?.....	X
1.2. Shkaqet dhe faktorët e riskut.....	XI
1.3. Klasifikimi i çrregullimeve të ankthit.....	XI
1.4. Simptomat e ankthit.....	XI
1.5. Të dhëna të tjera epidemiologjike.....	XII
1.6. Çrregullimi i panikut me ose pa agorafobi.....	XII
1.6.1. Faktorët predispozues dhe precipitues.....	XIII
1.6.2. Ataku i panikut.....	XIV
1.6.3. Diagnoza e atakut të panikut.....	XIV
1.6.4 Pasojat e çrregullimit të panikut.....	XV
1.6.5. Tipet e atakut të panikut.....	XV
1.6.6.Faktorët precipitues të panikut.....	XV
1.6.7.Sa frekuent është çrregullimi i Panikut.....	XVI
1.7.Fobia Specifike.....	XVII
1.7.1.Fobia shoqerore.....	XVII
1.8.Çrregullimi obsesiv – kompulsiv.....	XVII
1.9.Çrregullimi i ankthit të përgjithshur.....	XVIII
1.9.1.Diagnoza diferenciale e GAD me sëmundje të tjera.....	XIX
1.10.Vlersimi i riskut për suicid dhe i veprimeve vetdëmtuese.....	XIX
1.10.1.Vlerwsimi i ashpërsisë.....	XIX
1.11.Diagnoza diferenciale e ankthit me sëmundje të tjera.....	XX
1.12.Çrregullimi i stresit të posttraumës (PTSD).....	XX
1.13.Çrregullimi i stresit akut.....	XXI
1.14.Çrregullimi I përshtatjes.....	XXII
1.15.Vlerësimi I variablave psikologjik.....	XXII
1.16. Vlerësimi I çeshtjeve kulturore.....	XXIII
1.4.1.Diagnoza diferenciale e çrregullimeve të ankthit.....	XXIII
1.4.2.Diagnoza diferenciale me sëmundje të tjera.....	XXIII
1.4.3.Cilat janë sëmundjet njerzore që mund të shkaktojnë ankth.....	XXIII
1.4.4.Vlerësimi I ashpërsisë së ankthit.....	XXIV
1.6.8.Përmbledhja e procesit të vlerësimit,dhe trajtimi fillestar.....	XXIV
1.6.9.Gjetja e ndryshimeve të përshtatshme në stilin e jetesës.....	XXIV
1.17.Përfshirja e sherbimeve të shëndetit mendor.....	XXV
1.18.Informacion I përgjithshëm rreth Inventarit të Beckut për Ankthin.....	XXVI
2.QËLLIMI I STUDIMIT.....	1
3.MATERIALI DHE METODA.....	3
3.1 Lloji i studimit.....	2

3.2 Periudha kohore e studimit.....	2
3.3 Karakteristikat e kampionit	2
3.4 Kriteret përfshirëse	2
3.5 Kriteret përjashtuese	2
3.6 Përzgjedhja e kampionit.....	2
3.7 Proçesi i anketimit.....	2
3.8.Administrimi.Pikëzimi, dhe Interpretimi	3
3.9.Analiza statistikore e të dhënave.....	4
4. REZULTATE DHE DISKUTIME.....	5
5. KONKLUZIONE DHE REKOMANDIME.....	34
8. BIBLIOGRAFIA.....	35
9. ANEKS.....	44

Lista e ilustrimeve dhe e tabelave.

Lista e tabelave.	
<i>Tabela 4.1/A. Shpërndarja e popullatës në studim sipas Moshës.</i>	5
<i>Tabela 4.A/1. Shpërndarja e popullatës në studim sipas gjinisë dhe vendbanimit</i>	6
<i>Tabela 4.A/1.1. Shpërndarja e popullatës në studim sipas vendbanimit.</i>	6
<i>Tabela 4.A/2 Shpërndarja e kampionit sipas fakulteteve</i>	6
<i>Tabela4. 1. Shpërndarja e popullatës në studim sipas moshës</i>	7
<i>Tabela 4.1.1 Përqindja e popullatës në studim sipas moshës</i>	7
<i>Tabela4. 2. Shpërndarja e popullatës në studim sipas Gjinisë</i>	8
<i>Tabela4. 3. Shpërndarja e popullatës në studim sipas vendbanimit</i>	8
<i>Tabela 4.4 .Shpërndarja e subjekteve sipas vitit akademik</i>	8
<i>Tabela 4.5 .Shpërndarja e popullatës në studim sipas gjendjes civile</i>	9
<i>Tabela.4.6 . Shpërndarja sipas nivelit ekonomik (të ardhurat mujore familjare)</i>	10
<i>Tabela 4.7 .Shpërndarja e konsumit të duhanit në popullatën në studim</i>	11
<i>Tabela 4.8 .Shpërndarja e konsumit të duhanit sipas numrit cigareve/dite në popullatën në studim</i>	11
<i>Tabela4.9. Shpërndarja e konsumit të kafesë në popullatën në studim</i>	12
<i>Tabela 4.10. Shpërndarja e konsumit të alkolit në popullatën në studim</i>	12
<i>Tabela 4.11. Shpërndarja e konsumit të alkolit në popullatën në studim</i>	12
<i>Tabela4. 12. Shpërndarja e konsumit të pijeve energjike në popullatën në studim</i>	13
<i>Tabela 4.13. Shpërndarja hereditetit familjar për sëmundje mendore në popullatën në studim</i>	13
<i>Tabela 4.14. Shpërndarja sëmundjeve tiroidiene në familjet e popullats në studim</i>	14
<i>Tabela4. 15. Shpërndarja sëmundjeve kronike në familjet e popullats në studim</i>	14
<i>Tabela 4.16. Prania e simptomës “Mpirje/ndjesi shpimi”</i>	15
<i>Tabela 4.17. Prania e simptomës “Ndjesi të nxehti në trup”</i>	15
<i>Tabela 4.18. Prania e simptomës “Ndjesi dridhjeje në trup”</i>	16
<i>Tabela 4.19. Prania e simptomës “Pamundësi për t’u rehatuar”</i>	16
<i>Tabela 4.20. Prania e simptomës “Frikë se mund të ndodhë më e keqja”</i>	16
<i>Tabela 4.21. Prania e simptomës “Marrje mendsh/ndjenjë boshllëku në kokë”</i>	16
<i>Tabela 4.22. Prania e simptomës “Rrahje të shpejta të zemrës”</i>	17

Tabela 4.23. Prania e simptomës “Mungëse qetësie”	17
Tabela 4.24. Prania e simptomës “Ndjesi tmerri”	17
Tabela 4.25. Prania e simptomës “Nervozizëm/irritim”	18
Tabela 4.26. Prania e simptomës “Ndjesi mbytjeje/lëmsh grykë”	18
Tabela 4.27. Prania e simptomës “Dridhje duarsh”	18
Tabela 4.28. Prania e simptomës “Ndjesi korrenti në trup”	18
Tabela 4.29. Prania e simptomës “Frikë e humbjes kontrollit”	18
Tabela 4.30. Prania e simptomës “Vështirësi në frymëmarrje”	19
Tabela 4.31. Prania e simptomës “Frikë se vdes”	19
Tabela 4.32. Prania e simptomës “Ndjesi lemerie/alarmi”	19
Tabela 4.33. Prania e simptomës “Fryrje/parehati në bark”	19
Tabela 4.34. Prania e simptomës “Ndjesi të fikti”	20
Tabela 4.35. Prania e simptomës “Skujje në fytyrë”	20
Tabela 4.36. Prania e simptomës “Djersitje jo prej të nxehtit/vapës”	20
Tabela 4.37. Diferenca gjinore analizuar me metodën ANOVA	21
Tabela 4.38. Frekuenca e nivelit të ankthit në gjithë popullatën në studim	21
Tabela 4.B/1. Shpërndarja e popullatës në studim sipas Fakulteteve	23
Tabela 4.39. Frekuenca e nivelit të ankthit në gjithë popullatën në studim	24
Tabela 4.40. Paraqet rezultatet statistikore për nivelin e ankthit sipas fakulteteve	26
Tabela 4.41. Përmbledhja e testit të Hipotezës Zero dhe vlerat e testit Kruskal Wallis	27
Tabela 4.42. Analiza krahasuese e nivelit të ankthit midis Fakulteteve sipas Testit Pairwise	28
Tabela 4.43. Paraqet rezultatet statistikore për nivelin e ankthit sipas viteve akademike	29
Tabela 4.44. Përmbledhja e testit të Hipotezës Zero dhe vlerat e testit Kruskal Wallis	31
Tabela 4.45. Analiza krahasuese e nivelit të ankthit midis tre viteve akademike sipas Testit Pairwise	31
Tabela 4.46. Niveli i ankthit dhe përdorimi i alkolit	32
Tabela 4.47. Niveli i ankthit dhe përdorimi i alkolit sipas ANOVA	32
Tabela 4.48. Niveli i ankthit dhe përdorimi i alkolit sipas regresionit	32
Tabela 4.49. Niveli i ankthit dhe përdorimi i alkolit sipas regresioni	33
Listave Grafikëve	
Grafiku.4. 1. Shpërndarja e popullatës në studim sipas Fakulteteve	6
Grafiku.4.2. Shpërndarja e popullatës në studim sipas Gjinisë	
Grafiku 4.3. Shpërndarja e popullatës në studim sipas vitit akademik	7
Grafiku 4.4. Shpërndarja e popullatës në studim sipas gjendjes civile	8
Grafiku 4.5. Shpërndarja e nivelit arsimor të prindërve për popullatën në studim	9
Grafiku.4.6. Shpërndarja sipas nivelit ekonomik (të ardhurat mujore familjare)	10
Grafiku 4.7. Shpërndarja e konsumit të duhanit në popullatën në studim	10
Grafiku 4.8. Shpërndarja e konsumit të kafesë në popullatën në studim	11
Grafiku 4.9. Shpërndarja e konsumit të alkolit në popullatën në studim	12
Grafiku 4.10. Shpërndarja hereditetit familjar për sëmundje mendore në popullatën në studim	13
Grafiku 4.11 Shpërndarja sëmundjeve tiroidiene në familjet e popullats në studim	14
Grafiku 4.12. Shpërndarja sëmundjeve kronike në familjet e popullats në studim	14
Grafiku 4.13. Shpërndarja sëmundjeve kronike në popullatën në studim	15
Grafiku 4.14. Përqindja e nivelit të ankthit në gjithë popullatën në studim	21
Grafiku.4. 15. Niveli i ankthit të matur nga BAI sipas gjinisë (ANOVA)	22
Grafiku.4 .16. Simptomat e panikut në studentët e kampionit tone	24
Grafiku 4.17. Shpërndarja e simptomave të ankthit të gjeneralizuar në kampionin tone	24
Grafiku 4.18. Prevalenca e Ankthit në popullatën në Studim	25
Grafiku 4.19. Prevalenca e simptomave të GAD në popullatën në studim	26

Grafiku 4.20. Paraqet rezultatet statistikore për nivelin e ankthit sipas fakulteteve	27
Grafiku 4.21. Paraqet rezultatet statistikore për nivelin e ankthit sipas viteve bazuar në medianën	30
Grafiku 4.22. Paraqet rezultatet statistikore për nivelin e ankthit sipas viteve bazuar në mesatare	31
Ilustrimet	
Figura. 4.1 Grafiku i diferencës së mesatareve	21
Figura.4.2. Niveli i ankthit në bazë të “Testit Pairwise”ndërmjet 5 fakultetve	27
Figura .4.3. Lidhja mes nivlit tësimptomave të ankthit dhe konsumimit të alkoolit	33

1. PARATHËNIE

Çrregullimet e ankthit janë një grup gjendjesh që kanë të përbashkët një tipar kyç, ankthin e shtuar të shoqëruar me përgjigje biheviorale, emocionale dhe fiziologjike. Personat të cilët vuajnë nga çrregullimet mund të demonstrojnë, sjellje të pazakonshme, si panik pa asnjë arsye, frikë të pajustificuar ndaj objekteve ose situatave jetësore, veprime të pakontrolluara, ripërjetime të ngjarjeve traumatike, ose shqetësim i pashpjegueshëm. Ata përjetojnë shqetësim domethënës dhe me kalimin e kohës, çrregullimi dëmton në mënyrë të spikatur, rutinën e përditshme, jetën sociale dhe funksionimin okupacional.

Duke e parë në këtë këndvështrim, zgjedha gjetjen e çrregullimeve të ankthit për faktin se ende ka pak studime të mirëfillta përsa i takon këtyrë çrregullimeve në një popullatë mjaft të ndjeshme sikundër janë studentët, veçanërisht studentët e mjekësisë. Duke studiuar çrregullimet e ankthit, të cilat janë disa lloje kam zgjedhur dy nga format e çrregullimeve të ankthit të tillë si çrregullimin e panikut dhe çrregullimin e ankthit të përgjithshuar, për faktin se janë dy çrregullime shumë frekvente sidomos për moshat e reja, moshë e cila është edhe kampioni ynë. Gjetja e çrregullimeve të ankthit në një grup popullate siç janë studentët e universitetit mjekësisë, e konsideroj domethënëse për arsyen e specifikave që ka popullata e marrë në studim dhe implikimi që shkaktojnë këto çrregullime në performancën akademike, apo në riskun për të përdorur substanca të ndryshme me qëllim qetësimin e simptomave të ankthit. Në praktikën tonë të përditshme, të punës, me studentët ne përballlemi shumë shpesh me raste të tilla, por në literaturë nuk ekzistojnë të dhëna të plota në lidhje me çrregullimet e ankthit në grupin e studentëve në përgjithsi në vendin tonë. Gjetja e çrregullimeve të ankthit në studentët mendoj që do të gjeneorjë mundësi për ndërmarjen e objektivave konkrete në këtë drejtim në mënyrë që të ndërhyhet sa më parë për të ofruar kujdes të veçantë nga klinikistët, psikiatër apo psikologë apo kontribues të tjerë të shëndetit mendor. Të gjitha rezultatet e marra nga ky studim shpresoj të bëhen pjesë e programeve parandaluese për përmirësimin e shëndetit psiko – social të studentëve jo vetëm të fakulteteve të Univeristetit të Mjekësisë por edhe të fakulteteve të tjera.

II. FALENDERIME

Kjo është pjesa më e bukur, por edhe pak e vështirë, sepse dëshiroj të falenderoj të gjithë bashkëpunëtorët të cilët më kanë mbështetur në këtë studim.

Personi i parë që dëshiroj ta falenderoj, me shumë respekt dhe mirënjohje është Prof.Dr.Petrit Bara i cili vazhdimisht na inkurajon dhe na mbështet në mënyrë të vazhdueshme në rritjen tonë akademike, pa ndihmën e të cilit nuk do të kishim mundësi për të realizuar një studim të këtij formati.

Dua të falenderoj njëkohësisht me shumë mirënjohje dhe respekt udhëheqësin shkencor, Prof.Ass. Ariel Çomo për ndihmën dhe mbështetjen gjatë gjithë etapave të studimit.

Gjithashtu një tjetër falenderim ia dedikoj Prof.Dr. Elizana Petrela për punën e bërë në përpunimin statistikor të të dhënave të këtij studimi.

Gjithashtu pjesë e rëndësishme e studimit tonë janë bërë edhe mjekët psikiatër F. Elezi; A. Braho; E. Sotiri. Falë profesionalizmit dhe gadishmërisë së tyre u arrit kompletimi dhe përmbyllja e studimit, për shkak se pas zbulimit të simptomave të ankthit ishte diagnostikimi i studentëve të përfshirë në studim.

Po ashtu u jam shumë mirënjohëse dhe i falenderoj përzemërsisht kolegët e mi pedagog, në të gjitha fakultetet pjesëmarrëse në studim. Së fundi, por jo për nga rëndësia të gjithë kolegët e fakultetit të Shkencave Mjekësore Teknike, të cilët më kanë ndihmuar në shpërndarjen e pyetësorit në studentët e këtyre fakulteteve.

Në fund falenderimi i shkon familjes time e cila më ka mbështetur vazhdimisht dhe njëkohësisht ju kërkoj ndjesë fëmijëve të mi, ku shpesh më është dashur edhe të sakrifikoj nga koha dedikuar atyre.

1.HYRJE

Çrregullimet e ankthit janë gjendje që karakterizohen nga simptoma fizike dhe psikike të dallueshme dhe persistente të cilat nuk janë pasojë e një çrregullimi tjetër. Simptomatika mund të jetë permanente si një çrregullim i gjeneralizuar i ankthit ose të tipit episodik.

Ka edhe një tjetër kategorizim, kur ankthi shfaqet pas një situatë konkrete frikësuese i quajtur - çrregullim fobik i ankthit; ndërsa, kur ankthi shfaqet në çfarëdo situatë quhet-çrregullim paniku. Çrregullimi fobik i ankthit klasifikohet: fobi e thjeshtë, fobi sociale, agorafobia, çrregullimi i panikut me ose pa agorafobi, agorafobia pa anamnezë të çrregullimit të panikut.

Çrregullimi i ankthit të gjeneralizuar takohet 50/1000 të popullatës së përgjithshme; agorafobitë në 30/1000; fobia sociale 25/1000; fobia specifike në 100/1000; çrregullimi i panikut në 15/1000; çrregullimi obsesiv-kompulsiv në 15/1000 psikiatrike. Fobitë specifike janë më të zakonshme, por shpesh njerëzit me këto çrregullime nuk kërkojnë mjekim.

1.1 Ç'është ankthi?

Ankthi është një gjendje emocionale normale dhe e paevitueshme, si pjesë e jetës së përditshme. Çdonjëri në një moment të caktuar të jetës së tij do të provojë ndjenjën e frikës, “stresit të shprehur”, ose nervozizëm e humbje kontrolli. Në mjaft situata këto janë reagime normale, pra ankthi është një reaksion, përgjigje normale dhe e shëndetshme në përballjen me situatat e rrezikshme dhe kërcënuese.

Ankthi është një term “ombrellë” për ndryshimet fizike, mendore dhe të sjelljes, të cilat shfaqen automatikisht për përballimin e kanosjes.

Individët mund të ndjehen të kërcënuar e për rrjedhojë shfaqin shqetësim e nervozizëm. Gjithashtu, ata kanë vështirësi për t'u përqëndruar në çdo gjë tjetër, përveçse në situatën kërcënuese. Sinjalet e trurit të tyre çlirojnë hormone, të cilat nxisin aktivizimin e sistemit nervor simpatik dhe ajo çfarë është e zakonshme referohet si përgjigje “lufto –ose-vrapo” “fight-or-flight”.

Kjo përgjigje gjeneron energjitë fizike për të luftuar ose për t'u larguar prej kërcënimit:

- Rritje të qarkullimit të gjakut (të aftësisë koaguluese), përgatitje për një dëmtim të mundshëm
- Rritje e shpëjtësisë së ritmit të zemrës dhe të presionit të gjakut
- Shtim të djersitjes për të ndihmuar ftohtësinë trupore
- Shtim i qarkullimit kryesisht në muskuj, të cilët janë të gatshëm për të vepruar për mbrojtje
- Ngadalësim të tretjes
- Pakësim të prodhimit të pështymës, duke shkaktuar tharje goje
- Shtim i ritmit të frymëmarrjes
- Rritje e çlirimit të sheqerit për të shtuar prodhimin e energjive
- Shtim i urinimit dhe/ose e lëvizshmërisë së zorrëve (shfaqet me diare)
- Dobësim i përgjigjeve imune (e nevojshme për një periudhë të shkurtër kohe për të lejuar përgjigje më të plotë ndaj një kërcënimi të papritur, por, ka me shumë të ngjarë që dëmtimi të vazhdojë për një kohë të gjatë).

Por përgjigja e menjëhershme “lufto –ose-largohu”, jo gjithmonë është mënyra më e mirë për t'u përballur me një situatë kërcënuese, por kërcënimet në shoqërinë njerëzore (p.sh, oshilacionet e zhvillimit social) janë shpesh mjaft të zgjatura dhe ndonjëherë përtej fuqisë së individit për t'i zgjidhur ato dhe mund të përfundojë në një ankth kronik.

1.2 Shkaqet dhe Faktorët e riskut

Çrregullimet e ankthit zakonisht shkaktohen ose janë rrejdhojë e ndërthurjes së disa faktorëve duke përfshirë:

- a. Faktorët gjenetikë
- b. Hereditetin familjar
- c. Faktorët më të fundit stresantë
- d. Kushtet jetësore
- e. Besimet dhe qëndrimet personale
- f. Aftësinë për të shprehur ndjenjat

Të dhënat sugjerojnë se pavarësisht llojeve të çrregullimeve mendore, një pjesë e mirë e tyre ndajnë të njëjtët faktorë risku.

1.3. Klasifikimi i çrregullimeve të ankthit

Në çrregullimet e ankthit sipas klasifikimit të DSM–IV përfshihen:

- fobia specifike,
- fobia sociale,
- çrregullimi obsesivo-kompulsiv,
- PTSD (çrregullimi i stresit të pas traumës),
- çrregullimi i stresit akut,
- çrregullimi i ankthit të gjeneralizuar,
- çrregullimet e përshtatjes,
- çrregullime ankthi si pasojë e marrjes së një substance apo të një sëmundje të përgjithshme.

1.4.Simptomat e Ankthit

- Duke pritë për më të keqen dhe me mërzitje të tepruar
- Shmangie e situatave të frikshme
- Pamundësia për të shpjeguar ankesat somatike si p.sh të rrahurat e shpejta të zemrës,dhembje koke, zbehtësia, marrje mendësh.
- Frymarrje të shpejtuar
- Dridhje muskulare,veçanarrisht në shpatulla,qafë, dhe nofull
- Ndjehet lehtësisht tronditur
- Depersonalizim(ikje nga personi vet, ikja nga vetvetja)
- Derealizimi (pamundësia e realizimit të ëndërrës tij.)
- Të menduarit e keq si p.sh bota është një vend i keq dhe diçka e keqe ka për të ndodhur
- Zakoni i zvoglimit ankthit

Hetimi brendshëm zhvillimit të këtyre simptomave duhet të mbulojë:

- natyrën e tyre , shpeshtësinë ,ataket e përditshme të panikut dhe shpeshtësinë e tyre.
- përqindja e fillimit të tyre, gradual ose e shpejtë , ose si rezultat i një tronditje si në PTSD ose në reagimin akut të stresit

Zgjatja e simptomave jonormale të reagimit të stresit si p.sh brenga ose veprimi akut i stresit.Gjithsecili mund të ketë zgjatje të simptomave të mundshme te cilat flasin për mundësinë e çrregullimeve të përshtatjes.

Ngjarjet aktuale të fundit dhe mungesa e mbështetjes sociale- ku stresi nuk duhet të jetë përdorur në shpjegimin e çrregullimeve të ankthit , por stresi disa here mund të kthehet në çrregullimet e ankthit.

Duke stimuluar stiuatat, ose duke keqsuar simptomat, duke përfshirë edhe frikën sa herë që ajo shfaqet dhe është e pranishme në jetën e njerzve.

-sa i madh është ankthi që shfaqet në parashikimine kësaj situatë.

-personat me ngritje nivelit të shfaqjes së shenjave të sistemit autonom, ku parashikimi i frikës të shfaqur në fytyrë ,në objektet dhe në situatat e frikshme.

-sa e madhe të jetë përfshirja e të tjeve, familjarëve në këto situata, aq më e madhe është mundësia e paksimit të çrregullimeve personale të ankthit.

-historia e çrregullimeve të ankthit mund të përfshijë edhe ankthin e fëmijërisë.

Mund të përfshijë edhe historinë familjare të çrregullimeve të ankthit, sëmundjet e rënda fizike apo edhe abuzimi me substancat e dëmshme ,ndonjëherë edhe tërheqja prej tyre.

Disa çrregullime të ankthit mund të jenë edhe kronike, dhe personi mund të ketë shenja të këtij çrregullimi për disa vite me rradhë përpara kërkimit të ndihmës. Njerzit kujdesen që të krijojnë jetën e tyre duke shmangur në maksimum faktorët stresues të jetës së tyre, dhe sjelljet ankstoze, të cilat shumë shpesh mund të shkaktojnë mbylljen e këtyre njerzve në vetvete.

1.5. Të dhëna të tjera epidemiologjike

Prevalenca për 12-muaj dhe prevalenca e jetës së çrregullimit të panikut në popullatën e SHBA (prek moshat 15 - 54 vjeç) ishte 2.7 % dhe 4.7 %, respektivisht, rezultat i nxjerrë nga një studim kombëtar (2005). Një rishikim sistematik i 13 studimeve europiane raportojnë një shifër prevalence të 12 muajve të çrregullimit të panikut në 1.8 %.

Prevalenca e çrregullimit të panikut në pacientët e kujdesit primar është afërsisht dy herë më e lartë se në popullatën e përgjithshme më shifër 4 – 8 %. Ataket e panikut (të cilat mund të shfaqen edhe në çrregullime të tjera, përveç çrregullimit të panikut) janë shumë më të shpeshta se çrregullimi i panikut, me shfaqje 1 në 3 persona kanë një atak paniku në një moment të caktuar të jetës së tyre.

Përrjashtimi e sëmundjeve somatike dhe çrregullimeve të tjera psikiatrike, ndihmon konfirmimin i diagnozës së çrregullimit të panikut nëpërmjet me një ekzaminim të thjeshtë skrinues të statusit mendor dhe fillimit të një trajtimi të përshtatshëm. Referimet janë efektive në kohë dhe ulin shpenzime për pacientët me këtë gjëndje, të cilët kanë përqindje të lartë shërbimesh mjeksore.

1.6. Çrregullimi i panikut (me ose pa agorafobi)

Çrregullimi panikut karakterizohet nga episode të papritura të një frike të menjëhershme që shfaqet pa ndonjë shkak të dukshëm.

Ndjenjat e panikut, zakonisht zgjasin vetëm 5-10 minuta, por mund të oshilojnë për një periudhë deri në dy orë.

Ataku i panikut

Simptomat kryesore të këtij çrregullimi janë shenjat e ankthit të shfaqura papritmas dhe rritja dramatike dhe spontane e frikës për përfundim katastrofik.

Ekzistojnë tri hipoteza rreth shkaqeve të çrregullimit të panikut. Hipoteza e parë është çrregullimi biokimik, e dyta hiperventilimi dhe e treta është anormaliteti konjitiv ose njohës. Por më shumë të ngjarë ka kombinimi i shkakut të parë me atë të fundit.

Çrregullimi i panikut diagnostikohet vetëm atëherë kur ataket e panikut janë të përsëritura dhe të papritura, ndërkohë që i sëmuri ka frikën e vazhdueshme se mos i ndodh një tjetër atak të paktën për një muaj. Ky çrregullim zgjat disa javë ose muaj dhe mund të

bëhet kronik. Njerëzit që vuajnë nga ky çrregullim, zakonisht shfaqin midis atakeve nervozizëm dhe shqetësim.

Shpesh çrregullimi i panikut pasohet nga shfaqja e agorafobisë. Ky çrregullim takohet më tepër në femra se tek meshkuj dhe fillon në fund të adoleshencës ose në moshën e pjekurisë së hershme, por mund të fillojë edhe më vonë në dekadën e katërt ose të pestë të jetës.

Prevalenca e çrregullimit të panikut në popullatën e përgjithshme.

Frekuenca dhe konsistenca në rritje e studimeve epidemiologjike, në kërkimet e çrregullimit të panikut, ka vlerësuar grupe të ndryshme populatë (kultura, raca, grupime shoqërore [Wittchen, 1993]). Studimet e kryera në komunitet vlerësojnë se në një periudhë të caktuar, në çdo muaj të dhënë, referohet 0,5% e popullatës mund të diagnostikohen me çrregullim paniku [Katon 1989], ndërsa në studimet botërore është referuar një prevalencë për gjatë jetës, në vlerat ndërmjet 1,5% dhe 3,5% [DSM-IV, 1994]. Në studimet epidemiologjike të zonave të mbulimit në SHBA (të ngjashme me qendrat komunitare të Shëndetit Mendor – QKSHM në Tiranë) raportohen vlerat e prevalencës së çrregullimit të panikut deri në 9% të popullatës, do të kenë paktën një atak paniku gjatë jetës së tyre, dhe më shumë se 3%, do të kenë atake paniku rekurente [Klerman 1990].

Mosha e fillimit

Të dhënat e nxjerra nga rishikimet e literaturës, në lidhje me moshën e fillimit të çrregullimit të panikut tregojnë variante të ndryshme, por mesataret janë të qëndrueshme. Fillimi më i zakonshëm është raportuar në moshën 20 – 35 vjeç [Wittchen 1993]. Disa studime janë bërë për moshën e fillimit të atakut të parë, disa të tjera për fillimin e çrregullimit të panikut.

Në një numër të vogël rastesh mund të ketë fillim në fëmijëri, dhe fillim i vonshëm kur shfaqet mbi moshën 45 vjeç.

1.6.1. Faktorët predispozues dhe precipitues

Faktorët e mundshëm predispozues për një individ me çrregullim paniku janë:

- Predispozita gjenetike
- Sëmundjet fizike, shkaktojnë anormalitete persistente neurokimike (hipertiroidizmi), ose krijojnë frikëra të vazhdueshme, të një katastrofë afërt (prolaps i valvulës mitrale).
- Traumata e zhvillimit, në mënyrë të vecantë rrisin vulnerabilitetin.
- Përvojat e papërshtatshme personale, ose identifikimi, për të krijuar mekanizma të përshtatshme përballuese.
- Modelet konjiktive joproduktive, objektiva joreale, vlera të paarsyeshme, ose “kopjim i modeleve të papërshtatshme të të tjerëve” [Beck, 1985]

Ka edhe disa faktorë të tjerë që mund të shtohen në listën e mësipërme, të cilat shkaktojnë drejtpërdrejt ose jo simptoma paniku.

- Sëmundjet fizike dhe substancat toksike
- Stresorë të jashtëm të rëndë (p.sh ekspozimi ndaj rrezikut psikologjik dhe fizik)
- Stresorë të jashtëm kronik
- Stresi specifik i jashtëm, mund të nxisë vulnerabilitetin emocional (p.sh një disiplinë e rreptë në ushtri që perk autonominë e personit). Megjithatë mund të thuhet se çrregullimi i panikut, shkaktohet nga faktorë mjaft kompleks [Beck, 1985]

Çrregullimi i panikut karakterizohet nga episode të papritura të një frike të menjëhershme që shfaqet pa ndonjë shkak të dukshëm. Ndjenjat e panikut, zakonisht zgjasin vetëm 5-10 minuta, por mund të oshilojnë për një periudhë deri në dy orë.

1.6.2. Ataku i panikut

Simptomat kryesore të këtij çrregullimi, janë shenjat e ankthit të shfaqura papritmas , dhe rritja dramatike dhe spontane e frikës për përfundim katastrofik.

Ekzistojnë tri hipoteza rreth shkaqeve të çrregullimit të panikut.

- ✓ Hipoteza e parë është “çrregullimi biokimik i trurit”
- ✓ Hipoteza e dytë “Hiperventilimi”
- ✓ Hipoteza e tretë “anormaliteti konjitiv ose njohës,

Por shumë të ngjarë, ka kombinimi i hipotezës së parë me të fundit, pra anomalitë e neurotransmetuesve me anomalitë konjitive.

Çrregullimi i panikut diagnostikohet vetëm atëherë , kur ataket e panikut janë të përsëritura, dhe të papritura, ndërkohë që i sëmuri ka frikën e vazhdueshme se mos i ndodh i ndodh një tjetër atak të pakten për një muaj. Ky çrregullim zgjat disa javë ose muaj dhe mund të bëhet kronik. Njerzit që vuajnë nga çrregullimi i panikut, zakonisht , midis atakeve shfaqin nervozizëm dhe shqetësim.

Shpesh çrregullimi i panikut pasohet nga shfaqja e agorafobisë. Takohet më tepër në femra se në meshkuj, dhe fillon në fund të adoleshencës, ose në moshën e pjekurisë hershme, por mund të fillojë , edhe më vonë në dekadën e katërt ose të pestë të jetës

1.6.3. Diagnoza e atakut të panikut

Kjo diagnoze vendoset kur ataket shfaqen papritur (jo si përgjigje ndaj një stimuli fobogjen) dhe janë të përsëritshme. Të sëmurët jetojnë vazhdimisht me ankthin e përsëritjes së këtyre krizave. Kjo është një shenjë dalluese për atakun e panikut nga çrregullimi i ankthit të përgjithshuar (gjeneralizuar).

Diagnostimi e atakut të panikut kërkon të jenë të pranishme të paktën katër prej simptomave fizike të mëposhtme të shfaqura në minutat e para të fillimit të episodit (sipas kriterëve të DSM-IV-TR):

1. -palpitacione ose rrahje të shpejta të zemrës
2. -djersitje
3. -dridhje ose shkundje (lëkundje)
4. -dispne, ndjenjë e bllokimit ose e ngadalësimit të frymëmarrjes,
5. – mungesë rehatije
6. -ndjenjë e mbytjes (si shtërngim në fyt, apo lëmsh)
7. -nauze ose shqetësim abdominal
8. -dhimbje ose shtrëngim në gjoks
9. -marrje mendsh, vertizhe,
10. - ndjenjë paqëndrueshmërie ose të fikti
11. -ndjenjë e mungesës së rehatit (derealizim), ose ndjenjë e shkëputjes nga vetja (depersonalizim)
12. -frikë mos çmendet ose bën diçka të pakontrolluar gjatë momentit të atakut
13. -frikë nga vdekja
14. -parestezi (mpirje ose ndjenjë mornicash në pjesë të ndryshme të trupit)
15. - skuqje
16. - ndjenjë të ftohti ose të nxehti në gjoks, trup, etj.

Shpesh ataku i parë i panikut shfaqet kur i sëmuri ndodhet nën ndikimin e një stresi të fuqishëm, (p.sh ndarja nga i dashuri, largim për herë të parë nga shtëpia, vdekja e një miku ose një detyrë e re, etj.). Si rregull, ataku i panikut fillon, kur të sëmurët marrin pjesë në një

aktivitet të përditshëm (p.sh psonisje ose lexim) dhe në mënyrë krejt të papritur ata ndjejnë një siklet dhe kërcënim të madh.

Disa të sëmurë e përshkruajnë këtë, sikur janë duke vdekur, ose sikur do tu ndodhë një katastrofë e madhe. Kjo ndjenjë shoqërohet me simptomat fizike të përmendura më lart. Ky atak zgjat 5-20 minuta ose rrallë deri në një orë. Ato përsëriten me një frekuencë të ndryshueshme. Ataku i panikut prek dy herë me tepër femrat se meshkujt.

Simptoma të tjera mund të përfshijnë dhimbjen e kokës, duar të ftohta, diare, pagjumësi, lodhje, futje të mendimeve dhe ruminacione.

Pacientët që vuajnë nga ataku i panikut shpesh kërkojnë ndihmën e parë te mjekët e përgjithshëm, kardiologët, dhe në mjekë të tjerë, veçanërisht kur fillimi është kryesisht me ankesa fizike (palpitacione, frikë se shqetësimi kardiak i shkakton edhe shenja të tjera somatike).

1.6.4. Pasojat e çrregullimit të panikut

Çrregullimi i panikut, mund të çojë në një kufizim të rëndësishëm në stilin e të jetuarit. Shumë njerëz me agorafobi e kanë të vështirë të udhëtojnë vetëm ose të jenë në turma ose markete ose në transport publik. Individët me çrregullim paniku mundet gjithashtu t'i bëjnë ballë problemeve me punësimin dhe depresionin.

Për më tepër, personat me çrregullim paniku kanë risk më të lartë për abuzim me alkool dhe suicidalitet sesa popullsia e përgjithshme (megjithëse disa studime sugjerojnë që çrregullimi i panikut në vetvete nuk është një faktor risku për suicidalitet në mungesë të risqeve të tjera, si çrregullimet afektive, abuzim me substanca, çrregullime të ngrënies dhe çrregullime të personalitetit.

1.6.5. Tipet e atakeve të panikut

Ataket e panikut të papritura nuk kanë sinjale apo shkaqe precipitimi; këto atake shpesh mbështesin diagnozën e çrregullimit të panikut pa agorafobi.

Ataket e panikut kanë më shumë gjasë të shfaqen në lidhje me një situatë kërcënuese, por zakonisht nuk kanë shkaqe evidente. Ky lloj çrregullimi përshkruhet si çrregullim paniku me agorafobi.

Një variant i çrregullimit të panikut i palidhur me frikën (çrregullim paniku jo fobik) ka të bëjë me një përqindje të lartë të shkaqeve mjekësore (32-41% e pacientëve me këtë çrregullim kërkojnë trajtim për dhimbje gjoksi) dhe prognozë jot ë mirë'

1.6.6. Faktorët precipitues të panikut

- Dëmtimet aksidentale (p.sh, aksidentet, ndërhyrjet kirurgjikale)
- Sëmundjet
- Humbjet dhe konfliktet interpersonalë
- Përdorimi i kanabis

- Përdorimi i stimulantëve, të tillë si kafeina, dekongestionantët, kokaina dhe simpatomimetikët (p.sh, amfetamina, MDMA)
- Sisteme të transportit publik dhe supermarketet, magazinat (veçnisht në pacientët me agorafobi)
- Sertralina, e cila mund të nxisë panic në pacientët të cilët më parë nuk kanë manifestuar simptoma paniku
- Sindromi i ndërprerjes së inhibitorëve të rikapjes së serotoninës (antidepresivëve – SSRI-të), të cilët mund të nxisin shfaqjen e simptomave të ngjashme me ato të pacientëve m atake paniku.

1.6.7. Sa frekuent është çrregullimi i panikut?

Nga studimet epidemiologjike është gjetur se çrregullimi i panikut ka një prevalencë 3.5% në popullatën e përgjithshme, femrat kanë përvoja paniku dy herë më shumë se meshkujt (5% kundrejt 2%). Shpërthimi i çrregullimit të panikut është para moshës 30 vjeç (shpesh fillon edhe në adoleshencë), megjithatë janë gjetur mjaft raste me fillim të sëmundjes në moshë më të vonë.

Fillimi i sëmundjes në moshë të vonë i sugjeron mjekut të dyshojë për ndonjë patologji të mundshme organike. Ecuria e çrregullimit të panikut është e ndryshme në individë të ndryshëm: 1/3 e pacientëve stabilizohen, 45% kanë ecuri të pandërprerë, me karakter kronik, ndërsa 24% kanë ecuri intermitente, me relapse dhe remisione.

Agorafobia mund të jetë një sëmundje me ecuri kronike, e cila mund të përsistojë pavarësisht prezencës ose jo të atakeve të panikut. Në rastet e raste të tjera, frika preekzistuese të të paturit të një ataku të mundshëm paniku mund të jetë e mjaftueshme për të vazhduar sjellja shmangëse agorafobike. Mjekimi i hershëm i çrregullimit të panikut mund të pengojë avancimin e agorafobisë.

Çrregullimi panikut pa agorafobi diagnostikohet dy herë më shumë se çrregullimi panikut me agorafobinë, në femra se në meshkuj.

Kjo ka të bëjë me shifrat e prevalencës nga 1.5-3.5%. rreth 1/3 e personave të diagnostikuar me çrregullim paniku në një kampion komunitar, do të kenë edhe agorafobi (kjo përqindje është më e lartë në kampionet e mara në mjediset klinike).

Agorafobia nënkupton frikën për të qënë vetëm, frika për t'u larguar nga shtëpia, ose frika për t'u ndodhur në sheshe publike nga të cilat largimi mund të jetë i vështirë (psh kur ka grumbullim njerëzish ose vende të mbyllura) dhe ku ndihma nuk mund të jetë e lehtë, në rastet kur personi shfaq një simptomë që mund të jetë invalidizuese ose shqetësuese.

Simptomat më tipike që hasen në këta të sëmurë janë: marrje mendsh, ose rrëzim në tokë, humbje e kontrollit të urinimit ose e ujit të trashë, të vjella, palpacione dhe dhimbje gjoksi. Kjo i bën ata të kufizojë udhëtimet, ose të kërkojnë një shoqëruar kur largohen nga shtëpia. Në frikërat më të zakonshme që ankojnë të sëmurët agorafobikë janë të qënurit vetëm larg shtëpisë, të qënurit midis turmës, lëvizja ose kalimi mbi urë dhe me mjete publike të transportit.

Shpesh agorafobia dhe ataku i panikut ndodhin së bashku, dhe mendohet se ataket e panikut shfaqen të parat dhe agorafobia është si përgjigje e këtyre episodeve tmerruese të panikut. Njerëzit që kanë atake të përsëritura të panikut, shfaqin një ankth paraprak midis atakeve dhe janë të preokupuar me frikën e manifestimit të atakeve pasuese. Numri i fobive rreth vendeve ku kanë përjetuar atake në të kaluarën rritet, (p.sh në supermarket, gjatë ngarjes me makinë). Shumë persona nuk kërkojnë ndihmën e duhur mjeksore madje një pjesë e tyre mbyllen brenda në shtëpi dhe nuk janë më në gjendje të largohen nga shtëpia, ose edhe të

qëndrojnë vetëm për një kohë të shkurtër. Agorafobia zakonisht zhvillohet kur individi ka përjetuar më parë një atak paniku ose simptoma paniku dhe ai vazhdon të manifestojë sjellje shmangëse kundrejt situatave të indukojnë panik.

1.7.Fobia specifike

Fobia specifike është një frikë që lidhet në mënyrë të dukshme me ekzistencën e një situatave apo objekti specifik.

Janë frikërat nga objektet ose situatat specifike, krejt ndryshe nga ato të qënurit vetëm, larg shtëpisë ose shqetësimit publik. P.sh frika nga insektet, infeksionet, kafshët, gjarpëri, frika nga lartësitë, nga sëmundjet, vendet e mbyllura, lartësitë (urat) etj.

Në shumicën e njerëzve me fobi, ankthi shfaqet jo vetëm, kur ata përballen me ngacmuesin e frikshëm, por edhe kur presin të takohen me të.

1.7.1. Fobitë shoqërore

Nënkuptojnë frikërat nga vënia në siklet ose poshtërimi në situata ku individi duhet të bashkëpunojë me njerëzit, p.sh. frika nga fjalimet publike, nga përdorimi i tualeteve publike ose ngrënia përpara publikut. Në këto situata ata kanë frikë dhe përjetojnë ankth i cili shoqërohet me një varg simptomash fiziologjike si tremor, palpitacione, djersitje dhe rënie të fikti. Këta individë kanë shumë frikë se njerëzit e tjerë do të zbulojnë shqetësimin e tyre dhe se ata do ti tallin, ndjenjë kjo që i çon ata në izolim shoqëror. Prek moshat në vitet e fundit të rinisë ose në vitet e para të të njëzetave, por mund të prek si adultët ashtu edhe fëmijët.

Ekspozimi ndaj stimujve fobik shkakton një shqetësim të shprehur, i cili mund të jetë i ngjashëm me një atak paniku.

Frikërat janë të zakonshme në popullatën e përgjithshme, por kur kjo frikë shkakton dëmtim deh distress të shprehur, atëherë është e mjaftueshme për të diagnostikuar fobinë specifike. Në popullatën e përgjithshme, prevalenca e fobive vlerësohet të jetë 10-11.3%. Moshë e fillimit është zakonisht e ndryshme, në varësi të llojit të fobisë specifike.

Fobitë situacionale kanë një tip dy modelësh, me një pik fillimi në fëmijëri dhe pikë dytë në mes të njëzetave.

1.8. Çrregullimi obsesiv-kompulsiv (OCD)

OCD karakterizohet nga obsesione dhe/ose kompulsione, mjaftueshmërisht të shprehura për të konsumuar kohën e pacientit, për të patur një performancë të mirë, atij i duhet të konsumojë më shumë se një orë në ditë duke shkaktuar distress të dukshëm ose dëmtim domethënës (sinjifikativ). Në një moment të caktuar, individi i njeh dhe i pranon obsesionet/kompulsionet si mjaft të rënda, jo racionale dhe ndjehet i pafuqishëm për t'i mposhtur ato.

Obsesionet përkufizohen nga DSM-IV si:

- Mendime, imazhe, impulse persistente dhe rekurente, të cilat janë të papërshtatshme dhe që shkaktojnë ankth ose distress të dukshëm
- Mendime, imazhe, impulse të cilat nuk janë thjesht si shqetësime të ekzagjeruara rreth problemeve reale të jetës
- Një përpjekje prej individit për të injoruar ose shtypur të tilla mendime, imazhe dhe impulse, ose i neutralizojnë ato në mendime dhe veprime të tjera
- Njohje të faktit se këto mendime, imazhe dhe impulse obsesive janë produkt i një mendjeje “të sëmurë” (dhe nuk vijnë nga jashtë, si një inserim mendimi si në skizofreni).

Kompulsionet përkufizohen nga DSM-IV si:

- Sjellje përsëritëse (p.sh, larje e duarve, renditje dhe verifikime), ose aktivitete mendore

(p.sh, numërimi dhe përsëritje e fjalëve përsëritëse më zë të ulët), të cilat personit i marrin shumë energji dhe kohë për të performuar në përgjigje të këtyre obsesioneve ose të aplikojnë rregulla strikte

- Sjellje ose veprime mendore të krijuara për të parandaluar ose pakësuar shqetësimin.

Ndërkohë që edhe sjelljet përsëritëse (ritualet) kanë tendencë që të shkaktojnë ankth, qetësimi mund të jetë i përkohshëm dhe këto veprime përsëriten shumë herë me qëllimin për të pakësuar ankthin.

Ritualet shpesh fillojnë ta humbasin rolin dhe fuqinë e tyre si qetësues të ankthit që shkaktohen nga obsesionet dhe kompulsionet, kështu që njerëzit zhvillojnë rituale komplekse në rritje, ose i marrin atyre shumë kohë për të performuar në mënyrë perfekte. OCD mundet gjithashtu të çojë në situata dhe objekte shmangëse, p.sh, frika për të qëndruar në shtëpi për shkak të tundimit, shtytjes për të numëruar qimet e maces.

OCD është një prej pak çrregullimeve frekvente të ankthit që ka një prevalencë rreth 2.5%. kjo prevalencë është e barabartë në të dy gjinitë.

OCD mund të shfaqet në çdo moshë, por më e shpeshtë është në adoleshencë dhe në adultërinë e hershme. Në moshat e hershme fillimi i këtij çrregullimi ndodh më shumë tek meshkujt se femrat, gjysma e atyre me OCD fillon para moshës 15. Fillimi i simptomave është gradual, me fluktuacion të gravitetit për gjatë ecures së viteve. Simptomat janë më të shprehura dhe ekzacerbohen nga stresi. Për shkak se, në fillim individët me OCD i fshehin simptomat e tyre, madje shumë prej tyre nuk kërkojnë ndihmë deri në 10 vjet pas fillimit të sëmundjes.

Simptomat janë prezantuar si kategori të tilla: kontrollimi, verifikimi, larja, numërimi dhe nevoja për të bërë ritual simetrike, mendime obsesionale. Verifikimi dhe larja rituale e duarve janë ndër manifestimet më të zakonshme të OCD.

Mendimet obsesionale më tipikisht janë agresive, seksuale dhe fetare, etj.

Simptomat multiple janë më të zakonshme. Nëpërmjet një trajtimi optimal, afërsisht 90% e personave me OCD mund të pritet një përmirësim i moderuar i simptomave të këtij çrregullimi. Shërimi i plotë ndodh shumë rrallë.

1.9 .Çrregullimi i ankthit të përgjithësuar

Çrregullimi i ankthit të përgjithësuar është gjithashtu një tjerër lloj çrregullimi ankthi, që haset shpesh në praktikën e përditshme mjekësore, madje shumë më shpesh në mjediset e shërbimit primar se në ato psikiatrike.

Simptomat e këtij çrregullimi janë:

- parehati fizike, ndjenjë e të qenit i shqetësuar, i turbullt
- lodhje
- vështirësi në përqëndrim, ose ndjesi e të qenurit pa mendime, “kokën bosh”
- iritabilitet
- tension muskular
- prishje të gjumit

Diagnoza vendoset kur janë të pranishme të paktën tre nga simptomat e mësipërme.

Prevalenca në popullatën e përgjithshme është 5.1% me prevalencë më të lartë te femrat 6.6% kundrejt 3.6% në meshkuj.

Paraqitja e një personi me çrregullimin e ankthit të përgjithësuar është mjaft karakteristike. Mimika duket e habitshme, me rrudha në ballë; qëndrim i tensionuar, shqetësim dhe të dridhura. Mund të shihen lotë, të cilët na bëjnë të keqvlërësojmë gjendjen duke e diagnostikuar me depresion.

Pacienti duke qenë i pavëmendshëm ankon për dobësim të kujtesës, por në të vërtetë, ky çrregullim nuk dëmton kujtesën, por duhet ditur se, në rastet kur dëmtimi i kujtesës persiston atëherë duhet dyshuar për praninë e ndonjë çrregullimi organik.

1.9.1 Cilat sëmundje psikiatrike mund të shfaqin çrregullimin e ankthit të përgjithësuar?

Rreth 50-90% e pacientëve me çrregullimin e ankthit të përgjithësuar kanë komorbiditete psikiatrike.

Ndër komorbiditetet psikiatrike më frekvente janë sëmundjet e humorit, depresioni madhor dhe distimia janë dy sëmundje që takohen shpesh me çrregullimin e ankthit të përgjithësuar. Çrregullime të tjera të ankthit janë gjithashtu komorbiditete të mundshme, çrregullimi i panikut, fobia e thjeshtë, fobia sociale dhe çrregullimi obsesiv-kompulsiv.

Diagnoza diferenciale

Çrregullimit të ankthit të përgjithësuar duhet diferencuar me:

- depresionin
- fobinë specifike
- fobinë sociale
- PTSD
- çrregullimin e panikut
- anoreksinë dhe buliminë
- çrregullimin e somatizuar
- çrregullimin e personalitetit, varës, shmangës
- abuzimin me substanca (nikotinën dhe kafeinën).

Simptomat e zakonshme që lidhen me çrregullimin e panikut mund të përfshijnë:

- humori depresiv
- të qara, ndjenjën e mungesës së shpresës
- ankth dhe shqetësim
- të qenit i paaftë për të përballuar jetën
- pagjumësi
- simptoma fizike, si dhimbje koke, gjoksi dhe palpitacione
- interference me rutinën e përditshme
- sjellje agresive dhe antisociale (më e zakonshme në adoleshentët)
- sjellje regresive (më të shpeshta ndër fëmijë)

1.10. Vlerësimi i riskut për suicid dhe i veprimeve vetdëmtuese.:

- çështje të punsimit, familjare
- suporti familjar
- personaliteti
- përdorimi i substancave (alkool, drogë)
- çështje financiare
- çështje kulture, etj

110.1. Vlerësimi i ashpërsisë

Nuk gjendet ndonjë shkallë matëse e standartizuar për ashpërsinë e simptomave të ankthit, e vlefshme për tu përdorur në shërbimet e kujdesit primar. Megjithatë një përdorim të gjerë, kanë instrumentat matës vetraportues për vlerësimin e distresit subjektiv të personave me ankth. Gjithashtu shkallet vetëmonitoruese masin frekuencën, dhe zgjatjen e simptomave

të panikut,dhe të simptomave të ngjashme me të, si edhe vlerësojnë situatat në të cilën ato shfaqen.Këto instrumenta vlerësojnë edhe shkallen e dëmtimit që pëson individi si pasojë e ankthit,dhe të masin edhe rezultatet e trajtimit të përdorur.

1.11. Diagnoza diferenciale e ankthit me sëmundje të tjera

Kur vlerësohet një pacient me çrregullimet e ankthit është e rëndësishme të dyshohet për çrregullime që kanë të bëjnë me përdorimin e substancave.Simptomat e ankthit mund të jenë si efekt të drejtpërdrejtë fiziologjik të substancave ose si simptoma bashkëshoqëruese të çrregullimit të ankthit me çrregullimet e shkaktuara nga substance.

Diagnoza diferenciale e simptomave të ankthit bëhet kur:

- kemi të dhëna për marrje të tepruara të alkoolit ose marihuanës
- modeli i përdorimit të substancës bëhet si nevojë për të” kuruar “, lehtësuar ankthin
- referohet histori për abuzim me anksiolitikë ose barbiturate
- referohet një anamnezë familjare dhe personale me problem për abuzim me alkoolin apo substanca të tjera
- trajtimi për gjendjet e ankthit nuk përdoret rregullisht,pra ka të dhëna për kompijancë të dobët
- merren rezultate të dobëta prej trajtimit për ankth e depresion

1.12.Çrregullimi stresit të pas traumës (PTSD)

E ardhmja e rëndësishme e PTSD është zhvillimi i simptomave psikologjike direct apo

Indirekt,pas një ekspozimi,ndaj një stresi të madh,jo normal i eksperiencave njerzore.Simptomat mund të duken shumë shpejt,pas një ngjarje si abuzimet seksuale,aksidentet automobilistike,plaçkitjet,por shenjat mund të jenë të përjashtuara,kështu që ato mund të shfaqen për disa muaj me radhë.

Kur PTSD diagnostikohet ,pacienti duhet të ketë qenë i ekspozuar,ndaj një ngjarje traumatike në të cilën ai ishte prezent.Pacienti mund të jetë përballur me të me nje ngjarje që mund të ketë ndodhur tani ku realisht ai ndihet kërcënuar për vdekje,apo me dëmtime serioze të integritetit fizik si të vetë atij,apo edhe të të tjerëve.

- Përgjigjia e tyre përfshin frikën e madhe të dobsisë deri ne llahtarisje.

-Njarjet traumatike janë vazhdimisht të përsëritua në një ose shumë mënyra.

- Vështërsi periodike,angështim dhe e pamundur për të kujtuar ngjarjet.

- Vështërsi periodike për të ëndërruar pë një ngjarje të caktuar

-Ndjenja se ngjarjet ishin periodike më përfshirje të deluzioneve dhe haluçinacioneve dhe veçimin e episodve të ikjes nga problemi.

- Përqëndrimi i ankthit psikologjik, pranë ekspozimit të brendshëm apo të jashtëm të frikës, i cili simbolizon apo ngjason me aspektin e ngjarjes.

- Reagimi psikologjik(i brendshëm,ose jashtëm) i ekspozimit të frikës,ngjasojnë me aspektin e nje ngjarje traumatike.Përsoni vazhdimisht shmang stimujt e shoqëruara me tronditje,dhe kundërpërgjigjet e tyre emocionale mund të jenë të ngrira dhe të ngathta.Kjo i indikohet nëpërmjet ndjekjes dhe përpykjes,për të shmang ,mendimet,ndjenjat,ose edhe bisedat të cilat flasin për trauma.

. - Shmangia e situatave në të cilat kemi stimulim të memorjes nga traumat.

-Paaftësia për të tërheqë aspektet e rëndësishme të një traume .

-Ulja në mënyrë të dukshme e pjesmarrjes në aktivitete të ndryshme

-Të ndjerit i pambrojtur dhe i huaj me të tjeret.

-Kufizimi në masë i efekteve si paaftësia për tu ndier i dashuruar dhe për të dashur të tjeret në përgjithsi.

-Ndjesia e një të ardhme të shkurtur ,pamundësi për tu rritur në karriere ,pamundësi për tu martuar , dhe pamundësia për të pasë një jetë normale.

Përsoni gjithashtu ka të ngjarë të paraqesë,simptomat e vazhdueshme të reagimit psikologjik,të cilat mund të përfshijnë :-1- vështërsi apo pamundësi për të fjetë,

-2-irritim dhe vështërsi për tu përqënruar,

-3-hipervigjilencë dhe përgjigje të tepruara.

Bazuar në të gjitha masat e marra nga komuniteti i njerzve me prevalence të PTSD tregon një rritje prej 1-4%.Këto shifra përputhen plotësisht , me metodat e studimit dhe të testimin të njerzve . Megjithse mes këtyre njerzve , të cilët kanë qenë të ekspozuar ndaj një trauma psikologjike si:viktima të dhunës dhe të kimit,dhe të shprënguljes në masë, prevalenca në këto raste tregon një rritje më të madhe si nga 3-58%.Këto shifra tregojnë se PTSD është një problem madhor i shëndetit mendor në disa grupe.

Egziston mundësia që çrregullimi i PTSD të jetë shfaqur që në fëmijëri ,megjithatë shenjat mund të jenë mesatare, njerzit mund të bëhen lehtësisht të irrituar ose mund të shfaqin lehtësisht shenja zëmrimi. Ngjarjet e zakonshme tregojnë për trauma të cilat mund të nxiten si pasojë e stimulimit nga një imazh nxitës.

Zgjatja e ekspozimit ndaj një ngjarje traumatike janë faktorë shumë të rëndësishem, në mundësinë e zhvillimit të një ngjarje traumatike.Nëse stresi është mjaft i fortë një person mund të zhvillojë PTSD por pa pasur një të ardhme që i paraprin ankthit të tyre.Nëse stresi është i tejzgjatur ,dhe ndodh në moshat e hershme,kjo mund të ketë efekte të zgjatura në emoozionet e fëmijërisë,si në zhvillimin e njohjes ashtu edhe në aspektin social(99)

Simptomat e PTSD zakonisht fillojnë brenda tre muajve të parë të shfaqjes së traumës. Ecuria e sëmundjes është e ndryshme që do të thotë se disa përmirsohen brenda 6 muajve të parë ,ndërsa disa të tjerë simptomat mund të zgjasin edhe më gjatë.Në disa raste sëmundja mund të zhvillohet plotësisht për disa vjet.Megjithse përsoni do të përshkruaj disa simptoma të veçanta të PTSD,si p.sh frika për situata të caktuara në të cilat trauma apo tronditjet mund të shfaqen në çdo moment.

Njerzit me PTSD do të jenë përherë të ndikuar nga një qëllim personal, të cilin ata gjithnjë ja atribuojne aspektit të një traume.(si p.sh ndonjëri mund të ketë vuajtur në fëmijëri nga abuzime të ndryshme, të tillë ata bëhen fajtorë me veten e tyre dhe në këto raste ata ndjehen fajtorë dhe përgjegjës, duke besuar se ata nuk janë përsona të vlefshëm, dhe si të tillë nuk janë të lumtur me veten e tyre ,dhe bëhen gjithmonë të mërzitshëm me përsonat e tjerë.Mes simptomave të dukshme ata mund të kenë edhe simptoma të tjera si :-dëmtim të vetvlerësimit,- paraqesin varfëri në të funksionuarit social,- vështërsi në krijimin dhe mbajtjen e e mardhënieve ndërpersonale,- dhe ajo qe është shumë domethënëse është risku i lartë për suicid(vetvrasje.)(96)

1.13 .Çrregullimi stresit akut

Stressi akut vepron si një çrregullim transit, i cili zhvillohet në përgjigje të ngjarjeve traumatike.E ardhmja e rëndësishme e PTSD pranohet se në këtë aspekt shenjat mund të shfaqen zakonisht 4 javë pas tronditjes ose traumës së ndodhur maksimumi në 4 javët e fundit.Personi vuan nga një çrregullim i stressit, me dëmtim të funksionimit në përgjithsi, dhe kjo zakonisht siguron diagnozën e saktë.E përbashkta e këtyre individëve me këto lloj eksperiencash është shfaqja e shenjave për ditë dhe javë pas një ngjarje traumatike.Duke përshkruar edhe ndjekjen e simptomave të pacientëve , mund të ndihmojnë në paksimin e ndjenjës së izolimit dhe të ankthit të shumtë.Raportimi i veprimeve të reagimit mund të

përshijnë:-ankthi ose frika e të qenit vetëm në situatë të rrezikshme dhe të frikshme,të cilat ndihmojnë që të paraqesin frikën se ,ngjarje të tilla mund të ndodhin përsëri.

- -Shmangia e situatave dhe e mendimeve të cilat të kujtojnë ngjarjet traumatike.
- -Rikthim i menjëhershëm te imazhet e ngjarjeve traumatike që vijnë papritur në mendjen e tij
- -Simptoma fizike si dridhje muskulare të shoqëruara me lodhje
- -Humbje e interesit nga aktivitetet e zakonshme përfshirë humbjen e oreksit dhe interesit seksual.
- -Pikëllim ose ndjenja e humbjes dhe e vetmisë.
- -Të ndjerit i shokuar ose mosbesimi se gjithçka mund të ndodhi, dhe ndjesia e mpirjes, të ndierit jo i vërtetë ,i izoluar dhe i pambrojtur.
- -Probleme të shumta me gjumin(pamundësi për të fjetë).
- -Probleme me përqëndrimin e vëmëndjes
- Preokupim i tepërt për traumat
- Fajtor dhe vetdyshues për veprimet dhe fatin që mund të pësojë si pasojë e një traume, ose ndjesia e të qenit më i hapur me të tjeret.
- Gjithnjë i mërzhitur dhe duke pyetur veten : “ **O zot pse mua**”

JO çdo kush ka përvojën e reagimit, dhe këta persona duhet të fshijnë nga mendja e tyre ndodhitë e javës.Nëse personi vazhdon me këtë përvojë të tij në lidhje me ngjarjet tronditëse pas një muaji, atëhere kemi të bëjmë për një diagnozë të mundshme të PTSD.

1.14. Çrregullimi përshtatjes

Çrregullimi i përshtatjes manifestohet me depresion ose ankth, dhe karakterizohet nga një periudhë e shukrtur e paqëndrueshmërisë emocionale dhe shqetësime në sjellje, në përgjigje të ndryshimeve të rëndësishme të stresit në jetë.Çrregullimi i përshtatjes vetëm sa është diagnostikuar, por sidoqoftë nëse personi vazhdon të ketë disstres me tepri të madhe gjithmonë brenda nivelit të pritshëm për të dhënë një shkaktarë, si e tillë jep dëmtime të rëndësishme në funksionimin social, dhe personi e ka mjaft të vështirë të zerë një punë.

Për të vënë diagnozën mjafton që simptomat të jenë të pranishme dhe diagnoza mund të vendoset brenda 6 muajve (megjithse simptomat mund të vazhdojnë nëse ato janë një pëgjigje ndaj një stresuesi kronik.

Nëse simptomat vazhdojnë është e konsiderueshme, dhënia e një alternative për diagnozën duke përfshirë edhe të përbashkta ndërmjet depresionit,GAD dhe çrregullimeve të panikut.

Është mëse e kuptueshme se stresuesit tipik janë ngjarjet jetësore duke përfshirë:

-vështërsi në bërjen e biznesit,rihyrje në jetën e përditshme si pasojë e daljes nga burgu, apo edhe pas një qëndrimi të gjatë në spital,dhe kthimit të mundshëm në shtëpi,pas një periudhe të gjatë mungese,por mund të kemi edhe ndryshime në ciklin jetësor të familjes si (martesa, lindja e fëmijve ,shkolla e fëmijve, apo edhe mundësia për tu larguar).

Brenga një lidhjeje me vdekjet apo edhe faji për një dashuri të humbur nuk janë diagnostikuar si çrregullime të përshtatjes, po të mos kishte gabime dhe dobsi në çdo kohë të cilat mund të shkaktohen nga dëmtimet e rëndësishme të funksionimit social dhe në mundësinë e zënies me punë.

1.15. Vlerësimi i variablave psikologjik

Nëpërmjet vlerësimit të simptomave të ankthit do të mund të identifikojmë faktorët psikologjikë të cilët mund të kenë precipituar simptomat ose të përjetohen si atak paniku, apo mund të kontribuojnë në trajtimin e tyre.

Duhet marrë në konsideratë faktorët e mëposhtëm:

- situata familjare
- abuzimi me substanca
- abuzimi seksual
- çështje të homoseksualitetit
- aspektet kulturore
- pënësimi dhe çështjet e përgjithshme financiare

1.16. Vlerësimi i çështjeve kulturore

Individë të kulturave të ndryshme mund të shpjegojnë eksperiencat e tyre në mënyra të ndryshme. Shumë profesionistë të shëndetit mund të vlerësojnë perspektivat individuale kulturore po aq sa edhe marëdhënien terapeutike.

1.4.1 Diagnoza Diferenciale e çrregullimeve të ankthit

1. hipertiroidizmi ose hipotiroidizmi
2. hypoglicemia
3. diabeti mellitus
4. feokromocitoma
5. astma dhe sëmundja obstruktive pulmonare kronike
6. embolia pulmonare
7. çrregullimet konvulsive
8. tumoret e trurit
9. epilepsia
10. dëmtimet trunore traumatike
11. aritmitë kardiake dhe prolapsi i valvulës mitrale
12. intoksikacioni nga substancat dhe abstenenca (ndërprerja) e tyre.

1.4.2. Diagnoza diferenciale me sëmundjet psikiatrike

- depresionin
- fobinë specifike
- fobinë sociale
- PTSD
- çrregullimin e panikut
- anoreksinë dhe buliminë
- çrregullimin e somatizuar
- çrregullimin e personalitetit, varës, shmangës
- abuzimin me substanca (nikotinën dhe kafeinën).

1.4.3. Cilat janë sëmundjet mjekësore që mund të shkaktojnë ankth?

1. hipertiroidizmi ose hipotiroidizmi
2. hypoglicemia
3. diabeti mellitus
4. feokromocitoma
5. astma dhe sëmundja obstruktive pulmonare kronike
6. embolia pulmonare
7. çrregullimet konvulsive
8. tumoret e trurit
9. epilepsia

10. dëmtimet trunore traumatike
11. aritmitë kardiake dhe prolapsi i valvulës mitrale
12. intoksikacioni nga substancat dhe abstinenca (ndërprerja) e tyre.

1.4.4. Vlerësimi i ashpërsisë së ankthit

Nuk janë përdorur instrumenta vlerësues të standartizuara për vlerësimin e ankthit në sistemet e kujdesit primar. Megjithatë, mund të indikohet përdorimi i shkallëve vetëvlerësuese në një person që paraqet një distres subjektiv.

Shkallët vetë monitoruese gjithashtu masin frekuencën dhe zgjatjen e simptomave të tilla si paniku dhe situata në të cilën ai shfaqet. Ata tregojnë shkallën e dëmtimit që individit që po përjeton dhe të krijojë insight-in e duhur për situatat që kërcënojnë lindjen e ankthit. Këta instrumenta matës mund të jenë të përdorshme edhe për të matur rezultatet e trajtimit.

1.6.8. Përmbledhja e procesit të vlerësimit, dhe trajtimi fillestar

Çrregullimi i panikut me /pa agorafobi, fobia specifike, fobia sociale, çrregullimi i ankthit të gjeneralizuar, reaksioni i stersit akut, çrregullimi obsesivo – kompulsiv, çrregullimi stersit akut dhe çrregullimi përshtatjes që:

= Përcaktohet:

- zgjatja e simptomave
- ashpërsia e dëmtimit
- shkalla e shmangies fobike
- graviteti i ritualeve

Nëse nuk konstatohet shmangie e rëndësishme, atëherë fillohet e psiko-edukim , dhe nevojitet të merret në konsideratë ,zgjidhja e problemit, menaxhimi i stersit ,dhe përdorimi i teknikave relaksuese. Kur nuk ka përmirësim për 4-8 javë, kërkohet vlerësimi i gjendjes nga specialisti.

Nëse konstatohet ashpërsi e shmangies dhe dëmtimi i rëndësishëm i funksionimit, atëherë i referohet tek specialist. Kjo referencë përfshin:

- Sigurinë (për vetën dhe të tjerët)
- Çështje kulture
- Nevojë për support social
- Referim të përshtatshëm , në strukturat e sistemit të shëndetit mendor.

1.6.9. Gjetja e ndryshimeve të përshtatshme të stilit të jetës

Është me rëndësi të gjenden shkaqet e stersit, në jetën e një personi për të kërkuar mënyrat e duhura të ndërhyrjes dhe të menaxhimit të ankthit. Strukturimi i zgjidhjes së problemit, mund të jetë i dobishëm. Ndryshimi i stilit të jetës mund të:

- ✓ Reduktojë riskun e shfaqjes së çrregullimit të ankthit.
- ✓ Lehtësojë simptomat e ankthit.
- ✓ Reduktojë riskun e rëndimit të çrregullimit të ankthit, ose në rastin e çrregullimit të panikut kur ka risk të shfaqet agorafobia.

Ndryshimet e stilit të jetës, mund të ndihmojnë individin ,të përballet me stersin nëpërmjet:

- ✓ Reduktimi i stersit,- megjithatë njerzit mund të kundërshtojnë ndryshime të mëdha, në stilin e jetës së tyre, përderisa nuk është zbuluar saktësisht , shkaku i precipitimit të simptomave të ankthit.
- ✓ Reduktimit të përdorimit të alkoolit dhe barnave, përfshirë edhe psikostimuluesit të tilla si kafeina dhe nikotina.
- ✓ Krijimit të një mënyre të shëndetshme të të ngrënit.
- ✓ Ushtrime të rregullta fizike, të cilat “rrisin” qarkullimin e adrenalines në sistemin nervor, për shkak të përgjigjes “ godit dhe vrapo”.

- ✓ Relaksimit të rregullt, duke përfshirë përfshirjen diafragmatike dhe relaksimin progresiv.
- ✓ Ndhimesa praktike si p.sh kujdes për fëmijët, ndihmë buxhetore, banesë.
- ✓ Pjesmarrje në aktivitete në të cilat sukcesi është më i mundshëm.
- ✓ Përmirësime të njohura të mbartura të personit.

Të mësuarit e teknikave relaksuese

Teknikat relaksuese pakësojnë nivelet e përgjithshme të ngacmueshmërisë së sistemit autonom në individët të cilët vuajnë nga ankthi. Ata mund ta përshkruajnë veten si mjaft të shqetësuar dhe të përfshirë, kur janë në panik, ose kur ekspozohen ndaj një situatë të frikshme.

Relaksimi i rregullt mund të reduktojë ankthin, përmirsojnë gjumin, lehtësojnë edhe simptomat e tjera të stresit. Këto teknika mund të krijojnë motivimin për vazhdimin e trajtimit përderisa këto teknika relaksuese japin efekt pozitiv.

Në teknikat relaksuese përfshihen:

Reaksimi progresiv, teknikat vizuale, dhe të frymarrjes, të cilat ndikojnë mjaft mirë në relaksimin e simptomave të ankthit. Procedurat të cilat përdorin imazherinë vizuale ose fokusohen mbi përmbajtjen e të menduarit, mund të ndihmojnë ankthin për të lejuar personin të kontrollojë atë çka ai mendon.

Nëse simptomat e ankthit kanë shkaktuar, dëmtim të rëndësishëm të funksionimit ditor, si p.sh ndërprerje të detyrave dhe angazhimeve ditore, për shkak të shmangies ose të sjelljes ritual janë të këshillueshme rekomandimet e mëposhtme

Javën e parë: ndiq progresin nëpërmjet telefonit, sidomos nëse përdoren medikamente, kërkohet për efekte anësore dhe komplaincën.

- *Javën pasuese:* monitorim i përjavshëm ose, në rast nevojë çdo katër netë
- Në javën e gjashtë: kur ka një përgjigje të mirë ndaj trajtimit, vazhdohet monitorimi i përmuajshëm, sidomos kur kemi të bëjmë me raste të rënda. Graviteti i simptomave të ankthit ka rëndësi të njihen mirë nga profesionistët e shëndetit mendor, me qëllim parandalimin e dëmtimit të vetës apo të tjerëve. Njerzit, përgjithsisht nuk e kanë të lehtë të flasim për ndjenjat e tyre preokupuese. Nëse dyshohet për mungesë komunikimi, atëherë kërkohet rritja e monitorimit, dhe referimi në shërbimet e shëndetit mendor. Në ato raste kur shkalla e dëmtimit prej simptomave të ankthit është e pakët, ose personi është duke u shëruar, lypset një monitorim më i pakët, jo shumë frekuent.

1.17. Përfshirja e shërbimeve të shëndetit mendor

- Kjo bëhet kur:
- Ka risk serioz për suicide.
- Ka simptoma psikotike.
- Diagnoza është e paqartë, kërkohet vlerësim i nevojave të mëtejshme.
- Personi përjeton periudha të vështira emocionale, flashback të disasociacionit.
- Personi ka akses të kufizuar të mbështetjes sociale.
- Ka bashkpunim sinjifikant me çrregullime ose probleme të tjera komplekse.
- Ka faktorë social që kontribuojnë si p.sh të rinj me ankth për shkak të preokupimit në lidhje me seksualitetin e tij, ose faktorë që ndikojnë në vlerësimin dhe procesin e trajtimit, p.sh çështje kulture, etj
- Profesionistët e kujdesit primar nuk ndjehen të aftë të bëjnë zgjidhje.
- E kërkon vetë pacienti.
- Simptomat nuk mund të dominohen nga teknikat e përdorura deri më tani.
- Pacienti është fëmij apo adoleshent.

1.18. Informacion i përgjithshëm rreth Inventarit të Beckut për Ankthin (BAI)

Inventari i Beckut për Ankthin (BAI), krijuar nga Aron T.Beck MD dhe kolegët e tij, është një inventar me 21 pyetje me zgjidhje multiple, inventar vetraportues, që mat ashpërsinë e një gjendje ankthi në adoleshentë dhe adultë. Ky pyetësor përshkruan simptomat emocionale, fiziologjike dhe konjitive të ankthit, por jo të depresionit. Gjithashtu moshë që mund të përdoret ky instrument matës është 17- 80 vjeç, por është përdorur edhe në disa studime tek moshë 12 vjeçare si edhe në moshat 80 vjeç. Secila prej simptomave të BAI është një përshkrim i thjeshtë i simptomave të ankthit , në një prej katër aspekteve të tij: (1) subjektive (p.sh “*pamundësi për tu rehatuar/relaksuar*”), (2) neurofiziologjike (p.sh “*mpirje ose ndjesi shpimi si gjilpëra në trup*”), (3) autonome(p.sh “*ndjesi të nxehti në trup*”) , (4) të lidhura me panikun(p.sh “*frikë e humbjes së kontrollit*”). Ky instrument i BAI-, mund të administrohet edhe nga paraprofesionistët, por duhet përdorur dhe interpretuar ngs vetëm prej profesionistëve me esperiencë klinike.

Administrimi, Pikëzimi, dhe Interpretimi.

Përsonat që i përgjigjen ,plotësojnë këtë pyetësor ju kërkohet të raportojnë, se cila prej pyetjeve e ka shqetësuar më shumë gjatë javës së shkuar(duke përfshirë edhe ditën e plotësimit).Secila pyetje ka katër mundësi përgjigjeje: *Aspak*, *pak*(nuk më ka shqetësuar shumë) ; *Moderuar*(më shumë aspak e këndëshme), dhe e *Rëndë*(me shqetësoi jashtzakonisht shumë).Intervistuesi shënon vlerat mëposhtme për cdo përgjigje: *Aspak* = 0; e *lehtë* = 1; *Moderuar* = 1; dhe e *Rëndë* = 3. Pikëzimi total i 21 pyetjeve varion nga 0 – 63 pikë.Nivelët e pikëzimit ndahet në: 0-7 pikë korrespondon në nivelin “ *Minimal*”; 8 – 15, korrespondojnë me nivelin “ *e lehtë*”; 16 – 25 pikë nivel “*Moderuar*” dhe 26 – 63 pikë, korrespondojnë me nivelin e “*Rëndë*”.Simptomat referuar në pyetësor, vlerësohen duke përdorur kriteret diagnostike të DSM – IV – TR, për të arritur në diagnozën specifike, si një kategori diagnostike, me qëllim gjetjen e shkaqeve të ankthit, dhe hartimin e një plani trajtimi në bazë të niveleve të ashpërsisë.

2.QËLLIMI I STUDIMIT

2.1.Qëllimi i përgjithshëm

Qëllimi i këtij studimi është të përcaktojë prevalencën e çrregullimeve të ankthit në studentët e Universitetit të Mjekësisë Tiranë.

2.2. Objektivat specifike

Objektivat specifike të këtij studimi janë:

1. Të përcaktohet prevalenca e çrregullimeve të ankthit në studentët e Universitetit të Mjekësisë Tiranë.
2. Të përcaktohet prevalenca e simptomave të atakut të panikut në 1 muaj në studentët e përfshirë në studim.
3. Të përcaktohet prevalenca e çrregullimit të ankthit të përgjithshuar (GAD) në studentët e përfshirë në studim.
4. Të përcaktohen nivelet e ankthit sipas pikëzimit të pyetësorit të Inventarit të Beck për Ankthin (BAI).
5. Të përcaktohet korrelacioni i simptomave të ankthit me përdorimin e alkoolit.
6. Të përcaktohet niveli i ankthit në studentët e pesë Fakulteteve të Universitetit të Mjekësisë Tiranë.

1- Fakulteti i Mjekësisë Përgjithshme

2- Fakulteti i Mjekësisë Dentare

3- Fakulteti i Farmacisë

4- Fakulteti Shkencave Mjekësore Teknike

5- Fakulteti i Shëndetit Publik

3. MATERIALI DHE METODA

Ky studim u realizua me miratimin e marrë nga rektorati i Universitetit të Mjekësisë dhe nga Dekanatet e Fakulteteve Përkatëse. Pjesëmarrësit kanë dhënë miratimin e tyre pasi janë informuar mbi qëllimin e studimit.

3.1.Lloji i studimit: Ky është një studim epidemiologjik i tipit transversal (kros – seksional) me dy faza.

3.2.Periudha kohore e studimit: Faza përgatitore e studimit ka filluar në shtator 2013 me përgatitjen e pyetësorëve të strukturuar, me vetë raportim, anonim dhe duke ruajtur plotësisht konfidencialitetin. Proçesi i anketimit të studentëve është bërë në dy faza duke u fokusuar në periudha të ndryshme të vitit akademik, duke përfshirë sezonin e provimeve, respektivisht muajt Tetor – Nëntor – Dhjetor 2013 dhe Mars – Prill – Maj të 2014.

3.3.Karakteristikat e kampionit të përfshirë në studim. Studimi ynë është kryer në pesë fakultetet e Universitetit të Mjekësisë së Tiranës, janë përzgjedhur studentët e vitit I, II, III-të.

3.4.Kriteret Përfshirëse:

- 1.Të gjithë studentët e tre viteve të para pavarësisht moshës kronologjike (në fazën e parë)
- 2.Të gjithë studentët e tre viteve të para të intervalit moshor 18-28 vjeç.
- 2.Të gjithë studentët e tre viteve të para pavarësisht gjinisë dhe statusit civil.
- 4.Të gjithë studentët e mësipërm pavarësisht faktit nëse janë përdorues ose jo të ndonjë substance (kafe, alkol, barna, drogëra).
- 5.Të gjithë studentët e mësipërm pavarësisht pranisë ose jo të hereditetit familjar për sëmundje të shëndetit mendor.

3.5.Kriteret Përfshirëse:

1. Studentët që refuzuan pjesëmarrjen në studim
2. Të gjithë studentët e viteve të katërt, pesë e gjashtë të Fakultetit të Mjekësisë së Përgjithëshme
3. Të gjithë studentët e viteve të katërt e të pesë të Fakulteteve të tjera
4. Të gjithë studentët e nivelit master
5. U përjashtuan në analizën statistikore studentët mbi moshën 28 vjeç.
6. Të gjithë studentët që në fazën e parë raportuan për sëmundje somatike (anemi, sëmundje endokrinologjike, etj).

Ky studim është kryer në Universitetin e Mjekësisë Tiranë, ku numri i studentëve në tri vitet e para është i lartë (3000 studentë) dhe përben numrin total të studentëve të këtij Universiteti. Pikërisht kjo listë shërbeu si kornizë e kampionit në studim.

3.6.Përzgjedhja e kampionit: Përzgjedhja e kampionit të marrë në studim u bë sipas listës së siguruar në rektorat, për të pesë fakultetet, përkatësisht studentët në Fakultetin e Mjekësisë, Fakultetin e Farmacisë, Fakultetin e Mjekësisë Dentare, Fakultetin e Shëndetit Publik dhe në Fakultetin e Shkencave Mjekësore Teknike. Seleksionimi u realizua në mënyrë të rastësishme sipas metodës së përzgjedhjes me probabilitet proporcional me madhësinë (probability proportional to size).

3.7.Proçesi i anketimit: të dhënat personale dhe socio-ekonomike, sëmundjet fizike ose psikiatrike, të vetë studentëve ose familjarëve të tyre për një periudhë 6 mujore para

fillimit të studimit, siç është dështimi në provim, vdekja e një të afërmi ose miku, ose anëtar i familjes.

Më të detajuara janë si më poshtë:

Informacioni i përgjithshëm i kërkuar në pyetësor përmban të dhënat demografike si dhe të tjera si statusi social–ekonomik; niveli arsimor i prindërve (niveli ekonomik është përcaktuar në 3 shkallë); gjendja shëndetsore e studentit (prania ose jo e ndonjë sëmundjeje somatike apo psikiatrike); mënyra e jetesës dhe përdorimi ose jo i ndonjë substance; historia familjare, pra prania ose jo e ndonjë sëmundjeje të shëndetit mendor në familje (1, 2,3).

Numri total i pyetsoreve të përgatitur sipas metodës së përzgjedhjes me “probabilitet proporcional me madhësinë ishte $n=1800$. Numri total i popullatës në studim sipas kriterëve përfshirëse dhe përjashtuese rezultoi në $n=1559$ studentë.

Vlerësimi i nivelit të ankthit u kry duke përdorur pyetësorin me vetë-raportim Inventari i Beck-ut për Ankthin (BAI).

Inventari i Beckut për Ankthin (BAI), krijuar nga Aron T. Beck është një instrument me 21 pyetje me disa alternativa me vetë raportim që mat nivelet e ankthit në adoleshentë dhe adultë. Ky pyetësor përshkruan simptomat emocionale, fiziologjike dhe konjitive, por jo të depresionit. Gjithashtu moshë që mund të përdoret ky instrument është mbi 17 vjeç por ka gjetur përdorim është në fëmijë mbi 12 vjeç. Secila prej simptomave të BAI është një përshkrim i thjeshtë i simptomave të ankthit, në një prej katër aspekteve të tij: (1) subjektive (p.sh “paaftësi për tu relaksuar”), (2) neurofiziologjike (p.sh “mpirje ose dridhje”), (3) autonome (p.sh “ndjenjë të nxehti”) , (4) të lidhura me panikun (p.sh “frikë e humbjes së kontrollit”).

3.8.Administrimi, Pikëzimi dhe Interpretimi.

Personave që plotësojnë këtë pyetësor ju kërkohet të raportojnë se cila prej situatave e ka shqetësuar më shumë gjatë javës së fundit duke përfshirë dhe ditën e plotësimit. Secila pyetje ka katër mundësi përgjigjje: *Aspak*, *Pak*, e *Moderuar* dhe e *Rëndë*. Pikëzimi bëhet si më poshtë: *Aspak* = 0; e lehtë = 1; *Moderuar* = 2; dhe e *Rëndë* = 3.

Cut-off e përdorura në studimin tonë janë si më poshtë:

Nivelet	Pikëzimi
Minimal	0-7 pikë
I lehtë	8-15 pikë
Mesatar	16-25 pikë
I rëndë	26-63 pikë

Pas përfundimit të fazës së parë të studimit tonë tek i cili nuk u respektuan ngushtësisht kriteret përjashtuese pasi qëllimi ishte të përfshiheshin sa më shumë studentë për të arritur një madhësi kampioni e cila të siguronte realizimin e objektivave të studimit. Kështu prej 1559 studentëve të fazës së parë pasi u zbatuan kriteret e përfshirjes dhe përjashtimit mbetën 1282 studentë pjesëmarrës të kampionit tonë.

Me studentët që rezultuan me prani të niveleve mesatar dhe të rëndë të ankthit u krye një bisedë individuale. Qëllimi i kësaj bisede ishte të sqaronte kuptimin e këtij niveli të gjetur, të kryente një vlerësim të gjendjes aktuale dhe të informoheshin mbi nevojën për vlerësim klinik nga psikiatri. Ata me nivele mesatare të ankthit u referuan për vlerësim psikiatrik dhe psikologjik në QKSHM të cilës i përkisnin. Paraprakisht u arrit një marrëveshje me Shërbimin e Psikiatrisë për të konsultuar ata student të cilët do të rrezultonin me nivele të larta të ankthit. Kështu u realizuan një numër i konsiderueshëm konsultash nga psikiatrit F.E,

E.S, A.B, në këtë shërbim dhe diagnozat u vendosën pas vlerësimit klinik e mbështetur në kriteret diagnostike të DSM-IV-TR.

3.9. Analiza statistikore e të dhënave.

Variablat numerike që u përdorën: mesatarja aritmetike, mediana dhe moda; madhësitë e shpërndarjes. Për variablat kategorike u llogaritën vlerat absolute dhe përqindjet përkatëse. Krahasimi i vlerave mesatare mes dy grupeve u mundësua përmes T – testit dhe testit jo parametrik Mann-Whitney. Krahasimi i variablave kategorikë u realizua duke përdorur Pearson Chi-Square dhe Testin e Fisherit. Për të gjithë treguesit u llogaritën vlerat mesatare dhe intervalet përkatëse të besimit 95%. Në të gjitha rastet u konsiderua statistikisht sinjifikative një vlerë e $p \leq 0.05$. E gjithë analiza statistikore u realizua në SPSS (Statistical Pockage for Social, Sciences) version 15.0.

4. REZULTATET DHE DISKUTIME

Sa më i mirë të jetë shëndeti psikologjik aq më mirë është mirëqenia e përgjithshme dhe aftësia për të përballuar shqetësimet dhe problemet përgjatë jetës. Shëndeti mendor ndër studentët e universitetit cilësohet po aq themelor sa dhe çështjet e shëndetit publik, për të cilat të dhënat epidemiologjike janë të nevojshme të gjenden dhe duhen adresuar si problem prioritar.

Edukimi mjekësor është ndër më stresantët dhe sfiduesit. Studentët e mjekësisë apo profesionistët e ardhshëm do të kenë një ndikim të rëndësishëm në sjelljen dhe në stilin e jetës së komunitetit, një rol thelbësorë në parandalimin e sëmundjeve dhe në ofrimin e shërbimeve shëndetësore komunitare.

Studentët e mjekësisë përballen me emocione dhe ndjesi stresante të larmishme, gjatë evoluimit të tyre prej studentit të pasigurtë tek një profesionist të ri me plot aftësi. Ky proces sjell shqetësim mendor dhe ndikim negativ në funksionimin konjitiv dhe në të mësuar.

Një studim cross-seksional në Malajzi raporton se 41.9% e studentëve të mjekësisë kanë stres psikologjik, ndërsa një studim mes studentëve të mjekësisë në Tajlandë dhe Riad i gjeti këto shifra 61.4% dhe 57%.

Studime të mëparshme kanë treguar se studentët e mjekësisë kanë nivele të larta të ankthit dhe depresionit gjatë viteve të studimit, për më tepër ankthi dhe depresioni mund të mos jenë diagnostikuar dhe trajtuar siç duhet duke shkaktuar një nivel të lartë pasojash gjatë viteve të shkollës apo jetës.

Një studim i bërë në Suedi në 2011 gjeti një prevalencë të depresionit afërsisht 12.9 në studentët e mjekësisë. Një studim tjetër krahasues mes studentëve meshkuj në universitetin e Mansourës, Egjipt dhe në King Faisal në Arabinë Saudite gjeti se ankthi dhe depresioni përbënin një problem prevalent në të dy vëndet.

Është thelbësore të kryhet depistim për problemet e shëndetit mendor në studentët e mjekësisë, mjekët e ardhshëm. Ankthi dhe depresionin konsiderohen problem të shëndetit mendor që vijnë duke u rritur në studentët e mjekësisë, veçanërisht ndërmjet femrave. Përsa i takon shëndetit të studentëve 88% ishin të shëndetshëm ndërsa 12% kishin probleme shëndetësore.

4.A.Të dhënat demografike të popullatës në studim në periudhën Tetor – Nëntor – Dhjetor 2013

Rezulton se numri më i madh i subjekteve i përket moshës nga 18-21 vjeç. Pra moshë minimale 18 vjeç dhe moshë më e madhe e studentëve të studimit 28 vjeç, variabël i përfshirë në gjetjen e çrregullimeve të ankthit në këtë grupmoshë (tabela 1)

Tabela.4. 1/A. Shpërndarja e popullatës në studim sipas Moshës

Moshë Vjeç	Moshë e subjekteve			
	Frekuenca	Përqindja	Përqindja e Vlefshme	Përqindja Kumulative
18	128	8.2	8.2	8.2
19	532	34.1	34.1	42.3
20	500	32.1	32.1	74.4
21	258	16.5	16.5	91.0
22	51	3.3	3.3	94.2
23	28	1.8	1.8	96.0
24	10	.6	.6	96.7
25	3	.2	.2	96.9
26	3	.2	.2	97.0
27	1	.1	.1	97.1
28	6	.4	.4	97.5
29	3	.2	.2	97.7
30	3	.2	.2	97.9

31	2	.1	.1	98.0
32	1	.1	.1	98.1
33	2	.1	.1	98.2
34	2	.1	.1	98.3
36	2	.1	.1	98.5
37	5	.3	.3	98.8
38	1	.1	.1	98.8
39	2	.1	.1	99.0
40	3	.2	.2	99.2
41	1	.1	.1	99.2
42	2	.1	.1	99.4
43	1	.1	.1	99.4
44	3	.2	.2	99.6
45	3	.2	.2	99.8
47	2	.1	.1	99.9
50	1	.1	.1	100.0
Total	1559	100.0	100.0	

Në tabelat e mëposhtëme A/1 dhe A/2 vërehet qartë se shpërndarja e kampionit sipas gjinisë dominohet nga vajzat me 56.9% dhe në lidhje me vendbanimin rreth 85.3% e kampionit banojnë në qytet.

Tabela 4.A/1. Shpërndarja e popullatës në studim sipas gjinisë dhe vendbanimit

	Frekuenc	Përqindja	Përqindja e Vlefshme	Përqindja Kumulative
Meshkuj	532	34.1	34.1	34.1
Femra	1027	65.9	65.9	100.0
Total	1559	100.0	100.0	

Tabela.4. A/1.1. Shpërndarja e popullatës në studim sipas vendbanimit

	Frekuenca	Përqindja	Përqindja e Vlefshme	Përqindja Kumulative
Fshat	229	14.7	14.7	14.7
Qytet	1330	85.3	85.3	100.0
Total	1559	100.0	100.0	

Tabela A/2 paraqet shpërndarjen e kampionit sipas fakulteteve prej nga rezulton se përqindja më e madhe e studentëve të përfshirë në studimin tonë dominohet nga ata të Fakultetit të Shkencave Mjekësore Teknike me 48.7% dhe pasohet nga studentët e fakultetit të mjekësisë me 28.6%.

Tabela .4.A/2 Shpërndarja e kampionit sipas fakulteteve

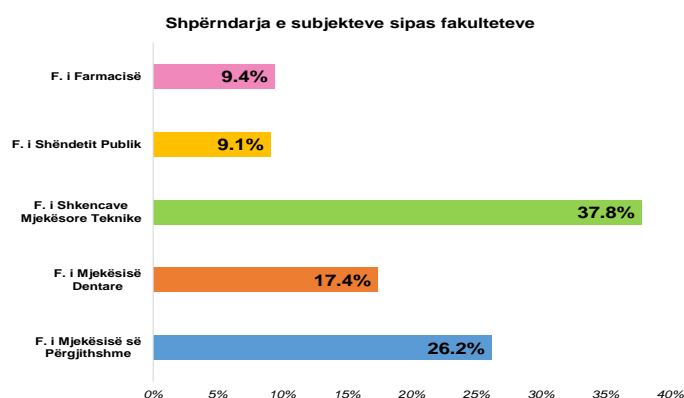
	Frekuenca	Përqindja	Përqindja e Vlefshme	Përqindja Kumulative
F. i Mjekësisë së Përgjithshme	336	21.6	21.6	21.6
F. i Mjekësisë Dentare	225	14.4	14.4	36.0
F. i Shkencave Mjekësore	760	48.7	48.7	84.7

Teknike				
F. i Shëndetit Publik	117	7.5	7.5	92.2
F. i Farmacisë	121	7.8	7.8	100.0
Total	1559	100.0	100.0	

B.Të dhënat demografike të popullatës në studim në periudhën Mars-Prill-Maj të 2014.

Sipas grafikut të mëposhtëm rezultoi se pjesmarrja e studentëve në studim ka qenë në mënyrë proporcionale me numrin e përgjithshëm të studentëve në të gjitha fakultetet përkatëse. Vërehet një pjesmarrje më e madhe nga studentët e fakultetit të Shkencave Mjekësore Teknike.

Grafiku 4.1. Shpërndarja e popullatës në studim sipas Fakulteteve



Në tabelën 1 paraqitet shpërndarja e popullatës në studim sipas moshës me një moshë mesatare 19.7+-1.132 e cila është moshë që përkon me përzgjedhjen që është bërë në fillim të studimit

Tabela 4.1. Shpërndarja e popullatës në studim sipas moshës

	N	Min	Max	Mesatarja		Deviacioni Standart
	Kampioni				Std. Error	
Mosha	1282	18	28	19.76	.032	1.132

Ndërsa shpërndarja e popullatës e shprehur në përqindje sipas moshës është si më poshtë: dominohet nga mosha 19 vjeç me 35.5% e ndjekur nga mosha 20 vjeç me 34.3% dhe 21 vjeç me 16.3%, etj (tabela 1.1)

Tabela 4.1.1 Përqindja e popullatës në studim sipas moshës

	Frekuenca	Përqindja	Përqindja e vlefshme	Përqindja Kumulative
18	115	9.0	9.0	9.0
19	455	35.5	35.5	44.5
20	440	34.3	34.3	78.8
21	211	16.5	16.5	95.2
22	33	2.6	2.6	97.8

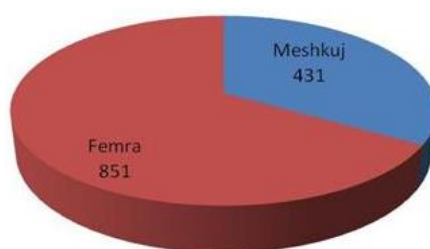
23	17	1.3	1.3	99.1
24	7	.5	.5	99.7
25	1	.1	.1	99.8
26	1	.1	.1	99.8
28	2	.2	.2	100.0
Total	1282	100.0	100.0	

Vërehet se numri i studentëve femra dominojnë kampionin në studim dhe përbëjnë 66.4% të tij (tabela 2).

Tabela 4.2. Shpërndarja e popullatës në studim sipas Gjinisë

		Frekuenca	Përqindja	Përqindja e vlefshme	Përqindja Kumulative
Vlerat	Meshkuj	431	33.6	33.6	33.6
	Femra	851	66.4	66.4	100.0
	Total	1282	100.0	100.0	

Grafiku.4.2. Shpërndarja e popullatës në studim sipas Gjinisë



Nga tabela vërehet se pjesa më e madhe e subjekteve të marra në studim janë nga qyteti.

Tabela 4.3. Shpërndarja e popullatës në studim sipas vendbanimit

		Frekuenca	Përqindja	Përqindja e vlefshme	Përqindja Kumulative
Vlerat	Fshat	166	12.9	12.9	12.9
	Qytet	1116	87.1	87.1	100.0
	Total	1282	100.0	100.0	

Të dhënat e kësaj table referojnë numri më i madh i studentëve të marrë në studim, janë viti I dhe viti II, që i përket kryesisht moshës 18 – 19 vjec.

Tabela 4.4 .Shpërndarja e subjekteve sipas vitit akademik

	Frekuenca	Përqindja	Përqindja e vlefshme	Përqindja Kumulative
Viti I	557	43.4	43.4	43.4
Viti II	464	36.2	36.2	79.6
Viti III	261	20.4	20.4	100.0
Total	1282	100.0	100.0	

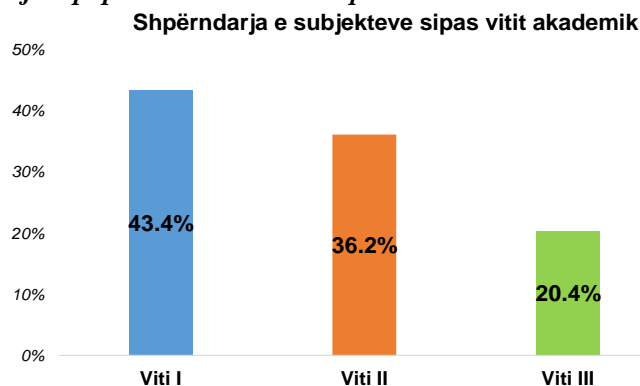
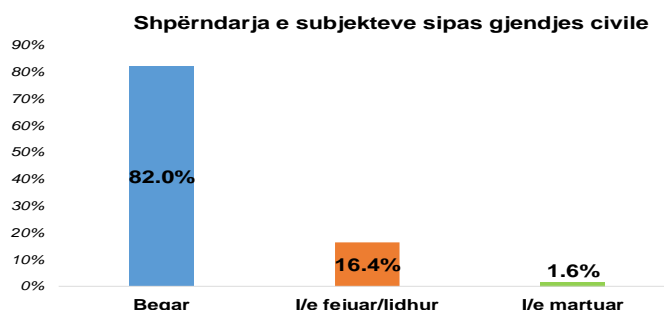
Grafiku 4.3. Shpërndarja e popullatës në studim sipas vitit akademik

Tabela e mëposhtme tregon se pjesa më e madhe e studentëve të popullatës në studim janë të pamartuar 82.0%. (tabela 4.5 dhe grafiku 4.3)

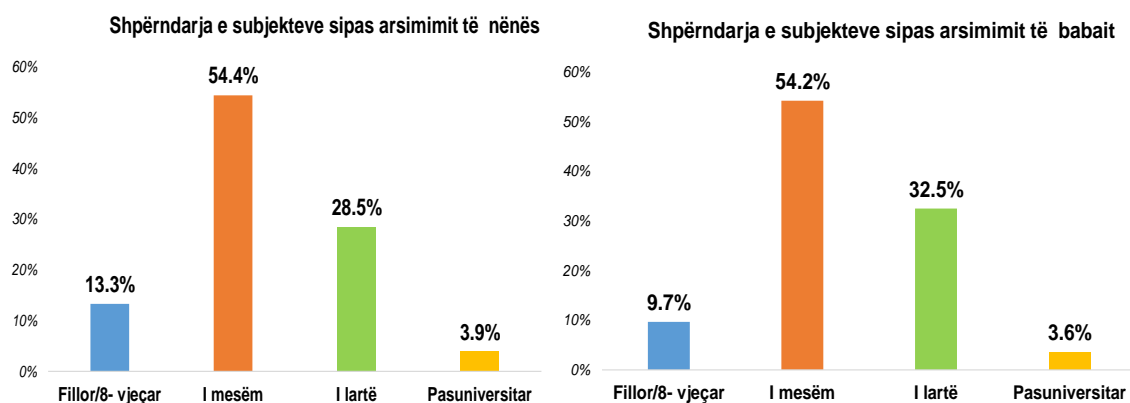
Tabela 4.5 .Shpërndarja e popullatës në studim sipas gjendjes civile

		Frekuenca	Përqindja	Përqindja e vlefshme	Përqindja Kumulative
Vlerat	Beqar	1052	82.0	82.0	82.0
	Fejuar/lidhur	210	16.4	16.4	98.4
	Martuar	20	1.6	1.6	100.0
	Total	1282	100.0	100.0	

Grafiku 4.4.

Sic vërehet nga grafiku 4, pjesa më e madhe e prindërve të studentëve në studim kanë arsim të mesëm nëna 54.4% dhe babai 54.2% ndërsa me arsim të lartë nëna 28.5% dhe babai 32.5%. Në lidhje me arsimin tetëvjeçar dhe atë pasuniversitar shpërndarja është pothuajse e njëjtë për të dy gjinitë.

Grafiku 4.5. Shpërndarja e nivelit arsimor të prindërve për popullatën në studim



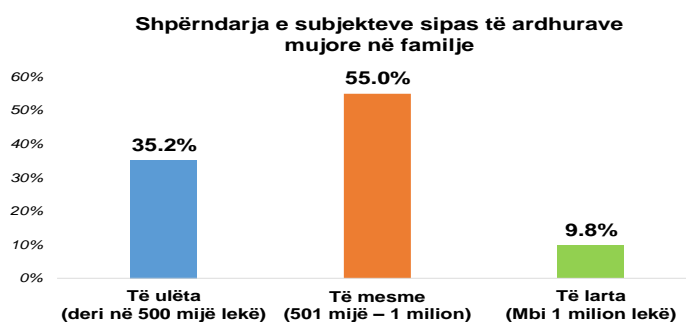
Për sa i takon nivelit ekonomik studentët tanë që kanë raportuar për të ardhura “të mesme” janë 55.0%, të ardhura të ulta 35.2% dhe të ardhura të larta 9.8% e tyre.

Rezultatet e një studimi krahasues nga Fakulteti i Mjekësisë në Egjipt dhe Instituti i Shëndetit Publik në Arabinë Saudite në 2010-2011, kishte si objektivi gjetjen e prevalencës dhe prediktorëve të ankthit e depresionit ndërmjet studentëve të fakultetit të mjekësisë. I kryer në një total studentesh femra prej 450 dhe interval moshe 18-25 vjeç me një mesatare prej 21.1+- 1.4 vjeç. Përsa i përket edukimit të baballarëve, më shumë se dy të tretat (68.9%) e tyre kishin një diplomë universitare dhe pasuniversitare. Ndërkohë 57.8% e mamave të studimit më lart kishin edukim të ngjashëm me kampionin tonë. Në lidhje me punën e babait më shumë se gjysma 55.6% kishin një profesion kundrejt rreth gjysmës së nënave 49.1% të cilat ishin shtëpiake. Ndërsa në studimin tonë rezultoi se 36% e baballarëve kishin arsim të lartë e pasuniversitar kundrejt nënave me një shifër prej 32%.

Tabela.4.6 . Shpërndarja sipas nivelit ekonomik (të ardhurat mujore familjare)

	Frekuenca	Përqindja	Përqindja e vlefshme	Përqindja Kumulative
Të ulëta (deri në 500 mijë lekë)	451	35.2	35.2	35.2
Të mesme 501 mijë – 1 milion	705	55.0	55.0	90.2
Të larta (Mbi 1 milion lekë)	126	9.8	9.8	100.0
Total	1282	100.0	100.0	

Grafiku.4.6.

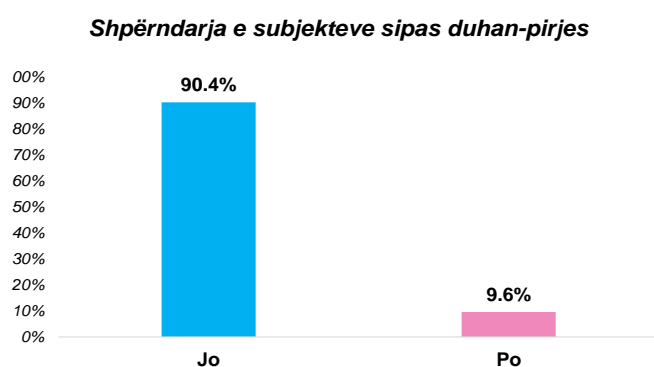


Nga tabela e grafiku i mëposhtëm vërehet se shumica e kampionit ose 90.4% nuk janë përdorues të duhanit kundrejt 9.6% që përdorin duhan.

Tabela 4.7 .Shpërndarja e konsumit të duhanit në popullatën në studim

		Frekuenca	Përqindja	Përqindja e vlefshme	Përqindja Kumulative
Vlerat	Jo	1159	90.4	90.4	90.4
	Po	123	9.6	9.6	100.0
	Total	1282	100.0	100.0	

Grafiku 4.7 .Shpërndarja e konsumit të duhanit në popullatën në studim



Nga tabela shikohet se shumë pak nga studentët rreth 1.6% e tyre konsumojnë një paketë të plotë (20 cigare) brenda një dite, por shumica e studentëve kanë raportuar se konsumojnë vetëm 1-3 cigare në ditë.

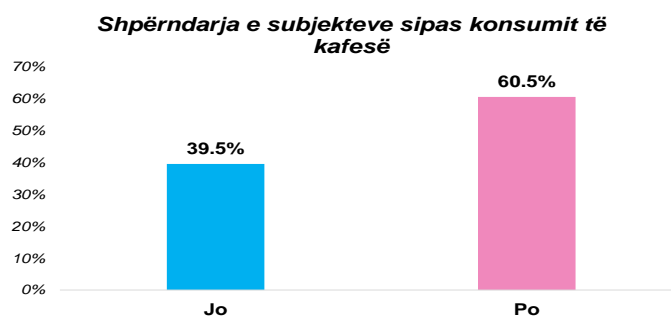
Tabela 4.8 .Shpërndarja e konsumit të duhanit sipas numrit cigareve/dite në popullatën në studim

	Frekuenca	Përqindja	Përqindja e vlefshme	Përqindja Kumulative
1	116	9.0	94.3	94.3
2	3	.2	2.4	96.7
3	1	.1	.8	97.6
10	1	.1	.8	98.4
20	2	.2	1.6	100.0
Total	123	9.6	100.0	
Mungojnë	1159	90.4		
Total	1282	100.0		

Nga të dhënat e tabelës së mësipërme raportojnë se shumica e studentëve të marrë në studim pijnë kafe rreth 60.5% e tyre, ndërsa ata që nuk konsumojnë kafe janë rreth 20% më pak pra 39.5% e tyre nuk konsumojnë kafe.

Tabela 4.9. Shpërndarja e konsumit të kafesë në popullatën në studim

		Frekuenca	Përqindja	Përqindja e vlefshme	Përqindja Kumulative
Vlerat	Jo	507	39.5	39.5	39.5
	Po	775	60.5	60.5	100.0
	Total	1282	100.0	100.0	

Grafiku 4.8.

Nga tabela e mëposhtme rezulton se afërsisht 22% e studentëve përdorin më shumë se tre kafe në ditë (tabela 4.9.1)

Tabela 4.9.1 .Shpërndarja e konsumit të sasisë së kafe/ditë në popullatën në studim

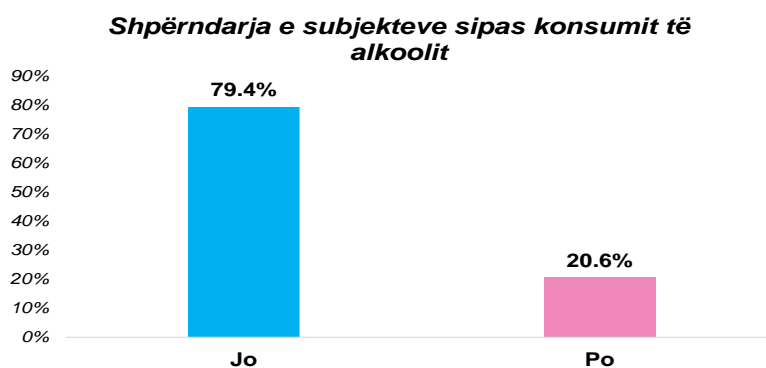
	Frekuenca	Përqindja	Përqindja e vlefshme	Përqindja Kumulative
0	1	.1	.1	.1
1	269	21.0	34.8	34.9
2	329	25.7	42.6	77.5
3	137	10.7	17.7	95.2
4	23	1.8	3.0	98.2
5	8	.6	1.0	99.2
6	4	.3	.5	99.7
7	2	.2	.3	100.0
Total	773	60.3	100.0	
Mungojnë	509	39.7		
Total	1282	100.0		

Nga tabela 4.10. figura 4.9 e mëposhtme shikohet se studentët që janë përdorues të alkoolit janë rreth 20.6% e tyre, dhe nuk janë përdorues rreth 79.4% e studentëve të intervistuar.

Tabela 4.10. Shpërndarja e konsumit të alkoolit në popullatën në studim

		Frekuenca	Përqindja	Përqindja e vlefshme	Përqindja Kumulative
Vlerat	Jo	1018	79.4	79.4	79.4
	Po	264	20.6	20.6	100.0
	Total	1282	100.0	100.0	

Grafiku 4.9.



Nga tabela e mëposhtme vërehet se 48.5% e studentëve konsumojnë çdo ditë sasi të pakët alkoli dhe rreth 15.5% e tyre përdorin më shumë se 250 ml alkool në ditë, ndërsa 1.1% e tyre janë të alkolizuar.

Tabela 4.11. Shpërndarja e konsumit të alkoolit në popullatën në studim

	Frekuenc a	Përqindj a	Përqindja e vlefshme	Përqindja Kumulative
1	128	10.0	48.5	48.5
2	26	2.0	9.8	58.3
3	59	4.6	22.3	80.7
4	41	3.2	15.5	96.2
5	7	.5	2.7	98.9
6	3	.2	1.1	100.0
Total	264	20.6	100.0	
Mungojnë	1018	79.4		
Total	1282	100.0		

Nga tabela 4.11 vërehet se 12.9% e studentëve në studim konsumojnë pothuaj çdo ditë pije energjike.

Tabela 4.12. Shpërndarja e konsumit të pijeve energjike në popullatën në studim

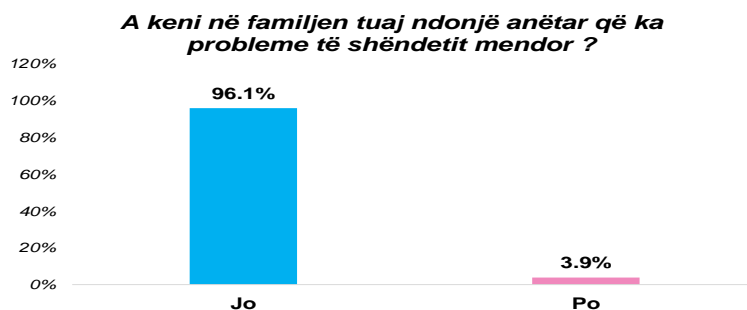
	Frekuenc a	Përqindja	Përqind ja e vlefsh me	Përqindja Kumulative
Pothuajse çdo ditë	165	12.9	12.9	12.9
Ndonjëherë (2-3 herë në javë)	445	34.7	34.7	47.6
Rrallë (1-2 herë në javë)	373	29.1	29.1	76.7
Shumë rrallë ose asnjëherë (më pak se 1 herë në 2 javë ose asnjëherë)	299	23.3	23.3	100.0
Total	1282	100.0	100.0	

Sipas tabelës 4.12 dhe grafikut 4.10 shihet se rreth 3.9% e totalit të popullatës në studim raporton të ketë hereditet për probleme të shëndetit mendor.

Tabela 4.13. Shpërndarja hereditetit familjar për sëmundje mendore në popullatën në studim

	Frekuenca	Përqindja	Përqindja e vlefshme	Përqindja Kumulative
Jo	1232	96.1	96.1	96.1
Po	50	3.9	3.9	100.0
Total	1282	100.0	100.0	

Grafiku 4.10.

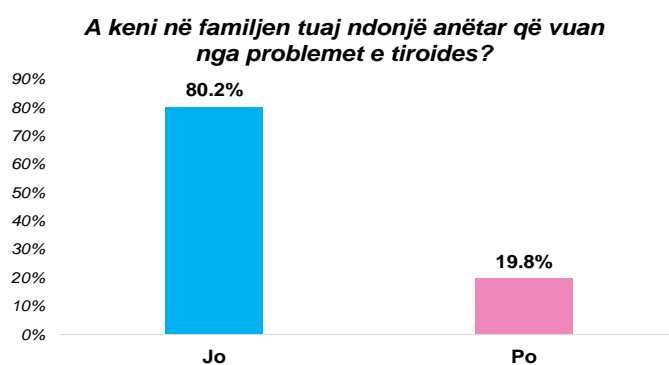


Sipas tabelës 4.14 dhe grafikut 4.11 raportohet se 19.8% e totalit të popullatës në studim kanë prani të sëmundjeve të lidhura me gjendrën tiroide në anëtarët e familjes.

Tabela 4.14. Shpërndarja sëmundjeve tiroidiene në familjet e popullats në studim

	Frekuenca	Përqindja	Përqindja e vlefshme	Përqindja Kumulative
Jo	1028	80.2	80.2	80.2
Po	254	19.8	19.8	100.0
Total	1282	100.0	100.0	

Grafiku 4.11.



Në tabelën 4.15 dhe grafikun 4.12 vërehet se 29.5% e tyre kanë raportuar se kanë një anëtarë me sëmundje kronike.

Tabela 4.15. Shpërndarja sëmundjeve kronike në familjet e popullats në studim

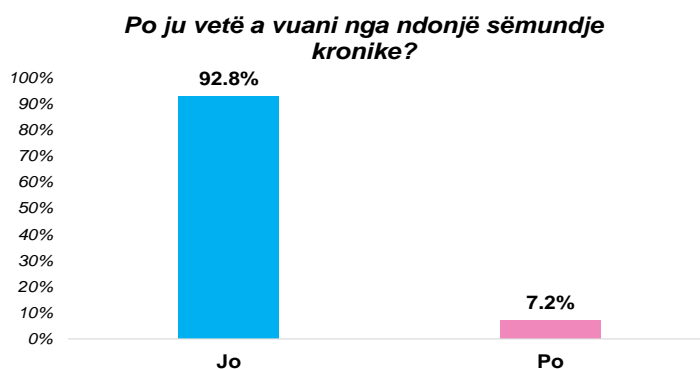
	Frekuenca	Përqindja	Përqindja e vlefshme	Përqindja Kumulative
Jo	904	70.5	70.5	70.5
Po	378	29.5	29.5	100.0
Total	1282	100.0	100.0	

Grafiku 4.12.



Prania e ndonjë sëmundjeje kronike në vetë individët e popullatës në studim rezultoi të jetë 7.2 % e tyre.

Grafiku 4.13. Shpërndarja sëmundjeve kronike në popullatën në studim



II. Analiza e rezultateve të pyetsorit (Inventari i Beck-ut për Ankthin) të përdorur sipas gjetjes së simptomave dhe nivelit të ashpërsisë së tyre.

Nga tabela e mëposhtëme shihet se simptoma e “Mpirje ose ndjesi shpimi si gjilpëra në trup” u gjet në nivel të rëndë në 0.8% në gjithë popullatën në studim ndërsa në nivel të moderuar 7.3% (tabela 4.16)

Tabela 4.16. Prania e simptomës “Mpirje/ndjesi shpimi”

	Frekuenca	Përqindja	Përqindja e vlefshme	Përqindja Kumulative
0	736	57.4	57.4	57.4
1	442	34.5	34.5	91.9
2	94	7.3	7.3	99.2
3	10	.8	.8	100.0
Total	1282	100.0	100.0	

Nga tabela e mëposhtëme shihet se simptoma e “Ndjesi të nxehti në trup” u gjet në nivel të rëndë në 2.2% në gjithë popullatën në studim ndërsa në nivel të moderuar 15.1% (tabela 4.17)

Tabela 4.17. Prania e simptomës “Ndjesi të nxehti në trup”

	Frekuenca	Përqindja	Përqindja e vlefshme	Përqindja Kumulative
0				
1				
2				
3				
Total				

	Frekuenca	Përqindja	Përqindja e vlefshme	Përqindja Kumulative
0	512	39.9	39.9	39.9
1	548	42.7	42.7	82.7
2	194	15.1	15.1	97.8
3	28	2.2	2.2	100.0
Total	1282	100.0	100.0	

Nga tabela e mëposhtëme shihet se simptoma e “*Ndjesi dridhjeje në trup*” u gjet në nivel të rëndë në 3.7% në gjithë popullatën në studim ndërsa në nivel të moderuar 16.6% (tabela 4.18)

Tabela 4.18. Prania e simptomës “*Ndjesi dridhjeje në trup*”

	Frekuenca	Përqindja	Përqindja e vlefshme	Përqindja Kumulative
0	557	43.4	43.4	43.4
1	464	36.2	36.2	79.6
2	213	16.6	16.6	96.3
3	48	3.7	3.7	100.0
Total	1282	100.0	100.0	

Nga tabela e mëposhtëme shihet se simptoma e “*Pamundësi për t’u rehatuar*” u gjet në nivel të rëndë në 6.2% në gjithë popullatën në studim ndërsa në nivel të moderuar 21.9% (tabela 4.19)

Tabela 4.19. Prania e simptomës “*Pamundësi për t’u rehatuar*”

	Frekuenca	Përqindja	Përqindja e vlefshme	Përqindja Kumulative
0	419	32.7	32.7	32.7
1	503	39.2	39.2	71.9
2	281	21.9	21.9	93.8
3	79	6.2	6.2	100.0
Total	1282	100.0	100.0	

Nga tabela e mëposhtëme shihet se simptoma e “*Frikë se mund të ndodhë më e keqja*” u gjet në nivel të rëndë në 7% në gjithë popullatën në studim ndërsa në nivel të moderuar 15.4% (tabela 4.20)

Tabela 4.20. Prania e simptomës “*Frikë se mund të ndodhë më e keqja*”

	Frekuenca	Përqindja	Përqindja e vlefshme	Përqindja Kumulative
0	544	42.4	42.4	42.4
1	450	35.1	35.1	77.5
2	198	15.4	15.4	93.0
3	90	7.0	7.0	100.0
Total	1282	100.0	100.0	

Nga tabela e mëposhtëme shihet se simptoma e “*Marrje mendsh/ndjenjë boshllëku në kokë*” u gjet në nivel të rëndë në 5.8% në gjithë popullatën në studim ndërsa në nivel të moderuar 17.2% (tabela 4.21)

Tabela 4.21. Prania e simptomës “Marrje mendsh/ndjenjë boshllëku në kokë”

	Frekuenca	Përqindja	Përqindja e vlefshme	Përqindja Kumulative
0	535	41.7	41.7	41.7
1	453	35.3	35.3	77.1
2	220	17.2	17.2	94.2
3	74	5.8	5.8	100.0
Total	1282	100.0	100.0	

Nga tabela e mëposhtëme shihet se simptoma e “*Rrahje të shpejta të zemrës*” u gjet në nivel të rëndë në 6.2% në gjithë popullatën në studim ndërsa në nivel të moderuar 17.8% (tabela 4.22)

Tabela 4.22. Prania e simptomës “Rrahje të shpejta të zemrës”

	Frekuenca	Përqindja	Përqindja e vlefshme	Përqindja Kumulative
0	456	35.6	35.6	35.6
1	518	40.4	40.4	76.0
2	228	17.8	17.8	93.8
3	80	6.2	6.2	100.0
Total	1282	100.0	100.0	

Nga tabela e mëposhtëme shihet se simptoma e “*Mungesë qetësie*” u gjet në nivel të rëndë në 7.3% në gjithë popullatën në studim ndërsa në nivel të moderuar 16.5% (tabela 4.23)

Tabela 4.23. Prania e simptomës “Mungesë qetësie”

	Frekuenca	Përqindja	Përqindja e vlefshme	Përqindja Kumulative
0	504	39.3	39.3	39.3
1	474	37.0	37.0	76.3
2	211	16.5	16.5	92.7
3	93	7.3	7.3	100.0
Total	1282	100.0	100.0	

Nga tabela e mëposhtëme shihet se simptoma e “*Ndjesi tmerri*” u gjet në nivel të rëndë në 4.4% në gjithë popullatën në studim ndërsa në nivel të moderuar 12.5% (tabela 4.24)

Tabela 4.24. Prania e simptomës “Ndjesi tmerri”

	Frekuenca	Përqindja	Përqindja e vlefshme	Përqindja Kumulative
0	757	59.0	59.0	59.0
1	308	24.0	24.0	83.1
2	160	12.5	12.5	95.6
3	57	4.4	4.4	100.0
Total	1282	100.0	100.0	

Nga tabela e mëposhtëme shihet se simptoma e “*Nervozizëm/irritim*” u gjet në nivel të rëndë në 8% në gjithë popullatën në studim ndërsa në nivel të moderuar 18.3% (tabela 4.25)

Tabela 4.25. Prania e simptomës “Nervozizëm/irritim”

	Frekuenca	Përqindja	Përqindja e vlefshme	Përqindja Kumulative
0	463	36.1	36.1	36.1
1	483	37.7	37.7	73.8
2	234	18.3	18.3	92.0
3	102	8.0	8.0	100.0
Total	1282	100.0	100.0	

Nga tabela e mëposhtëme shihet se simptoma e “Ndjesi mbytjeje/lëmsh grykë” u gjet në nivel të rëndë në 3.2% në gjithë popullatën në studim ndërsa në nivel të moderuar 8.7% (tabela 4.26)

Tabela 4.26. Prania e simptomës “Ndjesi mbytjeje/lëmsh grykë”

	Frekuenca	Përqindja	Përqindja e vlefshme	Përqindja Kumulative
0	854	66.6	66.6	66.6
1	276	21.5	21.5	88.1
2	111	8.7	8.7	96.8
3	41	3.2	3.2	100.0
Total	1282	100.0	100.0	

Nga tabela e mëposhtëme shihet se simptoma e “Dridhje duarsh” u gjet në nivel të rëndë në 3.4% në gjithë popullatën në studim ndërsa në nivel të moderuar 8.5% (tabela 4.27)

Tabela 4.27. Prania e simptomës “Dridhje duarsh”

	Frekuenca	Përqindja	Përqindja e vlefshme	Përqindja Kumulative
0	749	58.4	58.4	58.4
1	380	29.6	29.6	88.1
2	109	8.5	8.5	96.6
3	44	3.4	3.4	100.0
Total	1282	100.0	100.0	

Nga tabela e mëposhtëme shihet se simptoma e “Ndjesi korrenti në trup” u gjet në nivel të rëndë në 2.7% në gjithë popullatën në studim ndërsa në nivel të moderuar 7.7% (tabela 4.28)

Tabela 4.28. Prania e simptomës “Ndjesi korrenti në trup”

	Frekuenca	Përqindja	Përqindja e vlefshme	Përqindja Kumulative
0	821	64.0	64.0	64.0
1	327	25.5	25.5	89.5
2	99	7.7	7.7	97.3
3	35	2.7	2.7	100.0
Total	1282	100.0	100.0	

Nga tabela e mëposhtëme shihet se simptoma e “Frikë e humbjes kontrollit” u gjet në nivel të rëndë në 2.1% në gjithë popullatën në studim ndërsa në nivel të moderuar 8.7% (tabela 4.29)

Tabela 4.29. Prania e simptomës “Frikë e humbjes kontrollit”

	Frekuenca	Përqindja	Përqindja e vlefshme	Përqindja Kumulative
0				
1				
2				
3				
Total				

	Frekuenca	Përqindja	Përqindja e vlefshme	Përqindja Kumulative
0	821	64.0	64.0	64.0
1	322	25.1	25.1	89.2
2	112	8.7	8.7	97.9
3	27	2.1	2.1	100.0
Total	1282	100.0	100.0	

Nga tabela e mëposhtëme shihet se simptoma “Vështirësi në frymëmarrje” u gjet në nivel të rëndë në 3.5% në gjithë popullatën në studim ndërsa në nivel të moderuar 7.2% (tabela 4.30)

Tabela 4.30. Prania e simptomës “Vështirësi në frymëmarrje”

	Frekuenca	Përqindja	Përqindja e vlefshme	Përqindja Kumulative
0	859	67.0	67.0	67.0
1	286	22.3	22.3	89.3
2	92	7.2	7.2	96.5
3	45	3.5	3.5	100.0
Total	1282	100.0	100.0	

Nga tabela e mëposhtëme shihet se simptoma “Frikë se vdes” u gjet në nivel të rëndë në 2.6% në gjithë popullatën në studim ndërsa në nivel të moderuar 3.2% (tabela 4.31)

Tabela 4.31. Prania e simptomës “Frikë se vdes”

	Frekuenca	Përqindja	Përqindja e vlefshme	Përqindja Kumulative
0	1062	82.8	82.8	82.8
1	146	11.4	11.4	94.2
2	41	3.2	3.2	97.4
3	33	2.6	2.6	100.0
Total	1282	100.0	100.0	

Nga tabela e mëposhtëme shihet se simptoma “Ndjesi lemerie/alarmi” u gjet në nivel të rëndë në 3.3% në gjithë popullatën në studim ndërsa në nivel të moderuar 7% (tabela 4.32)

Tabela 4.32. Prania e simptomës “Ndjesi lemerie/alarmi”

	Frekuenca	Përqindja	Përqindja e vlefshme	Përqindja Kumulative
0	916	71.5	71.5	71.5
1	234	18.3	18.3	89.7
2	90	7.0	7.0	96.7
3	42	3.3	3.3	100.0
Total	1282	100.0	100.0	

Nga tabela e mëposhtëme shihet se simptoma “Fryrje/parehati në bark” u gjet në nivel të rëndë në 3.4% në gjithë popullatën në studim ndërsa në nivel të moderuar 10.5% (tabela 4.33)

Tabela 4.33. Prania e simptomës “Fryrje/parehati në bark”

	Frekuenca	Përqindja	Përqindja e vlefshme	Përqindja Kumulative
0	678	52.9	52.9	52.9
1	426	33.2	33.2	86.1
2	134	10.5	10.5	96.6

3	44	3.4	3.4	100.0
Total	1282	100.0	100.0	

Nga tabela e mëposhteme shihet se simptoma “Ndjesi të fikti” u gjet në nivel të rëndë në 2.3% në gjithë popullatën në studim ndërsa në nivel të moderuar 7.3% (tabela 4.34)

Tabela4. 34. Prania e simptomës “Ndjesi të fikti”

	Frekuenca	Përqindja	Përqindja e vlefshme	Përqindja Kumulative
0	829	64.7	64.7	64.7
1	329	25.7	25.7	90.3
2	94	7.3	7.3	97.7
3	30	2.3	2.3	100.0
Total	1282	100.0	100.0	

Nga tabela e mëposhteme shihet se simptoma “Skuqje në fytyrë” u gjet në nivel të rëndë në 4.2% në gjithë popullatën në studim ndërsa në nivel të moderuar 12.2% (tabela 4.35)

Tabela4. 35. Prania e simptomës “Skuqje në fytyrë”

	Frekuenca	Përqindja	Përqindja e vlefshme	Përqindja Kumulative
0	549	42.8	42.8	42.8
1	523	40.8	40.8	83.6
2	156	12.2	12.2	95.8
3	54	4.2	4.2	100.0
Total	1282	100.0	100.0	

Nga tabela e mëposhteme shihet se simptoma “Djerësitje jo prej të nxehtit/vapës” u gjet në nivel të rëndë në 4.3% në gjithë popullatën në studim ndërsa në nivel të moderuar 11.2% (tabela 4.36)

Tabela 4.36. Prania e simptomës “Djersitje jo prej të nxehtit/vapës”

	Frekuenca	Përqindja	Përqindja e vlefshme	Përqindja Kumulative
0	647	50.5	50.5	50.5
1	436	34.0	34.0	84.5
2	144	11.2	11.2	95.7
3	55	4.3	4.3	100.0
Total	1282	100.0	100.0	

II. Analiza statistikore sipas rezultateve të pyetsorit BAI

Të dhënat për analizën statistikore janë përpunuar sipas SSPS 15, nëpërmjet përdorimit të BAI-it ku janë marrë në konsideratë niveli i moderuar dhe i rëndë i ankthit si rezultate që kanë rëndësi në analizën tonë.

Në analizën tonë merret në konsideratë niveli i pikëzimit të pyetësorit të përdorur BAI prej nga rezultuan dy grupe studentësh: një grup që nuk ka simptoma ankthi (e shprehur në përqindje) dhe një grup tjetër që ka nivel të lartë ankthi, persistencë të tij për një periudhë

kohore brenda 6 muajve. Ky grupi i fundit është subjekt i vlerësimit psikiatrik dhe psikologjik për të mbërritur në përqindjen e kampionit që plotëson kriteret për çrregullim të ankthit të gjeneralizuar.

Siç edhe vihet re prej të dhënave të tabelës 36 dhe figurës 1 kemi një diferencë statistikisht të rëndësishme ndërmjet dy gjinive (ANOVA, $P < 0,001$). Gjinia e cila është më e predispozuar për të shënuar pikë më të larta në pikëzimin e ankthit (dhe si pasojë më e ekspozuar ndaj simptomave të ankthit) është gjinia femërore.

Tabela 4.37 . Diferenca gjinore analizuar me metodën ANOVA

ANOVA					
	Shuma e katrorëve	df	Katrori i mesatares	F	Vlera e P-së
Ndërmjet grupeve	7481.949	1	7481.949	81.494	0.000
Brenda grupeve	117517.100	1280	91.810		
Totali	124999.049	1281			

Figura. 4.1 Grafiku i diferencës së mesatare

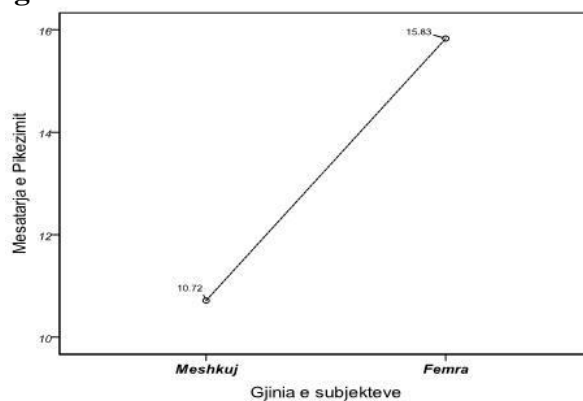


Tabela 4.37 dhe figura 4.1 më poshtë bëjnë realizimin e vlerësimit të nivelit (*ashpërsisë*) së simptomave të ankthit tek subjektet në studim. Pas plotësimit të pyetësorit u analizuan të gjitha pikët e arritura në 21-shen e pyetjeve që realizonin përcaktimin e ashpërsisë së ankthit. Kështu *ankth minimal* u klasifikuan të gjithë ato subjekte të cilat kishin shënuar **0-7 pikë**, *ankth i lehtë* **8-15 pikë**, *ankth i moderuar* **16-25 pikë** dhe *ankth i rëndë* **26 pikë ose më tepër**.

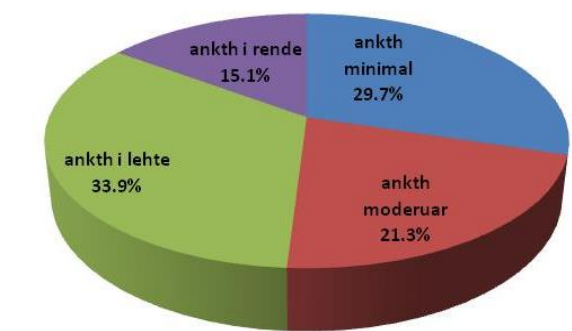
Tabela 4.38. Frekuenca e nivelit të ankthit në gjithë popullatën në studim

	Frekuenca	Përqindja	Përqindja e vlefshme	Përqindja Kumulative
Ankth minimal	381	29.7	29.7	29.7
Ankth i lehtë	434	33.9	33.9	63.6
Ankth i moderuar	273	21.3	21.3	84.9

Ankth i rëndë	194	15.1	15.1	100.0
Total	1282	100.0	100.0	

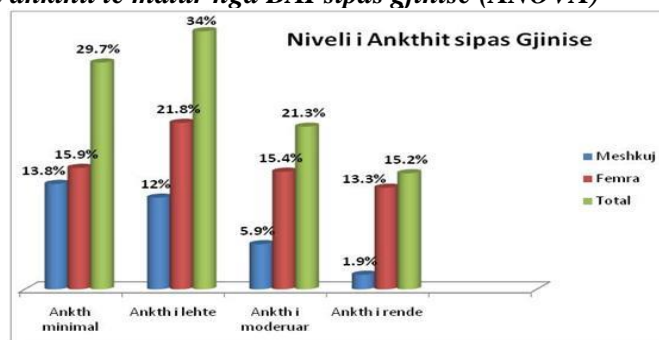
Grafiku .4.14 .Përqindja e nivelit të ankthit në gjithë popullatën në studim

Nivelet e ankthit ne perqindje sipas BAI-t



Në bazë të të dhënave të gjetura nga studimi ynë rezulton se afërsisht vetëm 30% e studentëve nuk kanë raportuar ankth ndërsa një përqindje e madhe studentësh raportojnë prani të nivele të ndryshme të ankthit e që në total janë rreth 70%. Ky rezultat në pamje të parë rezulton i lartë por duke iu referuar shpërndarjes sipas niveleve (ashpërsisë së ankthit) popullata e cila ka nevojë të trajtohet është 21.3 % (ankthi i moderuar) dhe 15.1% (ankthi i rëndë). Ky është një rezultat i cili nuk qëndron shumë larg rezultateve të raportuara edhe nga një studim i ngjashëm i “Center for Collegiate Mental Health at Penn State” i viteve të fundit i cili vlerëson tendencën e llojeve të çrregullimeve psikiatrike në popullatën studentore referon se 56.1% e tyre vuajnë nga ankthi dhe që pasohet nga depresioni në nivel 46.3%. nga ky studim është arritur në konkluzionin se ankthi tashmë konsiderohet si një nga diagnozat kryesore të shëndetit mendor në popullatën studentore duke ia kaluar depresionit që prej shumë vitësh qe konsideruar si sëmundja kryesore.

Në lidhje me nivelin e ankthit është raportuar rreth 30% se studentëve kanë nivel pothuaj normal ankthi ndërsa 34% e tyre kanë një nivel shumë të lehtë ankthi përkundrajt 21.3% nivel të moderuar dhe 15.2% nivel të rëndë ankthi. Ky grafik na pasqyron po ashtu se niveli më i lartë i ankthit veçanërisht forma e rëndë raportohet prej femrave 13.3% ndërsa meshkujt shumë më pak, afërsisht 2%. Pra në total duke marrë në konsideratë kriteret e përfshirjes konsiderohet ankthi patologjik/çrregullim ankthi ata që kanë rezultuar me nivel të lartë ankthi sipas BAI-t dmth **1,8%** meshkuj dhe **13.3%** femra grafiku 12.

Grafiku.4. 15. Niveli i ankthit të matur nga BAI sipas gjinisë (ANOVA)

Siç edhe vihet re prej të dhënave të tabelave dhe grafikut të mësipërm, kemi një diferencë statistike të rëndësishme ndërmjet dy gjinive (ANOVA, $P < 0,001$). Gjinia e cila është më e predispozuar për të shënuar pikë më të larta në pikëzimin e ankthit (dhe si pasojë më e ekspozuar ndaj simptomave të ankthit) është gjinia femër.

Këto shifra janë të përafërta me një studim të kryer në 2010 nga American College Counseling Association dhe cituar nga The Times në 2015 ku raportohet se studentët me gjendje ankthi dhe që kanë kërkuar ndihmë mjekësore kanë qenë rreth 17% (**Link:** <http://ëëë.businessinsider.com/anxiety-is-the-biggest-mental-health-problem-facing-college-students-2015-6>).

Më poshtë paraqiten rezultatet e diferencave gjinore të pikëzimit të ankthit sipas BAI duke përdorur metodën e analizës statistikore One Way ANOVA. Shihet se femrat kanë pikëzime më të larta sesa meshkujt me 15.8 ± 10.3 . Nga të dhënat e studimeve analoge epidemiologjike por edhe nga studimet klinike rezulton se ankthi dhe çrregullimet e tij të kenë nivele më të larta tek femrat krahasuar me gjininë tjetër. Kjo shpjegohet edhe me faktin se pjesa më e madhe e kampionit tonë vijnë prej fakultetit të infermierisë degë e përzgjedhur kryesisht nga femrat. Një nga çështjet e mara në konsideratë para përcaktimit të periudhës kohore të kryerjes së studimit ka qenë përzgjedhja e realizimit të studimit jashtë sezonit të provimeve, për të shmangur atë që quhet “ankth i provimit” ose “emotional failure” dhe që literatura sugjeron se është më i lartë ndër femrat. (34)

Tabela 4.B/1. Shpërndarja e popullatës në studim sipas Fakulteteve

	Të dhëna deskriptive mbi diferencat gjinore të pikëzimit							
	N	Mesatar e	Devijim std.	Gabimi std.	95% Intervali i Besimit		Min	Max
					Kufiri poshtëm	Kufiri i sipërm		
Meshkuj	431	10.7	7.9	0.38	9.96	11.4	0.00	44
Femra	851	15.8	10.3	0.35	15.1	16.5	0.00	50
Totali	1282	14.1	9.87	0.27	13.8	14.6	0.00	50

ANOVA

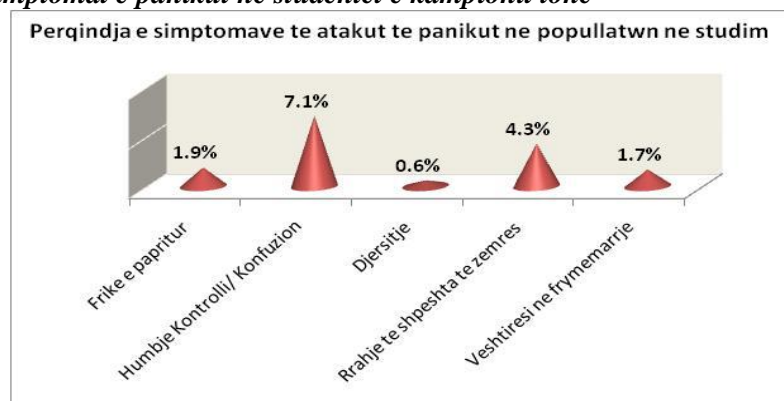
	Shuma e katrorëve	df	Katrori i mesatares	F	Vlera e P-së
Ndërmjet grupeve	7481.949	1	7481.949	81.494	0.000
Brenda grupeve	117517.100	1280	91.810		
Totali	124999.049	1281			

Tabela 4.39 dhe grafiku 4.16 paraqesin vlerësimin e simptomave të panikut duke u bazuar në simptomatikën dominuese me këto karakteristika: fillim i papritur, kohëzgjatje më shumë se 10 minuta, me prani të frikës së përsëritjes së këtyre simptomave (të cilat në tabelën e mëposhtme janë dalluar me ngjyrën e kuqe). Për t'i konsideruar simptoma ataku paniku prej listës së mëposhtëm duhet të jenë të pranishme të paktën katër prej tyre dhe këto janë paraqitur në grafikun 13.

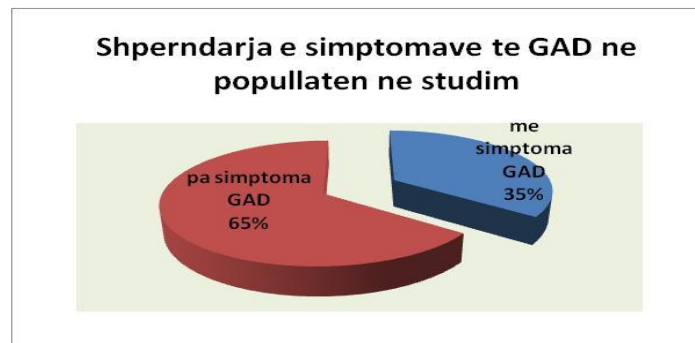
Tabela 4.39. Frekuenca e nivelit të ankthit në gjithë popullatën në studim

	Frekuenca	Përqindja	Përqindja e vlefshme	Përqindja Kumulative
Pa SIMPTOMA	380	26.2	26.2	26.2
Tensionim muskular	3	.2	.2	26.4
Ankth	126	9.8	9.8	36.3
Parehati	24	1.9	1.9	38.1
Dhimbje koke	20	1.6	1.6	39.7
Djersitje	55	4.3	4.3	44.0
Dridhje	152	11.9	11.9	55.9
Frikë e papritur	24	1.9	1.9	57.7
Frymëmarrje e shpejtë	30	2.3	2.3	60.1
Humbje kontrolli	91	7.1	7.1	67.2
Konfuzion	8	.6	.6	67.8
Nervozizëm/agresivitet	250	19.5	19.5	87.3
Rrahje të shpejta të zemrës	46	3.6	3.6	90.9
Skuqje fytyre	32	2.5	2.5	93.4
Missing	19	1.4	1.4	
Vështirësi në frymëmarrje	22	1.7	1.7	100.0
Total	1282	100.0	100.0	

Grafiku.4 .16. Simptomat e panikut në studentët e kampionit tonë



Grafiku 4.17. Shperndarja e simptomave te ankthit te gjeneralizuar ne kampionin tonë



Në këtë grafik (4.17) bazuar në raportimin e bërë për simptomat e ankthit të gjeneralizuar siç janë paraqitur në grafikun 13, paraqitet prania vetëm e simptomave të ankthit të gjeneralizuar, prej nga rezulton se 35% e tërë popullatës në studim kanë simptoma të ankthit të gjeneralizuar. Por duhet patur parasysh se kriteret për çrregullimin e ankthit të gjeneralizuar i kanë plotësuar vetëm 14.2% e studentëve.

Grafiku 4.18. Prevalenca e Ankthit në popullatën në Studim



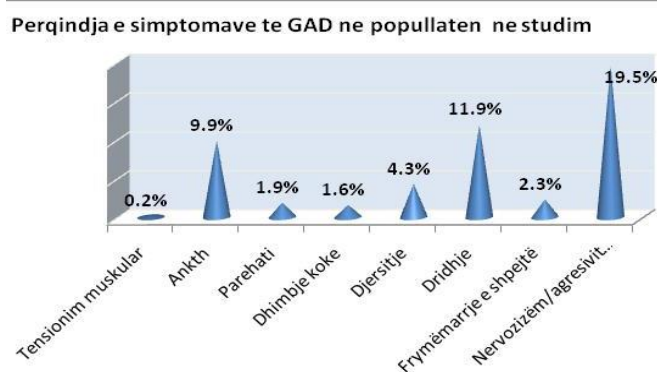
Nga grafiku 4.18, kuptojmë shpërndarjen e simptomave të ankthit kryesisht të atakut të panikut të raportuara për një periudhë kohore jo më pak se 1 muaj. Siç shihet 61% e kampionit në studim nuk raporton simptoma paniku ndërsa 5.9% e tyre raportojnë simptoma të panikut, pra prevalenca e simptomave të panikut në kampionin e marrë në studim në 1 muaj është gjetur 3.9%. Në DSM-IV-TR raportohet prevalenca përgjatë jetës e çrregullimit të panikut (jo e simptomave të atakut të panikut) rezulton të variojë nga 1.5%-3.5% ndërsa prevalenca e një viti është 1-2%. Siç vihet re rezultati ynë është i përafërt me atë të raportuar në DSM-IV-TR.

Në një studim të kryer nga Ronald.C., Kesler e të tjerë (2006) mbi epidemiologjinë e atakut të panikut në një studim "survey" kanë arritur në përfundimin se 3.7% kanë çrregullim paniku pa agorafobi, një rezultat ky mjaft i ngjashëm me rezultatin tonë. Ky studim po ashtu raporton se ataket e izoluar të panikut kanë një prevalencë shumë më të lartë dhe kanë rol të rëndësishëm në dëmtimin e funksionimit të individit. Edhe në studimin tonë është gjetur se afërsisht 21% kanë simptoma minimale të panikut shifër kjo që është shumë e afërt me studimin më lart i cili e ka gjetur këtë rezultat në shifrën 22.7%

Një tjetër rezultat shumë i rëndësishëm nga analiza jonë statistikore është edhe gjetja e prevalencës së çrregullimit të ankthit të gjeneralizuar në shifrën 14.2%. Pra, studentët të cilët

janë përfshirë në studim përgjate dy periudhave 3 mujore na japin rezultatin e ndodhjes së çrregullimit të ankthit të gjeneralizuar në një periudhë 6 mujore, ose thënë ndryshe përcaktuar prevalencën e çrregullimit të ankthit të gjeneralizuar. Ky rezultat nuk është rrjedhojë vetëm e gjetjeve të pyetësorit BAI por krahas këtij edhe i vlerësimit të plotë klinik të psikiatrive (shih metodologjinë), të cilën konfirmuan diagnozën e çrregullimit të ankthit të gjeneralizuar në 14.2% të të gjithë popullatës në studim. Rezultati i gjetur në studimin tonë është i përafërt me atë të DSM-IV-TR ku raportohet se GAD është 12%.

Grafiku 4.19. Prevalenca e simptomave të GAD në popullatën në studim



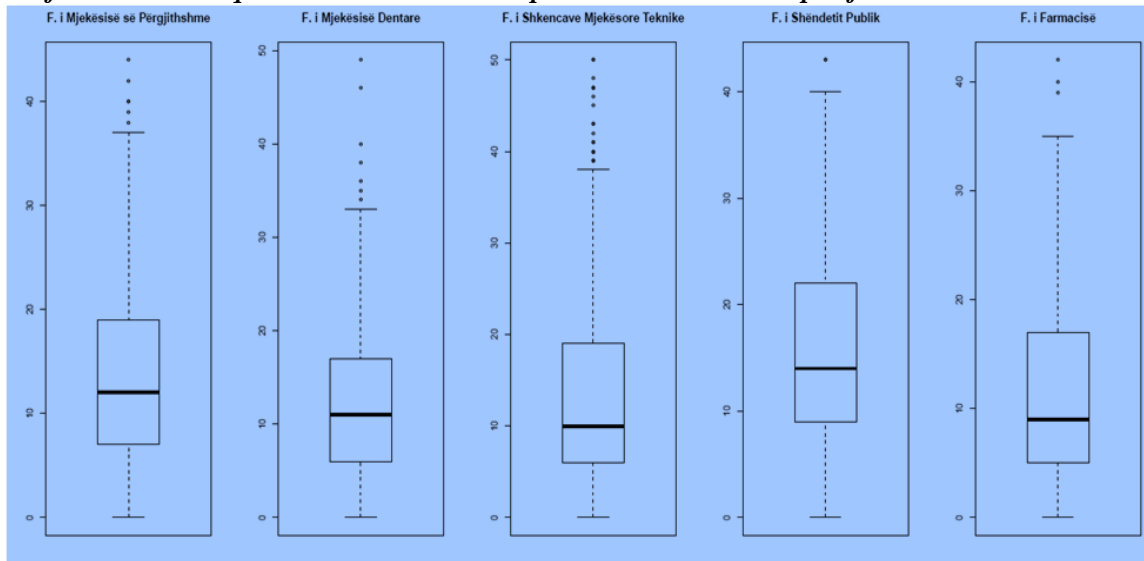
Diskutimi i mësipërm në lidhje me çrregullimin e ankthit të gjeneralizuar paraqitet qartë edhe në simptomatikat që kanë dominuar tablonë klinike të studentëve pjesëmarrës në studim dhe që janë referuar profesionistëve të shëndetit mendor për trajtim e ndekje të mëtejshme. Pra, nëpërmjet këtij studimi ne gjetën se një pjesë e konsiderueshme e studentëve kanë nevojë për ndërhyrje të llojeve të ndryshme sipas nivelit të ankthit dhe ndikimit të tij në performancën akademike. Këto ndërhyrje mund të jenë komplekse që nga ajo psikologjike deri në trajtim mendikamentoz. Ndoshta të dhënat e këtij studimi mund të ndikojnë që strukturat akademike ta kenë në vëmendje të ndërtojnë krahas aktivitetet të mësimdhënies edhe aktivitete rekreative.

III. Analiza Statistike Krahasuese sipas Fakulteteve dhe Viteve Akademike

Më poshtë do të paraqesim shpërndarjen e nivelit të ankthit sipas fakulteteve dhe viteve akademike, si dhe krahasimin e nivlit të ankthit ndërmjet studentëve të të pestë fakulteteve dhe të tre viteve akademike.

Tabela 4.40. Paraqet rezultatet statistikore për nivelin e ankthit sipas fakulteteve

	Fakulteti I Mjekësisë së Përgjithshme	F. i Mjekësisë Dentare	F. i Shkencave Mjekësore Teknike	F. i Shëndetit Publik	F. i Farmacisë
Mean	13.8	12.8	13.2	16.0	12.0
95% Confidence Interval for Mean	12.8-14.9	11.6-14.0	12.5-14.0	14.1-17.8	10.3-13.8
Median	12.0	11.0	10.0	14.0	9.0
Std. Deviation	9.4	9.2	10.0	9.9	9.6
Interquartile Range	12.5	11.5	13.00	14.00	12.0

Grafiku 4.20. Paraqet rezultatet statistikore për nivelin e ankthit sipas fakulteteve

Referuar grafikut nr. 4.20, vlerat e mesatares lidhur me nivelin e ankthit sipas fakulteteve është: për Fakultetin e Mjekësisë $X=13.8$; për Fakultetin e Mjekësisë Dentare $X=12.8$; F. i Shkencave Mjekësore Teknike $X=13.2$; për Fakultetin e Shëndetit Publik $X=16$; për Fakultetin e Farmacisë $X=10.3$.

Sipas këtij rezultati vërehet se diferenca e nivelit të ankthit midis fakulteteve është e vogël, ku nivelin më të lartë e kanë studentët e Fakultetit të Mjekësisë dhe nivelin më të ulët e kanë studentët e Fakultetit të Farmacisë. Ky rezultat mund të jetë ndikuar nga disa faktorë ndër të cilët mund të përmendim shpërndarja jo e barabartë e kampionit, shpërndarja jo e barabartë e kampionit sipas gjinisë, vështirësia e kurrikulave dhe e profesionit, shkalla e ndryshme e përgatitjes personale në varësi të Fakultetit që ka zgjedhur, çështje që lidhen me sjelljen adaptuese, etj.

Tabela 4.41. Përmbledhja e testit të Hipotezës Zero dhe vlerat e testit Kruskal Wallis

Hipoteza Nul	Lloji i Testit	Sinjifikanca
Shpërndarja e pikëzimit është e njëjtë ndërmjet Fakulteteve	Kruskal Wallis	0.002

Sipas testit Kruskal Wallis, i cili analizon shpërndarjen e nivelit të ankthit midis fakulteteve, vërejmë se kemi një rezultat me rëndësi statistikore $p=0.002$ (tabela 40).

Më poshtë është paraqitja grafike e testit Pairwise që u përdor për të krahasuar nivelin e ankthit ndërmjet fakulteteve.

Figura.2. Niveli i ankthit në bazë të “Testit Pairwise” ndërmjet 5 fakulteteve

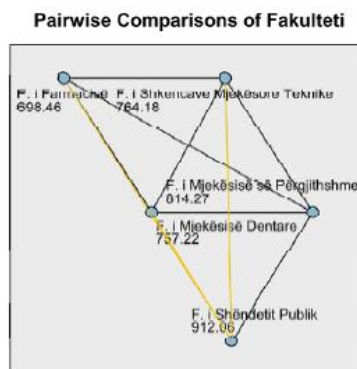


Tabela 4.42. Analiza krahasuese e nivelit të ankthit midis Fakulteteve sipas Testit Pairwise

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
F. i Farmacisë-F. i Mjekësisë Dentare	58.766	50.712	1.159	.247	1.000
F. i Farmacisë-F. i Shkencave Mjekësore Teknike	65.718	44.033	1.492	.136	1.000
F. i Farmacisë-F. i Mjekësisë së Përgjithshme	115.816	47.674	2.429	.015	.151
F. i Farmacisë-F. i Shëndetit Publik	213.597	58.325	3.662	.000	.003
F. i Mjekësisë Dentare-F. i Shkencave Mjekësore Teknike	-6.952	34.146	-.204	.839	1.000
F. i Mjekësisë Dentare-F. i Mjekësisë së Përgjithshme	57.050	38.727	1.473	.141	1.000
F. i Mjekësisë Dentare-F. i Shëndetit Publik	-154.831	51.272	-3.020	.003	.025
F. i Shkencave Mjekësore Teknike-F. i Mjekësisë së Përgjithshme	50.098	29.116	1.701	.089	.889
F. i Shkencave Mjekësore Teknike-F. i Shëndetit Publik	-147.879	44.678	-3.310	.001	.009
F. i Mjekësisë së Përgjithshme-F. i Shëndetit Publik	-97.781	48.270	-2.026	.043	.428

Sipas tabelës 4.42 rezulton se krahasimi i niveleve të ankthit midis fakulteteve dy e nga dy është si më poshtë:

Nuk kanë ndryshim të rëndësishëm statistikor midis çifteve të mëposhtëme: Fakulteti i Farmacisë dhe ai i Mjekësisë Dentare; Fakulteti i Farmacisë dhe i Shkencave Mjekësore Teknike; Fakulteti i Mjekësisë Dentare dhe i Shkencave Mjekësore Teknike; Fakulteti I Shkencave Mjekësore Teknike dhe Fakulteti i Mjekësisë së Përgjithshme.

Rezultatet krahasuese të nivelit të ankthit midis cifteve kanë gjetur diferencë me rëndësi statistikore ndërmjet midis fakultetit të Farmacisë dhe Fakultetit të Mjekësisë së Përgjithëshme ($p=0.015$); Fakulteti i Farmacisë dhe Fakulteti i Shëndetit Publik ($p=0.0001$); Fakulteti i Mjekësisë Dentare dhe Fakulteti i Shëndetit Publik ($p=0.003$); Fakulteti i Shkencave Mjekësore Teknike dhe Fakulteti i Shëndetit Publik ($p=0.001$) dhe Fakultetit të Mjekësisë së Përgjithëshme e Fakulteti i Shëndetit Publik ($p=0.04$).

Në çiftin e Fakultetit të Farmacisë dhe Fakultetit të Mjekësisë së Përgjithëshme ($p=0.015$) vërehet një diferencë me rëndësi statistikore që do të thotë se niveli i ankthit në këto dy fakultete është shumë i shprehur. Kjo mund të jetë ndikuar nga lloji i kurikulave mësimore, faza e gjatë parapregatitore për të fituar të drejtën e studimit në këto dy fakultete, nevoja për të patur rezultate të larta përgjatë viteve të fakultetit (studentët e këtyre dy fakulteteve konsiderohen si më të mirët dhe që e përzgjedhin vetë degën).

Në çiftin Fakulteti i Farmacisë dhe Fakulteti i Shëndetit Publik ($p=0.0001$) vërehet një diferencë me rëndësi statistikore dhe kjo mund të jetë ndikuar nga vështirësia e kurrikulave për fakultetin e farmacisë dhe perspektivat e ndryshme të punësimit për këto dy fakultete.

Në çiftin Fakulteti i Mjekësisë Dentare dhe Fakulteti i Shëndetit Publik ($p=0.003$) vërehet një diferencë me rëndësi statistikore, rezultat i cili mund të ndikohet gjithashtu nga perspektivat e ndryshme të punësimit për këto dy fakultete, si dhe nga prania ose jo e kontaktit me pacientin (ku studentët e shëndetit publik nuk kanë të njëjtën përjasje me pacientin).

Në çiftin Fakulteti i Shkencave Mjekësore Teknike dhe Fakulteti i Shëndetit Publik ($p=0.001$) vërehet një diferencë me rëndësi statistikore dhe në analizën tonë rezulton se faktorët që mund të ndikojnë për këtë nivel të shprehur ankthi janë diferenca e llojit të përjasjes me pacientin ku ata të infermierisë kanë kontakte të drejtpërdrejta, bëjnë manipulime terapeutike, ofrojnë kujdes infermior jo vetëm në stadet akute por edhe në sëmundje kronike pra, kujdes afatgjatë. Ndërsa ndodh krejt ndryshe me studentët e shëndetit publik ku sfidat janë të një tjetër lloji si p.sh., perspektiva e punësimit pas mbarimit të fakultetit ku mundësi për ta është më e kufizuar krahasuar me ata të infermierisë apo nevoja për të qenë në grupe pune kërkimesh shkencore është një kërkesë e kohës dhe gjithnjë në rritje.

Në çiftin e Fakultetit të Mjekësisë së Përgjithëshme e Fakulteti i Shëndetit Publik ($p=0.04$) vërehet një diferencë me rëndësi statistikore i cili mund të shpjegohet me faktin që tre vitet e para të mjekësisë kanë kurikula të ngarkuara lëndësh paraklinike me shkallë të lartë vështirësie krahasuar me kurikulën e fakultetit të shëndetit publik, e ndërsa në fund të vitit të tretë këta të fundit janë në mbarim studentët e mjekësisë janë veçse në “gjysëm të rrugës”.

Referuar tabelës 4.43, në të cilën vërejmë treguesit e shpërndarjes së ankthit sipas viteve akademike bazuar .

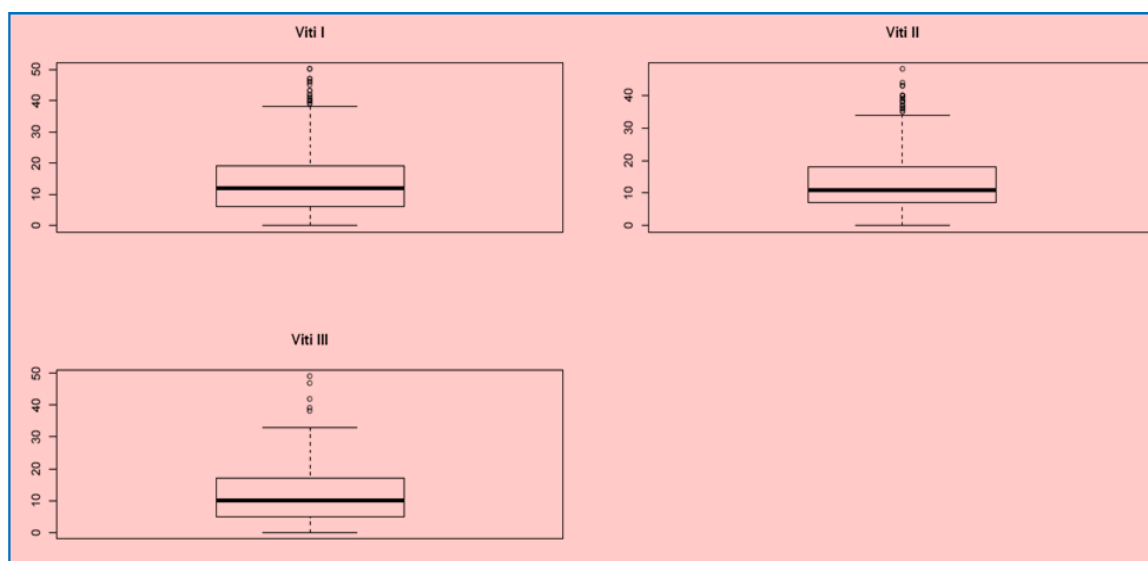
Tabela 4.43. Paraqet rezultatet statistikore për nivelin e ankthit sipas viteve akademike

	Viti i Parë	Viti i Dytë	Viti i Tretë
Mean	14.2	13.4	11.8
95% Confidence Interval for Mean	13.5-15.0	12.6-14.1	10.8-12.8
Median	13.5	11.0	10.0

Std. Deviation	10.3	9.3	9.1
Interquartile Range	13.0	11.0	12.0

Referuar grafikut 4.21 që shpreh vlerat e medianës për nivelet e ankthit sipas viteve rezultojnë se nuk ka shpërndarje të barabartë të kampionit (shpërndarja Gausiane) ku vërehet se 75% e kampionit i korrespondon vlerave më të larta të pikëzimit të ankthit, ndërsa 25% i korrespondon vlerave më të ulëta të pikëzimit të ankthit. Nga grafiku 17 (sipas medianës) vërehen ndryshime të lehta në nivelin e pikëzimit të ankthit ndërmjet tre viteve akademike.

Grafiku 4.21. Paraqet rezultatet statistikore për nivelin e ankthit sipas viteve bazuar në medianën

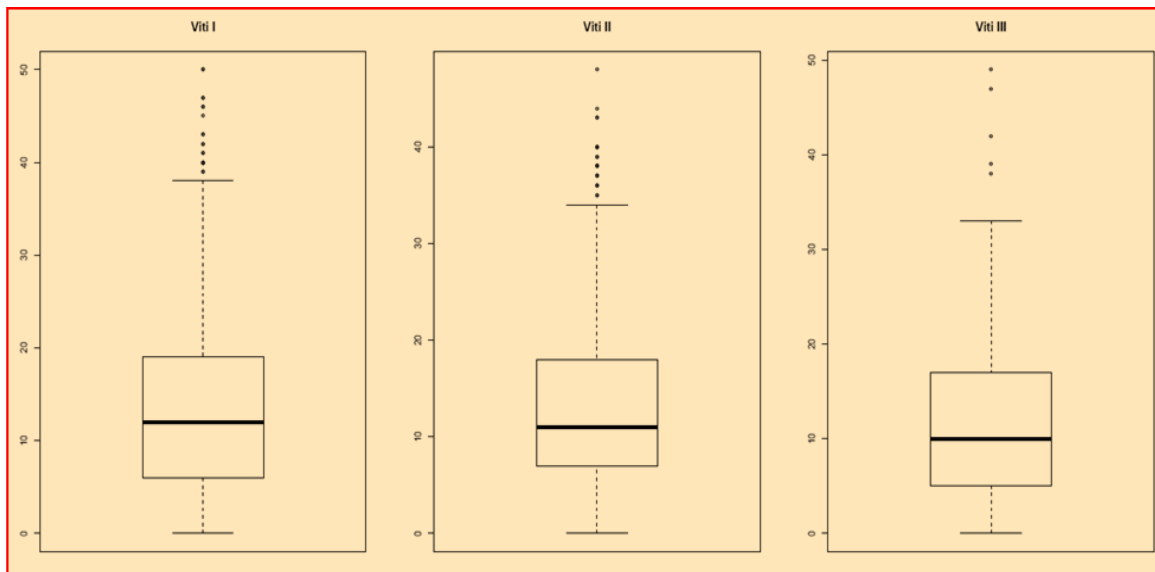


Nga grafiku 4.22 i cili shpreh shpërndarjen e niveleve të ankthit bazuar në mesataren sipas viteve akademike vihet re se për vitin e parë mesatarja e pikëzimit të ankthit është $X=14.2$, për vitin e dytë ky tregues është $X=13.4$ dhe për vitin e tretë ky tregues është $X=11.8$.

Sipas këtij rezultati vërehet se diferenca e nivelit të ankthit midis viteve akademike vërehet një diferencë e dukshme ku nivelet më të larta të ankthit janë për vitin e parë akademik e vijnë duke rënë në vitet e mëpasme.

Ky rezultat mund të jetë i ndikuar nga disa faktorë ndër të cilët mund të përmendim shpërndarja jo e barabartë e kampionit, shpërndarja jo e barabartë e kampionit sipas gjinisë, vështirësia e kurrikulave dhe e profesionit, shkalla e ndryshme e përgatitjes personale në varësi të Fakultetit që ka zgjedhur, çështje që lidhen me sjelljen adaptuese si dhe perspektiva e punësimit pas mbarimit të fakultetit etj.

Grafiku 4.22. Paraqet rezultatet statistikore për nivelin e ankthit sipas viteve bazuar në mesatare



Sipas testit Kruskal Wallis, i cili analizon shpërndarjen e nivelit të ankthit ndërmjet tre viteve, vërejmë se kemi një rezultat me rëndësi statistikore $p=0.001$ (tabela 44).

Tabela 4.44. Përmbledhja e testit të Hipotezës Zero dhe vlerat e testit Kruskal Wallis

Hipoteza Nul	Lloji i Testit	Sinjifikanca
Shpërndarja e pikëzimit është e njëjtë ndërmjet Fakulteteve	Kruskal Wallis	0.001

Më poshtë është paraqitja grafike e testit PairWise që u përdor për të krahasuar nivelin e ankthit ndërmjet tre viteve akademike (tabela 45)

Tabela 4.45. Analiza krahasuese e nivelit të ankthit midis tre viteve akademike sipas Testit Pairwise

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
Viti III-Viti II	83.580	31.523	2.651	.008	.024
Viti III-Viti I	109.349	30.409	3.596	.000	.001
Viti II-Viti I	25.789	25.720	1.003	.316	.940

Rezulton se midis vitit të dytë dhe të parë nuk ka diferencë me rëndësi statistikore në nivelin e ankthit, ndërsa gjendet diferencë me rëndësi statistikore ndërmjet vitit të tretë dhe vitit të parë me vlerën $p=0.0001$ dhe ndërmjet vitit të tretë dhe të dytë me $p=0.008$

IV. Vlerësimi i prediktorit konsum ALKOOLI dhe pikëzimit të shkallës së ankthit

Nga analiza rezulton se ka një lidhje statistikisht të rëndësishme ndërmjet nivelit të ankthit dhe përdorimit të alkolit (tabela 4.46)

Tabela 4.46. Niveli i ankthit dhe përdorimi i alkoolit

		Pikëzimi	Alkooli konsum
Korrelacioni i 'Pearson'	Pikëzimi	-	0.742
	Alkooli konsum	0.742	-
Sinjifikanca	Pikëzimi	-	0.01
	Alkooli konsum	0.01	-
N	Pikëzimi	-	264
	Alkooli konsum	264	-

Duke përdorur metodën e analizës ANOVA duke konsideruar si variabël të varur nivelin e ankthit dhe si prediktor konsumin e alkoolit rezulton se ka një lidhje statistikisht domethënëse me vlerën e **p=0.021** (tabela 4.47)

Tabela 4.47. Niveli i ankthit dhe përdorimi i alkoolit sipas ANOVA

ANOVA ^a						
Model		Shuma e katrorëve	df	Katrori i mesatares	F	Vlera e P-së
1	Regresioni	610.932	1	610.932	5.411	.021^b
	Residualët	29583.701	262	112.915		
	Total	30194.633	263			
a. Variabli i varur: Pikëzimi						
b. Prediktorët: (Konstantja), Alkooli konsum						

Tabela 4.48. Niveli i ankthit dhe përdorimi i alkoolit sipas regresionit

Koefficientët								
Model		Koefficientët e pa standartizuar		Koefficientët e standartizuar	t	P.	95.0% CI për B	
		B	Gabimi Std.				Beta	Kufiri posht.
1	Konstantja	11.572	1.266		9.139	.000	9.079	14.066
	Alkool konsum	1.160	.499	.142	2.326	.021	.178	2.142
a. Variabli i varur: Pikëzimi								

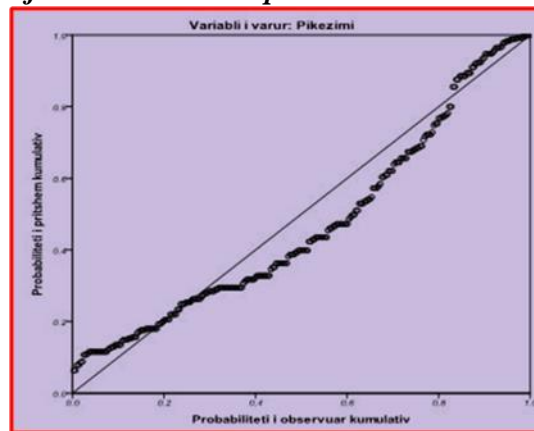
Siç edhe vihet re nga rezultatet e analizës regressive, konsumi i alkoolit është një prediktor i mirë i ankthit. Ekuacioni përfundimtar nga modeli linear i regresionit rezulton:

$$\text{Pikëzimi} = 11.572 + 1.16 * \text{Konsum alkooli}$$

Kjo gjë interpretohet në këtë mënyrë:

“Për çdo njësi që ndryshon **konsumi i alkoolit, pikëzimi** ndryshon me **1.16 herë + 11.572**. Pra, sa herë kemi rritje të **konsumit të alkoolit**, kemi automatikisht rritje të nivelit të simptomave të **ankthit**.”

Figura .4.3.Lidhja mes nivlit tësimptomave të ankthit dhe konsumimit të alkoolit



Në lidhje me ndikimin e simptomave të ankthit në shkallën e funksionimit akademik dhe social vlerësimi u krye duke marrë informacion në lidhje me faktin sesa kanë ndikuar simptomat e ankthit (manifestuar me çrregullim paniku apo me çrregullim e ankthit të gjeneralizuar) në jëtën e përditshme (shkollë, aktivitete të tjera sociale etj).

Tabela 4.49. Niveli i ankthit dhe përdorimi i alkoolit sipas regresioni

	Frekuenca	Përqindja	Përqindja e vlefshme	Përqindja Kumulative
Jo	417	32.5	32.5	32.5
Po	865	67.5	67.5	100.0
Tota	1282	100.0	100.0	

Kufizime

Nivele të larta të ankthit kanë rezultuar për këto arsye:

1. Dominimi i kampionit nga student femra
2. Pikëzimi i ulët i cut-off (p.sh. 0-7 është cilësuar si ankth minimal)
3. Gjatë mbledhjes së të dhënave është vënë re vështirësi nga ana e studentëve në përshkrimin e ankthit dhe të simptomave të lidhura me të

5. KONKLUZIONE E REKOMANDIME

Nga rezultatet e studimit tonë mund të konkludojmë se:

- a. .Niveli i ankthit në studentët e Universitetit të Mjekësisë është gjetur i lartë.
- b. .Prevalenca e çrregullimit të simptomave të panikut në 1 muaj rezulton 3.9%.
- c. .Prevalenca e çrregullimit të ankthit të gjeneralizuar është 14.2% rezultate të cilat tregojnë praninë e niveleve të larta të këtyre çrregullimeve dhe nevojën për ndërhyrje shumëplanëshe si në ndihmën konkrete mjekësore dhe atë psikologjike për rastet e diagnostikuara.

5.4. Programi i mësimin të studentëve të fakultetit të mjekësisë dhe të fakulteteve të tjera brenda Universitetit Mjekësor, si në auditore edhe në orët e praktikës e përball studentin me një sërë ambientesh e praktikash shpesh të cilësuar si burim nxitës ankthi.

5.5. Duke njohur këto nivele ankthi dhe ndikimin e tij në cilësinë e jetës së studentit ku përfshihet edhe procesi i të mësuarit kërkohen ndërhyrje jo vetëm terapeutike por edhe akademike (përmirësim të kurikulave, të mënyrës së procesit të zhvillimit të mësimdhënies, futjen e teknikave relaksuese gjatë procesit mësimor, etj)

5.6. Rreth 48.5% e studentëve që konsumojnë çdo ditë sasi alkooli kanë rezultuar të kenë pikëzim të lartë të ankthit mund të konsiderohen si individë në risk për të përjetuar rënie drastike në mbarvajtjen akademike, dëmtim në performancën praktike e deri në ndërprerje të studimeve ,gjë që është shqetësuese gjë që kërkon ndërhyrje të nevojshme.

5.7. Rekomandohet që të shihet si prioritare njohja e ankthit të studentit prej trupës edukative, profesorave dhe drejtuesve të fakulteteve si dhe marrja e masave për të ulur e pakësuar këtë nivel të lartë të ankthit ndërmjet studentëve.

5.8. Duhet përfshirë strategji ndihmuese për të reduktuar ankthin në kurikulat mësimore të studentëve bazuar në të dhënat e këtyre lloj studimeve kërkimore me qëllim përmirësimin e performancës klinike dhe mësimore të studentëve të fakulteteve tona.

5.9. Studime të mëtejshme duhen ndërmarë në të ardhmen me qëllim identifikimin e teknikave mësimdhënëse të përmirësuara dhe ndërgjegjësimin e trupës akademike mbi nevojën e

menjëhershme të gjetjes së mekanizmave për reduktimin e stresit dhe ankthit ndër studentët e fakulteteve tona.

5.10.Njohja e hershme e çrregullimeve të ankthit ka rëndësi për uljen e rrezikut për abuzim me alkool apo barna të tjera sedatuese, të cilat shpesh përdoren si alternativa vetëndihmuese.

6.BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th, text revision, American Psychiatric Association, Washington, DC 2000.
2. Barlow, D.H. (1998) The treatment of panic disorder: results and update from the Multicentre Clinical Trial. Keynote address at the International World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies. Acapulco, Mexico. July 21-26.
3. Black, D.W., Wesner, R.M.D., Bowers, W., Gabel, J. (1993) A comparison of fluoxetine, cognitive therapy and placebo in the treatment of panic disorder. Archives of General Psychiatry, 50, 44-50.
4. Bourne, E.D. (1990) The Anxiety and Phobia Workbook, Neë Harbinger Publications, New York.
5. Brewin, C. (1996) Theoretical foundations of cognitive-behaviour therapy for anxiety and depression. Annual Review of Psychology 47: 33-57.
6. Brown, A., Antony, M.M., Barlow, D.H. (1995) Diagnostic comorbidity in panic disorder: effect on treatment outcome and course of comorbid diagnoses following treatment. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63, 3, 408-418.
7. Kessler RC, Chiu WT, Jin R, et al. The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 2006; 63:415.
8. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1994; 51:8.

9. Goodwin RD, Roy-Byrne P. Panic and suicidal ideation and suicide attempts: results from the National Comorbidity Survey. *Depress Anxiety* 2006; 23:124.
10. Sareen J, Cox BJ, Afifi TO, et al. Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:1249.
11. Vickers K, McNally RJ. Panic disorder and suicide attempt in the National Comorbidity Survey. *J Abnorm Psychol* 2004; 113:582.
12. Torgersen S. Genetic factors in anxiety disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40:1085.
13. Hettema JM, Neale MC, Kendler KS. A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 2001; 158:1568.
14. Martin EI, Ressler KJ, Binder E, Nemeroff CB. The neurobiology of anxiety disorders: brain imaging, genetics, and psychoneuroendocrinology. *Psychiatr Clin North Am* 2009; 32:549.
15. Maron E, Hettema JM, Shlik J. Advances in molecular genetics of panic disorder. *Mol Psychiatry* 2010; 15:681.
16. Domschke K, Deckert J, O'donovan MC, Glatt SJ. Meta-analysis of COMT val158met in panic disorder: ethnic heterogeneity and gender specificity. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2007; 144B:667.
17. Hettema JM, Neale MC, Myers JM, et al. A population-based twin study of the relationship between neuroticism and internalizing disorders. *Am J Psychiatry* 2006; 163:857.
18. Watt, M, Stewart, S. The role of anxiety sensitivity components in mediating the relationship between childhood exposure to parental dyscontrol and adult anxiety symptoms. *J Psychopathol Behav Assess* 2003; 25:167.
19. Stein MB, Jang KL, Livesley WJ. Heritability of anxiety sensitivity: a twin study. *Am J Psychiatry* 1999; 156:246.
20. Watt MC, Stewart SH, Cox BJ. A retrospective study of the learning history origins of anxiety sensitivity. *Behav Res Ther* 1998; 36:505.
21. Schmidt NB, Lereë DR, Jackson RJ. The role of anxiety sensitivity in the pathogenesis of panic: prospective evaluation of spontaneous panic attacks during acute stress. *J Abnorm Psychol* 1997; 106:355.

22. Essex MJ, Klein MH, Slattery MJ, et al. Early risk factors and developmental pathways to chronic high inhibition and social anxiety disorder in adolescence. *Am J Psychiatry* 2010; 167:40.
23. Kessler RC, Davis CG, Kendler KS. Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychol Med* 1997; 27:1101.
24. Hasler G, Gergen PJ, Kleinbaum DG, et al. Asthma and panic in young adults: a 20-year prospective community study. *Am J Respir Crit Care Med* 2005; 171:1224.
25. Craske MG, Poulton R, Tsao JC, Plotkin D. Paths to panic disorder/agoraphobia: an exploratory analysis from age 3 to 21 in an unselected birth cohort. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40:556.
26. Cosci F, Knuts IJ, Abrams K, et al. Cigarette smoking and panic: a critical review of the literature. *J Clin Psychiatry* 2010; 71:606.
27. Isensee B, Wittchen HU, Stein MB, et al. Smoking increases the risk of panic: findings from a prospective community study. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60:692.
28. Roy-Byrne PP, Craske MG, Stein MB. Panic disorder. *Lancet* 2006; 368:1023.
29. Johnson PL, Truitt WA, Fitz SD, et al. Neural pathways underlying lactate-induced panic. *Neuropsychopharmacology* 2008; 33:2093.
30. Clark DM. A cognitive approach to panic. *Behav Res Ther* 1986; 24:461.
31. Graeff FG, Del-Ben CM. Neurobiology of panic disorder: from animal models to brain neuroimaging. *Neurosci Biobehav Rev* 2008; 32:1326.
32. Malizia AL, Cunningham VJ, Bell CJ, et al. Decreased brain GABA(A)-benzodiazepine receptor binding in panic disorder: preliminary results from a quantitative PET study. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55:715.
33. Bremner JD, Innis RB, Southwick SM, et al. Decreased benzodiazepine receptor binding in prefrontal cortex in combat-related posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 2000; 157:1120.
34. Goddard AW, Mason GF, Appel M, et al. Impaired GABA neuronal response to acute benzodiazepine administration in panic disorder. *Am J Psychiatry* 2004; 161:2186.
35. Ham BJ, Sung Y, Kim N, et al. Decreased GABA levels in anterior cingulate and basal ganglia in medicated subjects with panic disorder: a proton magnetic resonance spectroscopy (1H-MRS) study. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2007; 31:403.
36. Garakani A, Buchsbaum MS, Newmark RE, et al. The effect of doxapram on brain imaging in patients with panic disorder. *Eur Neuropsychopharmacol* 2007; 17:672.

37. Massana G, Serra-Grabulosa JM, Salgado-Pineda P, et al. Amygdalar atrophy in panic disorder patients detected by volumetric magnetic resonance imaging. *Neuroimage* 2003; 19:80.
38. Uchida RR, Del-Ben CM, Santos AC, et al. Decreased left temporal lobe volume of panic patients measured by magnetic resonance imaging. *Braz J Med Biol Res* 2003; 36:925.
39. Neumeister A, Bain E, Nugent AC, et al. Reduced serotonin type 1A receptor binding in panic disorder. *J Neurosci* 2004; 24:589.
40. Katon W. Panic disorder and somatization. Review of 55 cases. *Am J Med* 1984; 77:101.
41. Fleet RP, Dupuis G, Marchand A, et al. Panic disorder, chest pain and coronary artery disease: literature review. *Can J Cardiol* 1994; 10:827.
42. Wittchen HU, Gloster AT, Beesdo-Baum K, et al. Agoraphobia: a review of the diagnostic classificatory position and criteria. *Depress Anxiety* 2010; 27:113.
43. Simpson RJ, Kazmierczak T, Power KG, Sharp DM. Controlled comparison of the characteristics of patients with panic disorder. *Br J Gen Pract* 1994; 44:352.
44. Klerman GL, Weissman MM, Ouellette R, et al. Panic attacks in the community. Social morbidity and health care utilization. *JAMA* 1991; 265:742.
45. Simon GE, VonKorff M. Somatization and psychiatric disorder in the NIMH Epidemiologic Catchment Area study. *Am J Psychiatry* 1991; 148:1494.
46. US Department of Health and Human Services. Public Health Service National Center for Health Statistics. National Medical Care Utilization and Expenditure Survey (NMCUES). Washington, DC: US Government Printing Office; November 1985.
47. Post RM, Uhde TW, Putnam FW, et al. Kindling and carbamazepine in affective illness. *J Nerv Ment Dis* 1982; 170:717.
48. Davies SJ, Ghahramani P, Jackson PR, et al. Association of panic disorder and panic attacks with hypertension. *Am J Med* 1999; 107:310.
49. Katerndahl DA. Panic and prolapse. Meta-analysis. *J Nerv Ment Dis* 1993; 181:539.
50. Walker EA, Katon WJ, Hansom J, et al. Psychiatric diagnoses and sexual victimization in women with chronic pelvic pain. *Psychosomatics* 1995; 36:531.
51. Weissman MM, Gross R, Fyer A, et al. Interstitial cystitis and panic disorder: a potential genetic syndrome. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61:273.
52. Zaubler TS, Katon W. Panic disorder and medical comorbidity: A review of the medical and psychiatric literature. *Bull Menninger Clin* 1996; 60(2):A13.

53. Smoller JW, Pollack MH, Wessertheil-Smoller S, et al. Panic attacks and risk of incident cardiovascular events among postmenopausal women in the Women's Health Initiative Observational Study. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64:1153.
54. Roy-Byrne PP, Cowley DS. Course and outcome in panic disorder: a review of recent follow-up studies. *Anxiety* 1994; 1:151.
55. Batelaan NM, de Graaf R, Penninx BW, et al. The 2-year prognosis of panic episodes in the general population. *Psychol Med* 2010; 40:147.
56. Sherbourne, CD, Sullivan, G, Craske, MG, et, al. Functioning and disability levels in primary care out-patients with one or more anxiety disorders. *Psychol Med* 2010; 11:1.
57. Katon W, Hollifield M, Chapman T, et al. Infrequent panic attacks: psychiatric comorbidity, personality characteristics and functional disability. *J Psychiatr Res* 1995; 29:121.
58. Sherbourne CD, Wells KB, Judd LL. Functioning and well-being of patients with panic disorder. *Am J Psychiatry* 1996; 153:213.
59. Kushner, M.G., Sher, K.J., Beitman, B.D. (1990) The relation between alcohol problems and the anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 147, 6, 685-6
60. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th, text revision, American Psychiatric Association, Washington, DC 2000.
61. Barlow, D.H. (1998) The treatment of panic disorder: results and update from the Multicentre Clinical Trial. Keynote address at the International World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies. Acapulco, Mexico. July 21-26.
62. Black, D.W., Wesner, R.M.D., Bowers, W., Gabel, J. (1993) A comparison of fluoxetine, cognitive therapy and placebo in the treatment of panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 50, 44-50.
63. Bourne, E.D. (1990) *The Anxiety and Phobia Workbook*, New Harbinger Publications, New York.
64. Brewin, C. (1996) Theoretical foundations of cognitive-behaviour therapy for anxiety and depression. *Annual Review of Psychology* 47: 33-57.
65. Brown, A., Antony, M.M., Barlow, D.H. (1995) Diagnostic comorbidity in panic disorder: effect on treatment outcome and course of comorbid diagnoses following treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 3, 408-418.

66. Kessler RC, Chiu WT, Jin R, et al. The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63:415.
67. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51:8.
68. Goodwin RD, Roy-Byrne P. Panic and suicidal ideation and suicide attempts: results from the National Comorbidity Survey. *Depress Anxiety* 2006; 23:124.
69. Sareen J, Cox BJ, Afifi TO, et al. Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:1249.
70. Vickers K, McNally RJ. Panic disorder and suicide attempt in the National Comorbidity Survey. *J Abnorm Psychol* 2004; 113:582.
71. Torgersen S. Genetic factors in anxiety disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40:1085.
72. Hettema JM, Neale MC, Kendler KS. A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 2001; 158:1568.
73. Martin EI, Ressler KJ, Binder E, Nemeroff CB. The neurobiology of anxiety disorders: brain imaging, genetics, and psychoneuroendocrinology. *Psychiatr Clin North Am* 2009; 32:549.
74. Maron E, Hettema JM, Shlik J. Advances in molecular genetics of panic disorder. *Mol Psychiatry* 2010; 15:681.
75. Domschke K, Deckert J, O'donovan MC, Glatt SJ. Meta-analysis of COMT val158met in panic disorder: ethnic heterogeneity and gender specificity. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2007; 144B:667.
76. Hettema JM, Neale MC, Myers JM, et al. A population-based twin study of the relationship between neuroticism and internalizing disorders. *Am J Psychiatry* 2006; 163:857.
77. Watt, M, Stewart, S. The role of anxiety sensitivity components in mediating the relationship between childhood exposure to parental dyscontrol and adult anxiety symptoms. *J Psychopathol Behav Assess* 2003; 25:167.
78. Stein MB, Jang KL, Livesley WJ. Heritability of anxiety sensitivity: a twin study. *Am J Psychiatry* 1999; 156:246.

79. Watt MC, Stewart SH, Cox BJ. A retrospective study of the learning history origins of anxiety sensitivity. *Behav Res Ther* 1998; 36:505.
80. Schmidt NB, Lerew DR, Jackson RJ. The role of anxiety sensitivity in the pathogenesis of panic: prospective evaluation of spontaneous panic attacks during acute stress. *J Abnorm Psychol* 1997; 106:355.
81. Essex MJ, Klein MH, Slattery MJ, et al. Early risk factors and developmental pathways to chronic high inhibition and social anxiety disorder in adolescence. *Am J Psychiatry* 2010; 167:40.
82. Kessler RC, Davis CG, Kendler KS. Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychol Med* 1997; 27:1101.
83. Hasler G, Gergen PJ, Kleinbaum DG, et al. Asthma and panic in young adults: a 20-year prospective community study. *Am J Respir Crit Care Med* 2005; 171:1224.
84. Craske MG, Poulton R, Tsao JC, Plotkin D. Paths to panic disorder/agoraphobia: an exploratory analysis from age 3 to 21 in an unselected birth cohort. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40:556.
85. Cosci F, Knuts IJ, Abrams K, et al. Cigarette smoking and panic: a critical review of the literature. *J Clin Psychiatry* 2010; 71:606.
86. Isensee B, Wittchen HU, Stein MB, et al. Smoking increases the risk of panic: findings from a prospective community study. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60:692.
87. Roy-Byrne PP, Craske MG, Stein MB. Panic disorder. *Lancet* 2006; 368:1023.
88. Johnson PL, Truitt WA, Fitz SD, et al. Neural pathways underlying lactate-induced panic. *Neuropsychopharmacology* 2008; 33:2093.
89. Clark DM. A cognitive approach to panic. *Behav Res Ther* 1986; 24:461.
90. Graeff FG, Del-Ben CM. Neurobiology of panic disorder: from animal models to brain neuroimaging. *Neurosci Biobehav Rev* 2008; 32:1326.
91. Malizia AL, Cunningham VJ, Bell CJ, et al. Decreased brain GABA(A)-benzodiazepine receptor binding in panic disorder: preliminary results from a quantitative PET study. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55:715.
92. Bremner JD, Innis RB, Southwick SM, et al. Decreased benzodiazepine receptor binding in prefrontal cortex in combat-related posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 2000; 157:1120.
93. Goddard AW, Mason GF, Appel M, et al. Impaired GABA neuronal response to acute benzodiazepine administration in panic disorder. *Am J Psychiatry* 2004; 161:2186.

94. Ham BJ, Sung Y, Kim N, et al. Decreased GABA levels in anterior cingulate and basal ganglia in medicated subjects with panic disorder: a proton magnetic resonance spectroscopy (1H-MRS) study. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2007; 31:403.
95. Garakani A, Buchsbaum MS, Newmark RE, et al. The effect of doxapram on brain imaging in patients with panic disorder. *Eur Neuropsychopharmacol* 2007; 17:672.
96. Massana G, Serra-Grabulosa JM, Salgado-Pineda P, et al. Amygdalar atrophy in panic disorder patients detected by volumetric magnetic resonance imaging. *Neuroimage* 2003; 19:80.
97. Uchida RR, Del-Ben CM, Santos AC, et al. Decreased left temporal lobe volume of panic patients measured by magnetic resonance imaging. *Braz J Med Biol Res* 2003; 36:925.
98. Neumeister A, Bain E, Nugent AC, et al. Reduced serotonin type 1A receptor binding in panic disorder. *J Neurosci* 2004; 24:589.
99. Katon W. Panic disorder and somatization. Review of 55 cases. *Am J Med* 1984; 77:101.
100. Fleet RP, Dupuis G, Marchand A, et al. Panic disorder, chest pain and coronary artery disease: literature review. *Can J Cardiol* 1994; 10:827.
101. Wittchen HU, Gloster AT, Beesdo-Baum K, et al. Agoraphobia: a review of the diagnostic classificatory position and criteria. *Depress Anxiety* 2010; 27:113.
102. Simpson RJ, Kazmierczak T, Power KG, Sharp DM. Controlled comparison of the characteristics of patients with panic disorder. *Br J Gen Pract* 1994; 44:352.
103. Klerman GL, Weissman MM, Ouellette R, et al. Panic attacks in the community. Social morbidity and health care utilization. *JAMA* 1991; 265:742.
104. Simon GE, VonKorff M. Somatization and psychiatric disorder in the NIMH Epidemiologic Catchment Area study. *Am J Psychiatry* 1991; 148:1494.
105. US Department of Health and Human Services. Public Health Service National Center for Health Statistics. National Medical Care Utilization and Expenditure Survey (NMCUES). Washington, DC: US Government Printing Office; November 1985.
106. Post RM, Uhde TW, Putnam FW, et al. Kindling and carbamazepine in affective illness. *J Nerv Ment Dis* 1982; 170:717.
107. Davies SJ, Ghahramani P, Jackson PR, et al. Association of panic disorder and panic attacks with hypertension. *Am J Med* 1999; 107:310.

108. Katerndahl DA. Panic and prolapse. Meta-analysis. *J Nerv Ment Dis* 1993; 181:539.
109. Walker EA, Katon WJ, Hansom J, et al. Psychiatric diagnoses and sexual victimization in Women With chronic pelvic pain. *Psychosomatics* 1995; 36:531.
110. Weissman MM, Gross R, Fyer A, et al. Interstitial cystitis and panic disorder: a potential genetic syndrome. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61:273.
111. Zaubler TS, Katon, W. Panic disorder and medical comorbidity: A review of the medical and psychiatric literature. *Bull Menninger Clin* 1996; 60(2):A13.
112. Smoller JW, Pollack MH, Wessertheil-Smoller S, et al. Panic attacks and risk of incident cardiovascular events among postmenopausal women in the Women's Health Initiative Observational Study. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64:1153.
113. Roy-Byrne PP, Cowley DS. Course and outcome in panic disorder: a review of recent follow-up studies. *Anxiety* 1994; 1:151.
114. Batelaan NM, de Graaf R, Penninx BW, et al. The 2-year prognosis of panic episodes in the general population. *Psychol Med* 2010; 40:147.
115. Sherbourne, CD, Sullivan, G, Craske, MG, et, al. Functioning and disability levels in primary care out-patients with one or more anxiety disorders. *Psychol Med* 2010; 11:1.
116. Katon W, Hollifield M, Chapman T, et al. Infrequent panic attacks: psychiatric comorbidity, personality characteristics and functional disability. *J Psychiatr Res* 1995; 29:121.
117. Sherbourne CD, Wells KB, Judd LL. Functioning and well-being of patients with panic disorder. *Am J Psychiatry* 1996; 153:213.
118. Kushner, M.G., Sher, K.J., Beitman, B.D. (1990) The relation between alcohol problems and the anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 147, 6, 685-

7.ANEKS

Pyetësor për studimin e çrregullimeve të ankthit tek studentët e UMT-së

Ju lutem keni durimin të lexoni çdo rubrikë (koha në dispozicion jo më shumë se 9')

1. Moshë _____ vjeç

2. **Gjinia:** Mashkull Femër

3a. Vendlindja: Fshat Qytet **3b. Vendbanimi:** Fshat Qytet **3c. Qarku:**

4. Fakulteti : F. i Mjekësisë F. i Mjekësisë Dentare F. i Shkencave Mjekësore Teknike
 F. i Shëndetit Publik F. i Farmacisë

5. Viti akademik : Viti I Viti II Viti III

6.Gjendja civile : Beqar I/e fejuar/lidhur I/e martuar

7a.Arsimimi i nënës: 8- vjeçar Të mesëm Të lartë Pasuniversitar

7b.Arsimimi i babait: 8-vjeçar Të mesëm Të lartë Pasuniversitar

8.Të ardhurat mujore në familje:

Të ulëta (deri në 500 mijë lekë) Të mesme 501 mijë – 1 milion Të larta (Mbi 1 milion lekë)

9a. A pini duhan ? Po Jo

9b.Nëse po, sa cigare në ditë:

10a. A konsumoni kafe ? Po Jo

10b.Nëse po, sa kafe në ditë :

11a. A konsumoni alkool ? Po Jo

11b. Nëse po, sa konsumoni në ditë :

12. Sa shpesh konsumoni pije me gaz:

Pothuajse çdo ditë Ndonjëherë (2-3 herë në javë) Rrallë (1-2 herë në javë)

Shumë rrallë ose asnjëherë (më pak se 1 herë në 2 javë ose asnjëherë)

13a.A keni në familjen tuaj ndonjë anëtar që ka probleme të shëndetit mendor ? Po Jo

13b. A keni në familjen tuaj ndonjë anëtar që vuan nga problemet e tiroides? Po Jo

13c.A keni në familjen ndonjë anëtar që vuan nga sëmundjet e gjakut ? Po Jo

13d.A keni në familjen ndonjë anëtar që vuan nga ndonjë sëmundje kronike? Po Jo

13e.Po ju vetë a vuani nga ndonjë sëmundje kronike? Po Jo

14.A keni përdorur ndonjëherë medikamente për tu ndjerë mirë psikologjikisht? Po Jo

15a.Nëse po, cilat kanë qenë efektet e tyre ?

(Pozitive_____ / Negative_____)

15b.A keni pasur efekte anësore? Po Jo

Më poshtë është një listë me simptoma të ankthit. Ju lutem lexojeni me kujdes. Shënoni sa ju kanë shqetësuar secila prej simptomave në të majtë të tabelës, **gjatë javës së fundit, përfshirë ditën e sotme**, duke vendosur një X në kolonën përkatëse.

Nr	Simptomat	Sa shumë ju kanë shqetësuar?			
		<i>Aspak 0</i>	<i>Pak 1</i>	<i>Mesatarisht 2</i>	<i>Shumë 3</i>
		Nuk më kanë sjellë aspak shqetësim	Më kanë shqetësuar pak	Më kanë shqetësuar mjaft por mund t'i duroja	Nuk mund të duroja me prej shqetësimeve
1	Mpirje ose ndjesi shpimi si gjilpëra në trup				
2	Ndjesi të nxehti në trup				
3	Ndjesi dridhjeje, sikur dridhet trupi				
4	Pamundësi për t'u rehatuar/relaksuar				
5	Frikë së mund të ndodhë më e keqja				
6	Marrje mendsh /ndjenjë boshllëku në kokë				
7	Rrahje të shpejta të zemrës				
8	Mungesë qetësie				
9	Ndjesi tmerri				
10	Të qenit nervoz(e,) i/e irrituar				
11	Ndjesi mbytjeje				
12	Dridhje duarsh				
13	Dridhje/drithërimë në trup				
14	Frikë e humbjes së kontrollit				
15	Vështirësi në frymëmarrje				
16	Frikë se mos vdes				
17	Ndjesi lemerie/frikë e tepërt				
18	Mostretje/ parehati në bark				
19	Ndjesi të fikëti				
20	Skuqje në fytyrë				
21	Djersitje (jo prej vapës, të nxehtit)				

Totali				
--------	--	--	--	--

ZYBERAJ

16. -Prej sa kohësh i keni shqetësimet e sipërpërmendura? _____

17a.-A mendoni se shqetësoheni ju në mënyrë të vazhdueshme, çdo ditë për problem të vogla

ose të mëdha, për situata, evente apo aktivitete ? Po Jo

17b.-A shqetësoheni ju rreth gjërave të këqija që mendoni se juve do ju ndodhin ? Po Jo

17c.-A është e vështirë për ju të përqendroheni vetëm tek një gjë? Po Jo

18a.-A ju ndodh që të shqetësoheni se diçka e keqe po ndodh me ty? Po Jo

18b.-Kur jeni i shqetësuar, mendoni se është e vështirë ta përmbani veten? Po Jo

18c.-Çfarë bën për të shmangur situatat e pakëndshme për ju?

- shmangia e vendeve të caktuara - të shëtiturit vetëm - ushtrime fizike - dëgjimi i muzikës

- shikimi i TV - të tjera (Specifike _____)

18d.-A ndiheni ju, si i zënë ngushtë, pjesën më të madhe të kohës ? Po Jo

18e.-Cilat janë shenjat që iu shfaqen kur përjetoni frikë të papritur?

19a.-A keni ju vështirësi për të kontrolluar emocionet? Po Jo

19b.-A ndjeheni ju i lodhur vazhdimisht? Po Jo

20.-A ndodh që shqetësimet të ndërhyjnë në përditshmërinë tuaj, shkollë / aktivitete të tjera sociale? Po Jo

21.-Në momentin që iu shfaqen shqetësimet , sa kohë zgjasin ato? 5 min. 10 min. < 10 min.

22-Cilat janë mendimet që iu vijnë në mendje në momentin që përjetoni këto shqetësime?

23.-A jeni ndjerë ju i dobët fizikisht (probleme me fizikun tuaj) përpara se të ndjenit këto shqetësime? Po Jo

.....Ju falemnderit për bashkëpunimin tuaj....

