



UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË

**UNIVERSITETI I MJEKËSISË
FAKULTETI I MJEKËSISË
DEPARTAMENTI I NEUROSHKENCËS**

**DISERTACION
PËR MBROJTJEN E GRADËS SHKENCORE
“DOKTOR”**

**SJELLJA VIOLENTE NË PAVIONIN E URGJENCËS PSIKIATRIKE.
VLERËSIMI I RREZIKUT PËR VIOLENCË NËPËRMJET
PËRDORIMIT TË TESTIT HCR – 20.**

**Disertanti:
LEFTER SINANI**

**Udhëheqës shkencor:
Prof. Dr. VUKSAN KOLA**

TIRANË 2020

**REPUBLIKA E SHQIPËRISË
UNIVERSITETI I MJEKËSISË TIRANË
FAKULTETI I MJEKËSISË**

DISERTACION

I PARAQITUR NGA

Z. LEFTER SINANI

PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE

DOKTOR

SPECIALITETI: PSIKIATRI

**TEMA: SJELLJA VIOLENTE NË PAVIONIN E URGJENCËS
PSIKIATRIKE. VLERËSIMI I RREZIKUT PËR VIOLENCË
NËPËRMJET PËRDORIMIT TË TESTIT HCR – 20.**

MBROHET NË DATË: 05/11/2020 PARA JURISË:

1. Mentor Petrela PU-PH, Paris

2. Prof.Asoc. Afrim Dangëllia

3. Prof. Dr. Ariel Como

4. Prof. Dr. Idriz Balla

5. Prof. Dr. Jera Kruja

Kryetar

Anëtar (Oponent)

Anëtar

Anëtar (Oponent)

Anëtar

FALENDERIME

Shumë njerëz më kanë ndihmuar dhe frymëzuar gjatë punës për realizimin e këtij studimi, të cilëve do të doja t'u shprehja mirënjohjen time.

Në rradhë të parë falënderoj mentorin tim Prof. Vuksan Kolën, udhëheqësin shkencor të këtij punimi, duke më nxitur dhe udhëzuar për problemet që më kanë lindur gjatë punës por dhe duke më dhënë njëkohësisht lirinë për të ndjekur idetë e mia. Gjithashtu me disa kolegë të klinikës, me të cilët kam ndarë sfidat e këtij punimi, mbështetjen e kam gjetur në sugjerimet e tyre praktike apo bazuar në eksperiencat të ngjashme. Dëshiroj të veçoj vlerësimin për disa kolegë të cilët mbështetën dhe përmirësuan metodologjinë për përzgjedhjen e kampionit, aftësitë e mia analitike dhe statistikore si dhe formatimin e rezultateve sipas modeleve më të larta shkencore: Dr. Fabian Cenko, znj. Linda Kerim dhe Dr. Artan Simaku.

Në fund mirënjohja shkon për familjen time (Edlirën dhe vajzat Sibora dhe Danja), të cilat jo vetëm nuk u ankuan për vonesat e mia të tejzgjatura përgjatë këtij procesi, por ishin burimi im më i madh i përkrahjes, sidomos gjatë muajve të fundit.

PARATHËNIE

Sjellja violente e pacientëve është problem i shpeshtë në urgjencën psikiatrike, vlerësimi, diagnostikimi, menaxhimi dhe trajtimi i të cilit është i rëndësishëm dhe shumë i vështirë.

Vlerësimi dhe menaxhimi i ideve dhe sjelljeve violente është një aftësi thelbësore që duhet ta përvetësojë klinicisti. Është mjaft e rrallë që një klinicist të mos vlerësojë apo trajtojë pacientë merrezik për violencë. Violenca është endemike dhe epidemike. Shkaqet e saj janë të shumta dhe mjaft komplekse.

Violenca nuk është diagnozë ndonëse ajo shoqëron shumë çrregullime psikiatrike. Për klinicistët që janë në vijën e parë, vlerësimi dhe trajtimi i pacientëve me ide dhe sjellje violente mund të jetë ankthprovokues, frustrues, ndonjëherë i rrezikshëm dhe në shumë raste i lidhur me ligjin.

Mungesa e një testi që të mund të përdoret për të parashikuar sjelljen violente vështirëson jo vetëm marrjen e vendimit të duhur në rastin e shtrimit urgjent, por edhe për daljen nga spitali. Aplikimi i një testi të tillë do të përmirësonte vlerësimin duke ofruar zgjidhje më të lehtë të problemeve.

Ky studim përpiqet të plotësojë dhe pasurojë njohuritë mbi aspekte të ndryshme të sjelljes violente te pacientët që paraqiten në pavionin urgjencës psikiatrike si dhe të shërbejë si referencë për mjekët psikiatër gjatë vlerësimit të tyre, në mënyrë të veçantë kur ndodhen përpara sjelljeve violente.

Të dhënat e literaturës sugjerojnë se testi HCR-20 është një mjet i dobishëm për të parashikuar sjelljen violente të pacientëve në urgjencën psikiatrike. Besoj se të dhënat e këtij punimi mund të mbështesin përdorimin e këtij testi në rastet ku nevojitet parashikueshmëri e sjelljeve violente të pacientëve, që hospitalizohen në pavionin e urgjencave psikiatrike.

PËRMBAJTJA

PARATHËNIE	IV
LISTA E SHKURTIMEVE	VII
LISTA E GRAFIKËVE.....	VIII
LISTA E TABELAVE	X
I.HYRJE	1
1. Të dhëna historike mbi violencën.....	1
1.1. Të dhëna etiologjike.....	2
2. ÇRREGULLIMET MENDORE DHE VIOLENCA.....	6
2.1. Çrregullimet e humorit dhe violenca.	6
2.2. Skizofrenia dhe çrregullimet e tjera psikotike	8
2.3. Çrregullimet neurologjike dhe nga sëmundjet e përgjithshme.	10
2.4. Çrregullimi i stresit pas traumës (PTSD).....	17
2.5. Çrregullimet e personalitetit.....	17
3. VLERËSIMI KLINIK I VIOLENCËS.	18
3.1. Parimet në vlerësimet e rrezikut për violencë.....	19
3.2. Faktorët e vlerësimit të rrezikut për violencë	20
3.3. Vlerësimet stukturore të rrezikut për violencë.	27
3.4. Pyetësi historik, klinik dhe i menaxhimit të rrezikut (HCR-20)	30
3.5. Përdorimi i vlerësuesit të strukturuar të rrezikut për violencë në praktikën klinike.	31
3.6. Njohuritë kulturore në vlerësimin e rrezikut për violencë	32
4. VIOLENCA NË SPITALIN PSIKIATRIK	32
4.1. Vlerësimi i violencës	34
4.2. Parime të përgjithshme të vlerësimit të violencës dhe trajtimit.....	34

II. METODA DHE MATERIALI	40
III. REZULTATET DHE DISKUTIMET.....	45
IV. KONKLUZIONE	103
V. REKOMANDIME	104
VI. BIBLIOGRAFIA.....	105
VII. SHTOJCAT	116
SHTOJCA A: Pyetësi me të dhënat individuale	116
SHTOJCA B: Testi HCR-20 i vlerësimit të violencës	118
SHTOJCA C: Pikët e Pjesëmarrësve të HCR-20	122
SHTOJCA D: Intervistë e stafit	124
SHTOJCA E: Informacion për incidentin violent.....	126
SHTOJCA F: Sistemi i vlerësimit të shkallës së agresionit të modifikuar (MOAS).....	128
SHTOJCA I: Pikët e grumbulluara nga sistemi i vlerësimit të shkallës së agresionit, i modifikuar (MOAS)	130

LISTA E SHKURTIMEVE

ADHD	Çrregullimi i vëmëndjes së pamjaftueshme me hiperaktivitet.
AIDS	Sindroma e fituar e mungesës së imunitetit
COVR	Klasifikues i rrezikut për violencë
DSM-IV TR	Manuali i IV diagnostik dhe statistikor i sëmundjeve mendore, i rishikuar
DTT	Dëmtimi traumatik i trurit
FDA	Administrata e ushqimit dhe medikamenteve
HCR-20	HCR-total Pyetësi historik, klinik dhe i menaxhimit të rrezikut
MOAS	Sistemi i vlerësimit të shkallës së agresionit, i modifikuar
OCD	Çrregullimi obsesivkompulsiv
PCP	Fenciklidina
PTSD	Çrregullimi i stresit pas traumës
ROC	Sistemi karakteristik operativ
SNQ	Sistemi nervor qëndror
SSRI	Frenuesit selektiv të rikapjes së serotoninës
VRAG	Udhëzues për vlerësimin e rrezikut për dhunë

LISTA E GRAFIKËVE

Grafiku 1. Shpërndarja sipas gjinisë e pacientëve të përfshirë në studim	45
Grafiku 2. Shpërndarja sipas vëndbanimit të pacientëve të përfshirë në studim	45
Grafiku 3. Shpërndarja sipas gjëndjes civile e pacientëve të përfshirë në studim	46
Grafiku 4. Shpërndarja e pacientëve sipas moshës	48
Grafiku 5. Shpërndarja e pacientëve sipas grup-moshave	49
Grafiku 6. Shpërndarja e arsyeve të shtrimit në spital të pacientëve në studim	49
Grafiku 7. Statusi ligjor i pacientëve në momentin e shtrimit	50
Grafiku 8. Shpërndarja e diagnozave të pacientëve në momentin e shtrimit	50
Grafiku 9. Shpërndarja e diagnozave në momentin e shtrimit dhe në dalje	51
Grafiku 10. Shpërndarja grafike e grup-diagnozave përfundimtare të pacientëve të marrë në studim	53
Grafiku 11. Shpërndarja e vlerave totale të vlerësimit të violencës sipas HCR-20-ës për të tre përbërësit e saj H, C dhe R	54
Grafiku 12. Shpërndarja e vlerave të HCR-20-ës për pacientët në studim	56
Grafiku 13. Shpërndarja e vlerave të HCR-20-ës të pacientëve violent dhe jo violent. ...	57
Grafiku 14. Trendi kumulativ i pacientëve violent dhe jo violent sipas pikëve të vlerësimit të pyetësorit HCR-20.	57
Grafiku 15. Shpërndarja e shumatores së vlerave të HCR-20 për pacientët violent dhe jo violent	58
Grafiku 16. Kurba ROC e dhunës verbale	59
Grafiku 17. Kurba ROC e dhunës ndaj objekteve	59
Grafiku 18. Kurba ROC e dhunës fizike	60
Grafiku 19. Kurba ROC e HCR-20 total në parashikimin e dhunës	62
Grafiku 20. Krahësimi i kurbave në parashikimin e dhunës	62
Grafiku 21. Pikëzimi mesatar i HCR-20-ës sipas grupdiagnozave	69
Grafiku 22. Pikëzimi mesatar i HCR-20-ës sipas anamnezës në shtrim të pacientëve	70
Grafiku 23. Shpërndarja e pacientëve në studim sipas numrit të incidenteve të ndodhura gjatë periudhës së qëndrimit në spital.	72

Grafiku 24. Shpërndarja sipas gjinisë e dhunës së manifestuar në pavione.	73
Grafiku 25. Shpërndarja sipas llojit të dhunës në episodin e parë krahasuar me episodet totale.....	74
Grafiku 26. Shpërndarja e numrit të pacientëve që kanë manifestuar dhunë verbale për secilën grupdiagnozë përfundimtare.	74
Grafiku 27. Shpërndarja e numrit dhe ashpërsisë së dhunës verbale në episodin e parë..	75
Grafiku 28. Shpërndarja e numrit të pacientëve që kanë manifestuar dhunë ndaj objekteve për secilën grupdiagnozë përfundimtare.	76
Grafiku 29. Shpërndarja e numrit dhe ashpërsisë së dhunës ndaj objekteve në episodin e parë.....	76
Grafiku 30. Shpërndarja e numrit të pacientëve që kanë manifestuar dhunë fizike sipas secilës grupdiagnozë përfundimtare.	77
Grafiku 31. Shpërndarja e numrit dhe ashpërsisë së dhunës fizike në episodin e parë. ...	78
Grafiku 32. Shpërndarja përmblendhëse e grupdiagnozave, llojeve të dhunës për të gjithë pacientët e marrë në studim.	79
Grafiku 33. Shpërndarja e vlerave të incidenteve verbale të matura me pyetësin MOAS te pacientët e përfshirë në studim.....	80
Grafiku 34. Shpërndarja e vlerave të incidenteve ndaj objekteve të matura me pyetësin MOAS te pacientët e përfshirë në studim.	80
Grafiku 35. Shpërndarja e vlerave të incidenteve fizike të matura me pyetësin MOAS te pacientët e përfshirë në studim.	81
Grafiku 36. Shpërndarja e sjelljes violente dhe jo violente në grup-diagnozat e pacientëve të përfshirë në studim.....	84
Grafiku 37. Shpërndarja e incidenteve violente sipas vëndit ku kanë ndodhur.....	84
Grafiku 38. Shpërndarja sipas vëndit u ka ndodhur incidenti violent në episode të ndryshme.....	85
Grafiku 39. Shpërndarja e dëshmitarëve në episodin e dhunës në spital.....	85
Grafiku 40. Shpërndarja e shkaqeve për incidentin e dhunës.	86
Grafiku 41. Shpërndarja e sjelljes së pacientëve përpara episodit të dhunës.....	87
Grafiku 42. Gjëndja e pacientit pas dhunës.	87
Grafiku 43. Shpërndarja e llojit të ndërhyrjes gjatë episodit të dhunës.	88

Grafiku 44. Shpërndarja e personave të përfshirë në episodin e dhunës.	88
Grafiku 45. Shpërndarja e llojit të mjekimit të aplikuar në vijim të episodit të dhunës. ..	89
Grafiku 46. Shpërndarja e lidhjes kohore me incidentin e dhunës.	90
Grafiku 47. Shpërndarja e llojit të trajtimit kirurgjikal në vijim të incidentit të dhunës. .	90

LISTA E TABELAVE

Tabela 1. Të dhëna demografike të pacientëve të përfshirë në studim.	46
Tabela 2. Shpërndarja e karakteristikave epidemiologjike, sociale dhe demografike të kampionit të përfshirë në studim (n=217 individë)	47
Tabela 3. Shpërndarja e karakteristikave epidemiologjike, të kampionit të përfshirë në studim (n=217 individë).....	47
Tabela 4. Shpërndarja e pacientëve në studim sipas diagnozave përfundimtare në dalje nga spitali.	51
Tabela 5. Vlerat e Cronbach alfa për secilën pjesë përbërëse të pyetësorit HCR-20 dhe për pyetësorin në tërësi për matjen e parë dhe të dytë.	53
Tabela 6. Korrelacionet ndërmjet pjesëve përbërëse dhe të të HCR-20-ës në tërësi në të dy momentet kohore (Koeficienti i korrelacionit të Spearmanit rho) dhe Koeficienti Kappa (Iner-rater Agreement).....	54
Tabela 7. Statistikat e shpërndarjes së vlerave të vlerësimit të violencës nëpërmjet pyetësorit HCR-20.	55
Tabela 8. Të dhëna statistikore mbi mesataren e pyetësorit HCR-20 për pacientët violent dhe jo violent.....	56
Tabela 9. Parametrat e kurbave ROC për dhunën verbale, ndaj objekteve dhe asaj fizike.	61
Tabela 10. Sipërfaqja nën kurbë për HCR-në, H, C dhe R-në në vlera totale.	63
Tabela 11. Sensitiviteti dhe Specifiteti i HCR-20 në parashikimin e dhunës.	63
Tabela 12. Shifrat përmbledhëse krahasuese të ndërlidhjes HCR-20 me H, C dhe R-në total.	64
Tabela 13. Shoqërimi i dhunës me variablat sociodemografikë dhe klinikë (Regresioni logjistik. Analiza univariate).....	64

Tabela 14. Shoqërimi i dhunës me variablat sociodemografikë dhe klinikë (Regresioni logjistik. Analiza multivariate).	65
Tabela 15. Analiza e faktorëve të rrezikut për sjellje violente të pacientëve të shtruar në pavionet akute	66
Tabela 16. Lidhja e numrit të incidenteve me HCR-20 dhe disa nëncështje të saj. (Regresioni linear, analizë multivariate).....	68
Tabela 17. Lidhja e dhunës me HCR-20 dhe disa nëncështje të saj. (Regresioni logjistik, analizë multivariate).....	68
Tabela 18. Krahasimi i pikëzimit mesatar të HCR-20-ës sipas grupdiagnozave përfundimtare.....	69
Tabela 19. Krahasimi i pikëzimit mesatar të HCR-2-ës sipas anamnezës së pacientëve.	70
Tabela 20. Përmbledhja e variablave sociodemografik, HCR-20-ës, MOAS-ës dhe ndërlidhja midis tyre.	71
Tabela 21. Analiza Anova e variablave të vëndit të ngjarjes së dhunës, llojit të saj dhe kohëzgjatjes së episodit (analiza Duncan's Mutiple range test).....	72
Tabela 22. Të dhëna statistikore mbi ashpërsinë dhe numrin e incidenteve violente.....	81
Tabela 23. Shpërndarja e violencës dhe jo violencës në diagnozat përfundimtare të pacientëve të përfshirë në studim.....	82

I.HYRJE

1. Të dhëna historike mbi violencën

Klinicistët e sistemit të shëndetit mendor mbajnë mbi vete përgjegjësinë e vlerësimit dhe menaxhimit të dhunës. Përgjigja se ”pse ka ndodhur kështu”, vjen nga thellësia e historisë së Psikiatrisë. Njerëzit me çrregullime serioze të shëndetit mendor kanë qënë të frikshëm për një kohë të gjatë, për shkak të sjelljes së çuditshme, e në disa raste edhe për shkak të shfaqjes së violencës ndaj popullatës. Spitali i parë në USA, i cili u hap në 1751, u sponsorizua me qëllim që të krijohej një ambjent ku të vendoseshin të sëmurët mendorë, duke zvogëluar në këtë mënyrë rrezikun që i paraqesnin popullatës. Sistemi i shëndetit mendor, që nga konceptimi i tij, ka qënë i lidhur ngushtë me parashikimin dhe parandalimin e violencës.

Historikisht praktikës psikiatrike i ka dalë për detyrë të mbrojë popullatën nëpërmjet kufizimit të aktivitetit dëmtues të personave me sëmundje mendore, duke minimizuar rrezikun që paraqitnin për komunitetin. Të privilegjuar nga zhvillimet e konsiderueshme të shekullit të fundit, pjesa më e madhe e sëmundjeve mendore sot konceptohen saktë dhe psikiatria ka marrë vendin e saj të respektuar midis disiplinave të tjera mjeksore. Psikiatrit nuk mund të konsiderohen më roje të shoqërisë ndaj individëve që janë të rrezikshëm, të çuditshëm dhe “imoral”.

Lidhja midis violencës dhe sëmundjes mendore është ekzagjeruar shumë ndër vite. Në kundërshtim me opinionin e përgjithshëm publik, dhuna lind edhe te personat pa probleme mendore. Ky stigmatizim më së tepërmi i detyrohet ngjarjeve tragjike, megjithëse të pazakonta, të mbipublikuara të individëve me probleme mendore. Në fakt krimet e dhunshme më së shumti i kryejnë “personat mendërisht të shëndoshë” dhe pjesa më e madhe e personave mendërisht të sëmurë nuk bëjnë një veprim të dhunshëm gjatë gjithë jetës së tyre.

Megjithatë sëmundja mendore është e lidhur shkakësisht me violencën në rastet kur pacientët dëmtojnë njerëz të tjerë nën ndikimin e halucinacioneve urdhëruese ose godasin nga frika persekutorët imagjinar. Pacientët maniakalë në irritimin e tyre ose pacientët depresiv në mungesë të shpresës gjithashtu, mund të ushtrojnë dhunë te të tjerët. Të gjitha

këto situata apo edhe të tjera, ekzacerbohen akoma më tepër nga përdorimi i alkoolit ose i substancave të tjera çfrenuese, abuzimi i të cilave është mjaft i shpeshtë te njerëzit me çrregullime mendore.

Procesi i vlerësimit dhe trajtimit të shëndetit mendor, përfshin vlerësimin e rrezikut për violencë dhe menaxhimin e tij. Ky vlerësim kërkohet për pacientët jashtëspitalor, pranimet dhe daljet nga spitali, në pavionin e urgjencave mjeksore. Vënde të tjera ku mund të kërkohet ky vlerësim janë: gjykatat, konsultat në specialitete të tjera dhe spitalet ku vuajnë dënimin të sëmurët mendorë.

Vlerësimi i sotëm i rrezikut për violencë bëhet duke u bazuar vetëm mbi gjykimin klinik. Kjo është metoda predominuese në praktikën klinike. A e kemi arritur në “tokën e premtuar” të vlerësimit të rrezikut për violencë bazuar mbi arritjet e reja e të sakta të vlerësimeve me pikëzim përkundrejt vlerësimit aktual klinik? Natyrisht që jo, dhe madje jemi shumë larg.

Përderisa ‘‘toka e premtuar’’ nuk shihet në horizont atëherë padyshim kjo është një kohë e përshtatshme për shkencën dhe praktikën e vlerësimit të rrezikut për violencë. Klinikistët dhe kërkuesit shkencorë po eksperimentojnë me mënyra të ndryshme duke kombinuar gjykimin klinik me vlerësimet me pikëzim, me shpresën e arritjes së një saktësie sa më të lartë në parashikimin e violencës.

E njëjta gjë mund të thuhet për nivelin aktual, primitiv të menaxhimit dhe trajtimit të rrezikut për violencë. Kjo situatë mund të përmisohet në të ardhmen pasi përparimet në studimin e shkaqeve të violencës promovojnë zhvillimin e ndërhyrjeve më të përshtatshme. Kur violenca shfaqet si pasojë e simptomave të çrregullimeve mendore, ndërhyrja i drejtohet kontrollimit të simptomave. Ne shpresojmë se një ditë do të flasim më shumë, për parandalim të prirjes për violencë sesa, për menaxhim të rrezikut për violencë që sot e kemi detyrë kryesore. Pavarësisht të ardhmes premtuese, klinikistët duhet të zgjidhin ose përcaktojnë nevojat e pacientëve dhe kërkesat e shoqërisë sot.

1.1. Të dhëna etiologjike

1.1.1. Përcaktimet e sotme i referohen agresionit si “sjellje e një individi ndaj një tjetri (një objekti apo vetvetes) që shkakton dëmtim të tij” [1].

Agresioni zakonisht shkakton dëmtim dhe plagosje të vetes, të të tjerëve dhe të mjedisit.

Përcaktimi i dhunës në literaturë varion gjerësisht duke përfshirë:

- 1) agresion fizik
- 2) agresion fizik dhe verbal së bashku.
- 3) agresion fizik me pasoja dëmtuese të theksuara.

Studiues të tjerë kanë futur konceptin e qëllimit dhe e përshkruajnë agresionin si sjellje që ka si qëllim që të shkaktojë një dëmtim të menjëhershëm ndaj një individi tjetër ndërkohë që viktimat dëshirojnë që ti shmanget këtij dëmtimi [2].

1.1.2. Etiologjia e agresionit

Agresiviteti është një fenomen kompleks. Ai influencohet nga shumë faktorë si, për shembull: kultura, ambjenti, biologjia, psikologjia, neurokimia, të cilat i japin formën sesi shfaqet. Për të kuptuar më mirë agresivitetin dhe sjelljen impulsive është mjaft e rëndësishme dhe ndihmuese të analizojmë burimet dhe rrugët që kontribuojnë në shfaqjen e tyre. Këto sjellje kanë shkaqe të shumëfishta si, për shembull: gjenetike, sociale, mjedisore, sëmundje mendore, abuzim me substanca.

Gjenetistët e sjelljes kanë filluar të identifikojnë variante gjenesh që mund të ndikojnë në rrezikun për violencë, dhe kanë arritur të zhvillojnë modelet fillestare të ndërveprimit të këtyre varianteve me variablet ambientale. Rezonanca Magnetike funksionale Tomografi pozitron emetuese (PET) dhe teknika të tjera të skanimit të trurit përdoren tani për të identifikuar circuitet neuronale që mund të frenojnë apo ndihmojnë aktet e violencës. Me njohuritë e arritura duket se parashikimi i rrezikut për violencë te brezat e tjerë do të jetë ndryshe nga çfarë është sot.

Zhvillimet prenatale. Faktorë rreziku të paralindjes si: përdorimi i alkoolit, duhanit ose substancave nga ana e nënës apo komplikacione gjatë shtatëzanisë dhe lindjes, lidhen me vonesa në zhvillim dhe probleme në sjellje tek fëmijët, si dhe me sjellje antisociale dhe violencë në të rritur [3]. Ekspozimi ndaj këtyre faktorëve munde, direkt ose indirekt, të ndikojë në strukturën dhe funksionin e zhvillimit të trurit fetal, duke çuar në dëmtime afatgjatë të rrugëve neurotransmetuese të SNQ [4]. Për shembull, te fëmijët e nënave që pinin duhan patën dyfish mundësi të kishin rekorde kriminale deri në moshën 22 vjeç [5].

Por këto faktorë rreziku nuk gjenden asnjëherë të veçuar nga faktorë të tjerë psikosocial si varfëria, aftësi të pakta prindërimi, mundësi e limituar mjeksore dhe edukimi.

Sipas të dhënave të literaturës traumat e fëmijërisë shoqërohen me sjellje impulsive dhe agresive në vitet e mëvonshme, duke përfshirë vetdëmtimin dhe sjelljen suicidale [6]. Në një studim u ekzaminuan 136 të rritur me depresion madhor dhe u zbulua se që pjesmarrësit me histori abuzimi fizik e seksual kishin gjasa të kishin bërë një tentativë suicidale apo kishin nivele të larta të impulsivitetit, agresionit dhe çrregullimit të personalitetit kufitar [7]. Mendohet se agresioni dhe impulsiviteti shoqërohen me disfunkcion në regjione të ndryshme të trurit, më të njohura në lobet frontale dhe temporale [8].

Neurotransmetuesit janë lëndë kimike që transmetojnë informacionin midis neuroneve në tru dhe ndihmojnë rregullimin e humorit, të menduarit dhe sjelljes [9]. Ndërmjet shumë neurotransmetuesve të njohur, më të studiuarit që lidhen me agresionin dhe impulsivitetin janë serotonina, norepinefrina, dopamina dhe acidi gamaaminobutirik (GABA). Shumica e studimeve sugjerojnë se sistemet GABAergjike dhe serotoninergjike frenojnë agresionin ndërsa sistemet noraminergjike dhe dopaminergjike e stimulojnë atë. [10]. Nivele të ulta të serotoninës shoqërohen me shtim të niveleve të agresionit, impulsivitetit, depresionit dhe suicidalitetit. Janë gjetur nivele të ulta të serotoninës te viktimat suicidale, sidomos tek ata që kishin përdorur metoda violente suicidale, krahasuar me viktimat e aksidenteve [11].

Modele teorike të Agresionit

Që më 1968 Moyer propozoi një klasifikim të agresionit, duke e kategorizuar në 7 kategori [12]:

1. Të induktuar nga frika (agresioni është një sulm ndaj një rreziku të perceptuar).
2. Maternale (një sulm si një mjet për të mbrojtur të voglin).
3. Midis meshkujsh (një sulm i një mashkulli ndaj një tjetri si një mënyrë për të vendosur dominancën ose status).
4. Irritueshme (një sulm i drejtuar ndaj disa burimeve të frustrimit si rreziku i frikësimit ose i kushteve të mjedisit).
5. Të lidhur me seksin.
6. Grabitqar.
7. Teritorial.

1.1.3. Të dhëna epidemiologjike

Deri para disa vitesh, autorë të ndryshëm sugjerorin se njerëzit me çrregullime mendore përfshihen në sjellje violente njëllor si popullata e përgjithshme [13]. Në një shqyrtim të studimeve të publikuara midis 1922-1978 u konstatua se pacientët e dalë nga spitalet psikiatrike kishin nivel më të lartë arrestimesh dhe dënimesh për krime violente sesa popullata e përgjithshme [14]. Një studim tjetër epidemiologjik gjeti që individët e diagnostikuar me çrregullime madhore mendore, paraqisnin nivel sinjifikativisht më të lartë të sjelljes violente sesa individët pa çrregullime psikiatrike [15].

Studimet epidemiologjike dhe ato kohort, sugjerojnë një shtim të rrezikut për violencë te personat me çrregullime madhore mendore. Por jo të gjitha studimet e mbështesin këtë konkluzion dhe në çdo rast, kontributi i çrregullimeve serioze mendore është më i madh nga efekti i abuzimit me substanca (veçanarisht abuzimit me alkol) dhe i çrregullimeve të personalitetit. Vlerësimi më i mirë sugjeron se vetëm 3-5% e rrezikut për dhunë në SHBA i atribuohet sëmundjeve mendore dhe është më se e qartë se njerëzit me sëmundje mendore serioze janë më tepër viktimat të violencës sesa shkaktarë të saj.

Studimi më i plotë për lidhjen midis sëmundjeve psikiatrike dhe sjelljeve violente është bërë nga Fondacioni MacArthur, një studim sistematik, prospektiv dhe multicentral i cili përfshin 1100 pacientë psikiatrikë meshkuj dhe femra. Studiuesit përdorën me kujdes diagnoza të kontrolluara dhe metoda të shumëfishta të mbledhjes së të dhënave për të vlerësuar më tepër se 130 faktor potencial rreziku për violencë. Subjektet u ndoqën për 20 javë pas daljes nga spitali. Surpriza ishte se mbas një viti “çrregullimet madhore mendore” (si skizofrenia, çrregullimi depresiv madhor ose episodi maniakal, në mungesë të diagnozës së abuzimit me substanca, ishin të shoqëruara me nivel, më të ulët violence (17.9%) sesa subjektet e kontrollit. Grupet me diagnozat dyshe si: çrregullim madhor mendor/abuzim me substanca dhe çrregullime të tjera mendore/abuzim me substanca, duke përfshirë edhe çrregullimet e personalitetit, kishin nivele më të larta të violencës respektivisht (31.1% dhe 43% sesa vetëm ata me diagnozën e çrregullimit të personalitetit [16].

2. ÇRREGULLIMET MENDORE DHE VIOLENCA

2.1. Çrregullimet e humorit dhe violencia.

Çrregullimet e humorit dhe violencia lidhen ngusht në shumë mënyra me njëri-tjetrin. Violenca mund të luajë një rol të rëndësishëm në zhvillimin e episodit të rradhës të çrregullimit të humorit dhe të exacerbojë ose të zgjasë çrregullimin ekzistues të humorit. Anasjelltas violencia mund të jetë pasojë ose të lidhet me luhatjet e humorit. Gjithashtu, ka faktorë: biologjikë, socialë dhe psikologjikë që lidhen apo shoqërohen me violencë dhe agresion, që bashkëekzistojnë shpesh me turbullimet e humorit, prandaj ndeshet mjaft shpesh te disa individë shfaqja së bashku e violencës dhe turbullimeve të humorit. Në këto situata, violencia mund t'i drejtohet vetes, të tjerëve ose objekteve.

2.1.1. Biologjia e agresionit te çrregullimet e humorit.

Sipas të dhënave ka shumë lidhje biologjike midis çrregullimeve të humorit dhe agresionit ose violencës. Kjo përfshin shtimin e agresionit me shtimin e aktivitetit të citokinës [17], të metabolizmit të katekolaminave [18], të testosteronit [19], dhe të disfunkcionit të aksit hipotalamik-pituitar-mbiveshkor [20,21]. Gjithashtu gjetja më e qëndrueshme është lidhja me sistemin serotoninergjik.

2.1.2. Çrregullimet e humorit në gjenezë të shfaqjes së violencës.

Çrregullimet e humorit janë identifikuar si pararendës i fillimit të agresionit. Prezenca e një çrregullimi humorit shton gjasat që individë të jetë viktimë e violencës dhe ushtrues i dhunës. Sëmundjet bipolare në veçanti mund të shoqërohen me agresion për shkak të natyrës së simptomave bazë të saj, si: të irritimit, luhatshmërisë së humorit, deluzionet e madhështisë dhe paranoide.

Çrregullimi depresiv madhor dhe çrregullimi bipolar së bashku shoqërohen me shtim të irritimit, agresionit dhe potencialit për violencë ndaj të tjerëve dhe vetes.

Depresioni në adoleshencë është një prediktor i rëndësishëm i agresionit, i violencës (që është një formë më ekstreme e agresionit) [22, 23], ose i sjelljeve kundërshtuese dhe antiligjore.

Sipas disa autorëve pacientët me çrregullim bipolar, që ndodheshin të shtruar në mënyrë të pavullnetshme në një pavion urgjence, ishin të predispozuar për komorbiditet me abuzimin me substanca dhe deri në tre herë më tepër mundësi për të qenë agresiv mbas shtrimit në spital [24]. Ndërsa pacientët me skizofreni ose çrregullim skizoafektiv

kanë më shumë gjasa që të arrestohen [25], ndërsa pacientët bipolarë rrezikojnë më shumë sesa ata me depresion unipolar të kenë probleme ligjore [26]. Agresioni mund të ndodh, gjithashtu, edhe gjatë episodeve depressive. Te pacientët bipolarë agresioni mund të jetë mjaft i shpeshtë në depresionin e axhituar [27]. Agresioni është i shpeshtë, edhe në depresionin unipolar [28].

Një nga ngjarjet më të njohura për vetëdëmtimet e qëllimshme (si formë e violencës) është ajo e artistit Hollandez Vinsent Van Gog. (1853-1890), i cili vuante nga çrregullimi bipolar [29]. Në prag të Krishtlindjeve të 1938 Van Gogu preu veshin me një brisk rroje, ndërkohë që përpiquej të sulmonte një të njohurin e tij. Pas këtij episodi vetëdëmtimi, Van Gogu shfaqti gjëndje të alternuar ndërmjet “çmendurisë dhe kthjellimit” dhe mori trajtim në një azil në Saint-Remy. Dy muaj mbas daljes kreu vetëvrasje duke qëlluar veten “për të mirën e të gjithëve” [30].

Suicidi dhe homocidi janë dy anë të së njëjtës monedhë. Individët që kryejnë suicid kanë më tepër gjasa të kenë histori violence.

2.1.3. Ekspozimi ndaj violencës është një prediktor i madh i simptomave depressive. Kjo është dokumentuar në mënyrë të përsëritur në një sërë studimesh.

2.1.3.1. Përvojat e hershme jetësore mund të ndikojnë si në biologjinë dhe në sjelljen e një individi. P.sh., abuzimi apo neglizhimi i një të riu do të influencojë në zhvillimin e çrregullimeve të humorit dhe të problemeve në sjellje në një moshë më të vonë. Prevalenca e depresionit dhe ankthit shtohet te adoleshentët dhe te të rinjtë adult (13-21 vjeç), të cilët janë nën ekspozim pasiv të violencës së prindërve. Studime të ndryshme gjetën se ekspozimi ndaj violencës familjare të fëmijëve të moshës 10-16 vjeç shton depresionin dhe problemet e sjelljes, me një ndikim më të madh te vajzat sesa te djemtë [31, 32].

2.1.3.2. Abuzimi i prindërve me substanca mund të shkaktojë probleme direkte dhe indirekte te femija. Këta individë janë të neglizhuar. Abuzimi me substanca shoqërohet me një sërë faktorësh, të cilët duke vepruar të pavarur apo të kombinuar mund të kenë efekt shumë dëmtues. Kjo përfshin violencën shtëpiake dhe disa forma abuzimi, si verbal, emocional dhe fizik. Abuzimi me substanca i prindërve shton rrezikun për depresion, agresion, probleme të sjelljes ose dhe për abuzim të substancave nga vetë femija [33,34].

2.1.3.3. Abuzimi në fëmijëri dhe neglizhimi janë qartësisht të lidhur me shtim të rrezikut për depresion dhe sjellje të keqe ose jo të përshtatshme [35].

2.1.3.4. Përvojat e abuzimit verbal dhe emocional gjatë fëmijërisë, për shembull: “ti je budalla”, shton depresionin, zemërimin dhe armiqësinë tek të rinjtë [36, 37]. Abuzimi verbal dhe emocional ndikojnë në zhvillimin e konceptit për veten dhe çon në një stil vetëkritikues të procesit konjitiv që sjell vetvlerësim të ulët [35, 36].

2.1.3.5. Abuzimi fizik mund të luajë rol mjaft të madh në një moshë më të vonë. Ai është thelbësor në shfaqjen e depresionit te të rinjtë apo në një moshë më madhore [35]. Abuzimi fizik mund të ndodhë në ambjent shtëpie ose shkolle. Bullizmi është formë e violencës fizike dhe verbale që mund të ketë ndikim të madh në zhvillim.

2.1.3.6. Abuzimi i hershëm seksual shoqërohet me shtim domethënës të depresionit si tek meshkujt dhe te femrat [38].

2.1.3.7. Violenca ndërmjet partnerëve është e shpeshtë dhe ekspozimi ndaj saj shoqërohet me shtim domethënës të rrezikut për depresion dhe PTSD [39]. Rreziku për depresion është pothuajse 6 herë më i lartë te gratë që janë viktimat të kësaj lloji dhune, krahasuar me ato që nuk janë dhe PTSD-ja te këto është 9.4 herë më e lartë [40].

2.1.3.8. Violenca në komunitet

Jo vetëm violenca në planin individual por edhe violenca në komunitet luan një rol të madh në shfaqjen e çrregullimeve të humorit, gjithashtu, kontribuon në shfaqjen e depresionit, të ideve dhe tentativave suicidale. Violenca në komunitet mund të shtojë rrezikun e simptomave depresive tek adoleshentët, veçanërisht te vajzat [41].

2.2. Skizofrenia dhe çrregullimet e tjera psikotike

2.2.1. Lidhja e simptomave të sëmundjes mendore me violencën.

Paranoja dhe dyshimi shoqërohen me atake dhune. Autorë të ndryshëm kanë gjetur në studimet e tyre lidhjen midis paranojës, deluzioneve të kontrollit dhe inserimit të mendimeve me violencë në të kaluarën, si te subjektet psikiatrike ashtu edhe tek ato të kontrollit. Ata kanë dalë me përfundimin, se violenca në subjekte me skizofreni është pjesërisht e shpjegueshme nga perceptimi i shtuar i rrezikut [42, 43].

Në një studim me 1410 pacientë nën trajtim për skizofreni, u eksploruan lidhjet midis violencës dhe simptomave. Violenca serioze ishte e lidhur me armiqësinë (OR

1.65), dyshimin, deluzionin e persekutimit (OR 1.46), haluçinacionet (OR 1.30), deluzionet e madhësisë (OR 1.31) dhe axhitimin (OR 1.30). Të menduarit deluzional më vehte nuk u shoqërua me violencë serioze, por kur ajo ndodh e bashkëshoqëruar me dyshimin dhe deluzionin e persekutimit, atëherë ajo është e lartë (OR 2.9). Simptomat negative shoqërohen me një nivel të ulët të shfaqjes së violencës. Nivele të larta të simptomave pozitive të shoqëruara me nivele të larta të simptomave negative nuk shoqërohen me shtim të rrezikut për violencë, por nivele të larta të simptomave pozitive me nivele të ulta të simptomave negative shoqërohen me shfaqje të violencës (OR 3.05) [44].

Te një pacient me histori të atakeve të violencës së mëparshme, të motivuar nga psikoza, rreziku për dhunë rritet nga deluzioni persekutimit (me ose pa haluçinacione komanduese) dhe të shoqëruara me zemërim, frikë ose trishtim.

Studimet e violencës te pacientë të shtruar ndryshojnë nga ata në komunitet. Ataket e dhunës së pacientëve të shtruar përfshijnë: paranojën, konfuzionin, ndjeshmërinë e lartë dhe frustrimin. Hiperndjeshmëria dhe frustracioni mund të vijnë si rezultat i ambjentit të tendosur, të paparashikuar dhe kaotik që shpesh herë mbizotron në pavionet e urgjencës. Simptoma të tilla mund të jenë parashikues të mirë të shfaqjes së violencës te pacientët e shtruar së fundmi sesa tek ata që kanë më shumë ditë qëndrimi në spital.

Te pacientët e saposhtruar simptomat pozitive psikotike dhe irritimi janë parashikues të dhunës, kursenë një afat të gjatë kohor më parashikuesë janë: pacienti psikotik kronik, axhitimi motor, zemërimi, toleranca e ulët, frustrimi, armiqësia, dyshimi dhe irritimi. Ataket e dhunës janë dy llojesh: reaktive dhe të paramenduara. Ngjarjet reaktive janë impulsive, afektive ose eksplozive, ndërsa ngjarjet të paramenduara janë detyruese, grabitqare ose psikopatike [45]. Kjo ndarje është bërë për ta thjeshtuar problemin, sepse shpesh motivet janë të përziera. Një ndarje e tillë është e përdorshme në planin e trajtimit. Studiuesit besojnë se dhuna reaktive është më e trajtueshme sesa dhuna instrumentale [46].

Personat me skizofreni ka mundësi të veprojnë mbi bazën e deluzioneve të persekutimit [47]. Të shtruarit në spital veprojnë nisur nga deluzionet, nëse ata ndihen të frikësuar, anksiozë, të palumtur ose të mërzitur si pasojë e besimit deluzional. Një histori

e mëparshme e dhunës si pasojë e deluzioneve shton gjasat për të vepruar sërish në të ardhmen për shkak të tyre.

Pacientët e shtruar që janë psikotikë dhe violentë kanë kritikë më të ulët ndaj simptomave të tyre psikotike sesa pacientët që nuk janë violentë. Një pacient që ka haluçinacione me përmbajtje urdhëri për të dëmtuar të tjerët është me rrezik të shtuar për violencë. Haluçinacionet komanduese dyfishojnë rrezikun e pacientit për të dhënë violencë.

Trajtimi më efikas për të reduktuar violencën te individët me një çrregullim psikotik është ai farmakologjik: Klopazina është superiore ndaj antipsikotikëve të tjerë në reduktimin e sjelljes agresive.

2.3. Çrregullimet neurologjike dhe nga sëmundjet e përgjithshme.

Sjellja violente është gjithmonë e pranishme te lezionet fokale të trurit, si edhe në dëmtimet më difuze të SNQ. Çdo gjëndje që shkakton psikozë ose mani, mund të ketë si një simptom bashkëshoqëruese agresionin. Edhe sëmundjet e përgjithshme që nuk prekin direkt trurin mund të jenë shkak i sjelljeve agresive për shkak të përhapjes së efektit në funksionimin e SNQ-së. Irritimi dhe agresioni janë një tregues mjaft i rëndësishëm dhe për sëmundjet e përgjithshme neurologjike, që shtojnë barrën e familjarëve të tyre. Identifikimi dhe trajtimi i shkakut kryesor është shpesh hapi i parë në trajtimin e violencës të lidhur me çrregullimet neurologjike apo mjeksore.

2.3.1. Demenca.

Demenca është rënia progresive e funksioneve konjitive, e cila prek 5-8% të pacientëve mbi 65 vjeç dhe pothuajse 50% të atyre mbi 85 vjeç [48]. Çrregullimet e sjelljes janë të shpeshta te pacientët me tipe të ndryshme Demence. Studimet tregojnë se problemi kryesor i raportuar është sjellja agresive [49]. Familjarët janë në gjëndje të tolerojnë harresën e tyre por e kanë mjaft të vështirë të menaxhojnë zemërimin e tyre. Sjellja violente është një nga faktorët kryesor që i çon personat me demencë në qendrën e trajtimit. [50].

Janë studiuar parashikuesit e agresionit dhe reagimi i kujdestarëve ndaj tij te 213 pacientë me demencë outpatient. Agresioni u raportua në 57.2% të pacientëve, ku agresioni verbal ishte forma më e shpeshtë (në 51% të rasteve). Agresioni fizik në 34% të

rasteve dhe agresioni seksual 7% të rasteve. Agresioni më tepër shfaqet kur pacienti instruktohet të kryente diçka [51].

Pacientët me demencë, që shfaqin psikozë dhe axhitim në fazat e hershme të sëmundjes duhet të vlerësohen për demencë me trupa Lewi, e cila është një sëmundje me progresion më të shpejtë dhe më e rrallë se sëmundja e Alzheimerit.

Është gjetur se te 90 pacientë të shtruar në një pavion psikogeriartrik, niveli i sjelljeve agresive ishte mjaft i lartë. Shumica e sjelljeve violente ndodhte në mëngjes kur duhej të përmbusheshin aktivitetet e përditshme [52].

Karakteristikat e agresionit të shoqëruar me sëmundje neurologjike apo sëmundje të përgjithshme janë:

- Shkaktohet edhe nga nxitës beninj,
- Zakonisht i paplanifikuar,
- Nuk funksionojnë planet afatgjata të trajtimit,
- Fillim i papritur, ndërprerje e menjëhershme,
- Shpërthime të shkurtra në kontrast me periudha të gjata të një qetësie relative,
- Pas shpërthimit pacientët janë të trishtuar, të shqetësuar, të turpëruar dhe mund të shprehin keqardhje.

Janë gjetur disa prediktor të sjelljes agresive dhe violente veçanarisht në sëmundjen e Alzheimerit, e cila është forma më prevalente e demencës te të moshuarit. Agresioni dhe axhitimi shoqërohen me dëmtim të madh të funksionimit por kjo nuk korespondon me masën e rënies konjitive.

Simptomat psikotike janë një prediktor i sjelljes agresive në pacientët me Alzheimer. Prania e deluzioneve është dukshëm më e lartë te pacientët me agresion fizik [53].

Studimet imazherike kanë demonstruar një lidhje midis deficiteve strukturale, funksionale dhe agresionit. Në një studim me 178 pacientë me Alzheimer, CT e trurit rezultoi me lidhje sinjifikative midis atrofisë së lobit temporal dhe agresionit [54], kurse një studim me tomografi pozitron emetuese (PET) të 21 pacientëve me Alzheimer gjeti që agresioni lidhej me një hipometabolizëm frontal dhe temporal. [55]

2.3.2. Dëmtimet traumatike të trurit (DTT)

Simptoma sjelljeje, ku përfshihet dhe agresioni, si mbas dëmtimit ashtu edhe si pasojë afatgjatë janë mjaft të shpeshta. Në fazën akute pas dëmtimit të trurit pacientët

kanë periudhë axhitimi apo konfuzioni që zgjat me ditë apo me muaj, e cila më saktë mund të konsiderohet gjëndje deliriumi [56]. Më pas pacientët mund të zhvillojnë tolerancë të ulët frustrimi dhe sjellje shpërthyes, e cila mund të shfaqet nga provokime të vogla ose të ndodh pa lajmërim.

Në një studim me 89 pacientë të vlerësuar për 6 muaj, për dëmtime traumatike të trurit [57] u gjetën sjellje agresive në 33.7% të rasteve me DTT, krahasuar me 11.5 % të atyre me traumë multiple, por jo DTT.

Një shqyrtim i literaturës mbi DTT sugjeron se pacientët me DTT që dëmtojnë lobin frontal, me histori të mëparshme të abuzimit me substanca ose agresion impulsiv mund të kenë një rrezik më të lartë për shfaqjen e agresionit pas DTT-së [58].

2.3.3. Insulti cerebral

Aksidentet cerebrovaskulare janë një sëmundje mjaft e shpeshtë. Pavarësisht rënies së rasteve me insult si pasojë e trajtimit të hipertensionit, insulti vazhdon të mbetet një burim i madh sëmundshmërie dhe mortaliteti, veçanërisht në vendet e zhvilluara. Simptoma të shumta neuropsikiatrike përshkruhen pas insultit duke përfshirë edhe violencën.

2.3.4. Sëmundjet kongenitale të trurit dhe çrregullimet e zhvillimit.

Ndërkohë që jetëgjatësia e personave me paaftësi mendore rritet, menaxhimi i problemeve të sjelljeve në këtë grup po bëhet gjithnjë e më sfidues.

2.3.4.1. Sjellja agresive në individët me paaftësi intelektuale dhe Autizëm

Bazuar në faktorë të ndryshëm si niveli i ashpërsisë së sjelljes, moshë, gjinia, ambjenti [59], prevalenca e nivelit të sjelljes agresive te individët me disabilitet intelektual varion nga 2-6%. Meshkujt me disabilitet intelektual kanë tendencën të kenë nivele të larta sjelljeje agresive në krahasim me femrat [60] dhe ajo arrin kulmin në adoleshencë. Aktet e agresionit tentojnë të rriten me rëndimin e disabilitetit, megjithatë individët me funksionimin më të lartë kanë tendencë të sulmojnë të tjerët, ndërsa ata me funksion të ulët dëmtojnë veten [61].

Agresioni është një sjellje e zakonshme karakteristike e Autizmit dhe mund të përfshijë impulsivitet, agresion ndaj të tjerëve, vetëdëmtime, shkatërrim prone, ambjenti si edhe sjellje të tjera të papranueshme shoqërore. Dëmtimet në funksionimin e trurit dhe aktivitetit neurologjik që ndeshen shpesh në personat me Autizëm mund të reduktojnë

aftësitë e tyre për ndërveprim social, komunikim verbal e joverbal dhe të aftësisë për të përshtatur sjelljen dhe emocionet. Studimet sugjerojnë se mungesa e lidhjeve sociale dhe e empathisë mund t'i predispozojë ata drejt akteve të agresionit [62].

2.3.4.2. Njerëzit me deficite intelektuale që angazhohen në agresion ndaj të tjerëve ose në sjellje vetëdëmtuese, duhet të jenë nën vëzhgim dhe menaxhim më intensiv. Përveç gravitetit të dëmtimit intelektual agresioni është arsyeja kryesore e shtrimit të tyre në spital.

2.3.5. Prej shumë kohësh **Epilepsia** njihet se është një shkak, ose së paku, një kontribues në aktet violente. Megjithatë literatura është larg qartësisht të përcaktimit nëse ekziston një lidhje e qartë midis epilepsisë dhe agresionit në shumicën e pacientëve. Gjatë apo mbas krizave, shumë raste të sjelljes agresive ndodhin për shkak të konfuzionit të pacientit apo të psikozës gjatë gjëndjes trans. Në analizën e sjelljes agresive në individët me epilepsi është e rëndësishme të shihet kur ndodh kjo sjellje. Aktet agresive mund të jenë iktale (gjatë krizës), post iktale (pas krizës) ose interiktale (midis krizave).

2.3.5.1 Agresioni iktal ndodh në shumicën e rasteve kur personat përpiqen të asistojnë pacientin në kushtet e krizës dhe pacienti reziston. Kjo quhet “violencia e rezistencës”. Agresioni iktal rrallë është i drejtuar ndaj dikujt dhe nuk ka elemente të planifikimit apo parapërgatitjes.

2.3.5.2. Agresioni postiktal përfshin akte violente që ndodhin kur një pacient vazhdon të jetë ende konfuz pas krizës. Zakonisht agresioni post iktal ndeshet pas një konvulsioni të gjeneralizuar toniko-klonik dhe ndodh më rrallë gjatë konvulsioneve komplekse parciales. Shkaku kryesor i agresionit në këtë fazë janë përpjekjet për të kufizuar pacientin. Psikoza post iktale është një tjetër shkak i shumicës së agresionit post iktal, veçanërisht nëse pacienti ka haluçinacione shumë të frikshme apo ndjehet dyshues gjatë kësaj kohe [63].

2.3.5.3. Agresioni interiktal është kontradiktor mbasi nuk ka lidhje direkte midis agresionit dhe konvulsioneve. Është e paqartë për epileptologët se pse një pjesë e vogël e këtyre personave me epilepsi sillen ndryshe midis krizave.

Në një studim u ekzaminuan 44 pacientë me epilepsi, të cilët ishin referuar për vlerësim psikiatrik për shkak të violencës. Autorët konkluduan se violencia interiktale shoqëron sëmundjet mendore si: skizofrenia e prapambetja mendore, pavarësisht nga aktiviteti i konvulsioneve [64].

2.3.6. Infeksionet e sistemit nervor qëndror.

2.3.6.1. Encefaliti. Ndikimi i encefalitit viral apo formave të tjera mbi sjelljen është vërejtur gjatë luftës së parë botërore në pandemitë e encefalitit letargjik, i njohur ndryshe si von Economo encefaliti. Kjo sëmundje njihet pasi jepte simptoma psikiatrike që përfshinin edhe ndryshime në sjellje, si agresioni i pacientëve që më parë kishin qenë normal. Forma të tjera encefaliti, më i njohuri *herpes encefalitis*, njihen gjithashtu se japin sjellje agresive.

2.3.6.2. Encefaliti letargjik.

2.3.6.3. Herpes simpleks encefalitis (HSV-1)

Literatura mbi sjelljen agresive pas herpes encefalitis konsiston në raportime rastesh, ku sjellja agresive lidhet me përfshirjen e zonës limbike. Mortaliteti është i lartë (70 %). Ata që mbijetojnë kanë dëmtime neurologjike (kryesisht dëmtime në dy lobet temporale) dhe turbullime të sjelljes.

2.3.6.4. Forma të tjera encefaliti me etiologji të ndryshme shkaktojnë çrregullime sjelljeje që përfshijnë një agresion të shtuar, shpesh herë për shkak të psikozës. Për shembull: encefaliti limbik apo “paraneoplastik” për shkak të efektit në distancë të procesit malinj [65].

2.3.7. Tumoret e sistemit nervor qëndror. (SNQ)

Përpara përhapjes së neuroimazherisë, ndryshimet në sjellje, ku përfshihej edhe agresiviteti, nuk konsideroheshin si të lidhura me proceset malinje në SNQ. Kur ndodhin ndryshime në sjellje gjatë malinjitetit ka disa faktorë që përcaktojnë se çfarë ndryshimesh do të ndodhin. Ato janë: strukturat e përfshira në patologji, niveli premorbid i funksionimit të pacientit, shpejtësia e rritjes së tumorit, i cili mund të shtojë presionin

intrakranial për shkak të rritjes së shpejtë, si dhe fakti nëse procesi malinj shkakton lezion të vetëm apo përfshin shumë struktura.

Rritja e shpejtë e procesit malinj dhe e atyre me vëndndodhje të shpërndarë shkaktojnë ndryshime sjelljeje më akute, që përfshijnë psikozën dhe agresionin. [66]. Tumoret frontale shkaktojnë irritim, humor të luhatshtëm dhe psikozë. Tumoret e lobit parietal dhe oksipital japin më pak psikozë dhe axhitim. Ndërsa proceset malinje që prekin diencefalonin (talamus e hipotalamus) dhe strukturat që rrethojnë ventrikulin e tretë, prekin kryesisht sistemin limbik për shkak të afërsisë dhe mund të shkaktojnë axhitim.

2.3.8. Çrregullimet e lëvizjeve mund të rezultojnë me ndryshime në sjellje. Shtimi i irritabilitetit dhe shpërthimet e zemërimit shihen shpesh në çrregullimet e lëvizjeve. Pacientët me tremor esencial, distoni dhe ataksi hereditare në përgjithësi nuk janë violent, megjithëse përjashime mund të ketë. Megjithëse agresioni në sëmundjen e Parkinsonit mund të mos jetë manifestim i saj, ai mund të shfaqet si rezultat i trajtimit të simptomave motore me medikamente dopaminergjike, veçanarisht kur psikoza është efekt anësor i saj.

2.3.9. Sëmundja Willson ose denegjerimi hepatolentikular. Në një studim me 42 pacientë me këtë sëmundje u vunë re se 24 nga pacientët patën simptoma psikiatrike si ankesë kryesore [67]. Ndryshime në personalitet, agresioni, irritabiliteti ishin ndër simptomat kryesore.

2.3.10. Sëmundja Hantigton ka si tipar kryesor të saj lëvizjet periferike dhe simptomat psikiatrike. Në një studim u vlerësuan 26 pacientë me këtë sëmundje dhe rezultoi se 59% e tyre klasifikoheshin sinjifikant në shkallën e shfaqjes së agresionit [68]. Marder et al. (2000) gjetën në një studim të gjerë të pacientëve në stadi të ndryshme të sëmundjes, se agresioni ishte prezent në gjysmën e tyre [69].

2.3.11. Sindroma Touretë. OCD dhe ADHD janë simptomat më të përshkruara psikiatrike por shpërthimet agresive janë prezente. Është studiuar lidhja midis simptomave motore dhe çrregullimeve të sjelljes në 90 pacientë me sindromën Touretë. Studiusit gjetën se 28 pacientë shfaqnin agresivitet fizik ndaj njerëzve (kryesisht familjarëve), kafshëve apo objekteve [70].

2.3.12. Çrregullimet e lëndës së bardhë të trurit. Lënda e bardhë, e cila përbën pak më shumë se gjysmën e trurit të njeriut, është mjaft e rëndësishme për komunikimin midis neuroneve, prandaj nuk është aspak çudi që patologjitë e këtyre trakteve të çojnë në agresivitet. Skleroza Multiple, çrregullimet vaskulare, gjëndjet metabolike, infeksionet (AIDS), DTT-ja dhe neoplazitë mund të çojnë në dëmtime të lëndës së bardhë. Pacientët me sklerozë multiple kanë nivel të shtuar të çrregullimit bipolar, krahasuar me popullatën e përgjithëshme.

2.3.13. Çrregullimet e sëmundjeve të përgjithshme. Një numër i madh gjëndjesh mjekësore mund të çojnë në disfunktion të trurit të pasuar nga agresioni. Është shumë e rëndësishme të kryhet një ekzaminim i plotë mjekësor në çdo pacient që shfaq agresion në mënyrë të papritur ose pa histori të mëparshme për sjellje violente.

2.3.14. Deliriumi ose gjëndja konfuzionale akute, është një çrregullim transitor i konjicionit, ajo është një sindrom dhe jo një sëmundje me shkaqe të shumta si: Hypoxia, Çrregullime Metabolike, Hypoglicemia, Hypertermia, Ndërprerja e Alkoolit Infeksione të lokalizuara apo të përgjithshme, Lezione strukturore të trurit, Konfuzioni postoperativ, Medikamentet (mund të jenë në doza terapeutike në të moshuarit), veçanarisht preparate me efekte antikolinergjike. Axhitimi apo sjellja violente ndeshet në shumë raste duke përfshirë dhe konfuzionin postoperator [71].

2.3.15. Helmet, që shoqërohen me agresivitet përfshijnë: arsenikun, plumbin, manganin dhe mërkurin. Oksidi i azotit shoqërohet gjithashtu me deluzione dhe axhitim. [72].

2.3.16. Efektet anësore të medikamenteve mund të shkaktojnë frenim ose irritim dhe mund të çojnë drejt agresionit. Më i përhapuri, që shoqërohet me agresion të shprehur si gjatë intoksikimit ashtu edhe gjatë ndërprerjes, është alkooli. Edhe drogat stimulante, të tillë si kokaina, amfetamina apo stimulantët antidepressiv mund të japin axhitim. Medikamentet antipsikotik mund të shtojnë axhitimin nëpërmjet efekteve anësore antikolinergjike. Axhitimi dhe irritabiliteti zakonisht vihen re edhe në akatizinë e rëndë. Steroidet mund të japin sjellje agresive pasi mund të shkaktojnë psikoze (si: prednizoni, kortizoni dhe steroidet anabolike)

2.3.17. Sëmundjet reumatizmale. Lupusi sistematik eritematoz shoqërohet mjaft ngushtë me simptoma neuropsikiatrike, duke përfshirë edhe agresionin. Efektet mbi sjelljen shkaktohen nga veprimi direkt mbi SNQ ose nga efektet mbi organet e tjera, si për shembull, uremia e shkaktuar nga dëmtimi renal çon në konfuzion dhe delirium.

2.3.18. Hipoglicemia. Një gjetje e mjaft sinjifikative ishte korrelacioni midis hipoglicemisë dhe shtimit të irritabilitetit të një grup të burgosurish violentë [73].

Vlerësimi nga një mjek profesionist për të përjashtuar sëmundje të përgjithshme, delirium, toksicitet medikamentoz ose diskomfort fizik duhet të kryhet veçanërisht me pacientët që nuk kanë qenë violentë më përpara ose tek ata me dëmtim të aftësisë për të komunikuar.

2.4. Çrregullimi i stresit pas traumës (PTSD)

PTSD-ja klasifikohet si çrregullim ankthi dhe përkufizohet si ekspozim ndaj një ngjarje traumatike me shfaqjen e disa simptomave [74]. Veteranët me PTSD demonstrojnë nivele të larta të zemërimit, rritje të nivelit të violencës dhe një potencial më të madh për akte violente krahasuar me pacientë të tjerë në popullatë. Krahasuar me pacientët e tjerë, veteranët e hospitalizuar me PTSD të rëndë kishin 7 herë më shumë gjasa të përfshiheshin në akte violente në 4 muajt e fundit përpara shtrimit, 6 herë më shumë në shkatërrim prone, 6 herë më shumë kërcënim të të tjerëve me armë, 4 herë më shumë përfshirje në përleshje fizike. [75].

2.5. Çrregullimet e personalitetit.

Disa çrregullime personaliteti e predispojnë pacientin ndaj sjelljeve violente për përfitime personale të qarta. Çrregullimet të cilat zvogëlojnë ose eliminojnë sensin e empatisë ose të vlerësimit për të tjerët e shtojnë këtë rrezik, për shembull: çrregullimi antisocial, narcistik dhe kufitar. Paranoja si tipar personalitetit është ndër më të rrezikshmet. Ajo shoqërohet në përgjithësi me dhunë në familje. Shumë njerëz me personalitet paranoid imagjinojnë dhe inskenojnë zgjidhje violente në skenaret e tyre paranoid. Njerëz me tipare të theksuara varësie, paranoide, narcistike, skizotipale ose obsesivo-kompulsive, karakteristika që ulin aftësinë për tu mbështetur në mekanizmat e

brëndëshëm, kur ndodhen në situata emocionale nga të cilat ata nuk dalin dot, mund të jenë shumë të rrezikshëm.

2.5.1. Karakteristikat e violencës së çrregullimeve të personalitetit mund të kategorizohen:

- Violencë e qëllimshme, instrumentale ku violenca përdoret si një mjet instrumental,
- Violencë e qëllimshme, joinstrumentale,
- E qëllimshme, e shënjestruar, mbrojtëse,
- E qëllimshme, e shënjestruar, impulsive,
- Jo e shënjestruar, impulsive,
- Rastësore por e qëllimshme,
- Violencë që lidhet me frikën e humbjes dhe abandonimit,
- Violencë që lidhet me paranojën kronike apo keqinterpretimet.

2.5.2. Trajtimi dhe menaxhimi i sjelljes violente tek çrregullimet e personalitetit.

Trajtimi psikoterapeutik është i vështirë dhe nuk është gjithmonë i disponueshëm. Trajtimi i problemeve të tilla si: ankthi, depresioni, humori i paqëndrueshëm, të menduarit psikotik, papërshtatshmëria në aftësitë ndërpersonale apo sociale, mund të ulin rrezikun për violencë pasi ato përmisojnë aftësinë e personit për të përballuar rreziqet e brëndëshme apo të jashtme pa u dekompesuar.

3. VLERËSIMI KLINIK I VIOLENCËS.

Vlerësimi i rrezikut për violencë të një pacienti, kryhet nga të gjithë klinikistët e aftë për një vlerësim të tillë: psikiatrit, mjekë të tjerë, psikologët, infermierët, punonjësit socialë, terapistët vokacionalë dhe i gjithë stafi tjetër që ka përgjegjësi për pacientin. Përgjegjësia e vlerësimit të rrezikut për violencë ndodh kur klinikisti viziton një pacient në urgjencë dhe vendos që ta pranojë në spital apo ta lejojë të dalë, kur shikon pacientin në zyrën e tij për herë të parë dhe urdhëron nivelin e observimit ndaj tij si dhe kur i jep trajtim tjetër mbasi e shtron në spital. Vlerësimi bëhet gjatë qëndrimit në klinikë të pacientit dhe përfshin monitorimin e pacientit si dhe vendimin për ta veçuar apo kufizuar

atë. Kjo bëhet edhe në momentin e daljes së pacientit nga spitali, në planifikimin dhe implementimin e kujdesit që duhet treguar pas daljes nga spitali.

Ndryshe nga metodat klinike të vlerësimit të rrezikut për violencë, metodat me pikëzim përdorin instrumenta të strukturuar me disa çështje që janë përzgjedhur të masin ato fusha që lidhen me rrezikun e përgjithshëm për violencë të një individi. Zakonisht këto çështje apo variable pikëzohen dhe përdoren për të parashikuar në terma afatgjatë rrezikun për violencë të pacientëve, mbas daljes nga spitali psikiatrik publik ashtu edhe nga spitalet e burgjeve.

Një numër studiuesish kanë shqyrtuar mjaft instrumenta që vlerësojnë rrezikun për violencë, duke përdorur metodat me pikëzim të përshtatshëm për psikiatrinë e të rriturve. Ata kanë konkluduar se nevojitet një integrim më i madh i të dhënave klinike dhe dinamike për vlerësimin e afërt të rrezikut për violencë.[76, 77, 78, 79].

3.1. Parimet në vlerësimet e rrezikut për violencë.

Një psikiatër i mirëtrajnuar, me eksperiencë, ose një profesionist tjetër i shëndetit mendor duhet të jetë i aftë, të vlerësojë potencialin për violencë të një pacienti, me të njëjtat teknika si ato që përdoren për parashikimin e potencialit për suicid. Në të dyja rastet koha e parashikimit është nga pak ditë deri në një javë. Pas kësaj kohe, faktorë të shumtë mund të ndikojnë, si për shembull në rastin e pacientit bipolar të stabilizuar, i cili e ndërpret mjekimin apo të një abuzuesi me alkool që rifillon pirjen e alkoolit. Ashtu si në vlerësimin e rrezikut për suicid, klinikisti përqëndrohet në aspekte klinike të vlerësimit, në psikopatologjinë dhe në diagnozën. Ai duhet të marrë në konsideratë edhe faktorët demografikë, historik dhe ambjental, të cilët mund të lidhen me shtim të rrezikut për violencë apo suicid [80]. Vlerësimi i potencialit për violencë është analog me atë për suicid. Edhe nëse pacienti nuk shpreh mendime violence, klinikisti duhet në mënyrë rutinë të bëjë pyetjen delikate "A e keni humbur ndonjëherë toruan" në të njëjtën mënyrë siç mund të pyesnim për potencialin për suicid me pyetjen "A jeni ndjerë ndonjëherë se kjo jetë nuk ja vlen të jetohet". Nëse përgjigja është "po", në të dyja rastet, vlerësuesi duhet të procedojë me vlerësimin; si?, kur? dhe kështu me rradhë, duke iu referuar si violencës ashtu si edhe potencialit për suicid.

Kur merret një vendim rreth potencialit për violencë, klinikisti duhet, gjithashtu të marrë në intervistë anëtarët e tjerë të familjes, policinë, persona të tjerë që kanë informacion për pacientin apo incidentin violent, për t'u siguruar se pacienti nuk po minimizon rrezikshmërinë e tij. Është e rëndësishme të merret kontakt ose të tentohet të kontaktohet mjeku kurues aktual apo i kaluar, të rishihet dokumentacioni për episode të mëparshme violence, raportime të arrestimeve nga policia, apo shënime të tjera të disponueshme të procedimeve penale.

3.2. Faktorët e vlerësimit të rrezikut për violencë

Ekzistojë disa faktorë që duhet të vlerësohen për të përcaktuar nëse një pacient paraqet rrezik imediat për violencë apo jo. Ato nuk është se pikëzohen për të grumbulluar një numër të përgjithshëm pikësh që do të tregojnë rrezik, si për shembull: 6 nga 10 ka rrezik për violencë, por 4 nga 10 nuk ka rrezik. Për më tepër informacioni i marrë në çdo fushë duhet të filtrohet e peshohet nga vlerësuesi për të marrë një vendim klinik mbi rrezikun imediat për violencë.

Klinikisti duhet të ketë parasysh se për një individ, disa faktorë mund të jenë më të rëndësishëm se disa të tjerë, si historia e violencës me përdorimin e alkoolit ose e shoqëruar me moskompliancë me barnat dhe aspekte të tjera të trajtimit. Mbasi klinikisti marr një vendim mbi rrezikun për violencë që paraqet pacienti, duhet të ketë parasysh se mund të ndodhin ngjarje të paparashikuara që mund të provokojnë violencë. Në tabelën e mëposhtme paraqiten faktorët e rrezikut që parashikojnë dhunë në të ardhmen në pacientët psikiatrikë

Tabela 3.1 Faktorët e rrezikut që parashikojnë dhunë në të ardhmen në pacientët psikiatrikë

Faktorët demografikë

1. Prezenca e sjelljeve të dhunshme në të kaluarën,
2. Frekuenca dhe serioziteti i sjelljeve të dhunshme kohët e fundit,
3. Dënimet për shkak të akteve të dhunshme në të kaluarën,
4. Angazhimi në akte të dhunshme në moshë të re,
5. Mosha, është një parashikues special brenda grupmoshave të ndryshme. Për shembull, në moshë të vjetër një pacient demencial, ndërsa në moshe të re pacientë skizofrenë apo maniakalë.
6. Shkallë e ulët edukimi,
7. Të ardhura ekonomike të ulëta,
8. Histori abuzimi në fëmijëri apo përjetim i dhunës në shtëpi ndërsa është duke u rritur,
9. Histori abuzimi me alkool dhe substanca,
10. Status ligjor i pavullnetshëm gjatë vlerësimit psikiatrik,
11. Histori arresti kriminal të babait të pacientit.

Faktorët klinikë

1. **Diagnoza** është parashikuesi më i fortë i dhunës: Çrregullimet që lidhen me përdorimin e substancave, çrregullimi i personalitetit antisocial, çrregullim psikotik me komorbiditet me abuzim me substanca, çrregullimet psikotike pa komorbiditet me abuzimin me substanca.
2. **Simptoma psikotike dhe shenjat:**
 - a. “Simptoma e kërcënim-kontrollit” që është një lloj simptome ku pacienti ndjehet i kërcënuar dhe jashtë kontrollit të tij
 - b. Komanda të vazhdueshme haluçinative nga zëra familjarë.
 - c. Stresi i perceptuar nga pacientët dhe impakti në jetën e tyre (stresi mund të jetë financiar, i rrethanave, interpersonal etj)
 - d. Zemërim dhe impulsivitet motor gjatë ekzaminimit.

- e. Stil armiqësor dhe agresiv në mardhëniet me të tjerë.
- f. Prania e mendimeve dhe fantazive të dhunës.
- g. Shkallë e ulët e Koeficientit të Inteligjencës (IQ) totale dhe verbale

3. Simptomat fizike

- a. Humbje e vetëdijes,
- b. Sëmundje organike të trurit,
- c. Të qenurit nën efektin e alkoolit dhe drogave gjatë vlerësimit psikik.

4. Faktor që lidhen me trajtimin:

Mungesa e komplaincës.

Për pacientët e shtruar

- 1. Kualiteti i lidhjes mes pacientit dhe stafit të pavioneve psikiatrike.
- 2. Mbipopullimi i pavioneve,
- 3. Prezenca e të afërmeve, shokëve apo shokë dhome provokues në pavione,

Faktorët të tjerë që duhet të merren në konsideratë në vlerësimin e rrezikut për violencë:

- 1. Pamja e jashtëme e pacientit,
- 2. Prezenca e ideve violente dhe shkalla e formulimit dhe planifikimit të tyre.
- 3. Qëllimi për të qenë violentë
- 4. Zotërimi i mjeteve për të dëmtuar dhe kontakti me viktimën e mundshme
- 5. Histori e kaluar violence dhe sjelljesh të tjera impulsive
- 6. Përdorim alkooli dhe substancash
- 7. Prezenca e disa çrregullimeve të personalitetit
- 8. Prezenca e psikozës, histori të mungesës së komplaincës në trajtim
- 9. Karakteristikat demografike dhe socioekonomike

3.2.1. Pamja e jashtëme e pacientit mund të na nxisë për një hulumtim më të hollësishëm të potencialit për violencë. Kjo vlen si për pacientin e zhurmshëm, të axhituar e të inatosur në pamje, i cili është i paduruar dhe refuzon të bashkëpunojë me procedurat e urgjencës apo klinikës, ashtu edhe për pacientin në dukje të qetë, të kujdesshëm ndaj të cilit duhet të jemi të vëmendshëm, ta dëgjojmë me kujdes, për të zbuluar ndonjë ide qoftë edhe të vogël violence. Disartria, ecja jo e qëndrueshme, pupilat

e zgjeruara, tremori dhe shenja të tjera të intoksikacionit akut me droga apo alkool diktojnë kujdes dhe kanë probabilitet të madh për violencë, edhe pse rreziku mund të mos jetë shprehur.

3.2.2. Klinikisti duhet të fillojë vlerësimin nëse pacienti ka **mendime violente** ndaj personave të tjerë. Ashtu si edhe në vlerësimin e ideve suicidale ai pyetet sesa të mirëplanifikuara janë ato ide, si dhe mënyra e formulimit të tyre.

3.2.3. Qëllimi. Nëse një pacient ka mendime për ti bërë keq dikujt, është e rëndësishme të eksplorohej nëse vërtetë ka qëllim të realizojë një gjë të tillë apo thjeshtë e ka si mendim për violencë. Këto qëllime mund të zbulohen si në një qendër trajtimi ambulator, ashtu edhe në një koment të çastit në pavion ose në ndonjë kontakt me një pacient tjetër. Mendimi për violencë i një pacienti mund të mos jetë i mjaftueshëm që klinikisti të ndërmarrë veprime, si lajmërimi i dikujt, ndryshimi i mjekimit ose hospitalizimi i pacientit. Për disa pacientë mendimet për violencë mund të duken të çuditshme, shqetësuese dhe ata do të thonë se nuk kanë qëllim të bëjnë asgjë për të vënë në zbatim të tyre.

3.2.4. Mjetet Mundësia për të patur mjete që shkaktjnë dëmtim apo vdekje është shumë e rëndësishme në vlerësimin e potencialit për violencë. Nëse një pacient ka në plan të sigurojë një armë apo e ka atë, klinikisti duhet ta marrë shumë seriozisht rrezikun për violencë. Ai duhet ta pyesë gjithmonë një pacient potencial për violencë, nëse e ka mundësinë për të patur armë. Duhet të bëhen përpjekje maksimale që pacientit ti hiqet arma dhe kjo duhet të verifikohet. Kur arma hiqet rreziku për homicid reduktohet, por kjo s'do të thotë që pacienti mund të mos e sulmojë viktimën me mënyra të tjera më pak letale."Mundësia për të patur mjete" gjithashtu do të thotë mundës për të patur kontakt fizik me viktimën e mundshme. Edhe gjeografia është një aspekt tjetër i mundësisë për violencë. Një pacient skizofren që kërcënon babain e tij mund të jetë shumë më në rrezik kur jeton me të jatin në një shtëpi sesa kur jetojnë të ndarë në distancë apo në qytete të ndryshme.

3.2.5. Histori e kaluar violence ose sjelljesh impulsive. Një histori e kaluar violence ose sjelljesh impulsive lidhet shpesh me violence në të ardhmen. Klinikistët duhet të pyesin rreth dëmtimeve të personave të tjerë, shkatërrimeve të objekteve,

tentativave suicidale, ngarjesh makine pa kujdes apo shpenzime parash, kryerje e veprave kriminale apo seksuale si edhe për sjellje të tjera impulsive.

Episodet e violencës duhet të shihen në mënyrë të detajuar nga klinikisti. Kjo përfshin detaje rreth kohës dhe vëndit të kryerjes së violencës, se kush ishte prezent, si filloi sherri, çfarë mban mend pacienti, pjestarët e familjes, shokët apo anëtarët e stafit. Duhet ditur se përse pacienti ishte violent (për shembull: për shkak të psikozës) dhe se çfarë mund të ishte bërë për të evituar violencën. Shpesh ka një model përshkallëzimi të violencës, si në rastin e një violence të një çifti në shtëpi apo të shtimit të axhitimit të një pacienti skizofren të shtruar shpesh në spital.

Historitë e kaluara të violencës duhet të trajtohen si çdo simptomë tjetër mjeksore. Kjo përfshin shënimin e datës së fillimit, shpeshtësinë, vendin dhe ashpërsinë e violencës. Ashpërsia e violencës matet nga shkalla e dëmtimit të viktimës, nga shtyrja tek grushtimi, nga dëmtimi i lehtë, si gërvishtje, tek dëmtimet më të rënda si thyerja e kockave, prerjeve, dëmtimeve të brëndëshme ose vdekjeje. Ashpërsia, shënjestrimi dhe frekuenca e violencës mund të matet nga një instrument i shkruar siç është MOAS. Informacioni që duhet të merret dhe shënohet për historitë e kaluara të dhunës përfshijnë teste psikologjike të kryera, imazheri, teste laboratorike, vlerësime të tjera si edhe trajtimet e mëparshme, hospitalizimet e përgjigja ndaj trajtimeve.

3.2.6. Alkooli dhe përdorimi i substancave mund të ekzacerbojë psikopatologjinë e çrregullimeve psikiatrike të tjera dhe mund të shkaktojë violencë te personat me çrregullime të tjera psikiatrike. Është e rëndësishme të dihet se alkooli dhe shumë substanca mund të shkaktojnë dhunë si gjatë intoksikimit ashtu edhe ndërprerjes.

Përdorimi i shumë të alkoolit dhe i substancave mund të shkaktojë ndryshime në tru, të cilat mund të çojnë në dëmtime kronike dhe në simptoma psikiatrike që nxisin sjellje të dhunshme [81]. Marrja e alkoolit mund të shoqërohet me agresion dhe violencë si rezultat i shfrenimit, veçanërisht në fazën e parë të intoksikimit, që shoqërohet me labilitet emocional dhe dëmtim të gjykimit. Në disa raste ndërprerja e alkoolit mund të çojë në delirium dhe violenca mund të rezultojë nga sjellja e çorganizuar ose si përgjigje ndaj halucinacioneve auditive apo e të menduarit deluzional.

Kokaina, veçanërisht kur merret me rrugë nazale, fillimisht shkaktonnjë ndienjë mirëqënieje dhe euforie. Me vazhdimin e përdorimit, sidomos kur merret intravenoz ose

tymoset në formën e krak-ut, euforia kthehet në madhështi, axhitim psikomotor, dyshim dhe shpesh violencë. Dyshimi bëhet së pari ideacion paranoid dhe më pas të menduar deluzional. Në këtë rast violenca është rezultat i të menduarit deluzional si edhe i efektit stimulues të kokainës [82].

Violenca mund të ndodh gjatë intoksikimit me një sërë halucinogjenesh, por më shpesh ajo ndodh në intoksikimin me fenciklidinë (PCP). Brënda një ore nga marrja orale (5 min. nëse droga tymoset ose merret I/V) PCP shkakton shpesh violencë të dukshme, impulsivitet, paparashikueshmëri dhe dëmtim të madh të gjykimit. Mund të ketë edhe të menduar deluzional ose delirium [83].

Me përdorimin e shpeshtë dhe të zgjatur të Amfetaminës një ndjenjë mirqënie dhe konfidence kthehet në konfuzion, ngatërresë, inkoherencë, ideacion paranoid, të menduar deluzional, të cilat shoqërohen nga axhitimi, përlëshja dhe forma të tjera të agresionit [84].

Inhalantët janë substanca që përmbajnë hidrokarbure si gazolina, bojrat, ngjitësit dhe holluesit e bojrave, të cilat përdoren nga adoleshentët duke shkaktuar intoksikim. Intoksikimi me inhalant mund të karakterizohet nga trimëria, violenca dhe gjykimi i dëmtuar.

Steroidët anabolikë përdoren nga të rinjtë për të rritur masën muskulare dhe performancën në atletikë. Studime dhe raportime të ndryshme kanë gjetur se mbas disa muajsh përdorimi të këtyre drogave ata bëhen të irrituar, luftarak dhe violent [85].

3.2.7. Psikoza mund të ndeshet në një numër çrregullimesh që përfshijnë skizofreninë, çrregullimin deluzional, çrregullimet neurologjike dhe të përgjithshme, çrregullimet e abuzimit me substanca dhe çrregullimet e humorit. Kur psikoza është pranishme pavarësisht nga çrregullimi, shton rrezikun për violencë [86].

Pacientët skizofrenë mund të kenë ide të persekutimit. Ata mund të besojnë se njerëzit po përpiqen t'i dëmtojë, se policia, e FBI ose organizata të tjera i spiunojnë, se ndonjë mekanizëm apo çip kontrollon mendjen e tyre ose se terapeuti i dëmton (nëpërmjet medikamenteve etj.). Pacientët me deluzion persekutimi, mund të reagojnë duke u kthyer kundër burimit të supozuar të persekutimit. Pacientë me tipe të tjerë të skizofrenisë mund të tentojnë të vrasin persona të tjerë për shkak të disa formave të identifikimit psikotik me

viktimën. Është bërë e ditur se halucinacionet që shoqërojnë skizofreninë, shkaktojnë sjellje violente dhe homicide [87, 88].

Aspekte të tjera të skizofrenisë, përveç procesit psikotik, mund të rezultojë me violencë. Ndryshime të papritura, të paparashikuara të afektit mund të shoqërohen me egërsi, agresion dhe sjellje violente. Disa pacientë skizofrenë janë violentë për shkak të çorganizimit të përgjithshëm të mendimeve dhe mungesës së kontrollit të impulseve nga aktiviteti motor i shtuar e i paqëllimtë. Ata hyjnë në mënyrë të paqëllimtë në kontakt fizik me të sëmurë të tjerë, gjë e cila mund të çojë në përleshje. Pacientët skizofrenë, gjithashtu, përdorin dhunën për të arritur atë që ata duan, për të nxjerrin inatin apo i dëmtojnë të tjerët.

Një pacient maniakal mund të bëhet violent si rezultat i deluzioneve kur beson se përndiqet për shkak të disa cilësive të veçanta që zotëron. Ata vendosin të gjithë energjitë e tyre në veprim, duke përfshirë edhe dhunën. Një situatë tipike është rasti kur një pacient maniakal shpërthen në dhunë pasi ai ndjehet jo i lirë për të bërë atë që do.

3.2.8. Çrregullimet e personalitetit. Violenca nga personat me çrregullim antisocial të personalitetit është shpesh e ashpër dhe e vazhdueshme. Ata vazhdojnë të shfryjnë apo të godasin me objekte përtej asaj çka duhet për të mposhtur personin tjetër apo përtej dominimit. Ata nuk kanë keqardhje për veprimet e tyre dhe mendojnë se viktima e meritonte rrahjen. Personi me çrregullime të personalitetit kufitar mund të jetë violentë dhe të bëjë veprime suidale kur nuk pranohet apo ndjehet i mënjanuar nga të tjerët. Violenca dhe tentativat suidale janë pjesë e një pamje më të plotë të impulsivitetit dhe paqëndrueshmërisë së lidhjeve ndërpersonale që kanë.

Personat me personalitet narcistik mund të jenë violent me raste, kur inatosen, se nuk u jepet diçka që ata mendojnë se e meritojnë. Personi me personalitet paranoid sulmon rrallë ata që ai i shikon si persekutorët e tij, por kur dhuna ndodh mund të jetë mjaft e rëndë dhe e ashpër, duke marrë edhe forma të vdekjeve masive.

3.2.9. Moskomplianca me trajtimin duhet të alarmojë klinikistin sepse pacienti është me rrezik të shtuar për sjellje violente. Ajo vihet në dukje nga vonesat e takimeve apo ndjekja jo e rregullt e tyre ose nga refuzimet e pacientëve për të marrë medikamentet për çrregullimet psikiatrike apo sëmundjeve të përgjithshme ose qëllimisht hedh dozën e barit. Matja e nivelit plazmatik të ilaçit mund të ndihmojë mjekun për të vlerësuar

kompliancën e pacientit me medikamentet. Kontaktet e familjarëve me lejen e pacientit mund t'i ndihmojë që të kuptojmë nëse pacienti i merr ilaçet apo jo. Format depo të barnave, sidomos të antipsikotikëve, mund të përdoren për të siguruar komplaincë te pacientë të tillë.

3.2.10. Karakteristikat demografike të pacientëve duhen të merren në konsideratë në vlerësimin e potencialit për violencë. Është konstatuar se personat e rinj dhe meshkuj janë në rrezik më të lartë për violencë, ashtu siç janë edhe personat që vijnë nga mjedise të varfra, familje të shkatërruara ose nga shtresa sociale të ulta, ku përdorimi i dhunës konsiderohet i pranueshëm për të arritur një qëllim në mungesë të mjeteve të tjera legjitime apo të një edukate të përshtatshme. Mjedisi nga i cili pacienti vjen është një element i rëndësishëm në përcaktimin e mundësisë për violencë.

Të gjithë këta faktorë peshohen nga klinicisti në vlerësimin përfundimtar nëse pacienti paraqet rrezik imediat për violencë ndaj të tjerëve apo jo. Nëse po, ndërmerren disa veprime të nevojshme, si ndryshimi i planit të trajtimit, hospitalizimi i pacientit, lajmërimi i viktimës dhe/ose policisë, si edhe manovra të tjera krijuese për të parandaluar violencën imediate të pacientit

Çdo e dhënë e përdorur për të përcaktuar se një person është në rrezik për violencë duhet dokumentuar me shkrim, arsyetimi me anë të të cilit merret vendimi gjithashtu duhet të jetë i shkruar. Rivlerësimi për potencialin e violencës duhet të bëhet në intervale të shkurtra (për shembull: nga vizita në vizitë ose në pak ditë) nëse pacienti do të vazhdojë trajtimin jashtë spitalit apo në një vend tjetër. Në spital dhe në urgjencë, siguria dhe monitorimi i një pacienti potencialisht violent është domosdoshmëri, gjithashtu trajtimi pas daljes duhet të jetë i shkruar me detaje, me kohën dhe mënyrën e ndjekjes.

3.3. Vlerësimet stukturore të rrezikut për violencë.

Ka një histori 50 vjeçare, në shkencën e sjelljes, të ndarjes së metodave të vlerësimit të rrezikut në “klinike” dhe “me pikëzim” dhe të konkludohej që avantazhi në vlefshmërinë parashikuese anon nga metodat me “pikëzim” [89].

Një grup autorësh identifikuan 136 studime empirike që krahasonin parashikueshmërinë klinike nga ajo me pikëzim. Ata gjetën se ato mbështesnin superioritetin e metodës me pikëzim ndaj asaj klinike. Konkluzioni i tyre ishte se:” ne

nuk njohim ndonjë shkencë sociale tjetër për të cilën studimet empirike janë kaq të shumta, të larmishme dhe konsistente sesa kjo” [90]. Edhe shqyrtimi i kohëve të fundit, i ndan studimet, sipas tipeve të sjelljes që duhet të parashikoheshin dhe konkludon se: “një fushë në të cilën metoda statistikore është qartësisht superiore ndaj asaj klinike është parashikueshmëria e violencës.

Por ka pak konsensus mbi çfarë do të thotë metodë vlerësimi të rrezikut me “pikëzim” dhe nga ndryshon ajo nga lloji “klinik”. Ndarja dikotomike e fushës së vlerësimit të rrezikut ka lënë pas dore përdorimin e tij. *Vlerësimi i rrezikut do të ishte më mirë të shihej se ekziston në një strukturë të vazhueshme vlerësimi të rrezikut, komplet të pastrukturuar (që i korespondon “klinikës”) i cili zë njërin skaj të spektrit, dhe vlerësim të rrezikut komplet të strukturuar që i korespondon “atyre me pikëzim” duke zënë skajin tjetër të spektrit, si edhe forma të tjera shtesë vlerësimi të rrezikut që janë më tepër se të pastrukturuar por më pak se të strukturuar dhe shtrihen apo gjenden në mes të këtyre skajeve [91].*

3.3.1. Llojet e vlerësimeve të strukturuar për rrezikun për violencë

A është e mundur të parashikohet dhuna në praktikën klinike? Kjo çështje akoma paraqet dilema etike, politike dhe klinike. Natyrisht është e pamundur të parashikohet cili pacient do jetë violent me siguri. Klinikistët tradicionalisht kanë vlerësuar rrezikun e dhunës së pacientëve të tyre në mënyrë individuale duke u bazuar në një gjykim klinik.

Studimet e viteve të fundit janë fokusuar në parashikimin me saktësi të rrezikut duke përdorur metodat klinike dhe me pikëzim, duke identifikuar, gjithashtu, disa përcaktorë të besueshëm të dhunës në një të ardhme të afërt. Ato kanë arritur në mendimin se metodat për vlerësimin e rrezikut për violencë kanë evoluar gradualisht. Ato janë: vlerësimi klinik, vlerësimi anamnestik, vlerësimi klinik i strukturuar ose i drejtuar, vlerësimi me pikëzim dhe vlerësimi me pikëzim i korrigjuar [92].

Vlerësimi klinik, i cili arrihet nga mbledhja e informacionit përmes intervistës, historisë dhe testeve laboratorike. Përpunimi i këtij informacioni ofron një gjykim klinik tradicional dhe gjerësisht të përdorur për të vlerësuar rrezikun për dhunë në pacientët psikiatrike. Vlera e vlerësimit klinik të pastrukturuar është kritikuar ashpër për shkak të subjektivitetit, shkallës së ulët të besueshmërisë, vlefshmërisë dhe paqartësisë në procesin

e marrjes së vendimit. Debati u zgjerua me daljen e rezultateve të studimeve që pretendonin për një vlefshmëri parashikuese inferiore të vlerësimit klinik në krahasim me vlerësimin me pikëzim.

Vlerësimi anamnestik mund të konsiderohet si vlerësim klinik i detajuar. Informacioni mbledhet nga të gjitha burimet e mundëshme veç komponentëve të vlerësimit klinik të rrezikut. Në këtë vlerësim duhen raportuar të dhënat e spitalit, episodet e kaluara të dhunës, të dhënat kriminalistike, raportet me personat e afërt. Gjithësesi, vlerësimi anamnestik është më gjithëpërfshirës sesa vlerësimi klinik i padobishëm, por ka të njëjtat kufizime sikurse vlerësimi klinik që përmendëm më lart.

Në ngjashmëri me dy vlerësimet klinike të mësipërme, në një vlerësim të strukturuar të drejtuar, klinikisti drejton vlerësimin. Gjithësesi, të dhënat që kërkohen, përpunohen dhe gjykohen nga klinikisti janë, qysh më përpara të specifikuara nga një “vlerësim klinik të strukturuar të drejtuar”. Kjo metodë ishte demonstruar të ishte më e saktë dhe kishte disa vlera parashikuese. Saktësia e parashikimeve klinike mund të rritet dhe të bëhet e krahasueshme me metodën me pikëzim.

Në krahasim me këtë, qasja me pikëzim e vlerësimit të rrezikut lejon vlerësuesit të mbështeten në disa të dhëna, të faktorëve të përcaktuar më parë, për të marrë vendimet e tyre për dhunën në të ardhshmen. Të dhënat e mbledhura futen në një ekuacion ekzistues, në të cilin shkalla e rrezikut dhe saktësia parashikuese janë të njohura. Kjo teknikë përmirëson përputhjen e vlerësimit të rrezikut përmes grupeve të ndryshme, kontekstit dhe kohës. Megjithatë, ajo minimizon ose ndonjëherë përjashton plotësisht përfshirjen e profesionistëve të shëndetit mendor, çon në humbjen e disa të dhënave klinike të rëndësishme specifike, të cilat kërkojnë detyrimisht një ekspertizë mjekësore. Tabloja e përfutur nga pasqyrimi i këtyre metodave tregon se më e mira e mundëshme që mund të pritët nga një klinikist është të ndërthurë këto metoda gjatë vlerësimit të rrezikut për violencë.

Në vlerësimin e rrezikut të pastrukturuar, faktorët e rrezikut mblidhen në një mënyrë intuitive ose holistike për të dhënë një opinion klinik rreth rrezikut për violencë.

Në disa forma vlerësimi rreziku të strukturuar, faktorët e rrezikut mblidhen në një vlerësim të rrezikut nëpërmjet një procesi matematikor të përcaktuar që më parë. Ky

proces është zakonisht aq i thjeshtë sa mbledhja e pikëve të faktorëve të rrezikut për çdo individ, për të na dhënë një rezultat total, por ai gjithashtu mund të përfshijë edhe procedura statistikore komplekse [93].

3.4. Pyetësi historik, klinik dhe i menaxhimit të rrezikut (HCR-20)

HCR-20-ta, shpesh e shprehur si HCR-total, që u publikua së pari në 1995 dhe u korrigjua më 1997, është një sistem vlerësimi të rrezikut për violencë dhe përbëhet nga një seri prej 20 pikash që kanë të bëjnë me faktorët historik, klinik dhe të menaxhimit të rrezikut për violencë [94]. Njëzet faktorët në këtë mjet të strukturuar të vlerësimit të rrezikut, nuk vijnë si rezultat i ndonjë projekti studimor. Ato paraqesin gjykimin e autorit sipas të cilit këta faktorë rrezikut kanë dalë më së tepërmi në shumë studime empirike mbi rrezikun për violencë. Secila nga të 20 çështjet matet sipas një shkalle pikëzimi prej 3 pikash, sipas të të cilave sigurohemi, nëse faktori i rrezikut është prezent apo jo: Pikëzimi prej 0 është baras me “jo”, që do të thotë se kjo e dhënë është pa mëdyshje mungon ose nuk mund të aplikohet. Pikëzimi prej 1 është baras me “ndoshta”, që do të thotë se e dhëna është probablisht e pranishme, ose është prezente vetëm deri në një farë mase. Ndërsa pikëzimi 2 është baras me “po” dhe kjo e dhënë është pa diskutim e pranishme.

HCR-20-ta strukturon procesin e përzgjedhjes dhe matjes së faktorëve të rrezikut, por për qëllim klinik, ai nuk strukturon procesin e kombinimit të faktorëve të rrezikut për të arritur në një vlerësim të përgjithshëm apo të plotë të tij.

Siç thuhet në manualin profesional për HCR-20-ën, për qëllimin klinik nuk ka shumë kuptim të mbledhim vetëm numrat e faktorëve të rrezikut për një rast e pastaj t'i përdorim ato në mënyrë arbitrare dhe fikse që të bëjmë klasifikime të prera për një individ me rrezik të ulët, të mesëm dhe të lartë. Për një vlerësues është e mundshme dhe e arsyeshme të konkludojë se një i vlerësuar është në rrezik të lartë për violencë bazuar vetëm në prezencën e një faktori rreziku të vetëm.

Për qëllim klinik HCR-20-ta nuk e strukturon procesin e kombinimit të faktorëve të rrezikut për të arritur në një vlerësim të përgjithshëm të. Përkundrazi ai e lejon klinikistin të kombinojë 20 faktorët e rrezikut të matur në një mënyrë intuitive për të dalë në një vlerësim të përgjithshëm të rrezikut. Kështu që nuk ka nevojë për një “shqyrtim klinik” të këtij vlerësimi të strukturuar.

3.5. Përdorimi i vlerësuesit të strukturuar të rrezikut për violencë në praktikën klinike.

Literatura mbi implementimin e çdo lloj forme të strukturuar vlerësimi të rrezikut, në praktikën klinike për të parashikuar violencën, është mjaft e pakët, por të gjitha sugjerojnë se vetëm një numër mjaft i vogël profesionistësh të shëndetit mendor i përdorin në mënyrë rutinë disa nga format e strukturuar.

Të tre format më të përdorura të strukturuar të vlerësimit të rrezikut për violencë (HCR-20-ta, Klasifikues i rrezikut për violencë (COVR), Udhëzues për vlerësimin e rrezikut për dhunë (VRAG) theksojnë se cilët faktorë rreziku i referohen dhe se si këta faktorë rreziku do maten. HCR-20-ta strukturon vetëm zgjedhjen dhe matjen e faktorëve të rrezikut. COVR shkon edhe më tej duke strukturuar mënyrën sesi faktorët e rrezikut kombinohen për të dhënë një vlerësim përfundimtar të rrezikut, por COVR e lejon klinikistin, që të shqyrtojë këtë vlerësim nën dritën edhe të informacioneve të tjera të disponueshme (të pastrukturuar) përpara se të formulojë një vlerësim përfundimtar mbi rrezikun. VRAG-u në kontrast është një mjet vlerësimi të rrezikut komplet të strukturuar. Nuk lejon shqyrtim klinik: vlerësimi i strukturuar i rrezikut që është nxjerrë kur faktorët e rrezikut janë kombinuar është produkti përfundimtar i procesit të vlerësimit të rrezikut.

Nëse vlerësimi i strukturuar i rrezikut për violencë është superior ndaj vlerësimeve të pastrukturuar, atëherë cili prej formave të vlerësimit të strukturuar të rrezikut ka vlefshmërinë më të lartë parashikuese? A duhet që klinikisti të strukturojë vetëm një komponent të procesit të vlerësimit të rrezikut (siç bën HCR-20-ta), dy komponentë (siç bën COVR-i) apo të tre komponentët (siç bën VRAG-u)? Mbi këtë çështje, ndoshta për shkak se disa nga këta instrumenta janë të rinj, ka shumë opinione të forta por jo pranim në masë të gjerë (të as edhe një ideje apo pikëpamjeje, as nga studiuesit dhe as nga klinikistët).

Të gjitha format e strukturuar të vlerësimit të rrezikut për violencë duket se kanë vlefshmëri parashikuese më të madhe sesa vlerësimet e pastrukturuar të rrezikut për violencë. Nuk është arritur ende konsensusi se cila formë e strukturuar e vlerësimit të rrezikut për violencë ka vlefshmërinë parashikuese më të lartë.

3.6. Njohuritë kulturore në vlerësimin e rrezikut për violencë

Impakti i faktorëve kulturorë në vlerësimin e rrezikut për violencë është kompleks dhe multifaktorial. Vlerësimi i potencialit për violencë bazohet në informacione historike: psikiatrike, mjeksore, zhvillimi social, abuzimi me substanca, historisë familjare dhe gjëndjes social-ekonomike. Pothuajse të gjithë faktorët e rrezikut preken apo ndikohen nga kultura duke përfshirë moshën, gjininë, diagnozën e sëmundjes mendore, abuzimi me substanca dhe mosha në herën e parë të violencës. Njohja e disa informacioneve kulturore rreth pacientit siç janë disa norma të ndryshme kulturore, besimeve mbi bazën e religjionit, do të ndihmonte në krijimin e aleancave terapeutike dhe në reduktimin e potencialit për violencë. Kultura i jep formë simptomave që dikush shfaq dhe si i shfaq. Ajo ndikon në kuptimin që dikush i jep simptomave dhe se si ai bashkëvepron me sistemin shëndetësor.

Vlerësimi i përshtatshëm kulturor i rrezikut për violencë është shumë i rëndësishëm në planifikimin e një ndërhyrjeje të efektshme që është kulturallisht në përputhje me atë të individit.

4. VIOLENCA NË SPITALIN PSIKIATRIK

Violenca në spitale është një problem që kërkon zgjidhje Në spitale pjesa më e madhe e sulmeve ka si objektiv stafin infermieror i cili punon ngushtë me pacientët psikiatrik.

Karakteristikat e atakeve të violencës të pacientëve në spitale, ndihmojnë klinikistët për të identifikuar se cilët pacientë janë me rrezik të lartë për atake. Pasi identifikohet një pacient i tillë, është mjaft e rëndësishme të bëhen të ditura simptomat dhe sjelljet që tregojnë se ky pacient është në rrezik të lartë për violencë me qëllimin që të merren masat e nevojshme parandaluese. Megjithëse psikiatrit klinikistë janë kritikuar për pamundësitë që kanë për të parashikuar sjelljen violente në terma afatgjatë, aftësia e tyre për të identifikuar se cilët pacientë do të jenë agresiv për një afat të shkurtër kohor (me orë ose ditë) ka qenë e saktë. Faktorët klinikë më tepër se sociodemografik, kanë qenë parashikuesit më të mirë të violencës në një afat të shkurtër kohor [95].

Në pacientët me çrregullime psikotike, simptomat e rënda pozitive dhe çrregullimet e mendimeve janë faktor rreziku për violencë në një kohë të afërme. Disa faktorë

situacionalë apo ambjentalë janë bashkëshoqëruese të atakeve të violencës së pacientëve. Këto atake më tepër ndodhin gjatë javës, kur kërkesat për aktivitetet spitalore janë më të larta [96]. Ato ndodhin më tepër gjatë kohës së transferimit, shtimit të ndërveprimit pacient-staf në kohën e ushqimit, të ndryshimit të turneve, të dhënies së medikamenteve. Mbasditja e hershme është piku për sulme [97]. Ataket ndodhin më tepër kur ka mbipopullim në pavione.

Raportet me stafin dhe atmosfera në pavion lidhen, gjithashtu, me nivelin e atakeve të violencës. Ka një lidhje të ndërsjelltë midis numrit të stafit infermior dhe atakeve të pacientëve [98]. Pavione të ndryshme kanë nivele të ndryshme violence. Nivele të larta violence vërehen në ato pavione ku funksionet e stafit nuk janë të përcaktuara mirë dhe ku aktivitetet në pavion nuk janë të programuara. Ndryshe ndodh në pavione ku ka një lider të fortë psikiatër, me role të përcaktuara mirë dhe programim të kohës apo aktiviteteve ku vërehet nivel më i ulët violence.

Ataket violente si pasojë e psikozës kryhen nga individët që veprojnë nën ndikimin e deluzioneve, haluçinacioneve ose mendimit të çorganizuar.

Një studim i cili përpiqet të përcaktojë tipet e agresionit në një spital psikiatrik të madh [99] i kategorizon sjelljet agresive si: impulsive, të organizuara dhe psikotike. Veprimet e dhunshme impulsive ishin më të shpeshta (54%) dhe kryesisht shënjestronin stafin. Veprimet e dhunshme ndaj stafit precipitonin nga marrëdhëniet ndërpersonale si, përpjekje për të ndryshuar sjelljen e pacientit nëpërmjet rregullave të pavionit dhe refuzim i kërkesës së pacientit. Veprimet e organizuara apo të planifikuara (29%) dhe ato psikotike (17%) ishin më të pakta por të drejtuara ndaj pacientëve të tjerë. Agresioni psikotik kryhej nga pacientët të cilët vepronin nën ndikimin e deluzioneve paranoide, se viktima kishte qëllim ta dëmtonte ose ta helmonte, “se ajo vidhte ose po fliste për të, qeshte atë”.

Është shumë e rëndësishme që të diferencohet lloji i violencës në pavion, me qëllim që të ndërtohet një plan i duhur trajtimi dhe ndërhyrjeje. Për shkak se dhuna precipitohet nga një situatë ndërpersonale, marrëdhënia staf-pacient, që çon në dhunë duhet analizuar me kujdes.

4.1. Vlerësimi i violencës

Hapi i parë në vlerësimin e një incidenti dhune është që të gjendet saktë se çfarë ndodhi. Pyetet “kush e bëri; çfarë bëri dhe ndaj kujt?”. Termi violent, ashtu si agresion, axhitim dhe përlëshje, shpeshherë nuk përdoret saktë dhe ndonjëherë i atribuohet edhe ndonjë pacienti që flet me tonalitet të lartë apo thjesht ka qenë pjesmarrës. Nëse ka patur konfrontim fizik, mësohet nëse incidenti ishte serioz dhe nëse po, sa serioz ishte. Kërkohej “nëse kishte ndonjë mjet apo armë të përfshirë, a u dëmtua ndonjë person dhe nëse po, sa u dëmtua?” Mbasi është e qartë se të gjithë janë të sigurtë, intervistohet viktimja, ai që e sulmoi dhe të tjerë që ishin prezent në kohën e incidentit. Klinikisti përpiqet të mësojë se kur ndodhi dhe çfarë ndodhi midis sulmuesit dhe viktimës para sulmit. Përpiqet të identifikojë dhe të bëjë bashkë bashkëveprimin ndërmjet sulmuesit, viktimës, rrethanave të jashtme dhe simptomave të sëmundjes. Ka shumë faktorë të tjerë të cilët mund të shpjegojnë violencën te njerëzit me psikozë si: faktorët ambjentalë, kulturalë, interpersonalë dhe zakonorë; si dhe faktorë të tjerë të panjohur. Kur vlerëson një pacient violent duhet të jesh i vëmendshëm për faktorët e rrezikut që mund të ndryshojnë. Këto përfshijnë disa tipa të psikopatologjisë, si abuzimin me substanca, mosaderenca me mjekimin dhe komorbiditetet.

4.2. Parime të përgjithshme të vlerësimit të violencës dhe trajtimit.

Menaxhimi i pacientëve violent të shtruar në spital duhet të bazohet në angazhimin ekipor dhe kërkon konsensusin dhe bashkëpunimin e të gjithë pjesmarrësve. Psikiatrit kanë përgjegjësi ligjore dhe profesionale që ta udhëheqin ekipin, duke menaxhuar dinamikën e grupit dhe duke drejtuar vendimet e trajtimit. Pacientët sulmues shpeshherë krijojnë konflikte emocionale brënda grupit, midis anëtarëve të stafit dhe midis pacientëve dhe profesionistëve në tërësi. Vendimi i menaxhimit duhet të udhëhiqet nga të dhënat, angazhimi empatik me pacientin dhe qetësia. Anëtarët e stafit janë të detyruar që të bëjnë të gjitha përpjekjet e mundëshme për të ruajtur dinjitetin dhe sigurinë e pacientit. Për të baraspeshuar detyrimet e ekipit ndaj pacientëve me detyrimet ndaj sigurisë së stafit kërkohej një gjykim i mprehtë dhe aftësi e jashtëzakonshme. Ekipi trajtues duhet të ketë udhëzues të posaçëm për identifikimin e situatave të tilla të rrezikshme, si dhe për ndërhyrje të veçanta për të parandaluar përshkallëzimin e mëtejshëm të sjelljes

kërcënuese. Duhet të ketë kritere të qarta, konkrete dhe të pranuar nga i gjithë stafi i pavionit për mjekimin intramuskular, kufizimin dhe veçimin pa konsensusin e pacientit. Këto janë të detajuara në protokollet e trajtimit dhe në rregulloren e brëndëshme të funksionimit të shërbimit.

Strategjitë e menaxhimit variojnë sipas rastit. Stafet zakonisht i kthehen asaj që kanë bërë më përpara dhe që duket se ka funksionuar. Megjithatë, ndërhyrja duhet të jetë e nevojshme dhe në mënyrën më pak kufizuese për të arritur sigurinë. Kufizimi dhe veçimi duhet të jenë ndërhyrjet e “gurit të fundit”, sepse pacientët i shohin ato si mjaft traumatike e poshtëruese dhe sepse ndërhyrjet shpesh çojnë në dëmtime të pacientëve apo stafit.

4.2.1. Parashikimi se cili person do shfaqë violencë .

Menaxhimi më i mirë i violencës është parandalimi. Parashikuesi më i mirë për sjelljen violente në të ardhmen është sjellja e kaluar violente. Klinikisti duhet të mësojë rrethanat e dhunës në të kaluarën, për shembull: nëse pacienti dhunon stafin ose pacientët, kur pacientit i mohohet dalja nga spitali apo mbahet i veçuar në momentin e shtrimit. Ky informacion mungon kur pacienti është i pashoqëruar, pra shënimet në kartelat e kaluara janë mjaft të nevojshme dhe ndihmuese. Rrethanat që çojnë në dhunë pacientët mund të evitohen në të ardhmen ose, së paku, të parandalohen me një vëzhgim dhe kujdes më të madh.

Struktura e pavionit dhe mobilimi janë pjesë e parandalimit të violencës. Pavionet duhet të sigurojnë observimin e pacientëve. Stafi duhet të jetë i vëmëndshëm për debate të nxehta, kërcënuese apo sjellje dëmtuese dhe duhet të ndërhyjnë në kohën e duhur. Duhet eliminuar mjete potenciale për dhunë si karriget ose aparate tensioni metalike. Duhet shmangur vendet ku mund të fshihen mjete dhune, duhet mjedise që sigurojnë privatësinë e pacientëve, si: dushe, dhomë pavioni apo tualeti. Më e mira është që të hollat dhe cigaret të mbahen nga stafi në vende të sigurta, për të eliminuar vjedhjet.

Afrimi i madh fizik i pacientëve dhe kërcënimet mund të parashikojnë violencë. Kjo ka vlerë praktike për menaxhimin e hapsirës midis pacientëve, p.sh.: në korridor, në ambjentin e ngrënies apo në dhomën e aktiviteteve. Duhet evituar grumbullimet, shtyrjet, tërheqjet. Pacientëve nuk i duhet kërkuar të vendosen në radhë për mjekimin apo ushqimin.

Parandalimi i dhunës është një përpjekje, si klinike ashtu edhe menaxheriale e stafit. Dhuna reaktive mund të parandalohet duke minimizuar provokimet e mundshme si dhe faktorët që çojnë në viktimizim.

4.2.2. Menaxhimi i marrëdhënieve ndërpersonale për të parandaluar violencën.

Stafi duhet të përpiqet të sigurojë një mjedis të parashikueshëm, të rregullt, të sigurtë dhe të respektueshëm. Kur pacientët ndihen të kërcënuar ose të pasigurtë, ka gjasa të jenë më dhunues. Stafi i spitalit duhet të evitojë sjellje që mund të shihen si kërcënuese; gjithmonë qëndrohet i qetë dhe jo konfrontues dhe kurrë nuk bërtitet. Masat shtrënguese duhet të jenë minimale dhe në interes të sigurisë së pacientit e jo të lehtësisë për stafin. Rregullat që janë të komplikuar dhe jo të qëndrueshme mund të jenë çoroditëse dhe të duken armiqësore. Një sjellje ndëshkuese shihet, gjithashtu, si armiqësore ose si agresivitet. Pacientët ndjehen “të dëgjuar” në shumicën e kohës janë më pak violentë sesa ata që nuk u ndjenë të tillë [100].

Stafi i spitalit ka përgjegjësi të mbrojë pacientët nga viktimizimi i pacientëve të tjerë nëpërmjet bullizmit dhe vjedhjes. Kjo mund të arrihet nëpërmjet një observimi mjaft vigjilent dhe vënies në dispozicion të mjediseve që sigurojnë sendet personale të pacientëve. Kur stafi nuk siguron drejtësi, pacientët e sigurojnë atë sipas “stilit” të tyre, shpeshherë nëpërmjet violencës. Episodet e dhunës ndodhin në një mardhënie midis personave dhe rrallë “pa shkak”. Ajo duhet kuptuar si reagim, nga masat shtrënguese, prej psikozës ose ka më shumë gjasa prej kombinimit të tyre. Infermierët me një sjellje autoritare me tendencë për të sharë, me nivel të lartë ankthi, me mungesë eksperience dhe training të pakët, janë më së tepërmi të dhunuar [101]. Për më tepër, kur pyeten pacientët për këtë çështje, shprehen se: si precipitues për dhunën janë komunikimi i keq me stafin ose perceptimi se stafi është shumë kontrollues [102].

Studimet kanë treguar se nëse klinikistët arrijnë të kenë aftësinë klinike për uljen e tensioneve e emocioneve të pacientëve të axhituar, dhuna ndaj stafit mund të reduktohet [103]. Një rol kyç në këtë teknikë luan aftësia për të njohur shenjat e para që tregojnë se një pacient po tensionohet dhe po shkon drejt dhunës. Proçesi i tensionimit karakterizohet nga:

- Tension në muskujt minor,
- Abuzim verbal, kërcënim verbal dhe armiqësi,

- Tension në muskujt madhor,
- Violencë fizike,
- Relaksim dhe rraskapitje.

Infermierët me eksperiencë, si ekspert në ç'tensionimin e situatës evitojnë ndërhyrjen në dy fazat e para për të shmangur një kundërveprim violent nga ana e pacientit. Teknikat e ç'tensionimit.

- Shiko shenjat e para të axhitimit dhe lexo situatën,
- Komunikoj me pacientin duke përdorur një zë qetësues,
- Evito pozitën e një autoritari apo futjen në debat që e ushqen procesin e tensionimit
- Mbaj distancën midis pacientit dhe personelit,
- Shoqëro pacientin në një vënd më të qetë dhe observoj.

Kur një pacient në mënyrë përsëritëse bën veprime të dhunshme ndaj pacientëve të tjerë, krahas menaxhimit e trajtimit duhet apo mund të ndiqet edhe ligjërisht. Ndaj në procesin e shtrimit, kur firmoset kartela pranohet edhe respekti për pacientët e tjerë dhe kuptohet se ligji vepron edhe në spital dhe çdo thyerje e tij e ngarkon ligjërisht pacientin. Një numër i vogël pacientësh të shtruar janë përgjegjës për pjesën më të madhe të atakeve të violencës, duke përfshirë edhe ataket më serioze. Këta pacientë kërkojnë vëmendje më të madhe.

Disa simptoma dhe sjellje psikiatrike tregojnë që një pacient është me rrezik të shtuar për atake violencën një afat të shkurtër kohor. Duke i njohur këto faktor rreziku dhe duke bërë ndërhyrjen e duhur mund të parandalohet violenca. Menaxhimi klinik i një patienti agresiv duhet të udhëhiqet nga tipi i violencës së pacientëve. Është e rëndësishme të identifikohen faktorët primarë që motivuan sjelljen agresive. Pacientët agresiv impulsiv duhet të observohen për shenjat e tensionimit me qëllim që të merren masa për ç'tensionimin.

Midis pacientëve tek të cilët motivimi i agresionit lidhet me interesa antisociale apo personale është e rëndësishme që të konfrontohet sjellja dhe të tentohet të ndërgjegjësohet patienti të marrë përgjegjësitë për veprimet e tij. Ndjekja ligjore është etikisht e justifikuar në menaxhimin e këtij tipi pacientësh.

Përpara ndërhyrjes terapeutike për të trajtuar sjelljen violente, klinici duhet të dokumentojë shpeshtësinë dhe gravitetin e kësaj ndodhie. Është e rëndësishme të

vendoset një plan trajtimi i bazuar mbi numrin e episodeve agresive të dokumentuar me objektivitet me qëllim që të monitorohet efikasiteti i ndërhyrjes, si në agresionin akut ashtu edhe atë kronik.

4.2.3. Sistemi i vlerësimit të shkallës së agresionit, i modifikuar (MOAS) është një instrument me besueshmëri dhe vlefshmëri të provuar që mund të përdoret lehtësisht dhe efektivisht për të vlerësuar sjelljen agresive të pacientëve me çrregullime neurologjike apo mjekësore [104]. Kjo shkallë përmban çështje që vlerësojnë agresionin verbal e fizik, ndaj objekteve, ndaj vetes dhe ndaj të tjerëve. Sjellja mund të monitorohet nga stafi apo anëtarët e familjes.

4.2.4. Farmakoterapia. Asnjë medikament nuk është i aprovuar nga FDA për menaxhimin e agresionit akut apo kronik. Përdorimi i ndërhyrjes farmakologjike ka këto arsye:

1. Përdorimi i medikamenteve me efekt sedatues, siç kërkohet në situatat akute, me qëllim që pacienti të mos dëmtojë veten apo të tjerët si: antipsikotikët, benzodiazepinat (por kujdes: sedatimin e shtuar, efektet ekstrapiramidale apo respiracionin).
2. Përdorim të medikamenteve antiagresiv jo sedatuese për të trajtuar agresionin kronik. (betablokues, antikonvulsivantë apo SSRI e antipsikotikë atipikë)

Mjaft studiues kanë dokumentuar efektin e klopazinës për trajtimin e pacientëve violentë, por studime të tjera [105] janë marre me krahasimin direkt të haloperidolit, olanzapinës dhe klopazinës në trajtimin e pacientëve të dhunshëm me skizofreni dhe çrregullim skizoafektiv. Studimi konkludoi se klopazina ishte më e efektshme se olanzapina dhe se olanzapina ishte më e efektshme se haloperidoli. Efekti antiagresiv duket se është përtej efekteve antipsikotike dhe sedatuese të mjekimit.

4.2.5. Trajtimet biheviore kanë treguar se mund të kenë efikasitet të lartë për trajtimin e pacientëve me agresion organik dhe mund të jenë mjaft të përdorshme kur kombinohen me farmakoterapi.

Kur një klinikist kujdeset për një pacient me histori violence, është mjaft e vlefshme të përcaktohet: koha e shkuar duke investiguar për motivet e agresionit dhe

duke shfletuar në shënimet e mëparshme, intervistat klinike. Duke njohur precipituesit, situatat dhe simptomat që kanë çuar në violencë në të shkuarën, mund të jetë e dobishme për të parandaluar sulmet violente në të ardhmen. Mbas një ataku të ndodhur, një sesion i fokusuar në diskutime dhe shpalosje mendimesh mbi atë se çfarë ndodhi, mund të zbulojë informacione të rëndësishme, që mund të përdoren për të zhvilluar apo përsosur teknika më efektive për të parandaluar violencën e radhës.

II. METODA DHE MATERIALI

Qëllimi:

Përmirësimi i vlerësimit dhe menaxhimit të sjelljeve violente të pacientëve të shtruar në pavionin e urgjencës psikiatrike.

Obektivat:

- 1. Të identifikojë faktorët e rrezikut dhe faktorët mbrojtës të sjelljes violente.**
- 2. Përcaktimi i shkallës së parashikueshmërisë së shpeshtësisë dhe ashpërsisë së sjelljes violente me anë të testit HCR-20.**
- 3. Shqyrtimi i vlerës parashikuese të shkallëve të testit HCR-20.**

Metodologjia e përdorur për këtë studim është kohort prospektiv. Studimi është 24 javorë dhe përfshin periudhën Janar-Qershor 2012. Kampioni i përfshirë në studim përbëhet nga 217 pacientë (140 meshkuj dhe 77 femra) të shtruar në pavionet dhe akute respektive të Shërbimit të Psikiatrisë së Qendrës Spitalore Universitare “Nënë Tereza” në Tiranë. Kampioni iu nënshtrua vlerësimit psikiatrik në momentin e hospitalizimit.

Mbledhja e të dhënave për çdo pacient të përfshirë në studim u realizua nëpërmjet përdorimit të instrumentave të mëposhtëm:

- **Vlerësimi i sjelljes violente nëpërmjet testit “HCR–20”** në momentin e shtrimit të pacientëve në pavionet e urgjencës që bazohet mbi intervistën me pacientin dhe dokumentacionin aktual dhe të kaluar (Shtojca B).

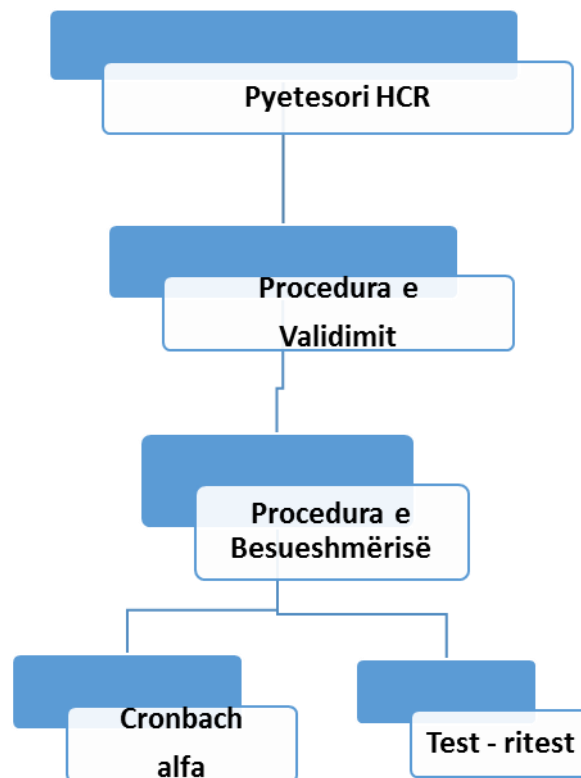
- Në këtë moment plotësohet edhe **“Pyetësori me të dhënat individuale”**, i cili mbledh të dhëna demografike mbi shtrimet e kaluara dhe informacionin për përcaktimin e faktorëve të rrezikut të sjelljes violente, (Shtojca A).

Testi i vlerësimit të rrezikut për violencë, “HCR-20”-ta, është koduar sipas çështjeve përbërëse. Ai ndahet nga tre pjesë, të cilat vlerësojnë rrezikun për violencë duke u nisur nga të dhënat historike, klinike dhe të menaxhimit të rrezikut. Të dhënat janë koduar me pikëzimin “0” kur fenomeni apo rreziku nuk është i pranishëm, me “1”, kur ky faktori i rrezikut është pjesërisht i pranishëm dhe me “2” kur ai është mjaft i pranishëm.

Pikët e grumbulluara nga vlerësimi shënohen në formular (Shtojca D). Vlerësuesit e testit janë dy klinikistë dhe dy mjekë specializantë, të cilët ishin të trajnuar nga autori i punimit për metoden dhe procedurën e vlerësimit. Ata u familjarizuan teorikisht mbi vlerësimet e rrezikut për violencë, në mënyrë të veçantë, mbi funksionimin dhe plotësimin e testit.

Para kryerjes së studimit u krye validimi i pyetësorit HCR-20.

Skema e procesit të përdorur për validimin e pyetësorit



Metodat e përdorura për validimin e pyetësorit përfshijnë:

Testet e besueshmërisë: Konsistenca (qëndrueshmëria) e brëndëshme (Alfat Cronbach dhe Test – Ritest).

Besueshmëria e Qëndrueshmëria në kohë: Analiza e të dhënave ndërmjet testimit dhe ritestimit u kryen duke përdorur testin e korrelacionit jo parametrik “Spearman”, për të llogaritur korrelacionin ndërmjet nënshkallëve dhe shkallës totale të matjes së parë dhe të dytë. Gjatë kësaj procedure kryet edhe krahasimi i vlerësimit të autorit dhe kolegut (inter-rater agreement) duke përdorur koeficientin Kappa.

Më pas pacientët u ndoqën gjatë të gjithë kohës së hospitalizimit.

Të dhënat gjatë kësaj periudhe kohore, në rastet kur ata shfaqën ose jo sjellje violente verbale, ndaj objekteve apo fizike, u mblodhën nëpërmjet këtyre instrumentave:

- **Intervista e stafit (Shtojca D),**
- **Informacion për incidentin e dhunës (Shtojca E),**
- **Sistemi i vlerësimit të shkallës së agresionit të modifikuar për të vlerësuar ashpërsinë apo llojin e sjelljes violente (Shtojca F)**
- **DSM–IV TR.**

Intervista me anëtarët e stafit që raportuan incidentet violente të pacientëve të përfshirë në kampionin e studimit u krye me dëshirën e tyre. Informacioni i marrë nga ata përfshinte detaje rreth incidentit violent para dhe pas ndodhjes.

Për të rritur besueshmërinë e informacionit të marrë në lidhje me incidentet e dhunës që ndodhën gjatë ndjekjes së pacientëve të hospitalizuar u përdorën instrumentat e mësipërm të cilët janë informacione të marrë nga burime të ndryshme për të njëjtin fenomen. Informacioni për incidentin e dhunës është plotësuar nga të dhënat e shënuara në kartela, mbi raportet e shënuara nga stafi infermieror si dhe nga intervista e pjesëmarrësve në incident.

”Sistemi i vlerësimit të shkallës së agresionit të modifikuar” (MOAS) u përdor për të vlerësuar ashpërsinë apo llojin e sjelljes violente. Ky vlerësim u krye nga dy mjekë specializantë, të cilët nuk kishin informacion mbi të dhënat e marra nga testi HCR-20.

Ky test është i ndarë në tre kategori të cilat lejojnë vlerësuesin të masë llojin dhe shkallën e ashpërsisë të incidenteve violente të ndodhur. Këto kategori përfshijnë sjelljet violente verbale, violente ndaj objekteve dhe fizike. Çdo kategori është e ndarë në pesë shkallë të cilat janë të pikëzuara nga niveli më i ulët i violencës deri në më të lartën. Pacientët u vlerësuan me pikët që i korrespondojnë nivelit më të lartë të violencës që paraqitën për çdo lloj kategorie violence.

Për çdo incident violent dhe për çdo pacient u krye mbledhja e pikëve duke rezultuar në një shumatore të violencës verbale, ndaj objekteve dhe fizike (Shtojca I). Ekzistenca e të paktën një episodi, pavarësisht nga lloji i tij (verbal, fizik dhe i objekteve), u pranua si kriter për përcaktimin e sjelljes violente ndaj asaj jo violente të pacientit.

Për diagnostikimin e sëmundjeve mendore u përdorën kriteret diagnostike të DSM-IV TR.

Kriteret e përfshirjes në studim:

- Të gjithë pacientët të cilët u hospitalizuan në pavionet akute respektive për femra dhe meshkuj gjatë periudhës së këtij studimi.
- Pacientë të cilët e mbyllën ciklin e shtrimit dhe të daljes në këto pavione.
- Pacientë me të gjithë llojet e diagnozave psikiatrike
- Moshë e pacientëve të përfshirë në studim mbi 18 vjeç

Kriteret e përjashtimit: U përjashtuan nga studimi pacientët që shtroheshin në klinikë disa orë vetëm për marrjen e trajtimit me formën depo të Risperidolit.

Analiza statistikore

Të dhënat e mbledhura nga instrumentat e mësipërm u përpunuan nëpërmjet paketës statistikore SPSS 20. Analiza e aplikuar në këtë punim përfshin:

(i) *analizën përshkruese*, e cila u përdor për përshkrimin e kampionit sipas variableve të ndryshëm demografikë, socialë dhe të anamnezës së sëmundjes. Për vizualizimin e të dhënave janë përdorur tabela, diagrama dhe grafikë;

(ii) *analizën statistikore*, për testimin e objektivave. Përsa i përket identifikimit të faktorëve të rrezikut për sjelljen violente u përdor chi-square test dhe modeli i regresionit të variablove. Analiza e regresionit linear u krye për përcaktimin e peshës specifike të disa faktorëve (diagnoza, violence e mëparshme, abuzimi me substanca etj) në shfaqjen e episodeve të dhunës;

(iii) për testet e besueshmërisë së pyetësorëve (konsistenca–qëndrueshmëria e brendëshme) u aplikuan Alfat Cronbach dhe Test-Ritest, si edhe vlerësimi i autorit dhe kolegut (Inter-rater Agreement).

Analiza e përgjigjeve ndërmjet testimit dhe ritestimit u krye duke përdorur korrelacionin jo-parametrik të Spearman që në rastin konkret ka të bëjë me besueshmërinë/stabilitetin në kohë.

Variablat e vazhdueshme janë përmbledhur si mesatare $\pm$ deviacionin standard (SD) si dhe statistika deskriptive e tyre. Për testimin e normalitetit të shpërndarjes së variablove të vazhduara është përdorur testi Kolmogorov-Smirnov. Për variablat

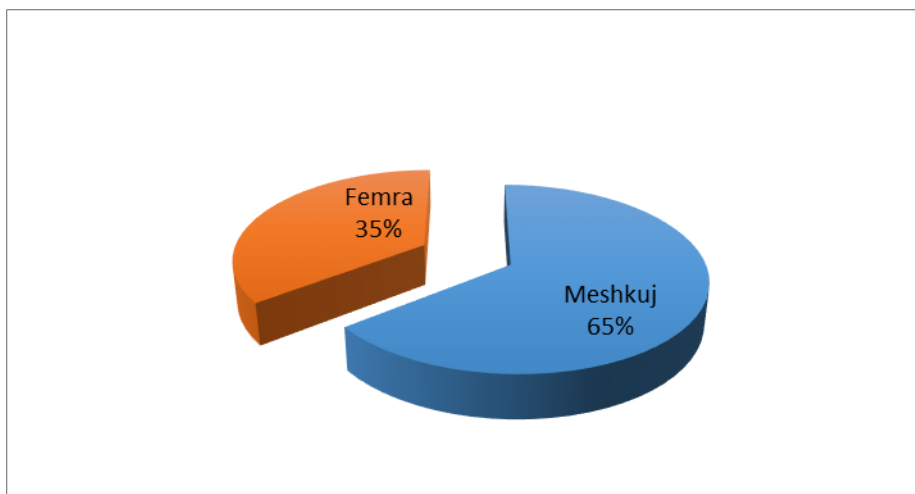
kategorike është llogaritur përqindja e pacientëve në çdo kategori. Për krahasimin e përqindjes ndërmjet variablave kategorikë është përdorur testi χ^2 dhe testi i saktë i Fisher-it. Për krahasimin e mesatereve të pikëzimit të shkallëve të pyetësorit HCR-20 është përdorur testi i studentit t dhe analiza e variancës ANOVA. Për të vlerësuar sensitivitetin e HCR-20ës dhe nënshkallëve H, C dhe R të pyetësorit për klasifikimin e dhunës është përdorur analiza e kurbave ROC.

Vlera prag për përcaktimin e sinjifikancës u pranuan $p \leq 0.05$. Vlerësimet me pikë janë shoqëruar me intervalin e konfidencës 95% CI (*condidence interval*).

III. REZULTATET DHE DISKUTIMET

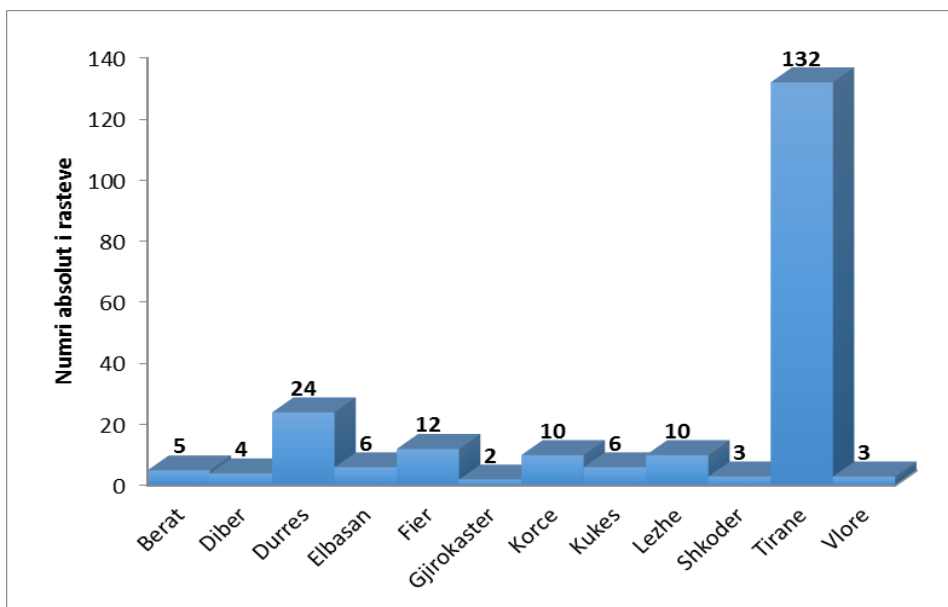
Analizë përshkruese e kampionit

Shpërndarja e kampionit të paraqitur në shërbimin e urgjencës paraqet një dominim të seksit mashkull (65%) kundrejt atij femër (35%) sipas grafikut më poshtë (Graf.1).



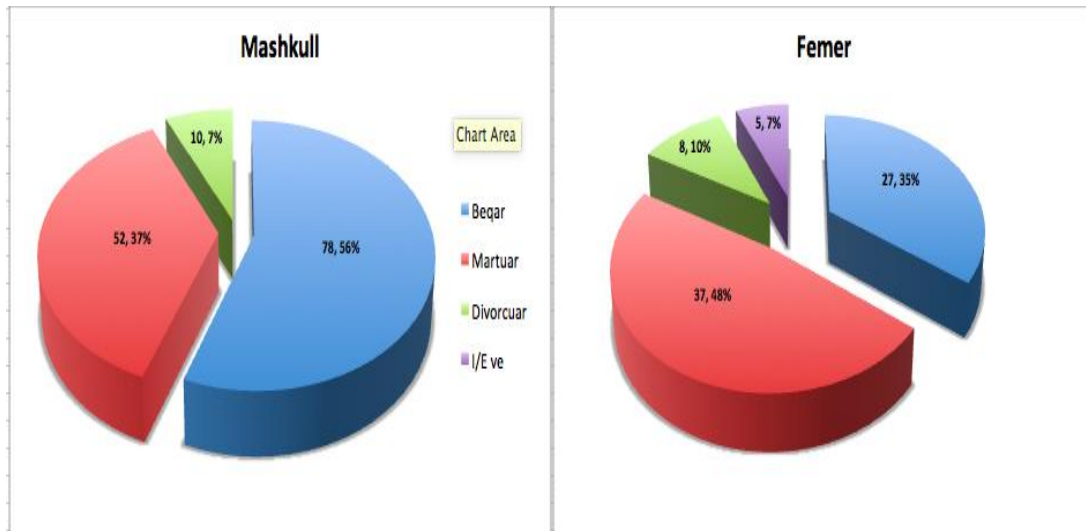
Grafiku 1. Shpërndarja sipas gjinisë e pacientëve të përfshirë në studim

Shpërndarja e rasteve sipas qarqeve të origjinës shpreh një dominim të theksuar të pacientëve nga Tirana me 61% të totalit të pacientëve (Graf.2).



Grafiku 2. Shpërndarja sipas vëndbanimit të pacientëve të përfshirë në studim

Grafiku në vijim (Graf.3) paraqet shpërndarjen e kampionit sipas gjëndjes civile për secilën gjini. Pjesa më e madhe e meshkujve janë beqar (78% versa 27%). Kurse pjesa më e madhe femrave janë të martuara.



Grafiku 3. Shpërndarja sipas gjëndjes civile e pacientëve të përfshirë në studim

Kampioni prej 217 pacientësh të paraqitur në urgjencën e spitalit psikiatrik karakterizohet nga indekset me vlerat e mëposhtëme:

Tabela 1. Të dhëna demografike të pacientëve të përfshirë në studim.

Statistikat e kampionit të 217 individëve bazuar në moshën (në vjeç)	
Mosha mesatare	37.90
Mediana	35.00
Deviacioni Standard	12.749
Vlera minimale	18
Vlera maksimale	75

Nga Tab. 1 shihet që mesatarja e moshës së pacientëve të hospitalizuar është 38 vjeç.

Përsa i përket disa karakteristikave sociale dhe demografike të raportuara në studim ato paraqiten në tabelën 2 dhe 3.

Tabela 2. Shpërndarja e karakteristikave epidemiologjike, sociale dhe demografike të kampionit të përfshirë në studim (n=217 individë)

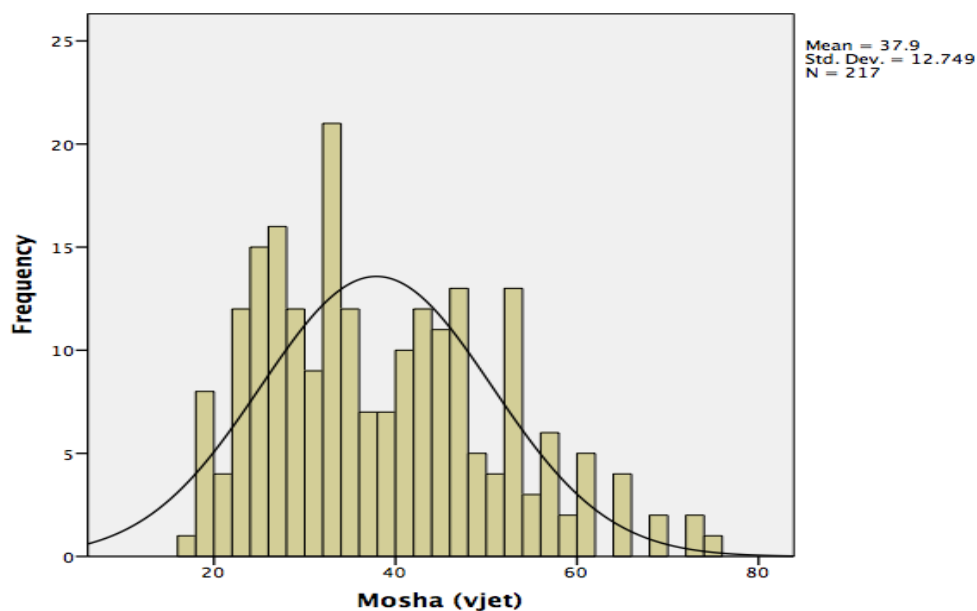
Karakteristikat sociale dhe demografike		Nr. pacientëve	(%)
Gjinia	Meshkuj	140	64.5
	Femra	77	35.5
Mosha (ne intervale 10 vjeçare)	10-19 vjeç	9	4.1
	20-29 vjeç	59	27.2
	30-39 vjeç	56	25.8
	40-49 vjeç	51	23.5
	50-59 vjeç	28	12.9
	60-69 vjeç	11	5.1
	70-79 vjeç	3	1.4
Statusi civil	Beqar	105	48.4
	Martuar	89	41
	Divorcuar	18	8.3
	Ve	5	2.3

Tabela 3. Shpërndarja e karakteristikave epidemiologjike, të kampionit të përfshirë në studim (n=217 individë)

Karakteristikat epidemiologjike dhe te rrezikut		Nr. pacientëve	(%)
Statusi i menaxhimit të rrezikut (SMRR)	Ulët	52	24
	Mesëm	150	69.1
	Larte	15	6.9
Statusi ligjor i shtrimit në spital	Vullnetar	105	48.4
	Jo-vullnetar (detyrueshem)	112	51.6
Arsyet e shtrimit	Agresivitet në familje	101	46.5
	Ndërprerje e mjekimit	47	21.7
	Violence në komunitet	26	12
	Mendime suicide	23	10.6
	Për shkak të psikozës	9	4.1
	Tentative suicidale	6	2.8
	Mosushqyerje	4	1.8
	Homocidal	1	0.5

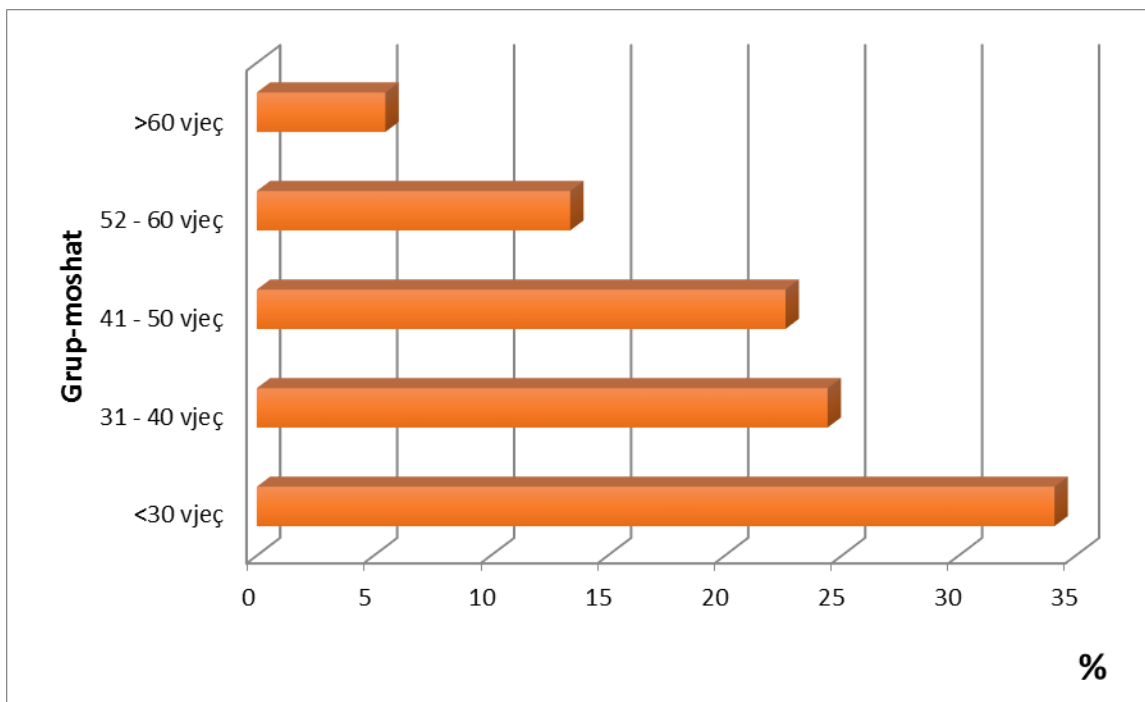
Histori violence	Po	137	63.1
(perpara ketij shtrimi)	Jo	80	36.9
Koheqendrimi ne	1 ditë	25	11.5
spital	2-5 ditë	33	15.2
	6-10 ditë	64	29.5
	11-30 ditë	78	35.9
	>30 ditë	17	7.8
Nr i incidendeve	0 incidente	83	38.2
	1 incident	80	36.9
	2 incident	40	18.4
	3 incidente	10	4.6
	>3 incidente	4	1.8

Në Graf. 4 shprehet shpërndarja në mënyre normale, sipas moshave, e pacientëve të përfshirë në studim. Predominimi i moshës është rreth 25-50 vjec.



Grafiku 4. Shpërndarja e pacientëve sipas moshës

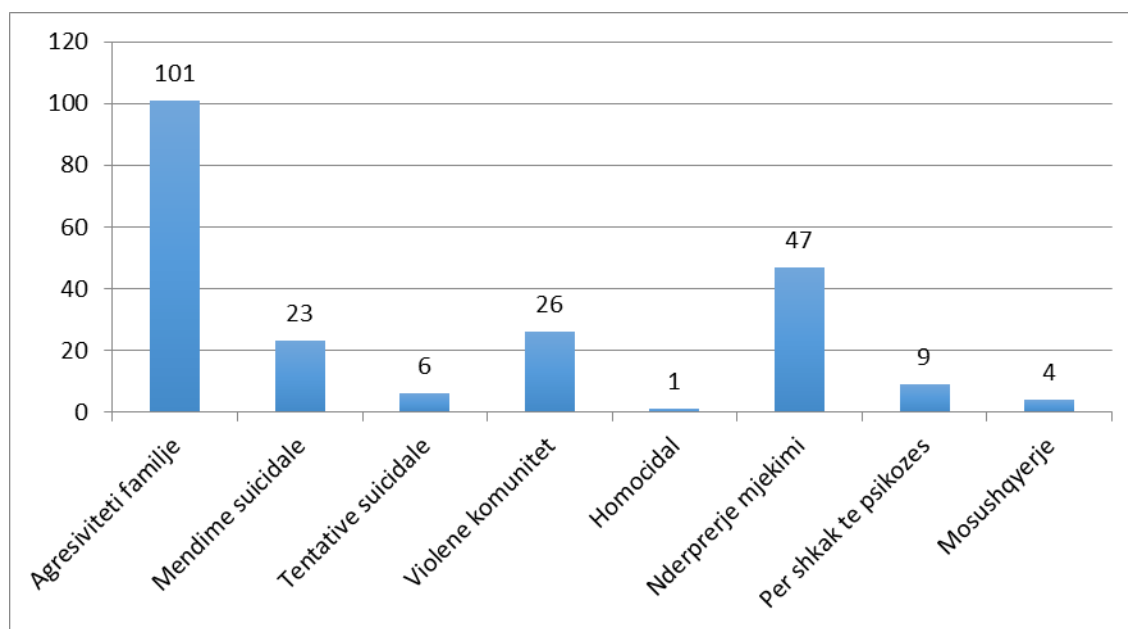
Ndërkohë në Graf. 5 moshë është organizuar në disa kategori me qëllim evidentimin e dominimit të grupmoshës së re (deri 30 vjeç) me 31.3%, krahasuar me moshat mbi këtë kufi.



Grafiku 5. Shpërndarja e pacientëve sipas grup-moshave

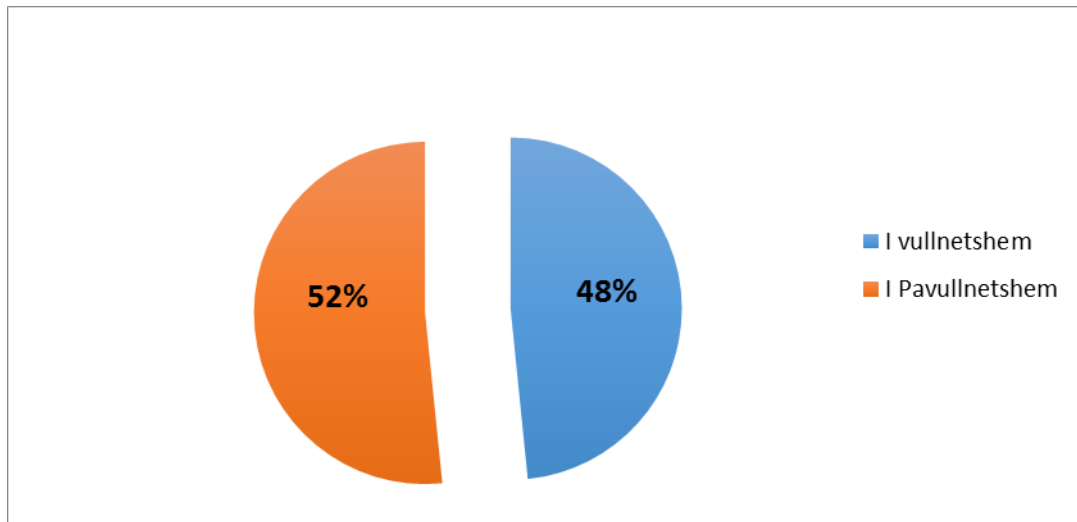
Rreth 18% e pacientëve i përkasin grupmoshës 51-60 vjeç. Të tjerët i përkasin moshës nën 50 vjeç (82%).

Në Graf. 6, pasqyrohet se arsyet kryesore të shtrimeve në pavionet e urgjencave psikiatrike ishin agresiviteti në familje, gati në 50 % të rasteve të hospitalizuara, e ndjekur nga ndërprerja e mjekimit dhe mendimet suicidale.



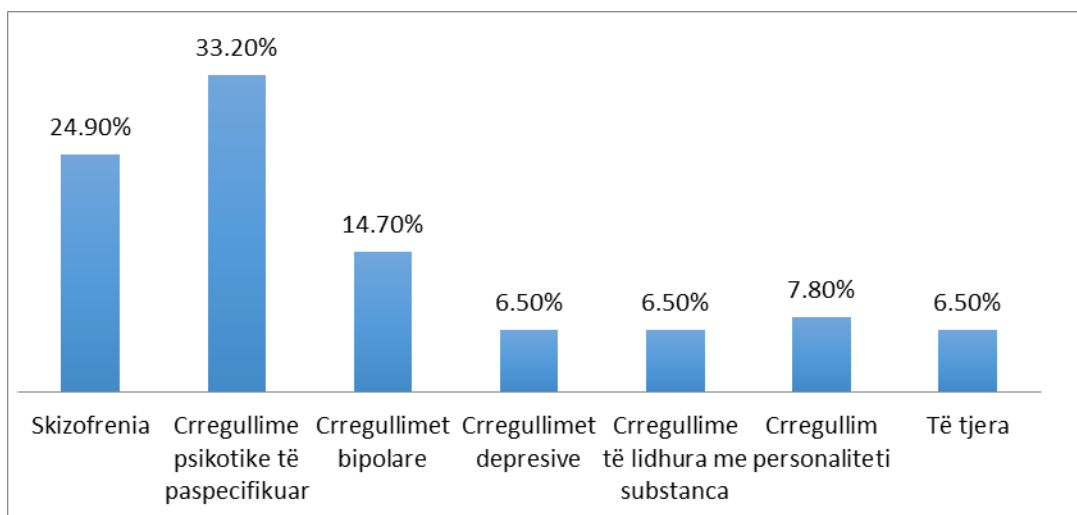
Grafiku 6. Shpërndarja e arsyeve të shtrimit në spital të pacientëve në studim

Në Graf. 7, paraqiten rezultatet për statusin ligjor të pacientëve që u hospitalizuan ku 52% e tyre rezultuan me shtrime të pavullnetshme dhe 48% të vullnetëshme.



Grafiku 7. Statusi ligjor i pacientëve në momentin e shtrimit

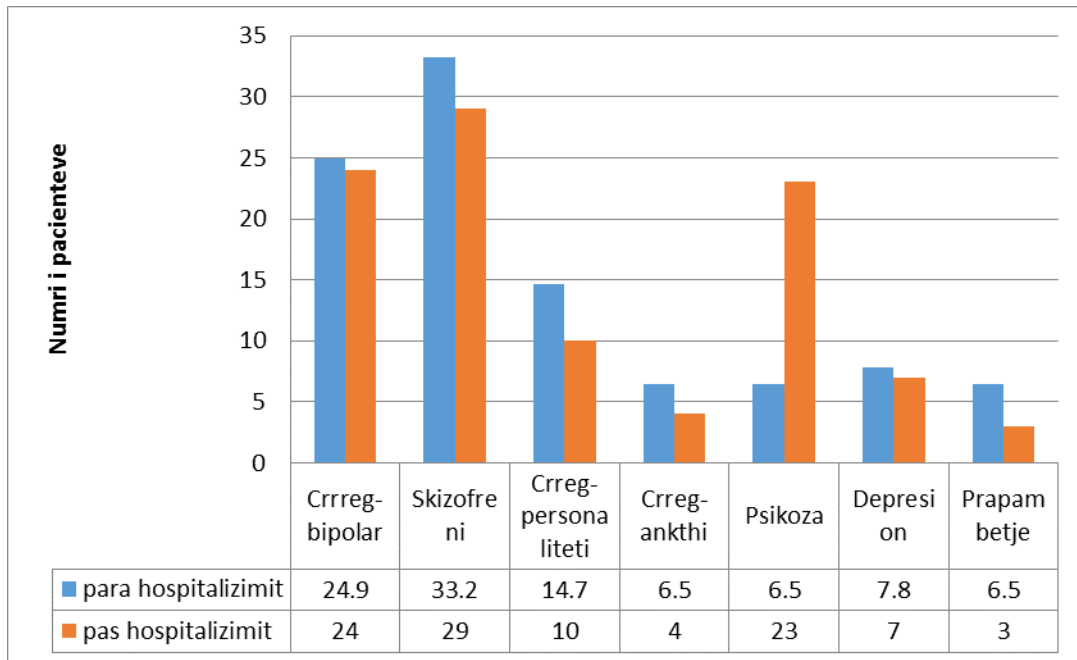
Lidhur me diagnozën e individëve të përfshirë në kampion, fillimisht është paraqitur shpërndarja e diagnozës në momentin e shtrimit dhe më pas diagnoza përfundimtare për të njëjtit individë. Duke konsideruar numrin e lartë të diagnozave përfundimtare në dalje, ato janë paraqitur edhe të grupuara në grup-diagnoza në Graf. 8.



Grafiku 8. Shpërndarja e diagnozave të pacientëve në momentin e shtrimit

Në Graf. 9 rezultatet pasqyrojnë se për pjesën më të madhe të grup-diagnozave në momentin e shtrimit krahasuar me ato përfundimtare në dalje, nuk kishte ndonjë

ndryshim të madh në diagnostikim me përjashtim të grup-diagnozës së psikozave të tjera.



Grafiku 9. Shpërndarja e diagnozave në momentin e shtrimit dhe në dalje

Diagnostikimi pacienteve para dhe pas hospitalizimit për psikozat ka ndryshime të dukshme.

Tabela 4. Shpërndarja e pacientëve në studim sipas diagnozave përfundimtare në dalje nga spitali.

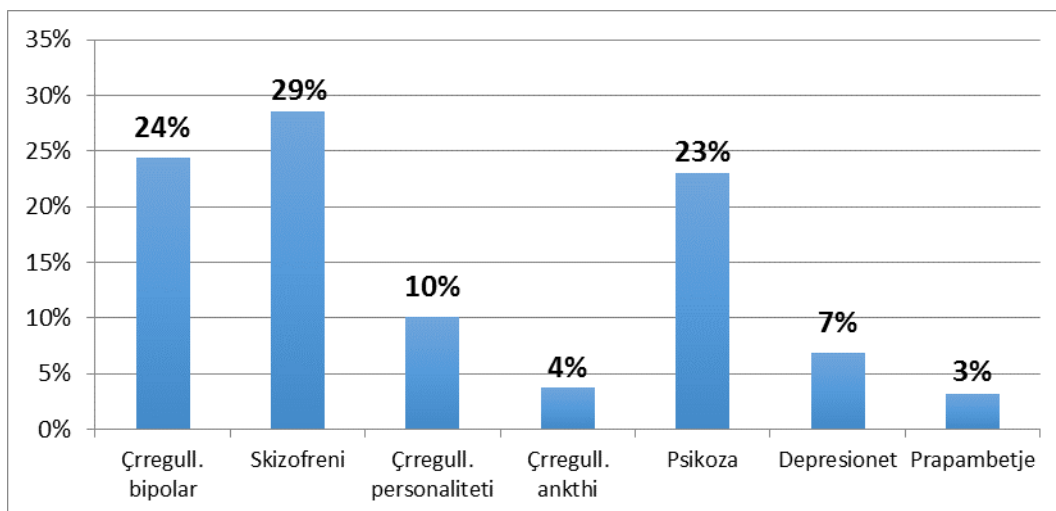
Diagnozat përfundimtare	Nr. pacienteve	%
Çrregullim bipolar I. maniakal	6	2.8%
Çrregullim bipolar I. maniakal psikotik	19	8.8%
Çrregullim bipolar I. mikst	6	2.8%
Çrregullim bipolar I. mikst psikotik	18	8.3%
Çrregullim bipolar i paspecifikuar	4	1.8%
Çrregullim depresiv madhor	9	4.1%
Çrregullim depresiv madhor psikotik	4	1.8%
Çrregullim humori paspecifikuar	2	0.9%
Çrregullim ciklotimik+Anoreksi nervoza	2	0.9%
Çrregullim distimik	1	0.5%
Çrregullim stresi akut+ postraumatik (PTSD)	3	1.4%
Çrregullim përshtatje	2	0.9%

Skizofrenia paranoide	46	21.2%
Skizofrenia çorganizuar	5	2.3%
Skizofrenia rezidual	1	0.5%
Skizofrenia padiferencuar	1	0.5%
Skizofrenia katatonik	1	0.5%
Çrregullim skizo-afektiv, tipi bipolar	4	1.8%
Çrregullim skizo-afektiv, tipi depresiv	4	1.8%
Çrregullim deluzional	10	4.6%
Çrregullim psikotik paspecifikuar	25	11.5%
Çrregullim psikotik shkaktuar alkol. dhe subs.	7	3.2%
Çrregullim psikotik organike	6	2.8%
Çrregullim psikotik postpartum +i shkurtër	2	0.9%
Çrregullim personaliteti antisocial	1	0.5%
Çrregullim personaliteti skizoid	1	0.5%
Çrregullim personaliteti kufitar	20	9.2%
Prapambetje mendore	7	3.2%
Totali	217	100%

Përqindjen më të madhe të pacientëve sipas diagnozave përfundimtare në dalje nga spitali e zënë skizofrenia paranoide 21% dhe çrregullimi psikotik i paspecifikuar 11.5%. Spektri i diagnozave të tjera është shumë i gjere dhe ndjekin një shpeshtësi më të ulët (Tabela 4).

Grafiku i mëposhtëm (Graf. 10) shkurtimisht kategorizon më ngushtë, vetëm në 7 kategori, përqindjen e grup-diagnozave pas hospitalizimit. Klasifikimi sipas grup-diagnozave pasqyron numrin e larte të skizofrenisë dhe nivelet gati të njëjta të çrregullimeve bipolare dhe psikozave. Proporcioni i pacientëve me skizofreni është 4 herë më i lartë se proporcioni i pacientëve me depresion dhe tre herë më i lartë se ai i çrregullimit të personalitetit. Çrregullimi bipolar është më shumë se dyfishi i çrregullimit të personalitetit dhe i njëjtë me psikozat.

Respektivisht vetem 4% dhe 3% e pacientëve bëjnë pjesë në klasifikimin e çrregullimeve të ankthit dhe grupit të prapapambetje mendore.



Grafiku 10. Shpërndarja grafike e grup-diagnozave përfundimtare të pacientëve të marrë në studim

Para kryerjes së studimit u bë validimi i pyetësores HCR. Metodën e përdorur përfshijnë:

- Testet e besueshmërisë: konsistenca e brëndëshme (Alfat Cronbach)
- Metoda Test – Ritest.

Këto vlera janë pasqyruar në tabelat e mëposhtme.

Tabela 5. Vlerat e Cronbach alfa për secilën pjesë përbërëse të pyetësores HCR-20 dhe për pyetësores në tërësi për matjen e parë dhe të dytë.

Nënshkallët	Matja e parë		Matja e dytë	
	Cronbach alfa	<i>p</i>	Cronbach alfa	<i>p</i>
Historike	0.759	<0.01	0.748	<0.01
Klinike	0.804	<0.01	0.800	<0.01
Menaxhimi i riskut	0.848	<0.01	0.842	<0.01
Shkalla totale HCR-20	0.919	<0.01	0.912	<0.01

Si në matjen e parë ashtu edhe në matjen e dytë për të katër nënshkallët, vlerat e Cronbach alpha janë mbi 0.76-0.84, për shkallën totale rezulton shifra 0.91 dhe vlerat e $p < 0.01$ që janë konsistente. Mbi këtë bazë janë përcaktuar tabelat që paraqesin

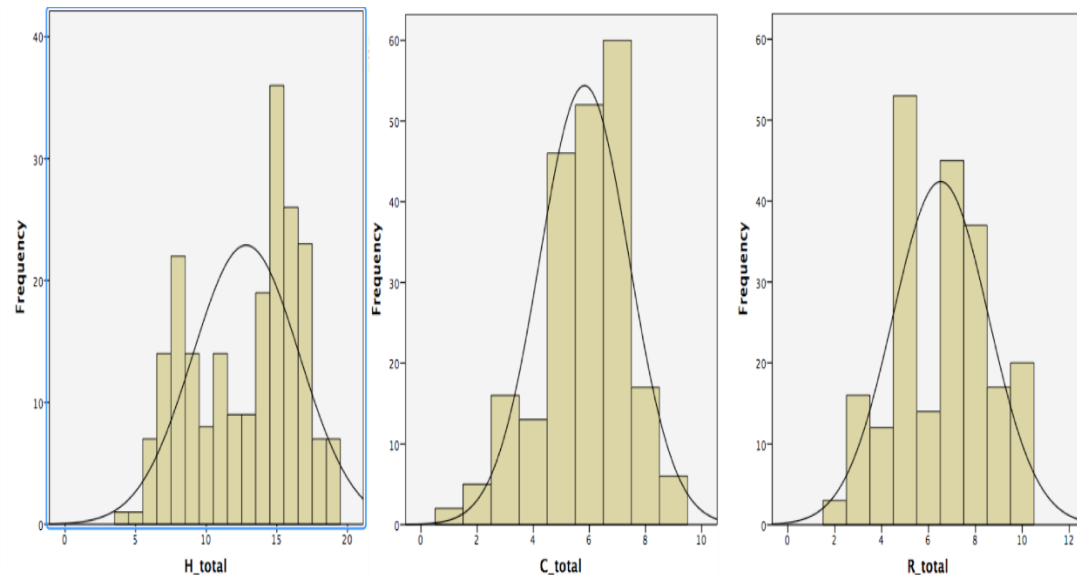
përlllogaritjen e këtij treguesi sipas nënçështjeve të listës së mësipërme. Në vijim, Tab. 5 pasqyrohen më hollësisht të gjitha nënçështjet, vlerat e larta të Cronbach Alpha.

Tabela 6. Korrelacionet ndërmjet pjesëve përbërëse dhe të të HCR-20-ës në tërësi në të dy momentet kohore (Koeficienti i korrelacionit të Spearmanit rho) dhe Koeficienti Kappa (Iner-rater Agreement)

Nënshkallët	rho	p<	Kappa
Historike	0.989	<0.01	0.913
Klinike	0.986	<0.01	0.902
Menaxhimi i riskut	0.976	<0.01	0.907
Shkalla totale HCR-20	0.945	<0.01	0.921

Vlera e koeficientit të korrelacionit të Spearmanit **rho** për të tre grupet e pyetjeve është nga 0.95-0.99 dhe $p < 0.01$ për secilin grup. Koeficienti Kappa është mbi 0.900 për secilën shkallë dhe për shkallën totale (HCR-20).

Në grafikët më poshtë (Graf. 11) janë paraqitur shpërndarjet e vlerësimit sipas nënshkallëve H-total, C-total, dhe R-total.



Grafiku 11. Shpërndarja e vlerave totale të vlerësimit të violencës sipas HCR-20-ës për të tre përbërësit e saj H, C dhe R.

Në të tre grafikët e mësipërm shprehet tendenca drejt vlerësimeve të larta e komponentëve. Frekuenca H-total, arrin pikun në 23, C-total në 54 dhe R-total 42.

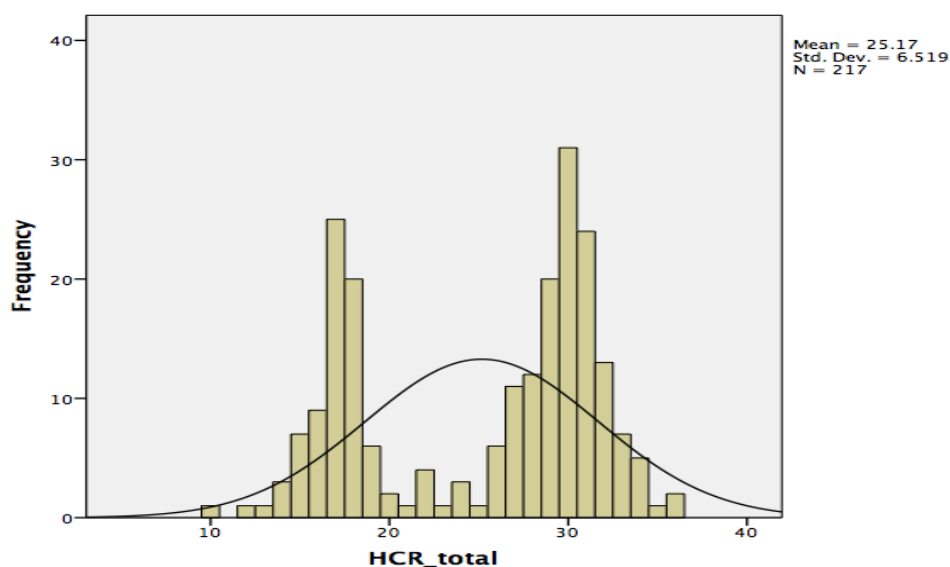
Sic është e natyrshme të pritët, vlerësimet nuk janë normale (gausiane) duke qenë se ka një tendence drejt vlerësimeve të larta për secilin komponent. Indekset përkatës statistikore në vijim konfirmojnë këtë rezultat.

Tabela 7. Statistikat e shpërndarjes së vlerave të vlerësimit të violencës nëpërmjet pyetësorit HCR-20.

Statistikat e shpërndarjes së vlerave			
	H-total	C-total	R-total
Nr. Individëve	217	217	217
Mesatarja	12.8 (64%)	5.82 (58%)	6.52 (65%)
Vlera maksimale e mundshme	20	10	10
Mediana	14	6	7
Deviacioni Standard	3.781	1.592	2.041
Vlera min. vs. vlera max.	4 vs. 19	1 vs. 9	2 vs. 10

Ne Tab. 7, shpjegimi i medianes në të tre vlerat e H, C dhe R, vlerat minimale dhe maksimale të secilit tregues shprehin vlerën më të ulët dhe më të lartë të hasur në kampionin sipas tre faktorëve të rrezikut (H–anamnestik, C–klinik dhe R–të menaxhimit). Nga ana tjetër, shpërndarja e vlerave për secilin faktor nuk është simetrike duke qenë se të tre kurbat paraqesin shmangie negative (negative skewed). Vlerat e medianes më të mëdha sesa mesatarja e vlerave të interвалit për secilin faktor (p.sh mediana e vlerave H është 14, ndërkohë që vlera mesatare e intervalit 1 deri 20 është 10) tregon se shumica e individëve për secilin faktor paraqesin vlera të larta të H, C dhe R.

Në Graf. 12 pasqyrohet shpërndarja e vlerësimit sipas HCR-20 për 217 individët e përfshirë në studim. Siç duket vlerat janë të shpërndara në formën bimodale sipas të cilës, piku i parë i korrespondon rezultatit 17 dhe u përkon kryesisht pacienteve jo violentë ndërsa piku i dytë rezultatit 30 të instrumentit HCR-20, personave violentë.



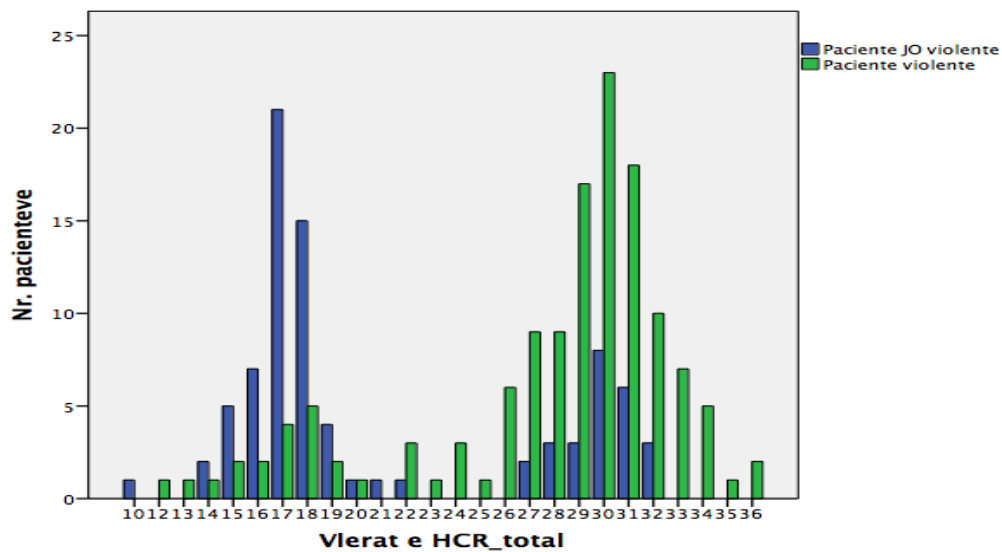
Grafiku 12. Shpërndarja e vlerave të HCR-20-ës për pacientët në studim

Po të analizojmë mesataren e testit të HCR-20 për grupin e pacientëve jo violentë (83/217), dhe atyre violentë (134/217 individë), vlera $F = 76.2$, $p < 0.000$ janë sinjifikante. Njëkohësisht Tab. 8 qartëson vlerat e HCR-20 për grupin jo violent dhe violent.

Tabela 8. Të dhëna statistikore mbi mesataren e pyetësorit HCR-20 për pacientët violent dhe jo violent.

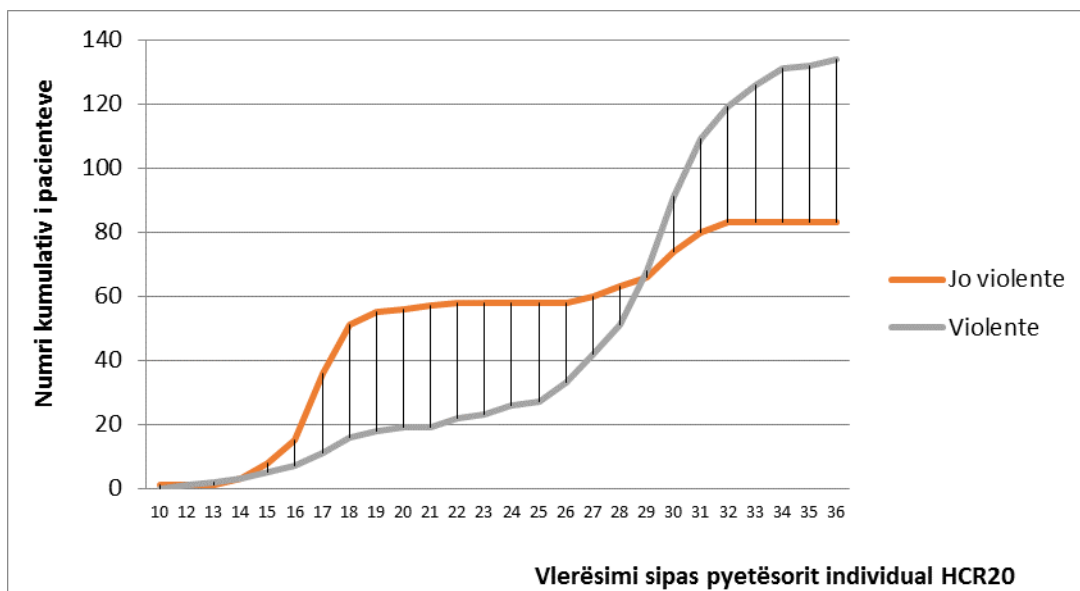
Kategoria e pacientëve	Mesatarja e HCR-20	Nr. kampionit	Std. Deviation
Pacientë jo violentë	20.94	83	6.133
Pacientë violentë	27.78	134	5.269
Totali	25.17	217	6.519

Korrelacioni mes vlerësimit të pyetësorit HCR-20 dhe mundësisë për të shkaktuar incidente është sinjifikativ (Pearson Chi square 72.2, $p < 0.0001$). Në Graf. 13 shihet se vlerësimi i HCR-20 për pacientët jo violentë tenton drejt vlerave të ulëta ($< 22/40$) ndërsa vlerësimi i pacientëve violentë synon në vlera më të larta. Siç duket edhe në Graf 13, deri në 15 pikë të HCR-20 nuk ka ndryshime lidhur me dy nëngrupet e pacientëve. Nga 15 deri 30 pikë, vihet re një ndërfutje e dy variablave; pacientë jo violentë dhe pacientë violentë, dhe kur shumatorja arrin vlerën mbi 30 pikë pjesa dërmuese e pacientëve janë violentë.



Grafiku 13. Shpërndarja e vlerave të HCR-20-ës të pacientëve jo violent dhe violent.

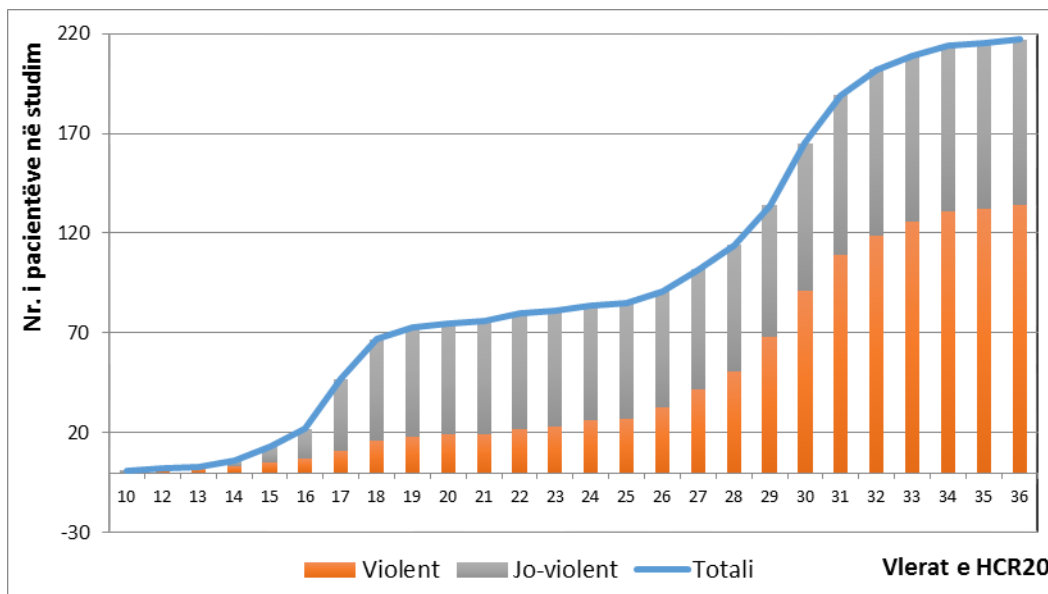
Në Graf. 14 është paraqitur trendi kumulativ i pacientëve sipas dy nëngrupeve që nuk kanë shkaktuar incidente violente ose kanë shfaqur violencë gjatë periudhës së shtrimit në spital. Kjo pasqyrohet në bazë të raportit të pikëzimit fillestar të HCR-20 në momentin e paraqitjes në shërbimin e urgjencës.



Grafiku 14. Trendi kumulativ i pacientëve violent dhe jo violent sipas pikëve të vlerësimit të pyetësorit HCR-20.

Trendi kumulativ i pacientëve violentë dhe jo violentë kryqëzohet në vlerën 29 (Graf. 14).

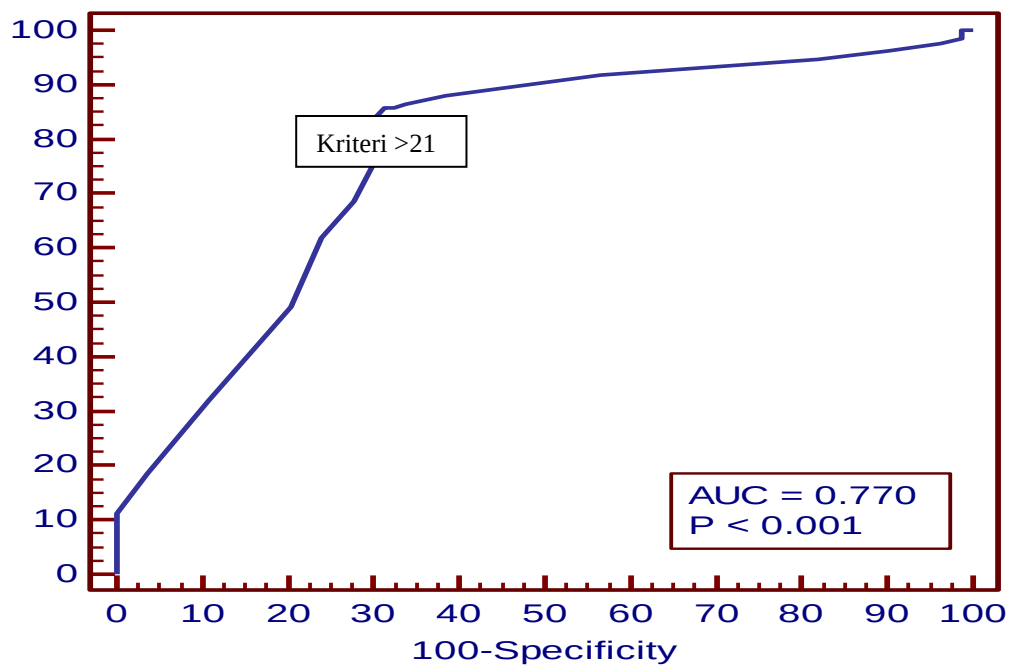
Në Graf. 15 vihet re një ecuri karakteristike e pikëzimit kumulativ sipas HCR-20 në nën-grupin e pacientëve jo-violentë dhe violentë. Sipas HCR-20, pikëzimi deri në vlerën 26 shoqërohet me një numër të ulët të pacientëve violent dhe pas kësaj vlere vihet re një rritje e menjëhershme për cdo njësi të vlerësimit. Në kampionin në studim ky trend konfirmohet deri në vlerën 34 të HCR-20.



Grafiku 15. Shpërndarja e shumatores së vlerave të HCR-20 për pacientët violentë dhe jo violentë

Një çështje mjaft e rëndësishme e analizës është përcaktimi i aftësisë parashikuese të pyetësorit HCR-20 për mundësinë e përfshirjes së individit në incidente eventuale gjatë qëndrimit në spital. Për të arritur këtë pikësynim, në mjaft studime të HCR-20-s është përdorur analiza statistikore e ROC (Receiver Operating Characteristic) dhe rezultatet dalin në termat statistikor që ROC prodhon.

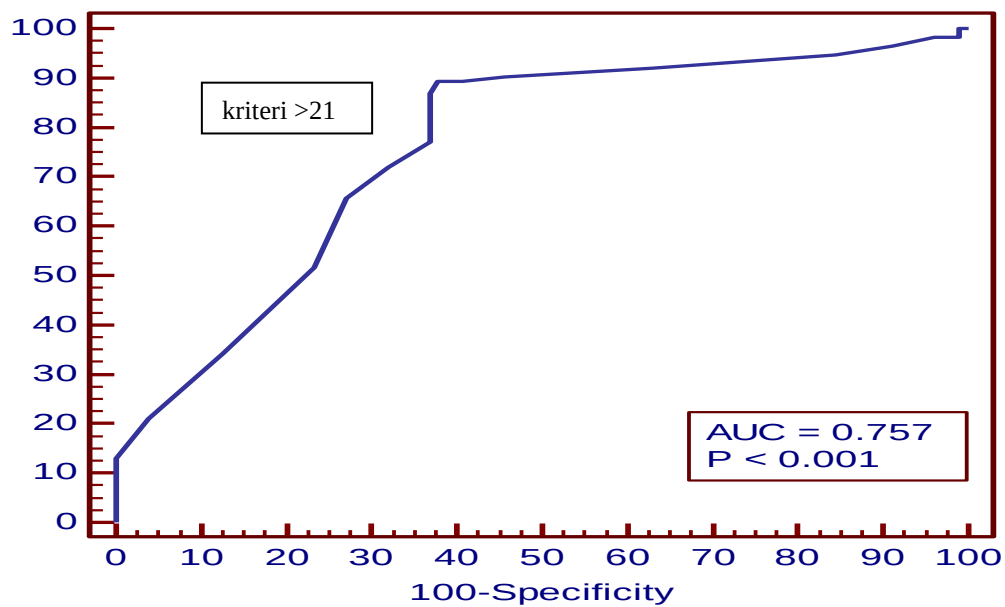
Më poshtë paraqiten rezultatet që prodhoi analiza nëpërmjet ROC për HCR-20-n në total në raport me vlerat e llojeve të violencës të matura nëpërmjet pyetësorit MOAS. Në Graf. 16 paraqiten rezultatet sipas ROC për incidentet verbale.



Grafiku 16. Kurba ROC e dhunës verbale

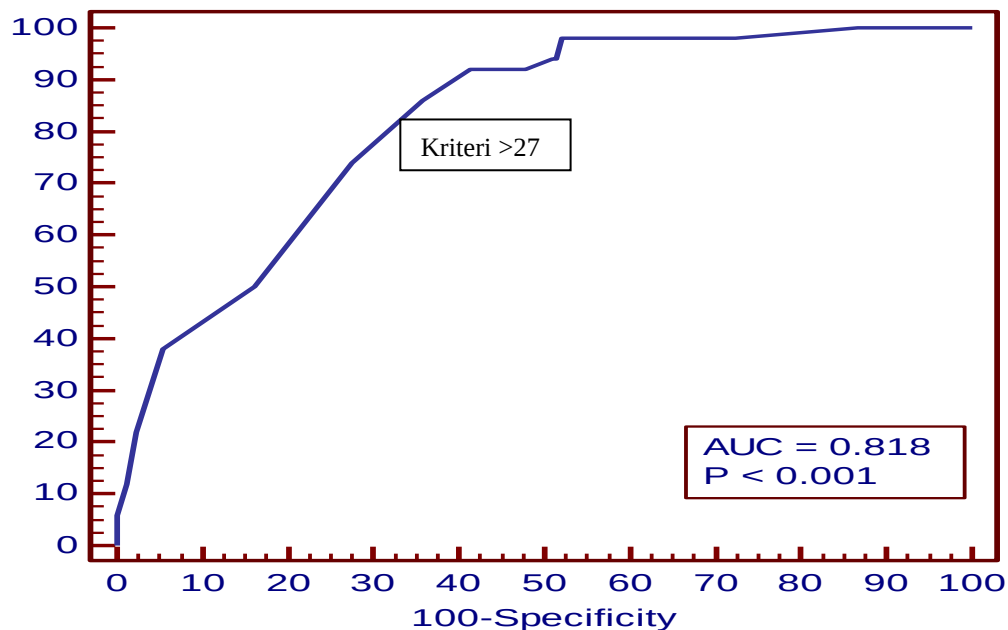
Dhuna verbale arrin vlerën mbi 80 në specifitetin te 30-ta dhe vazhdon me një rritje të butë pas tek 35-a. Shoqërimi është sinjifikativ $p < 0.001$ dhe AUC 0.77.

Graf. 17 paraqit rezultatet sipas ROC për incidentet violente ndaj objekteve



Grafiku 17. Kurba ROC e dhunës ndaj objekteve

Dhuna ndaj objekteve (Graf. 17) arrin me shpejtësi vlerën e sensitivitetit rreth 88-s në kordinatën 37 të specifitetit dhe vazhdon të këtë një trend rritës të butë deri në 100, te specifiteti 100. AUC është shumë afër 0.75 por e kalon pragun vetëm me 0.07, që i dedikohet ngritjes vertikale të vlerave të sensitivitetit 77-88, ku përqendrohen pacientë me pikëzimin 3, 4 dhe 5 në pikezimin nga 1-11, të nënshkallës së parë të grupit të pyetjeve të pyetësorit MOAS (shif Grafikun 33), megjithatë $p < 0.001$.



Grafiku 18. Kurba ROC e dhunës fizike.

Graf. 18 paraqit rezultatet sipas ROC për incidentet violente fizike. Me pak ndryshim nga dhuna ndaj objekteve në dhunën fizike vlerat e sensitivitetit janë pas të 40-tave dhe nga 40-50 vihet re një platformë e qetë që vazhdon të rritet pas specifitetit 50, duke fituar gati 5 unite të menjëhershme në sensitivitetin dhe ndjek pastaj një trend të ngadalshëm deri në 100/100. Korelacioni ndërmjet sensitivitetit dhe specifitetit është sinjifikativ ($p < 0.001$). Fakti që vlera e AUC është 0.82 (e lartë) lidhet me shpërndarjen dhe përqendrimin e pikëzimit më uniform të pacientëve me dhunë fizike me nivel pikëzimi deri në vlerën 24.

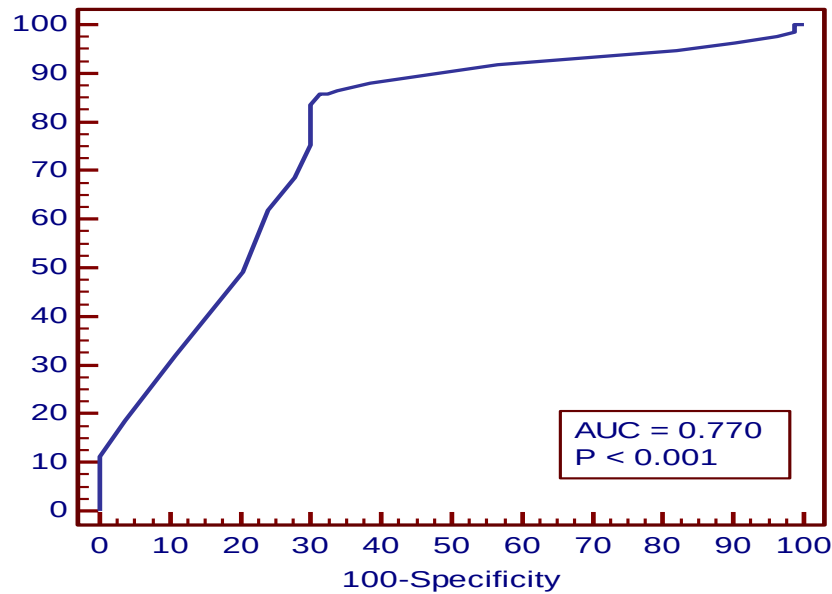
Tabela 9. Parametrat e kurbave ROC për dhunën verbale, ndaj objekteve dhe asaj fizike.

Variablat	Tipi i dhunës					
	Verbale		Ndaj Objekteve		Fizike	
Kriteri	>21	95%CI	>21	95%CI	>27	95%CI
Sensitiviteti	85.82	78.7 - 91.2	89.47	82.3 - 94.4	92.0	80.8 - 97.8
Specifiteti	68.67	57.6 - 78.4	62.14	52.0 - 71.5	58.68	50.8 - 66.2
LR+ (95%CI)	2.74	2.0 - 3.8	2.36	1.8 - 3.1	2.23	1.8 - 2.7
LR- (95%CI)	0.21	0.1 - 0.3	0.17	0.10 - 0.3	0.14	0.05 - 0.4
VPP (95%CI)	81.6	74.2 - 87.6	72.3	64.2 - 79.5	40.00	31.0 - 49.6
VPN (95%CI)	75	63.7 - 84.2	84.2	74.0 - 91.6	96.1	90.3 - 98.9

Vlerat e sensitivitetit dhe specifitetit të kurbave të dhunës verbale, dhunës ndaj objekteve dhe asaj fizike, të paraqitura në tabelë, shprehin pikën koordinative të harkimit të kurbës në parashikimin e llojit të dhunës. Vlerat LR+ (përkufizimi i sensitivitetit) për dhunë verbale, dhunën ndaj objekteve dhe dhunën fizike janë më të larta se vlerat e LR- (përkufizimi i specifitetit), për secilin faktor. Vlerat e parashikueshmërisë pozitive (VPP) janë më të larta se vlerat e parashikueshmërisë negative (VPN) për dhunën verbale, por më të ulta për dhunën ndaj objekteve (72 ndaj 84) dhe dhunën fizike (40 ndaj 96).

Kriteri i pikëzimit të HCR-20 për klasifikimin e pacientëve në të dhunshëm dhe jo të dhunshëm është >21 për dhunën verbale e të objekteve dhe >27 për dhunën fizike. Vërehet që sensitiviteti i secilës kurbë të llojit të dhunës për klasifikimin e pacientëve në të dhunshëm dhe jo të dhunshëm është shumë i lartë mbi >85 %.

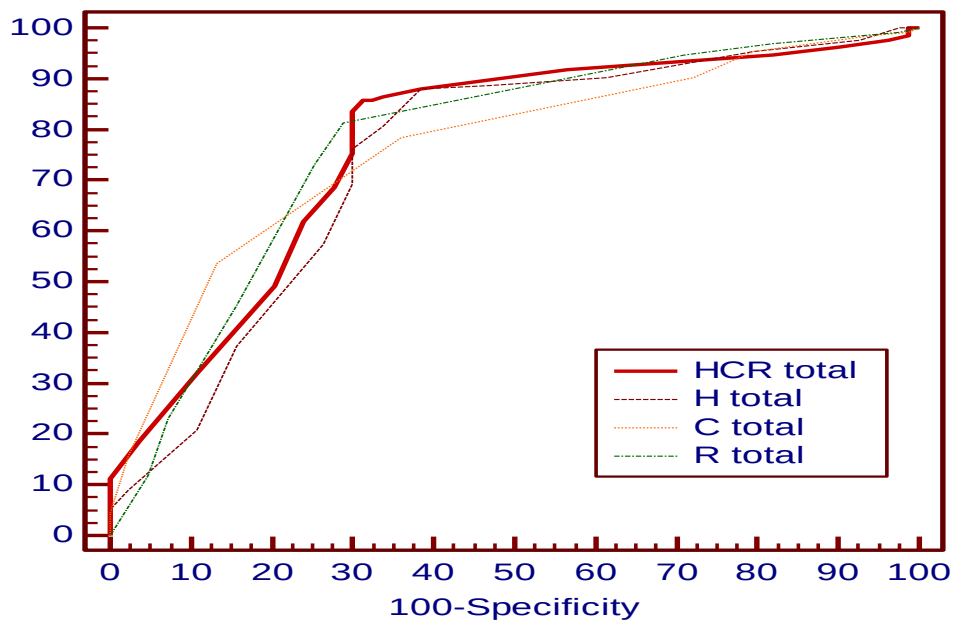
Në Graf.19 paraqiten vlerat e HCR-20 total në parashikimin e dhunës (Kurba ROC total).



Grafiku 19. Kurba ROC e HCR-20 në parashikimin e dhunës.

Në Graf. 19, sensitiviteti arrin një rritje lineare të vlerës 83 nga 0 në 30 për vlerat e specifikitetit dhe pastaj ngadalësohet duke krijuar një rritje të ngadalshme nga 30 në 100. Vlera e AUC është 0.77 (e lartë) dhe $p < 0.001$.

Në Graf. 20 në vijim paraqitet krahasimi i kurbave për HCR-20, H total, C total dhe R total në parashikimin e dhunës.



Grafiku 20. Krahasimi i kurbave në parashikimin e dhunës.

Në Graf. 20 të treja kurbat ndjekin të njejtin model. R-total, C-total ndjekin dhe arrijnë me shpejtësi respektivisht vlerën e sensitivitetit 80 dhe 78 në diapazonin e vlerave 30-35 të specifitetit dhe vazhdojnë me një trend të butë ngjitës në vlerat 100. Po ashtu HCR-20 total arrin me hapa të shpejtë vlerën 86 në kordinatën specifiteti 33 dhe ndjek bindshëm trendin e C total dhe R total. Kjo shpjegon edhe vlerat gati të njëjta të AUC.

Vlerat e AUC për të gjitha kurbat e Graf. 20 paraqiten në tabelën 10. Të tria AUC-të e kurbave janë mbi vleren 0.75, që kategorizohen të larta.

Tabela 10. Sipërfaqja nën kurbë për HCR-total, H, C dhe R-në në vlera totale.

Shkalla	AUC	SE	95%CI
HCR-total	0.770	0.0342	0.708 - 0.824
H-total	0.743	0.0365	0.680 - 0.800
C-total	0.763	0.0321	0.701- 0.818
R-total	0.774	0.0339	0.713 - 0.828

Tabela 11. Sensitiviteti dhe Specifiteti i HCR- në parashikimin e dhunës.

Variablat	HCR-total		H		C		R	
	>21	95%CI	>10	95%CI	>5	95%CI	>5	95%CI
Sensitiviteti	85.82	78.7 - 91.2	88.06	81.3 - 93.0	78.36	70.4 - 85.0	81.34	73.7 - 87.5
Specifiteti	68.67	57.6 - 78.4	61.45	50.1 - 71.9	63.86	52.6 - 74.1	71.08	60.1 - 80.5
LR+(95%CI)	2.74	2.0 - 3.8	2.28	1.7 - 3.0	2.17	1.6 - 2.9	2.81	2.0 - 4.0
LR-(95%CI)	0.21	0.1 - 0.3	0.19	0.1 - 0.3	0.34	0.2 - 0.5	0.26	0.2 - 0.4
VPP (95%CI)	81.6	74.2 - 87.6	78.7	71.2 - 84.9	77.8	69.8 - 84.5	82	74.4 - 88.1
VPN (95%CI)	75	63.7 - 84.2	76.1	64.1 - 85.7	64.6	53.3 - 74.9	70.2	59.3 - 79.7

Vlerat e sensitivitetit dhe specifitetit të kurbave H, C dhe R dhe HCR-total, të paraqitura në Tab. 11, shprehin pikën koordinative të platimit të kurbës.

Vlerat LR+ (përkufizimi i sensitivitetit) për HCR-total, H, C dhe R janë më të larta se vlerat se LR- (përkufizimi i specifitetit), për secilin faktor. Kjo do të thotë se janë më afër propabilitetit për të qenë pozitiv duke përforcuar në këtë mënyrë pozitivitetin e testit. Vlerat e parashikueshmërisë pozitive (VPP) janë më të larta se vlerat e parashikueshmërisë negative (VPN) për HCR-total dhe për H, C dhe R-në të shqyrtuara veç e veç.

Tabela 12. Shifrat përmbledhëse krahasuese të ndërlidhjes HCR- total me H, C dhe R-në total.

HCR-total ~ H-total	
Diferenca ndermjet zonave	0.0268
Intervali konfidences 95%	-0.00515 - 0.0588
Niveli sinjifikativ	$p < 0.1$
HCR-total ~ C-total	
Diferenca ndermjet zonave	0.00710
Intervali konfidences 95%	-0.0421 - 0.0563
Niveli sinjifikativ	$p < 0.7$
HCR-total ~ R-total	
Diferenca ndermjet zonave	0.00396
Intervali Confidences 95%	-0.0310 - 0.0389
Niveli sinjifikativ	$p < 0.8$
H-total ~ C-total	
Diferenca ndermjet zonave	0.0197
Intervali konfidences 95%	-0.0411 - 0.0805
Niveli sinjifikativ	$p < 0.5$
H-total ~ R-total	
Diferenca ndermjet zonave	0.0308
Intervali Confidences 95%	-0.0248 - 0.0864
Niveli sinjifikativ	$p < 0.2$
C-total ~ R-total	
Diferenca ndermjet zonave	0.0111
Intervali konfidences 95%	-0.0513 - 0.0734
Niveli sinjifikativ	$p < 0.7$

Në Tab. 12 janë paraqitur të dhëna statistikore të krahasimit midis vlerave të HCR-20 me vlerat e nënshkallëve H, C dhe R-së, si edhe krahasimi midis vlerave të nënshkallëve H, C dhe R midis tyre. Nga këto të dhëna rezulton se nuk ka sinjifikancë në krahasimet midis HCR-total dhe tre përbërsve të saj, H-total, C-total dhe R-total, apo midis tre përbërsve, që nënkupton se secila prej kurbave është njësoj e vlefshme në parashikimin e dhunës.

Tabela 13. Shoqërimi i dhunës me variablat sociodemografikë dhe klinikë (Regresioni logjistik. Analiza univariate)

	Variablat	OR	95%CI	$p <$
Gjinia	Femra	ref		
	Meshkuj	1.7	0.98 - 3.06	0.06
Mosha		0.9	0.97 - 1.01	0.7

Anamneza	Abuzimi me substanca			
	Tentativa suidale	0.5	0.16 - 2.08	0.4
	Semundje madhore mjekesore	1.2	0.22 - 6.70	0.8
	Semundje organike trunore	0.4	0.09 - 2.58	0.4
	Çregullime konvulsive	1.1	0.00 - 0.34	0.9
	Prapambetje mendore	0.6	0.13 - 3.11	0.5
	Tjeter	0.6	0.35 - 1.17	0.1
Gjendja civile	Beqar	ref		
	Martuar	0.7	0.40 - 1.32	0.3
	Divorcuar	0.5	0.18 - 1.37	0.1
	I ve	0.3	0.05 - 2.08	0.2
	Diteqendrimi spitalor	1.0	0.99 - 1.03	0.1
Diagnoza përfundimtare	Çrregullim ankthi	0.2	0.05 - 1.22	0.08
	Çrregullim bipolar	0.8	0.39 - 1.88	0.7
	Çrregullim personaliteti	1.5	0.48 - 4.66	0.4
	Depresion	0.3	0.09 - 0.94	0.03
	Prapambetje	0.5	0.12 - 2.89	0.5
	Psikoza	0.4	0.22 - 1.03	0.06
	HCR-total	1.2	1.13 - 1.26	<0.01
	Histori violence	3.0	1.72 - 5.46	<0.01
	Shtrime te meparshme	1.1	0.65 - 2.01	0.6
	Nr. i incidenteve	1.6	1.41 - 4.17	<0.01
SMR	I ulet	ref		
	I mesem	5.2	2.64 - 10.41	<0.01
	I larte	14.6	2.94 - 72.50	<0.01

Në analizën univariate (Tab. 13) vërehet se HCR-total ($p<0.01$), histori e violences ($p<0.01$), statusi i menaxhimit i mesëm ($p <0.01$) dhe i lartë ($p<0.01$) shoqërohen me dhunën e tanishme; diagnoza “depresion” ka shoqërim të ulët me dhunën ($p<0.03$).

Tabela 14. Shoqërimi i dhunës me variablat sociodemografikë dhe klinikë (Regresioni logjistik. Analiza multivariate).

	Variablat	OR	95%CI	$p <$
Gjinia	Femra	ref		
	Meshkuj	1.2	0.16 - 2.24	0.5
	Mosha	1.0	0.63 - 3.41	0.7
Anamneza	Abuzimi me substanca	1.7	0.83 - 3.78	
	Tentativa suidale	1.5	0.80 - 2.16	0.1
	Semundje madhore mjekesore	1.3	0.30 - 2.61	0.6
	Semundje organike trunore	2.6	0.38- 3.59	0.5
	Çregullime konvulsive	1.2	0.20 - 2.54	0.5
	Prapambetje mendore	1.1	0.00 - 2.26	0.2
	Tjeter	2.2	0.30 - 2.79	0.7

Gjendja civile	Beqar	ref		
	Martuar	1.9	0.24 - 22.22	0.1
	Divorcuar	1.7	0.25 - 20.90	0.5
	I ve	1.1	0.10 - 12.64	0.2
	Diteqendrimi spitalor	1.0	0.99 - 1.03	0.1
Diagnoza përfundimtare	Çrregullim ankthi	1.2	0.30 – 11.89	0.4
	Çrregullim bipolar	3.5	0.95 - 13.27	0.1
	Çrregullim personaliteti	3.7	0.79 - 17.68	0.1
	Depresion	0.9	0.14 - 5.58	0.1
	Prapambetje	1.5	0.41 - 5.80	0.1
	Psikoza	2.5	0.68 - 9.27	0.07
	HCR total	1.2	1.13 - 1.26	<0.01
	Histori violence	3.0	1.72 - 5.46	<0.01
	Shtrime te meparshme	0.9	0.41 – 1.19	0.6
	Nr.i incidenteve	1.5	0.33 – 2.01	0.9
SMR	I ulet	ref		
	I mesem	1.1	0.39 - 7.91	0.3
	I larte	1.5	1.11 - 4.44	0.04

Në analizen multivariate (Tab.14) vërehet se HCR- total ($p<0.01$), histori e violences ($p<0.01$) dhe statusi i menaxhimit: i lartë ($p<0.04$) janë faktorë të rëndësishëm dhe të pavarur rreziku për dhunën e tanishme.

Tabela 15. Analiza e faktorëve të rrezikut për sjellje violente të pacientëve të shtruar në pavionet akute

Faktoret e parashikimit të rrezikut për violence	Pacientë violente (%)	Pacientë jo violente (%)	<i>Chi square</i> (<i>p value</i>)
H1 – dhunë e mëparshme			
<i>pa shfaqje të dhunës së mëparshme</i>	3 (18%)	14 (82%)	30.72 ($p<.0001$)
<i>Dhunë e mëparshme, jo serioze</i>	43 (47%)	48 (53%)	
<i>Dhunë e mëparshme, serioze</i>	88 (81%)	21 (19%)	
H5 – problem me abuzimin me substancë			
<i>nuk përdor substance</i>	24 (48%)	26 (52%)	6.6 ($p<0.037$)
<i>përdorues potencial/joserioz</i>	47 (61%)	30 (39%)	
<i>përdorues serioz</i>	63 (70%)	27 (30%)	
H6 – sëmundje më të mëdha mendore			

<i>pa sëmundje madhore mendore</i>	3 (43%)	4 (57%)	14.16 (p<0.001)
<i>sëmundje e mundëshme/jo serioze</i>	74 (54%)	64 (46%)	
<i>sëmundje serioze mendore madhore</i>	57 (79%)	15 (21%)	
H7 – prania e çrregullimeve të personalitetit			
<i>pa çrregullim personaliteti</i>	5 (33%)	10 (67%)	6.42 (p<0.04)
<i>me çrregullim personaliteti</i>	86 (58%)	62 (42%)	
<i>me çrregullim të theksuar personaliteti</i>	40 (74%)	14 (26%)	
C3 – simptoma aktive të sëmundjeve mendore madhore			
<i>pa simptoma aktive</i>	1 (33%)	2 (67%)	19.28 (p<.000)
<i>simptoma aktive të mundeshme/jo serioze</i>	47 (47%)	53 (53%)	
<i>simptoma aktive serioze</i>	86 (75%)	28 (25%)	
C5 – mungesa e reagimit nga mjekimit			
<i>reagim pozitiv ndaj mjekimit</i>	5 (29%)	12 (71%)	10.9 (p<0.004)
<i>mos reagim i mundshëm</i>	124 (64%)	71 (36%)	
<i>reagim negative karshi mjekimit</i>	5 (100%)	0 (0%)	
R4 – mospërputhja me përpjekjet për përmirësim			
<i>mundësi e ulët që përpjekjet nuk do të ndiqen</i>	1 (10%)	9 (90%)	18.67 (p<.000)
<i>mundësi e moderuar që përpjekjet nuk do ndiqen</i>	91 (59%)	63 (41%)	
<i>mundësi e lartë që përpjekjet nuk do te ndiqen</i>	42 (79%)	11 (21%)	

Faktori H1 apo prezenca e dhunës së mëparshme në krahasim me pacientë pa dhunë është signififikativ ($p<0.001$) ndërmjet tre shkallëzimeve (pra, është përcaktues). Faktori H5 duke krahasuar pacientët violentë me jo violentë është sinjifikant sipas çështjes së abuzimit me substancat. Për përdoruesit serioz të substancave numri i pacientëve violentë është 2.3 herë më i madh se pacientët jo violentë . Faktori H6 dallohet për shkallëzimin e tretë, ku grupi i sëmundjeve serioze madhore pohon prezencën e violencës ndaj mungesës së violencës (79% ndaj 21%) tre herë më shumë. Faktori H7, që përfshin tre shkallët e psikopatisë pasqyron edhe gravitetin e violencës. Midis çrregullimeve të theksuara të personalitetit (74% ndaj 26%) vihet re se pacientet janë sinjifikativisht më agresor se ata pacientë pa çrregullime personaliteti (43% ndaj 57%), por sinjifikativisht të ndryshëm midis dy kategorive (nënshkalleve) ($p>0.04$). Faktori C3, simptoma aktive serioze janë më të dukshme tek pacientët violentë (75% ndaj 25%, $p>0.001$). Faktori C5, pacientët pa violence nuk kanë reagim negativ ndaj mjekimit. Përgjithsisht reagimi ndaj mjekimit

është sinjifikatisht i ndryshëm ndërmjet pacientëve violentë dhe jo violentë ($p>0.004$). Faktori R4 për të treja klasifikimet e kësaj çështje ka ndryshime sinjifikative midis pacientëve violentë dhe jo violentë . 79% e pacienteve violentë nuk i ndjekin përpjekjet për përmirësim ($p<0.001$). Pacientë jo violentë në 90% të rasteve i ndjekin përpjekjet për përmirësim ($p<0.001$).

Tabela 16. Lidhja e numrit të incidenteve me HCR- total dhe disa nëncështje të saj. (Regresioni linear, analizë multivariate)

Variables	Coefficient	Std. Error	r_{partial}	t	p
HCR-total	0.05944	0.01973	0.2044	3.012	<0.01
H1	0.02036	0.1160	0.1209	1.756	0.04
H5	-0.03925	0.08230	-0.03305	-0.477	0.6
H6	0.1250	0.1313	0.06590	0.952	0.3
H7	0.09010	0.1290	0.04836	0.698	0.4
C3	0.09186	0.1228	0.05178	0.748	0.4
C5	0.08218	0.1965	0.02899	0.418	0.6
R4	-0.07026	0.1350	-0.03607	-0.521	0.6

Nga analiza e regresionit linear multivariat i lidhjes së numrit të incidenteve me shkallët e HCR, (Tab. 16), vërehet se faktorë parashikues të rëndësishëm të numrit të incidenteve janë shkallët: HCR-total ($p<0.01$) dhe H1 ($p<0.04$). Me rritjen e pikezimit të HCR-total dhe H1 rritet edhe numri i incidenteve.

Tabela 17. Lidhja e dhunës me HCR-total total dhe disa nëncështje të saj. (Regresioni logjistik, analizë multivariate)

Variablat	OR	95%CI	P
HCR-total	1.1	0.99 - 1.25	0.06
H1	2.4	1.20- 4.86	0.01
H5	1.4	0.88 - 2.39	0.1
H6	1.2	0.56 - 2.75	0.5
H7	0.6	0.28 - 1.37	0.2
C3	1.6	0.80 - 3.30	0.1
C5	1.5	0.45 - 5.26	0.4
R4	1.1	0.52 - 2.75	0.6

Nga analiza e regresionit logjistik multivariat të lidhjes së dhunës me shkallët e HCR, vërehet se faktor parashikues i rëndësishëm i dhunës është shkalla: H1 ($p<0.01$).

Pacientet qe kane pikezim te larte te H1 kane 2.4 here me teper gjasa per te manifestuar dhune krahasur me shkallet e tjera.

HCR-total ka rezultuar shumë afër sinjifikancës statistikore, pothuajse sinjifikante.

Pra, rezulton se shkalla H1 ka rëndësi të veçantë në parashikimin e dhunës krahasuar me shkallët e tjera.

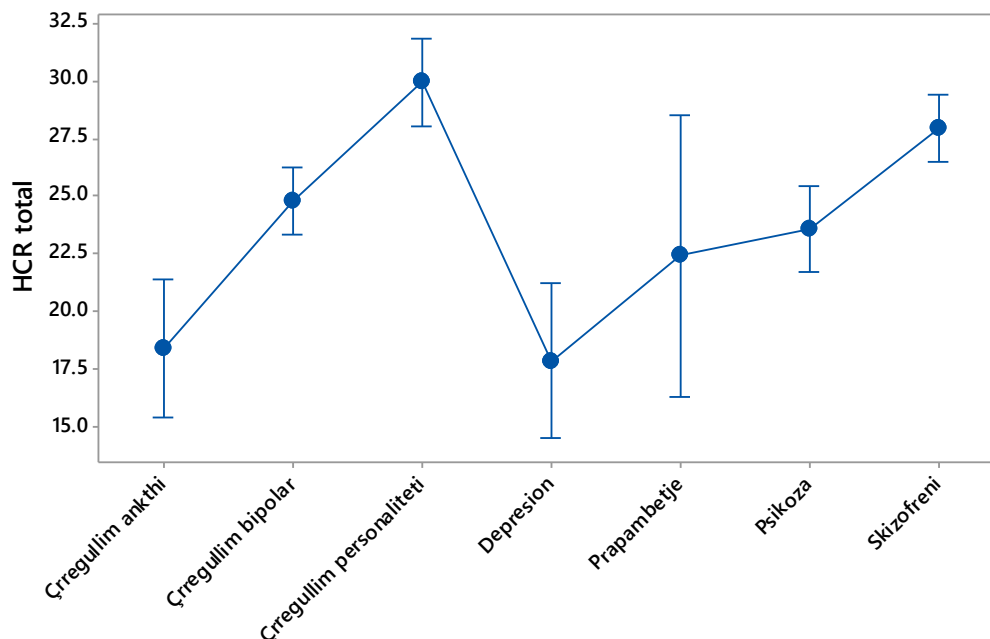
Pikezimi mesatar i HCR-total sipas grup-diagnozave

Tabela 18. Krahasimi i pikëzimit mesatar të HCR-total sipas grupdiagnozave përfundimtare.

Diagn përfundimtare	M	SD	Median	Minimum	Maximum
Çrregullim ankthi	18.4	3.6	17.5	16	27
Çrregullim bipolar	24.8	5.3	27	15	33
Çrregullim personaliteti	30.0	4.3	31	18	34
Depresion	17.9	6.1	16	10	31
Prapambetje	22.4	6.6	18	16	32
Psikoza	23.6	6.6	26.5	13	32
Skizofreni	28.0	5.7	30	17	36

Tabela e mësipërme pasqyron pikëzimet mesatare të HCR-total për çdo grup-diagnozë.

Tek depresioni, prapambetja dhe psikoza e tjera, vlera e SD është më e lartë se në grup-sëmundjet e tjera.



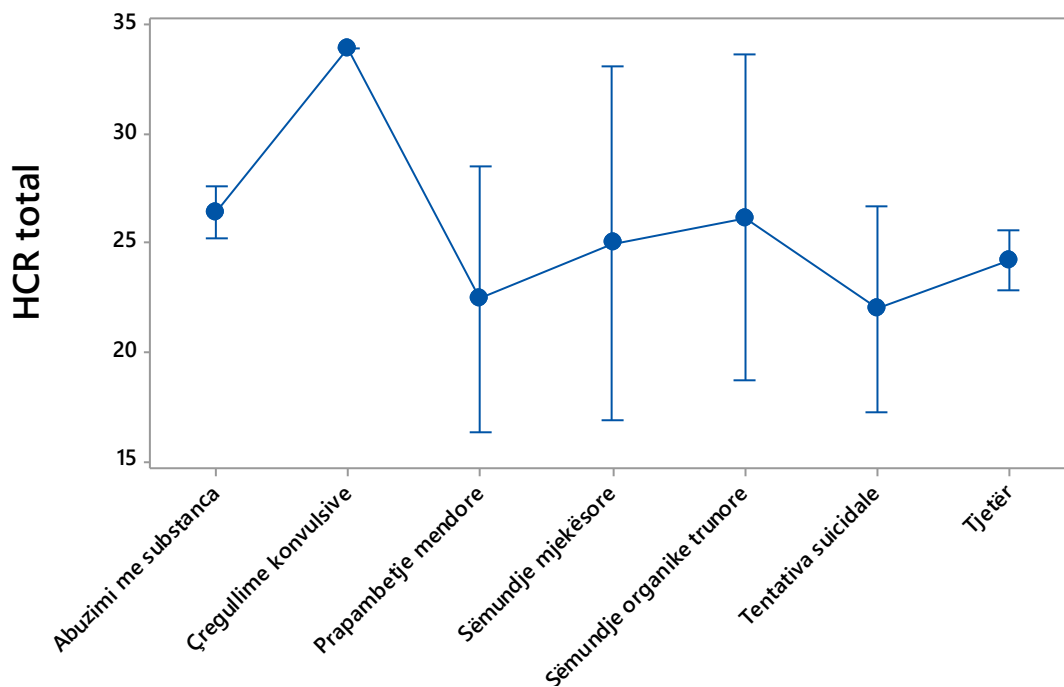
Grafiku 21. Pikëzimi mesatar i HCR-total sipas grupdiagnozave.

Vërehet ndryshim statistikisht i rëndësishëm i pikëzimit mesatar të HCR-total sipas grup-diagnozave (ANOVA F-ratio=11.9 $p<0.01$)

Krahasimi i pikëzimit mesatar të HCR-total sipas anamnezës së pacientëve

Tabela 19. Krahasimi i pikëzimit mesatar të HCR-total sipas anamnezës së pacientëve.

Anamneza e pacientit	M	SD	Median	Minimum	Maximum
Abuzimi me substanca	26.4	5.9	29	13	35
Çregullime konvulsive	34.0	0.0	34	34	34
Prapambetje mendore	22.4	6.6	18	16	32
Semundje madhore mjekesore	25.0	8.8	29	10	33
Semundje organike trunore	26.2	7.1	30	17	32
Tentativa suicidale	22.0	7.1	18	14	32
Tjetër	24.2	6.6	26.5	12	36



Grafiku 22. Pikëzimi mesatar i HCR-20-total sipas anamnezës në shtrim të pacientëve.

Pikëzimi mesatar i HCR total sipas anamnezës së pacientëve

Vërehet ndryshim statistikisht i rëndësishëm i pikëzimit mesatar të HCR-total sipas anamnezës së pacientëve (ANOVA F-ratio=2.2, $p<0.04$)

Në Tab. 20 janë paraqitur korrelacionet midis variablave të ndryshme sociodemografik, HCR-20 dhe MOAS (e shprehur te “dhuna tani” në tabelë). Me ngjyrë të kuqe janë paraqitur korrelacionet sinjifikante.

Tabela 20. Përmbledhja e variablave sociodemografik, HCR-20-ës, MOAS-ës dhe ndërlidhja midis tyre.

		Dhuna tani	Gjinia	HCR total	Histori violence	Mosha (vjet)	Nr. diteve ne spital	Nr. I Incidenteve	Shtime te meparshme	S/M/RR /	Dhune fizike	Dhune prone	Dhune verbale
Dhuna tani	rho		0.13	0.45	0.26	-0.01	0.17	0.89	0.032	0.36	0.43	0.82	1
	p		0.05	<0.001	0.001	0.8	0.009	<0.001	0.6	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
Gjinia	rho	0.13		0.20	0.19	-0.1	-0.10	0.04	-0.002	0.14	0.10	0.10	0.13
	p	0.05		0.001	0.004	0.1	0.1	0.4	0.9	0.03	0.1	0.1	0.05
HCR total	rho	0.45	0.20		0.64	-0.06	0.20	0.53	0.28	0.56	0.46	0.44	0.45
	p	<0.001	0.001		<0.001	0.3	0.002	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
Histori violence	rho	0.26	0.19	0.64		-0.03	0.13	0.33	0.2	0.45	0.32	0.30	0.26
	p	0.001	0.004	<0.001		0.6	0.04	<0.001	0.006	<0.001	<0.001	<0.001	0.001
Mosha (vjet)	rho	-0.013	-0.1	-0.06	-0.03		0.06	-0.003	0.30	-0.04	-0.09	-0.13	-0.01
	p	0.8	0.1	0.3	0.6		0.3	0.9	<0.001	0.4	0.1	0.05	0.8
Nr. diteve ne spital	rho	0.17	-0.10	0.20	0.1	0.06		0.30	0.14	0.11	0.26	0.25	0.17
	p	0.009	0.1	0.002	0.04	0.3		<0.001	0.03	0.1	0.001	0.002	0.009
Nr. I Incidenteve	rho	0.89	0.04	0.53	0.33	-0.003	0.30		0.14	0.42	0.58	0.81	0.89
	p	<0.001	0.4	<0.001	<0.001	0.9	<0.0001		0.03	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
Shtime te meparshme	rho	0.03	-0.002	0.28	0.23	0.30	0.14	0.14		0.17	0.11	0.07	0.03
	p	0.6	0.9	<0.001	0.006	<0.001	0.03	0.03		0.01	0.1	0.2	0.6
S/M/RR/	rho	0.36	0.14	0.56	0.45	-0.04	0.11	0.42	0.17		0.35	0.37	0.36
	p	<0.0001	0.03	<0.001	<0.001	0.4	0.1	<0.001	0.01		<0.001	<0.001	<0.001
Dhune fizike	rho	0.43	0.10	0.46	0.32	-0.09	0.26	0.58	0.11	0.35		0.52	0.43
	p	<0.001	0.1	<0.001	<0.001	0.1	0.001	<0.001	0.1	<0.001		<0.001	<0.001
Dhune prone	rho	0.828	0.10	0.44	0.30	-0.13	0.25	0.81	0.07	0.37	0.52		0.82
	p	<0.001	0.12	<0.001	<0.001	0.05	0.002	<0.001	0.2	<0.001	<0.001		<0.001
Dhune verbale	rho	1	0.13	0.45	0.26	-0.013	0.17	0.89	0.03	0.36	0.43	0.82	
	p	<0.001	0.05	<0.001	0.001	0.8	0.009	<0.001	0.6	<0.001	<0.001	<0.001	

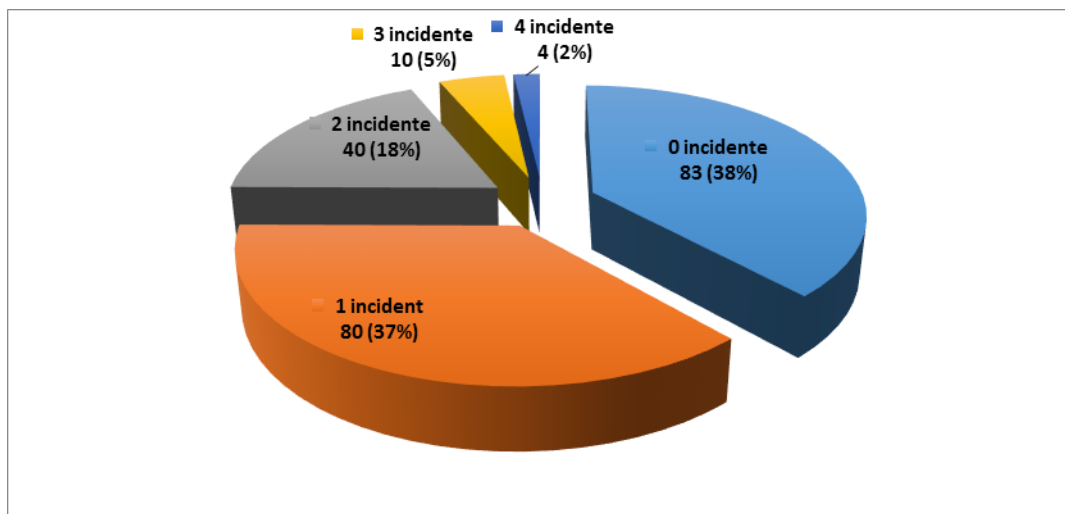
Korrelacionet, të cilat janë sinjifikantë dhe që kanë domethenje në Tab. 21., janë ato të dhunës të matur me MOAS, me HCR-20, histori violence të mëparshme, numrit të ditëve të qëndrimit në spital, të numrit të incidenteve të dhunës dhe të statusit të menaxhimit të rrezikut. HCR-20-ta ka lidhje korrelacionale me pothuajse të gjitha variablat e marra në shqyrtim. Gjithashtu, histori e kaluar violence ka korrelacion me të gjithë variablat (me përjashtim të moshës) dhe shkon në mënyrë lineare me këta variabla.

Tabela 21. Analiza Anova e variablave të vëndit të ngjarjes së dhunës, llojit të saj dhe kohëzgjatjes së episodit (analiza Duncan's Mutiple range test).

	Inc.1 <i>p</i> <	Inc.2 <i>p</i> <	Inc.3 <i>p</i> <	Totale <i>p</i> <
Vendi >	0.6	0.22	0.08	0.05
Dhuna Verbale	0.001	0.06	0.15	0.0001
Dhuna ndaj Objekteve	0.02	0.3	0.7	0.0001
Dhuna Fizike	0.0001	0.1	0.8	0.0001
Koha(kohëzgjatja)	0.0091	0.005	0.03	

Variabiliteti i vëndit (koridor, dhomë, tualet apo pranim), ku ndodh incidenti, dhe efekti që ka në HCR nuk luan rol në pikëzimin të HCR-total, por është i ndryshëm sinjifikativisht ndërmjet koridorit dhe dhomës së pacientit ($p<0.05$). Niveli i agresivitetit verbal në pikëzimin total të HCR është sinjifikativ ($p<0.0001$) dhe sinjifikativisht i ndryshëm ndërmjet grupeve të kategorive të pacienteve: nervoze, kërcënues dhe të kategorisë emeruar “të tjerë” ($p<0.05$). Agresiviteti ndaj objekteve në pikëzimin total të HCR është sinjifikativ ($p<0.0001$) dhe njëkohësisht sinjifikativisht i ndryshëm ndërmjet tri kategorive të sjelljes. Dhuna fizike është tregues sinjifikativ me peshë në HCR-total, ($p<0.0001$) dhe e shfaqur sinjifikativisht ndryshe nga niveli i sjelljes ($p<0.05$)

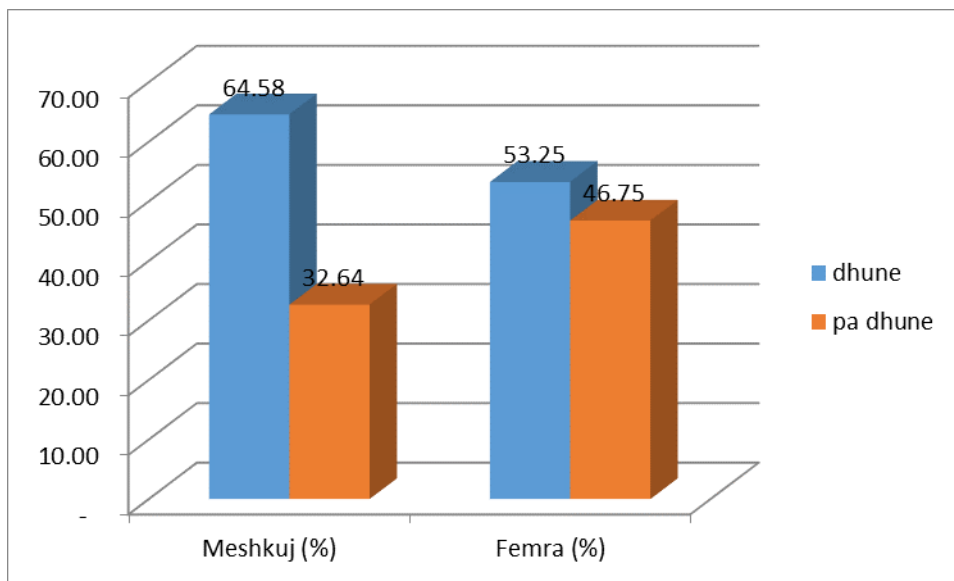
Sic shihet nga grafiku (Graf. 23) numri total i incidenteve të ndodhura në pavionin e urgjencave psikiatrike meshkuj dhe femra, dhe të matura me pyetsorin MOAS është 206 incidente.



Grafiku 23. Shpërndarja e pacientëve në studim sipas numrit të incidenteve të ndodhura gjatë periudhës së qëndrimit në spital.

Prej incidenteve 80 pacientë (37%) kanë kryer një incident, 40 pacientë, ose 18% e pacienteve, kanë kryer 2 incidente, 10 pacientë (5%) nga 3 incidente dhe vetëm 4 pacientë (2%) kanë kryer 4 ose më shumë incidente. Këto janë incidentet që ne kemi mundur të marrim informacion të besueshëm dhe që plotësojnë kriteret për t'u përfshirë në analizë.

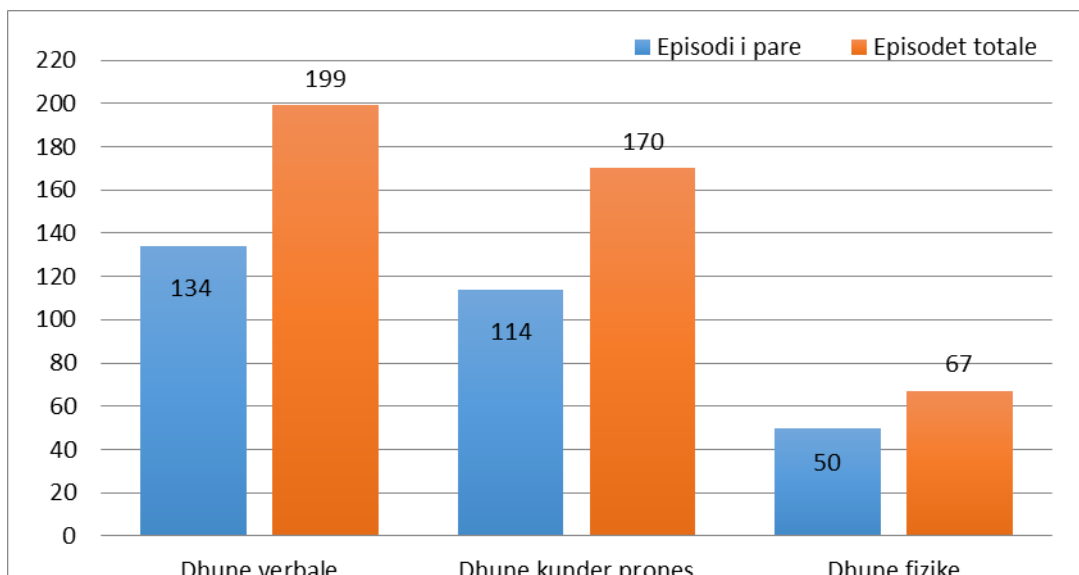
Në grafikun e paraqitur në Graf. 24.tregohet shpërndarja sipas gjinisë e dhunës së manifestuar në pavionet akute respektive për meshkuj dhe femra.



Grafiku 24. Shpërndarja sipas gjinisë e dhunës së manifestuar në pavione.

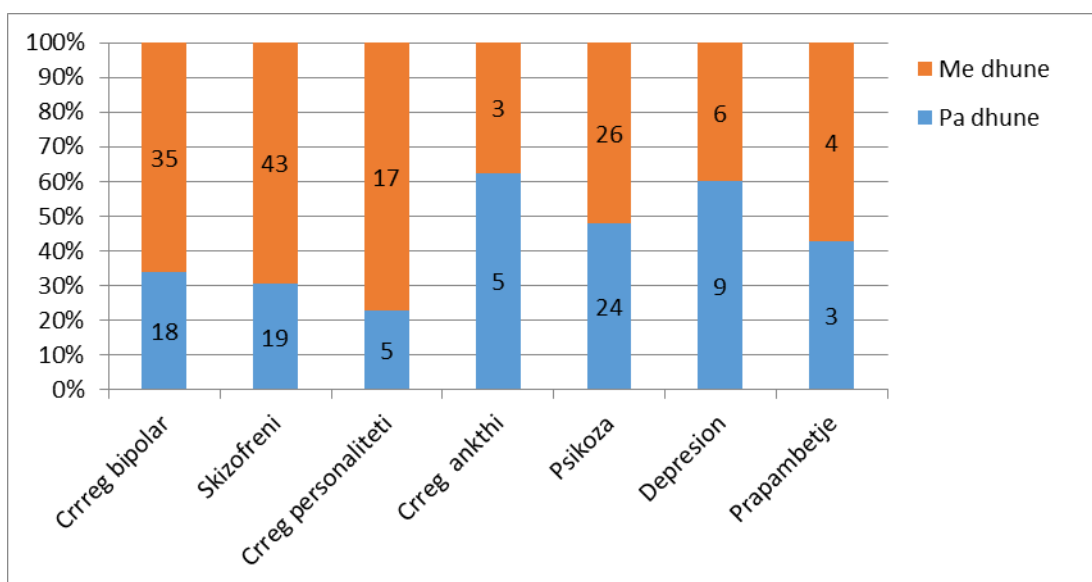
Ndryshimi i dhunës së shfaqur sipas gjinisë është më i lartë te meshkujt (64.5% kundrejt 53.2% te femrat.).

Në Graf. 25 paraqitet shpërndarja sipas llojit të dhunës (verbale, kundrejt objekteve dhe fizike) te pacientët në studim gjatë episodit të parë të violencës, e krahasuar me totalin e episodeve të regjistruara gjatë periudhës së studimit.



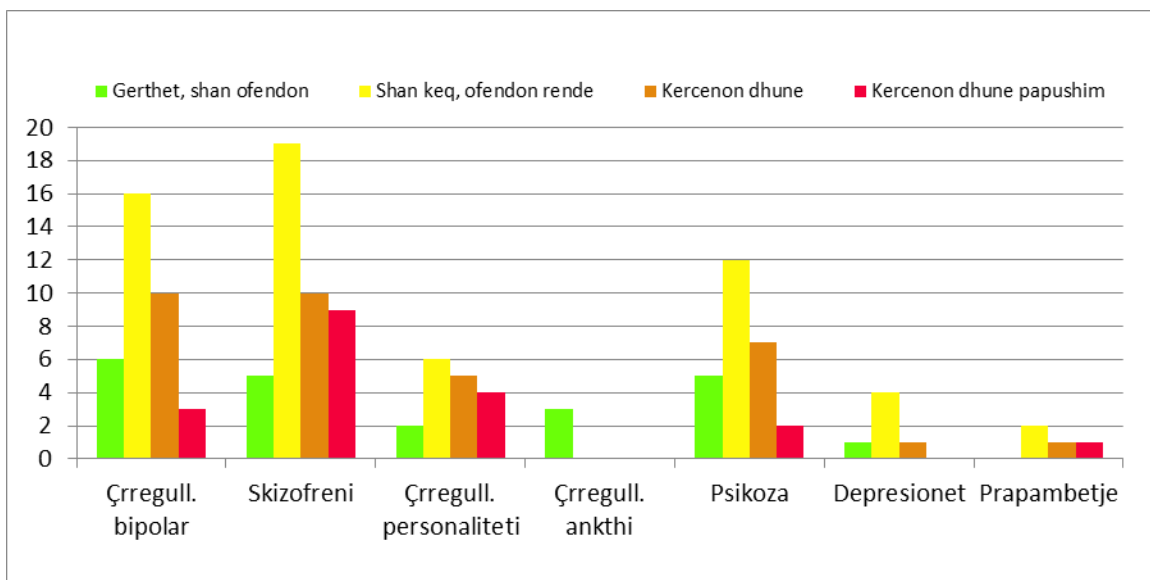
Grafiku 25. Shpërndarja sipas llojit të dhunës në episodin e parë krahasuar me episodet totale.

Në grafikun më poshtë (Graf. 26) është paraqitur shpërndarja e numrit të pacientëve që kanë manifestuar dhunë verbale për secilën grup-diagnozë përfundimtare. Vihet re që numrin më të madh të të sëmurëve që kryejnë violencë verbale e zënë pacientët e diagnostikuar me çrregullim personaliteti (17 nga 22 ose 77%); me skizofreni (43 nga 62 ose (69%). Më pas vijnë të sëmurët me çrregullim bipolar (35 nga 53 ose 66%), dhe të sëmurët me psikoza të tjera (26 nga 50 ose 52%).



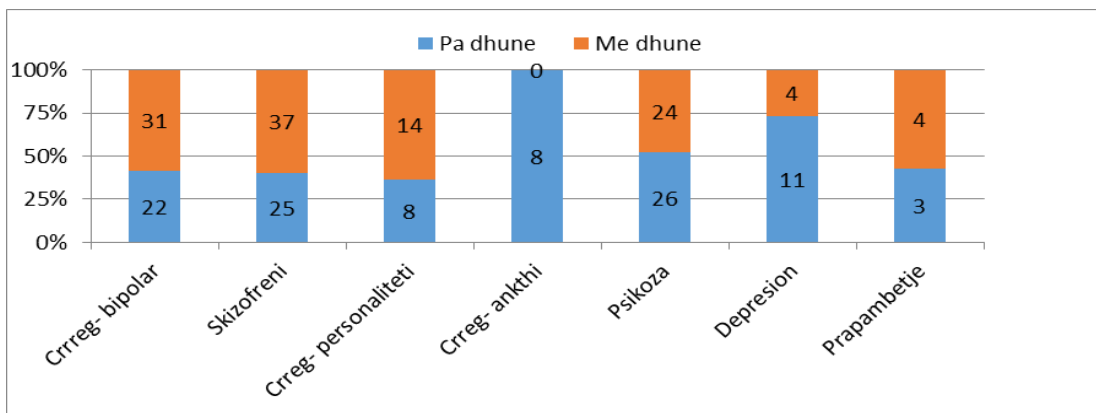
Grafiku 26. Shpërndarja e numrit të pacientëve që kanë manifestuar dhunë verbale për secilën grupdiagnozë përfundimtare.

Në Graf. 27 rezultatet konfirmojnë se dhuna verbale në episodin e parë është më e ashpër në personat me skizofreni (HCR-total =19) dhe ndiqet nga pacientët me çrregullime bipolare. Në kategoritë me çrregullim bipolar dhe skizofreni vihet re se kërcënimi me dhunë është i njëjtë (HCR-total = 10). Pacientët me skizofreni kërcënojnë me dhunë verbale më shpesh sesa pacientët me çrregullime të personalitetit dhe bipolare (43% ndaj 17% dhe 35%). Ndërsa pacientët me depresion karakterizohen nga nivel i ulët i dhunës verbale. Te pacientet me çrregullime ankthi vetëm niveli i parë i dhunës verbale është i pranishëm, mungojnë kërcënimet dhe sharjet.



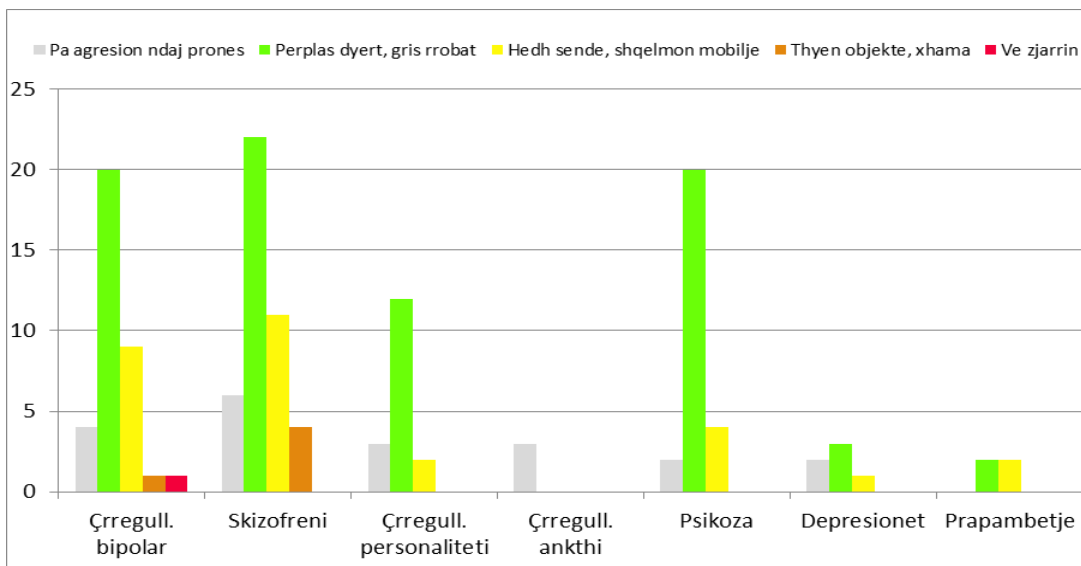
Grafiku 27. Shpërndarja e numrit dhe ashpërsisë së dhunës verbale në episodin e parë.

Në Graf. 28 është paraqitur shpërndarja e numrit të pacientëve që kanë manifestuar dhunë ndaj objekteve për secilën grup-diagnozë përfundimtare. Numrin më të madh të të sëmurëve që kryejnë violencë ndaj objekteve e zënë pacientët e diagnostikuar me çrregullim personaliteti (14 nga 22 ose 63%); me skizofreni (37 nga 62 të sëmurë ose 59%). Më pas vijnë të sëmurët me çrregullim bipolar (31 nga 53 ose 58%), dhe të sëmurët me psikoza të tjera (24 nga 50 ose 48%).



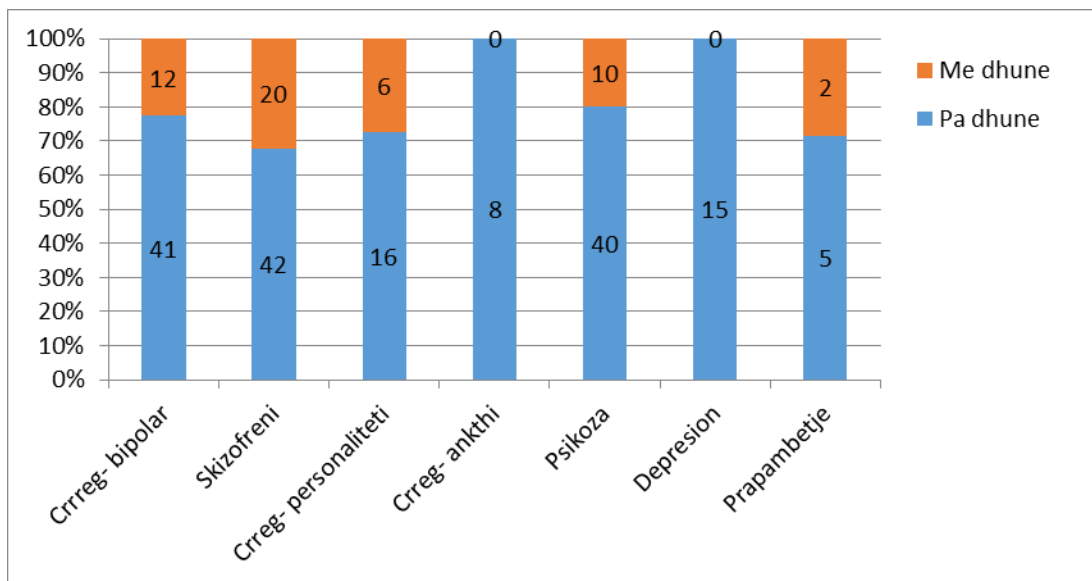
Grafiku 28. Shpërndarja e numrit të pacientëve që kanë manifestuar dhunë ndaj objekteve për secilën grupdiagnozë përfundimtare.

Shpërndarja e numrit dhe ashpërsisë së dhunës ndaj objekteve në episodin e parë paraqitet në Graf. 29. vëmë re edhe praninë e pacientëve pa akte dhune ndaj objekteve. Dhuna ndaj objekteve, siç është përplasja e dyerve dhe grisja e rrobave, është karakteristike shumë e shprehur e pacientëve skizofrenë, e pacientëve me çrregullime bipolare dhe pacientëve me psikoza të tjera (respektivisht, 20, 22, 19). Pacientët skizofren janë më agresivë se të tjerët kundrejt mobiljeve por nuk kanë tendencë zjarrvënëse. Janë pacientët me çrregullime bipolare ata që shfaqin tendencë zjarrvënëse. Pacientët me depresion dhe parapambetje mendore reagojnë relativisht njësoj, përveç faktit ata me parapambetje mendore nuk shfaqin agresionin ndaj objekteve. Pacientët skizofren thyejnë objekte më shumë se çrregullimet bipolare, kurse të tjerët nuk e shfaqin këtë tendencë.



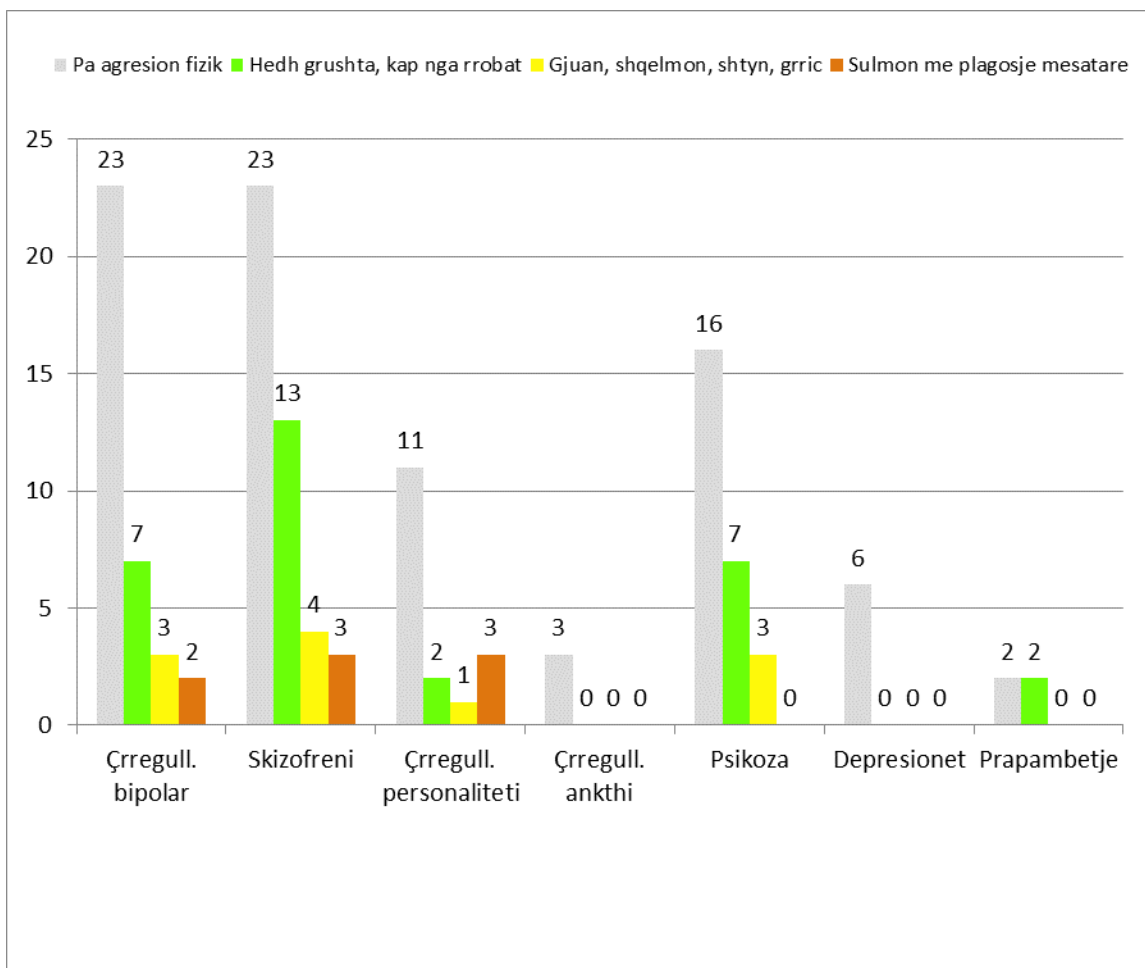
Grafiku 29. Shpërndarja e numrit dhe ashpërsisë së dhunës ndaj objekteve në episodin e parë.

Në grafikun më poshtë (Graf. 30) është paraqitur shpërndarja e numrit të pacientëve me ose pa manifestime dhune fizike sipas secilës grup-diagnoze përfundimtare. Numrin më të madh të të sëmurëve, të cilët kryejnë violencë fizike, e zënë pacientët e diagnostikuar me me skizofreni (20 nga 62 të sëmurë ose 32%). Më pas vijnë të sëmurët me çrregullim personaliteti (6 nga 22 ose 27%); çrregullim bipolar (12 nga 53 ose 22%), dhe të sëmurët me psikoza të tjera (10 nga 50 ose 20%).



Grafiku 30. Shpërndarja e numrit të pacientëve që kanë manifestuar dhunë fizike sipas secilës grupdiagnozë përfundimtare.

Në këtë grafik (Graf. 31) vëmë re se shumica e pacientëve nuk ka manifestuar akte dhune fizike, e cila i korrespondon pyetjes së parë “pa agresion fizik”, të nënshkallës së pyetësorit MOAS që vlerëson ashpërsinë dhe llojin e violencës së ndodhur në pavion. Rezultatet demonstrojnë një predominim të tri llojeve të violencës fizike në grup-diagnozat e çrregullimit bipolar, të skizofrenisë, të çrregullimit të personalitetit dhe më pak në psikozat e tjera. Ashpërsia e dhunës mungon ndjeshëm në grup-diagnozat e tjera.

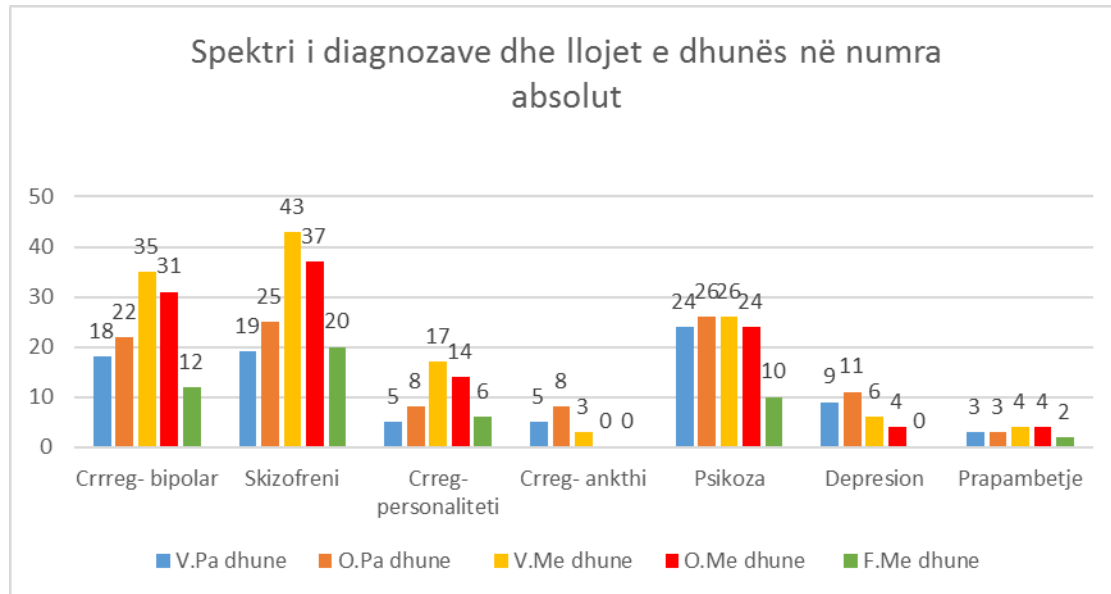


Grafiku 31. Shpërndarja e numrit dhe ashpërsisë së dhunës fizike në episodin e parë.

Në Graf. 32 është paraqitur një shpërndarje përmblledhëse e grup-diagnozave, llojeve të dhunës për të gjithë pacientët e marrë në studim. Spektri i llojit të dhunës shpërndahet shumëllojshmërisht në grup diagnozat. Çrregullimet bipolare dhe skizofrenia kanë pak a shumë të njëjtin model shpërndarjeje, megjithatë dhuna fizike (F me dhunë) është më e ulët tek çrregullimet bipolare. Në çrregullimet e ankthit dhe depresionet mungon dhuna fizike (F me dhunë), por dhuna ndaj objekteve (P me dhunë), megjithëse e ulët, është e njëjtë për depresionin dhe prapambetjet mendore. Variabli (O pa dhunë) është e njëjtë edhe në tri grup diagnozat (bipolar, skizofreni dhe psikoza).

Violenca verbale me dhunë (V me dhunë) megjithëse e ulët është e pranishme në të gjitha grup-diagnozat, është shumë e lartë te skizofrenët, ndiqet nga çrregullimet bipolare, psikozat dhe më pak te çrregullimet e personaliteti, depresioni prapambetjet mendore dhe

çrregullimet e ankthit. Duket sikur shfaqet një inferioritet në shifra të dhunës tek çrregullimet nga ankthi dhe prapambetja. Nëse këto të dhëna krahasohen me grafikun e shkallës së MOAS, ku pikëzimi arrin kulmin tek 25, edhe aty skizofrenia, çrregullimet bipolare dhe psikozat kanë shkallë më të lartë agresiviteti.

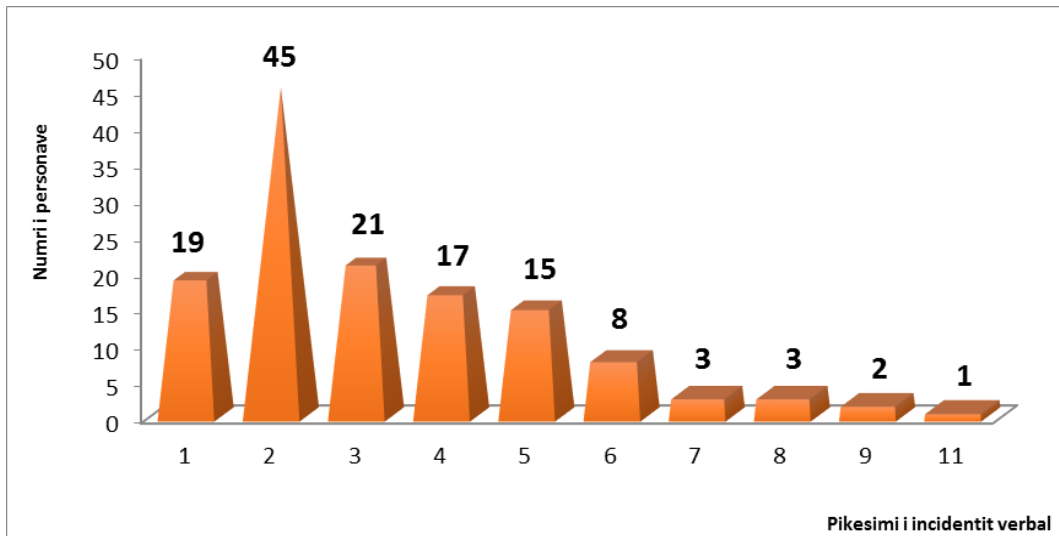


Grafiku 32. Shpërndarja përmbledhëse e grupdiagnozave, llojeve të dhunës për të gjithë pacientët e marrë në studim.

Grafikët e mëposhtëm shprehin shpërndarjen e llojit të incidenteve, sipas kategorive verbale, të objekteve dhe fizike, për totalin e individeve që kanë manifestuar nga një deri në 3 (tre) incidente dhune gjatë periudhës në studim:

Incidenti Verbal

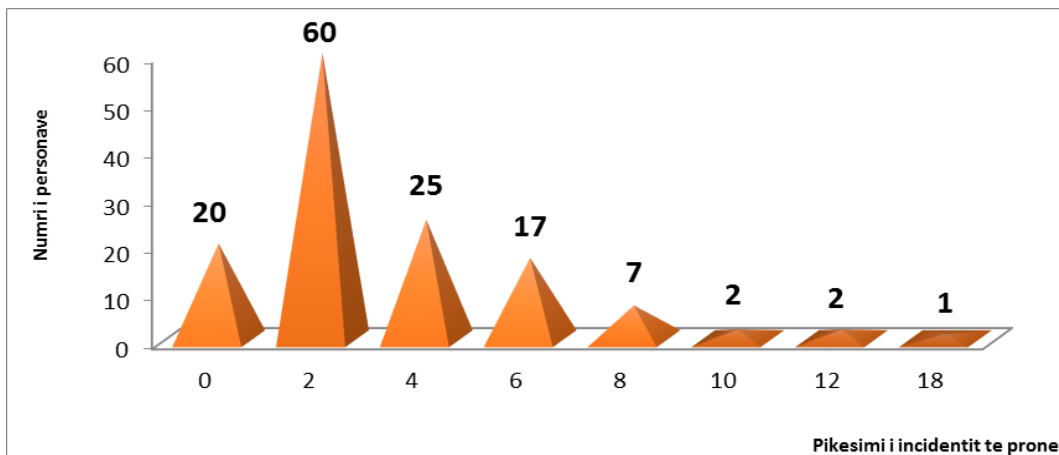
Në Graf. 33 e 45 pacientë arrijnë pikëzimin 2 që mund të vijë si shumatore e niveleve nga i pari tek i treti të pyetësorit MOAS të cilat në fakt janë karakteristikat kryesore të violencës verbale në pavionin e urgjencës.



Grafiku 33. Shërndarja e vlerave të incidenteve verbale të matura me pyetësin MOAS te pacientët e përfshirë në studim.

Incidenti kundër objekteve

Në Graf. 34, pikëzimin 2 të incidentit të objekteve e “meritojnë” 60 persona. Ky pikëzim i korrespondon nivelit të dytë të agresionit ndaj objekteve të pyetësit MOAS; “përplas dyert i nevrikosur, gris rrobat, urinon në dysheme”, e cila në fakt është karakteristika kryesore e violencës në pavionin e urgjencës. Nga pikëzimi 2 tek 4 është një hendeq 50% më i ulët, pastaj vazhdon një trend i shkallëzuar deri në pikëzimin 10.

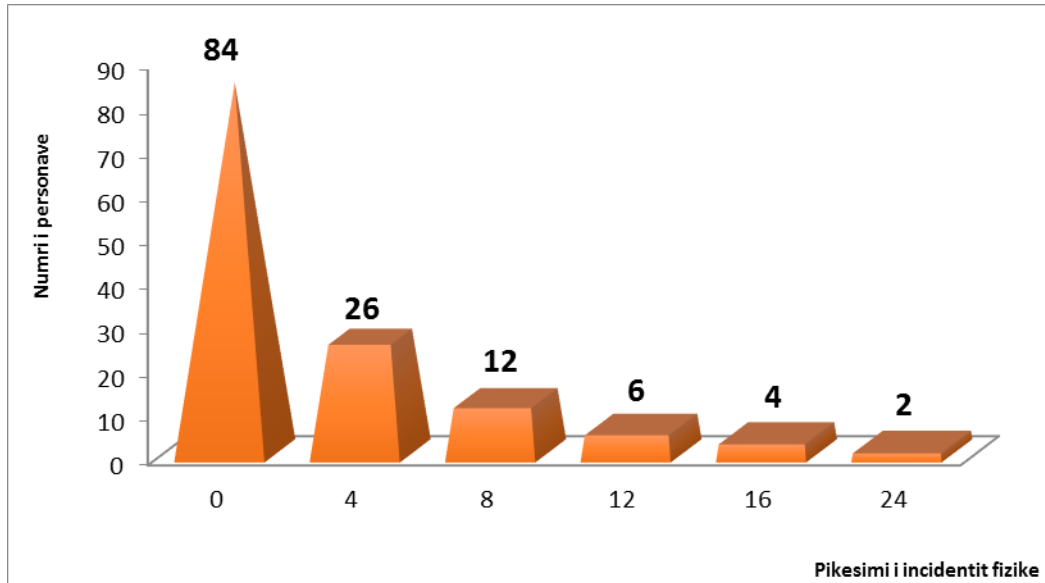


Grafiku 34. Shpërndarja e vlerave të incidenteve ndaj objekteve të matura me pyetësin MOAS te pacientët e përfshirë në studim.

Incidenti fizik

Në Graf. 35 numri më i madh i pacientëve nuk kanë kryer incidente fizike pasi dominon pikëzimi 0-4. Pjesa e të sëmurëve të cilët kanë ushtruar dhunë fizike

korrespondon me nivelin e dytë të agresionit fizik të pyetësorit MOAS “bën gjeste të keqia, hedh grushta përpara njerezve, i kap nga rrobat”. Këto veprime të dhunës fizike, janë dominuese në pavionin e urgjencës. Siç shihet edhe në grafik janë mjaft të rralla rastet me ashpërsi të theksuar të dhunës fizike që ilustrohen nga pikëzimet 16 dhe 24, dhe e shprehur në persona vetëm 6 prej tyre kanë ushtruar një dhunë të tillë.



Grafiku 35. Shpërndarja e vlerave të incidenteve fizike të matura me pyetësorin MOAS te pacientët e përfshirë në studim.

Në Tab. 22, në varësi të numrit të incidentit janë përfshirë individët të cilët kanë manifestuar 1, 2 ose 3 incidente në diapazonin e llojit të dhunës verbale, dhunës ndaj objekteve dhe fizike.

Tabela 22. Të dhëna statistikore mbi ashpërsinë dhe numrin e incidenteve violente.

Lloji i incidentit	Lloji i statistikave	Nr. i incidenteve		
		1	2	3
Verbale	Mesatarja	2.08	4.43	6.4
	IK ¹ 95%	1.88 – 2.27	4.06 – 4.79	4.92 – 7.88
Ndaj objekteve	Mesatarja	1.73	4.4	8.2
	IK ¹ 95%	1.47 – 1.98	3.85 – 4.95	6.63 – 9.77
Fizike	Mesatarja	0.9	4.1	8
	IK ¹ 95%	0.43 – 1.37	2.7 – 5.5	3.33 – 12.67

¹ Intervali Konfidences

Nga Tab. 22, pasqyrohet qartë se shkalla e gravitetit të çdo lloji incidenti, qofshin këto verbale, ndaj objekteve e fizike, rritet në mënyrë sinjifikative me rritjen e numrit të incidenteve. Konkretisht, vlerësimi i gravitetit verbal është më i lartë sa më shumë rritet numri i incidenteve. I njëjti rezultat vlen edhe për incidentin ndaj objekteve dhe atë fizik.

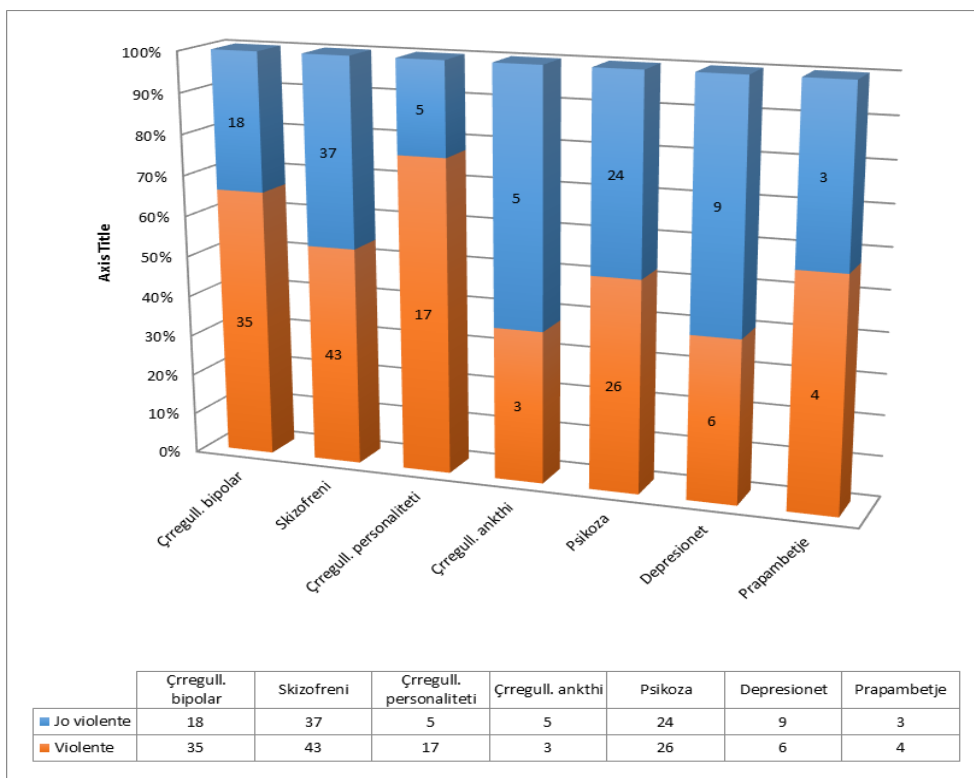
Tab. 23 më poshtë paraqet përqindjen e pacientëve violentë ose jo violentë sipas çdo diagnoze përfundimtare të përcaktuar gjatë shtrimit në spital.

Tabela 23. Shpërndarja e violencës dhe jo violencës në diagnozat përfundimtare të pacientëve të përfshirë në studim.

	Diagnoza përfundimtare	Jo violentë	Violentë	Totali
	Çrregullim bipolar I. maniakal	3 50%	3 50%	6 100%
	Çrregullim bipolar I. maniakal psikotik	3 16%	16 84%	19 100%
	Çrregullim bipolar I. mikst	4 67%	2 33%	6 100%
	Çrregullim bipolar I. mikst psikotik	5 28%	13 72%	18 100%
	Çrregullim bipolar i paspecifikuar	3 75%	1 25%	4 100%
	Çrregullim depresiv madhor	7 78%	2 22%	9 100%
	Çrregullim depresiv madhor psikotik	1 25%	3 75%	4 100%
	Çrregullim humori paspecifikuar	1 50%	1 50%	2 100%
	Çrregullim ciklotimik dhe anoreksia nervoze	1 50%	1 50%	2 100%
	Çrregullim distimik	1 100%	0 0%	1 100%
	Çrregullim stresi akut dhe postraumatik (PTSD)	2 67%	1 33%	3 100%
	Çrregullim përshtatje	1 50%	1 50%	2 100%
	Skizofrenia paranoide	12 26%	34 74%	46 100%
	Skizofrenia e çorganizuar	1 20%	4 80%	5 100%
	Skizofrenia reziduale	1 100%	0 0%	1 100%
	Skizofrenia e padiferencuar	0 0%	1 100%	1 100%

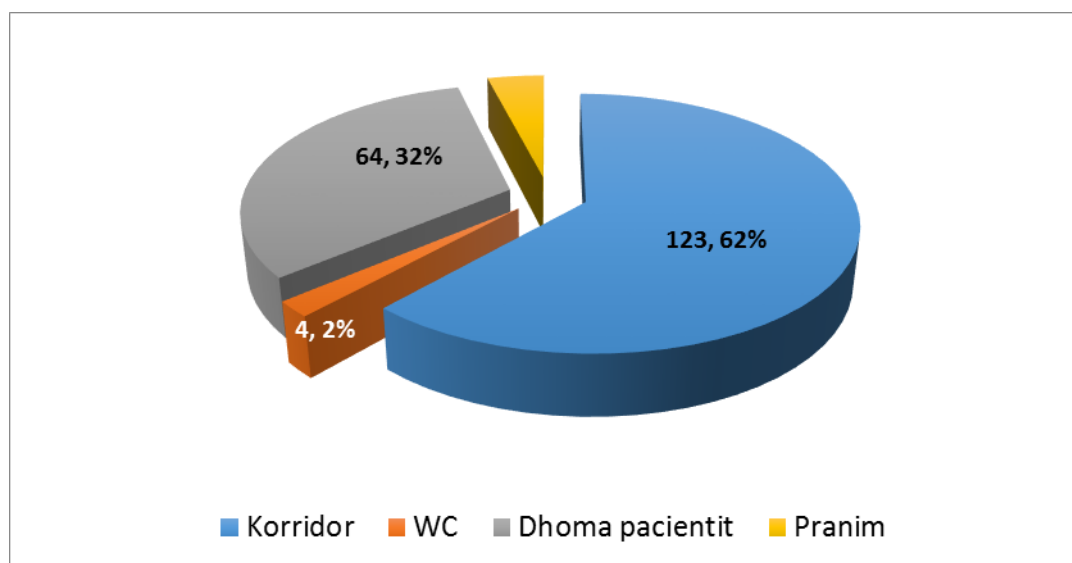
	Skizofrenia katatonike	1 100%	0 0%	1 100%
	Çrregullim skizo-afektiv, tipi bipolar	2 50%	2 50%	4 100%
	Çrregullim skizo-afektiv, tipi depresiv	2 50%	2 50%	4 100%
	Çrregullim deluzional	3 30%	7 70%	10 100%
	Çrregullim psikotik i paspecifikuar	15 60%	10 40%	25 100%
	Çrregullim psikotik nga alkoli dhe substancat	2 29%	5 71%	7 100%
	Çrregullim psikotik organike	3 50%	3 50%	6 100%
	Çrregullim psikotik postpartum dhe i shkurtër	1 50%	1 50%	2 100%
	Çrregullim personaliteti antisocial	0 0%	1 100%	1 100%
	Çrregullim personaliteti skizoid	1 100%	0 0%	1 100%
	Çrregullim personaliteti kufitar	4 20%	16 80%	20 100%
	Prapambetje mendore	3 43%	4 57%	7 100%
	Totali	83 38%	134 62%	217 100%

Siç shihet nga grafiku në Graf. 36, përqindjen më të lartë të sjelljes violente e hasim te personat që janë në grup-diagnozën e çrregullimeve të personalitetit deri në masën 77% të pacientëve të cilët e janë diagnostikuar me këtë nozologji. Kjo përqindje është akoma më e lartë te rastet e personave me çrregullime personaliteti kufitar dhe antisocial dhe arrin në 80 % (Tab.23).



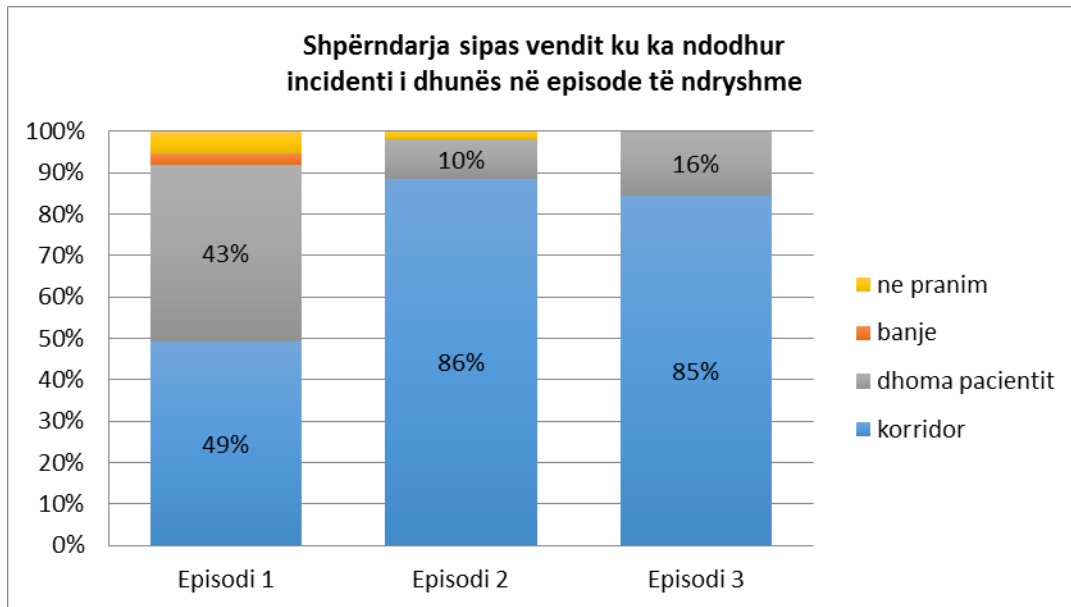
Grafiku 36. Shpërndarja e sjelljes violente dhe jo violente në grup-diagnozat e pacientëve të përfshirë në studim.

Nga Grafikun 37. konstatohet se numri më i madh i incidenteve violente kanë ndodhur në korridorin e pavionit, me 123 incidente ose 62% të totalit të incidenteve, e ndjekur nga 64 incidente ose 32% të incidenteve të ndodhura në dhomën e pacientit.



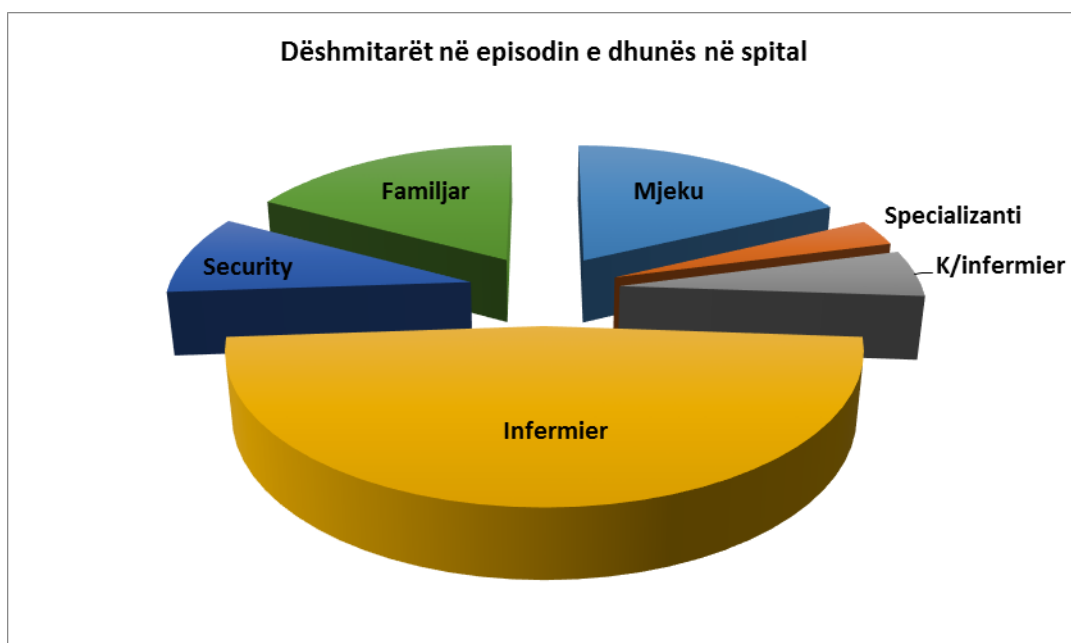
Grafiku 37. Shpërndarja e incidenteve violente sipas vëndit ku kanë ndodhur.

Në Graf. 38 rezulton i njëjti trend i dominimit të ambientit të korridorit të pavionit si vendi ku ndodh më shpesh dhuna edhe në episodet e dyta apo të tjera.



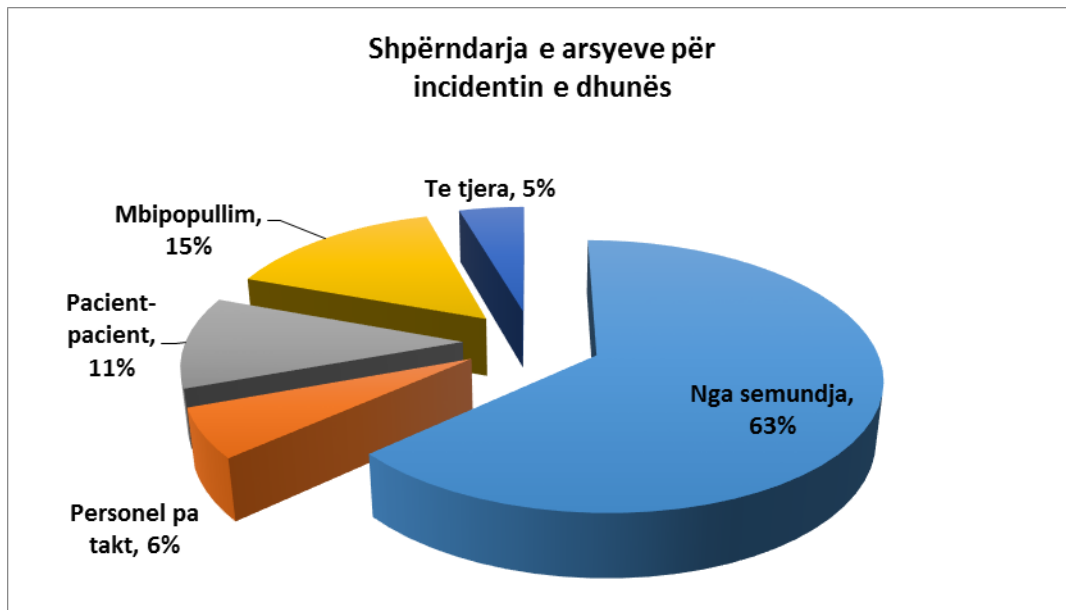
Grafiku 38. Shpërndarja sipas vëndit u ka ndodhur incidenti violent në episode të ndryshme.

Në Graf. 39 rezulton se personat që kanë qenë dëshmitarë në momentin e ndodhjes së dhunës kanë qenë kryesisht infermierët, të ndjekur nga familjarë dhe mjekë në proporcione të barabarta. Task forca, gjithashtu, ka qenë prezente në një masë të konsiderueshme.



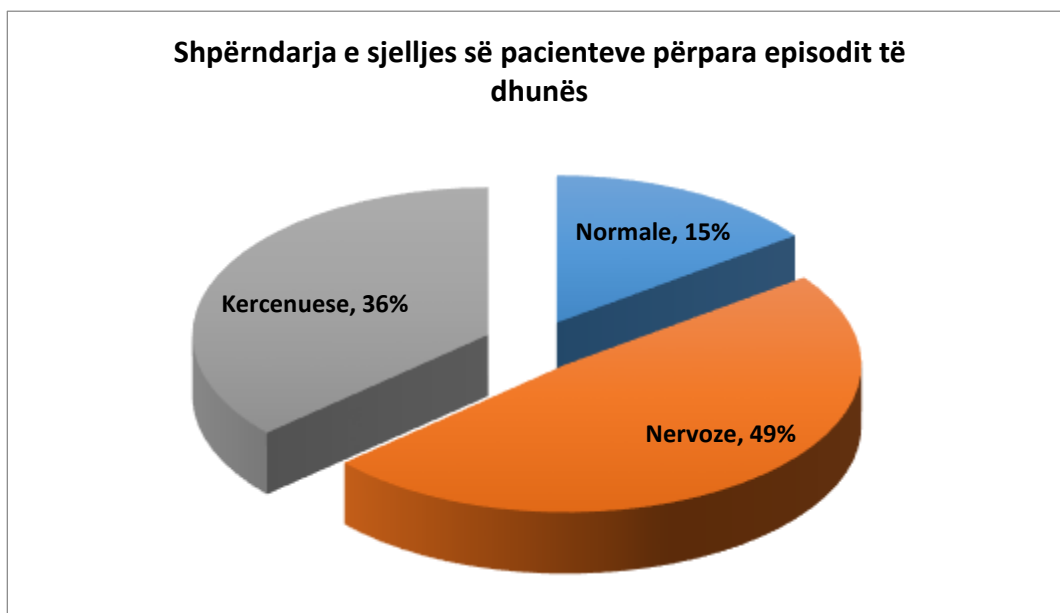
Grafiku 39. Shpërndarja e dëshmitarëve në episodin e dhunës në spital.

Në Graf. 40 pasqyrohen rezultatet rreth arsyeve kryesore se pse kanë ndodhur incidentet e dhunës. Rezulton se shkak kryesor ka qenë sëmundja, me (63%) të totalit të episodeve të dhunës, e ndjekur nga mbipopullimi në pavion, (15%) dhe raporti pacient-pacient (11 %). Gjithashtu mungesa e taktit nga personeli rezulton të jetë arsye e konsiderueshme për të nisur një episod dhune (6%).



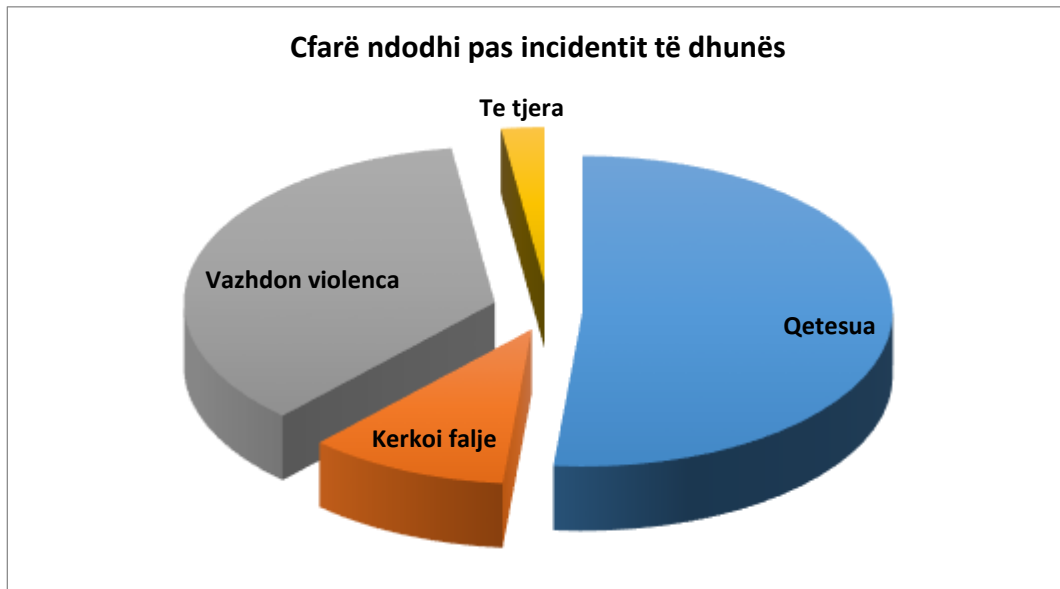
Grafiku 40. Shpërndarja e shkaqeve për incidentin e dhunës.

Në Graf. 41 rezultatet tregojnë se pacientët para episodeve të dhunës kanë qenë kryesisht nervoz (49%), kërcënues (36%) dhe normal (15 %).



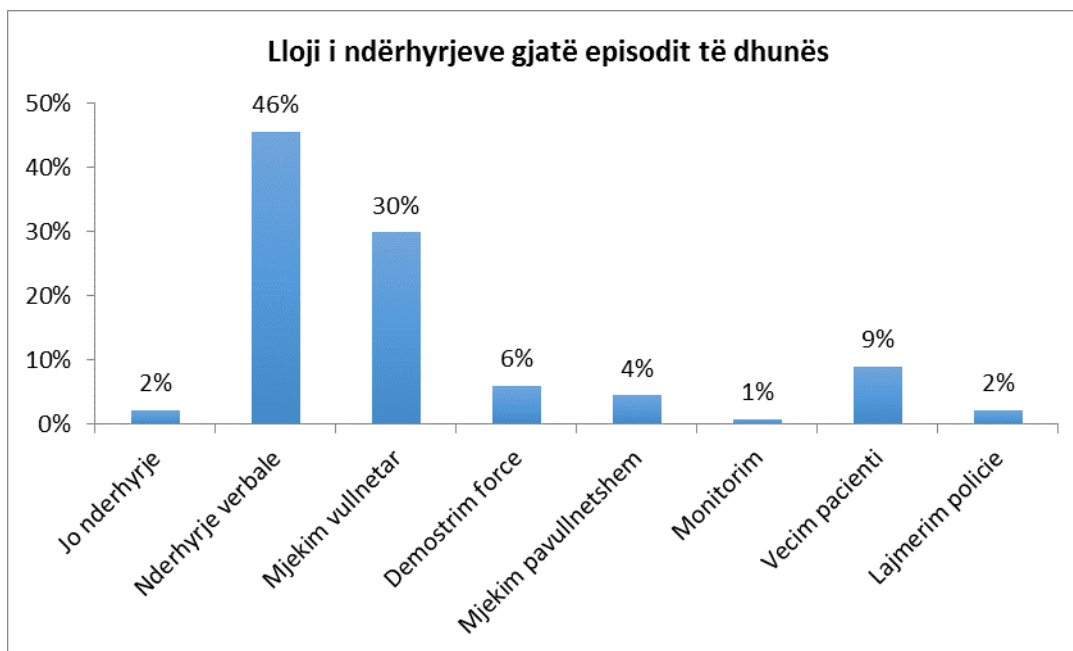
Grafiku 41. Shpërndarja e sjelljes së pacientëve përpara episodit të dhunës.

Në Graf. 42 rezultatet treguan se pas incidenteve të dhunës pacientët “u qetësuan” në pjesën më të madhe të tyre, një pjesë e konsiderueshme vazhdoi violencën dhe një pjesë tjetër kërkoi falje.



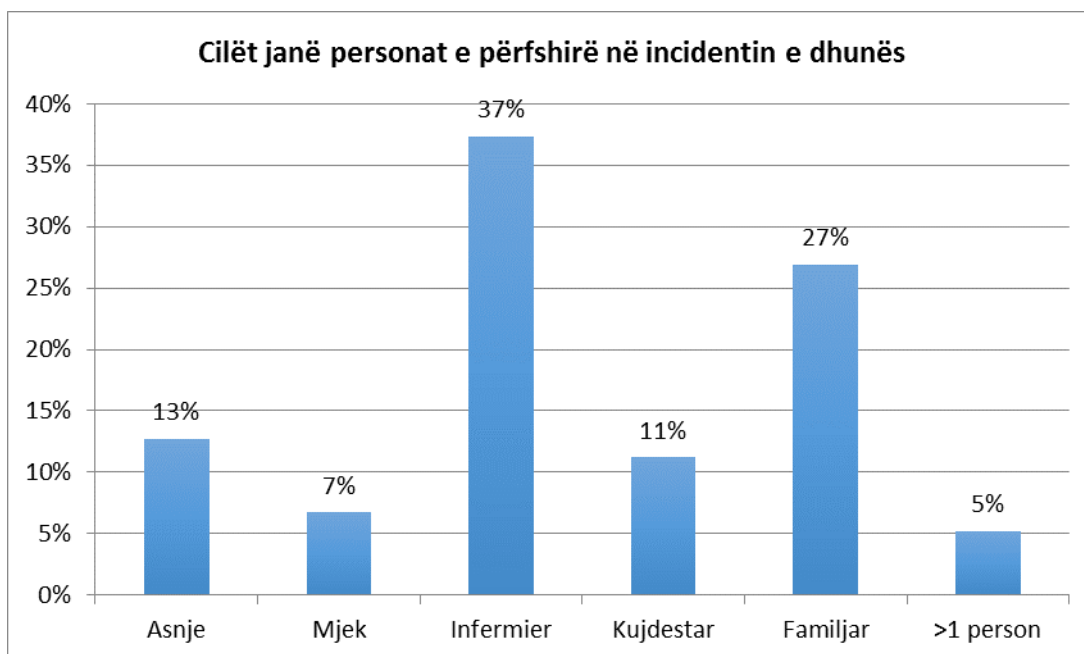
Grafiku 42. Gjëndja e pacientit pas dhunës.

Në Graf. 43 paraqitet lloji i ndërhyrjeve nga ana e personelit gjatë episodit të dhunës. Kryesisht janë bërë ndërhyrje verbale, në pjesën më të madhe të episodeve të dhunës (46 %), e ndjekur nga mjekimi vullnetar i pacientit (në 30 % të episodeve).



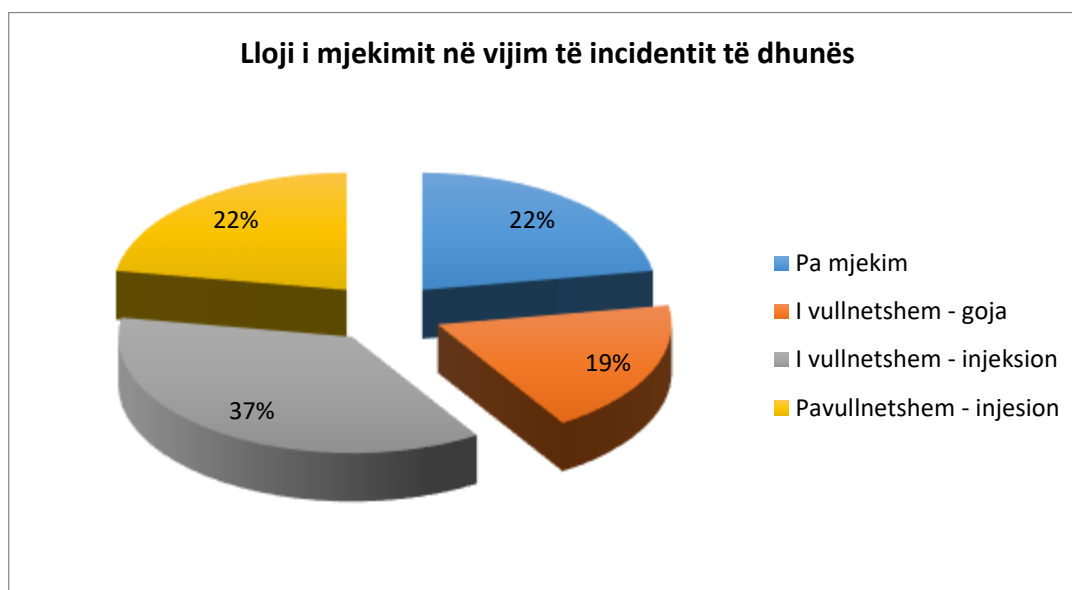
Grafiku 43. Shpërndarja e llojit të ndërhyrjes gjatë episodit të dhunës.

Në Graf 44 rezulton se personat që përfshihen në dhunë janë kryesisht infermierët dhe familjarët përkatësisht (37% dhe 27% të episodeve të dhunës). Gjithashtu, marrin pjesë në këto episode edhe kujdestarët (11%), mjekët (7%) dhe më shumë se një person (5%). Në 13% të rasteve nuk ka marrë pjesë askush.



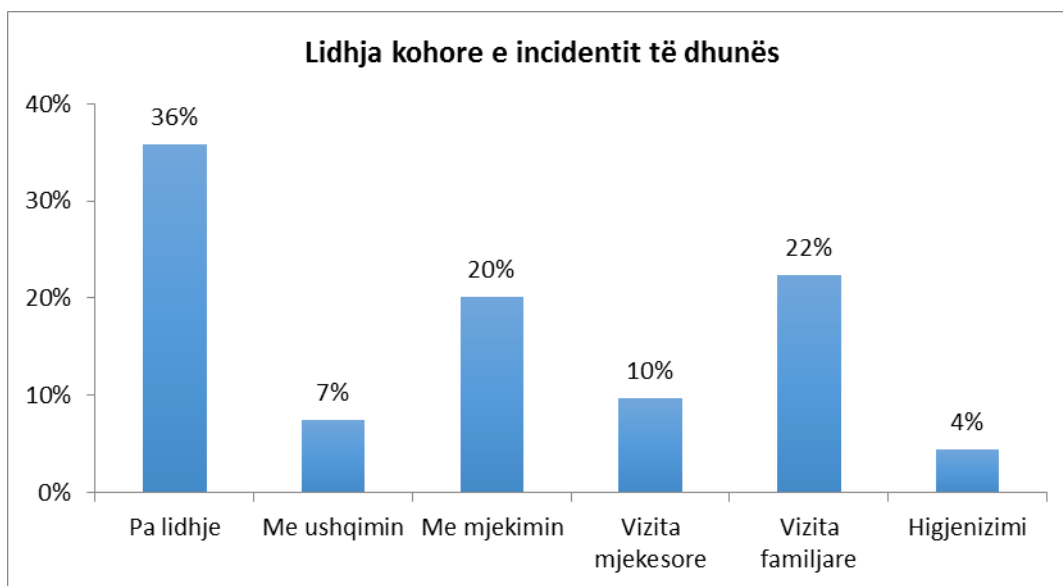
Grafiku 44. Shpërndarja e personave të përfshirë në episodin e dhunës.

Në Graf. 45 rezultatet pasqyrojnë se lloji i mjekimit më të përdorur për të qetësuar pacientin e axhituar ka qenë mjekimi i vullnetshëm me injeksion (37%), i ndjekur në masë të barabartë nga mjekimi i pavullnetshëm me injeksion dhe pa asnjë mjekim (22%) dhe se fundi mjekimi i vullnetshëm nga goja (19%).



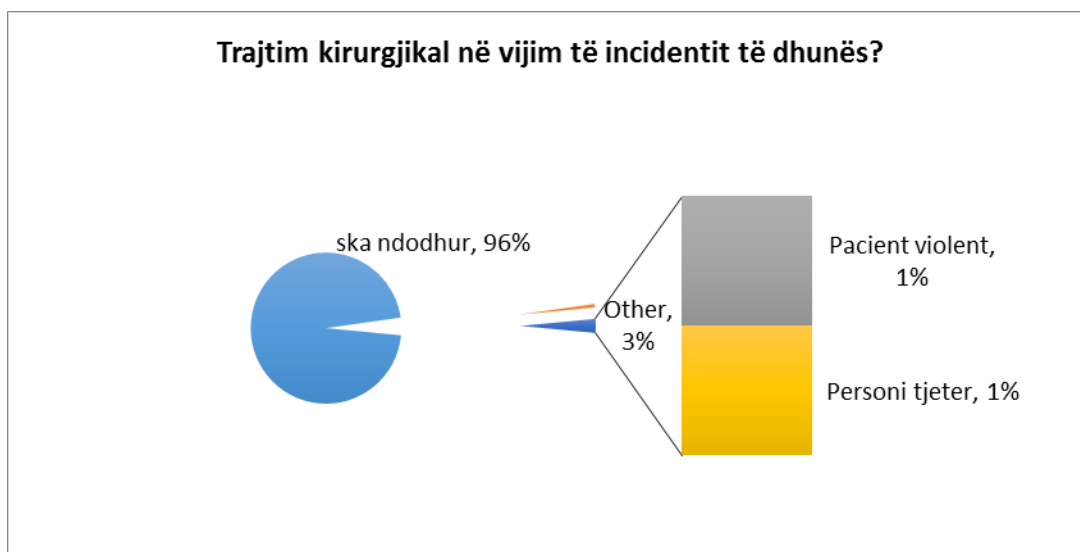
Grafiku 45. Shpërndarja e llojit të mjekimit të aplikuar në vijim të episodit të dhunës.

Në Graf. 46 rezultoi se incidentet e dhunës ndodhin zakonisht pa lidhje kohore (36%), e ndjekur nga koha kur pacientët vizitohen nga famijarët (22%) dhe gjatë marrjes së mjekimit (20%).



Grafiku 46. Shpërndarja e lidhjes kohore me incidentin e dhunës.

Në Graf. 47 paraqiten të dhënat për rastet e trajtimeve në rastet e plagosjeve (96% të rasteve), ku në pjesën dërmuese nuk ka patur nevojë për trajtim, dhe vetëm një përqindje shumë e vogël e tyre e kanë pasur të nevojshme trajtimin e plagës.



Grafiku 47. Shpërndarja e llojit të trajtimit kirurgjikal në vijim të incidentit të dhunës.

DISKUTIMI

Në këtë punim kampioni i përfshirë përbëhej nga 217 pacientë (140 meshkuj dhe 77 femra), të gjithë të shtruar në pavionet respektive akute pranë Shërbimit të Psikiatrisë të Qendrës Spitalore Universitare “Nënë Tereza” në Tiranë (Graf. 1). Pacientët e hospitalizuar ishin kryesisht nga qarku i Tiranës (Graf. 2). Duke qenë klinikë universitare rezultojnë të hospitalizuar edhe nga qarqe që i përkasin spitaleve të tjera psikiatrike. Hospitalizimi i pacienteve ishte urgjent dhe të rekomanduar nga konsultat e spitaleve psikiatrikë rajonal kur rastet ishin të vështira apo kishin nevojë për një vlerësim diagnostik dhe trajtim më të kualifikuar.

Nga të dhëna demografike, mosha mesatare e pacientëve ishte 38 vjeç, e cila është një moshë e re dhe që lidhet me faktin se sëmundshmëria e sëmundjeve kryesore mendore kryesisht fillon në moshë të re. Në rezultatet pasqyrohet ky trend i dominimit të grup-moshës së re (deri 30 vjeç) krahasuar me moshat mbi këtë kufi. Ronald *et al.*, (2007) [151] raporton trendin dominues ndërmjet moshës 19-26 vjeç.

Përsa i përket disa karakteristikave sociale dhe demografike të raportuara në studim pjesa më e madhe e pacientëve janë beqarë 48.4%, fakt që lidhet sigurisht me kohën e fillimit të sëmundjeve mendore dhe me stigmën. Lidhur me arsyet e shtrimit në klinikë të pasqyruar në studim ato ishin; agresiviteti në familje gati në 50% të rasteve të hospitalizuara, e ndjekur më pas nga ndërprerja e mjekimit dhe mendimet suicidale. Pacientët e hospitalizuar në një masë të konsiderueshme (69%) janë vendosur në një nivel të mesëm të rrezikut për të shfaqur violencë dhe ky nivel është i lidhur në mënyrë sinjifikative me disa variabla apo faktorë të tjerë, si me pikëzimin që merr pacienti në HCR-20, me violencën e mëparshme, ditëqëndrimet në spital, shtrimet e mëparshme.

Pacientët u hospitalizuan në klinikë në mënyrë të vullnetshme në masën 48% dhe të pavullnetshme 52%. Shifrat tregojnë se pjesa e pacientëve të shtruar në mënyrë të pavullnetshme reduktohet së tepërmi në 72 orët e qëndrimit në klinikë të pacientëve pasi ata pranojnë me dëshirë për të qëndruar në mënyrë të vullnetshme në klinikë. Vetëm një pjesë fare e vogël e tyre, bazuar në ligjin për shëndetin mendor i dërgohet gjykatës për të vendosur për vazhdimësinë e qëndrimit në klinikë apo jo.

Kohëzgjatja e qëndrimit në spital është gjithashtu një komponent mjaft i rëndësishëm i vlerësimit të pacientit, që lidhet në mënyrë sinjifikative me pikëzimin që merr pacienti

në HCR-20, me violencën e mëparshme dhe shtrimet e mëparshme. Pacientët në pjesën më të madhe të tyre kanë qëndruar në klinikë nga 2-5 ditë (33 pacientë ose 15.25%), 6-10 ditë (64 pacientë ose 29.5%) dhe 11-30 ditë (78 pacientë ose 35.9%). Siç shihet pjesa më e madhe e pacientëve kanë qëndruar nga 2-10 ditë (97 pacientë) ose 44.30% çka përmbush dhe misionin që ka pavioni i urgjencës, atë të ndërhyrjes në krizë dhe të përgatitjes së pacientit për trajtimin në fazën subakute. Ditëqëndrime më tepër se 30 ditë patën 17 pacientë dhe kjo lidhet me praninë në pavion të rasteve me problematika sociale të cilët rrisin në mënyrë fiktive ditëqëndrimin në pavionet e urgjencave në klinike.

Lidhur me diagnozën e individëve të përfshirë në kampion ajo përmbledh të gjithë spektrin e diagnozave të sëmundjeve mendore. Përqindjen më të madhe të pacientëve sipas diagnozave përfundimtare në dalje nga spitali, e zënë skizofrenia paranoide 21%, dhe çrregullimi psikotik i paspecifikuar 11.5%. Kjo e fundit është në këto nivele nga mbidiagnostikimi me këtë diagnozë e cila ka ardhur për shkak të episodeve të para psikotike të cilat paraqesin simptomatikë të vështirë që të klasifikohen në diagnoza të tjera. Arsye tjetër është stigma në rastin e vendosjes së një diagnoze tjetër, për shembull skizofrenia. Përqindjen më të lartë e hasim në personat që janë në grup-diagnozën e skizofrenisë dhe nivelet gati të njëjta të çrregulimeve bipolare dhe psikozave të tjera. Respektivisht vetëm 4% dhe 3% e pacientëve bëjnë pjesë në klasifikimin e çrregulimeve të ankthit dhe grupit të prapambetje mendore. Krahasimi i diagnozave të shtrimit me ato të daljes nxjerr në pah një dallim të dukshëm vetëm në grupin e diagnozave të psikozave për vetë faktin se në shtrim kryesisht vendoset diagnoza çrregullim psikotik për tu determinuar më vonë pas një diagnostikimi më të hollësishëm, e cila më pas shpërndahe në grup-diagnozat e tjera. Rezultatet e këtij studimi mbështeten nga *Joseph E. Schwartz et al* [106] ku “ndryshimet e diagnozës në kohë mund të reflektojnë edhe evolucionin e vetë sëmundjes, zgjerimin e informacionit plotësues pas një diagnostikimi efektiv, apo mënyra e përdorur gjatë ekzaminimit fillestar ka qenë jo efektive”.

Ky punim krahas identifikimit të faktorëve të rrezikut të sjelljes violente, studioi vlefshmërinë parashikuese të shkallëve të ndryshme të këtij testi për sjelljet violente verbale, ndaj objekteve dhe asaj fizike si edhe nivelin me të cilën mund të parashikohet sjellja violente e pacientëve në urgjencën psikiatrike nëpërmjet testit HCR-20.

Për arritjen e këtyre objektivave fillimisht u krye validimi i pyetësorit HCR-20

Konsistenca e brëndshme shqyrton korrelacionin (Devon *et al.*, 2007) [107] ndërmjet pyetjeve brënda pyetësorit dhe tregon se sa mirë përshtaten pyetjet konceptualisht së bashku në këtë studim. Përveç kësaj, u llogariten rezultatet e përgjithshme të të gjitha pyetjeve për të vlerësuar qëndrueshmërinë e pyetësorit në tërësi. Kjo solli marrjen në shqyrtim dhe në konsideratë të faktorëve kryesore predominues si në diagnostikim edhe në vlerësimin e dhunës.

Duke qenë se pyetjet e pyetësorit HCR-20 janë të ndara sipas tre nën-çështjeve të caktuara (dhe përkatësisht H1 deri H10 për dhunën në të shkuarën; C1 deri C5 për aspekte klinike të dhunës dhe R1 deri R5 për aspekte të rrezikut dhe menaxhimit të saj), qëllimi i aplikimit të Cronbach Alpha përcakton konsistencën e pyetjeve brenda grupit që adresojnë informacionin për nën-çështjen përkatëse të atij grupi. Sipas referencave statistikore, vlerat e Cronbach Alpha të barabarta ose më të mëdha se 0.7 përcaktojnë një konsistencë të brëndshme të mirë të pyetjeve që lidhen me një nën-çështje. Kjo do të thotë, që në këtë rast rezultatet e këtyre pyetjeve mund të vlejnjë për të vlerësuar dhe interpretuar nën-çështjet sipas përgjigjeve të kampionit ku është administruar ky pyetësor.

Qëndrueshmëria e brëndëshme e matur në dy mënyra: (1) Split-Half dhe (2) koeficienti i korrelacionit Cronbach alfa (Trochim 2001) [108] në studim reflektoi se të dy këta tregues janë sinjifikativisht të lartë dhe përforcuan (në të dy matjet) si në nivelin e nënshkallëve (nënshkalla historike (H), klinike (C) dhe menaxhimi i rrezikut (R), se vlerat e Cronbach alpha janë nga 0.75-0.84 dhe për HCR-total 0.91, ($p < 0.01$). Këto shifra sugjerojnë besueshmërinë dhe konsistencën e brëndëshme të pyetësorit HCR-20.

Besueshmëria Test - Ritest përcaktohet me administrimin e të njëjtit pyetësor në të njëjtin kampion në dy raste të ndryshme me supozimin se nuk do të ketë ndryshim thelbësor në strukturën e pyetësorit nën studim në mes të dy pikave kohore të kampionimit (Trochim 2001; Devon *et al.*, 2007) [107, 108]. Kjo praktike e ndjekur edhe në këtë studim përforcoi edhe një herë se një korrelacion i lartë ndërmjet pikëve (score) në dy momente kohore tregon që pyetësi është i qëndrueshëm me kalimin e kohës (Haladyna 1999; Devon *et al.*, 2007) [107, 109]. Kohëzgjatja midis dy testeve është kritike. Sa më i shkurtër të jetë intervali aq më i lartë është korrelacioni mes dy testeve, dhe anasjelltas, sa më i gjatë të jetë intervali aq më i ulët është korrelacioni mes dy

testimeve (Trochim 2001) [108]. Kjo u provua edhe në këtë studim, ku u aplikua ritestimi pas një periudhe 4 javore.

Analiza e të dhënave ndërmjet testimit dhe ritestimit në këtë studimin u krye duke pëdorur testin e korrelacionit jo parametrik Spearman për të llogaritur korrelacionin ndërmjet nënshkallëve dhe shkallës totale të matjes së parë dhe të dytë. Koeficienti i lartë i korrelacionit të Spearmanit ρ për të tre grupet e pyetjeve i paraqitur në Tab.6, është nga 0.95-0.99 dhe $p > 0.01$ për secilin grup ndërmjet pikëzimit të dy matjeve, çka tregon që pyetësi është i qëndrueshëm në kohë. Këto rezultate janë pak më të larta se ato të raportuara nga Dahle (2006) përkatësisht 0.73-0.93 [110]. Kjo mbase ka të bëjë me kontigjentin e pacienteve të studiuar. Dahle (2006) e kreu studimin e tij tek pacientë në burg.

Vlera e lartë e koeficientin Kappa apo krahasimi i vlerësimit të autorit dhe kolegut (inter-rater agreement), mbi 0.900 për secilën shkallë dhe për nënshkallën totale (0.92), tregon përputhshmëri shumë të lartë dhe është shumë afër vlerës ideale.

Pas validimit të testit dhe aplikimit të tij në pacientët e hospitalizuar në pavionet e urgjencës psikiatrike u grumbulluan të dhëna të shpërndarjes të vlerësimit sipas nënshkallëve H-total C-total dhe R-total. Sic është e natyrshme të pritet, vlerësimet nuk janë normale (gausiane) duke qenë se ka një tendence drejt vlerësimeve të larta për secilin komponent. Indekset përkatëse statistikore të demonstruara në Tab 7, konfirmojnë këtë rezultat. Shpërndarja e vlerave për secilin faktor nuk është simetrike duke qenë se të tre kurbat paraqesin shmangie negative (negative skewed). Vlerat e medianes më të mëdha se sa mesatarja e vlerave të intervalit për secilin faktor (p.sh mediana e vlerave H është 14, ndërkohë që vlera mesatare e intervalit 1 deri 20 është 10) tregon se shumica e individëve për secilin faktor paraqesin vlera të larta të H, C dhe R. Kjo tregon që kampioni i marrë në studim ka një farë predispozicioni për të manifestuar episode dhune thjesht duke u nisur nga vlerësimi fillestar nëpërmjet instrumentit HCR-20. Ky fakt është deri diku i pritshëm duke pasur parasysh se rekrutimi i këtij kampioni ka përfshirë individë të cilët janë paraqitur në urgjencën e spitalit psikiatrik përgjatë të gjithë periudhës së studimit.

Korrelacioni mes vlerësimit të pyetësorit HCR-20 dhe mundësisë për të shkaktuar incidente është sinjifikativ (Pearson Chi square 72.2, $p < 0.000$). Kjo shihet në Grafikon 13

ku vlerësimi i HCR-20 për pacientët jo violentë tenton në vlera të ulëta (<22/40) ndërsa vlerësimi i pacientëve violentë synon në vlera më të larta.

Identifikimi i faktorëve të rrezikut të sjelljes violente ishte një nga objektivat e këtij punimi. Për të realizuar këtë objektiv u krye analiza univariate dhe multivariate (Regresioni logjistik) e faktorëve sociodemografik dhe u shqyrtua shoqërimi i tyre me dhunën. Nga këto analiza rezultoi se faktorët e rrezikut që sinjifikativisht ndikojnë në violencë janë historia e mëparshme e violences, HCR-20 total dhe shtrimet e mëparshme. Këto rezultate përputhen bindshëm edhe me rezultatet e botuara nga autorë [108] që raportuan se nga 23,972 pacient në 35 studime që shqyrtuan faktorët e rrezikut, në 17 % e tyre u shfaqen akte dhune të paktën një herë. Nëse rezultati do raportohet vetëm për meshkuj, kjo përqindje do ishte më e lartë. Dhe nëse do klasifikoheshin sipas nëngrupeve skizofrenik, ose përdorues të alkolit, ose shtrime të pavullnetshme këto tregues janë edhe më të larta. Ashtu si në [113], faktorët predominues që shoqërohen me praninë e dhunës në pavionet psikiatrike, janë meshkuj (61%), skizofrenia (49.7%), përdorim substancash (38.6%) dhe histori e mëparshme dhune 67.4%. Edhe autorët në [109] që përmbledhin një vështrim të përgjithshëm të faktoreve influencues të dhunës raportojnë shifra shumë të ngjashme me studim tonë.

HCR-20 si një pyetësor i aplikuar në studim rezultoi se ishte faktor rreziku për violencë. Kjo për vetë faktin se ky pyetësor është i përbërë nga pyetje të cilat në vetvete bartin potencialin për të qenë faktor rreziku apo mbrojtës për shfaqjen ose jo të dhunës. Nga analiza që i bëhet këtyre pyetjeve tek rezultatet del se një pjesë e mirë e tyre ishin faktor sinjifikante duke u konsideruar në këtë mënyrë si faktor rreziku për violencë. Gjate këtij studimi u evidentua si një faktor rreziku mjaft i rëndësishëm për parashikimin e sjelljes violente, historia për violencë të mëparshme nga ana e pacientit. Historia e shfaqjes serioze të dhunës edhe në incidente të mëparshme, ku 81% e pacientëve violentë e kishin të përsëritur këtë faktor, demonstron se ai është një faktor përcaktues në parashikueshmërinë për violencë në të ardhmen. Ky faktor është analizuar si në korrelacionet me variablat e tjerë ku del sinjifikant pothuajse me të gjitha (me përjashtim të moshës) dhe shkon në mënyrë lineare me këta variabla. Si rezultatet univariate edhe ato multivariate në analizën regressive të demonstruara, e konfirmojnë këtë fakt. Këto rezultate përputhen me studimet e autoreve [113-117] të cilet demonstron se një histori e

mëparshme dhune sidomos tek meshkujt (63.5-67.4.7%) është faktori më predominues në parashikimin e shfaqjes së dhunës në pacientet e shtruar.

Gjithashtu, po ky variabël duke qenë pjesë e pyetësorit HCR-20 si Faktori H1 apo prezenca e dhunës së mëparshme në krahasim me paciente pa dhunë është signifikativ ($p < 0.001$) ndërmjet tre shkallëzimeve, pra është përcaktues në parashikimin e dhunës (Tab. 19). Ky përfundim përputhet edhe me autorët e [118] të cilët duke përdorur HCR-20-ën konkluduan gjithashtu se “rëndësia e historikut të dhunës tek pacienti është e rëndësishme ashtu siç janë dhe faktorët klinik dhe të menaxhimit të rrezikut”.

Faktor të tjerë të evidentuar janë abuzimi me alkool apo substanca ku 63% e pacientëve violentë kishin manifestuar abuzime të tilla. Kjo përputhet edhe me studimet e ndërmarra në [119] ku “Abuzimi i substancave në paciente me probleme mendore është një faktor rreziku i rëndësishëm dhe me shumë peshë në vlerësimin e rrezikut për dhunë” [120-122]. Solisman&Reza (2001) [114] raporton se në 38.8% të rasteve violente të pranimeve në pavionet psikiatrike është dhuna e shkaktuar nga abuzimet me alkool. Adherenca jo e mirë me ilaçet dhe kur kjo shoqërohet edhe me probleme të abuzimit me substanca shton rrezikun për dhunë [123].

Përdorimi i substancave abuzuese rrit rrezikun për dhunë, por kjo ndihmohet dhe nga simptomat psikiatrike dhe faktorët socialë. Një studim i hollësishëm konkludoi se ndërsa skizofrenia dhe psikozat konsiderohen si faktor risku bazë për dhunën, abuzimi me substancat e rrisin rrezikun pavarësisht nëse janë të shoqëruar me diagnozat në mënyrë komorbide apo jo. Megjithatë në literature nuk gjenden shumë studime ku është analizuar dhe shqyrtuar imtësisht lidhja ndërmjet përdorimit të substancave dhe dhunës në pavionet psikiatrike [124-127] dhe rezultatet e këtyre studimeve sugjerojnë se përdorimi i substancave është një faktor kontribues në 2% të rasteve.

Prania e simptomave aktive të sëmundjes është një tjetër faktor rreziku për violencë. [127] Pacientë me simptoma psikotike si deluzione paranoide kërcënuese apo prani të halucinacioneve urdhëruese janë mjaft të predispozuar për të ushtruar dhunë.

Prania e çrregullimit të personalitetit apo e sëmundjeve madhore psikiatrike të përmendur edhe në analiza të tjera gjithashtu përbëjnë faktor rreziku [128] [129].

Faktorët mbrojtës duhet theksuar se mosprezenca e faktorëve të mësipërm përbën faktor mbrojtës. Nga analiza multivariate e faktorëve sociodemografikë të cilët kanë shoqërim të ulët me dhunën janë depresionet, çrregullimet e ankthit etj.

Një objektivi tjetër mjaft i rëndësishëm i këtij studimi ishte **përcaktimi i aftësisë parashikuese të pyetësorit HCR-20** për mundësinë e përfshirjes së individit në incidente eventuale gjatë qëndrimit në spital. Kjo përmbush objektivin e dytë të këtij punimi.

Përsa i përket llojit të dhunës së shfaqur të analizuar nëpërmjet analizës ROC, shihet që zona nën kurbë (AUC) për të treja llojet e dhunës të marrë në studim (dhuna verbale, dhuna ndaj objekteve dhe dhuna fizike) është e lartë. Të treja AUC-të e kurbave janë mbi vlerën 0.75. Për të tre llojet e dhunës kriteri i pikëzimit të HCR-20 për klasifikimin e pacientëve në të dhunshëm dhe jo të dhunshëm është >21 për dhunën verbale dhe të objekteve dhe >27 për dhunën fizike.

Rezultatet sugjerojnë se pikëzimi total i HCR-20 mund të jetë ndihmues në parashikimin për sjellje violente të pacientëve të shtruar në klinike ku vlera e AUC është 0.77 (e lartë) dhe $p < 0.001$. Nga rezultatet e këtij studimi doli se HCR-20 total dhe të treja shkallët e vlerësimit të testit HCR-20 janë sinjifikante me frekuencën dhe ashpërsinë e sjelljes violente verbale, ndaj objekteve ose fizike, të pacientëve të shtruar në pavionet e urgjencave psikiatrike, meshkuj dhe femra, dhe kanë aftësi parashikuese. Vlerat e larta të sensitivitetit dhe Vlerat e Parashikueshmërisë Pozitive (VPP), për secilën nga katër kurbat (HCR-total, H, C dhe R) konfirmojnë aftësinë e lartë parashikuese të këtyre instrumentave për pacientët të cilët mund të zhvillojnë episode dhune në vijim të një shtrimi në spital. Konkretisht shifra e sensitivitetit 86% e HCR-total, tregon se pragu prej 21 pikësh lejon identifikimin e 86% të pacientëve të cilët do të mund të shkaktojnë incident dhune gjatë periudhës së qëndrimit në spital. Një interpretim i ngjashëm vlen edhe për VPP (Vlera Parashikuese Pozitive) e HCR-total prej 82% e cila paraqet sigurinë parashikuese të pacientëve me vlerë >21 të instrumentit HCR-total të cilët realisht do të mund të shkaktojnë një ose më shumë incidente dhune në ditët në vijim. Edhe rezultatet e Gray *et al.*, (2003) [130] treguan se pikëzimet e HCR-20 ishin të lidhura në mënyrë sinjifikative me violencën verbale, dhunës ndaj objekteve dhe violencës fizike.

Fakti që Vlerat e Parashikueshmërisë Pozitive (VPP) janë më të larta se Vlerat e Parashikueshmërisë Negative (VPN) të paraqitura në Tab. 11, si edhe Vlerat LR+ (perkufizimi i sensitivitetit) për HCR total, H, C dhe R janë më të larta se vlerat se LR- (perkufizimi i specifitetit), për secilin faktor (që do të thotë janë më afër probabilitetit për të qenë pozitiv), përforcojnë pozitivitetin e testit apo vlefshmërinë e përdorimit të tij.

Mungesa e sinjifikancës në krahasimet midis HCR-total dhe tre përbërsve të saj, H-total, C-total dhe R-total, apo midis tre përbërsve të paraqitur në Tab. 12 do të thotë se asnjëra nga nënshkallët e Pyetëtorit HCR-20 nuk ka superioritet ndaj njëra tjetrës, apo dhe ndaj vetë pyetëtorit në total, që nënkupton që secila prej kurbave është njësoj e vlefshme në parashikimin e dhunës. Ndryshe nga ky studim, *Gravat & Peter, 2004*, gjetën validitet parashikues të ulët të HCR-20, por pohojne se ky lloj vlerësimi shërben si bazë për vlerësimet strukturale klinike për të parashikuar vioelencën e afërt tek pacientët. Njëkohësisht konstatuan se nënshkallët klinike të HCR-20 janë parashikues sinjifikativ të violencës fizike dhe violencës verbale. [131]

Por Grey *et al.*, [131] e gjen shumë praktik parashikimin e violencës nëpërmjet HCR-20, duke theksuar se përdorimi i testit HCR-20 gjen efikasitet të lartë kur përdoret si udhëzues (shumatore e pikëve) në gjykimin klinik të parashikimit të violencës. Po ashtu Douglas *et al.*, 2005 [132] dhe De vogel *et al.*, 2004 [133], gjatë vlerësimit të violencës tek pacientët duke përdorur HCR-20 arritën në të njëtin përfundim. Edhe në këtë studim, ku u përdor shumatorja e pikëve të HCR-20, konkludohet se ky test është efektiv.

Qëllimi i tretë i këtij studimi ishte që të gjente **se në çfarë mase testi HCR-20 parashikonte frekuencën dhe ashpërsinë e sjelljes violente**. Për të arritur këtë pikësynim, ashtu si ne disa studime të tjera për HCR-20-s [134-136] është përdorur analiza statistikore e ROC-ut dhe rezultatet dalin në termat statistikor që ROC-u prodhon. Këto rezultate pasqyrohen në formën e një kurbe e cila i korrespondon kufirit të caktuar parashikues. Çdo pikë e kurbës përfaqëson një tregues ndërmjet sensitivitetit dhe specifitetit. Zona nën kurbë në grafikun ROC është treguesi për interpretimin e saktësisë të parshikimit. Këto zona lëvizin nga 0 (parashikimi perfekt negativ) tek 0.50 (shansi i parashikimit) dhe deri tek 1.0 parashikimi perfekt pozitiv.

Një zonë e caktuar në kurbë përfaqëson propabilitetin që një pacient rastësisht i selektuar/zgjedhur që plotëson pikët pozitive për një variabël të varur (në studimin aktual

është violenca) pozicionohet mbi një kufi final të caktuar të faktorit parashikues (Mossman & Somoza, 1991). Kjo kurbë luan një rol të rëndësishëm në vlerësimin e aftësisë diagnostike të testit HCR-20 për të përcaktuar gjëndjen e vërtetë në të cilën ndodhet pacienti për këdo variabël të marrë në shqyrtim (H, C, R) apo llojit të violencës (verbale, ndaj objekteve, dhune fizike), gjetjen e kufirit të vlerës prag ndërmjet gjëndjeve (p.sh. violentë -joviolentë), dhe krahasimin e dy alternativave diagnostike kur çdonjëra prej tyre performohet në të njëjtin subjekt [137] . Rjedhimisht kur një pacient jo violent plotëson minimumin e pikëve të caktuara, pozicionohet nën kufirin final të caktuar. Në këtë mënyrë 0.75 do të thotë se probabiliteti që aktualisht një pacient violent do të shënojë pikët mbi kufirin e përcaktuar parashikues të violencës është 75 %, dhe një person jo violent do të arrijë pikët nën kufirin e caktuar (pra nën kurbë). Vlera e AUC në zonë 0.70 konsiderohet e moderuar dhe 0.75 e më shumë, konsiderohet e lartë. Sipas ROC analizës së kryer në këtë studim për HCR-20 totale si edhe pjesët përbërëse të tij, H, C dhe R-në, në raport me violencën në përgjithësi, vlera parashikuese për secilën prej tyre ishte e lartë. Në këtë mënyrë besohet që vlerat e larta të gjetura në këtë studim për pjesët përbërëse të pyetësorit H, C, R dhe HCR-total (0.74, 0.76, 0.77 dhe 0.75), presupozojnë që probabiliteti që aktualisht një pacient violent do të shënojë pikët mbi kufirin e përcaktuar parashikues të violencës është 75 %, dhe një person jo violent” do të arrijë pikët nën kufirin e caktuar (pra nën kurbë). Rezultatet e këtij studimi parafrohen shumë me përfundimet e Mossman & Somoza (1991). [138]

Në ditëqëndrimet në klinikë të pacientëve të marrë në studim për secilin nga 134 pacientët që manifestuan akte violence, u shënuan deri në 3 incidente. Në total u dokumentuan 436 incidente violente të të tre llojeve. Incidentet verbale ishin 199, ato ndaj objekteve 170 dhe ato fizike ishin 67, (Graf. 15). Pjesën më të madhe të incidenteve violente e zënë ato verbale me 46% të numrit të pacientëve që kanë manifestuar dhunë verbale për secilën grup-diagnozë përfundimtare, të cilat kryesisht përqëndrohen te pacientët e diagnostikuar me çrregullim personaliteti që janë respektivisht 77%; ndiqen me skizofreninë 69%, çrregullim bipolar 66%, dhe të sëmurët me psikoza 52%. Nga studimi rezultoi se numrin më të madh të të sëmurëve, të cilët kryejnë violencë ndaj objekteve, e zënë pacientët e diagnostikuar me çrregullim personaliteti 63% dhe me skizofreni 59%. Më pas vijnë të sëmurët me çrregullim bipolar 58%, dhe të sëmurët me

psikoza të tjera 48%. Foleya *et al.*, 2005 raporton se pavarësisht shpeshtësisë së lartë të agresionit verbal, dhuna fizike kundrejt të tjerëve është e pazakonshme në pacientët në episodin e parë të psikozës vetëm 7.2% [139], por Nielsen *et al.*, 2012 [151] raporton shifra më të larta (38%).

Për violencën fizike vendin dominues e zënë pacientët e diagnostikuar me skizofreni 32%. Më pas vijnë të sëmurët me çrregullim personaliteti 27%; çrregullim bipolar 22%, dhe të sëmurët me psikoza të tjera 20%. Këto gjetje theksojnë se violenca është një karakteristikë e çrregullimeve të personalitetit, e skizofrenisë dhe e çrregullimeve bipolare dhe janë të krahasueshme me ato të autorëve të tjerë. Ky rrezik është veçanërisht i lartë në skizofreni dhe çrregullimet bipolare me komorbiditet me çrregullime nga përdorimi i substancave apo me çrregullimet e personalitetit, por mund të ekzistojë edhe pa të tilla bashkëshoqërime [122]. Edhe ky studim evidentoi se përqindjen më të lartë të sjelljes violente e hasim në personat që janë në grup-diagnozën e çrregullimeve të personalitetit (77%) dhe theksohet në rastet e personave me çrregullime personaliteti kufitar dhe antisocial të ilustruara në tabelën 23 dhe grafikun e figurës 26. Këto gjetje janë të krahasueshme me ato të autorëve të tjerë [140, 141]. Nivel i larte agresiviteti është raportuar për pacientët me çrregullime personaliteti (Hodgins *et al.*, 1996 [142]) dhe (Wallace *et al.*, 1998 [143] dhe nga (Hernandez-Avila *et al.*, 2000 [144]. Më pas vjen grupi i diagnozave të skizofrenisë dhe të çrregullimeve bipolare, përkatësisht me 69% dhe 66% të sjelljeve violente dhe konfirmohet edhe nga autorë të tjerë të cilët citojnë se “pacientët me çrregullime bipolare demonstrojnë nivele më të larta agresioni sesa grupet e tjera” [145] ose se “subjektet me psikozë aktuale demonstrojnë nivel të lartë agresioni sesa ata pa psikozë” [146].

Megjithëse shkalla 2 e pikëzimit të MOAS përmbledh numrin më të madh të pacientëve që ushtrojnë dhunë verbale, pikëzimi nuk është çështje kaq e e prerë klasifikimi sepse numri i pacientëve me shkallëzim 3, 4 dhe 5 (Graf. 27) është një përberës sinjifikativ i këtij shkallëzimi. Të njëjtin trend vëmë re edhe në dhunën ndaj objekteve ku përqindja me e madhe e pacienteve i përkasin diapazonit të vlerësimit 2-5 (Graf. 29). Ashtu siç rritet shumatorja e pikëve të vlerësimit, rritet edhe ashpersimi i dhunës që arrin një pikëzim të katërfishuar në dhunën fizike (Tab. 22). Kjo do të thotë se sa më shumë rritet numri i incidenteve aq më i rëndë është lloji i violencës (për secilin

grup: verbale, dhunë ndaj objekteve ose fizike) dhe ky gravitet i rritur është statistikisht sinjifikativ ($p < 0.05$). Përjashtim bën vetëm rasti i violencës fizike në grupin e pacienteve me 2 përkundër 3 incidente dhe shpjegimi lidhet me numrin mjaft të ulët në këtë nëngrup, i cili prodhon interval të gjërë të konfidencës duke mos lejuar vërtetimin e sinjifikancës (Tab.22).

Incidentet violente në këtë studim kanë ndodhur kryesisht në korridorin e pavionit dhe më pas vijnë ato të ndodhura në dhomën e pacientit. Shpjegimi për këto të dhëna qëndron në faktin se shpeshëherë incidentet vijnë si rezultat i mbipopullimit apo i marrëdhënieve pacient-pacient [147, 148] të cilat ndodhin në korridor dhe që bëhen shkak për konflikte verbale, objekteve apo fizike. Po kështu edhe struktura e pavionit [149] mund të ketë ndikimin e tij në këto të dhëna [150] si dhe mungesa e taktit të personelit.

Graf. 40 pasqyron se këto fakte u evidentuan edhe gjatë këtij studimi. Në episodet e dhunës rezultoi se ishin të përfshirë kryesisht infermierë dhe familjarë dhe ndërhyrja kryesore për të qetësuar situatën rezultoi të ishte ndërhyrja verbale, më pas metoda të tjera të vullnetshme ose jo trajtimi të paraqitura në Graf 43, 44 dhe 45. Incidentet rezultuan se nuk kishin lidhje me orët e ditës por kryesisht, kishin lidhje me kohën e marrjes së ushqimeve e të ndarjes së ilaçeve, fakt që përmendet edhe në studime të tjera [146].

Kufizimet e studimit

Ky studim, së pari është një studim që përfshin një numër të konsiderueshëm pacientësh por edhe me larmi diagnozash të cilët japin mundësi për hulumtimin e fenomenit të violencës në të gjitha aspektet e tij. Gjithashtu, edhe kohëzgjatja e ndjekjes së këtyre pacientëve përfshin të gjithë periudhën e qëndrimit të tyre në urgjenë, e cila lejon që të hulumtohet për frekuencën dhe karakteristikat e çdo incidenti violent. Informacioni i përftuar për çdo episod violence, ka qenë prej burimeve të ndryshme duke rritur në këtë mënyrë intervalin e besueshmërisë mbi informacionin.

Por studimi ka edhe këto kufizime

1. Informacion i marrë jo gjithmonë ishte i plotë për të gjitha aspektet e violencës për të cilat ishim të interesuar në këtë punim. Kjo kufizoi përfshirjen në studim të një pjesë të mirë të incidenteve të ndodhura.

2. Ndihet mungesa e instrumentave të standartizuar për të vërtetuar validitetin konkurent, gjë që bëri të mundur mos validim në një grup specifik, jo të përgjithshëm.

IV. KONKLUZIONE:

Duke analizuar me kujdes të dhënat e këtij studimi mund të arrijmë në disa përfundime:

1. Studimi konfirmon se HCR-20-ta është një mjet i eficient për të parashikuar sjelljen violente të pacientëve në urgjencën psikiatrike sepse si pyetësor është konsistent për të matur violencën dhe i plotëson standartet nga ana e analizës faktoriale. Sensitiviteti i secilës kurbë të llojit të dhunës për klasifikimin e pacientëve në të dhunshëm dhe jo të dhunshëm është shumë i lartë, mbi 85%, pra besueshmëria 85%, është e lartë në përcaktimin e nivelit të dhunës kur përdor HCR-20-ën.
2. Për të tre llojet e dhunës kriteri i pikëzimit të HCR-20 për klasifikimin e pacientëve në të dhunshëm dhe jo të dhunshëm është >21 për dhunën verbale e dhunën ndaj objekteve dhe >27 për dhunën fizike.
3. Faktorët kryesore të rrezikut për violencë në të ardhmen rezultojnë: aktet violente në të shkuarën ($p<0.001$) abuzimi me alkool apo substanca, ($p<0.037$) prania e simptomave aktive në tablonë klinike të sëmundjes, ($p<0.001$) prania e çrregullimit të personalitetit ($p<0.04$).
4. Për shkallën e violencës së çrregullimeve mendore në vënd të parë qëndrojnë personat me çrregullimeve personaliteti (77%), ku predominojnë çrregullimet personalitet kufitar dhe antisocial (80%). Mbas tyre renditen skizofrenia dhe çrregullimet bipolare (përkatësisht me 69% dhe 66% të sjelljeve violente).
5. Arsyet kryesore të incidenteve violente në ambjentet spitalore rezultuan kryesisht sëmundja mendore, mbipopullimi i pavioneve dhe mungesa e taktit të personelit.

V. REKOMANDIME

1. Duke u nisur nga të dhënat e studimit rekomandojmë aplikimin e Testit HCR-20 në praktikën klinike si një mundësi për të parashikuar sjelljet violente të pacientëve që shtrohen në pavionet e urgjencave psikiatrike.
2. Të njihen nga klinikistët dhe personeli tjetër i urgjencave psikiatrike faktorët e rrezikut për violencë të përcaktuara nga ky studim, për të hartuar një strategji më efikase për menaxhimin dhe parandalimin e dhunës.
3. Njohja e konkluzioneve të studimit ndihmon profesionistët e shëndetit mendor për parashikimin dhe trajtimin e violencës së ardhshme, por ato nuk mund të gjeneralizohen për parashikimin e sjelljes violente të pacientëve psikiatrikë në komunitet.

VI. BIBLIOGRAFIA

1. Bond AJ: Pharmacological manipulation of aggressiveness and impulsiveness in healthy volunteers. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 16:1–7, 1992
2. Anderson CA, Bushman BJ: Human aggression. *Annu Rev Psychol* 53:27–51, 2002
3. Raine A: Annotation: the role of prefrontal deficits, low autonomic arousal, and early health factors in the development of antisocial and aggressive behavior in children. *J Child Psychol Psychiatry* 43:417–434, 2002
4. Ernst M, Moolchan ET, Robinson ML: Behavioral and neural consequences of prenatal exposure to nicotine. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 40:630–641, 2001
5. Räsänen P, Hakko H, Isohanni M, et al: Maternal smoking during pregnancy and risk of criminal behavior among adult male offspring in the Northern Finland 1996 Birth Cohort. *Am J Psychiatry* 156:857–862, 1999
6. Briere J, Runtz M: Differential adult symptomatology associated with three types of child abuse histories. *Child Abuse Negl* 14:357–364, 1990
7. Brodsky BS, Oquendo M, Ellis SP, et al: The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicide behavior in adults with major depression. *Am J Psychiatry* 158:1871–1877, 2001
8. Liu J, Wuerker A: Biosocial bases of aggressive and violent behavior: implications for nursing studies. *Int J Nurs Stud* 42:229–241, 2004
9. Berman ME, Coccaro EF: Neurobiologic correlates of violence: relevance to criminal responsibility. *Behav Sci Law* 16:303–318, 1998
10. Eichelman B: Toward a rational pharmacotherapy for aggressive and violent behavior. *Hosp Community Psychiatry* 39:31–39, 1988
11. Coccaro EF: Neurotransmitter correlates of impulsive aggression in humans. *Ann NY Acad Sci* 794:82–89, 1996
12. Moyer KE: Kinds of aggression and their physiological basis. *Commun Behav Biol* 2:65–87, 1968
13. Monahan J: *The Clinical Prediction of Violent Behavior*. Washington, DC, Government Printing Office, 1981
14. Rabkin JG: Criminal behavior of discharged mental patients: a critical appraisal of the research. *Psychol Bull* 86:1–27, 1979
15. Swanson JW, Holzer CE, Ganju VK, et al: Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hosp Community Psychiatry* 41:761–770, 1990

16. Monahan J, Steadman H, Silver E, et al: Rethinking Risk Assessment: The Macarthur Study of Mental Disorder and Violence. New York, Oxford University Press, 2001
17. Zalcman SS, Siegel A: The neurobiology of aggression and rage: role of cytokines. *Brain Behav Immun* 20:507–514, 2006
18. Volavka J, Bilder R, Nolan K: Catecholamines and aggression: the role of COMT and MAO polymorphisms. *Ann NY Acad Sci* 1036:393–398, 2004
19. Pope HG Jr, Kouri EM, Hudson JI: Effects of supraphysiologic doses of testosterone on mood and aggression in normal men: a randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 57:133–140, 2000
20. Malkesman O, Maayan R, Weizman A, et al: Aggressive behavior and HPA axis hormones after social isolation in adult rats of two different genetic animal models for depression. *Behav Brain Res* 175:408–414, 2006
21. Shea A, Walsh C, Macmillan H, et al: Child maltreatment and HPA axis dysregulation: relationship to major depressive disorder and post traumatic stress disorder in females. *Psychoneuroendocrinology* 30:162–178, 2005
22. Blitstein JL, Murray DM, Lytle LA, et al: Predictors of violent behavior in an early adolescent cohort: similarities and differences across genders. *Health Educ Behav* 32:175–194, 2005
23. Teicher MH, Samson JA, Polcari A, et al: Sticks, stones, and hurtful words: relative effects of various forms of childhood maltreatment. *Am J Psychiatry* 163:993–1000, 2006
24. Barlow K, Grenyer B, Ilkiw-Lavalle O: Prevalence and precipitants of aggression in psychiatric inpatient units. *Aust NZ J Psychiatry* 34:967–974, 2000
25. Grossman LS, Haywood TW, Cavanaugh JL, et al: State psychiatric hospital patients with past arrests for violent crimes. *Psychiatr Serv* 46:790–795, 1995
26. Calabrese JR, Muzina DJ, Kemp DE, et al: Predictors of bipolar disorder risk among patients currently treated for major depression. *MedGenMed* 8:38, 2006
27. Maj M, Pirozzi R, Magliano L, et al: Agitated depression in bipolar I disorder: prevalence, phenomenology, and outcome. *Am J Psychiatry* 160:2134–2140, 2003
28. Posternak MA, Zimmerman M: Anger and aggression in psychiatric outpatients. *J Clin Psychiatry* 63:665–672, 2002
29. Jamison KR: *Touched with Fire: Manic-Depressive Illness and the Artistic Temperament*. New York, Free Press, 1993
30. Van Gogh Gallery: Vincent van Gogh: Biography. Available at <http://www.vangoghgallery.com>. Accessed March 2007
31. Hindin MJ, Gultiano S: Associations between witnessing parental domestic violence and experiencing depressive symptoms in Filipino adolescents. *Am J Public Health* 96:660–663, 2006

32. Martin J, Langley J, Millchamp J: Domestic violence as witnessed by New Zealand children. *N Z Med J* 119:U1817, 2006
33. Edwards EP, Elden RD, Colder C, et al: The development of aggression in 18 and 48 month old children of alcoholic parents. *J Abnorm Child Psychol* 34:409–423, 2006
34. Hanson RF, Self-Brown S, Fricker-Ethal A, et al: Relations among parental substance use, violence exposure and mental health: the national survey of adolescents. *Addict Behav* 31:1988–2001, 2006
35. Cukor D, McGinn LK: History of child abuse and severity of adult depression: the mediating role of cognitive schema. *J Child Sex Abuse* 15:19–34, 2006
36. Sachs-Ericsson N, Verona E, Joiner T, et al: Parental verbal abuse and the mediating role of self-criticism in adult internalizing disorders. *J Affect Disord* 93:71–78, 2006
37. Teicher MH, Samson JA, Polcari A, et al: Sticks, stones, and hurtful words: relative effects of various forms of childhood maltreatment. *Am J Psychiatry* 163:993–1000, 2006
38. Conway M, Mendelson M, Glannopoulos C, et al: Childhood and adult sexual abuse, rumination on sadness, and dysphoria. *Child Abuse Negl* 28:393– 410, 2004
39. Avdibegovic E, Sinanovic O: Consequences of domestic violence on women's mental health in Bosnia and Herzegovina. *Croat Med J* 47:730–741, 2006
40. Houry D, Kemball R, Rhodes KV, et al: Intimate partner violence and mental health symptoms in African American female ED patients. *Am J Emerg Med* 24:444–450, 2006
41. Goldstein AL, Walton MA, Cunningham RM, et al: Violence and substance use as risk factors for depressive symptoms among adolescents in an urban emergency department. *J Adolesc Health* 40:276–279, 2007
42. Monahan J, Steadman H, Silver E, et al: Rethinking Risk Assessment: The Macarthur Study of Mental Disorder and Violence. New York, Oxford University Press, 2001
43. Arseneault L, Moffitt TE, Caspi A, et al: Mental disorders and violence in a total birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 57:979–986, 2000
44. Swanson JW, Swartz M, Van Dorn RA, et al: A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 63:490–499, 2006
45. Eichelman BS: Neurochemical and psychopharmacologic aspects of aggressive behavior. *Annu Rev Med* 41:149–158, 1990
46. Campbell M, Adams PB, Small AM, et al: Lithium in hospitalized aggressive children with conduct disorder: a double-blind and placebo-controlled study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34:445–453, 1995

47. Swanson JW, Swartz M, Van Dorn RA, et al: A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 63:490–499, 2006
48. Small GW, Rabins PV, Barry PP, et al: Diagnosis and treatment of Alzheimer's disease and related disorders: consensus statement of the American Association of Geriatric Psychiatry, the Alzheimer's Association and the American Geriatrics Society. *JAMA* 278:1363–1371, 1997
49. Rabins PV, Mace NL, Lucas MJ: The impact of dementia on the family. *JAMA* 248:333–335, 1982
50. O'Donnell BF, Drachman DA, Barnes HJ, et al: Incontinence and troublesome behaviors predict institutionalization in dementia. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 5:45–52, 1992
51. Hamel M, Gold DP, Andres D, et al: Predictors and consequences of aggressive behavior by community-based dementia patients. *Gerontologist* 30:206– 211, 1990
52. Patel V, Hope RA: Aggressive behaviour in elderly psychiatric inpatients. *Acta Psychiatr Scand* 85:131–135, 1992
53. Deutsch LH, Bylsma FW, Rovner BW, et al: Psychosis and physical aggression in probable Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 148:1159–1163, 1991
54. Burns A, Jacoby R, Levy R: Psychiatric phenomena in Alzheimer's disease, IV: disorders of behaviour. *Br J Psychiatry* 157:86–94, 1990
55. Sultzer DL, Mahler ME, Mandelkern MA, et al: The relationship between psychiatric symptoms and regional cortical metabolism in Alzheimer's disease. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 7:476–484, 1995
56. Sandel ME, Mysiw WJ: The agitated brain injured patient, part 1: definitions, differential diagnosis, and assessment. *Arch Phys Med Rehabil* 77:617–623, 1996
57. Tateno A, Jorge RE, Robinson RG: Clinical correlates of aggressive behavior after traumatic brain injury. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 15:155–160, 2003
58. Kim E, Lauterbach E, Reeve A, et al: Neuropsychiatric complications of traumatic brain injury: a critical review of the literature (A report by the ANPA Committee on Research). *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 19:106–127, 2007
59. Davidson PW, Cain NN, Sloane-Reeves JE, et al: Characteristics of communitybased individuals with mental retardation and aggressive behavioral disorders. *Am J Ment Retard* 98:704–116, 1994
60. Harris P: The nature and extent of aggressive behaviour amongst people with learning difficulties (mental handicap) in a single health district. *J Intellect Disabil Res* 37 (pt 3):221–242, 1993
61. Emerson E, Alborz A, Reeves D, et al: The HARC Challenging Behaviour Project, Report 2: The Prevalence of Challenging Behaviour. Manchester, England, Hester Adrian Research Centre, University of Manchester, 1997
62. Rogers J, Viding E, Blair RJ, et al: Autism spectrum disorder and psychopathy:

- shared cognitive underpinnings or double hit? *Psychol Med* 36:1789–1798, 2006
63. Devinsky O, Bear D: Varieties of aggressive behavior in temporal lobe epilepsy. *Am J Psychiatry* 141:651–656, 1984
 64. Mendez MF, Doss RC, Taylor JL: Interictal violence in epilepsy: relationship to behavior and seizure variables. *J Nerv Ment Dis* 181:566–569, 1993
 65. Khan N, Wieser HG: Limbic encephalitis: a case report. *Epilepsy Res* 17:175–181, 1994
 66. Lishman WA: *Organic Psychiatry: The Psychological Consequences of Cerebral Disorder*. New York, Oxford University Press, 1987
 67. Akil M, Schwartz JA, Dutchak D, et al: The psychiatric presentations of Wilson's disease. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 3:377–382, 1991
 68. Burns A, Jacoby R, Levy R: Psychiatric phenomena in Alzheimer's disease, IV: disorders of behaviour. *Br J Psychiatry* 157:86–94, 1990
 69. Marder K, Zhao H, Myers RH, et al: Rate of functional decline in Huntington's disease. Huntington Study Group. *Neurology* 54:452–458, 2000 [Erratum in: *Neurology* 54:1712, 2000]
 70. Robertson MM, Trimble MR, Lees AJ: The psychopathology of the Gilles de la Tourette syndrome: a phenomenological analysis. *Br J Psychiatry* 152:383–390, 1988
 71. Lepouse C, Lautner CA, Liu L, et al: Emergence delirium in adults in the postanaesthesia care unit. *Br J Anaesth* 96:747–753, 2006
 72. Bleecker M: Clinical presentation of selected neurotoxic compounds, in *Occupational Neurology and Clinical Neurotoxicology*. Edited by Bleecker ML, Hansen J. Philadelphia, PA, Williams & Wilkins, 1994, pp 207–233
 73. Virkkunen M, Rissanen A, Naukkarinen H, et al: Energy substrate metabolism among habitually violent alcoholic offenders having antisocial personality disorder. *Psychiatry Res* 150:287–295, 2007
 74. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000
 75. McFall M, Fontana A, Raskind M, et al: Analysis of violent behavior in Vietnam combat veteran psychiatric inpatients with posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress* 12:501–517, 1999
 76. Harris GT, Rice ME, Camilleri JA: Applying a forensic actuarial assessment (the Violence Risk Appraisal Guide) to nonforensic patients. *J Interpers Violence* 19:1063–1074, 2004
 77. Kumar S, Simpson AI: Application of risk assessment for violence methods to general adult psychiatry: a selective review of the literature. *Aust NZ J Psychiatry* 39:328–335, 2005

78. Kroner DG, Mills JF, Reddon JR: A coffee can, factor analysis and prediction of antisocial behavior: the structure of criminal risk. *Int J Law Psychiatry* 28:360–374, 2005
79. Mills JF: Advances in the assessment and prediction of interpersonal violence. *J Interpers Violence* 20:236–241, 2005
80. Tardiff K, Leone AC, Marzuk PM: Suicide risk measures, in *Handbook of Psychiatric Measures*. Edited by Rush AJ. Washington, DC, American Psychiatric Press, 2000, pp 261–270
81. Volavka J, Tardiff K: Substance abuse and violence, in *Medical Management of the Violent Patient: Clinical Assessment of Therapy*. Edited by Tardiff K. New York, Marcel Dekker, 1999, pp 153–177
82. Denison ME, Paredes A, Booth JB: Alcohol and cocaine interactions and aggressive behaviors. *Recent Dev Alcohol* 13:283–291, 1997

83. Convit A, Nemes ZC, Volavka J: History of phencyclidine use and repeated assaults in newly admitted young schizophrenic men. *Am J Psychiatry* 154:1176–1183, 1988
84. Miczek KA, Tidey JW: Amphetamines: aggressive and social behavior. *NIDA Research Monographs* 94:68–79, 1989
85. Pope HG, Katz DL: Psychiatric and medical effects of anabolic-androgenic steroid use: a controlled study of 160 athletes. *Arch Gen Psychiatry* 51:375–386, 1994
86. Anderson KE, Silver JM: Neurological and medical diseases and violence, in *Medical Management of the Violent Patient: Clinical Assessment and Therapy*. Edited by Tardiff K. New York, Marcel Dekker, 1999, pp 87–124
87. Andreasen NC, Arndt S, Alliger R, et al: Symptoms of schizophrenia: methods, meanings, and mechanisms. *Arch Gen Psychiatry* 52:341–351, 1995
88. Modestin T, Ammann R: Mental disorders and criminality: male schizophrenia. *Schizophr Bull* 22:69–82, 1996
89. Meehl P: *Clinical Versus Statistical Prediction: A Theoretical Analysis and a Review of the Evidence*. Minneapolis, University of Minnesota, 1954
90. Grove W, Zald D, Lebow B, et al: Clinical versus mechanical prediction: a metaanalysis. *Psychol Assess* 12:19–30, 2000
91. Aegisdottir S, White M, Spengler P, et al: The Meta-Analysis of Clinical Judgment Project: fifty-six years of accumulated research on clinical versus statistical prediction. *Couns Psychol* 34:341–382, 2006
92. Melton GB, Petrila J, Poythress N, Slogobin C. *Psychological evaluations for the courts: a handbook for mental health professionals and lawyers*. New York: Guilford, 1997.

93. Banks S, Robbins P, Silver E, et al: A multiple-models approach to violence risk assessment among people with mental disorder. *Crim Justice Behav* 31:324–340, 2004
94. Webster C, Douglas K, Eaves D, et al: *HCR-20: Assessing Risk for Violence (Version 2)*. Vancouver, BC, Canada, Simon Fraser University, 1997
95. McNeil DE, Gregory AL, Lam JN, et al: Utility of decision support tools for assessing acute risk of violence. *J Consult Clin Psychol* 71:945–953, 2003
96. Smith GM, Davis RH, Bixler EO, et al: Pennsylvania State Hospital system's seclusion and restraint reduction program. *Psychiatr Serv* 56:1115–1122, 2005
97. Manfredini R, Vanni A, Peron L, et al: Day-night variation in aggressive behavior among psychiatric inpatients. *Chronobiol Int* 18:503–511, 2001
98. Lanza ML, Kayne HL, Hicks C, et al: Environmental characteristics related to patient assault. *Issues Ment Health Nurs* 15:319–335, 1994
99. Quanbeck CD, McDermott BE, Lam J, et al: Categorization of aggressive acts committed by chronically assaultive state hospital patients. *Psychiatr Serv* 58:521–528, 2007
100. Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn RA, et al: A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 63:490–499, 2006
101. Flannery RB Jr, Stone P, Rego S, et al: Characteristics of staff victims of patient assault: Ten year analysis of the Assaulted Staff Action Program (ASAP). *Psychiatr Q* 72:237–248, 2001
102. Duxbury J: An evaluation of staff and patient views of and strategies employed to manage inpatient aggression and violence on one mental health unit: a pluralistic design. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 9:325–337, 2002
103. Forster PL, Cavness C, Phelps MA: Staff training decreases use of seclusion and restraint in an acute psychiatric hospital. *Arch Psychiatr Nurs* 13:269–271, 1999
104. Yudofsky, S. C. Silver, J. M., Jackson, W., et al. (1986). The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *American Journal of Psychiatry*, 143,35-39
105. Krakowski M, Czobor P, Citrome L, et al: Atypical antipsychotic agents in the treatment of violent patients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *Arch Gen Psychiatry* 63:622–629, 2006
106. Congruence of Diagnoses 2 Years After a First-Admission Diagnosis of Psychosis Joseph E. Schwartz, PhD; Shmuel Fennig, MD; Marsha Tanenberg-Karant, MD; Gabrielle Carlson, MD; Thomas Craig, MD; Nora Galambos, PhD; Janet Lavelle, MS; Evelyn J. Bromet, PhD *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57(6):593-600. doi:10-1001/pubs.Arch Gen Psychiatry-ISSN-0003-990x-57-6-ya08433.
107. DeVon, H. A., Block, M. E., Moyle-Wright, P., Ernst, D. M., Hayden, S. J., Lazzara, D. J. et al. (2007). A psychometric Toolbox for testing Validity and Reliability. *Journal of Nursing scholarship*, 39 (2), 155-164.

108. Trochim, W.M.K. (2001). *The Research Methods Knowledge Base*. Cincinnati: Atomic Dog
109. Cornaggia C. M., Beghi M., Pavone F., Barale F., Aggression in psychiatry wards: A systematic review *Psychiatry Research* Volume 189, Issue 1, 30 August 2011, Pages 10–20
110. “Strengths and limitations of actuarial prediction of criminal reoffence in a German prison sample: A comparative study of LSI-R, HCR-20 and PCL-R *International Journal of Law and Psychiatry* Volume 29, Issue 5, September–October 2006, Pages 431–442”
111. “Prevalence and predictors of verbal aggression in a secure mental health service: Use of the HCR-20” Cevher Gunenc, Laura E. O'Shea and Geoffrey L. Dickens, *International Journal of Mental Health Nursing* Volume 24, Issue 4, pages 314–323, August 2015)
112. Prevalence and Risk Factors of Violence by Psychiatric Acute Inpatients: A Systematic Review and Meta-Analysis .Laura Iozzino, Clarissa Ferrari,1 Matthew Large, Olav Nielssen, and Giovanni de Girolamo doi: 10.1371/journal.pone.0128536
113. Amore M, Menchetti M, Tonti C, Scarlatti F, Lundgren E, Esposito W, et al. Predictors of violent behavior among acute psychiatric patients: clinical study. *Psychiatry Clin Neurosci* 2008; 62 (3): 247–55. doi: 10.1111/j.1440-1819.2008.01790.x [PubMed]
114. Boggild AK, Heisel MJ, Links PS. Social, demographic, and clinical factors related to disruptive behaviour in hospital. *Can J Psychiatry* 2004; 49(2): 114–8. [PubMed]
115. Soliman AE, Reza H. Risk factors and correlates of violence among acutely ill adult psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv* 2001; 52(1): 75–80. [PubMed]
116. Blomhoff S, Seim S, Friis S. Can prediction of violence among psychiatric inpatients be improved? *Hospital and Community Psychiatry* 1990; 41 (7): 771–5. [PubMed]
117. Monahan J, Steadman H. Crime and mental disorder: an epidemiological approach In Morris N, Tonry M (eds). *Crime and Justice: an annual review of research*. University of Chicago, 145–189; 1983.
118. Susanne Strand, Henrik Belfrage², Goran Fransson and Sten Levander. *Legal and Criminological Psychology*, Volume 4, Issue 1, pages 67–76, February 1999)
119. Substance abuse as a risk factor for violence in mental illness: some implications for forensic psychiatric practice and clinical ethics” Published in final edited form as: *Curr Opin Psychiatry*. 2013 Jul; 26(4): 349–354. doi: 10.1097/YCO.0b013e328361e798”
120. Boden JM, Fergusson DM, Horwood LJ. Alcohol misuse and violent behavior: findings from a 30-year longitudinal study. *Drug Alcohol Depend*. 2012;122:135–

141. [PubMed] Longitudinal study from the Dunedin cohort using various validated measures of violence.
121. Pedersen W, Skardhamar T. Cannabis and crime: findings from a longitudinal study. *Addiction*. 2010;105:109–118. [PubMed]
122. Norström T, Pape H. Alcohol, suppressed anger and violence. *Addiction*. 2010;105:1580–1586. [PubMed]
123. Swartz M, Swanson J, Hiday V, et al. Violence and severe mental illness: the effects of substance abuse and nonadherence to medication. *Am J Psychiatry*. 1998;155:226–231. [PubMed].
124. Powell G, Caan W, Crowe M. What events precede violent incidents in psychiatric hospital? *British Journal of Psychiatry* 1994; 165: 107–112. [PubMed]
125. Duxbury J. An evaluation of staff and patient views of and strategies employed to manage inpatient aggression and violence on one mental health unit: a pluralistic design. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2002; 9: 325–337. [PubMed]
126. Barlow K, Grenyer B, Ilkiw-Lavalle O. Prevalence and precipitants of aggression in psychiatric inpatient units. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2000; 34: 967 [PubMed]
127. “Psychotic symptoms, self-harm and violence in individuals with schizophrenia and substance misuse problems. Haddock G, Eisner E, Davies G, Coupe N, Barrowclough C” *Schizophr Res*. 2013 Dec;151(1-3):215-20. doi: 10.1016/j.schres.2013.10.031. Epub 2013 Nov 20.
128. Psychotic symptoms, self-harm and violence in individuals with schizophrenia and substance misuse problems. Haddock G, Eisner E, Davies G, Coupe N, Barrowclough C” *Schizophr Res*. 2013 Dec;151(1-3):215-20. doi: 10.1016/j.schres.2013.10.031. Epub 2013 Nov 20.
129. ([http://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(14\)00128-X/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(14)00128-X/abstract)):
130. Grey *et al.* (http://psych.cf.ac.uk/home2/snowden/2008_BJP_Grayetal.pdf)
131. (Michelle Grevatt, Brian Thomas-Peter *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* Volume 15, Issue 2, 2004 pages 278-292)
132. Douglas *et al* 2005[68] (Comparative Validity Analysis of Multiple Measures of Violence Risk in a Sample of Criminal Offenders Author(s): Kevin S. Douglas ; Melissa Yeomans ; Douglas P. Boer Journal: *Criminal Justice and Behavior* Volume:32 Issue:5 Dated:October 2005 Pages:479 to 510 dhe De vogel *et al* 2004,
133. (The moderate level of predictive accuracy of these tools suggests that they should not be used solely-The efficacy of violence prediction: A meta-analytic comparison of nine risk assessment tools. Yang, Min; Wong, Stephen C. P.; Coid, Jeremy *Psychological Bulletin*, Vol 136(5), Sep 2010, 740-767-)

134. "Violent behaviour in forensic psychiatric patients: Risk assessment and different risk-management levels using the HCR-20" Mats Dernevik, Martin Grannb & Sabina Johanssonc pages 93-111 Psychology, Crime & Law Volume 8, Issue 1, 2002,
135. Behavioral Sciences & the Law [63] "Assessing risk for violence among psychiatric patients: The HCR-20 violence risk assessment scheme and the Psychopathy Checklist"t: Screening Version. Douglas, Kevin S.; Ogloff, James R. P.; Nicholls, Tonia L.; Grant, Isabel Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol 67(6), Dec 1999, 917-930. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.67.6.917>
136. Handbook of Violence Risk Assessment (2010) Randy K. Otto, Kevin S. Douglas (147-190)
137. "Evaluation of a model of violence risk assessment among forensic psychiatric patients" KS Douglas, JRP Ogloff, SD Hart - Psychiatric Services, 2003 - Am Psychiatric Assoc
138. [http://apsychoserver.psych.arizona.edu/JJBAREprints/PSYC621/Mossman,%20Somoza ROC%20Curves,%20test%20accuracy Jrnl%20of%20Neuropsychiatry 1991.pdf](http://apsychoserver.psych.arizona.edu/JJBAREprints/PSYC621/Mossman,%20Somoza%20ROC%20Curves,%20test%20accuracy%20Jrnl%20of%20Neuropsychiatry%201991.pdf)
139. Sharon R. Foleya, Brendan D. Kellya, Mary Clarkea, Orfhlaith McTiguea, Gervina M., Kamalia M., Larkina C., O'Callaghana E., Brownestudi S., Schizophrenia Research Volume 72, Issues 2–3, 1 January 2005, Pages 161–168.
140. Personality, Personality Disorder and Violence: An Evidence Based Approach edited by Mary McMurran, Richard Howard)
141. Personality disorders and violence: what is the link? Richard Howard Email author Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation 2015;12 DOI: 10.1186/s40479-015-0033-x
142. Hodgins, S., Mednick, S. A., Brennan, P. A., Schulsinger, F., & Engberg, M. (1996). Mental disorder and crime: Evidence from a Danish birth cohort. Archives of General Psychiatry, 53, 489–496. 1996), in contact with public psychiatric services (Wallace et al., 1998;
143. Wallace, C., Mullen, P. E., Burgess, P. M., Palmer, S., Ruschena, D., & Browne, C. (1998). Serious criminal offending and mental disorder. Case linkage study. British Journal of Psychiatry, 172, 477–484) and entering substance abuse treatment (Hernandez-Avila et al., 2000;
144. (Hernandez-Avila, C. A., Burleson, J. A., Poling, J., Tennen, H., Rounsaville, B. J., & Kranzler, H. R. (2000). Personality and substance use disorders as predictors of criminality. Comprehensive Psychiatry, 41, 276–283.).
145. (.<http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=210872>.)
146. (Ballester et al. 2012 2012 Feb;97(2):367-72.

- doi: 10.1016/j.fertnstert.2011.11.022. Ballester M(1), Oppenheimer A, Mathieu d'Argent E, Touboul C, Antoine JM, ...Publique des Hôpitaux de Paris, Université Pierre et Marie Curie, Paris, France.).
147. Helen Gilbert, Diana Rose and Mike Slade. BMC Health Services Research 2008;92 DOI: 10.1186/1472-6963-8-92© Gilbert et al; licensee BioMed Central Ltd. 2008 Published: 25 April 2008)
 148. "Relationships between residents in secure psychiatric units: are safety and sensitivity really incompatible?" Kalpana Dein, Paul Simon Williams british journal of psychology. DOI: 10.1192/pb.bp.106.011478 Published 31 July 2008
 149. "Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurse Chapter 28 The Impact of Facility Design on Patient Safety John Reiling; Ronda G. Hughes; Mike R. Murphy.,
 150. "The psychiatric ward as a therapeutic space: systematic review Constantina Papoulias, Emese Csipke, Diana Rose, Susie McKellar, Til Wykes The British Journal of Psychiatry Sep 2014, 205 (3) 171-176; DOI: 10.1192/bjp.bp.114.144873
 151. Ronald C. Kessler, G. Paul Amminger, Sergio Aguilar-Gaxiola, Jordi Alonso, , Sing Lee, and T. Bedirhan Ustun. Age of onset of mental disorders: A review of recent literature Curr Opin Psychiatry. 2007 Jul; 20(4): 359–364. doi: 10.1097/YCO.0b013e32816ebc8c
 152. Nielssen OB, Malhi GS, McGorry PD, Large MM. J Clin Psychiatry. 2012 May; 73(5):e580-7. doi: 10.4088/JCP.11r07036. Overview of violence to self and others during the first episode of psychosis.

VII. SHTOJCAT

SHTOJCA A: Pyetësi me të dhënat individuale

Pjesmarrësi#: _____ Pavioni: _____ Numri i Incidentit: _____

Gjinia e Pacientit: _____ M _____ F _____
Vëndbanimi _____

Mosha: _____ Gjendja Civile: _____ Statusi i menaxhimit të rrezikut _____

Data e shtrimit: _____ Statusi Ligjor: _____

Arsyeja e shtrimit të tanishëm: _____

Diagnoza:

- Skizofrenia/Crregullimi Skizoafektiv _____
- Çrregullimi psikotik për tu determinuar _____
- Çrregullimi Bipolar _____
- Çrregullimi Depresiv _____
- Çrregullime që lidhen me përdorimin e substancave (primare) _____
- Çrregullim Personaliteti _____
- Të tjera _____

Shtrime të mëparshme: _____

Ditëqëndrimi në spital: _____

Substanca:_____

O Sëmundje të Përgjithshme_____

O Çrregullime konvulsive:_____

O Prapambetje mendore:_____

SHTOJCA B: Testi HCR-20 i vlerësimit të violencës

H1

0	Pa shfaqje dhune të mëparshme
1	Dhune e shfaqur me pare, jo shumë serioze (1-2 akte dhune të moderuara në të rëndë)
2	Shfaqjet e dhunës së mëparshme, serioze (3-4 akte violente dhe të dhunshme)

H2

0	Mbi 40 vjec kur shfaq për herë të parë dhune
1	Për herë të parë violenca u shfaq ndërmjet moshës 20-40 vjec
2	Akti i parë i violencës në moshën nën 20 vjec

H3

0	Mënyra e mardhënieve e qëndrueshme pa konflikte
1	Mënyra e mardhënieve e pa qëndrueshme me konflikte, por jo serioze
2	Mënyra e mardhënieve seriozisht e pa qëndrueshme me konflikte

H4

0	Pa problem në punësim
1	Probleme të mundshme në punësim, por jo shumë serioze
2	Probleme serioze në punësim

H5

0	Nuk përdor substanca
1	Përdorues i mundshëm i substancave, por jo aq serioz
2	Përdorues serioz i substancave

H6

0	Pa sëmundje madhore mendore
1	Sëmundje madhore mendore e mundshme , por jo aq serioze
2	Sëmundje serioze madhore mendore

H7

0	Jo psikopat. Bën nën 13 në PCL-SV
1	Psikopat. Bën 13-17 në PCL-SV
2	Psikopat serioz. Bën 18-24 në PCL-SV

H8

0	Pa vështirësi për tu adaptuar në ambjent social
1	Vështirësi të mundshme por jo aq serioze në adaptim ambjenti social
2	Vështirësi serioze në adaptim ambjenti social

H9

0	Pa çrregullime personaliteti
1	Çrregullime të mundëshme, jo aq serioze të personalitetit
2	Çrregullime serioze të personalitetit

H10

0	Pa problem gjatë mbikqyrjes
1	Probleme të mundëshme por jo aq serioze gjatë mbikqyrjes.
2	Probleme serioze gjatë mbikqyrjes

C1

0	Nuk i mungon kritika dhe arsyetimi për gjëndjen mendore
1	Mungesë e mundëshme e kritikës dhe vlerësim jo aq serioze për gjëndjen mendore
2	Mungese serioze e kritikës për vlerësimin e gjëndjes mendore

C2

0	Pa problem në sjellje të përditëshme
1	Probleme jo aq serioze, por të mundëshme në sjelljen e përditëshme
2	Probleme serioze në sjelljen e përditëshme

C3

0	Pa simptoma aktive të sëmundjeve madhore mendore
1	Simptoma aktive të mundëshme, jo aq serioze të sëmundjeve madhore mendore
2	Simptoma aktive serioze të sëmundjeve madhore mendore

C4

0	Pa shfaqje impulsiviteti
1	Shfaqje të mundëshme të impulsivitetit po jo aq serioze
2	Impulsiviteti i shfaqur është serioz

C5

0	Reagim pozitiv ndaj trajtimit mjeksor
1	Mosreagim i mundëshëm ndaj trajtimit mjeksor
2	Reagim negativ, i dukshëm ndaj trajtimit

R1

0	Planet do të realizohen
1	Planet mund edhe të mos realizohen
2	Planet nuk do realizohen

R2

0	Propabilitet i ulët i ekspozimit ndaj faktorëve destabilizues
1	Propabilitet i moderuar i ekspozimit ndaj faktorëve destabilizues
2	Propabilitet i lartë i ekspozimit ndaj faktorëve destabilizues

R3

0	Propabilitet i ulët që mbështetja personale do mungojë
1	Propabilitet i moderuar që mbështetja personale do mungojë
2	Propabilitet i lartë që mbështetja personale do mungojë

R4

0	Propabiliteti i ulët që përpjekjet për përmirësim nuk do ndiqen
1	Propabiliteti i moderuar që përpjekjet për përmirësim nuk do ndiqen
2	Propabiliteti i lartë që përpjekjet për përmirësim nuk do ndiqen

R5

0	Propabilitet i ulët që stresi nuk do përballohet
1	Propabilitet i moderuar për të përballuar stresin
2	Propabilitet i lartë që stresi nuk do përballohet

SHTOJCA C: Pikët e Pjesmarrësve të HCR-20

Emri

i

pjesmarrësit _____ Vlerësuesi _____ Data _____

HCR-20 Pikët totale

H1 _____

H2 _____

H3 _____

H4 _____

H5 _____

H6 _____

H7 _____

H8 _____

H9 _____

H10 _____

Shkalla H pikët e grumbulluara _____

C1 _____

C2 _____

C3 _____

____ C4 _____

C5 _____

Shkalla C pikët e grumbulluara _____

R1 _____

R2 _____

R3 _____

R4 _____

R5 _____

Shkalla R pikët e grumbulluara _____

Piket PCL:SV_____

Statusi _____ **i** _____ **Manaxhimit** _____ **të**
rrezikut_____

Lloji i dhunës_____

Shenjat paralajmëruese:_____

Numri i viktimave:_____

SHTOJCA D: Intervistë e stafit

Pjesmarrësi _____ Incidenti # _____ Pavioni _____

Dëshmitari/personi që mbush skedën _____ Data incidentit _____

kohëzgjatja _____ Vëndi incidentit _____

A do jesh dakort të të bëj disa pyetje rreth incidentit që ndodhi më _____
në _____

Ku ndodhi pikërisht incidenti _____

A ishte ndonjë person tjetër që u ngatërrua në incident _____

Emri i personit dhe përgjegjësia në spital _____

Në ç'kohë ndodhi incidenti _____

A kishte ndodhur ndonjë gjë para se të ndodhte incidenti (psh, a ishte koha për të marrë mjekimin, apo koha për t'u shoqëruar që të drekonte) _____

A mund të përshkruash sjelljen e pacientit pikërisht para incidentit (psh: nervos, duke pare TV) _____

A mund të përshkruash me detaje ngjarjen që ndodhi në ----- më -----?

A u dëmtua njeri gjatë incidentit? _____

----Kush ishte personi i demtuar dhe ku? -----

A ju dha personit të demtuar ndihma e pare? -----

Cila qe konkretisht ndihma e dhënë? -----

Kush ishte ndihmëdhënësi? -----

A e ke idenë pse ndodhi ky incident?-----

A mund ta përshkruash sjelljen e pacientit pas incidentit-----

Pati ndërhyrje gjatë incidentit (*urdhër verbal, dhënie mjekimi*)-----

A mund të përshruash ndërhyrjen dhe kush ishte personi që ndërhyri?-----

A ndodhi ndonjë gjë tjetër e rëndësishme pas incidentit-----

A ke ndonje koment plotësues rreth këtij incidenti?-----

Shumë faleminderit

Firma e personit që kreu intervistën

Data

SHTOJCA E: Informacion për incidentin violent

Pjesmarrësi _____ Incidenti # _____ Pavioni _____

-

Dëshmitari/personi që mbush skedën _____ Data incidentit _____
kohëzgjatja _____ Vëndi incidentit _____

Gjinia M F Mosha Diagnoza _____

-

Lloji i ngjarjes ☐ Violencë Verbale

☐ Dëmtim Objektesh

☐ Violencë fizike ☐ Pacient me Pacient ☐ Pacient me persone

(pershkruaj me poshte c'ndodhi)(pershkruaj me poshte

ç'ndodhi)

☐ Tjetër _____

Plagosje: ☐ Jo ☐ Po (pershkruaj) _____

Përshkrim i ngjarjes: (kush ishte aty dhe përgjegjësia)

Ç'ndodhi? _____

Kur/si përfundoi _____

Pse/Si? _____

Sjellja e pacientit _____

-Ndërhyrja ☐ Asgjë ☐ Mbështetje verbal/urdher ☐

Izolim

- ☐ Monitorim ☐ Kufizim
- ☐ Mbërthim
- ☐ Dhënie mjekimi me pëlqimin e pacientit _____
- ☐ Nga goja ☐ Injeksion
- Dhënie mjekimi pa pëlqimin e pacientit _____
- ☐ Nga goja ☐ Injeksion
- ☐ Tjetër _____

Trajtimi për plagosje ☐ Asgjë ☐ Pacientin agresive ☐ Trajtim për personin tjetër

Lloji i trajtimit _____

Vëndi trajtimit _____

Simptomatologjia përkatëse _____

Komente

Intervistuesi

Firma _____ Data _____

SHTOJCA F: Sistemi i vlerësimit të shkallës së agresionit të modifikuar (MOAS)

Pjesmarrësi _____ **Incidenti #** _____ **Pavioni**-----

Deshmitari/personi qe mbush skedën-----**Pozicioni që ka**-----

-----**Data/turni incident**-----**kohëzgjatja**---

-----**Vëndi incidentit**-----

Udhëzimet:Për çdo kategori të sjelljes agresive, kontrollo shkallën më të lartë të aplikueshme të pikëve që përshkruan aktin më agresiv të kryer nga pacienti gjatë periudhës së observacionit (vezhgimit).

Dhunë verbale. Fjalë te hidhura, sic janë thëniet që kanë qëllim që të shkaktojnë dëm psikologjik tek tjetri nëpërmjet nënvlehtësimit, fyerjeve, kërcënimeve apo sulmit fizik

____0. Pa aggression verbal

____1. Gerthet i nervikosur, shan butë, ose ofendon personalisht

____2. Shan keq, ofendon rëndë ka inat dhe shpërthen

____3. Impulsivisht kërcënon dhunë kundër të tjerëve apo vetes

____4. Kercenon dhune kunder te tjereve ose vetes pa pushim ose e qellimshme(p.sh.që t'i japin para apo seks)

*Dhunë ndaj objekteve:*Tenton që të shkatërroj paisjet në pavion apo pronën e të tjerëve.

____0. Pa aggression kundër pronësisë

____1.Përplas dyert i nevrikosur, gris rrobat, urinon në dysHEME

____2.Hedh sende në tokë, shqelmon mobilje, defekon muret

____3.Thyen objekte, mobilje, thyen xhamat e dritareve

____4.Ve zjarrin, flakerin objekte rrezikshmërisht

Dhunë fizike: Akte violente që të shkaktojë dhimbje, dëmtim trupor apo vdekje tek të tjerët.

____0. Pa aggression fizik

____1. Bën gjeste të keqia, hedh grushta përpara njerezve, i kap nga rrobat

____2. Gjua, shqelmon, shtyn, grric,shkul flok të tjerëve pa shkaktuar plagosje

____3. Sulmon të tjerët duke shkaktuar plagosje mesatare (nxirje, përndrydhje)

____4. Sulmon, shkakton plagosje serioze (fraktura, thyerje dhëmbesh, carje të thella, humbje të konshiençës)

Përmbledhja e Pikëve:

Shkalla	Pikët sipas shkallës	Llogaritja e pikëve
Dhunë verbale	_____	x 1= ____X_
Dhunë ndaj objekteve	_____	x 2= ____X_
Dhunë fizike	_____	x 4= ____X_

Plotësuar nga _____

Firma _____

Data_____

SHTOJCA I: Pikët e grumbulluara nga sistemi i vlerësimit të shkallës së agresionit, i modifikuar (MOAS)

Piket MOAS

Pjesmarresi

#

Njesite

Inc.1: Violence Verbale- pike = _____ Inc.11: Violence Verbale- pike = _____

Violence kunder objekteve pike = _____ Violence kunder objekteve-pike = _____

Violence Fizike-pike _____ Violence Fizike -pike = _____

Inc.2: Violence Verbale- pike = _____ Inc.12: Violence Verbale-pike = _____

Violence kunder objekteve pike = _____ Violence kunder objekteve-pike = _____

Violence Fizike-pike _____ Violence Fizike -pike = _____

Inc.3: Violence Verbale- pike = _____ Inc.13: Violence Verbale- pike = _____

Violence kunder objekteve pike = _____ Violence kunder objekteve-pike = _____

Violence Fizike-pike _____ Violence Fizike -pike = _____

Inc.4: Violence Verbale- pike = _____ Inc.14: Violence Verbale- pike = _____

Violence kunder objekteve pike = _____ Violence kunder objekteve-pike = _____

Violence Fizike-pike _____ Violence Fizike -pike = _____

Inc.5: Violence Verbale- pike = _____ Inc.15: Violence Verbale- pike = _____

Violence kunder objekteve pike = _____ Violence kunder objekteve-pike = _____

Violence Fizike-pike _____ Violence Fizike -pike = _____

Inc.6: Violence Verbale- pike = _____ Inc.16: Violence Verbale- pike = _____

Violence kunder objekteve pike = _____ Violence kunder objekteve-pike = _____

Violence Fizike-pike _____ Violence Fizike -pike = _____

Abstrakt:

SJELLJA VIOLENTE NË PAVIONIN E URGJENCËS PSIKIATRIKE. VLERËSIMI I RREZIKUT PËR VIOLENCË NËPËRMJET PËRDORIMIT TË TESTIT HCR – 20.

Hyrje: Sjellja violente e pacientëve është një problem i shpeshtë në vlerësimin e urgjencës psikiatrike. Mungesa e një testi që të mund të përdoret për të parashikuar sjelljen violente vështirëson jo vetëm marrjen e vendimit të duhur në rastin e shtrimit urgjent, por edhe për daljen nga spitali. Aplikimi i një testi të tillë do të përmirësonte vlerësimin duke ofruar zgjidhje më të lehtë të problemeve.

Obektivat: Të identifikojë faktorët e rrezikut të sjelljes violente. Përcaktimi i shkallës së parashikueshmërisë së shpeshtësisë dhe ashpërsisë së sjelljes violente me anë të testit HCR-20. Shqyrtimi i vlerës parashikuese të shkallëve të testit HCR-20.

Rezultatet: Lidhja ndërmjet violencës dhe sëmundjeve mendore ndryshon në diagnoza të ndryshme. Nivel më i lartë violence raportohet në pacientë me çrregullim personaliteti (77%) të ndjekur nga skizofrenia (69%) dhe çrregullimi bipolar (66%). Midis faktorëve të rriskut, sjellja e kaluar violente paraqiti vlerë më të madhe parashikuese. HCR-20-ta demostroi të ishte një mjet (sensitiviteti 85%), për të vlerësuar mundësinë e shfaqjes së dhunës në të ardhmen.

Konkluzionet: Pyetësi HCR-20 ndihmon në pjesën më të madhe në parashikimin e dhunës dhe në marrjen e masave të duhura me qëllim që të parandalohen pasoja të padëshiruara.

Fjalët kyçe: vlerësim, sjellje violente, urgjencë psikiatrike, faktor rrisku, HCR-20.

-ABSTRACT:

ASSESSMENT AND TREATMENT OF PATIENTS WITH VIOLENT BEHAVIORS IN EMERGENCY PSYCHIATRY. THE HCR-20 VIOLENCE RISK ASSESSMENT SCHEME

Introduction: Violent behavior of patients is a common problem in emergency psychiatric evaluation. The absence of a test that could be used to predict violent behavior hampers the proper decision in the case of emergency admissions, as well as the discharge from the hospital. The application of such a test would upgrade assessment offering to solve this problem.

Objective: To identify risk factors of violent behavior, to establish the degree to which the HCR-20 predicts the frequency and severity of violent behavior; to examine the predictive validity of the scales of the HCR-20,

Method: Prospective cohort study, during 24 weeks. Psychiatric evaluation based on structural clinical interviews and questionnaires related to violent behaviors and risk factors were conducted to patients admitted in psychiatric hospital on UHC “Mother Tereza” Tirana .

Results: The relationship between violence and mental illness varies considerably across different diagnoses. The highest rate of violence is reported in subjects with personality disorder (77%) followed by schizophrenia (69%) and bipolar disorder (66%). Among the risk factors, the past violence behaviors show the highest predictive value.

HCR20 has shown to be a tool (sensitivity 85%), to estimate probability of future violence.

Conclusions : HCR20 tool assists to roughly predict future violence and taking appropriate measures in order to prevent unwanted consequences.

Key words: assessment, violent behaviour, emergency psychiatry, risk factors, HCR-20.