

**UNIVERSITETI MJEKËSISË TIRANË  
DEPARTAMENTI I NEUROSHKENCËS**

**SIMPTOMAT PSIKOPATOLOGJIKE  
AFATGJATA NË POPULLATËN E GËRDECIT**

**Disertacion  
Për Marrjen e Gradës Shkencore**

**DOKTOR**

**Kandidati: Arjana Reli  
Udhëheqës Shkencor: Prof. Dr. Ariel Çomo**

**TIRANË 2018**

**REPUBLIKA E SHQIPËRISË  
UNIVERSITETI I MJEKËSISË TIRANË**



UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË

**DISERTACION**

*I PARAQITUR NGA*

**Arjana RELI**

**PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE**

**DOKTOR**

**SPECIALITETI: PSIKIATRI**

**TEMA: “SIMPTOMAT PSIKOLOGJIKE AFATGJATA NË POPULLATËN E GËRDECIT”**

**MBROHET NË DATË.....PARA JURISË:**

1. Prof.....KRYETAR
2. Prof. As..... ANËTAR (OPONENT)
3. Prof.....ANËTAR (OPONENT)
4. Prof. As.....ANËTAR
5. Prof. As..... ANËTAR

***Parathënie***

*Ky studim u krye me qëllim vlerësimin e prevalencës së simptomave psikopatologjike afatgjata në popullatën e fshatit Gërdec-Tiranë, në zonës së shpërthimit të municioneve.*

*Shpresojmë që ky studim të jape ndihmesën e tij ne menaxhimin e stresit post traumatik ne shërbimin ambulator dhe spitalor.*

*Simptomat psikopatologjike afatgjata në popullatën e Gërdecit*

## **DEDIKIM**

*Familjes sime!*

## **Falenderim**

Falenderoj udhëheqësin tim shkencor Prof. Dr. Ariel Çomo, për ndihmën në të gjitha etapat e studimit, duke më ofruar eksperiencën dhe ekspertizën e tij në fushën e këtij studimi.

Falenderoj stafin e studimit për punën e tyre me perkushtim dhe banoret pjesëmarrës në studim.

Së fundmi, dua të falënderoj familjen time, e cila më ka inkurajuar në vazhdimësi për kryerjen e këtij punimi, më ka dhënë gjithë dashurinë dhe qetësinë e nevojshme, pa të cilat ky punim nuk do të ishte kryer.

**Shkurtesa**

M	Mesatare
SD	Standard deviation
ÇSPT	Çrregullimi i Stresit Post Traumatik
PTSD	Post traumatic Stress Disorder
EMDR	Eye-movement desensitization and reprocessing
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ADD	Adult attention deficit disorder
PDI-4A	Provisional Diagnostic Instrument-4
BLA	Basolateral
IGF2 / IGFBP7	Insulin-like growth factor-binding protein 7
PCL	PTSD Checklist
IES-R	Impact of Events scale
DHD	Deficit hyperactivity disorder
DISC-IV	Diagnostic Interview Schedule for Children-Version IV
DICA-R	Children and Adolescents-Revised
K- SADS	Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases-10
CBT	Cognitive Behavioral Therapy
UNICEF, UNDP	United Nations Development Programme
DALY	Disability-Adjusted Life Year
HPA	Hypothalamic-Pituitary-Adrenal

## **Përmbajtja**

<i>Parathënie</i> .....	3
Falenderim .....	5
Shkurtesa.....	6
I HYRJE.....	12
Permbledhje e Punimit .....	13
1.1 Çfarë është çrregullimi i stresit post-traumatic (PTSD)? .....	21
1.2 Klasifikimi .....	22
1.3 Trauma .....	23
1.4 Epidemiologjia.....	24
1.5 Patofiziologjia.....	24
1.5.1 Neuroendokrinologjia .....	24
1.6 Neuroanatomia .....	27
1.7 Diagnoza .....	28
1.8 Depistimi dhe vlerësimi .....	29
1.9 Manuali diagnostik dhe statistikor .....	30
1.10 Cfare e shkakton PTSD? .....	32
1.11 Cilet jane faktoret e riskut te PTSD dhe faktoret mbrojtës ? .....	32
1.12 Cilat jane efektet e PTSD? .....	32
1.13 Cilat jane simptomat dhe shenjat e PTSD ?.....	33
1.14 Cila është prognoza për PTSD? .....	37
1.15 A është e mundur për të parandaluar PTSD? .....	37
1.16 Trajtimi.....	37
1.16.1 Psikoterapia .....	38
1.16.2 Medikamente .....	40
1.17 Parandalimi.....	41
1.17.1A është e mundur për të parandaluar ÇSPT?.....	41
1.17.2 Intervistimi psikologjik.....	42
1.17.3 Ndërhyrjet e rrezikut.....	42

1.17.4 Ushtrimi, sporti dhe aktiviteti fizik.....	42
1.18 Cila është perspektiva për njerëzit me ÇSPT?.....	42
1.19 Incidenti ne fshatin Gërdec .....	43
19.1 Përshkrimi i përgjithshëm i situatës .....	43
II METODOLOGJIA .....	48
2.1 Qëllimi.....	48
2.2 Objektivat .....	48
2.3 Hipotezat e studimit .....	48
2.3 Materiali dhe Metoda .....	48
2.4 Metodologjia e analizës statistikore .....	52
III REZULTATE .....	53
IV DISKUTIM .....	74
V PËRFUNDIME .....	79
VI REKOMANDIME.....	81
VII SHTOJCA .....	84
VIII BIBLIOGRAFIA .....	86



**Lista e tabelave**

Tabela 3. 1 Karakteristikat sociodemografike te pacienteve (n=196) .....	53
Tabela 3. 2 Statistika e përmbledhur e moshës.....	54
Tabela 3. 3 Krahasimi i pikezimit mesatar sipas zonave dhe kontrolleve për DASS.....	60
Tabela 3. 4 Krahasimi i pikeve te DASS midis meshkujve dhe femrave per totalin e pjesemarresve.....	61
Tabela 3. 5 Krahasimi i pikeve te DASS midis meshkujve dhe femrave sipas zonave te studimit .....	62
Tabela 3. 6 Ashpersia e DASS sipas zonave .....	64
Tabela 3. 7 ÇSPT - Zona e shperthimit (N= 79).....	65
Tabela 3. 8ÇSPT - Zona e sigurise (N=117) .....	67
Tabela 3. 9 ÇSPT - Kontrolle (N=50).....	68
Tabela 3. 10 Prevalenca e ÇSPT.....	69
Tabela 3. 11 Marrëdhënia e ÇSPT me variablat sociodemografike .....	71

**Lista e figurave**

Figura 3. 1 Shperndarja e rasteve sipas gjinise .....	54
Figura 3. 2 Histogrami i moshes se pacienteve.....	54
Figura 3. 3 Krahasimi i moshes sipas gjinise.....	55
Figura 3. 4 Shperndarja e rasteve sipas grupmoshes .....	56
Figura 3. 5 Shperndarja e rasteve sipas gjendjes civile .....	56
Figura 3. 6 Shperndarja e rasteve sipas gjendjes ekonomike.....	57
Figura 3. 7 Shperndarja e rasteve sipas nivelit arsimor .....	58
Figura 3. 8 Shperndarja e pacienteve sipas profesionit.....	59
Figura 3. 9Krahasimi i pikezimit mesatar sipas zonave dhe kontroleve për DASS .....	60
Figura 3. 10 Krahasimi i pikeve te DASS midis meshkujve dhe femrave per totalin e pjesemarresve.....	61
Figura 3. 11Krahasimi i pikeve te DASS midis meshkujve dhe femrave sipas zonave ...	63
Figura 3. 12 Ashpërsia e DASS sipas zonave të studimit.....	65
Figura 3. 13 Prevalenca e ÇSPT .....	70
Figura 3. 14 Marrëdhënia e ÇSPT me variablat sociodemografike.....	72

## **Abstrakt**

**Hyrje:** Çrregullimi i stresit postraumatik është një sëmundje emocionale që klasifikohet si një çrregullim ankthi dhe zakonisht zhvillohet si pasojë e një përvoje jashtëzakonisht të frikshme, kërcënuese për jetën ku personi perfshihet, shikon ose degjon te flitet.

**Qellimi:** Vlerësimi i prevalencës së simptomave psikopatologjike afatgjata në popullatën e fshatit Gerdec-Tiranë, ne zonën e shpërthimit të municioneve.

**Materiali dhe metoda:** Ky është një studim cross-sectional i kryer në periudhën 2012-2015 ne fshatin Gerdec dhe në Qendren Komunitare te Shendetit Mendor Nr.3, ne Tirane. Ne studim moren pjese 196 banore nga fshati i Gerdecit dhe nje grup kontrolli prej 50 banoresh nga qyteza e Vores.

**Rezultate:** 89 banore ose 45% te totalit te pjesemarresve ne studim ishin femra, krahasuar me 107 (55%) meshkuj. Moshë mesatare e pjesemarresve është 40.6 ( $\pm 15.9$ ) vjeç, moshe mediane 40.5 vjeç dhe rang 18-76 vjeç. Prevalenca e çrregullimit të stresit postraumatik tek banoret ne zonen e shperthimit është 16.5% (95%CI 9.91 – 26.19) ndersa tek banoret ne zonen e sigurise është 9.4% (95%CI 5.33 – 16.05), pa ndryshim sinjifikant ndermjet tyre. Prevalenca e çrregullimit të stresit postraumatik tek kontrollet është 2% (95%CI 0.051 – 10.65) Femrat ishin me te prekura nga çrregullimi i stresit postraumatik 16 (18%) e tyre, ndersa nga meshkujt 8 (7.5%). Femrat kane 2.7 here me teper gjasa se per tu prekur, krahasuar me meshkujt.

**Perfundim:** Specialistet e shëndetit publik dhe zyrtarët qeveritarë duhet të zhvillojnë fushata për të rritur ndërgjegjësimin kundër municioneve dhe për të edukuar njerëzit mbi format, karakteristikat dhe rreziqet e tyre.

**Fjalët kyç:** shpërthim, çrregullime të stresit postraumatik, simptoma psikologjike

## **I HYRJE**

### **Një paraqitje të përgjithshme e struktures se studimit.**

-Hyrja jep një përcaktim se çfare eshte çrregullimi i stresit post-traumatik dhe klasifikimin e tij. Me tej, materiali vijon me epidemiologjine, patofiziologjine, neuroendokrinologjine dhe neuroanatomine.

Gjithashtu, ne pjesen e hyrjes trajtohet edhe çështja e diagnostikimit, depistimit dhe manuali diagnostik dhe statistikor i perdorur ne studim. Shkaqet dhe efektet e ÇSPT, faktoret e riskut dhe simptomat jane nje pjese e rendesishme e materialit teorik, qe pasohen nga trajtimi prognoza dhe parandalimi. Gjithashtu, ne studim paraqitet situata e ndodhise se Gerdecit.

-Metodologjia, e cila mbulon çështjet teorike dhe metodologjike që lidhen me gjithë formulimin e këtij punimi; Shpjegimi mbi metodologjinë e përdorur duke filluar që nga planifikimi deri në analizën e të dhënave, përmes plotësimit të pyetësorëve që furnizojnë të dhënat sasiore për të vlerësuar simptomat e stresit, ankthit dhe depresionit të si dhe prevalencen e ÇSPT.

-Rezultatet: Ne pjesen e rezultateve, paraqitet analiza të të dhënave sasiore të pyetësorëve të përdorur gjatë studimit: i pyetësorit mbi nivelin e Stresit, Ankthit dhe Depresionit (DASS -42) dhe PTSD CheckList - Versioni Civil (PCL-C).

-Diskutimi dhe perfundimet përshkruajnë dhe shpjegojnë rezultatet e punës kërkimore dhe në përmbyllje ofrohen rekomandimet e studimit.

## **Permbledhje e Punimit**

Çrregullimi i stresit post-traumatik (PTSD) është një sëmundje emocionale që klasifikohet si një çrregullim ankthi dhe zakonisht zhvillohet si pasojë e një përvojë jashtëzakonisht të frikshme, jetëkërcënuese ose shumë të pasigurtë. Subjektet që vuajnë PTSD-në ri-përjetojnë ngjarjen / ngjarjet traumatike në një farë mënyre, tentojnë të shmangin vendet, njerëzit ose gjëra të tjera që i përkujtojnë ngjarjen (evitimi) dhe janë jashtëzakonisht të ndjeshëm ndaj përvojave normale të jetës (hipervigjilenca). Ndonëse ky çrregullim mendohet të ketë ekzistuar që kur qeniet njerëzore kanë përjetuar trauma, PTSD është njohur si një diagnozë formale vetëm në vitin 1980. Megjithatë, ai u njoh me emra të ndryshëm që në fillim të Luftës Civile Amerikane, kur veteranët e luftës u etiketuan si të prekur nga "zemra e ushtarit". Në Luftën e Parë Botërore, simptomat që përgjithësisht ishin në përputhje me këtë sindrom u quajtën si "lodhje e luftës". Ushtarët që zhvilluan simptoma të tilla në Luftën e Dytë Botërore thuhet se vuanin nga "reagimi i stresit të rëndë", dhe shumë trupa në Vietnam që kishin simptoma të asaj që tani quhet PTSD, u vlerësuan si viktima të "sindromës pas Vietnamit". PTSD gjithashtu është quajtur "lodhje beteje" dhe "shoku i shpërthimeve".

Çrregullimi kompleks i stresit posttraumatik (C-PTSD) zakonisht është pasojë e ekspozimit të zgjatur ndaj një ngjarje traumatike apo një serie ngjarjesh dhe karakterizohet nga probleme afatgjata në shumë aspekte të funksionimit emocional dhe social (1,2).

PTSD u klasifikua si një çrregullim ankthi në DSM-IV, por që atëherë është riklasifikuar si një "çrregullim i lidhur me traumën dhe stresorin" në DSM-5. Simptomat karakteristike nuk janë të pranishme përpara ekspozimit ndaj ngjarjes traumatike. Në rastin tipik, individë me PTSD vazhdimisht shmang mendimet dhe emocionet e lidhura me traumën, dhe diskutimin në lidhje me ngjarjen traumatike, dhe madje mund të ketë edhe amnezi rreth ngjarjes. Sidoqoftë, ngjarja zakonisht rijetohet nga individë nëpërmjet kujtimeve bezdisëse, të përsëritura, dhe anktheve (5). Ndonëse është e zakonshme prania e simptomave pas një ngjarje traumatike, ato duhet të persistojnë në një shkallë të mjaftueshme (dmth, duke shkaktuar mosfunksionim në jetë ose nivele klinike të vuajtjes) për më shumë se një muaj pas traumës në mënyrë që të klasifikohet si PTSD (mosfunksionimi ose vuajtja me rëndësi klinike për më pak se një muaj pas traumës mund të jetë çrregullim i stresit akut) (6-8).

PTSD mendohet se shkaktohet nga përjetimi i një sërë ngjarjesh traumatike dhe, veçanërisht nëse trauma është ekstreme, mund të ndodhë në personat pa individë pa faktorë predispozues. Shumica e njerëzve mund të përjetojnë të paktën një ngjarje traumatizuese gjatë jetës. (12-14). Meshkujt kanë më shumë gjasa të përjetojnë ngjarje traumatike, por femrat

janë më të predispozuara të jenë viktime të ngjarjeve traumatike me ndikim më të lartë që mund të çojnë në PTSD, siç janë dhuna dhe sulmet seksuale.

Reagimet e stresit post-traumatik nuk janë studiuar mjaftueshëm në fëmijët dhe adoleshentët aq sa në të rriturit (15). Shkalla e PTSD mund të jetë më e ulët në fëmijët se në të rriturit, por në mungesë të terapisë, simptomat mund të vazhdojnë për dekada.

Ka diskutime mbi nivelet e PTSD të gjetura në popullatë, por, pavarësisht nga ndryshimet në diagnozën dhe kriteret e përdorura për të përcaktuar PTSD midis 1997 dhe 2007, normat epidemiologjike nuk kanë ndryshuar dukshëm (24,25).

Organizata Botërore e Shëndetësisë e Kombeve të Bashkuara publikon vlerësimet e ndikimit të PTSD-së për secilin nga vendet anëtare të saj; të dhënat më të fundit të disponueshme janë për vitin 2004. Duke marrë parasysh vetëm 25 vendet më të populluara të renditura sipas shkallës së përgjithshme të moshës së standardizuar Disability-Adjusted Life Year (DALY) gjysma e parë e listës dominohet nga shtetet e Azisë / Paqësorit, SHBA-së dhe Egjipti (26). Renditja e vendeve sipas sipas kategorisë vetëm për meshkuj ose femra prodhoi të njëjtin rezultat, por më pak domethënës, pasi renditja e rezultateve në renditjet njëgjimore është shumë e reduktuar (4 për femrat, 3 për meshkujt, krahasuar me 14 në rezultatin e përgjithshëm të renditjes), duke sugjeruar se dallimet mes shkallës së femrave dhe meshkujve në çdo shtet bën diferencën midis tyre (27).

Simptomat e PTSD mund të shfaqen kur një ngjarje traumatike shkakton një përgjigje hiper-reaktive adrenaline, e cila krijon modele të thella neurologjike në tru. Këto modele mund të persistojnë për një kohë të gjatë pas ngjarjes që shkaktoi frikën, duke e bërë një individ hiper-reaktiv ndaj situatave të frikshme në të ardhmen. Gjatë përvojave traumatike sekretimi i niveleve të larta të hormoneve të stresit frenon aktivitetin hipotalamik që mund të jetë një faktor kryesor drejt zhvillimit të PTSD (28).

PTSD shkakton ndryshime biokimike në tru dhe trup, të ndryshme nga çrregullimet e tjera psikiatrike si depresioni madhor. Individët e diagnostikuar me PTSD i përgjigjen më mirë testit të frenimit me dexamethasone krahasuar me individët e diagnostikuar me depresion klinik (29).

Shumica e individëve me PTSD kanë sekretim të ulët të kortizolit dhe sekretim më të lartë të katekolaminave në urinë, për pasojë një raport norepinefrin / kortizol më të lartë krahasuar me individët e padiagnostikuar. Kjo është në kundërshtim me përgjigjen normative *sulmo ose vrapo*, në të cilën nivelet e katekolaminës dhe kortizolit janë të rritura pas ekspozimit ndaj një faktori stresant (30).

PTSD mund të jetë veçanërisht i vështirë për t'u diagnostikuar, sepse faktorë të shumtë mund të çojnë në mbi-raportime (p.sh paaftësi) dhe nën-raportime (p.sh shmangie) të simptomave, mosfunksionimit dhe të vuajtjes.

Janë në përdorim një sërë mjetesh depistuese për adultët me PTSD, si dhe për të rinjtë, të tillë si Indeksi i PTSD UCLA për DSM-IV (47) Depistimi i PTSD në Kujdesin Parësor, Lista

e Kontrollit të PTSD-së, GAD-7, Shkalla e simptomave PTSD te fëmijët, dhe Lista e kontrollit M3 janë mjete të tjera të depistimit.

Individët me PTSD mund të paraqesin një histori që kanë bërë përpjekje për vetëvrasje. Përveç depresionit dhe çrregullimeve të përdorimit të substancave, diagnoza e PTSD-së shpesh është e bashkëshoqëruar (është komorbid) me çrregullimin bipolar (depresion maniak), çrregullimin e të ushqyerit, dhe çrregullime të tjera ankthi si: çrregullimi obsesiv kompulsiv (OCD), çrregullimi i panikut, Çrregullimi i ankthit social, dhe çrregullimi i ankthit të përgjithësuar (53).

Që nga futja në përdorim i DSM-IV, shkalla e ngjarjeve të mundshme që mund të përdoren për të diagnostikuar PTSD është rritur; një studim sugjeron që rritja është rreth 50%. (53) Ekzistojnë shkallë të ndryshme për të matur severitetin dhe frekuencën e simptomave të PTSD-së. Mjetet e standardizuara të depistimit si Pyetësi i Vlerësimit të Traumës dhe Shkalla e Simptomave të PTSD-së mund të përdoren për të zbuluar simptomat e mundshme të çrregullimit të stresit post traumatik dhe sugjerojnë nevojën për një vlerësim formal të diagnostikimit.

Në Maj 2013 DSM-5, PTSD u klasifikua si një çrregullim i lidhur me traumën dhe faktorin stresant. (1) Kriteret diagnostikuese të DSM-5 për PTSD përfshijnë katër grupe simptomash : ripërjetimi, shmangia, mendimet dhe / ose ndikimet negative dhe alterimet e vigjilencës.

Problematikat që i vendosin njerëzit në rrezik më të lartë për të zhvilluar PTSD përfshijnë: rritjen e kohëzgjatjes së ngjarjes traumatike, numrin më të madh të ngjarjeve traumatike të kaluara, gravitetin më të lartë të traumës që përjetohet, gjendjen emocionale para ngjarjes ose mbështetjen e dobët sociale nga familjarët ose miqtë. Përveç këtyre faktorëve të rrezikut, fëmijët dhe adoleshentët, femrat, pakicat minoritare dhe njerëzit me aftësi të kufizuara ose prania e dhunës në familje duket se përbëjnë një rrezik më të madh të zhvillimit të PTSD pas një ngjarje traumatike (60).

Edhe pse jo të gjithë individët e traumatizuar mund të zhvillojnë PTSD, trauma mund të ketë pasoja të rëndësishme fizike. Për shembull, studimet tregojnë se njerëzit që kanë qenë të ekspozuar ndaj një stresori ekstrem shpeshherë kanë një hipokampus më të vogël (një zonë e trurit që luan rol në kujtesë) krahasuar me njerëzit që nuk janë ekspozuar ndaj traumave. Kjo është e rëndësishme në kuptimin e efekteve të traumës në përgjithësi dhe ndikimit të PTSD-së, veçanërisht pasi hipokampi është pjesë e trurit që mendohet të luajë një rol të rëndësishëm në zhvillimin e kujtimeve të reja. Gjithashtu, pavarësisht nëse një person i traumatizuar zhvillon ose jo PTSD, ata duket se janë në rrezik për përdorim më të lartë të

cigareve, alkoolit dhe marihuanës. Anasjelltas, njerëzit që e kanë trajtuar PTSD-në gjithashtu kanë sukses në kapërcimin e problemve me abuzimin e substancave (61).

Në fëmijët dhe adoleshentët, PTSD mund të ketë efekte të konsiderueshme negative në zhvillimin e tyre social dhe emocional, si dhe në aftësinë e tyre për të mësuar.

Tre grupet e mëposhtme të kritereve simptomatike janë të nevojshme për të caktuar diagnozën e PTSD në kontekstin e një individit që ka një histori ndaj një kërcënimi të vërtetë ku ka qenë i ekspozuar, ose ka perceptuar ankthin e vdekjes, lëndimit të rëndë ose dhunës seksuale ndaj vetes ose të tjerëve dhe që nuk përfshijnë ekspozimin përmes mediave, veçse nëse është e lidhur me profesionin:

- Ripërjetimi i vazhdueshëm i traumës (për shembull, kujtimet e mundimshme, *flashback* i shkaktuar nga kujtimet e ngjarjes traumatike, ankthe të përsëritura rreth traumës dhe / ose shkëputja nga rijetimi i traumës): Në fëmijët kjo mund të përfshijë interpretime të përsëritura të traumës (63-65).
- Shmangie deri në pikën e të pasurit fobi ndaj vendeve, njerëzve dhe përvojave që i kujtojnë traumën, ose një mpirje të përgjithshme emocionale
- Ndryshime negative në mendime dhe vështirësi në të kujtuarit e aspekteve të rëndësishme të traumës, duke ruajtur opinione negative për veten, prirje për të fajësuar veten për traumën, një gjendje emocionale të vazhdueshme negative, pa aftësi për të pasur emocione pozitive, humbje të interesit ose mospjesëmarrje në aktivitete të rëndësishme, dhe ndjenja e shkëputjes nga të tjerët
- Ndryshime të ndjeshme në zgjimin dhe reagimet lidhur me ngjarjen(t) traumatike, duke përfshirë problemet e gjumit, problemet e përqendrimit, nervozizëm, zemërim, përqendrimi i dobët, bllokim ose vështirësi në kujtimin e gjërave, sjellje e pamatur ose vetëshkatërruese, reagimi i shtuar ndaj befasive, dhe hipervigjilencë (vigjilencë të tepruar) ndaj rreziqeve.

Mpirja emocionale në PTSD mund të shfaqet si mungesë interesi në aktivitetet që më parë jepnin kënaqësi (anhedonia), 'vdekje' emocionale, distancimin nga njerëzit dhe / ose ndjenjën e një të ardhme të paparashikueshme (për shembull, nuk mund të mendojnë të ardhmen ose të bëjnë plane për të ardhmen, duke mos besuar se dikush do të jetojë shumë gjatë). Të paktën një simptomë ripërjetimi, një simptomë shmangieje, dy ndryshime negative në humor ose mendime dhe dy simptoma hipervigjilence duhet të jenë të pranishme për të paktën një muaj dhe duhet të shkaktojnë shqetësime të mëdha ose dëmtime në funksionim në mënyrë që të vendoset diagnoza e PTSD (66-70).

Një çrregullim i ngjashëm në aspektin e repertorit të simptomave është çrregullimi akut i stresit. Dallimet kryesore midis dy çrregullimeve janë se simptomat e çrregullimeve të stresit



akut vazhdojnë nga tre ditë në një muaj pas ekspozimit ndaj traumës dhe në vendosje e diagnozës nevojiten më pak simptoma traumatike krahasuar me PTSD.

Në fëmijët, ri-përjetimi i traumës mund të ndodhë përmes lojrave të përsëritura në dukje të lidhura me traumën, përpos kujtimeve dhe ëndrrave shqetësuese të cilat më së shumti kanë përmbajtje të përgjithshme sesa të lidhur me traumën. Ashtu si tek të rriturit, të paktën një simptomë ripërjetimi, një simptomë evitimi / mpirje dhe dy simptoma hipervigjilence duhet të jenë të pranishme për të paktën një muaj dhe duhet të shkaktojnë shqetësime të konsiderueshme ose dëmtime funksionale në mënyrë që të konsiderohet PTSD. Nëse simptomat kanë qenë të pranishme për tre ditë deri në një muaj, mund të mendohet diagnoza e çrregullimit të stresit akut (ASD).

Simptomat e PTSD-së që priren të jenë të lidhura me PTSD përfshijnë probleme që kontrollojnë ndjenjat, të cilat mund të rezultojnë në mendime vetëvrasëse, shpërthime zemërimi ose sjellje pasive agresive, prirje për të harruar traumën ose ndjenja e shkëputjes nga jeta (disociimi) ose nga trupi i vet (depersonalizimi), ndjenjat e vazhdueshme të pafuqisë, turpit, fajit, ose të qenit krejtësisht ndryshe nga të tjerët, ndjenja se trauma ka fuqi të plotë, dhe lufta e brendshme mes aleancës apo luftimit të saj, ndryshime në gjërat që më parë kishin kuptim, që do të thotë, një humbje e besimit shpirtëror ose një ndjenjë e vazhdueshme e pafuqisë, mungesës së shpresës ose dëshpërimit (71).

Një numër i faktorëve mendohet të përmirësojnë prognozën (pamjen) për njerëzit me PTSD. Ato përfshijnë atributet personale si aftësitë njohëse mbi mesatare, vetëvlerësim dhe optimizëm të lartë, aftësitë ndërpersonale si aftësitë e mira sociale, zgjidhja e problemeve dhe kontrolli i impulsit, si dhe faktorët e jashtëm si lidhja e sigurt, ndjenja e sigurisë dhe stabiliteti mjedisor.

Përderisa trajnimi për përgatitjen e katastrofave shihet përgjithësisht si një ide e mirë në drejtim të përmirësimit të sigurisë së menjëhershme fizike dhe çështjeve logjistike të përfshira në një ngjarje traumatike, një trajnim i tillë mund të ofrojë faktorë të rëndësishëm parandalues kundër zhvillimit të PTSD. Kjo dëshmohet nga fakti se ata që kanë më shumë trajnim dhe përvojë (për shembull, policia, zjarrfikësit, profesionistët e shëndetit mendor, paramedikët dhe profesionistët e tjerë mjekësorë) kanë tendencë të zhvillojnë më pak PTSD-në kur përballen me fatkeqësi sesa ato pa përfitim të një trajnimi apo përvojë të tillë. Njerëzit të cilët kanë qenë traumatizuar por nuk janë anëtarë të këtyre profesioneve janë zbuluar se kanë më pak gjasa të zhvillojnë PTSD nëse marrin ekspozim të imazhit dhe përpunim terapeutik nga profesionistët të trajnuar brenda një dite nga trauma dhe seancat javore për të paktën dy javë pas kësaj (72,73).

Ka medikamente që janë gjetur për të ndihmuar në parandalimin e zhvillimit të PTSD. Disa ilaçe që trajtojnë depresionin, ulin shkallën e zemrës, ose rrisin veprimtarinë e kimikateve të tjera të trupit mendohet të jenë mjete efektive në parandalimin e PTSD kur ato jepen në ditët menjëherë pasi një individ përjeton një ngjarje traumatike.

Trajtimet për PTSD zakonisht përfshijnë terapinë psikologjike dhe medikamentoze. Teknikat më të zakonshme të përdorura në psikoterapi për këtë sëmundje janë sigurimi i informacionit rreth sëmundjes, duke ndihmuar individin të menaxhojë traumën, duke folur drejtpërsëdrejti rreth saj, duke mësuar mënyrën e menaxhimit të simptomave të PTSD dhe duke eksploruar dhe modifikuar mënyrat e pasakta të të menduarit rreth traumës. Edukimi i personave që vuajnë PTSD zakonisht përfshin mësimin e individëve në lidhje me atë që është PTSD, sa të

tjerë vuajnë nga e njëjta sëmundje, që shkaktohet nga stresi i jashtëzakonshëm dhe jo nga dobësia personale, si trajtohet dhe çfarë duhet të presim nga trajtimi. Ky edukim rrit gjasat që idetë e pasakta që personi mund të ketë për sëmundjen të largohen dhe çdo turp që mund të ndjejnë në lidhje me sëmundjen të minimizohet. Kjo mund të jetë e rëndësishme në popullatat si personeli ushtarak që mund të ndjehen veçanërisht të stigmatizuar nga ideja e takimit të një profesionisti të shëndetit mendor dhe për këtë arsye të shmangen (76,77).

Një pjesë e rëndësishme e trajtimit është ndihma e këtyre pacientëve në mbarëvajtjen e detyrave në jetën e përditshme. Terapia okupacionale (OT) është një mënyrë e rëndësishme trajtimi sa i përket çështjeve të mësipërme, duke qënë se fokusohet në rehabilitimin nëpërmjet pjesëmarrjes në aktivitete të ndryshme. Kjo varion nga mbështetja e pacientëve me PTSD në rifitimin e pavarësisë për tu vetëkujdesur deri në riintegrimin në punët e mëparshme dhe roli në komunitet. Një tjetër aktivitet potencialisht pozitiv mund të jetë përdorimi i një qeni shërbimi. Veçanërisht në drejtim të përmbushjes së trajtimeve konvencionale qentë e shërbimit kanë treguar efikasitet në përmirësimin e ndjenjës së sigurisë, përgjegjshmërisë, optimizmit dhe ndërgjegjësimin në pacientët me PTSD (81).

Medikamentet që përdoren zakonisht në pacientët me PTSD përfshijnë antidepressantët serotonergjikë (SSRIs), si fluoxetine (Prozac), sertraline (Zoloft) dhe paroxetine (Paxil), dhe barnat që ndihmojnë në reduktimin e simptomave fizike të lidhura me sëmundjen si prazosin (Minipress), clonidine (Catapres), guanfacine (Tenex), dhe propranolol. Individët me PTSD kanë më pak gjasa të përjetojnë një rikthim të sëmundjes së tyre, nëse trajtimi antidepressiv vazhdon për të paktën një vit. SSRI-t janë grupi i parë i barnave që kanë marrë miratimin nga Administrata Amerikane e Ushqimit dhe Barnave (FDA) për trajtimin e PTSD. Udhëzimet e trajtimit të ofruara nga Shoqata Amerikane e Psikiatrisë përshkruajnë këto medikamente si veçanërisht të dobishme për njerëzit, PTSD e të cilëve është rezultat i një traume që nuk lidhet me luftën. SSRI-të priren të ndihmojnë personat e sëmurë nga PTSD të modifikojnë informacionin që merret nga mjedisi (stimujt) dhe për të ulur frikën.

Ndërhyrjet e targetuara ndaj rrezikut janë ato që përpiqen të zbusin informacionet ose ngjarjet specifike formuese. Ato synojnë modelimin e sjelljeve normale, udhëzimet rreth një detyre të caktuar, ose dhënien e informacionit mbi ngjarjen.

Shqyrtimet e studimeve kanë gjetur se kombinimi i terapisë (psikologjike dhe farmakoterapia) nuk është më efektive sesa terapi psikologjike e vetme. (94)

Shumë forma të psikoterapisë janë gjetur të jenë të efektshme për problemet e lidhura me traumat, siç është PTSD. Praktikrat e këshillimit bazë të përbashkëta për shumë trajtime për PTSD përfshijnë edukimin për gjendjen dhe sigurimin e sigurisë dhe mbështetjes. (95)

Programet e psikoterapisë me efikasitetin më të fuqishëm të demonstruar përfshijnë programet kognitive të sjelljes, variantet e terapisë së ekspozimit, trajnimin e inokulimit të stresit (SIT), variantet e terapisë njohëse (CT), desensitizimin dhe ripërpunimin e lëvizjes së syve (EMDR) të bazuara në meditim dhe shumë kombinime të këtyre procedurave. (96)

Psikoterapia për PTSD përfshin ndihmën që duhet ti jepet personit në mënyrë që të mësojë aftësitë për të menaxhuar simptomat dhe për të zhvilluar mënyra të tjera për të përballuar

situatën. Terapia gjithashtu synon të mësojë personin dhe familjen e tij për këtë çrregullim dhe të ndihmojë personin të punojë nëpërmjet frikës që shoqërohet me ngjarjen traumatike. Simptomat e PTSD mund të ndryshojnë intensitetin me kalimin e kohës. Ju mund të keni më shumë simptoma të PTSD kur jeni të stresuar në përgjithësi, ose kur hasni kujtime për atë që keni kaluar. Për shembull, mund të dëgjoni një shpërthim të makinave dhe të rishikoni përvojat luftarake. Ose mund të shihni një raport mbi lajmet rreth një sulmi seksual dhe ndiheni të renduar nga kujtimet e sulmit tuaj.

Incidenti në fshatin Gerdec: Incidenti ndodhi në fshatin Gërdec të komunës Vorë, më 15 mars 2008, si pasojë e aksidentit teknologjik në fabrikën e çmontimit të municioneve, përbëhet nga një rast i veçantë në fushën e mbrojtjes civile nga aksidentet e këtij lloji (106). Më 15.03.2008, në orën 12:10 në depot për çmontimin e municioneve në fshatin Gërdec në Bashkinë Vorë, në koordinatat 41.4 N; 19.62 N një shpërthim i rëndë krijoi një krater të madh me një valë hit që tronditi të gjithë zonën përreth. Rrjeti i sizmologjisë regjistroi një madhësi të  $ML = 2.9$  Richter. Pas 19 minutash, në ora 12:29 ndodhi një shpërthim tjetër me magnitudë Richter  $ML = 2.5$ . Gjatë ditës së 15.03.2008 deri në mbrëmjen e natës kanë ndjekur shpërthime të njëpasnjëshme, por me një shkallë më të lehtë. Shpërthimet ishin të fuqishme në Gërdec, Marqinet, Gjokaj dhe në qytetin e Vorës, dhe për pasojë ka pasur shumë të plagosur, veçanërisht në zonën rreth kraterit të shpërthimit. Për shkak se shpërthimi ishte i fuqishëm dhe për shkak se vendndodhja e burimit ishte afër zonave të banuara, ajo shkaktoi dëme në jetën e njerëzve, shtëpitë, bizneset dhe në mjedis. Shpërthimet shkaktuan dëmtime të konsiderueshme në rrjetin e ujësjellësit dhe kanalizimit, rrugëve, objekteve publike, shkollave, kopshteve dhe qendrave mjekësore. Numri i përgjithshëm i viktimave ka arritur në 26, numri i personave të dëmtuar është 400, ndërsa numri i personave që kanë marrë ndihmë / trajtim në spitale ishte 300. Numri i personave të shkaktuar ka qenë rreth 10,000, ndër të cilët rreth 4000 janë evakuar nga zona. 678 persona u strehuan në ambientet e shtëpisë së pushimit të Ministrisë së Punëve të Brendshme, Shtëpisë së pushimit të Ministrisë së Mbrojtjes (MM), dhe në vendbanimin privat të pushimeve XIXA, ndërsa të tjerët u strehuan në shtëpi e të afërmeve dhe miqve. Familjet që banonin në strehimore shtetërore iu dhanë ushqim, ndihmë mjekësore dhe psikologjike, ndërsa pati përpjekje për të ruajtur vazhdimësinë e aktivitetin e tyre të përditshëm, si: shkollën për studentët dhe ndjekjen e vendeve të punës për ata që kishin punë, etj. Të gjitha këto shpenzime u mundësuan nëpërmjet një vendimi të Këshillit të Ministrave nr. 498, datë 1.5.2008 "Për një fond shtesë në buxhetin e vitit 2008 për Ministrinë e Brendshme për të mbuluar shpenzimet e familjeve të vendosura në Shtëpinë e pushimit në Durrës si rezultat i aksidentit teknologjik të datës 15.3.2008 në fshatin Gërdec, në Bashkinë Vorë".

Qëllimi i studimit ishte vlerësimi i prevalencës së simptomave psikopatologjike afatgjata në popullatën e fshatit Gerdec-Tiranë, në zonës së shpërthimit të municioneve.

Objektivat: Vlerësimi i Simptomave të Depresionit, Ankthit dhe Stresit sipas gjinise dhe sipas zonave të studimit

- Vlerësimi i prevalencës së ÇSPT sipas zonave të studimit dhe karakteristikave sociodemografike

Hipotezat e studimit: Banoret e zones se shperthimit kane nivele me te larta te ankthit stresit dhe depresionit krahasuar me grupet e tjera te studimit

2. Banoret e zones se shperthimit kane prevalence me te larte te ÇSPT krahasuar me grupet e tjera te studimit

Instrumentet e studimit: Ky studim inkorporon metoda të kërkimit sasior në formën e pyetësorëve.

-Per vleresimin për ÇSPT u bazua ne kriteret DSM-IV.

-Lista e Kontrollit të ÇSPT -së - Versioni Civil është përdorur për të ndihmuar në diagnozën. Është zbatuar një rezultat më i lartë i vlerave cut-off për të minimizuar fallco-pozitivitetin.

-DASS-42 është pyetësori i parë i përdorur për te matur nivelin e Stresit, ankthit dhe depresioni- versioni shqiptar validuar nga Anita Pilika MD, PhD

-Te dhenat jane krahasuar me nje grup kontrolli nga qyeza e Vores, larg zones se shperthimit

89 banore ose 45% te totalit te pjesemarresve ne studim ishin femra krahasuar me 107 (55%) meshkuj.

Mosha mesatare e pjesemarresve eshte 40.6 ( $\pm 15.9$ ) vjeç, moshe mediane 40.5 vjeç dhe rang 18-76 vjeç.

Mosha mesatare e femrave eshte ( $M=36.8 \pm 13.2$ ) me ndryshim statistikisht te rëndesishem me moshen e rasteve meshkuj ( $M=44.7 \pm 17.7$ ),  $t=2.1$   $p=0.04$

U gjet ndryshim sinjifikant i nivelit te depresionit, ankthit dhe stresi ndermjet zonave te studimit dhe kontrolleve. Banoret ne zonen e shperthimit kane nivel me te larte te depresionit [ $M=29.2$  (15.2)] ankthit [ $M=20.8$  (14.0)] dhe stresit [ $25.4$  (16.3)] krahasuar me banoret e zones se sigurise dhe kontrollet.

Persa i perket gjinise per totalin e pjesemarresve dhe kontrolleve, femrat kane nivel me te larte te depresionit [ $M=31.6$  (18.3)] ankthit [ $M=24.2$  (15.0)] dhe stresit [ $M=23.9$  (17.3)] krahasuar me meshkujt.

Edhe persa i perket gjinise sipas zonave te studimit femrat ne zonen e shperthimit kane nivel me te larte te depresionit [ $M=29.7$  (17.2)] ankthit [ $M=26.2$  (15.7)] dhe stresit [ $M=26.8$  (14.4)] krahasuar me femrat ne zonen e sigurise dhe kontrollet.

Prevalenca e ÇSPT tek kontrollet eshte 2% (95% CI 0.051 – 10.65)

- Femrat ishin me te prekura nga ÇSPT 16 (18%) e tyre, ndersa nga meshkujt 8 (7.5%).

Femrat kane 2.7 here me teper gjasa se meshkujt per tu prekur nga ÇSPT.

-U gjet nje trend sinjifikant i ritjes se prevalences se ÇSPT me rritjen e grupmoshes.

Prevalenca me e larte eshte ne grupmoshen 51-60 vjeç (23.1%) dhe grupmoshen >60 vjeç (17.9%).

-Prevalenca me e larte e ÇSPT eshte tek personat me arsim te mesem (13%) dhe te larte (38.9%),  $p<0.01$

-Individet me gjendje ekonomike te mesme (25.5%) dhe te larte (14.3%) jane me te prekur nga ÇSPT.

-4 (16.7%) nga personat me ÇSPT ose 40% e atyre qe humben familjaret/te afermit kishin parë të familjaret/afërmit e tyre të ngushtë që po vdisnin ose po plagoseshin rëndë.

Programet e promocionit dhe të nderhyrjes duhet të synojnë popullaten në Shqiperi.

Specialistet e shëndetit publik dhe zyrtarët qeveritarë duhet të zhvillojnë fushata për të rritur ndërgjegjësimin kundër municioneve dhe për të edukuar njerëzit mbi format, karakteristikat dhe rreziqet e tyre.

Përpjekjet komunitare dhe projektet rajonale që synojnë heqjen e municioneve të pashpërthyera duhet të financohen dhe mbështeten nga organizatat qeveritare dhe joqeveritare.

### **1.1 Çfarë është çrregullimi i stresit post-traumatic (PTSD)?**

Çrregullimi i stresit post-traumatik (ÇSPT) është një problem i shëndetit mendor, që klasifikohet si një çrregullim ankthi dhe zakonisht zhvillohet si pasojë e një përvojë jashtëzakonisht të frikshme, jetëkërcënuese ose shumë të pasigurtë. Subjektet që vuajnë nga ÇSPT ri-përjetojnë ngjarjen / ngjarjet traumatike në një farë mënyre. Kjo shkakton që ata të tentojnë të shmangin vendet, njerëzit ose gjëra të tjera që i përkujtojnë ngjarjen (evitimi) dhe janë jashtëzakonisht të ndjeshëm ndaj përvojave normale të jetës (hipervigjilenca). Ndonëse ky çrregullim mendohet të ketë ekzistuar që kur qeniet njerëzore kanë përjetuar trauma, ÇSPT është njohur si një diagnozë formale vetëm në vitin 1980. Megjithatë, ai u njoh me emra të ndryshëm që në fillim të Luftës Civile Amerikane, kur veteranët e luftës u etiketuan si të prekur nga "zemra e ushtarit". Në Luftën e Parë Botërore, simptomat që përgjithësisht ishin në përputhje me këtë sindrom u quajtën si "lodhje e luftës". Ushtarët që zhvilluan simptoma të tilla në Luftën e Dytë Botërore thuhet

se vuanin nga "reagimi ndaj stresit të rëndë". Prandaj shumë trupa ushtarakë në Vietnam që kishin simptoma të asaj që tani quhet ÇSPT, u vlerësuan si viktime të "sindromës pas Vietnamit". ÇSPT gjithashtu është quajtur edhe "lodhje beteje" dhe "shoku i shpërthimeve".

Çrregullimi kompleks i stresit posttraumatik (C-ÇSPT) zakonisht është pasojë e ekspozimit të zgjatur ndaj një ngjarje traumatike apo një serie ngjarjesh dhe karakterizohet nga probleme afatgjata në shumë aspekte të funksionimit emocional dhe social (1,2).

Statistikat në lidhje me këtë sëmundje tregojnë se një përqindje e ulët e njerëzve në botë kanë gjasa të zhvillojnë ÇSPT gjatë jetës së tyre. Tek veteranët e luftës dhe viktimat e përdhunimit ka një përhapje më të madhe të ÇSPT. Shkalla disi më e lartë e këtij çrregullimi është gjetur të ndodhë në afrikano-amerikanët, hispanikët dhe amerikanët vendas krahasuar me popullatën tjetër në Shtetet e Bashkuara. Disa nga këto dallime mendohet të jenë për shkak të niveleve më të larta të shkëputjes së shpejtë para dhe pas ngjarjes traumatike (peritraumatike), një prirje për individët nga grupet etnike minoritare që të fajësojnë veten e tyre, kanë më pak mbështetje sociale dhe një ekspozim më të madh ndaj racizmit. Në popullatat ushtarake, shumë nga dallimet mendohet të jenë pasojë e ekspozimit të gjatë ndaj luftës në moshat e reja për grupet minoritare. Faktet e tjera të rëndësishme në lidhje me ÇSPT përfshijnë vlerësimin e 8 milionë njerëzve që vuajnë nga ÇSPT në çdo kohë në Shtetet e Bashkuara dhe fakti që gratë kanë dy herë më shumë të ngjarë se meshkujt që të zhvillojnë ÇSPT (3,4).

Pothuaj gjysma e individëve që përdorin shërbimet ambulatorë të shëndetit mendor vuajnë nga ÇSPT. Siç dëshmohet, shumë individë në Shtetet e Bashkuara në ditët pas sulmeve terroriste të vitit 2001, vuajnë nga stresi traumatik që mund të çojë në zhvillimin e ÇSPT.

## **1.2 Klasifikimi**

ÇSPT u klasifikua si një çrregullim ankthi në DSM-IV, por që atëherë është riklasifikuar si një "çrregullim i lidhur me traumën dhe stresorin" në DSM-5. Simptomat karakteristike nuk janë të pranishme përpara ekspozimit ndaj ngjarjes traumatike. Në rastin tipik, individi me ÇSPT vazhdimisht shmang mendimet dhe emocionet e lidhura me traumën, dhe diskutimin në lidhje me ngjarjen traumatike, madje mund të ketë edhe amnezi rreth ngjarjes. Sidoqoftë, ngjarja zakonisht ripërjetohet nga individi nëpërmjet kujtimeve bezdisëse, të përsëritura, dhe anktheve (5). Ndonëse është e zakonshme prania e simptomave pas një ngjarje traumatike, ato duhet të persistojnë në një shkallë të mjaftueshme (dmth duke shkaktuar mosfunksionim në përditshmëri ose nivele klinike të vuajtjes) për më shumë se një muaj pas traumës në

mënyrë që të klasifikohet si ÇSPT (mosfunksionimi ose vuajtja klinikut e rëndësishme për më pak se një muaj pas traumës mund të jetë çrregullim i stresit akut) (6-8).

Personat që konsiderohen në rrezik përfshijnë, për shembull, personelin ushtarak, viktimat e fatkeqësive natyrore, të mbijetuarit e kampeve të përqëndrimit dhe viktimat e krimit të dhunshëm. Këta individë shpesh përjetojnë "fajin e të mbijetuarit" si të mbetur gjallë ndërsa të tjerët humbën jetën. Shkaqet e simptomave të ÇSPT janë përjetimi ose dëshmia e një ngjarjeje stresuese që përfshin vdekjen, lëndimet serioze ose situata kërcënuese ndaj vetes ose të tjerëve ku individ i ndjen frikë, tmerr apo pafuqi (9). Gjithashtu në rrezik janë personat e punësuar në profesione që i ekspozojnë ndaj dhunës (siç janë ushtarët) ose fatkeqësive (si punonjësit e shërbimit emergjent) (10). Profesione të tjera në rrezik më të lartë, përfshirë punonjësit e policisë, zjarrfikësit, personeli i ambulancës, profesionistët e kujdesit shëndetësor, makinistët, zhytësit, gazetarët dhe marinarët, krahasuar me personat që punojnë në banka, zyra postare ose dyqane. Përmasat e hipokampusit janë të lidhura në mënyrë inverse me çrregullimin e stresit post-traumatik dhe suksesin e trajtimit; sa më i vogël të jetë hipokampusi, aq më i lartë është rreziku i ÇSPT (11).

### **1.3 Trauma**

PTSD mendohet se shkaktohet nga përjetimi i një sërë ngjarjesh traumatike dhe, veçanërisht nëse trauma është ekstreme, mund të ndodhë në personat pa individë pa faktorë predispozues. Shumica e njerëzve mund të përjetojnë të paktën një ngjarje traumatizuese gjatë jetës. (12-14). Meshkujt kanë më shumë gjasa të përjetojnë ngjarje traumatike, por femrat janë më të predispozuar të jenë viktimat të ngjarjeve traumatike me ndikim më të lartë që mund të çojnë në PTSD, siç janë dhuna dhe sulmet seksuale.

Reagimet e stresit post-traumatik nuk janë studiuar mjaftueshëm në fëmijët dhe adoleshentët aq sa në të rriturit (15). Shkalla e PTSD mund të jetë më e ulët në fëmijët se në të rriturit, por në mungesë të terapisë, simptomat mund të vazhdojnë për dekada. Një studim sugjeron se përqindja e fëmijëve dhe adoleshentëve që vuajnë PTSD në një popullsi që nuk është dëmtuar nga lufta në një vend të zhvilluar mund të jetë 1% krahasuar me 1.5% deri 3% të të rriturve dhe shumë më e ulët nën moshën 10 vjeç (16). Mesatarisht, 16% e fëmijëve të ekspozuar ndaj një ngjarjeje traumatike zhvillojnë PTSD, në varësi të llojit të ekspozimit dhe gjinisë. Modelet e parashikimit vazhdimisht kanë zbuluar se traumat e fëmijërisë, fatkeqësitë kronike dhe faktorët stresantë familjarë rrisin rrezikun për PTSD si dhe rrezikun për markuesit biologjikë të rrezikut për PTSD pas një ngjarjeje traumatike në moshë madhore. Përjetimi i ngacmimeve në fëmijëri apo në moshë madhore është i lidhur me zhvillimin e PTSD (17). Veçimi peritraumatik në fëmijët është një tregues që parashikon zhvillimin e PTSD më vonë gjatë jetës. Ky efekt i traumave të fëmijërisë, ende i paqartësuar mirë, mund të jetë një markues i përvojave traumatike dhe problemeve të shoqërimit (18). Afërsia me traumën,

kohëzgjatja dhe severiteti i saj kanë ndikim dhe vlen të përmendet se traumat ndërpersonale shkaktojnë më shumë probleme se ato vetjake (19,20).

Studimet thuajse eksperimentale kanë demonstruar një lidhje midis mendimeve ndërhyrëse dhe përgjigjeve të kontrollit të qëllimshëm. Këto rezultate sugjerojnë se shtypja e mendimeve ndërhyrëse mund të jetë e rëndësishme në zhvillimin dhe mirëmbajtjen e PTSD (21-23).

#### **1.4 Epidemiologjia**

Simptomat e çrregullimeve mendore të lidhura me traumat janë dokumentuar të paktën që nga koha e grekëve të lashtë. Gjatë luftërave botërore studimet u shtuan dhe u njoh me terma të ndryshëm duke përfshirë "shoku i shpërthimeve" dhe "neurozë e luftës". Termi "çrregullimi i stresit post-traumatik" hyri në përdorim në vitet 1970 në pjesën më të madhe për shkak të diagnozave të veteranëve ushtarakë amerikanë të Luftës së Vietnamit. Ajo u njoh zyrtarisht nga Shoqata Amerikane e Psikiatrisë në vitin 1980 në edicionin e tretë të Manualit Diagnostik dhe Statistikor të Çrregullimeve Mendore (DSM-III). (92)

Ka diskutime mbi nivelet e ÇSPT të gjetura në popullatë, por, pavarësisht nga ndryshimet në diagnozën dhe kriteret e përdorura për të përcaktuar ÇSPT midis 1997 dhe 2017, normat epidemiologjike nuk kanë ndryshuar dukshëm (24,25). Në Shtetet e Bashkuara rreth 3.5% e të rriturve kanë ÇSPT në një vit të caktuar, dhe 9% e njerëzve e zhvillojnë në një moment të jetës së tyre. Në shumicën e pjesës tjetër të botës, nivelet gjatë një viti të caktuar janë midis 0.5% dhe 1%. Shkalla më e lartë mund të ndodhë në rajonet ku ka konflikte të armatosura. ÇSPT është më e zakonshme në femrat se sa meshkujt.

Organizata Botërore e Shëndetësisë publikon vlerësimet e ndikimit të ÇSPT-së për secilin nga vendet anëtare të saj; të dhënat më të fundit të disponueshme janë për vitin 2014. Duke marrë parasysh vetëm 25 vendet më të populluara të renditura sipas shkallës së përgjithshme të Disability-Adjusted Life Year (DALY) gjysma e parë e listës dominohet nga shtetet e Azisë / Paqësorit, SHBA-së dhe Egjipti (26) duke evidentuar dallimet mes femrave dhe meshkujve që kanë rezultuar në çdo shtet.

#### **1.5 Patofiziologjia**

##### **1.5.1 Neuroendokrinologjia**

Simptomat e ÇSPT mund të shfaqen kur një ngjarje traumatike shkakton një përgjigje hiper-reaktive adrenaline, e cila krijon modele neurologjike në tru. Këto modele mund të persistojnë për një kohë të gjatë pas ngjarjes që shkaktoi frikën, duke e bërë një individ hiper-reaktiv ndaj situatave të frikshme në të ardhmen. Gjatë përvojave traumatike sekretimi i niveleve të larta të hormoneve të stresit frenon aktivitetin hipotalamik që mund të jetë një faktor kryesor drejt zhvillimit të ÇSPT (28).

ÇSPT shkakton ndryshime biokimike në tru dhe organizëm, të ndryshme nga çrregullimet e tjera psikiatrike si depresioni madhor. Individët e diagnostikuar me ÇSPT i përgjigjen më



mirë testit të frenimit me dexamethasone krahasuar me individët e diagnostikuar me depresion klinik (29).

Shumica e individëve me ÇSPT kanë sekretim të ulët të kortizolit dhe sekretim më të lartë të katekolaminave në urinë, për pasojë një raport norepinefrin / kortizol më të lartë krahasuar me individët e padiagnostikuar me këtë çrregullim. Kjo është në kundërshtim me përgjigjen normative, në të cilën nivelet e katekolaminës dhe kortizolit janë të rritura pas ekspozimit ndaj një faktori stresant (30).

Nivelet e katekolaminave në trurit janë të larta, dhe përqendrimet e *faktorit çlirues të kortikotropinës (CRH)* janë të larta. Këto gjetje, së bashku, sugjerojnë anomali të *boshtit hipotalamo-hipofizo-adrenal (HHA)*. Gjendja e frikës përfshin aksin HHA, sistemin lokus ceruleus-noradrenergjik, dhe lidhjet midis sistemit limbik dhe korteksit frontal. Aksi HHA koordinon përgjigjen hormonale ndaj stresit, i cili aktivizon gjithashtu sistemin LC-noradrenergjik, dhe është i implikuar në konsolidimin e kujtimeve që ndodhin pas traumës. Ky konsolidim më i rritur se zakonisht shton gjasat e zhvillimit të ÇSPT-së. Amygdala është përgjegjëse për detektimin e rrezikut dhe përgjigjet e kushtëzuara dhe të pakushtëzuara ndaj frikës që ndodhin si reagim ndaj kërcënimit (31,32).

Boshti HHA është përgjegjës për koordinimin e përgjigjes hormonale ndaj stresit. Si rezultat i rritjes së ndjeshmërisë së receptorëve glukokortikoidë, ÇSPT është hipotezuar se mund të jete një keqpërshtatje e individit ndaj ekspozimit të vazhdueshëm të stresorit për shkak të një boshti HHA hipersensitiv dhe hipereaktiv (33,34)

Nivelet e ulëta të kortizolit mund të jenë predispozuese për zhvillimin e ÇSPT. Pas traumave të luftës, ushtarët suedezë që shërbenin në Bosnje dhe Herzegovinë me nivele të ulëta të kortizolit në pështymë para shërbimit kanë pasur rrezik më të lartë për shfaqjen e simptomave të ÇSPT në krahasim me ushtarët me nivele normale të kortizolit para fillimit të shërbimit ushtarak, duke qenë se kortizoli normalisht është i rëndësishëm në rikthimin e homeostazës pas përgjigjes ndaj stresit. Mendohet se tek të mbijetuarit e traumave me nivele të ulëta të kortizolit shkaktohet një përgjigje jo efikase ndaj stresit. Pra, individët përjetojnë një situatë emocionale më të gjatë dhe më të dhimbshme, duke krijuar kuadrin e ÇSPT (35).

Mendohet se sistemi lokus ceruleus-noradrenergjik ndërmjetëson përforcimin e kujtimeve të frikës. Nivelet e larta të kortizolit reduktojnë aktivitetin noradrenergjik. Duke qenë se individët me ÇSPT kanë tendencë të kenë nivele të ulëta të kortizolit është propozuar që këta individë nuk mund të rregullojnë përgjigjen e rritur noradrenergjike ndaj stresit traumatik. Mendimet shqetësuese dhe përgjigjet e kushtëzuara ndaj frikës mendohet të jenë një formë reagimi ndaj nxitësve përkatës. Neuropeptidi Y redukton çlirimin e norepinefrinës, dhe në modelet e kafshëve janë evidentuar vetitë e tij anksiolitike. Studimet kanë treguar se njerëzit

me ÇSPT kanë vlera të ulëta të NPY, me shumë mundësi sugjerues për nivelet e larta të ankthit.

Studime të tjera tregojnë se personat që vuajnë nga ÇSPT kanë nivele kronike të ulëta të serotoninës, e cila kontribuon në simptomat siç janë ankthi, disociacioni, irritabiliteti i shtuar, sjellje agresive, pagjumësi, humbja e interesit për të marrë pjesë në aktivitete të rëndësishme, vetëizolimi social, impulsivitet duke shkuar madje edhe në vetëvrasje. Serotonina gjithashtu ndihmon në stabilizimin e prodhimit të glukokortikoideve (36).

Nivelet e dopaminës në personat me ÇSPT mund të kontribuojnë gjithashtu në simptomat e mësipërme. Nivelet e ulëta të dopaminës mund të ndikojnë në anhedoni, apati, ulje të vigjilencës dhe deficite motore. Nivelet e rritura të dopaminës mund të shkaktojnë psikozë dhe axhitacion.

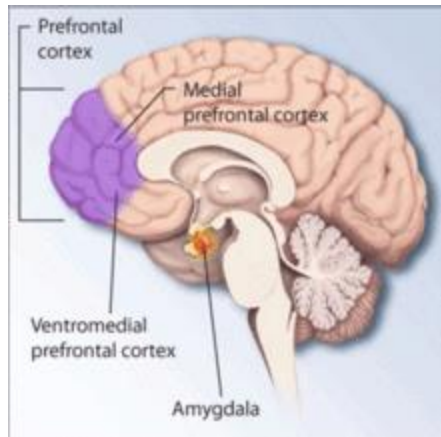
Studime të shumta përshkruajnë përqendrime të larta të hormonit të tiroides, trijodothyroninë, në ÇSPT. Ky lloj adaptimi alostatik i tipit 2 mund të kontribuojë në rritjen e ndjeshmërisë ndaj katekolaminave dhe mediatorëve të tjerë të stresit (37).

Hiperreaktiviteti i sistemit të norepinefrinës mund të shkaktohet edhe nga ekspozimi i vazhdueshëm ndaj stresit të lartë. Hiperaktivizimi i receptorëve të norepinefrinës në korteksin prefrontal mund të lidhet me rikujtimin e ngjarjeve të shkuara, për këtë arsye personat me ÇSPT përjetojnë shpesh gjendje ankstoze. Nivelet e larta të norepinefrinës pengojnë mekanizmat cerebralë të lidhura me pjesën e kujtesës, që të përpunojnë se përvoja dhe emocionet që individi përjeton gjatë kujtimit të një ngjarje të shkuar nuk janë të lidhur me mjedisin aktual (ulet ndërgjegjësimit ndaj mjedisit aktual) (38).

Ekzistojnë mjaft polemika lidhur me neurobiologjinë e ÇSPT-së. Një rishikim i vitit 2012 nuk tregoi një lidhje të qartë mes niveleve të kortizolit dhe ÇSPT. Shumica e studimeve tregojnë se individët me ÇSPT kanë nivele të larta të hormonit çlirues të kortikotropinës

(CRH), nivele të ulëta të kortizolit basal dhe rritje të reaksionit negativ të boshtit HPA pas frenimit nga deksametazoni.

## 1.6 Neuroanatomia



**Figura 1. Zonat e trurit të lidhura me ÇSPT (86)**

Tre zonat e trurit funksioni i të cilave është i alteruar në PTSD, janë korteksi prefrontal, amygdala, dhe hipokampusi. Pjesa më e madhe e këtij studimi është mbështetur në viktimat e PTSD-së nga Lufta e Vietnamit (39,40).

Për shembull, një studim retrospektiv i cili u bazua në Studimin e Traumave Kraniale në Vietnam tregoi se dëmtimi i korteksit prefrontal mund të shërbejë si mbrojtje ndaj zhvillimit të mëvonshëm të PTSD. Pacientët PTSD kanë aktivitet të ulët të trurit në kortekset cingulare anteriore dorsale dhe rostrale dhe korteksin prefrontal ventromedial, zona këto të lidhura me përjetimin dhe rregullimin e emocioneve (41).

Amygdala është e përfshirë fort në formimin e kujtimeve emotive, veçanërisht kujtimet e lidhura me frikën. Studimet neuroimazherike në njerëz kanë zbuluar aspekte të morfologjisë dhe funksionit të PTSD. Në nivele të larta të stresit, hipokampusi, i cili është i lidhur me vendosjen e kujtimeve në kontekstin e duhur të hapësirës dhe kohës si dhe me rikthimin e kujtesës, është i frenuar. Sipas një teorie ky frenim mund të jetë shkaku i ripërjetimeve që mund të ndodhin tek njerëzit me PTSD (42). Kur dikush me PTSD i nënshtrohet stimujve të ngjashëm me ngjarjen traumatike, trupi percepton ngjarjen sikur po ndodh përsëri, sepse kujtimi i ngjarjes nuk është regjistruar kurrë në kujtesën e personit.

Modeli amygdalocentrik i PTSD propozon që amygdala të jetë shumë aktive dhe e pakontrolluar nga korteksi prefrontal medial dhe hipokampusi, veçanërisht gjatë procesit të

largimit Kjo është në përputhje me një interpretim të PTSD si një sindromë e paaftësisë për tu larguar (43)

Një studim i vitit 2011 zbuloi se sinjalizimi IGF2 / IGFBP7 i induktuar nga largimi i frikës nxit mbijetesën e neuroneve hipokampale në minjtë 2-3 javë të porsalindur. Kjo sugjeron se nxitja e sinjalizimit IGF2 dhe neurogjeneza e të rriturve mund të ndihmojnë në trajtimin e sëmundjeve të lidhura me kujtimet e tepërta të frikës si PTSD. (44) Studimet e mëtejshme në kafshë dhe kërkimet klinike rreth amigdalës dhe frikës së kushtëzuar sugjerojnë trajtime shtesë për këtë situatë .

Bërthama bazolaterale (BLA) e amigdalës është përgjegjëse për krahasimin dhe zhvillimin e lidhjeve midis përgjigjeve të pakushtëzuara dhe të kushtëzuara ndaj stimujve, gjë që rezulton në frikën e kushtëzuar në PTSD. BLA aktivizon bërthamën qendrore (CeA) të amigdalës, e cila përpunon përgjigjen ndaj frikës ( përfshirë reagimin ndaj kërcënimit dhe hipervigjilencën). Inputet frenuese zbritëse nga korteksi prefrontal medial (mPFC) rregullojnë transmetimin nga BLA në CeA, çka supozohet të luajë rol në zhdukjen e përgjigjeve të kushtëzuara ndaj frikës. (45)

Në një studim të vitit 2007 me veteranët luftarakë të Luftës së Vietnamit me PTSD u evidentua një reduktim prej 20% në vëllimin e hipokampusit të tyre në krahasim me veteranët që nuk patën simptoma të tilla. Këto gjetje nuk u përsëritën në pacientët kronikë me PTSD të traumatizuar pas një shfaqje ajrore që rezultoi fatale në vitin 1988 (Ramstein, Gjermani). Një studim i vitit 2016 përforcoi teorinë se sa më të vogla përmasat e hipokampusit, aq më i lartë rreziku për të zhvilluar çrregullimin e stresit post traumatik dhe një hipokampus i madh rrit probabilitetin e efikasitetit të trajtimit. (46)

## **1.7 Diagnoza**

Tre zonat e trurit funksioni i të cilave është i alteruar në ÇSPT, janë korteksi prefrontal, amygdala, dhe hipokampusi. (39,40).

Për shembull, një studim retrospektiv i cili u bazua në Studimin e Traumave Kraniale në Vietnam tregoi se dëmtimi i korteksit prefrontal mund të shërbejë si mbrojtje ndaj zhvillimit të mëvonshëm të ÇSPT. Pacientët ÇSPT kanë aktivitet të ulët të trurit në kortekset cingulare anteriore dorsale dhe rostrale dhe korteksin prefrontal ventromedial, zona këto të lidhura me përjetimin dhe rregullimin e emocioneve (41).

Amygdala është e përfshirë në formimin e kujtimeve emotive, veçanërisht kujtimet e lidhura me frikën. Studimet neuroimazherike në njerëz kanë zbuluar aspekte të morfologjisë dhe funksionit të ÇSPT. Në nivele të larta të stresit, hipokampusi, i cili është i lidhur me vendosjen e kujtimeve në kontekstin e duhur të hapësirës dhe kohës si dhe me rikthimin e kujtesës, është i frenuar. Sipas një teorie ky frenim mund të jetë shkaku i ripërjetimeve që mund të ndodhin tek njerëzit me ÇSPT (42). Kur dikush me ÇSPT i nënshtrohet stimujve të

ngjashëm me ngjarjen traumatike, trupi percepton ngjarjen sikur po ndodh përsëri, sepse kujtimi i ngjarjes nuk është regjistruar kurrë në kujtesën e personit.

Modeli amygdalocentrik i ÇSPT supozon që amygdala është shumë aktive dhe e pakontrolluar nga korteksi prefrontal medial dhe hipokampusi, veçanërisht gjatë procesit të largimit. Kjo është në përputhje me një interpretim të ÇSPT si një sindromë e paaftësisë për tu larguar (43)

Një studim i vitit 2011 zbuloi se sinjalizimi IGF2/IGFBP7 i induktuar nga largimi i frikës nxit mbijetesën e neuroneve të hipokampusit në kaviet 2-3 javëshe të porsalindur. Kjo sugjeron se nxitja e sinjalizimit IGF2 dhe neurogjenezja e të rriturve mund të ndihmojnë në trajtimin e sëmundjeve të lidhura me kujtimet e tepërta të frikës si ÇSPT (44). Studimet e mëtejshme në kafshë dhe kërkimet klinike rreth amigdalës dhe frikës së kushtëzuar sugjerojnë trajtime shtesë për këtë situatë.

Bërthama bazolaterale (BLA) e amigdalës është përgjegjëse për krahasimin dhe zhvillimin e lidhjeve midis përgjigjeve të pakushtëzuara dhe të kushtëzuara ndaj stimujve, gjë që rezulton në frikën e kushtëzuar në ÇSPT. BLA aktivizon bërthamën qendrore (CeA) të amigdalës, e cila përpunon përgjigjen ndaj frikës (përfshirë reagimin ndaj kërcënimit dhe hipervigjilencën). Impulset frenuese zbritëse nga korteksi prefrontal medial (mPFC) rregullojnë transmetimin nga BLA në CeA, çka supozohet të luajë rol në zhdukjen e përgjigjeve të kushtëzuara ndaj frikës. (45)

Në një studim të vitit 2007 me veteranët e luftës së Vietnamit me ÇSPT u evidentua një reduktim prej 20% në vëllimin e hipokampusit të tyre në krahasim me veteranët që nuk patën simptoma të tilla. Këto gjetje nuk u përsëritën në pacientët kronikë me ÇSPT të traumatizuar pas një shfaqje ajrore që rezultoi fatale në vitin 1988 (Ramstein, Gjermani). Një studim i vitit 2016 përforcoi teorinë se sa më të vogla të jenë përmasat e hipokampusit, aq më i lartë është rreziku për të zhvilluar çrregullimin e stresit post traumatik dhe një hipokampus i madh rrit probabilitetin e efikasitetit të trajtimit. (46)

## **1.8 Depistimi dhe vlerësimi**

Në përdorim janë një sërë mjetesh depistuese për të rriturit me ÇSPT, si dhe për të rinjtë, të tillë si Indeksi i ÇSPT për DSM-IV (47). Depistimi i ÇSPT në Kujdesin Parësor, Lista e Kontrollit të ÇSPT-së, Shkalla e simptomave ÇSPT të fëmijët, dhe Lista e kontrollit M3 janë mjete të tjera të depistimit. Në literaturë janë shqyrtuar plotësisht 15 studime të cilësisë së lartë ku rezultojnë se Lista e Kontrollit të ÇSPT-së, ka performance më të mirë krahasuar me instrumentet e tjera të depistimit. (48-52).

Individët me ÇSPT mund të referojnë në historinë e tyre për mendime dhe tentativa vetëvrasëse. Përveç depresionit dhe çrregullimeve të përdorimit të substancave, diagnoza e ÇSPT shpesh shoqërohet me çrregullimin bipolar, çrregullimin e të ushqyerit, dhe

çrregullime të tjera ankthi si: çrregullimi obsesiv-kompulsiv (OCD), çrregullimi i panikut, Çrregullimi i ankthit social, dhe çrregullimi i ankthit të përgjithësuar (53).

Shumica e personelit mjekesor që ekzaminojnë një fëmijë apo një të ri për ÇSPT intervistojnë si prindërit ashtu edhe fëmijën, zakonisht veç e veç, me qëllim që secila palë të flasë lirisht. Intervistimi i fëmijës, është mjaft i rëndësishëm. Ekzistojnë gjëra, të cilat janë natyrshme për një person të ri t'i mendojë, t'i ndjejë ose t'i bëjë që i rrituri nuk është i vetëdijshëm. Një tjetër sfidë për diagnostikimin e ÇSPT në fëmijët, veçanërisht në fëmijët e vegjël është se ata mund të shprehin simptomat e tyre ndryshe nga të rriturit. Kjo përfshin edhe sjellje të rrezikshme, agresive. Gjithashtu fëmijët me ÇSPT mund të ankojnë për shqetësime somatike njësoj si të rriturit. Fëmijët më të vegjël të traumatizuar mund të kenë probleme motorike, përqëndrimi mund të jetë i dëmtuar, nuk arrihen të administrohen impulset e tyre dhe për këtë arsye konsiderohen si të sëmurë nga çrregullimi i vëmendjes së hiperaktivitetit të deficitit (ADHD) (54).

### **1.9 Manuali diagnostik dhe statistikor**

Që nga futja në përdorim i DSM-IV, shkalla e ngjarjeve të mundshme që mund të përdoren për të diagnostikuar ÇSPT është rritur; një studim sugjeron që rritja është rreth 50%. (55) Ekzistojnë shkallë të ndryshme për të matur ashpërsine dhe frekuencën e simptomave të ÇSPT-së. Mjetet e standardizuara të depistimit si Pyetësi i Vlerësimit të Traumës dhe Shkalla e Simptomave të ÇSPT-së mund të përdoren për të zbuluar simptomat e mundshme të çrregullimit të stresit post traumatik dhe sugjerojnë nevojën për një vlerësim formal të diagnostikimit.

Në Maj 2013 ne DSM-5, ÇSPT u klasifikua si një çrregullim i lidhur me traumën dhe faktorin stresant. Kriteret diagnostikuese të DSM-5 për ÇSPT përfshijnë katër grupe simptomash:

ripërjetimi, disociacioni, mendimet me natyrë negative, të cilat ndikojnë në humor dhe në cilësitë konjitive dhe alterimet e vigjilencës.

### *Klasifikimi ndërkombëtar i sëmundjeve*

Kriteret diagnostikuese për ÇSPT, të përcaktuara në Klasifikimin Statistikor Ndërkombëtar të Sëmundjeve dhe Problemet Shëndetësore të lidhura me to 10 (ICD-10), mund të përmbliidhen si: (56)

- Ekspozimi ndaj një ngjarje ose situatë stresuese (qoftë afatshkurtër apo afatgjatë) me natyrë jashtëzakonisht kërcënuese ose katastrofike, e cila ka gjasa të shkaktojë shqetësim pothuajse në të gjithë individët.

- Kujtimi i vazhdueshëm, ose "rijetimi" i stresorit nga kujtimet ndërhyrëse, kujtimet e gjalla, ëndrrat e përsëritura, ose duke përjetuar shqetësim kur ekspozohen ndaj rrethanave që i ngjajnë apo shoqërohen me faktorin stresant.

- Shmangia aktuale ose e qëllimshme e rrethanave të ngjashme ose të lidhura me faktorin stresant (jo të pranishme përpara ekspozimit ndaj stresorit).

- Ose (1) ose (2):

1. Pamundësia për të kujtuar, pjesërisht ose tërësisht, disa aspekte të rëndësishme të periudhës së ekspozimit ndaj stresoreve.

2. Simptoma ,të cilat persistojnë në mënyrë të vazhdueshme dhe shkaktojnë rritjen e ndjeshmërisë psikologjike dhe të vigjilencës (jo të pranishme para ekspozimit ndaj stresorit) duke përfshirë dy nga të mëposhtmet:

- vështirësi në fjetje ose pagjumësi
- irritabilitet i shtuar, vështirësi në menaxhimin e tij
- vështirësi në përqëndrim
- hiper-vigjilencë
- përgjigje e ekzagjeruar ndaj situatave të papritura.

Protokolli diagnostik ICD 10 specifikon: (57) Në përgjithësi, ky çrregullim nuk duhet të diagnostikohet nëse nuk ka dëshmi se ai u zhvillua brenda 6 muajve pas një ngjarje traumatike me ashpersi të jashtëzakonshme. Një diagnozë "e mundshme" mund të jetë ende e mundur nëse vonesa midis ngjarjes dhe fillimit të sëmundjes është më e gjatë se 6 muaj, me kusht që manifestimet klinike të jenë tipike dhe nuk mund të ketë identifikime alternative të çrregullimit (p.sh., si ankth ose çrregullim obsesiv-kompulsiv ose episod depresiv). Përpos evidencës së traumës, duhet të jenë të pranishme kujtimet e përsëritura, ndërhyrëse ose

rievokimi i ngjarjes nëpërmjet kujtimeve, ëndrrave apo imazheve gjatë ditës. Shkëputja emocionale e dukshme, afekti i sheshuar dhe shmangia e stimujve që mund të zgjojnë kujtimet e traumës mund të jenë të pranishme, por jo thelbësore në vendosjen e diagnozës (58). Shqetësimet autonome, çrregullimet e humorit dhe anomalitë e sjelljes ndihmojnë në diagnostikim, por nuk janë me rëndësi primare. Pasojat kronike të vonshme të stresit dmth, manifestimet pas dekadash nga përvoja stresante, duhet të klasifikohen sipas ICD 10 në kapitullin e çrregullimeve mendore dhe të sjelljes.

### **1.10 Cfare e shkakton PTSD?**

Pothuajse çdo traumë, e përcaktuar si një ngjarje kërcënuese për jetën ose që komprometon rëndë mirëqenien fizike ose emocionale të një individi ose shkakton frikë intensive, mund të shkaktojë ÇSPT. Ngjarje të tilla shpesh përfshijnë përjetimin ose të qenit dëshmitar në një aksident të rëndë ose lëndim fizik, informimi rreth një diagnoze mjekësore që i kërcënon jetën, të qenit viktimë e rrëmbimit ose torturës, ekspozimit ndaj luftës ose ndaj një fatkeqësie natyrore, ekspozimit ndaj katastrofave të tjera (për shembull, rrëzim avioni) ose sulm terrorist, të qenit viktimë e përdhunimit, vjedhjes ose sulmit, përjetimi i abuzimit në forma të ndryshme, fizike, seksuale, emocionale ose forma të tjera, si dhe përfshirje në konflikte civile. Ndonëse diagnoza e ÇSPT-së aktualisht kërkon që personi që vuan të ketë një histori të përjetuar, një ngjarje traumatike siç përcaktohet më sipër, njerëzit mund të zhvillojnë ÇSPT edhe kur jetojnë ngjarje që nuk mund të klasifikohen si traumatike, por mund të jenë ngjarje shkatërruese për jetën si divorci ose papunësia (59).

### **1.11 Cilet jane faktoret e riskut te PTSD dhe faktoret mbrojtës ?**

Problematikat që i vendosin njerëzit në rrezik më të lartë për të zhvilluar ÇSPT përfshijnë: rritjen e kohëzgjatjes së ngjarjes traumatike, numrin më të madh të ngjarjeve traumatike të kaluara, gravitetin më të lartë të traumës që përjetohet, gjendjen emocionale para ngjarjes ose mbështetjen e dobët sociale nga familjarët ose miqtë. Përveç këtyre faktorëve të rrezikut, fëmijët dhe adoleshentët, femrat, pakicat minoritare dhe njerëzit me aftësi të kufizuara ose prania e dhunës në familje duket se përbëjnë një rrezik më të madh të zhvillimit të ÇSPT pas një ngjarje traumatike (60).

### **1.12 Cilat jane efektet e PTSD?**

Edhe pse jo të gjithë individët e traumatizuar mund të zhvillojnë ÇSPT, trauma mund të ketë pasoja të rëndësishme fizike. Për shembull, studimet tregojnë se njerëzit që kanë qenë të ekspozuar ndaj një stresori ekstrem shpeshherë kanë një hipokampus më të vogël (një zonë



e trurit që luan rol në kujtesë) krahasuar me njerëzit që nuk janë ekspozuar ndaj traumave. Kjo është e rëndësishme në kuptimin e efekteve të traumës në përgjithësi dhe ndikimit të ÇSPT-së, veçanërisht pasi hipokampi është pjesë e trurit që mendohet të luajë një rol të rëndësishëm në zhvillimin e kujtimeve të reja. Gjithashtu, pavarësisht nëse një person i traumatizuar zhvillon ose jo ÇSPT, ata duket se janë në rrezik për përdorim më të shpeshtë të cigareve, alkoolit dhe marihuanës. Anasjelltas, njerëzit që e kanë trajtuar ÇSPT-në gjithashtu kanë sukses në kapërcimin e problemeve me abuzimin e substancave (61).

ÇSPT e patrajtuar mund të ketë pasoja shkatërruese për funksionimin dhe dëmton marrëdhëniet me familjet dhe shoqërinë. Komplikacionet e ÇSPT në gratë shtatëzëna përfshijnë edhe probleme të tjera emocionale, probleme shëndetësore dhe probleme me kujtesën. Femrat e abuzuara seksualisht në moshë të re kanë më shumë gjasa të zhvillojnë një çrregullim kompleks ÇSPT dhe çrregullime personaliteti. Fëmijët që lindin nga nënat që vuajnë nga kjo sëmundje gjatë shtatëzanisë, kanë më shumë gjasa të përjetojnë një ndryshim kimik në trupin e tyre, që e predisponon të zhvillojë ÇSPT më vonë gjatë jetës. Individët që vuajnë nga kjo sëmundje janë në rrezik për të pasur më shumë probleme mjekësore, si dhe probleme me riprodhimin. Emocionalisht, personat që vuajnë nga ÇSPT mund të luftojnë më shumë për të arritur një shëndet të mirë mendor në krahasim me njerëzit që vuajnë nga probleme të tjera emocionale (62).

Në fëmijët dhe adoleshentët, ÇSPT mund të ketë efekte të konsiderueshme negative në zhvillimin e tyre social dhe emocional, si dhe në aftësinë e tyre për të mësuar.

Gjithashtu, ÇSPT mund të ketë pasoja të rëndësishme ekonomikisht për trajtimin e sëmundjes.

### **1.13 Cilat janë simptomat dhe shenjat e PTSD ?**

Simptomat e çrregullimit të stresit post-traumatik mund të fillojnë brenda një muaji nga ngjarja traumatike, por ndonjëherë simptomat mund të mos shfaqen deri pas disa vitesh. Këto simptoma shkaktojnë probleme të rëndësishme në marrëdhëniet sociale, në punë apo në lidhjet e ndryshme që krijoni. Ato gjithashtu mund të ndërhyjnë në aftësinë tuaj për të zbatuar detyrat e përditshme.

Simptomat e ÇSPT përgjithësisht janë grupuar në katër lloje: kujtime ndërhyrëse, disociacion, prania e mendimeve negative, humor të ulur, ndryshimet në reagimet fizike dhe emocionale. Simptomat mund të ndryshojnë me kalimin e kohës ose ndryshojnë nga personi në person (63).

Për të caktuar diagnozën e ÇSPT në kontekstin e një individi që ka një histori ndaj një kërcënimi të vërtetë ku ka qënë i ekspozuar, ose ka perceptuar ankthin e vdekjes, lëndimit të rëndë ose dhunës seksuale ndaj vetes ose të tjerëve dhe që nuk përfshijnë ekspozimin përmes

mediave, veçse nëse është e lidhur me profesionin, janë të nevojshme tre grupet e mëposhtme të kritereve simptomatike:

- Ripërjetimi i vazhdueshëm i traumës (për shembull, kujtimet e mundimshme, *flashback* i shkaktuar nga kujtimet e ngjarjes traumatike, ankthe të përsëritura rreth traumës dhe / ose shkëputja nga rijetimi i traumës): Tek fëmijët kjo mund të përfshijë interpretime të përsëritura të traumës (63-65).4
- Shmangie deri në pikën e të pasurit fobi ndaj vendeve, njerëzve dhe përvojave që i kujtojnë traumën, ose afekt i sheshuar ndaj situatave të ndryshme
- Prania e mendimeve negative dhe vështirësi në të kujtuarit e aspekteve të rëndësishme të traumës, duke ruajtur opinione negative për veten, prirje për të fajësuar veten për traumën, prania e një gjendje emocionale të vazhdueshme negative, paaftësi për të pasur emocione pozitive, humbje të interesit ose mospjesëmarrje në aktivitete të rëndësishme, dhe ndjenja e shkëputjes nga të tjerët, vetëizolimi.
- Shfaqja e reagimeve problematike ndaj ngjarjes traumatike, duke përfshirë këtu problemet e gjumit, problemet e përqëndrimit, nervozizëm, zemërim, përqendrimi i dobët, kujtesë të dëmtuar, sjellje e pamatur ose vetëshkatërruese, reagimi i shtuar ndaj ngjarjeve të papritura, dhe hipervigilencë (vigjilencë të tepruar) ndaj rreziqeve.

Mpirja emocionale në ÇSPT mund të shfaqet si mungesë interesi në aktivitetet që më parë jepnin kënaqësi (anhedonia), 'vdekje' emocionale, distancimin nga njerëzit dhe / ose ndjenja e një të ardhme të paparashikueshme (për shembull, nuk mund të mendojnë të ardhmen ose të bëjnë plane për të ardhmen, duke patur frikën se dikush nuk do të jetojë shumë gjatë).

Në mënyrë që të vendoset diagnoza e ÇSPT duhet të jenë të pranishme të paktën një simptomë ripërjetimi, një simptomë disociacioni, dy ndryshime negative në humor ose mendime dhe dy simptoma hipervigjilence për të paktën një muaj dhe duhet të shkaktojnë shqetësim të mëdha ose dëmtime në funksionin e përditshëm (66-70).

Një çrregullim i ngjashëm në aspektin e repertorit të simptomave është çrregullimi akut i stresit. Dallimet kryesore midis dy çrregullimeve janë se simptomat e çrregullimeve të stresit akut vazhdojnë nga tre ditë në një muaj pas ekspozimit ndaj traumës dhe në vendosjen e diagnozës nevojiten më pak simptoma traumatike krahasuar me ÇSPT.

Tek fëmijët, ri-përjetimi i traumës mund të ndodhë përmes lojrave të përsëritura në dukje të lidhura me traumën, përpos kujtimeve dhe ëndrrave shqetësuese, të cilat më së shumti kanë përmbajtje të përgjithshme sesa të lidhur me traumën. Ashtu si tek të rriturit, duhet të jenë të pranishme të paktën një simptomë ripërjetimi, një simptomë evitimi / prania e afektit të

topitur dhe dy simptoma hipervigilence për të paktën një muaj dhe duhet të shkaktojnë shqetësime të konsiderueshme ose dëmtime funksionale në mënyrë që të konsiderohet ÇSPT. Nëse simptomat kanë qenë të pranishme për tre ditë deri në një muaj, mund të mendohet diagnoza e çrregullimit të stresit akut (ASD).

Simptomat që prirën të jenë të lidhura me ÇSPT përfshijnë probleme që kontrollojnë ndjenjat, të cilat mund të rezultojnë në mendime vetevrasese, shpërthime zemërimi ose sjellje agresive, prirje për të harruar traumën ose ndjenja e shkëputjes nga jeta (disociimi) ose nga trupi i vet (depersonalizimi), ndjenjat e vazhdueshme të pafuqisë, turp, fajit, ose të qenit krejtësisht ndryshe nga të tjerët, ndjenja se trauma ka fuqi të plotë, nuk dëshirojnë të kryejnë

aktivitet që kryenin më parë ose një ndjenjë e vazhdueshme e pafuqisë, mungesës së shpresës ose dëshpërimit (71).

**\*Kujtime ndërhyrëse**

Simptomat e kujtimeve ndërhyrëse mund të përfshijnë:

- Kujtime të vazhdueshme, të padëshiruara dhe shqetësuese të ngjarjes traumatike
- Rijetimi i ngjarjes traumatike sikur të ishte duke ndodhur sërish (flashbacks)
- Endrra tronditëse ose ankthe rreth ngjarjes traumatike
- Vuajtje të rëndë emocionale ose reagime fizike ndaj diçkaje që i kujton ngjarjen traumatike

**\*Shmangia**

Simptomat e shmangies mund të përfshijnë:

- Shmangia e mendimeve apo bisedave për ngjarjen traumatike
- Shmangia e vendeve, aktiviteteve ose njerëzve që kujtojnë ngjarjen traumatike

**\*Ndryshime negative në të menduarit dhe gjendjen shpirtërore**

Simptomat e ndryshimeve negative në të menduarit dhe humor mund të përfshijnë:

- Mendime negative për veten, të tjerët apo botën
- Mungesa e shpresës për të ardhmen
- Problemet e kujtesës, duke mos kujtuar aspekte të rëndësishme të ngjarjes traumatike
- Vështirësi në ruajtjen e marrëdhënieve të ngushta
- Ndjenja e shkëputjes nga familja dhe miqtë, disociacioni
- Humbja e interesit në aktivitetet që më parë i pëlqenin
- Vështirësi në përjetimin e emocioneve pozitive
- Mpirje emocionale

**\*Ndryshimet në reagimet fizike dhe emocionale**

Simptomat e ndryshimeve në reagimet fizike dhe emocionale (të quajtura edhe simptoma hipervigilence) mund të përfshijnë:

- Reagojnë me ankth dhe frikë ndaj situatave të menjëhershme
- Gjithmonë në vigjilent për shkak se mendojnë që në çdo moment mund tju ndodhin ngjarje të rrezikshme
- Sjellje vetë-shkatërruese, të tilla si pirja e tepërt ose të dhënit makinës shumë shpejt
- Probleme me gjumin, pagjumësi
- Vështirësi në përqendrim
- Sjellje agresive, konfliktuale, axhitim
- Te ndjerit fajtor ose me turp

Për fëmijët nën 6 vjeç, shenjat dhe simptomat mund të përfshijnë gjithashtu :

- Rindërtimi i ngjarjes traumatike apo aspekteve të ndryshme të saj nëpërmjet lojës
- Endrra të frikshme që mund të përmbajnë ose jo aspekte të ngjarjes traumatike

#### **1.14 Cila është prognoza për PTSD?**

Një numër i caktuar faktorësh mendohet të përmirësojnë prognozën (pamjen) për njerëzit me ÇSPT. Ato përfshijnë atributet personale si aftësitë njohëse mbi mesatare, vetëvlerësim dhe optimizëm të lartë, aftësitë ndërpersonale si aftësitë e mira sociale, zgjidhja e problemeve dhe kontrolli i impulsit. Gjithashtu kanë ndikim edhe faktorët e jashtëm si ndjenja e sigurisë dhe stabiliteti mjedisor.

#### **1.15 A është e mundur për të parandaluar PTSD?**

- Disa mënyra që shpesh sugjerohen për pacientët me ÇSPT për të përballuar këtë sëmundje përfshijnë: të mësuarit më shumë rreth çrregullimit, si dhe duke folur me miqtë, familjen, profesionistët dhe të mbijetuarit e ÇSPT-së për mbështetje. Bashkimi me një grup mbështetës mund të jetë i dobishëm. Këshilla të tjera përfshijnë reduktimin e stresit duke përdorur teknika relaksuese (për shembull, ushtrime të frymëmarrjes, imazhe pozitive), duke marrë pjesë aktivisht në trajtim siç rekomandohet nga specialistet, duke rritur praktikat pozitive të jetesës (për shembull, ushtrime fizike, ushqyerje të shëndetshme, vullnetarizmi), dhe minimizimin e praktikave negative të jetesës si abuzimi i substancave, izolimi social, puna e tepruar, sjelljet vetëshkatërruese ose vetevrasese. (72-74)

Ndërsa përdorimi i internetit vazhdon të zgjerohet, do të flitet më tepër tashmë për psikiatrinë edhe në internet. Kjo është veçanërisht e vërtetë duke pasur parasysh se mund të jetë mjaft e dobishme për individët me ÇSPT t'i nënshtrohen psikoterapisë. Fusha të tjera që hulumtuesit po synojnë të përmirësojnë për shërimin e personave të sëmurë nga ÇSPT përfshijnë: zgjerimin e hulumtimeve mbi desensibilizimin dhe ripërpunimin e lëvizjes së syve (EMDR), studimin se si mund të trajtohet më tepër ÇSPT në grupe të ndryshme etnike dhe zbulimin se si ta parandalojnë më mirë te njerëzit pa u zhvilluar sëmundja.

#### **1.16 Trajtimi**

Trajtimet për ÇSPT zakonisht përfshijnë psikoterapinë dhe terapinë medikamentoze.

### **1.16.1 Psikoterapia**

Disa lloje të psikoterapisë, të quajtur edhe terapia e bisedimeve, mund të përdoren për të trajtuar fëmijët dhe të rriturit me ÇSPT.

Lloje të psikoterapisë të përdorura në trajtimin e ÇSPT përfshijnë:

- Terapine njohëse. Ky lloj i terapisë së bisedimeve ndihmon të njihen mënyrat e të menduarit (modelet njohëse) - për shembull, besimet negative për veten dhe rreziku që gjëra traumatike mund të ndodhin përsëri.

Për ÇSPT, shpesh përdoret terapia njohëse së bashku me terapinë e ekspozimit.

- Terapia e ekspozimit. Kjo terapi e sjelljes i ndihmon pacientet të përballen në mënyrë të sigurtë me të dy situatat dhe kujtimet që i shohin të frikshme, në mënyrë që të mësojnë të përballen me efektivitet. Terapia e ekspozimit mund të jetë veçanërisht e dobishme për flashbacks (kthim pas) dhe mankthet (tmerret e nates). Kjo mënyrë qasjeje përdor programe të realitetit virtual që i lejon të ri-hyni në mjedisin ku kane përjetuar trauma (75).

- Desensibilizimi dhe ripërpunimi i lëvizjes së syve. EMDR kombinon terapitë e ekspozimit me një seri lëvizjesh të syve që i ndihmon pacientet të përpunojnë kujtimet traumatike dhe të ndryshojnë mënyrën si të reagojnë ndaj tyre.

Psikoterapisti ndihmon për të zhvilluar aftësitë e menaxhimit të stresit për të përballuar më mirë situatat stresuese dhe stresin në jetën e pacienteve.

Të gjitha këto qasje ndihmojnë që pacientet të fitojnë kontrollin e frikës pas një ngjarjeje traumatike. specialistet e shëndetit mendor mund të diskutojnë se çfarë lloj terapie ose kombinimi i terapive mund të plotësojnë më së miri nevojat e pacientit (76).

Mund të provohen terapite individuale, terapi te grupit ose të dyja. Terapia në grup mund të ofrojë një mënyrë për t'u lidhur me të tjerët duke kaluar nëpër përvoja të ngjashme.

Teknikat më të zakonshme të përdorura në psikoterapi janë sigurimi i informacionit rreth sëmundjes, duke ndihmuar individin të menaxhojë traumën, duke folur drejtpërsëdrejti rreth saj, duke mësuar mënyrën e menaxhimit të simptomave të ÇSPT dhe duke eksploruar dhe modifikuar mënyrat e pasakta të të menduarit rreth traumës. Edukimi i personave që vuajnë nga ÇSPT zakonisht përfshin mësimin e individëve në lidhje me atë që është ÇSPT, që ai shkaktohet nga stresi i jashtëzakonshëm dhe jo nga dobësia personale, si trajtohet dhe çfarë duhet të presim nga trajtimi. Ky edukim rrit gjasat që idetë e pasakta që personi mund të ketë për sëmundjen të largohen dhe të minimizohet turpi që mund të ndjejnë në lidhje me sëmundjen. Kjo mund të jetë e rëndësishme në popullatat si personeli ushtarak që mund të ndjehen veçanërisht të stigmatizuar nga ideja e takimit të një specialisti të shëndetit mendor dhe për këtë arsye të shmangen (77).

Një mënyrë tjetër e dobishme për trajtimin e sëmundjes është të mësuarit e njerëzve me qasjet praktike në përballimin e simptomave shumë intensive dhe shqetësuese. Në mënyrë të veçantë, ndihma për personat që vuajnë nga ÇSPT, është të mësojnë se si të menaxhojnë zemërimin dhe ankthin e tyre, të përmirësojnë aftësitë e tyre të komunikimit dhe të përdorin frymëmarrjen dhe teknika të tjera relaksimi që mund të ndikojnë në individët të fitojnë një

ndjenjë zotërimi mbi simptomat e tyre emocionale dhe fizike. Specialistet e shendetit mendor mund të përdorin gjithashtu edhe terapinë njohëse të sjelljes, duke shtyrë individin me ÇSPT që të kujtojë përvojat e tij traumatike nëpërmjet imazheve ose kujtesës verbale, ndërkohë që mësojnë mekanizmat e përballimit. Psikoterapia konjitive individuale ose në grup mund të ndihmojë njerëzit me ÇSPT të njohin dhe të përshtasin mendimet e lidhura me traumat duke edukuar në këtë mënyrë të sëmuret mbi marrëdhëniet ndërmjet mendimeve dhe ndjenjave, duke eksploruar mendimet më të zakonshme negative të mbartura nga individët e traumatizuar, duke zhvilluar interpretime alternative dhe duke praktikuar mënyra të reja për të parë gjërat. Ky trajtim gjithashtu përfshin praktikimin e teknikave të mësuara në situata të jetës reale (78-80).

Desensibilizimi dhe ripërpunimi nëpërmjet lëvizjes së syve është një formë e terapisë konjitive nëpërmjet së cilës specialisti i shendetit mendor shtyn individin me ÇSPT të flasë rreth traumës së përjetuar dhe ndjenjave negative rreth saj ndërkohë që fokusohet në lëvizjen e shpejtë të gishtit të profesionistit. Ndërkohë që disa studime tregojnë se ky trajtim mund të jetë i efektshëm, është ende e paqartë dobia e tij krahasuar me terapinë konjitive që realizohet pa lëvizjen e shpejtë të syve.

Një pjesë e rëndësishme e trajtimit është ndihma e këtyre pacientëve në mbarëvajtjen e detyrave në jetën e përditshme. Terapia okupacionale është një mënyrë e rëndësishme trajtimi sa i përket çështjeve të mësipërme, duke qënë se fokusohet në rehabilitimin nëpërmjet pjesëmarrjes në aktivitete të ndryshme. Kjo varion nga mbështetja e pacientëve me ÇSPT në rifitimin e pavarësisë për tu vetëkujdesur deri në riintegrimin në punët e mëparshme dhe roli në komunitet. Një aktivitet tjetër pozitiv mund të jetë mbajtja e një kafshe shtëpiake si qeni. Veçanërisht në drejtim të përmbushjes së trajtimeve konvencionale kjo metode kanë treguar efikasitet në përmirësimin e ndjenjës së sigurisë, përgjegjshmërisë, optimizmit dhe ndërgjegjësimin në pacientët me ÇSPT (81).

Familjarët e individëve me ÇSPT, po aq sa vetë pacientët, mund të përfitojnë nga këshillimi familjar, këshillimi në çift, klasat edukative prindërore dhe edukimi në zgjidhjen e konfliktit. Anëtarët e familjes mund të jenë në gjendje të japin të dhëna të përshtatshme sa i përket historisë së të afërmit të tyre (psh, rreth emocioneve dhe sjelljeve, abuzimit me drogat dhe zakoneve të përditshme) që vetë pacientët janë të paafte ose nuk kanë dëshirë ta shprehin.

Përballja direkte me problemet e gjumit që mund të jenë pjesë e ÇSPT ndihmon në lehtësimin e këtyre problemeve dhe reduktimin e simptomave të ÇSPT në përgjithësi. Veçanërisht, mënyrat adaptive të përballjes me ankthet e natës (terapia me imazhe, trajnimi me teknikat e relaksimit, diskutimi pozitiv me veten dhe evidentimi i problemeve të tjera të gjumit) kanë rezultuar të dobishme në reduktimin e problemeve të gjumit të lidhura me ÇSPT (82).

Trajtimi i stresit post traumatik ndihmon pacientet të rifitojnë një ndjenjë kontrolli mbi jetën tyre. Trajtimi primar është psikoterapia, por gjithashtu mund të përfshijë mjekimin medikamentoz. Kombinimi i këtyre trajtimeve mund të ndihmojë në përmirësimin e simptomave duke:

- I mësuar pacienteve aftësi për të kuptuar simptomat e tyre
- Ju dhënë ndihmë që të mendojnë më mirë për veten, të tjerët dhe botën
- Ju mësuar mënyra për të përballuar situatën nëse ndonjë simptomë shfaqet përsëri
- Trajtimi i problemeve të tjera që shpesh lidhen me përvojat traumatike, si depresioni, ankthi ose abuzimi i alkoolit apo drogës.

### **1.16.2 Medikamentet**

Disa lloje medikamentesh mund të ndihmojnë në përmirësimin e simptomave të ÇSPT:

- Medikamentet kundër depresionit. Këto medikamente mund të ndihmojnë simptomat e depresionit dhe ankthit.
- Medikamente kundër ankthit. Këto medikamente mund të lehtësojnë ankthin e rëndë dhe probleme të ngjashme.

Medikamentet që përdoren zakonisht në pacientët me ÇSPT përfshijnë antidepressantët serotonergjikë (SSRIs), si fluoxetine (Prozac), sertraline (Zoloft) dhe paroxetine (Paxil), dhe barnat që ndihmojnë në reduktimin e simptomave fizike të lidhura me sëmundjen si prazosin (Minipress), clonidine (Catapres), guanfacine (Tenex), dhe propranolol. Individët me ÇSPT kanë më pak gjasa të përjetojnë një rikthim të sëmundjes së tyre, nëse trajtimi antidepressiv vazhdon për të paktën një vit. SSRI-t janë grupi i parë i barnave që kanë marrë miratimin nga Administrata Amerikane e Ushqimit dhe Barnave (FDA) për trajtimin e ÇSPT. Udhëzimet e trajtimit përshkruajnë këto medikamente si veçanërisht të dobishme për njerëzit, ÇSPT e të cilëve është rezultat i një traume që nuk lidhet me luftën. SSRI-të priren të ndihmojnë personat e sëmurë nga ÇSPT të modifikojnë informacionin që merret nga mjedisi (stimujt) dhe për të ulur frikën. Studimet gjithashtu tregojnë se këto barna tentojnë të reduktojnë ankthin, depresionin dhe panikun. SSRI-të gjithashtu mund të ndihmojnë në uljen e sjelljeve agresive, konfliktuale, impulsivitetit dhe mendimeve vetevrasese që mund të lidhen me këtë çrregullim. Për ÇSPT-të që lidhen me luftën, ekziston gjithnjë e më shumë dëshmia se prazosina mund të jetë veçanërisht e dobishme. Edhe pse medikamente të tjera si duloksetina (Cymbalta), bupropioni (Wellbutrin), venlafaksina (Effexor) dhe desvenlafaksina (Pristiq) përdoren ndonjëherë për të trajtuar ÇSPT, ka pak studime rreth efektivitetit të tyre në trajtimin e kësaj sëmundje (83).

Medikamente të tjera më pak efektive, por megjithatë potencialisht të dobishme për menaxhimin e ÇSPT përfshijnë stabilizuesit e humorit, si lamotrigina (Lamictal), tiagabinë (Gabitril) dhe divalproex sodium (Depakote), si dhe stabilizues të humorit që janë gjithashtu antipsikotikë, si risperidon (Risperdal), olanzapinë (Zyprexa), quetiapine (Seroquel), aripiprazole (Abilify), asenapine (Saphris), dhe paliperidon (Invega). Medikamentet antipsikotike duket se janë më të dobishme në trajtimin e ÇSPT-së në individët që vuajnë



nga axhitimi, izolimi, hipervigjilenca, dyshimet e forta (paranoja) ose prania e episodeve të shkurtra psikotike. Medikamentet antipsikotike gjithnjë e më shumë po konsiderohen si terapi efektive për menaxhimin e ÇSPT kur përdoren në kombinim me SSRI.

Benzodiazepinat (qetësuesit) siç janë diazepam (Valium) dhe alprazolam (Xanax) për fat të keq shoqërohen me një sërë problemesh, duke përfshirë simptomat e abstinencës, rreziqet e mbidozës dhe varësisë dhe nuk janë dukshëm efektive për të ndihmuar individët me ÇSPT (84).

## **1.17 Parandalimi**

### **1.17.1 A është e mundur për të parandaluar ÇSPT?**

Përderisa trajnimi për përgatitjen e përgjigjes ndaj katastrofave shihet përgjithësisht si një ide e mirë në drejtim të përmirësimit të sigurisë së menjëhershme fizike dhe çështjeve logjistike të përfshira në një ngjarje traumatike, një trajnim i tillë mund të ofrojë faktorë të rëndësishëm parandalues kundër zhvillimit të ÇSPT. Kjo dëshmohet nga fakti se ata që kanë më shumë trajnim dhe përvojë (për shembull, policia, zjarrfikësit, specialistet e shëndetit mendor, dhe personeli tjetër mjekësor) kanë tendencë të zhvillojnë më pak ÇSPT-në kur përballen me fatkeqësi sesa ato pa një trajnim apo përvojë të tillë. Njerëzit të cilët kanë qenë të traumatizuar, kanë më pak gjasa të zhvillojnë ÇSPT nëse i nënshtrohen terapise nga profesionistë të trajnuar (85).

Egzistojnë medikamente për të ndihmuar në parandalimin e zhvillimit të ÇSPT. Disa medikamente që trajtojnë depresionin, përmirësojnë humorin, sjelljet agresive ose rrisin veprimtarinë e neurotransmetuesve të tjerë të trurit, mendohet të jenë mjete efektive në parandalimin e ÇSPT kur ato administrohen menjëherë në ditët pasi një individ përjeton një ngjarje traumatike.

Çrregullimi i stresit post traumatik është një çrregullim mendor që mund të ndodhë pasi individ i ekspozohet ndaj një ngjarje traumatike, si abuzimi seksual, luftërat, përplasjet në trafik ose kërcënime të tjera në jetën e një personi. Simptomat mund të përfshijnë mendime, ndjenja apo ëndrra shqetësuese, që lidhen me ngjarjen, vuajtje mendore ose fizike si pasojë e traumës, përpjekje për të shmangur situatat lidhur me traumat dhe ndryshimet në mënyrën e të menduarit apo ndjenjave. Këto simptoma zgjasin për më shumë se një muaj pas ngjarjes. Fëmijët e vegjël janë më pak të prirur të shfaqin shqetësimin, por njëkohësisht mund të shprehin kujtimet e tyre përmes lojës. (86) Individët me ÇSPT paraqesin një rrezik më të lartë për të kryer vetevrasje dhe për të pasur sjellje vetë-shkatërruese. Shumica e njerëzve që kanë përjetuar një ngjarje traumatike nuk do të zhvillojnë ÇSPT. Njerëzit që përjetojnë trauma ndërpersonale (për shembull, përdhunimi ose abuzimi në fëmijë) kanë më shumë gjasa të zhvillojnë ÇSPT, krahasuar me njerëzit që përjetojnë trauma të natyrave të tjera si aksidentet dhe katastrofat natyrore. Rreth gjysma e individëve zhvillojnë ÇSPT pas përdhunimit. Fëmijët janë më pak të pritur se të rriturit të zhvillojnë ÇSPT pas traumave,

veçanërisht nëse janë nën moshën dhjetë vjeç. Diagnoza bazohet në praninë e simptomave specifike që pasojnë një ngjarje traumatike.

Parandalimi është i mundur kur terapia drejtohet ndaj simptomave të hershme, por nuk është efektiv në të gjithë individët që kalojnë trauma.

Trajtimet kryesore për njerëzit me ÇSPT janë këshillimi dhe mjekimi. Kjo mund të realizohet individualisht ose në grup. Antidepresantët e tipit frenues selektiv të rikapjes së serotoninës janë barnat e linjës së parë të trajtimit të ÇSPT dhe rezultojnë të dobishëm në rreth gjysmën e pacientëve. Këto përfitime janë më të ulëta se ato të përfuara nga terapia. Është e paqartë nëse ka përfitim më të madh nga përdorimi i përbashkët i barnave dhe terapisë. Medikamentet e tjera nuk kanë dëshmi të mjaftueshme që mund të mbështesin përdorimin e tyre dhe në rastin e benzodiazepinave mund të përkeqësojnë rezultatet. (87)

### **1.17.2 Intervistimi psikologjik**

Individët e ekspozuar ndaj traumave shpesh marrin trajtim të quajtur intervista psikologjike në përpjekje për të parandaluar ÇSPT, e cila përbëhet nga intervista që kanë për qëllim ballafaqimin e drejtpërdrejtë të individit me ngjarjen dhe shprehjen e ndjenjave e tyre me konsulentin dhe për të ndihmuar në strukturimin e kujtimeve të lidhura me ngjarjen. Megjithatë, disa studime meta-analitike kanë zbuluar se intervista nuk është e dobishme, madje është potencialisht e dëmshme. Kjo vlen qoftë për intervistën në një seancë dhe atë me seanca të shumta. Prej vitit 2017 Shoqata Amerikane e Psikologjisë ka vlerësuar intervistën potencialisht jo të dëmshme (88).

### **1.17.3 Ndërhyrjet e rrezikut**

Ndërhyrjet e drejtuara ndaj rrezikut janë ato që përpiqen të zbusin informacionet ose ngjarjet specifike formuese. Ato synojnë modelimin e sjelljeve normale, udhëzimet rreth një detyre të caktuar, ose dhënien e informacionit mbi ngjarjen.

Studime të ndryshme në literaturë kanë gjetur se kombinimi i terapisë (psikologjike dhe farmakoterapia) nuk është më efektive sesa terapia psikologjike e vetme. (89)

### **1.17.4 Ushtrimi, sporti dhe aktiviteti fizik**

Aktiviteti fizik mund të ndikojë në shëndetin psikologjik dhe fizik të individit. Rekomandohen ushtrime të moderuara si një mënyrë për tu larguar nga emocionet shqetësuese, për të ndërtuar vetëvlerësimin dhe për të rritur ndjenjat e kontrollit. Studiuesit rekomandojnë një diskutim me mjekun para fillimit të një programi ushtrimesh. (90)

## **1.18 Cila është perspektiva për personat me ÇSPT?**

Remisioni nga ÇSPT është një proces gradual dhe i vazhdueshëm. Simptomat e ÇSPT-së rrallë zhduken plotësisht, por trajtimi mund të ndihmojë që individët me ÇSPT të mësojnë

për ta përballuar më efektivisht. Trajtimi mund të çojë në simptoma më pak intensive, si dhe një aftësi më të madhe për t'u përballur me menaxhimin e ndjenjave që lidhen me traumën. Hulumentimi vazhdon në faktorët që shkaktojnë në ÇSPT dhe në gjetjen e trajtimeve të reja.

### **1.19 Incidenti ne fshatin Gërdec**

Incidenti ndodhi në fshatin Gërdec të komunës Vorë, më 15 mars 2008, si pasojë e aksidentit teknologjik në fabrikën e çmontimit të municioneve, përbëhet nga një rast i veçantë në fushën e mbrojtjes civile nga aksidentet e këtij lloji (106).

### **19.1 Përshkrimi i përgjithshëm i situatës**

Më 15.03.2008, në orën 12:10 në depot për çmontimin e municioneve në fshatin Gërdec në Bashkinë Vorë, në koordinatat 41.4 N; 19.62 N një shpërthim i rëndë krijoi një krater të madh me një valë hit që tronditi të gjithë zonën përreth. Rrjeti i sizmologjisë regjistroi një madhësi të  $ML = 2.9$  Richter. Pas 19 minutash, në ora 12:29 ndodhi një shpërthim tjetër me magnitudë Richter  $ML = 2.5$ .

Gjatë ditës së 15.03.2008 deri në mbrëmjen e natës kanë ndjekur shpërthime të njëpasnjëshme, por me një shkallë më të lehtë. Shpërthimet ishin të fuqishme në Gërdec, Marqinet, Gjokaj dhe në qytetin e Vorës, dhe për pasojë ka pasur shumë të plagosur, veçanërisht në zonën rreth kraterit të shpërthimit.

Për shkak se shpërthimi ishte i fuqishëm dhe për shkak se vendndodhja e burimit ishte afër zonave të banuara, ajo shkaktoi dëme në jetën e njerëzve, shtëpitë, bizneset dhe në mjedis. Shpërthimet shkaktuan dëmtime të konsiderueshme në rrjetin e ujësjellësit dhe kanalizimit, rrugëve, objekteve publike, shkollave, kopshteve dhe qendrave mjekësore. Numri i përgjithshëm i viktimave ka arritur në 26, numri i personave të dëmtuar është 400, ndërsa numri i personave që kanë marrë ndihmë / trajtim në spitale ishte 300. Numri i personave të shkaktuar ka qenë rreth 10,000, ndër të cilët rreth 4000 janë evakuar nga zona . 678 persona u strehuan në ambientet e shtëpisë së pushimit të Ministrisë së Punëve të Brendshme, Shtëpisë së pushimit të Ministrisë së Mbrojtjes (MM), dhe në vendbanimin privat të pushimeve XIXA, ndërsa të tjerët u strehuan në shtëpi e të afërmeve dhe miqve. Familjet që banonin në strehimore shtetërore iu dhanë ushqim, ndihmë mjekësore dhe psikologjike, ndërsa pati përpjekje për të ruajtur vazhdimësinë e aktivitetin e tyre të përditshëm, si: shkollën për studentët dhe ndjekjen e vendeve të punës për ata që kishin punë, etj. Të gjitha këto shpenzime u mundësuan nëpërmjet një vendimi të Këshillit të Ministrave nr. 498, datë 1.5.2008 "Për një fond shtesë në buxhetin e vitit 2008 për Ministrinë e Brendshme për të

mbuluar shpenzimet e familjeve të vendosura në Shtëpinë e pushimit në Durrës si rezultat i aksidentit teknologjik të datës 15.3.2008 në fshatin Gërdec, në Bashkinë Vorë ".



**Figura 2. Pamje nga Shperthimi**

### **19.2 Koordinimi i aktiviteteve nderinstitucionale**

Forcat e Policisë së Shtetit, ushtrisë dhe emergjencave civile bashkuan forcat për të marrë pjesë në evakuimin, operacionet e shpëtimit, dhenien e ndihmës së parë dhe transportimin e të plagosurve në spitale. Trupat e Ministrisë së Mbrojtjes së bashku me Policinë e Shtetit e siguruan zonën dhe ishin të ngarkuar me kontrollin e pikave të hyrjes në zonë; koordinimin e punës me Ministrinë e Bujqësisë, Ushqimit dhe Mbrojtjes së Konsumatorit (MBUMK) dhe njësisë të qeverisjes vendore për varrimin e kafshëve dhe shpendëve; mbajtjen e kushteve normale sanitare dhe dezinfektimin e zonës. Gjithashtu, trupat e MPB-së në bashkëpunim me strukturat lokale përfunduan kontrollin e shtëpive dhe territorit për municione dhe materiale të tjera të rrezikshme; grumbullimi i municioneve të paplasura, mbeturinave, barutit, çimentos dhe depozitimit të tyre në zonën e shpërthimit; përmirësimi i infrastrukturës në zonën e Marqinet-Gërdecit; rrethimi i zones se sigurisë.

Në të gjitha operacionet e lartpërmendura, strukturat e MM-së janë ndihmuar nga Shpërthimi i Rregullt i Çmontimit të Ekspozimit të trupave të Kosovës; 2 skuadra daneze anti-mina; ekspertë të emergjencave civile nga New Jersey, SHBA; Ekspertë suedezë që punojnë në anti-mina; UNICEF, UNDP / Zyra për Koordinimin e Veprimeve kundër Minave, Kryqi i Kuq në Shqipëri etj. Ministria e Shëndetësisë (MSH) dhe institucionet e

saj raportuese iu përgjigjën menjëherë emergjencës civile të krijuar. Në pajtim me Urdhërat e lëshuara nga Ministri i Shëndetësisë (urdhër nr.95, 96, 102, 103 në datën 15-18.03.2008) filloi funksionimin Komisioni i Emergjencave për reagimin ndaj situatës së krijuar nga shpërthimi në Gërdec.

U krijuan grupe pune të përbërë nga psikiatër, psikologë dhe punonjës socialë për të ofruar ndihmë psiko-sociale për njerëzit në nevojë në zonën e Vorës, në shtëpitë e pushimeve dhe në spitalet. Një grup tjetër pune u krijua për vlerësimin dhe vënien në funksionim të mjediseve të emergjencave mjekësore në zonën e Vorës dhe Marikajt. Të plagosurit / demtuarit nga shpërthimi në Gërdec u transportuan menjëherë dhe iu nënshtruan trajtimit mjekësor në Qendrën Spitalore Tiranë Nënë Tereza (QSUT), ku ishin 63 persona të plagosur, 44 u dërguan në spitalin e Durrësit, 3 në spitalin e Krujës dhe rreth 170 të plagosur u dërguan në Spitalin Ushtarak në Tiranë. Për shkak të lëndimeve të rënda, 24 persona u dërguan për trajtim jashtë vendit. 11 pacientë u dërguan për trajtim në Itali dhe 2 pacientë u dërguan nga Zvicra nga QSUT, ndërsa 11 pacientë u dërguan në Itali, Greqi dhe Turqi nga Spitali Ushtarak në Tiranë.

Instituti i Shëndetit Publik (ISHP) siguroi furnizime me vaksinë dhe serum anti-tetanic për spitalet e Durrësit, QSUT dhe Spitalin Ushtarak, duke mundësuar kështu vaksinimin kundër tetanozit për individët e plagosur. Në ditët e para, pas shpërthimit në zonë, kishte rreth 1500 policë, ushtarë dhe punonjës të emergjencës civile; rreth 100 automjete, 4 helikopterë, 50 ambulanca kamionë dhe 36 infermierë. Në ditët që pasuan, çdo ditë në zonën e operacionit kishte rreth 500 forca, prej të cilave: 70 policë shqiptarë, dhe 24 ushtarë nga një kompani private daneze kundër minave, 13 forca të Trupave Mbrojtëse të Kosovës, 93 forca të sigurisë, 100 forca të shpëtimit dhe evakuimit, 130 trupa mbështetëse dhe 70 policë të policisë së shtetit. Për më tepër, tërë struktura e KESH / OSSH në zonën e Tiranës ishte angazhuar për riparimin e dëmeve në rrjetin elektrik si rezultat i shpërthimit. Brenda një kohe të shkurtër, janë instaluar 5 transformatore elektrike të reja me 400 kVA, duke pasur parasysh se më parë kishte pasur vetëm 3 të tilla (2x100kVA + 1x180kVA); ka pasur rindërtim të pjesshëm të një linje të mesme prej 3 km 6kV; U ndërtua dhe u rindërtua 4,8km i një linje të ulët të fuqisë prej 0.4 kV. Gjithashtu, ka pasur edhe punë shtesë për korigjimin e dëmeve të shkaktuara në stacionin nën-energjitik të Vorës dhe transformatori i fuqisë u zëvendësua me një përmirësim nga 3.2MVA në 5.6MVA me një financim total prej rreth 28.5 milionë lekësh. Specialistët nga Drejtoria e Përgjithshme e Ujësjetës Kanalizimeve të Ministrisë së Punëve Publike, Transportit dhe Telekomunikacionit kanë inspektuar zonën për të kontrolluar problemet e furnizimit me ujë dhe ujitjes.

Grupi i punës i në bashkëpunim me Bashkinë e Vorës vlerësoi dëmet dhe veprimet menjëherë për furnizimit me ujë të banorëve të fshatit Marqinet 1 dhe një pjesë e fshatit Marqinet 2 brenda afateve kohore të përcaktuara, nga tubi kryesor i Ujësjetës Fushe Krujë - Shijak.

Për të furnizuar me ujë zonën e mbetur të fshatit Marqinet 2, ne lagjet Ustali dhe Druri i Bukur, linjat e furnizimit me ujë u testuan për të evidentuar dëmtimet e mundshme dhe riparimet e nevojshme. Në bashkëpunim me trupat ushtarake, është punuar për pastrimin e stacionit të pompimit të Gërdecit, i cili ishte shkatërruar. Grupi i punës ka angazhuar një fond prej 2 milionë lekësh për sigurimin e materialeve të nevojshme për gjendjen e emergjencës, si dhe 2 pompa u siguruar për stacionet e pompimit. Përveç kësaj,

stacioni i pompimit i Gërdecit ishte riparuar dhe kishte filluar punën, i cili furnizonte me ujë zonën gjatë fazës emergjente.

Në përputhje me Urdhrin e Kryeministrit, nr. 47, datë 21.4.2008 "Për krijimin e Grupit Ndërinstitucional për Koordinimin e Donatorëve dhe Ndhmën e Huaj në rastet e Emergjencave Civile", Departamenti i Bashkërendimit të Strategjive dhe Koordinimit të Ndhmës së Huaj ishte përgjegjës për koordinimin e të punojë me të gjitha institucionet qeveritare dhe komunitetin e donatorëve për identifikimin e nevojave, përcaktimin e prioriteteve dhe përkufizimin e boshllëqeve financiare për rindërtimin e Gërdecit.

Në këtë kontekst, brenda një kohe shumë të shkurtër u zhvilluan një numër aktivitete dhe takimesh. Kështu, u organizuan pesë takime për identifikimin e dëmeve dhe nevojave (afatmesme dhe afatgjata). Janë organizuar disa takime me Sekretariatit Teknik të Donatorëve, tre takime me grupet punuese të sektorit për çështjet sociale (arsim / shëndetësi); infrastrukturës, bujqësisë dhe mjedisit. Gjithashtu, ka pasur dy takime të donatorëve: një në nivelin e këshillimit për zhvillim (më 14 maj 2008) dhe një nivel i lartë politik (27 maj 2008).

Në përputhje me pikën 3 të nenit 102 të Kushtetutës së Republikës së Shqipërisë, me urdhr të Kryeministrit është themeluar Grupi i Punës për Monitorimin e Situatës Mjedisore në zonën e Gërdecit. Ky grup pune u kryesua nga Zëvendësministri i Mjedisit, Pyjeve dhe Administrimit të Ujërave. Grupi i punës monitoroi gjendjen e ujërave sipërfaqësore dhe nëntokësore, tokën bujqësore, sipërfaqen pyjore, pemët frutore dhe biodiversitetin në territorin e Gërdecit. Në takimin e nivelit të lartë të donatorëve, Ministri i Mjedisit, Pyjeve dhe Administrimit të Ujërave paraqiti konkluzionet dhe rekomandimet e raportit të parë të përgatitur nga ky grup.

### **19.3 Politikat për rivendosjen e normalitetit në zonë**

Komiteti Ndërmintor për Emergjencat Civile, i kryesuar nga Zëvendëskryeministri, në konsultim me Kryetarin e Komunës dhe ekspertët e Bashkisë së Vorës, njësitë e tjera lokale dhe Prefekti i Tiranës dhe Durrësit vendosën një plan për sigurimin e strehimit të përhershëm për banorë të zonës duke ndërtuar një fshat të ri me standarde bashkëkohore urbane dhe riparimin e dëmeve në komuna të tjera. Për zbatimin e këtij plani u ngrit nevoja për shpronësimin e një zone në afërsi të zonës së shkatëruar, si dhe kishte një plan për ndërtimin e shtëpive për të gjitha familjet e prekura. Për të arritur marrëveshje konsensuale në lidhje me këtë çështje, përfaqësuesit e qeverisjes vendore (Bashkia Vora dhe komunat e tjera) dhe të qeverisë qendrore u organizuan një numër takimesh / konsultime publike me banorët e zonës. Në të gjitha takimet, banorët kërkuan njëzëri të ktheheshin në tokën e tyre dhe thanë se vetë do të ndërtonin shtëpitë e tyre të shkatërruara, kundër një kompensimi financiar nga shteti për dëmet e shkatëruara në pronën e tyre (p.sh. shtëpi, kafshë, bimë dhe fruta, si dhe bizneset.) Qeveria shqiptare, duke marrë parasysh kërkesat e banorëve, por duke marrë në konsideratë edhe gjendjen specifike në të cilën jetonin, si dhe duke marrë parasysh rekomandimet e ekspertëve vendorë dhe ndërkombëtarë lidhur me parametrat e sigurisë dhe mjedisit të zonës, ndërmorri hapat e mëposhtëm:

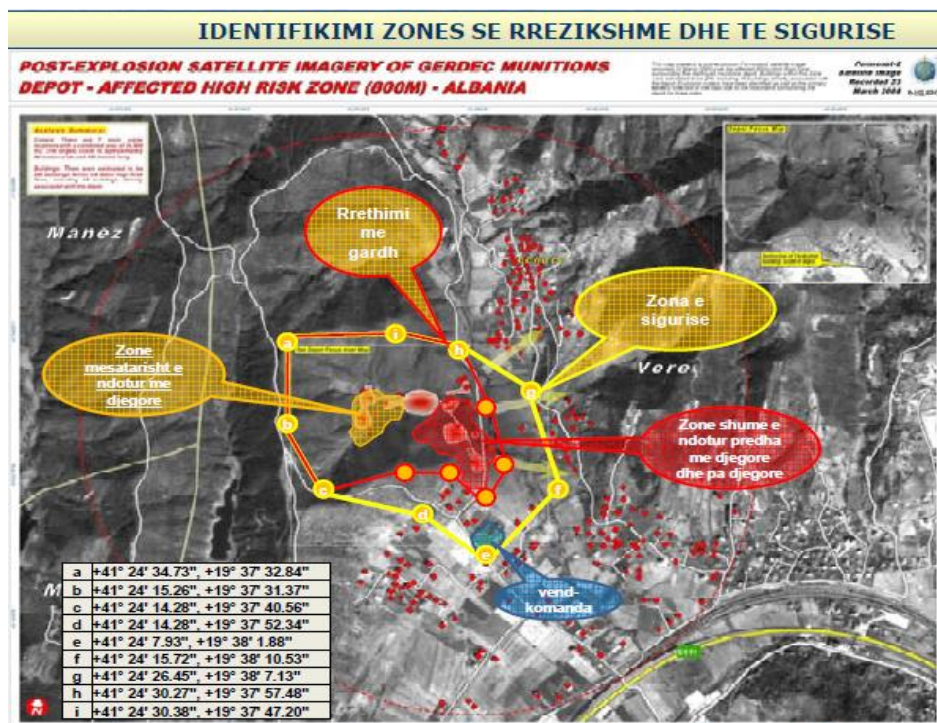


Figura 3. Zonat e shperthimit

- ❖ Shpallja e "zonës së sigurisë" në perimetrin e 300m dhe rrethimi i zonës;
- ❖ Mos lejimi i kthimit të atyre familjeve (15 familje), shtëpitë e të cilëve ishin brenda rrezes së 300m të lartpërmendur dhe ushtrimin e aktivitetet te prodhimit privat në këtë fushë;

- U kryen analiza të treguesve mjedisorë (ujë, tokë, ajër, bimë) për të siguruar parametrat dhe standardet që do të lejonin kthimin e sigurt të banorëve në këtë zonë;
- Lejimi i kthimit në shtëpitë e tyre të banorëve, shtëpitë e të cilave ishin jashtë kufijve të zonës së sigurisë dhe sigurimi i një ndihme financiare për pagesën e qirasë për një periudhë prej 6 muaj deri në rindërtimin e shtëpive të tyre;
- Ndërtimi i shtëpive nga vetë banorët e zonës dhe punimet publike (infrastruktura rrugore, rrjeti i ujësjellësit dhe i kanalizimit, shkollat, qendrat shëndetësore etj.) do të kryhej në bazë të planit ekzistues urban 1.

Për të krijuar kushte të mira jetese në Gërdec dhe për të siguruar banorët e zonës së prekur, qytetarët shqiptarë dhe komunitetin ndërkombëtar për angazhimin e fuqishëm të Qeverisë, Ministria e Mbrojtjes filloi punën e heqjes së stoqeve të municioneve nga brenda zonës së sigurt. Këto municione paraqesnin një rrezik që në rast të një shpërthimi do të shtrihej deri në më shumë se 300 metra. Municionet e grumbulluara u transferuan në një vend më të sigurt dhe ky operacion përfundoi deri në gjysmën e parë të muajit gusht. Pas përfundimit të kësaj faze u kryhen operacione më të specializuara për të eliminuar municionet që ende ishin në sipërfaqe (106).

## **II METODOLOGJIA**

### **2.1 Qëllimi**

Vlerësimi i prevalencës së simptomave psikopatologjike afatgjata në popullatën e fshatit Gerdec-Tiranë, në zonës së shpërthimit të municioneve.

### **2.2 Objektivat**

- Vlerësimi i Simptomave të Depresionit, Ankthit dhe Stresit sipas gjinise dhe sipas zonave të studimit
- Vlerësimi i prevalencës së ÇSPT sipas zonave të studimit dhe karakteristikave sociodemografike

### **2.3 Hipotezat e studimit**

1. Banoret e zonës së shpërthimit kanë nivele më të larta të ankthit stresit dhe depresionit krahasuar me grupet e tjera të studimit
2. Banoret e zonës së shpërthimit kanë prevalencë më të lartë të ÇSPT krahasuar me grupet e tjera të studimit

### **2.3 Materiali dhe Metoda**

#### **Tipi i studimit**

Ky është një studim cross-sectional i kryer në periudhën 2012-2015 në fshatin Gerdec dhe në Qendren e Mjekësisë Komunitare Nr. 3 në Tiranë

#### **Madhesia e kampionit të studimit**

Në bazë të studimit të literaturës kampioni rezultoi në 196 individë për të diktuar një prevalencë prej 15% të ÇSPT, me fuqi të studimit 80% ( $\beta=0.20$ ) dhe nivel sinjifikance  $\alpha=0.05$  (intervali i besimit 95% CI)



## **Pjesëmarrësit**

Pjesëmarrësit e studimit janë përzgjedhur nga studiuesi dhe parimet mbi bazën e kriterëve të përfshirjes dhe përjashtimit të cilat janë kusht i përcaktuar nga hulumtuesi.

## **Kriteret e përfshirje ne studim**

Ne baze te te dhenave te ministrise se mbrojtjes zona e shperthimit ne fshatin Gerdec eshte e ndare ne dy zona:

- zona e shperthimit
- dhe zona e sigurise

Ne studim jane perfshire:

- banoret nga zona e shperthimit familjaret e te cileve perfunduan ne vdekje
- banoret nga zona e shperthimit te cilet nuk paten vdekje te familjareve dhe te cilet u evakuuan
- Banore nga zona e sigurise shtepite e te cileve u shkaterruan dhe te cilet u evakuuan

## **Instrumentet e studimit**

Ky studim inkorporon metoda të kërkimit sasior në formën e pyetësorëve.

- Per vleresimin për ÇSPT u bazua ne kriteret DSM-IV.
- Lista e Kontrollit të ÇSPT -së - Versioni Civil është përdorur për të ndihmuar në diagnozën. Është zbatuar një rezultat më i lartë i vlerave cut-off për të minimizuar fallco-pozitivitetin.
- DASS-42 është pyetësori i përdorur për te matur nivelin e Stresit, Ankthit dhe Depresioni- versioni shqiptar i validuar nga autori.
- Te dhenat jane krahasuar me nje grup kontrolli nga qyeza e Vores, larg zones se shperthimit

Intervistat për përmbushjen e pyetësorëve u zhvilluan nga stafi i trajnuar i studimit.

## **Përshkrim i përgjithshëm i pyetësorit mbi nivelin e Stresit, ankthit dhe depresionit (DASS -42)**

Për të përcaktuar nëse banoret përjetojnë nivele të larta të depresionit, ankthit dhe stresit, në studim janë inkorporua rmetodat kërkimore sasiore në formën e pyetësorëve. Pyetësorët

kishin qëllim për të shqyrtuar statusin mendor të banoreve, duke përfshirë stresin, depresionin dhe ankthin, duke testuar ndikimin e disa variablave mbi ta.

DASS - 42 është një grup prej tre nën shkalleve vetë-raportuese projektuar për të matur gjendjet negative emocionale të depresionit, ankthit dhe stresit. DASS është ndërtuar jo vetëm si një instrument për matjen në mënyrë konvencionale të gjendjes, por për të çuar përpara procesin e përcaktimit, të kuptuarit, dhe matjen e të gjitha gjendjeve të rëndësishme emocionale zakonisht të përshkruara si depresioni, ankthi dhe stresi. Secila nga tre shkallët DASS përmban 14 pyetje, të ndara në nën shkallë nga 2-5 pyetje me përmbajtje të ngjashme.

Perpara përdorimit të instrumentit u validua DASS-42 për kontekstin shqiptar, në një kampion prej 50 banoresh të përzgjedhur rastësisht nga popullata e Gërdecit.

-Shkalla “Depresioni” vlerëson disforinë, dëshpërimin, zhvlerësimin e jetës, vetë-zhvlerësimin dhe mungesën e interesit / përfshirjes, anhedonia, dhe inerci.

-Shkalla “Ankthi” vlerëson emocionet autonome, efekte muskulare skeletike, ankth dhe situatë, dhe përvojën subjektive të shqetësuar ndikojë.

-Shkalla e Stresit është e ndjeshme ndaj niveleve të emocioneve jo-specifike kronike. Ajo vlerëson vështirësi në të redaktuar, zgjimin nervor, dhe qenien lehtësisht të mërzitur / shqetësuar, nervoz / mbi-reaktive dhe të padurueshëm. Subjekteve i kërkohet për të vlerësuar nga 0 deri 4-pikë ashpërsinë / frekuencën, shkallën në të cilën ata e kanë përjetuar çdo gjendje gjatë javës së kaluar. Rezultatet për depresion, ankthin dhe stresin janë llogaritur duke mbledhur rezultatet për pyetjet përkatëse.

### **PTSD CheckList - Versioni Civil**

PCL është një shkallë e standardizuar e vlerësimit për PTSD që përmban 17 pyetje që korrespondojnë me simptomat kryesore të PTSD

Si plotësohet PTSD CheckList - Versioni Civil

U intervistuan banoret për plotësimin e PTSD CheckList - Versioni Civil

Të anketuarit tregojnë se sa kanë qenë të shqetësuar nga një simptomë gjatë muajit të kaluar duke përdorur një shkallë prej 5 pikësh (1-5), duke i rrethuar përgjigjet e tyre. Përgjigjet shkojnë nga **1** Jo aspak - **5** Jashtëzakonisht

Si pikezohet PTSD CheckList - Versioni Civil ?

1) Behet shuma e të gjithë pikeve të pyetjeve për një rezultat total të ashpërsisë ose

2) kategoritë e përgjigjeve 3-5 (Moderuar ose më lart) klasifikohen si simptomatike dhe përgjigjet 1-2 (para “Mesatare”) klasifikohen si jo-simptomatike, dhe përdoren kriteret e mëposhtme DSM për diagnozën:

- Përgjigje simptomatike në të paktën 1 pyetje "B" (Pyetjet 1-5),
- Përgjigje simptomatike në të paktën 3 pyetje "C" (Pyetjet 6-12), dhe
- Përgjigje simptomatike në të paktën 2 pyetje "D" (Pyetjet 13-17)

**Gjithashtu, janë mbledhur të dhënat sociodemografike:**

- Moshë,
- Gjinia
- Arsimi
- Gjendja civile
- Gjendja ekonomike
- Profesioni

## **2.4 Metodologjia e analizës statistikore**

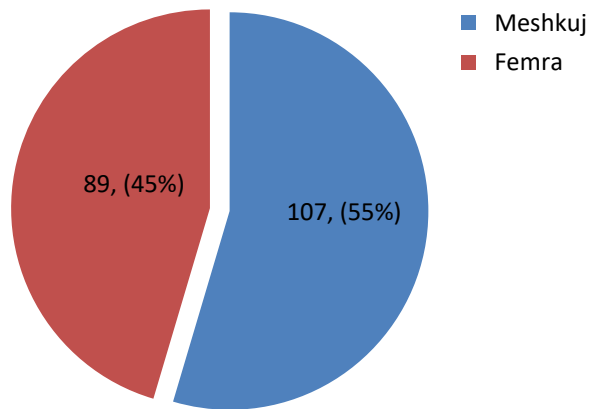
- Informacionet klinike dhe demografike u regjistruan në databazën e mbledhjes së informacionit të para formatuar. I gjithë informacioni u kontrollua dhe u kodua manualisht, më pas u hodh në kompjuter. Informacioni numerik i nxjerrë nga studimi u analizua sipas analizës statistikore me programin SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versioni 10. Analiza e të dhënave është kryer me anë të paketës statistikore SPSS 20.0. Për të testuar shpërndarjen e variablave të vazhduar është përdorur testi Kolmogorov-Smirnov. Është paraqitur statistika descriptive e variablave të vazhduar të cilët janë përmbledhur si mesatare dhe deviacion standard. Variablat kategorike janë paraqitur si frekuence absolute dhe përqindje. Variablat kategorike janë paraqitur si frekuence absolute dhe përqindje.
- Është përdorur testi hi-katror dhe Fisher's exact test për krahasimin e proporcioneve ndërmjet variablave kategorike.
- Është përdorur testi i studentit  $t$  dhe analiza e variacioneve ANOVA për krahasimin e mesatareve të variablave të vazhduar
- Sinjifikanca statistikore është përcaktuar për  $p \leq 0.05$ . Testet statistikore janë të dyanshme.

### III REZULTATE

**Tabela 3.1 Karakteristikat sociodemografike te pacienteve (n=196)**

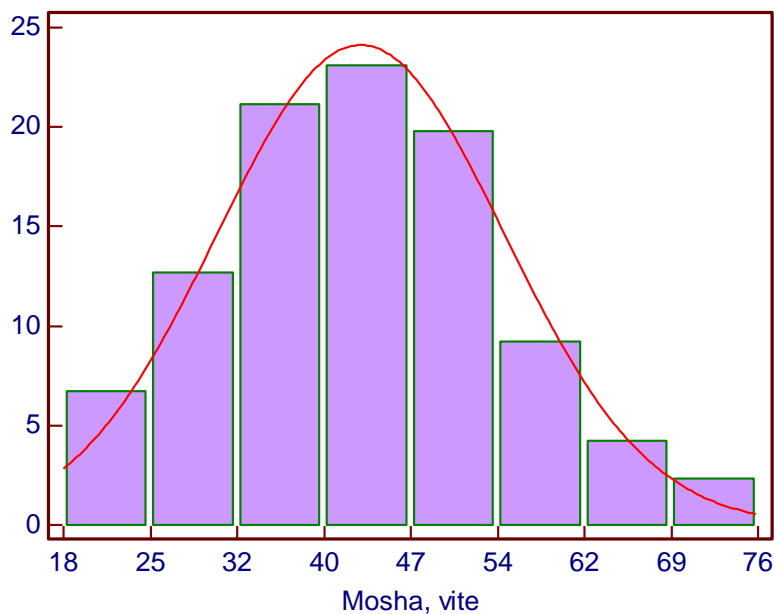
Variablat	N	%
Gjinia		
Femra	89	45.4
Meshkuj	107	54.6
Mosha, M (SD)	40.6 (15.9)	
Grupmosha, vite		
≤ 20	11	5.6
21-30	26	13.3
31-40	44	22.4
41-50	48	24.5
51-60	39	19.9
>60	28	14.3
Arsimi		
Pa shkollë	11	5.6
Fillore	41	20.9
8-vjeçare	69	35.2
I mesëm	57	29.1
I lartë	18	9.2
Gjendja civile		
Beqarë	25	12.8
Martuar	148	75.5
I divorcuar	12	6.1
I ve	11	5.6
Gjendja ekonomike		
E ulët	128	65.3
E mesme	47	24.0
E lartë	21	10.7
Profesioni		
Fermerë	61	31.1
Invalidë	16	8.2
Nëpunës	4	2.0
Nxënës	8	4.1
Papunë	23	11.7
Pensionistë	39	19.9
Punëtor	32	16.3
Studentë	13	6.6

Ne total, ne studim moren pjese 196 banore nga fshati Gerdecit-nga zona e shperthimit dhe e sigurise dhe te cilet u krahasuan me nje grup kontrolli pej 50 banoresh nga qyteza e Vores.



**Figura 3. 1 Shperndarja e rasteve sipas gjinise**

89 banore ose 45% te totalit te pjesemarresve ne studimishin femra krahasuar me 107 (55%) meshkuj.



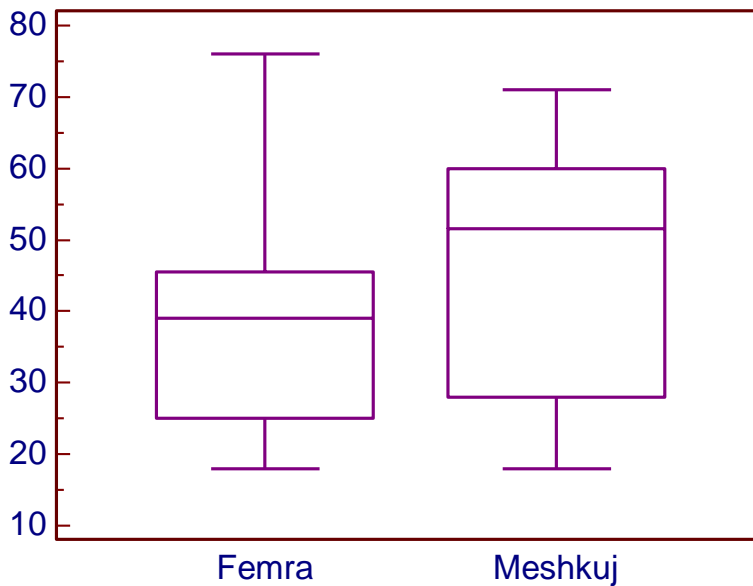
**Figura 3. 2 Histogrami i moshes se pjesemarresve**

Verehet qe moshë e pjesemarresve i nenshtrohet shperndarjes normale (Kolmogorov-Smirnov  $p=0.4$ ).

**Tabela 3. 2 Statistika e përmbledhur e moshës**

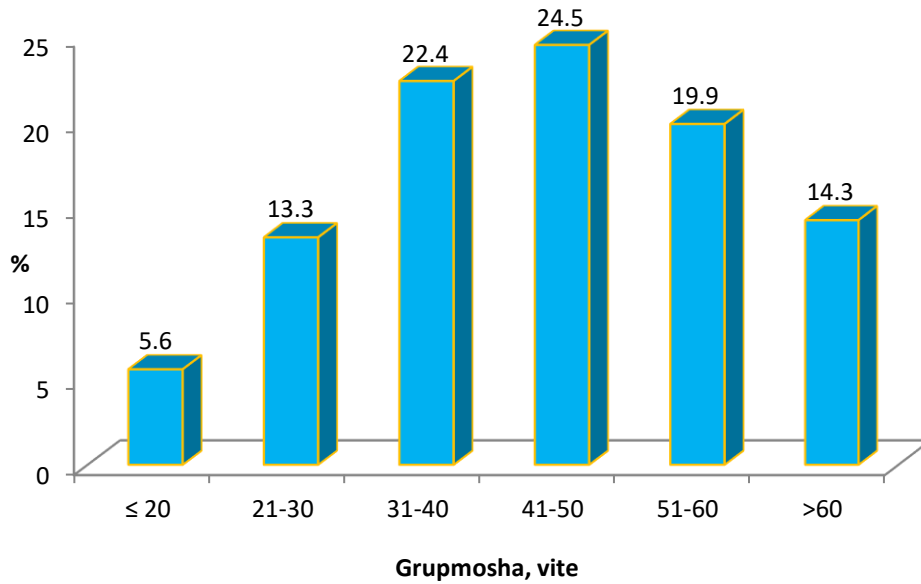
Madhësia e kampionit	196
Mosha më e vogël	18.0
Mosha më e madhe	76.0
Mosha mesatare	40.6
95%CI për mesataren	36.8 to 44.4
Mediana	40.5
Varianca	254.9
Deviacioni Standart	15.9

Mosha mesatare e pjesemarrësve është 40.6 ( $\pm 15.9$ ) vjeç, moshe mediane 40.5 vjeç dhe rang 18-76 vjeç.



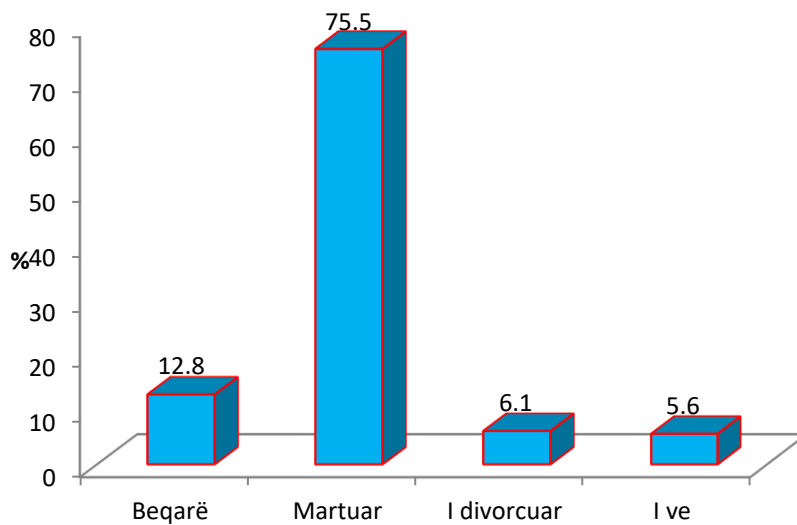
**Figura 3. 3 Krahasimi i moshes sipas gjinise**

Verehet që mosha mesatare e femrave është ( $M=36.8 \pm 13.2$ ) me ndryshim statistikisht të rëndësishëm me moshën e rasteve meshkuj ( $M=44.7 \pm 17.7$ ),  $t=2.1$   $p=0.04$



**Figura 3. 4**

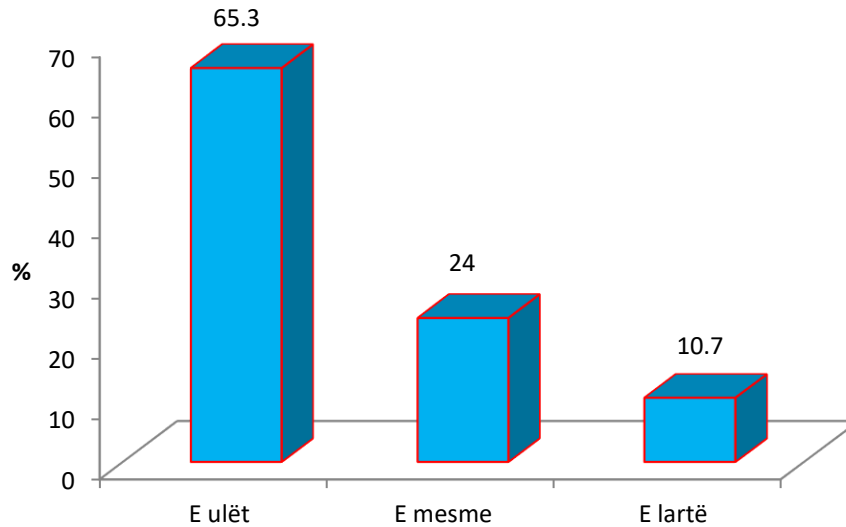
11 ose 5.6% e pjesemarrësve janë nën 20 vjeç  
26 ose 13.3% e pjesemarrësve janë të grupmoshës 21-30 vjeç  
44 ose 22.4% e pjesemarrësve janë të grupmoshës 31-40 vjeç  
48 ose 24.5% e pjesemarrësve janë të grupmoshës 41-50 vjeç  
39 ose 19.9 % e pjesemarrësve janë të grupmoshës 51-60 vjeç  
28 ose 14.3% e pjesemarrësve është mbi 60 vjeç me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre  
 $p < 0.01$



**Figura 3. 5 Shpërndarja e rasteve sipas gjendjes civile**

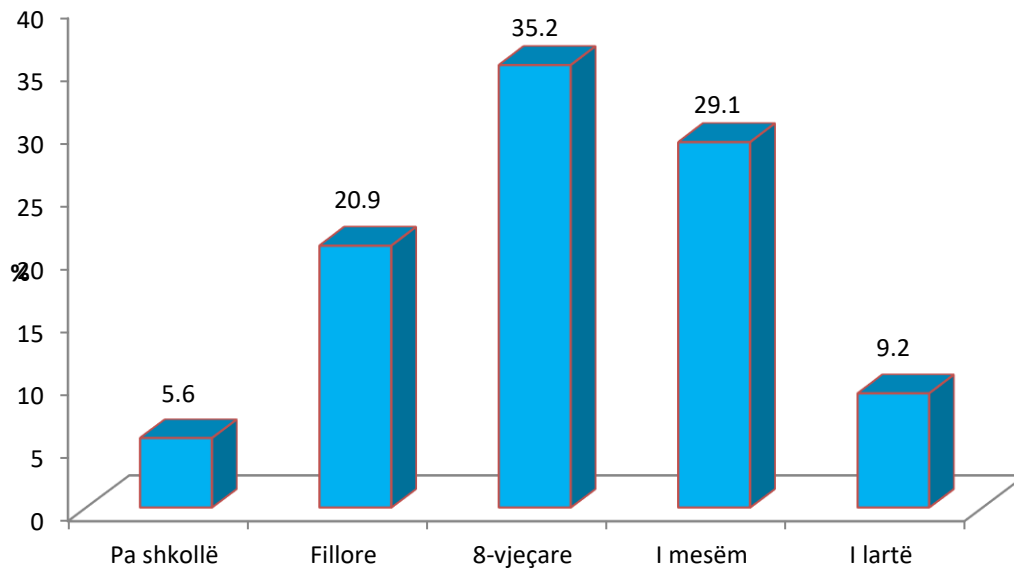


Beqare janë 25 (12.8%) e pjesëmarrësve, të martuar 148 (75.5%) e tyre, të divorcuar 12 (6.1%) dhe të ve 11 (5.6%). Mbizoterojnë pjesëmarrësit e martuar me ndryshim sinjifikant me kategoritë e tjera,  $p < 0.01$ .



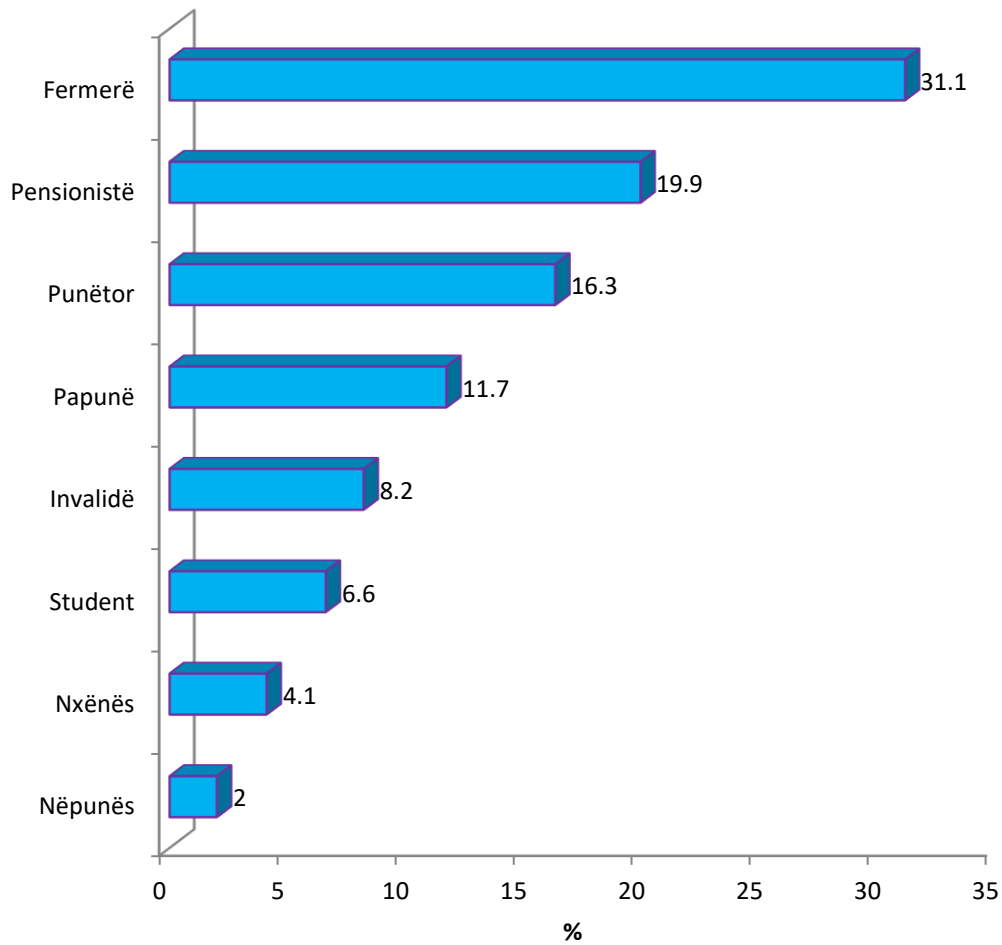
**Figura 3. 6 Shpërndarja e rasteve sipas gjendjes ekonomike**

Me gjendje ekonomike të ulët janë shumica, 128 (65.3%) e pjesëmarrësve, me gjendje ekonomike të mesme janë 47 (24%) e tyre, dhe me gjendje ekonomike të lartë janë 21 (10.7%) e pjesëmarrësve, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre,  $p < 0.01$ .



**Figura 3. 7 Shperndarja e rasteve sipas nivelit arsimor**

Pa shkolle jane 11 (5.6%) e pjesemarresve, me arsim fillor jane 41 (20.9%), me arsim 8-vjeçar jane 57 (29.1%), me arsim te mesem, 69 (35.2%) dhe me arsim te larte 18 (9.2%) pjesemarres. Mbizoterojne pjesemarresit me arsim 8-vjeçar, me ndryshim sinjifikant me kategorite e tjera,  $p < 0.01$ .



**Figura 3. 8 Shpërndarja e pacienteve sipas profesionit**

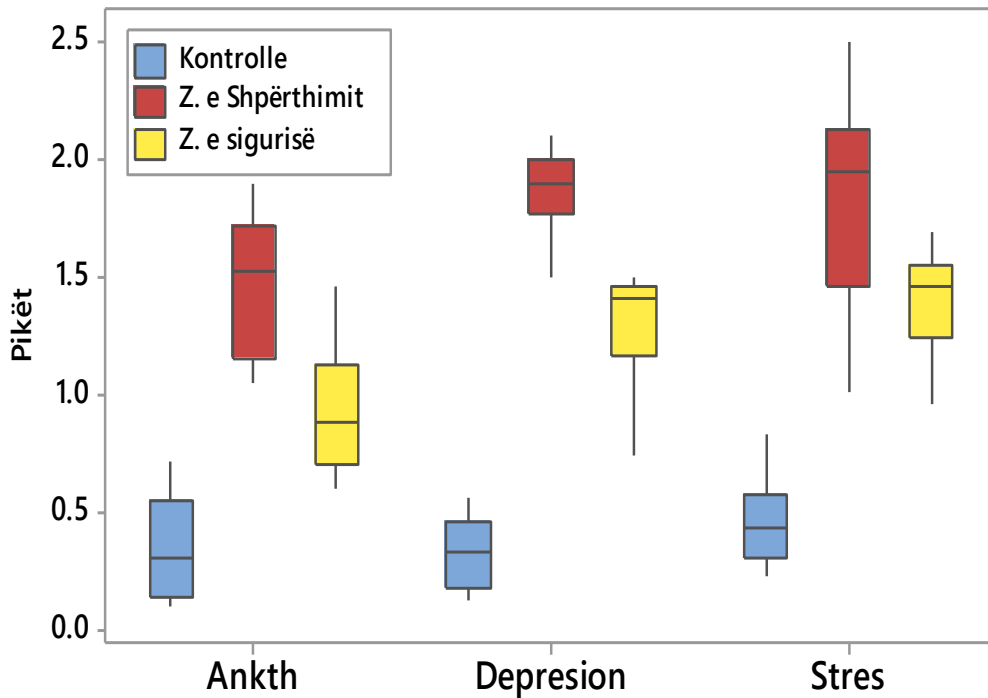
Verehet që 16 (8.2%) paciente janë invalide, 23 (11.7%) janë te papunë; 32 (16.3%) janë punëtorë; 39 (19.9%) janë pensionistë; 61 (31.1%) janë fermerë, 13 (6.6%) e pjesëmarrësve janë studente, 8 (4.1%) nxënës dhe 4 (2%) janë nëpunës. Mbizoterojnë fermerët me ndrysimin sinjifikant me profesionet e tjera,  $p < 0.01$ .

**Vleresimi i Simptomave te Depresionit, Ankthit dhe Stresit – Pyetësi DASS**

**Tabela 3. 3 Krahasimi i pikezimit mesatar sipas zonave dhe kontrolleve për DASS**

Nenshkalla	Zona e Shperthimit M (SD)	Zona e sigurise M (SD)	Kontrolle M (SD)	F-Ratio	p
<b>Stres</b>	25.4 (16.3)	19.5 (12.4)	6.5 (12.4)	-10.6	<0.01*
<b>Ankth</b>	20.8 (14.0)	13.2 (13.2)	4.9 (13.2)	-3.9	<0.01*
<b>Depresion</b>	29.2 (15.2)	24.2 (18.7)	4.6 (18.7)	-3.2	<0.01*
<b>Total</b>	75.4 (46.2)	56.9 (44.9)	16.0 (44.9)	-8.4	<0.01*

\*ndryshim sinjifikant

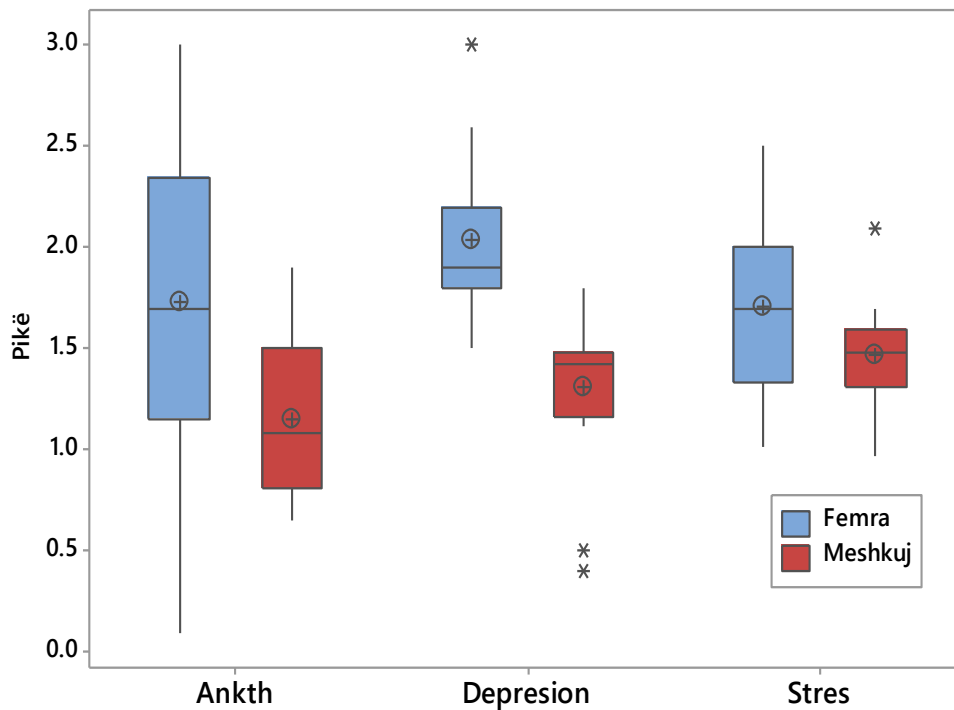


**Figura 3. 9 Krahasimi i pikezimit mesatar sipas zonave dhe kontrolleve për DASS**

Verehet ndryshim sinjifikant i nivelit te depresionit, ankthit dhe stresi ndermjet zonave te studimit dhe kontrolleve. Banoret ne zonen e shperthimit kane nivel me te larte te depresionit [M= 29.2 (±15.2)] ankthit [M=20.8 (±14.0)] dhe stresit [25.4 (±16.3)] krahasuar me banoret e zones se sigurise dhe kontrollet.

**Tabela 3. 4** Krahasimi i pikeve te DASS midis meshkujve dhe femrave per totalin e pjesemarrsesve

Nenshkalla	Femra M (SD)	Meshkuj M (SD)	t	p
<b>Stres</b>	23.9 (17.3)	20.6 (11.2)	-10.6	<0.01*
<b>Ankth</b>	24.2 (15.0)	16.2 (10.5)	-3.9	<0.01*
<b>Depresion</b>	31.6 (18.3)	19.3 (16.6)	-3.2	<0.01*
<b>Total</b>	79.7 (50.6)	56.18 (38.3)	-8.4	<0.01*

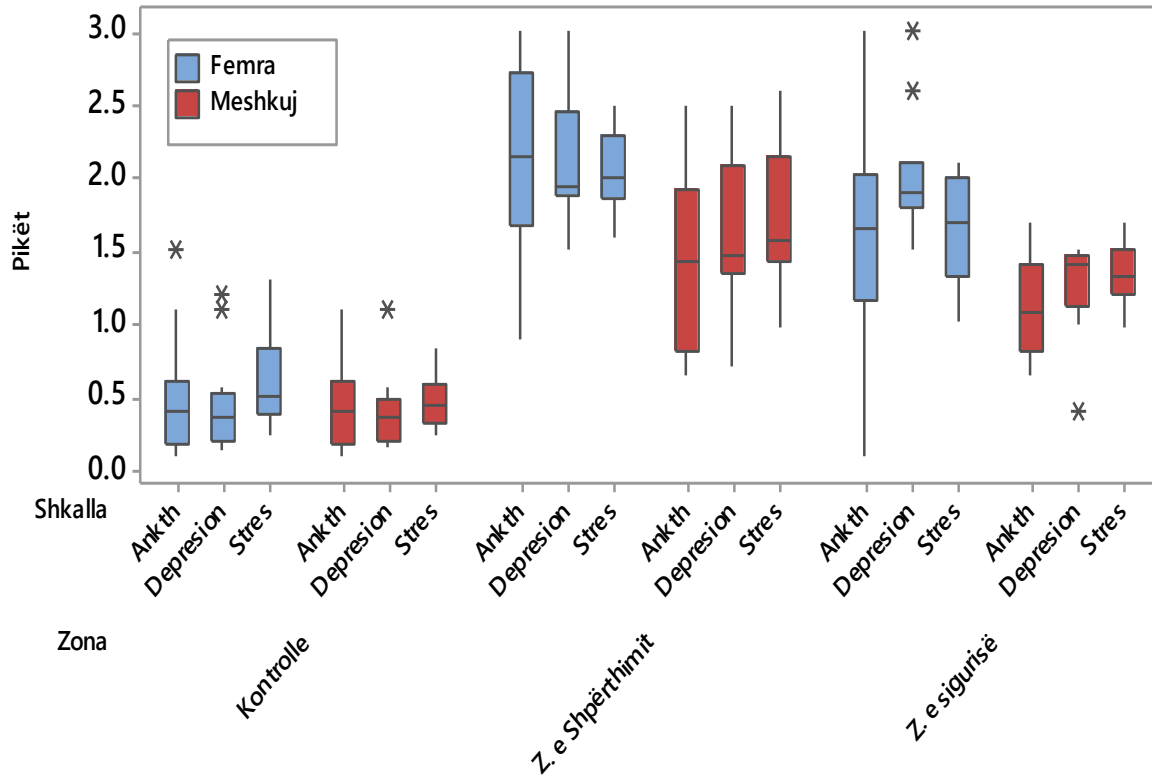


**Figura 3. 10** Krahasimi i pikeve te DASS midis meshkujve dhe femrave per totalin e pjesemarrsesve

Persa i perket gjinise per totalin e pjesemarrsesve dhe kontroleve verehet qe, femrat kane nivel me te larte te depresionit [M=31.6 ( $\pm$ 18.3)] ankthit [M=24.2 ( $\pm$ 15.0)] dhe stresit [M=23.9 ( $\pm$ 17.3)] krahasuar me meshkujt, ndryshim sinjifikant ndermjet tyre,  $p < 0.01$ .

**Tabela 3. 5** Krahasimi i pikeve te DASS midis meshkujve dhe femrave sipas zonave te studimit

Nenshkalla	Femra M (SD)	Meshkuj M (SD)	t	p
<b>Zona e Shperthimit</b>				
<b>Stres</b>	26.8 (14.4)	21.9 (13.3)	-10.6	<0.01*
<b>Ankth</b>	26.2 (15.7)	17.7 (11.2)	-3.9	<0.01*
<b>Depresion</b>	29.7 (17.2)	20.5 (16.7)	-3.2	<0.01*
<b>Totali</b>	82.7 (47.3)	60.1 (41.2)	-8.4	<0.01*
<b>Zona e Sigurise</b>				
<b>Stres</b>	23.9 (13.1)	18.8 (10.6)	-10.6	<0.01*
<b>Ankth</b>	23.4 (11.0)	14.6 (12.8)	-3.9	<0.01*
<b>Depresion</b>	27.1 (19.2)	17.4 (17.7)	-3.2	<0.01*
<b>Totali</b>	75.4 (43.3)	50.8 (41.1)	-8.4	<0.01*
<b>Kontrolle</b>				
<b>Stres</b>	6.5 (7.3)	8.4 (2.4)	-10.6	<0.01*
<b>Ankth</b>	5.9 (4.0)	6.7 (3.2)	-3.9	<0.01*
<b>Depresion</b>	5.5 (5.2)	6.3 (8.7)	-3.2	<0.01*
<b>Totali</b>	17.9 (16.5)	21.4 (14.3)	-8.4	<0.01*



**Figura 3. 11** Krahasimi i pikeve te DASS midis meshkujve dhe femrave sipas zonave

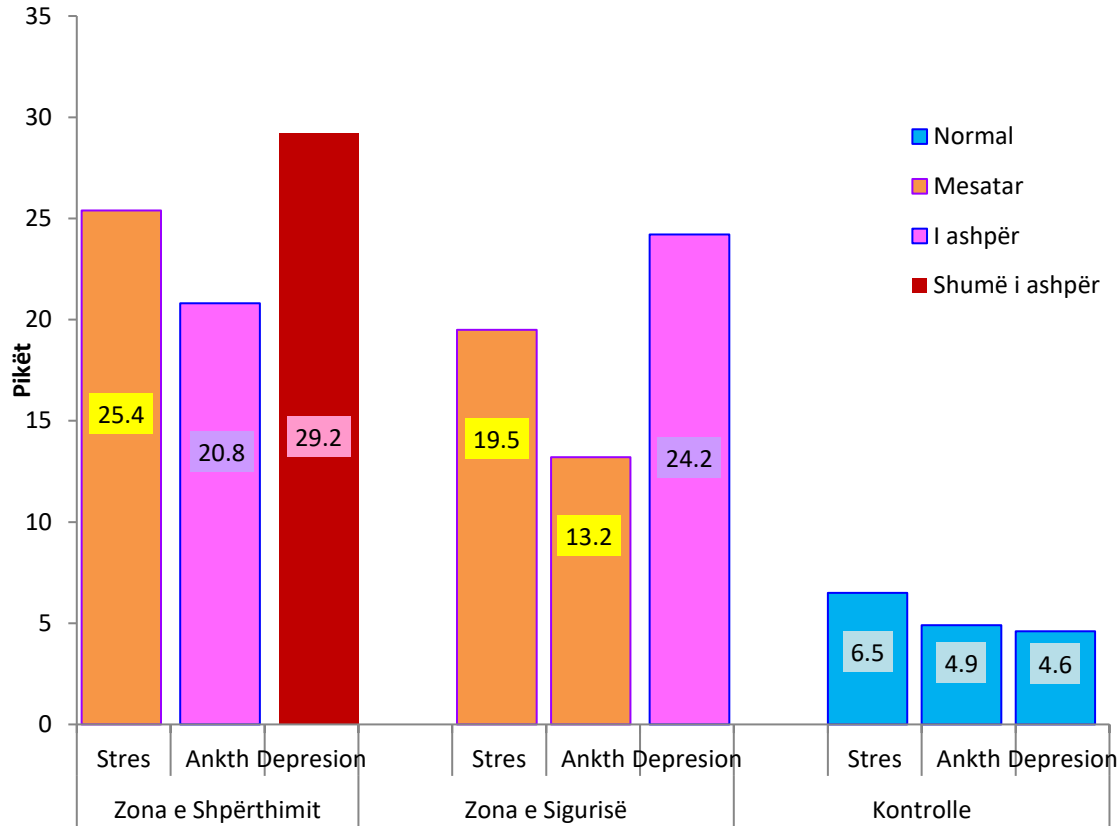
Edhe persa i perket gjinise sipas zonave te studimit verehet qe femrat ne zonen e shperthimit kane nivel me te larte te depresionit [M=29.7 ( $\pm$ 17.2)] ankhthit [M=26.2 ( $\pm$ 15.7)] dhe stresit [M=26.8 ( $\pm$ 14.4)] krahasuar me femrat ne zonen e sigurise dhe kontrollet, me ndryshim sinjifikant ndermjet tyre,  $p < 0.01$ .

Gjithashtu, edhe meshkujt ne zonen e shperthimit kane nivel me te larte te depresionit [M=29.7 ( $\pm$ 17.2)] ankhthit [M=26.2 ( $\pm$ 15.7)] dhe stresit [M=26.8 ( $\pm$ 14.4)] krahasuar me meshkujt ne zonen e sigurise dhe kontrollet, me ndryshim sinjifikant ndermjet tyre,  $p < 0.01$ .

**Tabela 3. 6 Ashpersia e DASS sipas zonave**

<b>Nënshkallët</b>	<b>Normal</b>	<b>I lehte</b>	<b>Moderuar</b>	<b>I ashper</b>	<b>Shume i ashpër</b>
<b>Zona e Shperthimit</b>					
<b>Stres</b>			25.4		
<b>Ankth</b>				20.8	
<b>Depresion</b>					29.2
<b>Zona e Sigurise</b>					
<b>Stres</b>			19.5		
<b>Ankth</b>			13.2		
<b>Depresion</b>				24.2	
<b>Kontrolle</b>					
<b>Stres</b>	6.5				
<b>Ankth</b>	4.9				
<b>Depresion</b>	4.6				





**Figura 3. 12** Ashpërsia e DASS sipas zonave të studimit

Verehet qe niveli i Depresionit

- ne zonen e shperthimit eshte “shume i ashpër”
- ne zonen e sigurise eshte “i ashpër”
- tek kontrollet eshte “normal”

Niveli i Ankthit

- ne zonen e shperthimit eshte “i ashpër”
- ne zonen e sigurise eshte “mesatar”
- tek kontrollet eshte “normal”

Niveli i Stresit

- ne zonen e shperthimit eshte “mesatar”
- ne zonen e sigurise eshte “mesatar”
- tek kontrollet eshte “normal”

**Tabela 3. 7 ÇSPT - Zona e shperthimit (N= 79)**

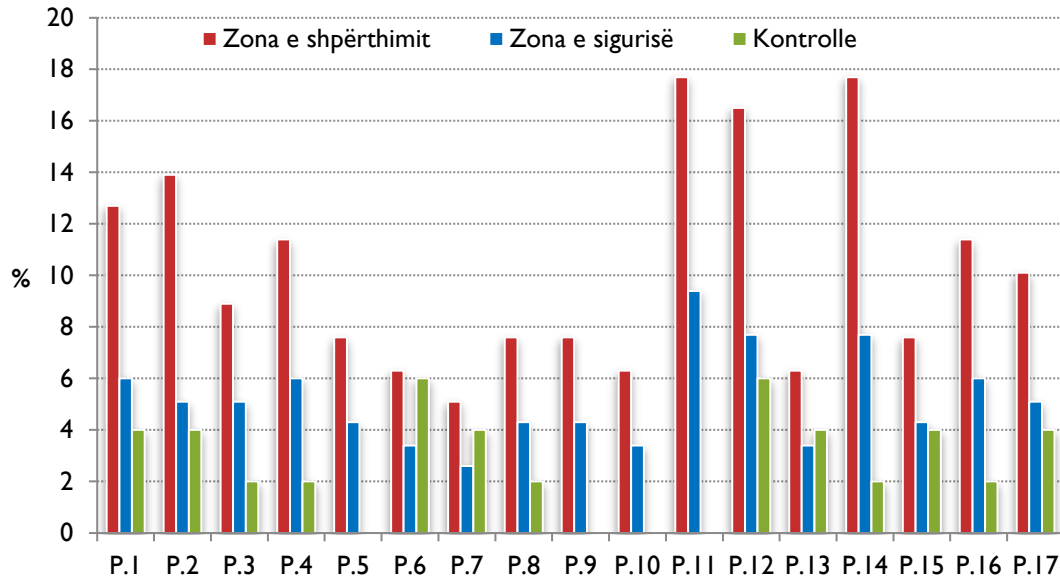
	Pyetjet	Jo simptomatikë n (%)	Simptomatikë n (%)
1	Përsëritje te kujtimeve shqetësuese, mendimeve apo imazheve të një përvoje stresuese të së kaluarës?	69 (87.3)	10 (12.7)
2	Ëndrrat te përsëritura shqetësuese të një përvoje stresuese të së kaluarës?	68 (86.1)	11(13.9)
3	Papritmas duke vepruar apo duke u ndjerë sikur ndodhte përsëri nje përvoje stresuese?	72 (91.1)	7 (8.9)
4	Ndjeheni shumë i mërzitur kur diçka ju përkujtoi një përvoje stresuese nga e kaluara?	70 (88.6)	9 (11.4)
5	Keni reaksione fizike (p.sh. rrahje zemre, probleme me frymëmarrjen ose djersitje) kur diçka ju përkujton një përvoje stresuese nga e kaluara?	73 (92.4)	6 (7.6)
6	Shmangni mendimet ose bisedat rreth një përvoje stresuese të së kaluarës ose shmangni ndjenjat e lidhura me te?	74 (93.7)	5 (6.3)
7	Shmangni aktivitetet ose situatat sepse ju kujtojnë një përvoje stresuese të së kaluarës?	75 (94.9)	4 (5.1)
8	Veshitësi per te kujtuar pjesët e rëndësishme të një përvoje stresuese të së kaluarës?	73 (92.4)	6 (7.6)
9	Humbja e interesit në gjërat që me pare pelqyer?	73 (92.4)	6 (7.6)
10	Ndjeheni të largët apo të ndare nga njerëzit e tjerë?	74 (93.7)	5 (6.3)
11	Ndjeheni të mpirë emocionalisht ose të jeni të paafte për të pasur ndjenja dashurie per njerezit e afert?	65 (82.3)	14 (17.7)
12	Ndjeheni sikur e ardhmja juaj të shkurtohet?	66 (83.5)	13 (16.5)
13	Probleme per te fjetur ose qëndruar në gjumë?	74 (93.7)	5 (6.3)
14	Ndjeheni nervoz ose keni shpërthime të zemërimit?	65 (82.3)	14 (17.7)
15	Keni vështirësi në përqendrim?	73 (92.4)	6 (7.6)
16	Jeni "super vigjilent" ose ne vezhgam si në roje?	70 (88.6)	9 (11.4)
17	Nevrikoseni dhe trembeni lehtesisht?	71 (89.9)	8 (10.1)

**Tabela 3. 8 ÇSPT - Zona e sigurise (N=117)**

Pyetjet	Jo simptomatikë n (%)	Simptomatikë n (%)
1 Përsëritje te kujtimeve shqetësuese, mendimeve apo imazheve të një përvoje stresuese të së kaluarës?	110 (94.0)	7 (6.0)
2 Ëndrrat te përsëritura shqetësuese të një përvoje stresuese të së kaluarës?	111 (94.9)	6 (5.1)
3 Papritmas duke vepruar apo duke u ndjerë sikur ndodhte përsëri nje përvojë stresuese?	111 (94.9)	6 (5.1)
4 Ndjeheni shumë i mërzitur kur diçka ju përkujtoi një përvojë stresuese nga e kaluara?	110 (94.0)	7 (6.0)
5 Keni reaksione fizike (p.sh. rrahje zemre, probleme me frymëmarrjen ose djersitje) kur diçka ju përkujton një përvojë stresuese nga e kaluara?	112 (95.7)	5 (4.3)
6 Shmangni mendimet ose bisedat rreth një përvojë stresuese të së kaluarës ose shmangni ndjenjat e lidhura me te?	113 (96.6)	4 (3.4)
7 Shmangni aktivitetet ose situatat sepse ju kujtojnë një përvojë stresuese të së kaluarës?	114 (97.4)	3 (2.6)
8 Vështiresi per te kujtuar pjesët e rëndësishme të një përvoje stresuese të së kaluarës?	112 (95.7)	5 (4.3)
9 Humbja e interesit në gjërat që me pare keni pelqyer?	112 (95.7)	5 (4.3)
10 Ndjeheni të largët apo të ndare nga njerëzit e tjerë?	113 (96.6)	4 (3.4)
11 Ndjeheni të mpirë emocionalisht ose të jeni të paafte për të pasur ndjenja dashurie per njerezit e afert?	106 (90.6)	11 (9.4)
12 Ndjeheni sikur e ardhmja juaj të shkurtohet?	108 (92.3)	9 (7.7)
13 Probleme per te fjetur ose qëndruar në gjumë?	113 (96.6)	4 (3.4)
14 Ndjeheni nervoz ose keni shpërthime të zemërimit?	108 (92.3)	9 (7.7)
15 Keni vështirësi në përqendrim?	112 (95.7)	5 (4.3)
16 Jeni "super vigjilent" ose ne vezhgim si në roje?	110 (94.0)	7 (6.0)
17 Nevrikoseni dhe trembeni lehtësisht?	111 (94.9)	6 (5.1)

**Tabela 3. 9 ÇSPT - Kontrolle (N=50)**

Pyetjet	Jo simptomatikë n (%)	Simptomatikë n (%)
1 Përsëritje te kujtimeve shqetësuese, mendimeve apo imazheve të një përvoje stresuese të së kaluarës?	48 (96.0)	2 (4.0)
2 Ëndrrat te përsëritura shqetësuese të një përvoje stresuese të së kaluarës?	48 (96.0)	2 (4.0)
3 Papritmas duke vepruar apo duke u ndjerë sikur ndodhte përsëri nje përvoje stresuese?	49 (98.0)	1 (2.0)
4 Ndjeheni shumë i mërzitur kur diçka ju përkujtoi një përvoje stresuese nga e kaluara?	49 (98.0)	1 (2.0)
5 Keni reaksione fizike (p.sh. rrahje zemre, probleme me frymëmarrjen ose djersitje) kur diçka ju përkujton një përvoje stresuese nga e kaluara?	50 (100.0)	0
6 Shmangni mendimet ose bisedat rreth një përvoje stresuese të së kaluarës ose shmangni ndjenjat e lidhura me te?	47 (94.0)	3 (6.0)
7 Shmangni aktivitetet ose situatat sepse ju kujtojnë një përvoje stresuese të së kaluarës?	48 (96.0)	2 (4.0)
8 Veshtiresi per te kujtuar pjesët e rëndësishme të një përvoje stresuese të së kaluarës?	49 (98.0)	1 (2.0)
9 Humbja e interesit në gjërat që me pare keni pelqyer?	50 (100.0)	0
10 Ndjeheni të largët apo të ndare nga njerëzit e tjerë?	50 (100.0)	0
11 Ndjeheni të mpirë emocionalisht ose të jeni të paafte për të pasur ndjenja dashuerie per njerezit e afert?	50(100.0)	0
12 Ndjeheni sikur e ardhmja juaj të shkurtohet?	47 (94.0)	3 (6.0)
13 Probleme per te fjetur ose qëndruar në gjumë?	48 (96.0)	2 (4.0)
14 Ndjeheni nervoz ose keni shpërthime të zemërimit?	49 (98.0)	1 (2.0)
15 Keni vështirësi në përqendrim?	48 (96.0)	2 (4.0)
16 Jeni "super vigilent" ose ne vezhgim si në roje?	49 (98.0)	1 (2.0)
17 Nevrikoseni dhe trembeni lehtësisht?	48 (96.0)	2 (4.0)

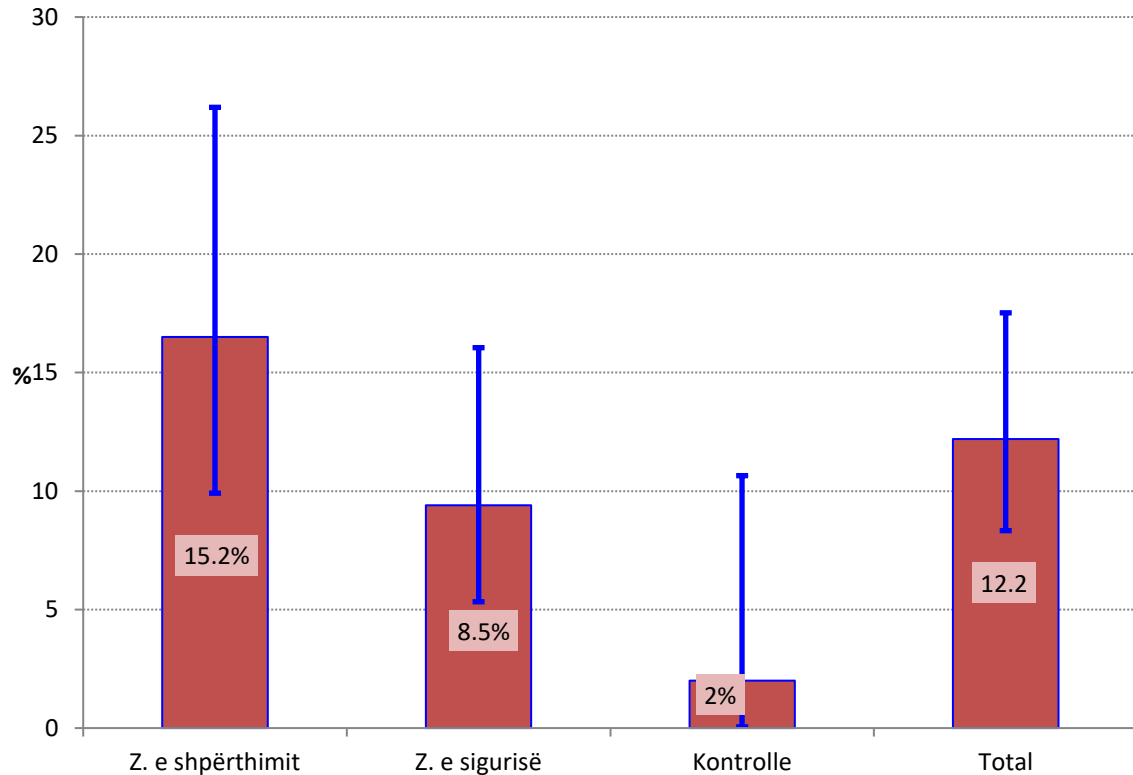


### Krahasimi i prevalences se simptomave sipas zonave te studimit- ÇSPT check list

Prevalenca me e larte e simptomave eshte ne zonen e shperthimit, ndjekur nga zona e sigurise. Niveli me i ulet i simptomave eshte tek konrollet

Tabela 3. 10 Prevalenca e ÇSPT

Zona	Total (n)	ÇSPT (n)	%	95% CI
<b>E shpërthimit</b>	79	13	16.5	9.91 – 26.19
<b>E sigurisë</b>	117	11	9.4	5.33 – 16.05
<b>Kontrolle</b>	50	1	2.0	0.051 – 10.65
<b>Total (Z. e shperthimit+ Z. e sigurise)</b>	<b>196</b>	<b>24</b>	<b>12.2</b>	<b>8.33 – 17.52</b>



**Figura 3. 13 Prevalenca e ÇSPT**

13 banore nga zona e shpërthimit dhe 11 banore nga zona e sigurisë plotësuan kriteret diagnostikuese të ÇSPT për nivele simptomatike (të moderuara dhe të rënda) të ÇSPT.

Prevalenca e ÇSPT tek banoret në zonën e shpërthimit është 16.5% (95%CI 9.91 – 26.19) ndërsa tek banoret në zonën e sigurisë është 9.4% (95%CI 5.33 – 16.05), pa ndryshim statistikisht ndërmjet tyre, ( $\chi^2 = 1.5$  p=0.2).

**Prevalenca totale në të dy zonat në fshatin Gerdec është 12.2% (8.33 – 17.52)**

Nga kontrollet vetëm 1 (2%) banor i plotësoi kriteret për ÇSPT. Prevalenca e ÇSPT tek kontrollet është 2% (95%CI 0.051 – 10.65)

**Tabela 3. 11 Marrëdhënia e ÇSPT me variablat sociodemografike**

Variablat	N (%)	P ( $\chi^2$ )
Gjinia Femra Meshkuj	16 (18.0) 8 (7.5)	<b>0.03</b>
Grupmosha, vite ≤ 20 21-30 31-40 41-50 51-60 >60	1 (9.1) 2 (7.7) 3 (6.8) 4 (8.3) 9 (23.1) 5 (17.9)	<b>0.04</b>
Arsimi Pa shkolle Fillore 8-vjeçare I mesem I larte	1 (9.1) 2 (4.9) 5 (8.8) 9 (13.0) 7 (38.9)	<b>&lt;0.0.1</b>
Gjendja civile Beqarë Martuar I divorcuar I ve	3 (8.6) 17 (12.3) 2 (16.7) 2 (18.2)	0.8
Gjendja ekonomike E ulët E mesme E lartë	9 (7.0) 12 (25.5) 3 (14.3)	<b>0.02</b>
Humbje të familjareve/ të afërmve Jo Po	20 (10.8) 4 (40.0)	<b>0.01</b>
Hospitalizim Jo Po	11 (8.6) 13 (19.1)	<b>0.03</b>

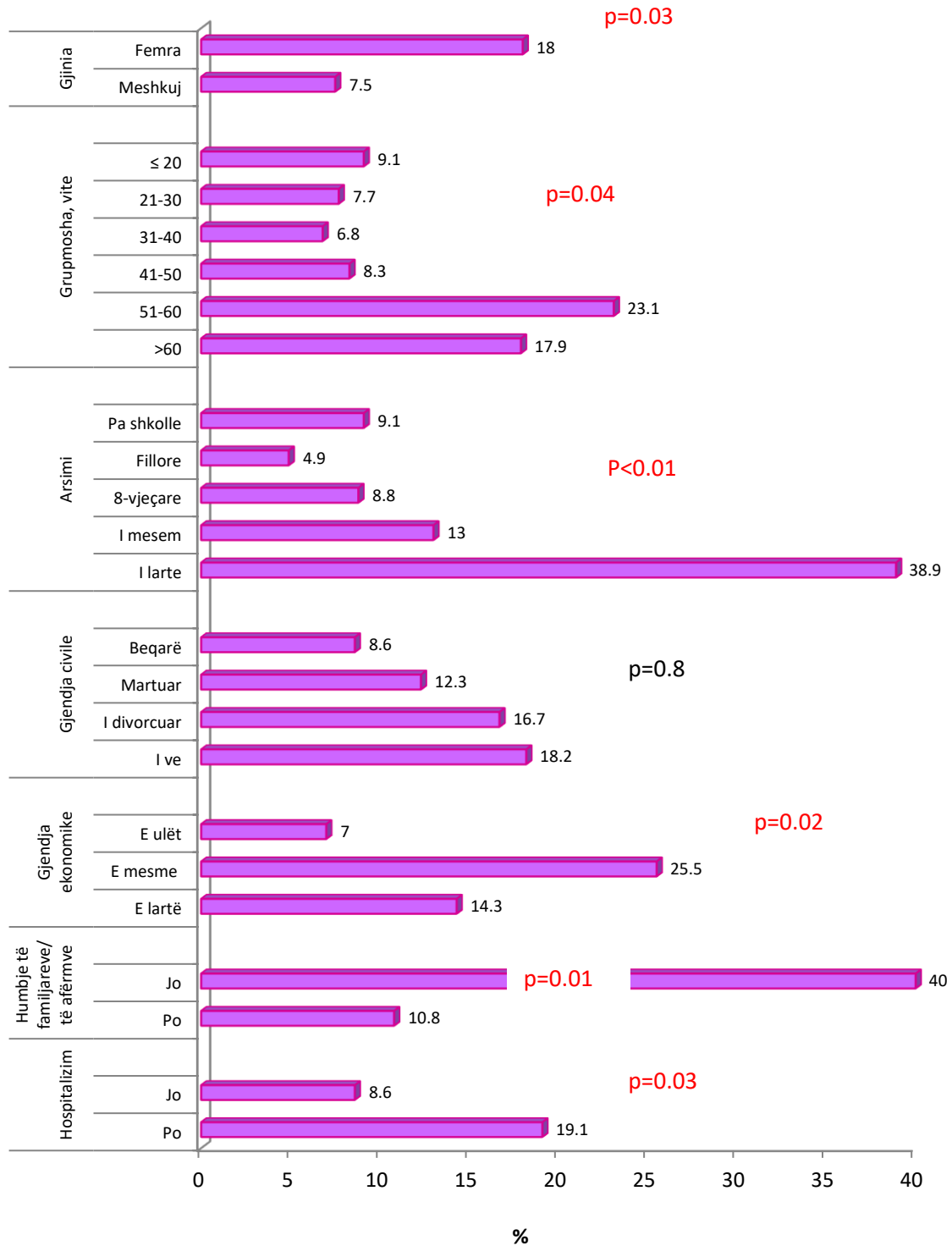


Figura 3. 14 Marrëdhënia e ÇSPT me variablat sociodemografike



- Ne lidhje me gjininë femrat ishin me të prekura nga ÇSPT 16 (18%) e tyre, ndërsa nga meshkujt 8 (7.5%), me ndryshim statistikisht  $p=0.03$ . Femrat kanë 2.7 herë më tepër gjasa se meshkujt për të prekur nga ÇSPT (OR=2.7 95% CI 1.10 – 6.67).

-Vërehet një trend statistikisht i rritjes së prevalencës së ÇSPT me rritjen e grupmoshës  $p=0.04$ . Prevalenca më e lartë është në grupmoshën 51-60 vjeç (23.1%) dhe grupmoshën >60 vjeç (17.9%).

-Prevalenca më e lartë e ÇSPT është tek personat me arsim të mesëm (13%) dhe të lartë (38.9%),  $p<0.01$

-Nuk vërehet ndryshim në prevalencën e ÇSPT sipas gjendjes civile,  $p=0.8$

-Individet me gjendje ekonomike të mesme (25.5%) dhe të lartë (14.3%) janë më të prekur nga ÇSPT,  $p=0.02$ .

-4 (16.7%) nga personat me ÇSPT ose 40% e atyre që humben familjaret/te afërmit kishin parë të familjaret/afërmit e tyre të ngushtë që po vdisnin ose po plagoseshin rëndë. 6 nga personat me ÇSPT ishin të mbietuarit sepse u plagosën vetë dhe kishin pësuar lëndime të moderuara e të rënda. Pesë prej tyre u bënë të pavetëdijshëm menjëherë pas shpërthimit. Njëri ka mbetur pa ndjenja për 24 orë,  $p<0.01$ .

- 13 (54.2%) nga personat me ÇSPT ishin hospitalizuar- të cilët përbejnë 19.1% të totalit të personave të hospitalizuar, ndërsa 11 personat e tjerë me ÇSPT nuk ishin hospitalizuar,  $p<0.01$

#### **IV DISKUTIM**

Ky studimin u krye me qëllim vlerësimin e prevalencës së simptomave psikopatologjike afatgjata në popullatën e fshatit Gerdec-Tiranë, në zonës së shpërthimit të municioneve.

Ne total, në studim morën pjesë 196 banorë nga fshati Gerdec-nga zona e shpërthimit dhe e sigurisë dhe të cilët u krahasuan me një grup kontrolli prej 50 banorësh nga qyteza e Vores.

89 banorë ose 45% të totalit të pjesëmarrësve në studim ishin femra krahasuar me 107 (55%) meshkuj. Vërehet që moshën e pjesëmarrësve i nënshtrohet shpërndarjes normale (Kolmogorov-Smirnov  $p=0.4$ ). Moshën mesatare të pjesëmarrësve është 40.6 ( $\pm 15.9$ ) vjeç, mosha mediane 40.5 vjeç dhe rang 18-76 vjeç.

Vërehet që moshën mesatare të femrave është ( $M=36.8 \pm 13.2$ ) me ndryshim statistikisht të rëndësishëm me moshën e rasteve meshkuj ( $M=44.7 \pm 17.7$ ).

5.6% e pjesëmarrësve janë nën 20 vjeç; 13.3% e pjesëmarrësve janë të grupmoshës 21-30 vjeç; 22.4% e pjesëmarrësve janë të grupmoshës 31-40 vjeç 24.5% e pjesëmarrësve janë të grupmoshës 41-50 vjeç; 19.9% e pjesëmarrësve janë të grupmoshës 51-60 vjeç

28 ose 14.3% e pjesëmarrësve është mbi 60 vjeç me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre.

Beqarë janë (12.8%) e pjesëmarrësve, të martuar (75.5%) e tyre, të divorcuar (6.1%) dhe të ve (5.6%). Mbizoterojnë pjesëmarrësit e martuar me ndryshim statistikisht me kategoritë e tjera. Me gjendje ekonomike të ulët janë shumica, (65.3%) e pjesëmarrësve, me gjendje ekonomike të mesme janë (24%) e tyre, dhe me gjendje ekonomike të larta janë 21 (10.7%) e pjesëmarrësve, me ndryshim statistikisht ndërmjet tyre. Pa shkollë janë (5.6%) e pjesëmarrësve, me arsim fillor janë (20.9%), me arsim 8-vjeçar janë (29.1%), me arsim të mesëm, (35.2%) dhe me arsim të lartë 18 (9.2%) pjesëmarrës. Mbizoterojnë pjesëmarrësit me arsim 8-vjeçar, me ndryshim statistikisht me kategoritë e tjera.

U gjet që (8.2%) pacientë janë invalidë, (11.7%) janë të papunë; (16.3%) janë punëtorë; (19.9%) janë pensionistë; (31.1%) janë fermerë, 13 (6.6%) e pjesëmarrësve janë studentë, (4.1%) nxënës dhe (2%) janë nepunës. Mbizoterojnë fermerët me ndryshim statistikisht me profesionet e tjera,  $p<0.01$ .

U gjet ndryshim statistikisht i nivelit të depresionit, ankthit dhe stresit ndërmjet zonave të studimit dhe kontrolleve. Banorët në zonën e shpërthimit kanë nivel më të lartë të depresionit [ $M=29.2$  (15.2)] ankthit [ $M=20.8$  (14.0)] dhe stresit [ $M=25.4$  (16.3)] krahasuar me banorët e zonës së sigurisë dhe kontrollet. Përsa i përket gjinisë për totalin e pjesëmarrësve dhe kontrolleve vërehet që, femrat kanë nivel më të lartë të depresionit [ $M=31.6$  (18.3)] ankthit [ $M=24.2$  (15.0)] dhe stresit [ $M=23.9$  (17.3)] krahasuar me meshkujt, ndryshim statistikisht ndërmjet tyre,  $p<0.01$ . Edhe përsa i përket gjinisë sipas zonave të studimit vërehet që femrat në zonën e shpërthimit kanë nivel më të lartë të depresionit [ $M=29.7$  (17.2)] ankthit [ $M=26.2$  (15.7)] dhe stresit [ $M=26.8$  (14.4)] krahasuar me femrat në zonën e sigurisë dhe kontrollet, me ndryshim statistikisht ndërmjet tyre.

Gjithashtu, edhe meshkujt në zonën e shpërthimit kanë nivel më të lartë të depresionit [ $M=29.7$  (17.2)] ankthit [ $M=26.2$  (15.7)] dhe stresit [ $M=26.8$  (14.4)] krahasuar me meshkujt në zonën e sigurisë dhe kontrollet, me ndryshim statistikisht ndërmjet tyre,

Rezultatet e studimit tone janë të ngjashme me studime të tjera në literaturë. Në një studim të raportuar në literaturë numri i njerëzve të plagosur nga grupi municionet ishte shumë më të larta se ato të grave. Dominimi mashkullor mund të shpjegohet nga shoqëria normat e burrave që kryejnë bujqësi, kullotje dhe të tjera aktivitetet rurale ku mund të shpërndahen municione (107) Për më tepër, evakuimi i grave nga zona gjatë luftës zvogëloi viktimat femra.

Seksi femëror u shoqërua me pasjen e PTSD pas 10 vjetësh vjet. Kjo përkon me studimet e mëparshme kërkimore që pohojnë se seksi femëror është një faktor rreziku për PTSD (108). Arsyeja për këtë rrezik të tepërt tek gratë nuk është e qartë;

U gjet që niveli i Depresionit

ne zonen e shperthimit është “shume i ashpër”  
ne zonen e sigurise është “i ashpër”  
tek kontrollet është “normal”

Niveli i Ankthit

ne zonen e shperthimit është “i ashpër”  
ne zonen e sigurise është “mesatar”  
tek kontrollet është “normal”

Niveli i Stresit

ne zonen e shperthimit është “mesatar”  
ne zonen e sigurise është “mesatar”  
tek kontrollet është “normal”

13 banore nga zona e shperthimit dhe 11 banore nga zona e sigurise plotësuan kriteret diagnostikuese të ÇSPT për nivele simptomatike (të moderuara dhe të rënda) të ÇSPT. Prevalenca e ÇSPT tek banoret ne zonen e shperthimit është 16.5% (95% CI 9.91 – 26.19) ndersa tek banoret ne zonen e sigurise është 9.4% (95% CI 5.33 – 16.05), pa ndryshim sinjifikant ndermjet tyre, ( $\chi^2 = 1.5$  p=0.2).

Nga kontrollet vetem 1 (2%) banor i plotësonte kriteret për ÇSPT. Prevalenca e ÇSPT tek kontrollet është 2% (95% CI 0.051 – 10.65)

- Ne lidhje me gjininë femrat ishte me të prekura nga ÇSPT (18%) e tyre, ndersa nga meshkujt 8 (7.5%), me ndryshim sinjifikant p=0.03. Femrat kanë 2.7 here më tepër gjasa se meshkujt për të prekur nga ÇSPT (OR=2.7 95% CI 1.10 – 6.67).

-Verehet një trend sinjifikant i ritjes së prevalencës së ÇSPT me rritjen e grupmoshës. Prevalenca më e lartë është në grupmoshën 51-60 vjeç (23.1%) dhe grupmoshën >60 vjeç (17.9%).

-Prevalenca më e lartë e ÇSPT është tek personat me arsim të mesëm (13%) dhe të lartë (38.9%).

-Nuk u gjet ndryshim në prevalencën e ÇSPT sipas gjendjes civile. -Individet me gjendje ekonomike të mesme (25.5%) dhe të lartë (14.3%) janë më të prekura nga ÇSPT.

- (16.7%) nga personat me ÇSPT ose 40% e atyre që humben familjaret/te afërmit kishin parë të familjaret/afërmit e tyre të ngushtë që po vdisnin ose po plagoseshin rëndë. 6 nga personat me ÇSPT ishte të mbietuarit sepse u plagosën vetë dhe kishin pësuar lëndime të

moderuar e të rënda. Pesë prej tyre u bënë të pavetëdijshëm menjëherë pas shpërthimit. Njëri ka mbetur pa ndjenja për 24 orë.

- (54.2%) nga personat me ÇSPT ishin hospitalizuar- te cilet perbejne 19.1% te totalit te personave te hospitalizuar, ndersa 11 personat e tjere me ÇSPT nuk ishin hospitalizuar.

Studime të mëparshme që shqyrtuan përhapjen e PTSD në vende të tjera që kishin përjetuar mizori të luftës kanë treguar prevalencë më të ulët të PTSD se sa studimi ynë. (109) Për të shqyrtuar shëndetin mendor dhe efektet njohëse të trauma e luftës mbi të mbijetuarit e luftës në Jugosllavi, Baçoğlu et gjetën se 33% e të mbijetuarve vuanin nga PTSD. De Jong et al (110) u përpoqën të studionin ndikimin e traumas në vendet me të ardhura të ulëta pas konfliktit ku njerëzit kanë mbijetoi për përvoja të shumta traumatike. Ata gjetën shkalla e prevalencës së PTSD-së së vlerësuar në 37.4% në Algjeri, 28.4% në Kamboxhia, 15.8% në Etiopi dhe 17.8% në Gaza (111). Priebe dhe al studionin shëndetin mendor në pesë shtete e ish Jugosllavisë dhe ka gjetur normat e prevalencës që variojnë nga 15.6% në 41.8% për çrregullime ankthi. Përhapja e PTSD në mesin e viktimave të municioneve thërrmuese në studimi ynë është ende më i ulët se ato të raportuara nga vende të ndryshme, madje edhe pas 5 vjetësh. Si mund të ketë një ndryshim në psikobiologjinë e PTSD midis viktimave të municioneve thërrmuese dhe civilëve të cilët ishin të mbijetuar të luftës, ne i krahasuam rezultatet tona me studime mbi civilët të cilët pësuan një dëmtim traumatik. Në një studim nga Ohry et al në pacientët me lëndim traumatik të trurit, 33% plotësuan kriteret për diagnostikimin e PTSD. Shalev et al (112) gjetur se 25.5% e të mbijetuarve të traumave të plagosur u takuan Kriteret diagnostikuese të PTSD-së gjatë 6 muajve pasuese. Gjithashtu, Mora et al (113) raportuar një prevalencë PTSD e 32% në pacientët me djegie të lidhura me shpërthimin. Për më tepër, një perspective studimi pas ngjarjeve traumatike ka raportuar se 29.9% e të mbijetuarit i plotësuan kriteret për PTSD në 1 muaj dhe 17.5% kishte PTSD në 4 muaj.28 Prevalenca e PTSD midis viktimat e municioneve thërrmuese ishin ende shumë më të larta. Ne besojmë se plagët që rezultojnë nga shpërthimet e municioneve thërrmuese janë unike dhe të ndryshme nga lëndimet e tjera të shpërthimit. Studimi ynë tregoi një rënie të konsiderueshme në prevalencën e PTSD pas 10 vitesh të incidentit të traumës. Studime të tjera kanë treguar gjithashtu se, me kalimin e kohës, PTSD zvogëlohet në prevalencë

dhe ashpërsia (114) Farhood (31) vlerësoi prevalence e PTSD në një popullsi të përgjithshme nga Libani jugor në vitin 2005, në mes të trazirave politike në vend dhe më pas krahasuar atë me një vlerësim follow-up bërë në 2007, në të njëjtën popullatë. Gjetjet zbuluan se simptomat e PTSD në mostër ka rënë nga 24.1% në 2005 në 17.9% në 2007. (115) Simptomat më të zakonshme afatgjata të PTSD ishin të lidhura me humor të ulët dhe njohje. Disa studime kanë treguar bashkë-ndodhjen e simptomave depressive dhe PTSD në fillim të traumas (116). Për më tepër, hulumtimi ka treguar se shfaqja e depresionit gjatë muajve që ndjekin një ngjarje traumatike është një ndërmjetës i rëndësishëm i kronizmit në PTSD (117) megjithatë, disa kanë propozuar që gratë të kenë më shumë gjasa për të perceptuar ngjarje kërcënuese si të vështira në krahasim me burra, 41 42 dhe rrjedhimisht, kjo mund të ndikojë në mendjen e tyre shëndetit (118).

Shumë studime kanë propozuar këtë lëndim biomekanik në vendosjen e një psikologjikisht traumatik është një faktor rreziku për PTSD. Mollica et al AL (119) zbuloi norma më të larta të PTSD dhe depresioni në civilë i cili duroi plagosje me trauma psikologjike se lloje të tjera të lëndimit. Për më tepër, Hoge et al (120) eksploran ushtarë të ushtrisë që

perjetuan një TBI, dhe gjetën ritme më të larta të PTSD dhe depresionit në ata që kishin njëkohësisht humbja e vetëdijes. Për më tepër, një studim nga Schneiderman et al (121) raportoi se rreziku i zhvillimit të PTSD ishte pothuajse dyfishuar nga një TBI e mundshme. Vlen të përmendet se 59% e pjesëmarrësve në atë studim kanë pësuar lëndime me dëmtime të rënda funksionale. Prandaj, lloji i lëndimeve, ashpërsia e dëmtimit funksional, dhe stresorët personal dhe psikosocial që vijnë me situatën mund të luajë një rol në forcimin e marrëdhëniet midis dëmtimeve dhe PTSD. Në mënyrë të ngjashme me studimet e tjera në letërsi, fe dhe sociale dhe familjare ishin të ndërlidhura negativisht në PTSD (122). Është treguar se një indeks i lartë i besimit fetar përmirëson kontrollin e stresit dhe siguron stabilitet më i mirë psikologjik. Hasanoviq dhe Pajeviq (123) pohojnë se feja lejon konflikte post-traumatike, tipike për të mbijetuarit e luftimit, për t'u kapërcyer më mirë. Copeland- Linder (124) gjeti që lutja e hodhi poshtë ndikimin e stresi për shëndetin fizik dhe zvogëlimin e simptomave të depresioni. Në një studim tjetër, mbështetje sociale dhe familjare dhe të gjitha besimet fetare u gjetën të jenë mbrojtëse kundër PTSD pas traumave të luftës dhe torturës, më të larta përkrahja sociale e perceptuar u shoqërua me të lartë emocione pozitive (125). Në konfirmojmë mbështetjen e familjes dhe feja ndihmon në kapërcimin e post-traumës personale dhe tribulations psikosocial dhe të çojë në një përmirësim në Shëndeti mendor. Rezultatet tona treguan se janë personale dhe socio-ekonomike efektet ishin të pranishme në pjesëmarrësit e diagnostikuar me PTSD pas 10 vjetësh. Studimet kanë treguar se efektet e PTSD mbi familjen e viktimës dhe shoqërinë në përgjithësi janë të rëndësishme (126). Përveç emocionale dhe psikologjike simptomat e PTSD, individët me PTSD janë më shumë ka të ngjarë të përjetojnë probleme martesore dhe familjare, paqëndrueshmëria në punë, 56 vështirësitë ligjore dhe problemet fizike të shëndetit (127).

Në lidhje me frekuencën e ÇSPT tek zona e sigurisë përgigje simptomatike dhe që plotësojnë kriteret u raportuan nga 13 banorë të cilët u përgjigjen në nivele mbi 90% për pyetjet e mëposhtme:

Përsëritje të kujtimeve shqetësuese, mendimeve apo imazheve të një përvoje stresuese të së kaluarës;

Keni reaksione fizike (p.sh. rrahje zemre, probleme me frymëmarrjen ose djersitje) kur diçka ju përkujton një përvojë stresuese nga e kaluara;

Shmangni mendimet ose bisedat rreth një përvoje stresuese të së kaluarës ose shmangni ndjenjat e lidhura me te;

Shmangni aktivitetet ose situatat sepse ju kujtojnë një përvojë stresuese të së kaluarës; Ndjeheni të mpirë emocionalisht ose të jeni të paafte për të pasur ndjenja dashurie për një person tjetër;

Ndjeheni sikur e ardhmja juaj të shkurtohet;

Probleme për të fjetur ose qëndruar në gjumë;

Ndjeheni nervoz ose keni shpërthime të zemërimit;

Nevrikoseni dhe trembeni lehtësisht;

Rezultatet e studimeve treguan se viktimat e hospitalizuara pas traumave biomekanike ishin në rrezik për rritje të PTSD. Shpesh, pacientët me PTSD prezantohen me simptoma mjekësore dhe psikiatrike. Shumë studime e kanë propozuar këtë dëmtim biomekanik në

vendosjen e një ngjarjeje psikologjikisht traumatike si një faktor rreziku për PTSD. Mollica et al zbuluan norma më të larta depresioni të PTSD në civilët që duruan lëndimet me trauma psikologjike sesa llojet e tjera të lëndimit. Për më tepër, Hoge et al. eksploruan ushtarët e ushtrisë që qëndruan, dhe gjetën ritme më të larta të PTSD dhe depresionit në ata që në të njëjtën kohë kishin humbje të vetëdijes. Për më tepër, një studim i Schneiderman dhe al (128) raportoi se rreziku i zhvillimit të PTSD ishte pothuajse dyfishuar nga një TBI e mundshme. Vlen të përmendet se 59% e pjesëmarrësve në studimin tonë kanë pësuar lëndime me dëmtime të rënda funksionale. Prandaj, lloji i lëndimeve, ashpërsia e dëmtimit funksional dhe stresorët personalë dhe psikosocialë që vijnë me situatën mund të luajë një rol në forcimin e marrëdhënieve midis dëmtimeve dhe PTSD.

Studimet e tjera në literaturë, raportuan qe feja, mbështetja sociale dhe familjare ishin të lidhura negativisht me PTSD. Është treguar se një indeks i lartë i besimeve fetare përmirëson kontrollin e stresit dhe siguron stabilitet më të mirë psikologjik. Studimet kanë treguar se efektet e PTSD në familjet e viktimave dhe shoqërisë në përgjithësi janë të rëndësishme. Përveç simptomave emocionale dhe psikologjike të PTSD, individët me PTSD kanë më shumë të ngjarë të përjetojnë probleme martesore dhe familjare, paqëndrueshmëri në punë, vështirësi juridike dhe probleme shëndetësore fizike. Paqëndrueshmëria e punës ishte pasoja më e shpeshtë socio-ekonomike. Studime të tjera kanë treguar gjithashtu se papunësia dhe funksionaliteti i ulët shoqërohen me kushte më të ulëta të shëndetit mendor, përkatësisht me PTSD. Ne besojmë se kostot ekonomike të PTSD i atribuohen produktivitetit të humbur të punës; ashpërsise se lëndimit dhe dëmtimit funksional shoqërues, Hoge et al (129) shtojnë se individët me një histori të PTSD janë në një rrezik të rritur për zhvillimin e çrregullimeve kardiovaskulare, çrregullime të frymëmarrjes, çrregullime gastrointestinale, sëmundje infektive, çrregullime të sistemit nervor dhe çrregullime autoimune. Përveç kësaj, ata kanë më shumë gjasa të përjetojnë ankth, depresion, përdorim të substancave dhe çrregullime të tjera të shëndetit mendor.

Ndërkaq, hospitalizimi pas traumave dhe dëmtimi i rëndë funksional janë faktorë të mundshëm të rrezikut për PTSD. Simptomat negative të njohjes ishin më të zakonshme në planin afatgjatë. Në të kundërt, simptomat e zgjimit dhe ri-eksperimentimi kishin ulur prevalencën me kalimin e kohës. PTSD shoqërohet me rezultate të shumta të dëmshme, dhe shpenzimet e saj për viktimat, familjen e tyre dhe shoqërinë në përgjithësi janë të konsiderueshme.

## **V PËRFUNDIME**

89 banore ose 45% te totalit te pjesemarresve ne studim ishin femra krahasuar me 107 (55%) meshkuj.

Mosha mesatare e pjesemarresve eshte 40.6 ( $\pm 15.9$ ) vjeç, moshe mediane 40.5 vjeç dhe rang 18-76 vjeç.

Verehet qe mosha mesatare e femrave eshte ( $M=36.8 \pm 13.2$ ) me ndryshim statistikisht te rendesishem me moshen e rasteve meshkuj ( $M=44.7 \pm 17.7$ ),  $t=2.1$   $p=0.04$

U gjet ndryshim sinjifikant i nivelit te depresionit, ankthit dhe stresi ndermjet zonave te studimit dhe kontrolleve. Banoret ne zonen e shperthimit kane nivel me te larte te depresionit [ $M=29.2$  (15.2)] ankthit [ $M=20.8$  (14.0)] dhe stresit [ $25.4$  (16.3)] krahasuar me banoret e zones se sigurise dhe kontrollet.

Persa i perket gjinise per totalin e pjesemarresve dhe kontrolleve, femrat kane nivel me te larte te depresionit [ $M=31.6$  (18.3)] ankthit [ $M=24.2$  (15.0)] dhe stresit [ $M=23.9$  (17.3)] krahasuar me meshkujt.

Edhe persa i perket gjinise sipas zonave te studimit femrat ne zonen e shperthimit kane nivel me te larte te depresionit [ $M=29.7$  (17.2)] ankthit [ $M=26.2$  (15.7)] dhe stresit [ $M=26.8$  (14.4)] krahasuar me femrat ne zonen e sigurise dhe kontrollet.

Gjithashtu, edhe meshkujt ne zonen e shperthimit kane nivel me te larte te depresionit [ $M=29.7$  (17.2)] ankthit [ $M=26.2$  (15.7)] dhe stresit [ $M=26.8$  (14.4)] krahasuar me meshkujt ne zonen e sigurise dhe kontrollet.

### **Niveli i Depresionit**

ne zonen e shperthimit eshte “shume i ashpër”

ne zonen e sigurise eshte “i ashpër”

tek kontrollet eshte “normal”

### **Niveli i Ankthit**

ne zonen e shperthimit eshte “i ashpër”

ne zonen e sigurise eshte “mesatar”

tek kontrollet eshte “normal”

### **Niveli i Stresit**

ne zonen e shperthimit eshte “mesatar”

ne zonen e sigurise eshte “mesatar”

tek kontrollet eshte “normal”

Prevalenca e ÇSPT tek banoret ne zonen e shperthimit eshte 16.5% (95%CI 9.91 – 26.19) ndersa tek banoret ne zonen e sigurise ehte 9.4% (95%CI 5.33 – 16.05), pa ndryshim sinjifikant ndermjet tyre.

Ne lidhje me frekuencen e ÇSPT tek zona e sigurise pergigje simptomatike dhe qe plotesuan kriteret u raportuan nga 13 banore te cilet u pergjigjen ne nivele mbi 90% per pyetjet e meposhteme:

- Përsëritje te kujtimeve shqetësuese, mendimeve apo imazheve të një përvoje stresuese të së kaluarës;
- Keni reaksione fizike (p.sh. rrahje zemre, probleme me frymëmarrjen ose djersitje) kur diçka ju përkujton një përvojë stresuese nga e kaluara;
- Shmangni mendimet ose bisedat rreth një përvojë stresuese të së kaluarës ose shmangni ndjenjat e lidhura me te;
- Shmangni aktivitetet ose situatat sepse ju kujtojnë një përvojë stresuese të së kaluarës;
- Ndjeheni të mpirë emocionalisht ose të jeni të paaftë për të pasur ndjenja dashurie per njerezit e afert;
- Ndjeheni sikur e ardhmja juaj të shkurtohet;
- Probleme per te fjetur ose qëndruar në gjumë;
- Ndjeheni nervoz ose keni shpërthime të zemërimit;
- Nevrikoseni dhe trembeni lehtesisht;

Prevalenca e ÇSPT tek kontrollet eshte 2% (95%CI 0.051 – 10.65)

- Femrat ishin me te prekura nga ÇSPT 16 (18%) e tyre, ndersa nga meshkujt 8 (7.5%). Femrat kane 2.7 here me teper gjasa se meshkujt per tu prekur nga ÇSPT.

-U gjet nje trend sinjifikant i ritjes se prevalences se ÇSPT me rritjen e grupmoshes.

Prevalenca me e larte eshte ne grupmoshen 51-60 vjeç (23.1%) dhe grupmoshen >60 vjeç (17.9%).

-Prevalenca me e larte e ÇSPT eshte tek personat me arsim te mesem (13%) dhe te larte (38.9%),  $p < 0.01$

-Individet me gjendje ekonomike te mesme (25.5%) dhe te larte (14.3%) jane me te prekur nga ÇSPT.

-4 (16.7%) nga personat me ÇSPT ose 40% e atyre qe humben familjaret/te afermit kishin parë të familjaret/afërmit e tyre të ngushtë që po vdisnin ose po plagoseshin rëndë.

- 13 (54.2%) nga personat me ÇSPT ishin hospitalizuar- te cilet perbejne 19.1% te totalit te personave te hospitalizuar,



## **VI REKOMANDIME**

Programet e promocionit dhe të nderhyrjes duhet të synojnë popullatën në Shqipëri.

Specialistët e shëndetit publik dhe ministria e shëndetësisë duhet të zhvillojnë fushata për të rritur ndërgjegjësimin kundër municioneve dhe për të edukuar njerëzit mbi format, karakteristikat dhe rreziqet e tyre.

Përpjekjet komunitare dhe projektet rajonale që synojnë heqjen e municioneve të pashpërthyera duhet të financohen dhe mbështeten nga organizatat qeveritare dhe joqeveritare.

Nëse individët kanë mendime dhe ndjenja shqetësuese për një ngjarje traumatike për më shumë se një muaj, nëse mendojnë se kënaqësia që jeta e tyre të kthehet nën kontroll, të kontaktojnë sa më parë me mjekun e familjes ose mjekun psikiater për vlerësimin e shëndetit mendor.

Marrja e trajtimit sa më shpejt të jetë e mundur mund të ndihmojë në parandalimin e simptomave të PTSD-së nga përkeqësimi.

Një perqrahje dhe mbështetje me adekuate për personat të cilët kanë kaluar ngjarje traumatike si dhe për familjarët e tyre

Shumë ngjarje të tjera traumatike gjithashtu mund të çojnë në PTSD, të tilla si zjarri, fatkeqësitë natyrore, rrëmuja, grabitje, rrëzimi i avionit, tortura, rrëmbimi, diagnoza mjekësore kërcënuese për jetën, sulme terroriste dhe ngjarje të tjera ekstreme ose kërcënuese për jetën.

Çrregullimi i stresit post-traumatik mund të prishë gjithë jetën tuaj - punën tuaj, marrëdhëniet tuaja, shëndetin tuaj dhe kënaqësinë tuaj në aktivitetet e përditshme.

PTSD gjithashtu mund të rrisë rrezikun e problemeve të tjera të shëndetit mendor, siç janë:

- Depresioni dhe ankthi

Çështjet me përdorimin e drogës ose alkoolit

- Çrregullime të ngrenies
- Mendime dhe veprime vetëvrasëse

Mjekët nuk janë të sigurt përse disa njerëz marrin PTSD. Ashtu si me shumicën e problemeve të shëndetit mendor, PTSD është ndoshta i shkaktuar nga një përzierje komplekse e:

Përvoja stresuese, duke përfshirë sasinë dhe ashpërsinë e traumës që keni përjetuar në jetën tuaj

Rreziqet e trashëguara të shëndetit mendor, të tilla si një histori familjare e ankthit dhe depresionit

Karakteristikat e trashëguara të personalitetit tuaj - të quajtur shpesh si temperamentit juaj

•Mënyra se si truri juaj rregullon kimikatet dhe hormonet që liron në përgjigje të stresit  
Njerëzit e të gjitha moshave mund të kenë çrregullime post-traumatike stresi.

Megjithatë, disa faktorë mund t'ju bëjnë më të prirur të zhvilloni PTSD pas një ngjarjeje traumatike, si:

Përjetimi i traumave intensive ose afatgjata

- Duke përjetuar trauma të tjera më parë në jetë, të tilla si abuzimi i fëmijërisë
- Të keni një punë që rrit rrezikun për t'u ekspozuar ndaj ngjarjeve traumatike, si për shembull personeli ushtarak dhe respondentët e parë
- Të ketë probleme të tjera të shëndetit mendor, të tilla si ankthi ose depresioni
- Ka probleme me keqpërdorimin e substancave, si pirja e tepërt ose përdorimi i drogës
- Mungesa e një sistemi të mirë mbështetjeje për familjen dhe miqtë
- Të kesh familjaret me probleme të shëndetit mendor, duke përfshirë ankth ose depresion

\*Llojet e ngjarjeve traumatike

Ngjarjet më të zakonshme që çojnë në zhvillimin e PTSD përfshijnë:

- Luftimi i ekspozimit
- Abuzimi fizik gjatë fëmijërisë
- Dhuna seksuale
- Sulmi fizik
- Kercenimi me arme
- Një aksident

Për të diagnostikuar çrregullimet post-traumatike të stresit, mjeku juaj do të ketë gjasa tju keshilloje te :

- Kryeni një provim fizik për të kontrolluar problemet mjekësore që mund të tregojnë simptomat tuaja
- Bëni një vlerësim psikologjik që përfshin një diskutim të shenjave dhe simptomave tuaja dhe ngjarjen ose ngjarjet që kanë çuar tek ata
- Përdorni kriteret në Manualin Diagnostik dhe Statistikor të Çrregullimeve Mendore (DSM-5), të publikuar nga Shoqata Psikiatrike Amerikane

Diagnoza e PTSD kërkon ekspozim ndaj një ngjarjeje që përfshinte kërcënimin aktual ose të mundshëm të vdekjes, dhunës ose lëndimit të rëndë. Ekspozimi juaj mund të ndodhë në një ose më shumë nga këto mënyra:

- Ju përjetuat drejtpërdrejt ngjarjen traumatike
- Ju keni dëshmuar, personalisht, ngjarjen traumatike që ndodh tek të tjerët
- Mësoni dikë afër jush që keni përjetuar ose është kërcënuar nga ngjarja traumatike
- Ju jeni të ekspozuar vazhdimisht në detajet grafike të ngjarjeve traumatike (për shembull, nëse jeni një përgjigje e parë në skenën e ngjarjeve traumatike)

Ju mund të keni PTSD nëse problemet që përjetoni pas këtij ekspozimi vazhdojnë për më shumë se një muaj dhe shkaktojnë probleme të rëndësishme në aftësinë tuaj për të funksionuar në mjediset shoqërore dhe të punës.

## VII SHTOJCA


### PTSD CheckList – Versioni Civil (PCL-C)

Pergjigja	Jo aspak	Pak	Mesatarisht	Shumë	Jashtëzakonish
1 Përsëritje të kujtimeve shqetësuese, mendimeve apo imazheve të një përvoje stresuese të së kaluarës?	1	2	3	4	5
2 Ëndrrat të përsëritura shqetësuese të një përvojë stresuese të së kaluarës?					
3 Papritmas duke vepruar apo duke u ndjerë sikur ndodhte përsëri një përvojë stresuese?					
4 Ndjeheni shumë i mërzhitur kur diçka ju përkujtoi një përvojë stresuese nga e kaluara?					
5 Keni reaksione fizike (p.sh. rrahje zemre, probleme me frymëmarrjen ose djersitje) kur diçka ju përkujton një përvojë stresuese nga e kaluara?					
6 Shmangni mendimet ose bisedat rreth një përvojë stresuese të së kaluarës ose shmangni ndjenjat e lidhura me te?					
7 7. Shmangni aktivitetet ose situatat sepse ju kujtojnë një përvojë stresuese të së kaluarës?					
8 Veshtiresi për të kujtuar pjesët e rëndësishme të një përvoje stresuese të së kaluarës?					
9 9. Humbja e interesit në gjërat që me pare pelqyer?					
10 Ndjeheni të largët apo të ndare nga njerëzit e tjerë?					
11 Ndjeheni të mpirë emocionalisht ose të jeni të paaftë për të pasur ndjenja dashurie për njerezit e afert?					
12 Ndjeheni sikur e ardhmja juaj të shkurtohet?					
13 Probleme për të fjetur ose qëndruar në gjumë?					
14 14. Ndjeheni nervoz ose keni shpërthime të zemërimit?					
15 15. Keni vështirësi në përqendrim?					
16 16. Jeni "super vigjilent" ose në vëzhgim si në roje?					
17 Nevrikoseni dhe trembeni lehtësisht?					


## SHKALLA: DASS DEPRESION, ANKTH, STRES

DASS	Emri/Mbiemri	Data:
<p>Ju lutem lexoni çdo formulim dhe rrethoni një numer 0, 1, 2, ose 3 I cili tregon se sa ky formulim I përshtatet gjendjes tuaj gjatë javës së kaluar. Nuk ka përgjigje të drejtë ose të gabuar. Mos harxhoni shumë kohë me një formulim të veçantë.</p> <p>Shkalla e rezultateve është si më poshtë:</p> <p>0 Nuk i përgjigjet aspak gjendjes time</p> <p>1 I përshtatet gjendjes time deri në një farë shkalle, ose gjatë një pjese të kohës</p> <p>2 I përshtatet gjendjes time deri në një shkallë të konsiderueshme, ose gjatë një pjese të mirë kohe</p> <p>3 I përshtatet shumë gjendjes time, ose pjesës më të madhe të kohës.</p>		
<b>DASS – Depression</b>		<b>DASS-Stres</b>
Nuk përjetoja ndjesi pozitive		I mërzitur nga gjëra të parëndësishme
Nuk mund të ecja përpara		Mbi reagoj në situata
Asgjë për të pritur të ndodhë		E vështirë të deklasohesha
I mërzitur dhe i dëshpëruar		Mërzitem shume shpejt
Humbje e interesit për çdo gjë		Shumë nervoz
Nuk vlej si person		I paduruar kur vonohesha
Jeta nuk ja vlen		Prekeshja shpejt
Nuk gjej kënaqësi		E vështirë të qetësohesha
Pa kurajo dhe i mërzitur		Shumë i irrituar
E pamundur të entuziasmohem		E vështirë të qetësohesha
Ndjeva se nuk vleja më		Vështirë të toleroja ndërprerjen e dickaje
Asgjë shpresëdhënëse për të ardhmen		Gjendje tensioni nervor
Jeta është e pakuptimtë		In tolerant ndaj pengesave
Mezi marr iniciativë		I acaruar
<b>DASS – Ankth</b>		I mërzitur nga gjëra të parëndësishme
Tharje e gojës		
Vështirësi në frymëmarrje		
Tronditje		
Situatat më bënin me ankth		
Ndjenjë të fikëti		
Djersitje e dukshme		
I frikësuar pa arsye		
Vështirësi në gëlltitje		
Zemra më punonte fort		
Ndjenjë e kapjes nga paniku		
Ndjenja që do të dështoja		
I tmerruar		
I shqetësuar për situatat		
Drithërime		

## VIII BIBLIOGRAFIA

1. Bisson, JI; Cosgrove, S; Lewis, C; Robert, NP (26 November 2015). "Post-traumatic stress disorder". *BMJ (Clinical research ed.)*. **351**: h6161
2. National Institute of Mental Health. February 2016. Archived from the original on 9 March 2016. Retrieved 10 March 2016.
3. Berger, W; Mendlowicz, MV; Marques-Portella, C; Kinrys, G; Fontenelle, LF; Marmar, CR; Figueira, I (17 March 2009). "Pharmacologic alternatives to antidepressants in posttraumatic stress disorder: a systematic review". *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*. **33** (2): 169–80..
4. Panagioti, Maria; Gooding, Patricia A.; Triantafyllou, Kalliopi; Tarrier, Nicholas (April 2015). "Suicidality and posttraumatic stress disorder (PTSD) in adolescents: a systematic review and meta-analysis". *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. **50** (4): 525–537.
5. Zoladz, Phillip (June 2013). "Current status on behavioral and biological markers of PTSD: A search for clarity in a conflicting literature". *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. **37** (5): 860–895.
6. National Collaborating Centre for Mental Health (UK) (2005). "Post-Traumatic Stress Disorder: The Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care". NICE Clinical Guidelines, No. 26. Gaskell (Royal College of Psychiatrists). Archived from the original on 2017-09-08. Lay summary – Pubmed Health (plain English). 
7. Haagen, JF; Smid, GE; Knipscheer, JW; Kleber, RJ (August 2015). "The efficacy of recommended treatments for veterans with PTSD: A metaregression analysis". *Clinical Psychology Review*. **40**: 184–94
8. Hetrick, SE; Purcell, R; Garner, B; Parslow, R (7 July 2010). "Combined pharmacotherapy and psychological therapies for post traumatic stress disorder (PTSD)". *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (7): CD007316
9. Guina, J; Rossetter, SR; DeRHODES, BJ; Nahhas, RW; Welton, RS (July 2015). "Benzodiazepines for PTSD: A Systematic Review and Meta-Analysis". *Journal of Psychiatric Practice*. **21** (4): 281–303.
10. Hoskins, M.; Pearce, J.; Bethell, A.; Dankova, L.; Barbui, C.; Tol, WA.; van Ommeren, M.; de Jong, J.; Seedat, S. (February 2015). "Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis". *Br J Psychiatry*. **206** (2): 93–100. Some drugs have a small positive impact on PTSD symptoms
11. Carlstedt, Roland (2009). *Handbook of Integrative Clinical Psychology, Psychiatry, and Behavioral Medicine Perspectives, Practices, and Research*. New York: Springer Pub. Co. p. 353..
12. Herman, Judith (2015). *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence—From Domestic Abuse to Political Terror*. Basic Books. p. 9.

- Klykylo, William M. (2012). *Clinical child psychiatry* (3. ed.). Chichester, West Sussex, UK: John Wiley & Sons. p. Chapter 15.
13. Friedman, MJ (October 2013). "Finalizing PTSD in DSM-5: getting here from there and where to go next". *Journal of Traumatic Stress*. **26** (5): 548–56.
  14. American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
  15. Rothschild, Babette (2000). *The Body Remembers: The Psychophysiology of Trauma and Trauma Treatment*. New York: W.W. Norton & Company.
  16. Kaplan, H. I.; Sadock, B. J. (1994). Grebb, J. A., ed. *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences, clinical psychiatry* (7th ed.). Baltimore: Williams & Williams. pp. 606–609.
  17. Satcher D (1999). "Chapter 4". *Mental Health: A Report of the Surgeon General*. Surgeon General of the United States. Archived from the original on 2010-07-02
  18. Maxmen, J. S.; Ward, N. G. (2002). *Psychotropic drugs: fast facts* (3rd ed.). New York: W. W. Norton. p. 348.
  19. Cohen SI (February 1995). "Alcohol and benzodiazepines generate anxiety, panic and phobias". *J R Soc Med*. **88** (2): 73–77.
  20. Spates, R.; Souza, T. (2007). "Treatment of PTSD and Substance Abuse Comorbidity" (PDF). *The Behavior Analyst Today*. **9** (1): 11–26. Archived from the original (PDF) on 23 June 2014.
  21. Robinson, Maisah (May 27, 2006). "Review of Francisco Goya's Disasters of War". Associated Press. Archived from the original on 2014-07-28.
  22. Fullerton CS, Ursano RJ, Wang L (2004). "Acute Stress Disorder, Posttraumatic Stress Disorder, and Depression in Disaster or Rescue Workers". *Am J Psychiatry*. **161** (8): 1370–1376..
  23. Skogstad, M (2013). "Work-related post-traumatic stress disorder". *Occupational Medicine*. **63** (3): 175–182. Archived from the original on 2016-07-25. Retrieved 2016-07-15.
  24. <sup>b</sup> Marcus ME (2003). "Voxel-based analysis of MRI reveals anterior cingulate gray-matter volume reduction in posttraumatic stress disorder due to terrorism". *Proceedings of the National Academy of Sciences*. **100** (15): 9039–9043.
  25. Vieweg, W. Victor R.; Julius, Demetrios A.; Fernandez, Antony; Beatty-Brooks, Mary; Hetteima, John M.; Pandurangi, Anand K. (2006). "Posttraumatic Stress Disorder: Clinical Features, Pathophysiology, and Treatment". *The American Journal of Medicine*. **119** (5): 383–390.
  26. "Trauma and Posttraumatic Stress Disorder". *Massachusetts General Hospital comprehensive clinical psychiatry*. Stern, Theodore A.,, Massachusetts General Hospital. (Second ed.). London: Elsevier. 2016. pp. 380–392.
  27. Kessler, Ronald C.; Aguilar-Gaxiola, Sergio; Alonso, Jordi; Benjet, Corina; Bromet, Evelyn J.; Cardoso, Graça; Degenhardt, Louisa; Girolamo, Giovanni de; Dinolova, Romyana V. (2017-10-27). "Trauma

- and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys". *European Journal of Psychotraumatology*. **8** (sup5): 1353383.
28. National Collaborating Centre for Mental Health (UK) (2005). "Post-Traumatic Stress Disorder: The Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care". NICE Clinical Guidelines, No. 26. Gaskell (Royal College of Psychiatrists). Archived from the original on 2017-09-08. Lay summary – Pubmed Health (plain English). 
  29. Alisic, E.; Zalta, A. K.; van Wesel, F.; Larsen, S. E.; Hafstad, G. S.; Hassanpour, K.; Smid, G. E. (2014). "Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: meta-analysis". *The British Journal of Psychiatry*. **204** (5): 335–340.
  30. Koenen KC, Moffitt TE, Poulton R, Martin J, Caspi A (February 2007). "Early childhood factors associated with the development of post-traumatic stress disorder: results from a longitudinal birth cohort". *Psychol Med*. **37** (2): 181–92.
  31. Lapp KG, Bosworth HB, Strauss JL, Stechuchak KM, Horner RD, Calhoun PS, Meador KG, Lipper S, Butterfield MI (September 2005). "Lifetime sexual and physical victimization among male veterans with combat-related post-traumatic stress disorder". *Mil Med*. **170** (9): 787–90.
  32. Otte C, Neylan TC, Pole N, Metzler T, Best S, Henn-Haase C, Yehuda R, Marmar CR (January 2005). "Association between childhood trauma and catecholamine response to psychological stress in police academy recruits". *Biol. Psychiatry*. **57** (1): 27–32.
  33. Dobry, Y; Braquehais, MD; Sher, L (2013). "Bullying, psychiatric pathology and suicidal behavior". *International journal of adolescent medicine and health*. **25** (3): 295–9.
  34. ^ Skelton K, Ressler KJ, Norrholm SD, Jovanovic T, Bradley-Davino B (2012). "PTSD and gene variants: New pathways and new thinking". *Neuropharmacology*. **62** (2): 628–637.
  35. Liu, Howard; Petukhova, Maria V.; Sampson, Nancy A.; Aguilar-Gaxiola, Sergio; Alonso, Jordi; Andrade, Laura Helena; Bromet, Evelyn J.; de Girolamo, Giovanni; Haro, Josep Maria (2017-03-01). "Association of DSM-IV Posttraumatic Stress Disorder With Traumatic Experience Type and History in the World Health Organization World Mental Health Surveys". *JAMA Psychiatry*. **74** (3): 270–281. PMID 28055082.
  36. Rothschild, Babette (2000). *The Body Remembers: The Psychophysiology of Trauma and Trauma Treatment*. New York: W.W. Norton & Company.
  37. Howard, LM; Oram, S; Galley, H; Trevillion, K; Feder, G (2013). "Domestic violence and perinatal mental disorders: a systematic review and meta-analysis". *PLOS Medicine*. **10** (5): e1001452.
  38. Hoffman, Barbara (2016). *Williams Gynecology* (3rd ed.). McGraw Hill Professional.
  39. Suris, Alina; Lind, Lisa; Kashner, Michael; Borman, Patricia; Petty, Frederick (2004). "Sexual Assault in Women Veterans: An Examination of PTSD Risk, Health Care Utilization, and Cost of Care" (PDF).



- Psychosomatic Medicine: 749–756. Archived (PDF) from the original on 2015-02-26.
40. Mason, Fiona; Lodrick, Zoe (February 2013). "Psychological consequences of sexual assault". *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*. **27** (1): 27–37.
  41. Shalev, A; Liberzon, I; Marmar, C (22 June 2017). "Post-Traumatic Stress Disorder". *The New England Journal of Medicine*. **376** (25): 2459–2469.
  42. Hollifield, Michael; Warner, Teddy D.; Lian, Nityamo; Krakow, Barry; Jenkins, Janis H.; Kesler, James; Stevenson, Jayne; Westermeyer, Joseph (2002-08-07). "Measuring trauma and health status in refugees: a critical review". *JAMA*. **288** (5): 611–621.
  43. Porter, Matt; Haslam, Nick (2001-10-01). "Forced displacement in Yugoslavia: A meta-analysis of psychological consequences and their moderators". *Journal of Traumatic Stress*. **14** (4): 817–834 Archived from the original on 2017-08-25.
  44. Atwoli, Lukoye; Stein, Dan J.; King, Andrew; Petukhova, Maria; Aguilar-Gaxiola, Sergio; Alonso, Jordi; Bromet, Evelyn J.; de Girolamo, Giovanni; Demyttenaere, Koen (April 2017). "Posttraumatic stress disorder associated with unexpected death of a loved one: Cross-national findings from the world mental health surveys". *Depression and Anxiety*. **34** (4): 315–326
  45. "Cancer-Related Post-traumatic Stress". National Cancer Institute. Retrieved 2017-09-16.
  46. Swartzman, Samantha; Booth, Josephine N.; Munro, Alastair; Sani, Fabio (2017-04-01). "Posttraumatic stress disorder after cancer diagnosis in adults: A meta-analysis". *Depression and Anxiety*. **34** (4): 327–339.
  47. Cordova, Matthew J.; Riba, Michelle B.; Spiegel, David (April 2017). "Post-traumatic stress disorder and cancer". *The Lancet. Psychiatry*. **4** (4): 330–338..
  48. Edmondson, Donald; Richardson, Safiya; Falzon, Louise; Davidson, Karina W.; Mills, Mary Alice; Neria, Yuval (2012). "Posttraumatic stress disorder prevalence and risk of recurrence in acute coronary syndrome patients: a meta-analytic review". *PLOS One*. **7** (6): e38915.
  49. Edmondson, Donald; Richardson, Safiya; Fausett, Jennifer K.; Falzon, Louise; Howard, Virginia J.; Kronish, Ian M. (2013-06-19). "Prevalence of PTSD in Survivors of Stroke and Transient Ischemic Attack: A Meta-Analytic Review". *PLOS One*. **8** (6): e66435..
  50. Davydow, Dimitry S.; Gifford, Jeneen M.; Desai, Sanjay V.; Needham, Dale M.; Bienvenu, O. Joseph (September 2008). "Posttraumatic stress disorder in general intensive care unit survivors: a systematic review". *General Hospital Psychiatry*. **30** (5): 421–434.
  51. Arnaboldi, Paola; Riva, Silvia; Crico, Chiara; Pravettoni, Gabriella (2017). "A systematic literature review exploring the prevalence of post-traumatic stress disorder and the role played by stress and traumatic stress in breast cancer diagnosis and trajectory". *Breast Cancer: Targets and Therapy*. **9**: 473–485..

52. ^ Liu, Chunli; Zhang, Yi; Jiang, Hong; Wu, Hui (2017-05-05). "Association between social support and post-traumatic stress disorder symptoms among Chinese patients with ovarian cancer: A multiple mediation model". *PLOS One*. **12** (5): e0177055.
53. Christiansen, DM (February 2017). "Posttraumatic stress disorder in parents following infant death: A systematic review". *Clinical Psychology Review*. **51**: 60–74.
54. Kersting, Anette; Wagner, Birgit (June 2012). "Complicated grief after perinatal loss". *Dialogues in Clinical Neuroscience*. **14** (2): 187–194.
55. Daugirdaitė, V; van den Akker, O; Purewal, S (2015). "Posttraumatic stress and posttraumatic stress disorder after termination of pregnancy and reproductive loss: a systematic review". *Journal of pregnancy*. **2015**: 646345
56. Ayers, S.; Bond, R.; Bertullies, S.; Wijma, K. (2016/04). "The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework". *Psychological Medicine*. **46** (6): 1121–1134..
57. James, Stella (2015-12-01). "Women's experiences of symptoms of posttraumatic stress disorder (PTSD) after traumatic childbirth: a review and critical appraisal". *Archives of Women's Mental Health*. **18** (6): 761–771.
58. Olde E, van der Hart O, Kleber R, van Son M (January 2006). "Post-traumatic stress following childbirth: a review". *Clin Psychol Rev*. **26** (1): 1–16.
59. Alder J, Stadlmayr W, Tschudin S, Bitzer J (June 2006). "Post-traumatic symptoms after childbirth: what should we offer?". *J Psychosom Obstet Gynaecol*. **27** (2): 107–12.
60. Olde, Eelco; van der Hart, Onno; Kleber, Rolf; van Son, Maarten (January 2006). "Posttraumatic stress following childbirth: a review". *Clinical Psychology Review*. **26** (1): 1–16.
61. Montmasson H.; Bertrand P.; Perrotin F.; El-Hage W. (2012). "[Predictors of postpartum post-traumatic stress disorder in primiparous mothers]". *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*. **41** (6): 553–560.
62. Martin, Colin (2012). *Perinatal Mental Health : a Clinical Guide*. Cumbria England: M & K Pub. p. 26.
63. True WR, Rice J, Eisen SA, Heath AC, Goldberg J, Lyons MJ, Nowak J (1993). "A twin study of genetic and environmental contributions to liability for posttraumatic stress symptoms". *Arch. Gen. Psychiatry*. **50** (4): 257–64.
64. Delahanty DL (2011). "Toward the predeployment detection of risk for PTSD". *American Journal of Psychiatry*. **168** (1): 9–11.
65. *The Secret Life of the Brain (Series)*, episode 4. PBS. 2001. Archived from the original on 2014-02-02. Retrieved 2014-01-29.
66. Joseph Zohar; Alzbeta Juven-Wetzler; Viki Myers; Leah Fostic (2008). "Post-Traumatic stress disorder: Facts and Fiction". *Current Opinion in Psychiatry*. **21** (1): 70–eoa.

67. Yehuda R, Halligan SL, Golier JA, Grossman R, Bierer LM (2004). "Effects of trauma exposure on the cortisol response to dexamethasone administration in PTSD and major depressive disorder". *Psychoneuroendocrinology*. **29** (3): 389–404
68. Yehuda R, Halligan SL, Grossman R, Golier JA, Wong C (2002). "The cortisol and glucocorticoid receptor response to low dose dexamethasone administration in aging combat veterans and holocaust survivors with and without posttraumatic stress disorder". *Biol Psychiatry*. **52** (5): 393–403.
69. Heim C, Ehler U, Hellhammer DH (2000). "The potential role of hypocortisolism in the pathophysiology of stress-related bodily disorders". *Psychoneuroendocrinology*. **25** (1): 1–35.
70. Mason JW, Giller EL, Kosten TR, Harkness L (1988). "Elevation of urinary norepinephrine/cortisol ratio in posttraumatic stress disorder". *J Nerv Ment Dis*. **176** (8): 498–502.
71. Bohnen N, Nicolson N, Sulon J, Jolles J (1991). "Coping style, trait anxiety and cortisol reactivity during mental stress". *J Psychosom Res*. **35** (2–3): 141–7.
72. Geraciotti TD, Baker DG, Ekhaton NN, West SA, Hill KK, Bruce AB, Schmidt D, Rounds-Kugler B, Yehuda R, Keck PE, Kasckow JW (2001). "CSF norepinephrine concentrations in posttraumatic stress disorder". *Am J Psychiatry*. **158** (8): 1227–30.
73. Sautter FJ, Bissette G, Wiley J, Manguno-Mire G, Schoenbachler B, Myers L, Johnson JE, Cerbone A, Malaspina D (December 2003). "Corticotropin-releasing factor in posttraumatic stress disorder (PTSD) with secondary psychotic symptoms, nonpsychotic PTSD, and healthy control subjects". *Biol. Psychiatry*. **54** (12): 1382–8.
74. de Kloet CS, Vermetten E, Geuze E, Lentjes EG, Heijnen CJ, Stalla GK, Westenberg HG (2008). "Elevated plasma corticotrophin-releasing hormone levels in veterans with posttraumatic stress disorder". *Prog. Brain Res. Progress in Brain Research*. **167**: 287–91. Radley JJ, Kabbaj M, Jacobson L, Heydendaal W, Yehuda R, Herman JP (September 2011). "Stress risk factors and stress related pathology: Neuroplasticity epigenetics and endophenotypes". *Stress*. **14** (5): 481–497.
75. Pitman RK (1989). "Post-traumatic stress disorder, hormones, and memory". *Biological Psychiatry*. **26** (3): 221–223.
76. Yehuda R (2001). "Biology of posttraumatic stress disorder". *J Clin Psychiatry*. **62**, Suppl 17: 41–6.
77. Yehuda R (2002). "Clinical relevance of biologic findings in PTSD". *Psychiatr Q*. **73** (2): 123–33.
78. Aardal-Eriksson E, Eriksson TE, Thorell LH (2001). "Salivary cortisol, posttraumatic stress symptoms, and general health in the acute phase and during 9-month follow-up". *Biol. Psychiatry*. **50** (12): 986–93.
79. Zohar J, Juven-Wetzler A, Myers V, Fostick L (January 2008). "Post traumatic stress disorder: facts and fiction". *Current Opinion in Psychiatry*. **21** (1): 74–7.

80. Olszewski TM, Varrasse JF (2005). "The neurobiology of PTSD: implications for nurses". *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. **43** (6): 40–7.
81. Chatzitomatis, Apostolos; Hoermann, Rudolf; Midgley, John E.; Hering, Steffen; Urban, Aline; Dietrich, Barbara; Abood, Assjana; Klein, Harald H.; Dietrich, Johannes W. (20 July 2017). "Thyroid Allostasis–Adaptive Responses of Thyrotropic Feedback Control to Conditions of Strain, Stress, and Developmental Programming". *Frontiers in Endocrinology*. **8**: 163.
82. Lindley SE, Carlson EB, Benoit M (2004). "Basal and dexamethasone suppressed salivary cortisol concentrations in a community sample of patients with posttraumatic stress disorder". *Biol. Psychiatry*. **55** (9): 940–5
83. "NIMH · Post Traumatic Stress Disorder Research Fact Sheet". National Institutes of Health. Archived from the original on 2014-01-23. Retrieved 2014-01-29.
84. Liberzon, Israel; Sripada, Chandra Sekhar (2008). "The functional neuroanatomy of PTSD: a critical review". *Progress in Brain Research*. **167**: 151–169.
85. Hughes, Katherine C; Shin, Lisa M (2011-2). "Functional neuroimaging studies of post-traumatic stress disorder". *Expert Review of Neurotherapeutics*. **11** (2): 275–285.
86. Etkin, Amit; Wager, Tor D. (2007-10-01). "Functional Neuroimaging of Anxiety: A Meta-Analysis of Emotional Processing in PTSD, Social Anxiety Disorder, and Specific Phobia". *The American Journal of Psychiatry*. **164** (10): 1476–1488..
87. van der Kolk B (March 2000). "Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma". *Dialogues in Clinical Neuroscience*. **2** (1): 7–22.
88. Milad MR, Pitman RK, Ellis CB, Gold AL, Shin LM, Lasko NB, Zeidan MA, Handwerker K, Orr SP, Rauch SL (2009). "Neurobiological basis of failure to recall extinction memory in posttraumatic stress disorder". *Biol Psychiatry*. **66** (12): 1075–82.
89. Stein MB, Paulus MP (2009). "Imbalance of approach and avoidance: the yin and yang of anxiety disorders". *Biol Psychiatry*. **66** (12): 1072–4.
90. Goodkind, M; Etkin, A. "Functional Neurocircuitry and Neuroimaging Studies of Anxiety Disorders". In Sklar, P; Buxbaum, J; Nestler, E; Charney, D. *Neurobiology of Mental Illness* (5th ed.). Oxford University Press.
91. Carlson, Neil R. (2007). *Physiology of Behavior* (9 ed.). Pearson Education, Inc.
92. Jatzko A, Rothenhöfer S, Schmitt A, Gaser C, Demirakca T, Weber-Fahr W, Wessa M, Magnotta V, Braus DF (2006). "Hippocampal volume in chronic posttraumatic stress disorder (PTSD): MRI study using two different evaluation methods" (PDF). *Journal of Affective Disorders*. **94** (1–3): 121–126. Archived (PDF) from the original on 2013-10-19. Retrieved 2014-01-29

93. "PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)". National Center for PTSD. 11 May 2017.
94. Blevins, Christy A.; Weathers, Frank W.; Davis, Margaret T.; Witte, Tracy K.; Domino, Jessica L. (2015-12-01). "The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation". *Journal of Traumatic Stress*. **28** (6): 489–498. from the original on 2015-12-10. Retrieved 2015-12-08.
95. "Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5)". National Center for PTSD. 7 Apr 2017.
96. "Child PTSD Symptom Scale". International Society for Traumatic Stress Studies.
97. Foa, E. B.; Johnson, K. M.; Feeny, N. C.; Treadwell, K. R. (September 2001). "The child PTSD Symptom Scale: a preliminary examination of its psychometric properties". *Journal of Clinical Child Psychology*. **30** (3): 376–384.
98. "Child Trauma Screening Questionnaire". The National Child Traumatic Stress Network. 5 Sep 2013.
99. Kenardy, Justin A.; Spence, Susan H.; Macleod, Alexandra C. (September 2006). "Screening for posttraumatic stress disorder in children after accidental injury". *Pediatrics*. **118** (3): 1002–1009. **Jump up** ^ "UCLA Posttraumatic Stress Disorder Reaction Index". International Society for Traumatic Stress Studies.
100. Elhai, Jon D.; Layne, Christopher M.; Steinberg, Alan M.; Brymer, Melissa J.; Briggs, Ernestine C.; Ostrowski, Sarah A.; Pynoos, Robert S. (2013-02-01). "Psychometric Properties of the UCLA PTSD Reaction Index. Part II: Investigating Factor Structure Findings in a National Clinic-Referred Youth Sample". *Journal of Traumatic Stress*. **26** (1): 10–18.
- 101.
102. "The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders" (PDF). World Health Organization. pp. 120–121. Archived (PDF) from the original on 2014-03-23. Retrieved 2014-01-29.
103. Carlier, IVE; Lamberts, RD; van Uchelen, AJ; Gersons, BPR (1998). "Disaster-related post-traumatic stress in police officers: A field study of the impact of debriefing". *Stress Medicine*. **14** (3): 143–8.
104. Mayou RA, Ehlers A, Hobbs M (2000). "Psychological debriefing for road traffic accident victims. Three-year follow-up of a randomised controlled trial". *Br J Psychiatry*. **176** (6): 589–93.
105. Roberts, NP; Kitchiner, NJ; Kenardy, J; Bisson, J (8 July 2009). "Multiple session early psychological interventions for the prevention of post-traumatic stress disorder". *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (3): CD006869.
106. INTEGRATED DOCUMENT FOR RECONSTRUCTION OF GËRDEC. *Council of Ministers August 2008*
107. Amos, T; Stein, DJ; Ipser, JC (8 July 2014). "Pharmacological interventions for preventing post-traumatic stress disorder (PTSD)". *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. **7** (7): CD006239.

108. Gartlehner, Gerald; Forneris, Catherine A.; Brownley, Kimberly A.; Gaynes, Bradley N.; Sonis, Jeffrey; Coker-Schwimmer, Emmanuel; Jonas, Daniel E.; Greenblatt, Amy; Wilkins, Tania M.; Woodell, Carol L.; Lohr, Kathleen N. (2013). Interventions for the Prevention of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults After Exposure to Psychological Trauma. Agency for Healthcare Research and Quality (US).
109. Feldner MT, Monson CM, Friedman MJ (2007). "A critical analysis of approaches to targeted PTSD prevention: current status and theoretically derived future directions". *Behav Modif.* **31** (1): 80–116.
110. Rose, S; Bisson, J; Churchill, R; Wessely, S (2002). "Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD)". *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (2): CD000560..
111. "Psychological Debriefing for Post-Traumatic Stress Disorder". [www.div12.org](http://www.div12.org). Society of Clinical Psychology: Division 12 of The American Psychological Association. Retrieved 9 September 2017.
112. Wiseman T, Foster K, Curtis K (Nov 2013). "Mental health following traumatic physical injury: an integrative literature review". *Injury.* **44** (11): 1383–90.
113. Kassam-Adams N, et al. (Dec 2013). "Posttraumatic stress following pediatric injury: update on diagnosis, risk factors, and intervention". *JAMA Pediatr.* **167** (12): 1158–65. Foa EB, Cashman L, Jaycox L, Perry K (1997). "The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: the Posttraumatic Diagnostic Scale". *Psychological Assessment.* **9** (4): 445–451. Powers, M.B.; Halpern, J.M.; Ferenschak, M.P.; Gillihan, S.J.; Foa, E.B. (August 2010). "A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder". *Clinical Psychology Review.* **30** (6): 635–641.. Retrieved 4 October 2017.
114. Guideline Development Panel for the Treatment of PTSD in Adults (2017). *Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults (PDF)*. Washington, D.C.: American Psychological Association. pp. ES–2.
115. Lee CW, Cuijpers P (2013). "A meta-analysis of the contribution of eye movements in processing emotional memories". *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry.* **44** (2): 231–9.
116. Cahill, S. P.; Foa, E. B. (2004). Taylor, S., ed. *Advances in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: Cognitive-behavioral perspectives*. New York: Springer. pp. 267–313.
117. Seidler GH, Wagner FE (2006). "Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study". *Psychol Med.* **36** (11): 1515–22
118. Ling G, Bandak F, Armonda R, Grant G, Ecklund J. Explosive Blast Neurotrauma. *J Neurotrauma*2009;26:1–11.
119. Silver JM, McAllister TW, Arciniegas DB. Depression and cognitive complaints following mild traumatic brain injury. *Am J Psychiatry* 2009;166:653–661. [PubMed: 19487401]

120. Finkel MF. The neurological consequences of explosives. *J Neurological Sciences* 2006;249:63–67.
121. Greist J. Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). Merck Manual. 2014 <https://www.merckmanuals.com/professional/psychiatric-disorders/anxiety-and-stressor-related-disorders/posttraumatic-stressdisorder-ptsd?qt=PTSD&alt=sh>
122. Holbrook TL, Hoyt DB, Stein MB, et al. Gender differences in longterm posttraumatic stress disorder outcomes after major trauma: women are at higher risk of adverse outcomes than men. *J Trauma*2002;53:882–8.
123. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol* 2010;68:748–66.
124. Freedman SA, Brandes D, Peri T, et al. Predictors of chronic posttraumatic stress disorder. A prospective study. *Br J Psychiatry* 2009;174:353–9.
125. Javidi H, Yadollahie M. Post-traumatic stress disorder. *Int J Occup Environ Med* 2011;3.
126. Farhood LF, Dimassi H. Prevalence and predictors for post-traumatic stress disorder, depression and general health in a population from six villages in South Lebanon. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*2012;47:639–49.
127. Bastien, C.H., Vallie`res, A., & Morin, C.M. (2001). Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Medicine*, 2, 297–307.
128. Hasanović M, Pajević I. Religious moral beliefs as mental health protective factor of war veterans suffering from PTSD, depressiveness, anxiety, tobacco and alcohol abuse in comorbidity. *Psychiatr Danub* 2010;22:203–10.
129. Priebe S, Bogic M, Ajdukovic D, et al. Mental disorders following war in the Balkans: a study in 5 countries. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67:518–28.

## **Abstrakt**

**Hyrje:** Çrregullimi i stresit posttraumatik është një sëmundje emocionale që klasifikohet si një çrregullim ankthi dhe zakonisht zhvillohet si pasojë e një përvoje jashtëzakonisht të frikshme, kërcënuese për jetën ose përndryshe shumë të pasigurte.

**Qellimi:** Vlerësimi i prevalencës së simptomave psikopatologjike afatgjata në popullatën e fshatit Gerdec-Tiranë, në zonën e shpërthimit të municioneve.

**Materiali dhe metoda:** Ky është një studim cross-sectional i kryer në periudhën 2012-2015 në fshatin Gerdec dhe në Qendren e Mjekësisë Komunitare Nr. 3 në Tiranë. Në studim morën pjesë 196 banorë nga fshati i Gerdecit dhe një grup kontrolli prej 50 banorësh nga qyteza e Vores.

**Rezultate:** 89 banorë ose 45% të totalit të pjesëmarrësve në studim ishin femra krahasuar me 107 (55%) meshkuj. Moshë mesatare e pjesëmarrësve është 40.6 ( $\pm 15.9$ ) vjeç, mosha mediane 40.5 vjeç dhe rang 18-76 vjeç. Prevalenca e çrregullimit të stresit posttraumatik tek banorët në zonën e shpërthimit është 16.5% (95%CI 9.91 – 26.19) ndërsa tek banorët në zonën e sigurisë është 9.4% (95%CI 5.33 – 16.05), pa ndryshim statistikisht ndërmjet tyre. Prevalenca e çrregullimit të stresit posttraumatik tek kontrollet është 2% (95%CI 0.051 – 10.65) Femrat ishin më të prekura nga çrregullimi i stresit posttraumatik 16 (18%) e tyre, ndërsa nga meshkujt 8 (7.5%). Femrat kanë 2.7 herë më tepër gjasa se për tu prekur krahasuar me meshkujt.

**Perfundim:** Specialistet e shëndetit publik dhe zyrtarët qeveritarë duhet të zhvillojnë fushata për të rritur ndërgjegjësimin kundër municioneve dhe për të edukuar njerëzit mbi format, karakteristikat dhe rreziqet e tyre.

**Fjalët kyçe:** shpërthim, çrregullime të stresit post-traumatik, simptoma psikologjike

## **Astract**

**Introduction:** Post-traumatic stress disorder (PTSD) is an emotional illness that is classified as an anxiety disorder and is usually developed as a result of an extremely frightening, life-threatening or otherwise unsafe experience.

**Purpose:** To assess the prevalence of long-term psychopathological symptoms in the village of Gerdec-Tirana, in the munitions explosion zone.

**Material and Method:** This is a cross-sectional study carried out in the period 2012-2015 in the village of Gerdec and in the Community Medicine Center no. 3 in Tirana. The study included 196 people from the village of Gerdec and a control group of 50 people from the town of Vora.

**Results:** 89 people or 45% of the total study participants were women compared to 107 (55%) males. The mean age of participants is 40.6 ( $\pm 15.9$ ) years, median age 40.5 years and ranged from 18 to 76 years. The prevalence of PTSD among residents in the blast area is 16.5% (95% CI 9.91 - 26.19) while residents in the security zone are 9.4% (95% CI 5.33 - 16.05), with no significant difference between them. The prevalence of PTSD in the controls is 2% (95% CI 0.051 - 10.65) Women were most affected by PTSD 16 (18%) and males 8 (7.5%). Women are 2.7 times more likely to be affected than men.

**Conclusion:** Public health specialists and government officials should develop campaigns to raise awareness about ammunition and educate people about their forms, characteristics and risks.

**Key words:** blast, post-traumatic stress disorder, psychological symptoms