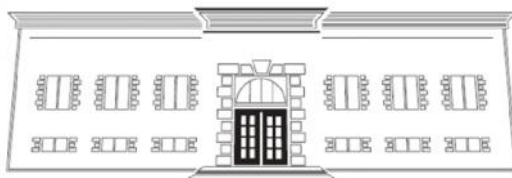


**REPUBLIKA E SHQIPËRISË
UNIVERSITETI I TIRANËS
FAKULTETI I MJEKËSISË
DEPARTAMENTI I SHËNDETIT PUBLIK**



UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË

DISERTACION

I
PARAQITUR NGA

Zj. Rovena Daja

PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE

DOKTOR

SPECIALITETI: SHËNDET PUBLIK

**TEMA: PREVALENCA E PËRVOJAVE NEGATIVE GJATË FËMIJËRISË DHE
SJELLJET E RREZIKSHME SHËNDETËSORE TEK ADULTËT SHQIPTARË**

KANDIDATI

UDHEHEQES SHKENCOR

ROVENA DAJA

PROF. GENTIANA QIRJAKO

TIRANË, 2021

DISERTACION

I
PARAQITUR NGA

Zj. Rovena Daja

PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE

DOKTOR

SPECIALITETI: SHËNDET PUBLIK

**TEMA: PREVALENCA E PËRVOJAVE NEGATIVE GJATË FËMIJËRISË DHE
SJELLJET E RREZIKSHME SHËNDETËSORE TEK ADULTËT SHQIPTARË**

MBROHET MË DATË __ / __ / 2021 PARA JURISË

1. __Prof. Alban YLLI_____ KRYETAR
2. __Prof, As Albana Fico_____ ANËTAR (Oponent)
3. __Prof. As Loreta Kuneshka_____ ANËTAR (Oponent)
4. __Prof. As Silva Bino_____ ANËTAR
5. __PHD Ervin Toci_____ ANËTAR

DISERTACION

I
PARAQITUR NGA

Zj. Rovena Daja

PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE

DOKTOR

SPECIALITETI: SHËNDET PUBLIK

**TEMA: PREVALENCA E PËRVOJAVE NEGATIVE GJATË FËMIJËRISË DHE
SJELLJET E RREZIKSHME SHËNDETËSORE TEK ADULTËT SHQIPTARË**

MBROHET MË DATË __ / __ / 2021 PARA JURISË

1. __Prof. Alban YLLI_____ KRYETAR
2. __Prof, As Albana Fico_____ ANËTAR (Oponent)
3. __Prof. As Loreta Kuneshka_____ ANËTAR (Oponent)
4. __Prof. As Silva Bino_____ ANËTAR
5. __PHD Ervin Toci_____ ANËTAR

Parathënie

Dhuna dhe abuzimi mbi fëmijët është një fenomen global ku më shumë se dy të tretat e adultëve rezultojnë të kenë pësuar një ose më shumë format të abuzimit apo neglizhimit gjatë fëmijërisë. Ajo shfaqet si në vendet tashmë të zhvilluara dhe, në një përmasë më të madhe, edhe në vendet në zhvillim.

Abuzimi i fëmijëve dhe neglizhenca mund të japin pasoja afat-gjata në zhvillimin e trurit për përvetësimin e gjuhës dhe në aftësitë akademike. Në veçanti, shumë nga studimet e fundit të fokusuar në ndikimet në të ardhmen që japin abuzimet seksuale në fëmijëri raportojnë se ata që përjetojnë dhunë seksuale në fëmijëri kanë më shumë gjasa të përjetojnë të dyja pasojat, seksin jo-konsensual dhe sjelljet e rrezikshme konsensuale seksuale duke përfshirë edhe abortin në adoleshencë dhe në moshën e rritur të hershme.

Shqyrtimi i literaturës ndërkombatëre tregon se depresioni, ndjenja e mospërshtatjes, e izolimit dhe stigmës, mungesa e vetë-respektit, mosbesimi, abuzimi me substancat narkotike, problemet seksuale janë më të shpeshta tek ata mbi të cilët është abuzuar në fëmijëri. Gjetjet më të fundit tregojnë për pasojat e dhunës që shfaqen në moshë të rritur në formën e çrregullime psikopatologjike si vetëvrasje, çrregullime paniku, çrregullime post-traumatike nga stresi dhe sjelljet asociale, një pjesë e madhe e të cilave janë të lidhura me abuzimin dhe neglizhimin gjatë fëmijërisë.

Format e ndryshme të abuzimit dhe neglizhimit në fëmijëri mund të jenë të lidhura me sjelljet e rrezikshme shëndetësore si përdorimi i alkoolit ose varësia nga droga dhe dëmtimin e shëndetit mendor si depresion, çrregullime paniku, të stresit post-traumatike dhe vetëvrasjet.

Kostot e lidhura me eksperiencat negative të fëmijërisë janë gjithashtu të konsiderueshme, kostot vjetore të katër sjelljeve të rrezikshme shëndetësore (përdorimi i dëmshëm i alkoolit, përdorimi i drogave të paligjshme, pirja e duhanit ose mbipësia) dhe gjashtë shkaqeve të shëndetit të dobët (kanceri, diabeti, sëmundjet kardiovaskulare, sëmundjet respiratore ose depresioni) që i atribuohen eksperiencave negative të përjetuara gjatë fëmijërisë në Europë dhe Amerikën e Veriut mund të arrijnë në rreth 581 miliardë dollarë dhe 750 miliardë dollarë.

Në kontekstin e prevalencës së lartë të ENF-ve, pasojat afat-gjata të tyre në shëndetin mendor dhe fizik si dhe në kostot që ato i imponojnë sistemeve shëndetësore, sociale dhe të gjithë shoqërisë, studimi aktual synon të ndricojë prevalencën e ENV-ve dhe faktorët dhe sjelljet e rrezikshme të lidhura me to në vendin tonë, duke kontribuar në vlerësimin e situatës dhe marrjen e masave të ndryshme për reduktimin e këtyre fenomeneve dhe pasojave të lidhura me to në Shqipëri.

Falenderime

Falenderoj te gjithë ata qe me kane dhene mundesine, me kane ndihmuar dhe perkrahur per te arritur ne realizimin e doktoratures time.

Falenderoj udhëheqësin e kësaj teme Prof. Dr. Gentiana Qirjako, për këshillat, besimin, vlerësimin, përkushtimin dhe mbështetjen që më ka dhënë gjatë punimit të kësaj teme për të realizuar një bashkëpunim të frytshëm në përputhje me objektivin e këtij studimi. E falenderoj për durimin dhe qetësinë që e karakterizon e cila më ka ndihmuar dhe inkurajuar që të realizoj një studim me standarte akademike. Mendimet dhe sugjerimet e saj kanë qenë shumë të dobishme dhe ndihmuese për mua gjatë kryerjes së këtij procesi kërkimor.

Nje falenderim te vecante per Dr. Ervin Toci qe me ka perkrahur, mbeshtetur dhe ndihmuar per perfudimin me sukses te ketij punimi.

Nje falenderim special per babain dhe gjyshen time qe nuk jane me, por do ishin shume krenar per mua. Falenderoj mamane time, bashkeshortin, motren dhe femijet e mi qe me kane mbeshtetur dhe perkrahur gjithmone.

Abstrakt

Eksperiencat negative të fëmijërisë (ENF) përfshijnë një gamë të gjerë të abuzimeve dhe neglizhimit të fëmijëve si dhe forma të ndryshme të mos-funksionimit të familjes që kanë një ndikim të thellë në shëndetin e ardhshëm të individëve të prekur. ENF-të janë mjaft të përhapura dhe mund të shoqërohen me efekte të konsiderueshme të dëmshme lidhur me gjendje të ndryshme shëndetësore të individëve të prekur, mund të rrisin rrezikun e një game të gjerë sjelljesh të rrezikshme shëndetësore dhe kanë kosto të mëdha gjithashtu. Në këtë kontekst, qëllimi ynë ishte të vlerësonim prevalencën e ENF-ve dhe faktorët që lidhen me to në një kampion të adultëve të rinj në Shqipëri, si dhe lidhjet midis formave të ENF-ve dhe numrit të tyre me sjelljet e rrezikshme shëndetësore në Shqipëri. Në vitin 2015 u realizua një studim ndër-seksional, duke përdorur një kampion përfaqësues të adultëve të rinj (n = 957) që studionin në katër universitete publike në Shqipëri (530 femra ose 55.4%); mosha mesatare: 22.5 vjeç. Pyetësi i Historisë së Shëndetit Familjar (që përmban 68 pyetje) u përdor për të mbledhur informacione mbi një gamë të gjerë të eksperiencave të fëmijërisë. Pyetësi ENF që përmbante 10 variable u përftua dhe u llogarit një rezultat i ENF-ve. Modeli Linear i Përgjithshëm u përdor për të krahasuar numrin mesatar të ENF-ve sipas kategorive të variableve të pavarura. Regresioni Logjistik Binar dhe Regresioni Logjistik Multinomial u përdorën për të përcaktuar lidhjet midis ENF-ve, faktorëve bazë socio-demografikë, socioekonomikë dhe sjelljeve të rrezikshme shëndetësore. Prevalenca e të paktën një ENF-ve në këtë kampion studentësh ishte 69.5% ndërsa prevalenca e 4 ENF-ve ishte 16.2%. ENF-ja më e përhapur ishte abuzimi emocional (35.4%), i ndjekur nga neglizhimi fizik (34.3%), trajtimi i dhunshëm i nënës (23.9%), abuzimi fizik (21%) dhe familjarë që abuzonin me substancat (18.7%). Prevalenca e viktimizimit ndaj bullizmit rezultoi rreth 25%. Prevalenca e abuzimit fizik, abuzimit seksual dhe abuzimit me substancat nga familjarët ishte në mënyrë domethënëse më e lartë tek meshkujt sesa femrat. Seksi mashkull, arsimi i ulët i prindërve, papunësia e babait dhe mosha e re e nënës në kohën e lindjes së subjektit në studim ishin të gjitha të lidhura në mënyrë domethënëse me një numër mesatar më të lartë të ENF-ve në krahasim me homologët e tyre përkatës. Cdo formë e ENF-ve ishte një faktor parashikues domethënës i të paktën një lloji sjelljeje të rrezikshme shëndetësore. Prania gjatë fëmijërisë e anëtarëve të familjes që abuzonin me substancat, përjetimi i abuzimit emocional, abuzimit fizik, divorcit prindëror dhe përjetimi i dhunës ndaj nënës rrisnin në mënyrë domethënëse gjasat e përpjekjes për vetëvrasje me 8.8, 5.8, 4.6, 4.6 dhe 4.4 herë, përkatësisht, ndërsa divorci prindëror ishte faktori parashikues më i fortë i përdorimit problematik të drogës nga ana e pjesëmarrësve, duke rritur gjasat e kësaj sjelljeje të dëmshme me 24.3 herë. Rritja e numrit të ENF-ve ishte një faktor parashikues i rëndësishëm për shumicën e sjelljeve të rrezikshme shëndetësore. Si përfundim, prevalenca e keqtrajtimin të fëmijëve në Shqipëri është mjaft e lartë. Strategjitë dhe ndërhyrjet e duhura, të planifikuara me kujdes dhe të mirë-menduara janë të nevojshme për parandalimin e eksperiencave negative të fëmijërisë në Shqipëri dhe për të adresuar barrën e ENF-ve mbi popullsinë Shqiptare.

Fjalët kyçe: *eksperienca negative të fëmijërisë, kros-seksional, prevalenca, sjellje të rrezikshme shëndetësore, Shqipëria.*

Abstract

Adverse childhood experience (ACE) comprises a wide range of childhood abuse and neglect and household dysfunction forms that have a deep impact on the future health of affected individuals. ACEs are associated with considerable harmful effects on various health outcomes of the affected individuals and non-negligible costs. ACEs are rather widespread and could increase the risk of a wide range of health risk behaviors as well. In this context our aim was to assess the prevalence of ACE and the factors related with it in a sample of young adults in Albania as well as the associations between ACE forms and number with various risk health behaviors in Albania. In 2015 a cross-sectional survey was carried out employing a representative sample of young adults (n=957) studying in four public universities in Albania (530 females or 55.4%); mean age: 22.5 years. The Family Health History questionnaire (containing 68 questions) was used to collect information on a wide range of childhood experiences. The ACE questionnaire containing 10 variables was retrieved and an ACE score was calculated. General Linear Model was used to compare the mean number of ACEs across categorical independent variables. Binary and Multinomial Logistic Regression and Multinomial Logistic Regression were used to determine the associations between ACEs and basic socio-demographic and socioeconomic as well as various health risk behaviors. The prevalence of at least one ACE in this sample of students was 69.5% whereas the prevalence of 4 ACEs was 16.2%. The most prevalent ACE was emotional abuse (35.4%), followed by physical neglect (34.3%), violent treatment of mother (23.9%), physical abuse (21%) and substance abuse (18.7%). About 25% of participants have been victims of bullism. The prevalence of physical abuse, sexual abuse and substance abuse was significantly higher among males than females. Male sex, low parental education, father's unemployment and young age of mother at birth were all significantly associated with a higher mean number of ACEs compared to their respective counterparts. Each ACE form was a significant predictor of at least one health risk behavior. Living in household with members that abuse with substances, emotional abuse, physical abuse, parental divorce and witnessing mother's violence significantly increased the odds of suicide attempt by 8.8, 5.8, 4.6, 4.6 and 4.4 times, respectively whereas parental divorce was the strongest predictor of respondents problematic drug use, increasing the likelihood of the later by 24.3 times. The increasing number of ACEs was a significant predictor for most health risk behaviors. In conclusion, the prevalence of child maltreatment in Albania is rather high. Appropriate, carefully planned and well-thought strategies and interventions are needed for the prevention of adverse childhood experience in Albania and to address the burden of ACEs on Albanian population.

Keywords: *Albania, adverse childhood experience, health risk behavior, prevalence, cross-sectional.*

Tabela e përmbajtjes

Parathënie	iv
Falenderime.....	v
Abstrakt.....	vi
Abstract	vii
Lista e tabelave.....	xv
Lista e figurave.....	xviii
KAPITULLI I. HYRJE	xxi
1.1 Konteksti demografik Shqiptar	xxi
1.2 Keqtrajtimi i fëmijëve	xxi
1.2.1 Format e keqtrajtimit të fëmijëve	xxi
1.2.2 Mekanizmat dhe shtigjet e keqtrajtimit të fëmijëve.....	xxiii
1.2.3 Panoramë lidhur me efektet dhe kostot e keqtrajtimit të fëmijëve.....	xxiv
1.2.4 Panoramë mbi faktorët që ndikojnë në keqtrajtimin e fëmijëve	xxvi
1.3 Pasojat e keqtrajtimit të fëmijëve	xxvi
1.3.1 Llojet kryesore të pasojave të keqtrajtimit të fëmijëve	xxvi
1.4 Faktorët që ndikojnë në keqtrajtimin e fëmijëve	xxix
1.4.1 Faktorët që ndikojnë në keqtrajtimin e fëmijëve	xxix
1.4.1.1 Faktorët socio-demografikë dhe individualë.....	xxxi
1.4.1.2 Faktorët që lidhen me marrdhëniet	xxxiii
1.4.1.3 Faktorët që lidhen me komunitetin	xxxiv
1.4.1.4 Faktorët socialë.....	xxxiv
1.4.2 Faktorët që mund të zvogëlojnë rrezikun e keqtrajtimit të fëmijëve	xxxiv
1.4.3 Konkluzione	xxxv
1.5 Konteksti global i dhunës	xxxv
1.5.1 Konteksti global i dhunës	xxxv
1.6 Situata në Shqipëri lidhur me keqtrajtimin e fëmijëve.....	xxxix

1.6.1 Konteksti shqiptar dhe situata e keqtrajtimit të fëmijëve në Shqipëri.....	xxxix
1.6.2 Kuadri ligjor në lidhje me dhunën kundër fëmijëve në Shqipëri	xlii
1.6.3 Konventa dhe dokumenta të tjera ndërkombëtare në lidhje me dhunën kundër fëmijëve	xlv
1.6.4 Përmbledhje	xlvi
KAPITULLI II. QËLLIMI DHE OBJEKTIVAT E STUDIMIT	1
2.1 Qëllimi i studimit	1
2.2 Objektivat e studimit	1
2.2.1 Objektivi i përgjithshëm 1	1
2.2.1.1 Objektivat specifike për objektivin e përgjithshëm 1	1
2.2.2 Objektivi i përgjithshëm 2	2
2.2.2.1 Objektivat specifike për objektivin e përgjithshëm 2	2
2.2.3 Objektivi i përgjithshëm 3	2
2.2.3.1 Objektivat specifike për objektivin e përgjithshëm 3	2
2.2.4 Objektivi i përgjithshëm 4	3
2.2.4.1 Objektivat specifike për objektivin e përgjithshëm 4	3
2.2.5 Objektivi i përgjithshëm 5	4
2.2.5.1 Objektivat specifike për objektivin e përgjithshëm 5	4
2.2.6 Objektivi i përgjithshëm 6	5
2.2.6.1 Objektivat specifike për objektivin e përgjithshëm 6	5
2.2.7 Objektivi i përgjithshëm 7	5
2.2.7.1 Objektivat specifike për objektivin e përgjithshëm 7	5
2.2.8 Objektivi i përgjithshëm 8	5
2.2.8.1 Objektivat specifike për objektivin e përgjithshëm 8	6
2.3 Hipotezat e studimit	6
KAPITULLI III. METODOLOGJIA	9
3.1 Tipi i studimit	9
3.2 Popullata në studim dhe kampionimi	9
3.3 Kriteret e pranimit dhe kriteret përjashtuese	10

3.4 Mbledhja e të dhënave.....	10
3.4.1 Instrumentet për mbledhjen e të dhënave	10
3.5 Përshtatja e pyetësorit me kontekstin lokal.....	12
3.6 Çështjet etike të studimit.....	12
3.7 Përkufizimi i ndryshorëve.....	12
3.7.1 Faktorët e pavarur të pastër.....	12
3.7.2 Faktorët që sillen edhe si faktorë të varur edhe si faktorë të pavarur.....	15
3.7.2.1 Sjelljet e rrezikshme shëndetësore.....	15
3.7.2.2 Eksperiencat negative të fëmijërisë.....	17
3.8 Analiza statistikore e të dhënave.....	19
KAPITULLI IV. REZULTATET	24
4.1 Të dhëna të përgjithshme lidhur me subjektet në studim.....	24
4.2 Të dhëna lidhur me prevalencën e eksperiencave negative të fëmijërisë (ENF) tek pjesëmarrësit në studim	28
4.2.1 Prevalenca e llojeve të ndryshme të eksperiencave negative të fëmijërisë	28
4.2.2 Prevalenca e llojeve të ndryshme të eksperiencave negative të fëmijërisë sipas gjinisë	31
4.3 Të dhëna lidhur me sjelljet e rrezikshme shëndetësore tek pjesëmarrësit në studim	34
4.3.1 Prevalenca e llojeve të ndryshme të sjelljeve të rrezikshme shëndetësore tek pjesëmarrësit në studim	34
4.4 Lidhja midis karakteristikave bazë demografike dhe socioekonomike me sjelljet e rrezikshme shëndetësore tek pjesëmarrësit në studim	37
4.4.1 Duhani dhe alkooli.....	37
4.4.1.1 Konsumi i ≥ 100 cigareve në jetë sipas faktorëve bazë socio-demografikë	37
4.4.1.2 Duhanpirja aktuale sipas faktorëve bazë socio-demografikë	39
4.4.1.3 Konsumi i alkoolit gjatë jetës sipas faktorëve bazë socio-demografikë	41
4.4.1.4 Konsumi i alkoolit gjatë muajit të fundit sipas faktorëve bazë socio-demografikë.....	43
4.4.1.5 Konsumi problematik i alkoolit sipas faktorëve bazë socio-demografikë	45

4.4.1.6 Konsumi i ≥ 5 pijeve alkoolike të paktën në një rast muajin e kaluar sipas faktorëve bazë socio-demografikë	47
4.4.1.7 Drejtimi i automjetit në gjendje të dehur muajin e fundit sipas faktorëve bazë socio-demografikë	49
4.4.2 Sjelljet seksuale	51
4.4.2.1 Marrdhëniet seksuale në jetë sipas faktorëve bazë socio-demografikë	51
4.4.2.2 Marrdhëniet seksuale të hershme sipas faktorëve bazë socio-demografikë	53
4.4.2.3 Partnerë seksualë të shumtë në jetë sipas faktorëve bazë socio-demografikë	55
4.4.3 Përdorimi i drogave të paligjshme	57
4.4.3.1 Përdorimi i drogave ilegale në jetë sipas faktorëve bazë socio-demografikë	57
4.4.4 Përpjekjet për t'u vetëvararë	58
4.4.4.1 Përpjekjet për t'u vetëvararë në jetë sipas faktorëve bazë socio-demografikë	58
4.4.5 Inaktiviteti fizik gjatë muajit të fundit.....	60
4.4.5.1 Inaktiviteti fizik gjatë muajit të fundit sipas faktorëve bazë socio-demografikë	60
4.5 Lidhja e eksperiencave negative të fëmijërisë me faktorët socio-demografikë dhe sjelljet e rrezikshme shëndetësore tek pjesëmarrësit në studim	62
4.5.1 Abuzimi emocional/psikologjik gjatë fëmijërisë	62
4.4.1.1 Abuzimi emocional dhe karakteristikat socio-demografike	62
4.4.1.2 Abuzimi emocional dhe sjelljet e rrezikshme shëndetësore	64
4.5.2 Abuzimi fizik gjatë fëmijërisë.....	66
4.5.2.1 Abuzimi fizik gjatë fëmijërisë dhe karakteristikat socio-demografike	66
4.5.2.2 Abuzimi fizik gjatë fëmijërisë dhe sjelljet e rrezikshme shëndetësore	68
4.5.3 Abuzimi seksual gjatë fëmijërisë.....	69
4.5.3.1 Abuzimi seksual gjatë fëmijërisë dhe karakteristikat socio-demografike	69
4.5.3.2 Abuzimi seksual gjatë fëmijërisë dhe sjelljet e rrezikshme shëndetësore	71
4.5.4 Neglizhimi emocional gjatë fëmijërisë	73
4.5.4.1 Neglizhimi emocional gjatë fëmijërisë dhe karakteristikat socio-demografike.....	73
4.5.4.2 Neglizhimi emocional gjatë fëmijërisë dhe sjelljet e rrezikshme shëndetësore.....	74
4.5.5 Neglizhimi fizik gjatë fëmijërisë.....	75
4.5.5.1 Neglizhimi fizik gjatë fëmijërisë dhe karakteristikat socio-demografike	75
4.5.5.2 Neglizhimi fizik gjatë fëmijërisë dhe sjelljet e rrezikshme shëndetësore	77

4.5.6 Divorci/ndarja prindërore gjatë fëmijërisë.....	79
4.5.6.1 Divorci/ndarja prindërore gjatë fëmijërisë dhe karakteristikat socio-demografike.....	79
4.5.6.2 Divorci/ndarja prindërore gjatë fëmijërisë dhe sjelljet e rrezikshme shëndetësore....	81
4.5.7 Përjetimi i dhunës ndaj nënës gjatë fëmijërisë	83
4.5.7.1 Dhuna ndaj nënës gjatë fëmijërisë dhe karakteristikat socio-demografike	83
4.5.7.2 Dhuna ndaj nënës gjatë fëmijërisë dhe sjelljet e rrezikshme shëndetësore	85
4.5.8 Jetesa me familjarë që abuzojnë me substancat gjatë fëmijërisë.....	86
4.5.8.1 Jetesa me familjarë që abuzojnë me substancat gjatë fëmijërisë dhe karakteristikat socio-demografike	86
4.5.8.2 Jetesa me familjarë që abuzojnë me substancat gjatë fëmijërisë dhe sjelljet e rrezikshme shëndetësore.....	88
4.5.9 Jetesa me familjarë që vuanin nga sëmundjet mendore gjatë fëmijërisë	90
4.5.9.1 Jetesa me familjarë që vuanin nga smëundje mendore gjatë fëmijërisë dhe karakteristikat socio-demografike	90
4.5.9.2 Jetesa me familjarë që abuzojnë me substancat gjatë fëmijërisë dhe sjelljet e rrezikshme shëndetësore.....	92
4.5.10 Jetesa me familjarë që kanë përfunduar në burg gjatë fëmijërisë.....	94
4.5.10.1 Jetesa me familjarë që kanë përfunduar në burg gjatë fëmijërisë dhe karakteristikat socio-demografike	94
4.5.10.2 Jetesa me familjarë që kanë përfunduar në burg gjatë fëmijërisë dhe sjelljet e rrezikshme shëndetësore.....	96
4.5.11 Përjetimi i të paktën një lloj ENF-je gjatë fëmijërisë	97
4.5.11.1 Përjetimi i të paktën një lloj ENF-je gjatë fëmijërisë dhe karakteristikat socio-demografike	97
4.5.11.2 Përjetimi i të paktën një lloj ENF-je gjatë fëmijërisë dhe sjelljet e rrezikshme shëndetësore	99
4.5.12 Përjetimi i të paktën katër lloje ENF-sh gjatë fëmijërisë	100
4.5.12.1 Përjetimi i të paktën katër lloje ENF-sh gjatë fëmijërisë dhe karakteristikat socio-demografike	100
4.5.12.2 Përjetimi i të paktën katër lloje ENF-sh gjatë fëmijërisë dhe sjelljet e rrezikshme shëndetësore	102
4.5.13 Numri mesatar i ENF-ve gjatë fëmijërisë	104
4.5.13.1 Numri mesatar i ENF-ve gjatë fëmijërisë dhe karakteristikat socio-demografike	104
4.5.13.2 Numri mesatar i ENF-ve gjatë fëmijërisë dhe sjelljet e rrezikshme shëndetësore ...	106

4.5.14 Numri i eksperiencave negative të fëmijërisë, karakteristikat socio-demografike dhe sjelljet e rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve në studim	107
4.5.14.1 Numri i ENF-ve gjatë fëmijërisë dhe karakteristikat socio-demografike	107
4.5.14.2 Numri i ENF-ve gjatë fëmijërisë dhe sjelljet e rrezikshme shëndetësore	109
4.5.15 Korrelacionet bivariate midis llojeve të ndryshme të eksperiencave negative të fëmijërisë.....	110
4.6 Eksperiencave negative të fëmijërisë, të qenit viktimë e bullizmit, faktorët socio-demografikë dhe sjelljet e rrezikshme shëndetësore tek pjesëmarrësit në studim ...	111
4.6.1 Prevalenca e bullizmit tek pjesëmarrësit në studim sipas karakteristikave bazë socio-demografike	111
4.6.2 Prevalenca e bullizmit sipas sjelljeve të rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve në studim.....	112
4.6.3 Lidhja midis eksperiencave negative të fëmijërisë dhe viktimizimit ndaj bullizmit tek pjesëmarrësit në studim	114
4.6.3.1 Llojet e ndryshme të ENF-ve dhe viktimizimi ndaj bullizmit.....	114
4.6.3.2 Përjetimi i të paktën një lloj ENF-je gjatë fëmijërisë dhe viktimizimi ndaj bullizmit ..	114
4.6.3.3 Përjetimi i të paktën katër lloje ENF-sh gjatë fëmijërisë dhe viktimizimi ndaj bullizmit	115
4.6.6.4 Numri mesatar i ENF-ve gjatë fëmijërisë dhe viktimizimi ndaj bullizmit.....	115
4.6.6.5 Numri i ENF-ve gjatë fëmijërisë dhe viktimizimi ndaj bullizmit	116
KAPITULLI V. DISKUTIMI.....	117
5.1 Përmbledhje e gjetjeve kryesore të studimit aktual.....	117
5.2 Krahasimi i rezultateve të studimit tonë me rezultatet e studimeve të tjera në Shqipëri	120
5.3 Krahasimi i rezultateve të studimit tonë me rezultatet e studimeve të tjera në arenën ndërkombëtare.....	122
5.3.1 Eksperiencat negative gjatë fëmijërisë dhe pasojat e tyre.....	123
5.3.2 Prevalenca e eksperiencave negative gjatë fëmijërisë	124
5.3.3 Abuzimi fizik dhe emocional gjatë fëmijërisë dhe faktorët e lidhur me to..	125
5.3.4 Divorci/ndarja e prindërve gjatë fëmijërisë dhe ENF-të.....	128
5.3.5 Abuzimi seksual gjatë fëmijërisë.....	131

5.3.6	Format e tjera të eksperiencave negative gjatë fëmijërisë dhe faktorët e lidhur me to	135
5.3.7	Eksperiencat negative të fëmijërisë dhe sjelljet e rrezikshme shëndetësore më vonë në jetë	136
5.3.8	Kostot e lidhura me përjetimin e eksperiencave negative gjatë fëmijërisë...	138
5.3.9	Faktorët e rrezikut dhe faktorët mbrojtës ndaj eksperiencave negative të fëmijërisë.....	138
5.3.10	Situata e ENF-ve në Shqipëri dhe konteksti kulturor, social dhe ligjor	139
5.3.11	Implikimet e gjetjeve lidhur me ENF-të dhe faktorët e lidhur me to	141
KAPITULLI VI. KONKLUSIONE		146
KAPITULLI VII. REKOMANDIME		150
REFERENCAT		153

Lista e tabelave

Tabela 1. Karakteristikat bazë të pjesëmarrësve në studim.....	25
Tabela 2. Përkufizimi dhe prevalenca e eksperiencave negative të fëmijërisë (ENF) tek pjesëmarrësit në studim.....	28
Tabela 3. Prevalenca e eksperiencave negative të fëmijërisë (ENF) tek pjesëmarrësit në studim, sipas gjinisë	31
Tabela 4. Prevalenca e sjelljeve të rrezikshme shëndetësore, sipas gjinisë, tek pjesëmarrësit në studim	34
Tabela 5. Lidhja e konsumit të 100 cigareve në jetë me karakteristikat socio-demografike të pjesëmarrësve	38
Tabela 6. Lidhja e duhanpirjes aktuale me karakteristikat socio-demografike të pjesëmarrësve	39
Tabela 7. Lidhja e konsumit të alkoolit gjatë jetës me karakteristikat socio-demografike të pjesëmarrësve	41
Tabela 8. Lidhja e konsumit të alkoolit gjatë muajit të fundit me karakteristikat socio-demografike të pjesëmarrësve	43
Tabela 9. Lidhja e konsumit problematik të alkoolit me karakteristikat socio-demografike të pjesëmarrësve	45
Tabela 10. Lidhja konsumit të 5 pijeve alkoolike në të paktën një rast muajin e fundit me karakteristikat socio-demografike të pjesëmarrësve.....	47
Tabela 11. Lidhja e drejtimit të automjetit në gjendje të dehur muajin e fundit me karakteristikat socio-demografike të pjesëmarrësve.....	49
Tabela 12. Lidhja e angazhimit në marrdhënie seksuale në jetë me karakteristikat socio-demografike të pjesëmarrësve	51
Tabela 13. Lidhja e marrdhënieve seksuale të hershme (≤ 16 vjec) me karakteristikat socio-demografike të pjesëmarrësve	53
Tabela 14. Lidhja e partnerëve të shumtë seksualë (>3) në jetë me karakteristikat socio-demografike të pjesëmarrësve	55
Tabela 15. Lidhja e përdorimit të drogave ilegale në jetë me karakteristikat socio-demografike të pjesëmarrësve	57
Tabela 16. Lidhja e angazhimit në përpjekje për t'u vetëvararë në jetë me karakteristikat socio-demografike të pjesëmarrësve	59
Tabela 17. Lidhja e inaktivitetit fizik gjatë muajit të fundit me karakteristikat socio-demografike të pjesëmarrësve	60
Tabela 18. Lidhja e abuzimit emocional gjatë fëmijërisë me karakteristikat socio-demografike të pjesëmarrësve.....	62
Tabela 19. Lidhja e abuzimit emocional gjatë fëmijërisë me sjelljet e rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve në studim.....	64

Tabela 20. Lidhja e abuzimit fizik gjatë fëmijërisë me karakteristikat socio-demografike të pjesëmarrësve	66
Tabela 21. Lidhja e abuzimit fizik gjatë fëmijërisë me sjelljet e rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve në studim	68
Tabela 22. Lidhja e abuzimit seksual gjatë fëmijërisë me karakteristikat socio-demografike të pjesëmarrësve	69
Tabela 23. Lidhja e abuzimit seksual gjatë fëmijërisë me sjelljet e rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve në studim	71
Tabela 24. Lidhja e neglizhimit emocional gjatë fëmijërisë me karakteristikat socio-demografike të pjesëmarrësve	73
Tabela 25. Lidhja e neglizhimit emocional gjatë fëmijërisë me sjelljet e rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve në studim	74
Tabela 26. Lidhja e neglizhimit fizik gjatë fëmijërisë me karakteristikat socio-demografike të pjesëmarrësve	75
Tabela 27. Lidhja e neglizhimit fizik gjatë fëmijërisë me sjelljet e rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve në studim	77
Tabela 28. Lidhja e përjetimit të divorcit/ndarjes prindërore gjatë fëmijërisë me karakteristikat socio-demografike të pjesëmarrësve	79
Tabela 29. Lidhja e përjetimit të divorcit/ndarjes prindërore gjatë fëmijërisë me sjelljet e rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve në studim	81
Tabela 30. Lidhja e dhunës ndaj nënës gjatë fëmijërisë me karakteristikat socio-demografike të pjesëmarrësve	83
Tabela 31. Lidhja e dhunës ndaj nënës gjatë fëmijërisë me sjelljet e rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve në studim	85
Tabela 32. Lidhja e pranisë së familjarëve që abuzojnë me substancat psikoaktive gjatë fëmijërisë me karakteristikat socio-demografike të pjesëmarrësve	86
Tabela 33. Lidhja e pranisë së familjarëve që abuzojnë me substancat psikoaktive gjatë fëmijërisë me sjelljet e rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve në studim	88
Tabela 34. Lidhja e pranisë së familjarëve me sëmundje mendore gjatë fëmijërisë me karakteristikat socio-demografike të pjesëmarrësve	90
Tabela 35. Lidhja e pranisë së familjarëve me sëmundje mendore gjatë fëmijërisë me sjelljet e rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve në studim	92
Tabela 36. Lidhja e pranisë së familjarëve që kanë përfunduar në burg gjatë fëmijërisë me karakteristikat socio-demografike të pjesëmarrësve	94
Tabela 37. Lidhja e pranisë së familjarëve që kanë përfunduar në burg gjatë fëmijërisë me sjelljet e rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve në studim	96
Tabela 38. Lidhja e pranisë së të paktën një ENF-je gjatë fëmijërisë me karakteristikat socio-demografike të pjesëmarrësve	97
Tabela 39. Lidhja e pranisë së të paktën një ENF-je fëmijërisë me sjelljet e rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve në studim	99
Tabela 40. Lidhja e pranisë së të paktën katër lloje ENF-sh gjatë fëmijërisë me karakteristikat socio-demografike të pjesëmarrësve	100

Tabela 41. Lidhja e pranisë së të paktën katër lloje ENF-sh gjatë fëmijërisë me sjelljet e rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve në studim.....	102
Tabela 42. Numri mesatar i ENF-ve gjatë fëmijërisë sipas karakteristikave socio-demografike të pjesëmarrësve.....	104
Tabela 43. Numri mesatar i ENF-ve gjatë fëmijërisë me sjelljet e rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve në studim	106
Tabela 44. Lidhja e karakteristikave socio-demografike të pjesëmarrësve në studim me numrin e ENF-ve – Raporti i gjasave (OR) i kontrolluar për moshën dhe seksin nga Regresioni Logjistik Multinomial.....	107
Tabela 45. Lidhja e sjelljeve të rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve në studim me numrin e ENF-ve – Raporti i gjasave (OR) i kontrolluar për moshën dhe seksin nga Regresioni Logjistik Multinomial.....	109
Tabela 46. Koeficientët e korrelacioneve bivariate midis llojeve të ndryshme të ENF-ve *	110
Tabela 47. Prevalenca e të qenit viktimë e bullizmit sipas karakteristikave socio-demografike të pjesëmarrësve në studim.....	111
Tabela 48. Prevalenca e të qenit viktimë e bullizmit sipas sjelljeve të rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve në studim.....	113
Tabela 49. Lidhja e viktimizimit ndaj bullizmit me llojet e ENF-ve pjesëmarrësve.....	114
Tabela 50. Lidhja e viktimizimit ndaj bullizmit me praninë e së paku një ENF-je gjatë fëmijërisë së pjesëmarrësve	114
Tabela 51. Lidhja e viktimizimit ndaj bullizmit me praninë e së paku një ENF-je gjatë fëmijërisë së pjesëmarrësve	115
Tabela 52. Numri mesatar i ENF-ve gjatë fëmijërisë sipas statusit të viktimizimit ndaj bullizmit të pjesëmarrësve.....	115
Tabela 53. Lidhja e viktimizimit ndaj bullizmit të pjesëmarrësve në studim me numrin e ENF-ve – Raporti i gjasave (RR) i kontrolluar për moshën dhe seksin nga Regresioni Logjistik Multinomial	116

Lista e figurave

Figura 1. Karakteristikat bazë të pjesëmarrësve në studim	26
Figura 2. Karakteristikat të tjera bazë të pjesëmarrësve në studim.....	27
Figura 3. Karakteristika të tjera bazë të pjesëmarrësve në studim.....	27
Figura 4. Prevalenca e llojeve të ndryshme të eksperiencave negative të fëmijërisë tek pjesëmarrësit në studim.....	30
Figura 5. Shpërndarja e pjesëmarrësve në studim sipas numrit të ENF-ve.....	30
Figura 6. Prevalenca e ENV-ve që kanë të bëjnë me abuzimin dhe neglizhimin gjatë fëmijërisë tek pjesëmarrësit në studim, sipas gjinisë	33
Figura 7. Prevalenca e llojeve të tjera të ENF-ve që kanë të bëjnë me disfunkcionin e familjes tek pjesëmarrësit në studim, sipas gjinisë	33
Figura 8. Prevalenca e sjelljeve të rrezikshme shëndetësore tek pjesëmarrësit në studim.....	36
Figura 9. Prevalenca e sjelljeve të rrezikshme shëndetësore tek pjesëmarrësit në studim, sipas gjinisë	37
Figura 10. Gjasat e konsumit të 100 cigareve në jetë sipas karakteristikave socio-demografike të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm lidhjet statistikisht domethënëse).....	39
Figura 11. Gjasat e duhanpirjes aktuale sipas karakteristikave socio-demografike të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm lidhjet statistikisht domethënëse)	41
Figura 12. Gjasat e konsumit të alkoolit në jetë sipas karakteristikave socio-demografike të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm lidhjet statistikisht domethënëse)	43
Figura 13. Gjasat e konsumit të alkoolit muajin e fundit sipas karakteristikave socio-demografike të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm lidhjet statistikisht domethënëse).....	45
Figura 14. Gjasat e konsumit problematik të alkoolit sipas karakteristikave socio-demografike të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm lidhjet statistikisht domethënëse).....	47
Figura 15. Gjasat e konsumit të 5 pije alkoolike në 1 raste muajin e kaluar sipas karakteristikave socio-demografike të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm lidhjet statistikisht domethënëse)	49
Figura 16. Gjasat e ngarjes së automjetit në gjendje të dehur muajin e fundit sipas karakteristikave socio-demografike të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm lidhjet statistikisht domethënëse)	51
Figura 17. Gjasat e kryerjes së marrdhënieve seksuale në jetë sipas karakteristikave socio-demografike të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm lidhjet statistikisht domethënëse).....	53
Figura 18. Gjasat e marrdhënieve seksuale të hershme sipas karakteristikave socio-demografike të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm lidhjet statistikisht domethënëse).....	55
Figura 19. Gjasat e angazhimit me shumë partnerë seksualë (>3) në jetë sipas karakteristikave socio-demografike të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm lidhjet statistikisht domethënëse)	57
Figura 20. Gjasat e përpjekjeve për t'u vetëvrarë në jetë sipas karakteristikave socio-demografike të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm lidhjet statistikisht domethënëse).....	60
Figura 21. Gjasat e inaktivitetit fizik muajin e fundit sipas karakteristikave socio-demografike të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm lidhjet statistikisht domethënëse).....	62

Figura 22. Gjasat e abuzimit emocional gjatë fëmijërisë sipas karakteristikave socio-demografike të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm lidhjet statistikisht domethënëse).....	64
Figura 23. Gjasat e abuzimit emocional gjatë fëmijërisë sipas sjelljeve të rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm lidhjet statistikisht domethënëse)	65
Figura 24. Gjasat e abuzimit fizik gjatë fëmijërisë sipas karakteristikave socio-demografike të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm lidhjet statistikisht domethënëse)	67
Figura 25. Gjasat e abuzimit fizik gjatë fëmijërisë sipas sjelljeve të rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm lidhjet statistikisht domethënëse)	69
Figura 26. Gjasat e abuzimit seksual gjatë fëmijërisë sipas karakteristikave socio-demografike të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm lidhjet statistikisht domethënëse).....	71
Figura 27. Gjasat e abuzimit seksual gjatë fëmijërisë sipas sjelljeve të rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm lidhjet statistikisht domethënëse)	72
Figura 28. Gjasat e neglizhimit fizik gjatë fëmijërisë sipas karakteristikave socio-demografike të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm lidhjet statistikisht domethënëse).....	77
Figura 29. Gjasat e neglizhimit fizik gjatë fëmijërisë sipas sjelljeve të rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm lidhjet statistikisht domethënëse)	79
Figura 30. Gjasat e përjetimit të divorcit/ndarjes së prindërve gjatë fëmijërisë sipas karakteristikave socio-demografike të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm lidhjet statistikisht domethënëse)	81
Figura 31. Gjasat e përjetimit të divorcit/ndarjes së prindërve gjatë fëmijërisë sipas sjelljeve të rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm lidhjet statistikisht domethënëse)	83
Figura 32. Gjasat e përjetimit të dhunës ndaj nënës gjatë fëmijërisë sipas karakteristikave socio-demografike të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm lidhjet statistikisht domethënëse)	84
Figura 33. Gjasat e përjetimit të dhunës ndaj nënës gjatë fëmijërisë sipas sjelljeve të rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm lidhjet statistikisht domethënëse)	86
Figura 34. Gjasat e jetesës gjatë fëmijërisë me persona në familje që përdorin substancat psikoaktive sipas karakteristikave socio-demografike të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm lidhjet statistikisht domethënëse).....	88
Figura 35. Gjasat e jetesës gjatë fëmijërisë me persona në familje që përdorin substancat psikoaktive sipas sjelljeve të rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm lidhjet statistikisht domethënëse).....	90
Figura 36. Gjasat e jetesës gjatë fëmijërisë me persona në familje që vuanin nga sëmundjet mendore sipas karakteristikave socio-demografike të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm lidhjet statistikisht domethënëse).....	92
Figura 37. Gjasat e jetesës gjatë fëmijërisë me persona në familje që vuanin nga sëmundjet mendore sipas sjelljeve të rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm lidhjet statistikisht domethënëse).....	94
Figura 38. Gjasat e pranisë së të paktën 1 ENF-je gjatë fëmijërisë sipas karakteristikave socio-demografike të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm lidhjet statistikisht domethënëse)	98

Figura 39. Gjasat e pranisë së të paktën 1 ENF-je gjatë fëmijërisë sipas sjelljeve të rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm lidhjet statistikisht domethënëse)	100
Figura 40. Gjasat e pranisë së të paktën 4 ENF-sh gjatë fëmijërisë sipas karakteristikave socio-demografike të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm lidhjet statistikisht domethënëse)	102
Figura 41. Gjasat e pranisë së të paktën 4 ENF-sh gjatë fëmijërisë sipas sjelljeve të rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm lidhjet statistikisht domethënëse)	104
Figura 42. Numri mesatar i ENF-ve gjatë fëmijërisë sipas karakteristikave socio-demografike të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm diferencat statistikisht domethënëse).....	106
Figura 43. Numri mesatar i ENF-ve gjatë fëmijërisë sipas sjelljeve të rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm diferencat statistikisht domethënëse)	107

KAPITULLI I. HYRJJE

1.1 Konteksti demografik Shqiptar

Republika e Shqipërisë është një vend i vogël që ndodhet në Europën Jug-Lindore në gadishullin e Ballkanit, kufizohet me këto shtete: Republikën e Malit të Zi, Republikën e Kosovës, Republikën e Maqedonisë dhe me Republikën e Greqisë. Ndërsa në perëndim, ka kufij detarë dhe kufizohet me Republikën e Italisë. Kufijtë janë të gjithë artificial, përveç atij perëndimor (1).

Popullsia e Shqipërisë, është më e re se ajo e vendeve të tjera Europiane. Në vitin 2015 rreth një e pesta (19%) e 2.886 milion banorëve të saj ishte nën moshën 15 vjec dhe rreth 28% ishte më e re se 20 vjec (2). Përgjatë 10 viteve të fundit, pesha specifike e moshës nën 20 vjeç ka paraqitur një trend vazhdimisht rënës krahasuar me grup-moshat e tjera në vend, duke u ulur nga 31.3% në vitin 2011 në 23.8% në vitin 2020 (2).

Kur është fjala për përdorimin e dhunës, ndaj fëmijëve përmasat e popullsisë femënore mund të ndihmojnë për të kuptuar më mirë edhe gjerësinë e problemit. Thënë më thjesht, është fjala për dhunën mbi rreth një të tretën e popullsisë së vendit (2,3)

1.2 Keqtrajtimi i fëmijëve

1.2.1 Format e keqtrajtimit të fëmijëve

Keqtrajtimi i fëmijëve: seksual, abuzimi fizik, mendor dhe/ose neglizhimi i fëmijëve, kur individët janë më pak se 18 vjec, ekziston në çdo shoqëri. Është e zakonshme në Rajon, Europë dhe në botë, shpesh i shoqëruar me përvoja të tjera negative, të tilla si:

-) të paturit e një prindi me një sëmundje mendore
-) probleme me drogën apo probleme me alkoolin
-) ose përfundimi në burg
-) apo të qenit dëshmitarë i dhunës mes prindërve në familje
-) ose ata që përjetojnë ndarjen prindërore (divorcin) (4).

Fëmijëria, konsiderohet nga disiplinat mjekësore, psikologjike e pedagogjike, si një periudhë vendimtare për të ardhmen e zhvillimit të fëmijëve, si individë dhe si qytetarë. Rëndësia e kësaj periudhe, për gjithë zhvillimin e mëpasëm, e bën të domosdoshme që për fëmijët të tregohet

kujdes i posaçëm, për t'ua plotësuar atyre nevojat zhvillimore. Njëra prej tyre është nevoja për siguri dhe pa plotësimin e kësaj nevoje është e pamundur të kemi individë të shëndetshëm dhe qytetarë të përgjegjshëm (5).

Megjithëse janë të vetëdijshëm se dhuna fizike dhe psikologjike ka pasoja negative për fëmijën, shpesh pranohet se dhuna fizike dhe psikologjike ka edhe efekte pozitive në edukimin e fëmijës, prandaj ajo duhet përdorur në rastet kur është e nevojshme, por në forma të lehta dhe jo te të vegjëlit (3).

Fëmijët mund të jenë të ekspozuar ndaj më shumë se një lloj keqtrajtimi në të njëjtën kohë, ose ajo mund të ndodhë me kalimin e kohës në foshnjëri, fëmijëri dhe/ose adoleshencë (6). Ajo mund të jetë një gjendje kronike e përsëritur aq serioze sa për t'u vënë re nga familjet, profesionistët dhe kalimtarët dhe të meritojë ndërhyrje nga agjencitë për mbrojtjen e fëmijëve. Një model i keqtrajtimit ka më shumë gjasa që të jetë i shoqëruar me rezultate negative shëndetësore për fëmijën, probleme shëndetësore serioze mendore, abuzimin me alkoolin dhe dhunën e filluar në adoleshencë për t'a vazhduar në jetën e mëvonshme si adult (5). Pasojat psikologjike të dhunës prekin nivelin e përgjithshëm të funksionimit emocional të fëmijës, mundësinë zhvillimore të tij/saj dhe kultivojnë sjelljen e dhunshme (3).

Keqtrajtimi, mund të shkaktojë stress, që ndikon në trurin e fëmijëve në zhvillim, veçanërisht në vitet e para, por edhe në adoleshencë. Kjo mund të çojë në dëmtime dhe zhvillimin e sjelljeve me rrezik shëndetësor, duke dëmtuar shëndetin, mendor dhe fizik. Dëshmitë për zhvillimin me probleme të shëndetit mendor, të tilla si probleme depresioni, ankthi, çrregullime me ushqimin, sjelljen, tentativat e vrasjes, vetëdëmtimet dhe përdorimi i paligjshëm të drogës, janë të forta dhe të padiskutueshme. Keqtrajtimi i fëmijëve mund të jetë përgjegjës për pothuajse një të katërtën e çrregullimeve mendore, veçanërisht kur janë të shoqëruara edhe me përvojat e tjera negative në fëmijëri.

Gjithashtu ekziston edhe një lidhje e fortë mes sjelljeve të rrezikshme seksuale dhe infeksioneve seksualisht të transmetueshme, si dhe ka fakte të reja lidhur me zhvillimin e obezitetit dhe sëmundjeve të tjera jo të trasmetueshme. Keqtrajtimi ndikon në shkollimin, duke çuar në një edukim të ulët dhe perspektiva të ulëta në punësim. Transmetimi i dhunës midis brezave, me sjelljet e dhunshme, kaluar nga gjyshërit e prindërve ndaj fëmijëve - një fenomen njohur si "*cikli i dhunës*" - dhe tendencës për viktimat e abuzimit të vazhdojnë të vuajnë dhe të shkaktojnë dhunën, është një fenomen i vënë në dukje nga kërkimi shkencor (4).

Ushtuesi më i shpeshtë i dhunës fizike dhe psikologjike në shtëpi është nëna, ndërsa ushtuesi më i ashpër është babai. Nëna ushtron më shumë dhunë kur fëmijët janë më të vegjël, ndërsa babai ushtron më shumë dhunë te fëmijët e rritur. Në përgjithësi të rriturit meshkuj në shtëpi (babai, gjyshi) ushtrojnë më shumë dhunë fizike mbi pjesën tjetër mashkullore (fëmijët djem), ndërsa pjesa e rritur femërore (nënat, gjyshet, motrat më të rritura) ushtrojnë më shumë dhunë

mbi pjesën tjetër femërore (fëmijët vajza). Ushtrues të dhunës fizike mbi fëmijët, janë edhe fëmijët e tjerë. Kështu në shkollë, dhuna që nxënësit ushtrojnë mbi njëri tjetrin është më e madhe, sesa dhuna që ushtrojnë mbi ta mësueset, mësuesit dhe persona të tjerë (3).

Sipas OBSH-së, keqtrajtimi i fëmijëve, nganjëherë referuar fëmijëve të abuzuar dhe neglizhuar, përfshin të gjitha format e keqtrajtimit fizik dhe emocional, abuzimi seksual, neglizhimit, dhe shfrytëzimit që rezulton në dëmtim real ose të mundshëm të shëndetit, zhvillimit ose dinjitetit të fëmijës. Brenda këtij përkufizimi të gjerë, mund të dallohen katër nëntipe: *abuzimi fizik; abuzimi seksual; neglizhimi dhe trajtimi neglizhent; abuzimi emocional dhe psikologjik.*

- J) **Abuzimi fizik** është përdorimi i forcës së qëllimshme, të tilla si goditje, pickime, djegie apo shfaqje të tjera të forcës ndaj një fëmije. Një pjesë e madhe e dhunës në shtëpi kryhet me ndonjë objekt ndëshkimi (7).
- J) **Abuzimi seksual** përfshin angazhimin e një fëmije në akte seksuale. Këtu përfshihen përkëdhelje, dhunime dhe përfshirja e fëmijës në aktivitete seksuale të cilat fëmija nuk i kupton plotësisht (7). Abuzimi seksual mund të jetë edhe në formën e seksit të detyruar me kërcënime, me forcë fizike dhe poshtërim, detyrim për akte seksuale të padëshiruara apo detyrim për të bërë seks me të tjerë (8).
- J) **Abuzimi emocional** i referohet sjelljeve që dëmtojnë vetëvlerësimin emocional të fëmijës. Abuzimi i këtij tipi përfshin kufizimin e lëvizjeve, nënvlerësimin, fajësimin, frikësimin dhe ndjenjën e turpërimit.
- J) **Neglizhimi** një model dështimi i prindit ose anëtarit tjetër të familjes për të përmbushur nevojat themelore të fëmijës. Këto nevoja përfshijnë strehim, ushqim, veshje, arsimin, dhe qasja në kujdesin mjekësor. Prindërit e fëmijëve të neglizhuar nuk janë domosdoshmerisht të varfër (7).

1.2.2 Mekanizmat dhe shtigjet e keqtrajtimit të fëmijëve

Neglizhimi, përcaktuar si një perspektive neurobiologjike, është mungesa e një përvojë apo modeli të përvojave të kërkuara për të shprehur një themel potencial gjenetik në një sistem kyç në zhvillim nervor. Trauma, nga një perspektivë neurobiologjike, është një përvojë apo model i përvojave të cilat aktivizojnë sistemet e përgjigjes ndaj stresit në mënyrë të tillë ekstreme apo të zgjatur si për të shkaktuar ndryshime në rregulloren dhe funksionimin e këtyre sistemeve (9). Autorë të këtyre keqtrajtimit të sipërpërmendura të fëmijëve mund të jenë (10):

1. Prindërit
2. Kujdestaret
3. Shokët
4. Të njohurit
5. Të huajt

6. Persona të tjerë autoritarë si mësuesit, ushtarët, oficerët e policisë dhe klerikët
7. Punëdhënësit
8. Punëdhënësit e kujdesit shëndetësor
9. Fëmijë të tjerë

Keqtrajtimi i fëmijës, është një çështje komplekse. Dinamikat dhe faktorët që nxisin atë, si dhe strategjitë efektive parandaluese, të gjitha ndryshojnë dukshëm në varësi të moshës së viktimës, vendit ku ndodh keqtrajtimi dhe marrdhënies ndërmjet viktimës dhe dhunuesit.

Dhunimi i fëmijës nga të rriturit brenda familjes është një nga format më pak të dukshme të keqtrajtimit të fëmijës, pasi pjesa më e madhe e tij ndodh në privatësinë e jetës shtëpiake, por pavarësisht kësaj, ai është gjerësisht i përhapur në të gjitha shoqëritë. Keqtrajtimi i fëmijëve nga prindërit dhe kujdestarët krijon vështirësi të vecanta për dizenjimin e strategjive të parandalimit dhe shërbimeve për viktimat, duke qënë se ushtruesit e keqtrajtimit janë në të njëjtën kohë dhe burimi i përkujdesjes për fëmijën (11).

Ndërsa nuk është e mundur të jepen pohime absolute të numrit të fëmijëve të dëmtuar nga prindërit dhe anëtarët e tjerë të familjes, keqtrajtimi i fëmijëve është njohur ndërkombëtarisht si një çështje serioze sociale dhe ligjore e të drejtave të njeriut dhe shëndetit publik.

1.2.3 Panoramë lidhur me efektet dhe kostot e keqtrajtimit të fëmijëve

Natyra dhe ashpërsia e dhunës, ashtu si edhe e pasojave të saj, mund të variojnë ekstremisht shumë. Në rastet ekstreme, keqtrajtimi mund të rezultojë në vdekje të fëmijës. Në pjesën më të madhe të situatave që kanë të bëjnë me keqtrajtimin, dëmtimi fizik në vetevete ka një efekt më pak të rëndë në lidhje me dëmtimin e mirëqënies së fëmijës sesa pasojat akute psikologjike dhe psikiatrike dhe impakti afatgjatë në zhvillimin emocional, mendor e neurologjik dhe në shëndetin e përgjithshëm (11).

Në vitet e fundit ka pasur një rritje të shpejtë të hulumtimit në zhvillimin e hershëm të trurit, duke përfshirë në efektet e keqtrajtimit në tru një zhvillim gjatë foshnjërisë dhe fëmijërisë së hershme. Ky hulumtim ka filluar të japë qartë tregues se, zhvillimi i trurit mund të ndryshohet fiziologjikisht nga stresa të zgjatura, të rënda ose të paparashikueshme duke përfshirë keqtrajtimin gjatë viteve të para të fëmijës. Një ndryshim i tillë në zhvillimin e trurit, mund të ndikojë negativisht në rritjen fizike, njohëse, emocionale dhe sociale të fëmijës (7).

Pjesë të ndryshme të trurit zhvillohen nga marrja e stimuljeve që provokon aktivitet në atë pjesë të trurit. Me kalimin e kohës, truri rritet, më i madh dhe më i dendur, duke arritur në gati 90% të madhësisë së të rriturve deri në kohën që një fëmijë është tre vjeç. Nëse stimuli dhe të ngrënat mungojnë për shembull, nëse prindërit ose kujdestarët janë armiqtësorë apo të pa interesuar ndaj

fëmijës zhvillimi i trurit të fëmijës mund të jetë jo i mirë. Që truri të përshtatet me mjedisin e tij, ai duhet të përshtatet me një mjedis negativ po aq lehtësisht sa me një mjedis pozitiv.

Stresi kronik, sensitizon rrugët nervore dhe i zhvillon ato rajone të trurit të përfshira në përgjigjet ndaj ankthit dhe frikës. Ai gjithashtu, shpesh rezulton në mos zhvillimin e rrugëve të tjera nervore dhe rajoneve të tjera të trurit. Truri i fëmijëve që përjetojnë stresin në formë të abuzimit fizik ose seksual ose shpërfilljen kronike do të përqëndrojë burimet e tij për mbijetesë dhe duke iu përgjigjur kërcënimeve të mjedisit. Ky stimulim kronik i përgjigjeve të trurit ndaj frikës do të thotë se rajonet e veçanta të trurit shpesh do të aktivizohen. Këto rajone prandaj mendohet të jenë të mbi-zhvilluara në kurriz të rajoneve të tjera që nuk mund të aktivizohen në të njëjtën kohë, të tilla si ato të përfshira në mendimet komplekse. Rezultati përfundimtar mund të jetë që rajonet e trurit nuk lidhin përgjigjen ndaj frikës dhe nuk janë "në dispozicion" për fëmijën, për mësim (7).

Efektet e përvojave gjatë foshnjërisë dhe fëmijërisë së hershme, në zhvillimin e trurit krijojnë bazën për shprehjen e inteligjencës, emocioneve dhe personalitetit. Kur këto përvoja të hershme, janë kryesisht negative, fëmijët mund të zhvillojnë probleme emocionale, të sjelljes dhe të mësuarit që vazhdojnë gjatë gjithë jetës së tyre, veçanërisht nëse ndërhyrjet persistojnë gjatë. Për shembull, fëmijët që kanë përjetuar abuzimin kronik dhe neglizhimin gjatë viteve të para të jetës së tyre mund të jetojnë në një gjendje të vazhdueshme të hiper-zgjimit apo shkëputje, duke parashikuar një kërcënim nga çdo drejtim. Aftësia e tyre, për të përfituar nga përvojat sociale, emocionale dhe njohëse mund të jenë zhvlerësuar. Për të mësuar dhe për të përfshirë informacionin e ri, qoftë nga klasa ose një përvojë të re sociale, truri i fëmijës duhet të jetë në një gjendje të "vëmendshme të qetë", që një fëmijë i traumatizuar rrallë e arrin (7).

Fëmijët të cilët nuk kanë pasur kujdes të shëndetshëm nga kujdestarët e tyre, si dhe përvojat e hershme emocionale të tyre, përmes ndikimit të tyre në tru, nuk i kanë shtruar themelet e nevojshme për zhvillimin pozitiv emocional, mund të kenë një kapacitet të kufizuar për zhvillimin pozitiv emocional. Aftësia për t'u ndjerë të penduar dhe ndjeshmëria janë ndërtuar mbi përvojën. Në rastin ekstrem, një fëmijë nuk ndjehet emocionalisht i lidhur me çdo qenie njerëzore kur keqtrajtimi ka ndodhur tashmë. Ka disa prova se ndërhyrja intensive që në fillim mund të ndihmojë për të minimizuar efektet afatgjata të këtyre traumave në zhvillimin e trurit. Megjithatë, ndërhyrja që në fillim me fëmijët e keqtrajtuar mund të minimizojë efektet e abuzimit dhe neglizhimit, ajo është shumë më e dobishme për të parandaluar keqtrajtimin para se ky të ndodhë (7).

Shpenzimet, si në aspektin njerëzor dhe ekonomik, në përpjekje për të shëruar këta fëmijë, janë shumë më të mëdha se kostot e parandalimit të keqtrajtimit dhe në këtë mënyrë duhet promovuar zhvillimi i shëndetshëm i trurit (7).

1.2.4 Panoramë mbi faktorët që ndikojnë në keqtrajtimin e fëmijëve

Faktorët biologjikë, socialë, kulturorë, ekonomikë dhe mjedisorë bashkëveprojnë për të ndikuar në keqtrajtimin e fëmijëve. Shumica e faktorëve në nivelin individual kanë të bëjnë me prindërit dhe të rriturit e tjerë, por fëmijët me probleme të sjelljes shfaqin crregullime të sjelljes dhe aftësi të kufizuara që mund të jetë në rrezik për rritjen e shëndetshme të tyre. Prindërit e rinj, të vetëm dhe të varfër me nivel të ulët të arsimimit mund të jenë me shumë gjasa ata që keqtrajtojnë fëmijët e tyre. Prindërit me shëndet mendor jo optimal të lidhur fort edhe me faktorë të tjerë si alkooli dhe abuzimi i drogës në familje, stresi prindëror dhe varfëria mund të jenë faktorë të tjerë që janë të lidhur me keqtrajtimin e fëmijëve. Dhuna mes prindërve dhe konfliktet familjare janë gjithashtu të lidhura me keqtrajtimin e fëmijëve (4,12).

Abuzimi mund të ketë një ndikim negativ në zhvillimin e fëmijës në disa mënyra. Keqtrajtimi mund të jetë ndërmjetësi kryesor i psikiatrisë kur këto përvoja anormale ndryshojnë drejtpërdrejtë zhvillimin e sistemet nervor; për shembull, trauma mund të shkaktojë stres post-traumatik, çrregullim ose neglizhim. Përveç kësaj, trauma apo neglizhimi mund të luajë një rol për të rënduar apo shprehur sindroma neuropsikiatrike në individë me dobësi gjenetike (p.sh., depresioni dhe skizofrenia). Së fundi, simptomat dhe problemet e shkaktuara nga keqtrajtimi mund të ndikojnë në faktorët e mundshëm për zhvillimin e mëvonshëm (p.sh. ndikimi i ndërprerë i hipervigjilencës në përvojat akademike apo të problemeve të lëna pas dore të lidhura me zhvillimin social). Shpesh këto efekte të mesme dhe terciare janë si patologji shkatërruese primare. Për të kuptuar më mirë mekanizmat e mundshme me të cilat abuzimi mund të shkaktojë dëmtime afat-shkurtra apo afat-gjata është e rëndësishme të marrim në konsideratë proceset kryesore dhe parimet e zhvillimit mendor (9).

Truri, zhvillohet me shpejtësi në uterus dhe në vitet e para të jetës. Gjatë kësaj kohe, procese të rëndësishme molekulare janë duke u zhvilluar që, nëse ndërpriten, mund të cojnë në funksionim jonormal të organizimit. Në varësi me natyrën, kohën dhe frekuencën e keqtrajtimit, të gjitha këto procese, mund të ndikohen nga kaosi, kërcënimi, trauma dhe neglizhimi.

1.3 Pasojat e keqtrajtimit të fëmijëve

1.3.1 Llojet kryesore të pasojave të keqtrajtimit të fëmijëve

Pavarësisht nga burimi i saj dhuna fizike dhe psikologjike, ka pasoja negative për fëmijën. Duhet të theksojmë se ndërsa dhuna fizike mbi fëmijët nuk është vetëm dhe pastërtisht dhunë fizike ajo është në të njëjtën kohë edhe dhunë psikologjike. Efektet psikologjike të saj lidhen me ashpërsinë e lëndimit fizik të saj dhe me mënyrën e ushtrimit të saj (këtu është fjala për përdorimin e disa formave të dhunës njëherësh) [3]. Keqtrajtimi i fëmijëve (p.sh. abuzimi

emocional, abuzimi fizik, abuzimi seksual, emocional neglizhimi, neglizhimi fizik) ka kohë që është identifikuar si një problem madhor dhe domethënës i shëndetit publik duke shkaktuar vështirësi psikologjike për miliona fëmijë të keqtrajtuar (13). Në vitin 2003, rreth 3,4 milion referime janë bërë në Shoqatat e Mbrojtjes së Fëmijëve (CPS) dhe agjencitë në gjithë Shtetet e Bashkuara për dyshimet për abuzime të fëmijëve dhe neglizhimin e tyre (14,15).

Disa fëmijë janë mjaft elastikë përballë keqtrajtimit, megjithatë shumë vuajnë pasoja negative. Pasoja të tilla negative janë të dokumentuara gjerësisht (16-18) dhe ndikojnë në disa individë në moshën e rritur. Në studimet e fëmijëve dhe adoleshentëve me historitë e keqtrajtimit, normat e çrregullimit post traumatik të stresit (PTSD), depresion, çrregullime të personalitetit, problemet psikologjike, sjelljet seksuale me risk të lartë, vështirësitë në përqëndrim, vetëvrasjet dhe agresiviteti, janë në nivele shumë të larta. Vështirësitë socioemocionale, dhe abuzimi me substancat janë në përqindje të lartë gjithashtu (19).

Më tej, të rritur me histori të keqtrajtimit gjatë fëmijërisë, demonstrojnë sjellje të rrezikshme, sëmundje serioze mjekësore (20) dhe vështirësi psikiatrike (21- 24). Kështu, keqtrajtimi mund të ketë një ndikim madh, për fëmijën në zhvillim. Në ekzaminimin e një fëmije të keqtrajtuar, duhet të merren parasysh ndërveprimet ndërmjet faktorëve psikosocialë, gjenetikë, faktorët e rrezikut dhe aftësitë ripërtëritëse, si dhe ndikimi i tyre shoqëruar në rregullimin e streseve, ndryshimeve në maturimin e trurit (15).

Studiuesit zbuluan se viktimat e abuzimit emocional gjithashtu manifestojnë një rrezik në rritje për krime të dhunshme. Fëmijët e abuzuar dhe neglizhuar kanë 11 herë më shumë gjasa që të jenë të arrestuar për një krim të dhunshëm; si një të mituri, kanë 2,7 herë më shumë gjasa të jenë të arrestuar për një krim të dhunshëm kur të jeni të rritur, dhe 3,1 herë më shumë të ngjarë të jenë arrestuar për ndonjë krim të dhunshëm (i mitur apo i rritur) në krahasim me grupet e kontrollit. Viktimat e abuzimit seksual, kishin më pak të ngjarë të ishin të arrestuar për një krim të dhunshëm (25).

Sipas një studimi të “Lidhjes së abuzimit në fëmijëri dhe problemeve në familje me shkaqet kryesore të vdekjeve tek të rriturit”, personat të cilët kishin përjetuar katër ose më shumë kategori të ekspozimit gjatë fëmijërisë, në krahasim me ata që nuk kishin përjetuar, kishte 4 deri 12-fish më të larta rreziqet shëndetësore për alkoolizem, abuzim me drogën, depresion dhe tentative për vetëvrasje; 2-4-fish rritje në pirjen e duhanit, të shëndetit të dobët të mungesës së vetë-vlerësimit, kanë pasur me më shumë se 50 partnerë marrdhënie seksuale, dhe sëmundje seksualisht të transmetueshme; dhe 1.4-1,6 herë më të larta mundësitë në pasivitet fizik dhe obezitet. Ekspozimi ndaj keqtrajtimit në fëmijëri sipas këtij studimi tregoi se këto grupe në moshë adulte vuajnë nga sëmundje të zemrës, të mëlçisë, kanceri dhe shpesh përfundojnë në vetëvrasje (20).

Pasojat e dhunës psikologjike mbi fëmijët kane të bëjnë me pasojat psikike të tyre. Në këtë grup pasojash mund të dallohen disa nëngrupe:

-) **Pasojat që prekin funksionimin emocional të fëmijës.** Fjala është këtu për pasoja të tilla si: kultivimin e frikës dhe zhvillimin e saj deri në nivelin e një mekanizmi vetëbllokues; kultivimin dhe zhvillimin e ndjenjave të fajit dhe të turpit; kultivimin dhe zhvillimin e ndjenjave të pakënaqësisë, vetmisë. Kompleksi i ndjenjave negative që pasojnë përdorimin e dhunës sjell edhe një varg ndjenjash të tjera si pesimizmi, lëndimi, inferioriteti, vetmia, fyerja, ndrojtja, nervozizmi, humbja e besimit në vete.
-) **Pasojat që prekin mundësinë zhvillimore të fëmijës.** Këtu është fjala për humbjen e aftësive të mëparshme psikike në kuptimin e dëmtimit të vëmendjes, të kujtesës, të aftësive për t'u shoqëruar me të tjerët, të aftësisë për pavarësi dhe iniciativë. Një dëmtim i këtij niveli në disa raste ekstreme çon deri në çrregullime të rënda psikike të fëmijës.
-) **Kultivimi i sjelljes së dhunshme.** Nën-grupi i tretë i pasojave të dhunës psikike është ai i kultivimit të sjelljes së dhunshme. Të gjithë e pranojnë se fëmijët e dhunuar janë fëmijë dhunues. Ata janë të tillë që në momentin që dhunohen dhe nuk është nevoja të pritet që ata të jenë të tillë në të ardhmen. Ata hakmerren për dhunimet që i'u bëhen si ndaj dhunuesve të tyre, ndaj vëllezërve e motrave më të vogla, ashtu edhe ndaj shokëve e shoqeve të tjerë në shkollë e jashtë saj. Përvetësimi i modelit të sjelljes së dhunshme përbën kështu njëri nga pasojat e dukshme të efektit psikik të dhunës së të rriturve. Të rriturit vënë re se sjelljet e dhunshme të fëmijëve të tyre janë shumë të ngjashme me sjelljet e dhunshme që ata vetë kanë përdorur ndaj tyre. Modelimi psikik i të dhunuarve rezulton i ngjashëm me modelin psikik të dhunuesve të tyre. Pasoja e modelimit psikik agresiv nuk është një pasojë që vjen menjëherë pas një përdorimi të caktuar dhune. Ajo më shumë se kaq është një rezultante e shumë akteve të përdorimit të dhunës dhe kësaj ajo përbën një pasojë të ngulitur fort në psikikën e fëmijës. Kjo do të thotë se çrënjësja e kësaj sjelljeje dhunuese nuk është e lehtë. Një pasojë më e menjëhershme, pra që shoqëron aktet e dhunës mbi fëmijët është ajo e rebelimeve, sidomos të djemve, ndaj dhunës së përdorur mbi ta (3).

Pasojë e dhunës mund të jetë **mendimi për vetëvrasje**. Hipotezat mbi faktorët që i kanë çuar fëmijët drejt këtyre mendimeve janë të shumta dhe në shqyrtim e sipër. Gjithsesi, dukuria është e rëndë dhe cilado që të jenë shtysat drejt saj, ajo që është e qartë është se fëmijëve u është shkatërruar besimi te mundësia për t'i përballuar situatat e veta.

Niveli i sigurisë në shkollë është një faktor i rëndësishëm që ndikon te fëmijët. Shkollat janë konsideruar përgjithësisht si mjedise të sigurta megjithatë shumë studime brenda dhe jashtë vendit kanë treguar se shumë nxënës ndjehen të pasigurt në mjediset e shkollës (3).

1.4 Faktorët që ndikojnë në keqtrajtimin e fëmijëve

1.4.1 Faktorët që ndikojnë në keqtrajtimin e fëmijëve

Asnjë faktor më vete nuk mund të shpjegojë përse disa individë sillen në mënyrë të dhunshme ndaj fëmijëve ose përse keqtrajtimi duhet të jetë më i përhapur në komunitete të caktuara krahasuar me të tjerat. Keqtrajtimi i fëmijës kuptohet më mirë duke analizuar ndërveprimet komplekse të një numri faktorësh në nivele të ndryshme një kuptueshmëri kjo, që është thelbësore për t'u përballur efektivisht me problemin e keqtrajtimit të fëmijës (4,11,12)

Shumica e faktorëve të rrezikut të nivelit individual lidhen me prindërit dhe autorët e tjerë të rritur, fëmijët me probleme të dukshme të sjelljes, mund të kenë çrregullime dhe aftësi të kufizuara, megjithatë, janë në rrezik në rritje për të qenë të keqtrajtuar. Prindërit të cilët janë të rinj, të vetëm, ose me statusin socio-ekonomik të ulët dhe me nivel të ulët të arsimimit, kanë më shumë gjasa për të keqtrajtuar fëmijët e tyre.

Nuk ka vetëm një faktor të vetëm që detyron një individ për të keqtrajtuar një fëmijë. Përkundrazi, një gamë e gjerë e faktorëve ndërveprojnë për të rritur ose zvogëluar rrezikun. Këto mund të lidhen me karakteristikat e individit, kujdestarëve, të rritur të tjerë dhe fëmijëve, marrëdhëniet brenda familjeve, dhe komuniteteve dhe shoqërisë në të cilën njerëzit jetojnë. Të kuptuarit se cilët nga faktorët parashikojnë keqtrajtimin të fëmijët dhe cilët janë ata faktorë që mund të jenë mbrojtës është, për këtë arsye shumë e rëndësishme, dhe prandaj është e nevojshme të bëhet identifikimi dhe mbështetja e tyre dhe zbatimi i ndërhyrjeve të duhura parandaluese.

Modeli ekologjik (Figura i) që përshkruan faktorët riskues për keqtrajtimin e fëmijës, paraqet një model që nënvizon ndërveprimet e këtyre faktorëve.

Niveli i parë i modelit, ai **individual**, ka të bëjë me variable biologjike të tillë si mosha dhe seksi, së bashku me faktorë të historisë personale që mund të ndikojnë në sjelljet predispozuese të një individi të caktuar ndaj keqtrajtimit të fëmijëve (26). Në modelin e individit hyjnë të qenit prind i ri/të qenit prind i vetëm, problemet e shëndetit mendor (dhunuesi), abuzimi me substancat (dhunuesi), keqtrajtimi në fëmijëri (dhunuesi), problemet, nën-kontraktimi (fëmijë) dhe paaftësia e fëmijës (4,12).

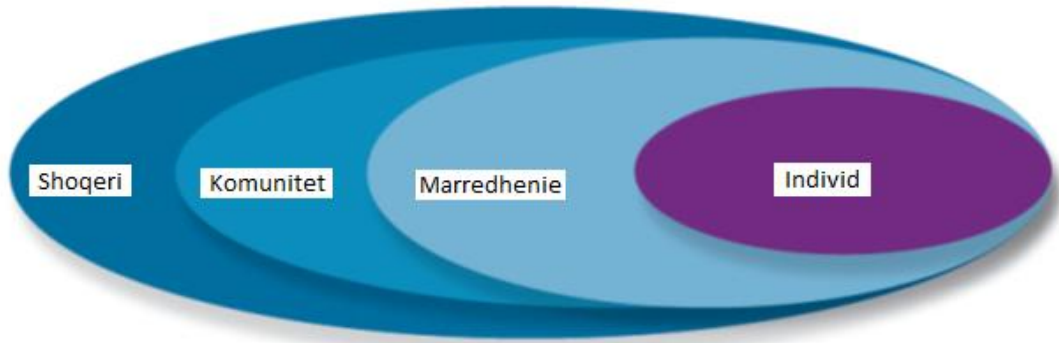


Figura i. Modeli ekologjik [Burimi: Krug et al. (26)]

Niveli i marrëdhënieve ekzaminon marrëdhëniet e ngushta sociale të një individi, për shembull me anëtarë të familjes ose shokët/miqtë, që ndikojnë në riskun e individit për të kryer ose për të vuajtur nga keqtrajtimi (11). Në nivelin e marrëdhënieve, anëtarët e familjes, shokët, miqtë dhe kolegët gjithashtu mund të kenë efekte të rëndësishme në rrezikun e një individi për të ushtruar dhunë, nëpërmjet sjelljeve të prindërve, përpjekjeve për socializim, apo modelin e sjelljes. Në nivelet e jashtme, modeli kap faktorët që kanë një kufi, dhe ndoshta ndikojnë në mënyrë të drejtpërdrejtë, ndikim në nivelet e rrezikut të individëve dhe popullatave (26). Në nivelin e marrëdhënieve hyjnë konfliktet familjare, dhuna në familje, sjelljet jo të mira prindërore, familjet e mëdha, statusi i ulët social-ekonomik dhe prinder jo-biologjikë në shtëpi (4,12).

Në **nivelin e komunitetit** faktorët kanë të bëjnë me vendet ku realizohen marrëdhëniet sociale, si lagjet, vendet e punës dhe shkollat, dhe karakteristikat e vecanta të këtyre vendeve që mund të kontribuojnë në keqtrajtimin e fëmijes (11). Faktorët që ndikojnë në nivelin e komunitetit, janë të lidhura me politikat institucionale, disponueshmërinë e armëve, burimet lokale të zbatimit të ligjit, apo normat e punësimit (26). Në nivelin e komunitetit hyjnë disavantazhet social-ekonomike, kapitali i dobët social/çrregullimet sociale, disponueshmëria e alkoolit dhe prania e drogës (4,12).

Faktorët shoqërorë përfshijnë kushtet themelore të shoqërisë që ndikojnë në keqtrajtim, si normat sociale që inkurajojnë ndëshkimin e ashpër fizik të fëmijëve, pabarazitë ekonomike dhe mungesa e rrjeteve të sigurisë dhe mirëqënies sociale (11). Në faktorët shoqërorë bëjnë pjesë normat kulturore mbështetëse të dhunës, legjislacioni i dobët për parandalimin e abuzimit të fëmijëve, stresi ekonomik dhe konfliktet sociale (4,12).

Ndonëse nevojiten më shumë kërkime, për të kuptuar plotësisht dinamikën e këtyre faktorëve në të gjitha nivelet e modelit ekologjik dhe ndërmjet kulturave të ndryshme, ekziston aktualisht

një bazë e konsiderueshme njohurish rreth asaj që mund të rrisë mundësinë për keqtrajtimin e fëmijëve.

Faktorët që rrisin mundësinë, për të shfaqur keqtrajtim të fëmijës janë njohur si *faktorë riskues* dhe ata që ulin mundësinë për të shfaqur sjellje keqtrajtuese ndaj fëmijëve referohen si *faktorë mbrojtës* (11).

Faktorët individualë të rrezikut për keqtrajtimin e fëmijëve përfshijnë ata që kanë të bëjnë me prindërit apo kujdestarët dhe fëmijët, por studimet përgjithësisht tregojnë se faktorët e lidhur me fëmijët kanë më pak rëndësi në përcaktimin e rrezikut. Nje rishikim sistematik dhe meta-analize nga Stith dhe kolegët (27), duke u fokusuar në faktorët prindërore dhe duke i lidhur me keqtrajtimin e fëmijëve, identifikoi 20 faktorë individualë me lidhje të ndjeshme me abuzimin fizik të fëmijëve dhe neglizhimin e tyre. Nga këto, vetëm tre ishin karakteristikat e fëmijëve, te cilat kishin madhësi me efekt të vogël.

1.4.1.1 Faktorët socio-demografikë dhe individualë

Faktorët demografikë. Studime sistematike kanë arritur në përfundimin se lidhja e drejtpërdrejtë midis keqtrajtimin të fëmijës dhe faktorëve demografikë prindërorë është relativisht e dobët. Faktorë të tillë si moshja e re e prindërve, të qenit prindër të vetëm, niveli i ulët arsimor, papunësia dhe statusi social-ekonomik i ulët, megjithatë, janë të lidhur edhe me faktorët më të gjerë të rrezikut, rrisin rrezikun që prindërit të keqtrajtojnë fëmijën e tyre. Të kuptuarit e lidhjes ndërmjet tyre, dhe keqtrajtimin të fëmijës mund pra, të jetë e dobishme në synimet e ndërhyrjeve në grupet e rrezikuara të popullatës, siç janë prindërit e rinj, të vetëm dhe të pafavorizuar (4,12).

) **Mosha prindërore:** Studimet rregullisht identifikojnë moshën e re te prindërve si një faktor rreziku për keqtrajtimin e fëmijës, veçanërisht abuzimi fizik dhe neglizhimi (28-34). Në Mbretërinë e Bashkuar, për shembull, studimi i prindërve dhe fëmijëve të tyre, gjeti se prindërit që ishin më të rinj se 20 vjec, kishin një rrezik trefish më të madh t'i kishin fëmijët të regjistruar në mbrojtjen e fëmijëve para ditëlindjes së tyre të gjashtë (29). Prindërit e rinj që llogariten të jenë vetëm 7% e të të gjithë prindërve të marrë në studim, nga këta më pak se 4% kishin një fëmijë të regjistruar për abuzim, megjithatë, duke treguar se pjesa më e madhe nuk është hetuar për keqtrajtim. Studimet sistematike, kanë gjetur se lidhja midis moshës prindërore dhe keqtrajtimin të fëmijës, të jetë e dobët, nëse faktorët e tjerë janë të kontrolluar. Ndërsa moshja e re e prindërve, nuk mund të shkaktojë direkt keqtrajtim të fëmijës, prindërve të rinj mund t'ju mungojë ndihma sociale, njohjet, burimet e nevojshme emocionale dhe ekonomike për të qënë prindër të mirë dhe shpesh përballen me vështiresi që cojnë në keqtrajtimin e fëmijës (35-37). Si pasojë, ndërhyrjet mund të fokusohen në mënyrë specifike te prindërit e rinj për të

ndihmuar zhvillimin e tyre dhe aftësitë prindërore dhe të forcojnë faktorët mbrojtës kundër keqtrajtimit fëmijëve.

- J) Të qënit **prindër i vetëm**. Fëmijët në familjet me një prind janë gjetur shpesh që të jenë në rritje të rrezikut të keqtrajtimit (31,32,38-41). Ndërsa lidhjet e drejtpërdrejta midis prindër të vetëm dhe keqtrajtimit të fëmijës ka të ngjarë të jenë të dobëta (abuzim fizik dhe neglizhimi), të qënit prind i vetëm mund të kombinohet me një sërë faktorësh të tjerë që rrisin rrezikun e abuzimit, të tilla si burimet financiare të ulëta, izolimi social dhe mungesa emocionale dhe mbështetja e babait. Prindërit e vetëm mund të jenë, pra, grupe të përshtatshme për ndërhyrje, për të ofruar praktika mbështetjeje emocionale dhe sociale. Studim i thellë i Avon ka gjetur se amësia e vetme ka dyfishuar rrezikun e të pasurit një fëmijë të vendosur në regjistrin e mbrojtjes së fëmijëve për keqtrajtim (42), por analiza e të dhënave nga 28 vende të zhvilluara dhe në tranzicion nuk gjetën asnjë marrëdhënie të qëndrueshme mes të qenurit prind i vetëm dhe praktikave të dhunshme disiplinore.

Niveli i ulët arsimor. Ndërsa edukimi prindëror nuk është identifikuar si një faktor rreziku në studimet sistematike, disa studime kanë gjetur se niveli më i ulët arsimor i prindërve ka rritur rreziqet për keqtrajtimin e fëmijëve (29,43). Prindërve të arsimuar dobët, mund t'ju mungojnë njohuritë dhe aftësitë e nevojshme për të siguruar kujdesin e duhur për fëmijët e tyre dhe mund të kenë qasje të ulët të burimeve financiare dhe të tjera për të ndihmuar me kujdesin e fëmijëve (43). Një studim në Hollandë shqyrtoi keqtrajtimin të fëmijët dhe gjeti se prindërit me fëmijë të keqtrajtuar e kishin më të ulët nivelin arsimor se ata në popullatën e përgjithshme. Prindërit, me një nivel shumë të ulët të arsimit, janë mbi-përfaqësuar veçanërisht në grupet e keqtrajtimit. Në mbi gjysmen e vendeve që raportojnë të dhënat, niveli i lartë i edukimit të nënës con në uljen e praktikave disiplinore violente ndaj fëmijëve.

Statusi i punësimit. Studime të shumta kanë shoqëruar papunësinë e prindërve, papunësinë veçanërisht nga babai, me rreziqe të rritura të keqtrajtimit të fëmijës (44-46). Rishikimi sistematik, gjeti se këto lidhje të jenë të vogla për abuzimin fizik të fëmijëve dhe të moderuara për neglizhimin. Prindërit e papunë mund të vuajnë nga presionet ekonomike, stresi dhe vetëvlerësimi i ulët dhe gjithashtu kanë kontakt më të madh me fëmijët e tyre, pasi ata nuk janë në punë (45).

Përdorimi i substancave: Rishikimet sistematike të literaturës kanë gjetur se përdorimi i alkoolit dhe drogës nga prindërit dhe të rriturit e tjerë, kanë efekte të vogla mbi abuzimin fizik të fëmijës dhe efekte të moderuara mbi fëmijën në lidhje me abuzimin seksual. Përdorimi i substancave mund të kontribuojë në keqtrajtimin e fëmijës në disa mënyra (47,48). Për shembull, ai mund të ndikojë në funksionimin e njohjes duke çuar në uljen e vetë-kontrollit, keq-interpretimin e problemeve sociale dhe nën-vlerësimin e ndikimit të sjelljes agresive, të

cilat mund të rrisin gjasat që individët të veprojnë përmes dhunës. Përdorimi i substancave, mund të çojë në neglizhencë ndaj kujdestarisë dhe përgjegjësive drejt një fëmije dhe të reduktojë burimet që ata kanë në dispozicion për ta. Fëmijët mund gjithashtu të jenë të ekspozuar ndaj rrezikut nga substancat duke përdorur njohurit e prindërve dhe, në rastin e substancave të paligjshme, me dhunën e lidhur me tregjet e paligjshme të drogës (48,49). Problemet kur prindërit janë përdorues të substancave të ndaluara shpesh janë një problem madhor, sepse hyn në një rrjet të ndërlikuar sepse rrisin rrezikun që prindërit të jenë të varfër dhe fëmijët të jenë të keqtrajtuar. Ky grup mund të përfshijë një histori të abuzimit të fëmijëve, sëmundjeve mendore dhe problemeve socio-ekonomike. Mjaft studime kanë ekzaminuar lidhjet mes përdorimit të drogës nga prindërit dhe keqtrajtimit të fëmijëve (43,46,50).

Përdorimi alkoolit Përdorimi prindëror i alkoolit është i lidhur zakonisht me rritjen e rreziqeve të keqtrajtimit të fëmijës (33,51,52). Një studim i 10-14-vjeçarëve në Letoni, Lituani, Republikën e Moldavisë dhe ish-Republikën Jugosllave të Maqedonisë, për shembull, ka gjetur se konsumi i tepruar i alkoolit (siç perceptohet nga fëmija) është i lidhur me abuzimin emocional dhe fizik në të gjitha vendet, edhe pse mostra e marrë në studim ishte e vogël në Republikën e Moldavisë (53). Në Shtetet e Bashkuara, studimi ACE, ka gjetur se të rriturit të cilët kanë raportuar rritje me një prind me përdorim problematik të alkoolit, kishin më shumë gjasa që të kenë pësuar ndonjë lloj abuzimi (fizik, emocional dhe seksual) dhe neglizhimi (fizik dhe emocional) në fëmijëri. Shanset e dhunës ishin më të larta nëse të dy prindërit kishin probleme në përdorimin e alkoolit (52). Një studim në Gjermani gjeti se në një të tretën e rasteve kur ndaj fëmijës është abuzuar prindi ishte nën ndikimin e alkoolit (54). Para lindjes së fëmijës, përdorimi i alkoolit nga nëna në shtatzëni, mund të rezultojë fatal, pasi përdorimi i alkoolit dhe efektet e tij mund të shfaqen në sjelljen e fëmijës dhe rrisin rrezikun e keqtrajtimit të fëmijës (47).

Pirja e duhanit nga nëna gjatë shtatzënisë. Disa studime, kanë identifikuar se pirja e duhanit gjatë shtatzënisë nga nëna shërben si parashikues i keqtrajtimit foshnjor (31,55). Pirja e duhanit në shtatzëni është një pararendës për faktorët e tjerë të keqtrajtimit të fëmijëve dhe është e lidhur me faktorë të tjerë si mosha e re e nënës, amësi të vetme, nënë më nivel të ulët të arsimit, etj. (4,12).

1.4.1.2 Faktorët që lidhen me marrëdhëniet

Rreziqet e keqtrajtimit të fëmijës, mund të ndikohen nga marrëdhëniet, që formohen ndërmjet prindërve ose kujdestarëve dhe fëmijët e tyre dhe anëtarëve të familjes (27) dhe identifikojnë një varg faktorësh që lidhen me fëmijën/prindin dhe marrëdhëniet familjare që janë të lidhura me rritjen e rreziqeve të keqtrajtimit të fëmijës. Disa nga këta faktorë janë:

1. Aftësitë e dobëta prindërore dhe stresi i prindërve

2. Përdorimi i ndëshkimit trupor (dhuna) nga prindi
3. Familjet e varfra ekonomisht
4. Dhuna mes prindërve
5. Shtatzënitë e padëshiruara
6. Madhësia e familjes
7. Ekzistenca e prindërve jo-biologjike në shtëpi (4,12).

1.4.1.3 Faktorët që lidhen me komunitetin

Disa karakteristika të lagjeve dhe komuniteteve ku janë rritur fëmijët ndikojnë në keqtrajtimin e tyre. Këto mund të jenë disavantazhet social ekonomike, mundësia e kujdesit për fëmijën, të jetuarit në zone urbane apo rurale dhe mundësia e përdorimit të drogës apo alkoolit (4,12).

1.4.1.4 Faktorët socialë

Rreziqet që një fëmijë të vuajë nga keqtrajtimi ndikohen nga faktorë të ndryshëm socialë dhe kultura e shoqërisë ku fëmija jeton. Këto varen, ndër të tjera, edhe nga faktorët ekonomikë dhe legjislacioni i vendit, ku fëmija jeton (4,12).

1.4.2 Faktorët që mund të zvogëlojnë rrezikun e keqtrajtimin të fëmijëve

Literatura shkencore ka evidentuar disa faktorë të cilët mund të zvogëlojnë rrezikun e keqtrajtimin të fëmijëve. Në këta faktorë bëjnë pjesë si vijon:

-) Mjedisi mbështetës familjar
-) Rrjetet e forta sociale
-) Raportet e fuqishme prind-fëmijë
-) Edukimi i aftësive prindërore
-) Punësimi i prindërve
-) Arsimi i lartë prindëror
-) Vetëbesimi parental
-) Mungesa e mbështetjes prindërore për ndëshkimin trupor
-) Kompetencat sociale të fëmijës
-) Nivelet e larta të kapitalit social (4,12).

1.4.3 Konkluzione

Bazuar në rishikimin e hollësishëm të shtrirjes, mekanizmave të veprimit, faktorëve të rrezikut dhe faktorëve mbrojtës ndaj keqtrajtimit të fëmijëve, disa konkluzione kryesore që mund të gjenerohen janë si vijon:

-)] Ndërhyrjet për të parandaluar keqtrajtimin e fëmijëve dhe për të mbështetur ata që janë duke u keqtrajtuar duhet të ndërtohen duke kuptuar mirë faktorët e rrezikut dhe faktorët mbrojtës.
-)] Ndërhyrjet parandaluese mund të jenë në shënjestër në mënyrë specifike për grupet e popullsisë dhe komuniteteve që kanë faktorët e rrezikut të veçantë, të tilla si prindërit e rinj të vetëm, nga komunitetet e pafavorizuara.
-)] Ndërhyrjet duhet të kërkojnë të forcojnë faktorët mbrojtës kundër keqtrajtimit të fëmijëve, të tilla si zhvillimin e aftësive prindërore dhe njohuritë, forcimin e lidhjes prind-fëmijë dhe sigurimin e mbështetjes sociale dhe mbështetjeve të llojeve të tjera për prindërit.
-)] Është e domosdoshme të krijohen mjedise shoqërore ku keqtrajtimi i fëmijëve nuk tolerohet dhe ku janë në dispozicion sistemet për të zbuluar, reduktuar dhe parandaluar keqtrajtimin e fëmijëve (4,12).

1.5 Konteksti global i dhunës

1.5.1 Konteksti global i dhunës

Dhuna mbi fëmijët është një fenomen global. Ajo shfaqet si në vendet tashmë të zhvilluara dhe, në një përmasë më të madhe, edhe në vendet në zhvillim. Është kjo arsyeja që organizata të tilla ndërkombëtare si UNICEF, Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSH), Organizata Ndërkombëtare e Punës (ILO), etj., kanë shfaqur një interesim në rritje për të adresuar këtë fenomen. Të dhënat të referuara në dokumentet e këtyre organizatave tregojnë për përmasën dhe llojet e ndryshme të dhunës që ushtrohet mbi fëmijët. Çdo vit në të gjithë botën më se 1 milion fëmijë detyrohen forcërisht të prostitutojnë, trafikohen dhe shiten për qëllime seksuale ose përdoren në pornografinë feminare (56).

Në vitin 2002 një studimi i OBSH-së, “Raporti botëror mbi dhunën dhe shëndetin”, dhunën e vuri nën vëmendjen e komunitetit botëror si një dimension i rëndësishëm në luftën për të realizuar të drejtat e fëmijëve (26). Vlerësimi i rrezikut i kryer për “Raportin botëror mbi dhunën dhe shëndetin”, 2002, tregoi që 8% e djemve dhe 25% e vajzave deri në 18 vjeç përjetojnë ndonjë lloj abuzimi seksual. Krahasuar me fëmijët jo viktime, fëmijët e abuzuar kanë katër herë më shumë mundësi të vuajnë nga çrregullime të stresit post-traumatik. Abuzimi

seksual që përfshin marrdhënien e plotë seksuale, dyfishon mundësitë e rënies në depresion, trefishon mundësitë për të zhvilluar çrregullime të panikut dhe i bën viktimat me katër herë më shumë propabilitet për të tentuar vetëvrasjen (26). Sipas OBSH-së, në vitin 2002, një numër prej 31,000 vdekjesh i'u atribuan vrasjeve mes fëmijëve të moshave nën 15 vjec. Numri i vdekjeve të fëmijëve për shkak të dhunës dhe keqtrajtimit të tjera mund të jetë nënvlerësuar gjerësisht (57). Vdekjet përfaqësojnë vetëm një fraksion të vogël të problemit të keqtrajtimit të fëmijëve. Cdo vit miliona fëmijë janë viktimat e abuzimit jo-fatal dhe neglizhimit (11).

Studime të UNICEF-it, OBSH-së dhe ILO-s kanë zbuluar përmasat e problemit me të cilin përballen sot fëmijët:

- ✓ Çdo vit, miliona fëmijë nëpër botë përjetojnë abuzime (26).
- ✓ Përdorimi i ndëshkimit trupor si një mjet ndihmës për disiplinimin e fëmijëve pranohet, nga pikëpamja kulturore dhe ligjore, në shumë vende të botës dhe është i përhapur kudo. Studime të kryera në Mbretërinë e Bashkuar dhe në Shtetet e Bashkuara të Amerikës kanë zbuluar që 90% e të gjithë fëmijëve ndëshkohen fizikisht (58).
- ✓ Studime nga shumë vende në të gjitha rajonet e botës vënë në dukje se 80% deri në 98% e fëmijëve vuajnë ndëshkimin fizik në shtëpitë e tyre, prej nga një e treta ose më shumë përjetojnë ndëshkime fizike të rënda, që rrjedhin nga përdorimi i mjeteve të ndryshme (58).
- ✓ Nga raportimet mbi një sërë vendesh në zhvillim, “Sondazhi global për shëndetin në shkollë” zbuloi kohët e fundit që midis 20% dhe 65% e fëmijëve në moshë shkollore raportojnë se kanë pasur presione verbale ose fizike nga bashkëmoshatarët në 30 ditët e fundit (57). Presioni nga bashkëmoshatarët ndeshet dendur edhe në vendet e industrializuara (59).
- ✓ Prevalenca e të qënurit dëshmitar në aktet e dhunës është 30.1% në Shqipëri në 2011 dhe krahasuar me rezultatet e një studimi të kryer në 2009 ajo është rritur (26%) (11).

Keqtrajtimi i fëmijëve, ka çuar në vdekje të parakohshme të 852 fëmijëve nën 15 vjec në Europë çdo vit. Jo të gjitha vdekjet nga keqtrajtimi janë regjistruar si të tilla dhe kjo shifër ka të ngjarë të jetë vetëm maja e ajsbergut. Të dhënat tregojnë pabarazi në Rajon me një numër të lartë vdekjesh në lindje. Vdekjet, megjithatë, janë vetëm maja e ajsbergut: shumë abuzime nuk dihen dhe nuk denoncohen asnjëherë nga fëmija i dhunuar (4,12). Shërbimet e mbrojtjes, politikat dhe praktikat kombëtare për keqtrajtimin e fëmijëve ndryshojnë midis vendeve duke e bërë të vështirë që të kemi një pamje të rajonit për këtë problem. Statistikat zyrtare duhet të përmirësohen për të siguruar një pamje më të mirë të shkallës së problemit në nivel vendi. Qasjet multidisiplinare për rastet me dhunë, puna me ekipe duke përdorur metoda hetimore të

besueshme dhe të vlefshme, dhe anketat periodike për të zbuluar keqtrajttime të fshehura në komunitet do të kontribuojnë në masë të madhe për këtë (4,12).

Analizat e sondazhe të vetë komunitetit në Europë dhe botë kanë konfirmuar shkallën e abuzimit në komunitet. Ato tregojnë një shkallë prevalence prej 9.6% për abuzimin seksual (13,4% në vajza dhe 5,7% në djem), 22,9 % për abuzimet fizike dhe 29,1% për abuzimin mendor, nuk ka ndryshim gjinore domethënëse lidhur me këtë lloj abuzimi. Pak studime janë bërë për të analizuar neglizhimin, por analizat botërore tregojnë që prevalenca është 16,3 % për neglizhimin fizik dhe 18,4% për atë emocional.

Aplikimi i këtyre shifrave për fëmijët në Europë sugjeron se 18 milionë fëmijë vuajnë nga abuzimi seksual, 44 milionë nga abuzimi fizik dhe 55 milionë nga abuzimi mendor. Shumë studime në vendet Europiane, bëhen periodikisht duke përdorur të njëjtat metoda, dhe ato janë të nevojshme për të kuptuar më mire jo vetëm shkallën e problemit, por edhe faktorët e rrezikut dhe rezultatet afatgjata. Keqtrajtimi në komunitet është relativisht i butë, edhe pse ai mund të vazhdojë për periudha të gjata. Ky lloj i abuzimit kërkon ndërhyrjet prindërore dhe mbështetjen e tyre dhe të agjencive të mbrojtjes së fëmijëve (4,12).

Mandatet e shumta të politikës ndërkombëtare i japin rëndësi të vecantë parandalimit të keqtrajtimit të fëmijëve. Përveç Konventës Mbi të Drejtat e Fëmijëve (60), iniciativat në nivel botëror përfshijnë Rezolutën e Asamblesë Botërore të Shëndetësisë (WHA56.24) [61] në zbatimin e rekomandimeve ndërkombëtare të Raportit Ndërkombëtar mbi Dhunën dhe Shëndetin (26). Kjo solli tërheqjen e vëmendjes ndaj mbështetjes së shëndetit publik për parandalimin e dhunës (duke përfshirë edhe atë mbi fëmijët), theksoi rëndësinë e trajtimit të keqtrajtimit të fëmijës, për të thyer transmetimin e dhunës mes brezave dhe theksoi nevojën për të identifikuar faktorët që nxisin elasticitetin.

Sesioni i 55, i Komitetit Rajonal të OBSH për Europën, kaloi një rezolutë për parandalimin e lëndimeve, duke theksuar parandalimin e dhunës si një celës të shëndetit publik dhe promovimin e zhvillimit të politikave kombëtare, parandalimin dhe ndërtimin e kapaciteteve (62); ajo gjithashtu kaloi një rezolutë që i kërkon palët e interesuara për t'u përqëndruar në parandalimin e dhunës në fëmijërinë e hershme, rekomanduar dhe miratuar nga Këshilli Europian për Parandalimin e Dhunës dhe Promovimin e Sigurisë (63). Strategjia e Shëndetit të Fëmijëve dhe Adoleshentëve për Europën gjithashtu thekson rëndësinë e parandalimit të keqtrajtimit të fëmijëve (64,65).

Në botë, çdo vit rreth 40 milion fëmijë pësojnë abuzime (66). Përdorimi i ndëshkimit trupor si mjet për disiplinimin e fëmijëve pranohet kulturalisht dhe ligjërisht në shumë vende të botës dhe është i përhapur. Studimet në Shtetet e Bashkuara kanë zbuluar se 90% e të gjithë fëmijëve ndëshkohen fizikisht gjatë fëmijërisë (66). Në vitin 2000, rreth 57,000 fëmijë nën moshën 15 vjeç vdiqën si rezultat i dhunës në shtëpi.

Fëmijët më të vegjël janë në rrezik më të madh: niveli i vrasjeve në shtëpi për fëmijët e moshës 0-4 vjeç është dyfish i krahasuar me atë të fëmijëve 5-14 vjeç (5.2 në 100,000 krahasuar me 2.1 në 100,000). Shkak më i zakonshëm i vdekjes, është plagosja në kokë (66). Megjithëse të dhënat për abuzimin seksual të fëmijëve është vështirë të shtihen në dorë ose të merren, OBSH vlerëson se rreth 20% e grave dhe 5-10% e burrave kanë pësuar abuzim seksual gjatë fëmijërisë së tyre (4,12).

Në Shtetet e Bashkuara rreth 44% e viktimave të përdhunimit janë nën moshën 18 vjeç dhe rreth 15% janë nën moshën 12 vjeç (67). Llogaritet që 67 milion fëmijë të moshës 5-14 vjeç të jenë angazhuar në punë të parrezikshme fëmijësh (66). Mbi 180 milion fëmijë janë përfshirë në punësim të rrezikshëm. Megjithëse një sërë vendesh kanë kryer studime lidhur me dhunën kundër fëmijëve, përmasa dhe shkaqet e këtij fenomeni nuk janë studiuar ende aq sa duhet. Është kjo arsyeja që, kohët e fundit, Sekretariati i Përgjithshëm i Kombeve të Bashkuara, ka ndërmarrë një studim komprehensiv lidhur me dhunën kundër fëmijëve ku ka përfshirë qeveritë e të gjitha vendeve.

Sipas OBSH-së, në vitin 2002, u vlerësua se rreth 31,000 vdekje i atribuoheshin vrasjeve ndërmjet fëmijëve më të vegjël se 15 vjeç. Është e mundur që një pjesë e vdekjeve të fëmijëve për shkak të keqtrajtimit të mos jetë rregjistruar qoftë edhe në ato pak vende me të ardhura më të larta që i identifikojnë këto vdekje, dhe për këtë arsye këto vlerësime nënvlerësojnë numrin e vërtetë të vdekjeve nga keqtrajtimi i fëmijëve. Vlerësimet globale të vrasjeve të fëmijëve sugjerojnë se foshnjat dhe fëmijët shumë të vegjël janë më në rrezik, ku fëmijët 0-4 vjeç janë më shumë se dy herë më të rrezikuar se ata 5-14 vjeç (11).

“Studimi mbi dhunën ndaj fëmijëve” (2006) i Sekretariatit të Përgjithshëm të Kombeve të Bashkuara, e ka përqendruar vëmendjen mbi këtë problem në mbarë botën (68) dhe ka dhënë një shtysë për nisma politike dhe zhvillimore brenda kontekstit Shqiptar. Studimi, i udhëhequr nga një ekspert i pavarur, në bashkëpunim me ZKLDNJ-në, UNICEF-in dhe OBSH-në është një studim global, që u ndërmor në mbi 131 vende të botës, përfshirë Shqipërinë. Përgatitja e studimit nxiti një veprim rajonal dhe kombëtar. Në shumë vende, përgatitja e përgjigjeve shkaktoi një debat mbarëkombëtar, ngjalli veprim dhe, ndërkohë, ka shkaktuar edhe veprimtari pasuese përforcuese. Për të gjitha këto arsye vendosëm të bëjmë një studim për të evidentuar nivelin e prevalencës së përvojave negative që kanë përjetuar adultët e rinjë Shqiptarë në fëmijëri.

1.6 Situata në Shqipëri lidhur me keqtrajtimin e fëmijëve

1.6.1 Konteksti shqiptar dhe situata e keqtrajtimit të fëmijëve në Shqipëri

Keqtrajtimi i fëmijëve është i përhapur në çdo shoqëri. Kjo është zakonisht një formë e fshehur e dhunës dhe mund të mos vihet re nga prindërit, kujdestarët dhe profesionistët për shumë vite. Pak vende kanë të dhëna të besueshme dhe një sistem survejance të besueshme, por edhe kur ata bëjnë survejancë, raportet sugjerojnë se 90% e keqtrajtimit të fëmijës, shkojnë pa u vënë re (26,69,70).

Shoqëria Shqiptare është përshkruar si patriakale (71), me nivele të larta të formave të ndryshme të dhunës (72). Pas rënies së regjimit komunist, në vitin 1990, Shqipëria pësoi ndryshime të mëdha politike, sociale dhe ekonomike dhe një valë intensive të migrimit të brendshëm të popullsisë nga zonat rurale drejt atyre urbane (73). Në Shqipërinë e pas viteve 90 u realizua një studim krahasimor transversal ndërmjet dy grupeve të dy gjeneratave të ndryshme: individë që kanë përjetuar traumë ekstreme (të persekutuarit e regjimit komunist) dhe fëmijët e tyre. Nga studimi rezultoi se ish të persekutuarit, vuajnë nga frikëra të ndryshme, kanë një prirje depressive dhe frenim në jetën shoqërore dhe funksionimin e tyre të përgjithshëm. Ata prindër që paraqesin simptoma të crregullimeve, pas traumës e perceptojnë cilësinë e jetës negativisht. Fëmijët e ish të persekutuarve paraqitën paqëndrueshmëri emocionale ose simptoma somatike. Faktorët prindërorë të tillë si simptomat e crregullimeve ndikonin shumë në prirjen e fëmijëve të tyre për të zhvilluar crregullime. Ishte interesante të shihej midis fëmijëve vulnerabiliteti i vajzave në krahasim me djemtë për të zhvilluar crregullime të sjelles (74).

Sondazhe të kufizuara dhe sporadike si edhe lajmërimet e medias së shkruar dhe të asaj elektronike kanë vënë në dukje se siguria e fëmijëve dhe mirëqenia e tyre në Shqipëri dëmtohet shumë nga përdorimi i dhunës në shtëpi dhe në mjedise të tjera ku jetojnë, luajnë dhe mësojnë fëmijët. Dhuna kundër fëmijëve, në kulturën shqiptare shihet si një mjet për disiplinimin e tyre (75). Përdorimi i formave të lehta dhe të moderuara të dhunës trupore dhe psikologjike është mjaft i përhapur. *Është koha të dimë se çfarë ndodh prapa dyerve të mbyllura.*

Sipas një studimi transversal të realizuar në Shqipëri në vitin 2003, rezultoi se më shumë se 37% e grave kanë pasur eksperiencën e dhunës fizike gjatë vitit të fundit. Risku ishte shumë më i lartë te gratë e grup-moshës 25-34 vjeç, gratë me arsim të lartë, gratë në punë dhe me një karrierë, gratë që kanë një shkallë edukimi më të lartë se burrat (72). Shpjegimi për këtë fenomen lidhet me faktin se kjo kategori e grave e percepton më mirë dhunën dhe raporton fuqishëm edhe episodin më të vogël të dhunës (57).

Sipas studimit “Dhuna kundër fëmijëve në Shqipëri” (2006) [3], megjithëse janë të vetëdijshëm se dhuna fizike dhe psikologjike ka pasoja negative për fëmijën, shumica dërmuese e të intervistuarve, pranojnë se dhuna fizike dhe psikologjike ka edhe efekte pozitive në edukimin

e fëmijës, prandaj ajo duhet përdorur në rastet kur është e nevojshme, por në forma të lehta dhe jo te të vegjelit.

Koncepti, për nevojën e përdorimit të dhunës fizike dhe psikologjike si në shtëpi dhe në shkollë është referuar edhe nga vetë fëmijët. 1 në çdo 2 fëmijë në shtëpi dhe 1 në rreth 3 fëmijë në shkollë pohojnë se pranojnë që mbi ta të ushtrohet dhunë në rastet kur ajo është e nevojshme. Përdorimi i dhunës fizike dhe psikologjike tolerohet më shumë në shtëpi, nga prindërit apo anëtarë të tjerë të familjes, sesa në shkollë apo në institucione të tjera. Shumica dërmuese e të intervistuarve mendojnë se dhuna fizike është më e dëmshme sesa dhuna psikologjike e për pasojë dhuna psikologjike shihet si e lejueshme dhe e dobishme, qoftë në shtëpi apo në shkollë. Besimi se “Kush të do, të rreh” është mjaft i përhapur si te prindërit, mësuesit dhe te vetë fëmijët. Megjithëse ka një farë vetëdije se dhuna ka pasoja negative, informacioni për pasojat e dhunës fizike dhe, sidomos, asaj psikologjike është i kufizuar dhe jo specifik (3).

Megjithëse në planin teorik pohohet se dhuna duhet përdorur në rastet kur është e nevojshme, në praktikën e përditshme dhuna fizike dhe psikologjike është mjete kryesor për disiplinimin e fëmijëve si në shtëpi ashtu edhe në shkollë. Format e dhunës fizike kundër fëmijëve të përdorura në shtëpi dhe në shkollë të raportuara nga fëmijët janë përkatësisht si më poshtë (3):

1. Shkulja e veshëve (60.10%-38.5%),
2. Pickimi (55.70%-36.9%),
3. Goditja me shpullë në trup (52.60%-34.3%),
4. Goditja me shpullë në kokë (49.20%-35.6%),
5. Shkulja e flokëve (41%-29.7%),
6. Tërheqja dhe shtytja me forcë (34.60%-39.1%),
7. Goditja me objekt në trup (27%-38.2%),
8. Goditja me shqelm (26.80%-25.8%),
9. Goditja me objekt në vithe (26%-13.6%),
10. Goditja me grusht në trup (20.50%-19.6%),
11. Kafshimi (19.10%-12.8%),
12. Shtrëngimi për fyti (12.20%-9.6%),
13. Goditja me grusht në kokë (7.60%-10%).

Fëmijët janë të prirur të denoncojnë më shumë dhunën që e ushtrojnë mbi ta fëmijët e tjerë dhe më pak të prirur të denoncojnë dhunën e mësuesve. Sido që të ndodhë trajtimi i rasteve të denoncimit të dhunës nuk merret seriozisht. Format më të përhapura të dhunës psikologjike që përdoret në shtëpi të raportuara nga fëmijët janë: *të bërtiturat* (95.3%), *mbajtja e mërisë* (39.5%), *kërcënimi me fjalë* (39%), *përdorimi i nofkave dhe i epiteteve keqëse* (35.8%), *kërcënimi me objekte* (18%), *kërcënimi me zhim* (14%), *kërcënimime braktisje* (6%), *mallkimi*. Në shkollë format më të përhapura të dhunës psikologjike janë: *të bërtiturit* (74.9%), *kërcënimi me thirrjen e prindit* (33%), *kërcënimi me fjalë* (31%), *nofkat dhe epitetet keqëse* (24%),

kërcënimi me zhim (23%), mëria (22.5%), kërcënimi me denoncim (19%), kërcënimi me rrahje (17%), kërcënimi me objekt (11%), kërcënimi me notë (11%), kërcënimi me përjashtim nga shkolla (10%). 2/3 e fëmijëve dëgjojnë të bërtiturat e prindërve të tyre në shtëpi dhe se një e treta e mësuesve u bërtet atyre në shkollë në formën më të shpeshtë të mundur (3).

Prindërit, janë më të prirur se mësuesit t'a përdorin mbajtjen e mërisë si një dhunë psikologjike mbi fëmijët, si formën e rrallë ashtu edhe formën e shpeshtë të saj. Prindërit, janë më të prirur se mësuesit të përdorin nofka dhe epitete të tjera keqëse, si rrallë ashtu edhe dendur (3).

Mësuesit janë më të prirur se prindërit t'i zbojnë nxënësit nga shkolla si kur e përdorin rrallë këtë ndëshkim psikologjik, ashtu edhe kur e përdorin dendur atë. Studimi zbuloi se ekziston një prirje që në shtresat e ulëta dhe më pak të arsimuara të shoqërisë të përdoret më shumë dhunë fizike, ndërsa në shtresat e mesme dhe me më shumë arsim të ekzistojë prirja drejt heqjes dorë nga përdorimi i dhunës fizike dhe animi nga përdorimi i dhunës psikologjike (3).

Fëmijët që shfrytëzohen për punë i nënshtrohen një dhune të shumëfishtë: dhunës familjare, dhunës së rivalëve që shesin në territore fqinjë dhe që duan t'u rrëmbejnë klientelën, dhunës së kamerierëve të lokaleve të shumta ku këta hyjnë për të shitur mallrat e tyre, dhunës së policëve që patrollojnë në territoret ku këta shesin. Fëmijët e intervistuar raportuan se 13.3% e tyre ngacmohen seksualisht nga fëmijë/nxënës të tjerë (49.4%), nga persona të tjerë (28.1%), dhe nga mësuesit e vet (22.5%) (3).

Studimi zbuloi se mbizotërojnë braktisjet në mosha shumë të vogla, kryesisht braktisjet që në maternitete, por nuk mungojnë as shpërfilljet e fëmijëve. Në çdo tre fëmijë që mbahen në institucionet e përkujdesjes shoqërore në vitet 2000-2005 njëri është i braktisur që në lindje, ndërsa dy të tjerët vijnë nga familje me vështirësi të caktuara. Arsytet e përdorimit të dhunës kundër fëmijëve lidhen me filozofinë e dobisë që sjell dhuna, me psikologjinë e humbjes së vetëkontrollit, me përdorimin e dhunës si instrument për disiplinim kur fëmijët dhe nxënësit nuk respektojnë standardet e caktuara të sjelljes. Mosbindja ndëshkohet me dhunë në 32.8% të rasteve, mospërgatitja e duhur në mësimet në masën 17.4%, zhurma dhe rrëmuja në masën 26.9%. Pasojat psikologjike të dhunës prekin nivelin e përgjithshëm të funksionimit emocional të fëmijës, mundësinë zhvillimore të tij dhe kultivojnë sjelljen e dhunshme. Specifikisht: 13.4% e fëmijëve të anketuar pohojnë se vetëvrasja u ka shkuar ndër mend të paktën një herë dhe të shumtën mbi katër herë; të sigurt dhe shumë të sigurt ndjehen 65.6% e nxënësve, ndërsa 34.4% e tyre ndjehen as të sigurt e as të pasigurt, të pasigurt e shumë të pasigurt. Kjo do të thotë se një e treta e nxënësve percepton pasiguri të niveleve të ndryshme të cilat lidhen të gjitha me përdorimin e dhunës (3).

1.6.2 Kuadri ligjor në lidhje me dhunën kundër fëmijëve në Shqipëri

Legjislacioni në fuqi që prek çështjet e fëmijëve në vitet e fundit është pasuruar dukshëm në përputhje me standardet e mirënjohura ndërkombëtare. Megjithëse është bërë një progress i dukshëm, kompletimi i legjislacionit në lidhje me dhunën kundër fëmijëve në Shqipëri nuk është ende një veprimtari sistematike, por një veprimtari me fushata të cilat janë përcaktuar më shumë nga interesimi i institucioneve ndërkombëtare që mbulojnë të drejtat e fëmijëve (3).

Shqipëria është një nga të 33 vendet që e ka plotësisht të përjashtuar ndëshkimin fizik nga kuadri ligjor (67). Megjithëse vitet e fundit janë ratifikuar një sërë konventash dhe ligje të tjera ndërkombëtare lidhur me dhunën kundër fëmijëve, legjislacioni shqiptar nuk trajton në mënyrë tërësore dhe të detajuar të gjitha aspektet e dhunës kundër fëmijëve. Nëse, për shembull, për dhunën seksuale si dhe për trafikimin e fëmijëve ka një paketë ligjesh dhe dispozitash specifike relativisht tërësore, për dhunën fizike dhe sidomos, për dhunën emocionale, neglizhimin dhe shfrytëzimin ekonomik të fëmijës ligjet dhe dispozitat janë jotërësore, të pa-detajuara dhe të pa-adresuara specifikisht për fëmijët.

Në përgjithësi, legjislacioni Shqiptar parashikon me hollësi dënimet e ushtruesve të dhunës kur kjo ka karakter seksual ose kur vjen nga trafikimi. Megjithatë, në të nuk parashikohen dispozita për kujdesin dhe kompensimin e fëmijëve viktime të dhunës. Në përgjithësi, ligjet për format e ndryshme të dhunës kundër fëmijëve kanë një natyrë të përgjithshme në sensin se nuk janë specifikuar për kontekste të caktuara. Kështu, me përjashtim të një neni të vetëm në Dispozitat Normative të Sistemit Arsimor Para-universitar që flet specifikisht për ndalimin e ushtrimit të dhunës fizike dhe psikologjike në shkollë ndaj fëmijëve, në legjislacionin shqiptar nuk ka dispozita specifike për aspekte të ndryshme të dhunës kundër fëmijëve që ushtrohet në shtëpi, shkolla, në institucionet e tjera të kujdesit mendor dhe shëndetësor, në qendrat rezidenciale të fëmijëve, në institucionet e paraburgimit, në komunitet, në mjedise publike, etj.

Me përjashtim të një neni të përgjithshëm që ndalon ushtrimin e ngacmimeve seksuale në vendin e punës, në legjislacionin shqiptar nuk ka ndonjë dispozitë tjetër që të ndalojë fenomenin e ngacmimeve seksuale ndaj fëmijëve në mënyrë specifike.

Në legjislacionin ekzistues Shqiptar nuk ka ndonjë dispozitë detyruese të hartuar në mënyrëspecifike për raportimin e çdo akti dhune kundër fëmijëve. Në legjislacionin Shqiptar nuk parashikohen procedura specifike për ankimin për format e dhunës që ndodhin në familje ose në shtëpi, në shkollat publike dhe jopublike, në institucionet e tjera shtetërore dhe private të përkujdesjes për fëmijët, në qendrat rezidenciale të fëmijëve, në institucionet shëndetësore, etj. Me përjashtim të parashikimit të procedurave specifike lidhur me raste kur të miturit kryejnë krime, në legjislacionin shqiptar nuk parashikohen rregulla speciale procedurale në lidhje me dhunën kundër fëmijëve (3,11)

Megjithatë gjatë 10 viteve të fundit Shqipëria ka fuqizuar miratimin dhe ratifikimin e ligjeve dhe konventave ndërkombëtare që mbrojnë të drejtat e grupeve vulnerabël, ndër të cilët dhe fëmijët (11). Ligji Nr.10. 347 “Për mbrojtjen e të drejtave të fëmijëve” u miratua në 4 Nëntor të vitit 2010 dhe hyri në fuqi në Maj të vitit 2011, dhe më pas u zvendësua nga Ligji Nr. 18/2017, i cili u miratua në datë 23 Shkurt 2017. Sipas këtij ligji ndëshkimi trupor i fëmijëve konsiderohet veprim i jashtëligjshëm edhe kur ushtrohet nga prindërit brenda familjes.

Ky ligj përcakton të drejtat dhe mbrojtjen që gëzon çdo fëmijë, mekanizmat përgjegjës, që garantojnë realizimin me efektivitet të mbrojtjes së këtyre të drejtave, si dhe përkujdesjen e posaçme për fëmijën (76).

Ky ligj ka për qëllim:

- a) Mbrojtjen e veçantë të të drejtave të fëmijës nëpërmjet realizimit të një kuadri të plotë ligjor dhe institucional, në zbatim të Kushtetutës, të akteve ndërkombëtare që veprojnë në këtë fushë, si dhe të legjislacionit në fuqi;
- b) Marrjen e masave për t'i siguruar fëmijës ushtrimin e të drejtave, në përputhje me zhvillimin e personalitetin, bazuar në interesin më të lartë të tij;
- c) Marrjen e masave për të siguruar jetesën, mbijetesën dhe zhvillimin e fëmijës;
- d) Sigurimin e bashkëpunimit ndërmjet strukturave dhe autoriteteve qendrore e vendore, si dhe organizatave që mbrojnë të drejtat e fëmijës.

Në këtë ligj (76) termat e mëposhtëm kanë këto kuptime:

- a) "Autoritet shtetëror përgjegjës" është organi ose institucioni shtetëror, në nivel qendror ose vendor, i cili, brenda fushës së veprimtarisë së tij, kryen dhe mbulon shërbime të specializuara e profesionale për fëmijët.
- b) "Dhunë ndaj fëmijëve" është përdorimi i qëllimshëm i forcës fizike ose i formave të tjera të forcës, qoftë me kërcënim ose aktuale, kundër fëmijës ose grupit të fëmijëve, e cila rezulton apo ka shumë të ngjarë që të rezultojë në dëmtim, vdekje, dëmtim psikologjik, keqzhvillim ose privim.
- c) "Dhuna psikologjike" përfshin veprimet që shkaktojnë dëmtime të shëndetit fizik, mendor, moral dhe social të fëmijës dhe që, ndër të tjera, kanë sjellë si pasojë kufizimin e lirisë së lëvizjes, sjellje degraduese, kërcënuese, frikësuese, diskriminuese, përqeshëse ose forma të tjera të trajtimit armiqësor apo refuzues nga prindërit, motra, vëllai, gjyshi, gjyshja, përfaqësuesi ligjor, një i afërm i familjes ose çdo person tjetër që e ka për detyrë të kujdeset për fëmijën.

- d) "Dhunë fizike" është çdo tentativë ose çdo dëmtim fizik apo plagosje e fëmijës, përfshirë edhe ndëshkimin trupor të tij, të cilat nuk janë aksidentale.
- e) "Fëmijë" është çdo person i lindur gjallë, deri në moshën 18 vjeç. Në rastin kur mosha e personit nuk është plotësisht e përcaktuar, por ekzistojnë arsye që lënë të nënkuptohet se personi është fëmijë, ky person konsiderohet fëmijë dhe përfiton nga ky ligj derisa mosha e tij të jetë përcaktuar plotësisht.
- f) "Fëmijë në rrezik" është fëmija, të cilit i mohohen ose i cenohen të drejtat dhe mbrojtja e parashikuar në këtë ligj dhe në legjislacionin në fuqi.
- g) "Mbrojtje e fëmijës" është parandalimi dhe përgjigjja ndaj dhunës, abuzimit, shfrytëzimit dhe neglizhimit të fëmijëve, përfshirë rrëmbimin, shfrytëzimin seksual, trafikimin, punën e fëmijëve dhe praktikatat e dëmshme tradicionale, si gjymtimi i organeve gjenitale dhe martesat e fëmijëve.
- h) "Multidisiplinar" është vlerësimi i koordinuar ligjor, social, psikologjik, shëndetësor, arsimor dhe kulturor i gjendjes së fëmijës.
- i) "Ndëshkimi trupor" është çdo lloj ndëshkimi që përdor forcën fizike dhe që synon të shkaktojë dhimbje ose shqetësim, sado të lehta qofshin këto, nga prindërit, motra, vëllai, gjyshi, gjyshja, përfaqësuesi ligjor, të afërmit ose çdo person tjetër ligjërisht përgjegjës për fëmijën. Në ndëshkimin trupor përfshihen forma të tilla, si: rrahja, tortura, shkundja/shtytja me forcë, djegia, goditja (shuplakë ose shkelm), pickimi, çjerrja, kafshimi, qortimi i rreptë, detyrimi me forcë për të kryer një veprim, përdorimi i lëndëve që shkaktojnë dhimbje ose shqetësim.
- j) "Ndërhyrje e paligjshme për ruajtjen e identitetit" është moslejimi i përdorimit të gjuhëve të pakicave kombëtare në sistemin arsimor e në media; persekutimi shtetëror apo shtypja e besimit fetar; mosnjohja e mundësisë për fëmijët jashtë kujdesit prindëror, të cilët janë vendosur në institucione, familje kujdestare apo të birësuar, që të gëzojnë trashëgiminë e tyre etnike, kulturore, gjuhësore dhe fetare.
- k) "Prind" është personi/personat që e kanë lindur ose e kanë birësuar fëmijën të dy së bashku ose një i vetëm, të martuar ose të pamartuar apo që kanë njohur amësinë ose atësinë e fëmijës së lindur jashtë martese.
- l) "Përfaqësues ligjor" është kujdestari ose familja kujdestare, personi apo institucioni, i cili, brenda tagreve që i janë dhënë nga ligji ose nga gjykata, mbron interesat e fëmijës nëpërmjet kryerjes apo jo të veprimeve juridike, në emër ose për llogari të fëmijës.

- m) "Prostitucion i fëmijëve" është përdorimi i fëmijëve në veprimtaritë seksuale, me qëllim shpërblimi ose çdo forme tjetër që konsiderohet shpërblim;
- n) "Pornografi e fëmijëve" është prodhimi, shpërndarja, importimi, eksportimi, mbajtja, ofrimi, shitja, shfaqja, transm etimi i fotove, filmave apo çdo materiali tjetër vizual, që paraqet fëmijën duke kryer çdo lloj aktiviteti seksual ose që tregon pjesët gjenitale të fëmijës, për qëllime seksuale ose çdo lloj tjetër përfitimi.
- o) "Shitje e fëmijëve" është çdo veprim ose transaksion, me anë të të cilit fëmija transferohet nga një person a grup personash te një tjetër me anë të shpërblimit ose me qëllim të përfitimit material apo çdo lloj përfitimi tjetër. Shitja e fëmijëve përfshin dorëzimin ose pranimin me çfarëdolloj mjeti të një fëmije për qëllime të shfrytëzimit seksual, transferimin e organeve të një fëmije me qëllim përfitimi, si dhe përfshirjen e një fëmije në punë të detyruar.
- p) "Neglizhenca e fëmijës" është mosdhënia dhe mospërmmbushja e nevojave të fëmijës për strehë, siguri, mbikëqyrje, ushqim, shëndet dhe arsim.
- q) "Organizatë jofitimprurëse" është organizata e krijuar në përputhje me legjislacionin për organizatat jofitimprurëse, që ka si objekt të veprimtarisë së saj, të përcaktuar në statut dhe/ose në aktin e themelimit, mbrojtjen dhe promovimin e të drejtave të fëmijës.

Sanksionet për thyerjen e këtij ligji paraqiten në nenin 40 të tij. Në këtë nen shkeljet e të drejtave të parashikuara nenet 21 dhe 26 kur nuk përbëjnë vepër penale përbëjnë kundërvajtje administrative dhe dënohen me gjobë (11).

1.6.3 Konventa dhe dokumenta të tjera ndërkombëtare në lidhje me dhunën kundër fëmijëve

Disa Konventa dhe dokumenta të tjera ndërkombëtare në lidhje me dhunën kundër fëmijëve janë listuar në vijim:

-) Konventa e OKB-se "Për mbrojtjen e të drejtave të fëmijës", ratifikuar nga Qeveria Shqiptare në Shkurt 2002.
-) Karta Sociale Evropiane (e rishikuar).
-) Konventa e ILO Nr. 138 "Mbi moshën minimale të lejuar të punës" e ratifikuar në vitin 1998.
-) Konventa e ILO Nr.182 "Mbi ndalimin dhe eleminimin e të gjitha formave të punës së fëmijëve" ratifikuar në vitin 2001 (11).

1.6.4 Përmbledhje

Bazuar në të dhënat e mësipërme, është e qartë që një pjesë e mirë e popullsisë në vendin tonë kanë përjetuar një sërë përvojash negative gjatë fëmijërisë së tyre. Nga ana tjetër, ekspozimi ndaj të tilla eksperiencash negative apo trauma të natyrës fizike e psikologjike, mund të shoqërohet me një sërë sjelljesh të rrezikshme në jetën e mëpasme të këtyre fëmijëve, sjellje të cilat variojnë nga ushtrimi i dhunës ndaj të tjerëve dhe fëmijëve në mënyrë të ngjashme me atë që është ushtruar tek ata kur ishin vetë fëmijë e deri tek abuzimi me substancat psikoaktive dhe ideimi dhe përpjekjet për vetëvrasje.

Pavarësisht disa të dhënave që ekzistojnë në vendin tonë lidhur me përhapjen e fenomenit të abuzimit me fëmijët, informacioni lidhur me prevalencën e përjetimit të formave të ndryshme të abuzimit gjatë fëmijërisë së tyre midis adultëve të rinj në vendin tonë dhe lidhja e këtyre eksperiencave me faktorët socio-demografikë, socio-ekonomike dhe sjelljet e rrezikshme të zhvilluara më vonë në jetën e këtyre fëmijëve, është ende shumë i pakët. Në këtë kontekst, qëllimi i këtij punimi shkencor është përcaktimi i lidhjes midis eksperiencave negative të fëmijërisë, faktorëve socio-demografikë dhe socioekonomikë dhe sjelljeve të rrezikshme shëndetësore në një kampion përfaqësues të adultëve të rinj në vendin tonë në mënyrë që të orientohen ndërhyrjet parandaluese dhe trajtuese përkatëse bazuar në fakte.

KAPITULLI II. QËLLIMI DHE OBJEKTIVAT E STUDIMIT

2.1 Qëllimi i studimit

Qëllimi i këtij studimi është përcaktimi i lidhjes midis eksperiencave negative të fëmijërisë, faktorëve socio-demografikë dhe socioekonomikë dhe sjelljeve të rrezikshme shëndetësore në një kampion përfaqësues të adultëve të rinj në vendin tonë, në mënyrë që të ndricohen përmasat e këtij fenomeni dhe faktorët e lidhur dhe për të orientuar ndërhyrjet e ndryshme për parandalimin dhe ose adresimin e këtyre çështjeve të rëndësishme të shëndetit publik në vendin tonë.

2.2 Objektivat e studimit

2.2.1 Objektivi i përgjithshëm 1

-) Të përshkruhen karakteristikat e përgjithshme të një kampioni përfaqësues të studentëve të Universiteteve publike në Tiranë, Elbasan, Shkodër dhe Vlorë në vitin 2015.

2.2.1.1 Objektivat specifike për objektivin e përgjithshëm 1

-) Të përshkruhen të dhënat socio-demografike dhe socio-ekonomike bazë: moshja, seksi, vendlindja, gjendja civile, etnia, niveli i edukimit të nënës, niveli i edukimit të babait, statusi i punësimit të nënës, statusi i punësimit të babait dhe moshën e nënës kur lindi pjesëmarrësin/en tek një kampion përfaqësues i studentëve të Universiteteve publike në Tiranë, Elbasan, Shkodër dhe Vlorë në vitin 2015.
-) Të përshkruhen të dhënat lidhur me shpeshtësinë e ndërrimit të vendbanimit gjatë fëmijërisë, kohëzgjatjen e jetesës në vendbanimin aktual dhe zotërimin e shtëpisë gjatë fëmijërisë tek një kampion përfaqësues i studentëve të Universiteteve publike në Tiranë, Elbasan, Shkodër dhe Vlorë në vitin 2015.
-) Të përshkruhen të dhënat lidhur me mungesën në shkollë për shkak të stresit apo depresionit dhe mungesën në shkollë për shkak të shëndetit fizik të dobët gjatë muajit të fundit tek një kampion përfaqësues i studentëve të Universiteteve publike në Tiranë, Elbasan, Shkodër dhe Vlorë në vitin 2015.

2.2.2 Objektivi i përgjithshëm 2

-) Të përcaktohet prevalenca e eksperiencave negative të fëmijërisë (ENF) tek një kampion përfaqësues i studentëve të Universiteteve publike në Tiranë, Elbasan, Shkodër dhe Vlorë në vitin 2015.

2.2.2.1 Objektivat specifikë për objektivin e përgjithshëm 2

-) Të llogaritet prevalenca e llojeve të ndryshme të eksperiencave negative të fëmijërisë (ENF) që kanë të bëjnë me abuzimin dhe neglizhimin gjatë fëmijërisë (abuzimi emocional, abuzimi fizik, abuzimi seksual, neglizhimi emocional, neglizhimi fizik) tek një kampion përfaqësues i studentëve të Universiteteve publike në Tiranë, Elbasan, Shkodër dhe Vlorë në vitin 2015.
-) Të llogaritet prevalenca e llojeve të ndryshme të eksperiencave negative të fëmijërisë që kanë të bëjnë me disfunktionin e familjes (përjetimi i divorcit/ndarjes së prindërve, dhunës ndaj nënës, jetesa me anëtarë të familjes me sëmundje mendore, që abuzojnë me substancat psikoaktive ose që kanë përfunduar në burg) tek një kampion përfaqësues i studentëve të Universiteteve publike në Tiranë, Elbasan, Shkodër dhe Vlorë në vitin 2015.
-) Të përcaktohet numri i eksperiencave negative të fëmijërisë që kanë përjetuar pjesëtarët e një kampioni përfaqësues të studentëve të Universiteteve publike në Tiranë, Elbasan, Shkodër dhe Vlorë në vitin 2015.
-) Të llogaritet prevalenca e llojeve të ndryshme të eksperiencave negative të fëmijërisë dhe numri i ENF-ve sipas gjinisë së individëve në një kampion përfaqësues të studentëve të Universiteteve publike në Tiranë, Elbasan, Shkodër dhe Vlorë në vitin 2015.

2.2.3 Objektivi i përgjithshëm 3

-) Të përcaktohet prevalenca e sjelljeve të rrezikshme shëndetësore tek një kampion përfaqësues i studentëve të Universiteteve publike në Tiranë, Elbasan, Shkodër dhe Vlorë në vitin 2015.

2.2.3.1 Objektivat specifikë për objektivin e përgjithshëm 3

-) Të llogaritet prevalenca e llojeve të ndryshme të sjelljeve të rrezikshme shëndetësore (100 cigare në jetë, duhanpirja aktuale, konsumi i alkoolit në jetë dhe muajin e fundit,

përdorimi problematik i alkoolit, të qënë i/e alkoolizuar, konsumi i 5 pijeve alkoolike në 1 rast muajin e fundit, ngarje makine i/e dehur muajin e fundit, kryerja e marrdhëneve seksuale në jetë, angazhimi në marrdhënie seksuale të hershme (≤ 16 vjec), angazhimi me shumë partnerë seksualë (>3) në jetë, shtatzënia e hershme, përdorimi i drogës në jetë, përdorimi problematik i drogës, përpjekjet për vetëvrasje në jetë dhe inaktivitet fizik muajin e fundit) tek një kampion përfaqësues i studentëve të Universiteteve publike në Tiranë, Elbasan, Shkodër dhe Vlorë në vitin 2015.

-) Të llogaritet prevalenca e llojeve të ndryshme të sjelljeve të rrezikshme shëndetësore sipas gjinisë, tek një kampion përfaqësues i studentëve të Universiteteve publike në Tiranë, Elbasan, Shkodër dhe Vlorë në vitin 2015.

2.2.4 Objektiv i përgjithshëm 4

-) Të përcaktohet lidhja midis karakteristikave bazë socio-demografike dhe socioekonomike me sjelljet e rrezikshme shëndetësore tek pjesëmarrësit në studim.

2.2.4.1 Objektivat specifike për objektivin e përgjithshëm 4

-) Të përcaktohet lidhja (shoqërimi) i konsumit të duhanit (100 cigare në jetë, duhanpirja aktuale) dhe alkoolit (konsumi i alkoolit në jetë dhe muajin e fundit, përdorimi problematik i alkoolit, konsumi i 5 pijeve alkoolike në 1 rast muajin e fundit, ngarje makine i/e dehur muajin e fundit) me karakteristikave bazë socio-demografike dhe socioekonomike të pjesëmarrësve në studim.
-) Të përcaktohet lidhja (shoqërimi) i sjelljeve të rrezikshme seksuale (angazhimi në marrdhënie seksuale të hershme (≤ 16 vjec), angazhimi me shumë partnerë seksualë (>3) në jetë) me karakteristikave bazë socio-demografike dhe socioekonomike të pjesëmarrësve në studim.
-) Të përcaktohet lidhja (shoqërimi) i përdorimit të drogave të paligjshme gjatë jetës me karakteristikave bazë socio-demografike dhe socioekonomike të pjesëmarrësve në studim.
-) Të përcaktohet lidhja (shoqërimi) i angazhimit në përpjekje për t'u vetëvuarë gjatë jetës me karakteristikave bazë socio-demografike dhe socioekonomike të pjesëmarrësve në studim.
-) Të përcaktohet lidhja (shoqërimi) i inaktivitetit fizik gjatë muajit të fundit me karakteristikave bazë socio-demografike dhe socioekonomike të pjesëmarrësve në studim.

2.2.5 Objektiv i përgjithshëm 5

-) Të përcaktohet lidhja midis eksperiencave negative që kanë përjetuar pjesëmarrësit në studim gjatë fëmijërisë së tyre dhe karakteristikave bazë socio-demografike dhe socioekonomike dhe sjelljeve të rrezikshme shëndetësore të tyre.

2.2.5.1 Objektivat specifike për objektivin e përgjithshëm 5

-) Të përcaktohet lidhja (shoqërimi) i abuzimit emocional që kanë përjetuar pjesëmarrësit gjatë fëmijërisë së tyre me karakteristikat bazë socio-demografike, socioekonomike dhe sjelljet e rrezikshme shëndetësore të tyre.
-) Të përcaktohet lidhja (shoqërimi) i abuzimit fizik që kanë përjetuar pjesëmarrësit gjatë fëmijërisë së tyre me karakteristikat bazë socio-demografike, socioekonomike dhe sjelljet e rrezikshme shëndetësore të tyre.
-) Të përcaktohet lidhja (shoqërimi) i abuzimit seksual që kanë përjetuar pjesëmarrësit gjatë fëmijërisë së tyre me karakteristikat bazë socio-demografike, socioekonomike dhe sjelljet e rrezikshme shëndetësore të tyre.
-) Të përcaktohet lidhja (shoqërimi) i neglizhimit emocional që kanë përjetuar pjesëmarrësit gjatë fëmijërisë së tyre me karakteristikat bazë socio-demografike, socioekonomike dhe sjelljet e rrezikshme shëndetësore të tyre.
-) Të përcaktohet lidhja (shoqërimi) i neglizhimit fizik që kanë përjetuar pjesëmarrësit gjatë fëmijërisë së tyre me karakteristikat bazë socio-demografike, socioekonomike dhe sjelljet e rrezikshme shëndetësore të tyre.
-) Të përcaktohet lidhja (shoqërimi) i përjetimit të divorcit/ndarjes prindërore gjatë fëmijërisë me karakteristikat bazë socio-demografike, socioekonomike dhe sjelljet e rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve në studim.
-) Të përcaktohet lidhja (shoqërimi) i përjetimit të dhunës ndaj nënës gjatë fëmijërisë me karakteristikat bazë socio-demografike, socioekonomike dhe sjelljet e rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve në studim.
-) Të përcaktohet lidhja (shoqërimi) i jetesës gjatë fëmijërisë me familjarë që abuzonin me substancat me karakteristikat bazë socio-demografike, socioekonomike dhe sjelljet e rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve në studim.
-) Të përcaktohet lidhja (shoqërimi) i jetesës gjatë fëmijërisë me familjarë që kishin probleme me shëndetin mendor me karakteristikat bazë socio-demografike, socioekonomike dhe sjelljet e rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve në studim.
-) Të përcaktohet lidhja (shoqërimi) i jetesës gjatë fëmijërisë me familjarë që kanë përfunduar në burg me karakteristikat bazë socio-demografike, socioekonomike dhe sjelljet e rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve në studim.

2.2.6 Objektiv i përgjithshëm 6

-) Të përcaktohet lidhja midis numrit të ENF-ve të përjetuara gjatë fëmijërisë së pjesëmarrësve në studim me karakteristikat bazë socio-demografike, socioekonomike dhe sjelljet e rrezikshme shëndetësore të tyre.

2.2.6.1 Objektivat specifikë për objektivin e përgjithshëm 6

-) Të përcaktohet lidhja (shoqërimi) i përjetimit të të paktën një lloji ENF-je gjatë fëmijërisë me karakteristikat bazë socio-demografike, socioekonomike dhe sjelljet e rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve në studim.
-) Të përcaktohet lidhja (shoqërimi) i përjetimit të të paktën katër llojeve ENF-sh gjatë fëmijërisë me karakteristikat bazë socio-demografike, socioekonomike dhe sjelljet e rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve në studim.
-) Të përcaktohet lidhja (shoqërimi) i numrit mesatar të ENF-ve të përjetuara gjatë fëmijërisë me karakteristikat bazë socio-demografike, socioekonomike dhe sjelljet e rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve në studim.
-) Të përcaktohet lidhja (shoqërimi) i numrit të ENF-ve të përjetuara gjatë fëmijërisë me karakteristikat bazë socio-demografike, socioekonomike dhe sjelljet e rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve në studim.
-) Të përcaktohen lidhjet (shoqërimet) bivariate midis llojeve të ndryshme të ENF-ve të përjetuara gjatë fëmijërisë tek pjesëmarrësit në studim.

2.2.7 Objektiv i përgjithshëm 7

-) Të përcaktohen prevalenca e viktimizimit ndaj bullizmit tek pjesëmarrësit në studim.

2.2.7.1 Objektivat specifikë për objektivin e përgjithshëm 7

-) Të përcaktohet prevalenca e viktimizimit ndaj bullizmit sipas karakteristikave bazë socio-demografike dhe socioekonomike dhe të pjesëmarrësve në studim.
-) Të përcaktohet prevalenca e viktimizimit ndaj bullizmit sipas sjelljeve të rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve në studim.

2.2.8 Objektiv i përgjithshëm 8

-) Të përcaktohen lidhjet midis ENF-ve të përjetuara gjatë fëmijërisë me viktimizimin ndaj bullizmit, karakteristikat bazë socio-demografike, socioekonomike dhe sjelljet e rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve në studim.

2.2.8.1 Objektivat specifike për objektivin e përgjithshëm 8

- J Të përcaktohet lidhja (shoqërimi) i llojeve të ndryshme të ENF-ve të përjetuara gjatë fëmijërisë me viktimizimin ndaj bullizmit të pjesëmarrësve në studim.
- J Të përcaktohet lidhja (shoqërimi) i përjetimit të të paktën një lloj ENF-je gjatë fëmijërisë me viktimizimin ndaj bullizmit të pjesëmarrësve në studim.
- J Të përcaktohet lidhja (shoqërimi) i përjetimit të të paktën katër lloje ENF-sh gjatë fëmijërisë me viktimizimin ndaj bullizmit të pjesëmarrësve në studim.
- J Të përcaktohet lidhja (shoqërimi) i numrit mesatar të ENF-ve të përjetuara gjatë fëmijërisë me viktimizimin ndaj bullizmit të pjesëmarrësve në studim.
- J Të përcaktohet lidhja (shoqërimi) i numrit të ENF-ve të përjetuara gjatë fëmijërisë me viktimizimin ndaj bullizmit të pjesëmarrësve në studim.

2.3 Hipotezat e studimit

Hipotezat e zeros së studimit aktual renditen në vijim:

1. Nuk ka lidhje midis abuzimit emocional gjatë fëmijërisë dhe karakteristikave socio-demografike, socioekonomike sjelljeve të rrezikshme të pjesëmarrësve në studim.
2. Nuk ka lidhje midis abuzimit fizik gjatë fëmijërisë dhe karakteristikave socio-demografike, socioekonomike sjelljeve të rrezikshme të pjesëmarrësve në studim.
3. Nuk ka lidhje midis abuzimit seksual gjatë fëmijërisë dhe karakteristikave socio-demografike, socioekonomike sjelljeve të rrezikshme të pjesëmarrësve në studim.
4. Nuk ka lidhje midis neglizhimit emocional gjatë fëmijërisë dhe karakteristikave socio-demografike, socioekonomike sjelljeve të rrezikshme të pjesëmarrësve në studim.
5. Nuk ka lidhje midis neglizhimit fizik gjatë fëmijërisë dhe karakteristikave socio-demografike, socioekonomike sjelljeve të rrezikshme të pjesëmarrësve në studim.
6. Nuk ka lidhje midis përjetimit të divorcit/ndarjes prindërore gjatë fëmijërisë dhe karakteristikave socio-demografike, socioekonomike sjelljeve të rrezikshme të pjesëmarrësve në studim.
7. Nuk ka lidhje midis përjetimit të dhunës ndaj nënës gjatë fëmijërisë dhe karakteristikave socio-demografike, socioekonomike sjelljeve të rrezikshme të pjesëmarrësve në studim.

8. Nuk ka lidhje midis jetesës gjatë fëmijërisë me anëtarë të familjes që abuzonin me substancat psikoaktive dhe karakteristikave socio-demografike, socioekonomike sjelljeve të rrezikshme të pjesëmarrësve në studim.
9. Nuk ka lidhje midis jetesës gjatë fëmijërisë me anëtarë të familjes që vuanin nga sëmundjet mendore dhe karakteristikave socio-demografike, socioekonomike sjelljeve të rrezikshme të pjesëmarrësve në studim.
10. Nuk ka lidhje midis jetesës gjatë fëmijërisë me anëtarë të familjes që kanë përfunduar në burg dhe karakteristikave socio-demografike, socioekonomike sjelljeve të rrezikshme të pjesëmarrësve në studim.
11. Nuk ka lidhje midis përjetimit të të paktën një lloji ENF-je gjatë fëmijërisë dhe karakteristikave socio-demografike, socioekonomike sjelljeve të rrezikshme të pjesëmarrësve në studim.
12. Nuk ka lidhje midis përjetimit të të paktën katër llojeve ENF-sh gjatë fëmijërisë dhe karakteristikave socio-demografike, socioekonomike sjelljeve të rrezikshme të pjesëmarrësve në studim.
13. Nuk ka lidhje midis numrit mesatar të ENF-ve të përjetuara gjatë fëmijërisë dhe karakteristikave socio-demografike, socioekonomike sjelljeve të rrezikshme të pjesëmarrësve në studim.
14. Nuk ka lidhje midis numrit të ENF-ve të përjetuara gjatë fëmijërisë dhe karakteristikave socio-demografike, socioekonomike sjelljeve të rrezikshme të pjesëmarrësve në studim.
15. Nuk ka lidhje midis abuzimit emocional gjatë fëmijërisë dhe viktimizimit ndaj bullizmit të pjesëmarrësve në studim.
16. Nuk ka lidhje midis abuzimit fizik gjatë fëmijërisë dhe viktimizimit ndaj bullizmit të pjesëmarrësve në studim.
17. Nuk ka lidhje midis abuzimit seksual gjatë fëmijërisë dhe viktimizimit ndaj bullizmit të pjesëmarrësve në studim.
18. Nuk ka lidhje midis neglizhimit emocional gjatë fëmijërisë dhe viktimizimit ndaj bullizmit të pjesëmarrësve në studim.
19. Nuk ka lidhje midis neglizhimit fizik gjatë fëmijërisë dhe viktimizimit ndaj bullizmit të pjesëmarrësve në studim.

20. Nuk ka lidhje midis përjetimit të divorcit/ndarjes prindërore gjatë fëmijërisë dhe viktimizimit ndaj bullizmit të pjesëmarrësve në studim.
21. Nuk ka lidhje midis përjetimit të dhunës ndaj nënës gjatë fëmijërisë dhe viktimizimit ndaj bullizmit të pjesëmarrësve në studim.
22. Nuk ka lidhje midis jetesës gjatë fëmijërisë me anëtarë të familjes që abuzonin me substancat psikoaktive dhe viktimizimit ndaj bullizmit të pjesëmarrësve në studim.
23. Nuk ka lidhje midis jetesës gjatë fëmijërisë me anëtarë të familjes që vuanin nga sëmundjet mendore dhe viktimizimit ndaj bullizmit të pjesëmarrësve në studim.
24. Nuk ka lidhje midis jetesës gjatë fëmijërisë me anëtarë të familjes që kanë përfunduar në burg dhe viktimizimit ndaj bullizmit të pjesëmarrësve në studim.
25. Nuk ka lidhje midis llojeve të ndryshme të ENF-ve dhe viktimizimit ndaj bullizmit të pjesëmarrësve në studim.
26. Nuk ka lidhje midis përjetimit të të paktën një lloj ENF-je gjatë fëmijërisë dhe viktimizimit ndaj bullizmit të pjesëmarrësve në studim.
27. Nuk ka lidhje midis përjetimit të të paktën katër lloje ENF-sh gjatë fëmijërisë dhe viktimizimit ndaj bullizmit të pjesëmarrësve në studim.
28. Nuk ka lidhje midis numrit mesatar të ENF-ve të përjetuara gjatë fëmijërisë dhe viktimizimit ndaj bullizmit të pjesëmarrësve në studim.
29. Nuk ka lidhje midis numrit të ENF-ve të përjetuara gjatë fëmijërisë dhe viktimizimit ndaj bullizmit të pjesëmarrësve në studim

KAPITULLI III. METODOLOGJIA

3.1 Tipi i studimit

Ky është një studim kros-seksional.

3.2 Popullata në studim dhe kampionimi

Popullata target e studimit janë adultët e rinjë të moshës 19-24 vjec të cilët ndjekin universitetet publike në vendin tonë gjatë vitit 2015.

Ky është një studim kros-seksional (transversal) i realizuar në vitin 2015 midis 957 studentëve nga Universitetet publike në Tiranë, Elbasan, Shkodër dhe Vlorë. Ky studim ka përdorur të njëjtën metodologji të aplikuar për kryerjen e Anketës në Komunitet mbi Prevalencën e Përvojave Negative të Fëmijërisë në Shqipëri, gjatë 2011-2012, detajet e së cilës janë shpjeguar më parë në një raport tjetër (11).

U përdor programi statistikor WinPepi për të llogaritur madhësinë minimale të kampionit për testimin e hipotezave të ndryshme të studimit. Niveli i gabimit alfa u vendos në 5%, fuqia e studimit në 80% (gabim beta 20%), prevalenca e supozuar u caktua në 50% (ky nivel maksimizon madhësinë e kampionit) dhe diferenca e pranueshme u vendos në 3.5%. Me aplikimin e këtyre parametrave, WinPepi gjeneroi një madhësi kampioni prej 784 individësh. Ne vendosëm të intervistojmë 1000 studentë në mënyrë që të merrnim parasysh dhe gabimin e mundshëm të mos-përgjigjes apo refuzimit për të marr pjesë në studim.

Numri i studentëve që u intervistuan në secilin universitet ishte në përpjesëtim me madhësinë e universitetit që do të thotë që universitetet më të mëdha do të përfaqësoheshin nga një numër (proporcion) më i madh i studentëve në mostrën e përgjithshme.

Numri i studentëve që ne synuam t'i intervistonim në cdo universitet paraqitet në vijim:

1. 500 studentë në Universitetin e Tiranës
2. 167 studentë në Universitetin “Aleksandër Xhuvani” në Elbasan
3. 167 studentë në Universitetin “Luigj Gurakuqi” në Shkodër
4. 166 studentë në Universitetin “Ismail Qemali” në Vlorë.

Nga 1000 pyetësorët e shpërndarë, 957 prej tyre u kthyen të plotësuar, duke rezultuar në një nivel të përgjithshëm përgjigjeje prej 95.7% (957/1000).

Në secilin nga universitetet e përfshira në studim, përzgjedhja e studentëve u realizua përmes një kampioni klaster me shumë faza përmes një procedure përzgjedhjeje me probabilitet në përpjesëtim me madhësinë për secilin vit akademik të universiteteve të përfshira (11).

Që të realizohet një procedurë e tillë, është e nevojshme që të disponohet lista e plotë e Fakulteteve të cdo Universiteti të përfshirë në studim, numri i plotë i viteve akademike në cdo Fakultet dhe numri i plotë i klasave/grupeve të studentëve në cdo vit akademik në cdo Fakultet të Universiteti të përfshirë në studim. Korniza e kampionimit u siguroa nga përfaqësuesit zyrtarë të Universiteteve të përfshira në studim.

Fillimisht, korniza e kampionimit në cdo universitet u stratifikua sipas vitit akademik, në mënyrë që të sigurohej përfaqësimi moshor i kampionit, dhe më pas, u realizua kampionimi me disa faza: në fazën e parë të kampionimit, për cdo vit akademik të universiteteve të përfshira në studim, u zgjodh një kampion i rastësishëm i tre Fakulteteve (njësitë e grupimit/tufëzimit) në proporcion me madhësinë; gjatë fazës së dytë të kampionimit, brenda cdo Fakulteti që u përzgjedh gjatë fazës së parë të kampionimit, u zgjodh një kampion prej tre degësh studimi (njësia e grupimit/tufëzimit) po në proporcion me madhësinë; në fazën e tretë të kampionimit (faza finale e kampionimit), brenda cdo degë studimi të përzgjedhur gjatë fazës së dytë, u zgjodh një kampion i rastësishëm prej tre grupeve/klasave (njësia e grupimit/tufëzimit). Në këtë mënyrë, në këtë procedurë kampionimi me tufa/grupe, njësia finale e kampionimit rezultoi grupi/klasa e studentëve. Të gjithë studentët në grupet e përzgjedhura rastësisht përmes procedurës së mësipërme të kampionimit u ftuan të marrin pjesë në studim.

3.3 Kriteret e pranimit dhe kriteret përjashtuese

Kritere e pranimit ose pjesëmarrjes në studim ishin:

-) Të qënit student/e në një nga Universitetet e përfshira në studim, dhe
-) Rënia dakort për të marrë pjesë në studim.

Nuk u aplikua ndonjë kriter përjashtues.

3.4 Mbledhja e të dhënave

3.4.1 Instrumentet për mbledhjen e të dhënave

Mënyra e mbledhjes së të dhënave: Të dhënat u mblodhën përmes një pyetësoi të vetë-administruar të strukturuar.

Për marrjen e informacioneve lidhur me eksperiencat negative të përjetuara gjatë fëmijërisë (ENF), u përdor Pyetësoi i Historisë së Shëndetit Familjar për të mbledhur informacione lidhur me llojet e ndryshme të abuzimit dhe neglizhencës ndaj fëmijëve, sfidat në shtëpi dhe faktorët e tjerë socialë dhe të sjelljes (77). Në këtë pyetësor që përmban 68 pyetje, i cili është paksa i ndryshëm për meshkujt dhe femrat, por duke mbajtur të njëjtat pyetje thelbësore, të gjitha pyetjet e ENF-ve i referohen 18 viteve të para të jetës së të intervistuarit.

Në këtë studim, u përdor instrumenti i mirënjohur i pyetësorit të ENF-ve, që përmbante 10 pyetje që eksploronin një gamë të gjerë fushash (78). 10 pyetjet përfshinin fusha të ndryshme të abuzimit ose keqtrajtimit, neglizhencës dhe sfidave në shtëpi/familje siç janë:

1. *Abuzimi emocional / psikologjik* (që përfshin 2 artikuj),
2. *Abuzimi fizik* (duke përfshirë 2 pyetje),
3. *Abuzimi seksual* (duke përfshirë 4 pyetje),
4. *Neglizhencë emocionale* (duke përfshirë 5 pyetje),
5. *Neglizhencë fizike* (duke përfshirë 5 pyetje),
6. *Ndarje prindërore ose divorc* (që përfshin 1 pyetje),
7. *Trajtim të dhunshëm të nënës* (duke përfshirë 4 pyetje),
8. *Abuzim me substancat* (2 pyetje),
9. *Sëmundje mendore* (duke përfshirë 2 pyetje) dhe
10. *Sjellje kriminale në familje* (duke mbuluar 1 pyetje) [10,78,79].

Kategoritë e eksperiencave negative të fëmijërisë (ENF) dhe përkufizimet e tyre janë paraqitur në Tabelën 2 të këtij punimi shkencor. Në terma të përgjithshëm, llojet e ENF-ve klasifikohen në dy kategori madhore:

1. **Abuzimi dhe neglizhimi gjatë fëmijërisë**, ku përfshihet *abuzimi emocional, abuzimi fizik, abuzimi seksual, neglizhimi emocional dhe neglizhimi fizik, dhe*
2. **Disfunzioni i familjes/shtëpisë**, ku përfshihet *përjetimi i divorcit/ndarjes prindërore, përjetimi i dhunës* ndaj nënës, jetesa gjatë fëmijërisë me anëtarë të familjes që përdornin/abuzonin me substancat psikoaktive, jetesa gjatë fëmijërisë me anëtarë të familjes që kishin sëmundje mendore, jetesa gjatë fëmijërisë me anëtarë të familjes që kishin përfunduar në burg.

Përmes këtij pyetësori, u morën një sërë informacionesh lidhur me të dhënat bazë socio-demografike dhe socioekonomike dhe për një sërë variablesh të tjerë të interesit. Variablet socio-demografike dhe socio-ekonomike përfshinë karakteristikat bazë të pjesëmarrësve të tilla si: mosha, gjinia, vendlindja, etnia, gjendja civile, niveli i edukimit të nënës, niveli i edukimit të babait, statusi i punësimit të nënës, statusi i punësimit të babait, mosha e nënës kur lindi pjesëmarrësin/en e përfshirë në studim, kohëzgjatja e qëndrimit në vendbanimin aktual, shpeshësia e ndërrimit të vendbanimit gjatë fëmijërisë, mungesa në shkollë për shkak të stresit apo depresionit apo shëndetit fizik të dobët, etj.

Gjithashtu, pyetësori përmbante të dhëna për një sërë sjelljesh të rrezikshme shëndetësore, duke përfshirë: konsumin e 100 cigare në jetë, duhanpirja aktuale, konsumi i alkoolit në jetë dhe muajin e fundit, përdorimi problematik i alkoolit, të qenët i/e alkoolizuar, konsumi i 5 pijeve alkoolike në 1 rast muajin e fundit, ngarje makine i/e dehur muajin e fundit, kryerja e marrdhëneve seksuale në jetë, angazhimi në marrdhënie seksuale të hershme (16 vjec), angazhimi me shumë partnerë seksualë (>3) në jetë, shtatzënia e hershme, përdorimi i drogës në jetë, përdorimi problematik i drogës, përpjekjet për vetëvrasje në jetë dhe inaktivitetin fizik muajin e fundit.

Gjithashtu, ne shtuam disa pyetje lidhur me bullizmin gjithashtu.

3.5 Përshtatja e pyetësorit me kontekstin lokal

Pyetësi i përdorur në këtë studim ishte i validuar dhe i përshtatur më parë nga një studim i kryer në vitin 2011-2012 (11). Për këtë arsye, nuk ishte e nevojshme që pyetësi të validohje në gjuhën Shqipe dhe të përshtatej në kontekstin lokal pasi kjo procedurë ishte kryer më parë.

3.6 Çështjet etike të studimit

Pyetësi i vetë-administruar u është shpërndarë studentëve të përzgjedhur dhe atyre i'u kërkua me mirësjellje që t'a plotësojnë atë në mënyrë anonime dhe me sinqeritet maksimal.

Studimi u miratua nga Komiteti Shqiptar i Etikës Mjekësore dhe Ministria e Arsimit.

3.7 Përkufizimi i ndryshorëve

Në këtë studim variabelt kryesore të pavarur janë: të gjithë karakteristikat socio-demografike dhe socioekonomike (mosha, gjinia, vendlindja, etnia, gjendja civile, niveli i edukimit të nënës, niveli i edukimit të babait, statusi i punësimit të nënës, statusi i punësimit të babait, mosha e nënës kur lindi pjesëmarrësin/en e përfshirë në studim, kohëzgjatja e qëndrimit në vendbanimin aktual, shpeshësia e ndërrimit të vendbanimit gjatë fëmijërisë, mungesa në shkollë për shkak të stresit apo depresionit apo shëndetit fizik të dobët).

Ndërkohë, sjelljet e rrezikshme shëndetësore u konsideruan si variable të varur (si në rastin e shqyrtimit të lidhjeve të tyre me faktorët bazë socio-demografike dhe socioekonomike ashtu edhe gjatë shqyrtimit të lidhjeve të tyre me llojet apo numrin e ENF-ve.

Ndërkohë, eksperiencat negative të fëmijërisë (ENF) u konsideruan variable të varur në rastin e shqyrtimit të lidhjeve të tyre me karakteristikat socio-demografike dhe socioekonomike të pjesëmarrësve por gjatë shqyrtimit të lidhjeve të tyre me sjelljet e rrezikshme shëndetësore, ENF-të u konsideruan si variable të pavarur.

Pra, variabelt e ndryshme janë trajtuar herë si variable të varur dhe herë si variable të pavarur në përputhje me analizat përkatëse.

Në vijim po paraqesim përkufizimet operacionale dhe shkallën e matjes për cdo variabël të përfshirë në këtë studim shkencor.

3.7.1 Faktorët e pavarur të pastër

Mosha

Përkufizimi operacional: Moshë e subjektit të përfshirë në studim, sic është shënuar në pyetësor nga vetë ai/ajo.

Shkalla e matjes: Numerike, diskrete (në vite të plota). Për qëllimet tona, ky variabël i kategorizua në një variabël kategorik ordinal bazuar në tercilet (18-21 vjeç, 22-23 vjeç, >23 vjeç).

Seksi

Përkufizimi operacional: Seksi biologjik i subjektit të përfshirë në studim, sic është shënuar në pyetësor nga vetë ai/ajo.

Shkalla e matjes: Dikotomike (mashkull vs. femër).

Vendlindja

Përkufizimi operacional: Zona ku ka lindur subjekti i përfshirë në studim, sic është shënuar në pyetësor nga vetë ai/ajo.

Shkalla e matjes: Dikotomike (urban vs. rural).

Gjendja civile

Përkufizimi operacional: Gjendja civile e subjektit të përfshirë në studim, sic është shënuar në pyetësor nga vetë ai/ajo.

Shkalla e matjes: Kategorike nominale (beqar, martuar, ndarë, divorcuar, bashkëjeton). Për qëllimet tona, ky variabël i kategorizua në një variabël dikotomik (beqar vs. gjithë kategoritë e tjera).

Etnia

Përkufizimi operacional: Përkatësia etnike e subjektit të përfshirë në studim, sic është shënuar në pyetësor nga vetë ai/ajo.

Shkalla e matjes: Kategorike nominale (Shqiptare, Rome, Egjiptiane, Tjetër).

Niveli i edukimit të nënës

Përkufizimi operacional: Vitet e shkollës të përfunduara nga nëna e subjektit të përfshirë në studim, sic është shënuar në pyetësor nga vetë ai/ajo.

Shkalla e matjes: Numerike, diskrete (vitet e plota të përfundura të shkollës, psh. 4 vjet, 5 vjet, etj. Për qëllimet tona, ky variabël i kategorizua në një variabël kategorik ordinal (arsim i ulët: ≤8 vjet shkollë, arsim i mesëm: 9-12 vjet shkollë, arsim i lartë: >12 vjet shkollë).

Niveli i edukimit të babait

Përkufizimi operacional: Vitet e shkollës të përfunduara nga babai e subjektit të përfshirë në studim, sic është shënuar në pyetësor nga vetë ai/ajo.

Shkalla e matjes: Numerike, diskrete (vitet e plota të përfundura të shkollës, psh. 4 vjet, 5 vjet, etj. Për qëllimet tona, ky variabël i kategorizua në një variabël kategorik ordinal (arsim i ulët: ≤8 vjet shkollë, arsim i mesëm: 9-12 vjet shkollë, arsim i lartë: >12 vjet shkollë).

Statusi i punësimit të nënës

Përkufizimi operacional: Statusi i punësimit të nënës së subjektit të përfshirë në studim, sic është shënuar në pyetësor nga vetë ai/ajo.

Shkalla e matjes: Kategorike, nominale (punësuar me kohë të plotë, punësuar me kohë të pjesshme, jo i/e punësuar).

Statusi i punësimit të babait

Përkufizimi operacional: Statusi i punësimit të babait të subjektit të përfshirë në studim, sic është shënuar në pyetësor nga vetë ai/ajo.

Shkalla e matjes: Kategorike, nominale (punësuar me kohë të plotë, punësuar me kohë të pjesshme, jo i/e punësuar).

Shpeshësia e ndërrimit të vendbanimit gjatë fëmijërisë

Përkufizimi operacional: Sa shpesh ka ndërruar vendbanimin subjekti i përfshirë në studim, sic është shënuar në pyetësor nga vetë ai/ajo.

Shkalla e matjes: Numerike, diskrete (0 herë, 1 herë, 2 herë, etj). Për qëllimet tona, ky variabël i kategorizua në një variabël kategorik ordinal (0 herë, 1 herë, 2 herë).

Kohëzgjatja e jetesës në vendbanimin aktual

Përkufizimi operacional: Sa ka zgjatur (në vite) jetesa në vendbanimin aktual të subjektit të përfshirë në studim, sic është shënuar në pyetësor nga vetë ai/ajo.

Shkalla e matjes: Numerike, diskrete (1 vit, 2 vjet, 3 vjet, etj). Për qëllimet tona, ky variabël i kategorizua në një variabël dikotomik (<2 vjet, 2 herë).

Kush e zotëronte shtëpinë ku jetonit gjatë fëmijërisë

Përkufizimi operacional: Fakti nëse shtëpinë ku subjekti i përfshirë në studim ka jetuar pjesën më të madhë të fëmijërisë së tij e ka zotëruar familja e tij/saj ose jo, sic është shënuar në pyetësor nga vetë ai/ajo.

Shkalla e matjes: Dikotomike (jo vs. po).

Mosha e nënës në momenti që lindi pjesëmarrsin në studim

Përkufizimi operacional: Mosha e nënës së subjektit të përfshirë në studim kur lindi këtë të fundit, sic është shënuar në pyetësor nga vetë ai/ajo.

Shkalla e matjes: Numerike, diskrete (në vite të plota). Për qëllimet tona, ky variabël i kategorizua në një variabël kategorik ordinal bazuar në kuintilet (22 vjeç, 23-24 vjeç, 25-27 vjeç, 28-30 vjeç, >30 vjeç).

Mungesë në shkollë për shkak të shëndetit jo të mirë mendor

Përkufizimi operacional: Fakti nëse subjekti i përfshirë në studim ka munguar në shkollë muajin e fundit për shkak të stresit apo depresionit, sic është shënuar në pyetësor nga vetë ai/ajo.

Shkalla e matjes: Dikotomike (jo vs. po).

Mungesë në shkollë për shkak të shëndetit jo të mirë fizik

Përkufizimi operacional: Fakti nëse subjekti i përfshirë në studim ka munguar në shkollë muajin e fundit për shkak të shëndetit fizik të keq, sic është shënuar në pyetësor nga vetë ai/ajo.

Shkalla e matjes: Dikotomike (jo vs. po).

3.7.2 Faktorët që sillen edhe si faktorë të varur edhe si faktorë të pavarur

3.7.2.1 Sjelljet e rrezikshme shëndetësore

Konsumi i 100 cigareve në jetë

Përkufizimi operacional: Fakti nëse subjekti i përfshirë në studim ka konsumuar 100 ose më shumë cigare gjatë jetës, sic është shënuar në pyetësor nga vetë ai/ajo.

Shkalla e matjes: Dikotomike (jo vs. po).

Duhanpirja aktuale

Përkufizimi operacional: Fakti nëse subjekti i përfshirë në studim pinte duhan në kohën e kryerjes së studimit, sic është shënuar në pyetësor nga vetë ai/ajo.

Shkalla e matjes: Dikotomike (jo vs. po).

Konsumi i alkoolit në jetë

Përkufizimi operacional: Fakti nëse subjekti i përfshirë në studim ka konsumuar ndonjëherë alkool gjatë jetës, sic është shënuar në pyetësor nga vetë ai/ajo.

Shkalla e matjes: Dikotomike (jo vs. po).

Konsumi i alkoolit gjatë muajit të fundit

Përkufizimi operacional: Fakti nëse subjekti i përfshirë në studim ka konsumuar alkool gjatë muajit të fundit, sic është shënuar në pyetësor nga vetë ai/ajo.

Shkalla e matjes: Dikotomike (jo vs. po).

Konsum problematik i alkoolit gjatë muajit të fundit

Përkufizimi operacional: Fakti nëse subjekti i përfshirë në studim mendon se konsumi i tij i alkoolit mund të konsiderohet problematik, sic është shënuar në pyetësor nga vetë ai/ajo.

Shkalla e matjes: Dikotomike (jo vs. po).

Të qënit i/e alkoolizuar

Përkufizimi operacional: Fakti nëse subjekti i përfshirë në studim mendon se është i/e alkoolizuar, sic është shënuar në pyetësor nga vetë ai/ajo.

Shkalla e matjes: Dikotomike (jo vs. po).

Konsumi i 5 pijeve alkoolike në 1 rast gjatë muajit të fundit

Përkufizimi operacional: Fakti nëse subjekti i përfshirë në studim ka konsumuar 5 pije alkoolike në 1 rast gjatë muajit të fundit, sic është shënuar në pyetësor nga vetë ai/ajo.

Shkalla e matjes: Dikotomike (jo vs. po).

Ngarja e makinës në gjendje të dehur gjatë muajit të fundit

Përkufizimi operacional: Fakti nëse subjekti i përfshirë në studim ka ngarë makinën në gjendje të dehur gjatë muajit të fundit, sic është shënuar në pyetësor nga vetë ai/ajo.

Shkalla e matjes: Dikotomike (jo vs. po).

Angazhimi në marrdhënie seksuale në jetë

Përkufizimi operacional: Fakti nëse subjekti i përfshirë në studim ka kryer ndonjëherë marrdhënie seksuale, sic është shënuar në pyetësor nga vetë ai/ajo.

Shkalla e matjes: Dikotomike (jo vs. po).

Angazhimi në marrdhënie seksuale të hershme

Përkufizimi operacional: Fakti nëse subjekti i përfshirë në studim ka kryer marrdhënie seksuale për herë të parë në moshën 16 vjec ose më herët, sic është shënuar në pyetësor nga vetë ai/ajo.

Shkalla e matjes: Dikotomike (jo vs. po).

Angazhimi me shumë partnerë seksualë në jetë

Përkufizimi operacional: Fakti nëse subjekti i përfshirë në studim ka kryer marrdhënie seksuale me 3 ose më shumë partnerë seksualë në jetë, sic është shënuar në pyetësor nga vetë ai/ajo.

Shkalla e matjes: Dikotomike (jo vs. po).

Shtatzënia e hershme (vetëm për femrat)

Përkufizimi operacional: Fakti nëse subjektja e përfshirë në studim ka mbetur shtatzënë në moshën 18 vjec ose më herët, sic është shënuar në pyetësor nga vetë ajo.

Shkalla e matjes: Dikotomike (jo vs. po).

Konsumi i drogës në jetë

Përkufizimi operacional: Fakti nëse subjekti i përfshirë në studim ka konsumuar ndonjëherë drogë të paligjshme gjatë jetës, sic është shënuar në pyetësor nga vetë ai/ajo.

Shkalla e matjes: Dikotomike (jo vs. po).

Konsum problematik i drogës

Përkufizimi operacional: Fakti nëse subjekti i përfshirë në studim mendon se konsumi i tij i drogës mund të konsiderohet problematik, sic është shënuar në pyetësor nga vetë ai/ajo.

Shkalla e matjes: Dikotomike (jo vs. po).

Angazhimi në përpjekje për të vrarë veten

Përkufizimi operacional: Fakti nëse subjekti i përfshirë në studim është përfshirë në përpjekje për të vrarë veten gjatë jetës së tij/saj, sic është shënuar në pyetësor nga vetë ai/ajo.

Shkalla e matjes: Dikotomike (jo vs. po).

Inaktivitet fizik muajin e fundit

Përkufizimi operacional: Fakti nëse subjekti i përfshirë në studim raporton inaktivitet fizik gjatë muajit të fundit, sic është shënuar në pyetësor nga vetë ai/ajo.

Shkalla e matjes: Dikotomike (jo vs. po).

Të qenit viktimë e bullizmit

Përkufizimi operacional: Fakti nëse subjekti i përfshirë në studim ka qënë viktimë e bullizmit gjatë fëmijërisë, sic është shënuar në pyetësor nga vetë ai/ajo.

Shkalla e matjes: Dikotomike (jo vs. po).

3.7.2.2 Eksperiencat negative të fëmijërisë

Konsumi i 100 cigareve në jetë

Përkufizimi operacional: Fakti nëse subjekti i përfshirë në studim ka konsumuar 100 ose më shumë

Përjetimi i abuzimit emocional gjatë fëmijërisë

Përkufizimi operacional: Fakti nëse subjekti i përfshirë në studim ka raportuar se një prind ose një i rritur tjetër në familje shpesh: (a) e ka sharë, fyer, ulur apo poshtëruar, ose (b) Ka vepruar në atë mënyrë që ju frikësonte se mund të lëndoheshit fizikisht, sic është shënuar në pyetësor nga vetë ai/ajo.

Shkalla e matjes: Dikotomike (jo vs. po).

Përjetimi i abuzimit fizik gjatë fëmijërisë

Përkufizimi operacional: Fakti nëse subjekti i përfshirë në studim ka raportuar se një prind ose një i rritur tjetër në familje shpesh: (a) e ka shtyrë, kapur me forcë, goditur me shpulakë ose ju

ka gjuajtur me dicka, ose (b) e ka goditur ndonjëherë aq shumë sa keni pasur shenja apo jeni lënduar, sic është shënuar në pyetësor nga vetë ai/ajo.

Shkalla e matjes: Dikotomike (jo vs. po).

Përjetimi i abuzimit seksual gjatë fëmijërisë

Përkufizimi operacional: Fakti nëse subjekti i përfshirë në studim ka raportuar se një i rritur apo një person të paktën 5 vjet më i madh se ju ndonjëherë: (a) e ka prekur apo përkëdhelur në një mënyrë seksuale, ose (b) e ka detyruar/ftuar të prekë trupin e tyre në një mënyrë seksuale, ose (c) është përpjekur të ketë marrëdhënie orale, anale ose vaginale me atë, ose (d) ka kryer marrëdhënie orale, anale ose vaginale me atë, sic është shënuar në pyetësor nga vetë ai/ajo.

Shkalla e matjes: Dikotomike (jo vs. po).

Përjetimi i neglizhimit emocional gjatë fëmijërisë

Përkufizimi operacional: Fakti nëse subjekti i përfshirë në studim ka raportuar se ka ndjerë shpesh se: (a) askush në familjen e tij/saj nuk e ka dashur, ose (b) askush në familjen e tij/saj nuk mendonte se ishe i rëndësishëm apo i/e veçantë, ose (c) në familjen e tij/saj nuk kujdeseshin për njëri-tjetrin, ose (d) në familjen e tij/saj nuk ndjeheshin të afërt me njëri-tjetrin, ose (e) në familjen e tij/saj nuk e mbështesnin njëri-tjetrin, sic është shënuar në pyetësor nga vetë ai/ajo.

Shkalla e matjes: Dikotomike (jo vs. po).

Përjetimi i neglizhimit fizik gjatë fëmijërisë

Përkufizimi operacional: Fakti nëse subjekti i përfshirë në studim ka raportuar se ka ndjerë shpesh se: (a) nuk kishe mjaftueshëm për të ngrënë, ose (b) duhej të vishje rroba të pista, ose (c) nuk kishe njeri që të të mbronte, ose (d) prindërit e tu ishin shumë të dehur apo të droguar për t'u kujdesur për ty, ose (e) prindërit e tu ishin të dehur apo të droguar për të të cuar tek mjeku nëse kishe nevojë për këtë, sic është shënuar në pyetësor nga vetë ai/ajo.

Shkalla e matjes: Dikotomike (jo vs. po).

Përjetimi i ndarjes/divorcit të prindërve gjatë fëmijërisë

Përkufizimi operacional: Fakti nëse subjekti i përfshirë në studim ka përjetuar ndonjëherë ndarjen apo divorcin e prindërve të tij gjatë fëmijërisë, sic është shënuar në pyetësor nga vetë ai/ajo.

Shkalla e matjes: Dikotomike (jo vs. po).

Përjetimi i dhunës ndaj nënës gjatë fëmijërisë

Përkufizimi operacional: Fakti nëse subjekti i përfshirë në studim ka raportuar se nëna e tij/saj (ose njerka): (a) është shtyrë shpesh, goditur me shuplakë, ose e kanë gjuajtur shpesh me dicka, ose (b) ndonjëherë ose shpesh është goditur, kafshuar, goditur me grusht, apo goditur me diçka të fortë, ose (c) është goditur ndonjëherë në mënyrë të përsëritur për të paktën disa minuta, ose (d) është kërcënuar ndonjëherë me armë apo thikë, sic është shënuar në pyetësor nga vetë ai/ajo.

Shkalla e matjes: Dikotomike (jo vs. po).

Jetesa në familje gjatë fëmijërisë me anëtarë që abuzonin me substancat psikoaktive

Përkufizimi operacional: Fakti nëse subjekti i përfshirë në studim ka raportuar se ka jetuar me dikë: (a) që ishte një përdorues problematik i alkoolit ose i/e alkoolizuar, ose (b) që përdorte droga të paligjshme?, sic është shënuar në pyetësor nga vetë ai/ajo.

Shkalla e matjes: Dikotomike (jo vs. po).

Jetesa në familje gjatë fëmijërisë me anëtarë që vuanin nga sëmundje mendore

Përkufizimi operacional: Fakti nëse subjekti i përfshirë në studim ka raportuar se ndonjë antëar i familjes: (a) ka qënë në depresion apo i sëmurë mendor, ose (b) është përpjekur të vetëvritet, sic është shënuar në pyetësor nga vetë ai/ajo.

Shkalla e matjes: Dikotomike (jo vs. po).

Jetesa në familje gjatë fëmijërisë me anëtarë që përfunduan në burg

Përkufizimi operacional: Fakti nëse subjekti i përfshirë në studim ka raportuar se ndonjë antëar i familjes së tij/saj ka përfunduar ndonjëherë në burg, sic është shënuar në pyetësor nga vetë ai/ajo.

Shkalla e matjes: Dikotomike (jo vs. po).

Numri i eksperiencave negative të fëmijërisë

Përkufizimi operacional: Numri i eksperiencave negative të fëmijërisë që ka përjetuar subjekti i përfshirë në shtëpi, sic është shënuar në pyetësor nga vetë ai/ajo.

Shkalla e matjes: Numerike, diskrete (0, 1, 2, 3, etj.). Për qëllimet tona, ky variabël u kategorizua në një variabël kategorik ordinal (0 ENF, 1 ENF, 2 ENF, 3 ENF, 4 ENF), në një variabël dikotomik (0 ENF vs. 1 ENF) dhe në një tjetër variabël dikotomik (0-3 ENF vs. 4 ENF).

3.8 Analiza statistikore e të dhënave

Një sërë treguesish dhe testesh statistikore u përdorën për të analizuar, përshkruar, vlerësuar, krahasuar dhe interpretuar të dhënat e këtij studimi. Testet statistikore të përdorura u përzgjedhën në varësi të natyrës së variableve të përfshira në analizat dhe modelet statistikore përkatëse.

Numrat absolutë dhe përqindjet përkatëse u raportuan për ndryshorët kategorikë. Ndryshorët numerikë (të vazhdueshëm apo diskretë) u përshkruan duke përdorur madhësitë e prirjes qendrore (vlera mesatare) dhe madhësitë e dispersionit (deviacioni standard).

Variablet kategorike u krahasuar duke përdorur testin statistikor **hi katror** ose testin Fisher's exact test në rastin e tabelave 2x2. Këto teste raportojnë vlerën e P-së (domethënies statistikore).

Për krahasimin e vlerave mesatare të variablilit të varur midis kategorive të ndryshoreve të pavarura është përdorur **testi t i studentit**.

Për nivelet e prevalencës u llogarit dhe **intervallet e besimit 95% (95%CI) përkatës**, duke ofruar një panoramë edhe më të qartë të vlerave ku mund të luhet prevalenca e vërtetë e fenomenit të matur në popullatë. Përdorimi i intervalleve të besimit ishte i nevojshëm për shkak se llogaritjet tona janë bazuar në një kampion studentësh dhe jo në të gjithë popullatën target të studimit, duke lehtësuar kështu ndricimin më të mirë të situatës reale dhe interpretimin e rezultateve.

Në përputhje me udhëzimet e pyetësorit ACE (78), për secilën nga 10 pyetjet që mbulonin llojet e ndryshme të eksperiencave negative të fëmijërisë (ENF), u dha një përgjigje "po" ose "jo" nëse pjesëmarrësi kishte shënuar ndonjë nga pyetjet e përfshira në përkufizimin e llojeve të caktuara të ENF-ve; çdo përgjigjeje "po" i'u dha 1 pikë dhe i'u dha 0 pikë për një përgjigje "jo"; Të gjitha përgjigjet "po" janë mbledhur për të dhënë rezultatin përfundimtar të ENF-ve, i cili mund të variojë nga një minimum prej 0 ENF (pra pjesëmarrësi/sja nuk ka përjetuar asnjëherë nga format e ENF-ve të përfshira në pyetësor) deri në një rezultat maksimal prej 10 (domethënë, pjesëmarrësi/sja ka përjetuar të gjitha format e ENF-ve të përfshira në pyetësor). Rezultati më i lartë i ENF-ve nënkupton një ekspozim më të lartë ndaj më shumë llojeve të eksperiencave negative të fëmijërisë (78). Zakonisht, një rezultat i ENF-ve prej 4 ose më shumë konsiderohet një faktor i rëndësishëm rreziku për një numër relativisht të madh rezultatesh të pafavorshme shëndetësore (80).

Variabli numerik lidhur me numrin e ENF-ve, i krijuar si më sipër, u përdor si variabël i varur në modelet statistikore të **Modelit Linear të Përgjithshëm** në mënyrë që të krahasohet numri mesatar i ngjarjeve të ENF-ve në të gjitha kategoritë e ndryshoreve të pavarura të përfshira në studim, përmes **testit t i studentit**, dhe për të kontrolluar për çdo ndryshim statistikiqist domethënës ($p < 0.05$), duke kontrolluar për efektet konfonduese të moshës dhe seksit. **Modeli Linear i Përgjithshëm** pra mundëson kontrollin (axhustimin) për shumë ndryshore (variable) të tjerë (numerike dhe/ose kategorike), duke neutralizuar efektin konfondues potencial të tyre (në rastin tonë, efektet konfonduese të moshës dhe seksit të pjesëmarrësve). Modeli Linear i Përgjithshëm përfaqëson një ndër testet statistikore bazë në studimin tonë për të përcaktuar faktorët e lidhur në mënyrë statistikiqist domethënëse me numrin mesatar të ENF-ve.

Modeli Linear i Përgjithshëm raportoi këto parametra statistikorë:

- a. Vlerën mesatare të variablilit të varur, sipas kategorive të variablilit të pavarur.
- b. Intervali i besimit 95% për vlerën mesatare të raportuar. Intervali i besimit 95% shpreh intervalin ku ne jemi të sigurt që gjendet vlera mesatare e raportuar në 95% të rasteve. Duke qënë se kampioni jonë është një fraksion i popullatës referencë, atëherë nuk jemi asnjëherë plotësisht të sigurt që vlera mesatare e raportuar nga kampioni jonë është

saktësisht po kaq dhe në popullatën referencë. Për këtë arsye raportohet Intervali i Besimit 95%, ku ne jemi të sigurt që ndodhet vlera jonë mesatare në 95% të rasteve.

c. Vlera e P-së apo e domethënies statistikore.

d. Shkallët e lirisë.

Për të përcaktuar faktorët e lidhur apo faktorët të cilët parashikojnë gjasat e pranisë së faktorëve të varur në studim u përdor **Regresioni Logjistik Binar**, duke qënë se variablet e varur në rastin tonë (psh., prania e llojeve të ndryshme të ENF-ve, prania e të paktën 1 ENF-je kundrejt mungesës së tyre, prania e të paktën 4 ENF-sh kundrejt 3 ose më pak ENF-sh) kishin natyrë dikotomike (me dy kategori, po vs. jo). Regresioni Logjistik Binar parashikon vlerat e një variabli të varuar bazuar në një ose më shumë variable të pavarur. **Regresioni Logjistik Binar** vlerëson se sa herë më shumë ose sa herë më pak gjasa ka një ngjarje e varur të ndodhë në varësi të kategorive të variablit të pavarur, një prej të cilave merret si kategori referencë. Për shembull, nëse duam të testojmë se sa herë më shumë të ngjarë kanë meshkujt që të kenë qënë të abuzuar fizikisht gjatë fëmijërisë së tyre krahasuar me femrat, realizojmë testin e **Regresionit Logjistik Binar** nga i cili, në rastin konkret, rezulton se meshkujt kanë 1.6 herë më shumë të ngjarë të kenë përjetuar abuzim fizik në fëmijëri krahasuar me femrat, në analizën multivariate të kontrolluar për efektet potenciale konfonduese të moshës dhe seksit të pjesëmarrësve (ndryshimi statistikisht domethënës nga ana statistikore, $p=0.006$, Tabela 20).

Në mënyrë që të kontrollohej efekti i variableve të ndryshëm konfondues, u përdorën modelet të **Regresionit Logjistik Binar** të kontrolluar për moshën dhe seksin e pjesëmarrësve në studim. Në modelet e kontrolluar për moshën dhe seksin e pjesëmarrësve rezultatet janë të kontrolluara për këta dy faktorë potencialisht konfondues të përfshirë në studim.

Modelet e **Regresionit Logjistik Binar** raportuan këto parametra statistikorë:

- a. Raportin e Gjasave apo OR. Në thelb gjasa shpreh raportin e probabilitetit të ndodhjes së një ngjarjeje përmbi probabilitetin e mos ndodhjes së saj. Në rastin konkret OR shpreh raportin e gjasave të pranisë së psh. abuzimit fizik në fëmijëri midis një grupi subjektsh (psh. midis meshkujve) përmbi gjasat e pranisë së abuzimit fizik në fëmijëri në grupin tjetër (në këtë rast, midis femrave). OR është madhësi e forcës së lidhjes: sa më e lartë OR, aq më e fortë është lidhja e vëzhguar midis dy variableve.
- b. Intervali i besimit 95% për raportin e gjasave (OR). Intervali i besimit 95% shpreh intervalin ku ne jemi të sigurt që gjendet vlera e raportuar e OR-së në 95% të rasteve.
- c. Vlera e P-së apo e domethënies statistikore. Ky parametër shpreh rolin që luan shansi në shpjegimin e lidhjes së vënë re midis variableve të ndryshme. Sa më e lartë vlera e P-së, aq më shumë luan rol shansi në shpjegimin e lidhjes së vërejtur, duke shërbyer si një ndër kriteret për vlerësimin e shkakësisë. Me marrëveshje, një vlerë e P-së prej 5% ose më pak merret si tregues i domethënies statistikore. Sidoqoftë, dizanji transversal (kros-seksional) i pjesës analitike të këtij studimi shkencor nuk mbështet interpretimet

shkakësore dhe prandaj cdo vlerë e raportit të gjasave (OR) duhet të interpretohet me shumë kujdes.

- d. Shkallët e lirisë. Shkallët e lirisë kanë kuptim të raportohen krahas vlerave të domethënies statistikore vetëm kur variabli i pavarur ka më shumë se dy kategori. Kur variabli i pavarur ka dy kategori, shkallët e lirisë janë një dhe zakonisht kjo nuk raportohet.

Për të përcaktuar faktorët e lidhur apo faktorët të cilët parashikojnë gjasat e pranisë së numrit të ENF-ve në studim u përdor **Regresioni Logjistik Multinomial**, duke qënë se variabli i varur në rastin tonë (psh., numri i ENF-ve: zero ENF, 1 ENF, 2 ENF, 3 ENF, 4 ENF) kishte më shumë se dy kategori duke e bërë të pamundur përdorimin e Regresionit Logjistik Binar për këtë analizë interesante. Regresioni Logjistik Multinomial lejon që variabli i varur të ketë më shumë se dy kategori, dhe cdo kategori e variablit të varur mund të zgjidhet si kategori referencë kundrejt të cilës krahasohen kategoritë e tjera. Në rastin tonë, ne zgjodhëm si kategori referencë kategorinë me 0 ENF (pra, asnjë ENF) kundrejt të cilës krahasuam gjasat e pranisë së variablit të pavarur me rritjen e numrit të ENF-ve. **Regresioni Logjistik Multinomial** po kështu lejon kontrollin apo axhustimin e faktorëve potencialë konfondues (në këtë rast, të moshës dhe seksit të pjesëmarrësve në studim), duke ofruar avantazhin e gjurmimit të raportit të gjasave të hasjes së faktorit të pavarur sipas kategorive të faktorit të varur, në këtë rast numrin në rritje të ENF-ve. Për shembull, në Tabelën 45 paraqiten raportet e gjasave të përpjekjeve për t'u vetëvarrë sipas numrit të ENF-ve, bazuar në analizat e Regresionit Logjistik Multinomial; më konkretisht, vihet re se, krahasuar me pjesëmarrësit që raportojnë 0 ENF gjasat e përpjekjeve për t'u vetëvarrë midis atyre që raportojnë 1 ENF janë 2 herë më të larta, midis atyre që raportojnë 2 ENF janë 2.4 herë më të larta, midis atyre që raportojnë 3 ENF janë 8.3 herë më të larta ($p < 0.05$) dhe midis atyre që raportojnë 4 ENF janë 20.4 herë më të larta ($p < 0.001$).

Modelet e **Regresionit Logjistik Multinomial** raportojnëpo ato parametra statistikore si dhe Regresioni Logjistik Binar: raportin e gjasave (OR), intervalin e besimit 95% për raportin e gjasave (95%CI), vlerën e domethënies statistikore (vlera e P-së) dhe shkallët e lirisë për domethënien statistikore.

Për të vlerësuar lidhjet bivariate midis llojeve të ndryshme të ENF-ve, u përdor testi përkatës i korrelacionit dhe u raportua koeficienti i korrelacionit **Spearman's rho**, që është një test jo-parametrik duke qënë se llojet e ENF-ve janë variable dikotomike.

Krahas tabelave, për paraqitjen grafike të të dhënave u përdorën bar-diagramet pasi natyra e të dhënave tona favorizonte përdorimin e kësaj teknikë (e përshtatshme për vizualizimin e të dhënave kategorike).

Në të gjitha rastet u konsideruan si statistikisht sinjifikante (të përfillshme) lidhjet statistikore ku vlerat e P janë < 0.05 .

E gjithë analiza statistikore e ta dhënave u krye me paketën statistikore SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versioni 21.

KAPITULLI IV. REZULTATET

4.1 Të dhëna të përgjithshme lidhur me subjektet në studim

Në studim morën pjesë 957 studentë që frekuentonin universitetet publike në Tiranë, Elbasan, Shkodër dhe Vlorë. Moshë mesatare e subjekteve në studim ishte 22.5 ± 1.99 vjet, duke variuar nga mosha minimale 18 vjet (1 subjekt) deri në moshën maksimale 33 vjet (1 subjekt). Rreth një e treta e subjekteve në studim ishin midis 18-21 vjet (33.6%) në kohën e kryerjes së studimit, 26.5% ishin midis 22 dhe 23 vjet dhe pjesa e mbetur prej 39.9% ishin > 23 vjet (Tabela 1).

Përsa i përket seksit, pjesa më e madhe e pjesëmarrësve ishin femra (55.4%) dhe 44.6% ishin meshkuj. Pjesa dërrmuese e pjesëmarrësve në studim deklaruan se kishin lindur në zonat urbane 86.8% dhe vetëm 13.2% kishin lindur në zonat rurale. Në kohën e kryerjes së studimit pjesa dërrmuese e pjesëmarrësve ishin beqarë (85.6%) kurse 14.4% deklaruan se ishin të martuar, ose të ndarë, divorcuar apo në një bashkëjetesë (Tabela 1).

Virtualisht të gjithë pjesëmarrësit (99.7%) i përkisnin etnisë Shqiptare, etnia Egjiptiane përfaqësonte 0.2% të kampionit dhe etnia Rome vetëm 0.1% (Tabela 1).

Lidhur me nivelin e edukimit të nënës, 17.2% e pjesëmarrësve deklaruan arsim të ulët të nënës, 52% deklaruan arsim të mesëm dhe 30.8% deklaruan arsim të lartë; përqindjet përkatëse për nivelin e edukimit të babait ishin 13.5%, 50.4% dhe 36.1% (Tabela 1).

Përsa i përket statusit të punësimit të nënës, 36.1% e pjesëmarrësve deklaruan se nëna e tyre ishte e punësuar me kohë të plotë, 15.3% e kishin nënë të punësuar me kohë të pjesshme dhe 48.6% deklaruan se nëna e tyre ishte e papunë. Ndërkohë, shifrat përkatëse për punësimin e babait ishin 56%, 28.5% dhe 15.5% (Tabela 1).

Rreth një në pesë studentë e kishin ndërruar vendbanimin e tyre 2 herë ose më shumë gjatë jetës, një e katërta e kishin bërë këtë një herë kurse 54.5% deklaruan se nuk e kanë ndërruar vendbanimin e tyre. Po kështu, 94% e pjesëmarrësve deklaruan se kanë më shumë se dy vjet që jetojnë në vendbanimin aktual (Tabela 1).

Përsa i përket moshës së nënës në kohën e lindjes së subjektit në studim, 21% deklaruan se nëna e tyre ishte 22 vjet ose më e re në kohën kur ata lindën, 16.7% deklaruan se nëna ishte 23-24 vjet, në 21.2% të subjekteve nëna ishte 25-27 kur i lindi ata, nëna ishte 28-30 vjet në 21.8% të rasteve dhe >30 vjet në 19.3% të studentëve që dhanë informacion për këtë çështje (Tabela 1).

Rreth 4 në 10 studentë deklaruan se kishin munguar në shkollë gjatë muajit të kaluar për shkak të stresit apo depresionit dhe gati gjysma (47.8%) munguan në shkollë për shkak të shëndetit jo të mirë fizik (Tabela 1). Së fundmi, rreth 95% e pjesëmarrësve deklaruan se shtëpia ku ata kaluan pjesën më të madhe të fëmijërisë ishte e familjes së tyre.

Tabela 1. Karakteristikat bazë të pjesëmarrësve në studim

Karakteristika të përgjithshme të subjekteve në studim	Numri absolut	Përqindja
Total	957	100.0
Grup-mosha (tercilet)		
18-21 vjeç	318*	33.6
22-23 vjeç	251	26.5
>23 vjeç	378	39.9
Mosha (mesatare ± deviacioni standard)	22.5 ± 1.99	
Seksi		
Mashkull	427	44.6
Femër	530	55.4
Vendlindja		
Urban	766	86.8
Rural	116	13.2
Gjendja civile		
Jo i/e martuar	817	85.6
I/e martuar, ndarë, divorcuar, bashkëjeton	137	14.4
Etnia		
Shqiptare	949	99.7
Egjiptian	2	0.2
Rome	1	0.1
Niveli i edukimit të nënës		
I ulët (8 vjet ose më pak)	163	17.2
I mesëm (9-12 vjet)	492	52.0
I lartë (>12 vjet)	292	30.8
Niveli i edukimit të babait		
I ulët (8 vjet ose më pak)	127	13.5
I mesëm (9-12 vjet)	476	50.4
I lartë (>12 vjet)	341	36.1
Statusi i punësimit të nënës		
Punësuar me kohë të plotë	339	36.1
Punësuar me kohë të pjesshme	144	15.3
Jo e punësuar	456	48.6
Statusi i punësimit të babait		
Punësuar me kohë të plotë	507	56.0
Punësuar me kohë të pjesshme	258	28.5
Jo i punësuar	140	15.5
Shpeshtësia e ndërrimit të vendbanimit gjatë fëmijërisë		
Nuk e ka ndërruar	495	54.5
Një herë	230	25.3
2 herë	184	20.2
Kohëzgjatja e jetesës në vendbanimin aktual		

Karakteristika të përgjithshme të subjekteve në studim	Numri absolut	Përqindja
<2 vjet	55	6.0
2 vjet	857	94.0
Pë pjesën më të madhe të fëmijërisë suaj, shtëpia ku jetonit ishte e juaja?		
Jo	49	5.2
Po	892	94.8
Mosha e nënës në momentin e lindjes së pjesëmarrësit (kuintilet)		
≤22 vjeç	195	21.0
23-24 vjeç	155	16.7
25-27 vjeç	197	21.2
28-30 vjeç	202	21.8
>30 vjeç	179	19.3
Mungesë në shkollë për shkak të stresit apo depresionit gjatë muajit të fundit		
Jo	524	60.8
Po	338	39.2
Mungesë në shkollë për shkak të shëndetit fizik jo të mirë gjatë muajit të fundit		
Jo	458	52.2
Po	419	47.8

* Cdo mospërputhje me numrin total vjen si pasojë e mungesës së informacionit.

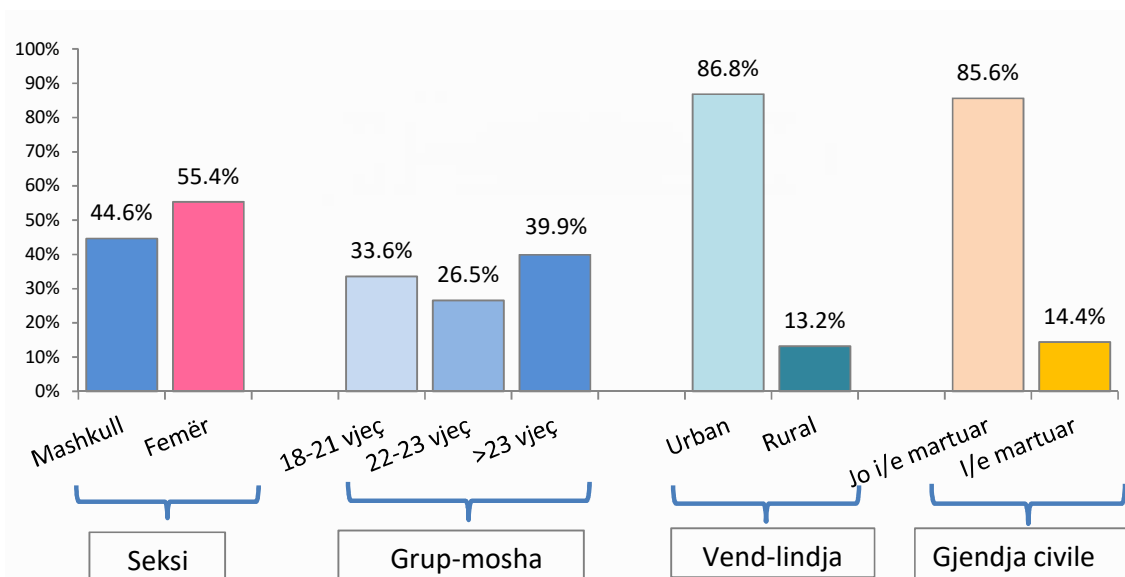


Figura 1. Karakteristikat bazë të pjesëmarrësve në studim

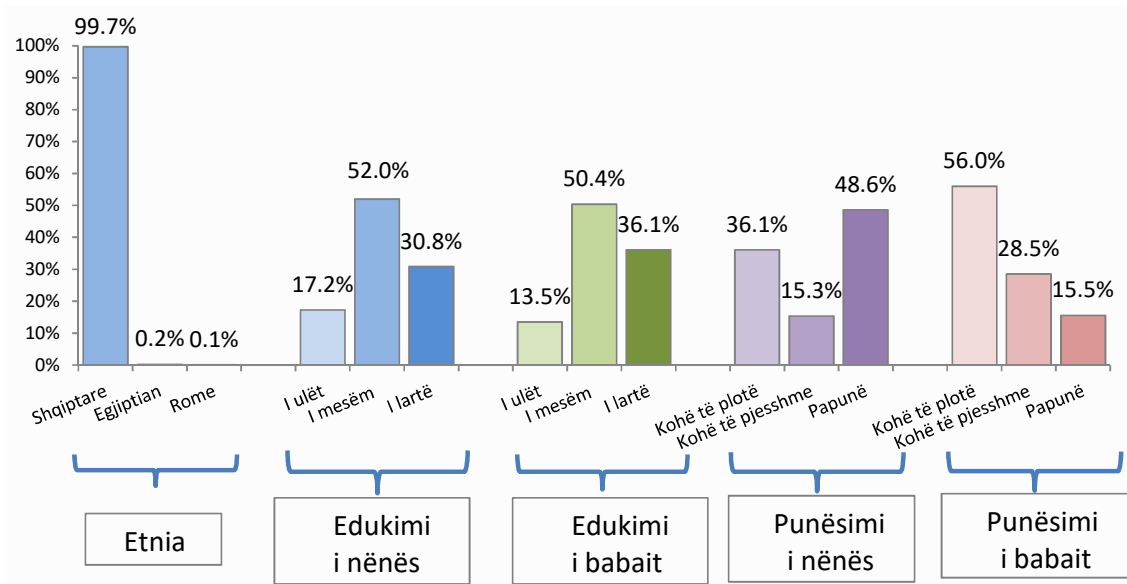


Figura 2. Karakteristikat të tjera bazë të pjesëmarrësve në studim

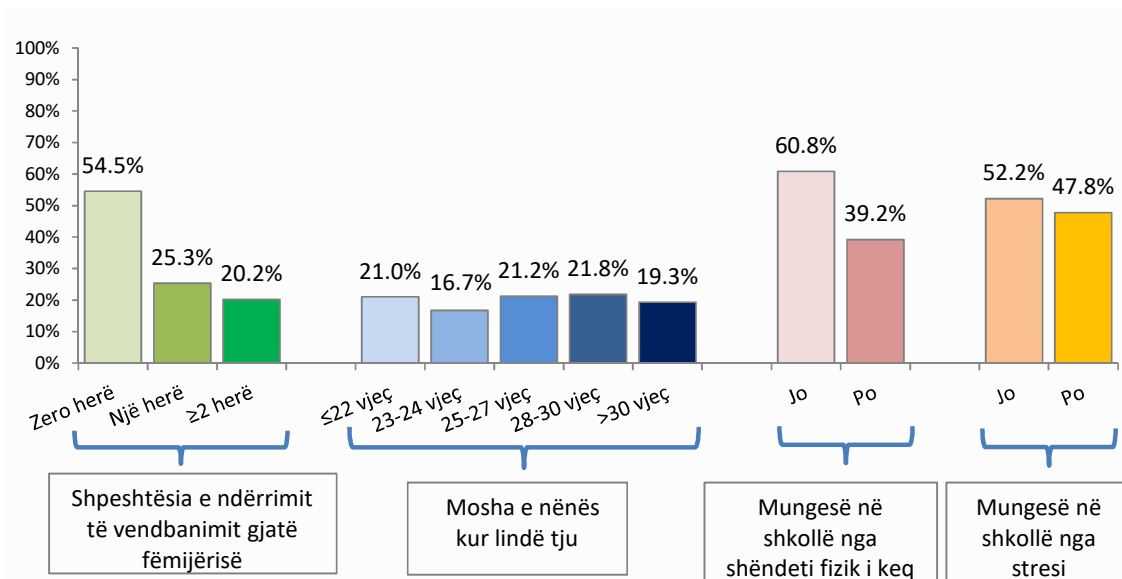


Figura 3. Karakteristika të tjera bazë të pjesëmarrësve në studim

4.2 Të dhëna lidhur me prevalencën e eksperiencave negative të fëmijërisë (ENF) tek pjesëmarrësit në studim

4.2.1 Prevalenca e llojeve të ndryshme të eksperiencave negative të fëmijërisë

Prevalenca e llojeve të ndryshme të eksperiencave negative të fëmijërisë (ENF) si dhe informacioni lidhur me numrin e këtyre eksperiencave paraqitet në Tabelën 2 në vijim.

Mund të vihet re që eksperiencat negative e fëmijërisë me prevalencën më të lartë është abuzimi emocional (35.4%), pasuar nga neglizhimi fizik (34.3%), të qënë dëshmitar i dhunës së ushtruar ndaj nënës (23.9%), abuzimi fizik (21%) dhe jetesa me anëtarë të tjerë të familjes që abuzonin me alkoolin ose drogat e paligjshme (18.7%). Ndërkohë, eksperiencat negative të fëmijërisë që rezultuan me prevalencën më të ulët përfshijnë ndarjen/divorcin e prindërve (2.1%), anëtarë të familjes që kanë përfunduar në burg (4.7%) dhe jetesa me pjesëtare të familjes që kanë depresion, sëmundje mendore ose që kanë tentuar vetëvrasjen e cila u raportua nga 5.8% e pjesëmarrësve që dhanë informacion për këtë çështje (Tabela 2).

Nga ana tjetër, mbi dy të tretat e pjesëmarrësve (69.5%) kanë përjetuar të paktën një formë të ENF-ve gjatë fëmijërisë së tyre, 26.8% kanë përjetuar vetëm një formë të ENF-ve, 16.1% kanë përjetuar dy forma, 10.3% kanë përjetuar 3 forma të ENF-ve, 8.9% kanë përjetuar 4 forma të ENF-ve, 5% kanë përjetuar 5 forma dhe 2.3% kanë përjetuar 6 forma të ENF-ve. Rreth 16% e pjesëmarrësve që dhanë informacion deklaruan se kanë përjetuar 4 ose më shumë forma të eksperiencave negative gjatë fëmijërisë. Numri mesatar i ENF-ve rezultoi 1.65 (Tabela 2).

Tabela 2. Përkufizimi dhe prevalenca e eksperiencave negative të fëmijërisë (ENF) tek pjesëmarrësit në studim

Lloji i ENF	Prevalenca, n (%)	Intervali i besimit 95% (95% CI) për prevalencën	
		Kufiri i poshtëm	Kufiri i sipërm
Abuzimi dhe neglizhimi gjatë fëmijërisë			
1. Abuzim emocional: Një prind ose një i rritur tjetër në familje shpesh... (a) Ju ka sharë, fyer, ulur apo poshtëruar? (b) Ka vepruar në atë mënyrë që ju frikësonte se mund të lëndoheshit fizikisht?	322 (35.4)	32.3	38.6
2. Abuzim fizik: Një prind ose një i rritur tjetër në familje shpesh... (a) Ju ka shtyrë, kapur me forcë, goditur me shpulakë ose ju ka gjuajtur me dicka? (b) Ju ka goditur ndonjëherë aq shumë sa keni pasur shenja apo jeni lënduar?	191 (21.0)	18.4	23.8
3. Abuzim seksual: Një i rritur apo një person të paktën 5 vjet më i madh se ju ndonjëherë... (a) Ju ka prekur apo përkëdhelur në një mënyrë seksuale? (b) Ju ka detyruar/ftuar të prekni trupin e tyre në një mënyrë seksuale? (c) Është përpjekur të ketë marrëdhënie orale, anale ose vaginale me ju? (d) Ka kryer marrëdhënie orale, anale ose vaginale me ju?	92 (11.2)	9.1	13.6

<p>4. Neglizhim emocional: A keni ndjerë shpesh se...</p> <p>(a) Askush në familjen tuaj nuk ju ka dashur?</p> <p>(b) Askush në familjen tuaj nuk mendonte se ishit i rëndësishëm apo i/e veçantë?</p> <p>(c) Në familjen tuaj nuk kujdeseshit për njëri-tjetrin?</p> <p>(d) Në familjen tuaj nuk ndjeheshit të afërt me njëri-tjetrin?</p> <p>(e) Në familjen tuaj nuk e mbështesnit njëri-tjetrin?</p>	81 (9.1)	7.3	11.2
<p>5. Neglizhim fizik: A keni ndjerë shpesh se...</p> <p>(a) Nuk kishit mjaftueshëm për të ngrënë?</p> <p>(b) Duhej të vishni rroba të pista?</p> <p>(c) Ju nuk kishit njeri që t'ju mbronte?</p> <p>(d) Prindërit tuaj ishin shumë të dehur apo të droguar për t'u kujdesur për ju?</p> <p>(e) Prindërit tuaj ishin të dehur apo të droguar për t'ju cuar tek mjeku nëse kishit nevojë për këtë?</p>	300 (34.3)	31.2	37.6
Disfunzioni i familjes			
<p>6. Ndarje/divorc i prindërve: A janë ndarë apo divorcuar ndonjëherë prindërit tuaj?</p>	20 (2.1)	1.3	3.3
<p>7. Dëshmitar i dhunës ndaj nënës: Nëna juaj (ose njerka)...</p> <p>(a) A është shtyrë shpesh, goditur me shuplakë, ose e kanë gjuajtur shpesh me dicka?</p> <p>(b) Ndonjëherë ose shpesh është goditur, kafshuar, goditur me grusht, apo goditur me diçka të fortë?</p> <p>(c) A është goditur ndonjëherë në mënyrë të përsëritur për të paktën disa minuta?</p> <p>(d) Është kërcënuar ndonjëherë me armë apo thikë?</p>	218 (23.9)	21.2	26.8
<p>8. Abuzimi me substancat psikoaktive nga anëtarë të familjes: A keni jetuar me dikë...</p> <p>(a) Që ishte një përdorues problematik i alkoolit ose i/e alkoolizuar? (b) Që përdorte droga të paligjshme?</p>	172 (18.7)	16.2	21.4
<p>9. Sëmundje mendore tek anëtarët e familjes: Ndonjë antëtar i familjes...</p> <p>(a) Ka qënë në depresion apo i sëmurë mendor?</p> <p>(b) Është përpjekur të vetëvritet?</p>	55 (5.8)	4.4	7.5
<p>10. Burgosje e anëtarëve familjes: A është burgosur ndonjëherë ndonjë anëtar i familjes tuaj?</p>	44 (4.7)	3.4	6.2
<p>Numri i ENF-ve</p>			
0	222 (30.5)	27.2	34.0
1	195 (26.8)	23.6	30.2
2	117 (16.1)	13.5	19.0
3	75 (10.3)	8.2	12.8
4	65 (8.9)	7.0	11.3
5	36 (5.0)	3.5	6.8
6	17 (2.3)	1.4	3.7
<p>Numri i ENF-ve</p>			
0	222 (30.5)	27.2	34.0
1	195 (26.8)	23.6	30.2
2	117 (16.1)	13.5	19.0
3	75 (10.3)	8.2	12.8
4	118 (16.2)	13.6	19.1
<p>Numri i ENF-ve</p>			
Asnjë	222 (30.5)	27.2	34.0
Të paktën një	505 (69.5)	66.0	72.8

Numri mesatar i ENF-ve (\pm SD)	1.65 \pm 1.63	-	-
---	-----------------	---	---

Shënim: Cdo mospërputhje me numrin total vjen si pasojë e mungesës së informacionit.

Nëse pjesëmarrësi u përgjigj "po" për një ose më shumë çështje në një kategori, ai/ajo konsiderohet i/e ekspozuar ndaj ENF-ve.

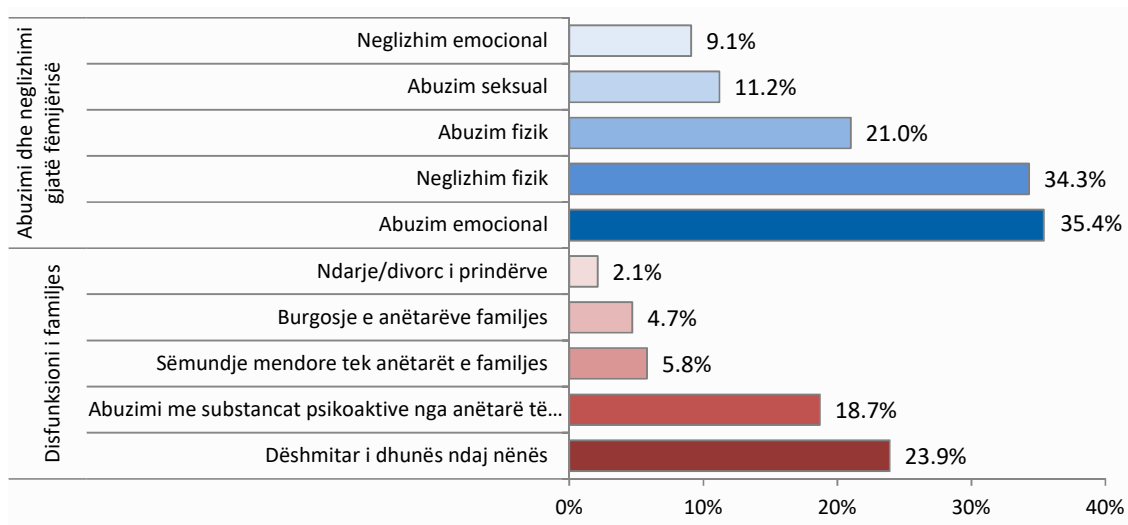


Figura 4. Prevalenca e llojeve të ndryshme të eksperiencave negative të fëmijërisë tek pjesëmarrësit në studim

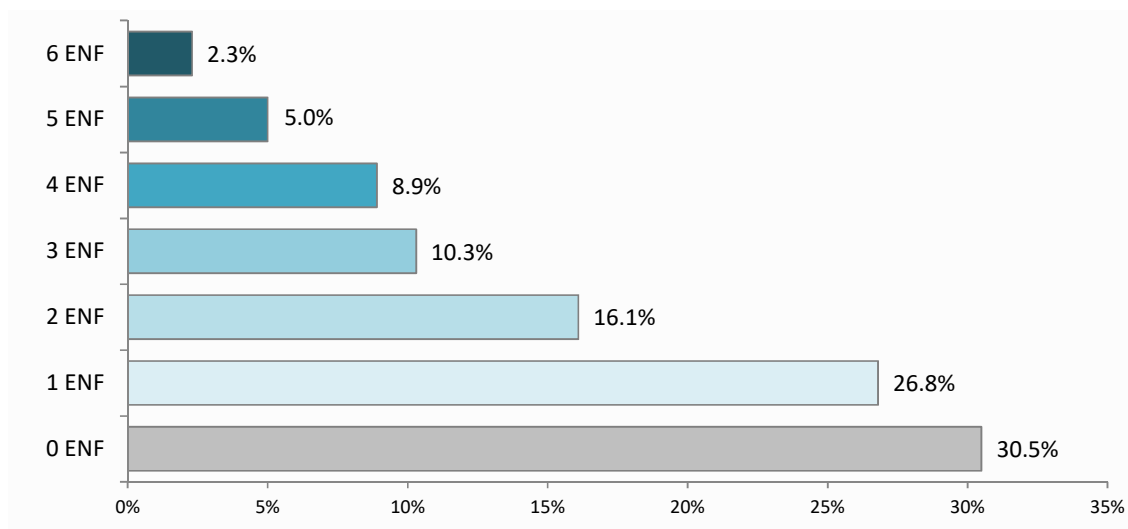


Figura 5. Shpërndarja e pjesëmarrësve në studim sipas numrit të ENF-ve

4.2.2 Prevalenca e llojeve të ndryshme të eksperiencave negative të fëmijërisë sipas gjinisë

Prevalenca e llojeve të ndryshme të eksperiencave negative të fëmijërisë (ENF) si dhe informacioni lidhur me numrin e këtyre eksperiencave, sipas gjinisë, paraqitet në Tabelën 3 në vijim.

Mund të vihet re se ka ndryshime statistikisht domethënëse lidhur me prevalencën e ENF-ve sipas gjinisë. Më konkretisht, prevalenca e abuzimi fizik, abuzimit seksual dhe prevalenca e pranisë së anëtarë të familjes që abuzojnë me substancat psikoaktive është në mënyrë domethënëse më e lartë midis meshkujve sesa midis femrave (25.1% vs. 17.7% për abuzimin fizik; 15.2% vs. 7.7% për abuzimin seksual, 21.5% vs. 13.3% për praninë e anëtarëve të familjes që abuzojnë me substancat, përkatësisht për meshkujt dhe femrat), ndërkohë që trendi i kundërt gjinor vihet re lidhur me prevalencën e pranisë së anëtarëve të familjes me sëmundje mendore, depresion ose që kanë tentuar vetëvrasjen e cila ishte në mënyrë domethënëse më e lartë midis femrave (8.1%) sesa midis meshkujve (3.1%) dhe kjo diferencë rezultoi statistikisht domethënëse ($p=0.001$) [Tabela 3].

Ndërkohë, nuk u vunë re diferenca gjinore statistikisht domethënëse lidhur me prevalencën e formave të tjera të ENF-ve si abuzimi emocional, neglizhimi emocional dhe fizik, ndarja/divorci i prindërve, të qenët dëshmitar idhunës ndaj nënës dhe burgosja e anëtarëve të familjes (Tabela 3).

Ndërkohë, prevalenca e përjetimit të të paktën një forme të ENF-ve gjatë jetës është në mënyrë domethënëse më e lartë midis meshkujve (74.9%) sesa midis femrave (64.4%) dhe kjo diferencë rezultoi statistikisht domethënëse ($p=0.001$) [Tabela 3]. Po kështu, në proporcione në mënyrë domethënëse më të larta të meshkujve (17.1%) sesa femrave (15.4%) kanë përjetuar të paktën 4 forma të ENF-ve, $p=0.016$ (Tabela 3).

Së fundmi, numri mesatar i ENF-ve rezultoi në mënyrë domethënëse më i lartë midis meshkujve (numri mesatar = 1.77) sesa midis femrave (numri mesatar i ENF-ve = 1.53), $p=0.042$ (Tabela 3).

Tabela 3. Prevalenca e eksperiencave negative të fëmijërisë (ENF) tek pjesëmarrësit në studim, sipas gjinisë

Lloji i ENF	Meshkuj		Femra		Vlera e p-së †
	n (%)	95%CI për prevalencën*	n (%)	95%CI për prevalencën	
Abuzimi dhe neglizhimi gjatë fëmijërisë					
1. Abuzim emocional	153 (38.1)	33.3, 43.0	169 (33.3)	29.2, 37.6	0.143
2. Abuzim fizik	101 (25.1)	20.9, 29.6	90 (17.7)	14.5, 21.3	0.009
3. Abuzim seksual	58 (15.2)	11.7, 19.2	34 (7.7)	5.4, 10.7	0.001
4. Neglizhim emocional	37 (9.4)	6.7, 12.7	44 (8.8)	6.5, 11.7	0.815
5. Neglizhim fizik	132 (33.6)	28.9, 38.5	168 (34.9)	30.7, 39.4	0.720
Disfunksioni i familjes					

6. Ndarje/divorc i prindërve	8 (1.9)	0.8, 3.7	12 (2.3)	1.2, 4.0	0.821
7. Dëshmitar i dhunës ndaj nënës	87 (21.5)	17.6, 25.9	131 (25.8)	22.0, 29.8	0.138
8. Abuzimi me substancat psikoaktive nga anëtarë të familjes	105 (21.5)	21.0, 29.6	67 (13.3)	10.5, 16.6	<0.001
9. Sëmundje mendore tek anëtarët e familjes	13 (3.1)	1.7, 5.2	42 (8.1)	5.9, 10.8	0.001
10. Burgosje e anëtarëve familjes	20 (4.7)	2.9, 7.2	24 (4.6)	(3.0, 6.8	1.000
Numri i ENF-ve					
0	88 (25.1)	20.6, 30.0	134 (35.6)	30.8, 40.7	0.006
1	95 (27.1)	22.5, 32.0	100 (26.6)	22.2, 31.4	
2	64 (18.2)	14.3, 22.7	53 (14.1)	10.7, 18.0	
3	44 (12.5)	9.3, 16.5	31 (8.2)	5.7, 11.5	
4	37 (10.5)	7.5, 14.2	28 (7.4)	5.0, 10.6	
5	19 (5.4)	3.3, 8.3	17 (4.5)	2.7, 7.1	
6	4 (1.1)	0.3, 3.5	13 (3.5)	1.9, 5.8	
Numri i ENF-ve					
0	88 (25.1)	20.6, 30.0	134 (35.6)	30.8, 40.7	0.016
1	95 (27.1)	22.5, 32.0	100 (26.6)	22.2, 31.4	
2	64 (18.2)	14.3, 22.7	53 (14.1)	10.7, 18.0	
3	44 (12.5)	9.3, 16.5	31 (8.2)	5.7, 11.5	
4	60 (17.1)	13.3, 21.5	58 (15.4)	11.9, 19.5	
Numri i ENF-ve					
Asnjë	88 (25.1)	20.6, 30.0	134 (35.6)	30.8, 40.7	0.001
Të paktën një	263 (74.9)	70.1, 79.4	242 (64.4)	59.3, 69.2	
Numri mesatar i ENF-ve (± SD)	1.77 ± 1.56		1.53 ± 1.68		0.042

* Intervali i Besimit 95% (95%CI), kufiri i poshtëm dhe kufiri i sipërm.

† Vlera e p-së sipas testit Fisher's exact test për krahasimin e proporcioneve për tabelat 2x2 ose testit hi katror për tabela 2xn, testit t të studentit për dy mostra të pavarura në rast të krahasimit të vlerave mesatare.

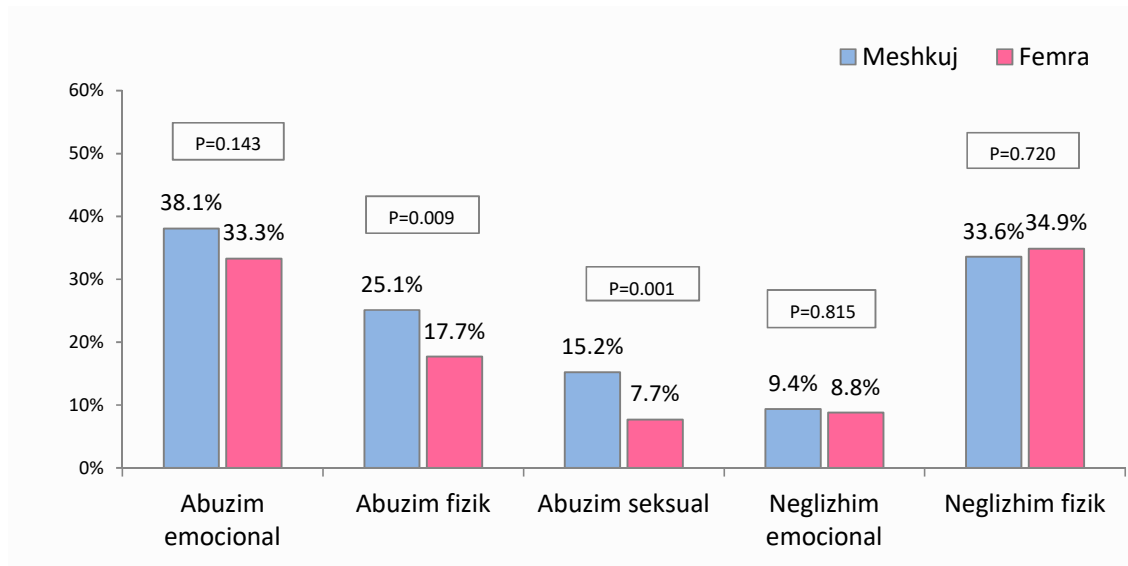


Figura 6. Prevalenca e ENV-ve që kanë të bëjnë me abuzimin dhe neglizhimin gjatë fëmijërisë tek pjesëmarrësit në studim, sipas gjinisë

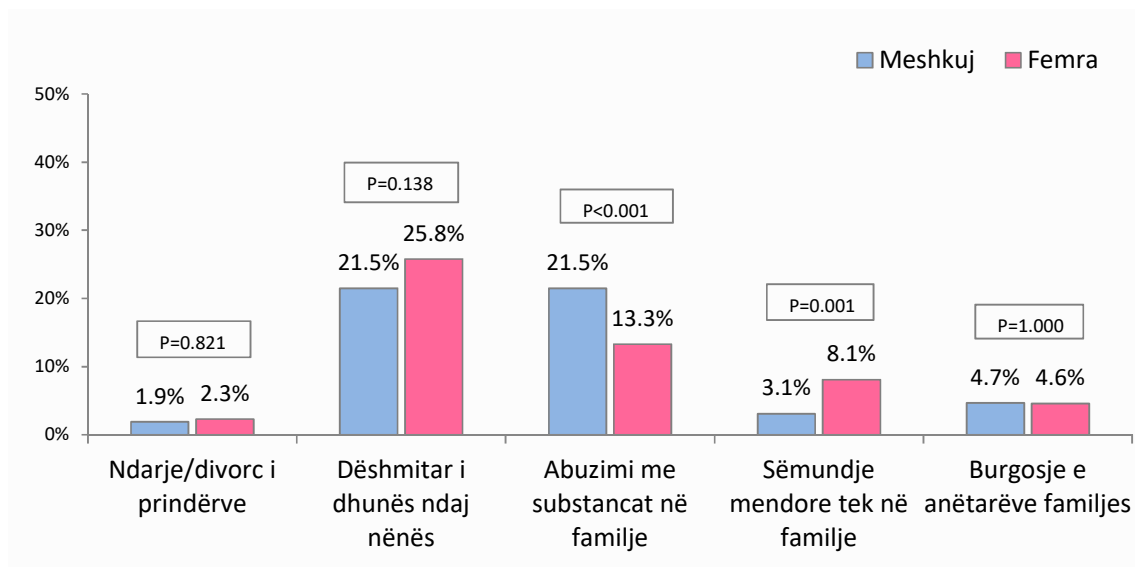


Figura 7. Prevalenca e llojeve të tjera të ENF-ve që kanë të bëjnë me disfunkcionin e familjes tek pjesëmarrësit në studim, sipas gjinisë

4.3 Të dhëna lidhur me sjelljet e rrezikshme shëndetësore tek pjesëmarrësit në studim

4.3.1 Prevalenca e llojeve të ndryshme të sjelljeve të rrezikshme shëndetësore tek pjesëmarrësit në studim

Prevalenca faktorëve të stilit të jetesës apo sjelljeve të rrezikshme shëndetësore tek pjesëmarrësit në studim, në total dhe sipas gjinisë, paraqiten në Tabelën 4.

Lidhur me duhanirn dhe alkoolin, prevalenca e konsumit të 100 ose më shumë cigareve gjatë jetës ishte 25.9% kurse rreth një në pesë (17.8%) pjesëmarrës ishin duhanpirës aktualë, 63.5% kishin konsumar alkool gjatë jetës së tyre, 47.2% kishin konsumuar alkool muajin e fundit, 5.1% mendonin se kishin probleme me konsumin e tyre të alkoolit dhe 2% e konsideronin veten të alkoolizuar, 30.5% kishin konsumuar të paktën 5 pije alkoolike në të paktën një rast gjatë muajit të fundit, 9.6% kishin ngarë makinën në gjendje të dehur gjatë muajit të fundit.

Lidhur me marrdhëniet seksuale, 61.6% e pjesëmarrësve deklaruan se kanë kryer marrdhënie seksuale gjatë jetës, 31.8% e atyre që kanë kryer marrdhënie seksuale e kanë bërë këtë në moshën 16 vjec ose më herët, 28.2% e atyre që kanë kryer marrdhënie seksuale deklaruan se kanë patur më shumë se 3 partnerë seksuale në jetë, 20% e vajzave shtatzëna deklaruan se kanë ngelur shtatzënë në moshën 18 vjec ose më herët.

Përsa i përket përdorimit të drogës, 11.3% e pjesëmarrësve deklaruan se kishin konsumuar drogë ilegale të paktën një herë në jetë kurse 1.5% e pjesëmarrësve deklaruan se ishin përdorues problematikë të drogës.

Nga ana tjetër, 3.7% e pjesëmarrësve që dhanë informacion deklaruan se kishin tentuar të kryenin vetëvrasje gjatë jetës së tyre kurse 22.3% pohuan se kishin qënë fizikisht inaktivë gjatë muajit të fundit (Tabela 4).

Të gjitha sjelljet e rrezikshme shëndetësore të listuara në Tabelën 4 ishin në mënyrë domethënëse më prevalente midis meshkujve sesa midis femrave, më përjashtim të përpjekjeve për vetëvrasje dhe inaktivitetin fizik të cilat ishin në mënyrë domethënëse më të shpeshta midis femrave sesa midis meshkujve (5.8% vs. 1.2% për përpjekjet vetëvrasëse, përkatësisht dhe 27.6% vs. 15.9% për inaktivitetin fizik, përkatësisht) [Tabela 4].

Tabela 4. Prevalenca e sjelljeve të rrezikshme shëndetësore, sipas gjinisë, tek pjesëmarrësit në studim

Lloji i sjelljes së rrezikshme shëndetësore	Total, n (%)	Meshkuj, n (%)	Femra, n (%)	Vlera e p-së
100 cigare në jetë				
Jo	699 (74.1) *	236 (55.3)	463 (89.7)	<0.001 †
Po	244 (25.9)	191 (44.7)	53 (10.3)	

Lloji i sjelljes së rrezikshme shëndetësore	Total, n (%)	Meshkuj, n (%)	Femra, n (%)	Vlera e p-së
Duhanpirje aktuale				
Jo	755 (82.2)	299 (70.9)	456 (91.9)	<0.001
Po	163 (17.8)	123 (29.1)	40 (8.1)	
Konsum alkooli gjatë jetës				
Jo	338 (36.5)	50 (12.0)	288 (56.4)	<0.001
Po	588 (63.5)	365 (88.0)	223 (43.6)	
Konsum alkooli muajin e fundit				
Jo	495 (52.8)	145 (35.1)	350 (66.8)	<0.001
Po	442 (47.2)	268 (64.9)	174 (33.2)	
Përdorues problematik i alkoolit				
Jo	873 (94.9)	384 (91.4)	489 (9.8)	<0.001
Po	47 (5.1)	36 (8.6)	11 (2.2)	
I/e alkoolizuar				
Jo	895 (98.0)	401 (96.2)	494 (99.6)	<0.001
Po	18 (2.0)	16 (3.8)	2 (0.4)	
5 pije alkoolike në të paktën 1 rast gjatë muajit të fundit				
Jo	496 (69.5)	206 (58.4)	290 (80.3)	<0.001
Po	218 (30.5)	147 (41.6)	71 (19.7)	
Ngarje makine i/e dehur gjatë muajit të fundit				
Jo	619 (90.4)	287 (83.9)	332 (96.8)	<0.001
Po	66 (9.6)	55 (16.1)	11 (3.2)	
Marrdhënie seksuale në jetë				
Jo	347 (38.4)	45 (11.1)	302 (60.8)	<0.001
Po	556 (61.6)	361 (88.9)	195 (39.2)	
Marrdhënie seksuale të hershme (≤16 vjec) (midis atyre që kanë kryer marrdhënie seksuale)				
Jo	377 (68.2)	194 (54.0)	183 (94.3)	<0.001
Po	176 (31.8)	165 (46.0)	11 (5.7)	
Shumë partnerë seksuale (>3) në jetë (midis atyre që kanë kryer marrdhënie seksuale)				
Jo	376 (71.8)	196 (57.3)	180 (98.9)	<0.001
Po	148 (28.2)	146 (42.7)	2 (1.1)	
Shtatzëni e hershme (≤18 vjec) [vetëm midis vajzave shtatzëna]				
Jo	12 (80.0)	-	12 (80.0)	-

Lloji i sjelljes së rrezikshme shëndetësore	Total, n (%)	Meshkuj, n (%)	Femra, n (%)	Vlera e p-së
Po	3 (20.0)	-	3 (20.0)	
Përdorimi i drogës në jetë				
Jo	829 (88.7)	320 (76.6)	509 (98.5)	<0.001
Po	106 (11.3)	98 (23.4)	8 (1.5)	
Përdorues problematik i drogës				
Jo	860 (98.5)	376 (96.7)	484 (100.0)	<0.001
Po	13 (1.5)	13 (3.3)	0 (0.0)	
Përpyetje për vetëvrasje në jetë				
Jo	899 (96.3)	415 (98.8)	484 (94.2)	<0.001
Po	35 (3.7)	5 (1.2)	30 (5.8)	
Inaktivitet fizik muajin e fundit				
Jo	732 (77.7)	359 (84.1)	373 (72.4)	<0.001
Po	210 (22.3)	68 (15.9)	142 (27.6)	

* Numri absolut dhe përqindja sipas kollonave (në kllapa). Mospërputhja me numrin total vjen për shkak të mungesës së informacionit.

† Vlera e P-së sipas testit Fischer's exact test.

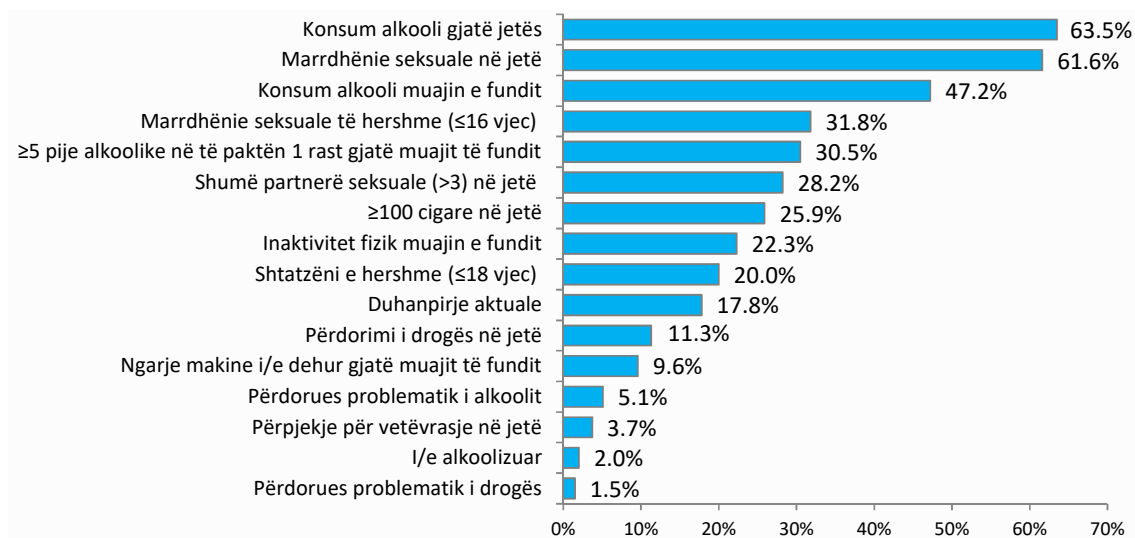


Figura 8. Prevalenca e sjelljeve të rrezikshme shëndetësore tek pjesëmarrësit në studim

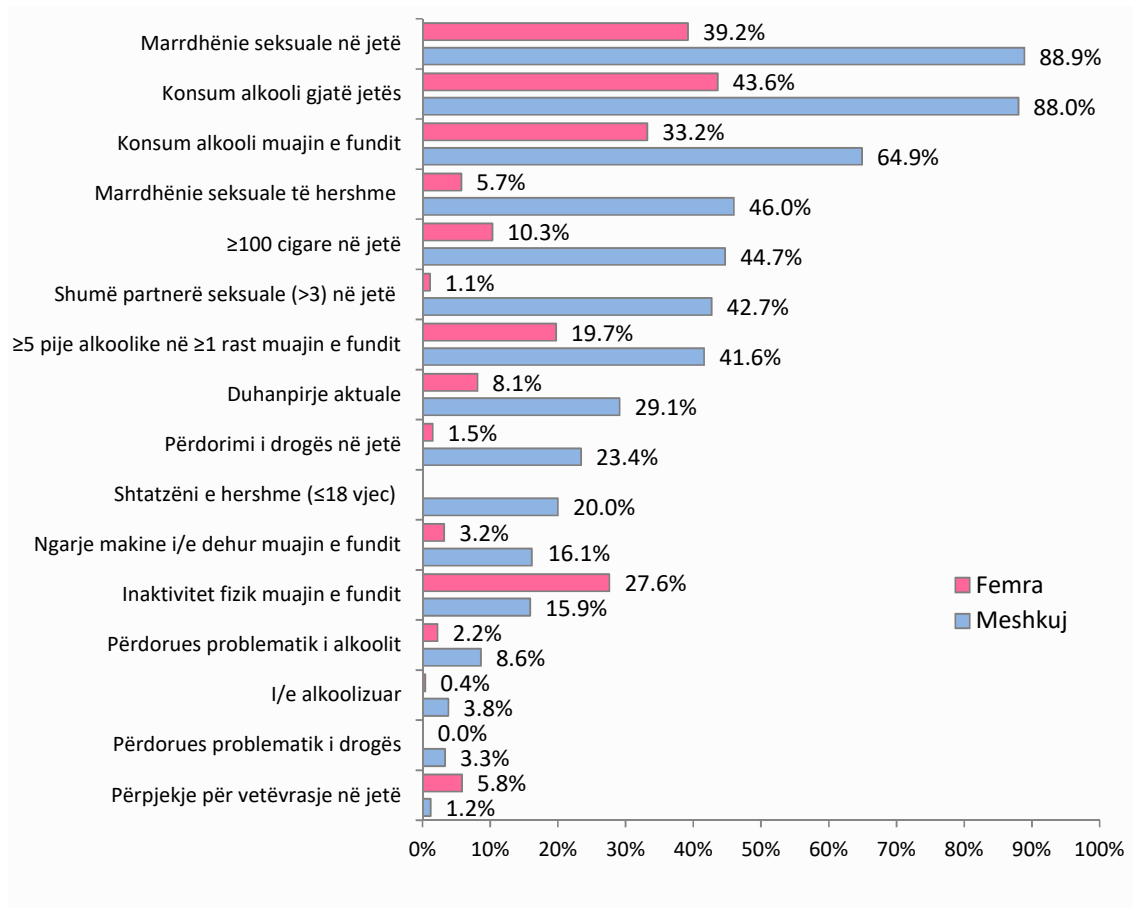


Figura 9. Prevalenca e sjelljeve të rrezikshme shëndetësore tek pjesëmarrësit në studim, sipas gjinisë

4.4 Lidhja midis karakteristikave bazë demografike dhe socioekonomike me sjelljet e rrezikshme shëndetësore tek pjesëmarrësit në studim

4.4.1 Duhani dhe alkooli

4.4.1.1 Konsumi i 100 cigareve në jetë sipas faktorëve bazë socio-demografikë

Tabela 5 paraqet lidhjen e konsumit të 100 ose më shumë cigareve gjatë jetës me karakteristikat bazë të pjesëmarrësve. Gjasat konsumit të 100 cigareve në jetë ishin në mënyrë domethënëse më të larta midis meshkujve krahasuar me femrat, midis pjesëmarrësve mbi 23 vjec krahasuar me ata të moshës 18-21 vjec, dhe midis atyre që kanë munguar në shkollë për shkak të stresit/depresionit apo shëndetit të keq fizik gjatë muajit të fundit krahasuar me ata që nuk kanë munguar në shkollë për këto arsye.

Tabela 5. Lidhja e konsumit të 100 cigareve në jetë me karakteristikat socio-demografike të pjesëmarrësve

Karakteristika të përgjithshme të subjekteve në studim	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Grup-mosha			0.120 (2)¶
18-21 vjeç	1.00	Referencë	-
22-23 vjeç	1.31	0.87-1.97	0.189
>23 vjeç	1.52	1.01-2.27	0.044
Seksi			
Mashkull	8.58	5.88-12.52	<0.001
Femër	1.00	Referencë	
Vendlindja			
Urban	1.13	0.66-1.91	0.657
Rural	1.00	Referencë	
Gjendja civile			
Jo i/e martuar	1.00	Referencë	0.119
I/e martuar, ndarë, divorcuar, bashkëjeton	1.45	0.91-2.32	
Niveli i edukimit të nënës			0.075 (2)
I ulët (8 vjet ose më pak)	1.00	Referencë	-
I mesëm (9-12 vjet)	1.21	0.73-2.01	0.455
I lartë (>12 vjet)	1.69	0.99-2.87	0.050
Niveli i edukimit të babait			0.117 (2)
I ulët (8 vjet ose më pak)	1.00	Referencë	-
I mesëm (9-12 vjet)	0.73	0.42-1.26	0.252
I lartë (>12 vjet)	1.03	0.59-1.80	0.918
Statusi i punësimit të nënës			0.236 (2)
Punësuar me kohë të plotë	1.00	Referencë	-
Punësuar me kohë të pjesshme	1.00	0.61-1.64	0.995
Jo e punësuar	0.76	0.53-1.07	0.117
Statusi i punësimit të babait			0.271 (2)
Punësuar me kohë të plotë	1.00	Referencë	-
Punësuar me kohë të pjesshme	0.75	0.49-1.14	0.173
Jo i punësuar	1.13	0.72-1.77	0.610
Mungesë në shkollë për shkak të stresit/depresionit muajin e fundit			
Jo	1.00	Referencë	<0.001
Po	2.62	1.83-3.73	
Mungesë në shkollë për shkak të shëndetit të keq fizik muajin e fundit			
Jo	1.00	Referencë	<0.001
Po	1.96	1.39-2.75	

* Raporti i gjasave (OR: konsumi i të paktën 100 cigareve në jetë vs. mungesa e një konsumi të tillë) nga Regresioni Logjistik Binar. Të gjitha OR-të janë të kontrolluara për efektin konfondues të moshës dhe gjinisë.

† Intervali i besimit 95% (95%CI) për raportin e gjasave.

‡ Vlera e p-së nga Regresioni Logjistik Binar.

¶ Vlera e përgjithshme e domethënies statistikore dhe shkallët e lirisë (në kllapa).

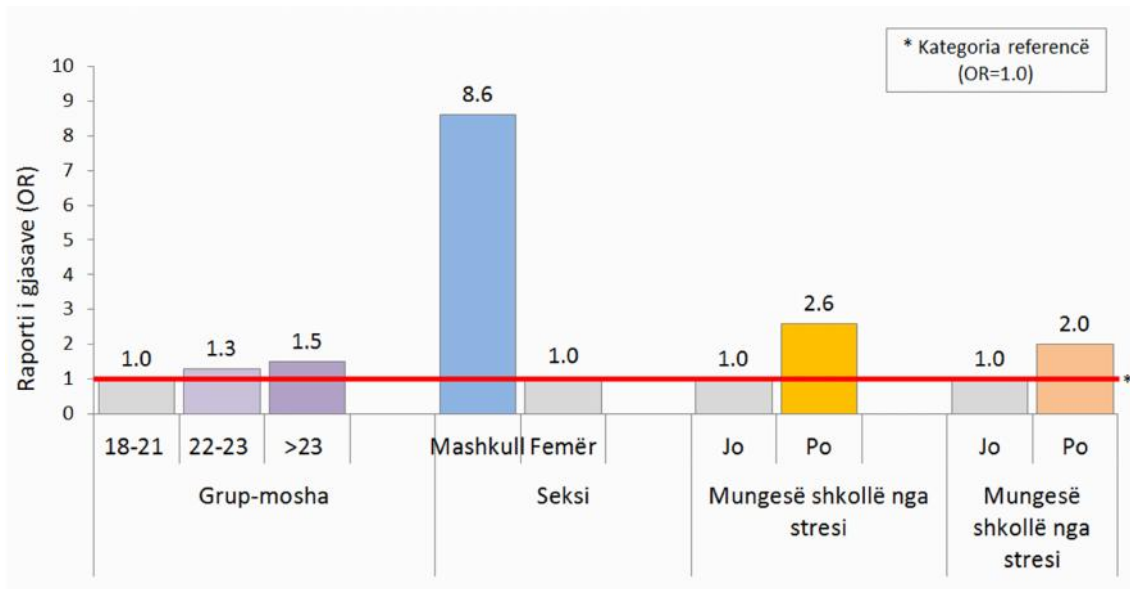


Figura 10. Gjasat e konsumit të 100 cigareve në jetë sipas karakteristikave socio-demografike të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm lidhjet statistikisht domethënëse)

4.4.1.2 Duhanpirja aktuale sipas faktorëve bazë socio-demografikë

Tabela 6 paraqet lidhjen e duhanpirjes aktuale me karakteristikat bazë të pjesëmarrësve. Gjasat e duhanpirjes aktuale rezultuan në mënyrë domethënëse më të larta midis meshkujve, pjesëmarrësve me nënat dhe babain me arsim të lartë, dhe midis atyre që munguan në shkollë për shkak të shëndetit jo të mirë mendor dhe fizik gjatë muajit të fundit (Tabela 6).

Tabela 6. Lidhja e duhanpirjes aktuale me karakteristikat socio-demografike të pjesëmarrësve

Karakteristika të përgjithshme të subjekteve në studim	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Grup-mosha			0.542 (2)¶
18-21 vjeç	1.00	Referencë	-
22-23 vjeç	0.97	0.62-1.53	0.897
>23 vjeç	1.24	0.79-1.93	0.351
Seksi			<0.001
Mashkull	5.44	3.56-8.29	
Femër	1.00	Referencë	
Vendlindja			
Urban	1.21	0.66-2.21	0.530
Rural	1.00	Referencë	
Gjendja civile			
Jo i/e martuar	1.00	Referencë	0.233
I/e martuar, ndarë, divorcuar, bashkëjeton	1.37	0.82-2.29	

Karakteristika të përgjithshme të subjekteve në studim	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Niveli i edukimit të nënës			0.001 (2)
I ulët (8 vjet ose më pak)	1.00	Referencë	-
I mesëm (9-12 vjet)	1.58	0.85-2.96	0.151
I lartë (>12 vjet)	2.83	1.49-5.38	0.001
Niveli i edukimit të babait			0.003 (2)
I ulët (8 vjet ose më pak)	1.00	Referencë	-
I mesëm (9-12 vjet)	1.16	0.59-2.30	0.669
I lartë (>12 vjet)	2.11	1.07-4.21	0.032
Statusi i punësimit të nënës			0.166 (2)
Punësuar me kohë të plotë	1.00	Referencë	-
Punësuar me kohë të pjesshme	0.98	0.56-1.68	0.930
Jo e punësuar	0.70	0.47-1.03	0.073
Statusi i punësimit të babait			0.234 (2)
Punësuar me kohë të plotë	1.00	Referencë	-
Punësuar me kohë të pjesshme	0.78	0.49-1.23	0.289
Jo i punësuar	0.66	0.38-1.13	0.126
Mungesë në shkollë për shkak të stresit/depresionit muajin e fundit			
Jo	1.00	Referencë	<0.001
Po	2.13	1.43-3.17	
Mungesë në shkollë për shkak të shëndetit të keq fizik muajin e fundit			
Jo	1.00	Referencë	0.002
Po	1.81	1.24-2.65	

* Raporti i gjasave (OR: duhanpirja aktuale vs. jo duhanpirje) nga Regresioni Logjistik Binar. Të gjitha OR-të janë të kontrolluara për efektin konfundues të moshës dhe gjinisë.

† Intervali i besimit 95% (95%CI) për raportin e gjasave.

‡ Vlera e p-së nga Regresioni Logjistik Binar.

¶ Vlera e përgjithshme e domethënies statistikore dhe shkallët e lirisë (në kllapa).

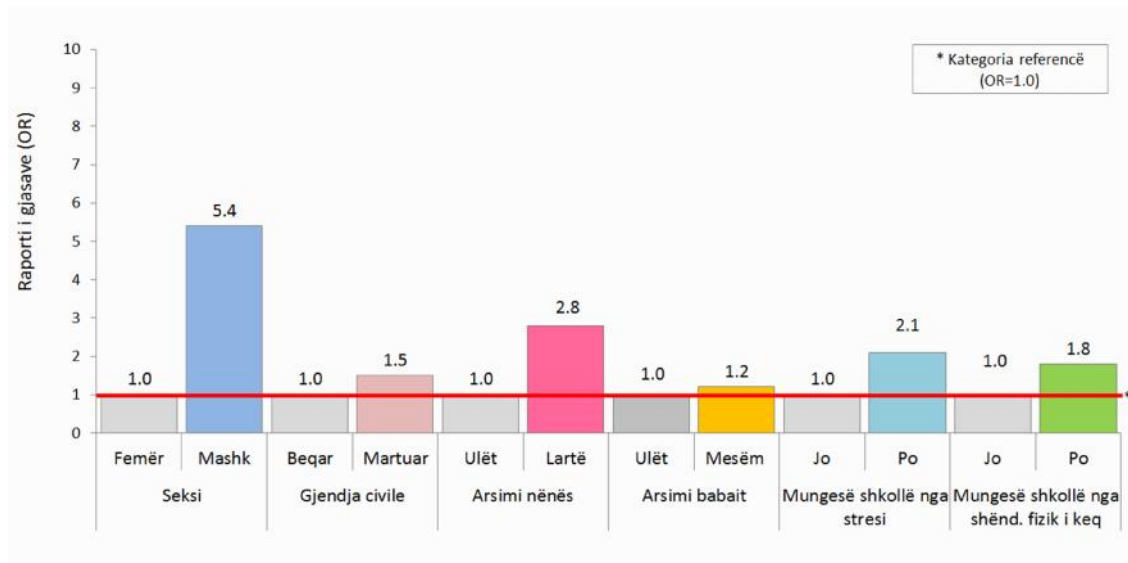


Figura 11. Gjasat e duhanpirjes aktuale sipas karakteristikave socio-demografike të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm lidhjet statistikiisht domethënëse)

4.4.1.3 Konsumi i alkoolit gjatë jetës sipas faktorëve bazë socio-demografikë

Tabela 7 paraqet lidhjen e konsumit të alkoolit në jetë me karakteristikat bazë të pjesëmarrësve. Gjasat e konsumit të alkoolit në jetë rezultuan në mënyrë domethënëse më të larta midis meshkujve, pjesëmarrësve me nënat dhe babain me arsim të lartë, atyre me nënën dhe babain të punësuar me kohë të plotë dhe midis atyre që munguan në shkollë për shkak të shëndetit jo të mirë mendor gjatë muajit të fundit (Tabela 7).

Tabela 7. Lidhja e konsumit të alkoolit gjatë jetës me karakteristikat socio-demografike të pjesëmarrësve

Karakteristika të përgjithshme të subjekteve në studim	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Grup-mosha			0.259 (2)¶
18-21 vjeç	1.00	Referencë	-
22-23 vjeç	0.81	0.54-1.23	0.330
>23 vjeç	0.73	0.50-1.06	0.101
Seksi			<0.001
Mashkull	8.64	6.04-12.34	
Femër	1.00	Referencë	
Vendlindja			0.417
Urban	1.21	0.77-1.89	
Rural	1.00	Referencë	
Gjendja civile			0.138
Jo i/e martuar	1.00	Referencë	
I/e martuar, ndarë, divorcuar, bashkëjeton	0.72	0.47-1.11	

Karakteristika të përgjithshme të subjekteve në studim	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Niveli i edukimit të nënës			0.067 (2)
I ulët (8 vjet ose më pak)	1.00	Referencë	-
I mesëm (9-12 vjet)	1.48	0.99-2.22	0.055
I lartë (>12 vjet)	1.70	1.07-2.71	0.025
Niveli i edukimit të babait			0.139 (2)
I ulët (8 vjet ose më pak)	1.00	Referencë	-
I mesëm (9-12 vjet)	1.35	0.86-2.09	0.191
I lartë (>12 vjet)	1.63	1.01-2.63	0.048
Statusi i punësimit të nënës			<0.001 (2)
Punësuar me kohë të plotë	1.00	Referencë	-
Punësuar me kohë të pjesshme	1.46	0.91-2.35	0.119
Jo e punësuar	0.59	0.42-0.83	0.003
Statusi i punësimit të babait			0.032 (2)
Punësuar me kohë të plotë	1.00	Referencë	-
Punësuar me kohë të pjesshme	0.72	0.50-1.02	0.066
Jo i punësuar	0.58	0.37-0.92	0.020
Mungesë në shkollë për shkak të stresit/depresionit muajin e fundit			
Jo	1.00	Referencë	0.015
Po	1.51	1.08-2.09	
Mungesë në shkollë për shkak të shëndetit të keq fizik muajin e fundit			
Jo	1.00	Referencë	0.214
Po	1.22	0.89-1.67	

* Raporti i gjasave (OR: konsum i alkoolit në jetë vs. jo konsum alkooli) nga Regresioni Logjistik Binar. Të gjitha OR-të janë të kontrolluara për efektin konfundues të moshës dhe gjinisë.

† Intervali i besimit 95% (95%CI) për raportin e gjasave.

‡ Vlera e p-së nga Regresioni Logjistik Binar.

¶ Vlera e përgjithshme e domethënies statistikore dhe shkallët e lirisë (në kllapa).

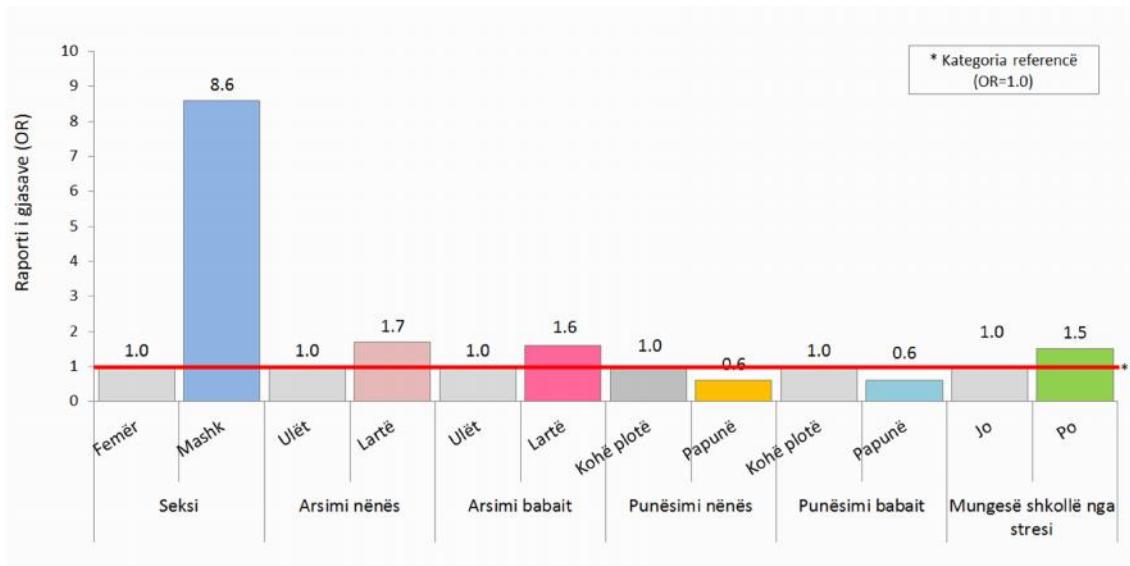


Figura 12. Gjasat e konsumit të alkoolit në jetë sipas karakteristikave socio-demografike të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm lidhjet statistikisht domethënëse)

4.4.1.4 Konsumi i alkoolit gjatë muajit të fundit sipas faktorëve bazë socio-demografikë

Tabela 8 paraqet lidhjen e konsumit të alkoolit gjatë muajit të fundit me karakteristikat bazë të pjesëmarrësve. Gjasat e konsumit të alkoolit gjatë muajit të fundit rezultuan në mënyrë domethënëse më të larta midis meshkujve, pjesëmarrësve me banim në zonat urbane, pjesëmarrësve me nënën të punësuar me kohë të pjesshme dhe babain të punësuar me kohë të plotë dhe midis atyre që munguan në shkollë për shkak të shëndetit jo të mirë mendor dhe fizik gjatë muajit të fundit (Tabela 8).

Tabela 8. Lidhja e konsumit të alkoolit gjatë muajit të fundit me karakteristikat socio-demografike të pjesëmarrësve

Karakteristika të përgjithshme të subjekteve në studim	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Grup-mosha			0.565 (2)¶
18-21 vjeç	1.00	Referencë	-
22-23 vjeç	1.21	0.85-1.74	0.289
>23 vjeç	1.08	0.77-1.52	0.662
Seksi			<0.001
Mashkull	3.79	2.83-5.09	
Femër	1.00	Referencë	
Vendlindja			0.025
Urban	1.63	1.06-2.49	
Rural	1.00	Referencë	
Gjendja civile			0.501
Jo i/e martuar	1.00	Referencë	

Karakteristika të përgjithshme të subjekteve në studim	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
I/e martuar, ndarë, divorcuar, bashkëjeton	0.87	0.57-1.31	
Niveli i edukimit të nënës			0.515 (2)
I ulët (8 vjet ose më pak)	1.00	Referencë	-
I mesëm (9-12 vjet)	1.11	0.75-1.63	0.590
I lartë (>12 vjet)	1.27	0.83-1.94	0.269
Niveli i edukimit të babait			0.284 (2)
I ulët (8 vjet ose më pak)	1.00	Referencë	-
I mesëm (9-12 vjet)	1.01	0.66-1.54	0.970
I lartë (>12 vjet)	1.27	0.81-2.00	0.294
Statusi i punësimit të nënës			<0.001 (2)
Punësuar me kohë të plotë	1.00	Referencë	-
Punësuar me kohë të pjesshme	1.97	1.28-3.02	0.002
Jo e punësuar	0.80	0.59-1.08	0.145
Statusi i punësimit të babait			0.021 (2)
Punësuar me kohë të plotë	1.00	Referencë	-
Punësuar me kohë të pjesshme	0.79	0.57-1.10	0.167
Jo i punësuar	0.57	0.37-0.86	0.007
Mungesë në shkollë për shkak të stresit/depresionit muajin e fundit			
Jo	1.00	Referencë	0.001
Po	1.51	1.20-2.18	
Mungesë në shkollë për shkak të shëndetit të keq fizik muajin e fundit			
Jo	1.00	Referencë	0.003
Po	1.53	1.15-2.03	

* Raporti i gjasave (OR: konsum i alkoolit muajin e fundit vs. jo konsum alkooli) nga Regresioni Logjistik Binar. Të gjitha OR-të janë të kontrolluara për efektin konfundues të moshës dhe gjinisë.

† Intervali i besimit 95% (95%CI) për raportin e gjasave.

‡ Vlera e p-së nga Regresioni Logjistik Binar.

¶ Vlera e përgjithshme e domethënies statistikore dhe shkallët e lirisë (në kllapa).

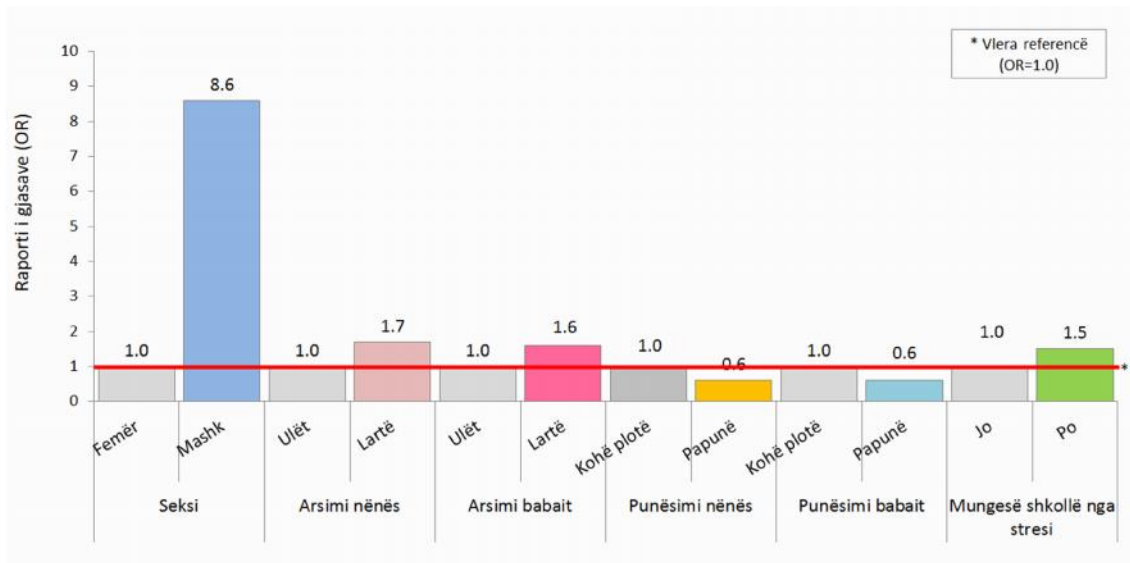


Figura 13. Gjasat e konsumit të alkoolit muajin e fundit sipas karakteristikave socio-demografike të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm lidhjet statistikisht domethënëse)

4.4.1.5 Konsumi problematik i alkoolit sipas faktorëve bazë socio-demografikë

Tabela 9 paraqet lidhjen e konsumit problematik të alkoolit me karakteristikat bazë të pjesëmarrësve. Gjasat e konsumit problematik të alkoolit rezultuan në mënyrë domethënëse më të larta midis meshkujve dhe pjesëmarrësve me babain të papunë kurse diferencat sipas faktorëve të tjerë socio-demografikë rezultuan jo domethënëse nga ana statistikore (Tabela 9).

Tabela 9. Lidhja e konsumit problematik të alkoolit me karakteristikat socio-demografike të pjesëmarrësve

Karakteristika të përgjithshme të subjekteve në studim	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Grup-mosha			0.104 (2)¶
18-21 vjeç	1.00	Referencë	-
22-23 vjeç	1.69	0.86-3.35	0.129
>23 vjeç	0.76	0.33-1.73	0.510
Seksi			<0.001
Mashkull	3.85	1.87-7.87	
Femër	1.00	Referencë	
Vendlindja			0.193
Urban	0.58	0.26-1.31	
Rural	1.00	Referencë	
Gjendja civile			0.052
Jo i/e martuar	1.00	Referencë	
I/e martuar, ndarë, divorcuar, bashkëjeton	2.15	0.99-4.65	
Niveli i edukimit të nënës			0.028 (2)

Karakteristika të përgjithshme të subjekteve në studim	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
I ulët (8 vjet ose më pak)	1.00	Referencë	-
I mesëm (9-12 vjet)	1.03	0.45-2.36	0.945
I lartë (>12 vjet)	0.37	0.13-1.00	0.050
Niveli i edukimit të babait			0.807 (2)
I ulët (8 vjet ose më pak)	1.00	Referencë	-
I mesëm (9-12 vjet)	1.23	0.41-3.73	0.713
I lartë (>12 vjet)	1.01	0.32-3.19	0.987
Statusi i punësimit të nënës			0.541 (2)
Punësuar me kohë të plotë	1.00	Referencë	-
Punësuar me kohë të pjesshme	0.88	0.31-2.51	0.816
Jo e punësuar	1.35	0.71-2.59	0.364
Statusi i punësimit të babait			0.012 (2)
Punësuar me kohë të plotë	1.00	Referencë	-
Punësuar me kohë të pjesshme	0.94	0.40-2.18	0.880
Jo i punësuar	2.76	1.35-5.66	0.005
Mungesë në shkollë për shkak të stresit/depresionit muajin e fundit			
Jo	1.00	Referencë	0.380
Po	1.34	0.70-2.55	
Mungesë në shkollë për shkak të shëndetit të keq fizik muajin e fundit			
Jo	1.00	Referencë	0.167
Po	0.64	0.34-1.21	

* Raporti i gjasave (OR: konsum problematik i alkoolit në jetë vs. jo konsum problematik i alkoolit) nga Regresioni Logjistik Binar. Të gjitha OR-të janë të kontrolluara për efektin konfondues të moshës dhe gjinisë.

† Intervali i besimit 95% (95%CI) për raportin e gjasave.

‡ Vlera e p-së nga Regresioni Logjistik Binar.

¶ Vlera e përgjithshme e domethënies statistikore dhe shkallët e lirisë (në kllapa).

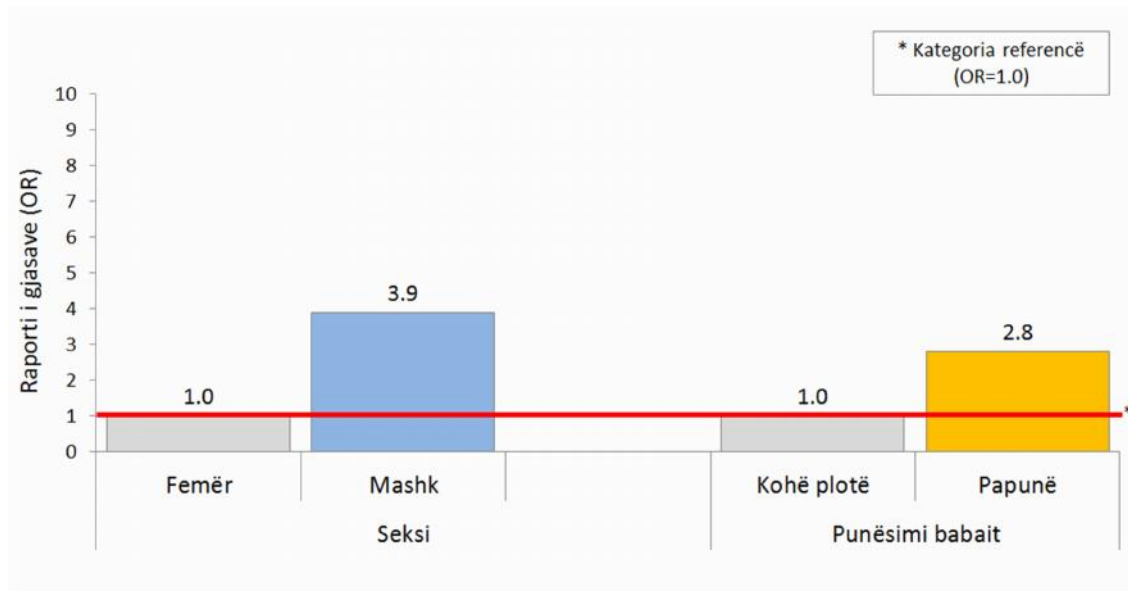


Figura 14. Gjasat e konsumit problematik të alkoolit sipas karakteristikave socio-demografike të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm lidhjet statistikisht domethënëse)

4.4.1.6 Konsumi i 5 pijeve alkoolike të paktën në një rast muajin e kaluar sipas faktorëve bazë socio-demografikë

Tabela 10 paraqet lidhjen e konsumit të 5 pijeve alkoolike në të paktën një rast muajin e kaluar me karakteristikat bazë të pjesëmarrësve. Gjasat e konsumit të 5 pijeve alkoolike në të paktën një rast muajin e fundit rezultuan në mënyrë domethënëse më të larta midis pjesëmarrësve mbi 23 vjeç, meshkujve dhe midis atyre që munguan në shkollë për shkak të shëndetit jo të mirë mendor dhe fizik gjatë muajit të fundit (Tabela 10).

Tabela 10. Lidhja konsumit të 5 pijeve alkoolike në të paktën një rast muajin e fundit me karakteristikat socio-demografike të pjesëmarrësve

Karakteristika të përgjithshme të subjekteve në studim	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Grup-mosha			0.036 (2)¶
18-21 vjeç	1.00	Referencë	-
22-23 vjeç	1.39	0.91-2.14	0.130
>23 vjeç	1.73	1.14-2.63	0.010
Seksi			<0.001
Mashkull	3.46	2.39-5.00	
Femër	1.00	Referencë	
Vendlindja			0.075
Urban	1.68	0.95-2.99	
Rural	1.00	Referencë	
Gjendja civile			

Karakteristika të përgjithshme të subjekteve në studim	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Jo i/e martuar	1.00	Referencë	0.052
I/e martuar, ndarë, divorcuar, bashkëjeton	1.64	0.99-2.70	
Niveli i edukimit të nënës			0.930 (2)
I ulët (8 vjet ose më pak)	1.00	Referencë	-
I mesëm (9-12 vjet)	0.91	0.57-1.46	0.703
I lartë (>12 vjet)	0.93	0.56-1.56	0.794
Niveli i edukimit të babait			0.128 (2)
I ulët (8 vjet ose më pak)	1.00	Referencë	-
I mesëm (9-12 vjet)	0.62	0.37-1.03	0.066
I lartë (>12 vjet)	0.58	0.33-1.00	0.050
Statusi i punësimit të nënës			0.122 (2)
Punësuar me kohë të plotë	1.00	Referencë	-
Punësuar me kohë të pjesshme	1.61	0.98-2.65	0.059
Jo e punësuar	1.02	0.70-1.48	0.918
Statusi i punësimit të babait			0.791 (2)
Punësuar me kohë të plotë	1.00	Referencë	-
Punësuar me kohë të pjesshme	1.15	0.77-1.72	0.498
Jo i punësuar	1.07	0.66-1.74	0.777
Mungesë në shkollë për shkak të stresit/depresionit muajin e fundit			
Jo	1.00	Referencë	<0.001
Po	2.15	1.51-3.08	
Mungesë në shkollë për shkak të shëndetit të keq fizik muajin e fundit			
Jo	1.00	Referencë	0.019
Po	1.51	1.07-2.12	

* Raporti i gjasave (OR: konsum i 5 pijeve alkooolike në të paktën një rast muajin e fundit vs. jo) nga Regresioni Logjistik Binar. Të gjitha OR-të janë të kontrolluara për efektin konfondues të moshës dhe gjinisë.

† Intervali i besimit 95% (95%CI) për raportin e gjasave.

‡ Vlera e p-së nga Regresioni Logjistik Binar.

¶ Vlera e përgjithshme e domethënies statistikore dhe shkallët e lirisë (në kllapa).

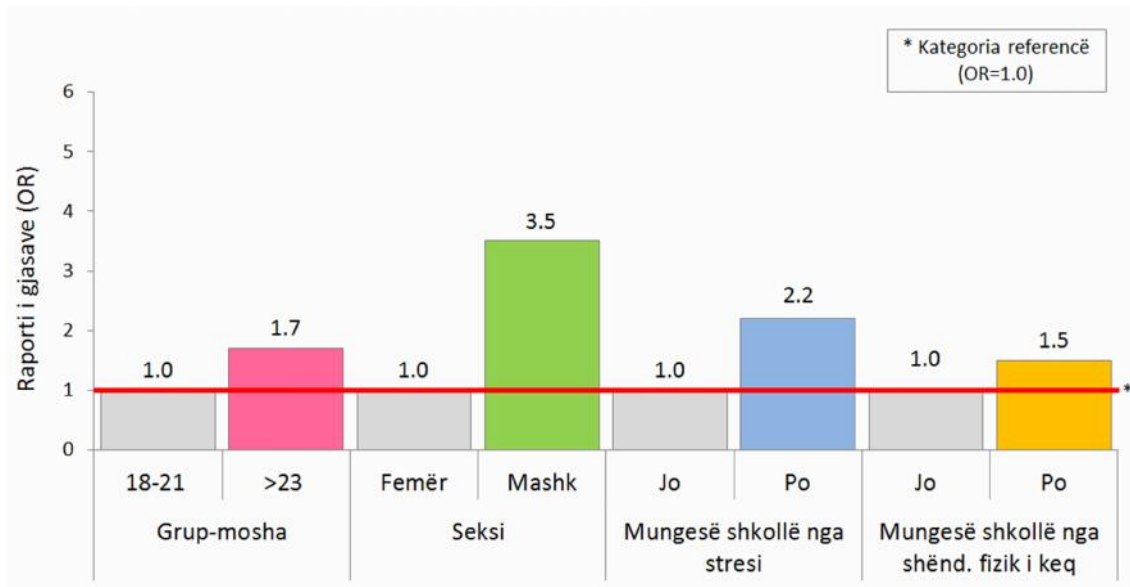


Figura 15. Gjasat e konsumit të 5 pije alkoolike në 1 raste muajin e kaluar sipas karakteristikave socio-demografike të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm lidhjet statistikisht domethënëse)

4.4.1.7 Drejtimi i automjetit në gjendje të dehur muajin e fundit sipas faktorëve bazë socio-demografikë

Tabela 11 paraqet lidhjen e drejtimit të automjetit në gjendje të dehur muajin e kaluar me karakteristikat bazë të pjesëmarrësve. Gjasat e drejtimit të automjetit në gjendje të dehur muajin e fundit rezultuan në mënyrë domethënëse më të larta midis pjesëmarrësve mbi 21 vjec, meshkujve, pjesëmarrësve me babain të punësuar me kohë të plotë dhe midis atyre që munguan në shkollë për shkak të shëndetit jo të mirë mendor dhe fizik gjatë muajit të fundit (Tabela 11).

Tabela 11. Lidhja e drejtimit të automjetit në gjendje të dehur muajin e fundit me karakteristikat socio-demografike të pjesëmarrësve

Karakteristika të përgjithshme të subjekteve në studim	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Grup-mosha			0.006 (2)¶
18-21 vjeç	1.00	Referencë	-
22-23 vjeç	2.85	1.48-5.47	0.002
>23 vjeç	2.06	1.03-4.12	0.040
Seksi			<0.001
Mashkull	6.83	3.41-13.68	
Femër	1.00	Referencë	
Vendlindja			0.404
Urban	1.57	0.54-4.58	
Rural	1.00	Referencë	

Karakteristika të përgjithshme të subjekteve në studim	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Gjendja civile			
Jo i/e martuar	1.00	Referencë	0.119
I/e martuar, ndarë, divorcuar, bashkëjeton	1.80	0.86-3.79	
Niveli i edukimit të nënës			0.055 (2)
I ulët (8 vjet ose më pak)	1.00	Referencë	-
I mesëm (9-12 vjet)	0.66	0.29-1.47	0.311
I lartë (>12 vjet)	1.36	0.61-3.04	0.455
Niveli i edukimit të babait			0.099 (2)
I ulët (8 vjet ose më pak)	1.00	Referencë	-
I mesëm (9-12 vjet)	1.83	0.52-6.40	0.342
I lartë (>12 vjet)	2.95	0.84-10.37	0.090
Statusi i punësimit të nënës			0.002 (2)
Punësuar me kohë të plotë	1.00	Referencë	-
Punësuar me kohë të pjesshme	0.96	0.59-1.55	0.860
Jo e punësuar	0.56	0.39-0.79	0.001
Statusi i punësimit të babait			0.058 (2)
Punësuar me kohë të plotë	1.00	Referencë	-
Punësuar me kohë të pjesshme	0.68	0.47-0.97	0.034
Jo i punësuar	0.67	0.41-1.07	0.094
Mungesë në shkollë për shkak të stresit/depresionit muajin e fundit			
Jo	1.00	Referencë	0.002
Po	1.74	1.23-2.44	
Mungesë në shkollë për shkak të shëndetit të keq fizik muajin e fundit			
Jo	1.00	Referencë	0.004
Po	1.63	1.17-2.27	

* Raporti i gjasave (OR: drejtimi i automjetit në gjendje të dehur muajin e fundit vs. jo) nga Regresioni Logjistik Binar. Të gjitha OR-të janë të kontrolluara për efektin konfundues të moshës dhe gjinisë.

† Intervali i besimit 95% (95%CI) për raportin e gjasave.

‡ Vlera e p-së nga Regresioni Logjistik Binar.

¶ Vlera e përgjithshme e domethënies statistikore dhe shkallët e lirisë (në kllapa).

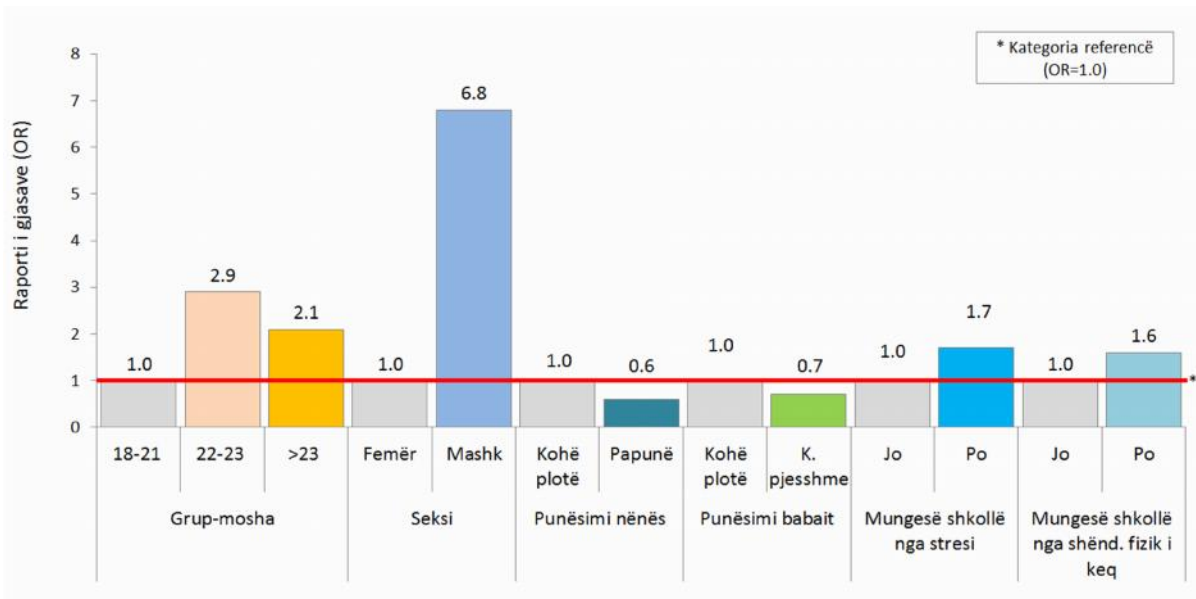


Figura 16. Gjasat e ngjarjes së automjetit në gjendje të dehur muajin e fundit sipas karakteristikave socio-demografike të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm lidhjet statistikiisht domethënëse)

4.4.2 Sjelljet seksuale

4.4.2.1 Marrdhëniet seksuale në jetë sipas faktorëve bazë socio-demografikë

Tabela 12 paraqet lidhjen e angazhimit në marrdhënie seksuale në jetë me karakteristikat bazë të pjesëmarrësve. Gjasat e kryerjes së marrdhënieve seksuale në jetë rezultuan në mënyrë domethënëse më të larta midis pjesëmarrësve mbi 21 vjeç, meshkujve, atyre të martuar apo ndarë e divorcuar, pjesëmarrësve me nënën dhe babain të punësuar me kohë të plotë dhe midis atyre që munguan në shkolle për shkak të shëndetit jo të mirë mendor dhe fizik gjatë muajit të fundit (Tabela 12).

Tabela 12. Lidhja e angazhimit në marrdhënie seksuale në jetë me karakteristikat socio-demografike të pjesëmarrësve

Karakteristika të përgjithshme të subjekteve në studim	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Grup-mosha			0.358 (2)¶
18-21 vjeç	1.00	Referencë	-
22-23 vjeç	0.99	0.64-1.52	0.947
>23 vjeç	1.27	0.85-1.89	0.252
Seksi			
Mashkull	13.59	9.24-19.98	<0.001
Femër	1.00	Referencë	
Vendlindja			

Karakteristika të përgjithshme të subjekteve në studim	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Urban	1.16	0.72-1.85	0.543
Rural	1.00	Referencë	
Gjendja civile			
Jo i/e martuar	1.00	Referencë	<0.001
I/e martuar, ndarë, divorcuar, bashkëjeton	18.83	9.44-37.56	
Niveli i edukimit të nënës			0.093 (2)
I ulët (8 vjet ose më pak)	1.00	Referencë	-
I mesëm (9-12 vjet)	1.29	0.85-1.96	0.229
I lartë (>12 vjet)	1.70	1.05-2.76	0.031
Niveli i edukimit të babait			0.022 (2)
I ulët (8 vjet ose më pak)	1.00	Referencë	-
I mesëm (9-12 vjet)	1.15	0.73-1.81	0.560
I lartë (>12 vjet)	1.79	1.09-2.94	0.022
Statusi i punësimit të nënës			0.617 (2)
Punësuar me kohë të plotë	1.00	Referencë	-
Punësuar me kohë të pjesshme	1.05	0.45-2.45	0.907
Jo e punësuar	1.33	0.73-2.40	0.352
Statusi i punësimit të babait			0.027 (2)
Punësuar me kohë të plotë	1.00	Referencë	-
Punësuar me kohë të pjesshme	0.46	0.22-0.95	0.037
Jo i punësuar	0.39	0.16-0.98	0.045
Mungesë në shkollë për shkak të stresit/depresionit muajin e fundit			
Jo	1.00	Referencë	<0.001
Po	4.66	2.51-8.66	
Mungesë në shkollë për shkak të shëndetit të keq fizik muajin e fundit			
Jo	1.00	Referencë	0.001
Po	2.54	1.44-4.49	

* Raporti i gjasave (OR: angazhimi në marrdhënie seksuale në jetë vs. jo) nga Regresioni Logjistik Binar. Të gjitha OR-të janë të kontrolluara për efektin konfundues të moshës dhe gjinisë.

† Intervali i besimit 95% (95%CI) për raportin e gjasave.

‡ Vlera e p-së nga Regresioni Logjistik Binar.

¶ Vlera e përgjithshme e domethënies statistikore dhe shkallët e lirisë (në kllapa).

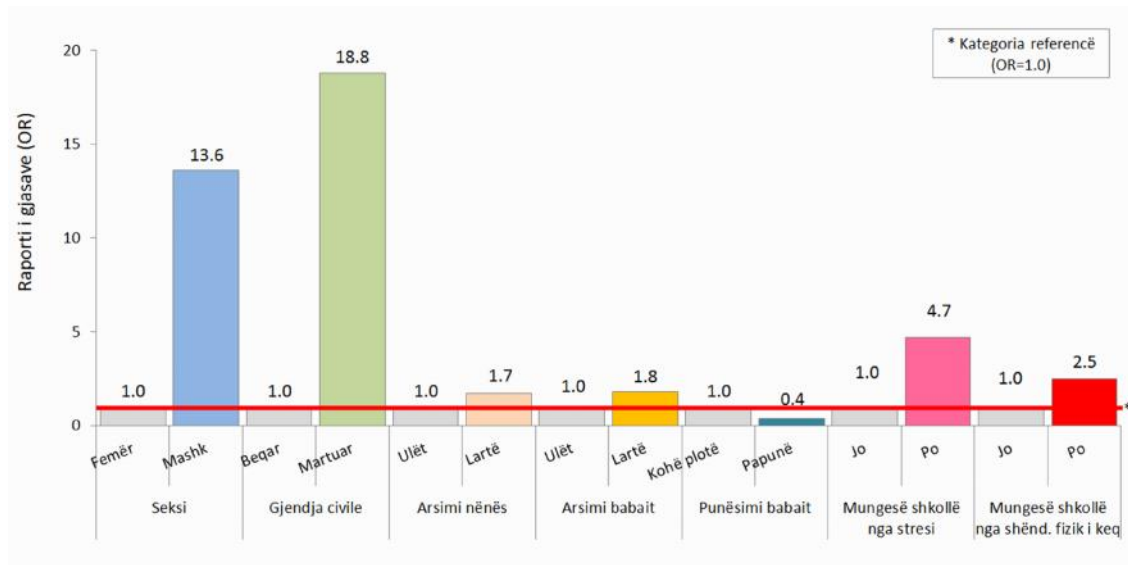


Figura 17. Gjasat e kryerjes së marrdhënieve seksuale në jetë sipas karakteristikave socio-demografike të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm lidhjet statistikisht domethënëse)

4.4.2.2 Marrdhëniet seksuale të hershme sipas faktorëve bazë socio-demografikë

Tabela 13 paraqet lidhjen e angazhimit në marrdhënie seksuale të hershme (16 vjec ose më herët) me karakteristikat bazë të pjesëmarrësve. Gjasat e kryerjes së marrdhënieve seksuale herët rezultuan në mënyrë domethënëse më të larta midis pjesëmarrësve meshkuj, pjesëmarrësve me nënën të punësuar me kohë të pjesshme dhe atyre me babain të punësuar me kohë të plotë dhe midis atyre që munguan në shkollë për shkak të shëndetit jo të mirë mendor gjatë muajit të fundit (Tabela 13).

Tabela 13. Lidhja e marrdhënieve seksuale të hershme (≤ 16 vjec) me karakteristikat socio-demografike të pjesëmarrësve

Karakteristika të përgjithshme të subjekteve në studim	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Grup-mosha			0.942 (2)¶
18-21 vjeç	1.00	Referencë	-
22-23 vjeç	0.93	0.58-1.50	0.771
>23 vjeç	1.02	0.62-1.67	0.949
Seksi			<0.001
Mashkull	14.10	7.25-27.43	
Femër	1.00	Referencë	
Vendlindja			
Urban	0.55	0.28-1.05	0.071

Karakteristika të përgjithshme të subjekteve në studim	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Rural	1.00	Referencë	
Gjendja civile			
Jo i/e martuar	1.00	Referencë	0.930
I/e martuar, ndarë, divorcuar, bashkëjeton	1.03	0.58-1.83	
Niveli i edukimit të nënës			0.563 (2)
I ulët (8 vjet ose më pak)	1.00	Referencë	-
I mesëm (9-12 vjet)	1.42	0.74-2.74	0.289
I lartë (>12 vjet)	1.29	0.66-2.52	0.457
Niveli i edukimit të babait			0.219 (2)
I ulët (8 vjet ose më pak)	1.00	Referencë	-
I mesëm (9-12 vjet)	1.29	0.56-2.95	0.548
I lartë (>12 vjet)	1.74	0.76-3.98	0.187
Statusi i punësimit të nënës			<0.001 (2)
Punësuar me kohë të plotë	1.00	Referencë	-
Punësuar me kohë të pjesshme	4.41	2.26-8.62	<0.001
Jo e punësuar	1.07	0.69-1.66	0.762
Statusi i punësimit të babait			0.017 (2)
Punësuar me kohë të plotë	1.00	Referencë	-
Punësuar me kohë të pjesshme	0.48	0.28-0.82	0.007
Jo i punësuar	0.65	0.36-1.17	0.147
Mungesë në shkollë për shkak të stresit/depresionit muajin e fundit			
Jo	1.00	Referencë	0.007
Po	1.84	1.18-2.86	
Mungesë në shkollë për shkak të shëndetit të keq fizik muajin e fundit			
Jo	1.00	Referencë	0.456
Po	0.86	0.57-1.29	

* Raporti i gjasave (OR: angazhimi në marrdhënie seksuale të hershme vs. jo) nga Regresioni Logjistik Binar. Të gjitha OR-të janë të kontrolluara për efektin konfundues të moshës dhe gjinisë.

† Intervali i besimit 95% (95%CI) për raportin e gjasave.

‡ Vlera e p-së nga Regresioni Logjistik Binar.

¶ Vlera e përgjithshme e domethënies statistikore dhe shkallët e lirisë (në kllapa).

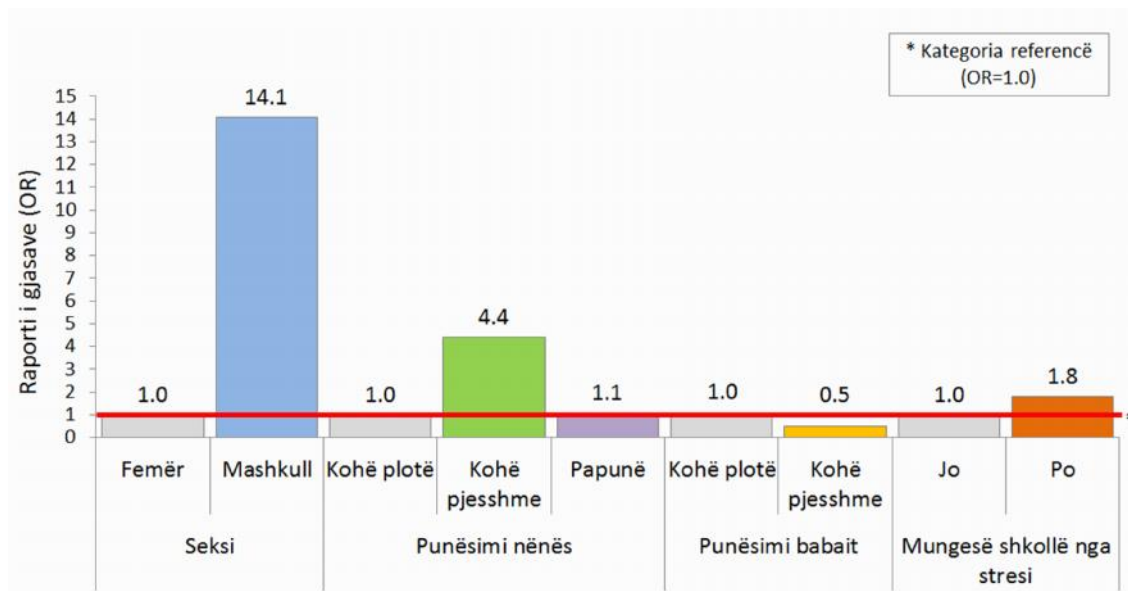


Figura 18. Gjasat e marrdhëneve seksuale të hershme sipas karakteristikave socio-demografike të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm lidhjet statistikisht domethënëse)

4.4.2.3 Partnerë seksualë të shumtë në jetë sipas faktorëve bazë socio-demografikë

Tabela 14 paraqet lidhjen e partnerëve të shumtë seksualë në jetë (>3) me karakteristikat bazë të pjesëmarrësve. Gjasat e angazhimit me partnerë të shumtë seksualë në jetë rezultuan në mënyrë domethënëse më të larta midis pjesëmarrësve mbi 21 vjeç, meshkujt, pjesëmarrësve me nënën me edukim të ulët dhe atyre me babain të punësuar me kohë të plotë (Tabela 14).

Tabela 14. Lidhja e partnerëve të shumtë seksualë (>3) në jetë me karakteristikat socio-demografike të pjesëmarrësve

Karakteristika të përgjithshme të subjekteve në studim	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Grup-mosha			0.003 (2)¶
18-21 vjeç	1.00	Referencë	-
22-23 vjeç	2.35	1.40-3.93	0.001
>23 vjeç	1.83	1.07-3.14	0.028
Seksi			<0.001
Mashkull	81.84	19.71-339.87	
Femër	1.00	Referencë	
Vendlindja			
Urban	1.39	0.62-3.11	0.420
Rural	1.00	Referencë	
Gjendja civile			
Jo i/e martuar	1.00	Referencë	0.276
I/e martuar, ndarë, divorcuar, bashkëjeton	1.45	0.74-2.85	

Karakteristika të përgjithshme të subjekteve në studim	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Niveli i edukimit të nënës			0.006 (2)
I ulët (8 vjet ose më pak)	1.00	Referencë	-
I mesëm (9-12 vjet)	0.46	0.29-0.93	0.031
I lartë (>12 vjet)	0.94	0.46-1.89	0.860
Niveli i edukimit të babait			0.363 (2)
I ulët (8 vjet ose më pak)	1.00	Referencë	-
I mesëm (9-12 vjet)	1.07	0.43-2.62	0.891
I lartë (>12 vjet)	1.45	0.59-3.54	0.415
Statusi i punësimit të nënës			0.985 (2)
Punësuar me kohë të plotë	1.00	Referencë	-
Punësuar me kohë të pjesshme	0.95	0.48-1.90	0.892
Jo e punësuar	1.01	0.63-1.62	0.956
Statusi i punësimit të babait			0.121 (2)
Punësuar me kohë të plotë	1.00	Referencë	-
Punësuar me kohë të pjesshme	0.88	0.49-1.56	0.668
Jo i punësuar	0.49	0.25-0.97	0.040
Mungesë në shkollë për shkak të stresit/depresionit muajin e fundit			
Jo	1.00	Referencë	0.136
Po	1.44	0.89-2.32	
Mungesë në shkollë për shkak të shëndetit të keq fizik muajin e fundit			
Jo	1.00	Referencë	0.811
Po	1.06	0.68-1.65	

* Raporti i gjasave (OR: angazhimi me >3 partnerë seksualë në jetë vs. jo) nga Regresioni Logjistik Binar. Të gjitha OR-të janë të kontrolluara për efektin konfundues të moshës dhe gjinisë.

† Intervali i besimit 95% (95%CI) për raportin e gjasave.

‡ Vlera e p-së nga Regresioni Logjistik Binar.

¶ Vlera e përgjithshme e domethënies statistikore dhe shkallët e lirisë (në kllapa).

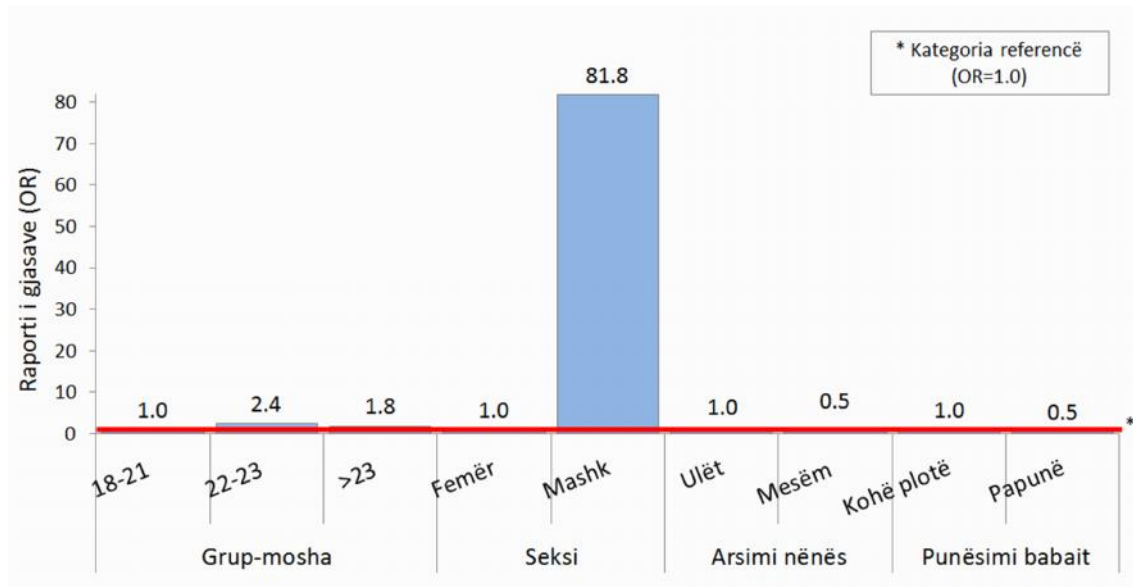


Figura 19. Gjasat e angazhimit me shumë partnerë seksualë (>3) në jetë sipas karakteristikave socio-demografike të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm lidhjet statistikiisht domethënëse)

4.4.3 Përdorimi i drogave të paligjshme

4.4.3.1 Përdorimi i drogave ilegale në jetë sipas faktorëve bazë socio-demografikë

Tabela 15 paraqet lidhjen e përdorimit të drogave ilegale në jetë me karakteristikat bazë të pjesëmarrësve. Gjasat e përdorimit të drogave ilegale në jetë rezultuan në mënyrë domethënëse më të larta vetëm midis pjesëmarrësve mbi 23 vjeç dhe meshkujve (Tabela 15).

Tabela 15. Lidhja e përdorimit të drogave ilegale në jetë me karakteristikat socio-demografike të pjesëmarrësve

Karakteristika të përgjithshme të subjekteve në studim	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Grup-mosha			0.112 (2) [¶]
18-21 vjeç	1.00	Referencë	-
22-23 vjeç	0.88	0.53-1.47	0.630
>23 vjeç	0.53	0.29-0.96	0.037
Seksi			
Mashkull	18.28	8.27-40.38	<0.001
Femër	1.00	Referencë	
Vendlindja			
Urban	1.40	0.63-3.12	0.410
Rural	1.00	Referencë	
Gjendja civile			

Karakteristika të përgjithshme të subjekteve në studim	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Jo i/e martuar	1.00	Referencë	0.156
I/e martuar, ndarë, divorcuar, bashkëjeton	1.61	0.83-3.14	
Niveli i edukimit të nënës			0.334 (2)
I ulët (8 vjet ose më pak)	1.00	Referencë	-
I mesëm (9-12 vjet)	0.92	0.44-1.92	0.814
I lartë (>12 vjet)	1.30	0.62-2.73	0.494
Niveli i edukimit të babait			0.719 (2)
I ulët (8 vjet ose më pak)	1.00	Referencë	-
I mesëm (9-12 vjet)	1.16	0.45-2.97	0.761
I lartë (>12 vjet)	1.35	0.52-3.47	0.535
Statusi i punësimit të nënës			0.512 (2)
Punësuar me kohë të plotë	1.00	Referencë	-
Punësuar me kohë të pjesshme	1.01	0.50-2.00	0.989
Jo e punësuar	0.77	0.48-1.24	0.280
Statusi i punësimit të babait			0.121 (2)
Punësuar me kohë të plotë	1.00	Referencë	-
Punësuar me kohë të pjesshme	0.61	0.32-1.15	0.128
Jo i punësuar	1.38	0.75-2.50	0.296
Mungesë në shkollë për shkak të stresit/depresionit muajin e fundit			
Jo	1.00	Referencë	0.863
Po	1.04	0.64-1.70	
Mungesë në shkollë për shkak të shëndetit të keq fizik muajin e fundit			
Jo	1.00	Referencë	0.596
Po	1.13	0.72-1.79	

* Raporti i gjasave (OR: përdorimi i drogave ilegale në jetë vs. jo) nga Regresioni Logjistik Binar. Të gjitha OR-të janë të kontrolluara për efektin konfundues të moshës dhe gjinisë.

† Intervali i besimit 95% (95%CI) për raportin e gjasave.

‡ Vlera e p-së nga Regresioni Logjistik Binar.

¶ Vlera e përgjithshme e domethënies statistikore dhe shkallët e lirisë (në kllapa).

4.4.4 Përpyjekjet për t'u vetëvrarë

4.4.4.1 Përpyjekjet për t'u vetëvrarë në jetë sipas faktorëve bazë socio-demografikë

Tabela 16 paraqet lidhjen e angazhimit në përpyjekje për t'u vetëvrarë në jetë me karakteristikat bazë të pjesëmarrësve. Gjasat e përpyjekjeve për t'u vetëvrarë në jetë rezultuan në mënyrë domethënëse më të larta vetëm midis pjesëmarrësve femra, pjesëmarrësve me nënë me arsim të ulët dhe atyre që kanë munguar në shkollë për shkak të shëndetit të keq mendor (Tabela 16).

Tabela 16. Lidhja e angazhimit në përpjekje për t'u vetëvuarë në jetë me karakteristikat socio-demografike të pjesëmarrësve

Karakteristika të përgjithshme të subjekteve në studim	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Grup-mosha			0.664 (2)¶
18-21 vjeç	1.14	0.49-2.61	0.755
22-23 vjeç	0.73	0.29-1.78	0.485
>23 vjeç	1.00	Referencë	-
Seksi			
Mashkull	1.00	Referencë	<0.001
Femër	5.39	1.99-14.55	
Vendlindja			
Urban	1.00	Referencë	0.222
Rural	1.73	0.72-4.15	
Gjendja civile			
Jo i/e martuar	1.00	Referencë	0.028
I/e martuar, ndarë, divorcuar, bashkëjeton	2.40	1.09-5.25	
Niveli i edukimit të nënës			0.023 (2)
I ulët (8 vjet ose më pak)	4.64	1.44-14.93	0.010
I mesëm (9-12 vjet)	2.23	0.73-6.74	0.157
I lartë (>12 vjet)	1.00	Referencë	-
Niveli i edukimit të babait			0.327 (2)
I ulët (8 vjet ose më pak)	2.14	0.78-5.89	0.139
I mesëm (9-12 vjet)	1.36	0.58-3.21	0.478
I lartë (>12 vjet)	1.00	Referencë	
Statusi i punësimit të nënës			0.470 (2)
Punësuar me kohë të plotë	1.00	Referencë	-
Punësuar me kohë të pjesshme	1.86	0.69-5.02	0.220
Jo e punësuar	1.37	0.60-3.11	0.459
Statusi i punësimit të babait			0.883 (2)
Punësuar me kohë të plotë	1.00	Referencë	-
Punësuar me kohë të pjesshme	1.01	0.46-2.29	0.982
Jo i punësuar	1.27	0.48-3.34	0.632
Mungesë në shkollë për shkak të stresit/depresionit muajin e fundit			
Jo	1.00	Referencë	0.037
Po	2.11	1.05-4.25	
Mungesë në shkollë për shkak të shëndetit të keq fizik muajin e fundit			
Jo	1.00	Referencë	0.948
Po	0.98	0.49-1.96	

* Raporti i gjasave (OR: angazhimi në përpjekje për t'u vetëvuarë në jetë vs. jo) nga Regresioni Logjistik Binar. Të gjitha OR-të janë të kontrolluara për efektin konfundues të moshës dhe gjinisë.

† Intervali i besimit 95% (95%CI) për raportin e gjasave.

‡ Vlera e p-së nga Regresioni Logjistik Binar.

¶ Vlera e përgjithshme e domethënies statistikore dhe shkallët e lirisë (në kllapa).

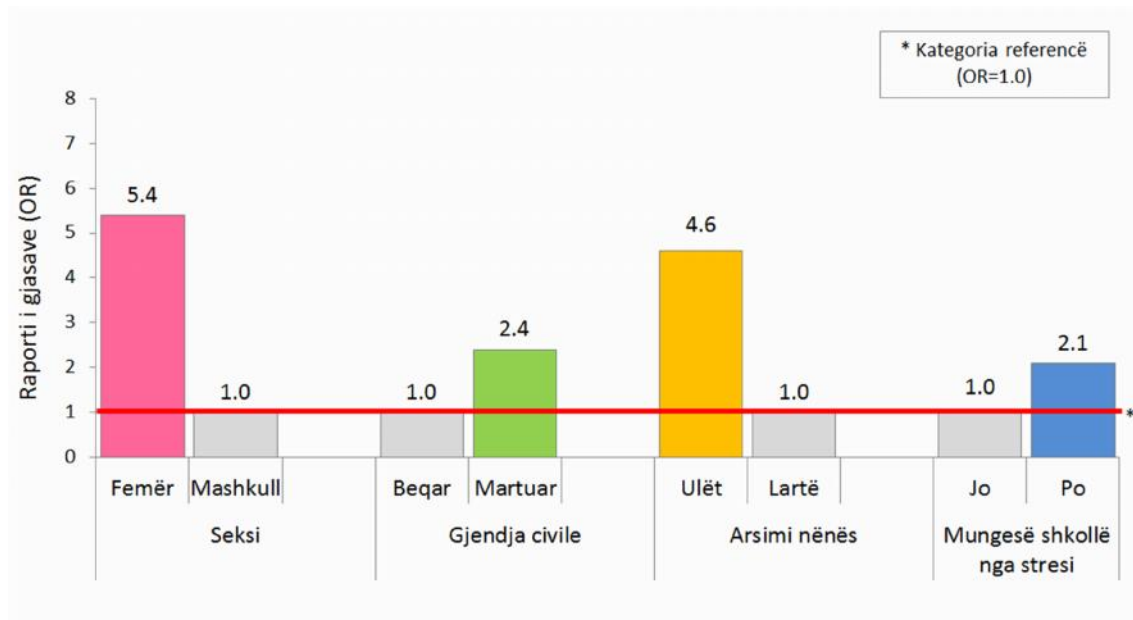


Figura 20. Gjasat e përpjekjeve për t'u vetëvararë në jetë sipas karakteristikave socio-demografike të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm lidhjet statistikisht domethënëse)

4.4.5 Inaktiviteti fizik gjatë muajit të fundit

4.4.5.1 Inaktiviteti fizik gjatë muajit të fundit sipas faktorëve bazë socio-demografikë

Tabela 17 paraqet lidhjen e inaktivitetit fizik gjatë muajit të fundit me karakteristikat bazë të pjesëmarrësve. Gjasat e të qenit inaktiv fizikisht gjatë muajit të fundit rezultuan në mënyrë domethënëse më të larta vetëm midis pjesëmarrësve femra dhe pjesëmarrësve që nuk kishin munguar në shkollë për shkak të shëndetit të keq mendor ose fizik gjatë muajit të fundit (Tabela 17).

Tabela 17. Lidhja e inaktivitetit fizik gjatë muajit të fundit me karakteristikat socio-demografike të pjesëmarrësve

Karakteristika të përgjithshme të subjekteve në studim	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Grup-mosha			0.115 (2)¶
18-21 vjeç	1.00	Referencë	-
22-23 vjeç	1.02	0.66-1.58	0.933
>23 vjeç	1.43	0.97-2.12	0.075
Seksi			<0.001
Mashkull	1.00	Referencë	
Femër	1.85	1.31-2.62	
Vendlindja			

Karakteristika të përgjithshme të subjekteve në studim	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Urban	1.00	Referencë	0.018
Rural	1.70	1.09-2.65	
Gjendja civile			
Jo i/e martuar	1.46	0.91-2.35	0.118
I/e martuar, ndarë, divorcuar, bashkëjeton	1.00	Referencë	
Niveli i edukimit të nënës			0.375 (2)
I ulët (8 vjet ose më pak)	1.00	Referencë	-
I mesëm (9-12 vjet)	1.36	0.87-2.12	0.181
I lartë (>12 vjet)	1.37	0.83-2.26	0.215
Niveli i edukimit të babait			0.219 (2)
I ulët (8 vjet ose më pak)	1.00	Referencë	-
I mesëm (9-12 vjet)	1.44	0.88-2.33	0.140
I lartë (>12 vjet)	1.14	0.68-1.93	0.613
Statusi i punësimit të nënës			0.550 (2)
Punësuar me kohë të plotë	1.00	Referencë	-
Punësuar me kohë të pjesshme	0.95	0.59-1.53	0.838
Jo e punësuar	0.83	0.58-1.18	0.289
Statusi i punësimit të babait			0.969 (2)
Punësuar me kohë të plotë	1.00	Referencë	-
Punësuar me kohë të pjesshme	0.95	0.66-1.39	0.803
Jo i punësuar	0.98	0.62-1.57	0.947
Mungesë në shkollë për shkak të stresit/depresionit muajin e fundit			
Jo	1.55	1.08-2.21	0.017
Po	1.00	Referencë	
Mungesë në shkollë për shkak të shëndetit të keq fizik muajin e fundit			
Jo	2.40	1.69-3.41	<0.001
Po	1.00	Referencë	

* Raporti i gjasave (OR: inaktivitet fizik gjatë muajit të fundit vs. jo) nga Regresioni Logjistik Binar. Të gjitha OR-të janë të kontrolluara për efektin konfondues të moshës dhe gjinisë.

† Intervali i besimit 95% (95%CI) për raportin e gjasave.

‡ Vlera e p-së nga Regresioni Logjistik Binar.

¶ Vlera e përgjithshme e domethënies statistikore dhe shkallët e lirisë (në kllapa).

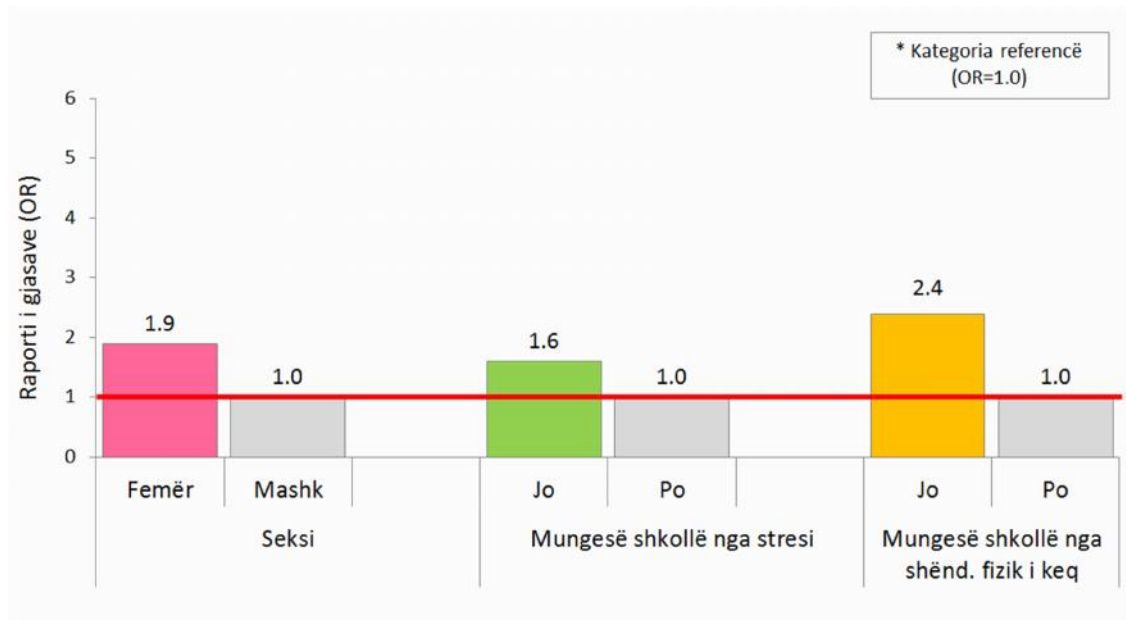


Figura 21. Gjasat e inaktivitetit fizik muajin e fundit sipas karakteristikave socio-demografike të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm lidhjet statistikisht domethënëse)

4.5 Lidhja e eksperiencave negative të fëmijërisë me faktorët socio-demografikë dhe sjelljet e rrezikshme shëndetësore tek pjesëmarrësit në studim

4.5.1 Abuzimi emocional/psikologjik gjatë fëmijërisë

4.4.1.1 Abuzimi emocional dhe karakteristikat socio-demografike

Tabela 18 paraqet lidhjen e abuzimit emocional/psikologjik gjatë fëmijërisë me karakteristikat kryesore socio-demografike të pjesëmarrësve. Mund të vihet re që gjasat e abuzimit emocional/psikologjik gjatë fëmijërisë janë në mënyrë domethënëse më të larta midis pjesëmarrësve me nënën dhe babain me arsim të ulët dhe të mesëm, tek ata që kanë babain të papunë, ata nëna e të cilëve ishte ≤ 22 vjeç në momentin e lindjes së tyre dhe tek ata që kanë munguar në shkollë muajin e fundit për shkak të shëndeti të keq mendor dhe fizik (Tabela 18).

Tabela 18. Lidhja e abuzimit emocional gjatë fëmijërisë me karakteristikat socio-demografike të pjesëmarrësve

Karakteristika të përgjithshme të subjekteve në studim	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Grup-mosha 18-21 vjeç	1.00	Referencë	0.784 (2)¶ -

Karakteristika të përgjithshme të subjekteve në studim	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
22-23 vjeç	1.05	0.73-1.49	0.811
>23 vjeç	1.13	0.80-1.59	0.493
Seksi			
Mashkull	1.24	0.93-1.67	0.146
Femër	1.00	Referencë	
Vendlindja			
Urban	1.00	Referencë	0.128
Rural	1.38	0.91-2.09	
Gjendja civile			
Jo i/e martuar	1.27	0.84-1.92	0.257
I/e martuar, ndarë, divorcuar, bashkëjeton	1.00	Referencë	
Niveli i edukimit të nënës			0.002 (2)
I ulët (8 vjet ose më pak)	2.16	1.41-3.30	<0.001
I mesëm (9-12 vjet)	1.46	1.05-2.03	0.025
I lartë (>12 vjet)	1.00	Referencë	-
Niveli i edukimit të babait			0.009 (2)
I ulët (8 vjet ose më pak)	1.98	1.26-3.08	0.003
I mesëm (9-12 vjet)	1.37	1.01-1.87	0.047
I lartë (>12 vjet)	1.00	Referencë	-
Statusi i punësimit të nënës			0.497 (2)
Punësuar me kohë të plotë	1.00	Referencë	-
Punësuar me kohë të pjesshme	1.28	0.84-1.95	0.243
Jo e punësuar	1.11	0.82-1.51	0.500
Statusi i punësimit të babait			0.049 (2)
Punësuar me kohë të plotë	1.00	Referencë	-
Punësuar me kohë të pjesshme	1.29	0.3-1.79	0.125
Jo i punësuar	1.59	1.07-2.37	0.022
Mosha e nënës në momentin e lindjes së pjesëmarrësit			0.010 (4)
≤22 vjeç	1.59	1.02-2.46	0.040
23-24 vjeç	1.29	0.81-2.06	0.285
25-27 vjeç	1.41	0.91-2.19	0.127
28-30 vjeç	0.77	0.49-1.22	0.268
>30 vjeç	1.00	Referencë	Referencë
Mungesë në shkollë për shkak të stresit/depresionit muajin e fundit			
Jo	1.00	Referencë	<0.001
Po	2.02	1.49-2.72	
Mungesë në shkollë për shkak të shëndetit të keq fizik muajin e fundit			
Jo	1.00	Referencë	0.036
Po	1.36	1.02-1.81	

* Raporti i gjasave (OR: përjetimi i abuzimit emocional në fëmijëri vs. jo) nga Regresioni Logjistik Binar. Të gjitha OR-të janë të kontrolluara për efektin konfundues të moshës dhe gjinisë.

† Intervali i besimit 95% (95%CI) për raportin e gjasave.

‡ Vlera e p-së nga Regresioni Logjistik Binar.

¶ Vlera e përgjithshme e domethënies statistikore dhe shkallët e lirisë (në kllapa).

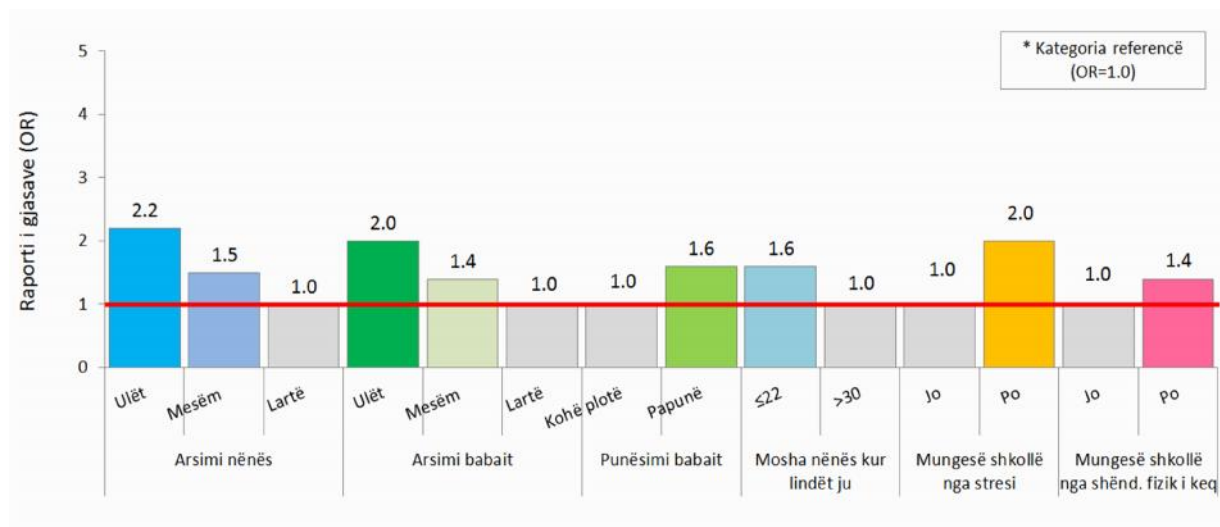


Figura 22. Gjasat e abuzimit emocional gjatë fëmijërisë sipas karakteristikave socio-demografike të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm lidhjet statistikisht domethënëse)

4.4.1.2 Abuzimi emocional dhe sjelljet e rrezikshme shëndetësore

Tabela 19 paraqet lidhjen e abuzimit emocional/psikologjik gjatë fëmijërisë me sjelljet e rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve. Mund të vihet re që gjasat e përdorimit problematik të drogës dhe përpjekjeve për t'u vetëvararë janë në mënyrë domethënëse më të larta midis pjesëmarrësve që kanë përjetuar abuzim emocional/psikologjik gjatë fëmijërisë krahasuar me ata që nuk kanë përjetuar këtë lloj abuzimi, kurse lidhjet me llojet e tjera të sjelljeve të rrezikshme nuk rezultuan domethënëse nga ana statistikore (Tabela 19).

Tabela 19. Lidhja e abuzimit emocional gjatë fëmijërisë me sjelljet e rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve në studim

Sjellja e rrezikshme shëndetësore	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Duhanpirje aktuale			
Jo	1.00	Referencë	0.559
Po	0.89	0.61-1.30	
Konsum alkooli gjatë jetës			
Jo	1.00	Referencë	0.099
Po	1.33	0.93-1.67	
Përdorues problematik i alkoolit			
Jo	1.00	Referencë	0.005

Sjellja e rrezikshme shëndetësore	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Po	2.39	1.30-4.39	
Marrdhënie seksuale në jetë			
Jo	1.00	Referencë	0.186
Po	0.79	0.57-1.16	
Marrdhënie seksuale të hershme			
Jo	1.00	Referencë	0.097
Po	1.42	0.93-2.15	
Shumë partnerë seksuale (>3) në jetë			
Jo	1.00	Referencë	0.187
Po	0.74	0.46-1.14	
Përdorimi i drogës në jetë			
Jo	1.00	Referencë	0.361
Po	1.24	0.78-1.95	
Përdorues problematik i drogës			
Jo	1.00	Referencë	0.075
Po	3.11	0.90-9.65	
Përpjekje për vetëvrasje në jetë			
Jo	1.00	Referencë	<0.001
Po	5.78	2.63-12.77	

* Raporti i gjasave (OR: përjetimi i abuzimit emocional në fëmijëri vs. jo) nga Regresioni Logjistik Binar. Të gjitha OR-të janë të kontrolluara për efektin konfundues të moshës dhe gjinisë.

† Intervali i besimit 95% (95%CI) për raportin e gjasave.

‡ Vlera e p-së nga Regresioni Logjistik Binar.

¶ Vlera e përgjithshme e domethënies statistikore dhe shkallët e lirisë (në kllapa).

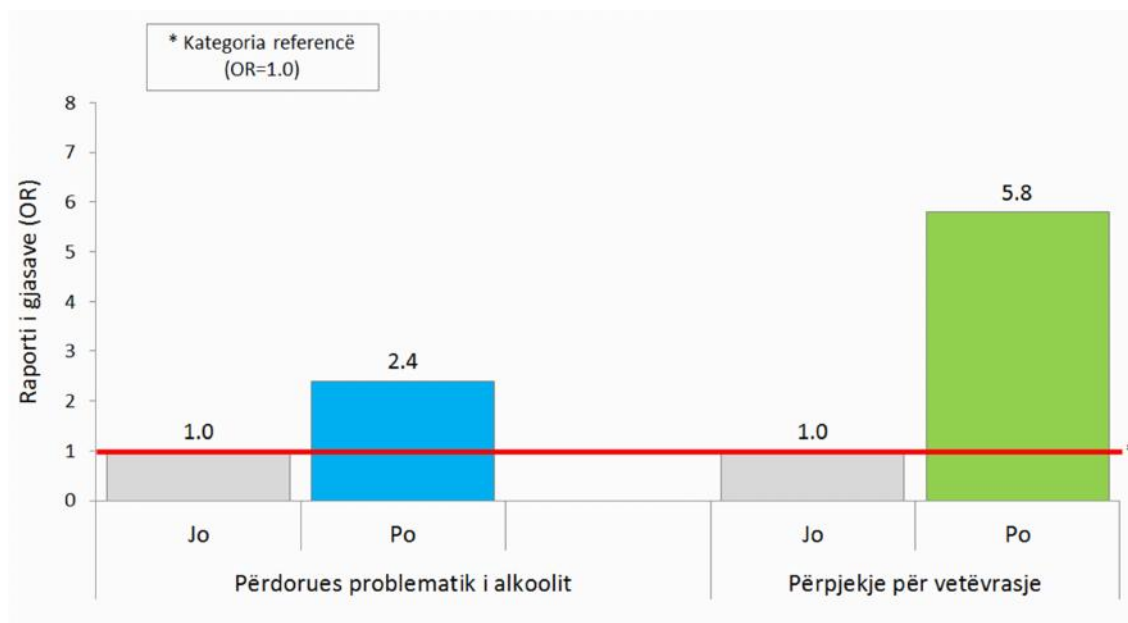


Figura 23. Gjasat e abuzimit emocional gjatë fëmijërisë sipas sjelljeve të rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm lidhjet statistikisht domethënëse)

4.5.2 Abuzimi fizik gjatë fëmijërisë

4.5.2.1 Abuzimi fizik gjatë fëmijërisë dhe karakteristikat socio-demografike

Tabela 20 paraqet lidhjen e abuzimit fizik gjatë fëmijërisë me karakteristikat kryesore socio-demografike të pjesëmarrësve. Mund të vihet re që gjasat e abuzimit fizik gjatë fëmijërisë janë në mënyrë domethënëse më të larta midis pjesëmarrësve meshkuj, atyre beqarë në kohën e kryerjes së studimit, pjesëmarrësve me nënën dhe babain me arsim të ulët dhe të mesëm, ata nëna e të cilëve ishte ≤ 22 vjeç në momentin e lindjes së tyre dhe tek ata që kanë munguar në shkollë muajin e fundit për shkak të shëndeti të keq mendor (Tabela 20).

Tabela 20. Lidhja e abuzimit fizik gjatë fëmijërisë me karakteristikat socio-demografike të pjesëmarrësve

Karakteristika të përgjithshme të subjekteve në studim	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Grup-mosha			0.811 (2)¶
18-21 vjeç	1.00	Referencë	-
22-23 vjeç	0.99	0.65-1.52	0.900
>23 vjeç	1.12	0.75-1.68	0.578
Seksi			0.006
Mashkull	1.62	1.15-2.28	
Femër	1.00	Referencë	
Vendlindja			0.084
Urban	1.00	Referencë	
Rural	1.51	0.95-2.41	
Gjendja civile			0.008
Jo i/e martuar	2.17	1.22-3.86	
I/e martuar, ndarë, divorcuar, bashkëjeton	1.00	Referencë	
Niveli i edukimit të nënës			0.003 (2)
I ulët (8 vjet ose më pak)	2.22	1.34-3.68	0.002
I mesëm (9-12 vjet)	1.81	1.21-2.69	0.004
I lartë (>12 vjet)	1.00	Referencë	-
Niveli i edukimit të babait			<0.001 (2)
I ulët (8 vjet ose më pak)	2.78	1.65-4.66	<0.001
I mesëm (9-12 vjet)	1.71	1.17-2.51	0.006
I lartë (>12 vjet)	1.00	Referencë	-
Statusi i punësimit të nënës			0.518 (2)
Punësuar me kohë të plotë	1.00	Referencë	-
Punësuar me kohë të pjesshme	1.31	0.80-2.15	0.279
Jo e punësuar	1.16	0.81-1.67	0.416
Statusi i punësimit të babait			0.186 (2)
Punësuar me kohë të plotë	1.00	Referencë	-
Punësuar me kohë të pjesshme	1.08	0.73-1.59	0.703

Karakteristika të përgjithshme të subjekteve në studim	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Jo i punësuar	1.52	0.97-2.38	0.068
Mosha e nënës në momentin e lindjes së pjesëmarrësit			0.003 (4)
≤22 vjeç	1.70	1.04-2.78	0.036
23-24 vjeç	1.22	0.71-2.09	0.468
25-27 vjeç	0.67	0.39-1.17	0.160
28-30 vjeç	0.80	0.47-1.37	0.419
>30 vjeç	1.00	Referencë	Referencë
Mungesë në shkollë për shkak të stresit/depresionit muajin e fundit			0.001
Jo	1.00	Referencë	
Po	1.77	1.26-2.50	
Mungesë në shkollë për shkak të shëndetit të keq fizik muajin e fundit			0.162
Jo	1.00	Referencë	
Po	1.27	0.91-1.78	

* Raporti i gjasave (OR: përjetimi i abuzimit fizik në fëmijëri vs. jo) nga Regresioni Logjistik Binar. Të gjitha OR-të janë të kontrolluara për efektin konfundues të moshës dhe gjinisë.

† Intervali i besimit 95% (95%CI) për raportin e gjasave.

‡ Vlera e p-së nga Regresioni Logjistik Binar.

¶ Vlera e përgjithshme e domethënies statistikore dhe shkallët e lirisë (në kllapa).

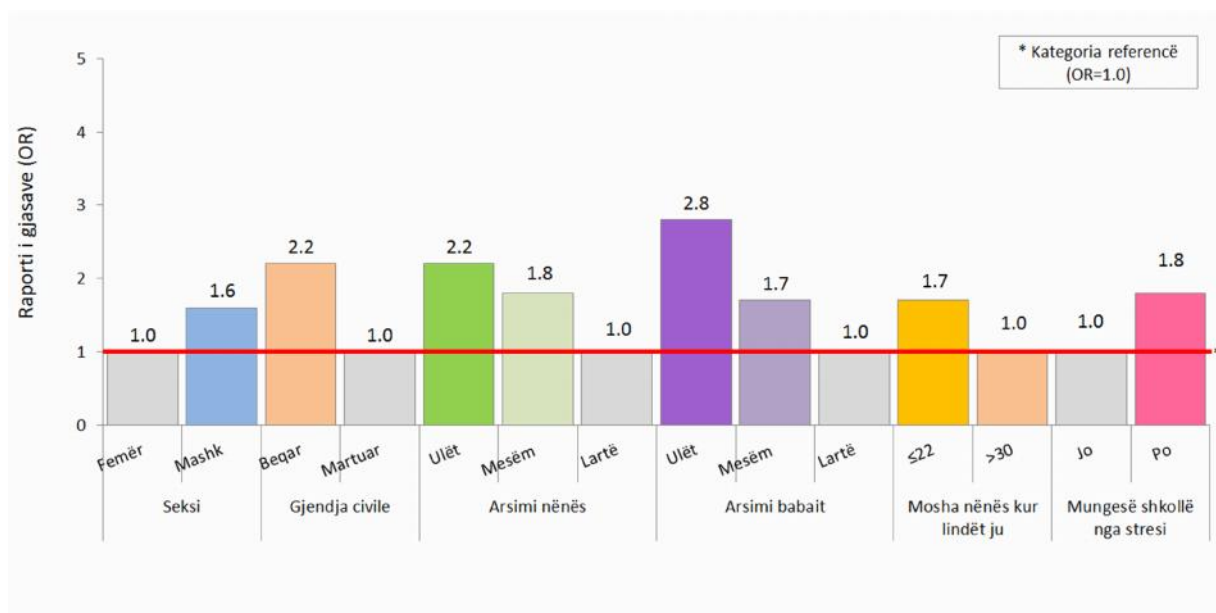


Figura 24. Gjasat e abuzimit fizik gjatë fëmijërisë sipas karakteristikave socio-demografike të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm lidhjet statistikisht domethënëse)

4.5.2.2 Abuzimi fizik gjatë fëmijërisë dhe sjelljet e rrezikshme shëndetësore

Tabela 21 paraqet lidhjen e abuzimit fizik gjatë fëmijërisë me sjelljet e rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve. Mund të vihet re që gjasat e konsumit të alkoolit dhe përdorimit problematik të alkoolit në jetë, gjasat e kryerjes së marrdhënieve seksuale të hershme, gjasat e përdorimit të drogës dhe përdorimit problematik të drogës në jetë si dhe përpjekjeve për t'u vetëvrarë janë në mënyrë domethënëse më të larta midis pjesëmarrësve që kanë përjetuar abuzim fizik gjatë fëmijërisë krahasuar me ata që nuk kanë përjetuar këtë lloj abuzimi (Tabela 21).

Tabela 21. Lidhja e abuzimit fizik gjatë fëmijërisë me sjelljet e rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve në studim

Sjellja e rrezikshme shëndetësore	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Duhanpirje aktuale			
Jo	1.00	Referencë	0.442
Po	1.18	0.78-1.79	
Konsum alkooli gjatë jetës			
Jo	1.00	Referencë	0.016
Po	1.52	1.11-2.17	
Përdorues problematik i alkoolit			
Jo	1.00	Referencë	0.004
Po	2.52	1.35-4.68	
Marrdhënie seksuale në jetë			
Jo	1.00	Referencë	0.716
Po	1.08	0.72-1.61	
Marrdhënie seksuale të hershme			
Jo	1.00	Referencë	0.003
Po	2.03	1.27-3.23	
Shumë partnerë seksuale (>3) në jetë			
Jo	1.00	Referencë	0.365
Po	0.79	0.48-1.3	
Përdorimi i drogës në jetë			
Jo	1.00	Referencë	0.003
Po	2.07	1.28-3.36	
Përdorues problematik i drogës			
Jo	1.00	Referencë	<0.001
Po	12.32	3.34-46.54	
Përpjekje për vetëvrasje në jetë			
Jo	1.00	Referencë	<0.001
Po	4.61	2.24-9.48	

* Raporti i gjasave (OR: përjetimi i abuzimit fizik në fëmijëri vs. jo) nga Regresioni Logjistik Binar. Të gjitha OR-të janë të kontrolluara për efektin konfundues të moshës dhe gjinisë.

† Intervali i besimit 95% (95%CI) për raportin e gjasave.

‡ Vlera e p-së nga Regresioni Logjistik Binar.

¶ Vlera e përgjithshme e domethënies statistikore dhe shkallët e lirisë (në kllapa).

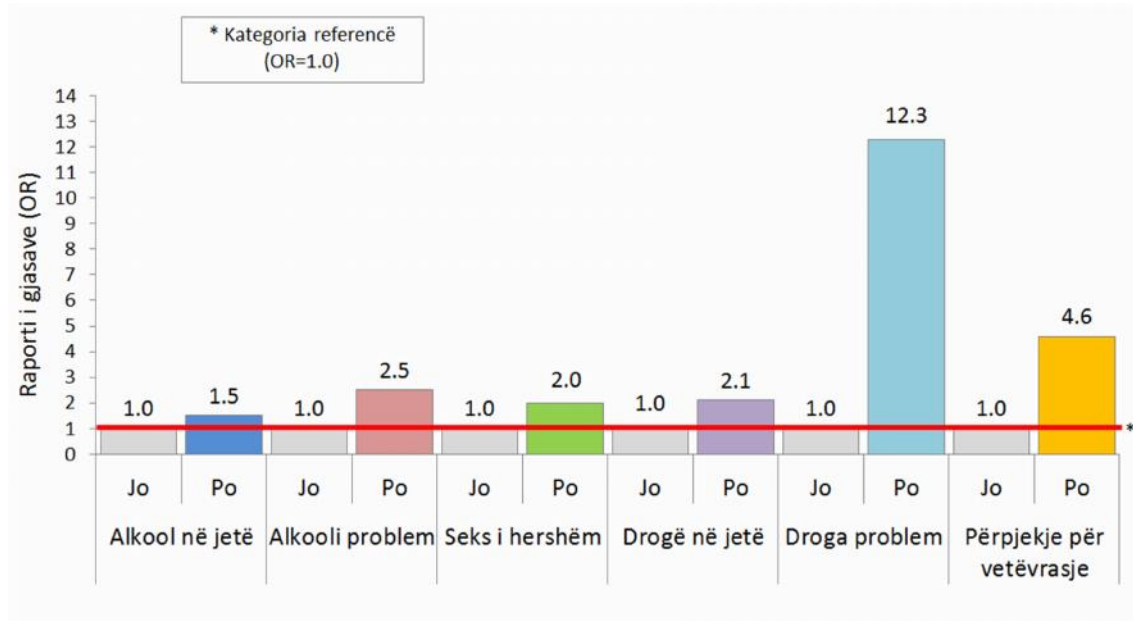


Figura 25. Gjasat e abuzimit fizik gjatë fëmijërisë sipas sjelljeve të rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm lidhjet statistikisht domethënëse)

4.5.3 Abuzimi seksual gjatë fëmijërisë

4.5.3.1 Abuzimi seksual gjatë fëmijërisë dhe karakteristikat socio-demografike

Tabela 22 paraqet lidhjen e abuzimit seksual gjatë fëmijërisë me karakteristikat kryesore socio-demografike të pjesëmarrësve. Mund të vihet re që gjasat e abuzimit seksual gjatë fëmijërisë janë në mënyrë domethënëse më të larta midis pjesëmarrësve meshkuj, dhe tek ata që kanë munguar në shkollë muajin e fundit për shkak të shëndeti të keq mendor dhe fizik (Tabela 22).

Tabela 22. Lidhja e abuzimit seksual gjatë fëmijërisë me karakteristikat socio-demografike të pjesëmarrësve

Karakteristika të përgjithshme të subjekteve në studim	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Grup-mosha			0.107 (2)¶
18-21 vjeç	1.00	Referencë	-
22-23 vjeç	0.84	0.49-1.43	0.522
>23 vjeç	0.55	0.31-0.96	0.546
Seksi			0.014
Mashkull	1.80	1.13-2.89	
Femër	1.00	Referencë	
Vendlindja			0.192
Urban	1.00	Referencë	
Rural	0.58	0.26-1.31	

Karakteristika të përgjithshme të subjekteve në studim	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Gjendja civile			
Jo i/e martuar	1.80	0.80-4.05	0.158
I/e martuar, ndarë, divorcuar, bashkëjeton	1.00	Referencë	
Niveli i edukimit të nënës			0.326 (2)
I ulët (8 vjet ose më pak)	0.97	0.45-2.06	0.929
I mesëm (9-12 vjet)	1.39	0.84-2.30	0.197
I lartë (>12 vjet)	1.00	Referencë	-
Niveli i edukimit të babait			0.148 (2)
I ulët (8 vjet ose më pak)	2.01	0.99-4.04	0.052
I mesëm (9-12 vjet)	1.19	0.72-1.95	0.495
I lartë (>12 vjet)	1.00	Referencë	-
Statusi i punësimit të nënës			0.783 (2)
Punësuar me kohë të plotë	1.00	Referencë	-
Punësuar me kohë të pjesshme	1.21	0.63-2.34	0.562
Jo e punësuar	0.97	0.60-1.57	0.902
Statusi i punësimit të babait			0.869 (2)
Punësuar me kohë të plotë	1.00	Referencë	-
Punësuar me kohë të pjesshme	0.93	0.55-1.59	0.799
Jo i punësuar	1.13	0.61-2.10	0.699
Mosha e nënës në momentin e lindjes së pjesëmarrësit			0.422 (4)
≤22 vjeç	1.80	0.89-3.63	0.099
23-24 vjeç	1.04	0.46-2.35	0.931
25-27 vjeç	1.20	0.58-2.51	0.627
28-30 vjeç	1.19	0.57-2.47	0.641
>30 vjeç	1.00	Referencë	Referencë
Mungesë në shkollë për shkak të stresit/depresionit muajin e fundit			
Jo	1.00	Referencë	0.019
Po	1.73	1.09-2.75	
Mungesë në shkollë për shkak të shëndetit të keq fizik muajin e fundit			
Jo	1.00	Referencë	0.004
Po	1.98	1.25-3.14	

* Raporti i gjasave (OR: përjetimi i abuzimit seksual në fëmijëri vs. jo) nga Regresioni Logjistik Binar. Të gjitha OR-të janë të kontrolluara për efektin konfundues të moshës dhe gjinisë.

† Intervali i besimit 95% (95% CI) për raportin e gjasave.

‡ Vlera e p-së nga Regresioni Logjistik Binar.

¶ Vlera e përgjithshme e domethënies statistikore dhe shkallët e lirisë (në kllapa).

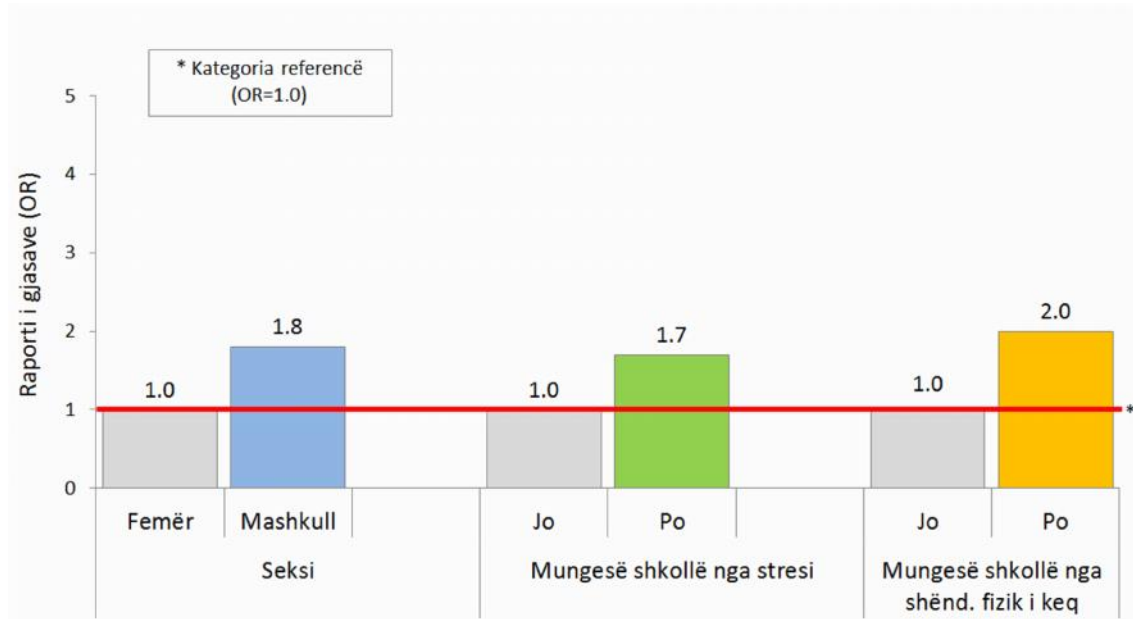


Figura 26. Gjasat e abuzimit seksual gjatë fëmijërisë sipas karakteristikave socio-demografike të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm lidhjet statistikisht domethënëse)

4.5.3.2 Abuzimi seksual gjatë fëmijërisë dhe sjelljet e rrezikshme shëndetësore

Tabela 23 paraqet lidhjen e abuzimit seksual gjatë fëmijërisë me sjelljet e rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve. Mund të vihet re që gjasat e konsumit aktual të duhanit, gjasat e kryerjes së marrdhënieve seksuale të hershme dhe gjasat e përdorimit të drogës janë në mënyrë domethënëse më të larta midis pjesëmarrësve që kanë përjetuar abuzim seksual gjatë fëmijërisë krahasuar me ata që nuk kanë përjetuar këtë lloj abuzimi (Tabela 23). Lidhjet me llojet e tjera të sjelljeve të rrezikshme nuk rezultuan statistikisht domethënëse por sidoqoftë gjasat e përpjekjeve për t'u vetëvararë, përdorimit problematik të drogës, marrdhënieve seksuale me shumë partnerë në jetë dhe konsumit të alkoolit në jetë ishin më të larta midis atyre që kanë përjetuar abuzim seksual në fëmijërinë e tyre.

Tabela 23. Lidhja e abuzimit seksual gjatë fëmijërisë me sjelljet e rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve në studim

Sjellja e rrezikshme shëndetësore	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Duhanpirje aktuale			
Jo	1.00	Referencë	0.003
Po	2.20	1.31-3.79	
Konsum alkooli gjatë jetës			
Jo	1.00	Referencë	0.105
Po	1.61	0.91-2.87	
Përdorues problematik i alkoolit			
Jo	1.00	Referencë	0.548

Sjellja e rrezikshme shëndetësore	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Po	1.38	0.54-3.10	
Marrdhënie seksuale në jetë			
Jo	1.00	Referencë	0.037
Po	1.92	1.04-3.54	
Marrdhënie seksuale të hershme			
Jo	1.00	Referencë	0.826
Po	0.94	0.53-1.66	
Shumë partnerë seksuale (>3) në jetë			
Jo	1.00	Referencë	0.233
Po	1.44	0.79-2.64	
Përdorimi i drogës në jetë			
Jo	1.00	Referencë	0.038
Po	1.84	1.06-3.33	
Përdorues problematik i drogës			
Jo	1.00	Referencë	0.059
Po	3.04	0.92-9.48	
Përpjekje për vetëvrasje në jetë			
Jo	1.00	Referencë	0.330
Po	1.73	0.57-5.24	

* Raporti i gjasave (OR: përjetimi i abuzimit seksual në fëmijëri vs. jo) nga Regresioni Logjistik Binar. Të gjitha OR-të janë të kontrolluara për efektin konfundues të moshës dhe gjinisë.

† Intervali i besimit 95% (95%CI) për raportin e gjasave.

‡ Vlera e p-së nga Regresioni Logjistik Binar.

¶ Vlera e përgjithshme e domethënies statistikore dhe shkallët e lirisë (në kllapa).

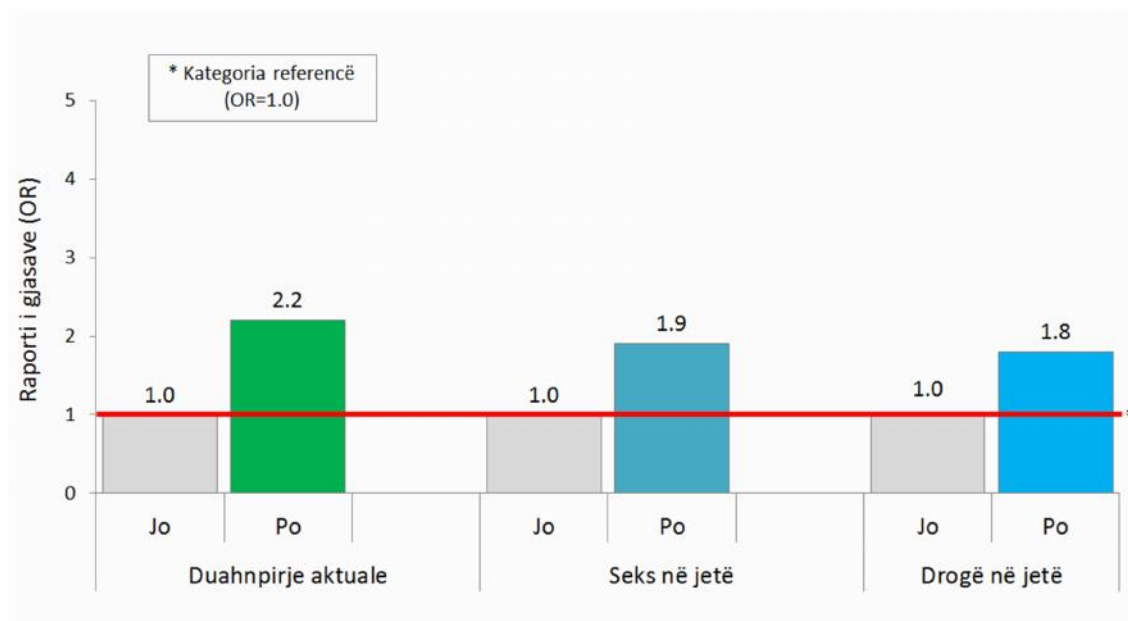


Figura 27. Gjasat e abuzimit seksual gjatë fëmijërisë sipas sjelljeve të rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm lidhjet statistikisht domethënëse)

4.5.4 Neglizhimi emocional gjatë fëmijërisë

4.5.4.1 Neglizhimi emocional gjatë fëmijërisë dhe karakteristikat socio-demografike

Tabela 24 paraqet lidhjen e përjetimit të neglizhimit emocional gjatë fëmijërisë me karakteristikat kryesore socio-demografike të pjesëmarrësve. Mund të vihet re që gjasat e neglizhimit emocional gjatë fëmijërisë janë në mënyrë domethënëse më të larta vetëm midis pjesëmarrësve që kanë lindur në zonat urbane dhe ata nëna e të cilëve ishte ≤22 vjec në momentin e lindjes së tyre, kurse lidhjet me faktorët e tjerë nuk arritën domethënien statistikore (Tabela 24).

Tabela 24. Lidhja e neglizhimit emocional gjatë fëmijërisë me karakteristikat socio-demografike të pjesëmarrësve

Karakteristika të përgjithshme të subjekteve në studim	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Grup-mosha			0.798 (2)¶
18-21 vjeç	1.00	Referencë	-
22-23 vjeç	0.82	0.44-1.52	0.522
>23 vjeç	0.98	0.55-1.73	0.546
Seksi			
Mashkull	1.11	0.68-1.83	0.679
Femër	1.00	Referencë	
Vendlindja			
Urban	1.00	Referencë	0.028
Rural	0.27	0.08-0.86	
Gjendja civile			
Jo i/e martuar	1.25	0.60-2.60	0.554
I/e martuar, ndarë, divorcuar, bashkëjeton	1.00	Referencë	
Niveli i edukimit të nënës			0.058 (2)
I ulët (8 vjet ose më pak)	1.82	0.94-3.52	0.077
I mesëm (9-12 vjet)	0.90	0.51-1.59	0.721
I lartë (>12 vjet)	1.00	Referencë	-
Niveli i edukimit të babait			0.083 (2)
I ulët (8 vjet ose më pak)	1.52	0.77-3.01	0.228
I mesëm (9-12 vjet)	0.73	0.43-1.24	0.242
I lartë (>12 vjet)	1.00	Referencë	-
Statusi i punësimit të nënës			0.551 (2)
Punësuar me kohë të plotë	1.00	Referencë	-
Punësuar me kohë të pjesshme	0.66	0.30-1.43	0.289
Jo e punësuar	0.85	0.52-1.41	0.536
Statusi i punësimit të babait			0.316 (2)
Punësuar me kohë të plotë	1.00	Referencë	-
Punësuar me kohë të pjesshme	0.70	0.38-1.29	0.255

Karakteristika të përgjithshme të subjekteve në studim	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Jo i punësuar	1.24	0.65-2.36	0.506
Mosha e nënës në momentin e lindjes së pjesëmarrësit			0.052 (4)
≤22 vjeç	2.85	1.28-6.35	0.010
23-24 vjeç	1.16	0.45-3.01	0.762
25-27 vjeç	1.88	0.82-4.31	0.137
28-30 vjeç	1.48	0.63-3.47	0.373
>30 vjeç	1.00	Referencë	Referencë
Mungesë në shkollë për shkak të stresit/depresionit muajin e fundit			
Jo	1.00	Referencë	0.122
Po	0.66	0.39-1.12	
Mungesë në shkollë për shkak të shëndetit të keq fizik muajin e fundit			
Jo	1.00	Referencë	0.091
Po	1.51	0.94-2.44	

* Raporti i gjasave (OR: përjetimi i neglizhimit emocional në fëmijëri vs. jo) nga Regresioni Logjistik Binar. Të gjitha OR-të janë të kontrolluara për efektin konfundues të moshës dhe gjinisë.

† Intervali i besimit 95% (95%CI) për raportin e gjasave.

‡ Vlera e p-së nga Regresioni Logjistik Binar.

¶ Vlera e përgjithshme e domethënies statistikore dhe shkallët e lirisë (në kllapa).

4.5.4.2 Neglizhimi emocional gjatë fëmijërisë dhe sjelljet e rrezikshme shëndetësore

Tabela 25 paraqet lidhjen e përjetimit të neglizhimit emocional gjatë fëmijërisë me sjelljet e rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve. Mund të vihet re që gjasat e konsumit aktual të duhanit dhe gjasat e përdorimit të drogës në jetë janë në mënyrë domethënëse më të larta midis pjesëmarrësve që kanë përjetuar neglizhim emocional gjatë fëmijërisë krahasuar me ata që nuk kanë përjetuar këtë lloj abuzimi (Tabela 25). Lidhjet me llojet e tjera të sjelljeve të rrezikshme nuk rezultuan statistikisht domethënëse.

Tabela 25. Lidhja e neglizhimit emocional gjatë fëmijërisë me sjelljet e rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve në studim

Sjellja e rrezikshme shëndetësore	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Duhanpirje aktuale			
Jo	1.00	Referencë	0.004
Po	2.29	1.30-4.05	
Konsum alkooli gjatë jetës			
Jo	1.00	Referencë	0.762
Po	0.92	0.53-1.60	

Sjellja e rrezikshme shëndetësore	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Përdorues problematik i alkoolit			
Jo	1.00	Referencë	0.112
Po	2.01	0.85-4.76	
Marrdhënie seksuale në jetë			
Jo	1.00	Referencë	0.428
Po	0.79	0.44-1.41	
Marrdhënie seksuale të hershme			
Jo	1.00	Referencë	0.246
Po	0.64	0.29-1.37	
Shumë partnerë seksuale (>3) në jetë			
Jo	1.00	Referencë	0.867
Po	0.93	0.48-2.18	
Përdorimi i drogës në jetë			
Jo	1.00	Referencë	0.009
Po	2.52	1.23-4.99	
Përdorues problematik i drogës			
Jo	1.00	Referencë	0.475
Po	1.76	0.37-8.46	
Përpjekje për vetëvrasje në jetë			
Jo	1.00	Referencë	0.280
Po	0.33	0.07-2.47	

* Raporti i gjasave (OR: përjetimi i neglizhimit emocional në fëmijëri vs. jo) nga Regresioni Logjistik Binar. Të gjitha OR-të janë të kontrolluara për efektin konfundues të moshës dhe gjinisë.

† Intervali i besimit 95% (95%CI) për raportin e gjasave.

‡ Vlera e p-së nga Regresioni Logjistik Binar.

¶ Vlera e përgjithshme e domethënies statistikore dhe shkallët e lirisë (në kllapa).

4.5.5 Neglizhimi fizik gjatë fëmijërisë

4.5.5.1 Neglizhimi fizik gjatë fëmijërisë dhe karakteristikat socio-demografike

Tabela 26 paraqet lidhjen e përjetimit të neglizhimit fizik gjatë fëmijërisë me karakteristikat kryesore socio-demografike të pjesëmarrësve. Mund të vihet re që gjasat e neglizhimit fizik gjatë fëmijërisë janë në mënyrë domethënëse më të larta midis pjesëmarrësve mbi 21 vjec, ata që ishin të martuar, ndarë apo divorcuar në kohën e studimit, pjesëmarrësit që kanë nënën dhe babain me arsim të ulët dhe të mesëm, ata që kanë nënë dhe babain të papunë, ata nëna e të cilëve ishte 30 vjec ose më pak në momentin e lindjes së tyre dhe tek ata që kanë munguar në shkollë muajin e fundit për shkak të shëndetit të keq mendor dhe fizik (Tabela 26).

Tabela 26. Lidhja e neglizhimit fizik gjatë fëmijërisë me karakteristikat socio-demografike të pjesëmarrësve

Karakteristika të përgjithshme të subjekteve në studim	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Grup-mosha			0.001 (2)¶
18-21 vjeç	1.00	Referencë	-
22-23 vjeç	1.78	1.22-2.59	0.003
>23 vjeç	1.91	1.33-2.75	<0.001
Seksi			
Mashkull	1.15	0.85-1.55	0.377
Femër	1.00	Referencë	
Vendlindja			
Urban	1.00	Referencë	0.333
Rural	0.80	0.51-1.26	
Gjendja civile			
Jo i/e martuar	0.66	0.44-0.98	0.041
I/e martuar, ndarë, divorcuar, bashkëjeton	1.00	Referencë	
Niveli i edukimit të nënës			<0.001 (2)
I ulët (8 vjet ose më pak)	2.35	1.52-3.65	<0.001
I mesëm (9-12 vjet)	1.75	1.23-2.47	0.002
I lartë (>12 vjet)	1.00	Referencë	-
Niveli i edukimit të babait			<0.001 (2)
I ulët (8 vjet ose më pak)	2.61	1.66-4.11	<0.001
I mesëm (9-12 vjet)	1.28	0.92-1.77	0.140
I lartë (>12 vjet)	1.00	Referencë	-
Statusi i punësimit të nënës			0.032 (2)
Punësuar me kohë të plotë	1.00	Referencë	-
Punësuar me kohë të pjesshme	0.99	0.63-1.56	0.986
Jo e punësuar	1.47	1.06-2.02	0.018
Statusi i punësimit të babait			0.001 (2)
Punësuar me kohë të plotë	1.00	Referencë	-
Punësuar me kohë të pjesshme	1.03	0.73-1.45	0.885
Jo i punësuar	2.12	1.40-3.19	<0.001
Mosha e nënës në momentin e lindjes së pjesëmarrësit			0.002 (4)
≤22 vjeç	2.74	1.70-4.42	<0.001
23-24 vjeç	1.97	1.19-3.26	0.008
25-27 vjeç	1.78	1.09-2.91	0.020
28-30 vjeç	1.71	1.06-2.78	0.029
>30 vjeç	1.00	Referencë	Referencë
Mungesë në shkollë për shkak të stresit/depresionit muajin e fundit			
Jo	1.00	Referencë	0.003
Po	1.59	1.17-2.17	
Mungesë në shkollë për shkak të shëndetit të keq fizik muajin e fundit			
Jo	1.00	Referencë	<0.001
Po	1.91	1.41-2.57	

* Raporti i gjasave (OR: përjetimi i neglizhimit fizik në fëmijëri vs. jo) nga Regresioni Logjistik Binar. Të gjitha OR-të janë të kontrolluara për efektin konfundues të moshës dhe gjinisë.

† Intervali i besimit 95% (95% CI) për raportin e gjasave.

‡ Vlera e p-së nga Regresioni Logjistik Binar.

¶ Vlera e përgjithshme e domethënies statistikore dhe shkallët e lirisë (në kllapa).

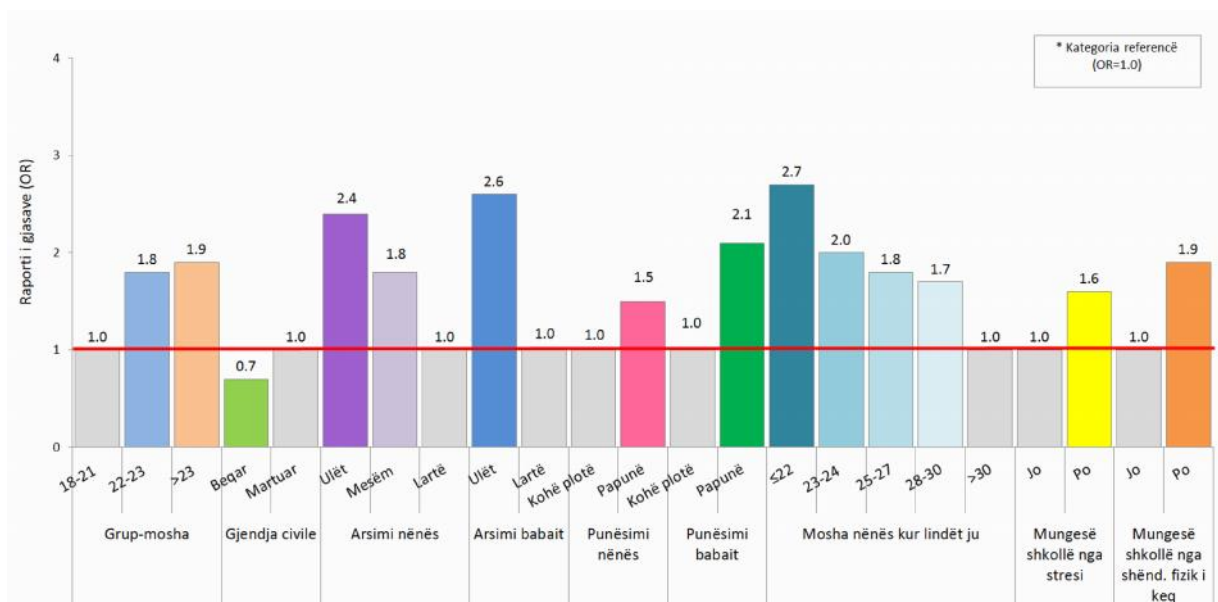


Figura 28. Gjasat e neglizhimit fizik gjatë fëmijërisë sipas karakteristikave socio-demografike të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm lidhjet statistikisht domethënëse)

4.5.5.2 Neglizhimi fizik gjatë fëmijërisë dhe sjelljet e rrezikshme shëndetësore

Tabela 27 paraqet lidhjen e përjetimit të neglizhimit fizik gjatë fëmijërisë me sjelljet e rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve. Mund të vihet re që gjasat e konsumit problematik të alkoolit janë në mënyrë domethënëse më të larta midis pjesëmarrësve që kanë përjetuar neglizhim fizik gjatë fëmijërisë krahasuar me ata që nuk kanë përjetuar këtë lloj neglizhimi (Tabela 27). Lidhjet me llojet e tjera të sjelljeve të rrezikshme nuk rezultuan statistikisht domethënëse.

Tabela 27. Lidhja e neglizhimit fizik gjatë fëmijërisë me sjelljet e rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve në studim

Sjellja e rrezikshme shëndetësore	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Duhanpirje aktuale			
Jo	1.00	Referencë	0.597
Po	1.11	0.76-1.62	
Konsum alkooli gjatë jetës			
Jo	1.00	Referencë	0.198
Po	0.80	0.58-1.12	

Sjellja e rrezikshme shëndetësore	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Përdorues problematik i alkoolit			
Jo	1.00	Referencë	<0.001
Po	3.44	1.82-6.53	
Marrdhënie seksuale në jetë			
Jo	1.00	Referencë	0.958
Po	0.99	0.70-1.40	
Marrdhënie seksuale të hershme			
Jo	1.00	Referencë	0.080
Po	0.68	0.44-1.05	
Shumë partnerë seksuale (>3) në jetë			
Jo	1.00	Referencë	0.571
Po	0.84	0.54-1.33	
Përdorimi i drogës në jetë			
Jo	1.00	Referencë	0.136
Po	1.43	0.89-2.29	
Përdorues problematik i drogës			
Jo	1.00	Referencë	0.333
Po	1.64	0.52-5.11	
Përpjekje për vetëvrasje në jetë			
Jo	1.00	Referencë	0.053
Po	2.04	0.94-4.13	

* Raporti i gjasave (OR: përjetimi i neglizhimit fizik në fëmijëri vs. jo) nga Regresioni Logjistik Binar. Të gjitha OR-të janë të kontrolluara për efektin konfundues të moshës dhe gjinisë.

† Intervali i besimit 95% (95%CI) për raportin e gjasave.

‡ Vlera e p-së nga Regresioni Logjistik Binar.

¶ Vlera e përgjithshme e domethënies statistikore dhe shkallët e lirisë (në kllapa).

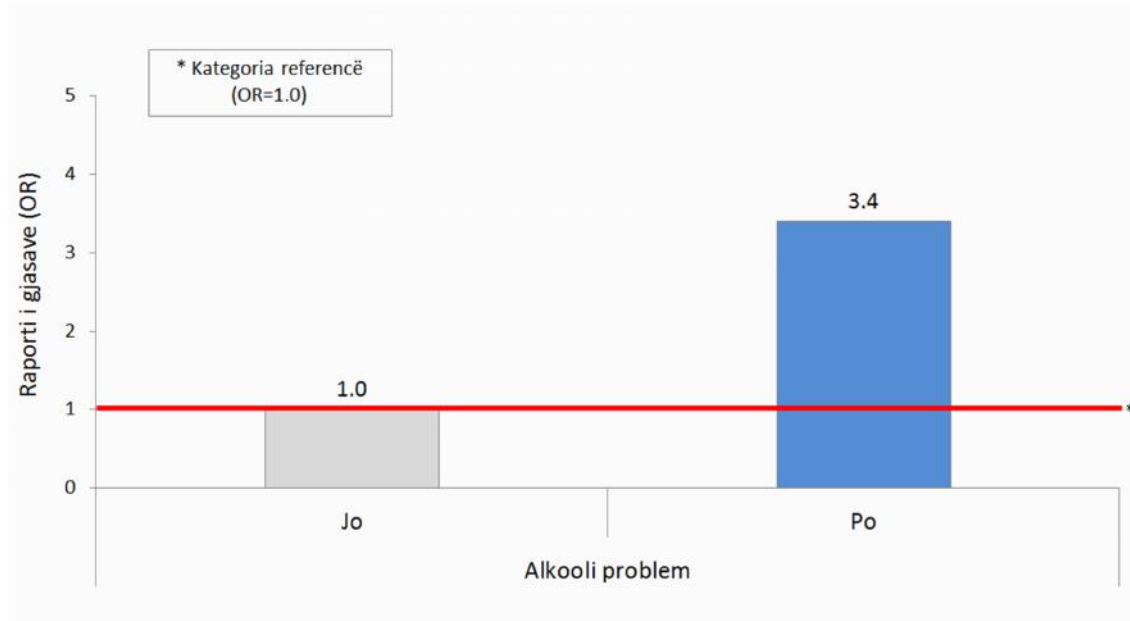


Figura 29. Gjasat e neglizhimit fizik gjatë fëmijërisë sipas sjelljeve të rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm lidhjet statistikisht domethënëse)

4.5.6 Divorci/ndarja prindërore gjatë fëmijërisë

4.5.6.1 Divorci/ndarja prindërore gjatë fëmijërisë dhe karakteristikat socio-demografike

Tabela 28 paraqet lidhjen e përjetimit të neglizhimit fizik gjatë fëmijërisë me karakteristikat kryesore socio-demografike të pjesëmarrësve. Mund të vihet re që gjasat e përjetimit të divorcit/ndarjes prindërore gjatë fëmijërisë janë të lidhura në mënyrë domethënëse vetëm moshën e re të nënës (22 vjec) kur lindën pjesëmarrësit përkatës kurse lidhjet me karakteristikat e tjera socio-demografike të paraqitura në Tabelën 28 nuk arritën domethënien statistikore.

Tabela 28. Lidhja e përjetimit të divorcit/ndarjes prindërore gjatë fëmijërisë me karakteristikat socio-demografike të pjesëmarrësve

Karakteristika të përgjithshme të subjekteve në studim	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Grup-mosha			0.684 (2)¶
18-21 vjeç	1.00	Referencë	-
22-23 vjeç	0.81	0.22-2.95	0.750
>23 vjeç	1.35	0.45-4.02	0.595
Seksi			0.831
Mashkull	0.90	0.34-2.37	
Femër	1.00	Referencë	

Karakteristika të përgjithshme të subjekteve në studim	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Vendlindja			
Urban	1.00	Referencë	0.335
Rural	0.37	0.05-2.81	
Gjendja civile			
Jo i/e martuar	0.53	0.18-1.51	0.232
I/e martuar, ndarë, divorcuar, bashkëjeton	1.00	Referencë	
Niveli i edukimit të nënës			0.605 (2)
I ulët (8 vjet ose më pak)	0.50	0.09-2.60	0.410
I mesëm (9-12 vjet)	1.08	1.08-2.99	0.876
I lartë (>12 vjet)	1.00	Referencë	-
Niveli i edukimit të babait			0.890 (2)
I ulët (8 vjet ose më pak)	1.18	0.28-5.03	0.827
I mesëm (9-12 vjet)	1.29	0.46-3.55	0.629
I lartë (>12 vjet)	1.00	Referencë	-
Statusi i punësimit të nënës			0.405 (2)
Punësuar me kohë të plotë	1.00	Referencë	-
Punësuar me kohë të pjesshme	0.24	0.03-1.94	0.181
Jo e punësuar	0.81	0.32-2.04	0.659
Statusi i punësimit të babait			0.786 (2)
Punësuar me kohë të plotë	1.00	Referencë	-
Punësuar me kohë të pjesshme	0.79	0.27-2.35	0.681
Jo i punësuar	0.61	0.13-2.79	0.586
Mosha e nënës në momentin e lindjes së pjesëmarrësit			0.002 (4)
≤22 vjeç	6.13	1.36-27.67	0.018
23-24 vjeç	0.56	0.05-6.28	0.640
25-27 vjeç	0.44	0.04-4.87	0.501
28-30 vjeç	1.32	0.22-7.98	0.766
>30 vjeç	1.00	Referencë	Referencë
Mungesë në shkollë për shkak të stresit/depresionit muajin e fundit			
Jo	1.00	Referencë	0.631
Po	1.28	0.46-3.53	
Mungesë në shkollë për shkak të shëndetit të keq fizik muajin e fundit			
Jo	1.00	Referencë	0.061
Po	2.73	0.95-7.84	

* Raporti i gjasave (OR: përjetimi i i divorcit/ndarjes prindërore në fëmijëri vs. jo) nga Regresioni Logjistik Binar.

Të gjitha OR-të janë të kontrolluara për efektin konfundues të moshës dhe gjinisë.

† Intervali i besimit 95% (95%CI) për raportin e gjasave.

‡ Vlera e p-së nga Regresioni Logjistik Binar.

¶ Vlera e përgjithshme e domethënies statistikore dhe shkallët e lirisë (në kllapa).

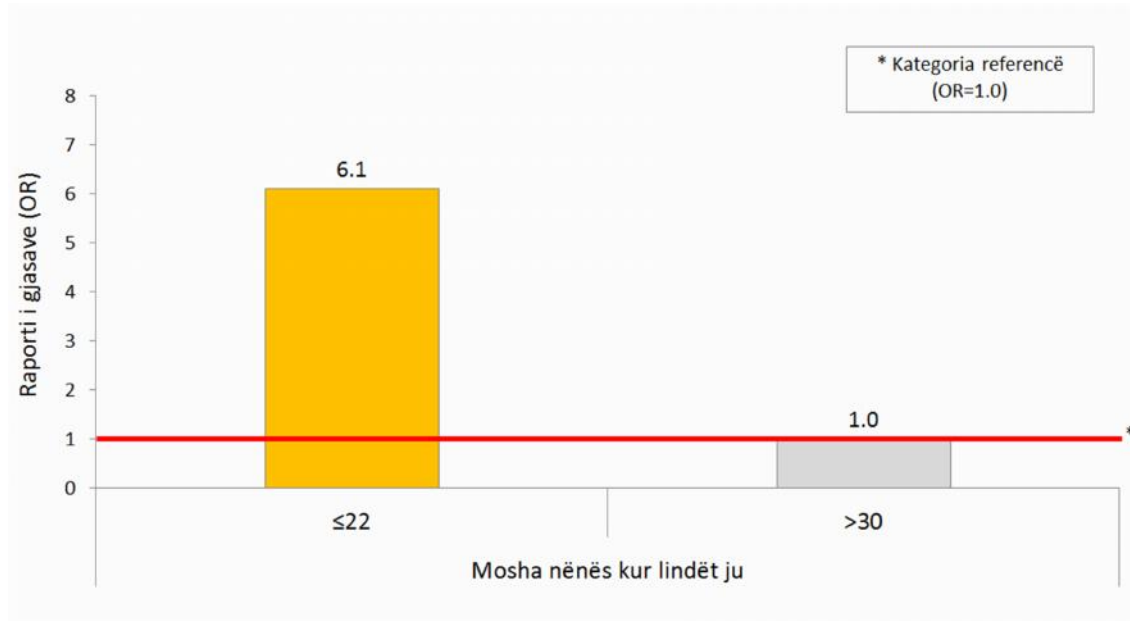


Figura 30. Gjasat e përjetimit të divorcit/ndarjes së prindërve gjatë fëmijërisë sipas karakteristikave socio-demografike të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm lidhjet statistikisht domethënëse)

4.5.6.2 Divorci/ndarja prindërore gjatë fëmijërisë dhe sjelljet e rrezikshme shëndetësore

Tabela 29 paraqet lidhjen e përjetimit të divorcit/ndarjes prindërore gjatë fëmijërisë me sjelljet e rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve. Mund të vihet re që gjasat e konsumit problematik të alkoolit dhe përpjekjeve për t'u vetëvararë janë në mënyrë domethënëse më të larta midis pjesëmarrësve që kanë përjetuar divorcin/ndarjen e prindërve gjatë fëmijërisë krahasuar me ata që nuk kanë përjetuar këtë lloj neglizhimi (Tabela 29). Lidhjet me llojet e tjera të sjelljeve të rrezikshme nuk rezultuan statistikisht domethënëse.

Tabela 29. Lidhja e përjetimit të divorcit/ndarjes prindërore gjatë fëmijërisë me sjelljet e rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve në studim

Sjellja e rrezikshme shëndetësore	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Duhanpirje aktuale			
Jo	1.00	Referencë	0.091
Po	2.49	0.86-7.16	
Konsum alkooli gjatë jetës			
Jo	1.00	Referencë	0.688
Po	1.24	0.44-3.44	
Përdorues problematik i alkoolit	Testi nuk mund të realizohet për shkak të parametrave të paqëndrueshëm		
Jo			
Po			

Sjellja e rrezikshme shëndetësore	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Marrdhënie seksuale në jetë			
Jo	1.00	Referencë	0.287
Po	1.80	0.61-5.33	
Marrdhënie seksuale të hershme			
Jo	1.00	Referencë	0.529
Po	1.57	0.38-6.56	
Shumë partnerë seksuale (>3) në jetë			
Jo	1.00	Referencë	0.627
Po	0.63	0.12-3.18	
Përdorimi i drogës në jetë			
Jo	1.00	Referencë	0.373
Po	2.18	0.46-8.89	
Përdorues problematik i drogës			
Jo	1.00	Referencë	<0.001
Po	24.31	2.99-196.52	
Përpjekje për vetëvrasje në jetë			
Jo	1.00	Referencë	0.022
Po	4.61	1.24-16.89	

* Raporti i gjasave (OR: përjetimi i divorcit/ndarjes prindërore në fëmijëri vs. jo) nga Regresioni Logjistik Binar. Të gjitha OR-të janë të kontrolluara për efektin konfundues të moshës dhe gjinisë.

† Intervali i besimit 95% (95% CI) për raportin e gjasave.

‡ Vlera e p-së nga Regresioni Logjistik Binar.

¶ Vlera e përgjithshme e domethënies statistikore dhe shkallët e lirisë (në kllapa).

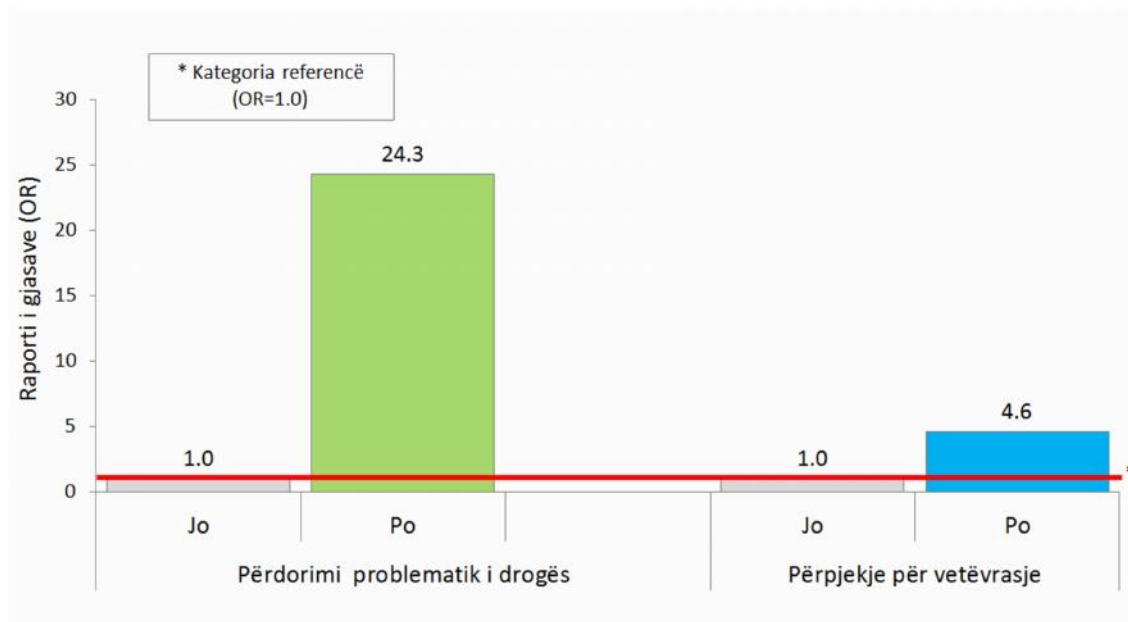


Figura 31. Gjasat e përjetimit të divorcit/ndarjes së prindërve gjatë fëmijërisë sipas sjelljeve të rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm lidhjet statistikisht domethënëse)

4.5.7 Përjetimi i dhunës ndaj nënës gjatë fëmijërisë

4.5.7.1 Dhuna ndaj nënës gjatë fëmijërisë dhe karakteristikat socio-demografike

Tabela 30 paraqet lidhjen e përjetimit të dhunës ndaj nënës gjatë fëmijërisë me karakteristikat kryesore socio-demografike të pjesëmarrësve. Mund të vihet re që gjasat e përjetimit të dhunës ndaj nënës gjatë fëmijërisë janë në mënyrë domethënëse më të larta midis pjesëmarrësve që kanë lindur në zonat rurale, ata që kanë nënën dhe babain me arsim të ulët, ata që e kanë babain të papunë, ata nëna e të cilëve ishte ≤ 22 vjec në momentin e lindjes së tyre dhe ata që kanë munguar në shkollë muajin e fundit për shkak të shëndetit të keq mendor (Tabela 30).

Tabela 30. Lidhja e dhunës ndaj nënës gjatë fëmijërisë me karakteristikat socio-demografike të pjesëmarrësve

Karakteristika të përgjithshme të subjekteve në studim	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Grup-mosha			0.060 (2)¶
18-21 vjeç	1.00	Referencë	-
22-23 vjeç	0.98	0.64-1.49	0.910
>23 vjeç	1.47	0.99-2.15	0.052
Seksi			
Mashkull	0.86	0.62-1.21	0.388
Femër	1.00	Referencë	
Vendlindja			
Urban	1.00	Referencë	0.037
Rural	1.60	1.03-2.49	
Gjendja civile			
Jo i/e martuar	1.09	0.69-1.72	0.697
I/e martuar, ndarë, divorcuar, bashkëjeton	1.00	Referencë	
Niveli i edukimit të nënës			0.011 (2)
I ulët (8 vjet ose më pak)	1.99	1.26-3.16	0.003
I mesëm (9-12 vjet)	1.24	0.85-1.80	0.265
I lartë (>12 vjet)	1.00	Referencë	-
Niveli i edukimit të babait			0.007 (2)
I ulët (8 vjet ose më pak)	2.08	1.29-3.34	0.002
I mesëm (9-12 vjet)	1.12	0.79-1.59	0.537
I lartë (>12 vjet)	1.00	Referencë	-
Statusi i punësimit të nënës			0.510 (2)
Punësuar me kohë të plotë	1.00	Referencë	-
Punësuar me kohë të pjesshme	0.90	0.56-1.45	0.661
Jo e punësuar	0.82	0.58-1.15	0.246

Karakteristika të përgjithshme të subjekteve në studim	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Statusi i punësimit të babait			0.003 (2)
Punësuar me kohë të plotë	1.00	Referencë	-
Punësuar me kohë të pjesshme	1.04	0.71-1.52	0.833
Jo i punësuar	2.04	1.34-3.11	0.001
Mosha e nënës në momentin e lindjes së pjesëmarrësit			0.003 (4)
≤22 vjeç	2.52	1.53-4.16	<0.001
23-24 vjeç	1.49	0.86-2.59	0.155
25-27 vjeç	1.27	0.75-2.15	0.383
28-30 vjeç	1.37	0.82-2.32	0.234
>30 vjeç	1.00	Referencë	Referencë
Mungesë në shkollë për shkak të stresit/depresionit muajin e fundit			0.003
Jo	1.00	Referencë	
Po	1.67	1.12-2.33	
Mungesë në shkollë për shkak të shëndetit të keq fizik muajin e fundit			0.212
Jo	1.00	Referencë	
Po	1.23	0.89-1.69	

* Raporti i gjasave (OR: përjetimi i dhunës ndaj nënës në fëmijëri vs. jo) nga Regresioni Logjistik Binar. Të gjitha OR-të janë të kontrolluara për efektin konfundues të moshës dhe gjinisë.

† Intervali i besimit 95% (95%CI) për raportin e gjasave.

‡ Vlera e p-së nga Regresioni Logjistik Binar.

¶ Vlera e përgjithshme e domethënies statistikore dhe shkallët e lirisë (në kllapa).

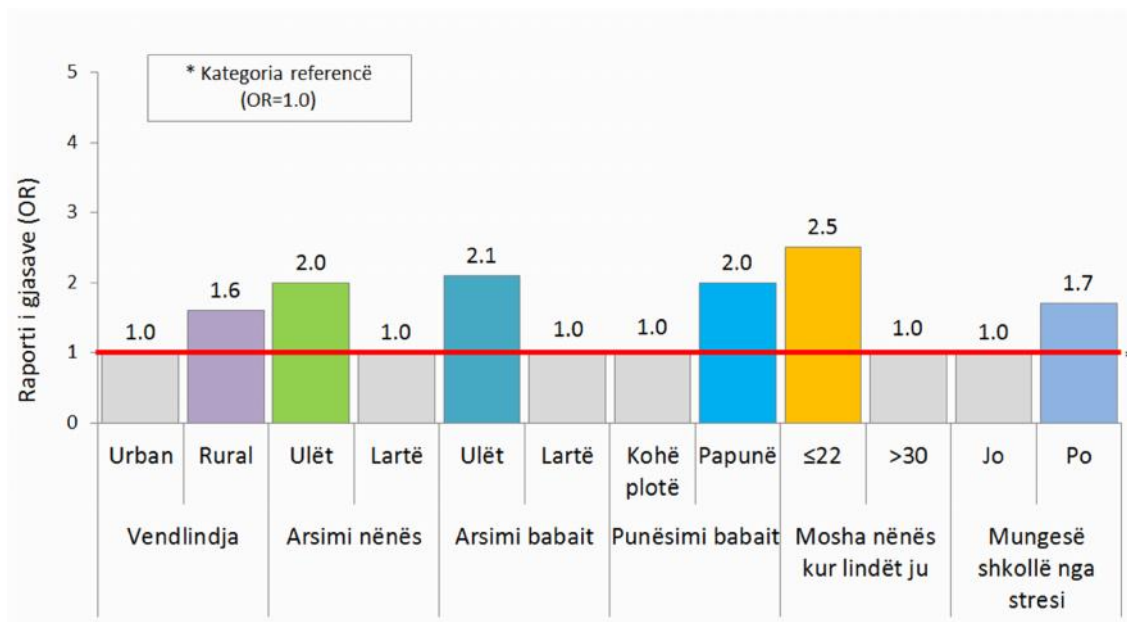


Figura 32. Gjasat e përjetimit të dhunës ndaj nënës gjatë fëmijërisë sipas karakteristikave socio-demografike të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm lidhjet statistikiisht domethënëse)

4.5.7.2 Dhuna ndaj nënës gjatë fëmijërisë dhe sjelljet e rrezikshme shëndetësore

Tabela 31 paraqet lidhjen e përjetimit të dhunës ndaj nënës gjatë fëmijërisë me sjelljet e rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve. Mund të vihet re që gjasat e konsumit problematik të alkoolit, angazhimit në marrdhënie seksuale të hershme, gjasat e përdorimit të drogës në jetë dhe përdorimit problematik të drogës si dhe gjasat e përpjekjeve për t'u vetëvrasur janë në mënyrë domethënëse më të larta midis pjesëmarrësve që kanë përjetuar dhunën ndaj nënës gjatë fëmijërisë krahasuar me ata që nuk kanë përjetuar këtë lloj fenomeni (Tabela 31). Lidhjet me llojet e tjera të sjelljeve të rrezikshme nuk rezultuan statistikisht domethënëse.

Tabela 31. Lidhja e dhunës ndaj nënës gjatë fëmijërisë me sjelljet e rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve në studim

Sjellja e rrezikshme shëndetësore	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Duhanpirje aktuale			
Jo	1.00	Referencë	0.900
Po	1.03	0.67-1.58	
Konsum alkooli gjatë jetës			
Jo	1.00	Referencë	0.070
Po	1.39	0.94-2.01	
Përdorues problematik i alkoolit			
Jo	1.00	Referencë	0.018
Po	2.20	1.15-4.26	
Marrdhënie seksuale në jetë			
Jo	1.00	Referencë	0.970
Po	0.99	0.69-1.44	
Marrdhënie seksuale të hershme			
Jo	1.00	Referencë	0.017
Po	1.81	1.11-2.95	
Shumë partnerë seksuale (>3) në jetë			
Jo	1.00	Referencë	0.821
Po	0.94	0.53-1.60	
Përdorimi i drogës në jetë			
Jo	1.00	Referencë	0.006
Po	2.06	1.27-3.50	
Përdorues problematik i drogës			
Jo	1.00	Referencë	0.001
Po	8.78	2.66-28.36	
Përpjekje për vetëvrasje në jetë			
Jo	1.00	Referencë	<0.001
Po	4.43	2.13-9.10	

* Raporti i gjasave (OR: përjetimi i dhunës ndaj nënës në fëmijëri vs. jo) nga Regresioni Logjistik Binar. Të gjitha OR-të janë të kontrolluara për efektin konfundues të moshës dhe gjinisë.

† Intervali i besimit 95% (95% CI) për raportin e gjasave.

‡ Vlera e p-së nga Regresioni Logjistik Binar.

¶ Vlera e përgjithshme e domethënies statistikore dhe shkallët e lirisë (në kllapa).

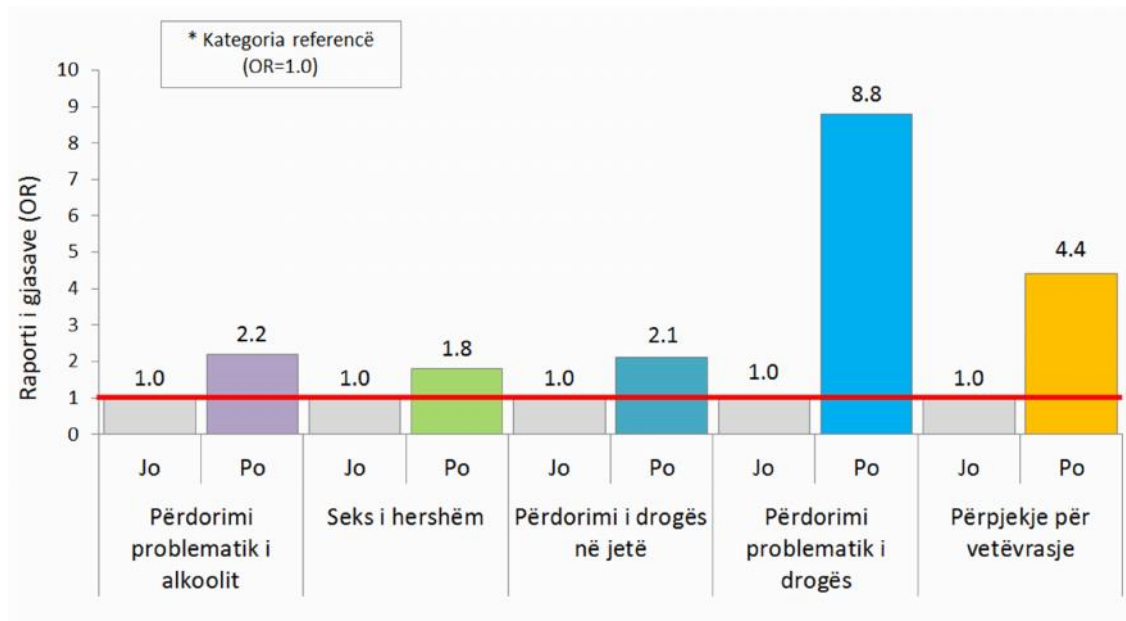


Figura 33. Gjasat e përjetimit të dhunës ndaj nënës gjatë fëmijërisë sipas sjelljeve të rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm lidhjet statistikisht domethënëse)

4.5.8 Jetesa me familjarë që abuzojnë me substancat gjatë fëmijërisë

4.5.8.1 Jetesa me familjarë që abuzojnë me substancat gjatë fëmijërisë dhe karakteristikat socio-demografike

Tabela 32 paraqet lidhjen e jetesës me familjarë që përdorin dhe abuzojnë me substancat psikoaktive gjatë fëmijërisë me karakteristikat kryesore socio-demografike të pjesëmarrësve. Mund të vihet re që gjasat e jetës me të paktën një anëtar të familjes që abuzon me substancat psikoaktive gjatë fëmijërisë janë në mënyrë domethënëse më të larta midis pjesëmarrësve mbi 23 vjec, meshkujve, atyre që kanë nënën dhe babain me arsim të ulët dhe të mesëm, ata nëna e të cilëve ishte ≤ 22 vjec në momentin e lindjes së tyre dhe tek ata që kanë munguar në shkollë muajin e fundit për shkak të shëndetit të keq mendor (Tabela 32).

Tabela 32. Lidhja e pranisë së familjarëve që abuzojnë me substancat psikoaktive gjatë fëmijërisë me karakteristikat socio-demografike të pjesëmarrësve

Karakteristika të përgjithshme të subjekteve në studim	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Grup-mosha			0.020 (2)¶
18-21 vjeç	1.00	Referencë	-
22-23 vjeç	1.16	0.74-1.82	0.525
>23 vjeç	1.78	1.16-2.72	0.008
Seksi			
Mashkull	2.61	1.81-3.78	<0.001
Femër	1.00	Referencë	
Vendlindja			
Urban	1.00	Referencë	0.087
Rural	1.53	0.94-2.45	
Gjendja civile			
Jo i/e martuar	1.37	0.81-2.29	0.237
I/e martuar, ndarë, divorcuar, bashkëjeton	1.00	Referencë	
Niveli i edukimit të nënës			0.017 (2)
I ulët (8 vjet ose më pak)	1.63	0.95-2.82	0.077
I mesëm (9-12 vjet)	1.82	1.20-2.71	0.004
I lartë (>12 vjet)	1.00	Referencë	-
Niveli i edukimit të babait			0.073 (2)
I ulët (8 vjet ose më pak)	1.76	1.01-3.08	0.046
I mesëm (9-12 vjet)	1.46	0.99-2.14	0.056
I lartë (>12 vjet)	1.00	Referencë	-
Statusi i punësimit të nënës			0.519 (2)
Punësuar me kohë të plotë	1.00	Referencë	-
Punësuar me kohë të pjesshme	1.07	0.64-1.77	0.802
Jo e punësuar	0.84	0.58-1.22	0.357
Statusi i punësimit të babait			0.703 (2)
Punësuar me kohë të plotë	1.00	Referencë	-
Punësuar me kohë të pjesshme	0.88	0.57-1.34	0.537
Jo i punësuar	1.10	0.68-1.78	0.699
Mosha e nënës në momentin e lindjes së pjesëmarrësit			0.084 (4)
≤22 vjeç	1.91	1.11-3.30	0.021
23-24 vjeç	1.45	0.80-2.63	0.222
25-27 vjeç	1.30	0.74-2.30	0.361
28-30 vjeç	1.00	0.56-1.80	0.992
>30 vjeç	1.00	Referencë	Referencë
Mungesë në shkollë për shkak të stresit/depresionit muajin e fundit			
Jo	1.00	Referencë	<0.001
Po	2.16	1.50-3.12	
Mungesë në shkollë për shkak të shëndetit të keq fizik muajin e fundit			
Jo	1.00	Referencë	0.809
Po	1.05	0.73-1.48	

* Raporti i gjasave (OR: jetesa me persona në familje që përdorin substancat psikoaktive vs. jo) nga Regresioni Logjistik Binar. Të gjitha OR-të janë të kontrolluara për efektin konfundues të moshës dhe gjinisë.

† Intervali i besimit 95% (95% CI) për raportin e gjasave.

‡ Vlera e p-së nga Regresioni Logjistik Binar.

¶ Vlera e përgjithshme e domethënies statistikore dhe shkallët e lirisë (në kllapa).

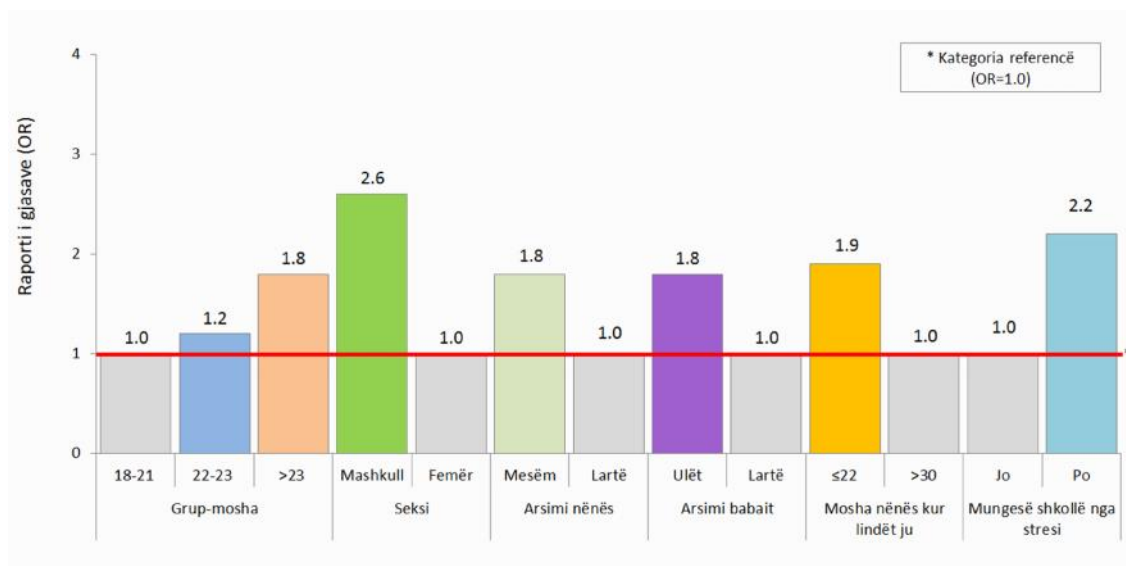


Figura 34. Gjasat e jetesës gjatë fëmijërisë me persona në familje që përdorin substancat psikoaktive sipas karakteristikave socio-demografike të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm lidhjet statistikisht domethënëse)

4.5.8.2 Jetesa me familjarë që abuzojnë me substancat gjatë fëmijërisë dhe sjelljet e rrezikshme shëndetësore

Tabela 33 paraqet lidhjen e jetesës me familjarë që përdorin dhe abuzojnë me substancat psikoaktive gjatë me sjelljet e rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve. Mund të vihet re që gjasat e konsumit problematik të alkoolit, angazhimit me shumë partnerë seksualë në jetë, gjasat e përdorimit të drogës në jetë si dhe gjasat e përpjekjeve për t'u vetëvrrarë janë në mënyrë domethënëse më të larta midis pjesëmarrësve që kanë jetuar gjatë fëmijërisë me persona në familje që abuzonin me substancat psikoaktive krahasuar me ata që nuk kanë përjetuar këtë lloj fenomeni (Tabela 33). Lidhjet me llojet e tjera të sjelljeve të rrezikshme nuk rezultuan statistikisht domethënëse.

Tabela 33. Lidhja e pranisë së familjarëve që abuzojnë me substancat psikoaktive gjatë fëmijërisë me sjelljet e rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve në studim

Sjellja e rrezikshme shëndetësore	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Duhanpirje aktuale			
Jo	1.00	Referencë	0.232
Po	1.30	0.85-1.98	

Sjellja e rrezikshme shëndetësore	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Konsum alkooli gjatë jetës			
Jo	1.00	Referencë	0.718
Po	1.08	0.71-1.64	
Përdorues problematik i alkoolit			
Jo	1.00	Referencë	0.001
Po	3.02	1.62-5.67	
Marrdhënie seksuale në jetë			
Jo	1.00	Referencë	0.638
Po	0.90	0.58-1.39	
Marrdhënie seksuale të hershme			
Jo	1.00	Referencë	0.584
Po	1.21	0.79-1.97	
Shumë partnerë seksuale (>3) në jetë			
Jo	1.00	Referencë	0.004
Po	2.12	1.27-3.55	
Përdorimi i drogës në jetë			
Jo	1.00	Referencë	<0.001
Po	2.38	1.46-3.97	
Përdorues problematik i drogës			
Jo	1.00	Referencë	0.234
Po	2.01	0.64-6.45	
Përpjekje për vetëvrasje në jetë			
Jo	1.00	Referencë	0.002
Po	3.29	1.55-6.96	

* Raporti i gjasave (OR: jetesa me persona në familje që përdorin substancat psikoaktive vs. jo) nga Regresioni Logjistik Binar. Të gjitha OR-të janë të kontrolluara për efektin konfundues të moshës dhe gjinisë.

† Intervali i besimit 95% (95%CI) për raportin e gjasave.

‡ Vlera e p-së nga Regresioni Logjistik Binar.

¶ Vlera e përgjithshme e domethënies statistikore dhe shkallët e lirisë (në kllapa).

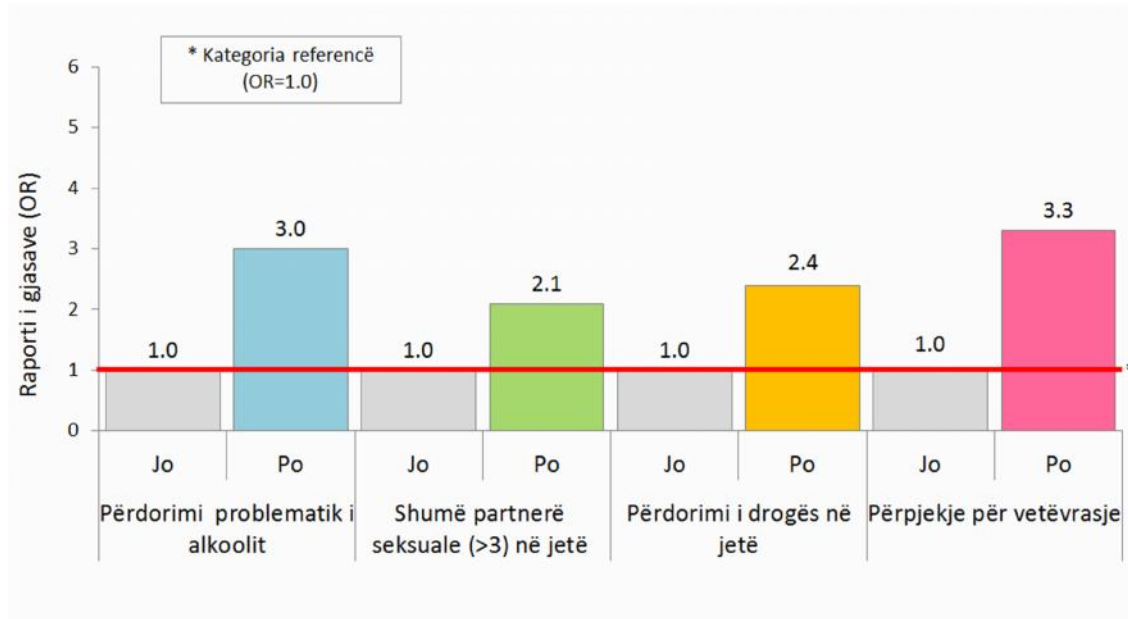


Figura 35. Gjasat e jetesës gjatë fëmijërisë me persona në familje që përdorin substancat psikoaktive sipas sjelljeve të rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm lidhjet statistikisht domethënëse)

4.5.9 Jetesa me familjarë që vuanin nga sëmundjet mendore gjatë fëmijërisë

4.5.9.1 Jetesa me familjarë që vuanin nga smëundje mendore gjatë fëmijërisë dhe karakteristikat socio-demografike

Tabela 34 paraqet lidhjen e jetesës me familjarë që kishin sëmundje mendore ose kanë tentuar vetëvrasjen gjatë fëmijërisë me karakteristikat kryesore socio-demografike të pjesëmarrësve. Mund të vihet re që gjasat e jetës me të paktën një anëtar të familjes që vuan nga sëmundjet mendore apo ka tentuar vetëvrasjen gjatë fëmijërisë janë në mënyrë domethënëse më të larta midis pjesëmarrësve meshkuj, atyre që kanë babain të papunë, ata nëna e të cilëve ishte ≤ 22 vjeç ose midis 25-30 vjeç në momentin që lindi pjesëmarrësin përkatës dhe tek ata që kanë munguar në shkollë muajin e fundit për shkak të shëndetit të keq fizik (Tabela 34).

Tabela 34. Lidhja e pranisë së familjarëve me sëmundje mendore gjatë fëmijërisë me karakteristikat socio-demografike të pjesëmarrësve

Karakteristika të përgjithshme të subjekteve në studim	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Grup-mosha			0.885 (2)¶
18-21 vjeç	1.00	Referencë	-
22-23 vjeç	1.20	0.57-2.55	0.634
>23 vjeç	1.07	0.53-2.17	0.858

Karakteristika të përgjithshme të subjekteve në studim	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Seksi			
Mashkull	0.36	0.19-0.70	0.003
Femër	1.00	Referencë	
Vendlindja			
Urban	1.00	Referencë	0.639
Rural	1.20	0.56-2.55	
Gjendja civile			
Jo i/e martuar	0.56	0.29-1.08	0.085
I/e martuar, ndarë, divorcuar, bashkëjeton	1.00	Referencë	
Niveli i edukimit të nënës			0.306 (2)
I ulët (8 vjet ose më pak)	1.84	0.82-4.16	0.141
I mesëm (9-12 vjet)	1.23	0.61-2.49	0.567
I lartë (>12 vjet)	1.00	Referencë	-
Niveli i edukimit të babait			0.515 (2)
I ulët (8 vjet ose më pak)	1.47	0.66-3.27	0.345
I mesëm (9-12 vjet)	0.97	0.51-1.83	0.924
I lartë (>12 vjet)	1.00	Referencë	-
Statusi i punësimit të nënës			0.323 (2)
Punësuar me kohë të plotë	1.00	Referencë	-
Punësuar me kohë të pjesshme	0.86	0.39-1.88	0.699
Jo e punësuar	0.63	0.34-1.16	0.137
Statusi i punësimit të babait			0.041 (2)
Punësuar me kohë të plotë	1.00	Referencë	-
Punësuar me kohë të pjesshme	0.86	0.43-1.70	0.662
Jo i punësuar	2.12	1.08-4.18	0.030
Mosha e nënës në momentin e lindjes së pjesëmarrësit			0.243 (4)
≤22 vjeç	3.28	1.05-10.21	0.041
23-24 vjeç	2.55	0.76-8.49	0.129
25-27 vjeç	3.26	1.04-10.26	0.043
28-30 vjeç	3.56	1.15-10.99	0.027
>30 vjeç	1.00	Referencë	Referencë
Mungesë në shkollë për shkak të stresit/depresionit muajin e fundit			
Jo	1.00	Referencë	0.071
Po	1.69	0.96-3.00	
Mungesë në shkollë për shkak të shëndetit të keq fizik muajin e fundit			
Jo	1.00	Referencë	0.022
Po	1.98	1.10-3.55	

* Raporti i gjasave (OR: jetesa me persona në familje që kishin sëmundje mendore vs. jo) nga Regresioni Logjistik Binar. Të gjitha OR-të janë të kontrolluara për efektin konfundues të moshës dhe gjinisë.

† Intervali i besimit 95% (95%CI) për raportin e gjasave.

‡ Vlera e p-së nga Regresioni Logjistik Binar.

¶ Vlera e përgjithshme e domethënies statistikore dhe shkallët e lirisë (në kllapa).

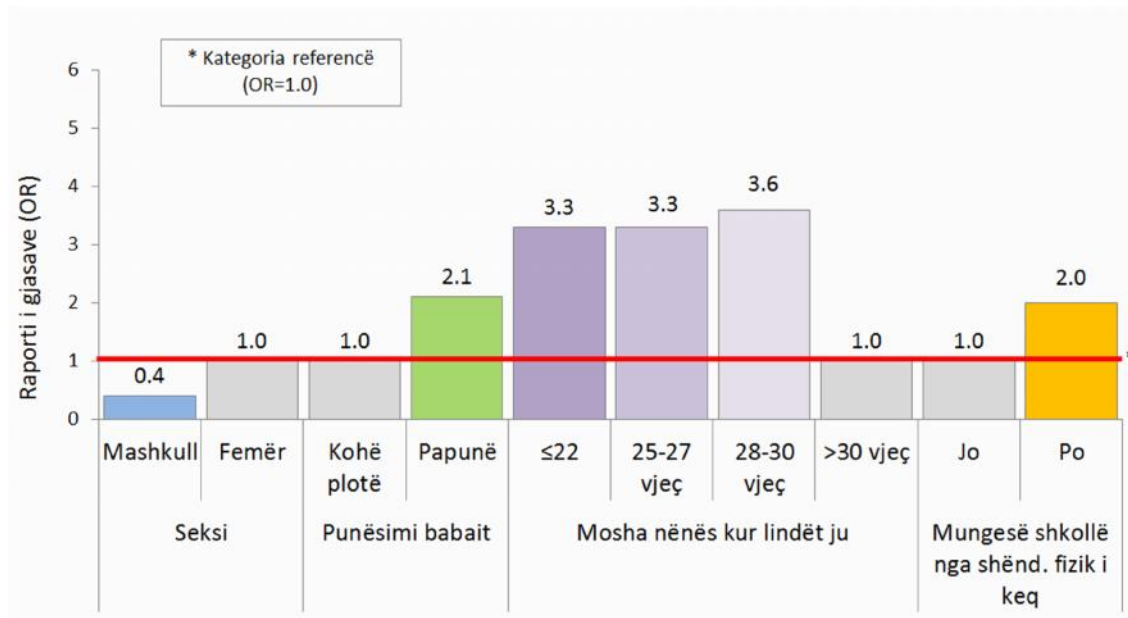


Figura 36. Gjasat e jetesës gjatë fëmijërisë me persona në familje që vuanin nga sëmundjet mendore sipas karakteristikave socio-demografike të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm lidhjet statistikisht domethënëse)

4.5.9.2 Jetesa me familjarë që abuzojnë me substancat gjatë fëmijërisë dhe sjelljet e rrezikshme shëndetësore

Tabela 35 paraqet lidhjen e jetesës me familjarë që kishin sëmundje mendore ose kanë tentuar vetëvrasjen gjatë fëmijërisë me sjelljet e rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve. Mund të vihet re që gjasat e konsumit problematik të alkoolit, gjasat e përdorimit të drogës në jetë si dhe gjasat e përpjekjeve për t'u vetëvrasur janë në mënyrë domethënëse më të larta midis pjesëmarrësve që kanë jetuar gjatë fëmijërisë me persona në familje që kishin sëmundje mendore apo kanë tentuar vetëvrasjen krahasuar me ata që nuk kanë përjetuar këtë lloj fenomeni (Tabela 35). Lidhjet me llojet e tjera të sjelljeve të rrezikshme nuk rezultuan statistikisht domethënëse.

Tabela 35. Lidhja e pranisë së familjarëve me sëmundje mendore gjatë fëmijërisë me sjelljet e rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve në studim

Sjellja e rrezikshme shëndetësore	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Duhanpirje aktuale			
Jo	1.00	Referencë	0.078
Po	1.95	0.93-4.09	
Konsum alkooli gjatë jetës			
Jo	1.00	Referencë	0.184
Po	1.51	0.82-2.76	

Sjellja e rrezikshme shëndetësore	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Përdorues problematik i alkoolit			
Jo	1.00	Referencë	<0.001
Po	5.78	2.38-14.00	
Marrdhënie seksuale në jetë			
Jo	1.00	Referencë	0.791
Po	1.09	0.58-2.02	
Marrdhënie seksuale të hershme			
Jo	1.00	Referencë	0.471
Po	0.84	0.33-2.29	
Shumë partnerë seksuale (>3) në jetë			
Jo	1.00	Referencë	0.111
Po	0.38	0.09-1.38	
Përdorimi i drogës në jetë			
Jo	1.00	Referencë	0.039
Po	2.72	1.06-7.33	
Përdorues problematik i drogës			
Jo	1.00	Referencë	0.411
Po	2.34	0.29-19.53	
Përpjekje për vetëvrasje në jetë			
Jo	1.00	Referencë	<0.001
Po	8.81	3.98-19.15	

* Raporti i gjasave (OR: jetesa me persona në familje që kishin sëmundje mendore vs. jo) nga Regresioni Logjistik Binar. Të gjitha OR-të janë të kontrolluara për efektin konfundues të moshës dhe gjinisë.

† Intervali i besimit 95% (95%CI) për raportin e gjasave.

‡ Vlera e p-së nga Regresioni Logjistik Binar.

¶ Vlera e përgjithshme e domethënies statistikore dhe shkallët e lirisë (në kllapa).

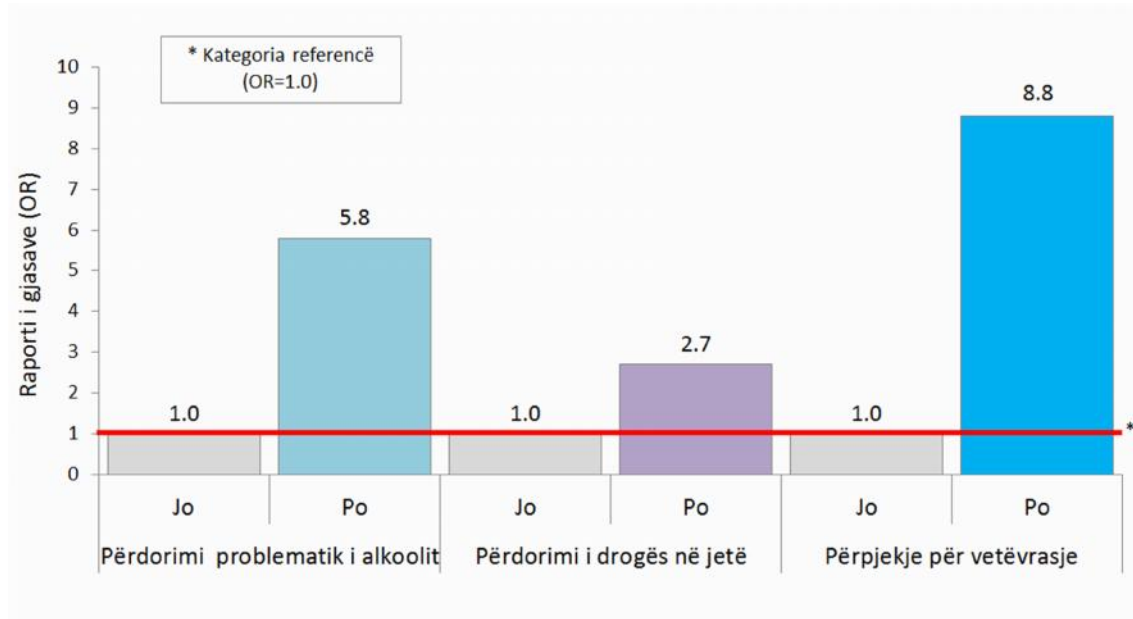


Figura 37. Gjasat e jetesës gjatë fëmijërisë me persona në familje që vuanin nga sëmundjet mendore sipas sjelljeve të rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm lidhjet statistikiht domethënëse)

4.5.10 Jetesa me familjarë që kanë përfunduar në burg gjatë fëmijërisë

4.5.10.1 Jetesa me familjarë që kanë përfunduar në burg gjatë fëmijërisë dhe karakteristikat socio-demografike

Tabela 36 paraqet lidhjen e jetesës me familjarë që kanë përfunduar në burg gjatë fëmijërisë me karakteristikat kryesore socio-demografike të pjesëmarrësve. Mund të vihet re që gjasat e jetës me të paktën një anëtar të familjes që ka përfunduar në burg gjatë fëmijërisë janë në mënyrë domethënëse më të larta midis pjesëmarrësve që ishin të martuar, ndarë apo divorcuar në kohën e studimit, atyre që kanë babain me arsim të ulët dhe të papunë dhe tek ata që kanë munguar në shkollë muajin e fundit për shkak të shëndetit të keq mendor (Tabela 36).

Tabela 36. Lidhja e pranisë së familjarëve që kanë përfunduar në burg gjatë fëmijërisë me karakteristikat socio-demografike të pjesëmarrësve

Karakteristika të përgjithshme të subjekteve në studim	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Grup-mosha			0.272 (2)¶
18-21 vjeç	1.00	Referencë	-
22-23 vjeç	1.91	0.86-4.23	0.112
>23 vjeç	1.37	0.61-3.10	0.451
Seksi			

Karakteristika të përgjithshme të subjekteve në studim	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Mashkull	1.09	0.57-2.07	0.794
Femër	1.00	Referencë	
Vendlindja			
Urban	1.00	Referencë	0.220
Rural	1.66	0.74-3.72	
Gjendja civile			
Jo i/e martuar	0.43	0.21-0.88	0.021
I/e martuar, ndarë, divorcuar, bashkëjeton	1.00	Referencë	
Niveli i edukimit të nënës			0.757 (2)
I ulët (8 vjet ose më pak)	1.42	0.56-3.63	0.459
I mesëm (9-12 vjet)	1.21	0.57-2.56	0.624
I lartë (>12 vjet)	1.00	Referencë	-
Niveli i edukimit të babait			0.009 (2)
I ulët (8 vjet ose më pak)	4.50	1.72-11.79	0.002
I mesëm (9-12 vjet)	2.10	0.92-4.80	0.080
I lartë (>12 vjet)	1.00	Referencë	-
Statusi i punësimit të nënës			0.625 (2)
Punësuar me kohë të plotë	1.00	Referencë	-
Punësuar me kohë të pjesshme	0.75	0.26-2.11	0.580
Jo e punësuar	1.19	0.61-2.32	0.611
Statusi i punësimit të babait			0.032 (2)
Punësuar me kohë të plotë	1.00	Referencë	-
Punësuar me kohë të pjesshme	1.50	0.69-3.27	0.311
Jo i punësuar	2.84	1.30-6.18	0.009
Mosha e nënës në momentin e lindjes së pjesëmarrësit			0.411 (4)
≤22 vjeç	0.41	0.15-1.13	0.084
23-24 vjeç	0.53	0.19-1.45	0.216
25-27 vjeç	0.50	0.19-1.31	0.161
28-30 vjeç	0.69	0.29-1.64	0.400
>30 vjeç	1.00	Referencë	Referencë
Mungesë në shkollë për shkak të stresit/depresionit muajin e fundit			
Jo	1.00	Referencë	0.015
Po	2.23	1.17-4.24	
Mungesë në shkollë për shkak të shëndetit të keq fizik muajin e fundit			
Jo	1.00	Referencë	0.403
Po	1.31	0.70-2.44	

* Raporti i gjasave (OR: jetesa me persona në familje që kanë përfunduar në burg vs. jo) nga Regresioni Logjistik Binar. Të gjitha OR-të janë të kontrolluara për efektin konfondues të moshës dhe gjinisë.

† Intervali i besimit 95% (95%CI) për raportin e gjasave.

‡ Vlera e p-së nga Regresioni Logjistik Binar.

¶ Vlera e përgjithshme e domethënies statistikore dhe shkallët e lirisë (në kllapa).

4.5.10.2 Jetesa me familjarë që kanë përfunduar në burg gjatë fëmijërisë dhe sjelljet e rrezikshme shëndetësore

Tabela 37 paraqet lidhjen e jetesës me familjarë që kanë përfunduar në burg gjatë fëmijërisë me sjelljet e rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve. Mund të vihet re që gjasat e të gjitha sjelljeve të rrezikshme të përfshira në studim nuk ndryshojnë në mënyrë domethënëse sipas statusit të pranisë së familjarëve që kanë përfunduar në burg gjatë fëmijërisë së pjesëmarrësve në studim. (Tabela 37).

Tabela 37. Lidhja e pranisë së familjarëve që kanë përfunduar në burg gjatë fëmijërisë me sjelljet e rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve në studim

Sjellja e rrezikshme shëndetësore	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Duhanpirje aktuale			
Jo	1.00	Referencë	0.621
Po	0.79	0.32-1.99	
Konsum alkooli gjatë jetës			
Jo	1.00	Referencë	0.472
Po	0.77	0.38-1.57	
Përdorues problematik i alkoolit			
Jo	1.00	Referencë	0.078
Po	2.49	0.90-6.79	
Marrdhënie seksuale në jetë			
Jo	1.00	Referencë	0.163
Po	1.73	0.80-3.74	
Marrdhënie seksuale të hershme			
Jo	1.00	Referencë	0.057
Po	0.37	0.13-1.03	
Shumë partnerë seksuale (>3) në jetë			
Jo	1.00	Referencë	0.149
Po	0.45	0.15-1.42	
Përdorimi i drogës në jetë			
Jo	1.00	Referencë	0.940
Po	1.04	0.37-2.90	
Përdorues problematik i drogës			
Jo	Testi nuk mund të realizohet për shkak të parametrave të paqëndrueshëm		
Po			
Përpjekje për vetëvrasje në jetë			
Jo	1.00	Referencë	0.229
Po	2.15	0.62-7.50	

* Raporti i gjasave (OR: jetesa me persona në familje që kanë përfunduar në burg vs. jo) nga Regresioni Logjistik Binar. Të gjitha OR-të janë të kontrolluara për efektin konfundues të moshës dhe gjinisë.

† Intervali i besimit 95% (95%CI) për raportin e gjasave.

‡ Vlera e p-së nga Regresioni Logjistik Binar.

¶ Vlera e përgjithshme e domethënies statistikore dhe shkallët e lirisë (në kllapa).

4.5.11 Përjetimi i të paktën një lloj ENF-je gjatë fëmijërisë

4.5.11.1 Përjetimi i të paktën një lloj ENF-je gjatë fëmijërisë dhe karakteristikat socio-demografike

Tabela 38 paraqet lidhjen e përjetimit të të paktën 1 lloj ENF-je gjatë fëmijërisë me karakteristikat kryesore socio-demografike të pjesëmarrësve. Mund të vihet re që gjasat e pranisë së të paktën 1 ENF-je janë në mënyrë domethënëse më të larta midis pjesëmarrësve meshkuj, atyre që kanë babain me arsim të ulët, ata nëna e të cilëve ishte 24 vjec ose më pak në momentin e lindjes së tyre dhe tek pjesëmarrësit që kanë munguar në shkollë muajin e fundit për shkak të shëndetit të keq mendor (Tabela 38).

Tabela 38. Lidhja e pranisë së të paktën një ENF-je gjatë fëmijërisë me karakteristikat socio-demografike të pjesëmarrësve

Karakteristika të përgjithshme të subjekteve në studim	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Grup-mosha			0.714 (2)¶
18-21 vjeç	1.00	Referencë	-
22-23 vjeç	0.87	0.58-1.31	0.504
>23 vjeç	1.02	0.68-1.51	0.939
Seksi			0.003
Mashkull	1.66	1.18-2.32	
Femër	1.00	Referencë	
Vendlindja			0.614
Urban	1.00	Referencë	
Rural	1.13	0.70-1.83	
Gjendja civile			0.386
Jo i/e martuar	1.22	0.78-1.93	
I/e martuar, ndarë, divorcuar, bashkëjeton	1.00	Referencë	
Niveli i edukimit të nënës			0.434 (2)
I ulët (8 vjet ose më pak)	1.36	0.83-2.23	0.221
I mesëm (9-12 vjet)	1.04	0.72-1.50	0.826
I lartë (>12 vjet)	1.00	Referencë	-
Niveli i edukimit të babait			0.056 (2)
I ulët (8 vjet ose më pak)	1.94	1.13-3.34	0.017
I mesëm (9-12 vjet)	1.22	0.86-1.73	0.267
I lartë (>12 vjet)	1.00	Referencë	-
Statusi i punësimit të nënës			0.640 (2)
Punësuar me kohë të plotë	1.00	Referencë	-
Punësuar me kohë të pjesshme	0.87	0.53-1.44	0.594
Jo e punësuar	0.85	0.59-1.20	0.351
Statusi i punësimit të babait			0.067 (2)
Punësuar me kohë të plotë	1.00	Referencë	-
Punësuar me kohë të pjesshme	0.86	0.59-1.25	0.423
Jo i punësuar	1.66	0.99-2.80	0.056

Karakteristika të përgjithshme të subjekteve në studim	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Mosha e nënës në momentin e lindjes së pjesëmarrësit			0.001 (4)
≤22 vjeç	2.80	1.63-4.82	<0.001
23-24 vjeç	2.09	1.20-3.62	0.009
25-27 vjeç	1.42	0.88-2.31	0.153
28-30 vjeç	1.20	0.75-1.92	0.454
>30 vjeç	1.00	Referencë	Referencë
Mungesë në shkollë për shkak të stresit/depresionit muajin e fundit			0.003
Jo	1.00	Referencë	
Po	1.75	1.21-2.2	
Mungesë në shkollë për shkak të shëndetit të keq fizik muajin e fundit			0.089
Jo	1.00	Referencë	
Po	1.34	0.96-1.86	

* Raporti i gjasave (OR: prania e të paktën 1 ENF-je vs. asnjë) nga Regresioni Logjistik Binar. Të gjitha OR-të janë të kontrolluara për efektin konfundues të moshës dhe gjinisë.

† Intervali i besimit 95% (95%CI) për raportin e gjasave.

‡ Vlera e p-së nga Regresioni Logjistik Binar.

¶ Vlera e përgjithshme e domethënies statistikore dhe shkallët e lirisë (në kllapa).

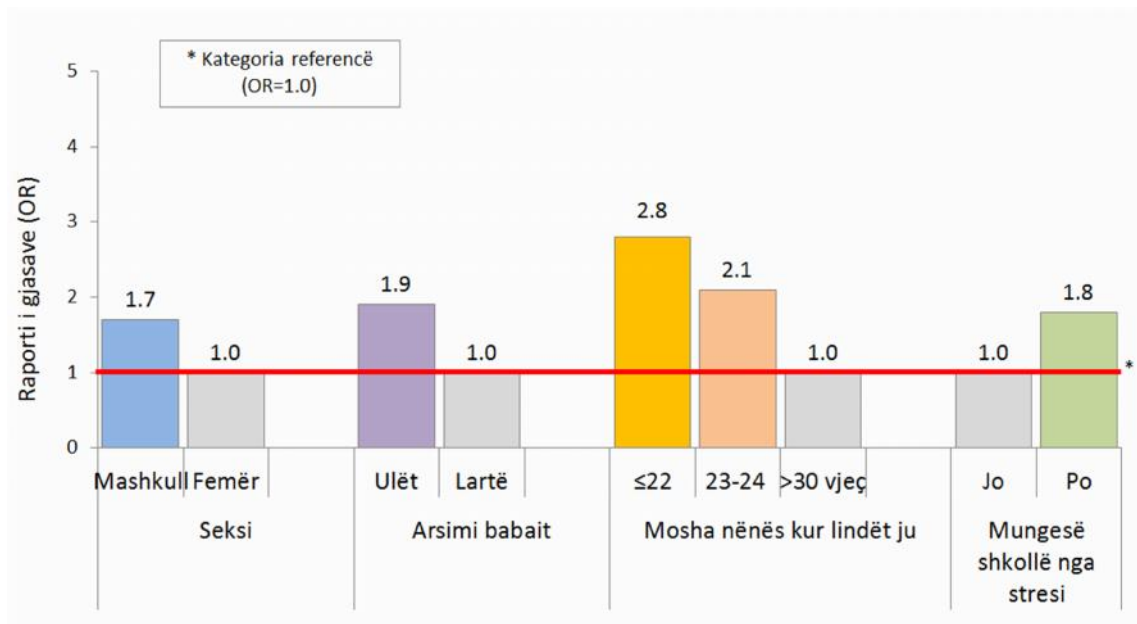


Figura 38. Gjasat e pranisë së të paktën 1 ENF-je gjatë fëmijërisë sipas karakteristikave socio-demografike të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm lidhjet statistikiisht domethënëse)

4.5.11.2 Përjetimi i të paktën një lloj ENF-je gjatë fëmijërisë dhe sjelljet e rrezikshme shëndetësore

Tabela 39 paraqet lidhjen e pranisë së të paktën një lloje ENF-je gjatë fëmijërisë me sjelljet e rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve. Mund të vihet re që gjasat e përdorimit problematik të alkoolit, gjasat e përdorimit të drogës në jetë dhe gjasat e përpjekjeve për t'u vetëvararë janë në mënyrë domethënëse më të larta midis atyre që kanë përjetuar të paktën një ENF gjatë fëmijërisë së tyre krahasuar me pjesëmarrësit që nuk kanë raportuar ENF (Tabela 39).

Tabela 39. Lidhja e pranisë së të paktën një ENF-je fëmijërisë me sjelljet e rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve në studim

Sjellja e rrezikshme shëndetësore	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Duhanpirje aktuale			
Jo	1.00	Referencë	0.074
Po	1.54	0.96-2.45	
Konsum alkooli gjatë jetës			
Jo	1.00	Referencë	0.079
Po	1.39	0.96-2.00	
Përdorues problematik i alkoolit			
Jo	1.00	Referencë	0.026
Po	3.34	1.16-9.65	
Marrdhënie seksuale në jetë			
Jo	1.00	Referencë	0.413
Po	0.85	0.58-1.25	
Marrdhënie seksuale të hershme			
Jo	1.00	Referencë	0.779
Po	0.93	0.58-1.51	
Shumë partnerë seksuale (>3) në jetë			
Jo	1.00	Referencë	0.617
Po	0.87	0.51-1.50	
Përdorimi i drogës në jetë			
Jo	1.00	Referencë	<0.001
Po	4.82	2.14-10.87	
Përdorues problematik i drogës			
Jo	Testi nuk mund të realizohet për shkak të parametrave të paqëndrueshëm		
Po			
Përpjekje për vetëvrasje në jetë			
Jo	1.00	Referencë	0.010
Po	6.71	1.56-28.85	

* Raporti i gjasave (OR: prania e të paktën 1 ENF-je vs. asnjë) nga Regresioni Logjistik Binar. Të gjitha OR-të janë të kontrolluara për efektin konfundues të moshës dhe gjinisë.

† Intervali i besimit 95% (95%CI) për raportin e gjasave.

‡ Vlera e p-së nga Regresioni Logjistik Binar.

¶ Vlera e përgjithshme e domethënies statistikore dhe shkallët e lirisë (në kllapa).

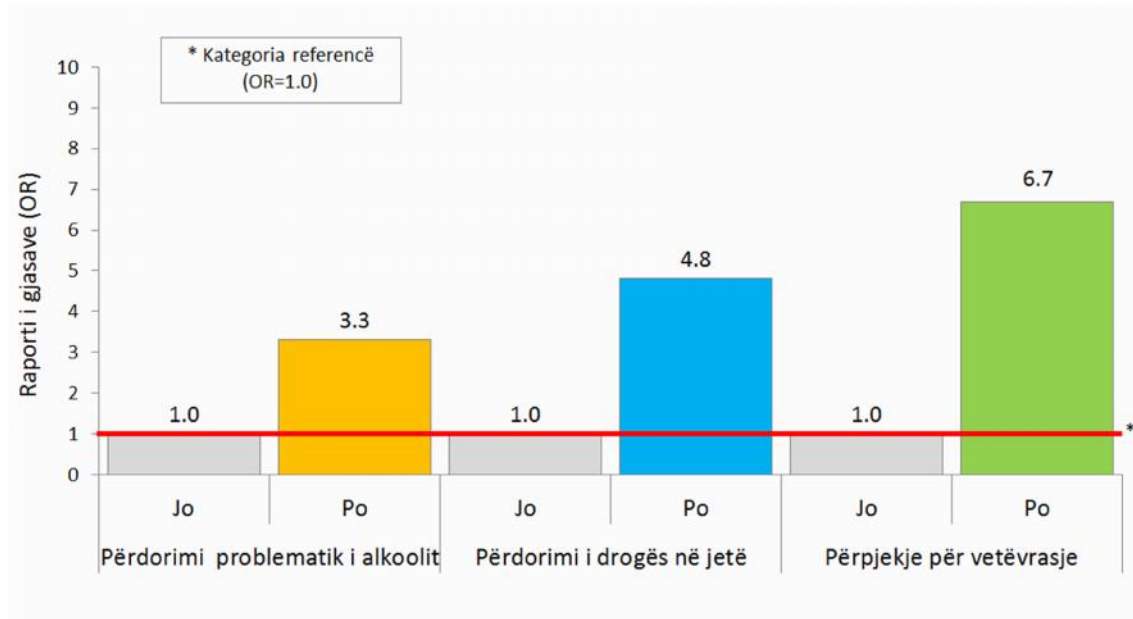


Figura 39. Gjasat e pranisë së të paktën 1 ENF-je gjatë fëmijërisë sipas sjelljeve të rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm lidhjet statistikisht domethënëse)

4.5.12 Përjetimi i të paktën katër lloje ENF-sh gjatë fëmijërisë

4.5.12.1 Përjetimi i të paktën katër lloje ENF-sh gjatë fëmijërisë dhe karakteristikat socio-demografike

Tabela 40 paraqet lidhjen e përjetimit të të paktën 4 lloje ENF-sh gjatë fëmijërisë me karakteristikat kryesore socio-demografike të pjesëmarrësve. Mund të vihet re që gjasat e pranisë së të paktën 4 ENF-ve janë në mënyrë domethënëse më të larta midis pjesëmarrësve që kanë nënë dhe babain me arsim të ulët dhe të mesëm, ata që kanë babain të papunë, ata nëna e të cilëve ishte 27 vjeç ose më pak në momentin e lindjes së tyre dhe tek pjesëmarrësit që kanë munguar në shkollë muajin e fundit për shkak të shëndetit të keq mendor dhe fizik (Tabela 40).

Tabela 40. Lidhja e pranisë së të paktën katër lloje ENF-sh gjatë fëmijërisë me karakteristikat socio-demografike të pjesëmarrësve

Karakteristika të përgjithshme të subjekteve në studim	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Grup-mosha			0.795 (2)¶
18-21 vjeç	1.00	Referencë	-
22-23 vjeç	1.18	0.71-1.95	0.519
>23 vjeç	1.14	0.69-1.86	0.616
Seksi			

Karakteristika të përgjithshme të subjekteve në studim	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Mashkull	1.16	0.77-1.77	0.476
Femër	1.00	Referencë	
Vendlindja			
Urban	1.00	Referencë	0.361
Rural	1.30	0.74-2.28	
Gjendja civile			
Jo i/e martuar	1.02	0.57-1.83	0.954
I/e martuar, ndarë, divorcuar, bashkëjeton	1.00	Referencë	
Niveli i edukimit të nënës			<0.001 (2)
I ulët (8 vjet ose më pak)	3.90	1.98-7.69	<0.001
I mesëm (9-12 vjet)	3.67	2.07-6.50	<0.001
I lartë (>12 vjet)	1.00	Referencë	-
Niveli i edukimit të babait			<0.001 (2)
I ulët (8 vjet ose më pak)	3.89	2.13-7.10	<0.001
I mesëm (9-12 vjet)	1.69	1.05-2.79	0.031
I lartë (>12 vjet)	1.00	Referencë	-
Statusi i punësimit të nënës			0.758 (2)
Punësuar me kohë të plotë	1.00	Referencë	-
Punësuar me kohë të pjesshme	1.20	0.65-2.22	0.561
Jo e punësuar	1.16	0.75-1.80	0.503
Statusi i punësimit të babait			0.001 (2)
Punësuar me kohë të plotë	1.00	Referencë	-
Punësuar me kohë të pjesshme	1.35	0.83-2.20	0.227
Jo i punësuar	2.74	1.64-4.58	<0.001
Mosha e nënës në momentin e lindjes së pjesëmarrësit			<0.001 (4)
≤22 vjeç	4.67	2.33-9.34	<0.001
23-24 vjeç	2.19	1.01-4.75	0.047
25-27 vjeç	2.11	1.02-4.38	0.046
28-30 vjeç	1.42	0.66-3.05	0.364
>30 vjeç	1.00	Referencë	-
Mungesë në shkollë për shkak të stresit/depresionit muajin e fundit			
Jo	1.00	Referencë	0.004
Po	1.86	1.21-2.84	
Mungesë në shkollë për shkak të shëndetit të keq fizik muajin e fundit			
Jo	1.00	Referencë	0.026
Po	1.60	1.06-2.42	

* Raporti i gjasave (OR: prania e të paktën 4 ENF-ve vs. 3 ose më pak ENF) nga Regresioni Logjistik Binar. Të gjitha OR-të janë të kontrolluara për efektin konfundues të moshës dhe gjinisë.

† Intervali i besimit 95% (95%CI) për raportin e gjasave.

‡ Vlera e p-së nga Regresioni Logjistik Binar.

¶ Vlera e përgjithshme e domethënies statistikore dhe shkallët e lirisë (në kllapa).

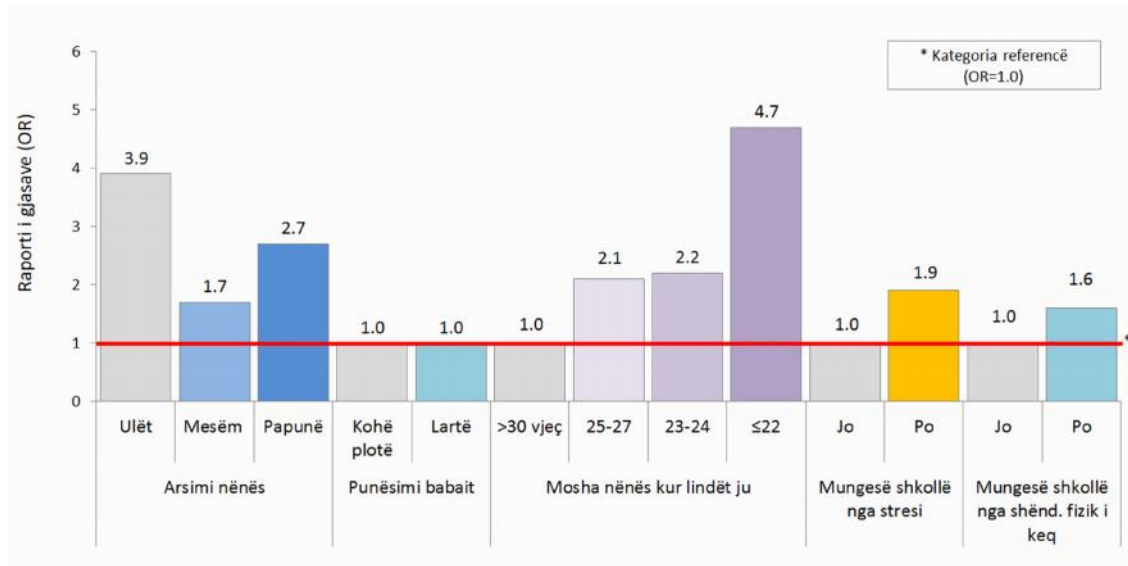


Figura 40. Gjasat e pranisë së të paktën 4 ENF-sh gjatë fëmijërisë sipas karakteristikave socio-demografike të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm lidhjet statistikiisht domethënëse)

4.5.12.2 Përjetimi i të paktën katër lloje ENF-sh gjatë fëmijërisë dhe sjelljet e rrezikshme shëndetësore

Tabela 41 paraqet lidhjen e pranisë së të paktën katër lloje ENF-sh gjatë fëmijërisë me sjelljet e rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve. Mund të vihet re që gjasat e përdorimit problematik të alkoolit, gjasat e përdorimit të drogës në jetë, përdorimit problematik të drogës dhe gjasat e përpjekjeve për t'u vetëvararë janë në mënyrë domethënëse më të larta midis atyre që kanë përjetuar të paktën katër ENF gjatë fëmijërisë së tyre krahasuar me pjesëmarrësit që nuk kanë raportuar 3 ose më pak ENF (Tabela 41).

Tabela 41. Lidhja e pranisë së të paktën katër lloje ENF-sh gjatë fëmijërisë me sjelljet e rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve në studim

Sjellja e rrezikshme shëndetësore	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Duhanpirje aktuale			
Jo	1.00	Referencë	0.459
Po	1.21	0.73-2.03	
Konsum alkooli gjatë jetës			
Jo	1.00	Referencë	0.355
Po	1.25	0.78-2.01	
Përdorues problematik i alkoolit			
Jo	1.00	Referencë	<0.001
Po	4.98	2.47-10.04	

Sjellja e rrezikshme shëndetësore	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Marrdhënie seksuale në jetë			
Jo	1.00	Referencë	0.560
Po	0.86	0.53-1.41	
Marrdhënie seksuale të hershme			
Jo	1.00	Referencë	0.528
Po	1.20	0.68-2.14	
Shumë partnerë seksuale (>3) në jetë			
Jo	1.00	Referencë	0.080
Po	0.56	0.29-1.07	
Përdorimi i drogës në jetë			
Jo	1.00	Referencë	0.011
Po	2.13	1.19-3.81	
Përdorues problematik i drogës			
Jo	1.00	Referencë	0.001
Po	7.85	2.45-25.16	
Përpjekje për vetëvrasje në jetë			
Jo	1.00	Referencë	<0.001
Po	8.88	3.89-20.26	

* Raporti i gjasave (OR: prania e të paktën 4 ENF-ve vs. 3 ose më pak ENF) nga Regresioni Logjistik Binar. Të gjitha OR-të janë të kontrolluara për efektin konfundues të moshës dhe gjinisë.

† Intervali i besimit 95% (95% CI) për raportin e gjasave.

‡ Vlera e p-së nga Regresioni Logjistik Binar.

¶ Vlera e përgjithshme e domethënies statistikore dhe shkallët e lirisë (në kllapa).

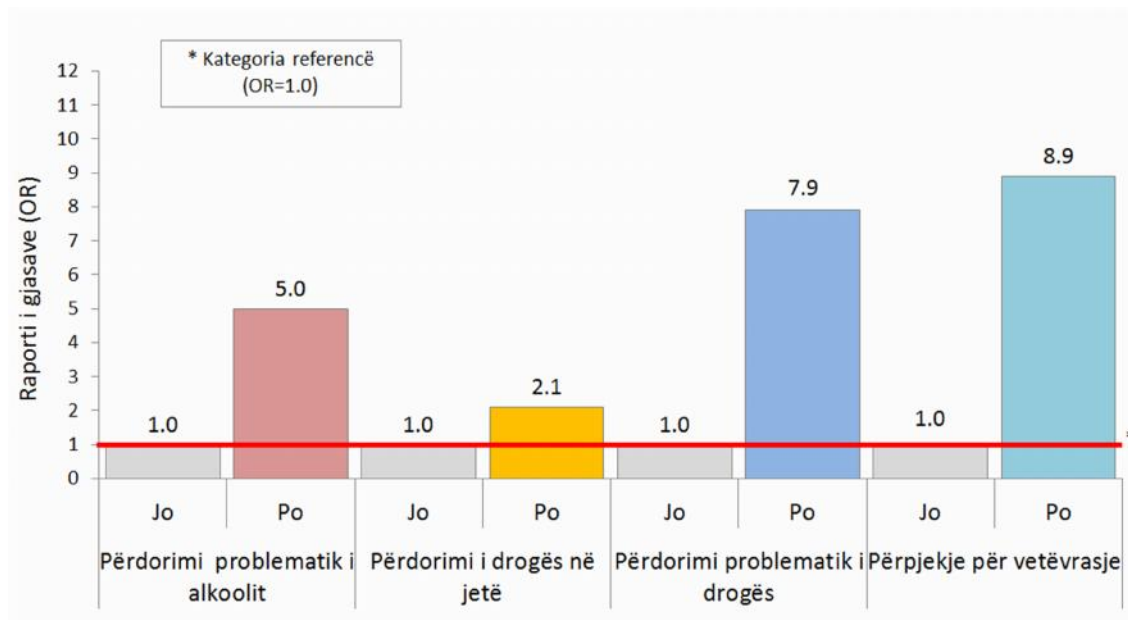


Figura 41. Gjasat e pranisë së të paktën 4 ENF-sh gjatë fëmijërisë sipas sjelljeve të rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm lidhjet statistikisht domethënëse)

4.5.13 Numri mesatar i ENF-ve gjatë fëmijërisë

4.5.13.1 Numri mesatar i ENF-ve gjatë fëmijërisë dhe karakteristikat socio-demografike

Tabela 42 paraqet numrin mesatar të ENF-ve të përjetuara gjatë fëmijërisë me karakteristikat kryesore socio-demografike të pjesëmarrësve. Mund të vihet re që numri mesatar i ENF-ve është në mënyrë domethënëse më i lartë midis pjesëmarrësve meshkuj, atyre që kanë nënën dhe babain me arsim të ulët dhe të mesëm, ata që kanë babain të papunë, ata nëna e të cilëve ishte 27 vjeç ose më pak në kohën që lindi pjesëmarrësin përkatës dhe tek pjesëmarrësit që kanë munguar në shkollë muajin e fundit për shkak të shëndetit të keq mendor dhe fizik (Tabela 42).

Tabela 42. Numri mesatar i ENF-ve gjatë fëmijërisë sipas karakteristikave socio-demografike të pjesëmarrësve

Karakteristika të përgjithshme të subjekteve në studim	Numri mesatar i ENF-ve*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Grup-mosha			0.034 (2)¶
18-21 vjeç	1.60	1.39-1.81	0.432
22-23 vjeç	1.62	1.39-1.85	0.538
>23 vjeç	1.72	1.52-1.92	Referencë
Seksi			0.034
Mashkull	1.79	1.61-1.96	Referencë
Femër	1.51	1.34-1.68	
Vendlindja			
Urban	1.63	1.49-1.76	0.268
Rural	1.84	1.50-2.18	Reference
Gjendja civile			
Jo i/e martuar	1.67	1.53-1.79	0.411
I/e martuar, ndarë, divorcuar, bashkëjeton	1.52	1.19-1.84	Reference
Niveli i edukimit të nënës			<0.001 (2)
I ulët (8 vjet ose më pak)	2.08	1.79-2.35	<0.001
I mesëm (9-12 vjet)	1.77	1.61-1.94	<0.001
I lartë (>12 vjet)	1.23	1.01-1.43	-
Niveli i edukimit të babait			<0.001 (2)
I ulët (8 vjet ose më pak)	2.43	2.11-2.75	<0.001
I mesëm (9-12 vjet)	1.69	1.52-1.86	0.005
I lartë (>12 vjet)	1.32	1.13-1.51	-
Statusi i punësimit të nënës			0.967 (2)
Punësuar me kohë të plotë	1.66	1.46-1.85	0.900
Punësuar me kohë të pjesshme	1.69	1.37-2.01	0.800

Karakteristika të përgjithshme të subjekteve në studim	Numri mesatar i ENF-ve*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Jo e punësuar	1.64	1.47-1.82	Referencë
Statusi i punësimit të babait			<0.001 (2)
Punësuar me kohë të plotë	1.55	1.39-1.71	<0.001
Punësuar me kohë të pjesshme	1.58	1.35-1.82	0.001
Jo i punësuar	2.26	1.95-2.57	Referencë
Mosha e nënës në momentin e lindjes së pjesëmarrësit			<0.001 (4)
≤22 vjeç	2.36	2.10-2.62	<0.001
23-24 vjeç	1.79	1.50-2.09	0.003
25-27 vjeç	1.60	1.35-1.85	0.031
28-30 vjeç	1.42	1.18-1.67	0.214
>30 vjeç	1.19	0.94-1.46	Referencë
Mungesë në shkollë për shkak të stresit/depresionit muajin e fundit			<0.001
Jo	1.43	1.27-1.59	<0.001
Po	2.06	1.86-2.27	
Mungesë në shkollë për shkak të shëndetit të keq fizik muajin e fundit			0.002
Jo	1.46	1.29-1.63	0.002
Po	1.86	1.68-2.04	

* Numri mesatar i ENF-ve (numri total i ENF-ve varion nga 0 në 6). Të gjitha vlerat mesatare janë të kontrolluara për efektin konfundues të moshës dhe gjinisë.

† Intervali i besimit 95% (95% CI) për numrin mesatar të ENF-ve.

‡ Vlera e p-së nga Modeli Linear i Përgjithshëm.

¶ Vlera e përgjithshme e domethënies statistikore dhe shkallët e lirisë (në kllapa).

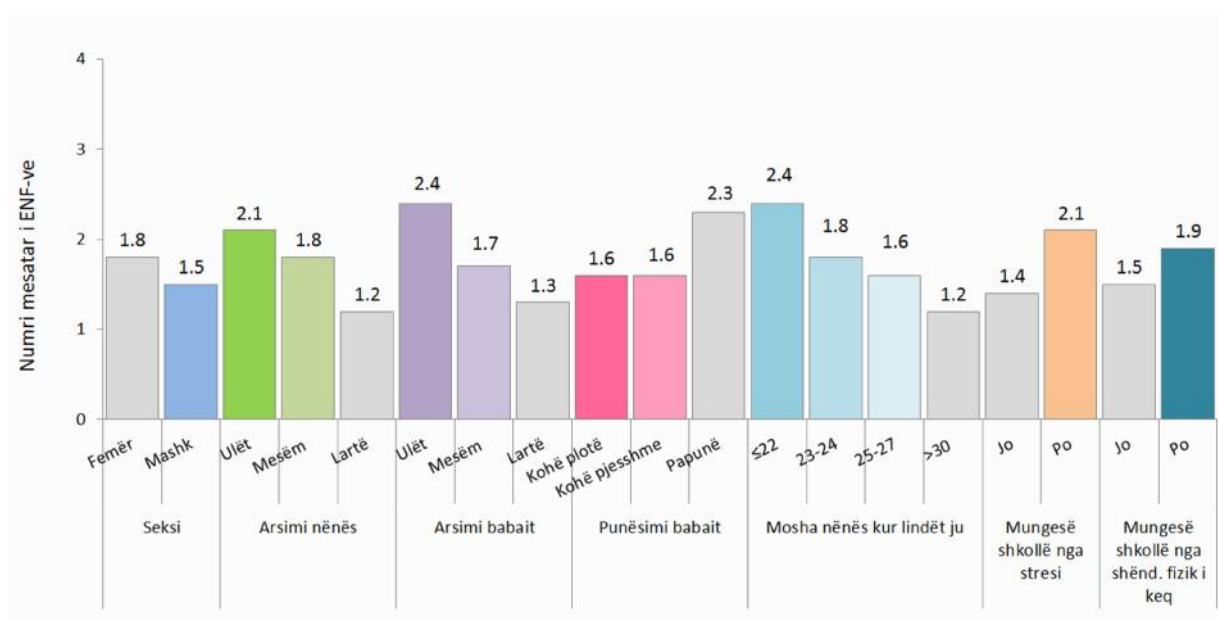


Figura 42. Numri mesatar i ENF-ve gjatë fëmijërisë sipas karakteristikave socio-demografike të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm diferencat statistikisht domethënëse)

4.5.13.2 Numri mesatar i ENF-ve gjatë fëmijërisë dhe sjelljet e rrezikshme shëndetësore

Tabela 43 paraqet numrin mesatar të ENF-ve të përjetuara gjatë fëmijërisë me sjelljet e rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve. Mund të vihet re që numri mesatar i ENF-ve të përjetuara gjatë fëmijërisë është në mënyrë domethënëse më i lartë midis atyre që konsumojnë alkool, atyre që janë përdorues problematikë të alkoolit, përdorues të drogës dhe përdorues problematikë të drogës dhe pjesëmarrësve që kanë tentuar vetëvrasjen (Tabela 43).

Tabela 43. Numri mesatar i ENF-ve gjatë fëmijërisë me sjelljet e rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve në studim

Sjellja e rrezikshme shëndetësore	Numri mesatar i ENF-ve*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Duhanpirje aktuale			
Jo	1.59	1.46-1.73	0.051
Po	1.92	1.63-2.20	
Konsum alkooli gjatë jetës			
Jo	1.43	1.21-1.65	0.017
Po	1.77	1.62-1.92	
Përdorues problematik i alkoolit			
Jo	1.57	1.45-1.69	<0.001
Po	3.13	2.61-3.65	
Marrdhënie seksuale në jetë			
Jo	1.68	1.46-1.91	0.758
Po	1.64	1.47-1.80	
Marrdhënie seksuale të hershme			
Jo	1.60	1.42-1.79	0.326
Po	1.78	1.48-2.08	
Shumë partnerë seksuale (>3) në jetë			
Jo	1.73	1.54-1.91	0.351
Po	1.55	1.22-1.88	
Përdorimi i drogës në jetë			
Jo	1.53	1.41-1.66	<0.001
Po	2.43	2.07-2.80	
Përdorues problematik i drogës			
Jo	1.61	1.48-1.73	<0.001
Po	3.52	2.63-4.41	
Përpyetje për vetëvrasje në jetë			
Jo	1.57	1.45-1.69	<0.001
Po	3.81	3.20-4.42	

* Numri mesatar i ENF-ve (numri total i ENF-ve varion nga 0 në 6). Të gjitha vlerat mesatare janë të kontrolluara për efektin konfundues të moshës dhe gjinisë.

† Intervali i besimit 95% (95% CI) për numrin mesatar të ENF-ve.

‡ Vlera e p-së nga Modeli Linear i Përgjithshëm.

¶ Vlera e përgjithshme e domethënies statistikore dhe shkallët e lirisë (në kllapa).

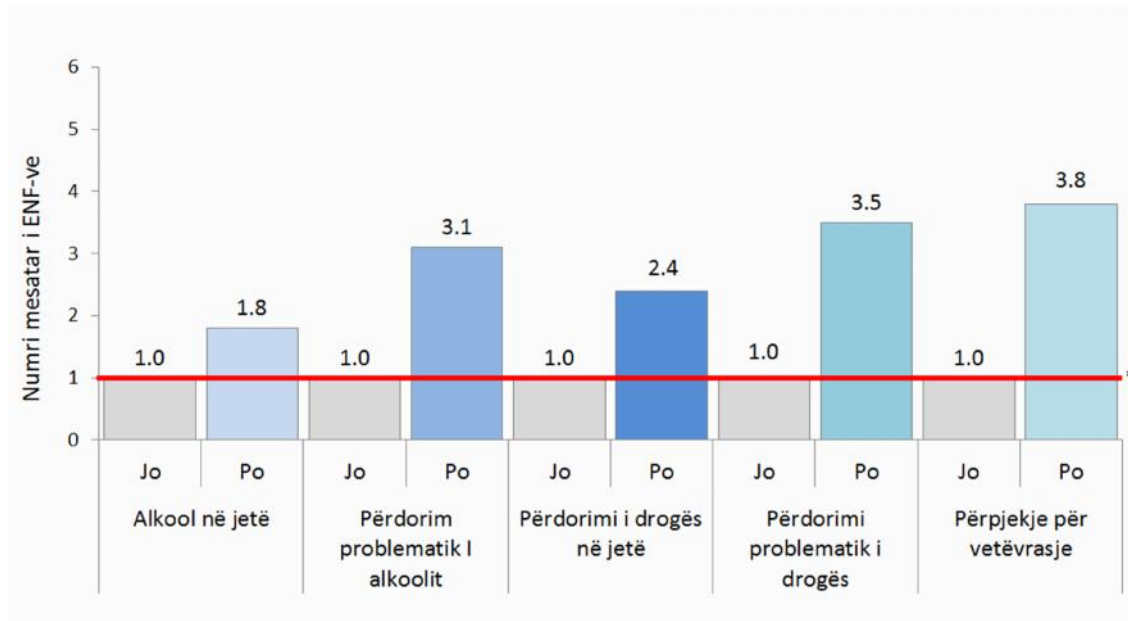


Figura 43. Numri mesatar i ENF-ve gjatë fëmijërisë sipas sjelljeve të rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve (janë paraqitur vetëm diferencat statistikiht domethënëse)

4.5.14 Numri i eksperiencave negative të fëmijërisë, karakteristikat socio-demografike dhe sjelljet e rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve në studim

4.5.14.1 Numri i ENF-ve gjatë fëmijërisë dhe karakteristikat socio-demografike

Tabela 44 paraqet lidhjen midis numrit të ENF-ve dhe karakteristikave socio-demografike të pjesëmarrësve të përfshirë në studim. Mund të vihet re se gjasat e një numri më të madh ENF-sh janë në mënyrë domethënëse më të larta midis meshkujve, atyre që kanë nënën dhe babain me arsim të ulët apo të mesëm, ata që kanë babain të papunë, ata nëna e të cilëve ishte 27 osë më pak në kohën e lindjes së tyre dhe ata që kanë humbur shkollën për shkak të shëndetit jo të mirë mendor dhe fizik (Tabela 44).

Tabela 44. Lidhja e karakteristikave socio-demografike të pjesëmarrësve në studim me numrin e ENF-ve – Raporti i gjasave (OR) i kontrolluar për moshën dhe seksin nga Regresioni Logjistik Multinomial

Karakteristika të përgjithshme të subjekteve në studim	Numri i Eksperiencave Negative të Fëmijërisë				
	0 (n=222)	1 (n=195)	2 (n=117)	3 (n=75)	4 (n=118)
Grup-mosha					
>23 vjeç	1.0 (ref.)	1.1 (0.7-1.7)	0.8 (0.5-1.5)	1.0 (0.5-2.0)	1.1 (0.6-2.0)
22-23 vjeç	1.0 (ref.)	0.8 (0.5-1.3)	0.9 (0.5-1.6)	0.8 (0.4-1.6)	1.0 (0.6-1.8)
18-21 vjeç	1.0 (ref.)	1.0	1.0	1.0	1.0
Seksi					
Mashkull	1.0 (ref.)	1.5 (0.9-2.26)	1.7 (1.1-2.7)**	2.2 (1.3-3.9)**	1.6 (1.1-2.6)**
Femër	1.0 (ref.)	1.0	1.0	1.0	1.0
Vendlindja					
Rural	1.0 (ref.)	1.3 (0.7-2.3)	1.6 (0.9-2.6)	1.3 (0.6-2.9)	1.4 (0.7-2.6)
Urban	1.0 (ref.)	1.0	1.0	1.0	1.
Gjendja civile					
Jo i/e martuar	1.0 (ref.)	1.1 (0.6-1.9)	1.3 (0.7-2.7)	1.7 (0.7-4.2)**	1.2 (0.6-2.2)
I/e martuar, ndarë, divorcuar, bashkëjeton	1.0 (ref.)	1.0	1.0	1.0	1.0
Niveli i edukimit të nënës					
I ulët (8 vjet ose më pak)	1.0 (ref.)	0.7 (0.4-1.3)	1.0 (0.5-2.1)	3.0 (1.4-6.4)**	4.1 (1.9-8.8)*
I mesëm (9-12 vjet)	1.0 (ref.)	0.7 (0.5-1.1)	0.8 (0.5-1.3)	1.3 (0.7-2.5)	3.2 (1.7-6.0)*
I lartë (>12 vjet)	1.0 (ref.)	1.0	1.0	1.0	1.0
Niveli i edukimit të babait					
I ulët (8 vjet ose më pak)	1.0 (ref.)	0.9 (0.9-2.2)	1.6 (0.7-3.5)	3.1 (1.3-7.3)**	4.9 (2.4-10.0)**
I mesëm (9-12 vjet)	1.0 (ref.)	0.9 (0.5-1.8)	1.3 (0.-2.1)	1.5 (0.8-2.7)	1.8 (1.1-3.1)**
I lartë (>12 vjet)	1.0 (ref.)	1.0	1.0	1.0	1.0
Statusi i punësimit të nënës					
Jo e punësuar					
Punësuar me kohë të pjesshme	1.0 (ref.)	0.9 (0.6-1.4)	0.7 (0.4-1.1)	0.8 (0.4-1.4)	1.1 (0.9-2.6)
Punësuar me kohë të plotë	1.0 (ref.)	1.0 (0.5-1.8)	0.7 (0.4-1.5)	0.6 (0.3-1.5)	1.1 (0.6-1.7)
Statusi i punësimit të babait					
Jo i punësuar					
Punësuar me kohë të pjesshme	1.0 (ref.)	1.2 (0.6-2.2)	0.9 (0.4-2.1)	2.1 (0.9-4.4)	3.3 (1.7-6.2)*
Punësuar me kohë të plotë	1.0 (ref.)	0.8 (0.5-1.2)	0.9 (0.6-1.6)	0.6 (0.3-1.2)	1.2 (0.7-2.0)
Mosha e nënës në momentin e lindjes së pjesëmarrësit					
≤22 vjeç	1.0 (ref.)	1.5 (0.8-2.8)	2.1 (0.9-4.5)	4.7 (1.9-11.9)**	7.5 (3.4-16.5)*
23-24 vjeç	1.0 (ref.)	1.5 (0.8-2.8)	2.1 (0.9-4.5)	3.4 (1.3-8.9)**	3.3 (1.4-7.8)**
25-27 vjeç	1.0 (ref.)	1.2 (0.7-2.2)	0.9 (0.5-2.0)	2.2 (0.9-5.5)	2.4 (1.1-5.4)**
28-30 vjeç	1.0 (ref.)	0.9 (0.5-1.7)	1.3 (0.7-2.5)	1.6 (0.6-4.0)	1.5 (0.7-3.5)
>30 vjeç	1.0 (ref.)	1.0	1.0	1.0	1.0
Mungesë në shkollë për shkak të stresit/depresionit muajin e fundit					
Po	1.0 (ref.)	1.3 (0.8-2.1)	1.5 (0.9-2.5)	2.4 (1.4-4.2)**	2.5 (1.5-4.1)*
Jo	1.0 (ref.)	1.0	1.0	1.0	1.0

Mungesë në shkollë për shkak të shëndetit të keq fizik muajin e fundit					
Po	1.0 (ref.)	1.1 (0.7-1.7)	1.0 (0.6-1.6)	2.3 (1.3-4.0)**	1.8 (1.1-2.9)**
Jo	1.0 (ref.)	1.0	1.0	1.0	1.0

Shënim: Të gjitha OR-të janë kontrolluar për efektin konfundues të moshës dhe seksit. Në kllapa është paraqitur intervali i besimit 95% (95%CI) për raportin e gjasave.

* Vlera e p-së < 0.001.

** Vlera e p-së < 0.05.

4.5.14.2 Numri i ENF-ve gjatë fëmijërisë dhe sjelljet e rrezikshme shëndetësore

Tabela 45 paraqet raportin e gjasave të sjelljeve të rrezikshme shëndetësore sipas numrit të ENF-ve. Gjasat e konsumit problematik të alkoolit dhe përpjekjeve për t'u vetëvararë rriten në mënyrë domethënëse me rritjen e numrit të ENF-ve dhe arrijnë maksimumin midis pjesëmarrësve që raportojnë 4 ENF, krahasuar me ata që nuk kanë raportuar ndonjë ENF (0 ENF). Gjithashtu, gjasat e përdorimit të drogës në jetë rriten me rritjen e numrit të ENF-ve por kjo lidhje nuk është lineare. Në përgjithësi, përdorimi i alkoolit, përdorimi problematik i alkoolit, përdorimi i drogës në jetë dhe përpjekjet për vetëvrasje janë të lidhura pozitivisht dhe në mënyrë domethënëse me numrin e ENF-ve, por lidhja me duhanpirjen aktuale dhe alkoolin nuk është lineare (Tabela 45).

Tabela 45. Lidhja e sjelljeve të rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve në studim me numrin e ENF-ve – Raporti i gjasave (OR) i kontrolluar për moshën dhe seksin nga Regresioni Logjistik Multinomial

Karakteristika të përgjithshme të subjekteve në studim	Numri i Eksperiencave Negative të Fëmijërisë				
	0 (n=222)	1 (n=195)	2 (n=117)	3 (n=75)	4 (n=118)
Duhanpirje aktuale					
Jo	1.0 (ref.)	1.0	1.0	1.0	1.0
Po	1.0 (ref.)	1.1 (0.6-1.9)	2.6 (1.4-4.7)**	1.2 (0.6-2.6)	1.6 (0.9-3.0)
Konsum alkooli gjatë jetës					
Jo	1.0 (ref.)	1.0	1.0	1.0	1.0
Po	1.0 (ref.)	1.1 (0.7-1.7)	1.4 (0.8-2.4)	2.4 (1.2-4.7)**	1.5 (0.9-2.5)
Përdorues problematik i alkoolit					
Jo	1.0 (ref.)	1.0	1.0	1.0	1.0
Po	1.0 (ref.)	1.6 (0.4-5.8)	1.2 (0.3-5.4)	4.6 (1.3-16.4)**	8.4 (2.7-25.9)*
Marrdhënie seksuale në jetë					
Jo	1.0 (ref.)	1.0	1.0	1.0	1.0
Po	1.0 (ref.)	0.7 (0.4-1.1)	1.2 (0.7-2.0)	0.9 (0.5-1.9)	0.8 (0.5-1.4)
Marrdhënie seksuale të hershme					
Jo	1.0 (ref.)	1.0	1.0	1.0	1.0
Po	1.0 (ref.)	0.9 (0.5-1.6)	0.9 (0.5-1.8)	0.8 (0.4-1.7)	1.1 (0.6-2.2)
Shumë partnerë seksuale (>3) në jetë					

Jo	1.0 (ref.)	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Po	1.0 (ref.)	1.0 (0.5-1.8)	1.1 (0.5-2.3)	0.9 (0.4-2.0)	0.6 (0.3-1.2)	
Përdorimi i drogës në jetë						
Jo	1.0 (ref.)	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Po	1.0 (ref.)	2.6 (1.1-6.6)*	7.7 (3.1-19.1)*	4.5 (1.6-12.4)**	6.6 (2.6-16.7)*	
Përdorues problematik i drogës						
Jo	1.0 (ref.)	Not computed – unstable estimates	Not computed – unstable estimates	Not computed – unstable estimates	Not computed – unstable estimates	Not computed – unstable estimates
Po	1.0 (ref.)					
Përpjekje për vetëvrasje në jetë						
Jo	1.0 (ref.)	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Po	1.0 (ref.)	2.0 (0.3-12.1)	2.4 (0.3-17.4)	8.3 (1.5-47.2)**	20.4 (4.5-92.0)*	

Shënim: Të gjitha OR-të janë kontrolluar për efektin konfundues të moshës dhe seksit. Në kllapa është paraqitur intervali i besimit 95% (95%CI) për raportin e gjasave.

* Vlera e p-së < 0.001.

** Vlera e p-së < 0.05.

4.5.15 Korrelacionet bivariate midis llojeve të ndryshme të eksperiencave negative të fëmijërisë

Tabela 6 paraqet koeficientët e lidhjeve bivariate midis llojeve të ndryshme të ENF-ve. Mund të vihet re që lidhja midis abuzimit emocional dhe fizik është e moderuar dhe pozitive. Po kështu, lidhje të tjera të moderuara u vunë re midis abuzimit fizik dhe emocional dhe dhunës së ushtruar ndaj nënës ndërkohë që lidhjet e tjera ishin të dobëta.

Tabela 46. Koeficientët e korrelacioneve bivariate midis llojeve të ndryshme të ENF-ve

*

Lloji i ENF-ve	Lloji i Eksperiencave Negative të Fëmijërisë									
	Abuz emoc (1)	Abuz fizik (2)	Abuz seks (3)	Negl emoc (4)	Negl fizik (5)	Ndarje prindit (6)	Dhunë nëna (7)	Abuz subst (8)	Sëm mend (9)	Burg (10)
Abuzimi dhe neglizhimi gjatë fëmijërisë										
(1) Abuzim emocional	1.00									
(2) Abuzim fizik	0.45	1.00								
(3) Abuzim seksual	0.15	0.18	1.00							
(4) Neglizhim emocional	-0.09	<i>JD</i>	0.17	1.00						
(5) Neglizhim fizik	0.14	0.12	0.12	0.21	1.00					
Disfunksioni i familjes/shtëpisë										
(6) Divorci/ndarja e prindërve	<i>JD</i>	0.10	<i>JD</i>	<i>JD</i>	<i>JD</i>	1.00				
(7) Dhunë e ushtruar ndaj nënës	0.33	0.35	<i>JD</i>	<i>JD</i>	0.19	<i>JD</i>	1.00			

(8) Abuzimi me substancat në familje	0.17	0.14	0.16	0.09	0.18	JD	0.19	1.00		
(9) Sëmundjet mendore në familje	0.18	0.14	JD	JD	0.08	JD	0.20	0.11	1.00	
(10) Anëtarë të familjes në burg	0.08	0.09	JD	JD	0.13	JD	0.15	JD	0.14	1.00

* Koefficienti i korrelacioni sipas Spearman's (korrelacioni jo-parametrike). Vetëm lidhjet statistikisht domethënëse janë paraqitur. JD = Jo Domethënës.

4.6 Eksperiencave negative të fëmijërisë, të qenit viktimë e bullizmit, faktorët socio-demografikë dhe sjelljet e rrezikshme shëndetësore tek pjesëmarrësit në studim

4.6.1 Prevalenca e bullizmit tek pjesëmarrësit në studim sipas karakteristikave bazë socio-demografike

Prevalenca të qenit viktimë e bullizmit sipas karakteristikave socio-demografike bazë të pjesëmarrësve në studim, paraqiten në Tabelën 47.

Prevalenca e përgjithshme e viktimizimit ndaj bullizmit rezultoi 24.6%, në mënyrë domethënëse më e lartë midis meshkujve (30.8%) sesa femrave (19.9%), subjekteve të lindur në zonat rurale krahasuar me të lindurit në zonat urbane, dhe atyre që kanë munguar në shkollë muajin e fundit për shkak të shendetit jo të mirë mendor, kurse diferencat sipas karakteristikave të tjera socio-demografike nuk rezultuan statistikisht domethënëse (Tabela 47).

Tabela 47. Prevalenca e të qenit viktimë e bullizmit sipas karakteristikave socio-demografike të pjesëmarrësve në studim

Karakteristika të përgjithshme të subjekteve në studim	Jo viktimë e bullizmit, n (%)	Viktimë e bullizmit, n (%)	Vlera e p-së
Total	533 (75.4)	174 (24.6)	-
Grup-mosha			
18-21 vjeç	160 (72.4) *	61 (27.6)	0.168 †
22-23 vjeç	157 (80.1)	39 (19.9)	
>23 vjeç	212 (74.4)	73 (25.6)	
Seksi			
Mashkull	211 (69.2)	94 (30.8)	0.001
Femër	322 (80.1)	80 (19.9)	
Vendlindja			
Urban	449 (77.5)	130 (22.5)	0.023
Rural	51 (65.4)	27 (34.6)	
Gjendja civile			
Jo i/e martuar	455 (74.7)	154 (25.3)	0.307

Karakteristika të përgjithshme të subjekteve në studim	Jo viktimë e bullizmit, n (%)	Viktimë e bullizmit, n (%)	Vlera e p-së
I/e martuar, ndarë, divorcuar, bashkëjeton	77 (80.2)	19 (19.8)	
Niveli i edukimit të nënës			
I ulët (8 vjet ose më pak)	81 (73.6)	29 (26.4)	0.585
I mesëm (9-12 vjet)	281 (75.1)	93 (24.9)	
I lartë (>12 vjet)	169 (78.2)	47 (21.8)	
Niveli i edukimit të babait			
I ulët (8 vjet ose më pak)	67 (75.3)	22 (24.7)	0.422
I mesëm (9-12 vjet)	270 (78.0)	76 (22.0)	
I lartë (>12 vjet)	197 (73.5)	70 (26.5)	
Statusi i punësimit të nënës			
Punësuar me kohë të plotë	209 (78.3)	58 (21.7)	0.325
Punësuar me kohë të pjesshme	78 (74.3)	27 (25.7)	
Jo e punësuar	238 (73.0)	88 (27.0)	
Statusi i punësimit të babait			
Punësuar me kohë të plotë	277 (74.7)	94 (25.3)	0.622
Punësuar me kohë të pjesshme	150 (7.3)	44 (22.7)	
Jo i punësuar	79 (72.5)	30 (27.5)	
Mungesë në shkollë për shkak të stresit/depresionit muajin e fundit			
Jo	319 (81.0)	75 (19.0)	<0.001
Po	164 (68.0)	77 (32.0)	
Mungesë në shkollë për shkak të shëndetit të keq fizik muajin e fundit			
Jo	269 (79.1)	71 (20.9)	0.079
Po	225 (73.1)	83 (26.9)	

* Numri absolut dhe përqindja sipas rrjeshtave (në kllapa). Mospërputhja me numrin total vjen për shkak të mungesës së informacionit.

† Vlera e P-së sipas testit Fischer's exact test (për tabelat 2x2) ose hi katror për tabelat 2xn.

4.6.2 Prevalenca e bullizmit sipas sjelljeve të rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve në studim

Prevalenca të qenit viktimë e bullizmit sipas sjelljeve të rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve në studim, paraqiten në Tabelën 48.

Prevalenca e përgjithshme e viktimizimit ndaj bullizmit rezultoi në mënyrë domethënëse më e lartë midis pjesëmarrësve që pinin aktualisht duhan, atyre që kanë pirë alkool në jetë dhe atyre që kanë përdorur drogat ilegale gjatë jetës, kurse diferencat sipas sjelljeve të tjera të rrezikshme shëndetësore nuk rezultuan statistikisht domethënëse (Tabela 48).

Tabela 48. Prevalenca e të qenit viktimë e bullizmit sipas sjelljeve të rrezikshme shëndetësore të pjesëmarrësve në studim

Sjellja e rrezikshme shëndetësore	Jo viktimë e bullizmit, n (%)	Viktimë e bullizmit, n (%)	Vlera e p-së
Duhanpirje aktuale			
Jo	436 (77.4)	127 (22.6)	0.024 †
Po	78 (67.2)	38 (32.8)	
Konsum alkooli gjatë jetës			
Jo	207 (81.5)	47 (18.5)	0.006
Po	316 (72.1)	122 (27.9)	
Përdorues problematik i alkoolit			
Jo	493 (76.0)	156 (24.0)	0.341
Po	27 (69.2)	12 (30.8)	
Marrdhënie seksuale në jetë			
Jo	213 (76.9)	64 (23.1)	0.368
Po	295 (73.6)	106 (26.4)	
Marrdhënie seksuale të hershme			
Jo	200 (73.0)	74 (27.0)	0.714
Po	95 (75.4)	31 (24.6)	
Shumë partnerë seksuale (>3) në jetë			
Jo	201 (73.4)	73 (26.6)	0.592
Po	75 (76.5)	23 (23.5)	
Përdorimi i drogës në jetë			
Jo	486 (77.9)	138 (22.1)	<0.001
Po	42 (56.8)	32 (43.2)	
Përdorues problematik i drogës			
Jo	484 (75.9)	154 (24.1)	0.465
Po	9 (90.0)	1 (10.0)	
Përpyetje për vetëvrasje në jetë			
Jo	507 (75.8)	162 (24.2)	0.234
Po	16 (64.0)	9 (36.0)	

* Numri absolut dhe përqindja sipas rrjeshtave (në kllapa). Mospërputhja me numrin total vjen për shkak të mungesës së informacionit.

† Vlera e P-së sipas testit Fischer's exact test (për tabelat 2x2) ose hi katror për tabelat 2xn.

4.6.3 Lidhja midis eksperiencave negative të fëmijërisë dhe viktimizimit ndaj bullizmit tek pjesëmarrësit në studim

4.6.3.1 Llojet e ndryshme të ENF-ve dhe viktimizimi ndaj bullizmit

Tabela 49 paraqet lidhjen e llojeve të ndryshme të ENF-ve gjatë fëmijërisë me viktimizimin ndaj bullizmit tek pjesëmarrësit në studim. Mund të vihet re që gjasat e viktimizimit ndaj bullizmit janë në mënyrë domethënëse më të larta tek pjesëmarrësit që kanë përjetuar abuzim emocional, fizik, seksual, neglizhim fizik, ata që kanë qënë dëshmitarë të dhunës ndaj nënës, ata që kanë jetuar me familjarë që kanë abuzuar me substancat gjatë fëmijërisë së tyre apo kanë përfunduar në burg krahasuar me pjesëmarrësit që nuk raportuan eksperiencat të tilla negative gjatë fëmijërisë, përkatësisht (Tabela 49).

Tabela 49. Lidhja e viktimizimit ndaj bullizmit me llojet e ENF-ve pjesëmarrësve

Llojet e ENF-ve	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Abuzimi dhe neglizhimi gjatë fëmijërisë			
Abuzim emocional	2.88	2.01-4.13	<0.001
Abuzim fizik	1.81	1.22-2.69	0.003
Abuzim seksual	2.17	1.27-3.71	0.005
Neglizhim emocional	0.79	0.36-1.69	0.537
Neglizhim fizik	1.84	1.27-2.69	0.001
Disfunksioni i familjes/shtëpisë			
Divorci/ndarja e prindërve	0.37	0.08-1.66	0.193
Dhunë e ushtruar ndaj nënës	2.63	1.79-3.89	<0.001
Abuzimi me substancat në familje	2.81	1.85-4.26	<0.001
Sëmundjet mendore në familje	1.87	0.96-3.63	0.064
Anëtarë të familjes në burg	2.13	1.03-4.42	0.042

* Raporti i gjasave (OR: të qëniti viktimë e bullizmit vs. jo) nga Regresioni Logjistik Binar. Të gjitha OR-të janë të kontrolluara për efektin konfundues të moshës dhe gjinisë.

† Intervali i besimit 95% (95%CI) për raportin e gjasave.

‡ Vlera e p-së nga Regresioni Logjistik Binar.

4.6.3.2 Përjetimi i të paktën një lloj ENF-je gjatë fëmijërisë dhe viktimizimi ndaj bullizmit

Tabela 50 paraqet lidhjen e përjetimit të të paktën 1 lloj ENF-je gjatë fëmijërisë me viktimizimin ndaj bullizmit tek pjesëmarrësit në studim. Mund të vihet re që gjasat e viktimizimit ndaj bullizmit janë në mënyrë domethënëse rreth 3 herë më të larta midis pjesëmarrësve që kanë përjetuar të paktën një lloj ENF-je gjatë fëmijërisë krahasuar me fëmijët që nuk kanë përjetuar ENF.

Tabela 50. Lidhja e viktimizimit ndaj bullizmit me praninë e së paku një ENF-je gjatë fëmijërisë së pjesëmarrësve

Llojet e ENF-ve	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Përjetimi i ENF-ve gjatë fëmijërisë			
Jo	1.00	Referencë	<0.001
Po	2.96	1.78-4.93	

* Raporti i gjasave (OR: të qenit viktimë e bullizmit vs. jo) nga Regresioni Logjistik Binar. OR-ja është e kontrolluara për efektin konfundues të moshës dhe gjinisë.

† Intervali i besimit 95% (95%CI) për raportin e gjasave.

‡ Vlera e p-së nga Regresioni Logjistik Binar.

4.6.3.3 Përjetimi i të paktën katër lloje ENF-sh gjatë fëmijërisë dhe viktimizimi ndaj bullizmit

Tabela 51 paraqet lidhjen e përjetimit të të paktën 4 lloje ENF-sh gjatë fëmijërisë me viktimizimin ndaj bullizmit tek pjesëmarrësit në studim. Mund të vihet re që gjasat e viktimizimit ndaj bullizmit janë në mënyrë domethënëse rreth 3.7 herë më të larta midis pjesëmarrësve që kanë përjetuar të paktën katër lloje ENF-sh gjatë fëmijërisë krahasuar me fëmijët që kanë përjetuar 0-3 lloje të ENF-ve.

Tabela 51. Lidhja e viktimizimit ndaj bullizmit me praninë e së paku një ENF-je gjatë fëmijërisë së pjesëmarrësve

Llojet e ENF-ve	OR*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Numri i ENF-ve			
0-3	1.00	Referencë	<0.001
4	3.66	2.28-5.88	

* Raporti i gjasave (OR: të qenit viktimë e bullizmit vs. jo) nga Regresioni Logjistik Binar. OR-ja është e kontrolluara për efektin konfundues të moshës dhe gjinisë.

† Intervali i besimit 95% (95%CI) për raportin e gjasave.

‡ Vlera e p-së nga Regresioni Logjistik Binar.

4.6.6.4 Numri mesatar i ENF-ve gjatë fëmijërisë dhe viktimizimi ndaj bullizmit

Tabela 52 paraqet numrin mesatar të ENF-ve të përjetuara gjatë fëmijërisë me statusin e viktimizimit të bullizmit të pjesëmarrësve. Mund të vihet re që numri mesatar i ENF-ve është në mënyrë domethënëse më i lartë midis pjesëmarrësve që kanë pohuar se kanë qënë viktimat të bullizmit krahasuar me pjesëmarrësit që nuk kanë qënë viktimat të bullizmit (Tabela 42).

Tabela 52. Numri mesatar i ENF-ve gjatë fëmijërisë sipas statusit të viktimizimit ndaj bullizmit të pjesëmarrësve

Karakteristika të përgjithshme të subjekteve në studim	Numri mesatar i ENF-ve*	95% CI † (kufiri poshtëm - kufiri i sipërm)	Vlera e p-së ‡
Viktimitë e bullizmit			
Jo	1.39	1.24-1.54	<0.001
Po	2.44	2.17-2.71	

* Numri mesatar i ENF-ve (numri total i ENF-ve varion nga 0 në 6). Të gjitha vlerat mesatare janë të kontrolluara për efektin konfundues të moshës dhe gjinisë.

† Intervali i besimit 95% (95%CI) për numrin mesatar të ENF-ve.

‡ Vlera e p-së nga Modeli Linear i Përgjithshëm.

4.6.6.5 Numri i ENF-ve gjatë fëmijërisë dhe viktimizimi ndaj bullizmit

Tabela 53 paraqet lidhjen midis numrit të ENF-ve dhe karakteristikave socio-demografike të pjesëmarrësve të përfshirë në studim. Mund të vihet re se rritja e numrit të ENF-ve shoqërohet me një rritje statistikisht domethënëse të gjasave të të qenit viktimë e bullizmit.

Tabela 53. Lidhja e viktimizimit ndaj bullizmit të pjesëmarrësve në studim me numrin e ENF-ve – Raporti i gjasave (RR) i kontrolluar për moshën dhe seksin nga Regresioni Logjistik Multinomial

Karakteristika të përgjithshme të subjekteve në studim	Numri i Eksperiencave Negative të Fëmijërisë				
	0 (n=222)	1 (n=195)	2 (n=117)	3 (n=75)	4 (n=118)
Viktimitë e bullizmit					
Po	1.0 (ref.)	1.5 (0.8-2.9)	4.0 (2.1-7.5)*	4.8 (2.3-8.6)*	6.3 (3.4-11.7)*
Jo	1.0 (ref.)	1.0	1.0	1.0	1.0

Shënim: Të gjitha OR-të janë kontrolluar për efektin konfundues të moshës dhe seksit. Në kllapa është paraqitur intervali i besimit 95% (95%CI) për raportin e gjasave.

* Vlera e p-së < 0.001.

** Vlera e p-së < 0.05.

KAPITULLI V. DISKUTIMI

Studimi aktual kros-seksional i realizuar midis 957 studentësh të universiteteve publike të Tiranës, Elbasanit, Shkodrës dhe Vlorës gjatë vitit 2015 mundësoi përfitim të dhënave të reja dhe interesante përsa i përket prevalencës së eksperiencave negative të fëmijërisë dhe faktorëve socio-demografikë dhe socioekonomikë të lidhura me këto eksperiencat. Gjithashtu, studimi evidentoi lidhje të rëndësishme statistikore midis ENF-ve dhe një sërë sjelljesh të rrezikshme shëndetësore, të cilat sugjerojnë që eksperiencat negative të fëmijërisë janë të lidhura me rritjen e rrezikut për një stil jetesë më të rrezikshëm më vonë në jetë krahasuar me personat të cilët nuk kanë përjetuar të tilla eksperiencat negative gjatë fëmijërisë së tyre. Po kështu, studimi aktual evidentoi lidhje statistikisht domethënëse pozitive midis numrit të ENF-ve dhe sjelljeve të rrezikshme shëndetësore, duke sugjeruar një rritje të rrezikut të sjelljeve jo të shëndetshme me rritjen e numrit dhe llojeve të abuzimeve apo eksperiencave negative të përjetuara gjatë fëmijërisë. Një tjetër gjetje interesante ishte dhe evidentimi i lidhjeve midis eksperiencave negative të fëmijërisë dhe numrit të tyre me viktimizimin ndaj bullizmit, një problem ky mjaft akut i cili prek individët në moshë të re.

Në dijeninë tonë studimi aktual është ndër të paktat studime që vlerësojnë dhe përcaktojnë lidhjet midis eksperiencave negative të fëmijërisë me karakteristikat socio-demografike të individëve dhe sjelljet e rrezikshme të tyre më vonë në jetë, duke ofruar njëkohësisht një analizë të hollësishme dhe metodologjikisht të përshtatshme të faktorëve në studim dhe lidhjeve midis tyre, duke kontrolluar për efektet konfunduese të moshës dhe seksit të pjesëmarrësve. Kontrolli i efekteve konfunduese e bën analizën më të besueshme pasi vlerësimet statistikore janë më pranë realitetit krahasuar me skenarin e analizës bruto.

Në vijim po paraqesim një përmbledhje të gjetjeve kryesore të studimit aktual.

5.1 Përmbledhje e gjetjeve kryesore të studimit aktual

Mosha mesatare e pjesëmarrësve ishte 22.5 vjec, 55.4% ishin femra dhe virtualisht të gjithë (99.7%) pjesëmarrësit kishin përkatësi etnike Shqiptare. Më shumë se tre të katërtat e pjesëmarrësve ishin beqarë ose të pamartuar në kohën e kryerjes së studimit dhe pothuajse po kaq deklaruan se kanë lindur në zonat urbane. Rreth gjysma e nënave dhe baballarëve të pjesëmarrësve kishin nivel të mesëm arsimor ndërsa proporcione më të larta të nënave sesa baballarëve nuk ishin të punësuar (48.6% kundrejt 15.5%, përkatësisht) në kohën e kryerjes së studimit. Rreth një e katërta e studentëve deklaruan se kanë ndryshuar vendbanimin 1 herë gjatë fëmijërisë së tyre dhe 20% e kanë bërë këtë 2 ose më shumë herë; 6% e të anketuarve kishin jetuar në rezidencën aktuale për më pak se 2 vjet.

Në studimin tonë ishte e mundur të përcaktohej prevalenca e përgjithshme e sjelljeve të rrezikshme shëndetësore gjithashtu. ndetësor dhe shanset relative të rregulluara të sjelljeve të rrezikut shëndetësor sipas llojit të ACE. Sjelljet e rrezikshme shëndetësore me prevalencën më të lartë rezultuan: përdorimi i alkoolit gjatë jetës (prevalenca 63.5%) dhe gjatë muajit të fundit (47.2%), pasuar nga angazhimi në marrdhënie seksuale (61.6%), angazhimi në marrdhënie seksuale të hershme (31.8%), konsumi i 5 pije alkoolike në rast gjatë muajit të fundit (30.5%), angazhimi me shumë partnerë seksualë (>3) në jetë (28.2%), duhanpirja aktuale (25.9%) dhe inaktiviteti fizik gjatë muajit të fundit (22.3%). Ndërkohë, prevalenca e përdorimit të drogës në jetë dhe sjelljeve të tjera të rrezikshme rezultoi 11.3%, përdorimi problematik i drogës 1.5%, prevalenca e angazhimit në përjpekje vetëvrasëse rezultoi 3.7%.

Studimi gjithashtu përcaktoi dhe revalencën e llojeve të ndryshme të ENF-ve dhe numrin e ENF-ve në total dhe sipas gjinisë. Rezultatet sugjeruan se forma më e përhapur e ENF-ve ishte "abuzimi emocional" dhe "neglizhimi fizik", të raportuara nga 35.4% dhe 34.3% e pjesëmarrësve, përkatësisht, pa dallime gjinore statistikisht domethënëse ($p > 0.05$). Përqindje domethënëse më të larta të meshkujve sesa femrave kishin përjetuar abuzim fizik (përkatësisht 25.1% kundrejt 17.7%), abuzim seksual (15.2% kundrejt 7.7%, përkatësisht), dhe abuzim të substancave (25.1% kundrejt 13.3%, përkatësisht) ndërsa prirja e kundërt u vërejt për "jetesa gjatë fëmijërisë me anëtarë të familjes që vuanin nga sëmundjet mendore" prevalenca e së cilës ishte dukshëm më e lartë midis pjesëmarrësve femra (8.1%) krahasuar me meshkujt (3.1%). Prevalenca e "përjetimit të ndarjes / divorcit të prindërve", "trajtimit të dhunshëm të nënës", "neglizhencës emocionale" dhe "sjelljes kriminale në familje" nuk paraqiti dallime gjinore statistikisht domethënëse.

Prevalenca e të paktën një ENF-je ishte 69.5%, në mënyrë domethënëse më e lartë te meshkujt (70.1%) sesa femrat (64.4%). Numri mesatar i ENF-ve ishte 1.65, po kështu në mënyrë domethënëse më e lartë tek meshkujt (numri mesatar i ENF-ve = 1.77) sesa femrat (numri mesatar i ENF-ve = 1.53)

Lidhur me faktorët e lidhur në mënyrë domethënëse me llojet e ndryshme të ENF-ve, analizat evidentuan se, pas kontrollit të efektve konfonduese të moshës dhe seksit të pjesëmarrësve, format e ENF-ve të shoqëruara me rritjen e ndjeshme të gjasave për përjpekje për vetëvrasje ishin: abuzimi emocional (OR = 5.8), abuzimi fizik (OR = 4.6), përjetimi i ndarjes/divorcit të prindërve (OR = 4.6), përjetimi i dhunës ndaj nënës (OR = 4.4), jetesa gjatë fëmijërisë me anëtarë të familjes që abuzonin me substancat psikoaktive (OR = 3.3) dhe jetesa gjatë fëmijërisë me anëtarë të familjes që vuanin nga sëmundje mendore ose që kanë tentuar vetëvrasjen (OR = 8.8).

Nga ana tjetër, duket se përdorimi i drogës ishte i shoqëruar në mënyrë statistikisht domethënëse me përjetimin e abuzimit emocional, fizik dhe seksual, neglizhencën emocionale,

përjetimin e dhunës ndaj nënës, jetesën gjatë fëmijërisë me anëtarë të familjes që abuzonin me substancat psikoaktive.

Faktorët që rrisnin në mënyrë domethënëse gjasat e përdorimit problematik të drogës ishin: abuzimi fizik në fëmijëri, përjetimi i divorcit të prindërve dhe përjetimi i dhunës ndaj nënës. Individët e ekspozuar ndaj divorcit prindëror kur ishin fëmijë kishin 24.3 herë më shumë të ngjarë të bëhen përdorues problematikë të drogës në moshë adulte në krahasim me fëmijët, prindërit e të cilëve nuk u divorcuan ose nuk u ndanë.

Faktorët e vetëm që rrisnin në mënyrë domethënëse gjasat e duhanpirjes aktuale ishin abuzimi seksual dhe neglizhenca emocionale gjatë fëmijërisë.

Më tej, faktori i vetëm që rriste në mënyrë domethënëse gjasat e përdorimit të alkoolit ishte përjetimi i abuzimit fizik gjatë fëmijërisë, kurse OR-të e lidhura me konsumin problematik të alkoolit ishin në mënyrë domethënëse më të larta midis pjesëmarrësve të abuzuar emocionalisht dhe fizikisht gjatë fëmijërisë, atyre të neglizhuar fizikisht, atyre që kanë përjetuar dhunën ndaj nënës kur ishin fëmijë dhe atyre që jetonin në shtëpi me anëtarë të familjes që përdornin substanca psikoaktive ose me anëtarë që vuanin nga sëmundjet mendore.

Faktorët që rrisnin në mënyrë domethënëse gjasat e angazhimit në marrdhënie seksuale të hershme (16 vjec ose më pak) ishin përjetimi i abuzim fizik në fëmijëri dhe përjetimi i dhunës ndaj nënës kurse jetesa në shtëpi gjatë fëmijërisë me anëtarë të familjes që përdornin substanca psikoaktive ose me anëtarë që vuanin nga sëmundjet mendore rezultoi se rriste në mënyrë domethënëse gjasat e angazhimit në marrdhënie seksuale me shumë partnerë (>3) gjatë jetës.

Gjasat e përdorimit problematik të alkoolit dhe gjasat e vetëvrasjes rriten në përgjithësi rriten në mënyrë domethënëse me rritjen e numrit të ENF-ve dhe janë më të lartat midis atyre që raportojnë 4 ENF, krahasuar me studentët që nuk kanë raportuar ndonjë ENF (asnjë eksperiencë negative gjatë fëmijërisë). Gjithashtu, gjasat e përdorimit të drogës gjatë jetës rriten në mënyrë domethënëse me rritjen e numrit të ENF-ve por kjo lidhje nuk rezultoi lineare. Në përgjithësi, pirja e duhanit, përdorimi i alkoolit, konsumi problematik i alkoolit, përdorimi i drogës gjatë gjithë jetës dhe përjeket për vetëvrasje gjatë jetës rezultuan të lidhura pozitivisht dhe në mënyrë domethënëse me numrin e ENF-ve, por lidhja me duhanpirjen dhe përdorimin e alkoolit nuk është aq e qartë dhe lineare.

Përsa i përket numrit mesatar të ENF-ve, rezultoi se ky numër mesatar ishte në mënyrë domethënëse më i lartë tek meshkujt sesa femrat, midis studentëve me nënën dhe babain me arsim të ulët, krahasuar me studentët që raportojnë prindër me arsim të mesëm dhe të lartë, midis studentëve babai i të cilëve ishte i papunë, si dhe atyre që e kanë ndryshuar shpesh vendbanimin gjatë fëmijërisë, studentëve nëna e të cilëve ishte në moshë të re kur ata lindën (22 vjec, 23-24 vjec dhe 25-27 vjec) në krahasim me studentët nëna e të cilëve ishte 30 vjec ose më shumë në momentin që lindi pjesëmarrësin/en në studim. Studentët e lindur në zonat

rurale gjithashtu paraqitën një numër mesatar më të lartë të ENF-ve në krahasim me studentët e lindur në zonat urbane, por ky ndryshim nuk arriti domethënien statistikore. Pra, në përmbledhje, mund të pohojmë se seksi mashkull, arsimi i ulët i prindërve (arsimi i nënës dhe babait), papunësia e babait, ndryshimi i shpeshtë i vendbanimit dhe mosha më e re e nënës gjatë lindjes, rezultuan të gjithë të lidhura me një numër mesatar në mënyrë domethënëse më të lartë të ENF-ve në krahasim me homologët e tyre përkatës (seksin femër, arsimi i lartë i prindërve, punësimi me kohë të plotë i babait, ndryshimi jo i shpeshtë i vendbanimit dhe mosha e madhe (>30 vjec) e nënës në momentin që lindi pjesëmarrësin/en).

Prevalenca e viktimizimi ndaj bullizmit në studimin tonë rezultoi 24.6%, në mënyrë domethënëse më e lartë midis meshkujve (30.8%) sesa femrave (19.9%), subjekteve të lindur në zonat rurale krahasuar me të lindurit në zonat urbane, dhe atyre që kanë munguar në shkollë muajin e fundit për shkak të shendetit jo të mirë mendor, kurse diferencat sipas karakteristikave të tjera socio-demografike nuk rezultuan statistikisht domethënëse. Gjithashtu, prevalenca e viktimizimit ndaj bullizmit rezultoi në mënyrë domethënëse më e lartë midis duhanpirësve aktualë, përdoruesve të alkoolit dhe atyre që kanë përdorur drogat ilegale në jetë.

Gjasat e viktimizimit ndaj bullizmit rezultuan në mënyrë domethënëse më të larta tek pjesëmarrësit që kanë përjetuar abuzim emocional, fizik, seksual, neglizhim fizik, ata që kanë qënë dëshmitarë të dhunës ndaj nënës, ata që kanë jetuar me familjarë që kanë abuzuar me substancat gjatë fëmijërisë së tyre apo kanë përfunduar në burg krahasuar me pjesëmarrësit që nuk raportuan eksperiencat e tilla negative gjatë fëmijërisë, përkatësisht.

Gjasat e viktimizimit ndaj bullizmit janë në mënyrë domethënëse rreth 3 herë më të larta midis pjesëmarrësve që kanë përjetuar të paktën një lloj ENF-je gjatë fëmijërisë dhe rreth 4 herë më të larta midis atyre që kanë përjetuar të paktën 4 lloje ENF-shë gjatë fëmijërisë së tyre krahasuar me fëmijët që nuk kanë përjetuar ENF apo ata që kanë përjetuar 3 ENF ose më pak, përkatësisht.

Së fundmi, numri mesatar i ENF-ve rezultoi në mënyrë domethënëse më i lartë midis pjesëmarrësve që kanë pohuar se kanë qënë viktimat të bullizmit krahasuar me kolegët e tyre që nuk kanë qënë viktimat të bullizmit, dhe rritja e numrit të ENF-ve u shoqërua me një rritje statistikisht domethënëse të gjasave të të qënit viktimë e bullizmit.

5.2 Krahasimi i rezultateve të studimit tonë me rezultatet e studimeve të tjera në Shqipëri

Në përgjithësi, rezultatet e studimit tonë janë në përputhje me ato të studimeve të tjera të ngjashme të realizuara më parë në vendin tonë.

Në krahasim me studimin e eksperiencave negative të fëmijërisë të realizuar gjatë periudhës 2011-2012 në Shqipëri (11) prevalenca e përgjithshme e së paku një ENF-je duket se është reduktuar disi nga 72.4% në vitin 2012 në 69.5% në vitin 2015. Abuzimi emocional, neglizhenca fizike, përjetimi i trajtimit të dhunshëm të nënës dhe abuzimi fizik janë akoma format më të përhapura të eksperiencave negative gjatë fëmijërisë në Shqipëri, por që tregojnë një trend në rënie krahasuar me të dhënat e studimit të kryer gjatë periudhës 2011-2012 (11). Ndërkohë, prevalenca e abuzimit seksual gjatë fëmijërisë u rrit nga 6% në vitin 2012 në 11.2% në vitin 2015 dhe prevalenca e jetesës gjatë fëmijërisë në shtëpi me persona që abuzonin me substancat psikoaktive u rrit nga 7.7% në vitin 2012 në një nivel të lartë prej 18.7% në vitin 2015.

Në lidhje me trendin e sjelljeve të rrezikshme shëndetësore gjatë periudhës 2012-2015, prevalenca e duhanpirjes aktuale është reduktuar (nga 22.1% në vitin 2012 në 17.8% në vitin 2015), prevalenca e përdorimit problematik të alkoolit është reduktuar (nga 12% në vitin 2012 në 5.1% në vitin 2015), prevalenca e përdorimit të drogës në jetë pësoi një rritje të konsiderueshme nga 4.2% në vitin 2012 në 11.3% në vitin 2015, prevalenca e përdorimit problematik të drogës përkundrazi pësoi një reduktim nga 3.2% në vitin 2012 në 1.5% në vitin 2015, prevalenca e përpjekjeve për vetëvrasje rezultoi e qëndrueshme përgjatë kësaj periudhe (3.8% vs. 3.7%, përkatësisht), prevalenca e angazhimit në marrdhënie seksuale të hershme (në moshën 16 vjec ose më herët) pësoi një rritje të fortë nga 3% në vitin 2012 në 31.8% në vitin 2015 kurse prevalenca e angazhimit me shumë partnerë seksualë (>3 partnerë) në jetë po kështu pësoi një rritje nga 13.2% në vitin 2012 në 28.2% në vitin 2015.

Në mënyrë të ngjashme me të dhënat e studimit të vitit 2012 (11), në vitin 2015 faktorët që në mënyrë domethënëse dhe të fortë përcaktonin hasjen e përpjekjes për vetëvrasje në Shqipëri përfshijnë: jetesa gjatë fëmijërisë me anëtarë të familjes apo shtëpisë që vuanin nga sëmundje mendore ose që kanë tentuar vetëvrasjen, përjetimi i abuzimit emocional dhe fizik gjatë fëmijërisë, përjetimi i divorcit të prindërve, përjetimi i dhunës ndaj nënës, etj. Megjithatë, lidhjet e sjelljeve të rrezikshme shëndetësore me numrin e ENF-ve rezultuan më të zbutura në vitin 2015 krahasuar me studimin e vitit 2012 (11), veçanërisht në lidhje me duhanpirjen aktuale dhe konsumin e alkoolit gjatë jetës, kurse lidhjet e forta me përpjekjet për vetëvrasje, të evidentuara në studimin e vitit 2012, u konfirmuan edhe në studimin tonë.

Në mënyrë të ngjashme me gjetjet e studimit të vitit 2012 në Shqipëri (11), viktimizimi ndaj bullizmit ishte i lidhur në mënyrë domethënëse me gjininë mashkull, residencën në zonat rurale, por lidhjet e viktimizimit ndaj bullizmit me faktorët e tjerë socio-demografikë rezultuan jo domethënëse nga ana statistikore në vitin 2015, në ndryshim nga gjetjet e studimit të vitit 2012 (11).

Përsa i përket numrit mesatar të ENF-ve, rezultatet e studimit aktual janë po kështu të ngjashme me studimin e realizuar në vitin 2012 (11). Për shembull, prevalenca e të paktën një ENF-je në

vitin 2012 dhe 2015 ishte përkatësisht 72.4% dhe 69.5%, ndërsa prevalencat përkatëse të pranisë së 4 ENF-ve ishin 14.1% dhe 16.2%.

Gjithashtu, prevalenca e abuzimit emocional rezultoi relativisht e lartë në Shqipëri, në të dy studimet e eksperiencave negative të fëmijërisë në vitin 2012 (prevalenca 51%) [11] dhe në vitin 2015 (prevalenca 34.5%). Abuzimi emocional në fëmijëri i referohet sharjes, fyerjes ose uljes/vënies poshtë të fëmijës nga anëtarët e familjes ose veprimet në një mënyrë të tillë që i bëjnë ata të mendojnë se mund të lëndohen fizikisht (11). Të dhënat anekdotike sugjerojnë se kjo formë e komunikimit me fëmijët është mjaft e përhapur në Shqipëri dhe shpesh përdoret për të bindur fëmijët të "dëgjojnë" ose t'u binden udhëzimeve që u thonë atyre të rriturit në familje. Në këtë kontekst, Studimi Demografik dhe Shëndetësor në Shqipëri (ADHS) 2017-2018 zbuloi se 42% e fëmijëve nga mosha 2-14 vjeç i janë nënshtruar agresionit emocional, siç është bërtitja ndaj tyre, 32% i'u nënshtruan një forme agresioni fizik dhe rreth 48% e fëmijëve të kësaj moshe ishin disiplinuar duke përdorur një formë të abuzimit psikologjik/emocional ose fizik (1). Këto gjetje sugjerojnë se disa forma të abuzimit emocional mund të jenë pjesë e mjedisit kulturor të popullatës Shqiptare. Sidoqoftë, përdorimi i agresionit emocional ose fizik, si një formë e disiplinës së fëmijëve, duket se është në rënie në Shqipëri, duke i'u referuar shifrave të raportuar nga studimi ADHS 2017-2018 (1).

Nga ana tjetër, vetëm 4% e të anketuarve meshkuj dhe 3% e të anketuarve femra në Shqipëri besojnë se ndëshkimi fizik është i nevojshëm për edukimin e duhur të fëmijës sipas studimit Demografik dhe Shëndetësor në Shqipëri në vitin 2017-2018 (1), por në studimin tonë prevalenca e abuzimit fizik rezultoi gjithsesi mjaft e lartë (rreth 21%).

Në Shqipëri duket se prevalenca e eksperiencave negative të fëmijërisë është më e përhapur tek fëmijët meshkuj me disa përjashtime të tilla si prania e sëmundjeve mendore në familje dhe përjetimi i divorcit/ndarjes prindërorë gjatë fëmijërisë ku vërehet trendi i kundërt gjinor. Për shembull, përhapja e abuzimit fizik dhe seksual në Shqipëri duket se është vazhdimisht më e lartë tek meshkujt sesa tek femrat, në të dy studimet e ENF-ve në Shqipëri në vitet 2011-2012 (11) dhe studimi aktual në vitin 2015.

Studime të mëtejshme janë të nevojshme për të përsëritur dhe verifikuar gjetjet e studimit tonë, si dhe për të përcaktuar tendencat kohore të këtyre fenomeneve dhe për të filluar planifikimin për ndërhyrjet e përshtatshme.

5.3 Krahasimi i rezultateve të studimit tonë me rezultatet e studimeve të tjera në arenën ndërkombëtare

5.3.1 Eksperiencat negative gjatë fëmijërisë dhe pasojat e tyre

Eksperiencat negative të fëmijërisë (ENF) i referohen ngjarjeve të ndryshme traumatike që ndodhin në 18 vitet e para të jetës së një personi; ngjarje të tilla traumatike përfshijnë shumë forma të abuzimit dhe neglizhencës që ndodhin në mjedisin familjar që targetojnë dhe prekin drejtpërdrejt fëmijën, si dhe disa forma më indirekte të mos-funksionimit familjar (81).

Format më të zakonshme të ENF-ve përfshijnë dhunën, abuzimin, neglizhencën, dëshmimin e dhunës në shtëpi ose në komunitet, jetesa me anëtarë të familjes të prekur nga ideimi, përpjekjet dhe kompletimi i vetëvrasjes, si dhe çështjet e mjedisit që rrezikojnë ndjenjën e sigurisë dhe stabilitetit ndërsa individët rriten siç janë jetesa me persona që abuzojnë me substancat psikoaktive ose që kanë probleme mendore dhe/ose ligjore (81).

Eksperiencat negative të fëmijërisë janë të rëndësishme sepse ato janë të lidhura fort me shëndetin dhe mirëqenien e individëve të prekur më vonë në jetë duke qënë se ato mund të shoqërohen me angazhimin dhe aplikimin e sjelljeve të rrezikshme shëndetësore që çojnë në sëmundje, paaftësi dhe probleme sociale dhe në fund të fundit në vdekje të parakohshme (77).

Studimet shkencore ndërkombëtare kanë evidentuar se eksperiencat negative të fëmijërisë shoqërohen me një rrezik të shtuar të një game të gjerë të problemeve shëndetësore më vonë në jetë. Kështu, sipas një rishikimi sistematik të literaturës dhe meta-analize të botuar në vitin 2017, individët që kishin përjetuar të paktën katër lloje ENF-sh kishin një rrezik në mënyrë domethënëse të rritur për të përjetuar një gamë të gjerë të problemeve shëndetësore fizike, mendore dhe seksuale, dhunën dhe përdorimin e substancave psikoaktive, në krahasim me individët që nuk kanë përjetuar përvoja negative gjatë fëmijërisë së tyre (80). Përjetimi i të paktën katër lloje ENF-sh rriti në mënyrë domethënëse gjasat e: diabetit, sëmundjeve kardiovaskulare, kancerit, sëmundjeve të mëlçisë dhe sëmundjeve respiratore me 1.5, 2.1, 2.3, 2.8 dhe 3.1 herë, përkatësisht; gjasat e: pirjes së duhanit, përdorimit të rëndë dhe problematik të alkoolit, përdorimit problematik të drogës me 2.8, 2.2, 5.8 dhe 10.2 herë, përkatësisht; gjasat e: e angazhimit me partnerë të shumëfishtë seksualë, fillimin e hershëm të marrdhënieve seksuale, shtatzënisë në adoleshencë, infeksioneve seksualisht të transmetueshme me 3.6, 3.7, 4.2 dhe 5.9 herë, përkatësisht; gjasat e: ankthit, depresionit dhe përpjekjes për t'u vetëvararë me 3.7, 4.4 dhe 30.1 herë, përkatësisht; gjasat e: viktimizimit ndaj dhunës dhe ushtrimit të dhunës me 7.5 dhe 8.1 herë, përkatësisht; gjithashtu, gjasat e shëndetit të dobët të vetë-vlerësuar dhe kënaqësisë së ulët të jetës ishin në mënyrë domethënëse 2.2 dhe 4.4 herë më të larta midis individëve që kishin përjetuar të paktën katër lloje ENF-sh në krahasim me ata që nuk raportuan asnjë eksperiencë negative gjatë fëmijërisë (80). Në Angli dhe Uells individët me të paktën katër ENF kishin një rrezik relativ në mënyrë domethënëse më të lartë të sjelljeve të rrezikshme shëndetësore [konsumi i alkoolit, pirja e duhanit, përdorimi i drogave të paligjshme dhe vlera e lartë e treguesit të masës trupore (BMI)] dhe shkaqeve të shëndetit të dobët (përfshirë kancerin, depresionin, ankthin, dhunën, diabetin, sëmundjet e zemrës, goditjen cerebrale, etj.)

në krahasim me individët që nuk raportuan asnjë eksperiencë negativ gjatë fëmijërisë së tyre (82). Rreth një e treta e rasteve të ankthit dhe depresionit në Amerikën e Veriut dhe më shumë se një e katërta e këtyre gjendjeve, përkatësisht, në Europë i atribuohen eksperiencave negative të përjetuara gjatë fëmijërisë (83).

5.3.2 Prevalenca e eksperiencave negative gjatë fëmijërisë

Në përgjithësi, rezultatet e studimit aktual janë në përputhje me raportimet e literaturës ndërkombëtare dhe brenda nivele të raportuara në këto studime. Për shembull, një studim midis 1200 individëve në Hungari zbuloi se prevalenca e të paktën një eksperience negative të përjetuar gjatë fëmijërisë ishte 25% dhe prevalenca e 4 ose më shumë ENF-ve ishte 5%; (84); prevalencat përkatëse nga një studim në Angli midis 3885 pjesëmarrëish ishin 47% dhe 8.3%; (85); midis adoleshentëve në Brazil prevalenca e të paktën një eksperience negative të përjetuar gjatë fëmijërisë ishte 85% dhe prevalenca e përjetimit të 4 ose më shumë ENF-ve rezultoi rreth 5%; (86); kurse në Filipine prevalencat përkatëse rezultuan në nivelin e 73.2% dhe 9.2% (87). Një tjetër studim në Vietnma raportoi se rreth tre të katërtat e një kampioni studentësh të universitetit kishin përjetuar një ose më shumë eksperiencë negative gjatë fëmijërisë së tyre (88). Në këtë mënyrë, prevalenca e përjetimit të të paktën një ENF-je (69.5%) dhe 4 ose më shumë ENF-sh (16.2%) në popullatën tonë të studimit është brenda vlerësimeve të raportuara më parë në arenën ndërkombëtare (80).

Të dhënat sugjerojnë se eksperiencat negative gjatë fëmijërisë janë shumë të zakonshme. Sipas Organizatës Botërore të Shëndetësisë, rreth 3 në 4 fëmijë në të gjithë botën, ose rreth 300 milionë fëmijë, të moshës dy deri në katër vjec përjetojnë rregullisht forma të ndryshme të dënimit fizik dhe/ose dhunë psikologjike nga prindërit ose kujdestarët e tyre (89). Po kështu, rreth 20% e grave dhe 8% e meshkujve raportojnë se janë abuzuar seksualisht gjatë 18 viteve të para të jetës së tyre kurse 120 milionë femrat të moshës 20 vjec ose më pak kanë përjetuar disa forma të kontakteve seksuale të dhunshme (89).

Studimi i Përvojave Negative të Fëmijërisë, studimi më i madh në llojin e tij që përfshiu mbi 17,000 të anketuar në të gjithë Shtetet e Bashkuara të Amerikës gjatë viteve 1995-1997, dhe valën më të fundit që përfshiu modulën e ENF-ve gjatë viteve 2013-2014, raportoi se rreth dy të tretat e adultëve të rritur kishin përjetuar të paktën një formë të ENF-ve dhe më shumë se 20% kishin përjetuar tre ose më shumë forma të ENF-ve (79). Një rishikim sistematik i literaturës dhe meta-analizë e botuar në vitin 2017 duke përfshirë një total prej 253,719 pjesëmarrësish raportoi se prevalenca e mungesës së ENF-ve (prevalenca e zero ENF-ve) varion midis 12% dhe 67% ndërsa prevalenca e të paktën katër ENF-ve varion nga 1% deri në 38% në nivel ndërkombëtar (80).

Një studim midis tetë vendeve të Europës Lindore raportoi se mbi gjysma e të anketuarve kishin përjetuar të paktën një eksperiencë negative gjatë fëmijërisë së tyre, midis të cilave abuzimi fizik ishte ENF-ja më më e përhapur (90). Për më tepër, të gjitha llojet e ENF-ve rezultuan se ishin faktorë parashikues statistikisht domethënëns të pirjes së duhanit, përdorimit problematik të alkoolit dhe përdorimit të drogave ilegale; nga ana tjetër të jetosh gjatë fëmijërisë me anëtarë të familjes që abuzonin me substanca psikoaktive ose bënin përpjekje për vetëvrasje rezultoi një faktor parashikues i fuqishëm dhe statistikisht domethënëns i përpjekjes për vetëvrasje më vonë në jetë tek individët që kanë përjetuar këto fenomene gjatë fëmijërisë së tyre, dhe numri i ENF-ve po kështu rezultoi i lidhur pozitivisht dhe në mënyrë domethënëns me sjelljet e rrezikshme shëndetësore (90), në mënyrë të ngjashme me gjetjet e studimit tonë në Shqipëri në vitin 2015.

Në mënyrë interesante, prevalenca e 4 ENF-ve në Shqipëri në vitin 2015 (16.2%) rezulton mjaft e lartë dhe e krahasueshme me disa studime në Shtetet e Bashkuara të Amerikës (SHBA); prevalenca më e lartë e 4 ENF-ve është raportuar në SHBA (38%) në një kampion të vogël prej 210 individësh, në Arabinë Saudite (32%) dhe në Sri Lanka (31%) [80].

5.3.3 Abuzimi fizik dhe emocional gjatë fëmijërisë dhe faktorët e lidhur me to

Pavarësisht se vetëm 4% e të anketuarve meshkuj dhe 3% e të anketuarve femra në Shqipëri besojnë se ndëshkimi fizik është i nevojshëm për edukimin e duhur të fëmijës sipas studimit ADHS 2017-2018 (1), në studimin tonë ne raportuam një prevalencë në mënyrë të konsiderueshme të lartë (rreth 21%) të përjetimit të abuzimit fizik gjatë fëmijërisë së pjesëmarrësve, dhe kjo prevalencë prej 21% duket se është shumë më e lartë se në vendet e tjera (84-87).

Po kështu, prevalenca e abuzimit emocional në Shqipëri, në të dy studimet e ENF-ve në 2011-2012 (51%) [11] dhe në studimin aktual në vitin 2015 (34.5%), duke se është shumë më e lartë krahasuar me shifrat përkatëse nga studime të tjera ndërkombëtare në vendet në zhvillim (84,86,87).

Sidoqoftë, një studim në Afrikën e Jugut midis 3515 fëmijëve të moshës 10-17 vjec të intervistuar në periudhën Janar 2010 – Qershor 2011, dhe më pas rreth 96.7% e tyre u ri-intervistuan sërish gjatë periudhës Janar 2011 – Qershor 2012, raportoi se në gjatë intervistimit të parë prevalenca e abuzimit fizik ishte 18.3% kurse prevalenca e abuzimit emocional ishte 19.5%, me shifrat përkatëse pas një viti në nivelin e 16.6% dhe 20.7%, përkatësisht (91). Një tjetër studim midis individëve adultë të moshës 16 vjec e lart të zonave rurale në Afrikën e Jugut raportoi se rreth 55% e femrave dhe meshkujve kishin përjetuar ndonjë formë të abuzimit emocional gjatë fëmijërisë së tyre, kurse rreth 90% e femrave dhe 94% e meshkujve kishin

përjetuar ndonjë formë të abuzimit fizik (92), shifra këto shumë më të larta se ato të raportuara në studimin tonë dhe në shumicën e studimeve në fushën ndërkombëtare.

Abuzimi fizik në fëmijëri është një problem shqetësues i shëndetit publik për shkak të prevalencës së lartë të këtij fenomeni dhe lidhjes së tij me një sërë pasojash shëndetësore të pafavorshme. Nga ana tjetër, abuzimi fizik gjatë fëmijërisë shoqërohet me efekte të fuqishme dhe që zgjasin në kohë në shëndetin mendor dhe fizik të individëve të prekur (93).

Një studim midis 8024 fëmijëve në Suedi raportoi që rreth 12% e tyre kishin përjetuar abuzim fizik të ushtruar nga prindërit ose kujdestarë të tjerë; ushtruesit e abuzimit në përgjithësi ishin prindërit biologjikë në rreth 93% të rasteve; ndërkohë vetëm rreth 8% e fëmijëve të abuzuar fizikisht kishin lajmëruar ndonjë nga autoritetet (shkollën, policinë, shërbimet sociale, etj.) për abuzimin e ushtruar ndaj tyre (93). Për më tepër, rreth 30% e fëmijëve të abuzuar fizikisht raportuan probleme të shëndetit mendor, 23% raportuan probleme të shëndetit fizik kurse 11% raportuan një gjendje shëndetësore të përgjithshme jo të mirë, ku fëmijët me origjinë të huaj rezultuan më të rrezikuar se fëmijët vendas (93). Abuzimi nga ana e nënës rezultoi i lidhur me probleme të shëndetit fizik tek fëmijët e abuzuar kurse abuzimi nga ana e babait gjatë vitit të fundit rezultoi i lidhur me probleme të shëndetit mendor; autorët konkluduan se abuzimi i ushtruar nga nëna është më i rëndësishëm për shëndetin krahasuar me abuzimin e ushtruar nga babai dhe kjo shpjegohet me lidhjet më të forta që fëmijët krijojnë me nënën e tyre dhe si pasojë edhe abuzimi dhe dhuna që ushtrohet nga një njëri “i besuar” mund të krijojë më shumë probleme dhe pasoja më të rënda krahasuar me abuzimin e ushtruar nga dikush tjetër (93).

Po kështu, literatura ndërkombëtare ka raportuar se shpeshtësia e abuzimit fizik dhe gjendja e pafavorshme socioekonomike janë të lidhura me një gjendje shëndetësore më të pafavorshme midis fëmijëve meshkuj dhe femra (94).

Një rishikimi sistematik i literaturës gjithashtu hodhi dritë mbi faktorët e rrezikut të ushtrimit të abuzimit fizik ndaj fëmijëve (95). Ndër faktorët socio-demografikë dhe socioekonomikë të rrezikut për abuzimin fizik ndaj fëmijëve bënin pjesë: mosha më e re e prindërve dhe mosha e re e nënës në kohën e lindjes së fëmijëve; niveli i ulët i edukimit të babait; papunësia e nënës dhe babait, niveli i ulët socioekonomik, jetesa jo e gjatë në vendbanimin apo lagjen aktuale, numri i rritur i fëmijëve në familje, etj. (95). Faktorë të tjerë rreziku përfshinin mungësinë e mbështetjes sociale të nënave, prindërit që janë abuzuar vetë fizikisht kur ishin fëmijë, përjetimi i dhunës ndaj nënës ose dhunës mes partnerëve gjatë fëmijërisë, anëtarë të familjes që abuzojnë me substancat psikoaktive, nënat që kanë përjetuar shtatzëni të pa-planifikuara, etj., nivele më të larta stresi, ankthi dhe depresioni nga ana e nënëve apo prindërve dhunues, nivel i ulët i vetë-besimit të nënës, kompetencat e ulëta prindërore, nivelë më të larta të vetmisë, mbajtja e qëndrimeve dhe besimeve të ngurta (jo elastike), pritshmëritë negative të nënës lidhur me fëmijët e tyre në një sërë situatash, prindërit që përdorin agresionin verbal ose fizik për të edukuar fëmijët e tyre, mosha e vogël e fëmijës, fëmijët meshkuj janë në rrezik më të lartë për

abuzim fizik të rëndë krahasuar me fëmijët femra, cilësia e ulët e komunikimit mes prindërve dhe midis prindërve dhe fëmijëve, etj. (95). Autorët konkluduan se, bazuar në modelin ekologjik të dhunës, faktorët e rrezikut fillojnë me variablet e largëta (të shkajshme ose më të jashtme) të dhunës së ushtruar gjatë fëmijërisë së dhunuesve dhe marrjen e një mbështetjeje të ulët familjare dhe sociale gjatë fëmijërisë. Këto pasohen nga karakteristikat e familjes të tilla si mosha e re e prindërve, konsumi i alkoolit nga ana e babait, jetesa në zona të varfëra dhe jetesa me një prind të vetëm. Në shtresën tjetër bëjnë pjesë variable të tjera të tillë si mungesa e lumturisë së nënës, stresi, ankthi, vetmia, izolimi, depresioni, ankesat somatike, problemet ndërpersonale, ndjesia e mos qenit një prind kompetent, tendenca për t'u zemëruar, stresi në jetë në përgjithësi për shkak të ngjarjeve të pafavorshme dhe aftësitë për t'u përballur me situatën. Së fundmi, faktorët proksimalë të rrezikut për të abuzuar me fëmijët përfshijnë impulsivitetin e nënës, modelet e prindërimit me rrezik të lartë dhe problemet e sjelljes së fëmijëve (95).

Pra, bazuar në modelin ekologjik të dhunës, e cila e vendos fëmijën në qendër të sferave të shumëfishta që ndërpriten me njëra-tjetrën (sfera që përfaqësojnë moshatarët, familjen, komunitetin dhe shoqërinë në tërësi), faktorë të ndryshëm në nivele të ndryshme sociale dhe ekologjike ndërveprojnë më njëri-tjetrin dhe kombinohen duke përcaktuar abuzimin fizik dhe neglizhimin e fëmijëve. Në këtë kontekst, me rëndësi vendimtare në fenomenin e abuzimit dhe neglizhimit fizik duket se janë marrdhëniet e nënës me pjesën tjetër të familjes dhe fëmijën (96). Në mënyrë specifike, nënat që kanë probleme me përdorimin e substancave psikoaktive, apo depresion ose nivel të ulët socioekonomik duket se janë më të prirura për të neglizhuar fëmijët e tyre, gjë që mund të shpjegohet me faktin se këto karakteristika të nënës mund të dëmtojnë aftësinë e saj për të kuptuar rëndësinë e elementëve të mjedisit për mirëqënien e fëmijës si dhe mund të ulin aftësinë e saj për të monitoruar dhe mbrojtur fëmijën e saj (96). Rreziku i abuzimit fizik duket se rritet nga përmasat e mëdha të familjes (familje me shumë anëtarë) dhe nga perceptimi që fëmija specifik është “një rast i vështirë” apo problematik; arsyeja e këtyre lidhjeve është jetesa në hapësira të ngushta e familjeve të mëdha që rrit shanset e konfliktit dhe dhunës kurse bazuar në *teorinë e atribuimit* konsiderimi i fëmijës si problematik e bën këtë të fundit përgjegjës për sjelljet problematike të tij/saj duke nxitur reagimin përkatës të nënës përmes praktikave disiplinuese fizike (96).

Është vënë re gjithashtu një marrdhënie dozë-përgjigje lidhur me abuzimin fizik të fëmijëve ku ekspozimi ndaj një numri në rritje të faktorëve të rrezikut rrit në mënyrë doemthënëse gjasat e abuzimit apo neglizhimit fizik të fëmijëve (96). Kjo lidhje mund të shpjegohet me anë të modelit diatezë-stres, që nënkupton se akumulimi i faktorëve të rrezikut për një ngjarje të vecantë arrin një pikë të caktuar ku tejkalohet aftësia e subjektit për t'i përballuar në mënyrë të përshtatshme këta faktorë, duke rezultuar në praktika disiplinuese fizike (abuzimi fizik) ose në dështimin për të përmbushur nevojat bazë të fëmijës (neglizhimi fizik) [96].

Struktura apo sfondi familjar rezulton i lidhur në mënyrë domethënëse me neglizhimin e fëmijëve, duke qënë disi në kundërshti me modelin ekologjik i cili supozon që domenet më pranë keqtrajtimit të fëmijëve dhe që kanë influencën më të madhe janë marrdhëniet prind-fëmijë dhe karakteristikat e prindërve (96). Kjo nënkupton që, për shembull, sfondi familjar i nënave të reja që formon mjedisin e zhvillimit dhe rritjes së fëmijës mund të jetë shumë i rëndësishëm për të kuptuar neglizhimin ndaj fëmijëve, ku disfunksioni familjar mund të dëmtojë aftësinë prindëruese duke i hapur rrugën dhunës në familje dhe keqtrajtimit të fëmijëve. Sidoqoftë, të gjithë faktorët në të gjitha shtresat e modelit ekologjik ndërveprojnë në mënyrë të shumëfishta dhe komplekse midis tyre, dhe ky ndërveprim është me rëndësi të hetohet në rastet kur studiohet abuzimi apo neglizhimi fizik (96).

Nga ana tjetër, ndërveprimi prind-fëmijë duket se është faktori i vetëm domethënës për ushtrimin e abuzimit dhe neglizhimit fizik të fëmijëve, duke sugjeruar se c' rregullimi i marrdhënieve midis nënës dhe fëmijës mund të cojë në rritjen e rrezikut që nëna të ushtrojë forma të shumta të keqtrajtimit të fëmijës, për shkak të shtatzënive të pa-planifikuara, të mos qënit gati për t'u bërë prindër, pritshmëri jo realiste për fëmijën, etj., në kontekstin e sfidave të përditshme të prindërimit dhe mungesës së mbështetjes sociale (96).

Së fundmi, niveli i ulët socioekonomik i familjes rezultoi një faktor statistikisht domethënës rreziku për ushtrimin e abuzimit fizik ose neglizhimit fizik (96). Literatura ndërkombëtare ka identifikuar varfërinë dhe praninë e paaftësisë/aftësisë së kufizuar si një ndër faktorët kryesorë përcaktues të abuzimit fizik dhe emocional të fëmijëve, duke sugjeruar lidhje pozitive dydrejtimore midis varfërisë dhe shëndetit të dobët dhe lidhje pozitive midis keqtrajtimit të fëmijëve, varfërisë dhe shëndetit jo të mirë të kujdestarëve të tyre (91), duke konfirmuar kështu mekanizmat e modelit ekologjik të dhunës dhe të ndërveprimit midis shumë faktorëve në gjenerimin e keqtrajtimit të fëmijëve.

5.3.4 Divorci/ndarja e prindërve gjatë fëmijërisë dhe ENF-të

Të dhënat e studimit tonë sugjeruan se përjetimi i divorcit/ndarjes së prindërve gjatë fëmijërisë duket të jetë një ngjarje shumë traumatike për fëmijët dhe gjithashtu rrit në mënyrë domethënëse gjasat e përdorimit problematik të drogave ilegale më vonë në jetë me më shumë se 24 herë krahasuar me adultët që nuk kanë përjetuar divorcin/ndarjen e prindërve kur ishin fëmijë. Një lidhje e tillë mbështetet nga studimet e tjera shkencore ndërkombëtare (97,98).

Kështu, adoleshentët që kanë përjetuar divorcin apo ndarjen e prindërve paraqesin një shëndet mendor më të dobët krahasuar me moshatarët prindërit e të cilëve nuk janë ndarë; nga ana tjetër, përjetimi i divorcit të prindërve gjatë fëmijërisë zakonisht shoqërohet me rritjen e nivelit të përdorimit të alkoolit, fillimin e konsumit të alkoolit në moshë më të re si dhe përdorimin e llojeve të tjera të drogave të paligjshme; gjithashtu këta individë paraqesin një prevalencë më të lartë të duhanpirjes, të sjelljeve të ndryshme antisociale si dhe zakonisht raportojnë një nivel

më të ulët të mirëqënies së përgjithshme dhe një situatë më të pafavorshme të shëndetit mendor, fizik, stresit dhe ideimeve vetëvrasëse (97). Një situatë e ngjashme u raportua edhe midis adoleshentëve të cilët kanë jetuar gjatë fëmijërisë së tyre me njerëz apo njerëz dhe një nga prindërit biologjikë. Duket se përjetimi i divorcit/ndarjes prindërore ul mirëqënien e atyre që e fëmijëve që e përjetojnë apo janë dëshmitarë të këtij fenomeni, por sidoqoftë efekti konsiderohet në përgjithësi i dobët (97).

Në mënyrë të pashmangshme, divorci apo ndarja e prindërve shoqërohet me crregullimin e kohezionit brenda familjes, nivele të ndryshme të disfunktionit familjar, crregullimin e marrdhënieve të besimit dhe të sinqerta midis anëtarëve të familjes dhe shkatërrimin e dinamikave pozitive të familjes, duke cuar si rrjedhojë në uljen e kontrollit prindëror mbi fëmijët, uljen e mbështetjes së prindërve për fëmijët, zbehjen e ndjenjës së të qenit i mbrojtur dhe i sigurtë dhe i ndjenjës së përkatësisë; të gjitha këto kanë rezultuar të lidhura me rritjen e prevalencës së një sërë sjelljesh të rrezikshme më vonë në jetë tek individët që i kanë përjetuar këto fenomen gjatë fëmijërisë së tyre, duke nënkuptuar që efektet e strukturës familjare në sjelljet e rrezikshme më vonë në jetë mund të ndërmjetësohen nga faktorë të tillë si mbështetja prindërore dhe lidhja midis anëtarëve të familjes (97).

Një punim shkencor analizoi në mënyrë specifike efektet e divorcit të prindërve tek fëmijët përkatës dhe konkludoi se divorci apo ndarja e prindërve mund të shoqërohet me dobësimin e kompetencave të ardhshme të fëmijëve përsa i përket lidhjeve familjare, arsimimit, mirëqënies emocionale dhe mundësive për të siguruar të ardhura më vonë në jetë, edhe pse këto efekte shpesh janë të dobëta dhe jo-afatgjata (99). Studimet shkencore kanë evidentuar se fëmijët e prindërve të divorcuar apo të ndarë, shpesh kanë arritje shkollorë më të ulëta dhe gjithashtu kanë rezultate më të dobëta lidhur me sjelljen, përshtatjen psikologjike, vetë-besimin dhe lidhjet sociale, duke vecuar disa humbje kryesore tek fëmijët:

1. *Fëmijët kalojnë në tërësi më pak kohë me prindërit* për shkak se prindërit në proces divorci mund të shpëputen emocionalisht nga fëmijët e tyre, ose kalimi i kohës me njërin apo tjetrin prind pas divorcit con në më pak kohë në dispozicion për të kaluar me secilin prind, në përgjithësi fëmijët e familjeve të divorcuara kalojnë shumë më pak kohë me babain sesa më nënë duke qënë se në përgjithësi kujdestaria e fëmijës i lihet nënës, dhe së fundmi duke qënë se nëna e divorcuar duhet të punojë për të siguruar të ardhura atëherë mbetet më pak kohë për të kaluar më fëmijën e saj (99).

2. *Siguria ekonomike e fëmijëve tronditet seriozisht*, për shkak të uljes së të ardhurave të nënës kujdestare pas divorcit, një fenomen ky që haset zakonisht, niveleve më të ulëta të nënave të divorcuara që përfitojnë nga ndihma ekonomike publike krahasuar me baballarët e divorcuar, pamundësisë për të rritur të ardhurat edhe shumë vite pas divorcit krahasuar me familjet ku prindërit nuk janë divorcuar të cilat në fakt i rrisin të ardhurat me kalimin e kohës, mos rënies dakort për mbështetjen financiare nga bashkëshorti i ndarë për fëmijët e përbashkët dhe mos

marrjes së mjeteve financiare edhe në rastet kur kjo garantohet me ligj, gjasat e varfërisë janë më të larta për fëmijët që jetojnë me nënën e tyre të divorcuar krahasuar me familjet dy prindër etj. (99).

3. *Divorci i prindërve trondit sigurinë emocionale të fëmijëve të këtyre familjeve*, pasi mund të dobësohet lidhja e fëmijës me njërin nga prindërit pas divorcit, uljes së mundësisë së prindit kujdestar për të ofruar mbështetjen emocionale të përshtatshme për fëmijën e tij pas divorcit për shkak të arsyeve të shpjeguara më lart, në përgjithësi baballarët e divorcuar shfaqin më pak kujdes për fëmijën e tyre, fëmija beson më pak të babai pas divorcit, mund të dobësohen lidhjet me gjyshërit nga krahu i prindit të larguar nga shtëpia; dhe si pasojë fëmija mund të mos përjetojë më traditat familjare, festat dhe rutinën e përditshme që ofronte siguria e familjes me të dy prindërit (99).

4. *Fëmija mund të përjetojë reduktimin e maturimit social dhe psikologjik* si pasojë e divorcit të prindërve, duke qënë se për shembull studentët me prindër të divorcuar kanë më shumë gjasa të përjetojnë agresion verbal dhe dhunë nga partnerët e tyre gjatë konflikteve, mund të kemi ulje të vetë-besimit, dobësimin e lidhjeve sociale që krijojnë fëmijët e prindërve të divorcuar si dhe rritje të ankthit dhe depresionit pas divorcit prindëror (99).

5. *Divorci i prindërve gjithashtu mund të ndryshojë konceptet e fëmijëve lidhur me sjelljet seksuale*, për shkak të rritjes së aprovimit të seksit para martesës, bashkejetesës dhe divorcit nga ana e fëmijëve të prindërve të divorcuar, kryerjes së marrdhënieve seksuale të hershme, rritjes së nivelit të shtatzënisë së hershme midis vajzave adoleshenteve babai i të cilave është larguar nga familja, tek djemtë me prindër të divorcuar është evidentuar rritja e angazhimit në marrdhënie seksuale të hershme dhe rritje e nivelit të infektimit me sëmundje seksualisht të transmetueshme, vajzat e prindërve të divorcuar mund të gjejnë më pak kënaqësi në lidhjet romantike, fëmijët e prindërve të divorcuar nuk e shohin martesën si një angazhim afat-gjatë që zgjat gjithë jetën, etj. (99).

5. *Një tjetër pasojë e divorcit të prindërve gjithashtu mund të jetë dhe humbja e besimit fetar dhe praktikimit të besimit*, duke qënë se zakonisht pas divorcit fëmijët e braktisin besimin e tyre që ndiqnin ndërkohë që jetonin në një familje me të dy prindërit, fëmijët e prindërve të divorcuar në përgjithësi paraqesin nivele më të larta të sekularitetit dhe ateizmit, dhe meqë ritet fetare kanë kufizime të ndryshme për sjelljet seksuale kjo do të thotë që këta fëmijë e humbasin këtë lloj mbrojtjeje (99).

6. *Fëmijët e prindërve të divorcuar mund të humbasin stimulimin dhe nxitjen konjitive dhe akademike*, për shkak të uljes së stimulimit të gjuhës së folur që ndodh pas divorcit, uljes së rezultateve në shkollë, në matematikë dhe lëndët shkencore, rritjes së mungesës në shkollë për shkak të sëmundjeve apo lëndimeve dhe të ardhurave më të ulëta krahasuar me fëmijët që jetojnë me të dy prindërit biologjikë.

7. Fëmijët e prindërve të divorcuar mund të përjetojnë një *shëndet fizik më të dobët*, për arsye të kujdesit më të paktë që ofrohet ndaj tyre, vizitave më të shpeshta në urgjencën mjekësore, niveleve më të larta të paaftësisë të ndryshme të të mësuarit ose vëmendjes së pamjaftueshme ose crregullimit të hiperaktivitetit, dhe nivele më të larta të abuzimit ose neglizhimit të tyre krahasuar me fëmijët që jetojnë me të dy prindërit biologjikë (99).

8. Fëmijët e prindërve të divorcuar mund të përjetojnë një *nivel më të lartë të stresit emocional*, për shkak të rritjes së prevalencës së crregullimeve psikiatrike, përpjekjeve vetëvrasëse dhe kompletimit të vetëvrasjes, ose krijojnë varësi nga alkooli, kanë një nivel më të lartë të problemeve emocionale dhe të sjelljes, apo të përjetojnë dhunë në lagjen e banimit, dhunë nga kujdestarët e tyre, apo të jetojnë me persona që kanë abuzuar me substancat, kanë sëmundje mendore ose janë burgosur (99).

Tek prindërit divorci shkakton dëmtimin e shëndetit fizik (përdorim më i lartë i alkoolit, duhanit, rritje e vetëvrasjes, rritje e incidencës së diabetit, hipertensionit, dhe sëmundjeve të zemrës, ulje e jetëgjatësisë, etj.) dhe mendor (rritjen e zemërimit, zhgënjimit, ndjenjës se jeta është e padrejtë, vetmisë, izolimit, etj.), uljen e të ardhurave, rritjen e gjasave të dhunës nga partneri, uljen e angazhimit të tyre në marrdhëniet sociale me të tjerët në zonën e banimit, etj. (99).

Në shoqërinë në përgjithësi divorci shkakton reduktimin e kompetencave të ardhshme të fëmijëve, dobësimin e strukturës së familjes, rritjen e eksperimentimit të hershëm me sejllet seksuale, dëmtim i praktikave fetare dhe të besimit, ulja e aftësisë së fëmijës për të mësuar dhe për t'u edukuar, ulja e të ardhurave të shtëpisë, rritja e niveleve të kriminalitetit dhe abuzimit me substancat, rritja e shanceve të përjashtimit nga shkolla dhe rritjen e rreziqeve të shëndetit mendor dhe emocional dhe vetëvrasjes (99).

Është e qartë që nga divorci vuajnë të gjithë – fëmijët, prindërit dhe shoqëria. Kostot totale të divorcit në SHBA vlerësohen në rreth 33 miliardë dollarë Amerikanë në vit (99). Shumë fëmijë nuk e marrin më veten plotësisht nga këto efekte gjatë jetës së tyre të mëvonshme (99). Për këtë arsye, duhet të bëhen të gjitha përpjekjet dhe nga të gjitha palët për politika të shëndetit publik që promovojnë martesën dhe reduktojnë gjasat e divorcit (99).

5.3.5 Abuzimi seksual gjatë fëmijërisë

Prevalenca e abuzimit seksual në studimin tonë rezultoi rreth 11.2%, ndërkohë që shifra të ndryshme raportohen nga studime të ndryshme në fushën ndërkombëtare. Një meta-analizë e vitit 2011 që përfshiu 217 publikime dhe një kampion shumë të madh prej rreth 10 milionë individësh raportoi se prevalenca globale e abuzimit seksual të fëmijëve është 12% (100). Forma më e zakonshme e abuzimit seksual në fëmijëri është incesti (101).

Prevalenca e abuzimit seksual të fëmijëve në botë është gjithashtu, për fat të keq, mjaft e lartë. Një studim në Afrikën e Jugut midis individëve 16 vjec e lart në zonat rurale raportoi se 39% e femrave dhe 17% e meshkujve kishin raportuar ndonjë formë të abuzimit seksual gjatë 18 viteve të para të jetës së tyre (102). Sipas Organizatës Botërore të Shëndetësisë, vlerësohet se në vitin 2002 rreth 73 milion djem dhe 150 milion vajza të moshës nën 18 vjec kishin përjetuar ndonjë formë të dhunës dhe abuzimit seksual, kurse rreth 11% e vajzave dhe 4% e djemve në shkollë të mesme pohuan se janë detyruar të kryejnë marrdhënie seksuale në një pikë të caktuar të jetës së tyre (103). Në vitin 2009 rreth 8% e meshkujve dhe rreth 20% e femrave në një studim në 22 shtete të ndryshme të botës rezultuan se kanë përjetuar abuzimin seksual para moshës 18 vjec, me prevalencën më të lartë të raportuar në Afrikën e Jugut (rreth 34%) kurse prevalenca përkatëse në Europë, Shtetet e Bashkuara të Amerikës dhe Azi rezultuan rreth 9%, 10% dhe 24%, përkatësisht (103). Në këtë vazhde informacioni, prevalenca e abuzimit seksual gjatë fëmijërisë rezultoi më e lartë në Australi (rreth 38%), në Kosta-Rika (rreth 32%), Tanzani (rreth 31%), Izrael (31%) 28% në Suedi, 25% në SHBA dhe 24% në Zvicër (103). Autorët e këtij studimi konkluduan se abuzimi seksual gjatë fëmijërisë është një problem shumë i përhapur, që shkakton një numër shumë të lartë viktimash, fenomen i cili ende nuk është vlerësuar në mënyrë të saktë

Abuzimi seksual gjatë fëmijërisë është një problem delikat dhe me pasoja për jetën e ardhshme të viktimave të tij. Meshkujt e abuzuar fizikisht dhe seksualisht dhe të neglizhuar gjatë fëmijërisë së tyre raportuan në mënyrë të konsiderueshme një nivel më të lartë të distimisë (një formë depresioni) dhe simptoma të çrregullimeve të personalitetit antisocial, kurse femrat e abuzuara dhe të neglizhuara gjatë fëmijërisë së tyre raportuan gjithashtu më shumë diagnoza të abuzimit me alkoolin ose varësinë nga alkooli, në krahasim me meshkujt dhe femrat që nuk kishin përjetuar abuzimin dhe/ose neglizhimin gjatë fëmijërisë, përkatësisht (104).

Për më tepër, abuzimi seksual i fëmijëve duket se është i lidhur fort dhe dukshëm me ideimin e vetëvrasjes, përpjekjen për vetëvrasje dhe kompletimin (cuarjen deri në fund) të vetëvrasjes (105,106). Fëmijët që kanë përjetuar abuzimin seksual kanë disa herë më shumë të ngjarë që të pësojnë abuzim seksual shtesë në vijim në krahasim me fëmijët që nuk kanë përjetuar abuzim seksual gjatë fëmijërisë së tyre (107). Për më tepër, kostoja e abuzimit seksual të fëmijëve është gjithashtu e konsiderueshme (108). Në studimin tonë abuzimi seksual gjatë fëmijërisë parashikoi në mënyrë statistikisht domethënëse vetëm pirjen aktuale të duhanit dhe përdorimin e drogave ilegale gjatë jetës pas kontrollit të efekteve konfonduese të seksit dhe moshës së pjesëmarrësve, ndërsa në studimin e vitit 2012 abuzimi seksual ishte një faktor parashikues statistikisht domethënës i shumicës së sjelljeve të rrezikshme shëndetësore (11). Kërkime të mëtejshme janë të nevojshme për të konfirmuar tendencat kohore dhe për të nxjerrë në pah shoqërimin e kësaj forme të eksperiencave negative të fëmijërisë me sjelljet e rrezikshme shëndetësore.

Pasojat afat-shkurtra të abuzimit seksual gjatë fëmijërisë janë të ndryshme bazuar në moshën kur fëmija është abuzuar. Për fëmijët e moshës para-shkollore, disa forma të sjelljes seksuale që gjykohen si anormale përfshijnë lojërat seksuale me kukullat, futja e objekteve në vaginë ose anus, masturbimit, sjellje joshëse, njohuri seksuale të parakohshme, etj.; këto sjellje u zbuluan me një prevalencë më të lartë midis fëmijëve të abuzuar seksualisht krahasuar me fëmijët jo të abuzuar (109). Sidoqoftë, studime të tilla në këto grup-mosha janë të vështira dhe kërkohet shumë kujdes për përpilimin e metodologjisë së përshtatshme. Të dhëna të tjera sugjerojnë që fëmijët e moshës para-shkollore viktimë të abuzimit seksualishin më pasivë krahasuar me kontrollet gjatë kohës së lirë, gjë që dëshmon për një simptomatologji internalizuese (përbrendësuese), dhe e njëjta gjë u vu re edhe tek fëmijët e abuzuar fizikisht (109).

Tek fëmijët e moshës shkollore të abuzuar seksualisht, simptomat kryesore janë problemet e sjelljes dhe ato të përformancës akademike, prevalenca e të cilave varion nga 32% në 85% po kështu, këta fëmijë paraqitën më shumë probleme emocionale krahasuar me fëmijët jo të abuzuar seksualisht kurse të dhëna të tjera sugjerojnë se vajzat e abuzuara seksualisht kishin një prevalencë më të lartë të simptomave depresive, dhe në përgjithësi fëmijët e moshës shkollore të abuzuar seksualisht kishin më shumë të ngjarë të shfaqnin sjellje seksuale të papërshtatshme (109).

Përsa i përket adoleshentëve të abuzuar seksualisht, të dhënat e studimeve shkencore tregojnë për praninë e depresionit, nivelit të ulët të vetë-vlerësimit dhe vetë-besimit, si dhe një prevalencë të lartë të ideimit dhe sjelljeve vetëvrasëse; pasoja të tjera të abuzimit seksual tek adoleshentët përfshinin largimin, braktisjen e shkollës, abuzimin me alkoolin dhe drogat, masturbimin kompulsiv, prostituimin, zënkat fizike me shokët dhe prindërit, dhe një prevalencë më të lartë të sjelljeve kriminale krahasuar me moshatarët e tyre që nuk ishin abuzuar seksualisht (109). Autorët konkluduan se, megjithatë, të dhënat e studimeve nuk janë shumë të fuqishme nga ana metodologjike, por sidoqoftë mund të pohohet se fëmijët e abuzuar seksualisht kanë më shumë gjasa të shfaqin simptoma të depresionit dhe crregullimit të stresit post-traumatik krahasuar me fëmijët jo të abuzuar dhe abuzimi seksual me shumë gjasa shoqërohet me efektet afat-shkurtra të mësipërme por nevojiten kërkime të tjera për të vërtetuar këto hipoteza (109).

Nga ana tjetër, efektet afat-gjata të abuzimit seksual gjatë fëmijërisë përshijnë nivele më të larta të depresionit, fajit, turpfit, vetë-fajësimit, crregullimeve të të ngrënit, shqetësimeve somatike, ankthit, modeleve disociacionit, represionit, mohimit, problemeve seksuale dhe probleme të marrdhënieve me të tjerët (101).

Nga ana tjetër një meta-analizë e vitit 2019 që përfshiu 19 meta-analiza të publikuara më herët përgjatë viteve 1996-2018 duke raportuar të dhëna për periudhën 1971-2017, me mbi 4 milionë subjekte në 28 shtete të botës (110) raportoi se pasojat afat-gjata statistikisht domethënëse tek

individët e abuzuar seksualisht gjatë fëmijërisë së tyre krahasuar me individët që nuk e kanë pësuar një abuzim të tillë ishin: angazhimi në marrdhënie seksuale të pambrojtura, puna e seksit, seksi me shumë partnerë, abuzimi me substancat psikoaktive, angazhimi në përpjekje vetëvrasëse, ri-viktimizimi seksual gjatë moshës adulte, abuzimi seksual me fëmijët, lëndime të vetës pa qëllime vetëvrasëse, abuzime të tjera seksuale, të cilat mund të përmbli dhe me termin “pasoja psikosociale” (110); ndërkohë pasojat psikiatrike afat-gjata përfshinin crregullimet e të ngrënit, crregullimin e stresit post-traumatik, depresionin, ankthin, crregullimin e personalitetit në kufi, crregullimet e konversionit (një gjendje mendore në të cilën personi i prekur përjeton verbëri, paralizë ose simptoma të tjera neurologjike që nuk mund të shpjegohen përmes vlerësimit mjekësor) (110); së fundmi pasojt për shëndetin fizik përfshinin obezitetin, infeksionin HIV, dhimbjen dhe dhimbjet muskulo-skeletore të përhapura (fibromialgjia) (110).

Përveç kësaj, neglizhenca fizike, abuzimi emocional, neglizhenca emocionale, abuzimi seksual, abuzimi me substancat nga anëtarët e familjes, prania e sëmundjeve mendore tek anëtarët e familjes gjatë fëmijërisë dhe format e tjera të ENF-ve rezultuan faktorë parashikues domethënës të shumë sjelljeve të rrezikshme shëndetësore edhe midis një kampioni studentësh të universiteteve publike në Gjermani gjithashtu (111), në mënyrë të ngjashme me gjetjet e studimit tonë.

Situata lidhur me përhapjen e gjerë të abuzimit seksual të fëmijërisë dhe pasojave afat-shkurtra dhe afat-gjata të këtij abuzimi nënvizojnë nevojën për ndërhyrje efektive për të adresuar këtë problem. Ndërhyrjet e deri tanishme janë përqëndruar kryesisht në shkolla dhe në familje, me prindërit (110). Të dhënat sugjerojnë që ndërhyrjet në shkolla mund të jenë të dobishme për të ndihmuar fëmijët të njohin dhe raportojnë format e ndryshme të abuzimit seksual dhe për të përmirësuar sjelljet mbrojtëse të tyre, për këto ndërhyrje gjithsesi nuk adresojnë dot pasojat negative të abuzimit seksual të fëmijërisë më vonë në jetë (110). Ndërhyrjet që përqëndrohen tek familja dhe programet e edukimit të prindërve mund të jenë efektive për njohjen e abuzimit seksual të fëmijëve dhe simptomat e hershme të pasojave negative të këtij abuzimi duke ndihmuar për parandalimin ose uljen e rrezikut të keqtrajtimit të fëmijëve (110). Edhe mjekët mund të luajnë një rol në këtë drejtim duke vëzhguar dhe monitoruar për shenja dhe simptoma të abuzimit seksual me fëmijët dhe raportimin e rasteve në autoritetet përkatëse si dhe për të koordinuar kujdesin me specialistët e tjerë të shëndetit për të parandaluar me sa të jetë e mundur pasojat afat-gjata të abuzimit seksual të fëmijëve (110).

Ndërhyrjet për stresin post-traumatik mund të jenë efektive tek individët që kanë qënë viktimat të abuzimit seksual në fëmijëri. Këtu përfshihen ndërhyrjet konjitive të sjelljes, vecanërisht terapia e sjelljes konjitive e fokusuar në traumën e cila ka rezultuar premtuese tek individët e rinj në moshë që vuajnë nga crregullimi i stresit post-traumatik, ankthi, ose depresioni dhe që janë abuzuar seksualisht gjatë fëmijërisë së tyre (110).

Ndërhyrje të tjera mund të përfshijnë: fuqizimin e viktimave të abuzimit seksual gjatë fëmijërisë, mbështetja e këtyre individëve për të gjetur dhe zhvilluar marrdhënie mbështetëse, sidomos me partnerin/en e tyre, edukimin e partnerit/es së viktimës së abuzimit seksual në fëmijëri rreth pasojave afat-gjata të këtij abuzimi tek partneri i tyre në mënyrë që të mësojnë mënyrat për të marrë pjesë aktive në procesin e rikuperimit (101). Terapeutët inkurajohen që fillimisht të trajtojnë probleme psikosociale të përgjithshme të këtyre individëve dhe më pas të kalojnë tek trajtimi i problemeve seksuale të tyre (101). Në përgjithësi, trajtimi në këto raste duhet të fokusohet tek kuptimi i mënyrës se si abuzimi seksual ka ndikuar në seksualitetin, qëndrimet seksuale përshtatëse, fitimi i një koncepti më pozitiv për veten, reduktimin e sjelljeve seksuale negative, mësimi se si të përballen me reagimet negative ndaj prekjes dhe zhvillimi i aftësive për të përjetuar në mënyrë pozitive prekjen dhe intimitetin seksual (101).

Gjithsesi, ka nevojë për kërkime të mëtejshme lidhur me efektin e trajtimit të disa pasojave të tjera të abuzimit seksual të fëmijërisë, përfshirë abuzimin me substancat dhe ri-viktimizimin seksual, ka nevojë për përkthimin e ndërhyrjeve efektive në politika dhe praktika konkrete, të tilla si hartimi i programeve komunitare për të adresuar abuzimin seksual; gjithashtu, kërkimi shkencor duhet të vazhdojë për të zbuluar mënyra efektive për parandalimin e pasojave të tjera psikopatologjike të abuzimit seksual gjatë fëmijërisë dhe mekanizmave përmes të cilave ato zhvillohen (110).

5.3.6 Format e tjera të eksperiencave negative gjatë fëmijërisë dhe faktorët e lidhur me to

Prevalenca e neglizhimit fizik në studimin tonë rezultoi 34.3%, e ngjashme me nivelet e raportuara midis individëve 16 vjec e lart në zonat rurale të Afrikës së Jugut, ku prevalenca e këtij lloji abuzimi rezultoi rreth 42% midis femrave dhe rreth 40% midis meshkujve (102).

Sic e konstatoam dhe më herët në këtë punim shkencor, në Shqipëri duket se përjetimi i eksperiencave negative gjatë fëmijërisë është në mënyrë domethënëse më i lartë midis meshkujve sesa midis femrave, me shumë pak përjashtime ku vihet re tendenca e kundërt gjinore, si për shembull në rastin e jetesës gjatë fëmijërisë me anëtarë të familjes që vuanin nga sëmundjet mendore apo përjetimi i divorcit/ndarjes së prindërve gjatë fëmijërisë. Këto gjetje duket se janë disi kontradiktore me një pjesë të studimeve në arenën ndërkombëtare. Për shembull, sic e përmendëm dhe më herët në këtë punim shkencor, prevalenca e abuzimit fizik dhe seksual në Shqipëri duket se është vazhdimisht më e lartë tek fëmijët meshkuj sesa tek fëmijët femra, një gjetje kjo konsistente në të dy studimet e eksperiencave negative të fëmijërisë në Shqipëri: studimi i vitit 2012 (11) dhe studimit aktual në vitin 2015. Megjithatë, studime të tjera ndërkombëtare kanë raportuar tendenca të kundërta gjinore për prevalencën e shumicës së llojeve të eksperiencave negative të fëmijërisë (84,86,87). Sidoqoftë, në shumë vende

fëmijët meshkuj janë në një rrezik më të lartë nga ndëshkimi i ashpër fizik, e cili është pjesë e normave dhe bindjeve kulturore lokale (26). Në Shqipëri, ky duket të jetë një faktor kulturor gjithashtu, por me siguri ka nevojë për hulumtime të mëtejshme shkencore për të kuptuar këto tendenca gjinore në vendin tonë dhe për të ndricuar faktorët që lidhen me to.

Në mënyrë të ngjashme me gjetjet tona, mosha e re e nënës gjatë lindjes së fëmijës, niveli i ulët i arsimimit të prindërve dhe papunësia e prindërve shoqërohen me një rritje domethënëse të rrezikut të abuzimit fizik dhe psikologjik ndaj fëmijëve të tyre (26). Në përgjithësi, prindërit meshkuj ose kujdestarët kanë më shumë të ngjarë të jenë abuzivë (abuzuesit) ndaj fëmijëve, por gjithashtu gratë mund të marrin drejtimin e ushtrimit të dhunës apo abuzimit në disa vende të tilla si në Kinë, Kili, Finlandë dhe Indi; megjithatë në mbi 90% të rasteve abuzimi seksual i fëmijëve kryhet nga individët meshkuj (26).

Rreziku i abuzimit të fëmijëve duket se rritet në mënyrë statistikisht domethënëse me rritjen e numrit të fëmijëve dhe mbipopullimin e familjeve (familjet me shumë anëtarë), dhe ndryshimet e shpeshta të përbërjes familjare; gjithashtu prindërit ose kujdestarët me sëmundje mendore ose vetëvlerësim të ulët, ata që janë të stresuar ose të izoluar nga shoqëria, ata që abuzojnë me substanca psikoaktive dhe ata që kanë qënë viktime të keqtrajtimit kur ishin vetë fëmijë, kanë një rrezik më të lartë të abuzojnë me fëmijët e tyre gjithashtu (26). Dhuna e ushtruar midis partnerëve intimë gjithashtu rrit rrezikun e abuzimit të fëmijëve (26). Për më tepër, varfëria, kapitali i ulët social dhe faktorët shoqërorë duke përfshirë vlerat kulturore, pabarazitë gjinore në lidhje me të ardhurat, normat kulturore, politikat për fëmijët dhe familjen, shtrirja e kujdesit shëndetësor parandalues për foshnjat dhe fëmijët, forca e sistemit të mirëqenies sociale, natyra dhe shtrirja e mbrojtjes sociale dhe përgjigja e sistemit të drejtësisë penale besohet se luajnë një rol në eksperiencat negative të fëmijërisë (26).

5.3.7 Eksperiencat negative të fëmijërisë dhe sjelljet e rrezikshme shëndetësore më vonë në jetë

Kërkimet shkencore në arenën ndërkombëtare dëshmojnë se forma të ndryshme të eksperiencave negative të fëmijërisë janë të lidhura me sjellje të ndryshme të rrezikshme shëndetësore. Për shembull, ekspozimi ndaj traumave në fëmijëri mund të shoqërohet me përdorimin problematik të alkoolit, që çon më pas në dhunë (112). Fëmijët që vuajnë ose përjetojnë neglizhimin, abuzimin fizik dhe/ose abuzimin seksual në përgjithësi kanë në mënyrë domethënëse më shumë gjasa të ushtrojnë dhunë kur arrijnë moshën adulte ose të rritur (113). Abuzimi seksual i fëmijëve shoqërohet me rritjen e gjasave për t'u përfshirë në marrëdhënie seksuale në moshë të re, angazhimin me shumë partnerë seksualë gjatë jetës dhe për t'u prekur nga sëmundjet seksualisht të transmetueshme, si për meshkujt ashtu edhe për femrat (114,115). Një sekuencë e tillë e ngjarjeve më së shumti shpjegohet me modelin e dinamikës traumatogjenike dhe *modelin e aftësive informacion-motivim-sjellje* (115).

Duke vazhduar diskutimin në lidhje me mekanizmat shpjegues, përvojat e pafavorshme të fëmijërisë ose traumat e hershme të jetës (të tilla si abuzimi dhe neglizhenca) duket se shoqërohen me funksionimin e ndryshuar neurokonjitiv, siç janë memorja vizuale, funksionimi ekzekutiv, memorja e punës hapësinore dhe deficitet e përpunimit emocional, gjetje të cilat duket se kanë disa mbështetje biologjike (116). Më tej, kërkimet shkencore kanë evidentuar se ekspozimi ndaj eksperiencave negative gjatë fëmijërisë mund të iniciojë ndërprerjen e zhvillimit nervor, crregullimet të cilat grumbullohen me kalimin e kohës duke çuar në funksionim të dëmtuar konjitiv (njohës), social dhe emocional (*teoria e efekteve kumulative*), duke rritur kështu angazhimin individual në sjellje të rrezikshme shëndetësore, si mekanizma kompensues ose përballues, që në fund të fundit janë përgjegjës për rezultatet e pafavorshme shëndetësore tek individët e prekur (117). Ndërsa fëmija individual ekspozohet ndaj faktorëve të shumëfishtë të rrezikut gjatë fëmijërisë, pasojat e pafavorshme konjitive dhe socio-emocionale gjithashtu rriten (118); pasojat e këtij zinxhiri ngjarjesh janë që përjetimi i një numri më të madh eksperiencach negative gjatë fëmijërisë mund të shoqërohet me praktika, sjellje dhe rezultate shëndetësore më të pafavorshme krahasuar me individët që kanë që të ekspozuar ndaj një numri më të vogël ENF-sh ose që nuk kanë përjetuar abuzim apo neglizhim gjatë fëmijërisë.

Në këtë kontekst, një studim longitudinal i individëve të cilët u mbajtën nën vëzhgim të vazhdueshëm duke filluar nga periudha kur ata frekuentonin kopshtin raportoi që individët me numër më të lartë të ENF-ve kishin në mënyrë domethënëse më shumë gjasa të përfshiheshin në sjellje të rrezikshme shëndetësore si pirja e duhanit ose sjellje kriminale në krahasim me individët që kishin përjetuar një numër më të vogël ENF-sh (117). Literatura ndërkombëtare gjithashtu raporton se çdo pikë-rritje në rezultatin e ENF-ve është e lidhur me rritjen në mënyrë domethënëse të gjasave të përfshirjes në sjellje të dhunshme, përdorim të substancave psikoaktive, sjellje kriminale ose përfshirje në cdo lloj forme të sjelljeve të rrezikshme shëndetësore me 24%, 50%, 48% dhe 42%, përkatësisht (119).

Një studim i kohëve të fundit midis 1501 individëve të moshës 18-59 vjec në Kinë hetoi lidhjen midis ENF-ve dhe statusit të dhëndetit më vonë në jetën e këtyre individëve (120). Ky studim raportoi se rritja e numrit të ENF-ve ishte e lidhur në mënyrë statistkisht domethënëse me rritjen e rrezikut të konsumit të alkoolit; individët që kanë përjetuar dhunë në familje kur ishin fëmijë kishin një rrezik në mënyrë domethënëse më të lartë për të konsumuar alkoolit në kohën e kryerjes së studimit, kurse duhanpirja ishte e lidhur në mënyrë statistkisht domethënëse me përjetimin e këtyre eksperiencave negative gjatë fëmijërisë: abuzim fizik, neglizhim fizik dhe abuzim seksual (120).

Një tjetër studim po kështu raportoi një lidhje statistkisht domethënëse midis pranisë së ENF-ve dhe një lidhje pozitive dhe domethënëse midis numrit të ENF-ve me përdorimin e dëmshëm të alkoolit, përdorimin e drogave të paligjshme, duhanpirjen, dhe obezitetin (90).

5.3.8 Kostot e lidhura me përjetimin e eksperiencave negative gjatë fëmijërisë

Kostot e lidhura me eksperiencat negative të fëmijërisë janë gjithashtu të konsiderueshme (82,83,121). Kështu, një rishikim sistematik dhe meta-analizë e kohëve të fundit raportoi se kostot vjetore të vetëm katër sjelljeve të rrezikshme shëndetësore (përdorimi i dëmshëm i alkoolit, përdorimi i drogave të paligjshme, pirja e duhanit ose mbipesha) dhe gjashtë shkaqeve të shëndetit të dobët (kanceri, diabeti, sëmundjet kardiovaskulare, sëmundjet respiratore ose depresioni) që i atribuohen eksperiencave negative të përjetuara gjatë fëmijërisë në Europë dhe Amerikën e Veriut mund të arrijnë në rreth 581 miliardë dollarë dhe 750 miliardë dollarë, përkatësisht, me rreth tre të katërtat e këtyre kostove të hasura midis individëve që raportojnë të paktën dy ENF (83).

Kjo do të thotë që kostot e lidhura me eksperiencat negative gjatë fëmijërisë mund të jenë shumë më të larta nëse sjelljet e tjera të rrezikshme shëndetësore dhe/ose shkaqet e tjera të shëndetit jo të mirë do të përfshihen në analizë.

5.3.9 Faktorët e rrezikut dhe faktorët mbrojtës ndaj eksperiencave negative të fëmijërisë

Sipas Qendrës për Kontrollin dhe Parandalimin e Sëmundjeve (CDC), ka disa faktorë që mund të nxisin abuzimin, dhunën apo neglizhimin e fëmijëve dhe është pikërisht kombinimi i faktorëve individualë, faktorëve që kanë të bëjnë me lidhjet në familje, faktorëve të jetesës në komunitet dhe faktorëve shoqëroë mund të kontribuojë në rritjen e rrezikut të abuzimit dhe neglizhimit të fëmijëve (122).

Kështu, disa faktorë që rrisin rrezikun e viktimizimit të fëmijëve ndaj formave të ndryshme të abuzimit, neglizhimit dhe dhunës përfshijnë moshën e vogël të fëmijës (4 vjec ose më pak) dhe prania e nevojave të vecanta disavantazhuese të tilla si aftësitë e kufizuara, probleme të shëndetit mendor apo ndonjë sëmundje tjetër kronike (122).

Faktorët që rrisin rrezikun e ushtrimit të dhunës ndaj fëmijëve përfshijnë: mos kuptimin e nevojave të fëmijëve nga ana e prindërve dhe mungesa e aftësive prindërore; prindërit që kanë qënë vetë viktimat të dhunës gjatë fëmijërisë së tyre; abuzimi i prindërve ose anëtarve të familjes me substancat psikoaktive ose prania e problemeve të shëndetit mendor tek ta; disa karakteristika të caktuara të prindërve si moshën e re e tyre, niveli i ulët i edukimit, mungesa e njërës prej prindërve (për shkak të ndarjes, divorcit, vdekjes, etj.), numri i madh i fëmijëve të vegjël, niveli i ulët ekonomik, etj.; prania e të afërmeve jo biologjike në familje; mbështetja ose pranimit i keqtrajtimit të fëmijëve nga ana e prindërve, etj. (122).

Faktorët të tjerë që rrisin rrezikun e abuzimit dhe keqtrajtimit të fëmijëve përfshijnë izolimin social, stresin e përjetuar në familje për shkak të arsye të ndryshme si ndarja apo divorci i prindërve, dhuna midis partnerëve intimë, mjedisi jo i relaksuar në familje, marrdhëniet e tensionuara prind-fëmijë, dhuna në mjediset sociale, jetesa në lagje apo zona të varfëra dhe të neglizhuara, etj. (122).

Megjithatë, përkundrejt faktorëve të rrezikut, ka gjithashtu edhe faktorë mbrojtës të cilët e reduktojnë rrezikun e abuzimit apo neglizhimit të fëmijëve. Sipas Qendrës për Kontrollin dhe Parandalimin e Sëmundjeve (CDC), kuptimi i këtyre faktorëve është shumë i rëndësishëm për hartimin e ndërhyrjeve përkatëse dhe për suksesin e tyre, natyrisht krahasu studimit dhe njohjes po ashtu shumë të mirë të faktorëve të rrezikut (122).

Faktorët mbrojtës ndaj abuzimit, dhunës dhe neglizhimit të fëmijëve përfshijnë: mjediset mbështetëse familjare, rrjete sociale mbështetëse, mbështetje konkrete për nevojat bazë, aftësitë e mira prindërore, krijimi i marrdhënieve të qëndrueshme dhe solide mes anëtarëve të familjes, rregullat e përshtatshme në shtëpi dhe për monitorimin e kujdesshëm dhe të vazhdueshëm të rritjes dhe zhvillimit të fëmijëve duke marrë në konsideratë nevojat e tyre në çdo fazë të këtij procesi, punësimi i prindërve, edukimi i përshtatshëm i prindërve, të jetuarit në banesë më kushtë të përshtatshme, aksesit në shërbimet e kujdesit shëndetësor, shërbimet sociale apo të natyrave të tjera kurdo që kjo është e nevojshme, komunitete që mbështesin prindërimin, rritjen e fëmijëve dhe që marrin përsipër të parandalojnë abuzimin e fëmijëve, etj. (122).

5.3.10 Situata e ENF-ve në Shqipëri dhe konteksti kulturor, social dhe ligjor

Prevalenca relativisht e lartë e abuzimit të fëmijëve dhe neglizhencës së fëmijëve në Shqipëri është pjesërisht e rrënjësuar në normat kulturore mbizotëruese të shoqërisë Shqiptare që pranon dhunën ndaj fëmijëve në një pjesë të madhe (3), me dhunën psikologjike dhe emocionale që pranohen gjerësisht si forma të disiplinimit në familje dhe në mjediset shkollore të vendit tonë (123). Një studim që synonte ndricimin e qëndrimeve të prindërve dhe mësuesve kundrejt ndëshkimit fizik të fëmijëve në Shqipëri raportoi se një përqindje shumë e lartë e prindërve (rreth 75%) dhe një përqindje po kështu mjaft e lartë e mësuesve (rreth 69%) ishin dakort me qëndrimin se goditja me pëllëmbë është e nevojshme në mënyrë që fëmijët të mësojnë të respektojnë prindërit dhe kujdestarët e tyre; kurse 28% e prindërve dhe 34% e mësuesve mendojnë se dënimi fizik i fëmijëve nga prindërit e tyre është i nevojshëm pasi i përgatit fëmijët për t'u përballur me situata të caktuara më vonë në jetë (123). Po kështu, edhe dhuna psikologjike shihet si një mjet disiplinues, por më pak efektiv krahasuar me dhunën fizike. Nga ana tjetër, të rriturit në Shqipëri kanë një ide shumë të vakët apo nuk i kuptojnë fare pasoja negative afat-shkurtra dhe afat-gjatë të abuzimit fizik dhe emocional të fëmijëve (123),

ndërkohë që përgjatë këtij punimi shkencor ne i trajtuam me hollësi dhe në detaje këto çështje shumë të rëndësishme. Këto janë karakteristika të një shoqërie patriarkale.

Me të vërtetë, shoqëria Shqiptare është në thelb një shoqëri patriarkale e mbizotëruar nga autoriteti prindëror dhe aderimi ndaj sistemit të nderit dhe turpit, që nuk u përmbysën me ndryshimin e regjimit politik por përkundrazi u përkeqësuan, shoqëruar me një marrëdhënie të dyfishtë lejuese të prindërve-kujdestarë që nuk mund të ndikonin më tek fëmijët e tyre ashtu si dikur, duke çuar në fund të fundit në më pak kontroll mbi fëmijët dhe të gjitha pasojat që sjell kjo (124). Hululumtimet shkencore kanë evidentuar se abuzimi i fëmijëve në Shqipëri është mjaft i përhapur, duke mjegulluar në këtë mënyrë dallimin midis edukimit të duhur të fëmijëve dhe përdorimit të dhunës (123).

Këto gjetje sërisht duket se gjejnë mbështetje edhe nga Studimi Demografik dhe Shëndetësor i Shqipërisë (ADHS) 2017-2018, i cili raportoi se rreth gjysma e fëmijëve të moshës 2-14 vjeç ishin subjekt i ndonjë forme abuzimi psikologjik ose fizik (1), duke forcuar kështu edhe më tej idenë që abuzimi ndaj fëmijëve është pjesë e normave dhe vlerave kulturore të shoqërisë Shqiptare, që ende mbetet një problem i fshehur për shkak të kulturës mbizotëruese të fshehtësisë, ndjeshmërisë së çështjes dhe natyrës tabu të problemit (125). Ky kontekst kërkon një kuptim shumë të mirë të faktorëve të tillë të rrezikut dhe faktorët mbrojtës brenda shoqërisë Shqiptare përpara se të mund të zbatohet ndonjë ndërhyrje në shkallë të gjerë (125).

Përveç fakteve të mësipërme lidhur me përhapjen e ENF-ve në vendin tonë dhe mentalitetin mbizotërues të shoqërisë Shqiptare, të tjera të dhëna shqetësuese janë raportuar nga studime të tjera. Kështu, rreth një në pesë fëmijë në vendin tonë kanë qënë viktimat të bullizmit verbal, kurse rreth gjysma e 821 fëmijëve të moshës 13-18 vjeç të anketuar në vitin 2017 raportuan ekspozim ndaj dhunës dhe abuzimit seksual përmes internetit dhe rrjeteve sociale online, bullizmit online, vjedhjen e fjalëkalimeve, ekspozimi ndaj pornografisë në internet, kontaktimi nga persona të panjohur, etj. (126). Po kështu, rreth 8% e fëmijëve të moshës 5-17 vjeç janë të angazhuar në lloje të ndryshme të aktivitetit ekonomik (punës) në vendin tonë dhe vlerësohet se deri në 2500 fëmijë jetojnë ose jetojnë në rrugë (123).

Përveç normave dhe vlerave mbizotëruese kulturore, statusi i lartë socioekonomik i familjes duket se është mbrojtës ndaj shumicës së eksperiencave negative të fëmijërisë (111). Kjo do të thotë që përmirësimi i gjendjes financiare, arsimit dhe punësimit (127), të familjeve gjithashtu mund të lehtësojë barrën e ENF-ve dhe si pasojë të zvogëlojë sjelljet e rrezikshme shëndetësore më vonë në jetë. Është e qartë se për arritjen e këtij qëllimi nevojiten përpjekje gjithëpërfshirëse.

Përsa i përket legjisllacionit kundër abuzimit të fëmijëve në vendin tonë, të dhënat sugjerojnë se mungon një sistem kombëtar i përgjithshëm i integruar për mbrojtjen e fëmijëve dhe në

këto kushte këto nisma janë marrë përsipër nga organizatat jo-qeveritare përmes përpjekjeve shpesh të mbivendosura, jo efektive dhe të fragmentarizuara (123).

Sic e kemi përmendur në hyrjen e këtij punimi shkencor, Shqipëria ka ratifikuar një sërë instrumentash ndërkombëtarë të rëndësishëm të të drejtave të njeriut, duke përfshirë edhe të drejtat e fëmijëve. Pavarësisht vështirësive dhe mungesave, janë shënuar disa përparime në drejtim të legjislacionit për mbrojtjen e fëmijëve në vendin tonë. Përveç ligjeve ekzistuese, Ligji i mëparshëm i vitit 2010 u zëvendësua nga Ligji Nr. 18/2017, datë 23.02.2017 “Për të drejtat dhe mbrojtjen e fëmijës”, i cili siguron parimet bazë, masat, standardet e mbrojtjes dhe kornizën institucionale të të drejtave të fëmijëve (123). Ligji i ri përmban përmirësime të dukshme krahasuar me Ligjin e vitit 2010, bazuar në standardet e konventave të pranura ndërkombëtare, duke siguruar masat parandaluese, masat e asistencës dhe mbështetëse, masat koordinuese dhe masat mbrojtëse për të gjithë individët nën 18 vjeç në Republikën e Shqipërisë, sipas nevojave (123).

Nga ana tjetër, Kodi Penal parashikon mbrojtjen vetëm ndaj abuzimit seksual por jo ndaj formave të tjera të abuzimit të fëmijëve (123). Një tjetër përmirësim është dhe hyrja në fuqi e Kodit të Drejtësisë Penale për të Mitur, përmes Ligjit 37/2017 (128), i cili ofron një set të plotë normash për të rregulluar pozicionin e fëmijëve brenda sektorit të drejtësisë penale si dhe rregullat dhe procedurat për të trajtuar këtë kategori delikate (123).

Kodi i Procedurës Penale po kështu garanton disa të drejta bazë për fëmijët, kurse Kodi i Familjes i vitit 2003 ofron disa mundësi, edhe pse të pakta, për mbrojtjen e fëmijëve ndaj abuzimit dhe neglizhimit (123).

Në konkluzion, pavarësisht përmirësimit të legjislacionit dhe kuadrit rregullator për mbrojtjen e fëmijëve, është e nevojshme që ky legjislacion të zbatohet në mënyrë më të përshtatshme, si dhe ka nevojë të përmirësohet korniza qeverisëse dhe kapacitetet e punonjësve të vijës së parë të shëndetit publik, sektorit social, arsimor dhe të drejtësisë për të fuqizuar raportimin e detyrueshëm të rasteve të abuzimit dhe neglizhimit të fëmijëve, ndarjen e informacioneve dhe përgjigjet multi-sektoriale në Shqipëri (123) për adresimin sa më të përshtatshëm dhe shumë-planësh të këtij fenomeni kaq të përhapur por shumë pak të studiuar dhe raportuar në vendin tonë.

5.3.11 Implikimet e gjetjeve lidhur me ENF-të dhe faktorët e lidhur me to

Pavarësisht faktit që informacioni lidhur me prevalencën e eksperiencave negative të fëmijërisë dhe ndikimin e tyre në përfshirjen në sjelljet e rrezikshme shëndetësore, rezultatet e pafavorshme shëndetësore më vonë në jetë dhe vdekjen e parakohshme, është në rritje të vazhdueshme me kalimin e kohës, shumica e informacioneve të tilla janë ende në dispozicion

kryesisht nga vendet me të ardhura të larta. Për shembull, në një përmbledhje të 37 studimeve që vlerësoir efektet e eksperiencave negative të fëmijërisë në shëndet, vetëm 5 prej tyre ose 13.5% e të gjitha studimeve të shqyrtuara i'u referuan vendeve me të ardhura të ulëta dhe të mesme (80).

Në këtë kontekst, rritja e informacionit dhe të dhëna më të detajuara nga vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme në lidhje me eksperiencat negative të fëmijërisë dhe faktorët e rrezikut dhe rezultatet shëndetësore të lidhura me to do të kontribuojnë për t'a plotësuar më tej dhe për t'a bërë më të plotë bazën e njohurive të lidhura me këto çështje si dhe për të kuptuar më mirë dallimet midis shteteve të ndryshme dhe rolin e mundshëm të faktorëve kontekstualë në këto procese dhe ndërveprime.

Shqipëria është një vend ish-komunist në Europën Juglindore e cila vazhdon përpjekjet për të mbyllur me sukses një periudhë shumë të zgjatur tranzicioni nga një ekonomi e planifikuar në mënyrë qendrore drejt një shteti demokratik dhe ekonomisë moderne të tregut të lirë (129). Megjithë sukseset dhe reformat, sektori i shëndetësisë në Shqipëri vazhdon të jetë i nënfinancuar dhe barra e vdekshmërisë dhe sëmundshmërisë që i atribuohet sëmundjeve jo të transmetueshme dhe faktorëve të parandalueshëm të rrezikut, siç janë rreziqet dietike, presioni i lartë i gjakut, alkooli dhe pirja e duhanit, është në rritje (130). Gjithashtu, sic e kemi evidentuar edhe më parë në këtë studim shkencor, ka të dhëna për një prevalencë të lartë të ekspozimit ndaj eksperiencave negative të fëmijërisë bazuar studimin e ENF-ve gjatë vitit 2012 i cili raportoi se 72.4% e studentëve të universiteteve publike në vend kishin provuar të paktën një formë të ENF-ve (11). Në këtë kontekst, studimi aktual i cili kishte për qëllim të përcaktonte nëse format e ndryshme të ENF-ve dhe numri i ENF-ve janë të lidhura me sjelljet e rrezikshme shëndetësore dhe të azhurnojë informacionin ekzistues për këto çështje në Shqipëri, shërben për të përditësuar dhe plotësuar boshllëkun e informacionit lidhur me këto çështje në vendin tonë si dhe për të kontribuar në gjenerimin e të dhënave shkencore nga vendet në zhvillim, informacion që, sic e përmendëm, është ende në nivele të pamjaftueshme.

Është e qartë se abuzimi ndaj fëmijëve është një fenomen kompleks që përfshin karakteristikat e fëmijëve, familjeve dhe kujdestarëve, faktorët e bashkësisë dhe shoqërisë siç përshkruhet më lart, një ansambël i njohur si *modeli ekologjik* për të kuptuar dhunën, elementë këto që mund të bashkëveprojnë të gjithë në mënyra shumë komplekse duke ndikuar në fund të fundit në mirëqënien e fëmijëve dhe familjeve të tyre (26).

Po kështu, pasojat shëndetësore të eksperiencave negative të fëmijërisë janë të shumta, me efekte të thella tek individët e prekur si dhe janë shumë të kushtueshme për shoqërinë (80).

Kërkimi i e mëparshëm shkencor ka evidentuar faktin që abuzimi dhe neglizhimi i fëmijëve janë fenomene që përsëriten apo në një farë mënyrë trashëgohen brez pas brezi (131). Kjo është e kuptueshme në kontekstin kur, sic e kemi nxjerrë në pah gjatë këtij punimi shkencor, fëmijët

e prindërve me nivel të ulët arsimor, të papunë dhe me nivel të ulët të të ardhurave janë edhe vetë në rrezik për të përjetuar po këto nivele të arsimit, statusit të punësimit dhe gjendjes socioekonomike, për shkak se këto tipare në përgjithësi kanë ndikim në disa breza individësh, gjë që dëshmon efektet ciklike, përsëritëse përgjatë brezave të eksperiencave negative të fëmijërisë (132). Në mënyrë interesante, të dhënat tregojnë se në përgjithësi fëmijët ruajnë pak a shumë të njëjtin status socioekonomik më vonë në jetë si edhe ai i prindërve të tyre (133). Eksperiencat negative të fëmijërisë, sic e kemi vërejtur më parë në këtë punim shkencor, mund të rrisin gjasat e varfërisë më vonë në jetë, dhe kjo e fundit mund të rrisë rrezikun e fëmijëve për të mbetur të varfër po kështu; pra ky është efekti ndër-breznor i ENF-ve (133).

Shkëputja e këtij cikli ndër-breznor kërkon ndërhyrje inovative të cilat duhet të përqëndrohen tek ndryshimi i konteksteve për të siguruar marrdhënie dhe mjedise të sigurt, të qëndrueshme, dhe mbështetëse për të gjithë fëmijët dhe familjet e tyre, gjë që kërkon, në fakt, një përpjekje të të gjithë shoqërisë (133). Në këtë kontekst, evidentimi dhe ofrimi i ndihmës sa më shpejtë që të jetë e mundur për fëmijët që kanë përjetuar forma të ndryshme të abuzimit është dicka me rëndësi kritike për të ndryshuar pozitivisht trajektoren e tyre të jetës dhe për të dalë nga cikli vicioz ndër-breznor i përmendur më sipër (133). Edhe adultët që kanë përjetuar forma të ndryshme të ENF-ve kanë nevojë për mbështetje, përfshirë kujdesin e përshtatshëm për traumën e tyre dhe trajtimin përkatës, përmirësime të gjendjes së tyre lidhur me ushqimin dhe strehimin, si dhe ndryshime të tjera strukturore që krijojnë më shumë mundësi për ta dhe fëmijët e tyre për të arritur shëndetin dhe cilësinë maksimale të jetës (133).

Ka nevojë të krijojmë sisteme arsimore dhe sisteme të drejtësisë penale që marrin në konsideratë dhe përgjigjen ndaj traumave, si një mënyrë për të reduktuar në minimum përkeqësimin e pasojave të këtyre traumave të fëmijërisë tek adultët që i kanë përjetuar ato. Për shembull, shkollat mund të gjejnë forma të tjera përvec përjashtimit ose pezullimit të nxënësve që paraqesin probleme të sjelljes, të cilat nga ana e tyre mund t'i kenë rrënjët tek eksperiencat negative të përjetuara nga këta fëmijë (133). Institucionet dhe agjencitë shtetërore mund të lehtësojnë aksesin e familjeve ndaj mbështetjes së nevojshme përmes strukturave të posacme që i regjistrojnë automatikisht familjet e prekura nga ENF-të në të gjitha shërbime përkatëse, të tilla si programet e ushqimit, strehimit, kujdesit shëndetësor, etj. Megjithatë, që të realizohet kjo është e nevojshme që shërbime të tilla të jenë të ngritura, funksionale dhe në dispozicion në radhë të parë. Në sistemin e drejtësisë penale, traumatizimi i mëtjeshëm i fëmijëve mund të reduktohet përmes mbajtjes së tyre në sistemet e korrektimit dhe duke ofruar trajtimi të bazuar në nevoja (133).

Edukimi është një element kritik në të gjithë procesin e thyerjes së ciklit ndër-breznor, por mbrojtja e ofruar prej tij nuk është e barabartë për të gjitha grupet, duke qënë se pabarazitë etnike ose të natyrave të tjera vazhdojnë të ekzistojnë pavarësisht edukimit të barabartë, dhe kjo gjë duhet patur parasysh gjatë hartimit të politikave ose programeve përkatëse (133).

Është e qartë se, parandalimi i përvojave të pafavorshme të fëmijërisë kërkon ndërhyrje shumë-planëshe që synojnë forcimin e mbështetjes ekonomike familjare, promovimin e normave sociale që mbrojnë nga dhuna dhe fatkeqësia/abuzimi, sigurimin e fillimit më të mirë të mundshëm në jetë për fëmijët, përmirësimin e arsimit, krijimin e programeve rinore dhe përmirësimin e sistemeve të trajtimit (134).

Megjithatë, në mënyrë që të kuptohen dhe adresohen sic duhet lidhjet komplekse midis eksperiencave të hershme negative, shëndetit, sjelljeve të rrezikshme dhe mundësive në jetë, është e nevojshme që botëkuptimi dhe perceptimi mbizotërues aktual të zgjerohet në mënyrë që të përfshijë edhe politikën dhe proceset strukturale të ndër-lidhura dhe të shumëfishta të cilat i vendosin fëmijët dhe familjet e tyre në një rrezik të lartë të pasojave të pafavorshme brez pas brezi (134). Implikimi praktik është që ne duhet të kuptojmë se opsioni “bëni zgjedhje të shëndetëshme në jetë” thjesht nuk është realist dhe nuk është i mundur për disa familje, dhe ka nevojë për më shumë përpjekje për të parandaluar abuzimin e fëmijëve (134). Kjo qasje e re mund të ndihmojë për të orientuar përpjekjet e shoqërisë për të arritur suksesin në thyerjen e ciklit vicioz, përmes krijimit të një axhende të përbashkët për të gjitha institucionet dhe aktorët në mënyrë që të bashkërendohen aktivitetet, programet, politikën dhe burimet e financimit me synimin kryesor sigurimin për të gjithë fëmijët dhe familjet e tyre një mjedis dhe marrëdhënie të sigurta, të qëndrueshme dhe mbështetëse (134).

Implikimet praktike të gjetjeve të kërkimit shkencor lidhur me eksperiencat negative të fëmijërisë dhe faktorët e lidhur me to përfshijnë sigurimin e mbështetjes formale përmes shërbimeve publike dhe mbështetjes sociale informale të ofruar nga anëtarët e tjerë të familjes për nënat e reja me faktorë të shumëfishtë rreziku për të keqtrajtuar fëmijën/ët e tyre (96). Mbështetja formale mund të ofrohet në institucionet dhe shërbimet publike përkatëse, të cilët duhet të realizojnë identifikimin dhe monitorimin e familjeve në rrezik të lartë; aksesin në këto shërbime mund të jetë përgjegjësi e vetë strukturave që ofrojnë këto shërbime ose prindërve përkatës, përmes ndërhyrjeve të planifikuara dhe të organizuara mirë. Ndërkohë, mbështetja sociale informale mund të realizohet përmes angazhimit të anëtarëve të tjerë të familjes në kujdesin për fëmijët, si për shembull, gjyshërit (96). Një formë e tillë varet shumë nga kultura lokale mbizotëruese, por mund të jetë një ndërhyrje e mirë në kontekstin Shqiptar ku dihet se familjet janë ende shumë të lidhura, disa breza jetojnë në të njëjtën shtëpi dhe ku ndihma dhe mbështetja e gjyshërve për nipërit/mbesat e tyre është jashtëzakonisht shumë e përhapur.

Implikimet për kërkimin shkencor përfshijnë nevojën për studime të tjera në të ardhmen për të shqyrtuar faktorët në modelet pozitive të prindërimit nga ana e nënave me moshë të re në favor të mirëqënies së fëmijëve. Po kështu, mund të kryhen studime për të ndricuar rolin e faktorëve të lidhur me babain në keqtrajtimin e fëmijëve, dhe për të përcaktuar se cilat forma të mbështetjes (mbështetja formale përmes institucioneve publike ose shërbimeve publike apo mbështetja sociale informale përmes angazhimit të anëtarëve të tjerë të familjes në

përkujdesjen ndaj fëmijëve) janë më efektive për të reduktuar abuzimin dhe neglizhimin fizik të fëmijëve (96).

Implikimet për politikën përfshijnë forcimin e edukimit seksual në nivelin e shkollës dhe familjes, të cilat mund të çojnë në uljen e shtatzënive të padëshirueshme në adoleshencë, uljen e nivelit të aborteve, rritjen e nivelit të përdorimit të kontraktivëve modernë, etj. (96). Edukimi seksual mund të ofrohet në forma të ndryshme të cilat duhet të planifikohen, zhvillohen dhe zbatohen me kujdes, në përshatje me kontekstin kulturor të Shqipërisë.

KAPITULLI VI. KONKLUZIONE

Duke u bazuar në gjetjet tona dhe diskutimin e rezultateve, konkluzionet e studimit aktual mund të përmbliken si vijon:

- J Prevalenca e përgjithshme e të paktën një lloje eksperience negative të fëmijërisë në këtë kampion të studentëve të Universiteteve publike Shqiptar rezultoi 69.5%.
- J Prevalenca e përjetimit të vetëm 1 ENF-je rezultoi 26.8%, prevalenca e dy ENF-ve rezultoi 16.1 %, e 3 ENF-ve rezultoi 10.3%, prevalenca e 4 ENF-ve rezultoi 8.9%, prevalenca e 5 ENF-ve rezultoi 5% dhe prevalenca e 6 ENF-ve rezultoi 2.3%.
- J Prevalenca e përjetimit të paktën 4 ENF-ve rezultoi 16.2% kurse numri mesatar i ENF-ve rezultoi relativisht i ulët, 1.65.
- J Forma më e shpeshtë e ENF-ve rezultoi abuzimi emocional i raportuar nga 35.4% e studentëve, pasuar nga neglizhimi fizik (34.3%), përjetimi i dhunës ndaj nënës (23.9%), abuzimi fizik (21%) dhe jetesa gjatë fëmijërisë me anëtarë të familjes që abuzonin me substancat psikoaktive. Këto rezultate sugjerojnë që një përqindje e madhe e fëmijëve në vendin tonë janë subjekt i një ose më shumë formave të abuzimit dhe neglizhimit.
- J Prevalenca e llojeve të ndryshme të ENF-ve paraqiti disa ndryshime gjinore statistikisht domethënëse, ku prevalenca e abuzimit fizik, seksual dhe prania e familjarëve që abuzojnë me substancat psikoaktive rezultuan në mënyrë domethënëse më të larta midis pjesëmarrësve meshkuj sesa femra, kurse trendi i kundërt u vërejt lidhur me jetesën me anëtarë të familjes me sëmundje mendore ose që kanë tentuar vetëvrasjen.
- J Po kështu, numri mesatar i ENF-ve rezultoi në mënyrë domethënëse më i lartë midis meshkujve sesa femrave, dhe po ky trend u vërejt edhe për prevalencën e të paktën 1 dhe të paktën 4 ENF-ve. Këto gjetje janë të krahasueshme me studimet e mëparshme në Shqipëri dhe me disa studime të tjera në fushën ndërkombëtare.
- J Përqindje të konsiderueshme të studentëve të universiteteve publike janë angazhuar në një sërë sjelljesh të rrezikshme shëndetësore: konsumi i alkoolit në jetë (63.5%), dhe muajin e fundit (47.2%), angazhimi në marrdhënie të hershme seksuale në moshën 16 vjeç ose më herët (31.8% e atyre që kanë kryer marrdhënie seksuale në jetë), konsumi i të paktën 5 pijeve alkoolike në të paktën 1 rast muajin e fundit (30.5%), angazhimi me shumë partnerë seksualë (>3) gjatë jetës (28.2% e atyre që kanë kryer marrdhënie seksuale), duhanpirja aktuale (25.9%) dhe inaktiviteti fizik muajin e fundit (22.3%).
- J Prevalenca e përdorimit të drogave ilegale në jetë rezultoi 11.3%, 15% ishin përdorues problematik të drogës, 5.1% ishin përdorues problematikë të alkoolit, 2% rezultuan të alkoolizuar dhe 3.7% kishin bërë përpjekje për vetëvrasje në jetë.
- J Prevalenca e viktimizimit ndaj bullizmi rezultoi 24.6%, duke qënë e lidhur në mënyrë domethënëse me gjininë mashkull dhe residencën në zonat rurale.

- J) Format e eksperiencave negative të fëmijërisë që rezultuan faktorë madhorë përcaktues dhe statistikisht domethënës të përpjekjeve për vetëvrasje rezultuan: abuzim emocional, abuzimi fizik, përjetimi i divorcit/ndarjes së prindërve, përjetimi i dhunës ndaj nënës, jetesa gjatë fëmijërisë me anëtarë të familjes që abuzonin me substancat psikoaktive dhe jetesa gjatë fëmijërisë me anëtarë të familjes që vuanin nga sëmundje mendore ose që kanë tentuar vetëvrasjen.
- J) Format e eksperiencave negative të fëmijërisë që rezultuan faktorë madhorë përcaktues dhe statistikisht domethënës të përdorimit të drogave ilegale në jetë rezultuan: abuzimi fizik, abuzimi emocional, abuzimi seksual, neglizhenca emocionale, përjetimi i dhunës ndaj nënës dhe jetesa gjatë fëmijërisë me anëtarë të familjes që abuzonin me substancat psikoaktive.
- J) Format e eksperiencave negative të fëmijërisë që rezultuan faktorë madhorë përcaktues dhe statistikisht domethënës të përdorimit problematik të drogave ilegale rezultuan: abuzimi fizik, përjetimi i divorcit të prindërve dhe përjetimi i dhunës ndaj nënës.
- J) Format e eksperiencave negative të fëmijërisë që rezultuan faktorë madhorë përcaktues dhe statistikisht domethënës të përdorimit të duhanit rezultuan: abuzimi seksual dhe neglizhenca emocionale.
- J) Forma e vetme negative e fëmijërisë që rezultoi një faktor madhor përcaktues dhe statistikisht domethënës të përdorimit të alkoolit rezultoi abuzimi fizik gjatë fëmijërisë.
- J) Format e eksperiencave negative të fëmijërisë që rezultuan faktorë madhorë përcaktues dhe statistikisht domethënës të përdorimit problematik të alkoolit rezultuan: abuzimi fizik, neglizhimi fizik, përjetimi i dhunës ndaj nënës, jetesa gjatë fëmijërisë me anëtarë të familjes që abuzonin me substancat psikoaktive dhe jetesa gjatë fëmijërisë me anëtarë të familjes që vuanin nga sëmundje mendore ose që kanë tentuar vetëvrasjen.
- J) Format e eksperiencave negative të fëmijërisë që rezultuan faktorë madhorë përcaktues dhe statistikisht domethënës të angazhimit në marrdhënie seksuale të hershme (16 vjec ose më pak) rezultuan: abuzimi fizik dhe përjetimi i dhunës ndaj nënës.
- J) Format e eksperiencave negative të fëmijërisë që rezultuan faktorë madhorë përcaktues dhe statistikisht domethënës të angazhimit me shumë partnerë seksualë në jetë (>3) rezultuan: jetesa gjatë fëmijërisë me anëtarë të familjes që abuzonin me substancat psikoaktive dhe jetesa gjatë fëmijërisë me anëtarë të familjes që vuanin nga sëmundje mendore ose që kanë tentuar vetëvrasjen.
- J) Gjasat e përdorimit problematik të alkoolit dhe gjasat e vetëvrasjes rriten në përgjithësi rriten në mënyrë domethënëse me rritjen e numrit të ENF-ve dhe janë më të lartat midis atyre që raportojnë 4 ENF.
- J) Në përgjithësi u evidentuan lidhje pozitive dhe statistikisht domethënëse midis numrit të ENF-ve dhe shumicës së sjelljeve të rrezikshme shëndetësore në kampionin tonë.
- J) Seksi mashkull, arsimit i ulët i prindërve (arsimi i nënës dhe babait), papunësia e babait, ndryshimi i shpeshhtë i vendbanimit dhe mosha më e re e nënës gjatë lindjes, rezultuan

të gjithë të lidhura me një numër mesatar në mënyrë domethënëse më të lartë të ENF-ve në krahasim me homologët e tyre përkatës.

- J) Format e eksperiencave negative të fëmijërisë që rezultuan faktorë madhorë përcaktues dhe statistikisht domethënës të viktimizimit ndaj bullizmit rezultuan: abuzimi emocional, abuzimi fizik, abuzimi seksual, neglizhimi fizik, përjetimi i dhunës ndaj nënës, jetesa gjatë fëmijërisë me anëtarë të familjes që abuzonin me substancat psikoaktive dhe prania e anëtarëve të familjes që kanë përfunduar në burg.
- J) Po kështu, rritja e numrit të ENF-ve shoqërohet me një rritje statistikisht domethënëse të gjasave të viktimizimit ndaj bullizmit dhe viktimat e bullizmit shfaqën një numër mesatar më të lartë të ENF-ve krahasuar me moshatarët që nuk kanë qënë viktimat të bullizmit.
- J) Krahasuar me vitin 2012, prevalenca e përgjithshme e të paktën një ENF-je në Shqipëri ka pësuar një ulje të lehtë në vitin 2015. Ky rezultat tregon se abuzimi dhe neglizhimi i fëmijëve në Shqipëri vazhdon të jetë mjaft i përhapur.
- J) Krahasuar me shifrat e vitit 2012, në vitin 2015 është reduktuar prevalenca e abuzimit emocional, neglizhencës fizike, përjetimit të trajtimit të dhunshëm të nënës dhe abuzimit fizik kurse prevalenca e abuzimit seksual, dhe prevalenca e pranisë në shtëpi të personave që abuzonin me substancat psikoaktive shënoi rritje.
- J) Krahasuar me shifrat e vitit 2012, në vitin 2015 është reduktuar prevalenca e duhanpirjes, përdorimit problematik të alkoolit kurse prevalenca e përdorimit të drogave ilegale, marrdhëniet seksuale të hershme dhe angazhimi me shumë partnerë seksualë pësuan një rritje të fortë. Prevalenca e tentativave për vetëvrasje rezultoi e qëndrueshme. Mesa duket, dinamikat sociale kanë ndryshuar në mënyra të caktuara përgjatë kësaj periudhe kohore.
- J) ENF-të përcaktuese të përpjekjeve për vetëvrasje në vitin 2015 janë të ngjashëm me ata të evidentuar në studimin e vitit 2012 por lidhjet e ENF-ve me duhanpirjen aktuale dhe konsumin e alkoolit gjatë jetës në përgjithësi u dobësuan.
- J) Aplikimi i ndëshkimit fizik dhe emocional i fëmijëve në Shqipëri duket se është një formë e përhapur dhe e pranuar për disiplinimin e fëmijëve, duke qënë ndoshta pjesë e normave kulturore në vendin tonë. Sidoqoftë, prevalenca e këtyre formave “të disiplinimit” të fëmijëve kanë shënuar rënie përgjatë kohës në vendin tonë.
- J) Fëmijët meshkuj në përgjithësi duket se janë më të ekspozuar sesa femrat ndaj një sërë ENF-sh, me përjashtim të jetesës me anëtarë të familjes me sëmundje mendore dhe përjetimi i divorcit/ndarjes prindërore. Shqipëria mund të jetë vendi ku fëmijët meshkujt përjetojnë format më të rënda të abuzimit dhe neglizhimit, sic ndodh në shumë vende të tjera në zhvillim.
- J) Në nivel ndërkombëtar ENF-të dhe rritja e numrit të tyre janë të lidhura në mënyrë domethënëse me shëndetin dhe mirëqënien e individëve, angazhimin në një gamë të gjerë sjelljesh të rrezikshme shëndetësore që cojnë në rritjen e rrezikut të sëmundjeve

- të ndryshme, paaftësisë dhe probleme të shumëllojshme sociale dhe vdekje të parakohshme.
- J) Abuzimi fizik, abuzimi emocional, abuzimi seksual, përjetimi i divorcit të prindërve dhe format e tjera të ENF-ve duket se janë të lidhur me pasoja të rënda afat-shkurtra dhe sidomos afat-gjata tek individët e prekur.
 - J) Mekanizmat përmes të cilave ENF-të cojnë në pasoja të padëshirueshme afat-shkurtra dhe afat-gjata në jetën e individëve të prekur mund të shpjegohen përmes modeleve të shumta teorike, ku spikat modeli social-ekologjik.
 - J) Po kështu, kostot e lidhura me ENF-të arrijnë në mijëra milarda dollarë cdo vit në të gjithë botën.
 - J) Përvec faktorë të rrezikut për zhvillimin e ENF-ve, një sërë faktorësh mbrojtës janë evidentuar gjithashtu duke krijuar shpresën se këta faktorë mund të kontrollohen me synimin për të parandaluar abuzimin dhe neglizhimin e fëmijëve.
 - J) Shqipëria vazhdon të jetë një shoqëri patriarkale ku format e ndryshme të abuzimit të fëmijëve pranohen dhe aplikohen gjerësisht si forma të disiplinimit të fëmijëve. Për më tepër, shumica e prindërve dhe mësuesve kanë qëndrime qartazi në favor të këtyre formave të disiplinimit të fëmijëve në vendin tonë.
 - J) Duket se të rriturit abuzues ndaj fëmijëve nuk janë fare në dijeni për pasojat afat-shkurtra dhe afat-gjata të abuzimit fizik dhe emocional që ata ushtrojnë ndaj fëmijëve të tyre.
 - J) Fëmijët në Shqipëri duket se janë të ekspozuar ndaj shumë llojeve të abuzimit, dhunës, bullizmit, pornografisë dhe tentativave për t'u kontaktuar nga persona të panjohur në internet dhe rrjetet social virtuale.
 - J) Legjislacioni për mbrojtjen e fëmijëve në Shqipëri duket se është përmirësuar ndjeshëm gjatë viteve të fundit, por ai ende nuk është aq i plotë sa për të ofruar mbrojtje ndaj pjesës më të madhe të formave të abuzimit dhe neglizhimit të fëmijëve.
 - J) Së fundi, informacionet aktuale lidhur me ENF-të, faktorët e lidhur me to dhe pasojat e tyre kanë parashtruar një sërë implikimesh praktike në fusha të ndryshme dhe, nga ana tjetër, duket se një sërë ndërhyrjesh janë në dispozicion për të adresuar çështjen e mprehtë dhe delikate të abuzimit dhe neglizhimit të fëmijëve.

KAPITULLI VII. REKOMANDIME

Bazuar në rezultatet dhe konkluzionet e këtij punimi shkencor, ne rekomandojmë si vijon:

- J) Është e nevojshme që eksperiencat negative të fëmijërisë të zënë një vend të rëndësishëm në politikat shëndetësore dhe sociale të vendit tonë duke qënë se më shumë se dy të tretat e adultëve në vendin tonë që ndjekin universitetin kanë përjetuar të paktën një formë abuzimi apo neglizhimi gjatë fëmijërisë së tyre.
- J) Rekomandimi i mësipërm merr një rëndësi edhe më të madhe në dritën e gjetjeve shkencore të cilat evidentojnë lidhje të forta midis ENF-ve dhe një sërë pasojash negative në drejtim të shëndetit mendor dhe fizik të individëve që janë viktime të këtyre eksperiencave negative.
- J) Në këtë kontekst, ne rekomandojmë që përshtatjen e politikave, ndërhyrjeve dhe shërbimeve shëndetësore dhe sociale në përputhje nevojat specifike të individëve, duke përfshirë këtu dhe eksperiencat negative të fëmijërisë.
- J) Duke qënë se përjetimi i një numri në rritje të ENF-ve dhe sidomos përjetimi i të paktën 4 ENF-ve i rrit së tepërmi gjasat për një sërë sjelljesh të rrezikshme shëndetësore, ne rekomandojmë që përpara aplikimit të ndërhyrjeve të ndryshme, të depistohet edhe për ENF-të dhe grupeve me rrezik të lartë t'u ofrohen masa dhe ndërhyrje specifike dhe kosto-efektive, bazuar në të dhënat e literaturës.
- J) Duke qënë se abuzimi emocional, neglizhimi fizik, përjetimi i dhunës ndaj nënës dhe abuzimi fizik rezultuan ndër ENF-të më prevalente në vendin tonë, ne rekomandojmë ndërmarrjen e fushatave sensibilizuese me qëllim informimin e publikut për këto forma të abuzimit dhe raportimin e tyre në autoritetet përkatëse; gjithashtu ne rekomandojmë aplikimin e ndërhyrjeve specifike që targetojnë pikërisht këto forma të abuzimit dhe neglizhimit përmes qasjeve të përshtatshme dhe të pranueshme nga popullata Shqiptare.
- J) Ndërhyrjet parandaluese dhe trajtuese të abuzimit fizik dhe seksual gjatë fëmijërisë duhet të fokusohen tek djemtë, përmes qasjeve gjini-specifike, duke qënë se ky grup është më i ekspozuar ndaj këtyre formave të abuzimit. Ndërkohë, adultet femra kanë nevojë për ndërhyrje të tjera të cilat targetojnë shëndetin mendor në familje; gjithsesi rekomandimi për aktivitete që targetojnë shëndetin mendor të familjes është i vlefshëm për të gjithë adultët dhe shoqërinë Shqiptare.
- J) Ne rekomandojmë ndërmarrjen e fushatave sensibilizuese në shkallë të gjerë lidhur me sjelljet e rrezikshme shëndetësore, bazuar në prevalencën relativisht të lartë të tyre në popullatën adulte të vendit tonë, me synim reduktimin e tyre dhe të pasojave negative për shëndetin të lidhura me to.

- J) Është e nevojshme që të realizohen fushata ndërgjegjësimi dhe informimi edhe lidhur me bullizmin në mjediset shkollore ose mjedise të tjera, si mjete efektive për ndricimin e fenomenit dhe fuqizimin e viktimave për të denoncuar rastet e bullizmit tek autoritetet përkatëse.
- J) Bazuar në lidhjet e forta midis llojeve të ndryshme të ENF-ve dhe numrit të tyre me rrezikun e përpjekjeve për vetëvrasje, përdorimin e drogës, përdorimin problematik të drogës, përdorimi të duhanit dhe alkoolit, angazhimit në marrdhënie seksuale të hershme, angazhimi me shumë partnerë seksualë dhe viktimizimi ndaj bullizmit, ne rekomandojmë marrjen e masave urgjente për të parandaluar dhe trajtuar ENF-të si një masë shumë efektive edhe për reduktimin e këtyre sjelljeve të rrezikshme shëndetësore të cilat përbëjnë shqetësime dhe probleme madhore të shëndetit publik në Shqipëri.
- J) Bazuar në lidhjet negative dhe statistikisht domethënëse midis nivelit arsimor të prindërve dhe numrit mesatar të ENF-ve dhe faktit që proporcione të konsiderueshme të prindërve të adultëve Shqiptarë kanë arsim të ulët, ne rekomandojmë marrjen e masave të përshtatshme për të siguruar vazhdimin e sistemit arsimor të individëve në Shqipëri dhe nxitjen e tyre për t'u edukuar sa më shumë, si dhe ndërmarrjen e masave edukuese të cilat të targetojnë individët me arsim të ulët.
- J) Ne rekomandojmë që të merren masa të gjithanshme për të rritur dhe përmirësuar nivelin socioekonomik të familjeve Shqiptare (të ardhurat, punësimin) përmes mbështetjes së tyre financiare dhe rritjes së shanseve të punësimit, duke thyer në këtë mënyrë ciklin vicioz që mban dhe transmeton abuzimin e fëmijëve brez pas brezi. Natyrisht, kjo ndërhyrje kërkon konsultimin me eksperiencat më të mira në vendet e tjera, krijimin, ngritjen dhe funksionimin e shërbimeve mbështetëse dhe ndihmuese dhe ndoshta dhe një ri-organizim të mënyrës se si ofrohen këto shërbime.
- J) Ne rekomandojmë ndërmarrjen e fushatave sensibilizuese midis të rinjve për të shmangur dhe reduktuar me sa të jetë e mundur shtatzëninë në moshë të hershme, bazuar në gjetjen se mosha e re e nënës është një faktor domethënës rreziku për ushtrimin e abuzimit dhe neglizhimin e fëmijëve.
- J) Trendet në ulje lidhur me disa ENF-ve dhe sjelljeve të rrezikshme shëndetësore është e nevojshme që të mbahen dhe përforcohen edhe më tej ndërkohë që është e nevojshme të ndërhyhet në mënyrë urgjente për të reduktuar prevalencën e abuzimit seksual, përdorimin e substancave psikoaktive nga adultët Shqiptare, angazhimin në marrdhënie seksuale në moshë të hershme dhe me shumë partnerë seksualë.
- J) Vijon të mbetet e domosdoshmë ndërmarrja e fushatave sensibilizuese dhe edukative me qëllim ndryshimin e normave kulturore të shoqërisë Shqiptare në mënyrë që abuzimi fizik dhe emocional i fëmijëve të mos konsiderohet më si një metodë për disiplinimin e fëmijëve. Këto masa duhet të përfshijnë familjet, mësuesit, stafin shëndetësor si dhe grupimet e tjera të shoqërisë. Natyrisht, kjo kërkon kohë dhe angazhim maksimal dhe serioz të të gjithë aktorëve që luajnë rol në këto procese.

- J) Është thelbësore që adultët dhe sidomos prindërit Shqiptarë të informohen lidhur me pasojat afat-shkurtar dhe pasoja afat-gjata që shoqërojnë abuzimin fizik dhe emocional të fëmijëve, si një masë efektive që potencialisht mund të ndryshojë mentalitetin e adultëve Shqiptarë, bazuar në faktin që shumica dërrmuese e adultëve abuzues janë krejtësisht të painformuar dhe të pandërgjegjshëm për pasoja e këtyre metoda “disiplinuese” që ata përdorin tek fëmijët e tyre.
- J) Ne rekomandojmë zbatimin dhe forcimin e ligjit lidhur me llojet e ndryshme të abuzimit online ndaj të cilit ekspozohen në mënyrë konstante fëmijët në vendin tonë, si dhe aplikimin e masave të përshtatshme që synojnë reduktimin e këtij ekspozimi dhe mbrojtjen efektive ndaj tij.
- J) Së fundmi, ne rekomandojmë përmirësimin e mëtejshëm të legjislacionit që ka të bëjë me mbrojtjen e fëmijëve, në mënyrë që të përfshijë të gjitha llojet e abuzimit dhe neglizhimit për të cilat ka fakte shkencore se janë faktorë rreziku për shëndetin e individëve dhe në përputhje me standardet dhe rekomandimet ndërkombëtare.

REFERENCAT

1. Institute of Statistics, Institute of Public Health, and ICF. 2018. Albania Demographic and Health Survey 2017-18. Tirana, Albania: Institute of Statistics, Institute of Public Health, and ICF.
2. INSTAT. Popullsia sipas Grupmosha, Gjinia, Variabla dhe Viti. 2020. E disponueshme në: http://databaza.instat.gov.al/pxweb/sq/DST/START_DE/POP01/?rxid=f44d566f-1acf-45f3-b817-41dcf852183a.
3. Tamo A, Karaj Th. Violence against children in Albania. Tirana: UNICEF Albania. 2006.
4. World Health Organization. European Report on Preventing Child Maltreatment. World Health Organization 2013.
5. The Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Burden of Disease (GBD). 2020. E disponueshme në: <http://www.healthdata.org/gbd>.
6. Finkelhor D. National call to action: working toward the elimination of child maltreatment. The science. Child Abuse & Neglect, 1999, 23:969–974.
7. Centers for Disease Control and Prevention. Preventing Child Maltreatment: Program Activities Guide. Centers for Disease Control and Prevention. E disponueshme në: https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/cm_prog_activities_guide-a.pdf.
8. UNICEF. Dhuna ndaj grave në familje në Shqipëri.
9. Perry BD, Beauchaine T, Hinshaw SP (eds.). Child Maltreatment: A Neurodevelopmental Perspective on the Role of Trauma and Neglect in Psychopathology. John Wiley & Sons, Hoboken, NJ. 2008.
10. Butchart A, Harvey PA. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. 2006. E disponueshme në: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43499>.
11. Qirjako G, Burazeri G, Sethi D, Miho V. Community Survey on Prevalence of Adverse Childhood Experiences in Albania. Report. World Health Organization 2013. E disponueshme në: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/violence-and-injuries/publications/2012/community-survey-on-prevalence-of-adverse-childhood-experiences-in-albania>.
12. World Health Organization. European Status Report on Preventing Child Maltreatment. World Health Organization 2018.

13. American Psychological Association. The long shadow of adverse childhood experiences. American Psychological Association. 2017. E disponueshme në:
<https://www.apa.org/science/about/psa/2017/04/adverse-childhood>.
14. United States Department of Health and Human Services, 2005.
15. Watts-English T, Fortson BL, Gibler N, Hooper SR, De Bellis MD, The Psychobiology of Maltreatment in Childhood. *Journal of Social Issues*, 2006;62(4):717-736.
16. Arellano CM. Child maltreatment and substance use: a review of the literature. *Subst Use Misuse*. 1996;31(7):927-935.
17. Browne A, Finkelhor D. Impact of child sexual abuse: a review of the research. *Psychol Bull*. 1986;99(1):66-77.
18. Malinosky-Rummell R, Hansen DJ. Long-term consequences of childhood physical abuse. *Psychol Bull*. 1993;114(1):68-79.
19. Mulvihill D. The health impact of childhood trauma: an interdisciplinary review, 1997-2003. *Issues Compr Pediatr Nurs*. 2005;28(2):115-136.
20. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med*. 1998;14(4):245-258.
21. Edwards VJ, Holden GW, Felitti VJ, Anda RF. Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: results from the adverse childhood experiences study. *Am J Psychiatry*. 2003;160(8):1453-1460.
22. Horwitz AV, Widom CS, McLaughlin J, White HR. The impact of childhood abuse and neglect on adult mental health: a prospective study. *J Health Soc Behav*. 2001;42(2):184-201.
23. Walker EA, Gelfand A, Katon WJ, et al. Adult health status of women with histories of childhood abuse and neglect. *Am J Med*. 1999;107(4):332-339.
24. Widom CS, Weiler BL, Cottler LB. Childhood victimization and drug abuse: a comparison of prospective and retrospective findings. *J Consult Clin Psychol*. 1999;67(6):867-880.
25. English DJ, Widom CS, Brandford C. Another look at the Effects of Child Abuse. *National Institute of Justice Journal*, 2004;251:23-24.

26. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. World Health Organization 2002. disponible en:
https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/.
27. Stith SM, Liu T, Christopher Davies L, Boykin EL, Alder MC, Harris JM, et al. Risk factors in child maltreatment: a meta-analytic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 2009, 14(1):13–29.
28. de Paul J, Domenech L. childhood history of abuse and child abuse potential in adolescent mothers: a longitudinal study. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:701–713.
29. Sidebotham P, Heron J; ALSPAC Study Team. Child maltreatment in the "children of the nineties": a cohort study of risk factors. *Child Abuse Negl.* 2006;30(5):497-522.
30. O'Donnell M et al. characteristics of non-Aboriginal and Aboriginal children and families with substantiated child maltreatment: a population-based study. *International Journal of epidemiology*, 2010, 39:921–928.
31. Zhou Y, Hallisey EJ, Freymann GR. Identifying perinatal risk factors for infant maltreatment: an ecological approach. *Int J Health Geogr.* 2006;5:53.
32. Kalland M et al. Maternal smoking behavior, background and neonatal health in Finnish children subsequently placed in foster care. *Child Abuse & Neglect*, 2006, 30:1037–1047.
33. Keenan HT, Runyan DK, Marshall SW, Nocera MA, Merten DF, Sinal SH. A Population-Based Study of Inflicted Traumatic Brain Injury in Young Children. *JAMA*, 2003;290(5):621–626.
34. Gencer O et al. Suspected child abuse among victims of home accidents being admitted to the emergency department: a prospective survey from Turkey. *Pediatric Emergency Care*, 2006, 22:794–803.
35. Budd KS, Heilman NE, Kane D. Psychosocial correlates of child abuse potential in multiply disadvantaged adolescent mothers. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:611–625.
36. Zelenko MA et al. Poor adolescent expectant mothers: can we assess their potential for child abuse? *Journal of Adolescent Health*, 2001, 29:271–278.
37. Woodward LJ et al. Punitive parenting practices of contemporary young parents. *New Zealand Medical Journal*, 2007, 120:U2866.
38. Weissman AM, Jogerst GJ, Dawson JD. Community characteristics associated with child abuse in Iowa. *Child Abuse & Neglect*, 2003, 27:1145–1159.

39. Mersky JP et al. Risk factors for child and adolescent maltreatment: a longitudinal investigation of a cohort of inner-city youth. *Child Maltreatment*, 2009, 14:73–88
40. Annerback EM et al. Prevalence and characteristics of child physical abuse in Sweden – findings from a population-based youth survey. *Acta Paediatrica*, 2010, 99:1229–1236.
41. van Ijzendoorn MH. Elevated risk of child maltreatment in families with stepparents but not with adoptive parents. *Child Maltreatment*, 2009, 14:369–375.
42. Golding J; ALSPAC Study Team. The Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC)--study design and collaborative opportunities. *Eur J Endocrinol*. 2004;151 Suppl 3:U119-U123. doi:10.1530/eje.0.151u119.
43. Dubowitz H, Kim J, Black MM, Weisbart C, Semiatin J, Magder LS. Identifying children at high risk for a child maltreatment report. *Child Abuse Negl*. 2011;35(2):96-104.
44. Paavilainen E, Astedt-Kurki P, Paunonen-Ilmonen M, Laippala P. Risk factors of child maltreatment within the family: towards a knowledgeable base of family nursing. *Int J Nurs Stud*. 2001;38(3):297-303.
45. Sidebotham P, Heron J, Golding J; ALSPAC study team. Child maltreatment in the "Children of the Nineties:" deprivation, class, and social networks in a UK sample. *Child Abuse Negl*. 2002;26(12):1243-1259.
46. Bardi M, Borgognini-Tarli SM. A survey on parent-child conflict resolution: intrafamily violence in Italy. *Child Abuse Negl*. 2001;25(6):839-853.
47. Bellis MA, Hughes S, Hughes K. *Child maltreatment and alcohol*. Geneva, World Health Organization, 2006.
48. Atkinson A et al. *Interpersonal violence and illicit drugs*. Liverpool, Centre for Public Health, Liverpool John Moores University, 2009.
49. Whitaker DJ, Le B, Karl Hanson R, et al. Risk factors for the perpetration of child sexual abuse: a review and meta-analysis. *Child Abuse Negl*. 2008;32(5):529-548.
50. Walsh C, MacMillan HL, Jamieson E. The relationship between parental substance abuse and child maltreatment: findings from the Ontario Health Supplement. *Child Abuse Negl*. 2003;27(12):1409-1425.
51. Altschul I, Lee SJ. Direct and mediated effects of nativity and other indicators of acculturation on Hispanic mothers' use of physical aggression. *Child Maltreat*. 2011;16(4):262-274.

52. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Croft JB, Edwards VJ, Giles WH. Growing up with parental alcohol abuse: exposure to childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse Negl.* 2001;25(12):1627-1640.
53. Sebre S, Sprugevica I, Novotni A, et al. Cross-cultural comparisons of child-reported emotional and physical abuse: rates, risk factors and psychosocial symptoms. *Child Abuse Negl.* 2004;28(1):113-127.
54. Vock R, Meinel U, Geserick G, et al. Tödliche Kindesmisshandlung (durch physische Gewalteinwirkung) in der DDR im Zeitraum 1.1.1985 bis 2.10.1990 [Lethal child abuse (through the use of physical force) in the German Democratic Republic during the period 1 January 1985 to 2 October 1990. Results of a multicenter study]. *Arch Kriminol.* 1999;204(3-4):75-87.
55. Wu SS, Ma CX, Carter RL, et al. Risk factors for infant maltreatment: a population-based study. *Child Abuse Negl.* 2004;28(12):1253-1264.
56. Rape, Incest & Abuse. National Network citing Sexual Assault of Young Children as Reported to Law Enforcement. Bureau of Justice Statistics.
57. Analizë kontribuese për Studimin e KB-së nga “Sondazhi global për shëndetin në shkolla“, Organizata Botërore e Shëndetësisë (<http://www.cdc.gov/gshs> ose http://www.who.int/school_youth_health/gshs), ku përdoren të dhëna nga sondazhe të kryera nga 2003-shi në 2005-ën për Botsvanën, Emiratet e Bashkuara Arabe, Filipinet, Guajanën, Jordaninë, Kenian, Kilin (zonat metropolitane), Kinën (Pekin), Libanin, Namibinë, Omanin, Suazilendin, Ugandën, Venezuelën (Lara), Zambian dhe Zimbabven (Harare).
58. Save the children. Dhuna ndaj fëmijëve në shkolla, 2007. E disponueshme në: <https://albania.savethechildren.net/sites/albania.savethechildren.net/files/library/Violence%20Against%20Children%20in%20Schools.pdf>.
59. Currie C, et al., Studimi “Sjellja shëndetësore te fëmijët e moshës shkollore” (HBSC): Raport ndërkombëtar nga sondazhi i viteve 2001/2002. Politikat shëndetësore për fëmijët dhe adoleshentët, Nr. 4 (Gjenevë, Organizata Botërore e Shëndetësisë, 2004).
60. Convention on the Rights of the Child. New York, United Nations, 1989.
61. World Health Organization. World Health Assembly resolution WHA56.24 on implementing the recommendations of the world report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2003.
62. WHO Regional Committee for Europe resolution EUR/ RC55/R10 on injuries in the WHO European Region: burden, challenges and policy response. Copenhagen, WHO

Regional Office for Europe, 2005. E disponueshme në: [www.euro.who.int > assets > pdf_file > RC55_eres09](http://www.euro.who.int/assets/pdf_file/RC55_eres09).

63. European Council. Consultation of the Member States on elements for a proposal for a Commission communication and Council recommendation on injury prevention and safety promotion. Luxembourg, European Commission, 2007.

64. European strategy for child and adolescent health and development. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005. E disponueshme në: <http://www.euro.who.int/en/what-wedo/health-topics/Life-stages/child-and-adolescenthealth/policy/european-strategy-for-child-andadolescent-health-and-development>.

65. Barnekow V, Muijen M. Child and adolescent health and development in a European perspective. *Int J Public Health*. 2009;54 Suppl 2:128-130.

66. International Labour Organization. A Future Without Child Labour. Global Report under the Follow-up to the ILO Declaration on Fundamental Principles and Rights at Work. International Labour Conference, 90th Session. 2002. Report I (B). E disponueshme në: https://www.ilo.org/global/publications/ilo-bookstore/order-online/books/WCMS_PUBL_9221124169_EN/lang--en/index.htm.

67. Global Initiative to End All Corporal Punishment of Children. E disponueshme në: www.endcorporalpunishment.org.

68. United Nations. The United Nations Study on Violence against Children. E disponueshme në: <https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRC/Study/Pages/StudyViolenceChildren.aspx>.

69. Sidebotham P. Patterns of child abuse in early childhood, a cohort study of the 'children of the nineties'. *Child Abuse review*, 2000;9(5):311–332.

70. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*. 2009;373(9657):68-81.

71. Pritchett SE. Women in Modern Albania: First Hand Accounts of Culture and Conditions from over 200 interviews. McFarland & Company. 1998.

72. Burazeri G, Roshi E, Jewkes R, Jordan S, Bjegovic V, Laaser U. Factors associated with spousal physical violence in Albania: cross sectional study. *BMJ*. 2005;331(7510):197-201. doi:10.1136/bmj.331.7510.197.

73. Nuri B, Tragakes E. Health Care Systems in Transition. Albania. Copenhagen European Observatory on Health Care Systems; 2002.

74. Çomo A, Suli A, Vyshka G, Petrela E. Psikotrauma dhe vlerësimi i pasojave të saj ndër gjenerata. *Medicus*, 2009;XI(1):77-83.
75. Zhvillimi i fëmijërisë së hershme në Shqipëri, studim i Qendrës së Zhvillimeve Humane dhe Save the Children, 2001.
76. Ligj Nr. 18/2017 “Pwr mbrojtjen e tw drejtave tw fwmijwve”, datw 23.02.2017. E disponueshme në:
80.78.70.231/pls/kuv/kerkim_ndryshime2?a_emertimi_ligjit=Ligj&a_numri_aktit=10347&a_viti_aktit=04.11.2010.
77. Centers for Disease Control and Prevention. Violence Prevention. CDC-Kaiser ACE Study. Available at:
https://www.cdc.gov/violenceprevention/acestudy/about.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fviolenceprevention%2Fchildabuseandneglect%2Facestudy%2Fabout.html.
78. Adverse Childhood Experience (ACE) Questionnaire. E disponueshme në:
<http://www.odmhsas.org/picis/ACE.pdf>.
79. Centers for Disease Control and Prevention. Violence Prevention. BRFSS ACE Data. E disponueshme në:
<https://www.cdc.gov/violenceprevention/childabuseandneglect/acestudy/ace-brfss.html>.
80. Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, et al. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*. 2017;2(8):e356-e366.
81. Centers for Disease Control and Prevention. Violence Prevention. Fast facts. What are adverse childhood experiences? Available at:
https://www.cdc.gov/violenceprevention/acestudy/fastfact.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fviolenceprevention%2Fchildabuseandneglect%2Ffastfact.html.
82. Hughes K, Ford K, Kadel R, Sharp CA, Bellis MA. Health and financial burden of adverse childhood experiences in England and Wales: a combined primary data study of five surveys. *BMJ Open*. 2020;10(6):e036374.
83. Bellis MA, Hughes K, Ford K, Ramos Rodriguez G, Sethi D, Passmore J. Life course health consequences and associated annual costs of adverse childhood experiences across Europe and North America: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*. 2019;4(10):e517-e528.

84. Ujhelyi Nagy A, Kuritár Szabó I, Hann E, Kósa K. Measuring the Prevalence of Adverse Childhood Experiences by Survey Research Methods. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(6):1048.
85. Bellis MA, Hughes K, Leckenby N, Perkins C, Lowey H. National household survey of adverse childhood experiences and their relationship with resilience to health-harming behaviors in England. *BMC Med*. 2014;12:72.
86. Soares AL, Howe LD, Matijasevich A, Wehrmeister FC, Menezes AM, Gonçalves H. Adverse childhood experiences: Prevalence and related factors in adolescents of a Brazilian birth cohort. *Child Abuse Negl*. 2016;51:21-30.
87. Ramiro LS, Madrid BJ, Brown DW. Adverse childhood experiences (ACE) and health-risk behaviors among adults in a developing country setting. *Child Abuse Negl*. 2010;34(11):842-855.
88. Tran QA, Dunne MP, Vo TV, Luu NH. Adverse Childhood Experiences and the Health of University Students in Eight Provinces of Vietnam. *Asia Pac J Public Health*. 2015;27(8 Suppl):26S-32S.
89. World Health Organization. Child Maltreatment. Key facts. 2020. E disponueshme në: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>.
90. Bellis MA, Hughes K, Leckenby N, et al. Adverse childhood experiences and associations with health-harming behaviours in young adults: surveys in eight eastern European countries. *Bull World Health Organ*. 2014;92(9):641-655.
91. Meinck F, Cluver LD, Boyes ME. Household illness, poverty and physical and emotional child abuse victimisation: findings from South Africa's first prospective cohort study. *BMC Public Health*. 2015;15:444.
92. Jewkes RK, Dunkle K, Nduna M, Jama PN, Puren A. Associations between childhood adversity and depression, substance abuse and HIV and HSV2 incident infections in rural South African youth. *Child Abuse Negl*. 2010;34(11):833-841.
93. Annerbäck EM, Svedin CG, Dahlström Ö. Child physical abuse: factors influencing the associations between self-reported exposure and self-reported health problems: a cross-sectional study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2018;12:38.
94. Elgar FJ, Pfortner TK, Moor I, De Clercq B, Stevens GW, Currie C. Socioeconomic inequalities in adolescent health 2002-2010: a time-series analysis of 34 countries participating in the Health Behaviour in School-aged Children study. *Lancet*. 2015;385(9982):2088-2095.

95. Black DA, Heyman RE, Smith Slep AM. Risk factors for child physical abuse. *Aggression and Violent Behavior*, 2001;6(2-3):121-188.
96. Lo CKM, Tung KTS, Chan KL, et al. Risk factors for child physical abuse and neglect among Chinese young mothers. *Child Abuse Negl.* 2017;67:193-206.
97. Ledoux S, Miller P, Choquet M, Plant M. Family structure, parent-child relationships, and alcohol and other drug use among teenagers in France and the United Kingdom. *Alcohol Alcohol.* 2002;37(1):52-60.
98. Arkes J. The temporal effects of parental divorce on youth substance use. *Subst Use Misuse.* 2013;48(3):290-297.
99. Anderson J. The impact of family structure on the health of children: Effects of divorce. *Linacre Q.* 2014;81(4):378-387.
100. Stoltenborgh M, van Ijzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreat.* 2011;16(2):79-101.
101. Hall M, Hall J. The long-term effects of childhood sexual abuse: counseling implications. 2011. E disponueshme në:
http://counselingoutfitters.com/vistas/vistas11/Article_19.pdf.
102. Jewkes RK, Dunkle K, Nduna M, Jama PN, Puren A. Associations between childhood adversity and depression, substance abuse and HIV and HSV2 incident infections in rural South African youth. *Child Abuse Negl.* 2010;34(11):833-841.
103. Singh MM, Parsekar SS, Nair SN. An epidemiological overview of child sexual abuse. *J Family Med Prim Care.* 2014;3(4):430-435.
104. Horwitz AV, Widom CS, McLaughlin J, White HR. The impact of childhood abuse and neglect on adult mental health: a prospective study. *J Health Soc Behav.* 2001;42(2):184-201.
105. Plunkett A, O'Toole B, Swanston H, Oates RK, Shrimpton S, Parkinson P. Suicide risk following child sexual abuse. *Ambul Pediatr.* 2001;1(5):262-266.
106. Zatti C, Rosa V, Barros A, et al. Childhood trauma and suicide attempt: A meta-analysis of longitudinal studies from the last decade. *Psychiatry Res.* 2017;256:353-358.
107. Castro Á, Ibáñez J, Maté B, Esteban J, Barrada JR. exual Abuse, Sexual Behavior, and Revictimization in Adolescence and Youth: A Mini Review. *Frontiers in Psychology*, 2019;10:2018.

108. Letourneau EJ, Brown DS, Fang X, Hassan A, Mercy JA. The economic burden of child sexual abuse in the United States. *Child Abuse Negl.* 2018;79:413-422.
109. Beitchman JH, Zucker KJ, Hood JE, daCosta GA, Akman D. A review of the short-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse Negl.* 1991;15(4):537-556.
110. Hailes HP, Yu R, Danese A, Fazel S. Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. *Lancet Psychiatry.* 2019;6(10):830-839.
111. Wiehn J, Hornberg C, Fischer F. How adverse childhood experiences relate to single and multiple health risk behaviours in German public university students: a cross-sectional analysis. *BMC Public Health.* 2018;18(1):1005.
112. Widom CS, Schuck AM, White HR. An examination of pathways from childhood victimization to violence: the role of early aggression and problematic alcohol use. *Violence Vict.* 2006;21(6):675-690.
113. Fang X, Corso PS. Child maltreatment, youth violence, and intimate partner violence: developmental relationships. *Am J Prev Med.* 2007;33(4):281-290.
114. Senn TE, Carey MP, Vanable PA. Childhood and adolescent sexual abuse and subsequent sexual risk behavior: evidence from controlled studies, methodological critique, and suggestions for research. *Clin Psychol Rev.* 2008;28(5):711-735.
115. Castro Á, Ibáñez J, Maté B, Esteban J, Barrada JR. Sexual Abuse, Sexual Behavior, and Revictimization in Adolescence and Youth: A Mini Review. *Frontiers in Psychology.* 2019;10:2018.
116. Gould F, Clarke J, Heim C, Harvey PD, Majer M, Nemeroff CB. The effects of child abuse and neglect on cognitive functioning in adulthood. *J Psychiatr Res.* 2012;46(4):500-506.
117. Giovanelli A, Mondì CF, Reynolds AJ, Ou SR. Adverse childhood experiences: Mechanisms of risk and resilience in a longitudinal urban cohort [published online ahead of print, 2019 Oct 30]. *Dev Psychopathol.* 2019;1-22.
118. Evans GW, Li D, Whipple SS. Cumulative risk and child development. *Psychol Bull.* 2013;139(6):1342-1396.
119. Garrido EF, Weiler LM, Taussig HN. Adverse Childhood Experiences and Health-Risk Behaviors in Vulnerable Early Adolescents. *J Early Adolesc.* 2018;38(5):661-680.

120. Chang X, Jiang X, Mkandarwire T, Shen M. Associations between adverse childhood experiences and health outcomes in adults aged 18-59 years. PLoS One. 2019;14(2):e0211850.
121. Miller TR, Waehrer GM, Oh DL, et al. Adult health burden and costs in California during 2013 associated with prior adverse childhood experiences. PLoS One. 2020;15(1):e0228019.
122. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Violence Prevention. Risk and Protective Factors. 2020. E disponueshme në:
<https://www.cdc.gov/violenceprevention/childabuseandneglect/riskprotectivefactors.html>.
123. Mesinaj L. National legislation against child abuse in Albania. 2019. Available at:
<https://cyberleninka.ru/article/n/national-legislation-against-child-abuse-in-albania>.
124. Cenko E, Hazizaj A. Current Situation of Child Abuse and Neglect in Albania. 2010. Available at:
[http://www.crca.al/sites/default/files/publications/Current%20Situation%20of%20child%20abuse%20and%20neglect%20in%20Albania%20\(2010\).pdf](http://www.crca.al/sites/default/files/publications/Current%20Situation%20of%20child%20abuse%20and%20neglect%20in%20Albania%20(2010).pdf).
125. Cenko E, Thartori A. Exploring Societal Norms on Child Sexual Abuse in Albania: A Pilot Study. Mediterranean Journal of Social Sciences, 2016;7(6).
126. World Vision. A study into child online safety in Albania. 2015. E disponueshme në:
<https://www.wvi.org/sites/default/files/Internet%20Safety%20OK.pdf>.
127. Psaki SR, Seidman JC, Miller M, et al. Measuring socioeconomic status in multicountry studies: results from the eight-country MAL-ED study. Popul Health Metr. 2014;12(1):8.
128. Ligj Nr 37/2017. E disponueshme në: https://drejtesia.gov.al/wp-content/uploads/2017/11/03_Ligj_37_2017_30.03.2017_Kodi_i_Drejtesise_Penale_per_te_Miturit.pdf.
129. O'Brien T, Nedelkoska L, Frasheri E. What is the binding constraint to growth in Albania? Center for International Development at Harvard University, 2017.
130. Institute of Public Health, Albania. Health Status of the Albanian population. National Health Report. 2015. Available at: <http://www.ishp.gov.al/raporte/>.
131. Merrick MT, Leeb RT, Lee RD. Examining the role of safe, stable, and nurturing relationships in the intergenerational continuity of child maltreatment--Introduction to the special issue. J Adolesc Health. 2013;53(4 Suppl):S1-S3.

132. Tyler JH, Lofstrom M. Finishing high school: alternative pathways and dropout recovery. *Future Child*. 2009;19(1):77-103. doi:10.1353/foc.0.0019

133. Metzler M, Merrick MT, Klevens J, Ports KA, Ford DC. Adverse childhood experiences and life opportunities: Shifting the narrative. *Children and Youth Services Review*, 2017;141-149.

134. Centers for Disease Control and Prevention. Violence Prevention. Prevention Strategies. Available at:

https://www.cdc.gov/violenceprevention/acestudy/prevention.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fviolenceprevention%2Fchildabuseandneglect%2Facestudy%2Fprevention.html.